



**BREMEN
BREMERHAVEN**
ZWEI STÄDTE. EIN LAND.

LANDESGESUNDHEITSBERICHT BREMEN 2024

Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz



**Freie
Hansestadt
Bremen**

LANDESGESUNDHEITSBERICHT BREMEN 2024

Impressum

Bremen, 2024

Herausgeberin

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV)

Faulenstraße 9/15

28195 Bremen

Redaktion

Dr. Steffen Schüle (E-Mail: steffen.schuele@gesundheit.bremen.de)

Verfassende

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz:

Lisa Karla Hilz, Sonja Wagoner, Sarah Uflacker, Elke Schwaer, Dr. Steffen Schüle, Dr. Malte Langeheine,
Dr. Helge Wilhelm Thies

Gesundheitsamt Bremen:

Dr. Günter Tempel, Benjamin Spieß, Carmen Nübel, Dr. Sylvia Offenhäuser, Dr. Andrea Bade, Franziska
Hölzner, Sara Westerhold

Gesundheitsamt Bremerhaven:

Dr. Michael Holznapel, Manuela Butteltmann, Astrid Mieke, Stella Fandrich

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie:

Dr. Hermann Pohlabein, Dr. Stefan Rach, Dr. Kathrin Günther, Josephine Kanbach, Dr. Sabine
Luttmann, Dr. Andrea Eberle

Magistrat der Stadt Bremerhaven:

Klaus-Martin Hesse

Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung:

Annett Schroeder

Statistisches Landesamt Bremen:

Dr. Eva Kibele

Umschlag

Barbara Hechenrieder (Wirtschaftsförderung Bremen)

Bildmaterial

iStock by Getty Images, <https://www.istockphoto.com>

Icons von <https://www.flaticon.com/>

Cosima Hanebeck Fotografie, <https://www.cosimahanebeck.de/>

Vorwort

Liebe Leser:innen,

Sie halten den Landesgesundheitsbericht 2024 in den Händen. Wir haben uns selbst mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst die Verpflichtung auferlegt, alle vier Jahre einen Bericht über die gesundheitliche Lage der Bremer Bevölkerung zur Beratung und Diskussion vorzulegen. Auf dieser Basis werden wir dann letztlich auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung des bremischen Gesundheitswesens herausarbeiten, aber auch ganz konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage vorschlagen und dafür die notwendigen Finanzmittel bereitstellen und umsetzen.



© Cosima Hanebeck

Erneut berichten wir in den ersten Kapiteln über die demografische Lage und Gesamtsituation der Bremer Bevölkerung und zeigen mit den inzwischen gut entwickelten kleinräumigen Analysen – erstmals auch für die Stadtgemeinde Bremerhaven – auf, dass Gesundheit einen engen Zusammenhang zur sozialen Lage aufweist. Heißt: Wer in sozial weniger gut ausgestatteten Stadtteilen lebt, trägt eine höhere Krankheitslast und hat eine weniger hohe Lebenserwartung. Heißt: Menschen in weniger gut ausgestatteten Stadtteilen haben oft einen schlechteren Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, haben weniger Gesundheitskompetenzen und sind in ihrem Gesundheitsverhalten auch deshalb oft eher mit Risiken behaftet, was verhaltensbedingte Erkrankungen fördert. Auch Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten und insbesondere die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen.

Doch dies ist kein Naturgesetz. Wir müssen aber die richtigen Maßnahmen ergreifen – zum Teil auch noch finden –, um hier Abhilfe zu schaffen. Deshalb ist es gut und wichtig, dass im Zuge der Pandemiebewältigung der ÖGD-Pakt ins Leben gerufen wurde, um die Gesundheitsämter in Deutschland, und so auch in Bremen, personell deutlich besser auszustatten. Beide Gesundheitsämter im Land Bremen arbeiten seit Jahren sozialkompensatorisch und richten ihre Angebote vielfach dezentral und in sozial schwächeren Stadtteilen aus. Die Gesundheitsämter vernetzen Agierende vor Ort und sind oft Bindeglieder und Lotsen.

Durch den Einsatz von Gesundheitsfachkräften an Schulen und im Quartier sowie regionalen Fachkräften für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, aber auch durch die Einrichtung von lokalen Gesundheits- und Hebammenzentren in sozial benachteiligten Stadtteilen wurden in Bremen bereits wichtige Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit eingeführt. Denn gerade in schwierigen Lebenslagen ist das Lebensumfeld vor Ort entscheidend, um ein gesundheitsförderliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Ein niedrigschwelliger Zugang, der am Lebensalltag der Menschen ansetzt, ist von großer Bedeutung, um u. a. die individuelle Gesundheitskompetenz zu stärken und damit einhergehend die Gesundheit in der Bevölkerung langfristig zu verbessern.

Diesen Weg wollen wir in Bremen weiterbeschreiten, denn angesichts zunehmender sozialer Spaltung, der immer deutlicher werdenden Notwendigkeit des Umbaus und der Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung, des Zuzugs von Menschen aus Ländern, in denen Kriege toben, werden die Herausforderungen nicht weniger, wenn es darum geht, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.

Claudia Bernhard
Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Inhalt

Vorwort	3
Abkürzungsverzeichnis	5
Vorbemerkungen	6
Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	8
1 Bevölkerung und Demografie	10
2 Monitoring Soziale Stadtentwicklung in Bremen und Bremerhaven für 2022	13
3 Mortalität	18
3.1 Lebenserwartung bei Geburt	18
3.2 Todesursachen und Übersterblichkeit	20
3.3 Säuglingssterblichkeit	23
4 Morbidität.....	26
4.1 Diagnosen in der stationären Versorgung.....	26
4.2 Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit	34
4.3 Infektionskrankheiten	52
4.4 Sexuell übertragbare Infektionskrankheiten.....	62
5 Kindergesundheit.....	66
5.1 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung.....	66
5.1.1 Übergewicht und Adipositas bei Schulanfänger:innen.....	69
5.1.2 Impfquoten zur Grundimmunisierung bei Schulanfänger:innen	73
5.1.3 Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening bei Schulanfänger:innen (SOPESS).....	77
5.1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die kindliche Entwicklung	86
5.1.5 Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Schulanfänger:innen	89
5.1.6 Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen).....	93
5.2 Zahngesundheit bei Kindern	95
5.3 Maßnahmen im Bereich Kindergesundheit	101
6 Gesundheit von Geflüchteten.....	104
7 Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Land Bremen	109
7.1 Gesundheitsfachkräfte an Schulen	110
7.2 Gesundheitsfachkräfte im Quartier	111
7.3 Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	111
7.4 Gesundheitszentren, Gesundheitspunkte und Hebammenzentren	112
7.5 Maßnahmen in der frühen Kindheit und rund um die Geburt.....	114
7.6 Projekt „Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter“	114
7.7 Projekt „Gesundheitliche Versorgung von nichtversicherten und papierlosen Menschen“	115
8 Zukünftige Herausforderungen und Ausblick	117
9 Exkurs: Ergebnisse der NAKO- und COSI-Studie für das Land Bremen	119
9.1 Übergewicht bei Grundschulkindern – Ergebnisse der COSI-Studie	119
9.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Erwachsenen – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie	125
Literaturverzeichnis.....	137

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
DMF-T-Index.....	Decayed Missing, and Filled Teeth Index
GeFaS.....	Gesundheitsfachkräfte an Schulen
GiQs	Gesundheitsfachkräfte im Quartier
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KiGGS.....	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
LAJB	Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Land Bremen
LIGA	Lokales Integriertes Gesundheitszentrum für Alle
NAKO	Nationale Kohorte
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
ReFaps	Regionale Fachkräfte für Gesundheit
RKI	Robert Koch-Institut
SDQ.....	Strengths and Difficulties Questionnaire
SOPES.....	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission
STIs	Sexually Transmitted Infections
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Vorbemerkungen

Dieser Landesgesundheitsbericht stellt ausgewählte Daten zur Gesundheit und zu gesundheitsrelevanten Determinanten des Landes Bremen vor. Kapitel 1–4 stellt aktuelle Daten zur Bevölkerungsentwicklung, zum sozialräumlichen Monitoring sowie zur Mortalität und Morbidität vor. Darin werden ausgewählte Daten aus den Städten Bremen und Bremerhaven im Kontext der bundesweiten Entwicklung vorgestellt. Kapitel 5 widmet sich dem Bereich der Kindergesundheit und berichtet über aktuelle Daten aus dem Bereich der Schuleingangsuntersuchung und des schulärztlichen Dienstes. Kapitel 6 geht auf die gesundheitliche Situation von geflüchteten Menschen nach Bremen ein und stellt Daten der gesetzlich vorgeschriebenen Erstuntersuchung vor. In Kapitel 7 werden die Maßnahmen, die sich aus der Bewertung der Datenlage ableiten, für die Städte Bremen und Bremerhaven vorgestellt. Kapitel 8 gibt einen Ausblick über die zukünftigen Herausforderungen, denen sich Bremen und das Gesundheitssystem insgesamt stellen müssen. Darüber hinaus werden in Kapitel 9 – wie bereits im letzten Landesgesundheitsbericht 2019 angekündigt – Ergebnisse aus zwei wissenschaftlichen Studien vorgestellt, die in der Bremer Bevölkerung durchgeführt wurden und daher wichtige Informationen zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Bremer Bevölkerung enthalten.

Datenquellen

Aus den Gesundheitsämtern der Städte Bremen und Bremerhaven, dem Statistischen Landesamt Bremen, dem Krebsregister des Landes Bremen sowie dem Robert Koch-Institut (RKI) fließen folgende Daten mit ein:

- Bevölkerungsstatistik (Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen)
- Todesursachenstatistik (Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen)
- Lebenserwartung (Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen)
- Krankenhausdiagnosestatistik (Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen)
- Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit (Datenquelle: Krebsregister des Landes Bremen)
- Meldepflichtige Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) (Datenquelle: RKI)
- Daten der Schuleingangsuntersuchung (Datenquelle: Gesundheitsämter der Städte Bremen und Bremerhaven)
- Daten zur Gesundheit von Geflüchteten (Datenquelle: Gesundheitsamt Bremen)

Folgende epidemiologische Forschungsarbeiten werden vorgestellt:

- Ergebnisse der bundesweiten Gesundheitsstudie NAKO (Nationale Kohorte) zum Gesundheitsverhalten für die Stadt Bremen, durchgeführt durch das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS)
- Ergebnisse der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Übergewicht und dessen Determinanten bei Grundschulkindern, durchgeführt durch das BIPS.

Angaben zum Geschlecht

Seit Dezember 2018 gibt es nach dem neuen Personenstandsgesetz vier Ausprägungen zum Merkmal Geschlecht: männlich, weiblich, divers und ohne Angabe.¹ Derzeit sind die Fallzahlen zum dritten Geschlecht (divers) zu gering, um diese in tiefer gegliederten Darstellungen berücksichtigen zu können.

¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Informationen zum Umgang mit dem Dritten Geschlecht in der amtlichen Statistik, <https://www.statistikportal.de/de/methoden/drittes-geschlecht> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bei den datenhaltenden Stellen gibt es folgende methodische Herangehensweisen zum Umgang mit den geringen Fallzahlen der Kategorien divers und ohne Angabe:

- Die statistischen Ämter wenden im Rahmen der Bevölkerungsstatistik ein Umschlüsselungsverfahren an, bei der Angaben zum dritten Geschlecht zufällig und mit gleich hohen Chancen dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet werden.
- In der Datenbank SurvStat des RKI, in der Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten nach dem IfSG erfasst werden, kann die absolute Anzahl an diversen Fällen und Fällen ohne Angabe ausgelesen werden. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und des Nichtvorliegens einer Gesamtbevölkerungszahl zu den Kategorien divers und ohne Angabe werden bei der Berechnung von bevölkerungsgewichteten Inzidenzen nur Werte nach der Kategorie männlich und weiblich ausgegeben. Die diversen Fälle und Fälle ohne Angabe werden nur in der Gesamtinzidenz berücksichtigt.
- Das Krebsregister des Landes Bremen geht ebenso wie das RKI vor. Die Kategorien divers und ohne Angabe werden bei Darstellungen zu Krebserkrankungen insgesamt mitgezählt. Durch die sehr geringen Fallzahlen werden bei der Differenzierung nach Geschlecht jedoch nur die Kategorien männlich und weiblich berücksichtigt.

Methoden und Kennzahlen

Berechnung von Prävalenzen und Inzidenzen

Die Prävalenz ist eine Kennzahl zur Beschreibung der Häufigkeit einer Krankheit in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum. Die Prävalenz wird häufig genutzt, um z. B. die Häufigkeit von Krebserkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen in der Bevölkerung zu beschreiben. Die Inzidenz hingegen gibt die Anzahl von neu auftretenden Erkrankungen in der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum an und wird z. B. genutzt, um saisonal auftretende Erkrankungen der Atemwege zu beschreiben.

Median und Mittelwert

Der Mittelwert ist der Durchschnittswert einer Datenreihe. Dabei werden alle Werte addiert und das Ergebnis durch die Anzahl der Werte dividiert. Die Angabe eines Mittelwertes wird jedoch von stark abweichenden Werten, sog. Ausreißern, beeinflusst. In solch einem Falle wird oftmals der Median angegeben. Der Median ist der Wert, der in der Mitte einer nach Größe geordneten Verteilung von Datenwerten liegt. Dabei sind 50 % der Daten kleiner und 50 % der Daten größer als der Median. Diese Eigenschaft macht den Median stabil gegenüber Ausreißern.

Altersstandardisierung

Um Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, beispielsweise solchen aus unterschiedlichen Bundesländern, besser vergleichen zu können, ist es notwendig, diese zu standardisieren. Oft unterscheidet sich die Altersstruktur der Bevölkerung in den Regionen erheblich. So verwendet man bestimmte statistische Verfahren, um dennoch eine Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dabei wird auf die zu vergleichende Bevölkerung eine einheitliche Altersstruktur übertragen und es werden altersstandardisierte Werte berechnet. In diesem Bericht wird die Methodik der Altersstandardisierung für Daten der Krankenhausdiagnosestatistik und des Krebsregisters angewandt. Es wird dabei auf eine Europastandardbevölkerung der WHO zurückgegriffen, die auch in der deutschlandweiten Gesundheitsberichterstattung verwendet wird.²

² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Standardbevölkerungen, www.gbe-bund.de/gbe10/F?F=10216D (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Das Gesundheitssystem insgesamt und damit die gesundheitliche Versorgung stehen weiterhin vor immensen Herausforderungen, nicht nur in Bremen. Die Ergebnisse dieses Landesgesundheitsberichts müssen als Bedarfsanalyse verstanden werden, sodass aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen passgenaue Maßnahmen erarbeitet werden können.

In seinem Hauptteil hat dieser Landesgesundheitsbericht im Wesentlichen zwei inhaltliche Schwerpunktsetzungen. Zum einen stellt er dar, welchen Einfluss die Corona-Pandemie auf die unterschiedlichen gesundheitlichen Themenfelder hatte. Zum anderen untersucht er, wie Mortalität, Morbidität und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in den Städten Bremen und Bremerhaven nach sozialstrukturellen Merkmalen kleinräumig verteilt sind.

Während der Pandemie ist im Land Bremen und deutschlandweit die Lebenserwartung bei Geburt gesunken. Die stationären Krankenhausaufenthalte gingen in den Pandemie Jahren deutlich zurück. Nach wie vor sind psychische Probleme und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Bremen und Bremerhaven bei Männern die häufigste Hauptdiagnose bei der Aufnahme in ein Krankenhaus.

Die Neuerkrankungsraten für Krebs gingen während der Pandemie Jahre leicht zurück. Ob es sich um einen allgemeinen Inzidenzrückgang oder um eine Untererfassung handelt, da während der Pandemie weniger Menschen die medizinische Versorgung in Anspruch genommen haben, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig differenziert werden. Die hohe Anzahl an Lungenkrebskrankungen bei Frauen und Männern im Land Bremen trägt zur höheren Krebsinzidenz insgesamt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bei. Die Lungenkrebsinzidenz ist in Ortsteilen in den Städten Bremen und Bremerhaven mit einem niedrigen Sozialindex höher als in Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex.

Die Gesamtanzahl der meldepflichtigen Infektionserkrankungen nach IfSG (außer COVID-19) pendeln sich nach Aufhebung der pandemiebedingten Infektionsschutzmaßnahmen wieder sukzessive auf das vorpandemische Niveau ein. Neuinfektionen mit HIV und Syphilis setzen sich zwischen 2017 und 2022 auf ähnlich niedrigem Niveau wie in den Vorjahren fort.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung zeigen, dass während der Pandemie der Anteil übergewichtiger Kinder in Bremen und Bremerhaven anstieg. Während sich in der Stadt Bremen das in der Pandemie erreichte hohe Niveau wieder abschwächt, setzt sich in Bremerhaven der Anstieg fort. Von dem Anstieg an übergewichtigen Kindern während der Corona-Pandemie waren Kinder, die in einem der Bremer Ortsteile mit niedrigem Sozialindex wohnen, stärker betroffen als Kinder aus den Ortsteilen mit hohem Sozialindex. Gleiche Effekte zeigten sich auch für Auffälligkeiten im Bereich der kindlichen Entwicklung. Generell waren Kinder, die in Ortsteilen mit einem niedrigen Sozialindex wohnten und einen Migrationshintergrund hatten, häufiger übergewichtig (inkl. Adipositas), hatten niedrigere Impfquoten und wiesen häufiger Entwicklungs- sowie Verhaltensauffälligkeiten auf als Kinder aus Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex und ohne Migrationshintergrund.

Ein Rückgang der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) war während der COVID-19-Pandemie nicht erkennbar. Die Früherkennungsuntersuchungen werden generell stark genutzt, jedoch werden sie von Kindern mit Migrationshintergrund, die in Ortsteilen mit einem niedrigen Sozialindex wohnhaft sind, weniger stark in Anspruch genommen.

Die Mundgesundheit von untersuchten Erstklässler:innen hat sich in den Städten Bremen und Bremerhaven in den letzten Jahren verschlechtert. So ist der Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen angestiegen.

Das Krankheitsspektrum bei Geflüchteten deckt sich überwiegend mit dem der hier ansässigen Bevölkerung. Es dominieren Zahnerkrankungen und Infektionen der oberen Atemwege.

Trotz des hohen Stellenwerts, den die Berichterstattung zur Verteilung von Krankheiten in der bremischen Bevölkerung hat, möchte dieser Landesgesundheitsbericht auch dazu auffordern, die Dominanz von „Krankheit“ als Leitbegriff zu brechen. Unser reparaturorientiertes Versorgungssystem stößt zunehmend an seine monetären und personellen Grenzen. Die Kosten sowie die stetig steigende Belastung der niedergelassenen und stationären medizinischen Infrastruktur fordern ein gesellschaftliches Umdenken. Eine Neuorientierung des Gesundheitssystems erfordert eine umfassende Strategie mit dem klaren Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bremer:innen. Hier setzt Kapitel 7 an und gibt einen umfassenden Überblick der Maßnahmen, die die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz bereits umgesetzt hat. Diese Kombination von Gesundheitsberichterstattung und Beschreibung bereits umgesetzter Maßnahmen ist von zentraler Bedeutung, um sowohl die individuellen als auch die kollektiven Lebenswelten der Gesundheitsförderung zu verstehen und effektive, inklusive und nachhaltige Strategien für eine gesündere Zukunft fortzuschreiben.

1 Bevölkerung und Demografie

Hintergrund und Datengrundlage

Soziodemografische Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder die soziale Lage sind für die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung von Bedeutung. In der sogenannten Bevölkerungsfortschreibung werden die Anzahl, die Zusammensetzung (Geschlecht, Alter, Familienstand und Staatsangehörigkeit) sowie die Veränderung der Bevölkerung erfasst. Die aktuellen Bevölkerungszahlen (Bevölkerungsstand) basieren auf der Fortschreibung der Ergebnisse der letzten Volkszählung (Zensus 2011). Die Fortschreibung der Bevölkerungszahlen insgesamt sowie nach Alter und Geschlecht erfolgt mittels der Bilanzierung der natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Sterbefälle) und der Wanderungsbewegungen (Zu- und Fortzüge über die Gemeindegrenzen).³

Die Geburtenstatistik liefert Grunddaten über die Anzahl der Geborenen und Angaben zu den Eltern. Diese Ergebnisse gehen ein in die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und sind Grundlage für die Abbildung der Geburtenziffern und andere demografische Analysen und Vorausberechnungen. Erfasst werden dabei alle Geburten, die in Deutschland im Berichtszeitraum von einem Standesamt beurkundet wurden, und Geburten von Deutschen im Ausland, sofern diese im zuständigen Standesamt am Wohnsitz der Mutter nachbeurkundet wurden.⁴

Die Statistik der Sterbefälle zeigt die Anzahl der Sterbefälle im Berichtszeitraum und die demografischen Merkmale der Verstorbenen. Sie liefert damit die demografischen Basisinformationen zur Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse und der Lebenserwartung der Bevölkerung. Erfasst werden alle Sterbefälle, die in Deutschland im Berichtszeitraum standesamtlich registriert werden. Sterbefälle aus dem Ausland werden berücksichtigt, wenn der/die Verstorbene seinen/ihren Wohnsitz in Deutschland hatte und der Sterbefall vom zuständigen Standesamt der Wohngemeinde des/der Verstorbenen nachträglich beurkundet wurde.⁵

Der Mikrozensus weist zudem die Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus. Er ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 830.000 Personen in etwa 370.000 Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften werden stellvertretend für die gesamte Bevölkerung zu ihren Lebensbedingungen befragt. Im Land Bremen werden jährlich rund 3.600 Haushalte befragt.⁶

Datenlimitationen

Ergebnisse der Bevölkerungsstatistiken sind als präzise einzustufen, da die Daten aus Vollerhebungen von Verwaltungsabläufen stammen. Die Vollständigkeit hängt jedoch vom melderechtlichen Verhalten der Bevölkerung ab.⁷

Aufgrund methodischer Änderungen sind Daten aus dem Mikrozensus nicht durchgehend konsistent und damit über längere Zeiträume nur eingeschränkt vergleichbar. Ab dem Berichtsjahr 2017 werden z. B. Personen in Gemeinschaftsunterkünften (wie z. B. Alten-, Pflege-, Behindertenheime, Geflüchtetenunterkünften, Strafvollzugsanstalten) nur noch zu ausgewählten Merkmalen befragt. Angaben zur Erwerbstätigkeit oder zum Migrationsstatus beziehen sich demnach auf die Bevölkerung am Hauptwohnsitz in Privathaushalten. Seit dem Berichtsjahr 2016 bildet die

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, 2023.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Statistik der Geburten, 2023.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Statistik der Sterbefälle, 2023.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Mikrozensus, 2023.

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, 2023.

Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011 die Grundlage für Hochrechnungsrahmen. Ebenfalls mit dem Berichtsjahr 2016 wurde die Stichprobe auf die Daten des Zensus 2011 umgestellt.⁸

Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen

Im Land Bremen ist seit 2010 wieder ein Bevölkerungsanstieg zu verzeichnen, der sowohl in den Städten Bremen als auch Bremerhaven gleichermaßen zu beobachten ist. Dieser ist im Wesentlichen auf die Zuzüge von Schutzsuchenden in den Jahren 2015, 2016 und 2022 zurückzuführen. Bis 2041 wird eine relativ stabile Entwicklung mit leichten Bevölkerungszuwächsen erwartet (siehe Tabelle 1). Als Ausländer:innen zählen alle Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.⁹ Der Begriff Ausländer:innen ist dabei kritisch zu sehen, da er nicht diskriminierungssensibel ist. Er wird im Rahmen der Bevölkerungsstatistik sowohl von Statistischen Landesämtern als auch vom Statistischen Bundesamt einheitlich benutzt, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Tabelle 1: Bevölkerungsstand im Land Bremen zum 31.12. des jeweiligen Jahres und Bevölkerungsvorausberechnung, 1970–2041

	1970	1990	2010	2020	2022	Bevölkerungs- vorausberechnung 2031	Bevölkerungs- vorausberechnung 2041
Land Bremen							
Insgesamt	735.452	681.665	660.706	680.130	684.864	691.910	696.132
Männlich	346.220	326.224	321.940	336.390	338.233	342.811	346.353
Weiblich	389.232	355.441	338.766	343.740	346.631	349.099	349.779
Deutsche	717.204	613.481	578.373	550.666	540.716	./.	./.
Ausländer:innen	18.248	68.184	82.333	129.464	144.148	./.	./.
Stadt Bremen							
Insgesamt	592.533	551.219	547.340	566.573	569.396	574.798	578.458
Männlich	278.560	262.876	265.645	279.841	280.842	284.652	287.715
Weiblich	313.973	288.343	281.695	286.732	288.554	290.146	290.743
Deutsche	577.501	493.933	477.054	459.047	450.186	./.	./.
Ausländer:innen	15.032	57.286	70.286	107.526	119.210	./.	./.
Stadt Bremerhaven							
Insgesamt	142.919	130.446	113.366	113.557	115.468	117.112	117.674
Männlich	67.660	63.348	56.295	56.549	57.391	58.159	58.638
Weiblich	75.259	67.098	57.071	57.008	58.077	58.953	59.036
Deutsche	139.703	119.548	101.319	91.619	90.530	./.	./.
Ausländer:innen	3.216	10.898	12.047	21.938	24.938	./.	./.

Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

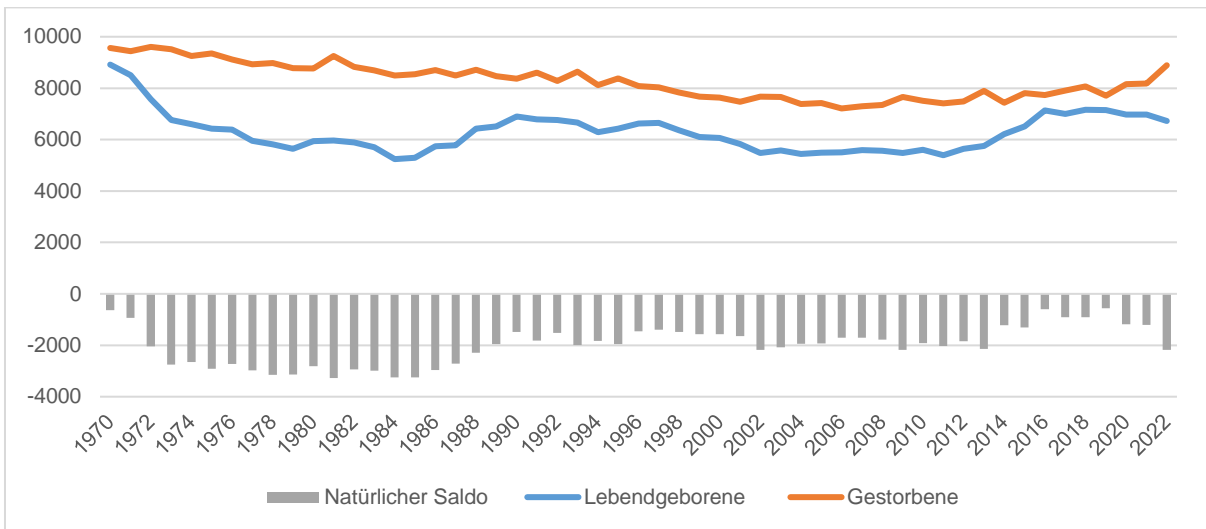
Der natürliche Saldo (Differenz aus Geburten und Sterbefällen) ist im Land Bremen seit den 1970er-Jahren negativ (siehe Abbildung 1, Seite 12). Es sterben somit mehr Personen, als Kinder geboren werden. Seit 2012 ist die Geburtenrate auf konstant höherem Niveau. Im Jahr 2022 ist ein Anstieg der Sterbefälle zu beobachten. Dieser ist nicht alleine durch den demografischen Wandel zu erklären. Als mögliche Ursache wird die Corona-Pandemie diskutiert ([siehe auch Kapitel 3](#)). Der natürliche Saldo

⁸ Vgl. Statistisches Landesamt Bremen: Statistisches Jahrbuch 2021, 2021, S. 38–39.

⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Ausländische Bevölkerung, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Glossar/auslaendische-bevoelkerung.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

zeigt in den Städten Bremen und Bremerhaven einen ähnlichen Verlauf, daher werden in diesem Bericht nur die Landeswerte gezeigt.

Abbildung 1: Natürliche Bevölkerungsentwicklung Land Bremen: Lebendgeborene und Gestorbene und der natürliche Saldo im Land Bremen, 1970–2022

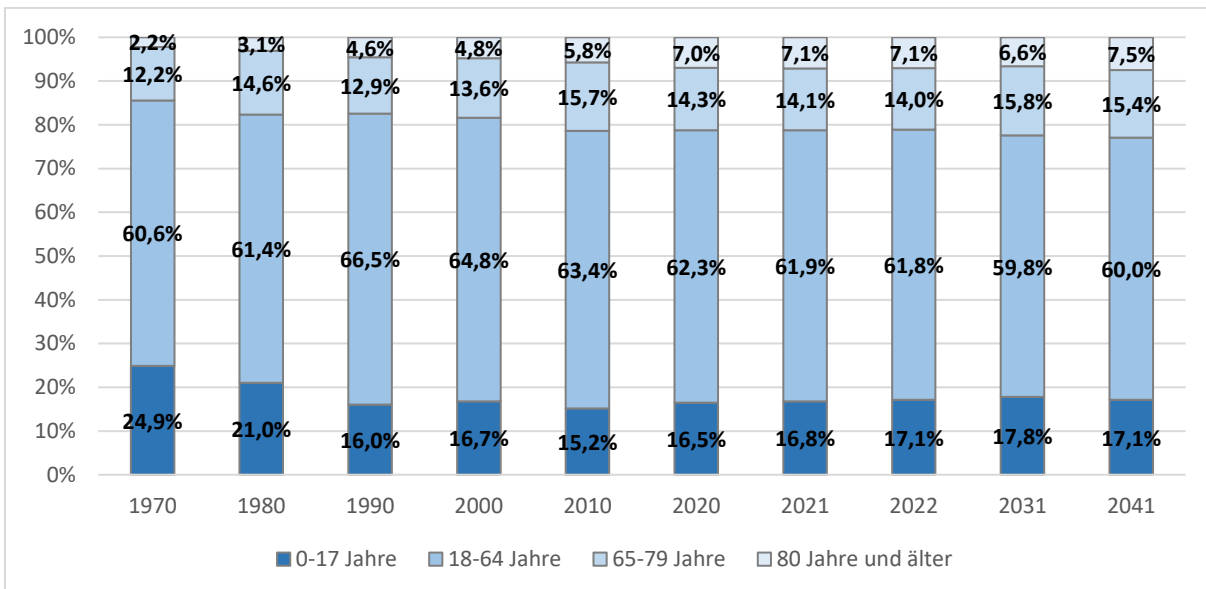


Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Altersstruktur

Die Altersstruktur wird im Wesentlichen durch Geburtenrate, Wanderungsbewegungen und die Lebenserwartung beeinflusst. Abbildung 2 verdeutlicht den Anstieg des Anteils der älteren Altersgruppen 80+. Durch den Geburtenanstieg der letzten Jahre zeigt sich eine Stabilisierung des Anteils der 0–17-jährigen Bevölkerung. Die Städte Bremen und Bremerhaven zeigen eine ähnliche Entwicklung, daher werden in diesem Bericht nur die Landeswerte gezeigt.

Abbildung 2: Altersstruktur im Land Bremen, 1970–2041 (Werte 2031 und 2041: Bevölkerungsvorausberechnung)



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

2 Monitoring Soziale Stadtentwicklung in Bremen und Bremerhaven für 2022

Hintergrund

In den Städten Bremen und Bremerhaven gibt es ein sozialräumliches Monitoring, um Quartiere mit besonderen Handlungsbedarfen zu identifizieren. Hierfür wird regelmäßig u. a. in jeder Stadt auf Ortsteilebene ein Gesamtindex berechnet, in den unterschiedliche Indikatoren einfließen.

Da das sozialräumliche Monitoring die realen sozialen Gegebenheiten und Herausforderungen gut widerspiegelt, werden die Resultate des Monitorings jeweils auf kommunaler Ebene u. a. bei der Mittelzuweisung für Schulen und Kitas berücksichtigt und spielen eine wesentliche Rolle bei städtebaulichen Investitionen und dem Einsatz von Förderprogrammen.

Der Sozialindex, der die Ortsteile den Kategorien sehr niedrig/niedrig, mittel und hoch zuordnet, wird in diesem Bericht zur Analyse von sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten herangezogen. Bei vielen gesundheitlichen Routinedaten liegen oft keine individuellen Daten zur sozialen Lage der Person vor, wie z. B. zum Schulabschluss oder zum Einkommen. Jedoch kann meist auf den Wohnort bzw. den Ortsteil zurückgegriffen werden und jeder Person kann der Sozialindex auf Ortsteilebene zugeordnet werden. In diesem Landesgesundheitsbericht wird diese Art der aggregierten Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten bei den Daten zur Lebenserwartung, zur Säuglingssterblichkeit, der Schuleingangsuntersuchung und des Krebsregisters angewendet.

Datenlimitationen

Aufgrund einer zu geringen Anzahl an Einwohner:innen kann für bestimmte Ortsteile in Bremen und Bremerhaven kein Sozialindex berechnet werden (siehe Abbildungen 3, Seite 15, und Abbildung 4, Seite 17).

Zudem werden bei der Verwendung des Sozialindex zur Analyse von sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten nur aggregierte Informationen auf Ortsteilebene verwendet und jede Person in dem jeweiligen Ortsteil bekommt den gleichen Sozialindex zugeordnet. Rückschlüsse auf sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten auf individueller Ebene sind somit nur bedingt möglich.

Die Sozialindizes aus beiden Städten sind nicht miteinander vergleichbar, weil das Grundprinzip des Gesamtindex darauf abzielt, die Ortsteile der Stadt jeweils ins Verhältnis zum städtischen Durchschnitt der eigenen Stadt zu setzen. Daher eignet sich der Index nur für Vergleiche innerhalb der jeweiligen Stadt. Als Beispiel: Ein Bremerhavener und Bremer Ortsteil haben bei einem Einzelindikator, z. B. der Arbeitslosenziffer, den gleichen Wert. Dieser Wert wird bei der Berechnung des Index ins Verhältnis zum Durchschnitt der jeweiligen Stadt betrachtet. Somit führt dieser gleiche Wert in der Regel zu unterschiedlichen Indexwerten je Stadt.

Daher sollten bei direkten Städtevergleichen die Durchschnittswerte der Einzelindikatoren betrachtet werden. So lag z. B. der Anteil des Regelleistungsbezugs bei Kindern/Jugendlichen in Bremerhaven 2022 um 3 %-Punkte über dem stadtbremischen Wert (31,5 % gegenüber 28,4 %). Auch die Arbeitslosenziffer ist in Bremerhaven um mehr als ein Drittel höher (15,6 % gegenüber 11,4 %). Dies verdeutlicht, unabhängig von der Betrachtung des relativen Sozialindex, dass in der Stadt Bremerhaven tendenziell von noch größeren sozialen Herausforderungen auszugehen ist. Dies zeigt sich wiederum auch beim Vergleich der gesundheitlichen Lage (siehe z. B. [Kapitel 3.1 zur Lebenserwartung](#) oder [Kapitel 4.1 zur Krankenhausdiagnosestatistik](#)).

Sozialräumliches Monitoring in der Stadt Bremen

Seit 2016 gibt es mit dem Monitoring „Soziale Stadtentwicklung Bremen“ ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung von Ortsteilen mit sozialer Benachteiligung. Folgende Ziele wurden formuliert:

- Das Ausmaß einer polarisierenden Entwicklung soll abgebildet werden. Es soll erfasst werden, wie sich die Abstände zwischen den Ortsteilen mit den größten und mit den geringsten sozialen Problemen entwickeln.
- Das Ausmaß sozialer Ungleichheit und die Verteilung von Bevölkerungsgruppen zwischen verschiedenen Teilräumen sollen abgebildet werden.

Bei der Auswahl von Leitindikatoren wurde sich am Ansatz der Lebenslagen aus der Armutsforschung orientiert. Danach sollen die Indikatoren in verschiedenen Lebensbereichen die soziale Situation ausdrücken. Dazu zählen Einkommen, Arbeit, Gesundheit, Wohnen, Bildung, Sicherheit und politische Teilhabe.

Die folgenden sieben lebenslagenbezogenen Indikatoren werden für das Monitoring in der Stadt Bremen herangezogen: Sprachförderbedarf, Nichtabiturquote, Sicherheit, Regelleistungsbeziehende nach SGB II unter 15 Jahren, Regelleistungsbeziehende SGB II über 15 Jahren, Arbeitslosenziffer und Partizipation (Nichtwähler:innen).

Das Monitoring „Soziale Stadtentwicklung Bremen“ bietet für die jeweiligen Indikatoren und Untersuchungsjahre einerseits Hinweise auf die soziale Situation in den einzelnen Ortsteilen und ermöglicht so, potenzielle Häufungen sozialer Problemlagen zu erkennen. Andererseits lassen sich Entwicklungsverläufe der einzelnen Ortsteile als Überblick in den Zeitverlauf einordnen.

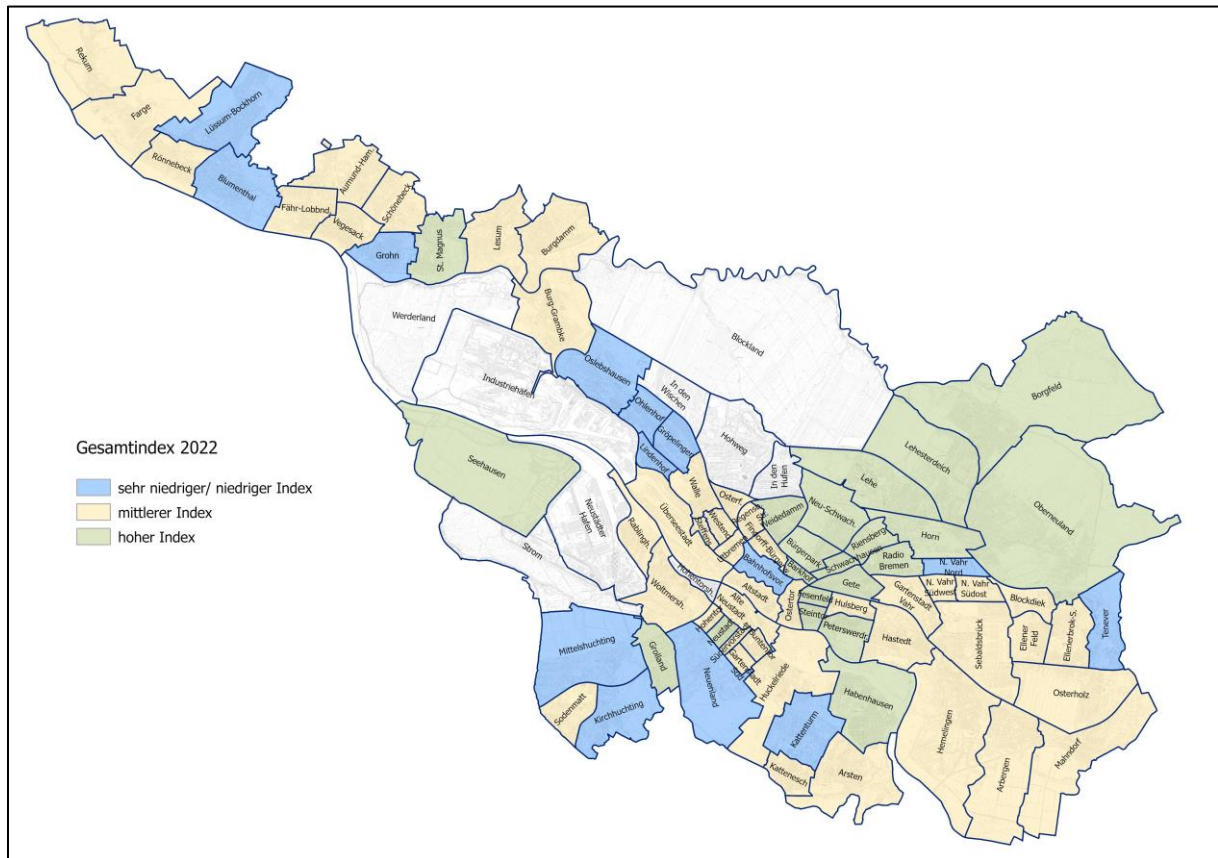
Zur Berechnung der Indices werden die einzelnen oben genannten Indikatoren jeweils in Bezug zum städtischen Durchschnitt gesetzt. Der Mittelwert der einzelnen Indices ergibt den Gesamtindex.¹⁰ Die Indices können nur für Ortsteile berechnet werden, die über 1.000 Einwohner:innen aufweisen.

Für die Stadt Bremen liegen die aktuellsten Werte aus dem Monitoring „Soziale Stadtentwicklung“ für das Jahr 2022 vor. Bei Betrachtung des Gesamtindex weisen fünf Ortsteile einen sehr niedrigen Status, neun Ortsteile einen niedrigen Status, 44 Ortsteile einen mittleren Status und 21 Ortsteile einen hohen Status auf (siehe Abbildung 3).

Die Ortsteile mit einem hohen Status befinden sich überwiegend im Bremer Osten. Die höchsten Werte weisen die Ortsteile Borgfeld und Bürgerpark auf. Bei den Ortsteilen mit einem sehr niedrigen bzw. niedrigen Status gibt es eine Konzentration von vier Ortsteilen im Bremer Westen (Oslebshausen, Ohlenhof, Gröpelingen, Lindenhof). Die Ortsteile Ohlenhof und Gröpelingen weisen die niedrigsten Werte beim Gesamtindex auf.

¹⁰Der Gesamtindex errechnet sich aus dem Mittelwert der sieben z-standardisierten Teilindikatoren. Als Grenzwerte des mittleren Bereichs wurde in Bremen jeweils eine Standardabweichung im Mittel nach oben und unten festgesetzt. Bei mehr als einer Standardabweichung nach oben im Mittel ($z > 1,0$) wird ein hoher Status angenommen. Nach unten wird eine doppelte Differenzierung vorgenommen: einerseits Ortsteile mit einer Abweichung im Durchschnitt zwischen 1,0 und 1,5 Standardabweichungen nach unten ($-1,5 < z < -1,0$ = niedriger Status) und andererseits Ortsteile mit einem gemittelten z-Wert von unter -1,5 (sehr niedriger Status). Damit ergibt sich insgesamt eine Vierertypologie.

Abbildung 3: Gesamtindex Monitoring „Soziale Stadtentwicklung“ der Stadt Bremen für 2022



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Landesamt für Geoinformation Bremen
 Bearbeitung: Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung

Sozialräumliches Monitoring in der Stadt Bremerhaven

Genau wie Bremen nutzt auch Bremerhaven ein sozialräumliches Monitoringsystem, um anhand aussagefähiger kleinräumiger Daten Gebiete mit besonderen sozialen Handlungsbedarfen sowie soziale Entwicklungen auf Sozialraum-Ebene nachvollziehen zu können.

Die Bremerhavener Methodik lehnt sich, einschließlich der ausgewählten Sozialindikatoren, eng an das Monitoring „Soziale Stadtentwicklung in Bremen“ an. Auf Ortsteilebene werden die Indikatoren Regelleistungsbeziehende SGB II unter 15 Jahre und über 15 Jahre, Arbeitslosenziffer, Wahlbeteiligung sowie die Bildungsindikatoren Nichtabiturquote und Sprachförderbedarf verwendet.

In Bremerhaven haben aktuell zwei Ortsteile einen niedrigen Sozialindex (siehe Abbildung 4, Seite 17). Es handelt sich dabei um den Ortsteil Lehe-Goethestraße und den benachbarten, ähnlich strukturierten Ortsteil Twischkamp. Beide Ortsteile sowie auch der ebenfalls benachbarte Ortsteil Klushof liegen überwiegend in dem im Jahr 2023 neu beschlossenen Fördergebiet des Programms „Sozialer Zusammenhalt“.

Durch eine hohe Interventionsintensität konnte sich das Goethequartier in den vergangenen Jahren zwar langsam stabilisieren, allerdings hebt es sich nach wie vor von den übrigen Sozialräumen mit multipler Benachteiligung markant ab.

Im „Sozialräumlichen Monitoring“ lassen sich zudem auch im Kern von Geestemünde (Ortsteil Geestendorf) sowie für die aus den 1950er- bis 1970er-Jahren stammenden Geschosswohnungsquartiere in Leherheide-West im Nordosten und in Grünhöfe im Süden der Stadt besondere Handlungsbedarfe feststellen. Auch diese Gebiete gehören seit Langem zu den Interventionsschwerpunkten der sozialen Stadtentwicklung. Die Statuswerte von Klushof,

Geestendorf, Grünhöfe und Leherheide-West schwankten in den vergangenen Jahren jeweils um den Schwellenwert von -1,0, liegen aktuell aber mit Werten zwischen -0,8 und -0,9 knapp im Bereich „mittlerer Sozialindex“. Dennoch sind sie strukturell zu den Stadträumen mit verfestigter sozialer Teilhabebenachteiligung zu zählen.

Die vorwiegend durch Einfamilienhausbebauung geprägten Siedlungsräume an den Stadträndern sind dagegen fast durchweg durch einen hohen Sozialindex geprägt.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die demografischen und sozialen Gegebenheiten und damit auch die konkreten sozialen Herausforderungen in den genannten benachteiligten Ortsteilen in der Detailbetrachtung sehr differenziert ausfallen. Einflussfaktoren sind beispielsweise die vorhandene Infrastruktur, das Wohnungsangebot und die ethnische/kulturelle Zusammensetzung durch die unterschiedliche Betroffenheit der verschiedenen Migrationsphasen der letzten Jahrzehnte.

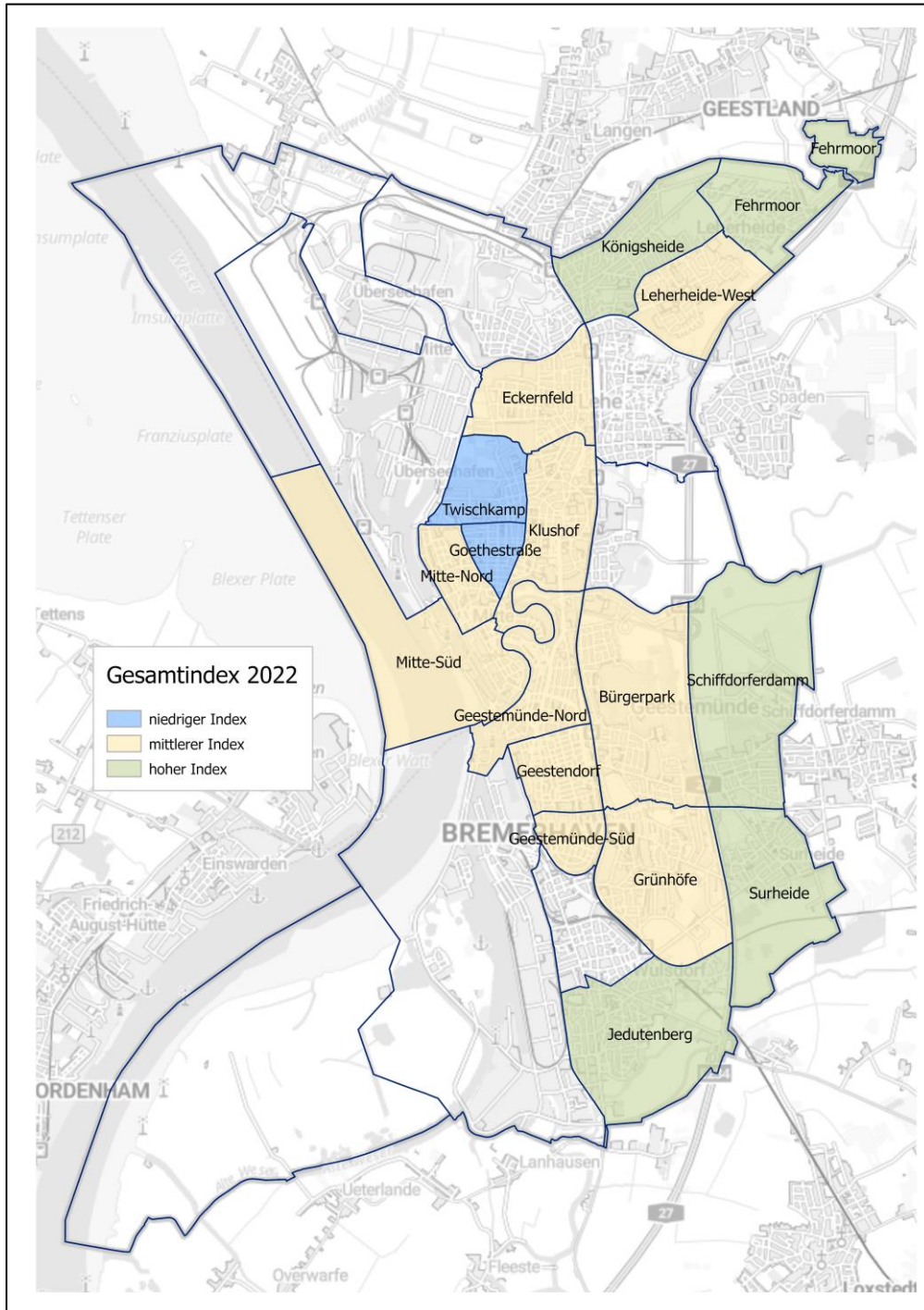
Im Hinblick auf die verwendeten Indikatoren fallen beispielsweise eine extrem niedrige Wahlbeteiligung und sehr niedrige Anteile von Personen mit Abiturabschluss in Leherheide-West auf, während es dort kaum Auffälligkeiten hinsichtlich Sprachförderbedarf und Arbeitslosigkeit gibt. In Geestendorf trägt vor allem die hohe Kinderarmut (SGB II-Bezug unter 15 Jahren) zum niedrigen Sozialstatus bei. Einzig der Ortsteil Lehe-Goethestraße weist bei allen verwendeten Indikatoren deutlich negative Abweichungen von den städtischen Mittelwerten auf (d. h. Einzelwerte von $< -1,0$).

Wie auch in der Stadt Bremen ist die soziale Schere zwischen den Ortsteilen in Bremerhaven sehr deutlich. Dies lässt sich anhand einzelner Indikatoren gut illustrieren. Während die Arbeitslosenziffer in vier bevorzugten Stadtrand-Quartieren bei unter 6 % liegt, belaufen sich die entsprechenden Anteile in den o. g. Quartieren zwischen 18 % und 23 %, in Lehe-Goethestraße sogar bei über 26 %. Beim Sprachförderbedarf liegt die Bandbreite zwischen 16 % und 77 %.

Fazit für beide Städte

Insgesamt sind die Ergebnisse des sozialräumlichen Monitorings nicht überraschend und bestätigen den Bedarf, sich mit zielgenauen Vernetzungs- und Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen.

Abbildung 4: Gesamtindex Monitoring „Soziale Stadtentwicklung“ der Stadt Bremerhaven für 2022



Quelle: Magistrat der Stadt Bremerhaven, Bundesagentur für Arbeit, Landesamt für Geoinformation Bremen
 Bearbeitung: Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung

3 Mortalität

3.1 Lebenserwartung bei Geburt

Hintergrund und Datengrundlage

Die Lebenserwartung ist ein Indikator zur zusammenfassenden Beurteilung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung. Sie fasst die Sterblichkeit einer Bevölkerung zusammen und wird anhand von alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten berechnet. Die Lebenserwartung darf nicht als Prognosewert verstanden werden. Sie erlaubt lediglich Rückschlüsse auf die aktuellen Überlebensverhältnisse und gibt an, wie viele Jahre ein Mensch bei unveränderten Sterberisiken durchschnittlich noch leben würde.

Datenlimitationen

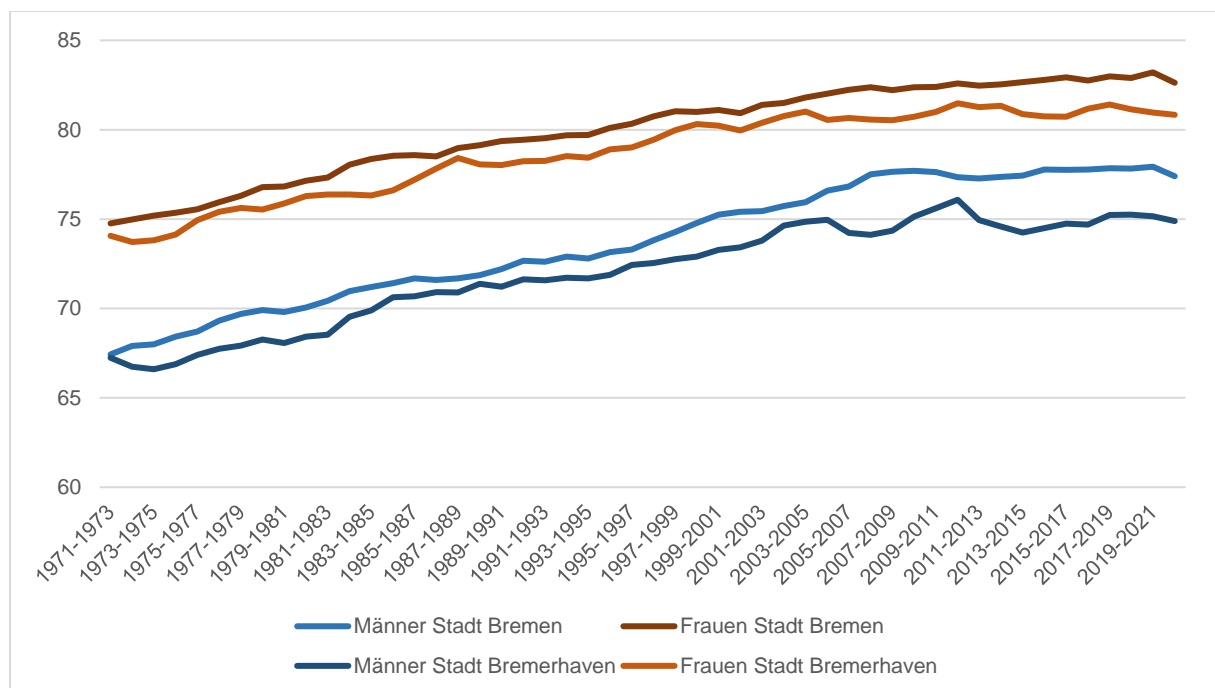
Ergebnisse der Bevölkerungsstatistiken sind als präzise einzustufen, da die Daten aus Vollerhebungen von Verwaltungsabläufen stammen und somit alle meldepflichtigen Personen in Deutschland berücksichtigt werden. Die Vollständigkeit hängt jedoch vom melderechtlichen Verhalten der Bevölkerung ab.¹¹

Ergebnisse

Wie auch in Deutschland hat in Bremen und Bremerhaven die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten zugenommen (siehe Abbildung 5). Seit den 2000ern sind in Bremen und Bremerhaven nur noch geringe Zuwächse in der Lebenserwartung zu verzeichnen. Dies zeigt sich auch deutschlandweit.

In Bremerhaven ist die Lebenserwartung deutlich geringer als in der Stadt Bremen und Deutschland. Dies gilt sowohl für Frauen als auch Männer. In der Stadt Bremen liegt die Lebenserwartung für Frauen und für Männer leicht unter der Lebenserwartung in Deutschland.

Abbildung 5: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren in den Städten Bremen und Bremerhaven, 1971–2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, 2023.

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer. In den letzten Jahren betrug der Unterschied zwischen den Geschlechtern konstant ca. fünf Jahre, und zwar sowohl für Bremen, Bremerhaven und Deutschland (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Lebenserwartung in den Städten Bremen und Bremerhaven sowie Deutschland, 2018–2022

Zeitraum	Stadt Bremen		Stadt Bremerhaven		Deutschland	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2018–2020	77,8	82,9	75,2	81,1	78,6	83,4
2019–2021	77,9	83,2	75,2	81,0	78,5	83,4
2020–2022	77,4	82,6	74,9	80,8	78,3	83,2

Datenquelle: Statistisches Bundesamt (DESTATIS) und Statistisches Landesamt Bremen

Während der Pandemie ist in der Stadt Bremen, der Stadt Bremerhaven sowie auch deutschlandweit die Lebenserwartung sowohl bei Frauen als auch bei Männern gesunken. Folgende Ursachen werden deutschlandweit für den Rückgang der Lebenserwartung vermutet:

- Aufgrund der drei Pandemiejahre sowie des demografischen Wandels gab es zusätzliche Sterbefälle.¹²
- Von der Grippewelle in 2022 waren alle Regionen in Deutschland betroffen und es kam zu einer erhöhten Sterblichkeit.¹³

Deutschlandweit gab es allerdings starke regionale Unterschiede. Während der Pandemie konnten starke Unterschiede zwischen west- und ostdeutschen Bundesländern verzeichnet werden. In 2021 sank insbesondere in Thüringen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Brandenburg die Lebenserwartung. In 2022 stieg sie in diesen vier Ländern jedoch wieder an. Im Gegensatz dazu ist in westdeutschen Bundesländern die Lebenserwartung am stärksten zwischen 2021 und 2022 gesunken.¹⁴ Daten zur Berechnung der Lebenserwartung ab 2023 stehen noch nicht zur Verfügung.

Abbildung 6, Seite 20, bildet die Lebenserwartung nach den drei Kategorien des Sozialindex für die Bremer Ortsteile der Jahre 2020–2022 ab. Für Bremerhaven sind eine solche Berechnung und Darstellung noch nicht möglich, werden aber in den kommenden Jahren angestrebt.

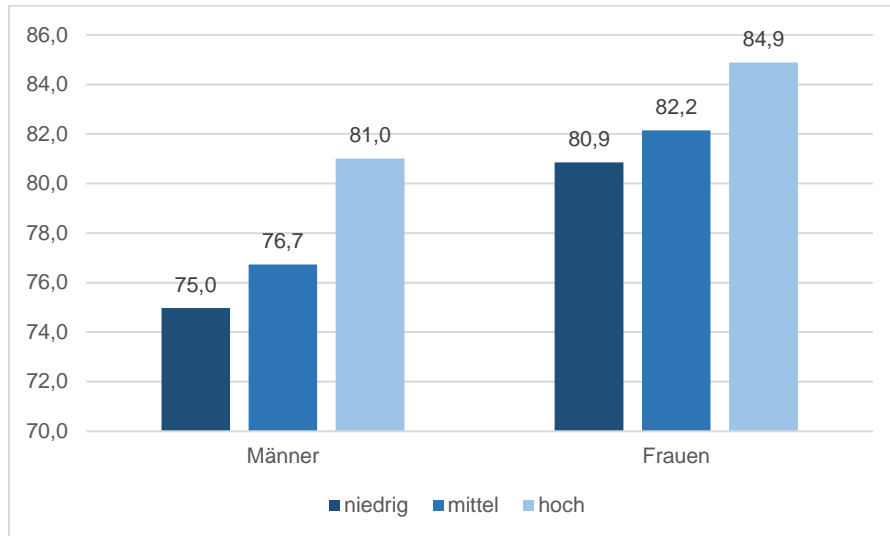
Es zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient. So ist bei Männern die Lebenserwartung in Ortsteilen mit einem niedrigen Sozialindex um sechs Jahre geringer als bei Männern in Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex. Bei Frauen ist der Unterschied etwas geringer und beträgt vier Jahre. Zudem zeigt sich, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in Ortsteilen mit hohem Sozialindex geringer sind (3,9 Jahre) als in Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex (5,9 Jahre).

