

Landesgesundheitsbericht Bremen 2010

Langfassung

Impressum:

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

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. Günther Tempel (Gesundheitsamt Bremen), Felicitas Jung (Ge-
sundheitsamt Bremen), Dr. Werner Wunderle (Gesundheitsamt Bremen), Dr.
Eberhard Zimmermann (Gesundheitsamt Bremen), Dr. Elisabeth Horstkotte
(Gesundheitsamt Bremen), Dr. Angela Krönauer Ratai (Gesundheitsamt Bre-
merhaven)

Die Rücklaufdokumentation und die EDV-Erfassung der Fragebögen der Be-
völkerungsumfrage sowie die statistische Analyse wurde vom Bremer Insti-
tut 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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Bevölkerung des Landes Bremen - Demografie.....	5
Soziale Lage und Gesundheit.....	14
Bildung.....	17
Bezieher/-innen von Transferleistungen.....	19
Arbeitslosigkeit.....	23
Lebenserwartung.....	27
Sterblichkeit und Todesursachen.....	33
Vorzeitige Sterblichkeit.....	33
Vorzeitige Sterblichkeit bei Migranten und Deutschen.....	34
Vorzeitige Sterblichkeit und Soziale Lage.....	35
Vermeidbare Sterblichkeit.....	36
Ausgewählte Todesursachen.....	38
Herzinfarkt.....	38
Brustkrebs.....	41
Lungenkrebs.....	44
Alkoholbedingte Krankheiten.....	46
Unfälle.....	49
Suizid.....	51
Gesundheit von Kindern.....	54
Säuglingssterblichkeit.....	54
Krankenhausbehandlungen.....	57
Übergewicht.....	59
Impfstatus.....	64
Verkehrsunfälle.....	70
Gesundheit von Erwachsenen.....	73
Subjektiver Gesundheitszustand.....	74
Krankenhausbehandlungen.....	76
Infektionskrankheiten.....	79
Tuberkulose (TBC).....	79
HIV und AIDS.....	81
Hepatitis.....	84
Verbreitung chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung.....	87
Rauchen.....	91
Übergewicht und Adipositas.....	95
Mangel an körperlicher Bewegung.....	99
Früherkennung.....	103
Krebsfrüherkennung.....	103
Gesundheits-Check-up.....	106
Zahnvorsorge.....	108
Anhang.....	110
Glossar:.....	110

Literatur	115
-----------------	-----

Einleitung

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, damit Verbesserungen eintreten?

Um diese Fragen beantworten zu können, haben wir ausgiebig recherchiert und eine Fülle von Daten zusammengestellt, aufbereitet und bewertet und den vorliegenden Bericht geschrieben. Dieser Bericht soll Politiker/-innen und Verwaltungsleute ebenso informieren wie die Bürger/-innen und Wissenschaftler/-innen.

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

Bevölkerung des Landes Bremen - Demografie

Verantwortlich: Antje Post

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung einer Bevölkerung hängen stark von deren Zusammensetzung ab. So sind beispielsweise ältere Menschen in der Regel von anderen gesundheitlichen Risiken betroffen und leiden an anderen Erkrankungen als Jüngere. Auch Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Krankheitsspektrums. Und Menschen mit Migrationshintergrund können andere Gesundheitsrisiken haben als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Wenn sich die Zusammensetzung und der Umfang der Bevölkerung ändert, beeinflusst dies sowohl die Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung als auch das (potentielle Angebot) an Gesundheitsleistungen. Es ist daher wichtig, nicht nur die aktuelle Situation zu kennen, sondern zukünftige Entwicklungen einzubeziehen (Bevölkerungsprognosen).

Demografische Prognosen über gesundheitspolitisch bedeutsame Entwicklungen bieten eine Entscheidungsgrundlage, damit Problemen bzw. Engpässen frühzeitig entgegengewirkt werden kann.¹Angaben über demografische Entwicklungen bilden daher die Basis der Gesundheitsberichterstattung.

Wie die demografische Lage im Land Bremen und seinen beiden Städten aussieht und welche Veränderungen zu erwarten sind, ist im folgenden Abschnitt nachzulesen.

Was wissen wir darüber?

Im Land Bremen leben knapp 662.000 Menschen, davon etwa 114.500 in der Stadt Bremerhaven. Frauen sind mit 51,4% gegenüber den Männern (48,6%) leicht in der Überzahl.

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, im Internet <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>

Tabelle 1: Bevölkerung des Landes Bremen²

	männlich	weiblich	Gesamt
Land Bremen	321.814	340.052	661.866
Stadt Bremen	265.099	282.261	547.360
Stadt Bremerhaven	56.715	57.791	114.506

Die Altersverteilung im Land Bremen zeigt das auch für Deutschland insgesamt typische Muster mit einer stark vertretenen Altersgruppe der 40-45 Jährigen. Dies ist die Generation der geburtenstarken Jahrgänge, die in den 60er Jahre geboren sind („Babyboomer“). Des Weiteren gibt es einen starken Frauenüberhang in den hohen Altersgruppen, bedingt durch die Verluste unter der männlichen Bevölkerung im 2. Weltkrieg. Der „Sockel“ hingegen wird immer schmäler und ist durch den Rückgang von Geburten bedingt.

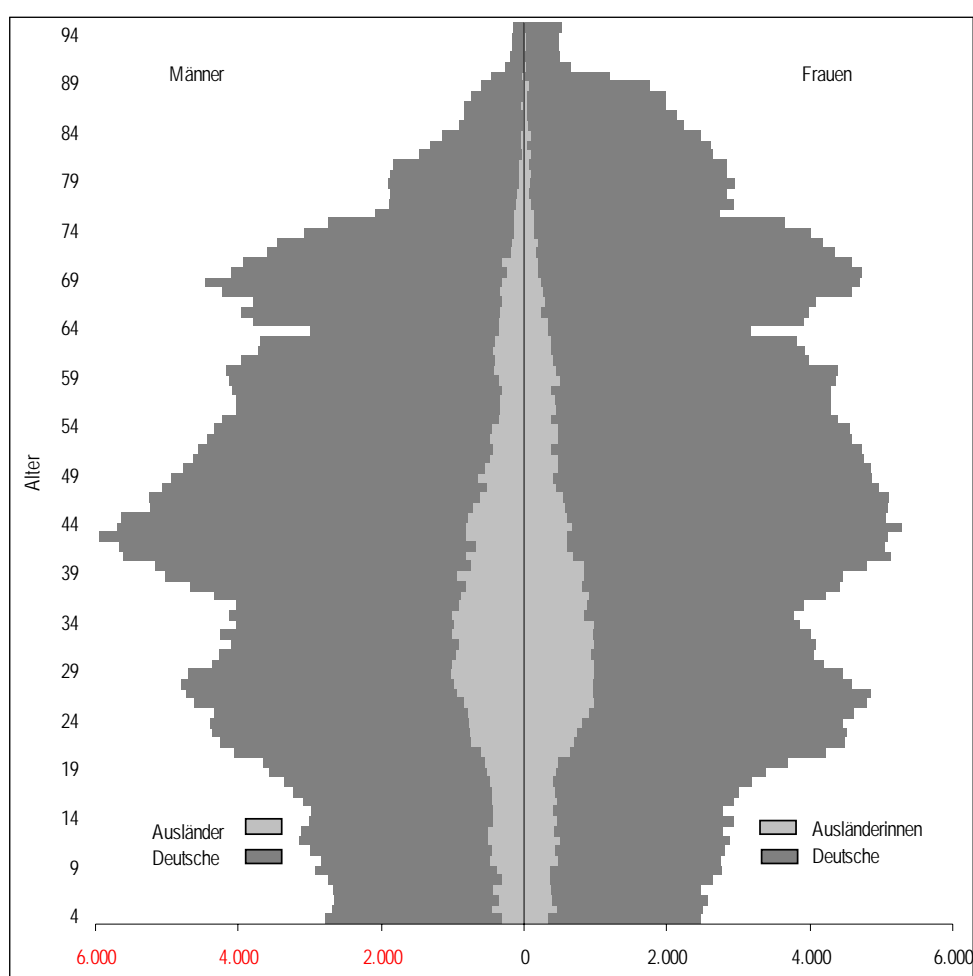


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide Land Bremen 2008³

Bei der Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist – in Bremen wie in Deutschland - die Altersgruppe der 30-35 Jährigen mit 11% am stärksten besetzt.

² Statistisches Landesamt Bremen, Infosystem Bremen, im Internet: <http://www.statistik.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen65.c.4983.de>

³ Statistisches Landesamt Bremen, Infosystem Bremen, im Internet: <http://www.statistik.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen65.c.4983.de>

Bezogen auf gesundheitliche Belange reicht die Information über die Staatsangehörigkeit allein nicht aus – wichtiger ist es, zu wissen, wie lange jemand in Bremen lebt und mit dem hiesigen Gesundheitssystem vertraut ist. So haben beispielsweise Aussiedler zwar die deutsche Staatsangehörigkeit, kennen aber unter Umständen das deutsche Gesundheitssystem und seine Möglichkeiten weniger gut als ein Angehöriger ausländischer Staatsangehörigkeit, der schon sehr lange hier lebt.

Um diese Aspekte einzubeziehen, wurde die Gruppe der „Menschen mit Migrationshintergrund“ gebildet.⁴ Hierzu zählen:

- Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit,
- Aussiedler (einschließlich deutsche Kinder unter 18 Jahren, die selbst keine Aussiedler sind, jedoch beide Eltern Deutsche und mindestens ein Elternteil Aussiedler ist) und
- Eingebürgerte (einschließlich deutsche Kinder unter 18 Jahren, die selbst nicht eingebürgert wurden, jedoch mindestens ein Elternteil Ausländer oder Eingebürgerter ist).

Differenzierte Daten zum Migrationshintergrund liegen leider nur für die Stadt Bremen, nicht aber für die Stadt Bremerhaven vor.⁵ In der Stadt Bremen leben etwa 162.000 Menschen mit Migrationshintergrund – das sind etwa 30%.

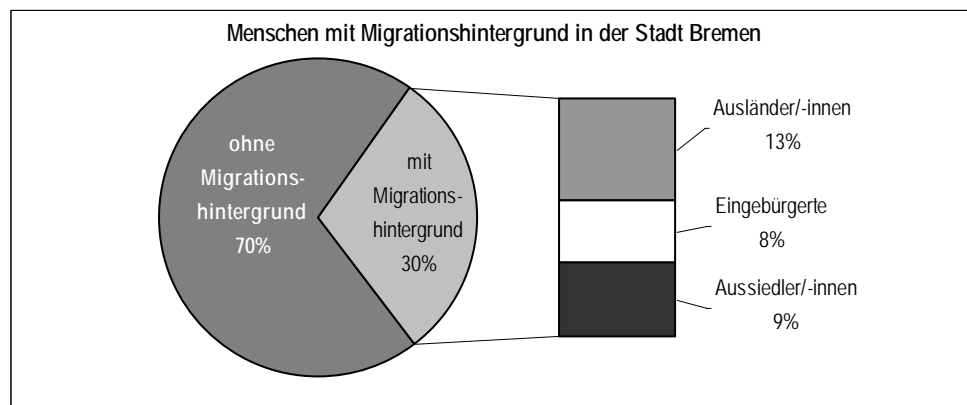


Abbildung 2: Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadt Bremen⁶

Knapp 40.000 der Menschen mit Migrationshintergrund sind in Bremen geboren.⁷ Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus der Türkei, gefolgt von Polen und der Sowjetunion.⁸

⁴ Definition des Statistisches Bundesamtes; nähere Informationen hierzu: Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007 - Fachserie 1 Reihe 2.2 - 2007

⁵ Die Daten stammen aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Einwohnermeldeamt.

⁶ Statistisches Landesamt Bremen, Infosystem Bremen, 12/2008, im Internet:

⁷ Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig, 12/2007)). 2008er Daten liegen noch nicht vor.

⁸ Diese gibt es heute nicht mehr – der Bezugsstaat wurde zum Zeitpunkt der Einreise erfasst.

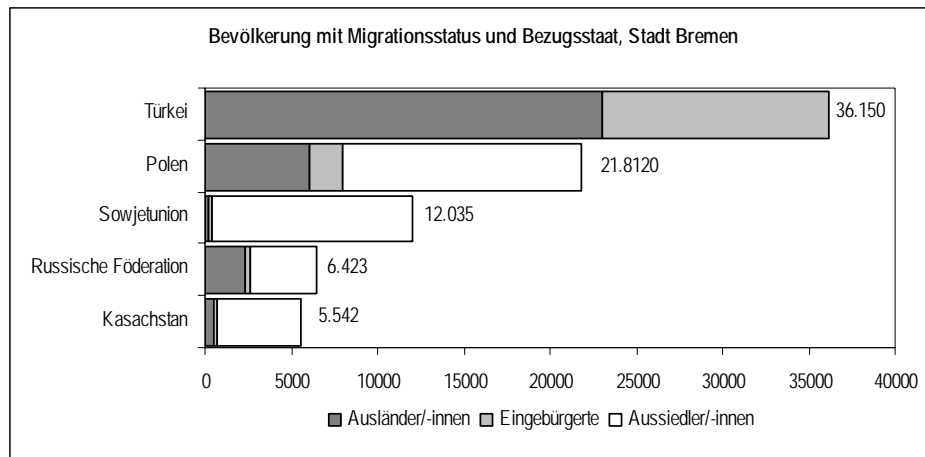


Abbildung 3: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Migrationsstatus und Bezugsstaat, Stadt Bremen⁹

Gesundheitspolitisch relevant ist auch die altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung. Etwa 13% der Bevölkerung im Land Bremen ist unter 15 Jahre alt, jeder 5. über 65 Jahre und 5,5% sind 80 Jahre und älter. Die Alterszusammensetzung unterscheidet sich zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven nur geringfügig. Beim Geschlechtervergleich fällt auch hier die bereits erwähnte Überrepräsentanz älterer Frauen auf.

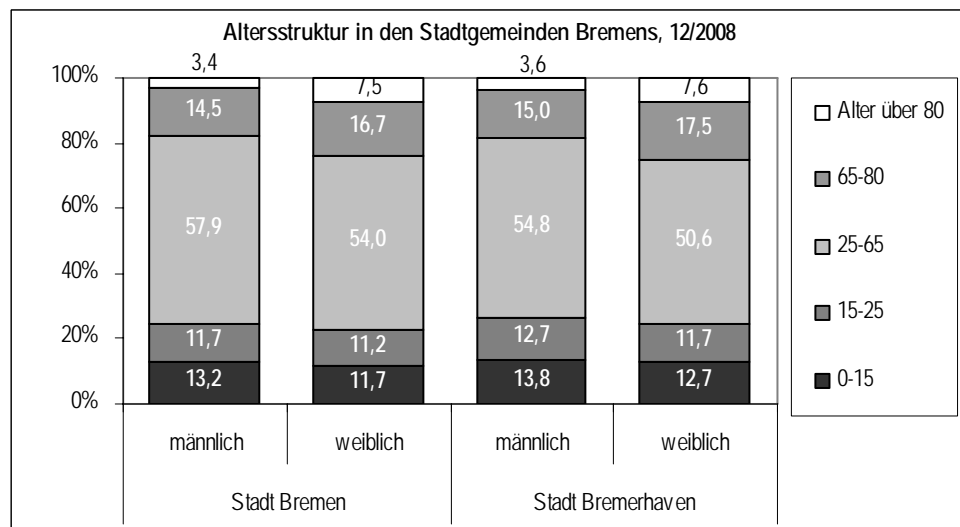


Abbildung 4: Bevölkerung der Stadtgemeinden im Land Bremen nach Altersgruppen, 12/2008¹⁰

Im Vergleich der Alterszusammensetzung vor 10 Jahren hat sich im Land Bremen der Anteil der Kinder reduziert (1998: 13,9%; 2008: 12,6) und der Anteil älterer Menschen über 65 Jahre ist von 17,8% auf 21,2% gestiegen. Damit findet die in Deutschland generell zu beobachtende Alterung der Gesellschaft auch in Bremen statt.

⁹ Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig; Bevölkerung mit Migrationshintergrund: aus dem Einwohnermelderegister. Migrationsstatus mit dem KOSIS-Programm MigraPro abgeleitet.

¹⁰ Statistisches Landesamt Bremen, Bremen Infosystem

Insgesamt hat die Bevölkerung zwischen 1998 und 2008 im Land Bremen um 6.000 Einwohner abgenommen. Dies liegt vor allem an dem Bevölkerungsrückgang in der Stadtgemeinde Bremerhaven.

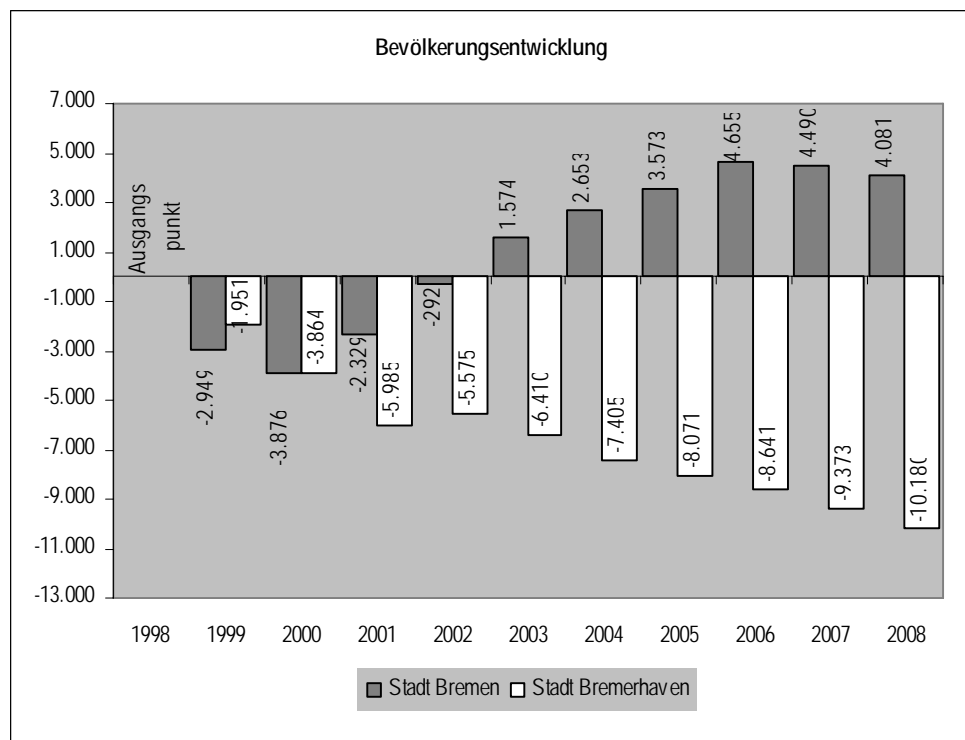


Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven¹¹

Die unterschiedliche Entwicklung in den beiden Städten im Zeitraum 1998-2008 hat folgende Ursachen:

- Die Zahl der Geburten ist in Bremerhaven um 20% gesunken, in Bremen lediglich um 11%.
- Die Zahl der Sterbefälle ist in Bremen um 7% gesunken, in Bremerhaven dagegen um 5%.
- Aus Bremerhaven sind zwischen 1998 und 2008 mehr Menschen fortgezogen als zugezogen (etwa -7.800). In Bremen sind dagegen mehr Menschen zugezogen (ca. +15.300).¹²

Wie sich die Bevölkerung in Zukunft weiterentwickelt, wurde im Rahmen der „Langfristigen Globalplanung“ für die Städte Bremen und Bremerhaven berechnet.

Danach wird die Stadt Bremen im Jahr 2020 insgesamt etwa 4.400 Einwohner/-innen mehr haben als derzeit (Stand 12/2008). Zuwächse werden vor allem für die Altersgruppe der über 80 Jährigen prognostiziert. Deren Anteil wird von 5,6% auf 7,7% zunehmen. In geringerem Maße steigt auch der Anteil der Bevölkerung im mittleren Lebensalter. Es werden mehr Sterbefälle erwartet, aber auch mehr Geburten. Weniger Menschen als bislang werden nach Bremen zie-

¹¹ Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig, Stichtagsbevölkerung

¹² Bremen Infosystem, Statistisches Landesamt Bremen

hen. Das Wanderungssaldo bleibt aber positiv, das heißt, es werden immer noch mehr Menschen in die Stadt Bremen ziehen als fortziehen.

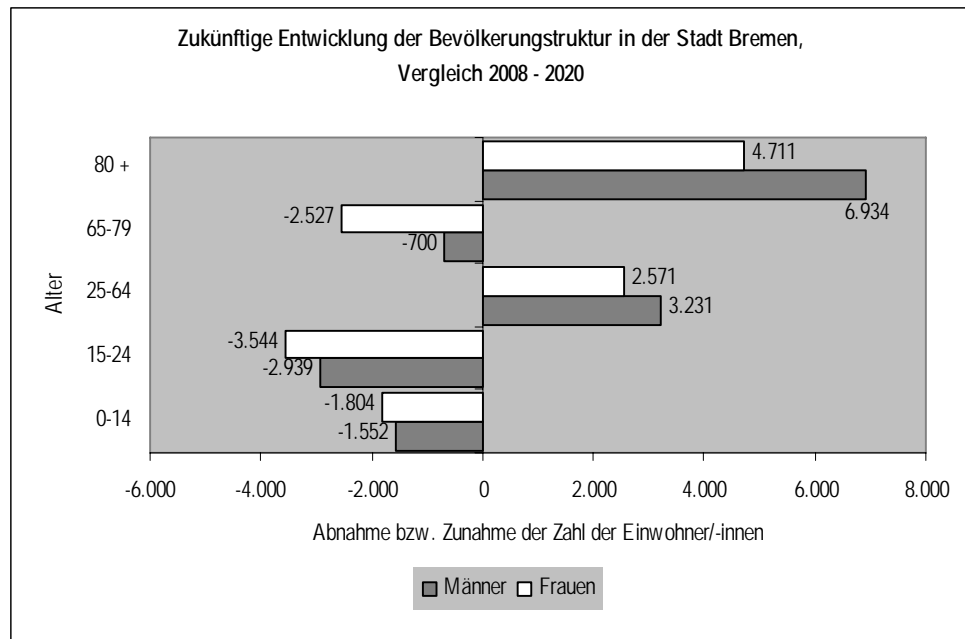


Abbildung 6: Änderung der Bevölkerungsstruktur in der Stadt Bremen (Prognose)¹³

Für die Stadt Bremerhaven zeichnet sich eine andere Entwicklung ab als für die Stadt Bremen. Hier wird ein Bevölkerungsrückgang prognostiziert, und zwar um 9.500 Einwohner, vor allem bei den Menschen unter 55 Jahren. Die deutlichste Zunahme ergibt sich bei den über 80 Jährigen. Deren Anteil nimmt von 5,7% auf 7,4% zu.

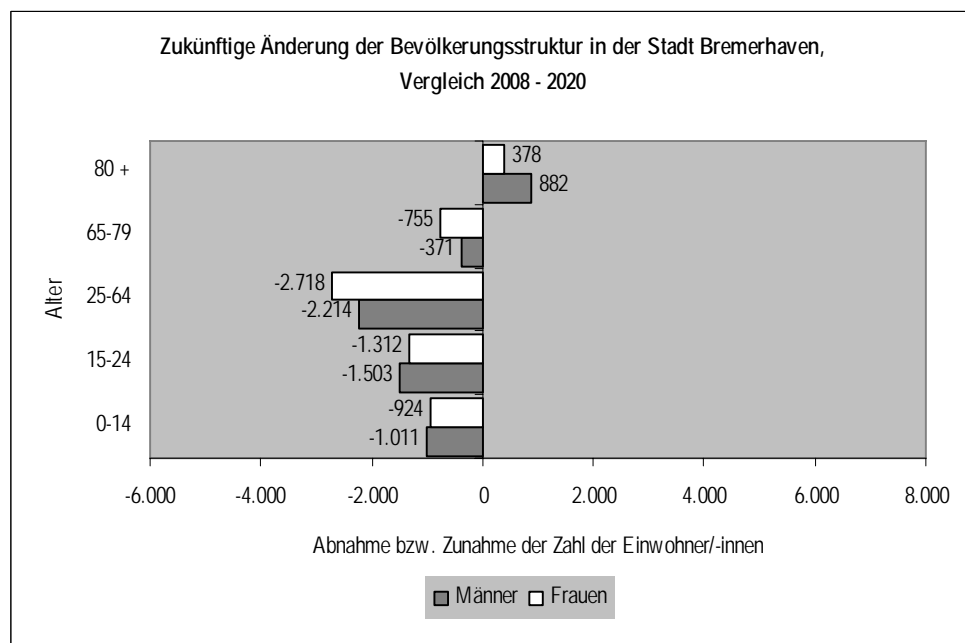


Abbildung 7: Änderung der Bevölkerungsstruktur in der Stadt Bremerhaven (Prognose)¹⁴

Dabei nimmt die Zahl der Sterbefälle zwar leicht ab, aber die Zahl der Geburten geht zurück und das Wanderungssaldo bleibt konstant negativ.

¹³ Bremen Infosystem, Statistisches Landesamt Bremen

¹⁴ Bremen Infosystem, Statistisches Landesamt Bremen

Insgesamt wird der Anteil älterer Menschen zunehmen. Ältere Menschen sind eine sehr heterogene Gruppe, so dass allgemeine Angaben schwierig sind. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass sie einen höheren Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und Pflege haben als jüngere – insbesondere dann, wenn sie allein leben. Derzeit leben in der Stadt Bremen 40.816 Menschen über 65 Jahren in Ein-Personenhaushalten. Sie machen 7,4% aller Haushalte aus und es sind deutlich mehr Frauen als Männer. Für das Jahr 2020 wird geschätzt, dass 44.453 Menschen über 65 Jahren in Ein-Personenhaushalten leben werden. Ihr Anteil an allen Haushalten wird auf 8,1% steigen.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Das Land Bremen mit seinen beiden Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zeigt eine für Deutschland typische Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht und einen für Stadtstaaten und viele Großstädte typischen hohen Anteil an ausländischer Bevölkerung. Zukünftig wird die Bevölkerung in der Stadt Bremen weiter leicht zunehmen, während der Abwanderungsprozess in Bremerhaven weiter fortschreitet.

Insgesamt muss sich das Land Bremen auf eine höhere Zahl 80-Jähriger und älterer Menschen einstellen. Bereits jetzt schon verfügt Bremen über ein vielfältiges Unterstützungsangebot für ältere Menschen (siehe nachfolgende Abbildung).

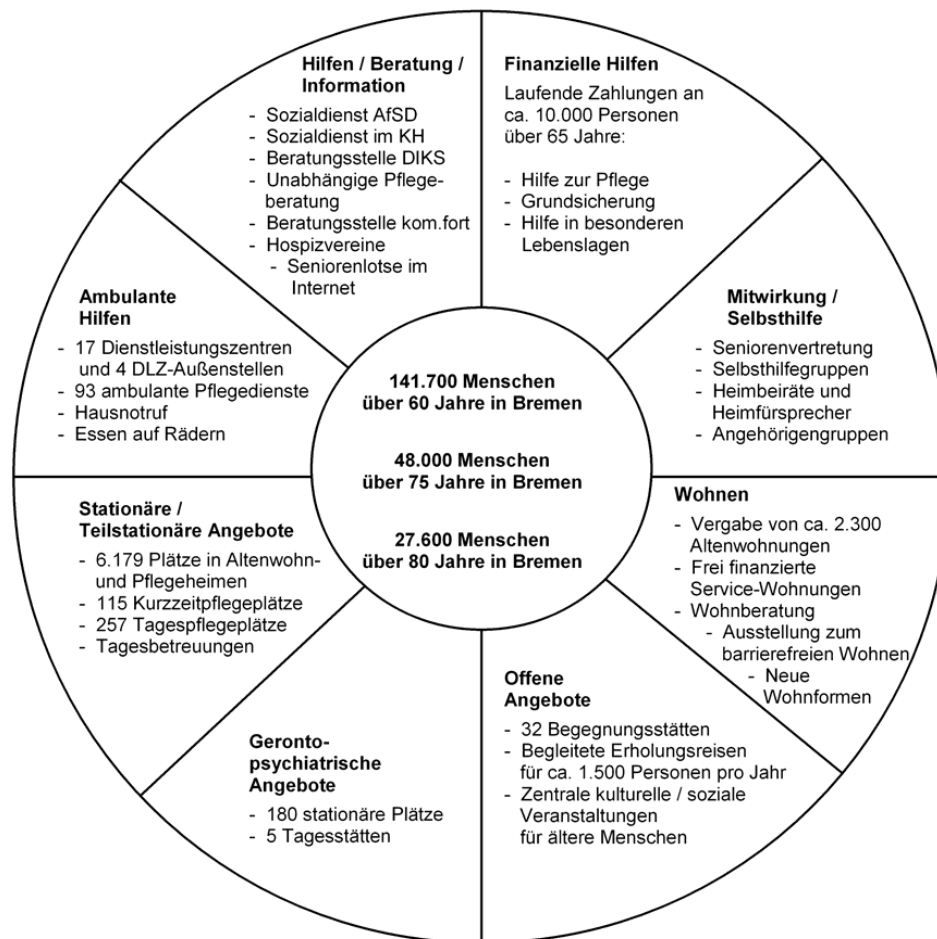


Abbildung 8: Angebote der Altenhilfe in Bremen auf einen Blick – die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2006 und die Stadtgemeinde Bremen¹⁵

Eine detaillierte Übersicht über Angebote und Planungen der Altenhilfe ist im „Bremer Altenplan“ zu finden.¹⁶

Gesundheitspolitische Maßnahmen und Planungen müssen sich ebenfalls an der zunehmenden Zahl älterer Menschen ausrichten.

Für die Landeskrankenhausplanung heißt dies z.B., dass in „Geriatrischen Fachabteilungen, der Inneren Medizin mit Onkologie, Chirurgie und Intensivmedizin der Aufnahmepressure demographisch bedingt entsprechend hoch bleiben bzw. noch zunehmen wird. Im Unterschied zur Kinderheilkunde und der Gynäkologie/Geburtshilfe sind diese Bereiche als Wachstumsdisziplinen zu bezeichnen“.¹⁷

Vor dem Hintergrund, dass zukünftig mehr ältere Menschen allein leben, und dass die Verweildauer in Krankenhäusern geringer wird, ist eine gute Versorgung nach Hause entlassener älterer Menschen sicherzustellen. Die Initiative „Ambulante Versorgungslücken“ thematisiert den fehlenden Anspruch auf Haushaltshilfe in der Krankenhausnachsorge und fordert eine Änderung des §37 SGB V. Nun plant die Initiative, gemeinsam mit Krankenkassen (AOK und

¹⁵ Entnommen aus: Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Altenplan der Stadtgemeinde Bremen, im Internet: www.soziales.bremen.de/altenplan

¹⁶ Im Internet: <http://www.soziales.bremen.de>

¹⁷ Landeskrankenhausplan Bremen 2006-2009

HKK), dem Klinikum Bremen Nord und dem DIAKO sowie dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu ein Modellvorhaben durchzuführen.

Welche Wünsche ältere Menschen in Bremen im Hinblick auf das Wohnen im Alter haben, wurde in einer von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Auftrag gegebenen Studie „Perspektiven gesundheitsförderlichen Wohnens im Alter aus der Sicht 50- bis 65-jähriger alleinlebender Frauen und Männer -Ansätze zur Entwicklung der Gesundheitsregion Bremen“ ermittelt.

Ein Fazit dieser Studie: Die Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause wohnen in einem fein abgestuften Unterstützungssystem.

Anschließend wurde in Kooperation mit der Wirtschaftsförderung Bremen ein Ideenwettbewerb „Gesund und selbständig zu Hause leben“ durchgeführt. Vier Projekte wurden zur Förderung ausgewählt:

1. „Betreutes Zuhause im Quartier“, durchgeführt von vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH und dem Bremer Pflegedienst GmbH - wissenschaftlich begleitet durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.
2. „IT-ASSIST“ – ein IT-gestütztes Assistenzsystem für ältere Menschen, durchgeführt vom Mobil Research Center gemeinsam mit der Bremer Heimstiftung und der IGEL GmbH.
3. „Ambulante Rehabilitation“, durchgeführt vom Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst gGmbH Bremen und der avantro GmbH Bremen.
4. „Wissensbasierte Entwicklung und Einführung einer Software für Versorgungsnetze und Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkte“, durchgeführt von der atacama software GmbH Bremen.

Soziale Lage und Gesundheit

Verantwortlich: Antje Post

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die soziale Lage ist eine der Grunddeterminanten für die Gesundheit einer Bevölkerung. Während die Lebenserwartung insgesamt zunimmt, vergrößern sich die Unterschiede in der Sterblichkeit und dem Krankheitsgeschehen zwischen den sozialen Schichten. Von Armut betroffene Menschen sind häufig kränker und sterben früher.¹⁸

Insbesondere die Sterblichkeit an Herz- Kreislauf-Krankheiten scheint bei Angehörigen höherer sozialer Schicht stärker zurückzugehen als bei sozial benachteiligten Menschen. Zudem haben sich die Sterblichkeitsraten von sozial Benachteiligten bei Lungen- und Brustkrebs, für Krankheiten der Atmungsorgane und des Verdauungstrakts sowie für Verletzungen und Unfälle erhöht.¹⁹

Die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden durch viele Faktoren beeinflusst, die wiederum miteinander in Wechselwirkung treten können. Das folgende Modell von Elkeles und Mielck zeigt diese Wechselwirkungen:

¹⁸ Schneider, S. (2008): Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität, ÖZS 1/2008, S. 43-66

¹⁹ (Mackenbach JP, Bos V, Andersen O et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Intern J of Epidemiology 32: 830 to 837 in: Statistisches Bundesamt, Gesundheit in Deutschland 2006, im Internet: <http://www.gbe-bund.de>

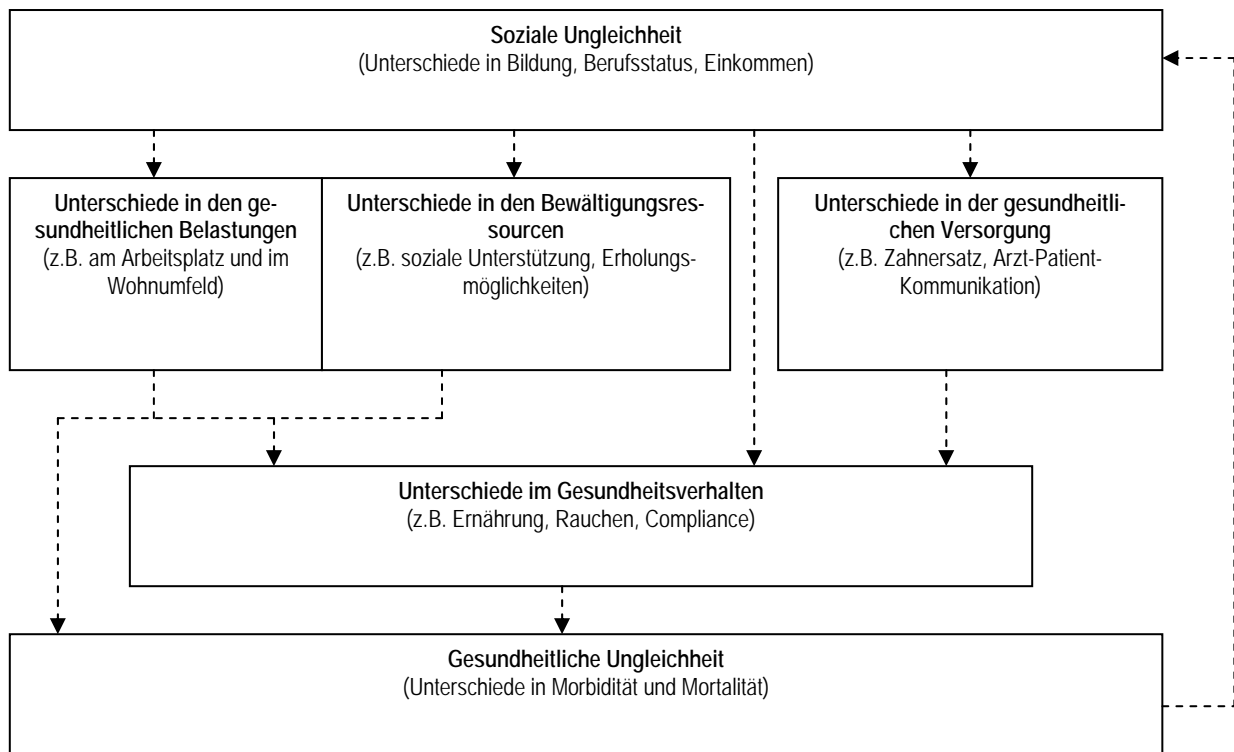


Abbildung 9: Modell von Elkeles und Mielck (Elkeles, Mielck, 1997, Mielck 2000, 2005)

Dies Abbildung zeigt: Soziale Ungleichheit wirkt nicht unmittelbar auf die Gesundheit, sondern über verschiedene Zwischenebenen. Eine zentrale Basis für eine höhere Schichtzugehörigkeit ist Bildung.

Bildung ist in unserer wissensbasierten Welt eine wichtige Basis für ein Erwerbstätigkeit und damit Einkommen und soziale Integration. Darüber hinaus hat Bildung unmittelbaren Einfluss auf den Umgang und die Verarbeitung von gesundheitsrelevanten Informationen, auf die Kenntnisse über das Gesundheitswesen und dessen Angebote sowie über gesundheitsfördernde Lebensweisen („Health literacy“²⁰). So haben Menschen mit geringerer „Health literacy“ z.B. größere Schwierigkeiten, Empfehlungen von Ärzten zu verstehen.

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, was sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit, vor allem auf die psychische Gesundheit, auswirken kann.²¹

Arbeitslosigkeit, insbesondere wenn sie länger andauert, wird mit einer Reihe gesundheitlicher Risiken in Verbindung gebracht. Befragt man Arbeitslose und Erwerbstätige nach der Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszu-

²⁰ „Health Literacy wird von der WHO (WHO, 1998) definiert als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist (Nutbeam 2000).“ Aus: Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana (2005): Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy, Lugano

http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Grundlagen_Wissen/HealthLiteracy.pdf

²¹ VDBW (2008): Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche. Im Internet: http://www.arbeit-und-gesundheit.de/webcom/show_article.php/_c-501/_nr-12/_p-1/i.html

stands²² - so wie dies in 2004 in Bremen getan wurde - wird deutlich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Erwerbstätige ihre Gesundheit besser einschätzen als Arbeitslose.²³

Beim Bundesgesundheitsurvey wurden insbesondere für Männer höhere Raten an Gesundheitsstörungen nachgewiesen (Asthma, Diabetes mellitus, Hypertonie und selbst berichtete psychische Störungen). Bei Frauen waren diese Zusammenhänge inkonsistent und nicht signifikant.²⁴

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.²⁵

Menschen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung weisen zudem häufig gesundheitsriskante Verhaltensweisen auf: sie rauchen häufiger, essen ungesünder, haben häufiger Übergewicht, bewegen sich weniger und gehen seltener zur Früherkennung. Dies ist nicht allein in individuellen Entscheidungen begründet, sondern hängt auch mit den Lebensumständen, dem Lebensumfeld, den dadurch geprägten Einstellungen, aber auch dem Wissenstand über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie z.B. der Zubereitung gesunder Ernährung zusammen.²⁶

Ebenfalls von Bedeutung für die soziale Lage sind familiäre Lebensformen und Haushaltsstrukturen. Alleinlebende bzw. Einpersonenhaushalte haben andere gesundheitliche Versorgungsbedarfe als in familiären oder anderen Bezügen Lebende. Daher sollten auch diese Angaben in den Bericht einfließen.

In dem nachfolgenden Abschnitt werden vor allem solche Indikatoren beschrieben, die für eine ungünstige soziale Lage stehen. Damit soll die Situation in Bremen nicht schlecht geredet werden. In Bremen leben viele Menschen in einer guten sozialen Lage. Für die gesundheitlichen Belange sind jedoch Kenntnisse über jene Bevölkerungsgruppen wichtig, bei denen aus Studien bekannt ist, dass sie besondere gesundheitliche Risiken aufweisen.

Was wissen wir darüber?

Es gibt eine Vielzahl von Daten zur sozialen Lage der Bremer Bevölkerung. In dem 2009 von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

²² Die Frage: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ gilt als ein aussagekräftiger Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit der zum Beispiel durch ärztliche Diagnosestellung objektivierten Morbidität.

²³ Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2004). Befragung Gesundheit! Bremen – eigene Berechnungen.

²⁴ Rose U., Jacobi F. (2006) : Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 41, 12, S. 556-564

²⁵ 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>

²⁶ Lampert T., Mielck A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit, GGW 2008, Jg.8, Heft 2 (April), S. 7-16

Soziales herausgegebenen Bericht über „Armut und Reichtum im Land Bremen“ werden ausführlich Informationen zur sozialen Lage bereitgestellt und kommentiert.

In diesem Bericht geht es nicht darum, diese zu wiederholen und ebenfalls eine möglichst umfassende Beschreibung zu liefern. Vielmehr sollen hier wichtige Kennziffern beschrieben werden, die mit der gesundheitlichen Lage verknüpft sind und deren Entwicklung auch in zukünftigen Gesundheitsberichten dargelegt werden soll.

Bildung

Aus dem Bereich Bildung wurden als Kennziffern die Anteile von Menschen in der Bremer Bevölkerung ausgewählt, die die Schule ohne Hauptschulabschluss verlassen haben und die über keinen Abschluss an einer allgemeinbildenden Schule verfügen. Diese Kennziffern bilden natürlich nicht die Bildungssituation der gesamten Bevölkerung ab. Sie haben aber eine Indikatorfunktion in der Weise, dass sie anzeigen, wie vielen Menschen eine grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme eines Ausbildungsverhältnisses (Lehre) fehlt und wie vielen Menschen infolge eines fehlenden Berufsabschlusses ein gesichertes Erwerbseinkommen nur schwer möglich ist.

Im Jahr 2008 verließen im Land Bremen 530 Schülerinnen und Schüler die allgemeinbildenden Schulen nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht ohne wenigstens einen Hauptschulabschluss. Das sind 8,2% der gleichaltrigen Wohnbevölkerung. Vor 10 Jahren (1998) waren es 11%. Hier ist also schon eine Besserung eingetreten. Und wenn man Bremen mit anderen Ländern und insbesondere den Stadtstaaten vergleicht, ergibt sich auch ein nicht ganz so schlechtes Bild:

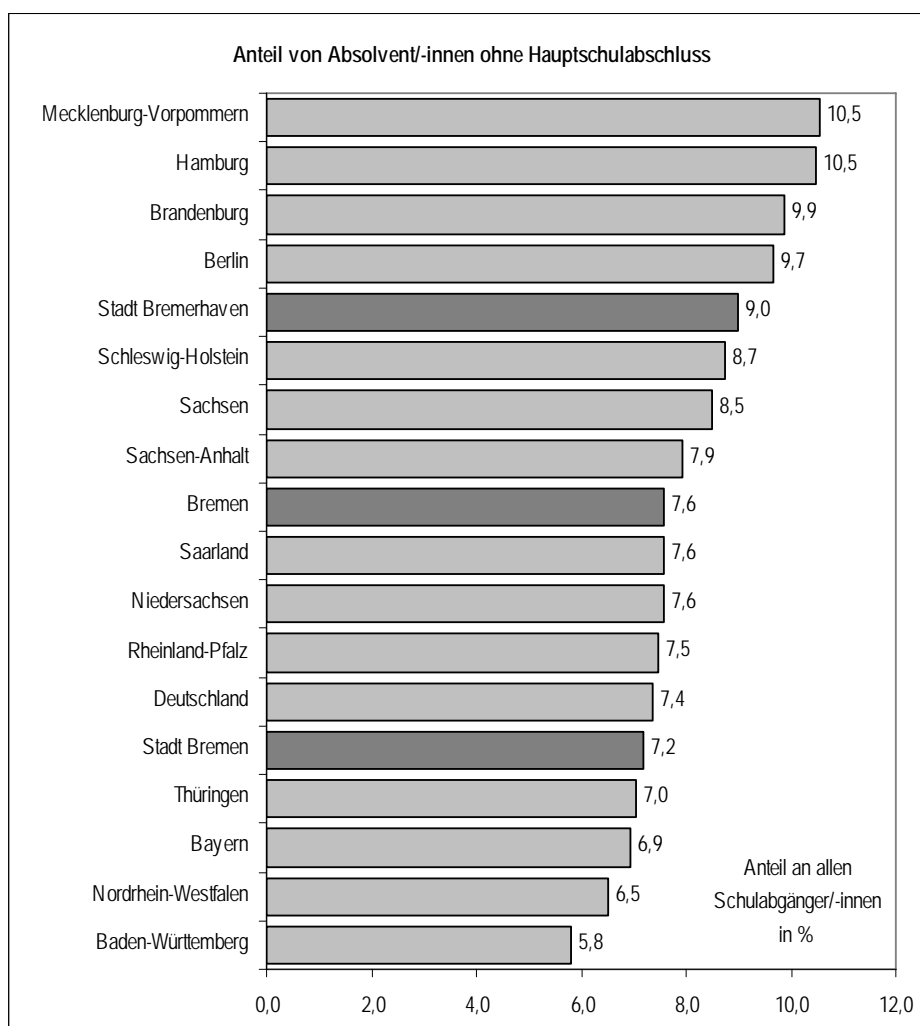


Abbildung 10: Anteil der Schüler/-innen ohne Hauptschulabschluss im Jahr 2007²⁷

Vergleichsweise ungünstig ist die Situation in Bremerhaven: Dort verlässt etwa jeder 10. Einwohner zwischen 15 und 18 Jahren die Schule ohne Hauptschulabschluss.

Betrachtet man nicht nur die Schulabgänger, 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.²⁸

Die Ursachen sind vermutlich vielfältig. Ein Aspekt ist sicherlich die soziale Lage. Im Armuts- und Reichtumsbericht der Freien Hansestadt Bremen wird zur Bildungssituation festgehalten: „Aufgrund hoher sozialer Risikolagen relativ vieler Eltern im Land Bremen sind auch soziale Risiken vieler

²⁷ 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>

²⁸ Statistisches Bundesamt (2009): Bildungsstand der Bevölkerung – Ausgabe 2009, Wiesbaden. Die hier dargestellten Daten beruhen auf dem Mikrozensus.

Kinder hoch. Untersuchungen ergeben eine starke Kopplung von Schulerfolg und sozialer Ausgangslage. Innerhalb der Stadt Bremen ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Wohnort (als Ausdruck sozialer Rahmenbedingungen) und erreichten Schulabschlüssen statistisch nachweisbar. Insgesamt sind die den Bildungsweg beschreibenden Kennzahlen in der Stadt Bremen in Ortsteilen mit hohem Sozialindikator (mehr "Arme") deutlich negativer als in Ortsteilen mit geringem Sozialindikator (mehr "Wohlhabende").²⁹

Bezieher/-innen von Transferleistungen

Eine weitere Kennziffer der sozialen Lage betrifft die Zahl der Empfänger von Transferleistungen: Wenn der Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft bestritten werden kann (durch ausreichendes Einkommen oder Vermögen), werden zur Grundsicherung sogenannte Transferleistungen³⁰ gezahlt. Für eine gesundheitsbezogene Berichterstattung spielen vor allem jene Menschen eine Rolle, die längerfristig auf Transferleistungen angewiesen sind. Denn durch die längere zeitliche Dauer erhöht sich das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigung.

