

Landesgesundheitsbericht

Bremen 2010

Über die Gesundheit der Bremer Bevölkerung

Kurzfassung

Druckversion

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser!

- ▶ Wie geht es den Menschen im Land Bremen eigentlich gesundheitlich?
- ▶ An welchen Krankheiten leiden sie?
- ▶ Was tun die Bremerinnen und Bremer für ihre Gesundheit?
- ▶ Wo müssen wir noch mehr tun?

Um diese Fragen beantworten zu können, wurde ausgiebig recherchiert, eine Fülle von Daten zusammengestellt, analysiert und bewertet. Die Ergebnisse sind in einem ausführlichen Bericht dargestellt. Diese mehr als 100-seitige Langfassung des „Landesgesundheitsberichts 2010“ können Sie im Internet anschauen oder herunterladen – und zwar unter **www.soziales.bremen.de**.

Mit dieser Broschüre möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, sich über die wichtigsten Ergebnisse über die gesundheitliche Lage des Landes Bremen im Überblick zu informieren.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und hoffe, dass diese Informationen dazu beitragen, aus Daten Taten folgen zu lassen.



Ingelore Rosenkötter
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Was wir über die Bevölkerung des Landes Bremen wissen sollten

Wenn man sich ein Bild über die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung machen will, ist es wichtig, nicht nur auf die vorkommenden Krankheiten zu schauen, sondern auch auf die Rahmenbedingungen, die die Gesundheit der Menschen beeinflussen.

Dazu zählt zum einen, wie sich die Bevölkerung zusammensetzt und wie sie sich entwickelt (Demografie).

Das Land Bremen besteht aus zwei Städten. 83% der Einwohner/-innen leben in der Stadtgemeinde Bremen, 17% in der Stadtgemeinde Bremerhaven. Von der Alterszusammensetzung her unterscheiden sich beide Stadtgemeinden wenig. Etwa 13% der Bremer Bevölkerung sind Kinder – etwa 6 % sind älter als 80 Jahre. Und auch das Geschlechterverhältnis ist ähnlich. In beiden Stadtgemeinden leben etwas mehr Frauen als Männer.

Was sich jedoch deutlich unterscheidet ist die Bevölkerungsentwicklung: Die Stadtgemeinde Bremerhaven hat in den letzten Jahren deutlich an Einwohner/-innen verloren, während die Bevölkerungsbilanz in der Stadtgemeinde Bremen positiv ausfällt. Das liegt daran, dass aus Bremerhaven mehr Menschen fortgezogen als zugezogen sind, dass der Rückgang der Geburten in Bremerhaven stärker ausgeprägt war als in der Stadtgemeinde Bremen und dass die Sterberaten in Bremerhaven etwas weniger zurückgegangen sind als in der Stadtgemeinde Bremen.

Wenn man sich die Prognosen ansieht, wird sich diese Entwicklung fortsetzen: Für das Jahr 2020 wird für Bremerhaven ein weiterer Bevölkerungsrückgang erwartet - und zwar vor allem bei den Menschen unter 55 Jahren. Dagegen nimmt die Zahl sehr alter Menschen zu. In die Stadtgemeinde Bremen werden zwar weniger Menschen ziehen als bislang - das Wanderungssaldo bleibt aber weiterhin positiv. Auch hier ist eine deutliche Zunahme älterer Menschen über 80 Jahre zu erwarten. Mit anderen Worten: die Alterung der Gesellschaft macht auch vor dem Land Bremen nicht halt.

Wer durch das Land Bremen spaziert, wird schnell feststellen: Hier leben Einwohner/-innen vieler Nationen. Dies sagen uns auch die Zahlen: In der Stadtgemeinde Bremen hat jede/r 8. Einwohner/-in eine ausländische Staatsangehörigkeit, in der Stadtgemeinde Bremerhaven jede/r 9. Zählt man noch die Aussiedler/-innen dazu und die Eingebürgerten sowie deren Kinder, haben 30% der Einwohner/-innen in der Stadtgemeinde Bremen einen sog. Migrationshintergrund.¹

Gesundheitspolitisch bedeutet dies, dass sich das Land Bremen auf die Bedürfnisse älterer Menschen – auch mit Migrationshintergrund - einstellen muss. Alt zu sein ist zwar nicht automatisch gleichzusetzen mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Um jedoch ein langes, möglichst autonomes Leben zu Hause führen zu können, wie es sich die meisten Menschen wünschen, müssen frühzeitig entsprechende Versorgungsstrukturen entwickelt werden.

Wer sich über die spezielle Aspekte (wie z.B. Demenz), Angebote und Planungen für ältere Menschen in der Stadtgemeinde Bremen informieren möchte, kann den „Altenplan“ anschauen (siehe S. 16).

¹ Für Bremerhaven liegen diese Zahlen leider nicht vor.

Was Bildung mit Gesundheit zu tun hat ...

Ein weiterer, eng mit der Gesundheit einer Bevölkerung verbundener Faktor ist deren soziale Lage. Dass arme Menschen eher krank werden und früher sterben als reiche Menschen, ist bekannt und in vielen Studien belegt.

Wie sich die soziale Lage im Land Bremen darstellt, wird ausführlich im „Armut- und Reichtumsbericht“ erläutert (siehe S. 16)

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage sollen uns drei Indikatoren exemplarisch zeigen, wie es um die soziale Lage im Land Bremen bestellt ist. Bei der Auswahl der Indikatoren interessieren vor allem jene Bevölkerungsgruppen, bei denen aus Studien bekannt ist, dass sie besondere gesundheitliche Risiken aufweisen.

Indikator Bildung:

Ohne einen Bildungsabschluss sind die Chancen auf dem Arbeitsmarkt gering. Menschen mit geringer Qualifikation haben oftmals lediglich Zugang zu Arbeitsplätzen mit erhöhter gesundheitlicher Belastung oder sind in unsicheren oder gering bezahlten Beschäftigungsverhältnissen. Dies kann sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit, vor allem auf die psychische Gesundheit, auswirken.

Darüber hinaus hat Bildung einen unmittelbaren Einfluss auf den Umgang und die Verarbeitung von Gesundheitsinformationen. So haben z.B. Menschen mit geringerer Bildung manchmal größere Schwierigkeiten, Empfehlungen von Ärzten zu verstehen, wissen weniger über gesundheitsfördernde Lebensweisen oder über das Gesundheitswesen und dessen Angebote.

Im Jahr 2008 verließen im Land Bremen 530 Schüler/-innen die allgemeinbildenden Schulen nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht ohne wenigstens einen Hauptschulabschluss. Das sind 8,2% der gleichaltrigen Wohnbevölkerung.