¹² Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Pressemitteilung Nr. 293 vom 25. Juli 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_293_12621.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

¹³ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Lebenserwartung 2022 in allen Bundesländern unter Vorpandemieniveau, <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-09-06-Lebenserwartung-2022-in-allen-Bundeslaendern-unter-Vorpandemieniveau.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

¹⁴ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Lebenserwartung 2022 in allen Bundesländern unter Vorpandemieniveau, <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-09-06-Lebenserwartung-2022-in-allen-Bundeslaendern-unter-Vorpandemieniveau.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Abbildung 6: Lebenserwartung in Jahren nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremen 2020–2022



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

3.2 Todesursachen und Übersterblichkeit

Hintergrund und Datengrundlage

Eine erhöhte Anzahl von Sterbefällen ist ein Hinweis auf vermehrt auftretende Gesundheitsrisiken innerhalb der Bevölkerung. Die Todesursachenstatistik liefert demnach wichtige Erkenntnisse für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen im Bereich der epidemiologischen Forschung sowie der Prävention und Gesundheitspolitik.¹⁵

Erfasst werden alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die innerhalb des Erhebungsjahres verstorben sind und für die eine Todesbescheinigung ausgestellt wurde. Ausgewertet werden die für die Todesursachenstatistik vorgesehenen Teile der Todesbescheinigung. Aus ihnen wird das sogenannte Grundleiden abgeleitet, also diejenige Todesursache, die als ursächlich für den Tod anzunehmen ist. Für Daten ab 1998 werden die Todesursachen nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – kurz ICD-10 – ausgewertet (ICD für Englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Zudem werden Alter, Geschlecht und Nationalität der verstorbenen Person erfasst.¹⁶

Datenlimitationen

Ungenauigkeiten können sich durch die Angaben der Ärzteschaft und durch die subjektive Auswertung der Todesursachen in den Statistischen Landesämtern ergeben.¹⁷

Die sogenannte Multimorbidität, also das parallele Vorkommen mehrerer Erkrankungen bei einer Person, wird in der Todesursachenstatistik nicht abgebildet. Kodiert wird nur das zum Tode führende Grundleiden. Dies trifft u. a. auch auf COVID-19 zu. In der Todesursachenstatistik werden nur die COVID-19-Sterbefälle gelistet, bei denen COVID-19 als Grundleiden als Todesursache angegeben wurde. Eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes stellte in einem vorläufigen Jahresergebnis für 2022 fest, dass in 2022 bei insgesamt 80.248 Sterbefällen eine COVID-19-Erkrankung festgestellt wurde. Bei einem Anteil von 66 % war COVID-19 das zum Tode führende

¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Todesursachenstatistik, 2022.

¹⁶ Vgl. Statistisches Landesamt Bremen: Statistisches Jahrbuch 2021, 2021, S. 238.

¹⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Todesursachenstatistik, 2022.

Grundleiden, bei 34 % starben die Personen mit COVID-19 als Begleiterkrankung und tauchen somit mit anderer Todesursache in der Statistik auf.¹⁸

Ergebnisse

Tabelle 3, Seite 22, stellt die häufigsten drei Todesursachen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht für das Land Bremen dar. Dabei wurden die drei Jahre 2020–2022 zusammengefasst. Bei den ICD-10-Klassen handelt es sich um Gruppen bzw. Kapitel, die verschiedene Kategorien und Subkategorien einzelner Todesursachen enthalten.¹⁹

Die Tabelle verdeutlicht, dass Krebs sowie Krankheiten des Kreislauf- und Atemsystems am häufigsten vorkommen und in den mittleren und älteren Altersgruppen geschlechtsunabhängig am häufigsten vertreten sind. In den Altersgruppen 35 bis < 64 und 65 bis < 79 sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Krebserkrankungen die häufigste Todesursache ([Details dazu siehe Kapitel 4.2](#)). Diese Ergebnisse decken sich mit der Todesursachenstruktur deutschlandweit.²⁰

Neben Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen werden in den jungen Altersgruppen die Todesursachen häufig der ICD-10-Klasse „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ zugeordnet. Die absolute Anzahl an Todesfällen in diesen Bereichen ist jedoch sehr gering.

Abbildung 7, Seite 23, stellt die Anzahl der Sterbefälle nach Monaten für die Jahre 2019–2023 dar. Dabei sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie im Land Bremen deutlich zu sehen. Im Jahr 2020 waren 2,2 % der Todesfälle auf COVID-19 zurückzuführen, in 2021 4,6 %. Dabei zeigte sich ein saisonales Muster, und die COVID-19-Todesfälle traten gehäuft in den Wintermonaten auf. So waren im Dezember 2020 10,7 % aller Verstorbenen COVID-19-Sterbefälle. Auch diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den deutschlandweiten Daten.²¹

Durch eine monatliche Darstellung lassen sich Übersterblichkeiten feststellen. So zeigt sich für den August 2020 eine höhere Anzahl an Sterbefällen als gewöhnlich, was vermutlich auf die Hitzewelle in diesem Jahr zurückzuführen ist.

¹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Monatsberichte der Todesursachenstatistik mit Fokus auf COVID-19-Sterbefälle (Sonderauswertung), 2023.

¹⁹ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Aufbau der Vierstelligen ausführlichen Systematik der ICD-10-GM, <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Systematik/systematikaufbau.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Todesursachen, 2023.

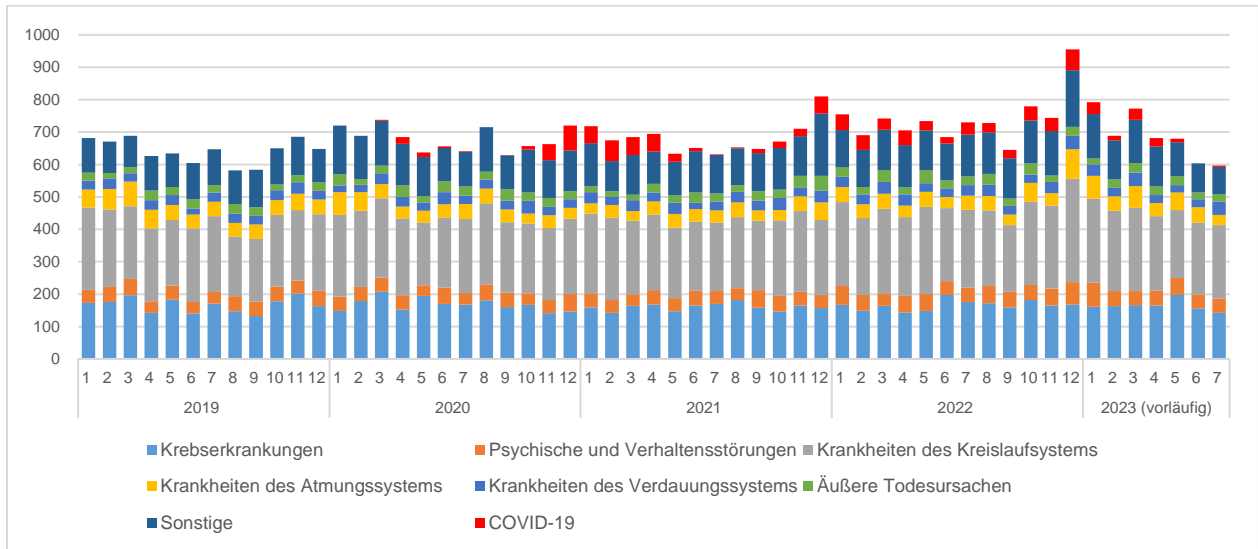
²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Todesursachen, 2023.

Tabelle 3: Die häufigsten Todesursachen im Land Bremen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2020–2022

Alter in Jahren	Rang	Weiblich			Männlich		
		ICD-10 Klasse	Anzahl	Anteil in %	ICD-10 Klasse	Anzahl	Anteil in %
0 bis < 1	1.	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben.	20	44,4	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben.	30	69,8
	2.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	10	22,2	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	6	14,0
	3.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	9	20,0	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	2	4,7
					Krankheiten des Nervensystems	2	4,7
	Sonstige		6	13,3		3	7,0
	Insgesamt		45		43		
1 bis < 14	1.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	14	100,0	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	6	54,5
	Sonstige		0	0,0		5	45,5
	Insgesamt		14			11	
15 bis < 34	1.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	17	25,0	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	46	33,1
	2.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	16	23,5	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	31	22,3
	3.	Krebserkrankungen	12	17,6	Krebserkrankungen	15	10,8
	Sonstige		23	33,8		47	33,8
	Insgesamt		68			139	
35 bis < 64	1.	Krebserkrankungen	553	42,6	Krebserkrankungen	673	26,2
	2.	Krankheiten des Kreislaufsystems	203	15,6	Krankheiten des Kreislaufsystems	630	24,5
	3.	Krankheiten des Verdauungssystems	87	6,7	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	232	9,0
	Sonstige		455	35,1		1 037	40,3
	Insgesamt		1 298			2 572	
65 bis < 79	1.	Krebserkrankungen	1 049	35,2	Krebserkrankungen	1 366	32,1
	2.	Krankheiten des Kreislaufsystems	746	25,0	Krankheiten des Kreislaufsystems	1 233	28,9
	3.	Krankheiten des Atmungssystems	240	8,1	Krankheiten des Atmungssystems	332	7,8
	Sonstige		946	31,7		1 330	31,2
	Insgesamt		2 981			4 261	
80+.	1.	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 462	42,7	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 209	38,8
	2.	Krebserkrankungen	1 135	14,0	Krebserkrankungen	1 122	19,7
	3.	Psychische und Verhaltensstörungen	808	10,0	Psychische und Verhaltensstörungen	362	6,4
	Sonstige		2 698	33,3		1 996	35,1
	Insgesamt		8 103			5 689	

Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Abbildung 7: Sterbefälle im Land Bremen nach Todesursachen inkl. COVID-19, 2019–2023



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

3.3 Säuglingssterblichkeit

Hintergrund und Datengrundlage

Die Säuglingssterblichkeit spiegelt insbesondere in internationalen Vergleichen die Lebensverhältnisse eines Landes wider. Sie bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres und beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind nicht eingeschlossen.²²

Datenlimitationen

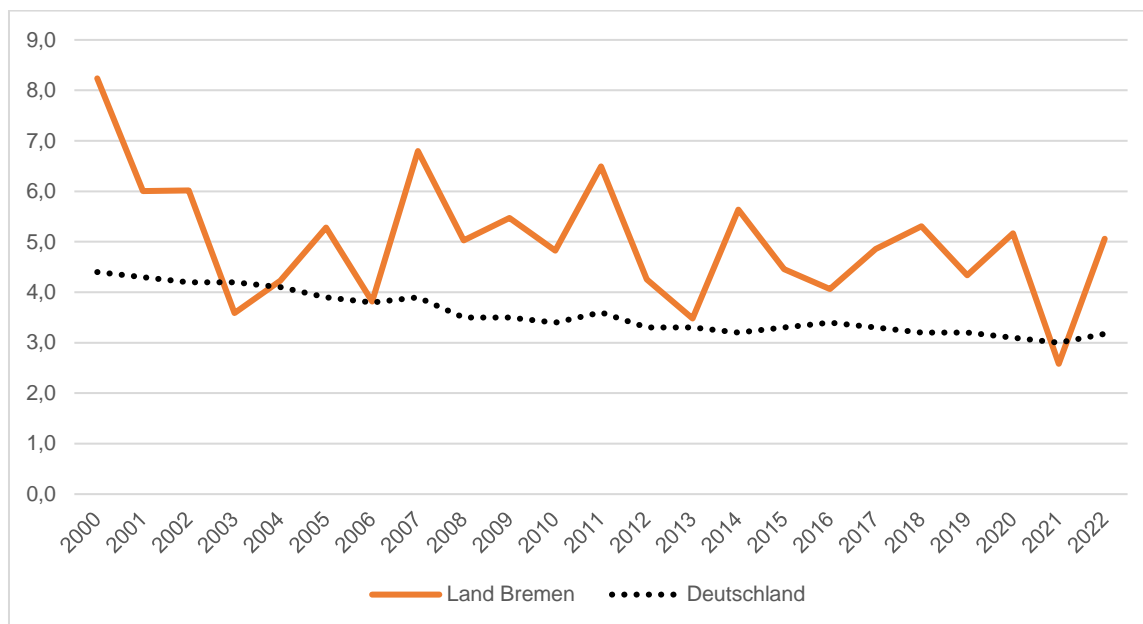
Aufgrund der kleinen Fallzahlen unterliegt die Säuglingssterblichkeit im Land Bremen im Zeitverlauf deutlichen Schwankungen (siehe Abbildung 8, Seite 24). Daher können nur größere Zeiträume verglichen werden, da die Zahlen über mehrere Jahre aufsummiert werden müssen.

Ergebnisse

Im Land Bremen liegt die Säuglingssterblichkeit über dem deutschen Durchschnitt. Sowohl für Deutschland als auch für das Land Bremen ist jedoch ein leichter Rückgang zu erkennen (siehe Abbildung 8, Seite 24).

²² Vgl. zur Nieden, Felix: Säuglingssterblichkeit in Deutschland nach 1990, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): WISTA – Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 2, 2020, S. 61.

Abbildung 8: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene, Land Bremen und Deutschland, 2000–2022



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Die Säuglingssterblichkeit ist bei Jungen generell höher als bei Mädchen. Dies zeigt sich sowohl im Land Bremen als auch deutschlandweit (siehe Tabelle 4). Die genauen Ursachen dafür sind noch Gegenstand der Forschung und noch weitestgehend unbekannt. Aufgrund der kleinen Fallzahlen, insbesondere in Bremerhaven, können keine Rückschlüsse auf regionale Unterschiede gezogen werden.

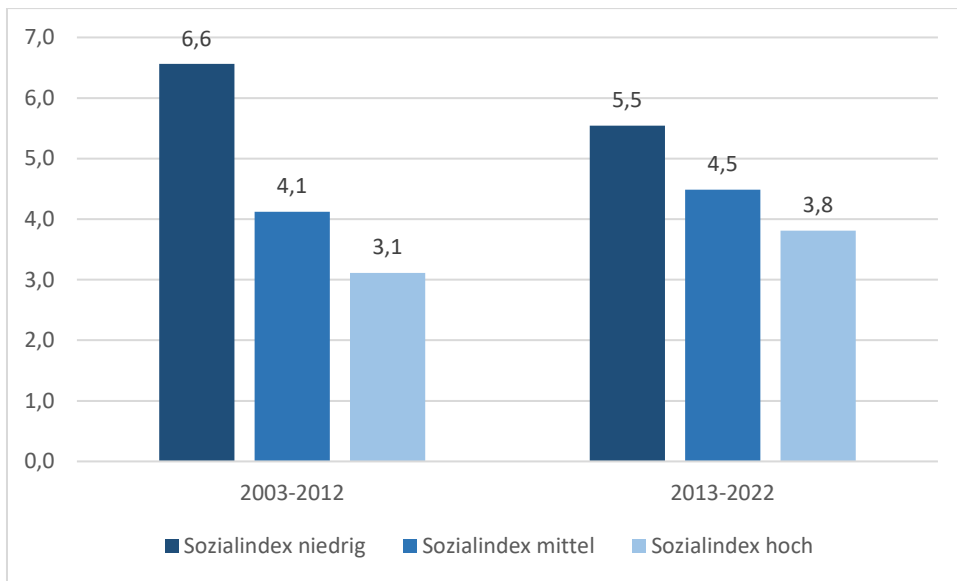
Tabelle 4: Durchschnittliche Sterbefälle im ersten Lebensjahr, differenziert nach Geschlecht, Bremen, Bremerhaven und Deutschland, 2003–2012, 2013–2022

	Im ersten Lebensjahr Gestorbene (2003–2012)				Im ersten Lebensjahr Gestorbene (2013–2022)			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	Anzahl	je 1.000	Anzahl	je 1.000	Anzahl	je 1.000	Anzahl	je 1.000
Bremen	83	3,77	122	5,20	124	4,56	134	4,62
Bremerhaven	25	5,25	45	8,91	19	3,46	27	4,58
Deutschland	11.134	3,35	14.385	4,11	10.894	2,95	13.385	3,44

Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Abbildung 9, Seite 25, zeigt die Säuglingssterblichkeit in den nach Sozialindex gruppierten Ortsteilen für die Zeiträume 2003–2012 und 2013–2022. Es ist ein deutlicher sozialer Gradient erkennbar: Ortsteile in der Stadt Bremen mit einem niedrigen Sozialindex haben eine höhere Säuglingssterblichkeit als Bremer Ortsteile mit einem hohen Sozialindex. Ein Vergleich der zwei Zeiträume zeigt, dass von 2013–2022 die Säuglingssterblichkeit in den Ortsteilen mit einem niedrigen Sozialindex zurückgegangen und in den anderen Ortsteilen konstant geblieben ist. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen in Bremerhaven ist eine solche Gruppierung auf Ortsteilebene nicht aussagekräftig.

Abbildung 9: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene nach dem Sozialindex auf Ortsteilebene der Stadt Bremen, 2003–2012, 2013–2022



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

4 Morbidität

4.1 Diagnosen in der stationären Versorgung

Hintergrund

Die Krankenhausstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder erhebt die im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes gestellten Hauptdiagnosen und liefert damit grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Hierbei handelt es sich um diejenige Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist. Damit können stationäre Behandlungsanlässe der Wohnbevölkerung im Land Bremen dargestellt werden.

Die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser haben den großen Vorteil, dass die stationären Behandlungsanlässe vollständig erfasst werden. So sind Aussagen zum Gesundheitszustand und bestimmten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Bevölkerung möglich.

Datengrundlage

Datengrundlage der Krankenhausbehandlungen bildet die Krankenhausstatistik.²³ Die Krankenhausstatistik wird seit 1991 auf einer bundeseinheitlichen Rechtsgrundlage, der Krankenhausstatistik-Verordnung, von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinsam erstellt. Es handelt sich um eine jährliche Vollerhebung mit Auskunftspflicht, in die alle Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland einbezogen werden. Die Krankenhausstatistik beschreibt die strukturelle Situation der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie die Nutzung dieser Einrichtungen durch die Betroffenen.

Für die Jahre 2017 bis 2021 der Krankenhausstatistik werden die stationären Behandlungsanlässe anhand der ICD-10-Hauptdiagnosen analysiert und allgemeine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Land Bremen gezogen. Bei der Analyse der zehn häufigsten Hauptdiagnosen bleiben die folgenden ICD-10-Hauptdiagnosen unberücksichtigt: O00-O99 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) sowie Z38 (Lebendgeborene nach dem Geburtsort). Z38 stellt die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen dar, wird jedoch für die vorliegenden Analysen nicht als relevant erachtet. Zudem ist zu erwähnen, dass in der amtlichen Statistik die Diagnose Z37 (Resultat der Entbindung) nicht ausgewiesen wird und damit grundsätzlich nicht in den Analysen enthalten ist.

Datenlimitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass Veränderungen in den anlassbezogenen Krankenhaushäufigkeiten nicht notwendigerweise mit Verbesserungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gleichzusetzen sind. So kann sich die Häufigkeit der Aufenthalte in stationären Einrichtungen allein dadurch verändern, dass bestimmte Erkrankungen vermehrt ambulant versorgt werden. Die Anzahl der Erkrankungen verändert sich nicht. Darüber hinaus beeinflussen auch ökonomische Veränderungen wie die Einführung von Fallpauschalen unabhängig von der Verweildauer

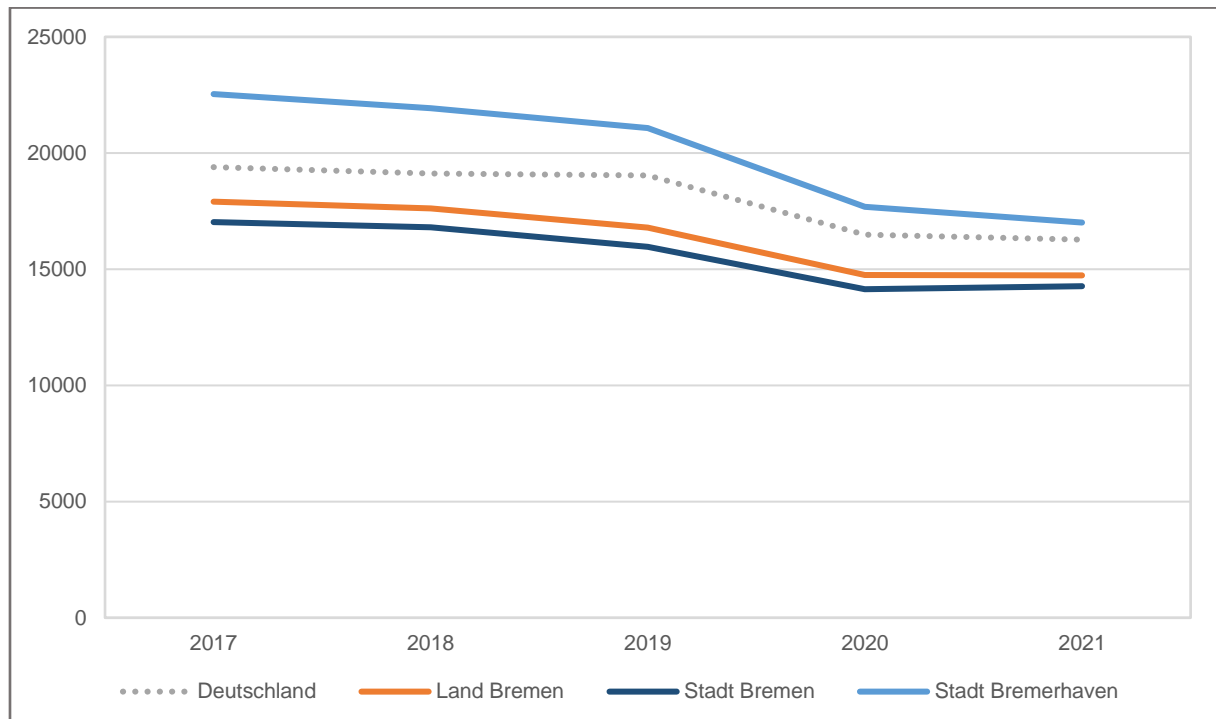
²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Krankenhausstatistik, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/krankenhausstatistik.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

(Diagnostic Related Groups (DRG))²⁴ sowie allgemeine Veränderungen im Kodierverhalten die Ergebnisse im Zeitverlauf.

Entwicklung der Behandlungsanlässe für Krankenhausbehandlungen

Abbildung 10 zeigt für Männer und Abbildung 11, Seite 28, für Frauen die altersstandardisierte Anzahl der in Krankenhäusern vollstationär behandelten Personen nach Wohnort je 100.000 Einwohner:innen (Land Bremen, Stadt Bremerhaven, Stadt Bremen, Deutschland) von 2017 bis 2021. Von 2017 bis 2020 ist für das Land Bremen für Männer und Frauen ein Rückgang der altersstandardisierten Anzahl der in Krankenhäusern vollstationär behandelten Personen nach Wohnort je 100.000 Einwohner:innen zu verzeichnen.

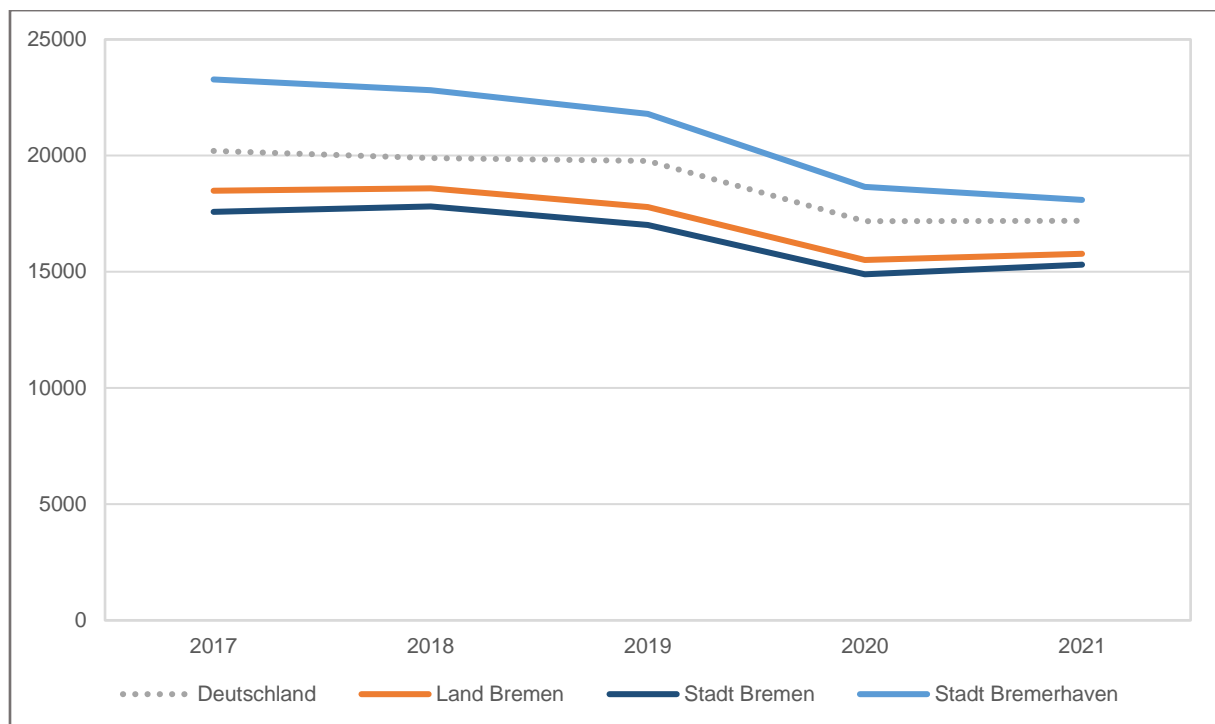
Abbildung 10: stationäre Krankenhausaufenthalte für Männer im Land Bremen, Bremen (Stadt), Bremerhaven sowie Deutschland, altersstandardisiert pro 100.000 Einwohner:innen, 2017–2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausreform, 2023, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Abbildung 11: stationäre Krankenhausaufenthalte für Frauen mit Wohnsitz im Land Bremen, Bremen (Stadt), Bremerhaven sowie Deutschland, altersstandardisiert pro 100.000 Einwohner:innen, 2017–2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Der Vergleich der altersstandardisierten Werte zeigt, dass für die Stadt Bremerhaven im Zeitverlauf mehr Krankenhausaufenthalte als in der Stadt Bremen und Deutschland zu verzeichnen sind. Die altersstandardisierten Werte der Anzahl der Krankenhausaufenthalte für das Land Bremen und für die Stadt Bremen sind dagegen geringer als der bundesweite Durchschnitt. Abbildung 10, Seite 27, und Abbildung 11 zeigen auch, dass der Rückgang der Behandlungsfälle ab 2019 nicht nur für das Land Bremen, sondern auch für Deutschland gilt.

Als Gründe für den Rückgang von Behandlungsanlässen, der bereits vor der COVID-19-Pandemie auftrat, werden ein verändertes Inanspruchnahme- bzw. Einweisungsverhalten bei weniger dringlichen, vermeidbaren oder ambulantisierbaren Behandlungsanlässen aufgeführt.²⁵

Für den Rückgang der Behandlungsanlässe im Krankenhaus, der im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie auftrat, werden verschiedene Ursachen diskutiert. Hierzu gehören gesetzliche regulatorische Maßnahmen und epidemiologische Gründe. Die Lockdowns während der COVID-19-Pandemie werden in Zusammenhang mit einem verminderten Auftreten von bestimmten Erkrankungen gebracht. Beispielsweise war ein Rückgang der Infektionskrankheiten, wie z. B. der Influenza, im Zusammenhang mit Hygienemaßnahmen, wie Kontaktbeschränkungen, zu verzeichnen. Ein verändertes Sozial-, Arbeits- und Freizeitverhalten wird in Zusammenhang mit dem Auftreten weniger Unfälle und Verletzungen gebracht, die eine stationäre Behandlung benötigten.²⁶

²⁵ Vgl. Augurzky, Boris/Reinhard Busse/Alexander Haering/Ulrike Nimptsch/Adam Pilny/Anna Werbeck: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021, RWI-Projektberichte, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Deutschland, 2021.

²⁶ Vgl. Günster, Christian/Dagmar Drogan/Corinna Hentschker/Jürgen Klauber/Jürgen Malzahn/Gerhard Schillinger/Carina Mostert: WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns – Nach ICD-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen, Berlin, Deutschland, 2020, https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/wido-report_fz-entwicklung_lockdown.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

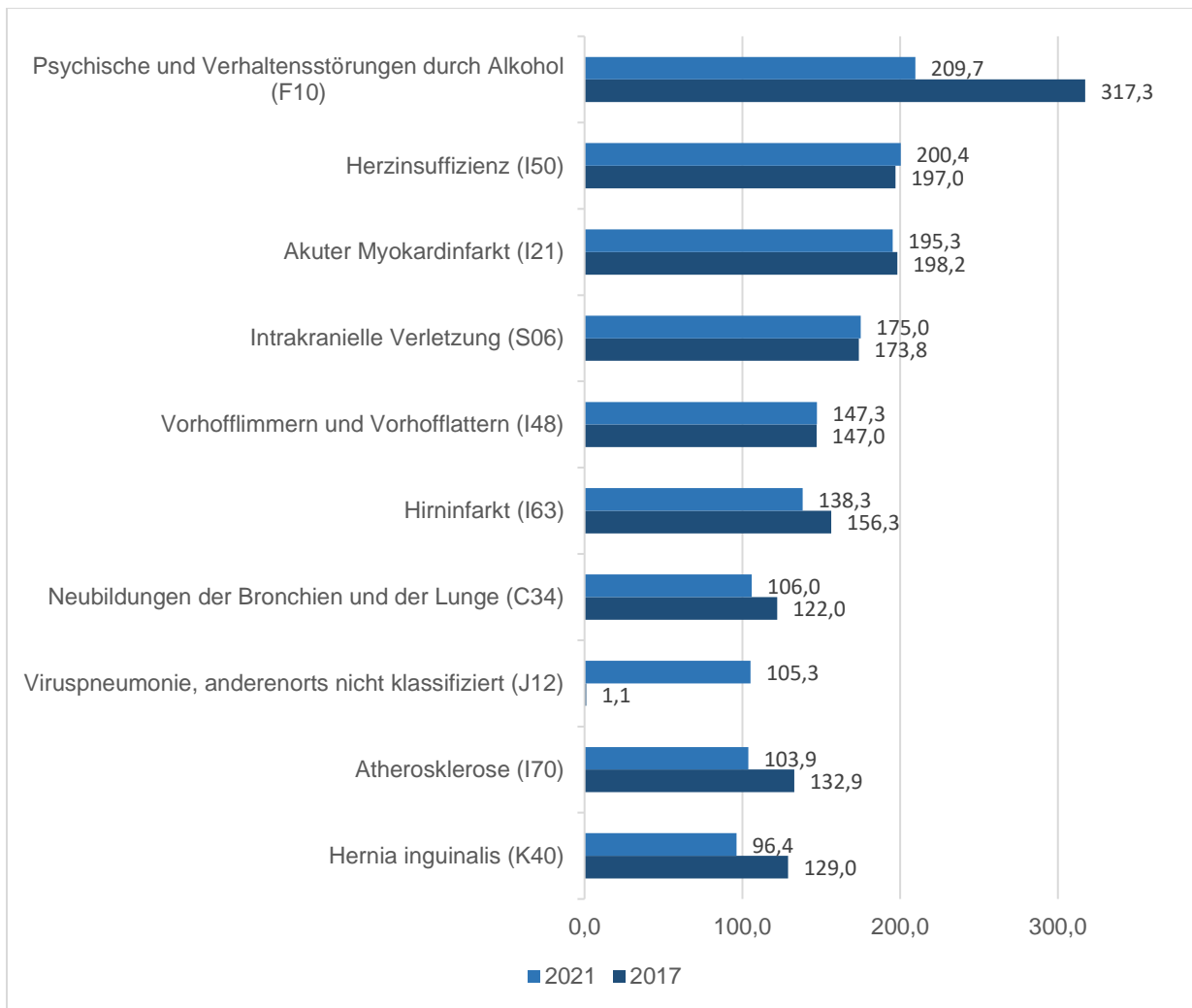
Zudem konnten die Landesgesundheitsbehörden in der COVID-19-Pandemie feste Vorhaltequoten durch Anordnung aufgrund von stark gestiegenen und coronabedingten Krankenhausbehandlungsfällen für die Krankenhäuser erlassen. Im Land Bremen geschah dies für die Krankenhäuser vom 01.11.2020 bis 30.06.2021, vom 08.12.2021 bis 18.04.2022 sowie vom 01.11.2022 bis 06.12.2022. In der Folge mussten elektive Aufnahmen, Operationen und sonstige Eingriffe ausgesetzt werden. Aber auch individuelle Verhaltensweisen der Bürger:innen können eine Rolle für eine Nicht-Behandlung gespielt haben, wie etwa die Sorge vor einer Infektion mit dem Coronavirus bei einer Krankenhausbehandlung. Unterschiedliche Einflussfaktoren dürften sich demnach auf die Anzahl der Behandlungsanlässe ausgewirkt haben, möglicherweise in einem komplexen Zusammenspiel, das den Effekt auf die Reduktion der Krankenhausbehandlungen verstärkte.²⁷

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen in der Stadt Bremen

Für Männer in der Stadt Bremen (siehe Abbildung 12, Seite 30) sind in 2021 Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Herzinsuffizienz (I50), akuter Myokardinfarkt (I21), intrakranielle Verletzung (S06) und Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) die häufigsten Behandlungsanlässe. Die häufigsten Behandlungsanlässe 2021 für Frauen in der Stadt Bremen (siehe Abbildung 13, Seite 31) sind dagegen Herzinsuffizienz (I50), intrakranielle Verletzung (S06), Fraktur des Femurs (S72), Cholelithiasis (Gallensteine) (K80) und bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma) (C50).

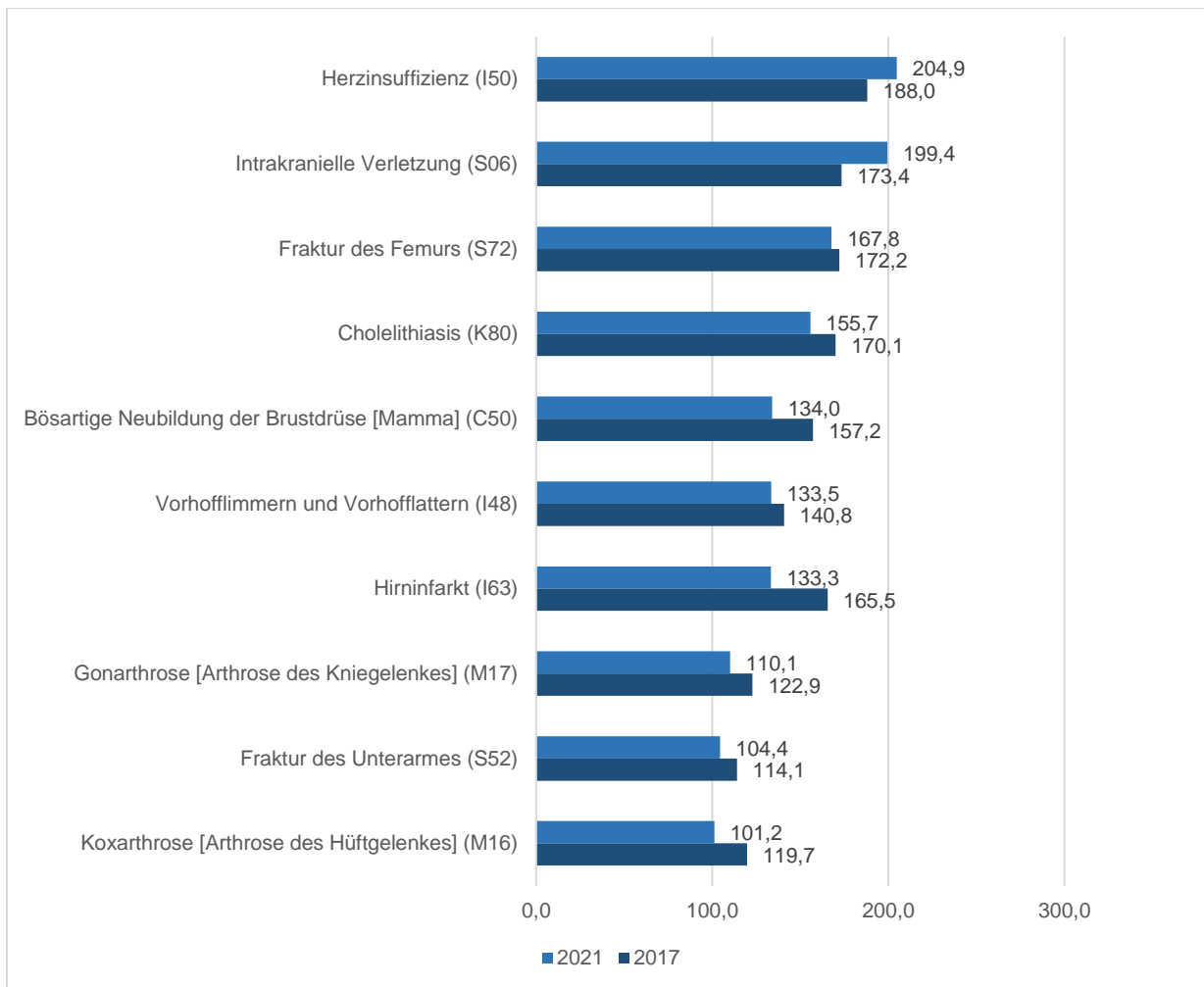
²⁷ Vgl. Günster et al., 2020.

Abbildung 12: die zehn häufigsten Diagnosen bei Männern mit Wohnsitz in der Stadt Bremen pro 100.000 Einwohner:innen, 2017 und 2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Abbildung 13: die zehn häufigsten Diagnosen bei Frauen mit Wohnsitz in der Stadt Bremen pro 100.000 Einwohner:innen, 2017 und 2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

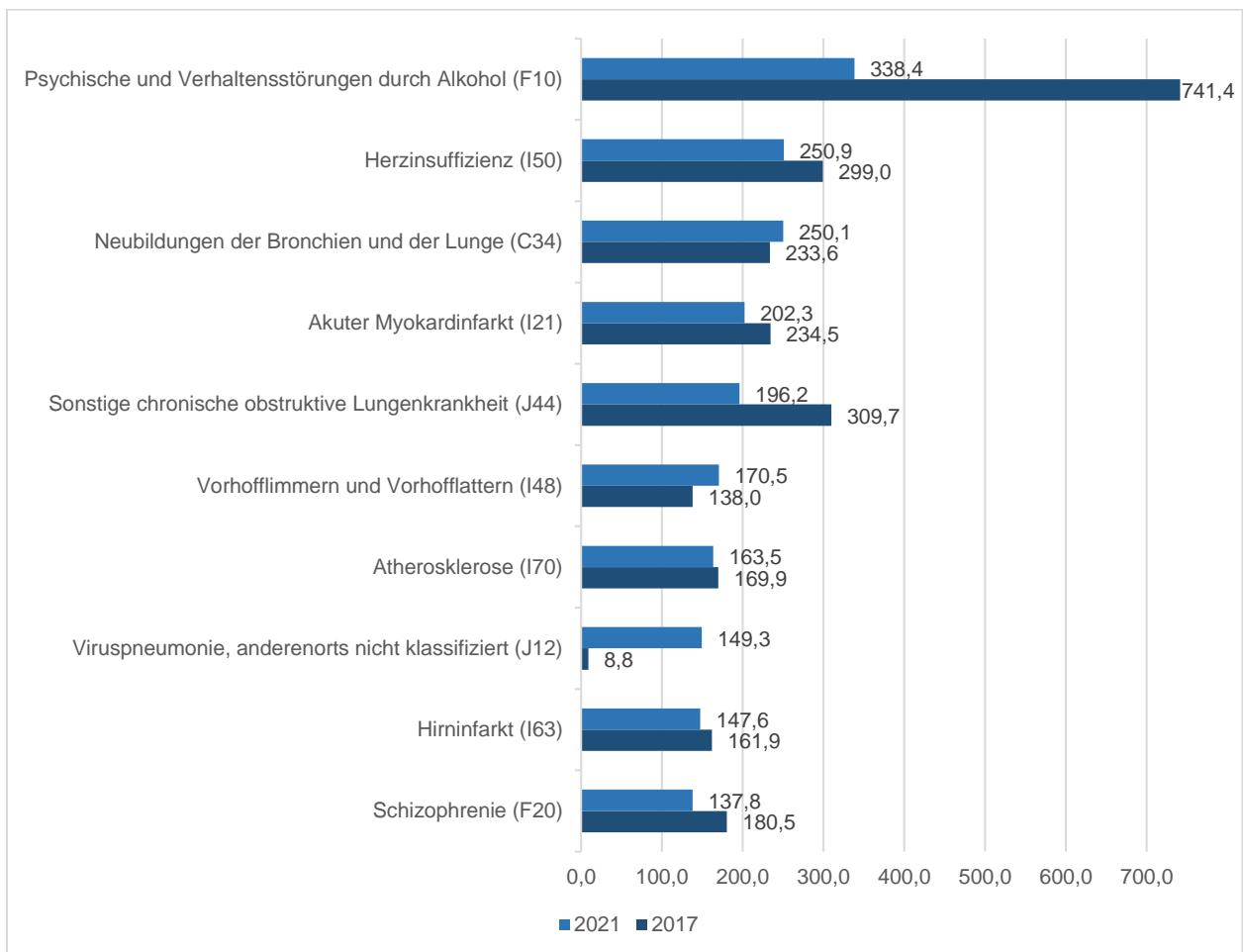
Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen in Bremerhaven

Für Männer in der Stadt Bremerhaven (siehe Abbildung 14, Seite 32) sind in 2021 Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Herzinsuffizienz (I50), bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (C34), akuter Myokardinfarkt (I21) und sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44) die häufigsten Behandlungsanlässe. Die häufigsten Behandlungsanlässe 2021 für Frauen in der Stadt Bremerhaven sind dagegen Herzinsuffizienz (I50), Cholelithiasis (Gallensteine) (K80), Fraktur des Femurs (S72), sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44) sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) (siehe Abbildung 15, Seite 33).

In der Stadt Bremerhaven ist die hohe Anzahl an Behandlungsanlässen für Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) zunächst auffällig, die insbesondere bei Männern zu verzeichnen ist (siehe Abbildung 15, Seite 33). In Bremerhaven erfolgt jedoch häufig eine Unterbringung von schwer alkoholisierten Personen in einem Krankenhaus. Dieses geschieht zwar im Rahmen des Polizeigewahrsams, dient aber zur Überwachung des Gesundheitszustandes der entsprechenden Personen. So ist die vergleichsweise hohe Anzahl an Behandlungsanlässen für Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) erklärbar. Die Behandlung von Betroffenen mit Suchterkrankungen, wie z. B. Alkoholsucht, kann in den Behandlungszentren der entsprechenden Kliniken in Bremen und Bremerhaven und im Suchtberatungszentrum der Arbeiterwohlfahrt erfolgen.

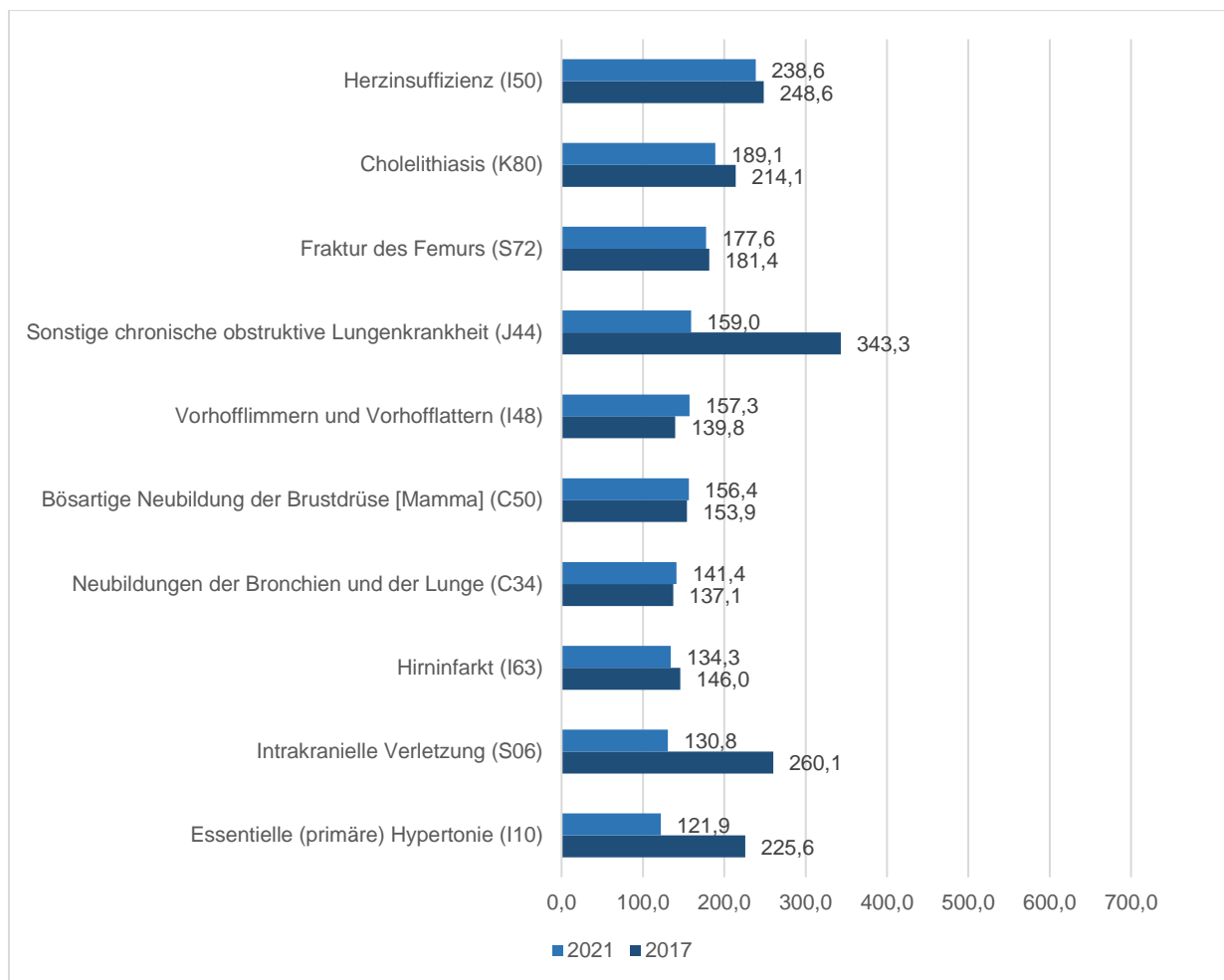
In der Stadt Bremen und Bremerhaven ist in 2021 unter den zehn häufigsten Behandlungsanlässen auch die Lungenentzündung, hervorgerufen durch einen Virus (Viruspneumonie (J12)), zu verzeichnen, die andernorts nicht klassifiziert ist (siehe z. B. Männer Stadt Bremen in Abbildung 12, Seite 30, und Männer Stadt Bremerhaven in Abbildung 14). Deutlich ist hierbei jeweils der Anstieg des Behandlungsanlasses Viruspneumonie, der anderenorts in 2021 im Vergleich zu 2017 nicht klassifiziert (J12) ist. Der Anstieg in 2021 ist vermutlich auf den Erreger SARS-CoV-2 und die dadurch ausgelösten Lungenentzündungen zurückzuführen.

Abbildung 14: die zehn häufigsten Diagnosen bei Männern mit Wohnsitz in der Stadt Bremerhaven pro 100.000 Einwohner:innen, 2017 und 2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Abbildung 15: die zehn häufigsten Diagnosen bei Frauen mit Wohnsitz in der Stadt Bremerhaven pro 100.000 Einwohner:innen, 2017 und 2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Maßnahmen

Laufende Maßnahmen

- Erarbeitung eines Handlungskonzepts für suchtspezifische Hilfsangebote

Maßnahmenbeschreibung



Das Fachreferat der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz wird auf die Kostenträger zuzugehen und mit diesen an einem Handlungskonzept arbeiten, das in Kooperation mit den verschiedenen Krankenhäusern Menschen anspricht, die auf nicht suchtspezifischen Fachabteilungen behandelt werden, jedoch ein problematisches Konsumverhalten aufweisen. Dabei soll es um die Ansprache und die Vermittlung von suchtspezifischen Informationen und Hilfsangeboten gehen, wodurch eine kritische Reflexion des Konsums, eine Risikosensibilisierung und der Abbau von Ängsten vor höherschweligen Angeboten der Suchthilfe angeregt werden sollen.

4.2 Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit

Hintergrund

Deutschlandweit erkrankten im Jahr 2019 über 502.000 Menschen neu an einer Krebserkrankung.²⁸ Für das Jahr 2022 wurde ein Anstieg auf 510.200 Krebsneuerkrankungen prognostiziert. Grund dafür ist vor allem der demographische Wandel, da die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, mit steigendem Alter zunimmt.

Neben dem Tabakkonsum sind Übergewicht, Bewegungsmangel und der Konsum von Alkohol sowie auch viel rotem Fleisch bedeutende Entstehungsfaktoren von Krebs. Ebenso stehen verschiedene Virusinfektionen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, beispielsweise erhöhen Infektionen mit HPV das Risiko für Gebärmutterhalskrebs und Infektionen mit Hepatitis B oder C das Risiko für Leberkrebs. Auch berufliche Expositionen, wie beispielsweise durch Asbest, spielen bei der Entwicklung von Krebserkrankungen eine Rolle. Wenn diese Risikofaktoren eliminiert würden, könnten laut WHO weltweit mehr als 30 % der Krebstodesfälle vermieden werden.²⁹

Für eine bestmögliche Versorgung der an Krebs erkrankten Personen müssen die vorhandenen Ressourcen optimal genutzt werden. Es braucht ein gutes Netz an medizinischer Versorgung mit spezialisierten Zentren sowie eine hohe Qualität von Diagnostik und Behandlung gemäß den aktuellen Empfehlungen. Zur Bewältigung dieser Aufgabe werden u. a. folgende Informationen benötigt: Wie viele Krebserkrankungen treten tatsächlich auf? Wie haben sich die Erkrankungszahlen in den letzten Jahren entwickelt? Gibt es regionale Unterschiede und sind Männer und Frauen gleichermaßen betroffen? Welche Therapien werden eingesetzt und wie sind die Überlebenschancen?

Zu diesen Fragen liefern die in allen Bundesländern landesweit eingerichteten Krebsregister verlässliche Zahlen, indem sie nach international vereinbarten Regeln die Häufigkeit und den zeitlichen Verlauf von Krebserkrankungen sowie die durchgeführten Therapien und deren Erfolg registrieren und auswerten. Die Ziele der Krebsregistrierung sind die Erforschung der Ursachen von Krebserkrankungen, die Entwicklung von wirkungsvollen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie die Verbesserung der Versorgung von Betroffenen. Dafür werden die gesammelten Daten auch anderen Wissenschaftler:innen für die Erforschung zur Verfügung gestellt.

Datengrundlage: das Krebsregister im Land Bremen

Krebsregister erfassen auf gesetzlicher Grundlage bevölkerungsbezogen Daten zu Diagnose, Therapie und Verlauf von Krebserkrankungen nach einem einheitlichen Datensatz und nach standardisierten Regeln. Für Kliniken und Praxen, die an der onkologischen Versorgung im Land Bremen teilnehmen, besteht eine Meldepflicht. Die Vollständigkeit und Datenqualität werden sowohl im Register als auch auf Bundesebene vom Zentrum für Krebsregisterdaten regelmäßig geprüft. Seit dem Jahr 2000 werden die international vorgegebenen Zielwerte vom Bremer Krebsregister erreicht. In der Auswertung unterscheidet man zwischen wohnort- und behandlungsortbezogenen Analysen. Bei den wohnortbezogenen Analysen werden nur Erkrankte einbezogen, die im Land Bremen wohnhaft sind. Bei den behandlungsortbezogenen Analysen hingegen werden auch Krebserkrankte aus anderen

²⁸ Vgl. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage, in: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten, 2023, https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

²⁹ Vgl. Zentrum für Krebsregisterdaten: Das Krebsrisiko lässt sich beeinflussen, 2016, https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/ZFKD/Archiv/weltkrebstag_2016.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bundesländern berücksichtigt, die in Bremen oder Bremerhaven behandelt wurden. In diesem Bericht wurden wohnortbezogene Daten ausgewertet.

Für die Gruppe der Krebsneuerkrankungen wurden jeweils alle bösartigen Neubildungen mit einem Code nach ICD-10: C00–C97 ausgewertet unter Ausschluss der nichtmelanozytären Krebserkrankungen (ICD-10: C44), auch bekannt unter den Synonymen heller oder weißer Hautkrebs.

Aufgrund der kleinen Bezugsbevölkerung in Bremen sind zufallsbedingte Schwankungen in den Neuerkrankungszahlen zwischen den einzelnen Jahren nicht unüblich. Um stabilere Werte zu erhalten, wurden daher die Neuerkrankungszahlen jeweils immer über drei Jahre gemittelt. Für das Jahr 2021 z. B. wurde der Mittelwert aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 gebildet.

Zur Beurteilung der „nur auf Krebs bezogenen“ Sterblichkeit wurde das relative Überleben ermittelt. Hierzu wird – unter Berücksichtigung gleichen Alters und Geschlechts – das Überleben der Erkrankten ins Verhältnis zur Bevölkerung des Landes Bremen gesetzt. Eine relative Überlebensrate von 100 % bedeutet hierbei, dass die Sterblichkeit unter den Krebserkrankten genauso groß ist wie in der Referenzbevölkerung.

Datenlimitationen

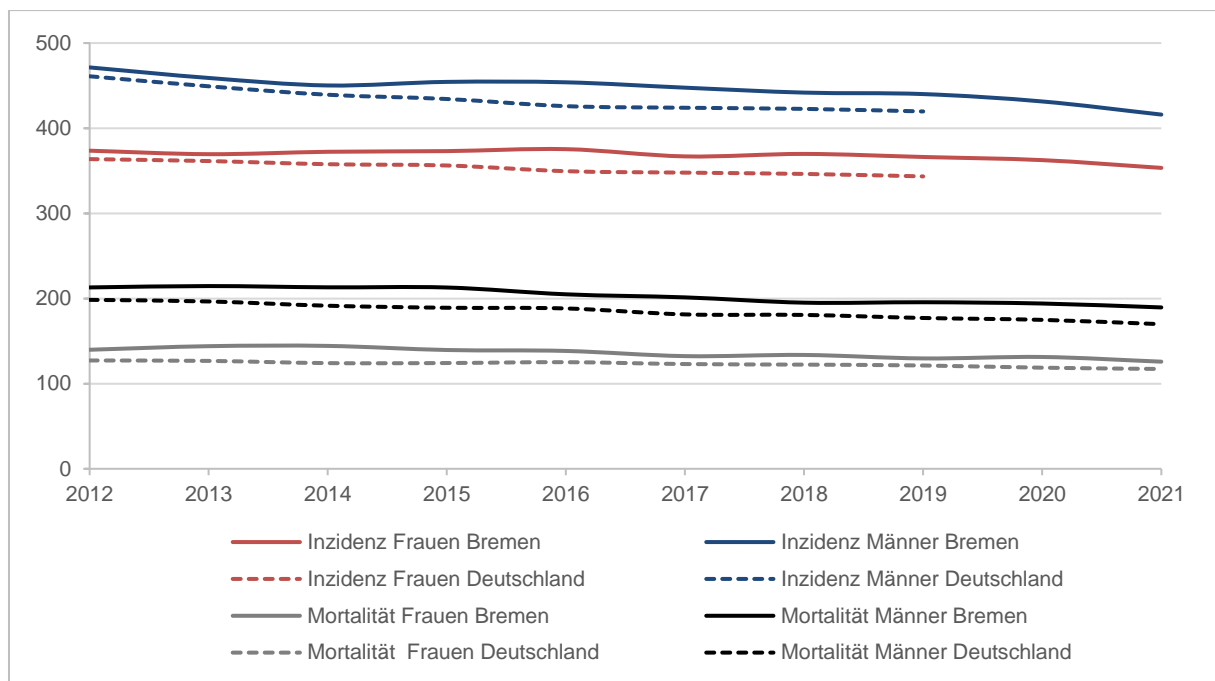
Limitationen für Auswertungen ergeben sich vor allem durch die Begrenzung des Datensatzes, da keine Risikofaktoren, wie z. B. der Tabakkonsum, die Berufsanamnese oder andere Umstände, die das Krebsrisiko erhöhen, erfasst werden. In der hier vorgestellten kleinräumigen Analyse konnte indirekt über die Kategorisierung des Wohnorts den Erkrankungen bzw. den erkrankten Personen ein Sozialindex ([siehe Kapitel 2](#)) zugeordnet werden und so auf mögliche Ursachen der räumlichen Unterschiede in der Krebsinzidenz rückgeschlossen werden. Aussagen über die tatsächliche Ursache für die Krebserkrankung auf individueller Ebene sind allerdings so nicht möglich. Solche exakten Aussagen können epidemiologische Studien, wie beispielsweise die Nationale Kohorte, liefern, die die Risikofaktoren für einzelne Individuen umfassend erheben.

Entwicklungen im Land Bremen und Deutschland

Im Land Bremen sind, gemittelt über die Jahre 2019 bis 2021, jedes Jahr etwa 4.030 Menschen neu an Krebs erkrankt, davon etwa 2.085 Männer und 1.945 Frauen. Im Verhältnis zur Bevölkerung sind das 620 Männer je 100.000 Einwohner und 566 Frauen je 100.000 Einwohnerinnen. In diesem Zeitraum sind außerdem durchschnittlich 1.996 Einwohner:innen des Landes Bremen pro Jahr an einer Krebserkrankung verstorben, darunter 1.039 Männer und 867 Frauen.³⁰ Abbildung 16, Seite 36, zeigt den Verlauf der altersstandardisierten Krebsneuerkrankungsraten in Bremen und in Deutschland.