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.³¹

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

- des Arbeitslosengeldes II: Sie sind erwerbsfähig, d.h. sie können mindestens drei Stunden täglich unter Arbeitsmarktbedingungen arbeiten, sind aber bereits längere Zeit arbeitslos;³²
- des Sozialgeldes: Sie sind nicht erwerbsfähig und leben mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft zusammen; dies sind vor allem Kinder unter 15 Jahren.³³

In der Stadt Bremen wurden im Dezember 2008 insgesamt 71.250 SGB II-Empfänger verzeichnet. Damit erhielt in der Stadt Bremen jeder 8. Ein-

²⁹ „Armuts- und Reichtumsbericht für das Land Bremen“, herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, unter www.soziales.bremen.de

³⁰ 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 (GSI-AE) und um kommunale Leistungen zur Existenzsicherung nach dem SGBII

³¹ Statistisches Bundesamt (2009): Die Zahlen beziehen sich auf Leistungsempfänger Innerhalb und außerhalb von Einrichtungen

³² Arbeitslosengeld I wird maximal 2 Jahre gezahlt, je nach Alter und vorheriger Beschäftigungsdauer.

³³ soweit sie keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben.

wohner Leistungen nach SGBII.³⁴ Für Bremerhaven stellte sich die Situation ungünstiger dar; hier bezogen knapp 21.000 Einwohner Leistungen nach SGB II – das ist nahezu jeder 5. Einwohner.³⁵

Von den SGB II-Leistungsempfängern waren 72% nach der obigen Definition erwerbsfähig. Jeder 5. dieser erwerbsfähigen Leistungsempfänger nach SGBII ist einer Erwerbstätigkeit nachgegangen - verdient aber so wenig, dass das Einkommen für eine Grundsicherung nicht ausreicht („working poor“).³⁶

Im Vergleich mit anderen Städten lag die Stadt Bremen mit der Quote der SGB II-Leistungsempfänger nach Berlin, Leipzig, Essen, Duisburg und Dortmund an sechster Stelle.

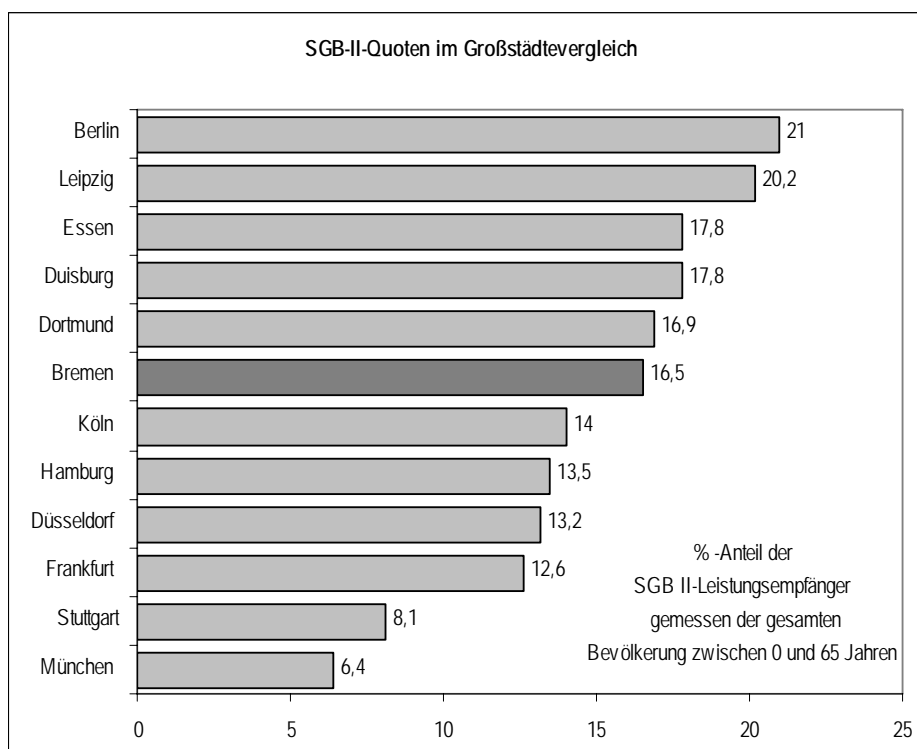


Abbildung 11: SGB II Quoten in den Bedarfsgemeinschaften in vergleichbaren Großstädten.³⁷

Bremerhaven bildet dagegen im Vergleich ähnlicher Städte das Schlusslicht (nach Rostock, Offenbach und Gera).

³⁴ Bundesagentur für Arbeit (2009): Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Report für Kreise und kreisfreie Städte, Tabelle 1.1, im Internet:

http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200901/iiia7/kreisreport/krp_04011.xls

³⁵ Bundesagentur für Arbeit (2009): Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Report für Kreise und kreisfreie Städte – Bremerhaven, Tabelle 1.1, im Internet:

http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200901/iiia7/kreisreport/krp_04012.xls

³⁶ Quelle: ebd., Tabellen 1.1. und 3.2.

³⁷ Die SGB II-Quote errechnet sich aus den Personen insgesamt, multipliziert mit 100 und dividiert durch die Bevölkerung im Alter von 0 bis unter 65 Jahren. Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Informationen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II im Land Bremen – April 2009, im Internet:

<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2296.de>

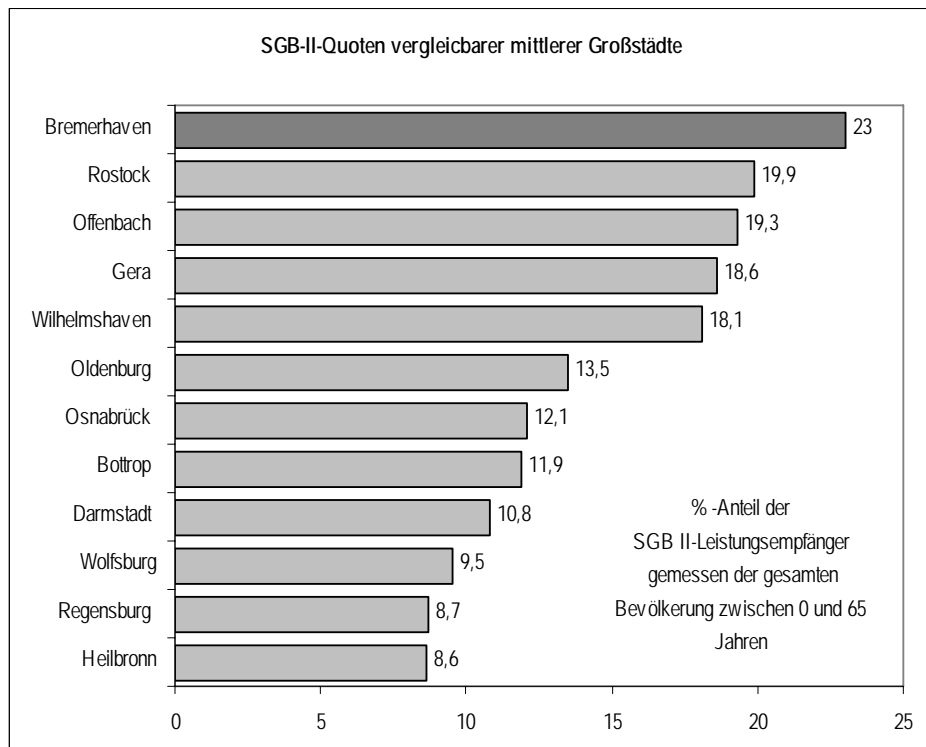


Abbildung 12: SGB- II-Quoten in den Bedarfsgemeinschaften in vergleichbaren mittleren Großstädten

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 Stadt Bremen waren es 28,2%. Der Zeitvergleich zeigt für 2009 eine leichte Besserung. Ob sich dieser Trend fortsetzt, bleibt abzuwarten.³⁸

³⁸ Eine längere Zeitreihe ist aufgrund der Umstellung der Sozialgesetzgebung nicht sinnvoll.

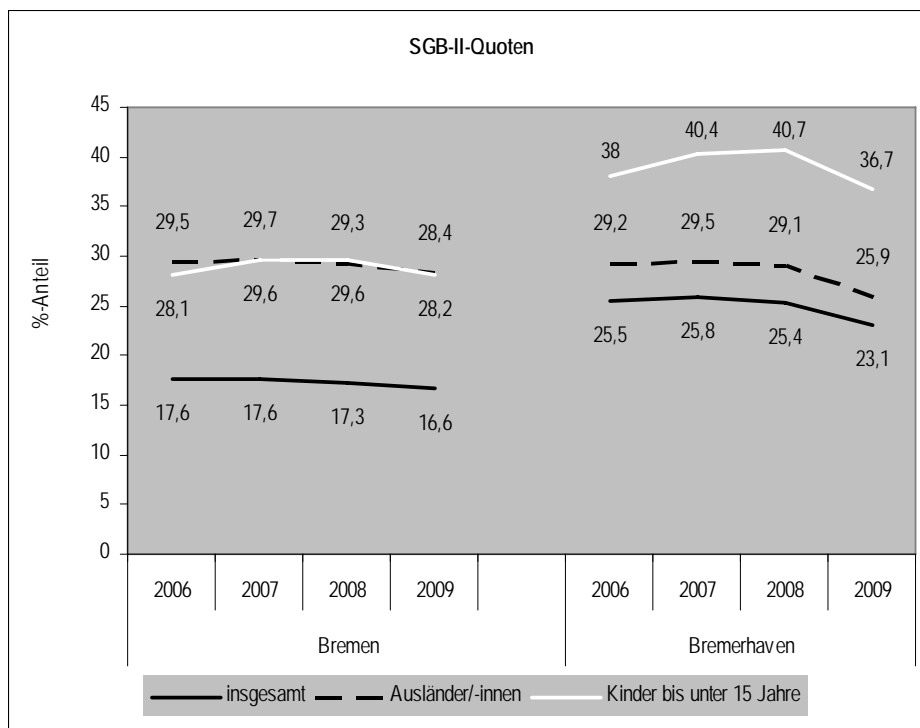


Abbildung 13: Empfänger von Leistungen nach SGB II („Hartz IV“) in Bremen und Bremerhaven; jeweils Januar³⁹

Dass die Durchschnittswerte der beiden Stadtgemeinden lediglich einen groben Anhaltspunkt für die Bewertung der sozialen Lage darstellen, zeigt beispielhaft die kleinräumige Analyse der Stadt Bremen differenziert nach Ortsteilen (siehe nachfolgende Abbildung).

Die aktuell verfügbaren kleinräumigen Bezugsdaten von SGB II-Empfängern stammen aus dem Dezember 2008. Damals betrug die Rate der unter 15 Jährigen, die von SGB II-Leistungen gelebt haben, 28,4%. In einigen Ortsteilen lag die Rate deutlich höher, in Tenever und der Neuen Vahr Nord fast doppelt so hoch.

³⁹ 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/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2296.de>; In der Abbildung sind Männer und Frauen nicht getrennt aufgeführt, da sie sich bezüglich der SGBII-Quote nur marginal unterscheiden. Die Daten dazu sind im Anhang nachzulesen.

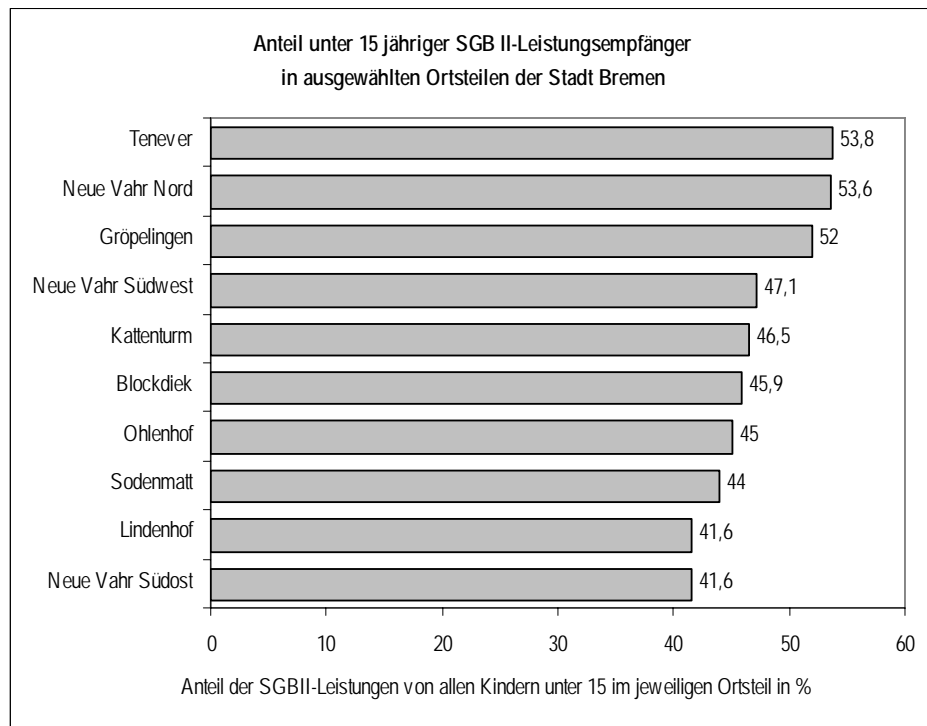


Abbildung 14: Unter 15 jährige SGB II Leistungsempfänger in der Stadt Bremen⁴⁰

Arbeitslosigkeit

In der Stadt Bremen betrug die Arbeitslosenquote⁴¹ im Dezember 2008 10,9%. Im Großstädtevergleich lag Bremen damit (vom ungünstigsten Wert ausgehend) nach Leipzig, Berlin, Dortmund, Duisburg und Essen an sechster Stelle. Bremerhaven dagegen stellt im Vergleich ähnlicher Städte mit einer Quote von 16,5% nach Gera und Rostock den letzten Platz.⁴²

Die Arbeitslosenquote ist in Bremen wie auch in Bremerhaven seit 2005 gesunken. Dies ist auch in Deutschland insgesamt zu beobachten, allerdings dort auf einem niedrigeren Niveau.

Für die gesundheitspolitische Betrachtung ist neben der allgemeinen Arbeitslosenquote der Anteil von Langzeitarbeitslosen wichtig, da insbesondere lang anhaltende Arbeitslosigkeit zu gesundheitlichen Risiken führen kann. Als Langzeitarbeitslose gelten im Rahmen der Arbeitsmarktstatistik alle Personen, die am jeweiligen Stichtag der Zählung 1 Jahr und länger bei den Arbeitsagenturen arbeitslos gemeldet waren.

⁴⁰ Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig, im Internet: http://www.statistik-bremen.de/soev/statwizard_step1.cfm, 12/2008

⁴¹ „Arbeitslose sind Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, die nicht Schüler, Studenten oder Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, nicht arbeitsunfähig erkrankt, nicht Empfänger von Altersrente sind und für eine Arbeitsaufnahme als Arbeitnehmer sofort zur Verfügung stehen“ - Definition Bundesagentur für Arbeit.

⁴² Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008): Informationen zum Arbeitsmarkt des Landes Bremen - Dezember 2008

In Bremerhaven ist knapp die Hälfte aller Arbeitslosen länger als 1 Jahr ohne Arbeit, Tendenz steigend. In Bremen stagniert die Rate bei 43-44% (siehe nachfolgende Abbildung).

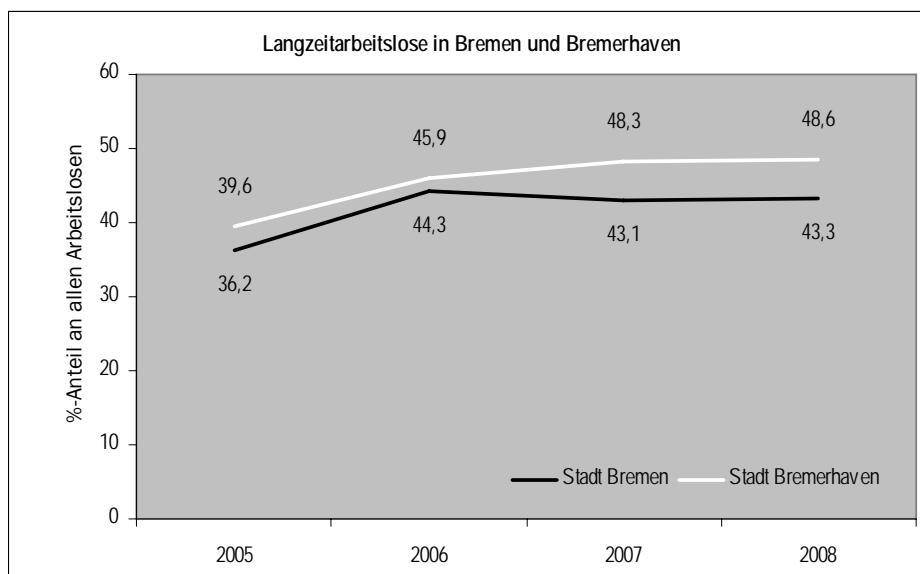


Abbildung 15: Entwicklung des Anteils der Langzeitarbeitslosen in Bremen und Bremerhaven⁴³

Nicht nur Arbeitslosigkeit kann zu einer wirtschaftlich schlechten Lage führen, sondern auch die Situation, wenn die Erwerbstätigkeit für den Lebensunterhalt nicht ausreicht. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine ausschließlich geringfügige Beschäftigung⁴⁴ ausgeübt wird.

In der Stadt Bremen waren im Jahr 2008 knapp 35.000 Menschen und in Bremerhaven knapp 7.500 Menschen ausschließlich geringfügig beschäftigt. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist diese Zahl in Bremen um 25% und in Bremerhaven um 14% gestiegen. Die Reduzierung der Arbeitslosigkeit insgesamt muss damit im Zusammenhang gesehen werden; der Rückgang der Arbeitslosigkeit bedeutet nicht automatisch, dass weniger Menschen auf Transferleistungen angewiesen sind.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Eine ausführliche Beschreibung von Lösungsansätzen und Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage von gesellschaftlichen Gruppen und Bereichen in Bremen ist im „Armut- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen 2009“⁴⁵ enthalten. Diese werden hier als gekürzter Auszug aus der Kurzfassung wiedergegeben:

Handlungsfeld Arbeit und Ausbildung

Hauptursache der überdurchschnittlichen Armutsrisikoquoten im Land Bremen sind Beschäftigungsprobleme bzw. Arbeitslosigkeit. Hier erfolgen bereits eine Reihe von Maßnahmen:

⁴³ Bundesagentur für Arbeit, im Internet:

<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/q.html>

⁴⁴ Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400,- Euro nicht überschreitet. (Bundesagentur für Arbeit, im Internet:

<http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/qualitaetsberichte/qualitaetsbericht-bst.pdf>)

⁴⁵ Der Gesamtbericht und weitere Hintergrundmaterialien sind auf der Internetseite www.soziales.bremen.de/armuts-und-reichtumsbericht zugänglich.

- Die Wirtschaftsförderung zielt auf die Schaffung und Sicherung Existenz sichernder Arbeitsplätze ab.
- Die Bremer Ausbildungspartnerschaft führt Qualifizierungs- und Beratungsprojekte durch, die die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitlosen erhalten bzw. wieder herstellen sollen, um damit deren Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen.
- Da in den letzten Jahren sich die Langzeitarbeitslosigkeit auch im Lande Bremen verfestigt hat, werden gezielte Maßnahmen für Langzeitarbeitslose gebündelt.
- Für die Zielgruppe der schwer vermittelbaren Langzeitarbeitslosen soll in den nächsten Jahren ein sozialer Arbeitsmarkt mit dauerhaft öffentlich geförderter Beschäftigung aufgebaut werden.

Handlungsfeld Kinderbetreuung, Erziehung und Bildung

2008/2009 wurden wichtige Schritte zur Verbesserung der Personalausstattung und zur Ausweitung der Betreuungszeiten eingeleitet. Dabei lag ein Schwerpunkt auf der Verbesserung des Angebots für Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen. Das kostenlose Mittagessen für gering Verdienende ist dabei ein Meilenstein. Als nächster Schritt soll die Betreuungsquote der unter Dreijährigen bis 2013 auf 35 % ausgeweitet werden, um den Rechtsanspruch auf Betreuung für alle Kinder ab dem 1. Geburtstag zu gewährleisten. Darüber hinaus stehen die schrittweise Erhöhung wie auch Flexibilisierung der Betreuungszeiten in der Kindertagesbetreuung, die Ausweitung der Sprachförderung und die bedarfsbezogene Aufstockung des Betreuungspersonals im Mittelpunkt der Bemühungen, die auch weiterhin besonders an Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen gerichtet sein werden.

Mit den im Schulentwicklungsplan 2008 geplanten Veränderungen im Schulwesen soll erreicht werden, dass ausreichende schulische Bildung als wesentliche Schlüsselgröße für den Zugang zu Erwerbseinkommen und damit einer wesentlichen Dimension von Chancengleichheit von jedem Kind unabhängig von sozialer Herkunft und Wohnortsteil erreicht werden kann. Dazu gehören auch der Ausbau von Ganztagschulen und Werkschulen, die Errichtung von Quartiersbildungszentren / Familienzentren und spezifische Fördermaßnahmen für Kinder und Jugendliche aus eher bildungsfernen Familien. Die Quote derjenigen, die allgemeinbildende Schulen ohne Hauptschulabschluss verlassen soll bis 2012 möglichst halbiert werden.

Handlungsfeld Wohnen und Stadt(teil)entwicklung

Die Lebensqualität einer Stadt wird maßgeblich von den Sozialstrukturen, dem baulichen Zustand aber auch der Lebendigkeit der Stadtteile als konkretem Lebensumfeld geprägt. Ortsteilen und Quartieren unserer Städte mit schwierigen sozialen Bedingungen gilt unsere besondere Aufmerksamkeit. Der Senat hat 2009 in Bremen das Programm „Wohnen in Nachbarschaften“ auf 11 Gebiete sowie 4 Gebiete mit flankierender Förderung ausgedehnt und stellt den erforderlichen Mitteleinsatz sicher. Die langjährigen Erfahrungen mit dem WiN-Programm belegen den Erfolg einer politischen Strategie, die die Aktivierung der Kräfte im Stadtteil als wesentlichen Faktor zur Abmilderung von Armutfolgen begreift. Im Jahr 2010 wird die jetzige WiN-Phase evaluiert werden. Aufbauend auf den dort gewonnenen Erkenntnissen soll dieses erfolgreiche Programm weiterentwickelt werden.

Handlungsfeld Bürgerbeteiligung und Teilhabe

Sozialer Zusammenhalt entsteht nicht allein durch staatliche Politik, sondern erfordert eine umfassende Einbeziehung und Aktivierung der Bevölkerung für ihre Belange. Deswegen wird der Senat Bürgerbeteiligung weiterhin in allen Bereichen fördern und stärken. Die frühzeitige Information und breitere Beteiligung der Bevölkerung in vielfältigen Formen (Anhörungs-beteiligung, Entscheidungs-beteiligung, Verfahrens-beteiligung, Gestaltungs-beteiligung) kann z. B. durch Foren, Bürgergutachten, runde Tische sowie das Modell „Bürgerhaus-halt“ erfolgen. Eine besondere Bedeutung haben stadtteilübergreifende Projekte, die das „Auseinanderdriften“ von Quartieren vermeiden und sozialen Zusammenhalt erlebbar machen. Den neu zu schaffenden Planungskonferenzen in den Stadtteilen wird dabei eine Schlüsselrolle bei der Koordinierung der verschiedenen Aktivitäten im Stadtteil zukommen.

Lebenserwartung

Verantwortlich: Antje Post

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die Lebenserwartung stellt einen zusammenfassenden Basisindikator zur Bewertung der gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung dar. Insgesamt nimmt die Lebenserwartung zu.

Eine gesundheitspolitisch zentrale Frage ist, inwieweit diese gewonnenen Jahre in Gesundheit oder in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Mit anderen Worten: Ist die zunehmende Lebenserwartung eher ein Gewinn oder eher eine verlängerte „Leidenszeit“. Ergebnisse des „Alterssurveys“⁴⁶ belegen, dass mit einer höheren Lebenserwartung mehr Jahre in guter Gesundheit verbunden sind. Der Altersforscher Höpflinger kommt ebenfalls zu dem Schluss: „Generell bleiben heute ältere Menschen länger gesund, und ihr psychisches Wohlbefinden hat sich erhöht. Auch zukünftig ist zu erwarten, dass sich die behinderungsfreie Lebenserwartung bzw. die gesunden Lebensjahre ausweiten. Da gleichzeitig jedoch mehr Menschen alt werden, ist trotzdem mit mehr Pflegefällen zu rechnen, vor allem, wenn die geburtenstarken Jahrgänge hochaltrig werden.“⁴⁷

Wie hoch die Lebenserwartung und die „behinderungsfreie“ Lebenserwartung in Bremen sind, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

Was wissen wir darüber?

Die Lebenserwartung im Land Bremen beträgt (ab Geburt) 81,7 Jahre für Frauen und 75,8 Jahre für Männer.

Dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, ist nicht nur in Bremen so, sondern in ganz Deutschland und in vielen anderen Ländern zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind nicht völlig geklärt. Diskutierte Faktoren sind eine unterschiedliche Anfälligkeit für Krankheiten, genetische Schutzfaktoren, aber vor allem auch ein gesundheitsbewussteres Verhalten von Frauen sowie bei Männern eine höhere Risikobereitschaft und die häufigere Ausübung von solchen Berufen, die höhere Unfallgefahren aufweisen.⁴⁸

⁴⁶ Deutsches Zentrum für Altersfragen, im Internet:

<http://www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html#projektbeschreibung>

⁴⁷ Höpflinger, F. (2003): Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, im Internet: http://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf und http://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf

⁴⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Gender-Datenreport

Unterschiede bei der Lebenserwartung gibt es nicht nur zwischen Männern und Frauen. Auch zwischen den Regionen gibt es Unterschiede. Im Ländervergleich liegt Bremen bei den Frauen an 11. Stelle, bei den Männern an 10. Stelle. Die Lebenserwartung variiert bei den Männern stärker zwischen den Ländern als bei den Frauen.

Die Ursachen für diese regionalen Unterschiede sind ebenfalls noch unklar. In Analysen, die die Angleichung der Lebenserwartung der Neuen Länder an die Alten Länder betrachten, werden als Faktoren die gesundheitliche Versorgung, sozialer Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen angeführt.⁴⁹

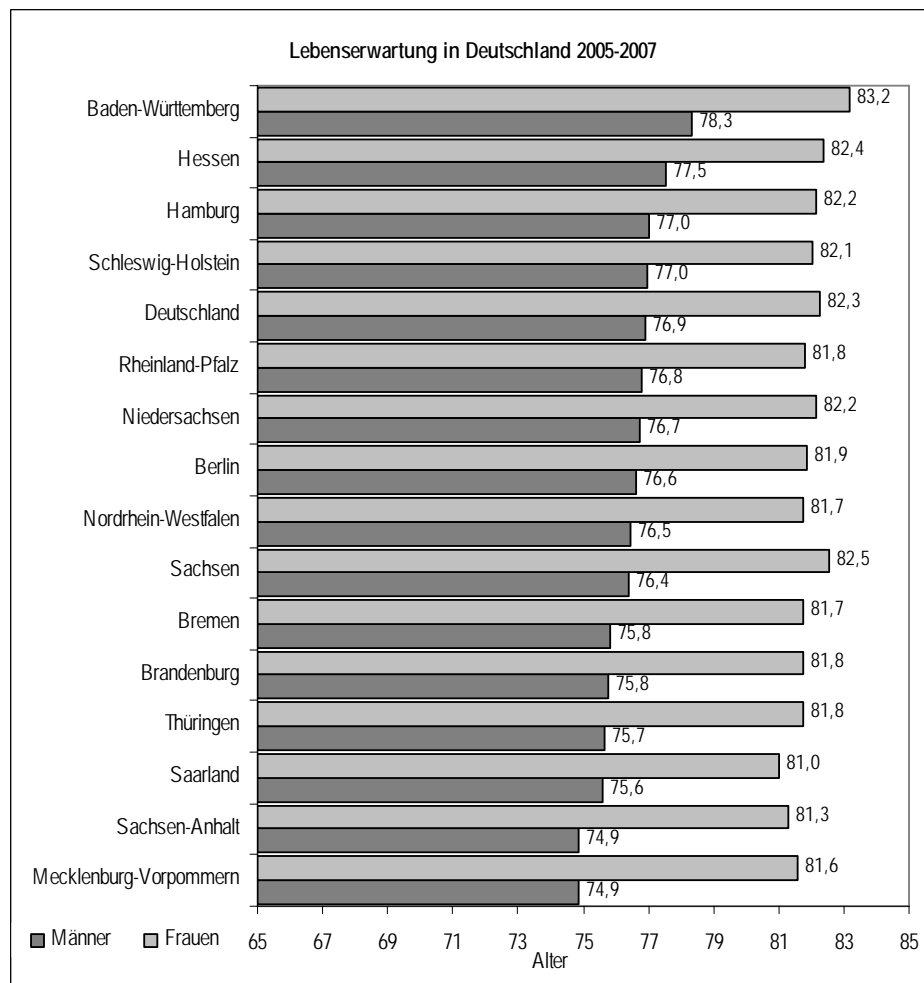


Abbildung 16: Lebenserwartung im Ländervergleich; aktuell verfügbare Daten stammen aus 2005/2007; * für Bayern liegen keine aktuellen Daten vor.⁵⁰

1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, im Internet: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/8-gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern.html>

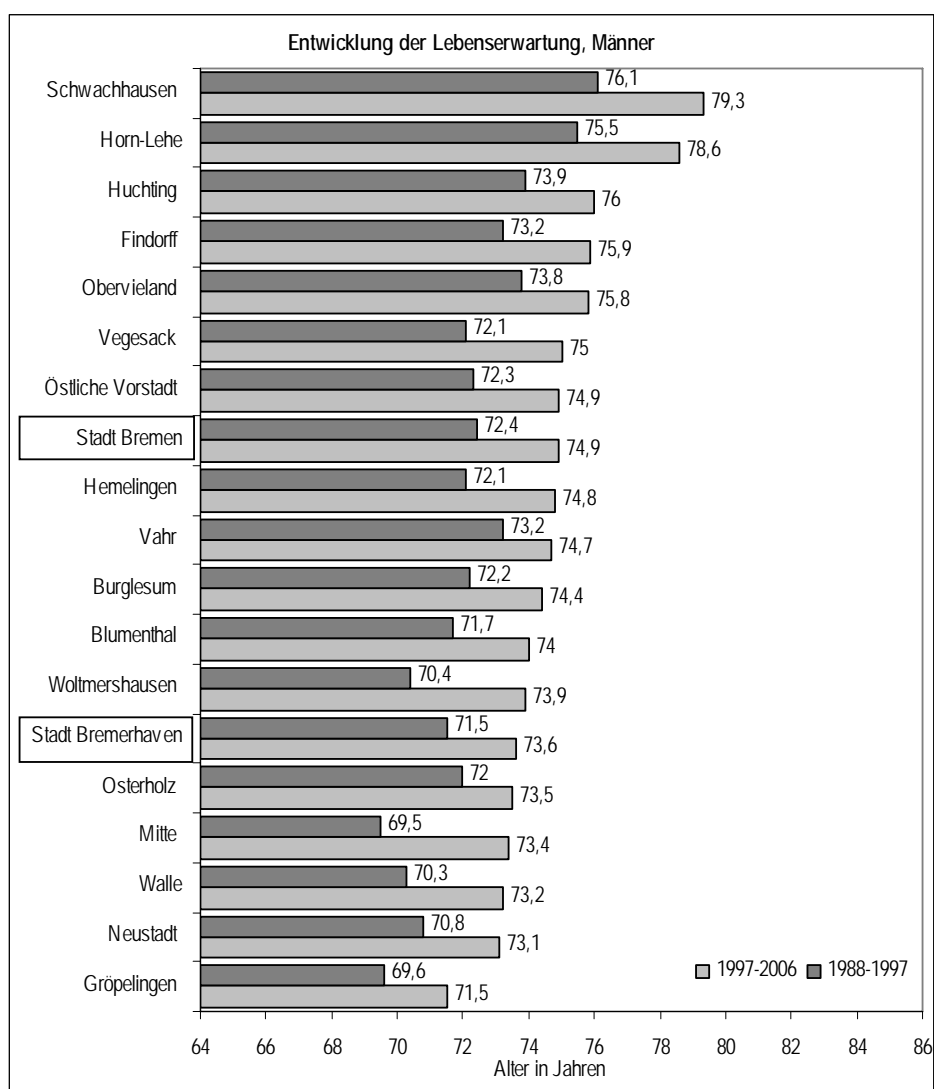
⁴⁹ Leibnitz-Institut für Länderkunde (2008): Nationalatlas der Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt: Lebenserwartung, im Internet: http://nadaktuell.ifl-leipzig.de/Lebenserwartung.11_10-2008.0.html

⁵⁰ Statistisches Bundesamt, im Internet: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevolkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen,templateId=renderPrint.psmml__nnn=true

Aber auch innerhalb des Landes Bremen sind Unterschiede zu beobachten. Die Lebenserwartung ist sowohl für Männer als auch für Frauen in der Stadt Bremen höher als in der Stadt Bremerhaven.

Noch kleinräumiger können Daten auf Stadtteilebene verglichen werden. Diese Daten liegen lediglich für die Stadt Bremen vor. Um wegen kleiner Fallzahlen in den Stadtteilen eine hinreichende statistische Sicherheit zu erzielen, wurden für den Vergleich die Daten von 10 Jahren zusammengefasst mit folgendem Ergebnis:

Die höchste Lebenserwartung in der Stadt Bremen haben Männer und Frauen in Schwachhausen, die niedrigste Lebenserwartung ist in Gröpelingen zu beobachten. Zwischen diesen beiden Stadtteilen besteht bei den Männern ein Unterschied von fast 8 Lebensjahren. Der Zeitvergleich zeigt, dass sich die Differenz in den letzten 20 Jahren vergrößert hat. Insgesamt hat aber in allen Stadtteilen die Lebenserwartung zugenommen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist geringer geworden, was dem allgemeinen Bundestrend entspricht.⁵¹



⁵¹ Leibniz-Institut für Länderkunde (2008): Nationalatlas der Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt: Lebenserwartung, im Internet: http://nadaktuell.ifl-leipzig.de/Lebenserwartung.11_10-2008.0.html

Abbildung 17: Lebenserwartung der Männer in den Stadtteilen Bremens und in der Stadt Bremerhaven im Zeitvergleich⁵²

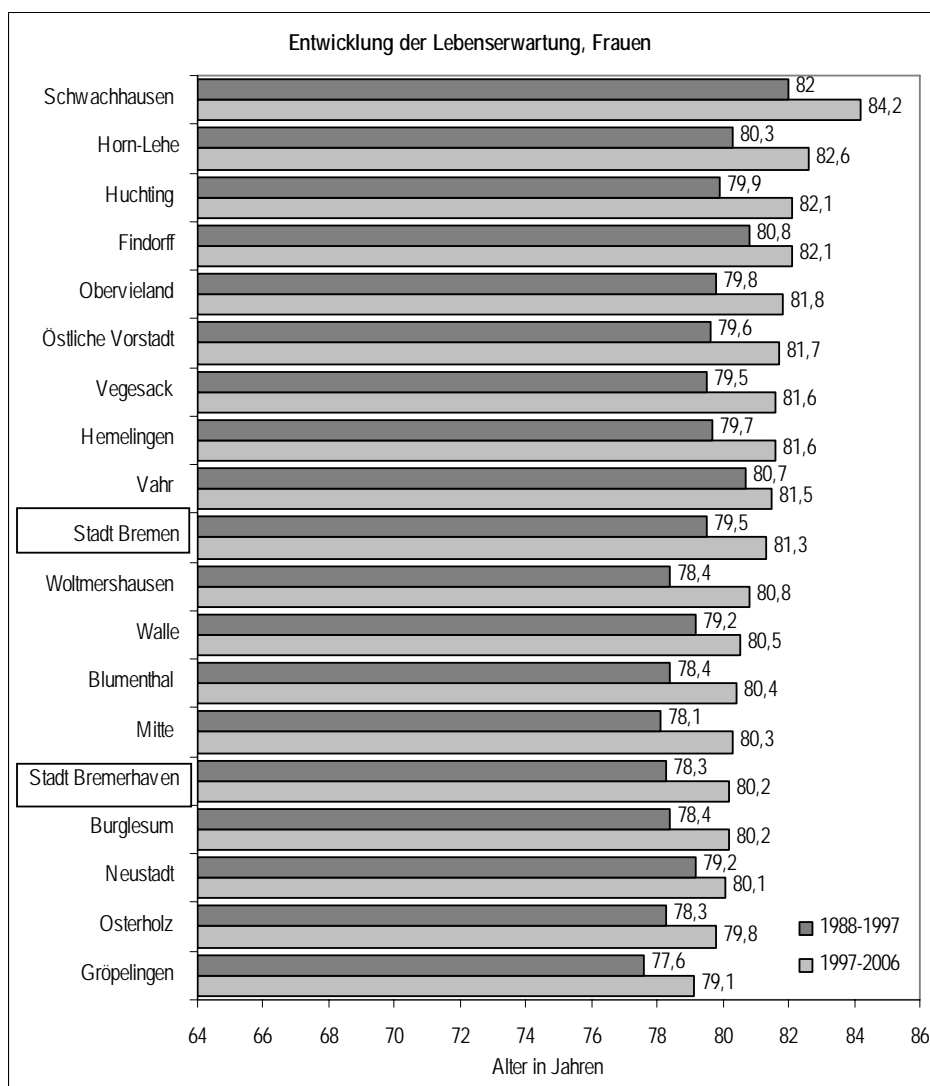


Abbildung 18: Lebenserwartung der Frauen in den Stadtteilen Bremens und in der Stadt Bremerhaven im Zeitvergleich⁵³

Dass Menschen aus sozial benachteiligten Schichten eine geringere Lebenserwartung haben als sozial privilegierte Menschen wurde in vielen Studien nachgewiesen. Für Deutschland sind kontinuierliche Datenerhebungen vor allem deshalb schwierig, da auf den Todesbescheinigungen keine Angaben zum Sozialstatus oder zu den ausgeübten Berufen erfasst werden.⁵⁴

Daher ist man auf andere Methoden angewiesen. Für die Städte Bremen und Bremerhaven hat das Sozialressort einen ortsteilbezogenen „Benachteiligungsindex“ erstellt, der sich aus vielen Indikatoren zusammensetzt. Der Index liefert eine Rangfolge von sozial privilegierten Ortsteilen bis zum

⁵² Bremen kleinräumig, Statistisches Landesamt Bremen (ohne die Ortsteile, die keinen Stadtteilen zugeordnet wurden: Strom, Seehausen, Borgfeld, Blockland, Oberneuland); Angaben auf Ortsteilebene lagen nicht vor.

⁵³ Bremen kleinräumig, Statistisches Landesamt Bremen (ohne die Ortsteile, die keinen Stadtteilen zugeordnet wurden: Strom, Seehausen, Borgfeld, Blockland, Oberneuland); Angaben auf Ortsteilebene lagen nicht vor.

⁵⁴ Statistisches Bundesamt, Gesundheit in Deutschland 2006, Kapitel 1.1.1 Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland, im Internet: <http://www.gbe-bund.de>

sozial benachteiligten Ortsteil (Rangliste siehe Anhang). Die Ortsteile des Stadtteils Gröpelingen zählen zu den sozial schwächsten, während die Ortsteile des Stadtteils Schwachhausen auf der Rangliste recht weit oben stehen.

Schaut man sich die Prognosen zur Lebenserwartung in Deutschland an, so ist insgesamt ein weiterer Anstieg zu erwarten. Der Anstieg wird aber vermutlich geringer ausfallen als in den letzten Jahren, da in einigen Altersjahren nahezu alle Verbesserungspotenziale ausgeschöpft sind. In den niedrigen Altersgruppen ist die Sterblichkeit, z.B. im Säuglingsalter bereits sehr gering. Die Lebenserwartung der Männer und der Frauen wird sich vermutlich stärker angleichen.⁵⁵

Für Bremen liegen Prognosedaten für die Lebenserwartung bis 2020 vor. Auch hier ist mit einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung zu rechnen. Die Lebenserwartung wird in der Stadt Bremen auch weiterhin höher liegen als in der Stadt Bremerhaven. Ausgehend vom Jahr 2007 wird sich bis 2020 der Unterschied bei den Männern etwas verringern, während er bei den Frauen etwa gleich bleibt.

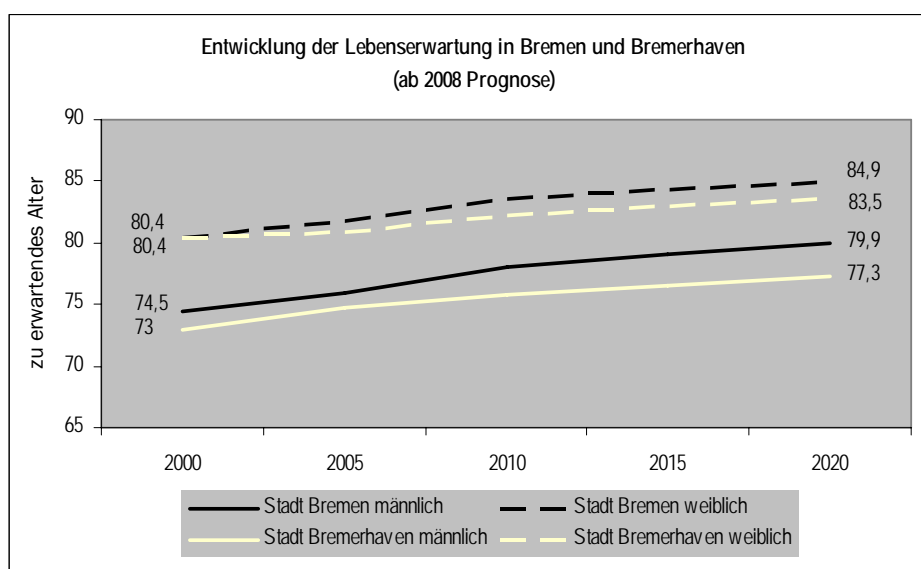


Abbildung 19: Prognose der Lebenserwartung in Bremen und Bremerhaven bis 2020⁵⁶

Die Lebenserwartung allein sagt nichts über die Lebensqualität aus. Eine weitere zentrale Frage ist deshalb, inwieweit die insgesamt zunehmende Lebenserwartung zu einer verlängerten Zeit in Gesundheit oder in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit führt. Um diese Frage zu beantworten, gibt es eine Reihe mehr oder weniger komplexer Methoden. Wir haben uns für die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ (DFLE, disability free life expectancy) entschieden.⁵⁷ Dabei ist anzumerken, dass nur „aktenkundige“ Einschränkungen einbezogen werden – und auch nur solche, die längerfristig

⁵⁵ Statistisches Bundesamt (2006): Die Bevölkerung Deutschlands bis 2050; 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Abschnitt: 4.2.1 Entwicklung der Lebenserwartung, Wiesbaden

⁵⁶ Statistisches Landesamt Bremen, Bremen Infosystem, im Internet:

⁵⁷ Dieser Ansatz, der auch im Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder verwendet wird, hat den Vorteil, dass Daten aus der amtlichen Statistik – der Schwerbehindertenstatistik – verwendet werden. In der Schwerbehindertenstatistik werden Menschen erfasst, denen das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung von 50% oder mehr zuerkannt hat. Die Schwerbehindertenstatistik gibt nicht nur Auskunft über das Vorliegen bestimmter Einschränkungen (z.B. Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr, außergewöhnliche Gehbehinderungen, Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit, Blindheit), sondern schließt auch die Pflegestufen II und III der Pflegeversicherung mit ein.

sind. Bei der Interpretation der Daten ist auch zu beachten, dass sie nur sehr eingeschränkt Aussagen zur Lebensqualität erlauben. Viele soziale oder psychische Aspekte wie z.B. Einsamkeit können hierdurch nicht beurteilt werden.

Dennoch lässt sich die behinderungsfreie Lebenserwartung gut für Vergleiche verwenden, da sie ein internationales Maß ist und trotz der genannten Einschränkungen recht gut mit den Ergebnissen komplexer Berechnungen übereinstimmt.⁵⁸ Danach verleben Frauen insgesamt mehr Jahre in Gesundheit als Männer. Dies ist nicht nur in Bremen so, sondern in Deutschland und auch im europäischen Vergleich.⁵⁹

Für das Land Bremen wurde berechnet, dass eine heute 65 jährige Frau statistisch gesehen noch etwa 21 Jahre zu leben hat. Die Lebenserwartung bei 65 Jährigen ist höher als bei der zuvor geschilderten Lebenserwartung bei Geburt, da sie in dem Alter bereits einige gesundheitliche Risiken überwunden haben. Von diesen 21 Jahren wird eine heute 65 jährige Frau rein rechnerisch etwa 16 Jahre behinderungsfrei erleben und 5 Jahre mit Behinderung. Ein ebenso alter Mann hat noch etwa 17 Jahre vor sich, davon etwa 4 Jahre mit Behinderung - also noch etwa 13 Jahre ohne Behinderung.

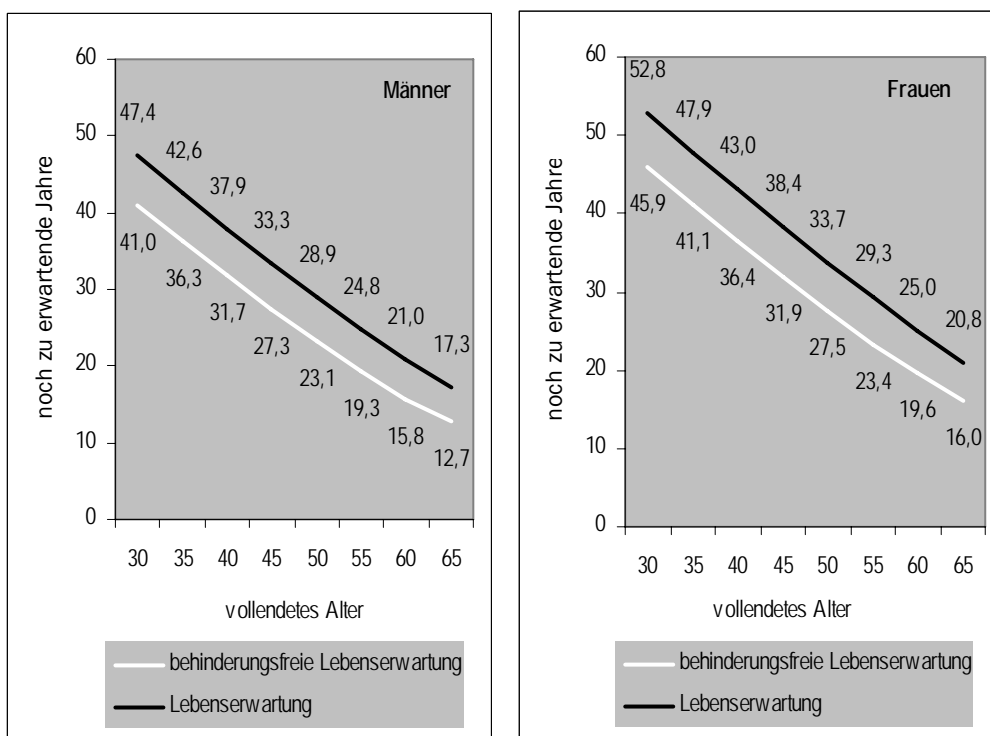


Abbildung 20: Lebenserwartung und Lebenserwartung ohne Behinderung (DFLE) von Männern und Frauen im Land Bremen⁶⁰

⁵⁸ Vgl. health-adjusted life expectancy (HALE) – Berechnungen der WHO für Deutschland

⁵⁹ 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herausgeberin: Waltraud Cornelißen, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2005, 2. Fassung, im Internet:

<http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html>

⁶⁰ Statistisches Landesamt Bremen

Sterblichkeit und Todesursachen

Verantwortlich: Antje Post

Da keine kontinuierliche, umfassende Statistik über das Vorkommen von Erkrankungen in der Bevölkerung geführt wird, stellt die Todesursachenstatistik eine wichtige Grundlage für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage dar.