Betrachtet man nicht nur die Schulabgänger/-innen, sondern die gesamte Bevölkerung, ergibt sich folgendes Bild: Im Jahr 2008 hatten 7,5% der über 15 jährigen Bevölkerung im Land Bremen keinen allgemeinbildenden Schulabschluss. Betroffen sind hier vor allem Ausländer/-innen. Während bei den Deutschen lediglich 4,5% über keinen allgemeinen Schulabschluss verfügen, sind es bei den Ausländer/-innen 28%. Mit diesen Zahlen – bezogen auf die Deutschen wie auch auf die Ausländer/-innen - bildet Bremen im Ländervergleich das Schlusslicht.

Indikator: Langzeitarbeitslosigkeit.

Arbeitslosigkeit, insbesondere wenn sie länger andauert, wird mit einer Reihe gesundheitlicher Risiken in Verbindung gebracht. Befragt man Arbeitslose und Erwerbstätige, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen - so wie dies in 2004 im Land Bremen getan wurde - schätzen Erwerbstätige ihren Gesundheitszustand besser ein als Arbeitslose. In Deutschland insgesamt wurden insbesondere für arbeitslose Männer höhere Raten an Gesundheitsstörungen nachgewiesen (Asthma, Diabetes mellitus, Hypertonie und selbst berichtete psychische Störungen).

Bei der Suche nach Erklärungsansätzen für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen stellt sich die Frage:

Werden Kranke eher arbeitslos oder Arbeitslose eher krank? Hier bestätigen Forschungen, dass eher letzteres zutrifft. Lang andauernde Arbeitslosigkeit kann insbesondere psychische Erkrankungen verursachen oder verschlimmern, diese bessern sich häufig, wenn Arbeitslose eine Beschäftigung finden.

In der Stadtgemeinde Bremen betrug die Arbeitslosenquote im Dezember 2008 insgesamt 10,9%. Davon waren 43-44% länger als 1 Jahr arbeitslos. Für die Stadtgemeinde Bremerhaven wurde eine Arbeitslosenquote von 16,5% ermittelt - knapp die Hälfte dieser Arbeitslosen ist länger als 1 Jahr ohne Arbeit, Tendenz steigend.

Indikator 3: Bezug von Transferleistungen:

Wenn der Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft bestritten werden kann (durch ausreichendes Einkommen oder Vermögen), werden zur Grundsicherung sogenannte Transferleistungen² gezahlt. Hierzu zählen zum einen Sozialhilfeempfänger. Sie sind nicht erwerbsfähig z.B. aufgrund einer Behinderung oder bereits im Rentenalter - und die Rente reicht zum Lebensunterhalt nicht aus. Sie erhalten dann „Hilfe zum Lebensunterhalt“ oder eine „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“.

Im Land Bremen bezogen im Dezember 2008 insgesamt etwa 3.900 Menschen Hilfe zum Lebensunterhalt, davon etwa 2.400 in Einrichtungen und etwa 1.500 außerhalb von Einrichtungen. Eine Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhielten etwa 10.700 Menschen, davon 8.900 außerhalb von Einrichtungen.³

Den weitaus größeren Anteil der Bezieher/-innen von Transferleistungen machen Leistungsempfänger/-innen nach SGB II („Hartz IV“) aus. Hierunter fallen Empfänger/-innen des

- Arbeitslosengeldes II: Sie sind erwerbsfähig, d.h. sie können mindestens drei Stunden täglich unter Arbeitsmarktbedingungen arbeiten, sind aber bereits längere Zeit arbeitslos;⁴
- Sozialgeldes: Sie sind nicht erwerbsfähig und leben mit einem oder einer erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft zusammen; dies sind vor allem Kinder unter 15 Jahren.⁵

In der Stadtgemeinde Bremen erhielt im Dezember 2008 jede/r 8. Einwohner/-in Leistungen nach SGBII. Dies stellt jedoch lediglich den Durchschnittswert dar. In einigen Regionen liegen die Zahlen deutlich darüber. So erhielt im Ortsteil Tenever beispielsweise mehr als jedes 2. Kind Leistungen nach SGB II.

Für die Stadtgemeinde Bremerhaven stellte sich die Situation insgesamt noch ungünstiger dar als in der Stadtgemeinde Bremen. Hier bezog nahezu jede/r 5. Einwohner/-in diese Leistungen. Damit bildet Bremerhaven im

² Dabei handelt es sich um Existenz sichernde Leistungen nach dem SGB XII: 3. Kapitel Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und 4. Kapitel Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE) und um kommunale Leistungen zur Existenzsicherung nach dem SGBII

³ Statistisches Bundesamt (2009): Die Zahlen beziehen sich auf Leistungsempfänger Innerhalb und außerhalb von Einrichtungen

⁴ Arbeitslosengeld I wird maximal 2 Jahre gezahlt, je nach Alter und vorheriger Beschäftigungsdauer.

⁵ soweit sie keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben.

Vergleich ähnlicher Städte nach Rostock, Offenbach und Gera das Schlusslicht. Als besonders besorgniserregend ist die hohe Zahl von Kindern in Bremerhaven zu bewerten, die von Sozialgeld leben. Mehr als jedes 3. Kind in Bremerhaven war im Januar 2009 auf diese Unterstützung angewiesen (36,7%). In der Stadtgemeinde Bremen waren es 28,2%. Der Zeitvergleich zeigt für 2009 eine leichte Besserung. Ob sich dieser Trend fortsetzt, bleibt abzuwarten.

Die gesundheitlichen Folgen der sozialen Unterschiede in Bremen sind sichtbar.

Dies lässt sich an verschiedenen Punkten ablesen. Hierzu zählt zum Beispiel die Lebenserwartung. Während die Lebenserwartung in Deutschland und in Bremen insgesamt zunimmt, vergrößern sich die Unterschiede in der Sterblichkeit und dem Krankheitsgeschehen – und damit auch der Lebenserwartung zwischen den sozialen Schichten:

Die Lebenserwartung im Land Bremen beträgt für Frauen ab Geburt 81,7 Jahre und für Männer 75,8 Jahre. Schaut man sich die Lebenserwartung nach Stadtteilen an, erkennt man Unterschiede von bis zu knapp acht Jahren bei den Männern (bei den Frauen sind die Differenzen kleiner): Männer in Schwachhausen haben eine Lebenserwartung von 79,3 Jahren, während die Lebenserwartung für Männer in Gröpelingen 71,5 Jahre beträgt.⁶

Wer Bremen kennt weiß, Schwachhausen zählt zu den reicheren Regionen Bremens, Gröpelingen zu den ärmeren Gegenden. Das wurde auch durch Daten belegt: alle Ortsteile der Stadtgemeinde Bremen wurden unter Einbeziehung verschiedener Daten (wie unter anderem Arbeitslosenziffer, Bildungsbeileiligung und Falldichte Sozialdienst) in eine Rangliste von privilegiert bis benachteiligt eingeordnet. Die Ortsteile Schwachhausens stehen weit oben, die Gröpelingens weit unten.