³⁰ Vgl. Bremer Krebsregister: Krebs in Bremen, in: Interaktiver Bericht, 2023, <https://www.krebsregister.bremen.de/interaktive-berichte/#/general/intro> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Abbildung 16: altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten je 100.000 Einwohner:innen für Krebs insgesamt (C00-C97, ohne C44) bei Männern und Frauen in Deutschland und im Land Bremen, 2012–2021

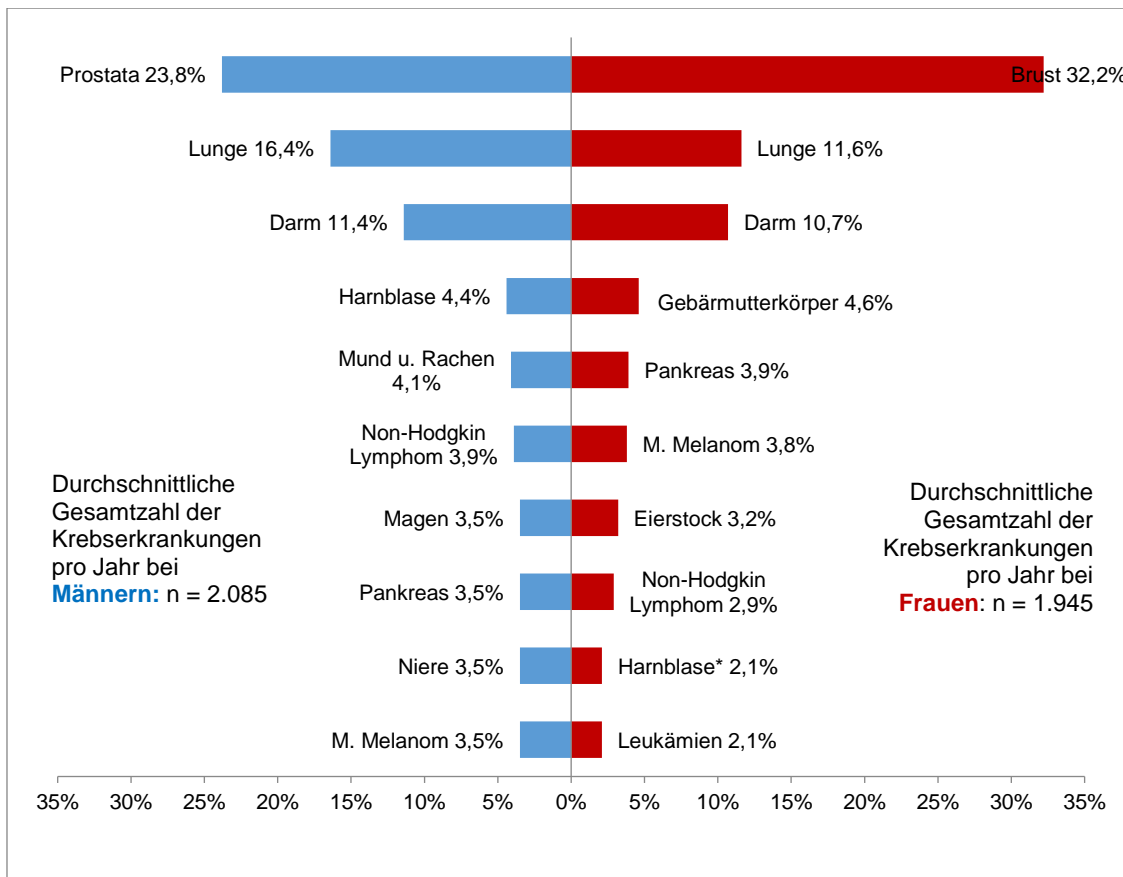


Datenquelle: Bremer Krebsregister

Die Neuerkrankungsraten für Bremen lagen in früheren Jahren knapp über den für Deutschland geschätzten Raten. Ab 2014 lagen die Neuerkrankungsraten deutlich über dem Bundesniveau. Ein Grund dafür könnte die klinische Registrierung sein, die im Bremer Krebsregister 2015 eingeführt wurde. Dadurch weitete sich die Meldepflicht auf die behandelnde Ärzteschaft im Land Bremen aus, was zu einem Anstieg der Tumormeldungen führte. In jüngeren Jahren sind die Neuerkrankungsraten für Bremen gesunken, ein Vergleich mit Deutschland ist jedoch aufgrund fehlender Schätzungen noch nicht möglich.

Eine Auswertung der einzelnen Jahre zeigt einen leichten Abfall der Inzidenzraten (Neuerkrankungen). Bei Frauen lag die altersstandardisierte Inzidenzrate bei 365 Krebsneuerkrankungen pro 100.000, im Jahr 2019 bei 345 bzw. 351 pro 100.000 Einwohnerinnen in den Pandemie Jahren 2020 und 2021. Bei Männern ist die Inzidenz von 439 pro 100.000 in 2019 auf 420 bzw. 388 pro 100.000 Einwohnern in den Jahren 2020 und 2021 gesunken. Das Absinken der Inzidenz könnte ein Hinweis darauf sein, dass weniger Menschen während der Pandemie ärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, wodurch weniger Krebserkrankungen festgestellt wurden. Allerdings kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass es sich hierbei um einen allgemeinen Inzidenzrückgang von Krebserkrankungen handelt.

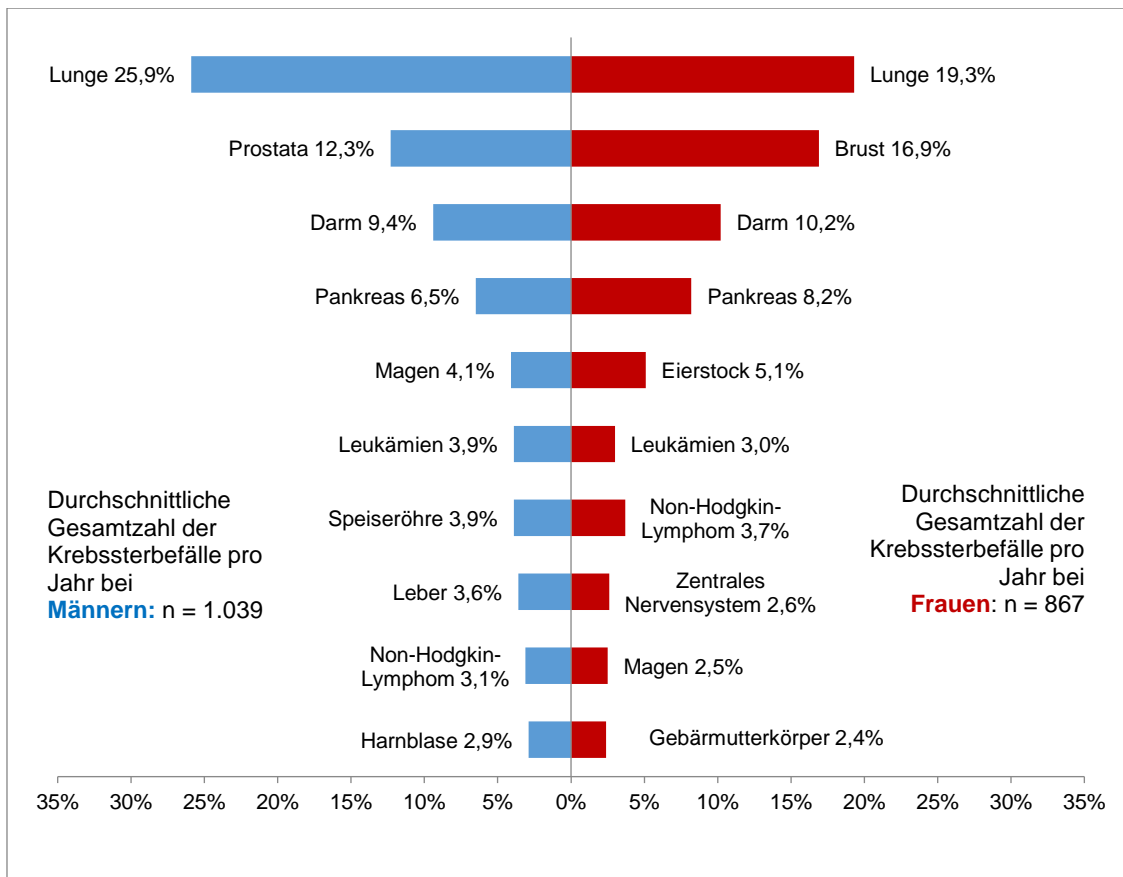
Abbildung 17: prozentualer Anteil der zehn häufigsten Krebsneuerkrankungen (ohne nicht melanozytäre Hauttumore, C44) im Land Bremen bei Männern und Frauen, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

Insgesamt erkranken und versterben Männer häufiger an Krebs als Frauen. Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist Prostatakrebs, bei Frauen ist es Brustkrebs. Danach folgen geschlechtsunabhängig Lungen- und Darmkrebs (siehe Abbildung 17). Diese Krebsformen machen bei jeweils Männern und Frauen einen Anteil von über 50 % aller Krebsneuerkrankungen aus. Im Vergleich zum Landesgesundheitsbericht aus dem Jahr 2019 hat sich die Reihenfolge bei Frauen geändert. Statt Darmkrebs ist nun Lungenkrebs die zweithäufigste Krebserkrankung.

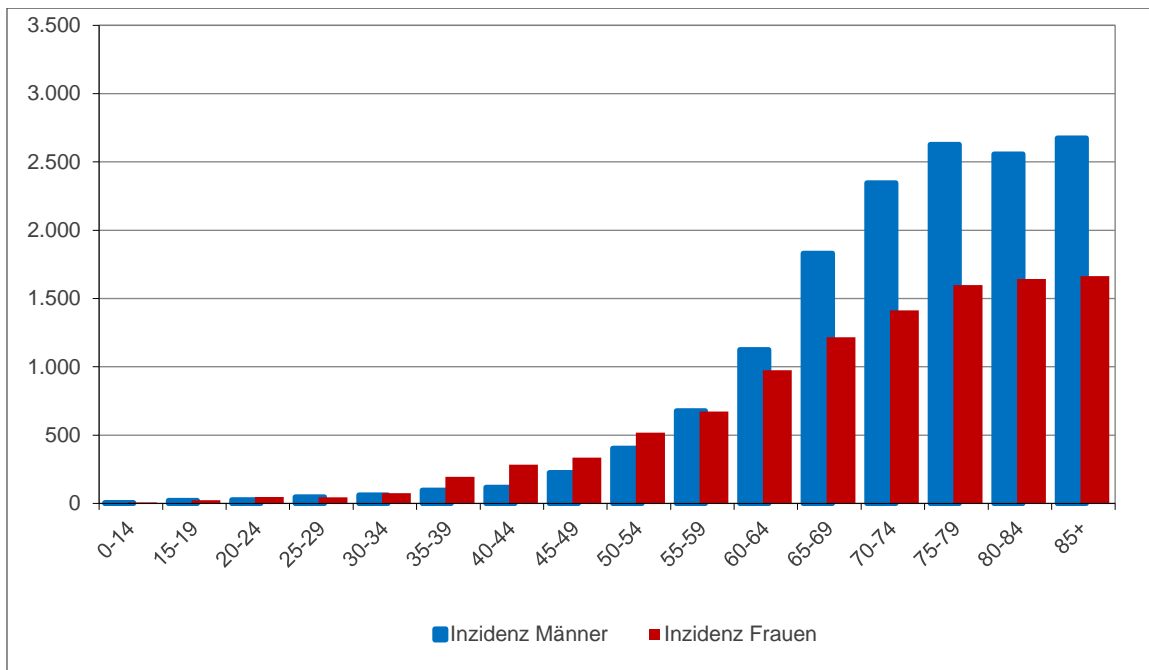
Abbildung 18: prozentualer Anteil der zehn häufigsten Krebstodesursachen (ohne nicht melanozytäre Hauttumoren, C44) im Land Bremen bei Männern und Frauen, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

Bei der Krebssterblichkeit belegt Lungenkrebs sowohl für Frauen als auch für Männer den obersten Rang (siehe Abbildung 18). Ursächlich dafür ist der überwiegend ungünstige Verlauf dieser Erkrankung: Nicht einmal 25 % der Lungenkrebskranken überleben länger als fünf Jahre. Anders sieht es bei Tumoren der Brust sowie der Prostata aus: Zwar stellt Brustkrebs mit über 30 % die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen dar, jedoch tritt sie nur bei etwa 17 % der Fälle als Todesursache auf. Bei Männern machen Tumore der Prostata rund 24 % der Krebsneuerkrankungen aus, aber nur 12 % der Krebstodesfälle.

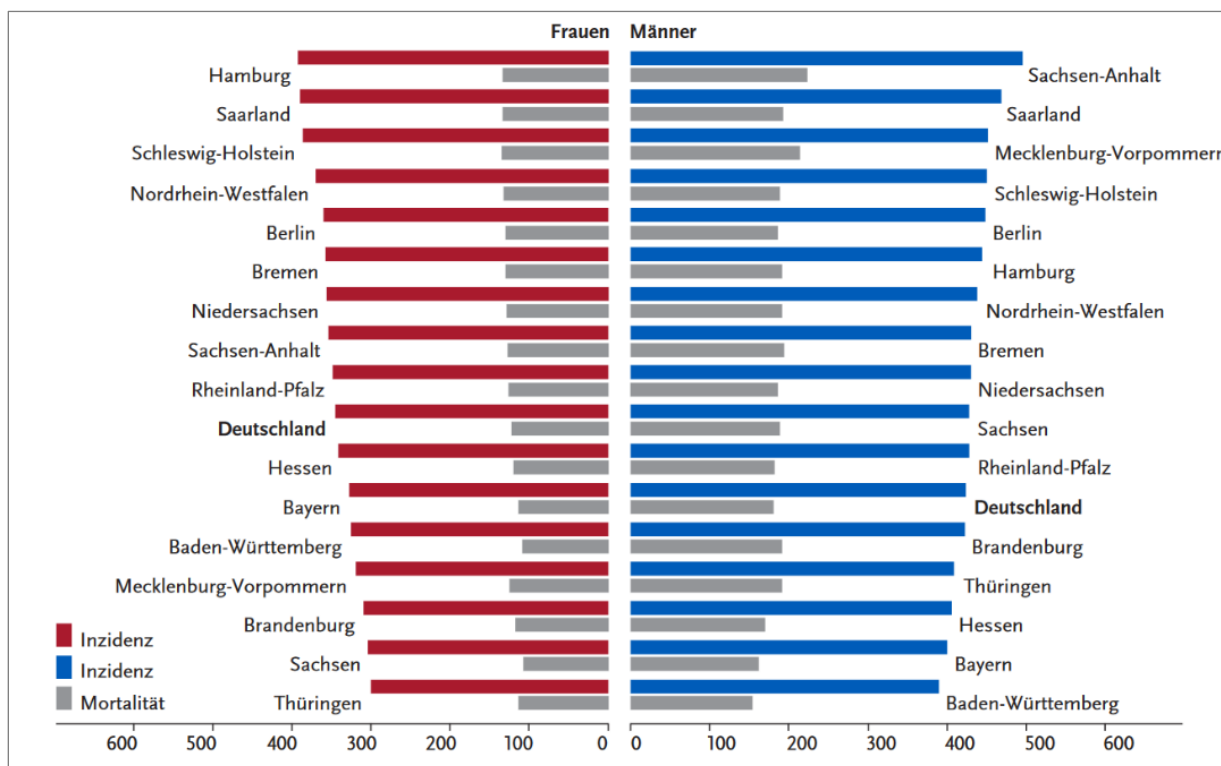
Abbildung 19: altersspezifische Raten der Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner:innen im Land Bremen bei Männern und Frauen, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

In Abbildung 19 wird die Häufigkeit von Krebserkrankungen in den verschiedenen Altersgruppen dargestellt. Der Großteil der Krebserkrankungen trat nach dem 60. Lebensjahr auf. Bis zum Alter von 55 Jahren lagen die altersspezifischen Raten bei Frauen höher als bei Männern. Dies liegt daran, dass Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen eher jüngere Frauen zwischen 30 und 60 Jahre betreffen. Ab 55 Jahren lagen die altersspezifischen Raten bei den Männern höher als bei den Frauen.

Abbildung 20: altersstandardisierte Neuerkrankungen und Sterberaten für Krebs gesamt (C00-C97, ohne C44) je 100.000 Einwohner:innen in den Bundesländern, differenziert nach Geschlecht, 2017–2018



Datenquelle: Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.³¹

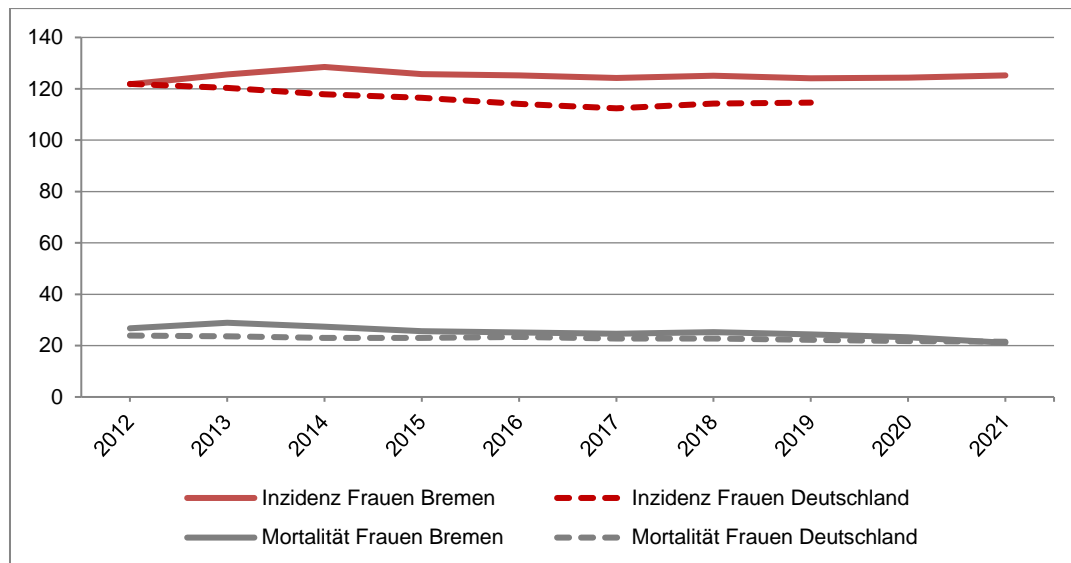
Abbildung 20 zeigt die Unterschiede der Krebsinzidenz und -sterblichkeit zwischen den einzelnen Bundesländern. In Hinblick auf die Krebsinzidenz liegt Bremen sowohl für Männer als auch für Frauen im oberen Mittelfeld über der Rate für Deutschland. Auch bei der Sterblichkeit liegen die Raten für Männer und Frauen insgesamt etwas über den Raten für Deutschland. Erklärt werden kann dies mit den deutlich höheren Raten der Lungenkrebsinzidenz und -sterblichkeit in Bremen (siehe Abschnitt Lungenkrebs, Seite 42, 43).

Brust-, Prostata- und Lungenkrebs im Land Bremen

Brustkrebs war bei Frauen die häufigste Krebserkrankung sowohl in Deutschland als auch in Bremen. Im Zeitraum 2019–2021 erkrankten in Bremen jährlich im Mittel 626 Frauen neu an Brustkrebs und 146 verstarben daran. Die Neuerkrankungsraten stiegen im Land Bremen von 2012 bis 2014 leicht an und blieben dann relativ konstant (siehe Abbildung 21, Seite 41). Die Sterberate für Brustkrebs war 2012 am höchsten und sank über die Jahre bis 2021 von 28,9 auf 21,1 pro 100.000 Einwohnerinnen. Das relative Überleben fünf Jahre nach der Diagnose lag bei Brustkrebs mit 86,0 % eher hoch.

³¹ Vgl. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.: Krebs in Deutschland für 2017/2018, 13. Ausgabe, Berlin, 2021, S. 31.

Abbildung 21: altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Brustkrebs je 100.000 Einwohnerinnen in Deutschland und im Land Bremen, 2012–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

Für Deutschland sind derzeit nur die Neuerkrankungsraten bis 2019 verfügbar. Sie sanken über die Jahre und waren insgesamt niedriger als die Neuerkrankungsraten für Bremen. Ein Vergleich der Stadienverteilung bei der Diagnose von Brustkrebs zeigte keine Unterschiede zwischen Bremen und Deutschland.³² Dass die etwas höhere Rate im Land Bremen durch eine überdurchschnittlich hohe Beteiligung am Mammographiescreening mit möglichen Überdiagnosen bedingt war, ist daher keine plausible Erklärung. Ebenso können die höheren Neuerkrankungsraten für Bremen nicht durch einen erhöhten Alkoholkonsum erklärt werden, der als Risikofaktor für Brustkrebs gilt. Im Vergleich liegt der Anteil von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum in Bremen deutlich niedriger als in Deutschland (4,6 % vs. 11,1 %).³³ Dagegen könnte der hohe Tabakkonsum möglicherweise einen Grund für die höhere Rate darstellen, da dieser ebenfalls als Risikofaktor für eine Brustkrebserkrankung beschrieben wird. Weiterhin begünstigen eine kalorien- und fettreiche Ernährung, eine späte erste Schwangerschaft, Kinderlosigkeit oder eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren sowie erbliche Faktoren das Entstehen von Brustkrebs.

Bei Männern ist Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung in Bremen und Deutschland. Im Zeitraum 2019–2021 wurde diese Diagnose jährlich im Mittel bei 497 Männern neu gestellt. 127 Männer verstarben jährlich daran. Von 2012 bis 2014 nahmen die Neuerkrankungsraten im Bundesland Bremen und in Deutschland insgesamt ab (siehe Abbildung 22, Seite 42). Ein Rückgang der Nutzung von prostataspezifischen Antigentests (PSA-Tests) könnte dabei eine Rolle spielen, denn in 2012 wurde die Empfehlung zur Durchführung von PSA-Tests zur Prostatakrebsvorsorge in den USA zurückgenommen. Im Jahr 2018 wurde der Test jedoch wieder für einzelne Risikogruppen in den USA empfohlen.³⁴ Im Jahr 2020 kam das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen dann zu dem Schluss, dass der Schaden der Prostatakrebsfrüherkennung mittels PSA-Test den Nutzen

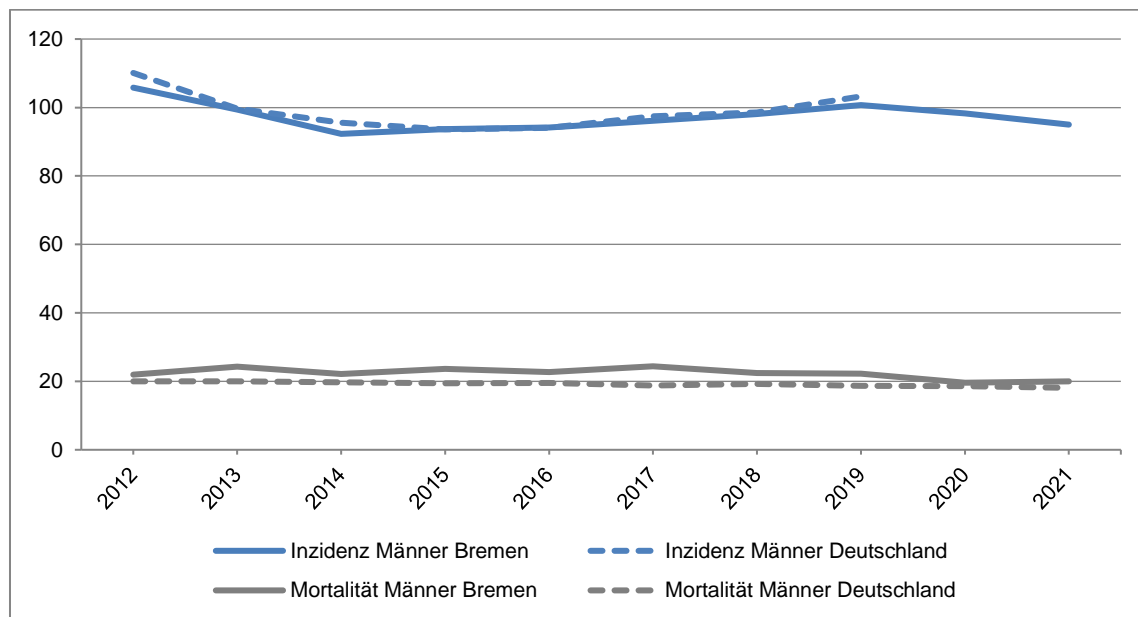
³² Vgl. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.: Krebs in Deutschland für 2017/2018, 13. Ausgabe, Berlin, Deutschland, 2021, S. 88.

³³ Vgl.: Schaller, Katrin/Sarah Kahnert/Rosa Garcia-Verdugo/Irina Treede/Laura Graen/Nobila Ouédraogo: Alkoholatlas Deutschland 2022, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2022, S. 33–34, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

³⁴ Vgl. US Preventive Services Task Force: Screening for Prostate Cancer – US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, in: JAMA, Bd. 319, Nr. 18, 2018, S. 1901–1913, doi: 10.1001/jama.2018.3710.

überwiegt.³⁵ Von 2015 bis 2021 schwankten die Neuerkrankungsraten sowohl für Bremen als auch für Deutschland. Die Sterberaten für Prostatakrebs blieben hingegen über die letzten zehn Jahre auf einem gleichbleibenden Niveau. Die Auswertung der einzelnen Jahre zeigte ein Absinken der Inzidenzrate in den Pandemie Jahren. Waren es 2019 noch 102 Prostataneuerkrankte pro 100.000 Männer, so waren es 2020 und 2021 nur noch 93 bzw. 90 pro 100.000. Allerdings kann auch hier, bedingt durch die kleinen Fallzahlen, nicht sicher von einem Pandemieeffekt ausgegangen werden. Auch bei Prostatakrebs ist das relative 5-Jahres-Überleben eher hoch – im Jahr 2021 lag es bei 89,5 %.

Abbildung 22: altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Prostatakrebs je 100.000 Einwohner in Deutschland und im Land Bremen, 2012–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

Lungenkrebs ist im Land Bremen geschlechtsunabhängig die zweithäufigste Krebserkrankung und belegt bundesweit den zweiten Rang bei Männern und den dritten bei Frauen. Im Land Bremen erkrankten daran in den Jahren 2019–2021 im Mittel jährlich 342 Männer und 226 Frauen und 269 Männer und 168 Frauen starben an dieser Erkrankung.

Insgesamt liegen die Erkrankungsrate für Männer und Frauen im Land Bremen deutlich über den bundesweiten Raten, was auf einen hohen Tabakkonsum, dem wichtigsten Risikofaktor für Lungenkrebs, zurückzuführen ist (siehe Abbildung 23, Seite 43). Im Jahr 2018 rauchten ca. 27 % der Männer und 19 % der Frauen. Der Anteil lag in Bremen viel höher: Bei Männern waren es fast 32 %, womit nur der Raucheranteil in Mecklenburg-Vorpommern mit fast 34 % höher lag. Bei Frauen belegte Bremen sogar den ersten Platz mit einem Anteil von 24,4 %.³⁶ Aber auch berufliche Expositionen, z. B. die Verarbeitung von Asbest, die auch noch Jahrzehnte nach der Exposition zu einer Krebserkrankung führen kann, sind mögliche Erklärungen für die hohen Erkrankungszahlen an Lungenkrebs in Bremen. Auch ein Beitrag durch höhere Luftverschmutzung in Stadtgebieten ist in Betracht zu ziehen.

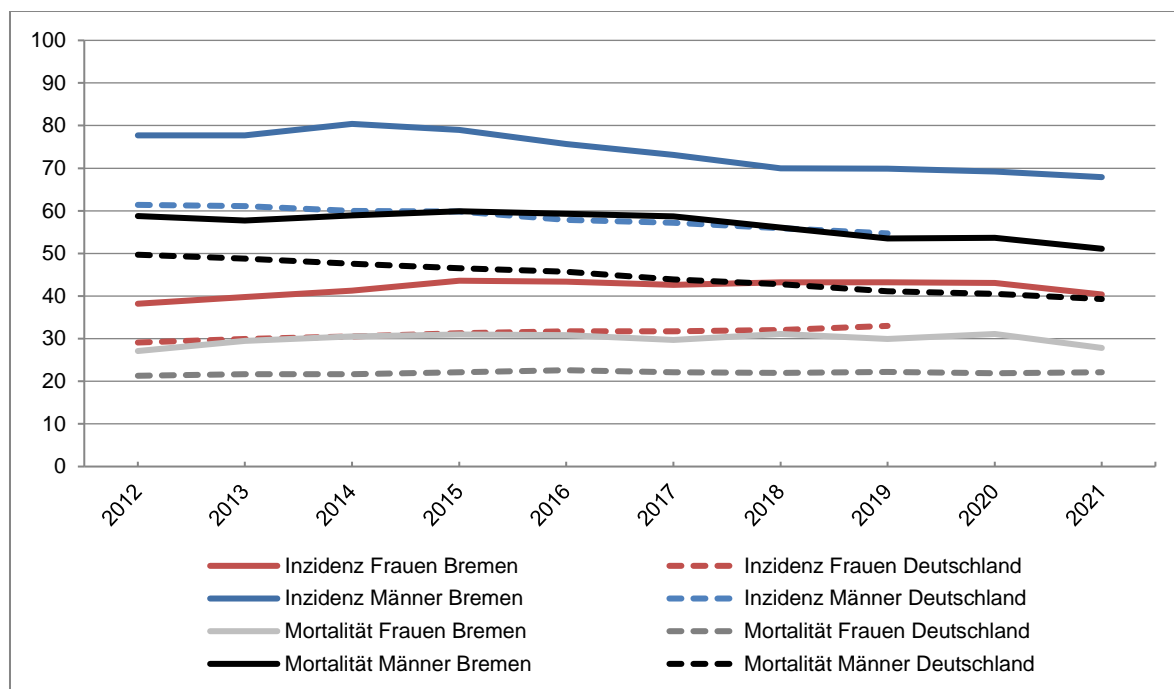
³⁵ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test, 2020, https://www.iqwig.de/download/s19-01_psa-screening_abschlussbericht_v1-1.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

³⁶ Vgl.: Schaller, Katrin/Sarah Kahnert/Laura Graen/Ute Mons/Nobila Ouédraogo: Der Tabakatlas Deutschland 2020 in Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2020, S. 44–45, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Im zeitlichen Verlauf ist bei den Raten für Frauen und Männer sowohl in Deutschland als auch in Bremen ein gegenläufiger Trend zu beobachten: Bei Männern nahmen die Erkrankungsraten ab, wohingegen sie bei Frauen stiegen (siehe Abbildung 23). Auch hier spiegelt sich das Rauchverhalten bei Männern und Frauen wider: Während der Anteil bei Männern seit längerem rückläufig ist, steigt dieser bei Frauen an.

Da Lungenkrebs eine sehr ungünstige Prognose hat, wirken sich die hohen Neuerkrankungszahlen auch unmittelbar auf die Krebssterblichkeit aus. Relativ zur Allgemeinbevölkerung im Land Bremen lebten fünf Jahre nach der Diagnose nur noch 25,5 % der betroffenen Frauen. Bei Männern war der Anteil sogar noch geringer, hier waren es 18,3 %.

Abbildung 23: altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Lungenkrebs je 100.000 Einwohner:innen bei Männern und Frauen in Deutschland und im Land Bremen, 2012–2021

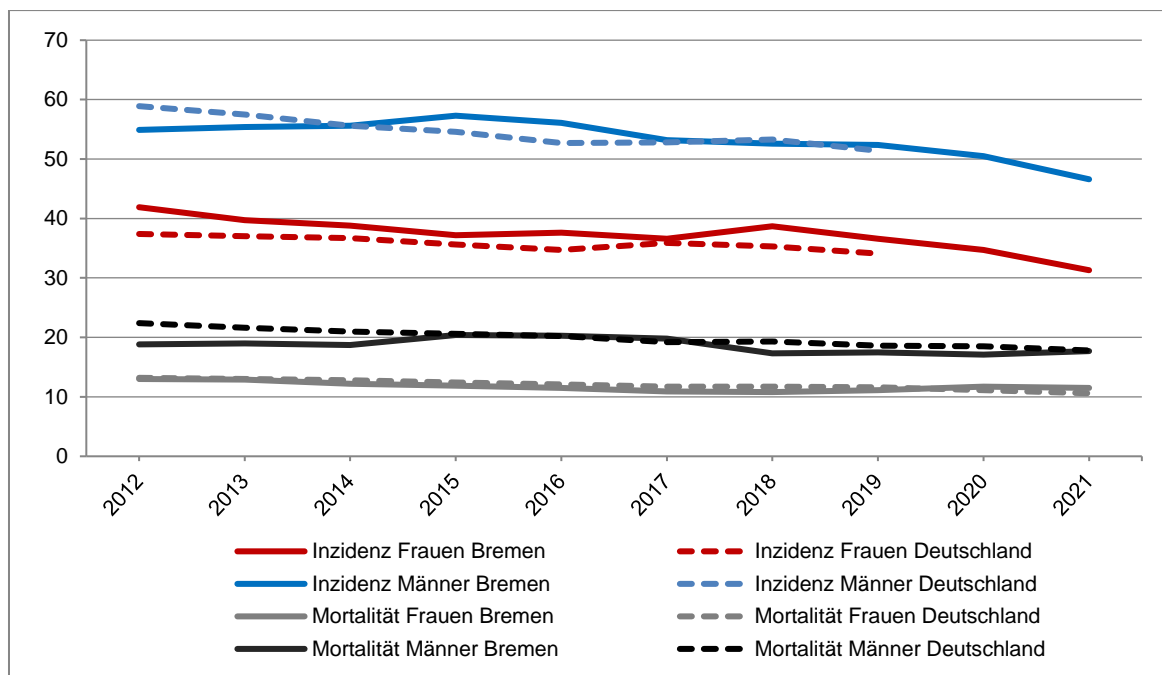


Datenquelle: Bremer Krebsregister

In Bremen erkrankten jährlich 237 Männer und 207 Frauen an Darmkrebs (gemittelt über die Jahre 2019 und 2021). Im gleichen Zeitraum verstarben 97 Männer und 89 Frauen an Darmkrebs. Die Erkrankungs- und Sterberaten lagen für Bremen und Deutschland in etwa auf demselben Niveau (siehe Abbildung 24, Seite 44). Im Zeitverlauf zeigt sich für Frauen und Männer ein Rückgang, insbesondere bei der Neuerkrankungsrate. Dies wird als ein Effekt der Darmkrebsvorsorge interpretiert, bei der Vorstufen von Darmkrebs erkannt und in diesem Zuge auch entfernt werden können. 2002 wurde das Früherkennungsprogramm gestartet und 2019 deutschlandweit in ein organisiertes Screening übergeleitet, bei dem die anspruchsberechtigte Bevölkerung ab einem Alter von 50 Jahren systematisch zur Teilnahme aufgerufen wird.³⁷ Beim relativen 5-Jahres-Überleben zeigten sich nur geringe Unterschiede bei Männern und Frauen: Im Jahr 2021 lag dieses im Land Bremen bei 65,5 % für Männer und 68,9 % für Frauen.

³⁷Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Darmkrebsfrüherkennung, 2023, https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Abbildung 24: altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Darmkrebs je 100.000 Einwohner:innen bei Männern und Frauen in Deutschland und im Land Bremen, 2012–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister

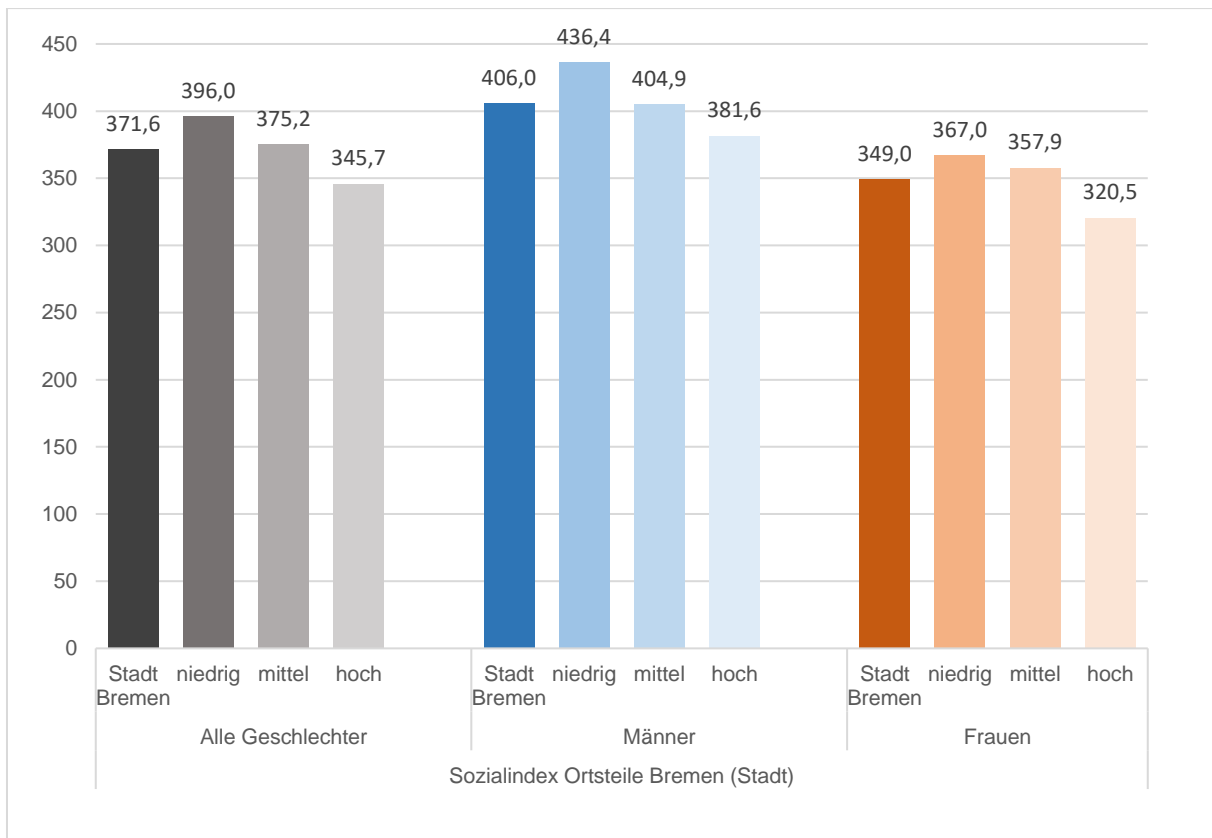
Kleinräumige Unterschiede

Um den Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die Krebsinzidenz darzustellen, wurden die Ortsteile im Land Bremen jeweils nach aktuellem Sozialindex der Städte Bremen oder Bremerhaven in die Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Sozialindex kategorisiert und die Krebsneuerkrankungsrate für Krebs gesamt sowie für die vier häufigsten Krebserkrankungen jeweils für die drei Kategorien berechnet. Für die Stadt Bremerhaven, deren Sozialindex sich von der Stadt Bremen unterscheidet, konnten nicht alle Ortsteile einer Kategorie zugeteilt werden. Diese wurden daher in einer weiteren Gruppe („nicht kategorisiert“) zusammengefasst. Zur Einordnung der Ergebnisse wurden zusätzlich die Krebsneuerkrankungsraten der Städte Bremen bzw. Bremerhaven insgesamt abgebildet.

Stadt Bremen

In Bremen zeigten sich je nach Sozialindex der Ortsteile deutliche Unterschiede bei den Inzidenzen. Für die Gesamtheit der Krebsneuerkrankungen wurde in den Jahren 2019–2021 die höchste Inzidenz in den Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex beobachtet, gefolgt von den Ortsteilen mit mittlerem Index. Die niedrigste Inzidenz zeigten die Ortsteile mit hohem Index. Die Abnahme der Krebsinzidenz vom niedrigen zum hohen Index zeigte sich auch bei getrennter Betrachtung der Männer und Frauen für Krebs gesamt (siehe Abbildung 25, Seite 45).

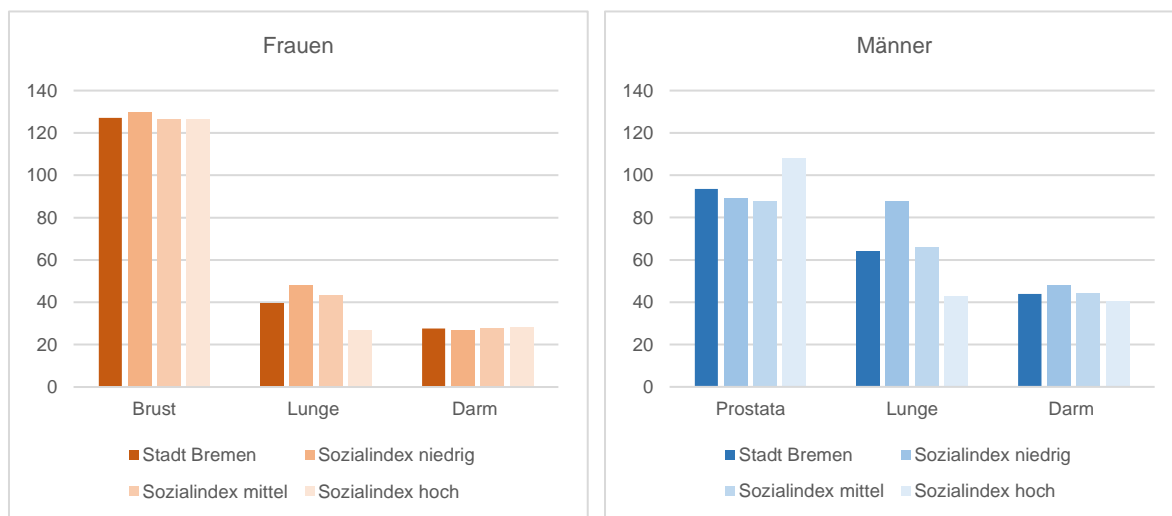
Abbildung 25: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Krebs gesamt je 100.000 Einwohner:innen für die Stadt Bremen gesamt und nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremen, differenziert nach Geschlecht, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Daten des Bremer Krebsregisters und des Statistischen Landesamtes Bremen

Die Auswertung der vier häufigsten Krebserkrankungen nach Geschlecht zeigt, dass vor allem Lungenkrebs zu diesem Gradienten beiträgt. Die Gruppe der Ortsteile mit niedrigem Index hatte im Vergleich zur Gruppe mit hohem Index bei den Männern eine mehr als doppelt so hohe Lungenkrebsinzidenz und bei den Frauen war sie um etwa 80 % höher. Bei den Männern ist auch für Darmkrebs ein solcher Gradient erkennbar, allerdings mit nur etwa 10 % Erhöhung bei Ortsteilen mit niedrigem Index im Vergleich zu Ortsteilen mit hohem Index. Bei den Frauen ist ein solcher Gradient für Darmkrebs nicht zu beobachten. Abweichend von den Beobachtungen bei Lungen- und Darmkrebs liegt die Erkrankungsrate bei Prostatakrebs in der Gruppe mit hohem Index deutlich über der Rate der beiden anderen Kategorien. Bei den Brustkrebsneuerkrankungen sind die Raten in allen drei Kategorien in etwa vergleichbar (siehe Abbildung 26, Seite 46).

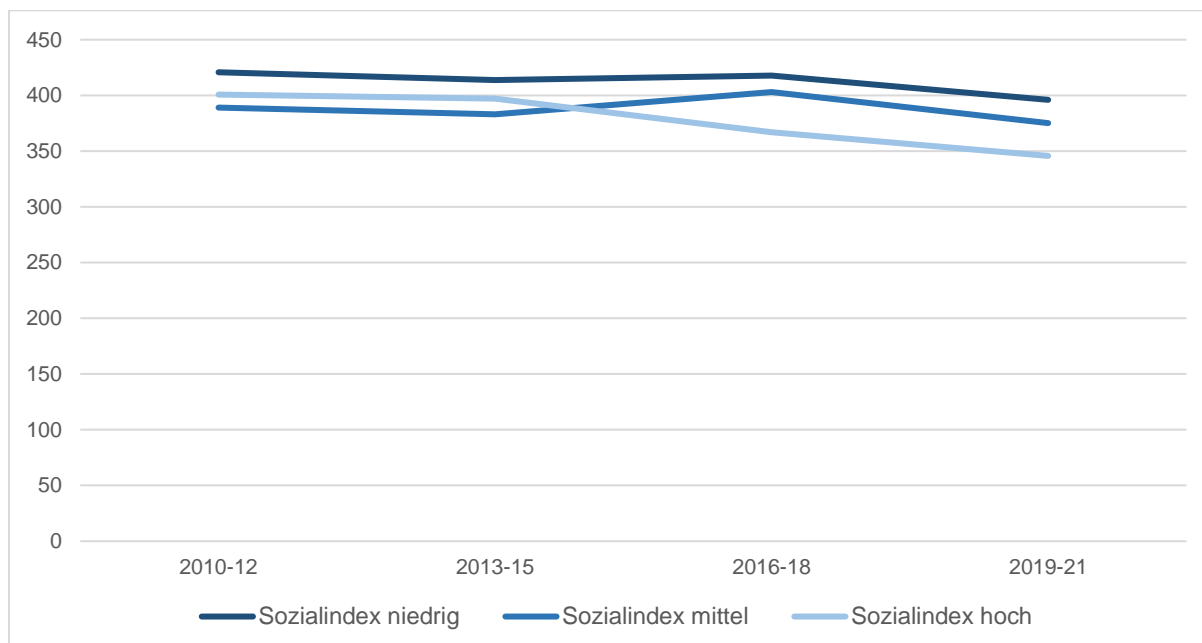
Abbildung 26: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Prostata-, Brust-, Lungen- und Darmkrebs, je 100.000 Einwohner:innen für die Stadt Bremen gesamt und nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremen, differenziert nach Geschlecht, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Daten des Bremer Krebsregisters und des Statistischen Landesamtes Bremen

Im zeitlichen Verlauf haben die Unterschiede in der Krebsinzidenz zwischen hohem und niedrigem Sozialindex für die Gesamtheit der Krebserkrankungen zugenommen. Während im Zeitraum 2010–2012 die Inzidenz der Ortsteile mit niedrigem Index für die Gesamtheit der Krebserkrankungen etwa 5 % über der Inzidenz der Ortsteile mit hohem Index lag, belief sich diese im Zeitraum 2019–2021 etwa auf 15 % über den Ortsteilen mit hohem Index (siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Krebs gesamt je 100.000 Einwohner:innen nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremen, 2012–2021

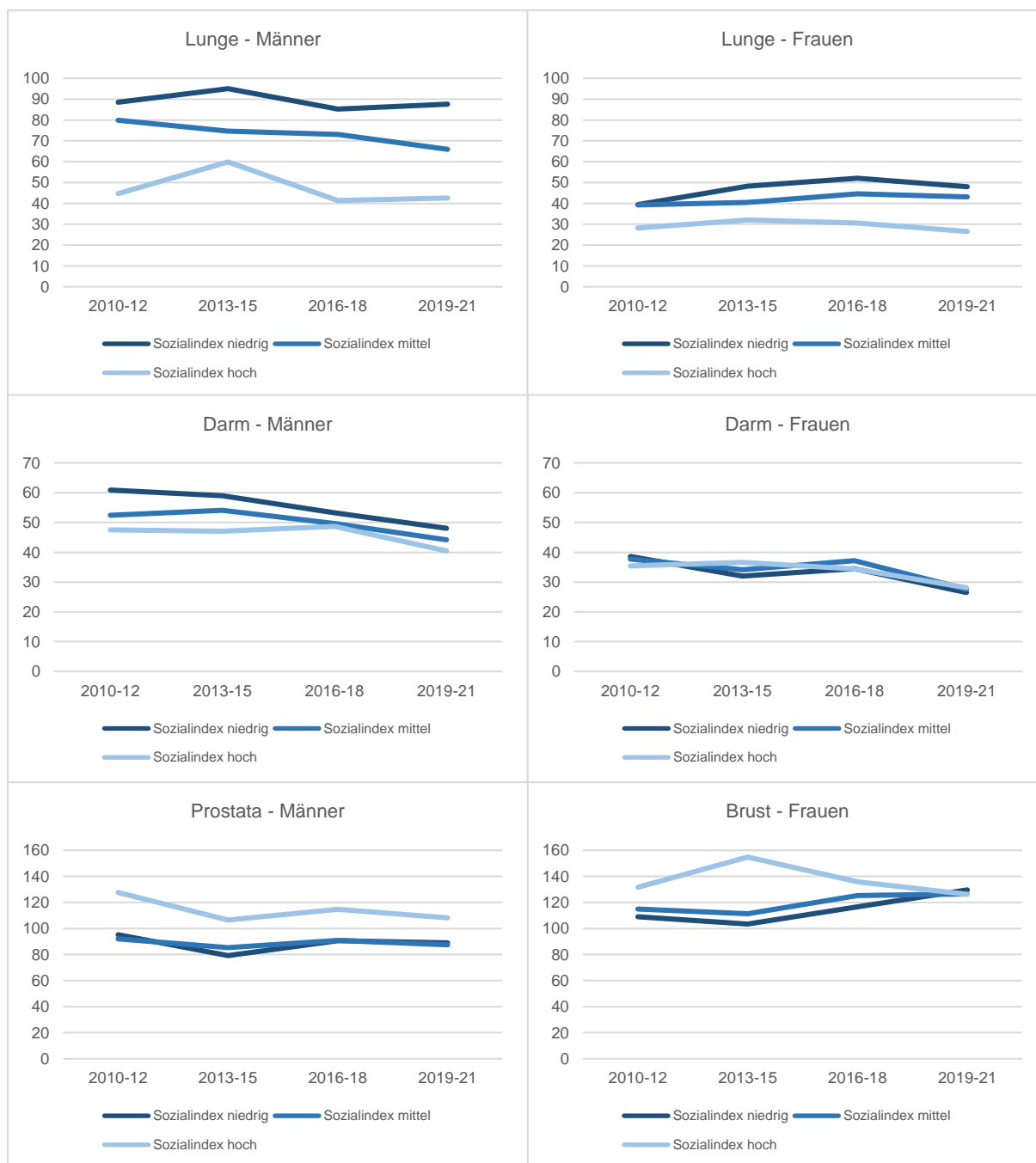


Datenquelle: Daten des Bremer Krebsregisters und des Statistischen Landesamtes Bremen

Verursacht wird diese Zunahme der Unterschiede vor allem durch die Entwicklung der Lungenkrebsneuerkrankungen bei Frauen. Diese lag in den Jahren 2010–2012 in den Ortsteilen mit niedrigem Index etwa um 40 % über der Inzidenz in den Ortsteilen mit hohem Index. Im Zeitabschnitt 2019–2021 lag die Inzidenz in Ortsteilen mit niedrigem Index 80 % über der Inzidenz in Ortsteilen mit hohem Index. Für die Männer betrug die Lungenkrebsinzidenz in den Ortsteilen mit niedrigem Index sowohl im Abschnitt 2010–2012 als auch im Abschnitt 2019–2021 etwa das Doppelte der Inzidenz in den Ortsteilen mit niedrigem Index. Für Darmkrebs deutet sich im zeitlichen Verlauf bei den Männern

eine Annäherung der Inzidenzen zwischen den Kategorien des Sozialindex auf Ortsteilebene an: Während die Inzidenz in Ortsteilen mit niedrigem Index im Zeitabschnitt 2010–2012 noch 28 % über den Ortsteilen mit hohem Index lag, beträgt der Unterschied im Abschnitt 2019–2021 noch 18 %. Bei den Frauen blieben dagegen die Unterschiede zwischen den Kategorien in etwa gleich. Für Brustkrebs zeigte sich im Zeitverlauf ebenfalls eine Angleichung der Inzidenzen zwischen den Kategorien des Index – zum einen bedingt durch einen Rückgang der Brustkrebsinzidenz in Ortsteilen mit einem hohen Index, zum anderen durch eine Zunahme der Inzidenz in den Ortsteilen mit mittlerem und niedrigem Index. Auch beim Prostatakrebs nähern sich die Inzidenzen der Kategorien an, vor allem bedingt durch einen Rückgang der Inzidenz in Ortsteilen mit einem hohen Index (siehe Abbildung 28, Seite 48).

Abbildung 28: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Lungen-, Darm-, Prostata- und Brustkrebs je 100.000 Einwohner:innen nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremen, differenziert nach Geschlecht, 2012–2021



Datenquelle: Daten des Bremer Krebsregisters und des Statistischen Landesamtes Bremen

Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Krebsinzidenz wurde deutschlandweit und auch in Bremen in Studien nachgewiesen.^{38 39} Dabei ist die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozioökonomischen Position nicht als ursächlicher Risikofaktor zu sehen, sondern als Hinweis für häufigere Umstände oder Verhaltensweisen, die die Entstehung von Krebserkrankungen begünstigen.

³⁸ Vgl. Eberle, Andrea/Sabine Luttmann S/Ronja Foraita/Hermann Pohlabein: Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality – a spatial analysis in Bremen, Germany, in: Journal of Public Health, Bd. 18, Nr.3, 2010, S. 227-235, doi: 10.1007/s10389-009-0306-1.

³⁹ Vgl. Hoebel, Jens/Lars E Kroll/Julia Fiebig/Thomas Lampert/Alexander Katalinic/Benjamin Barnes/Klaus Kraywinkel: Socioeconomic inequalities in Total and Site-Specific Cancer incidence in Germany: a Population-Based Registry Study, in: Frontiers in Oncology, Bd. 8, Nr. 402, 2018, doi: 10.3389/fonc.2018.00402.

Der besonders deutliche soziale Gradient bei Lungenkrebs lässt sich mit einer unterschiedlichen Verteilung des Hauptrisikofaktors, dem Tabakkonsum, erklären. Nach einer Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums liegt der Anteil der Raucher:innen bei Männern und Frauen mit einer niedrigen sozioökonomischen Position deutlich über dem bei Männern und Frauen mit einer hohen sozioökonomischen Position. Ein weiterer möglicher Einfluss auf die unterschiedlichen Lungenkrebsinzidenzen ist ein höherer Anteil von Personen mit beruflichen Schadstoffexpositionen. Durch Schiffsbau, Hafenumschlag und Zementindustrie spielt in Bremen Asbest als Schadstoff eine besondere Rolle. Erst seit 1993 ist dieser Stoff in Deutschland verboten. Die Latenzzeit bis zum Auftreten einer Krebserkrankung nach Exposition kann mehrere Jahrzehnte betragen.

Eine unterschiedliche Verteilung des Tabakkonsums in den drei Gruppen der Ortsteile könnte auch zur Erklärung des abnehmenden Gradienten von niedrigem zu hohem Sozialindex beim Darmkrebs bei Männern beitragen. Rauchen gilt als ein Risikofaktor für Darmkrebs. Allerdings lässt sich der Gradient bei Frauen nicht beobachten, so dass hier möglicherweise auch andere Faktoren wie Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten oder auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen eine Rolle spielen.

Die deutlich höhere Prostatakrebsinzidenz in Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex lässt eine höhere Inanspruchnahme von PSA-Tests als Früherkennungsmaßnahme in diesen Ortsteilen vermuten. Im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen gilt der PSA-Test als eine sogenannte individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die von Betroffenen selbst gezahlt wird. Es ist bekannt, dass dieser Test auch zu Überdiagnosen führen kann. Dies hat zur Folge, dass Prostatakrebsfälle diagnostiziert werden, die zu Lebzeiten der Betroffenen aufgrund eines sehr langsamen Wachstums zu keinen klinischen Beschwerden geführt hätten.⁴⁰

Die generelle Zunahme der Unterschiede bei den Inzidenzen zwischen den Indexkategorien der Bremer Ortsteile für die Gesamtheit der Krebserkrankungen passt zu den deutschlandweiten Beobachtungen.⁴¹ In Bremen lassen sich die ansteigenden Unterschiede mit einer stärkeren Zunahme der Lungenkrebsinzidenz in Ortsteilen mit niedrigem und mittlerem Status im Zeitverlauf erklären. Dies unterstreicht die Bedeutung von zielgerichteten Maßnahmen zur Rauchprävention.

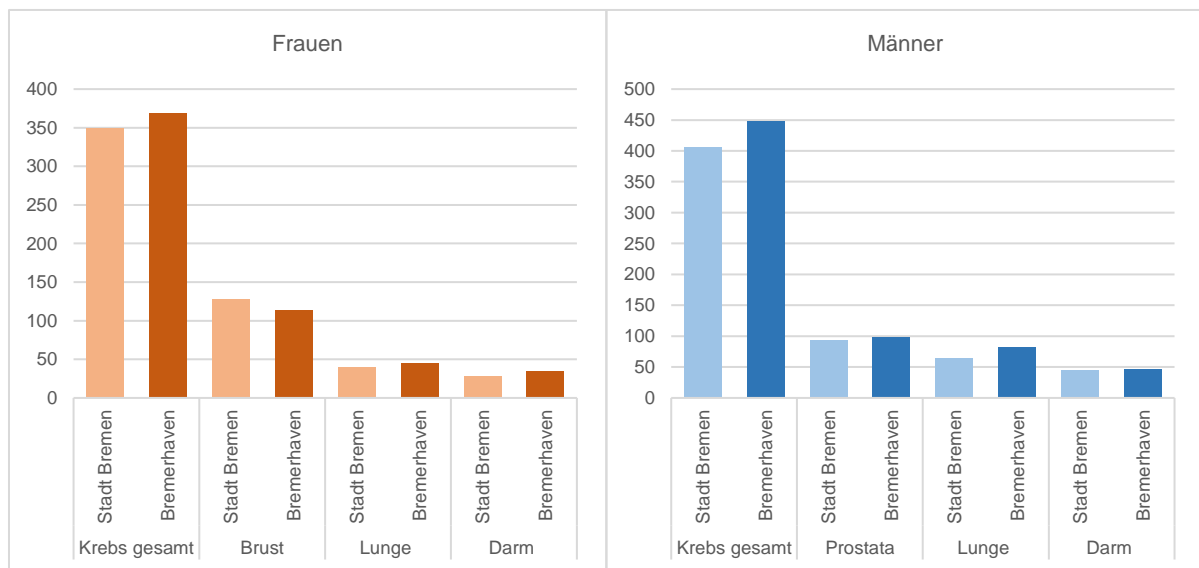
Stadt Bremerhaven

Im Vergleich zur Stadt Bremen finden sich für die Stadt Bremerhaven insgesamt höhere Inzidenzen für die Gesamtheit der Krebserkrankungen sowie für Prostata-, Lungen- und Darmkrebs. Die höchste Abweichung gibt es für Lungenkrebs bei Männern mit einer um fast 30 % höheren Inzidenz in Bremerhaven als in Bremen. Die höchste relative Abweichung bei den Frauen gab es bei Darmkrebs, dessen Inzidenz in Bremerhaven etwa 25 % höher lag (siehe Abbildung 29, Seite 50).

⁴⁰ Vgl. Deutsche Krebsgesellschaft: Früherkennung von Prostatakrebs, in: Onko-Internetportal, 2021, <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/frueherkennung.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁴¹ Vgl. Jansen, Lina/Lars Schwettmann/Christian Behr/Andrea Eberle et al.: Trends in cancer incidence by socioeconomic deprivation in Germany in 2007 to 2018: An ecological registry-based study, in: International Journal of Cancer, Bd. 1, Nr. 13, 2023. doi:10.1002/ijc.34662.