Seit 1905 werden in Deutschland einheitlich Todesursachen erfasst. Diese Statistik basiert auf den von den Ärzt/-innen ausgestellten Todesbescheinigungen. In der Todesursachenstatistik werden die Krankheiten erhoben, die ursächlich für den Tod verantwortlich sind („Grundleiden“).⁶¹

Vorzeitige Sterblichkeit

Warum ist dieses Thema wichtig?

Gesundheitspolitisch relevant sind hier vor allem die „vorzeitige“ bzw. die sog. „vermeidbare Sterblichkeit“. Die vorzeitige Sterblichkeit umfasst jene Sterbefälle, die deutlich vor der Lebenserwartung stattfinden. In der Regel wird als Maßzahl für vorzeitige Sterblichkeit das 65. Lebensjahr verwendet.

Was wissen wir darüber?

Die Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit im Land Bremen in den letzten 10 Jahren zeigt, dass Männer häufiger vorzeitig versterben als Frauen. Dies ist keine Bremer Besonderheit, sondern bundesweit zu beobachten.⁶²

Hauptursachen für die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern sind Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Psychische und Verhaltensstörungen. In allen Krankheitsgruppen sterben mehr Männer unter 65 Jahren als Frauen.

Die größten Unterschiede gibt es bei den Herz-Kreislaufkrankungen. Hier sterben nahezu dreimal mehr Männer vorzeitig als Frauen.⁶³ Erhebliche Unterschiede gibt es auch bei den Todesfällen aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen, die vorwiegend alkoholbedingt sind. Auch hieran sterben mehr Männer als Frauen vorzeitig.

⁶¹ Statistisches Bundesamt, gbe-bund.de

⁶² Bundeszentrale für politische Bildung (2008): Datenreport 2008 – ein Sozialbericht für Deutschland, Bonn, S. 245

⁶³ Vergleich der altersstandardisierte Sterberaten unter 65 Jahren (Alte Europastandardbevölkerung) je 100.000 Einwohner/-innen: Männer 64,8; Frauen 23,3

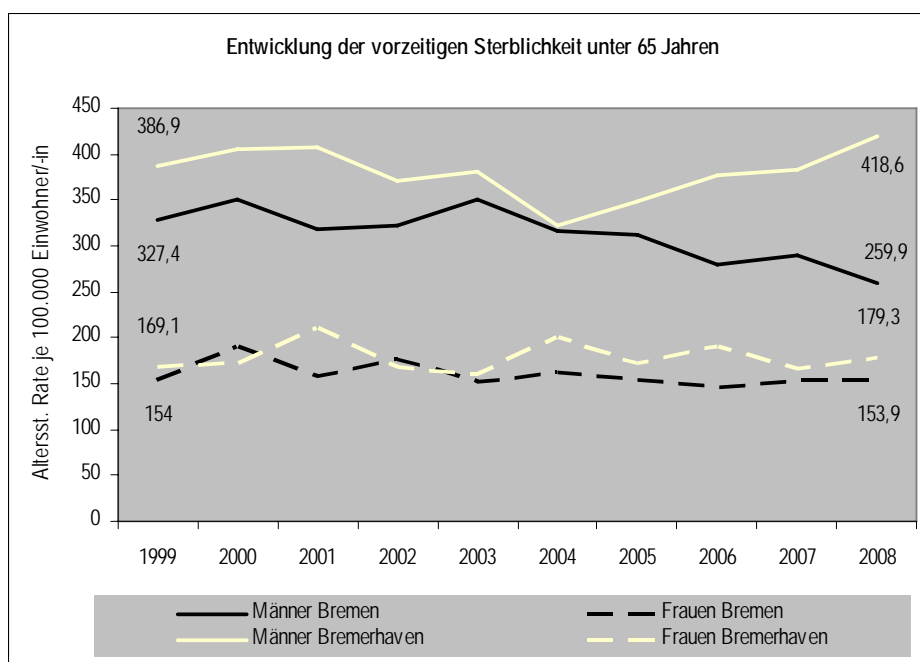


Abbildung 21: Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit im Land Bremen⁶⁴

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weist Bremen eine höhere Rate an vorzeitigen Sterbefällen auf

Tabelle 2: Vergleich der altersstandardisierten Raten an vorzeitiger Sterblichkeit (unter 65 Jahre) zwischen dem Land Bremen und Deutschland je 100.000 Einwohner⁶⁵

	Deutschland	Bremen
Männer	244,9	306,2
Frauen	127,3	156

Die unterschiedlichen Raten sind bei den Männern vor allem durch vorzeitige Sterbefälle durch Psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen (Alkohol und Drogen) erklärbar. Und hier ist es in erster Linie Alkohol, mit Abstand gefolgt von Tabak und multiplem Substanzgebrauch (siehe dazu auch das Kapitel „Alkoholbedingte“ Krankheiten⁶⁶).

Vorzeitige Sterblichkeit bei Migranten und Deutschen

Ein Vergleich der Sterblichkeit von Menschen in Bremen mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit zeigt, dass weniger Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit vorzeitig sterben als Deutsche – sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Die unterschiedliche Altersstruktur beider Bevölkerungsgruppen sowie die unterschiedlichen Zahlen bei Männern und Frauen wurden berücksichtigt, indem altersstandardisierte Raten gebildet wurden (siehe dazu die Erläuterung im Glossar). Um statistische Schwankungen aufgrund kleiner Fallzahlen zu minimieren, wurden die Sterbefälle über einen Zeitraum von 10 Jahren zusammengefasst.

Dennoch blieb der Unterschied bestehen. Dies liegt aber nicht an einem besseren Gesundheitszustand der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, sondern vor allem an einem Datenartefakt: Kehren Ausländer zu-

⁶⁴ www.gbe-bund.de, Standardbevölkerung: „Alte Standardbevölkerung Europa“

⁶⁵ www.gbe-bund.de, Standardbevölkerung: „Alte Standardbevölkerung Europa“

rück ins Heimatland, wird häufig keine offizielle Abmeldung vorgenommen. Damit werden in der amtlichen Statistik mehr Ausländer geführt, als tatsächlich in Deutschland leben. Bei der Berechnung der Sterberaten ergibt sich somit eine höhere lebende Bezugsbevölkerung als diese in der Realität besteht. Zudem werden im Ausland stattfindende Sterbefälle von in Deutschland lebenden Ausländern nicht in der Todesursachenstatistik erhoben. Damit erfolgt eine Untererfassung der Sterblichkeit.⁶⁶

Überregionale Studien, die andere Datenquellen heranziehen, belegen dagegen, dass die Sterblichkeit von Ausländer/-innen etwas höher ist als bei den Deutschen. Dies scheint insbesondere dadurch begründet zu sein, dass viele Ausländer/-innen einen niedrigen sozioökonomischen Status haben. Zudem übernehmen Einwanderer/-innen häufig den nicht so gesundheitsfördernden westlichen Lebensstil.

Der sog. Healthy-Migrant-Effect, das insbesondere gesunde Menschen in ein anderes Land aufbrechen – und damit gesünder sind, ist damit nicht ausgeschlossen. Es scheint aber, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland die einem niedrigen Sozialstatus verbundenen gesundheitlichen Folgen stärker werden.⁶⁷

Vorzeitige Sterblichkeit und Soziale Lage

Die vorzeitige Sterblichkeit ist eng mit der sozialen Lage verknüpft. Dies zeigt ein Vergleich der vorzeitigen Sterblichkeit in privilegierten Regionen des Bremer Stadtgebietes mit der Sterblichkeit in benachteiligten Regionen:

Im „Benachteiligungsindex“ des Sozialressorts werden alle 79 Ortsteile in eine Rangfolge gebracht. Für die Auswertung der vorzeitigen Sterblichkeit wurden die 10 ranghöchsten und die 5 rangniedrigsten Ortsteile einbezogen:

Tabelle 3: Sozial privilegierte und benachteiligte Ortsteile in der Stadt Bremen (Auswahl)⁶⁸

Sozial benachteiligte Ortsteile*	Sozial privilegierte Ortsteile**
Tenever, Gröpelingen, Ohlenhof, Lindenhof, Neue Vahr Nord, Bahnhofsvorstadt, Neue Vahr Südwest, Lüssum-Bockhorn, Sodenmatt, Neue Vahr Südost, Hemelingen	Borgfeld, Habenhausen, Oberneuland, Groland, Bürgerpark, Schwachhausen, Riensberg, Gete, St. Magnus, Radio Bremen

* Da für den OT Ohlenhof keine Sterblichkeitsdaten vorliegen, wurde der nächste OT in der Rangliste, Hemelingen, dazugenommen

** Da für den OT „In den Hufen“ keine Sterblichkeitsdaten vorliegen, wurde der nächste OT in der Rangliste, „Radio „Bremen“, dazugenommen

⁶⁶ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008): Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland, Workingpaper 16, im Internet: http://www.bamf.de/cln_092/nn_444062/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/WorkingPapers/wp16-leben-Migranten-laenger,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp16-leben-Migranten-laenger.pdf

⁶⁷ Kibele, E., Scholz, R. D., Shkolnikov, V. M. (2008): Low migrant mortality in Germany for men aged 65 and older: fact or artifact? European Journal of Epidemiology, (23): 389-393, im Internet: http://www.demogr.mpg.de/publications/files/3082_1208884415_1_migmort.pdf

⁶⁸ Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Benachteiligungsindex der Ortsteile

Die Analyse belegt: Am höchsten ist die Sterblichkeit unter 65 Jahren bei Männern in sozial benachteiligten Regionen. Im Vergleich zu den Männern in privilegierten Regionen liegen die Raten mehr als doppelt so hoch. Der Zeitvergleich zeigt, dass die Sterberate der Männer in benachteiligten Regionen zwar abnimmt, dass aber der Abstand zu den Sterberaten der Männer in privilegierten Regionen größer wird.

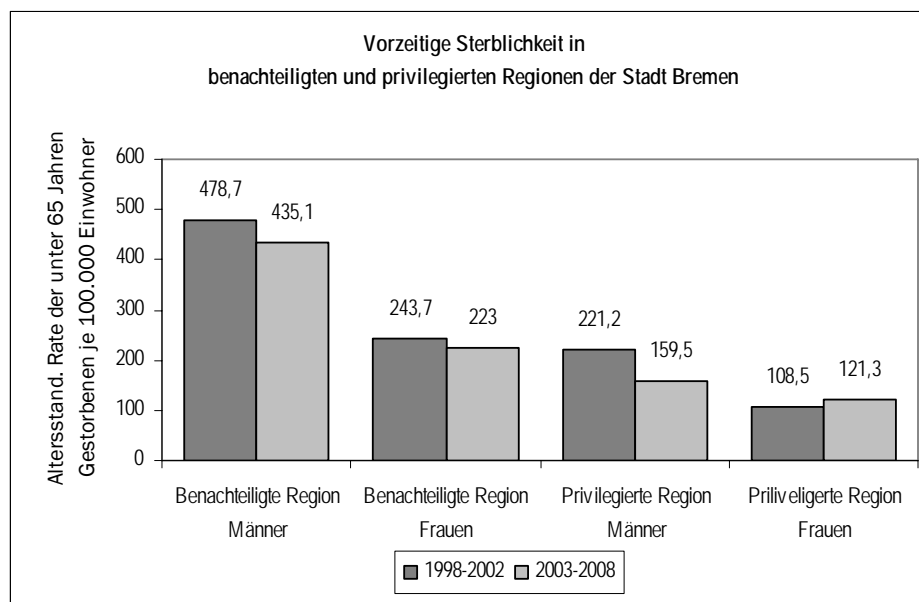


Abbildung 22: Vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren in sozial benachteiligten und sozial privilegierten Ortsteilen, Altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner, (Standardbevölkerung: Alte Europastandardbevölkerung)⁶⁹

Auch bei den Frauen differiert die Sterblichkeit zwischen den Regionen, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Die Beobachtung der Zunahme der vorzeitigen Sterblichkeit bei den Frauen in privilegierten Regionen ist mit Vorsicht zu interpretieren. Denn obgleich die Sterbefälle von 10 Ortsteilen über 5 Jahre einbezogen wurden, sind die Fallzahlen recht klein, so dass hier auch eine zufallsbedingte statistische Schwankung vorliegen könnte.

Vermeidbare Sterblichkeit

Warum ist dieses Thema wichtig?

Gesundheitspolitisch relevant ist neben den vorzeitigen Sterbefällen die sog. „vermeidbare Sterblichkeit“. Hierzu zählen ausgewählte Todesursachen, die bei guter präventiver oder kurativer Versorgung unterhalb bestimmter Altersgrenzen zu vermeiden sind.⁷⁰ Dabei werden indirekt Aussagen getroffen über Angebote, Qualität und Inanspruchnahme von Primärprävention, Früherkennung und Kuration, z.B.:

- Primärprävention: Lungenkrebs, Leberzirrhose;
- Sekundärprävention, d.h. Früherkennung: Brustkrebs;

⁶⁹ Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig

⁷⁰ Tabelle zu den einzelnen Todesursachen der vermeidbaren Sterblichkeit siehe Anhang

- Kuration, d.h. Qualität der medizinischen Versorgung: z.B. Hypertonie.

Tabelle 4: Liste der vermeidbaren Todesursachen

Todesursache	ICD 10 Code
Krebs der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, 15 - 64 Jahre	C33 - C34
Brustkrebs, 25 - 64 Jahre, weiblich	C50
Gebärmutterhalskrebs, 15 - 64 Jahre, weibl.	C53
Ischämische Herzkrankheit, 35 - 64 Jahre	I20 - I25
Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten (Schlaganfall), 35 - 64 Jahre	I10 - I15 u. I60 - I69
Krankheiten der Leber, 15 - 74 Jahre	K70 - K77
Verkehrsunfälle	V01 - V99
Perinatale Sterbefälle**, Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene	A00 - T98

Was wissen wir darüber?

Die Sterberaten der Männer liegen deutlich über denen der Frauen. Im Zeitvergleich ist bei den Männern ein größerer Rückgang als bei den Frauen zu beobachten.

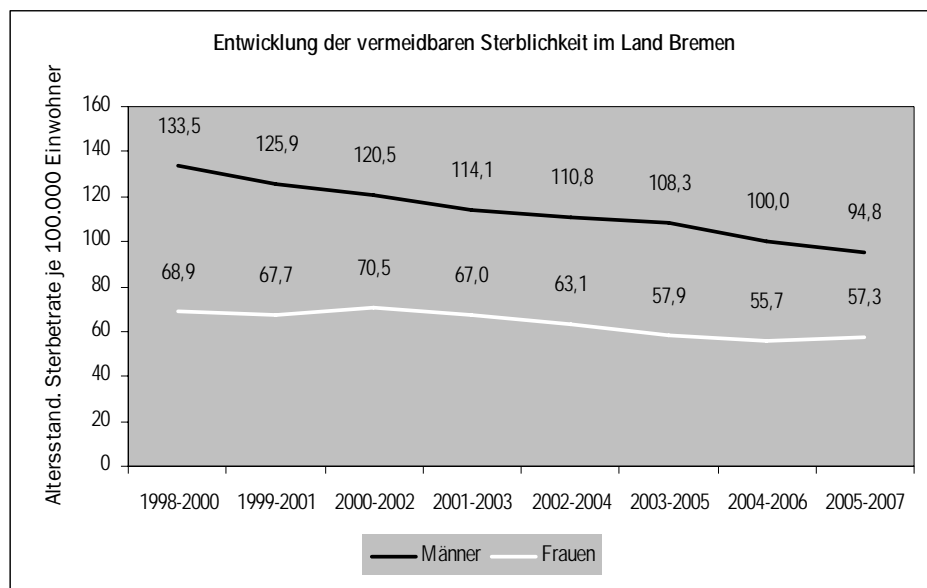


Abbildung 23: Entwicklung der vermeidbaren Sterblichkeit in Bremen und Bremerhaven, (Standardbevölkerung: Alte Europastandardbevölkerung)⁷¹

Dieser Rückgang ist vor allem auf eine deutliche Reduzierung der Sterblichkeitsraten bei den ischämischen Herzkrankheiten zurückzuführen, zu denen der Herzinfarkt und die Angina pectoris zählen.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Ergebnisse der Analysen zur vorzeitigen Sterblichkeit – also der Sterblichkeit unter 65 Jahren und der vermeidbaren Sterblichkeit zeigen Licht und Schatten. Positiv ist die Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit bei den Männern im

⁷¹ Statistisches Landesamt, Gesundheitsberichterstattung der Länder, im Internet: <http://www.statistik-bremen.de/Gesundheitsberichterstattung/index.html>

Land Bremen, die durch den Rückgang der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten zu begründen ist. Negativ ist, dass im Vergleich zu Deutschland in Bremen noch immer mehr Männer vorzeitig sterben – und dass hierbei der Alkohol die wesentlichste Komponente für den Unterschied ist. Mit einem Aktionsprogramm Alkohol (siehe dazu das Kapitel „Alkoholbedingte Krankheiten sollen nun koordinierte evidenzbasierte Maßnahmenbündel entwickelt und umgesetzt werden).

Negativ ist auch, dass zwischen ärmeren und reicheren Regionen Bremens noch immer große Unterschiede in der Sterblichkeit zu beobachten sind. Die Ursachen für Unterschiede sind vielfältig. So hat das Bremer Krebsregister festgestellt, dass tabakassoziierte Krebserkrankungen und –todesfälle in ärmeren Regionen Bremens häufiger vorkommen als in reicheren Regionen (siehe Kapitel Rauchen).

Ausgewählte Todesursachen

Verantwortlich: Antje Post

Wie häufig sind bestimmte Todesursachen in der Bevölkerung? Ist die Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen in Bremen im Vergleich zu Deutschland insgesamt überdurchschnittlich hoch bzw. niedrig? Wie sieht die Trendentwicklung aus? Diese Fragen sollen anhand ausgewählter Todesursachen beantwortet werden. Die Ausgewählt wurden Todesursachen, die in Bremen häufig sind und die der Prävention zugänglich sind.

Herzinfarkt

Warum ist dieses Thema wichtig?

Herzinfarkt ist die bedeutendste Einzeltodesursache bei den ischämischen Herzkrankheiten, die wiederum bestimmend bei den Krankheiten des Kreislaufsystems sind.

Was wissen wir darüber?

Mit dem Alter nimmt das Risiko, an einem Herzinfarkt zu versterben, zu. Im Alter zwischen 55 und 74 Jahren ist bei den Männern jeder 8.-10. Todesfall auf einen Herzinfarkt zurückzuführen.

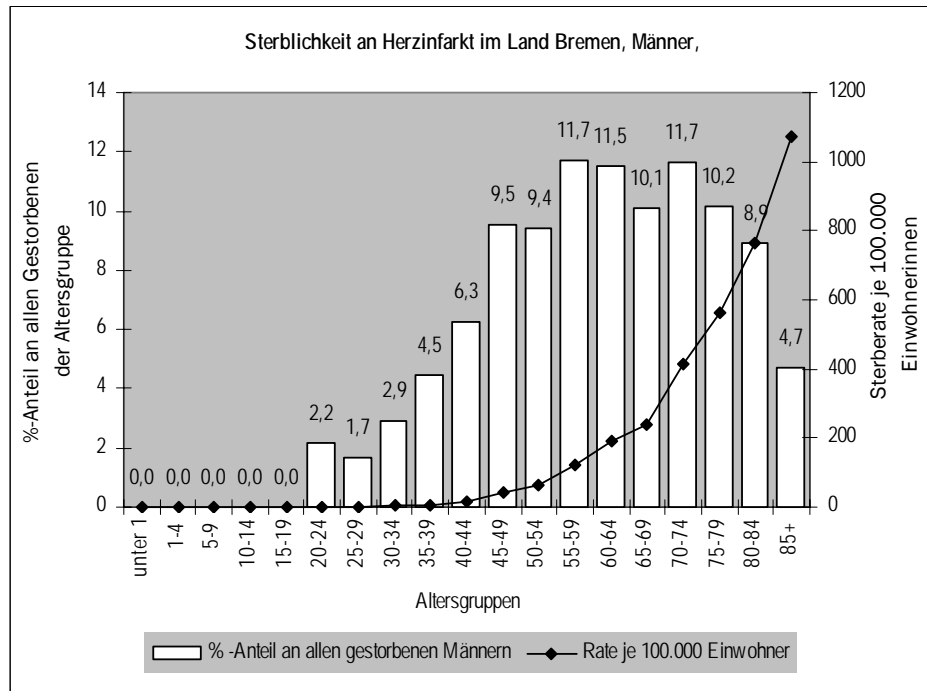


Abbildung 24: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, 1998-2007, Männer

Bei den Frauen ist die Sterblichkeit an Herzinfarkt insgesamt geringer. Aber: Wenn Frauen einen Herzinfarkt erleiden, ist das Risiko für sie größer, daran zu versterben. Als Ursachen hierfür werden diskutiert:

Frauen werden später in ein Krankenhaus eingeliefert⁷²: In einer deutschen Studie wurde bei Frauen die sog. Prähospitalzeit (d.h. die Zeitspanne zwischen dem Auftreten eines Herzinfarktes und der Aufnahme in einem Krankenhaus) mit 90 Minuten beziffert, bei Männern mit 76 Minuten.⁷³ Dies hängt damit zusammen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern häufig unspezifische Symptome haben, die eine schnelle eindeutige Diagnose erschweren⁷⁴ 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.⁷⁵

Des Weiteren wird bei Frauen ein schlechterer klinischer Zustand zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme beobachtet. Dieser ist bedingt durch schwerwiegendere Begleiterkrankungen: mehr Frauen haben arterielle Hypertonie, eine Fettstoffwechselerkrankung, Diabetes mellitus – was damit zusammenhängen kann, dass Frauen häufiger ein höheres Lebensalter zum Infarktzeitpunkt haben als Männer.

⁷² Waldecker (2002): Der Akute Herzinfarkt bei Frauen, Spiegel der Forschung, 19. Jahrgang/Nr. 2, Dezember 2002

⁷³ 01.04.2005 - (idw) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V., Herzinfarkt: Frauen-Sterblichkeit um ein Drittel höher, im Internet: <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/97325/>

⁷⁴ Waldecker (2002): Der Akute Herzinfarkt bei Frauen, Spiegel der Forschung, 19. Jahrgang/Nr. 2, Dezember 2002

⁷⁵ Immer mehr jüngere Frauen erleiden einen Herzinfarkt, im Internet: <http://www.krankenkassen.de/gesundheit/Vorsorge-krankenkassen/herzwoche-herzinfarkt/frauen-herzinfarkt/>

Und schließlich belegen Studien eine schlechtere Behandlung von Frauen. Frauen erhalten in der Klinik in signifikant geringerem Maße eine Therapie, die den medizinischen Leitlinien zur Behandlung eines Herzinfarkts entspricht als Männer.⁷⁶

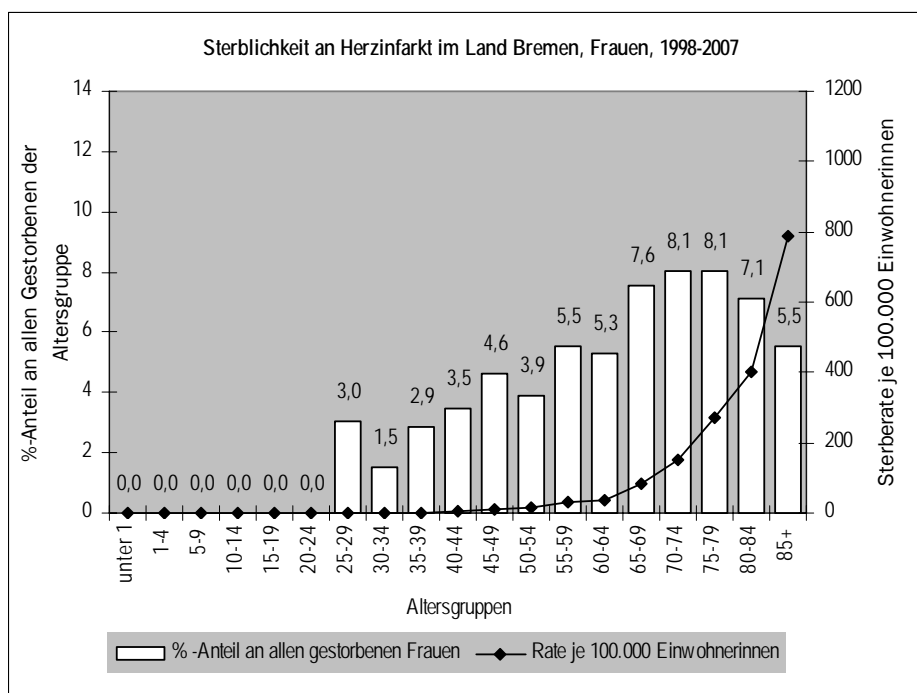


Abbildung 25: Altersspezifische Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Die Sterblichkeit an Herzinfarkt ist in Deutschland wie auch in Bremen rückläufig.

Seit 2002 liegen die Sterberaten in Bremen bei Männern und Frauen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Etwa zu diesem Zeitpunkt gab es auch Änderungen in der Versorgung von Infarktpatienten 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 Kassenärztlichen Vereinigung und dem Ärztlichen Notfalldienst vereinbart hat. Dazu zählen z.B. folgende Änderungen:

- Patient/-innen mit einem bestimmten Herzinfarkttyp (ST-Hebungsinfarkt⁷⁷) werden nicht zum nächstgelegenen Krankenhaus, sondern umgehend in das Infarktzentrum des Klinikums Links der Weser gebracht. Dort erfolgen Diagnostik und invasive Therapie unter Einsatz der Herzkathetertechnik. Bei unkompliziertem Verlauf erfolgt eine Verlegung nach 24-48 Stunden in das für die Patient/-innen wohnortnahe zuständige Krankenhaus. In Bremerhaven erfolgt der Transport in das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide in die dort spezialisierte Kardiologie.
- Herzinfarktpatient/-innen ohne ST-Streckenhebung sollen in einem wohnortnahen Krankenhaus behandelt und innerhalb von 24-48 ei-

⁷⁶ Waldecker (2002). Der Akute Herzinfarkt bei Frauen, Spiegel der Forschung, 19. Jahrgang/Nr. 2, Dezember 2002

⁷⁷ = ST-Hebungsinfarkt: Wenn sich beim Elektrokardiogramm (EKG) Hebungen der ST-Strecke, nennt man dies ST-Hebungsinfarkt.

ner invasiven Diagnostik bzw. Therapie (z.B. Links-Herz-Katheter) zugeführt werden.

Ob es einen kausalen Zusammenhang zwischen diesen Vereinbarungen und der Senkung der Sterblichkeitsraten gegeben hat, kann anhand dieser Daten nicht belegt werden. Aber: Unter der Annahme, dass sich das Auftreten von Herzinfarkten in Bremen nicht grundlegend vom Bundesdurchschnitt unterscheidet, spricht diese Entwicklung für eine gute Akutversorgung in Bremen. Denn: bei Herzinfarkt ist entscheidend, wie schnell – und wie gut interveniert wird.

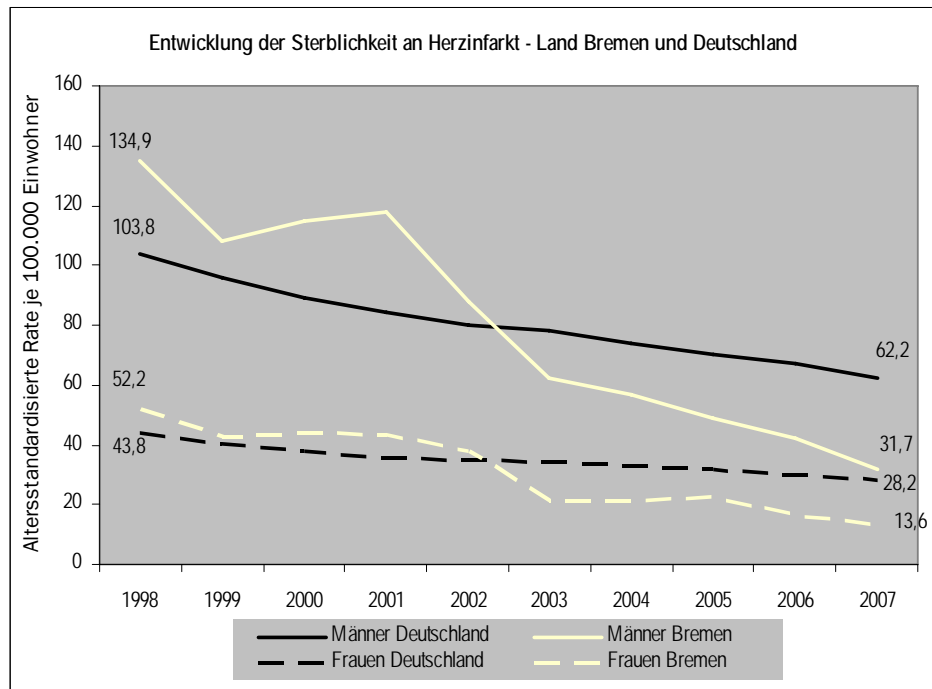


Abbildung 26: Entwicklung der Sterblichkeit an Herzinfarkt im Land Bremen und in Deutschland

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Sterblichkeitsraten sind rückläufig und liegen unter Bundesdurchschnitt. Zudem verlagern sich herzinferktbedingte Sterbefälle mehr ins Krankenhaus, d.h. es versterben weniger Menschen zu Hause oder anderswo, sondern sie werden schneller in ein Krankenhaus gebracht. Das weist auf eine gute Organisation der Versorgung sowohl im präklinischen wie auch im stationären Bereich hin. Unabhängig von dem Bestreben, die Versorgung stets zu verbessern, wird hier derzeit kein Handlungsbedarf gesehen.

Brustkrebs

Warum ist dieses Thema wichtig?

Brustkrebs ist die häufigste krebsbedingte Todesursache bei Frauen – in Bremen wie auch in Deutschland insgesamt.

Was wissen wir darüber?

Im mittleren Lebensalter ist etwa jeder 9. bis 10. Todesfall bei Frauen auf Brustkrebs zurückzuführen. Knapp die Hälfte aller Brustkrebssterbefälle erfolgt vor dem 70. Lebensjahr.

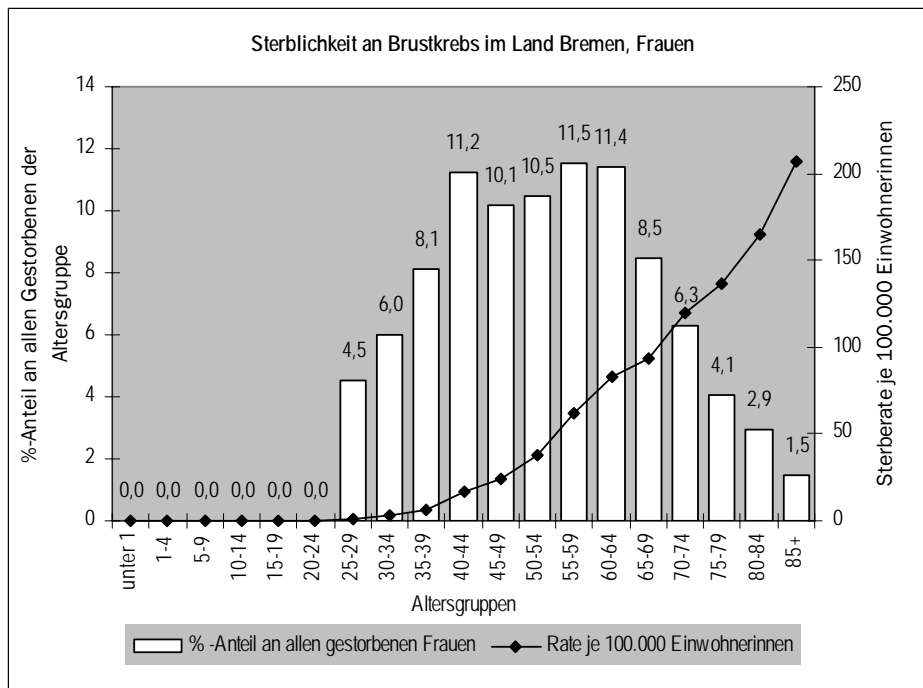


Abbildung 27: Altersspezifische Sterblichkeit an Brustkrebs im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Seit Mitte der 90er Jahre ist in Bremen wie auch in Deutschland ein leichter Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Die Raten in Bremen unterscheiden sich nicht grundlegend vom Bundesdurchschnitt. Die in der nachfolgenden Graphik zu beobachtende größere Schwankungsbreite der Bremer Daten ist durch die kleineren Fallzahlen und einer kleinen Bezugsbevölkerung zu erklären.

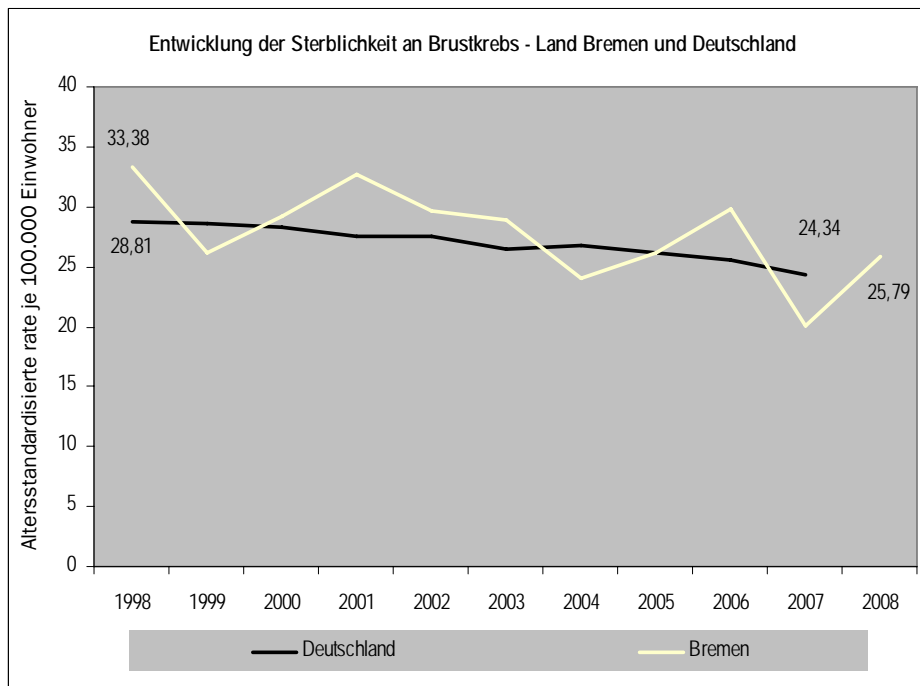


Abbildung 28: Entwicklung der Sterblichkeit an Brustkrebs im Land Bremen und in Deutschland, Frauen

Neuerkrankungen an Brustkrebs im Land Bremen

„Jedes Jahr erkranken etwa 530 Frauen im Land Bremen neu an Brustkrebs. Diese Zahl hat das Bremer Krebsregister (siehe Glossar)⁷⁸ ermittelt. Die altersstandardisierte Inzidenzrate (=Neuerkrankungsrate) liegt für Bremen deutlich über der für Deutschland insgesamt geschätzten Rate. In Deutschland ist seit 1980 ein stetiger Anstieg der Inzidenzraten zu verzeichnen. In Bremen zeigt sich mit Beginn der Registrierung durch das Krebsregister 1998 zunächst eine Zunahme der Inzidenz bis zu den Jahren 2002 – 2003. Seitdem ist die Inzidenzrate in Bremen rückläufig. Als Ursache kommt einerseits das in Bremen im Jahr 2001 als Modellprojekt gestartete Mammographiescreening in Betracht (siehe unten), das typischerweise die Inzidenz durch Vorverlegung der Diagnose zunächst erhöht und in den nachfolgenden Jahren wieder sinken lässt. Ebenso könnte ein Meldedefizit in Hinblick auf die abnehmende Inzidenz eine Rolle spielen, denn Ärzte melden die Fälle freiwillig an das Krebsregister. Da aber auch in anderen Krebsregistern ein Rückgang der Neuerkrankungsraten zu verzeichnen ist, wird derzeit auch der seit dem Jahr 2002 zu verzeichnende Rückgang der Verordnungszahlen von Hormonersatztherapien als Ursache diskutiert. In verschiedenen Studien war das Risiko einer Brustkrebsdiagnose unter einer solchen Therapie erhöht.“

Dies ist ein Auszug aus dem Bericht „Krebserkrankungen im Land Bremen – Schwerpunktthema: Soziale Ungleichheit in der Krebsinzidenz und –mortalität“ des Bremer Krebsregisters.⁷⁹

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Um die Sterblichkeit an Brustkrebs zu verringern, wurde bundesweit das sog. Mammographie-Screening eingeführt. Dabei werden Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer kostenfreien Mammografie eingeladen. Die Einladungen werden von der beim Gesundheitsamt Bremen angesiedelten „Zentralen Stelle“ verschickt. Die Untersuchungen finden in „Screening-Einheiten“ statt. Davon steht jeweils eine in Bremen-Neustadt und Bremen-Nord und Bremerhaven zur Verfügung. In Bremerhaven und im ländlichen Raum werden darüber hinaus „Mammobile“, d.h. mobile Screening-Einheiten, eingesetzt.

In Bremen wurden im Rahmen eines Modellprogramms bereits 2001 mit der Reihenuntersuchung begonnen. Inwieweit diese Maßnahme tatsächlich zu einer Reduktion der Sterblichkeit führt, kann frühestens 10 Jahre nach Beginn festgestellt werden. Derzeitige Ergebnisse weisen u.a. darauf hin, dass Tumore in kleineren Stadien entdeckt werden, was die Heilungschancen vergrößern kann.

Zur Qualitätssicherung des Mammographiescreenings wird – unter strenger Einhaltung des Datenschutzes – ein Abgleich zwischen Daten des Screenings und der an das Krebsregister gemeldeten Brustkrebsfälle durchgeführt. Hierbei wird ermittelt, inwieweit bei Teilnehmerinnen des Screenings zwischen den Screening-Untersuchungen Brustkrebs auftritt. Anschließend wird versucht, die Ursachen dafür zu finden.

⁷⁸ Durchschnittswert der Jahre 1998-2006, Bremer Krebsregister

⁷⁹ Im Internet: www.krebsregister.bremen.de

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird in Kürze einen Wegweiser für an Brustkrebs erkrankte Frauen herausgeben mit vielen Informationen unter anderem zur Behandlung und zu Beratungseinrichtungen in Bremen.

Lungenkrebs

Warum ist dieses Thema wichtig?

Lungenkrebs ist bei Männern die mit Abstand bedeutendste krebsbedingte Todesursache. Nahezu jeder 3. krebsbedingte Sterbefall bei Männern ist in Bremen auf Lungenkrebs zurückzuführen.

Was wissen wir darüber?

Hauptursache für Lungenkrebs ist das Rauchen. Bei Männern sind bis zu 90% der Lungenkrebserkrankungen, bei Frauen bis zu 60% auf das Rauchen zurückzuführen.⁸⁰

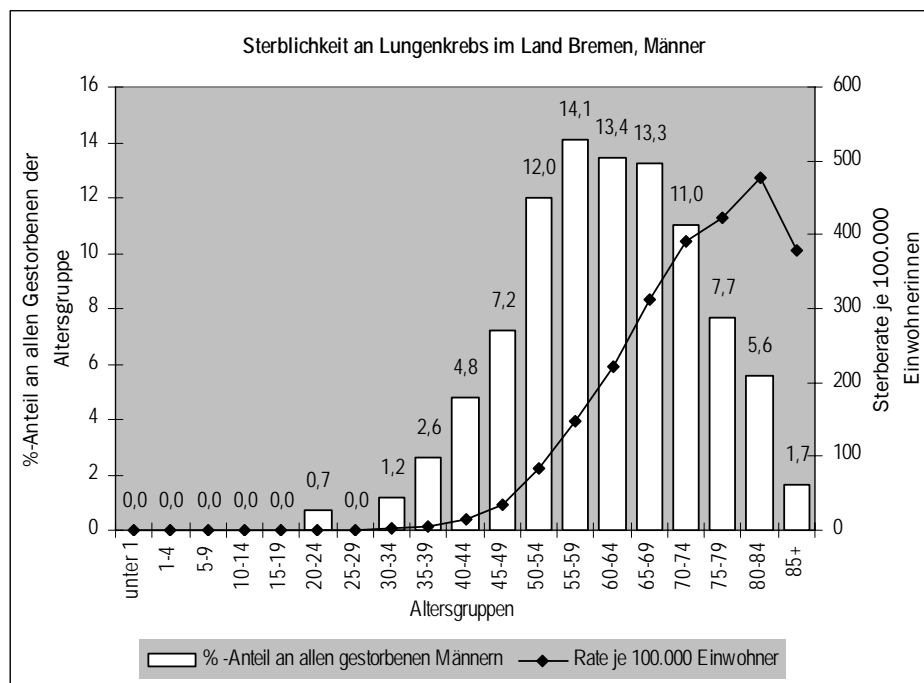


Abbildung 29: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, 1998-2007, Männer

⁸⁰ Robert Koch Institut (2008): Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin, S. 46

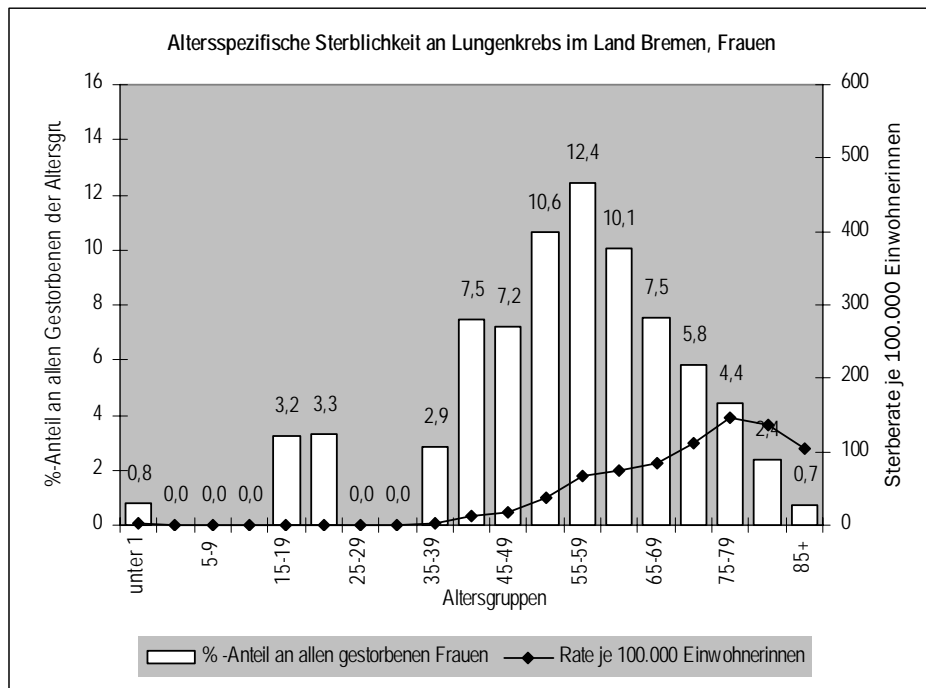


Abbildung 30: Altersspezifische Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt ist in Bremen bei Männern wie auch bei Frauen eine höhere Sterblichkeit zu beobachten. Im Ländervergleich steht Bremen bei den Männern - vom ungünstigsten Wert ausgehend - an 5. Stelle⁸¹ und bei den Frauen an 2. Stelle nach Hamburg.

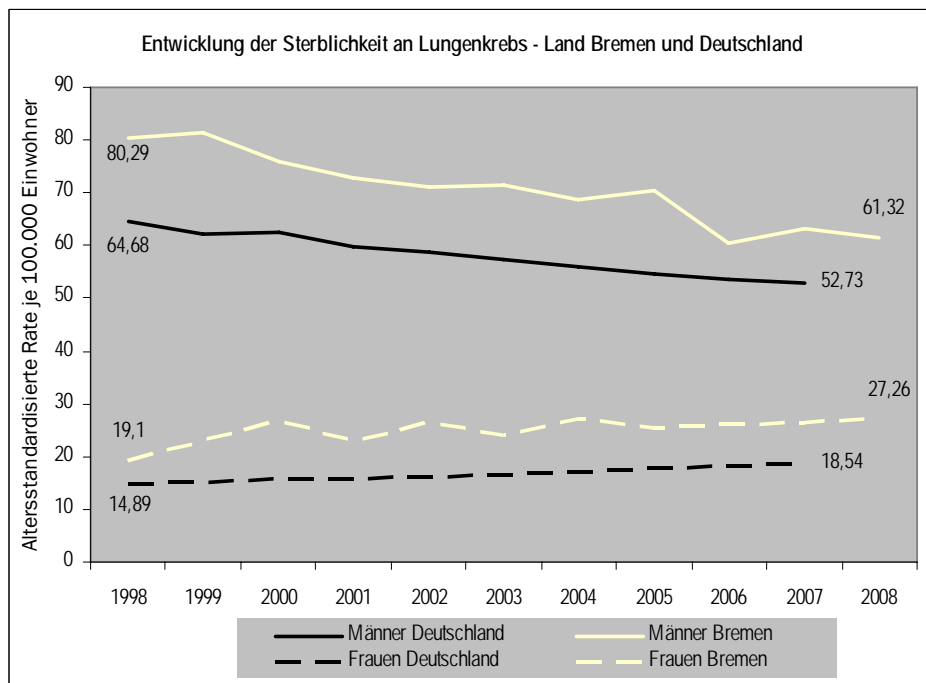


Abbildung 31: Entwicklung der Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen und in Deutschland

Bei den Männern können neben dem Rauchen auch frühere berufliche Schadstoffexpositionen eine Rolle spielen – vor allem durch Asbest. So wurde Asbest bis Mitte der 70er Jahre in den Bremer Häfen ohne Sicher-

⁸¹ Nach Saarland, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg.

heitsmaßnahmen angelandet.⁸² Die Entwicklung der Lungenkrebsmortalität ist bei Männern und Frauen gegenläufig. Während die Sterberaten bei Männern seit Jahren in Deutschland wie auch in Bremen rückläufig sind, nimmt die Mortalität bei Frauen zu. Diese Zunahme ist auf das veränderte Rauchverhalten bei Frauen zurückzuführen.⁸³

Neuerkrankungen an Lungenkrebs im Land Bremen

„Vergleicht man die altersstandardisierten Raten, liegt Bremen bei beiden Geschlechtern über der gesamtdeutschen Inzidenz- und Mortalitätsrate. Für Deutschland insgesamt gehen die Inzidenz und Mortalität bei den Männern seit den 1990er Jahren zurück, während beide Raten für die Frauen zugenommen haben. In Bremen ist die Inzidenzrate im Zeitverlauf gestiegen. Die im bundesweiten Vergleich hohe Lungenkrebsinzidenz in Bremen könnte zum einen durch ein ungünstigeres Risikoverhalten hinsichtlich des Rauchens der überwiegend städtischen Bevölkerung bedingt sein. Andererseits 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 im Hafen 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. Eine gesonderte Auswertung des Bremer Krebsregisters dazu ist in der nächsten Zeit geplant.“

Dies ist ein Auszug aus dem Bericht „Krebserkrankungen im Land Bremen – Schwerpunktthema: Soziale Ungleichheit in der Krebsinzidenz und –mortalität“ des Bremer Krebsregisters.⁸⁴

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Lungenkrebs ist stark assoziiert mit dem Rauchverhalten. Sie dazu den Abschnitt „Was tun wir – und was planen wir zu tun?“ des Kapitels „Rauchen“.