Ein Faktor, der die Lebenserwartung mit bestimmt, ist die Säuglingssterblichkeit. Auch hier werden die Unterschiede deutlich:

Insgesamt sind Sterbefälle bei Säuglingen im Land Bremen glücklicherweise relativ selten. Über einen Zeitraum von 10 Jahren betrachtet, sterben etwa 30 Säuglinge pro Jahr (bei durchschnittlich etwa 5.700 Geburten). Damit liegt das Land Bremen etwas über dem Bundesdurchschnitt.

Analysiert man die Sterbefälle innerhalb der Stadtgemeinde Bremens nach sozialer Lage, zeigt sich folgendes Bild: In den wohlhabenden („bürgerlichen“) Quartieren sterben von 1.000 Lebendgeborenen statistisch gesehen 1,2 Säuglinge unter 1 Jahr, während in den zumeist am Stadtrand gelegenen Hochhaussiedlungen des sozialen Wohnungsbaus (sog. Großsiedlungen) in den letzten Jahren 7,3 Todesfälle je 1.000 Lebensgeborene aufgetreten sind.

Auch bei Erwachsenen ist der Einfluss der sozialen Lage auf die Sterblichkeit zu beobachten. Ein wichtiges Maß für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ist die sogenannte „vorzeitige Sterblichkeit“. Gemeint sind damit Sterbefälle, die deutlich unterhalb der Lebenserwartung liegen – meist wird die Grenze bei 65 Jahren gesetzt.

⁶ Aufgrund kleiner Fallzahlen wurden die Daten von 1997-2006 aggregiert. Für die Stadtgemeinde Bremerhaven liegen leider keine entsprechenden Daten vor.

Die Analysen belegen: In sozial benachteiligten Regionen der Stadtgemeinde Bremen sterben mehr Menschen unter 65 Jahren als in privilegierten Regionen. Für die Stadtgemeinde Bremerhaven konnten wir solche kleinräumigen Untersuchungen leider nicht durchführen, da uns nicht alle erforderlichen Daten auf dieser Ebene vorlagen.

Volkskrankheiten: Allergien und Depressionen

Aussagen über die Sterblichkeit allein reichen nicht aus, um sich ein Bild über die gesundheitliche Lage zu machen, denn heute führen die meisten Krankheiten nicht mehr unmittelbar zum Tode, sondern nehmen einen chronischen Verlauf. Chronische Erkrankungen sind lang andauernd, nicht heilbar und erfordern häufig gesundheitliche Versorgungsleistungen. Ihre Verbreitung in der Bevölkerung ist daher ein wichtiger Indikator für die Gesundheitssituation.

Dabei haben wir uns zum einen angeschaut, welche chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung des Landes Bremen am häufigsten vorkommen. Zum zweiten wurden Erkrankungen ausgewählt, deren Entstehung bis zu einem gewissen Grad beeinflussbar sind, zum Beispiel durch gesundheitsbewusstes Verhalten. Hiermit erhoffen wir uns, Zielgruppen für Präventionsansätze aufzuzeigen. Und zum Dritten werden Erkrankungen betrachtet, bei denen eine gute Versorgung eine besondere Rolle spielt. Mit diesem Ansatz wollen wir schauen, wo es Verbesserungsbedarf gibt. Einige Erkrankungen vereinen auch alle drei Faktoren (wie z.B. Herzinfarkt).

Es ist gar nicht so einfach, hierfür die entsprechenden Informationen zu erhalten. Denn außer der Erfassung von Krebserkrankungen durch das Bremer Krebsregister oder meldepflichtige Infektionskrankheiten, werden Erkrankungen nicht bevölkerungsbezogen dokumentiert.

Ein Hilfsmittel ist in diesem Fall die Krankenhausstatistik. Hier werden alle Behandlungsanlässe – codiert nach dem Internationalen Schlüssel für Krankheiten (ICD-Schlüssel) - in amtlichen Statistiken zusammengestellt.

Diese Daten sind jedoch immer ein wenig vorsichtig zu interpretieren, wenn man Rückschlüsse auf die Gesundheit in der Bevölkerung ziehen will. Denn die Raten können durch Unterschiede im Einweisungsverhalten der Ärzt/-innen beeinflusst werden wie auch durch Unterschiede in der Codierung der Diagnosen nach dem ICD-Schlüssel. Und vor allem: viele chronische Krankheiten werden nicht im Krankenhaus, sondern ambulant behandelt.

Deshalb haben wir uns entschlossen, die erwachsene Bevölkerung im Land Bremen zu befragen. Hierzu wurden im Frühsommer 2009 insgesamt 5.000 Einwohner/-innen des Landes Bremen angeschrieben mit der Bitte, einen Fragebogen auszufüllen mit Fragen über ihren Gesundheitszustand und zu ihrem Gesundheitsverhalten. Rund 37% haben geantwortet. An dieser Stelle noch einmal ein herzlicher Dank dafür!

Auf die Frage, an welchen chronischen Erkrankungen die Bremer/-innen leiden, nannten die 18 bis 39 Jährigen am häufigsten Allergien. Jeder 6. befragte Mann und jede 5. befragte Frau im jüngeren Erwachsenenalter hat angegeben, an einer Allergie zu leiden. Die Tendenz, an einer Allergie zu erkranken, ist in Deutschland steigend. Wichtig ist hierbei eine frühzeitige Diagnose, um die

allergieauslösenden Faktoren identifizieren und dann eine entsprechende Behandlung einleiten zu können.

Eine weitere, häufige Erkrankungsgruppe im jüngeren Erwachsenenalter sind mit etwa 8% bei den Männern und 10% bei den Frauen Depressionen und/oder Angststörungen. Deren Prävalenz nimmt im mittleren Lebensalter noch zu: 13,5% der befragten Männer und 15,6% der befragten Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren gaben an, an einer Depression und/oder Angststörung zu leiden. Das sind jeder 7. Mann und jede 6. Frau in dieser Altersgruppe. Dies ist nicht bremenspezifisch. Depressionen gelten mittlerweile als Volkskrankheit.

Neben Depressionen und Allergien wurden weitere Erkrankungen im Rahmen der Befragungen genannt. Im mittleren Lebensalter liegen Gelenkverschleiß (Arthrose) sowie entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen und Allergien vorn. Mit zunehmendem Alter steigt die Verbreitung chronischer Erkrankungen. Zwischen 60 und 79 Jahren leiden 39% der Männer und 47% der Frauen an Arthrose und nahezu ebenso viele an Bluthochdruck.

