

Liebe Leserinnen und Leser!

Von A, wie

Ambulante ärztliche Versorgung

Bevölkerungsentwicklung

Clusteranalyse von Sterbedaten

Drogennotfälle

Ernährung in Bremer Kindertagesheimen

Früherkennung von Brustkrebs

Geburten und Sterbefälle

Herz-Kreislauferkrankungen

Infertilität und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Jugendliche im Straßenverkehr

Krankenhausversorgung

Lebenserwartung

Mortalität in den Städten Bremen und Bremerhaven

Notfallmedizin

Oder wie kann sie verbessert werden?

Prävention im Kindesalter

Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung

Rauchen in der Schwangerschaft

Schwangerschaftsabbrüche

Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Umweltschadstoffe in der Babynahrung

Vorzeitige Sterbefälle

Woran sterben Kinder im Land Bremen?

XX Was wissen wir über die Gesundheit von Frauen?

Y in und Yang- warum sterben Männer früher als Frauen?

bis Z, wie

Zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitspolitik

... über diese und andere Aspekte und Rahmenbedingungen der Gesundheit von Bremerinnen und Bremern soll Sie der vorliegende Gesundheitsbericht informieren. Dabei soll sich dieser Bericht nicht nur an Politikerinnen und Politiker, Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen, sondern auch an interessierte Bürgerinnen und Bürger wenden.

Der Bericht ist als eine Übersicht über die Entwicklung in den Jahren 1980 bis 1995 konzipiert. Darüber hinaus wurde in Anlehnung an den Basisgesundheitsbericht 1992 die Mortalitätsstatistik einer sozialräumlichen Analyse unterzogen. Der Grundgedanke dabei ist es, Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Situation aufzuzeigen. Viele der dargestellten Ergebnisse legen es nahe, stärker als bisher „maßgeschneiderte“ Präventionsaktivitäten zu entwickeln und insbesondere sozialkompensatorische Maßnahmen zu fördern.

Angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen wird es künftig immer wichtiger sein, möglichst in einem breiten Konsens gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen zu definieren, die fachlich fundiert und auch hinsichtlich ihrer Effektivität nachprüfbar sind, wobei zunehmend das Machbare anstelle des Wünschenswerten im Zentrum stehen wird.

Neben dem Interesse der Allgemeinheit an der Gestaltung von Rahmenbedingungen für Gesundheit und für die bestmögliche Versorgung im Falle von Krankheit oder Behinderung steht die Eigenverantwortung einer jeden Bürgerin und eines jeden Bürgers. Beide, öffentliches und persönliches gesundheitsorientiertes Handeln, sind Voraussetzung dafür, daß der allgemeine gesundheitliche Standard gehalten werden kann und individuelle gesundheitliche Verbesserungen möglich sind. Gesundheit ist kein abstraktes Gut, denn:

Gesundheit wird von Menschen
in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt:
dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.
Gesundheit entsteht dadurch,
daß man sich um sich selbst und für andere sorgt,
daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen
und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.

(WHO, Ottawa Charta 1986)

Ich möchte den vielen an der Bearbeitung des Gesundheitsberichtes beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre engagierte Arbeit danken und hoffe, daß der Bericht vielen Leserinnen und Lesern - sowohl Fachleuten als auch Laien - eine interessante Lektüre bietet.

Christine Wischer
Senatorin für Frauen, Gesundheit,
Jugend, Soziales und Umweltschutz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Demographische Eckdaten	1
1.1 Bevölkerungsentwicklung	1
1.2 Geburten	2
1.2.1 Exkurs: Unerfüllter Kinderwunsch	4
1.3 Schwangerschaftsabbrüche	6
1.4 Wanderungsbewegungen	8
1.5 Ausländische Bevölkerung	9
1.5.1 Exkurs: Die gesundheitliche Lage und Versorgung der ausländischen Bevölkerung	10
1.6 Altersaufbau	12
2 Soziale und wirtschaftliche Lage	14
2.1 Haushaltsstruktur und -einkommen	14
2.2 Arbeitslosigkeit	16
2.3 Sozialhilfebezug	17
3 Woran sterben Bremerinnen und Bremer? Eine Analyse der Todesursachenstatistik	20
3.1 Datenbasis	20
3.2 Lebenserwartung und Gesamtmortalität	20
3.3 Das Mortalitätsspektrum	22
3.4 Vorzeitige Sterbefälle	46
3.5 Die häufigsten Todesursachen in den verschiedenen Altersgruppen im Land Bremen	48
3.5.1 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren	48
3.5.2 Exkurs: Drogennotfälle - Drogentodesfälle	50
3.5.3 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren	56
3.5.4 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren	59
3.6 Sozialräumliche Analyse der Mortalitätsentwicklung der Stadt Bremen	60
3.7 Zusammenfassung	65

	Seite
4 Morbidität	68
4.1 Krankenhausbehandlungen	68
4.2 Infektionskrankheiten	75
4.2.1 Tuberkulose (TBC)	78
4.2.2 Hepatitis	80
4.2.3 HIV und AIDS	83
 5 Ärztliche Versorgung im Land Bremen	 88
5.1 Ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Land Bremen	88
5.1.1 Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung	91
5.1.2 Qualitätszirkel in Bremen	92
5.1.3 Exkurs: Ambulantes Operieren im vertragsärztlichen Bereich und in Krankenhäusern	93
5.1.4 Notfallversorgung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung	95
5.1.4.1 Die ambulante Notfallversorgung durch die Krankenhäuser	95
5.1.4.2 Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst	96
5.1.4.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Rettungsdienste	98
5.1.5 Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären ärztlichen Versorgung	100
5.2 Krankenhausversorgung	101
 6 Ausgewählte Aspekte der Gesundheit von Kindern und Ju- gendlichen im Land Bremen	 105
6.1 Bremer Kinder im Zahlenspiegel - einige soziodemographische Eckdaten	105
6.2 Woran sterben Kinder?	108
6.2.1 Säuglingssterblichkeit	108
6.2.2 Exkurs: Für einen gesunden Start ins Leben - Ohne Rauch geht's auch!	112
6.2.3 Haupttodesursachen im Alter zwischen 1 und 15 Jahren	117
6.2.4 Exkurs: Straßenverkehrsunfälle von Kindern im Land Bremen	120

	Seite
6.3	Kinder und Umwelt 126
6.3.1	Muttermilchbelastung mit Umweltchemikalien 126
6.3.2	Umweltschadstoffe in der Babynahrung 129
6.3.3	Blei im Trinkwasser - eine gesundheitliche Gefährdung für Kleinkinder 132
6.4	Veränderte Kindheit - Konsequenzen für die gesundheitliche Betreuung 135
6.4.1	Ausgewählte Gesundheitsaspekte in Tageseinrichtungen für Kinder 135
6.4.2	Exkurs: Präventionsorientierte Mahlzeiten für 6.500 Kinder täglich: Zur Situation der Ernährung in Bremer Kindertagesheimen 139
6.5	Ein neuer Lebensabschnitt: Schulanfängerinnen und Schulanfänger 144
6.5.1	Prävention von Anfang an: Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen 147
6.5.2	Entwicklung des Durchimpfungsgrades der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, 1991 und 1996 154
7	Ausblick 158
	Anhang 161
	Statistische Begriffe 161
	Glossar 163
	Abkürzungen 166
	Literatur 168
	Abbildungsverzeichnis 172
	Tabellenverzeichnis 175
	Danksagung 178
	Liste der Veröffentlichungen der Abteilung Gesundheitswesen 180

1 Demographische Eckdaten

1.1. Bevölkerungsentwicklung

1.2. Geburten

1.2.1 Exkurs: Unerfüllter Kinderwunsch

1.3. Schwangerschaftsabbrüche

1.4. Wanderungsbewegungen

1.5. Ausländische Bevölkerung

1.5.1 Exkurs: Die gesundheitliche Lage und Versorgung der ausländischen Bevölkerung

1.6. Altersaufbau der Bevölkerung

Kenntnisse über die Entwicklung und Zusammensetzung der Bevölkerung sind für gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen unabdingbar. Für die zielgerichtete Bereitstellung präventiver, kurativer oder rehabilitativer Angebote ist jedoch nicht der „statistische Durchschnittsbürger“ von Interesse.

Daher stehen im Mittelpunkt der nachfolgenden Darstellung ausgewählte demographische und soziale Aspekte insbesondere einzelner Bevölkerungsgruppen mit ihren jeweils spezifischen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung - wie z.B. Kinder, alte Menschen, Ausländerinnen und Ausländer, sozial benachteiligte Menschen.

1.1 Bevölkerungsentwicklung

Rund 680.000 Menschen leben im Land Bremen, davon ein Fünftel (130.400) in der Stadt Bremerhaven¹⁾. 51,8% sind Frauen (352.434) und 48,2% Männer (327.323). Gemessen an der Bevölkerung Deutschlands sind das knapp 1%.

Tabelle 1: Bevölkerung des Landes Bremen

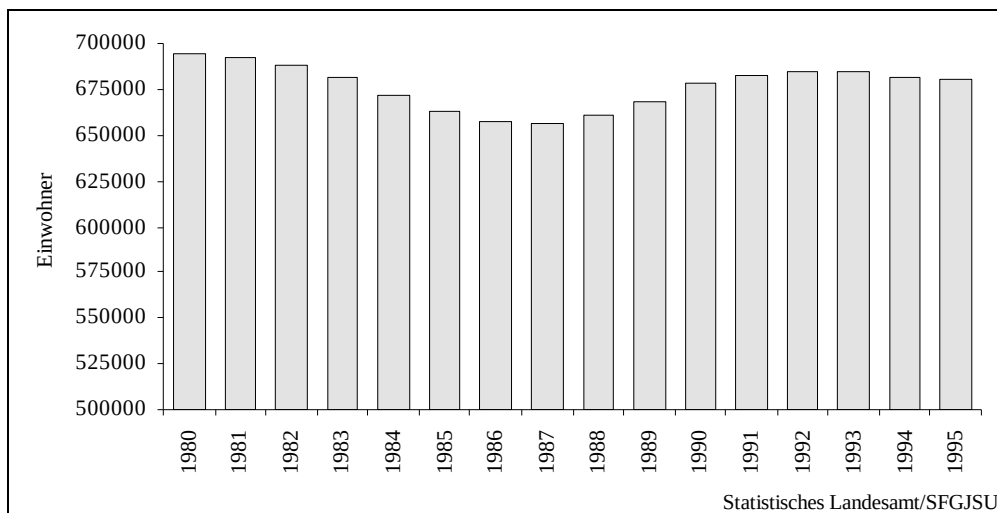
	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
Männer	263.636 (38,8%)	63.687 (9,4%)
Frauen	285.721 (42,0%)	66.713 (9,8%)
Insgesamt	549.357 (80,8%)	130.400 (19,2%)

Statistisches Landesamt Bremen/SFGJSU

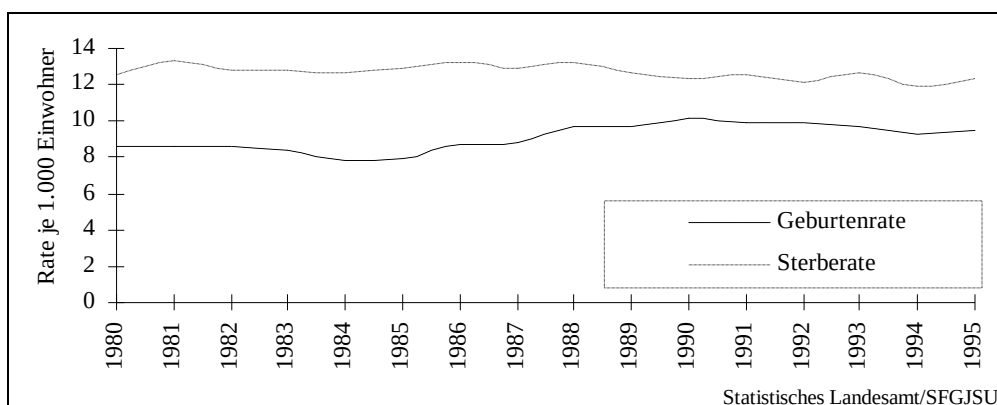
Zwischen 1980 und 1995 sank die Bevölkerungszahl im Land Bremen um 2%. Absolut betrachtet verringerte sich die mittlere Bevölkerung Bremens²⁾ in diesem Zeitraum um 14.741 Einwohner (1980: 693.939, 1995: 679.757). Die Bevölkerungsentwicklung, die durch Wanderungsbewegungen (Fortzüge und Zuzüge), Sterbefälle und Geburten bestimmt wird, verlief zwischen 1980 und 1995 wellenförmig.

1 Stichtagsbevölkerung 31.12.1995

2 Mittlere Bevölkerung: Arithmetisches Mittel aus Jahresanfangs- und Jahresendbestand

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen

Auch im Jahr 1995 starben mehr Menschen als geboren wurden, aber die Differenz hat sich seit Mitte der achtziger Jahre verringert. Während im Jahr 1985 noch 3.251 mehr Menschen starben als geboren wurden, betrug die Differenz 1995 nur noch 1.946. Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Geburten- und Sterberaten je 1.000 Einwohner wider:

Abbildung 2: Verhältnis Geburten- und Sterberaten im Land Bremen

1.2 Geburten

Im Jahr 1984 hatte die Geburtenzahl im Land Bremen mit 5.240 Geburten einen Tiefstand erreicht. Die meisten Kinder - nämlich 6.895 - wurden im Jahr 1990 geboren. 1995 betrug die Geburtenzahl 6.429.

Da die absoluten Geburtenzahlen Bestands- und Strukturveränderungen der Bevölkerung unberücksichtigt lassen, wird üblicherweise die Zahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren - die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer - dargestellt.

Im Jahr 1980 entfielen auf 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren 40,3 Geburten, im Jahr 1995 waren es 46,1 Geburten.

Ein Grund für die Steigerung: die sogenannten „geburtenstarken“ Jahrgänge - die heute etwa 30 Jährigen - sind ins Elternalter gekommen. Bremen liegt mit dieser allgemeinen Fruchtbarkeitsziffer über dem Bundesdurchschnitt (44,8). Dies resultiert nicht zuletzt daraus, daß im Land Bremen - verglichen mit dem Bundesgebiet - überdurchschnittlich viele Ausländerinnen leben. Und diese weisen eine deutlich höhere allgemeine Fruchtbarkeitsziffer auf als deutsche Frauen.

Tabelle 2: Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer* von deutschen und ausländischen Frauen im Land Bremen

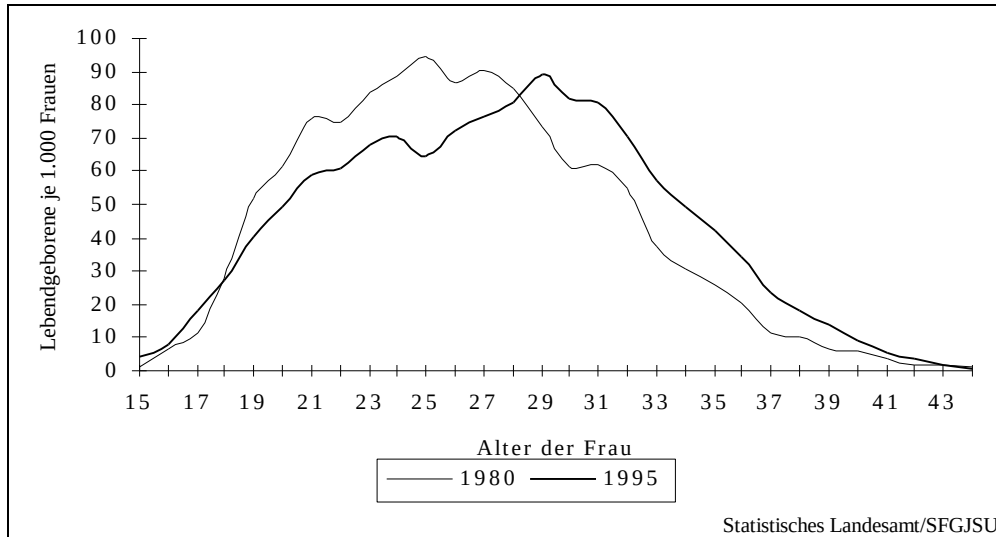
	1980	1995
Deutsche Frauen	40	43
Ausländische Frauen	95	60

*Zahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren

Der deutliche Geburtenrückgang ausländischer Frauen zwischen 1980 und 1995 ist ein Hinweis darauf, daß diese sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer in ihrem Reproduktionsverhalten angleichen.

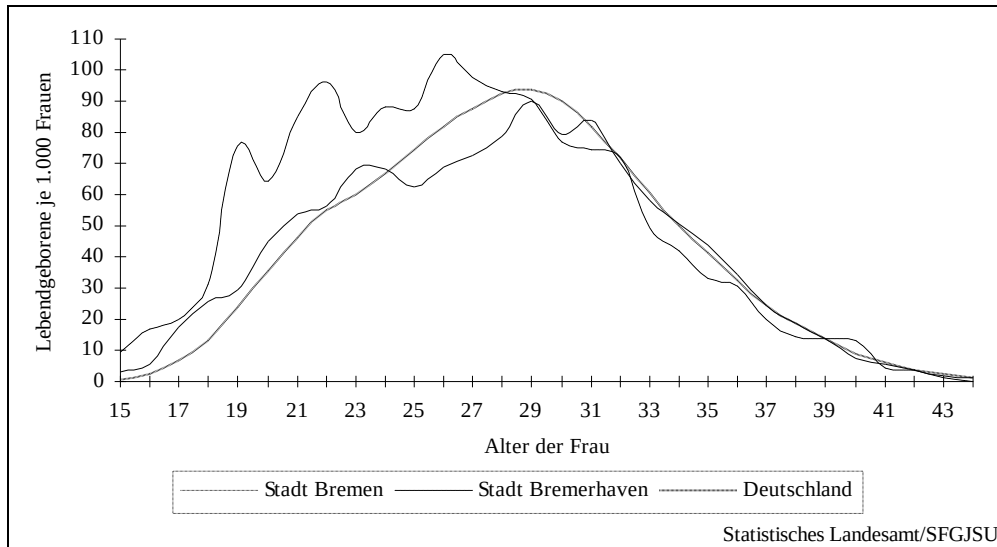
Der Kinderwunsch wird zunehmend erst in höherem Lebensalter realisiert. Im Jahr 1980 bekamen Frauen im Land Bremen am häufigsten im Alter von 25 Jahren Kinder, 1995 mit 29 Jahren. Dieser Trend zu höherem Geburtenalter ist in ganz Deutschland festzustellen.

Abbildung 3: Altersspezifische Geburtenraten im Land Bremen im Zeitvergleich



Abweichend vom Bundesgebiet werden im Land Bremen Frauen häufiger in jüngeren Lebensjahren (unter 24 Jahre) Mütter. Dieser Trend war bereits in früheren Jahren zu beobachten.

Abbildung 4: Altersspezifische Geburtenraten in Deutschland und in den Städten Bremen und Bremerhaven, 1995



In der Stadt Bremerhaven bekommen Frauen am häufigsten mit durchschnittlich 26 Jahren Kinder - drei Jahre früher als in der Stadt Bremen. Zudem werden in der Stadt Bremerhaven mehr Kinder geboren als in der Stadt Bremen: Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer der Stadt Bremerhaven liegt im Jahr 1995 mit 50,9 über der Rate der Stadt Bremen (45,0).

1.2.1 Exkurs: Unerfüllter Kinderwunsch

Es besteht heute eine Tendenz, Zeiten gewollter Kinderlosigkeit ebenso zu planen wie den möglichen Zeitpunkt einer Schwangerschaft. Die Bevölkerungsstatistik belegt, daß Frauen häufiger erst in höherem Lebensalter Kinder bekommen. Oft stehen zuerst Ausbildung und Beruf im Vordergrund der Lebensplanung. Immer mehr Frauen und Paare müssen allerdings feststellen, daß Schwangerschaft und Geburt nur begrenzt planbar sind: man geht davon aus, daß inzwischen ca. 10-15% der Paare im fortpflanzungsfähigen Alter mit ungewollter Kinderlosigkeit konfrontiert sind.

Ein Hinweis darauf: Immer mehr Frauen werden aufgrund von Fertilitätsstörungen im Krankenhaus behandelt. Allein in Bremen stieg die Zahl der Behandlungen von 493 im Jahr 1994 auf 923 im Jahr 1996³⁾.

Die Ursachen von Unfruchtbarkeit oder einer gestörten Fruchtbarkeit können organischer und seelischer Natur sein und auch äußeren Einflüssen unterliegen (Stress, Umweltbelastungen). Männer und Frauen sind ungefähr gleichermaßen betroffen.

Mit der Hoffnung, den Kinderwunsch mit Hilfe medizinischer und technischer Methoden realisieren zu können, geht ein quantitativ und qualitativ steigendes Angebot der Fortpflanzungsmedizin einher: Zwischen 1982 und 1995 ist in Deutschland die Zahl der registrierten In-vitro-Fertilisationsbehandlungen (IVF = „künstliche Befruchtung im Reagenzglas“) von ca. 750 auf etwa 19.000 gestiegen; die Zahl der registrierten Zentren stieg in diesem Zeitraum von 5 auf 65.

Eine weitere Methode der künstlichen Befruchtung, bei der ein Spermium in die Eizelle der Frau injiziert wird, die sogenannte Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), wurde erstmals 1994 registriert. In diesem Jahr lag die Zahl der Behandlungen bei 5.856 in 32 Zentren, 1995 wurden bereits mehr als doppelt so viele Behandlungen, nämlich 14.000 in 47 Zentren erfaßt.

Die Schwangerschaftsraten für IVF und ICSI werden - mit tendenziell höheren Raten bei ICSI - mit 20-30% angegeben. Die Schwangerschaftsrate ist allerdings nicht gleichbedeutend mit der Geburtenrate, da nicht jede mit Hilfe der künstlichen Befruchtung erzielte Schwangerschaft auch zur Geburt eines Kindes führt.

Nach Angaben des Deutschen IVF-Registers (DIR) wurden 1996 im Rahmen der künstlichen Befruchtung knapp 34.000 Hormonbehandlungen zur Stimulation der Eireifung durchgeführt, die zu 6.790 Schwangerschaften und zur Geburt von 1.297 Kindern führten.

Die durch künstliche Befruchtung erzielten Schwangerschafts- und Geburtenraten sind mit den durchweg hohen Erwartungen und den großen physischen und psychischen Belastungen, denen vor allem die Frauen ausgesetzt sind, ins Verhältnis zu setzen. Leistungsdruck und Behandlungsstreß können die Erfolgsaussichten mindern. Oftmals begeben sich Paare auf eine Odyssee von Einrichtung zu Einrichtung, um dann doch am Ende „leer“ auszugehen.

Künstliche Befruchtung wird auch in Bremen durchgeführt, Tendenz steigend. IVF und Mikroinjektion werden in Bremen derzeit von zwei Einrichtungen angeboten⁴⁾. Die Zahl der dort durchgeführten Behandlungen hat von 200 im Jahr 1995 auf 300 behandelte Paare/Frauen im Jahr 1996 zugenommen.

Die Reproduktionsmedizin entwickelt sich stürmisch, die damit einhergehenden ethischen, gesellschafts- und gesundheitspolitischen sowie rechtlichen Fragen sind weniger schnell zu beantworten.

Ein Gesetz zur Regelung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gibt es nicht, wohl aber eine mittlerweile fast 10 Jahre alte Diskussion über die Notwendigkeit und die Inhalte eines solchen Gesetzes. Ein Zwischenergebnis der langen Gesetzesdiskussion ist das Embryonenschutz-Gesetz (ESchG) aus dem Jahr 1990, das als Strafgesetz der mißbräuchlichen Verwendung von Fortpflanzungstechniken und von menschlichen Embryonen entgegenwirken soll.

Derzeit werden reproduktionsmedizinische Verfahren vor allem durch das Ärztliche Berufsrecht und - sofern sie Kassenleistungen sind - durch das SGB V geregelt.

Pauschale Verbote, wie z.B. vor einigen Jahren für die Mikroinjektion diskutiert, stellen in vielen Fällen keine auf Dauer vertretbare und durchsetzbare Form des Umgangs mit neuen Entwicklungen dar. Gleichwohl können sie, wie das Embryonenschutz-Gesetz zeigt, zum Schutze von besonders schützenswerten Grundwerten geboten sein und zumindest für eine Denkpause, ein Innehalten, sorgen. Berechtigte Interessen von Einzelnen oder Gruppen sind immer im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu sehen und zu bewerten. Weiterhin müssen sich die Methoden kritische Fragen nach ihrem Erfolg, ihren Implikationen und nach möglichen Risiken stellen lassen. Die Ergebnisse sollten ungeschminkt transparent ge-

4 Bis 1996 eine Einrichtung, ab 1997 zwei Einrichtungen

macht werden, wie es teilweise in anderen europäischen Staaten der Fall ist. In Deutschland besteht seit 1982 lediglich eine freiwillige Registrierung von IVF-Behandlungen durch sogenannte IVF-Zentren.

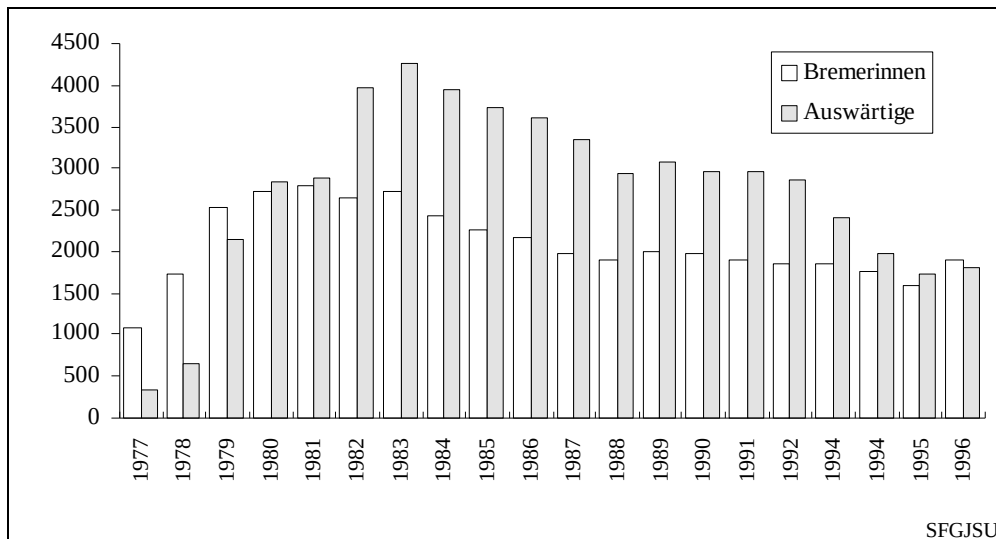
Handlungsbedarf

besteht insbesondere hinsichtlich einer für alle IVF-Arbeitsgruppen verbindlichen Beteiligung am nationalen Register im Sinne einer bundeseinheitlichen Datenerhebung und einer transparenten und qualitätsorientierten Auswertung. Ob dies der ärztlichen Selbstverwaltung und dem Engagement der Fachgesellschaften überlassen bleiben sollte, oder ob hier generell ein gesetzlicher Regelungsbedarf z.B. im Rahmen eines Fortpflanzungsmedizingesetzes besteht, ist strittig.

1.3 Schwangerschaftsabbrüche im Land Bremen

Die Zahl der im Land Bremen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche hatte im Jahr 1983 mit knapp 7.000 Abbrüchen (Bremerinnen und Auswärtige) einen Höchststand erreicht. Seitdem geht die Anzahl der Abbrüche kontinuierlich zurück; sie lag 1995 noch bei 3.332 Abbrüchen. 1996 ist die Zahl der in Bremen durchgeführten Abbrüche wieder leicht angestiegen (auf 3.705). Bis einschließlich 1990 haben zu etwa 60% niedersächsische Frauen Abbrüche in Bremen vornehmen lassen, seit 1993 ist dieser Anteil auf etwa 50% zurückgegangen.

Abbildung 5: Zahl der Schwangerschaftsabbrüche im Land Bremen, 1977 bis 1996



Der weit überwiegende Teil der Schwangerschaftsabbrüche wird in Bremen ambulant, in aller Regel mit der die Gesundheit der Frau schonenden Methode der Vakuumaspiration (Absaugmethode), durchgeführt. Komplikationen treten nur in sehr seltenen Fällen (weniger als 0,5%) auf. Einrichtungen, in denen Abbrüche durchgeführt werden, unterliegen nach den Richtlinien zum ambulanten Operieren der Qualitätskontrolle durch die Ärztekammer.

Gesetzliche Regelungen - was hat sich durch das Schwangeren- und Familienhilfegesetz geändert?

Seit dem 01. Oktober 1995 gilt das neue Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG). Zum Schwangerschaftsabbruch beinhaltet dieses Gesetz folgende Regelungen: Innerhalb der ersten zwölf Wochen nach Empfängnis kann eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch ohne ärztliche Indikation durchführen lassen, wenn sie sich mindestens drei Tage zuvor in einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen und der Abbruch von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen wird. Ein Schwangerschaftsabbruch, der auf Grundlage dieser Regelung vorgenommen wird, wird als "Abbruch nach Beratungsregelung" bezeichnet und ist zwar nach dem Gesetz rechtswidrig, bleibt aber straffrei. Der letztgenannte Aspekt spielt insbesondere für die Frage der Kostenübernahme eine Rolle: während der "alte" §218 die Indikation der sozialen oder sonstigen schweren Notlage vorsah und die Kosten für einen Abbruch aufgrund dieser Indikation von den Krankenkassen übernommen wurden, müssen Frauen einen Abbruch nach Beratungsregelung heute selbst bezahlen. Allerdings gibt es hier eine Ausnahmeregelung für Frauen mit einem geringen Einkommen und für solche Frauen, die über kein eigenes Einkommen verfügen. Nach dem "Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen" können diese Frauen vor dem Eingriff eine Kostenübernahme bei ihrer Krankenkasse beantragen. Die Kosten werden der Krankenkasse vom Land erstattet.

Demgegenüber stehen die Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer ärztlichen Indikation, und zwar der medizinischen Indikation und der kriminologischen Indikation. Im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer ärztlichen Indikation werden die Kosten von den Krankenkassen nach wie vor übernommen.

Der Abbruch aufgrund medizinischer Indikation ist straffrei, nicht rechtswidrig und Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier besteht auch keine Pflicht zur Beratung und die 3-Tages-Frist zwischen Abbruch und Beratung ist gestrichen. Für den Abbruch aufgrund der medizinischen Indikation gibt es keine zeitliche Begrenzung.

Was bedeutet der Wegfall der embryopathischen (eugenischen) Indikation?

Auch nach §218a Abs.3 StGB in der Fassung von 1992 konnte ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden, „wenn nach ärztlicher Erkenntnis dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren eine Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“. Insofern war die embryopathische Indikation als Unterfall der medizinischen Indikation formuliert. Der Gesetzgeber war sich 1995 dieser „Verdopplung“ bewußt und hat sich mit der Begründung für die Streichung der embryopathischen Indikation entschieden, er wolle möglichen Mißdeutungen in Richtung auf die Stigmatisierung behinderten Lebens entgegenwirken. Allerdings stellt nicht jede Besorgnis einer embryonalen Schädigung eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar, auch wenn der Gesetzgeber keine Kriterien im Hinblick auf Schweregrad oder Wahrscheinlichkeit der embryonalen Schädigung formuliert hat. Angesichts des Umstandes, daß bestimmte pränataldiagnostische Maßnahmen wie zum Beispiel die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der Schwangerschaft erfolgen können, bleibt das Problem der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bei potentieller extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes bestehen. Obwohl die späten Schwangerschaftsabbrüche zahlenmäßig nur eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen, ist dies sicherlich ein Feld, in dem insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen und denjenigen, die sie einer Frau nahebringen (in bestimmten Konstellationen wie höherem Alter der Frau sogar nahebringen müssen), eine besondere Sorgfalts- und Informationspflicht obliegt. Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im Spätstadium muß als seltene, besonders kritisch abzuwägende Ausnahme verstanden werden.

Frauen, die sich zu Fragen der Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt oder im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft informieren und beraten lassen möchten, steht in Bremen ein plurales, multiprofessionelles und effektives Beratungsangebot offen. In insgesamt sieben staatlich geförderten Beratungseinrichtungen stehen 17 Beraterinnen zur Verfügung. Die Inanspruchnahme der Beratungsstellen nach dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz zeigt deutlich, daß dieses Angebot mit zunehmender Tendenz wahrgenommen wird: im Jahr 1995 verzeichneten die Beratungsstellen etwa 5.500 Beratungen, im Jahr 1996 haben sich rund 6.800 Menschen beraten lassen; die Zahl der Beratungskontakte lag bei 10.300.

Zu Fragen von Häufigkeit und Gründen ungeplanter und unerwünschter Schwangerschaften sowie zu wichtigen Aspekten der Entscheidung für oder gegen ein Kind liegen für Bremen leider keine Angaben vor. Solche Informationen könnten dazu dienen, Ziele und Maßnahmen im Hinblick auf die Verringerung unerwünschter Schwangerschaften, Verbesserungen der Effektivität von Familienplanung und strukturelle Veränderungen in der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit zu formulieren. Zumindest für die Bereiche Empfängnisverhütung, Kinderwunsch/ungeplante oder geplante Schwangerschaft und Fragen der Kinderbetreuung wird eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (FrauenLebenGesundheit) erste Anhaltspunkte liefern können.

1.4 Wanderungsbewegungen

Bis Mitte der achtziger Jahre zogen deutlich mehr Menschen aus Bremen fort als hinzukamen. Dieser Trend kehrte sich durch einen Überschuß von Zuzügen Ende der achtziger/Anfang der neunziger Jahre um - u.a. durch Zuzüge von Aussiedlern und politischen Flüchtlingen. Inzwischen ist das Verhältnis der Zu- und Fortzüge nahezu ausgeglichen. Das Zuzugsgeschehen wird jetzt zunehmend durch Zuzüge aus dem Bundesgebiet geprägt.

Tabelle 3: Wanderungsbilanzen, aggregierter Zeitraum 1991-1995

	Zuzugsüberschuß (+) und Fortzugsüberschuß (-)			
	Absolut		Rate je 1.000 Einwohner der Altersgruppe	
Alter von ... bis unter	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
0-10	-2.658	+2.391	-10,33	+41,88
10-20	+2.550	+3.968	+10,10	+65,04
20-30	-363	+7.199	-0,78	+80,70
30-40	-4.435	+2.323	-9,98	+31,40
40-50	-1.333	+571	-3,41	+9,97
50-60	-1.108	+312	-2,45	+9,01
60-70	-146	+324	-0,43	+24,40
70-80	-638	+162	-2,51	+37,27
über 80	-1.966	+40	-11,98	+20,98

Es besteht zwar ein deutlicher Überschuß an Zuzügen bei der ausländischen Bevölkerung (s. Abb.6), dabei sind jedoch die Absolutzahlen zu beachten.

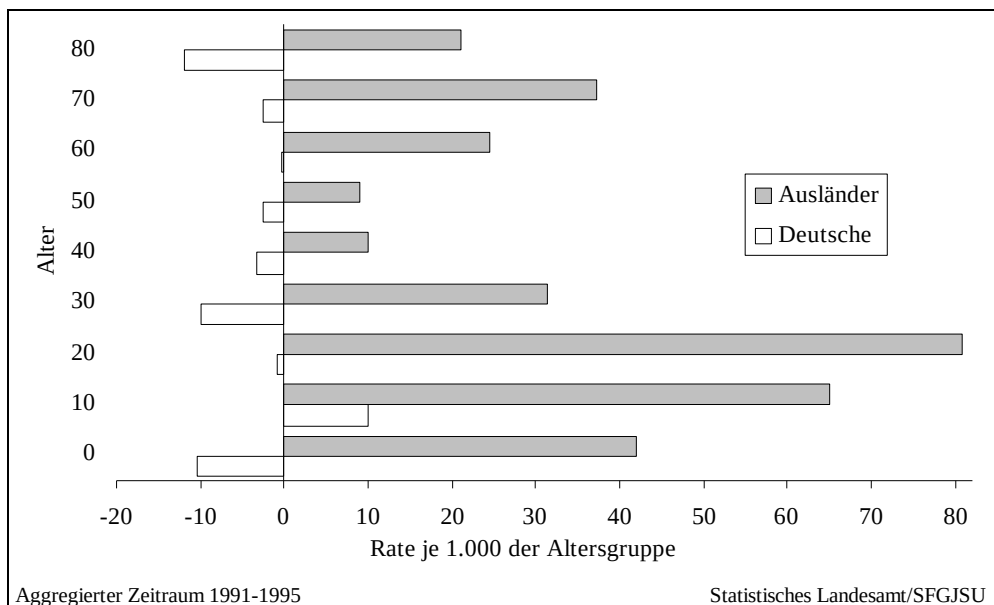
Positive Wanderungsbilanzen sind in erster Linie durch Ausländerinnen und Ausländer sowie junge Deutsche (10-20 Jahre) zu verzeichnen⁵.

Bei der deutschen Bevölkerung dominieren die Wegzüge:

Insbesondere Hochbetagte (über 80 Jährige) verlassen Bremen. Diese sogenannten „Altersruhesitzwanderungen“ aus den Kernstädten heraus in eher ländliche Gebiete sind ein bundesweites Phänomen.

Eine negative Wanderungsbilanz ist auch bei Kindern (0-10 Jahre) und 30-40 Jährigen zu verzeichnen: Eltern ziehen mit ihren Kindern vermehrt in das Umland. Dieser bundesweit zu beobachtende Suburbanisierungsprozeß junger Familien wird häufig davon getragen, daß sie ein familienfreundlicheres und ländliches Umfeld mit geringeren ökologischen und ökonomischen Belastungen (Miet- und Grundstückspreise) suchen.

Abbildung 6 : Wanderungsbilanzen der deutschen und ausländischen Bevölkerung im Land Bremen, 1991-1995



Die Wanderungsgewinne der Jahre 1991-1995 können vor allem durch den Zuzug von jüngeren Altersgruppen im erwerbsfähigen Alter zurückgeführt werden.

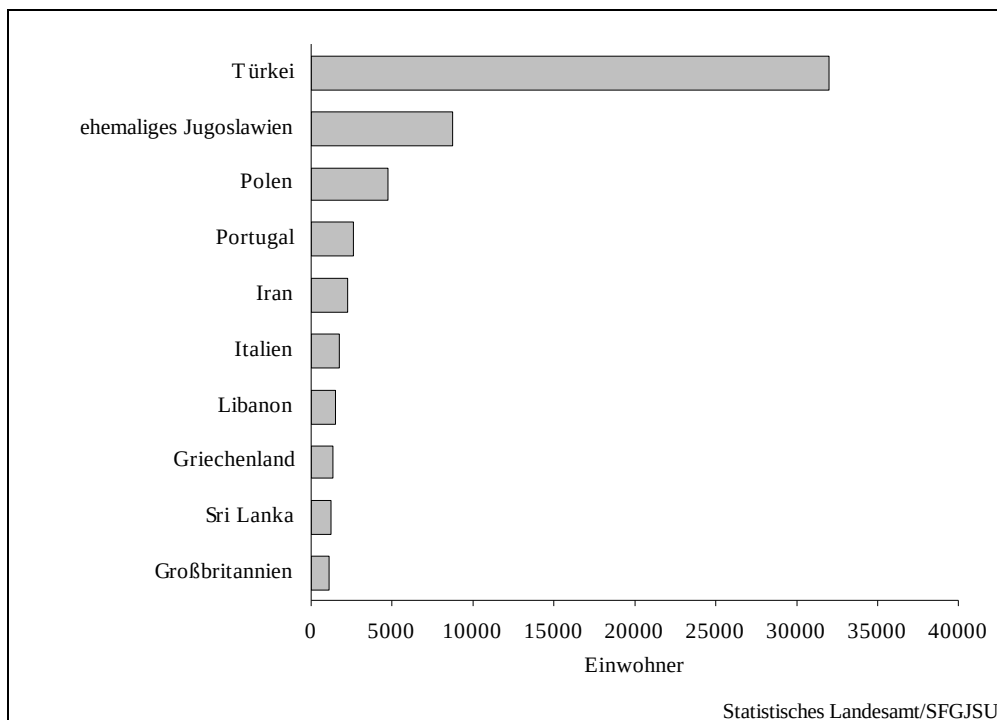
1.5 Ausländische Bevölkerung

Im Land Bremen leben Menschen aus 160 Ländern. Ende des Jahres 1995 lebten im Land Bremen insgesamt 83.406 Ausländerinnen und Ausländer. Mit 45,7% liegt der Anteil ausländischer Frauen unter dem Anteil der Männer mit 54,3%. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt (1994: 8,6% Ausländerinnen bzw. Ausländer) ist der Anteil der ausländischen Bevölkerung im Land Bremen mit 12,3% überdurchschnittlich hoch - dies ist typisch für Städte.

⁵ D.h. natürlich nicht, daß 10-Jährige allein nach Bremen ziehen. Da der Anteil von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Menschen im „Elternalter“ viel geringer ist, wirken sich Veränderungen viel stärker aus.

Der Ausländerinnen- bzw. Ausländeranteil ist in der Stadt Bremen mit 12,7% geringfügig höher als der in der Stadt Bremerhaven mit 10,5%. Mit 86,7% (1995) hat der überwiegende Teil der in Bremen lebenden Ausländerinnen und Ausländer eine Staatsangehörigkeit außerhalb der Europäischen Union⁶⁾. Die größte Gruppe der im Land Bremen lebenden ausländischen Bevölkerung stellen Menschen mit türkischer Staatsbürgerschaft dar, gefolgt von Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien und Polen. Zwischen 1980 und 1995 stieg der Anteil der ausländischen Bevölkerung des Landes Bremen von 7,1% auf 12,3% (absolut: von 49.165 im Jahr 1980 auf 83.406 im Jahr 1995)⁷⁾. Einen erheblichen Anteil daran haben Asylsuchende und Aussiedler.

Abbildung 7: Im Land Bremen lebende ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit am 31.12.1995



1.5.1 Exkurs: Die gesundheitliche Lage und Versorgung der ausländischen Bevölkerung

Migration hinterläßt ihre Spuren: Menschen werden entwurzelt, leben plötzlich unter völlig anderen sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen, politischen und ökologischen Bedingungen. Sie verstehen und sprechen unsere Sprache oft nicht. Der individuellen Verarbeitung dieser Belastungen sind Grenzen gesetzt; sie finden ihren Ausdruck nicht selten in somatischen und psychischen Störungen. Obwohl unser hoch entwickeltes Gesundheitssystem auch ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern offen steht, ist dieses für sie oft nicht durchschaubar. Es bestehen sprachliche und kulturelle Barrieren, Informationsdefizite erschweren - oder verhindern gar - den Zugang zu den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens.

⁶⁾ Ausgegangen wird hier von der Zusammensetzung der Europäischen Union im Jahr 1995.

⁷⁾ Stichtagsbevölkerung

Spezifische qualitative und quantitative Aussagen über den Gesundheitszustand in Bremen lebender Ausländerinnen und Ausländer lassen sich nur über die durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) betreuten Asylsuchenden und Flüchtlinge machen.

Das Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende und Flüchtlinge

1993 wurde vom Gesundheitsamt Bremen eine Studie veröffentlicht⁸⁾, die unter anderem folgende Ergebnisse hatte:

- Entgegen der verbreiteten Annahme eines von den Zuwanderern ausgehenden Gesundheitsrisikos für die einheimische Bevölkerung besteht die Problematik eher darin, daß der Migrationsprozeß in allen seinen Phasen gesundheitliche Risiken für die Migranten mit sich bringt;
- dieser Herausforderung hat sich das Gesundheitssystem bisher nur in geringem Maße gestellt;
- einzelne Gruppen von Zuwanderern, so die Asylsuchenden und Kriegsflüchtlinge, sind durch ihre Lebensbedingungen in der Aufnahmegesellschaft besonderen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt;
- es besteht ein hoher Bedarf an empirisch fundierten Erkenntnissen über die tatsächliche gesundheitliche Lage sowie die Versorgungssituation aller Zuwanderergruppen, um diesen Defiziten angemessen entgegenwirken zu können.

Die Studie führte unter anderem zur Formulierung von Mindeststandards für die räumliche Unterbringung, Verpflegung und sanitären Einrichtungen in Massenunterkünften für Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge. Darüber hinaus wurde 1993 das Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende und Bürgerkriegsflüchtlinge eingeleitet. Dabei wird der überwiegend seuchenhygienische Auftrag nach § 62 Asylverfahrensgesetz mit dem Gesundheitsförderungsauftrag des ÖGD realisiert. Im Rahmen des so im Laufe der vergangenen vier Jahre gewachsenen „Bremer Modells“ wird damit die Forderung der Erfassung von Hinweisen auf übertragbare Krankheiten beim Erstkontakt erfüllt und zugleich allen Flüchtlingen, die die angebotene Sprechstunde wahrnehmen, eine medizinische Basisversorgung zugänglich gemacht.

Die Hälfte der 647 Flüchtlinge, die 1996 an den Untersuchungen teilnahmen, kamen aus dem Iran, der Türkei, dem Libanon, dem ehemaligen Jugoslawien und aus Sri Lanka. Am häufigsten wurden Gesundheitsstörungen des Atmungssystems diagnostiziert - rund 27% litten daran. Bei 12% wurden Erkrankungen im Verdauungsbereich festgestellt. Psychische und Verhaltensstörungen wurden bei 7,5% der Untersuchten diagnostiziert. Es wird jedoch vermutet, daß dieser Prozentsatz nicht das gesamte Ausmaß des Problems widerspiegelt. Ähnliches gilt für Gesundheitsstörungen oder Folgeprobleme, deren Ursache Folter oder organisierte Mißhandlung vor der Migration waren (Anteil 0,9%). Auch in diesem Falle gibt es Hinweise auf eine höhere Prävalenz. Hinzu kommt, daß im Rahmen des Programms kaum ein geeignetes Instrumentarium bereitgestellt werden kann, um Traumatisierungen zu diagnostizieren. Beide Aspekte stellen Problembereiche dar, in denen möglicherweise eine intensivere Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Gesundheitsamtes Fortschritte bringen könnte.

8 Z. Mohammadzadeh, Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen, Frankfurt, 1993

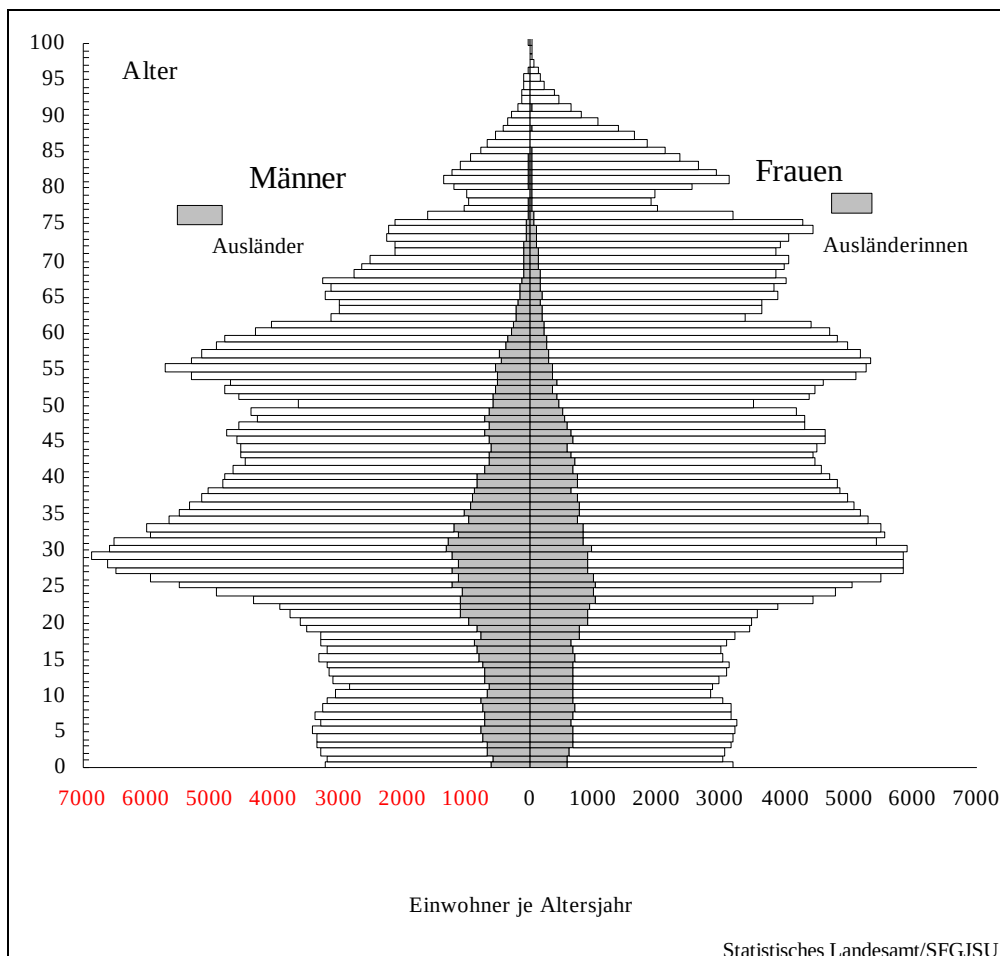
Für Menschen mit seelischen Leiden, chronisch Erkrankte, zum Teil auch für Schwerkranke läßt das Asylbewerberleistungsgesetz Versorgungslücken, denen Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Bei den Arbeitsmigranten ist die Gruppe der Älteren, insbesondere der jetzt und in den kommenden Jahren ins Rentenalter gelangenden Personen zu beachten. Bei allen Gruppen bleiben Fragen hinsichtlich der kulturellen Unterschiede, der Sprachbarrieren, des Zugangs zu den Versorgungseinrichtungen sowie der Mortalität und Morbidität weiterhin nur in ganz wenigen Ansätzen beantwortet.

Eine nachhaltige Perspektive kann allein in der interkulturellen Öffnung aller Ebenen des Gesundheitssystems gesucht werden. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommt dabei eine wichtige Rolle als Impulsgeber zu.

1.6 Altersaufbau

Die größte Altersgruppe ist die der etwa 30 Jährigen, zweitgrößte Gruppe sind die 55-60 Jährigen. Während in den jüngeren Altersgruppen die Zahl der Männer überwiegt, besteht ab dem Jahrgang 1940 - also bei den heute Mitte 50 Jährigen - ein deutlicher Frauenüberschuß. Dieser Frauenüberschuß erklärt sich zum einen durch die höhere Lebenserwartung von Frauen, zum anderen durch die Verluste unter der männlichen Bevölkerung infolge des Zweiten Weltkrieges.

Abbildung 8: Alterspyramide des Landes Bremen, 1995



Bei der Gesamtbevölkerung sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Einschnitte zu erkennen, die auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind:

- Ende 40 Jahre bis Anfang 50 Jahre: Geburtenausfall infolge des Zweiten Weltkrieges,
- Anfang bis Mitte 60 Jahre: Geburtenausfall aufgrund der nationalen und Weltwirtschaftskrise 1929-1932,
- Über 60 Jahre: Gefallene des 2. Weltkrieges,
- Ende 70 Jahre bis Anfang 80 Jahre: Geburtenausfall infolge des 1. Weltkrieges.

Die im Land Bremen lebende ausländische Bevölkerung ist durch eine gänzlich andere Altersstruktur gekennzeichnet:

- Der Kinderanteil ist überproportional hoch: rund 21,3% aller in Bremen lebenden Ausländerinnen und Ausländer waren Ende des Jahres 1995 unter 15 Jahre alt, bei der deutschen Bevölkerung waren es 12,8%.
- Jede/r zehnte in Bremen lebende Ausländer/in ist 20 bis 25 Jahre alt, aber nur jede/r zwanzigste Bremer/in in dieser Altersgruppe ist deutscher Nationalität.
- In nahezu allen Altersgruppen ist ein deutlicher Männerüberschuß zu verzeichnen.

Kinder im Land Bremen

Für die Planung kindgerechter Angebote in der Gesundheitsförderung und der Krankheitsversorgung ist es unabdingbar zu wissen, wie viele Kinder im Land Bremen leben. Die Zahl der unter 15-jährigen Kinder im Land Bremen lag 1995 bei 94.289. Gegenüber 1980 ist damit die Zahl der Kinder um 17.377, das entspricht mehr als 15%, gesunken. Mit einem Anteil von 15,4% an der Gesamtbevölkerung liegt in der Stadt Bremerhaven der Kinderanteil über dem der Stadt Bremen (13,5%). Vergleichbar niedrige Anteile von Kindern finden sich bundesweit nur noch in den beiden anderen Stadtstaaten Hamburg und Berlin.

Ältere Menschen im Land Bremen

Für Fachplanungen innerhalb der gesundheitlichen und sozialpflegerischen Versorgung sind ältere Menschen von besonderer Bedeutung. Mit zunehmendem Alter steigt das Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko. Ältere Menschen weisen im Vergleich zu anderen Altersgruppen die höchsten Anteile Kranker und Pflegebedürftiger auf und auf sie entfällt ein überproportionaler Teil der Leistungen im Gesundheitswesen. Die Zahl der über 65 Jährigen ist von 122.800 im Jahr 1980 auf 120.000 im Jahr 1995 gesunken; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist jedoch mit 17,7% gleich geblieben. Zwei Drittel der über 65 Jährigen und fast drei Viertel der Hochbetagten waren Frauen. Der Anteil älterer Menschen ist in den beiden Städten des Landes Bremen mit etwa 18% gleich hoch. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist im Land Bremen damit der Anteil über 65 Jähriger an der Gesamtbevölkerung am höchsten.

Hochbetagte im Land Bremen

Ältere Menschen ab 65 Jahren sind eine sehr heterogene Gruppe, in der zudem unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten sind. Deshalb werden innerhalb dieser Altersgruppe die sogenannten Hochbetagten (über 80 Jahre) gesondert betrachtet. Ihre Zahl hat absolut von 21.199 im Jahr 1980 auf 34.351 im Jahr 1995 zugenommen. Damit sind im Land Bremen 5% der Bevölkerung über 80 Jahre alt, d.h. jede/r zwanzigste Einwohner/-in zählt zu den Hochbetagten.

Mit 4,5% ist der Anteil der Hochbetagten in der Stadt Bremerhaven niedriger als in der Stadt Bremen mit 5,2%. Die Zahl der "jüngeren Alten" der Altersgruppe 65-79 hat dagegen zwischen 1980 und 1995 absolut wie relativ abgenommen.

Der Altersaufbau der Bevölkerung des Landes Bremen im Zeitvergleich zeigt die wichtigsten Veränderungen zwischen 1980 und 1995 im Überblick. Diese sind gekennzeichnet durch

- ß einen sinkenden Anteil von Kindern unter 15 Jahren von 16,1% auf 13,9%;
- Ý einen Anstieg des Anteils von Personen im erwerbsfähigen Alter (15-65 Jährige) von 66,3% auf 68,4%;
- Þ einen gleichbleibenden Anteil älterer Menschen (über 65 Jahre) von 17,7%, unter denen
- ß der Anteil 65-79 Jähriger von 14,6% auf 12,6% gesunken ist und
- Ý der Anteil der über 80 Jährigen von 3,1% auf 5% gestiegen ist.

Aus diesen Trends allein sind keine Prognosen für zukünftige Bestands- und Strukturveränderungen der Bremer Bevölkerung abzuleiten, die eine detaillierte Beschreibung der Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Gestaltung des Gesundheitswesens erlauben.

2 Soziale und wirtschaftliche Lage

2.1. Haushaltsstruktur und -einkommen

2.2. Arbeitslosigkeit

2.3. Sozialhilfebezug

Die Gesundheit der Bevölkerung wird auch durch die wirtschaftliche und soziale Lage beeinflusst. Diese wird üblicherweise anhand der Variablen Haushaltsstruktur, Haushaltseinkommen, Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit sowie Sozialhilfebezug charakterisiert.

2.1 Haushaltsstruktur und -einkommen

Die Daten zu Haushaltsstruktur und -einkommen wurden dem Mikrozensus entnommen. Der Mikrozensus ist eine Befragung von 1% der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Sie wird regelmäßig von den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Im Land Bremen wurden 1995 rund 3.400 Haushalte in die Zufallsauswahl einbezogen. Werte unter 5.000, d.h. weniger als 50 erfaßte Personen in der Stichprobe, werden nicht veröffentlicht.

Rund 42% der Bremer Haushalte sind Einpersonenhaushalte. Von den rund 345.000 Haushalten im Land Bremen (1995) waren 144.000 Einpersonenhaus-

halte. Etwa zwei Drittel aller Einpersonenhaushalte werden von Frauen geführt, von denen nahezu jede zweite über 65 Jahre alt ist. In den meisten der rund 200.000 Mehrpersonenhaushalte leben zwei Personen. Die Haushaltsstruktur im Land Bremen hat sich zwischen 1987 und 1995 nicht gravierend verändert. Bei leicht steigender Zahl von Zweipersonenhaushalten hat der Anteil von Haushalten mit drei und mehr Personen abgenommen.

Tabelle 4: Haushalte im Land Bremen

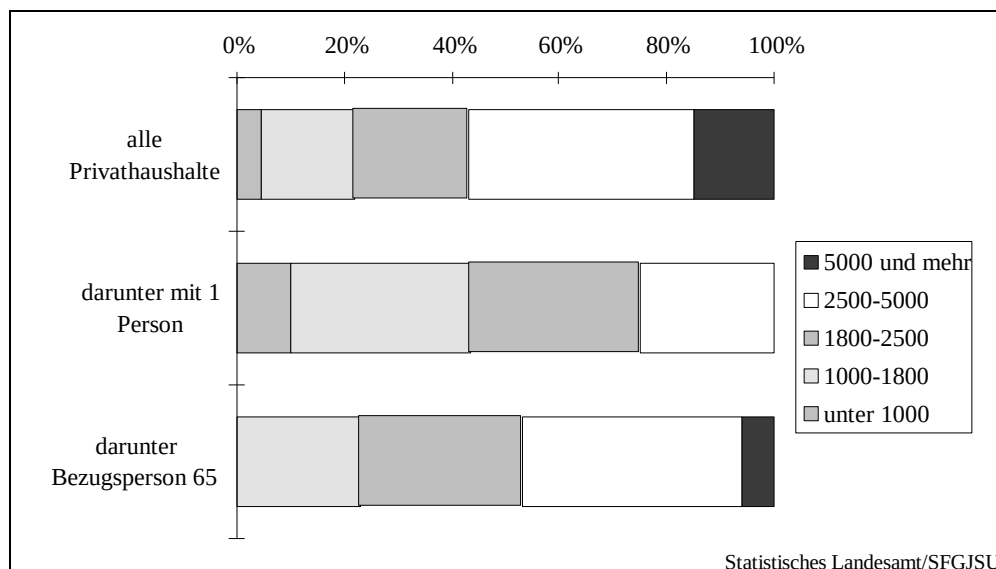
	1987*		1995**	
	absolut	in %	absolut	in %
Privathaushalte insgesamt	322.317	100	344.600	100
Einpersonenhaushalte	133.561	41	144.000	42
Mehrpersonenhaushalte insgesamt	188.756	59	200.600	58
Haushalte mit				
– Zwei Personen	95.134	30	118.900	35
– Drei Personen	50.254	16	43.200	13
– Vier Personen	31.271	10	27.700	8
– Fünf- und mehr Personen	12.097	4	10.700	3

* = Volkszählung 1987

** = Mikrozensus 1995

4% aller Haushalte hatten 1995 monatlich weniger als DM 1.000 zur Verfügung. Bei 93% aller Haushalte mit einem Nettoeinkommen von weniger als DM 1.000 handelt es sich um Einpersonenhaushalte. 17% aller Haushalte hatten ein monatliches Nettoeinkommen zwischen DM 1.000 und 1.800.

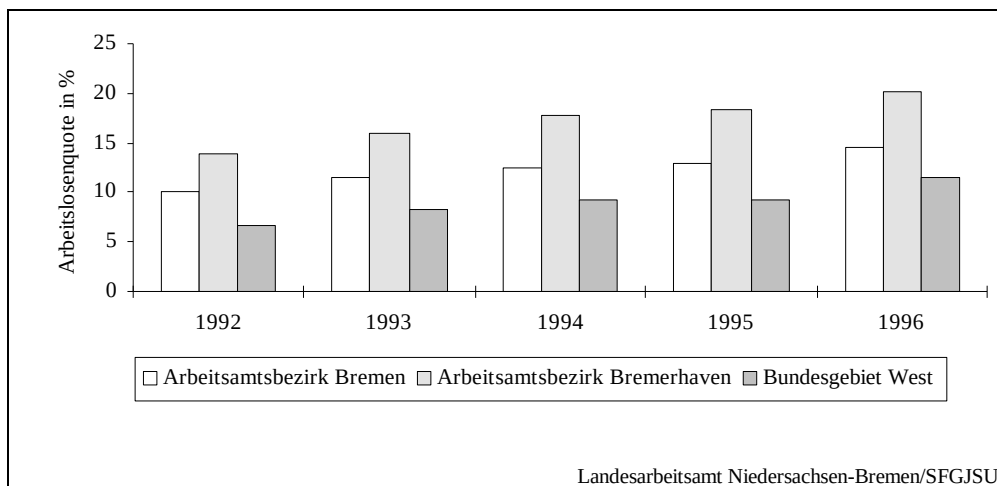
Abbildung 9: Monatliches Haushaltseinkommen der Privathaushalte im Land Bremen, 1995



2.2 Arbeitslosigkeit

Die Zahl der Arbeitslosen steigt besorgniserregend. Die wirtschaftliche Lage der im Land Bremen lebenden Menschen ist vor allem geprägt durch eine sinkende Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter und eine deutliche Zunahme der Arbeitslosenquoten. Nach einem kontinuierlichen Anstieg lag die Arbeitslosenquote 1996 im Arbeitsamtsbezirk Bremen bei 14,6% und im Arbeitsamtsbezirk Bremerhaven sogar bei 20,1%. Damit liegt die Arbeitslosenquote im Land Bremen über dem Bundesdurchschnitt (West).

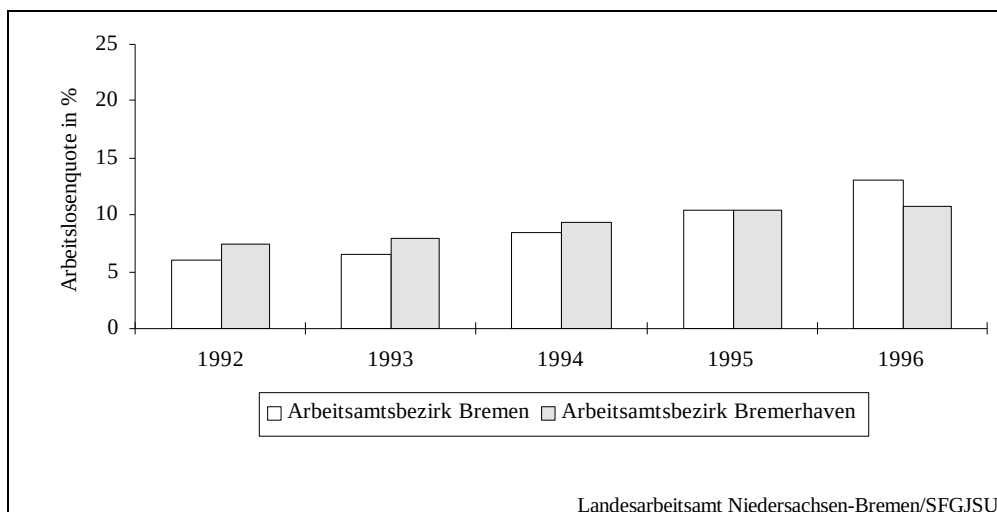
Abbildung 10: Entwicklung der Arbeitslosenquoten, 1992-1996



Als besonders besorgniserregend ist die Entwicklung der Arbeitslosenquoten der jüngeren Menschen, der ausländischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie der Langzeitarbeitslosen zu bewerten.

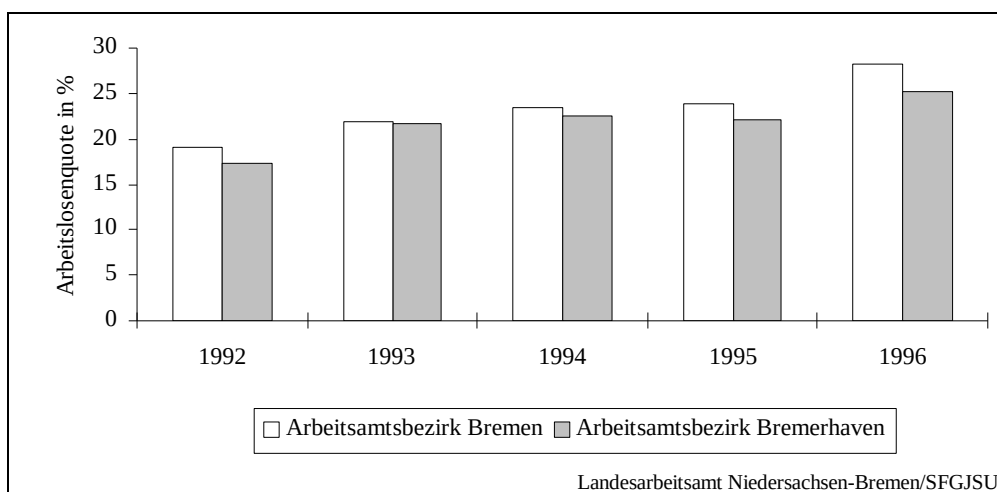
Hinsichtlich der Arbeitslosenquote junger Menschen ist in den letzten fünf Jahren eine deutliche Verschlechterung eingetreten. Diese war im Arbeitsamtsbezirk Bremen ausgeprägter als im Arbeitsamtsbezirk Bremerhaven.

Abbildung 11: Entwicklung der Arbeitslosenquote der unter 20 Jährigen, 1992-1996



Von Arbeitslosigkeit bedroht sind insbesondere auch ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In den Jahren 1992 bis 1996 stiegen die Arbeitslosenquoten der ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von 19,1% auf 25% im Arbeitsamtsbezirk Bremen und von 17,2% auf 25,1% im Arbeitsamtsbezirk Bremerhaven.

Abbildung 12: Entwicklung der Arbeitslosenquote ausländischer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, 1992-1996



Im Zeitraum 1993-1996 nahm die Zahl der Langzeitarbeitslosen in den Arbeitsamtsbezirken Bremen und Bremerhaven jeweils um 37% zu.

Tabelle 5: Zahl der Langzeitarbeitslosen, 1993-1996

	1993	1994	1995	1996
Arbeitsamtsbezirk Bremen	8.234	11.126	11.677	12.971
Arbeitsamtsbezirk Bremerhaven	3.482	4.590	5.089	5.563

Landesarbeitsamt Niedersachsen-Bremen/SFGJSU

2.3 Sozialhilfebezug

Sozialhilfeleistungen werden gewährt, wenn keine ausreichenden Grundlagen der Existenzsicherung vorhanden sind. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist der individuelle Nachweis der Bedürftigkeit.

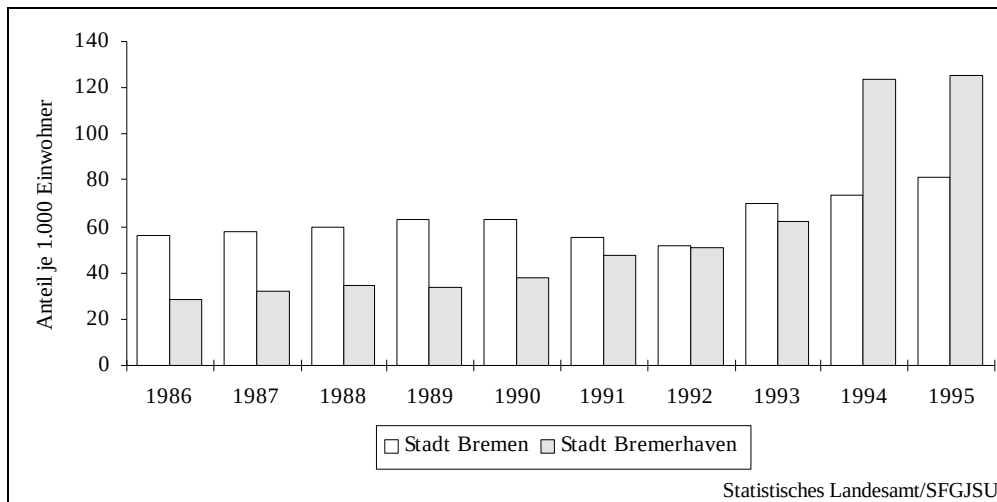
Datenbasis der nachfolgenden Darstellung ist die Bundes-Sozialhilfestatistik. Bei dieser Statistik ist von einer Untererfassung auszugehen. Darauf weist ein Projekt „Kennzahlen-katalog zur Hilfe zum Lebensunterhalt der Großstädte Deutschlands für das Jahr 1996“ hin, so daß die realen Zahlen höher liegen dürften⁹⁾.

Immer mehr Menschen müssen Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Am 31.12.1995 lebten im Land Bremen nahezu 61.000 Menschen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) bezogen, davon in der Stadt

⁹ Siehe dazu: Benchmarking: Hilfe zum Lebensunterhalt, Sozialhilfe in Bremen im Städtevergleich 1996, Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz

Bremen rund 44.500 und in der Stadt Bremerhaven etwa 16.300. Die Entwicklung ist insgesamt steigend.