Alkoholbedingte Krankheiten

Warum ist dieses Thema wichtig?

In den Medien wird häufig über Alkoholmissbrauch, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (Stichwort „Komasaufen“) berichtet. Dies ist infolge steigender Raten auch ein ernstzunehmendes Thema (siehe dazu Abschnitt „Krankenhausbehandlungen im Kapitel „Gesundheit von Kindern“). Die durch Alkohol bedingte Sterblichkeit betrifft jedoch eher das mittlere Lebensalter. Zu den alkoholbedingten Erkrankungen werden eine Reihe von Krankheiten wie z.B. die alkoholische Leberkrankheit, aber auch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol gezählt (komplette Liste der Erkrankungen siehe Glossar).

⁸² Bremer Krebsregister (2008): Krebserkrankungen im Land Bremen 2000-2005, im Internet: <http://www.krebsregister.bremen.de/berichte.php>

⁸³ Robert Koch Institut (2008): Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin, S. 46

⁸⁴ Im Internet: www.krebsregister.bremen.de

Was wissen wir darüber?

Als Todesursache spielen alkoholbedingte Erkrankungen vor allem bei den Männern eine Rolle: Bei den 40-44 jährigen Männern ist mehr als jeder 5. Todesfall alkoholbedingt. Im Vergleich dazu sind Unfälle mit 5,5% in diesem Alter deutlich weniger relevant. Bei den Frauen spielen alkoholbedingte Todesfälle eine deutlich geringere Rolle.

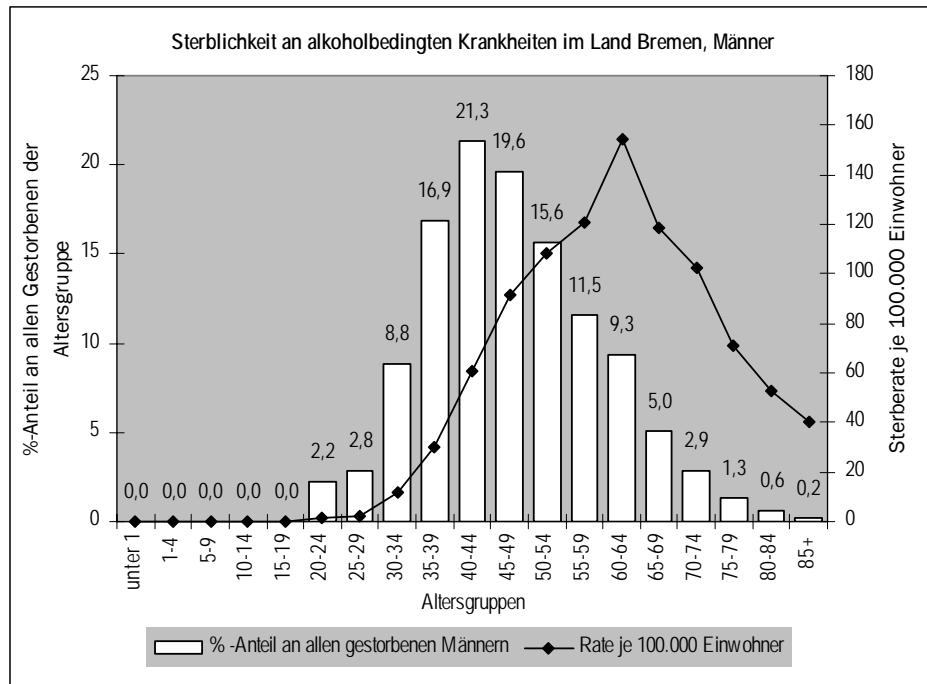


Abbildung 32: Altersspezifische Sterblichkeit an alkoholbedingten Erkrankungen im Land Bremen, 1998-2007, Männer

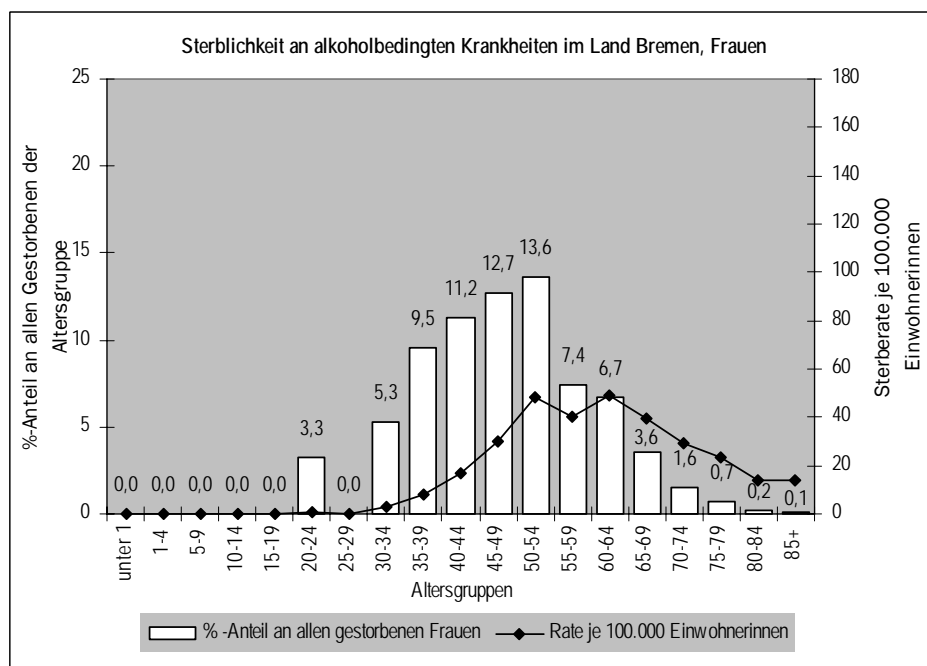


Abbildung 33: Altersspezifische Sterblichkeit an alkoholbedingten Erkrankungen im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind die Sterberaten durch alkoholbedingte Erkrankungen in Bremen bei beiden Geschlechtern erhöht. Im Vergleich zur Situation von vor 10 Jahren ist die Erhöhung bei den Frauen nur noch geringfügig – und auch bei den Männern hat die Differenz abgenommen. Im Ländervergleich weist Bremen in 2008 nach Mecklenburg-Vorpommern bundesweit die zweihöchsten Sterberaten durch alkoholbedingte Erkrankungen auf.

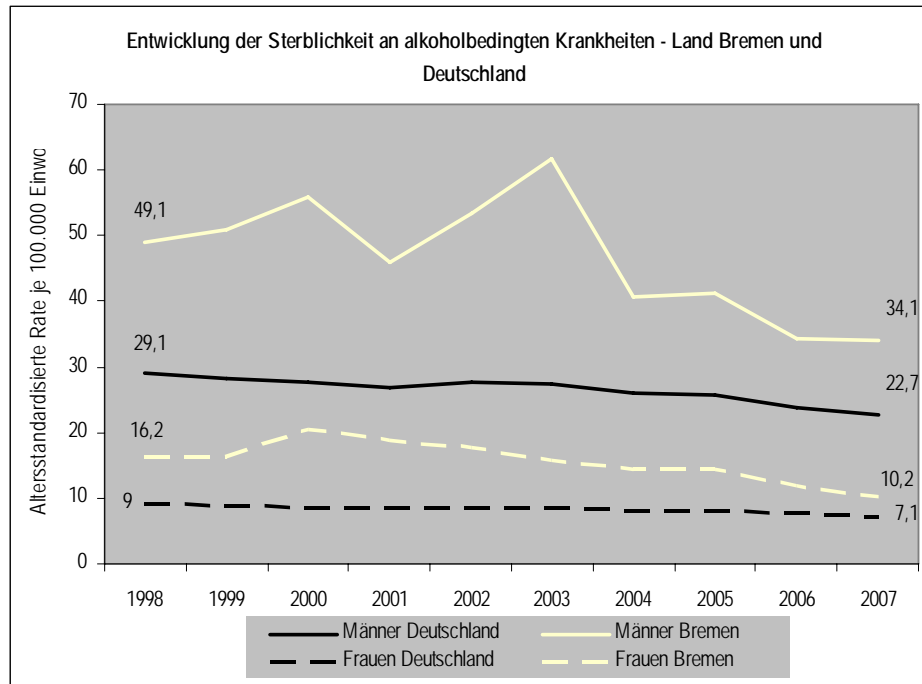


Abbildung 34: Entwicklung der Sterblichkeit an alkoholbedingten Erkrankungen im Land Bremen und in Deutschland

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Daten machen deutlich, dass die Anstrengungen gegen den riskanten und missbräuchlichen Konsum von Alkohol mit einer hohen Priorität weiter zu verfolgen sind. Die Alkoholpolitik des Bremer Senat basiert auf den vier Säulen: Prävention, Hilfen, Schadensminimierung und Repression. Neben den seit Jahren durchgeführten Maßnahmen der Suchtprävention, des Jugendschutzes, der Suchtberatungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen werden 2010 folgende neue Angebote entwickelt:

- Im Sommer wird erneut die Bremer Suchtwoche als Aktion eines breiten Bündnisses stattfinden, um durch eine hohe öffentliche Präsenz das Bewusstsein für einen verantwortungsvollen Alkoholkonsum zu schärfen und den Alkoholkonsum zu reduzieren.
- Für 2010 kann davon ausgegangen werden, dass ausstehende Standort- und Finanzierungsfragen für den Bau eines neuen Sucht-Rehabilitationszentrums mit 80 voll- und 20 teilstationären Betten geklärt sind. Damit wären die Bedingungen für eine gemeindenahere Versorgung mit allen Angeboten der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in Bremen realisiert.
- Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales wird 2010 einen Bremer Aktionsplan entwickeln, der für die nächsten Jahre basierend auf einer Gesamtstrategie Maßnahmen gegen den riskanten und missbräuchlichen Konsum von Alkohol beinhalten wird.

Unfälle

Warum ist dieses Thema wichtig?

Unfälle zählen zu den häufigsten Todesursachen im Kindes- und jungen Erwachsenenalter – zahlenmäßig treten sie aber im höheren Alter deutlich häufiger auf.

Was wissen wir darüber?

In allen Altersgruppen versterben mehr Männer als Frauen an Unfällen. Während im Kindes- und Jugendalter vor allem Verkehrsunfälle bedeutsam sind (vergleiche Abschnitt „Verkehrsunfälle im Kapitel „Gesundheit von Kindern) sind tödliche Unfälle in höherem Alter meist häuslich bedingt.

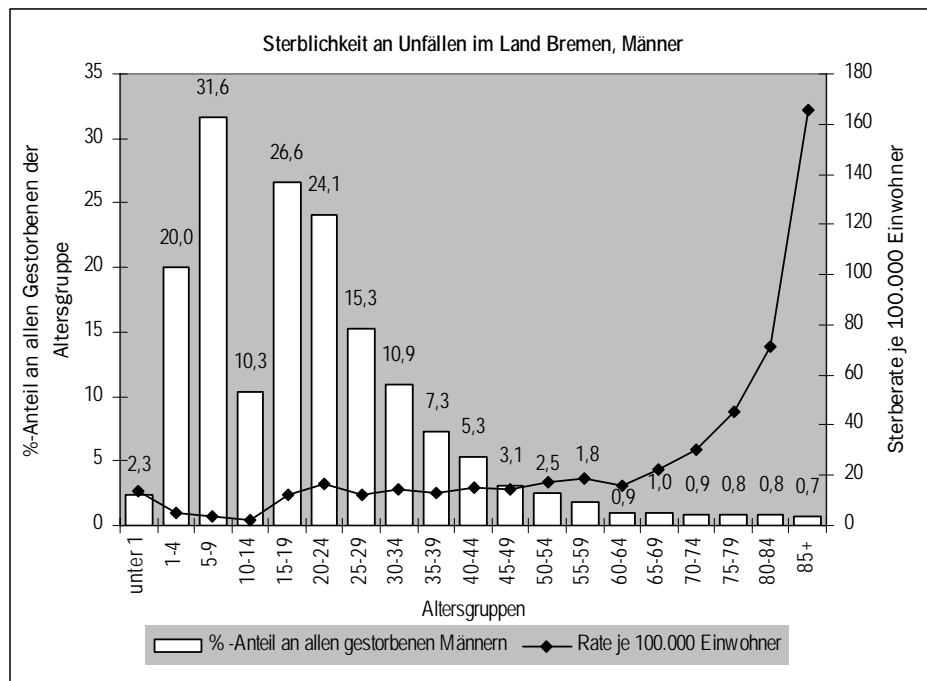


Abbildung 35: Altersspezifische Sterblichkeit an Unfällen im Land Bremen, 1998-2007, Männer

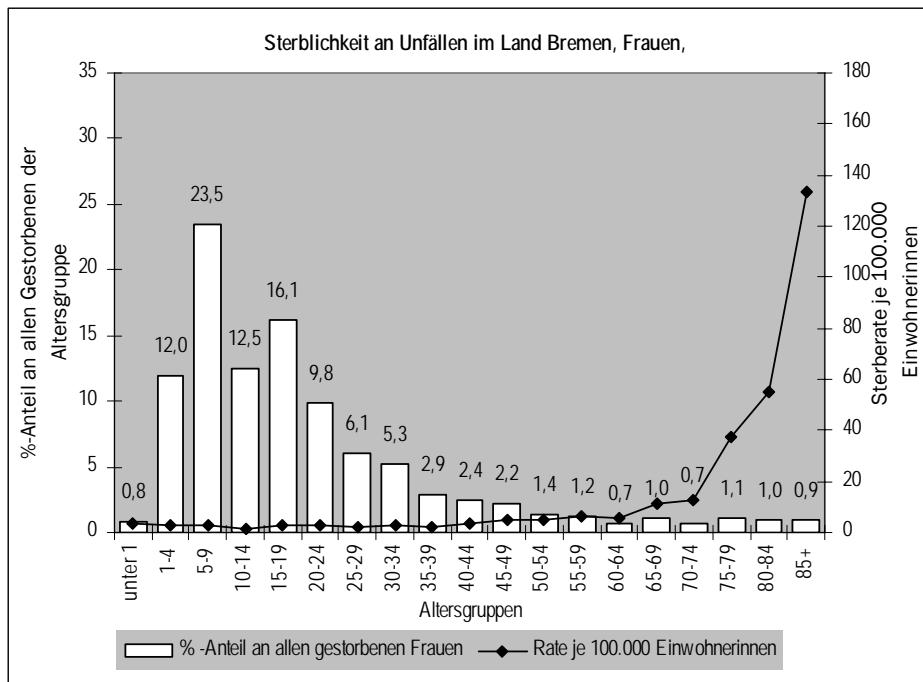


Abbildung 36: Altersspezifische Sterblichkeit an Unfällen im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt versterben im Land Bremen weniger Menschen an Unfällen. Das liegt vor allem daran, dass in Bremen weniger tödliche Verkehrsunfälle zu verzeichnen sind. Dies könnte mit der Tatsache zusammenhängen, dass Bremen als Stadtstaat über vergleichsweise wenige Außerortsstraßen verfügt, denn dort ereignen sich die folgenreichsten Zusammenstöße.⁸⁵ Aber auch Arbeitsunfälle und häusliche Unfälle mit Todesfolge treten in Bremen weniger auf als im Bundesdurchschnitt.

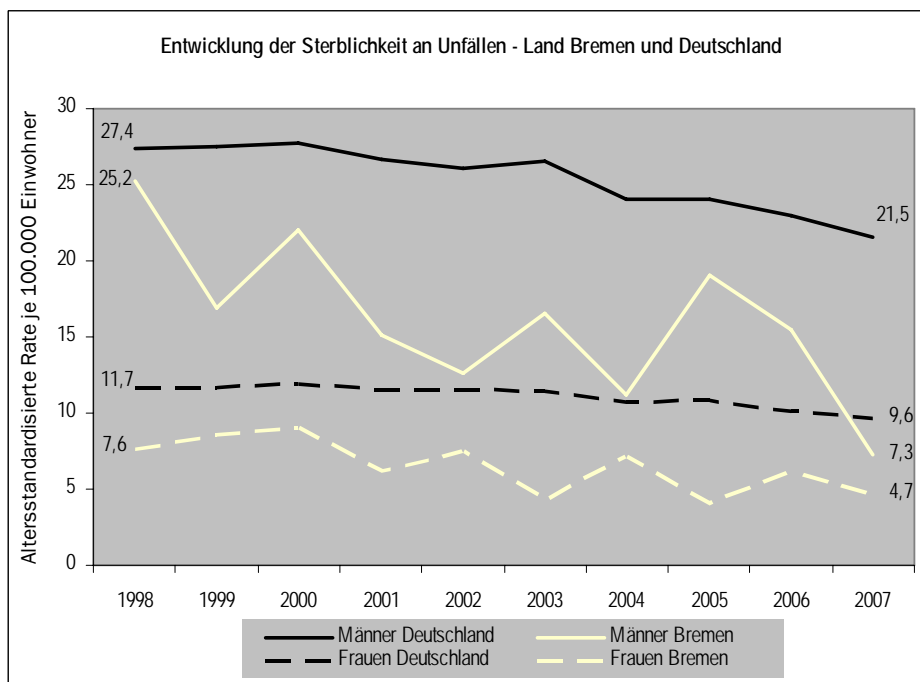


Abbildung 37: Entwicklung der Sterblichkeit an Unfällen im Land Bremen und in Deutschland

⁸⁵ Robert Koch Institut (2006): Gesundheit in Deutschland, Berlin

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Da die Sterblichkeit bei Erwachsenen unter dem Bundesdurchschnitt liegt und zudem weiter rückläufig ist, sehen wir hier derzeit keinen Handlungsbedarf.

Suizid

Warum ist dieses Thema wichtig?

Pro Jahr nehmen sich im Land Bremen etwa 73 Männer und 29 Frauen das Leben. Suizid tritt bei den Männern im Vergleich zu tödlich verlaufenden Verkehrsunfällen fast vier Mal häufiger auf. Zudem dürften real weitere Suizide vorkommen, da hier von einer Dunkelziffer auszugehen ist. Zum Beispiel gilt jeder 5. Drogentodesfall als bewusst herbeigeführt. Auch tödlich Verkehrsunfälle können in suizidaler Absicht erfolgen, werden aber unter Umständen nicht als solche gezählt.⁸⁶

Was wissen wir darüber?

Gemessen an der Sterblichkeit insgesamt, zählt der Suizid zu den häufigsten Todesursachen im jüngeren Erwachsenenalter. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sterblichkeit in diesem Alter insgesamt gering ist. Beispielsweise versterben pro Jahr etwa 31 Männer im Alter zwischen 20 und 29 Jahren, davon etwa 7 jährlich an Suizid. Die Sterblichkeit an Suizid ist insgesamt bei Männern höher als bei Frauen – Frauen scheinen dagegen häufiger als Männer einen Suizidversuch zu unternehmen. Etwa zwei Drittel der Suizidversuche werden Frauen zugeordnet.

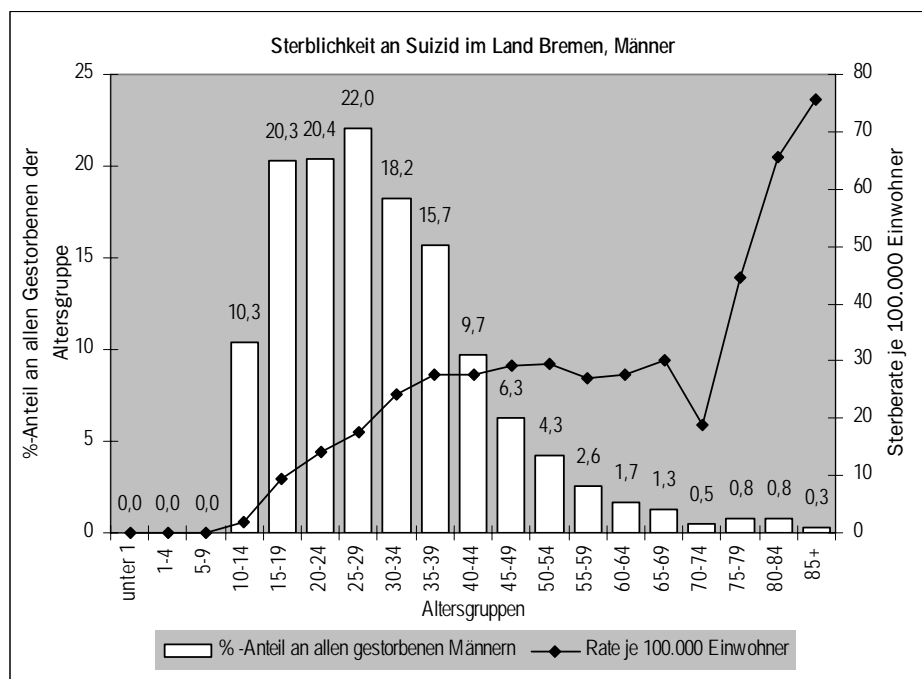


Abbildung 38: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid im Land Bremen, 1998-2007, Männer

Vor allem in höherem Alter vollziehen mehr Männer als Frauen einen Suizid. Dieses Phänomen ist seit langem zu beobachten und trifft nicht nur für

⁸⁶ Hermann S. (2007): Suizidhäufigkeit in Berlin-Fakten, Dunkelziffern und Ursachen - 1. Gesundheitstag Bipolare Störungen -8. Mai 2007, im Internet: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-ges-soz/gesundheit/vortraege/suizidh_ufigkeit_in_berlin.pdf?start&ts=1262167287&file=suizidh_ufigkeit_in_berlin.pdf

Bremen zu.⁸⁷ Als Ursache wird unter anderem mangelnde soziale Unterstützung diskutiert. Generell weisen Menschen mit Depressionen, unbehandelte Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie unheilbar Erkrankte ein höheres Suizidrisiko auf.⁸⁸

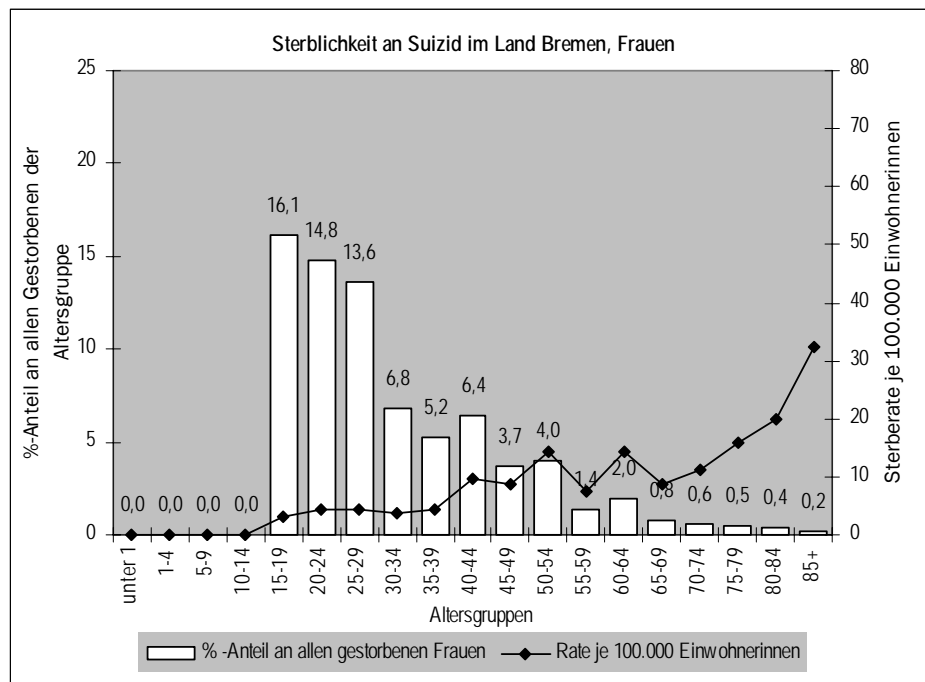


Abbildung 39: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid im Land Bremen, 1998-2007, Frauen

Die höhere Sterblichkeit von Männern an Suizid im Vergleich zu Frauen lässt sich auch bei der Darstellung der zeitlichen Entwicklung beobachten. Bei beiden Geschlechtern ist die Entwicklung der Sterblichkeit an Suizid seit über 20 Jahren rückläufig.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weisen Bremer Männer und Frauen über einen 10 Jahreszeitraum betrachtet eine geringfügig höhere Sterberate auf. Ein deutlicher Trend ist in Bremen infolge der großen Schwankungsbreite – die wiederum von kleinen Fallzahlen herrührt – nicht zu erkennen.

⁸⁷ Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998, Bremen

⁸⁸ Robert Koch Institut (2006): Gesundheit in Deutschland, Berlin

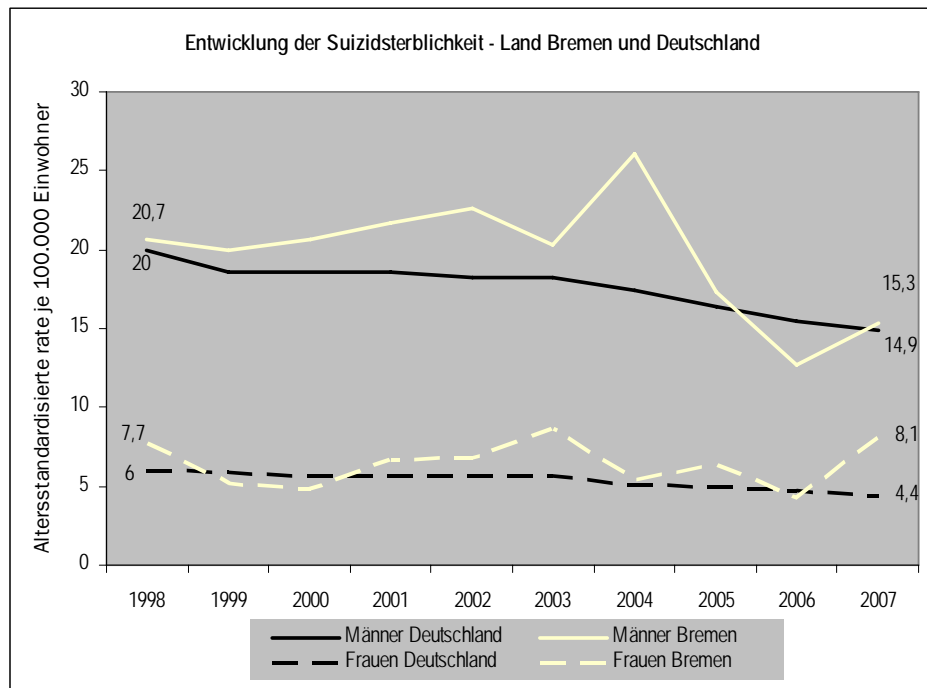


Abbildung 40: Entwicklung der Sterblichkeit an Suizid im Land Bremen und in Deutschland

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Bei Suiziden können viele unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen. Zu den Maßnahmen primärer Prävention zählt ein „gemeindenahes psychiatrisches Vorsorge- und Behandlungssystem, insbesondere bei depressiven Störungen“. ⁸⁹Durch die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung im Land Bremen in die 4 Regionen Mitte, Süd, Ost, Nord plus Bremerhaven wird eine gemeinde-nahe Versorgung sichergestellt. Menschen in akuten suizidalen Krisen können sich tagsüber an den sozialpsychiatrischen Dienst wenden – und nachts sowie an Wochenenden und an Feiertagen an den Kriseninterventionsdienst.

Ein zentraler Faktor der Prävention ist das frühe Erkennen und Behandeln psychiatrischer Krankheitsbilder, vor allem Depressionen. Einer von sieben schwer depressiven Patientinnen und Patienten verstirbt durch Suizid.⁹⁰ Hier sind vor allem die Hausärzte gefragt.

Wer mehr über Depressionen im Land Bremen und die Versorgungssituation erfahren möchte, findet weitere Informationen in dem von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales herausgegebenen Bericht „Depressionen - Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit.“⁹¹

⁸⁹ Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin

⁹⁰ Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin

⁹¹ Im Internet: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.4571.de>

Gesundheit von Kindern

Säuglingssterblichkeit

Verantwortlich: Janine Pfufl und Dr. Günter Tempel

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die Säuglingssterblichkeit, ein international gültiger Indikator, weist auf die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Versorgung hin. Sie bezieht sich auf Säuglinge, die im ersten Lebensjahr gestorben sind (Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene).

Was wissen wir darüber?

Während die Säuglingssterblichkeit in manchen Ländern der Dritten Welt immer noch hohe Werte aufweist (bis zu 20% der Kinder stirbt im ersten Lebensjahr), ist sie in Deutschland seit den 70er Jahren stark zurückgegangen und mit mittlerweile unter einem Prozent sehr gering. Im Land Bremen liegt sie etwas höher als im Bundesdurchschnitt.

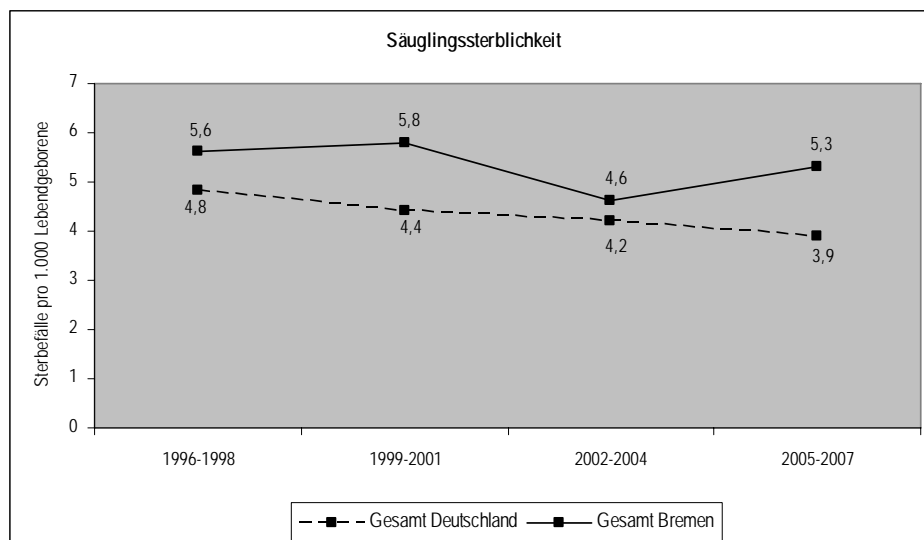


Abbildung 41: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene, Deutschland und Land Bremen, 1996-2007⁹²

Die Säuglingssterblichkeit liegt generell beim männlichen Geschlecht etwas höher als beim weiblichen, was mit unterschiedlicher genetischer Disposition erklärt wird.

⁹² www.gbe-bund.de

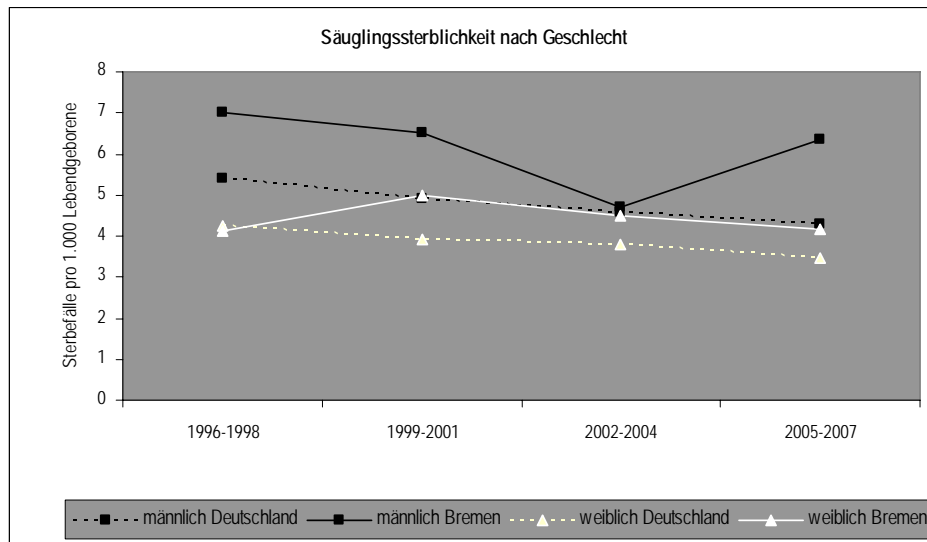


Abbildung 42: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene, differenziert nach Geschlecht, Deutschland und Land Bremen, 1996-2007.⁹³

Zwischen Bremen und Bremerhaven zeigen sich deutliche Unterschiede: In Bremerhaven sterben mehr Kinder unter einem Jahr als in Bremen, und in Bremerhaven stieg die Rate der Säuglingssterblichkeit in der vergangenen Dekade, entgegen dem Trend in Bremen und in Deutschland.

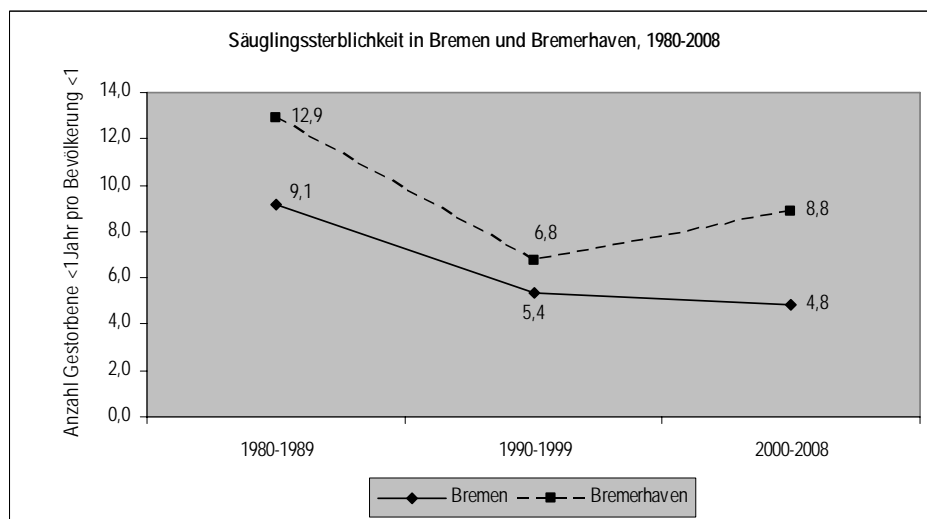


Abbildung 43: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene, differenziert nach Bremen und Bremerhaven, 1980-2008⁹⁴

Eine mögliche Erklärung ist die schlechtere soziale Lage Bremerhavens, denn die Säuglingssterblichkeit hängt auch mit sozialen Faktoren zusammen. So wird auf unterschiedliche Gesundheitsrisiken und unterschiedliches Gesundheitsverhalten der Mütter z.B. bzgl. Rauchen oder Alkoholkonsum oder der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten hingewiesen, die sich in Abhängigkeit von der sozialen Lage deutlich unterscheiden können.

Die sozialräumlichen Differenzen zeigen sich auch innerhalb der Städte – hier am Beispiel der Stadt Bremen –, teilweise in ausgeprägter Form: Während die Säuglingssterblichkeit in den wohlhabenden „bürgerlichen“ Quartieren bei 1,2 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen liegt, weist sie in den

⁹³ www.gbe-bund.de

⁹⁴ Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

zumeist am Stadtrand gelegenen Hochhaussiedlungen des sozialen Wohnungsbaus (sog. Großsiedlungen) in den letzten Jahren eine Rate von durchschnittlich 7,3 Todesfällen auf. Allerdings fällt auf, dass sich die Raten in den traditionellen Arbeitervierteln, die ebenfalls zu den statusniedrigeren Wohnquartieren zählen, etwa um den Bremer Durchschnitt (4,5 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeborene) bewegen.

Tabelle 5: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene nach Quartierstyp - Stadt Bremen, 2000 – 2008⁹⁵

Zeitraum	Bremen (Stadt)	wohlhabende Viertel	Arbeiterviertel	Großsiedlungen
2000-2004	5,0	3,6	4,5	9,8
2005-2008	4,5	1,2	5,2	7,3

Der pauschale Hinweis auf ‚soziale Benachteiligung‘ stellt also keine ausreichende Erklärung dar. Vielmehr müssen die Lebensverhältnisse differenziert betrachtet werden. Der Befund, dass die Säuglingssterblichkeit in den Bremer Großsiedlungen deutlich über dem Durchschnitt, in den Arbeitervierteln jedoch nur geringfügig höher liegt, bestätigt Aussagen der Stadtfor- schung, nach denen Hochhaussiedlungen am Stadtrand der wahrscheinlich problematischste städtische Quartierstyp sind.

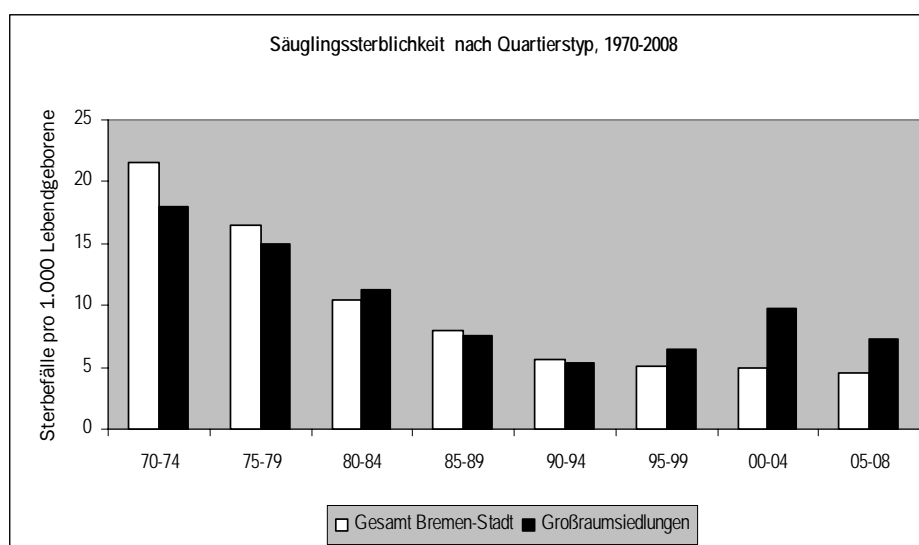


Abbildung 44: Sterbefälle pro1.000 Lebendgeborene, Bremen (Stadt), 1970-2008⁹⁶

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Zielgruppen für die Verminderung von Säuglingssterblichkeit sind zum einen Schwangere und Familien vor der Geburt eines Kindes, zum anderen Säuglinge, Mütter und ihre Familien im ersten Lebensjahr des Kindes.

Unspezifische Prävention, die dazu beiträgt, soziale Ungleichheit in Bereichen von Armut/Reichtum, Zugang zu Bildung und zu gesundheitlichen Angeboten abzubauen sowie generell Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern, wirkt sich langfristig auch positiv auf die Säuglingssterblichkeit aus. Daher sollten stattteilbezogene, Setting-orientierte Angebote, insbesondere in den Großraumsiedlungen am Stadtrand von Bremen und Bremer-

⁹⁵ Tempel G. (2009) Gesundheitsamt Bremen

⁹⁶ Tempel G. (2009) Gesundheitsamt Bremen

haben erhalten und verstärkt werden, wie sie z.B. durch Quartiersmanager, Projekte wie WIN (Wohnen in Nachbarschaften), Gesundheitstreffpunkte u.a. realisiert werden.

Darüber hinaus sollten im Rahmen spezifischer Präventionsmaßnahmen insbesondere Schwangere in sozial benachteiligten Quartieren Informationen und lebenspraktisch ausgerichtete Angebote zu gesunden Lebensstilen erhalten; dies betrifft vor allem das Verhalten bezüglich legalem Suchtmittelkonsum wie Rauchen und Alkoholkonsum. Ebenso sollten Maßnahmen auf eine Steigerung der Inanspruchnahme der regelhaft vorgesehenen Schwangerschaftsvorsorge- sowie der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder ab der Geburt (so genannte U-Untersuchungen) abzielen.

Im Rahmen eines intensivierten Einsatzes für das Kindeswohl wurden in den letzten Jahren im Land Bremen verschiedene sozialraumbezogene Maßnahmen der Frühprävention, also Hausbesuche und Beratung für Familien mit Säuglingen in sozial benachteiligten Regionen bzw. von Müttern und Familien mit hohem Risikoprofil verstärkt. (Familienhebammen; Projekt ‚TippTapp – Gesund ins Leben‘; Hilfen für drogenabhängige Mütter im Methadon-Programm etc.). Hierbei geht es immer um Stärkung der elterlichen Kompetenzen einerseits und Abklärung jugendhilfe-orientierten Interventionsbedarfs („Frühwarnsystem“) andererseits.

Außerdem plant das Land Bremen derzeit ein Gesetz, das vorsieht, dass bei Sterbefällen von Kindern unter 6 Jahren regelhaft eine Obduktion erfolgt. Mit dieser Initiative verbindet sich die Hoffnung auf eine bessere Aufklärung von Misshandlungsfällen mit Todesfolge und vor allem mittel- und langfristig eine Prävention von Kindesmisshandlungen.

Krankenhausbehandlungen

Verantwortlich: Antje Post

Warum ist dieses Thema wichtig?

Der Großteil aller Erkrankungen wird im ambulanten Bereich therapiert. Stationäre Behandlungen erfolgen generell nur in schwereren Krankheitsfällen, die ambulant nicht mehr angemessen zu behandeln sind sowie bei Operationen oder beim Bedarf nach aufwändigerer Diagnostik (z.B. mit Hilfe von Großgeräten).

Was wissen wir darüber?

Kinder erkranken im Durchschnitt weniger häufig als Erwachsene so schwer, dass stationäre Behandlung erforderlich ist. Bei den 1 bis unter 5 Jährigen in Bremen sind dies knapp 13.000 Fälle pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe, bei den 5 bis unter 15 Jährigen sind es knapp 7.300 Fälle.⁹⁷ Die stationären Aufenthalte der jüngeren Kinder rühren vor allem von Krankheiten des Atmungssystems, Infektionen sowie Verletzungen und Vergiftungen her. Insgesamt unterscheiden sich die Raten zwischen Bremen und Deutschland kaum.

Ein Behandlungsgrund, der auch immer wieder in den Medien genannt wird, ist der übermäßige Alkoholkonsum bei Jugendlichen („Komasaufen“).

⁹⁷ Die unter 1 Jährigen wurden hier nicht mit berücksichtigt, weil ab 2004 bei dieser Altersgruppe auch normale Geburten mit einbezogen wurden und sich damit eine Erhöhung der Rate ergeben hätte, die lediglich auf eine geänderte Methode beruhen würde.

Von den über 4100 Fällen, die im Jahr 2008 insgesamt wegen Alkoholmissbrauchs im Krankenhaus behandelt wurden, waren 331 im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter (bis 25 Jahren) – hier am häufigsten mit der Diagnose „Akute Intoxikation“, was gleichbedeutend mit „Komasaufen“ oder „Binge drinking“ ist. Auch hier sind es deutlich mehr Männer als Frauen.

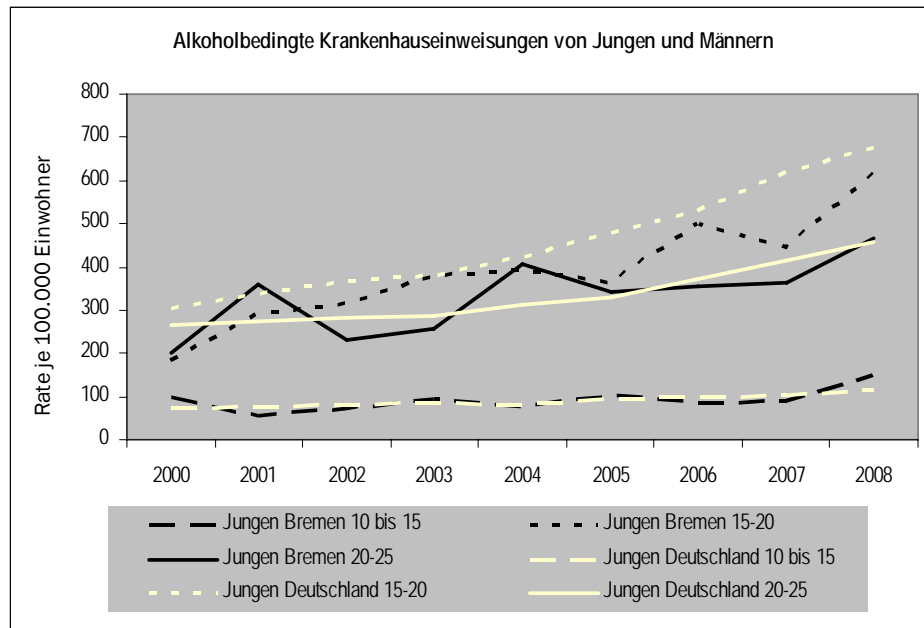


Abbildung 45: Alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen bei Bremer Jungen/Männern, Raten je 100.000 Einwohner im Zeitvergleich⁹⁸

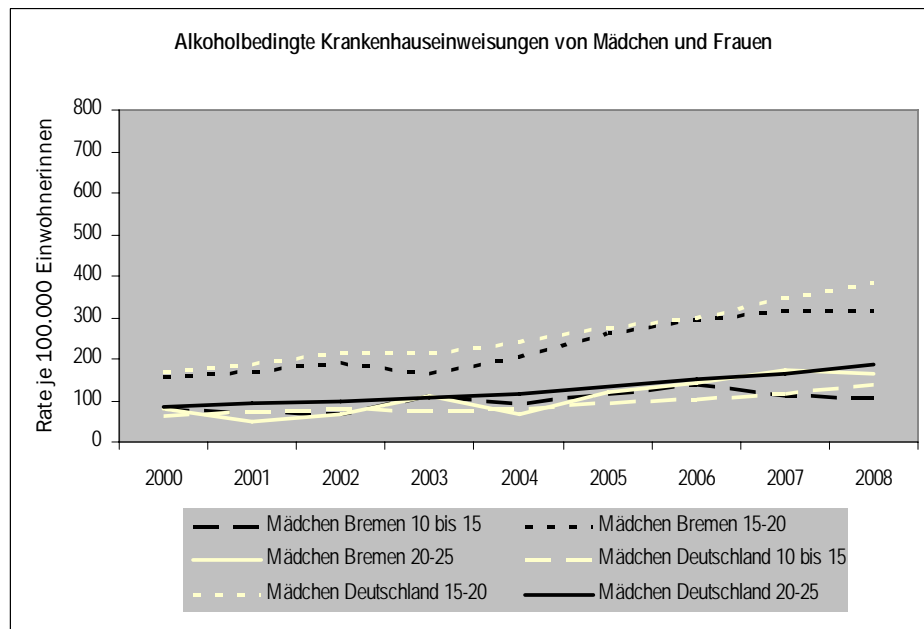


Abbildung 46: Alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen bei Bremer Mädchen/Frauen, Raten je 100.000 Einwohner im Zeitvergleich⁹⁹

Am häufigsten betroffen ist hier die Altersgruppe der 15 bis 20 Jährigen. Mit diesen Zahlen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheiden wir uns

⁹⁸ www.gbe-bund

⁹⁹ www.gbe-bund

nicht gravierend vom Bundesdurchschnitt. In Bremen wie auch im Bundesdurchschnitt ist eine zunehmende Tendenz von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholmissbrauch zu beobachten – vor allem bei den 15 bis 20 Jährigen.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Speziell für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche wird eine Beratungsstelle in enger Anbindung an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst ihre Arbeit aufnehmen.