Das Land Bremen hat ein erhebliches Alkoholproblem – vor allem die männlichen Einwohner.

Ein gesundheitliches Problem, das wir nicht über die Bevölkerungsbefragung ermittelt haben, sondern über die Krankenhaus- und andere Statistiken, ist Alkoholmissbrauch.

Im Jahr 2008 sind über 4.100 Einwohner/-innen des Landes Bremen aufgrund von Alkoholmissbrauch in Krankenhäusern behandelt worden. Um diese Zahl einordnen zu können hier ein paar Vergleichszahlen anderer Erkrankungen: Bei Schlaganfall wurden etwa 3.000 Fälle gezählt, bei Herzinfarkt etwa 2.300 Fälle. Zwei Drittel der alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen betrafen Männer – am häufigsten im Alter zwischen 45 und 65 Jahren.

Von den über 4.100 Fällen waren 331 im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter (bis 25 Jahren) – hier am häufigsten mit der Diagnose „Akute Intoxikation“, was gleichbedeutend mit der Folge von „Komasaufen“ oder „Binge drinking“ ist. Auch hier sind es deutlich mehr Männer als Frauen. Am häufigsten betroffen ist die Altersgruppe der 15 bis 20 Jährigen.

Mit diesen Zahlen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich das Land Bremen nicht gravierend vom Bundesdurchschnitt. Im Land Bremen wie auch in Deutschland insgesamt ist eine zunehmende Tendenz von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholmissbrauch zu beobachten – vor allem bei den 15 bis 20 Jährigen.

Aber: Insgesamt liegen die Raten im Land Bremen bei den alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dies liegt vor allem an Männern im mittleren Lebensalter.

Für eine Alkoholproblematik im Land Bremen sprechen nicht nur Krankenhausbehandlungen, sondern auch noch andere Zahlen: Im Land Bremen liegen Raten der vorzeitigen Sterblichkeit (also Todesfälle deutlich unterhalb der Lebenserwartung) insgesamt höher als im Bundesdurchschnitt – vor allem bei den Männern. Wenn man schaut, woran es liegt, sind vor allem „Psychische

und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen“ – in erster Linie Alkohol die Ursache.

Betrachtet man bei den Sterbefällen nicht nur die Ursache „Alkoholmissbrauch“, sondern darüber hinaus damit verbundene Todesursachen wie z.B. die alkoholische Leberkrankheit, liegt das Land Bremen auch hier über dem Bundesdurchschnitt. Im Ländervergleich weist Bremen in 2008 nach Mecklenburg-Vorpommern bundesweit die zweihöchsten Sterberaten durch alkoholbedingte Erkrankungen auf – bei Männern wie auch bei Frauen.

Zu bedenken ist, dass Alkoholabhängigkeit häufig nicht allein auftritt, sondern mit anderen somatischen Erkrankungen, die auf den ersten Blick keine unmittelbare Verbindung zur Alkoholsucht ergeben und daher auch nicht zu den alkoholbedingten Erkrankungen zählen. Dies trifft z.B. auf Tuberkulose zu. Tuberkulose tritt zahlenmäßig im Land Bremen sehr selten auf (45 Fälle in 2008). Problematisch ist jedoch, dass sich Tuberkulose in Deutschland zu einer Krankheit sozial randständiger Milieus entwickelt. Jeder dritte TBC-Patient im Land Bremen hat ein Suchtproblem, in aller Regel mit Alkohol. Während der Therapie bereiten diese Patienten oft massive Schwierigkeiten und binden erhebliche Personalkapazitäten, da sie keine Krankheitseinsicht (Compliance) haben.

Infektionskrankheiten – noch immer ein Thema

Durch Schutzimpfungen und eine verbesserte Hygiene sind viele Infektionskrankheiten in Deutschland stark zurückgegangen. Auch wenn sie zahlenmäßig gering sind, haben Präventionsmaßnahmen nichts an Aktualität verloren. Dies zeigt sich am Beispiel von AIDS:

Ende 2009 lebten ca. 67.000 Menschen mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung in Deutschland, davon ca. 1.200 im Land Bremen. Von den Betroffenen sind ca. zwei Drittel Männer, die Sex mit Männern haben. Das letzte Drittel verteilt sich ungefähr gleich auf Personen, die sich durch heterosexuelle Kontakte infiziert haben, auf Menschen, die aus Ländern kommen, in denen HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen weit verbreitet sind, und auf intravenös Drogenabhängige.

Bundesweit steigt die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen seit 2001 kontinuierlich an. Im Land Bremen bewegt sich die Zahl der jährlich neu diagnostizierten HIV-Infektionen jedoch auf einem relativ niedrigen Niveau (in 2009 waren es 21 HIV-Infektionen bei Männern und 8 bei Frauen).

Um auch zukünftig die HIV-Infektionen auf einem niedrigen Niveau zu halten – mit dem grundsätzlichen Ziel, Neuinfektionen zu verringern – muss die bestehende Präventions- und Versorgungsstruktur aufrechterhalten werden.

Herz-Kreislaufkrankungen – häufig, aber gut versorgt

Herz-Kreislaufkrankungen sind bei den Männern die häufigsten Anlässe für Krankenhausaufenthalte im Land Bremen. Hier sind es vor allem ischämische Herzkrankheiten – also jene Erkrankungen, die mit einer mangelhaften Durchblutung zu tun haben. Bedeutendste einzelne Erkrankung ist der Herzinfarkt.

Im Lauf der letzten Jahre haben die Krankenhausbehandlungen aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen im Land Bremen abgenommen. Dies gilt jedoch nicht für den Herzinfarkt; dessen Raten sind gestiegen. Inwieweit dies auf eine Erhöhung der Krankheitsrate schließen lässt oder ob hier eine Verbesserung der Versorgung (schnellere Einlieferung in ein Krankenhaus) die Ursache ist, lässt sich anhand dieser Zahlen nicht belegen.

Zu beobachten ist im Land Bremen aber auch, dass die Sterberaten an Herzinfarkt bei Männern und bei Frauen seit 2002 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Etwa zu diesem Zeitpunkt gab es auch Änderungen in der Versorgung von Infarktpatient/-innen im Land Bremen, die die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Kooperation dann letztlich 2005 mit den Krankenhäusern Bremens, Feuerwehr und Rettungsdiensten, der Kasernenärztlichen Vereinigung und dem Ärztlichen Notfalldienst vereinbart hat. Auch wenn ein kausaler Zusammenhang anhand dieser Daten nicht festgestellt werden kann, weisen die Daten jedoch auf eine gute Herzinfarktversorgung im Land Bremen hin.