Abbildung 13: Entwicklung des Anteils von Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) an der Gesamtbevölkerung im Land Bremen, 1986-1995



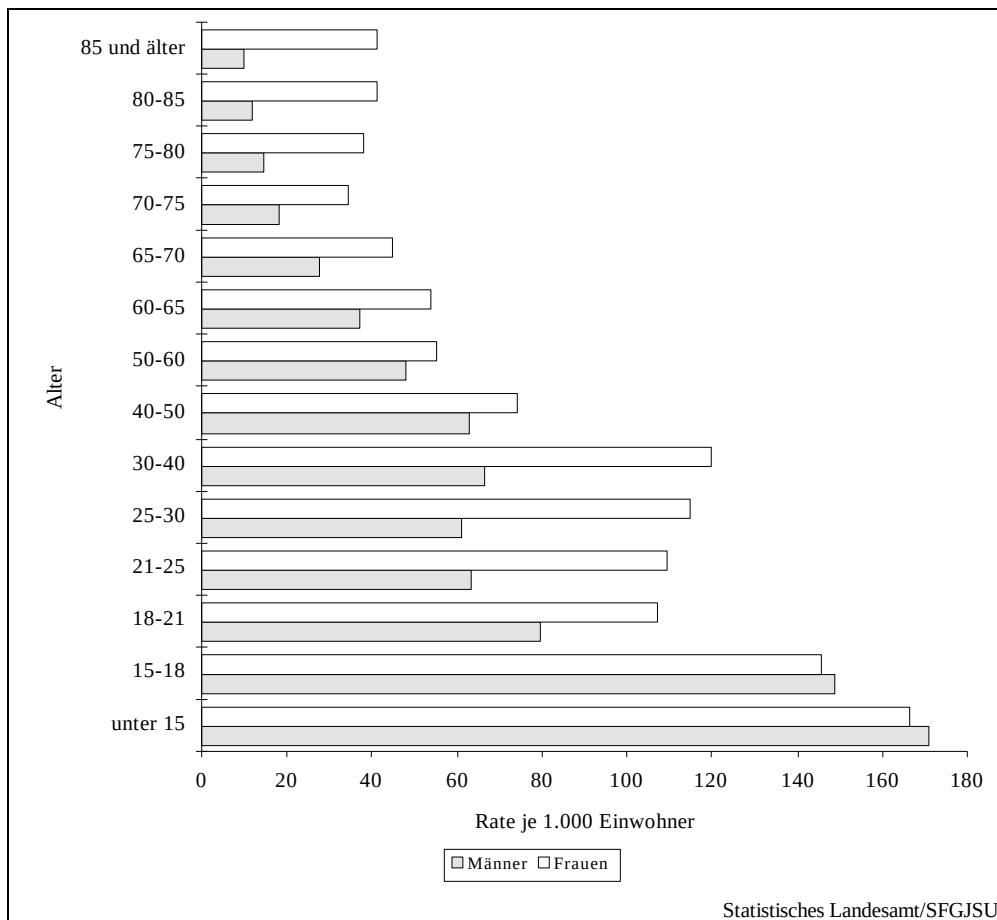
Die außerordentliche Steigerungsrate von 1993 auf 1994 in der Stadt Bremerhaven resultiert aus der Umstellung der Sozialhilfestatistik. Davor wurde im Sozialamt Bremerhaven ein überholtes maschinelles Verfahren verwendet, das nicht alle Fälle erfaßt hat, so daß vor 1994 in der Stadt Bremerhaven von einer Untererfassung auszugehen ist.

In der Stadt Bremen leben rund 16,8% aller Kinder unter 15 Jahren von der Sozialhilfe. Davon sind 6.335 Kinder unter sieben Jahren. Bezogen auf die Bremer Bevölkerung bedeutet dies, daß jedes 6. Kind unter sieben Jahren Sozialhilfeempfänger/in ist. Von allen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sind 28% Kinder unter 15 Jahren.

Auffallend ist, daß in nahezu jeder Altersgruppe der Anteil der Frauen hinsichtlich des Bezuges von Hilfe zum Lebensunterhalt deutlich überwiegt. Besonders große Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich ab der Altersgruppe der 75 Jährigen.

Der hohe Verwitwetenanteil und die häufig infolge der Kindererziehung reduzierte und verglichen mit Männern auf jeden Fall schlechter bezahlte Erwerbstätigkeit erklärt diese ökonomisch ungünstige Lage alter Frauen. 5,6% Prozent der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger waren 1995 in der Stadt Bremen über 65-jährige Frauen, bei den gleichaltrigen Männern waren es nur 1,5%.

Abbildung 14: Anteil von Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern in der Stadt Bremen nach Alter, 1995



Gemessen am Anteil der ganz jungen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger ist der Anteil älterer Menschen jedoch gering: insgesamt 3.163 Menschen über 65 Jahre bezogen 1995 Sozialhilfe (7,1%). Inwieweit dies tatsächlich die materielle Situation älterer Menschen widerspiegelt, ist fraglich, da davon auszugehen ist, daß ein Teil der älteren Bedürftigen keine Ansprüche geltend macht.

Ein deutliches Ungleichgewicht ist auch bei den 18-40 Jährigen zu beobachten. Im wesentlichen erklärt sich diese Differenz durch einen hohen Teil von Frauen, die ihre Kinder betreuen und/oder ohne Ausbildung sind und deshalb schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben.

Von Bedeutung ist darüber hinaus, daß 16,4 % oder 11.400 der in der Stadt Bremen lebenden Ausländerinnen und Ausländer vom Sozialhilfebezug leben müssen, während es lediglich 6,9 % oder 33.175 Menschen bei der deutschen Bevölkerung sind.

3 Woran sterben die Bremerinnen und Bremer? Eine Analyse der Todesursachenstatistik

- 3.1. Datenbasis
- 3.2. Lebenserwartung und Gesamtmortalität
- 3.3. Das Mortalitätsspektrum
- 3.4. Vorzeitige Sterbefälle
- 3.5. Die häufigsten Todesursachen in den verschiedenen Altersgruppen
 - 3.5.1 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren
 - 3.5.2 Exkurs: Drogennotfälle - Drogentodesfälle
 - 3.5.3 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren
 - 3.5.4 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren
- 3.6. Sozialräumliche Analyse der Mortalität in der Stadt Bremen
- 3.7. Zusammenfassung

3.1 Datenbasis

Die Todesursachenstatistik ist derzeit die zuverlässigste Quelle zur Beschreibung der bevölkerungsbezogenen Dynamik von Krankheitsentwicklungen. Mortalitätsraten und ihre zeitlichen Veränderungen ermöglichen die Reflexion eines sich wandelnden Spektrums von Erkrankungsursachen sowie von sozialen und medizinischen Entwicklungen und Strukturen als Determinanten lebensbedrohender Erkrankungen. Die Angaben der Mortalitätsstatistik bilden allerdings nur das Krankheitsgeschehen ab, welches ursächlich zum Tod geführt hat. Das bedeutet: die Belastung der Bevölkerung mit Krankheiten - das Morbiditätsgeschehen - mit seinem Einfluß auf präventive und versorgungsorientierte Planungen wird hierdurch nur begrenzt abgebildet. Eine vergleichbare Datenlage in Bezug auf das Morbiditätsgeschehen liegt jedoch nicht vor.

3.2 Lebenserwartung und Gesamtmortalität

Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Lebensalter. Für die vergangenen 100 Jahre läßt sich in Deutschland nahezu eine Verdopplung der Lebenserwartung beobachten, Tendenz weiter steigend. Die Ursache für die Zunahme ist vor allem durch den Rückgang der Säuglingssterblichkeit bedingt. Für die im Jahr 1995 Geborenen beträgt die statistische Lebenserwartung im Land Bremen für Männer 72,3 Jahre und für Frauen 78,8 Jahre - sie liegt damit für beide Geschlechter rund ein Jahr unter der Lebenserwartung in Deutschland (Männer 73,3 Jahre; Frauen 79,7 Jahre). Fragen über die Lebensqualität bei zunehmender Lebenserwartung bleiben leider gegenwärtig noch weitgehend unbeantwortet.

Neben dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit trägt auch der deutliche Rückgang der Sterblichkeit in den mittleren und höheren Altersgruppen zu der vermutlich weiter steigenden Lebenserwartung bei.

Die Gesamtmortalität oder allgemeine Sterblichkeit bezeichnet die Sterblichkeit an allen Todesursachen zusammengenommen.

Die Gesamtmortalitätsraten nehmen sowohl in Deutschland als auch in den Städten Bremen und Bremerhaven ab.

Abbildung 15: Entwicklung der Gesamtmortalität, Männer

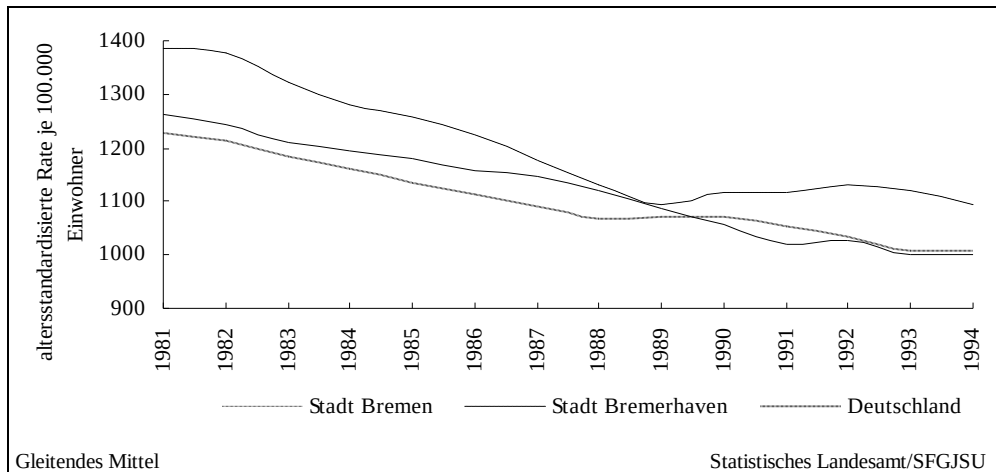
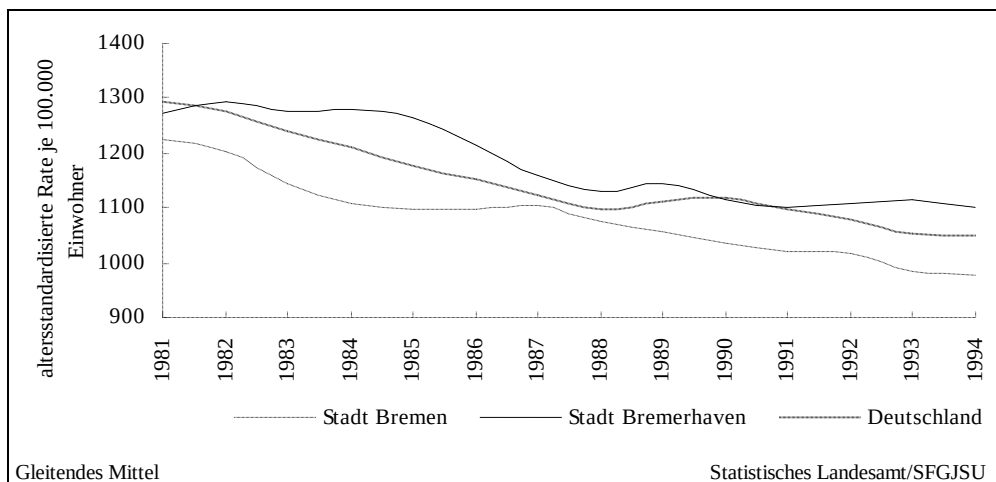


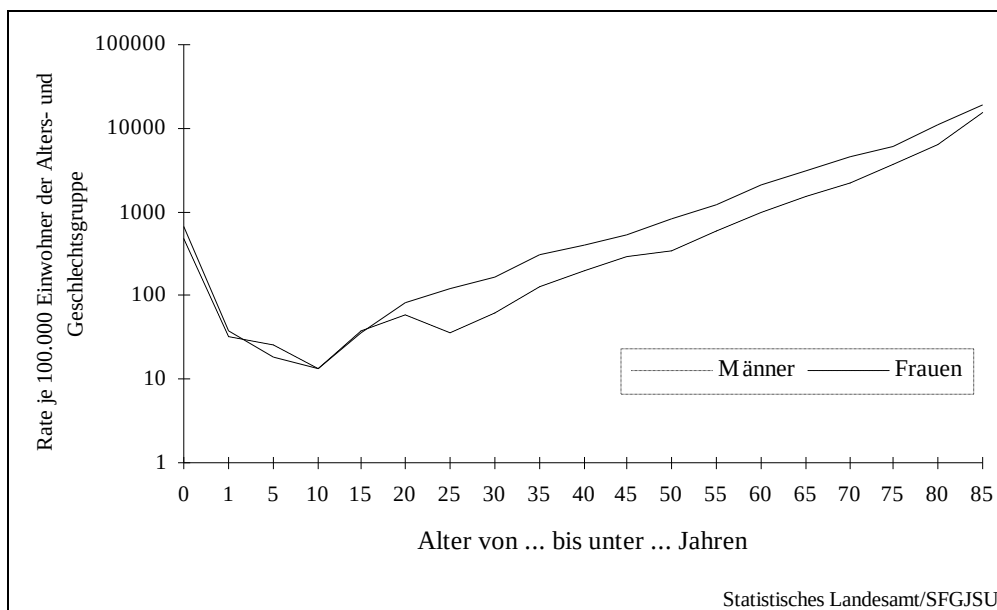
Abbildung 16: Entwicklung der Gesamtmortalität, Frauen



Obwohl Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, sterben absolut gesehen mehr Frauen; dies ist auf den größeren Bevölkerungsanteil älterer Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen. Im Jahr 1995 starben 4.403 Frauen, aber nur 3.975 Männer.

Die relative Sterblichkeit (bezogen auf 100.000 Einwohner) in den verschiedenen Altersgruppen zeigt die durchgängig höhere Sterblichkeit der Männer in nahezu allen Altersgruppen.

Abbildung 17: Alters- und geschlechtsspezifische Gesamtmortalität im Land Bremen, 1995



Ein altersspezifischer Vergleich der Gesamtmortalität in den Jahren 1980 bis 1985 mit dem Vergleichszeitraum 1990 bis 1995 zeigt, daß bei Männern mit Ausnahme der 15-34 Jährigen deutlichere Abnahmen zu verzeichnen sind als bei den Frauen. Bei den Männern erfolgten die höchsten Rückgänge bei Kindern (ein bis 14 Jahre) sowie bei den über 65 Jährigen.

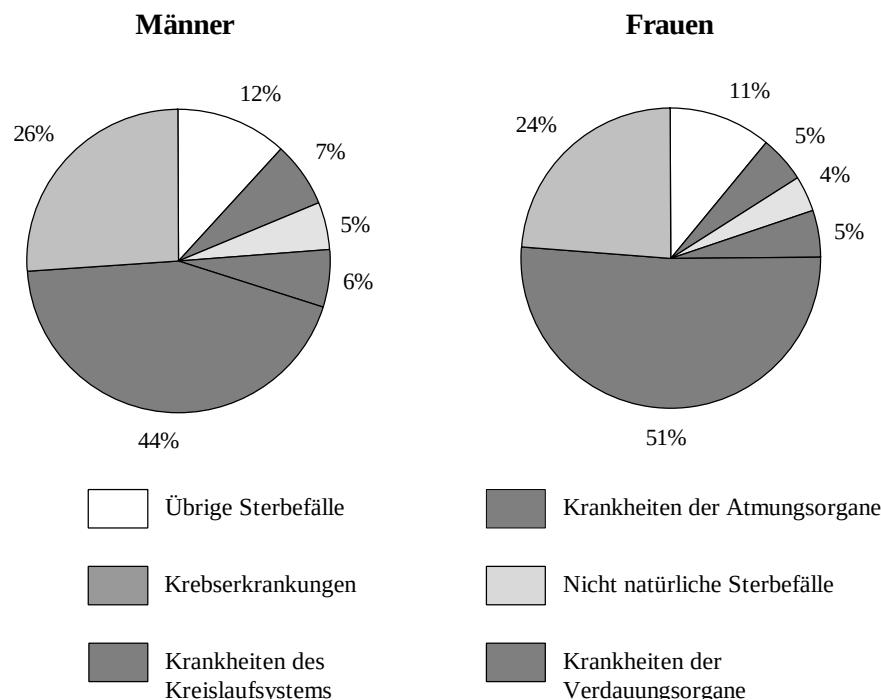
Tabelle 6: Altersspezifische Gesamtmortalitätsraten von Männern und Frauen im Land Bremen

Alters- und geschlechtsspezifische Gesamtmortalitätsraten je 100.000 Einwohner im Land Bremen im Zeitvergleich						
Alter	Männer			Frauen		
	1980/85	1990/95	Veränderung in %	1980/85	1990/95	Veränderung in %
1-14	38,9	25,7	-34	30,7	26,9	-12
15-34	123,4	116,6	-6	60,2	60,8	-16
35-64	888,9	770,3	-13	447	409	-9
65-79	5.783,1	4.679,4	-19	3.053	2.602,7	-15
Über 80	16.426,8	13.437	-18	11.805,7	10.150	-14

Statistisches Landesamt/SFGJSU

3.3 Das Mortalitätsspektrum

Haupttodesursache sind immer noch Herz-Kreislaufkrankungen, ihnen erlag 1995 im Land Bremen jede bzw. jeder zweite Verstorbene, von denen allein ein Viertel am Herzinfarkt verstorben sind. Jeder vierte Todesfall ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen, so daß insgesamt drei Viertel aller Todesfälle mit diesen beiden Erkrankungsgruppen zu erklären sind.

Abbildung 18: Mortalitätsspektrum im Land Bremen, 1995

An zweiter Stelle stehen im Land Bremen die bösartigen Neubildungen, 1995 verstarben 1.050 Männer und 1.059 Frauen an einem Krebsleiden. Die Krebssterblichkeit hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert.

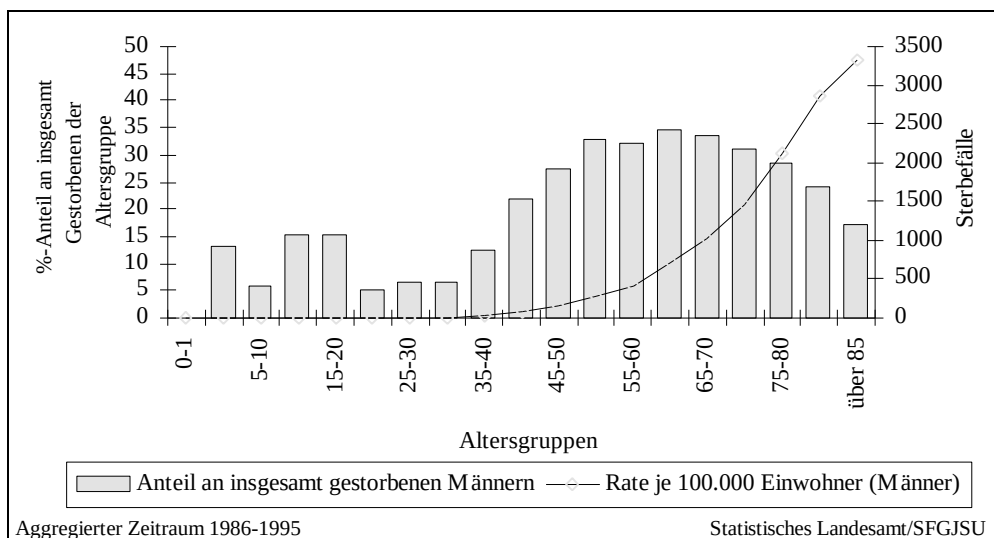
Inwieweit dies auch auf das Ausmaß und die Entwicklung von Krebserkrankungen zutrifft - insbesondere von solchen Krebsarten, die nicht zum Tode führen - kann hieraus nicht abgeleitet werden.

Zukünftig wird es jedoch möglich sein, genaue Analysen über das Krebsgeschehen im Land Bremen durchzuführen: Ab 1998 beginnt Bremen mit dem Aufbau eines Krebsregisters.

Für alle Krebsformen gilt, daß sie mit steigendem Alter exponentiell zunehmen. Die Bedeutung der verschiedenen Krebsformen als Todesursache in jungen und mittleren Altersgruppen stellt sich jedoch sehr unterschiedlich dar. Der jeweils höchste Anteil an der Gesamtsterblichkeit ergibt sich für Männer zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr mit mehr als 30% und für Frauen zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr mit über 50%. **Insgesamt ereigneten sich 1995 über 80% der krebbsbedingten Todesfälle in einem Lebensalter von über 60 Jahren.**

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die altersspezifische Krebssterblichkeit im Land Bremen zusammengefaßt für den Zeitraum 1986-1995.

Abbildung 19: Altersspezifische Sterblichkeit an Bösartigen Neubildungen im Land Bremen, Männer



Die „Gipfel“ bei den Kindern und Jugendlichen ergeben sich dadurch, daß in jüngeren Altersgruppen relativ wenige Menschen versterben. Einige Sterbefälle an Krebs führen dann zu einem relativ hohen prozentualen Anteil.

In den Jahren 1986-1995 wurden in der Altersgruppe der 10 bis 15 Jährigen insgesamt vier krebsbedingte Sterbefälle bei Jungen und fünf bei Mädchen registriert. Bei einer Gesamtsterblichkeit von 26 Jungen und 17 Mädchen in dieser Altersgruppe ergeben sich prozentuale Anteile von 15% bei den Jungen und 30% bei den Mädchen.

Abbildung 20: Altersspezifische Sterblichkeit an Bösartigen Neubildungen im Land Bremen, Frauen

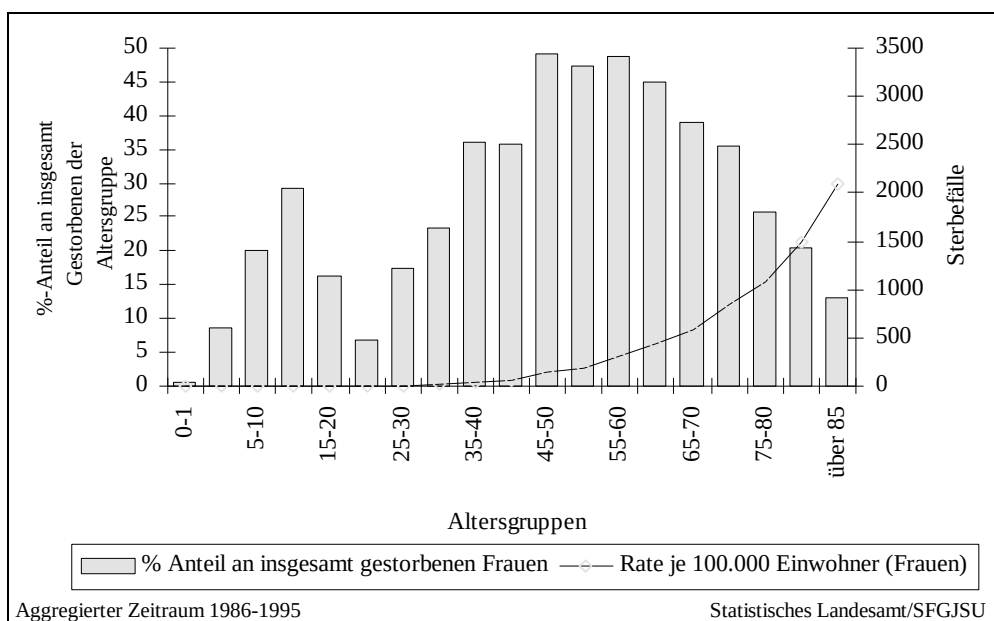


Tabelle 7: Das Krebsspektrum

Todesursache	ICD/9¹⁰⁾	Männer	Frauen
Bösartige Neubildungen insgesamt, darunter	140-208	287,3	272,9
der Bronchien und der Lunge	162	79,1	25,1
des Dickdarms	153-154	31,8	43,5
der weiblichen Brustdrüse	174		46,7
des Magens	151	11,0	14,0
der Prostata	185	29,6	
der Cervix Uteri	180		7,2
der Bauchspeicheldrüse	157	10,9	14,2
des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (u.a. Leukämien, Lymphdrüsenkrebs)	200-208	19,8	19,7
der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	140-149	10,0	2,9
Bösartiges Melanom der Haut	172	3,0	3,1

Land Bremen, altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner, alle Altersgruppen,
Zeitraum 1986 bis 1995 aggregiert

Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet sind quantitativ besonders bedeutsame Krebserkrankungen nach Lokalisationen bei Männern Erkrankungen der Lunge, des Dickdarms und der Prostata.

Bei den Frauen sind nahezu gleichbedeutend Brustkrebs und Dickdarmkrebs; an dritter Stelle steht bei ihnen der Lungenkrebs. Die anderen in der Tabelle aufgeführten Krebsformen erlangen erst in einem Alter von mehr als 65 Jahren Bedeutung.

Betrachtet man die Krebssterblichkeit nach Altersgruppen, hier die der unter 65 Jährigen, so zeigt sich, daß bei Männern Lungenkrebs, Leukämien und bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens führend sind und bei den Frauen Brustkrebs, Lungenkrebs und Bösartige Neubildungen des Mastdarms/Dickdarms zu den drei dominierenden krebsbedingten Todesursachen gehören.

10 ICD/9 = Internationale Klassifikation von Krankheiten, 9. Revision

Abbildung 21: Sterblichkeit an ausgewählten Krebsarten* im Land Bremen, 1986-1995, Männer

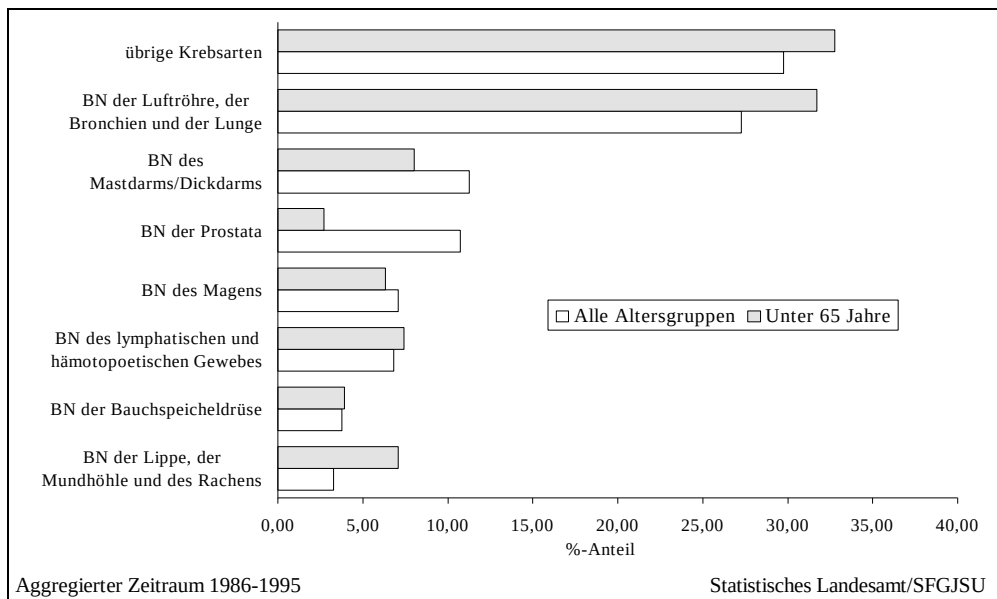
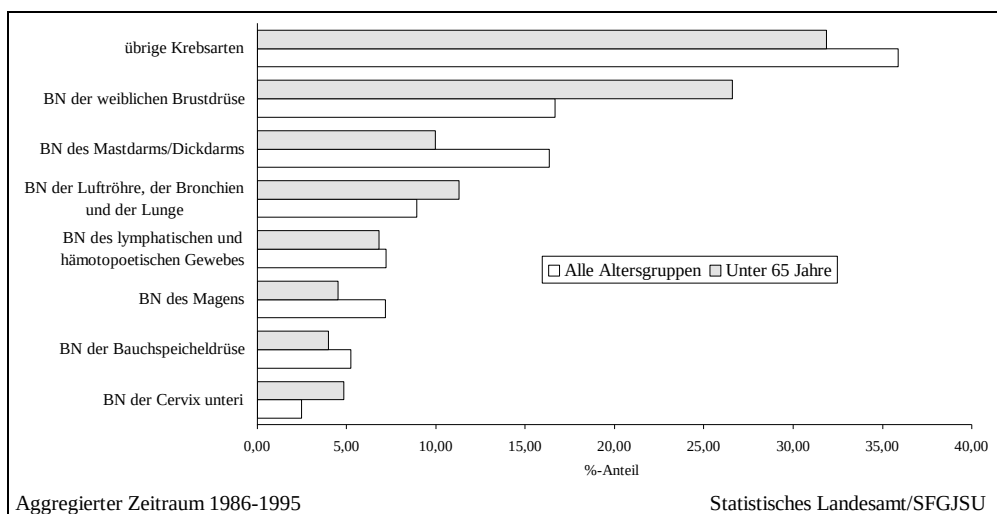


Abbildung 22: Sterblichkeit an ausgewählten Krebsarten* im Land Bremen, 1986-1995, Frauen



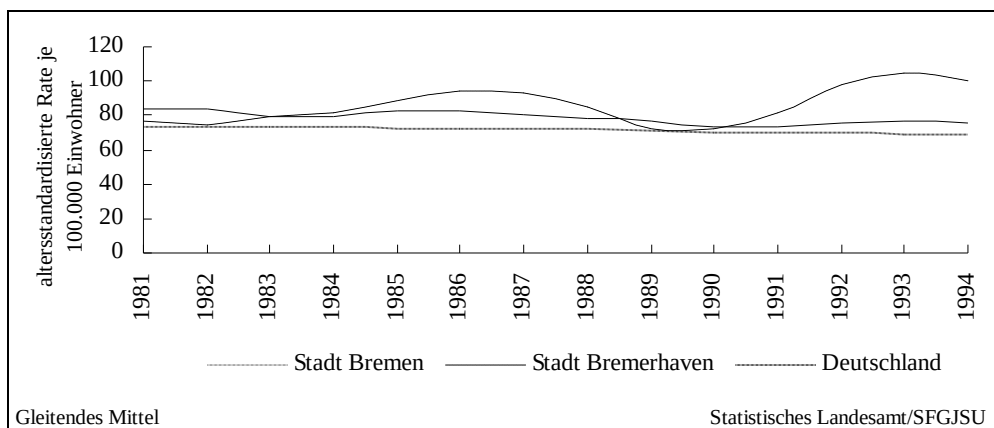
*BN bedeutet Bösartige Neubildungen

Die häufigste krebbsbedingte Todesursache bei Männern ist der Lungenkrebs. Im Zeitraum 1986 bis 1995 verstarben 2.907 Männer an dieser Erkrankung; bezogen auf 100.000 Einwohner sind das im Durchschnitt 79 Männer jährlich. Im Vergleich dazu sind es bei den Frauen lediglich 25.

Lungenkrebs gilt zwar wie die meisten anderen Krebsformen als multifaktoriell bedingte Erkrankung, dennoch belegen zahlreiche Studien einen engen Zusammenhang zwischen Rauchen und der Entstehung von Lungenkrebs. Das relative Risiko von Rauchenden, an Lungenkrebs zu erkranken, ist im Vergleich zu Nichtrauchenden um das etwa 10-13fache erhöht. Weitere, meist multiplikativ wirkende Risiken liegen in beruflichen und umweltbedingten Expositionen zum Beispiel mit Asbest.

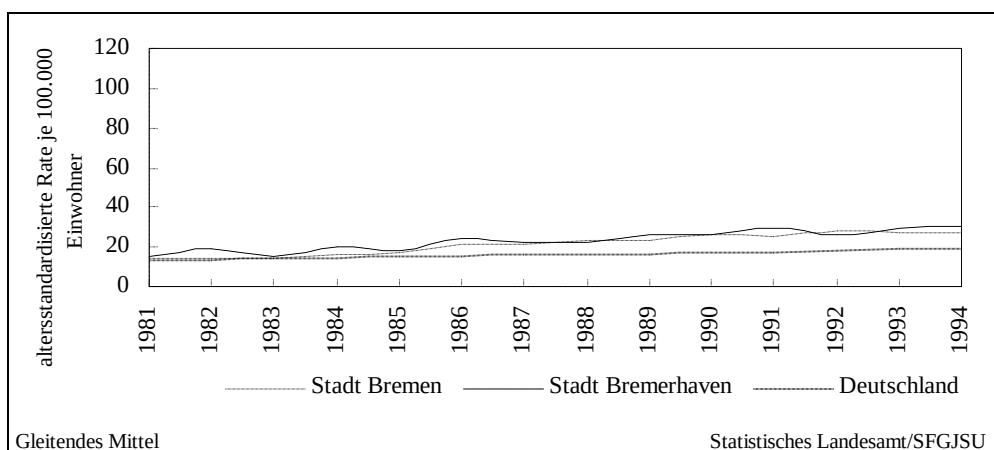
Die Lungenkrebsmortalität liegt sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Stadt Bremen und der Stadt Bremerhaven über dem Bundesdurchschnitt. Während jedoch die Sterblichkeit bei Männern - ausgehend von einem hohen Niveau - geringfügig abnahm, waren bei den Frauen im gleichen Zeitraum kontinuierlich steigende Raten zu beobachten. Starben 1980 noch etwa fünf mal mehr Männer als Frauen an Lungenkrebs - so waren es 1995 nur noch knapp drei mal so viele. Unter dem Aspekt, daß im Land Bremen ein vergleichsweise hoher Anteil von Beschäftigten in der Werftindustrie tätig war - und daß die Erkrankung erst nach vielen Jahren feststellbar ist, ist bei den Männern eine Abnahme der Lungenkrebssterblichkeit auf ein deutlich niedrigeres Niveau in naher Zukunft nicht zu erwarten.

Abbildung 23: Entwicklung der Lungenkrebsmortalität, Männer



Die Schwankungen der Bremerhavener Raten ergeben sich aus kleinen Fallzahlen, sind zufallsbedingt und lassen daher keine aussagekräftige Interpretation eines Trends zu.

Abbildung 24: Entwicklung der Lungenkrebsmortalität, Frauen



Bei Männern erreicht die Mortalität an Lungenkrebs im Alter zwischen 60 und 65 Jahren mit knapp 12% den höchsten Anteil an der Gesamtsterblichkeit, bei Frauen im Alter zwischen 65 und 70 Jahren mit etwa 6%.

Abbildung 25: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, Männer

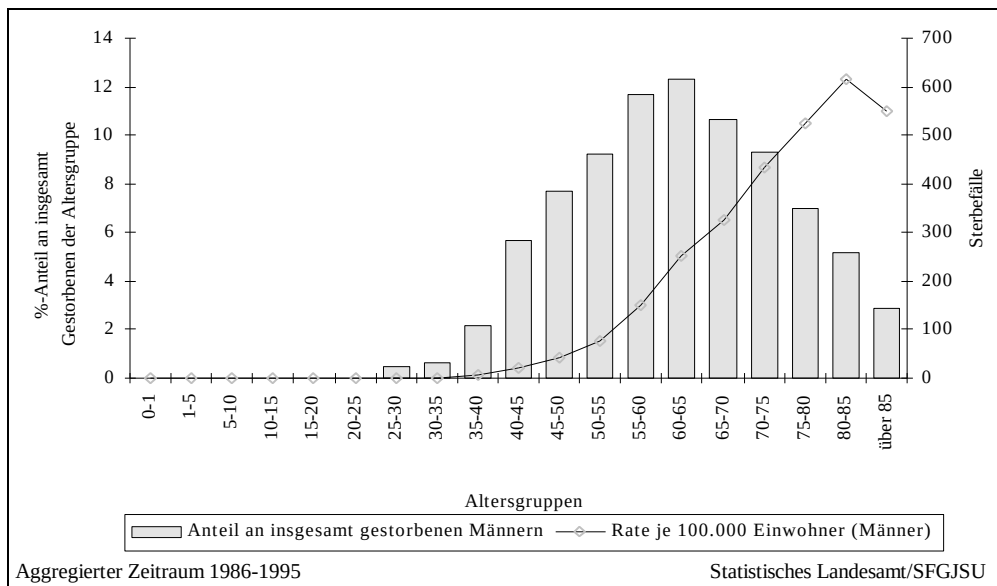
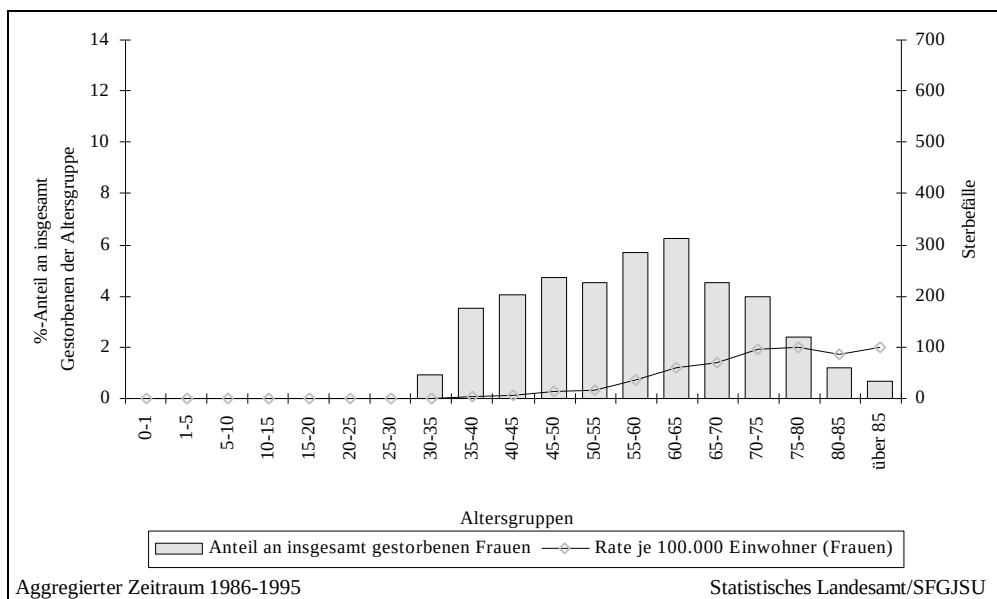


Abbildung 26: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, Frauen

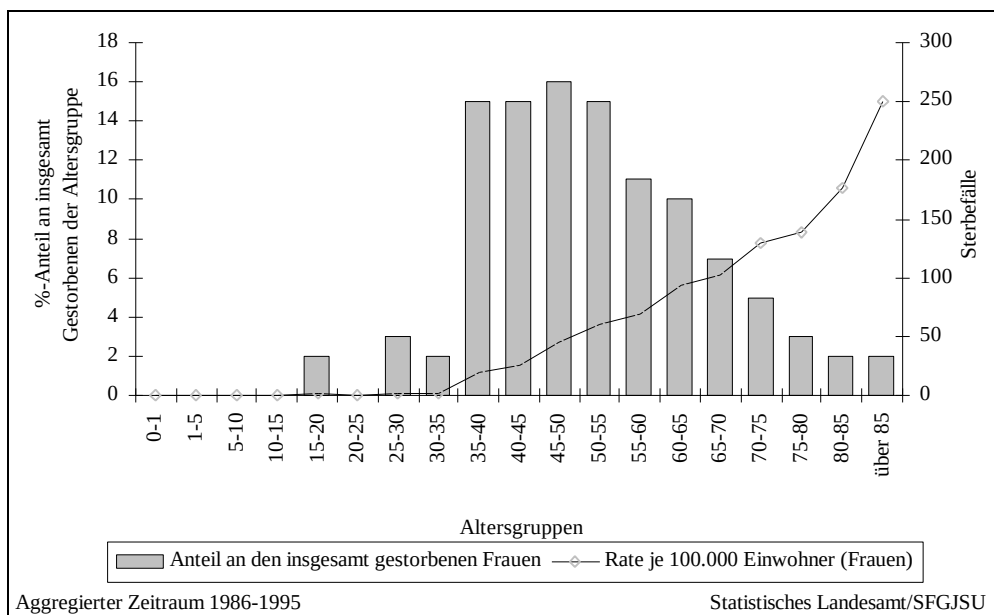


Lungenkrebs ist erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der Entwicklung klinisch festzustellen. Trotz verbesserter Diagnostik und optimierter Therapie sind Maßnahmen zur Lebensverlängerung meist nur von begrenztem Erfolg, so daß zur Senkung der Lungenkrebsmortalität derzeit nur präventive Maßnahmen - z.B. Nichtrauchen, Arbeitsschutzmaßnahmen, Verringerung von Schadstoffen in Innenraum- und Außenluft - greifen könnten.

Bei Frauen dominiert Brustkrebs, Tendenz weiter steigend. Bei Frauen zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr ist Brustkrebs (Mammakarzinom) die häufigste Todesursache. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß in dieser Altersgruppe insgesamt relativ wenige Frauen sterben, so daß „häufigste Todesursache“ nicht gleichbedeutend ist mit einer großen Zahl von Sterbefällen.

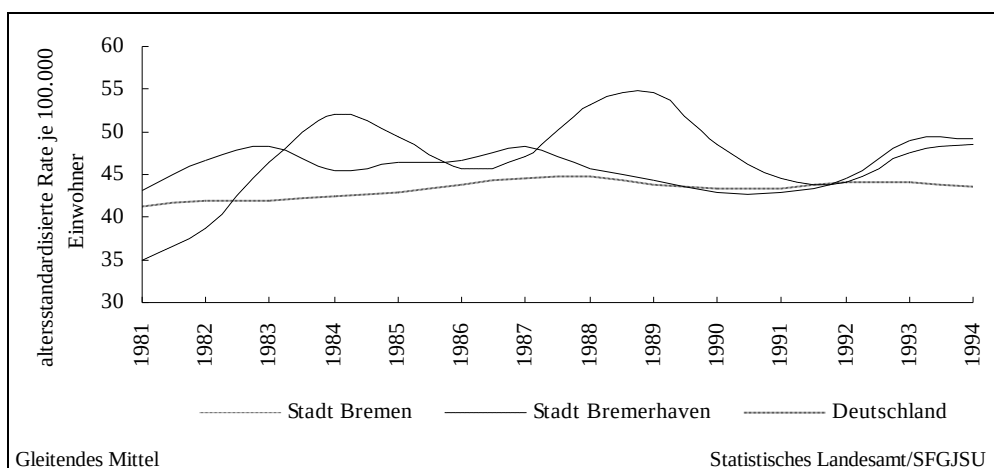
In den Jahren 1986 bis 1995 verstarben im Land Bremen insgesamt 1.495 Frauen an Brustkrebs. In der Altersgruppe zwischen 45 und 50 Jahren wurden 16% aller Sterbefälle durch das Mammakarzinom verursacht. Das Risiko, an Brustkrebs zu versterben, erhöht sich mit zunehmendem Alter (über 65 Jahre) deutlich.

Abbildung 27: Altersspezifische Sterblichkeit an Brustkrebs im Land Bremen, Frauen



Beim Mammakarzinom zeigt sich für die Bundesrepublik ein stetiger leichter Anstieg der Mortalitätsraten ebenso wie für die Stadt Bremen und die Stadt Bremerhaven, wobei die Mortalitätsraten für die Städte Bremen und Bremerhaven geringfügig über denen der Bundesrepublik liegen.

Abbildung 28: Entwicklung der Brustkrebsmortalität, Frauen



Die Ursachen für die Entstehung von Brustkrebs sind zwar nicht bekannt, aber epidemiologische Studien haben Erkenntnisse über Risikofaktoren geliefert, die allerdings zum Teil kontrovers diskutiert werden. Ein statistisch gesehen erhöhtes Risiko zu haben, ist jedoch nicht gleichbedeutend damit, daß die Erkrankung unausweichlich eintreten wird: auch mit erhöhten Risikofaktoren ist es immer noch wahrscheinlicher, nicht an Brustkrebs zu erkranken.

Die nachfolgend genannten Faktoren gelten aufgrund epidemiologischer Studien in der Fachwelt als Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren:

- Eine nähere Blutsverwandte (Mutter oder Schwester) in der Familie ist vor Eintritt in die Menopause bereits an Brustkrebs erkrankt,
- niedriges Menarche-Alter und/oder ein hohes Alter bei Menopauseneintritt (also Frauen, die länger als 30 Jahre menstruieren),
- Alter bei der Geburt des ersten Kindes: Frauen, die zum Beispiel erst im Alter von über 30 Jahren ihre erste Schwangerschaft austragen, haben etwa das gleiche Risiko wie Frauen, die kein Kind gebären,
- die Stilldauer scheint einen positiven Einfluß - also schützende Wirkung - zu haben,
- auch ernährungsbedingte Faktoren können eine Rolle spielen: Zwar ist der jahrelang als den Krebs begünstigende hohe Fettanteil in der Nahrung inzwischen als Einflußgröße umstritten, doch gilt Übergewicht als ein Risikofaktor,
- ebenfalls diskutiert wurde und wird der Einfluß langandauernder Hormoneinnahme. Während für die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva ("die Pille") kein erhöhtes Risiko gefunden wurde, ist heute davon auszugehen, daß eine langfristige Östrogen substitution in den Wechseljahren das Brustkrebsrisiko erhöht.

Dazu Prof. Dr. Schönhöfer, Leiter des Instituts für Klinische Pharmakologie am Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße:

"Im Juni 1995 wurden die Ergebnisse der bisher größten epidemiologischen Studie zum Brustkrebsrisiko in der postmenopausalen Substitutionsbehandlung publiziert. Nach den Ergebnissen dieser Studie scheint die Zunahme des Brustkrebsrisikos durch die Östrogen-Substitution in den Wechseljahren bislang deutlich unterschätzt worden zu sein: Eine 30%ige Zunahme der Brustkrebserkrankungen findet sich offenbar nicht erst bei einer Behandlungsdauer von über 15 Jahren, sondern schon ab dem 5.-9. Behandlungsjahr. In der Altersgruppe von 60-64 Jahren findet sich sogar eine Risikozunahme um 70%, wenn die Frauen zu diesem Zeitpunkt mehr als fünf Jahre lang Hormone eingenommen haben. Da der Nutzen von Östrogenen bei ausgeprägten, starken Wechseljahrsbeschwerden unstrittig ist, bestehen gegen eine Behandlung für längstens fünf Jahre keine grundsätzlichen Bedenken. Eine längerfristige Substitution sollte nur in wenigen Sonderfällen nach individueller Risikoaufklärung und -abwägung erwogen werden."

In jüngerer Zeit wird über genetische Komponenten des Brustkrebses intensiv geforscht. Zwar haben diese Forschungen bislang zu keinen Konsequenzen bezüglich der Verhütung, Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms geführt; es wird aber bereits daran gedacht, daß Frauen, die z.B. eine nahe Verwandte haben, die an Brustkrebs erkrankt ist, sich einer genetischen Untersuchung unterziehen sollten.

Welche Konsequenzen bei einem positiven Ergebnis allerdings daraus zu ziehen wären - vorgeschlagen wird u.a. die „prophylaktische“ Abnahme einer oder beider Brüste - in welchem Lebensalter eine solche Diagnostik durchgeführt werden sollte und welchen Nutzen das Wissen für eine betroffene Frau haben könnte, muß angesichts der derzeitigen Behandlungserfolge kritisch diskutiert werden.

Ohnehin vermuten Wissenschaftler/-innen und Forscher/-innen, daß lediglich bei 5% der Frauen, die an Brustkrebs erkranken, genetische Ursachen eine Rolle spielen.

Derzeit kann nur durch eine sehr frühzeitige Erkennung eine rechtzeitige Behandlung im Sinne der Heilung erreicht werden, da sich in den letzten 30 Jahren gezeigt hat, daß die Behandlung eines klinisch manifesten Brustkrebses zu keiner wirklich nennenswerten Senkung der Mortalität geführt hat. Unter Früherkennung wird die Identifizierung eines Karzinoms einer Größe von weniger als einem Zentimeter verstanden. In diesem Stadium ist die Wahrscheinlichkeit einer Metastasierung noch am geringsten und mit der Entfernung eines Tumors die Heilungschance am größten.

Eine Auswertung der Tumornachsorgeleitstelle Bremen von Befunden bei Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, hat gezeigt, daß zum Zeitpunkt der Diagnose zwar bei fast jeder zweiten Frau der Tumor eine Größe von weniger als zwei Zentimetern aufwies - das bedeutet jedoch andererseits, daß er bei jeder zweiten Frau eine Größe von mehr als zwei Zentimetern hatte. Bei 4% der Brustkrebspatientinnen wurden primär Fernmetastasen diagnostiziert, bei 11 % der Frauen fehlten hierzu Angaben oder der Ausschluß von Fernmetastasen war nicht sicher zu beurteilen. Immerhin wiesen 85% der Frauen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose keine Fernmetastasen auf.

Eine Form der Früherkennung ist die Selbstuntersuchung...

Trotz widersprüchlicher Ergebnisse wissenschaftlicher Studien über den Nutzen der Selbstuntersuchung (im Sinne einer Senkung der Brustkrebsmortalität), trägt diese gegenwärtig zur Erkennung von Tumoren maßgeblich bei: 60-80% aller Tumoren werden von den Frauen selbst und meist zufällig entdeckt. Die Selbstuntersuchung bietet einige Vorteile: Sie ist kostenlos, leicht zu erlernen und wird immer zuverlässiger, je regelmäßiger sie durchgeführt wird. Trotzdem gibt es Hinweise darauf, daß sie von vielen Frauen aus Angst, dabei tatsächlich etwas zu entdecken oder auch mangels Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Erkennung und Beurteilung von Veränderungen nicht vorgenommen wird.

Die Propagierung der Selbstuntersuchung unter rein diagnostizierenden Aspekten kann jedoch auch zu einer Segmentierung des weiblichen Körpers führen und Ängste schüren oder wie Susan Love, eine der führenden Brustkrebsspezialistinnen in den USA, Professorin für Chirurgie und Inhaberin eines Lehrstuhls für Frauengesundheit, schreibt: „Ich bin nicht gegen das Prinzip der Selbstuntersuchung, sondern nur gegen die Vorstellung, eine Frau sollte ihre Brüste betrachten wie feindliche Soldaten, die man auf Waffen durchsucht.“

Der Wert der Selbstuntersuchung liegt vor allem darin, mit dem eigenen Körper vertraut zu werden. In vielen gynäkologischen Praxen liegen Broschüren aus, die in graphischen Darstellungen Anleitung zur Selbstuntersuchung geben.

Dennoch scheint die Selbstuntersuchung noch zu verbessern zu sein, indem insbesondere das "richtige" Vorgehen geübt wird. Die ärztliche Früherkennungsuntersuchung bietet eine gute Möglichkeit, die Effizienz der Selbstuntersuchung zu erhöhen. Entsprechend der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist die Anleitung zur Selbstuntersuchung fester Bestandteil der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

... eine andere Form ist die Mammographie.

Die Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) ist derzeit das einzige technische Verfahren, welches sich für ein Früherkennungs- Screening am ehesten eignen würde - Bestandteil der Krebsfrüherkennung ist sie derzeit in Deutschland nicht. Heute wird eine Mammographie insbesondere zur diagnostischen Aufklärung eines auffälligen Tastbefundes oder bei Frauen angewandt, die anamnestisch ein besonderes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, aufweisen.

Da es bei einem Screening um die Untersuchung gesunder Frauen geht, kommt es vor allem auf eine hohe Sensitivität (richtig-positiv-Anteil: Anteil der "Kranken", die als krank erkannt werden) und Spezifität (richtig-negativ-Anteil: Anteil der "Gesunden", die als unauffällig erkannt werden) des Screening-Tests an. Bei der Mammographie ist beides gegeben, wenn sie von qualifiziertem und erfahrener Personal unter Verwendung qualitativ hochwertiger Geräte ausgeführt wird.

Es gibt allerdings auch kritische Stimmen zu Sinn und Zweck der Mammographie als Screeningmethode. Für die Diskussion der Sinnhaftigkeit der Mammographie als Früherfassung ist von entscheidender Bedeutung, ob der Krebs noch rechtzeitig vor dem Übergang einer lokal begrenzten Erkrankung zur systemischen Erkrankung gefunden werden kann. Unbestritten ist, daß die Mammographie tatsächlich in der Lage ist, symptomlose Tumoren im präklinischen Stadium zu erfassen.

Verlängerte Überlebenszeiten bei solchen Früherkennungen gelten statistisch als gesichert. Allerdings könnte dieser Effekt auch darauf zurückzuführen sein, daß durch eine Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes, ohne daß sich die Prognose grundsätzlich verbessert, bereits eine längere Überlebenszeit resultiert.

Bei systematischen Früherkennungsuntersuchungen werden langsam wachsende Tumoren schneller erkannt als schnell wachsende. Damit bringt jedes systematische Früherkennungsprogramm eine günstigere Stadienverteilung. Es bleibt aber letztendlich unklar, ob sich jede im Screening erfaßte Frühform zu einem malignen (bösartigen) Tumor entwickeln würde.

Die Wirksamkeit des Screenings ist bei Frauen über 50 Jahre durch Mammographie mit oder ohne klinische Untersuchung zur Zeit unbestritten, wenn sie in Früherkennungszentren - also auf die Durchführung und Beurteilung von Mammographiebefunden spezialisierte Einrichtungen - durchgeführt wird. Die Intervalle, in denen die Mammographie durchgeführt werden sollte, werden noch diskutiert. Die Empfehlungen schwanken zwischen jährlich bis alle zwei oder drei Jahre.

Der positive Effekt eines Mammographiescreenings muß allerdings an seinen "Nebenwirkungen" gemessen werden. Die Strahlenbelastung stellt bei Anwendung moderner Technologien nach heutigem Erkenntnis kein unvertretbares Risiko dar, wobei hierzu einschränkend anzumerken ist, daß die langfristigen Folgen eines frühen

und regelmäßigen Mammographierens noch nie untersucht wurden, da die meisten Studien maximal einen Fünf-Jahreszeitraum betrachten¹¹⁾.

Nur jede 3. Frau geht zur Krebsfrüherkennung. Etwa 30 bis 35% der berechtigten Frauen, die gesetzlich krankenversichert sind, nehmen an der Krebsfrüherkennung teil¹²⁾. Die Beteiligung am Früherkennungsprogramm ist zudem altersabhängig: höhere Beteiligungsraten finden sich bei den Frauen in der Altersgruppe von 20 bis 49 Jahren, hier nehmen durchschnittlich 40% teil.

Eine Analyse der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen im Land Bremen für das Jahr 1994 speziell für die Untersuchung der Brust (Tastuntersuchung und Anamnese) ergibt folgendes Bild:

- bei insgesamt 87.538 Untersuchungsfällen ergaben sich in 1.252 Fällen (das entspricht 1,43 % der Untersuchungsfälle) ein verdächtiger Befund.
- Von diesen wurden 27 Fälle durch weitere diagnostische Maßnahmen bestätigt (2,16% der Verdachtsfälle),
- in 12 Fällen (0,96% der Verdachtsfälle) war eine Beantwortung nicht möglich,
- die Zahl der nicht-bestätigten Verdachtsfälle betrug absolut 1.213 oder 96,88 % der Verdachtsfälle¹³⁾.

Diese Daten sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da nachgehende Untersuchungen oftmals nicht in die Statistik mit einfließen, und zum anderen ist zu vermuten, daß insgesamt weniger Fälle im Rahmen der Krebsfrüherkennung entdeckt werden als im Zusammenhang mit sonstigen gynäkologischen Untersuchungen.

Dennoch hat insbesondere die hohe Fehlerrate bei der Erkennung von Mammakarzinomen bundesweit zur Kritik an der jetzigen Qualität der Untersuchungen geführt, da der einmal ausgesprochene Verdacht ein hohes Maß an Belastung für die Patientinnen bedeutet.

Die hohe Zahl weiterer diagnostischer Maßnahmen, letztlich unnötiger Eingriffe zur Befundabsicherung und deren psychische und physische Folgen sind beträchtlich und gegen die geringe Zahl der so aufgedeckten Krebserkrankungen und deren Heilungsmöglichkeiten abzuwägen.

11 Selbstverständlich gehen auch hier die Meinungen in der Fachwelt weit auseinander, und es gibt durchaus Fachärztinnen und -ärzte, die davon ausgehen, daß eine Strahlenbelastung durch die regelmäßige Mammographie selbst krebsauslösend wirken kann.

12 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

13 Sonderanalyse für die KV Bremen, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Köln

Was ist zu verbessern? Konsequenzen für die Praxis!

Um Frauen zukünftig sachgerechter und angstfreier über das Thema Brustkrebs informieren und beraten zu können, sind Konzepte für eine alters- und zielgruppenspezifische Information und Aufklärung zu entwickeln. Denn in den unterschiedlichen Altersgruppen sind durchaus unterschiedliche Informationen relevant - zum Beispiel in Bezug auf die Einnahme von Ovulationshemmern oder von Östrogenpräparaten, aber auch Fragen der Ernährung, Empfehlungen zu regelmäßiger Untersuchung der Brust oder zur Bedeutung familiärer Vorerkrankungen.

Andere Beispiele gelungener Prävention haben deutlich gemacht, wie wichtig es ist, die jeweiligen Zielgruppen genau zu kennen und die ihnen adäquaten Botschaften zu vermitteln. Generelle und in diesem Sinne unspezifische Präventionsansätze zeigen dagegen in aller Regel weniger Wirkung.

Die Tatsache, daß lediglich 30-35% der anspruchsberechtigten gesetzlich krankenversicherten Frauen das Angebot der Krebsfrüherkennung wahrnehmen, stimmt nachdenklich - auch wenn unter den gegebenen Umständen die Effizienz der Früherkennung noch nicht optimal ist.

Bei Optimierung der Früherkennungsprogramme wären Analysen darüber notwendig, welche Frauen die Früherkennung in Anspruch nehmen und welche nicht, um gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Rate vorschlagen zu können.

In Bremen wurde bislang keine Erhebung des technischen Standards der Mammographien durchgeführt. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß die Situation sich nicht gänzlich von der untersuchten Regionen in Deutschland unterscheidet; daß also technische Standards zur Durchführung der Mammographie ebenso wie die Beurteilungssicherheit durch den Arzt oder die Ärztin noch nicht optimal sind.

Um insbesondere Verbesserungen der Beurteilung von Mammographiebefunden zu erzielen, hat das Institut MEVIS der Universität Bremen in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen ein Programm zur Qualifizierung der Fachärztinnen und -ärzte, die die Mammographieergebnisse interpretieren, entwickelt.

Diese Maßnahme sollte, um eine zuverlässige Aussage über Stand, Entwicklung und Ergebnis zu ermöglichen, unbedingt evaluiert werden. Ziel der Evaluation müßte neben der Messung des Interventionsergebnisses auch ein Methodenvergleich sein, der eine wissenschaftlich begründete Standardsetzung als Konsequenz ermöglichen könnte.

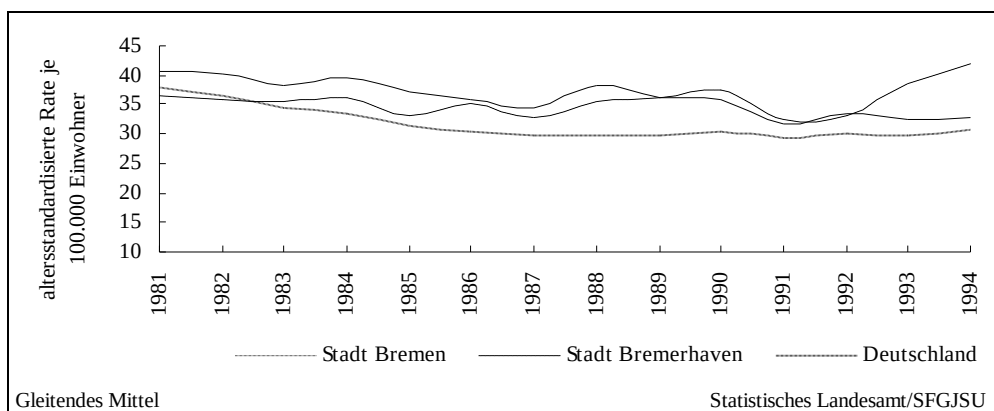
Die Sterblichkeitsraten für Leberzirrhose liegen in den Städten Bremen und Bremerhaven über den Raten Deutschlands und zwar im gesamten Beobachtungszeitraum (1980-1995).

Etwa 25-35% aller chronischen Lebererkrankungen werden durch Virushepatitiden verursacht. Die häufigste Form der Leberzirrhose stellt jedoch die alkoholtoxische Leberzirrhose mit etwa 40-50% dar.

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es widersprüchliche Aussagen über die eine Leberzirrhose auslösende Menge und Dauer des Alkoholkonsums. Die Angaben schwanken zwischen einer täglichen Aufnahme von 41g bei Frauen - das entspricht etwa 0,8 l Bier oder 0,4 l Wein - bis zu 180g über mehrere Jahre. Als unbestritten gilt, daß Frauen für eine alkoholtoxische Leberzirrhose empfindlicher sind als Männer.

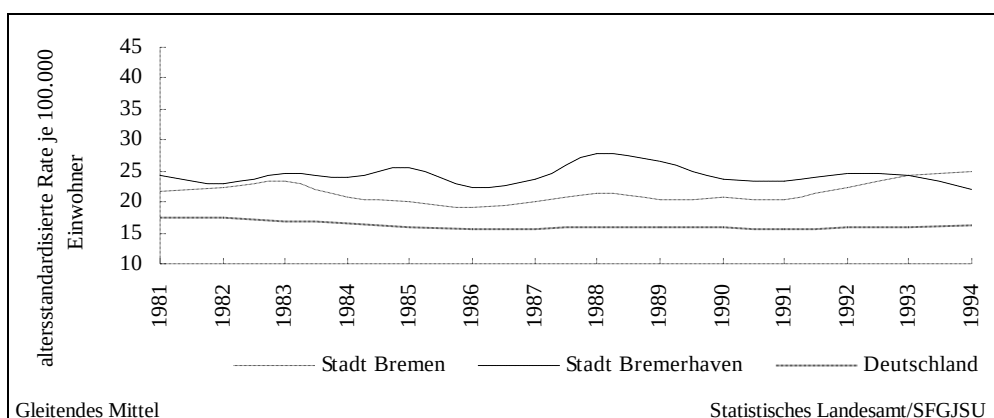
Die Leberzirrhosemortalität liegt in den Städten Bremen und Bremerhaven - besonders deutlich bei den Frauen - im gesamten Beobachtungszeitraum über den Raten Deutschlands.

Abbildung 29: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose, Männer



Die starken Schwankungen der Bremerhavener Raten ergeben sich aus den kleinen Fallzahlen. Die Schwankungen sind zufallsbedingt und lassen daher keine aussagekräftige Interpretation eines Trends zu.

Abbildung 30: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose, Frauen



Die altersspezifische Darstellung zeigt, daß in der Altersgruppe der 40-45 Jährigen bei Männern jeder zehnte Sterbefall und bei Frauen etwa 15% aller Sterbefälle auf Leberzirrhose zurückzuführen sind. Bezogen auf 100.000 Einwohner ist die Altersgruppe der 60-65 Jährigen die am stärksten betroffene: es sterben jährlich im Durchschnitt 125 Männer und 61 Frauen in diesem Alter an Leberzirrhose (aggregierter Zeitraum 1986 bis 1995).

Abbildung 31: Altersspezifische Sterblichkeit an Leberzirrhose, Männer

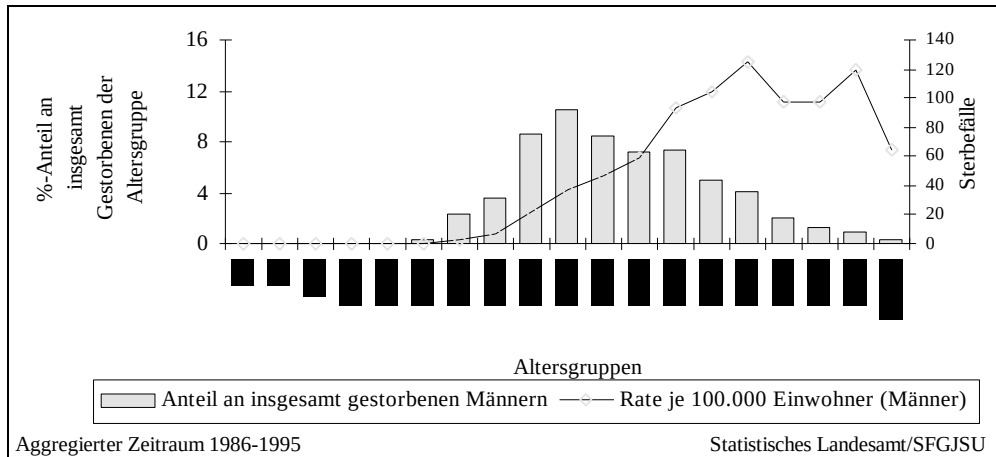
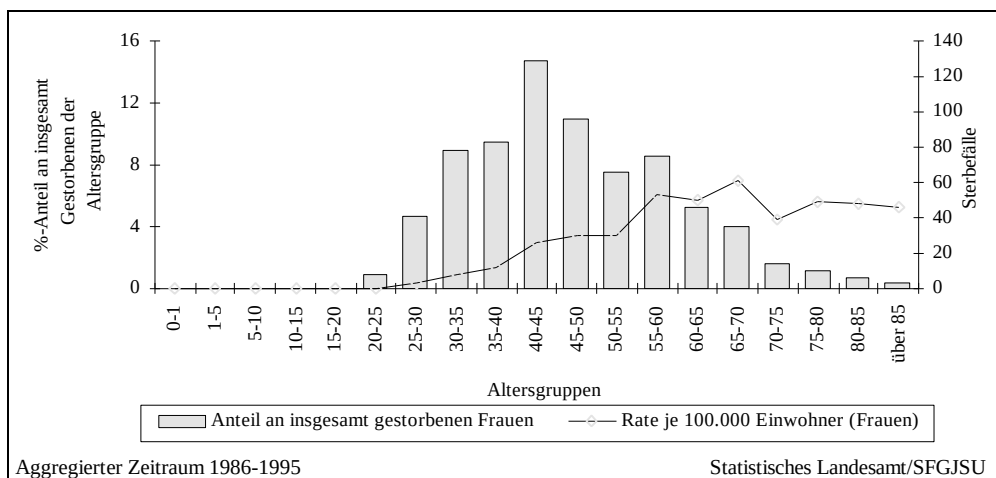


Abbildung 32: Altersspezifische Sterblichkeit an Leberzirrhose, Frauen



Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nehmen in ihrer Bedeutung als Todesursache mit steigendem Alter exponentiell zu - und sie verursachen bereits im jüngeren Lebensalter eine erhebliche Mortalität.

Auch als ökonomischer Faktor sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Bedeutung: So wurde beispielsweise in Deutschland 1992 jede siebte medizinische Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt, und allein in der Arbeiterrentenversicherung wurden 22% aller gewährten Frührenten (1993) aus diesem Grunde gewährt¹⁴⁾.

14 Bergmann, 1996

Die häufigsten Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall sind Rauchen, ein erhöhter Blutdruck und ein erhöhter Cholesterinspiegel. Daneben spielen Übergewicht, mangelnde körperliche Bewegung und Diabetes eine wesentliche Rolle für das Erkrankungsrisiko.

Die Mortalität kardiovaskulärer Krankheiten liegt in beiden Städten des Landes Bremen - insbesondere bei den Frauen - unter den Raten für Deutschland. Dies gilt sowohl für die ischämischen Herzkrankheiten¹⁵⁾ (ICD/9 410-414) als auch für die zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD/9 430-438).

Die Entwicklung der Mortalität an ischämischen Herzkrankheiten zeigt bundesweit eine abnehmende Tendenz. Dieser Trend ist auch für die Stadt Bremen festzustellen, wobei die Raten sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich unter denen Deutschlands liegen.

Abbildung 33: Entwicklung der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, Männer

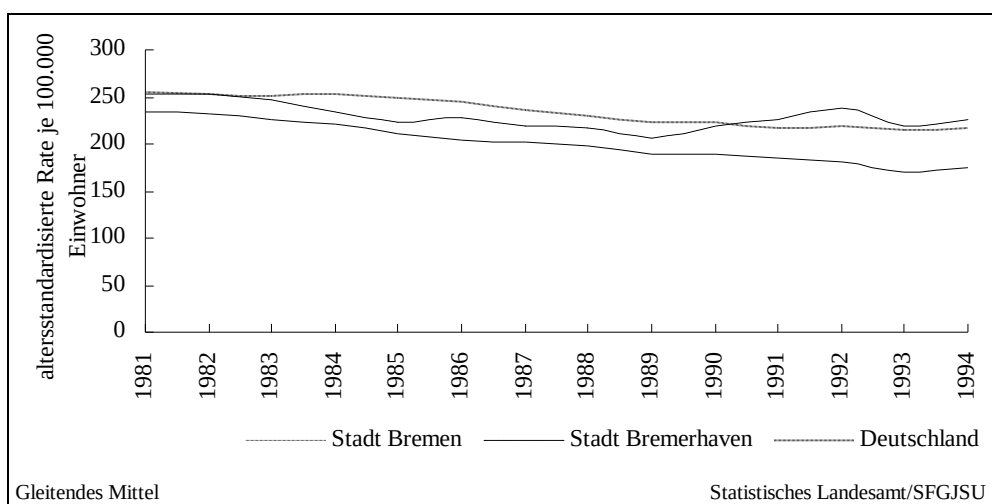
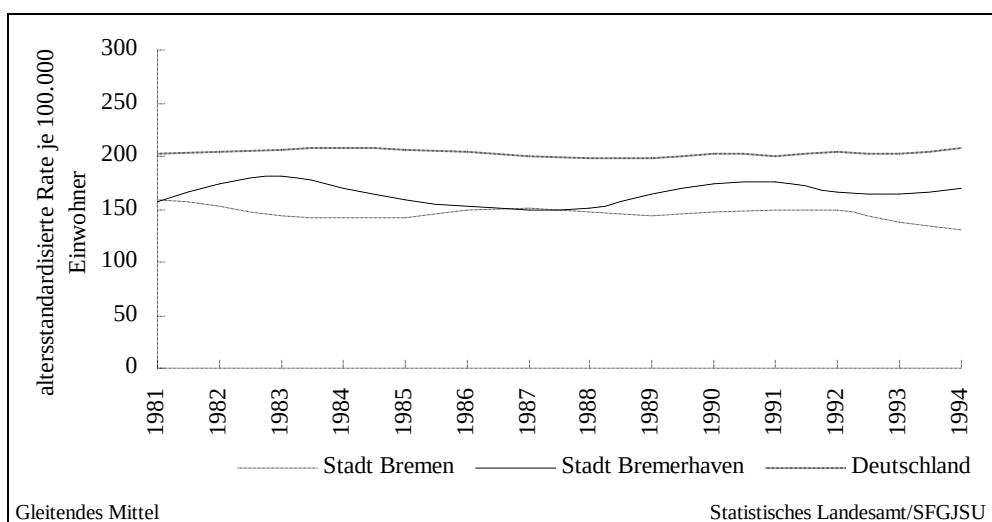


Abbildung 34: Entwicklung der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, Frauen



15 Mangel durchblutung der Herzkranzgefäße

Die Mortalitätsrate der Stadt Bremerhaven liegt über der der Stadt Bremen, seit 1990 ist hier zudem ein Anstieg zu verzeichnen. Den nachfolgenden Graphiken ist zu entnehmen, daß

- das Sterberisiko für ischämische Herzkrankheiten mit steigendem Alter deutlich zunimmt,
- bei Männern der prozentuale Anteil an insgesamt Gestorbenen in der Altersgruppe der 65-70 Jährigen am höchsten ist,
- Frauen Herzkrankheiten deutlich weniger als Männer erliegen und
- bei Frauen erst in der Altersgruppe der 75-80 Jährigen der prozentuale Anteil am höchsten ist.