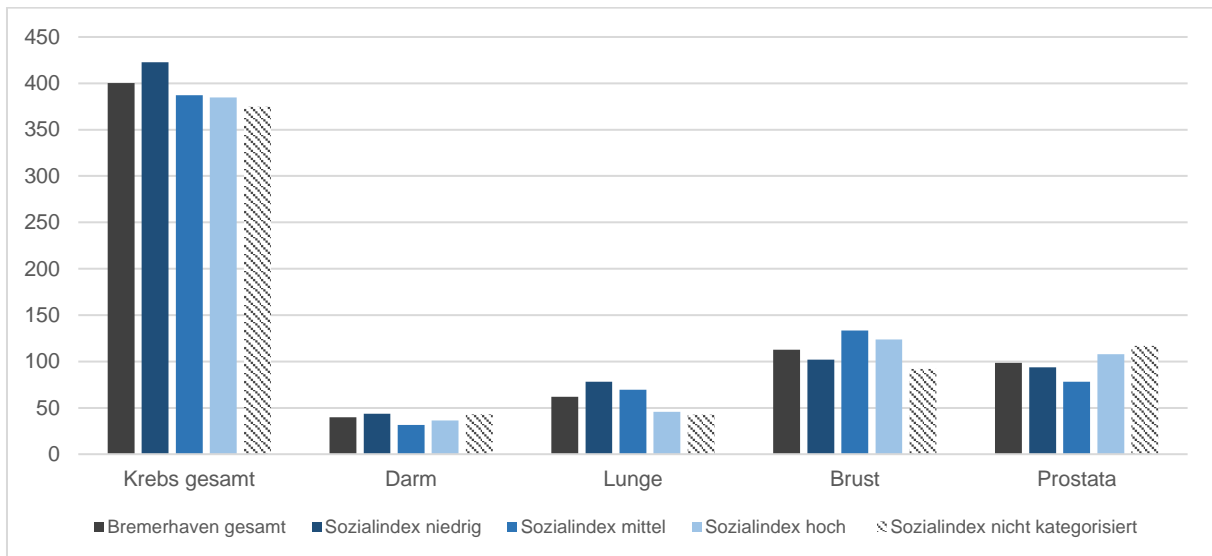
Abbildung 29: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Krebs gesamt je 100.000 Einwohner:innen für die Städte Bremen und Bremerhaven, differenziert nach Geschlecht, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Bremer Krebsregister


Bei der Analyse der Krebsinzidenz in Bremerhaven nach Sozialindex der Ortsteile wird ähnlich wie in der Stadt Bremen für die Gesamtheit der Krebserkrankungen ein abnehmender Gradient vom niedrigen zum hohen Status beobachtet. Dies zeigt sich auch bei Lungenkrebs. Für Prostatakrebs dagegen wurde – wie bei den kleinräumigen Auswertungen für die Stadt Bremen – die höchste Inzidenz in den Ortsteilen mit einem hohen Index ermittelt. Für Darm- und Brustkrebs ergab sich ein uneinheitliches Bild (siehe Abbildung 30, Seite 51). Hier ist zu beachten, dass aufgrund der kleinen Bezugsbevölkerung auch zufallsbedingt größere Abweichungen auftreten können. Daher war auch eine weitere Differenzierung der Auswertungen zum Index der Ortsteile nach Geschlecht nicht sinnvoll. Zudem konnten sechs der 23 Ortsteile, die etwa 14 % der Bremerhavener Bevölkerung umfassen, nicht in den drei Kategorien berücksichtigt werden, was die Aussagekraft der Analysen insgesamt beeinträchtigt. Diese sechs Ortsteile werden in der folgenden Abbildung unter der Kategorie „Sozialindex nicht kategorisiert“ zusammengefasst.

Abbildung 30: altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Krebs gesamt, Lungen-, Darm-, Prostata- und Brustkrebs je 100.000 Einwohner:innen für die Stadt Bremerhaven insgesamt und nach Sozialindex der Ortsteile der Stadt Bremerhaven, ohne Differenzierung nach Geschlecht, gemittelt 2019–2021



Datenquelle: Daten des Bremer Krebsregisters und des Magistrats der Stadt Bremerhaven

Maßnahmen



Laufende Maßnahmen

- Nichtraucherschutzgesetz
- Krebsfrüherkennungsprogramme
 - Gebärmutterhalskrebsvorsorge
 - Darmkrebsvorsorge
 - Brustkrebscreening
- Forschungsprojekt des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – (BIPS)
„Modellregion für angewandte Präventionsforschung am Standort Bremen“

Maßnahmenbeschreibung



Einer der bedeutendsten Risikofaktoren für die Entstehung vieler Krebserkrankungen ist das Tabakrauchen. Das im Land Bremen am 01.01.2008 in Kraft getretene Nichtraucherschutzgesetz liefert dabei einen wichtigen Beitrag, um Nichtraucher:innen vor den Folgen des Passivrauchens zu schützen. Darüber hinaus arbeitet das Bundesministerium für Gesundheit aktuell an einer Kampagne, die auf die Risiken von Nikotin aufmerksam machen soll und auch für Bremen wertvolle Kommunikationsansätze liefern wird.

Weiterhin werden auch im Bundesland Bremen die bundesweiten organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme für Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs angeboten. Damit sollen Krebsdiagnosen in einem möglichst frühen Stadium oder als Vorstufe erkannt werden, so dass schonendere Therapieoptionen eingesetzt werden und die Chancen auf Heilung vergrößert werden können.

Das Bremer Krebsregister beteiligt sich zudem an der Evaluation des organisierten Brustkrebscreenings, das Daten zur Brustkrebsinzidenz, -mortalität und Stadienverteilung bereitstellt.

Damit kann die Erreichung der Ziele des Programms, nämlich die Senkung der Brustkrebssterblichkeit und die Diagnosestellung in einem frühen Stadium, überprüft werden.

Weiterhin können durch den Abgleich der Daten des Screeningprogramms mit denen des Krebsregisters Tumorfälle erkannt werden, die nicht im Rahmen des Screeningprogramms, sondern im Intervall zwischen den alle zwei Jahre stattfindenden Screeningterminen diagnostiziert wurden. Durch nachträgliche vergleichende Analysen der Mammographiebilder dieser Tumore mit denen des vorangehenden Screeningtermins kann geklärt werden, ob der Tumor tatsächlich nicht auf der Screening-Mammographie erkennbar war oder ob bereits Auffälligkeiten vorlagen. Dies trägt zur weiteren Verbesserung des Mammographiescreeningprogramms bei.⁴²

Ab dem Jahr 2024 wird sich das Bremer Krebsregister auch an der Evaluation der Screeningprogramme für Gebärmutterhals- und Darmkrebs gemäß bundesweiten Vorgaben beteiligen.⁴³

Durch regelmäßige Auswertungen und Qualitätskonferenzen zur Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen leistet das Bremer Krebsregister, wie nach bundesgesetzlichen Vorgaben vorgesehen, zudem einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgung krebserkrankter Personen.

Auch im Rahmen des vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS initiierten Projekts „Modellregion für angewandte Präventionsforschung am Standort Bremen“ werden Maßnahmen zur Prävention von Krebserkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen untersucht, um neue Konzepte zur Krebsprävention zu entwickeln.⁴⁴

4.3 Infektionskrankheiten

Hintergrund

Infektionskrankheiten sind eine ernst zu nehmende gesundheitliche Bedrohung. Nach Schätzungen der WHO gehen weltweit 14,5 % aller Todesfälle auf übertragbare Krankheiten zurück.⁴⁵ Tuberkulose ist dabei die weltweit am häufigsten vorkommende Infektionserkrankung mit 1,6 Mio. Todesfällen im Jahr 2021.⁴⁶ Eine wesentliche Rolle spielt das Wohlstandsniveau einer Gesellschaft: je besser die Lebensbedingungen der Bevölkerung, desto geringer die durch Infektionskrankheiten verursachte Sterblichkeit. Wichtige Faktoren sind die Wohnverhältnisse, der Zugang zu sauberem Trinkwasser, eine funktionierende Abwasserbeseitigung und natürlich auch die Qualität der medizinischen Versorgung.

In Deutschland belegen Infektionskrankheiten schon seit Langem mit Anteilen von weniger als 2 % die unteren Ränge der Todesursachenstatistik. Im Jahr vor der COVID-19-Pandemie (2019) verursachten Infektionskrankheiten (ICD-10, A00-B99) 1,7 % aller Todesfälle in Deutschland.⁴⁷ Mit Beginn der Pandemie in 2020 erhöhte sich dieser Anteil sprunghaft auf 5,6 % (ICD-10, A00-B99 und U07) und stieg

⁴² Vgl. Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/17/> (zuletzt abgerufen am 03.01.2024).

⁴³ Vgl. Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, <https://www.g-ba.de/richtlinien/104/> (zuletzt abgerufen am 03.01.2024).

⁴⁴ Vgl. Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH: Modellregion für angewandte Krebspräventionsforschung am Standort Bremen, <https://www.bips-institut.de/modellregion-fuer-angewandte-krebspraeventionsforschung-am-standort-bremen.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁴⁵ Vgl. WHO Global Health Estimates: Leading causes of death <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁴⁶ Vgl. World Health Organization (WHO): Global tuberculosis report. Genf, 2022.

⁴⁷ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner:innen, altersstandardisiert) (ab 1998) https://www.gbe-bund.de:443/gbe/pkg_olap_tables.prc_archiv?p_indnr=6&p_archiv_id=5270350&p_sprache=D (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

2021 weiter auf 8,4 %. 2021 war COVID-19 (ICD-10, U07) mit einem Anteil von rund 7 % an allen Todesfällen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland.⁴⁸

Das Auftreten bestimmter, im Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgeführter Infektionskrankheiten und Krankheitserreger ist den Gesundheitsämtern zu melden. Dies gilt auch für Verdachtsfälle. Meldepflichtig sind Infektionserkrankungen, die u. a. schwere Erkrankungen verursachen können, häufig einen tödlichen Ausgang haben oder einer besonderen Gefahr der Verbreitung unterliegen, und damit die Gesundheit der Bevölkerung gefährden. Die gemeldeten Fälle werden von den Gesundheitsämtern erfasst und an das RKI übermittelt. Eine Ausnahme bilden die sogenannten nicht namentlichen Meldungen bei bestimmten Krankheitserregern (z. B. HIV, *Treponema pallidum* (Erreger der Syphilis)), die von den Laboren direkt an das RKI übermittelt werden.

Datengrundlage

Das IfSG regelt seit Inkrafttreten am 01.01.2001, welche Infektionskrankheiten und welche labordiagnostischen Nachweise von Krankheitserregern in Deutschland meldepflichtig sind.

Im Kapitel Infektionskrankheiten wird über namentlich meldepflichtige Krankheiten nach § 6 IfSG und namentlich meldepflichtige Krankheitserreger nach § 7 IfSG berichtet, die auf Grundlage des gesetzlich festgelegten Meldewesens von den Gesundheitsämtern in Bremen und Bremerhaven anonymisiert (d. h. ohne personenbezogene Daten) über die Landesmeldestelle an das RKI übermittelt werden. Sämtliche Zahlen und Auswertungen im vorliegenden Kapitel beziehen Fälle ein, bei denen die Referenzdefinition nach den Falldefinitionen des RKI erfüllt worden ist. Zur Erfüllung dieser Referenzdefinition müssen bestimmte klinische, labordiagnostische oder auch epidemiologische Kriterien auf den Fall zutreffen, die für die Übermittlung vom RKI vorgegeben worden sind. Die vom RKI erstellten Falldefinitionen gewährleisten somit bundesweit einheitliche Kriterien bei der Überwachung von Infektionskrankheiten für eine standardisierte und vergleichbare Bewertung.

Datenlimitationen

Das Meldesystem erfasst nur einen Teil der in der Bevölkerung tatsächlich vorkommenden Erkrankungen, je nach Erkrankung muss mit einer unterschiedlich hohen Dunkelziffer gerechnet werden. Entscheidend ist, ob sich infizierte Personen ärztlich behandeln lassen und hier eine entsprechende Diagnostik durchgeführt wird. Vor allem Durchfallerkrankungen wie etwa die (meldepflichtige) Salmonellose, die zwar unangenehme Symptome hervorrufen, aber größtenteils komplikationslos verlaufen, werden zumeist ohne ärztliche Konsultationen auskuriert. Hier dürfte das Ausmaß der Untererfassung, wie bei vielen anderen meldepflichtigen Gastroenteritis-Erregern, groß sein. Anders verhält es sich dagegen bei Erkrankungen, die schwerwiegende Verläufe nehmen können, wie beispielsweise der von Legionellen verursachten Legionärskrankheit.

Entwicklungen im Land Bremen und in Deutschland

Die alles dominierende Infektionserkrankung der Jahre 2020–2023 war COVID-19. 2022 waren allein im Land Bremen insgesamt 247.024 Bürger:innen infiziert oder an COVID-19 erkrankt.⁴⁹

Parallel dazu gingen während der COVID-19-Pandemie die Meldezahlen vieler anderer meldepflichtiger Erkrankungen in Deutschland prozentual, um durchschnittlich 39 %, zurück. Die

⁴⁸ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998) https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=64678345&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=516&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁴⁹ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 02.08.2023.

Gründe dafür können in den Kontaktbeschränkungen sowie Abstands- und Hygieneregeln oder auch in anderen während der COVID-19-Pandemie getroffenen krankheitsspezifischen Maßnahmen liegen.⁵⁰ Möglicherweise hatte sich die COVID-19-Pandemie auch auf das Meldeverhalten der hoch- bis überbelasteten Krankenhäuser, Arztpraxen und Labore ausgewirkt.

Tabelle 5: Die 15 häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten für 2022 pro 100.000 Einwohner:innen im Land Bremen im Vergleich zum Bund, 2018–2022

Infektions- krankheit gemäß § 6 und § 7 IfSG	2018		2019		2020		2021		2022	
	Land HB	Bund	Land HB	Bund	Land HB	Bund	Land HB	Bund	Land HB	Bund
COVID-19	0,0	0,0	0,0	0,0	2.019,2	2.144,4	5.270,2	6.535,1	36.517,0	36.246,8
Influenza, saisonal	82,3	329,8	59,9	233,2	55,0	234,3	0,9	1,4	84,4	325,3
Campylobacter- Enteritis	75,8	81,7	66,1	74,0	43,7	56,1	48,0	57,9	41,4	52,4
Hepatitis B	4,3	5,5	19,2	10,9	19,3	8,5	20,4	10,4	27,8	20,0
Norovirus- Gastroenteritis	67,6	93,4	48,6	94,7	14,3	34,3	22,5	39,8	22,9	54,7
Windpocken	36,9	24,6	35,7	27,3	18,1	13,7	11,8	7,6	20,0	12,0
Rotavirus- Gastroenteritis	14,4	28,3	25,5	44,4	7,4	7,8	6,8	6,8	15,2	27,8
Tuberkulose	8,2	6,6	8,2	5,8	9,3	5,0	8,4	4,8	9,2	5,0
Hepatitis C	7,0	7,1	6,0	7,2	7,1	5,5	6,4	5,7	9,2	9,6
Salmonellose	12,0	16,3	8,8	16,5	7,1	10,5	8,3	9,9	8,1	11,0
Pneumokokken	0,0	0,9	0,0	0,9	0,4	0,6	0,4	1,1	6,2	3,4
Enterobacteriaceae- Infektion	3,2	4,7	5,1	5,6	3,4	4,3	5,3	4,9	5,3	7,1
Affenpocken	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	4,4
EHEC-Erkrankung	1,8	2,7	0,9	2,3	1,0	1,7	0,7	1,9	1,6	2,2
MRSA, invasive Infektion	3,5	2,9	4,4	2,2	2,5	1,4	2,1	1,3	1,5	1,3

Datenquelle: Robert Koch-Institut

⁵⁰ Vgl. Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020, Berlin 2021, S. 34 ff.

Tabelle 6: Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Bremen, gesamt und differenziert nach Geschlecht, 2022

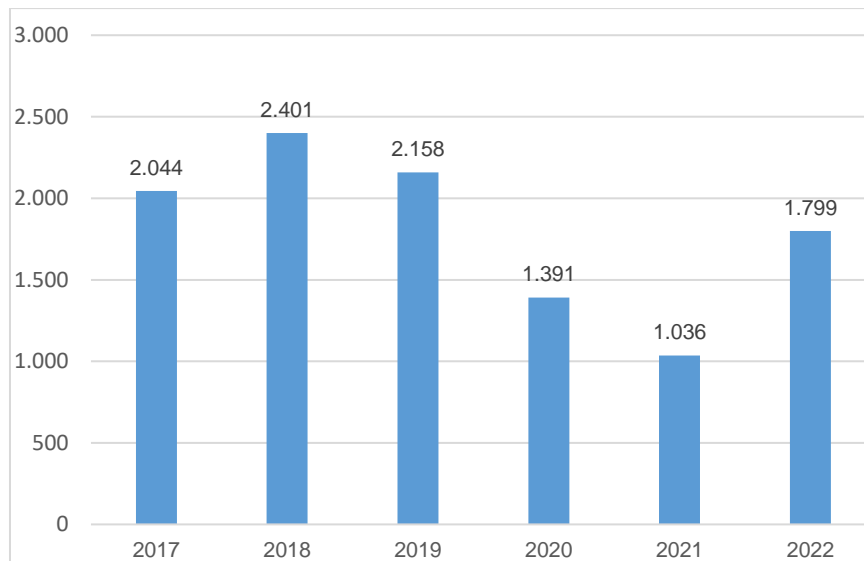
Infektionskrankheit gemäß § 6 und § 7 IfSG	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Inzidenz pro 100.000	Anzahl	Inzidenz pro 100.000	Anzahl	Inzidenz pro 100.000
Acinetobacter-Infektion oder -Kolonisation	6,0	1,8	1,0	0,3	7,0	1,0
Affenpocken	18,0	5,4	0,0	0,0	18,0	2,7
Campylobacter-Enteritis	150,0	44,9	130,0	38,0	280,0	41,4
CJK	0,0	0,0	1,0	0,3	1,0	0,2
Clostridium difficile, schwerer Verlauf	3,0	0,9	4,0	1,2	7,0	1,0
COVID-19	117.563,0	35.164,9	129.257,0	37.778,5	247.024,0	36.517,0
Denguefieber	1,0	0,3	0,0	0,0	1,0	0,2
EHEC-Erkrankung	4,0	1,2	7,0	2,1	11,0	1,6
Enterobacteriaceae-Infektion oder -Kolonisation	21,0	6,3	15,0	4,4	36,0	5,3
Giardiasis	3,0	0,9	3,0	0,9	6,0	0,9
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	4,0	1,2	3,0	0,9	7,0	1,0
Hepatitis A	2,0	0,6	6,0	1,8	8,0	1,2
Hepatitis B	110,0	32,9	78,0	22,8	175,0	25,9
Hepatitis C	40,0	12,0	22,0	6,4	62,0	9,2
Hepatitis E	5,0	1,5	3,0	0,9	8,0	1,2
Influenza, saisonal	266,0	79,6	305,0	89,1	571,0	84,4
Kryptosporidiose	6,0	1,8	1,0	0,3	7,0	1,0
Legionellose	3,0	0,9	0,0	0,0	3,0	0,4
Listeriose	1,0	0,3	3,0	0,9	4,0	0,6
MRSA, invasive Infektion	8,0	2,4	2,0	0,6	10,0	1,5
Mumps	1,0	0,3	2,0	0,6	3,0	0,4
Norovirus-Gastroenteritis	73,0	21,8	82,0	24,0	155,0	22,9
Pneumokokken, invasive Erkrankung	27,0	8,1	15,0	4,4	42,0	6,2
Q-Fieber	0,0	0,0	1,0	0,3	1,0	0,2
Rotavirus-Gastroenteritis	49,0	14,7	54,0	15,8	103,0	15,2
Salmonellose	30,0	9,0	25,0	7,3	55,0	8,1
Shigellose	2,0	0,6	0,0	0,0	2,0	0,3
Tuberkulose	44,0	13,2	18,0	5,3	62,0	9,2
Windpocken	74,0	22,1	61,0	17,8	135,0	20,0
Yersiniose	0,0	0,0	3,0	0,9	3,0	0,4

Datenquelle: Robert Koch-Institut

Betrachtet man die Gesamtanzahl der meldepflichtigen Erkrankungen und Krankheitserreger (außer COVID-19) ist inzwischen zu erkennen, dass sich nach Aufhebung der Infektionsschutzmaßnahmen die Zahlen wieder sukzessive auf vorpandemisches Niveau einpendeln (siehe Abbildung 31, Seite 56).⁵¹

⁵¹ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 20.09.2023.

Abbildung 31: Gesamtzahl meldepflichtiger Erkrankungen und Krankheitserreger (außer COVID-19) im Land Bremen, 2017–2022



Datenquelle: Robert Koch-Institut

Für ausgewählte Erkrankungen lassen sich für das Land Bremen besondere Trends und Aussagen treffen.

Diphtherie

Die Zahl der Diphtherieerkrankungen ist im Jahr 2022 im Vergleich zu den Vorjahren bundesweit sprunghaft angestiegen, von 24 Fällen in 2020 und 22 Fällen in 2021 auf 171 Fälle in 2022.⁵² Dagegen hatte das Land Bremen im Zeitraum 2020–2022 zwar einzelne Verdachtsmeldungen, aber keinen bestätigten Erkrankungsfall zu verzeichnen.⁵³

Bei der Mehrzahl der in Deutschland nachgewiesenen Fälle handelt es sich um eine Hautdiphtherie und gelegentlich um die deutliche ansteckendere Rachendiphtherie. Als häufigster Infektionsort wird Deutschland angegeben, importierte Infektionen aus dem Ausland sind jedoch möglich.⁵⁴

Im Kindesalter gehört die Impfung gegen Diphtherie (in Kombination mit Keuchhusten und Tetanus) zu den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standardimpfungen. Auf der Basis der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 ergibt sich für das Land Bremen eine Impfquote von 96,3 % ([siehe Kapitel 5.1.2](#)).

Die Impfquote, ab der die Weiterverbreitung von Erregern stark erschwert wird, ist je nach Erreger unterschiedlich hoch, liegt aber in der Regel bei ca. 90 %. Man spricht dann von einer hinreichend hohen Grundimmunisierung in der Bevölkerung oder auch von Herdenimmunität. Treten bei vorhandener ausreichender Grundimmunisierung Infektionen auf, so können sich diese nicht weiterverbreiten, da der Erreger auf ausreichend geimpfte Personen trifft. Die Infektionsketten brechen ab und Menschen, die nicht geimpft werden können, sind geschützt. In Bremen sind also die Bremer Kinder immunologisch gut vor Diphtherieerregern geschützt. Allerdings hat im Land Bremen nur gut die Hälfte (56,1 %) der Erwachsenen einen ausreichenden Impfschutz gegen Diphtherie,⁵⁵ auch

⁵² Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 02.08.2023.

⁵³ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 02.08.2023.

⁵⁴ Vgl. Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020, Berlin 2021, S. 69.

⁵⁵ Vgl. Rieck, Thorsten/Marcel Feig/Anette Siedler: Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance, Bd. 49, 2022, S. 3–23, doi: 10.25646/10855.

da die Impfung alle zehn Jahre aufgefrischt werden sollte. Vor diesem Hintergrund ist nach wie vor mit Diphtherie-Erkrankungen in Bremen zu rechnen.

Hepatitis B

Die Nachweise einer Hepatitis B-Erkrankung haben in den vergangenen Jahren weltweit und auch in Deutschland zugenommen. Im Jahr 2022 wurden dem RKI 16.632 aktive Erkrankungen an einer Hepatitis B gemeldet, in den beiden Jahren davor waren es 8.684 Fälle (2021) und 7.035 Fälle (2020).⁵⁶ Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Bremer Meldezahlen wider. So wurden in 2022 im Land Bremen 189 Fälle registriert, in 2021 138 Fälle und in 2020 131 Fälle.⁵⁷

In 2019 wurde die Referenzdefinition zur Übermittlung von Hepatitis B-Fällen vom klinischen Bild einer akuten Hepatitis B mit labordiagnostischen Nachweis um labordiagnostische Fälle bei nicht erfülltem klinischen Bild (chronische/asymptomatische Infektion) erweitert, die Ausweitung der Falldefinition zeigt sich im Anstieg der Fallzahlen in 2019 im Vergleich zu den Vorjahren.

Hinter dem zu beobachtenden Zuwachs an Erkrankungen in Deutschland und Bremen können verschiedene Ursachen stehen. So sind importierte Fälle aus Ländern mit einer hohen Prävalenz von Hepatitis B möglich. Des Weiteren sind im Jahr 2022 in 17 % der Hepatitis B-Fälle Deutschland als Geburts-/Herkunftsland angegeben, in 75 % der Fälle sind andere Länder als Geburts-/Herkunftsland aufgeführt worden, bei 8 % der Fälle gilt der Status als unbekannt. In Betracht könnte auch ein geändertes Sexualverhalten der Menschen kommen, da Hepatitis B zu etwa 70 % sexuell übertragen wird. Darüber hinaus sind die Impfquoten insbesondere innerhalb der erwachsenen Bevölkerung als niedrig anzusehen.

Seit Oktober 2021 haben Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen ab einem Lebensalter von 35 Jahren einmalig Anspruch auf ein Screening auf Hepatitis B und C. Dies kann ebenfalls zu einer vermeintlich erhöhten Fallzahl bei Hepatitis B geführt haben und auch weiterhin führen. Hepatitis B-Erkrankungen werden nun häufiger entdeckt, die Dunkelziffer verkleinert sich.

Ein Anstieg der Fallzahlen in der Falldefiniationskategorie der klinisch-labordiagnostischen Fälle (akute Infektionen) ist im Berichtszeitraum bei Hepatitis B im Land Bremen derzeit jedoch nicht zu beobachten. Bei den erhöhten Fallzahlen in den Jahren 2019 bis 2022 handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um chronische Infektionen, die der Falldefiniationskategorie der labordiagnostischen Fälle bei nicht erfülltem klinischen Bild zugeordnet werden konnten.

Die Impfung gegen Hepatitis B ist eine Standardimpfung im frühen Kindesalter. Auf der Basis der Schuleingangsuntersuchungen 2022/23 ergibt sich für das Land Bremen eine Impfquote von 93,4 % gemäß dem neuen Impfschema ([siehe Kapitel 5.1.2](#)).

Tuberkulose

Global betrachtet ist die Tuberkulose auf dem Vormarsch. Laut Schätzung der WHO hatten sich im Jahr 2021 weltweit 10,6 Mio. Menschen mit Tuberkulose infiziert (2020: 10,1 Mio.). Auch ist davon auszugehen, dass die Zahl der unerkannten und folglich unbehandelten Tuberkuloseerkrankungen gestiegen ist. Im Jahr 2021 starben weltweit schätzungsweise 1,6 Mio. Menschen an Tuberkulose.⁵⁸

In Deutschland waren die Meldungen zu Tuberkulose in den vergangenen Jahren weitgehend stabil. Im Jahr 2022 wurden dem RKI aus den Gesundheitsämtern insgesamt 4.161 Neuerkrankungen an einer

⁵⁶ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁵⁷ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁵⁸ Vgl. World Health Organization (WHO): Global tuberculosis report, Genf, 2022.

Tuberkulose übermittelt (2021: 3.953; 2020: 4.190), das entspricht einer Neuerkrankungsrate (Inzidenz) von 5,0 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner:innen (2021: 4,75; 2020: 5,04).⁵⁹

Die Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg verzeichnen weit über dem Durchschnitt liegende Inzidenzen. Im Vergleich der Bundesländer hatte das Land Bremen im Jahr 2022 mit 9,17 pro 100.000 Einwohner:innen die zweithöchste Inzidenz. In Berlin betrug die Inzidenz 10,66 pro 100.000 Einwohner:innen, in Hamburg 8,41 pro 100.000 Einwohner:innen. Für die Flächenländer ergaben sich deutlich niedrigere Inzidenzen, hier lagen die Werte zwischen 2,42 pro 100.000 Einwohner:innen (Mecklenburg-Vorpommern) und 6,83 pro 100.000 Einwohner:innen (Hessen).⁶⁰

Mit 9,94 Neufällen pro 100.000 Einwohner:innen (2022) war die Tuberkuloseinzidenz in der Stadt Bremen doppelt so hoch im Vergleich mit dem Bundesgebiet.⁶¹ Eine detaillierte Auswertung der vorliegenden Daten zu den 56 Bremer Tuberkulosefällen in 2022 ergab folgendes Bild: In den meisten Fällen (76,8 %) war die Lunge infiziert, auch Lymphknoten waren relativ häufig betroffen (14,3 %). In vier Fällen wurden Resistenzen gegen das in der Tuberkulosetherapie eingesetzte Standardantibiotikum Isoniazid festgestellt. Hochresistente Tuberkulosen, die ein Ausweichen auf Reserveantibiotika erfordern, gab es nicht.

Männer waren häufiger infiziert als Frauen, 2022 entfielen 71,4 % der Fälle auf Männer. 2022 lag das mittlere Alter (Median) der infizierten Personen bei 34 Jahren. Frauen waren bei Erkrankungsbeginn mit 39 Jahren deutlich älter als Männer (32 Jahre).

Zu den im Rahmen der Fallrecherchen obligatorisch erhobenen Informationen gehört das Geburtsland der infizierten Personen. 80 % der infizierten Personen waren nicht in Deutschland geboren. Mehr als ein Drittel der infizierten Personen (37,5 %) kam aus Ländern, die ganz oder teilweise südlich der Sahara liegen (Subsahara-Afrika). Bei diesen betroffenen Personen lag der Anteil extrapulmonaler Tuberkulosen (Organtuberkulosen) mit 42,9 % weit über dem Durchschnitt.

Die in Deutschland geborenen infizierten Personen hatten mit 50 Jahren (Median) das höchste Durchschnittsalter. Deutlich jünger waren infizierte Personen aus Subsahara-Afrika (27 Jahre), in Afghanistan geborene infizierte Personen hatten mit 19 Jahren das niedrigste Durchschnittsalter.

Nach den Beobachtungen aus der Fallführung des Bremer Gesundheitsamtes war knapp die Hälfte der in Deutschland geborenen infizierten Personen obdachlos und/oder litten an einer Suchterkrankung. Diese Feststellung ist kompatibel mit den Ergebnissen einer Analyse von Tuberkulose-Fallakten, die das Gesundheitsamt vor einigen Jahren durchgeführt hat.⁶²

Das hier gezeichnete Bild entspricht im Wesentlichen den Darstellungen des jüngsten RKI-Berichts zur Tuberkulose in Deutschland.⁶³ In der Stadt Bremen wie auch in Deutschland ist der weit überwiegende Teil der neu registrierten Personen mit einer Tuberkuloseinfektion im Ausland geboren. Es handelt sich dabei meist um männliche Jugendliche oder um junge Männer, die aus Tuberkulose-Hochprävalenzländern zugewandert sind, während die kleinere Gruppe der in Deutschland geborenen Infizierten in der Regel aus älteren, häufig in sozial schwierigen Verhältnissen lebenden Männern besteht. Bei Erkrankten im höheren oder hohem Alter kann es sich um Reaktivierungen von in jungen Jahren erfolgten Ansteckungen handeln.

⁵⁹ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁶⁰ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁶¹ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁶² Vgl. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Tuberkulose in der Stadt Bremen. Über neue Entwicklungen eines fast vergessenen Risikos. Gesundheitsbericht. Bremen, 2008. Siehe auch: Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Zur Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland und in der Stadt Bremen. Gesundheitsbericht. Bremen, 2016.

⁶³ Vgl. Robert Koch-Institut: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2021. Berlin, 2022.

Pneumokokken


Seit Ende 2022 wird in Deutschland neben schweren Atemwegsinfektionen anderer Herkunft eine starke Zunahme von Infektionen mit Pneumokokken (*Streptococcus pneumoniae*) beobachtet. Am stärksten davon betroffen sind Menschen über 65 Jahre. Pneumokokken-Infektionen können insbesondere bei spätem Therapiebeginn zu einer Sepsis bis hin zum Tod führen.

2022 meldete das Land Bremen 42 Fälle an das RKI, 2021 und 2020 wurden lediglich je drei Fälle registriert.⁶⁴ Die gleichzeitige Verbreitung von Viren, die Atemwegserkrankungen hervorrufen, hat insbesondere seit Januar 2023 bundesweit zu einer weiteren Zunahme dieser Infektionen beigetragen.⁶⁵ Bis Mitte 2023 sind im Land Bremen bereits 36 Fälle gemeldet worden, die meisten Infizierten (28 Personen) waren mindestens 50 Jahre alt. Kinder und Jugendliche waren nicht betroffen.⁶⁶

Seit März 2020 ist die Meldepflicht für Pneumokokken neu eingeführt worden, gesicherte Vergleiche zu den vorherigen Jahren sind daher noch nicht möglich.

Der beste Schutz gegen eine Infektion mit Pneumokokken ist eine Standardimpfung für Menschen ab 60 Jahren sowie eine Indikationsimpfung für Menschen ab 18 Jahren mit impfrelevanten Grunderkrankungen. Die Kosten für diese Schutzimpfung werden für die entsprechenden Personengruppen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Für Kinder liegt ebenfalls eine STIKO-Impfempfehlung vor.

Maßnahmen



Laufende Maßnahmen

- Aufklärung, Beratungen und Behandlung bei meldepflichtigen Infektionserkrankungen
- Hygienebegehungen
- Programm zur HPV-Impfung an Schulen

Maßnahmenbeschreibung



Aufklärung, Beratung und Behandlung

Die Gesundheitsämter im Land Bremen führen bei jeder gemeldeten meldepflichtigen Infektionskrankheit eine fallbezogene Ermittlung sowie eine Aufklärung und Beratung der betroffenen Personen sowie ggf. der Kontaktpersonen durch. Der Umfang und die Art der Aufklärung und Beratung können durch Informationsschreiben, telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme und durch den Austausch mit dem behandelnden ärztlichen Personal erfolgen. Die jeweilige Vorgehensweise ist vom Schweregrad und der Übertragbarkeit der Erkrankung abhängig. Aufgrund der hohen COVID-19-Fallzahlen konnte diese Vorgehensweise während der Pandemie für diese Erkrankung nur eingeschränkt umgesetzt werden. Während der Pandemie lag der Fokus der Gesundheitsämter auf dem COVID-19-Ausbruchsmanagement, insbesondere von Ausbrüchen innerhalb von vulnerablen Personengruppen.

⁶⁴ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

⁶⁵ Vgl. Robert Koch-Institut: Update: Anstieg bakterieller Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken, Pneumokokken und *Haemophilus influenzae* in Deutschland seit Ende 2022, in: Epidemiologisches Bulletin Bd.8, 2023, S. 45.

⁶⁶ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 04.08.2023.

In der reisemedizinischen Impfsprechstunde werden die Reisenden zusätzlich zu den Impfungen auch zu Maßnahmen zum Schutz vor Insektenstichen beraten. Des Weiteren werden präventive Maßnahmen zum Schutz vor lebensmittelassoziierten Erregern für Länder mit geringerem Hygienestandard ausgesprochen. Auch beraten die Gesundheitsämter betroffene Personen und Gemeinschaftseinrichtungen in Bezug auf Schädlinge, Lästlinge und Parasiten.

Im Bereich der Tuberkuloseüberwachung liegt der Fokus der Maßnahmen auf der Sicherstellung des individuellen Therapieerfolges, um den Bevölkerungsschutz bei den oft langfristigen und komplexen Krankheitsverläufen zu gewährleisten, sowie der Erfassung und Untersuchung von Kontaktpersonen.

Bei einer Meldung über den Nachweis von lebensmittelassoziierten Erregern, wie z. B. Shigellen, Salmonellen, EHEC oder Virushepatitis A oder E, führt das Gesundheitsamt Ermittlungen durch, die einerseits auf die potenzielle Ansteckungsquelle abzielen, und andererseits auf die Frage, ob die betroffene Person im Lebensmittelbereich arbeitet. In diesen Fällen ergeben sich in der Regel Konsequenzen im Sinne einer Tätigkeitseinschränkung bzw. eines Tätigkeitsverbots. Die Gesundheitsämter im Land Bremen vermitteln gemäß § 43 IfSG allen Beschäftigten im Lebensmittelbereich vor der erstmaligen Aufnahme ihrer Beschäftigung Kenntnisse zum hygienischen Umgang mit Lebensmitteln und welche präventiven Maßnahmen erforderlich sind, wenn Beschäftigte an einer für den Lebensmittelbereich relevanten Erkrankung, wie beispielsweise einer Gastroenteritis, erkranken.

Auch in Kindergemeinschaftseinrichtungen kann das Auftreten von speziellen Krankheiten und Krankheitserregern zu Schutzmaßnahmen, wie beispielsweise zu Betretungsverboten für Kinder, Beschäftigte oder bringende und abholende Personen führen.

Die Gesundheitsämter in Bremerhaven und Bremen sind zudem aktive Mitglieder im Netzwerk zu multiresistenten Erregern des Landes Bremen. Um die Entstehung und Verbreitung von multiresistenten Erregern zu vermindern, werden dort Informationsmaterialien zum richtigen Umgang mit dieser Problematik erarbeitet, abgestimmt, aktualisiert und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt.⁶⁷ Die senatorische Behörde für Gesundheit veranstaltet hierzu regelmäßig Veranstaltungen, um den kontinuierlichen Austausch zwischen den Beteiligten gewährleisten zu können.

Hygienebegehungen

In Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Gemeinschaftseinrichtungen für Erwachsene, Kindergemeinschaftseinrichtungen sowie in Kosmetikstudios werden durch die Gesundheitsämter fortlaufend regelhafte sowie anlassbezogene Hygienebegehungen durchgeführt. Hierbei verfolgen die Gesundheitsämter den beratungsorientierten Prüfansatz. Sie überwachen die jeweiligen Einrichtungen und beraten über das jeweilige Erkrankungsrisiko und die korrekte Durchführung von entsprechenden Hygienemaßnahmen, insbesondere auch beim Auftreten von Ausbruchssituationen. Darüber hinaus erarbeitet die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration eine Hygieneverordnung für Pflegeeinrichtungen.⁶⁸

Programm zur HPV-Impfung an Schulen

Humane Papillomviren (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragenen Viren und sind weltweit verbreitet. Die meisten sexuell aktiven Menschen infizieren sich mindestens einmal im Leben mit HPV,

⁶⁷ Vgl. MRE – Netzwerk Land Bremen, <https://www.mrsa-netzwerk.bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁶⁸ Die Hygieneverordnung befindet sich aktuell noch in der Abstimmung. Eine Abstimmung mit der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration ist bereits erfolgt.

oftmals bereits beim ersten Sexualkontakt. Zumeist handelt es sich dabei um vorübergehende Infektionen, die nach 1–2 Jahren nicht mehr nachweisbar sind. Jedoch können HPV-Infektionen auch persistieren und über Krebsvorstufen zu Karzinomen im Intimbereich, im Analbereich oder in der Mundhöhle und im Rachen führen.⁶⁹ Bei Männern sind HPV-Infektionen mitverantwortlich für Peniskarzinome. Bei allen Geschlechtern kommen HPV bedingte Analkarzinome vor sowie Tumore im Mund-Rachen-Raum.⁷⁰

Das Ziel der HPV-Impfung von Mädchen und Jungen im Alter von 9–14 Jahren ist die Reduktion der Krankheitslast durch HPV-assoziierte Tumore. Die WHO und die EU-Kommission streben als HPV-Impfquotenziele bis zum Jahr 2030 eine Steigerung der Impfquoten (vollständige Impfserie) von 15-jährigen Mädchen auf über 90 % und eine deutliche Steigerung der Jungenimpfquote (15-Jährige) an.⁷¹

Das Gesundheitsamt Bremen führt seit dem Schuljahr 2013/2014 Impfaktionen zur Feststellung der Durchimpfungsrate und Schließung eventuell vorhandener Impflücken gegen HPV in den 8. Klassen der Bremer Schulen durch. Dieses Schulimpfprogramm wird von den Gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt und vom Gesundheitsamt Bremen umgesetzt. Durch diese Impfaktionen in den 8. Klassen soll die Impfung für Mädchen und Jungen, die bisher nicht gegen HPV geimpft wurden, nachgeholt werden bzw. die zweite und eventuell dritte Impfung für unvollständig Geimpfte erfolgen.

Die letzte vollständig ausgewertete Impfkaktion liegt aufgrund der Corona-Pandemie aus dem Schuljahr 2018/2019 vor.⁷² Zielgruppe waren alle Schüler:innen der 8. Klassen (n=2.449) in sämtlichen öffentlichen und privaten Schulformen im Stadtgebiet Bremen. Die ständige Impfkommision des Robert Koch-Instituts (STIKO) spricht seit Juni 2018 auch für Jungen eine Impfeempfehlung gegen HPV aus. Entsprechend ist die Zielgruppe des Impfangebots gegen HPV nun auch auf alle Jugendliche erweitert worden.

Zur Vorbereitung der Impfkaktion werden die Eltern mit einem kombinierten Informations-/Rückantwortschreiben über den Ablauf und das Ziel der Impfkaktion in Kenntnis gesetzt. Alle Eltern werden gebeten, den HPV-Impfstatus ihrer Kinder mitzuteilen sowie die schriftliche Zustimmung für eine ggf. erforderliche Impfung zu geben. Stimmt die Eltern einer Impfung zu, müssen in der Rückantwort zusätzliche Angaben zu evtl. bestehenden Impfhindernissen sowie zur Art ihrer Krankenversicherung gemacht werden. Zusätzlich können die Eltern sich telefonisch bei der impfenden Ärzteschaft informieren. Der Rücklauf der Antwortschreiben stieg von 2013/2014 mit 71,2 % (n=1.732) kontinuierlich bis auf 82,2 % (n=2.014) im Schuljahr 2018/2019 an.

Im Schuljahr 2018/2019 stimmten 31,8 % (n=640) der Eltern einer Impfung zu, 68,2 % (n=1.374) gaben keine Impfeinwilligung. Ein wesentlicher Grund der nicht erfolgten Zustimmung war, dass 43,6 % der Mädchen (n=599) bereits teilweise bzw. vollständig gegen HPV geimpft waren. Durch das Schulimpfprogramm 2018/2019 konnten mindestens 462 Mädchen zusätzlich vollständig gegen HPV geimpft werden. Dadurch stieg die Impfquote bei den 15-jährigen vollständig geimpften Mädchen für das Jahr 2019 nach neuen Berechnungen des RKIs von 37,7 % auf 49,8 %. Die Diskrepanz zwischen den

⁶⁹ Vgl. Robert Koch-Institut: Humane Papillomviren, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber HPV.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HPv.html) (zuletzt abgerufen 18.12.2023).

⁷⁰ Vgl. Robert Koch-Institut – Warum sollte man gegen HPV impfen?, <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ04.html> (zuletzt abgerufen 18.12.2023).

⁷¹ Vgl. Robert Koch-Institut: Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland – InveSt HPV, <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁷² Das Schulimpfprogramm wurde im Schuljahr 2022/23 wiederaufgenommen, eine vollständige Auswertung der Daten liegt jedoch noch nicht vor.

vom RKI gemeldeten Impfquoten und den tatsächlichen Impfquoten ist darauf zurückzuführen, dass die vom Gesundheitsamt Bremen durchgeführten Impfungen im Rahmen des Schulimpfprogramms nicht in die Impfsurveillance der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen einfließt. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die HPV-Impfquoten nicht im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung dokumentiert werden ([siehe Kapitel 5.1.2](#)), da die Impfungen nach der Einschulung erfolgen. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass durch die Informationen, die Sorgeberechtigte im Rahmen des Schulimpfprogramms erhalten, vermehrt Impfungen im niedergelassenen ärztlichen Bereich stattfinden.

4.4 Sexuell übertragbare Infektionskrankheiten

Hintergrund

Sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections (STIs)) können durch verschiedene Erreger beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Zu den häufigsten STIs zählen:

- HIV
- Syphilis
- Chlamydien
- Gonorrhoe

Außerdem können HPV, Hepatitis A, B und C sowie Affenpocken (Mpox) ebenfalls durch sexuelle Kontakte übertragen werden. Der Infektionsverlauf gestaltet sich bei den beschriebenen Erkrankungen sehr unterschiedlich. Viele Infektionen werden oft nicht bemerkt oder bleiben lange symptomlos, andere können spezifische Symptome wie Hautveränderungen, Juckreiz oder Ausfluss hervorrufen. Doch auch unspezifische Symptome wie Fieber, Müdigkeit, Halsschmerzen und Appetitlosigkeit können auftreten. Die meisten STIs sind heilbar, hinterlassen aber nicht immer eine Immunität bei den Betroffenen. Insofern kann es zu einer wiederholten Ansteckung kommen. Personen mit vielen wechselnden Sexualpartner:innen haben ein erhöhtes Risiko, sich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken. Das RKI zählt zu den gefährdeten Personengruppen auch Männer, die Sex mit Männern haben, und Personen, die in der Sexarbeit tätig sind.

Chlamydien sind ein Beispiel für häufig unbemerkte Verläufe. Diese stellen unbehandelt ein Gesundheitsrisiko dar, denn sie können zu Unfruchtbarkeit führen oder eine HIV-Infektion begünstigen. Gesicherte Angaben über die Ausbreitung von Chlamydien liegen jedoch nicht vor, da die Infektion erst seit September 2022 meldepflichtig ist.⁷³

Vor allem bei jungen Menschen zwischen 15 und 25 Jahren häufen sich die Infektionen mit Gonokokken, die eine sogenannte Gonorrhoe verursachen.⁷⁴ Die Meldepflicht einer Infektion besteht ebenfalls erst seit September 2022, so dass auch hier keine gesicherten Erkenntnisse über die Verbreitung des Erregers vorliegen. Studien weisen jedoch auf ein erhöhtes Auftreten bei den o. g. vulnerablen Bevölkerungsgruppen hin.

Im Mai 2022 sind in Deutschland erstmalig Fälle von Affenpocken aufgetreten, die der Meldepflicht beim RKI nach § 6 f IfSG unterliegen. Bereits seit August 2022 sind die Infektionszahlen deutlich

⁷³ Vgl. Robert Koch-Institut: Chlamydiosen (Teil 1): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Chlamydiosen_Teil1.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁷⁴ Vgl. Robert Koch-Institut: Gonorrhö (Tripper), https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Gonorrhoe.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

zurückgegangen und seit Januar 2023 sind keine Fälle mehr registriert worden. Dieses Virus wurde vor allem im Rahmen von sexueller Aktivität unter Männern, die Sex mit Männern haben, übertragen.

Datengrundlage

Die vorgestellten Daten stammen aus der Datenbank SurvStat des RKI.⁷⁵ Darin können alle Fallübermittlungen zu den nach § 6 f IfSG meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweisen abgerufen werden. So müssen Arztpraxen und Labore Fälle mit Hepatitis B und C namentlich dem Gesundheitsamt melden. Dieses stellt dann Ermittlungen an, um weitere Fälle im Umfeld der erkrankten Person zu ermitteln. Nach einer anschließenden Anonymisierung wird der Fall über die zuständige Landesbehörde dem RKI gemeldet. HIV und Syphilis sind ohne Nennung des Namens meldepflichtig, hier erfolgt die Meldung direkt an das RKI.

Datenlimitationen

Das RKI geht bei den Fallerfassungen von HIV davon aus, dass diese zu 95 % vollständig sind. Es findet eine fallbezogene Verschlüsselung statt, so dass Doppelerfassungen ausgeschlossen werden können. In Bezug auf Syphilis ist darauf hinzuweisen, dass das Testangebot lediglich für vulnerable Gruppen (Männer, die Sex mit Männern haben, und Sexarbeitende) kostenlos ist. Von einer gewissen Untererfassung aufgrund von nicht erfolgten Tests ist deshalb auszugehen.

Entwicklungen im Land Bremen und in Deutschland

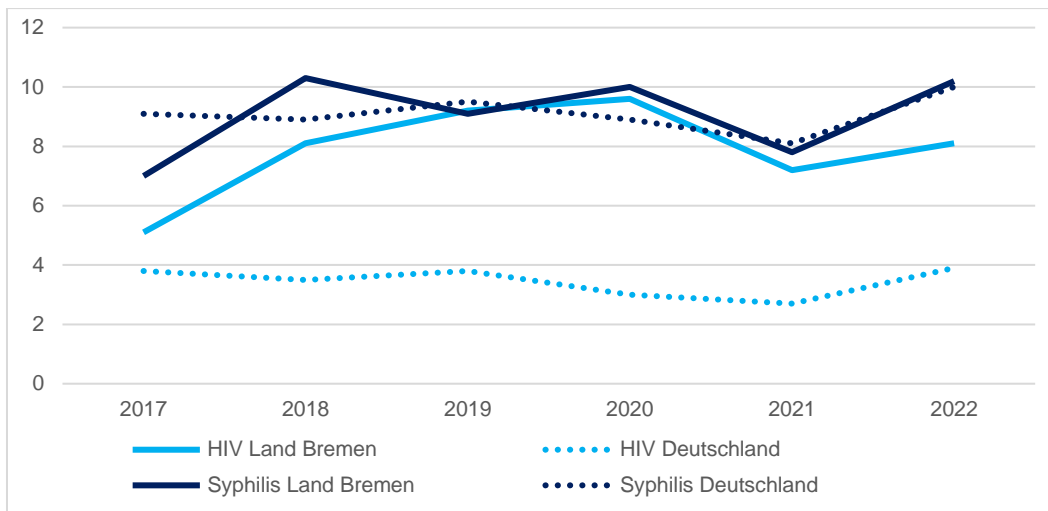
Neuinfektionen mit HIV setzen sich zwischen 2017 und 2022 auf ähnlich niedrigem Niveau wie in den Vorjahren fort. HIV ist durch den medizinischen Fortschritt inzwischen sehr gut behandelbar und führt nicht mehr zwangsläufig zum Tod.⁷⁶ Durchschnittlich haben sich in Deutschland zwischen 2017 und 2022 pro Jahr ca. drei bis vier Personen pro 100.000 Einwohner:innen mit HIV infiziert. Im Jahr 2022 wurden acht Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner:innen im Land Bremen registriert. Die Werte für das Land Bremen liegen wie in den Vorjahren über dem Bundesdurchschnitt und sind aufgrund der kleinen Fallzahlen stärkeren Schwankungen ausgesetzt. Eine überdurchschnittliche Inzidenz von HIV ist neben Bremen auch in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg zu beobachten.

Syphilis tritt im Vergleich zu HIV häufiger auf. Der Trend der Vorjahre setzt sich für den Zeitraum 2017–2022 fort. Die Zahl der Neuinfektionen im Land Bremen folgen dabei dem Bundestrend. So wurden im Jahr 2022 sowohl in Bremen als auch in Deutschland ca. zwölf Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner:innen von Syphilis registriert (siehe Abbildung 32, Seite 64).

⁷⁵ Vgl. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 19.06.2023.

⁷⁶ Vgl. Robert Koch-Institut: Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2020 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2020 mit HIV in Deutschland leben, in: Epidemiologisches Bulletin, Bd. 47, 2021, S. 3–17, doi: 10.25646/9301.

Abbildung 32: Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner:innen von HIV und Syphilis in Deutschland und im Land Bremen, 2017–2022



Datenquelle: Robert Koch-Institut

Im Geschlechtervergleich ist zu sehen, dass sich Männer, und hier insbesondere die Personengruppe Männer, die Sex mit Männern haben, häufiger mit HIV oder Syphilis infizieren (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl und Inzidenz der HIV- und Syphilis-Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner:innen, differenziert nach Geschlecht im Land Bremen, 2017–2022

Jahr	Infektion und Geschlecht				
	HIV männlich	HIV weiblich	Syphilis männlich	Syphilis weiblich	Syphilis unbekannt
2017 absolut	24,0	11,0	47,0	1,0	0,0
2017 Inzidenz	7,1	3,2	14,0	0,3	0,0
2018 absolut	40,0	15,0	67,0	2,0	1,0
2018 Inzidenz	11,8	4,4	19,8	0,6	0,0
2019 absolut	43,0	20,0	58,0	4,0	0,0
2019 Inzidenz	12,8	5,8	17,2	1,2	0,0
2020 absolut	46,0	19,0	62,0	5,0	1,0
2020 Inzidenz	13,7	5,5	18,4	1,5	0,0
2021 absolut	36,0	13,0	47,0	6,0	0,0
2021 Inzidenz	10,8	3,8	14,1	1,8	0,0
2022 absolut	34,0	21,0	65,0	3,0	0,0
2022 Inzidenz	10,2	6,1	19,4	1,2	0,0

Datenquelle: Robert Koch-Institut

Maßnahmen

Laufende Maßnahmen

- Niedrigschwellige Beratungs- und Testangebote im Bereich sexuell übertragbarer Infektionen
- Qualitätszirkel HIV-Schwerpunktpraxen
- Streetworker im Quartier zum Thema sexuelle Gesundheit

Maßnahmenbeschreibung



Neben den Beratungs- und Testangeboten führen die Gesundheitsämter in Bremen und Bremerhaven vielfältige Maßnahmen durch, um STIs präventiv entgegenzuwirken. Nach wie vor gibt es ein niedrigschwelliges Angebot (Beratung, Testung, Impfung und gegebenenfalls Behandlung) für Zielgruppen mit erhöhtem Risiko. So wurde beispielsweise die Beratung zu den Übertragungswegen von Affenpocken und zu der Impfmöglichkeit 2023 in den beiden Gesundheitsämtern fest etabliert.

Zudem findet in der Stadt Bremen ein regelmäßiger Qualitätszirkel statt, der einen Austausch der HIV-Schwerpunktpraxen ermöglicht. Das Gesundheitsamt Bremen nimmt als Beratungs- und Teststelle für HIV ebenfalls an diesen Treffen teil. Hier können Fragen rund um Therapie, Diagnostik sowie Prävention in Bezug auf HIV sowie andere STIs miteinander besprochen werden. Des Weiteren konnten so Maßnahmen getroffen werden, um die Möglichkeit zu schaffen, das HIV-Testangebot im Gesundheitsamt Bremen niedrigschwelliger in Anspruch zu nehmen. So können nun u. a. Terminbuchungen online über die Homepage des Gesundheitsamtes vorgenommen werden.

Die aufsuchende Arbeit an Orten der Prostitution ist ein Kernstück der Präventionsarbeit der Beratungsstellen. Hier wird u. a. über das vorgehaltene Untersuchungsangebot im Gesundheitsamt informiert. Auch während der Corona-Pandemie wurde daran festgehalten.

So wird seitens der Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit Streetwork im Bereich der Sexarbeit und der queeren Szene durchgeführt. Streetwork ist ein Arbeitsfeld im Bereich der Sozialarbeit, wo problembelasteten Zielgruppen in ihrem Wohnbereich oder Milieu Beratung angeboten wird. Darüber hinaus wird in der Helenenstraße 1x pro Quartal ein mobiles Testangebot durchgeführt. In Bremerhaven wird im Rotlicht-Milieu ein mobiles Testangebot für den Bedarfsfall vorgehalten. Weiterhin ist das Gesundheitsamt Bremen beim Christopher Street Day mit einem Informationsstand vertreten und macht auf das Test- und Impfangebot aufmerksam. Aber auch allgemeine Bevölkerungsgruppen werden im Rahmen der Information zu sexueller Gesundheit adressiert. So werden Werkschüler:innen und Auszubildende bei Mercedes in sexueller Gesundheit unterrichtet, wie es das Ausbildungscurriculum dort vorsieht, und Informationen zu sexueller Gesundheit werden in der afrikanischen Community verbreitet.

Seit 2018 besteht in Bremerhaven eine Kooperation zwischen der Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit und der psychosozialen Beratung für Substituierte der Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven. Anlass hierfür war die häufige Problemstellung, dass zahlreiche Drogenkonsumierende und Substituierende nicht über ihren aktuellen HIV- und Hepatitis C-Status informiert sind, und so keine frühzeitige Versorgung erhalten können. Aufgrund der Zielsetzung, eine zeitnahe Behandlungsmöglichkeit zu bieten, wurde das Projekt der anonymen HIV-/Hepatitis C-Schnelltestung/-Bestätigungstestung an einem vertrauten Ort („JumpIn“-Kontaktladen und Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit) initiiert.

5 Kindergesundheit

5.1 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Hintergrund

Schuleingangsuntersuchungen liefern qualitativ hochwertige Daten, die Aussagen über die gesundheitliche Lage, aber auch über die Lebensumstände aller 5- bis 7-jährigen Kinder in den Bundesländern erlauben. Schuleingangsuntersuchungen gehören daher zu den wichtigsten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland.

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzliche Aufgabe der Gesundheitsämter des Landes Bremen. Sie soll feststellen, ob die schulpflichtigen Kinder die für den Schulbesuch notwendigen intellektuellen und gesundheitlichen Voraussetzungen mitbringen. Vor dem Eintritt in die Grundschule werden alle Kinder eines Einschulungsjahrgangs dem schulärztlichen Dienst der Gesundheitsämter vorgestellt. Die Untersuchungen beginnen im Herbst des Jahres vor der Einschulung. Auf der Grundlage der Befunde erhalten die Eltern eine Empfehlung, ob das Kind eingeschult oder zurückgestellt werden sollte. Die gesetzliche Grundlage für die Schuleingangsuntersuchung bilden das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), das Bremische Schulgesetz (BremSchulG) sowie im Rahmen der Schulgesundheitspflege das Bremische Schulverwaltungsgesetz (BremSchVwG).

In diesem Kapitel werden schwerpunktmäßig die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des Einschulungsjahrgangs 2022/23 vorgestellt. Dabei werden auch Entwicklungen über die letzten Jahre dargestellt.

Datengrundlage und Datenlimitationen

In der Schuleingangsuntersuchung werden Informationen zur familiären Situation und zur sozialen Lage, zur Inanspruchnahme empfohlener Impfungen und zu Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) sowie zu bestehenden Erkrankungen und aktuellen Therapien erfasst. Des Weiteren werden die Körpergröße und das Gewicht der Kinder gemessen. Eine Funktionsdiagnostik stellt vorhandene Hör- und Sehprobleme sowie Verhaltensauffälligkeiten fest, und mithilfe spezieller Untersuchungen wird der Entwicklungsstand des vorgestellten Kindes beurteilt.

Während der COVID-19-Pandemie untersuchte das Bremer Gesundheitsamt alle einzuschulenden Kinder, lediglich 276 Kinder des Einschulungsjahrgangs 2020/21 konnten pandemiebedingt nicht untersucht werden. Da das schulärztliche Kollegium in der Pandemiebekämpfung eingesetzt war, wurden die allermeisten Untersuchungen von Kinderkrankenpfleger:innen übernommen. Darunter fielen auch Untersuchungen, die üblicherweise vom schulärztlichen Kollegium durchgeführt werden. Des Weiteren wurde, um Infektionsrisiken zu minimieren, in vielen Fällen auf Körperkoordinationstests verzichtet, auch andere Untersuchungen wurden modifiziert durchgeführt.

In Bremerhaven ging die Zahl der untersuchten Kinder während der Pandemiephase deutlich zurück. Im Einschulungsjahrgang 2021/22 wurden 21,8 % (293 von 1.343 Kinder) untersucht. Hierbei handelte es sich u. a. um eine gezielte Auswahl von Kindern, bei denen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsprobleme bestand.

Im Folgenden werden die Datengrundlagen und Datenlimitationen der einzelnen Bereiche, die aus der Schuleingangsuntersuchung in diesen Bericht einfließen, vorgestellt.

Übergewicht/Adipositas

Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern und Jugendlichen der sogenannte Body Mass Index (BMI) Maßstab für die medizinische Beurteilung des Körpergewichts. Für Kinder und Jugendliche wird eine modifizierte Form des BMI verwendet, die berücksichtigt, dass es im Laufe der Entwicklung von

Kindern und Jugendlichen zu alters- und geschlechtsabhängigen Veränderungen der Körpermasse kommt.⁷⁷

In Bremerhaven wurde der BMI bei 268 (24,7 %) Kindern des Schuljahrs 2022/23 pandemiebedingt nicht digital erfasst.

Impfquoten zur Grundimmunisierung

Während der Schuleingangsuntersuchungen dokumentieren die Gesundheitsämter anhand der vorgelegten Impfausweise, ob die vorgestellten Kinder die von der STIKO empfohlenen Impfungen erhalten haben. Die erhobenen Informationen werden dem RKI jährlich in anonymisierter Form für die Impfsurveillance übermittelt.

Nicht für alle vorgestellten Kinder lag ein Impfausweis vor, bezogen auf das Land Bremen konnte in der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 bei 84,7 % der Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Es gibt Hinweise, wonach Kinder ohne Impfausweis weniger häufig geimpft sind als Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten. Von daher ist nicht auszuschließen, dass die hier ausgewiesenen Impfquoten eine leichte Überschätzung der tatsächlichen Impfquoten darstellen. Diese Einschränkung betrifft vor allem die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund.

Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS)

Die Einzeluntersuchungen von SOPESS messen sogenannte Vorläuferfähigkeiten wie selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenverständnis, Visuomotorik, logisches Schlussfolgern oder Körperkoordination, auf denen das schulische Lernen, wie das Erlernen des Lesens, Schreibens und Rechnens, aufbauen kann.