Krebserkrankungen

Häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist Brustkrebs. Jährlich erkranken etwa 530 Frauen im Land Bremen neu an Brustkrebs. Damit liegt Bremen über der für Deutschland insgesamt geschätzten Rate; diese ist aber seit 2002/2003 rückläufig.

Eine plausible Erklärung für diese Entwicklung ist das im Land Bremen im Jahr 2001 als Modellprojekt gestartete Mammographiescreening. Dabei werden Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer kostenfreien Mammografie eingeladen. Durch ein solches Screening erhöht sich typischerweise die Neuerkrankungsrate (Inzidenz): Da mehr Tumoren in einem früheren Stadium entdeckt werden, steigt die Rate durch die Vorverlegung der Diagnose zunächst an und nimmt in den nachfolgenden Jahren wieder ab.

Der Rückgang der Neuerkrankungsrate wird aber auch mit dem seit dem Jahr 2002 zu verzeichnenden Rückgang der Verordnungszahlen von Hormontherapien in und nach den Wechseljahren in Verbindung gebracht. In verschiedenen Studien war das Risiko einer Brustkrebsdiagnose unter einer solchen Therapie erhöht.

Die Sterblichkeit an Brustkrebs im Land Bremen ist vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt. Mit dem Mammografie-Screening, fünf Brustzentren und zahlreichen Beratungs- und Selbsthilfeangeboten weist das Land Bremen eine gute Versorgungsstruktur auf.

Die häufigste zum Tode führende Krebserkrankung bei Männern ist Lungenkrebs. Hier sieht die Situation für das Land Bremen nicht günstig aus.

Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt sind die Neuerkrankungsraten im Land Bremen bei Männern und Frauen erhöht. Jedes Jahr erkranken etwa 340 Männer und 165 Frauen im Land Bremen neu an Lungenkrebs. Die Heilungschancen sind gering. Bezogen auf die Gesamt-Bevölkerung liegt die Wahrscheinlichkeit, noch 5 Jahre nach der Diagnose zu leben, bei 17%.

Während in Deutschland bei den Männern die Neuerkrankungen und die Sterbefälle an Lungenkrebs in den letzten Jahren zurückgegangen sind, hat die Rate der Neuerkrankungen im Land Bremen weiter zugenommen. Neben dem Rauchen könnten auch frühere Schadstoffbelastungen eine Rolle spielen. Hier ist in erster Linie an eine Exposition mit Asbest zu denken, das bis in die 1970er Jahre ohne Sicherheitsmaßnahmen in den Häfen im Land Bremen angelandet wurde. Dies zeigt sich auch in einer im Vergleich zu anderen Bundesländern hohen Anzahl von Pleuramesotheliomen in der Bremer Bevölkerung. Dieser Tumorart liegt in den meisten Fällen eine Asbestexposition zugrunde.

Bei den Frauen ist der Trend im Land Bremen wie auch im Bund steigend – was die Sterblichkeit an Lungenkrebs betrifft wie auch die Neuerkrankungsrate.

Der bekannteste Risikofaktor: Rauchen

Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist das Rauchen – und im Land Bremen wird viel geraucht: Etwa ein Drittel der Bremer Männer greifen zur Zigarette, bei den Frauen ist es etwa ein Viertel. Während Männer am häufigsten im mittleren Alter rauchen, sind es bei den Frauen eher die Jüngeren.

Zum Schutz der Nichtraucher/-innen ist im Jahr 2007 das Bremer Nichtraucherschutzgesetz in Kraft getreten. Wie der Name schon sagt, verfolgt das Gesetz primär den verstärkten Schutz von Nichtraucher/-innen durch Rauchverbote in vielen Einrichtungen. Erhofft hat man sich aber auch, dass durch die Einschränkung des Rauchens im öffentlichen Raum die Zahl der Raucher/-innen abnimmt.

Wir haben die Bevölkerung des Landes Bremen im Frühsommer 2009 zum Rauchverhalten befragt, das heißt knapp 1½ Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes und knapp ein Jahr nach dem Zeitpunkt, ab dem Rauchen in Gaststätten als Ordnungswidrigkeit geahndet werden kann.

Bisheriges Fazit: Die erhobenen Daten lassen noch keinen grundlegenden Wandel des Rauchverhaltens der Bremer Bevölkerung erkennen. Weder hat die Zahl derjenigen Menschen, die mit dem Rauchen aufgehört haben, deutlich zugenommen, noch haben sich die Raucherraten signifikant verändert.

Aber auch wenn es die Daten noch nicht erkennen lassen: Es ist durch zahlreiche Studien belegt, dass die Schaffung rauchfreier Arbeitsplätze und rauchfreier öffentlicher Einrichtungen letztlich zu einer Verringerung der Raucherquote und des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten führt. Dass Rauchverbote sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, haben ebenfalls Studien gezeigt: Eine Meta-Analyse ergab, dass sich nach Einführung von Rauchverboten die Herzinfarkt-Rate deutlich verringert hat.⁷

Rauchen ist eng verknüpft mit der sozialen Lage. Menschen mit niedrigem sozialen Status rauchen häufiger als Menschen mit hohem sozialen Status. Für das Land Bremen hat das Bremer Krebsregister dies eindrucksvoll belegt: Die Neuerkrankungs- und Sterberaten an Tabak-assoziierten Krebserkrankungen wie z.B. Lungenkrebs oder Speiseröhrenkrebs liegen bei Männern in sozial benachteiligten Regionen um bis zu 70% über den Raten in den privilegierten Regionen.

⁷ Meyers D.G. et al. (2009): Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places A Systematic Review and Meta-Analysis, J Am Coll Cardiol, 2009; 54:1249-1255

Übergewicht

Neben Rauchen ist Übergewicht ein weiterer wichtiger Risikofaktor für viele Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkt oder Typ 2 Diabetes. Aber auch Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck sind als Folge- und Begleiterkrankungen von Übergewicht bekannt. Dagegen ist Adipositas (Fettsucht) eine ernst zu nehmende Erkrankung, die als eine ausgeprägte Form des Übergewichts zu Tage tritt.

Die Weichen für Übergewicht werden häufig bereits im Kindesalter gestellt. Im Land Bremen war im Einschulungsjahr 2008 jedes 8. Kind im Alter zwischen 5 und 7 Jahren übergewichtig – davon die Hälfte fettleibig (adipös). Grundlage dieser Bewertung ist der sog. Body-Mass-Index (BMI). Diese Werte haben sich in den letzten Jahren kaum verändert. Wenn man jedoch weiter differenziert nach sozialer Lage, so ist zu beobachten, dass insbesondere bei Schüler/-innen aus sozial benachteiligten Wohnregionen der Anteil Übergewichtiger in den vergangenen 10 Jahren angestiegen ist.