Abbildung 35: Altersspezifische Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten im Land Bremen, Männer

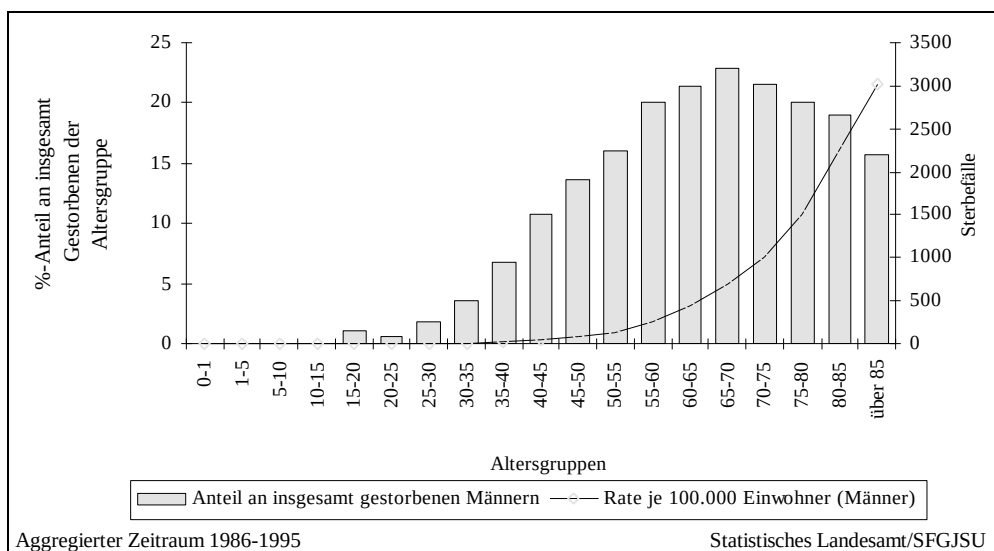
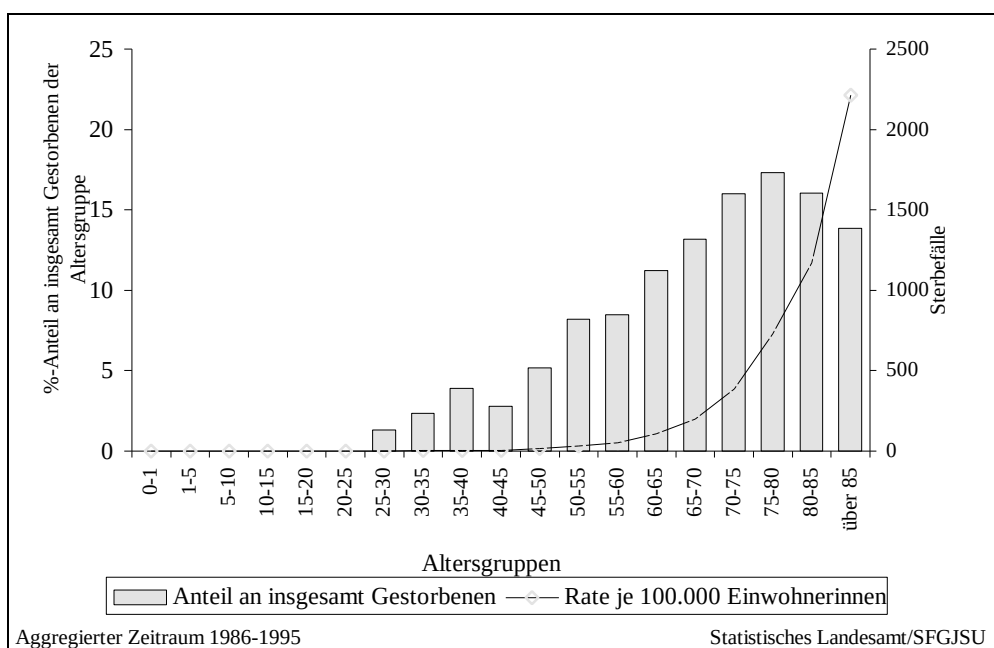


Abbildung 36: Altersspezifische Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten im Land Bremen, Frauen



Die häufigste spezifische Todesursache innerhalb der Gruppe ischämischer Herzerkrankungen stellt der Herzinfarkt dar. Die Mortalität nach einem akuten Herzinfarkt (ICD/9 410) beträgt etwa 35%, wobei sich etwas mehr als die Hälfte aller Todesfälle in der Phase vor der Krankenhausaufnahme ereignen.

Die Herzinfarktsterblichkeit zeigt bundesweit eine abnehmende Tendenz. Bis Mitte der achtziger Jahre lag die Herzinfarktrate in den Städten Bremen und Bremerhaven - insbesondere bei Frauen - deutlich unter der Deutschlands. Während sich in der Stadt Bremen seitdem die Herzinfarktrate der Männer kaum noch von der Deutschlands unterscheidet, ist in der Stadt Bremerhaven sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ein deutlicher Anstieg der Mortalität zu verzeichnen.

Abbildung 37: Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit, Männer

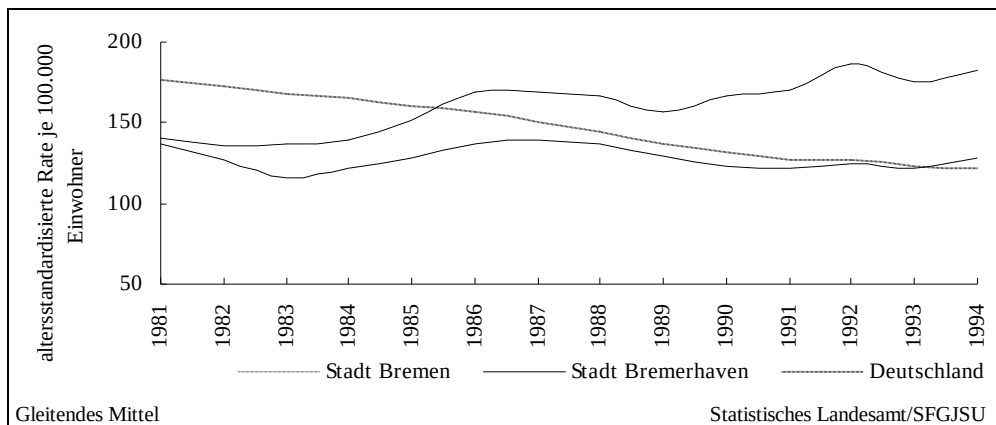
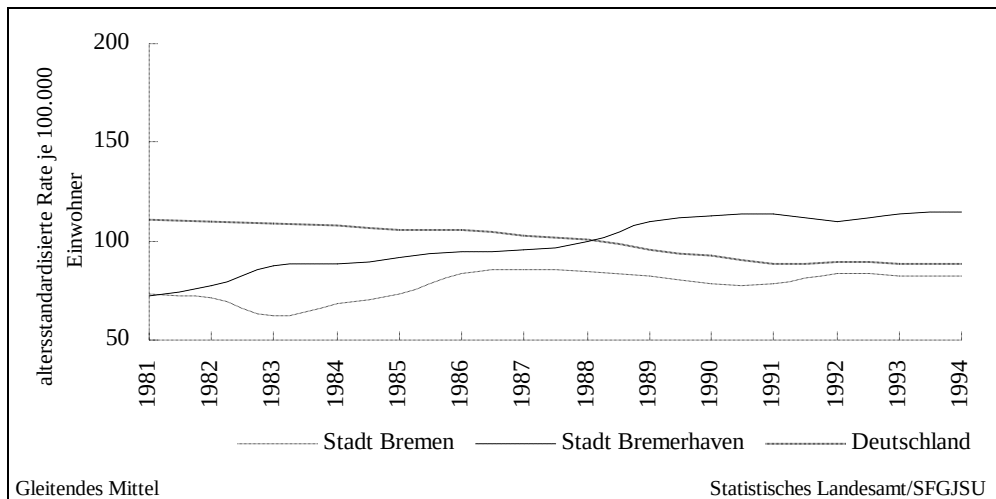


Abbildung 38: Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit, Frauen



Die Analyse der altersspezifischen Sterblichkeit im Land Bremen zeigt, daß

- Männer früher, nämlich in einem Alter zwischen 55 und 70 Jahren, und
- häufiger als Frauen am Herzinfarkt sterben.

So sterben beispielsweise von 100.000 Männern im Alter zwischen 60 und 65 Jahren durchschnittlich pro Jahr 339 durch einen Herzinfarkt, bei den Frauen sind es hingegen 85.

Abbildung 39: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, Männer

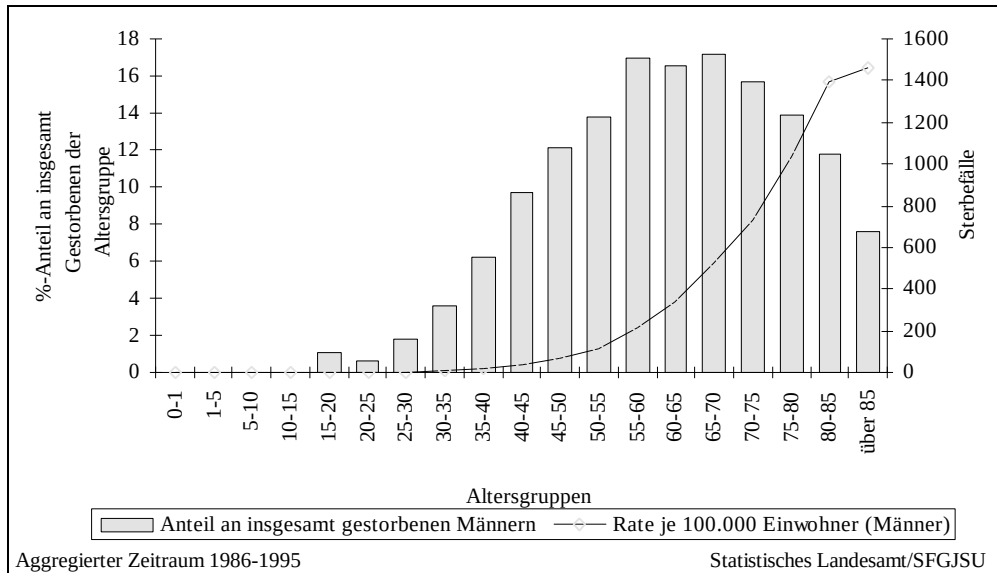
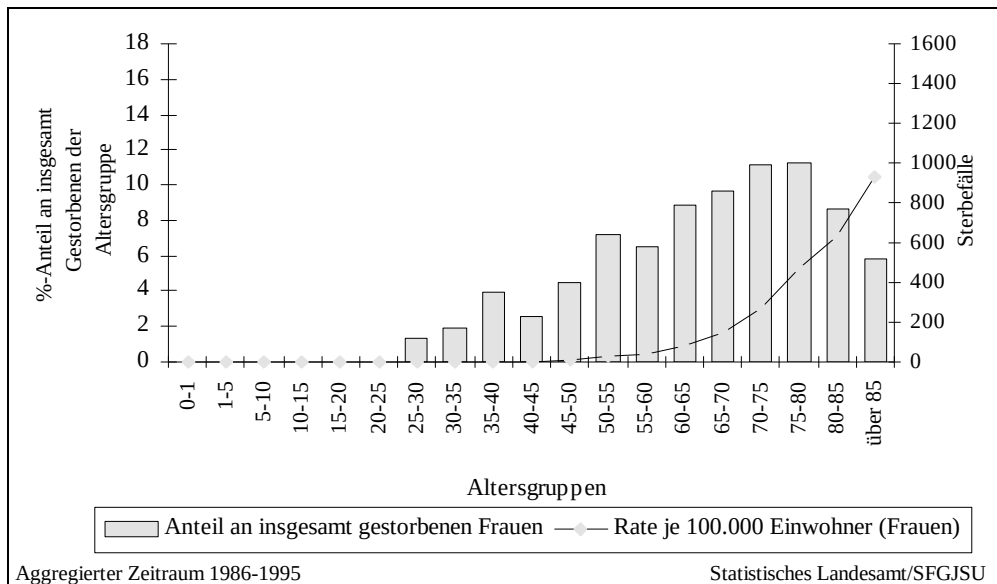


Abbildung 40: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, Frauen



Zerebrovaskuläre Erkrankungen stehen in der Mortalitätsstatistik der westlichen Länder hinter den Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs an 3. Stelle. Die Symptomatik dieser Erkrankungen (ICD/9 430-438), die unter dem Begriff „Schlaganfall“ (Hirnfarkt, apoplektischer Insult) zusammengefaßt werden, sind durch Durchblutungsstörungen des Gehirns mit meist schlagartig auftretenden Funktionsstörungen des Gehirns gekennzeichnet.

Die Ursachen des Schlaganfalls sind vor allem

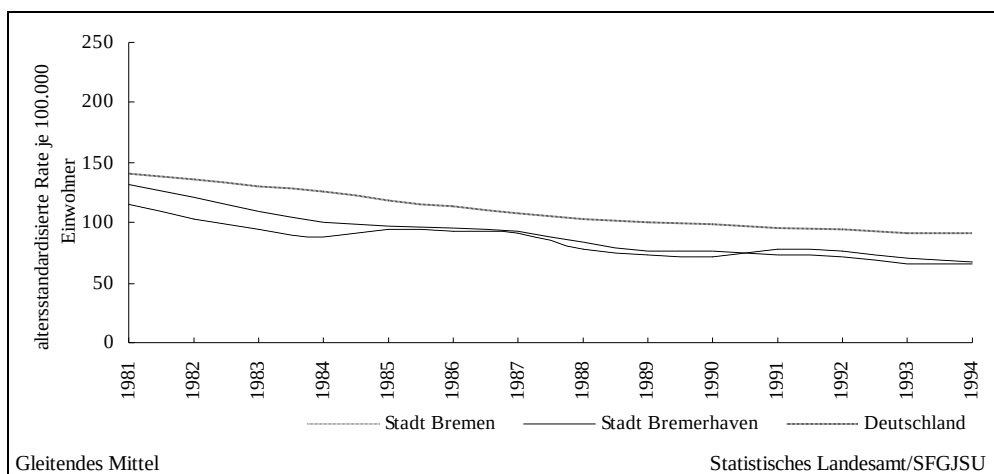
- Arteriosklerose („Arterienverkalkung“),
- Thrombose (Blutpfropfbildung) oder
- Thromboembolie (akute Verlegung der arteriellen Strombahn durch einen verschlepp-ten Blutpfropf).

Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) des Schlaganfalls liegt in den meisten Industrieländern bei jährlich 150 je 100.000 Einwohner und die Prävalenz (Bestand an Erkrankten) bei 600 je 100.000 Einwohner, Tendenz steigend.

Als bedeutendster Faktor, der zur Entstehung dieser Erkrankung beiträgt oder ihre Entwicklung begünstigt (Risikofaktor), zählt der Bluthochdruck. Zudem konnte belegt werden, daß Rauchen das Hirnfarktisiko um das dreifache erhöht. Es wurde außerdem beobachtet, daß bei Alkoholismus, der Einnahme von Ovulationshemmern, Übergewicht oder einem erhöhten Cholesterinspiegel ein zwar statistisch nicht bedeutsames, aber tendenziell höheres Schlaganfallrisiko besteht.

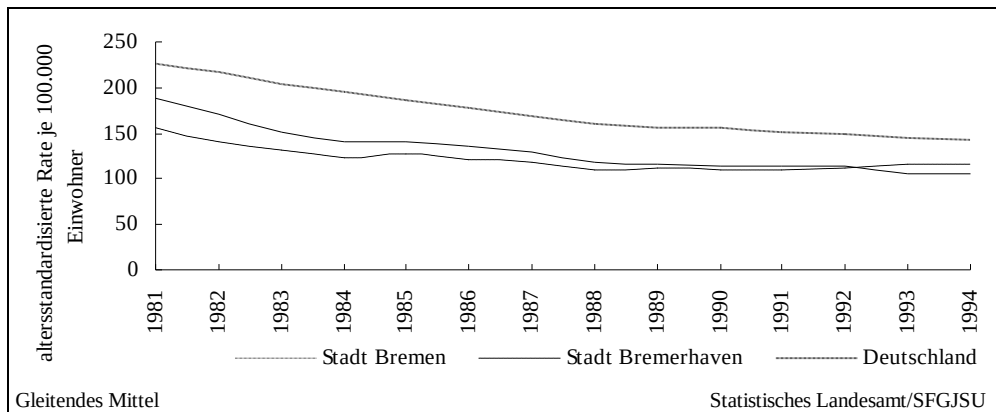
In den letzten Jahren sank die Mortalität an zerebrovaskulären Erkrankungen. Diese Tendenz konnte bereits im Gesundheitsbericht Bremen 1992, dessen Beobachtungszeitraum 1970 begann, beobachtet werden, ebenso wie die Tatsache, daß die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen in den Städten Bremen und Bremerhaven deutlich unter der Rate Deutschlands liegt. Während die Sterblichkeit in der Stadt Bremerhaven Anfang bis Mitte der achtziger Jahre unter der Rate der Stadt Bremen lag, ist seit 1987 eine Angleichung beider Städte zu verzeichnen.

Abbildung 41: Entwicklung der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen, Männer



Die Entwicklung der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich verlaufen - die Mortalitätsraten nehmen ab. Insgesamt sterben jedoch mehr Frauen als Männer an zerebrovaskulären Erkrankungen.

Abbildung 42: Entwicklung der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen, Frauen



Die nachfolgenden Abbildungen zeigen, daß sowohl das Sterberisiko als auch die Bedeutung zerebrovaskulärer Erkrankungen als Todesursache mit dem Alter kontinuierlich zunimmt.

Abbildung 43: Altersspezifische Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen im Land Bremen, Männer

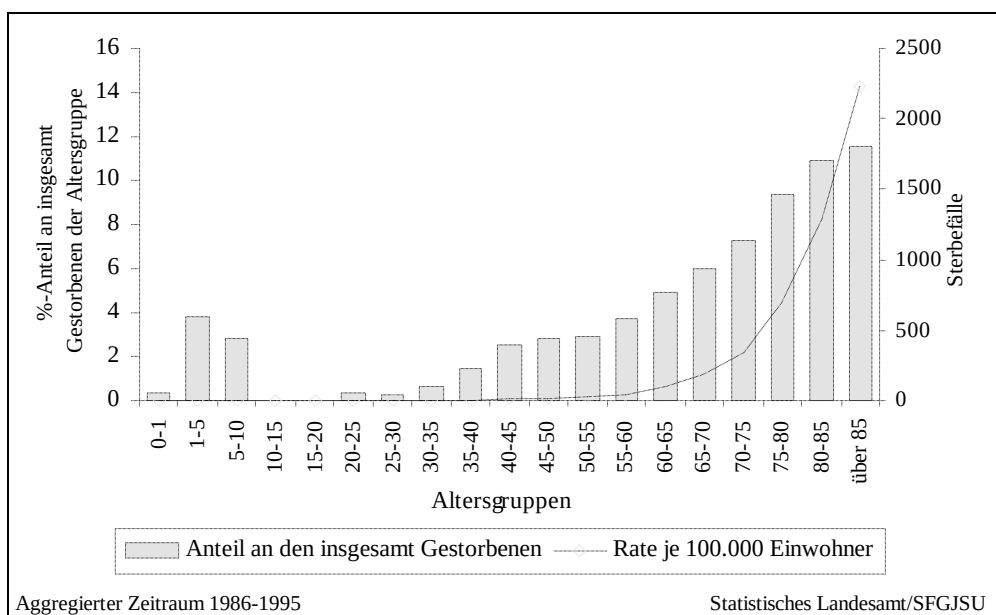
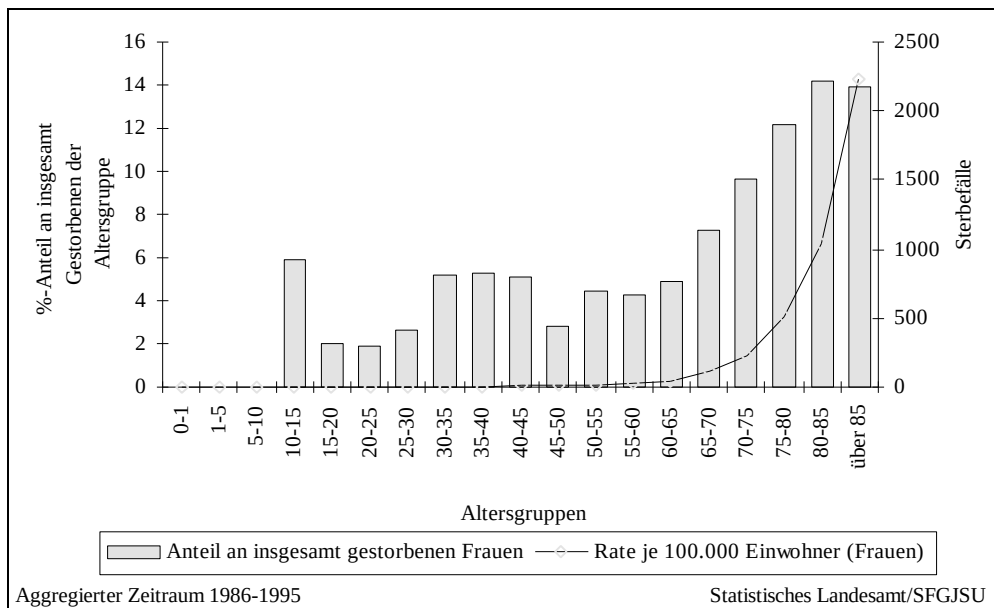


Abbildung 44: Altersspezifische Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen im Land Bremen, Frauen



26 Männer und 15 Frauen je 100.000 Einwohner haben im Jahr 1995 ihr Leben durch Selbsttötung beendet - das sind mehr als doppelt so viele Männer und mehr als dreimal so viele Frauen wie beispielsweise durch Verkehrsunfälle zu Tode gekommen sind.

Abbildung 45: Entwicklung der Suizidsterblichkeit, Männer

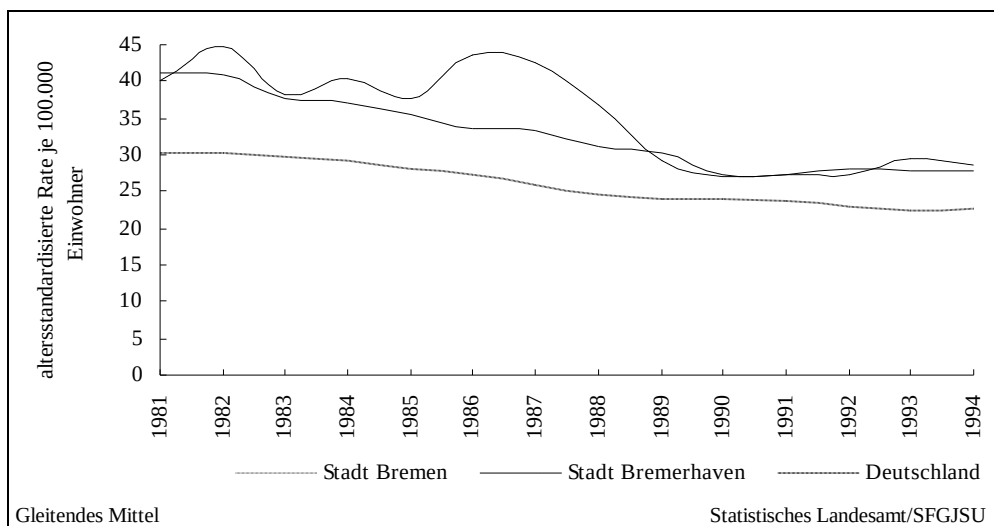
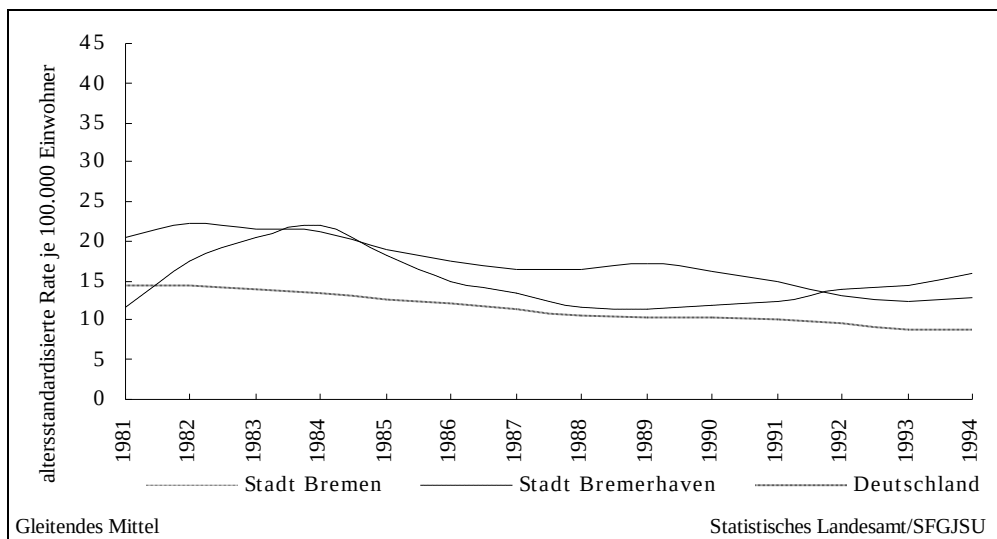


Abbildung 46: Entwicklung der Suizidsterblichkeit, Frauen

In den Städten Bremen und Bremerhaven sterben relativ gesehen mehr Menschen durch Suizid als im Bundesgebiet. Insgesamt ist die Suizidrate sowohl in Deutschland als auch in den Städten Bremen und Bremerhaven rückläufig. Seit 1992 ist ein Anstieg der Suizidsterblichkeit von Frauen in der Stadt Bremerhaven zu verzeichnen. Obwohl die Suizidrate einen sehr hohen Anteil an der Gesamtsterblichkeit der 30-35 Jährigen aufweist - mehr als jeder fünfte Todesfall in dieser Altersgruppe wird durch Selbsttötung verursacht - muß die Suizidrate alter Menschen - insbesondere die alter Männer - als alarmierend bezeichnet werden. Während bei den über 85-jährigen Frauen die Suizidrate von 43 auf 38 je 100.000 im Zeitraum 1986/90 bis 1991/95 sank, war bei den über 85-jährigen Männern ein Anstieg von 133 auf 166 Suizide je 100.000 zu verzeichnen. Das heißt, der Suizid bei Männern dieser Altersgruppe ist etwa sechs mal häufiger als in der Gesamtbevölkerung.

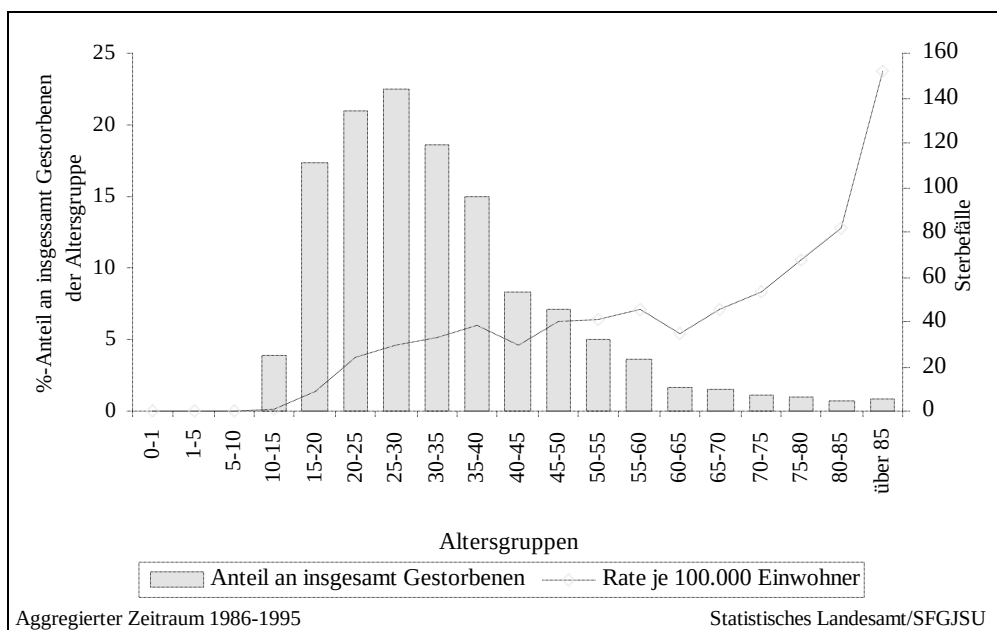
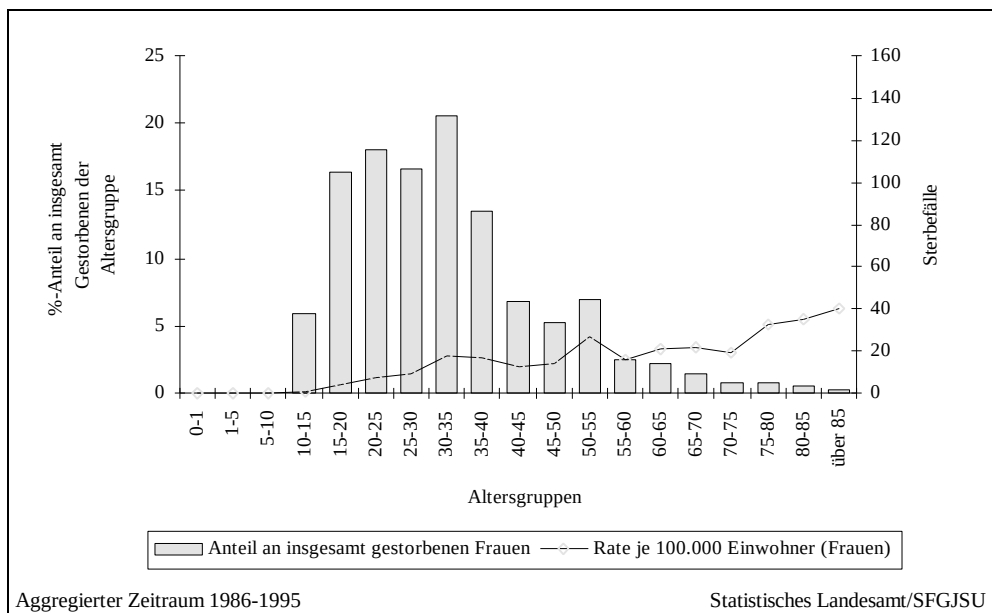
Abbildung 47: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid, Männer

Abbildung 48: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid, Frauen**Die Sterblichkeitstrends im Land Bremen zeigen**

↓	eine Abnahme der Gesamt mortalitätsraten um 20% im Zeitraum 1980-1995. Die Sterblichkeitsraten sind bei den Männern in nahezu allen Altersgruppen höher als bei den Frauen. Infolge des höheren Bevölkerungsanteils von Frauen sterben jedoch absolut betrachtet mehr Frauen.
⇒	keine wesentliche Veränderung der Krebssterblichkeit in den letzten 15 Jahren. Auffällig sind die höheren Sterberaten der Bremerhavener Frauen im Vergleich zur Stadt Bremen und zum Bundesdurchschnitt.
↑	hinsichtlich Lungenkrebs bei den Frauen eine kontinuierliche Zunahme und bei den Männern eine geringfügige Abnahme (allerdings von einem weitaus höheren Niveau ausgehend als bei den Frauen). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegen die Raten in den Städten Bremen und Bremerhaven deutlich höher.
↑	deutlich höhere Sterblichkeitsraten in den Städten Bremen und Bremerhaven an Leberzirrhose als in Deutschland. Zudem steigen bei den Frauen die Raten leicht an.
↓	eine abnehmende Tendenz der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen . Im Vergleich zu Deutschland liegen die Raten in der Stadt Bremen wie auch in der Stadt Bremerhaven deutlich niedriger.
↑	Auffällig ist jedoch die deutliche Zunahme der Herzinfarktsterblichkeit bei den Männern und Frauen in der Stadt Bremerhaven.
↓	bundesweit wie auch in Bremen eine Abnahme der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen (Hirngefäßerkrankungen, Schlaganfall). Zudem liegen die Raten in der Stadt Bremen unter dem Bundesdurchschnitt.
↓	eine rückläufige Tendenz der Suizidrate . In den Städten Bremen und Bremerhaven sterben jedoch relativ gesehen mehr Menschen durch Suizid als im Bundesgebiet.

3.4 Vorzeitige Sterbefälle

Seit den 80er Jahren beschäftigen sich unterschiedliche Forschungsprojekte mit der Häufigkeit und der Verteilung vorzeitiger Sterbefälle.

Unter vorzeitigen Sterbefällen werden die Todesursachen verstanden, die innerhalb bestimmter Altersgrenzen - in der Regel ist dies zwischen dem 35. und 65. Lebensjahr - nach heutigem Kenntnisstand der Medizin bei

- optimalen Versorgungsstrukturen im Hinblick auf Früherkennung und Behandlung,
- gesundheitsbewußter Lebensweise und
- Reduktion von Risiken aus der Umwelt

nicht zum Tode führen müßten.

Als vorzeitige Todesfälle gelten unter anderem:

- ICD/9 162: Lungenkrebs,
- ICD/9 180: Gebärmutterhalskrebs,
- ICD/9 174: Brustkrebs,
- ICD/9 401-405; 430-438: Hypertonie und Schlaganfall,
- ICD/9 410-414: Ischämische Herzkrankheiten,
- ICD/9 571: chronische Leberzirrhose.

Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten gehören zu den Erkrankungen, die sowohl durch präventive Maßnahmen - Reduktion bestehender Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Ernährungsweise - als auch durch früh einsetzende medikamentöse Behandlung in einem Alter von unter 65 Jahren nicht zum Tode führen müßten. Die Verringerung der Risiken für Lungenkrebs und Leberzirrhose sind insbesondere durch individuelles Verhalten - beispielsweise Einschränkung bzw. Unterlassung des Rauchens, von Alkohol- und Drogenkonsum - zu erzielen, während die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs durch eine effektive Früherkennung und Therapie zu senken wären.

Angesichts der Tatsache, daß in den vergangenen Jahren ein deutlicher Rückgang in der Sterblichkeit auch im höheren Lebensalter lag, ist das Konzept einer grundsätzlichen Altersbegrenzung im Hinblick auf das Ziel "gesunden Älterwerdens" wenig hilfreich. Es wird zukünftig darauf ankommen, dieses Konzept auf die über 65-jährige Bevölkerung auszudehnen und auch in dieser Altersgruppe stärker als bisher präventive Potentiale auszuschöpfen.

Im Zeitraum 1980 bis 1995 zählte im Land Bremen fast jeder zweite Todesfall zwischen 35 und 64 Jahren zu den vorzeitigen Sterbefällen. Insgesamt gehören 42% der Sterbefälle bei Männern und 41% bei Frauen in dieser Altersgruppe zu den vorzeitigen Sterbefällen. Nahezu zwei Drittel (65%) aller vorzeitigen Sterbefälle betreffen Männer.

Tabelle 8: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen, nach Geschlecht, altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner

Männer	Frauen
1. ischämische Herzkrankheiten (114,2)	1. Brustkrebs (51,7)
2. Lungenkrebs (78,2)	2. Leberzirrhose (32,7)
3. Leberzirrhose (56,4)	3. ischämische Herzkrankheiten (28,3)

Aggregierter Zeitraum 1986-1995

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Die zeitliche Entwicklung in den Jahren 1980-1985 und 1990-1995 zeigt bei Männern für die ischämischen Herzerkrankungen und Leberzirrhose einen deutlichen Rückgang. Keine eindeutige Entwicklung zeigt sich für die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern an Lungenkrebs.

Tabelle 9: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen im Zeitvergleich, Männer

Männer	1980 bis 1985		1990-1995		Veränderung in %
	Rate*	Anzahl	Rate*	Anzahl	
Ischämische Herzkrankheiten (ICD/9 410-414)	126,7	886	106,9	906	- 15,63
Lungenkrebs (ICD/9 162)	75,5	525	76,6	653	+ 1,48
Leberzirrhose (ICD/9 571)	63,1	445	56,7	471	- 20,23

* Altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner der Alters- und Geschlechtsgruppe

Tabelle 10: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen im Zeitvergleich, Frauen

Frauen	1980 bis 1985		1990-1995		Veränderung in %
	Rate*	Anzahl	Rate*	Anzahl	
Ischämische Herzkrankheiten (ICD/9 410-414)	23,2	191	28,1	226	+ 21,1
Lungenkrebs (ICD/9 162)	10,4	87	23,1	184	+ 121,44
Leberzirrhose (ICD/9 571)	29,7	243	32,0	261	+ 7,85
Brustkrebs (ICD/9 174)	46,5	382	52,9	428	+ 13,82

* Altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner der Alters- und Geschlechtsgruppe

Bei den Frauen zeigt sich eine zunehmende Tendenz bei allen aufgeführten Erkrankungen, am auffälligsten ist der starke Anstieg an lungenkrebsbedingter Sterblichkeit.

Die aufgeführten Ergebnisse lassen vermuten, daß eine zukünftige Reduktion der Mortalität in der Altersgruppe der 35-64 Jährigen vermutlich weniger stark von Erfolgen der kurativen Medizin abhängen wird als von der Realisierung und Akzeptanz präventiver Maßnahmen.

Ein Vergleich der beiden Städte Bremen und Bremerhaven zeigt für den Zeitraum 1986 bis 1995 stets höhere Raten an vorzeitiger Sterblichkeit in Bremerhaven. Die gegenüber der Stadt Bremen erhöhten Lungenkrebssterblichkeitsraten bei Männern sind auf einen drastischen Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit in Bremerhaven in den vergangenen Jahren zurückzuführen. Starben im Zeitraum 1980 bis 1985 dort noch durchschnittlich im Jahr 69 Männer je 100.000 der Altersgruppe - so waren es im Zeitraum 1990 bis 1995 94 je 100.000. In der Stadt Bremen dagegen nahm die Lungenkrebssterblichkeit leicht von 77 auf 72 je 100.000 ab. Es ist davon auszugehen, daß die Unterschiede zwischen den beiden Städten Bremen und Bremerhaven auf eine unterschiedliche Erwerbsstruktur zurückzuführen sind.

Tabelle 11: Vorzeitige Sterblichkeit in den Städten Bremen und Bremerhaven, Männer

Ursache	ICD/9	Stadt Bremen		Stadt Bremerhaven	
		Rate*	Anzahl	Rate*	Anzahl
Ischämische Herzkrankheiten	410-414	107,8	1185	141,3	367
Lungenkrebs	162	76,0	837	87,9	229
Leberzirrhose	571	55,6	604	60,7	154

*Altersstandardisierte Rate je 100.000 der Altersgruppe 35 bis 64, aggregierter Zeitraum 1986-1995

Regionale Unterschiede der Sterblichkeitsraten bei den Frauen lassen sich lediglich für ischämische Herzkrankheiten beobachten; diese liegen in der Stadt Bremerhaven deutlich höher als in der Stadt Bremen.

Tabelle 12: Vorzeitige Sterblichkeit in den Städten Bremen und Bremerhaven, Frauen

Ursache	ICD/9	Stadt Bremen		Stadt Bremerhaven	
		Rate*	Anzahl	Rate*	Anzahl
Ischämische Herzkrankheiten	410-414	24,8	270	44,3	111
Lungenkrebs	162	21,5	235	25,0	63
Leberzirrhose	571	32,1	354	36,5	90
Brustkrebs	174	51,6	565	52,3	130

*Altersstandardisierte Rate je 100.000 der Altersgruppe 35 bis 64, aggregierter Zeitraum 1986-1995

3.5 Die häufigsten Todesursachen in den verschiedenen Altersgruppen im Land Bremen

Herz-Kreislaferkrankungen und bösartige Neubildungen sind über alle Altersgruppen hinweg betrachtet die führenden Todesursachen. Dies liegt jedoch nicht zuletzt daran, daß diese Erkrankungen vorwiegend in höherem Lebensalter zum Tode führen. Gleichzeitig überwiegen die Sterbefälle in höherem Lebensalter: absolut gesehen sterben vergleichsweise wenig junge Menschen, so daß die in den jungen Jahren relevanten Todesursachen bei einer Gesamtbetrachtung kaum ins Gewicht fallen. Um alters- und geschlechtsspezifische Interventionsmöglichkeiten entwickeln zu können, ist daher eine Analyse der führenden Todesursachen in den unterschiedlichen Altersgruppen unabdingbar.

3.5.1 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren

Bei jungen Erwachsenen ist etwa jeder fünfte Todesfall die Folge eines Suizids. In der Altersgruppe der 15 bis 34 Jährigen waren im Zeitraum 1980 bis 1995 durch Verletzungen und Vergiftungen verursachte Todesfälle mit einem Anteil von 48% bei den Männern und 39% bei den Frauen an der Gesamtsterblichkeit führend.

Dabei sind Verkehrsunfälle (ICD/9 E810-E825) vor allem bei Männern als Todesursache von Bedeutung: 15% der Todesfälle sind auf diese Todesursache zurückzuführen, bei den Frauen sind es 8%.

Zu der ICD-Obergruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ zählen neben Unfällen jeglicher Art auch Tod infolge von Gewalteinwirkung (z.B. Mord, Totschlag) und Suizid. 18% aller Sterbefälle bei den Männern und 21% bei den Frauen gingen auf Suizid zurück.

Während bei den Männern als gleichbedeutende Todesursache Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht mit 19% anzuführen ist, sind es bei den Frauen bösartige Neubildungen. Bei den Männern spielen Krebserkrankungen in diesem Alter demgegenüber eine nachrangige Rolle. Bei den Frauen rangiert Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht als Todesursache mit 11% an dritter Stelle.

Abbildung 49: Haupttodesursachen, Männer, 15-34 Jahre, Land Bremen

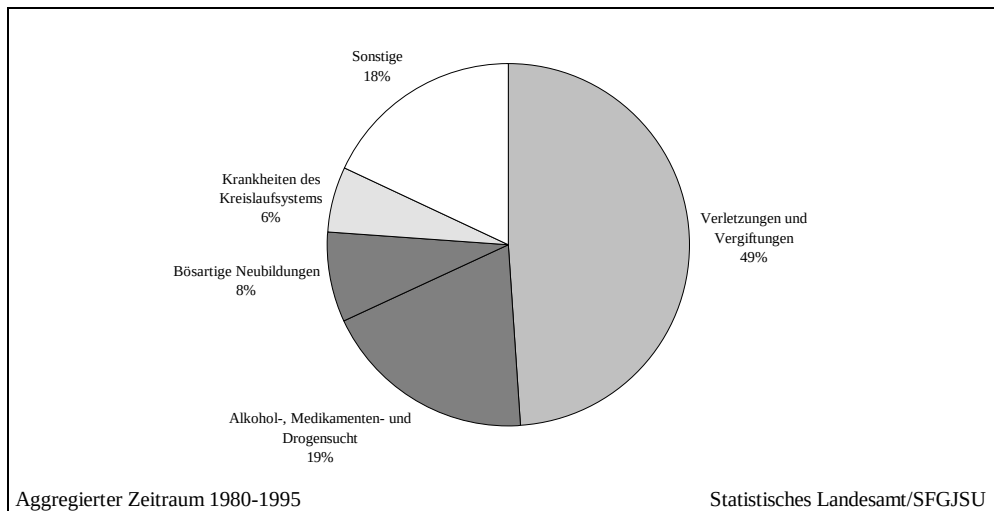
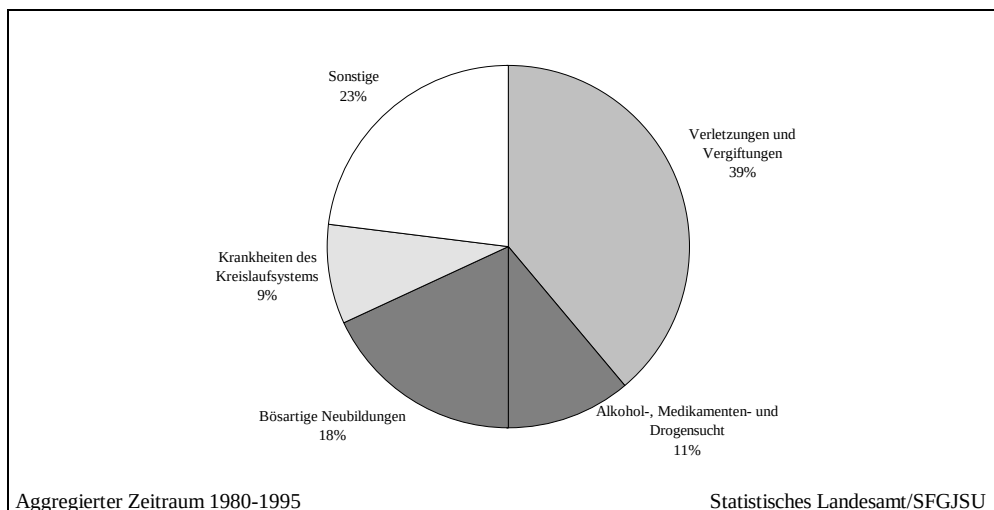


Abbildung 50: Haupttodesursachen, Frauen, 15-34 Jahre, Land Bremen



Inzwischen ist fast jeder dritte Todesfall bei jungen Männern eine Folge von Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht. In den Jahren 1980 bis 1985 waren Alkohol, Medikamente und Drogen lediglich für etwa 8% der Todesfälle bei Männern dieser Altersgruppe verantwortlich. Im Zeitraum 1990 bis 1995 hat sich der Anteil auf 30% erhöht und ist damit zur führenden Todesursache geworden. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist der Anteil der Verletzungen und Ver-

giftungen zurückgegangen - ebenso nahm der Anteil an Verkehrsunfällen und Suiziden an der Gesamtsterblichkeit ab.

Tabelle 13: Haupttodesursachen im Alter von 15-34 Jahren im Zeitvergleich, Männer, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Männer, 15-34 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	772	100	773	100
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	428	55,4	209	27,0
Alkohol-, Medika- menten- und Dro- gensucht	303, 304	62	8,0	233	30,1
Bösartige Neubil- dungen	140-208	84	10,9	48	6,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	56	7,3	42	5,4
Sonstige Ursachen		142	18,4	241	31,2

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Tabelle 14: Haupttodesursachen im Alter von 15-34 Jahren im Zeitvergleich, Frauen, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Frauen, 15-34 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	352	100	308	100
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	161	45,7	101	32,8
Alkohol-, Medika- menten- und Dro- gensucht	303, 304	20	5,7	48	15,6
Bösartige Neubil- dungen	140-208	62	17,6	56	18,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	80	22,7	75	24,4
Sonstige Ursachen		29	8,2	28	9,1

Statistisches Landesamt/SFGJSU

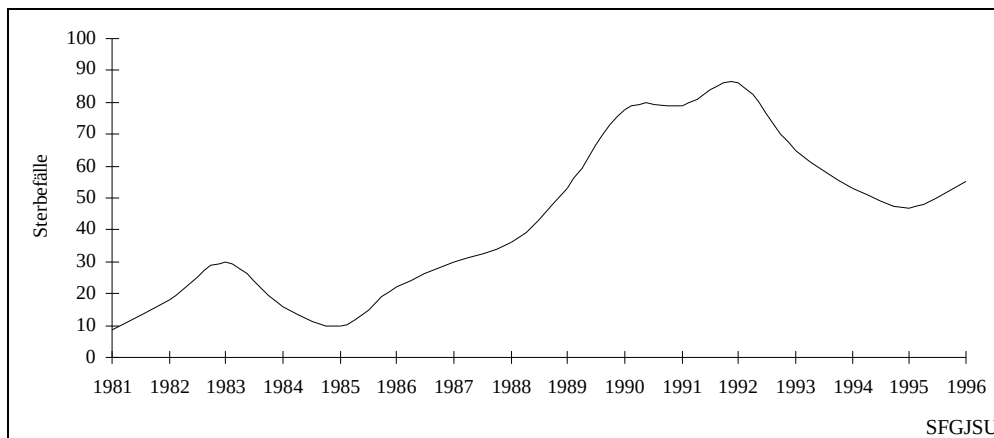
3.5.2 Exkurs: Drogennotfälle - Drogentodesfälle

Im Land Bremen sind in den Jahren 1990-1995 Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht die führende Todesursache in der Altersgruppe der 15-34-jährigen Männer (233 von insgesamt 773 Gestorbenen). Einen Teil des Suchtspektrums machen dabei die illegalen Drogen aus. Nicht nur die Mortalität, sondern auch die Morbidität der Drogenabhängigen in dieser Altersgruppe liegt um ein Vielfaches über derjenigen der gleichaltrigen „Normalbevölkerung“. Damit stellt das Problem der Drogenab-

hängigkeit besondere Anforderungen an das System der gesundheitlichen Versorgung und an das Drogenhilfesystem.

Ende der achtziger bis Anfang der neunziger Jahre erlebte die Bundesrepublik einen sprunghaften Anstieg von Drogennotfällen und Drogentodesfällen. Im Zeitraum 1988-1991 stieg die Zahl der Todesfälle in Folge von Drogenkonsum¹⁶⁾ von 670 auf 2125 Drogentote¹⁷⁾. Diese Entwicklung war auch in der Stadt Bremen zu beobachten. Von Mitte der 80er Jahre mit rund 20 Drogentodesfällen im Jahr stieg die Zahl der Drogentodesfälle bis Anfang der 90er Jahre drastisch auf über 80 an. Danach flacht die Kurve wieder ab, um im Jahr 1996 erneut anzuwachsen.

Abbildung 51: Entwicklung der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen



Drogentodesfälle werden vom Bundeskriminalamt registriert. Einbezogen werden:

- Todesfälle infolge beabsichtigter oder unbeabsichtigter Überdosierung,
- Todesfälle infolge langzeitigen Mißbrauchs,
- Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen und
- tödliche Unfälle unter Drogeneinfluß.

Die Abnahme der Todesfälle ab Mitte der 90er Jahre kann auf effizientere Hilfsmaßnahmen zurückzuführen sein und sicher auch auf die deutliche Ausweitung der Methadonsubstitution. Auch wenn die Anzahl von Drogentoten steigt, die u.a. auch in Methadonbehandlung waren, so ist dieser Umstand zunächst einmal lediglich ein Hinweis darauf, daß eine größer werdende Anzahl langjährig und gesundheitlich beeinträchtigter Heroinkonsumentinnen und -konsumenten sich in Methadonbehandlungen befindet. Zum anderen gibt es keine Hinweise darauf, daß Todesfälle bei Methadonklientinnen und -klienten vorkommen, die in „kontrollierter“ Behandlung¹⁸⁾ sind, sondern bei solchen, die die Behandlung abgebrochen haben.

16 Drogenbedingte Todesfälle sind nicht nur auf den Konsum, sondern in erster Linie auf die (Lebens-) Bedingungen sowie die Zusammensetzung der Substanzen zurückzuführen. So sind in sog. „Konsumräumen“ in der Schweiz und in Frankfurt bislang keine Todesfälle aufgetreten, da unmittelbare Hilfe zur Verfügung steht und zudem Überdosierungsfälle bislang selten waren.

17 Datenbasis ist die Erhebung der Kriminalpolizei

18 Einschließlich Behandlungsplan, Kontrollen, Konsultationen und take-home-Vergabe im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin/Arzt und Klientinnen/Klienten.

Die Analyse der Drogentodesfälle im Land Bremen für die Jahre 1994 bis 1996 zeigt, daß...

- ⇒ die Zahl der Drogentodesfälle unverändert blieb,
- ⇒ der Anteil der Frauen abnahm,
- ⇒ hinsichtlich der Todesursachen AIDS stark an Bedeutung gewonnen hat und die Zahl der Todesfälle infolge von Überdosen und Suiziden zurückgegangen ist,
- ⇒ die Zahl der an öffentlichen Orten (Wohnheime, Hotel, Parks) Gestorbenen gesunken ist.

Tabelle 15: Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 bis 1996

Jahr	Zahl der Todesfälle	männlich		weiblich	
		Zahl	%	Zahl	%
1994	55	43	76	12	24
1995	47	40	85	7	15
1996	55	46	84	9	16

Tabelle 16: Vermutliche Todesursachen der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 und 1996

Vermutliche Todesursache	Überdosis		AIDS		Folgeerkrankung		Suizid		Unfall		Sonstige	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1994	40	73	1	2	5	8,5	8	14,5	1	2		
1996	34	62	9	16,4	3	5,4	4	7,2	2	3,6	3	5,4

Die HIV-Prävalenz ist schwer zu bestimmen, da bei weit über der Hälfte der HIV-Status nicht bekannt war. Auffällig ist, daß die Zahl der an AIDS gestorbenen Drogenabhängigen im Jahr 1996 deutlich zugenommen hat. Diese Tendenz weicht erheblich von den Ergebnissen der Mortalitätsstudie von 1991/92 ab, ist aber vorstellbar auf dem Hintergrund, daß sich ein Großteil von Drogenabhängigen Anfang der 80er Jahre mit HIV infiziert hat und ein Ausbruch der Erkrankungen erst 15 bis 20 Jahre später erfolgt. Sollte sich dieser Trend bestätigen, so wäre es ein Hinweis auf eine zu erwartende Entwicklung von schweren Erkrankungen bzw. Sterbeprozessen in Verbindung mit AIDS.

Tabelle 17: Fundort der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 und 1996

Fundort	Wohnung		Wohnheim/Hotel		Toilette		öffentlicher Park u.ä.		Justizvollzugsanstalt		Krankenhaus		Sonstige	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1994	16	29	11	20	2	3,7	5	9,1	4	7,3	8	14,5	9	16,4
1996	21	38	3	5,5	2	3,6	4	7,2	2	3,6	11	20	12	22,1

Auffällig ist weiter, daß in der Stadt Bremen die Altersgruppe der 30 bis 40 Jährigen deutlich das Bild der Drogentoten beherrscht. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß möglicherweise jahrelange gesundheitliche und soziale Verelendung ein entscheidender Faktor für eine Überdosierung sein könnte, womöglich in suizidaler Absicht oder zumindest in eher fatalistischer Haltung („Man stirbt sowieso.“). Die meisten der Toten sind der Polizei und den Strafverfolgungsbehörden jedenfalls schon lange bekannt gewesen.

Tabelle 18: Drogentodesfälle in der Stadt Bremen nach Geschlecht, 1994 bis 1996

Alter in Jahren	1994				1995				1996			
	m*		w**		m*		w**		m*		w**	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
15 - 18	1	2	-		-		-		1	2	-	
18 - 25	7	16	-		4	10	-		6	13	-	
25 - 30	9	21	7	58	7	17,5	1	14,5	11	24	2	22
30 - 40	22	51	5	42	19	47,5	5	71	24	52	6	67
über 40	4	10	-		10	25	1	14,5	4	9	1	11

*männlich, **weiblich

Drogennotfälle sind die Folge des Konsums von einem oder mehreren Stoffen (vornehmlich Heroin, Methadon), wobei eine Wirkstoffkonzentration hergestellt wird, die über die bisher verträgliche hinaus geht. Eine Überdosierung kann durch ein Mehr an Konsum einzelner Stoffe (Heroin, Methadon; Reinheitsgrad) oder durch Mischkonsum entstehen.

Als Risikofaktoren für Drogennotfälle gelten u.a.:

- ⇒ fehlende Erfahrung im Umgang mit Drogen z.B. bei jüngeren Drogengebrauchenden,
- ⇒ eine gesunkene Toleranz bei älteren abhängig Konsumierenden nach Abstinenzphasen wie Therapie, Entgiftung oder Haftaufenthalt,
- ⇒ psychosoziale Krisensituationen.

Im Rahmen der Drogennotfallstudie¹⁹⁾ wurden im Erhebungszeitraum Juli 1991 bis Juni 1992 insgesamt 945 Drogennotfälle in Bremen registriert, die auf 523 Abhängige zurückzuführen sind. Mehr als die Hälfte der Drogennotfallopfer wurde auf der Straße oder in Parks gefunden. Während nur 30% der Frauen beim Drogenkonsum vor dem Drogennotfall alleine waren, waren es bei den Männern 55%. Als eine der wichtigsten Ursachen für Drogenintoxikationen war der Beikonsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen, Barbituraten) und Alkohol.

Im Anschluß an die Erstbehandlung durch das ärztliche Personal der Notarztwagen kam es nur bei etwa 50% der Abhängigen zu einer stationären Einweisung, obwohl für mehr als 50% der Männer und 25% der Frauen eine lebensbedrohliche Situation vorlag. Ursachen: die Patienten/innen verlassen den Notarztwagen bzw. das Krankenhaus vorzeitig. Im Krankenhaus gelten Drogennotfallpatienten/innen oft als „ungeliebte“ Patienten/innen, die hohe Anforderungen an das Personal stellen.

Ein Ergebnis der Drogennotfallstudie ist die Forderung, als präventive Maßnahme auch eine verbesserte medizinische Versorgung, eine psychosoziale Betreuung im Rahmen des Klinikaufenthaltes und Fortbildungsmaßnahmen für alle am Notfallgeschehen Beteiligten einzurichten.

19 Drogennotfälle in Bremen und Hamburg, Band 28 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 1993

Konsequenzen aus der Drogennotfallstudie: Einrichtung eines Bremer Bundesmodells Drogen-Notfall-Prophylaxe (DNP) mit folgenden Schwerpunkten:

- Drogennotfälle, die in einem „klinisch relevanten, lebensbedrohlichen Zustand nach Einnahme von illegalen Drogen wie Heroin, Kokain sowie Ersatzstoffen sind und sich auf der Ambulanz bzw. Intensivstation des Krankenhauses befinden“,
- arbeiten im Sinne von Prävention mit dem kleinen Kreis der abhängig Konsumierenden, die sehr häufig Drogennotfälle hatten in Form von intensiver Einzelbetreuung,
- aufsuchende Beratung und Betreuung von stationär aufgenommenen Konsumenten/ innen im Krankenhaus St. Jürgenstraße, die noch nicht in das Drogenhilfesystem eingebunden sind. Die Benachrichtigung erfolgt bei Bedarf, Wunsch der Klientel und nach Absprache mit den beteiligten Institutionen des Drogenhilfesystems.

Zu Beginn des Modellprojekts DNP wurde 1994 in den Kliniken mit dem höchsten Drogennotfall-Aufkommen²⁰⁾ eine vergleichsweise geringe Zahl von Drogennotfällen festgestellt. Dieser Trend einer abnehmenden Zahl von Drogennotfällen setzte sich auch weiter fort und wird auch von den Bundesmodellen in anderen Städten bestätigt.

Tabelle 19: Halbjährliche Summe von Drogennotfällen der drei Krankenhäuser mit dem höchsten Drogennotfall-Aufkommen (Diakonissenanstalt, ZKH St. Jürgen, Rotes-Kreuz-Krankenhaus)

Zeitraum	Anzahl der Drogennotfälle
7/91 - 12/91	402
7/93 - 12/93	339
7/94 - 12/94	196
7/95 - 12/95	147
7/96 - 12/96	93

Es werden hier Halbjahre gegenübergestellt, die bezüglich der Datenlage und jahreszeitlich bedingten Schwankungen vergleichbar sind.

In der Drogennotfallstudie der Jahre 1991/92 war ein großer Anteil von Drogennotfällen auf wenige Personen zurückzuführen. Die Veränderung bzw. Stabilisierung der Lebensumstände einiger weniger Menschen könnte daher zu dem deutlichen Rückgang der Drogennotfälle beitragen. Es zeigte sich zudem, daß bei dem bekannten Personenkreis riskantes Konsumverhalten infolge betreuten Wohnens, Schwangerschaft, Haft, Krankenhausaufenthalt im Beobachtungszeitraum nicht auftrat. In der Studie von 1991/92 wurde ein bremensspezifisch hoher Beikonsum von Barbituraten²¹⁾ festgestellt. Nachdem diese Medikamente vom Markt genommen wurden, wurden diese durch kein anderes Mittel ersetzt. Als stabilisierender Faktor ist zudem die entspannte Lage auf dem Wohnungsmarkt zu sehen. Die Suche nach einer Wohnung oder Unterkunft ist nicht mehr so schwierig wie noch einige Jahre zuvor. Ein weiterer Aspekt, der auf die Zahl der Drogentoten und Drogennotfälle Einfluß zu haben scheint, hängt mit dem Reinheitsgehalt und der Qualitätsschwankung des auf

20 Rotes-Kreuz-Krankenhaus, ZKH St. Jürgenstr. und Diakonissenanstalt

21 Heckmann W. et.al. (1993): Drogennot- und -todesfälle - Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz u. Ätiologie d. Drogenmortalität, S. 153; Experteninterview

dem Markt verfügbaren Heroins zusammen. Laut Auskunft der Polizei lag der Reinheitsgehalt des Heroins 1994 bei 14%. In Jahren mit geringem Reinheitsgehalt des Heroins stellt die Polizei eine niedrigere Zahl an Todesfällen fest. Auch hier gibt es also eine Stabilisierung, die sich auf die drogenkonsumierende Szene auswirken mag. Am wichtigsten scheint hier eine gleichbleibende Qualität und weniger der Reinheitsgrad (gesundheitliche Folgen bei geringem Reinheitsgehalt außer acht gelassen) zu sein. Interessant erscheint an dieser Stelle die Überlegung, ob nicht ein gleichbleibend hoher Reinheitsgrad des Heroins die Notfallgefahren senken würde, indem der in seinen physiologischen Wirkungen schwerer einschätzbare Mischkonsum zurückgedrängt wird²². Hinsichtlich des Beikonsums (neben Heroin bzw. Methadon) ist eine weitere Veränderung zu beobachten, die Auswirkungen auf die Zahl der Drogennotfälle zu haben scheint. Es gibt, laut Polizei und Expertenaussagen aus dem niedrigschwelligen Drogenhilfereich, einen verstärkten Konsum von Kokain und/oder Alkohol auf der offenen Szene. Kokain bewirkt - im Übermaß konsumiert - eine andere Symptomlage (körperliche Erschöpfung, Kokainpsychose), so daß solche Patientinnen und Patienten eher als psychiatrischer Notfall auftauchen.

Zum Rückgang der Drogennotfälle trägt vermutlich auch die in Bremen auf breiter Basis stattfindende Substitution bei. Durch die etwa 1.000 Methadonsubstituierten bei etwa 3.000 Abhängigen²³ in Bremen dürfte es durch die stoffliche Grundversorgung zu einer Beruhigung und Stabilisierung der Szene insgesamt wie auch im Leben einzelner Konsumentinnen und Konsumenten gekommen sein. Die Konsumbedingungen haben sich verbessert. Weniger Konsumenten sind dem Konsum- und Beschaffungsdruck sowie den Schwankungen von Angebot und Nachfrage und des Reinheitsgehaltes ausgesetzt. Welche Faktoren letztendlich ausschlaggebend waren für den deutlichen Rückgang der Drogennotfälle, kann nicht ermittelt werden. Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, daß der Rückgang nicht vorschnell als stabile Entwicklung bewertet werden darf, da die letzten 10 Jahre der Drogenentwicklung wenig Kontinuität aufweisen.

Maßnahmen im Land Bremen

Eine Reihe von „Sofortmaßnahmen“ des Bremischen Senats wurden u.a. damit begründet, die in den Jahren von 1990 bis 1992 drastisch angestiegene Zahl von Drogentodesfällen verringern zu können. So wurde in Bremen einerseits das Angebot einer Substitutionsbehandlung mit Polamidon bzw. später Methadon deutlich erweitert (die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stieg von knapp 50 im Jahre 1990 auf über 1.000 in 1997). Weiterhin wurden niedrigschwellige gesundheitliche Hilfen (Kontakt- und Beratungszentrum der Drogenberatung im Amt für Soziale Dienste bzw. Kontaktladen des Vereins „Kommunale Drogenpolitik“ in der Stadt Bremen sowie Kontaktladen für Drogenabhängige der AWO in Bremerhaven) eingerichtet, inklusive einer medizinischen Ambulanz zur Krisenintervention und Sofortbehandlung von Abszessen und anderen Erkrankungen. Das Drogenberatungssystem in der Stadt Bremen wurde regionalisiert, so daß in allen fünf Stadtteilen regionale Drogenberatungsstellen tätig sind. Durch diese Strategie stieg die Zahl der Kontakte zu Drogengefährdeten und -abhängigen sowie zu deren Angehörigen kontinuierlich von rund 300 (plus 20) im Jahr 1988 auf fast 1.800 (plus 200) in 1997 an. Hier werden insbesondere noch sozial integrierte Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten erreicht und für frühzeitige Hilfen motiviert bzw. in der Sucht begleitet, so

22 Siehe Lang P. & Zenker Ch. (1992): Notfallstudie (Teilprojekt Bremen), S. 63ff „Für die Notfälle wird der Zusammenhang: Unreines Heroin und steigende Zahl an Notfällen, auf dem 10% Niveau auch statistisch signifikant.“

23 Genauere Zahlen werden von der momentan laufenden Studie (Prävalenzschätzung des regionalen, illegalen Drogenmißbrauchs und seiner Folgen), die das BIPS durchführt, erwartet.

daß gravierende Folgeschäden zumindest reduziert werden können. Zudem wurden fast 200 Plätze für aktive und ehemalige Drogenabhängige und Substituierte in vorübergehenden Unterkünften bzw. betreuten Wohnformen geschaffen, in denen qualifizierte Hilfe und Weitervermittlung in andere soziale Dienste angeboten wird. Es darf davon ausgegangen werden, daß die Reduzierung von Drogentoten in den Jahren 1993 und 1994 auf das Zusammenspiel aller zusätzlichen Maßnahmen der Hilfe zurückzuführen ist, aber auch auf die konsequente Auflösung der „offenen Drogenszene“ durch Polizeimaßnahmen, vor allem im Ostertor/Steintor-Viertel, wodurch insbesondere die Anzahl der auswärtigen Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten deutlich zurückgegangen ist und auch deren Anteil an der Zahl der Drogentoten.

Bewertung

Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen und den Folgen des Drogenkonsums führt einerseits zu der in diesem Beitrag vernachlässigten Konsequenz der Verhinderung von Suchtmittelabhängigkeit durch primär präventive Maßnahmen.

Andererseits wird deutlich, daß ein Bedarf auf sekundär und tertiär präventiver Ebene besteht, dem durch die Organisation und Differenzierung des Drogenhilfesystems in der Stadt Bremen weitgehend Rechnung getragen wird.

Es ist allerdings zu konstatieren, daß der medizinischen Betreuung im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft sowohl zur Behandlung der Grunderkrankung als auch zur Behandlung akuter Folgeerkrankungen, Intoxikationen u.ä. zu wenig Nachdruck verliehen wird.

Im allgemeinen System der ambulanten und stationären Versorgung wird die Gruppe der Drogenabhängigen - mit Ausnahme derjenigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden - mit ihren besonderen Bedarfen kaum berücksichtigt.

Neben Defiziten in der angemessenen somatischen Betreuung im Regelsystem bestehen Defizite in der psychotherapeutischen Behandlung. Dies ist um so gravierender, als bei einem nicht unerheblichen Anteil Drogenabhängiger eine psychiatrisch-neurologische Grund- oder Folgeerkrankung festzustellen ist.

3.5.3 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren

Im mittleren Erwachsenenalter (35-64 Jahre) sind bei Frauen bösartige Neubildungen und bei Männern Herz-Kreislauferkrankungen die häufigsten Todesursachen. Im Alter zwischen 35 und 64 Jahren nehmen Krebserkrankungen (ICD/9 140-208) bei Frauen mit einem Anteil von 44% eine deutlich bedeutendere Rolle ein als bei Männern (27%). Bei den Männern sind in dieser Altersgruppe die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD/9 390-459) führend. Die dritthäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe stellt bei beiden Geschlechtern die Leberzirrhose dar. Im Vergleich zum jungen Erwachsenenalter nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen

die Bedeutung der Sterblichkeit durch Suizid sowie durch Alkohol, Medikamente und Drogen ab. Die Sterblichkeit an Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht in der Altersgruppe der 35-64 Jährigen zählt nicht zu den führenden Todesursachen - obgleich die absolute Zahl der Sterbefälle deutlich höher ist als in der Altersgruppe der 15-34 Jährigen.

Dies liegt daran, daß in der Altersgruppe der 34-65 Jährigen die Gesamtsterblichkeit höher ist. Auffällig ist hier jedoch, daß sich zwischen 1980-1985 und 1990-1995 der Anteil bei den Männern deutlich erhöht hat. Die Bedeutung von Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen nahm ebenso ab wie der Anteil an bösartigen Neubildungen.