Die Ergebnisse werden im Rahmen der Untersuchung mittels Punktwerten dokumentiert. Basierend auf Feldstudien wurden Grenzwerte mit den drei Ergebniskategorien auffällig, grenzwertig und unauffällig gebildet. Sind mehrere Befunde auffällig, sollte eine entsprechende ärztliche Abklärung erfolgen, um im Bedarfsfall geeignete Fördermaßnahmen einleiten zu können.

Für die SOPESS-Module Visuomotorik, Mengenvergleich und Simultanerfassung sowie Körperkoordination lagen für die Stadt Bremerhaven pandemiebedingt nur für einen sehr geringen Anteil der untersuchten Kinder Befunde digital vor. Daher werden für diese drei Module nur Ergebnisse der Stadt Bremen vorgestellt. Auch in den anderen SOPESS-Modulen gab es für Bremerhaven einen höheren Anteil an fehlenden Befunden.

Zudem ist für die vorliegenden Daten der Stadt Bremen im Modul Körperkoordination anzumerken, dass dieses Modul in der Schuleingangsuntersuchung 2020/2021 bei 41 % der vorgestellten Kinder und in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 bei 90 % der vorgestellten Kinder nicht durchgeführt wurde, um das Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu verringern. Das Hüpfen bewirkte eine verstärkte Ausatmung, die bei einem infizierten Kind zu einer erhöhten Erregerkonzentration in der Innenluft führte. Allerdings wurden die getesteten Kinder nicht gezielt nach bestimmten Kriterien ausgewählt, insofern ist nicht von einer Verzerrung der Ergebnisse auszugehen.

Die Beurteilung der Sprach- und Sprechbefunde erfolgt anhand verschiedener standardisierter Untersuchungen. Hier ist anzumerken, dass dennoch Verzerrungseffekte aufgrund unterschiedlicher Beurteilungen durch die Untersuchenden entstehen können.

⁷⁷ Vgl. Kromeyer-Hauschild, Katrin/Martin Wabitsch/Detlef Kunze/Frank Geller/H. C. Geiss/V. Hesse/A. Von Hippel/U Jaeger/Dieter Johnsen/Wolfgang Korte/K Menner/G. Müller/Jörg Müller/A. Niemann-Pilatus/Thomas Remer/Franz Schaefer/Hans-Ulrich Wittchen/Siegfried Zabransky/K Zellner/Andreas Ziegler/Johannes Hebebrand: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Bd. 149, Nr. 8, 2001, S. 807–818.

Für das Modul Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern ist die Limitation zu erwähnen, dass ein Vergleich zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven nur eingeschränkt möglich ist. Dies liegt daran, dass sich die Ergebnisse in der Stadt Bremen auf Kinder beschränken, die

- ein geringes Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm) hatten, oder
- keinen Kindergarten besucht haben, oder
- im Ausland geboren wurden, oder
- eine chronische Erkrankung oder eine festgestellte Behinderung haben, oder
- deren Eltern ärztliche Beratung wünschen, oder
- Kinder, bei denen sich in der laufenden Schuleingangsuntersuchung unerwartet größere Auffälligkeiten zeigen.

Aufgrund dieser Beschränkungen absolvierte in der Stadt Bremen knapp die Hälfte der vorgestellten Kinder diesen Test. In Bremerhaven gibt es die oben genannten Beschränkungen nicht.

Verhaltensauffälligkeiten und -stärken

Zur Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten wird die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt.⁷⁸ Der SDQ besteht aus fünf Einzelskalen, die verschiedene Verhaltensdimensionen messen:

- Emotionale Probleme (z. B. „weint häufig“)
- Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. „hat oft Wutanfälle“)
- Hyperaktives Verhalten (z. B. „leicht ablenkbar“)
- Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (z. B. „spielt meist alleine“)
- Prosoziales Verhalten (z. B. „teilt gerne“)

Diese fünf Einzelskalen umfassen jeweils fünf typische Verhaltensweisen. Anhand der Antwortkategorien „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“ kann angegeben werden, ob und in welchem Ausmaß diese Verhaltensweisen auftreten. Der SDQ eignet sich nachweislich als Marker von Verhaltensauffälligkeiten. Er ist für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4–16 Jahren konzipiert, bei Kindern füllen die Eltern den Fragebogen aus.

In der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gebeten, die Fragen zu beantworten, die Eltern sind dazu jedoch nicht verpflichtet. In der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 lag für 83,4 % der vorgestellten Kinder ein ausgefüllter SDQ vor.

Für die Antworten werden Punktwerte vergeben. Anhand der erreichten Punktwerte wird ein Gesamtwert ermittelt. Die erreichten Punktwerte für jede der fünf oben beschriebenen Verhaltensdimensionen werden auf die gleiche Art in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ unterteilt. Das Ergebnis des Kindes kann trotz eines auffälligen Teilbereiches im Gesamtwert unauffällig ausfallen.

Limitierend ist anzumerken, dass der SDQ derzeit nur in der Stadt Bremen eingesetzt wird. Zudem handelt es sich bei den Angaben im SDQ um subjektive Einschätzungen der Eltern. Eine zusätzliche Überprüfung ergab jedoch, dass der SDQ-Gesamtbefund und die Beurteilung des Verhaltens während der Untersuchung durch die untersuchende Person im hohen Maße übereinstimmen. Vier von fünf Kindern, die gemäß dem SDQ als unauffällig eingestuft wurden, zeigten auch während der Untersuchung keine Verhaltensauffälligkeiten.

⁷⁸ Vgl. Woerner, Wolfgang/Andreas Becker/C. Friedrich/Henrikje Klasen/Robert Goodman/Aribert Rothenberger: Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bd. 30, Nr.2, 2002, S. 105–112.

Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)

Grundlage für die Dokumentation von wahrgenommenen U-Untersuchungen sind die in den Schuleingangsuntersuchungen eingesehenen Untersuchungshefte.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass bei einem Teil der vorgestellten Kinder kein Untersuchungsheft vorlag. Generell gilt dies insbesondere für Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex. Bezogen auf das Land Bremen wurde in der Vergangenheit bei etwa jedem fünften Kind kein Untersuchungsheft vorgelegt.

Migrationshintergrund

Die Erhebung der Daten zur Bestimmung eines (beidseitigen) Migrationshintergrundes liegt der von der Gesundheitsministerkonferenz empfohlenen Definition zugrunde. Ein Kind hat demnach einen beidseitigen Migrationshintergrund, wenn das Kind und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind oder beide Elternteile nicht in Deutschland geboren sind und/oder keine deutschen Staatsbürger:innen sind.

Für die Stadt Bremerhaven konnte aufgrund fehlender Daten der Migrationshintergrund nicht berechnet werden.

Zuordnung des Sozialindex auf Ortsteilebene

Der Sozialindex auf Ortsteilebene ([siehe Kapitel 2](#)) wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zur Analyse von sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten herangezogen. Dabei wird den untersuchten Schulanfänger:innen der Sozialindex auf Ortsteilebene zugeordnet.

In Bremerhaven fehlten in 2022/2023 bei 319 (39,1 %) der untersuchten Kinder Angaben zum Wohnquartier (Ortsteil) oder das Wohnquartier ließ sich keiner der drei Kategorien des Sozialindex zuordnen.

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Klassifizierung der Ortsteile nach Sozialindex in Relation zu den anderen Ortsteilen der Stadt Bremen bzw. der Stadt Bremerhaven, also im städtischen Kontext, erfolgt. Hoher Sozialindex bedeutet demnach „höher“ im Vergleich zu den anderen Ortsteilen der jeweiligen Stadt und nicht „hoch“ auf einer allgemein gültigen Skala.

5.1.1 Übergewicht und Adipositas bei Schulanfänger:innen

Hintergrund

Übergewicht, vor allem schweres Übergewicht (Adipositas), birgt für Kinder und Jugendliche erhebliche Gesundheitsrisiken. Übergewicht geht auf unterschiedliche Faktoren zurück, häufig ist Bewegungsmangel in Verbindung mit zu hoher Kalorienzufuhr die Ursache.

Übergewicht kann schon im Kindes- und Jugendalter zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden wie Diabetes mellitus Typ 2 oder zu Bluthochdruck führen. Hinzu kommen soziale Ausgrenzung durch diskriminierendes Verhalten der Umwelt und konsekutiv soziale Isolation, was wiederum psychische Probleme wie Depressionen oder Essstörungen hervorrufen kann. Aus übergewichtigen Kindern werden zumeist übergewichtige Jugendliche und später übergewichtige Erwachsene. Diese Entwicklung beginnt bereits in der frühen Kindheit.⁷⁹

⁷⁹ Vgl. Geserick, Mandy/Mandy Vogel/Ruth Gausche/Tobias Lipek/Ulrike Spielau/Eberhard Keller/Roland Pfäffle/Wieland Kies/Antje Körner: Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity, in: New England Journal of Medicine, Bd. 379, Nr. 14, 2018, S. 1303–1312.

In Deutschland blieb der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher lange Zeit stabil. In der zwischen 2014 und 2017 durchgeführten zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) waren 15,4 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren übergewichtig oder adipös. Zwischen Jungen und Mädchen gab es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Übergewicht und Adipositas hängen jedoch mit dem Sozialstatus zusammen: Etwa ein Viertel der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus war übergewichtig oder stark übergewichtig (adipös) (Mädchen: 27,0 %, Jungen: 24,2 %), bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus lag dieser Anteil deutlich unter 10 % (Mädchen: 6,5 %, Jungen: 8,9 %).⁸⁰

Ergebnisse

In der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 im Land Bremen hatten drei Viertel der Kinder (77,5 %) Normalgewicht. Jedes siebte Kind (14,5 %) erhielt den Befund „übergewichtig“ oder „stark übergewichtig“ (adipös), 8 % der Kinder waren untergewichtig oder stark untergewichtig. Zwischen Jungen und Mädchen gab es keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich des relativen Körpergewichts (siehe Tabelle 8, Seite 71).

Zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven zeigten sich deutliche Unterschiede. Während in Bremen 14 % der untersuchten Kinder übergewichtig oder adipös waren, betrug dieser Anteil in Bremerhaven 18 %. 7,7 % der Bremer Kinder waren untergewichtig oder stark untergewichtig, für Bremerhaven ergab sich ein Anteil von 10,4 % untergewichtiger oder stark untergewichtiger Kinder (siehe Tabelle 8, Seite 71).

Ebenfalls deutlich ist der Unterschied zwischen Kindern ohne Migrationshintergrund und Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund. Bezogen auf die Stadt Bremen waren 10,6 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und 17,9 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund übergewichtig oder adipös (siehe Tabelle 8, Seite 71).

⁸⁰ Vgl. Schienkiewitz, Anja/Anna-Kristin Brettschneider /Stefan Damerow/Angelika Schaffrath Rosario: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, in: Journal of Health Monitoring, Bd. 3, Nr. 1, 2018, S. 18.

Tabelle 8: Relatives Körpergewicht (BMI) bei Kindern in Prozent, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, im Land Bremen und in Bremen (Stadt) und Bremerhaven, Schuljahr 2022/23

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zum BMI	Starkes Übergewicht (Adipositas) (%)	Übergewicht (%)	Normalgewicht (%)	Untergewicht (%)	Starkes Untergewicht (%)
Land Bremen							
Insgesamt	6.788	6.483	6,6	7,9	77,5	5,3	2,7
Jungen	3.540	3.376	6,9	7,7	77,8	5,2	2,4
Mädchen	3.247	3.107	6,2	8,2	77,3	5,4	3,0
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Bremen (Stadt)							
Insgesamt	5.704	5.667	6,3	7,7	78,4	5,2	2,5
Jungen	2.980	2.959	6,7	7,5	78,6	5,1	2,1
Mädchen	2.724	2.708	5,8	8,0	78,2	5,4	2,7
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.955	4,4	6,2	81,6	5,8	2,0
Migrationshintergrund	2.609	2.591	8,3	9,6	74,7	4,7	2,6
Bremerhaven							
Insgesamt*	1.084	816	8,6	9,4	71,6	5,5	4,9
Jungen	560	417	8,4	9,4	71,9	5,5	4,8
Mädchen	523	399	8,8	9,5	71,2	5,5	5,0
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.

* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Differenziert man die Prävalenzberechnung nach dem Sozialindex des Ortsteils, in dem die untersuchten Kinder wohnen, zeigt sich der oben berichtete soziale Gradient bei Übergewicht und Adipositas. Markant ist der Prävalenzunterschied zwischen den Ortsteilen mit hohem und den Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex der Stadt Bremen. Unter den Kindern aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex lag die Übergewichts-/Adipositasprävalenz bei 6,2 %. Bei Kindern aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex ist die Prävalenz ca. dreimal höher und betrug 18,4 % (siehe Tabelle 9, Seite 72).

Dagegen zeigte sich in Bremerhaven nur ein vergleichsweise geringer Unterschied zwischen den beiden Gruppen bzgl. der Übergewichts-/Adipositasprävalenz (16,3 % vs. 19,3 %). Des Weiteren ist auffällig, dass in Bremerhaven die Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex erheblich höher war als bei den Bremer Kindern, die in einem Ortsteil mit hohem Sozialindex wohnen.

Tabelle 9: Relatives Körpergewicht (BMI) bei Kindern in Prozent, nach Sozialindex des Ortsteils in den Städten Bremen und Bremerhaven, Schuljahr 2022/23

Region	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zum BMI	Starkes Übergewicht (Adipositas) (%)	Übergewicht (%)	Normalgewicht (%)	Untergewicht (%)	Starkes Untergewicht (%)
Bremen (Stadt)						
Insgesamt	5.667	6,3	7,7	78,4	5,2	2,5
Hoher Sozialindex	1.245	1,6	4,6	85,5	6,6	1,8
Mittlerer Sozialindex	2.800	7,1	7,8	78,1	4,4	2,6
Niedriger Sozialindex	1.621	8,3	10,1	73,5	5,6	2,5
Bremerhaven						
Insgesamt	816	8,6	9,4	71,6	5,5	4,9
Hoher Sozialindex	160	6,9	9,4	74,4	6,3	3,1
Mittlerer Sozialindex	51	9,8	9,8	64,7	9,8	5,9
Niedriger Sozialindex	202	7,9	11,4	71,3	5,9	3,5

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Über die Zeit betrachtet nahmen im Land Bremen und, noch deutlicher, in Bremerhaven in den Schuleingangsuntersuchungen die Anteile übergewichtiger und adipöser Kinder kontinuierlich zu. Im Land Bremen stieg dieser Anteil von 11,6 % (Schuleingangsuntersuchung 2017/18) auf 14,4 % (Schuleingangsuntersuchung 2022/23) und in Bremerhaven von 13,9 % auf 18,0 % (siehe Abbildung 33, Seite 73).

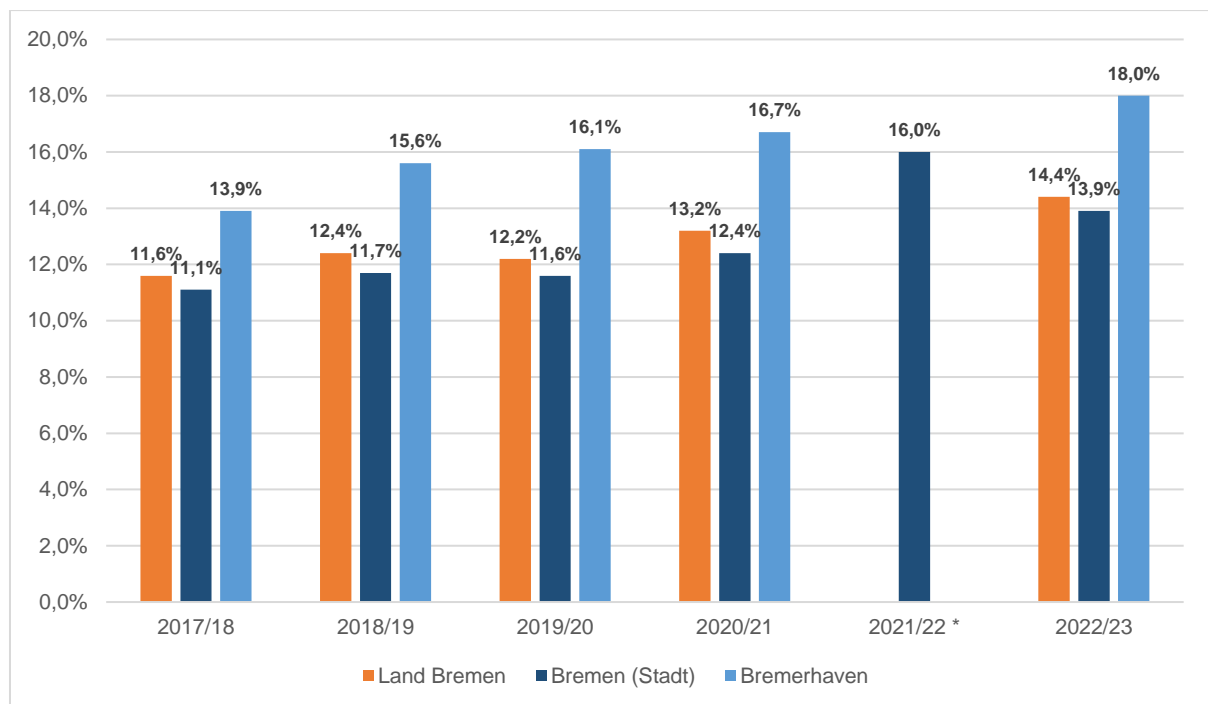
Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich für die Stadt Bremen. Hier bewegten sich die Anteile übergewichtiger und adipöser Kinder bis zur Schuleingangsuntersuchung 2019/20 in einem Bereich zwischen 11 % und 12 % (siehe Abbildung 33, Seite 73). Mit dem Beginn der COVID-19-Pandemie wuchs dieser Anteil auf 12,4 % (Schuleingangsuntersuchung 2020/21) und erreichte in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 den Höchstwert von 16,0 %. Danach sank der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder wieder auf einen Wert von 13,9 % (Schuleingangsuntersuchung 2022/23).

Von dem Prävalenzanstieg während der COVID-19-Pandemie waren Kinder, die in einem der Bremer Ortsteile mit niedrigem Sozialindex wohnen, in erheblich stärkerem Maße betroffen als Kinder aus den Ortsteilen mit hohem Sozialindex. In der Schuleingangsuntersuchung 2021/22, die in die Hochphase der Pandemie fiel, war fast jedes vierte Kind (23 %) aus einem Ortsteil mit niedrigem Sozialindex übergewichtig oder adipös. Für Kinder aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex ergab sich ein wesentlich niedrigerer Anteil von 8 %.⁸¹ Eine Sonderauswertung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes stellte ähnliche Ergebnisse fest. Kinder aus bildungsfernen Familien zeigten in dem Pandemiejahr 2021 einen stärkeren Anstieg der Adipositas- und Übergewichtsprävalenz als Kinder aus bildungsnahen Familien.⁸²

⁸¹ Vgl. Tempel, Günter/Sara Westerhold: Übergewicht und Adipositas bei Kindern in der Stadt Bremen. Faktenblatt zur Schuleingangsuntersuchung 2022/2023 des Bremer Gesundheitsamtes, Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), 2022.

⁸² Vgl. Hesse-Jungesblut, Katharina/Kirsten Reißner/Christel Zühlke: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung – Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor und während der Corona-Pandemie, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.), 2023.

Abbildung 33: Anteil übergewichtiger Kinder (inkl. Adipositas) in Prozent, Land Bremen und Städte Bremen und Bremerhaven, Schuljahr 2017/18–2022/23



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

* Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden in Bremerhaven nur 293 ausgewählte Kinder des Schuljahres 2021/22 untersucht. Daher wurde für Bremerhaven auf die Berechnung von Anteilswerten verzichtet.

5.1.2 Impfquoten zur Grundimmunisierung bei Schulanfänger:innen

Hintergrund

Impfungen gehören zu den wirksamsten medizinischen Maßnahmen und haben eine große Erfolgsgeschichte. Mit Impfprogrammen gelang es, viele Infektionskrankheiten einzudämmen oder zu eliminieren. Kinderlähmung kommt in großen Teilen der Welt nicht mehr vor, und die früher gefürchteten Pocken gelten seit 1980 als weltweit ausgerottet.

Impfungen sind Teil des Vorsorgeprogramms im Kindes- und Erwachsenenalter. Impfungen finden für gewöhnlich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1–U9) statt und werden im Impfausweis vermerkt. Durch diese Schutzimpfungen sind sogenannte Kinderkrankheiten wie Mumps, Masern oder Röteln in Deutschland selten geworden, seit Beginn der 1990er-Jahre wurden keine Fälle von Kinderlähmung mehr registriert.

Im Land Bremen treten Mumps und Masern nur noch ganz vereinzelt auf. Zwischen 2001 – dem Jahr der Einführung des Infektionsschutzgesetzes – und 2022 verzeichnete das RKI für das Land Bremen 45 Mumpsfälle und 75 Masernfälle (darunter 34 im Jahr 2003 in der Stadt Bremen).⁸³

Ergebnisse

Im Land Bremen wurden für den Einschulungsjahrgang 2022/23 6.788 Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt. Bei 84,7 % (n=5.752) der Untersuchungen lag der Impfausweis des Kindes vor. Im Land Bremen besitzen deutlich mehr als 90 % der Kinder, die einen Impfnachweis vorlegen konnten, einen vollständigen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Hämophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln und Meningokokken C (siehe Tabelle 10, Seite 74).

⁸³ Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 26.06.2023

Tabelle 10: Impfquoten bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, Land Bremen und Städte Bremen und Bremerhaven

	Land Bremen	Bremen (Stadt)	Bremerhaven
Anzahl der untersuchten Kinder	6.788	5.704	1.084
Darunter mit Impfausweis	5.752	4.999	753
In %	84,7	87,6	69,5
Impfquoten in %:			
Diphtherie (3 Impfungen)*	96,3	96,8	93,1
Tetanus (3 Impfungen)*	96,4	96,9	93,1
Pertussis (3 Impfungen)*	96,1	96,5	93,1
Hämophilus influenzae Typ b (3 Impfungen)*	94,4	94,8	92,2
Poliomyelitis (3 Impfungen)*	96,2	96,7	92,7
Hepatitis B (3 Impfungen)*	93,4	93,6	92,7
Masern			
1 Impfung	99,6	99,7	98,8
2 Impfungen	97,2	97,2	97,3
Mumps			
1 Impfung	99,6	99,7	99,1
2 Impfungen	97,2	97,2	97,2
Röteln			
1 Impfung	99,6	99,7	98,7
2 Impfungen	97,1	97,2	97,1
Varizellen			
1 Impfung	89,2	89,0	90,6
2 Impfungen	86,1	85,9	87,3
Meningokokken C	92,4	92,8	91,2
Pneumokokken (3 Impfungen)*	77,6	78,9	69,1
Rotaviren (2 Impfungen)	53,4	52,6	64,9
* Seit Juni 2020 gilt für reifgeborene Säuglinge ein verkürztes Impfschema für die Grundimmunisierung mit 2+1 Impfdosen (vorher 3+1). ⁸⁴ Die hier ausgewiesenen Impfquoten sind daher mit den früher berichteten Impfquoten nicht vergleichbar.			

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Der Anteil der Kinder mit Varizellen-Impfschutz liegt leicht unter der 90 %-Marke. Ein vollständiger Impfschutz gegen Pneumokokken (77,6 %) konnte nur bei etwa drei von vier Kindern, gegen Rotaviren (53,4 %) nur bei etwas mehr als der Hälfte der Jungen und Mädchen festgestellt werden. Allgemein liegen die Impfquoten der Stadtgemeinde Bremen etwas über denen von Bremerhaven (Varizellen und Rotaviren stellen Ausnahmen dar).

Während hier ein Impfausweis bei 83,0 % der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund vorlag, war dies bei 91,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund der Fall (siehe Tabelle 11, Seite 75). Dies könnte auf eine sprachliche Barriere zurückgeführt werden, wenn man annehmen kann, dass einige Eltern die in deutscher Sprache verfasste Einladung zur Schuleingangsuntersuchung (darin ist die Bitte um Vorlage des Impfausweises formuliert) sprachlich nicht umfassend verstehen.

⁸⁴ Vgl. Rieck, Thorsten/Marcel Feig/Anette Siedler: Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance, in: Epidemiologisches Bulletin, Bd. 49, 2021, S. 6–29, doi: 10.25646/9355.3.

Tabelle 11: Impfquoten bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23 nach Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

	Bremen (Stadt)		Bremerhaven	
	Kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	Kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund
Anzahl der untersuchten Kinder	2.972	2.609	./.	./.
Darunter mit Impfausweis	2.731	2.165	./.	./.
In %	91,9	83,0	./.	./.
Impfquoten in %:			./.	./.
Diphtherie (3 Impfungen)*	98,3	95,1	./.	./.
Tetanus (3 Impfungen)*	98,4	95,1	./.	./.
Pertussis (3 Impfungen)*	97,9	94,9	./.	./.
Hämophilus influenzae Typ b (3 Impfungen)*	97,0	92,2	./.	./.
Poliomyelitis (3 Impfungen)*	98,2	94,8	./.	./.
Hepatitis B (3 Impfungen)*	94,1	92,9	./.	./.
Masern			./.	./.
1 Impfung	99,8	99,5	./.	./.
2 Impfungen	98,2	95,9	./.	./.
Mumps			./.	./.
1 Impfung	99,8	99,5	./.	./.
2 Impfungen	98,2	95,9	./.	./.
Röteln			./.	./.
1 Impfung	99,8	99,5	./.	./.
2 Impfungen	98,2	95,9	./.	./.
Varizellen			./.	./.
1 Impfung	86,8	91,7	./.	./.
2 Impfungen	84,9	87,3	./.	./.
Meningokokken C	92,5	92,6	./.	./.
Pneumokokken (3 Impfungen)*	83,3	73,6	./.	./.
Rotaviren (2 Impfungen)	56,0	48,5	./.	./.
* Seit Juni 2020 gilt für reifgeborene Säuglinge ein verkürztes Impfschema für die Grundimmunisierung mit 2+1 Impfdosen (vorher 3+1). ⁸⁵ Die hier ausgewiesenen Impfquoten sind daher mit den früher berichteten Impfquoten nicht vergleichbar.				

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 11 ist zu entnehmen, dass die Impfquoten der Kinder mit Migrationshintergrund zumeist etwas unter der Impfquote von Kindern ohne Migrationshintergrund liegen. Deutliche Unterschiede zeigten sich nur bei den Impfungen gegen Pneumokokken und Rotaviren. Dagegen erhielten Kinder mit Migrationshintergrund häufiger eine Impfung gegen Varizellen. Die vergleichsweise geringe Resonanz auf das Impfangebot gegen das Rotavirus lässt sich möglicherweise damit begründen, dass Eltern eine mögliche Erkrankung als harmlos einschätzen, da es sich oftmals nur um Symptome einer Gastroenteritis handelt. Vorstellbar ist auch, dass der frühe Beginn einer Impfsérie (im Alter von sechs Lebenswochen) ein abwartendes Impfverhalten auslöst.

Betrachtet man den Sozialindex als einflussnehmenden Faktor auf die Impfquoten, wird deutlich, dass Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex bei nahezu allen Impfungen geringere Impfquoten

⁸⁵ Vgl. Rieck et al., 2021, S. 6–29.

aufweisen als diejenigen, die in Ortsteilen mit hohem Sozialindex leben (siehe Tabelle 12). Das ist insbesondere in Bremerhaven der Fall, wobei die Kinder aus Wohngebieten mit mittlerem Sozialindex die höchsten Impfquoten aufweisen. Tabelle 12 ist außerdem zu entnehmen, dass Kinder mit hohem Sozialindex deutlich öfter Impfdokumente zur Schuleingangsuntersuchung vorlegen.

Tabelle 12: Impfquoten bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23 nach dem Sozialindex der Ortsteile der Städte Bremen und Bremerhaven

	Bremen (Stadt)			Bremerhaven		
	Hoher Sozialindex	Mittlerer Sozialindex	Niedriger Sozialindex	Hoher Sozialindex	Mittlerer Sozialindex	Niedriger Sozialindex
Anzahl der untersuchten Kinder	1.251	2.823	1.629	177	69	298
Darunter mit Impfausweis	1.160	2.454	1.384	147	52	183
In %	92,7	86,9	85,0	83,1	75,4	61,4
Impfquoten in %:						
Diphtherie (3 Impfungen)*	97,8	96,6	96,4	95,9	98,1	90,2
Tetanus (3 Impfungen)*	98,0	96,6	96,5	95,9	98,1	89,6
Pertussis (3 Impfungen)*	97,2	96,3	96,4	95,9	98,1	90,2
Hib (3 Impfungen)*	95,8	94,7	94,1	95,2	94,2	90,2
Poliomyelitis (3 Impfungen)*	97,8	96,4	96,2	95,9	98,1	90,2
Hepatitis B (3 Impfungen)*	92,7	93,4	94,7	95,2	94,2	90,7
Masern						
1 Impfung	99,7	99,8	99,5	100,0	100,0	98,9
2 Impfungen	97,7	97,2	96,8	99,3	98,1	98,4
Mumps						
1 Impfung	99,7	99,8	99,5	100,0	100,0	98,9
2 Impfungen	97,7	97,2	96,8	99,3	98,1	98,4
Röteln						
1 Impfung	99,7	99,8	99,5	100,0	100,0	98,4
2 Impfungen	97,7	97,2	96,8	99,3	98,1	97,8
Varizellen						
1 Impfung	87,8	87,7	92,4	88,4	92,3	94,0
2 Impfungen	85,8	84,5	88,6	86,4	88,5	92,4
Meningokokken C	91,3	92,4	93,9	91,2	92,3	92,9
Pneumokokken (3 Impfungen)*	83,2	78,7	75,7	69,4	65,4	67,8
Rotaviren (2 Impfungen)	54,3	50,8	54,9	68,7	71,2	64,5

* Seit Juni 2020 gilt für reifgeborene Säuglinge ein verkürztes Impfschema für die Grundimmunisierung mit 2+1 Impfdosen (vorher 3+1).⁸⁶ Die hier ausgewiesenen Impfquoten sind daher mit den früher berichteten Impfquoten nicht vergleichbar.

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

⁸⁶ Vgl. Rieck, 2021, S. 6–29.

5.1.3 Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening bei Schulanfänger:innen (SOPESS)

Hintergrund

Ein zentraler Bestandteil der Schuleingangsuntersuchungen ist die Beurteilung des Entwicklungsstands hinsichtlich Schulfähigkeit und Schulbereitschaft (früher: Schulreife) der vorgestellten Kinder. Dabei kommen verschiedene Einzeluntersuchungen zum Einsatz, die im Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) zusammengefasst sind.⁸⁷

Ergebnisse

Visuomotorik

Der Begriff „Visuomotorik“ bezeichnet das koordinierte Zusammenspiel zwischen visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Dazu gehört auch die Koordination zwischen Auge und Hand. Eine gute Auge-Hand-Koordination ist eine Voraussetzung für das Erlernen des Schreibens. Zur Beurteilung der Visuomotorik ergänzt das vorgestellte Kind mit einem Bleistift vorgezeigte Formen und zeichnet einfache Bilder nach. Dabei werden neben der Genauigkeit der Wiedergabe auch die Stifthaltung, Stiftführung und Händigkeit beobachtet.

Für Bremerhaven lagen nur für 14 % der im Schuljahr 2022/23 untersuchten Kinder digital erfasste und damit auswertbare Befunde vor. Aufgrund dieses sehr hohen Anteils an fehlenden Werten ist das Risiko einer statistischen Verzerrung der Ergebnisse sehr hoch und die Daten aus Bremerhaven wurden daher nicht ausgewertet.

In der Stadt Bremen zeigten 14,8 % der untersuchten Kinder einen auffälligen Befund. Jungen zeigten häufiger auffällige Befunde als Mädchen. Ebenso zeigten Kinder mit Migrationshintergrund häufiger Auffälligkeiten in der Visuomotorik als Kinder ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Befunde zu „Visuomotorik“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund in der Stadt Bremen

Bremen (Stadt)	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zur „Visuomotorik“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.614	73,7	11,5	14,8
Jungen	2.980	2.926	67,4	13,8	18,8
Mädchen	2.724	2.688	80,5	8,9	10,6
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.352	80,1	9,5	10,5
Migrationshintergrund	2.609	1.714	67,1	13,7	19,2

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Bei Kindern aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex waren auffällige Befunde die Ausnahme, während fast ein Viertel der Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex eine auffällige Visuomotorik aufwies (siehe Tabelle 14, Seite 78).

⁸⁷ Vgl. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen: Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) Handanweisung zur Durchführung und Auswertung, Düsseldorf, 2009.

Tabelle 14: Befunde zu „Visuomotorik“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in der Stadt Bremen

Bremen (Stadt)	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zur „Visuomotorik“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.613	73,7	11,5	14,8
Hoher Sozialindex	1.251	1.239	88,4	6,6	5,0
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.775	73,5	12,1	14,3
Niedriger Sozialindex	1.629	1.599	62,5	14,1	23,4

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Selektive Aufmerksamkeit

Eine entscheidende Voraussetzung für jeden Lernerfolg ist die Fähigkeit, sich für eine bestimmte Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren zu können und sich nicht ablenken zu lassen. Die entsprechende Untersuchung beinhaltet eine einfache Aufgabe, die das Kind innerhalb von 60 Sekunden bewältigen soll.

Die Anteile an auffälligen Befunden lagen in der Stadt Bremen und Bremerhaven zwischen 8 % und 9 %. Jungen wiesen in beiden Städten häufiger auffällige Befunde auf als Mädchen. Der Anteil an auffälligen Befunden war bei Kindern mit Migrationshintergrund in der Stadt Bremen höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 15).

In beiden Städten zeigt sich basierend auf dem Sozialindex der Ortsteile ein sozialer Gradient (siehe Tabelle 16, Seite 79). Kinder, die in einem Ortsteil mit einem niedrigen Sozialindex wohnen, zeigten häufiger auffällige Befunde.

Tabelle 15: „Selektive Aufmerksamkeit“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zur „selektiven Aufmerksamkeit“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.602	80,4	10,7	9,0
Jungen	2.980	2.918	75,1	13,1	11,9
Mädchen	2.724	2.684	86,1	8,0	5,8
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.938	85,7	8,9	5,4
Migrationshintergrund	2.609	2.545	74,5	12,6	12,8
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	829	85,9	6,0	8,1
Jungen	560	428	81,8	7,7	10,5
Mädchen	523	401	90,3	4,2	5,5
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht					

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 16: Befunde zu „Selektive Aufmerksamkeit“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Selektive Aufmerksamkeit“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.602	80,4	10,7	9,0
Hoher Sozialindex	1.251	1.241	88,2	7,7	4,1
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.768	80,7	10,2	9,1
Niedriger Sozialindex	1.629	1.592	73,6	13,8	12,6
Bremerhaven					
Insgesamt	1.084	829	85,9	6,0	8,1
Hoher Sozialindex	177	160	95,0	3,1	1,9
Mittlerer Sozialindex	69	54	81,5	3,7	14,8
Niedriger Sozialindex	298	206	81,6	8,3	10,2

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Zählen, Mengenvergleich und Simultanerfassung

In der Schule Rechnen zu lernen fällt Kindern leichter, wenn sie bereits über ein einfaches mathematisches Grundverständnis verfügen. In der Schuleingangsuntersuchung wird mathematisches Grundverständnis mit Hilfe von drei Untersuchungen erhoben, bei denen das Kind Objekte abzählen, die Zahl von Objekten schnell erfassen und Mengen vergleichen soll.

Zählen

Jungen waren in ihrem Zählverhalten in der Stadt Bremen häufiger auffällig als Mädchen. In der Stadt Bremerhaven gab es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Aufgrund der niedrigeren Fallzahlen und dem hohen Anteil an nicht vorliegenden Befunden für Bremerhaven besteht hier das Risiko eines nicht repräsentativen Ergebnisses. In der Stadt Bremen zeigten Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger auffällige Befunde im Zählen als Kinder ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 17, Seite 80). Ein möglicher Einflussfaktor ist dabei aber auch unabhängig vom Zahlenverständnis der Kinder die (deutsche) Sprachkenntnis in Bezug auf Zahlen. Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex hatten in beiden Städten häufiger auffällige Befunde (siehe Tabelle 18, Seite 80).

Tabelle 17: Befunde zu „Zählen“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Zählen“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.598	72,2	15,9	11,9
Jungen	2.980	2.917	70,3	15,9	13,8
Mädchen	2.724	2.681	74,3	16,0	9,8
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.947	84,1	10,3	5,5
Migrationshintergrund	2.609	2.532	59,0	22,2	18,8
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	830	64,0	18,1	18,0
Jungen	560	428	63,8	18,5	17,8
Mädchen	523	402	64,2	17,7	18,2
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.

* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 18: Befunde zu „Zählen“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Zählen“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.598	72,2	15,9	11,9
Hoher Sozialindex	1.251	1.240	88,5	7,3	4,2
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.763	71,4	16,4	12,2
Niedriger Sozialindex	1.629	1.594	60,8	21,8	17,4
Bremerhaven					
Insgesamt	1.084	830	64,0	18,1	18,0
Hoher Sozialindex	177	161	71,4	19,9	8,7
Mittlerer Sozialindex	69	54	59,3	25,9	14,8
Niedriger Sozialindex	298	206	58,7	18,9	22,3

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Mengenvergleich und Simultanerfassung

Für den Bereich „Mengenvergleich und Simultanerfassung“ lagen aus Bremerhaven nur für 14,3 % der im Schuljahr 2022/23 untersuchten Kinder digital erfasste Befunde vor. Aufgrund dieser hohen Anzahl an fehlenden Werten und dem damit verbundenen Risiko statistischer Verzerrungen wurden die Daten aus Bremerhaven nicht ausgewertet.

Der Gesamtanteil auffälliger Befunde der Simultan- und Mengenerfassung in der Stadt Bremen lag bei 8,7 %. Kinder mit Migrationshintergrund hatten etwa dreimal so häufig auffällige Befund als Kinder

ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 19). Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex hatten häufiger auffällige Befunde als Kinder aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex (siehe Tabelle 20).

Tabelle 19: Befunde zu „Mengenvergleich und Simultanerfassung“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in der Stadt Bremen

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Mengenvergleich und Simultanerfassung“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.562	78,0	13,2	8,7
Jungen	2.980	2.892	78,3	12,1	9,6
Mädchen	2.724	2.670	77,8	14,4	7,8
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.933	86,1	9,4	4,4
Migrationshintergrund	2.609	2.510	69,2	17,5	13,3

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Tabelle 20: Befunde zu „Mengenvergleich und Simultanerfassung“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in der Stadt Bremen

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Mengenvergleich und Simultanerfassung“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.562	78,0	13,2	8,7
Hoher Sozialindex	1.251	1.235	91,6	5,8	2,6
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.744	77,4	14,0	8,6
Niedriger Sozialindex	1.629	1.592	68,6	17,7	13,7

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen), Statistisches Landesamt Bremen

Sprach- und Sprechbefunde

Die Untersuchung der Sprachfähigkeit (in der deutschen Sprache) umfasst verschiedene Einzeluntersuchungen. Dabei sollen die Kinder ihnen unbekannte und inhaltlich bedeutungslose Silbenkombinationen (Pseudowörter) nachsprechen, bei einer Bildbeschreibung die richtigen Präpositionen gebrauchen und anhand vorgelegter Bilder den richtigen Plural bilden. Bei Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen werden die Teilbereiche zum Präpositionsgebrauch und zur Pluralbildung nicht durchgeführt.

Pseudowörter

Mittels der Pseudowörter können die auditive Wahrnehmung, Merkfähigkeit und Verarbeitung beurteilt werden. In Bremerhaven war der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden mit 13,4 % ungefähr doppelt so hoch wie in Bremen. Jungen waren in beiden Städten häufiger betroffen als Mädchen. Kinder mit Migrationshintergrund zeigten dabei in etwa doppelt so häufig auffällige Befunde als Kinder ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 21, Seite 82). Sowohl in der Stadt Bremen als auch in Bremerhaven hatten Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex häufiger auffällige Befunde (siehe Tabelle 22, Seite 82).

Tabelle 21: Befunde zu „Pseudowörtern“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Pseudowörtern“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.457	82,8	10,2	7,0
Jungen	2.980	2.845	80,3	11,1	8,6
Mädchen	2.724	2.612	85,5	9,3	5,2
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.880	86,2	8,9	4,9
Migrationshintergrund	2.609	2.465	79,0	11,8	9,2
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	826	80,9	5,7	13,4
Jungen	560	427	77,0	7,0	15,9
Mädchen	523	399	85,0	4,3	10,8
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht					

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 22: Befunde zu „Pseudowörtern“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Pseudowörtern“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	5.457	82,8	10,2	7,0
Hoher Sozialindex	1.251	1.228	89,7	7,2	3,2
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.680	82,9	10,6	6,6
Niedriger Sozialindex	1.629	1.548	77,2	12,1	10,7
Bremerhaven					
Insgesamt	1.084	826	80,9	5,7	13,4
Hoher Sozialindex	177	161	91,3	1,9	6,8
Mittlerer Sozialindex	69	53	75,5	13,2	11,3
Niedriger Sozialindex	298	205	79,5	6,3	14,1

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Präpositionen

Da aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse oder mangelnder Mitarbeit bei insgesamt 11,2 % der Kinder keine Ergebnisse vorliegen und die Entscheidung zur Durchführung dieser Teilbereiche teilweise subjektiv erfolgte, unterliegen die erhobenen und im Folgenden beschriebenen Ergebnisse möglicherweise Verzerrungen durch unterschiedliche Beurteilungen der Untersuchenden.

Der Anteil an auffälligen Befunden war in Bremerhaven mit 34,7 % höher als in der Stadt Bremen (24,3 %). Kinder mit Migrationshintergrund wiesen dabei deutlich häufiger auffällige Befunde auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 23, Seite 83). Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem

Sozialindex hatten gegenüber Ortsteilen mit hohem Sozialindex in beiden Städten häufiger auffällige Befunde (siehe Tabelle 24).

Tabelle 23: Befunde zu „Präpositionen“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Präpositionen“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	4.972	68,0	7,7	24,3
Jungen	2.980	2.551	67,1	7,8	25,1
Mädchen	2.724	2.421	69,0	7,6	23,4
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.893	88,6	4,3	7,1
Migrationshintergrund	2.609	1.980	38,5	12,4	49,1
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	827	59,9	5,4	34,7
Jungen	560	427	59,5	4,9	35,6
Mädchen	523	400	60,3	6,0	33,8
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.

* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 24: Befunde zu „Präpositionen“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23 nach Sozialindex Ortsteils, Bremen (Stadt) und Bremerhaven. Angaben in Prozent.

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Präpositionen“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	4.972	68,0	7,7	24,3
Hoher Sozialindex	1.251	1.198	90,2	3,0	6,8
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.471	68,2	7,8	23,9
Niedriger Sozialindex	1.629	1.297	47,1	11,8	41,2
Bremerhaven*					
Insgesamt	1.084	827	59,9	5,4	34,7
Hoher Sozialindex	177	161	75,2	6,8	18,0
Mittlerer Sozialindex	69	53	52,8	1,9	45,3
Niedriger Sozialindex	298	206	57,8	6,3	35,9

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Pluralbildung

Auffällige Befunde in der „Pluralbildung“ lagen in der Stadt Bremen und in der Stadt Bremerhaven bei ca. jedem dritten Kind vor. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war der Anteil an auffälligen Befunden höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 25, Seite 84).

Des Weiteren zeigte sich ein sozialer Gradient. Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex hatten in beiden Städten häufiger auffällige Befunde als Kinder aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex (siehe Tabelle 26).

Tabelle 25: Befunde zu „Pluralbildung“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Pluralbildung“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	2.075	50,9	13,4	35,7
Jungen	2.980	1.196	49,6	14,0	36,5
Mädchen	2.724	879	52,7	12,7	34,6
Ohne Migrationshintergrund	2.972	1.023	75,1	12,4	12,5
Migrationshintergrund	2.609	996	26,6	14,3	59,1
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	827	55,1	12,7	32,2
Jungen	560	427	52,7	14,3	33,0
Mädchen	523	400	57,8	11,0	31,3
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.

* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 26: Befunde zu „Pluralbildung“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Pluralbildung“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	2.075	50,9	13,4	35,7
Hoher Sozialindex	1.251	422	80,6	8,5	10,9
Mittlerer Sozialindex	2.823	1.002	49,1	15,6	35,3
Niedriger Sozialindex	1.629	651	34,4	13,4	52,2
Bremerhaven					
Insgesamt	1.084	827	55,1	12,7	32,2
Hoher Sozialindex	177	161	75,2	8,7	16,1
Mittlerer Sozialindex	69	53	45,3	17,0	37,7
Niedriger Sozialindex	298	206	46,6	18,9	34,5

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

Jungen waren in beiden Städten häufiger betroffen als Mädchen. Dabei hatten Kinder mit Migrationshintergrund häufiger auffällige Befunde als Kinder ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 27, Seite 85). Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex hatten in beiden Städten häufiger auffällige Befunde als Kinder aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex (siehe Tabelle 28, Seite 85).

Tabelle 27: Befunde zu „Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	2.830	72,1	15,2	12,7
Jungen	2.980	1.644	69,2	17,0	13,8
Mädchen	2.724	1.186	76,2	12,7	11,0
Ohne Migrationshintergrund	2.972	1.095	78,9	12,5	8,6
Migrationshintergrund	2.609	1.656	68,3	16,4	15,3
Bremerhaven					
Insgesamt*	1.084	822	82,2	8,6	9,1
Jungen	560	424	77,1	11,8	11,1
Mädchen	523	398	87,7	5,3	7,0
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.

* Ein Kind ohne Angaben zum Geschlecht

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Tabelle 28: Befunde zu „Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in den Städten Bremen und Bremerhaven

Region	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Bremen (Stadt)					
Insgesamt	5.704	2.830	72,1	15,2	12,7
Hoher Sozialindex	1.251	461	82,4	11,3	6,3
Mittlerer Sozialindex	2.823	1.373	72,3	15,7	12,1
Niedriger Sozialindex	1.629	995	67,1	16,5	16,4
Bremerhaven					
Insgesamt	1.084	829	85,9	6,0	8,1
Hoher Sozialindex	177	160	91,9	6,9	1,3
Mittlerer Sozialindex	69	53	83,0	9,4	7,5
Niedriger Sozialindex	298	204	83,3	6,4	10,3

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Körperkoordination

Die Körperkoordination des Kindes wird anhand einer Sprungübung, dem sogenannten Parallel-Seitwärtsspringen, beurteilt. Das zu untersuchende Kind erhält eine kurze Anleitung und eine kurze

Probephase, danach hat das Kind zehn Sekunden Zeit für die Sprünge. Dabei werden nur die korrekt ausgeführten Sprünge innerhalb der Markierungen gewertet.

In der Stadt Bremen lag der Anteil auffälliger Testergebnisse bei 7,6 %. Allerdings wurden bei ca. jedem zehnten Kind (10,7 %) keine Werte erhoben, weil einige Kinder diese Aufgabe verweigerten, nicht verstanden oder körperlich nicht in der Lage waren, den Test zu absolvieren. Jungen hatten häufiger auffällige oder fehlende Befunde als Mädchen. Differenziert nach Migrationshintergrund zeigten sich keine Unterschiede (siehe Tabelle 29). Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex wiesen häufiger auffällige Befunde auf als Kinder aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex (siehe Tabelle 30).

Tabelle 29: Befunde zu „Körperkoordination“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, in der Stadt Bremen

Bremen (Stadt)	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Körperkoordination“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.093	76,2	16,3	7,6
Jungen	2.980	2.628	74,1	16,9	9,0
Mädchen	2.724	2.465	78,4	15,6	6,0
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.643	77,6	15,6	6,8
Migrationshintergrund	2.609	2.350	74,5	17,1	8,4

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Tabelle 30: Befunde zu „Körperkoordination“ bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, nach Sozialindex des Ortsteils, in der Stadt Bremen

Bremen (Stadt)	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder mit (digital erfassten) Angaben zu „Körperkoordination“	Unauffällig (%)	Grenzwertig (%)	Auffällig (%)
Insgesamt	5.704	5.093	76,2	16,3	7,6
Hoher Sozialindex	1.251	1.106	79,5	14,2	6,3
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.467	77,8	15,8	6,4
Niedriger Sozialindex	1.629	1.519	71,2	18,6	10,2

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen), Statistisches Landesamt Bremen

5.1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die kindliche Entwicklung

Zu den Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie gehörten Einschränkungen des Schulbetriebs bis hin zu Schließungen von Schulen und Freizeiteinrichtungen sowie die Reduzierung der Kinderbetreuung in Kitas. Diese Maßnahmen veränderten den Alltag von Kindern und Jugendlichen massiv.

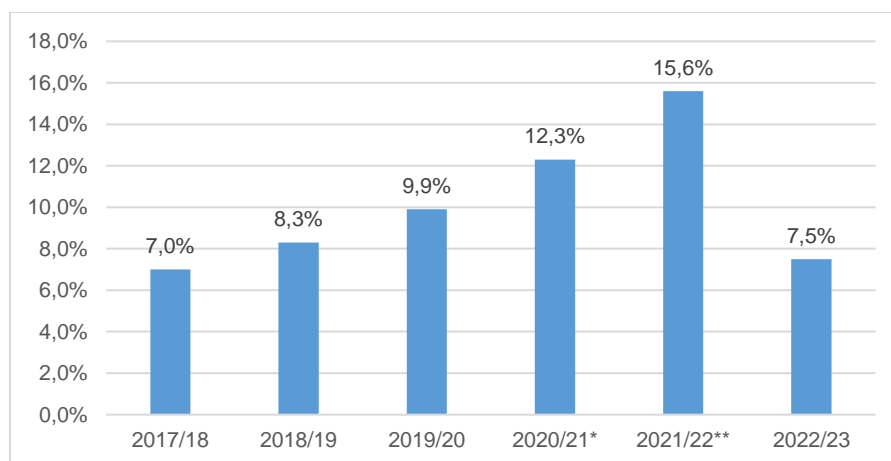
Schon nach dem ersten Pandemiejahr wurden die negativen Auswirkungen dieser Eingriffe sichtbar. Bei Kindern und Jugendlichen wurde u. a. eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten beobachtet, des Weiteren ergaben sich Hinweise auf vermehrt auftretendes Übergewicht bei einzuschulenden

Kindern.^{88 89 90} Vor allem bei Kindern aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status ließ sich ein deutlicher Anstieg des Förderbedarfs in den Bereichen Sprache, Motorik und sozioemotionale Entwicklung feststellen.^{91 92}

Auch in den Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Bremen zeigten sich problematische Entwicklungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Über den Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenz während der Pandemiephase wird in Kapitel 5.1 berichtet. Aus den SOPESS-Modulen ergaben sich vor allem im Bereich Körperkoordination, aber auch im Bereich Zählen Auffälligkeiten.

Der Anteil der Kinder mit einem auffälligen Befund im Bereich „Körperkoordination“ stieg in der Schuleingangsuntersuchung 2020/2021 deutlich von 9,9 % (2019/2020) auf 12,3 % und erhöhte sich in der Schuleingangsuntersuchung 2021/2022 auf 15,6 %. In der Schuleingangsuntersuchung 2022/2023 sank dieser Anteil wieder auf 7,5 % (siehe Abbildung 34).

Abbildung 34: Anteil der Kinder mit einem auffälligen Befund im SOPESS-Aufgabenbereich „Körperkoordination“ in Prozent in der Stadt Bremen, 2017/18–2022/23



* Bei 41 % der vorgestellten Kinder wurde der Test nicht durchgeführt.

** Bei 90 % der vorgestellten Kinder wurde der Test nicht durchgeführt.

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Ein ganz ähnliches Muster zeigte sich für den Bereich Zählen. Hier stieg in der Schuleingangsuntersuchung 2021/2022 der Anteil auffälliger Befunde auf 12,1 % an und blieb in der

⁸⁸ Vgl. Naumann, Elias/Ellen von den Driesch/Almut Schumann/Carolin Thönnissen: Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen während des ersten Lockdowns in Deutschland – Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1533–1540, doi: 10.1007/s00103-021-03451-5.

⁸⁹ Vgl. Ravens-Sieberer, Ulrike/Anne Kaman/Christiane Otto/Adekunle Adedeji/Ann-Kathrin Napp/Marcia Becker/Ulrike Blanck-Stellmacher/Constanze Löffler/Robert Schlack/Heike Hölling/Janine Devine/Michael Erhart/Klaus Hurrelmann: Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie, in: Bundesgesundheitsblatt Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1512–1521, doi: 10.1007/s00103-021-03291-3.

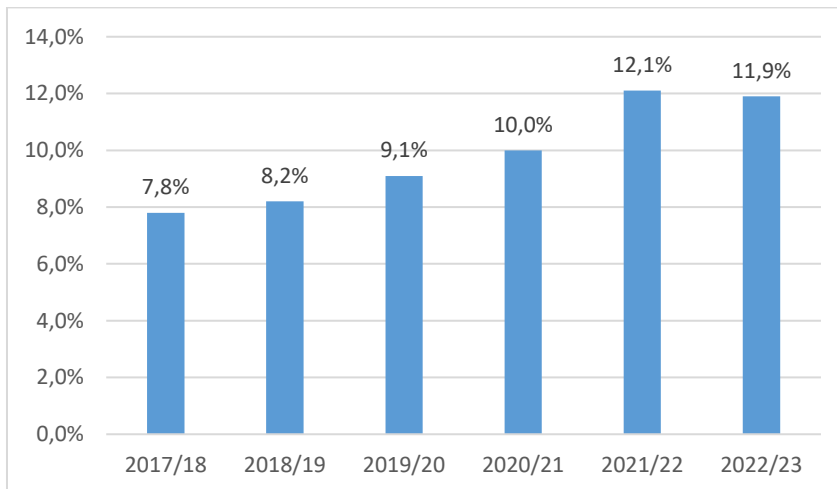
⁹⁰ Vgl. Bantel, Susanne/Martin Buitkamp/Andrea Wunsch: Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1541–1550, doi: 10.1007/s00103-021-03446-2.

⁹¹ Vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie: 7. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (II/2022), München, Deutsches Jugendinstitut, 2022, <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/aktuelles/news/article/7-quartalsbericht-der-corona-kita-studie.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

⁹² Vgl. Hesse-Jungesblut, Katharina/Kirsten Reißner/Christel Zühlke: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung – Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor und während der Corona-Pandemie, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.), 2023.

Schuleingangsuntersuchung 2022/2023 mit 11,9 % auf einem vergleichbar hohen Niveau (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Anteil der Kinder mit einem auffälligen Befund im SOPESS-Aufgabenbereich „Zählen“ in Prozent in der Stadt Bremen, 2017/18–2022/23



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Aus den Abbildungen 35 und 36 wird deutlich, dass die Anteile auffälliger Befunde in den Bereichen „Zählen“ und „Körperkoordination“ bereits vor der Pandemie kontinuierlich wuchsen. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie verstärkte sich dieser Trend, insbesondere bei Kindern aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex.

In der Schuleingangsuntersuchung 2021/2022 wurden bei 23,1 % der Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex Auffälligkeiten im Bereich „Körperkoordination“ festgestellt. Verglichen mit den Ergebnissen aus der Schuleingangsuntersuchung 2019/2020 (11,1 %) verdoppelte sich der Anteil auffälliger Befunde. Bei Kindern aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex stieg dieser Anteil moderat von 7,8 % (Schuleingangsuntersuchung 2019/2020) auf 11,5 % (Schuleingangsuntersuchung 2021/2022) (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Anteil von auffälligen Befunden im Bereich „Körperkoordination“ in Prozent, differenziert nach dem Sozialindex des Ortsteils in der Stadt Bremen, Schuljahr 2017/18–2022/23

Schuljahr	Niedriger Sozialindex	Mittlerer Sozialindex	Hoher Sozialindex
2017/18	8,3	6,8	6,0
2018/19	8,6	9,1	6,4
2019/20	11,1	10,2	7,8
2020/21	13,7	13,2	7,0
2021/22	23,1	16,4	11,5
2022/23	10,2	6,4	6,3

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen), Statistisches Landesamt Bremen

Im Bereich „Zählen“ nahm der Anteil auffälliger Befunde bei Kindern aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex im Beobachtungszeitraum stetig zu (siehe Tabelle 32, Seite 89). In der Schuleingangsuntersuchung 2021/2022 sprang dieser Anteil auf 18,5 %, in der darauffolgenden Schuleingangsuntersuchung 2022/2023 wurde ebenfalls ein relativ hoher Anteil von 17,4 % ermittelt. Demgegenüber veränderte sich bei Kindern aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex vergleichsweise wenig. Ausgehend von einem ohnehin niedrigen Niveau bewegten sich die Anteile auffälliger Befunde nur leicht nach oben, zuletzt ergab sich in der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 ein Anteil von 4,2 %.

Tabelle 32: Anteil von auffälligen Befunden im Bereich „Zählen“ in Prozent, differenziert nach dem Sozialindex des Ortsteils in der Stadt Bremen, Schuljahr 2017/18–2022/23

Schuljahr	Niedriger Sozialindex	Mittlerer Sozialindex	Hoher Sozialindex
2017/18	11,2	8,6	2,4
2018/19	12,9	8,0	3,1
2019/20	13,9	9,1	3,7
2020/21	14,2	11,2	2,7
2021/22	18,5	12,3	3,7
2022/23	17,4	12,2	4,2

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen), Statistisches Landesamt Bremen

5.1.5 Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Schulanfänger:innen

Hintergrund

Nicht zuletzt seit der COVID-19-Pandemie rückte die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Fokus der öffentlichen Diskussion. Zahlreiche Studien bescheinigen Kindern bereits im frühen Alter Auffälligkeiten im Sozialverhalten, in der Interaktion und/oder in der emotionalen Entwicklung.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung kommt der Beurteilung des Verhaltens seit jeher große Bedeutung zu, da von Schulkindern neben einer altersgerechten Konzentrationsfähigkeit ein prosoziales Verhalten (freiwillige Handlungen, die anderen Personen nützt), wenig Impulsivität und eine gute Regelakzeptanz erwartet werden. In der Schuleingangsuntersuchung werden zudem der Grad der motorischen Unruhe, die Impulsivität, die verbale Kontaktaufnahme und die Interaktion in der Untersuchung beurteilt.

Die Beurteilung des Verhaltens während der Schuleingangsuntersuchung des Bremer Gesundheitsamtes beruht auf einer schulärztlichen Einschätzung, auf den Angaben der Eltern in einem Fragebogen zum Verhalten der Kinder, der bisherigen Heilmittel- und/oder Heilpädagogikverordnung sowie auf eigenen Beobachtungen während der Untersuchung.

Ergebnisse

Analog zu den Ergebnissen aus der bundesweit durchgeführten KiGGS-Studie ergab sich auch in den Schuleingangsuntersuchungen in der Stadt Bremen ein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bei den Verhaltensbeurteilungen auf der Grundlage des SDQ. Jungen fielen öfter mit Defiziten im Bereich Verhalten auf als Mädchen. Auf der anderen Seite zeigten konstant viele Kinder ein unauffälliges Verhalten ohne Interventionsbedarf. In allen Schuleingangsuntersuchungen wurden bei ca. 80 % der Kinder keine Auffälligkeiten konstatiert (siehe Tabelle 33, Seite 90).