Mit dem Projekt „Voll im Blick“ wird auf den Suchtmittelmissbrauch von Kindern und Jugendlichen reagiert. Ziel des Projektes ist es, Kinder und Jugendliche, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch auffällig werden, früher durch suchtspezifische Angebote zu erreichen. Polizei, Krankenhäuser und Schulen sind in dem Projekt eingebunden. Mit einem gestuften Interventionskonzept von Informationen über Elternbriefe, direkte Beratungsangebote des Zentrums für schülerbezogene Beratung bis hin zu Meldungen zur Kindeswohlgefährdung an den Kinder- und Jugendnotdienst werden Jugendliche und Erziehungsberechtigte direkt angesprochen.

Übergewicht

Verantwortlich: Dr. Elisabeth Horstkotte, Dr. Angela Krönauer-Ratai, Eberhard Zimmermann

Prävention vermeidbarer Erkrankungen: Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind eine der größten gesundheitlichen Probleme in den Industrieländern weltweit. Dieses gilt uneingeschränkt auch für Kinder und Jugendliche. Zum einen werden Übergewicht und Adipositas als weit verbreitete, chronische Gesundheitsstörungen verstanden, die mit einer hohen Begleit- und Folgemorbidität einhergehen und ein langfristiges Behandlungs- und Betreuungskonzept erfordern. Als Folgeerkrankungen sind vor allem Bluthochdruck, Typ2-Diabetes, Koronare Herzkrankheiten und Herzinsuffizienz, Fettstoffwechselerkrankungen aber auch orthopädische Probleme mit der Folge von Gelenk- und Rückenschmerzen zu nennen. Zum anderen aber leiden die Kinder und Jugendlichen auch selbst; sowohl an den körperlichen und zunehmend auch gesundheitlichen Auswirkungen der Fettsucht, als auch an zunehmender sozialer Ausgrenzung und Isolation.

Insbesondere bestimmte Risikogruppen, wie Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund, verzeichnen eine hohe Prävalenz. Die Reduktion Übergewicht und Adipositas gehört daher zu den gesundheitspolitisch vordringlichen Präventionsaufgaben.

Rahmendaten und Definitionen

Die folgenden Angaben zu Übergewicht und Adipositas in Bremen beruhen auf Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1998 bis 2008 aus den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Als Grundlage für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wurde der Body-Mass-Index

(BMI = Körpergewicht in kg/Quadrat der Körpergröße in m) zugrunde gelegt (siehe dazu auch Glossar).

Übergewicht und Adipositas unter Schulanfängern

Im Einschulungsjahr 2008 betrug der Anteil übergewichtiger Schulanfänger im Bundesland Bremen 11,9%. Nahezu die Hälfte dieser Kinder war extrem übergewichtig (4,9% Adipositas). Während der Anteil übergewichtiger Kinder in der Stadtgemeinde Bremen mit 11,7% geringfügig unter dem Landesanteil lag, betrug der Anteil übergewichtiger Schulanfänger in Bremerhaven 13,1%.

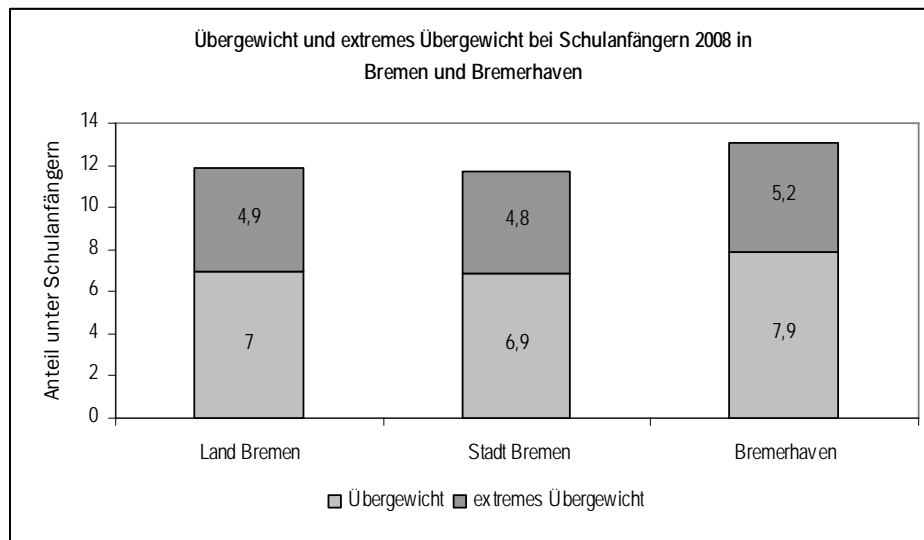


Abbildung 47: Übergewicht und extremes Übergewicht bei Schulanfängern 2008, Land Bremen, Stadt Bremen und Bremerhaven

Die jeweilige Relation übergewichtiger Jungen und Mädchen in den Regionen der Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven unterschied sich nur auf den ersten Blick. Während in der Stadtgemeinde kein wesentlicher Unterschied in der Geschlechtsverteilung übergewichtiger Schulanfänger festzustellen war, überwog der Anteil übergewichtiger Jungen in Bremerhaven zwar gegenüber den Mädchen, dieser Unterschied erwies sich allerdings als zufälliger Befund (statistisch nicht signifikant). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Adipositas hatten ebenfalls eher zufälligen Charakter.

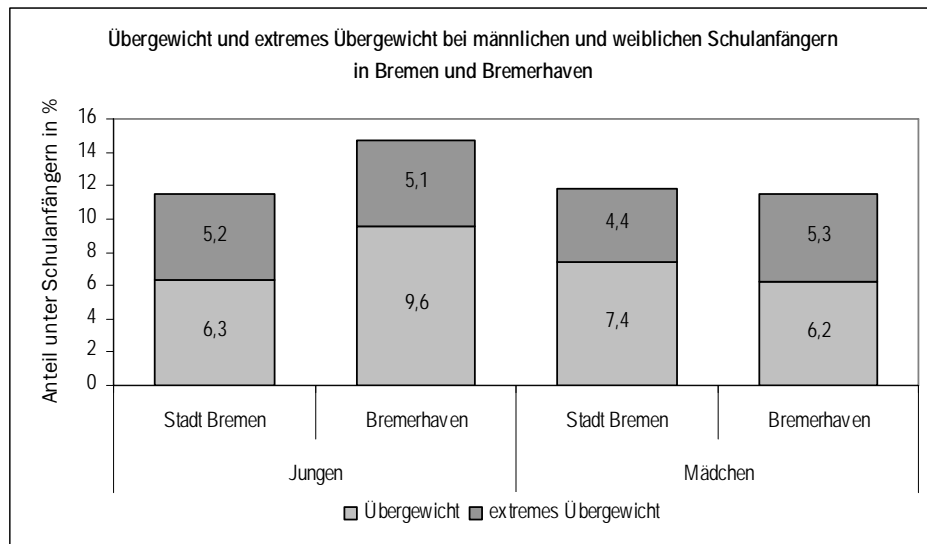


Abbildung 48: Übergewicht und extremes Übergewicht bei Schulanfängern 2008 nach Geschlecht, Stadt Bremen und Bremerhaven

Die Beobachtung, dass Übergewicht bei Kindern in den vergangenen zehn Jahren in allen Altersgruppen zugenommen habe, lässt sich bei den Schulanfängern (5 – 7-jährige) nicht pauschal bestätigen. Sowohl der Anteil der übergewichtigen als auch der Anteil adipöser Schulanfänger ist in der Stadtgemeinde Bremen zwischen den Jahren 1998 und 2008 nahezu unverändert geblieben. Bundesweit wurde bei einer Befragung aller Bundesländer ebenfalls festgestellt, dass der Gipfel des Anstieges übergewichtiger Schulanfänger anscheinend überwunden ist und der Übergewichtsanteil in nahezu allen Bundesländern stagniert. Allerdings steigt der Anteil übergewichtiger Kinder bis zum Ende des Grundschulalters rapide an und verdoppelt sich bis ins frühe Jugendalter!¹⁰⁰ In Bremerhaven beobachtet man bei Schulanfängern eher einen minimalen Rückgang des Anteils an Übergewicht im zeitlichen Trend zwischen 1998 und 2008 (1998: 14,3%, 2008: 13,1%). Deutlicher ist dieser Rückgang bei dem Anteil adipöser Kinder zu verzeichnen (1998: 7,7%, 2008: 5,2%).

¹⁰⁰ (eigene Untersuchungen in 5. Klassen, 2006 und 8. Klassen 2008). (Kuhn J. (2007): Adipositas: Berichterstattung zwischen Aufklärung und Vernebelung; Horstkotte E., Zimmermann E (2009): Spieglein, Spieglein an der Wand ... Körperselbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen. Bremen: Gesundheitsamt Bremen (Hg.)

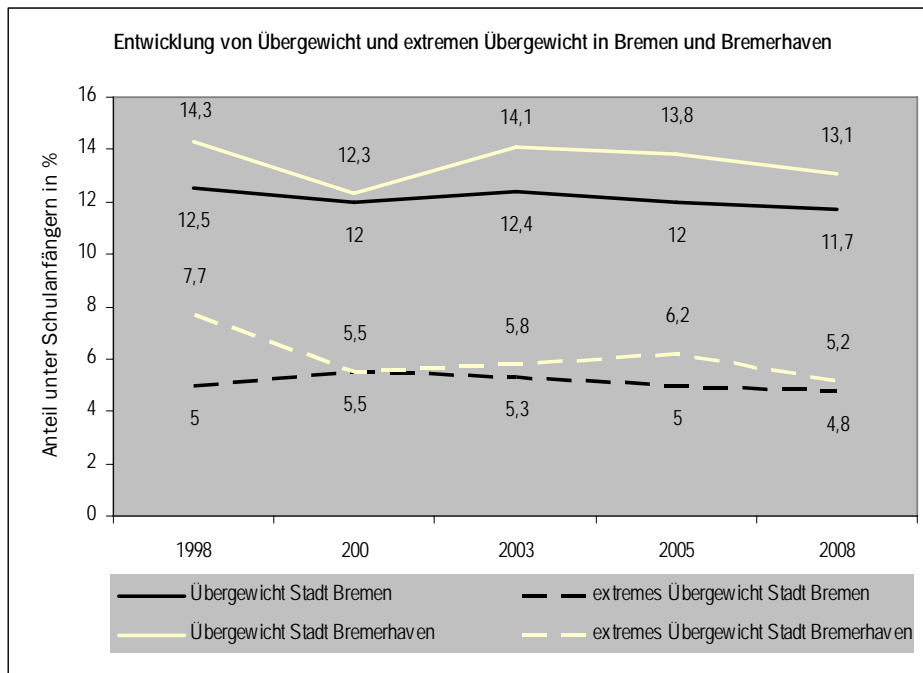


Abbildung 49: Übergewicht und extremes Übergewicht bei Schulanfängern: Zeitlicher Trend in der Stadt Bremen und Bremerhaven

Bei differenzierter Betrachtung der Ergebnisse lässt sich in der Stadtgemeinde Bremen eine zunehmende Diskrepanz von Übergewichtsraten bei Schulanfängern aus privilegierten Wohngebieten und aus benachteiligten Wohngebieten beobachten.¹⁰¹ Während der Anteil übergewichtiger Kinder in privilegierten Wohngebieten zwischen den Jahren 1998 und 2008 von 10,9% auf 7,8% sank, stieg dieser Anteil in benachteiligten Wohngebieten von 13,7% auf 15,5% an. 2008 war der Anteil übergewichtiger Schulanfänger in sozial benachteiligten Regionen in der Stadtgemeinde Bremen doppelt so hoch wie in den privilegierten Regionen.

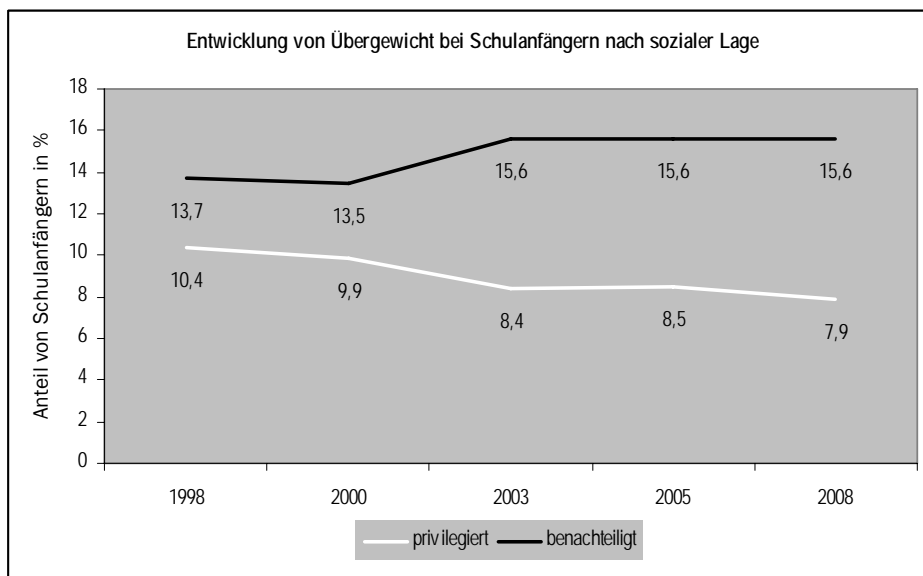


Abbildung 50: Übergewicht Schulanfängern nach sozialer Lage: Zeitlicher Trend in der Stadt Bremen.

¹⁰¹ Zur Unterscheidung von Wohngebieten mit sozialer Benachteiligung und privilegierten Wohngebieten wurde die Rangfolge der bremischen Ortsteile nach dem Benachteiligungsindex 2005 des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales angewendet.

Der höhere Prozentsatz übergewichtiger Kinder in Bremerhaven lässt sich durch den höheren Anteil von Kindern aus benachteiligten Wohngebieten erklären.

Es zeigt sich, dass bei Eltern aus privilegierten Wohnregionen anscheinend die überwiegend mittelschichtorientierten Präventionsbotschaften angekommen sind. In der Regel verfügen sie über ein größeres Wissen zu gesunder Ernährung. Sie schätzen den Stellenwert von sportlicher Betätigung höher ein und stehen hohem Medienkonsum kritischer gegenüber. Familien in benachteiligten Lebenslagen jedoch bilden eine besonders vulnerable Gruppe, in der sich soziale Benachteiligung eindrücklich auf das Ernährungsverhalten niederschlägt. Je niedriger das verfügbare Einkommen und die Schulbildung sind und je mehr Kinder in der Familie leben, desto ungünstiger ist in der Regel die Ernährungszusammensetzung.¹⁰²

Fazit

Obwohl der Gesamtanteil übergewichtiger Schulanfänger in Bremen in den vergangenen 10 Jahren nahezu konstant geblieben ist, muss festgestellt werden, dass:

- sich der Anteil übergewichtiger Schüler am Ende der Grundschulzeit verdoppelt hat und
- insbesondere bei Schülern aus sozial benachteiligten Wohnregionen der Anteil Übergewichtiger in den vergangenen 10 Jahren angestiegen ist.

Diese Ergebnisse belegen nachdrücklich, dass der Focus für ernährungsbezogene Prävention auf sozial benachteiligte Familien gelenkt werden muss. Kinder im Setting Kindergarten und Schule sind am ehesten einer Primärprävention zugänglich. An diesen Orten können sozial benachteiligte Kinder mit ihren Familien ohne Ausgrenzung erreicht werden, denn Ernährungsgewohnheiten werden überwiegend in der Familie geprägt. In den Ausbau der Betreuung von unter 3-jährigen Kindern sollte die Entwicklung von Esskultur und Elternschulung integriert werden. Wesentlich hierbei ist, dass das Ernährungsverhalten nicht isoliert betrachtet werden darf, denn ungesundes Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und hoher Fernsehkonsum korrelieren und beeinflussen sich gegenseitig negativ.

Konsequenzen für die Praxis

Kaum ein gesundheitlicher Risikofaktor ist so stark vom Verhalten abhängig wie das Übergewicht. Hohe Kalorienaufnahme, ungünstige Nahrungszusammensetzung, unregelmäßige Mahlzeiten, Bewegungsmangel und frühzeitiger exzessiver Medienkonsum sind eng mit dem heutigen Lebensstil verknüpft. Der derzeitige Wandel von Schule führt dazu, dass sich durch die Einführung der Ganztagschule der zeitliche Einfluss des Elternhauses auf die Kinder sich zu Gunsten von Schule verringert. Hier gilt es, Aufgaben zur Ernährungsbildung in die Schule zu verlagern und im Rahmen von Mittagstisch / Mensa Schüler an eine gesunde Ernährung und Esskultur heran zu führen. Insbesondere Schüler aus sozial benachteiligten Familien können hier von positiven Vorbildern profitieren. Die in der Ganztagschule hinzugewonnene Betreuungszeit kann dazu genutzt werden, vermehrte sportli-

¹⁰² (Kurth B.-M., Schaffrath Rosario A. (2007): Die Verbreitung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 5/6)

che, bewegungsorientierte Aktivitäten (z. B. 3 x 2 Sportstunden / Woche) in den Betreuungsplan zu integrieren.

Darüber hinaus setzen regionale Präventionsprojekte der bundesweiten "Plattform für Ernährung und Bewegung" (Regionen mit peb) an den Settings Schule und Kindertagesheim an. Die 2004 gegründete gesellschaftsübergreifende Initiative des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz "Plattform für Ernährung und Bewegung" (peb) hat sich zum Ziel gesetzt, das Übergewicht, vor allem bei Kindern, zu bekämpfen. Bremen beteiligt sich mit unterschiedlichen Kooperationspartnern an dieser Plattform. Fast 10.000 Kinder in Schulen, die Kindertagesheime, ihre Eltern sowie Bildungs- und Freizeiteinrichtungen werden bereits jetzt erreicht. Mit Unterstützung von "Bremen: kinder. leicht. gesund. e.V." setzen die Einrichtungen kreative und innovative Aktivitäten zu ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung in ihrem Alltag um.

Impfstatus

Verantwortlich: Dr. Elisabeth Horstkotte, Dr. Angela Krönauer-Ratai, Eberhard Zimmermann

Prävention vermeidbarer Erkrankungen: 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. Ziel ist es, in Abhängigkeit von der Infektiosität einer Erkrankung Durchimpfungsraten von mindestens 85 - 95% zu erreichen. Dadurch können Epidemien verhindert und ein höchst möglicher Schutz für die Bevölkerung gewährleistet werden (Herdenimmunität). Eine Herdenimmunität besteht, wenn eine ausreichend große Bevölkerungsgruppe geimpft ist, so dass der Erreger nicht mehr zirkulieren kann, sondern stets auf geschützte Menschen trifft, wobei der geimpfte Teil der „Herde“ dafür sorgt, dass auch die ungeimpften Menschen indirekt geschützt sind.

Auch wenn die Durchimpfungsraten der häufigsten Infektionskrankheiten in Deutschland in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen sind, bestehen immer noch beträchtliche Impflücken bei einigen Altersgruppen und Bevölkerungskreisen.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Allerdings werden regelmäßige Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut veröffentlicht, welche Schutzimpfungen im Kindesalter wann durchgeführt werden sollen. Die jeweils aktuellen Empfehlungen der STIKO gelten im Bundesland Bremen als offiziell empfohlen. Die wichtigsten Schutzimpfungen im aktuellen Impfkalendarium umfassen Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Haemophilus Influenzae Typ B (Hib), Hepatitis B, Kinderlähmung (Polio), Windpocken (Varizellen), sowie Masern, Mumps und Röteln.

Rahmendaten und Impfeempfehlungen

Die folgenden Angaben zu Durchimpfungsraten in Bremen beruhen auf Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1998 bis 2008 aus der Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven. Grundlage für die Beurteilung des Immunitätsstatus der Schulanfänger war das vorgelegte Impfdokument. Eine vollständige Grundimmunisierung wurde entsprechend den jeweiligen STIKO-Empfehlungen angenommen. Die Festlegung der STIKO (bis 2008), ab wie viel Impfdosen eine Grundimmunisierung als vollständig zu werten ist, gibt nachfolgende Tabelle wieder.

Tabelle 6: Mindestanzahl der Impfdosen für eine vollständige Grundimmunisierung

Impfung	Mindestanzahl	Impfung	Mindestanzahl
Diphtherie	3	Hepatitis B	3
Tetanus	3	Masern	1
Pertussis	4	Mumps	1
Hib	3	Röteln	1
Polio	3		

Zu beachten ist, dass in die Erhebung zum Durchimpfungsgrad nur diejenigen Schulanfänger einbezogen wurden, die einen Impfpass vorgelegt hatten. Im Ergebnis führt das dazu, dass die wahren Impfquoten wahrscheinlich ungünstiger ausfallen als die nachfolgend genannten Impfquoten aus den vorgelegten Impfdokumenten.

Zwischen den Jahren 1990 und 2008 wurden einige Impfungen für Kinder bis zum 6. Lebensjahr neu in die Impfeempfehlungen der STIKO aufgenommen oder für bestehende Indikationen verändert. Neue Impfstoffe: Hib (1990), Pertussis (1992), Hepatitis B (1995). Der Impfstoff gegen Poliomyelitis wurde 1998 von der oralen Lebendimpfung (Schluckimpfung OPV) auf den inaktiven intramuskulär zu verabreichenden Impfstoff (IPV) umgestellt. Da es bei einmaliger Masernimpfung in 5 – 10% der Geimpften zu unzureichender Antikörperbildung kommt, wurde die Empfehlung für eine zweite Masernimpfung ab 2001 vom 6. auf das 2. Lebensjahr vorverlegt. Diese Änderungen in den Impfeempfehlungen spiegeln sich in den Impfquoten bei Schulanfängern zwischen den Jahren 1998 und 2008 wider.

Entwicklung des Durchimpfungsgrades bei Schulanfängern zwischen 1998 und 2008

Infektionskrankheiten können durch hohe Durchimpfungsraten ausgerottet werden (Herdimunität in der Bevölkerung). Erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, Masern, angeborene Röteln und Diphtherie bis zum Jahr 2010 auszurotten. Um dies zu verwirklichen, müssen bei jeder dieser Erkrankungen spezifische Impfquoten erreicht werden. Um eine Herdimunität für diese Erkrankungen in der Bevölkerung zu erreichen, ist gegen Diphtherie ein Anteil von mindestens 80-85% Geimpfter erforderlich, bei Masern als hochansteckende Erkrankung hingegen ist ein Durchimpfungsgrad von 92-95% notwendig.

Die Daten von Schuleingangsuntersuchungen zeigen für Deutschland über die Jahre hinweg einen kontinuierlichen Anstieg der Impfquoten. Die vom Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlichten Daten über den Durchimpfungsgrad in Deutschland 2007 weisen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und Haemophilus Influenzae B einen sehr guten Durchimpfungsgrad auf. Die Impfquoten für Hepatitis B, Masern und Röteln weisen allerdings immer noch einen unzureichenden Infektionsschutz auf.¹⁰³

Tabelle 7: Impfquoten bei Schulanfängern in Deutschland 2007¹⁰⁴

Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hepatitis B	Masern 1.	Masern 2.	Röteln	Impfpass
97,5	98,0	93,3	94,4	96,3	90,2	95,4	88,4	94,9	90,9

Auch im Bundesland Bremen finden sich vergleichbar hohe Impfquoten bei Schulanfängern gegen die Erkrankungen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Polio. Sie liegen zumeist über dem erforderlichen Durchimpfungsgrad von 85 – 95 % für einen kollektiven Schutz der Bevölkerung. Auch die Impfquoten gegen Hepatitis B, 1. Masernimpfung und Rötelnimpfung entsprechen dem bundesdeutschen Trend. Allerdings wird die bundesdeutsche Impfquote der 2. Masernimpfung im Land Bremen nicht erreicht. Der Anteil vorgelegter Impfpässe liegt unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Eltern aus sozial benachteiligten Wohnregionen legten 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 den Impfpass vorgelegt haben. Durchweg liegen die Impfquoten in Bremerhaven höher als in der Stadtgemeinde Bremen.

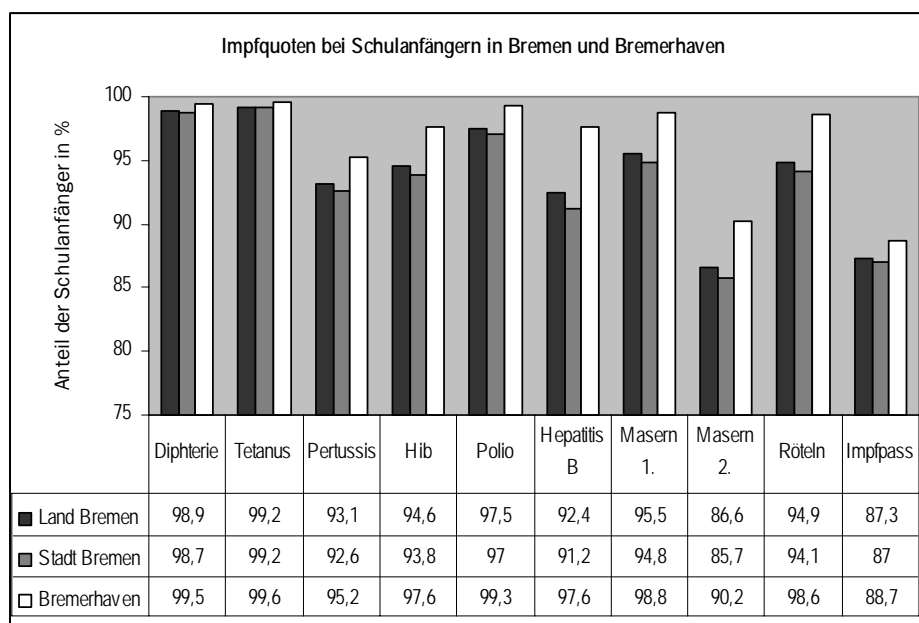


Abbildung 51: Impfquoten bei Schulanfängern im Bundesland Bremen, Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven 2008: Vollständige Grundimmunisierung.

¹⁰³ Reiter S. (2009): Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007. Epidemiologisches Bulletin 16/2009. Robert-Koch-Institut

¹⁰⁴ Daten: Epidemiologisches Bulletin Nr. 16/2009, RKI

Bei der Unterscheidung der Durchimpfungsraten zwischen der Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven ergibt sich ein differenzierteres Bild:

In der Stadtgemeinde Bremen kam es in den vergangenen zehn Jahren zu einem erfreulichen Anstieg aller Immunisierungsquoten. Während die Impfquoten gegen Diphtherie, Tetanus und Polio zwischen 1998 und 2008 geringfügig auf sehr hohem Niveau von 97-99% angestiegen sind, kann bei den Impfungen gegen Pertussis, Hib und Hepatitis B ein deutlicher Anstieg auf über 90% verzeichnet werden. Diese Ergebnisse sprechen für eine gute Akzeptanz der zwischen den Jahren 1990 und 2000 neu eingeführten empfohlenen Impfungen. Die in den vergangenen Jahren eingeführten Mehrfachimpfungen (5- und 6-fach Impfung) haben sicherlich einen wesentlichen Anteil an dieser Verbesserung der Impfquoten. Mehrfachimpfungen (5-fach- bzw. 6-fach-Impfungen) enthalten in einer Dosis Totimpfstoff gegen fünf (ohne Pertussis) bzw. sechs Infektionskrankheiten (mit Pertussis).

Der Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln hingegen ist ein kombinierter Lebendimpfstoff, der zusätzlich zu den bisher erwähnten Impfungen zweimal im zweiten Lebensjahr verabreicht werden muss. Durch diese Kombinationsimpfung konnte gleichzeitig mit dem hohen Anteil an der 1. Masernimpfung auch der Anteil der Rötelnimpfungen auf nahezu 95% erhöht werden. Damit hat die Rötelnimpfung inzwischen nahezu die Impfquote der 1. Masernimpfung erreicht. Allerdings ist die Impfbeteiligung an der 2. Masernimpfung noch unbefriedigend.

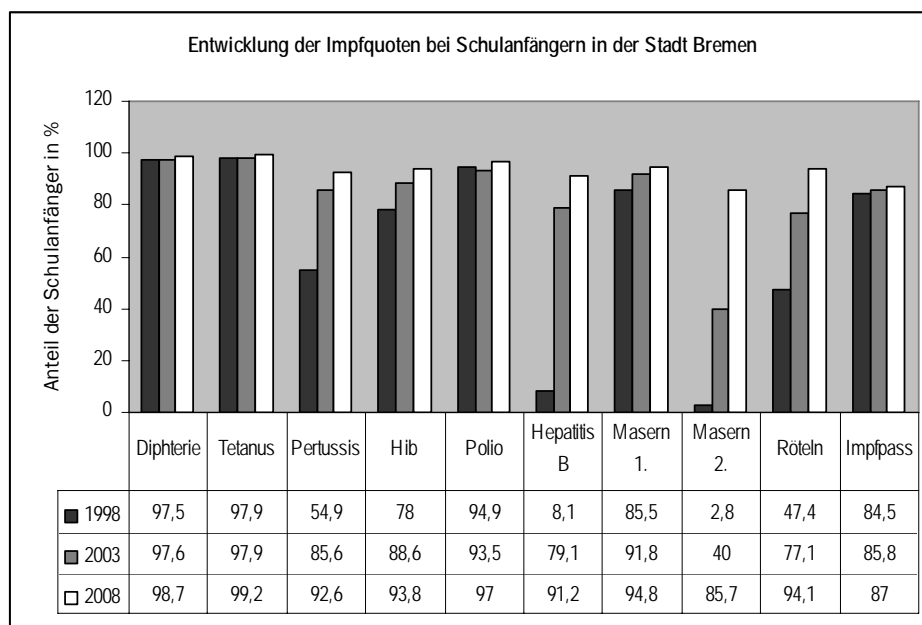


Abbildung 52: Tabelle: Impfquoten bei Schulanfängern in der Stadtgemeinde Bremen: Vollständige Grundimmunisierung im zeitlichen Trend.

Auf Bremerhaven treffen die Ausführungen zum erfreulichen Anstieg aller Immunisierungsquoten ebenfalls zu. Die insgesamt höheren Immunisierungsquoten in Bremerhaven verglichen mit denen in Bremen, beruhen sicher auf einem Zusammentreffen mehrerer Faktoren. Als der wesentlichste Faktor ist zu sehen, dass alle Bremerhavener Kinder- und Jugendärzte alle von der STIKO für Kinder empfohlenen Impfungen durchführen. Zudem ist auf Grund der Sozialstruktur in Bremerhaven der Prozentsatz

der impfkritischen Eltern, die besonders in Schichten mit hohem Sozialstatus vertreten sind, niedriger.

Allerdings ist auch in Bremerhaven die Impfbeteiligung an der 2. Masernimpfung noch unbefriedigend. Auf der Basis der guten Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten konnte im Rahmen der fachlichen Diskussion über die noch unzureichenden Impfquoten der 2. Masernimpfung bei allen Kinder- und Jugendärzten die Akzeptanz für eine frühzeitige 2. Masern-Mumps-Röteln Impfung erhöht werden. Voraussichtlich wird dadurch in den kommenden Jahren auch eine Steigerung der Impfquote bei der 2. Masernimpfung zu verzeichnen sein.

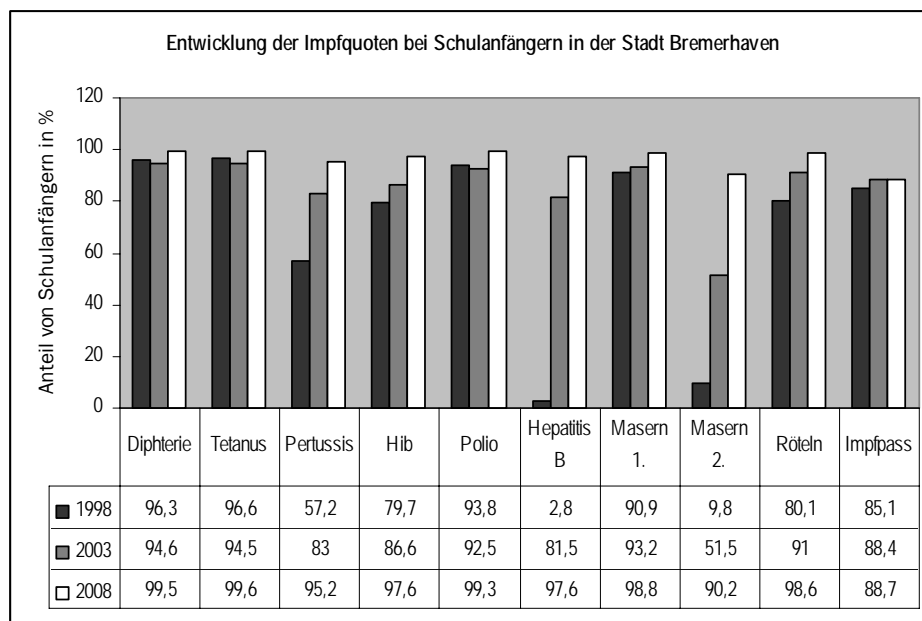


Abbildung 53: Impfquoten bei Schulanfängern in Bremerhaven: Vollständige Grundimmunisierung im zeitlichen Trend

Eine "Kinderkrankheit" am Beispiel Masern

Masern, eine oft als harmlos angesehene Kinderkrankheit, stellt bei schweren Verläufen mit Folgeerkrankungen wie Lungen- oder Gehirnentzündung eine große Bedrohung für die betroffenen Kinder dar. Im Kampf gegen diese hochinfektiöse Erkrankung ist es erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation, in den europäischen Ländern bis zum Jahr 2007 einen Durchimpfungsgrad von 95% zu erreichen und die Masern bis zum Jahr 2010 ganz zu eliminieren. Dazu fordert die WHO auch für die 2. Masernimpfung eine Impfquote von 95%. Allerdings wird diese Impfquote der 2. Masernimpfung weder in Deutschland noch im Bundesland Bremen erreicht.

Die zweite Masernimpfung ist, abweichend von anderen Impfungen, keine Auffrischimpfung zur Verstärkung der Immunantwort, sondern dient der Schließung von Impfücken, um einen sicheren Individual- und Bevölkerungsschutz zu erreichen. Diese Notwendigkeit einer zweiten Masernimpfung insbesondere vor dem Hintergrund von Masernausbrüchen in einzelnen Bundesländern in den jüngsten Jahren wird von einem Teil der Eltern nicht erkannt oder aber individuell nicht akzeptiert. Neben den Eltern, die einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen haben, sind Impfücken, insbesondere bei Masern, auf impfskeptische Eltern zurückzuführen. Eine Feinauswertung der Daten 2008 zeigt, dass in Bremerhaven eher Eltern aus gutsituierten Wohngebieten auf eine zweite Masernimpfung verzichtet ha-

ben, als Eltern aus sozial benachteiligten Wohngebieten. Dieser Effekt zeichnet sich abgeschwächt auch in der Stadt Bremen ab.

Impfschutz unserer Kinder in Bremen

Die Bremischen Schulanfänger besitzen einen guten Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und Hib.

Auch der Impfschutz gegen Pertussis und Hepatitis B und Röteln hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich auf ein hohes Niveau hin verbessert und liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Defizite bestehen allerdings immer noch in der Akzeptanz der 2. Masernimpfung.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter in der Stadtgemeinde Bremen und in Bremerhaven betreibt frühzeitig Impfaufklärung und schließt Impfücken im Jugendalter. So erhalten sowohl die Eltern aller Kinder, die neu in Kindertagesheimen aufgenommen werden, als auch alle Eltern von Schulanfängern ausführliche Informationen zu Infektionskrankheiten und Impfungen. Impfücken bei der Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln werden durch jährliche Impfkationen in 5. Klassen (Stadtgemeinde Bremen) und Impfberatung mit Impfangebot in 6. Klassen (Bremerhaven) geschlossen. Darüber hinaus besteht ein Immunisierungsangebot gegen Hepatitis B in 7. Klassen.

Da in Deutschland keine Impfpflicht besteht, können Impfraten nur gesteigert werden, wenn Eltern von der Notwendigkeit einzelner Schutzimpfungen überzeugt sind. Viele Eltern haben ein unzureichendes Wissen über Schutzimpfungen. Bei einigen Eltern überwiegt die Angst vor Impfreaktionen und Spätfolgen und führt dazu, dass verschiedene Impfungen nicht durchgeführt werden. Wichtig ist deshalb eine dauerhaft angelegte Impfkampagne, die auch auf die Ängste der Eltern eingeht.

Für das Bundesland Bremen kann es als Erfolg betrachtet werden, dass für fast alle Impfungen hohe Impfquoten erreicht worden sind. Hier sind insbesondere die Bemühungen der niedergelassenen Kinderärzte und der Gesundheitsämter sowie die guten Kooperationsbezüge zwischen Kinderärzten, ÖGD und den Gemeinschaftseinrichtungen Kita und Schule zu nennen. Überall dort, wo in gemeinsamer Arbeit alle an der Erreichung des Ziels - guter Impfschutz für alle Kinder – zusammenarbeiten, können gute Ergebnisse verzeichnet werden.

Die Umsetzung des Kindeswohlgesetzes lässt einen positiven Effekt auf die Durchimpfungsraten erwarten. Da es nachweislich zu einer deutlichen Steigerung der Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 gekommen ist, ist auch eine Steigerung der Impfquoten absehbar. Im Rahmen von Untersuchungen in vier Kindertagesheimen in einem sozialen Brennpunkt in Bremerhaven 2003 zeigten die Ergebnisse, dass trotz hoher sozialer Benachteiligung diejenigen Kinder, die regelmäßig bei den Kinderärzten zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt wurden, auch gute Durchimpfungsraten aufwiesen.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Krönauer-Ratai A. (2003): Kindergesundheit in Lehe. Im Fokus: 4 Kindertagesstätten. Seestadt Bremerhaven: Gesundheitsamt (Hg).

Verkehrsunfälle

→ Verantwortlich. Janine Pfabl

Warum ist dieses Thema wichtig?

Verletzungen machen einen Großteil des Krankheitsgeschehens im Kindesalter aus; sie gehen in der Regel auf Unfälle zurück. Entsprechend ihrer Ursache und ihres Entstehungskontextes werden drei Unfallkategorien unterschieden: Schule, Heim- und Freizeitbereich sowie Verkehr. Die Unfälle im Verkehr sind am häufigsten mit Todesfolge verbunden. Wegen ihrer relativen Schwere und auch wegen ihrer weitgehenden Vermeidbarkeit werden sie an dieser Stelle näher betrachtet.

Was wissen wir darüber?

Kinder haben häufig einen größeren Bewegungsdrang als Erwachsene, sie bewegen sich spontan, sie nutzen teilweise die Straße zum Spielen und sie haben weniger Erfahrung als Erwachsene mit eigenem und dem Verhalten anderer Verkehrsteilnehmer – dies sind die Hauptgründe, warum Kinder besonders leicht Opfer von Verkehrsunfällen werden. Im Land Bremen sind in 2007 insgesamt 352 Kinder unter 15 Jahre verunfallt.

Die Anzahl der Verletzten und Todesopfer bei Verkehrsunfällen ist bei Kindern und Erwachsenen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen – eine Folge der gestiegenen Sicherheitskultur in der Bevölkerung und der ‚integrierten Verkehrssicherheitsarbeit‘, bei der viele Akteure auf verschiedenen Ebenen tätig sind (Verbesserung der Verkehrsinfrastruktur, Verkehrsberuhigung, Verkehrserziehung, Verkehrskontrollen, Verschärfung von technischen Sicherheitsvorschriften und Verhaltensvorschriften wie Anschnallpflicht, Airbags etc.). Auch im Land Bremen ist diese über einen längeren Zeitraum positive Entwicklung zu verzeichnen. Folgende Grafik zeigt die Entwicklung der verunglückten Bremer Kinder unter 15 Jahre seit 1995 im Vergleich zu Deutschland. Verkehrsunfälle mit Todesfolge sind einbezogen.

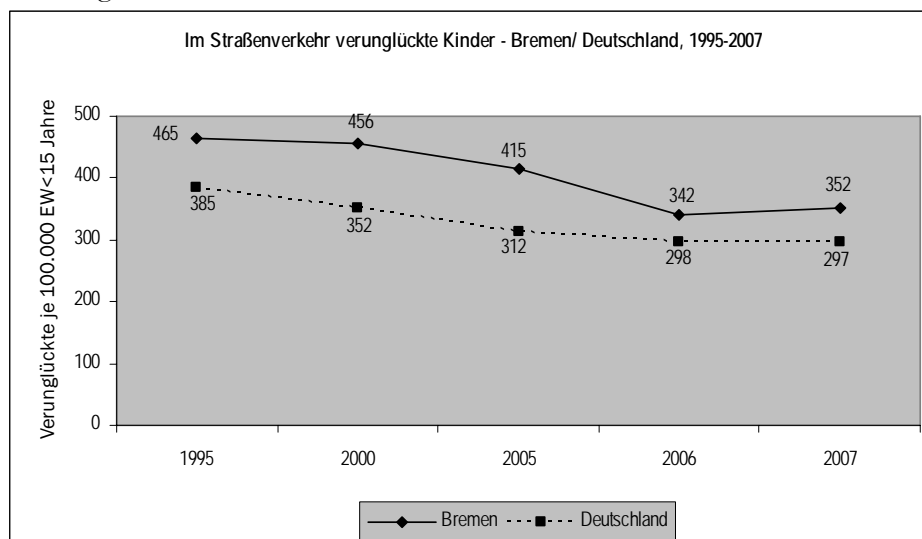


Abbildung 54: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder unter 15 Jahren, in Bremen und Deutschland, 1995-2007. Altersstandardisierte Rate: Verunglückte je 100.000 Einwohner unter 15 Jahren.¹⁰⁶

¹⁰⁶ www.gbe-bund.de, 29.10.2009

Im beobachteten Zeitraum von 1995 bis 2007 wurden im Land Bremen pro Jahr durchschnittlich 0,6 Kinder unter 15 Jahren in der Folge eines Verkehrsunfalls getötet. In den vergangenen Jahren zwischen 2004 und 2009 wurde insgesamt nur ein Kind (im Jahr 2006) tödlich verletzt. Aufgrund der geringen Fallzahlen im Land Bremen ist ein Vergleich der altersstandardisierten Rate mit Deutschland hier nicht sinnvoll. Die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höhere Rate an verunfallten Kindern im Land Bremen lässt sich u.a. mit der höheren Verkehrsdichte in Ballungsräumen erklären.

Die Unfallgefahr steigt für Kinder mit zunehmendem Alter – dies ist eine ‚natürliche‘ Folge der Zunahme an Autonomie und der Loslösung vom elterlichen Schutz. Besonders vulnerable Entwicklungsphasen sind hier zum einen das Alter rund um die Schulpflicht – Kinder beginnen ihre täglichen Wege allein bzw. mit Gleichaltrigen zurückzulegen –, sowie die Adoleszenz: Jugendliche nehmen verstärkt am Verkehr teil, zunächst als Radfahrer, später auch am motorisierten Verkehr (mit 15 Jahren als Mofafahrer, mit 16 Jahren als Rollerfahrer, mit 18 Jahren als Motorrad- und Autofahrer). Hier ist ein sprunghafter Anstieg an Unfällen zu verzeichnen. Bei den jüngeren Jugendlichen (11-15 Jahre) stehen Fahrradunfälle im Zentrum des Unfallgeschehens.

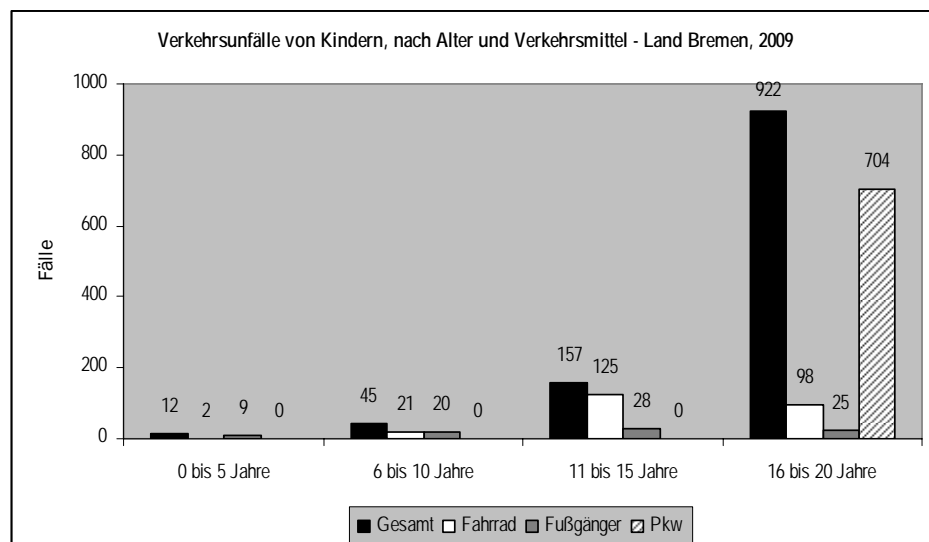


Abbildung 55: Verkehrsunfälle mit Beteiligung von Kindern als Fahrer oder Mitfahrer mit Fahrrad, im Pkw oder als Fußgänger – Land Bremen, 2009. – Primärdaten: Verkehrsunfalldatenbank der Polizei Bremen

In Detailanalysen für die Stadt Bremen zeigt sich: Tageszeiten, an denen Kinder verunfallen, liegen schwerpunktmäßig zwischen 14.00 und 19.00 Uhr; die Unfälle stellen nicht in erster Linie Schulwegeunfälle dar. Der überwiegende Teil der Kinder verunglückt in der Nähe der Wohnung. Die höchsten Unfallzahlen der unter 10-Jährigen weist die Altersgruppe der 6 bis 8-Jährigen auf.