Abbildung 52: Haupttodesursachen, Männer, 35-64 Jahre, Land Bremen

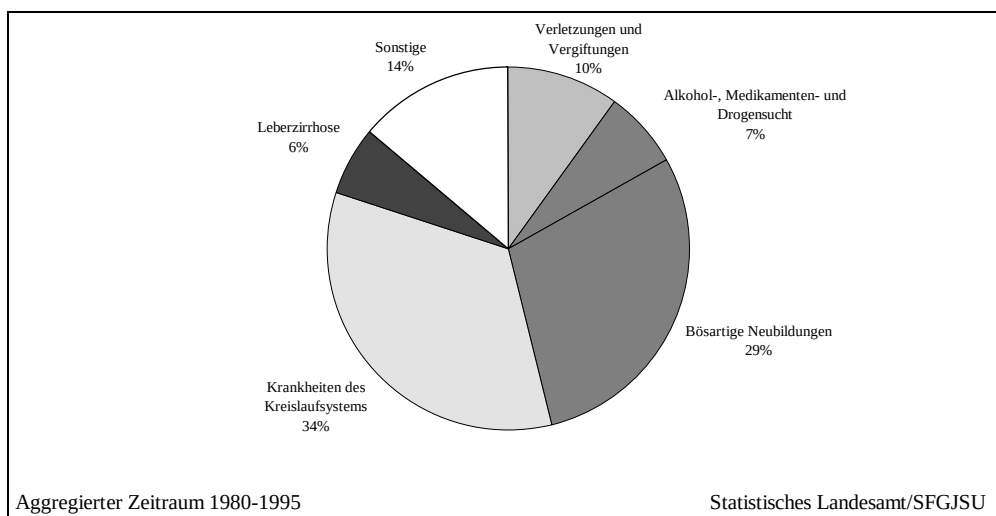


Abbildung 53: Haupttodesursachen, Frauen, 35-64 Jahre, Land Bremen

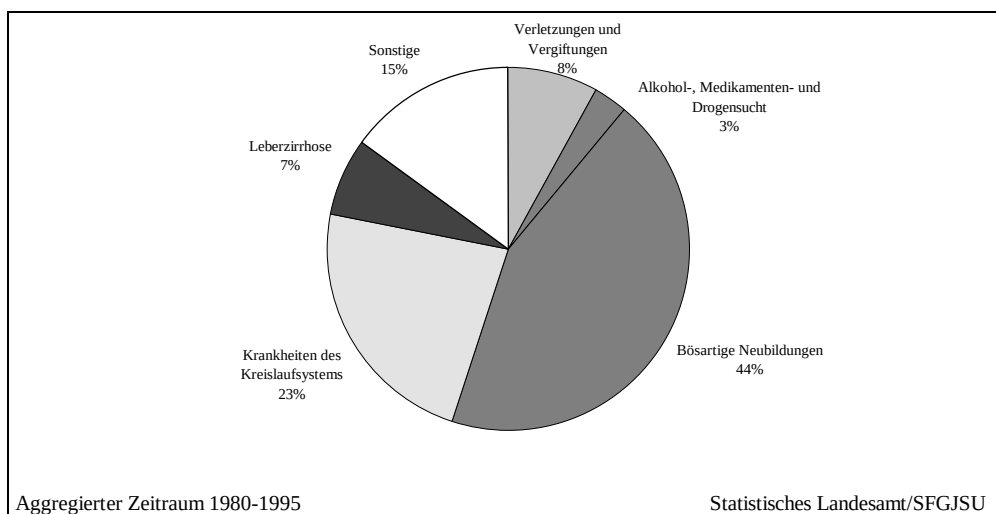


Tabelle 20: Haupttodesursachen im Alter von 35-64 Jahren im Zeitvergleich, Männer, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Männer, 35-64 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	6269	100	6483	100
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	2339	37,3	1914	29,5
Bösartige Neubildungen	140-208	1614	25,7	2025	31,2
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	739	11,8	564	8,7
Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht	303, 304	287	4,6	528	8,1
Leberzirrhose	571	445	7,1	471	7,3
Sonstige Ursachen		845	13,5	981	15,1

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Auch bei den Frauen ist eine Zunahme des Anteils von Todesfällen infolge von Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht zu beobachten - allerdings nicht so ausgeprägt wie bei den Männern.

Tabelle 21: Haupttodesursachen im Alter von 35-64 Jahren im Zeitvergleich, Frauen, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Frauen, 35-64 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	3677	100	3303	100
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	888	24,2	684	20,7
Bösartige Neubildungen	140-208	1519	41,3	1529	46,3
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	343	9,2	225	6,8
Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht	303, 304	101	2,7	127	3,8
Leberzirrhose	571	243	6,6	261	7,9
Sonstige Ursachen		583	15,9	477	14,4

Statistisches Landesamt/SFGJSU

3.5.4 Die häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren

Bei jedem zweiten Todesfall bei älteren Menschen war eine Herz-Kreislaferkrankung die Todesursache. Bei Menschen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren dominieren die Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen (ICD/9 390-459) mit 49% bei Männern und 48% bei Frauen ganz eindeutig. Die zweithäufigste Todesursache stellen Krebserkrankungen mit etwa 29 bzw. 30% dar. An dritter Stelle stehen Krankheiten der Atmungsorgane.

Abbildung 54: Haupttodesursachen, Männer, 65-79 Jahre, Land Bremen

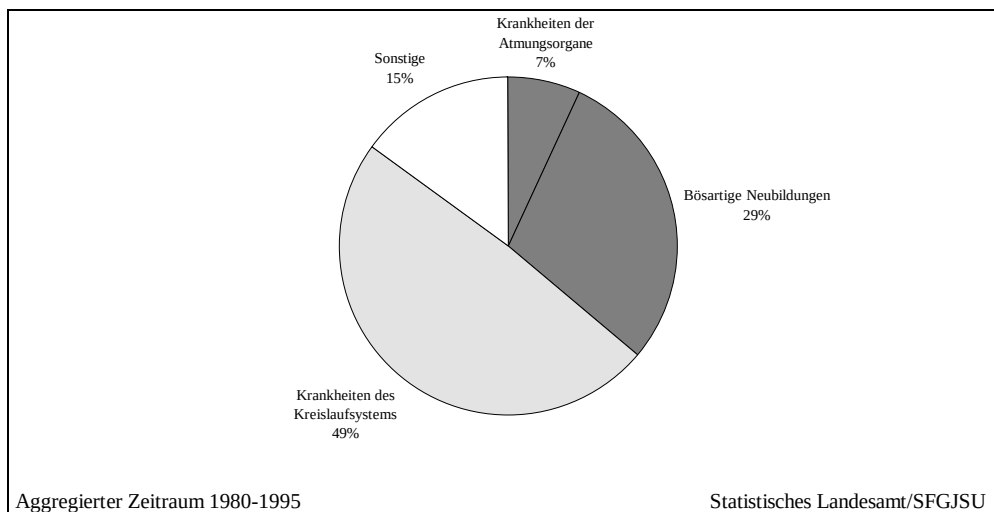
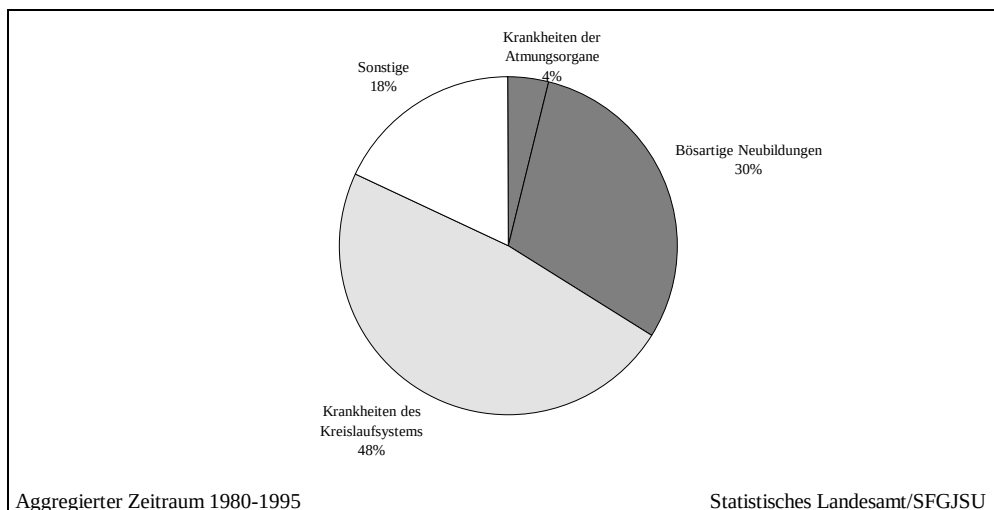


Abbildung 55: Haupttodesursachen, Frauen, 65-79 Jahre, Land Bremen



Im Zeitvergleich ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein Rückgang des Anteils an Todesfällen infolge von Herz-Kreislaferkrankungen sowie eine Zunahme des Anteils von Krebserkrankungen zu verzeichnen.

Tabelle 22: Haupttodesursachen im Alter von 65-79 Jahren im Zeitvergleich, Männer, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Männer, 65-79 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	12005	100	8553	100
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	6171	51,4	3927	46,0
Bösartige Neubil- dungen	140-208	3275	27,3	2664	31,1
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	785	6,4	686	8,0
Sonstige Ursachen		1774	14,8	1276	14,9

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Tabelle 23: Haupttodesursachen im Alter von 65-79 Jahren im Zeitvergleich, Frauen, Land Bremen

		1980-85		1990-95	
Frauen, 65-79 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbe- fällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	10758	100	8176	100
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	5536	51,5	3558	43,5
Bösartige Neubil- dungen	140-208	2894	26,9	2644	32,3
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	1956	18,2	1521	18,6
Sonstige Ursachen		372	3,5	453	5,5

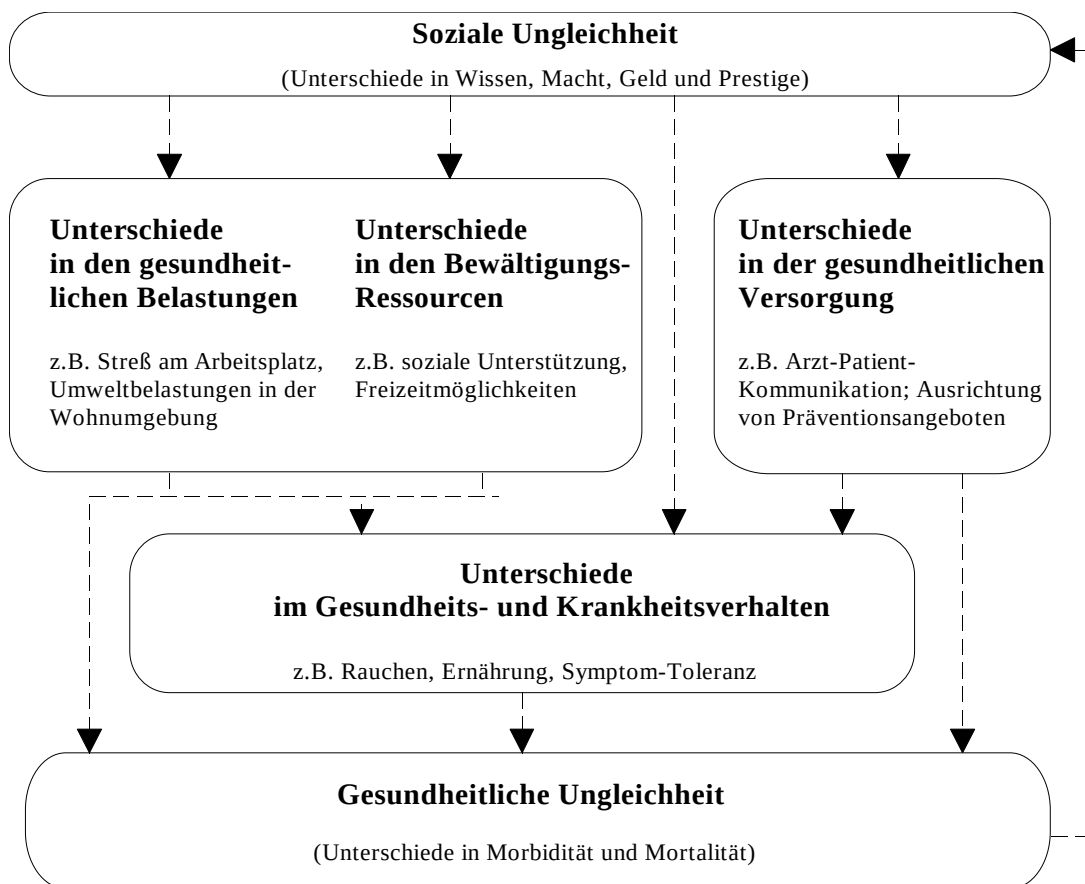
Statistisches Landesamt/SFGJSU

3.6 Sozialräumliche Analyse der Mortalitätsentwicklung der Stadt Bremen

Menschen aus unteren Sozialschichten sind öfter krank und weisen gegenüber Menschen höherer sozialer Schichten eine erhöhte Sterblichkeit auf. Die verschiedenen Ansätze zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozialer Lage in der sozialmedizinischen Forschung basieren im wesentlichen auf den Annahmen, daß

- in Abhängigkeit vom Sozialstatus die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste und Einrichtungen variiert,
- materielle Gegebenheiten - insbesondere Arbeits- und Wohnbedingungen - Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können,
- gesundheitsbewußte Lebensweisen und Lebensstile schichtabhängig sind,
- psychosoziale Ressourcen (z.B. Kompetenz- und Copingstile²⁴), wahrgenommene soziale Unterstützung, Möglichkeiten der Informationsverarbeitung etc.) Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können (vgl. Elkeles, Mielck, 1997).

24 Coping = soziale Bewältigungsstrategien

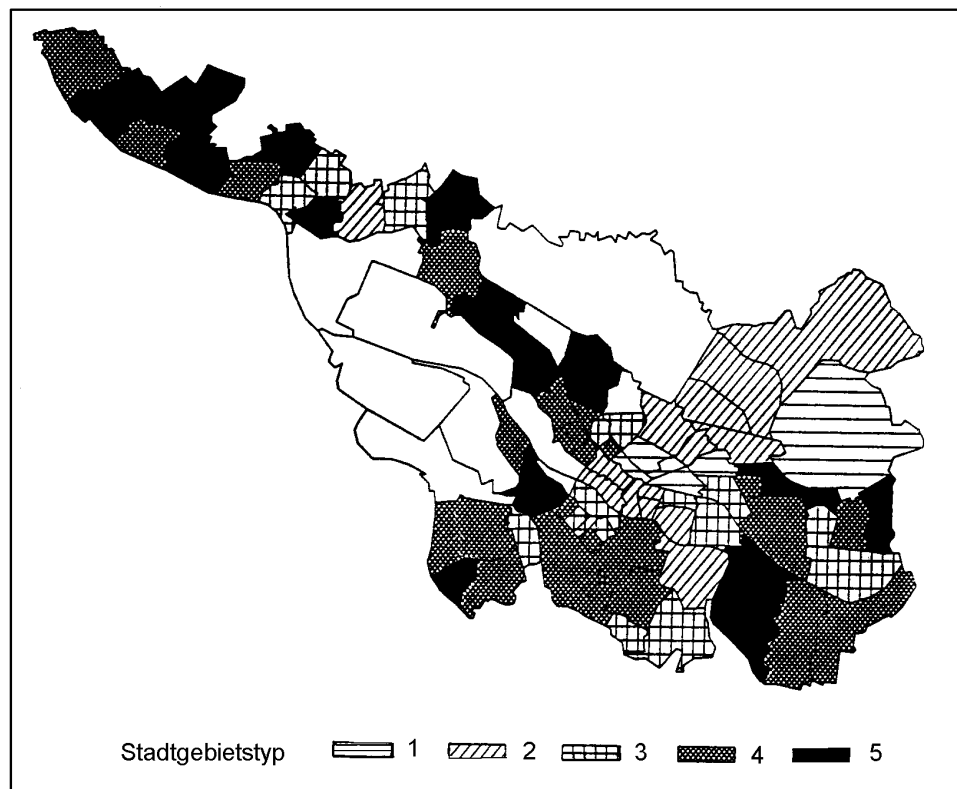
Abbildung 56: Modell von Elkeles und Mielck

Nach diesem Modell wirkt soziale Ungleichheit nicht direkt, sondern über die jeweiligen Zwischenebenen, die ihrerseits durch soziale Komponenten beeinflusst werden. Auch impliziert dieses Modell keinen unidirektionalen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Es macht vielmehr deutlich, welche Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Determinanten bestehen.

Für die sozialräumliche Analyse der Mortalitätsdaten wurden Bremer Ortsteile mit einer Mindesteinwohnerzahl von über 1.000 in fünf, unter sozialstrukturellen Aspekten gleichartige Gruppen zusammengefaßt. Die Gruppenbildung erfolgte unter Einbeziehung der Merkmale

- Erwerbstätigkeit/Erwerbslosigkeit: Erwerbslosenquote, Anteil von Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern,
- Staatsangehörigkeit: Anteil ausländischer Bevölkerung,
- Bildungs- und Ausbildungsstruktur: Anteil an Arbeitern und Arbeiterinnen, Beamten und Beamtinnen, Selbständigen, Angestellten, Akademikerinnen und Akademikern,
- Altersaufbau: Anteil an Kindern (unter 15-Jährige), Erwerbstätigen (15-65 Jahre), älteren Menschen (65 bis 79 Jahre) und Hochbetagten (über 80 Jahre).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß diese Merkmale in Ermangelung besserer sozialer Statistiken verwendet wurden und lediglich Indikatorfunktion haben. Gewonnen wurden diese Daten aus der Volkszählung 1987. Mittels statistischer Verfahren wurden aus diesen Daten Gruppen mit ähnlichen Merkmalen gebildet, die sogenannten Cluster. In Cluster 1 sind die unter sozioökonomischen Aspekten günstigsten Ortsteile zusammengefaßt, in Cluster 5 die ungünstigsten.

Abbildung 57: Stadtgebietstypen für die sozialräumliche Analyse

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Bei der Interpretation der Daten in den einzelnen Clustern ist zu berücksichtigen, daß deren Einwohnerzahl stark variiert. Für die Auswertung der Sterbedaten in den einzelnen Clustern kann dies zum Beispiel bedeuten, daß bei Clustern mit niedriger Einwohnerzahl eine Erhöhung der Sterbefälle bei niedriger Ausgangsbasis eine augenscheinlich enorme Steigerungsrate bedeuten kann. Beispiel: Im sozioökonomisch günstigen Stadtgebietstyp (Cluster 2) verstarben zwischen 1980 und 1985 - also innerhalb von sechs Jahren - insgesamt 44 Frauen (das entspricht einer Rate von 13 je 100.000 Einwohner) an Lungenkrebs. Im Vergleichszeitraum 1990 bis 1995 verstarben 95 Frauen (28 je 100.000). Die prozentuale Veränderung der Absolutzahlen beträgt damit plus 116%, die der Sterberaten plus 115%.

Tabelle 24: Anteil der Bevölkerung in den Stadtgebietstypen (Clustern) an der Gesamtbevölkerung der Stadt Bremen

	Einwohnerzahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung der Stadt Bremen in %
Cluster 1	37.562	6,8
Cluster 2	93.160	17,0
Cluster 3	111.900	20,4
Cluster 4	148.148	27,0
Cluster 5	155.101	28,2
Summe Cluster 1-5	545.871	99,4
Stadt Bremen	549.357	100

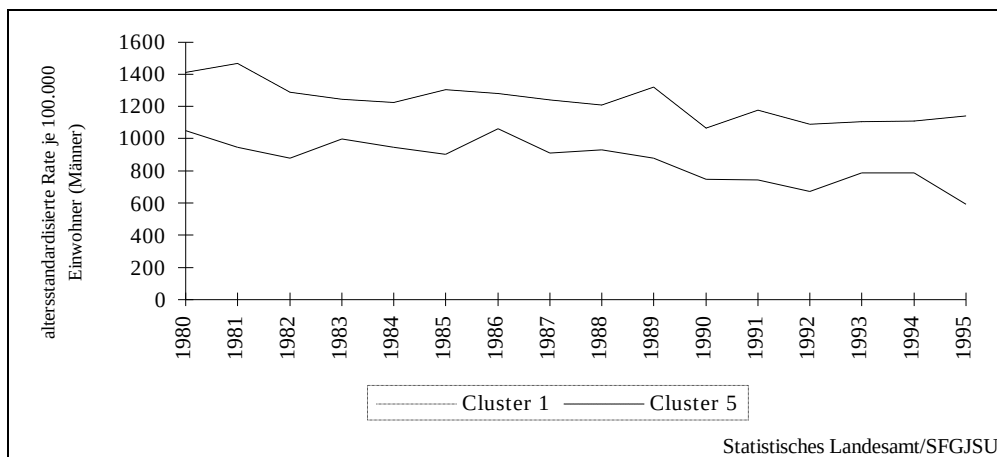
Statistisches Landesamt/SFGJSU

Des weiteren darf der Zusammenhang zwischen Gesundheit / Krankheit und sozioökonomischen Rahmenbedingungen nicht als kausale Verknüpfung interpretiert werden. Um es einfach auszudrücken: Ein Mensch ist nicht deshalb kränker und stirbt nicht deshalb früher, weil er Arbeiter ist und in einem bestimmten Ortsteil lebt. Es mag aber sein, daß er zum Beispiel unter gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsbedingungen - Schadstoffbelastungen, jahrelange Schichtarbeit und ähnliches - arbeitet als beispielsweise ein Akademiker. Die tatsächlichen Ursachen der Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit sind gegenwärtig noch nicht hinreichend erforscht.

Die Gesamtmortalität in den sozial benachteiligten Stadtgebieten ist im Vergleich zu sozial privilegierten Stadtgebieten durchgängig erhöht²⁵⁾.

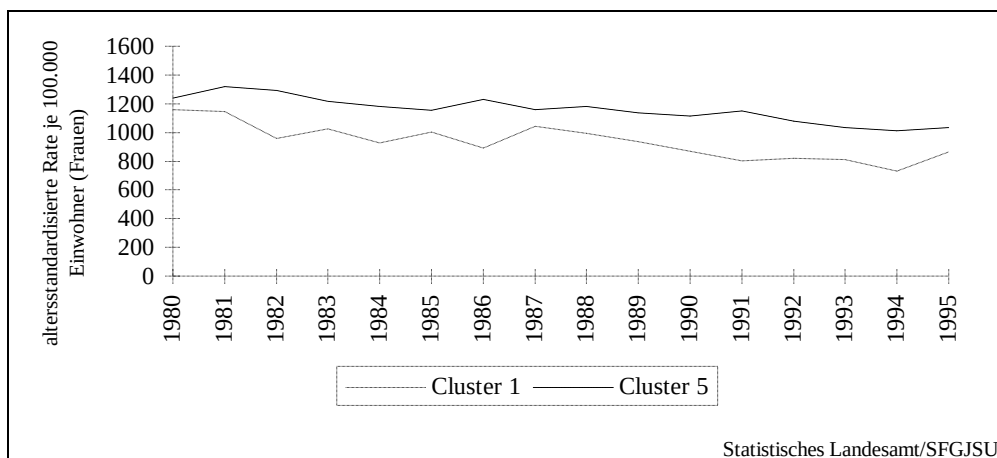
Für den Zeitraum 1980 bis 1995 findet sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine durchgängig höhere Mortalitätsrate in den sozial benachteiligten Stadtgebieten.

Abbildung 58: Entwicklung der Gesamtmortalität, Männer



Über einen 10-Jahreszeitraum betrachtet, liegt die Sterberate bei Männern in sozial benachteiligten Stadtgebieten um 45% höher als in sozial privilegierten Stadtgebieten, bei den Frauen beträgt die Differenz 27%.

Abbildung 59: Entwicklung der Gesamtmortalität, Frauen



25 Vergleich zwischen Cluster 1 und Cluster 5

Bei folgenden Todesursachen finden sich bei Männern die deutlichsten Unterschiede zwischen den sozialprivilegierten Stadtgebietstypen des Clusters 1 und den sozial benachteiligten Stadtgebietstypen des Clusters 5:

1. Lungenkrebs,
2. Leberzirrhose,
3. Krebs insgesamt,
4. Ischämische Herzkrankheiten.

Tabelle 25: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen nach Clustern

Männer	ICD/9	Altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner				
		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Gesamt mortalität	001-999	804 (767-842)	961 (934-988)	1052 (1026-1077)	1085 (1062-1107)	1173 (1148-1197)
Lungenkrebs	162	42 (35-52)	61 (55-68)	71 (65-78)	83 (77-89)	92 (86-100)
Leberzirrhose	571	20 (15-28)	24 (20-28)	30 (26-35)	40 (36-44)	41 (36-45)
Krebs mortalität	140-208	213 (194-233)	263 (249-278)	286 (273-300)	296 (284-308)	310 (297-322)
Ischämische Herzkrankheiten	410-414	152 (137-169)	182 (171-194)	180 (170-191)	192 (182-201)	201 (192-212)
Leukämien	201-208	16 (12-22)	18 (15-23)	21 (18-25)	19 (16-22)	22 (19-25)
Zerebrovaskuläre Krankheiten	430-438	69 (59-80)	70 (64-78)	82 (75-89)	76 (70-82)	80 (74-86)
Suizid	E950-959	27 (20-36)	27 (23-32)	29 (25-34)	31 (28-36)	31 (27-35)

Aggregierter Zeitraum 1986 bis 1995, in Klammern: Konfidenzintervalle, $\alpha = 0,05$
Statistisches Landesamt/SFGJSU

Tabelle 26: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen nach Clustern

Frauen	ICD/9	Altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner				
		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Gesamt mortalität	001-999	872 (838-909)	1037 (1012-1062)	1021 (998-1045)	999 (979-1020)	1110 (1088-1133)
Lungenkrebs	162	18 (13-24)	25 (21-29)	23 (20-27)	25 (22-29)	27 (24-31)
Leberzirrhose	571	10 (6-15)	19 (16-23)	20 (17-24)	24 (21-28)	27 (24-31)
Krebs mortalität	140-208	245 (226-265)	272 (259-285)	270 (258-282)	274 (264-286)	271 (260-283)
Ischämische Herzkrankheiten	410-414	113 (101-126)	148 (139-158)	139 (130-148)	138 (130-146)	156 (148-165)
Leukämien	201-208	23 (18-30)	20 (17-24)	19 (16-22)	19 (16-22)	18 (15-21)
Zerebrovaskuläre Krankheiten	430-438	106 (95-119)	125 (117-133)	112 (105-120)	112 (106-119)	117 (110-124)
Suizid	E950-959	14 (11-21)	17 (14-21)	18 (15-22)	12 (10-15)	13 (11-16)
Brustkrebs	174	43 (35-52)	50 (44-56)	48 (43-53)	48 (43-53)	43 (39-48)

Aggregierter Zeitraum 1986 bis 1995, in Klammern: Konfidenzintervalle, $\alpha = 0,05$
Statistisches Landesamt/SFGJSU

Die gesundheitliche Situation von Frauen ist weniger von sozioökonomischen Bedingungen geprägt als die der Männer, lediglich die Sterberaten für ischämische Herzkrankheiten und Leberzirrhose liegen in sozial benachteiligten Stadtgebietstypen deutlich höher als in sozial privilegierten. Daß soziale Bedingungen sich auf die Gesundheit von Frauen weniger deutlich auswirken als bei Männern, könnte unter anderem auch daran liegen, daß Frauen sozialisationsbedingt häufiger ein gesundheitsbewußteres Verhalten zeigen. Sie achten stärker auf ihren Körper und sind aufmerksamer gegenüber ihrer Befindlichkeit.

Die Analyse der Mortalitätsstatistik unter sozialräumlichen Aspekten weist - trotz aller methodischen Einschränkungen - den Einfluß sozioökonomischer Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Krankheit nach. Die Auswirkungen unterschiedlicher Lebensbedingungen werden deutlich, wenn auch das Sterbengeschehen nur bedingt Rückschlüsse auf das Morbiditätsgeschehen zuläßt.

Für die Gesundheitspolitik lassen sich hieraus Interventionsmöglichkeiten ableiten, die im wesentlichen durch zwei Aspekte charakterisiert werden können:

- 1. Impulsgeber sein und**
- 2. Prioritäten setzen im Hinblick auf besondere Zielgruppen.**

Da Lebensbedingungen, die auf die Gesundheit Einfluß nehmen, von sehr vielen Faktoren abhängen, sind Erfolge nicht zu erzielen, wenn nur die unmittelbar im Gesundheitswesen Tätigen agieren.

Das Gesundheitswesen allein kann nicht die Lösung aller gesundheitlich relevant werdenden sozialen Probleme erbringen. Wenn es allerdings gelänge, sozialen Problemen mit gesundheitlicher Auswirkung mit adäquaten Handlungsstrategien zu begegnen, hätte dies nicht nur einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern würde auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen.

Das gemeinsame Entwickeln von Herangehensweisen erfordert jedoch die Anerkennung sozioökonomischer Faktoren als wichtige Einflußgrößen für Gesundheit und Krankheit sowie die Anerkennung unterschiedlicher Verantwortlichkeiten weiterer Politikfelder wie Wirtschaft, Arbeit, Verkehr, Umwelt, Wohnungsbau etc. in der Beeinflussung dieser Determinanten.

3.7 Zusammenfassung

Die Auswertung der Mortalitätsstatistik weist für beide Geschlechter zwischen 1980 und 1995 eine Abnahme der geschlechts- und altersspezifischen Sterberaten aus. Bei Männern sind diese Abnahmen ausgeprägter als bei den Frauen. Dennoch lagen auch im beobachteten Zeitraum die standardisierten Sterberaten der männlichen Bevölkerung in allen Altersgruppen über denen der weiblichen. Zum Rückgang der Gesamtmortalität um rund 20% hat im Land Bremen die abnehmende Rate der Herz-Kreislaufkrankheiten mit etwa 26% überdurchschnittlich beigetragen²⁶⁾. Innerhalb dieser großen Todesursachengruppe hat sowohl bei den Frauen als auch bei den

26 Vergleich der Gesamtmortalitätsraten 1980 mit denen des Jahres 1995

Männern den auffälligsten Beitrag der Rückgang an Sterbefällen infolge von Hirngefäßkrankheiten geleistet.

Unter den ursachenspezifischen Sterblichkeiten findet sich über alle Altersgruppen hinweg betrachtet die Dominanz von Herz-Kreislaufkrankungen und bösartigen Neubildungen. Beide Erkrankungsgruppen sind für drei Viertel aller Todesursachen verantwortlich.

Vor dem 65. Lebensjahr sind Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache bei Männern führend, bei den Frauen sind es dagegen die bösartigen Neubildungen. Durch Krebserkrankungen gehen Frauen unter 65 Jahren deutlich mehr Lebensjahre verloren als durch irgend eine andere Erkrankung.

Die nähere Analyse der ausgewählten Lokalisationen weist dabei eine besonders hohe Sterberate von Männern an Lungenkrebs auf, während bei Frauen unter 65 Jahren Brustkrebs dominiert. Die diesen Sterbeursachen zugrunde liegenden Erkrankungen sind zu einem großen Anteil auf bekannte und modifizierbare Risikofaktoren zurückzuführen bzw. einer Früherkennung zugänglich.

Die alters- und geschlechtsspezifische Analyse umfaßte das Mortalitätsspektrum von jungen Erwachsenen (15-34 Jährige), Menschen im mittleren Lebensalter (35-64 Jährige) und alten Menschen (65-79 Jährige).

Hervorzuheben ist bei den jungen Erwachsenen die hohe Sterblichkeit durch Verletzungen und Vergiftungen. Etwa jeder fünfte Todesfall in diesem Alter ist bei Männern alkohol- und drogenbedingt. Verletzungen und Vergiftungen sowie alkohol- und drogenbedingte Sterbefälle erklären zwei Drittel aller Todesfälle in dieser Altersgruppe. Bei den jungen Frauen beherrschen zwar auch diese Todesursachen das Sterbegeschehen, allerdings spielen bei ihnen bereits in diesem Lebensalter Krebserkrankungen eine Rolle.

Die Steigerungsraten der alkohol- und drogenbedingten Sterbefälle in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen - insbesondere die der jungen Männer - geben Anlaß zur Sorge. Neben der Primärprävention sind möglichst niedrigschwellige und frühzeitig einsetzende Hilfen anzubieten. Wie diese zu gestalten sind und ob diese innerhalb des Drogen- und Suchtkrankenhilfesystems oder im Rahmen des Jugendhilfesystems anzusiedeln sind, wird derzeit in Bremen diskutiert.

Die Analyse der Sterblichkeit unter sozialräumlichen Aspekten für die Stadt Bremen sollte den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit aufhellen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zeigt sich eine durchgängig höhere Gesamtmortalität in den sozial benachteiligten Stadtgebieten.

Die Gesamtmortalität der Männer in den sozial benachteiligten Stadtgebieten ist gegenüber den Sterberaten der Männer in sozial privilegierten Stadtgebieten um 45% erhöht. Auch bei den Frauen finden sich diese Unterschiede, aber sie sind nicht so deutlich ausgeprägt wie bei den Männern. Die Gesamtmortalität von Frauen in sozial ungünstigen Stadtgebieten ist gegenüber der von Frauen in privilegierten Stadtgebietstypen um 27% erhöht²⁷⁾.

27 aggregierter Zeitraum 1986 bis 1995

Derselbe soziale Gradient zeigt sich bei Männern für die Krebsmortalität. Auch hier ist der Abstand zwischen den statushöchsten und den statusniedrigsten Stadtgebieten deutlich erkennbar.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigen sich weiterhin deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten. Bei den Frauen ist die Sterberate in sozioökonomisch ungünstigen Stadtgebieten gegenüber der Sterberate von Frauen in sozioökonomisch günstigen Stadtgebietstypen um 38%, bei den Männern um 32% erhöht²⁸⁾.

Auch für die Leberzirrhosemortalität bestehen in Abhängigkeit von der sozialen Schicht Unterschiede: Frauen in sozial privilegierten Stadtgebieten weisen eine deutlich niedrigere Sterberate an Leberzirrhose auf als Frauen aus Stadtgebieten, die sozial benachteiligt sind. Gleichzeitig sind die Unterschiede im Mortalitätsrisiko bei Männern und Frauen bei Leberzirrhose am deutlichsten ausgeprägt. In sozioökonomisch benachteiligten Stadtgebieten sterben 2,7 mal mehr Frauen und doppelt so viele Männer an Leberzirrhose wie in den privilegierten Stadtgebieten.

Ähnlich gravierende Unterschiede finden sich bei Männern hinsichtlich der Lungenkrebsmortalität. Während in den Jahren 1986 bis 1995 in sozial privilegierten Stadtgebieten jährlich im Durchschnitt 42 Männer bezogen auf 100.000 an Lungenkrebs verstarben, so waren dies in sozial benachteiligten mehr als doppelt so viele, nämlich 92 je 100.000 Einwohner. Zwar verstarben auch mehr Frauen in sozial benachteiligten Stadtgebieten an Lungenkrebs als in sozial privilegierten, doch ist der Unterschied nicht so stark ausgeprägt wie bei den Männern.

Bei Frauen hat die Lungenkrebsmortalität in allen Stadtgebieten zugenommen. Die deutlichste Zunahme erfolgte in den sozial begünstigten Stadtgebietstypen. In der Zunahme der Lungenkrebsmortalität bei Frauen spiegelt sich insbesondere die Zunahme der Prävalenz des Rauchens wider. Da der jetzige Verlauf den Schluß nahelegt, daß sich die Lungenkrebsmortalität bei Frauen mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa 15 Jahren analog zu der der Männer entwickelt, muß davon ausgegangen werden, daß mit weiter steigenden Raten zu rechnen ist.

28 aggregierter Zeitraum 1986 bis 1995

4 Morbidität

4.1. Krankenhausbehandlungen

4.2. Infektionskrankheiten

4.2.1. Tuberkulose

4.2.2. Hepatitis

4.2.3. HIV und AIDS

Die Sterblichkeit der Bevölkerung ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Beschreibung des Krankheitsgeschehens. Der Rückschluß vom Mortalitätsgeschehen auf das Morbiditätsgeschehen ist jedoch nur begrenzt möglich. Ähnliches gilt für die nachfolgende Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik - die zudem bezüglich der Datenvalidität mit Mängeln behaftet ist.

Einschränkend ist ferner anzumerken, daß lediglich vollstationär behandelte Menschen erfaßt werden. Des weiteren werden in der Krankenhausdiagnosestatistik nicht Fallzahlen, sondern Entlassungen registriert. Das heißt, daß die Anzahl der tatsächlich behandelten Menschen von der Zahl der Entlassungen erheblich abweichen kann. Insbesondere chronisch kranke Menschen (z.B. Menschen mit einem Krebsleiden) müssen sich innerhalb eines Jahres oft mehrfach Krankenhausbehandlungen unterziehen. Es ist daher nicht möglich, anhand der Krankenhausdiagnosestatistik den Anteil von Bevölkerungsgruppen zu errechnen, der pro Jahr stationär behandelt wird.

Ein weiterer Nachteil dieser Statistik liegt darin, daß nur Hauptdiagnosen erfaßt werden. Erfolgt die Aufnahme beispielsweise wegen einer Herzerkrankung, tritt die Grunderkrankung (z.B. Bluthochdruck) nicht in Erscheinung. Insofern ist ein Rückschluß von der Diagnosenverteilung auf das Morbiditätsgeschehen einer Bevölkerung nur sehr begrenzt möglich.

Dennoch: die Krankenhausdiagnosestatistik weist bei alters- und geschlechtsspezifischer Betrachtung der Hauptdiagnosen über alle Disziplinen hinweg aus, daß die Erkrankungen, die in den jeweiligen Altersgruppen zum Tode führen, weitgehend mit denen übereinstimmen, die im stationären Versorgungsbereich eine wesentliche Rolle spielen, damit letztendlich auch hohe Versorgungskosten erzeugen und angesichts des demographisch bedingten Umbaus der Bevölkerung Beachtung in Bezug auf zukünftige Planungen im stationären Sektor verdienen.

4.1 Krankenhausbehandlungen

Die Krankenhausdiagnosestatistik beschreibt das Spektrum der Krankheitsdiagnosen, die bei Entlassung eines Patienten bzw. einer Patientin bekannt waren.

Im Jahr 1995 wurden von Krankenhäusern des Landes Bremen insgesamt 176.248 Entlassungen gemeldet. Davon entfielen auf Krankenhäuser der Stadt Bremen 138.176 Entlassungen - dies entspricht einem Anteil von etwa 80% - und auf Krankenhäuser der Stadt Bremerhaven 38.072 - dies entspricht einem Anteil von rund 20 %.

Die Verteilung der Hauptdiagnosen, die zum Zeitpunkt der Entlassung gestellt worden sind und die die Dauer der stationären Behandlung bestimmen - und damit in der Regel auch den größten Teil der medizinischen Leistungen und der Kosten bean-

spricht haben - ist für die Jahre 1995 und 1996 der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Die Darstellung eventueller Veränderungen im Spektrum der Diagnosen im längerfristigen Zeitvergleich ist leider nicht möglich.

Tabelle 27: Hauptdiagnosen in den Krankenhäusern des Landes Bremen

Land Bremen		1995		1996	
Obergruppen	ICD/ 9	Entlassungen	in %	Entlassungen	in %
Neubildungen	1400	26.654	15,12	27.655	15,10
Krankheiten des Kreislaufsystems	3900	26.081	14,80	27.562	15,04
Verletzungen und Vergiftungen	8000	17.264	9,80	17.418	9,51
Krankheiten der Verdauungsorgane	5200	15.022	8,52	15.806	8,63
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	3200	14.202	8,06	14.252	7,78
Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett	6300	12.049	6,84	13.089	7,14

SFGJSU

An der Spitze der Krankenhausbehandlungen standen 1996 Neubildungen mit 27.665 Behandlungsfällen, das entspricht einem Anteil von 15,10%. Unter der Obergruppe Neubildungen werden sowohl gutartige als auch bösartige Neubildungen zusammengefaßt.

Den größten Anteil mit 21.696 Behandlungsfällen (81%) haben hierbei die bösartigen Neubildungen. Mit etwa 11,4 Tagen entsprach die für die Behandlung notwendige Verweildauer in etwa dem Durchschnitt (10,5 Tage). 1.215 Menschen mit der Diagnose Krebs verstarben in Bremer Krankenhäusern.

Fast gleichbedeutend waren Herz-Kreislaferkrankungen mit 15,04% oder 27.562 Krankenhausbehandlungen. Bei etwa 50% dieser Fälle war die stationäre Behandlung wegen ischämischer Herzkrankheiten (u.a. Herzinfarkt), Hypertonie (Bluthochdruck) und Hirngefäßerkrankungen (u.a. Schlaganfall) erforderlich.

Der außerordentlich hohe Anteil von 38% aller Verstorbenen im Krankenhaus unterstreicht die hohe Mortalitätsrate der Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von fast 14 Tagen liegen Behandlungen aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen (mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlungsfälle) an der Spitze.

Die dritthäufigste Diagnosestellung war die wegen erlittener Vergiftungen und Verletzungen mit knapp 10% (17.418 Behandlungsfälle).

Mit der Diagnose „Krankheiten der Verdauungsorgane“ erfolgten 15.806 Entlassungen (8,63%), Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane erforderten 14.252 (7,8%) Krankenhausbehandlungen.

Die weiteren Krankheitsdiagnosegruppen sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 28: Weitere Diagnosen in den Krankenhäusern des Landes Bremen

Land Bremen		1995		1996	
Obergruppen	ICD/9	Entlassungen	in %	Entlassungen	in %
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	7100	12.520	7,10	13.667	7,46
Krankheiten der Atmungsorgane	4600	11.269	6,39	11.728	6,40
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	5800	10.680	6,06	10.787	5,89
Psychiatrische Erkrankungen	2900	9.006	5,11	9.678	5,28
Endokrinopathien, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunsystems	2400	4.269	2,42	4.106	2,24
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	7800	6.006	3,41	6.330	3,46
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	0	2.934	1,66	3.163	1,73
Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	7600	2.303	1,31	1.771	0,97
Krankheiten der Haut und des Unterzellgewebes	6800	2.478	1,41	2.731	1,49
Kongenitale Anomalien	7400	2.468	1,40	2.362	1,29
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2800	1.043	0,59	1.098	0,60

SFGJSU

Mit einem Anteil von 55,4% oder 101.366 Behandlungsfällen sind Frauen häufiger behandelt worden als Männer. Im Jahr 1996 wurden insgesamt 183.203 Behandlungsfälle registriert, 81.837 Behandlungsfälle bzw. 44,6% entfielen auf Männer. Die bei der Entlassung gestellten Diagnosen von Männern und Frauen unterscheiden sich deutlich.

Bei den Männern sind die fünf häufigsten Diagnosegruppen

1. Erkrankungen des Kreislaufsystems,
2. Neubildungen,
3. Verletzungen und Vergiftungen,
4. Erkrankungen der Verdauungsorgane und
5. Erkrankungen der Atmungsorgane.

Diese Diagnosen machen bei den Männern 61,60% aller Behandlungsfälle aus.

Die fünf häufigsten Diagnosen bei Frauen sind

1. Neubildungen,
2. Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett,
3. Erkrankungen des Kreislaufsystems,
4. Verletzungen und Vergiftungen sowie
5. Erkrankungen der Sinnesorgane und des Nervensystems.

Diese Behandlungsanlässe sind bei den Frauen für knapp 57% aller Krankenhausaufenthalte verantwortlich. Die Diagnose „Komplikationen bei Schwangerschaft,

Entbindung und Wochenbett“ - unter dieser Diagnosegruppe werden auch „normale“ Geburten erfaßt - wurde in 13.089 Fällen als stationärer Behandlungsanlaß gestellt. Mit 6,4 Tagen lag die Verweildauer deutlich unter dem Durchschnitt.

Tabelle 29: Diagnosen in Krankenhäusern des Landes Bremen, Männer

Obergruppe	ICD/9	Fälle	% Anteil an allen Diagnosen bei Männern	% Anteil an allen Diagnosen insgesamt
Kreislaufsystem	3900	15.412	18,83	8,41
Neubildungen	1400	11.339	13,86	6,19
Verletzungen, Vergiftungen	8000	9.171	11,21	5,01
Verdauungsorgane	5200	8.164	9,98	4,46
Atmungsorgane	4600	6.332	7,74	3,46
Sinnesorgane und Nervensystem	3200	6.233	7,62	3,40
Skelett, Muskeln,	7100	5.998	7,33	3,27
Psychiatrische Erkrankungen	2900	5.411	6,61	2,95
Harn- + Geschlechtsorgane	5800	3.257	3,98	1,78
Symptome+schlecht bez. Affektionen	7800	3.142	3,84	1,72
infektiöse+parasitäre Erkr.	0	1.650	2,02	0,90
Endokrinopathien	2400	1.504	1,84	0,82
Haut+Unterhautzellgewebe	6800	1.409	1,72	0,77
Kongenitale Anomalien	7400	1.351	1,65	0,74
Affektionen, Perinatalzeit	7600	968	1,18	0,53
Blut+blutbildende Organe	2800	496	0,61	0,27
Summe		81.837	100,02	44,68

SFGJSU

Tabelle 30: Diagnosen in Krankenhäusern des Landes Bremen, Frauen

Obergruppe	ICD/9	Fälle	% Anteil an allen Diagnosen bei Frauen	% Anteil an allen Diagnosen insgesamt
Neubildungen	1400	16.316	8,91	16,10
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	6300	13.089	7,14	12,91
Kreislaufsystem	3900	12.150	6,63	11,99
Verletzungen, Vergiftungen	8000	8.247	4,50	8,14
Sinnesorgane und Nervensystem	3200	8.019	4,38	7,91
Skelett, Muskeln,	7100	7.669	4,19	7,57
Verdauungsorgane	5200	7.642	4,17	7,54
Harn- + Geschlechtsorgane	5800	7.530	4,11	7,43
Atmungsorgane	4600	5.396	2,95	5,32
psychiatrische Erkrankungen	2900	4.267	2,33	4,21
Symptome+schlecht bez. Affektionen	7800	3.188	1,74	3,15
Endokrinopathien	2400	2.602	1,42	2,57
infektiöse+parasitäre Erkr.	0000	1.513	0,83	1,49
Haut+Unterhautzellgewebe	6800	1.322	0,72	1,30
Kongenitale Anomalien	7400	1.011	0,55	1,00
Affektionen, Perinatalzeit	7600	803	0,44	0,79
Blut+blutbildende Organe	2800	602	0,33	0,59
Alle Diagnosen bei Frauen		101.366	55,34	100,01

Etwa jede/r dritte Patient bzw. Patientin kommt nicht aus Bremen. Der Anteil auswärtiger Frauen an den insgesamt stationär behandelten Frauen liegt mit 31,8% (32.221 Fälle) unter dem Anteil der in Bremen behandelten auswärtigen Männer (36,7% oder 30.004 Fälle).

Tabelle 31: Anteil auswärtiger und Bremer Patient/-innen in Krankenhäusern des Landes Bremen

1996	Bremer/-innen	Auswärtige
Männer	51.797 (63,2%)	30.040 (36,7%)
Frauen	69.145 (68,2%)	32.221 (31,8%)
Gesamt	120.942 (66,0)	62.261 (34,0)

SFGJSU

Jeder dritte Behandlungsfall in Bremer Krankenhäusern ist über 65 Jahre alt. Dies ist nicht zuletzt Ausdruck der mit dem Alter zunehmenden Multimorbidität. 56,6% der über 65 Jährigen sind Frauen. Von den knapp 60.000 registrierten Behandlungsfällen bei Menschen über 65 Jahre entfallen auf die über 80 Jährigen 18.742 Behandlungen (31,33%). Auffällig ist der geringe Anteil auswärtiger Patientinnen und Patienten mit 3.666 (20,71%) Behandlungsfällen in dieser Altersgruppe. Der Anteil von Frauen, die über 80 Jahre alt sind, liegt mit knapp 70% gemessen am Anteil der über 65-jährigen Frauen besonders hoch.

Für die einzelnen Altersgruppen ergibt sich aufgeschlüsselt nach Diagnosen folgendes Bild:

Bei den **Säuglingen** (unter 1Jährige) dominieren Krankenhausbehandlungen aufgrund von angeborenen Fehlbildungen und Schädigungen in der Perinatalzeit mit etwa 50% aller notwendigen Behandlungen in diesem Alter. Absolut gesehen sind mit 1362 Behandlungsfällen hiervon mehr Jungen als Mädchen betroffen (917 Fälle).

In der Altersgruppe der **1 bis unter 15 Jährigen** sind mit etwa 25% aller Fälle Krankheiten der Atmungsorgane, mit etwa 15% Verletzungen und Vergiftungen und mit rund 10% Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane die drei häufigsten Behandlungsanlässe. Insgesamt wurden im Jahr 1996 3.414 Behandlungsfälle bei Jungen und 2.345 Behandlungsfälle bei Mädchen registriert.

Bei den **jungen Erwachsenen** (15-30 Jahre) zeigen sich diagnosebezogen erste gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei den jungen Männern wird jede dritte Krankenhausbehandlung aufgrund von Verletzungen (insbesondere infolge von Kfz-Unfällen) notwendig. Etwa 15% aller Krankenhausbehandlungen gehen auf psychiatrische Erkrankungen zurück und 10% entfallen auf Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Bei den Frauen dominieren mit fast 45% Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Anlaß für eine Krankenhausbehandlung. Etwa 10% der Behandlungsfälle gehen auf Erkrankungen der Atmungsorgane zurück. Die restlichen Diagnosen verteilen sich mit prozentualen Anteilen zwischen 6% und 0,3% auf die übrigen Diagnosegruppen. Die absolute Zahl der Krankenhausbehandlungen liegt bei den Frauen mit 16.272 fast doppelt so hoch wie die der Männer mit 8.346 Behandlungsfällen.

An dieser Verteilung der Diagnosen verändert sich in der Altersgruppe der **30-45 Jährigen** wenig. Bei den Männern stehen weiter Verletzungen und psychiatrische Erkrankungen im Vordergrund, wobei sich der Anteil von Behandlungen aufgrund von Verletzungen auf knapp 13% reduziert. Bei den Frauen erfolgt in dieser Altersgruppe jede dritte Krankenhausbehandlung wegen Schwangerschaft und Geburt.

Im **mittleren Erwachsenenalter** (45-60 Jahre) verändert sich das Diagnosespektrum gegenüber den jüngeren Jahrgängen. Bei den Männern erfolgt fast jede vierte Krankenhausbehandlung (23,2% oder 4.541 Behandlungsfälle) aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Etwa jede fünfte Behandlung geht auf Neubildungen zurück (17%). Je 10% aller Behandlungsfälle im Krankenhaus werden aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane und Erkrankungen des Knochen- und Bewegungsapparates erforderlich.

Demgegenüber dominieren bei den Frauen mit fast 30% Krankenhausbehandlungen aufgrund von Neubildungen. An zweiter Stelle stehen mit 10% aller Behandlungsfälle die Herz-Kreislauferkrankungen und an dritter Stelle mit 8% Erkrankungen der Atmungsorgane.

Bei den **60-65 Jährigen** stehen bei beiden Geschlechtern als stationäre Behandlungsanlässe Herz-Kreislauferkrankungen und Neubildungen im Vordergrund; die Hälfte aller in diesem Alter notwendigen Behandlungen werden durch diese beiden Erkrankungsgruppen verursacht. Bei den Frauen haben die Krebserkrankungen (27,8%) jedoch eine größere Bedeutung als Herz-Kreislauferkrankungen (17,%), bei den Männer ist es genau umgekehrt (29,9% Herz-Kreislauferkrankungen, 22,4% Neubildungen).

Während die Bedeutung der Herz-Kreislauferkrankungen bei den Männern auch in den Altersgruppen der **über 70 Jährigen** mit mehr als 30% führend bleibt, treten diese bei Frauen erst in dieser Altersgruppe an erste Stelle, Krebserkrankungen nehmen an Bedeutung bei Frauen in einem Lebensalter von mehr als 70 Jahren ab.

Bei den **über 75 Jährigen** gewinnen zudem sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Erkrankungen der Sinnesorgane und des Nervensystems gegenüber jüngeren Altersgruppen an Bedeutung. Aufgrund dieser Erkrankungen erfolgt etwa jede zehnte Behandlung.

Eine zusammenfassende Darstellung der Krankenhausfälle nach Altersgruppen nur für Bremerinnen und Bremer (1996) zeigt die mit höherem Alter deutliche Zunahme des Anteils von Herz-Kreislauferkrankungen an den stationären Fällen. 29% der stationär behandelten Fälle im Alter von über 75 Jahren weisen diese Entlassungsdiagnose auf. Der relative Anteil von Neubildungen zeigt mit 23% in der Altersgruppe der 65-75 Jährigen ein Maximum auf; bei den über 75 Jährigen sinkt dieser Anteil wieder deutlich auf das Niveau der unter 65 Jährigen ab.

Tabelle 32: Bremer Patientinnen und Patienten nach Alter in %, 1996

	Alter			
	0-65	65-75	über 75	insgesamt
Diagnosen (ICD/9):				
Kreislaufsystem (3900)	8,8	25,93	28,54	15,29
Neubildungen (1400)	12,15	22,74	12,11	13,81
Verdauungsorgane (5200)	9,46	8,89	8,46	9,18
Skelett, Muskeln, Bindegewebe (7100)	6,73	7,50	5,10	6,54
Nervensystem und Sinnesorgane (3200)	5,68	8,76	11,67	7,31
Harn- und Geschlechtsorgane (5800)	6,96	4,92	3,83	6,04
Verletzungen (8000)	10,33	6,00	11,64	9,90
Atmungsorgane (4600)	7,36	5,16	6,95	6,93
Endokrinopathien (2400)	2,02	2,59	2,34	2,17
Psychiatrische Krankheiten (2900)	8,38	2,11	1,94	6,16
Sonstige	22,13	5,40	7,42	16,67

SFGJSU

Bewertung

Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der sogenannten Versorgungslast ist angesichts des demographisch bedingten Umbaus der Bevölkerung in den kommenden Jahren mit einem leicht steigenden Bedarf im Bereich der Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen zu rechnen. Die Sterblichkeit an akuten Herzerkrankungen hat in den vergangenen Jahren abgenommen, so daß weiter davon auszugehen ist, daß sich dieser Zusatzbedarf insbesondere im operativen und rehabilitativen Bereich abzeichnen wird.

Des weiteren wird es insbesondere darauf ankommen, Konzepte für ein effektive Verzahnung präventiver, kurativer und rehabilitativer Maßnahmen zu entwickeln. Die bisher organisatorisch getrennten Bausteine einer Versorgungskette von Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Behandlungsfolge - und im Lebenslauf von Menschen - können kein zukunftsorientiertes Modell mehr sein.

Inwieweit sich ein demographisch bedingter Zusatzbedarf in der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten ergeben wird, ist vor allem von der Optimierung der Früherkennung abhängig: eine effektive Früherkennung könnte durch eine Behandlung von Frühformen einen aufwendigeren zusätzlichen Versorgungsbedarf reduzieren.

Des weiteren ist zu vermuten, daß insbesondere durch die Verschiebung des Kinderwunsches in die vierte Lebensdekade (vgl. Kapitel 1.2) stationäre Behandlungen von weiblichen Infertilitätsstörungen sowie von Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zunehmen werden.

4.2 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten stellen in den reichen Ländern seit mehreren Jahrzehnten nicht mehr die hauptsächliche Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung dar. Dieser Rückgang ist auf den hohen hygienischen Standard, die erfolgreichen Impfkampagnen, das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung und die gute medizinische Versorgung zurückzuführen. Demgegenüber stellen viele Infektionskrankheiten für die ärmeren Länder und die Krisen- und Kriegsgebiete auch heute noch eine bedrohliche Realität dar:

Während in den sogenannten Entwicklungsländern über 40% der Todesfälle auf Infektionen und parasitäre Erkrankungen zurückzuführen sind, verursachen diese in den Industrieländern nur etwa 1 % der Todesfälle.

Daß Infektionskrankheiten wieder ein ernst zunehmendes gesundheitliches politisches Problem werden können, hat jedoch nicht zuletzt das Aufkommen von AIDS gezeigt. In Deutschland - wie auch im Land Bremen - bestimmen nachfolgende Punkte die derzeitigen Hauptprobleme:

- Zunehmende Reiseaktivitäten in tropische und subtropische Länder verbunden mit einer mangelhaften Prophylaxe führen dazu, daß z.B. Malaria und Hepatitis A als ernstzunehmende und in Einzelfällen sogar tödlich verlaufende Erkrankungen importiert werden. Auch wenn dieser Infektionskrankheiten-Import in der Regel keine Gefährdung für Dritte bedeutet, gibt die zunehmende Zahl dieser Reiseinfektionskrankheiten jedoch Anlaß zur Sorge.
- Fälschlicherweise überwunden geglaubte Krankheiten werden zur Ursache für einen nachlassenden Impfschutz in der Bevölkerung. So konnte es in den letzten Jahren im Zusammenhang mit dem Zusammenbruch des Gesundheitssystems und einem mangelhaften Impfschutz der Menschen in den GUS-Staaten zu einer Diphtherieepidemie kommen. Auch in Deutschland gab es infolgedessen Erkrankungen und Tote, da auch hier der Impfschutz der Bevölkerung offensichtlich sehr mangelhaft ist, obwohl es sich um eine öffentlich empfohlene Impfung handelt.
- Mangelhafte Qualitätskontrollen bei der Lebensmittelproduktion führen durch die Globalisierung und Industrialisierung in diesem Bereich zu einer Ausweitung von lebensmittelbedingten Infektionskrankheiten. Als Beispiele für mit Lebensmitteln in Zusammenhang stehende Infektionen seien Salmonellenerkrankungen, BSE/CJS²⁹⁾ und EHEC-Infektionen³⁰⁾ genannt.
- Technisierung und veränderte Lebensformen können zu potentiell infektiösen Situationen führen. So sind die in der Umwelt verbreiteten Legionellen erst durch die Anwendung von Klimaanlageanlagen bzw. anderen aerosolbildenden Techniken zu einer Infektionsgefahr geworden.
- In der Bundesrepublik erkrankt jährlich eine erhebliche Zahl von Patientinnen und Patienten an im Krankenhaus erworbenen Infektionskrankheiten. Ein Grund hierfür: die Resistenzentwicklung durch die Verwendung immer neuerer Antibiotika in großem Maßstab. Zunehmend kompliziertere medizinische Eingriffe, die Tatsache, daß die behandelten Menschen im Durchschnitt immer älter werden und die Anwendung immunsupprimierender Therapien erfordern immer höhere Ansprüche an die Krankenhaushygiene.

29 BSE = Bovine Spongiforme Enzephalopathie, CJS = Creutzfeld-Jakob-Syndrom

30 EHEC = Enterohämorrhagische Escherichia Coli, Darmentzündung, die mit Blutungen einhergeht.

Neben dem Bundesseuchengesetz, welches sich z.Zt. in der Überarbeitung zum Infektionsschutzgesetz befindet, gibt es auf Bremer Landesebene eine Reihe von Regelwerken, die z.T. auch überregional positive Beachtung finden.

- 1988: Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten auf der Grundlage des § 12 a des BSeuchG ist eine hilfreiche Grundlage zur Umsetzung von Hygieneregeln für besondere Einrichtungen. Auf dieser Grundlage wurde u.a. sehr erfolgreich die hygienische Situation in vielen Tattoo- und Piercing-Studios verbessert.
- 1991: Bremische Krankenhaus-Hygiene-Verordnung mit bundesweitem Vorbildcharakter; diese hat in den vergangenen Jahren erkennbar positive Veränderungen in der Krankenhaushygiene bewirkt.
- 1995: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bremen. Gesundheitsämter, Hafengesundheitsämter und das Landesuntersuchungsamt haben hier den gesetzlichen Auftrag erhalten, ihren jeweiligen Beitrag zur Infektionsprophylaxe zu leisten.
- 1997: Verordnung über statistische Erhebungen zur Ermittlung der Durchimpfungsrate der erwachsenen bremischen Bevölkerung im Rahmen des Mikrozensus. Eine Zusatzbefragung zum Impfstatus bzgl. Tetanus, Diphtherie und Polio kann auf dieser Grundlage durchgeführt werden. Die Informationen sollen die Basis für gezielte Aufklärung von Bevölkerung und Ärzteschaft zur Verbesserung des Impfschutzes sein.

Das Meldesystem weist nach allgemeiner Einschätzung große Schwächen auf. Als Ursache sind hier im wesentlichen zwei Aspekte zu nennen, zum einen die sogenannte „Meldemoral“ der zur Meldung Verpflichteten und zum anderen die besonderen Eigenschaften der einzelnen Infektionskrankheiten.

Die immer wieder bemängelte Meldemoral dürfte neben einer tatsächlichen Unwissenheit sicherlich auch auf mangelnde Motivation zurückzuführen sein. Hier soll zukünftig durch stärkere Rückvermittlung dessen, was in den Gesundheitsämtern mit den Daten geschieht bzw. welche Maßnahmen und Interpretationen sich ergeben, eine bessere Einbindung in den Gesamtzusammenhang erfolgen. Spekuliert werden kann auch über einen (falsch verstandenen?) Patientenschutz, da überzogene Maßnahmen des Gesundheitsamtes befürchtet werden.

In Einzelfällen sind aber auch banale Ursachen wie eine mangelnde Kostenerstattung für den Meldeaufwand für das Ausbleiben der Meldung verantwortlich.

Eine weitere Ursache für die Untererfassung ist die Eigenschaft der einzelnen meldepflichtigen Erkrankung. Der Katalog der meldepflichtigen Erkrankungen, differenziert nach Meldungen bei Verdacht, Erkrankung und/oder Tod nimmt für sich in Anspruch, sich auf diejenigen Infektionskrankheiten zu beschränken, die Interventionsnotwendigkeiten und -möglichkeiten für das öffentliche Gesundheitswesen zulassen bzw. erforderlich machen.

Entgegen einer weit verbreiteten Ansicht ist die Schwere einer Erkrankung nicht das Grundkriterium für die Aufnahme in den Meldekatalog. Hier liegt die Ursache für eine erhebliche Untererfassung der tatsächlichen Zahl von Infizierten insbesondere bei Infektionen, die häufig auch symptomlos bzw. in sehr unterschiedlichen Verläufen auftreten können. So ist der hohe Anteil an Krankenhauseinweisungen bei gemeldeten Salmonellenerkrankungen (rund 20 % der gemeldeten Erkrankungen in der

Stadt Bremen) dadurch zu erklären, daß vorrangig bei schweren Krankheitsverläufen eine Erregerspezifizierung und damit Meldung stattfindet. Leichte Verläufe werden entweder gar nicht beim Arzt vorstellig oder dort symptomatisch ohne Erregernachweis therapiert. Diese Fälle gehen damit nicht in die Statistik ein. Demgegenüber steht der erwartungsgemäß hohe Erfassungsgrad bei einer relativ schweren Erkrankung wie der Tuberkulose, insbesondere der offenen Lungentuberkulose.

Ein weiterer Grund für die Probleme hinsichtlich der Meldequote: Es ist nicht immer möglich, meldepflichtige Erkrankungen sowohl schnell als auch 100%ig sicher zu diagnostizieren. Daher ist die Abgrenzung zwischen Verdacht der Erkrankung und tatsächlicher Erkrankung manchmal schwierig. Es unterbleibt hin und wieder die Meldung bei den Erkrankungen, die nur im Krankheits-, nicht aber im Verdachtsfall meldepflichtig sind.

1995 wurden den Gesundheitsämtern in Bremen insgesamt 1.700 an einer meldepflichtigen Infektion erkrankte Menschen bekannt. Dies stellt eine gegenüber dem übrigen Bundesgebiet vergleichbare Situation dar. Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) der einzelnen gemeldeten Erkrankungen reicht von jährlich gut 100 Erkrankten pro 100.000 Einwohner (Salmonellen-Erkrankungen) bis unter eine Erkrankung pro 100.000 Einwohner (Menningokokken-Meningitis). Im gleichen Jahr wurden 83 Todesfälle auf Infektionskrankheiten zurückgeführt.

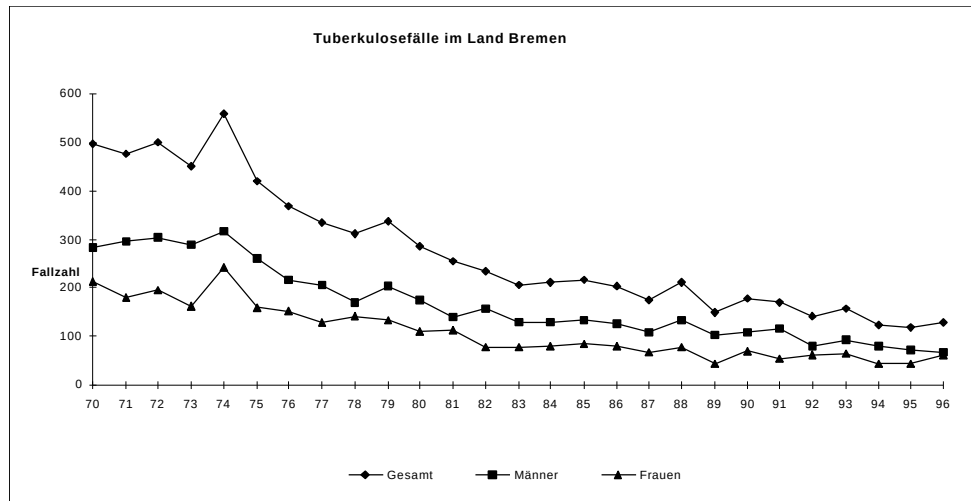
Exemplarisch soll nachfolgend die Situation von Infektionskrankheiten aus drei Erregergruppen beschrieben werden, die einerseits die Gemeinsamkeit besitzen, von teilweise entscheidender Bedeutung für die einzelnen Infizierten zu sein, zum anderen aber aufgrund der therapeutischen und präventiven Möglichkeiten im Schwerpunkt sehr unterschiedliche Interventionsstrategien des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfordern:

- die Tuberkulose mit mittlerweile hervorragenden Therapiemöglichkeiten und als eine Krankheit, deren Entwicklung entscheidend von den Lebensverhältnissen beeinflusst wurde und wird,
- die Hepatitis A, B, C mit neuerdings gut verfügbarer Prophylaxe durch Immunisierung mittels Impfungen gegen Hepatitis A und B und
- die HIV-Infektion (als nicht namentlich gemeldete Infektion), deren Verhütung vor allem mit einem interdisziplinären Präventionsansatz zur Verhaltensbeeinflussung durch Information und Aufklärung gelingen kann.

4.2.1 Tuberkulose (TBC)

Die Zahl der jährlich gemeldeten Tuberkulosefälle sank im Land Bremen bis 1994 kontinuierlich, seither sind jährliche Fallzahlen zwischen 113 und 129 zu verzeichnen.

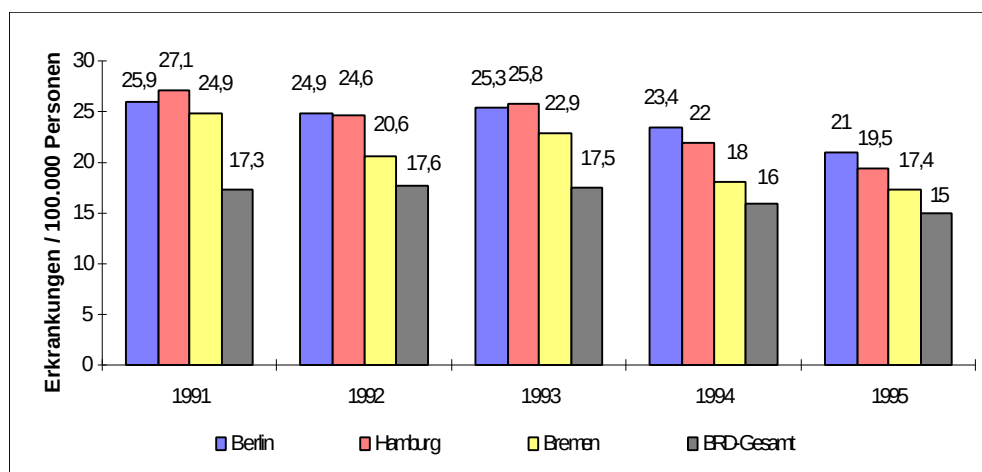
Abbildung 60: TBC-Fallzahlen im Land Bremen, 1970 - 1996



Umgerechnet auf die Einwohnerzahl im Land Bremen entspricht dies für 1996 einer Häufigkeit von 19 Erkrankungen je 100.000 Einwohner (Männer: 20,8; Frauen: 17,3).

Die Erkrankungsrate im Land Bremen lag in den letzten Jahren über dem jeweiligen Bundesdurchschnitt. Diese Beobachtung findet sich ebenso in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin sowie in weiteren größeren Städten und Ballungszentren der Bundesrepublik Deutschland. Insofern stellt sie keine Auffälligkeit dar.

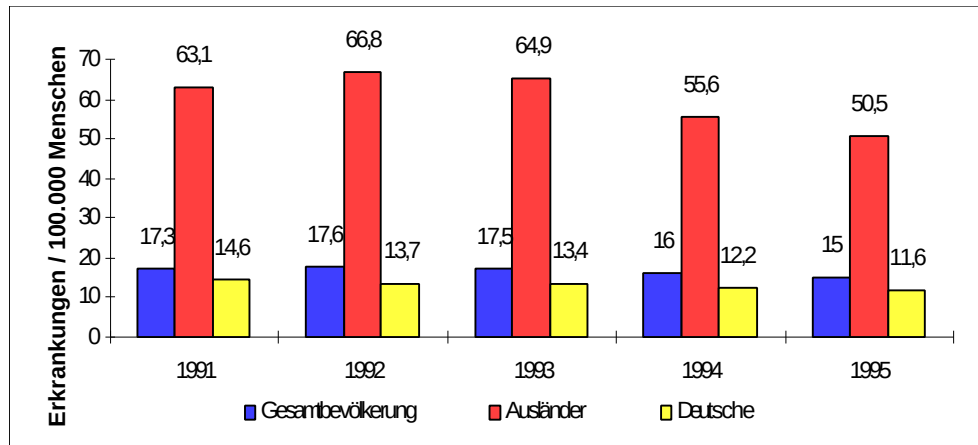
Abbildung 61: TBC-Erkrankungen je 100.000 Einwohner/Vergleich der Stadtstaaten Berlin, Hamburg, Bremen und Deutschland



aggregierter Zeitraum 1991-1995

Die ausländische Bevölkerung weist bei generell abnehmender Tendenz eine überdurchschnittlich hohe Inzidenz an Tuberkulose auf. Für Erkrankte mit deutscher Staatsangehörigkeit errechnet sich im Land Bremen eine Häufigkeit von 13,3 Fällen auf 100.000, für Bürger und Bürgerinnen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit 44,6 Fälle bezogen auf 100.000 Personen.