Tabelle 33: Ergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaire, differenziert nach Geschlecht, in der Stadt Bremen, Schuljahr 2016/17–2022/23

Jahr	Untersuchte Kinder	SDQ ausgewertet	Geschlecht	Unauffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund mit Arztverweisung (%)	In Behandlung (%)	Dauerbeeinträchtigung (%)
2016/17	4.571	3.829	Insg.	83,3	11,3	2,5	2,7	0,2
		1.982	Jungen	78,7	14,1	3,2	3,7	0,2
		1.847	Mädchen	88,1	8,3	1,7	1,6	0,2
2017/18	4.852	4.095	Insg.	84,5	10,9	2,1	2,3	0,2
		2.120	Jungen	81,4	11,8	3,1	3,4	0,3
		1.975	Mädchen	87,8	10,0	1,0	1,1	0,1
2018/19	4.693	3.919	Insg.	81,7	13,7	1,6	2,8	0,1
		2.040	Jungen	78,5	15,5	2,0	3,8	0,1
		1.879	Mädchen	85,2	11,7	1,3	1,8	0,1
2019/20	4.849	3.947	Insg.	82,2	14,0	2,0	1,7	0,1
		2.023	Jungen	78,5	16,6	2,5	2,3	0,1
		1.924	Mädchen	86,0	11,3	1,4	1,1	0,2
2020/21	4.836	3.904	Insg.	84,3	11,7	1,6	2,2	0,2
		2.029	Jungen	81,2	13,3	2,1	3,1	0,3
		1.875	Mädchen	87,6	10,0	1,1	1,1	0,1
2021/22	5.547	4.651	Insg.	84,5	12,3	1,7	1,2	0,3
		2.473	Jungen	80,8	14,9	2,1	1,7	0,4
		2.178	Mädchen	88,6	9,3	1,2	0,7	0,1
2022/23	5.704	4.758	Insg.	82,8	13,9	1,6	1,6	0,1
		2.477	Jungen	79,2	16,4	2,0	2,2	0,2
		2.281	Mädchen	86,8	11,1	1,2	0,8	0,1

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2016/17 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Untersuchungsbefund in den zurückliegenden Jahren weitestgehend konstant blieb. Kinder mit Migrationshintergrund hatten dabei häufiger auffällige Befunde (siehe Tabelle 34, Seite 91).

Tabelle 34: Ergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaire, nach Migrationshintergrund in der Stadt Bremen, Schuljahr 2016/17–2022/23

Jahr	Migrationshintergrund	SDQ ausgewertet	Unauffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund mit Arztverweisung (%)	In Behandlung (%)	Dauerbeeinträchtigung (%)
2016/17	Ohne Migrationshintergrund	2.422	84,7	9,5	2,7	3,0	0,1
	Migrationshintergrund	1.376	81,3	14,4	2,1	2,0	0,3
2017/18	Ohne Migrationshintergrund	2.453	85,8	9,2	2,3	2,5	0,2
	Migrationshintergrund	1.488	82,6	13,6	1,7	1,8	0,3
2018/19	Ohne Migrationshintergrund	2.418	84,3	10,7	1,9	3,0	0,1
	Migrationshintergrund	1.445	77,9	18,5	1,1	2,5	0,1
2019/20	Ohne Migrationshintergrund	2.439	83,8	11,8	2,3	1,9	0,1
	Migrationshintergrund	1.465	79,9	17,2	1,3	1,3	0,3
2020/21	Ohne Migrationshintergrund	2.491	85,2	10,6	1,7	2,4	0,1
	Migrationshintergrund	1.408	82,8	13,6	1,5	1,7	0,4
2021/22	Ohne Migrationshintergrund	2.861	85,2	11,2	1,9	1,5	0,2
	Migrationshintergrund	1.702	84,5	13,3	1,4	0,7	0,4
2022/23	Ohne Migrationshintergrund	2.849	84,5	11,6	1,8	1,9	0,1
	Migrationshintergrund	1.809	81,0	17,0	1,2	0,8	0,1

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2016/17 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen)

Für Kinder mit Wohnadresse in einem Ortsteil mit niedrigem Sozialindex ergaben sich häufiger auffällige Befunde im Bereich des Verhaltens. Des Weiteren befanden sich Kinder aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex häufiger aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten bereits in ärztlicher Behandlung oder sie erhielten häufiger Arztverweisungen aufgrund der Ergebnisse während der Schuleingangsuntersuchung (siehe Tabelle 35, Seite 92). Ungeachtet der sozialräumlichen Unterschiede lässt sich auch hier insgesamt feststellen, dass konstant der weitaus größte Teil der Kinder ein altersgerechtes, unauffälliges Verhalten zeigte.

Tabelle 35: Ergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaire, nach Sozialindex des Ortsteils in der Stadt Bremen, Schuljahr 2016/17–2022/23

Jahr	Sozialindex Wohnort	SDQ ausgewertet	Un-auffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund (%)	Auffälliger Befund mit Arztverweisung (%)	In Behandlung (%)	Dauerbeeinträchtigung (%)
2016/17	Hoher Sozialindex	829	88,2	8,1	1,4	2,2	0,1
	Mittlerer Sozialindex	1.988	84,6	10,4	2,1	2,7	0,3
	Niedriger Sozialindex	1.012	76,7	15,9	4,2	3,2	0,1
2017/18	Hoher Sozialindex	1.034	89,7	6,8	1,5	1,9	0,2
	Mittlerer Sozialindex	1.992	84,2	10,9	1,8	3,0	0,2
	Niedriger Sozialindex	1.067	79,9	15,0	3,4	1,4	0,3
2018/19	Hoher Sozialindex	938	86,7	9,0	1,5	2,8	0,1
	Mittlerer Sozialindex	1.973	81,1	14,1	1,9	2,8	0,1
	Niedriger Sozialindex	1.006	78,3	17,2	1,3	3,0	0,2
2019/20	Hoher Sozialindex	977	89,3	8,1	1,3	1,3	0,0
	Mittlerer Sozialindex	1.963	81,4	14,5	2,2	1,7	0,2
	Niedriger Sozialindex	1.007	76,8	18,8	2,2	2,1	0,2
2020/21	Hoher Sozialindex	1.007	90,3	7,5	0,6	1,6	0,0
	Mittlerer Sozialindex	1.975	83,6	11,9	1,6	2,5	0,3
	Niedriger Sozialindex	920	79,1	16,0	2,7	2,0	0,2
2021/22	Hoher Sozialindex	1.101	90,9	7,2	1,2	0,6	0,1
	Mittlerer Sozialindex	2.331	82,7	14,5	1,1	1,4	0,4
	Niedriger Sozialindex	1.217	82,0	12,8	3,5	1,6	0,2
2022/23	Hoher Sozialindex	1.128	89,9	7,6	0,9	1,5	0,1
	Mittlerer Sozialindex	2.391	81,7	15,0	1,1	2,0	0,1
	Niedriger Sozialindex	1.239	78,6	17,4	3,2	0,7	0,1

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2016/17 bis 2022/23 (Gesundheitsamt Stadt Bremen), Statistisches Landesamt Bremen

5.1.6 Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)

Hintergrund

Kinder haben in den ersten sechs Lebensjahren Anspruch auf Untersuchungen, die frühzeitig relevante Auffälligkeiten in der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie schwerwiegende Erkrankungen feststellen sollen. Die 1971 eingeführten und seitdem mehrfach erweiterten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder umfassen die Untersuchungen U1 bis U9. Die ersten beiden Untersuchungen U1 und U2 werden üblicherweise noch in der Geburtsklinik vorgenommen, die darauffolgenden Untersuchungen U3 bis U9 führt die niedergelassene Ärzteschaft durch. Die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U6 werden im ersten Lebensjahr durchgeführt.

In den folgenden Tabellen wird die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen zusammengefasst dargestellt. Die Untersuchung U7 richtet sich an Kinder zwischen dem 21. und 24. Lebensmonat, die U7a an Kinder zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat und die U8 an Kinder im Alter zwischen dreieinhalb und vier Jahren. Die letzte Untersuchung U9 findet im Alter von fünf bis fünfeneinhalb Jahren und damit kurz vor der Einschulung statt. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen wird in einem Untersuchungsheft vermerkt.

Ergebnisse

Tabelle 36 ist zu entnehmen, dass in der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 der Stadt Bremen das Untersuchungsheft bei 84,6 % und in Bremerhaven bei 66,3 % der vorgestellten Kinder vorlag.

Tabelle 36: Dokumentierte Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23, insgesamt und nach Migrationshintergrund im Land Bremen und den Städten Bremen und Bremerhaven

Gebiet	Untersuchte Kinder	Anzahl Kinder mit U-Heft	Anteil Kinder mit U-Heft (%)	U3-U6	U7	U7a	U8	U9
Land Bremen								
Insgesamt	6.788	5.542	81,6	86,6	92,6	93,5	93,9	94,1
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Bremen (Stadt)	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Insgesamt	5.704	4.823	84,6	86,2	92,4	93,4	93,6	94,1
Ohne Migrationshintergrund	2.972	2.769	93,2	93,9	97,8	97,7	96,8	98,5
Migrationshintergrund	2.609	1.952	74,8	75,3	84,8	87,6	89,1	90,7
Bremerhaven								
Insgesamt	1.084	719	66,3	89,2	93,7	94,3	95,3	94,2
Ohne Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
Migrationshintergrund	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Im Vergleich zu den Untersuchungen U7 bis U9 war die Teilnahme an den Untersuchungen U3 bis U6 insbesondere bei Kindern mit Migrationshintergrund geringer. Dies könnte darauf zurückgehen, dass die vorgestellten Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung erst seit Kurzem in Deutschland lebten und von daher die für das erste Lebensjahr vorgesehenen Untersuchungen nicht wahrnehmen konnten.

Insgesamt betrachtet ist die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen stabil, ein Rückgang der Inanspruchnahme während der COVID-19-Pandemie ist nicht erkennbar (siehe Tabelle 37, Seite 94). Zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven gibt es keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme. Für die Stadt Bremen kann festgehalten werden, dass die

Früherkennungsuntersuchungen häufiger von Kindern ohne Migrationshintergrund wahrgenommen werden als von Kindern mit Migrationshintergrund.

Die deutlich geringere Quote des vorliegenden U-Heftes für Bremerhaven erklärt sich im Wesentlichen dadurch, dass bei rund einem Viertel (23,4 %) der dort untersuchten Kinder nicht erfasst wurde, ob ein Untersuchungsheft vorlag oder nicht. Tabelle 37 ist zu entnehmen, dass diese Quote auch bei anderen Einschulungsjahrgängen etwas unter derjenigen der Stadt Bremen lag. Allerdings ist in beiden Kommunen der Anteil der in Anspruch genommenen Untersuchungen über die Jahre hinweg auf einem stabilen, hohen Niveau geblieben. Dass in Bremerhaven nur 85,2 % aller Kinder aus dem Einschulungsjahrgang 2020/21 die U9 erhalten haben, kann auf den Ausbruch der Corona-Pandemie zurückgeführt werden. Das beschriebene selektive Untersuchungsverhalten des Einschulungsjahrganges 2021/22 spricht dafür. Die vorliegenden Daten zeigen außerdem, dass die Früherkennungsuntersuchungen auch während der Pandemiezeit dennoch stark nachgefragt waren.

Tabelle 37: Dokumentierte Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach Einschulungsjahrgang im Land Bremen und den Städten Bremen und Bremerhaven, 2017/18–2022/23

Gebiet	Anzahl untersuchter Kinder	Anzahl Kinder mit U-Heft	Anteil Kinder mit U-Heft (%)	U3-U6	U7	U7a	U8	U9
Land Bremen								
2022/23	6.788	5.542	81,6	86,6	92,6	93,5	93,9	94,1
2021/22	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
2020/21	6.049	5.096	84,2	88,7	91,9	93,8	95,5	93,3
2019/20	6.046	4.952	81,9	89,5	91,3	92,7	95,4	91,8
2018/19	5.912	4.784	80,9	90,8	92,8	91,7	94,9	94,4
2017/18	5.912	4.826	81,6	92,7	93,9	92,7	95,4	95,3
Bremen (Stadt)								
2022/23	5.704	4.823	84,6	86,2	92,4	93,4	93,6	94,1
2021/22	5.547	4.823	86,9	90,3	93,6	94,9	95,8	94,7
2020/21	4.836	4.140	85,6	89,1	92,4	94,5	96,1	95,1
2019/20	4.849	4.130	85,2	89,6	91,5	92,8	95,8	92,8
2018/19	4.693	3.919	83,5	91,1	93,2	92,3	94,9	95,4
2017/18	4.852	4.020	82,9	93,2	94,3	93,0	95,4	96,0
Bremerhaven*								
2022/23	1.084	719	66,3	89,2	93,7	94,3	95,3	94,2
2021/22	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.
2020/21	1.213	956	78,8	87,0	90,0	91,0	92,6	85,2
2019/20	1.197	822	68,7	89,1	90,4	92,1	93,6	86,7
2018/19	1.219	865	71,0	89,1	91,1	89,0	95,1	89,8
2017/18	1.060	806	76,0	90,2	92,1	91,4	95,4	92,2
* Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden in Bremerhaven nur 293 ausgewählte Kinder des Schuljahrs 2021/22 untersucht. Daher wurde für Bremerhaven auf die Berechnung von Anteilswerten verzichtet.								

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 2017/18 bis 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven)

Kinder aus Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex nahmen die Früherkennungsuntersuchungen sehr häufig in Anspruch, während Kinder aus Ortsteilen mit einem mittleren oder niedrigen Sozialindex die Früherkennungsuntersuchungen weniger häufig wahrnahmen. So zeigt Tabelle 38, Seite 95, dass vom Einschulungsjahrgang 2022/23 97,9 % aller Kinder aus Bremer Ortsteilen mit hohem Sozialindex die U9 erhalten haben, jedoch nur 90,2 % aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex. In Bremerhaven zeigte sich ebenfalls ein sozialer Gradient. So nahmen 96,0 % aller Kinder aus Ortsteilen mit einem hohen

Sozialindex die U9 in Anspruch, bei Kindern aus einem Ortsteil mit einem niedrigen Sozialindex betrug der Anteil 92,1 %.

Tabelle 38: Dokumentierte Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2022/23 nach Sozialindex des Wohnquartiers (Ortsteil) in den Städten Bremen und Bremerhaven

Gebiet	Anzahl untersuchter Kinder	Anzahl Kinder mit U-Heft	Anteil Kinder mit U-Heft (%)	U3-U6	U7	U7a	U8	U9
Bremen (Stadt)								
Insgesamt	5.704	4.823	84,6	86,2	92,4	93,4	93,6	94,1
Hoher Sozialindex	1.251	1.105	88,3	93,1	97,0	96,8	98,0	97,9
Mittlerer Sozialindex	2.823	2.386	84,5	87,3	93,5	94,5	94,8	94,5
Niedriger Sozialindex	1.629	1.332	81,8	78,6	86,6	88,7	87,8	90,2
Bremerhaven								
Insgesamt	1.084	719	66,3	89,2	93,7	94,3	95,3	94,2
Hoher Sozialindex	177	148	83,6	95,1	96,0	97,3	98,0	96,0
Mittlerer Sozialindex	69	46	66,7	87,0	84,8	87,0	89,1	91,3
Niedriger Sozialindex	298	178	59,7	86,4	93,8	93,3	94,4	92,1

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2022/23 (Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven), Statistisches Landesamt Bremen, Magistrat Bremerhaven

Das RKI hat in der zweiten Folgerhebung der KiGGS-Studie ebenfalls feststellen können, dass es einen sozialen Gradienten in der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen gibt. Demnach werden sie bei Kindern aus Familien mit niedriger sozioökonomischer Position seltener durchgeführt als bei Kindern, die der mittleren oder hohen Statusgruppe angehören. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nehmen das Angebot seltener wahr.⁹³ Ein weiteres Ergebnis dieser Auswertung ist, dass die Quote der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bundesweit bei über 98 % liegt. Die nachträglich eingeführte U7a stellt mit 92,6 % Teilnahme eine Ausnahme dar.

5.2 Zahngesundheit bei Kindern

Hintergrund

Gesunde Zähne sind für die kindliche Entwicklung von großer Bedeutung. Ein intaktes Gebiss ist nicht nur die Voraussetzung für eine unbeeinträchtigte Kaufunktion, es beeinflusst auch entscheidend die Sprach- und Kommunikationskompetenz der Kinder. Mit gesunden Zähnen und einer korrekten Zahn- und Kieferstellung ist eine ungestörte Sprachentwicklung möglich.

In der Vergangenheit hat sich in Deutschland die Mundgesundheit von Kindern verbessert. In der zwischen 2013 und 2014 durchgeführten Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie hatten 81,3 % der untersuchten 12-jährigen Kinder ein kariessfreies Gebiss.⁹⁴ Der DMF-T-Index lag in dieser Altersgruppe im Mittel bei 0,5. Damit nimmt Deutschland im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung ein.

Der DMF-T-Wert beschreibt die Summe aller kariös befallenen, fehlenden und restaurierten Zähne. Die Buchstaben in DMF-T stehen dabei für folgende englische Begriffe:

- D = decayed = kariös

⁹³ Vgl. Schmidtke, Claudia/Benjamin Kuntz/Anne Starker/Thomas Lampert: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring Bd. 3, Nr. 4, 2018, S. 68–77, doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-093.

⁹⁴ Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, Berlin/Köln, 2016, S. 8.

- M = missing = fehlend wegen Karies
- F = filled = gefüllt wegen Karies
- T = tooth = Zahn

Die epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege aus 2016 stellt ebenfalls eine Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern in den Bundesländern fest. Diese Untersuchung basiert auf einer repräsentativen Stichprobe und wurde seit 1994/95 im Land Bremen sechs Mal durchgeführt. Der dmf-t-Wert (Milchzähne) der Stichprobe der 6–7-Jährigen ging von 3,1 in 1994/95 auf 1,92 in 2016 zurück. Der DMF-T-Wert (bleibende Zähne) der 12-Jährigen ging von 2,1 in 1994/95 auf 0,65 in 2016 zurück.⁹⁵ Das Absinken der Werte bedeutet, dass die Kinder ein weniger schadhaftes Gebiss haben, da sie über eine geringere Menge von kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähnen verfügen. Zu dieser bundesweiten Datenlage ist es wichtig, hinzuzufügen, dass es sich um Ergebnisse vor der Corona-Pandemie handelt und aktuellere bundesweite Zahlen pandemiebedingt noch nicht vorliegen. Daher können diese Zahlen nur sehr eingeschränkt mit den Ergebnissen während und nach der Pandemie verglichen werden.

Maßgebliche Gründe für den deutlichen Rückgang von Kariesschäden bei Kindern sind früh einsetzende Präventionsaktivitäten wie die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen nach § 21 SGB V, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sowie die Versiegelung der Backenzähne (Fissurenversiegelung). Von diesen Präventionsmaßnahmen profitierten Kinder aus allen sozialen Schichten, auch der Gebisszustand von Kindern aus statusniedrigen Haushalten hat sich erheblich verbessert.⁹⁶

Dennoch gibt es nach wie vor einen sozialen Gradienten bei der Mundgesundheit. In der bereits oben zitierten Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie lag der deutschlandweite DMF-T-Index bei 13–14-jährigen Kindern mit hohem Sozialstatus bei 0,3 und bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus bei 0,7.⁹⁷ In der Begleituntersuchung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in 2016 für das Land Bremen lag der DMF-T-Wert bei untersuchten Bremer Schüler:innen in Gymnasien bei 0,3 und in Oberschulen bei 0,77.⁹⁸ Ein Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Sozialstatus zeigte sich auch in einer flächendeckenden Erhebung des schulzahnärztlichen Dienstes des Bremer Gesundheitsamtes in den Bremer Grundschulen.⁹⁹

Datengrundlage

Eine Kernaufgabe der schulzahnärztlichen Dienste der beiden Gesundheitsämter im Land Bremen sind Untersuchungen an Schulen. Im Zuge dieser Untersuchungen wird der Zahnstatus erhoben und eine Kariesrisikozuordnung nach einheitlichen internationalen Standards vorgenommen. Die Eltern der untersuchten Schüler:innen erhalten eine Befundmitteilung, bei einem entsprechenden Befund wird eine zahnärztliche Behandlung empfohlen (Verweisung).

Der schulzahnärztliche Dienst im Gesundheitsamt Bremerhaven untersucht pro Schuljahr in allen Bremerhavener Grundschulen die Kinder der ersten und vierten Klassenstufe. Des Weiteren werden in vier Projektschulen, deren Schülerschaft ein allgemein erhöhtes Kariesrisiko aufweist, alle Jahrgänge

⁹⁵ Vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe, Bonn, 2016, S. 71.

⁹⁶ Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, Berlin/Köln, 2016, S. 9.

⁹⁷ Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, 2016, S. 9.

⁹⁸ Vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, 2016, S. 70.

⁹⁹ Vgl. Becker, Folke/Günter Tempel: Zahngesundheit von Erstklässlern in der Stadtgemeinde Bremen Schuljahr 2013/2014, Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), 2016.

zweimal pro Schuljahr untersucht und eine Fluoridierung durchgeführt. In Bremerhaven fanden während der COVID-19-Pandemie keine schulzahnärztlichen Untersuchungen statt. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen werden die schulzahnärztlichen Befunde für die Städte Bremen und Bremerhaven im Folgenden getrennt ausgewiesen.

Datenlimitationen

Die Personalausstattung des schulzahnärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Bremen ließ jährliche flächendeckende Untersuchungen in den Grundschulen der Stadt Bremen bisher nicht zu, lediglich im Schuljahr 2013/14 konnte eine Erhebung in den ersten Schulklassen fast aller Bremer Grundschulen (79 von 81 Grundschulen) durchgeführt werden. Im Jahr 2023/2024 ist jedoch wieder eine flächendeckende Erhebung geplant. Um mit beschränkten Ressourcen eine größtmögliche Wirkung zu erzielen, konzentriert sich der schulzahnärztliche Dienst des Bremer Gesundheitsamtes auf Schulen, in denen aufgrund der Befunde in der Vergangenheit besonderer Interventionsbedarf vermutet wird. Die Mehrzahl dieser Schulen lag in Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex. Aufgrund dieser bestimmten Auswahl (adverse Selektion) können Problemlagen und kritische Entwicklungen unverhältnismäßig stark in Erscheinung treten. Während der COVID-19-Pandemie konnten in den Grundschulen nur wenige Untersuchungen durchgeführt werden.

Ergebnisse Stadt Bremen

Im zurückliegenden Schuljahr 2022/23 hatte über die Hälfte (51,9 %) der vom schulzahnärztlichen Dienst des Bremer Gesundheitsamtes untersuchten Erstklässler:innen ein behandlungsbedürftiges Gebiss (siehe Tabelle 39). Ein naturgesundes Gebiss besaßen nur knapp 40 %, bei 8,2 % der Kinder war das Gebiss saniert. Über ein Viertel (27,2 %) der untersuchten Erstklässler:innen waren Kariesrisiko-Kinder. Für die Einstufung als Kariesrisiko-Kind gelten für die untersuchte Altersgruppe folgende Kriterien:¹⁰⁰

- mehr als fünf Zähne (Milchzähne, bleibende Zähne) mit Karieserfahrung¹⁰¹ oder
- mindestens ein kariös beschädigter bleibender Zahn

Tabelle 39: Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den ersten Klassen ausgewählter Grundschulen in der Stadt Bremen nach Schuljahr, 2013/14–2022/23

Schuljahr	Untersuchte Kinder	Gebisszustand			Kariesrisiko-Kind (%)	dmf-t (Milchzähne) (x̄)	DMF-T (bleibende Zähne) (x̄)
		Naturgesund (%)	Behandlungsbedürftig (%)	Saniert (%)			
2013/14 (Vollerhebung)	3.879	51,9	31,5	16,6	13,2	1,76	0,04
2017/18 (49 Schulen)	2.618	48,4	37,6	14,0	15,0	1,8	0,09
2018/19 (58 Schulen)	2.886	44,2	42,1	13,7	16,5	1,93	0,12
2022/23 (46 Schulen)	2.464	39,9	51,9	8,2	27,2	2,78	0,23

Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremen (Schulzahnärztlicher Dienst)

In den zurückliegenden zehn Jahren hat sich die Mundgesundheit der untersuchten Erstklässler:innen in der Stadt Bremen deutlich verschlechtert, besonders auffällig ist die Entwicklung zwischen den Schuljahren 2018/19 und 2022/23 (siehe Tabelle 39 und Tabelle 40, Seite 98). Betrachtet man die

¹⁰⁰ Vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB, Bonn, 2020.

¹⁰¹ Kariesbefallene, gefüllte oder extrahierte Zähne.

Ergebnisse für die 40 Bremer Grundschulen, die zwischen den Schuljahren 2013/14 und 2022/23 durchgehend vom schulzahnärztlichen Dienst aufgesucht wurden, wird ein sprunghafter Anstieg des Anteils der Kariesrisiko-Kinder von 18,8 % (2018/19) auf 28,3 % (2022/23) sichtbar (siehe Tabelle 40). Ebenfalls markant ist die Zunahme des Anteils der Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss von 40,2 % (2013/14) auf 53,3 % (2022/23), parallel dazu sank der Anteil der Kinder mit einem sanierten Gebiss von 18,1 % (2013/14) auf 7,9 % (2022/23) (siehe Tabelle 40). In dieses Bild fügt sich der zu beobachtende Anstieg des dmf-t (Milchzähne) und des DMF-T (bleibende Zähne).

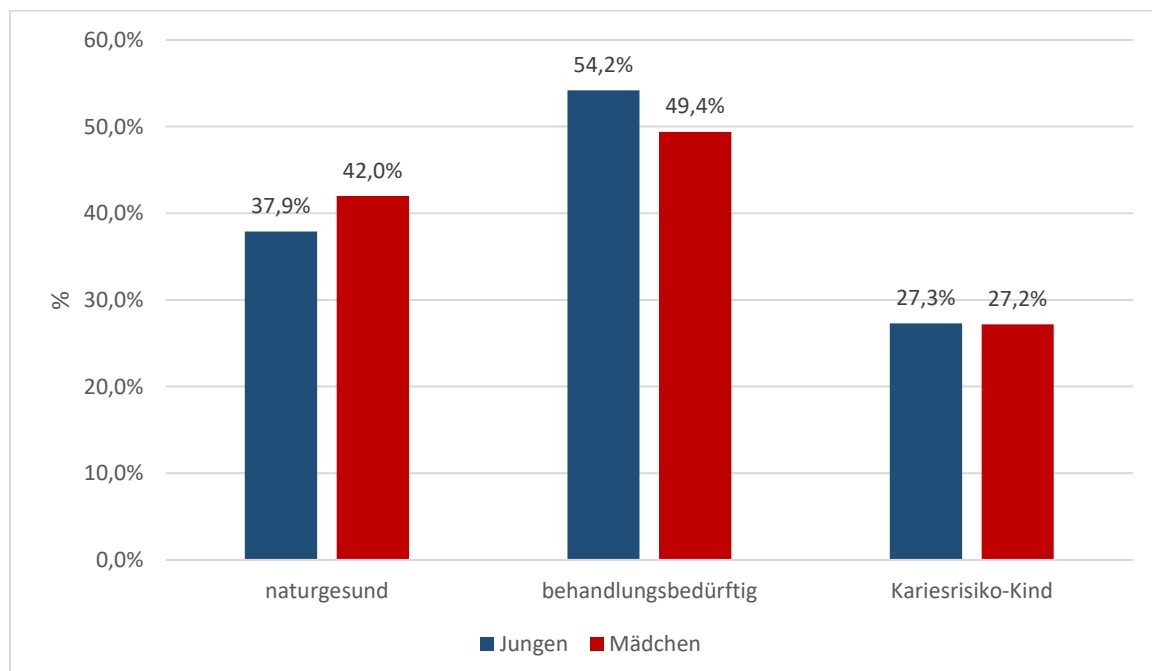
Tabelle 40: Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den ersten Klassen durchgehend aufgesuchter Grundschulen in der Stadt Bremen (40 Grundschulen) nach Schuljahr, Schuljahr 2013/14, 2018/19 und 2022/23

Schuljahr	Untersuchte Kinder	Gebisszustand			Kariesrisiko-Kind (%)	dmf-t (Milchzähne) (x̄)	DMF-T (bleibende Zähne) (x̄)
		Naturngesund (%)	Behandlungsbedürftig (%)	Saniert (%)			
2013/14	1.989	41,7	40,2	18,1	18,3	2,29	0,08
2018/19	2.079	39,0	47,1	14,0	18,8	2,16	0,14
2022/23	2.239	38,8	53,3	7,9	28,3	2,88	0,26

Datenquelle: Gesundheitsamt Stadt Bremen (Schulzahnärztlicher Dienst)

Bei Jungen war der Gebisszustand schlechter als bei Mädchen (siehe Abbildung 36). Der Anteil der Mädchen mit einem naturgesunden Gebiss lag höher als der entsprechende Anteil bei Jungen (42 % vs. 37,9 %), komplementär dazu hatten Jungen häufiger ein behandlungsbedürftiges Gebiss als Mädchen (54,2 % vs. 49,4 %). Hinsichtlich des Anteils von Kariesrisiko-Kindern gab es allerdings keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern, gut 27 % der Jungen und Mädchen wurden als Kariesrisiko-Kinder eingestuft.

Abbildung 36: Gebisszustand von Erstklässler:innen in Prozent, differenziert nach Geschlecht in ausgewählten Grundschulen in der Stadt Bremen, Schuljahr 2022/23



Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremen (Schulzahnärztlicher Dienst)

Bei der Verschlechterung der Mundgesundheit bei den untersuchten Erstklässler:innen liegt es nahe, einen Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu vermuten. Allerdings könnte für diese Entwicklung auch die Zuwanderung nach Deutschland eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Nach Beobachtungen des schulzahnärztlichen Dienstes des Bremer Gesundheitsamtes ist der

Gebisszustand von Kindern, die erst kurze Zeit in Deutschland leben, deutlich schlechter als der von Kindern, die in Deutschland geboren wurden. Da jedoch keine Daten zur Herkunft bzw. zum Migrationshintergrund der untersuchten Kinder vorliegen, lassen sich diese im Arbeitsalltag gewonnenen Eindrücke nicht statistisch untermauern.

Ergebnisse Stadt Bremerhaven

Im Schuljahr 2022/23 hatten weniger als ein Drittel (30,2 %) der untersuchten Kinder in Bremerhaven ein naturgesundes und fast die Hälfte (48,2 %) ein behandlungsbedürftiges Gebiss, bei gut jedem fünften Kind (21,6 %) war das Gebiss saniert. Ein Viertel der Kinder (23,7 %) wurde als Kariesrisiko-Kind eingestuft (siehe Tabelle 41).

Auch in Bremerhaven lässt sich aus den vorliegenden Daten insgesamt eine Verschlechterung des Gebisszustandes der untersuchten Erstklässler:innen ablesen. Der Anteil der Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (naturgesund) sank von 35,9 % (Schuljahr 2018/19) auf 30,2 % (Schuljahr 2022/23), gleichzeitig stieg der Anteil der Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss von 43,1 % auf 48,2 % (siehe Tabelle 41). Der dmf-t (Milchzähne) stieg von 2,64 auf 3,15, der DMF-T (bleibende Zähne) von 0,08 auf 0,16. Der Anteil der Kariesrisiko-Kinder ging von 25,3 % auf 23,7 % etwas zurück.

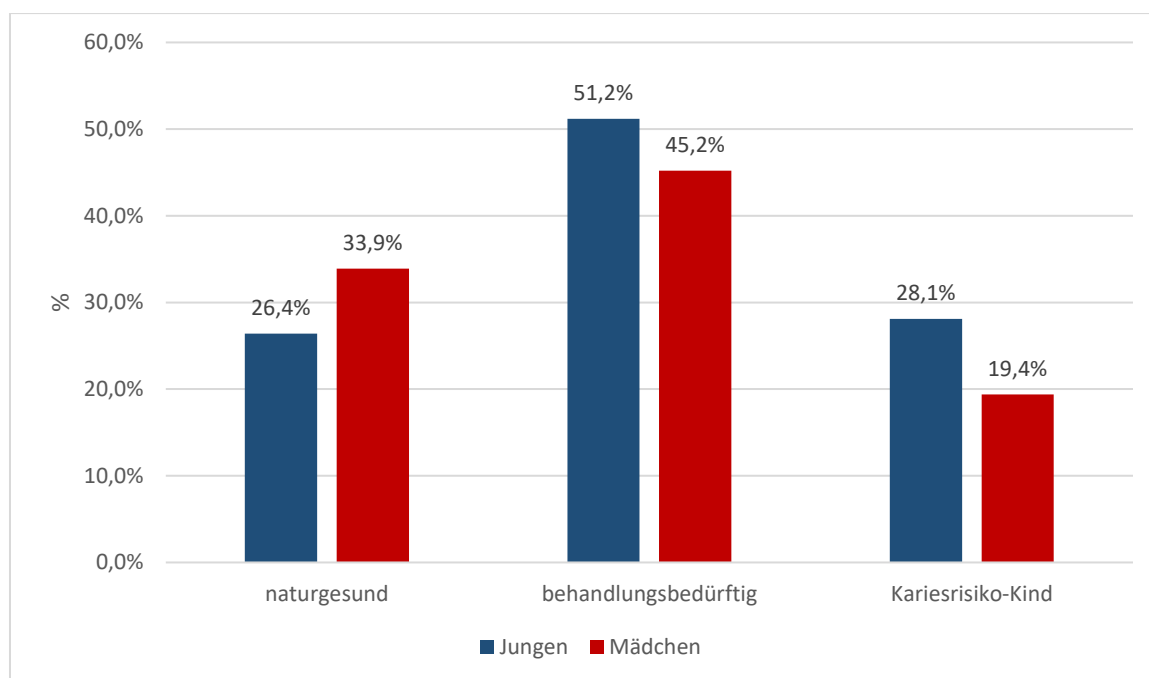
Tabelle 41: Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den ersten Klassen Bremerhavener Grundschulen nach Schuljahr, 2018/19 und 2022/23

Schuljahr	Untersuchte Kinder	Gebisszustand			Kariesrisiko-Kind (%)	dmf-t (Milchzähne) (x̄)	DMF-T (bleibende Zähne) (x̄)
		Naturgesund (%)	Behandlungsbedürftig (%)	Saniert (%)			
2018/19	1.588	35,9	43,1	21,0	25,3	2,64	0,08
2022/23	261	30,2	48,2	21,6	23,7	3,15	0,16

Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremerhaven (Schulzahnärztlicher Dienst)

Der Gebisszustand der untersuchten Jungen war schlechter als der Gebisszustand der Mädchen. Jedes dritte Mädchen (33,9 %), aber nur jeder vierte Junge (26,4 %) hatte ein naturgesundes Gebiss (siehe Abbildung 37, Seite 100). Bei über der Hälfte der Jungen (51,2 %) war das Gebiss behandlungsbedürftig, bei den Mädchen betrug dieser Anteil 45,2 %. Mit einem Anteil von 28,1 % wurden Jungen deutlich häufiger als Kariesrisiko-Kind identifiziert als Mädchen (19,4 %).

Abbildung 37: Gebisszustand der Erstklässler:innen in Prozent, differenziert nach Geschlecht in Bremerhaven, Schuljahr 2022/23



Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremerhaven (Schulzahnärztlicher Dienst)

Der Gebisszustand der Erstklässler:innen, die in einem Ortsteil mit hohem Sozialindex wohnen, war erheblich besser als der Gebisszustand von Erstklässler:innen, die in einem Ortsteil mit niedrigem Sozialindex leben (siehe Tabelle 42). Erstklässler:innen aus Ortsteilen mit hohem Sozialindex hatten wesentlich häufiger ein naturgesundes Gebiss als Erstklässler:innen aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex (55,8 % vs. 29,0 %) und wesentlich seltener ein behandlungsbedürftiges Gebiss (23,3 % vs. 48 %). Unter den Erstklässler:innen aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex war der Anteil von Kariesrisiko-Kindern zweieinhalbmal höher (28,6 % vs. 11,6 %). Bedeutend höher waren in dieser Gruppe auch der dmf-t für Milchzähne (3,25 vs. 1,42) und der DMF-T für bleibende Zähne (0,11 vs. 0,03).

Tabelle 42: Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den ersten Klassen nach Sozialindex des Ortsteils (Wohnort) in Bremerhavener Grundschulen, Schuljahr 2022/23

Sozialindex Ortsteil	Untersuchte Kinder	Gebisszustand			Kariesrisiko-Kind (%)	dmf-t (Milchzähne) (\bar{x})	DMF-T (bleibende Zähne) (\bar{x})
		Naturgesund (%)	Behandlungsbedürftig (%)	Saniert (%)			
Niedrig	786	29,0	49,0	22,0	28,6	3,25	0,11
Mittel	219	35,2	47,9	16,9	28,8	2,89	0,12
Hoch	249	55,8	23,3	20,9	11,6	1,42	0,03

Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremerhaven (Schulzahnärztlicher Dienst), Magistrat Bremerhaven

5.3 Maßnahmen im Bereich Kindergesundheit



Laufende Maßnahmen

Spezifische Maßnahmen

Maßnahmen innerhalb der Schuleingangsuntersuchung:

- Beratungen der Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
- Überarbeitung (einfache Sprache) der Einladungsschreiben zur Schuleingangsuntersuchung
- Übermittlung von schulischen Förderbedarfen an die Schulen

Maßnahmen im Bereich Früherkennung:

- Einladende Stelle zur Inanspruchnahme von U-Untersuchung sowie Rückkopplung mit Stadtteilteams
- Freiwillige ärztliche Vorsorgeuntersuchung in Kindertageseinrichtungen

Maßnahmen im Bereich Zahngesundheit:

- Zahnärztliche Reihenuntersuchung
- Zahngesundheitsunterricht
- Elterninformationsabende Zahngesundheit

Bezug zu Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit

(Details siehe Kapitel 7)

- Gesundheitsfachkräfte im Quartier
- Gesundheitsfachkräfte in Schulen
- Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit
- Projekt „Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter“
- Maßnahmen in der frühen Kindheit und rund um die Geburt

Maßnahmenbeschreibung



Maßnahmen innerhalb der Schuleingangsuntersuchung

Ein wichtiger Teil der Schuleingangsuntersuchung besteht aus einer beratenden Komponente. So werden die Eltern hinsichtlich des Einstiegs in die Schullaufbahn beraten, wenn es z. B. Hinweise auf eine Entwicklungsstörung gibt. Bei Auffälligkeiten in der SOPESS-Untersuchung erhalten die Eltern gezieltes Info- oder Hilfsmaterial. Schüler:innen, bei denen eine Linkshändigkeit festgestellt wird, erhalten eine entsprechende Beratung sowie eine Schreibunterlage, um das Schreibenlernen zu erleichtern. Darüber hinaus wird bei unvollständigem Impfschutz eine Beratung zum Thema Impfen angeboten. Es wird auf die Themen gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung einschließlich Schwimmen hingewiesen und bei Bedarf zu Medienkonsum beraten.

Bei Auffälligkeiten beim Seh- oder Hörtest wird eine Empfehlung zur gezielten fachärztlichen Untersuchung ausgehändigt. Gibt es besondere Untersuchungsbefunde mit Hinweisen auf

Auffälligkeiten in der Motorik oder Sprache, werden die Eltern an die niedergelassene Ärzteschaft verwiesen und diese entscheidet, ob bspw. Ergotherapie oder Logopädie indiziert ist.

Damit ein möglichst guter Schulstart gelingen kann, übermittelt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gemäß § 17 des Bremischen Schuldatenschutzgesetzes zur Datenübermittlung den aufnehmenden Grundschulen schulische Förderbedarfe, schulrelevante Erkrankungen und bei vorgelegtem Impfpass auch den Masernimpfstatus. Um die Teilhabe der Einladungen zu verbessern, werden die Einladungsschreiben zur Schuleingangsuntersuchung derzeit noch weiter vereinfacht.

Maßnahmen im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen

2008 wurde auf der Grundlage des Gesetzes zur Sicherung des Kindeswohls (§ 14a Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung (Bremisches Kindeswohlgesetz) im Gesundheitsamt Bremen die „Einladende Stelle Früherkennung und Frühberatung“ eingerichtet. Die Einladende Stelle hat den Auftrag, darauf hinzuwirken, dass möglichst alle Kinder im Land Bremen die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 wahrnehmen.

Dazu schreibt die Einladende Stelle alle Sorgeberechtigten im Land Bremen an, um zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 zu motivieren. Werden die Untersuchungen nicht wahrgenommen, erhalten die Sorgeberechtigten ein Erinnerungsschreiben. Die niedergelassene Ärzteschaft im Land Bremen ist gesetzlich verpflichtet, erfolgte Früherkennungsuntersuchungen dem Gesundheitsamt Bremen bekanntzugeben.

Bleibt diese Rückmeldung aus, erhält das zuständige Stadtteilteam des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes den Vorgang zur weiteren Bearbeitung. Das Stadtteilteam nimmt mit den Sorgeberechtigten Kontakt auf, versucht, die Gründe für die ausgebliebene Rückmeldung zu klären, und bietet gegebenenfalls eine ersatzweise Durchführung der Untersuchung an. Gelingt eine Klärung nicht, ist das Gesundheitsamt gesetzlich dazu verpflichtet, die fehlende Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dem Jugendamt zu melden. Das Jugendamt berücksichtigt diese Meldung als einen Baustein bei der Risikoeinschätzung für eine mögliche Kindeswohlgefährdung. Liegen dem Jugendamt keine weiteren Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung vor, wird den Personensorgeberechtigten ein Beratungsangebot gemäß § 16 SGB VIII gemacht.

Neben den oben genannten Untersuchungen U1–U9 gibt es eine Reihe weiterer anschließender möglicher Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche: Die U10 (7–8-Jährige), die U11 (9–10-Jährige), die J1 (12–14-Jährige), und die J2 (16–17-Jährige). Die U10, U11 und J2 sind dabei nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt und werden daher nicht von allen Krankenkassen übernommen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen bietet zudem eine freiwillige ärztliche Vorsorgeuntersuchung in kommunalen Kindertageseinrichtungen an. Diese Untersuchung erfolgt ab dem 3. Lebensjahr für alle neu aufgenommenen Kinder und wird im Rahmen des Bremischen Tageseinrichtungs- und Kindertagespflegegesetz (§ 12 Absatz 3) durchgeführt.

Maßnahmen im Bereich Zahngesundheit

Der öffentliche Gesundheitsdienst im Land Bremen hat mit den Bremer Landesverbänden der Krankenkassen und der Bremer Zahnärzteschaft (Zahnärztekammer und Zahnkassenärztliche Vereinigung) eine Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V geschlossen und dazu die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Land

Bremen (LAJB)¹⁰² gegründet. Die Rahmenvereinbarung beschreibt die Aufgaben der LAJB, die u. a. die Durchführung von Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe koordiniert.

Der schulzahnärztliche Dienst der Gesundheitsämter führt zahnärztliche Reihenuntersuchungen durch, erhebt den Befund der Kinder und verweist ggf. auf weiterführende zahnärztliche Behandlungen. Um möglichst viele Kinder zu erreichen, ist die Untersuchung seit 2017 verpflichtend. Daneben gibt es weitere Prophylaxemaßnahmen, wie u. a. Zahngesundheitsunterricht, Fluoridierungsmaßnahmen und Elterninformationsveranstaltungen. Diese werden in Bremer Kindergärten und Schulen durchgeführt. In den Kindergärten übernehmen die niedergelassene Zahnärzteschaft gemeinsam mit den Prophylaxefachkräften der LAJB diese Aufgabe. In den Schulen ist der schulzahnärztliche Dienst mit den Prophylaxefachkräften der LAJB aktiv.

¹⁰² Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V., <https://lajb-bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

6 Gesundheit von Geflüchteten

Hintergrund

Der Zuzug von geflüchteten Menschen nach Deutschland hält sich seit 2015 auf hohem Niveau und der Angriffskrieg in der Ukraine im Jahr 2022 hat zu einer weiteren Intensivierung geführt. Nach einer festgelegten Aufnahmequote („Königsteiner Schlüssel“) werden sie auf die einzelnen Bundesländer – und damit auch auf das Land Bremen – verteilt.

In Bremen wurde für neuankommende Menschen (Asylsuchende und Geduldete, sog. „ehemalige unbegleitete Minderjährige“, Familiennachzug), die in einer Erstaufnahmeeinrichtung leben, bereits im Jahr 1993 ein Gesundheitsprogramm etabliert. Das sogenannte „Bremer Modell“ basiert auf § 62 Asylgesetz sowie § 36 IfSG und vereint die gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchung mit einer medizinischen Basis- und Akutversorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften. Da dort z. T. viele Menschen auf engem Raum leben, dient die Erstuntersuchung auch dazu, Tuberkulosefälle auszuschließen. Unbegleitete minderjährige Ausländer:innen werden in der Stadtgemeinde Bremen im Rahmen der vorläufigen Inobhutnahme gem. § 42a SGB VIII durch das Gesundheitsamt Bremen erstuntersucht.

Geflüchtete, die ihr Asylverfahren in Bremen betreiben, erhalten über eine Vereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven eine elektronische Gesundheitskarte. Mit dieser können Leistungen nach § 4 und ggfs. § 6 Asylbewerberleistungsgesetz, beispielsweise die Behandlung akuter Erkrankungen oder U-Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, in Anspruch genommen werden. Eine Überweisung in die gesundheitliche Regelversorgung ist dadurch bei Bedarf unbürokratisch möglich.

Seit dem Beginn des „Bremer Modells“ beteiligt sich das Gesundheitsamt Bremen an der Erarbeitung und Einhaltung von Mindeststandards der Lebens- und Wohnbedingungen. Hierdurch werden zusätzliche gesundheitliche Belastungen reduziert oder verhindert.

Durch die inzwischen 30-jährige Erfahrung des Bremer Gesundheitsamtes kann auf einen fundierten Datensatz zugegriffen werden. Bislang liegen keine vergleichbaren Daten zum Gesundheitszustand der Geflüchteten aus anderen Gebieten Deutschlands vor.

Datengrundlage

Die vorgestellten Daten basieren auf durchgeführten Untersuchungen im Zeitraum von 2014 bis 2022. Darin enthalten sind alle Geflüchteten, die sich in einer staatlichen Unterkunft aufhielten. Zu Beginn der Erstuntersuchung wird die Registrierungskarte der Unterkunft elektronisch eingelesen und die Person mit den Stammdaten angelegt. Die medizinischen Daten zu Untersuchungen, Diagnosen und ggf. weiteren Veranlassungen wie Überweisungen werden vom untersuchenden medizinischen Personal während bzw. nach der Untersuchung eingegeben.

Datenlimitationen

Da die nach § 62 Asylgesetz gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchung auf die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen im Landesunterbringungssystem ausgerichtet ist, liegen über privat untergekommene Geflüchtete keine Daten vor. Nach dem Bremer Modell werden bei der Erstuntersuchung darüber hinaus noch zahlreiche weitere Daten erfasst.

Ergebnisse

Insgesamt wurden in dem Zeitraum 30.595 Geflüchtete erstuntersucht. Davon waren 60,4 % männlich (n=18.483) und 39,6 % weiblich (n=12.112). Der Altersmedian lag bei 19 Jahren, d. h., 50 % der Geflüchteten waren unter und 50 % über 19 Jahre alt.

Tabelle 43 stellt die Anzahl der pro Jahr vorgenommenen Erstuntersuchungen getrennt nach Geschlecht dar. Die Fluchtbewegung 2015 sowie der Krieg in der Ukraine mit Beginn im Februar 2022 lassen sich klar erkennen. Zwischen 2014 und 2022 sind die meisten Menschen aus Syrien (25,3 %; n=7.740), der Ukraine (13,6 %; n=4.159) und aus Afghanistan (11,9 %; n=3.634) nach Bremen gekommen.

Tabelle 43: Anzahl der erstuntersuchten Geflüchteten differenziert nach Geschlecht in der Stadt Bremen, 2014–2022

Jahr	Männlich	Weiblich	Summe
2014	407	100	507
2015	4.053	1.218	5.271
2016	3.259	1.586	4.845
2017	1.922	1.592	3.514
2018	1.377	1.129	2.506
2019	1.174	1.045	2.219
2020	936	692	1.628
2021	1.451	993	2.444
2022	3.904	3.757	7.661
Gesamt	18.483	12.112	30.595

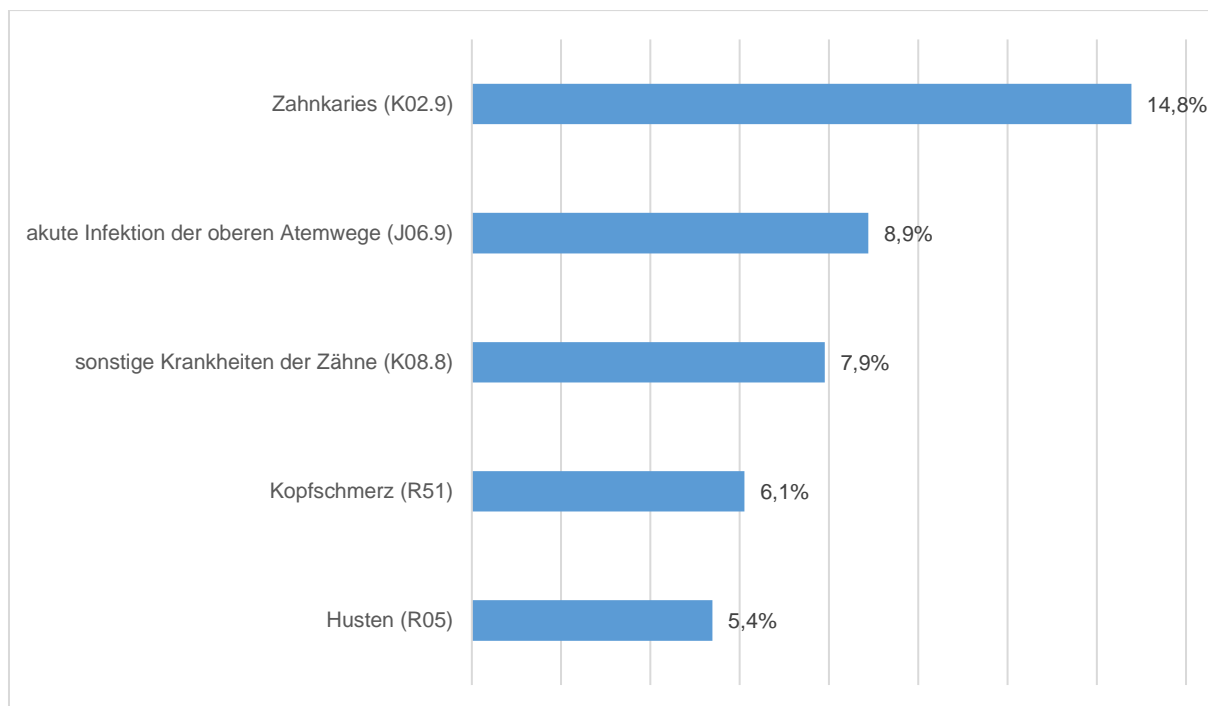
Datenquelle: Gesundheitsamt Stadt Bremen

Die Daten lassen auch Aussagen zum Gesundheitszustand der Geflüchteten zu. Im Betrachtungszeitraum haben insgesamt 65.535 Behandlungskontakte durch das Gesundheitsamt Bremen stattgefunden. Dies entspricht im Durchschnitt 2,1 Behandlungskontakten pro Person. Die körperliche und psychische Verfassung der Geflüchteten wird durch die Dauer der Flucht, die auf der Flucht gemachten Erfahrungen und die zwangsläufige Einschränkung innerhalb der notwendigen Hygiene geprägt. Darüber hinaus dominiert die Wohnsituation in den Gemeinschaftsunterkünften und hat Einfluss auf ihre psychosoziale Situation.

Das Krankheitsspektrum bei Geflüchteten deckt sich überwiegend mit dem der hier ansässigen Bevölkerung. Gleichwohl macht das Gesundheitsamt Bremen die Erfahrung, dass die Prävalenz einzelner Erkrankungen unter Geflüchteten höher ist, d. h., dass sie bei bestimmten Gruppen Geflüchteter gehäuft vorkommen, wie z. B. die Tuberkulose ([siehe Kapitel 4.3](#)).

Während früher alleinstehende junge gesunde Männer als Geflüchtete ankamen, sind es in den letzten Jahren vermehrt Familien, Großfamilien und Kinder. In Abbildung 38, Seite 106, werden die fünf häufigsten Einzeldiagnosen dargestellt. Es dominieren Zahnerkrankungen und Infektionen der oberen Atemwege. Zahnerkrankungen haben ihre Ursache oftmals in der mangelnden zahnmedizinischen Versorgung in den Herkunftsländern und während der Flucht.

Abbildung 38: die fünf häufigsten Einzeldiagnosen nach ICD-10 (ohne Z00–Z99) bei Geflüchteten in Prozent in der Stadt Bremen, 2014–2022



Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremen

Als ursächlich für die meist nur leichtgradigen Erkrankungen kann der „healthy migrant effect“ genannt werden. Darunter versteht man, dass sich insbesondere gesunde und belastbare Menschen zur Flucht aus ihrem Herkunftsland entscheiden, und dementsprechend auch relativ gesund an ihrem Zielort ankommen.

Wie in diesem Kapitel bereits dargelegt wurde, gelten für Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete spezielle Infektionsvorschriften nach § 36 IfSG. Tabelle 44 legt die Anzahl der Diagnosestellungen von ausgewählten Infektionskrankheiten im Rahmen der Erstuntersuchungen dar.

Tabelle 44: Anzahl und prozentualer Anteil von ausgewählten Infektionskrankheiten im Rahmen der Erstuntersuchungen Geflüchteter in der Stadt Bremen, 2014–2022

Infektion	Anzahl
Hepatitis A	13
Akute Virushepatitis B	1
Chronische Virushepatitis C	6
HIV	47
Tuberkulose	91
Anzahl aller untersuchten Personen	30.595


Daten: Gesundheitsamt Stadt Bremen

Generell ist nur ein geringer Anteil von Geflüchteten von einer meldepflichtigen Infektionskrankheit betroffen. Liegen Infektionen vor, erhalten die Erkrankten durch das medizinische Angebot vor Ort die notwendige engmaschige Versorgung bzw. Weitervermittlung in niedergelassene und stationäre Bereiche sowie Beratungen und Informationen in ihrer Sprache. Die Untersuchungen auf Hepatitis-Infektionen und HIV finden nur bei entsprechenden Symptomen statt.

In der Versorgung Geflüchteter spielt die Betreuung von Schwangeren und Säuglingen in den Gemeinschaftsunterkünften eine wesentliche Rolle. 2.436 schwangere Frauen sind zwischen 2014 und 2022 erstuntersucht worden. Ihre weitere medizinische Betreuung findet im niedergelassenen System

(Praxen der Gynäkologie und der Kinderheilkunde, Hebammen) und in den Bremer Krankenhäusern statt.

Maßnahmen



Laufende Maßnahmen

Spezifische Maßnahmen

- Medizinische Akut- und Basisversorgung durch das Gesundheitsamt Bremen
- Sprachmittlungspool
- Psychologische Beratung und sozialpsychiatrische Versorgung
- Rahmenkonzept gesellschaftliche Teilhabe und Diversity

Bezug zu Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit
(Details siehe Kapitel 7)

- Gesundheitliche Versorgung von nichtversicherten und papierlosen Menschen

Maßnahmenbeschreibung

Medizinische Akut- und Basisversorgung durch das Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt Bremen gewährleistet die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittels des „Bremer Modells“ für das Land Bremen. Dieses umfasst nicht nur die medizinischen Erstuntersuchungen, sondern auch medizinische Sprechstunden in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Dieses akut- und basismedinische Angebot ist niedrigschwellig organisiert, um es für die Geflüchteten leicht erreichbar zu machen. Das gesundheitliche Regelsystem ist insbesondere kurz nach der Ankunft für Geflüchtete oft schwer zugänglich.

In den medizinischen Sprechstunden werden neben akut- und basismedinischen Versorgungsangeboten auch Impfangebote gegen ansteckende Krankheiten wie bspw. Masern, Mumps, Röteln oder Polio angeboten. Darüber hinaus werden Betroffene bei Bedarf an die niedergelassene Ärzteschaft oder stationäre Einrichtungen vermittelt. Um bei der Erstuntersuchung oder während der Akutsprechstunde mögliche Sprachbarrieren zu überbrücken, wird auf Videodolmetscher:innen zurückgegriffen. Abgerundet wird die gesundheitliche Versorgung durch eine Hebammensprechstunde, die seit dem Jahr 2016 existiert. Sie kann von Frauen, die schwanger sind oder sich in der Wochenbettphase befinden, in Anspruch genommen werden. Dieses Angebot umfasst alle Leistungen der Hebammenhilfe.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven kontaktiert alle neu aus Bremen zugeteilten Geflüchteten in den Gemeinschaftsunterkünften. Die aus den Erstuntersuchungen oder weitergehenden medizinischen Behandlungen erzielten Untersuchungsergebnisse werden geprüft, um bereits begonnene Diagnosestellungen oder Behandlungen weiterzuführen. Begonnene Impfserien werden fortgesetzt. Das Gesundheitsamt Bremerhaven nimmt dabei eine koordinierende und vermittelnde Rolle gegenüber dem ambulanten und stationären Regelsystem ein. Ebenso wie in der Stadt Bremen kann in Bremerhaven für die meisten der geflüchteten Menschen eine Sprachmittlung zur Verfügung gestellt werden.

Sprachmittlungspool

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz hat seit 2019 einen Sprachmittlungspool implementiert, um den Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung für geflüchtete Menschen zu erleichtern. Niedergelassene psychologische oder psychiatrische Fachkräfte können für die Behandlungen darauf zugreifen. Die Sprachmittelnden sind spezifisch für die Arbeit im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext geschult.¹⁰³

Psychologische Beratung und sozialpsychiatrische Versorgung

Außerdem finanziert die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zwei Modellprojekte, mit denen die psychologische Beratung und sozialpsychiatrische Versorgung für Geflüchtete gestärkt werden sollen. Es handelt sich hierbei um zwei sozialpsychiatrische Behandlungszentren, die in Regionen mit hoher Dichte an Erst- und Übergangseinrichtungen liegen.

Rahmenkonzept gesellschaftliche Teilhabe und Diversity

Zahlreiche weitere Maßnahmen zum Abbau von Zugangsbarrieren zu gesundheitlichen Angeboten können darüber hinaus dem Rahmenkonzept gesellschaftliche Teilhabe und Diversity entnommen werden.¹⁰⁴

¹⁰³ REFUGIO – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.: Sprachmittlungstool Refugio, <https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

¹⁰⁴ Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration: Rahmenkonzept gesellschaftliche Teilhabe und Diversity, <https://www.soziales.bremen.de/integration/rahmenkonzept-gesellschaftliche-teilhabe-und-diversity-107721> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

7 Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Land Bremen

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist inzwischen unumstritten und vielfach belegt.¹⁰⁵ Die Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichtes bestätigen wiederholt, dass Gesundheit und sozialstrukturelle Faktoren in einem engen Zusammenhang stehen. Mit Blick auf die Schuleingangsuntersuchungen in Bremen und Bremerhaven wird beispielsweise deutlich, dass Kinder, die in Ortsteilen mit einem niedrigen Sozialindex wohnen und einen Migrationshintergrund haben, häufiger übergewichtig sind, niedrigere Impfquoten aufweisen und häufiger Entwicklungs- sowie Verhaltensauffälligkeiten zeigen als Kinder aus Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex und ohne Migrationshintergrund. Die Pandemie hat diesen Zusammenhang zusätzlich verstärkt. Auch die Daten des Krebsregisters zeigen höhere Krebsinzidenzen in Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex. Eine Ausnahme bilden jedoch höhere Prostatakrebsinzidenzen in Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex, was eine höhere Inanspruchnahme von PSA-Tests als Vorsorgemaßnahme in diesen Ortsteilen vermuten lässt.