Bedenklich ist weiter, dass sich der Anteil übergewichtiger Schüler/-innen am Ende der Grundschulzeit verdoppelt hat.

Um einen Überblick zu bekommen, wie viele erwachsene Menschen im Land Bremen übergewichtig oder adipös sind, haben wir in unserer Bevölkerungsbefragung nach dem Körpergewicht und der Körpergröße gefragt. Aus diesen Komponenten wird der Body-Mass-Index berechnet. Uns ist bewusst, dass der Body-Mass-Index bei Erwachsenen nicht unumstritten ist. So wird – anders als bei Kindern - weder das Alter noch das Geschlecht berücksichtigt. Auch wird die Verteilung der Fettpolster nicht beachtet und nicht differenziert, ob das erhöhte Körpergewicht auf Muskelmasse (Sportler) oder Fettgewebe zurückzuführen ist. Dennoch gilt der BMI als das allgemein verwendete Instrument zur Einteilung des Körpergewichts.

Danach ist mehr als jeder zweite Mann im Land Bremen übergewichtig oder adipös: 44% der befragten Männer wiesen Übergewicht auf, 14% Adipositas. Das heißt: Jeder 7. Mann im Land Bremen leidet an Fettleibigkeit.

Frauen sind bedeutend weniger von Übergewicht betroffen als Männer. In der Umfrage in 2009 wurden für 27% der Bremer Frauen Übergewicht und für 13% Adipositas berechnet. Da Frauen etwa zu einem gleichen Anteil wie die Männer Adipositas aufweisen, kann auch für Frauen hier keine Entwarnung gegeben werden. Ebenso wie bei den Männern treten Übergewicht und Adipositas gehäuft bei älteren Frauen ab 60 Jahren auf.

Mit Übergewicht und Adipositas geht häufig auch ein Mangel an körperlicher Bewegung einher. Dies kann die Entstehung von beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ 2- Diabetes oder Darmkrebs begünstigen. Mehr als jeder dritte Bremer bzw. jede dritte Bremerin gaben an, sehr aktiv zu sein. Dagegen stehen die „Bewegungsmuffel“ mit 31% bei den Männern und 28% bei den Frauen. Besonders aktiv scheinen die Älteren über 60 Jahren zu sein. Diese Daten sollten jedoch vorsichtig interpretiert werden: Wir haben zwar Dauer und Häufigkeit der körperlichen Bewegung erfragt, aber nicht, worum es sich genau handelt, so dass die empfundene Intensität je nach Alter sehr unterschiedlich sein kann.

Bei den genannten Risikofaktoren kann eine gute gesundheitliche Lage durch gesundheitsförderliches Verhalten ein ganzes Stück mitbestimmt werden. Ausnahmen gibt es zwar immer – so dass z.B. auch starke Raucher/-innen sehr lange leben oder in Einzelfällen Nichtraucher/-innen an Lungenkrebs sterben können, aber insgesamt betrachtet ist ein langes Leben in guter Gesundheit wahrscheinlicher, wenn die Risikofaktoren möglichst minimiert werden.

Die Minimierung von Risikofaktoren zählt zur primären Prävention. Dabei soll die Entstehung von Krankheiten durch gesundheitsbewusstes Verhalten möglichst vermieden werden. Eine weitere Maßnahme der primären Prävention ist das Impfen.

Teilnahme an Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Viele früher gefürchtete Infektionskrankheiten sind heute durch Schutzimpfungen stark zurückgedrängt worden bzw. ganz verschwunden. Dies sind zumeist durch Viren übertragene Krankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Polio und Hepatitis B, aber auch bakterielle Infektionen wie Tetanus oder Diphtherie. Schutzimpfungen sind Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, bei denen nicht nur ein individueller, sondern auch ein bevölkerungsmedizinischer Aspekt besteht. Es gibt in Deutschland keine Impfpflicht. Informationen über den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung erhält man über Bevölkerungsbefragungen und über die Schuleingangsuntersuchungen.

Im Bundesland Bremen sind die Impfquoten bei Schulanfänger/-innen mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar hoch gegen die Erkrankungen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten) und Polio. Sie liegen zumeist über dem erforderlichen Durchimpfungsgrad von 85 – 95 % für einen kollektiven Schutz der Bevölkerung. Die Impfquoten gegen Hepatitis B, 1. Masernimpfung und Rötelnimpfung entsprechen ebenfalls dem bundesdeutschen Trend. Allerdings wird die bundesdeutsche Impfquote der 2. Masernimpfung im Land Bremen nicht erreicht.

Auch hier macht sich der Einfluss der sozialen Lage deutlich: Eltern aus sozial benachteiligten Wohnregionen legten bei den Schuleingangsuntersuchungen die Impfpässe sowohl in der Stadtgemeinde Bremen als auch in Bremerhaven seltener vor als Eltern aus privilegierten Wohnregionen. Allerdings ist es in Bremerhaven als Erfolg zu werten, dass angesichts der dortigen schwierigen sozialen Lage so viele Eltern bei den Schuleingangsuntersuchungen Impfpass vorgelegt haben. Durchweg liegen die Impfquoten in Bremerhaven höher als in der Stadtgemeinde Bremen.

Inanspruchnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Die zweite oder auch sekundäre Form der Prävention ist die Früherkennung. Deren Ziel ist, Krankheiten früh zu erkennen, um möglichst frühzeitig zu behandeln und das Ausmaß der Erkrankung dann hoffentlich einschränken zu können.

Die Gesetzlichen Krankenkassen bieten für Versicherte eine Reihe von Untersuchungen an: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheits-Check-ups sowie Zahnvorsorgeuntersuchungen.

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden von den Gesetzlichen Krankenkassen zweimal jährlich finanziert. Eine regelmäßige Teilnahme einmal pro Jahr berechtigt zu geringeren Zuzahlungen bei notwendigem Zahnersatz (Bonus-Heft).

Die Zahnvorsorgeuntersuchungen werden von den Versicherten am besten angenommen. 78% der Frauen und 63% der Männer im Land Bremen nehmen nach eigener Aussage regelmäßig an Zahnvorsorgeuntersuchungen teil. Bei der Interpretation sollte man jedoch berücksichtigen, dass hier womöglich auch entsprechend der sozialen Erwünschtheit geantwortet wurde, so dass die realen Raten vielleicht etwas niedriger liegen. Vor diesem Hintergrund stimmt es bedenklich, dass knapp ein Drittel der Bremer Männer angaben, unregelmäßig oder gar nicht an der Zahnvorsorge teilzunehmen. Bei den jungen Männern bis 39 Jahren hat lediglich jeder zweite regelmäßig die Zahnvorsorge in Anspruch genommen.