Abbildung 62: TBC-Erkrankungen in Deutschland je 100.000 Einwohner



aggregierter Zeitraum, 1991-1995

Entscheidend ist neben dem Herkunftsland die Aufenthaltsdauer in Deutschland. Bei 40,5 % der im Ausland geborenen Erkrankten (17 von 42) ist die TBC-Erkrankung innerhalb der ersten vier Jahre aufgetreten (fünf - neun Jahre: 21,4 %; Aufenthaltsdauer unbekannt: 19,1 %). Ausländer, die länger als zehn Jahre in der Bundesrepublik Deutschland leben, haben ein vergleichbares Risiko, an einer Tuberkulose zu erkranken wie die deutsche Bevölkerung.

Mögliche Gründe der erhöhten Erkrankungsrate unter der ausländischen Bevölkerung, insbesondere bei Asylbewerberinnen und -bewerbern, Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen sind:

- die Erkrankung wird aufgrund der hohen TBC-Inzidenz im Herkunftsland erworben und in Deutschland diagnostiziert,
- Flucht und Vertreibung führen aufgrund der schlechten Lebensbedingungen zu einer höheren Erkrankungsrate,
- die engen Lebensbedingungen in Gemeinschaftsunterkünften führen zu einer Übertragung auf zuvor gesund eingereiste Flüchtlinge.

Drei wesentliche Faktoren, die für die kommenden Jahre eine weitere Abnahme der Tuberkulose-Erkrankungen in Deutschland in Frage stellen, sind:

- Verschlechterung der sozialen Rahmenbedingungen (Wohnungsprobleme, Ernährung, Arbeitslosigkeit mit der Folge von Drogen- und Alkoholkonsum, Obdachlosigkeit),
- Zunahme von Risikopatientinnen und -patienten aufgrund der medizinischen Möglichkeiten (Verlängerung der Überlebenszeit: z.B. Organtransplantierte, HIV-Erkrankte etc.),
- Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung, Problem der Reaktivierung: Bei älteren Menschen, die vor vielen Jahren, häufig sogar Jahrzehnten, eine Tuberkulose erkrankten.

kuloseerkrankung überwunden hatten, kann infolge der im Alter nachlassenden Kraft des Immunsystems die ursprüngliche Krankheit erneut zum Ausbruch kommen.

Um die in Deutschland erreichte, niedrige TBC-Krankheitsrate halten zu können, sind weiterhin erforderlich:

- Eine aktive Fallsuche / Fallfindung: Quellensuche in der Umgebung eines Indexfalls; z.B. in der Familie, Arbeitskollegen etc.,
- Kontrolle der Kontaktpersonen: Umgebungsuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Folgefällen,
- Sicherung der Therapie: im Falle von Therapiefehlern oder Therapieabbruch seitens der Erkrankten (Compliance-Probleme),
- Langzeitüberwachung der Erkrankten: Um Reaktivierungen frühzeitig zu erkennen, werden Erkrankte, abhängig von der Schwere der Erkrankung, des Krankheitsverlaufs und der Lebensbedingungen über mehrere Jahre hinweg vom Gesundheitsamt zu Kontrolluntersuchungen aufgefordert,
- medizinische Betreuung und Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen gefährdeter Personengruppen (z.B. Betreuung von Drogenabhängigen, Obdachlosen, Asylbewerbern u.a.).

**Schwerpunkte in der zukünftigen Arbeit
der Gesundheitsämter im Land Bremen zur Beherrschung
der Tuberkulose müssen sein:**

- **Enge Kooperation der Institutionen: Niedergelassene Ärzteschaft - Krankenhaus - öffentlicher Gesundheitsdienst,**
- **Motivation der Meldenden zur lückenlosen Registrierung der Neufälle,**
- **Überwachung und Unterstützung der ambulanten Therapie durch die Sozialarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, um eine erfolgreiche Ausbehandlung in Problemfällen zu erreichen: Beratung und Hilfe im sozialen Bereich mit dem Ziel der sozialen Absicherung der Erkrankten;**
- **Unterstützung in der Therapie in „schwierigen Fällen“ , z.B. bei Obdachlosigkeit, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit oder sprachlichen Verständigungsproblemen, mangelnder Compliance durch regelmäßige Kontaktaufnahme mit Erkrankten und u.U. gemeinsame Arztbesuche;**
- **Ausbau und Auswertung der TBC-Dokumentation, um Personengruppen mit erhöhtem Infektions- und Erkrankungsrisiko frühzeitig zu erkennen;**
- **Intensivierung der ärztlichen Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen.**

4.2.2 Hepatitis

Unter den meldepflichtigen Infektionskrankheiten nimmt in Deutschland zahlenmäßig die infektiöse Hepatitis den 2. Platz ein, weitaus häufiger ist die Enteritis infectiosa (ansteckende Darmentzündung, meist Salmonellen-bedingt), die Tuberkulose folgt auf dem 3. Platz.

Tabelle 33: Meldepflichtige Erkrankungen in Deutschland und im Land Bremen

1995	Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Tuberkulose	
	Erkrankungen	Sterbefälle	Erkrankungen	Sterbefälle	Erkrankungen	Sterbefälle
BRD	191.506	84	17.063	283	12.198	935
Bremen	1.203	2	158	2	118	13

SFGJSU

Die meisten übertragbaren Leberentzündungen werden durch Viren verursacht. Bis heute unterscheidet man Hepatitis A-, B-, C-, D-, E- und G-Viren. Von den akuten Virushepatitiden sind 48% durch das Hepatitis A-Virus, 34% durch das Hepatitis B-Virus und 15% durch das Hepatitis C-Virus bedingt. Bei 3% der Hepatitis-Erkrankungen sind die Erreger bisher nicht bekannt.

Tabelle 34: Hepatitis-Fälle im Land Bremen

	Hepatitis A	Hepatitis B	nicht bezeichnete Form
1990	115	81	14
1991	132	113	42
1992	119	109	69
1993	27	78	50
1994	24	54	49
1995	29	48	80
1996	26	42	73

SFGJSU

Die gemeldeten Zahlen spiegeln allerdings nicht die tatsächliche Zahl der Infektionen wider, da ein großer Teil der Infektionen aufgrund fehlender Krankheitszeichen nicht diagnostiziert wird. Auffällig ist die Verringerung der gemeldeten Hepatitis-Fälle ab 1993. Ursache hierfür ist vermutlich ein geändertes Meldeverhalten der Ärztinnen und Ärzte; eine plausible Begründung hierfür konnte jedoch nicht gefunden werden.

Hepatitis A

Jährlich geht man in der Bundesrepublik Deutschland von etwa 50.000 Neuinfektionen aus, wovon nur etwa 10% den Gesundheitsämtern gemeldet werden, so daß in der Statistik für 1996 bundesweit nur 4.884 Erkrankungen registriert wurden.

Besonders gefährdet für eine Hepatitis A-Infektion sind nicht immune Reisende in subtropische und tropische Länder, medizinisches Personal, besonders im Bereich der Kinderheilkunde und Infektionsmedizin, Personal in Kindertagesstätten, Kinderheimen und Einrichtungen für geistig Behinderte, Kanalisations- und Klärwerksarbeiter, homosexuell aktive Männer, Kontaktpersonen zu an Hepatitis A Erkrankten und Behinderte, die in Heimen leben. Gefährdet sind auch Drogenabhängige, Inhaftierte und Gefängnispersonal.

Personen, die zu diesen Risikogruppen gehören, sollten sich nach Vortestung auf Hepatitis A-Antikörper impfen lassen. Seit mehreren Jahren gibt es eine gut verträgliche aktive Impfung, die innerhalb von sechs Monaten zweimalig verabreicht einen sicheren Schutz für etwa 10 Jahre ergibt.

Die sogenannte passive Immunisierung erfolgt durch Injektion von Hepatitis A-Antikörpern (Immunglobulinen), hierbei beträgt die Schutzwirkung ca. drei Monate. Mit diesem Immunglobulin ist es auch möglich, den Ausbruch einer Hepatitis A nach Infektion zu verhindern.

Hepatitis B, C und D

Hepatitis B-, C- und D-Viren werden überwiegend durch Blut und beim ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Erkrankten übertragen. Eine Übertragung durch übliche soziale Kontakte oder Essen und Trinken ist hingegen nicht möglich.

Diese Arten der Hepatitis-Erkrankungen sind gefährlicher als die Hepatitis A oder E, weil sie akut schwerwiegender verlaufen können und abhängig von der Hepatitisform häufig chronisch verlaufen (Hepatitis B 5-10%; Hepatitis C 60-80%) und sogar zum Leberkrebs führen können.

In Deutschland schätzt man die Zahl der Hepatitis B-Virus-Dauerträger auf 400.000 bis 800.000 Menschen, das sind 0,5 -1% der Bevölkerung. Für Bremen würde das rein rechnerisch bedeuten, daß hier 4.000 bis 8.000 Menschen mit dem Hepatitis B-Virus infiziert sind.

Eine Impfprophylaxe ist nur gegen Hepatitis B möglich, gleichzeitig schützt diese Impfung aber auch vor der Hepatitis D-Infektion Prinzipiell sollten sich alle Personen, die zu Risikogruppen gehören, impfen lassen. Theoretisch wäre durch weltweites konsequentes Impfen aller Menschen die Ausrottung der Hepatitis B - genauso wie es bei den Pocken erfolgreich praktiziert worden ist - möglich.

Seit März 1997 wird die Hepatitis B-Impfung in Deutschland generell für Kinder im 1. Lebensjahr und im 12. - 15. Lebensjahr empfohlen und von den Krankenkassen bezahlt. Optimal wäre die Empfehlung der Hepatitis B-Impfung für die gesamte Bevölkerung gewesen, aus Kostengründen ist dies nicht umgesetzt worden.

Die aktive Impfung erfolgt mit gut verträglichen Impfstoffen als Grundimmunisierung in der Regel 3 x innerhalb von 6 Monaten und ergibt einen Impfschutz für etwa 10 Jahre. Bei Personen, die ein erhöhtes berufsbedingtes Hepatitis B-Risiko haben, sind Kontrollen des Impfschutzes und Auffrischungsimpfungen in kürzeren Zeitabständen erforderlich.

Seit September 1994 werden in Deutschland schwangere Frauen generell auf Vorliegen einer Hepatitis B-Infektion untersucht, damit gegebenenfalls das Neugeborene sofort nach der Geburt durch Impfung vor der Erkrankung geschützt werden kann.

Eine passive Immunisierung gegen Hepatitis B mit spezifischen Immunglobulinen direkt nach einer Infektion ist möglich.

An einem Impfstoff gegen Hepatitis C wird weltweit intensiv gearbeitet, jedoch dürfte es noch einige Jahre dauern, bis er verfügbar ist Deswegen ist es umso wichtiger, daß die primäre Prävention weiter konsequent verfolgt wird.

Als Grundsatz der Infektionsprophylaxe gilt generell:
Kontakt mit infektiösem Material vermeiden und vor Kontakt mit infektiösem Material schützen.

Praktisch bedeutet das:

- Arbeitsschutzmaßnahmen,
- Garantie der Sicherheit von Blutprodukten,
- Safer-Sex und Kondom-Gebrauch.

Die Grundsätze der Infektionshygiene allen Beteiligten zu vermitteln, ist Aufgabe verschiedener Institutionen, wobei besonders

- der Öffentliche Gesundheitsdienst,
- die Ärzteschaft allgemein und hier besonders die Betriebs-, Gewerbeärzte und Arbeitsmediziner,
- Krankenhaushygieniker/innen und
- Berufsgenossenschaften sowie Versicherungen

gefordert sind.

4.2.3 HIV und AIDS

Der zeitliche Verlauf der Ausbreitung von HIV und AIDS in Deutschland läßt sich nach heutigem Kenntnisstand wie folgt rekonstruieren:

- Beginn der Ausbreitung - wahrscheinlich Ende der 70er Jahre - unter homo- und bisexuellen Männern;
Höhepunkt der Ausbreitung in dieser Gruppe: 1983 mit 5.000 Neuinfektionen (absolut); gegenwärtig geschätzt: 1.200-1.500 Neuinfektionen pro Jahr
- Beginn der Ausbreitung unter intravenös Drogenabhängigen erfolgte vermutlich etwas später;
Höhepunkt der Ausbreitung in dieser Gruppe: 1984 mit 1.500 Neuinfektionen (absolut); gegenwärtig geschätzt: 300-400 Neuinfektionen pro Jahr
damit stellt diese Gruppe die zweitgrößte Betroffenengruppe dar;
- Beginn der Ausbreitung unter Heterosexuellen erfolgte mit erheblicher zeitlicher Verzögerung;
Höhepunkt der Ausbreitung in dieser Gruppe: voraussichtlich noch nicht erreicht; gegenwärtig geschätzt: 300-400 Neuinfektionen pro Jahr.

Die epidemiologische Entwicklung von HIV und AIDS hat in Deutschland im internationalen Vergleich einen günstigen Verlauf genommen

Insgesamt wurden dem Robert-Koch-Institut bis Ende 1997 17.048 AIDS-Fälle gemeldet, von denen 10.953 bereits verstorben sind. Im Verlauf des Jahres 1997 sind 501 neu diagnostizierte AIDS-Fälle an das RKI gemeldet worden. Damit ist die Zahl der Meldungen gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgegangen (1996: 1289 gemeldete Neuerkrankungen an AIDS).

Zum Zeitpunkt der Diagnose sind 80% aller Patientinnen und Patienten zwischen 25 und 49 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Diagnose beträgt 38,9 Jahre (Männer: 39,4 Jahre / Median 38 Jahre; Frauen 35,1 Jahre / Median 32 Jahre). Mehr als zwei Drittel der Männer befinden sich zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose in der Altersgruppe der 30 bis 49 Jährigen, demgegenüber sind mehr als zwei Drittel aller Frauen in der Altersgruppe der 25 bis 39 Jährigen.

Obwohl die Gruppe der über heterosexuelle Kontakte Infizierten lediglich einen Anteil von 5,6% an allen AIDS-Fällen ausmacht, wurde dieser Gruppe in der Vergangenheit immer wieder besondere Aufmerksamkeit gewidmet. In den letzten Jahren ist in Deutschland in dieser Gruppe zudem der prozentuale Anstieg am größten gewesen: es erfolgte eine Zunahme von 2,4% im Jahr 1988 auf 9,4% im Jahr 1996 - die absolute Zahl der Fälle heterosexueller Transmission hat sich damit von 30 Fällen im Jahr 1988 auf 150 Fälle im Jahr 1996 verfünffacht. Besonders betroffen sind in dieser Gruppe die Frauen: während der Anteil durch heterosexuelle Kontakte übertragener Infektionen bei Männern etwa 3% beträgt, stellt dieser Anteil bei Frauen mit 30% den zweithäufigsten Infektionsweg dar.

Die Zahl der im Robert-Koch-Institut gemeldeten AIDS-Kranken **im Land Bremen** betrug Ende 1997 252 (insgesamt für den Zeitraum seit der Registrierung), davon sind 115 als verstorben registriert. Da nach Auskunft des Robert-Koch-Institutes seit einigen Jahren Meldungen über Bremer AIDS-Patientinnen und Patienten zum großen Teil von Kliniken oder Schwerpunktambulanzen anderer Länder erfolgen, muß für Bremen von einer Untererfassung ausgegangen werden. Einen Hinweis darauf liefert auch ein Blick in die Todesursachenstatistik: Aus dieser geht hervor, daß in den Jahren 1986 bis 1995 über 180 Bremerinnen und Bremer an AIDS gestorben sind - deutlich mehr Menschen als an das Robert-Koch-Institut gemeldet wurden.

Ein Vergleich der kumulierten Inzidenzen pro Mio. Einwohner nach ausgewählten Großräumen für den gesamten Zeitraum der Registrierung zeigt, daß Bremen eine vergleichsweise niedrige Inzidenz an AIDS-Fällen aufweist.

Tabelle 35: Kumulierte Inzidenzen pro Mio. Einwohner seit 1982

Großräume	Einwohner (in Mio.)	AIDS-Fälle (absolut)	kumulierte Inzidenz
Bremen	0,68	252	370,59
Köln	0,96	852	887,50
Hamburg	1,71	1.606	939,18
Düsseldorf	0,57	539	945,61
München	1,24	1.572	1.267,74
Frankfurt/Main	0,77	1.135	1.474,03
Berlin (West)	2,17	3.276	1.509,68

RKI, AIDS-Zentrum

An der Verteilung nach Hauptbetroffenengruppen hat sich im Land Bremen bei Berücksichtigung geringfügiger Schwankungen wenig geändert: nach wie vor gehören auch in Bremen die meisten Betroffenen den Gruppen der homosexuellen Männer und der drogenabhängigen Menschen an.

HIV-Infektionen in Deutschland und im Land Bremen

Insgesamt wurden seit Beginn der Registrierung für das gesamte Bundesgebiet 81.757 (Stand: 31.12.1997) positive HIV-Antikörpertests an das RKI gemeldet. Da hierbei weiterführende Begleitinformationen zum Beispiel über den vermuteten Infektionsweg nur zu ca. 30% angegeben werden, sind weitere Analysen der Daten nicht sinnvoll. Für Bremen (Postleitraum 28...) wurden insgesamt 1.498 bestätigte HIV-Antikörpertests gemeldet.

Die Gesamtzahl der HIV-infizierten Menschen sowie die Zahl der an AIDS Erkrankten ist mit den dargestellten Erhebungen grob zu ermitteln. Für die Beurteilung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen und die Planung der erforderlichen Versorgungssysteme müßten allerdings Veränderungen der aktuellen Ausbreitungsdynamik, dem aktuellen Infektionsgeschehen verfügbar sein. Aufgrund des langen Zeitraums zwischen HIV-Infektion und klinischer Manifestation des Immundefektes liefert die Erfassung der AIDS-Fälle bezüglich der Neuinfektionen jedoch lediglich Informationen über ein bereits länger zurückliegendes Geschehen.

Die vergleichsweise günstige epidemiologische Entwicklung ist nicht zuletzt der Erfolg der frühzeitig eingeleiteten präventiven Maßnahmen, die auf bevölkerungsweite Information, zielgruppenspezifische Ansprache und persönliche Beratung setzen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen hat dazu beigetragen, eine auf Stärkung der Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität basierende AIDS-Politik zu ermöglichen. In der direkten Begegnung und der persönlichen Kommunikation gelingt es eher, individuelles Problembewußtsein zu wecken und individuelle Verhaltensstrategien zu entwickeln.

Für die Umsetzung von Wissen auf die Verhaltensebene sind individuelle Ressourcen und Fertigkeiten sowie der soziale Hintergrund eines Menschen maßgeblich. Durch das Angebot persönlicher Beratung auch für Angehörige, im Rahmen der Testberatung, Beratung von Gruppen (Schulklassen, außerschulische Jugendarbeit, Beratung von Institutionen, etc.) wird in Bremen ein kommunikativer Ansatz umgesetzt.

Eine Zielgruppe wird nicht durch ein spezifisches Risiko definiert, sondern durch die Notwendigkeit, spezifische Interventionsformen anzuwenden. Es lassen sich folgende Zielgruppen unterscheiden:

- Hauptbetroffenengruppen (insbesondere homosexuelle Männer und Drogenabhängige),
- Personen in potentiellen Risikosituationen (z.B. Sextouristen und Freier),
- Institutionen mit Mediatorfunktion und
- Zielgruppen, die durch ethnische oder kulturelle Besonderheiten definiert sind.

Im Land Bremen wird durch spezifische Ansätze in der Arbeit mit den Hauptbetroffenengruppen wie z.B. aufsuchende Arbeit in den entsprechenden Szenen, das vielfältige Angebot an Fortbildungen für medizinisches und Pflegepersonal in den unterschiedlichen Institutionen durch das Gesundheitsamt Bremen und eine Vielzahl von zielgerichteten Einzelaktivitäten der notwendige zielgruppenspezifische Ansatz umgesetzt.

Zukünftig wird es insbesondere darauf ankommen,

einer Übersättigung und Informationsmüdigkeit sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in den dargestellten Zielgruppen entgegenzuwirken. Der zielgruppenspezifischen (aufsuchenden) Präventionsarbeit kommt unverändert hohe Bedeutung zu. HIV-Prävention basiert insbesondere auf sozialen Lernstrategien. Dies bedeutet auch, daß sie nur sinnvoll ist, wenn Gesamtaktivitäten der Prävention kontinuierlich über einen langen Zeitraum hinweg fortgesetzt werden. Bestimmte Präventionsbotschaften müssen stets wiederholt, andere variiert und wieder andere im Laufe des Prozesses neu hinzugefügt werden. Des Weiteren ist es von unverändert hoher Bedeutung, der Diskriminierung von Betroffenen entgegenzuwirken, ihre Lebenswelten zu stützen und Solidarität zu fördern.

Durch frühzeitige Diagnostik und Therapie kann heute besser als noch vor einigen Jahren Einfluß auf den Krankheitsverlauf genommen werden. Therapieziel sind der Erhalt und die Verbesserung von Lebensqualität. Voraussetzungen hierfür sind die spezifische Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, die Angebote an optimaler medizinischer und psychosozialer Betreuung, die vorhandene Infrastruktur zu nutzen und betreuenden Hausärztinnen und -ärzten bei Bedarf spezialisierte Beratungsmöglichkeiten zu bieten.

Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen trifft AIDS insbesondere jüngere Menschen, die sozial kaum abgesichert sind. In aller Regel haben diese Menschen lediglich geringe Rentenansprüche erwerben können, so daß sie auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Aufgrund der zunehmenden Zeitspanne bis zum Auftreten AIDS-definierender Erkrankungen wird die Zahl der jährlich neu diagnostizierten AIDS-Fälle voraussichtlich leicht zurückgehen. Die Zahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Immundefekt wird hingegen durch längere Überlebenszeiten ansteigen.

Doch bereits jetzt von AIDS als einer behandelbaren Krankheit zu sprechen, scheint angesichts der kurzen Erfahrungen mit dem Einsatz dieser Medikamente verfrüht.

Klare Aussagen zur dauerhaften Wirksamkeit der neuen Therapie sind noch nicht verlässlich zu treffen: Bei einem Teil der Patientinnen und Patienten - überwiegend bei denen mit fortgeschrittenem Immundefekt und intensiver Vorbehandlung - könnte es sich um einen kurzfristigen, vorübergehenden Effekt handeln.

Ein weiteres nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Patientencompliance dar: Die wenigen Studien, die sich bislang systematisch mit der Compliance beschäftigt haben, belegen, daß 30-40% der Patientinnen und Patienten ihre Medikamente so unregelmäßig einnehmen, daß eine Resistenzentwicklung vorprogrammiert ist. Insofern bleibt die zukünftige Entwicklung abzuwarten. Entsprechende Lockerungen der Empfehlungen zum präventiven Verhalten sind gegenwärtig auf keinen Fall begründet.

Bewertung

Für die dargestellten Infektionskrankheiten gilt gleichermaßen, daß sich Bevölkerungsgruppen beschreiben lassen, die aufgrund ihrer Lebensumstände, ihres Lebensstils oder auch arbeitsweltbedingt potentiell stärker gefährdet sind als andere. Dementsprechend sind Präventionskonzepte, wenn sie Wirkung zeigen sollen, auf die jeweiligen Zielgruppen auszurichten.

Für die Tuberkulose zeigt sich auch heute noch ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Erkrankungsrisiko: Menschen in schwierigen und instabilen sozialen Situationen wie Sozialhilfeempfänger/innen, obdachlose oder drogenabhängige Menschen sind im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen stärker betroffen.

Die Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten müssen sich hier darauf konzentrieren, die allgemeinen Lebensbedingungen wie beispielsweise die Ernährungs- und Wohnsituation von Menschen in sozial schwierigen Situationen zu verbessern und durch intensive Betreuung Erkrankter Infektionsketten möglichst früh zu erkennen und zu unterbrechen.

Der Einfluß und die Berücksichtigung von Lebensbedingungen kann jedoch - wie am Beispiel AIDS gezeigt - auch ganz andere Dimensionen für die Prävention bedeuten: ein Schwerpunkt der „Bekämpfung“ von AIDS ist von Anfang an auch gewesen, Solidarität mit sogenannten Randgruppen in der Bevölkerung zu fördern, der Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen entgegenzuwirken und die Lebenswelten betroffener Menschen zu stützen.

In einem Klima von Stigmatisierung und Angst vor Ausgrenzung werden Präventionsbotschaften und -angebote ihre Zielgruppen zwangsläufig schlechter erreichen.

Des weiteren muß unter primärpräventiven Aspekten der Impfmüdigkeit in weiten Teilen der Allgemeinbevölkerung entgegengewirkt werden. Besondere Impfangebote sind für besonders gefährdete Zielgruppen vorzuhalten.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind originäre Zielgruppen insbesondere diejenigen, die aufgrund eines praktizierten Risikos, intravenösen Drogengebrauchs, mangelhafter sozialer Absicherung oder ähnlichem einen erschwerten Zugang zum Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung aufweisen. Daneben ist zu prüfen, in wieweit der öffentliche Gesundheitsdienst insbesondere bei der Hepatitisprophylaxe nicht gezielte Impfkampagnen für ausgewählte Zielgruppen entwickeln und durchführen sollte.

5 Ärztliche Versorgung im Land Bremen

- 5.1. **Ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Land Bremen**
 - 5.1.1 **Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung**
 - 5.1.2 **Qualitätszirkel in Bremen**
 - 5.1.3 **Exkurs: Ambulantes Operieren im vertragsärztlichen Bereich und in Krankenhäusern**
 - 5.1.4. **Notfallversorgung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung**
 - 5.1.4.1 **Die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser**
 - 5.1.4.2 **Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst**
 - 5.1.4.3 **Maßnahmen zur Verbesserung der Rettungsdienste**
 - 5.1.5 **Verzahnung zwischen der ambulanter und stationärer Versorgung**
- 5.2. **Krankenhausversorgung**

5.1 Ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Land Bremen

Die ambulante ärztliche Versorgung ist die 1. Versorgungsstufe des Gesundheitswesens. Sie ist das am stärksten genutzte Angebot und ihr kommt eine wichtige Funktion in der Versorgung, aber auch bei der Entstehung von Kosten zu. Durch die ambulant tätige Ärzteschaft werden etwa 80% der Gesamtausgaben für die Gesundheit aus dem Krankenversicherungssystem legitimiert: die Ausgaben umfassen die von Ärztinnen und Ärzten verordneten Arzneien, Heil- und Hilfsmittel ebenso wie die Kosten für die Lohnfortzahlung bzw. das Krankengeld, für stationäre Einweisungen und andere kostenträchtige Entscheidungen. Daneben hat der ambulant tätige Arzt bzw. die ambulant tätige Ärztin eine direkte ökonomische Bedeutung für andere Gesundheitsfachberufe oder ambulante Pflegedienste. Diese Abhängigkeit der Gesundheitsfachberufe vom Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte zeigt sich insbesondere, seitdem im Jahr 1993 in diesem Bereich die Budgetierung eingeführt wurde: zeitweise kam es zu einem Rückgang der Verordnungen z.B. von Physiotherapie / Krankengymnastik um bis zu 30%.

An der ambulanten ärztlichen Versorgung sind beteiligt:

- die Kassenärztliche Vereinigung und die durch sie vertretenen Vertragsärztinnen und -ärzte,
- die privat tätigen Ärztinnen und Ärzte,
- die Notärztinnen und -ärzte in Krankenhäusern,
- die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern,
- die Notfallambulanzen der Krankenhäuser,
- die Krankenhäuser im Hinblick auf das ambulante Operieren,
- der öffentliche Gesundheitsdienst sowie
- die berufsgenossenschaftlichen ärztlichen Behandlungszentren und Durchgangsärztinnen und -ärzte.

Nachfolgend werden vorrangig ausgewählte Aspekte der ambulanten Versorgung durch vertragsärztliche Tätigkeit im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft sowie Bausteine der ambulanten Notfallversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Kranken-

versicherung, im Krankenhaus und durch Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst dargestellt³¹⁾.

Im Land Bremen gab es Ende 1995 1.135 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, 942 entfielen auf die Stadt Bremen und 193 auf die Stadt Bremerhaven. Bezogen auf die Bevölkerungszahl (Stichtag: 31.12.1995) versorgt damit - über alle Facharztgruppen hinweg betrachtet - ein Arzt/eine Ärztin

- in der Stadt Bremen 583 Einwohner/innen,
- in der Stadt Bremerhaven 676 Einwohner/innen
- im Land Bremen 598 Einwohner/innen.

Bezogen auf ausgewählte Facharztgruppen zeigt sich, daß der höchste Versorgungsgrad bei Kinderärztinnen und -ärzten sowie bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern erreicht wird. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, daß die Ärzteschaft in der Stadt Bremen eine unbekannte Zahl von Menschen aus dem Umland behandelt, so daß die tatsächliche Versorgungsquote in der Stadt Bremen unter den dargestellten Werten liegen dürfte.

Tabelle 36: Versorgungsgrad der Bevölkerung der Stadt Bremen nach ausgewählten Facharztgruppen, Stand: 31.12.1995

	Anzahl	Arzt/Ärztin je Einwohner/in
Bevölkerungszahl	549.357	
Allgemeinärzt/innen	259	2.121
Nervenärzt/innen	65	8.452
Orthopäd/innen	48	11.445
Urolog/innen	26	21.129
Frauenärzt/innen*	82	3.485
Kinderärzt/innen**	53	1.396

KV Bremen/SFGJSU

* bezogen auf die weibliche Bevölkerung der Stadt Bremen

** bezogen auf die unter 15-jährige Bevölkerung der Stadt Bremen

Zwischen 1991 und 1995 hat sich im Land Bremen die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte um 68% erhöht. Diese massive Zunahme ist in der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit durch das Gesundheitsstrukturgesetz begründet, welches kurz vor der Verabschiedung im Jahr 1992 noch einmal einen Niederlassungsboom auslöste. Eine besondere Niederlassungstendenz war in den früher fast ausschließlich stationär orientierten Disziplinen zu verzeichnen. Wie fast alle Oberzentren ist die Stadt Bremen im vertragsärztlichen Bereich überversorgt. Derzeit können sich nur noch Nervenärztinnen und Nervenärzte niederlassen - darüber hinaus ist eine Niederlassung nur dann möglich, wenn ein vorhandener vertragsärztlicher Sitz aufgegeben wird.

Die gewünschte Relation von 60% Hausärztinnen und -ärzten zu 40% sonstigen Fachärztinnen und -ärzten wird nicht erreicht.

31 Ausführlichere Informationen sind einer Ende 1997 vom Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz herausgegebenen Broschüre "Die ambulante ärztliche Versorgung in der Stadt Bremen" zu entnehmen.

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die spezialärztliche Versorgung³²⁾. Die hausärztliche Versorgung umfaßt:

- die allgemeine und fortlaufende ärztliche Betreuung einer Patientin bzw. eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und der stationären Versorgung sowie
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in den Behandlungsmaßnahmen.

Diesem hohen Anspruch - insbesondere in bezug auf die steuernde Funktion - können Hausärztinnen und Hausärzte mit den ihnen gegebenen Mitteln nur begrenzt nachkommen. Zwar schreibt der § 76 SGB V vor, daß Versicherte sich eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt suchen. Dies wird aber bundesweit von KV und Krankenkassen nicht durchgesetzt. Insbesondere durch die Einführung der Chipkarte und dem damit verbundenen freien Zugang zu allen Vertragsärztinnen und -ärzten hat die „Institution Hausarzt“ an Bedeutung verloren.

Zur Zeit sind bundesweit nur 54,8 % aller Vertragsärztinnen und -ärzte hausärztlich tätig. Die Zahl ist sogar rückläufig (Rückgang um 0,5 % innerhalb eines halben Jahres im Jahre 1996). Ihr Anteil lag am 31.12.1996 bundesweit bei 39 %. Das Verhältnis von Haus- zu Facharzt/innen ist in Bremen - wie auch in anderen Großstädten - noch schlechter als im Bundesdurchschnitt. Im Land Bremen (bei etwa gleichem Verhältnis in den Städten Bremen und Bremerhaven) betrug der Anteil der hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner inklusive der hausärztlich tätigen Kinderärztinnen und -ärzte und Internist/innen im Jahr 1995 49,5%. Der Anteil von Allgemeinmediziner/innen und Praktischen Ärztinnen und Ärzten an der Gesamtzahl der Ärzteschaft im Land Bremen liegt bei 32,1%. Während in anderen Großstädten ein weiterer Rückgang von Allgemeinarzt/innen an der Gesamtzahl zu verzeichnen ist, hat sich deren Zahl im Land Bremen auf niedrigem Niveau zumindest noch stabilisiert.

Tabelle 37: Prozentualer Anteil niedergelassenen Allgemeinärztinnen und -ärzte und Praktischer Ärztinnen und Ärzte, 1992-1995, Land Bremen

	Anteil an allen Ärzten/Ärztinnen in %
1992	30,2
1993	30,9
1994	32,0
1995	32,1

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

32 Gesetzliche Grundlage: § 73 SGB V

Bewertung

Die hausärztliche Versorgung ist im Hinblick auf das anzustrebende Verhältnis zur spezialärztlichen Versorgung nicht zufriedenstellend. Hier muß ein besonderes Förderinteresse beibehalten und ausgebaut werden. Es bedarf der Fortsetzung der Anstrengungen von Krankenhäusern, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten für eine verstärkte Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Dabei soll bedarfsorientiert überlegt werden, ob nicht über Anreizsysteme oder andere strukturelle Bahnungen die Situation der hausärztlichen Versorgung weiter verbessert werden kann.

Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten wird in der vertragsärztlichen Praxis in Quartalen erhoben. Dabei wird jeweils nur der Erstkontakt als Behandlungsfall erfaßt. Insofern ist die Angabe einer absoluten Zahl von Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres eine Arztpraxis aufgesucht haben, nicht genau zu erheben. Bei allen Zahlenangaben zur Inanspruchnahme wird zwar der Bezug zu den Einwohnerzahlen Bremens gebildet. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß ein in seiner Größenordnung schwer einschätzbarer Anteil niedersächsischer Patientinnen und Patienten in Bremen medizinisch ambulant behandelt wird. Nähere Angaben hierzu sind in der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verfügbar. Im stationären Sektor liegt der Anteil niedersächsischer Patientinnen und Patienten zwischen 30 und 35 %.

Im vierten Quartal des Jahres 1995 wurden von 1.135 Ärztinnen und Ärzten insgesamt 1.245.097 Behandlungsfälle abgerechnet. Durchschnittlich hatte jede/r Ärztin/Arzt damit 1.097 Patientenkontakte innerhalb dieser drei Monate.

Im Jahr 1992 entfielen auf 890 Ärztinnen und Ärzte 1.012.837 Behandlungsfälle, also rund 230.000 Behandlungsfälle weniger als 1995. Damals hatte jede/r Arzt/Ärztin durchschnittlich 1.137 Behandlungsfälle im Quartal betreut.

Tabelle 38: Entwicklung der Arztzahlen und Behandlungsfälle 1992-1995

	1992		1993		1994		1995	
	Ärzte	Fälle pro Arzt	Ärzte	Fälle pro Arzt	Ärzte	Fälle pro Arzt	Ärzte	Fälle pro Arzt
Stadt Bremen	755	1.093	904	1.017	936	1.003	942	1.050
Stadt Bremerhaven	135	1.385	167	1.246	189	1.270	193	1.321
Land Bremen	890	1.137	1.071	1.053	1.125	1.048	1.135	1.097

KV Bremen/SFGJSU

5.1.1 Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung

Bundesweit sind 1996 von den Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von insgesamt DM 235 Milliarden für die ärztliche Behandlung DM 39,3 Milliarden ausgegeben worden. Dies entspricht ca. 17% der Gesamtsumme. Dieser Prozentsatz hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert, da der Betrag für die ärztliche ambulante Behandlung seit längerem gedeckelt ist.

In Bremen wurden die genannten Beträge als Gesamtvergütung von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überwiesen. Der Betrag liegt im Vergleich über dem prozentualen Anteil Bremens an der Bundesbevölkerung, was aber mit der oberzentralen Funktion Bremens erklärbar ist.

Tabelle 39: Gesamtvergütung an die KV in den Jahren 1992-1996

Jahr	Gesamtvergütung (in Mio DM)
1992	448,8
1993	463,9
1994	476,9
1995	482,9
1996	492,0

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Interessant ist die prozentuale Veränderung der Gesamtvergütung in Relation zur Entwicklung der Fallzahlen und der Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Tabelle 40: Prozentuale Veränderung der Gesamtvergütung in Relation zur Entwicklung der Fallzahlen und der Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, 1992-1996*

	1993	1994	1995	1996
Ärztzahl	7,91%	8,73%	3,14%	6,09%
Fälle	1,38%	1,03%	5,66%	3,04%
Vergütung	3,85%	2,69%	1,36%	1,86%

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

* jeweilige prozentuale Veränderung zum Vorjahr

Die Steigerungsrate der Vergütung bleibt hinter denen der Arzt- und Fallzahlenentwicklung zurück: mehr Ärztinnen und Ärzte, mehr Fälle, aber nicht mehr Geld. Die KV hat jedoch aufgrund der bundesweiten Vorgabe der Budgetierung keine Möglichkeiten, entsprechend der Fallzahlsteigerung bzw. der Ärztezahlssteigerung eine Erhöhung der Vergütung zu realisieren.

5.1.2 Qualitätszirkel in Bremen

Qualitätszirkel dokumentieren und evaluieren die Versorgungsqualität in den Praxen, um sie weiter zu verbessern. Besondere Schwerpunkte der Qualitätszirkel Bremer Facharztgruppen liegen in den Bereichen der Kinderheilkunde, der Allgemeinmedizin, der Dermatologie und der Schmerztherapie. Auch die Arbeit der Qualitätszirkel selbst wird zum Gegenstand der Betrachtung. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Qualitätszirkel erfolgt extern.

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen wurden die ersten Qualitätszirkel bereits 1994/95 gegründet. 1997 waren etwa 30 Qualitätszirkel mit etwa 384 Teilnehmenden aktiv. Etwa ein Drittel der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte arbeiten zu unterschiedlichen Themen in dieser neuen freiwilligen Arbeitsform.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (17%) haben Qualitätszirkel in Bremen mit etwa 30% weit überdurchschnittliche Verbreitung gefunden.

Bewertung

**Die Erfolge der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen sind damit hervor-
ragend. Bedenkt man jedoch, daß etwa 70% der Vertragsärztinnen und -ärzte
sich dieser Form strukturierter Qualitätssicherung noch nicht angeschlossen
haben, so ist dieses Ergebnis insbesondere vor dem Hintergrund des „Einzel-
kämpfertums“ vieler niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht zufrieden-
stellend.**

**Modelle aus anderen Ländern wie zum Beispiel eine stärkere Selbstkontrolle
durch die Berufsverbände oder die Einführung von Besuchsprogrammen von
Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte sind in Deutschland noch völlig
unbekannt.**

**Der guten Strukturqualität des ambulanten Gesundheitswesens stehen nur im-
minimale Erkenntnisse über die Ergebnis- und Prozeßqualität gegenüber.**

5.1.3 Exkurs: Ambulantes Operieren im vertragsärztlichen Bereich und in Krankenhäusern

Durch die Förderung des ambulanten Operierens im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wurden die strukturellen und finanziellen Bedingungen für das ambulante Operieren im vertragsärztlichen Bereich und im stationären Bereich verbessert. Besonders im ambulanten vertragsärztlichen Bereich setzte eine starke Tendenz zum ambulanten Operieren ein, die sich in Bremen beispielsweise auch an der Zahl der niedergelassenen Anästhesiolog/innen ablesen läßt: 1990 vier, 1992 zwölf, 1995 achtzehn. Durch eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Operationen sowie durch Umverteilungsmechanismen innerhalb der KV wurden Anreize für die Etablierung des ambulanten Operierens im vertragsärztlichen Bereich geschaffen.

Die Zahl der ambulanten Operationen ist in der Stadt Bremen von 1992 bis 1995 beträchtlich gestiegen. Da die Abrechnung der ambulanten Operationen im Rahmen der EBM-Abrechnungen³³⁾ erfolgt, ist eine genauere Aufschlüsselung in der KV nicht möglich.

Nicht immer eindeutig zu beantworten ist die Frage nach der Indikation für das ambulante Operieren. Bei aller Unterstützung des ambulanten Operierens müssen jedoch in die Entscheidung "ambulant oder stationär" auch bei leichteren Operationen besondere soziale Rahmenbedingungen des Patienten bzw. der Patientin oder durch Begleiterkrankungen bedingte Indikationen für eine stationäre Operation berücksichtigt werden.

³³⁾ EBM= Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Auch in den Krankenhäusern wurde im Zuge des GSG die Option für ambulantes Operieren geschaffen. Aus verschiedenen Gründen machten die Krankenhäuser in Bremen nur zögerlich von dieser Möglichkeit Gebrauch:

- Da die über das ambulante Operieren eingenommenen Gelder im Rahmen der Pflegesatzverordnung von dem Budget der Krankenhäuser abgezogen wurden, war das ambulante Operieren für die Krankenhäuser finanziell nicht sehr attraktiv.
- Entgegen § 115b war eine einheitliche Vergütung von Krankenhaus- und Vertragsärztinnen und -ärzten deshalb nicht gegeben, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich im Rahmen ihrer Honorarverteilungskompetenz höhere Einzelleistungsvergütungen für ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich bezahlten, als den Krankenhäusern von den Krankenkassen auf der Basis des EBM vergütet wurden.
- Die Expansion des ambulanten Operierens im vertragsärztlichen Sektor sowie der Aufbau neuer Strukturen wie der Tagesklinik in der Universitätsallee haben einerseits zwar eine abwartende Haltung provoziert, andererseits jedoch auch die Krankenhäuser erkennen lassen, daß sie sich schon aus Wettbewerbsgründen diesem Angebot jetzt vermehrt stellen müssen.

In den Kliniken wurden ambulante Operationen mit folgenden Fallzahlen durchgeführt (soweit nicht anders vermerkt sind Ergebnisse des 2. Halbjahres 1996 aufgeführt):

Tabelle 41: Ambulantes Operieren im Bremer Krankenhäusern

ZKH St.-Jürgen-Straße:	Handchirurgie 36 Fälle, Urologie 16 Fälle, Augenheilkunde 9 Fälle (die Angebote wurden in dem o.g. Zeitraum teilweise erst etabliert),
ZKH Bremen-Ost:	1995 25 Fälle, 1996 26 Fälle,
ZKH Bremen-Nord:	Anmeldung zum ambulanten Operieren im November 1996 - Aussagen über den Umfang können derzeit noch nicht vorgenommen werden
St.-Joseph-Stift:	Augenheilkunde 320 Fälle, Chirurgie 20 Fälle (1996).

Angaben der Krankenhäuser

Im ZKH Links der Weser, der Klinik Heines, dem Ev. Diakonissen-Krankenhaus, dem Rotes-Kreuz-Krankenhaus, der Roland-Klinik und der Paracelsus-Kurfürstenklinik wurden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

Bewertung

Auch wenn keine Vergleichszahlen aus dem niedergelassenen Bereich vorliegen, sind die bisher im Krankenhaus vorgenommenen ambulanten Operationen quantitativ unbedeutend. Die Krankenhäuser müssen sich aus verschiedenen Gründen (z.B. unter Aspekten der Weiterbildung, aber auch im Sinne einer Konkurrenz zum niedergelassenen vertragsärztlichen Sektor) überlegen, ob sie ambulantes Operieren auch weiterhin größtenteils dem niedergelassenen Bereich überlassen oder im Sinne der Idee eines „Gesundheitszentrums Krankenhaus“ verstärkt anbieten. Alternativ ist zu diskutieren, ob vertragsärztlich tätige ambulante Operateurinnen und Operateure in Krankenhausräumen oder auf dem Krankenhausgelände die Möglichkeit erhalten sollen, ambulant zu operieren.

5.1.4 Notfallversorgung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Einzelheiten legt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) fest, indem sie zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zum Notdienst verpflichtet. Jede Bürgerin und jeder Bürger kann sich in der sprechstundenfreien Zeit an die Notrufzentrale der KV wenden und ggf. einen Hausbesuch vereinbaren und einfordern.

Der vertragsärztliche Notdienst versorgt Patientinnen und Patienten in der sprechstundenfreien Zeit, also in den Abendstunden, in der Nacht, durchgehend an Samstagen sowie an Sonn- und Feiertagen. In der Stadt Bremen (im Bereich Innenstadt sowie Bremen Nord) wird dieses Angebot von der KV Bremen gehalten. Die KV Bremerhaven bietet einen entsprechenden Dienst in Bremerhaven an.

Zusätzlich zum allgemeinen Notdienst existiert eine fachärztliche Bereitschaft für Notfälle in den Bereichen Augenheilkunde, Pädiatrie und Zahnmedizin (ohne Hausbesuche). 1995 wurden durch die verschiedenen Notfalldienste in der Stadt Bremen 86.811 Patienten behandelt, davon 9.820 in Bremen Nord. In der Stadt Bremerhaven betrug die Zahl der notdienstlich behandelten Patientinnen und Patienten 1995 13.883.

Tabelle 42: Fallzahlentwicklung in den Ärztlichen Notfalldiensten (NFD) der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, 1994 und 1995

	1994	1995	Veränderung in %
NFD Bremen-Stadt ³⁴⁾	56.757	56.478	-0,5
Kinder NFD Bremen-Stadt	19.020	20.513	7,8
NFD Bremen-Nord	8.122	9.820	20,9
Summe	83.899	86.811	3,35

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Seit etwa einem Jahr existieren in Bremen zwei privatärztliche Notdienste außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung, die gegen Privatliquidation Notfallversorgung anbieten. Über den Umfang der Inanspruchnahme ist nichts bekannt. Eine Erstattung der Kosten durch die Krankenkassen erfolgt in der Regel nicht. Insofern ist das Angebot insbesondere für die in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Patientinnen und Patienten verwirrend und möglicherweise auch irreleitend. Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz hat sich gegen die Etablierung dieser Angebote aus Gleichbehandlungsgründen ausgesprochen, ist jedoch nicht in der Lage, diese zu verhindern.

5.1.4.1 Die ambulante Notfallversorgung durch die Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind nur in Notfällen zur ambulanten Versorgung berechtigt. In den Notfallambulanzen der Krankenhäuser wird jede Patientin und jeder Patient, die oder der selbständig oder über Dritte vorstellig wird, behandelt. Das Krankenhaus

34 Von der Fallzahl 1994 entfallen 4214, 1995 4614 (+ 9,5%) Behandlungen auf den Augenärztlichen Notdienst.

entscheidet, ob auch eine ambulante Behandlung möglich ist. Es darf Notfallbehandlungen durchführen, die von den Krankenkassen für alle Häuser einheitlich und pauschal bezahlt werden. Folgende Fallzahlen wurden in der Notfallambulanz in den Jahren 1992 und 1995 ermittelt:

Tabelle 43: Zahl der Notfallbehandlungen in den Krankenhäusern, 1992 und 1995

Krankenhäuser	1992	1995
ZKH St.-Jürgen-Straße	16.033	15.309
ZKH Bremen-Ost	4.182	4.454
ZKH Links der Weser	5.433	6.086
ZKH Bremen-Nord	9.849	12.849
Krankenhaus St.-Joseph-Stift	4.424	4.642
Paracelsus-Kurfürsten-Klinik	110	121
Ev. Diakonissenanstalt	-	6.699
Roland-Klinik	63	196
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	4.847	5.218
Gesamt (ohne Ev. Diako):	44.941	48.875
Gesamt:		55.574

Angaben der Krankenhäuser

Auffallend ist, daß in allen Krankenhäusern bis auf das Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße die Zahl der Notfallambulanzbehandlungen deutlich zugenommen hat. Nicht alle Krankenhäuser haben ihre Notfallambulanzzahlen nach Disziplinen aufgegliedert. Bei den Krankenhäusern, die eine solche Differenzierung vorgenommen haben, zeichnet sich eine starke Frequentierung der chirurgischen Disziplin (incl. Kinderchirurgie), der Pädiatrie und der Inneren Medizin ab. Die Inanspruchnahme der Notfallambulanz von Spezialdisziplinen wie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde oder Urologie ist zwar absolut im Vergleich zu den anderen genannten Disziplinen von geringerer Bedeutung, in Relation der Behandlungszahlen im vertragsärztlichen Bereich doch überproportional hoch. Dies zeigt, daß Patientinnen und Patienten, die einer speziellen Versorgung bedürfen, das Krankenhaus in Notfällen vermehrt aufsuchen oder direkt dorthin gesandt werden. Insgesamt decken die Krankenhäuser etwa 40% der ambulanten Notfälle ab.

5.1.4.2 Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst

Die Versorgung im Rahmen von Rettungsdienst und Krankentransport regeln die Rettungsdienstgesetze der Länder. Hier heißt es nahezu einheitlich, daß der Rettungsdienst "bei lebensbedrohlich Verletzten oder Kranken (Notfallpatientinnen und -patienten) am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie unter fachgerechter Betreuung in dafür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Behandlung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern (Notfallrettung) hat", (§ 3 (2) 1 BremRettDG von 1992). Aufgabenträger des Rettungsdienstes sind die Städte Bremen und Bremerhaven für den bodengebundenen Rettungsdienst sowie das Land Bremen für die Luftrettung. Aufsichtsbehörde für Organisation und Durchführung ist der Senator für Inneres, im medizinischen Bereich der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz.

Zentrale Schaltstellen sind die Feuerwehren Die Einsatzleitzentralen (ELZ) der Bremer und Bremerhavener Berufsfeuerwehren nehmen über die Rufnummer 112 die Notrufe entgegen. Je nach Einschätzung der Situation werden entsprechende Rettungsmittel unter Berücksichtigung einer Indikationenliste koordiniert. Die Fahrzeuge rücken innerhalb von zwei Minuten aus. Darüber hinaus disponiert die ELZ die sogenannten "Krankentransporte". Hierbei handelt es sich um medizinische Transportleistungen ohne Notfallcharakter, die jedoch unter qualifizierter Begleitung erfolgen müssen, z.B. bei stationären Einweisungen von Patientinnen und Patienten, die ohne Lebensgefahr akut erkrankt sind, den Transport aber nicht selbst durchführen können oder unmittelbar behandlungsbedürftig sind.

Die Rettungstransportwagen (RTW) verfügen über sogenanntes nichtärztliches Rettungsfachpersonal. Hierbei handelt es sich um speziell ausgebildete Rettungssanitäter bzw. -assistenten. Neben den Berufsfeuerwehren beteiligen sich hier die Hilfsorganisationen ASB, DRK und MHD³⁵⁾. Die Fahrzeuge mit ihrer Besatzung sind in der Stadt Bremen dezentral auf insgesamt 15 Rettungswachen verteilt, in der Stadt Bremerhaven sind sie auf dem Gelände der Hauptfeuerwache stationiert.

Zusätzlich verfügt die Stadt Bremen über ganztägig einsatzbereite Notarztwagenstandorte an den Zentralkrankenhäusern Links der Weser, St. Jürgen-Straße, Bremen-Nord sowie an der evangelischen Diakonissenanstalt. Die Notärztinnen und Notärzte stammen von der jeweiligen Anästhesieabteilung des Krankenhauses. Der Bremerhavener Notarztwagen wird im Wechsel vom ZKH Reinkenheide, den Krankenhäusern St. Joseph-Hospital bzw. „Am Bürgerpark“ eingesetzt. Die Notärztinnen und -ärzte setzen sich aus den klinischen Disziplinen Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin zusammen.

Ergibt sich aus dem Charakter der Notrufmeldung bei der ELZ, daß unverzüglich notärztliche Hilfe notwendig ist, wird zeitgleich mit einem RTW der Notarztwagen alarmiert. Im weiteren Verlauf obliegt es der Entscheidung des Notarztes/der Notärztin, ob die Patientin oder der Patient nach medizinischer Erstversorgung im RTW (ohne ärztliche Begleitung) oder im NAW transportiert wird. Je nach gesundheitlicher Gefährdung wird ebenfalls entschieden, ob die Patientin oder der Patient auf eine Intensivstation eingeliefert wird.

Bremen ist seit 1973 an die bundesweite Luftrettung angeschlossen Das Land Bremen verfügt seit 1973 über eine der bundesweit über fünfzig Rettungshubschrauberstationen. Der Bremer Rettungshubschrauber (RTH) „Christoph 6“ ist am ZKH Links der Weser stationiert und versorgt akute Notfälle innerhalb des Stadtgebietes sowie in einem Umkreis von 60 km. Die Einsatzdisposition erfolgt durch die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle der Stadt Bremen. Bislang wurden sowohl der Hubschrauber als auch die fliegerische Besatzung vom Bundesamt für Zivilschutz sowie dem Bundesgrenzschutz dem Land Bremen zugewiesen. Am 1. Juli 1997 wurde diese Aufgabe dem ADAC übertragen.

Flächendeckende sowie kontinuierliche Erhebungen zum Rettungsdienst liegen nicht vor. In der nachfolgenden Tabelle sind Angaben zum Einsatzgeschehen der stadtbremischen Rettungsmittel sowie zu Einsatzschwerpunkten der Notarztwagen enthalten.

35 ASB = Arbeiter Samariter Bund; DRK = Deutsches Rotes Kreuz; MHD = Malteser Hilfsdienst

Tabelle 44: Einsatzzahlen der Rettungsmittel in der Stadt Bremen, 1994-1996

Einsätze	1994	1995	1996
Rettungswagen	47.948	49.831	49.533
Notarztwagen	7.308	7.716	8.038
Christopher 6	1.247	1.267	1.174

Zukünftig soll eine umfassende EDV-gestützte Datenerhebung und Datenanalyse ermöglicht werden. Die dafür notwendigen Voraussetzungen werden derzeit geschaffen.

5.1.4.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Rettungsdienste

Die Schnittstelle als Problemfeld Die Notfallbehandlung der Bremer Bevölkerung erfolgt durch den vertragsärztlichen Notdienst und den Rettungsdienst. Berührungspunkte ergeben sich immer in den Fällen, in denen der ärztliche Notdienst über die Einsatzleitstelle einen Rettungswagen anfordert, um Patientinnen oder Patienten für eine stationäre Behandlung in das geeignete Krankenhaus zu transportieren. An dieser Schnittstelle treten oftmals Probleme auf. Aufgrund ihrer täglichen Arbeit haben Vertragsärztinnen und -ärzte ein anderes Verständnis von Notfallmedizin als das Personal des Rettungsdienstes. Oftmals kommt es zu Irritationen in den Fällen, in denen die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bei der Beurteilung der Lebensgefährdung einer Patientin/eines Patienten die Entscheidung fällt, die oder den Kranken ohne ärztliche Begleitung durch das Rettungsfachpersonal in das Krankenhaus transportieren zu lassen. Dem stehen Ausbildung sowie Erfahrungen des Personals aus der Notfallrettung entgegen, die bei bestimmten Krankheitsbildern auf eine ärztliche Begleitung bestehen.

Bewertung

Die Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen vertragsärztlichem Notdienst und Rettungsdienst müssen vor allem über eine Verbesserung der Kommunikation verringert werden (u.a. durch gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen zu notfallmedizinischen Themen). Dadurch soll der Prozeß der Notfallversorgung im Sinne einer längeren Verweildauer des kassenärztlichen Dienstes bei Notfallpatientinnen und Notfallpatienten einschließlich der Übergabe an den Rettungsdienst optimiert werden.

Eines der großen Probleme ist die hohe Sterblichkeitsrate bei einem Herz-Atem-Stillstand außerhalb des Krankenhauses. Die Überlebensrate, d.h. der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ohne Folgeschäden das Ereignis überleben, liegt derzeit nur bei 5 bis 8%. Die Ursachen liegen zum einen in Defiziten bei der sogenannten „Laien-Reanimation“, insbesondere in der Tatsache, daß in aller Regel Passantinnen und Passanten und/oder Angehörige das Ereignis zwar registrieren, jedoch keine aktiven Maßnahmen zur Wiederbelebung einleiten. Zum anderen sind die Rettungswagen nicht standardmäßig mit der optimalen Ausstattung versehen.

Eine Steigerung der Überlebensraten von Patientinnen und Patienten mit präklinischem Herz-Atemstillstand könnte erreicht werden durch:

- Weiterqualifizierung des Rettungsfachpersonals im Sinne einer konsequenten Anwendung erweiterter Maßnahmen vor Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes,
- Aufklärungskampagnen (Rundfunk- und Fernsehspots, Plakatierungsaktionen, Postwurfsendungen und Inserate in örtlichen Medien) innerhalb der Bevölkerung mit dem Ziel, bei einem beobachteten Herzstillstand sofort Erstmaßnahmen zur Wiederbelebung einzuleiten, um die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu nutzen,
- langfristige gezielte und verbindliche Trainingsmaßnahmen für Schülerinnen und Schüler ab dem 12. Lebensjahr mit dem Ziel, durch regelmäßiges Training die Fertigkeiten zur Ersten Hilfe zu erlernen und beizubehalten.

Die Effektivität von Aufklärungs- und Trainingsmaßnahmen soll vor einer Entscheidung über eine flächendeckende Einführung zunächst modellhaft erprobt und evaluiert werden.

Das Rettungsfachpersonal hat sich seit Einführung des Berufsbildes „Rettungsassistent“ im Jahre 1989 in Bremen wie auch bundesweit kontinuierlich weiterqualifiziert. Nach Empfehlungen der Bundesärztekammer sind nach entsprechender Schulung im Rahmen der Notkompetenz auch bislang ärztliche Maßnahmen von Rettungsassistenten durchführbar. Hierbei handelt es sich bei gegebener Indikation um:

- die Intubation (Einführen eines Beatmungsschlauches durch den Mund in die Luftröhre),
- die Anwendung von Elektroschocks bei Herz-Kammer-Flimmern,
- die Anlage von Infusionen,
- die Gabe einzelner, ausgesuchter Medikamente.

Die Anwendung dieser im Prinzip ärztlichen Maßnahmen durch das Rettungsfachpersonal stößt in weiten Kreisen der Ärzteschaft auf Skepsis und oftmals Ablehnung. Die Umsetzung der Empfehlungen befindet sich daher bundesweit in unterschiedlichen Stadien. In der Stadt Bremen wurde 1996 ein Modellprojekt durchgeführt, das nach intensiver Schulung der Rettungsassistenten in einem ausgewiesenen Stadtteil die Umsetzung der o.g. Maßnahmen beinhaltet. Derzeit wird die Möglichkeit weiterer Modellprojekte geprüft.

Die Institution „Leitender Notarzt“: Verbessertes medizinisches Management bei großen Unfällen. Der sogenannte „Massenanfall von Verletzten“ (ManV), z.B. im Rahmen eines Busunglücks, stellt eine große Herausforderung für den Rettungsdienst dar. Ein solches Ereignis kann wegen der großen Anzahl gleichzeitig zu versorgender Personen die aktuell verfügbaren Kapazitäten u.U. übersteigen. Die Stadt Bremen entwirft derzeit unter der Federführung des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz das Konzept eines Leitenden Notarztes, der bei einem ManV zusätzlich zu den regulären Kräften an der Un-

fallstelle tätig wird und ausschließlich das Management der medizinischen Versorgung zu gewährleisten hat. Es wird davon ausgegangen, daß die Institution des Leitenden Notarztes noch im Jahr 1998 eingeführt werden kann.

5.1.5 Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären ärztlichen Versorgung

Hohe Rationalisierungsgewinne werden insbesondere durch eine Optimierung der Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor erwartet. Grundgedanke der angestrebten stärkeren Verzahnung ist es, die bislang voneinander getrennten Versorgungsbereiche zukünftig an den Behandlungswegen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet zu betrachten, die Qualität der Versorgung damit zu steigern und vermeidbare Kosten zu reduzieren. Insbesondere mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde der Versuch unternommen, diese Entwicklung nachdrücklich zu forcieren. Die Realisierung gestaltet sich jedoch durch die unterschiedlichen, auch finanziell geleiteten Interessen des ambulanten und stationären Sektors schwierig. Dennoch wird an diesem Thema gearbeitet:

- Die Ärztekammer Bremen und die Kassenärztliche Vereinigung Bremen haben einen Verzahnungsausschuß eingerichtet. Dieser hat der Delegiertenversammlung einen Vorschlag zur Verbesserung des Informationsflusses zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zur Kooperation und gegenseitigen Information der beiden Sektoren zur Beratung vorgelegt.
- Einzelne Verzahnungselemente wie die Tageskliniken in der St.-Jürgen-Straße (Hämatologisch-Onkologische Tagesklinik, Gastroenterologische Tagesklinik) oder im Zentralkrankenhaus Ost (Pulmologisch-Onkologische Tagesklinik) haben zur Optimierung der Versorgung von Patientinnen und Patienten ebenso wie zur finanziellen Entlastung beigetragen, sind aber nur mit einem hohen Maß an Kooperationsfähigkeit zwischen im ambulanten vertragsärztlichen und stationären Bereich Tätigen möglich.
- Ein weiteres Beispiel ist das im November 1996 eingeführte System des AKO (Ambulantes und kurzstationäres Operieren) im Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, welches eine bessere Koordinierung der selektiven Aufnahme von Patientinnen und Patienten zwischen ambulantem und stationärem Bereich beinhaltet.
- Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und verschiedenen Krankenhäusern finden Verhandlungen statt, deren Gegenstand die engere Anknüpfung und Verzahnung der notfallärztlichen Tätigkeit der KV mit den Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist. Dazu sollen die Notfalldienste der KV auf das Gelände verschiedener Krankenhäuser verlagert werden und so zu einer besseren Nutzung der Geräte, aber auch zu einer Steuerung der Patientenströme im Notfallbereich führen. Eine enge Verzahnung und konsiliarische Beteiligung der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte am Notfalldienst der KV kann zu einer Optimierung der Entscheidungsfindung in bezug auf die Notwendigkeit stationärer Aufnahme oder ambulanter Weiterbehandlung führen.
- Ein weiterer Verzahnungsaspekt zwischen den ambulanten Leistungen des vertragsärztlichen und des Krankenhaussektors ist die Niederlassung von Vertragsärztinnen und -ärzten auf dem Gelände der Krankenhäuser. Für die Krankenhäuser

ser kann eine Niederlassung spezieller Vertragsärztinnen und -ärzte in enger Anbindung an die Kliniken zur Abrundung des im Krankenhaus vorgehaltenen Spektrums der Patientenversorgung dienen. Für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ergeben sich die Möglichkeiten von konsiliarischer Betätigung im Krankenhaus. Bis zum 31.5.1997 waren in dieser Form fünf Praxen auf dem Gelände der Krankenhäuser vertragsärztlich tätig und zwar: Ein Radiologe (Kernspintomographie) und eine Kinderärztin (Kinderkardiologie) am ZKH St.-Jürgen-Straße, zwei Radiologen (Computertomographie) am St. Joseph-Stift, ein Mund-Kiefer-Gesichtschirurg an der Evang. Diakonissenanstalt und vier Internisten (Kardiologie) an der Paracelsus Kurfürstenklinik.

- Stationäre Leistungen von Belegärztinnen und -ärzten können jedoch nur im Rahmen des Landes-Krankenhausplanes und der darin vorgesehenen disziplinbezogenen Bettenkontingente realisiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses Angebot aufgrund dieser rechtlichen Rahmenbedingungen in Bremen erweitern wird.
- Denkbar sind des weiteren Erweiterungen der Kombination vertragsärztlicher und krankenhausbezogener ambulanter Leistungen, insbesondere die gemeinsame Nutzung von Räumen und Geräten durch ambulant tätige und Krankenhausärztinnen und -ärzte, wie z.B. die Möglichkeit des gemeinsamen ambulanten Operierens oder der Nutzung von Kreißsälen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (wie es in der Vergangenheit schon einmal üblich war).

Weitere Perspektiven für eine engere Verzahnung beider Sektoren bedürfen jedoch des guten Willens und der Offenheit der ambulanten und der stationären Seite.

5.2 Krankenhausversorgung

Die Versorgung im Land Bremen wird von 15 Krankenhäusern gewährleistet. Davon werden zwölf in der Stadt Bremen und drei in der Stadt Bremerhaven betrieben. Von den zwölf Krankenhäusern in der Stadt Bremen befinden sich vier in kommunaler Trägerschaft: die Zentralkrankenhäuser Bremen-Nord, St.-Jürgen-Straße, Links der Weser und Bremen-Ost. Daneben werden vier Krankenhäuser, die Evangelische Diakonissenanstalt, das St. Joseph-Stift, das Rotes-Kreuz-Krankenhaus und die Roland-Klinik als freigemeinnützige Krankenhäuser sowie vier Privatkliniken betrieben: Klinik Dr. Tjaden, Klinik Alten Eichen, Paracelsus-Kurfürstenklinik und Klinik Dr. Heines.

In der Stadt Bremerhaven werden das Zentralkrankenhaus Reinkenheide als kommunales Krankenhaus sowie das Krankenhaus Am Bürgerpark und das St. Joseph-Hospital als freigemeinnützige Krankenhäuser geführt.

Im Rahmen der sogenannten arbeitsteiligen Koordinierung haben die Krankenhäuser - neben ihrem allgemeinen Versorgungsauftrag - jeweils bestimmte medizinische Schwerpunkte.

Tabelle 45: Arbeitsteilige Koordinierung der Krankenhäuser des Landes Bremen (Stand: 1996)

Krankenhaus	Bettenzahl	Schwerpunkt
ZKH St. Jürgen-Str.	1.229	Endokrinologie, spez. Gastroenterologie, internistische Onkologie, Nephrologie/Hämodialyse, Infektionen, Tropenmedizin, Perinatalzentrum, Kinderendokrinologie, Kinderonkologie, Spaltenzentrum, Neonropädiatrie, Handchirurgie, spez. Strahlentherapie, Nuklearmedizin
ZKH Bremen-Ost	1.209	spez. Pulmologie und TBC, Thorax-Chirurgie, neurologische Frührehabilitation
ZKH Bremen-Nord	562	Endokrinologie, spez. Gastroenterologie, Kinderendokrinologie
ZKH Links der Weser	481	Endokrinologie, spez. Gastroenterologie, spez. Kardiologie, Perinatalzentrum, Kinderkardiologie, Herz-Chirurgie
Ev. Diakonissenanstalt	508	internistische Onkologie, Nephrologie/Hämodialyse
St.-Joseph-Stift	492	spez. Kardiologie (Koop.)
Rotes-Kreuz Krankenhaus	352	Nephrologie/Hämodialyse, Rheumatologie, Rheuma-Chirurgie
Roland Klinik	200	Handchirurgie
Klinik Dr. Heines	75	
Paracelsus-Kurfürsten-Klinik	100	
Stadt Bremen gesamt	5.208	
ZKH Reinkenheide	686	spez. Gastroenterologie, spez. Kardiologie, Nephrologie/Hämodialyse, spez. Infektionen, Thorax-Chirurgie, spez. Strahlentherapie/Onkologie
Krankenhaus „Am Bürgerpark“	300	spez. Gastroenterologie
St.-Joseph-Hospital	333	internistische Onkologie, Nuklearmedizin
Stadt Bremerhaven gesamt	1.319	

Landeskrankenhausplan 1995-1998

Bezogen auf die Bremer Bevölkerung erfolgten im Jahr 1996 1.781 Krankenhausbehandlungen je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. In Krankenhäusern des Landes Bremen werden 62.000 Behandlungen mehr erbracht als Einwohner des Landes Bremen verursachen. Die Versorgungsquote - das Verhältnis der in einem Land behandelten Menschen zu den aus diesem Land stammenden Menschen - beträgt damit 148,5% (Land Bremen). Das Land Bremen weist damit bundesweit eine der

höchsten Versorgungsquoten auf, vergleichbare Quoten erreichen lediglich die anderen Stadtstaaten. Hierin zeigt sich die außerordentlich bedeutende Versorgungsfunktion Bremens für das - insbesondere niedersächsische - Umland.

Die Krankenhauslandschaft hat in den vergangenen Jahrzehnten eine bewegte Entwicklung genommen. Der Bevölkerungsrückgang sowie die zunehmend geringere Verweildauer im Krankenhaus, die Zunahme des ambulanten Operierens, die Entwicklung neuer integrativer Versorgungskonzepte wie zum Beispiel in der psychiatrischen Versorgung haben dazu gezwungen, umfangreiche Anpassungsmaßnahmen zu ergreifen. In den letzten 20 Jahren wurden allein in der Stadt Bremen vier Krankenhausstandorte geschlossen bzw. in andere Krankenhäuser integriert, und zwei Privatkliniken stellten ihren Betrieb ein.

Die Zahl der Krankenhausbetten wurde seit 1976 in der Stadt Bremen um 24%, in der Stadt Bremerhaven um 14% reduziert und ein weiterer Bettenabbau ist vorgesehen(Landeskrankenhausplan 1998-2003). Eine Konsequenz: die bisher nahtlose Übernahme von in den Krankenpflegeschulen ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern in die Krankenhäuser ist bereits jetzt in Frage gestellt. Nicht zuletzt angesichts des demographisch bedingten zukünftig erforderlichen Mehrbedarfs in der ambulanten häuslichen Krankenpflege sind hier mittel- und langfristige Anpassungen in der Ausbildung dringend erforderlich.

Für die Krankenhäuser bedeuten diese Entwicklungen auch die Notwendigkeit zur Umstrukturierung z.B. insbesondere im Hinblick auf kleiner werdende Krankenhauseinheiten. Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, aber auch im Zuge der Qualitätssicherung, haben die Bremer Krankenhäuser in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen. Die kommunalen Krankenhäuser der Stadt Bremen haben sich dem Modellvorhaben „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ angeschlossen. Dieses Modellprogramm (Laufzeit: 01.10.1993 bis 31.08.1996) wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert; die zentrale Aufgabe besteht darin, Voraussetzungen für die interne und externe Qualitätssicherung einzuführen. In den beteiligten Krankenhäusern wurde und wird ein breites Spektrum an Qualitätssicherungsprojekten initiiert und durchgeführt, die die jeweils hausspezifischen Probleme fokussieren und versuchen sollen, in einem demokratischen Prozeß durch Einbeziehung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Lösungen zu erarbeiten. Die Bedeutung qualitativer Aspekte der Versorgung von Patientinnen und Patienten steht dabei gleichberechtigt neben dem Ziel, Ressourcen effektiver und damit sparsamer und wirtschaftlicher einzusetzen.

Schlußbetrachtung zur ärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich

Die Vielzahl der Leistungserbringer führt zu Konkurrenzen, Schnittstellen und Brüchen in der Versorgung.