Im Bereich der psychischen Gesundheit weisen Studien darauf hin, dass sich während der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen eine Zunahme an psychischen Auffälligkeiten, depressiven Symptomen, Angstsymptomen und psychosomatischen Beschwerden zeigte. Kinder aus sozial benachteiligten Familien waren dabei häufiger betroffen.^{106 107} Nach der Pandemie sind diese Belastungen nicht vorbei. Einer möglichst frühzeitigen Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen an ihren unmittelbaren Lebensorten kommt daher eine große Rolle zu.

Im Kontext Familie stehen die frühen Lebensjahre besonders stark im Blickpunkt der Armuts- und Teilhabeforschung („Kinder sind arm, wenn ihre Familien arm sind“). Da die Lebensumstände der (frühen) Kindheit den weiteren individuellen Lebensweg mitbestimmen, ist die Implementierung von Angeboten in den kindlichen Lebensphasen von großer Bedeutung.¹⁰⁸ Insgesamt ist es jedoch der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ein Anliegen, entlang des gesamten Lebenszyklus alle Zielgruppen zu berücksichtigen und niedrigschwellige Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (weiter) zu entwickeln, neu zu denken und hinsichtlich positiv wirkender Präventionsketten miteinander zu vernetzen.

Das Land Bremen hat schon lange erkannt, dass das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung und ein niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung wichtig sind, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Durch die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen in den Quartieren in Bremen und Bremerhaven leisten die Senatorin für Gesundheit, Frauen und

¹⁰⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2015.

¹⁰⁶ Vgl. Ravens-Sieberer, Ulrike/Anne Kaman/Janine Devine/Franziska Reiß: Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst?, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Bd. 171, 2023, S. 608-614, doi: 10.1007/s00112-023-01775-x.

¹⁰⁷ Vgl. Reiß, Franziska/Anne Kaman/Ann-Kathrin Napp/Janine Devine/Lydia Y. Li/Lisa Strelow/Michael Erhart/Heike Hölling/Robert Schlack/Ulrike Ravens-Sieberer: Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 66, 2023, S. 727-735, doi: 10.1007/s00103-023-03720-5.

¹⁰⁸ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin, 2017, https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

Verbraucherschutz sowie die damit eingebundenen Agierenden im Land Bremen einen wichtigen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Die in den vergangenen Jahren neu entwickelten und geförderten Maßnahmen werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.



7.1 Gesundheitsfachkräfte an Schulen

Seit 2018 gibt es im Land Bremen Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GeFaS). Die GeFaS sind an Grundschulen in soziostrukturell benachteiligten Stadtgebieten Bremens und Bremerhavens tätig. Ihre Hauptaufgabe ist es, Grundschulkindern gesundheitsförderndes Verhalten spielerisch zu vermitteln, wie z. B. Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung – und damit ihre Gesundheitskompetenz nachhaltig zu fördern.

Seit 2021 ist das Angebot der GeFaS durch das Land Bremen verstetigt und ausgeweitet worden. Mit Beendigung des Pilotstatus konnte die ehemals als Projekt angelegte Maßnahme an die Gesundheitsämter des Landes Bremens übergehen. Dieser wichtige Schritt stärkt den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den beiden Kommunen und damit in den Quartieren. Die GeFaS fädeln sich damit noch besser in bereits vorhandene Stadtteilstrukturen ein und setzen an den Synergien aus der bereits stattfindenden Zusammenarbeit an (Mitarbeiter:innen von Schulen und KiTas, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, Mitarbeiter:innen aus dem sozialen Bereich sowie den weiteren Netzwerkstrukturen im Quartier). In den Gesundheitsämtern erfolgen die Leitung und Koordination des Angebots. Dies passiert seit der Projektphase in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.. Aktuell arbeiten zwölf Gesundheitsfachkräfte an über 20 ausgewählten Grundschulen im Land Bremen.

Jede Fachkraft ist für mindestens zwei Tage pro Woche an einer der Schulen. Die GeFaS sind keine – wie z. B. in Skandinavien häufig – „Schulkrankenschwestern“, die Kinder in allen gesundheitlichen Angelegenheiten betreuen und regelmäßig auch medizinisch-pflegerische Versorgung leisten. Sie machen den Kindern vielmehr altersentsprechende Lernangebote für ein gesundheitsförderndes Verhalten, z. B. über Unterrichtseinheiten.¹⁰⁹

Die Fachkräfte beraten Kinder und Eltern bei Bedarf auch individuell und fördern die Zusammenarbeit zum Thema Gesundheit innerhalb der Schule. Sie beteiligen sich an Netzwerken in den Stadtteilen zu gesundheitsbezogenen Themen auch außerhalb der Schule und knüpfen Kontakte zur niedergelassenen Ärzteschaft.

Die Kinder setzen sich zudem auch über den Schulalltag hinaus mit dem Gelernten über gesundheitsförderndes Verhalten auseinander und berichten in ihren Familien darüber. Sie zeigen z. B. ihren Eltern zuhause, was sie essen möchten und was gesund ist. Das belegt auch eine externe Evaluation des Projekts, in der Kinder, Eltern und Lehrkräfte mehrmals zu dem Projekt befragt wurden. Neben den Schüler:innen profitieren demnach auch die Lehrer:innen und die Eltern von diesem Projekt. So konnten sich die Kinder sehr gut an die Aktivitäten erinnern und tauschten sich mit ihren Familienmitgliedern darüber aus. Die Evaluation kommt zu der Schlussfolgerung, dass der Einsatz der GeFaS weitergeführt, aufrechterhalten und im besten Fall ausgeweitet werden sollte.

¹⁰⁹ Vgl. Gesundheitsamt Bremen: Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GEFAS), <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte-an-schulen-gefas-22434> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024); Gesundheitsamt Bremerhaven <https://www.bremerhaven.de/de/verwaltung-politik-sicherheit/buergerservice/adressen-oeffnungszeiten/kommunale-gesundheitsfoerderung-und-praevention.133497.html> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024); Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitsfachkraefte-an-bremer-schulen/> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).



7.2 Gesundheitsfachkräfte im Quartier

In Bremen waren zu Beginn der Corona-Pandemie insbesondere benachteiligte Stadtteile stärker vom Ausbruchsgeschehen betroffen. Anfang 2021 ist daher das Projekt „Gesundheitsfachkräfte im Quartier“ entstanden. Der Schwerpunkt lag damals auf einer niedrigschwelligen und zielgruppenspezifischen Aufklärung über coronaspezifische Themen, wie z. B. Schutzmaßnahmen oder Impfungen. Da das Projekt in den Quartieren auf einen hohen Bedarf gestoßen ist, wurde das Themenspektrum mit dem Abklingen der Herausforderungen der Corona-Pandemie auf weitere gesundheitsrelevante Themen ausgeweitet. So beraten die GiQs in ihren Quartieren, die häufig überproportional von Covid-Erkrankungen betroffen waren, zu den potenziellen Folgen der Infektion (Long-Covid-Beratung). Auch allgemeine Präventionsaspekte, die indirekt durch die Pandemie in ihrer Bedeutung zugenommen haben (z. B. Bewegungsarmut, Übergewicht, suchthafter Medienkonsum, soziale Isolation, Stresserleben), werden in den Quartieren von den GiQs vermehrt aufgenommen.

Mit den Gesundheitsfachkräften im Quartier (GiQs) wird das Thema Gesundheit in den Quartieren nachhaltig adressiert. Die Bürger:innen sowie die Netzwerkpartner:innen haben durch die GiQs die Möglichkeit, gesundheitliche Fragestellungen und Bedarfe weiterzugeben, damit diese dann gezielt und professionell bearbeitet werden können. Bedarfe zeigen sich beispielsweise für die Themenfelder Ernährung und Bewegung, zu allgemeinen Fragen zum Gesundheitssystem in Deutschland, zu Impfungen oder zu Themen mit dem Fokus auf die Kindergesundheit. Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz hinsichtlich dieser Themenkomplexe werden verschiedene Angebote (z. B. Beratungsgespräche, Vorträge oder Gruppenangebote) vor Ort in den Quartieren umgesetzt. Damit erhöhen die GiQs im Land Bremen in sozial benachteiligten Gebieten die sogenannte Resilienz (Anpassung des Verhaltens auf Probleme und Veränderungen) gegen aktuelle und zukünftige gesundheitliche Herausforderungen.

Das Projekt findet in ausgewählten Bremer Quartieren und in Bremerhaven statt.¹¹⁰ Es bieten 15 Fachkräfte auf zwölf Vollzeitstellen ihre Hilfe und Beratung in den Quartieren mit sozialen Herausforderungen an. Die Gesundheitsfachkräfte sind gemäß den unterschiedlichen Angeboten im Quartier an der Schnittstelle zwischen Sozialberatung und Förderung der Gesundheitskompetenz tätig. Die Umsetzung des Projekts wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. koordiniert und fachlich begleitet.

Die GiQs vernetzen sich in den Quartieren mit den Quartiersmanager:innen, den Ortsämtern und weiteren Institutionen der Stadtteile proaktiv für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Deren Resonanz auf die GiQs ist überaus positiv. Es bestehen außerdem gute Kontakte zu den Gesundheitsfachkräften in Schulen.



7.3 Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Neben den Gesundheitsfachkräften im Quartier und den Gesundheitsfachkräften an Schulen wurden die regionalen Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (RefaPs) in Bremen und Bremerhaven ins Leben gerufen. Hintergrund für die Implementierung der RefaPs sind neben der Bremer Gesundheitsberichterstattung auch die Erkenntnisse der COPSY-Studie (Corona und Psyche), die die Auswirkungen und Folgen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien sind von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Gleichzeitig konnte zur Zeit der Pandemie eine Zunahme von psychosomatischen Stresssymptomen wie Gereiztheit,

¹¹⁰ Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesundheitsfachkräfte im Quartier Bremen & Bremerhaven, <https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Einschlafprobleme und Niedergeschlagenheit festgestellt werden. Neben anderen Hinweisen verdeutlichte die starke Zunahme an Anfragen für Termine und Klinikbehandlungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich die hohen psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, war es notwendig, neben den Gesundheitsfachkräften im Quartier und in den Schulen, spezifische Fachkräfte mit Ausbildung im psychologischen Bereich niedrigschwellig einzusetzen. Insofern sind die Tandems der regionalen Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (ReFaps) seit Sommer 2022 in den Bezirken Bremen-Ost, -West, -Süd, -Nord und Bremerhaven tätig. Die Tandems der ReFaps verbinden in ihrer Form kinderpsychiatrische Expertise mit einer regionalen Quartiersperspektive und bieten niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote unmittelbar vor Ort an.

Das Projekt wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Klinikum Bremen Ost koordiniert und fachlich begleitet.¹¹¹

Sie bieten Kindern, Familien und Fachleuten niedrigschwellige Beratungen bei psychischen Belastungen an, um möglichst frühzeitig zu intervenieren. Die ReFaps arbeiten als regionale kinderpsychiatrisch erfahrene Tandems aus Gesundheitsfachkräften und kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Fachkräften. Dadurch können sie speziell in sozial benachteiligten Quartieren spezifische Bedarfe aufgreifen und auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittene Angebote entwickeln.



7.4 Gesundheitszentren, Gesundheitspunkte und Hebammenzentren

Gesundheitszentren und Gesundheitspunkte

Gesundheitszentren sollen in sozial benachteiligten Stadtteilen Bremens und Bremerhavens einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen leisten und zum Erwerb von einer höheren Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen führen. Die Gesundheitszentren sollen breite und berufsgruppenübergreifende Hilfen und Beratungen anbieten und damit auch ambulante Praxen und Krankenhäuser von solchen Fällen entlasten, die weniger eines Arztkontaktes als mehr einer Beratung benötigen. Sie berücksichtigen neben gesundheitlichen auch psychosoziale Aspekte und bieten den Nutzer:innen bei Bedarf Sprach- und Kulturmittlung. Ein weiteres Ziel ist die lokale Vernetzung mit allen gesundheitsrelevanten Agierenden im jeweiligen Stadtteil. Damit werden sie zu zentralen Orten für Beratung, Hilfe und Unterstützung in allen Gesundheitsfragen und entwickeln bedarfsgerechte Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung. Damit stellen sie das optimale Bindeglied zwischen den Gefas, GiQs, ReFaps und dem medizinisch/kurativen Bereich dar.

Das erste Bremer Gesundheitszentrum (LIGA: lokales integriertes Gesundheitszentrum für alle) wurde 2022 in Gröpelingen ins Leben gerufen. Als Träger des LIGA hat sich der gleichnamige Verein LIGA e.V. gegründet.¹¹² Das LIGA wird von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz gefördert. Perspektivisch plant das LIGA einen Neubau, in dem Beratungsstrukturen sowie ein ärztliches Angebot gemeinsam vorgehalten werden sollen.

Im LIGA gibt es ein vielfältiges Beratungsangebot, das durch unterschiedliche Agierende im Quartier umgesetzt wird. Dies umfasst eine offene Gesundheitsberatung, Sprechstunden zum Thema

¹¹¹ Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/regionale-fachkraefte-psychische-gesundheit-kinder-jugendliche/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

¹¹² Vgl. Lokales Integriertes Gesundheitszentrum für Alle, <https://liga-groepelingen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Coronavirus und Long COVID, Beratung zur Förderung der Bewegung im Alltag, Unterstützung bei Anträgen im Gesundheitswesen sowie Beratungen durch den Pflegestützpunkt und der Bremer Krebsgesellschaft.

Die Gesundheitspunkte bieten – anders als die Gesundheitszentren – eine erste, vorläufige Anlaufstelle in benachteiligten Stadtteilen für Fragen rund um die Gesundheit. Sie sind an bürgernahen Standorten angesiedelt und bieten professionelle Beratung und Orientierung durch eine Gesundheitsfachkraft, die eng mit den Gesundheitsfachkräften in den Quartieren sowie anderen Agierenden im Stadtteil kooperiert.

2023 wurden zunächst zwei Gesundheitspunkte in Bremen Grohn und Bremen Huchting eröffnet.¹¹³

Hebammenzentren

Im Land Bremen bestehen in einigen Stadtteilen und -gebieten große Engpässe in der ambulanten Hebammenversorgung. Das bedeutet, dass viele Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt keine Hebamme für eine Betreuung finden. Diese Unterversorgung zeigt sich vor allem in sozial benachteiligten Gebieten. Bereits von 2018 bis 2020 erarbeitete ein Arbeitskreis mit Vertreter:innen des Hebammenlandesverbands Bremen, der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau sowie Hebammen ein Konzept zur Entwicklung einer neuen, im Stadtteil lokalisierten Versorgungsform. Mit der Bewilligung von öffentlichen Geldern für stadtteilorientierte Hebammenzentren wird seit Mitte 2020 an der (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung gearbeitet.

In einem Hebammenzentrum bieten freiberufliche Hebammen alle üblichen Hebammenleistungen an, ausgenommen ist die Begleitung der Geburt. Zu den Leistungen zählen Schwangerenvorsorge und -beratung, Wochenbettbesuche, eine offene Sprechstunde sowie die Durchführung von Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen. Die Hebammen eines jeweiligen Zentrums treten als Team auf und profitieren von den gemeinsamen Ressourcen.

Aktuell gibt es im Land Bremen drei Hebammenzentren, eins in Osterholz, eins in Gröpelingen und das dritte wurde im Frühjahr 2024 in Bremen Nord eröffnet. Die Planung für ein weiteres Zentrum in Bremerhaven ist angelaufen.¹¹⁴ Alle befinden sich in sozial benachteiligten Stadtgebieten mit einer mangelnden Hebammenversorgung. Neben einer verbesserten wohnortnahen medizinischen Versorgung der Frauen rund um die Geburt tragen diese Hebammenzentren maßgeblich zur Förderung der Frauen- und Säuglingsgesundheit bei. Sie werden von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz gefördert.

¹¹³ Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesundheitspunkte in Bremen, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitspunkte-bremen/> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

¹¹⁴ Vgl. Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz: Hebammenzentren Bremen, <https://www.hebammenzentrum-bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).



7.5 Maßnahmen in der frühen Kindheit und rund um die Geburt

Tipp Tapp

Seit 2008 setzt das Gesundheitsamt Bremen, initiiert über das Sonderprogramm Kindeswohl, das Hausbesuchsprogramm Tipp Tapp um.¹¹⁵ Gefördert wird Tipp Tapp zusätzlich durch die Bremer Initiative zur Stärkung frühkindlicher Entwicklung (BRISE) und die Bundesstiftung Frühe Hilfen. Tipp Tapp wird mittlerweile in knapp 50 % der Bremer Ortsteile (ausgewählt nach Sozialindex) angeboten. Gesundheitsfachkräfte bieten allen Familien in diesen Stadtteilen drei Hausbesuche im ersten Lebensjahr des Kindes an. Sie beraten zu gesundheitsrelevanten Themen wie Haut- und Nabelpflege, U-Untersuchungen, Impfungen und Kinderkrankheiten, altersgerechte Entwicklung, Umgang mit Medien, kindersicher zuhause und unterwegs, sicherer Babyschlaf, Umgang mit Schreien, Stillen und Ernährung von Mutter und Kind sowie weiteren Themen. Zudem leiten die Fachkräfte die Familien bei Bedarf in passgenaue Angebote der Frühen Hilfen im jeweiligen Stadtteil weiter und/oder vermitteln weitergehende Unterstützungsmaßnahmen.

Tipp Tapp pre

Seit Mitte 2022 wird Tipp Tapp pre (als Erweiterung des Hausbesuchsprogramms) durch das Gesundheitsamt Bremen umgesetzt, um die Familien noch früher und so niedrigschwellig wie möglich erreichen zu können.¹¹⁶ Tipp Tapp pre ist ein aufsuchendes Beratungsangebot von Gesundheitsfachkräften, das im Klinikum Bremen Mitte und Klinikum Bremen Nord angeboten wird. Die Gesundheitsfachkräfte suchen hier alle Schwangeren und Wöchnerinnen, die sich zum aktuellen Zeitpunkt in den Kliniken befinden, auf. Sie beraten Sie zu gesundheitspräventiven Themen rund um Geburt und Kind und lotsen die Familien in Angebote der Frühen Hilfen in Bremen. Weiter werden hier aber auch fachpraktische Anleitungen zu z. B. Wickeln, Baden und Stillen angeboten.

Kommunales Netzwerk Frühe Hilfen

In Kooperation mit dem Amt für soziale Dienste setzt das Gesundheitsamt Bremen zudem die strukturelle und fachliche Begleitung des Netzwerks Frühe Hilfen in der Stadtgemeinde Bremen um.¹¹⁷ Im Zuge dessen werden kommunale Arbeitskreise zum fachlichen Austausch für Fachkräfte initiiert und im Rahmen eines Fortbildungskalenders jährlich mehr als zehn Fortbildungs-, Netzwerk- und Fachveranstaltungen für alle Beteiligten, die mit Familien mit Kindern unter drei Jahren arbeiten, geplant und umgesetzt.



7.6 Projekt „Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter“

Kinder und Jugendliche bekommen immer früher und zeitintensiver Zugang zu digitalen Medien. Bei nicht ausreichenden Kompetenzen im Umgang mit den allgegenwärtigen modernen Medien können Belastungen der psychischen, physischen und seelischen Gesundheit zusammen mit einem nicht veränderten Lern- und Sozialverhalten bei Kindern und Jugendlichen auftreten. Die Prävention von exzessiver Mediennutzung und die Vermittlung eines gesundheitsfördernden Umgangs mit Medien sind wichtige Aufgaben aller Fachkräfte aus Pädagogik, Sozialer Arbeit und aus dem Gesundheitswesen.

¹¹⁵ Vgl. Gesundheitsamt Bremen: Tipp Tapp – Gesund ins Leben, <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/kinder/tiptapp-gesund-ins-leben-2751> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

¹¹⁶ Vgl. Gesundheitsamt Bremen: Tipp Tapp pre, <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/kinder/tiptapp-gesund-ins-leben/tiptapp-pre-29604> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

¹¹⁷ Vgl. Familiennetz Bremen, <https://familiennetz-bremen.de/fruehe-hilfen/> (zuletzt abgerufen 26.03.2024).

Das Projekt „Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter“ setzt hier auf kommunaler Ebene an. Der Erwerb von digitalen Kompetenzen rückt als Schlüsselqualifikation zur Zukunftsbewältigung in den Fokus präventiver und gesundheitsfördernder Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Verknüpft mit den Strukturen der Gesundheitsfachkräfte in den Quartieren und an Grundschulen führt die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. in ausgewählten Grundschulen und Quartieren in Bremen und Bremerhaven das Projekt zur Förderung der Medienkompetenz bei 6–16-Jährigen durch.¹¹⁸ Das Projekt wird von den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden des Landes Bremen nach § 20a SGB V im Rahmen ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gefördert. Es ist im Herbst 2022 gestartet und läuft bis zum Herbst 2026.

Die Angebote finden in sozioökonomisch und gesundheitlich benachteiligten Stadtgebieten der Bremer Stadtbezirke Bremen-Nord, -Süd, -Ost und -West sowie in Bremerhaven statt. Sie richten sich an die Kinder und Jugendlichen, aber auch an Personen, die diese Informationen weitergeben. Neben den bereits erwähnten Gesundheitsfachkräften werden das Schulpersonal oder Mitarbeiter:innen in Jugendeinrichtungen als Zielgruppe berücksichtigt. Auch Eltern werden in das Projekt einbezogen. Die Arbeit ist dabei präventiv ausgerichtet, um frühzeitig das Auftreten von Mediensucht zu vermeiden.

Neben Mediensucht werden auch Themen wie digitale Gewalt/Cybermobbing, Körperelbstbilder, der gesunde Umgang mit Endgeräten (Dauer, Sitzhaltung, Augenhygiene etc.) oder die Förderung körperlicher Aktivität durch die Nutzung digitaler Medien und das Auffinden von verlässlichen (gesundheitsbezogenen) Informationen im Internet vermittelt.

In den Quartieren werden mehrteilige Workshops und Konferenzen für Jugendliche geplant, und auch Erziehungsberechtigte sollen beispielsweise über Elternabende sensibilisiert werden.



7.7 Projekt „Gesundheitliche Versorgung von nichtversicherten und papierlosen Menschen“

Nicht allen Menschen steht der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem uneingeschränkt offen. Teile der Bevölkerung verfügen über keinen Krankenversicherungsschutz und haben somit keinen regulären Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dies korreliert negativ mit einem schlechten Impfstatus und einem häufigeren Auftreten von Infektionskrankheiten. Betroffen sind insbesondere Ausländer:innen ohne Nachweis eines Aufenthaltsstatus sowie Unionsbürger:innen und deutsche Staatsangehörige in prekären Lebenssituationen.

Um diesen benachteiligten Personengruppen einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen, wurde im Mai 2022 von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz das befristete Modellprojekt „Sicherung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung von nichtkrankenversicherten und papierlosen Menschen in Bremen (MVP)“ ins Leben gerufen. Mitte August 2022 wurde ein entsprechendes Behandlungs- und Beratungszentrum eröffnet. Das Modellprojekt wird zunächst bis Ende 2024 verlängert. Eine Ausweitung des Projektes auf Bremerhaven ist in Planung.

Das Behandlungs- und Beratungszentrum wird vom „Verein zur Förderung der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung nichtversicherter und papierloser Menschen in Bremen e.V.“ (MVP e.V.) betrieben. Durch das Projekt können Menschen, die dauerhaft oder temporär keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung über das Behandlungsscheinsystem erhalten und bei der Integration in die Regelversorgung unterstützt

¹¹⁸ Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/medien-kindes-jugendalter/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

werden. Langfristig kann das Projekt also dazu beitragen, dass weniger Personen medizinisch unterversorgt sind, und aufgrund dessen schwerwiegende Erkrankungen entwickeln. Bei Bedarf werden Behandlungsscheine ausgestellt, mit denen Betroffene an allgemeine und/oder fachärztliche Praxen (in einigen wenigen Fällen auch stationäre Versorgungen) weitervermittelt werden.

8 Zukünftige Herausforderungen und Ausblick

Durch die Pläne auf Bundesebene zum grundlegenden Umbau der akutstationären Versorgung (Krankenhausreform), die u. a. aus dem hohen Potenzial zur Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen münzt, kommt den Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in den Quartieren eine zusätzliche Bedeutung zu. Für Bremen gilt es, die auf Bundesebene gesetzlich angestrebten Veränderungen frühzeitig mitzugestalten und die darauffolgende Umsetzung stets mit dem Ziel eines sozial gerechteren Zugangs zur Gesundheitsversorgung (einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung) anzugehen. Die Herausforderung wird sein, die zukünftig verstärkt ambulant oder integriert ambulant-stationär zu erbringenden medizinisch-kurativen und pflegerischen Leistungen und ihre Erbringer strukturell so eng wie möglich mit den in Kapitel 7 vorgestellten Ansätzen zu verzahnen und diese weiter auszubauen und zu stärken.

Mittelfristig sind damit die folgenden Ziele verbunden: die Weiterentwicklung und mögliche Ausweitung von Hebammen- und Gesundheitszentren sowie Gesundheitspunkten auf weitere Quartiere mit dem Ziel, dass Hebammen- und Gesundheitszentren möglichst am gleichen Standort arbeiten. Eine konsequente Weiterentwicklung und Evaluation der Gesundheitszentren benötigt die Aufstellung multiprofessioneller Teams, wobei Gesundheitsfachkräfte fester Bestandteil dieser sein sollen. Es wird angestrebt die Leitung von Gesundheitszentren an akademisierte Pflegefachkräfte zu übergeben.

Langfristig muss Gesundheitsversorgung ganzheitlicher aufgestellt werden. Das Angebot medizinischer Behandlungen, die Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie das breite Spektrum an Gesundheitsberufen sollten miteinander gut verzahnt werden. Darüber hinaus ist es Ziel, dass die Sprachmittlung durch Schaffung einer gesetzlichen Grundlage Bestandteil des SGB V wird. Dafür setzt sich das Gesundheitsressort weiterhin auf Bundesebene ein.

Um sprachliche Zugangsbarrieren u. a. zu gesundheitlichen Angeboten abzubauen, hat der Senat Ende 2023 die Einführung eines flächendeckenden Angebots von Dienstleistungen des Audio- und Videodolmetschens für das Land Bremen beschlossen. Das Angebot soll sowohl von öffentlichen Einrichtungen als auch Agierenden im Sozial- und Gesundheitsbereich genutzt werden können. Im Zuge der dynamischen Umsetzung des Rahmenkonzeptes gesellschaftliche Teilhabe und Diversity soll durch Beteiligungsformate mit der Zivilgesellschaft die Expertise von Personen mit Migrationshintergrund in die (Weiter-)Entwicklung von Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern einfließen. Für das Feld Gesundheit ist in diesem Jahr die Betrachtung der operativen, kommunalen Ebene geplant.

Unser Versorgungssystem stößt zunehmend an seine monetären und personellen Grenzen. Die Kosten sowie die stetig steigende Belastung der niedergelassenen und stationären Ärzteschaft durch chronische Krankheiten und der demografische Wandel fordern ein gesellschaftliches Umdenken. Krankheiten zu behandeln und zu heilen, ist eine wichtige Aufgabe unseres Versorgungssystems. Allerdings sollte die Vermeidung der Entstehung von Erkrankungen mindestens gleichwertig betrachtet werden, was bisher nicht der Fall ist. Damit wird ein immenses Potenzial, die Bevölkerungsgesundheit zu stärken und gesundheitliche Chancengleichheit zu sichern, nicht genutzt.

Letztlich ist die Stärkung der Bevölkerungsgesundheit eine sektorenübergreifende Aufgabe. Die Bildung eines Verantwortlichkeitsnetzwerkes kann ein Weg sein, um koordiniert und verbindlich sektoren- und ressortübergreifende Präventionsangebote, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz erfolgversprechend anbieten zu können.

Darüber hinaus gilt es, weitere Kraftanstrengungen in die Erhöhung von Personalressourcen zu investieren. Im Land Bremen unterstützen Projekte wie „Ich pflege wieder, weil...“ den

Erkenntnisgewinn dazu, wie es gelingen kann, dass Mitarbeiter:innen auf einer Krankenhausstation zuverlässig den maximalen Zeiteinsatz erbringen können, indem ihnen verlässliche und attraktive Arbeitsbedingungen angeboten werden.¹¹⁹ Überlegungen zu niedrighwelligen Wegen in Qualifizierung und Beschäftigung werden aufgrund der hohen gesellschaftlichen Bedeutung ebenfalls ressortübergreifend angegangen. Darüber hinaus lohnt sich die Mitarbeit auf Bundesebene beim Pflegekompetenzstärkungsgesetz mit dem Ziel, attraktive Berufsbilder zu entwickeln. Auch das Verfahren der Berufsankennung ausländischer Fachkräfte der Gesundheitsfachberufe wird durch die Genehmigung weiterer Träger von Kenntnisprüfungen im Land Bremen weiter optimiert.

Der Landesgesundheitsbericht zeigt auf, dass es in der Gesundheitsversorgung viele wichtige Themen gibt, die bereits bewegt werden und noch weiterbewegt werden müssen. Eine bedarfsgerechte medizinische und gesundheitliche Versorgung, die den Bedürfnissen der vielfältigen Bevölkerung im Land Bremen gerecht wird, die Gesundheit der Bürger:innen ganzheitlich fördert und dem Fachkräftemangel in Pflegeberufen begegnet, sind bedeutende zukünftige Herausforderungen, denen sektorenübergreifend begegnet werden muss. Dafür setzt sich das Gesundheitsressort weiterhin im Land Bremen und auf Bundesebene ein.

¹¹⁹ Vgl. Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration/Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz: "Ich pflege wieder, weil ...": Bremen startet bundesweit einzigartiges Modellprojekt, <https://www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/ich-pflege-wieder-weil-bremen-startet-bundesweit-einzigartiges-modellprojekt-440821?asl=bremen02.c.732.de> (zuletzt abgerufen am 22.04.2024).

9 Exkurs: Ergebnisse der NAKO- und COSI-Studie für das Land Bremen

9.1 Übergewicht bei Grundschulkindern – Ergebnisse der COSI-Studie

Hintergrund

Das Land Bremen nahm im Schuljahr 2018/19 erstmalig an der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) teil. Die Erhebungen in Bremen wurden im Zeitraum vom 01.10.2018 bis 28.02.2019 durch das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) durchgeführt. In 46 Schulen in Bremen und zwei Schulen in Bremerhaven wurden Daten von insgesamt 2.282 Kindern (1.143 Mädchen, 1.139 Jungen) im Alter von 6–11 Jahren erhoben. Die Ergebnisse der COSI-Studie liefern weitere wichtige Informationen zur Gesundheit der Bremer Bürger:innen und werden an dieser Stelle ergänzend zu den bereits dargestellten Ergebnissen berichtet. Die Ergebnisse unterstützen die bereits von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz getroffenen Maßnahmen und dienen als Informationsquelle für weitere Maßnahmen, insbesondere mit Quartiersbezug.

Die COSI-Studie liefert Daten im Bereich Übergewicht/Adipositas und damit zusammenhängenden Verhaltensweisen bei Grundschulkindern. Der Verteilung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie z. B. Ernährung und Bewegung, nach sozioökonomischen Eigenschaften der Eltern kommt dabei eine besondere Rolle zu.

Seit über 15 Jahren organisiert das Regional Office for Europe der WHO die staatenübergreifende Initiative COSI zur Erfassung der Entwicklung des Körpergewichtstatus von Kindern im Grundschulalter, an der sich inzwischen mehr als 40 Länder der europäischen WHO-Region beteiligen. In Abständen von drei Jahren werden in dieser Studie in repräsentativen Stichproben von Kindern im Grundschulalter anthropometrische Maße und Charakteristika des Lebensumfelds (Elternhaus und Schule) erfasst. Anthropometrische Daten sind Daten zu den Körpermaßen des Menschen, wie Größe, Gewicht etc. Ziel dieser Datenerhebung ist die Schaffung einer international vergleichbaren Datenbasis zu Gewichtstrends und Risikofaktoren innerhalb der europäischen WHO-Region, um Bedarfe für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu identifizieren und den Erfolg von Interventionsmaßnahmen zu evaluieren.

Datengrundlage

Die COSI-Erhebung besteht aus drei Modulen. (1) In einer anthropometrischen Messung werden nach standardisierten Protokollen Körpergröße, Körpergewicht, Taillenumfang und Hüftumfang der Kinder erfasst. Gültige Daten aus diesem Modul sind für insgesamt 2.223 Kinder (1.112 Mädchen, 1.111 Jungen) vorhanden. (2) In einem von den Eltern der Kinder ausgefüllten Familienfragebogen werden Angaben zum Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder, zu den sozioökonomischen Verhältnissen der Familie und zum Vorkommen von Erkrankungen innerhalb der Familie, für die ein Zusammenhang zu Adipositas bekannt ist, erfasst. Der Familienfragebogen ist ein optionales Modul, d. h., die anthropometrischen Daten des Kindes finden auch Eingang in den Datensatz, wenn der Familienfragebogen nicht ausgefüllt wurde. Daten aus dem Familienfragebogen liegen für insgesamt 1.747 Kinder (868 Mädchen, 879 Jungen) vor. (3) In einem von der Schulleitung ausgefüllten Schulfragebogen werden organisatorische Angaben zum schulischen Umfeld erfasst, bspw. zur Häufigkeit von Sportunterricht, der Verfügbarkeit von Außenspielplätzen, dem Angebot an Speisen, Getränken und Snacks in der Schule und dem Vorhandensein von Getränke- oder Snackautomaten. Es werden keine Daten aus diesem Modul in diesem Bericht verwendet.

Datenlimitationen

Da ursprünglich beabsichtigt war, eine Vollerhebung des Geburtsjahrgangs 2010 an allen 78 öffentlichen Grundschulen der Stadtgemeinde Bremen durchzuführen, wurde kein Zufallsverfahren für die Auswahl der Grundschulen implementiert. Aufgrund der Rückmeldungen von Schulleitungen wurde jedoch entschieden, die Kinder aus organisatorischen Gründen nicht nach Geburtsjahrgang zu rekrutieren, sondern jeweils komplette Klassenverbände einzuladen. Da die daraus resultierende Vollerhebung der Klassenstufen 2 und 3 mit den vorhandenen Personalressourcen nicht umsetzbar war, musste die Zahl der zu rekrutierenden Schulen in der Stadtgemeinde Bremen auf 46 reduziert werden. Aus Bremerhaven wurden nur zwei Grundschulen einbezogen.

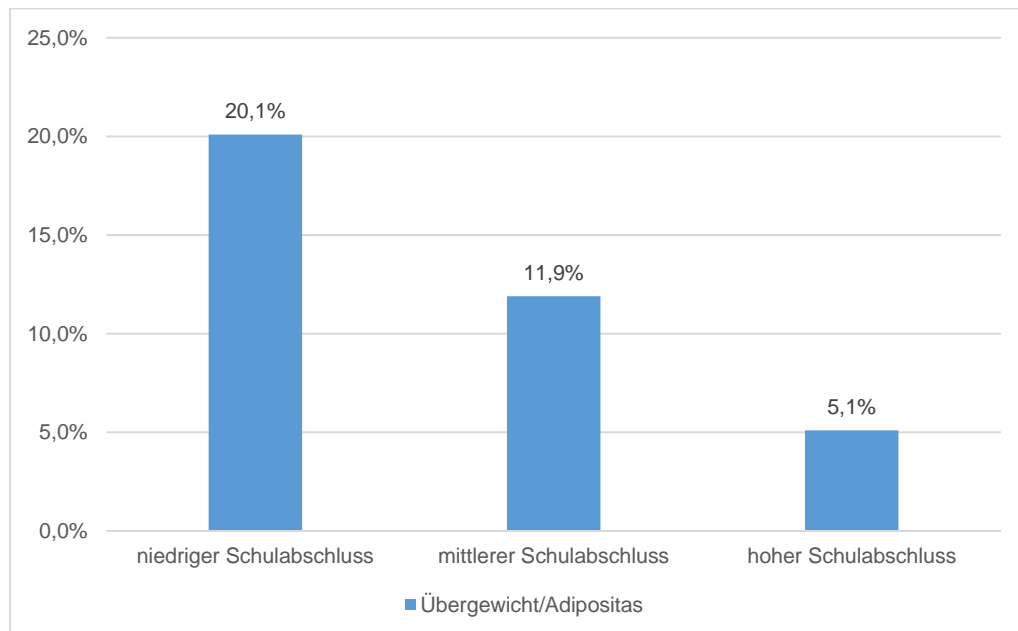
Bei der resultierenden Stichprobe von 48 Grundschulen handelt es sich daher nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine willkürliche Stichprobe, in der jedoch Schulen aus allen bremischen Planbezirken vertreten sind. Des Weiteren nahmen nur 39,8 % aller eingeladenen Schüler:innen an den Messungen teil. Im statistischen Sinne handelt es sich bei der Analysegruppe somit nicht um eine repräsentative Stichprobe der eingeladenen Altersgruppe.

Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas

Von den insgesamt 2.223 untersuchten Kindern waren 14,8 % übergewichtig oder adipös. Von den 1.111 Jungen waren 16,2 % übergewichtig oder adipös, von den 1.112 Mädchen 13,3 %.

Differenziert man die übergewichtigen und adipösen Kinder nach dem Schulabschluss der Eltern, zeigt sich ein klarer sozialer Gradient (siehe Abbildung 39). So waren 20,1 % der untersuchten Kinder übergewichtig oder adipös, deren Eltern einen niedrigen Schulabschluss haben. Bei Eltern mit einem hohen Schulabschluss waren es hingegen nur 5,1 %.

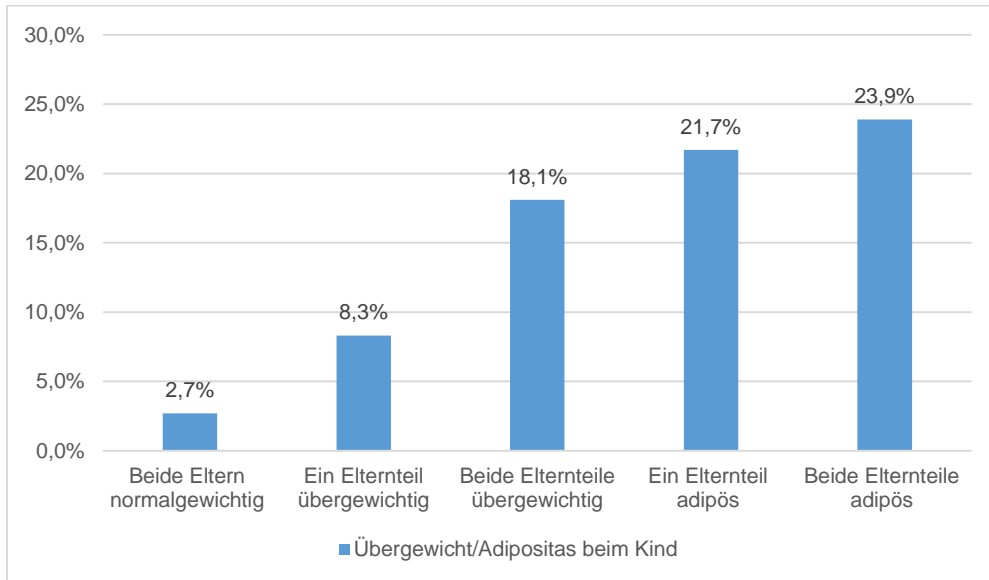
Abbildung 39: Anteil übergewichtiger/adipöser Kinder differenziert nach Schulabschluss der Eltern



Datenquelle: COSI-Studie

Ein weiterer Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Übergewicht/der Adipositas der Kinder und dem Übergewicht/der Adipositas der Eltern. Der Anteil an übergewichtigen oder adipösen Kindern nahm mit dem Anteil an übergewichtigen oder adipösen Elternteilen zu. Der höchste Anteil von 23,9 % an übergewichtigen oder adipösen Kindern zeigte sich bei beidseitig adipösen Elternteilen. Hingegen waren nur 2,7 % aller Kinder übergewichtig, deren Eltern normalgewichtig waren (siehe Abbildung 40, Seite 121).

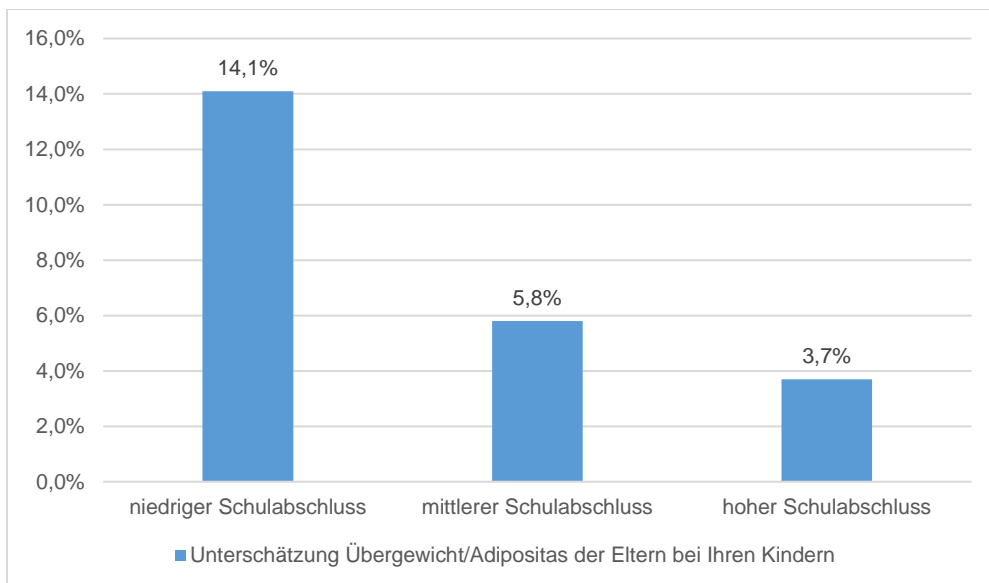
Abbildung 40: Anteil übergewichtiger/adipöser Kinder differenziert nach dem Übergewicht/der Adipositas der Eltern



Datenquelle: COSI-Studie

Ebenso zeigte sich, dass Eltern mit einem niedrigen Schulabschluss das Vorhandensein von Übergewicht oder Adipositas bei ihren Kindern häufiger unterschätzten als Eltern mit einem hohen Schulabschluss (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41: Anteil von Eltern, die Übergewicht/Adipositas bei Kind unterschätzen, differenziert nach Schulabschluss der Eltern



Datenquelle: COSI-Studie

Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen nach dem Schulabschluss der Eltern

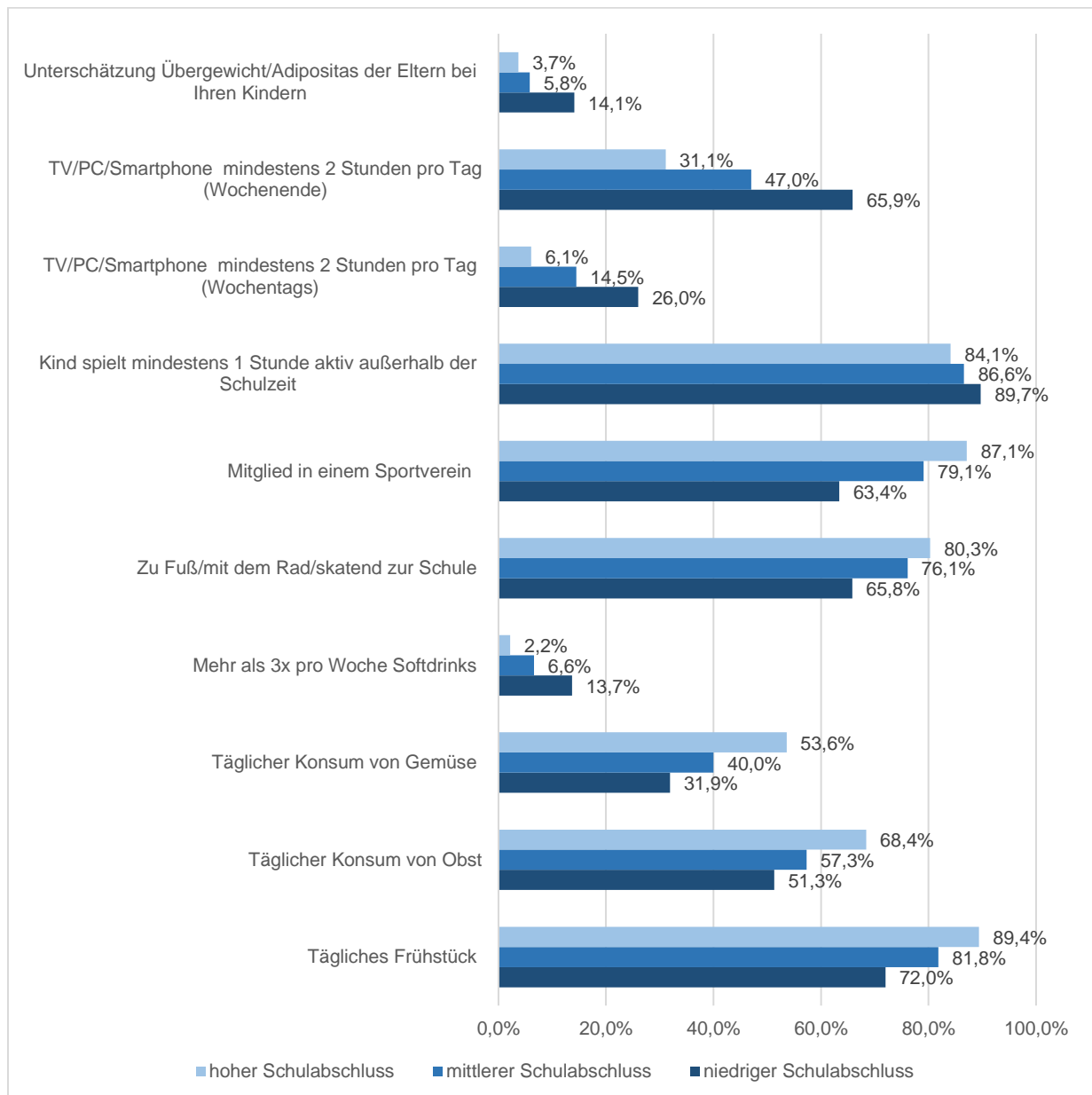
Der soziale Gradient bei Übergewicht und Adipositas der Kinder zeigte sich auch bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Kinder (siehe Abbildung 42, Seite 122).

Im Bereich Ernährung ist der Anteil an Kindern, die täglich Obst, Gemüse oder ein Frühstück konsumieren, bei Eltern mit einem niedrigen Schulabschluss geringer als bei Kindern, deren Eltern einen hohen Schulabschluss haben. Zudem war der Konsum von Softdrinks mehr als 3-mal pro Woche bei Kindern, deren Eltern einen niedrigen Schulabschluss haben, höher.

Bei Verhaltensweisen im Bereich Bewegung ergab sich ein ähnliches Bild. Kinder, deren Eltern einen niedrigen Schulabschluss haben, bewegten sich weniger aktiv in die Schule (zu Fuß, mit dem Fahrrad, oder mit Inline Skates) und waren weniger häufig Mitglied in einem Sportverein als Kinder, deren Eltern einen hohen Schulabschluss haben. Lediglich bei der Erhebung der aktiven Spielzeit von mindestens einer Stunde außerhalb der Schulzeit gab es keine nennenswerten Unterschiede nach dem Schulabschluss der Eltern.

Auch der elektronische Medienkonsum zeigte einen sozialen Gradienten. Der Anteil an Kindern, die an Wochenenden oder wochentags mindestens zwei Stunden pro Tag vor dem TV, PC oder Smartphone verbrachten, war bei Eltern mit einem niedrigen Bildungsabschluss höher als bei Eltern mit einem hohen Abschluss.

Abbildung 42: prozentuale Verteilung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der Kinder, differenziert nach dem Schulabschluss der Eltern



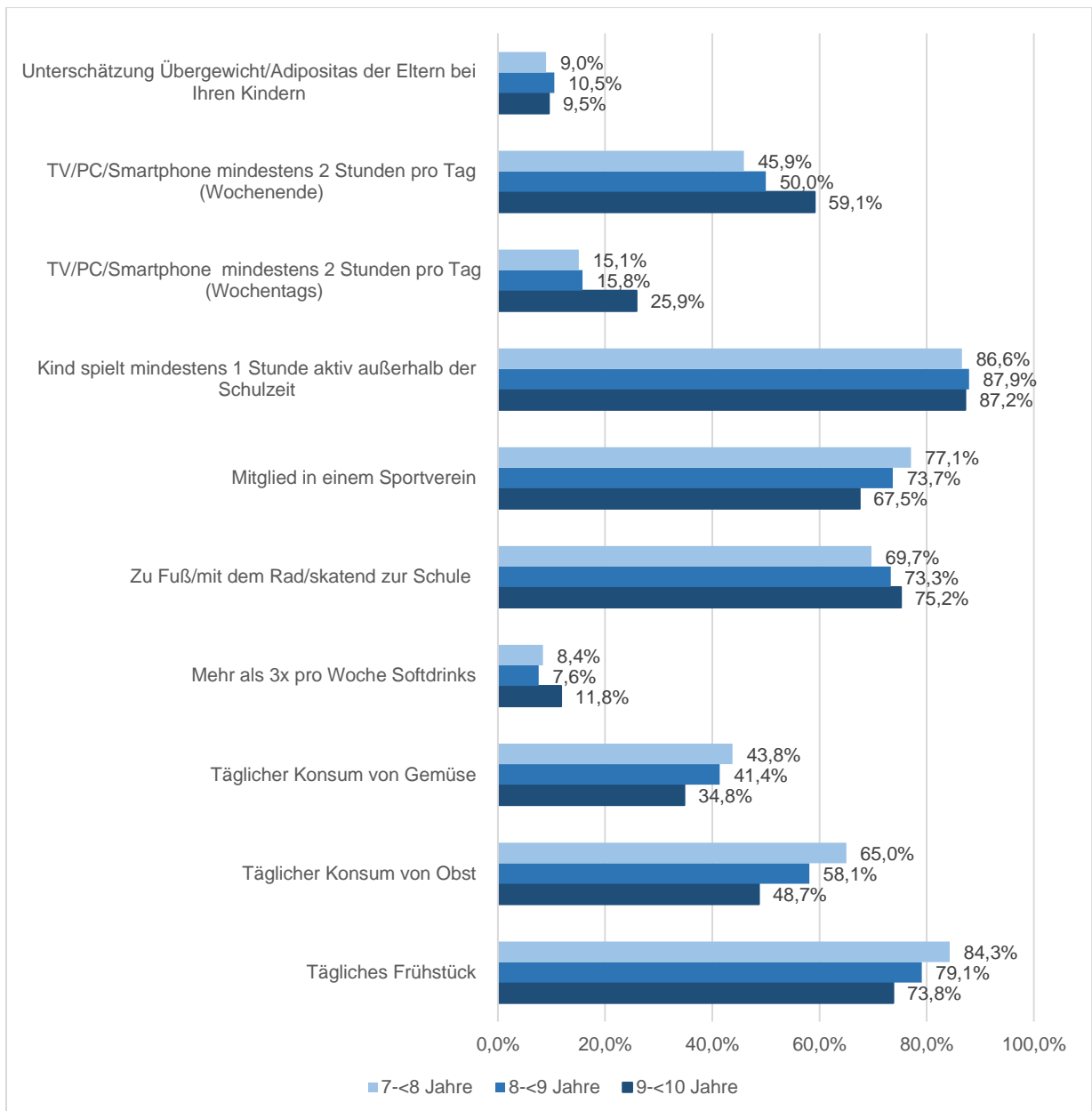
Datenquelle: COSI-Studie

Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen nach dem Alter der Kinder

Eine differenzierte Darstellung der Verhaltensweisen nach den drei Altersgruppen 7 bis < 8, 8 bis < 9 und 9 bis < 10 Jahre der untersuchten Kinder kann Hinweise darauf geben, zu welchen Zeitpunkten Maßnahmen, z. B. im Bereich der Aufklärung, implementiert werden sollten. Abbildung 43, Seite 124, zeigt insbesondere in den Bereichen des elektronischen Medienkonsums sowie im Ernährungsverhalten einen Altersgradienten.

Die 8- bis < 9-Jährigen verzeichneten einen höheren Medienkonsum, sowohl am Wochenende als auch wochentags, als die jüngere Altersgruppe der 7- bis < 8-Jährigen. Im Bereich Ernährung war der Konsum von Softdrinks mehr als 3-mal pro Woche in der ältesten Altersgruppe höher als in den jüngeren Altersgruppen. Auch war der tägliche Konsum von Obst, Gemüse und eines Frühstücks in der Altersgruppe der 9- bis < 10-Jährigen geringer als in den jüngeren Altersgruppen. Bei den Indikatoren zur Bewegung (Spielzeit außerhalb der Schulzeit, Mitglied in einem Sportverein, aktiver Schulweg) gab es keine nennenswerten Unterschieden zwischen den drei Altersgruppen.

Abbildung 43: prozentuale Verteilung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der Kinder, differenziert nach dem Alter der Kinder



Datenquelle: COSI-Studie

Fazit

Die COSI-Studie liefert wertvolle Ergebnisse zu dem Themenfeld Übergewicht und Adipositas bei Kindern. Kinder aus Familien mit einer niedrigen sozioökonomischen Position

- waren häufiger übergewichtig oder adipös,
- konsumierten häufiger Softdrinks,
- verzehrten weniger Obst und Gemüse,
- nahmen seltener ein tägliches Frühstück ein,
- hatten einen höheren elektronischen Medienkonsum,
- bewegten sich seltener aktiv zur Schule und
- waren seltener Mitglied in einem Sportverein.

Die Ergebnisse zum sozialen Gradienten bei Übergewicht und Adipositas decken sich mit den Ergebnissen aus der Schuleingangsuntersuchung in diesem Bericht und deutschlandweiten Studien, wie z. B. der KiGGS-Studie.¹²⁰

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie sind die Unterschiede von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zwischen den drei Altersgruppen. In den älteren Altersgruppen war das Ernährungsverhalten schlechter und der elektronische Medienkonsum höher. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Wichtigkeit, Programme zur Prävention von Übergewicht bereits im Kindergarten- und frühen Grundschulalter zu etablieren.

9.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Erwachsenen – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie

Hintergrund

Ziel der NAKO-Gesundheitsstudie ist es, den Ursachen für die Entstehung von Volkskrankheiten, wie beispielsweise Krebs, Diabetes, Infektionskrankheiten und Herzinfarkt, auf den Grund zu gehen.¹²¹ Dazu sollen ausgewählte Personen, auch aus der Bremer Bevölkerung, über einen langen Zeitraum (20–30 Jahre) begleitet werden. Insbesondere hervorzuheben ist die Analyse von Gesundheitsverhaltensweisen und deren Verteilung nach sozioökonomischen Indikatoren.

Die zentralen Fragen der NAKO lauten: Warum wird der eine krank, der andere aber bleibt gesund? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Ist es die Umwelt, das soziale Umfeld oder die Situation am Arbeitsplatz? Ist es die Ernährung oder sind es die Gene? Eine Mischung von allem? Auch wenn bereits einiges erforscht werden konnte, die genauen Zusammenhänge sind noch immer unklar.

Die NAKO schafft daher bessere Möglichkeiten, um

- eine Krankheit durch Vorbeugung zu verhindern,
- sie möglichst früh zu erkennen und
- sie bestmöglich zu behandeln.

Die NAKO-Gesundheitsstudie ist eine Langzeit-Bevölkerungsstudie. Sie wird von einem Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen, bestehend aus der Helmholtz-Gemeinschaft, den Universitäten und der Leibniz-Gemeinschaft, durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Helmholtz-Gemeinschaft und den beteiligten Ländern finanziert. Das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) aus Bremen war bereits an der Planung der Studie beteiligt und leitet das Bremer Studienzentrum der NAKO.

Datengrundlage

Um die Ziele der NAKO zu erreichen, wurden deutschlandweit in insgesamt 18 Studienzentren mehr als 200.000 (in der Stadt Bremen 10.500) zufällig ausgewählte Bürger:innen im Alter von 20–69 Jahren umfassend medizinisch untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt (z. B. körperliche Aktivität, Rauchen, Ernährung, Beruf). Das Programm der Basisuntersuchung, die in den Jahren 2014 bis 2019 durchgeführt wurde, umfasste neben einem umfangreichen Interview zu soziodemografischen Faktoren und der medizinischen Vorgeschichte auch Fragebögen zu Lebensgewohnheiten wie etwa Ernährung, körperliche Aktivität und Fitness, Persönlichkeitsfragen sowie weitere gesundheitsrelevante Faktoren.

¹²⁰ Vgl. Schmidtke, Claudia/Benjamin Kuntz/Anne Starker/Thomas Lampert: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring Bd. 3, Nr. 4, 2018, S. 68-77, doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-093.

¹²¹ Vgl. NAKO Gesundheitsstudie, 2023, <https://nako.de/allgemeines/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Darüber hinaus wurden zahlreiche medizinische Untersuchungen durchgeführt. Dabei wurde das Basisprogramm von allen Teilnehmenden und das erweiterte Programm lediglich von 20 % der Teilnehmenden absolviert. Zusätzlich werden nach Einwilligung des Teilnehmenden Krankenkassen-, Rentenversicherungs- und Registerdaten (z. B. Krebsregister) mit den Daten der NAKO verknüpft, um ggf. neu auftretende Erkrankungen identifizieren und klassifizieren zu können oder Berufsbiographien besser abbilden zu können.

Nach etwa fünf Jahren werden alle Teilnehmenden erneut zu einer Untersuchung eingeladen. In den Zeiträumen dazwischen werden mehrere Befragungen durchgeführt.¹²² Die zweite Untersuchungsphase wird in 2024 abgeschlossen sein, und die dritte Untersuchungsphase startet direkt im Anschluss.

Datenlimitationen

Zu den großen Stärken der derzeit größten Langzeitbeobachtungsstudie in Deutschland zählt der hohe Grad an Standardisierung. Jedoch ist die NAKO-Gesundheitsstudie nicht repräsentativ für die Bremer Bevölkerung. Die Altersstruktur der NAKO-Teilnehmenden weicht aufgrund des Studiendesigns von der Normalbevölkerung ab. Darüber hinaus wird immer wieder beobachtet, dass Personen, die an Gesundheitsstudien teilnehmen, im Mittel einen höheren Bildungsabschluss und einen gesünderen Lebenswandel haben.

In diesem Kapitel werden nur die Querschnittsdaten der Basisdaten ausgewertet und daher nur Daten zu Soziodemografie und Lebensgewohnheiten dargestellt, da die Längsschnittauswertungen erst durchgeführt werden können, wenn die zweite Untersuchungsphase abgeschlossen ist.