Ab dem 10. Lebensjahr weisen die Statistiken höhere Unfallzahlen bei Jungen als bei Mädchen auf. Dies wird mit einem risikofreudigeren Verhalten von Jungen ab etwa 10 Jahren und ihrer höheren Mobilität in Gruppen in Verbindung gebracht.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

In den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen selbst werden seit Jahren von der Landesverkehrswacht Bremen und der Verkehrssicherheitsberatung der Polizei Programme angeboten, die Kinder als Fußgänger, als Radfahrer und als Mitfahrer thematisieren – sei es in Form von Moderation von Eltern- und Erzieherkreisen, sei es in Form von praktisch ausgerichteten ‚Verkehrssicherheitstagen‘, an denen alle Zielgruppen Verhalten im Verkehr aktiv erproben können.

Außerdem unterstützen die Kontaktpolizisten der örtlichen Polizeireviere die Mobilitätsbildung von Kindern im vorschulischen Bereich mit Hilfe des ‚Rollermobil-Projekts: Die Sensomotorik der jüngeren Kinder (Richtungssehen, zielgerichtete Bewegungsformen) wird durch mehrtägige Bereitstellung von Rollern, Laufrädern, einem Parcours sowie Begleitmaterial in den Einrichtungen geschult. Ergänzt wird dies durch die so genannte ‚Move it box‘, Materialien und Spielangeboten zur Wahrnehmungs- und Bewegungsschulung. Derzeit nehmen jährlich ca. 20 Einrichtungen im Land Bremen die genannten Angebote in Anspruch. Im Bereich der vorschulischen, spielerischen und fördernden Verkehrserziehung ist seitens der Polizei und der Verkehrswacht Bremen eine intensivere Nachfrage durch die Einrichtungen erwünscht; Voraussetzung ist eine Sensibilität seitens der Leitungen der Einrichtungen für die Förderungsbedarfe des ‚verkehrssicheren Kindes‘, denn jedes verunfallte Kind ist ein ‚gezeichnetes Kind‘.

Seit 2004 bietet die Polizei Bremen außerdem für Grundschüler der ersten beiden Klassen (6 bis 8-Jährige) mit ihrer Polizeipuppenbühne ein Theaterstück zur Verkehrserziehung und Gewaltprävention an, für das in universitär durchgeführten Evaluationen eine nachhaltige Wirkung bis zu einem Jahr und länger nachgewiesen werden konnte.

Die Verkehrssituation rund um Kindertagesstätten und Schulen sollte flächendeckend im Land Bremen mit Hilfe von Ampelschaltungen, Fußgängerübergängen, Fahrradwegen, ggf. Schülerlotsen so gesteuert sein, dass Kinder ab einem gewissen Alter ihre Einrichtung selbständig und sicher erreichen können. Absperrungen direkt vor der Einrichtung zur Strasse hin sollten für Schutz sorgen.

In Wohngebieten sollten weiterhin verkehrsberuhigende Maßnahmen umgesetzt werden und ausreichend Spielräume für Kinder geschaffen werden, die regelmäßig gepflegt werden. Elterninitiativen sollten in dieser Hinsicht unterstützt werden.

Für die stärker unfallgefährdete Gruppe der Jungen über 10 Jahre, insbesondere Jugendliche, sollten geschlechts-, alters- und entwicklungsmäßig angepasste, lebensfeldorientierte Konzepte verstärkt werden, die sich schwerpunktmäßig auf den Übergang auf das jeweilige neue Verkehrsmittel – Fahrrad, Mofa, Motorroller, Motorrad, Auto - beziehen.

Gesundheit von Erwachsenen

→ *Verantwortlich: Antje Post*

Bei der Betrachtung der Vielzahl von Erkrankungen, die es in einer Bevölkerung gibt haben wir eine Auswahl getroffen. Wir haben zum einen Krankheiten ausgewählt, die häufig sind. Zum zweiten haben wir uns solche Erkrankungen angeschaut, deren Entstehung bis zu einem gewissen Grad beeinflussbar ist, zum Beispiel durch gesundheitsbewusstes Verhalten. Und zum Dritten sind es Erkrankungen, bei denen eine gute Versorgung eine besondere Rolle spielt. Manche Erkrankungen vereinen auch alle drei Faktoren (wie z.B. Herzinfarkt). Mit diesem Ansatz wollen wir schauen, wo es Verbesserungsbedarf gibt.

Die Bremer Umfragen Gesundheit!

Im Jahr 2009 nahmen etwa 37% von 5.000 angeschriebenen Bürgerinnen und Bürgern im Alter von 18-79 Jahren an einer Umfrage der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales teil. Ziel dieser nunmehr zum zweiten Mal (nach 2004) durchgeführten Befragung war es, mehr über den Gesundheitszustand, die Verbreitung von Krankheiten und das Gesundheitsverhalten der erwachsenen Bremer Bevölkerung zu erfahren.

In diesem Bericht sind Daten aus den Befragungen zu folgenden Themen eingegangen:

- Subjektiver Gesundheitszustand,
- Verbreitung chronischer Krankheiten in der Bevölkerung,
- Rauchen,
- Übergewicht und Adipositas,
- Mangel an körperlicher Bewegung,
- Früherkennung (Zahnvorsorge, Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up).

Die Daten wurden so ausgewertet, dass wichtige, die Gesundheit beeinflussende Faktoren wie Alter, Geschlecht und soziale Lage, berücksichtigt wurden.

Für die Auswertung nach sozialer Lage haben wir den höchsten erreichten Bildungsabschluss gewählt. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die soziale Lage zwar von vielen weiteren Faktoren abhängt (z.B. Einkommen und Beruf), dass jedoch Bildung eine zentrale Rolle spielt. Für diesen Indikator spricht außerdem unter methodischen Gesichtspunkten, dass der Bildungs-

abschluss – anders als Indikatoren wie Einkommen oder Beruf - im Laufe des Lebens relativ stabil ist.¹⁰⁷

Bei der Interpretation der Daten bitte beachten:

Bei den beiden Befragungen in 2004 und 2009 wurden unterschiedliche Stichproben gezogen, das heißt es wurden unterschiedlichen Menschen befragt. Wir haben zwar die gleiche Befragungsmethode verwendet und auch überprüft, dass sich die Verteilung des Alters und der höchsten Bildungsabschlüsse in den beiden Stichproben nicht wesentlich unterscheidet (siehe dazu im Detail den Abschnitt „Methodische Anmerkungen zu den Bevölkerungsbefragungen“ im Glossar), aber es ist nicht auszuschließen, dass unterschiedliche Befragungsergebnisse in 2004 und 2009 nicht deshalb ermittelt wurden, weil sich die Situation geändert hat, sondern aufgrund der unterschiedlichen Stichproben.¹⁰⁸

Subjektiver Gesundheitszustand

→ *Verantwortlich: Janine Pfuhl und Antje Post*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit gilt als Schlüsselindikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigen eine hohe Übereinstimmung zwischen der Selbsteinschätzung des individuellen Gesundheitszustands mit der durch ärztliche Diagnosestellung objektivierten Morbidität. Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfragen GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Was wissen wir darüber?

Im Land Bremen schätzt etwa die Hälfte der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut ein und jeweils etwa ein Viertel gibt einen ausgezeichneten/sehr guten bzw. einen weniger guten/schlechten Gesundheitszustand an. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind über alle Altersgruppen hinweg betrachtet geringfügig.

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hängt stark mit dem Alter zusammen: je älter man wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dauerhaft an einer oder mehreren Krankheiten zu leiden. Dies spiegelt sich auch in unserer Befragung wider. In den höheren Altersgruppen sind die Anteile derjenigen, die ihren Gesundheitszustand weniger gut bzw. schlecht einschätzen größer als in jüngeren Jahren. Dies ist bei Männern und Frauen gleichermaßen so.

In der aktuellen Befragung gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Tendenziell geben mehr Männer als Frauen einen schlechteren Gesundheitszustand an – dies war in der vorigen Befragung mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe umgekehrt. Anhand dieser geringen Unterschiede kann man hier jedoch nicht von einer Trendumkehr sprechen.

¹⁰⁷ Helmert, U. (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheit, Beiträge zur Sozialpolitikforschung Bd. 13, Maro-Verlag Augsburg, S. 24ff

¹⁰⁸ Die Vergleichbarkeit der Verteilung der Befragten nach Geschlecht ist für die hier durchgeführten Analysen unerheblich, da stets nach Männern und Frauen getrennt ausgewertet wurde.

Der Vergleich der Ergebnisse beider Befragungen ergab signifikante Unterschiede bei beiden Geschlechtern: In 2009 scheint es im Vergleich zu 2004 den Jüngeren besser und den Älteren schlechter zu gehen. Vor dem Hintergrund der methodischen Anmerkungen (siehe Glossar) sollte eine solche Schlussfolgerung nur mit Vorsicht gezogen werden. Eine Zeitreihe auf der Grundlage mehrerer Befragungen könnte hier mehr Aufschluss geben.

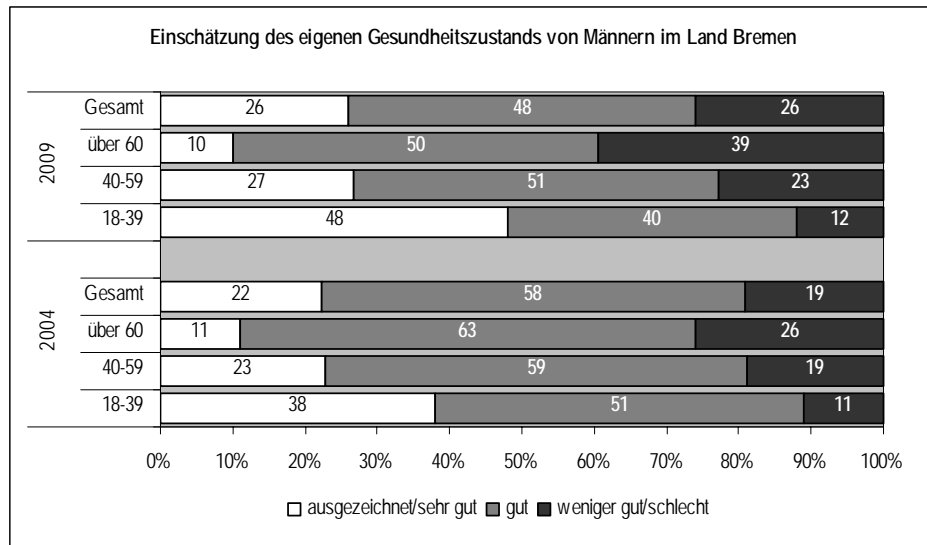


Abbildung 56: Subjektiver Gesundheitszustand im Land Bremen, Männer, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004.

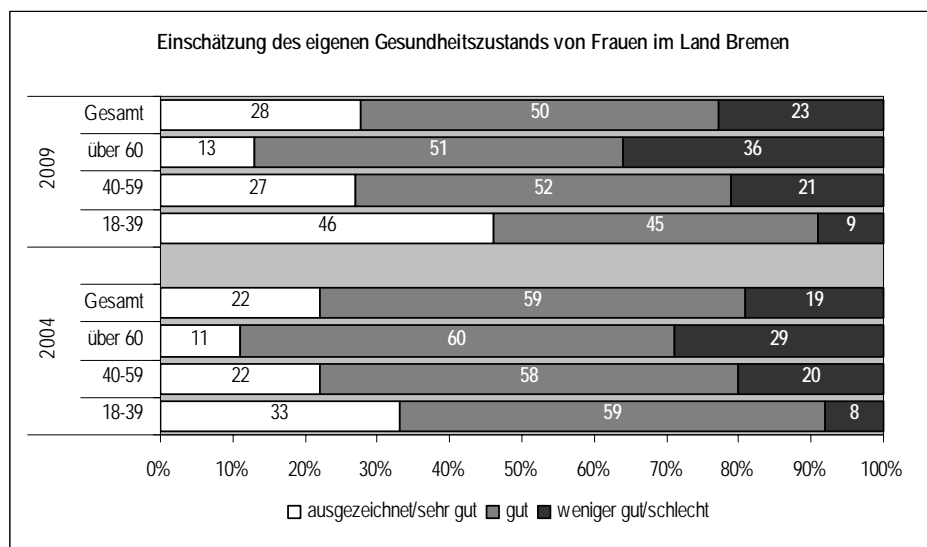


Abbildung 57: Subjektiver Gesundheitszustand im Land Bremen, Frauen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004.

Ein weiterer, eng mit dem Gesundheitszustand verknüpfter Faktor ist die soziale Lage, die anhand des Indikators Bildung ausgewertet wurde (siehe Glossar). Die folgende Abbildung zeigt, dass bei Männern und bei Frauen der Gesundheitszustand umso besser beurteilt wird, je höher der Bildungsabschluss ist. Dies stimmt mit der wissenschaftlichen Literatur überein. Man sollte jedoch beden-

ken, dass hier das Alter, welches einen sehr starken Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitszustands hat, nicht berücksichtigt wurde.¹⁰⁹

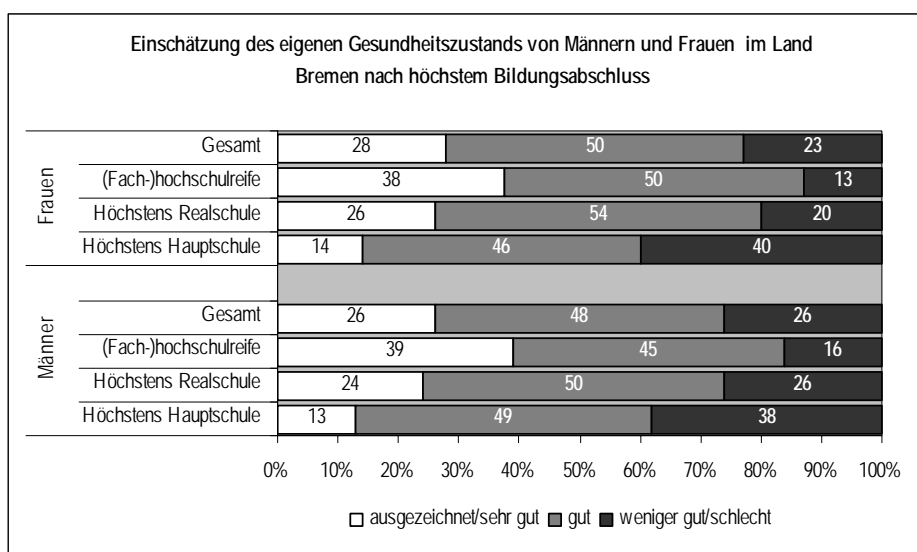


Abbildung 58: Subjektiver Gesundheitszustand im Land Bremen nach höchstem Bildungsabschluss, nach Geschlecht, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009.

Im Vergleich zur Befragung 2004 zeigen sich dahingehend Veränderungen, dass höher Gebildete ihren Gesundheitszustand in 2009 besser einschätzen und niedriger Gebildete ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Hieraus aber eine wissenschaftlich gesicherte Trendaussage zu machen, wäre auf diese Basis sehr fragwürdig.

Krankenhausbehandlungen

→ *Verantwortlich: Antje Post*

Durch die amtliche Krankenhausstatistik ist zu erfahren, wie viele Menschen aufgrund welcher Erkrankungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder aber auch aufgrund von Schwangerschaft, Geburt, und Wochenbett im Krankenhaus behandelt werden.

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Einwohner und Einwohnerinnen des Landes Bremen, die in den angegebenen Zeiträumen in einem Krankenhaus behandelt wurden – unabhängig davon, ob dieses Krankenhaus in Bremen oder in einem anderen Bundesland liegt.

Bei der Bewertung der Daten ist zu beachten, dass hier lediglich ein Ausschnitt – nämlich der krankenhausbezogene Bereich – betrachtet wird. Der gesamte Bereich der ambulanten Versorgung wird außer acht gelassen. Einschränkung ist weiter zu berücksichtigen, dass sich auch das Einweisungsverhalten der Ärzte ändern kann – oder die Zuordnung zu den ICD-

¹⁰⁹ 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/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.4571.de>

Codes.¹¹⁰ Daher sind Aussagen über das Vorkommen von Krankheiten in der Bevölkerung nur bedingt möglich.

Im aktuell vorliegenden Jahr 2008 wurden 63.251 Krankenhausbehandlungen bei Bremer Männern und 74.250 Krankenhausbehandlungen bei Bremer Frauen vorgenommen.

Um zu schauen, inwieweit zeitliche Veränderungen bei der stationären Behandlung zu beobachten sind, werden zum Vergleich auch Daten aus dem Jahr 2000 dargestellt.¹¹¹

Häufigster Anlass für eine Krankenhausbehandlung bei Männern in 2008 und in 2000 waren Kreislaufkrankungen. Hier waren vor allem ischämische Herzkrankheiten (ICD 10 I20-I25) und Sonstige Formen der Herzkrankheit (ICD 10 I30-I52) bedeutsam.

Während die Raten für Behandlungen aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten insgesamt in den letzten Jahren gesunken sind, nehmen die Raten für Herzinfarkt zu (von 263 je 100.000 Einwohner im Jahr 2000 bis 325 je 100.000 Einwohner im Jahr 2008). 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 der vorliegenden Zahlen nicht belegen. Da sich auch in Bremen die herzinfarktbedingten Sterbefälle mehr ins Krankenhaus verlagern und ein Rückgang der Sterblichkeit an Herzinfarkten zu beobachten ist sprechen die Zahlen eher für eine gute Versorgung in Bremen als für eine Erhöhung der Krankheitsrate.

Die Häufigkeit von Verletzungen und Vergiftungen, die zweithäufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen bei Männern, hat sich im Zeitvergleich kaum verändert. Vorwiegend werden Kopfverletzungen versorgt, gefolgt von Verletzungen des Knies und der Unterschenkel sowie der Hand und des Handgelenks. Über die Ursachen, die zu diesen Verletzungen geführt haben, gibt die Krankenhausstatistik keine Auskunft.

Psychische und Verhaltensstörungen stehen bei Männern an dritter Stelle. Hauptursache für Krankenhausbehandlungen aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen bei Männern war und ist Alkohol.

In 2008 wurden 2661 Bremer Männer mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Alkohol in Krankenhäusern behandelt (ICD 10 F10, Rate 767 je 100.000 Einwohner). Diese Zahl spiegelt jedoch nicht das gesamte Ausmaß der alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen wider. Hinzu kommen alkoholbedingte somatische Erkrankungen wie z.B. die alkoholische Leberkrankheit oder akute Vergiftungen durch Alkohol. Dies waren in 2008 weitere 366 Fälle, so dass die Gesamtzahl von alkoholbedingten Einweisungen in 2008 auf 3027 Fälle bei Männern beläuft.

Im Vergleich zu 2000 ist die Zahl der alkoholbedingten psychischen Krankenhauseinweisungen gestiegen – ebenso wie die Rate der Psychischen und Verhaltensstörungen durch andere Drogen (Rate 2000: 253 je 100.000 Einwohner, Rate 2008: 429 je 100.000 Einwohner).

Die Neubildungen zählen bei den Männern zu über 90% zu den Bösartigen Neubildungen (Krebs). Als Einzel-Entität ist Lungenkrebs führend, mit einigem Abstand folgen Prostatakrebs und Harnblasenkrebs. Schaut man sich die Zahlen des epidemiologischen Krebsregisters an, das alle Krebs-

¹¹⁰ ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

¹¹¹ Ab diesem Jahr standen erstmals Daten nach der aktuell gültigen ICD-10 Verschlüsselung vor. Daten der vorigen Version ICD-9 sind nur eingeschränkt vergleichbar.

neuerkrankungen erfasst, unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus behandelt werden oder nicht, sind bei den Männern in den Jahren 2003-2005 Prostatakrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs am häufigsten.

Im Zeitvergleich sind die Raten der krebsbedingten Krankenhausbehandlungen bei den Männern gesunken. Daraus lässt sich jedoch nicht schließen, dass die Zahl der Neuerkrankungen auch gesunken ist. So belegen die Daten des Bremer Krebsregisters, dass die Neuerkrankungsraten bei Männern im Zeitraum 2000-2006 leicht angestiegen sind.

Weitere Informationen über Krebserkrankungen beim „Bremer Krebsregister“: www.krebsregister.bremen.de

Bei den Krankheiten des Verdauungstraktes sind Eingeweidebrüche (Hernien) und sonstige Darmerkrankungen die häufigsten Behandlungsanlässe, bei den Krankheiten der Atmungsorgane sind es Bronchitis, Grippe und Pneumonie sowie Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln.

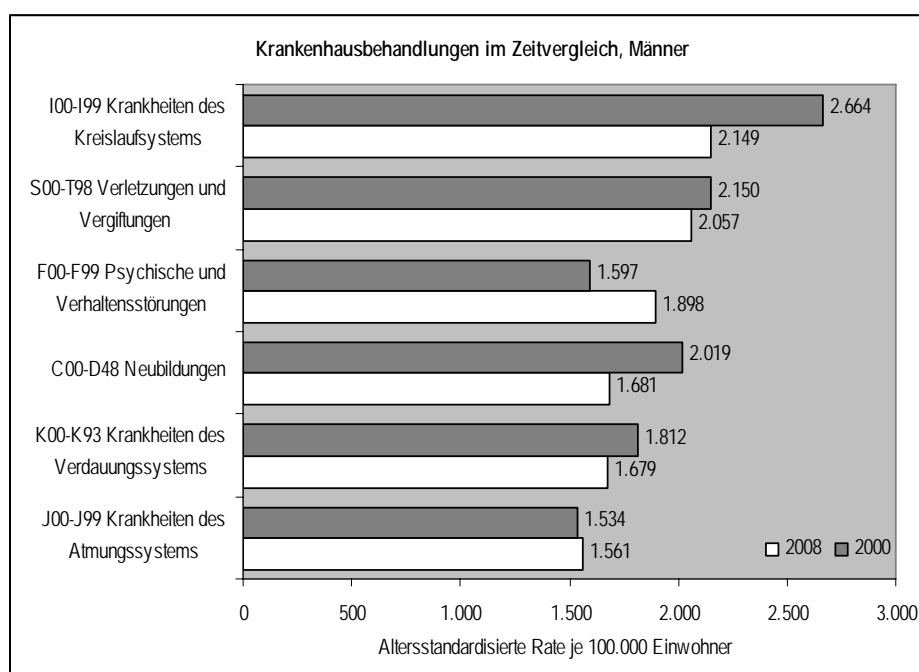


Abbildung 59: Altersstandardisierte Raten der Krankenhausbehandlungen von Männern mit Wohnsitz Land Bremen

Häufigste Behandlungsanlässe bei den Frauen sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Auch wenn man diese nicht krankheitsbezogenen Fallzahlen unberücksichtigt lässt, zeigen die Zahlen, dass Frauen insgesamt häufiger im Krankenhaus behandelt werden als Männer.

Neubildungen sind die häufigsten krankheitsbedingten Behandlungsursachen bei Frauen. Mehr als drei Viertel zählen zu den Bösartigen Neubildungen (Krebs). Die häufigsten Einzelentitäten sind bei Frauen Brustkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs. Beim Bremer Krebsregister wurden bei Frauen die höchsten Neuerkrankungsraten bei Brustkrebs ermittelt, gefolgt von Darmkrebs und Lungenkrebs. Insgesamt ist die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für Krebs gesamt im Zeitraum von 2000-2006 bei den Frauen leicht gesunken.

Wie bei den Männern sind auch bei den Frauen Kopfverletzungen der häufigste verletzungsbedingte Behandlungsanlass. Es folgen Verletzungen des Knies und der Unterschenkel sowie Verletzungen der Hüfte und der Oberschenkel.

Bei Muskel-, Skelett- und Bindegeweserkrankungen sind Arthropathien (Arthrose, Arthritis) am häufigsten, danach Krankheiten des Rückens (z.B. Bandscheibenschäden) und Krankheiten der Weichteile (z.B. der Muskeln).

Bei den Verdauungskrankheiten sind es „Sonstige Krankheiten des Darms“ (am häufigsten gutartige Veränderungen¹¹²), Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (vor allem Gallensteine) und Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Zwölffingerdarms (z.B. Gastritis).

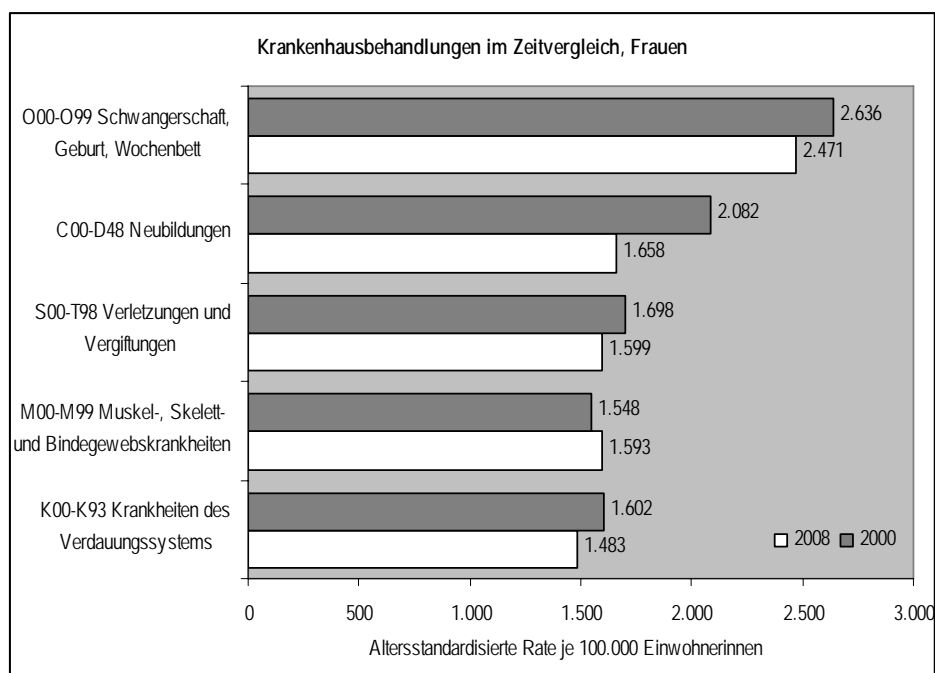


Abbildung 60: Altersstandardisierte Raten der Krankenhausbehandlungen von Männern mit Wohnsitz Land Bremen

Krankenhausbehandlungen aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen stehen bei Frauen erst an achter Stelle. Die altersstandardisierte Rate von 1.297 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen liegt deutlich unter der Rate der Männer. Hauptursachen bei Frauen sind ebenfalls Alkoholmissbrauch und Drogen.

Infektionskrankheiten

Tuberkulose (TBC)

→ *Verantwortlich: Dr. Günter Tempel*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Tuberkulose (TBC) gehört neben HIV und Malaria zu den drei häufigsten Infektionskrankheiten auf der Welt. Weltweit steigt die jährliche Zahl der festgestellten Neuerkrankungen, nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO ist jeder dritte Mensch auf der Erde mit dem TBC-Erreger infiziert. Be-

¹¹² Divertikulose

troffen sind hier vor allem die ärmeren Weltregionen. In wohlhabenden Ländern wie Deutschland hingegen ist die Zahl der neu gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen seit langem rückläufig.

Tuberkulose ist eine chronisch verlaufende, durch Bakterien (*Mycobacterium tuberculosis*) verursachte Infektionskrankheit. Tuberkulose befällt in 80% der Fälle die Lunge, kann aber durch Verbreitung des Erregers über die Blutbahn auch in anderen Organen auftreten (extrapulmonale TBC). In Deutschland wird Tuberkulose fast ausschließlich durch Tröpfcheninfektion, also durch das Einatmen ausgehusteter infektiöser Aerosole von Mensch zu Mensch übertragen. Tuberkulosebakterien sind sehr robust und können außerhalb des Körpers mehrere Monate überleben. Unbehandelt kann Tuberkulose auch in Ländern mit einem hohen medizinischen Versorgungsniveau zum Tode führen.

Für gewöhnlich bleibt der Kontakt mit dem Erreger aber folgenlos. Unter den hiesigen Lebensbedingungen erkranken maximal 10% der Infizierten letztendlich an Tuberkulose. Dabei handelt es sich überwiegend um Menschen mit einem geschwächten Immunsystem. Neben Krankheiten (z.B. HIV-Infektion, Tumore, Diabetes mellitus) schwächen ein hohes Lebensalter, Mangelernährung sowie Alkohol- oder Drogenmissbrauch das Abwehrsystem und begünstigen dadurch den Ausbruch von Tuberkulose. Menschen, die unterhalb eines minimalen Lebensstandards leben wie Obdachlose oder Alkohol- und Drogenabhängige, bilden daher eine Risikogruppe. Die Wahrscheinlichkeit an Tuberkulose zu erkranken hängt also auch entscheidend von den Lebensumständen ab.

In Deutschland ist Tuberkulose selten geworden und als Todesursache epidemiologisch unbedeutend. Die Zahl der festgestellten Neuerkrankungen nimmt stetig ab, für 2008 wies das Robert Koch-Institut eine Neuerkrankungsrate von 5,5 Fällen auf 100.000 Einwohner aus. Anfang der 1980er Jahre lag die Inzidenz noch bei etwa 38/100.000. Weltweit beträgt die geschätzte Inzidenz über 130/100.000. Dennoch beobachten die Gesundheitsämter das Geschehen und intervenieren bei Bedarf. Es gibt die Befürchtung, angesichts der weltweiten Verbreitung des Erregers könne sich Tuberkulose im Zuge von Migrationsprozessen hierzulande wieder ausbreiten. Sorge bereitet vor allem das Aufkommen resistenter Erreger, die mit den herkömmlichen Medikamenten nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr bekämpft werden können. Tatsächlich kommt Tuberkulose unter Zuwanderern überproportional häufig vor. Gut 43% der TBC-Patienten wurden im Ausland geboren (Robert Koch-Institut (2008): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2006. Berlin). Zudem treten in dieser Gruppe resistente Erreger wesentlich häufiger auf als unter den in Deutschland geborenen TBC-Patienten. Bei den erkrankten Zuwanderern erwies sich in 17,7% der Fälle mindestens ein Standardmedikament als nicht wirksam, in 4,2% der Fälle waren die Erreger gegen die beiden Hauptpräparate Isoniazid und Rifampizin gleichzeitig resistent (Multiresistenz). Unter den in Deutschland geborenen TBC-Patienten betrug diese Anteile 9,0% bzw. 0,6% (Robert Koch-Institut (2008): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2006. Berlin).

Was wissen wir darüber?

Die folgende Tabelle zeigt für das Land Bremen und Deutschland die Zahl der seit 2001 jährlich gemeldeten Tuberkulose-Fälle, die danach folgende Tabelle die Neuerkrankungsraten (Inzidenzen).

Tabelle 8: Gemeldete Tuberkulose-Fälle. Land Bremen und Deutschland, 2001-2008¹¹³

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Land Bremen	78	83	74	69	62	65	57	45
Deutschland	7.566	7.723	7.192	6.583	6.022	5.404	5.016	4.526

Tabelle 9: Tabelle: Tuberkulose-Inzidenzen (Fälle/100.000 Einwohner). Land Bremen und Deutschland, 2001-2008¹¹⁴

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Land Bremen	11,8	12,6	11,2	10,4	9,3	9,8	8,6	6,8
Deutschland	9,2	9,4	8,7	8,0	7,3	6,6	6,1	5,5

Wie in den beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Hamburg liegt die TBC-Inzidenz im Land Bremen über dem Bundesdurchschnitt. Der Grund für die überdurchschnittliche Inzidenz dürfte im wesentlichen die Konzentration von Risikogruppen in Großstädten sein.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Beobachtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes deuten darauf hin, dass sich Tuberkulose in Deutschland zu einer Krankheit sozial randständiger Milieus entwickelt. Eine Analyse von TBC-Fallakten des Gesundheitsamtes Bremen erbrachte Ergebnisse, die diesen Eindruck bestärken.¹¹⁵ So hat mittlerweile jeder dritte TBC-Patient in Bremen ein Suchtproblem, in aller Regel mit Alkohol. Während der Therapie bereiten diese Patienten oft massive Schwierigkeiten und binden erhebliche Personalkapazitäten. Diese Entwicklung erfordert eine vernetzte bzw. kooperative Behandlungsstrategie, die Akteure wie Kliniken, niedergelassene Ärzte, das Amt für soziale Dienst sowie den Sozialpsychiatrischen Dienst integriert. Bei problematischen Fällen sollte künftig die Fallkonferenz ein fester Bestandteil der Intervention sein.

HIV und AIDS

Verantwortlich: Felicitas Jung

Warum ist dieses Thema wichtig?

1981 berichtete die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control) erstmals über eine rätselhafte Häufung seltener Infektionen und Tumore bei jungen, homosexuellen Männern. Noch im selben Jahr wurde dieses Krankheitsbild als eigenständige Krankheit erkannt, die den Namen AIDS (acquired immunodeficiency syndrome – erworbenes Abwehrschwächesyndrom) erhielt. 1982 wurden in Deutschland die ersten AIDS-Fälle registriert. 1983 entdeckten französische Forscher den Erreger, der AIDS auslöst: Das „human immunodeficiency virus“, menschliches Abwehrschwäche Virus, kurz HIV.

¹¹³ Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, hg. vom Robert Koch-Institut (verschiedene Jahrgänge)

¹¹⁴ Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, hg. vom Robert Koch-Institut (verschiedene Jahrgänge)

¹¹⁵ (Gesundheitsamt Bremen (2008): Tuberkulose in der Stadt Bremen. Über neue Entwicklungen eines fast vergessenen Risikos. Bremen)

Das Virus wird hauptsächlich über ungeschützten Geschlechtsverkehr – in der Regel Sex ohne Kondom – übertragen. Samenflüssigkeit eines infizierten Mannes sowie Scheidenflüssigkeit einer infizierten Frau und Blut enthalten eine hohe Konzentration von Viren, Das Virus kann direkt über die Schleimhäute oder über kleine Verletzungen im Genital oder Analbereich aufgenommen werden. Ein weiterer Übertragungsweg ist der Sprizentausch intravenös Drogenabhängiger aufgrund des direkten Blutkontakts. In seltenen Fällen kann das Virus während einer Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Gezielte medizinische Versorgung kann die Übertragung hier aber auf 1-2% reduzieren.

Die Infektion mit HI-Viren kann lange Jahre ohne körperliche Symptome und unbemerkt verlaufen. Ständige Angriffe des HI-Virus schwächen jedoch das Immunsystem, das Krankheitserreger abwehren soll. Dies begünstigt Infektionen durch Pilze, Bakterien und Viren, so genannte opportunistische Infektionen, die bei gesunden, abwehrstarken Menschen harmlos verlaufen würden. Typisch für das Krankheitsbild AIDS waren während der ersten Jahre der AIDS-Epidemie – ohne wirksame medikamentöse Behandlung – ein erheblicher Verlust des Körpergewichts (Wasting-Syndrom) sowie schwere Lungenentzündungen und das Kaposi-Sarkom, ein sonst selten auftretender Hauttumor.

Die zunächst bestehende Angst, AIDS könne auf weite Teile der Bevölkerung übergreifen, hat sich für Deutschland und für Europa nicht bestätigt. Ursache dafür sind verschiedene Faktoren. Sehr schnell eingeleitete präventive Maßnahmen auf Bundes- und auf regionaler Ebene, an deren Entwicklung sich vielfältige Institutionen und Selbsthilfeeinrichtungen von betroffenen Gruppen¹¹⁶ beteiligten, und die bis heute aufrechterhalten werden, waren und sind wirksam. Hierzu gehören die Aufklärung zu Übertragungswegen und die zielgruppenspezifische Werbung für „safer Sex“, sicherem Sex, und vor allem die Werbung für die Nutzung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr, außerdem der kostenlose und anonyme Test auf HIV (HIV-Antikörpertest) in den Gesundheitsämtern – so auch in Bremen und Bremerhaven. Eine wachsende Akzeptanz und Toleranz gegenüber Homosexualität und gegenüber Menschen mit einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung erlaubte es Menschen mit einer HIV-Infektion, sich offen dazu zu bekennen und erleichterte ihnen den Zugang zu medizinischen und psychosozialen Hilfen. Außerdem trug die medizinische Forschung mit der Entwicklung geeigneter Medikamente dazu bei, dass sich die tödliche Krankheit AIDS seit Mitte der 1990er Jahre in eine chronische Erkrankung verwandelte. Die Lebenserwartung der Betroffenen hat sich deutlich gesteigert und die Erkrankung AIDS hat sich in „eine weitgehend vermeidbare Komplikation einer HIV-Infektion“ verwandelt.¹¹⁷ Dies gilt zumindest für die Industrienationen, die den Betroffenen Zugang zu ausreichenden Medikamenten und zu einer guten medizinischen Versorgung gewähren. Notwendige Voraussetzung für einen solchen Verlauf ist allerdings eine frühzeitige Diagnose und eine konsequente Behandlung der Infektion.

Was wissen wir darüber?

Ende 2009 lebten ca. 67.000 Menschen mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung in Deutschland, davon ca. 1.200 in Bremen und Bre-

¹¹⁶ In Bremen sind hier vor allem das Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben und die AIDS-Hilfe Bremen zu nennen.

¹¹⁷ Robert Koch-Institut (2009). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2008 aus dem Robert Koch-Institut. in: *Epidemiologisches Bulletin* (2009), 21. S. 203-218.

merhaven. 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 mit einer hohen Prävalenz¹¹⁸ HIV-infizierter und AIDS-kranker kommen¹¹⁹, und auf intravenös Drogenabhängige. Infektionen bei Neugeborenen sind aufgrund einer guten medizinischen Diagnostik und Versorgung während der Schwangerschaft die Ausnahme.¹²⁰

Vor allem in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) steigt bundesweit die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Fälle, während in den anderen Gruppen das Niveau relativ stabil bleibt. Diese unterschiedliche Entwicklung zeigt sich auch in der kontinuierlich steigenden Inzidenz bei Männern in Deutschland, bei Frauen bleibt diese relativ stabil (siehe folgende Tabelle). Wahrscheinliche Ursachen für diese Entwicklung sind veränderte safer sex-Strategien bei MSM sowie eine Zunahme von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen gerade in dieser Gruppe. Sie erhöhen das Risiko einer HIV-Übertragung zusätzlich.

Insgesamt steigt die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen seit 2001 bundesweit kontinuierlich an (siehe folgende Tabelle). Im Land Bremen bewegt sich die Zahl der jährlich neu diagnostizierten HIV-Infektionen jedoch auf einem relativ niedrigen Niveau, daher sind Veränderungen nur auf dem Hintergrund der bundesweiten Infektionsentwicklung sinnvoll zu interpretieren.

Tabelle 10: Anzahl der HIV-Diagnosen¹²¹, Land Bremen und Deutschland, 2001 bis 2008.¹²²

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Land Bremen	Männer	18	8	22	22	30	19	29	34	21
	Frauen	9	9	9	11	10	4	1	7	8
	unbekannt	2	0	0	0	0	0	0	0	
Deutschland	Männer	1078	1276	1548	1740	1988	2137	2318	2348	2182
	Frauen	345	420	398	456	484	505	449	465	426
	unbekannt	20	23	32	14	17	9	10	14	

Die deutlich höheren Inzidenzraten im Land Bremen gegenüber dem bundesdeutschen Trend geben ein überall zu beobachtendes Stadt-Landgefälle wieder. Großstädte ziehen in einem stärkeren Maß Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), an und auch Menschen mit einer HIV-Infektion. Die Infrastruktur, zu der auch die medizinische Versorgung gehört, ist in der Regel besser als auf dem Land, und größere Städte bieten eher die Möglichkeit, Menschen in ähnlicher Situation und mit ähnlichen Bedürfnissen zu treffen und zugleich mehr Anonymität und Rückzugsmöglichkeit.

¹¹⁸ Prävalenz: Häufigkeit einer Erkrankung innerhalb einer definierten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

¹¹⁹ Sogenannte Hochprävalenzländer, bei denen der Anteil der HIV-Prävalenz >1% ist.

¹²⁰ Robert Koch-Institut (2009). *Epidemiologisches Bulletin*, 48. S.491-499.

¹²¹ Wir beschränken uns hier auf die Daten der neudiagnostizierten HIV-Infektionen, die über die nicht namentliche Meldepflicht beim Robert-Koch-Institut erfasst werden. Sie geben im Gegensatz zu den AIDS-Erkrankungen, die keiner Meldepflicht unterliegen, ein klareres Bild des Infektionsgeschehens.

¹²² Robert-Koch-Institut, im Internet: www3.rki.de/SurvStat (Stand 03.02.2010)

Tabelle 11: Inzidenz der HIV-Diagnosen (Fälle/100.000 Einwohner), Land Bremen und Deutschland, 2001 bis 2008¹²³

Inzidenz		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Land Bremen	Männer	5,66	2,5	6,86	6,85	9,33	5,9	9,01	10,57	6,53
	Frauen	2,64	2,63	2,63	3,22	2,92	1,17	0,29	2,06	2,35
Deutschland	Männer	2,68	3,16	3,84	4,31	4,93	5,3	5,76	5,84	5,43
	Frauen	0,82	1	0,94	1,08	1,15	1,2	1,07	1,1	1,02

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Um auch zukünftig die HIV-Infektionen auf einem niedrigen Niveau zu halten – mit dem grundsätzlichen Ziel, Neuinfektionen sogar zu verringern – muss die bestehende Präventions- und Versorgungsstruktur aufrechterhalten werden. Die Aufklärung zu HIV und zu anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen muss für die unterschiedlichen Zielgruppen immer wieder neu und zeitgemäß aufbereitet werden: Derzeit stehen vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, die nachwachsende Generation Jugendlicher, aber auch einzelne Migrantengruppen wie die Afrikaner/innen im Mittelpunkt. Der anonyme HIV-Antikörpertest sollte vor allem für die Gruppe der MSM um ein Angebot der Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Erkrankungen erweitert werden. Nicht zuletzt benötigen wir aber weiterhin ein gut vernetztes psychosoziales und ein medizinisches Versorgungssystem für die von HIV Betroffenen.

Hepatitis

→ *Verantwortlich: Dr. Günter Tempel*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Hepatitis ist die medizinische Bezeichnung für eine Leberentzündung. Eine Hepatitis mindert die Stoffwechselfunktion der Leber. Dabei kann es neben akuten Verläufen auch zu Chronifizierungen kommen. Zum Teil werden Leberzellen dauerhaft geschädigt, in einigen Fällen mit tödlichen Folgen. Für Leberentzündungen gibt es eine Reihe möglicher Ursachen. Allgemein bekannt sind die so genannte „toxische Hepatitis“, hervorgerufen durch Drogen- bzw. Alkoholkonsum, Medikamente und Gifte, sowie die durch Viren verursachte Hepatitis. Zu den „Virushepatitiden“ zählen die Erreger Hepatitis A, B, C, D und E. Auf diese Erregergruppe entfällt das Gros der durch Viren ausgelösten Leberentzündungen. Meistens bleibt eine Infektion durch diese Erreger jedoch symptomlos, nur etwa ein Drittel der Infizierten erkranken. Es besteht daher die Gefahr, dass Menschen, die von ihrer Infektion nichts bemerken, den Erreger unwissentlich weiter verbreiten.

Hepatitis A, B, C, D und E sind unterschiedliche, nicht miteinander verwandte Erreger. Sie haben nur gemeinsam, dass sie die Leber infizieren, wobei die Infektionswege wie auch die Folgen verschiedenartig sind.

Hepatitis A-Viren werden mit dem Stuhl ausgeschieden und verbreiten sich fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektionen. Die Viren sind sehr widerstandsfähig, auch gegenüber hohen Temperaturen und Reinigungsmitteln. Im

¹²³ Robert-Koch-Institut, im Internet: www3.rki.de/SurvStat (Stand 03.02.2010)

Meerwasser können sie mehrere Wochen überleben, eine mögliche Infektionsquelle sind daher rohe bzw. nicht genügend gegarte Muscheln. Ein anderer Übertragungsweg sind bestimmte Sexualpraktiken. Hepatitis A ist jedoch ein vergleichsweise harmloser Erreger, der keine Chronifizierungen verursacht: Man kann sich durch eine Impfung schützen, die für Risikogruppen (z.B. Kanalarbeiter) kostenlos ist. Bei Reisen in Länder der 3. Welt wird eine reisemedizinisch indizierte Impfung empfohlen, da Hepatitis A in diesen Regionen sehr verbreitet ist.

Hepatitis B-Viren werden durch Blut oder durch andere virenbelastete Körperflüssigkeiten übertragen. Die Übertragungswege sind hauptsächlich ungeschützter Geschlechtsverkehr (auf diese Weise wird Hepatitis B in 70% der Fälle übertragen) sowie intravenöser Drogenkonsum. Hepatitis B ist die häufigste sexuell übertragbare Krankheit. Auch gegen Hepatitis B gibt es eine Impfung, die bis zum 17. Lebensjahr von den Kassen bezahlt wird. Für besonders gefährdete Berufsgruppen (z.B. medizinisches Personal) muss der Arbeitgeber eine Impfung anbieten.

Der Hepatitis C-Erreger tritt am häufigsten auf und besitzt ein erhebliches Krankheitspotenzial. Die Chronifizierungsrate unter den Erkrankten liegt bei bis zu 80%, unbehandelt kann die chronisch gewordene Hepatitis in der Hälfte der Fälle zu Leberzirrhose oder Leberzellkarzinomen führen. Eine Impfung gegen diesen Erreger ist nicht verfügbar, ebenso wenig gibt es eine erfolgreiche Krankheitsvorbeugung unmittelbar nach der Ansteckung (Postexpositionsprophylaxe). Allerdings gibt es inzwischen Erfolg versprechende Therapien, die jedoch aufwändig und damit teuer, vor allem aber belastend für die Patienten sind. Eine der wesentlichen Infektionsquellen ist virenhaltiges Blut, insofern haben Drogenabhängige mit intravenösen Substanzkonsum durch Praktiken wie Nadeltausch ein erhöhtes Infektionsrisiko. Auch beim Tätowieren oder beim Piercing kann es zu Infektionen kommen, wenn unsterile Instrumente verwendet werden. In etwa einem Drittel der Fälle ist der Infektionsweg allerdings unbekannt.

Hepatitis D und E kommen in Deutschland kaum vor. Hepatitis D ist insofern bemerkenswert, als der Erreger keine eigene Hülle besitzt und zum Eindringen in eine Wirtszelle die Hülle des Hepatitis B-Virus benötigt. Eine erfolgreiche Impfung gegen Hepatitis B schützt daher auch gegen Hepatitis D. Eine Hepatitis E kann schwere Verläufe nehmen, insbesondere bei schwangeren Frauen. Über 20% der werdenden Mütter sterben infolge der Infektion.