Die Institutionen des Bremer Gesundheitswesens haben an einigen Stellen begonnen, Schritte zu einer Integration der Systeme auf Bremer Ebene zu entwickeln, auch wenn Lösungen auf regionaler Ebene angesichts der systematischen und gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen schwierig sind.

Die voneinander unabhängige Entwicklung stationärer und ambulanter Kapazitäten in der Diagnostik, Pflege und Rehabilitation führt zur Entstehung vermeidbarer Kosten im Gesundheitswesen.

Eine engere Vernetzung und Kooperation des ambulanten Sektors mit dem stationären, aber auch dem pflegerischen und rehabilitativen Bereich scheint insbesondere auch im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung notwendig.

Dabei sind vorrangig Versorgungsketten zu entwickeln, von denen insbesondere chronisch Kranke und alte Menschen profitieren könnten. Insbesondere bei diesen Patientinnen und Patienten kommt es häufig zu Ineffizienz und Qualitätsverlusten aufgrund mangelnder Verzahnung der Gesundheitsversorgungsinstitutionen. Entsprechende Modellmaßnahmen sind gesetzlich ermöglicht worden.

Die Entwicklung neuer Modelle in der Behandlung und Versorgung bedeutet auch ein In-Frage-Stellen des sequentiellen Verständnisses von Prävention, Kooperation und Rehabilitation. Gefragt sind also nicht nur neue Formen der Kooperation, sondern auch innovative Modelle integrativer Versorgung auf allen Stufen.

Nicht nur die Angliederung von ambulanten Praxen an die Krankenhäuser oder die gemeinsame Nutzung bestimmter diagnostischer Leistungen sind denkbar, sondern auch die Einbeziehung fachärztlichen Wissens aus den Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung ebenso wie die Einbeziehung hausärztlicher Kompetenz in der Betreuung stationär behandelter Patientinnen und Patienten.

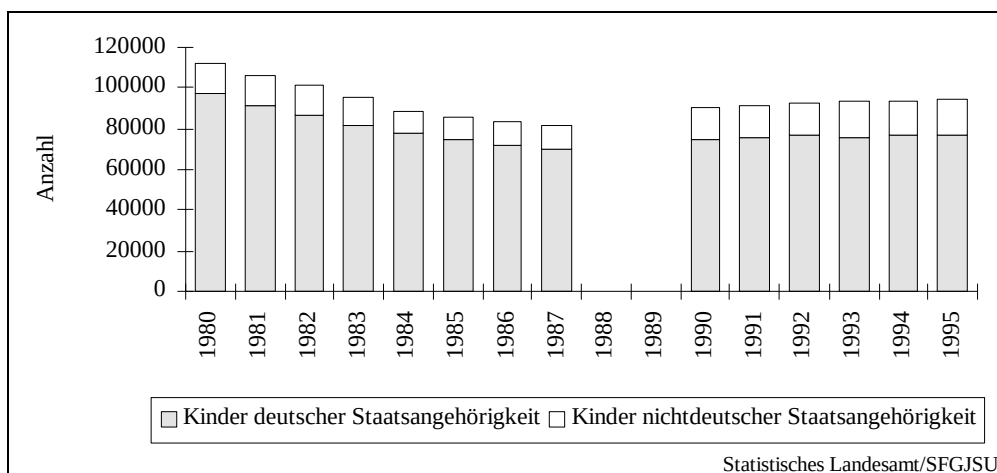
6 Ausgewählte Aspekte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen

- 6.1 Bremer Kinder im Zahlenspiegel**
- 6.2 Woran sterben Kinder ?**
 - 6.2.1 Säuglingssterblichkeit**
 - 6.2.2 Exkurs: Für einen gesunden Start ins Leben - Ohne Rauch geht's auch!**
 - 6.2.3 Haupttodesursachen im Alter zwischen 1 und 15 Jahren**
 - 6.2.4 Exkurs: Straßenverkehrsunfälle von Kindern im Land Bremen**
- 6.3 Kinder und Umwelt**
 - 6.3.1 Muttermilchbelastung mit Umweltchemikalien**
 - 6.3.2 Umweltschadstoffe in Babynahrung**
 - 6.3.3 Blei im Trinkwasser - eine gesundheitliche Gefährdung für Kinder**
- 6.4 Veränderte Kindheit - Konsequenzen für die gesundheitliche Betreuung**
 - 6.4.1 Ausgewählte Gesundheitsaspekte in Tageseinrichtungen für Kinder**
 - 6.4.2 Exkurs: Präventionsorientierte Mahlzeiten für 6.500 Kinder täglich**
- 6.5 Ein neuer Lebensabschnitt: Schulanfängerinnen und -anfänger**
 - 6.5.1 Prävention von Anfang an: Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen - und ihre Bewertung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst**
 - 6.5.2 Entwicklung des Durchimpfungsgrades, 1991 und 1996**

Die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes wird vor allem vom unmittelbaren Lebensumfeld bestimmt - vorrangig von Familie, Kindergarten, Schule und Wohnumgebung. Gewohnheiten (z.B. bzgl. der Ernährung), die im Kindesalter „erlernt“ werden, bestimmen häufig auch im Erwachsenenalter noch das Verhalten. Es sind jedoch nicht nur Verhaltensweisen, sondern auch äußere Bedingungen - wie z.B. Schadstoffe in der Umwelt, Straßenverkehr - die die Gesundheit eines Kindes beeinflussen. Des weiteren wirken sich auch unterschiedliche sozioökonomische Rahmenbedingungen auf die Gesundheit von Kindern aus.

6.1 Bremer Kinder im Zahlenspiegel - einige soziodemographische Eckdaten

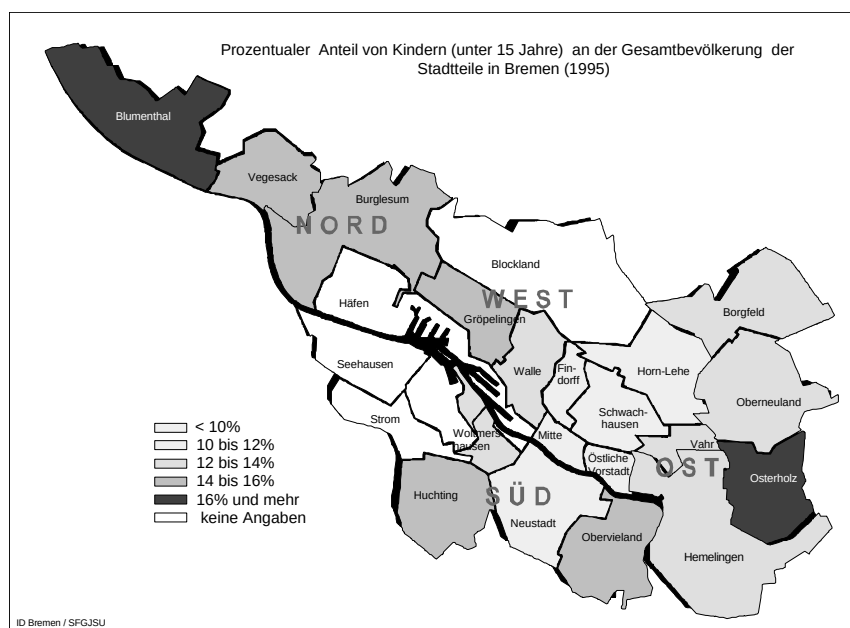
Im Land Bremen lebten Ende des Jahres 1995 insgesamt 94.289 Kinder unter 15 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von knapp 14 % an der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu 1980 ist die Zahl der Kinder absolut um 17.377 gesunken. Dieser Rückgang ist vor allem durch die Abnahme der Zahl von Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit bedingt. Die Zahl der Kinder mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit nimmt dagegen zu.

Abbildung 63: Entwicklung der Kinderzahl im Land Bremen³⁶⁾

Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ist der Kinderanteil bei der ausländischen Bevölkerung höher. Rund 21% aller in Bremen lebenden Ausländerinnen und Ausländer waren Ende des Jahres 1995 unter 15 Jahre alt, bei der deutschen Bevölkerung waren es knapp 13%.

Die Städte Bremerhaven und Bremen unterscheiden sich hinsichtlich des Kinderanteils nur geringfügig. In 1995 betrug der Kinderanteil in der Stadt Bremerhaven 15,4% und in der Stadt Bremen 13,5%.

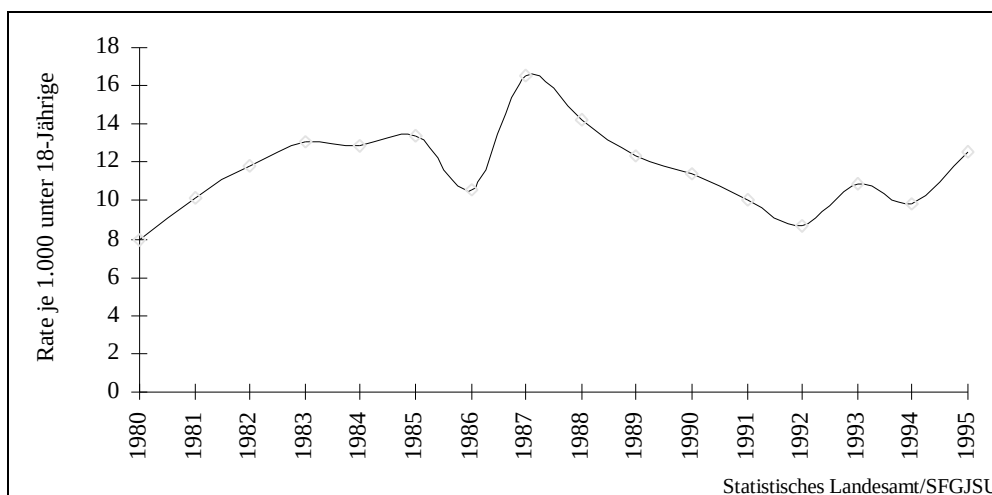
Mit einem Kinderanteil von 18,2% (absolut: 7.530) liegt Osterholz im Vergleich zu anderen Bremer Stadtteilen an der Spitze - gefolgt von Blumenthal mit 16,9%. Die niedrigsten Kinderanteile weisen die Stadtteile Mitte (8,4%, absolut: 1.325 Kinder) und Schwachhausen (10,0%) auf.

Abbildung 64: Kinder in der Stadt Bremen, 1995

36 Für die Jahre 1988 und 1989 liegen keine Daten vor.

Rund 77% aller Kinder kommen ehelich zur Welt, 23% nicht ehelich. Hieraus läßt sich allerdings nicht ableiten, wie viele Kinder tatsächlich nur mit einem Elternteil leben, da infolge veränderter Lebensformen davon auszugehen ist, daß einige Eltern zwar nicht verheiratet sind, aber dennoch zusammen leben. Im Jahre 1995 wurden die Eltern von etwa 1.400 Kindern (unter 18 Jahre) geschieden.

Abbildung 65: Jährlich von Scheidung betroffene Kinder im Zeitvergleich



In der Stadt Bremen leben mehr als sechs mal so viele Kinder in sozioökonomisch benachteiligten Stadtgebieten wie in sozioökonomisch privilegierten Stadtgebieten. Für die sozialräumliche Analyse wurden Bremer Ortsteile mit einer Mindesteinwohnerzahl von über 1.000 in fünf, unter sozialstrukturellen Aspekten gleichartige Gruppen (Cluster) zusammengefaßt (s. Kapitel 3.6, S. 60ff). In Cluster 1 sind die sozial privilegiertesten, in Cluster 5 die sozial ungünstigsten Stadtgebiete zusammengefaßt.

Tabelle 46: Anzahl von Kindern in den Stadtgebietstypen

Stadtgebietstyp	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Kinderzahl	4.097	10.004	13.487	20.443	25.783

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Die materielle Situation der Kinder in Bremen wird zunehmend schlechter. Ein Hinweis darauf: In der Stadt Bremen sind 28% aller Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger Kinder unter 15 Jahren. Unter ihnen sind 6.335 Kinder, die jünger als sieben Jahre sind - bezogen auf die Bevölkerung bedeutet das, daß jedes sechste Kind unter sieben Jahren Sozialhilfe bezieht.

Tabelle 47: Sozialhilfeempfänger/innen unter 15 Jahren in der Stadt Bremen

	Von 1000 Kindern lebten von Sozialhilfe
1989	137
1990	136
1991	124
1992	111
1993	147
1994	158
1995	169

Statistisches Landesamt/SFGJSU

6.2 Woran sterben Kinder?

6.2.1 Säuglingssterblichkeit

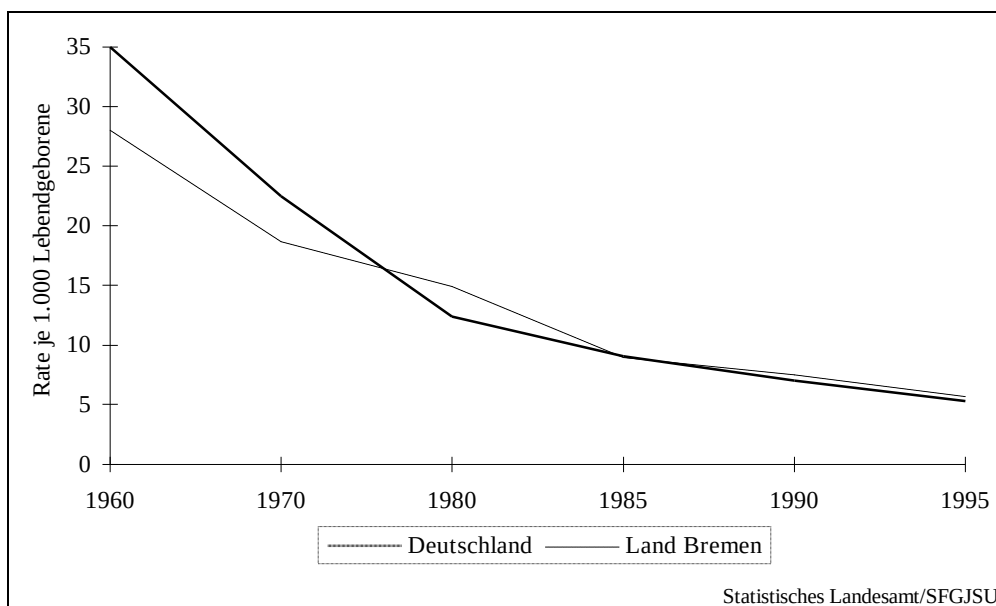
Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit zählen noch immer zu den wesentlichen Indikatoren für die Qualität eines Gesundheitssystems. Das Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben, ist relativ hoch. Analoge Sterberaten werden erst wieder im Alter von etwa 55 Jahren erreicht.

Die Säuglingssterblichkeit wird definiert als die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Sie wird nach dem erreichten Alter des Kindes weiter untergliedert in die

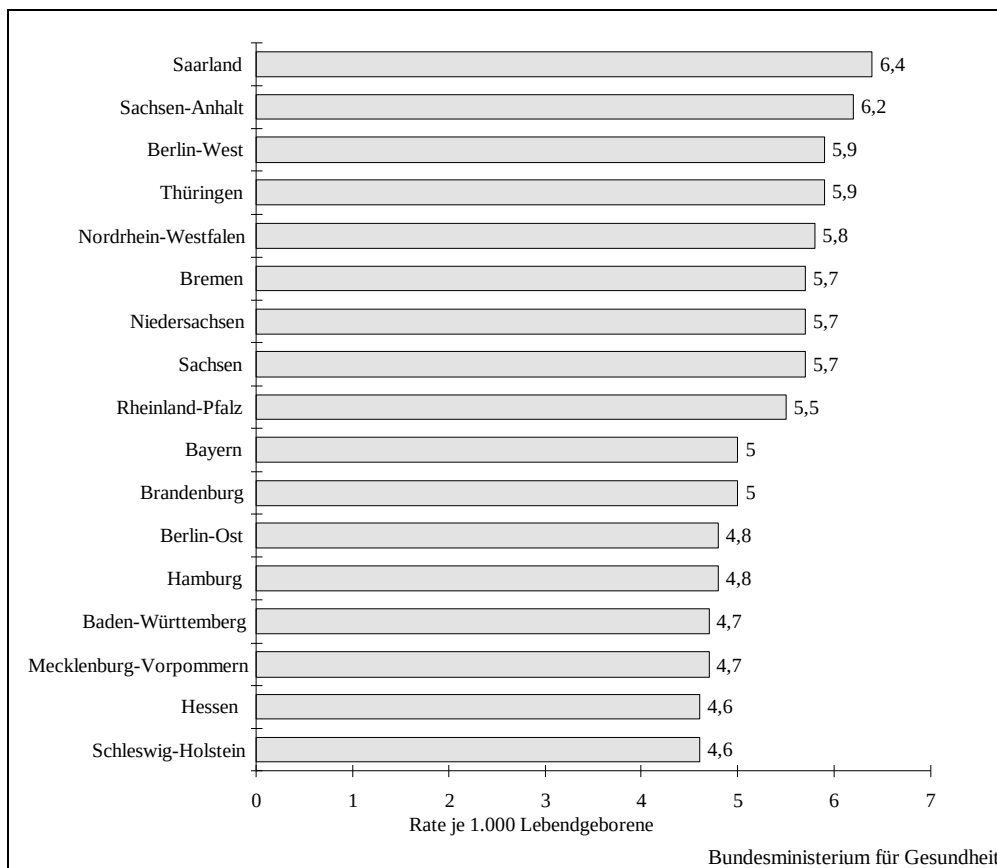
- Frühsterblichkeit (Sterbefälle nach der Geburt bis zum Alter von unter 7 Tagen),
- Spätsterblichkeit (Sterbefälle im Alter von 7 Tagen bis unter 28 Tagen) und
- Nachsterblichkeit (Sterbefälle im Alter von 28 Tagen bis unter 1 Jahr).

Zwischen 1960 und 1995 wurde sowohl in Deutschland als auch im Land Bremen eine deutliche Senkung der Säuglingssterblichkeit erzielt.

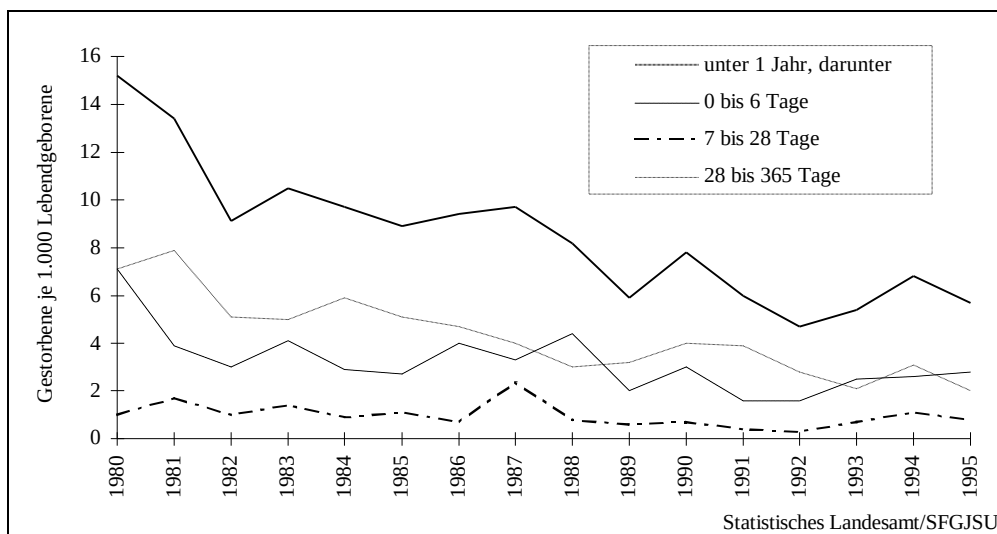
Abbildung 66: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit



Im Vergleich zu Hamburg und Berlin (West) bzw. Berlin (Ost) nimmt das Land Bremen einen mittleren Rang ein. In Berlin (Ost) und Hamburg liegt die Rate bei jeweils 4,8 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborene, im Land Bremen bei 5,7 und in Berlin (West) bei 5,9. Die niedrigsten Raten weisen Hessen und Schleswig-Holstein mit jeweils 4,6 auf.

Abbildung 67: Säuglingssterblichkeit im Ländervergleich, 1995

Im Land Bremen ist die Säuglingssterblichkeit zwischen 1980 und 1995 von 15 auf 5,7 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene - also knapp um zwei Drittel - zurückgegangen (1980: 88 Sterbefälle, 1995: 36 Sterbefälle). Der Rückgang ist in erster Linie auf die Abnahme der Früh- und der Nachsterblichkeit zurückzuführen, während die Spätsterblichkeit konstant auf niedrigem Niveau blieb (1 Sterbefall je 1.000 Lebendgeborene).

Abbildung 68: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Land Bremen

Die Frühsterblichkeit ist vor allem eine Folge von Gefährdungen während der Schwangerschaft und der Geburt.

Die Senkung der Frühsterblichkeit basiert in erster Linie auf Verbesserungen in der

- Schwangerschaftsvorsorge,
- Geburtshilfe und
- neonatologischen Versorgung.

Mit zunehmendem Alter des Kindes spielen neben medizinischen auch andere Faktoren eine Rolle wie z.B. das soziale Umfeld oder die Gefährdung durch Unfälle. Bei der Nachsterblichkeit gewinnen die Lebensverhältnisse eines Kindes an Bedeutung.

Rund 85 % aller Sterbefälle im Säuglingsalter sind auf drei Ursachen zurückzuführen (aggregierter Zeitraum 1986-1995):

- 26% angeborene Fehlbildungen (ICD/9 740-759),
- 35% Krankheiten, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben (ICD/9 760-779) und
- 24% Plötzlicher Kindstod (ICD9/ 798).

Als Risikofaktoren für den Plötzlichen Kindstod gelten unter anderem:

- Rauchen in der Umgebung des Säuglings,
- Bauchlage als Schlafposition,
- frühes Abstillen,
- Wärmestau durch Kleidung oder Bettdecke.

Lag die Rate der Säuglingssterblichkeit 1980 in der Stadt Bremerhaven mit 20,7 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborene noch deutlich über der Rate der Stadt Bremen (13,7), waren im Jahr 1995 nur noch geringfügige Unterschiede zu verzeichnen: Die Rate in der Stadt Bremerhaven betrug 6,2; die der Stadt Bremen 5,5.

Allerdings ist bei dieser Betrachtung das Problem der kleinen Zahl zu beachten, welches die Interpretation von Schwankungen, aber auch den Vergleich der beiden Städte Bremen und Bremerhaven relativiert. Bereits ein einziger Säuglingssterbefall mehr kann zur deutlichen Erhöhung der Säuglingssterblichkeitsrate führen.

Die Ausdehnung der ärztlichen Schwangerenvorsorge sowie die Entwicklung der perinatalen Intensivmedizin haben einen bedeutenden Beitrag zur Senkung der Säuglingssterblichkeit geleistet.

Eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit muß jedoch auf einem anderen Weg erfolgen.

Voraussetzung für eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit ist die genaue Kenntnis vieler - möglichst aller - das Sterblichkeitsgeschehen von Säuglingen bestimmenden Ursachen und Hintergründe. Daten der determinierenden Faktoren liegen bremenbezogen nicht in epidemiologisch verwertbarer Weise vor.

Es wird deshalb vorgeschlagen, eine Kommission von Expertinnen und Experten einzurichten, die allen Sterbefällen von Säuglingen nachgeht, um weitere Erkenntnisse zur möglichen Reduktion der Säuglingssterblichkeit zu gewinnen und die Eltern im Falle der Entdeckung von Krankheitsursachen von Schuld- und Versagensgefühlen zu entlasten.

Unabhängig davon, daß die detaillierte Kenntnis der Sachlage in Bremen für differenzierte Maßnahmenvorschläge unabdingbar ist, kann davon ausgegangen werden, daß eine Senkung der Säuglingssterblichkeit ferner zu erzielen wäre durch

- Erhöhung der Inanspruchnahme regelmäßiger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der bislang nur mangelhaft erreichten schwangeren Frauen,
- Reduktion der die Früh- und Mangelgeburten begünstigenden Verhaltensweisen schwangerer Frauen wie Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft durch verbesserte Aufklärung und Information in der Schwangerenvorsorge,
- zielgerichtete Aufklärungsarbeit und Unterstützung für Frauen in sozial schwierigen Situationen wie zum Beispiel ganz junge Frauen, ausländische Frauen, drogenabhängige Frauen.

Es ist nicht auszuschließen, daß eine weitere Ausdehnung des technischen Bereichs in der Begleitung schwangerer Frauen („Schwangerenvorsorge“) und Geburtshilfe den Blick auf die psychosozialen Realitäten von schwangeren Frauen und jungen Müttern verstellen und so letztlich kontraproduktiv wirken könnten.

Hebammen können einen wesentlichen Beitrag leisten, die vorhandenen Defizite zu schließen, sofern sie sich auf ihre Stärke verlassen und auf der Basis ihres Fachwissens die Verbindung zum Lebensumfeld der schwangeren Frau herstellen.

Es wird daher vorgeschlagen, die Schwangerenbegleitung durch Hebammen zu unterstützen und integrative Ansätze in der Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett - wie sie in Bremen bereits in einigen Praxen erfolgreich praktiziert werden - zu fördern.

6.2.2 Exkurs: Für einen gesunden Start ins Leben - Ohne Rauch geht's auch! Ein Projekt zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft

Die gesundheitsgefährdenden Folgen des Tabakkonsums schwangerer Frauen auf die fetale Entwicklung ihres Kindes gehören zu den am besten belegten wissenschaftlichen Zusammenhängen. Frühgeburtlichkeit und der Plötzliche Kindstod stehen unter anderem in ursächlichem Zusammenhang mit der intrauterinen Nikotinbelastung und dem Rauchen in der Umgebung von Babys.

Des weiteren wird Passivrauch während der Schwangerschaft und im frühen Kindesalter als mitentscheidend für eine Reihe von Erkrankungen angesehen. Kinder aus Haushalten, in denen geraucht wird, haben häufiger Atemwegserkrankungen, Bronchitis und asthmatische Reaktionen. Durch Passivrauch verursachte Infektionen und Krankheiten in Nase, Mund und Hals führen häufiger zu Folgeproblemen; Mittelohrentzündungen treten verstärkt auf.

In Deutschland ist etwa die Hälfte aller Kinder zu Hause durch den Zigarettenkonsum ihrer Eltern dem Passivrauch ausgesetzt Zur Entwicklung effektiver Interventionsmodelle zur Förderung des Nichtrauchens bei schwangeren Frauen und Eltern von Säuglingen unterstützt die Europäische Kommission im Rahmen des Programmes „Europa gegen den Krebs“ drei Forschungsprojekte, die in einem engen Informationsaustausch miteinander stehen. Neben Versailles und Nottingham zählt Bremen zu diesem Projektverbund. Die nachfolgenden Ausführungen skizzieren das Bremer Teilprojekt.

Die Interventionsstrategien in Bremen konzentrieren sich auf das Beratungsverhalten der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie sowie für Kinderheilkunde. In der kontinuierlichen Betreuung während der Schwangerschaft und den regelmäßigen Kontakten zu den Kinderärztinnen und -ärzten bei den Krankheitsvorsorgeuntersuchungen der Babys sind gute Voraussetzungen gegeben, über die gesundheitsgefährdenden Folgen des Rauchens für die eigene Gesundheit und für die des heranwachsenden Kindes zu informieren und Hilfestellungen für den Rauchverzicht anzubieten. **Zu Beginn der Schwangerschaft besteht bei den werdenden Müttern, die rauchen, häufig eine hohe Bereitschaft, ihr Rauchverhalten zu ändern.** Diese Motivation kann durch relativ einfache Bemühungen von ärztlicher Seite, wie z.B. schriftliche Informationen und kurze Beratungsgespräche, erfolgreich unterstützt werden.

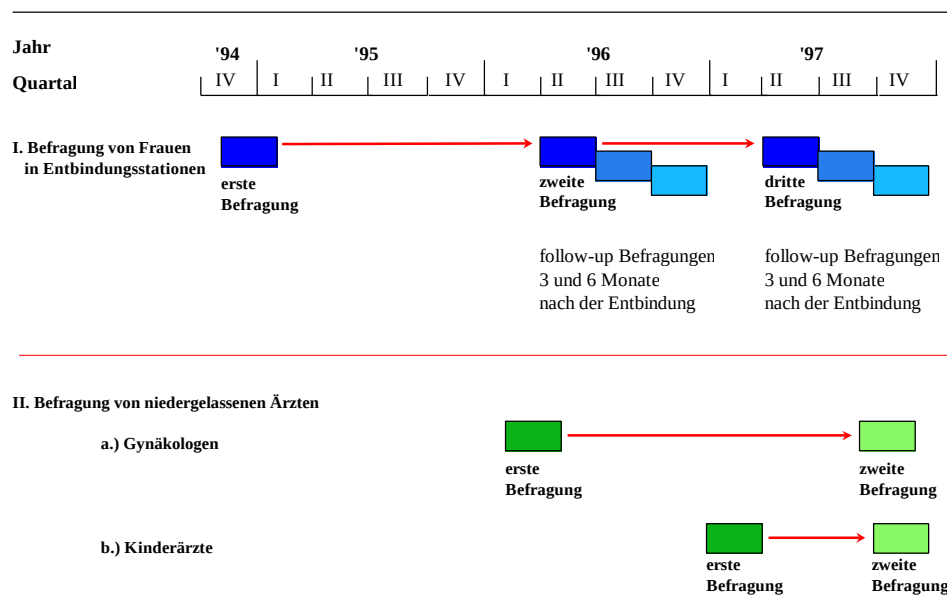
Zur effektiven Gestaltung der Beratungsgespräche erhalten alle niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie in Bremen seit Mitte 1995 in regelmäßigen Abständen Broschüren zugeschiedt Mit der Zusendung der Broschüren durch das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) ist die Bitte an die Ärzte verbunden, diese Hefte im direkten Beratungsgespräch in den ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen an werdende Mütter, die rauchen, weiterzugeben. Seit 1995 sind mehrere tausend der Broschüren an die niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte in Bremen kostenlos verteilt worden. Um eine möglichst kontinuierliche Beratung zur Nikotinentwöhnung im Schwangerschaftsverlauf zu erreichen, wurde den Gynäkologinnen und Gynäkologen zusätzlich ein Beratungsleitfaden zur Verfügung gestellt.

Da einige Untersuchungen auf die sehr hohe Rückfallhäufigkeit in die alten Rauchgewohnheiten in den ersten drei Monaten nach der Entbindung aufmerksam machen, sind seit Anfang 1997 die Kinderärztinnen und -ärzte in Bremen mit in die Untersuchung einbezogen. Für diese Facharztgruppe ist eine Broschüre entwickelt worden, die schwerpunktmäßig die Rückfallvermeidung und die Folgen des Passivrauchens thematisiert („Das Baby ist da! KEin Grund zum Rauchen?!“).

Die Ergebnisse des Interventionsansatzes werden durch Befragungen überprüft: Zu drei Zeitpunkten (Oktober - Dezember 1994; April - Juni 1996; April - Juni 1997) sind Befragungen auf allen Wöchnerinnen-Stationen der Bremer Krankenhäuser durchgeführt worden. **Insgesamt haben etwa 2.200 Frauen schriftlich Fragen zu ihrem Rauchverhalten zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft sowie zu weiteren gesundheitsrelevanten Themen beantwortet.** In den Jahren 1996 und 1997 konnten im Anschluß an die Befragungen auf den Wöchnerinnen-Stationen mit einem Teil der Frauen telefonische Interviews 3 und 6 Monate nach der Entbindung durchgeführt werden. In diesen Nachbefragungen sollte insbesondere Aufschluß über mögliche Einflußfaktoren für Rückfälle in die alten Rauchgewohnheiten gewonnen werden.

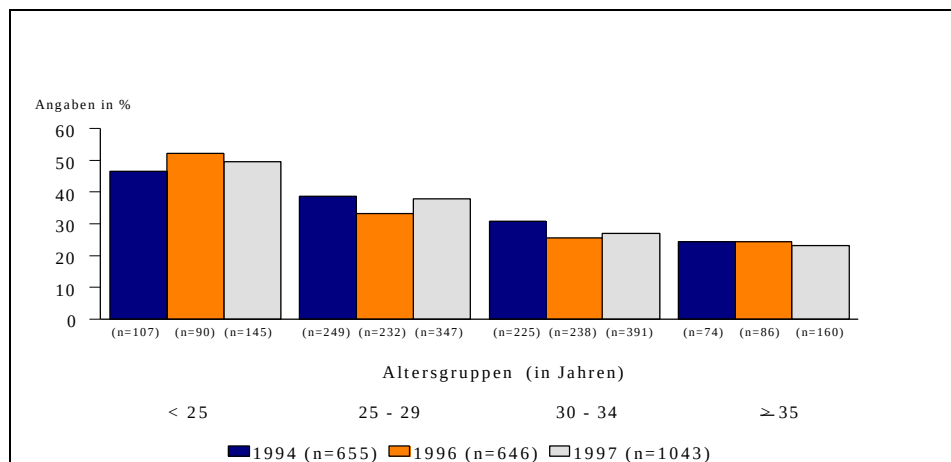
Neben den Befragungen auf den Wöchnerinnen-Stationen umfaßt das Evaluationskonzept Telefoninterviews mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten.

Abbildung 69: Untersuchungsablauf und Evaluationskonzept



Etwa jede Dritte der Wöchnerinnen bezeichnet sich als Raucherin. Der Nikotinkonsum weist einen deutlichen Altersgradienten auf: Während in der Altersgruppe der unter 25-jährigen Frauen nahezu jede zweite Wöchnerin zu Beginn der Schwangerschaft raucht, sinkt der Anteil bei den über 34 Jährigen auf etwa 25%.

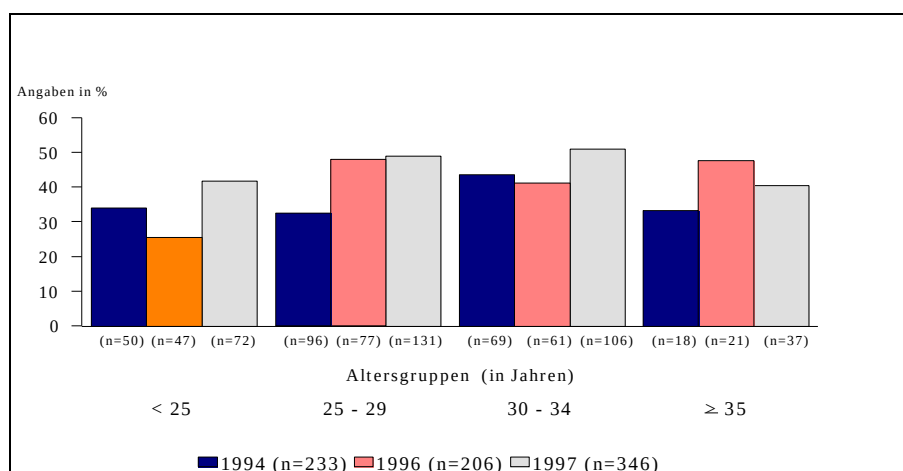
Abbildung 70: Prozentsatz von Raucherinnen zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft nach Altersgruppen³⁷⁾



In diesem Unterschied dürfte sich zum einen das geänderte Rauchverhalten in den jüngeren Altersgruppen widerspiegeln, das in den letzten Jahren durch einen Ausgleich im Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern gekennzeichnet ist. Für die jüngeren Frauen ist eine Zunahme, für die Männer eine Abnahme in der Konsumentenzahl nachweisbar. Zum anderen könnte die bewusste Vermeidung eines potentiellen Risikofaktors für den Schwangerschaftsverlauf in den höheren Altersgruppen zum Ausdruck kommen.

Jede zweite Frau zwischen 25 und 35 verzichtet nach Bekanntwerden der Schwangerschaft auf den Nikotinkonsum Dies kann als Interventionserfolg zwischen 1994 und 1997 gewertet werden: Während 1994 nach eigenen Angaben 36% der Raucherinnen im Schwangerschaftsverlauf den Zigarettenkonsum beenden, sind es 1996 41%, 1997 49% ($\chi^2 = 7.99$; $df = 2$; $p < .05$). Insbesondere Frauen in der Altersgruppe von 25 bis 35 hören mit dem Rauchen auf:

Abbildung 71: Prozentsatz von Frauen, die im Verlauf der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhörten³⁸⁾



37 Ergebnisse der Wöchnerinnenbefragung 1994, 1996 und 1997

38 Selbstangaben; Ergebnisse der Wöchnerinnen-Befragung 1994, 1996, 1997

Nur für 8% der rauchenden Partner ist im Jahr 1997 die Schwangerschaft Anlaß gewesen, auf das Rauchen zu verzichten. Zwischen 1994 und 1997 ist kaum eine Veränderung zu erkennen (Rauchverzicht 1994: 6%): **Im Vergleich zu den Frauen zeigen sich die Männer von der Schwangerschaft ihrer Partnerin eher unbeeindruckt, wenn es um die Änderung ihres Rauchverhaltens geht.**

Ein erster Erfolg:

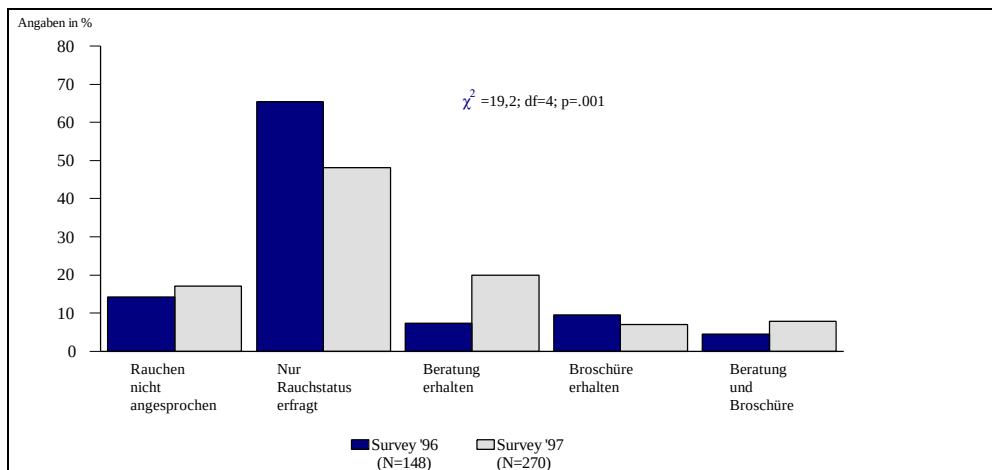
Im Jahr 1997 verdoppelte sich bei den in Bremen ärztlich betreuten Schwangeren im Vergleich zum Vorjahr der Prozentanteil von Raucherinnen, die von einer Entwöhnungsberatung berichten.

Ebenso hat sich 1997 der Anteil von Wöchnerinnen erhöht, die von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt schriftliche Informationen zum Rauchverzicht in der Schwangerschaft erhalten haben.

Für die im Umland betreuten Schwangeren sind diese Effekte nicht nachweisbar. Dies bedeutet: die Interventionsstrategien in Bremen zeigen Wirkung. Sowohl die Nikotinentwöhnungsberatung als auch die Weitergabe von Broschüren setzt allerdings voraus, daß zunächst überhaupt der Nikotinstatus durch die Gynäkologinnen und Gynäkologen erfragt wurde.

Dies ist auch bei den in Bremen betreuten Schwangeren nach mehrjähriger Intervention noch nicht immer gewährleistet, wie der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen ist.

Abbildung 72: Gynäkologische Beachtung des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft³⁹⁾



Unter diesem Blickwinkel ist im Vergleich der Befragungsergebnisse von 1996 und 1997 zwar auch eine statistisch signifikante Verbesserung in der Beachtung des Nikotinkonsums durch die Gynäkologinnen und Gynäkologen festzustellen.

39 nur im Stadtgebiet Bremen gynäkologisch betreute Schwangere; Angaben aus den Wöchnerinnen-Befragungen 1996 und 1997

Erkennbar wird aber ebenso, daß sich noch 1997 für etwa zwei Drittel der in Bremer Praxen betreuten schwangeren Frauen die ärztliche Intervention zum Rauchen in der Frage nach dem Nikotinstatus erschöpft oder gar nicht gefragt wird, ob die werdende Mutter zur Zigarette greift. Damit wird eine gute Chance nicht genutzt, um die Schwangere zumindest für eine Änderung des Nikotinkonsums zu sensibilisieren. Wobei die möglicherweise entscheidenden Maßnahmen zur Einleitung einer Verhaltensänderung nicht unbedingt mit einem hohen Aufwand verbunden sein müssen, wie die Weitergabe von Broschüren zum Nikotinverzicht an die Schwangeren zeigt.

Wenn von den Gynäkologinnen und Gynäkologen schriftliche Informationen zur Nikotinentwöhnung an die Schwangeren weitergegeben werden, besteht in der Tendenz eine höhere Bereitschaft bei den Frauen ihren Nikotinkonsum zumindest einzuschränken. Unterbleibt die Mitgabe von Broschüren, wird eher keine Veranlassung gesehen, das eigene Rauchverhalten zu verändern.

Wichtig ist, in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß beim jetzigen Stand der Auswertungen eine ärztliche Entwöhnungsberatung im Vergleich zum „Spontaverhalten“ der Schwangeren (Veränderung der Rauchgewohnheiten ohne gynäkologische Entwöhnungsberatung) im Ergebnis nicht überlegen ist.

Dieses Ergebnis mag zunächst überraschen. Es könnte aber plausibel sein unter dem Gesichtspunkt, daß die Mitgabe der Broschüren den Schwangeren die Möglichkeit bietet, zuhause in Ruhe noch einmal nachzulesen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit dem Nikotinkonsum in Verbindung zu bringen sind und welche konkreten Schritte zur Nikotinentwöhnung zum Erfolg führen.

Dies könnte als Voraussetzung zur Verhaltensänderung nachhaltiger wirken als eine - häufig einmalige - Beratung zur Nikotinentwöhnung, aus der dann alle Schritte zur Verhaltensänderung - so sie denn systematisch angesprochen wurden - erinnert werden müssen. Für eine abschließende Beurteilung sind allerdings weitere Auswertungen notwendig.

Wie geht es weiter?

Die schädigenden Effekte des Rauchens während der Schwangerschaft auf die fetale Entwicklung sind nicht zu bestreiten.

Interventionsprogramme zur Rauchentwöhnung in der Schwangerschaft sollten dabei einen besonderen Schwerpunkt auf das Rauchverhalten junger Mütter legen. In der Altersgruppe der unter 25 Jährigen raucht jede zweite Frau zu Beginn der Schwangerschaft.

Gute Ansatzpunkte für eine Verhaltensänderung sind gegeben, da die „Spontanrate“ des Nikotinverzichts - mit etwa 36% über alle Altersgruppen hinweg - in der Schwangerschaft vergleichsweise hoch liegt.

Diese Rate konnte durch die umfangreichen Bemühungen zur Sensibilisierung der Ärzteschaft und der schwangeren Frauen von 36% auf 49% erhöht werden. Veränderungen im Beratungsverhalten und in der Weitergabe von Informationsmaterialien sind nachweisbar, kommen aber noch nicht systematisch zur Anwendung.

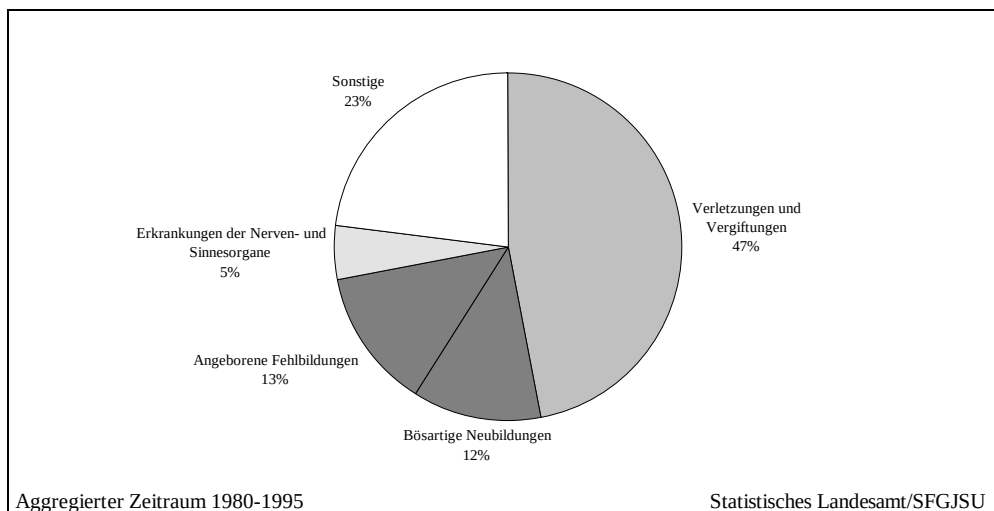
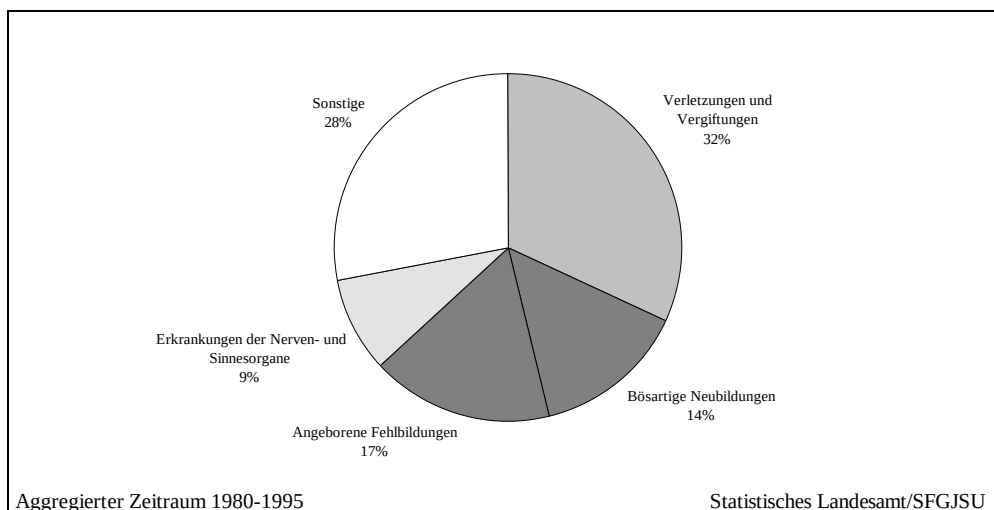
Welchen Einfluß sie auf die Verhaltensänderung haben, bleibt noch zu klären und ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Rückfallvermeidung nach der Schwangerschaft von Bedeutung.

Hier bleibt auch abzuwarten, ob die Kinderärztinnen und -ärzte sich verstärkt dieser Problematik im Rahmen der regelmäßigen Krankheitsfrüherkennung zuwenden. Die noch ausstehenden Befragungen werden zeigen, ob eine erfolgreiche Interventionskette über Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Kinderärztinnen und -ärzte aufgebaut werden kann, die der komplexen Behandlung des Suchtverhaltens „Rauchen“ gerecht wird.

6.2.3 Haupttodesursachen im Alter zwischen 1 und 15 Jahren

Häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind Vergiftungen und Verletzungen. Bei den 1 bis unter 15 Jährigen sind Verletzungen und Vergiftungen (ICD/9 800-999) die dominierende Todesursache. Im Zeitraum 1980 bis 1995 waren bei Jungen 103 Sterbefälle - dies entspricht einem Anteil von 47% an den insgesamt gestorbenen Jungen - und bei Mädchen 53 Sterbefälle - dies macht einen Anteil von 32% aus - darauf zurückzuführen.

Für Kleinkinder im Alter bis zu fünf Jahren sind vor allem häusliche und Spielunfälle bestimmend. Im späteren Kindes- bzw. frühen Jugendalter sind Verkehrsunfälle für die meisten Todesfälle verantwortlich. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen ist mehr als jeder dritte durch Verletzungen und Vergiftungen aufgetretene Todesfall Folge eines Verkehrsunfalls.

Abbildung 73: Haupttodesursachen, Jungen, 1-15 Jahre, Land Bremen**Abbildung 74: Haupttodesursachen, Mädchen, 1-15 Jahre, Land Bremen**

Zweithäufigste Todesursache der 1 bis unter 15 Jährigen sind angeborene Fehlbildungen. An dritter Stelle stehen bösartige Neubildungen mit jeweils 24 Todesfällen bei den Jungen und den Mädchen. Bei den Jungen ist jeder 2. krebsbedingte Todesfall in dieser Altersgruppe auf Leukämie zurückzuführen, bei den Mädchen jeder 4. Todesfall.

Ein Vergleich des Zeitraums 1980 bis 1985 mit dem Zeitraum 1990 bis 1995 zeigt, daß der Anteil von Verletzungen und Vergiftungen an der Gesamtsterblichkeit sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen leicht abgenommen hat. Der Anteil an angeborenen Fehlbildungen sowie bösartigen Neubildungen hat sich bei den Jungen im Beobachtungszeitraum kaum verändert. Bei den Mädchen erfolgte eine Zunahme des Anteils an Krebssterblichkeit und eine Abnahme des Anteils angeborener Fehlbildungen. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Interpretation jedoch schwierig.

Tabelle 48: Haupttodesursachen im Alter von 1-15 Jahren im Zeitvergleich, Jungen

		1980-85		1990-95	
Jungen, 1-15 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	106	100	68	100
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	52	49,1	31	45,6
Angeborene Fehlbildungen	740-759	13	12,3	10	14,7
Bösartige Neubildungen	140-208	26	24,5	13	19,1
Erkrankungen der Nerven- und Sinnesorgane	320-389	2	1,9	5	7,4
Sonstige Ursachen		13	12,3	9	13,2

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Tabelle 49: Haupttodesursachen im Alter von 1-15 Jahren im Zeitvergleich, Mädchen

		1980-85		1990-95	
Mädchen, 1-15 Jahre	ICD/9	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %	Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen in %
Gesamtsterblichkeit	001-999	79	100	57	100
Verletzungen und Vergiftungen	800-999	25	31,6	16	28,1
Angeborene Fehlbildungen	740-759	12	15,2	4	7,0
Bösartige Neubildungen	140-208	10	12,7	12	21,1
Erkrankungen der Nerven- und Sinnesorgane	320-389	5	6,3	6	10,5
Sonstige Ursachen		27	34,2	19	33,3

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Bis zu 60% der häuslichen Unfälle gelten als vermeidbar...

Verletzungen spielen wegen ihrer Häufigkeit im Mortalitätsgeschehen von Kindern eine große Rolle. Damit stellen sie ein besonderes Gesundheitsproblem dar. Im öffentlichen Bewußtsein ist meist nur ein Teil dieser Erkrankungsgruppe - die Verkehrsunfälle - präsent.

Angesichts der Tatsache, daß bei Kleinkindern insbesondere häusliche Unfälle dominieren, von denen nach Expertenschätzungen bis zu 60% vermeidbar sind, ist hier zu konstatieren, daß präventive Potentiale noch lange nicht ausgeschöpft sind.

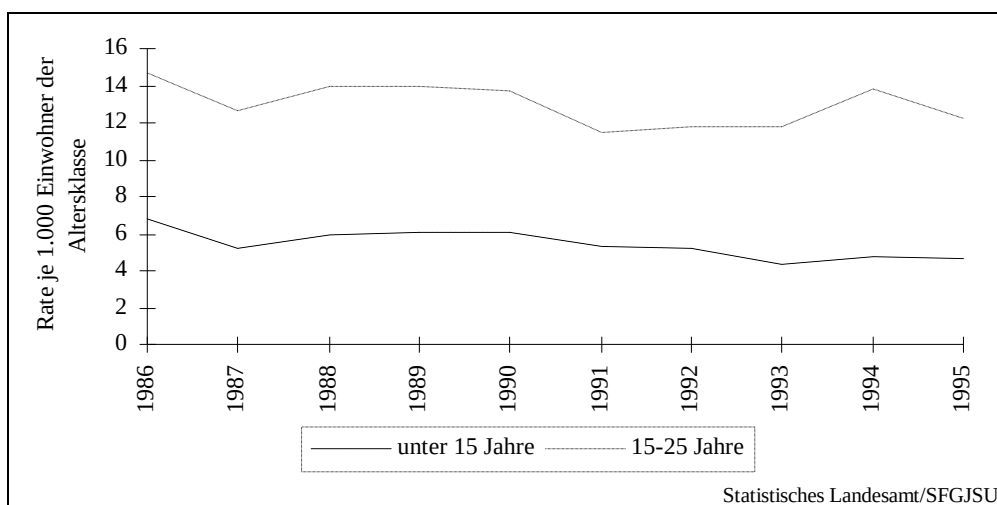
Als häufigste Unfallschwerpunkte im häuslichen Bereich gelten: Sturz vom Wickeltisch, Sturz von der Treppe, Unfälle mit "Gehlernhilfen", Verbrühungen und Verbrennungen am Herd sowie Vergiftungen durch nicht gesicherte Reinigungsmittel oder Haushaltschemikalien.

Die hierdurch entstehenden Gesundheitsschäden könnten in vielen Fällen durch Beseitigung von Gefahrenstellen, bessere Aufklärung der Eltern und verbesserte Produktsicherheit vermieden werden.

6.2.4 Exkurs: Straßenverkehrsunfälle von Kindern im Land Bremen

Kinder und Jugendliche sind im Straßenverkehr einer Reihe von gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Neben der Zunahme straßenverkehrsbedingter Einschränkungen in der direkten Lebensumwelt von Kindern, insbesondere in innerstädtischen Gebieten sowie gesundheitlichen Auswirkungen von verkehrsbedingten Luftschadstoffen und Verkehrslärm stellen unfallbedingte Verletzungen von Kindern und Jugendlichen mit ihren Folgen wie beispielsweise Krankenhausaufenthalt, Behinderung oder gar Tod sehr schwerwiegende und unmittelbare Risiken dar.

Kinder und Jugendliche sind hinsichtlich des Verkehrsunfallgeschehens gesondert zu betrachten, da in verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen. Kinder haben infolge ihrer geringen Körpergröße weniger Überblick im Straßenverkehr, sie sind unerfahrener, und letztlich sind ihre motorischen, perceptiven und kognitiven Fähigkeiten noch nicht voll entwickelt. Jugendliche hingegen sind insbesondere durch den Beginn einer aktiven motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr gefährdet.

Abbildung 75: Entwicklung des Risikos, im Bremer Straßenverkehr zu verunglücken

Das Risiko, im Straßenverkehr zu verunglücken, liegt für Jugendliche im Alter von 15-25 Jahren deutlich über dem Risiko von unter 15 jährigen Kindern. Insgesamt ist eine Abnahme der Zahl der Verunglückten zu beobachten - insbesondere bei den unter 15 Jährigen. In beiden Altersgruppen verunglücken mehr männliche Kinder und Jugendliche als weibliche.

Tabelle 50: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche im Land Bremen, im Zeitvergleich

	1986		1995	
	Absolut	je 1.000 der Alters- und Geschlechtsgruppe	Absolut	je 1.000 der Alters- und Geschlechtsgruppe
Unter 15 Jährige:				
gesamt	575	7	435	5
männlich	349	8	280	6
weiblich	226	5	155	3
15-25 Jährige:				
gesamt	1.511	15	894	12
männlich	992	19	513	14
weiblich	519	10	381	11

Der Großteil der Verunglückten zählt zu den Leichtverletzten, d.h. schlimmstenfalls war eine stationäre Behandlung für einen Zeitraum von weniger als 24 Stunden erforderlich. Zu beachten ist jedoch, daß hier von einer Dunkelziffer nicht erfaßter Unfälle auszugehen ist, da insbesondere bei leichten Unfällen nicht immer die Polizei hinzugezogen wird, die die Verkehrsunfälle registriert. Zum anderen können Fälle, die von der Polizei zunächst als leicht verletzt eingestuft werden, die sich aber später als schwerwiegender herausstellen, in der Statistik nicht adäquat eingeordnet werden.

Bei der Interpretation der im Straßenverkehr getöteten Personen ist ebenfalls von einer Untererfassung auszugehen, da als im Straßenverkehr getötete Personen nur solche erfaßt werden, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall an

den Unfallfolgen verstorben sind. Sterben sie später, werden sie in der Statistik nicht unter Verkehrsunfallopfern erfaßt. Voraussichtlich wird daher die Zahl der im Straßenverkehr Getöteten unterschätzt, da durch medizinische Fortschritte die Überlebenszeit Schwerverletzter zunehmend verlängert werden kann.

Tabelle 51: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche im Land Bremen, nach Verletzungsschwere, im Zeitvergleich

	1986			1995		
	Absolut	in %	je 1.000 der Altersgruppe	Absolut	in %	je 1.000 der Altersgruppe
Unter 15 Jährige:						
Gesamt	575	100,0	6,8	435	100,0	5,9
Leicht verletzt	439	76,3	5,2	354	81,4	5,0
Schwer verletzt	130	22,6	1,5	80	18,4	0,9
Getötet	6	1,0	0,1	1	0,2	0
15-25 Jährige:						
Gesamt	1.511	100,0	14,7	894	100,0	12,1
Leicht verletzt	1.219	80,6	11,9	778	87,0	10,5
Schwer verletzt	283	18,7	2,8	111	12,4	1,5
Getötet	10	0,7	0,1	5	0,6	0,1

Statistisches Landesamt/SFGJSU

In beiden Altersgruppen ist ein Rückgang der Anzahl der Verunglückten zu beobachten und zwar in allen Stufen der Verletzungsschwere. Das Unfallspektrum verschiebt sich leicht zugunsten der leicht Verletzten, wohingegen die Anteile der Schwerverletzten und der Getöteten abnehmen.

Tabelle 52: Art der Straßenverkehrsunfälle im Land Bremen

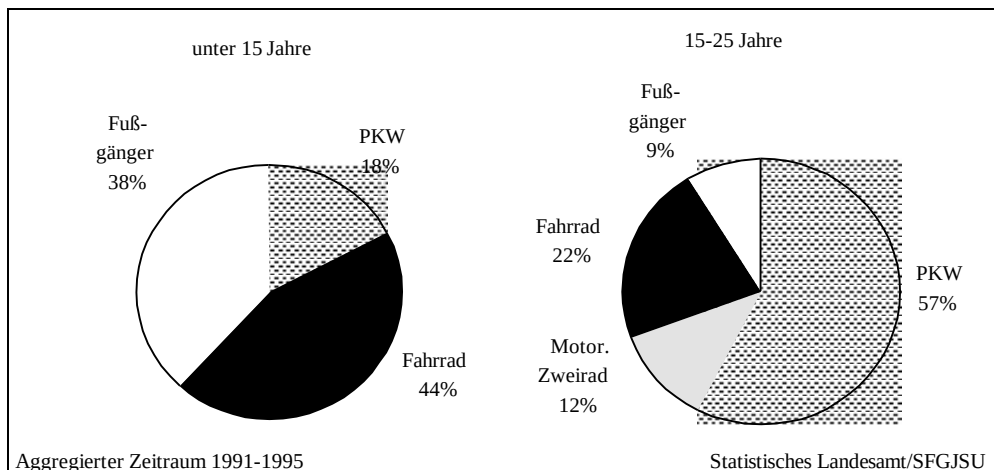
	Straßenverkehrsunfälle im Land Bremen		
	insgesamt	nur mit Sachschaden	mit Personenschaden
1991	22.490	18.982	3.508
1992	22.269	18.483	3.786
1993	21.219	17.668	3.551
1994	20.332	16.542	3.790
1995	19.329	15.891	3.438
1996	18.548	15.452	3.096

Statistisches Landesamt/SFGJSU

Zudem nimmt auch die Zahl der Straßenverkehrsunfälle im Land Bremen ab. Dies gilt sowohl für die Unfälle, bei denen keine Personen verletzt oder getötet wurde als auch für die Zahl der Unfälle mit Personenschaden.

Knapp die Hälfte aller verunglückten Kinder im Zeitraum 1991-1995 waren mit dem Rad unterwegs (44%), rund 38% als Fußgänger. Bei den Jugendlichen macht der Anteil der verunglückten Fußgänger nur 9% aus. Hier stehen Verkehrsunfälle mit dem PKW mit nahezu 60% im Vordergrund, gefolgt von Fahrradunfällen mit 22%.

Abbildung 76: Verunglückte im Bremer Straßenverkehr nach Art der Verkehrsbeteiligung

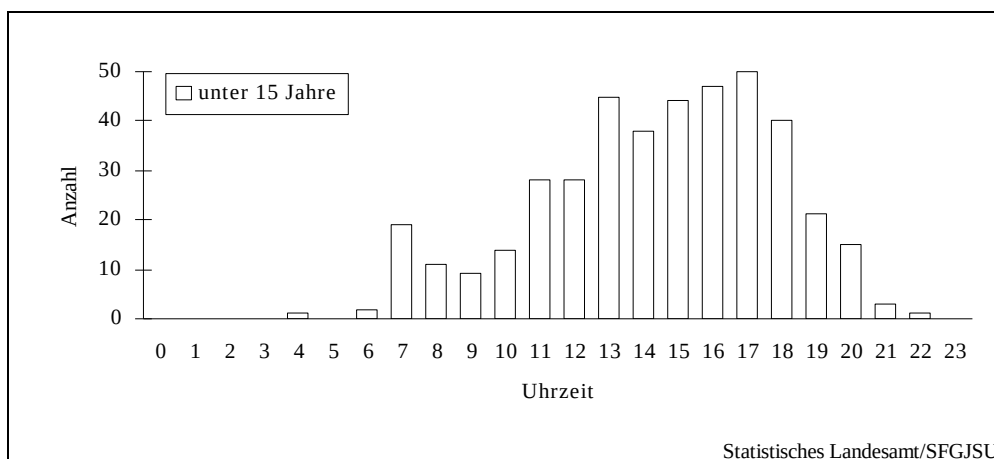


Die Unfallursachen der Fahrzeugführerinnen und Fahrzeugführer waren vor allem zu hohe Geschwindigkeit, gefolgt von Fehlern beim Abbiegen, Wenden, Rückwärtsfahren und zu geringem Abstand. Fußgänger verursachten Unfälle in erster Linie durch falsches Verhalten beim Überschreiten von Straßen.

Der Weg zur Schule bzw. zum Kindergarten und der anschließende Nachhauseweg sind insbesondere für jüngere Kinder im Hinblick auf die aktive Teilnahme am Straßenverkehr bedeutsam. Detaillierte Aussagen über das Wegeunfallgeschehen können jedoch nicht gemacht werden, da straßenverkehrsbedingte Wegeunfälle nicht erfasst werden.

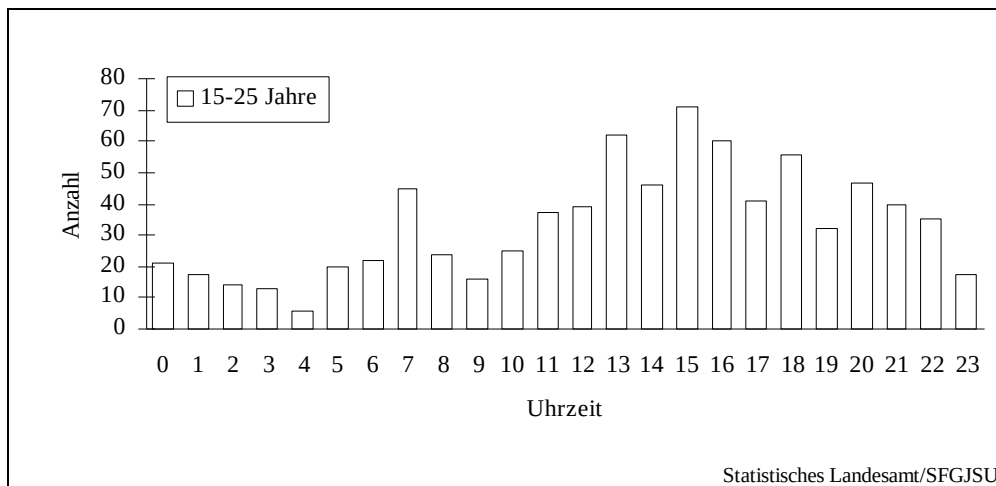
An den Bremischen Gemeindeunfallversicherungsverband wurden in 1996 ca. 12.000 Schulunfälle gemeldet, eingeschlossen Bagatellunfälle jeglicher Art. Der Anteil der Schulwegunfälle wird auf rund 50% geschätzt. Eine Hilfskonstruktion hinsichtlich der Auswertung von Wegeunfällen stellt die Erfassung des Unfallzeitpunktes in der amtlichen Statistik dar.

Abbildung 77: Verunglückte Kinder (unter 15 Jahre) im Straßenverkehr des Landes Bremen nach Unfallzeitpunkt, 1996



Am Nachmittag besteht für Kinder das größte Risiko, im Straßenverkehr zu verunglücken, d.h. in erster Linie auf dem Nachhauseweg von der Schule und in der Freizeit. Die in der Abbildung dargestellte Uhrzeit stellt einen Zeitraum von jeweils einer Stunde dar (Uhrzeit: 7 bedeutet von 7 Uhr bis 7.59 Uhr.)

Abbildung 78: Verunglückte Jugendliche (15-25 Jahre) im Straßenverkehr des Landes Bremen nach Unfallzeitpunkt, 1996



Auch bei den 15-25 Jährigen sind die häufigsten Unfälle am Nachmittag zu verzeichnen. Das Maximum liegt bei 71 Unfällen zwischen 15 Uhr und 16 Uhr. Ein weiterer Unfallschwerpunkt ist zwischen sieben und acht Uhr morgens zu verzeichnen. Vergleichsweise niedrig ist das Risiko für 15-25 Jährige, nachts im Straßenverkehr zu verunglücken. Hier liegt das Maximum mit je 21 zwischen Mitternacht und ein Uhr nachts sowie zwischen sechs Uhr und sieben Uhr morgens. Dies könnte daran liegen, daß im Stadtstaat Bremen die Wege zu Diskotheken oder anderen Veranstaltungsorten relativ kurz sind und dementsprechend verstärkt auf den ÖPNV zurückgegriffen wird.

Eine Reihe erfolgversprechender Maßnahmen zur Unfallverhütung im Straßenverkehr wird im Land Bremen bereits durchgeführt

Zahlreiche Einrichtungen im Land Bremen arbeiten daran, die Zahl der Verkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen weiter zu senken⁴⁰. So ist beispielsweise die Verkehrserziehung ein Bestandteil von Lehrplänen in unterschiedlichen Schulstufen:

- Unterrichtsziel in den 4. Klassen der Grundschulen ist der Erwerb des Fahrradführerscheins. Im Schuljahr 1996/1997 sind 4.489 Führerscheine ausgegeben worden. Dieses vom Senator für Bildung, Wissenschaft, Kunst und Sport finanzierte Programm erreichte 91,3% der Schülerinnen und Schüler in der Stadt Bremen. Die übrigen 8,7% sind entweder als Schülerinnen und Schüler an einer privaten Schule über die Verkehrswacht oder mit anderen Lehr- und Lernmitteln (z.B. Verkehrsabzeichen) unterrichtet worden.
- Im Bereich der Jugendlichen wurde vor einigen Jahren in zahlreichen Schulen des Sekundarbereichs I auf den Mofa-Führerschein vorbereitet. Leider ist dies vor allem an zunehmendem Mangel an geeigneten Fachkräften stark zurückgegangen.

⁴⁰ Neben den hier aufgeführten Einrichtungen gibt es weitere Institutionen, die an diesem Thema arbeiten; sie hier alle aufzuführen, würde den Rahmen des vorliegenden Berichtes sprengen.

- Die Polizei Bremen wirkt nach der Auflösung der Dienststelle Verkehrserziehung/Jugendschutz im Jahr 1985 nur noch auf Anforderung an der schulischen und vorschulischen Verkehrserziehung mit. Die zu behandelnden Themen werden mit der Schulbehörde und dem Landesjugendamt abgestimmt. So wurden 1996 durch die Polizeireviere im Vorschulbereich 166 Gruppen, d.h. 2.177 Kinder erreicht. Im Primarbereich und in der Orientierungsstufe der Schulen waren es 265 Klassen mit insgesamt 5.409 Kindern.
- Offensiv führte die Polizei Bremen für in den Sommerferien daheimgebliebene neun bis zwölf Jährige zwei 14-tägige Veranstaltungen unter dem Titel „14 Tage mit der Polizei und der Verkehrswacht“ durch. Hier hatten die Kinder die Möglichkeit, die Radfahrprüfung abzulegen und Polizeieinrichtungen zu besuchen. Daran nahmen 1996 43 Kinder teil. Darüber hinaus führt die Polizei Bremen die Schülerlotsenausbildung durch. In der Stadt Bremen gab es 1996 rund 82 aktive Schülerlotsinnen und Schülerlotsen.
- Zu Beginn der dunklen Jahreszeit verteilt die Polizei in den Vorklassen der Grund- und Sonderschulen Fußgängerreflektoren (Blinki's), die von der AOK, der HKK⁴¹⁾ und der Sparkasse Bremen gesponsert werden, und zu Beginn eines jeden Schuljahres veranstalten die Verkehrswacht, der ADAC, die Bremer Tageszeitungen GmbH und die Polizei eine Einschulungsaktion mit Informationen am Einschulungstag und Verkehrskontrollen vor Grundschulen hinsichtlich der Kindersitzbenutzung.

Insbesondere das Verletzungsrisiko Jugendlicher im Straßenverkehr muß gesenkt werden!

Das Risiko, im Straßenverkehr zu verunglücken, ist für die 15-25 Jährigen doppelt so hoch wie für die unter 15 Jährigen. Dies ist in erster Linie auf den Beginn der aktiven motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr zurückzuführen.

Sowohl in den Altersgruppen der unter 15 Jährigen wie auch der 15-25 Jährigen verunglücken mehr männliche Verkehrsteilnehmer. Die meisten Unfälle ereignen sich am Nachmittag, möglicherweise auf dem Nachhauseweg von der Schule und von der Arbeit oder in der Freizeit.

Eine Reihe von Maßnahmen zur Unfallverhütung wird im Land Bremen durchgeführt, insbesondere für Kinder. Diese Maßnahmen dienen in erster Linie dazu, Kinder möglichst fit für den Straßenverkehr zu machen.

Insgesamt verunglücken zwar weniger Kinder und Jugendliche im Straßenverkehr als noch vor 10 Jahren. Allerdings ist es nicht gelungen, die Zahl drastisch zu verringern.