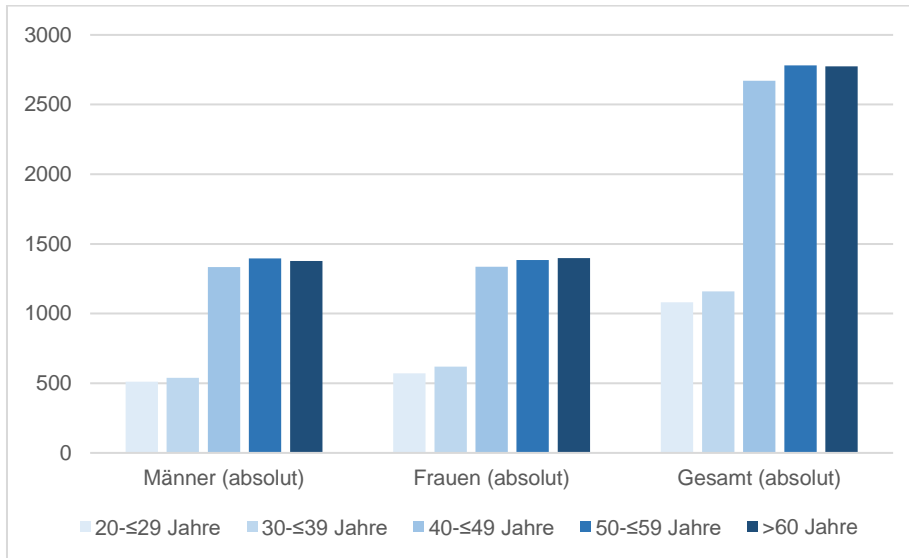
Ergebnisse

Soziodemografische Faktoren

An der Basisuntersuchung nahmen in der Stadt Bremen 10.500 Personen teil. Es wurde in jeder Altersgruppe eine vorgegebene Mindestzahl an Personen untersucht. In den höheren Altersgruppen (> 40 Jahre) wurden mehr Personen eingeladen und untersucht. Der Anteil von Frauen und Männern war ungefähr gleich (siehe Abbildung 44, Seite 127). In der Basisuntersuchung wurden nur zwei Geschlechter erfasst. In den weiteren Untersuchungen wurde dies ergänzt.

¹²² Vgl. Peters, Annette/German National Cohort (NAKO) Consortium et al. (2022): Framework and baseline examination of the German National Cohort (NAKO), in: European Journal of Epidemiology, Bd. 37, Nr. 10, 2022, S. 1107-1124, doi: 10.1007/s10654-022-00890-5.

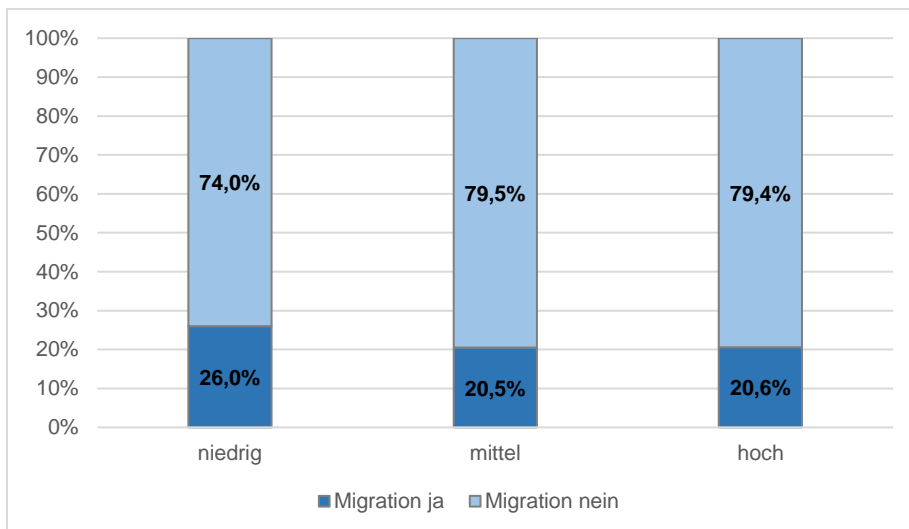
Abbildung 44: Anzahl der NAKO-Teilnehmenden, differenziert nach Alter und Geschlecht der Stadt Bremen



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Der Anteil von Personen mit einer niedrigen Bildung¹²³ lag bei den NAKO-Teilnehmenden bei insgesamt 12,4 %, unter den Frauen war der Anteil etwas niedriger als bei den Männern. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund¹²⁴ lag bei Frauen bei 21,2 % und bei Männern bei 22,2 %, wobei insgesamt nur 14,9 % der Teilnehmenden außerhalb Deutschlands geboren wurden. Im niedrigeren Bildungsgrad lag der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund etwas höher als in den mittleren und höheren Bildungsniveaus (siehe Abbildung 45).

Abbildung 45: Migrationshintergrund nach dem Bildungsgrad der NAKO-Teilnehmenden der Stadt Bremen



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

¹²³ Definition der Kategorien – Bildungsstand: niedrig= Hauptschulabschluss oder kein Abschluss, mittel= mittlere Reife oder Fachhochschulreife, hoch= Hochschulreife.

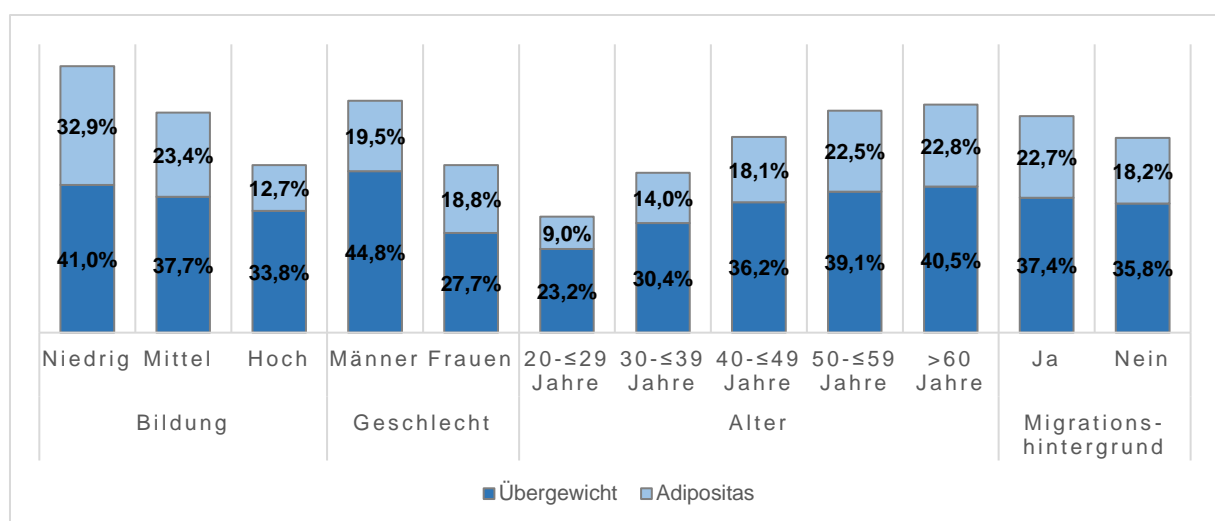
¹²⁴ Definition des Migrationsstatus: selbst nicht in Deutschland geboren und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren.

Etwa 15 % der Bremer NAKO-Teilnehmenden werden, basierend auf den Angaben zu ihrem Nettoeinkommen, als armutsgefährdet eingestuft.¹²⁵ Das liegt leicht unter dem Bundesdurchschnitt für die Jahre 2014–2018.¹²⁶ Dieser vergleichsweise niedrige Anteil erklärt sich vor allem durch den höheren Bildungsgrad der Studienteilnehmenden im Vergleich zur Normalbevölkerung der Stadt Bremen.

Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter

Bei den Männern liegt der Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen insgesamt deutlich über 50 %.¹²⁷ Bei Frauen liegt der prozentuale Anteil etwas niedriger. Es fällt jedoch auf, dass sich der Anteil an stark übergewichtigen (adipösen) Personen nicht zwischen den Geschlechtern unterscheidet (Frauen 18,8 % vs. Männer 19,5 %). Bei Frauen und Männern stieg der Anteil an übergewichtigen Personen im Alter an (siehe Abbildung 46). In einer bundesweiten Auswertung der NAKO-Gesundheitsstudie zeigten sich sehr ähnliche Ergebnisse mit leichten regionalen Unterschieden.¹²⁸

Abbildung 46: Anteil von Übergewicht und Adipositas, differenziert nach Bildung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Rauchen

Das Rauchen ist eine der größten verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen, die eine Vielzahl schwerwiegender Folgeerkrankungen fördert. Hierzu zählen insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Krankheiten der Atmungsorgane (Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen).

Der Anteil an aktiven Rauchern lag in der NAKO-Gesundheitsstudie bei Männern etwas höher als bei Frauen (21,0 % vs. 17,6 %) (siehe Abbildung 47, Seite 129). Dies ist deutlich niedriger als die Angaben des Tabakatlas Deutschland 2020. Danach lag der Anteil der Rauchenden im Jahr 2018 in Deutschland

¹²⁵ Basierend auf dem Nettoäquivalenzeinkommen des European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) wird die relative Einkommensposition zum gesamtgesellschaftlichen Median berechnet und entsprechend kategorisiert.

¹²⁶ Vgl. Statista: Armutsgefährdungsquote in Deutschland von 2005 bis 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72188/umfrage/entwicklung-der-armutsgefahrdungsquote-in-deutschland/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

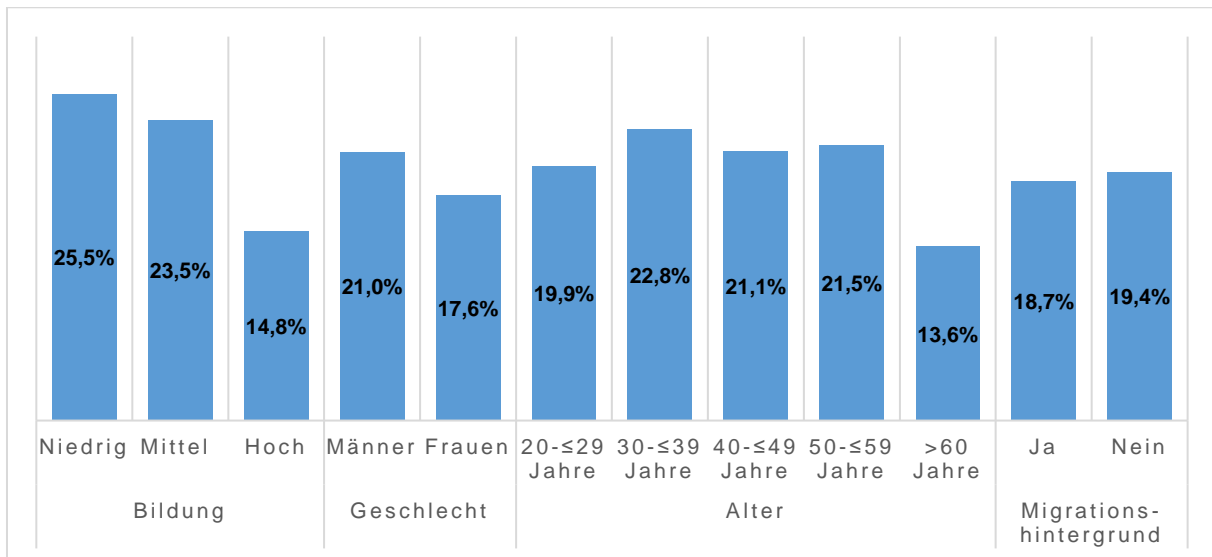
¹²⁷ Body Mass Index (BMI): 30 oder größer wird als Adipositas definiert.

¹²⁸ Vgl. Fischer, Beate/Anja M. Sedlmeier/Saskia Hartwig et al.: Anthropometrische Messungen in der NAKO Gesundheitsstudie – mehr als nur Größe und Gewicht, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 63, 2020, S. 290-300, doi: 10.1007/s00103-020-03096-w.

bei 27,1 % der Männer und 19,1 % der Frauen. Der Anteil im Land Bremen lag bei Männern bei 31,9 %, und bei Frauen bei 24,4 %.¹²⁹ Diese Ergebnisse lassen sich vermutlich durch die unterschiedliche Altersstruktur und Studienselektion erklären.

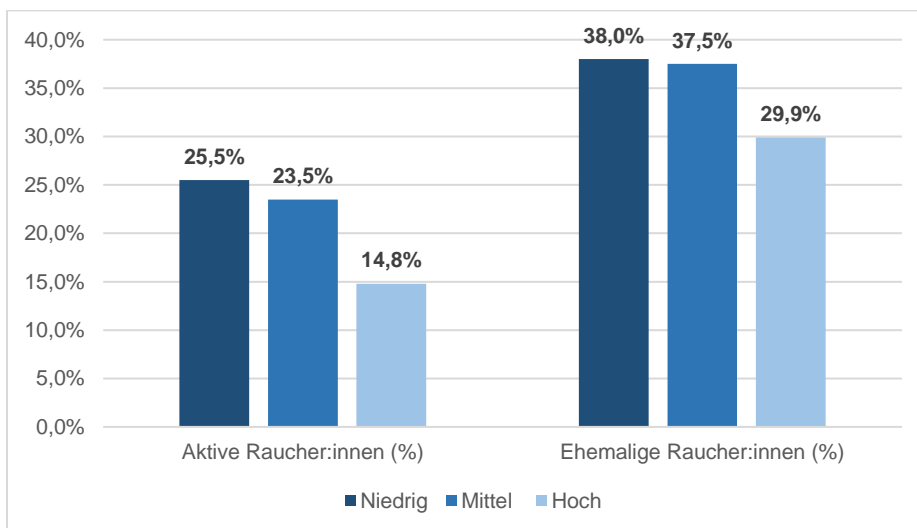
In der NAKO-Studie lag der Anteil der aktiven und ehemaligen Raucher:innen in der Gruppe mit niedrigerem Bildungsniveau höher als in der Gruppe mit mittlerem und höherem Bildungsniveau (siehe Abbildung 48). Diese Unterschiede sind auch in den Auswertungen des Tabakatlas Deutschland zu sehen. In der Gruppe mit höherem Bildungsgrad ist ebenso der Anteil der ehemaligen Raucher:innen niedriger.

Abbildung 47: prozentualer Anteil an aktiven Raucher:innen, differenziert nach Bildung, Geschlecht und Alter



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Abbildung 48: prozentualer Anteil an aktiven und ehemaligen Raucher:innen, differenziert nach Bildungsgrad



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Körperliche Aktivität

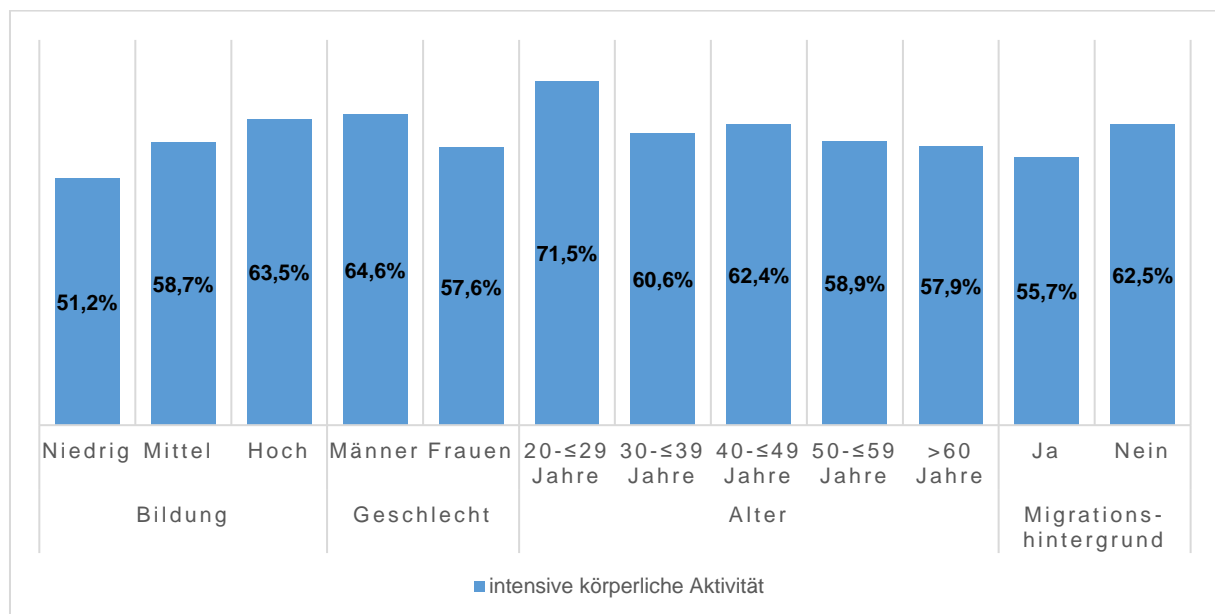
Körperliche Aktivität und körperliche Fitness haben viele positive Effekte auf unsere Gesundheit und sind damit wichtige Faktoren, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das

¹²⁹ Vgl.: Schaller, Katrin/Sarah Kahnert/Laura Graen/Ute Mons/Nobila Ouédraogo: Der Tabakatlas Deutschland 2020 in Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2020, S. 44–45; https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. In der NAKO-Studie wurden neben Fragebögen auch sogenannte Bewegungsmesser (Akzelerometer) zur Bestimmung der körperlichen Aktivität eingesetzt.

Insgesamt gaben 61,1 % der NAKO-Teilnehmenden an, intensiv körperlich aktiv zu sein. Dieser Anteil war bei Männern, bei jüngeren Teilnehmer:innen und in den höheren Bildungsniveaus höher als in den jeweiligen Vergleichsgruppen (siehe Abbildung 49). Durchschnittlich waren die Teilnehmer:innen 207 Minuten (Männer) und 220 Minuten (Frauen) pro Tag körperlich aktiv. Sedentäres Verhalten lag pro Tag im Mittel bei 462 Minuten (Männer) und 396 Minuten (Frauen). Sedentäres Verhalten ist definiert als Verhalten, das im Wachzustand in einer Sitz- oder Liegeposition und bei einem geringen Energieverbrauch durchgeführt wird, dazu gehört z. B. auch Arbeit am PC.

Abbildung 49: prozentualer Anteil an intensiv körperlich aktiven Personen, differenziert nach Bildung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund



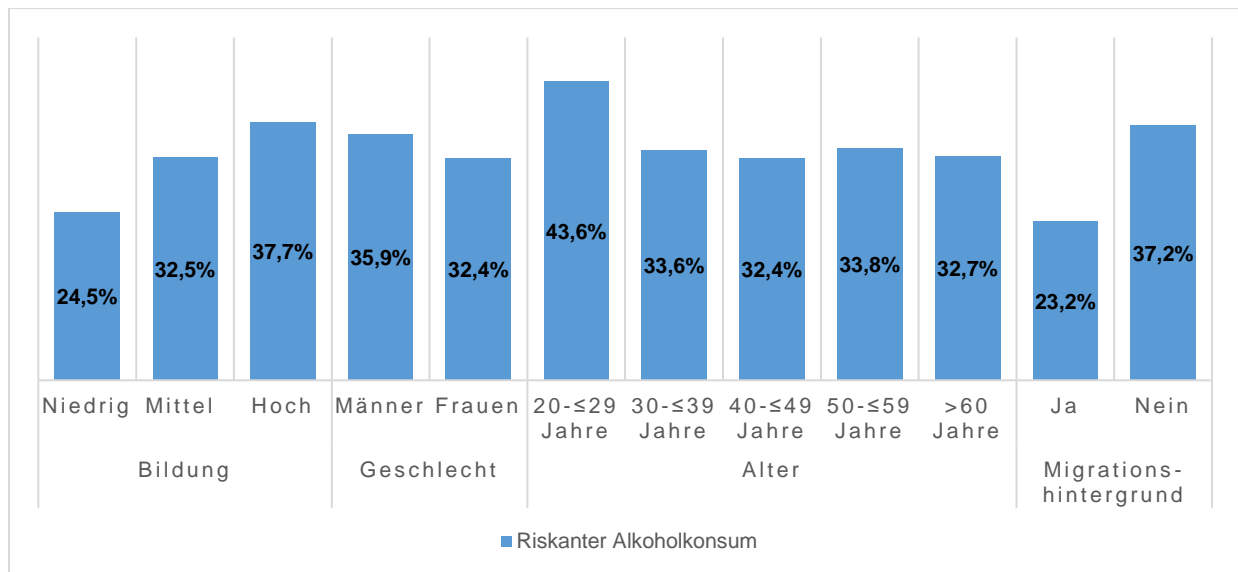
Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Alkohol

Zur Bewertung des Alkoholkonsums wurde in der NAKO-Studie der sogenannte AUDIT-C-Fragebogen (Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption) eingesetzt. Die einzelnen Antwortmöglichkeiten der drei Fragen ergeben jeweils eine Punktzahl und daraus ergibt sich eine Summe von 0–12 (der Wert 0 bedeutet keinen Alkoholkonsum). Bei Männern wird ein Wert über vier und bei Frauen über drei als riskanter Alkoholkonsum bewertet. Im Allgemeinen gilt: Je höher der AUDIT-C-Wert, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Alkoholkonsum die Gesundheit beeinträchtigt.

In der NAKO-Gesundheitsstudie wurde bei 34,1 % der Teilnehmenden ein riskanter Alkoholkonsum ermittelt. Dabei lag der Anteil bei Männern etwas höher als bei Frauen, und in den Gruppen mit mittlerem bzw. höherem Bildungsstand lag er höher als in der Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsstand (siehe Abbildung 50, Seite 131).

Abbildung 50: prozentualer Anteil an Personen mit riskantem Alkoholkonsum, differenziert nach Bildung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund



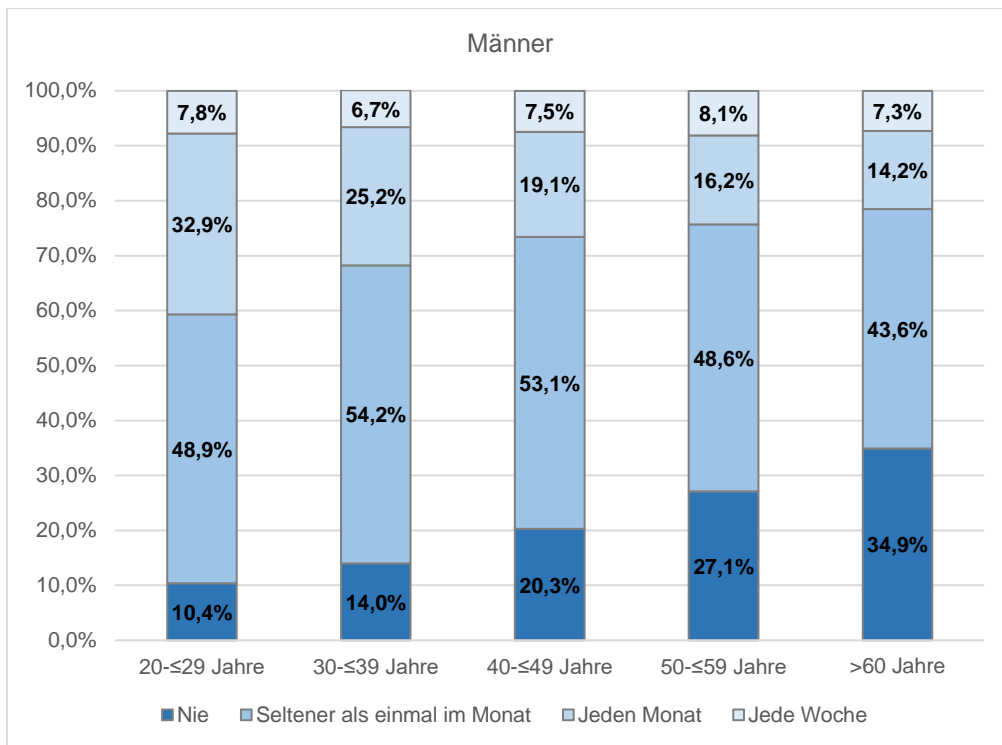
Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Darüber hinaus gibt es noch weitere Definitionen eines riskanten Alkoholkonsums, bei denen die durchschnittliche Reinalkoholaufnahme pro Tag herangezogen wird. Die Reinalkoholaufnahme wird ebenfalls aus den Angaben des Fragebogens berechnet. Als Grenzwerte wurden hier für Männer > 20 g Reinalkohol/Tag und für Frauen > 10 g Reinalkohol/Tag festgelegt. Bei den Bremer NAKO-Teilnehmenden lag der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum, wenn die Reinalkoholaufnahme betrachtet wird, bei 18,3 %.

Das sogenannte Rauschtrinken ist unter Männern weiter verbreitet als bei Frauen (siehe Abbildung 51 und 52, Seite 132). Vor allem bei den jüngeren Altersgruppen zeigt sich dies am deutlichsten. Dieser Trend spiegelt sich auch in den Bremer Daten der NAKO-Studie wider, wobei der Anteil von Personen, die mindestens einmal pro Woche sechs oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit trinken, in Bremen im Vergleich zu den Daten der RKI-Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) bei Männern leicht unter und bei Frauen leicht über den bundesweiten Zahlen liegt.¹³⁰

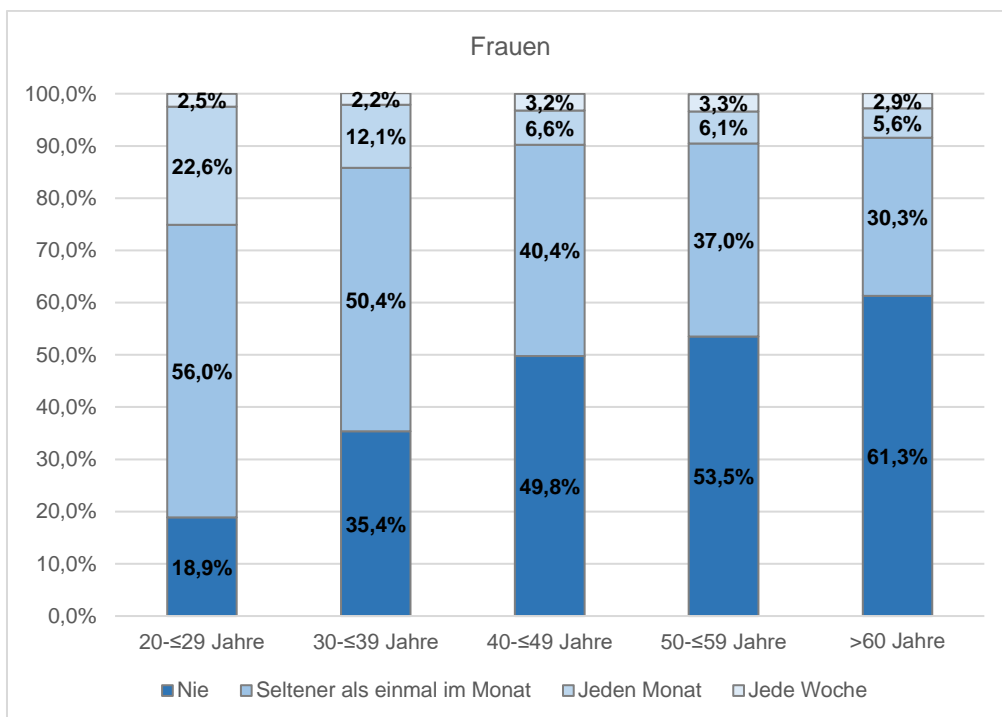
¹³⁰ Vgl. Schaller et al., 2022, S. 33–34.

Abbildung 51: prozentuale Häufigkeit des Rauschtrinkens bei Männern (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit), differenziert nach Alter



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Abbildung 52: prozentuale Häufigkeit des Rauschtrinkens bei Frauen (6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit), differenziert nach Alter



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Die Krebsfrüherkennung dient dazu, bereits vorhandene Krebserkrankungen möglichst früh zu entdecken. Folgende Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen:

- Gebärmutterhalskrebs: bei Frauen ab 20 Jahren
- Brustkrebs: Tastuntersuchung bei Frauen ab 30 Jahren, Mammographie von 50–69 Jahren
- Hautkrebs: ab 35 Jahren (alle zwei Jahre)
- Darmkrebs: Test auf verborgenes Blut im Stuhl ab 50 Jahren, Darmspiegelung ab 55 Jahren (Frauen) bzw. ab 50 Jahren (Männer)
- Prostatakrebs: ab 45 Jahren Tastuntersuchung

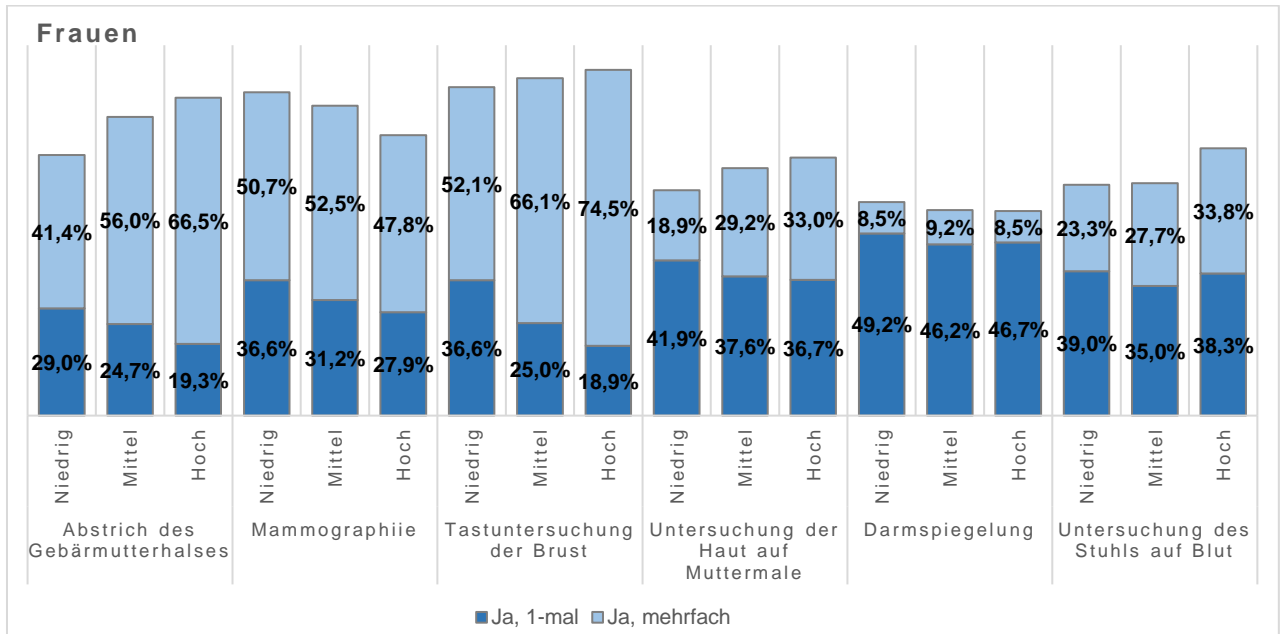
Die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurde in der NAKO-Studie mittels eines Fragebogens in den jeweiligen Altersgruppen abgefragt. Insgesamt gab es eine hohe Bereitschaft, an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen, dabei zeigten sich jedoch große Unterschiede in der Teilnahmehäufigkeit bei den einzelnen Untersuchungen. Ein höheres Bildungsniveau war insgesamt mit einer häufigeren Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen assoziiert (siehe Abbildungen 53 und 54, Seite 134). Dies war bei Frauen ausgeprägter als bei Männern. Eine ähnliche Beobachtung wurde auch in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ gemacht.¹³¹ Bei der Mammographie wurde jedoch bei den NAKO-Teilnehmenden ein gegenteiliger Trend beobachtet, dort lag die Teilnahmebereitschaft in der Gruppe mit höherem Bildungsgrad niedriger. Dies entspricht auch anderen Analysen, die eine geringere Teilnahmebereitschaft und höhere Skepsis bei Frauen mit höherem Bildungsabschluss zeigten.¹³² ¹³³ Bei den Analysen wurden nur die jeweiligen Altersgruppen wie oben aufgeführt einbezogen.

¹³¹ Vgl. Starker, Anne/Anke-Christine Saß: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 56, 2013, S. 858-867, doi: 10.1007/s00103-012-1655-4.

¹³² Vgl. Gummersbach, Elisabeth/Jürgen in der Schmittgen/Achim Mortsiefer/Heinz-Harald Abholz/Karl Wegscheider/Michael Pentzek: Teilnahmebereitschaft am Mammographie-Screening – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Fragebogenstudie zur Rezeption einer neuen Informationsbroschüre, in: Deutsches Ärzteblatt Int, Bd. 112, 2015, S. 61–68, doi: 10.3238/arztebl.2015.0061.

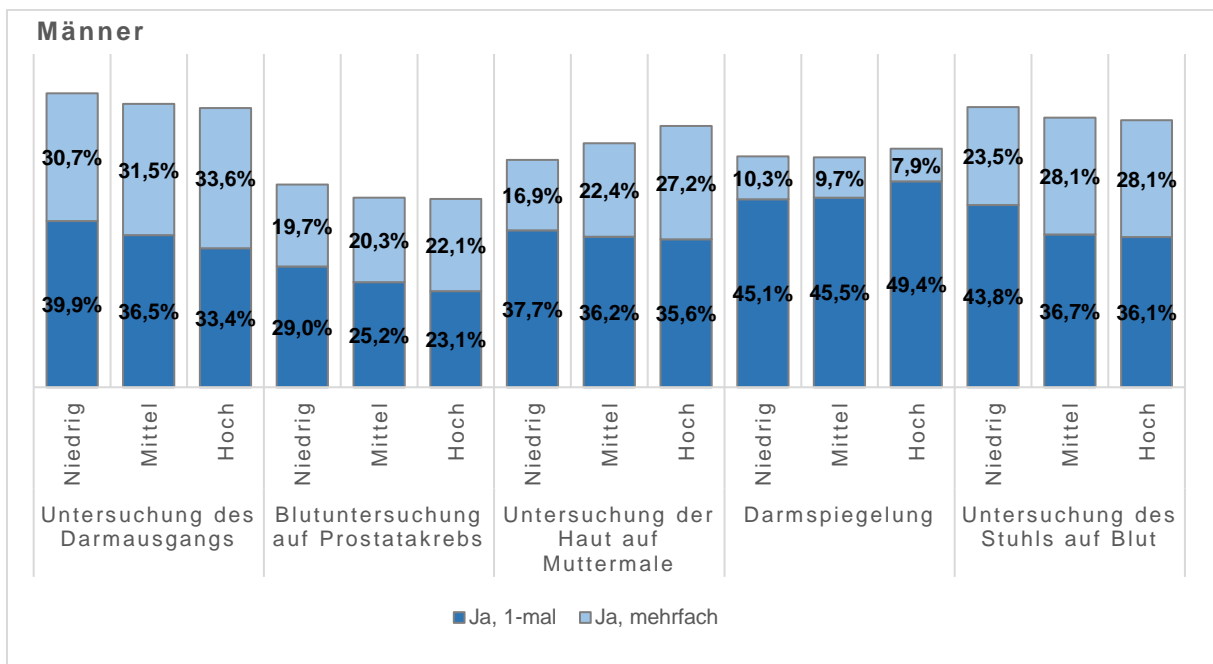
¹³³ Vgl. Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V./Women's Health Coalition e.V.: Inanspruchnahme des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings – Follow-Up Studie 2012, Stuttgart, Deutschland, 2012, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abchlussbericht_Mammographie-Screening_Follow-Up_Studie_2012.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Abbildung 53: prozentuale Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen, differenziert nach Bildung



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Abbildung 54: prozentuale Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Männer, differenziert nach Bildung

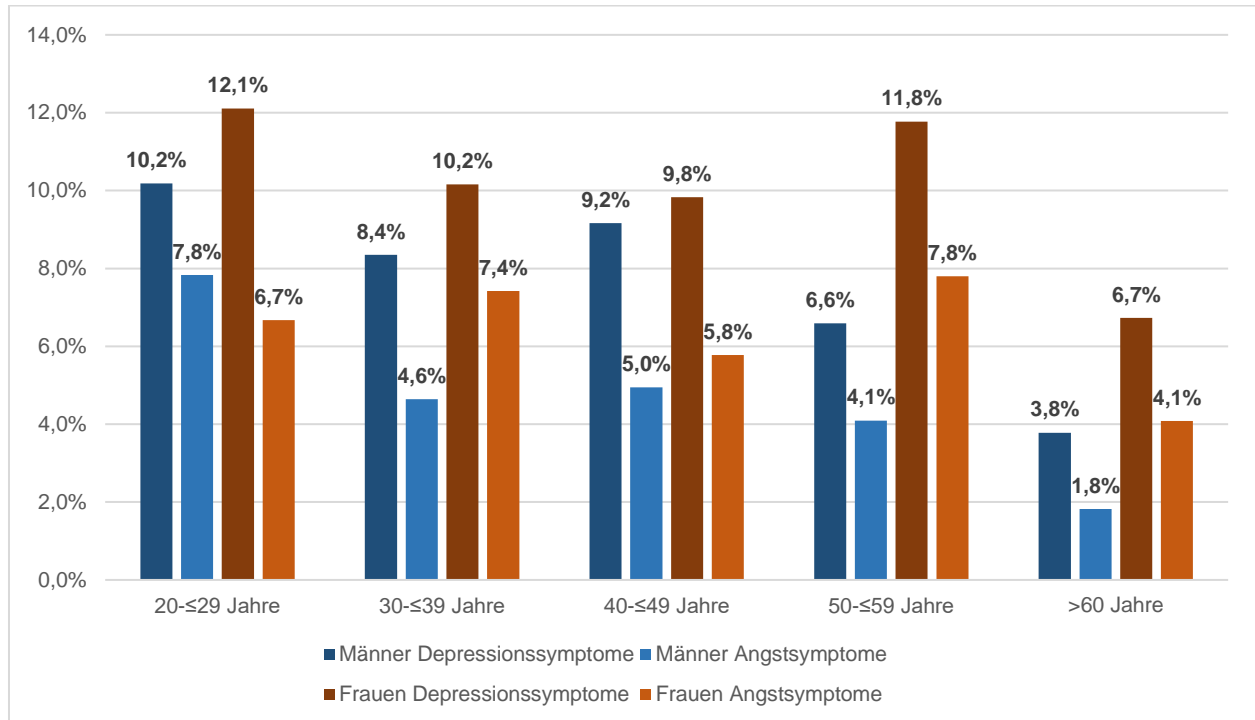


Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Psychische Gesundheit

In der NAKO-Studie wurden verschiedene Skalen zur Erhebung emotionaler Funktionen und psychischer Gesundheit eingesetzt. Dabei wurde der Schweregrad depressiver Symptome mit dem PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) und der Schweregrad von Angstsymptomen mit der GAD-7 (General Anxiety Disorder Scale) erfasst. Mittelschwere oder schwere Depressions- und Angstsymptome wurden dabei bei insgesamt 8,4 % und 5,2 % der Teilnehmer:innen identifiziert. Der Anteil nahm mit dem Alter ab und lag bei Frauen höher als bei Männern. Frauen waren besonders in den Altersgruppen von 20–29 und 50–59 Jahren betroffen (siehe Abbildung 55, Seite 135).

Abbildung 55: prozentualer Anteil an Personen mit mittelschweren oder schweren Depressions- bzw. Angstsymptomen



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Psychische Gesundheit und die Corona-Pandemie

Die NAKO-Gesundheitsstudie bot als einzige bevölkerungsbasierte Langzeitstudie in Deutschland eine gute Ausgangsbasis, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit der Bevölkerung zu untersuchen, da der NAKO Daten zur Gesundheit in der Bevölkerung in Deutschland unmittelbar vor und zu Beginn der Pandemie vorlagen.

Mit zusätzlichen Fragebögen wurden die NAKO-Teilnehmenden gebeten, Auskunft über ihren aktuellen Gesundheitszustand, über ihre (möglichen) Erfahrungen mit spezifischen Krankheitssymptomen, über ihre Sozialkontakte und mögliche psychosoziale Auswirkungen der verhängten Einschränkungen zu geben. Dadurch konnten Erkenntnisse über Kurz- und Langzeitfolgen der Epidemie gewonnen werden.

Zahlreiche Studien haben von einer Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie berichtet, aber die genauen Gründe für diese Entwicklung sind nicht vollständig geklärt. In der NAKO-Studie wurde untersucht, ob pandemiebedingte berufliche und finanzielle Veränderungen (z. B. Arbeitszeitverkürzung, Homeoffice, finanzielle Einbußen) mit verstärkten Symptomen hinsichtlich Depressions- und Angstzuständen im Vergleich zur Situation vor der Pandemie verbunden waren.

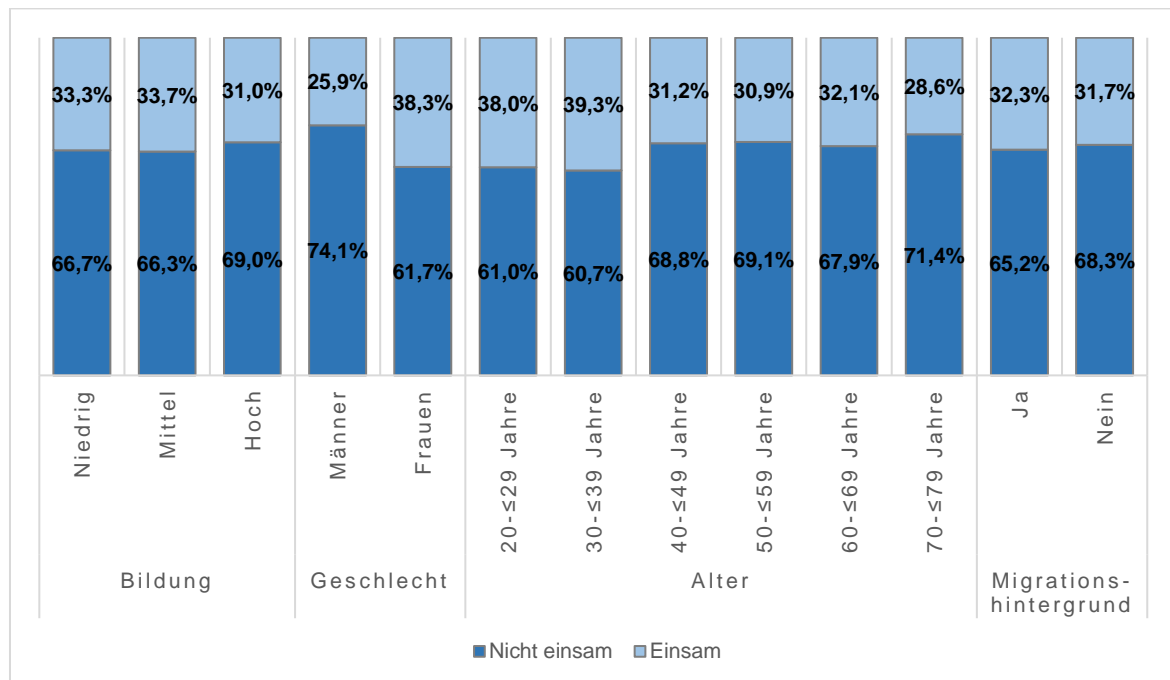
Zwischen Mai und November 2020 beantworteten über 160.000 Studienteilnehmer:innen deutschlandweit Fragen zu ihrem psychischen Zustand und ihren sozialen Umständen.

Bei dieser Befragung wurde beobachtet, dass die Prävalenz mittelschwerer oder schwerer Depressions- und Angstsymptome um 2,4 % bzw. 1,5 % während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren bei den NAKO-Teilnehmenden bundesweit anstieg. Die mittlere Schwere der

Symptome stieg ebenfalls leicht an. Berufliche und finanzielle Schwierigkeiten wurden dabei als wesentliche Faktoren identifiziert.¹³⁴

Zudem wurde die Häufigkeit von Einsamkeit in der ersten Welle der Pandemie im Mai 2020 untersucht.¹³⁵ In der Stadt Bremen gaben 32,3 % bei dieser Befragung an, sich einsam zu fühlen. Gerade bei den jüngeren Altersgruppen und bei Frauen war der Anteil am größten (siehe Abbildung 56). 48 % der Befragten gaben an, dass diese Gefühle verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie eher stärker geworden seien. Dies war mit über 58 % besonders stark in den jüngeren Altersgruppen (20–39 Jahren) ausgeprägt.

Abbildung 56: prozentuale Angaben zu Einsamkeit während der Corona-Pandemie, differenziert nach Bildung, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund



Datenquelle: NAKO Bremen, Basisuntersuchung

Fazit

Die Daten der NAKO-Gesundheitsstudie in Bremen zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch auf individueller Ebene nachgewiesen werden können. So zeigte die NAKO-Studie, dass Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen Bildungsgrad in der Gesamtbetrachtung einen ungesünderen Lebensstil haben und weniger häufig Angebote zur Prävention – hier die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen – annehmen. Auch zeigte die NAKO-Studie deutlich, dass die Corona-Pandemie Indikatoren zur psychischen Gesundheit – hier die Erhebung zur Einsamkeit – negativ verstärkte.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in sozial benachteiligten Stadtteilen etabliert werden sollten, um ein niedrigschwelliges und zielgruppenspezifisches Angebot zu gewährleisten.

¹³⁴ Vgl. Dragano, Nico/Marvin Reuter/Annette Peters et al.: Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie – die Rolle beruflicher und finanzieller Belastungen – Eine Analyse der NAKO Gesundheitsstudie, in: Deutsches Ärzteblatt Int, Bd. 119, 2022, S. 179-187, doi: 10.3238/arztebl.m2022.0133.

¹³⁵ Vgl. Berger, Klaus/Steffi Riedel-Heller/Alexander Pabst/Marcella Rietschel/Dirk Richter/NAKO-Konsortium: Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, 2021, S. 1157-1164, doi: 10.1007/s00103-021-03393-y.

Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris/Reinhard Busse/Alexander Haering/Ulrike Nimptsch/Adam Pilny/Anna Werbeck: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021, RWI Projektberichte, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Deutschland, 2021.

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie: 7. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (II/2022), München, Deutsches Jugendinstitut, 2022, <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/aktuelles/news/article/7-quartalsbericht-der-corona-kita-studie.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bantel, Susanne/Martin Buitkamp/Andrea Wunsch: Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1541–1550, doi: 10.1007/s00103-021-03446-2.

Becker, Folke/Günter Tempel: Zahngesundheit von Erstklässlern in der Stadtgemeinde Bremen Schuljahr 2013/2014, Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), 2016.

Berger, Klaus/Steffi Riedel-Heller/Alexander Pabst/Marcella Rietschel/Dirk Richter/NAKO-Konsortium: Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, 2021, S. 1157-1164, doi: 10.1007/s00103-021-03393-y.

Bremer Krebsregister: Krebs in Bremen, in: Interaktiver Bericht, 2023, <https://www.krebsregister.bremen.de/interaktive-berichte/#/general/intro> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Aufbau der Vierstelligen ausführlichen Systematik der ICD-10-GM, <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Systematik/systematikaufbau.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin, 2017, https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Lebenserwartung 2022 in allen Bundesländern unter Vorpandemieniveau, <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-09-06-Lebenserwartung-2022-in-allen-Bundeslaendern-unter-Vorpandemieniveau.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausreform, 2023, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB, Bonn, 2020.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe, Bonn, 2016.

Deutsche Krebsgesellschaft: Früherkennung von Prostatakrebs, in: Onko-Internetportal, 2021, <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/frueherkennung.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Dragano, Nico/Marvin Reuter/Annette Peters et al.: Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie – die Rolle beruflicher und finanzieller Belastungen – Eine Analyse der NAKO Gesundheitsstudie, in: Deutsches Ärzteblatt International, Bd. 119, 2022, S. 179-187, doi: 10.3238/arztebl.m2022.0133.

Eberle, Andrea/Sabine Luttmann S/Ronja Foraita/Hermann Pohlabein: Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality – a spatial analysis in Bremen, Germany, in: Journal of Public Health, Bd. 18, Nr.3, 2010, S. 227–235, doi: 10.1007/s10389-009-0306-1.

Familiennetz Bremen, <https://familiennetz-bremen.de/fruehe-hilfen/> (zuletzt abgerufen 26.03.2024).

Fischer, Beate/Anja M. Sedlmeier/Saskia Hartwig et al.: Anthropometrische Messungen in der NAKO Gesundheitsstudie – mehr als nur Größe und Gewicht, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 63, 2020, S. 290-300, doi: 10.1007/s00103-020-03096-w.

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V./Women's Health Coalition e.V.: Inanspruchnahme des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings – Follow-Up Studie 2012, Stuttgart, 2012, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abchlussbericht_Mammographie-Screening_Follow-Up_Studie_2012.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Geserick, Mandy/Mandy Vogel/Ruth Gausche/Tobias Lipek/Ulrike Spielau/Eberhard Keller/Roland Pfäffle/Wieland Kies/Antje Körner: Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity, in: New England Journal of Medicine, Bd. 379, Nr. 14, 2018, S. 1303–1312.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Standardbevölkerungen, www.gbe-bund.de/gbe10/F?F=10216D (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998) https://www.gbe-bund.de/443/gbe/pkg_olap_tables.prc_archiv?p_indnr=6&p_archiv_id=5270350&p_sprache=D (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998) https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=64678345&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=516&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Tuberkulose in der Stadt Bremen. Über neue Entwicklungen eines fast vergessenen Risikos. Gesundheitsbericht. Bremen, 2008.

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Zur Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland und in der Stadt Bremen. Gesundheitsbericht. Bremen, 2016.

Gesundheitsamt Bremen: Tipp Tapp pre, <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/kinder/tiptapp-gesund-ins-leben/tiptapp-pre-29604> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

Gesundheitsamt Bremen: Tipp Tapp – Gesund ins Leben, <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/kinder/tiptapp-gesund-ins-leben-2751> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

Gesundheitsamt Bremen: Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GEFAS), <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte-an-schulen-gef-as-22434> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Gummersbach, Elisabeth/Jürgen in der Schmitzen/Achim Mortsiefer/Heinz-Harald Abholz/Karl Wegscheider/Michael Pentzek: Teilnahmebereitschaft am Mammographie-Screening – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Fragebogenstudie zur Rezeption einer neuen Informationsbroschüre, in: Deutsches Ärzteblatt Int, Bd. 112, 2015, S. 61–68, doi: 10.3238/arztebl.2015.0061.

Günster, Christian/Dagmar Drogan/Corinna Hentschker/Jürgen Klauber/Jürgen Malzahn/Gerhard Schillinger/Carina Mostert: WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns – Nach ICD-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen, Berlin, 2020, https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/wido-report_fz-entwicklung_lockdown.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Hespe-Jungesblut, Katharina/Kirsten Reißner/Christel Zühlke: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung – Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor und während der Corona-Pandemie, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.), 2023.

Hoebel, Jens/Lars E Kroll/Julia Fiebig/Thomas Lampert/Alexander Katalinic/Benjamin Barnes/Klaus Kraywinkel: Socioeconomic inequalities in Total and Site-Specific Cancer incidence in Germany: a Population-Based Registry Study, in: Frontiers in Oncology, Bd. 8, Nr. 402, 2018, doi: 10.3389/fonc.2018.00402.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test, 2020, https://www.iqwig.de/download/s19-01_psa-screening_abschlussbericht_v1-1.pdf (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Jansen, Lina/Lars Schwettmann/Christian Behr/Andrea Eberle et al.: Trends in cancer incidence by socioeconomic deprivation in Germany in 2007 to 2018: An ecological registry-based study, in: International Journal of Cancer, Bd. 1, Nr. 13, 2023. doi:10.1002/ijc.34662.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Darmkrebsfrüherkennung, 2023, https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, Berlin/Köln, 2016.

Kromeyer-Hauschild, Katrin/Martin Wabitsch/Detlef Kunze/Frank Geller/H. C. Geiss/V. Hesse/A. Von Hippel/U Jaeger/Dieter Johnsen/Wolfgang Korte/K Menner/G. Müller/Jörg Müller/A. Niemann-Pilatus/Thomas Remer/Franz Schaefer/Hans-Ulrich Wittchen/Siegfried Zabransky/K Zellner/Andreas Ziegler/Johannes Hebebrand: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Bd. 149, Nr. 8, 2001, S. 807–818.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesundheitspunkte in Bremen, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitspunkte-bremen/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/medien-kindes-jugendalter/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Gesundheitsfachkräfte im Quartier Bremen & Bremerhaven, <https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de> (abgerufen am 18.12.2023).

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/regionale-fachkraefte-psychische-gesundheit-kinder-jugendliche/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V.: <https://lajb-bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen: Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) Handanweisung zur Durchführung und Auswertung, Düsseldorf, 2009.

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH: Modellregion für angewandte Krebspräventionsforschung am Standort Bremen, <https://www.bips-institut.de/modellregion-fuer-angewandte-krebspraeventionsforschung-am-standort-bremen.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Lokales Integriertes Gesundheitszentrum für Alle, <https://liga-groepelingen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

MRE – Netzwerk Land Bremen, <https://www.mrsa-netzwerk.bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

NAKO Gesundheitsstudie, 2023, <https://nako.de/allgemeines/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Naumann, Elias/Ellen von den Driesch/Almut Schumann/Carolin Thönnissen: Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen während des ersten Lockdowns in Deutschland – Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1533–1540, doi: 10.1007/s00103-021-03451-5.

Peters, Annette/German National Cohort (NAKO) Consortium et al. (2022): Framework and baseline examination of the German National Cohort (NAKO), in: European Journal of Epidemiology, Bd. 37, Nr. 10, 2022, S. 1107–1124, doi: 10.1007/s10654-022-00890-5.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Anne Kaman/Janine Devine/Franziska Reiß: Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst?, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Bd. 171, 2023, S. 608-614, doi: 10.1007/s00112-023-01775-x.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Anne Kaman/Christiane Otto/Adekunle Adedeji/Ann-Kathrin Napp/Marcia Becker/Ulrike Blanck-Stellmacher/Constanze Löffler/Robert Schlack/Heike Hölling/Janine Devine/Michael Erhart/Klaus Hurrelmann: Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie, in: Bundesgesundheitsblatt Bd. 64, Nr. 12, 2021, S. 1512–1521, doi: 10.1007/s00103-021-03291-3.

REFUGIO – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.: Sprachmittlungstool Refugio, <https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Reiß, Franziska/Anne Kaman/Ann-Kathrin Napp/Janine Devine/Lydia Y. Li/Lisa Strelow/Michael Erhart/Heike Hölling/Robert Schlack/Ulrike Ravens-Sieberer: Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19- Pandemie, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 66, 2023, S. 727–735, doi: 10.1007/s00103-023-03720-5.

Rieck, Thorsten/Marcel Feig/Anette Siedler: Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance, Bd. 49, 2022, S. 3–23, doi: 10.25646/10855.

Rieck, Thorsten/Marcel Feig/Anette Siedler: Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance, in: Epidemiologisches Bulletin, Bd. 49, 2021, S. 6–29, doi: 10.25646/9355.3.

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2015.

Robert Koch-Institut – Warum sollte man gegen HPV impfen?, <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ04.html> (zuletzt abgerufen 18.12.2023).

Robert Koch-Institut: Humane Papillomviren, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber HPV.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HPv.html) (zuletzt abgerufen 18.12.2023).

Robert Koch-Institut: Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland – InveSt HPV, <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Robert Koch-Institut: Chlamydiosen (Teil 1): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber Chlamydiosen Teil1.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Chlamydiosen_Teil1.html) (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Robert Koch-Institut: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2021. Berlin, 2022.

Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020, Berlin 2021, S. 34 ff.

Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020, Berlin 2021, S. 69.

Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.: Krebs in Deutschland für 2017/2018, 13. Ausgabe, Berlin, 2021, S. 31.

Robert Koch-Institut: Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2020 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2020 mit HIV in Deutschland leben, in: Epidemiologisches Bulletin, Bd. 47, 2021, S. 3–17, doi: 10.25646/9301.

Robert Koch-Institut: Gonorrhö (Tripper), [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber Gonorrhoe.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Gonorrhoe.html) (abgerufen am 18.12.2023).

Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0 (Datenbank), <https://survstat.rki.de>

Robert Koch-Institut: Update: Anstieg bakterieller Infektionen durch Gruppe-A-Streptokokken, Pneumokokken und Haemophilus influenzae in Deutschland seit Ende 2022, in: Epidemiologisches Bulletin, Bd. 8, 2023, S. 45.

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/17/> (zuletzt abgerufen am 03.01.2024).

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, <https://www.g-ba.de/richtlinien/104/> (zuletzt abgerufen am 03.01.2024).

Schaller, Katrin/Sarah Kahnert/Laura Graen/Ute Mons/Nobila Ouédraogo: Der Tabakatlas Deutschland 2020 in Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2020, S. 44–45; https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Schaller, Katrin/Sarah Kahnert/Rosa Garcia-Verdugo/Irina Treede/Laura Graen/Nobila Ouédraogo: Alkoholatlas Deutschland 2022, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), 2022, S. 33-34, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Schienkiewitz, Anja/Anna-Kristin Brettschneider /Stefan Damerow/Angelika Schaffrath Rosario: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, in: Journal of Health Monitoring, Bd. 3, Nr. 1, 2018, S. 18.

Schmidtke, Claudia/Benjamin Kuntz/Anne Starker/Thomas Lampert: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring Bd. 3, Nr. 4, 2018, S. 68–77, doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-093.

Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration: Rahmenkonzept gesellschaftliche Teilhabe und Diversity, <https://www.soziales.bremen.de/integration/rahmenkonzept-gesellschaftliche-teilhabe-und-diversity-107721>, (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration/Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz: „Ich pflege wieder, weil ...“: Bremen startet bundesweit einzigartiges Modellprojekt, <https://www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/ich-pflege-wieder-weil-bremen-startet-bundesweit-einzigartiges-modellprojekt-440821?asl=bremen02.c.732.de> (zuletzt abgerufen am 22.04.2024).

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz: Hebammenzentren Bremen, <https://www.hebammenzentrum-bremen.de/> (zuletzt abgerufen am 26.03.2024).

Starker, Anne/Anke-Christine Saß: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 56, 2013, S. 858–867, doi: 10.1007/s00103-012-1655-4.

Statista: Armutsgefährdungsquote in Deutschland von 2005 bis 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72188/umfrage/entwicklung-der-armutsgefaehrungsquote-in-deutschland/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Informationen zum Umgang mit dem Dritten Geschlecht in der amtlichen Statistik, <https://www.statistikportal.de/de/methoden/drittes-geschlecht> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Ausländische Bevölkerung, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Glossar/auslaendische-bevoelkerung.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Monatsberichte der Todesursachenstatistik mit Fokus auf COVID-19-Sterbefälle (Sonderauswertung), 2023

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Todesursachen, 2023.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Krankenhausstatistik, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/krankenhausstatistik.html> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Pressemitteilung Nr. 293 vom 25. Juli 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_293_12621.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, 2023

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Statistik der Geburten, 2023

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Statistik der Sterbefälle, 2023

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Mikrozensus, 2023

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Qualitätsbericht – Todesursachenstatistik, 2022.

Statistisches Landesamt Bremen: Statistisches Jahrbuch 2021, 2021, S. 38–39.

Statistisches Landesamt Bremen: Statistisches Jahrbuch 2021, 2021, S. 238.

Tempel, Günter/Sara Westerhold: Übergewicht und Adipositas bei Kindern in der Stadt Bremen. Faktenblatt zur Schuleingangsuntersuchung 2022/2023 des Bremer Gesundheitsamtes, Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), 2022.

US Preventive Services Task Force: Screening for Prostate Cancer – US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, in: JAMA, Bd. 319, Nr. 18, 2018, S. 1901-1913, doi: 10.1001/jama.2018.3710.

WHO Global Health Estimates: Leading causes of death

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

World Health Organization (WHO): Global tuberculosis report. Genf, 2022.

Woerner, Wolfgang/Andreas Becker/C. Friedrich/Henrikje Klasen/Robert Goodman/Aribert Rothenberger: Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bd. 30, Nr.2, 2002, S. 105–112.

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage, in: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten, 2023,

https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Zentrum für Krebsregisterdaten: Das Krebsrisiko lässt sich beeinflussen, 2016,

https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/ZfKD/Archiv/weltkrebstag_2016.html (zuletzt abgerufen am 18.12.2023).

Zur Nieden, Felix: Säuglingssterblichkeit in Deutschland nach 1990, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): WISTA – Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 2, 2020, S. 61.