Je nach Alter und Geschlecht werden unterschiedliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen angeboten. An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nehmen insgesamt 49% der anspruchsberechtigten Männer und 71% der anspruchsberechtigten Frauen nach eigener Auskunft teil. Bei Männern erhöhen sich die Raten mit zunehmendem Alter. Dies liegt vermutlich daran, dass mit steigendem Alter häufiger gesundheitliche Probleme auftreten, die einen Arztbesuch erfordern – und in diesem Rahmen wird dann auch über eine anstehende Krebsfrüherkennungsuntersuchung informiert bzw. eine Überweisung ausgestellt oder die Untersuchung gleich vorgenommen. Bei den Frauen ist dies anders. Sie nehmen am häufigsten im mittleren Alter teil. Bei den älteren Frauen sinkt die Teilnahme wieder. Dies ist nicht bremenspezifisch, sondern wurde auch in anderen Untersuchungen beobachtet.

Männergesundheit - Frauengesundheit

Bei den Analysen und Recherchen haben wir an verschiedenen Punkten deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachtet, z.B. bei der

- **vorzeitigen Sterblichkeit:** Männer sterben häufiger vorzeitig, d.h. unter 65 Jahren als Frauen. Dies ist keine Bremer Besonderheit, sondern bundesweit zu beobachten. Die größten Unterschiede gibt es bei den Herz-Kreislauferkrankungen. Hier sterben nahezu dreimal mehr Männer vorzeitig als Frauen.
- **Sterblichkeit an Herzinfarkt:** Frauen sterben zwar insgesamt weniger an einem Herzinfarkt als Männer, aber: Wenn Frauen einen Herzinfarkt erleiden, ist das Risiko für sie größer, daran zu versterben. Hierzu werden verschiedene Ursachen diskutiert: Frauen werden später in ein Krankenhaus eingeliefert. Dies hängt damit zusammen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern häufig unspezifische Symptome haben, die eine schnelle eindeutige Diagnose erschweren und dass viele Frauen in dem für sie riskanten Alter allein leben und niemanden haben, der sich um sie kümmert. Bei jeder zweiten Frau ist zum Zeitpunkt des Herzinfarktes keiner da, der ärztliche Hilfe holen könnte. Des Weiteren wird

bei Frauen ein schlechterer klinischer Zustand zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme beobachtet. Dieser ist bedingt durch schwerwiegendere Begleiterkrankungen: mehr Frauen haben Bluthochdruck, eine Fettstoffwechselerkrankung oder Diabetes mellitus – was damit zusammenhängen kann, dass Frauen häufiger ein höheres Lebensalter zum Infarktzeitpunkt haben als Männer. Und schließlich belegen Studien eine schlechtere Behandlung von Frauen.

- **Diagnose von Depressionen:** Frauen haben gegenüber Männern ein 2- bis 2,5-faches Risiko, die Diagnose Depression zu erhalten. Diskutiert wird, ob Frauen tatsächlich häufiger erkranken, oder ob sie lediglich häufiger die Diagnose „Depression“ erhalten. Es spricht einiges dafür, dass auch Männer nicht selten an Depressionen leiden: Männer mit Depressionsdiagnose sind z.B. deutlich häufiger arbeitsunfähig als Frauen mit dieser Diagnose. In höherem Alter weisen Männer im Vergleich zu älteren Frauen eine höhere Suizidrate auf. Man geht davon aus, dass einer von 7 schwer depressiven Menschen an Suizid ver stirbt.
- **Inanspruchnahme an Früherkennungsuntersuchungen:** Was seit langem bekannt ist und bundesweit beobachtet wird, spiegelt sich auch in unseren Zahlen wieder: Männer nehmen weniger an Früherkennungsuntersuchungen teil als Frauen. Über die Gründe der unterschiedlichen Teilnahme von Frauen und Männern gibt es verschiedene Diskussionsansätze. Zum einen gibt es für Frauen mehr Möglichkeiten, an z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen. Zum anderen haben insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter häufiger Kontakt zur Gynäkologin, die dann die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen gleich mit durchführen könnte. Damit verbunden ist, dass Frauen bereits in jungen Jahren dahingehend sozialisiert sind, eine Ärztin auch ohne Beschwerden aufzusuchen, was bei Männern in dieser Weise nicht der Fall ist. Ein weiterer Ansatzpunkt ist das jeweilige Rollenverständnis: Zum Arzt gehen, wenn man nicht krank ist, passt für viele Männer nicht ins Rollenbild. Andererseits scheinen Männer auch weniger informiert zu sein, was die Angebote anbelangt. So zeigt eine Befragung in Nordrhein-Westfalen, dass mehr als ein Viertel der befragten Männer weder die Krebsfrüherkennung noch den Gesundheits-Check Up kannte, während es bei den Frauen lediglich 11% waren.

Diese Beispiele zeigen, dass bei allen gesundheitsbezogenen Projekten und Maßnahmen stets die unterschiedliche Betroffenheit von Männern und Frauen berücksichtigt werden muss. Das Wortungetüm „Gender mainstreaming“ hat vielleicht den Beigeschmack eines theoretischen, praxisfernen Konstrukts, kann aber – wenn es im Gesundheitsbereich konsequent umgesetzt wird, dazu beitragen, dass Männer und Frauen besser versorgt werden.

Und wie gesund sind nun die Bremerinnen und Bremen?

Mit den vorliegenden Informationen ergibt sich ein Mosaik über die gesundheitliche Lage der Menschen in Bremen – woran sie erkranken, woran sie sterben und inwieweit sie sich gesundheitsfördernd verhalten.

Wenn man die Einwohner/-innen des Landes Bremen fragt „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“- so haben etwa ein Viertel mit „ausgezeichnet oder sehr gut“ geantwortet. Ein weiteres Viertel gibt

einen weniger guten bzw. schlechten Gesundheitszustand an und die Hälfte der Bevölkerung bewertet ihren Gesundheitszustand als gut.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind über alle Altersgruppen hinweg betrachtet geringfügig. Mit zunehmendem Alter wird – wenig überraschend - der eigene Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt. Und auch hier bestätigt sich wieder einmal der Einfluss der sozialen Lage: Der Gesundheitszustand wird umso besser beurteilt, je höher die soziale Lage ist.

Was zeigen uns diese Zahlen? Insgesamt geht es den Bremer/-innen gesundheitlich ganz gut – aber es gibt auch eine ganze Reihe von Problemen, die wir bewältigen müssen – wie z.B. das schlechte Abschneiden bei Lungenkrebs oder Alkoholmissbrauch.