Ziel muß es daher bleiben, eine weitere Reduktion der Risiken im Bremer Straßenverkehr zu erreichen.

41 AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse, HKK = Handelskrankenkasse

6.3 Kinder und Umwelt

Schadstoffe aus der Umwelt sind für Kinder von besonderer gesundheitlicher Bedeutung. Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen körperlichen Entwicklung können Schadstoffe in stärkerem Ausmaß als bei Erwachsenen an Zielorgane gelangen, und Kinder reagieren oft empfindlicher auf eine solche Belastung. So gesehen gehören (Klein-)Kinder zu den Risikogruppen in der Bevölkerung.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist nicht allein die Gefahrenabwehr, d.h. die Erkennung und Abwehr einer direkt gesundheitsschädlichen Situation. Vielmehr soll verstärkt die Gesundheitsvorsorge Berücksichtigung finden, indem vorsorgliche Empfehlungen und Maßnahmen zur Vermeidung einer Gefahrenlage erarbeitet und umgesetzt werden.

6.3.1 Muttermilchbelastung mit Umweltchemikalien

Muttermilch hat eine große Bedeutung für die Ernährung des Kindes in den ersten Lebensmonaten. Aufgrund ihrer weiten Verbreitung in der Umwelt (Wasser, Boden, Luft, Lebensmittel) lassen sich jedoch Umweltchemikalien auch im „Lebensmittel Muttermilch“ finden.

Hierbei sind insbesondere die organischen Schadstoffe von Bedeutung, weil sie in das mütterliche Fettgewebe aufgenommen, dort gespeichert und mit dem Fettanteil der Muttermilch vom Säugling aufgenommen werden können.

Die häufigst anzutreffenden chlororganischen Verbindungen sind

- HCB (Hexachlorbenzol),
- HCH (Hexachlorcyclohexan); Einzelstoffe: α -HCH, β -HCH, γ -HCH,
- Dieldrin bzw. Aldrin,
- DDT (Dichlordiphenyltrichlorethan) und seine Hauptabbauprodukte,
- PCB (Polychlorierte Biphenyle).

HCB, HCH, Dieldrin und DDT fanden als Bekämpfungsmittel für verschiedene Schädlinge früher breite Verwendung. Ihre Anwendung ist inzwischen (bei DDT bereits seit langem) bis auf Ausnahmen für das sogenannte γ -HCH (= Lindan) verboten. Ihre Toxizität⁴²⁾ ist von Substanz zu Substanz unterschiedlich und reicht von Wirkungen auf Stoffwechselsysteme der Leber über Beeinträchtigungen des Nervensystems bis hin zur (vermuteten) Krebsförderung. DDT wird in der Regel als Gesamt-DDT (Σ DDT) aus der Ursprungssubstanz und seiner hauptsächlichen Stoffwechselprodukte DDE und DDD angegeben. Die PCB entstammen den früheren, heute verbotenen Anwendungen z.B. als Schmieröl, Zusatz von Dichtungsmassen und als Transformatorenöl. PCB besitzen Schadwirkungen auf die Haut, auf die Leber und das Immunsystem u.a. Sie werden zudem als krebsfördernd angesehen. Unter anderem aus analytisch-technischen Gründen werden nur maximal 6 der 209 möglichen Verbindungen der PCB als Indikatorverbindungen bestimmt und mit einem festen Faktor als Summe der PCB (Σ PCB) berechnet⁴³⁾.

42 Giftigkeit

43 Näheres zur Toxikologie dieser Schadstoffe ist aus einer Broschüre der Gesundheitsbehörde (Umweltschadstoffe in der Muttermilch) von 1991/92 zu erfahren.

Bremer Mütter können ihre Milch auf Pestizidwirkstoffe und PCB kostenlos untersuchen lassen. Seit 1983 bietet das Landesuntersuchungsamt für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin, Bremen, Abt. Chemie (LUA Bremer⁴⁴), Müttern aus dem Land Bremen an, ihre Milch auf Umweltschadstoffe (Pestizid-Wirkstoffe und PCB) untersuchen zu lassen. Jährlich nimmt eine wechselnde Anzahl von Müttern dieses Angebot wahr.

Tabelle 53: Schadstoffbelastung der Muttermilch von Frauen aus Bremen und Bremerhaven, arithmetische Mittelwerte aus Untersuchungen des LUA Bremen, in mg/kg Milchlipo

Jahr	n	HCB	α -HCH	β -HCH	γ -HCH	Dieldrin	Σ DDT	Σ PCB
1983	27	0.93	0.02	0.28	0.11	0.02	0.77	1.87
1984	81	0.51	0.16	0.26	0.22	0.06	1.13	0.85
1985	8	0.45	0.01	0.49	0.03	0.02	5.21	2.64
1986	80	0.71	0.01	0.20	0.04	0.018	1.02	0.58
1988	54	0.19	0.01	0.09	0.02	0.009	0.56	0.80
1987	45	0.28	0.01	0.11	0.02	0.02	0.76	0.80
1989	11	0.23	0.01	0.16	0.03	0.01	0.59	0.71
1990	86	0.14	0.008	0.08	0.024	0.02	0.59	1.33
1991	40	0.17	0.001	0.069	0.007	0.014	0.512	0.98
1992	40	0.129	0.003	0.08	0.007	0.004	0.720	0.68
1993	23	0.153	0.004	0.037	0.007	0.001	0.519	0.70
1994	15	0.004	0.004	0.128	0.010	0.003	0.430	0.65
1995	17	0.058	0.0005	0.046	0.004	0.005	0.321	0.66
1996	15	0.042		0.211	0.003	0.003	0.391	0.75

n: Anzahl der untersuchten Muttermilchproben

Σ : Summe von Verbindungen der genannten Gruppe

Tabelle 54: Schadstoffbelastung der Muttermilch von Frauen aus Bremen und Bremerhaven im 5-Jahresvergleich, Mediane aus Untersuchungen des LUA Bremen, in mg/kg Milchlipo

Jahr	n	HCB	α -HCH	β -HCH	γ -HCH	Dieldrin	Σ DDT	Σ PCB
1984	81	0.40	0.01	0.20	0.10	-	0.80	0.80
1989	11	0.22	0.001	0.19	0.03	<0.001	0.57	0.79
1994	15	0.14	<0.001	0.07	<0.001	<0.001	0.44	0.643

n: Anzahl der untersuchten Muttermilchproben

Median: 50 % der Probenwerte liegen unterhalb des angegebenen Wertes

Σ : Summe von Verbindungen der genannten Gruppe

Die Belastung der Muttermilch mit Umweltchemikalien in Bremen hat abgenommen, ist aber für einzelne Stoffe/Stoffgruppen weiterhin nachweisbar. Obwohl die ermittelten Werte nicht als repräsentativ für die Belastung der Milch aller stillenden Mütter im Land Bremen angesehen werden können - zumal die Anzahl der untersuchten Proben jährlichen Schwankungen unterliegt - zeigt sich bereits in der beschränkten Auswahl der das Angebot der Untersuchung wahrnehmenden Mütter, daß ein Trend in Richtung abnehmender Belastung in Bremen darstellbar ist. Dieser Trend ist sowohl aus den Mittelwerten der Jahre 1983 bis 1996 als auch aus den Medianen im 5-Jahresvergleich ableitbar.

Dieses erfreuliche Ergebnis in Bremen folgt somit dem überregional in der Bundesrepublik zu verzeichnenden Trend der Verminderung der Belastung der Muttermilch mit Umweltchemikalien.

Tabelle 55: Schadstoffbelastung der Muttermilch im Durchschnitt der Bundesrepublik Deutschland nach Angaben des BgVV⁴⁵ (gewichtete Mittelwerte in mg/kg Mildfett)

Jahr	n	HCB	α -HCH	β -HCH	γ -HCH	Dieldrin	Σ DDT	Σ PCB
1989	3206	0.244	0.002	0.082	0.016	0.01	0.604	0.982
1994	1757	0.124	0.003	0.044	0.01	0.01	0.367	0.671

n: Anzahl der untersuchten Muttermilchproben

Σ : Summe von Verbindungen der genannten Gruppe

1995 ist die Palette der Untersuchungsparameter in der Muttermilch um die Substanz Nitromoschus-Xylol erweitert worden. Systematische Messungen erfolgten insbesondere ab 1996. Nitromoschus-Xylole (und -Ketone) werden als Duftstoffe insbesondere Kosmetika beigemischt, aber auch Wasch- und Reinigungsmitteln zugesetzt. Über diese Wege gelangen sie direkt oder infolge der Anreicherung insbesondere in fettreichen Nahrungsmitteln indirekt über die Nahrung zum Menschen. Informationen über die Toxizität und über die mögliche krebserzeugende Wirkung von einzelnen Moschus-Verbindungen sind bislang nur aus wenigen Untersuchungen an Tieren verfügbar.

Die Kenntnisse bzw. Einschätzungen über gesundheitliche Wirkungen beim Menschen sind auf dieser Datenbasis als unzureichend zu betrachten. Weder die bundesweite Datensammlung zu diesem Belastungsparameter noch die Ergebnisse aus Bremen lassen gegenwärtig zuverlässige Aussagen zu.

Die Muttermilch ist weiterhin mit verschiedenen Umweltschadstoffen belastet. Allerdings ist ein Rückgang der Belastung der Muttermilch im Lauf der Jahre in Bremen festzustellen.

Die gemessenen Werte besitzen nun einen höheren Sicherheitsabstand zu nicht mehr tolerablen Schadstoff-Konzentrationen als z.B. noch vor 10 Jahren. Dieser Trend sollte weiter verfolgt werden. Insbesondere einzelne Schadstoffe sind weiterhin beobachtenswert (HCB, PCB), da deren Sicherheitsabstand zu tolerablen Konzentrationen jeweils nicht weit über einem Faktor von 10 liegt.

Andere, zu beobachtende Rückstände wie diejenigen der Moschus-Xylole, deren gesundheitliche Bedeutung noch nicht geklärt ist, sind im verstärkten Maße Gegenstand der aktuellen Untersuchung.

45 BgVV = Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin

Muttermilch ist immer noch die beste Nahrung für den Säugling

Nach wie vor wird im Land Bremen das Angebot der kostenfreien Untersuchung der Muttermilch auf Schadstoffe aufrecht erhalten. In der Regel wird den Müttern das weitere Stillen zugeraten, weil die Muttermilch optimal auf die Bedürfnisse des Säuglings hinsichtlich der Nähr- und Schutzstoffe abgestimmt ist und das Stillen die Mutter-Kind-Beziehung fördert.

Belastungsmöglichkeiten des Säuglings durch Schadstoffe in der Muttermilch dürfen zwar nicht außer acht gelassen werden. Sie treten jedoch im Vergleich zu den Vorteilen des Stillens für Mutter und Kind in der Regel in den Hintergrund.

Durch das Stillen wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind unterstützt; das Stillen ist ein wichtiger Bestandteil der emotionalen und psychosozialen Entwicklung des Kindes.

Die Vorteile des Stillens überwiegen die möglichen Risiken durch Belastungen der Muttermilch deutlich.

Im übrigen ist die Schadstoffbelastung in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen.

Empfohlen wird daher, Säuglinge möglichst mindestens ein halbes Jahr lang zu stillen. Einige Untersuchungen belegen, daß der vierte Monat ein kritischer Zeitpunkt ist: viele Mütter beenden zu diesem Zeitpunkt das Stillen.

Stillberatungsangebote im Bereich der Selbsthilfe, der öffentliche Gesundheitsdienst, aber auch Kinderärztinnen und -ärzte können dazu beitragen, die Frau darin zu unterstützen, schwierige Stillphasen zu überwinden.

Der Förderung des Stillens dient auch das Nahrungswerbe-gesetz, welches die Werbung für Säuglingserstnahrung einschränkt.

6.3.2 Umweltschadstoffe in Babynahrung

Informationen über Schadstoffe in Baby/Kleinkindnahrung erhält das Landesuntersuchungsamt (Abtlg. Chemie) in Bremen - wie auch in anderen Ländern - auf (mindestens) drei Wegen:

- über Ergebnisse des bundesweit ausgerichteten Monitorings auf Inhaltsstoffe im Rahmen des nationalen Rückstandkontrollplans,
- im Zusammenhang mit der allgemeinen Lebensmittelüberwachung in Bremen,
- über Verdachtsfälle aufgrund eigener Recherchen des Amtes bzw. anlässlich überregionaler Hinweise.

Insbesondere die letzten beiden Punkte veranlaßten das Landesuntersuchungsamt in den vergangenen Jahren zur verstärkten Untersuchung von Babykost-Artikeln. Abhängig von der speziellen Fragestellung und der bereits vorhandenen hohen Auslastung personeller und instrumenteller Kapazitäten durch den Routinebetrieb konnten allerdings hauptsächlich nur stichprobenartige Beprobungen vorgenommen werden.

Beispiel 1: Nitrat in der Babykost

Die toxische Wirkung von Nitrat kann insbesondere durch sein Umsetzungsprodukt Nitrit hervorgerufen werden. Sie beinhaltet die Überführung des roten Blutfarbstoffes Hämoglobin in das sogenannte Methämoglobin, das die Sauerstoffbindung des Blutes verringert und hierdurch unter Umständen Säuglingsblausucht verursachen kann. Des weiteren können krebserzeugende Nitrosamine im Magen-Darm-Trakt in Gegenwart von Nahrungsbestandteilen gebildet werden.

Tabelle 56: Stichprobenartige Untersuchungen von Gläschenkost von 1994 und 1995, Mittelwerte: Angaben in mg/kg Frischgewicht

	„Bioanbau“	konventioneller Anbau
Frucht (Birne, Apfel, Banane, Pfirsich)	41	27
Frucht (Apfel, Pfirsich) mit Naturreis, Vollkornbrei Weizengries, Dinkel)	12	8
Gemüse (Spinat, Mischgemüse)	25	63
Gemüse (Spinat, Blumenkohl) mit Nudeln, Hirse, Gerste, Kartoffeln, Tomatensoße	36	45
Gemüse mit Schinken, Rind, Kalb	22	41
Karotten (Fläschchen)	61	74
Karotten mit Apfel, Erbsen	35	-

1994/95 wurden stichprobenartig Obst- und Gemüsebreie verschiedener Anbieter in Bremen untersucht. Ziel war es, die Nitrat-Konzentration in den Breien zu ermitteln und gegebenenfalls nicht verkehrsfähige Ware zu orten.

Ergebnis:

Die Nitrat-Werte in Babykost sind nicht zu beanstanden, da der Grenzwert nach Diätverordnung (250 mg Nitrat/kg) in jedem Fall eingehalten, in der Regel weit unterschritten wurde. Der Vergleich der Daten aus Bioanbau mit denjenigen aus dem konventionellen Anbau weist auf geringere Nitrat-Verunreinigungen in Bio-Artikeln hin.

Beispiel 2: Metalle in Fruchtsäften

Die Metalle Blei, Cadmium und Arsen gehören zu den toxikologisch bedeutsamen Schwermetallen. Insbesondere Blei und Cadmium werden im Körper gespeichert und können in verschiedenen Zielorganen (Blei: insbesondere Zentralnervensystem, Leber, Nieren; Cadmium: insbesondere Knochengewebe, Nieren) unter Umständen erst nach Jahren oder Jahrzehnten Gesundheitsstörungen herbeiführen. Demgegenüber kann (anorganisches) Arsen die Blutversorgung der Gewebe behindern, und u.a. über eine Überpigmentierung und Verhornung der Haut Hautkrebs hervorrufen.

Tabelle 57: Untersuchung von 18 ausgewählten Babysäften auf Metallgehalte in 1995, Mittelwerte in mg/kg

	Blei	Cadmium	Arsen
Richtwerte 1995	0.20	0.05	kein Richtwert
Apfel, klar	0.028	< 0.005	0.013
Früchte, klar	0.038	< 0.005	0.014
Früchte, trüb	0.040	0.014	0.009
Mehrfrucht u. Vitamin, trüb	0.028	< 0.005	0.011

Ergebnis:

Entgegen der Befürchtungen ist Arsen in filtrierten Obstsäften nicht bedenklich. Es wurden insgesamt niedrige Blei-, Cadmium- und Arsen-Gehalte gefunden. Sie lagen im Durchschnitt unter (Blei) oder sogar weit unter den Richtwerten des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV). Die Werte für Arsen liegen im Bereich des Grenzwertes der Trinkwasserverordnung und sind aus gesundheitlicher Sicht nicht bedenklich.

Die naturtrüben Säfte wiesen in der Regel um 25% geringere Gehalte an Arsen auf als filtrierte Säfte. Dies wurde überregional auf das Filtrierverfahren zurückgeführt. Nach überregionaler Umstellung des Produktionsverfahrens sollen nunmehr keine erhöhten Arsen-Gehalte in klaren Fruchtsäften festzustellen sein.

Beispiel 3: Pflanzenschutzmittelrückstände in Babykost

Neben den im Abschnitt „Entwicklung der Muttermilchbelastung“ bereits vorgestellten Pestizidwirkstoffen sind 1994 überregional weitere Wirkstoffe u.a. in Gemüsebreien für Babys festgestellt worden. Hierzu zählen beispielhaft Vinclozolin, ein Pilzbekämpfungsmittel u.a. für den Wein-, Hopfen- und Gemüseanbau, das Schleimhautreizungen, gegebenenfalls Sensibilisierungen hervorrufen kann, und Parathionmethyl, ein Phosphorsäureester, das zur Insektenbekämpfung eingesetzt wurde, und prinzipiell auf das Zentralnervensystem wirken kann⁴⁶.

1994 wurden in Bremen 73 Proben von Babykost-Artikeln verschiedener Anbieter auf Pflanzenschutzmittelrückstände untersucht. Es handelte sich hierbei insbesondere um Obst- und Gemüsebreie. Davon entfielen

- 15 Proben mit HCH(a,ß,y) Rückständen,
- 4 Proben mit Vinclozolin,
- 1 Probe mit Dieldrin,
- 1 Probe mit pp'DDE,
- 1 Probe mit Parathionmethyl.

⁴⁶ Nähere Einzelheiten zur Toxikologie und zur Bewertung von Verunreinigungen in Lebensmitteln finden sich in einer vom Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz herausgegebenen Broschüre „Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung: Trinkwasser und Lebensmittel, 1996

Ergebnis:

Pestizidwirkstoffe in Babykost liegen in der Regel im Rahmen der Vorgaben der Diätverordnung Die Konzentrationen von Vinclozolin und Parathionmethyl lagen jeweils im Bereich der Erfassungsgrenze von 0.001 mg/kg. Die übrigen Proben enthielten keine nachweisbaren bzw. weniger als 0.010 mg/kg der Pestizidwirkstoff-Rückstände. Die Produkte hielten somit den in der Diät-Verordnung für Pestizid-Wirkstoffe festgelegten Höchstwert von 0.010 mg/kg in Lebensmittel für Säuglinge und Kleinkinder ein und brauchten nicht aus dem Verkehr gezogen zu werden.

Die Bedeutung von Schadstoff-Verunreinigungen in Lebensmitteln für die Belastung des kindlichen Körpers im Vergleich zu anderen Eintragspfaden ist nicht zu unterschätzen. Zwar sorgt die Diät-Verordnung dafür, daß in Lebensmitteln für Kleinkinder erhöhte Schadstoff-Konzentrationen nicht auftreten dürfen. Der Druck der Europäischen Union auf eine Änderung der sehr strengen deutschen Diät-Verordnung in Richtung einer Einführung von europaweit gültigen Höchstwerten für die einzelnen Pestizidwirkstoffe dürfte jedoch letztlich zu einer Aufweichung der vorsorglich niedrig gesetzten deutschen Werte führen. Solche Einzelwerte für Fremdstoffe, die u.a. höher liegen als in der Diätverordnung für die zubereitete Nahrung angegeben, sind bereits seit langem in der Rückstandhöchstmengen-Verordnung für einzelne Lebensmittel im bundesdeutschen Recht festgelegt.

6.3.3 Blei im Trinkwasser - eine gesundheitliche Gefährdung für Kleinkinder

Es wird geschätzt, daß etwa 10 % aller Haushalte der Bundesrepublik noch mit Bleileitungen zur Trinkwasserversorgung bestückt sind. Durch das Leitungsmaterial kann Blei in erhöhtem Maße - vor allem nach Stehenlassen des Wassers über Nacht in den Rohren - in das Trinkwasser gelangen. Das Schwermetall Blei kann insbesondere bei Säuglingen/Kleinkindern zu frühkindlichen Einschränkungen zentralnervöser Leistungen führen.

Angesichts der möglichen Gesundheitsfolgen für das Kleinkind und aufgrund der Novellierung der Trinkwasserverordnung vom 05.12.1990, in der erstmalig der Geltungsbereich der in der Verordnung genannten Grenzwerte auf das aus dem Zapfhahn erhaltene Trinkwasser (zuvor Versorgung nur bis zur Wasseruhr) erweitert wurde, beschloß der Bremer Senat am 24.09.1991 ein Programm zur Bewertung von Blei im Trinkwasser in öffentlichen Gebäuden der Stadt Bremen. Vor Beginn des Meßprogramms ist aus Bremerhaven mitgeteilt worden, daß dort öffentliche Einrichtungen, insbesondere Kindertagesstätten, bereits von trinkwasserführenden Bleileitungen befreit wären und ein weiterer Bedarf nicht bestünde.

Das Bremer Blei-Meßprogramm wies in 30% der untersuchten öffentlichen Gebäude Grenzwertüberschreitungen im Trinkwasser nach Der Bremer Senatsbeschluß zum Blei-Meßprogramm beinhaltete ein nach Prioritätskriterien gestuftes Meßprogramm in öffentlichen Gebäuden, um insbesondere in sensiblen Bereichen (Kindertagesstätten, Grundschulen u.a.) einen Überblick über die Belastungssituation zu erhalten. Bis zum Abschluß des Meßprogramms in 1995 erfolgten in 432 Gebäuden an 1.470 Zapfstellen 5.871 Messungen. Ca. 30% der

untersuchten Gebäude bzw. Bauabschnitte wiesen grenzwertüberschreitende Konzentrationen von Blei im Trinkwasser auf (Grenzwert: 40 µg Pb/Liter).

Maximale Einzelwerte für Blei (Pb) in Trinkwasser-Proben am Zapfhahn:

- im Standwasser (1.Probe) 595 µg/l
- im Fließwasser (2.Probe) 225 µg/l
- im Gebrauchswasser vormittags (3.Probe) 828 µg/l
- im Gebrauchswasser nachmittags (4.Probe) 336 µg/l

Demgegenüber beträgt der mittlere Bleigehalt des im Land Bremen den Haushalten über die öffentliche Versorgung zur Verfügung gestellten Trinkwassers weniger als 2 µg/Pb/Liter⁴⁷⁾.

Von den im Meßprogramm untersuchten Gebäuden aus vier Prioritätskategorien sind im folgenden nur die für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche bedeutenden Gebäude der Kategorien I und II aufgeführt. Die Kategorien III und IV beinhalten Hochschulen bzw. sonstige öffentliche Gebäude.

Tabelle 58: Untersuchte Liegenschaften in Bremen im Rahmen des Blei-Meßprogramms

Art	Anzahl (untersucht)	Anzahl (davon Grenzwertüber- schreitungen)	Anzahl (davon saniert/Stand)
Kategorie I			
Kindertagesheime	36	6	6/Ende 1994
Spielhäuser	2	keine	
Grundschulen	63	31	21
Sonderschulen	12	5	4
Kategorie II			
Gesamtschulen	5	1	0
Sek. I	30	10	1
Sek. II	22	8	1
Jugendfreizeitheime	14	7	7/1995

Die Sanierung von Blei-Leitungen in den empfindlichsten Bereichen ist inzwischen weitgehend abgeschlossen Die speziell vor Ort erfolgten Abhilfemaßnahmen sind nutzungsabhängig vielfältig vorgenommen worden:

- Bei Kindertagesheimen und Spielhäusern wurde mindestens eine bleifreie Zapfstelle im Küchenbereich bereitgestellt und Bleileitungen für Zapfstellen im Waschraumbereich ersetzt.
- Bei Grundschulen erfolgte die Einrichtung von ausreichenden separaten Trinkwasserstellen/Brunnen. Zapfstellen mit überhöhten Werten wurden gekennzeichnet.
- Bei Schulen des Sekundarbereiches I und II und bei Jugendfreizeitheimen wurden mindestens eine Zapfstelle mit Trinkwasser entsprechend der Trinkwasserverordnung (TrinkwVO) pro Ebene bzw. Küchenbereich eingerichtet und alle nachge-

⁴⁷⁾ Eine ausführliche Darstellung des Meßprogramms ist anderenorts veröffentlicht (Blei-Meßprogramm 1992-1995, Bericht des Gesundheitsamtes Bremen, Juni 1995).

wiesenermaßen oder vermutlich bleiführenden Zapfstellen pro Bauabschnitt gekennzeichnet.

Sorgenkind: Blei-Leitungen in Privathaushalten

Während staatlicherseits der Zugriff auf öffentliche Einrichtungen mit Bleirohrinstallationen und somit auch deren mögliche Sanierung im Prinzip gewährleistet ist, sind die privaten Haushalte bzw. nicht-öffentliche Einrichtungen einer diesbezüglichen strukturierten Meß- und/oder Sanierungsoption entzogen. Das Gesundheitsamt kann zwar Hausinstallationen in die Überwachung einbeziehen, sofern Beanstandungen bekannt werden. Es besitzt jedoch keine weitergehende rechtliche Handhabe in Bezug auf Überschreitungen des Grenzwertes der TrinkwVO für Blei in solchen Anlagen z.B. hinsichtlich der Durchsetzung eines Leitungsaustausches. Dies ist bedauerlich, zumal insbesondere Säuglinge, die nicht Brustgestillt werden, sondern mit Leitungswasser zubereitete Ersatzmilchen erhalten, in bleileitungsversorgten Haushalten u.U. erhebliche Mengen Blei zugeführt bekommen.

Laut Mikrozensus wurde für 1995 eine Anzahl von 345.000 Privathaushalten im Land Bremen geschätzt. Unter der Annahme, daß ca. 10% aller Haushalte noch mit Bleiwasserleitungen bestückt sind, wäre mit 34.500 betroffenen Haushalten zu rechnen. Der Anteil von Haushalten mit Säuglingen an diesen Privathaushalten dürfte allerdings geringer sein und ist hier nicht bekannt.

Aus gesundheitlichen Gründen ist prinzipiell in solchen Haushalten anzuraten

- ⇒ Bleifreies/armes Wasser zur Zubereitung der Säuglings/Kleinkind-Kost (z.B. Mineralwasser) verwenden.
- ⇒ Bei Verdacht/Bestätigung von bleihaltigen Wasserleitungsrohren sollte das Gesundheitsamt um Rat gefragt werden.
- ⇒ Austausch/Ersatz von Wasserleitungsrohren aus Blei durch weniger gesundheitlich bedenkliche Rohrmaterialien im Küchen- und Badbereich.

Es ist anzunehmen, daß die aufgezeigten Problematiken (Bsp. Blei im Trinkwasser) im öffentlichen Bereich in absehbarer Zukunft abgearbeitet sein werden. Demgegenüber sind die Eingriffsmöglichkeiten der öffentlichen Verwaltung bei Schadstoffvorkommen im privaten Bereich beschränkt. Hier ist für die Zukunft zu hoffen, daß Empfehlungen der Gesundheitsbehörde auch - indirekt - auf den privaten Bereich wirken und dort - wo nötig - Abhilfemaßnahmen veranlassen helfen.

Nicht alle Lebensbereiche können aber trotz des Anspruchs der Gesundheitsbehörde, vorsorglich tätig zu werden, entsprechend von staatlicher Seite mit Meßprogrammen begleitet oder mit Regelungen versehen werden. Hier ist die wachsende Sensitivität und Aufmerksamkeit der Bürgerinnen und Bürger in umweltbezogenen Gesundheitsfragen gefordert.

6.4 Veränderte Kindheit - Konsequenzen für die gesundheitliche Betreuung

Mit der wachsenden Bedeutung institutioneller Rahmen für Kinderleben geht - auch wenn die Elterngesamtverantwortung dabei nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird - de facto ein Teil der Zuständigkeit für das Wohlergehen der Kinder an die Institutionen über. Dies schließt selbstverständlich auch die Zuständigkeit in Gesundheitsfragen ein und zwar in doppelter Hinsicht: Zum einen müssen die Einrichtungen von den baulichen Gegebenheiten bis zur Organisation des Tagesablaufs gesundheitsverträglich sein, zum anderen sind sie Orte der Gesundheitserziehung, deren Einzelthemen in den familiären Bereich zurückwirken.

Darüber hinaus muß konstatiert werden, daß Kindereinrichtungen zunehmend auch die Befriedigung sehr elementarer Bedürfnisse übernehmen (müssen), d.h. nicht nur mehr familienergänzend tätig sind. Dies bezieht sich auf die Ernährung ebenso wie auf Gesundheitssicherung und gilt gleichermaßen für Vorschuleinrichtungen wie für Schule.

Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgungssysteme haben diesen Strukturwandel von Kindheit zu analysieren und sich darauf einzustellen. Schon heute ist die hausärztliche Empfehlung an eine Mutter, vitamin- und ballastreich zu kochen, ein Stück Realsatire, sofern ihr Kind seine wöchentlich fünf warmen Mahlzeiten im Kindergarten bekommt.

6.4.1 Ausgewählte Gesundheitsaspekte in Tageseinrichtungen für Kinder

Die folgenden Informationen zu ausgewählten gesundheitsrelevanten Aspekten der institutionellen Betreuung von Kindern im Vorschulalter beruhen auf einer Befragung leitender Mitarbeiter/innen von 91 Kindertagesheimen (KTH). Die Befragung in 72 Einrichtungen der Stadt Bremen und 19 Einrichtungen der Stadt Bremerhaven wurde von den betreuenden Ärztinnen und Ärzten der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der beiden Städte in Form von Interviews auf der Basis eines standardisierten Interviewerleitfadens durchgeführt. Die Befragung fand im Kindergartenjahr 1996/97 statt. Hervorzuheben ist, daß alle angefragten KTH sich bereitwillig an der Untersuchung beteiligten und daß in beiden Städten dasselbe Frageinstrument eingesetzt werden konnte. Das Interview erfolgte in der Regel als „Vier-Augen-Gespräch“, d.h. hinter dem hier genutzten Begriff KTH-Leitung verbirgt sich entweder der/die KTH Leiter/in oder der/die stellvertretende KTH-Leiter/in, je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zum Zeitpunkt des Interviews.

Hinweis zur Darstellung der Ergebnisse:

Angesichts der begrenzten Zahl der in die Untersuchung einbezogenen Kindertagesheime wird auf die Ausweisung von Prozenten verzichtet, nur beim gelegentlichen Vergleich stadtbremischer und Bremerhavener Verhältnisse wird auf Prozentangaben zurückgegriffen. Soweit sich einige Aussagen nicht auf die Gesamtheit aller 91 Einrichtungen beziehen, ist dies aus dem jeweiligen Kontext ersichtlich.

Mittagstisch

Etwa die Hälfte der Bremer Kinder im Vorschulalter nehmen jede Woche fünf warme Mittagsmahlzeiten in ihrer Kindereinrichtung ein. Für manche Kinder dürften dies auch die einzigen warmen Mahlzeiten sein. Kindgerechte Zubereitung, ausgewogene Nährstoffzusammensetzung, ausreichend Ballaststoffe und frische Vitaminträger sind deshalb beim institutionellen Mittagstisch besonders wichtig, aber u. a. von der Art der Essenserstellung abhängig. Es ist deshalb vorteilhaft, daß in 81 der 85 Kindertagesheime mit Mittagstisch das Essen zumindest teilweise in der Einrichtung zubereitet, d. h. nicht vollständig angeliefert und in der Einrichtung nur erwärmt wird („Tiefkühlmischkost“, siehe Kapitel 6.4.2).

Von erzieherischer Relevanz für das spätere Ernährungsverhalten ist, daß die Kinder nicht nur das fertige Produkt „Mittagsmahlzeit“ vorgesetzt bekommen. Daher ist zu wünschen, daß zu den 22 Einrichtungen, bei denen die Kinder (fast) immer oder gelegentlich in der Küche bei der Zubereitung der Mittagsmahlzeit helfen, noch weitere hinzukommen. Immerhin wird in 52 Einrichtungen (fast) immer oder gelegentlich Obst, Gemüse, etc. gemeinsam mit den Kindern, meist auf dem Markt eingekauft.

In 81 von 85 KTH mit Mittagstisch wird das Essen teilweise selbst erstellt.
In 22 KTH helfen Kinder bei der Zubereitung.
In 52 KTH werden Lebensmittel gemeinsam mit den Kindern eingekauft.

Ein wichtiger Bestandteil gesunder Kinderernährung ist Milch. Zum Zeitpunkt der Befragung wurde in den Bremerhavener Kindertagesheimen durchweg pasteurisierte Milch, in den Bremer Kindertagesheimen überwiegend Vorzugsmilch verwendet. Wegen anderenorts aufgetretener EHEC-Infektionen wurde aus Vorsorgegründen inzwischen auch in den stadtbremischen Kindertagesheimen auf pasteurisierte Milch umgestellt.

Knapp 90% der stadtbremischen Kindereinrichtungen nehmen am Programm des BIPS „Gesünder Essen kinderleicht“ (Köcheschulung etc., siehe Kapitel 6.4.2) teil. Von über 90% der Einrichtungen werden die Info-Rundbriefe zur gesunden Ernährung regelmäßig auch den Eltern z.B. durch Aushang bekannt gemacht. Dies ist ein Hinweis darauf, daß die Einrichtungen nicht nur der Anforderung, Kindern eine gesunde Ernährung zu bieten gerecht werden, sondern darüber hinaus auch das Thema gesunde Ernährung in die Familien hinein vermitteln. In Bremerhaven wurde das BIPS-Programm zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht angeboten.

Zahngesundheitspflege

In 61 der 85 Kindertagesheime mit Mittagstisch putzen alle Kinder regelmäßig nach dem Essen die Zähne, in weiteren 20 Einrichtungen immerhin ein Teil der Kinder. Sicherlich ist dies auch als ein Erfolg der in den Einrichtungen tätigen Prophylaxehelferinnen der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJB) zu werten. In 80 Einrichtungen erfolgt das Zähneputzen unter Aufsicht der KTH-Mitarbeiter/-innen, ein Zeichen dafür, daß die Erziehung zu Mundhygiene und Zahnpflege auch von den Einrichtungen selbst tatkräftig unterstützt wird.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben die Einrichtungsleitungen in Bremerhaven an, daß alle KTH von der LAJB regelmäßig gruppenprophylaktisch betreut werden, in

der Stadtgemeinde Bremen waren es 74%. Durch zwischenzeitliche Verstärkung der Bemühungen der LAJB dürfte der Betreuungsgrad auch in Bremen noch angestiegen sein.

In 81 von 85 KTH mit Mittagstisch werden nach dem Essen die Zähne geputzt.
In 80 KTH wird das Zähneputzen beaufsichtigt.
72 der 91 KTH werden gruppenprophylaktisch betreut.
28 KTH haben eine Patenzahnarztpraxis.

Daß 28 Einrichtungen darüber hinaus eine Patenzahnarztpraxis haben, rundet das insgesamt positive Bild der Bemühungen um Zahngesundheit ab.

Sport / Bewegungsförderung

85 der 91 befragten KTH-Leitungen gaben an, daß es in ihrer Einrichtung gezielte sportliche Aktivitäten wie Turnstunden etc. gäbe. Besonders erfreulich: diese sportlichen Aktivitäten sind nicht saisongebunden, sondern finden ganzjährig und zwar für nahezu alle Kinder statt. 20 Einrichtungen führen ihre Bewegungsaktivitäten allerdings nur in den Innenräumen durch. Demgegenüber haben 37 Einrichtungen sogar wassergebundene Aktivitäten im Programm.

In 85 der 91 KTH gibt es gezielte sportliche Aktivitäten.
37 KTH gehen mit den Kindern sogar ins Schwimmbad.
67 KTH haben einen besonderen Bewegungsraum.
33 KTH kooperieren mit einem Verein oder einer externen Fachkraft.

Für Bewegungsspiele und gezielte sportliche Förderung steht 67 Einrichtungen ein eigener Bewegungsraum oder eine Turnhalle in der Nachbarschaft zur Verfügung. 33 Einrichtungen kooperieren bei ihren sportlichen Aktivitäten mit einem Verein bzw. einer externen Fachkraft. Da die Durchführung von Programmen zur Verbesserung der motorischen Leistungen der Kinder aber auch spezielle Sportaktivitäten von der Anleitung durch Fachkräfte profitieren, sollten einschlägige Kooperationen verstärkt werden.

Erste Hilfe

Die Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen (vormals Gemeindeunfallversicherungsverband / GUV) ist als Träger der Unfallversicherung nicht nur im Schadensfall für Kindereinrichtungen zuständig, zu ihren Aufgaben gehören auch Unfallverhütung und diesbezügliche Beratung der Einrichtungen. So muß kritisch gesehen werden, daß im 1-Jahreszeitraum vor der Befragung 32 der 91 Einrichtungen weder routinemäßig noch aus besonderem Anlaß Kontakt zu dieser Institution hatten.

In 32 der 91 KTH kein routinemäßiger oder anlassbezogener Kontakt zum GUV.
In 63 KTH haben alle Mitarbeiter Kenntnisse über Erste-Hilfe am Kind.
In 77 KTH wird das Erste-Hilfe-Material regelmäßig gewartet.
In 36 KTH liegt ein Ablaufplan für schwere Unfälle griffbereit.

In der Stadt Bremen gaben 61%, in der Stadt Bremerhaven sogar alle Einrichtungsleitungen an, daß alle fest angestellten Mitarbeiter/innen Kenntnisse über „Erste Hilfe am Kind“ besitzen. In 77 Kindertagesheimen wird auch das Erste Hilfe Material regelmäßig gewartet und 68 Einrichtungen haben Handschuhe zur Vermeidung von Infektionen bspw. bei der Versorgung blutender Wunden vorrätig. Verbesserungsbedürftig ist, daß nur in 36 Einrichtungen für den Fall eines schweren Unfalls ein Ablaufplan griffbereit liegt. Das Vorgehen bei einem schweren Unfall wird auch nur in 24 Einrichtungen (Bremen 18%, Bremerhaven 58%) regelmäßig besprochen.

Diätpläne und Medikamentengabe

45 der 91 befragten KTH-Leitungen gaben an, daß in ihrem Kindertagesheim für einzelne Kinder ärztlich verordnete Medikamente verabreicht oder für den Eventualfall vorgehalten wurden. 68% der stadtbremischen Einrichtungsleitungen war das diesbezügliche Merkblatt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bekannt; in Bremerhaven war zum Befragungszeitpunkt das Merkblatt noch nicht verteilt worden. Dagegen wird in 68% der Bremerhavener KTH das Verfahren bei Medikamentenabgabe regelmäßig auf Dienstbesprechungen behandelt, in den stadtbremischen KTH nur bei 40%.

In 45 der 91 KTH erfolgt eine ärztlich verordnete Medikamentengabe.
In 71 KTH werden Kinder betreut, die eine Diät einhalten müssen.

In 71 Kindertagesheimen befinden sich Kinder, die aus medizinischen Gründen eine Diät einhalten oder bestimmte Nahrungsmittel meiden müssen. In 55 dieser Einrichtungen halten die Leitungen das Wissen der Mitarbeiter/innen über Hintergründe und praktische Umsetzung der diätetischen Maßnahme für ausreichend.

Ruhezone und Rauchen

Mit diesen Themen sind Bereiche angesprochen, in denen die Wünsche und Möglichkeiten der befragten Heimleitungen ebenso wie Einsicht und praktisches Verhalten unübersehbare Widersprüche zeitigen.

So kann es aus sozialpädiatrischer Sicht nur begrüßt werden, daß 65 der 85 Leitungen von Ganztageseinrichtungen eine Ruhezone, in der Kinder auch Mittagsschlaf halten können, für wichtig erachten. Dieses Erfordernis ist möglicherweise durch die heute überwiegend praktizierte Altersmischung in den Gruppen besonders aktuell. Demgegenüber verfügen nur 29 Ganztageseinrichtungen über die Möglichkeit hierzu.

65 Leitungen von 85 Ganztages-KTH halten eine Ruhezone für wichtig.
29 KTH verfügen über eine Ruhezone.
In 82 der 91 KTH wird gelegentlich oder regelmäßig geraucht.
77 Leitungen sind für ein „rauchfreies“ KTH.

Es spricht sehr für die Seriosität, mit der die Heimleitungen die Fragen ihrer ärztlichen Interviewpartner beantworteten, daß 82 von 91 einräumten, daß im Kindertagesheim selbst oder auf dem KTH-Außengelände regelmäßig oder gelegentlich g-

raucht würde. Allerdings waren 77 Leitungen der Meinung, daß das KTH eine „rauchfreie Zone“ sein sollte. Aus pädagogischer wie gesundheitlicher Sicht kann somit die Tatsache, daß es in 78 rauchbelasteten Einrichtungen immerhin eine Regelung für das Rauchen gibt, nur einen Zwischenstand markieren.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Befragung machen deutlich, daß Kindertagesheime in den Städten Bremen und Bremerhaven in einigen Bereichen bereits sehr profilierte Gesundheitsförderungsansätze implementiert haben und in Teilbereichen auch Gesundheitssicherungs- und Versorgungsaufgaben wahrnehmen.

Daneben zeigten etliche mit der Bitte um fachliche Unterstützung verbundene Aktivitäten der Heimleitungen im Gefolge der Befragung, daß das Befragungsinstrument geeignet war, auch bestehende Defizite aufzuzeigen und Anstöße zu ihrer Behebung zu geben.

6.4.2 Exkurs: Präventionsorientierte Mahlzeiten für 6.500 Kinder täglich: Zur Situation der Ernährung in Bremer Kindertagesheimen

Im Zusammenhang mit den hohen Folgekosten ernährungsabhängiger Krankheiten (1990: direkte und Folgekosten in Höhe von 113,8 Mrd. DM, davon alte Bundesländer: 83,5 Mrd. DM) gewinnt die Förderung einer gesunden Ernährung große Bedeutung.

Dies gilt für Kinder im besonderen Maße, da ihre in frühen Lebensjahren erlernten Ernährungsmuster prägenden Einfluß auf das Ernährungsverhalten im Erwachsenenalter haben. In den Kindertagesheimen (KTH) der Stadt Bremen wird seit Jahren versucht, den Anforderungen an eine kindgerechte präventionsorientierte Ernährung gerecht zu werden.

In den 72 Kindertagesstätten der Stadt Bremen werden täglich bis zu 6.500 Kinder im Alter von 3-12 Jahren mit einer warmen Mittagsmahlzeit, Getränken und Zwischenmahlzeiten versorgt. Dabei wird industriell hergestellte Fertignahrung (in der Regel Tiefkühlkost) mit frisch zubereiteten Komponenten „gemischt“. Bei sachgemäßer Handhabung ist diese Mischküche eine nahezu gleichwertige Alternative zur Frischkost, und zwar bei deutlich niedrigeren Kosten: die durchschnittlichen Waren-Einsatz-Kosten für eine Mittagsmahlzeit incl. Getränke betrugen 1995 in den 72 Bremer Kindertagesheimen pro Kind durchschnittlich DM 2,68.

Praktisch umgesetzt wird die „Optimierte Mischkost“ in den Bremer Kindertagesheimen mit Hilfe von zwei Checklisten:

Tabelle 59: Empfehlungen für die Ernährung in Bremer Kindertagesheimen

CHECKLISTE FÜR DEN SPEISEPLAN	CHECKLISTE FÜR DAS MITTAGESSEN
Pro Woche:	Ein Mittagessen sollte täglich enthalten:
– 1-2 qualitativ hochwertige Fleischgerichte – 1-2 vegetarische Gerichte – 1 Seefischgericht – mind. 2x frische Kartoffeln – mind. 2x Obst – mind. 2x Rohkost oder Salat	– Gemüse oder Salat (als Vitaminträger) – Kartoffeln, Vollkornreis bzw. Teigwaren oder Getreide (als Ballaststoffkomponente) – Fleisch, Fisch, Ei, Milch oder -produkt (als Eiweißkomponente)

Seit 1990 erhalten die Kindertagesheime eine Fachberatung Ernährung.

Anlaß hierfür waren die zunehmenden Anfragen und Beschwerden von Eltern, Erziehern und Erzieherinnen im Hinblick auf die Essensversorgung. Aber auch die Küchenleiter und Küchenleiterinnen selbst hatten die Verbesserungsfähigkeit der Kindergartenernährung erkannt und seit Jahren die notwendige Beratung eingefordert.

Vorrangig werden damit zwei Ziele verfolgt:

1. Sicherstellung einer bedarfs- und kindgerechten Ernährung in den Kindertagesheimen und
2. Förderung eines gesundheitsbewußten Ernährungsverhaltens bei Kindern, Erzieherinnen und Eltern.

Zur Erreichung dieser Ziele werden Beratungsgespräche, Teambesprechungen, Fortbildungen, Schulungen und Aktionsprogramme eingesetzt. Ergänzt werden diese personenbezogenen Maßnahmen durch Informationsmaterialien, die gleichzeitig für eine intensive Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden.

Im Herbst 1996 wurde eine umfangreiche Speiseplan-Auswertung vorgenommen. Es sollte überprüft werden, inwieweit die Anforderungen an eine gesunde, präventionsorientierte Ernährung, wie sie vom Forschungsinstitut für Kinderernährung mit der „Optimierten Mischkost“ beschrieben wird, erfüllt werden. In die Erhebung konnten die Wochenspeisepläne von 69% (N=49) der Kindertagesheime einbezogen werden, da sie die Eingangsbedingungen, die Einhaltung der Checklisten, erfüllten. Insgesamt wurden 245 vollständige Mittagsmahlzeiten ausgewertet. Als Verzehrmenen wurden jahrelange Erfahrungswerte aus den Bremer Kindertagesstätten zugrunde gelegt. Ein Vergleich dieser Verzehrmenen mit der „Optimierten Mischkost“ zeigt eine weitgehende Übereinstimmung. Lediglich der Gemüseanteil fällt in der Bremer Version mit 120g/Mahlzeit um ein Drittel kleiner aus. Eine größere Portion wäre zwar ernährungsphysiologisch wünschenswert, ist aber trotz vieler Bemühungen der Küchenleiterinnen und -leiter in der Praxis bislang nicht erreichbar. Für den Energie- und Nährstoffvergleich wurden die Sollwerte für die Gruppe der 4-6jährigen ausgewählt, da sie in den Bremer Kindertagesheimen die größte Altersgruppe darstellen.

Tabelle 60: Vergleichende ernährungsphysiologische Beurteilung

	Ist-Zufuhr: Bremer KTH, Mittagessen	Soll-Zufuhr: Optimierte Mischkost, Mittagessen
	17:37:46*	20:35:45*
Brennwert (kcal)	405	394
Protein (g)	17	19
Fett (g)	16	15
Verhältnis der Fettsäuren**	42:35:23	33:33:33
Cholesterin (mg)	80	48
Kohlenhydrate (g)	46	43
Ballaststoffe (g)	6,7	7,0
Magnesium (mg)	82	116
Calcium (mg)	152	272
Zink (mg)	2,1	2,7
Eisen (mg)	3,3	3,6
Jod (µg)	32	20
Vitamin A-Äquivalente (mg)	0,5	0,4
Vitamin B1 (mg)	0,4	0,4
Vitamin B2 (mg)	0,4	0,5
Vitamin B6 (mg)	0,6	0,5
Folsäure (µg)	99	83
Vitamin C (mg)	52	55

* Protein : Fett : Kohlenhydrate = Anteile an den Energieprozenten

** Verhältnis von gesättigten : einfach ungesättigten : mehrfach ungesättigten Fettsäuren

Die Speiseplan-Auswertung ergab eine gute bis sehr gute Übereinstimmung mit den erwünschten Nährstoffwerten der Optimierte Mischkost:

- Die **Energiezufuhr** der täglichen Mittagessen ist in den Bremer Kindertagesheimen mit durchschnittlich 405 Kilokalorien (kcal) bedarfsorientiert und damit ausreichend.
- Die **Nährwertrelation** der Bremer Kindertagesheimernährung beträgt 17% Protein, 37% Fett, 46% Kohlenhydrate. Damit entspricht sie mit geringen Abweichungen der empfohlenen Relation der präventionsorientierten Ernährung.
- Die **Gesamtfettzufuhr** mit dem Mittagessen liegt in den Kindertagesheimen mit 16g im wünschenswerten Bereich. Für die Bewertung der Fettzufuhr ist im Hinblick auf die Herz-Kreislauf-Prävention neben der Gesamtfettmenge vor allem auch die Zusammensetzung von Bedeutung. Der Anteil an gesättigten Fettsäuren ist mit 42% gegenüber den Richtwerten von 33% zu hoch. In diesem Zusammenhang ist auch der fast doppelt so hohe Cholesterinwert zu kritisieren. Darüber hinaus ist der Anteil an den wünschenswerten, mehrfach ungesättigten Fettsäuren, mit 23% gegenüber 33% zu niedrig.

Da bereits im Kindesalter enge Zusammenhänge zwischen Ernährung, Blutfetten und der Entstehung von Gefäßwandveränderungen nachweisbar sind, ist in Zukunft das „Thema Fett“ verstärkt in den Fortbildungen des Küchenpersonals der Kindertagesheime zu berücksichtigen.

EU-Projekt „Gesunde Ernährung im Kindertagesheim“

Neben der Sicherstellung einer kindgerechten, ernährungsphysiologisch ausgewogenen Ernährung in den Kindertagesheimen stellt die Förderung eines gesundheitsbewußten Ernährungsverhaltens von Erzieherinnen und Eltern einen weiteren Schwerpunkt im Kindertagesheim dar. Daher standen Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern, die für die häusliche Ernährung verantwortlich sind, im Mittelpunkt des von der EU geförderten Modellprojektes, an dem sich 14 Kindertagesheime beteiligten. Aufgabe war es, Maßnahmen zu entwickeln, die die Ernährungsgewohnheiten in den Familien günstig beeinflussen. Im ersten Schritt wurden die 14 Kindertagesheim-Küchenleiter und Küchenleiterinnen in einer 30 Stunden umfassenden Fortbildung zu „Fachkräften für gesunde Kinderernährung im Rahmen des EU-Projektes“ fortgebildet. Sie boten in der sich anschließenden viermonatigen Interventionsphase in ihrem Kindertagesheim den Eltern insgesamt sechs Informationsnachmittage zur gesunden Ernährung an. Unterstützt wurde diese Multiplikatorentätigkeit durch sog. Elternhefte, die sich mit den konkreten Interventionszielen (mehr Obst und Gemüse, mehr ballaststoffreiche Lebensmittel, weniger Fett und Fleisch) auseinandersetzten. Eine intensive Öffentlichkeitsarbeit machte dieses Projekt über den Bremer Raum hinaus bekannt.

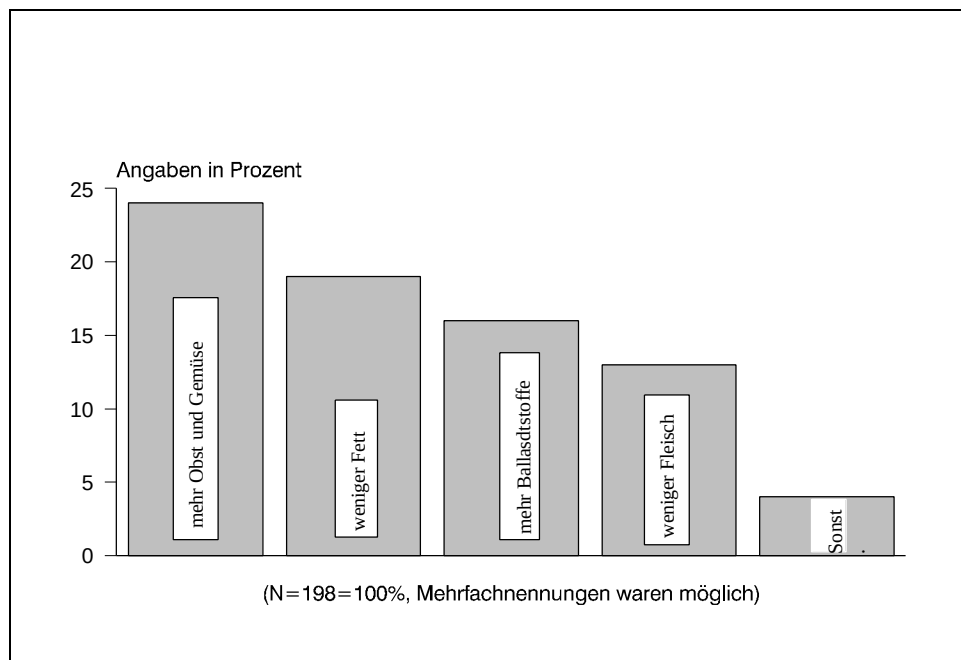
Etwa 6 Monate nach Beendigung des Präventionsprojektes wurde eine Befragung der Elternschaft durchgeführt. Sie sollte Auskunft darüber geben, ob

- die Eltern das Beratungsangebot angenommen haben,
- sie neue, für die Ernährung ihrer Kinder wichtige Erkenntnisse erhalten haben und
- ob sie die Ernährung ihrer Kinder verändert haben.

Letztlich sollte die Elternbefragung klären, ob Kindertagesheime als Orte für ernährungspräventive Maßnahmen generell akzeptiert und Folgeveranstaltungen erwünscht sind. Die Zufallsstichprobe umfaßte 273 Eltern aus 12 Kindertagesheimen. Insgesamt haben sich 140 Eltern - vorwiegend Mütter - an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer durchschnittlichen Responserate von 51%.

Der geringste Rücklauf kam aus Häusern mit einem hohen Anteil ausländischer Eltern. Mit nur 17% lag ihr Anteil an den Fragebögen weit unter dem Anteil der tatsächlich in den Kindertagesheimen betreuten ausländischen Kinder. 83% der befragten Eltern gaben an, daß sie an den Veranstaltungen teilgenommen hatten. Dabei kann es sich um einmalige aber auch mehrmalige Teilnahmen handeln.

Die Veranstaltungen waren aber nicht nur gut besucht, sie haben nach Auskunft der Eltern auch etwas bewirkt: **67% der Eltern gaben an, die Ernährung ihrer Kinder verändert zu haben.**

Abbildung 79: Was haben Sie in der Ernährung Ihres/r Kindes/r verändert?

Rund ein Viertel der Eltern antworteten, daß sie ihren Kindern nun mehr Obst und Gemüse geben. Für einen kleineren Teil der Elternschaft sind ballaststoffreiche Lebensmittel wichtiger. Weniger Beachtung finden dagegen die Themen Fleisch und Fett. Erfreulich war auch, daß die meisten Eltern den Koch oder die Köchin als Ernährungsberater/-innen akzeptierten und als Fachkraft anerkannten. Nur ein sehr kleiner Teil der Eltern (7%) fühlte sich bevormundet. Dagegen wünschen sich die meisten Eltern eine Wiederholung der Aktionen. Die Mittagessenversorgung der 6.500 Kinder in den Bremer Kindertagesheimen hat durch die in den letzten Jahren durchgeführten Maßnahmen wie Einführung von Checklisten zur Gestaltung der Speisepläne und zahlreiche Fortbildungen einen hohen Qualitätsstandard erreicht. Die Nährwerte entsprechen den Anforderungen an eine kindgerechte präventionsorientierte Ernährung.

Bei genauerer Betrachtung lassen sich wenige - aber wichtige - Korrekturmöglichkeiten der Ernährung in Bremer Kindertagesheimen erkennen:

Im Vordergrund steht dabei eine Veränderung der Fettauswahl. Durch gezielte Maßnahmen wie z.B. Fettseminare und Rezeptkorrekturen ist geplant, die Kindertagesheim-Küchenleiterinnen und -leiter dazu anzuhalten, Fette mit vorwiegend gesättigten Fettsäuren gegen Sorten mit einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren auszutauschen.

Fortgeschrieben werden soll die familienorientierte Ernährungsberatung durch die „Fachkräfte für gesunde Kinderernährung“. Die Ergebnisse des EU-Projektes stimmen zuversichtlich, zeigen sie doch deutlich, daß die qualifizierten Küchenleiterinnen und -leiter neben ihrem praktischen Einsatz in der Küche eine wichtige Rolle im gesamtpädagogischen Auftrag der Kindertagesheim wahrnehmen können.

6.5 Ein neuer Lebensabschnitt: Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Nach dem Kindergarten stellt die Schule ein wichtiges Lebensumfeld für Kinder dar. In Abstimmung mit dem Zentralelternbeirat wurden 1997 die schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen in der Stadt Bremen mit einer Befragung der Eltern über die aktuelle Versorgungssituation ihrer Kinder und ihrer Wünsche hinsichtlich schulischer Betreuung verbunden. Die Beteiligung der Eltern an der Fragebogenaktion war mit 86,1% (4.712 abgegebene Fragebogen bei 5.475 Untersuchten) so hoch, daß die Ergebnisse in ihrer Tendenz als gültig für alle Eltern des Einschulungsjahrganges anzusehen sind.

Etwa 93% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger⁴⁸⁾ besuchten zuvor eine Kindertageseinrichtung. Diejenigen Kinder, welche die Einrichtung durchgängig 5 Tage die Woche besuchten, taten dies ganztägig in 19.7%, in Teilzeitform (Vormittag mit Mittagessen) zu 38.9% und halbtags in 41.0%.

Tabelle 61: Besuch einer Kindertageseinrichtung

Besuchsdauer	Anzahl	Prozent	kumulativ
5 Tage je Woche	4.296	91,2	91,2
Weniger als 5 Tage je Woche	70	1,5	92,7
Nein	319	6,8	99,5
Fehlende Angabe	27	0,6	100
Gesamt	4.712	100	

Etwa 80% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger werden von zwei Elternteilen/Partnern erzogen. In den Familien, in denen die Kinder durch zwei Elternteile/ Partner erzogen werden, arbeitete die Mutter vollzeit in 7.3%, teilzeit in 21.4% und stundenweise in 17.2%. 53,6% der Mütter dieser Familien waren nicht berufstätig.

Tabelle 62: Familiensituation

Erziehung durch	Anzahl	Prozent	kumulativ
2 Eltern/Partner	3752	79,6	79,6
Alleinerziehende	882	18,7	98,3
Verwandte	40	0,8	99,1
Sonstige	7	0,1	99,2
Fehlende Angabe	31	0,7	100
Gesamt	4712	100	

48 Gemessen an allen Schulanfängern, die in die Fragebogenaktion einbezogen wurden.

Elternvorstellungen zur Betreuung in der Schule

Im folgenden werden den tabellarischen Ergebnissen die Fragen im originalen Wortlaut vorangestellt.

Wie würden Sie das Angebot einer vollen Halbtagschule (fester Schulbeginn morgens, festes Schulschluss mittags) für Ihre Lebenssituation und die Ihres Kindes einschätzen?

Tabelle 63: Halbtagschule

Halbtagschule	Anzahl	Prozent	kumulativ
Sehr wichtig	2.563	54,4	54,4
Günstig	1.565	33,2	87,6
Nicht nötig	428	9,1	96,7
Fehlende Angabe	156	3,3	100
Gesamt	4.712	100	

Die Einschätzung der vollen Halbtagschule war bei allen Gruppen durchgängig positiv, zum Teil ergaben sich jedoch Verschiebungen zwischen der Einschätzung „sehr wichtig“ und „günstig“. So antworteten Eltern deutscher Kinder zu 53,8% mit „sehr wichtig“ und 35,0% mit „günstig“, während dieses Verhältnis bei Eltern türkischer Kinder 56,9% zu 24,8% betrug. Auch „vollständige“ Familien und Alleinerziehende wiesen in der Einschätzung der vollen Halbtagschule kaum Unterschiede auf: so antworteten die Ersteren in 53,5% mit „sehr wichtig“ und 33,6% mit „günstig“, während dieses Verhältnis bei Alleinerziehenden 58,6% zu 31,4% betrug. Die auffälligsten Unterschiede ergaben sich bei der Differenzierung der Gruppe „vollständiger“ Familien hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mutter. 46,3% hielten bei nicht berufstätiger Mutter die volle Halbtagschule für sehr wichtig und zu 36,6% für günstig, bei berufstätigen Müttern waren dies 67,2% und 25,7%.

Wenn es für Ihr Kind die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Mittagstisch in der Schule gäbe, würden Sie ein solches Angebot in Anspruch nehmen?

Tabelle 64: Mittagstisch

Mittagstisch	Anzahl	Prozent
Ja	2.220	47,1
Nein	1.316	27,9
Weiß nicht	1.095	23,2
Fehlende Angabe	81	1,7
Gesamt	4.712	100

Auf den ersten Blick mag es überraschen, daß die Hälfte der Eltern ihr Kind diesbezüglich außer Haus versorgt wissen möchte und ein weiteres Viertel unentschieden ist. Es ist aber zu vergegenwärtigen, daß bereits Kinder im Vorschulalter in diesem Ausmaß außerfamiliär mit Mittagessen versorgt werden.

Während Eltern deutscher Kinder zu 47,4% angaben, einen schulischen Mittagstisch in Anspruch nehmen zu wollen, waren dies bei Eltern türkischer Kinder 43,1%. Bei dieser Frage imponierten deutliche Unterschiede in den Antworten „vollständiger“ Familien und Alleinerziehender: Erstere wollten sich zu 42,9% am schulischen Mit-

tagstischangebot beteiligen und waren zu 24,3% unentschieden, bei den Alleinerziehenden waren dies 64,6% und 19,2%.

Noch deutlicher waren die Unterschiede in den „vollständigen“ Familien: Bei nicht berufstätiger Mutter bestand Nachfrage in 35,2%, bei voll- bzw. teilzeitbeschäftigter Mutter in 61,2%.

Wenn es in den Schulen nachmittags das Angebot einer 2-stündigen Betreuung/ beaufsichtigten Möglichkeit der Hausaufgabenanfertigung gäbe, würden Sie ein solches Angebot in Anspruch nehmen?

Tabelle 65: Nachmittagsbetreuung

Nachmittagsbetreuung	Anzahl	Prozent
Ja	2.185	46,4
Nein	1.304	27,7
Weiß nicht	1.156	24,5
Fehlende Angabe	67	1,4
Gesamt	4.712	100

In etwa gleichem Gesamtumfang wie beim schulischen Mittagstisch bestand elterliche Nachfrage zu einer schulischen Nachmittagsbetreuung. Auffällig ist hier jedoch das zur vorigen Frage unterschiedliche Antwortverhalten der Teilgruppen: Während deutsche Eltern die Nachmittagsbetreuung zu 43,8% in Anspruch nehmen wollten, waren dies bei türkischen Eltern sogar 67,1%.

Ähnlich deutliche Unterschiede ergaben sich bei der Differenzierung zwischen „vollständigen“ Familien (42,9% „Ja“) und Alleinerziehenden (60,5% „Ja“). Nicht ganz so deutlich waren hier die Unterschiede zwischen nicht berufstätigen Müttern (41,5% „Ja“) und voll- oder teilzeitbeschäftigten Müttern (50,0% „Ja“) in den „vollständigen“ Familien.

Strukturwandel im Kinderleben - eine Herausforderung an die Gesundheitspolitik!

Familienstrukturen verändern sich - das ist nichts Neues. Damit einher gehen jedoch gewichtige Konsequenzen für Kinder. Eine der Konsequenzen ist die Institutionalisierung von Kinderleben.

Die vorangestellte Untersuchung hat eindrucksvoll gezeigt, daß die Hälfte aller Eltern von Schulanfängerinnen und -anfängern sich wünschen oder sogar benötigen, daß ihr Kind in der Schule eine Mittagsmahlzeit erhält. Ebenso viele Eltern würden das Angebot einer schulischen Nachmittagsbetreuung für ihre Kinder in Anspruch nehmen.

Vorrangig müssen Jugend- und Bildungspolitik sich den Wünschen und Anforderungen an die schulische Betreuung von Kindern stellen. Der sich abzeichnende Strukturwandel mag auf den ersten Blick für unser bisheriges Verständnis von Kinderbetreuung - die (noch) vorrangig in der Familie erfolgt - fremd erscheinen. In vielen unserer europäischen Nachbarstaaten sind jedoch eine durchgängige Unterrichtung und Betreuung von Schulkindern in ihrer Schule schon lange Realität.

Ohne daß die Verantwortung der Eltern damit grundsätzlich in Frage gestellt wird, geht mit einer Institutionalisierung des Kinderlebens ein großer Teil der Verantwortung für das Wohlergehen und die Gesundheit von Kindern an Kindereinrichtungen über.

Gesundheitspolitik ist hier gefordert, sich frühzeitig mit dieser Entwicklung auseinanderzusetzen, Planungen aktiv mitzugestalten und dafür Sorge zu tragen, daß gesundheitliche Aspekte berücksichtigt werden.

6.5.1 Prävention von Anfang an: Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Die gesetzlichen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 - U9 haben als sekundärpräventive Maßnahme einen hohen Stellenwert unter den Gesundheitssicherungsbemühungen im Kindesalter, auch wenn gewisse Schwächen des Konzepts, der Durchführung der Untersuchungen, der Konsequenzen bei festgestellten Auffälligkeiten und der Dokumentation nicht übersehen werden können. Demgemäß kommt Informationen über die Inanspruchnahme der Untersuchungen gesundheitspolitische Bedeutung zu. Bei der Einführung des Früherkennungssystems wurde intendiert, jede der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen auf in einer bestimmten Altersstufe besonders bedeutsame, sicher erkennbare bzw. therapeutisch günstig zu beeinflussende Gesundheitsstörungen auszurichten (Schlüsselalter-Prinzip). Daher ist die Durchführung der einzelnen Untersuchungen U1 - U9 jeweils an ein definiertes Lebensalter gebunden:

Tabelle 66: Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

U1	Bei Geburt
U2	3. - 10. Lebenstag
U3	4. - 6. Lebenswoche
U4	3. - 4. Lebensmonat
U5	6. - 7. Lebensmonat
U6	10. - 12. Lebensmonat
U7	21. - 24. Lebensmonat
U8	43. - 48. Lebensmonat
U9	60. - 64. Lebensmonat

Die Daten der schulärztlichen Dienste geben Auskunft, wieviele Schulanfänger eines bestimmten Einschulungsjahrganges seit Geburt an einer der 9 Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. Aufgrund der gesetzlichen Teilnahmeverpflichtung an der Schuleingangsuntersuchung kann von einer nahezu vollständigen Erfassung der Kinder eines Einschulungsjahrganges ausgegangen werden. Ein gewisses Problem entsteht jedoch dadurch, daß nicht alle Kinder bei der Einschulungsuntersuchung die Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen vorlegen.

Die hier ausgewerteten Daten zur Teilnahme von Bremer Kindern an den Früherkennungsuntersuchungen wurden im Rahmen der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 1991 und 1996 erhoben. Infolge zunehmender Jahrgangsstärken haben 1996 deutlich mehr Kinder als 1991 an der Schuleingangsuntersuchung teilgenommen.

Tabelle 67: Untersuchung von Schulanfängerinnen und Schulanfängern, 1991 und 1996

		Untersuchte	Vorgelegte U-Hefte	Quote
1991	Stadt Bremen	4.215	3.018	71,6%
	Stadt Bremerhaven	1.068	722	67,6%
	Land Bremen	5.283	3.740	70,8%
1996	Stadt Bremen	5.189	4.064	78,3%
	Stadt Bremerhaven	1.386	992	71,5%
	Land Bremen	6.575	5.056	76,9%

1991 haben im Land Bremen 70,8%, 1996 76,9% der Untersuchten ihr U-Heft zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt. Der Anteil vorgelegter U-Hefte war in beiden Städten 1996 höher als 1991 und in der Stadt Bremen jeweils größer als in Bremerhaven.

Die Nichtvorlage von U-Heften hat bekannte, hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung jedoch nur abschätzbare, recht heterogene Gründe: Ein größerer Teil hat vermutlich schlicht vergessen, das U-Heft zur Untersuchung mitzubringen, das U-Heft anderer Kinder ist verloren gegangen. Manche Kinder (Zuwanderer) waren nie

im Besitz eines U-Heftes, und schließlich dürften einige Eltern das U-Heft den Untersuchern bewußt vorenthalten haben.

Die im folgenden berichteten Teilnahmequoten an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen beziehen sich ausschließlich auf Kinder mit vorgelegtem U-Heft. Wie hoch die Teilnahmequoten der Kinder ohne vorgelegtes U-Heft sind, kann aus dem Datenmaterial nicht berechnet werden. Es spricht aber einiges dafür, daß deren Beteiligung deutlich niedriger ist als die der Kinder mit vorgelegtem U-Heft. Da andererseits nur rund ein Viertel der Kinder kein U-Heft vorgelegt hat, dürften die Teilnahmequoten aller Kinder nicht erheblich unter den Quoten der Kinder mit vorgelegtem U-Heft liegen.

Die Teilnahme an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen Die Beteiligung an der U1 wurde nicht dokumentiert. Es ist davon auszugehen, daß diese Untersuchung, die unmittelbar nach der Geburt durchgeführt wird, nahezu alle in der Bundesrepublik Geborenen erreicht. Die nachfolgenden Tabellen zeigen auch für Bremen die bekannte abfallende Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen von U 2 bis U 9; also mit zunehmendem Alter der Kinder.

Bis auf die Beteiligung an der U9 in 1996 sind die Quoten in den Städten Bremen und Bremerhaven - auch hinsichtlich der Entwicklung über die Zeitachse - nahezu identisch. Die Quoten für 1996 liegen durchgängig einige Prozente unter den Quoten von 1991. Dies dürfte auf die in diesem Zeitraum angestiegene Zuwanderung von Kindern im Vorschulalter aus den neuen Bundesländern und anderen Staaten zurückzuführen sein. Da die Früherkennungsuntersuchungen ein nationales Programm sind, konnten diese Kinder die Untersuchungen im Säuglingsalter nicht erreichen. Dies berücksichtigend ist vor allem die Beteiligung an den Untersuchungen U2 - U6 im Säuglingsalter gut.