Was wissen wir darüber?

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Land Bremen und Deutschland die Zahl der jährlich gemeldeten Hepatitis-Fälle, die darauf folgende Tabelle die Neuerkrankungsraten (Inzidenzen). Da nur ein Teil der Infektionen einen medizinisch-klinischen Verlauf nimmt und dadurch für die Statistik sichtbar wird, dürfte die tatsächliche Fallzahl erheblich höher liegen.

Tabelle 12: Gemeldete Hepatitis-Fälle. Land Bremen und Deutschland, 2001-2008¹²⁴

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hepatitis A								
Land Bremen	87	15	12	27	15	15	7	8
Deutschland	2.274	1.478	1.368	1.932	1.217	1.229	939	1.072
Hepatitis B								
Land Bremen	18	12	16	15	9	3	5	5
Deutschland	2.427	1.432	1.307	1.260	1.236	1.185	1.003	822
Hepatitis C								
Land Bremen	57	51	52	35	33	25	50	47
Deutschland	8.635	6.600	6.914	8.998	8.363	7.561	6.868	6.195
Hepatitis D								
Land Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	8	12	10	8	15	21	9	7
Hepatitis E								
Land Bremen	0	0	0	1	0	0	0	0
Deutschland	31	17	32	53	54	51	73	104

Tabelle 13: Hepatitis-Inzidenzen (Fälle/100.000 Einwohner). Land Bremen und Deutschland, 2001-2008¹²⁵

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hepatitis A								
Land Bremen	13,2	2,3	1,8	4,1	2,3	2,3	1,1	1,2
Deutschland	2,8	1,8	1,7	2,3	1,5	1,5	1,1	1,3
Hepatitis B								
Land Bremen	2,7	1,8	2,4	2,3	1,4	0,5	0,8	0,8
Deutschland	2,9	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,2	1,0
Hepatitis C								
Land Bremen	8,6	7,7	7,8	5,3	5,0	3,8	7,5	7,1
Deutschland	10,5	8,0	8,4	10,9	10,1	9,2	8,4	7,5
Hepatitis D								
Land Bremen	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deutschland	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatitis E								
Land Bremen	0,0	0,0	0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Deutschland	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Aus den vorliegenden Zahlen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Die hier betrachteten Virushepatitiden treten in Deutschland und in Bremen relativ selten bzw. praktisch gar nicht auf. In anderen Teilen der Welt sind diese Erreger wesentlich stärker verbreitet, vor allem in ärmeren Regionen.

¹²⁴ Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, hg. vom Robert Koch-Institut (verschiedene Jahrgänge)

¹²⁵ Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, hg. vom Robert Koch-Institut (verschiedene Jahrgänge)

- Bei Hepatitis B nehmen sowohl die Zahl der Fälle als auch die Inzidenzen stetig ab. Dieser Trend dürfte zumindest zum Teil auf die Impfung von Kindern und Jugendlichen gegen Hepatitis B zurückgehen, die im Rahmen der einschlägigen Vorsorgeuntersuchungen oder über Präventionskampagnen der Gesundheitsämter angeboten werden.
- Hepatitis A und C weisen schwankende Fallzahlen und Inzidenzen auf, wobei die Fallzahlen für Hepatitis A tendenziell sinken. Hepatitis C ist der mit Abstand am häufigsten registrierte Hepatitis-Erreger, auf ihn entfallen drei Viertel der Meldungen (2008).
- Hepatitis E kommt in Deutschland immer häufiger vor, gleichwohl bleibt die Zahl der jährlich gemeldeten Neuerkrankungen verschwindend gering. Seit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (2001) ist, bis auf eine Ausnahme, Hepatitis E in Bremen noch nicht aufgetreten.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Durch Impfungen und Hygienemaßnahmen lassen sich Infektionen mit den in Deutschland relevanten Hepatitis-Erregern A, B und C wirkungsvoll verhindern. Impfungen existieren für die Hepatitis-Erreger A und B, ferner beugt die Beachtung einfacher Hygieneregeln wie regelmäßiges Händewaschen oder Waschen und ausreichendes Garen von Lebensmitteln einer Ansteckung mit Hepatitis A vor. Hepatitis B und C wird auch durch die unter Drogenkonsumenten verbreitete gemeinsame Nutzung einer Kanüle übertragen. In Bremen gibt es verschiedene Möglichkeiten, Drogenkonsumenten einen niedrigschwelligen Zugang zu sterilen Nadeln ermöglichten. Zum einen wurden Spritzenautomaten aufgestellt. Zum anderen können in den Drogenhilfeeinrichtungen Spritzen getauscht werden.

Verbreitung chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung

→ *Verantwortlich: A. Post*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Chronische Erkrankungen sind in Abgrenzung zu akuten Erkrankungen dauerhaft, selten heilbar und erfordern eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung. Ihre Verbreitung in der Bevölkerung nimmt mit dem Alter zu, was in der Kumulation von Risikofaktoren im Lebensverlauf, aber auch in altersphysiologischen Veränderungen begründet ist.¹²⁶

Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Was wissen wir darüber?

Die Frage „Leiden Sie an einer lang andauernden chronischen Erkrankung oder einer Behinderung?“ beantworteten 53% der Männer und 49% der Frauen mit „Ja“. Dabei leidet bereits ein Drittel der unter 39 Jährigen unter

¹²⁶ Robert Koch Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin

einer chronischen Erkrankung, während es bei den über 60 Jährigen mehr als zwei Drittel sind. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind gering.

Da der Begriff chronische Krankheiten weit gefasst ist und sowohl solche Erkrankungen enthält, die den Alltag der Betroffenen wenig einschränken als auch solche, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen, haben wir auch nach dem Grad der Einschränkung gefragt.

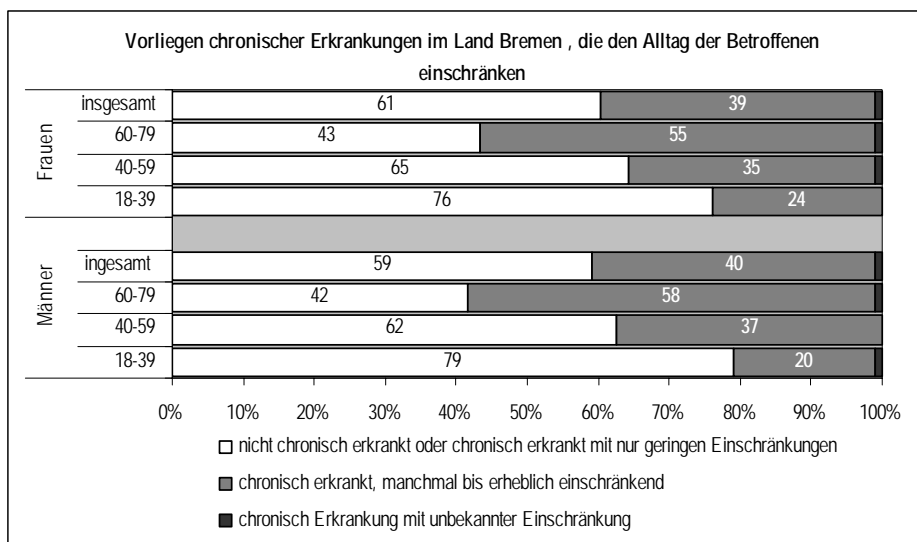


Abbildung 61: Verteilung chronischer Erkrankungen nach Ausmaß der Einschränkung im Alltag bei Männer und Frauen im Land Bremen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009.¹²⁷

Wie erwartet nimmt der Grad der Einschränkung im Alltag mit dem Alter zu. Bemerkenswert ist, dass bereits jede 4. Frau unter 40 Jahren und jeder 5. Mann dieser Altersgruppe unter einer chronischen Erkrankung leidet, die den Alltag manchmal bzw. erheblich einschränkt.

An welchen chronischen Krankheiten die Menschen in Bremen leiden, haben wir ebenfalls gefragt.

Allergien, d.h. die Überempfindlichkeitsreaktionen des Immunsystems auf normalerweise harmlose Stoffe, spielen bei Männern und Frauen in nahezu allen Altersgruppen eine Rolle. In der jüngsten Altersgruppe sind Allergien bei beiden Geschlechtern führend. Jede 5. Frau und jeder 6. Mann sind davon betroffen. Auch in der mittleren Altersgruppe liegen sie bei Frauen noch ganz vorn.

Für Deutschland wird davon ausgegangen, dass etwa um die 20 % der erwachsenen Bevölkerung alleine vom Heuschnupfen betroffen ist. Die Bremer Zahlen liegen darunter – allerdings kann es sein, dass nicht alle Befragten, die an einer Allergie leiden, diese als chronische Krankheit bewerten – und somit nicht an der entsprechenden Stelle ihr Kreuz gemacht haben.

Eine weitere häufige Erkrankungsgruppe sind Depressionen und/oder Angststörungen. Im mittleren Alter leidet jede 6. Frau und jeder 7. Mann daran. Damit spiegelt sich die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen auch in unserer Befragung wider. Depressionen gelten mittlerweile

¹²⁷ Vergleichen mit dem Erhebungszeitraum 2004 sind keine wesentlichen Änderungen zu beobachten.

als Volkskrankheit. Statistisch gesehen erhält in Deutschland etwa jeder 8. zwischen 18 und 65 Jahren die Diagnose „Depression“. Depressionen sind daher ein bedeutendes gesundheitspolitisches Problem. Sie sind nicht nur häufig, sondern sie

- scheinen in der Bevölkerung sogar noch zuzunehmen,
- sind häufig wiederkehrend,
- sind belastend für die Betroffenen und ihre Angehörigen,
- sind häufig mit weiteren gesundheitlichen Folgeproblemen verbunden,
- werden zu wenig erkannt und behandelt,
- gelten als langwierig in der Behandlung,
- können bis zum Suizid führen und
- sind kostenintensiv für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft.

Frauen haben gegenüber Männern ein 2- bis 2,5-faches Risiko, an einer Depression zu erkranken bzw. die Diagnose Depression zu erhalten. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungsansätze, die z.B. die Lebensumstände betreffen: Frauen sind häufiger als Männer von struktureller Benachteiligung wie Armut, geringem sozialen Status und Diskriminierung betroffen. Neben der Versorgungsverantwortung gegenüber den Kindern tragen Frauen auch die Hauptlast bei der Pflege älterer, kranker Angehöriger. Diskutiert wird auch, ob Frauen tatsächlich häufiger erkranken, oder ob sie lediglich häufiger die Diagnose „Depression“ erhalten.

Es spricht einiges dafür, dass auch Männer in erheblichem Maß an Depressionen leiden:

Männer mit Depressionsdiagnose sind deutlich häufiger arbeitsunfähig als Frauen mit dieser Diagnose. Nach einer Analyse von Bremer GEK Versicherten waren im Jahr 2006 11% der Männer mit Depressionsdiagnose arbeitsunfähig, während es bei den Frauen lediglich 6 % waren.¹²⁸

Auch in unserer Befragung sind die Geschlechterunterschiede bis zu einem Alter von 60 Jahren eher gering. Dass Männer aber auch im höheren Alter unter erheblichen psychischen Problemen leiden können, belegt die im Vergleich zu älteren Frauen höhere Suizidrate (vgl. hierzu das Kapitel XXX)

Wer mehr über das Thema Depressionen in Bremen erfahren möchte, findet zahlreiche Informationen dazu im Bericht **„Depressionen - Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit“**, herausgegeben von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, im Internet unter: <http://www.soziales.bremen.de>

Arthrose (Gelenkverschleiß) - eine degenerative Erkrankung, deren Hauptrisikofaktoren vor allem Alter, Übergewicht und vorangegangene Verletzungen sind – tritt bei Männern bereits in der jüngsten Altersgruppe auf. Arthrose gewinnt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern an Bedeutung. Im Alter zwischen 60 und 79 Jahren leiden 39% der Männer und 47% der Frauen daran. Damit ist sie die führende chronische Erkrankung im Alter.

Auch entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen treten bei Männern bereits früh auf – und diese Raten steigen mit dem Alter.

¹²⁸ Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung

Beide Erkrankungen schränken die Mobilität ein. Im Zuge des demografischen Wandels ist dies bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen.

Bluthochdruck und Diabetes, zwei Erkrankungen, die eng mit Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, falsche Ernährung und Stress (bei Bluthochdruck) zusammenhängen, zählen ebenfalls zu den häufigen chronischen Erkrankungen. Bluthochdruck ist nicht nur eine Erkrankung, sondern zählt zu den gesicherten Risikofaktoren für eine Vielzahl von Erkrankungen. Damit stellt Bluthochdruck eine wichtige vermeidbare Ursache für frühzeitige Sterbefälle dar. Das Risiko für Bluthochdruck nimmt mit dem Alter zu.

Tabelle 14: Die häufigsten chronischen Krankheiten nach Altersgruppen – Land Bremen – Männer (Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

Alter	Erkrankung	Anteil 2009	Anteil 2004
18-39	1. Allergie	16,3	10,3
	2. Depression und/oder Angststörung	8,1	2,9*
	3. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	6,7	4,5
	4. Asthma Bronchiale	6,7	3,4
	5. Gelenkverschleiß, Arthrose	5,3	3,2
40-59	1. Gelenkverschleiß, Arthrose	18,7	13,3
	2. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	16,3	16,1
	3. Depression und/oder Angststörung	13,5	10,2
	4. Allergie	13,4	16,8
	5. Bluthochdruck, Hypertonie	11,7	12,7
60-79	1. Gelenkverschleiß, Arthrose	38,9	27,5
	2. Bluthochdruck, Hypertonie	38,2	39,2
	3. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	23,3	21
	4. Diabetes	14,5	11,3
	5. Andere chronische Erkrankung	12,7	12,7

Tabelle 15: Die häufigsten chronischen Krankheiten nach Altersgruppen – Land Bremen – Frauen (Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

Alter	Erkrankung	Anteil 2009	Anteil 2004
18-39	1. Allergie	18,9	13,4
	2. Andere chronische Erkrankung	11,2	11,1
	3. Depression und/oder Angststörung	9,7	4,6*
	4. Migräne	7	6,6
	5. Asthma Bronchiale	5,6	3,0
40-59	1. Allergie	18,8	15,5
	2. Gelenkverschleiß, Arthrose	17,8	17
	3. Depression und/oder Angststörung	15,6	6,4*
	4. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	14,6	16,2
	5. Andere chronische Erkrankung	13,9	14,1
60-79	1. Gelenkverschleiß, Arthrose	47	41,2
	2. Bluthochdruck, Hypertonie	43,6	43,4
	3. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	27,2	25,5
	4. Allergie	15,8	13,3
	5. Depression und/oder Angststörung	14,6	5,3*

Rauchen

→ *Verantwortlich: Antje Post*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Rauchen gilt als der Hauptrisikofaktor für Lungen- und Kehlkopfkrebs, für Erkrankungen der Atemwege und Herz-Kreislaufkrankungen und begünstigt viele andere Erkrankungen. Es gibt kaum einen anderen Faktor, dessen gesundheitsschädigende Wirkung so detailliert und in zahllosen wissenschaftlichen Studien untersucht wurde. Anders als bei vielen anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen betreffen die negativen Wirkungen nicht nur die Rauchenden selbst, sondern auch jene, die sich in Ihrer Umgebung aufhalten („Passivrauchen“).

Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfragen GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Was wissen wir darüber?

Zum Schutz der Nichtraucher/-innen vor den vom Rauchen ausgehenden Gesundheitsgefahren ist am 1. Januar 2008 das Bremische Nichtraucherschutzgesetz (BremNiSchG) in Kraft getreten.¹²⁹

Dieses Gesetz sieht umfangreiche Rauchverbote vor, u.a. in Behörden, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Studierendenheimen, Gaststätten, Hotels, Diskotheken, Sporthallen, Hallenbädern, Flughäfen. Zwar gelten auch eine Reihe von Ausnahmen – so dürfen beispielsweise Gaststätten unter bestimmten Auflagen „Raucheräume“ bereitstellen oder es wurde auch zugelassen, dass in „Eckkneipen“ geraucht werden darf, sofern diese unter 75m² groß sind, keine Speisen angeboten werden und die Gäste über 18 Jahre alt sind – aber insgesamt wurde das Rauchen in öffentlichen Räumen stark eingeschränkt.

Die interessante Frage ist nun, inwieweit sich die Rauchverbote auf das Rauchverhalten der Bremer Bevölkerung auswirken.

Die erste Umfrage wurde in 2004 durchgeführt – also vor dem Inkrafttreten des Bremischen Nichtraucherschutzgesetzes, die zweite „Umfrage Gesundheit!“ fand im Frühsommer 2009 statt, also knapp 1 ½ Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes und knapp ein Jahr nach dem Zeitpunkt, ab dem Rauchen in Gaststätten als Ordnungswidrigkeit geahndet werden kann.

Ein erstes Fazit: Die Zahl derer, die mit dem Rauchen aufgehört haben, hat sich nach den vorliegenden Daten seit der neuen Gesetzgebung insgesamt kaum verändert.

Bei den Männern ist die Zahl der „Aufhörer“ im Vergleich zur ersten Befragung in 2004 insgesamt sogar leicht gesunken von 36% auf 33%.

¹²⁹ Bremisches Nichtraucherschutzgesetz (BremNiSchG), im Internet: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/BremischesNichtraucherschutzgesetz.pdf.pdf>

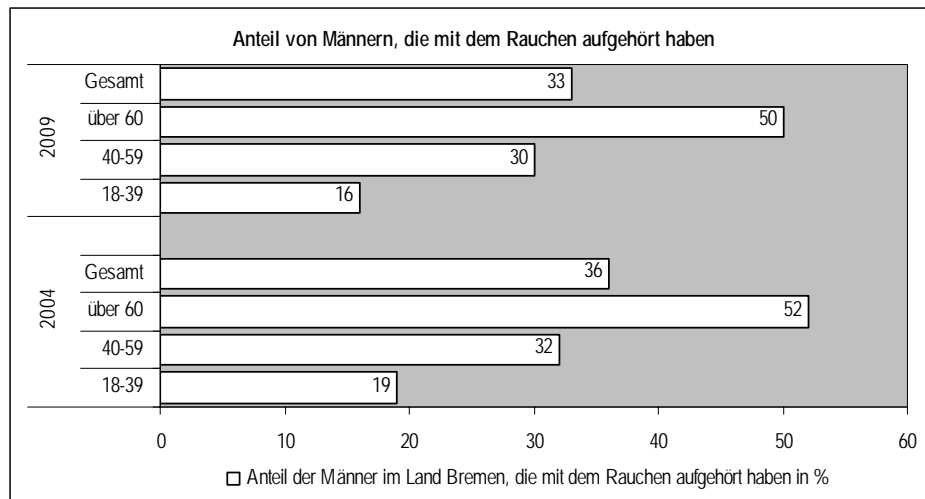


Abbildung 62: Anteil von Männern im Land Bremen, die mit dem Rauchen aufgehört haben – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Im Vergleich zu den Männern sind die „Aufhörerquoten“ bei den Frauen niedriger. Dies ist kein bremenspezifisches Phänomen. Untersuchungen haben belegt, dass Frauen insgesamt weniger häufig mit dem Rauchen aufhören als Männer. Begründet wird dieser Unterschied damit, dass sie ein „ausgeprägtes Bewusstsein für Gewichtskontrolle“ haben und höheren Stressbelastungen ausgesetzt sind.¹³⁰ Auch scheint die Rückfallquote nach einem Rauchstopp bei Frauen höher zu liegen als bei Männern. Dies spricht dafür, bei Maßnahmen zur Prävention oder bei Strategien zur Rauchentwöhnung die unterschiedlichen Motivationen und Einstellungen von Männern und Frauen zu berücksichtigen.

Die Zahl derjenigen Frauen, die nicht mehr rauchen, hat sich zwischen 2004 und 2009 auch nicht verändert. In der Altersgruppe der 40 bis 59 Jährigen hat die Zahl der „Aufhörerinnen“ zwar um 4%-Punkte zugenommen, ein signifikanter Unterschied konnte aber auch hier nicht nachgewiesen werden.

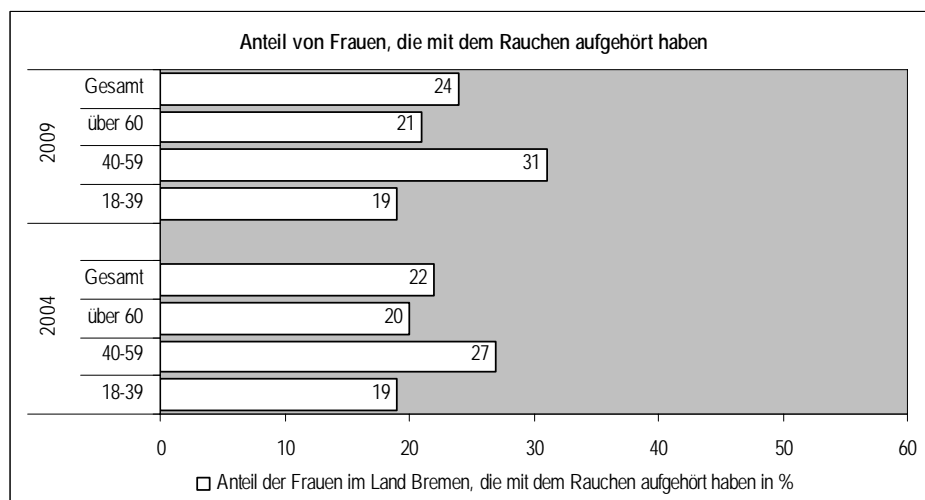


Abbildung 63: Anteil von Frauen im Land Bremen, die mit dem Rauchen aufgehört haben – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

¹³⁰ Health Canada (1997) Women and smoking cessation. Ottawa, Health Canada; Amos A, Gray D, Currie C et al. (1997) Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. Social Science & Medicine 45: 847 – 858; zitiert nach Robert Koch Institut (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, Berlin

Dass heißt: Die Raucherquoten im Land Bremen sind unverändert hoch: Bei den Männern raucht im Land Bremen im Durchschnitt jeder Dritte. Die höchste Quote ist - wie bereits auch in 2004 - bei den Männern im mittleren Alter zu beobachten.

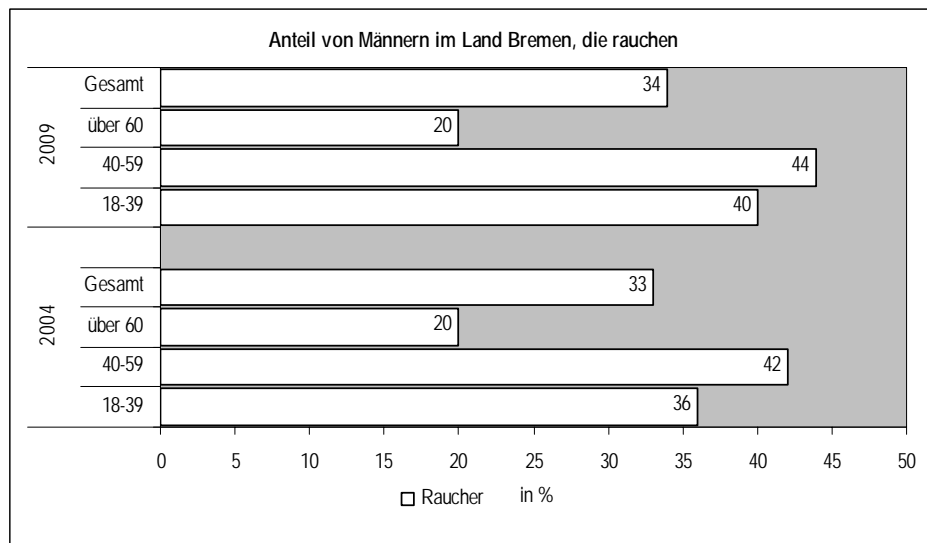


Abbildung 64: Anteil von Männern im Land Bremen, die rauchen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009

Bei den Frauen raucht im Land Bremen etwa jede Vierte. Besorgniserregend (und anders als bei den Männern) ist, dass die meisten Raucherinnen in der jüngsten Altersgruppe bis 39 Jahre zu finden sind (30%). Im Vergleich zu 2004 rauchen hier jedoch 5% weniger. Dies ist jedoch kein signifikanter Unterschied.

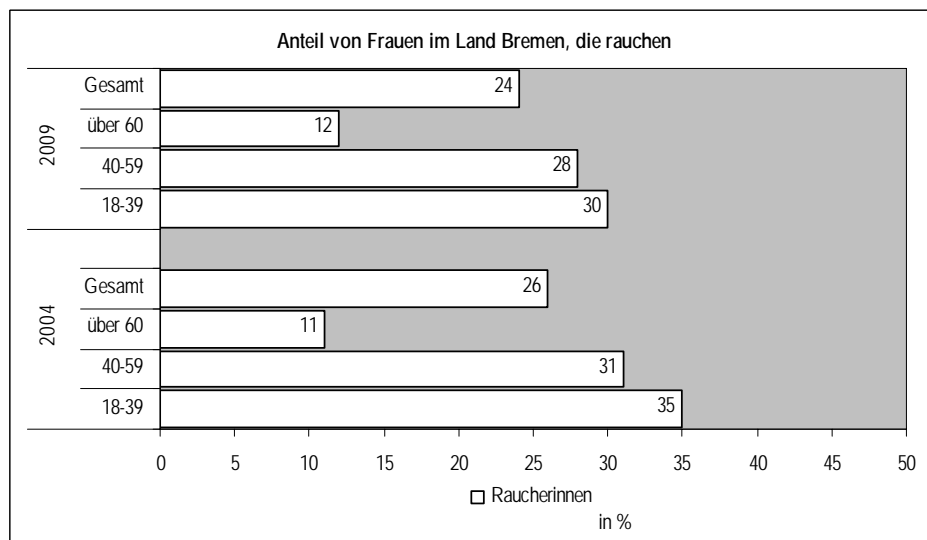


Abbildung 65: Anteil von Frauen im Land Bremen, die rauchen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009

Das Rauchverhalten ist nicht nur vom Alter und vom Geschlecht abhängig, sondern auch von der sozialen Lage. Insgesamt gilt: Menschen mit höherem sozialen Status rauchen weniger als Menschen mit niedrigerem sozialen Status.

Tabak-assoziierte Krebserkrankungen im Land Bremen – Ergebnisse des Bremer Krebsregisters

Untersuchungen des Bremer Krebsregisters zu Tabak-assoziierten Krebserkrankungen¹³¹ haben ergeben, dass bei Männern mit Abnahme der sozialen Schicht sind signifikant höhere Erkrankungs- und Sterberaten zu verzeichnen. Die größten Unterschiede sind mit einer um 70 % höheren Mortalität im niedrigsten Cluster (=zusammengefasste Ortsteile mit großer sozialer Benachteiligung) der Stadt Bremen und in Bremerhaven insgesamt zu beobachten. Bei Frauen ist dieser Trend, sowohl bei der Inzidenz als auch bei der Mortalität, nicht so deutlich ausgeprägt. Die Sterblichkeit in der unteren Statusgruppe ist um 20 % erhöht im Vergleich zur Referenzkategorie. Die Unterschiede sind bei Frauen nicht signifikant.

Wer mehr darüber erfahren möchte kann den Bericht des Bremer Krebsregisters lesen mit dem Schwerpunktthema „Soziale Ungleichheit in der Krebsinzidenz und –mortalität. Erhältlich im Internet unter www.krebsregister.bremen.de.

In der aktuellen Befragung rauchen Männer mit höchstens Realschulabschluss nahezu doppelt so häufig wie Männer mit (Fach-)Hochschulreife. Dies entspricht dem allgemeinen Trend.

Aber: In unserer Befragung rauchen Realschulabsolventen auch häufiger als Hauptschulabsolventen. Dieser scheinbare Widerspruch zum allgemeinen Trend liegt vermutlich daran, dass hier nicht zusätzlich nach Alter differenziert wurde: In der Altersgruppe der Älteren, die ja am wenigsten rauchen, sind in unserer Befragung die Hauptschulabsolventen überdurchschnittlich häufig vertreten. Vertiefende Untersuchungen der Befragung 2004 haben gezeigt, dass Präventionsbedarf vor allem bei Männern im jüngeren und mittleren Alter besteht, insbesondere, wenn sie über einen niedrigen oder mittleren Bildungsabschluss verfügen oder nicht erwerbstätig sind.

Bei den Frauen war in der 2004er Befragung ein Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialer Lage nicht eindeutig zu erkennen. Dies hat sich insofern verändert, als dass in der 2009er Befragung der Anteil der rauchenden (Fach-)Hochschulabsolventinnen deutlich gesunken ist, während sich in den anderen Bildungsgruppen kaum Änderungen ergeben haben.

Dies könnten erste Anzeichen eines sich insgesamt abzeichnenden Wandels bezüglich der Wahrnehmung des Tabakkonsums sein: weg vom lange sozial akzeptierten Verhalten des Rauchens hin zu einer gesundheitsschädigenden Angewohnheit, die insbesondere bei Menschen mit höheren sozialen Status als negativ bewertet wird.¹³² Insgesamt ist für ganz Deutschland zu beobachten, dass der Faktor „sozialer Status“ immer mehr an Einfluss gewinnt.¹³³

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Mit dem Bremer Nichtraucherchutzgesetz ist eine wichtige Maßnahme in Kraft getreten. Nichtraucher/-innen werden in deutlich besserem Maße vor

¹³¹ Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens, der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, des Kehlkopfs, der Lunge und der Harnblase.

¹³² Robert Koch Institut (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, Berlin

¹³³ Deutsches Krebsforschungszentrum (2009): Tabakatlas 2009, Heidelberg, im Internet: www.dkfz.de

Tabakrauch geschützt. Einen grundlegenden Wandel des Rauchverhaltens der Bremer Bevölkerung lassen die Zahlen zwar noch nicht erkennen. Dass Rauchverbote sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken zeigen internationale Studien. So wurde beispielsweise in einer Meta-Analyse gezeigt, dass sich die nach Einführung von Rauchverboten die Herzinfarkt-Rate deutlich verringert hat.¹³⁴

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit Jugend und Soziales fördert seit langem den vom Landesinstitut für Schule (LIS) koordinierten Wettbewerb „Be smart – Don’t Start“. Dieses Projekt richtet sich an Schulklassen mit dem Ziel, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Und bei Auszubildenden an Berufsschulen wird im laufenden Schuljahr vom LIS zusammen mit der Universität Greifswald ein neuartiges SMS-basiertes Programm zur Förderung der Rauchabstinenz „My Way“, das die Motivation zur Verhaltensänderung berücksichtigt, durchgeführt und in einer Bremer Studie zum Gesundheitsverhalten evaluiert. Durch diese Studie werden wir einen differenzierten Überblick über das aktuelle Rauchverhalten und die Veränderungsbereitschaft in der Gruppe der Auszubildenden in Bremen erhalten; bundesweit liegt der Raucheranteil in der Altersgruppe junger Erwachsener (16-25 Jahre) bei bis zu 55%.¹³⁵

Übergewicht und Adipositas

→ *Verantwortlich: Marvike Rickens*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Übergewicht zeichnet sich durch ein erhöhtes Körpergewicht und einen vermehrten Körperfettanteil aus. Zwar gilt Übergewicht noch nicht als Krankheit, allerdings ist es ein bedeutsamer Risikofaktor, durch den das Erkrankungsrisiko für beispielsweise Herzinfarkt oder Typ 2 Diabetes ansteigt. Aber auch Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle oder bestimmte Krebserkrankungen sind als Folge- und Begleiterkrankungen von Übergewicht bekannt. Dagegen ist Adipositas (Fettsucht) bereits eine ernst zu nehmende Erkrankung, die als eine ausgeprägte Form des Übergewichts zu tage tritt¹³⁶.

In Deutschland hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten beiden Jahrzehnten stark zugenommen¹³⁷. Aus diesem Grund interessiert auch die Verbreitung von Adipositas und Übergewicht in der Bremer Bevölkerung. Hierzu wurde in der Bremer Umfrage nach Gewicht und Körpergröße gefragt und daraus der so genannte Body-Mass-Index (BMI) gebildet. Er ist definiert als das Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern ($BMI = \text{kg/m}^2$). Anhand des Body-Mass-Indexes lässt sich abschätzen, ob eine Person unter-, normal- oder übergewichtig oder sogar adipös ist. Der Body-Mass-Index ist nicht

¹³⁴ 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

¹³⁵ Kaminski A, Nauwerth A, Pfefferle PI: [Health status and health behaviour of apprentices in the first year of apprenticeship - first results of a survey in vocational training schools in Bielefeld]. Gesundheitswesen 2008, 70(1):38-46.

¹³⁶ Robert Koch-Institut (Hrsg.).(2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

¹³⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.).(2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

unumstritten. Kritisiert wird z.B., dass das Alter und das Geschlecht ebenso unberücksichtigt bleiben wie die Verteilung der Fettpolster. Auch wird 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.

Tabelle 16: Kategorien Body-Mass-Index (BMI):

Kategorie	BMI
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 - < 25
Übergewicht	25 - < 30
Adipositas	> 30

Was wissen wir darüber?

Die Umfrage von 2009 zeigt, dass im Land Bremen mehr als jeder zweite Mann übergewichtig bzw. adipös ist (58%) ist. Bedenklich ist, dass knapp 40% der Männer bereits im Alter unter 40 Jahren Übergewicht bzw. Adipositas aufweisen.

Besorgniserregend ist auch die Häufigkeit von Adipositas. So müssen 2009 insgesamt 14% der Männer als adipös gelten. Am häufigsten vertreten ist Übergewicht und Adipositas vor allem in der Altersgruppe der über 60 Jährigen. Im Vergleich zu der Bevölkerungsumfrage aus 2004 lassen diese Zahlen kaum eine Veränderung erkennen.

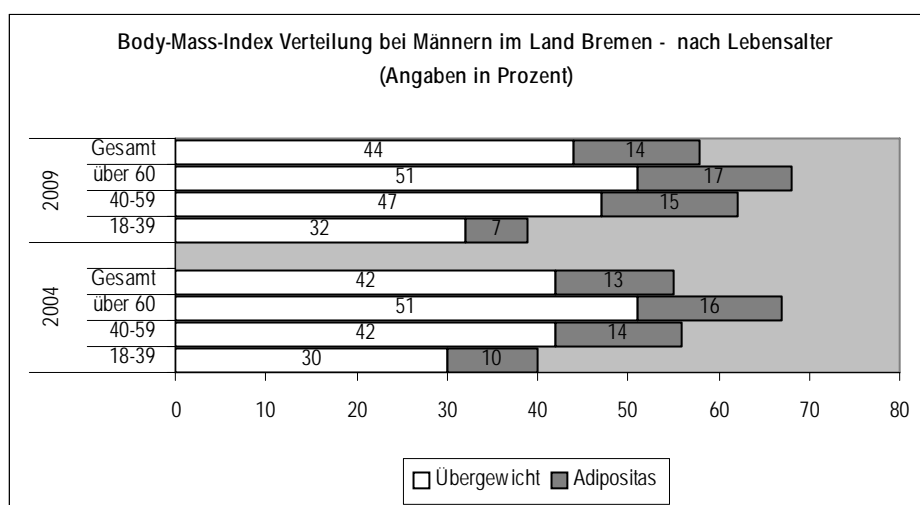


Abbildung 66: Altersspezifische Body-Mass-Index Verteilung bei Männern im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Frauen sind bedeutend weniger von Übergewicht betroffen als Männer. In der Umfrage aus 2009 wurde für 40% der Frauen Übergewicht bzw. Adipositas berechnet, während der Mehrzahl der Frauen Normalgewicht konstatiert werden konnte. Allerdings sind die Frauen mit 13% etwa zu einem gleichen Anteil wie die Männer von Adipositas betroffen, sodass auch für Frauen hinsichtlich dieses Themas keine Entwarnung gegeben werden kann. Ebenso wie bei den Männern treten Übergewicht und Adipositas gehäuft bei älteren Menschen ab 60 Jahren auf.

Insgesamt 2% der Frauen leiden an Untergewicht, während dies bei den Männern so gut wie nicht vorkam (0,1%). Das heißt konkret, dass von den 1.030 Frauen, die auf die Frage geantwortet haben, 19 Untergewicht aufwiesen.

In der prozentualen Verteilung zwischen den unterschiedlichen BMI-Kategorien ergeben sich auch bei den Frauen, im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2004, nur sehr geringfügige Unterschiede.

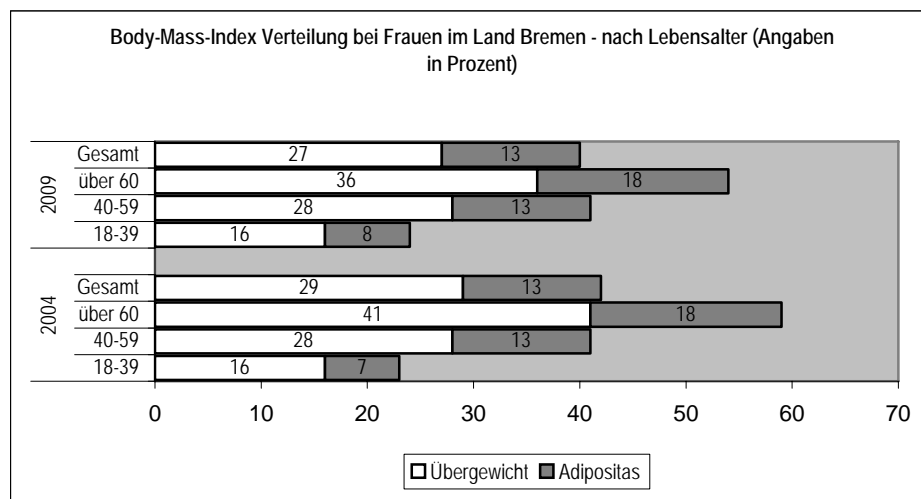


Abbildung 67: Altersspezifische Body-Mass-Index Verteilung bei Frauen im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Der Regionalvergleich zwischen den beiden Städten im Land Bremen zeigt bei den Männern gravierende Unterschiede. Während etwas mehr als jeder 10. Mann aus Bremen als adipös bezeichnet werden muss (12% in 2009), so trifft dies mit 21% in 2009 bereits auf mehr als jeden 5. Mann aus Bremerhaven zu. Bei den Frauen sind diese Unterschiede deutlich geringer (13% in Bremen; 15% in Bremerhaven).

Um zu überprüfen, ob die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas mit der Schichtzugehörigkeit zusammenhängt, wurden in der Auswertung der Umfragen von 2004 und 2009 auch die Häufigkeitsverteilungen nach dem Bildungsabschluss berücksichtigt. Demnach sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stets weniger Menschen mit höchstens Hauptschulabschluss normalgewichtig als Personen, die über die Fachhochschulreife verfügen. Umgekehrt sind (anteilig) auch stets mehr Menschen, die nur einen Hauptschulabschluss haben, adipös im Vergleich zu solchen, die eine Fachhochschulreife erreicht haben. Genauere Zahlen können den nachfolgenden Graphiken entnommen werden. Beachtet werden muss auch bei dieser Bewertung der Daten, dass hier nicht nach Alter *und* Bildungsabschluss stratifiziert wurde. Daher kann man anhand dieser Daten allein nicht ablesen, ob eher das Alter oder eher der Bildungsabschluss relevant ist. Frühere Auswertungen belegen aber, dass ein niedriger Bildungsabschluss einen erheblichen Risikofaktor bei Männern und Frauen darstellt.¹³⁸

¹³⁸ 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/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.4571.de>

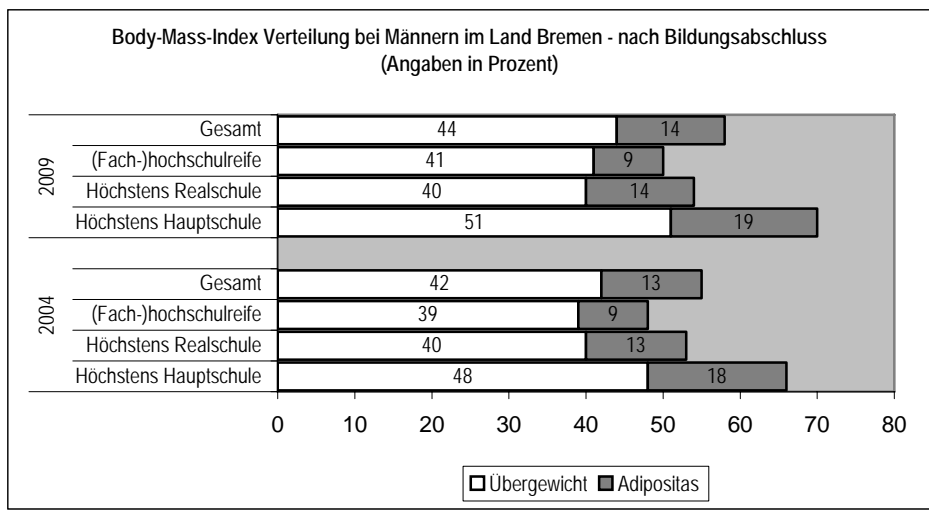


Abbildung 68: Bildungsspezifische Body-Mass-Index Verteilung bei Männern im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

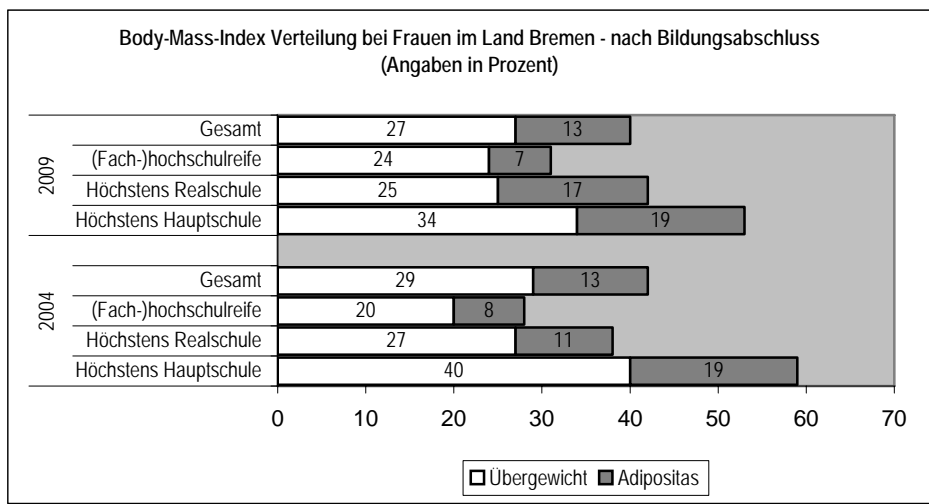


Abbildung 69: Bildungsspezifische Body-Mass-Index Verteilung bei Frauen im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Betrachtet man beide Untersuchungszeiträume, zeigen sich weder bei den Männern noch bei Frauen, deutliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales fördert und begleitet schon seit Jahren kontinuierlich zahlreiche Projekte und Maßnahmen zur Verhinderung von Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Es ist von entscheidender Bedeutung, vor allem im frühen Alter, bei Kindern und Jugendlichen, anzusetzen und diese bewusst als Zielgruppe anzusprechen. Denn auf diesem Wege kann der Entstehung ungünstiger gesundheitlicher Verhaltensweisen bereits frühzeitig entgegengewirkt und damit möglicherweise schon im Voraus verhindert werden, dass in der Kindheit erlernte gesundheitsschädliche Verhaltensmuster später auch als Erwachsene übernommen werden. Nicht zuletzt ist es bei Erwachsenen auch viel schwieriger, angewöhnte Verhaltensweisen noch zu verändern als dieses bei Kindern und Jugendlichen der Fall ist.

Ferner setzt sich die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales für den Abbau sozial bedingter Ungleichheit im Gesundheitsbereich ein. Diesbezüglich erarbeitet sie unter Anderem verstärkt in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V., dem Gesundheitstreffpunkt West sowie dem Frauengesundheitstreff Tenever entsprechende Projekte, wie beispielsweise Bewegungsangebote speziell für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Umgekehrt wurde aus diesem Förderungsansatz eine Unterstützung des kostenpflichtigen M.O.B.I.L.I.S. – Programms zur Gewichtsabnahme, bei welchem die Teilnehmer in Vorkasse treten und je nach Kostenübernahme der Krankenkasse zudem hohe Eigenanteile leisten müssen, abgelehnt. Schließlich werden hierdurch sozial benachteiligte Menschen, die, wie zuvor beschrieben, häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind, vermehrt ausgegrenzt. Neben den genannten Institutionen arbeitet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales darüber hinaus mit zahlreichen weiteren Kooperationspartnern wie beispielsweise den Gesundheitsämtern in Bremen und Bremerhaven, dem Landessportbund und der Verbraucherzentrale Bremen oder mit der AOK Bremen / Bremerhaven zusammen.

Nicht zuletzt engagiert sich Bremen mit Projekten und Maßnahmen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „In Form“ in den Bereichen Bewegungsmangel und Übergewicht/Adipositas. Dieser Aktionsplan wurde vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Bundesministerium für Gesundheit ins Leben gerufen und soll zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängender Krankheiten beitragen. Er konzentriert sich nicht nur allein auf Kinder, sondern richtet sich auch an Erwachsene, sodass folglich auch Bremen vielfältige Angebote für Erwachsene bezüglich der Themenfelder Bewegung und Übergewicht anbietet.

Da viele Projekte auch noch mehrere Jahre fortlaufen (Der Aktionsplan „In Form“ ist sogar bis 2020 angedacht), wird die senatorische Behörde demnach auch zukünftig aktiv bleiben. Allerdings soll bei der Vielzahl der Programme zukünftig noch mehr Wert auf die Evaluation der einzelnen Maßnahmen gelegt werden, um tatsächlich zu schauen, welche von ihnen effektiv sind und bei welchen somit eine Förderung tatsächlich gerechtfertigt und für alle auch lohnenswert ist.

Wer sich gerne noch weitergehend über die oben erwähnten Inhalte informieren möchte, kann dies auf den folgenden Internetseiten tun:

Nationaler Aktionsplan: <http://www.in-form.de>

Gesundheitstreffpunkt West: <http://www.gesundheitstreffpunkt-west.de/>
Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. : <http://www.lv-gesundheitbremen.de/>

Mangel an körperlicher Bewegung

→ *Verantwortlich: Mareike Rickens*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Körperliche Aktivität steigert die Lebensqualität sowie das physische und mentale Wohlbefinden und senkt zugleich das Erkrankungsrisiko. Regelmäßig kör-

perlich aktive Menschen haben zudem ein geringeres Risiko vorzeitig zu sterben. Ein Mangel an körperlicher Bewegung kann dagegen die Entstehung von beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ 2- Diabetes, Darmkrebs oder Übergewicht begünstigen.