Zentraler Faktor bei vielen gesundheitlichen Problemen ist die soziale Lage. Will man die gesundheitliche Lage im Land Bremen verbessern, muss man vor allem an dieser Stellschraube drehen.

Wer sich ausführlicher informieren möchte, findet im Internet folgende Möglichkeiten

- ▶ **„Landesgesundheitsbericht Bremen 2010 – Langfassung“**. Darin sind alle hier erläuterten Themen ausführlich und mit Daten hinterlegt dargestellt. Der Bericht wurde herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter www.soziales.bremen.de.
- ▶ **„Depressionen - Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit“**, herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter www.soziales.bremen.de
- ▶ Krebserkrankungen im Land Bremen. Auf den Internetseiten des **Bremer Krebsregisters** sind Informationen, Publikationen sowie eine Datenbank für eigene Recherchen zu finden.
- ▶ **„Armuts- und Reichtumsbericht für das Land Bremen“**, herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter www.soziales.bremen.de
- ▶ **„Altenplan der Stadtgemeinde Bremen“**, herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter www.soziales.bremen.de
- ▶ Wer sich über **weitere gesundheitliche Themen** informieren möchte, schaue sich bitte im Internet vielfältigen die Publikationen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sowie der Gesundheitsämter Bremen (www.gesundheitsamt.bremen.de) und Bremerhaven (www.bremerhaven.de) an.

Literatur:

Bremer Krebsregister (2008): Krebserkrankungen im Land Bremen 2000-2005, im Internet: <http://www.krebsregister.bremen.de/berichte.php>

Bundesagentur für Arbeit (2009): Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Report für Kreise und kreisfreie Städte – Bremen, Tabelle 1.1, im Internet: <http://www.pub.arbeitsamt.de>

Bundeszentrale für politische Bildung (2008): Datenreport 2008 – ein Sozialbericht für Deutschland, S. 245, Bonn,

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2005): Herzinfarkt: Frauen-Sterblichkeit um ein Drittel höher, im Internet: www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/97325/

Deutsches Krebsforschungszentrum (2009): Tabakatlas 2009, Heidelberg, im Internet: www.dkfz.de

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg

Horstkotte E., Zimmermann E. (2009): Spieglein, Spieglein an der Wand ... Körperselbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen. Bremen: Gesundheitsamt Bremen (Hg.)

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (2003): IAB-Kurzbericht, Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe Nr. 4, 21.03.2003, im Internet: <http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb0403.pdf>

Jahn I. et al. (2005): Rauchen – Gewicht – Bewegung – Früherkennung. Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen: Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage Gesundheit, im Internet: <http://www.soziales.bremen.de>

Krönauer-Ratai A. (2003): Kindergesundheit in Lehe. Im Fokus: 4 Kindertagesstätten. Seestadt Bremerhaven: Gesundheitsamt (Hg).

LÖGD (2005): Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe, im Internet: <http://www.loegd.nrw.de>

Mackenbach J.P., Bos V., Andersen O. et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Intern J of Epidemiology 32, S. 830 - 837 in: Statistisches Bundesamt, Gesundheit in Deutschland 2006

Meyers D.G. et al. (2009): Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places, A Systematic Review and Meta-Analysis, J Am Coll Cardiol, 2009; 54:1249-1255

Robert Koch Institut (2008): Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin, S. 46

Robert Koch-Institut (2009): Epidemiologisches Bulletin Nr. 16, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg.)(2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, verschiedene Jahrgänge, Berlin

Rose U., Jacobi F. (2006): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen, Arbeits-med. Sozialmed. Umweltmed. 41, 12, S. 556-564

Scheffer S. et al. (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht, Gesundheitswesen, 68, S. 139–146

Schneider S. (2008): Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität, ÖZS 1/2008, S. 43-66

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz, Dokumentation Nr. 188: Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 1999-2008, im Internet: <http://www.kmk.org/statistik/schule/statistiken/schueler-klassen-lehrer-und-absolventen-der-schulen.html>

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2004). Befragung Gesundheit! Bremen – eigene Berechnungen.

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008): Informationen zum Arbeitsmarkt des Landes Bremen - Dezember 2008

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Benachteiligungsindex der Ortsteile

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2009): Bremisches Nichtraucherschutzgesetz (BremNiSchG), im Internet: www.soziales.bremen.de

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales; Informationen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGBII im Land Bremen, im Internet: <http://www.soziales.bremen.de>

Statistisches Bundesamt (2009): Bildungsstand der Bevölkerung – Ausgabe 2009, Wiesbaden, im Internet: www.destatis.de.

Statistisches Bundesamt (2010): Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Datenbank, im Internet: www.gbe-bund.de

Statistisches Landesamt Bremen (2010): Gesundheitsberichterstattung der Länder, im Internet: <http://www.statistik-bremen.de/Gesundheitsberichterstattung/index.html>

Statistisches Landesamt Bremen (2010): Datenbank „Bremen kleinräumig“, im Internet: www.statistik.bremen.de

Statistisches Landesamt Bremen (2010): Datenbank „Infosystem Bremen“, im Internet: www.statistik.bremen.de

Tempel G. (2008): Tuberkulose in der Stadt Bremen. Über neue Entwicklungen eines fast vergessenen Risikos. Gesundheitsamt Bremen. Bremen

VDBW (2008): Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche. Im Internet: www.arbeit-und-gesundheit.de/webcom/show_article.php/_c-501/_nr-12/_p-1/i.html

Waldecker (2002): Der Akute Herzinfarkt bei Frauen, Spiegel der Forschung, 19. Jahrgang/Nr. 2, Dezember 2002

Impressum:

Herausgeber/Bezug: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SfAFGJS)

Abteilung Gesundheitswesen

Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe

Bahnhofsplatz 29

28195 Bremen

Redaktion: Antje Post, Silke Stroth

Mitautor/-innen: Janine Pfuhl (SfAFGJS), Mareike Rickens (Praktikantin bei SfAFGJS), Dr. Günter Tempel (Gesundheitsamt Bremen), Felicitas Jung (Gesundheitsamt Bremen), Dr. Werner Wunderle (Gesundheitsamt Bremen), Dr. Eberhard Zimmermann (Gesundheitsamt Bremen), Dr. Elisabeth Horstkotte (Gesundheitsamt Bremen), Dr. Angela Krönauer-Ratai (Gesundheitsamt Bremerhaven)

Die Rücklaufdokumentation und die EDV-Erfassung der Fragebögen der Bevölkerungsumfrage 2009 sowie die statistische Analyse wurde vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin durchgeführt: Dr. Ingeborg Jahn, Dr. Hermann Pohlabein, Carola Lehmann, Beate Franke, Ines Pelz, Ina Alvarez.

Tel.: 0421/361 –9559

Email: antje.post@gesundheit.bremen.de

Bremen, 2010