Tabelle 68: Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen 1991 und 1996 in %

	Stadt Bremerhaven		Stadt Bremen		Land Bremen	
	1991	1996	1991	1996	1991	1996
U2	98,2	93,6	97,4	94,8	97,5	94,5
U3	97,4	92,1	96,2	93,1	96,4	92,9
U4	96,8	90,7	95,3	92,5	95,6	92,2
U5	96,3	90,9	94,6	91,7	94,9	91,5
U6	94,3	90,6	93,8	90,6	93,9	90,6
U7	90,4	88,0	90,8	88,2	90,7	88,1
U8	87,4	84,8	86,6	84,0	86,8	84,2
U9	47,8	54,9	46,7	59,2	46,9	58,3

Die Teilnahmequote der U9 ist gesondert zu betrachten: Diese Untersuchung wurde erst Ende 1989 eingeführt und war im Erhebungszeitraum 1991 noch nicht voll etabliert. Die Beteiligung ist zum Erhebungszeitraum 1996 erwartungsgemäß angestiegen, dürfte jetzt aber bald ihre Höchstmarke erreicht haben. Damit würde auch künftig rund ein Drittel der Schulanfänger nicht an der U9 teilgenommen haben.

Eine Analyse der Beteiligung bestimmter Gruppen an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen wurde wegen der günstigeren Datenverfügbarkeit auf

Basis der Schuleingangsuntersuchung 1997 in der Stadt Bremen durchgeführt. Einbezogen wurden 5.387 der 5.475 untersuchten Schulanfänger. Bei wiederum deutlich gestiegenen Untersuchtenzahlen ist die Quote der vorgelegten U-Hefte gegenüber 1996 in diesem Einschulungsjahrgang mit 78,9 % nahezu identisch.

Tabelle 69: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Vorgelegte U-Hefte

Vorgelegte U-Hefte	Anzahl	Quote in %
Ja	4.249	78,9
Nein	1.138	21,1
Insgesamt	5.387	100,0

Die nachfolgenden Tabellen schlüsseln die Schulanfänger nach der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialstrukturellen Clustern (Cluster 1 = privilegiert, Cluster 5 = sozial benachteiligt; siehe Erklärung Kapitel 3.6, Seite 60ff) und nach ihrer Herkunft auf. Bei den gegebenen regionalen Verhältnissen kann es für bestimmte Problemstellungen ergiebiger sein, nach der Herkunft als nach der Nationalität zu fragen. So wird bspw. das Präventionsverhalten einer italienischen Familie, die in dritter Generation eine Eisdielen am Ort betreibt, wohl weniger von Zugangsbarrieren beeinträchtigt werden, als das einer deutschen Spätaussiedlerfamilie aus Rußland.

Tabelle 70: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Herkunft der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Geburtsort	Anzahl	Quote in %
Bremen	4.489	83,3
Altländer	418	7,8
Neuländer	50	0,9
Ausland	430	8,0
Gesamt	5.387	100,0

Tabelle 71. Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Sozialstruktur der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Stadtgebietstyp	Anzahl	Quote in %
Cluster 1	426	7,9
Cluster 2	719	13,3
Cluster 3	1.386	25,7
Cluster 4	1.750	32,5
Cluster 5	1.106	20,5
Gesamt	5.387	100,0

Nur ein Viertel der im Ausland geborenen Kinder legt das Dokument vor; die Quote vorgelegter U-Hefte ist bei den in Bremen Geborenen am höchsten. Dies ist zum Teil dadurch zu erklären, daß es sich um ein nationales Früherkennungsprogramm handelt und einige Kinder noch nach dem Zeitpunkt für die letzte Früherkennungsuntersuchung zugewandert sind. Vor allem aber bringt die niedrige Quote vorgelegter U-Hefte die mangelnde "Einschleusung" dieser Gruppe in das Früherkennungsprogramm zum Ausdruck.

Tabelle 72: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen, 1997: Vorlage des U-Heftes nach Herkunft der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Vorgelegtes U-Heft	Bremen	Altländer	Neuländer	Ausland
Ja	83,9%	81,6%	72,0%	24,9%
Nein	16,1%	18,4%	28,0%	75,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Teilnahme von Kindern, die außerhalb Bremens, aber innerhalb der alten BRD zur Welt kamen, ist kaum schlechter als die der Bremer Kinder. Es kann angenommen werden, daß einem Teil der Familien beim Umzug nach Bremen das U-Heft abhanden gekommen ist, ein anderer Teil aber die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen nach dem Umzug und dem damit erforderlichen Arztwechsel eingestellt hat.

Tabelle 73: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Teilnahme an U2 bis U9 nach Herkunft Schulanfängerinnen und Schulanfänger

	Bremen	Altländer	Neuländer	Ausland
U2	83,0%	80,4%	40,0%	1,4%
U3	81,7%	79,7%	38,0%	1,9%
U4	80,8%	78,9%	38,0%	4,2%
U5	79,1%	75,6%	40,0%	6,0%
U6	78,4%	74,9%	50,0%	8,4%
U7	75,8%	71,5%	50,0%	10,5%
U8	71,5%	69,6%	50,0%	16,0%
U9	54,4%	50,7%	52,0%	18,6%

Die Inanspruchnahme der Untersuchungen durch im Ausland geborene Kinder ist erschreckend niedrig weist aber eine zu den anderen Gruppen gegenläufige Tendenz auf: Hier ist eine von U2 nach U9 zunehmende Beteiligung festzustellen. Diese Besonderheit läßt sich dadurch erklären, daß bei der U9 (im Alter von 5 Jahren) schon bedeutend mehr Kinder den Angebotsbereich der Früherkennungsuntersuchungen (durch Zuzug) erreicht hatten als z.B. bei der U3 im frühen Säuglingsalter. Die kleine Gruppe der in den neuen Bundesländern Geborenen nimmt bezüglich dieser Tendenz eine Mittelstellung ein und nähert sich im Vergleich der letzten Jahre mit deutlichen Schritten der Situation in den Altländern an.

Sozialstatus und Beteiligung an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Hier ist zunächst bemerkenswert, daß die Vorlage der U-Hefte bei der Schulanfängeruntersuchung mit niedrigerem Sozialstatus zwar etwas zurückgeht, aber keinen wesentlichen Einbruch aufweist. Dies gibt einen Hinweis darauf, daß anders als bei den im Ausland Geborenen prinzipiell der Zugang zum Früherkennungsprogramm gegeben ist. Schließlich wird die erste Untersuchung unmittelbar nach der Geburt und auch die U2 überwiegend noch in der Klinik durchgeführt und in diesem Zusammenhang das Untersuchungsheft ausgehändigt.

Tabelle 74: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Vorlage des U-Heftes nach Sozialstatus der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Vorgelegtes U-Heft	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Ja	80,8%	81,2%	79,8%	77,6%	77,5%
Nein	19,2%	18,8%	20,2%	22,4%	22,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Demgegenüber nimmt die tatsächliche Inanspruchnahme der einzelnen Untersuchungen insbesondere in den beiden niedrigsten Clustern schon ab dem Ende des Säuglingsalters gegenüber den sozial privilegierten Gruppen deutlich ab. Bereits bei der U6 beträgt die Differenz etwa 10 % und nimmt bis zur U9 im Extrem auf rund 15 % zu. Dabei muß berücksichtigt werden, daß inzwischen bereits etwas mehr als die Hälfte der Schulanfänger den Clustern 4 und 5 zugehörig ist .

Tabelle 75: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Teilnahme an U2 bis U9 nach Sozialstatus der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
U2	77,5%	79,1%	77,3%	74,6%	73,3%
U3	77,2%	79,0%	76,5%	73,4%	71,2%
U4	77,5%	78,6%	76,8%	71,9%	70,3%
U5	76,5%	78,2%	75,0%	70,9%	67,5%
U6	75,4%	79,0%	74,6%	70,6%	66,6%
U7	75,4%	76,6%	74,1%	66,9%	63,4%
U8	75,1%	74,0%	69,7%	64,2%	59,0%
U9	55,9%	59,9%	55,5%	48,1%	43,7%

Bleibt für Bremen die gleiche Feststellung wie für das Bundesgebiet insgesamt: Die Beteiligung an den Untersuchungen im Säuglingsalter (U2 bis U6) ist überwiegend gut, an den Untersuchungen U7 und U8 im Kleinkindalter nehmen rund ein Viertel aller Kinder nicht teil. Die Beteiligung an der U9 dürfte sich bei zwei Dritteln der Kinder einpendeln. Die Inanspruchnahme der Untersuchungen weist eine deutliche Abhängigkeit vom Sozialstatus auf.

Was bedeuten diese Untersuchungsergebnisse? Konsequenzen für die Praxis!

Die Einschleusung von Zuwanderern in das Krankheitsfrüherkennungsprogramm ist defizitär. Ebenso werden Kinder aus sozial benachteiligten Familien schon ab dem Ende des Säuglingsalters seltener zur Früherkennungsuntersuchung gebracht als Kinder aus sozial privilegierten Familien. Damit werden wichtige Chancen zur Früherkennung von Krankheiten oder Fehlentwicklungen schlicht und einfach verpaßt.

Es ist auch weiterhin erforderlich, die Beteiligung der Kinder aller Bevölkerungsgruppen am Programm zu verbessern. Der Untersuchung von neu in ein Kindertagesheim aufgenommenen Kindern und von Schulanfängerinnen und Schulanfängern kommt eine außerordentlich hohe sozialkompensatorisch-gesundheitssichernde Funktion zu.

Aber: Es hilft niemandem weiter, lediglich die Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen zu ermitteln und anzumahnen. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien und ausländische Kinder weisen offensichtlich einen gegenüber Kindern aus sozial stabilen Familien und in Deutschland geborenen Kindern einen erschwerten Zugang zu diesen Programmen auf. Dies gibt Anlaß zu der Vermutung, daß es mit Appellen an die Eltern allein nicht getan ist.

Es ist daher dringend geboten, die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Land Bremen in die Lage zu versetzen, im Rahmen der von ihnen durchgeführten Untersuchungen in Kindertagesheimen und bei Einschulungsuntersuchungen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei den Kindern, die die U-Untersuchungen versäumt haben, vor Ort nachzuholen.

Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und die Krankenkassen ihre Bereitschaft signalisieren, diese sozialkompensatorischen Leistungen anzuerkennen und eine Ermächtigung für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in diesem Bereich auszusprechen.

Bestehende Lücken in der kassenfinanzierten Versorgung könnten so - dem Subsidiaritätsprinzip folgend - geschlossen werden, und es wird ein Beitrag geleistet, Chancengleichheit für Kinder nicht nur proklamatorisch anzumahnen, sondern in einem - wenn auch kleinen Ausschnitt - zu realisieren.

6.5.2 Entwicklung des Durchimpfungsgrades der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, 1991 und 1996

"Impfungen haben nach wie vor eine überragende Bedeutung bei der Verhütung von Infektionskrankheiten. Bei dieser Gesundheitsvorsorgemaßnahme steht nicht nur der individuelle, sondern insbesondere auch der bevölkerungsmedizinische Aspekt im Vordergrund. Ziel ist, Durchimpfungsraten von mindestens 90 % zu erreichen."

Voraussetzung zur Verbesserung der Impfbeteiligung und der Entwicklung geeigneter Impfstrategien sind Kenntnisse über die regionalen Durchimpfungsquoten. Die validesten verfügbaren Datenquellen zum Durchimpfungsgrad von Kindern sind bundesweit die Daten des Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Rahmendaten, vorgelegte Impfdokumente

Wie die Daten zur Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen wurden die Daten zum Durchimpfungsgrad im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen 1991 und 1996 von den Schulärztlichen Diensten in Bremen und Bremerhaven erhoben. Demzufolge ist auch hier die gestiegene Zahl der Untersuchten auf zunehmende Jahrgangsstärken zurückzuführen.

Tabelle 76: Vorgelegte Impfdokumente

		Untersuchte	Vorgelegte Impfdokumente	in %
1991	Stadt Bremen	4.215	3.394	80,5%
	Stadt Bremerhaven	1.068	852	79,8%
	Land Bremen	5.283	4.246	80,4%
1996	Stadt Bremen	5.189	4.340	83,6%
	Stadt Bremerhaven	1.386	1.097	79,1%
	Land Bremen	6.575	5.437	82,7%

1991 haben im Lande Bremen 80,4%, 1996 82,7% der Untersuchten ein Impfdokument zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt. Die stadtsspezifischen Quoten sind Tabelle 76 zu entnehmen. Der Anteil vorgelegter Impfdokumente ist in den beiden Städten und Vergleichsjahren jeweils deutlich höher als die Vorlagequote der U-Hefte. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß Impfdokumente anders als die Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen keine nationale Besonderheit sind.

Impfstatus, Definitionen

Die Angaben zu durchgeführten Impfungen wurden ausschließlich aus vorgelegten Impfdokumenten übernommen. Die Prozentangaben zum Impfstatus beziehen sich durchgängig auf die Gesamtheit derjenigen Schulanfänger, die schriftliche Impfunterlagen zur Untersuchung vorlegten. Bei rund 80% vorgelegter Impfdokumente

geben diese Prozentangaben auch für den Durchimpfungsgrad aller Schulanfänger einen validen Anhalt.

Für die Bewertung einer Einzelimpfung als „komplett“ wurden folgende Bedingungen festgelegt:

- Bei Diphtherie, Tetanus und Polio jeweils mindestens drei Impfungen durchgeführt.
- Bei Pertussis vier Impfungen durchgeführt.
- Bei Masern, Mumps, Röteln, HIB und BCG jeweils mindestens eine Impfung durchgeführt.

Beteiligung an den einzelnen Impfungen (1996)

Ausweislich der nachfolgenden Tabelle sind die Impfraten („komplett“ gemäß obiger Definition) bei Diphtherie, Tetanus und Polio gut. Bekanntlich ergeben sich hier vor allem Probleme in der Aufrechterhaltung des Immunstatus durch mangelnde Inanspruchnahme der erforderlichen Auffrischungsimpfungen.

Bei der Immunisierung gegen Masern und Mumps sind in der Stadtgemeinde Bremen Lücken festzustellen. Weder für Bremen noch für Bremerhaven ist das WHO-Ziel für Mitteleuropa, eine Eradation dieser Erkrankungen bis zum Jahr 2000 zu erreichen, noch erreichbar.

Tabelle 77: Impfungen 1996

	Stadt Bremerhaven	Stadt Bremen	Land Bremen
Diphtherie	95,3%	95,8%	95,7%
Tetanus	94,9%	96,2%	96,0%
Polio	94,3%	93,2%	93,4%
Masern	89,8%	83,5%	84,7%
Mumps	88,5%	79,1%	81,0%
Röteln	61,5%	44,4%	47,8%
Pertussis	30,8%	17,9%	20,5%
HIB	82,6%	73,7%	75,5%
BCG	92,4%	87,1%	88,1%

In beiden Städten deutlich zu gering ist die Immunisierungsquote gegen Röteln, im Lande ist noch nicht einmal jedes zweite Kind geschützt. Da die Impfindikation im wesentlichen auf die Vermeidung der Rötelnembryopathie (durch Ansteckung einer nichtimmunen Schwangeren) abzielt, ist dies auch die einzige Impfung, bei der größere Unterschiede im Impfstatus zwischen den Geschlechtern festzustellen sind. Dies ist nicht in erster Linie auf die Ablehnung der Impfung durch Eltern von Jungen zurückzuführen, jedoch Hinweis auf das primär individualmedizinische, weniger bevölkerungsmedizinische Denkmuster vieler Ärzte.

Absolut unzureichend ist die Durchimpfquote gegen Keuchhusten. Bei einer relativ günstigeren Situation in Bremerhaven besitzt gerade einmal jedes fünfte Kind im Lande einen vollständigen Impfschutz (4 Immunisierungen). Nur eben jedes zweite Kind wurde wenigstens ein mal gegen Pertussis geimpft. Bei der inzwischen gegebenen Verfügbarkeit azellulärer Pertussis-Impfstoffe muß hier eine deutliche Verbesserung eintreten.

Die Schutzimpfung gegen *Hämophilus influenzae* Typ b (HIB) wird erst seit 1990 für alle Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr empfohlen. Bei Immunisierungsbeginn gemäß STIKO-Empfehlung werden für eine vollständige Impfung drei Immunisierungen gefordert, bei verzögertem Beginn (Erstimpfung ab dem 18. Lebensmonat) gilt auch eine Immunisierung als vollständig. In dieser Darstellung wird für die Bewertung „Impfung komplett“ durchgängig nur eine Immunisierung gefordert. Dennoch läßt diese Darstellung die schnelle Einführung dieser Impfung in die Impfpraxis für Kinder erkennen.

Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) bundesweit nicht mehr generell für alle Neugeborenen empfohlene BCG-Impfung ist bei den Schulanfängern des Einschulungsjahrganges 1996 in Bremen noch bemerkenswert oft durchgeführt worden.

Die Impfung gegen Hepatitis B wurde erst vor zwei Jahren als für alle Säuglinge und Jugendliche empfohlene Impfung in den Impfkalender aufgenommen, so daß hier noch keine Aussagen möglich sind.

Entwicklung des Durchimpfungsgrades

Für den Jahresvergleich 1991 zu 1996 wurden diejenigen Impfungen berücksichtigt, für die in den zurückliegenden Jahren eine gewisse Stabilität der Impfempfehlungen bestand und die auch anderenorts in dieser Form zusammengefaßt werden.

Tabelle 78: Impfungen 1991

	Stadt Bremerhaven	Stadt Bremen	Land Bremen
Diphtherie	95,7%	94,3%	94,6%
Tetanus	95,7%	95,3%	95,3%
Polio	95,3%	93,1%	93,5%
Masern	78,9%	78,0%	78,2%
Mumps	73,5%	70,2%	70,9%
Röteln	10,9%	23,3%	20,8%

Im Großen und Ganzen führen die aus der Schulanfängeruntersuchung 1996 mitgeteilten Durchimpfungsquoten zur gleichen Kommentierung wie die Ergebnisse von 1991; bei leicht angestiegener Quote vorgelegter Impfdokumente sind erfreuliche Entwicklungen jedoch unverkennbar:

Bei Diphtherie und Tetanus sind auf hohem Niveau noch geringfügige Zuwächse zu verzeichnen. Die Quoten von Masern und Mumps haben sich vor allem in der Stadt Bremerhaven entscheidend verbessert, die Immunisierung gegen Röteln hat sich - ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau - bei wiederum besonders ausgeprägtem Anstieg in der Stadt Bremerhaven im Lande mehr als verdoppelt.

Konsequenzen für die Praxis!

Es kann erwartet werden, daß diese erfreuliche Entwicklung anhält. In den letzten Jahren ist das Engagement vieler niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Impfbereich gewachsen, der Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat seine einschlägigen Anstrengungen systematisiert.

So erhalten Eltern, die ihr Kind zum Kindergartenbesuch anmelden, eine schriftliche Information zu den Erkrankungen, gegen die das Kind spätestens jetzt durch eine vollständige Impfung geschützt sein sollte. Bei den Schulanfangsuntersuchungen, an der alle Kinder teilnehmen, werden die Impfunterlagen geprüft, ggf. individuelle Hinweise zur Vervollständigung des Impfschutzes gegeben und diese zusätzlich durch eine schriftliche Information zum altersgerechten Impfschutz untermauert.

Detailanalysen zeigen aber, daß - ebenso wie die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen - auch die Beteiligung an Impfungen bei günstiger sozialer Lage höher ist.

Die insbesondere bei Sozialbenachteiligten bestehenden Impflücken könnten zum Beispiel durch aufsuchende Gesundheitsarbeit und systematische Zugänge zu den Kindern bspw. über Kindergärten und Schulen geschlossen werden.

Durch seine Arbeitsweise und seine Zugangsmöglichkeiten ist der Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst prädestiniert, sich dieser Aufgabe anzunehmen. Gleichwohl kann es nur in enger Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft und den Krankenkassen gelingen, bestehende Impflücken bei Kindern zu schließen.

7 Ausblick

Insgesamt 8.378 Todesfälle im Jahr 1995,
6.429 Geburten im gleichen Jahr,
1.700 meldepflichtige Infektionserkrankungen,
über 1.100 niedergelassene Ärzte,
fast 100.000 ärztliche Notfalleinsätze,
über 1.300 im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche
15 Krankenhäuser mit ca. 6.300 Planbetten und über 180.000 stationär behandelte Menschen,

dies sind nur einige Zahlen aus dem vorliegenden Gesundheitsbericht, die die gesundheitliche Situation im Land Bremen umschreiben. Dabei kann ein solcher Bericht im Interesse der Lesbarkeit und der Übersichtlichkeit selbstverständlich nicht alle Aspekte der gesundheitlichen Situation und Versorgung gleichermaßen behandeln. Dies würde den Rahmen eines solchen Berichtes sprengen, zumal er nicht nur Expertinnen und Experten, Politikerinnen und Politikern, sondern auch den interessierten Laien Informationen bieten soll.

Aus diesem Grund darf der Gesundheitsbericht auch nicht als bloße Datensammlung mißverstanden werden. Datensammlungen sind wichtig, aber nicht alles. Der Bericht soll Zustände beschreiben, Defizite in der Versorgungsstruktur aufzeigen, Verbesserungen und positive Entwicklungen der letzten Jahre benennen, Ziele für die Zukunft definieren sowie Handlungsoptionen und Entscheidungsgrundlagen für die politisch und fachlich Verantwortlichen unterbreiten.

Darüber hinaus ist der Gesundheitsbericht auch ein wichtiges Instrument, um Qualität zu sichern und mehr Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen. Faktoren, die vor allem für die qualitative Weiterentwicklung des Gesundheitsbereiches, aber auch für dessen Finanzierung von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind.

Vor dem Hintergrund der Finanzierungskrise der Sozialversicherungssysteme wird über immer weitergehende Sparmaßnahmen auch im Gesundheitswesen diskutiert, und es werden Stimmen lauter, die sich für Rationalisierung im Gesundheitswesen aussprechen. Es wird immer wichtiger, die erbrachten Leistungen transparent darzustellen, ihre Notwendigkeit zu begründen und vor allem auch nach weiteren Effektivierungspotentialen zu suchen, die helfen, Geld und Ressourcen zu sparen, ohne daß dadurch die Versorgungslage der Bevölkerung leidet.

Der vorliegende Bericht macht deutlich, daß es um die Gesundheit der Bremer Bevölkerung - dargestellt anhand der derzeit zuverlässigsten Datenquelle, der Todesursachenstatistik - im großen und ganzen ähnlich bestellt ist wie in vergleichbaren Großstädten Deutschlands. Häufig spiegeln sich in den Entwicklungen bundeseinheitliche Trends wider.

Dennoch gilt es, Entwicklungen und Trends zu analysieren, sie auf regionale Besonderheiten abzuprüfen und sich zu vergewissern, welche Aspekte in der Zukunft eines besonderen Augenmerks seitens der Gesundheitspolitik bedürfen. Beispiele dafür sind:

- Auch in Bremen läßt sich ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit oder Krankheit nachweisen. Zwar kann Gesundheitspolitik die Lösung sozialer Probleme, die sich auf die Gesundheit auswirken, nicht alleine lösen, aber sie kann dazu beitragen, negative Auswirkungen zu lindern. Ein Baustein dabei ist die Verstärkung und konsequente Förderung der stadtteilorientierten Arbeit unter sozialkompensatorischen Aspekten. Eine auf den Stadtteil bezogene Arbeit bietet dabei auch die Chance, die verschiedenen Institutionen und Politikfelder miteinander zu verknüpfen und so die Grundfaktoren zu beeinflussen, die auch die gesundheitliche Situation im Stadtteil mit prägen.
- Ein weiteres Handlungsfeld, dem auch zukünftig große Bedeutung zukommt, ist die Gesundheitssicherung und -förderung für Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht oder noch nicht in der Lage sind, unser differenziertes und hoch entwickeltes Gesundheitswesen adäquat in Anspruch zu nehmen. Dies betrifft ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger, aber auch Menschen mit besonderen Problematiken wie Drogenabhängigkeit, HIV-Erkrankung u.ä. Die Bestrebungen müssen zweifelsohne primär dahin gehen, diesen Gruppen den Zugang zu allen allgemein vorgehaltenen Angeboten des Gesundheitswesens zu öffnen. Dies ist letzten Endes auch deshalb wichtig, um einen Beitrag zur Integration von Minderheiten und zur Normalisierung im Umgang mit bestimmten Krankheiten und Problembildern zu leisten. Auch wenn es nicht darum gehen soll, dauerhaft gesonderte Angebote zu schaffen, bedarf es häufig gerade in der Startphase solcher zielgruppenspezifischen Modelle. Hier ist insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst gefordert, subsidiär und als Impulsgeber tätig zu bleiben und in Kooperation mit freigemeinnützigen Trägern bestehende Lücken in der Prävention und Gesundheitsversorgung zu schließen. Das Ziel einer Integration aller Bevölkerungsgruppen in das Regelsystem gesundheitlicher Versorgung darf dabei jedoch nicht aus den Augen verloren werden.
- Im Bereich der ärztlichen Versorgung wird es in den nächsten Jahren darauf ankommen, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ insbesondere durch eine stärkere Verknüpfung der Angebotssegmente umzusetzen. Ferner gilt es auf diesem Wege, die überflüssigen und für den Patienten oft schädlichen Reibungsverluste zwischen den unterschiedlichen Versorgungssystemen zu minimieren. Noch stärker als dies bislang der Fall ist, müssen Krankenhäuser zukünftig eine ganzheitliche Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleisten. Im Sinne eines „Gesundheitszentrums Krankenhaus“ muß dabei die Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft und die Aufnahme von Angeboten präventiver und rehabilitativer Art ausgeweitet werden.
- Kooperation und Vernetzung sind auch und insbesondere in der Gesundheitsförderung und Gesundheitssicherung von Kindern und Jugendlichen gefragt. Schwerpunktsetzungen sind erforderlich: die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven legen es nahe, die vorhandenen Ressourcen vornehmlich zur sozialkompensatorischen Betreuung von Kindern zu nutzen. Die mangelhafte Wahrnehmung der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Kindern ausländischer oder sozial benachteiligter Eltern, der mit abnehmendem Sozialstatus gleichfalls abnehmende Durchimpfungsgrad von Kindern sind nur zwei Beispiele, die deutlich machen, daß hier vermehrte Anstrengungen nötig sind.

Die genannten Punkte sind nur einige Beispiele für die Handlungsfelder der Gesundheitsverwaltung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die in den nächsten Jahren in den Mittelpunkt gerückt werden müssen. Dabei können diese Aufgaben nicht alleine vom öffentlichen Gesundheitsdienst bewältigt werden. Vielmehr bedarf es gemeinsamer Initiativen von Gesundheitsämtern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, von Krankenhäusern, Krankenkassen, den verschiedenen Gesundheitsberufen, aber auch der vielen Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen. Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt jedoch insofern eine Schlüsselrolle ein, als er die Verbindung zwischen den verschiedenen Gruppen herstellt.

Statistische Begriffe

Inzidenz und Prävalenz

Inzidenzraten geben an, wie viele Personen innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine bestimmte Krankheit bekommen oder: die Zahl neuer Fälle einer Krankheit in einer Bevölkerung in diesem Zeitraum.

Prävalenzraten geben an, wie viele Personen in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt an dieser Krankheit leiden. Die beiden Raten sind wie folgt definiert:

$$\text{Inzidenzrate:} = \frac{\text{Zahl der Neuerkrankungen in einem Zeitraum von ... bis ...}}{\text{Risikobevölkerung}}$$

$$\text{Prävalenzrate:} = \frac{\text{Zahl der Krankheitsfälle zum Zeitpunkt tx}}{\text{Gesamtbevölkerung}}$$

Die Inzidenz mißt das Neuauftreten von Krankheit, die Prävalenz das Vorhandensein von Krankheit.

Berechnung von altersstandardisierten Raten

Um eine Vergleichbarkeit der Mortalitätsstatistiken bei sich ändernder Altersstruktur der Bevölkerung zu gewährleisten, wurde bei allen Analysen der Sterblichkeit eine Standardisierung auf die Bevölkerung Deutschlands 1987 vorgenommen. Diese sog. altersstandardisierten Raten werden berechnet, indem die rohen Sterberaten - Anzahl von Todesfällen in einer Bevölkerung bezogen auf die jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen - auf eine Standardbevölkerung bezogen werden. Altersstandardisierte Raten geben somit an, wie hoch die Sterblichkeit in einer Bevölkerung wäre, wenn sie dem Alters- und Geschlechtsaufbau der Standardbevölkerung entspräche. Nur unter dieser Bedingung sind Vergleiche der Sterberaten unterschiedlicher Regionen und verschiedener Zeiträume möglich.

Die Berechnung erfolgt nach der vom Statistischen Bundesamt verwendeten Methode, wie sie in der Fachserie 12 (Gesundheitswesen), Reihe 4, Todesursachen in Deutschland veröffentlicht wird.

Beispiel: Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate von Frauen im Land Bremen, 1995

Zeilen-Nr.	Alter von ... bis unter ... Jahren	Gestorbene	Bremer Bevölkerung 1995 (Frauen) in 1.000	Sterbeziffer je 100.000 Frauen	Standardbevölkerung 1987 (Frauen) in 1.000	Für 1995 erwartete Todesfälle	Standardisierte Sterbeziffer
Spalten-Nr.		1	2	3	4	5	6
1	< 1	15	3,10	483,64	412,03	1.992,72	483,64
2	1 - 5	4	12,53	31,93	1.592,36	508,40	31,93
3	5 - 10	4	15,52	25,77	1.987,72	512,30	25,77
4	10 - 15	2	14,85	13,47	1.904,22	256,41	13,47
5	15 - 20	6	15,56	38,56	2.699,87	1.040,98	38,56
6	20 - 25	12	20,65	58,12	3.260,41	1.895,04	58,12
7	25 - 30	10	28,60	34,96	3.052,45	1.067,12	34,96
8	30 - 35	17	27,41	62,03	2.743,28	1.701,60	62,03
9	35 - 40	31	24,61	125,97	2.605,01	3.281,40	125,97
10	40 - 45	45	22,61	199,00	2.278,70	4.534,52	199,00
11	45 - 50	61	21,51	283,65	3.035,23	8.609,57	283,65
12	50 - 55	81	22,96	352,84	2.541,13	8.966,17	352,84
13	55 - 60	151	25,35	595,67	2.312,86	13.777,09	595,67
14	60 - 65	194	19,41	999,30	2.396,83	23.951,59	999,30
15	65 - 70	302	19,76	1.528,26	2.046,60	31.277,39	1.528,26
16	70 - 75	466	20,69	2.251,91	1.848,15	41.618,85	2.251,91
17	75 - 80	472	12,72	3.710,98	1.867,75	69.311,86	3.710,98
18	80 - 85	878	13,87	6.330,44	1.188,91	75.263,46	6.330,44
19	über 85	1.652	10,85	15.222,30	709,00	107.926,10	15.222,30
20		4.403	353	1.248,85	40.483	505.564,24	1.248,85
Berechnung		Σ Zeile 1-19	Σ Zeile 1-19	$([1]/[2]) \cdot 100$	Σ Zeile 1-19	$([3] \cdot [4])/100$	$([5]/[4]) \cdot 100$

Im Jahr 1995 betrug die altersstandardisierte Sterberate im Land Bremen für Frauen 1.249 je 100.000 Einwohnerinnen.

Glossar

Aggregierter Zeitraum	Die im Land Bremen - im Vergleich zu anderen Ländern - geringe Bevölkerungszahl führt insbesondere bei seltenen Todesursachen zu niedrigen absoluten Sterbefällen. Dies gilt um so mehr, wenn nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert wird. Daher wurden bei der Analyse der Todesursachenstatistik häufig mehrere Kalenderjahre zusammengefaßt, um eine größere statistische Sicherheit der Aussagen zu erröchen.
Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer	Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen zwischen 15 bis unter 45 Jahren
Allgemeine Geburtenrate	Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner
Anamnese	Vorgeschichte einer Patientin bzw. eines Patienten
Bösartige Neubildungen	Krebserkrankungen; in der ICD-Obergruppe 140-239 werden sowohl gutartige als auch bösartige Neubildungen aufgeföhrt. Im vorliegenden Bericht geht es vor allem um die bösartigen Neubildungen.
Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	Lymphdrüsenkrebs, Leukämien und vom Knochenmark ausgehende Tumoren
Cervix uteri	Gebärmutterhals
Compliance	Bereitschaft zur Kooperation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin bzw. Patient
Enteritis infectiosa	ansteckende Darmentzündung, meist durch Salmonellen hervorgerufen
Exposition	ausgesetzt sein, z.B. einem Umweltschadstoff
extrauterin	außerhalb der Gebärmutter
Gesamt mortalität	Sterblichkeit an allen Todesursachen zusammenge nommen, bezogen auf eine bestimmte Population - z.B. 100.000 Einwohner - in einem definierten Zeitraum.
Gleitendes Mittel	Statistisches Verfahren zur Glättung stark schwankender Werte zwischen den Kalenderjahren zur Verdeutlichung von Trends. Dabei wird jeweils der Mittelwert von mehreren Kalenderjahren ermittelt (im vorliegenden Berichts stets drei Kalenderjahre).
Hypertonie	Bluthochdruck

Indikationen zum
Schwangerschaftsabbruch
nach § 218

- medizinische	Eine medizinische Indikation liegt vor, wenn die Fortsetzung der Schwangerschaft das Leben oder die Gesundheit der Frau bedroht, und diese Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Dazu zählen Gefahren für den körperlichen und seelischen Zustand.
- kriminologische	Eine kriminologische Indikation liegt vor, wenn die Schwangerschaft durch Vergewaltigung oder ein anderes Strafdelikt verursacht wurde.
Ischämische Herzkrankheiten	Mangeldurchblutung der Herzkranzgefäße
Kardiovaskuläre Krankheiten	Herz-Kreislaufkrankheiten
Konfidenzintervall	Statistischer Begriff. Er beschreibt den Bereich, der sich links und rechts des Stichprobenmittels erstreckt und in dem mit einer bestimmten Sicherheit (Konfidenzniveau) der unbekannte Mittelwert der Grundgesamtheit liegt.
Kumulierte Inzidenz	Größenordnung der Bevölkerung, die von einem krankheitsfreien Zustand (im Sinne der betrachteten Krankheit) zu Beginn eines Zeitraumes in einen Krankheitszustand innerhalb des Zeitraumes wechselt.
Lebendgeborene	Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat und/oder die ein Gewicht von mehr als 500g haben.
Legionellen	Bakterien, die bestimmte Erkrankungen - Legionellose - hervorrufen können.
Mammakarzinom	Brustkrebs
Mammographie	Röntgenuntersuchung der Brust
Menarche-Alter	Alter bei der ersten Regelblutung (Menstruation).
Menopause	Alter der letzten Menstruation im Leben einer Frau.
Mikrozensus	Eine Befragung von 1% der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Sie wird regelmäßig von den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Im Land Bremen wurden 1995 rund 3.400 Haushalte in die Zufallsauswahl einbezogen. Werte unter 5.000, d.h. weniger als 50 erfaßte Personen in der Stichprobe, werden nicht veröffentlicht.

Morbidität	Krankheitsgeschehen innerhalb einer Population; sie wird beschrieben durch bestimmte Morbiditätsziffern wie z.B. Inzidenz oder Prävalenz
Mortalität	Sterblichkeit an einer bestimmten Ursache, bezogen auf eine bestimmte Population - z.B. 100.000 Einwohner - in einem definierten Zeitraum
Neonatologische Versorgung	Versorgung von Neugeborenen
Östrogensubstitution	Verabreichung des Hormons Östrogen gegen Beschwerden während der Wechseljahre.
Perinatalzeit	Zeitraum zwischen der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag.
postmenopausal	nach der Menopause, in den Wechseljahren
Prävention	
- primäre	Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren vor Wirksamwerden.
- sekundäre	Sicherstellung frühestmöglicher Diagnosen und Therapien von Krankheiten durch Früherkennungsuntersuchungen.
- tertiäre	Begrenzung bzw. Ausgleich von Krankheitsfolgen, z.B. durch Rehabilitationsmaßnahmen.
protektiv	fördernd, schützend
Screening	zeit- und kostengünstige Reihenuntersuchung.
Suizid	Selbsttötung
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die per Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln.
Wanderungsbilanz	bezeichnet in der Bevölkerungsbilanz den Saldo aus Zuzügen und Fortzügen.
Zerebrovaskuläre Krankheiten	Hirngefäßerkrankungen, Schlaganfall

Abkürzungen

BN	Bösartige Neubildungen
BSeuchG	Bundes-Seuchen-Gesetz
DNP	Drogen-Notfall-Prophylaxe Bundesmodell
EBM-Abrechnung	einheitlicher Bewertungsmaßstab, System zur Bewertung ärztlicher Leistungen für Abrechnungszwecke
ELZ	Einsatzleitzentrale
ESchG	Embryonenschutzgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
ICD/9	Internationale Klassifikation von Krankheiten und Todesursachen, 9. Revision.
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion, Methode der künstlichen Befruchtung, bei der ein Spermium in die Eizelle der Frau injiziert wird.
IVF	in-vitro-Fertilisation, „künstliche Befruchtung im Reagenzglas“.
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LUA	Landesuntersuchungsamt für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin
µg	Mikrogramm
NAW	Notarztwagen
NFD	Ärztlicher Notfalldienst
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert-Koch-Institut
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch: Gesetzliche Krankenversicherung.
SFHG	Schwangeren- und Familienhilfegesetz

STD	Sexuell übertragbare Krankheiten
TBC	Tuberkulose
TrinkwVO	Trinkwasser-Verordnung
ZKH LDW	Zentralkrankenhaus Links der Weser

Literatur

- „Die Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und andere verwandte Methoden“; Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 1/2, 10. Januar 1994, 44 - 48
- AGLMB: Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Zweite überarbeitete Fassung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder, Druck und Vertrieb: Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit, Wiesbaden, 1996
- Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen: Richtlinie für das Verfahren zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Ärztinnen, Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser, Oktober 1991, 665 ff.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsuntersuchungen im Vollzug des § 62 AsylVfG in Bayern im Jahr 1994
- Begenau J.; Helfferich C.: Frauen in Ost und West, Schriftenreihe Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit“ der DGMS, 1997
- Beier H.M.: „Assistierte Reproduktion: Zum Stand der Therapieverfahren in der Bundesrepublik Deutschland 1996“; Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Herbst 1996
- Bekanntmachung der Bundesärztekammer: Mehrlingsreduktion mittels Fetozid; Deutsches Ärzteblatt (Sonderdruck), Heft 31/32, 7. August 1989, 1389 - 1391
- Bergmann K.E. et al.: Gesundheitsziele für Berlin bis zum Jahre 2005, de Gruyter Verlag, Berlin, New York, 1996
- Berufsordnung für die deutschen Ärzte: Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 1/2, 10. Januar 1994, 39 - 43
- Brecklinghaus I., Lang P. & Greiser E.: Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft - Beratungsleitfaden für die gynäkologische Fachpraxis. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen, 1996
- Broschüre des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: „Wenn das Wunschkind auf sich warten läßt“, April 1995
- Bucher H.J.: Regionale Aspekte der Alterung der Bevölkerung, aus: Otto J., Die älter werdende Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft, 27. Arbeitstagung vom 25.-27. Februar 1993 in Bad Homburg v.d. Höhe
- Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 1996
- Bundesministerium für Gesundheit: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten, Schriftenreihe Bd. 27, Nomos, Baden-Baden, 1993, 226 - 245
- Carlsen E., Giwercman A., Keiding N., Skakkebaek N.: Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. BMJ, 1992, 305, 609 - 613
- Denkschrift zur Bedrohung durch Infektionskrankheiten, Rudolf Schülke Stiftung, mhp-Verlag GmbH, Wiesbaden 1996
- Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Washington, D.C., 1980
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen: Ernährung in Kindertagesstätten, Konzepte für eine gesundheitsfördernde, kindgerechte Ernährungsversorgung, Seminarband, HAGE, Marburg, 1993
- Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose: Pneumologie 47, 1993, 563 - 565

- Dorbritz J., Gärtner K.: Bericht über die demographische Lage in Deutschland, Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft Jg. 20, Nr.4, 1995, 339 - 448
- Elkeles Th., Mielck A.: Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, Gesundheitswesen 59, 1997, 137 - 143
- Elmadfa J., Leitzmann C.: Ernährung des Menschen, 2. überarb. Auflage, Verlag E. Ullmer, Stuttgart, 1990, 203 - 206
- Exner M.: Risikobewertung und Risikovermeidung, Zbl. Hyg. 199, 1996, 188 - 226
- Fine P.E.M.: Variation in protection by BCG: implications of and for heterologous immunity, Lancet 346, 1995, 1339 - 1345
- Floyd R.L., Hogue C., Marks J., Kendrick J., Zahniser Ch., Gunter E. & Stevens J.: Prenatal smoking interventions: programmes with important potential. In Poswillo D. & Alberman E. (Eds.): Effects of Smoking on the Fetus, Neonate, and Child. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo, 1992, 181 - 190.
- Fookon I.: Frauen im Alter, aus: Otto J. (Hrsg.), Die älter werdende Gesellschaft, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft, 27. Arbeitstagung vom 25.-27. Februar 1993 in Bad Homburg v.d. Höhe, Heft 80, 195-217
- Geyer S.: Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheiten und Mortalität, Gesundheitswesen 59, 1997, 36-40
- Harrison K. et al.: Stress and semen quality in an in vitro fertilization program; Fertil. Steril. 48, 1987
- Heckmann W., Püschel K., Zenker Ch. et.al.: Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg - Drogennotfälle in Bremen und Hamburg; Bd.28 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, 1993
- Helmert U. & Lang P.: Passivrauchen bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren. Gesundheitswesen 59, 1997, 461 - 466
- Hemme A.: Psychische Situation bei Paaren mit ungewollter Kinderlosigkeit; Arbeitspapier im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Fortpflanzungsmedizin, August 1996
- Heudtlass J.H., Stöver H., Winkler P. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Drogenwirkungen - Safer Use - Notfallhilfe - Safe Sex - Prävention - Peer Support, Frankfurt am Main, 1995
- Höhn C., Hullen G.: Bestimmungsgründe der Alterung der Bevölkerung in Deutschland - Gestern, heute und morgen - Szenarien von 1871 bis 2060, aus: Otto J., Die älter werdende Gesellschaft, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft, 27. Arbeitstagung vom 25.-27. Februar 1993 in Bad Homburg v.d. Höhe, Heft 80, 7 - 39
- Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch Institut (STIKO). Oktober 1995
- Junge B.: Kinder als Passivraucher. Der Kinderarzt 22, Nr. 12, 1991, 2017
- Kasper H.: Ernährungsmedizin und Diätetik, 7. neubearb. Auflage, Urban u. Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1991, 82 - 83
- Kersting, M.; Zempleni, S.; Schöch, G.: Optimierte Mischkost als Präventionsernährung für Kinder und Jugendliche, Teil 2: Nährstoffzufuhr, Ernährungs-Umschau 40, Heft 5, Umschau Verlag, Frankfurt, 1993
- Kessler K., Maffei D., Meyer F.J., Konietzko N.: Tuberkulose bei Asylbewerbern, Gesundheitswesen 57, 1995, 670 - 673

Landesarbeitsamt Niedersachsen-Bremen: Jahreszahlen zur Arbeitsstatistik, Referat für Statistik und Arbeitsmarktberichterstattung, Hannover, 1996

Landeskrankenhausplan der Freien Hansestadt Bremen 1998-2003, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz

Lang P., Brüggemann M., Licht S., Asendorf H. & Greiser E.: Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen - Zwischenbericht der II. Projektphase. Gefördert durch die Europäische Kommission im Rahmen des Aktionsprogrammes „Europa gegen den Krebs“ (Förder-Nr.: SOC 95 202246). Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen, 1997

Lang P., Brüggemann M., Zimmermann E. & Maschewsky-Schneider U.: Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen - Abschlußbericht der I. Projektphase. Gefördert durch die Europäische Kommission im Rahmen des Aktionsprogrammes „Europa gegen den Krebs“ (Förder-Nr.: SOC 94 202396). Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen, 1995

Lerchl A., Nieschlag E.: Gibt es eine Spermienkrise? Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 93, 27. September 1996, 1936 - 1939

Maschewsky-Schneider U.: Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der (alten) Bundesrepublik. Habilitationsschrift, Fachbereich 11 der Universität Bremen, 1995

Maßnahmen zur Realisierung des drogenpolitischen Sofortprogramms und der Auflösung des illegalen Drogenstrichs; Beschluß des Senats vom 27.10.1992

McArther Ch. & Knox G.: Prevention of smoking in pregnancy: results of intervention. In: Poswillo, D. & Alberman, E. (Eds.): Effects of Smoking on the Fetus, Neonate, and Child. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo, 1992, 171 - 180

McBride C. & Pirie P.L.: Postpartum smoking relapse. Addictive Behaviours 15, 1990, 165 - 168

Mohammadzadeh Z.: Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen, Frankfurt, 1993

Neumann H.-G., Karmaus, W.: Wenn der Kinderwunsch versagt bleibt; Gesundheitsforschungsdienst 1, 1995

Nieschlag E., Behre H.M.: Andrologie (Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes), Springer-Verlag, 1996, 343

Pastor V.S., Gagel D.E. und Kentenich H.: Schwangerschaft, Geburt und Partnerschaft in einer Familie mit IVF-Kind in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 55, 1995

Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. & Heath C.: Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, Oxford University Press, Oxford, 1994

Possinger K., Schmidt H.J., Höffken K.: Mammakarzinom der Frau, Kompendium Internistische Onkologie, 1987, 942

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung), Dt. Ärztebl. 1987, Heft 46, 15. November 1990, 572 ff

Robert-Koch-Institut: RKI-Schriften, Band 3, 1995

Royal College of Physicians: Smoking and the young. A report of the working party of the Royal College of Physicians, London, 1992

Russi E.W.: Opiatmissbrauch. Medizinische Komplikationen, Stuttgart, 1986

- Schlaud M., Kleemann W.J., Poets Ch.F. & Sens B.: Smoking during pregnancy and poor antenatal care: Two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 25, No. 5, 1996, 959 - 965.
- Schmittke: Kurzvortrag in der Deutschen Klinik für Fortpflanzungsmedizin, Sept. 1996,
- Senator für Jugend und Soziales: Bericht über die Situation von Familien im Lande Bremen, 1990
- Statistisches Landesamt Bremen: Todesursachen und meldepflichtige Krankheiten im Lande Bremen 1995, Statistische Berichte, Dezember 1996
- Statistisches Landesamt Bremen: Statistisches Jahrbuch 1996
- Stauber M.: „Diagnose und Therapie der Unfruchtbarkeit“, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; 15. Mai 1996
- WHO: Der Weltgesundheitsbericht, WHO-Genf., Kilian Verlag, 1996
- WHO: Global tuberculosis programme and global programme on vaccines. Statement on BCG revaccination for the prevention of tuberculosis. *Weekly Epidemiological Record*. 70, 1995, 229 - 236
- Wolf T.: Wie sieht die Ernährung in den Kindertageseinrichtungen aus? *KiTa-ND* 2, 1993, 30 - 33
- Zenker, Mohammadzadeh, Hilbert: *Asylum Seekers, Refugees and Health in the Nineties*, Public Health Office, Bremen, 1996
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung: Sonderanalyse für die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Köln, 1997
- ZGF, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau: Informationen für Frauen, Sonder-Info 19, Materialien zur Arbeitsmarktsituation von Frauen im Lande Bremen, 1996
- Zimmermann, E.: Präventive Gesundheitssicherung für Schwangere und Säuglinge mit medizinischen und sozialen Risiken. *Sozialpädiatrie*, 15, Nr. 7, 1993, 434 - 439

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen	2
Abbildung 2: Verhältnis Geburten- und Sterberaten im Land Bremen	2
Abbildung 3: Altersspezifische Geburtenraten im Land Bremen im Zeitvergleich	3
Abbildung 4: Geburtenraten in Deutschland, Bremen und Bremerhaven, 1995	4
Abbildung 5: Zahl der Schwangerschaftsabbrüche im Land Bremen, 1977 bis 1996	6
Abbildung 6 : Wanderungsbilanzen im Land Bremen, 1991-1995	9
Abbildung 7: Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit am 31.12.1995	10
Abbildung 8: Alterspyramide des Landes Bremen, 1995	12
Abbildung 9: Monatliches Haushaltseinkommen der Privathaushalte, 1995	15
Abbildung 10: Entwicklung der Arbeitslosenquoten, 1992-1996	16
Abbildung 11: Entwicklung der Arbeitslosenquote der unter 20 Jährigen, 1992-1996	16
Abbildung 12: Entwicklung der Arbeitslosenquote, 1992-1996	17
Abbildung 13: Entwicklung des Anteils von Sozialhilfempfänger/-innen, 1986-1995	18
Abbildung 14: Anteil von Sozialhilfeempfänger/-innen, 1995	19
Abbildung 15: Entwicklung der Gesamtmortalität, Männer	21
Abbildung 16: Entwicklung der Gesamtmortalität, Frauen	21
Abbildung 17: Gesamtmortalität im Land Bremen, 1995	22
Abbildung 18: Mortalitätsspektrum im Land Bremen, 1995	23
Abbildung 19: Sterblichkeit an Bösartigen Neubildungen im Land Bremen, Männer	24
Abbildung 20: Sterblichkeit an Bösartigen Neubildungen im Land Bremen, Frauen	24
Abbildung 21: Sterblichkeit an ausgewählten Krebsarten, 1986-1995, Männer	26
Abbildung 22: Sterblichkeit an ausgewählten Krebsarten, 1986-1995, Frauen	26
Abbildung 23: Entwicklung der Lungenkrebsmortalität, Männer	27
Abbildung 24: Entwicklung der Lungenkrebsmortalität, Frauen	27
Abbildung 25: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, Männer	28
Abbildung 26: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, Frauen	28
Abbildung 27: Altersspezifische Sterblichkeit an Brustkrebs im Land Bremen, Frauen	29
Abbildung 28: Entwicklung der Brustkrebsmortalität, Frauen	29
Abbildung 29: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose, Männer	35
Abbildung 30: Entwicklung der Sterblichkeit an Leberzirrhose, Frauen	35
Abbildung 31: Altersspezifische Sterblichkeit an Leberzirrhose, Männer	36
Abbildung 32: Altersspezifische Sterblichkeit an Leberzirrhose, Frauen	36
Abbildung 33: Entwicklung der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, Männer	37
Abbildung 34: Entwicklung der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, Frauen	37
Abbildung 35: Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten im Land Bremen, Männer	38
Abbildung 36: Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten im Land Bremen, Frauen	38
Abbildung 37: Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit, Männer	39

Abbildung 38: Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit, Frauen	39
Abbildung 39: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, Männer	40
Abbildung 40: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, Frauen	40
Abbildung 41: Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen, Männer	41
Abbildung 42: Entwicklung der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen, Frauen	42
Abbildung 43: Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen, Männer	42
Abbildung 44: Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen im Land Bremen, Frauen	43
Abbildung 45: Entwicklung der Suizidsterblichkeit, Männer	43
Abbildung 46: Entwicklung der Suizidsterblichkeit, Frauen	44
Abbildung 47: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid, Männer	44
Abbildung 48: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid, Frauen	45
Abbildung 49: Haupttodesursachen, Männer, 15-34 Jahre, Land Bremen	49
Abbildung 50: Haupttodesursachen, Frauen, 15-34 Jahre, Land Bremen	49
Abbildung 51: Entwicklung der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen	51
Abbildung 52: Haupttodesursachen, Männer, 35-64 Jahre, Land Bremen	57
Abbildung 53: Haupttodesursachen, Frauen, 35-64 Jahre, Land Bremen	57
Abbildung 54: Haupttodesursachen, Männer, 65-79 Jahre, Land Bremen	59
Abbildung 55: Haupttodesursachen, Frauen, 65-79 Jahre, Land Bremen	59
Abbildung 56: Modell von Elkeles und Mielck	61
Abbildung 57: Stadtgebietstypen für die sozialräumliche Analyse	62
Abbildung 58: Entwicklung der Gesamtmortalität, Männer	63
Abbildung 59: Entwicklung der Gesamtmortalität, Frauen	63
Abbildung 60: TBC-Fallzahlen im Land Bremen, 1970 - 1996	78
Abbildung 61: TBC-Erkrankungen je 100.000 Einwohner	78
Abbildung 62: TBC-Erkrankungen in Deutschland je 100.000 Einwohner	79
Abbildung 63: Entwicklung der Kinderzahl im Land Bremen ¹	106
Abbildung 64: Kinder in der Stadt Bremen, 1995	106
Abbildung 65: Rate der von Scheidung betroffenen Kinder im Zeitvergleich	107
Abbildung 66: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit	108
Abbildung 67: Säuglingssterblichkeit im Ländervergleich, 1995	109
Abbildung 68: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Land Bremen	109
Abbildung 69: Untersuchungsablauf und Evaluationskonzept	113
Abbildung 70: Raucherinnen zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft	114
Abbildung 71: Frauen, die im Verlauf der Schwangerschaft mit Rauchen aufhörten	114
Abbildung 72: Gynäkologische Beachtung des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft	115
Abbildung 73: Haupttodesursachen, Jungen, 1-15 Jahre, Land Bremen	118
Abbildung 74: Haupttodesursachen, Mädchen, 1-15 Jahre, Land Bremen	118
Abbildung 75: Entwicklung des Risikos, im Bremer Straßenverkehr zu verunglücken	121

Abbildung 76: Verunglückte im Bremer Straßenverkehr nach Art der Verkehrsbeteiligung	123
Abbildung 77: Verunglückte Kinder im Straßenverkehr nach Unfallzeitpunkt, 1996	123
Abbildung 78: Verunglückte Jugendliche im Straßenverkehr nach Unfallzeitpunkt, 1996	124
Abbildung 79: Was haben Sie in der Ernährung Ihres/r Kindes/r verändert?	143

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerung des Landes Bremen	1
Tabelle 2: Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer von deutschen und ausländischen Frauen	3
Tabelle 3: Wanderungsbilanzen, aggregierter Zeitraum 1991-1995	8
Tabelle 4: Haushalte im Land Bremen	15
Tabelle 5: Zahl der Langzeitarbeitslosen, 1993-1996	17
Tabelle 6: Gesamtmortalitätsraten von Männern und Frauen im Land Bremen	22
Tabelle 7: Das Krebsspektrum	25
Tabelle 8: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen, nach Geschlecht	47
Tabelle 9: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen im Zeitvergleich, Männer	47
Tabelle 10: Vorzeitige Sterbefälle im Land Bremen im Zeitvergleich, Frauen	47
Tabelle 11: Vorzeitige Sterblichkeit in den Städten Bremen und Bremerhaven, Männer	48
Tabelle 12: Vorzeitige Sterblichkeit in den Städten Bremen und Bremerhaven, Frauen	48
Tabelle 13: Haupttodesursachen im Alter von 15-34 Jahren im Zeitvergleich, Männer	50
Tabelle 14: Haupttodesursachen im Alter von 15-34 Jahren im Zeitvergleich, Frauen	50
Tabelle 15: Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 bis 1996	52
Tabelle 16: Todesursachen der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 und 1996	52
Tabelle 17: Fundort der Drogentodesfälle in der Stadt Bremen, 1994 und 1996	52
Tabelle 18: Drogentodesfälle in der Stadt Bremen nach Geschlecht, 1994 bis 1996	53
Tabelle 19: Drogennotfälle der drei Krankenhäuser mit dem höchsten Drogennotfall- Aufkommen (Diakonissenanstalt, ZKH St. Jürgen, Rotes-Kreuz-Krankenhaus)	54
Tabelle 20: Haupttodesursachen im Alter von 35-64 Jahren im Zeitvergleich, Männer	58
Tabelle 21: Haupttodesursachen im Alter von 35-64 Jahren im Zeitvergleich, Frauen	58
Tabelle 22: Haupttodesursachen im Alter von 65-79 Jahren im Zeitvergleich, Männer	60
Tabelle 23: Haupttodesursachen im Alter von 65-79 Jahren im Zeitvergleich, Frauen	60
Tabelle 24: Bevölkerung in den Stadtgebietstypen (Clustern) der Stadt Bremen	62
Tabelle 25: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen nach Clustern	64
Tabelle 26: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen nach Clustern	64
Tabelle 27: Hauptdiagnosen in den Krankenhäusern des Landes Bremen	69
Tabelle 28: Weitere Diagnosen in den Krankenhäusern des Landes Bremen	70
Tabelle 29: Diagnosen in Krankenhäusern des Landes Bremen, Männer	71
Tabelle 30: Diagnosen in Krankenhäusern des Landes Bremen, Frauen	71
Tabelle 31: Auswärtige und Bremer Patient/-innen in Krankenhäusern des Landes Bremen	72

Tabelle 32: Bremer Patientinnen und Patienten nach Alter in %, 1996	74
Tabelle 33: Meldepflichtige Erkrankungen in Deutschland und im Land Bremen	81
Tabelle 34: Hepatitis-Fälle im Land Bremen	81
Tabelle 35: Kumulierte Inzidenzen pro Mio. Einwohner seit 1982	84
Tabelle 36: Versorgungsgrad nach ausgewählten Facharztgruppen, Stand: 31.12.1995	89
Tabelle 37: Prozentualer Anteil niedergelassenen Allgemeinärztinnen und -ärzte	90
Tabelle 38: Entwicklung der Arztzahlen und Behandlungsfälle, 1992-1995	91
Tabelle 39: Gesamtvergütung an die KV in den Jahren 1992-1996	92
Tabelle 40: Prozentuale Veränderung der Gesamtvergütung, 1992-1996	92
Tabelle 41: Ambulantes Operieren im Bremer Krankenhäusern	94
Tabelle 42: Fallzahlentwicklung in den Ärztlichen Notfalldiensten, 1994 und 1995	95
Tabelle 43: Zahl der Notfallbehandlungen in den Krankenhäusern, 1992 und 1995	96
Tabelle 44: Einsatzzahlen der Rettungsmittel in der Stadt Bremen, 1994-1996	98
Tabelle 45: Arbeitsteilige Koordinierung der Krankenhäuser des Landes Bremen	102
Tabelle 46: Anzahl von Kindern in den Stadtgebietstypen	107
Tabelle 47: Sozialhilfeempfänger/innen unter 15 Jahren in der Stadt Bremen	107
Tabelle 48: Haupttodesursachen im Alter von 1-15 Jahren im Zeitvergleich, Jungen	119
Tabelle 49: Haupttodesursachen im Alter von 1-15 Jahren im Zeitvergleich, Mädchen	119
Tabelle 50: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche im Land Bremen	121
Tabelle 51: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche im Land Bremen	122
Tabelle 52: Art der Straßenverkehrsunfälle im Land Bremen	122
Tabelle 53: Schadstoffbelastung der Muttermilch	127
Tabelle 54: Schadstoffbelastung der Muttermilch von Frauen	127
Tabelle 55: Schadstoffbelastung der Muttermilch im Durchschnitt der Bundesrepublik	128
Tabelle 56: Stichprobenartige Untersuchungen von Gläschenkost von 1994 und 1995	130
Tabelle 57: Untersuchung von 18 ausgewählten Babysäften auf Metallgehalte in 1995	131
Tabelle 58: Untersuchte Liegenschaften in Bremen im Rahmen des Blei-Meßprogramms	133
Tabelle 59: Empfehlungen für die Ernährung in Bremer Kindertagesheimen	140
Tabelle 60: Vergleichende ernährungsphysiologische Beurteilung	141
Tabelle 61: Besuch einer Kindertageseinrichtung	144
Tabelle 62: Familiensituation	144
Tabelle 63: Halbtagschule	145
Tabelle 64: Mittagstisch	145
Tabelle 65: Nachmittagsbetreuung	146
Tabelle 66: Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen	148
Tabelle 67: Untersuchung von Schulanfängerinnen und Schulanfängern, 1991 und 1996	148
Tabelle 68: Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen 1991 und 1996 in %	149
Tabelle 69: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Vorgelegte U-Hefte	150

Tabelle 70: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Herkunft der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	150
Tabelle 71: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Sozialstruktur der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	150
Tabelle 72: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen, 1997: Vorlage des U-Heftes nach Herkunft der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	151
Tabelle 73: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Teilnahme an U2 bis U9 nach Herkunft Schulanfängerinnen und Schulanfänger	151
Tabelle 74: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Vorlage des U-Heftes nach Sozialstatus der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	152
Tabelle 75: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Bremen 1997: Teilnahme an U2 bis U9 nach Sozialstatus der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	152
Tabelle 76: Vorgelegte Impfdokumente	154
Tabelle 77: Impfungen 1996	155
Tabelle 78: Impfungen 1991	156

Aufrichtigen Dank allen, die an diesem Bericht mitgewirkt haben^{*})

insbesondere:

Frau Bosche (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin) für den Beitrag „Präventionsorientierte Mahlzeiten für 6.500 Kinder täglich: Zur Situation der Ernährung in Bremer Kindertagesheimen“,

Herrn Dinse (Statistisches Landesamt) für seine Unterstützung bei der Bereitstellung von Daten aus der amtlichen Statistik,

Herrn Dr. Drescher (Informations- und Datentechnik) für die Bearbeitung von Daten der amtlichen Statistik sowie für seine kompetente fachliche Beratung, seine Hilfsbereitschaft und unermüdliche Geduld,

Herrn Fischer (Gesundheitsamt Bremen) für den Beitrag „Drogennotfälle“,

Herrn Dr. Götz (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) für den Beitrag „Notfallmedizin“,

Herrn Dr. Gruhl (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) für den Beitrag „Ambulante ärztliche Versorgung“,

Herrn Lang (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin) für den Beitrag „Für einen gesunden Start ins Leben - Ohne Rauch geht's auch! Ein Projekt zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft“,

Herrn Dr. Michels (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) für den Beitrag „Drogentodesfälle“,

Frau Dr. Mohammadzadeh (Gesundheitsamt Bremen) für den Beitrag „Die gesundheitliche Lage und Versorgung der ausländischen Bevölkerung“,

Herrn Dr. Müller (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) für den Beitrag „Kinder und Umwelt“,

Herrn Dr. Nettesheim (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz) für den Beitrag „Hepatitis“,

Herrn Prof. Dr. Rasche, Herrn Prof. Dr. Schmidt und Frau Rösler (Dt. Krebsgesellschaft, Tumornachsorgeleitstelle) für Informationen zum Thema „Brustkrebs“,

Herrn Dr. Wunderle (Gesundheitsamt Bremen) für den Beitrag „Tuberkulose“,

Herrn Zimmermann (Gesundheitsamt Bremen) für die Beiträge „Veränderte Kindheit - Konsequenzen für die gesundheitliche Betreuung“, „Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen“, „Ausgewählte Gesundheitsaspekte in Tageseinrichtungen für Kinder“, „Ein neuer Lebensabschnitt: Schulan-

* in alphabetischer Reihenfolge

fängerinnen und Schulanfänger“ sowie „Entwicklung der Durchimpfungsrate“, für die Koordination der Datenaufbereitung und -bewertung zwischen Bremen und Bremerhaven sowie für die fachliche Beratung des Kapitels über „Ausgewählte Aspekte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“,

Frau Dr. Zolondek (Gesundheitsamt Bremen) für die Einführung zum Kapitel „Infektionskrankheiten“.

Des weiteren gilt der Dank allen, die durch das Bereitstellen von Daten, Informationen und/oder fachliche Beratung zum vorliegenden Bericht beigetragen haben:

Frau Klose (Bremischer Gemeindeunfallversicherungsverband),

Herrn Dr. Giersiepen, Herrn Prof. Dr. Greiser, Herrn Witzko (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin),

Herrn Dr. Hilbert, Herrn Dr. Zenker (Gesundheitsamt Bremen),

Herrn Dr. Schütz und Herrn Sahnwaldt (Gesundheitsamt Bremerhaven) sowie Frau Dr. Krönauer-Ratai (Gesundheitsamt Bremerhaven) für die Bereitstellung von Daten für das Kapitel „Ausgewählte Aspekte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“,

Frau Dr. Bauer und Frau Dr. Kastendieck (Gynäkologinnen),

Herrn Prof. Dr. Schönhöfer (Institut für Klinische Pharmakologie),

Herrn Funken (Kassenärztliche Vereinigung Bremen),

Frau Hauffe (Landesbeauftragte für Frauen),

Herrn Prof. Dr. Peitgen (MEVIS),

Frau Helmke (Senator für Bildung, Wissenschaft, Kunst und Sport),

Herrn Pesler, Herrn Scharff (Senator für Inneres, Polizeipräsidium),

Herrn Buscher und Herrn Radlow, Herrn Denker, Frau Dr. Rose, (Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz),

Frau Doyen, Herrn Piossek, Herrn Handler, Herrn Wagner (Statistisches Landesamt),

Herrn Brückner (Statistisches Bundesamt),

Herrn Dr. Braun und Frau Mergeay (Zentralkrankenhaus Bremen-Nord).

Liste der Veröffentlichungen der Abteilung Gesundheitswesen des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz der Freien Hansestadt Bremen

- Berichte, Dokumentationen, wissenschaftliche Ausarbeitungen -

1991

- Umweltschadstoffe in der Muttermilch (40 S, 2.Aufl.) (nur noch wenige Exemplare) (Bezug: A)
- Gesundheitsgefährdung durch Dioxine auf Spiel/Boltzplätzen, Schulaußenanlagen und Sportplätzen. 4/1991 (Bezug: A)
- Gesundheitsgefährdung durch polychlorierte Biphenyle (PCB). 12/1991 (Bezug: A)

1992

- Dioxinmeßprogramm im Umfeld der Müllverbrennungsanlage Bremen (1992) (Bezug: A)

1993

- Erfahrungsbericht über den Vollzug des §218b StGB im Land Bremen 1989 bis 1991 (Bezug: B)
- Künstliche Mineralfasern, -Kurzinformation (Bezug: A)
- Umweltbezogene Gesundheitsvorsorge (ca. 120 Seiten) Dokumentation einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung in Bremen (Bezug: A)

1994

- AIDS-Bericht 1991-1993 (Bezug: B)
- Drogenhilfeplan 1993/ Bilanz und Perspektiven (Bezug: D)
- Quecksilber und Amalgam. Schriftenreihe UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS), Band 1, 3.aktual.Auflage, ca. 60 S. (Bezug: A)
- Projekt: Erarbeitung eines Konzeptes für eine regionale umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Freien Hansestadt Bremen. Schriftenreihe UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS), Band 2 (Bezug: A)
- Empfehlungen des Arbeitskreises Asbest (1988-1994). Schriftenreihe UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS), Band 3, 21 S (Bezug: A)
- Empfehlungen des Senators für Gesundheit, Jugend und Soziales zur Bewertung von Verunreinigungen auf Kinderspielplätzen. Schriftenreihe UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS); Band 4 (Bezug: A)
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung. Dokumentation einer Veranstaltung der norddeutschen Länder. Schriftenreihe UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS), Band 5 (Bezug: A oder C)
- Studie Gesundheit und Verkehr Bremen. Im Auftrag d. Senators für Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen. Projektleitung: Büro für Verkehrsökologie (BVÖ); Kurz- und Langfassung (Bezug: A)

1995

- Fünf Jahre Methadon-Substitution in Bremen
 - Entwicklungen, Daten und Ergebnisse - (9/95) (Bezug: B oder F)
- Gesundheitsrisiko - Verkehr ? Gesundheitliche Belastungen - Bewältigungsansätze im kommunalen Erfahrungsaustausch. Dokumentation einer Informations- und Diskussionsveranstaltung. Schriftenreihe UMWELTBEOGENDER GESUNDHEITSSCHUTZ (UGS), Band 6; (nur noch wenige Exemplare) (Bezug: A)

1996

- Suchtkrankenhilfeplan 1996
- Prävention und Hilfen im Bereich Alkohol- und Medikamentengefährdeter und -abhängiger für die Stadtgemeinde Bremen (Bezug: D)
- Psychiatriebericht Bremen
 - Zur Lage der Psychiatrie in Bremen nach 15 Jahren Psychiatriereform - Stand und Perspektiven (3/1995) (Bezug: E)
- Umweltbezogener Gesundheitsbericht Trinkwasser und Lebensmittel im Land Bremen (Bezug: C))

1997

- Abschlußbericht Qualitätssicherung im Krankenhaus, Modellprojekt in den kommunalen Krankenhausbetrieben (1/1997) (Bezug: B)
- Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Bremen(6/1997) (Bezug: E)
- Gesundheitliche Aspekte der Bauleitplanung. Teil 1: Lärm; Teil 2: Luftschadstoffe Benzol, Toluol, Xylol. (Bezug: A)
- Die ambulante ärztliche Versorgung in der Stadt Bremen, Bericht (Bezug: G)
- Beratungsführer Sucht (Bezug: D)
- „Gesundheit, Bremen!“ - gelungene Modelle des Bremer Gesundheitswesens (Bezug:G)

1998

- Anwendungsbereiche der Gentechnik . eine Informationsschrift für Verbraucherinnen und Verbraucher (Bezug: A)
- Unkonventionelle medizinische Methoden - Bericht erstellt im Auftrag der AGLMB (Bezug:G)

- Faltblätter -

(1989)
Passivrauchen. Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause ?
(nur noch wenige Exemplare)

(1990)
Offene Feuerstätten in Wohnräumen. Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause ?
(nur noch wenige Exemplare)

(1990)
Stichwort OZON
(vergriffen)

(1991)

Umweltschadstoffe in der Muttermilch

(1992)

Gesundheitsgefahr - Asbest. 2. überarb. Aufl. Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause ?

(1993)

Schimmelbildung in Wohnräumen. 3. überarb. Neuauflage.
Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause ?

(1994)

Künstliche Mineralfasern (Verarbeitung im häuslichen Bereich). Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause ?

(1994)

Ozon und Sport

(1995)

Formaldehyd Aus der Reihe: Dicke Luft zu Hause?

(Bezug für alle Faltblätter: A)

Anfragen oder Bezug bei folgenden Personen:

A: Frau Grzybowski, Tel.: 0421-361-17343

B: Frau Godehus-Meyer, Tel.: 0421-361-9576

C: Frau Post, Tel.: 0421- 361-9559

D: Frau Staroske, Tel.: 361-2378

E: Herr Riesenberg, Tel.: 0421-361-9557

F: Frau Breuer, Tel.: 0421-361-9540

G: Frau Stangenberg: 0421-361-9326

Gemeinsame Adresse:

Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz
Abteilung Gesundheitswesen
Birkenstr. 34

28195 Bremen

Fax-Nr.: 0421-361-9321

Stand:4/98