Da Bewegung in jedem Alter noch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat und sogar den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess anderer Erkrankungen positiv unterstützt, wird der Bewegung mit ihrem enormen Präventionspotenzial besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Körperliche Aktivität ist als ein entscheidender Präventionsansatz auch insofern gut geeignet, da sie sich leicht in den Alltag integrieren lässt und somit den mehrheitlich durch sitzende Tätigkeiten geprägten Alltag und Lebensstil der Menschen aufweichen kann. Schließlich zählt nicht nur explizit Sport zur körperlichen Aktivität, sondern jede Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur hervorgebracht wird und mit einem erhöhten Energieverbrauch einhergeht, also auch zum Beispiel körperliche Aktivitäten im Haushalt, im Beruf oder in der Freizeit.^{139 140}

Aufgrund der Bedeutung von körperlicher Aktivität wurde auch in der Bremer Umfrage nach dem Bewegungsverhalten der Bremer und Bremerinnen gefragt. Hierzu wurde erhoben, wie oft und wie häufig die Bremer/-innen körperlich aktiv sind. Daraus wurde ein Index für körperliche Bewegung gebildet. Dieser Index unterscheidet drei Kategorien:

- Nicht bzw. wenig aktiv
- Mäßig aktiv
- sehr aktiv.¹⁴¹

Die Ergebnisse der Befragung können im nun folgenden Abschnitt nachgelesen werden.

Was wissen wir darüber?

Die Ergebnisse der Umfrage aus 2009 verdeutlichen, dass etwa ein Drittel der Männer im Land Bremen sehr aktiv ist und ein weiteres Drittel wenig bis gar nicht aktiv ist. Dabei zeigen sich zwischen den Altersgruppen kaum Unterschiede.

Erfreulich ist, dass nach wie vor die Gruppe der über 60 Jährigen am häufigsten angab, sehr aktiv zu sein.

Insgesamt lässt sich bei den Männern im Vergleich zu der Bevölkerungsumfrage aus 2004 ein Trend dahingehend erkennen, dass die Zahl der „Bewegungsmuffel“ über alle Altersgruppen hinweg leicht ansteigt. Dies müsste allerdings noch weiter beobachtet werden.

¹³⁹ Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

¹⁴⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2005): Heft 26. Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

¹⁴¹ Nach dem Index kann ‚nicht oder wenig aktiv‘ z.B. bedeuten: ein Mal im Monat 1,5 Stunden oder auch 1-2 Mal pro Woche 15-30 Minuten körperliche Betätigung. ‚Mäßig aktiv‘ kann bedeuten: 1-2 Mal pro Woche eine halbe Stunde oder 3-6 Mal pro Woche 15-30 Minuten körperliche Betätigung. ‚Sehr aktiv‘ kann bedeuten: 3-6 Mal pro Woche mehr als eine Stunde oder täglich eine dreiviertel Stunde körperlicher Bewegung, bei der man zumindest ein wenig außer Atem oder ins Schwitzen kommt u.ä.

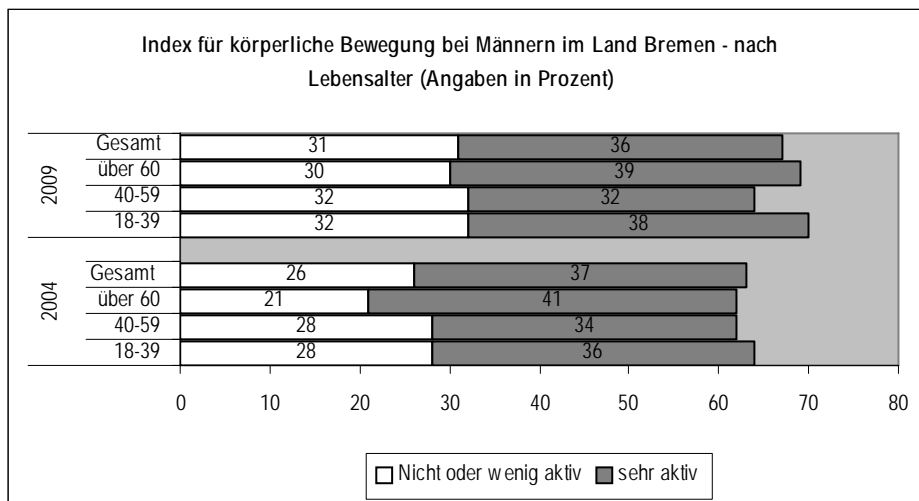


Abbildung 70: Altersspezifische Index- Verteilung für körperliche Bewegung bei Männern im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Bei den Frauen sind insgesamt ähnliche Werte wie bei den Männern zu beobachten. Auch bei den Frauen geben am häufigsten die Älteren ab 60 Jahren an, sehr aktiv zu sein.

Weiterhin lässt sich bei einem Zeitvergleich feststellen, dass bei den Frauen in allen Altersgruppen der Anteil der sehr aktiven Frauen angestiegen ist, was bei den Männern nicht beobachtet wurde. Somit lässt sich bei den Frauen ein leichter Trend zur Bewegungszunahme erkennen.

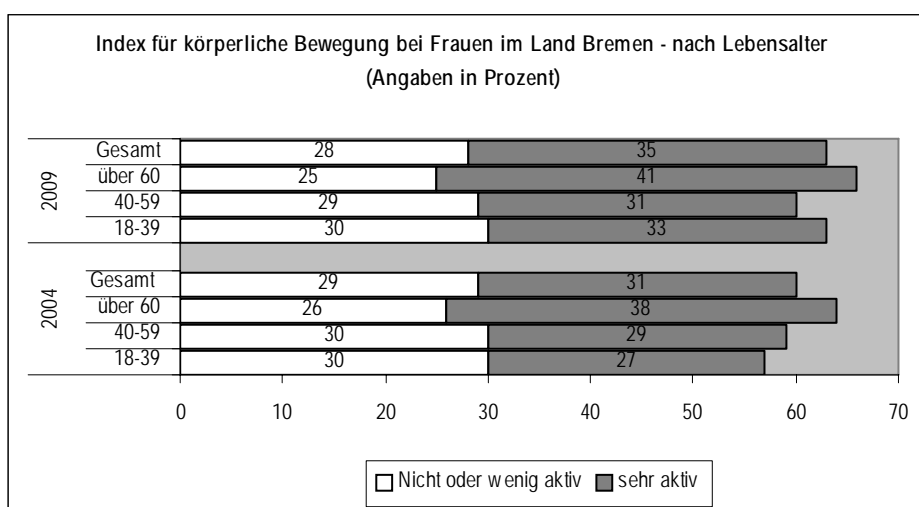


Abbildung 71: Altersspezifische Index - Verteilung für körperliche Bewegung bei Frauen im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Bei der Auswertung der Angaben zur körperlichen Bewegung nach Bildungsniveau zeigte sich in der 2009er Befragung, dass der Anteil der sehr aktiven Männer in allen Bildungsgruppen etwa gleich ist. Demgegenüber ist unter den Männern mit höchstens Hauptschulabschluss der Anteil wenig bzw. nicht aktiver Männer überdurchschnittlich hoch. Dieser Unterschied war 2004 nicht zu erkennen, sollte aber wegen fehlender statistischer Signifikanz auch nicht überbewertet werden.

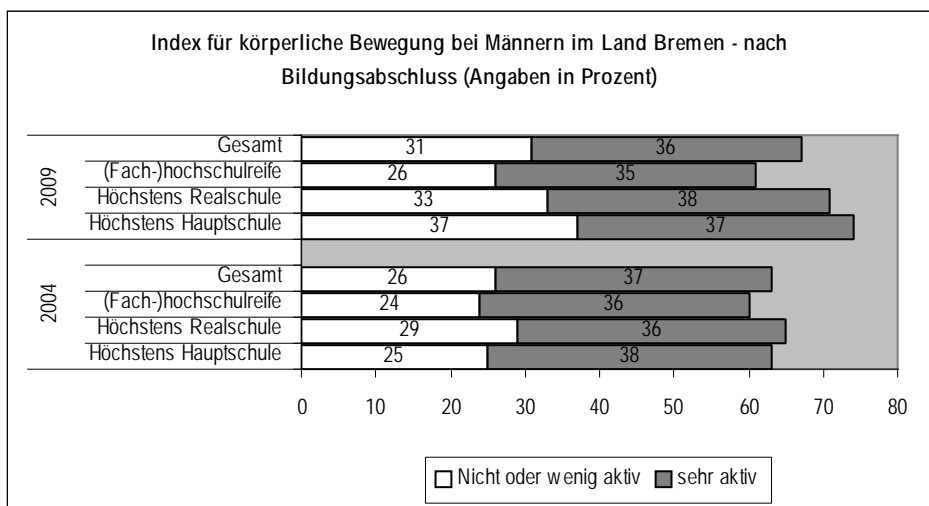


Abbildung 72: Bildungsspezifische Index - Verteilung für körperliche Bewegung bei Männern im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Männern. Die Anteile der sehr aktiven Frauen unterscheiden sich zwischen den Bildungsgruppen kaum. Unter den Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss ist der Anteil wenig aktiver Frauen überdurchschnittlich hoch. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Erhebungsjahren konnte auch hier nicht festgestellt werden.

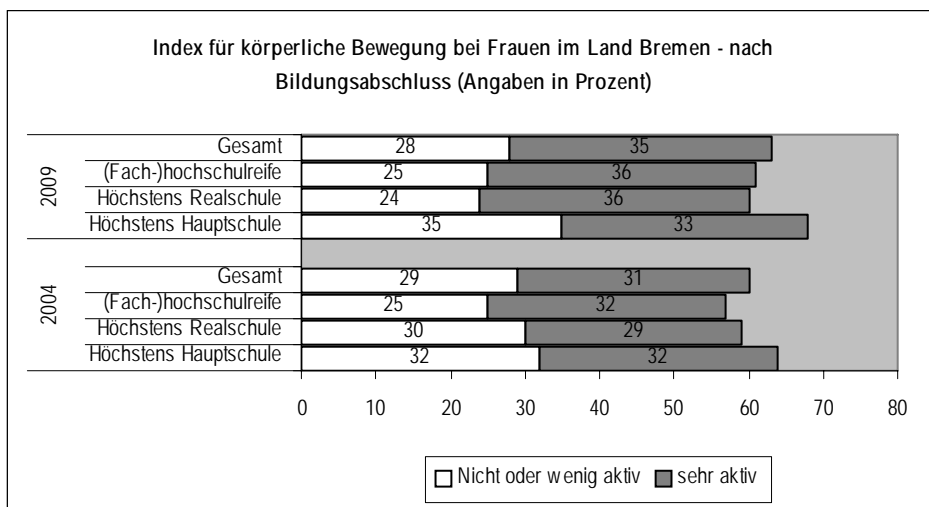


Abbildung 73: Bildungsspezifische Index - Verteilung für körperliche Bewegung bei Frauen im Land Bremen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Siehe hierzu den entsprechenden Absatz im Abschnitt „Übergewicht und Adipositas“.

Früherkennung

→ *Verantwortlich: A. Post*

Bei vielen Erkrankungen sind die Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten meist umso besser, je eher eine Krankheit erkannt wird. Früherkennungsuntersuchungen sind ein wesentlicher Teil der Prävention. Ein Ansatzpunkt zum Handeln bietet das Wissen darüber, welche Gruppen die Präventionsangebote unterdurchschnittlich in Anspruch nehmen.

Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Bei den Bremer Gesundheitsbefragungen 2004 und 2009 wurde die Teilnahme an den von den gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten Früherkennungsuntersuchungen erhoben (siehe dazu folgende Tabelle).

Tabelle 17: Von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

Alter	Männer	Frauen
Ab 18	Zahnvorsorge-Untersuchungen	Zahnvorsorge-Untersuchungen
Ab 20		Krebs: Genitaluntersuchung
Ab 30		Krebs: Brust- und Hautuntersuchung
Ab 35	Gesundheits-Check-up	Gesundheits-Check-up
Ab 45	Krebs: Genitaluntersuchung, Prostatauntersuchung, Hautuntersuchung	
50-69		Brustkrebs: Mammographie-Screening
Ab 50	Krebs: Dickdarm- und Rektumuntersuchung	Krebs: Dickdarm- und Rektumuntersuchung
Ab 55	Krebs: Darmspiegelung	Krebs: Darmspiegelung

Krebsfrüherkennung

→ *Verantwortlich: A. Post*

Männer und Frauen können unterschiedliche, von den Gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Altersstufen wahrnehmen (siehe dazu vorige Tabelle). Dies hängt mit den spezifischen Krebsformen und biologischen Gegebenheiten zusammen.¹⁴²

Da bei den Männern Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ab einem Alter von 45 Jahren von den Krankenkassen finanziert werden, bleiben die Jüngeren hier unberücksichtigt.

Insgesamt nehmen 49% der anspruchsberechtigten Männer und 71% der anspruchsberechtigten Frauen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil. Dieser Geschlechterunterschied ist seit langem bekannt (siehe dazu Kasten weiter unten im gleichen Kapitel).

¹⁴² Männer können beispielsweise zwar auch Brustkrebs bekommen, aber deutlich seltener als Frauen; Frauen können biologisch bedingt keinen Prostatakrebs bekommen.

Bei Männern erhöhen sich die Raten mit zunehmendem Alter. Dies liegt vermutlich daran, dass mit steigendem Alter häufiger solche gesundheitliche Probleme auftreten, die einen Arztbesuch erfordern – und in diesem Rahmen wird dann auch über eine anstehende Krebsfrüherkennungsuntersuchung informiert bzw. gleich eine Überweisung ausgestellt oder die Untersuchung vorgenommen. Der Zeitvergleich zeigt bei den Männern keine grundlegenden Änderungen des Teilnahmeverhaltens.

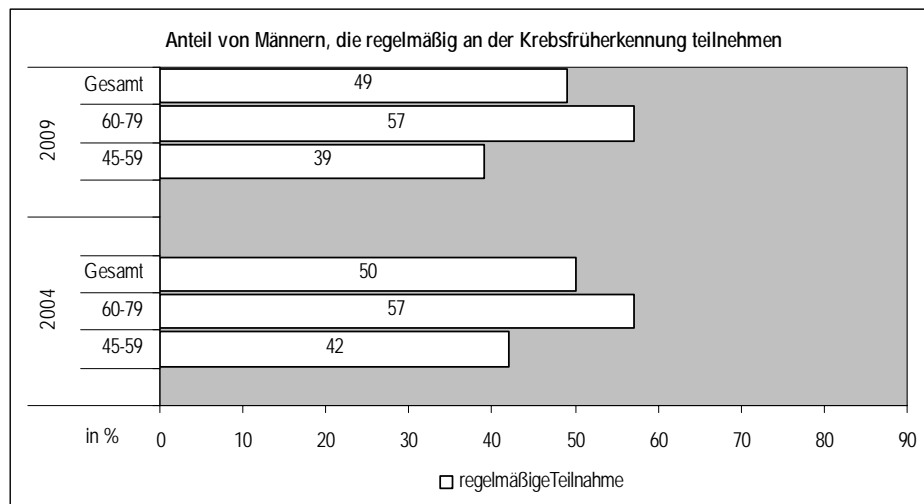


Abbildung 74: Anteil von Männern im Land Bremen, die regelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Anders als bei den Männern nehmen Frauen im mittleren Alter Krebsfrüherkennungsuntersuchungen am häufigsten wahr. Bei den älteren Frauen sinkt die Teilnahme wieder. Dies ist nicht bremenspezifisch, sondern wurde auch in anderen Untersuchungen beobachtet.¹⁴³

Im Zeitvergleich haben die Teilnehmeraten bei den älteren Frauen leicht (aber nicht signifikant) zugenommen. Dies könnte mit dem Mammografie-Screening zusammenhängen. Im Rahmen dieses Programms werden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle 2 Jahre zur Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) schriftlich eingeladen. Als Modellprojekt wird diese Untersuchung zwar bereits ab 2001 durchgeführt, aber zwischen 2004 und 2007 wurde eine Steigerung der Teilnehmerate von 52% auf 56% festgestellt (siehe dazu auch den Abschnitt „Brustkrebs“ im Kapitel „Ausgewählte Todesursachen“).¹⁴⁴

Die geringsten Teilnehmeraten sind bei den Frauen in der jüngsten Altersgruppe zu finden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass jüngere Frauen auf weniger Angebote Anspruch haben als ältere Frauen. Verglichen mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2004 ist der Anteil der teilnehmenden Frauen signifikant zurückgegangen.

¹⁴³ Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (2002): Münchner Gesundheitsmonitoring: Die Gesundheit von Männern und Frauen verschiedener Lebensalterstufen.

¹⁴⁴ Kooperationsgemeinschaft Mammografie (2009): Evaluationsbericht 2005-2007, im Internet: Kooperationsgemeinschaft Mammografie (2006): Mammographie-Screening in Deutschland - Abschlussbericht der Modellprojekte, im Internet: <http://daris.kbv.de>

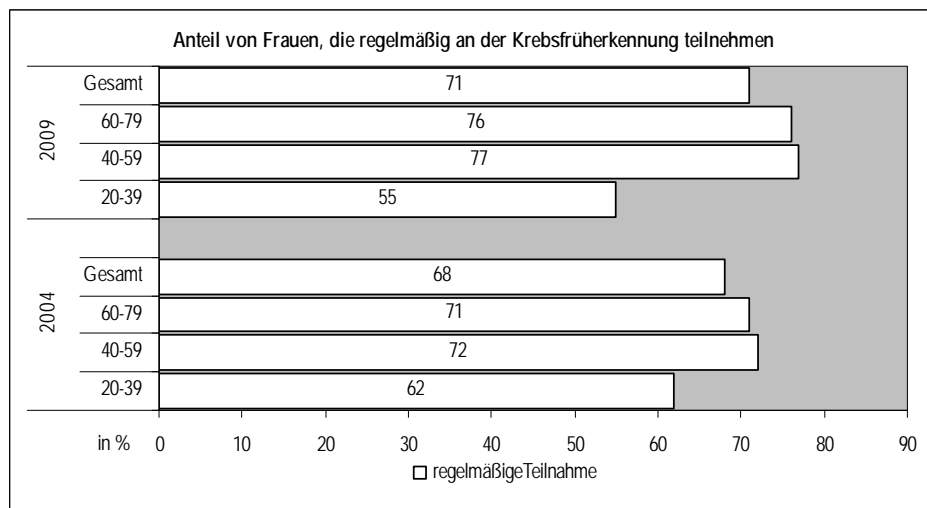


Abbildung 75: Anteil von Frauen im Land Bremen, die regelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei jüngeren Frauen zwar durchgeführt – aber sie nehmen sie als solche nicht wahr? Oder finden tatsächlich weniger Untersuchungen bei jüngeren Frauen statt?

Aus den vorliegenden Daten lässt sich keine Erklärung ableiten. Es wäre sinnvoll, wenn die Krankenkassen ihre Abrechnungsdaten der spezifischen Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln und auswerten könnten.

Früherkennungsuntersuchungen und Männer ...

Was seit langem bekannt ist und bundesweit beobachtet wird, spiegelt sich auch in unseren Zahlen wieder: Männer nehmen weniger an Früherkennungsuntersuchungen teil als Frauen – und das gilt auch für die Krebsfrüherkennung.

Über die Gründe des unterschiedlichen Teilnahmeverhaltens von Frauen und Männern gibt es verschiedene Diskussionsansätze. Zum einen gibt es für Frauen mehr Möglichkeiten, an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen (siehe Tabelle). 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.¹⁴⁵ 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 angeht. So zeigt eine Befragung in Nordrhein-Westfalen¹⁴⁶, dass mehr als ein Viertel der befragten Männer weder die Krebsfrüherkennung noch den Gesundheits-Check Up kennt, während es bei den Frauen lediglich 11% waren.

¹⁴⁵ Scheffer S. et al. (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht, Gesundheitswesen, 68: 139–146

¹⁴⁶ LÖGD (2005): Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe, im Internet: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) möchte mit einer "Präventionsinitiative" gesetzlich Krankenversicherte motivieren, die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung stärker in Anspruch zu nehmen.

Gesundheits-Check-up

→ *Verantwortlich: M. Rickens/ Antje Post*

Warum ist dieses Thema wichtig?

Gesundheitsuntersuchungen (Check-ups) zielen auf eine möglichst frühzeitige Erkennung und Therapie der häufigsten Bevölkerungserkrankungen. Hierzu gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus oder Nierenerkrankungen. Diese Check-ups wurden erstmals 1989 in die vertragsärztliche Versorgung mit aufgenommen und sind im Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung fest verankert.¹⁴⁷ Ob es sich dabei um eine wirksame Maßnahme, ist umstritten.

Wie die Zahlen zur Inanspruchnahme in Bremen aussehen, wird im nun nachfolgenden Abschnitt dargestellt. Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Was wissen wir darüber?

Die Antworten auf die Frage nach der Teilnahme am Gesundheits-Check-up waren ergaben mehr Teilnehmerinnen als Anspruchsberechtigte. Dies unterstützt die Vermutung, dass der Gesundheits-Check-up als solches nicht bekannt ist und ggf. mit anderen ärztlichen Untersuchungen verwechselt wird. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse einer Befragung in Nordrhein-Westfalen erhärtet, die u.a. ergab, dass lediglich 12% der Befragten den Gesundheits-Check-up namentlich nennen konnten. Schlussfolgerung der Studie: Der Gesundheits-Check-up wird „als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen von den Versicherten nicht eindeutig erkannt“.

Ermittelt wurde auch, dass der Bekanntheitsgrad des Gesundheits-Check-ups bei den Männern noch schlechter war als bei den Frauen.¹⁴⁸

Zumindest bei den Nicht-Teilnehmer/-innen können wir annehmen, dass eine solche oder ähnliche Untersuchung nicht bei ihnen durchgeführt wurde. Daher wird hier der Fokus auf die Nicht-Inanspruchnahme gelegt.

Den Ergebnissen unserer Umfrage zufolge haben 34% der Männer zwischen 40 und 79 Jahren nicht am Gesundheits-Check-up teilgenommen, wobei die Rate Nicht-Teilnehmer zwischen 40 und 59 Jahren mehr als doppelt so hoch ist (46%) wie ist wie bei den 60 bis 79 Jährigen. Dies könnte damit zusammenhän-

¹⁴⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.).(2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

¹⁴⁸ LÖGD (2005): Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe, im Internet: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf

gen, dass mit zunehmendem Alter die Zahl der Arztbesuche steigt und dann eher darauf hingewiesen wird, diese Untersuchung gleich mit zu machen.¹⁴⁹

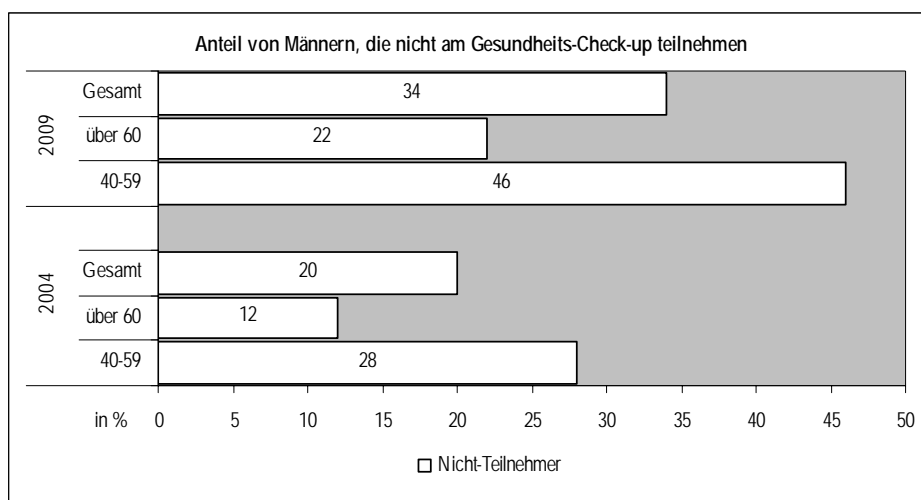


Abbildung 76: Anteil von Männern im Land Bremen, die NICHT an Gesundheits-Check-ups teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Im Vergleich zu 2004 scheint die Rate der Nicht-Teilnehmer in den beiden betrachteten Altersgruppen erheblich gestiegen zu sein. Ob dies tatsächlich der Fall ist, kann aufgrund der Probleme bei der Begriffbestimmung nicht eindeutig belegt werden.

Bei den Frauen liegen die Nicht-Teilnehmerraten unter denen der Männer. Dies ist insgesamt bei den Früherkennungsuntersuchungen so. Anders als bei den Männern sind hier im Zeitvergleich die Nichtteilnehmeraten bei den Frauen gesunken, was auf eine höhere Beteiligung hinweist.

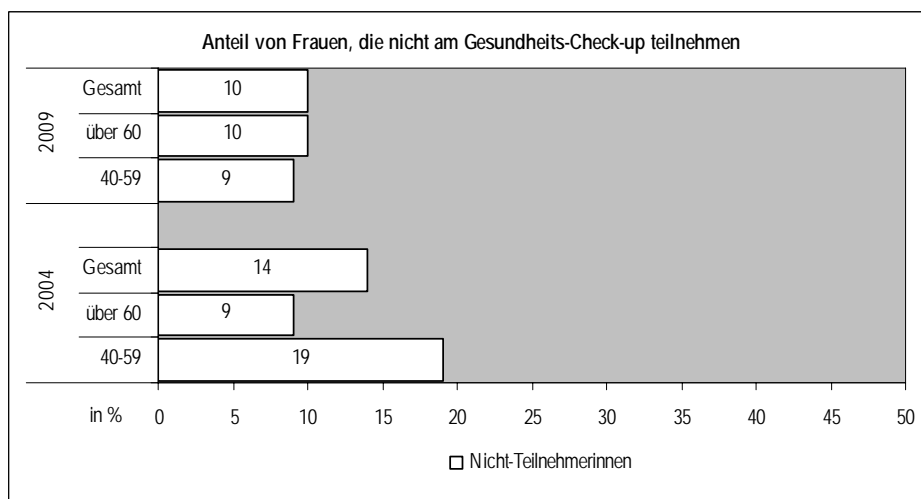


Abbildung 77: Anteil von Frauen im Land Bremen, die NICHT an Gesundheits-Check-ups teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

¹⁴⁹ Da wir bei der jüngsten Altersgruppe nicht wissen, inwieweit ihre Nicht-Teilnahme deshalb angegeben wurde, weil sie nicht anspruchsberechtigt waren, oder ob sie trotz Anspruchsberechtigung nicht teilnehmen, beziehen wir nur Personen ab 40 Jahre in unsere Auswertung ein.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Gründe für die sinkenden Teilnehmerraten der Männer bei den Gesundheits-Check-ups sollten anhand von Daten der Krankenkassen ermittelt werden. Unabdingbar scheint zukünftig die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Präventionskampagnen, die speziell auf Männer zugeschnitten sind. Denn scheinbar fühlen sich immer weniger Männer durch jetzige Aufklärungskampagnen und Informationsangebote angesprochen und können so auch nicht erreicht werden.

Zahnvorsorge

→ *Verantwortlich: A. Post*

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).

Dem folgenden Kapitel liegen die Ergebnisdaten der Bevölkerungsumfragen GESUNDHEIT! der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus den Jahren 2004 und 2009 zugrunde.

Verglichen mit den vorigen Präventionsangeboten sind die Teilnehmeraten bei der Zahnvorsorge am höchsten. Mehr als drei Viertel der Frauen und knapp zwei Drittel der Männer gehen regelmäßig zur Zahnvorsorge.

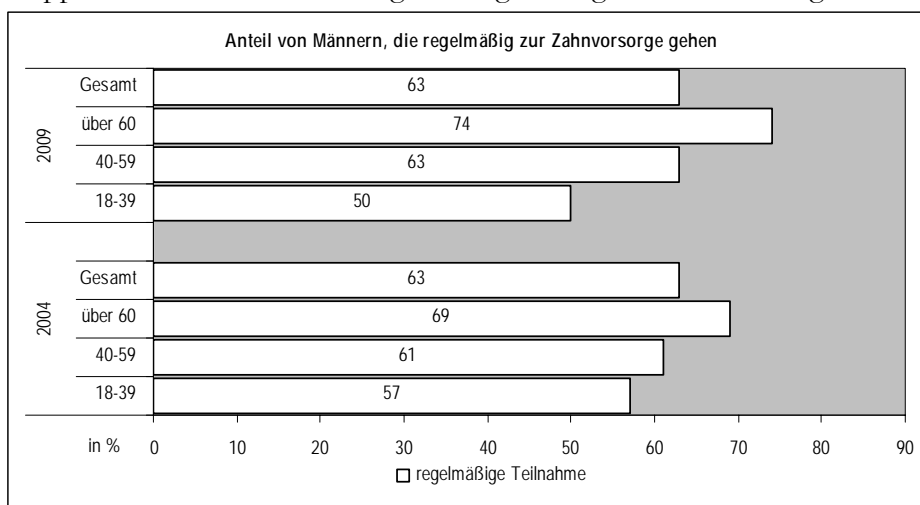


Abbildung 78: Anteil von Männern im Land Bremen, die regelmäßig an Zahnvorsorgeuntersuchungen teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Dennoch geben die Zahlen Hinweise für Verbesserungsbedarf. Zum einen bei den Männern, die schlechtere Teilnahmequoten aufweisen als die Frauen. Zum anderen bei den jüngeren Menschen – und zwar beiderlei Geschlechts. Die Altersgruppe der unter 39 Jährigen weist bei Männern und Frauen die geringsten Teilnahmequoten auf (Männer: 50%, Frauen 67%).

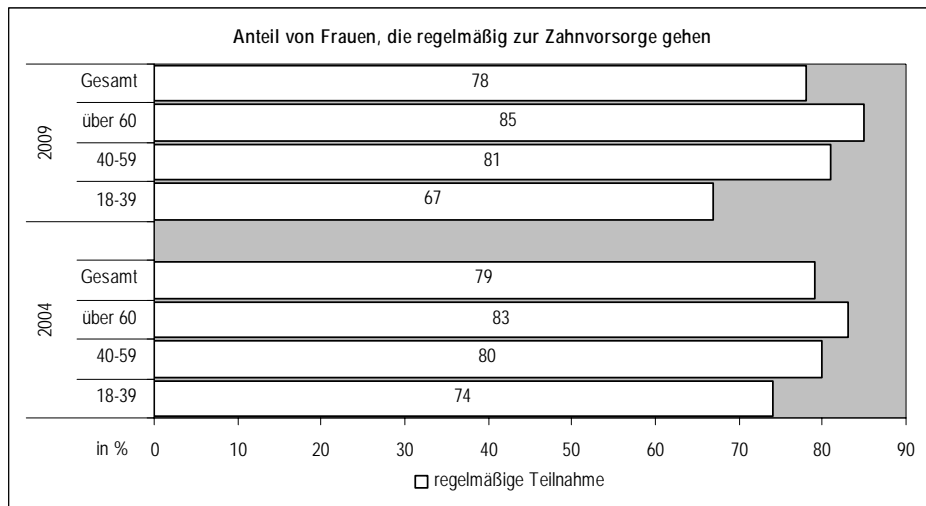


Abbildung 79: Anteil von Frauen im Land Bremen, die regelmäßig an Zahnvorsorgeuntersuchungen teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfragen 2009 und 2004

Die Differenzierung nach sozialer Lage zeigt, dass bei beiden Geschlechtern die Anteile der Nicht-Teilnehmer bei Menschen mit niedrigem Schulabschluss am höchsten sind.

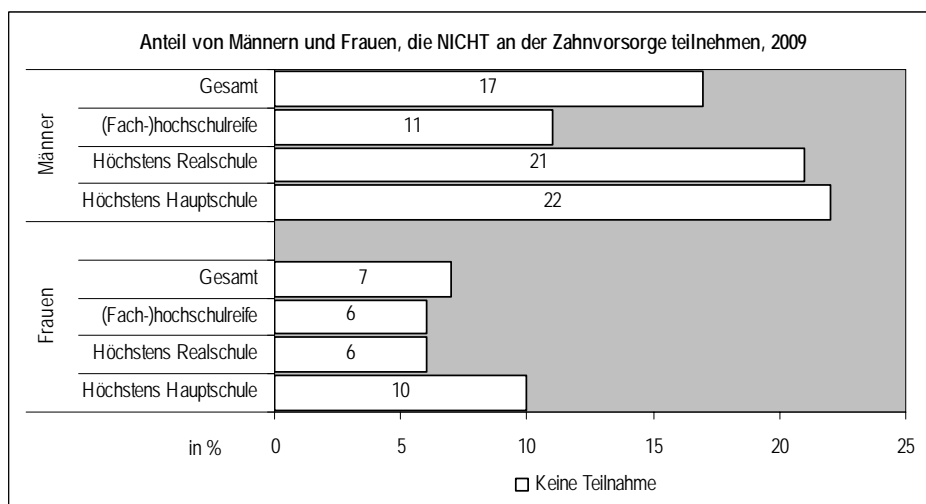


Abbildung 80: Anteil von Männern und Frauen im Land Bremen, die nicht an Zahnvorsorgeuntersuchungen teilnehmen – Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Abschließend lässt sich feststellen, dass insbesondere jüngere Menschen sowie Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss gezielter angesprochen werden müssen, regelmäßig an Zahnvorsorge teilzunehmen.

Anhang

Glossar:

Alkoholbedingte Krankheiten

Die folgenden Erkrankungen bzw. Todesursachen gehen in die Summe "Alkoholbedingte Krankheiten" ein. Die Liste ist mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) abgestimmt und enthält alle Positionen, die zu 100% als "alkoholbedingt" anzusehen sind.

E24.4	Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom
E52	Niazinmangel (alkoholbedingte Pellagra)
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G72.1	Alkoholmyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
K29.2	Alkoholgastritis
K70	Alkoholische Leberkrankheit
K85.2	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis (ab 2006)
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis
O35.4	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf)Schädigung des Feten durch Alkohol
P04.3	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
T51.0	Toxische Wirkung: Äthanol
T51.9	Toxische Wirkung: Alkohol, nicht näher bezeichnet

Aus: www.gbe.bund.de;

Altersspezifische Sterblichkeit im Kindes- und Erwachsenenalter

Tabelle 18: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen im Land Bremen, Männer, 1998-2007

Männer		Anteil an allen Sterbefällen in %
1-14 Jahre:	Sterbefälle	
Alle Sterbefälle	78	100
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen	20	25,6
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	10	12,8
C00-D48 Neubildungen	16	20,5
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8	10,3
Sonstige Ursachen	24	30,8
15-34 Jahre		
Alle Sterbefälle	733	100
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen	300	40,9
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	165	22,5
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	74	10,1
C00-D48 Neubildungen	55	7,5
Sonstige Ursachen	139	19,0
35-64		
Alle Sterbefälle	9575	100
C00-D48 Neubildungen	3054	31,9
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	2733	28,5
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	1132	11,8
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen	667	7,0
Sonstige Ursachen	1989	20,8
65-79		
Alle Sterbefälle	13929	100
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	5733	41,2
C00-D48 Neubildungen	4660	33,5
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	1303	9,4
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	489	3,5
Sonstige Ursachen	1744	12,5

Tabelle 19: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen im Land Bremen, Frauen, 1998-2007

Frauen		Anteil an allen Sterbefällen in %
1-14 Jahre:	Sterbefälle	
Alle Sterbefälle	58	100
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen	11	19,0
C00-D48 Neubildungen	9	15,5
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	9	15,5
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	7	12,1
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7	12,1
Sonstige Ursachen	15	25,9
15-34 Jahre		
Alle Sterbefälle	291	100

S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen	68	23,4
C00-D48 Neubildungen	59	20,3
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	38	13,1
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	34	11,7
Sonstige Ursachen	92	31,6
35-64		
Alle Sterbefälle	4679	100
C00-D48 Neubildungen	2219	47,4
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	956	20,4
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	348	7,4
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	302	6,5
Sonstige Ursachen	854	18,3
65-79		
Alle Sterbefälle	11111	100
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	4582	41,2
C00-D48 Neubildungen	3742	33,7
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	807	7,3
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	438	3,9
Sonstige Ursachen	1542	13,9

Altersstandardisierte Rate

Um zeitliche Trends vergleichen zu können, aber auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen anzuzeigen, werden sog. altersstandardisierte Raten gebildet. Dabei wird simuliert, dass die zugrunde liegende lebende Bevölkerung zu jeder Zeit und bei Männern und Frauen den gleichen Altersaufbau hat. Die in der nachfolgenden Abbildung dargestellten Raten beziehen sich daher auf eine fiktive Bevölkerung – im vorliegenden Bericht die „Alte Europastandardbevölkerung“.

Body-Mass-Index (BMI) bei Kindern

Kinder und Jugendliche werden danach als übergewichtig klassifiziert, wenn ihr BMI-Wert oberhalb des alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils der Referenzpopulation liegt. Ein BMI-Wert oberhalb des 97. Perzentils wird als Adipositas (Fettleibigkeit), d. h. eine extreme Form des Übergewichtes, definiert. Der Anteil der übergewichtigen Kinder schließt nach dieser Definition immer den Anteil der adipösen (extrem übergewichtigen) Kinder mit ein. Für die vorliegende Auswertung wurden die alters- und geschlechtsdifferenzierten Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild u. a. herangezogen (Kromeyer-Hauschild K. u. a. (2001): Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde ¹⁴⁹).

Methodische Anmerkungen zu den Bevölkerungsbefragungen

Die Einwohnermelderegister der Städte Bremen und Bremerhaven haben für die Befragung eine Zufallsauswahl aller erwachsenen Bürger/-innen (deutscher und anderer Staatsangehörigkeit) zwischen 18 und 80 Jahren zur Verfügung gestellt. An die ausgewählten Personen wurde jeweils ein Fragebogen verschickt sowie ein Anschreiben und ein Informationsblatt (abgefasst in deutscher Sprache, in Teilen auch türkisch, serbokroatisch, russisch und polnisch). Im Anschreiben war eine Telefonnummer angegeben, unter der die Angeschriebenen

weitere Auskünfte zur Befragung erhalten konnten. In 2004 erfolgten zwei Nachfassaktionen, in 2009 eine Nachfassaktion.

Die Rücklaufdokumentation und die EDV-Erfassung der Fragebögen sowie die Grundlauszählung und die statistische Analyse wurde vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin durchgeführt.

Für die Vergleiche der Ergebnisse der beiden Befragungen wurde der Chi-Quadrat-Test angewandt. Signifikanz war gegeben bei $\alpha=0,05$. Für die Vergleiche der Ergebnisse der beiden Befragungen wurde, getrennt für Männer und Frauen, der Chi-Quadrat-Test, mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=5\%$, angewandt. Alpha bezeichnet den Fehler 1. Art, also die Wahrscheinlichkeit die Nullhypothese (H_0 : Es gibt keinen Unterschied zwischen 2004 und 2009) abzulehnen, obwohl sie richtig ist. Angenommen, es gäbe also in der Grundgesamtheit zwischen den beiden Erhebungen keinerlei Unterschiede bzgl. der interessierenden Fragestellungen, so läge die Wahrscheinlichkeit aufgrund zufälliger Effekte in den gezogenen Stichproben fälschlicherweise zu einem signifikanten Ergebnis zu gelangen bei 5%.

Der Vergleich zwischen den Befragungen 2004 und 2009 wurde beschränkt auf Befragte mit vorhandenen Angaben zu den Variablen Alter, Geschlecht und höchstem Bildungsabschluss. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass die Verteilung der Befragten, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zwischen den beiden Erhebungszeiträumen bezüglich der Altersgruppenzugehörigkeit gut vergleichbar sind:

Tabelle 20: Teilnehmer/-innen der Umfragen Gesundheit nach Alter und Geschlecht, in Prozent

Angaben der Teilnehmerquoten in Prozent				
Alter	Männer 2004	Männer 2009	Frauen 2004	Frauen 2009
18 - 39	25	27	31	27
40 - 59	37	36	37	39
60 - 79	38	36	32	33

Auch bei der Variable Bildung ist die Vergleichbarkeit recht gut; hier ist allerdings zu beachten, dass bei der Befragung von 2009 etwas mehr Befragte mit (Fach-)Hochschulabschluss teilnahmen als 2004.

Tabelle 21: Teilnehmer/-innen der Umfragen Gesundheit nach Bildung und Geschlecht, in Prozent

Angaben der Teilnehmerquoten in Prozent				
Bildung	Männer 2004	Männer 2009	Frauen 2004	Frauen 2009
Hauptschule	35	35	33	29
Realschule	24	23	30	29
(Fach-)Hochschule	40	43	37	42

Die Verteilung der Geschlechter unterscheidet sich bei beiden Befragungen: In 2009 lag der Anteil der teilnehmenden Männer deutlich über der Rate von 2004. Für die hier vorliegende Analyse ist dieser Unterschied jedoch unerheblich, da stets nach Männern und Frauen getrennt ausgewertet wurde.

Als Indikator für die soziale Schicht wird der höchste Bildungsabschluss verwendet. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass der sozio-ökonomische Status zwar mehr umfasst als den Bildungsabschluss (nämlich z.B. Einkommen und

Beruf), dass jedoch Bildung eine zentrale Rolle spielt. Für diesen Indikator spricht außerdem unter methodischen Gesichtspunkten, dass der Schul- bzw. Berufsabschluss – anders als Indikatoren wie Einkommen oder Beruf - im Laufe des Lebens relativ stabil ist.

Als Indikatoren gelten:

- höchstens Hauptschule (darin eingeschlossen ist auch anderer Abschluss; kein Abschluss)
- höchstens Realschule (darin eingeschlossen ist auch (Polytechnische Oberschule)
- (Fach-)Hochschulreife (darin eingeschlossen ist auch Fachoberschule, Fachhochschulreife, Abitur)

In der 2009er Befragung gab es im Vergleich zur 2004er bei den Männern keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Verteilung der Bildungsgruppen – bei den Frauen jedoch schon. Hier nahmen in der aktuelleren Befragung mehr Frauen mit (Fach-)Hochschulabschluss und weniger Frauen mit Hauptschulabschluss teil. Dies wird bei der Interpretation der Daten – soweit möglich - berücksichtigt.

Signifikanz

Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Befragungen von 2004 und 2009 heißen signifikant (wesentlich), wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall zustande kommen sind, nur gering ist (<5%). Liegt Signifikanz vor, wird statistisch darauf geschlossen, dass tatsächlich ein Unterschied zwischen beiden Erhebungszeitpunkten vorliegt.

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>
- Bundesagentur für Arbeit, im Internet: <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/q.html>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008): Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland, Workingpaper 16, im Internet: www.bamf.de
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland Gender-Datenreport, Berlin: im Internet: <http://www.bmfsfj.de/>
- Bundeszentrale für politische Bildung (2008): Datenreport 2008 – ein Sozialbericht für Deutschland, Bonn, S. 245
- 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 Zentrum für Altersfragen (2009): Deutscher Alterssurvey, im Internet: www.dza.de
- Gesundheitsamt Bremen (2008): Tuberkulose in der Stadt Bremen. Über neue Entwicklungen eines fast vergessenen Risikos. Bremen
- Health Canada (1997) Women and smoking cessation. Ottawa, Health Canada; Amos A, Gray D, Currie C et al. (1997) Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Social Science & Medicine* 45: 847 – 858; zitiert nach Robert Koch Institut (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, Berlin
- Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana (2005): Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy, Lugano, im Internet: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
- Helmert, U. (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheit, Beiträge zur Sozialpolitikforschung Bd. 13, Maro-Verlag Augsburg, S. 24ff

- Hermann S. (2007): Suizidhäufigkeit in Berlin-Fakten, Dunkelziffern und Ursachen - 1. Gesundheitstag Bipolare Störungen -8. Mai 2007, im Internet: <http://www.berlin.de>
- Höpflinger F. (2003): Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, im Internet: www.pro-senectute.ch
- Horstkotte E., Zimmermann E.: Spieglein, Spieglein an der Wand ... Körper-selbstbild 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>
- Kaminski A, Nauerth A, Pfefferle PI: [Health status and health behaviour of apprentices in the first year of apprenticeship - first results of a survey in vocational training schools in Bielefeld]. Gesundheitswesen 2008, 70(1):38-46.
- Kibele E., Scholz, R. D. Shkolnikov V. M. (2008): Low migrant mortality in Germany for men aged 65 and older: fact or artefact? European Journal of Epidemiology, (23): 389-393, im Internet: www.demogr.mpg.de
- Kooperationsgemeinschaft Mammografie (2006): Mammographie-Screening in Deutschland - Abschlussbericht der Modellprojekte, Kooperationsgemeinschaft Mammografie (2009): Evaluationsbericht 2005-2007, im Internet:
- Krankenkassen Deutschland (2010): Immer mehr jüngere Frauen erleiden einen Herzinfarkt, im Internet: <http://www.krankenkassen.de>
- Krebsregister Bremen (2010): Datenbank, im Internet: www.krebsregister.bremen.de
- Krönauer-Ratai A. (2003): Kindergesundheit in Lehe. Im Fokus: 4 Kindertagesstätten. Seestadt Bremerhaven: Gesundheitsamt (Hg.)
- Kuhn J. (2007): Adipositas: Berichterstattung zwischen Aufklärung und Vernebelung
- Kurth B.-M., Schaffrath Rosario A. (2007): Die Verbreitung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 5/6
- Lampert T., Mielck A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit, GGW 2008, Jg.8, Heft 2 (April), S. 7-16
- Leibniz-Institut für Länderkunde (2008): Nationalatlas der Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt: Lebenserwartung, im Internet: http://nadaktuell.ifl-leipzig.de/Lebenserwartung.11_10-2008.0.html
- LÖGD (2005): Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe, im Internet: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Intern J of Epidemiology 32: 830 to 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
- Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (2002): Münchner Gesundheitsmonitoring: Die Gesundheit von Männern und Frauen verschiedener Lebensalterstufen.
- Reiter S. (2009): Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007. Epidemiologisches Bulletin 16/2009. Robert-Koch-Institut
- Robert Koch Institut (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, Berlin
- Robert Koch Institut (2008): Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin, S. 46
- Robert Koch Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2005): Heft 26. Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.).(2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Infektionskrankheiten, hg. vom (verschiedene Jahrgänge)
- Rose U., Jacobi F. (2006) : Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 41, 12, S. 556-564
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens Sondergutachten 2009, im Internet <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
- Scheffer S. et al. (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht, Gesundheitswesen, 68: 139–146
- Schneider S. (2008): Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität, ÖZS 1/2008, S. 43-66
- Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998, Bremen
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2006): Landeskrankenhausplan Bremen 2006-2009, im Internet: <http://www.soziales.bremen.de>
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Altenplan der Stadtgemeinde Bremen, im Internet: www.soziales.bremen.de/altenplan
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2004). Befragung Gesundheit! Bremen – eigene Berechnungen.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2009): Lebenslagen im Land Bremen, Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen, im Internet: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/anlage_1_lebenslagen_im_land_bremen.pdf
- 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 Nichtrauchererschutzgesetz (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 (2006): Die Bevölkerung Deutschlands bis 2050; 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Abschnitt: 4.2.1 Entwicklung der Lebenserwartung, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland 2006, Kapitel 1.1.1 Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland, im Internet: <http://www.gbe-bund.de>
- Statistisches Bundesamt (2007): Statistik der allgemeinbildenden Schulen, Regionaldatenbank Deutschland, Stichtagsbevölkerung 12/2007, im Internet: <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/logon>;
- Statistisches Bundesamt (2009): Bildungsstand der Bevölkerung – Ausgabe 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Datenbank, im Internet: www.gbe-bund.de
- Statistisches Landesamt Bremen (2009): 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
- 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
- Wissen, Einstellungen, Beweggründe, im Internet: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf