LANDTAG DER FREIEN HANSESTADT BREMEN

Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz

19. Wahlperiode

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
Bereich Deputationen
Contrescarpe 72
28195 Bremen
E-Mail: office@gesundheit.bremen.de
https://www.gesundheit.bremen.de/

Auskunft erteilt:
Frau Michaela Brandjen
Zimmer SHH 12.12
Tel. +49 421 361 9540
Fax +49 421 496 9540
E-Mail: Michaela.Brandjen@gesundheit.bremen.de
Zeichen (Bitte bei Antwort angeben): S-4

Datum
17.04.2019

Bekanntmachung
der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz
zur 37. Sitzung

Sitzungstag und Sitzungsort:

Freitag	26.04.2019	15:00 Uhr	Siemens-Hochhaus Contrescarpe 72 28195 Bremen	Sitzungszimmer 107

Tagesordnung

Öffentlicher Teil

1. Genehmigung der Tagesordnung

2. Protokolle

2.1 Protokoll der Sitzung vom 30.01.2019

2.2 Protokoll der Sitzung vom 05.03.2019

3. Landesgesundheitsbericht Bremen 2019 (VL-275/2019)

4. **Umsetzung des Bremer Krankenhausgesetzes: Berichte der Patientenfürsprecher / -innen aus dem Jahr 2018** **(VL-278/2019)**

5. **Bericht zum Stand der Umsetzung des Pflegeberufereform-Gesetzes**

6. **Berichtsbitte der FDP „Kardiologische Versorgung in Bremen und Bremerhaven“**

7. **Entwurf einer Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikalien- und dem Wasch- und Reinigungsmittelrecht** **(VL-274/2019)**

8. **Landeskonzept Bremen zur Bundesstiftung Frühe Hilfen 2019-2021**

9. **Landesmittel zur Ko-Finanzierung eines Vorhabens im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds** **(VL-276/2019)**

10. **Berichtsbitte von Bündnis 90/ Die Grünen: „Tiertransporte aus Bremen“**
    (mündlicher Bericht)

11. **Personalmehrbedarf der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz ab dem Jahr 2019 aufgrund des Bundesteilhabegesetzes**
    (wird nachversandt)

12. **Verschiedenes**

Nicht öffentlicher und vertraulicher Teil

SITZUNGSPROTOKOLL

19. Wahlperiode

Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz
36. Sitzung

Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz

36. Sitzung

am 05.03.2019

im Siemens-Hochhaus, Sitzungszimmer 107

Der Vorsitzende, Dr. Dr. Buhlert, eröffnet um 15:00 Uhr den öffentlichen Teil der 36. Sitzung der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Beratungsgegenstände

Öffentlicher Teil

1.	Genehmigung der Tagesordnung	
2.	Protokolle	
3.	Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes im Land Bremen	(VL-140/2019)
4.	Verordnung über eine Schiedsstelle nach dem Pflegeberufegesetz	
5.	Gesetz zur Umsetzung des Pflegeberufegesetzes im Land Bremen	
6.	Bundesteilhabegesetz: Auswahl eines Bedarfsermittlungsinstruments	
7.	„Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker im Land Bremen“	(VL-141/2019)
8.	Berichtsbitte der FDP: Landeskrankenhausplan 2018 - Verlagerung von Fachabteilungen der Klinika AMEOS Bremerhaven	
9.	Berichtsbitte der Fraktionen von SPD, CDU, Bündnis 90/die Grünen, FDP und Die Linke zum Thema Elektro-Krampf-Therapie (EKT), auch Elektrokonvulsionstherapie	(VL-139/2019)
10.	Berichtsbitte der CDU: Ausrichtung der Geburtshilfe an den Kliniken des Landes Bremen	

11. Berufung der Mitglieder des Psychiatrieausschusses gemäß § 3 der Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Psychiatrieausschuss des Landes Bremen vom 04. September 2017 (BremGBl. S. 380) (VL-151/2019)
12. Verschiedenes

Öffentlicher Teil

1. Genehmigung der Tagesordnung

Ohne Debatte.

> Die Deputation genehmigt einstimmig die vorstehende Tagesordnung.

2. Protokolle

Es liegen keine Protokolle vor.

3. Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes im Land Bremen VL-140/2019

Ohne Debatte.

> Die staatliche Deputation nimmt die vorliegende Antwort der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 22.01.2019 auf die Anfrage für die Fragestunde der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) der Fraktion der SPD „Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes im Land Bremen“ vom 06.12.2018 zur Kenntnis.

4. Verordnung über eine Schiedsstelle nach dem Pflegeberufegesetz

Herr Staatsrat Kück informiert die Deputierten über die Einrichtung einer Schiedsstelle und beantwortet Nachfragen.

> Die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz stimmt bei Enthaltung der Linken der Verordnung zur Errichtung der Schiedsstelle

nach dem Pflegeberufegesetz (Schiedsstellenverordnung – SchV) zu.

5. Gesetz zur Umsetzung des Pflegeberufegesetzes im Land Bremen

Herr Bensch (CDU) bittet darum, dass zukünftig den Deputierten bei Verweis der Vorlage auf die Beachtung von eingereichten Stellungnahmen diese Stellungnahmen zusätzlich elektronisch mitvorgelegt werden. Herr Staatsrat Kück sagt zu, dass bei vergleichbaren Anliegen ab sofort die Stellungnahmen separat zur Verfügung gestellt werden.

Auf Nachfrage von Herrn Reinken (SPD) erläutert Herr Staatsrat Kück, dass die genaue Verortung der Kosten im Haushalt derzeit noch nicht festgelegt ist.

Die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz stimmt bei Enthaltung der Linken dem Gesetz zur Ausführung des Pflegeberufegesetzes, der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (Pflegeberufeumsetzungsgesetz – PflBUmG) zu.

6. Bundesteilhabegesetz: Auswahl eines Bedarfsermittlungsinstruments

Auf Nachfrage von Frau Görgü-Philipp (B90/ Grüne) erklärt Herr Staatsrat Kück, dass die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Gesundheitsressort und den nachgelagerten Dienststellen voraussichtlich zu einem Personalmehrbedarf in Höhe von ca. 20 Stellen führen wird.

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt die vorgesehene Anwendung eines modifizierten Bedarfsermittlungsinstrumentes Niedersachsen im Land Bremen zur Kenntnis.

7. „Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker im Land Bremen“ VL-141/2019

Ohne Debatte

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt, wie die Bremische Bürgerschaft (Landtag) am 24.01.2019, von der Antwort des Senates auf die Frage der Fraktion der FDP „Ausbildung zum sektoralen Heilpraktiker im Land Bremen“ vom 06.12.2018 Kenntnis.

8. Berichtsbitte der FDP: Landeskrankenhausplan 2018 - Verlagerung von Fachabteilungen der Klinika AMEOS Bremerhaven

Herrn Bensch (CDU) erkundigt sich zum Stand der Strukturgespräche und der AG Umlandversorgung.

Herr Schneider-Heyer (SWGV) führt aus, dass die Strukturgespräche zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen seit dem Oktober 2018 andauern und derzeit kein umfängliches Ergebnis vorliegt. Zur AG Umlandversorgung antwortet Herr Schneider-Heyer, dass die AG mindestens zweimal jährlich in Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Gesundheitsressort tagt. Die obersten Landesbehörden pflegen darüber hinaus einen intensiven Austausch.

Herr Dr. Buhlert (FDP) kritisiert die aus seiner Sicht nicht ausreichende und ausbaunotwendige Verzahnung und Koordination zwischen den Gesundheitsressorts der Bundesländer Bremen und Niedersachsen.

Herr Staatsrat Kück weist auf die in dieser Legislaturperiode geschaffenen Kommunikationsformate zwischen den Behörden der Nachbarbundesländer hin.

Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt erläutert, dass Krankenhausträgern eigenständig und ohne Einbindung der nds. Landesgesundheitsbehörde entscheiden und oftmals ihre Trägerinteressen priorisiert verfolgen.
Zur besseren Abstimmung mit den benachbarten Kommunen etablierte SWGV über den Regionalbeirat eine zusätzliche Kommunikationsebene, berichtet die Senatorin.

Herr Erlanson (Linke) fordert das Unternehmen AMEOS auf, bei der Verlagerung von Fachabteilung die Auswirkungen auf die Belegschaft zu berücksichtigen.

> Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 12.02.2019 zur Verlagerung der somatischen Fachgebiete Urologie und Orthopädie vom AMEOS Klinikum Seepark Geestland (Landkreis Cuxhaven, Niedersachsen) an die AMEOS-Kliniken in Bremerhaven zur Kenntnis.

9. Berichtsbitte der Fraktionen von SPD, CDU, Bündnis 90/die Grünen, FDP und Die Linke zum Thema Elektro-Krampf-Therapie (EKT), auch Elektrokonvulsionstherapie

VL-139/2019

Auf Nachfrage von Frau Görgü-Philipp (B90/ Grüne) erläutert Frau Lange (SWGV), dass Patientinnen und Patienten vor der EKT-Behandlung aufgeklärt werden müssen und dieser Behandlung zustimmen muss.

> Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zum Thema „Elektro-Krampf-Therapie (EKT), auch Elektrokonvulsionstherapie“ zur Kenntnis.

10. Berichtsbitte der CDU: Ausrichtung der Geburtshilfe an den Kliniken des Landes Bremen

Herr Bensch (CDU) sieht in der Vorlage belegt, dass aus fachlicher Sicht Konzentrationen der Level 1 und der Level 2 Neonatologie fachlich fundiert sind.

Herr Erlanson (Linke) macht deutlich, dass anders als in der Vorlage dargestellt bei Schließung der Geburtshilfeversorgungen am Klinikum Links der Weser einige werdenden Mütter statt dem Klinikum Bremen-Mitte Krankenhäuser im niedersächsischen Umland aufsuchen würden.

Herr Reinken (SPD) begrüßt die Detailtiefe der Vorlage und teilt die Einschätzung, dass die getroffene Konzentrationsentscheidung fachlich sinnvoll ist.

Herr Dr. Buhlert (FDP) befürwortet ebenfalls die qualitätssteigernde Konzentration der Level 1 und der Level 2 Versorgung.

Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt begrüßt die breite politische Einigkeit in der Thematik.

> Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 04.03.2019 zur Ausrichtung der Geburtshilfe an den Kliniken im Lande Bremen zur Kenntnis.

11. Berufung der Mitglieder des Psychiatrieausschusses gemäß § 3 der Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Psychiatrieausschuss des Landes Bremen vom 04. September 2017 (BremGBl. S. 380)

VL-151/2019

Ohne Debatte.

> Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz schlägt einstimmig der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vor, Frau Heidi Mergner als Stellvertreterin der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände in den Psychiatrieausschuss zu berufen.

12. Verschiedenes

12.1 Bericht über im Umlaufverfahren gefasste Beschlüsse

Der Vorsitzende berichtet von im Umlaufverfahren gefassten Beschlüssen:

- Vorlage 2/2019: „Jahresbericht 2018 und Mittelfreigabe 2019 der Maßnahmen der Handlungsfelder Digitale Verwaltung und Bürgerservice aus den Verstärkungsmitteln 2018/2019“ (L-184-19; S-93-19)

Beschlüsse (einstimmig):
1. Die staatliche und städtische Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt die Jahresberichte 2018 der Maßnahmen der Handlungsfelder Digitale Verwaltung und Bürgerservice aus den Verstärkungsmitteln 2018/2019 und die Aktualisierung des Projekts D51 zur Kenntnis und stimmt dem Mittelbedarf für 2019 zu.
2. Die staatliche und städtische Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz bittet die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Abstimmung mit der Senatorin für Finanzen die erforderlichen Nachbewilligungen für die beschriebenen Einzelmaßnahmen aus den Verstärkungsmitteln beim Haushalts- und Finanzausschuss zu erwirken.

- Vorlage 3/2019: „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und des Heilberufsgesetzes“

Beschluss (bei Enthaltung der Linken):
Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz stimmt dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und des Heilberufsgesetzes zu.

12.2 Zugriffsrecht für Fraktionsmitarbeiter

Die städtische Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz beschließt, dass jede Fraktion ein/e Mitarbeiter/in, der/die elektronische/n Zugriff auf die nicht öffentlichen Sitzungsunterlagen erhalten wird.

(Ende des öffentlichen Teils der Sitzung 15:39 Uhr)

gez. Dr. Magnus Buhlert

Vorsitzender

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
4/41

Antje Post
Tel.: 361-9559
17.04.2019

Vorlage VL-275/2019

X ÖFFENTLICH ☐ **NICHT ÖFFENTLICH UND VERTRAULICH**

Beratungsfolge	Termin	Beratungsaktion
Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz	26.04.2019	Kenntnisnahme

Titel der Vorlage

Landesgesundheitsbericht Bremen 2019

Vorlagentext

Lfd. Nr. L-198-19

A. Problem

Nach § 9 Abs. 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen legt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Bremischen Bürgerschaft mindestens alle vier Jahre einen Landesgesundheitsbericht vor. Der Landesgesundheitsbericht besteht aus der Darstellung und Kommentierung ausgewählter Daten für relevante gesundheitliche Problemstellungen in den Stadtgemeinden, insbesondere über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, über soziale und umweltbedingte Ursachen, die die Gesundheit beeinflussen, und über die Versorgungslage.

B. Lösung

Nachdem der letzte Landesgesundheitsbericht bereits vor einigen Jahren veröffentlicht wurde, wird mit dem „Landesgesundheitsbericht Bremen 2019“ nun ein umfassender Bericht zur gesundheitlichen Lage, zum gesundheitlichen Verhalten und zu Aspekten der gesundheitlichen Versorgung im Land Bremen vorgelegt.

Die Zielsetzung des Berichtes ist es, Politik, Verwaltung und die (Fach-)Öffentlichkeit über relevante gesundheitliche Belange im Land Bremen zu informieren, Handlungsbedarfe aufzuzeigen und eine Grundlage für Maßnahmen zu schaffen. Damit diese auf regionaler Ebene gut ansetzen können, wurden – wo es eben möglich war – Daten getrennt nach den beiden Stadtgemeinden ausgewiesen. Durch die Darstellung von Zeitreihen wird dafür gesorgt, dass auch Daten für die vergangenen Jahre vorliegen und Entwicklungen sichtbar werden.

Eine Kurzfassung findet sich auf den ersten Seiten des Berichtes.

Es ist geplant, Gesundheitsberichte in kürzeren zeitlichen Abständen herauszubringen. Insbesondere soll ausgelotet werden, inwieweit weitere kleinräumige Analysen innerhalb der beiden Stadtgemeinden möglich sind.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Es ergeben sich keine finanziellen und personalwirtschaftlichen Konsequenzen. Im Landesgesundheitsbericht wird nach Männern und Frauen differenziert und wo es möglich war, werden auch genderspezifische Aussagen getroffen.

E. Beteiligung / Abstimmung

An der Erstellung des Berichts waren neben der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz das Gesundheitsamt Bremen, das Gesundheitsamt Bremerhaven und das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS beteiligt. Der Bericht wurde abgestimmt mit der Senatskanzlei, der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, dem Senator für Inneres, dem Senator für Umwelt, Bau und Verkehr, der Senatorin für Kinder und Bildung, dem Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, dem Statistischen Landesamt und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Es ist vorgesehen, den Landesgesundheitsbericht Bremen 2019 auf der Internetseite der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Ansicht und zum Download bereitzustellen. Zudem soll der Bericht in geringer Auflage gedruckt werden. Einer Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz steht nichts entgegen.

Beschlussempfehlung

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Landesgesundheitsbericht Bremen 2019 zur Kenntnis.

Anlage(n):

1. DGV-2019-04-26+L-198-19+Anlage+Landesgesundheitsbericht Bremen 2019_Downloadversion

Download-Version

Landesgesundheitsbericht Bremen 2019

Impressum:

Bremen, 2019

***Herausgeberin*:**
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (SWGV)
Contrescarpe 72
28195 Bremen

***Redaktion*:**
Antje Post (SWGV)
Email: antje.post@gesundheit.bremen.de

***Autorinnen und Autoren*:**

Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz: Dr. David Bowles, Dr. Martin Götz, Antje Kehrbach, Christina Nerlich-Bronowicki, Antje Post, Sascha-Marcus Uecker, Gesa Wessolowski-Müller

Gesundheitsamt Bremen: Winfried Becker, Felicitas Jung, Carmen Kellner, Sabine Luther, Dr. Zahra Mohammadzadeh, Frederike Sawallisch, Dr. Günter Tempel,

Gesundheitsamt Bremerhaven: Eva Janke, Ursula Meißner

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS: Steffen Dreger, Susann Grill, Dr. Bianca Kollhorst, Dr. Sabine Luttmann, Dr. Hermann Pohlabeln, Prof. Dr. Hajo Zeeb

Foto Umschlag
WFB/Ingo Wagner

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser!

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, Ihnen den aktuellen Gesundheitsbericht des Landes Bremen vorstellen zu dürfen, in dem Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und der gesundheitlichen Versorgung der Bremer Bevölkerung ausgewertet und bewertet werden.

Es ist ein umfassender Bericht, der viele Aspekte beleuchtet und Handlungsbedarf aufzeigt, aber auch deutlich macht, warum es Informationslücken gibt und wodurch einige davon in Bremen zukünftig geschlossen werden.

Die Zielsetzung des Berichts liegt vor allem darin, Hinweise für Verbesserungen und Ansatzpunkte für Veränderungen zu liefern. Deshalb ist es ein Bericht, der aufgezeigt, was alles gut läuft im Land Bremen, aber es wird auch dort hingeschaut, wo es Verbesserungsbedarf gibt.

Sehr deutlich wird dabei die enge Verknüpfung der sozialen mit der gesundheitlichen Lage. Dass Menschen mit sehr begrenzten finanziellen Mitteln oder in schwierigen Lebenslagen häufiger chronisch krank sind, häufiger gesundheitsriskantes Verhalten aufweisen und auch eher sterben, ist inzwischen bekannt. Die Auswertungen der Daten in diesem Gesundheitsbericht legen nahe, dass die Ergebnisse mit diesen Lebensumständen zusammenhängen. Vor diesem Hintergrund gilt es hier weiterhin gegenzusteuern. Mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes sind in Bremen Strukturen ausgebaut worden, welche die Lebenswelten von Menschen in den Vordergrund rücken und bedarfsorientierte Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz und gesundheits-bewusstem Verhalten dort intensivieren, wo Menschen sie nicht von sich aus nachfragen. Diesen Pfad weiter auszubauen ist mein Ziel.

Als Gesundheitssenatorin setze ich mich für eine gute gesundheitliche Versorgung der Bremer Bevölkerung und eine gute gesundheitliche Infrastruktur im Land Bremen ein. Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur gelingen kann, wenn politikfeldübergreifend zusammengearbeitet und Gesundheit im Sinne des „Health-in-All-Policies-Ansatzes von vielen Politikbereichen „mitgedacht“ und berücksichtigt wird.

Eva Quante-Brandt

Prof. Dr. Eva Quante-Brandt

Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhalt

Kurzfassung 1

1 **Was wir über die Gesundheit der Bremer Bevölkerung wissen (können) – und was nicht** 9

2 ***Wer lebt wie in Bremen?*** 13

2.1 Demografie 13

2.2 Soziale Lage 22

3 ***Geburten und Schwangerschaftsabbrüche*** 27

4 ***Gesundheitsriskante Verhaltensweisen*** 33

4.1 Rauchen 33

4.2 Übergewicht und Adipositas 35

5 ***Kindergesundheit*** 38

5.1 Übergewicht und Adipositas 38

5.2 Zahngesundheit Bremer Erstklässlerinnen und Erstklässler 41

5.3 Impfstatus bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern 44

5.3.1 Exkurs: Bekämpfung der Masern 46

5.4 Stärkung der Suchtprävention für junge Menschen im Land Bremen – Schulbus und FreD 48

6 ***Woran sterben die Bremerinnen und Bremer*** 49

6.1 Lebenserwartung 49

6.2 Todesursachen 53

6.3 Vorzeitige Sterblichkeit 54

6.4 Vermeidbare Sterblichkeit 56

6.5 Säuglingssterblichkeit 57

6.6 Suizide 59

7 ***Woran erkranken die Menschen in Bremen?*** 64

7.1 Anlässe für Krankenhausbehandlungen 64

7.2 Krebserkrankungen 68

7.2.1 Exkurs: Das Bremer Krebsregister 79

7.3 Infektionskrankheiten 80

7.3.1 Die häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten 80

7.3.2 Exkurs: Der Legionellose-Ausbruch in der Stadt Bremen 2015/2016 83

7.3.3 Tuberkulose (TBC) 85

7.3.4 Sexuell übertragbare Infektionen (STI) 88

7.4 Exkurs: Zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden – Erhebungen des Gesundheitsamtes Bremen 92

8 Gesundheitsförderung und Prävention **98**

9 Gesundheitsrisiken aus der Umwelt **102**

9.1 Schadstoffbelastungen in der Außenluft 102

9.2 Umgebungslärm 106

9.3 Qualität der Badegewässer 110

10 Gesundheitliche Versorgung **113**

10.1 Ambulante Versorgung – Wie funktioniert Bedarfsplanung? 113

10.2 Stationäre Versorgung – Wie funktioniert Krankenhausplanung? 117

10.3 Notfallversorgung 119

11 Fazit **122**

12 Anhang **123**

12.1 Das NAKO-Programm 123

12.2 WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) im Land Bremen 123

12.3 Monitoring Soziale Stadtentwicklung 124

12.4 Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe im Krankenhaus im Land Bremen (ICD-3-Steller) 125

12.5 Erläuterungen und Hinweise zum Infektionsschutzgesetz 126

12.6 Das Bremer Luftüberwachungssystems (BLUES) 126

12.7 Beispiele für db(A) 128

12.8 Überwachung der Badegewässer 128

13 Literatur 129

Kurzfassung

Für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Aspekte der gesundheitlichen Versorgung wurden eine Vielzahl von Daten ausgewertet und analysiert. Es ist ein Mosaik entstanden, das ein Bild erkennen lässt, aber bei dem auch Lücken geblieben sind. Der Fokus des Berichts liegt darin, einen Überblick auf der Basis vorhandener Daten zu geben. Bei einigen Themen wie z.B. alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen war es nicht möglich, im Rahmen dieses Berichtes die Ergebnisse der Datenauswertungen vollständig zu begründen. Hierfür sind im Rahmen weiterer Berichte vertiefte Analysen erforderlich.

Des Weiteren ist insbesondere bei der Bewertung der "harten" Indikatoren wie Lebenserwartung und Sterblichkeit zu bedenken, dass damit nicht aktuelle Gegebenheiten abgebildet werden: Zwischen dem Auftreten ungünstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen und dem Einfluss auf die Gesundheit bis hin zur Sterblichkeit können lange Zeiträume liegen. Das bedeutet aber auch, dass sich mögliche Einflüsse von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung erst sehr verzögert – das heißt unter Umständen viele Jahre später – in den Daten zeigen.

Da die Gesundheit einer Bevölkerung von vielen – vor allem auch sozioökonomischen Faktoren – abhängt, werden zunächst zentrale demografische und soziale Indikatoren dargestellt.

Hinsichtlich demografischer Merkmale wie zum Beispiel der Verteilung von Altersgruppen, Geschlecht oder dem Anteil von Alleinerziehenden unterscheiden sich die beiden Städte Bremen und Bremerhaven nicht wesentlich von anderen Städten ähnlicher Größenordnung.

Die ***Bevölkerungsentwicklung*** ist im Land Bremen – wie im Bundesdurchschnitt auch – dadurch gekennzeichnet, dass mehr Menschen sterben als geboren werden und dass weniger Geburten als das sog. Bestanderhaltungsniveau verzeichnet werden. Dafür wären statistisch gesehen 2,1 Kinder je Frau erforderlich. In der Stadt Bremen sind es im Jahr 2017 1,52 Kinder je Frau, in der Stadt Bremerhaven 1,88 Kinder je Frau (1,57 in Deutschland). In beiden Stadtgemeinden steigt die Lebenserwartung, was zu einer Zunahme des Anteils älterer Menschen führt. Ohne die hohe Zahl an Zuzügen nach Bremen würde die Bevölkerung im Land Bremen kontinuierlich abnehmen. Bezogen auf den Anteil von Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft steht Bremen mit 16,5 % nach Berlin im Ländervergleich an zweiter Stelle (bundesweit: 11,2 %); insgesamt haben etwa 35 % der Bremer Bevölkerung einen Migrationshintergrund, das heißt sie selbst oder mindestens ein Elternteil besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt. Ausschlaggebend im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung ist jedoch die Zunahme des Anteils älterer Menschen, da diese die Leistungen des Gesundheitssystems häufiger in Anspruch nehmen als jüngere. Dies ist ein allgemeiner Trend, der für viele Städte in Deutschland gilt.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die soziale Lage mit der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung eng gekoppelt ist. Als die Gesundheit negativ beeinflussende Faktoren werden beispielsweise ein niedriges Bildungsniveau, Gefährdungen am Arbeitsplatz, schlechte Wohnbedingungen, Arbeitslosigkeit oder prekäre Beschäftigung diskutiert. Die Faktoren führen dazu, dass Menschen, die dieser Gruppe zuzurechnen sind, ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen, mehr Risikofaktoren haben (zum Beispiel mehr rauchen, häufiger übergewichtig sind), häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen sind – und letztlich auch früher sterben als Menschen mit einem höheren Sozialstatus.

Denn wo sich Bremen von vielen anderen Ländern unterscheidet ist die ***soziale Lage***. Bei Indikatoren mit Hinweisen auf die soziale Lage wie beispielsweise der Arbeitslosenrate oder dem Anteil der SGB II-Empfängerinnen und -empfänger ("Hartz IV") liegt Bremen im Ländervergleich häufig auf den ungünstigen Plätzen.

Für das Land Bremen liegt die Vermutung nahe, dass sich diverse Ergebnisse der Datenauswertungen zumindest teilweise durch den hohen Anteil sozial benachteiligter Menschen in Bremen erklären lassen.

Da im Kindesalter Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt werden, ist ein Blick auf die Gesundheit in dieser Lebensphase besonders relevant. Aus diesem Grund wird die ***Kindergesundheit*** etwas genauer betrachtet. Einen guten Ansatzpunkt bieten hier die Daten der Schuleingangsuntersuchungen, da die Untersuchungen wegen der Schulpflicht bei nahezu allen Kindern einer Altersgruppe durchgeführt werden. Zentrale Ergebnisse dieser Untersuchungen sind:

Übergewicht/Adipositas bei Schulanfänger/innen

- Im Land Bremen ist jede achte Schulanfängerin oder jeder achte Schulanfänger übergewichtig oder adipös (12 %), Jungen etwas häufiger als Mädchen. In der Stadt Bremen lag der Anteil übergewichtiger oder adipöser Schulanfängerinnen und -anfänger bei 11,7 % und in Bremerhaven bei 13,8 %. Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder liegt seit einigen Jahren auf stabilem Niveau, sowohl in Bremen als auch bundesweit.
- Eine Auswertung der 2016er Daten der Stadt Bremen zeigte erhebliche Unterschiede zwischen Kindern aus Zuwandererfamilien und Kindern ohne Migrationshintergrund. Mit einem Anteil von 15,2 % waren Kinder aus Zuwandererfamilien etwa doppelt so häufig übergewichtig oder adipös wie Kinder ohne Migrationshintergrund (7,8%).
- Noch deutlicher waren die sozialräumlichen Unterschiede. Bei Kindern, die in sozial benachteiligten Ortsteilen Bremens wohnten, traten Übergewicht oder Adipositas dreieinhalb mal häufiger auf als bei Kindern aus den gut situierten Gegenden der Stadt: 15,9 % im Vergleich zu 4,4 %. Am häufigsten waren Mädchen aus sozial benachteiligten Ortsteilen übergewichtig oder adipös (17,2 %), am wenigsten Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen (3,2 %).

Impfstatus bei Schulanfänger/innen

Im Land Bremen wurde bei 84,1 % der einzuschulenden Kinder ein Impfpass vorgelegt. Für 15,6 % der vorgestellten Kinder lag kein Impfpass vor, und in 0,3 % der Fälle gaben die Eltern an, dass sie ihr Kind bewusst nicht impfen haben lassen. Explizite Impfverweigerung wurde nur für die Stadtgemeinde Bremen dokumentiert. In Bremerhaven legten die Eltern deutlich seltener einen Impfpass vor als in der Stadtgemeinde Bremen (74,5 % versus 86,3 %). Somit gibt es in Bremerhaven für jedes vierte Kind (25,5 %) und in Bremen für jedes siebte bis achte Kind (13,3 %) keine Informationen über die Inanspruchnahme von Impfungen.

Zahngesundheit bei Schulanfänger/innen

- Nach den Ergebnissen der schulzahnärztlichen Screenings der Bremer Gesundheitsämter hatte in der Stadt Bremen fast die Hälfte (48,4 %) der Bremer Erstklässlerinnen und Erstklässler ein kariesfreies Gebiss. Bei über einem Drittel (37,6 %) wurde Behandlungsbedarf

festgestellt, und jedes siebte (14,0 %) dieser Kinder hatte ein saniertes Gebiss. 15 % der untersuchten Kinder wurden als Kariesrisikokind[1] eingestuft.

- In Bremerhaven ist die Situation deutlich schlechter. Hier hatte nur gut ein Drittel (35,0 %) der Kinder ein kariesfreies Gebiss, während in 46,2 % der Fälle die untersuchten Gebisse behandlungsbedürftig waren; etwa jedes fünfte Kind (18,8 %) hatte ein saniertes Gebiss. Gut jedes vierte Bremerhavener Schulkind der ersten Klasse (26,1 %) war ein Kariesrisikokind.

Das aktuelle Krankheitsgeschehen der Bremer Bevölkerung wird unter anderem durch die ***Anlässe für Krankenhausaufenthalte*** widergespiegelt. Auch wenn die Daten einigen Einschränkungen unterliegen[2], bieten sie doch eine gute Informationsquelle. Die häufigsten Behandlungsanlässe im Krankenhaus für Männer mit Wohnsitz im Land Bremen stellen ***psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol*** dar. Auffällig ist hier der erhebliche Unterschied zwischen den Stadtgemeinden. Die Rate bei den Bremerhavener Männern ist doppelt so hoch wie die Rate bei den Bremer Männern. Schaut man sich im Vergleich die Raten der Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie den Bundesdurchschnitt an, so liegen Raten im Land Bremen erheblich darüber. Dies ist tendenziell auch bei Frauen so, wobei Frauen insgesamt deutlich seltener aufgrund von Alkoholmissbrauch in einem Krankenhaus behandelt werden. Selbst wenn man berücksichtigt, dass die Zählweise nicht personenbezogen, sondern fallbezogen ist, das heißt dass darunter auch Personen sein können, die mehrmals im Jahr behandelt wurden und jedes Mal neu gezählt wurden, ist das Ergebnis auffällig. Die hohe Rate der alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte in Bremen – auch bei Frauen – sticht im Ländervergleich heraus. Bezüglich der hohen Raten sollte geprüft werden, inwieweit mit anderen Datenquellen belegbar ist, ob im Land Bremen der Alkoholmissbrauch tatsächlich überdurchschnittlich hoch ist, sodass es häufiger zu Krankenhausaufenthalten kommt, oder ob es sich hier um andere Faktoren handelt, die die hohen Raten erklären lassen. An zweiter Stelle steht bei Männern in Bremerhaven die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) – eine Erkrankung, bei der die Lunge dauerhaft geschädigt ist und die in sehr engem Zusammenhang mit dem Rauchen steht. Bei den Bremer Männern steht an zweiter Stelle Lungenkrebs – ebenfalls stark assoziiert mit dem Rauchverhalten. Häufigster Anlass für Krankenhausaufenthalte bei Frauen in Bremerhaven ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Die hohen Anteile bei Frauen und auch bei Männern an diesen Krankheitsbildern überraschen nicht, wenn man die die Anteile der Raucherinnen und Raucher im Land Bremen betrachtet.

Anders als bei den Daten der Krankenhausbehandlungen, bei denen häufig nicht bekannt ist, ob der Anlass zum Krankenhausaufenthalt durch eine Ersterkrankung oder eine Verschlechterung einer bereits vorhandenen Erkrankung erfolgt, oder ob eine Patientin oder ein Patient mehrfach pro Jahr in einem Krankenhaus behandelt wird, geben die Daten des Bremer Krebsregisters genau Auskunft darüber, wie viele Menschen neu an ***Krebs*** erkrankt sind. Pro Jahr erkranken im Land Bremen etwa 3.930 Menschen neu an Krebs, davon 2.040 Männer und 1.890 Frauen. Männer erkranken häufiger als Frauen und versterben auch häufiger an Krebs (auch wenn man sich nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die Raten anschaut). Im Land Bremen lagen die Raten lange Zeit über den für Deutschland geschätzten Raten. Bei den Männern

[1] Bei diesen Kindern hatten mehr als fünf Milchzähne Kariesbefall und/oder waren gefüllt oder extrahiert worden, und/oder mindestens ein bleibender Zahn war kariös oder war bereits gefüllt oder extrahiert worden.
[2] zum Beispiel fallbezogene Erfassung – das heißt mehrere Fälle können ggf. einer Person zugeordnet werden; Einflüsse des Kodierverhaltens.

zeigt sich in den jüngsten berichteten Zeitabschnitten eine Annäherung der Erkrankungsraten an das Bundesniveau. Bei Frauen liegen die Krebsneuerkrankungsraten dagegen weiterhin leicht über den für Deutschland geschätzten Zahlen. Vergleicht man die Raten der Stadtgemeinden, zeigen sich höhere Erkrankungsraten in der Stadt Bremerhaven. Sowohl in Deutschland als auch im Land Bremen sind die Neuerkrankungsraten in den letzten Jahren leicht gesunken. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen sind Brustkrebs (bei Frauen), Prostatakrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs.

Zu weiteren Informationen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung im Land Bremen tragen Daten zu meldepflichtigen ***Infektionskrankheiten*** bei. Bei der Bewertung dieser Daten gibt es Einschränkungen: Trotz Meldepflicht geben die Infektionsstatistiken das Infektionsgeschehen in Deutschland nur ungefähr wieder. Die Erfassungsraten hängen davon ab, ob eine Infektion beziehungsweise eine Erkrankung zum Kontakt mit einem Arzt oder einer Ärztin führt. Mit einer akuten Lungentuberkulose zum Beispiel wird jeder bzw. jede Betroffene früher oder später bei einem Arzt oder bei einer Ärztin vorstellig. Hingegen wird eine Salmonelleninfektion, deren Symptome zwar lästig sind, die aber meistens unkompliziert verläuft und in relativ kurzer Zeit wieder abklingt, häufig zuhause ohne Arztkonsultation auskuriert. Bei derartigen Infektionen ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen. Insgesamt wurden im Jahr 2017 im Land Bremen 2.044 meldepflichtige Erkrankungsfälle aufgenommen; hiervon waren mehr als 64 % infektiöse Durchfallerkrankungen (zum Beispiel Campylobacter-Enteritis, Norovirus-Gastroenteritis oder die Rotavirus-Gastroenteritis). Mit Wirkung vom 29.03.2013 wurde die Liste der meldepflichtigen Erkrankungen um Mumps, Keuchhusten, Röteln und Windpocken erweitert. Im Jahr 2017 wurden 222 Windpockenfälle gemeldet; die Fallzahlen für Masern und Mumps sind niedrig, im einstelligen Bereich. An Keuchhusten erkrankten 100 Personen, davon 73 im Erwachsenenalter. Vergleicht man die Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) der häufigsten Infektionskrankheiten in Bremen mit den bundesweiten Inzidenzwerten, so wird ersichtlich, dass die Bremer Zahlen überwiegend und zum Teil deutlich unter den bundesweiten Vergleichswerten liegen. Lediglich bei Windpocken und in einzelnen Jahren bei Clostridium difficile (einer bakteriell bedingten Darmerkrankung) und bei MRSA ("Krankenhauskeime") weisen die Bremer Zahlen überdurchschnittlich hohe Inzidenzwerte auf. Die Inzidenz für MRSA liegt bei 7,51 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner des Landes Bremen (Bundesdurchschnitt 3,39). Die erhöhte Inzidenz für Windpocken im Land Bremen im bundesweiten Vergleich hängt mit der in Bremen nach wie vor relativ niedrigen Impfquote zusammen.

Betrachtet wurden auch die Daten zu ***Tuberkulose***-Erkrankungen. Zahlenmäßig sind sie mit 45 Fällen im Jahr 2017 im Lande Bremen nicht so bedeutsam, aber aufgrund der Lebensumstände der Erkrankten gestaltet sich eine Behandlung oftmals schwierig. Erhöhter Aufwand entsteht unter anderem, wenn mangelnde Sprachkenntnisse die Kommunikation mit Patientinnen, den Patienten und deren Kontaktpersonen behindern, oder wenn kulturelle Besonderheiten oder Suchtmittelkonsum sich negativ auf die Compliance (Therapietreue) auswirken.

Im Hinblick auf ***sexuell übertragbare Erkrankungen*** lässt sich feststellen, dass HIV- oder Syphilis-Infektionen in der Gesamtbevölkerung wie auch im Land Bremen eher selten auftreten. Im Verlauf der vergangenen 10 Jahre wurden bei HIV und Syphilis in der Regel weniger als 10 Infektionen pro Jahr bezogen auf je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner neu diagnostiziert (absolute Zahl bei HIV im Jahr 2016: 39 Fälle). Insgesamt lebten im Land Bremen im Jahr 2016 schätzungsweise 1.400 Personen mit einer HIV-Infektion. Beim Vergleich der beiden

Stadtgemeinden fällt auf, dass die Inzidenz bei HIV in Bremerhaven über 10 Jahre hinweg betrachtet nur halb so hoch ist wie in Bremen, aber die Inzidenz bei Syphilis nur etwas unter der Bremens liegt. Eine Erklärung dafür fehlt. Insgesamt sind die HIV-Neudiagnosen 2016 zurückgegangen, dies trifft auch auf die hetero-sexuellen Übertragungen zu. Bei letzteren handelt es sich jedoch um eine überschaubare Zahl. Betroffen sind hierbei überwiegend Menschen aus Subsahara-Afrika und zu einem kleineren Teil Menschen aus Osteuropa. Wichtig ist, diesen Personen auch dann Zugang zu angemessener Beratung und Therapie zu geben, wenn sie keinen Versicherungsschutz haben - immer mit dem Ziel, die Möglichkeiten der Infektionsweitergabe einzudämmen. Bei der Bekämpfung von sexuell übertragbaren Erkrankungen wäre es wünschenswert, das bisher von den Gesetzlichen Krankenkassen für Frauen bis 25 Jahre bereitgestellte Screening auf Chlamydien (eine bakterienbedingten Erkrankung, die zu Entzündungen der Harnröhre, der Genitalien und des Enddarms führt) auf höhere Altersgruppen auszudehnen und es außerdem Männern zugänglich zu machen. Diese sind ebenso von diesen Infektionen betroffen und tragen zu deren Verbreitung bei, da Chlamydien-Infektionen oft wenig oder keine Beschwerden verursachen.

In der Öffentlichkeit wird die ***Gesundheit von Geflüchteten*** überwiegend vor dem Hintergrund einer vermeintlichen Seuchengefahr für die einheimische Bevölkerung diskutiert. Doch nicht nur um diese Befürchtung entkräften werden die Daten der gesundheitlichen Situation von Geflüchteten dargestellt, sondern weil es sich um eine zahlenmäßig erhebliche Bevölkerungsgruppe ohne Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung handelt. Die häufigste Diagnose in der Zentralen Aufnahmestelle in Bremen stellt akute Infektionen der Atemwege (vorrangig Grippe) dar, gefolgt von Schmerzsymptomen (vor allem Kopfschmerzen und Rückenschmerzen). Schmerzen sind oft Ausdruck psychischer Stresssituationen aufgrund von Erfahrungen vor oder während der Flucht, der Lebensbedingungen in den Erstunterkünften oder in den Wohnheimen sowie aufgrund der unklaren Lebensperspektive. Der dritte große Bereich betrifft Zahnerkrankungen. Hier wirken sich fehlende Versorgung in den Heimatländern und mangelnde medizinische Versorgung auf der Flucht aus. Nicht selten sind zudem Parasitosen und Hauterkrankungen, ausgelöst durch mangelnde hygienische Bedingungen auf den Fluchtwegen und in häufig beengten Unterkünften, auch wenn dort versucht wird, durch medizinische Versorgung, Beratung und Behandlung sowie durch das Aufrechterhalten von Mindeststandards der Unterbringungsverhältnisse die Übertragung zu verhindern. Depressionen finden sich ebenfalls unter den häufigsten Diagnosen. Ihr Vorkommen wird sicher unterschätzt, da Diagnostik und Versorgung psychischer Erkrankungen nicht explizite Bestandteile des Untersuchungsprogramms sind.

Zudem wurden verschiedene Indikatoren zur ***Sterblichkeit*** analysiert:

- Bei der Lebenserwartung liegt Bremen im Ländervergleich bei Männern und Frauen auf dem vorletzten Platz.
- Die Raten an vorzeitiger Sterblichkeit, das heißt Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr, liegen bei Männern und Frauen über dem Bundesdurchschnitt; im Vergleich der Stadtgemeinden weisen Bremerhavener Männer die höchsten Raten auf. Und innerhalb der Stadt Bremen zeigt sich der Einfluss der sozialen Lage deutlich: Menschen, die in sozial benachteiligten Ortsteilen leben, sterben häufiger vor dem 65. Lebensjahr als Menschen aus sozial besser gestellten Regionen. Unabhängig von der sozialen Lage ist der Geschlechterunterschied: Die vorzeitige Sterblichkeit ist bei Männern generell höher als bei Frauen.

- Positiv ist, dass bei beiden Geschlechtern und allen Regionen ein Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit zu beobachten ist.
- Zur vermeidbaren Sterblichkeit zählen Todesursachen in bestimmten Altersgruppen, die bei guter Prävention und Therapie im Prinzip zu verhindern gewesen wären (zum Beispiel Bluthochdruck oder Gebärmutterhalskrebs). Bremen schneidet hier im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt und mit Berlin und Hamburg ungünstiger ab.
- Bei der Säuglingssterblichkeit liegen die Raten seit Jahren über dem Bundesdurchschnitt. Zu vermuten ist ein Zusammenhang mit der sozialen Lage. Pro Jahr sind in den letzten 10 Jahren (2008 bis 2017) zwischen 20 und 38 Kinder unter einem Jahr im Land Bremen gestorben. In Bremerhaven liegt die Säuglingssterblichkeitsrate bei Jungen über der Rate in Bremen; für Mädchen ist der Unterschied nicht mehr zu beobachten.
- Bei den krebsbedingten Sterbefällen sind ebenfalls höhere Raten in Bremen als im Bundesdurchschnitt zu verzeichnen. Dies liegt vor allem an den erhöhten Raten an Lungenkrebs. Bei dieser Krebsart, die insbesondere durch das Rauchen begünstigt wird, sind die Überlebenschancen ungünstig, so dass bei dieser Krebsart die Sterblichkeit relativ hoch ist.

Neben der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung des Landes Bremen werden auch ***gesundheitliche Risikofaktoren*** näher angeschaut - zunächst das ***Rauchverhalten***. Insgesamt rauchen immer noch mehr Männer als Frauen: 25,7 % der Männer und 19,2% der Frauen rauchen im Land Bremen. Im Vergleich zu vorangegangenen Jahren ist aber bei den Männern eine günstige Entwicklung zu beobachten: In 2009 hat noch nahezu jeder dritte Mann geraucht; dennoch schneidet Bremen im Ländervergleich schlecht ab. Bei den Männern sind die Raucheranteile nur noch in Sachsen-Anhalt und in Mecklenburg-Vorpommern höher. Bei den Frauen stellt sich die Situation noch ungünstiger dar. Die Bremer Frauen rauchen im Ländervergleich am meisten – und seit 2013 wieder mit zunehmender Tendenz.

Beim Risikofaktor ***Übergewicht*** ist die Situation im Bremen besser als in anderen Ländern – insbesondere bei den Männern. Die Messlatte liegt bei einem Body-Mass-Index von über 25. Nach Berlin (54%) und Hamburg (55%) sind in Bremen 58,5 % der Männer übergewichtig. In allen anderen Ländern sind die Raten höher. Frauen sind grundsätzlich weniger häufig übergewichtig; in Bremen sind 42,3 % der Frauen übergewichtig. Damit liegen die Frauen im Ländervergleich eher im Mittelfeld. Hinsichtlich des Anteils fettleibiger, also adipöser Menschen, liegt Bremen sowohl bei den Männern (18,1 %) als auch bei den Frauen (14,6 %) eher im hinteren Drittel.

Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen sind zentral, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern. ***Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention*** können einen wichtigen Beitrag leisten, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu beeinflussen und gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Dazu zählen sowohl Maßnahmen der Verhaltensprävention, die auf eine individuelle Verhaltensänderung abzielen, wie auch die Verhältnisprävention, die auf Lebenslagen und –bedingungen der Menschen abzielt. Seit den achtziger Jahren fördert Bremen gezielt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Land. 2018 hat der Senat eine Empfehlung der Zukunftskommission 2035 aufgegriffen, und unter anderem beschlossen, Gesundheit im ganzheitlichen Sinne in allen Politikfeldern zu verankern (***Health-in-All-Policies***). Eine zentrale Neuerung im Bereich der Prävention stellt das Präventionsgesetz vom 25. Juli 2015 dar, das die Grundlage für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen zur Prävention und Gesundheitsförderung schafft.

Die Maßnahmen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes wurde in Bremen im Jahr 2016 von folgenden Institutionen eine ***Landesrahmenvereinbarung (LVR)*** unterzeichnet: Krankenkassen, Träger der Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie dem Land Bremen (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als Oberste Landesgesundheitsbehörde sowie die zuständige Behörde für Arbeitsschutz) und von der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen.[3]. Zur Steuerung und Umsetzung der LRV ist das ***Strategieforum Prävention des Landes Bremen*** eingerichtet worden. Es hat sich auf vier Handlungsfelder verständigt:

- Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen,
- Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden,
- Gesunde Stadtteile,
- Gesunde und sichere Arbeitswelt.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bremen hat bereits zu vier ***Bremer Leuchtturmprojekten*** geführt:

- Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen am Jobcenter Bremen Ost II,
- Gesundheitsfachkräfte an 12 Grundschulen im Land Bremen (finanziert durch das Land Bremen und die Krankenkassen im Land Bremen),
- Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden bei Frauengesundheit in Tenever e.V. sowie
- im Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung: ein Vorhaben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement am Amtsgericht Bremen.

Bremen ist das erste Land, das ein gemeinsames Vorhaben aller Krankenkassen des Landes gestartet hat.
Die Umsetzung des Präventionsgesetzes wird ferner durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) unterstützt, die an einer krankenkassenübergreifenden Förderung interessierte Antragsstellende zur Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten sowie zu den Antragskriterien berät, und über das Antragsverfahren informiert.
Vor diesem Hintergrund der sich verändernden Rahmenbedingungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden im vorliegenden Bericht die Planungen vorgestellt, eine strategische Herangehensweise auf der Grundlage einer ***Präventionsberichterstattung*** im Land Bremen zu entwickeln.

Auch mögliche ***Gesundheitsrisiken aus der Umwelt*** wurden betrachtet. Über das Bremer Luftüberwachungssystems (BLUES) mit neun Messstellen werden Daten zur ***Luftqualität*** im Land Bremen erhoben. Die Langzeitbeobachtung zeigt, dass sich die Luftqualität in Bremen in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert hat; dies gilt insbesondere für Feinstaub und Stickstoffdioxid. Mit der Etablierung der EU-weit verbindlichen Grenzwerte für Feinstaub hat das Land Bremen einen Luftreinhalte- und Aktionsplan erstellt, um die Belastungen durch Feinstaub und auch Stickstoffdioxid weiter nachhaltig vermindern zu können.

[3]http://lvg-gesundheit-bremen.de/wp-content/uploads/2017/08/lrv-bremen.pdf

Hinsichtlich der ***Lärmbelastung*** der Bremer Bevölkerung ist zu verzeichnen, dass der Schienenverkehr (Eisenbahn) diejenige Lärmquelle ist, die die meisten Menschen im Land Bremen betrifft. Etwa 160.100 Menschen sind tagsüber einem durch Schienenverkehr bedingten Lärmpegel über 55 dB(A) ausgesetzt; das ist vergleichbar mit einem Radio/TV in Zimmerlautstärke. Nachts sind die Maßstäbe strenger; da wird ein Lärmpegel von >50 dB(A) – vergleichbar mit leiser Radiomusik, Vogelgezwitscher – angesetzt. Hiervon sind 128.500 Menschen betroffen. Davon müssen 15.800 Menschen einen nächtlichen Lärmpegel von >60 dB(A) – vergleichbar mit einem normalen Gespräch oder einem Rasenmäher (10 m Entfernung) - aushalten. Die Belastung durch den Straßenverkehr betrifft im Vergleich dazu etwas weniger Menschen. Einem nächtlichen Lärmpegel von über >60 dB(A) durch das Hauptstraßennetz sind aber immerhin 5.500 Menschen ausgesetzt.

Baden und Schwimmen ist der Gesundheit zuträglich, daher ist auch die ***Qualität der Badegewässer*** für die Bremer Bevölkerung wichtig. Die regelmäßig durchgeführten Untersuchungen auf Darmbakterien belegen dahingehend eine gute bis ausgezeichnete Wasserqualität. In den letzten Jahren sind in einigen Badeseen Blaualgen aufgetreten – für diese Fälle wurde sofortiges Informationsverfahren für die Bevölkerung entwickelt, das sich auch bewährt hat.

Schließlich werden auch Aspekte der ***gesundheitlichen Versorgung*** näher beleuchtet, und zwar bezogen auf die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung und die Notfallversorgung. Bezogen auf die ambulante Versorgung wird erläutert, wie die Verteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten funktioniert. Die hierfür zuständige Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat Zahlen zur hausärztlichen und kinderärztlichen Versorgung bereitgestellt. Nach den Regelungen der bundesweiten Bedarfsplanungsrichtlinie liegen die Versorgungsgrade für die hausärztliche Versorgung in der Stadt Bremen zwischen 97,3% in Bremen-Süd und 204,3% in Bremen Mitte[4]; in Bremerhaven beträgt der Versorgungsgrad im Bezirk Süd 90,7% und im Bezirk Nord 95,8%[5]. Die Versorgungsgrade der kinderärztlichen Versorgung variieren in der Stadt Bremen zwischen 121,1% in Bremen-Nord und 190% in Bremen-Ost[6]; in Bremerhaven beträgt der Versorgungsgrad im Bezirk Süd 180,7% und im Bezirk Nord 101,0%. Im Hinblick auf die stationäre Versorgung wird Erläuterung, wie und mit welchen Beteiligten die Krankenhausplanung im Land Bremen erfolgt. Abschließend wird noch das Thema Notfallversorgung erörtert. In Bremen wie auch bundesweit ist zu beobachten, dass zunehmend Patientinnen und Patienten Ressourcen der Notfallversorgungssysteme beanspruchen, obwohl dies vermeidbar wäre. Das hat zur Folge, dass zum Teil lange Wartezeiten entstehen und ggf. medizinische Notfälle schlechter/zeitverzögert versorgt werden können. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz steht zu dem Thema mit den Beteiligten in Kontakt und ist ab Januar 2019 an einem Runden Tisch beteiligt. Dieser hat das Ziel, in Würdigung der Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wie auch aus der Bremischen Bürgerschaft über Modelle zu beraten, bei denen richtige Steuerung der Patientinnen und Patienten im Fokus steht.

[4] Bremen-Süd: Neustadt, Woltmershausen, Obervieland, Huchting; Bremen-Mitte: Mitte, Häfen

[5] Bremerhaven-Nord: Weddewarden, Leherheide, Lehe, Mitte; Bremerhaven-Süd: Geestemünde, Schiffdorfer Damm, Surheide, Wulsdorf

[6] Bremen-Nord: Blumenthal, Vegesack, Burglesum; Bremen-Ost: Östliche Vorstadt, Schwachhausen, Vahr, Horn-Lehe, Oberneuland, Hemelingen, Osterholz

1 Was wir über die Gesundheit der Bremer Bevölkerung wissen (können) – und was nicht

Häufig kommen Fragen auf, wie viele Bremerinnen und Bremer an bestimmten Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes oder Alkoholsucht leiden oder wie häufig Bremerinnen und Bremer einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten haben.

Was auf den ersten Blick nach einer einfach zu beantwortenden Frage aussieht, ist in Wirklichkeit oftmals nicht so leicht zu beantworten. Um einen Einblick zu erhalten, welche Informationen über die Gesundheit der Bremer Bevölkerung vorliegen (können), ist es wichtig zu wissen, welche Daten zu Erkrankungen erhoben werden und – was noch viel wichtiger ist – auf welche Daten ein Zugriff überhaupt möglich ist.

Daten über Erkrankungen werden in der Regel dann erhoben, wenn man sich bei einem niedergelassenen Arzt, einer Ärztin oder in einem Krankenhaus behandeln lässt. Auskunft über Behandlungen in einem Krankenhaus gibt die Krankenhausstatistik. In dieser amtlichen, bundesweit erhobenen Statistik wird die Hauptdiagnose, das Alter und Geschlecht, der Behandlungs- und Wohnort sowie die Fachabteilung, in der die Patientin oder der Patient am längsten gelegen hat, erhoben. Mit dieser Statistik kann das Krankheitsgeschehen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen gut abgebildet werden. Damit können vor allem Aussagen zu ernsthaften Erkrankungen gemacht werden. Bei weniger ernsthaften Erkrankungen wird in der Regel ein niedergelassener Arzt oder eine Ärztin aufgesucht.

Im ambulanten Bereich ist die Datenlage nicht so gut wie im Krankenhausbereich. Es gibt keine amtliche Statistik oder zentrale Darstellung über alle Erkrankungen, die in niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen behandelt werden. Die bei der niedergelassenen Ärzteschaft erhobenen Daten dienen vor allem Abrechnungszwecken, das bedeutet, sie sind im Hinblick auf Auswertungen zum Krankheitsgeschehen einigen Begrenzungen unterworfen. So können beispielweise Änderungen in Vergütungssystemen und damit einhergehende Änderungen bei der Kodierung von Erkrankungen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-System) zu Über- oder Unterschätzungen von Diagnosen führen. Ein weiteres Problem ist, dass die Daten je nach Versicherungsart unterschiedlich verarbeitet und an verschiedene Stellen übermittelt werden. Die Daten gesetzlich versicherter Personen werden an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) gesandt, die dann die Abrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten oder der Patientin vornimmt. Bei Leistungen für privat versicherte Personen erstellt der Arzt oder die Ärztin eine Rechnung, die der Patient oder die Patientin bei der jeweiligen Versicherung einreicht.

Um diese Daten, die viele Informationen über das Krankheitsgeschehen enthalten, auch für andere Zwecke nutzbar zu machen, wurden verschiedene Möglichkeiten geschaffen. Zum einen können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen Daten für wissenschaftliche Forschungen zu speziellen Fragestellungen bereitstellen. Zum anderen können Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, die eigentlich zum Zwecke eines Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen[7] erhoben werden, auch für andere Zwecke wie für die Gesundheitsberichterstattung genutzt werden. Dies betrifft jedoch nur 80 definierte Erkrankungen. Die Anforderungen für die Bereitstellung von diesen Daten (Datenhalter: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - DIMDI) sind nicht ganz einfach –

[7] = der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

und auch diese Daten weisen Begrenzungen für die Nutzung zur Gesundheitsberichtserstattung auf. So sind keine Informationen über Diagnosen und Leistungen im letzten Jahr vor dem Tod der Versicherten oder vor dem Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung enthalten. Daher wurde für den vorliegenden Gesundheitsbericht zunächst auf die Nutzung dieser Daten verzichtet. Im Vorfeld des nächsten Gesundheitsberichts soll aber geprüft werden, inwieweit eine Antragstellung und Auswertung für Bremen sinnvoll ist.

Daten über Krebserkrankungen erheben die Krebsregister. Auch Bremen verfügt über ein solches Register. Daten aus dem Bremer Krebsregister sind in diesen Bericht eingeflossen.

Für einige Infektionskrankheiten (oder labordiagnostische Nachweise von Erregern) gibt es eine Meldepflicht. Der Arzt oder die Ärztin ist verpflichtet, bei Verdacht oder Feststellung einer der Krankheiten, die im Infektionsschutzgesetz aufgelistet sind (wie z.B. Keuchhusten, Masern, Tuberkulose), eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt zu machen. Die Gesundheitsämter melden die (nicht personenbezogenen) Daten an das Robert Koch-Institut in Berlin, das die Daten auf nationaler Ebene auswertet, aber auch auf Länderebene bereitstellt.

Neben krankheitsbedingten Kontakten zu Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es auch Untersuchungen, die zu bestimmten Anlässen vorgenommen und deren Ergebnisse dokumentiert werden. Dies betrifft zum Beispiel die Schuleingangsuntersuchungen, die die Gesundheitsämter durchführen. Diese Untersuchungen bieten deshalb eine sehr gute Datengrundlage zum Gesundheitszustand von Kindern, da wegen der Schulpflicht nahezu alle Kinder einer Altersgruppe untersucht werden.

In einigen Fällen werden auch Studien durchgeführt, deren Ergebnisse für die Gesundheitsberichterstattung hilfreich sind. Bremen hat sich entschieden, Ende 2018 an einer Forschungsinitiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilzunehmen. Dabei werden Datenerhebungen zum Thema Übergewicht und Risikofaktoren an allen öffentlichen Schulen Bremens durchgeführt, die neue Daten liefern werden.

Und schließlich gibt es noch die Todesursachenstatistik, die Angaben über alle Todesfälle und deren Ursache in Deutschland enthält. Darüber hinaus lassen sich manchmal noch weitere Datenquellen recherchieren, die in einigen Fällen die Möglichkeit eröffnen, verwertbare Zahlen für die Bremer Bevölkerung herzuleiten und informative Rückschlüsse zu ziehen.

Die genannten Datenquellen liefern zumeist nur Einblicke in einzelne Ausschnitte des Gesamtbildes der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Fragen nach dem Gesundheitszustand oder dem Vorkommen von bestimmten Erkrankungen lassen sich daher in den seltensten Fällen vollständig und schon gar nicht "auf Knopfdruck" beantworten, so dass es bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen immer datenbedingte Lücken gibt – auch im vorliegenden Gesundheitsbericht. Dennoch wurden im vorliegenden Bericht eine Vielzahl von interessanten und relevanten Daten zur gesundheitlichen Lage und der gesundheitlichen Versorgung zusammengestellt.

…zur Aktualität von Daten

Wer einen Gesundheitsbericht liest, stellt fest, dass die Auswertungen und Daten zum Teil mehrere Jahre alt sind. Häufig wird kritisch hinterfragt, ob es keine neueren Daten gibt und ob die Aussagen denn überhaupt noch aktuell sind. Auch in diesem Gesundheitsbericht werden keine "brandaktuellen" Daten genutzt. Aktuelle Daten liegen häufig deshalb nicht vor, weil die Prozesse zur Erstellung einer Statistik mitunter sehr komplex sind. Daten werden an

der einen Stelle erhoben, werden zu einer anderen Stelle übermittelt, dort geprüft und gegebenenfalls mit weiteren Daten zusammengefügt – dies braucht Zeit. So sind beispielsweise bei der Erstellung der Todesursachenstatistik folgende Personen und Einrichtungen beteiligt, die Daten übermitteln und/oder verarbeiten: Arzt/Ärztin, Standesamt, Gesundheitsamt oder Institut für Rechtsmedizin, Meldebehörde – und schließlich das Statistische Landesamt.

Mit Ausnahme von akuten Vorkommnissen wie bei Grippewellen oder Ähnlichem ändert sich die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung nicht kurzfristig, sondern ist eher ein langfristiger Prozess. Daher wird die Aussagekraft von Daten in der Regel nicht geschmälert, wenn sie einige Jahre alt sind.

…zur regionalen Ebene der Daten

Bei einem Landesgesundheitsbericht liegt es nahe, Daten in erster Linie auf der Ebene des Landes Bremen darzustellen. Dies allein ist jedoch wenig hilfreich. Es ist sinnvoll, Vergleiche mit anderen Ländern herzustellen. Da jedoch in einem Stadtstaat wie Bremen gegebenenfalls andere Problemlagen vorliegen als z.B. in einem Flächenland, wird – wo es möglich ist – die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven mit anderen kreisfreien Städten verglichen. Um Hinweise auf Bedarfe innerhalb der Stadtgemeinden zu erhalten, sind einige Daten auf kleinräumiger Ebene für die Stadt Bremen (zusammengefasste Ortsteile nach sozioökonomischen Faktoren) ausgewiesen. Für die Stadt Bremerhaven wird ein solches Modell derzeit vom Magistrat der Stadt Bremerhaven berechnet. Es ist vorgesehen, insbesondere die Möglichkeiten kleinräumiger Analysen beider Städte für die nächsten Gesundheitsberichte auszuloten.

Die Daten beziehen sich – soweit nicht explizit gekennzeichnet – auf die Einwohnerinnen und Einwohner des Landes Bremen. Menschen mit einem Wohnort außerhalb des Landes Bremen, die sich z.B. in einem Bremer Krankenhaus behandeln lassen – oder die in Bremen versterben, werden in den Auswertungen nicht berücksichtigt.

…zur Gesundheit von Männern und Frauen - Gendergesundheit

Die Daten werden nach Männern und Frauen getrennt ausgewiesen und wo es möglich ist, auf geschlechtsspezifische Unterschiede verwiesen. Dies ist aus folgenden Gründen wichtig: Männer und Frauen unterscheiden sich in gesundheitlichen Belangen - allein schon durch den Bereich der reproduktiven Gesundheit (z.B. Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre). Und obgleich es ebenso nachvollziehbar erscheint, dass Männer und Frauen sich auch in anderen gesundheitlichen Belangen unterscheiden, werden diese Unterschiede derzeit (noch) nicht hinreichend berücksichtigt. Bleibt man bei der Biologie ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass Männer und Frauen anders auf Medikamente reagieren, z.B. im Hinblick auf Wechselwirkungen mit ihren jeweiligen hormonellen Gegebenheiten. Dennoch wurden Medikamente lange Zeit nur an Männern getestet – und werden es heute überwiegend auch noch. Ein weiteres, recht gut untersuchtes Beispiel ist die unterschiedliche Symptomatik und Behandlung von Herzinfarkten bei Männern und Frauen, die zu Fehldiagnosen und höherer Sterblichkeit bei Frauen führte. Auch heute noch besteht Handlungsbedarf, z.B. bezogen auf geschlechtsbezogene Dosierempfehlungen.[8]

Und auch in den ausgewerteten Daten sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten, z.B. bezogen auf das Gesundheitsverhalten, das Krankheitsspektrum bzw. die Häufigkeit

[8] Hochleitner M. (2017), Gender und Gesundheit – was gibt es Neues, in impu!se für Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin

bestimmter Erkrankungen und auf die Sterblichkeit, die sich auch in Unterschieden der Lebenserwartung ausdrückt. Männer haben eine kürzere Lebenserwartung als Frauen.

Neben den biologischen Unterschieden gehen Frauen und Männer auf dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen unterschiedlich mit Gesundheit und Krankheit um[9] (z.B. im Hinblick auf gesundheitsriskante Lebensweisen) – und in der Gesundheitsversorgung wird zum Teil auch anders mit ihnen umgegangen. So werden Frauen deutlich mehr „individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)“ angeboten, obgleich für viele dieser Leistungen Zweifel an ihrem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen bestehen.[10] Diese soziale Dimension des Geschlechts bezeichnet man als „gender“ (in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht „sex“).

Wenn Sie beim Lesen des Berichts auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede achten, werden Sie vielleicht erstaunt sein, wie viele es sind. Und noch ein Hinweis: Gesundheitsbezogene Informationen für das dritte Geschlecht („divers“) liegen bisher so gut wie nicht vor, daher wird eine Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung erst in Zukunft möglich sein.

Zukünftig wird es in Bremen umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung geben…

… denn in Bremen ist eines der Studienzentren der "NAKO Gesundheitsstudie" angesiedelt. Im Rahmen dieser Studie werden bundesweit in 18 Regionen etwa 200.000 Personen im Alter von 20-69 Jahren zu gesundheitlichen Themen befragt und untersucht – und zwar nicht nur einmalig, sondern auch in den Folgejahren, um Entwicklungen und Veränderungen sowohl im Verhalten als auch mit Blick auf den Gesundheitszustand feststellen zu können. Langfristig versprechen sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der NAKO Antworten auf folgende zentrale Fragen:[11]

- Wie entstehen Krankheiten wie beispielsweise Krebs, Diabetes oder Herzinfarkt?
- Gibt es Faktoren, die ihre Entstehung begünstigen?
- Welche Rolle spielen unsere Gene, die Umwelteinflüsse, denen wir ausgesetzt sind, oder aber unser Lebensstil?
- Welche Rolle spielen soziale Faktoren?
- Können wir uns vor diesen Krankheiten schützen?
- Wie können diese Krankheiten frühzeitig erkannt werden?

Das Bremer Studienzentrum ist im Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS verortet. Seit 2015 wurden dort 10.000 Personen, deren Adressen zufällig aus dem Melderegister gezogen wurden, befragt und untersucht; diese Untersuchung wird in den kommenden Jahren wiederholt (weitere Informationen zur NAKO sind im Anhang zu finden).

Derzeit werden die Daten ausgewertet. Es ist vorgesehen, dass das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS für den nächsten Gesundheitsbericht Daten der Bremer Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereitstellt.

[9] BFSFJ (1999) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland
[10] Zok K (2015), Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis - Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, WIdOmonitor, https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1_2015_0515.pdf
[11] https://nako.de/allgemeines/was-ist-die-nako-gesundheitsstudie/ziele-der-nako/

2 Wer lebt wie in Bremen?

Informationen über die demografische und soziale Lage sowie andere Faktoren, die die gesundheitliche Lage beeinflussen

Warum ist dieses Thema wichtig?

Um Aussagen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung im Land Bremen treffen und bewerten zu können, ist es wichtig zu wissen, wie die Bremer Bevölkerung zusammengesetzt ist. Ältere Menschen sind in der Regel von anderen gesundheitlichen Risiken betroffen und leiden an anderen Erkrankungen als Jüngere. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wird die Gesundheit stark von familiären und sozialen Bedingungen beeinflusst, unter denen sie aufwachsen. Ebenso unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich des Krankheitsspektrums. Darüber hinaus können Menschen mit Migrationshintergrund andere Gesundheitsrisiken haben als Menschen ohne Migrationshintergrund; dies hängt unter anderem davon ab, wie lange sie bereits in Deutschland leben. Aber auch die Umstände und Gründe der Migration können einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Auch die Bevölkerungsentwicklung ist von Bedeutung, da diese unmittelbaren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems hat. Im ersten Abschnitt des Kapitels werden daher die Häufigkeiten und Verteilungen grundlegender soziodemografischer Kennzahlen der Bevölkerung des Landes Bremen dargestellt.[12]

Dass die Gesundheit häufig mit der sozialen und wirtschaftlichen Lage verknüpft ist, steht außer Frage. So sind Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden betroffen und schätzen ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein als Menschen mit einem höheren wirtschaftlichen Status. Aus diesem Grund werden ausgewählte Indikatoren der Einkommensarmut wie Arbeitslosigkeit oder der Bezug von Transferleistungen dargestellt. Zum anderen sind aus gesundheitlicher Sicht auch die Lebensverhältnisse wichtig. Als Indikatoren für sogenannte vulnerable Personengruppen wurden Alleinerziehende und ältere alleinwohnende Menschen ausgewählt.

2.1 Demografie

Was wissen wir darüber?

Im Land Bremen leben etwas mehr als 680.000 Menschen (Tabelle 1), davon etwa 113.000 in der Stadt Bremerhaven. Der Anteil der Frauen beträgt insgesamt 50,6 % (Stadt Bremen: 50,6 %, Bremerhaven: 50,3 %).

Tabelle 1: Bevölkerung des Landes Bremen nach Städten (Stand 31.12.2017)[13]

Gebiet	Männer	Frauen	Gesamt
Land Bremen	336.665	344.367	681.032
Stadt Bremen	280.484	287.522	568.006
Stadt Bremerhaven	56.181	56.845	113.026

[12] Bei der Interpretation der Zeitreihen weist das Statistische Bundesamt daraufhin, dass durch methodische Änderungen und Probleme bei der melderechtlichen Erfassung von Schutzsuchenden im Zusammenhang mit der erhöhten Zuwanderung Vergleiche vor und nach dem Jahr 2016 erschwert sind.

[13] Statistisches Landesamt Bremen: https://www.statistik.bremen.de/datenangebote-8409

Von gesundheitspolitischer Relevanz ist vor allem die altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung, da im höheren Alter die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung zunimmt. Beim Vergleich der Altersverteilungen zwischen den Jahren 1970 und 2017 (Tabelle 2) zeigen sich sowohl für die Stadt Bremen als auch für Stadt Bremerhaven nahezu identische Muster: In beiden Städten ist der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner in einem Alter von 85+ Jahren um nahezu 2 Prozentpunkte angestiegen.

Tabelle 2: Entwicklung altersspezifischer Bevölkerungsanteile, Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven, 1970 und 2017[14]

		Entwicklung altersspezifischer Bevölkerungsanteile in Prozent			
Altersklasse in Jahren		Stadt Bremen		Stadt Bremerhaven	
		1970	2017	1970	2017
Männer	0-19	29,6	19,1	30,2	20,1
	20-64	58,6	62,7	58,2	61,1
	65-84	11,3	16,5	11,0	17,3
	85 +	0,6	1,7	0,6	1,5
Frauen	0-19	24,8	17,0	26,4	18,9
	20-64	58,3	59,4	57,2	56,3
	65-84	15,9	19,8	15,6	21,0
	85 +	0,9	3,8	0,9	3,7
Insgesamt	0-19	27,0	18,0	28,2	19,5
	20-64	58,4	61,0	57,7	58,7
	65-84	13,7	18,2	13,4	19,2
	85 +	0,8	2,8	0,7	2,6

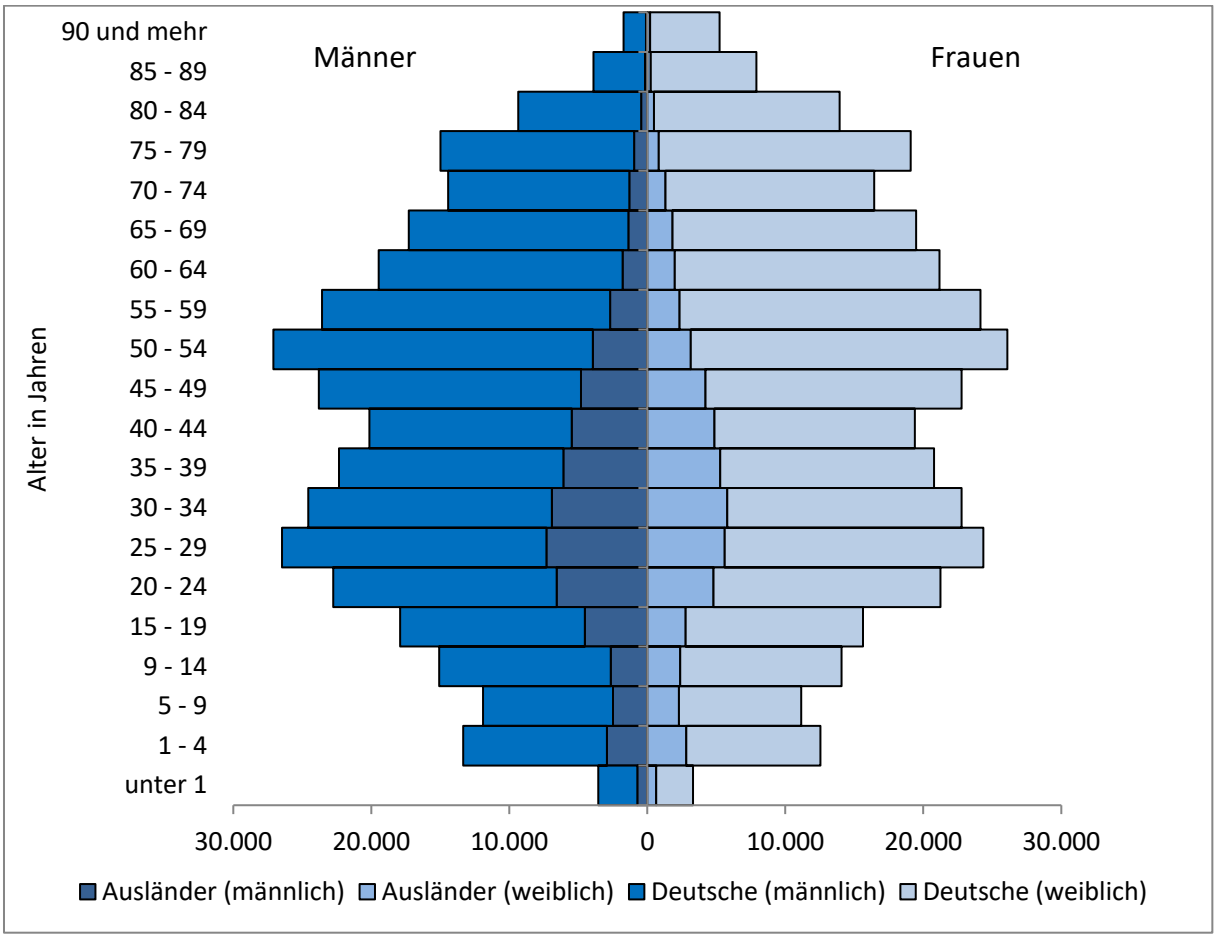
Werden die Altersgruppen feiner untergliedert, so zeigt die Altersverteilung im Land Bremen das (für Deutschland insgesamt geltende) typische Muster mit einer stark vertretenen Altersgruppe zwischen 45 bis 59 Jahren (Abbildung 1), resultierend aus den geburtenstarken Jahrgängen im Zeitraum von 1955 bis 1969 ("Babyboomer"). Der Geburtenrückgang ab 1965 macht sich graphisch direkt unterhalb der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen bemerkbar. Des Weiteren gibt es einen starken Frauenüberhang in den hohen Altersgruppen, der insbesondere durch die generell höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt ist. Männer weisen in jedem Alter eine höhere Sterblichkeit auf. Der "Sockel" hingegen wird immer schmaler, was den generellen Rückgang von Geburten ausdrückt.

Die Balken an der Mittelachse in der Grafik geben die Anteile der ausländischen Bevölkerung wieder. Um Missverständnissen vorzubeugen: Der Begriff "Ausländer oder Ausländerin" bezeichnet in der amtlichen Statistik jene Bürgerinnen und Bürger, die keine deutsche Staatsbürgerschaft haben.

Vergleicht man die Bevölkerung nach Altersgruppen zwischen deutscher und ausländischer Bevölkerung (Abbildung 1), so zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede: Während bei den Deutschen die 50- bis 54-Jährigen die am stärksten besetze Altersgruppe ausmachen, sind es bei Ausländerinnen und Ausländern die 25- bis 35-Jährigen. In dieser Altersgruppe haben 27,9% der Männer und 24,1% der Frauen keine deutsche Staatsangehörigkeit.

[14] (Datengrundlagen: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen, eigene Darstellung)

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide nach Geschlecht, Alter, Nationalität (deutsche Staatsangehörigkeit/andere Staatsangehörigkeit) im Land Bremen (31.12.2017)



Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Ausländer und Ausländerinnen. Bei den über 80-Jährigen haben lediglich 4,7% der Männer und 3,5% der Frauen keine deutsche Staatsangehörigkeit.

Zum Ende des Jahres 2017 betrug der Ausländeranteil im Land Bremen 17,4 % (bundesweit: 11,7 %). Damit liegt Bremen im Ländervergleich zwischen den beiden anderen Stadtstaaten Berlin (17,6 %) und Hamburg (16,2%) an zweiter Stelle. Im Vergleich zu anderen Großstädten (>500.000 Einwohnerinnen und Einwohner) liegt Bremen im mittleren Bereich. Deutlich höhere Ausländeranteile an der Wohnbevölkerung haben zum Beispiel Köln (19,2 %), Nürnberg (21,9 %), Stuttgart (24,6 %) und Frankfurt (29,0 %)[15].

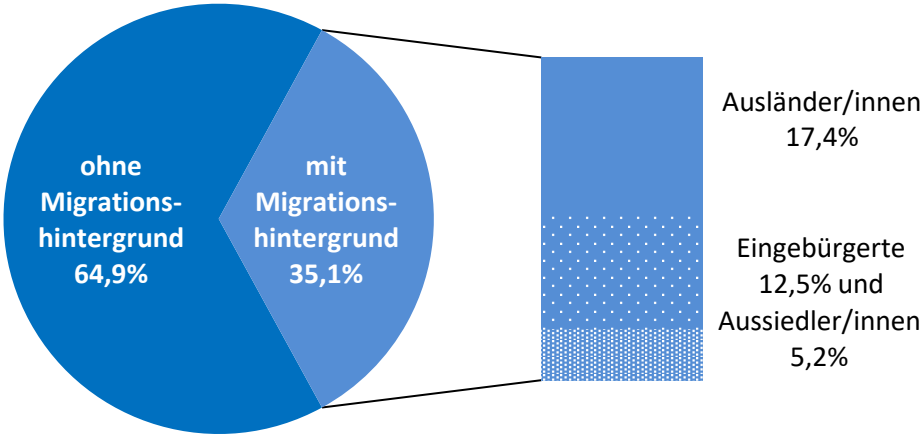
Um eine umfassendere Beschreibung der Personen mit Migrationsgeschichte in der Bevölkerung zu ermöglichen, wurde der Begriff "Menschen mit Migrationshintergrund" gebildet. Migrationshintergrund wird dabei laut Statistischem Bundesamt wie folgt definiert: *"Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges*

[15] https://service.destatis.de/DE/karten/migration_integration_regionen.html#AZR_ANT_EU28_AUSL

und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind."[16]

In der Stadt Bremen weisen circa 35 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund auf; davon entfallen 5,2 % auf Aussiedlerinnen und Aussiedler, 12,5 % auf Eingebürgerte und 17,4 % auf Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (Stand: 31.12.2016) (Abbildung 2).

Abbildung 2: Migrationshintergrund (ja/nein) mit Unterteilung in Ausländerinnen/Ausländer, Eingebürgerte, Aussiedlerinnen/Aussiedler in der Stadt Bremen (31.12.2017)[17]



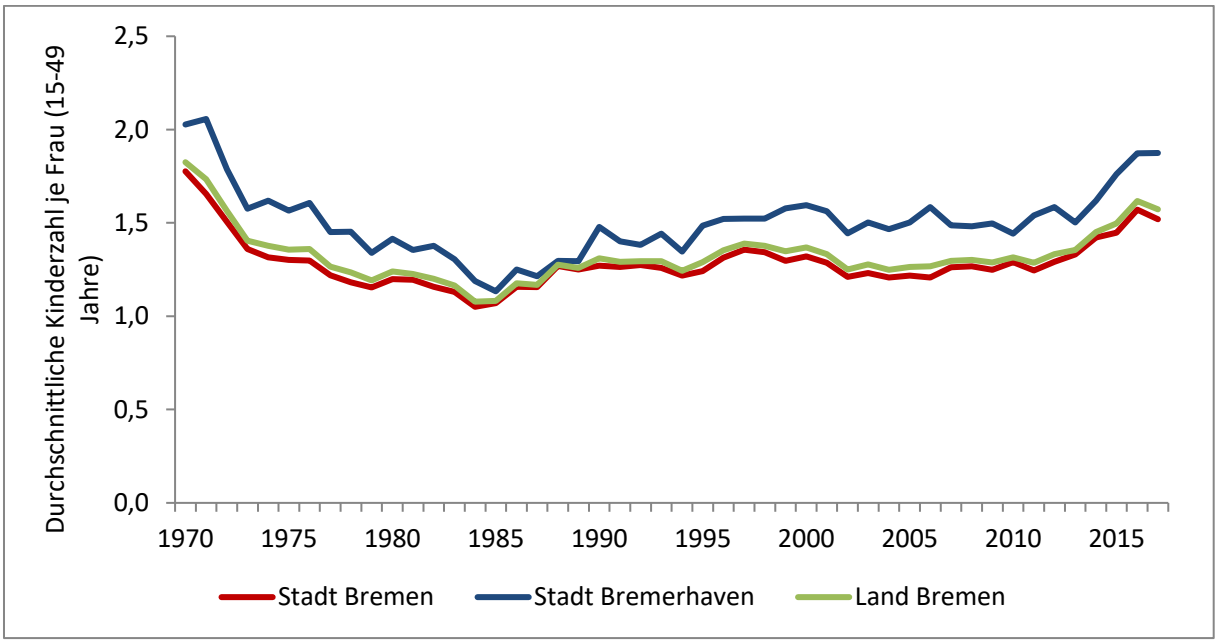
Die ***Bevölkerungsentwicklung*** hängt davon ab, wie viele Menschen geboren werden (Fertilität/Geburtenverhältnisse), wie viele sterben (Mortalität/Sterblichkeit) und wie viele Menschen zu- und oder wegziehen (Migration/Wanderungen). Im Land Bremen ist die Bevölkerungsentwicklung gekennzeichnet durch:

- ein Geburtenniveau, das inzwischen zwar wieder steigt, aber immer noch unterhalb des so genannten Bestanderhaltungsniveaus von durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau liegt (Stadt Bremen: durchschnittlich 1,52 Kinder je Frau; Stadt Bremerhaven durchschnittlich 1,88 Kinder je Frau) (Abbildung 3),
- eine steigende Lebenserwartung in beiden Stadtgemeinden, was zu einer Zunahme des Anteils älterer Menschen führt,
- ein positives Wanderungssaldo.

Das niedrige Geburtenniveau führt in Kombination mit der steigenden Lebenserwartung und dem damit verbundenen höheren Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung in beiden Stadtgemeinden zu einer negativen natürlichen Bevölkerungsbewegung, bei der die Zahl der Gestorbenen in einem Kalenderjahr jeweils die Zahl der Geburten übersteigt.

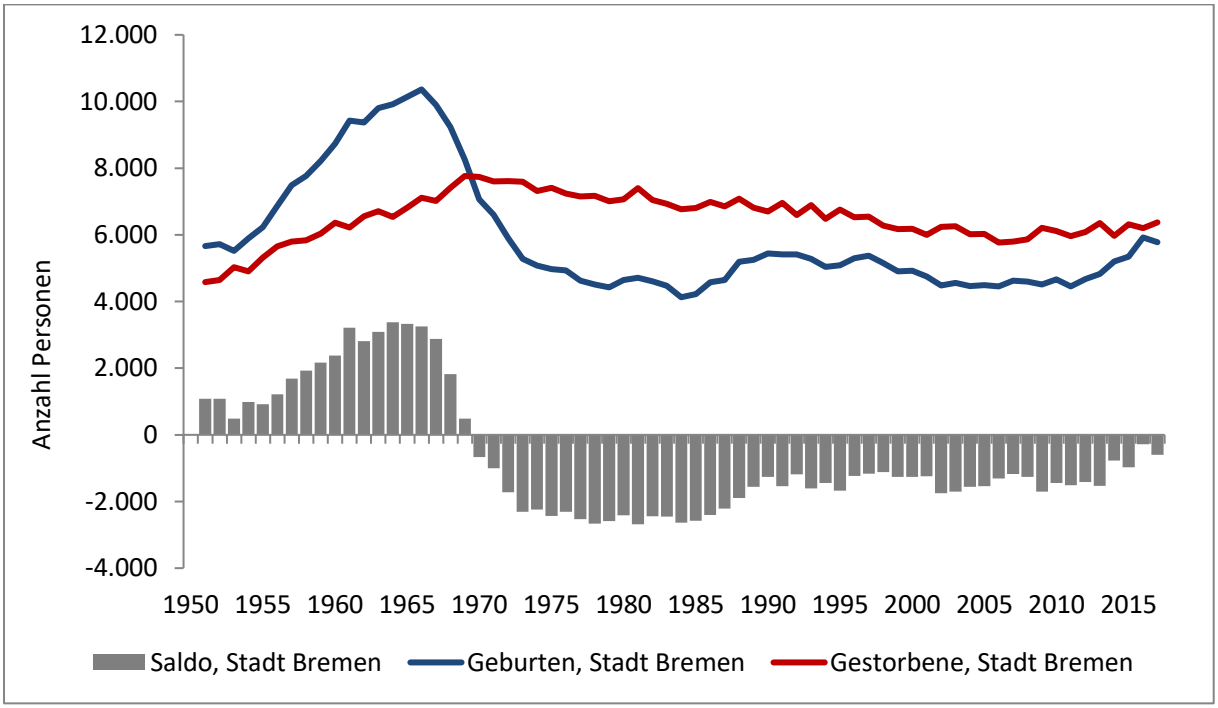
[16] Statistisches Bundesamt, www.destatis.de, Definition Migrationshintergrund
[17] Statistisches Landesamt Bremen: https://www.statistik.bremen.de/datenangebote-8409

Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen Kinderzahl nach Stadtgemeinde, 1970-2017[18]



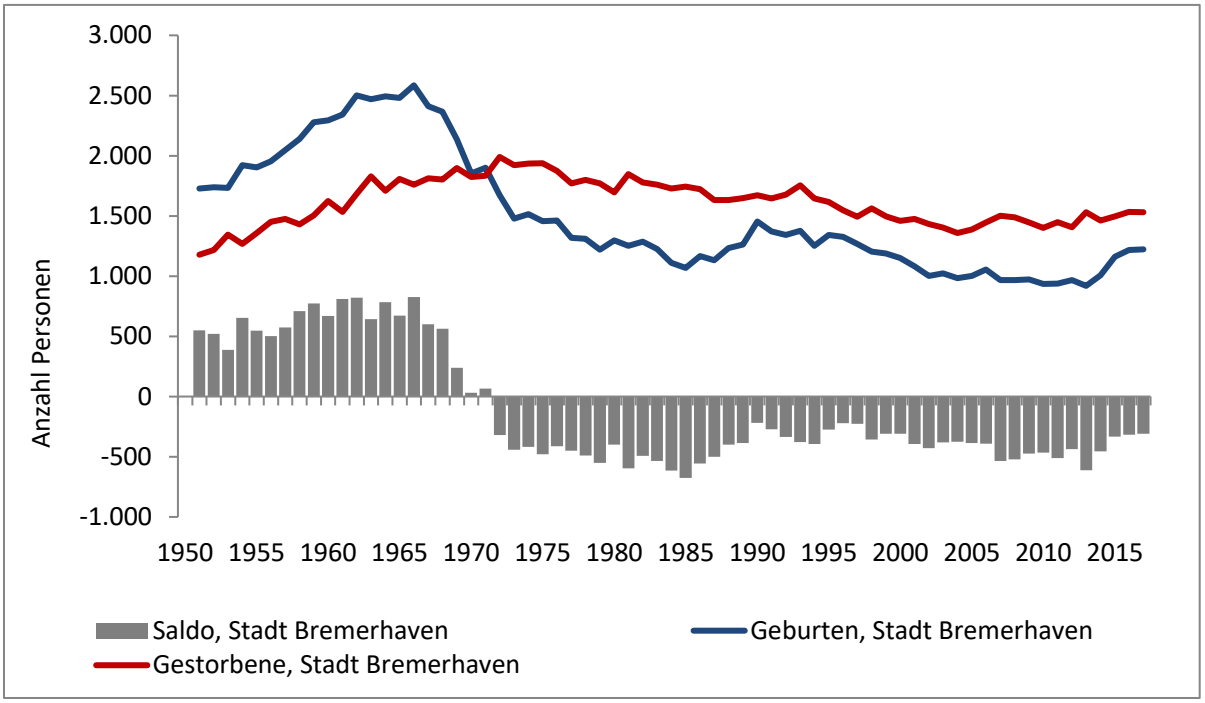
Für die beiden Stadtgemeinden ist dabei folgende Entwicklung zu beobachten (nachfolgende Abbildung 4 und Abbildung 5).

Abbildung 4: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der *Stadtgemeinde Bremen*, 1950 bis 2017[19]



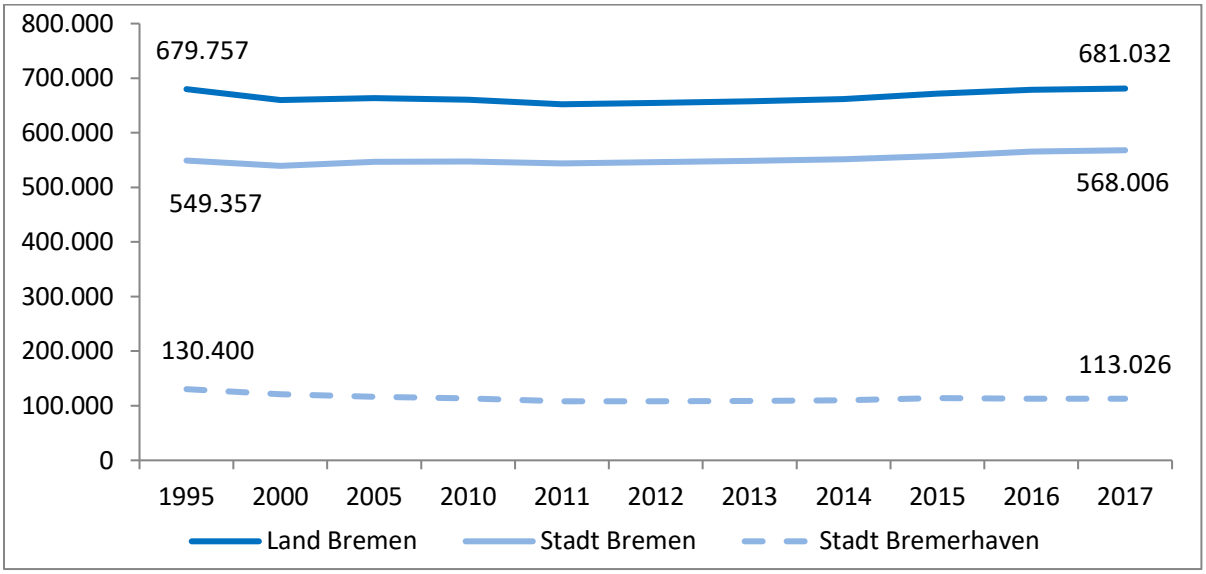
[18] Statistisches Landesamt Bremen, Landesamt für Statistik Niedersachsen
[19] Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

Abbildung 5: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der *Stadtgemeinde Bremerhaven*, 1950 bis 2017 [20]



Seit den 1970er Jahren sterben mehr Menschen als geboren werden. In den vergangenen drei Jahren hat sich diese Differenz jedoch verringert; sie beträgt für das Jahr 2017 noch knapp 900 Todesfälle mehr als Geburten, was gemessen an den Werten der 80er Jahre eine positive Entwicklung darstellt. Ohne Wanderungsgewinne würde die Bevölkerungszahl bei dieser Entwicklung weiter sinken. Wanderungsüberschüsse haben bereits in der Vergangenheit maßgeblich dazu beigetragen, die ansonsten rückläufigen Bevölkerungszahlen zu stabilisieren oder sogar zu erhöhen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Entwicklung der Einwohnerzahlen des Bundeslands Bremen, 1995 bis 2017[21]



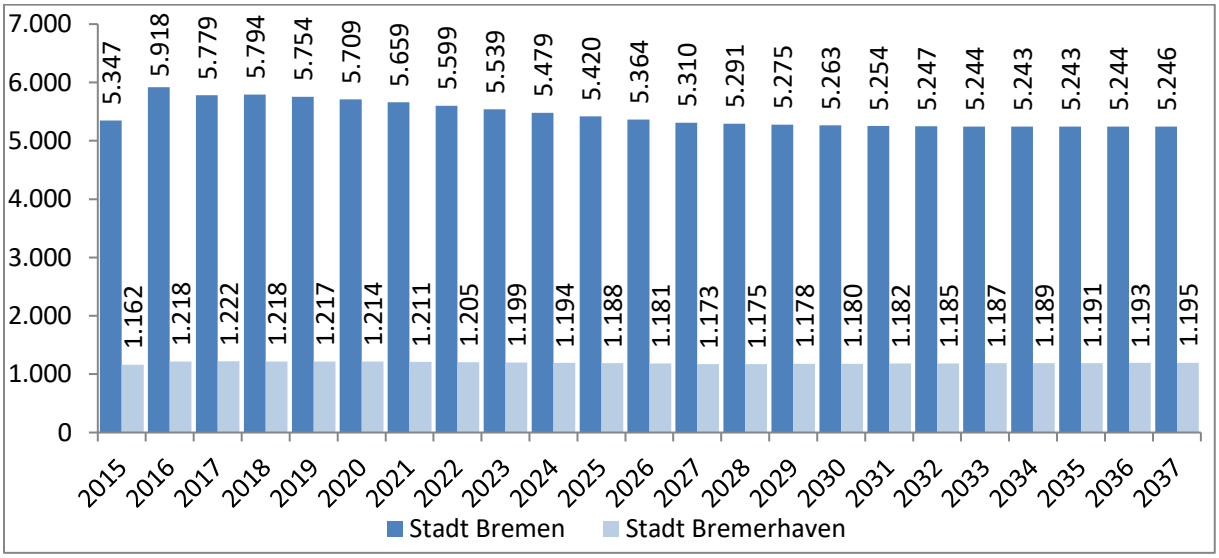
[20] Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen, eigene Darstellung
[21] Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

Die in den 60er und 70er Jahren dokumentierten Bevölkerungszahlen von mehr als 700.000 Einwohnerinnen und Einwohner wurden jedoch nicht mehr erreicht.[22] Seit 1995 hat die Bevölkerung im Land Bremen um knapp 1.300 Menschen zugenommen. Dies ist auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen in der Stadt Bremen zurückzuführen: Verglichen mit der im Jahr 1995 registrierten Einwohnerzahl ist im Jahr 2017 für die Stadt Bremen ein Anstieg um circa 3,4 % zu verzeichnen, in der Stadt Bremerhaven hingegen ein Rückgang um circa 13 %. Die Wanderungsgewinne sind insbesondere im Altersbereich der Anfang bis Mitte 20-Jährigen zu beobachten. Maßgeblich für diese Wanderungsgewinne sind Bildungsentscheidungen junger Menschen, die Bremen als attraktiven Bildungs-, Arbeits- und Lebensstandort wahrnehmen. Des Weiteren hat die Zuwanderung von Schutzsuchenden – analog zur Entwicklung auf Bundesebene – einen nicht unerheblichen Anteil am Anstieg der Zuwanderung. Im Jahr 2015 verzeichnete die Stadt Bremerhaven ihren bis dato höchsten Wanderungsüberschuss – die Stadt Bremen hatte ihren höchsten Wanderungsüberschuss im Jahr 1989; auch damals durch einen Anstieg der Zahl Asylsuchender bedingt. Diese eher zeitlich begrenzten Phänomene gilt es bei Analysen der zukünftigen Entwicklung der Wanderungsbewegungen zu berücksichtigen. Da in beiden Stadtgemeinden Bremens Wanderungsgewinne überwiegend im Altersbereich der 15- bis 25-Jährigen stattfinden, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass ein positiver Wanderungssaldo gerade in diesem Altersbereich den Bevölkerungsumfang und damit auch die Bevölkerungsstruktur (positiv) beeinflusst.

Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen von 2017 bis 2037

Ausgehend von der Bevölkerungsstruktur Ende 2017 hat das Statistische Landesamt Bremen im Dezember 2018 berechnet, wie sich die Bevölkerung im Land Bremen entwickeln könnte. Bei den Geburtenzahlen wird davon ausgegangen, dass der im Jahr 2016 auch bundesweit zu beobachtende Anstieg, der vor allem durch den Zuzug von Geflüchteten bedingt war, in den kommenden Jahren wieder zurückgehen wird (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung der Geburtenzahlen in den Stadtgemeinden– ab 2018 Vorausberechnung der Geburtenzahlen (2015-2037) [23]



[22] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155144/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-von-bremen-seit-1961/

[23] Statistisches Landesamt

Wenn man jene Variante des Statistischen Landesamtes betrachtet, die von einer mittleren Geburtenrate, einer leicht ansteigenden Lebenserwartung, einem mittleren Zuzug aus dem Bundesgebiet und aus dem Ausland und einer Zuwanderung von Geflüchteten entsprechend der Flüchtlingsprognose sowie Fortzügen entsprechend des langjährigen Durchschnitts ausgeht, ist mit einem weiteren leichten Bevölkerungswachstum zu rechnen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Ist-Zahlen (2017) und Vorausberechnung (2037) der Bevölkerungszahlen nach Stadtgemeinden[24]

	2017 Ist-Stand	2037 Vorausberechnung	Saldo
Stadt Bremen	568.006	579.609	+11.603
Stadt Bremerhaven	113.026	117.467	+4.441
Land Bremen	681.032	697.076	+16.044

Die derzeitigen Trends der Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen (mehr Sterbefälle als Geburten und Alterungsprozess der geburtenstarken Jahrgänge) führen zu Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Wie oben beschrieben ist der aktuelle Altersaufbau der Bevölkerung im Lande Bremen durch stark besetzte mittlere Altersklassen (20-64 Jahre) dominiert. Innerhalb dieses breiten Altersbereiches ist zwischen den stark besetzten Geburtsjahrgängen der 1960er-Jahre und den Kindern dieser geburtenstarken Jahrgänge zu unterscheiden; erstgenannte umfassen insbesondere den Altersbereich der 45-60-Jährigen, letztgenannte den Altersbereich der 20-30-Jährigen (siehe Abbildung 1). Die jüngeren (0-19 Jahre) und höheren Altersgruppen (65 Jahre und älter) sind im Vergleich weniger stark besetzt. Der Alterungsprozess wird zu einer Verschiebung der stark besetzten Jahrgänge aus den 1960er-Jahren führen, die allmählich weniger werden und zunächst von schwächer besetzten Folgekohorten ersetzt werden; die Kinder der geburtenstarken Jahrgänge werden diese Entwicklung temporär abschwächen, aber nicht vollständig ausgleichen – die Dynamik des Alterungsprozesses wird in der Folge zunehmen, da die nachfolgenden jüngeren Altersgruppen noch einmal deutlich schwächer besetzt sind. Aufgrund der niedrigen Sterblichkeit der mittleren Altersklassen wird die starke Besetzung in kurzfristiger Perspektive jedoch nicht wesentlich abnehmen.

Erst mittel- bis langfristig wird es zu einem deutlicheren Rückgang der mittleren Altersklassen und im Gegenzug zu einer spürbaren Erhöhung des Anteils älterer (65-84 Jahre) und hochaltriger Menschen (85 Jahre und älter) kommen. Tabelle 4 zeigt die vorausberechnete Anzahl älterer und hochbetagter Menschen in den beiden Stadtgemeinden.

Im Jahr 2037 werden dann im Land Bremen voraussichtlich rund 15.000 mehr Menschen im Alter zwischen 65 und 84 Jahren und rund 5.800 mehr 85-Jährige oder ältere Menschen leben als jetzt. Insbesondere bei den Hochbetagten ist ein hoher Frauenüberschuss zu verzeichnen. Schaut man sich jedoch die Zunahmen an (siehe Saldo), liegen hier die Männer vorn.

[24] Statistisches Landesamt

Tabelle 4: Anzahl älterer und hochbetagter Menschen nach Stadtgemeinden, 2017 (Ist) und 2037 (Vorausberechnung)

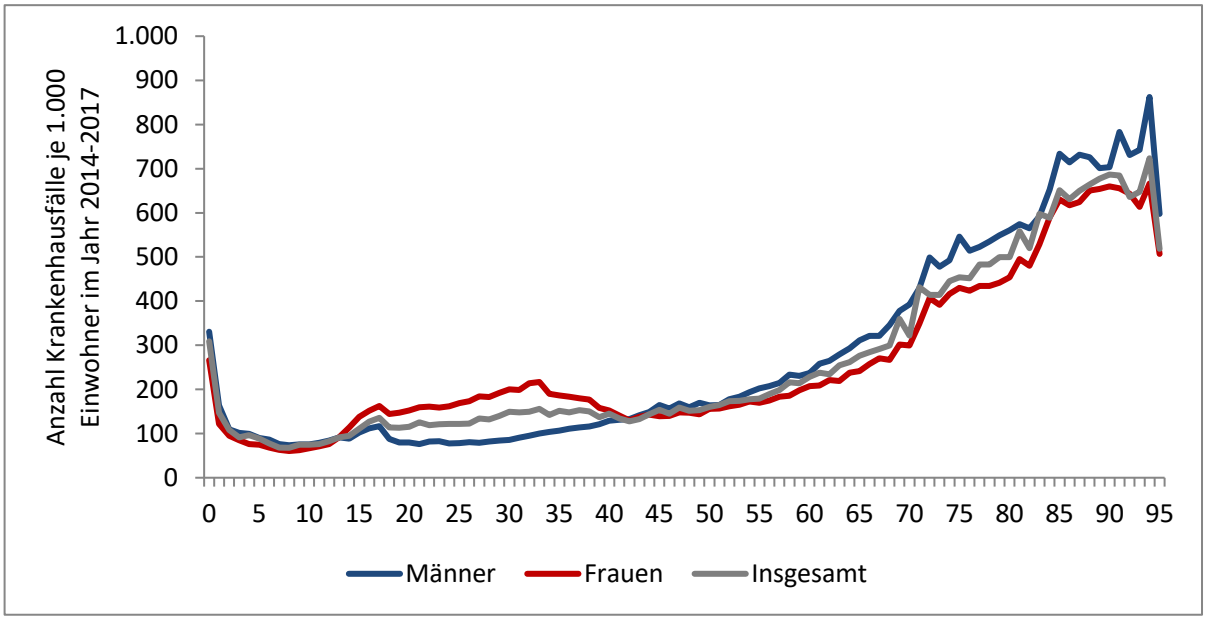
	2017			2037			Saldo		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Stadt Bremen									
65-84 Jahre	46.361	56.987	103.348	55.046	63.580	118.626	+8.685	+6.593	+15.278
85 Jahre und älter	4.743	11.039	15.782	8.078	13.039	21.117	+3.335	+2.000	+5.335
Stadt Bremerhaven									
65-84 Jahre	9.700	11.951	21.651	10.858	13.043	23.901	+1.158	+1.092	+2.250
85 Jahre und älter	869	2.101	2.970	1.235	2.234	3.469	+366	+133	+499

Was bedeutet die Bevölkerungsentwicklung für die gesundheitliche Versorgung im Land Bremen?

Durch die fortschreitende Alterung der Bevölkerung und auch durch die Wanderungsgewinne wird die Inanspruchnahme an Leistungen der gesundheitlichen Versorgung vermutlich zunehmen, wobei der Einfluss der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung dabei höher einzuschätzen ist als die Wanderungsgewinne.

Die ausgeprägte Altersabhängigkeit in der Inanspruchnahme von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung wird nachfolgend anhand von Krankenhausleistungen wird in Abbildung 8 deutlich. Gut erkennbar ist, dass die Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner oder Einwohnerinnen des Landes Bremen mit steigendem Alter zunimmt.

Abbildung 8: Anzahl Krankenhausfälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Lande Bremen[25]



[25] Landesbezogene Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. 3 KHEntgG, Statistisches Landesamt Bremen

Die genaue Entwicklung ist dabei jedoch unter anderem von der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung abhängig, für den unterschiedliche Entwicklungsszenarien denkbar sind (Expansion oder Kompression der Morbidität, dynamisches Gleichgewicht der Morbiditätsentwicklung).

Insgesamt deutet die Bevölkerungsentwicklung in den Städten Bremen und Bremerhaven – mithin die Bevölkerungsentwicklung im Lande Bremen – aber auf eine zukünftig steigende Nachfrage hin – zum einen bedingt durch eine Zunahme der Bevölkerung, zum anderen bedingt durch eine zunehmende Alterung der Bevölkerung

2.2 Soziale Lage

Die soziale Lage eines Menschen wird durch viele Faktoren bestimmt. Für diesen Gesundheitsbericht werden einige Indikatoren dargestellt, die in einem engen Zusammenhang mit finanzieller Armut stehen (wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit und Bezug von Transferleistungen); diese Faktoren können sich auf den Gesundheitszustand auswirken. Auch das Alleinwohnen ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung bedeutsam, da im Krankheitsfall andere (soziale) Netze greifen müssen, wenn keine andere Person im gleichen Haushalt lebt. Als vulnerable Gruppe gelten insbesondere die Alleinziehenden – in der überwiegenden Zahl sind das Frauen. Laut Statistischem Bundesamt lag die Armutsgefährdungsquote[26] für Personen in Alleinerziehenden-Haushalten im Jahr 2017 bei 42,8% (Bundesmedian 15,8%).

Eine ausführliche Darstellung der sozialen Lage findet sich im Armuts- und Reichtumsbericht des Landes Bremen von 2015 sowie in dem Bericht "Armutspolitik in Bremen – Bilanzierung bisheriger Maßnahmen zur Beförderung von Teilhabe und sozialem Zusammenhalt sowie Empfehlungen für zukünftige Strategieentwicklung" von 2018.[27] Ein aktueller Armuts- und Reichtumsbericht des Landes Bremen ist für das Jahr 2019 geplant.

Arbeitslosigkeit

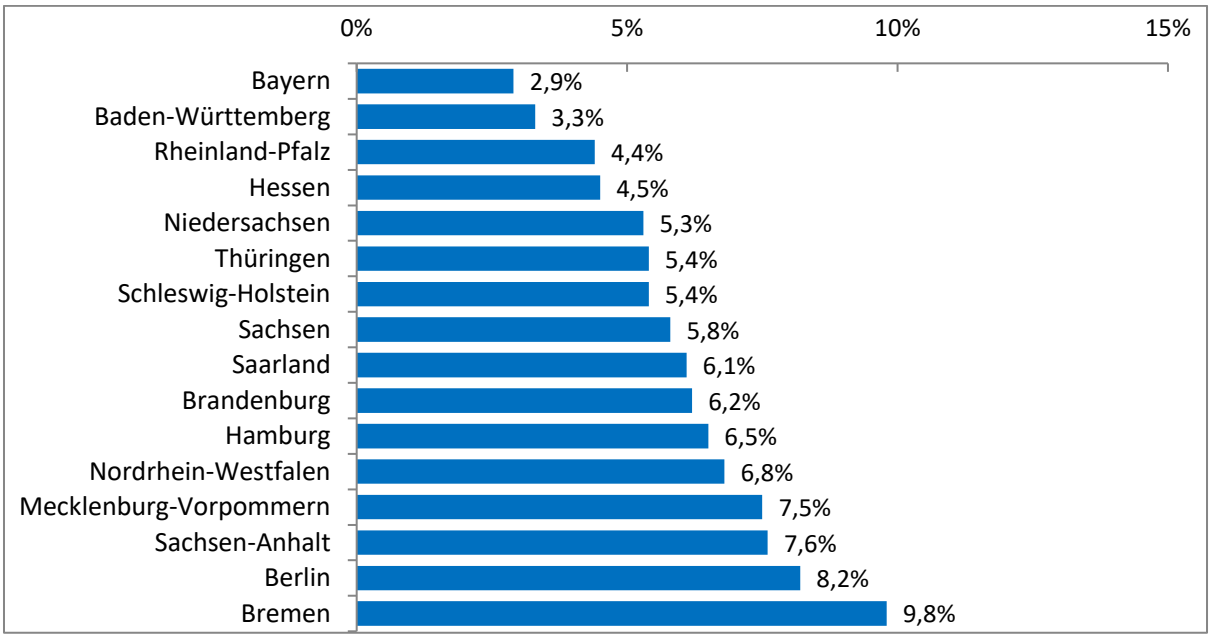
Befragungen haben ergeben, dass von Arbeitslosigkeit – und dabei insbesondere von Langzeitarbeitslosigkeit - betroffene Männer und Frauen ein schlechteres gesundheitsbezogenes Verhalten aufweisen (indem sie häufiger rauchen, sich schlechter ernähren und weniger Sport betreiben) und auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen als Berufstätige.

Informationen über das Ausmaß der Arbeitslosigkeit gibt die Arbeitslosenquote. Sie weist den Anteil der Arbeitslosen an allen potenziellen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus, die für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Im Vergleich mit allen Bundesländern verzeichnet das Land Bremen die höchste Arbeitslosenquote. Für August 2018 (Abbildung 9) liegt die Schätzung der Arbeitslosenquote für das Land Bremen bei knapp 10 %; damit war sie annähernd doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (5,2 %).

[26] Die Armutsgefährdungsquote ist ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut und wird – entsprechend dem EU-Standard – definiert als der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt. Das Äquivalenzeinkommen ist ein auf der Basis des Haushaltsnettoeinkommens berechnetes bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/06AGQ_ZVBM_Haushaltstyp.html

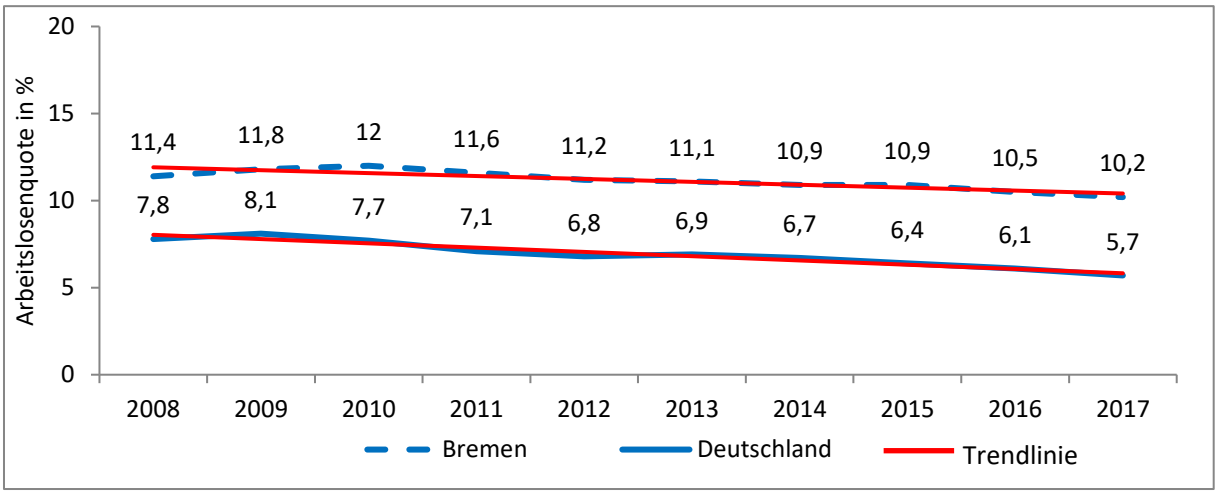
[27] https://www.soziales.bremen.de/soziales/armuts__und_rechtumsberichte-70849

Abbildung 9: Arbeitslosenquoten nach Bundesländern, August 2018 [28,29]



Schaut man auf die Entwicklung der Arbeitslosenquoten der vergangenen Jahre (von 2008 bis 2017), so lässt sich unter Verwendung geeigneter statistischer Methoden zwar für das Land Bremen ein durchschnittlicher jährlicher Rückgang der Quote von circa 0,17 % errechnen – dieser fällt allerdings nicht so stark aus wie der Rückgang für alle Bundesländer gemeinsam (circa 0,25 % pro Jahr – siehe dazu die rote Linie in Abbildung 10).

Abbildung 10: Entwicklung der Arbeitslosenquoten im Land Bremen und bundesweit, 2008 bis 2017[30,31,]



[28] Bundesagentur für Arbeit

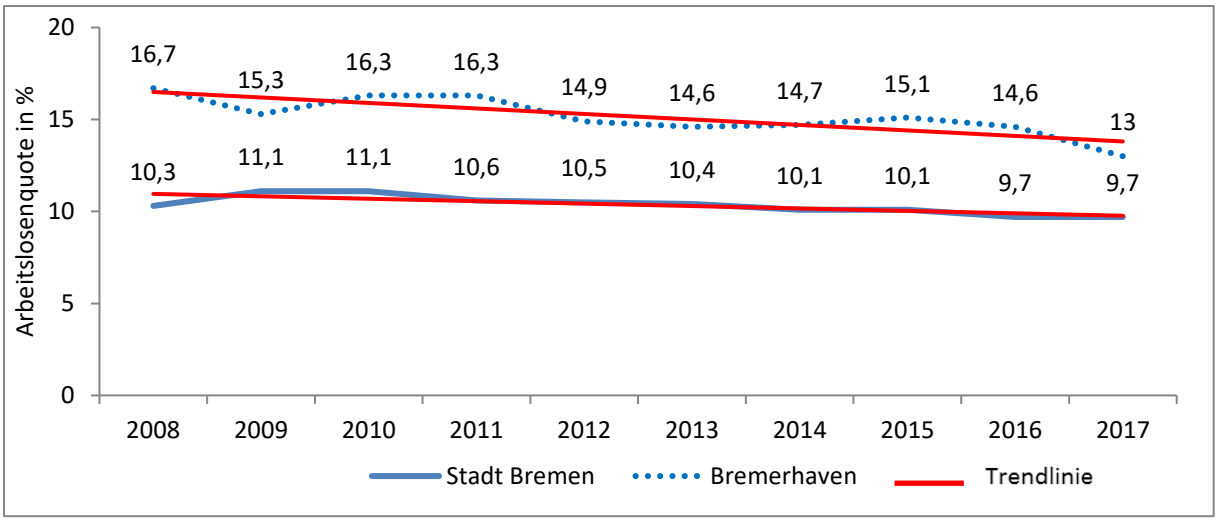
[29] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36651/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-nach-bundeslaendern/

[30] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2512/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-bremen-seit-1999/

[31] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1224/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-seit-1995/

Werden die Zahlen für das Land Bremen weiter differenziert, so zeigt sich, dass die Arbeitslosenquoten für Bremerhaven in den vergangenen Jahren zwar durchgängig über denen der Stadt Bremen lagen, sich der Abstand jedoch verringert hat (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Arbeitslosenquoten im Land Bremen, differenziert nach Bremen und Bremerhaven, 2008 bis 2017[32,33]



Bestand im Jahr 2008 noch eine absolute Differenz von etwa 6,4 %, so betrug diese im Jahr 2017 nur noch 3,3 %. Für den Zeitraum zwischen 2008 und 2017 ergibt sich dadurch für die Stadt Bremerhaven ein jährlicher Rückgang um etwa 0,3 % – für die Stadt Bremen hingegen nur ein Rückgang um 0,13 %.

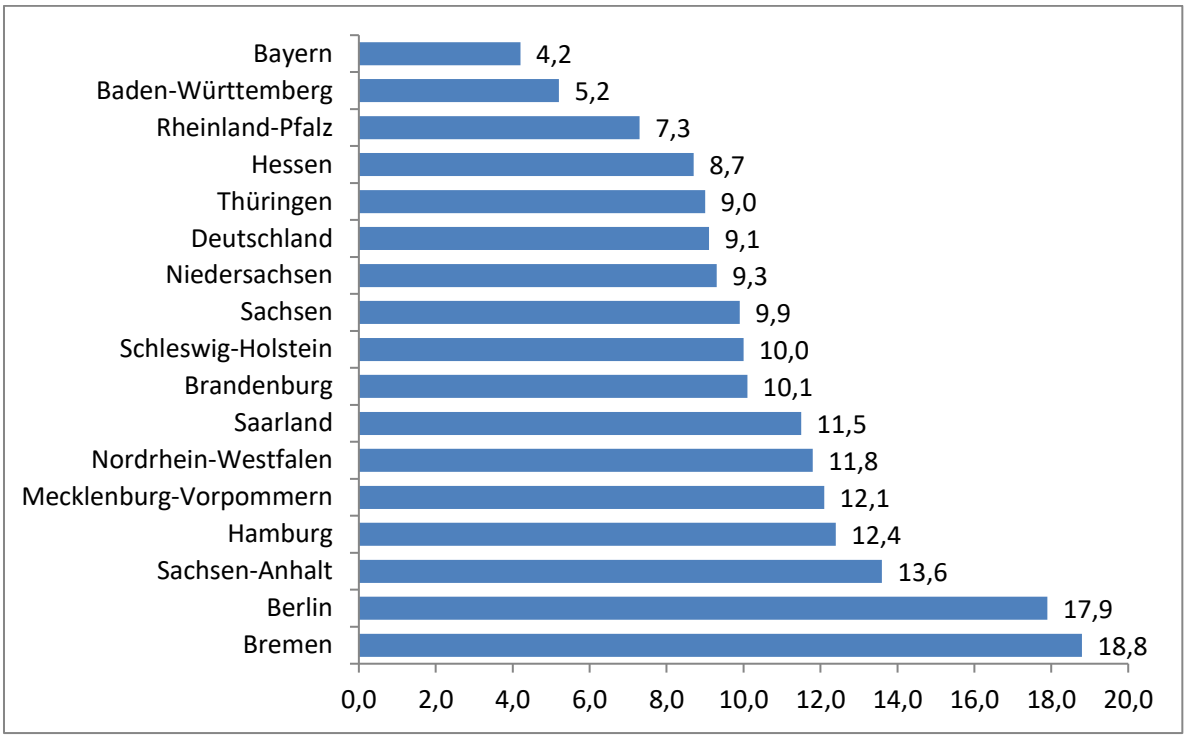
Mit anderen Worten: die grundsätzlich höhere Arbeitslosigkeitsquote in Bremerhaven hat sich in den letzten Jahren der Rate in der Stadt Bremen etwas angenähert. In beiden Landesteilen ist ein abnehmender Trend erkennbar, das Niveau liegt aber weiterhin deutlich höher als in den anderen Bundesländern. Aus gesundheitlicher Sicht ist ein weiteres Absinken der Arbeitslosenquote in beiden Landesteilen höchst erstrebenswert, weil sich damit auch gesundheitliche Chancen der betroffenen Menschen deutlich verbessern.

Bezug von Transferleistungen

Transferleistungen sind Zahlungen des Staates an Menschen mit keinem oder nicht ausreichendem Einkommen/Vermögen. Sie werden insbesondere beim Nachweis finanzieller Bedürftigkeit geleistet wie zum Beispiel Arbeitslosengeld II ("Hartz IV").[34] Als ein Indikator für die soziale Lage werden hier die Anteile der Empfängerinnen und Empfänger nach Sozialgesetzbuch II (SGB II) an der Bevölkerung nach Bundesländern im Dezember 2017 dargestellt. Das Sozialgesetzbuch II regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende und Personen, die mit ihnen in Bedarfsgemeinschaften leben, z.B. Kinder.

[32] http://www.statistik-bremen.de/aktuelle_statistiken/02a.htm
[33] http://www.statistik-bremen.de/aktuelle_statistiken/02b.htm
[34] Es gibt aber auch Transferleistungen ohne Nachweis der Bedürftigkeit wie Kindergeld oder Elterngeld.

Abbildung 12: SGB II-Hilfequoten in Prozent nach Bundesländern, Dezember2017[35]



Bundesweit lag der Anteil der Personen, die zu diesem Zeitpunkt SGB II Leistungen erhalten haben, bei 9,1 %, während der für Bremen ermittelte Anteil mit 18,8 % doppelt so hoch war. Bremen weist also einen vergleichsweise großen Kreis von Transferleistungsbeziehenden auf. Wird dieser Anteil für Bremen und Bremerhaven separat betrachtet, so zeigt sich für Bremerhaven mit 23,4 % ein deutlich höherer Anteil als für Bremen (17,8 %). Beim Vergleich der insgesamt 66 kreisfreien Großstädte über 100.000 Einwohner/innen liegt die Stadt Bremen damit auf dem 56. Platz, während die Stadt Bremerhaven vor Gelsenkirchen den vorletzten Platz einnimmt.

Wohnen – Anteil der Einpersonenhaushalte

Seit circa 10 Jahren liegt der Anteil der Einpersonenhaushalte relativ stabil zwischen 48 % und 50 % gemessen an allen Haushalten im Land Bremen. Bundesweit wird derzeit von einem Anteil von etwa 41 % ausgegangen. Verglichen mit anderen Städten ist der für das Land Bremen mit seinen beiden Stadtgemeinden registrierte Wert unauffällig, entspricht er doch nahezu exakt dem Durchschnittswert von 49,4 % Einpersonenhaushalten in Städten mit mehr 100.000 Einwohner/innen.[36] Unter gesundheitspolitischen Aspekten interessant ist insbesondere die Frage, wie häufig ältere Menschen alleine leben: Ab dem Rentenalter sind dies in der Stadt Bremen etwa 36 %[37]. Differenziert man hier nach Geschlecht, zeigt sich, dass Frauen häufiger

[35] Im Zähler werden alle Personen der Bedarfsgemeinschaft berücksichtigt, die Leistungen nach dem SGB II erhalten. Das sind einerseits Regelleistungsberechtigte (RLB), darunter erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELB) und nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte (NEF), sowie sonstige Leistungsberechtigte (SLB).
Der Nenner enthält die Anzahl der Bevölkerung unter der Altersgrenze nach § 7a SGB II; http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html

[36] www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile

[37] Für die Stadt Bremerhaven lagen hierzu keine Daten vor.

(44 %) alleine leben als Männer (26 %), was unter anderem auf die unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen zurückzuführen ist.

Wohnen – Anteil der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern

Ähnlich wie bei den Einpersonenhaushalten liegt der Anteil Alleinerziehender in Großstädten zum Teil deutlich über dem Anteil in kleineren Städten und Gemeinden. Im Land Bremen beträgt der Anteil von Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern an allen Familien 23,2% (Hamburg 23%, Berlin 27,6%). Anders als in den meisten anderen Ländern blieb der Anteil der Alleinerziehenden im Land Bremen und in Hamburg im Zeitraum 1997 und 2017 konstant.[38]

Fazit

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 Ausländerinnen und Ausländern.

Aufgrund des dargestellten engen Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit sind zusammenfassend die folgenden Fakten hervorzuheben:

- Im Land Bremen ist die Bevölkerungsentwicklung gekennzeichnet durch ein Geburtenniveau, das inzwischen zwar wieder steigt, aber immer noch unterhalb des sogenannten Bestanderhaltungsniveaus von durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau liegt, eine steigende Lebenserwartung in beiden Stadtgemeinden, was zu einer Zunahme des Anteils älterer Menschen führt und durch ein positives Wanderungssaldo.
- Insgesamt deutet die Bevölkerungsentwicklung in den Städten Bremen und Bremerhaven auf eine zukünftig steigende Nachfrage in der Gesundheitsversorgung hin; dies liegt in erster Linie an der Alterung der Bevölkerung. Seit dem Jahr 1970 ist der Anteil von Einwohnerinnen und Einwohnern in den Stadtgemeinden, die 65 Jahre oder älter sind, von 14,5% Stadt Bremen (14,1% Stadt Bremerhaven) auf 21,0% Stadt Bremen (21,8 % Stadt Bremerhaven) gestiegen.
- Die Indikatoren der sozialen Lage zeichnen für Bremen ein eher ungünstiges Bild. Bei den Arbeitslosenquoten und den Transferleistungsbezieher/-innen nach SGB II belegt Bremen im Wechsel mit Berlin den letzten beziehungsweise vorletzten Platz im Vergleich zu allen anderen Bundesländern.
- Die Wohn- und Lebensform ist für die gesundheitliche Versorgung bedeutsam. Zu den Menschen, die potentiell ein höheres Maß an externer Versorgung benötigen, zählen die Alleinlebenden. Der Anteil der Einpersonenhaushalte im Land Bremen ist in den vergangenen 10 Jahren nahezu unverändert und liegt zwischen 48 % und 50 %. Auswertungen mit Blick auf ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger zeigen, dass in der Stadt Bremen etwa ein Viertel (26 %) aller Männer im Alter von 65+ Jahren in allein wohnen, bei den Frauen betrifft dies sogar etwa 44 %. Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien mit minderjährigen Kindern liegt in Bremen bei 23 % und ist damit, ebenso wie der Anteil der Einpersonenhaushalte, vergleichbar mit anderen Großstädten.

[38] Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2018 – Alleinerziehende in Deutschland 2017 (Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 2. August 2018)

3 Geburten und Schwangerschaftsabbrüche

Warum ist dieses Thema wichtig?

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist die Schaffung von guten Rahmenbedingungen für Schwangere, Gebärende, werdende Eltern und Neugeborene von besonderer Bedeutung. Dies umfasst eine Vielzahl von Versorgungsaspekten im Bereich der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe, und der Wochenbettbetreuung durch Ärzte, Ärztinnen und Hebammen bis hin zur Unterstützung bei der Entscheidung über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch. Um diese Thematik angemessen zu beleuchten, wäre ein gesonderter Bericht erforderlich. In diesem Bericht haben wir einige wenige Themen ausgewählt, um einen Überblick über wichtige Kennzahlen im Land Bremen zu schaffen und zwar zu Geburtenzahlen, Kaiserschnittgeburten und zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Was wissen wir darüber?

Geburtenzahlen

Im Jahr 2017 haben Frauen mit Wohnsitz im Land Bremen insgesamt 7.001 Kinder zur Welt gebracht (davon 5.779 aus der Stadt Bremen und 1.222 aus der Stadt Bremerhaven). Insgesamt sind im Land Bremen mehr Kinder geboren worden, da auch Frauen aus dem Umland Kinder in Bremen gebären. Während es für die Krankenhausplanung relevant ist, auch diese Frauen und Kinder zu berücksichtigen, liegt der Fokus des vorliegenden Berichts auf der Bremer Bevölkerung. Werden die Geburtenzahlen des Jahres 2017 zwischen der Stadt Bremen und Bremerhaven miteinander verglichen (Tabelle 5), so zeigt sich ein leichter Vorsprung für Bremerhaven, wo pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 10,8 Lebendgeburten registriert wurden (im Vergleich zu 10,2 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadt Bremen).

Tabelle 5: Geburten, Kinderzahl je Frau und durchschnittliches Alter von Müttern bei Erstgeburt im Jahr 2017[39]

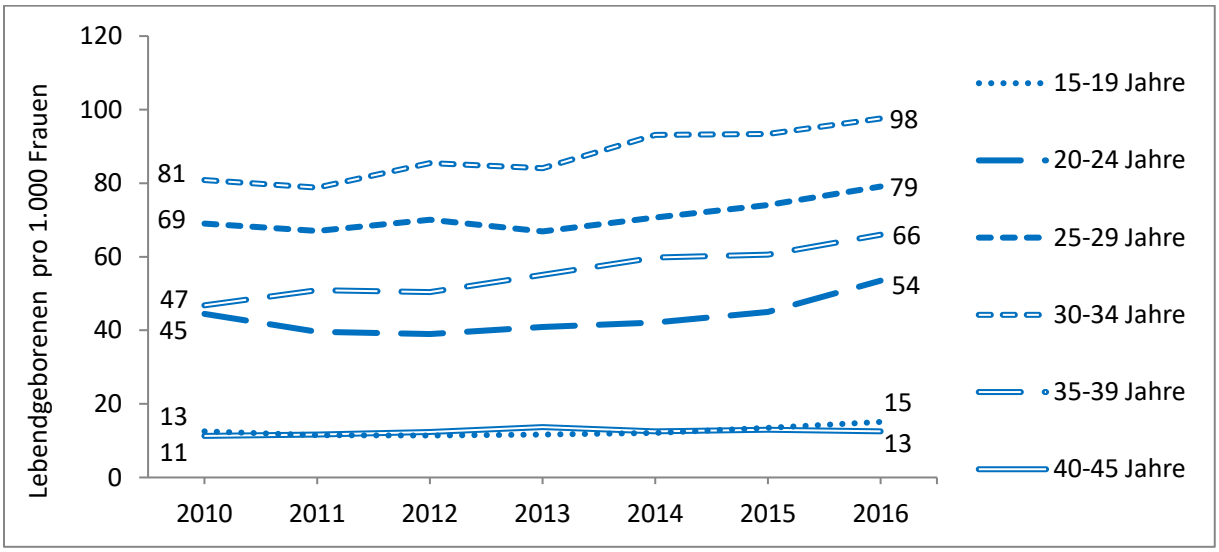
Geburten	Bremen	Bremerhaven	Land Bremen
Anzahl Lebendgeborene	5.779	1.222	7.001
Lebendgeborene je 1.000 der Bevölkerung	10,2	10,8	10,3
Durchschnittliche Kinderzahl je Frau	1,52	1,88	1,58
Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Erstgeburt (Jahre)	31,2	29,5	30,9

Auch ist zu beobachten, dass die Frauen in Bremerhaven bei der Erstgeburt jünger sind als in Bremen – dies ist bereits seit vielen Jahren so. Schaut man sich die Entwicklung der Zahl der Lebendgeburten an, zeigt sich seit einigen Jahren im Land Bremen wie auch deutschlandweit ein kontinuierlicher Anstieg der Geburtenzahlen.

Abbildung 13 zeigt, dass die Zunahme der Geburtenzahlen insbesondere bei den 35 bis 39-jährigen Frauen zu beobachten ist: Brachten in 2010 in dieser Altersgruppe noch 47 von 1.000 Frauen ein Kind zur Welt, so erhöhte sich diese Zahl um circa 40 % auf 66 Lebendgeborene im Jahr 2016.

[39] Statistisches Landesamt Bremen – Bremen Infosystem

Abbildung 13: Rate Lebendgeburten pro 1.000 Frauen (je Altersgruppe der Mütter) im Land Bremen, 2010 bis 2016



Am häufigsten gebären Frauen zwischen 30 und 34 Jahren. Das Statistische Bundesamt erläutert dazu, dass insbesondere Frauen zwischen 30 und 40 Jahren unter derzeit positiven familienpolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ihre Kinderwünsche verwirklichen.[40] Darüber hinaus lässt sich der Geburtenanstieg auch als Folge der Migration erklären, da viele der Frauen sich bei Zuwanderung im gebärfähigen Alter befinden und häufig höhere Geburtenziffern aufweisen.[41]

Geburten per Kaiserschnitt

Die Option eines Kaiserschnittes hat einen wichtigen Beitrag zur Senkung der perinatalen Morbidität und Mortalität geleistet. Dennoch steht der Kaiserschnitt in den letzten Jahren zunehmend im Mittelpunkt der öffentlichen Kritik, denn die Kaiserschnittraten sind in einem Maße angestiegen, dass Zweifel aufkommen, ob diese Entwicklung noch zu einer Steigerung der Gesundheit von Mutter und Kind beiträgt. In Deutschland hat sich die Kaiserschnittrate in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Mittlerweile fällt bei fast jeder dritten Schwangerschaft die Entscheidung für einen Kaiserschnitt, wobei hier erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen sind.[42] Etwa 10 %der Kaiserschnitte sind medizinisch indiziert, bei rund 90 % der Kaiserschnitte liegt eine sogenannte weiche Indikation vor, bei der eine sorgfältige Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind erfolgen muss. Bei 2/3 der Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, wird die nächste Schwangerschaft wieder mit einem Kaiserschnitt beendet. Zu den Folgen beziehungsweise gesundheitlichen Risiken, die mit einer hohen Kaiserschnittrate verbunden sind, gibt es eine Reihe von Studien, die Hinweise auf mögliche langfristige gesundheitliche Nachteile für die Kaiserschnittkinder geben. Diskutiert werden das Risiko für Diabetes Typ 1, Asthma und Übergewicht[43] Ebenso werden negative gesundheitliche

[40] https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/03/PD18_115_122.html
[41] Statistisches Bundesamt (2018), Aktueller Geburtenanstieg und seine Potentiale; destatis/Publikationen
[42] Kolip, P, Nolting, H ,Zich, K (2011) Faktencheck Gesundheit –Kaiserschnittgeburten- Entwicklung und regionale Verteilung, Bertelsmann-Stiftung Gütersloh, 6.
[43] Tavagnanam S et al. (2007) Meta-analysis of the association between caesarean section and childhood asthma. Clinical and Experimental Allergy. 38, 629-633.

Folgen für die Mütter beschrieben.[44] Abbildung 14 zeigt für das Jahr 2016 den Anteil der Frauen, die – unabhängig von ihrem Wohnort – in Bremen per Kaiserschnitt entbunden haben. Bremen liegt in dieser Statistik leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 30,5 %.

Abbildung 14: Anteil der Kaiserschnitte bei Krankenhausgeburten unterteilt nach Bundesländern, 2016[45]

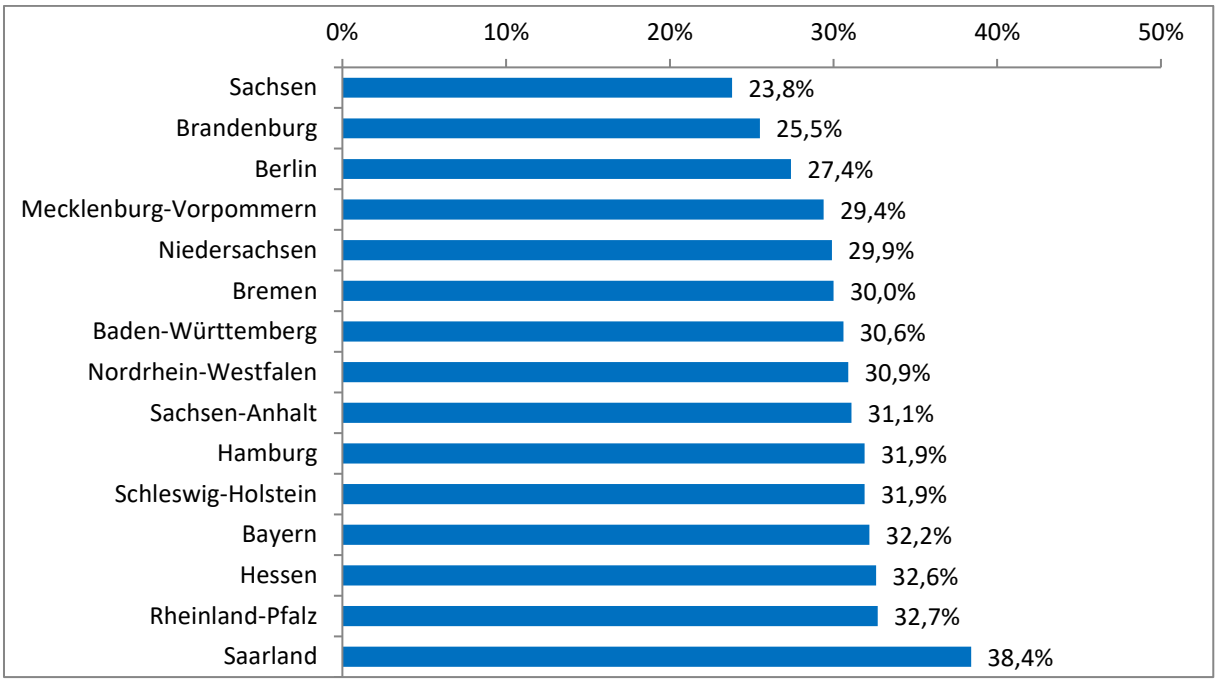
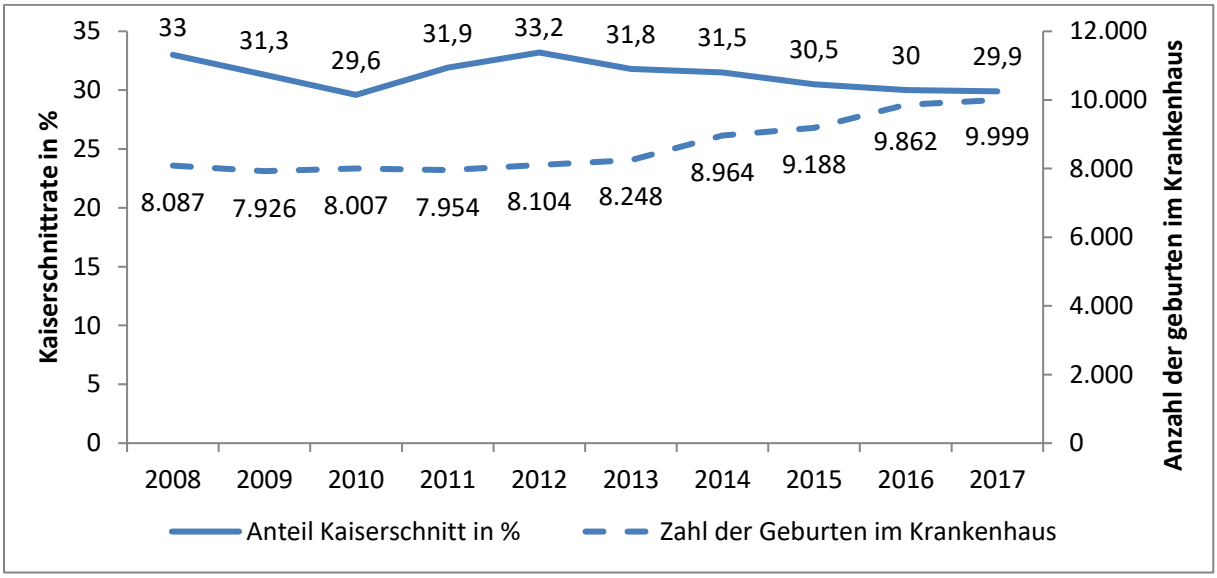


Abbildung 15: Anzahl der Entbindungen und Kaiserschnittrate bei Frauen, die unabhängig von ihrem Wohnort in einem Bremer Krankenhaus entbunden haben (2016)[46,47].



[44] Blanchette H. (2011) The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences?, 687-690
[45] https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/10/PD17_348_231.html
[46] Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
[47] http://www.gbe-bund.de/

Für Bremen lässt sich seit dem Jahr 2012 zudem eine rückläufige Tendenz bei der Häufigkeit durchgeführter Kaiserschnitte feststellen (Abbildung 15). Im Jahr 2016 lag die Kaiserschnittrate bei 30,0 %, im aktuell vorliegenden Jahr 2017 bei 29,9 %. Dieser Wert stellt für das Land Bremen die zweitniedrigste Quote im beobachteten 10-Jahres-Zeitraum dar.[48]

Was tun wir – was planen wir zu tun?

Bündnis natürliche Geburt

Auf Einladung der Senatorin für Gesundheit und der Landesfrauenbeauftragten gründete sich im Jahr 2012 das "Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt". In dem Bündnis haben sich Hebammen, Frauenärztinnen und -ärzte, Kliniken, Kinderärztinnen und -ärzte, Vertreterinnen und Vertreter der Berufsverbände und der Krankenkassen zusammengeschlossen. Ihr gemeinsames Anliegen: Die natürliche Geburt wieder mehr in den Mittelpunkt zu rücken. Das betrifft zum einen die gesellschaftliche Bewertung von Schwangerschaft und Geburt. Außerdem braucht es konkrete fachliche Veränderungen bei der Betreuung von Frauen in allen Settings. Durch gemeinsame Fortbildungen und Fachveranstaltungen werden spezifische geburtshilfliche Themen von den Fachleuten diskutiert und vorangetrieben. Zum Beispiel wurde das Thema der hohen Rate der Re-Sectiones durch Veranstaltungen und öffentlichkeitswirksame Maßnahmen breit diskutiert.

Das Bündnis wendet sich mit seinen Empfehlungen an die Träger von Geburtshilfeeinrichtungen, an die verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufe, die Berufsverbände, an Expertinnen und Experten aus Gesundheits- und Familienpolitik sowie an Vertreterinnen und Vertreter von Kostenträgern.

Schwangerschaftsabbrüche

Warum ist dieses Thema wichtig?

Eine ungewollte, ungeplante oder unbeabsichtigte Schwangerschaft kann dazu führen, dass sich die betroffene Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheidet. Obgleich die Gründe dafür wenig erforscht sind, ist davon auszugehen, dass die Frauen diesen Schritt aus einer für sie schwierigen Situation heraus gehen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es daher wichtig, mehr über das Thema im Land Bremen zu erfahren.

Was wissen wir darüber?

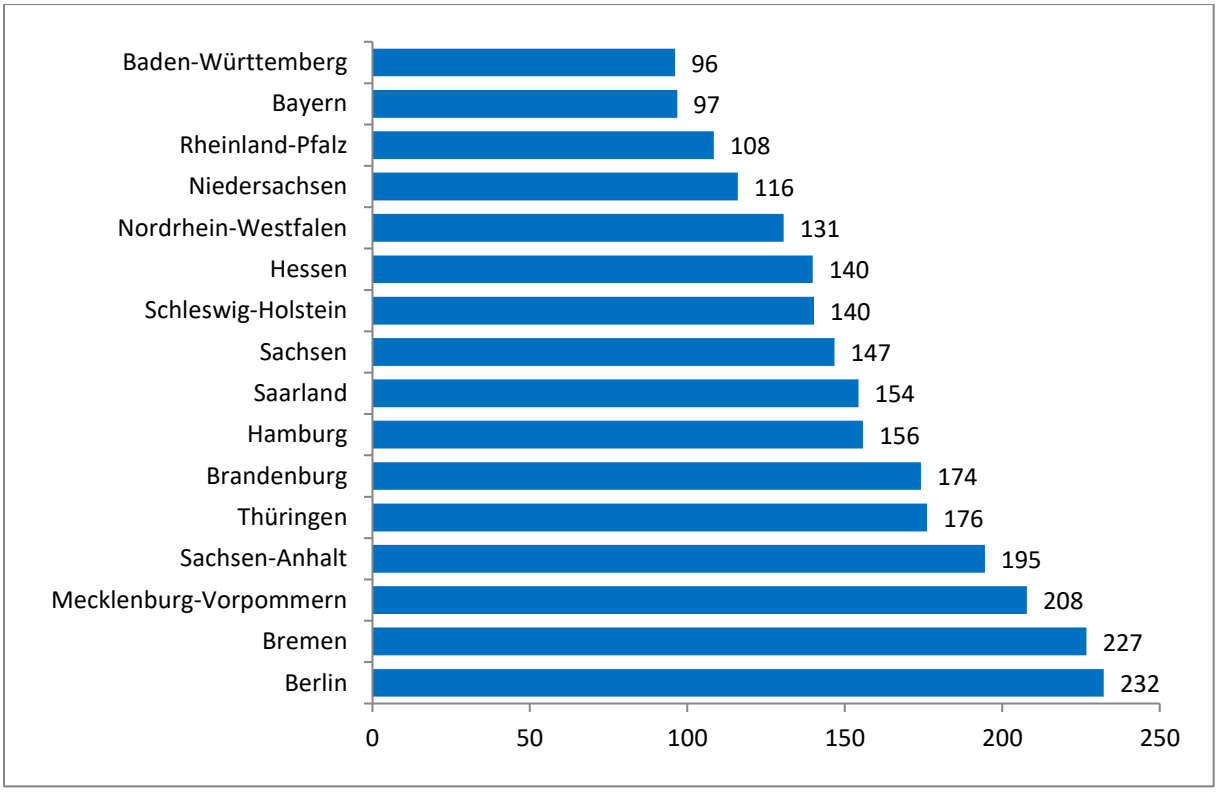
Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar; es gibt aber Ausnahmen. Abbrüche sind straffrei, wenn

- für die Schwangere Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes besteht (***medizinische Indikation***);
- die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt, also zum Beispiel einer Vergewaltigung, beruht (***kriminologische Indikation***);
- die betroffene Frau den Vorgaben der sogenannten ***Beratungsregelung*** folgt: Hierbei muss sich die betroffene Frau drei Tage vor einem Schwangerschaftsabbruch in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle beraten lassen.

[48] Für den Ländervergleich liegen aktuell Daten bis 2016 vor.

Betrachten wir die Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche bundesweit, so zeigt sich, dass in den letzten Jahren Berlin und Bremen die höchsten Raten aufwiesen. Dies belegt auch der Ländervergleich mit Daten aus dem Jahr 2016 (Abbildung 28): Insgesamt wurden im Land Bremen 1.467 Abbrüche bei Frauen mit Wohnsitz im Land Bremen verzeichnet, was einer Quote von 227 Schwangerschaftsabbrüchen je 1.000 Geborenen entspricht.

Abbildung 16: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Geborene (Lebend-und Totgeborene) nach dem Land des Wohnsitzes der Frauen, 2016[49]



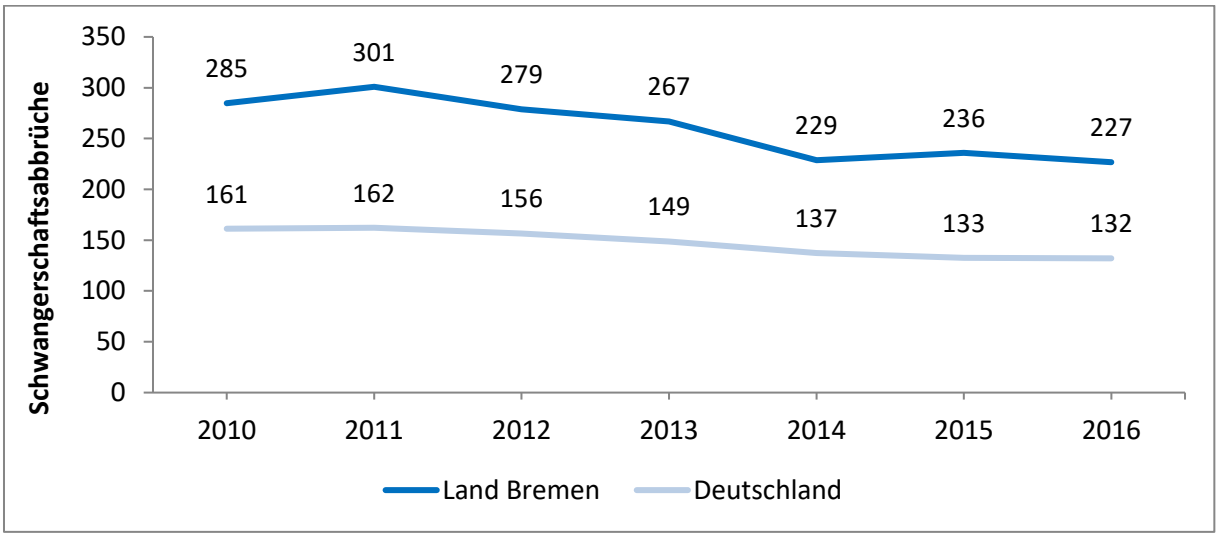
Wie eingangs erwähnt, ist das Wissen um die Gründe für eine Entscheidung zu einem Schwangerschaftskonflikt begrenzt. In einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Frauen zwischen 20 und 44 Jahren in vier Bundesländern wurde als häufigster Grund "Schwierige/keine Partnerschaft“ genannt; an zweiter Stelle steht bei den unter 25-Jährigen "jung/unreif" und bei den über 25-Jährigen "gesundheitliche Bedenken".[50]

In Deutschland wie auch in Bremen ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche rückläufig (Abbildung 17). Gemessen am Jahr 2011 (dem Jahr mit der bundesweit höchsten Quote an Schwangerschaftsabbrüchen) ist die Zahl für ganz Deutschland um circa 19 % zurückgegangen, in Bremen sogar um knapp 25 %. Auch hierfür sind die Gründe nicht hinreichend bekannt – auch nicht, ob beispielsweise die Aufhebung der Verschreibungspflicht für die "Pille danach" hierzu beigetragen hat.

[49] https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/LandWohnsitz.html

[50] BZgA (Hrsg.) (2016), frauen leben 3, Familienplanung im Lebenslauf von Frauen, Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften, https://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/studien/?idx=2748

Abbildung 17: Entwicklung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Geborene (Lebend-und Todgeborene) bei Frauen mit Wohnsitz im Bundesland Bremen und bundesweit, 2010 bis 2016[49]



Was tun wir – was planen wir zu tun?

Damit Frauen bei dieser schwierigen Entscheidung gut beraten und unterstützt werden, gibt es in Bremen eine Reihe von Beratungsstellen. Auf der Webseite der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz ***www.gesundheit.bremen.de*** werden unter der Rubrik Gesundheit – Stichwort: Schwangerschaft/Geburt/Frauengesundheit zahlreiche Informationen und Kontaktdaten bereitgestellt – unter anderem auch dazu, wo Abbrüche durchgeführt werden.

Der letztgenannte Aspekt wird diskutiert. Nach § 219a Strafgesetzbuch ist die Werbung für einen Schwangerschaftsabbruch strafbar. Darunter fällt – nach einem Urteil des Landgerichts Gießen – auch die Information auf der Webseite eines Arztes oder einer Ärztin über die Möglichkeit, bei ihm oder ihr einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz unterstützt die Aufhebung dieses Paragrafen im Strafgesetzbuch auf Bundesebene.

4 Gesundheitsriskante Verhaltensweisen

Warum ist dieses Thema wichtig?

Das Auftreten einer Vielzahl von Erkrankungen (und auch Todesfällen) ist mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen assoziiert. Hierzu zählen zum Beispiel ungesunde Ernährung, Stress, Rauchen, Bewegungsmangel oder Alkoholmissbrauch; aber auch gefährdendes Fahrverhalten im Straßenverkehr oder gewalttätiges Sozialverhalten ließen sich hier einordnen. Um auf der Basis statistisch belastbarer Zahlen Aussagen für die Bremer Bevölkerung treffen zu können, reduziert sich allerdings die Anzahl der hier in Frage kommenden Variablen mangels vorhandener Daten deutlich. Für diesen Bericht greifen wir auf die Daten des Mikrozensus zurück. Regelmäßig, im Abstand von vier Jahren, werden im Rahmen des Mikrozensus bundesweit repräsentativ ausgewählte Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Körpergewicht und Körpergröße sowie nach ihrem Rauchverhalten befragt, so dass an dieser Stelle Aussagen zu Übergewicht und Adipositas sowie zum Rauchverhalten dargestellt werden können.

4.1 Rauchen

Was wissen wir darüber?

Zu den größten verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen zählt das Rauchen, welches eine Vielzahl schwerwiegender Folgeerkrankungen fördert. Hierzu zählen insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Krankheiten der Atmungsorgane (Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen). Abbildung 18 zeigt den Anteil der Raucherinnen und Raucher im Ländervergleich, die im Rahmen der Mikrozensus-Befragung[51] angegeben haben, regelmäßig geraucht zu haben. Unter regelmäßigem Rauchen wird dabei tägliches Rauchen verstanden, auch wenn es sich um geringe Tabakmengen handelt.

Demnach raucht im Land Bremen etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau. In keinem anderen Bundesland ist die Rauchprävalenz bei Frauen höher als in Bremen. Dieser Wert lässt sich offensichtlich auch nicht damit begründen, dass Bremen ein Stadtstaat ist, liegt der Anteil der Raucherinnen in Hamburg mit 15,4 % doch deutlich unter dem von Bremen. Auch bei den Männern ist die Rauchprävalenz vergleichsweise hoch: es gibt lediglich zwei Bundesländer (Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern), die den Anteil von 25,7 % im Land Bremen übertreffen. Bundesweit lässt sich feststellen, dass der Anteil der Rauchenden in den vergangenen Jahren gesunken ist und zwar von 26,4 % auf 22,3 % bei den Männern und von 17,6 % auf 15,3 % bei den Frauen – ein Trend, der bei den Männern im Land Bremen ebenfalls zu beobachten ist; bei den Frauen hingegen zeigt sich seit 2013 wieder eine leicht steigende Tendenz im Land Bremen.

[51] Mikrozensus: Befragung von 1% der Bevölkerung durch die Statistischen Landesämter

Abbildung 18: Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Bundesländern, Mikrozensus 2017[52]

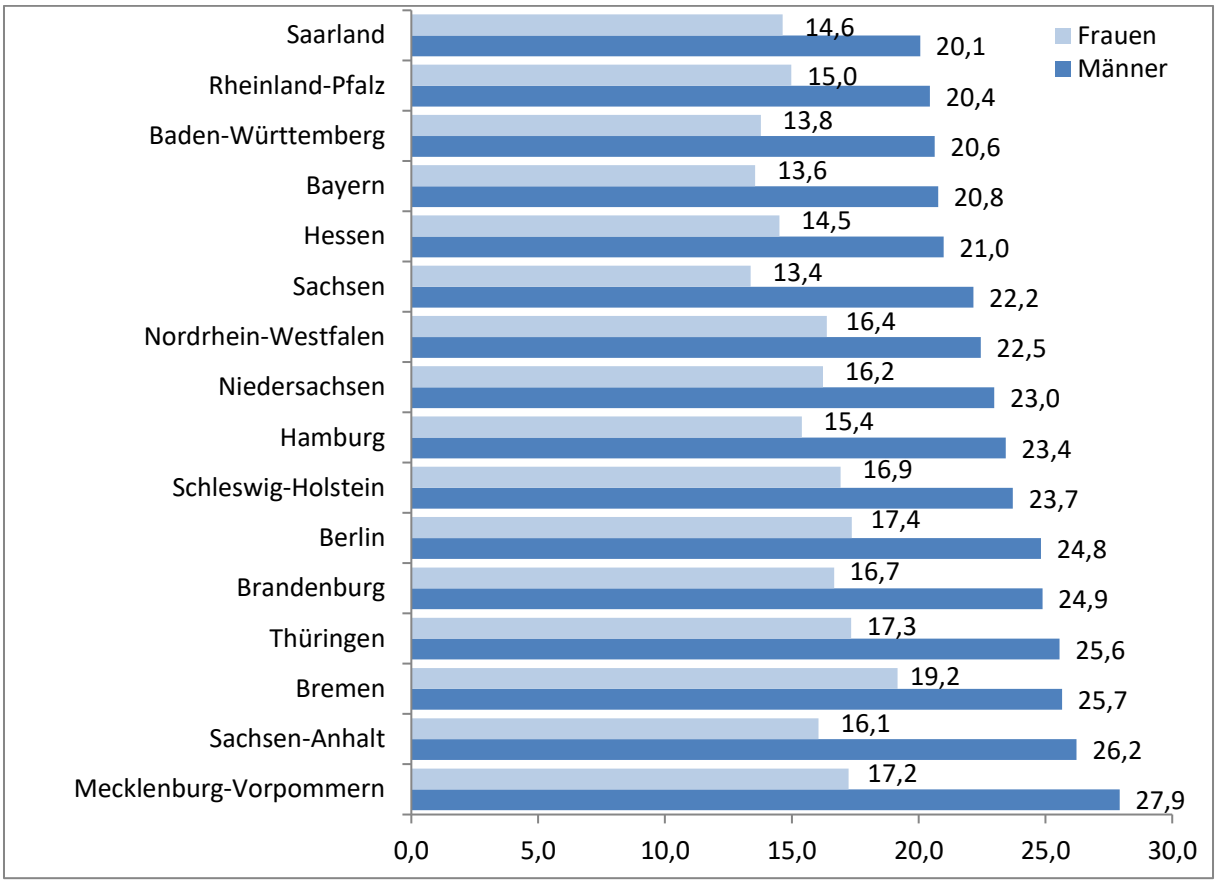
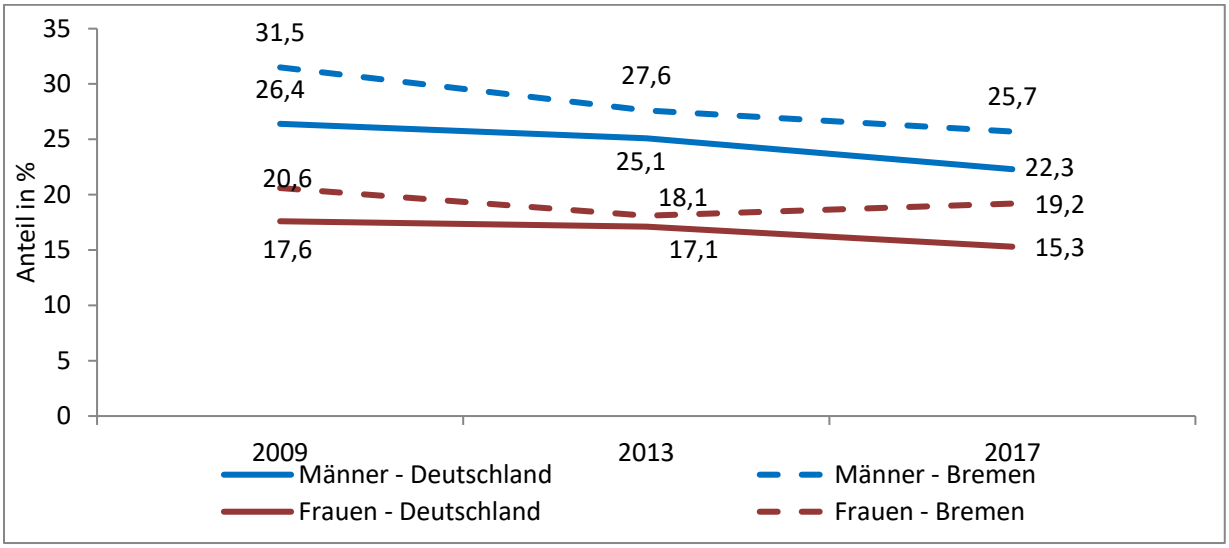


Abbildung 19: Anteil der Raucherinnen und Raucher nach Erhebungsjahr, Mikrozensus 2009, 2013, 2017[52,53,54]



[52] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten5239004179004.pdf?__blob=publicationFile

[53] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten5239004139004.pdf?__blob=publicationFile

[54]https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten 5239004099004.pdf?__blob=publicationFile

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Bremen gehörte zu den ersten Ländern mit einer gesetzlichen Regelung zum Nichtraucherschutz. Das Bremische Nichtraucherschutzgesetz (BremNiSchG) trat bereits zum 01.01.2008 in Kraft und wurde mehrfach geändert. Das Nichtraucherschutzgesetz zielt zwar in erster Linie darauf ab, negative gesundheitliche Auswirkungen des Passivrauchens zu begrenzen – im Nebeneffekt ist aber durchaus beabsichtigt, durch die Maßnahmen (unter anderem Rauchverbote in Gaststätten[55], öffentlichen Einrichtungen, Festzelten, Einkaufspassagen, auf Spielplätzen) auch die Zahl der Raucherinnen und Raucher zu senken.

Auf Bundesebene unterstützt Bremen ein bundesweites Verbot von Tabakaußenwerbung. Darüber hinaus hat Bremen zu einer einstimmig verabschiedeten Initiative der Gesundheitsministerkonferenz 2018 beigetragen, wonach der Bund aufgefordert wird, im Rahmen seiner Anpassung der bundesgesetzlichen Regelung ein Rauchverbot in Fahrzeugen zu erlassen, in denen sich Minderjährige und schwangere Frauen aufhalten. Die Zielsetzung ist, dass die Raucherquote insgesamt sinkt und auch der Anteil rauchender Frauen rückläufig ist. Dies ist jedoch ein langfristiger Prozess.

4.2 Übergewicht und Adipositas

Neben dem Rauchen ist auch ein erhöhter Körperfettgehalt beziehungsweise ein sehr hohes Körpergewicht ursächlich für eine Vielzahl schwerwiegender Erkrankungen. Das am häufigsten verwendete Maß zur Kategorisierung von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) ist der Body-Mass-Index (BMI), der sich aus dem Quotienten von Körpergewicht (in kg) und Körpergröße (in Metern zum Quadrat)[56] errechnet. Zwar lässt der BMI keine direkte Differenzierung zwischen Fett- und Muskelmasse zu, jedoch konnte in einer Vielzahl von Studien gezeigt werden, dass BMI und Körperfettanteil stark miteinander korrelieren, und der BMI somit einen guten Indikator für den Körperfettanteil darstellt. Laut WHO wird bei einem BMI von 25 oder mehr von Übergewicht und bei einem Wert von 30 oder mehr von Adipositas gesprochen. Adipöse Menschen haben erhöhte Krankheitsrisiken vor allem für Bluthochdruck, Typ 2-Diabetes, Koronare Herzkrankheiten und Herzinsuffizienz, Fettstoffwechselerkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen aber auch orthopädische Probleme mit der Folge von Gelenk- und Rückenschmerzen. Abbildung 20 zeigt, basierend auf den Daten des Mikrozensus 2017, den Anteil übergewichtiger und adipöser Erwachsener in den Bundesländern.

Deutschlandweit gelten 62 % der Männer und 43 % der Frauen als übergewichtig oder adipös. Im Vergleich zu anderen Ländern liegt die für das Land Bremen errechnete Prävalenz für Übergewicht von 58,5 % bei den Männern im unteren Viertel und bei den Frauen (42,3 %) im Mittelfeld. Betrachtet man ausschließlich den Anteil stark übergewichtiger (adipöser) Personen (Abbildung 21), belegen die Bremerinnen und Bremer mit 14,6 % bei den Frauen und 18,1 % bei den Männern jeweils einen Platz im oberen Drittel.

[55] mit Ausnahmen

[56] Beispielrechnung BMI für 1,75 m Körpergröße und 70 kg Gewicht: BMI = 70 / (1,75 * 1,75) = 22,86

Abbildung 20: Prävalenz von *Übergewicht und Adipositas (BMI: 25+)* bei Männern und Frauen nach Bundesländern in % Anteilen, Mikrozensus 2017[57]

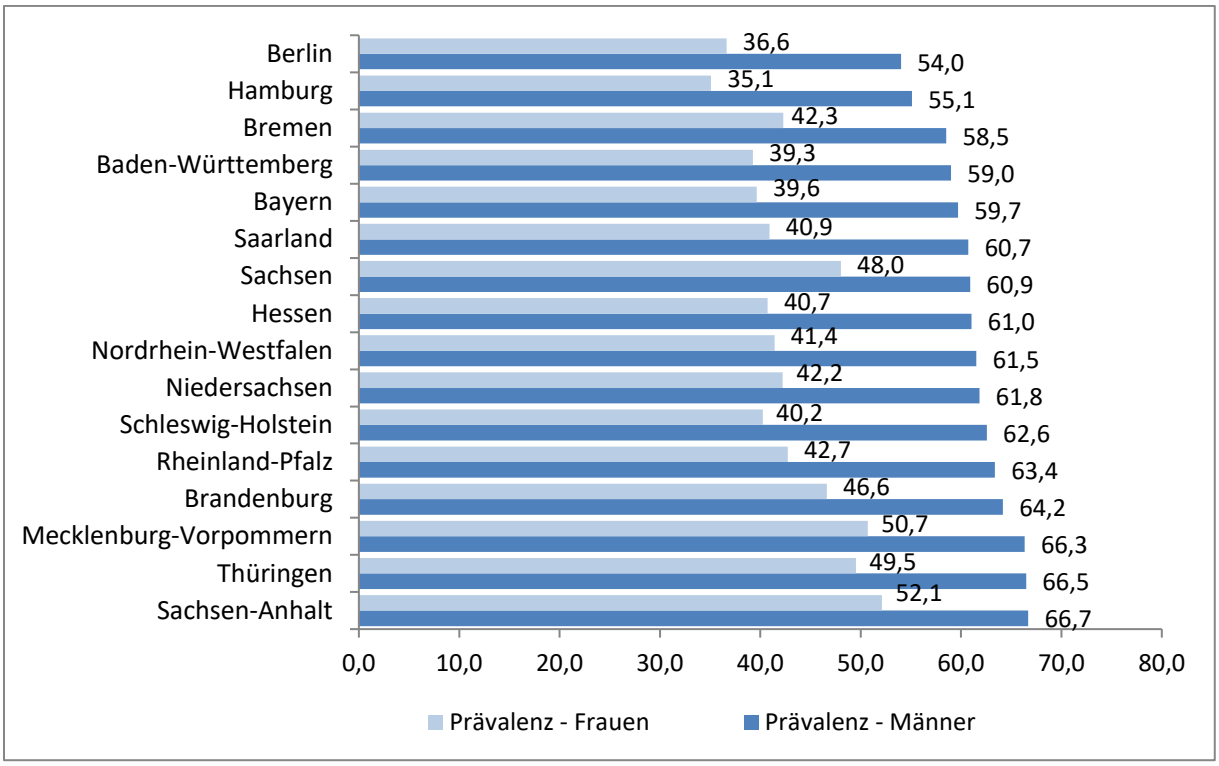
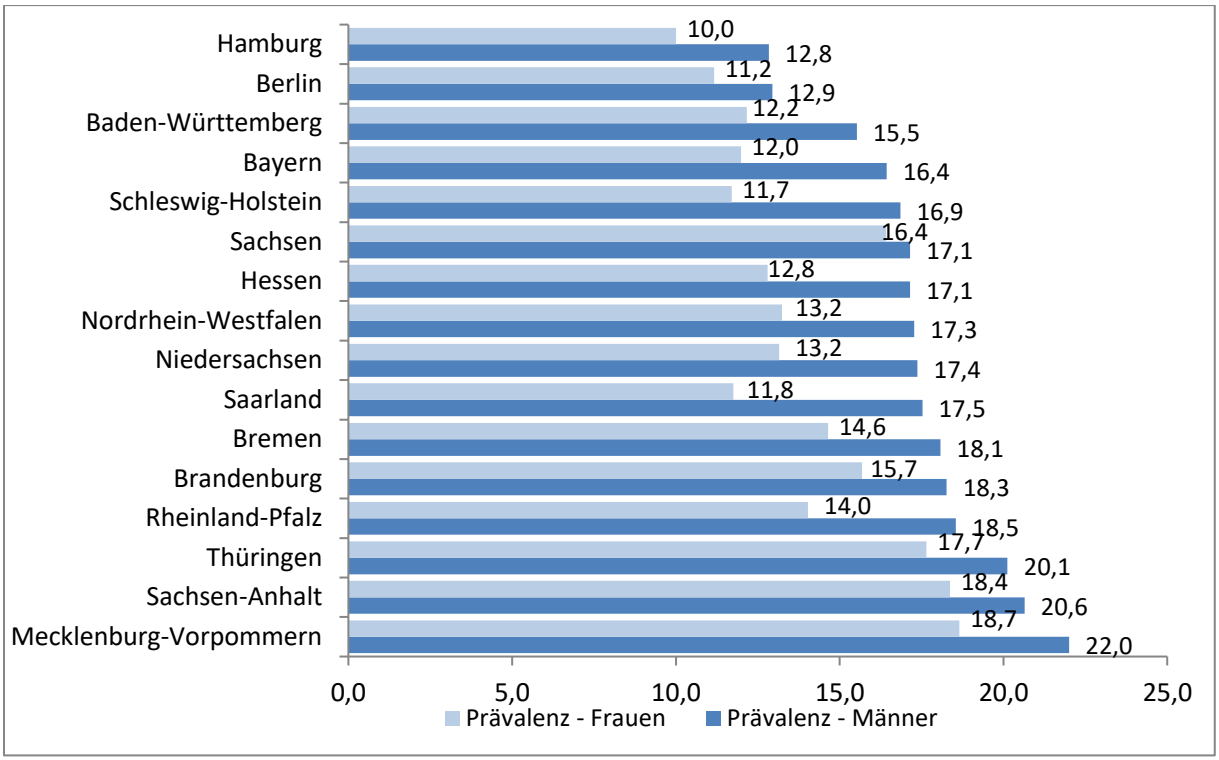


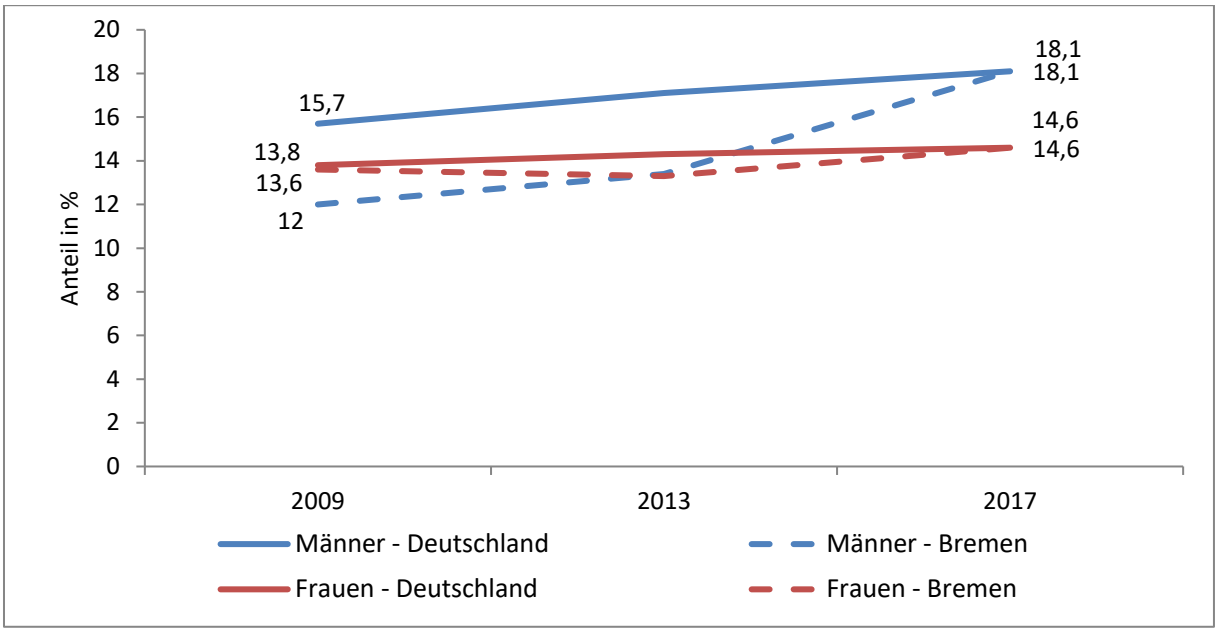
Abbildung 21: Prävalenz von *Adipositas (BMI: 30+)* bei Männern und Frauen nach Bundesländern in % Anteilen, Mikrozensus 2017[57]



[57] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/ Koerpermasse5239003179004.pdf?__blob=publicationFile

Mit Blick auf die zeitliche Entwicklung der Adipositasprävalenz, lässt sich von 2009 bis 2017 bundesweit ein Anstieg von 15,7 % auf 18,1 % bei den Männern und von 13,8 % auf 14,6 % bei den Frauen feststellen (Abbildung 22). Letztes gilt in annähernd gleichem Maße für die Frauen im Bundesland Bremen; für die Bremer Männer muss allerdings festgestellt werden, dass die Adipositasprävalenz im Jahr 2009 (12,0 %) noch fast vier Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt lag, in den darauffolgenden Jahren aber deutlich angestiegen ist und im Jahr 2017 exakt mit dem Bundesdurchschnitt übereinstimmt.

Abbildung 22: Anteil der Adipösen (Männer, Frauen) im Land Bremen nach Erhebungsjahr, Mikrozensus 2009, 2013, 2017[57,58,59]



Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Eine Darstellung der Maßnahmen ist in Kapitel 5.1 enthalten.

[58] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/ Koerpermasse5239003099004.pdf?__blob=publicationFile

[59] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/ Koerpermasse5239003139004.pdf?__blob=publicationFile

5 Kindergesundheit

Da im Kindesalter Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt werden, ist ein Blick auf die Gesundheit in dieser Lebensphase besonders relevant.

5.1 Übergewicht und Adipositas

Warum ist dieses Thema wichtig?

Dass Übergewicht erhebliche gesundheitliche Auswirkungen haben kann, wurde bereits im vorigen Kapitel dargestellt. Für Kinder spielt das Thema Übergewicht eine besondere Rolle: Aus übergewichtigen Kindern werden meist übergewichtige Erwachsene. Bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen treten Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen wie Bluthochdruck häufiger auf als bei Gleichaltrigen mit normalem Körpergewicht, und als Erwachsene haben übergewichtige Kinder und Jugendliche ein höheres Risiko, an Typ 2-Diabetes, Bluthochdruck oder an Herz-Kreislauferkrankungen zu leiden.[60] Darüber hinaus wirkt Übergewicht sozial stigmatisierend, auch oder gerade bei Kindern und Jugendlichen. Die Folgen können psychosoziale Probleme wie ein geringes Selbstwertgefühl, Depressionen, oder soziale Isolation sein; zudem besteht ein erhöhtes Risiko, eine Ess-Störung zu entwickeln.

Was wissen wir darüber?

Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) waren 15,4 % der Kinder im Alter zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland übergewichtig oder adipös.[61] Zwischen Jungen und Mädchen ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, wohl aber zwischen dem Auftreten von Übergewicht und dem sozialen Status. Während jedes vierte Kind mit einem niedrigen Sozialstatus übergewichtig oder adipös war, hatten lediglich 6,5 % der Mädchen beziehungsweise 8,9 % der Jungen mit hohem Sozialstatus Übergewicht oder Adipositas.[62]

Die ***Schuleingangsuntersuchungen*** der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven, an der alle Kinder vor der Einschulung teilnehmen, liefern aktuelle Daten zu Übergewicht und Adipositas bei Bremer Schulanfängerinnen und -anfängern (Tabelle 6). Danach war im Land Bremen jede achte Schulanfängerin oder jeder achte Schulanfänger (12 %) übergewichtig oder adipös, Jungen etwas häufiger als Mädchen (12,7 % versus 11,4 %). In der Stadt Bremen lag der Anteil übergewichtiger oder adipöser Schulanfängerinnen und -anfänger bei 11,7 % und in Bremerhaven bei 13,8 %.

Eine Auswertung der im Jahr 2016 in der Stadt Bremen durchgeführten Schuleingangsuntersuchung zeigt erhebliche Prävalenzunterschiede zwischen Kindern aus Zuwandererfamilien und Kindern ohne Migrationshintergrund sowie zwischen Kindern aus den sozial benachteiligten Bremer Ortsteilen und Kindern aus den am wenigsten belasteten Ortsteilen Bremens. Mit einem Anteil von 15,2 % waren Kinder aus Zuwanderfamilien etwa doppelt so häufig übergewichtig oder adipös wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei diesen Kindern betrug die Prävalenz 7,8 %.[63] Der auffallend hohe Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder aus Zuwandererfamilien ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt. Sozialstrukturelle Faktoren

[60] Schienkiewitz et al. (2018)
[61] Schienkiewitz et al. (2018), Seite 18. Die Daten wurden zwischen 2014 und 2017 erhoben.
[62] Schienkiewitz et al. (2018), Seite 18. Tabelle 1
[63] Tempel, Gerken, Sadowski (2018), Seite 28f

erklären diese hohen Prävalenzen nur zu einem Teil, ausschlaggebender sind offenbar kulturspezifische Vorstellungen darüber, ab wann ein Kind als übergewichtig gilt oder ob Übergewicht überhaupt als ein Problem anzusehen ist.[64]

Tabelle 6: Relatives Körpergewicht Bremer Schulanfänger (Angaben in Prozent)[65]

Gebiet	Anzahl Kinder	Adipös	Übergewichtig	Normalgewichtig	Untergewicht	sehr Untergewichtig	keine Angaben
Bremen							
Insgesamt	4.693	5,1	6,6	79,4	5,9	2,4	0,7
Jungen	2.454	5,6	6,6	79,2	5,2	2,5	0,9
Mädchen	2.239	4,5	6,5	79,6	6,7	2,3	0,5
Bremerhaven							
Insgesamt	1.115	5,8	8,0	72,5	7,2	3,9	2,6
Jungen	584	6,5	8,0	72,4	6,8	3,4	2,7
Mädchen	531	5,1	7,9	72,5	7,5	4,5	2,4
Land Bremen							
Insgesamt	5.808	5,2	6,8	78,1	6,2	2,7	1,0
Jungen	3.038	5,8	6,9	77,9	5,5	2,7	1,2
Mädchen	2.770	4,6	6,8	78,2	6,9	2,7	0,8

Noch deutlicher waren die sozialräumlichen Unterschiede. Bei Kindern, die in einem der sozial benachteiligten Ortsteilen Bremens wohnten, traten Übergewicht oder Adipositas dreieinhalb mal häufiger auf als bei Kindern aus den gut situierten Gegenden der Stadt: 15,9 % im Vergleich zu 4,4 %.[66] Am häufigsten waren Mädchen aus sozial benachteiligten Ortsteilen übergewichtig oder adipös (17,2 %), am wenigsten Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen (3,2 %). In Deutschland hat sich der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher vor einiger Zeit auf hohem Niveau stabilisiert.[67] Auch in den zurückliegenden Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Bremen waren die Prävalenzen im Großen und Ganzen stabil, seit 2005 bewegt sich der Anteil übergewichtiger oder adipöser Schulanfängerinnen und Schulanafänger stets in einem Bereich zwischen 10 % und 12 %.[68] Aus den Daten lässt sich weiter ableiten, dass Untergewicht eher bei Kindern in gut situierten Ortsteilen vorkommt.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Prävention von Übergewicht und Adipositas beginnt bereits im Bereich der frühen Bildung. In Ortsteilen, in denen Kinder überdurchschnittlich häufig übergewichtig sind, ist eine verlässliche Struktur für Bewegungsangebote wie etwa Freiflächen, Spielplätze oder Kooperationen mit Sportvereinen aufzubauen. Hier kann der lokal verankerte Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wichtige Impulse geben und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mitinitiieren.

[64] Siehe Robert Koch-Institut (2008), Seite 120
[65] Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremen 2018/19, Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremerhaven 2018/2019
[66] Tempel, Gerken, Sadowski (2018), Seite 29f
[67] Schienkiewitz et al. (2018)
[68] Siehe Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2017)

Einen wichtigen Beitrag leistet auch der ***Einsatz von Fachkräften für Prävention und Gesundheitsförderung*** an ausgewählten Schulen in Bremen und Bremerhaven. Hierbei handelt es sich um ein im Rahmen des Präventionsgesetzes gefördertes Projekt, das im Februar 2018 gestartet ist und eine Laufzeit von zunächst drei Jahren hat. Kernaufgaben der an zwölf Schulen in Bremen und Bremerhaven eingesetzten Gesundheitsfachkräfte sind Angebote im Bereich der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die im Setting Schule durchgeführt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Ernährung, Stressbewältigung und Bewegungsförderung. Das Projekt zielt auch auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen bei Eltern und auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (einschließlich der gesunden Ernährung) im Schulalltag. Mit dem Setting-Ansatz können auch Kinder und Jugendliche erreicht werden, die ansonsten schwer zur Teilnahme an Gesundheitsprogrammen zu bewegen sind.

Um eine noch bessere Datengrundlage für zielgenaue Maßnahmen zu erhalten, beteiligt sich Bremen 2018/2019 erstmals an einer europäischen Erhebung zur Kindergesundheit mit einem Schwerpunkt auf Adipositas: ***WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI*** *(nähere Informationen siehe Anhang)***.** Die Studie wird vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS durchgeführt. Für die Erhebungen im Land Bremen ist eine Vollerhebung der Klassenstufen 2 und 3 aller öffentlichen Grundschulen Bremens im Zeitraum November 2018 bis Januar 2019 geplant. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz sieht in der Beteiligung an der COSI Erhebung eine Gelegenheit, eine verlässliche Datenbasis für Präventionsmaßnahmen im Schulsetting zu erlangen und fördert dieses Projekt. Da die Erhebung zeitgleich zur Erstellung dieses Landesgesundheitsberichtes erfolgt, ist eine Datenauswertung erst in folgenden Berichten möglich.

Das Thema Ernährungserziehung ist zudem ein verstetigtes Modul im Sachunterricht der Grundschulen und im Unterricht in Welt- und Umweltkunde in den weiterführenden Schulen. Hier wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der die Basis für einen gesunden, selbstreflektierten Umgang der Kinder mit sich und ihrem Körper zum Ziel hat. Oberstes Ziel ist es, die Schülerinnen und Schüler für gesunde Ernährung zu sensibilisieren, diesbezügliche Kenntnisse zu vermitteln und sie auf dem Weg zu kritischen Verbraucherinnen und Verbrauchern zu unterstützen und zu begleiten. Schulen behandeln das Thema Ernährung aber auch in anderen Unterrichtsfächern mit ihren Schülerinnen und Schülern, da die Bildungspläne des Landes Bremen kompetenzorientiert sind und die Inhalte unterschiedlichen Fächern zugeordnet werden können.

Lehrkräfte, die Kinder mit Übergewicht, Adipositas oder Diabetes in der Klasse haben, können sich beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen über diese Formen der Erkrankungen informieren und gegebenenfalls mit den Eltern (bei Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung) die Problematik beraten und Hilfsangebote vermitteln.

In den Kindertageseinrichtungen und bei deren Trägern spielt gesunde Ernährung eine große Rolle und steht gleichzeitig in Verbindung mit aktiver Gesundheitsförderung. Dafür haben die Träger jeweils eigene Konzepte entwickelt, die die aktuellen ernährungswissenschaftlichen Kenntnisse berücksichtigen. Der Eigenbetrieb Kita Bremen setzt seit 2012 ein ganzheitliches Konzept um, das über die Ernährungserziehung hinaus auch andere Bereiche wie Partizipation, Rituale, Essweisen und Elternarbeit berücksichtigt. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Kooperationen zwischen Kitas und Krankenkassen zu diesem Themenfeld.

Die Vernetzungsstelle Schulverpflegung bietet regelmäßig Schulungen und trägerübergreifende Fortbildungsmaßnahmen rund um das Themenfeld "Gesunde Ernährung" für Küchenkräfte, Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher der Kitas, Grund- und weiterführenden Schulen an. In diesem Kontext werden Qualitätsanforderungen sowie Bezugsquellen für die Essensangebote in Kitas und Ganztagsschulen beleuchtet.

Oberste Priorität in der Gemeinschaftsverpflegung in Kita und Schule hat die Realisierung der Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE-Standards), die auch die Vermeidung zucker- und fettlastiger Ernährung beinhaltet. In diesem Kontext achten Kitas und Schulen sehr genau auf gesunde Ernährung.

5.2 Zahngesundheit Bremer Erstklässlerinnen und Erstklässler

Warum ist dieses Thema wichtig?

Zahnkaries ist die wohl am weitesten verbreitete Krankheit in der Bevölkerung. Studien zufolge haben etwa 98 % der in Deutschland lebenden Erwachsenen Karies oder sind von entsprechenden Folgeerkrankungen betroffen. Neben individuellem Leid verursacht Karies nicht unerhebliche Kosten für das Gesundheitssystem. 2016 betrugen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für zahnärztliche Behandlungen inklusive Zahnersatz 13,8 Milliarden Euro, was einem Anteil von 6,6 % an den gesamten Leistungsausgaben der GKV entspricht.[69]

Durch konsequente Mund- und Zahnpflege lässt sich die Entstehung von Karies wirkungsvoll verhindern. Dabei muss das Erlernen und Einüben von Grundlagen der Mundhygiene bereits im frühen Kindesalter beginnen, damit Zähneputzen zur Gewohnheit wird.

Gesunde Zähne sind entscheidend für die Entwicklung der Sprach- und Kommunikationskompetenz bei Kindern. Eine ungestörte Sprachentwicklung ist nur möglich mit gesunden Zähnen und einer korrekten Zahn- und Kieferstellung.

Was wissen wir darüber?

In Deutschland hat sich die Zahngesundheit der Kinder in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten stark verbessert. Dieser positive Trend zeigt sich auch für das Land Bremen, allerdings ist die Zahngesundheit der Kinder im Land Bremen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt durchgängig schlechter.[70]

Zwischen 1995 und 2016 stieg im Land Bremen der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit einem naturgesunden Gebiss (Milchzähne und bleibende Zähne) von über einem Drittel (36,5 %, 1995) auf die Hälfte (49,6 %, 2016).[71] Komplementär dazu sank der Anteil der Erstklässler mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss von mehr als der Hälfte (55,7 %, 1995) auf gut ein Drittel (35 %, 2016).[72] Diese erfreuliche Entwicklung geht auch zurück auf die Aktivitäten im Bereich Kariesprophylaxe nach § 21 SGB V, die in Kindertagesstätten und in Schulen durchgeführt werden. Bis das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) proklamierte Ziel,

[69] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2017)
[70] Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2017), Seite 66 ff
[71] Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (1995), Seite 12. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2017), Seite 68
[72] Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (1995), Seite 12. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2017), Seite 68

wonach bis 2020 mindestens 80 % der 6-Jährigen ein kariesfreies Gebiss haben sollten, erreicht ist, sind jedoch noch erhebliche Anstrengungen nötig.

Aktuelle Daten aus den schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven zeigen gravierende Unterschiede zwischen den beiden Städten (Tabelle 7). Die Screenings erfolgten bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern; sie wurden in 2017 (Bremen) beziehungsweise in 2016 (Bremerhaven) durchgeführt. Für Bremerhaven liegen schulzahnärztliche Befunde aus allen Grundschulen vor, in Bremen wurden 49 von insgesamt 84 Grundschulen aufgesucht. Hier konzentrierte sich das Screening auf Grundschulen in Ortsteilen, in denen sich soziale Problemlagen akkumulieren. 90,2 % der aufgesuchten Bremer Erstklässlerinnen und Erstklässler nahmen an der Untersuchung teil, in Bremerhaven lag die Beteiligungsquote bei 88,4 %.

Für die Stadt Bremen bestätigen die aktuellen Daten im Wesentlichen die Befunde einer im Schuljahr 2013/14 durchgeführten flächendeckenden Untersuchung der Erstklässlerinnen und Erstklässler.[73] Nach den aktuellen Daten hat fast die Hälfte (48,4 %) der Bremer Erstklässlerinnen und Erstklässler ein kariesfreies Gebiss. Bei über einem Drittel (37,6 %) besteht Behandlungsbedarf, und jedes siebte (14,0 %) dieser Kinder hatte ein saniertes Gebiss. 15 % der untersuchten Kinder wurden als Kariesrisikokind eingestuft. Bei diesen Kindern hatten mehr als fünf ***Milchzähne*** Kariesbefall und/oder waren gefüllt oder extrahiert worden, und/oder mindestens ***ein bleibender Zahn*** war kariös oder war bereits gefüllt oder extrahiert worden.

Die Zahngesundheit der untersuchten Bremerhavener Erstklässlerinnen und Erstklässler war deutlich schlechter. Gut ein Drittel (35,0 %) der Kinder hatte ein kariesfreies Gebiss. In den meisten Fällen (46,2 %) waren die untersuchten Gebisse behandlungsbedürftig, etwa jedes fünfte Kind (18,8 %) hatte ein saniertes Gebiss. Gut jedes vierte der in Bremerhaven untersuchten Kinder (26,1 %) war ein Kariesrisikokind.

Tabelle 7: Zahngesundheit von Erstklässlerinnen und Erstklässler in Bremen und Bremerhaven (inklusive 6-7-Jährige aus den Familienklassen)[74]

Gebiet	Natur-gesund/ kariesfrei	behandlungs-bedürftig	saniert	insgesamt	Kariesrisiko-kinder
Bremen (Stadt)					
Anteil	48,4	37,6	14,0	100	15,0
Fallzahl	1.267	985	367	2.619	392
Bremerhaven					
Anteil	35,0	46,2	18,8	100	26,1
Fallzahl	391	515	210	1.116	291

In Sachen Zahngesundheit ist der Interventionsbedarf bei Jungen höher als bei Mädchen. Die geschlechtsspezifische Auswertung der Daten des Bremer Gesundheitsamtes ergab, dass 51,1 % der Mädchen, aber nur 45,8 % der Jungen ein kariesfreies Gebiss hatten. Bei 40 % der Jungen und bei 35,1 % der Mädchen war das Gebiss behandlungsbedürftig, 16,3 % der Jungen und

[73] Becker, Tempel (2016)
[74] Schulzahnärztliche Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter Bremen (2017) und Bremerhaven (2016)

13,5 % der Mädchen galten als Kariesrisikokinder. Auch diese Ergebnisse decken sich im Großen und Ganzen mit den Resultaten der schulzahnärztlichen Untersuchungen im Schuljahr 2013/14 in der Stadt Bremen.[75]

Die enge Korrelation zwischen Gebisszustand und Sozialstatus ist vielfach belegt, schon im Kindesalter zeigt sich dieser Zusammenhang.[76] Mit höherem Sozialstatus verringert sich das Kariesrisiko der Kinder und die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen wächst. In einer sozialräumlichen Analyse schulzahnärztlicher Daten des Bremer Gesundheitsamtes trat der Zusammenhang zwischen Gebisszustand und der sozialen Herkunft deutlich hervor.[77]

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Grundsätzlich sollen in Bremerhaven und in Bremen alle Erstklässlerinnen und Erstklässler vom schulzahnärztlichen Dienst der jeweiligen Gesundheitsämter untersucht werden. Die Teilnahme an den schulzahnärztlichen Untersuchungen ist seit Januar 2017 für Schülerinnen und Schüler der Grundschulen sowie der Sekundarstufe I (5. bis 10. Klasse) verpflichtend.[78]

Kinder und Jugendliche haben nach § 21 SGB V einen Anspruch auf Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnkrankheiten. Diese Maßnahmen werden vornehmlich als Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Träger der Maßnahmen ist die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen (LAJB), die gemeinsam mit niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen sowie mit den schulzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter Aufgaben der Gruppenprophylaxe wahrnimmt.

Darüber hinaus sucht das Gesundheitsamt Bremerhaven im Rahmen der Kariesprophylaxe in allen Bremerhavener Grundschulen die ersten und vierten Klassen auf. Pro Schuljahr finden zwei Besuche statt. Beim ersten Besuch werden die Kinder untersucht und erhalten Prophylaxe-Unterricht, beim zweiten Besuch findet der zweite Prophylaxe-Impuls in Form von Mundhygienetrainings statt, um den Kindern richtiges Zähneputzen zu vermitteln und dieses einzuüben. Zusätzlich finden in vier ausgewählten Schulen mit besonderem Präventionsbedarf (Projektschulen) umfangreichere Maßnahmen, bestehend aus zweimaligen Untersuchungen mit anschließender Fluoridierung in allen Klassenverbänden, statt.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven führt zum Thema Kariesprophylaxe Fortbildungen durch, die für Erzieherinnen und Erzieher in städtischen Krippen verpflichtend sind. Auch die Einrichtungen freier Träger nehmen diese Fortbildungsangebote durchgängig wahr.

Seit einiger Zeit wird bei den schulzahnärztlichen Untersuchungen die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), auch "Kreidezähne" genannt, vermehrt festgestellt. Hierbei handelt es sich um eine Minderermineralisierung der bleibenden großen Backenzähne (Molaren) und der Frontzähne, in extremen Fällen zerfallen die betroffenen Zähne. Die Ursache für MIH ist unklar. Nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen dürfte der Anteil der betroffenen Erstklässlerinnen und Erstklässler im niedrigen zweistelligen Prozentbereich liegen, und im Gegensatz zur Karies wird MIH eher in gut situierten Ortsteilen registriert. Hier sollen schulzahnärztliche Folgeuntersuchungen Klarheit schaffen.

[75] Becker, Tempel (2016), Seite 11
[76] Siehe zum Beispiel Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2017), Seite 225 ff
[77] Becker, Tempel (2016)
[78] Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen (2017), Nr. 8, Seite 9 f

5.3 Impfstatus bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern

Warum ist dieses Thema wichtig?

Impfungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsprävention. Sie gehören zu den wirksamsten und wichtigsten medizinischen Maßnahmen, um Bevölkerungen und Individuen vor bestimmten übertragbaren Krankheiten zu schützen.[79] Impfungen retten jedes Jahr vielen Menschen das Leben. Mithilfe von Impfprogrammen ist es gelungen, eine Reihe von schweren Infektionskrankheiten zurückzudrängen oder - wie beispielsweise die gefürchteten Pocken - zu eliminieren. Impfungen sind daher ein zentrales Element des Vorsorgeprogramms im Kindesalter.

Was wissen wir darüber?

In Deutschland wird jährlich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Impfstatus der angehenden Schulkinder erhoben. Dazu werden die vorgelegten Impfdokumente gesichtet. Die so gewonnenen Informationen erhält das Robert Koch-Institut, das regelmäßig einen Jahresreport zum Durchimpfungsgrad der Schulanfängerinnen und -anfänger veröffentlicht. Im Jahr 2016 wurden deutschlandweit für 91,7 % der Schulanfängerinnen und -anfänger Impfpässe vorgelegt. In absoluten Zahlen ausgedrückt lagen damit für 644.034 Kinder Angaben zum Impfstatus vor.[80]

Auch im Land Bremen erheben die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen den Impfstatus der Kinder. Bei den Schuleingangsuntersuchungen für das Schuljahr 2018/2019 wurde im Land Bremen in 84,1 % der Fälle ein Impfpass vorgelegt. Für 15,6 % der vorgestellten Kinder lag kein Impfpass vor, und in 0,3 % der Fälle gaben die Eltern an, dass sie ihr Kind bewusst nicht impfen ließen. Explizite Impfverweigerung wurde nur für die Stadtgemeinde Bremen dokumentiert. Nach diesen Zahlen lag im Land Bremen die Quote der vorgelegten Impfdokumente unter dem bundesweiten Durchschnitt. Allerdings ist im Land Bremen die Quote vorgelegter Impfdokumente in den letzten Jahren erkennbar von 81,9 %[81] (2016) auf 84,1 % (2018) gestiegen.

In Bremerhaven legten die Eltern deutlich seltener einen Impfpass vor als in der Stadtgemeinde Bremen (74,5 % versus 86,3 %). Im Unterschied zur Stadt Bremen gab es für Bremerhaven keine expliziten Angaben darüber, ob während der Schuleingangsuntersuchung ein Impfpass vorgelegt wurde. Bei der Berechnung der Quoten für Bremerhaven wurde unterstellt, dass für die Kinder, die durchgängig keine Einträge zu den einzelnen Impfungen aufweisen, kein Impfpass vorgelegt wurde. Somit gibt es in Bremerhaven für jedes vierte Kind (25,5 %) und in Bremen für jedes siebte bis achte Kind (13,3 %) keine Informationen über die Inanspruchnahme von Impfungen.

Die im Folgenden dargestellten Durchimpfungsraten beziehen auf die Angaben in den vorgelegten Impfausweisen. Der kollektive Impfstatus von Kindern ohne Impfdokumente lässt sich kaum einschätzen. Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder, für die keine Impfdokumente vorgelegt werden, etwas weniger häufig geimpft sind als Kinder, für die ein Impfausweis vorliegt.

[79] Robert Koch-Institut, 2018a, Seite 335
[80] Robert Koch-Institut, 2018b
[81] Robert Koch-Institut, 2018b

Angesichts der hohen Prozentzahl nicht vorgelegter Impfbücher insbesondere in Bremerhaven (25,5 %) ist daher von einer – allerdings schwer quantifizierbaren – Überschätzung der Impfquoten auszugehen.

Tabelle 8: Grundimmunisierungsraten[82]

Impfungen	Bremen %	Bremerhaven %	Land Bremen %
Kinder mit Impfausweis	N=4.052	N=831	N=4.883
Diphterie	89,4	91,8	89,8
Tetanus	89,5	91,7	89,8
Pertussis	89,3	91,5	89,7
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	89,9	88,2	89,6
Poliomyelitis	92,1	90,4	91,8
Hepatitis B[83]	86,7	86,8	86,7
Masern			
1mal	97,7	98,6	97,9
2mal	92,2	94,0	92,5
Mumps			
1mal	97,2	98,6	97,4
2mal	91,7	94,0	92,1
Röteln			
1mal	97,2	98,4	97,4
2mal	91,7	93,9	92,1
Varizellen			
1mal	77,9	83,3	78,8
2mal	71,5	77,5	72,6
Meningokokken	88,2	93,7	89,2
Pneumokokken			
3mal	81,7	86,0	82,8
Rotaviren	19,2	Keine Angaben	Keine Angaben

Im Land Bremen bewegten sich die Impfquoten der Schulanfängerinnen und -anfänger für die meisten Impfungen um die 90 %-Marke[84] und darüber, mit Ausnahme der Impfungen gegen Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren (nur Stadt Bremen) und Varizellen (Tabelle 8). Die besonders niedrigen Impfquoten bei Rotaviren und Varizellen rühren daher, dass erst seit relativ kurzer Zeit gegen diese beiden Erreger geimpft wird. Gegen Varizellen, den Erregern der Wind-

[82] Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremen Schuljahr 2018/2019, Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremerhaven Schuljahr 2018/2019.

[83] Für die Impfungen Hib, Polio und Hepatitis B variiert die notwendige Anzahl an Impfungen zur Grundimmunisierung, da sowohl monovalente als auch Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Der Berechnung liegt in der Folge zugrunde, dass mind. 4 Impfungen erfolgt sein mussten, um von einer Grundimmunisierung auszugehen. Ausnahmsweise wurden 3 durchgeführte Impfungen als Grundimmunisierung eingeschlossen, wenn explizit auf die Verwendung des monovalenten Impfstoffes hingewiesen wurde.

[84] Wenn die Durchimpfungsraten zwischen Menschen übertragener Infektionskrankheiten ausreichend hoch sind, so können sich Krankheitserreger nicht mehr ausbreiten innerhalb der Bevölkerung (Herdenprotektion), wodurch auch nicht immunisierte Menschen geschützt werden. Die notwendigen Durchimpfungsraten variieren je nach Erregertyp beziehungsweise Infektionskrankheit.

pocken, wird seit 2004 und gegen Rotaviren seit 2013 gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) standardmäßig geimpft. Insgesamt betrachtet lagen die Impfquoten für nahezu alle Impfungen in Bremerhaven über den Impfquoten in der Stadt Bremen, wenngleich zum Teil auch nur marginal.[85]

Diskrepanzen sind auch für die Impfungen Masern, Mumps und Röteln zu beobachten: So erhielten im Land Bremen über 97 % der vorgestellten Kinder die erste Impfung, während die zur Grundimmunisierung benötigte zweite Impfung in lediglich gut 92 % der Fälle durchgeführt wurde. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angestrebte 95 % Durchimpfungsrate (erste und zweite Impfung) zur Elimination von Masern und Röteln ist somit bislang nicht erzielt worden.[86] Deshalb hat das Bundesgesundheitsministerium in einem Nationalen Aktionsplan Strategien zum Erreichen der angestrebten Durchimpfungsraten formuliert.[87] Das folgende Kapitel geht noch einmal gesondert auf das Thema Masern ein.

Was tun wir – was planen wir?

Nach § 34 (10a) Infektionsschutzgesetz (IfSG)[88] müssen Eltern vor dem Kindergartenbesuch ihres Kindes gegenüber der Kindertagesstätte nachweisen, dass sie vor kurzem – zum Beispiel im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung des Kindes – eine Impfberatung in Anspruch genommen haben. Ist eine Beratung erfolgt, händigt der Kinderarzt eine Teilnahmekarte aus. Können die Eltern diese nicht vorweisen, erfolgt eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt Bremen oder Bremerhaven. Die Sorgeberechtigten können dann zu einer Beratung eingeladen werden.

Bei Bedarf wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen auf empfohlene Schutzimpfungen hingewiesen. Das Gesundheitsamt Bremen führt zudem regelmäßig Impfaktionen für Masern, Mumps und Röteln (MMR) in den 5. Klassen an öffentlichen und privaten allgemeinbildenden Schulen durch, um Impflücken festzustellen und zu schließen. In den 7. Klassen bietet das Gesundheitsamt Impfungen gegen Hepatitis B an. Die Teilnahme an diesen Aktionen ist für die Schülerinnen und Schüler freiwillig, eine Inanspruchnahme der Impfung bedarf der Zustimmung der Eltern.

5.3.1 Exkurs: Bekämpfung der Masern

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die durch einen Virus ausgelöste Masernerkrankung ist kein im Grunde genommen harmloser Infekt, wie es in der Bezeichnung "Kinderkrankheit" anklingt. Masern sind hochansteckend und gefährlich. 20 % bis 30 % der Masernerkrankungen werden von teilweise schweren Komplikationen begleitet, die bleibende Schäden wie Erblindung oder Gehirnschädigungen nach sich ziehen können. Davon abgesehen erkranken nicht nur Kinder, sondern häufig auch Erwachsene, die als Kinder keine Maserninfektion durchgemacht haben und die nicht geimpft sind. Gerade bei nicht-immunisierten Erwachsenen können Maserninfektionen schwere, mitunter auch tödliche Verläufe nehmen.

[85] Anmerkung: Es besteht aufgrund der Methodik zur Berechnung der vorgelegten Impfpässe die Gefahr der Überschätzung der Quoten, wodurch die Vergleichbarkeit der herangezogenen Daten aufgrund unterschiedlicher Methodik in der Erhebung kritisch zu betrachten ist.
[86] World Health Organization, 2012
[87] Bundesgesundheitsministerium, 2015
[88] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J.

Für 2016 schätzt die WHO knapp 90.000 Maserntote weltweit, zumeist handelt es sich um nichtgeimpfte Kinder im Alter unter fünf Jahren.[89] Masern gehören zu den global häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern. Mittlerweile zeigt der Kampf gegen die Masern deutliche Erfolge. Zwischen 2000 und 2016 sank die (geschätzte) Zahl der Maserntoten weltweit um 84 % von circa 550.000 auf etwas unter 90.000. In diesem Zeitraum verhinderten Masernimpfungen schätzungsweise 20,5 Millionen Todesfälle durch Masernerkrankungen.[90]

Die Bekämpfung der Masern bis hin zur Ausrottung ist ein erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Um dieses Ziel zu erreichen, müssen mindestens 95 % der Bevölkerung zweimal gegen Masern geimpft worden sein. Erst die zweite Impfung gewährleistet den vollen Schutz, und ab einer Impfquote von 95 % besteht eine so genannte Herdenprotektion, die auch nicht geimpfte Menschen vor Maserninfektionen schützt.

Was wissen wir darüber?

In Deutschland schwankt die Zahl der gemeldeten Masernfälle von Jahr zu Jahr erheblich zwischen über hundert Fällen bis zu mehreren tausend. Im Land Bremen liegt die Zahl der jährlichen Fälle für gewöhnlich im unteren einstelligen Bereich, in manchen Jahren treten auch keine Masern auf. Das Jahr 2003 mit 34 Masernfällen bildet eine Ausnahme. Vorausgegangen war ein Masernausbruch in einer Waldorfschule im Bremer Umland, bei dem über 150 Schülerinnen und Schüler erkrankten. Dabei infizierten sich auch Bremer Kinder, die Freunde in der betroffenen Schule hatten.

Für Deutschland ergab die Auswertung der Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung 2016, dass zumindest bei der ersten Masernimpfung alle Bundesländer das Ziel einer Mindestimpfquote von 95 % erreicht hatten. Bei der für die Masernausrottung notwendigen zweiten Impfung wurde bundesweit eine durchschnittliche Quote von immerhin knapp 93 % erreicht.[91]

Für das Land Bremen ergeben sich anhand der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2018/2019 ähnliche Werte. Fast 98 % der Kinder, für die ein Impfpass vorgelegt wurde, waren mindestens einmal geimpft worden, eine zweite Impfung hatten gut 92 % der Kinder (Tabelle 9). In Bremerhaven lagen die Impfquoten etwas höher als in der Stadt Bremen. Es sei aber noch einmal angemerkt, dass sowohl in Bremen als auch in Bremerhaven für einen nicht unerheblichen Teil der vorgestellten Kinder kein Impfpass vorlag und von daher die tatsächlichen Impfquoten geringer sein dürften.

Tabelle 9: Masernimpfquoten Bremer Schulanfängerinnen und Schulanfänger[92]

Gebiet	Anteil/Fallzahl	Kinder mit Impfpass	eine Impfung gegen Masern	zwei Impfungen gegen Masern
Bremen	Anteil	86,3	97,7	92,3
	Fallzahl	4.052	3.960	3.736
Bremerhaven	Anteil	74,5	98,6	94,0
	Fallzahl	831	819	781
Land Bremen	Anteil	84,1	97,9	92,5
	Fallzahl	4.883	4.779	4.517

[89] World Health Organization (2018)
[90] World Health Organization (2018)
[91] Robert Koch-Institut (2018). Seite 152 ff
[92] Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremen Schuljahr 2018/2019, Schuleingangsuntersuchung Gesundheitsamt Bremerhaven Schuljahr 2018/2019.

Die ortsteilbezogene Auswertung der Impfquoten für die ***Stadt Bremen*** zeigte eine bessere Impfquote für die zweite Masernimpfung bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen im Vergleich zu Kindern aus Ortsteilen mit niedrigerem Sozialstatus. Des Weiteren wurde ermittelt, dass bei Kindern aus Zuwandererfamilien die Impfquote für die zweite Masernimpfung unter der der übrigen Kinder lag.[93]

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Während der Schuleingangsuntersuchung wird auf die Notwendigkeit einer zweiten Impfung gegen Masern hingewiesen, sofern diese noch nicht erfolgt ist. Ferner organisieren die Gesundheitsämter Aufklärungskampagnen und geben anlassbezogen Impfempfehlungen ab.

Wie bereits beschrieben führt das Bremer Gesundheitsamt gruppenbezogene Impfaktionen zu Masern, Mumps und Röteln (MMR) in den 5. Klassen durch, um für nicht geimpfte Kinder die Erstimpfung oder für nur einmal Geimpfte die zweite Impfung nachzuholen.[94] Angesichts beschränkter Personalressourcen ist die Aufrechterhaltung dieses Programms allerdings gefährdet.

5.4 Stärkung der Suchtprävention für junge Menschen im Land Bremen – Schulbus und FreD

Die Bremer Landesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag das Ziel gesetzt, die Suchtprävention für junge Menschen zu stärken. Um konkret zu wissen, welche Suchtverhalten junge Menschen in Bremen zeigen, wird die Studie ***Schulbus - Schüler- und Lehrerberfragung zum Umgang mit Suchtmitteln*** - seit 2017 durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz mit Beteiligung weiterer Ressorts[95] gefördert. Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung von Schülerinnen und Schülern dienen als Grundlage, um geeignete Maßnahmen zu problematischem Suchtverhalten zu entwickeln und im Land Bremen anbieten zu können.

Ein weiterer Baustein zur Stärkung der Suchtprävention ist die Einführung des Programms ***FreD – Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten in Bremen und Bremerhaven*** seit dem Jahr 2018. FreD ist ein kostenfreies Kursangebot für Jugendliche und junge Heranwachsende, die in der Regel erstmals durch den Besitz von Cannabis für den Eigengebrauch polizeilich aufgefallen sind. Diese Jugendlichen und jungen Heranwachsenden werden durch die Polizei über die Möglichkeiten zur Teilnahme an einem FreD-Kurs informiert. Der Kurs kann auch ohne Auffälligkeit auf rein freiwilliger Basis besucht werden. Die Beratung wird für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene angeboten und von der SWGV gefördert. FreD ist in nahezu allen Bundesländern eingeführt und hilft Jugendlichen und jungen Menschen, den eigenen Substanzkonsum kritisch zu reflektieren und vermittelt ggf. in weiterführende Hilfen.

[93] Gesundheitsamt Bremen (2017)
[94] Siehe dazu Zimmermann, Huppertz, Sadowski (2015)
[95] Senatorin für Kinder und Bildung Bremen/Landesinstitut für Schule und Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport

6 Woran sterben die Bremerinnen und Bremer

Warum ist dieses Thema wichtig?

Aussagen zu Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen erlauben es, Rückschlüsse auf die Gesundheit einer Bevölkerung zu ziehen. Die Lebenserwartung ist ein häufig verwendetes Maß zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage. Die durchschnittliche Lebenserwartung gibt die Anzahl von Jahren an, die ein Mensch bei Geburt nach den zum aktuellen Zeitpunkt geltenden Sterblichkeitsverhältnissen voraussichtlich noch leben könnte.[96]

Insgesamt nimmt die Lebenserwartung in Deutschland zu: So betrug die Lebenserwartung im Jahr 1950 bei Frauen nur 68,5 Jahre und bei Männern 64,6 Jahre, im Zeitraum 2015-2017 hingegen 83,2 Jahre bei Frauen und 78,4 Jahre bei Männern.[97]

Weitere Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung lassen sich aus der Todesursachenstatistik ableiten. Neben Aussagen zu Todesursachen, regionalen Häufigkeiten und zeitlichen Trends kann sie auch Hinweise geben, wie es um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bestellt ist. Hierzu betrachtet man die vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit. Die vorzeitige Sterblichkeit beschreibt die Sterbefälle, die deutlich vor der Lebenserwartung stattfinden, zum Beispiel unter 65 Jahren. Die vermeidbare Sterblichkeit ist noch etwas differenzierter. Hier werden Sterbefälle mit ausgewählten Todesursachen gezählt, die bei angemessener Therapie und Vorsorge hätten verhindert werden können.

Die Säuglingssterblichkeit gehört zu den wichtigsten Indikatoren zur allgemeinen Bewertung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung und zur Beurteilung der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland drastisch gesunken. Diese Verringerung ist eine wichtige Ursache für die langfristige Erhöhung der mittleren Lebenserwartung.[98]

6.1 Lebenserwartung

Für die Jahre 2014-2016 betrug die Lebenserwartung bei Geburt im Land Bremen 82,4 Jahre für Frauen und 77,2 Jahre für Männer. Damit liegt das Land Bremen im Bundesvergleich auf dem vorletzten Platz (siehe Abbildung 23). Die Gründe hierfür können nicht exakt ermittelt werden. Vieles spricht aber für eine Mischung aus sozioökonomischen Faktoren, die nachweislich einen Einfluss auf die Lebensqualität, Gesundheit und Krankheit haben. So werden als mögliche Einflussfaktoren zum Beispiel Bildung, Einkommen und der Erwerbsstatus diskutiert.[99] Im bundesweiten Vergleich verzeichnet Bremen beispielsweise die höchste Arbeitslosenquote (siehe Kapitel 2.2).

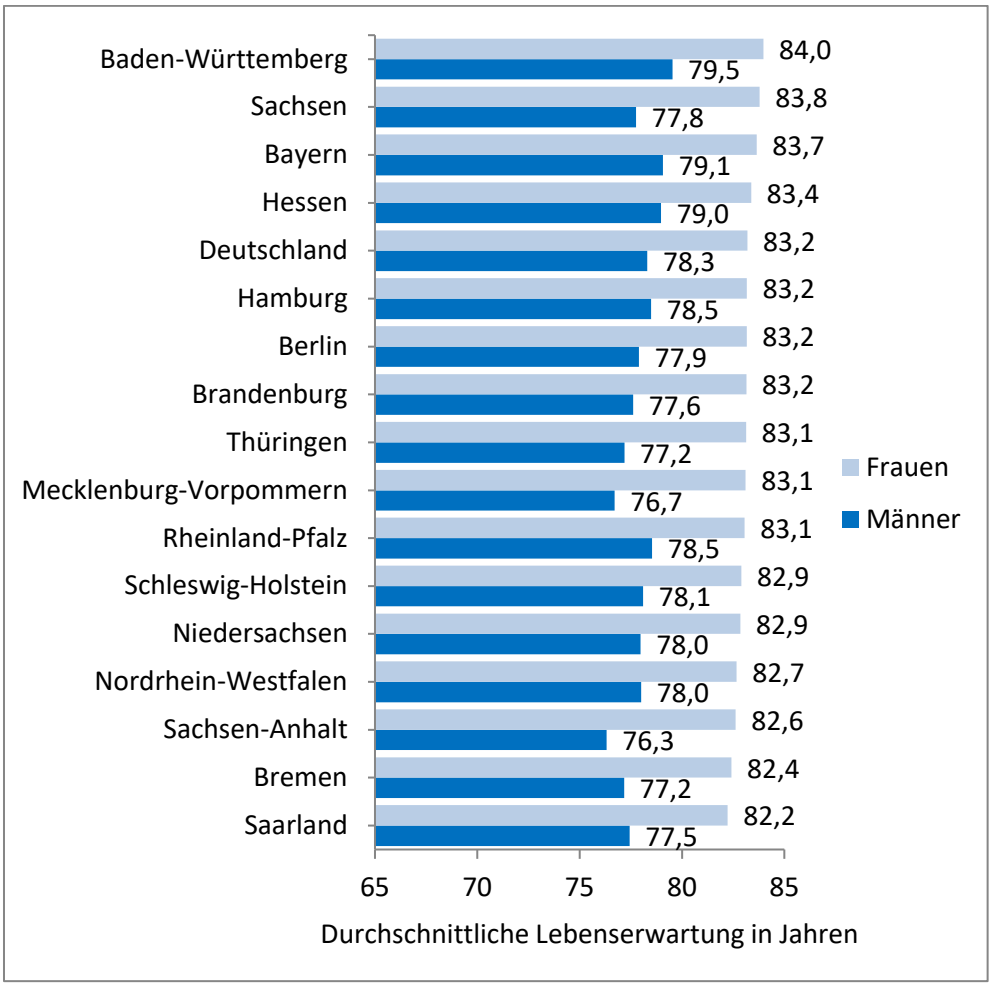
[96] Statistisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/FAQ/LebenserwartungPersonen.html

[97] Statistisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18_404_12621.html;jsessionid=DFD8BCBE26B93E2B7ECDBE4ECD59E4F8.InternetLive2

[98] Robert KochInstitut (Hrsg.) (2011). Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin.

[99] Robert KochInstitut (Hrsg.) (2011). Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin.

Abbildung 23: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Ländervergleich, 2014-2016[100]



Aber auch erwerbstätige Personen mit geringer beruflicher Qualifikation sind häufiger stärkeren gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz ausgesetzt als besser Qualifizierte. Zusätzlich leben Personen mit einem niedrigen Einkommen eher unter nachteiligen Wohnbedingungen wie feuchten Wänden, Schimmel und Schadstoffbelastungen, die wiederum Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Auch treten Übergewicht und Adipositas bei Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen häufiger auf. Deutschlandweit liegt der Anteil adipöser Bremerinnen und Bremer im oberen Drittel (siehe Kapitel 4.2). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten lassen sich außerdem für die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen belegen.[101]

Auch innerhalb des Landes Bremen gibt es regionale Unterschiede. In der Stadt Bremen ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bei den Frauen etwa zwei Jahre und bei den Männern etwa drei Jahre höher als in der Stadt Bremerhaven.

[100] Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de
[101] Lampert, Mielck (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit Jg. 8, Heft 2 (April): 7–16

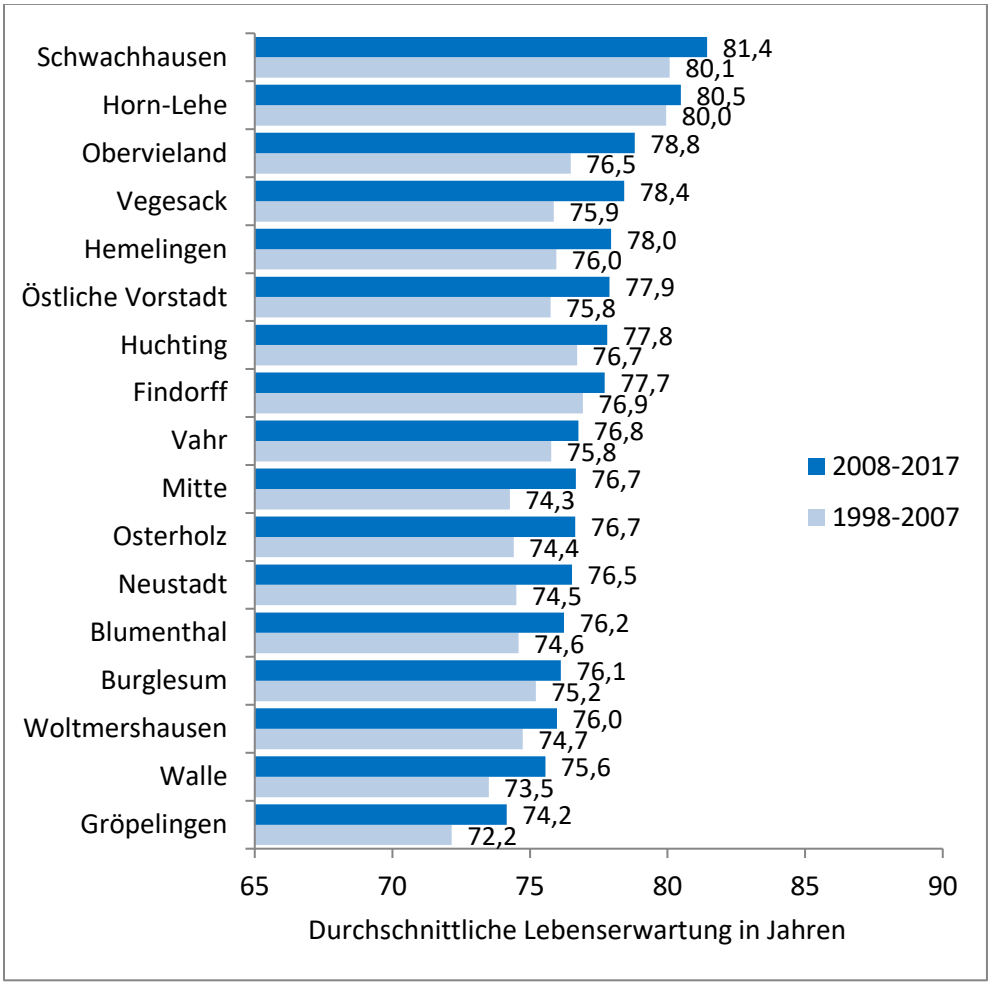
Tabelle 10: Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren bei Geburt in den Stadtgemeinden, 2015/2017[102]

Geschlecht	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
Männer	77,76	74,74
Frauen	82,93	80,73

Deutschlandweit liegt Bremerhaven unter den kreisfreien Städten bei der Lebenserwartung auf dem vorletzten Platz, während sich die Stadt Bremen im Bundesvergleich im unteren Drittel befindet.[103] Die Lebenserwartung in der Stadt Bremen ist damit ähnlich wie in den Städten Düsseldorf, Hannover und Berlin. Mögliche Gründe für die Unterschiede in der Lebenserwartung können in Unterschieden in der sozialen Lage zwischen Bremen und Bremerhaven liegen (vgl. hierzu das Kapitel „Soziale Lage“).

In allen Stadtteilen Bremens und in den Städten Bremen und Bremerhaven ist die Lebenserwartung über die Zeit angestiegen und der Unterschied zwischen den Geschlechtern geringer geworden (siehe Abbildung 24 und Abbildung 25).

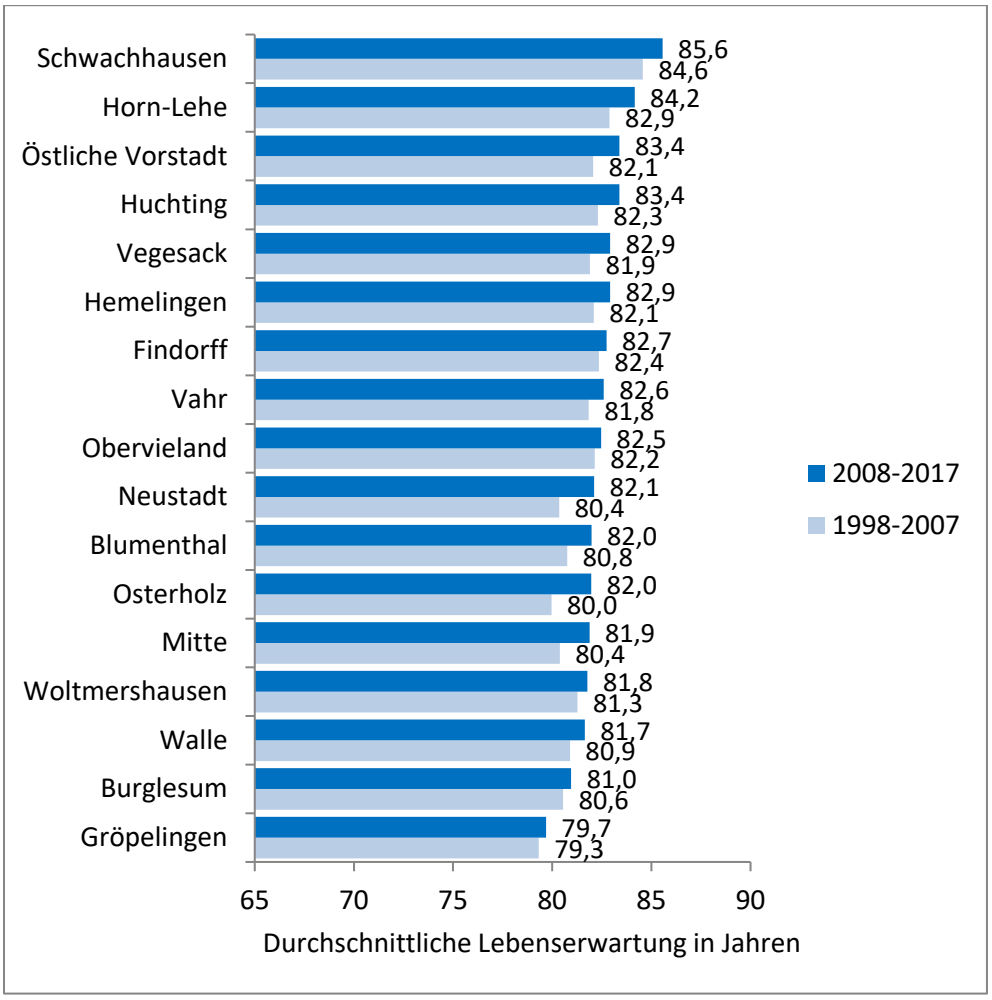
Abbildung 24: Durchschnittliche Lebenserwartung der Männer bei Geburt in den Stadtteilen Bremens im Vergleich der Zeiträume 1998 bis 2007 gegenüber 2008 bis 2017[104]



[102] Statistisches Landesamt Bremen
[103] www.inkar.de
[104] Bremen kleinräumig, Statistisches Landesamt Bremen

Die höchste Lebenserwartung haben Männer und Frauen in Schwachhausen; die niedrigste hingegen ist im Stadtteil Gröpelingen zu beobachten. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen diesen beiden Stadtteilen Bremens beträgt bei Männern 7,2 Jahre, während der Unterschied bei Frauen mit 6 Jahren geringer ausfällt. Der Vergleich der beiden betrachteten Zeitintervalle (1998 bis 2007 und 2008 bis 2017) zeigt zudem, dass sich die Differenz über die Jahre nur unwesentlich verändert hat. Bei Männern hat sich der Abstand um 0,7 Jahre reduziert – bei den Frauen um 0,6 Jahre.

Abbildung 25: Durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen bei Geburt in den Stadtteilen Bremens im Vergleich der Zeiträume 1998 bis 2007 gegenüber 2008 bis 2017[105]



Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen ist in allen Bundesländern zu beobachten. Als Ursachen wird ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Komponenten diskutiert. So wird davon ausgegangen, dass soziale, ökonomische und kulturelle Variablen, die sich in geschlechtsdifferenten Verhaltensweisen und Lebensumständen widerspiegeln, eine Rolle spielen. Im Vergleich zu Frauen verhalten sich Männer häufig gesundheitsschädigender (zum Beispiel bezogen auf das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum) und risikoreicher (zum Beispiel Unfälle durch riskantes Verhalten im Straßenverkehr) und sie begehen häufiger Suizide (siehe unten). Dazu kommt, dass Männer im ganzen Lebenszyklus gesundheitlich labiler sind, wie sich beispielsweise in der erhöhten Säuglingssterblichkeit von

[105] Bremen kleinräumig, Statistisches Landesamt Bremen

Jungen im Vergleich zu Mädchen und einer höheren Sterblichkeit in allen Altersgruppen beobachten lässt. Eine weitere wichtige Erklärung für den Unterschied in der Lebenserwartung ist, dass Männer häufiger unter gesundheitlich belastenden Bedingungen arbeiten als Frauen.[106]

6.2 Todesursachen

Aktuelle Daten zu den Todesursachen liegen für das Jahr 2015 vor. In 2015 sind im Land Bremen insgesamt 7.811 Menschen (Männer: 3.839, Frauen: 3.972) verstorben (Tabelle 11). Die häufigsten Todesursachen über alle Altersgruppen hinweg betrachtet waren Krankheiten des Kreislaufsystems (38,7 %), Krebserkrankungen (= bösartige Neubildungen: 25,5 %) und Krankheiten des Atmungssystems (8,8 %). Dies deckt sich mit den Ergebnissen für Deutschland insgesamt.[107]

Tabelle 11*: Anzahl und Anteil der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen im Land Bremen (Stand 31.12.2015)*[108]

		Insgesamt		Männer		Frauen	
ICD-10	Todesursachen	Anzahl	in%	Anzahl	in%	Anzahl	in%
A00-T98	Insgesamt	7.811	100%	3.839	100%	3.972	100%
darunter							
C00-C97	Bösartige Neubildungen	1.992	25,5%	1.097	28,6%	895	22,5%
C34	Bronchien und Lunge	472	6,7%	305	7,9%	167	4,2%
C50	Brustdrüse (Mamma)	154	2,0%	1	0,0%	153	3,9%
C61	Vorsteherdrüse (Prostata)	152	1,9%	152	4,0%		
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	256	3,3%	84	2,2%	172	4,3%
E10-E14	Diabetes mellitus	114	1,5%	41	1,1%	73	1,8%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	340	4,4%	158	4,1%	182	4,6%
F10-F19	durch psychotrope Substanzen (z B Alkohol, Drogen u.ä.)	146	1,9%	105	2,7%	41	1,0%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3.019	38,7%	1.414	36,8%	1.605	40,4%
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	991	12,7%	556	14,5%	435	11,0%
I21	Akuter Myokardinfarkt	461	5,9%	270	7,0%	191	4,8%
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	1.187	15,2%	499	13,0%	688	17,3%
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	442	5,7%	178	4,6%	264	6,6%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	689	8,8%	331	8,6%	358	9,0%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	269	3,4%	151	3,9%	118	3,0%
K70	Alkoholische Leberkrankheit	54	0,7%	38	1,0%	16	0,4%
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (nichtnatürliche Todesursachen)	210	2,7%	139	3,6%	71	1,8%

[106] Tempel, Jung (2013). Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen. Gesundheitsamt Bremen

[107] https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html

[108] Statistisches Landesamt Bremen

Schaut man sich die einzelnen Todesursachen nach Geschlecht an, sind Unterschiede festzustellen: Männer sterben etwas häufiger an Krebserkrankungen als Frauen - dies trifft insbesondere auf Lungenkrebs zu. Bei Kreislauferkrankungen ist die Sterblichkeit bei Frauen etwas höher. Bei weiterer Differenzierung wird deutlich, dass bei den Herzkreislauferkrankungen Frauen vermehrt an Schlaganfällen und sonstigen Herzerkrankungen versterben, während bei Männern eher der Herzinfarkt zum Tod führt (Tabelle 11). Dieser Geschlechterunterschied wird auch bundesweit beobachtet. Solche Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden sind wichtig, um die Prävention, aber auch Diagnose und Therapie gezielt auszurichten.

Die Betrachtung der Sterblichkeit nach Alter zeigt, dass 76,3% aller in 2015 Gestorbenen 70 Jahre oder älter waren. Die Sterblichkeit von Kindern (im Alter von 1-15 Jahren) ist gering, 2015 verstarben 6 Jungen und 4 Mädchen in dieser Altersgruppe. Auf Aussagen zu den Todesursachen verzichten wir, da diese aufgrund der kleinen Fallzahlen kaum eine statistische Sicherheit hätten. In der Altersgruppe der 14-45-Jährigen verstarben 62 Frauen (davon 7 an Brustkrebs als häufigste Einzeltodesursache) und 130 Männer (davon 39 aus dem Bereich "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“). Im mittleren Alter zwischen 45 – 65 Jahren verstarben 710 Männer (davon 142 an Herz-Kreislauferkrankungen, 80 an Lungenkrebs, 32 an chronisch obstruktiver Lungenkrankheit - COPD und 24 an alkoholischer Leberkrankheit. Bei den Frauen waren 389 Todesfälle zu verzeichnen (davon 43 Lungenkrebs, 36 Brustkrebs, und 19 COPD).

6.3 Vorzeitige Sterblichkeit

Im Jahr 2015 sind 1.330 Einwohnerinnen und Einwohner des Landes Bremen vor dem Abschluss des 65. Lebensjahres verstorben, das heißt etliche Jahre vor der durchschnittlichen Lebenserwartung. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weist das Land Bremen damit im Jahr 2015 eine höhere Rate an vorzeitigen Sterbefällen auf (Tabelle 12). Insgesamt sind mehr Männer als Frauen vorzeitig verstorben, was sich auch bundesweit beobachten lässt.

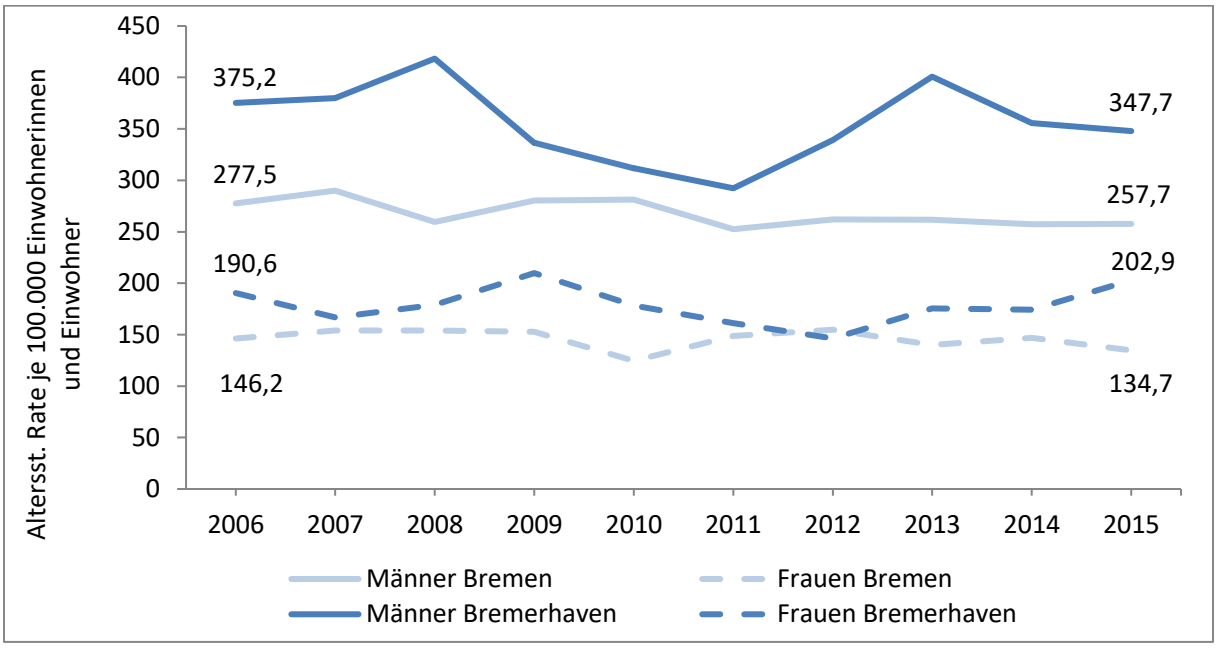
Tabelle 12*:* Altersstandardisierte Raten an vorzeitiger Sterblichkeit je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2015, Vergleich Land Bremen und Deutschland[109]

	Insgesamt	Männer	Frauen
Bremen	209.7	273.2	147.0
Deutschland	170.4	221.6	119.7

Die Hauptursachen für die vorzeitige Sterblichkeit in Bremen sind bösartige Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychische und Verhaltensstörungen – letztere hauptsächlich bedingt durch psychotrope Substanzen wie zum Beispiel Alkohol. An Krankheiten des Kreislaufsystems sowie psychischen und Verhaltensstörungen sind dreimal mehr Männer als Frauen frühzeitig verstorben. Im Zeitvergleich ist bei den Männern sowohl im Land Bremen als auch in Deutschland ein gleichbleibender Trend zu beobachten; bei den Frauen nimmt die vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland tendenziell zu, im Land Bremen bleibt sie eher konstant.

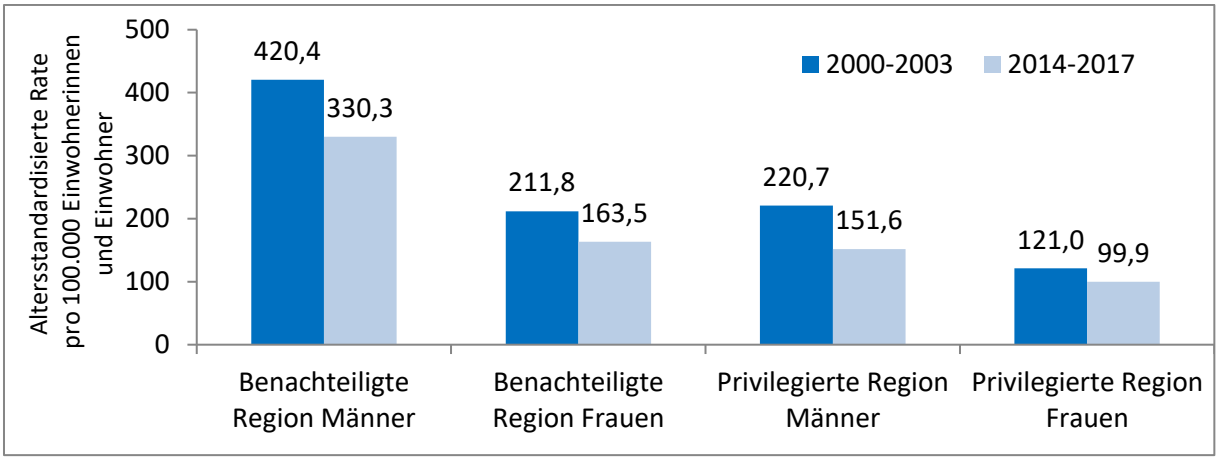
[109] www.gbe-bund.de, alte Europastandardbevölkerung

Abbildung 26: **Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit im Vergleich Bremen und Bremerhaven, 2006 bis 2015**[110]



Der Regionalvergleich zeigt, dass die vorzeitige Sterblichkeit in der Stadt Bremerhaven sowohl für Männer als auch für Frauen höher als in der Stadt Bremen ist (Abbildung 26). Dies entspricht in 2015 in Bremerhaven ungefähr 90 Männer pro 100.000 Einwohner mehr, die vorzeitig verstorben sind als in Bremen. Für die Frauen beträgt der Unterschied ungefähr 70 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen.

Abbildung 27: **Vorzeitige Sterblichkeit in sozial benachteiligten und privilegierten Ortsteilen in der Stadt Bremen**[111]



Wie auch bei der Lebenserwartung ist ein wichtiger Einflussfaktor für die vorzeitige Sterblichkeit die soziale Lage. So ist die vorzeitige Sterblichkeit in sozial besser gestellten Ortsteilen der

[110] Statistisches Landesamt Bremen, alte Europastandardbevölkerung
[111] Statistisches Landesamt, alte Europastandardbevölkerung

Stadt Bremen für Männer mehr als die Hälfte und für Frauen mehr als ein Drittel niedriger als in den benachteiligten Ortsteilen (Abbildung 27).[112]

6.4 Vermeidbare Sterblichkeit

Zu den vermeidbaren Sterbefällen zählen ausgewählte Todesursachen, die bei guter Prävention und Therapie im Prinzip hätten verhindert werden können (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Liste der vermeidbaren Todesursachen[113]

Krankheitsart	ICD-Position	Alter
alle Krankheiten		unter 1 Jahr
I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten		
• Tuberkulose	A15 bis A19	5 bis 64 Jahre
• Folgezustände der Tuberkulose	B90	5 bis 64 Jahre
II Neubildungen		
• Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses (Cervix uteri)	C53	5 bis 64 Jahre
• Hodgkin-Krankheit (Lymphogranulomatose)	C81	5 bis 34 Jahre
IX Krankheiten des Kreislaufsystems		
• Chronische rheumatische Herzkrankheiten	I05 bis I09	5 bis 44 Jahre
• Bluthochdruck (Hypertonie)	I10-I15	5 bis 64 Jahre
• Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60 bis I69	5 bis 64 Jahre
XI Krankheiten des Verdauungssystems		
• Krankheiten der Appendix	K35 bis K38	5 bis 64 Jahre
• Cholelithiasis	K80	5 bis 64 Jahre
• Cholezystitis	K81	5 bis 64 Jahre
• Sonstige Krankheiten der Gallenblase	K82	5 bis 64 Jahre
• Sonstige Krankheiten der Gallenwege	K83	5 bis 64 Jahre
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00 bis O99	15 bis 49 Jahre

In Deutschland ist die vermeidbare Sterblichkeit bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zu den Ländern Hamburg und Berlin ist die vermeidbare Sterblichkeit in Bremen bei beiden Geschlechtern höher (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Vermeidbare Sterblichkeit pro 100,000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2013 bis 2015[114]

	Männer	Frauen
Deutschland	12,5	9,5
Berlin	13,6	9,4
Bremen	14,3	12,4
Hamburg	12,2	9,0

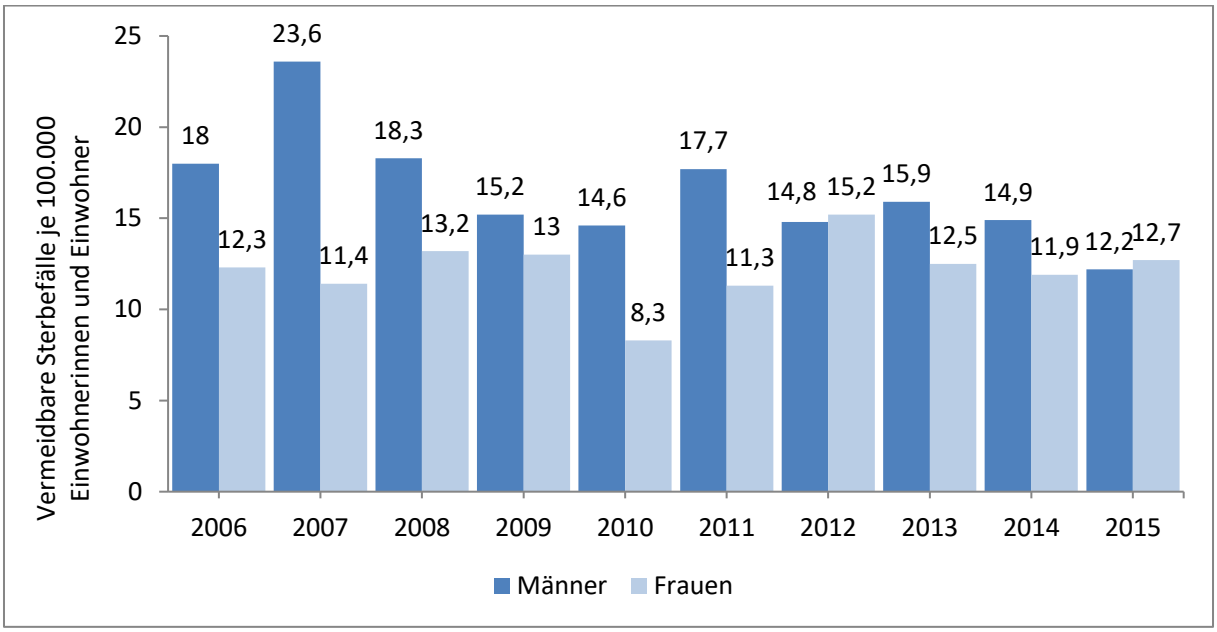
Während sie bei den Männern in Bremen nur leicht über dem Bundesdurchschnitt liegt, sterben in Bremen fast drei Frauen je 100.000 Einwohnerinnen mehr an vermeidbaren Todesursachen als in Deutschland insgesamt. Beim Vergleich der Sterblichkeitsraten bezogen auf die

[112] Die Zuordnung der Ortsteile orientiert sich am "Monitoring Soziale Stadtentwicklung"
[113] GBE Bund: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8386::Vermeidbare%20Sterbef%C3%BFlle
[114] www.gbe-bund.de

einzelnen Ursachen ist zu beobachten, dass Bremer Frauen häufiger an bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses versterben als im Bundesdurchschnitt. In den Jahren 2013 bis 2015 sind in Bremen 4,9 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen an Gebärmutterhalskrebs verstorben, während es im Bundesdurchschnitt nur 3,7 Frauen waren.[114]

Seit 2006 ist bei Männern ein Rückgang der vermeidbaren Sterbefälle zu beobachten, während die vermeidbare Sterblichkeit bei Frauen über den betrachteten Zeitraum zwar variierte, am Ende jedoch im Vergleich zum Ausgangswert im Jahr 2006 nahezu konstant geblieben ist und im Jahr 2015 mit 12,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohnerinnen sogar leicht über dem bei Männern registrierten Wert von 12,2 je 100.000 Einwohnern liegt (Abbildung 28).

Abbildung 28: **Entwicklung der vermeidbaren Sterblichkeit im Land Bremen**



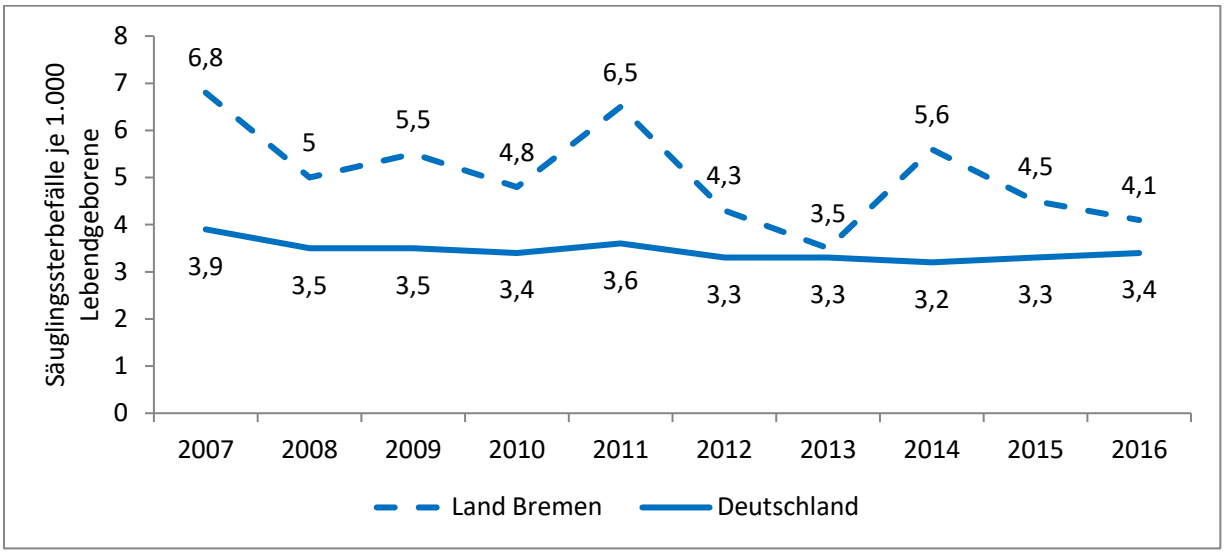
6.5 Säuglingssterblichkeit

Im Jahr 2017 sind im Land Bremen 34 Säuglinge (unter 1 Jahr) verstorben.[115] Dies entspricht einer Säuglingssterblichkeitsrate von 4,9 pro 1.000 Lebendgeborene für das Land Bremen. Für einen Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt liegen Daten lediglich bis zum Jahr 2016 vor. Im Jahr 2016 betrug die Säuglingssterblichkeitsrate in Bremen 4,1 pro 1.000 Lebendgeborenen - bundesweit lag die Rate bei 3,4 pro 1.000 Lebendgeborene.

Über die Jahre 2007 bis 2016 nahm die Säuglingssterblichkeit sowohl in Deutschland als auch in Bremen ab, wobei die Sterblichkeit in Bremen über dem Bundesdurchschnitt liegt (Abbildung 29). Die "Zacken" in der Abbildung sind durch die kleinen Fallzahlen zu erklären, die zu größeren Schwankungen bei der Bildung von Raten führen. Rückblickend auf die letzten 10 Jahre weist das Jahr 2007 die höchste Rate an Sterbefällen auf. Eine zweite Spitze ist im Jahr 2011 zu erkennen.

[115] Es handelt sich dabei um Säuglinge, deren Mütter ihren Wohnsitz im Land Bremen haben.

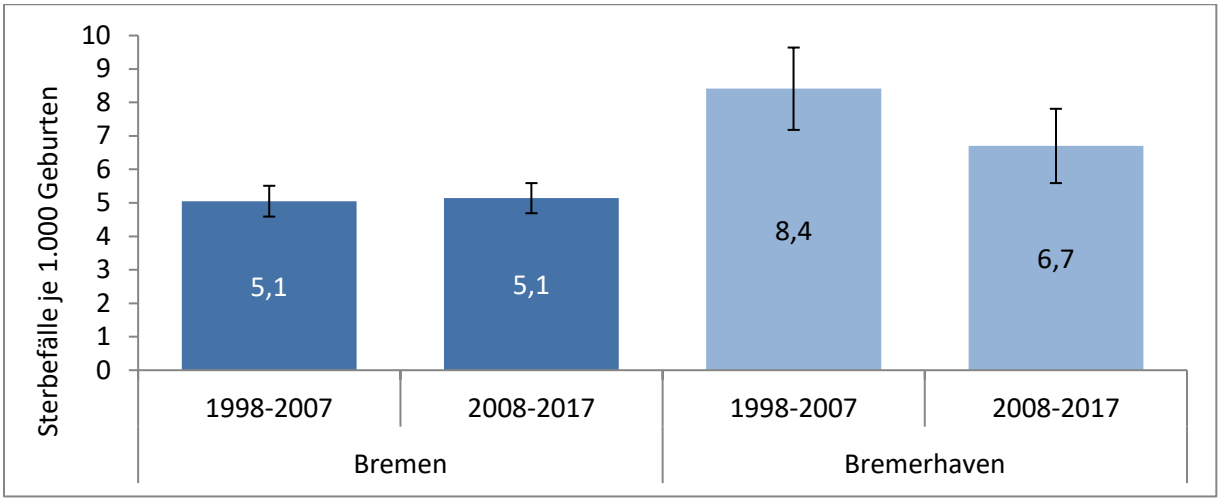
Abbildung 29: **Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene, Deutschland und Land Bremen, 2007 bis 2016**[116]



Sowohl in Deutschland als auch in Bremen sind 50 % aller Säuglingssterbefälle über die Jahre 2007 bis 2016 auf Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, zurückzuführen. Diese enthalten beispielsweise Komplikationen bei der Mutter und dem Kind während der Schwangerschaft oder der Geburt, Störungen des Wachstums des Kindes, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und Infektionen.

Die Säuglingssterblichkeit ist bei Jungen insgesamt höher als bei Mädchen, was auch bundesweit zu beobachten ist. Als wichtigster Grund werden hier genetische Ursachen vermutet.[117]

Abbildung 30: Säuglingssterbefälle in Bremen und Bremerhaven, Jungen[118]

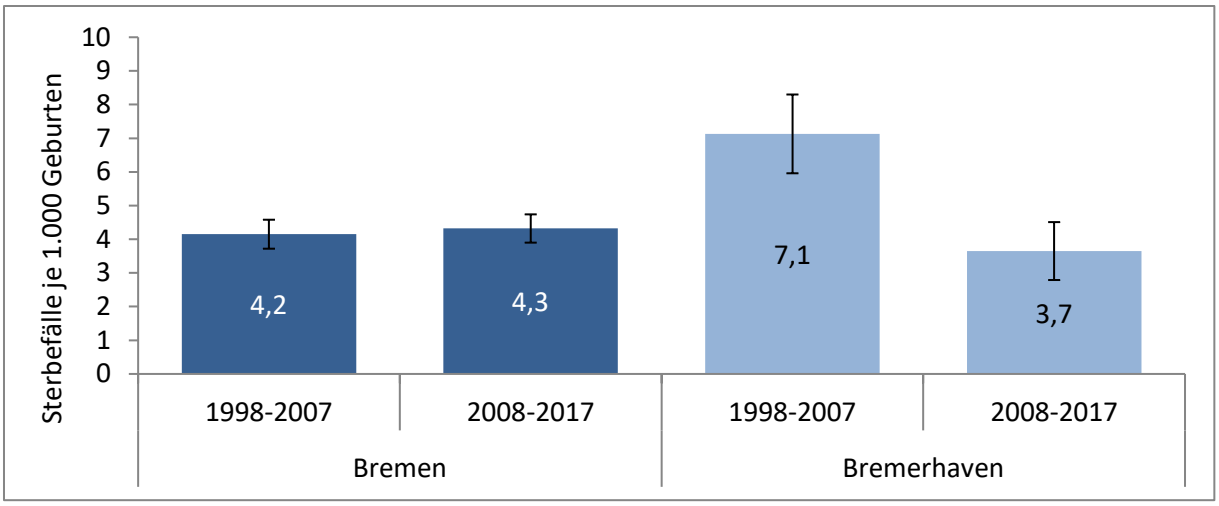


Beim Vergleich der Städte Bremen und Bremerhaven sind dahingehend regionale Unterschiede zu beobachten, dass die Sterblichkeit bei männlichen Säuglingen in Bremerhaven höher ist als in Bremen; für weibliche Säuglinge gilt dies nicht (Abbildung 30 und Abbildung 31).

[116] www.gbe-bund.de
[117] www.gbe-bund.de
[118] Statistisches Landesamt Bremen

Die Gründe für die Unterschiede sind unklar, es spielen möglicherweise kombinierte genetische, medizinische und soziale Ursachen eine Rolle.

Abbildung 31: Säuglingssterbefälle in Bremen und Bremerhaven, Mädchen



Beim Vergleich von zwei Zehnjahreszeiträumen (1998-2007 und 2008-2017) hat die Säuglingssterblichkeit bei beiden Geschlechtern in Bremerhaven abgenommen, während sie in Bremen etwa gleichgeblieben ist.

Es wurden auch Daten zur Säuglingssterblichkeit nach Ortsteilen mit ähnlichem Status ausgewertet.[119] Bezogen auf beide Geschlechter ist die Säuglingssterblichkeit in Ortsteilen sehr niedrigem Sozialstatus am höchsten (Tabelle 15); auch wenn der Vergleich anhand der Sozialstruktur der Ortsteile aufgrund der kleinen Fallzahlen und der damit verbundenen nur bedingt aussagekräftig, kamen bereits frühere Analysen in Bremen zu ähnlichen Ergebnissen.[120]

Tabelle 15: Säuglingssterbefälle pro 1.000 Geburten in der Stadt Bremen [121]

	Hoher Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Niedriger Sozialstatus	Sehr niedriger Sozialstatus
Jungen				
1998-2007	4,00	4,49	4,44	7,43
2008-2017	3,79	4,06	4,64	8,08
Mädchen				
1998-2007	2,38	5,37	3,85	4,73
2008-2017	3,53	5,03	2,77	6,37

6.6 Suizide

Verglichen mit anderen Todesursachen spielen Suizide zahlenmäßig keine herausragende Rolle. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind sie jedoch bedeutsam, da Suizide zu den häufigsten Todesursachen bei jüngeren Erwachsenen gehören; zudem sind sie zumindest teilweise

[119] Daten: „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ (siehe Anhang)
[120] z.B. Tempel G. (2007) Die Auswirkungen sozialer Polarisierung - Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten
[121] Statistisches Landesamt Bremen

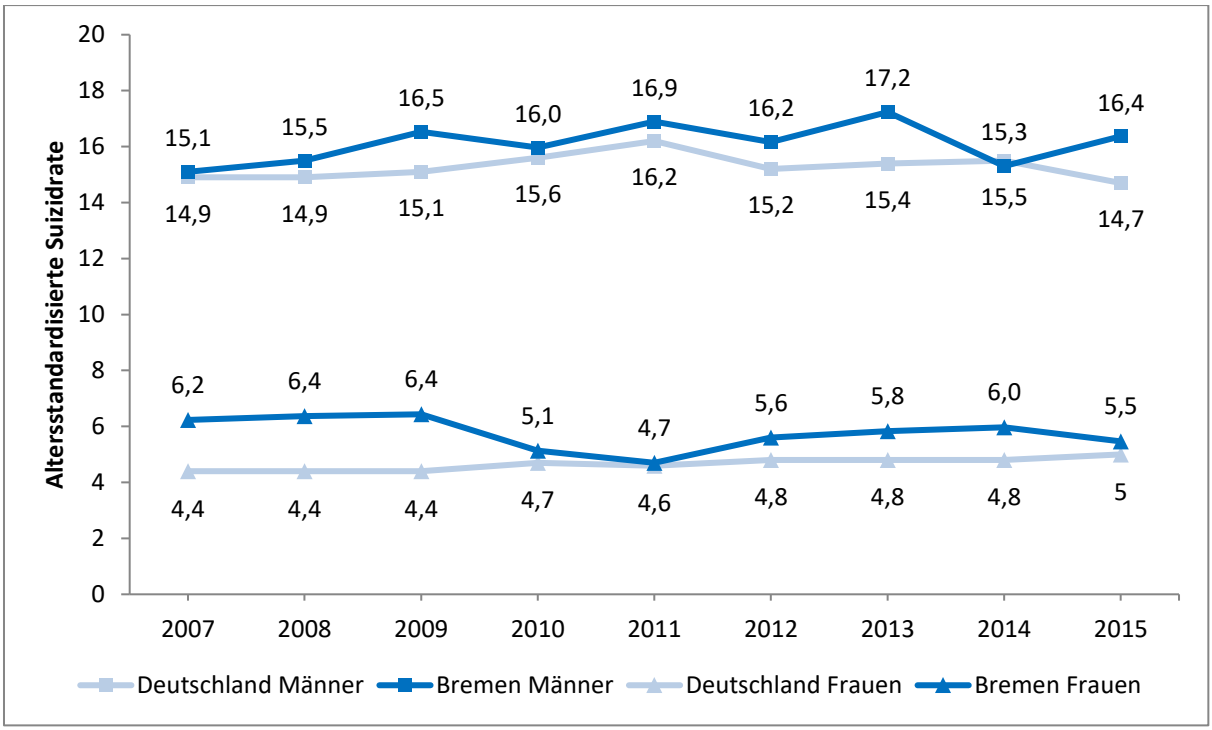
der Prävention zugänglich. Häufig erfolgt ein Suizid aufgrund einer problematischen Lebenssituation, psychischen Erkrankungen oder substanzgebundenen Abhängigkeiten. Im Jahr 2015 haben sich im Land Bremen 84 Bremer und Bremerinnen das Leben genommen (Tabelle 6).

Tabelle 16: **Anzahl der Suizide im Land Bremen, 2015**[122]

Region	Insgesamt	Männer	Frauen
Land Bremen	84 (100%)	62 (73.8%)	22 (26.2%)
Stadt Bremen	68 (100%)	50 (73.5%)	18 (26.5%)
Stadt Bremerhaven	16 (100%)	12 (75.0%)	4 (25.0%)

Bezieht man die Fallzahlen auf die Bevölkerung, ergeben sich Sterberaten von 16,8 Männern je 100.000 Einwohner (Deutschland 14,7) und 5,7 Frauen je 100.000 Einwohnerinnen (Deutschland 5,0). Eindeutige Trends im Zeitvergleich sind nicht erkennbar: Bundesweit ist ein geringer Anstieg zu verzeichnen (Deutschland 2006: Männer 15,5, Frauen 4,7). Der Vergleich der Bremer Raten zum Bundesdurchschnitt zeigt geringfügig erhöhte Raten in Bremen.

Abbildung 32: **Altersstandardisierte Suizidraten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Vergleich Land Bremen (gleitender Mittelwert) und Deutschland, 2007 bis 2015**[123]



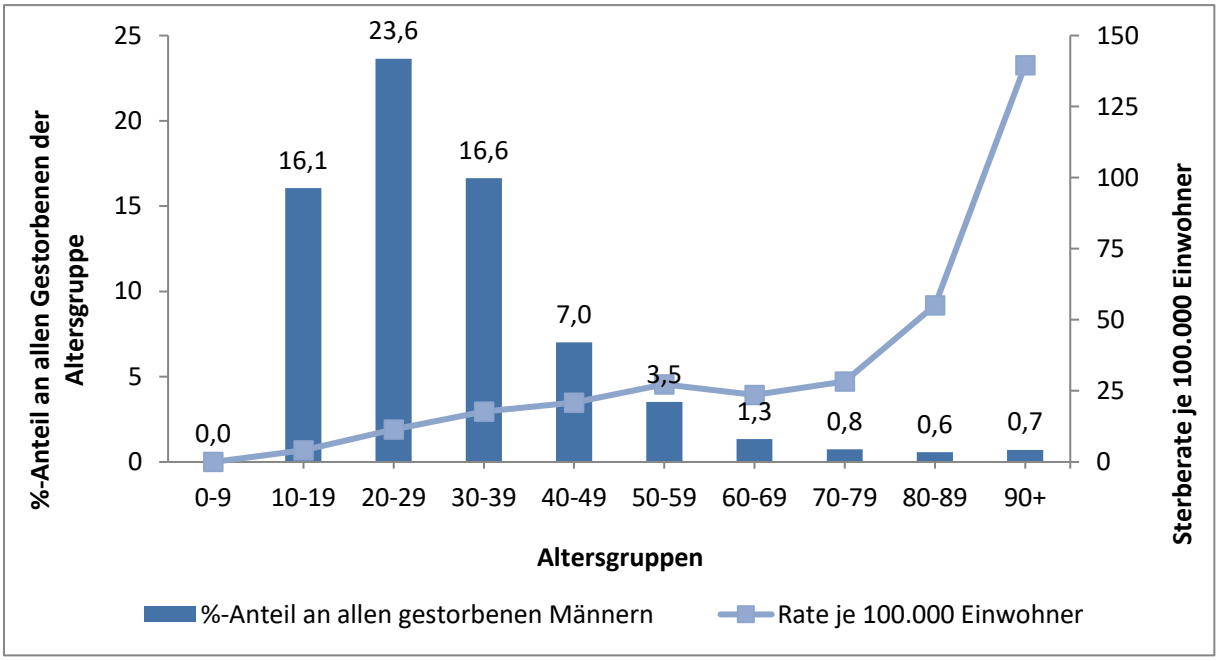
In Bremen wie auch in Deutschland ist ein Geschlechterunterschied zu beobachten: Männer nehmen sich deutlich häufiger das Leben als Frauen. Vor dem Hintergrund, dass schätzungsweise 65 % bis 90 % aller Suizide durch psychische Erkrankungen verursacht werden (am häufigsten durch Depressionen[124]) ist relevant, dass gerade bei Männern Depressionen seltener diagnostiziert und behandelt werden. Depressionen äußern sich bei Männern anders als bei

[122] www.gbe-bund.de
[123] www.gbe-bund.de, alte Europastandardbevölkerung
[124] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (2002) World report on violence and health. Genf, World Health Organization.

Frauen, beispielsweise durch Aggressionen oder Suchtmittelkonsum.[125] Als ein weiterer Einflussfaktor auf die höhere Rate an vollendeten Suiziden bei Männern wird der Einfluss des Beziehungsstatus diskutiert.[126] Männer, die ledig, geschieden oder verwitwet sind, begehen häufiger einen Suizid als verheiratete Männer. Dies lässt sich auch im Land Bremen beobachten. Fast 70 % der Männer, die sich suizidiert haben, waren ledig oder geschieden. Bei den Frauen lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Beziehungsstatus und dem Vollenden eines Suizids beobachten. Dies spricht für ein unterschiedlich ausgeprägtes Ursachengeflecht, wobei die psychische Gesundheit bei beiden Geschlechtern eine wichtige Rolle spielt.

Schaut man sich die Anteile von Suiziden an den Gesamtsterbefällen in den jeweiligen Altersgruppen an (siehe die Balken in den nachfolgenden Abbildungen), wird deutlich, dass Suizide insbesondere in jüngeren Jahren eine bedeutende Todesursache darstellen. In der Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen Männer machen Suizide ungefähr ein Viertel aller Todesursachen aus.

Abbildung 33: **Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid im Land Bremen, *Männer*, 2006 bis 2015,**[127]



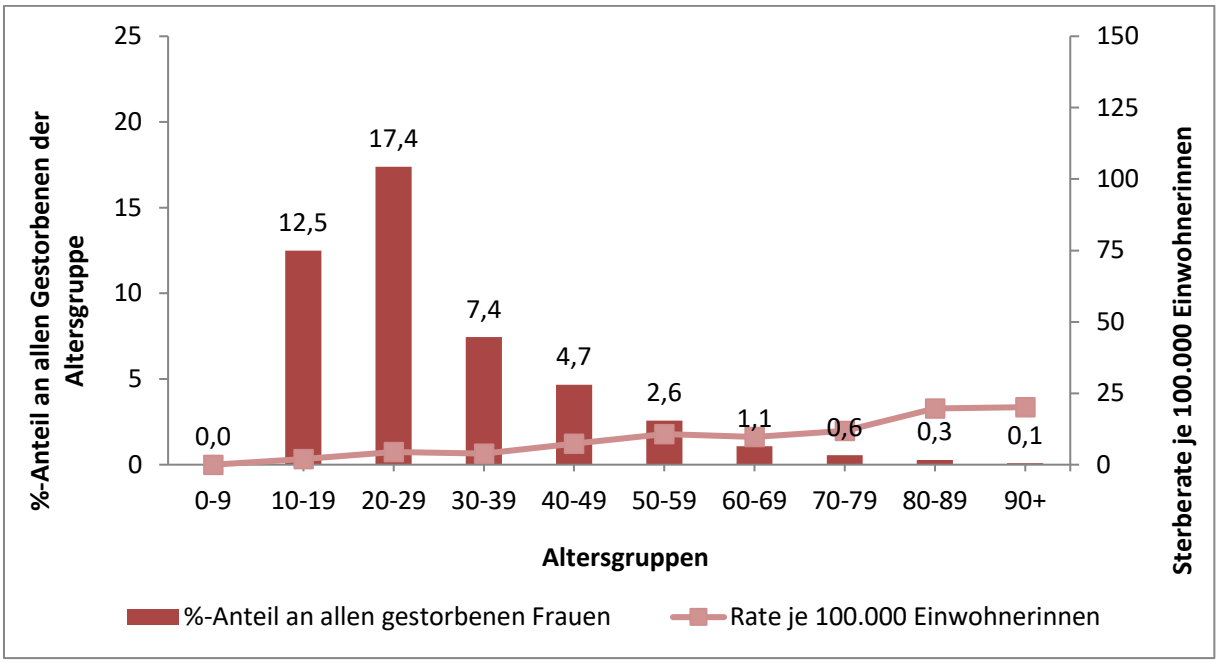
Bezogen auf die Bevölkerungszahl (siehe die Linien in Abbildung 33 und Abbildung 34) sind Suizide vor allem im höheren Lebensalter häufig.

[125] Tempel, Jung (2013). Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen. Gesundheitsamt Bremen

[126] Kposowa, Augustine J (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health;54:254–261.

[127] Statistisches Landesamt Bremen

Abbildung 34: **Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid im Land Bremen, Frauen, 2006 bis 2015**[128]



Ein Blick auf die Linien in den beiden Abbildungen zeigt, dass insbesondere im höheren Alter mehr Männer als Frauen einen Suizid vollziehen. In der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen beträgt die Suizidsterberate je 100.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen 55 Männer und 20 Frauen (Zeitraum 2006 bis 2015).

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

- Die ***Lebenserwartung*** liegt im Land Bremen im Ländervergleich bei den Männern - gemeinsam mit Thüringen – an 14. Stelle, bei den Frauen - vor dem Saarland - an vorletzter Stelle. Regionale Unterschiede in der Lebenserwartung beruhen auf einer Mischung von sozioökonomischen Faktoren, die nachweislich einen Einfluss auf die Lebensqualität, Gesundheit und Krankheit haben. So werden als mögliche Einflussfaktoren zum Beispiel die Bildung, das Einkommen und der Erwerbsstatus diskutiert. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Lebenserwartung zeigt sich auch in den Ortsteilen Bremens. Bremer und Bremerinnen, die in sozial benachteiligten Ortsteilen leben, haben eine geringere Lebenserwartung als die Einwohnerinnen und Einwohner in privilegierten Ortsteilen.
- Die ***vorzeitige Sterblichkeit***, das heißt der Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr, ist im Land Bremen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Im Vergleich der Stadtgemeinden ist die vorzeitige Sterblichkeit in Bremerhaven höher als in der Stadt Bremen. Die Hauptursachen für die vorzeitige Sterblichkeit im Land Bremen sind bösartige Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychische und Verhaltensstörungen – letztere hauptsächlich bedingt durch psychotrope Substanzen wie zum Beispiel Alkohol. Auch hier wird ein Zusammenhang mit der sozialen Lage vermutet. In sozial schlechter gestellten Regionen ist die vorzeitige Sterblichkeit höher als in besser gestellten Regionen.

[128] Statistisches Landesamt Bremen

- Auch die ***vermeidbare Sterblichkeit*** ist im Land Bremen höher als im Bundesdurchschnitt. Bei den Analysen der einzelnen Ursachen fällt auf, dass bei den Frauen die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs höher ist als im Bundesdurchschnitt; worin die genauen Ursachen hierfür liegen und ob dieses Ergebnis einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme an Früherkennungsuntersuchungen widerspiegelt, kann im Rahmen dieses Berichts nicht geklärt werden.
- Die ***Säuglingssterblichkeitsraten*** liegen in Bremen seit Jahren über dem Bundesdurchschnitt. Und ebenso lange wird versucht zu eruieren, inwieweit es systematische Ursachen dafür gibt. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Sterbefälle von Säuglingen, deren Mütter ihren Wohnsitz im Land Bremen haben. Pro Jahr sind in den letzten 10 Jahren (2007 bis 2016) zwischen 20 und 38 Kinder unter einem Jahr im Land Bremen gestorben. Bislang konnte keine unmittelbare, systematische Ursache erkannt werden.
- Hinsichtlich der Sterblichkeit an ***Suiziden*** ist in Bremen wie auch in Deutschland zu beobachten, dass sie häufiger von Männern als von Frauen begangen werden. Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt unterscheiden sich die Suizidraten in Bremen nicht wesentlich.

7 Woran erkranken die Menschen in Bremen?

7.1 Anlässe für Krankenhausbehandlungen

Warum ist dieses Thema wichtig?

Die Statistik der im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes gestellten Hauptdiagnose liefert grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Hierbei handelt es sich um diejenige Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist. Der Umstand, dass den im Krankenhaus gestellten Diagnosen innerhalb des stationären Abrechnungssystems eine hohe Erlösrelevanz zukommt, trägt dazu bei, dass die entsprechenden Informationen sorgfältig dokumentiert werden. Als Routinedaten besitzen die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser den großen Vorteil, dass die stationären Behandlungsanlässe vollständig erfasst werden. So sind Aussagen zum Gesundheitszustand und bestimmten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Bevölkerung möglich. Dies schließt auch Bevölkerungsgruppen mit ein, die im Rahmen von alternativen Erhebungsmethoden – beispielsweise schriftlichen Befragungen – häufig unterrepräsentiert sind (z.B. Kinder und ältere Menschen). Aufgrund fehlender Selektionseffekte lässt sich ein vergleichsweise vollständiges Bild des gesundheitsbezogenen Behandlungsgeschehens der Menschen in Bremen und Bremerhaven nachzeichnen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass Veränderungen in den anlassbezogenen Krankenhaushäufigkeiten nicht notwendigerweise mit Verbesserungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gleichzusetzen sind. So kann sich das Inanspruchnahmegeschehen auch dadurch verändern, indem bestimmte Krankheitsbilder verstärkt ambulant behandelt werden. Darüber hinaus beeinflussen auch ökonomische Anreize sowie allgemeine Veränderungen im Kodierverhalten die Ergebnisse im Zeitverlauf.

Was wissen wir darüber?

Auf Basis der landesbezogenen Krankenhausdaten nach § 21 Abs. 3 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden nachfolgend für die Jahre 2010 und 2017 die stationären Behandlungsanlässe analysiert und allgemeine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Lande Bremen gezogen. Unberücksichtigt bleiben in den Analysen die folgenden Hauptdiagnosen aus dem Kapitel XV der Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und von verwandten Gesundheitsproblemen – kurz ICD genannt: O00-O99 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) sowie Z38 (Lebendgeborene nach dem Geburtsort). Die nachfolgenden Daten beziehen sich auf die Einwohnerinnen und Einwohner des Landes Bremen.

Der häufigste Behandlungsanlass im Krankenhaus für Männer im ***Land Bremen*** stellen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol dar (F10), gefolgt von bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C34) und der Herzinsuffizienz (I50). Letztgenannte hat gegenüber dem Jahr 2010 stark an Bedeutung gewonnen, während die Zahl der Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (I21) oder eines Hirninfarkts(I63) insgesamt leicht niedriger ausfallen (siehe Abbildung 35). Diese Entwicklungstendenzen zeigen sich auch bei den Frauen, wenngleich der Anstieg in der Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund der Herzinsuffizienz (I50) nicht so stark ausgeprägt ist wie bei den Männern – im Gegensatz zu intrakraniellen Verletzungen, d.h. Verletzungen des Kopfes (S06) (siehe Abbildung 36). Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe (ICD-3-Steller - ausführliche Liste

siehe Anhang) verursachen bei Männern (Frauen) im Land Bremen 59,5 (55,1) Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner (Einwohnerinnen). Gemessen an der Zahl der Krankenhausaufenthalte der Bevölkerung insgesamt (Männer: 201,3 je 1.000 Einwohner, Frauen: 194,3 je 1.000 Einwohner), entspricht dies 29,5% (28,4%) des Fallaufkommens. Lediglich 1,7% der in den Krankenhäusern des Landes Bremen dokumentierten Hauptdiagnosen auf Ebene des ICD-3-Stellers bestimmen damit einen nicht unerheblichen Teil des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus.

Abbildung 35: Rate Krankenhausaufenthalte nach ICD-3-Steller für *Männer* je 1.000 Einwohner im Land Bremen, 2010 und 2017[129]

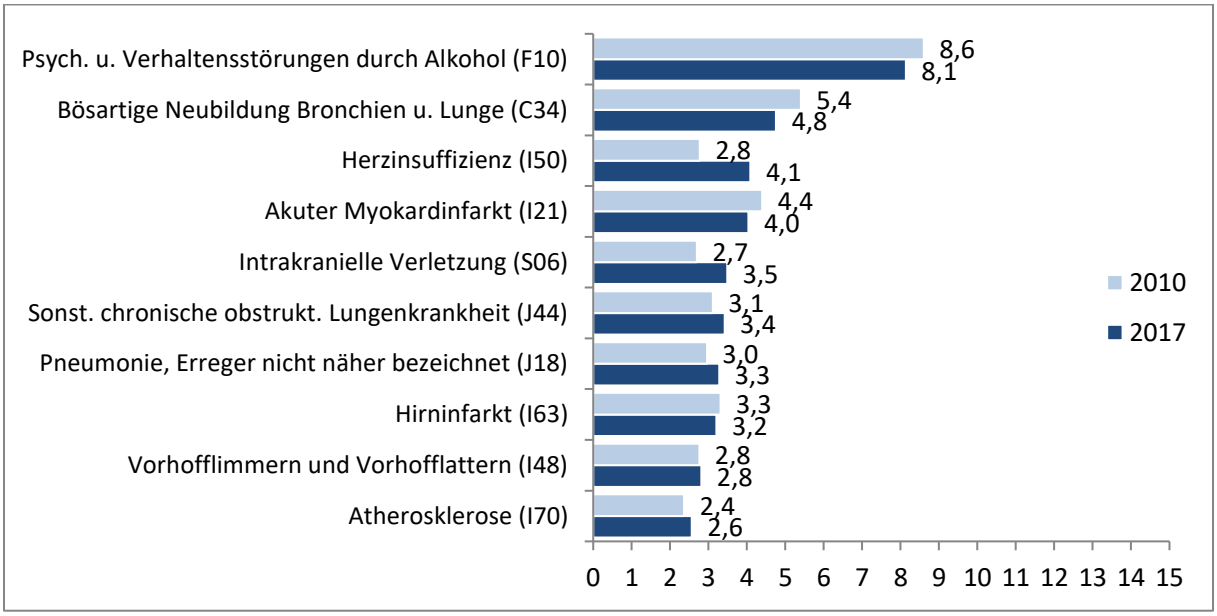
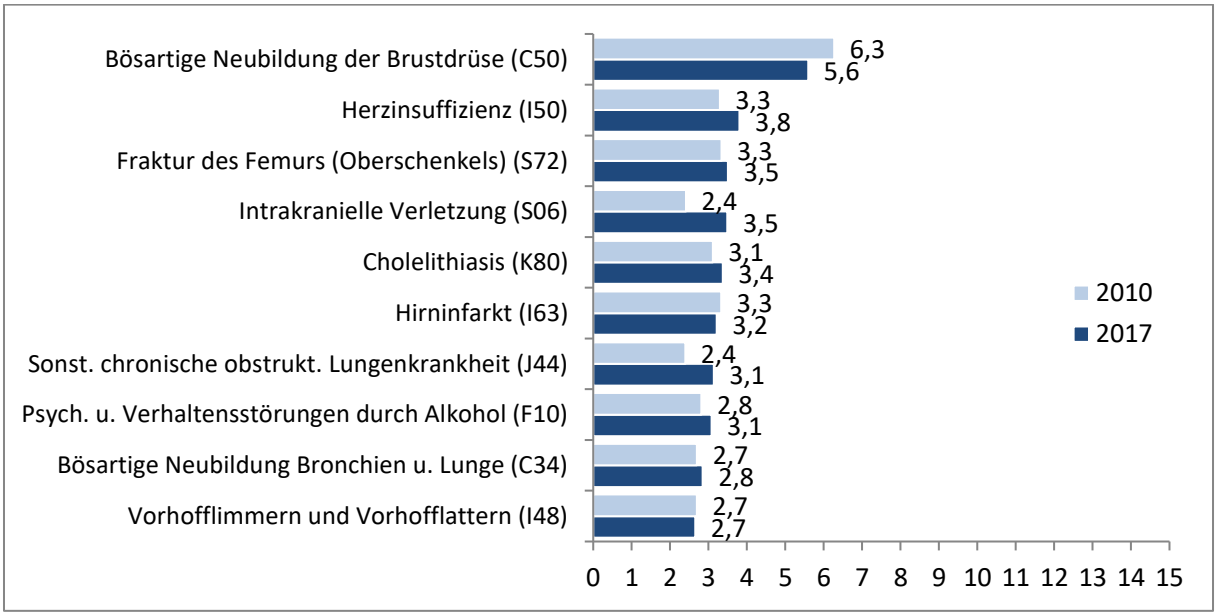


Abbildung 36: Rate Krankenhausaufenthalte nach ICD-3-Steller für *Frauen* je 1.000 Einwohnerinnen im Land Bremen, 2010 und 2017[130]

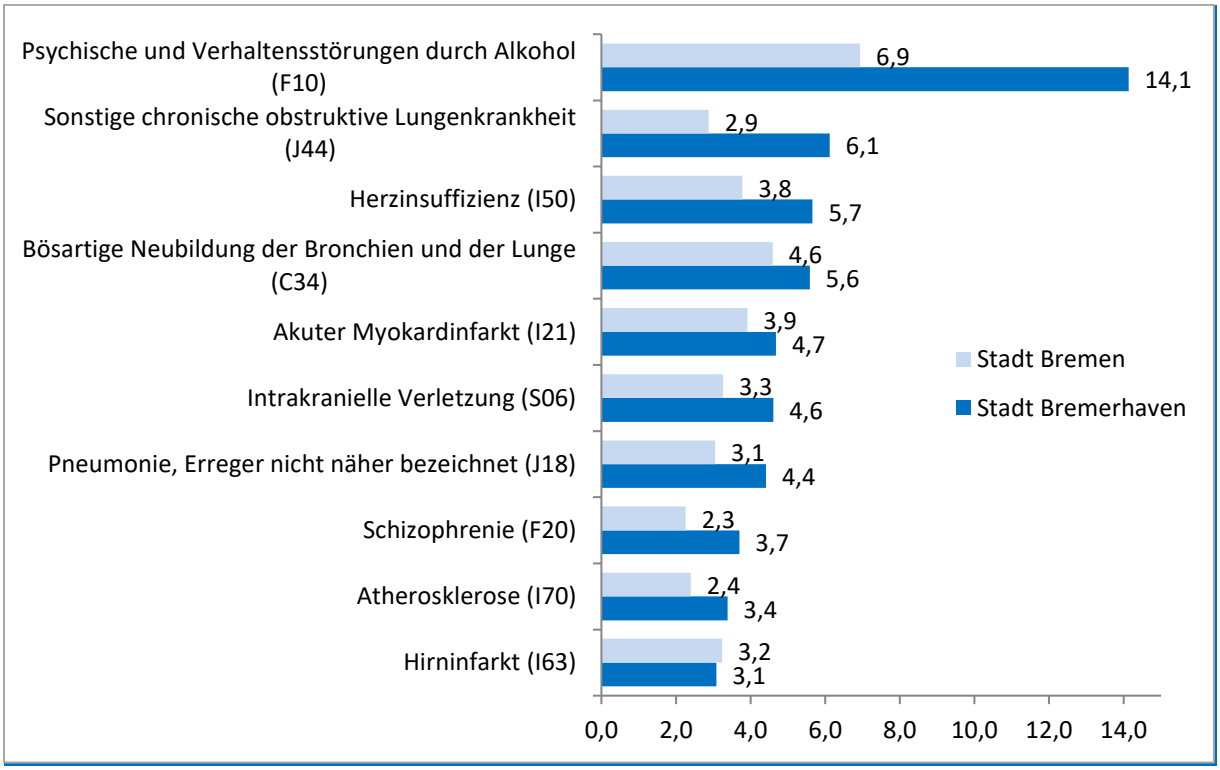


[129] Datengrundlage: Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. Krankenhausentgeltgesetz
[130] Datengrundlage: Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. Krankenhausentgeltgesetz

Beim ***Vergleich der Stadtgemeinden*** wird deutlich, dass der häufigste krankheitsbezogene Anlass für eine Krankenhausbehandlung von Männern (Abbildung 37) insbesondere in Bremerhaven durch Alkoholmissbrauch ausgelöst wird.

Von 1.000 Männern in Bremerhaven wurden statistisch gesehen 14 aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol stationär im Krankenhaus behandelt. Selbst wenn man berücksichtigt, dass die Zählweise nicht personen- , sondern fallbezogen ist, das heißt, dass darunter auch Personen sein können, die mehrmals im Jahr behandelt und jedes Mal neu gezählt wurden, ist das Ergebnis auffallend. An zweiter Stelle steht die chronisch obstruktive Lungenkrankheit – eine Erkrankung, bei der die Lunge dauerhaft geschädigt ist und die in sehr engem Zusammenhang mit dem Rauchen steht. Nahezu durchgängig sind die Raten der Bremerhavener Männer höher als die Raten der Bremer Männer – dieser regionale Unterschied ist auch bei den Frauen zu beobachten (Abbildung 37 und Abbildung 38).

Abbildung 37: Rate Krankenhausaufenthalte nach ICD-3-Steller für *Männer* je 1.000 Einwohner nach Stadtgemeinden, 2017

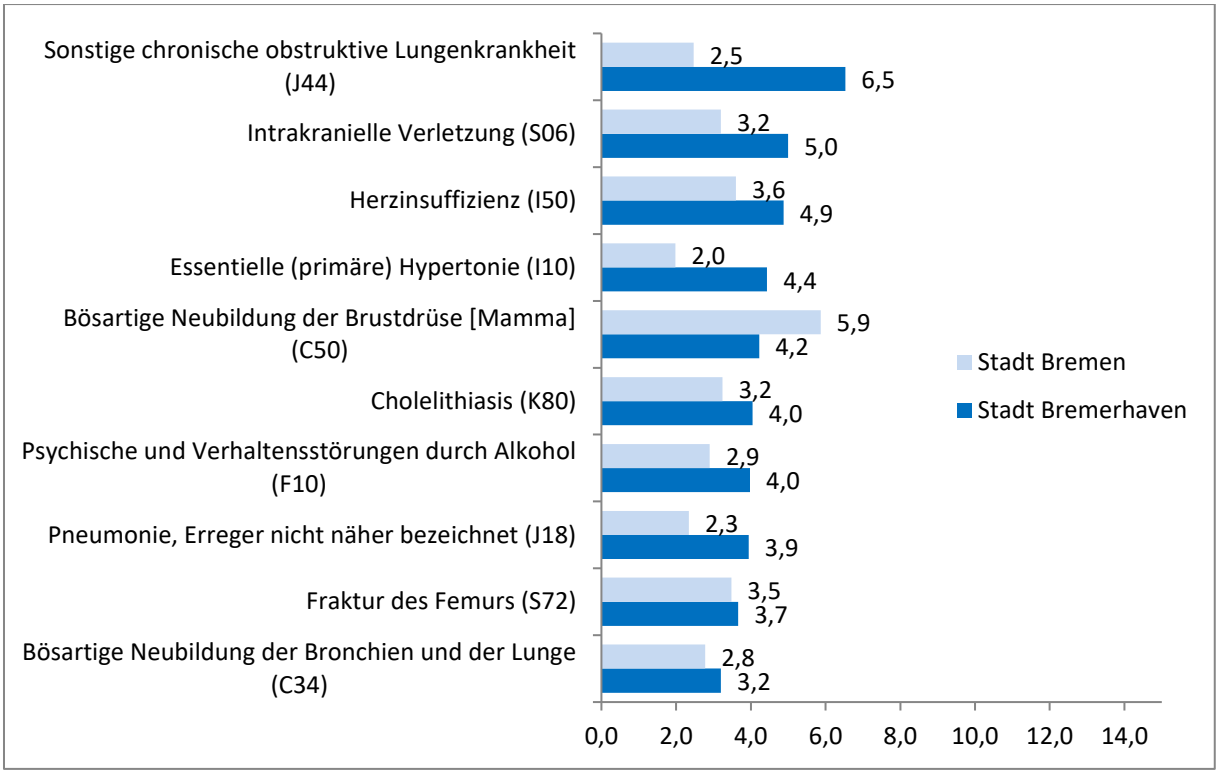


Schaut man sich nur die Behandlungsanlässe der Frauen an (Abbildung 38), so erfolgen diese bei Bremerhavener Frauen am häufigsten aufgrund von chronisch obstruktiver Lungenkrankheit. Die hohen Anteile an diesen Krankheitsbildern bei Frauen und auch bei Männern überraschen nicht, wenn man die Anteile der Raucherinnen und Raucher im Land Bremen betrachtet (siehe Kapitel 4.1). In der Stadt Bremen werden Frauen am häufigsten aufgrund von Brustkrebs in einem Krankenhaus behandelt.

Intrakranielle Verletzungen, die bei Frauen in Bremerhaven an zweiter Stelle stehen, sind Verletzungen des Kopfes – auch Schädel-Hirn-Trauma genannt. Dazu zählen zum Beispiel Gehirnerschütterungen und verschiedenen Formen von Hirnverletzungen. Bundesweit ist jedes

zweite Schädel-Hirn-Trauma die Folge eines Sturzes (vor allem im häuslichen Umfeld und in der Freizeit).[131]

Abbildung 38: Rate Krankenhausaufenthalte ICD-3-Steller für *Frauen* je 1.000 Einwohnerinnen nach Stadtgemeinden, 2017



Cholelithiasis = Gallensteine

Um eine bessere Einordnung der Diagnosen zu erhalten, werden die häufigsten Diagnosen nachfolgend im Ländervergleich dargestellt. Bei der Betrachtung ist zu berücksichtigen, dass hier Raten **je 100.000** Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen werden.

Tabelle 17: Rate Krankenhausaufenthalte ICD-3-Steller für Männer je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, 2016[132]

	Deutschland	Berlin	Bremen	Hamburg
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	202	265	219	154
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	542	474	**782**	457
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	127	78	102	87
I21 Akuter Myokardinfarkt	241	222	283	231
I50 Herzinsuffizienz	319	301	252	293
K80 Cholelithiasis (Gallensteine)	161	151	148	140
S06 Intrakranielle Verletzung	382	308	359	276

[131] https://www.dgni.de/aerzte/aktuelle-meldungen/604-schaedel-hirn-traumata-im-haeuslichen-umfeld-nehmen-zu-haeufigkeit-und-prognose-nach-daten-des-statistischen-bundesamtes.html
[132] www.gbe-bund.de, Standardbevölkerung: Europa alt

Das auffälligste Ergebnis bei Männern (Tabelle 17) stellt die hohe Rate von Krankenhausbehandlungen im Land Bremen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Ländervergleich und im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt dar.

Und auch bei den Frauen (Tabelle 18) sticht die hohe Rate der alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte in Bremen im Ländervergleich heraus. Hier sollte geprüft werden, inwieweit mit anderen Datenquellen belegbar ist, ob im Land Bremen der Alkoholmissbrauch tatsächlich überdurchschnittlich hoch ist, so dass es häufiger zu Krankenhausaufenthalten kommt, oder ob es sich hier um andere Faktoren handelt, die die hohen Raten erklären.

Tabelle 18: Rate Krankenhausaufenthalte ICD-3-Steller für Frauen je 100.000 Einwohnerinnen, altersstandardisiert, 2016[133]

	Deutschland	Berlin	Bremen	Hamburg
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	115	168	125	106
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	225	220	214	213
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	212	183	**282**	169
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	199	117	149	141
I21 Akuter Myokardinfarkt	85	80	101	80
I50 Herzinsuffizienz	206	186	149	194
K80 Cholelithiasis	273	249	272	227
S06 Intrakranielle Verletzung	299	236	282	221

7.2 Krebserkrankungen

Warum ist dieses Thema wichtig?

In Deutschland erkranken jedes Jahr ungefähr 480.000 Personen neu an Krebs. In 2015 nahmen Krebserkrankungen mit circa 226.000 Todesfällen pro Jahr nach den Herz-Kreislaufkrankheiten den zweiten Platz in der Rangfolge der Todesursachen ein.[134]

Ein bedeutender Risikofaktor für Krebserkrankungen ist der Tabakkonsum. Weitere Risikofaktoren für Krebserkrankungen sind Übergewicht, Bewegungsmangel und ernährungsbedingte Faktoren wie Alkoholkonsum oder ein hoher Anteil an rotem oder verarbeitetem Fleisch. Auch Infektionen oder berufliche Expositionen spielen bei verschiedenen Krebserkrankungen eine ursächliche Rolle.

Aktuell erkranken 50 % der Männer und 44 % der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs. Krebserkrankungen treten bei Frauen insgesamt etwas weniger auf. Etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau verstirbt an einer Krebserkrankung. Zwischen 2004 und 2014 gab es in Deutschland sowohl für Frauen als auch für Männer einen Anstieg der absoluten Erkrankungszahlen. Dies ist vor allem auf die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung zurückzuführen, da mit zunehmendem Alter das Risiko an Krebs zu erkranken, steigt. Bezieht man diese absoluten Zahlen auf die zugehörige Wohnbevölkerung und rechnet den Faktor

[133] www.gbe-bund.de Standardbevölkerung: Europa alt
[134] Statistisches Bundesamt, www.destatis.de

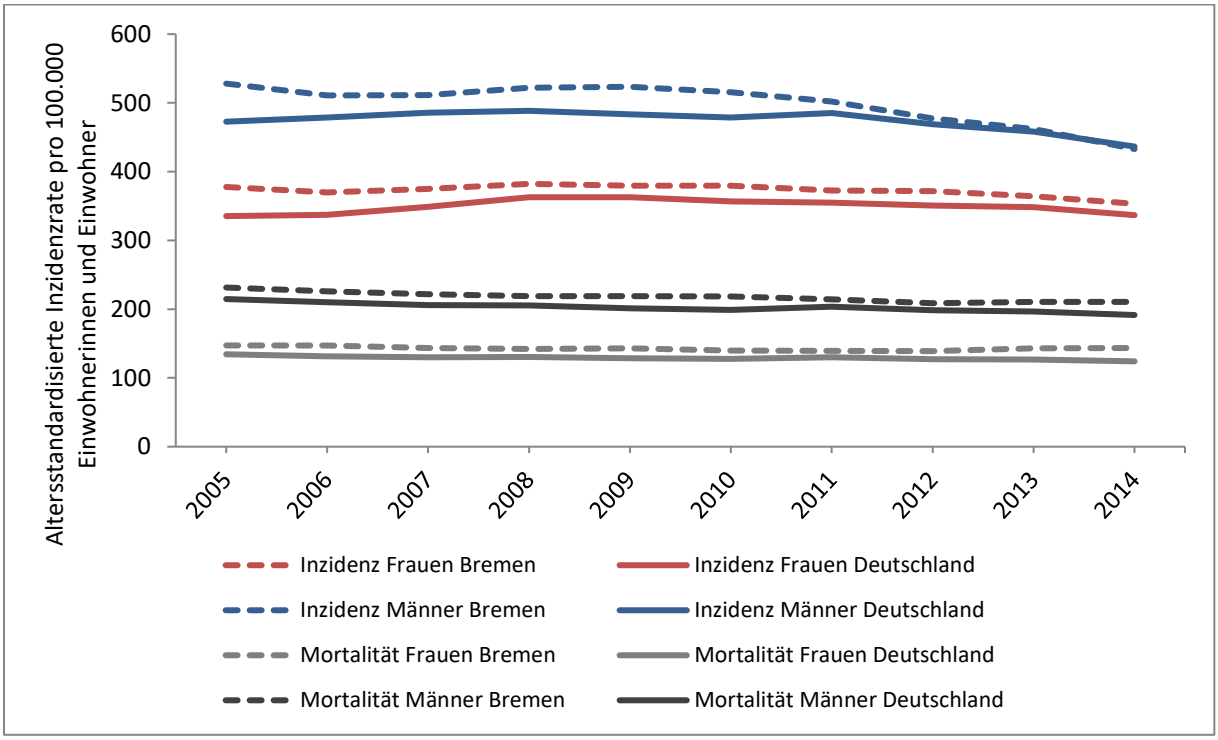
"Alter" heraus, zeigt sich bundesweit sowohl für Frauen als auch für Männer ein Rückgang der Neuerkrankungsraten, der für die Männer etwas stärker ausgeprägt ist.

Für die Betroffenen von einer Krebserkrankung haben sich die Überlebensaussichten in den letzten 30 Jahren in Deutschland insgesamt deutlich verbessert, insbesondere bei den bösartigen Tumoren der Brust, des Darms und der Prostata.[135]

Was wissen wir darüber?

Gemittelt über die Jahre 2012 bis 2014 sind im Land Bremen jährlich etwa 3.930 Menschen neu an Krebs erkrankt, davon 2.040 Männer und 1.890 Frauen. Bezogen auf die Bevölkerung sind das 633 Männer je 100.000 Einwohner und 560 Frauen je 100.000 Einwohnerinnen. Im gleichen Zeitraum sind jährlich etwa 1.990 Einwohnerinnen und Einwohner des Landes Bremen, davon rund 1.050 Männer und 940 Frauen an einer Krebserkrankung verstorben.[136] Abbildung 39 zeigt den zeitlichen Verlauf der Krebsneuerkrankungsraten (=Inzidenz) in Bremen und in Deutschland unter Berücksichtigung der Altersverteilung.

Abbildung 39: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner [Europastandard] für Krebs insgesamt (C00-C97, ohne C44, inkl. D09, D41) in Deutschland und Bremen, 2005 bis 2014[137]



Dabei wird deutlich, dass die Raten in Bremen lange Zeit über den für Deutschland geschätzten Raten lagen. Bei den Männern zeigt sich in den jüngsten berichteten Zeitabschnitten eine An-

[135] Zentrum für Krebsregisterdaten, Krebs in Deutschland für 2013/2014

[136] In diesen Zahlen sind Erkrankungen an nicht-melanotischem oder auch weißem Hautkrebserkrankungen nicht enthalten, da dieser nach internationaler Vereinbarung aufgrund des sehr guten Verlaufs und der sehr geringen Sterblichkeit in der Krebsberichterstattung nicht berücksichtigt wird.

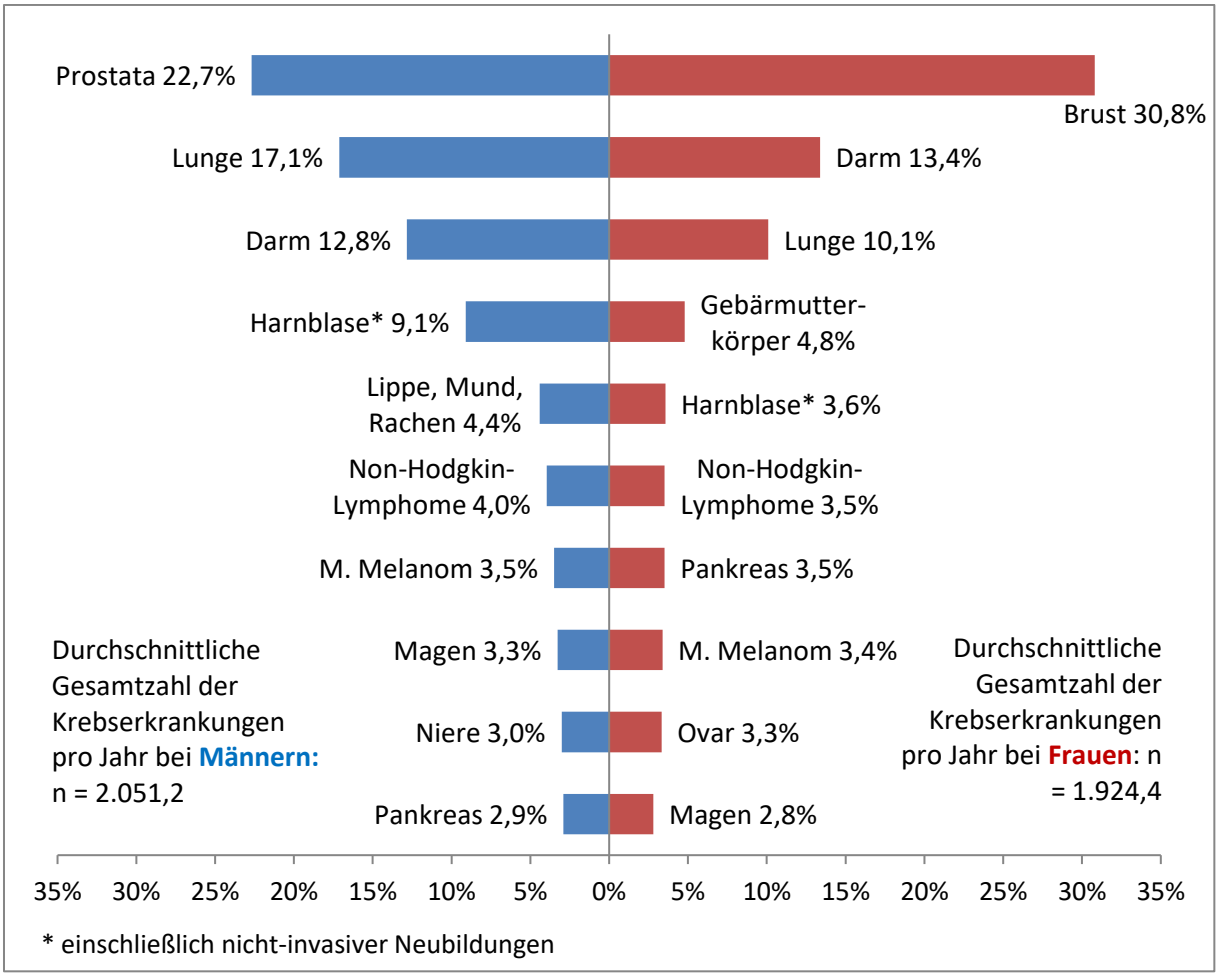
[137] Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., www.gekid.de, alte Europabevölkerung

näherung der Erkrankungsraten an das Bundesniveau. Bei Frauen liegen die Krebsneuerkrankungsraten dagegen weiterhin leicht über den für Deutschland geschätzten Zahlen. Sowohl in Deutschland als auch im Land Bremen sind die Neuerkrankungsraten in den letzten Jahren leicht gesunken. Zu diesem Verlauf tragen insbesondere die rückläufigen Erkrankungszahlen beim Darmkrebs für beide Geschlechter sowie bei den Männern auch für Prostata- und Lungenkrebs bei.

Insgesamt erkranken Männer häufiger als Frauen und versterben auch häufiger an Krebs.

Die drei häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern sind Prostata-, Lungen- und Darmkrebs (Abbildung 40). Bei Frauen tritt am häufigsten Brustkrebs auf, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs (ebenfalls Abbildung 40). Die Rangfolge der vier häufigsten Krebsneuerkrankungen in Bremen ist auch bundesweit zu beobachten. Die drei häufigsten Krebsformen waren bei beiden Geschlechtern für jeweils etwas mehr als die Hälfte aller Krebsneuerkrankungen verantwortlich.

Abbildung 40: Prozentualer Anteil der zehn häufigsten *Krebsneuerkrankungen* (ohne nicht-melanotische Hauttumoren, C44) im Land Bremen, gemittelt über die Diagnosejahre 2010 bis 2014[138]

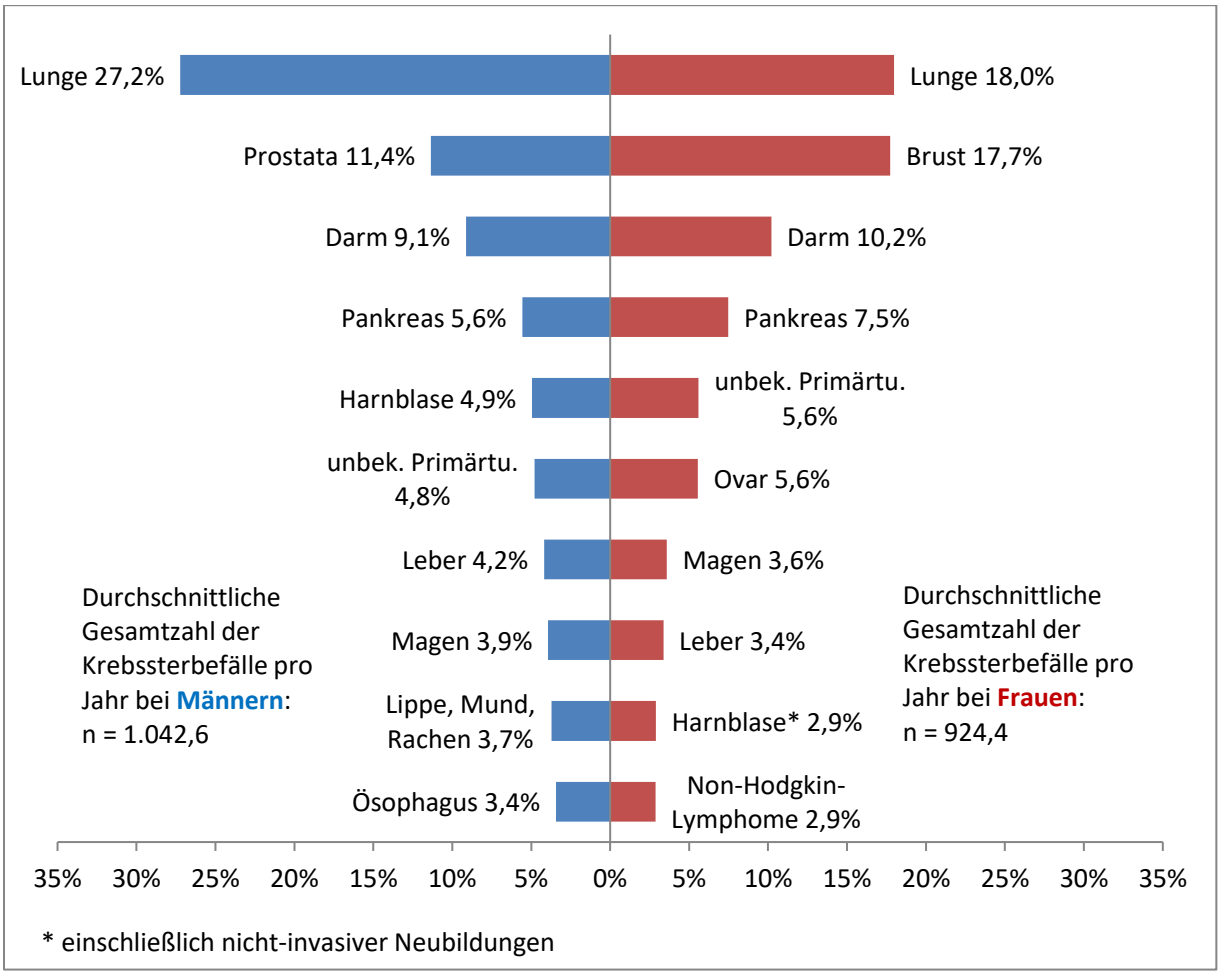


Bei der Krebssterblichkeit ist für beide Geschlechter Lungenkrebs die häufigste Todesursache (Abbildung 41). Dies zeigt den meist ungünstigen Verlauf dieser Erkrankung: Weniger als 20 %

[138] Bremer Krebsregister, Land Bremen

der Betroffenen überleben die Diagnose mehr als fünf Jahre.[139] Obwohl Tumore der Brust mit über 30 % die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen darstellen, treten sie nur bei etwa 18 % der Fälle als Todesursache auf. Ein ähnliches Bild lässt sich aufgrund der guten Prognose bei Männern für Neuerkrankungen der Prostata beobachten. Diese Krebsart macht rund 23 % der Krebsneuerkrankungen bei Männern aus, ist aber nur für ungefähr 11 % der Krebstodesfälle verantwortlich. Bei beiden Geschlechtern machen die drei häufigsten Krebstodesursachen fast 50 % der Krebssterblichkeit aus (Abbildung 41).

Abbildung 41: Prozentualer Anteil der zehn häufigsten Krebstodesursachen (ohne nicht-melanotische Hauttumoren, C44) im Land Bremen, gemittelt über die Sterbejahre 2010 bis 2014[140]



Schaut man sich die Häufigkeit von Krebserkrankungen in den verschiedenen Altersgruppen an, wird das Alter als Risikofaktor für Krebserkrankungen deutlich. Ab dem 50. Lebensjahr steigen die Raten bei beiden Geschlechtern deutlich an. Bei den Männern treten fast 80% der Krebserkrankungen nach dem 60. Lebensjahr auf, bei Frauen etwa 70%.

Während in den Altersgruppen ab 55 Jahren die altersspezifische Rate der Männer deutlich über der der Frauen liegt, ist dies in den Altersgruppen zwischen 30 und 55 Jahren umgekehrt.

[139] Jahresbericht Bremer Krebsregister 2016. www.krebsregister.bremen.de
[140] Bremer Krebsregister, Land Bremen, www.krebsregister.bremen.de

Hierzu tragen insbesondere Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs bei, die im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen einen relativ hohen Anteil an Erkrankungsfällen in der Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahre haben.

Abbildung 42: Altersspezifische Raten der Krebsneuerkrankungen im Land Bremen, gemittelt über die Jahre 2012 bis 2014[141]

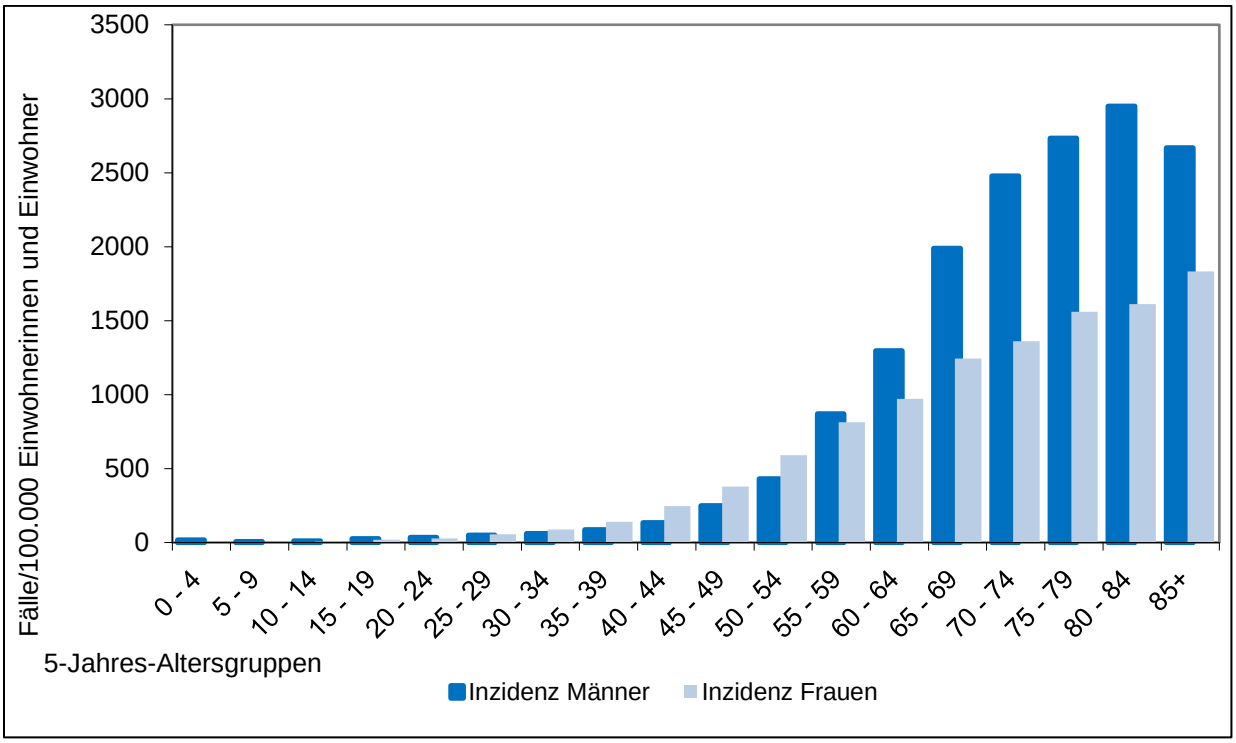


Abbildung 43 zeigt die Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten im Vergleich mit anderen Bundesländern. Die Krebsneuerkrankungsraten im Land Bremen liegen dabei im mittleren Feld und sind in etwa mit den für Deutschland geschätzten Raten vergleichbar.

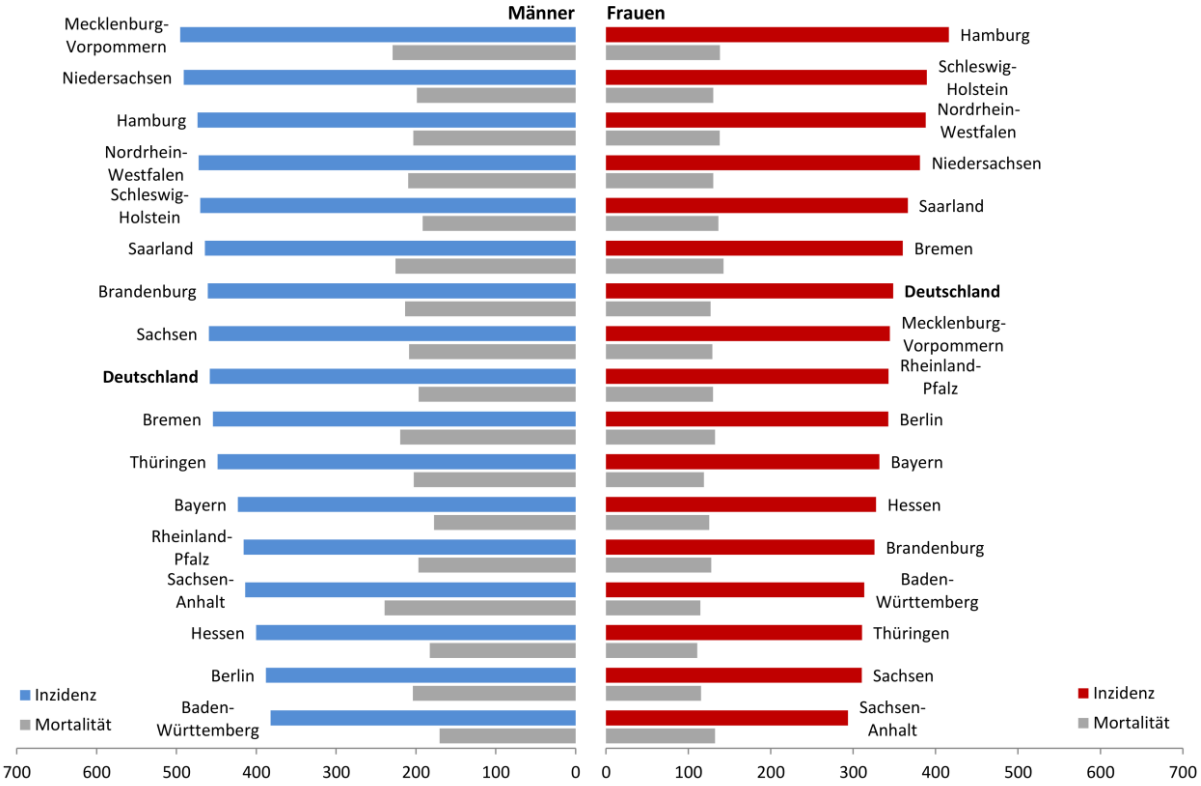
Deutlich ungünstiger stellt sich die Situation bei der Krebssterblichkeit dar. Für Männer liegt diese deutlich über der bundesweiten Sterblichkeitsrate. Bei Frauen hat Bremen sogar die höchste Sterblichkeit aller Bundesländer. Eine Ursache dafür ist, dass im Bundesland Bremen die Lungenkrebserkrankungsrate vergleichsweise hoch ist. Aufgrund der hohen Sterblichkeit dieser Erkrankung wirken sich die hohen Neuerkrankungszahlen auch unmittelbar auf die Krebssterblichkeit aus. Aber auch bei anderen Krebserkrankungen, wie beispielsweise Brustkrebs, hat Bremen eine vergleichsweise hohe Sterblichkeit.

Als Ursachen für eine höhere Sterblichkeit kommt grundsätzlich neben einem ungünstigen Risikoverhalten auch eine verzögerte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten in Betracht. In Bremen lässt sich die höhere Sterblichkeit allerdings vorwiegend auf eine höhere Erkrankungsrate an Lungenkrebs in der Bevölkerung zurückführen. Die Überlebenschancen dieser Erkrankung sind insgesamt ungünstig. Um die Sterblichkeit zu reduzieren, muss vor allem auf eine Änderung des Risikoverhaltens hingewirkt werden, und damit insbesondere der Raucheranteil in der Bevölkerung gesenkt werden, so dass weniger Menschen an Lungenkrebs erkranken.

[141] Bremer Krebsregister, Land Bremen, www.krebsregister.bremen.de

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen muss allerdings bedacht werden, dass bereits eingesetzte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung aufgrund der langen Zeiträume zwischen Exposition und Diagnose einer Krebserkrankung sich erst sehr verzögert in den Daten zeigen.

Abbildung 43: Altersstandardisierte Neuerkrankungen und Sterberaten für Krebs gesamt (C00 – C97, ohne C44, inkl. D09.0 und D41.4) pro 100.000 Einwohner [Europastandard] in den Bundesländern, nach Geschlecht, im Jahr 2013[142]

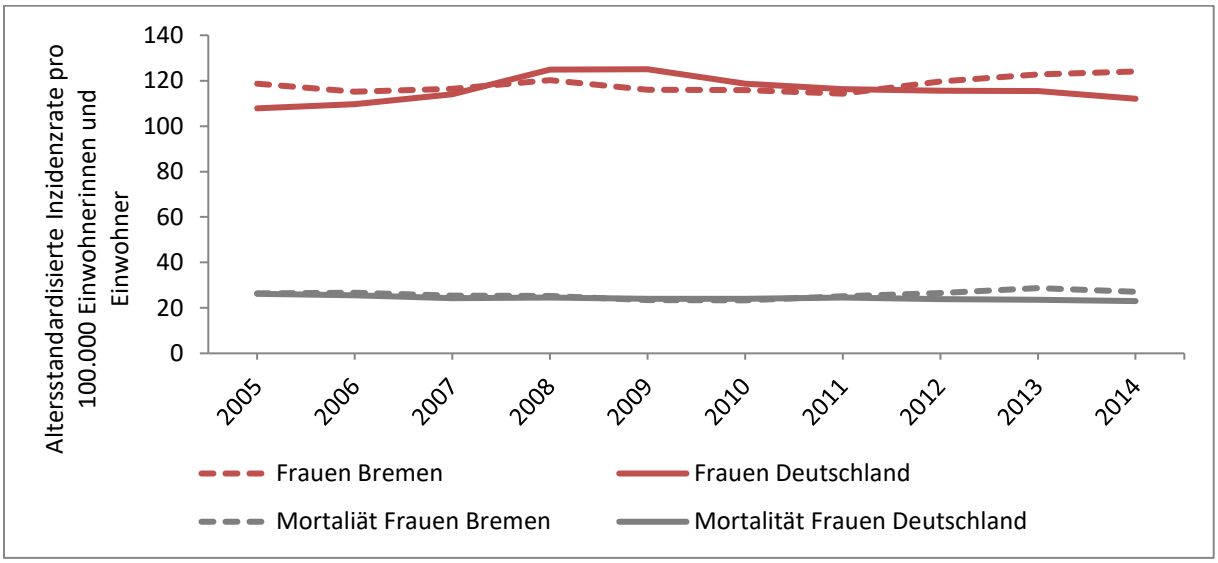


Die häufigsten Krebserkrankungen

Bei Frauen ist ***Brustkrebs*** die mit Abstand häufigste Krebserkrankung sowohl in Deutschland als auch in Bremen. Im dargestellten Zeitraum 2005 bis 2014 liegen die Erkrankungsraten im Land Bremen annähernd auf einem gleichbleibenden Niveau (Abbildung 44). Erst im jüngsten Zeitabschnitt scheint sich ein leichter Anstieg der Erkrankungsraten abzuzeichnen. Inwiefern es sich dabei tatsächlich um einen Inzidenzanstieg handelt oder lediglich um Schwankungen aufgrund der relativ kleinen Bezugsbevölkerung in Bremen, lässt sich anhand des relativ kurzen Zeitabschnittes nicht beurteilen. Auffallend ist allerdings, dass sich auch bei den Sterberaten für Brustkrebs eine leicht zunehmende Tendenz zeigt.

[142] Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., www.gekid.de, alte Europabevölkerung

Abbildung 44: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Brustkrebs je 100.000 Einwohnerinnen in Deutschland und Bremen, 2005 bis 2014[143]



Die Kurve für Deutschland zeigt einen Anstieg für die Jahre 2008 bis 2010 und anschließend einen Rückgang der Erkrankungsraten. Dieser kurzzeitige Anstieg ist mit der Einführung des Mammographie Screenings zu begründen. Zu Beginn des Screenings werden Brustkrebsfälle erkannt, die noch keine Beschwerden machen, wodurch das Diagnosedatum vorverlegt wird. Kurz nach Einführung des Screenings führt dies daher zu einer künstlich erhöhten Brustkrebsinzidenz. In den nachfolgenden Untersuchungsrunden sind diese sogenannten Prävalenzfälle bereits herausgefiltert, so dass die Rate wieder abfällt. Für die Stadt Bremen wurde bereits ab dem Jahr 2001 über ein Modellprojekt das Mammographie Screening eingeführt. Daher ist der beschriebene Inzidenzanstieg nach Screeningbeginn für das Land Bremen im dargestellt Zeitraum nicht mehr zu sehen. Im Jahr 2014 lagen die Teilnahmeraten am Mammographie Screening in Bremen mit circa 60 % über dem Bundesdurchschnitt von 51,5 %.[144] Risikofaktoren für das Auftreten von Brustkrebs sind eine späte erste Schwangerschaft, Kinderlosigkeit oder eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren, weiterhin sollen eine kalorien- und fettreiche Ernährung sowie Tabak- und Alkoholkonsum zu einem erhöhten Brustkrebsrisiko führen.

Für die häufigste Krebsform bei Männern – dem ***Prostatakrebs*** – zeigt sich im Bundesland Bremen wie auch für Deutschland insgesamt über die letzten Jahre eine deutliche Abnahme der Neuerkrankungsraten (Abbildung 45). Eine mögliche Erklärung dafür ist ein Rückgang der Nutzung des umstrittenen PSA-Tests, dessen Wirksamkeit zur Senkung der Sterblichkeit an Prostatakrebs nicht als zweifelsfrei belegt gilt[145], der aber teilweise durch Überdiagnosen zur Erhöhung der beobachteten Erkrankungszahlen führt. Der Rückgang der Erkrankungsraten ab dem Jahr 2012 fällt in das gleiche Jahr, in dem in den USA die vorherige Empfehlung zur Durch-

[143] Bremer Krebsregister, Land Bremen, www.krebsregister.bremen.de
[144] Jahresbericht Evaluation 2016. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, Oktober 2018.
[145] https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/psa-test-frueherkennung.php. Zugriff 30.10.2018

führung des Prostatakrebsscreenings mittels PSA-Test zurückgenommen wurde. Für Risikogruppen wird der Test in den USA allerdings inzwischen wieder empfohlen.[146] Die Sterberate für Prostatakrebs verläuft über die letzten 10 in etwa Jahre konstant.

Abbildung 45: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Prostatakrebs je 100.000 Einwohner in Deutschland und Bremen, 2005 bis 2014[147]

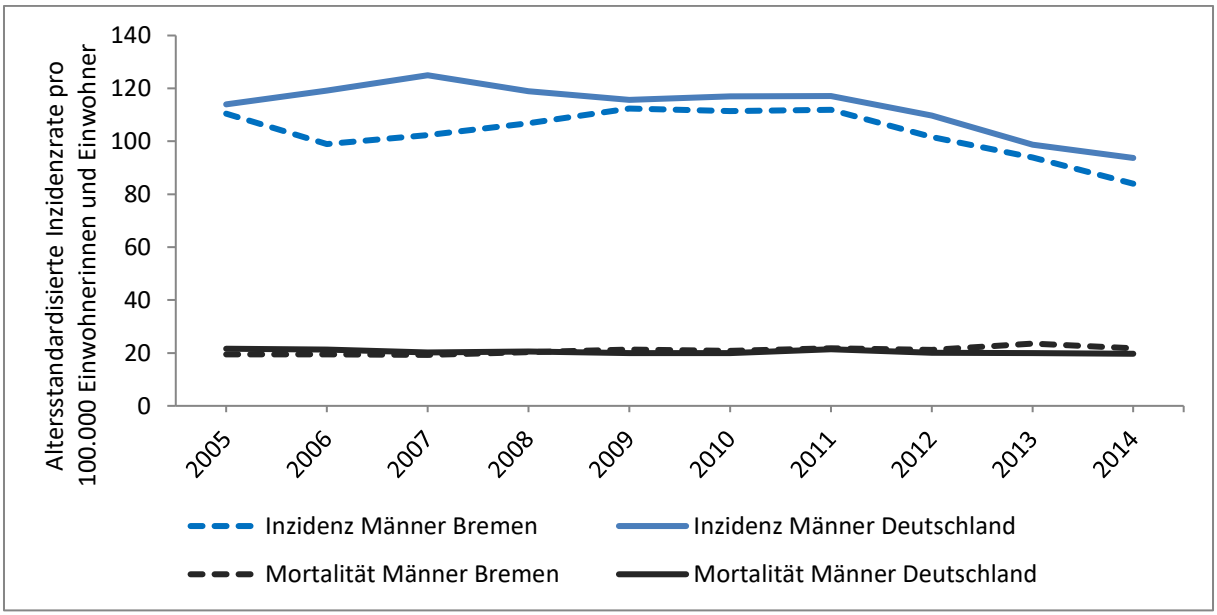
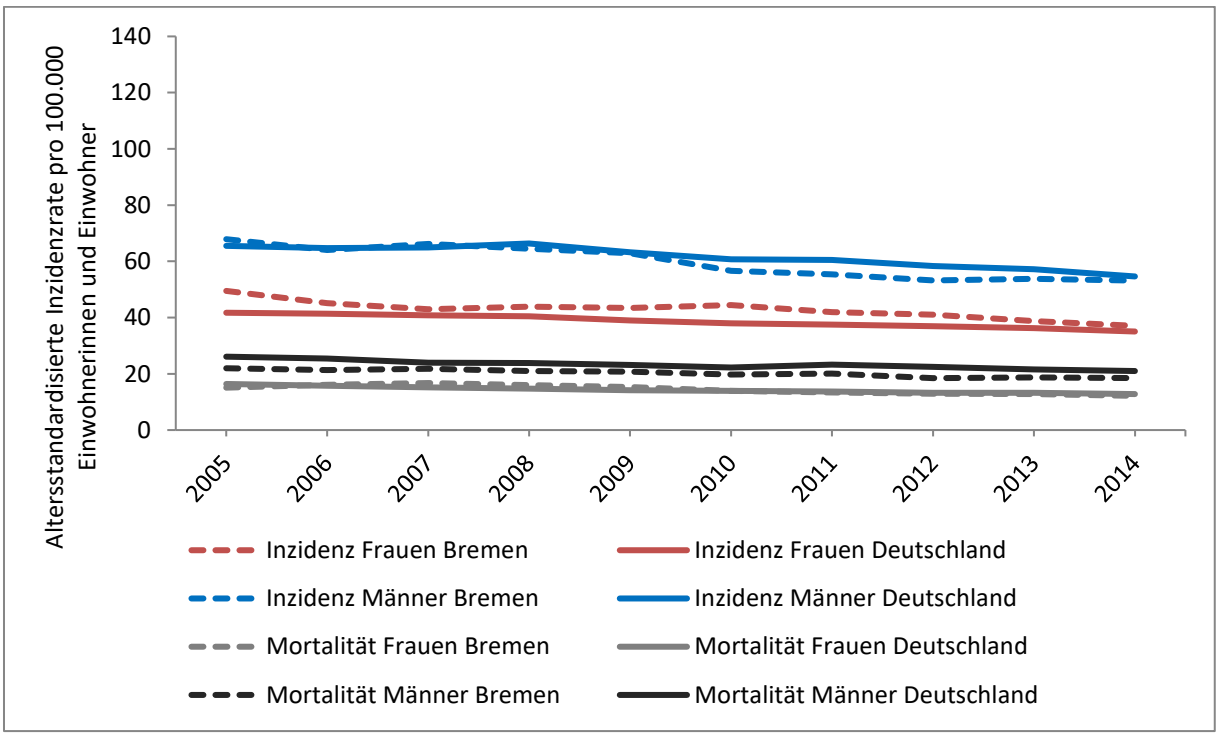


Abbildung 46: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Darmkrebs je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland und Bremen, 2005 bis 2014



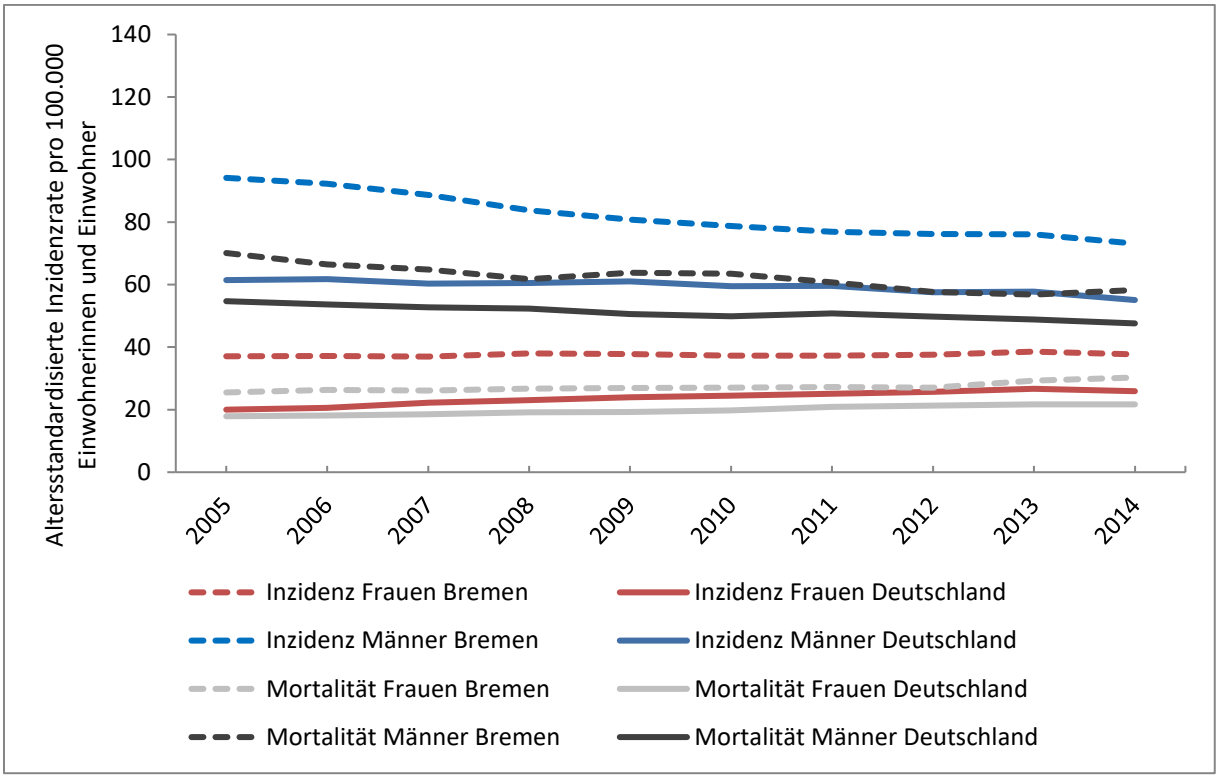
[146] US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate CancerUS Preventive Services Task Force Recommendation Statement (2018). JAMA. 319(18):1901–1913. doi:10.1001/jama.2018.3710

[147] Bremer Krebsregister, Land Bremen, www.krebsregister.bremen.de

Hinsichtlich ***Darmkrebs*** (siehe Abbildung 46) zeigen sich für Deutschland und Bremen in etwa vergleichbare Raten. Im Zeitverlauf nehmen die Neuerkrankungsraten für beide Geschlechter sowohl in Bremen als auch in Deutschland insgesamt ab. Dies ist auch bei der Sterblichkeit zu beobachten, wenn auch weniger ausgeprägt. Der Rückgang wird mit dem seit dem Jahr 2002 gestarteten Vorsorgeprogramm für Darmkrebs in Zusammenhang gebracht. Dabei wird unter anderem ab dem 55. Lebensjahr eine Vorsorge-Darmspiegelung angeboten, wobei Krebsvorstufen erkannt und gleich entfernt werden können. Zukünftig soll dieses Programm deutschlandweit in ein organisiertes Screening übergeleitet werden, bei dem die anspruchsberechtigte Bevölkerung systematisch zur Vorsorge eingeladen wird. Als Risikofaktoren für eine Darmkrebserkrankung werden eine ballaststoffarme Ernährung mit einem hohen Anteil an tierischen Fetten und rotem Fleisch, Übergewicht, regelmäßiger Alkohol- und Tabakkonsum sowie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und Polypen verantwortlich gemacht. Weiterhin spielen genetische Faktoren eine Rolle.

Lungenkrebs gehört bei beiden Geschlechtern im Land Bremen und bundesweit zu den drei häufigsten Krebserkrankungen. Insgesamt liegen die Erkrankungsraten für beide Geschlechter im Land Bremen deutlich über den bundesweiten Raten (Abbildung 47).

Abbildung 47: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten für Lungenkrebs je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner [Europastandard] in Deutschland und Bremen, 2005 bis 2014[148]



Während für Männer insgesamt ein abnehmender Trend beobachtet werden kann, zeigt sich bei Frauen eine Zunahme der Erkrankungsraten im dargestellten Zeitraum. Erklärbar ist dies mit dem Konsumverhalten für Tabakprodukte, einem der wichtigsten Risikofaktoren für Lungenkrebs. Während der Anteil der Raucher bei Männern seit längerem rückläufig ist, ist dieser bei Frauen ansteigend. Wie das Statistische Bundesamt in 2016 feststellte, ist die Zahl der an

[148] Bremer Krebsregister, Land Bremen

den Folgen des Rauchens verstorbenen Frauen in den letzten zehn Jahren von 2005 bis 2014 um circa 33 % angestiegen. Frauen, die an Lungenkrebs versterben, sterben im Durchschnitt 10 Jahre früher als der Durchschnitt aller verstorbenen Frauen.

Auch die deutlich höheren Erkrankungsraten im Land Bremen gegenüber dem Bundesdurchschnitt sind wahrscheinlich zum großen Teil auf den Tabakkonsum zurückzuführen. Bremen hat im Vergleich zu allen anderen Bundesländern den höchsten Raucherinnenanteil. Auch bei Männern hat Bremen den dritthöchsten Raucheranteil im Bundesvergleich (siehe Kapitel 4.1). Als weitere Faktoren für die hohen Erkrankungszahlen an Lungenkrebs in Bremen sind berufliche Expositionen in Betracht zu ziehen. So wurde insbesondere Asbest bis in die achtziger Jahre an verschiedenen Industriestandorten in Bremen in hohem Maße verarbeitet. Aufgrund der sehr langen Latenzzeit ist ein Ausbruch von Lungenkrebserkrankungen oder anderen assoziierten Krebserkrankungen erst nach Jahrzehnten zu beobachten. Auch ein Zusammenhang mit einer höheren Umweltbelastung der Luft in Stadtgebieten kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden.

Regionale Unterschiede

Innerhalb des Landes Bremen sind – wie auch in Deutschland – regionale Unterschiede in den Krebsneuerkrankungsraten zu beobachten.

Für die Gesamtheit der bösartigen Neubildungen zeigt sich in der Stadt Bremerhaven eine deutlich höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate sowohl bei Männern mit 494,2 als auch bei Frauen mit 384,5 Fällen pro 100.00 Einwohner beziehungsweise Einwohnerinnen (Europastandard) (Tabelle 19). Deutliche Unterschiede sind beim Lungenkrebs zu beobachten. Auch die Krebssterblichkeit liegt in Bremerhaven höher als in der Stadt Bremen. Die im Kapitel „Soziale Lage“ genannte hohe Arbeitslosenziffer und der hohe Anteil der SGB II Bezieher/innen in Bremerhaven lassen im Vergleich zur Stadt Bremen einen ungünstigeren Sozialstatus für Bremerhaven annehmen. (siehe auch Armuts- und Reichtumsbericht Bremen 2015). In verschiedenen Untersuchungen wurden in sozial benachteiligten Gebieten höhere Erkrankungsraten für Krebs beobachtet als in Gebieten mit hohem Sozialstatus.[149,150] Als Ursache dafür werden in erster Linie Unterschiede in der Lebensweise, insbesondere beim Rauchverhalten, verantwortlich gemacht. Da die Krebsregister allerdings keine Angaben zu Risikofaktoren für die einzelnen Patienten erfassen, sind Analysen auf Individualebene nicht durchführbar. Die Ergebnisse sind somit als Hinweis auf verschiedene Risikofaktorprofile in den Bevölkerungsgruppen zu deuten. Der Einfluss weiterer Risikofaktoren (z.B. berufsbedingt oder umweltbedingt) auf individueller Ebene ist damit nicht ausgeschlossen. Nur weiterführende Studien auf Individualebene könnten hier zur Aufklärung beitragen.

[149] Eberle A, Luttmann S, Foraita R, Pohlabeln H, Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality - spatial analysis in Bremen/ Germany. Journal of Public Health. 2010; 18 (3): 227-235

[150] Jansen, L; Eberle, A; Emrich, K et al. (2014). Socio-economic deprivation and cancer survival in Germany: An ecological analysis in 200 districts in Germany. , 134 (12):2951 - 2960. http://dx.doi.org/10.1002/ijc.28624

Tabelle 19: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten[Europastandard] pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, gemittelt über die Jahre 2010 bis 2014, für die Städte Bremen und Bremerhaven[151]

	Stadt Bremen		Bremerhaven	
Krebsentität	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
Inzidenz (Neuerkrankungsrate)				
Krebs gesamt (exklusive C44, inklusive D09, D41)	451,1	358,4	494,2	384,5
Brust	1,2	120,2	0,8	125,7
Darm	54,0	39,2	52,5	38,8
Lunge	70,4	36,0	91,2	46,0
Prostata	93,2	-	101,1	-
Mortalität (Sterblichkeit)				
Krebs gesamt (exkl. C44, inkl. D09, D41)	203,4	138,6	239,2	150,4
Brust	0,3	26,2	0,2	28,1
Darm	18,1	12,8	20,5	10,6
Lunge	54,5	27,2	74,4	38,0
Prostata	21,0	-	23,2	-

Auch für Prostatakrebs zeigt sich eine etwas höhere Rate in Bremerhaven. Eine mögliche Erklärung für höhere Raten von Prostatakrebs ist – wie bereits weiter oben ausgeführt – ein häufigerer Einsatz des PSA-Tests als Früherkennungsuntersuchung. Dieser führt oft zur Steigerung der Erkrankungsraten durch sogenannte Überdiagnosen. Damit sind Krebsdiagnosen gemeint, die ohne Früherkennungsuntersuchung zu Lebzeiten des Patienten keine Beschwerden gemacht hätten. Ob dieser Sachverhalt bei den beobachteten höheren Erkrankungsraten für Prostatakrebs in Bremerhaven eine Rolle spielt, kann allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick:

- Die Krebsneuerkrankungsraten im Land Bremen sind bei Männern in etwa mit den für Deutschland geschätzten Raten vergleichbar. Bei Frauen zeigt sich dagegen eine höhere Erkrankungsrate.
- Im Land Bremen und bundesweit ist die Rangfolge der vier häufigsten Krebsneuerkrankungen gleich: Brustkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs.
- Die Raten für Lungenkrebs liegen im Land Bremen für beide Geschlechter deutlich über den Neuerkrankungsraten für Deutschland. Eine Erklärung dafür ist der hohe Raucheranteil in der Bremer Bevölkerung, der für Frauen der höchste von allen Bundesländern ist.
- Für Prostatakrebs und Darmkrebs ist über die letzten Jahre ein Rückgang der Neuerkrankungsraten zu beobachten – in Bremen und auch deutschlandweit.

[151] Bremer Krebsregister, Städte Bremen und Bremerhaven, www.krebsregister.bremen.de

- Die Neuerkrankungsraten für Brustkrebs zeigen im Land Bremen keinen einheitlichen Trend. Insgesamt liegt die Brustkrebsinzidenz in Bremen seit 2012 über dem Bundesdurchschnitt.
- Bei der Gesamtheit der bösartigen Neubildungen zeigt sich für die Stadt Bremerhaven eine höhere Krebsinzidenz und -mortalität als für die Stadt Bremen. Besonders stark ausgeprägt ist der Unterschied beim Lungenkrebs. Ein möglicher Faktor ist die soziale Ungleichheit und ein damit verbundenes anderes Risikoverhalten hinsichtlich Tabakkonsums.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Mit dem Bremer Nichtraucherschutzgesetz am 1. Januar 2008 sind weitere Maßnahmen in Kraft getreten. Nichtraucherinnen und Nichtraucher werden in deutlich besserem Maße vor Tabakrauch geschützt, der als eine der stärksten Risikofaktoren für die Entstehung von Lungenkrebs gilt (siehe dazu auch Abschnitt 6.1.). Einen grundlegenden Wandel des Rauchverhaltens bei Frauen in der Bremer Bevölkerung lassen die Zahlen jedoch nicht erkennen.

Um die besseren Therapieoptionen bei Diagnose in einem frühen Erkrankungsstadium für möglichst viele Patientinnen und Patienten nutzen zu können, werden derzeit bundesweit die Früherkennungsprogramme für Darm- und Gebärmutterhalskrebs in ein organisiertes Screeningprogramm mit systematischer Einladung der anspruchsberechtigten Bevölkerung überführt. Weiterhin wird im Land Bremen gemäß der bundesgesetzlichen Vorgaben eine klinische Krebsregistrierung aufgebaut, die dazu beitragen soll, die Qualität der Versorgung von Krebserkrankten weiter zu verbessern (siehe dazu den nächsten Abschnitt).

7.2.1 Exkurs: Das Bremer Krebsregister

Die im vorangegangenen Kapitel dargestellten Daten stammen aus dem Bremer Krebsregister. Dies ist eine auf bundes- und landesgesetzlicher Grundlage arbeitende Einrichtung, die Daten über Krebserkrankungen erhebt und auswertet. Die Zielsetzung ist, bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Aussagen zur Häufigkeit von Krebserkrankung und ihrer Verteilung in der Bevölkerung treffen zu können sowie Informationen über die Auswirkung und Qualität von Krebsfrüherkennungsprogrammen zu erhalten. Seit dem Jahr 2015 ist eine weitere Zielsetzung dazugekommen. Mit dem "Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz" des Bundes wurden in Umsetzung des Nationalen Krebsplans alle Länder verpflichtet, sogenannte "Klinische Krebsregister" einzurichten. Klinische Krebsregister tragen zur Qualitätssicherung und Verbesserung der onkologischen Daten bei. Hierfür werten sie Daten von der Diagnose über die Therapieschritte (zum Beispiel Operationen, Chemotherapie) bis hin zu möglichen Rückfällen (Rezidiven) aus. In Bremen gibt es ein integriertes "klinisch-epidemiologisches" Krebsregister. Es besteht aus einer Vertrauensstelle, bei der die personenbezogenen Daten erfasst und geprüft werden und einer Auswertungsstelle, die Auswertungen ohne Personenbezug vornimmt. Die Vertrauensstelle ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen angesiedelt, die Auswertungsstelle wird vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS geführt.

Alle Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser sowie Pathologie-Institute sind verpflichtet, Daten nach einem bundeseinheitlichen Datensatz an die Vertrauensstelle zu übermitteln. Wiederum erhält die Ärzteschaft zukünftig Informationen über die von ihnen behandelten Patientinnen

und Patienten sektorenübergreifend und unabhängig vom Wohnort der Betroffenen. Dies erfordert die Entwicklung von Prozessen des Datenaustauschs zwischen den Krebsregistern der Länder. Weitere Informationen zum Bremer Krebsregister, die Informationen für Patientinnen und Patienten sowie auch die Möglichkeit zu eigenen Datenabfragen erhalten Sie unter: **www.krebsregister.bremen.de.**

7.3 Infektionskrankheiten

7.3.1 Die häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten

Was wissen wir darüber?

Gemäß dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind das Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten und der Nachweis bestimmter Krankheitserreger den kommunalen Gesundheitsämtern oder – bei einer so genannten nichtnamentlichen Meldung – dem Robert Koch-Institut zu melden. Registriert werden solche Infektionskrankheiten (oder deren Erreger), die schwere Verläufe nehmen können, zugleich leicht übertragbar sind und insofern größere Teile der Bevölkerung potenziell gefährden können. Des Weiteren zu melden sind zwar selten vorkommende, dafür aber äußerst bedrohliche Infektionskrankheiten.

Trotz dieser klaren gesetzlichen Regelung geben die Infektionsstatistiken das Infektions-geschehen in Deutschland nur ungefähr wieder. Die Erfassungsraten für die einzelnen Infektionskrankheiten und Erreger sind höchst unterschiedlich; sie hängen davon ab, ob eine Infektion beziehungsweise eine Erkrankung zum Kontakt mit einem Arzt oder einer Ärztin führt. Mit einer akuten Lungentuberkulose zum Beispiel wird jeder früher oder später bei einem Arzt oder bei einer Ärztin vorstellig. Hingegen wird eine Salmonelleninfektion, deren Symptome zwar lästig sind, die aber meistens unkompliziert verläuft und nach relativ kurzer Zeit wieder abklingt, häufig zuhause ohne Arztkonsultation auskuriert. Bei derartigen Infektionen ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen.

Die folgende Übersicht zeigt die Häufigkeit der meldepflichtigen Infektionskrankheiten in den Jahren 2013 bis 2017 im Land Bremen.

Tabelle 20: Häufigkeiten der meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Land Bremen [152]

Infektionskrankheit gemäß § 6 und 7 (1) IfSG	Fallzahlen (gemäß Falldefinition)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Campylobacter-Enteritis	426	547	532	421	490
Windpocken	145	428	341	344	367
Norovirus-Gastroenteritis	479	545	491	414	257
Rotavirus-Gastroenteritis	262	166	227	148	222
Influenza (Grippe)	142	15	70	97	211
Keuchhusten	45	22	40	58	96
Salmonellose	92	74	78	59	69
MRSA, invasive Infektion	15	18	26	22	51
Tuberkulose	53	50	74	65	45
Clostridium difficile	14	8	26	42	44
Enterobacteriaceae-Infektion	–	–	–	0	25

[152] SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de [13.08.2018]

Infektionskrankheit gemäß § 6 und 7 (1) IfSG	Fallzahlen (gemäß Falldefinition)				
Giardiasis	23	23	22	21	20
Yersiniose	18	4	7	6	17
Legionellose	0	3	23	26	16
Hepatitis E	4	5	8	3	13
Hepatitis B	13	10	3	9	12
Hepatitis C	26	33	10	6	12
Haemophilus Influenzae	3	1	3	10	11
EHEC-Erkrankung	9	3	3	2	9
Hepatitis A	25	6	8	2	9
Kryptosporidiose	10	10	5	3	7
Weitere bedrohliche Krankheit	–	–	–	0	7
Meningokokken-Erkrankung	3	5	3	4	6
Listeriose	3	5	4	6	4
Hämolytisch-urämisches Syndrom	0	0	0	0	3
Masern	7	4	0	1	3
Mumps	8	1	7	9	3
Zikavirus-Erkrankung	–	–	–	0	3
Acinetobacter-Infektion	–	–	–	0	2
Denguefieber	3	5	8	3	2
Paratyphus	0	2	2	2	2
Shigellose	1	6	2	5	2
Typhus abdominalis	2	0	2	2	2
Adenovirus-Konjunktivitis	4	2	5	2	1
Leptospirose	1	0	2	0	1
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	1	1	0	0	0
E.-coli-Enteritis	10	6	0	0	0
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	1	0	0	0	0
Virale hämorrhagische Fieber	0	2	2	1	0
Summe	**1.848**	**2.008**	**2.034**	**1.793**	**2.044**

– = zum Erhebungszeitpunkt noch nicht meldepflichtig

Von den gemeldeten Fällen sind mehr als 64 % ***infektiöse Durchfallerkrankungen***. Dazu zählen unter anderem:

- Campylobacter-Enteritis – eine bakterielle, häufig lebensmittelbedingte Darm-Erkrankung (häufig durch infiziertes Hühnerfleisch),
- Norovirus-Gastroenteritis – eine virenbedingte Darm-Erkrankung
- Rotavirus-Gastroenteritis – die häufigste Ursache viraler Darminfektionen bei Kindern

Im Berichtszeitraum zeigten die Meldezahlen keine besonderen Auffälligkeiten. Die Zahlen für Noro- und Rotaviren entsprechen einer häufig zu beobachtenden gegenläufigen Verteilung dieser beiden Erkrankungen.

Die Häufigkeit von ***Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken*** – also solchen Krankheiten, denen mittels Impfstoffen vorgebeugt werden kann - liegt bei 20 % aller meldepflichtigen Krankheiten. Nachdem mit Wirkung vom 29.03.2013 die Liste der meldepflichtigen Erkrankungen um Mumps, Keuchhusten, Röteln und Windpocken erweitert wurde, nahmen

die Fallzahlen insbesondere bei Keuchhusten und Windpocken zu. Die Fallzahlen für Masern und Mumps sind niedrig im einstelligen Bereich. Erkrankungen an Röteln sind in diesem Zeitraum nicht gemeldet worden

Tabelle 21: Anteil der Keuchhusten-Erkrankungen im Land Bremen in Prozent nach Altersgruppen[153]

Altersgruppe	2013	2014	2015	2016	2017
0–19	7	27	37	48	27
20–70	93	73	63	52	73

Auffällig bei den Keuchhusten-Erkrankungen ist der hohe prozentuale Anteil der erkrankten Personen in der Altersgruppe 20 bis 70 Jahre und älter. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit dem Jahr 2009 eine einmalige Keuchhusten-Impfung auch für alle Erwachsenen.[154] Die Impfquote bei Erwachsenen für Keuchhusten liegt bundesweit bei 7,6 %.[155] Die niedrige Impfquote erklärt die hohe Anzahl an Keuchhusten-Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Seit 2004 empfiehlt die STIKO, alle Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten gegen Windpocken mittels einer Impfdosis impfen zu lassen. Seit 2009 ist eine zweite Impfdosis im Abstand von mindestens vier Wochen hinzugekommen. Die an das RKI übermittelten Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen steigen kontinuierlich an, sodass trotz Einführung der Meldepflicht in 2013 und der damit verbundenen hohen Fallzahlen sukzessive mit einem Rückgang der Windpockenerkrankungen gerechnet werden kann. Die erhöhte Inzidenz für Windpocken im Land Bremen im bundesweiten Vergleich hängt mit der in Bremen nach wie vor relativ niedrigen Impfquote zusammen.

Tabelle 22: Impfquoten für Windpocken im Land Bremen, Anteile in Prozent[156]

Impfungen	2013	2014	2015	2016
1. Impfung	65,7	69,2	72,6	75,9
2. Impfung	59,4	64,5	68,4	70,9

Zu den Erkrankungen, über die in den letzten Jahren vermehrt berichtet wurde, zählen die ***Legionellosen***. In zwei Ausbruchswellen von November 2015 bis März 2016 waren insgesamt 45 Menschen an einer Legionellose erkrankt (siehe dazu auch Exkurs: Der Legionellose-Ausbruch in der Stadt Bremen 2015/2016, Abschnitt 7.3.2). 2017 waren von den 16 gemeldeten ***Legionellosen*** 38 % reiseassoziiert. 62 % der Erkrankten hatten eine Exposition im privaten oder beruflichen Umfeld, ein zeitlicher oder örtlicher Zusammenhang wurde dabei nicht festgestellt.

Die Meldezahlen der ***sonstigen Erkrankungen*** zeigen im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 keine besonderen Auffälligkeiten. Die zeckenbedingte FSME-Erkrankung[157] aus dem Jahr 2013

[153] LKZ Bremen - SurvNet@RKI [13.08.2018]
[154] Die Impfung sollte gleichzeitig mit der Impfung gegen Tetanus und Diphtherie verabreicht werden.
[155] Impfquoten unter Erwachsenen in Deutschland für die Impfungen gegen saisonale Influenza, Tetanus und Pertussis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 2015; 2, 174-181
[156] RKI. Epidemiologisches Bulletin. Berlin, verschiedene Jahrgänge
[157] FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), eine durch Zecken übertragenen Viruserkrankung

war reiseassoziiert, bei den viralen hämorraghischen Fieber-Erkrankungen der Jahre 2014 bis 2016 handelt es sich um Erkrankungen, die ausschließlich durch das Chikungunyavirus ausgelöst worden sind. Alle Chikungunya-Erkrankungen waren reiseassoziiert (zumeist Süd- und Mittelamerika) und hatten einen milden Krankheitsverlauf. Auch der weitaus größte Teil der Hepatitis A- und Hepatitis E-Erkrankungen war reiseassoziiert.

Entwicklung der meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt

Insgesamt haben die meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Lande Bremen in den Jahren 2013 bis 2017 zugenommen. Auch bundesweit war eine Zunahme der Erkrankungszahlen zu verzeichnen. Im Vergleich der Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) der häufigsten Infektionskrankheiten in Bremen mit den bundesweiten Inzidenzwerten liegen die Bremer Zahlen überwiegend und zum Teil deutlich unter den bundesweiten Vergleichswerten. Lediglich bei Windpocken und in einzelnen Jahren bei Clostridium difficile (einer bakteriell bedingten Darmerkrankung) und bei MRSA (multiresistente Keime) weisen die Bremer Zahlen höhere Inzidenzwerte auf.

Tabelle 23: Inzidenzen der zehn häufigsten Infektionskrankheiten im Land Bremen (HB) im Vergleich zu den bundesweiten Inzidenzen (Bund)[158]

Krankheit/ Erreger gemäß § 6 und § 7 (1) IfSG	Inzidenzen Fälle/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	HB	Bund	HB	Bund	HB	Bund	HB	Bund	HB	Bund
Campylobacter	64,80	78,81	82,64	87,46	79,23	85,53	62,03	89,74	72,19	84,17
Norovirus	72,86	110,57	82,34	92,48	73,12	108,44	60,99	102,58	37,86	88,86
Windpocken	22,06	11,97	64,66	27,44	50,78	27,69	50,68	30,34	54,07	26,92
Rotavirus	39,85	59,82	25,08	39,99	33,81	40,43	21,80	27,54	32,71	46,36
Influenza	21,60	86,94	2,27	9,25	10,42	94,67	14,29	79,75	31,09	116,31
Salmonellose	13,99	23,51	11,18	20,00	11,62	16,88	8,69	15,72	10,17	17,29
Tuberkulose	8,06	5,38	7,55	5,58	11,02	7,10	9,58	7,22	6,63	6,70
Keuchhusten	6,85	13,00	3,32	15,20	5,96	11,05	8,55	16,74	14,14	20,42
Clostridium diff.	2,13	1,39	1,21	1,90	3,87	2,62	6,19	2,83	6,48	3,40
MRSA	2,28	5,41	2,72	4,74	3,87	4,40	3,24	3,83	7,51	3,39

7.3.2 Exkurs: Der Legionellose-Ausbruch in der Stadt Bremen 2015/2016

Legionellose ist eine durch Bakterien der Gattung Legionella hervorgerufene Infektionserkrankung. Das Krankheitsbild reicht von grippeähnlichen Symptomen (Pontiac-Fieber) bis hin zu

[158] SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de [13.08.2018]

schweren atypischen Lungenentzündungen, die in 10 bis 15 % der Fälle tödlich enden (Legionärskrankheit). Bei warmen Wassertemperaturen finden die Erreger in Wasserleitungen mit fehlender Wasserzirkulation oder in Wassertanks optimale Vermehrungsbedingungen. Eine Ansteckung geschieht für gewöhnlich durch das Einatmen erregerhaltiger Aerosole wie zum Beispiel kontaminierte Wasserdämpfe in Duschen. Von einer direkten Übertragung von Mensch zu Mensch als wahrscheinlicher Infektionsweg wurde bislang nur in einem Fall berichtet.[159]

Zwischen November 2015 und März 2016 gab es in der Stadt Bremen eine auffällige, in zwei Wellen verlaufende Häufung von Legionellose-Fällen. Es wurde schnell deutlich, dass es sich hierbei um einen Ausbruch dieser gefährlichen Erkrankung handelte.

In der ersten Welle im November und Dezember 2015 registrierte das Bremer Gesundheitsamt 19 Legionellenerkrankungen. 10 Patientinnen und Patienten wurden auf eine Intensivstation aufgenommen, 6 Personen erkrankten besonders schwer, eine davon verstarb. Bei drei Personen war eine Typisierung des Erregers möglich. Mitte Februar 2016 bis Ende März 2016 häuften sich Legionellosefälle erneut. Diesmal waren 26 Personen betroffen, davon mussten 18 auf Intensivstationen behandelt werden. Bei 11 Patientinnen und Patienten war der Krankheitsverlauf schwer, zwei von ihnen verstarben. In acht Fällen konnte der Erreger typisiert werden. Zwei der Erkrankten waren nicht dem Ausbruchsgeschehen zuzurechnen.

Auf der Suche nach Infektionsquellen wurden Trinkwasserproben in den Haushalten der Erkrankten und an den jeweiligen Arbeitsstätten genommen. Die Untersuchungen der Proben auf Legionella waren jedoch negativ.

Die Befragung der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Lokalitäten, die als gemeinsame Infektionsquelle generell in Betracht kamen, führte ebenfalls nicht weiter. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bremer Gesundheitsamtes fragten die Patientinnen und Patienten nach Hotelaufenthalten sowie nach Besuchen von Schwimmbädern, Saunen, Sportstudios, Messen, Einkaufszentren, Supermärkten mit Gemüseberieselung oder der Nutzung von Autowaschstraßen. Es zeigten sich keine substanziellen Übereinstimmungen, die auf eine spezifische Infektionsquelle verwiesen hätten. Auch die Analysen der Bewegungsprofile der Patientinnen und Patienten sowie der vorherrschenden Windrichtung während des wahrscheinlichen Infektionszeitraums ergab keine Anhaltspunkte.

Auffallend war jedoch die räumliche Verteilung der Fälle. Fast alle Betroffenen lebten oder arbeiteten in einem der Stadtteile Findorff, Walle, Gröpelingen, Woltmershausen oder Häfen. Um die Infektionsquelle zu identifizieren, wurden daher mögliche Emittenten von infektiösen Aerosolen, insbesondere die Betreiber so genannter Rückkühlanlagen, in die Untersuchungen einbezogen. Kurz darauf wurden die Anlagenbetreiber per Allgemeinverfügung verpflichtet, ihre technischen Installationen zu desinfizieren und zu melden. Damit sollte die Gefahr für die Bevölkerung minimiert und eine mögliche Quelle auf jeden Fall geschlossen werden. Danach traten nur noch drei leichte Legionellose-Fälle auf.

Auch wenn die Infektionsquelle letztendlich nicht gefunden werden konnte, dürfte eine kontaminierte Rückkühlanlage die wahrscheinlichste Erklärung für den Legionellen-Ausbruch sein. Dafür spricht, dass nach der behördlich angeordneten Desinfektion sämtlicher Anlagen keine Legionellosen mehr registriert wurden, sieht man von den drei leichten Fällen ab.

[159] New England Journal of Medicine (2016)

Nachdem einen Monat lang keine neuen Fälle mehr bekannt wurden, erklärte die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im April 2016 den Ausbruch für beendet.

7.3.3 Tuberkulose (TBC)

Warum ist dieses Thema wichtig?

Tuberkulose (TBC) ist eine durch Bakterien verursachte Infektionskrankheit, die chronisch verläuft und unbehandelt zumeist tödlich ist. In etwa 80 % der Fälle ist die Lunge betroffen, durch Verbreitung der Erreger über die Blutbahn können prinzipiell aber auch andere Organe oder Knochen befallen werden. Tuberkulose wird in der Regel durch das Einatmen ausgehusteter infektiöser Aerosole von Mensch zu Mensch übertragen.

Erst seit der Entwicklung von Antibiotika lässt sich Tuberkulose erfolgreich behandeln. Die Therapie ist allerdings recht aufwändig und dauert mindestens ein halbes Jahr, in komplizierten Fällen sogar deutlich länger. Zunehmend Sorge bereiten antibiotikaresistente Erregerstämme. Gegen diese Erreger wirkt die Standardtherapie nur noch eingeschränkt oder in Extremfällen gar nicht mehr.

Nur ein kleiner Teil der Infizierten erkrankt tatsächlich an Tuberkulose. Bei nicht immungeschwächten Personen liegt dieser Anteil zwischen fünf bis zehn Prozent. In den meisten Fällen kann das Immunsystem den Erreger im Gewebe abkapseln und dadurch die weitere Verbreitung verhindern. In diesem Fall spricht man von einer latenten tuberkulösen Infektion, die infizierten Personen sind nicht ansteckend. Tuberkulose ist jedoch eine tückische Krankheit. Die eingekapselten Tuberkulosebakterien können viele Jahre später noch aktiv werden und die Krankheit ausbrechen lassen.

Betrachtet man nur die Häufigkeit des Auftretens, spielt Tuberkulose in Deutschland momentan kaum eine Rolle. Sollte jedoch die Zahl der Fälle zunehmen, kann TBC wieder zu einem nicht zu unterschätzenden Problem werden. Eine besondere Bedrohung geht dabei von antibiotikaresistenten Erregern aus.

Was wissen wir darüber?

Tuberkulose kommt in jedem Teil der Welt vor und gehört zu den 10 häufigsten Todesursachen auf der Welt. Oft tritt Tuberkulose in Kombination mit HIV/AIDS auf. 2017 erkrankten nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit 10 Millionen Menschen an TBC und 1,6 Millionen Menschen starben an dieser Krankheit. Schätzungsweise 1,7 Milliarden Menschen – fast ein Viertel der Weltbevölkerung – haben eine latente tuberkulöse Infektion.[160] Südostasien und Subsahara-Afrika weisen die höchsten Erkrankungsraten auf. In Europa sind im Wesentlichen osteuropäische Länder, insbesondere die Nachfolgestaaten der UdSSR, betroffen. In Deutschland hingegen sind, wie in anderen wohlhabenden Ländern auch, TBC-Fälle vergleichsweise selten, und als Todesursache spielt Tuberkulose mit einem Anteil von 0,03 % an der Gesamtmortalität (2015) keine Rolle mehr – im Gegensatz zu früheren Zeiten.

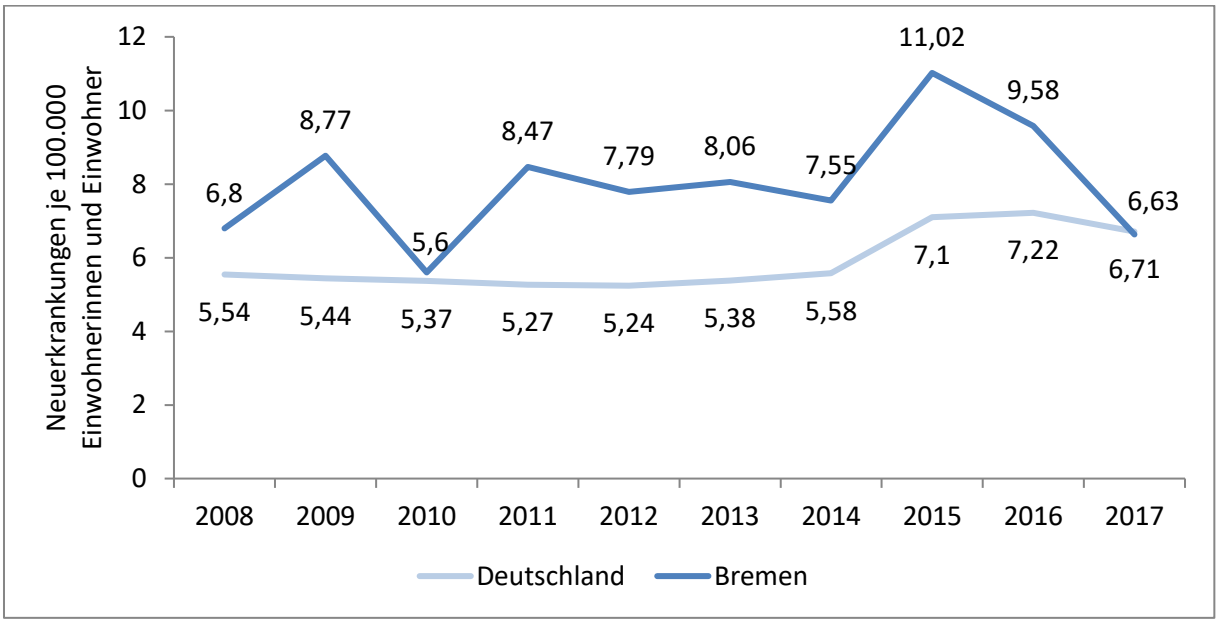
In Deutschland ging die Zahl neuer TBC-Fälle und die Neuinfektionsraten (Inzidenzen) lange Zeit kontinuierlich zurück (siehe Abbildung 48). 2012 wurden mit 4.213 Fällen die wenigsten Neuinfektionen gezählt. Danach stiegen die Zahlen merklich und erreichten in 2016 mit 5.958

[160] World Health Organization (WHO) (2018)

neuen Fällen den höchsten Stand seit 2006. Auch bezogen auf die Bevölkerung war die Inzidenz mit 7,22 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in 2016 am höchsten. 2017 wurde mit 5.512 neuen Fällen wieder ein Rückgang verzeichnet. 2017 lag die TBC-Inzidenz in Deutschland bei 6,71 Neuinfektionen/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Der weit überwiegende Teil der neu registrierten TBC-Patienten waren Männer, 2016 lag ihr Anteil bei 67,7 %. Tuberkulose wurde vor allem bei jüngeren Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren festgestellt. Neu infizierte Männer waren mit 33 Jahren im Durchschnitt (Median) jünger als neu infizierte Frauen, die ein Durchschnittsalter von 37 Jahren aufwiesen. Der Anteil der neu registrierten TBC-Patientinnen und -patienten, die im Ausland geborenen waren, ist in den zurückliegenden Jahren stetig und deutlich gewachsen, und zwar von 41,6 % (2001) auf mittlerweile 74,3 % (2016).

Abbildung 48: TBC-Inzidenzen (Neuinfektionen/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner), Land Bremen, Deutschland, nach Meldejahr[161]



Für das Land Bremen weist das Robert Koch-Institut für den Zeitraum 2002 bis 2017 insgesamt 948 neue TBC-Fälle aus. Davon entfielen 816 auf die Stadt Bremen und 132 auf die Stadt Bremerhaven. Auffällig ist der signifikante Anstieg der Neuinfektionen in den Jahren 2015 und in 2016. In diesen Jahren sind besonders viele Geflüchtete in Deutschland und somit auch in Bremen angekommen, was den Anstieg der Fallzahlen zum Teil erklärt. In den meisten Herkunftsländern der geflüchteten tritt TBC vergleichsweise häufig auf, insofern ist bei ihnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit höher, mit Tuberkuloseerregern infiziert zu sein. Hinzu kommen spezifische Ansteckungsrisiken während der Migration nach Deutschland. Außerdem werden Asylsuchende nach § 36 (4) Infektionsschutzgesetz durch eine Röntgenaufnahme systematisch auf Tuberkulose hin untersucht. Auch dadurch werden mehr TBC-Fälle entdeckt und registriert.

[161] Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abfragedatum: 24.10.2018. Fallzahlen gemäß Referenzdefinition

Insgesamt betrachtet nimmt im Land Bremen die Zahl der neu registrierten TBC-Patientinnen und Patienten jedoch tendenziell ab. 2017 waren zwei Drittel (66,9 %) der neu infizierten Personen Männer, was ziemlich genau dem Bundesdurchschnitt entspricht.

2017 lag die Neuinfektionsrate im Land Bremen mit 6,6 TBC-Neuinfektionen/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner geringfügig unter dem für Deutschland ermittelten Wert. In den Jahren davor bewegten sich die Neuinfektionsraten im Land Bremen allerdings zumeist deutlich über der TBC-Inzidenz in Deutschland.

Auswertung der Fallakten im Bremer Gesundheitsamt

Seit 2007 wertet das Bremer Gesundheitsamt kontinuierlich TBC-Fallakten aus, um das Tuberkulosegeschehen in der Stadt Bremen zu beobachten. Aus diesen Dokumenten lassen sich detaillierte Informationen über TBC-Patientinnen und -patienten gewinnen, die die vom Robert Koch-Institut bereitgestellten Daten ergänzen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes umfasste die Datenbasis 515 Fallakten der Jahre 2007 bis 2017. Die Auswertung ergab folgendes Bild:[162]

- In der Stadt Bremen hat der Anteil der TBC-Patient/innen, die im Ausland geboren waren, deutlich zugenommen. 2017 waren vier von fünf neu Infizierten (82,1 %) im Ausland geboren, 2007 lag dieser Anteil noch bei 40 %.
- Im Ausland geborene TBC-Patientinnen und Patienten waren im Durchschnitt (Median) deutlich jünger als die in Deutschland Geborenen (31 Jahre versus 50,5 Jahre). Die Geschlechterverteilungen in den beiden Gruppen unterschieden sich kaum, jeweils gut zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (68 %) waren Männer.
- 68 % der in Deutschland geborenen und 56,1 % der im Ausland geborenen TBC-Patientinnen und -patienten waren an einer offenen und damit ansteckungsfähigen Lungentuberkulose erkrankt. Während bei den in Deutschland Geborenen in den allermeisten Fällen die Lunge betroffen war, waren bei den im Ausland Geborenen häufig andere Bereiche wie Lymphknoten und Knochen infiziert.
- Im Beobachtungszeitraum wurden bei jedem zwölften TBC-Fall (8,3 %) resistente Erreger nachgewiesen. Bei 11 % der im Ausland geborenen TBC-Patientinnen und -patienten traten Resistenzen auf, unter den in Deutschland Geborenen lag dieser Anteil bei 4,6 %. Dieses Zahlenverhältnis entspricht in etwa den Erkenntnissen des Robert Koch-Instituts zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland.[163]
- Die im Ausland geborenen TBC-Patientinnen und -patienten befolgten die ärztlichen Therapieanweisungen im Allgemeinen besser als die in Deutschland Geborenen. Drei Viertel (74,8 %) der im Ausland Geborenen und zwei Drittel (66 %) der in Deutschland Geborenen verhielten sich therapiekonform (compliant).
- Mangelnde Therapiemitwirkung geht häufig auf Suchtprobleme zurück. In jeder sechsten Fallakte (17,6 %) fanden sich Hinweise auf einen bedenklichen Suchtmittelkonsum des Patienten oder der Patientin. Dabei war Alkohol das häufigste Suchtmittel. Suchtmittelmissbrauch trat vor allem bei den in Deutschland geborenen TBC-Patientinnen und Patienten auf. Gut jede oder jeder vierte (28,9 %) in Deutschland geborene sowie jede oder jeder neunte (11 %) im Ausland geborene TBC-Patientin oder -patient hatte offenkundig oder vermutlich Suchtprobleme.

[162] Siehe dazu auch: Tempel G (2016)
[163] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018c). Seite 53ff

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Aufgrund der gewachsenen Zahl der im Ausland geborenen TBC-Patientinnen und Patienten, aber auch wegen der Betroffenen mit Suchtproblemen, ist der Arbeitsaufwand gestiegen, den das Gesundheitsamt leisten muss, um eine Ausbreitung der Tuberkulose in der Bevölkerung zu verhindern.[164] Erhöhter Aufwand entsteht unter anderem, wenn mangelnde Sprachkenntnisse die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Kontaktpersonen behindern oder wenn kulturelle Besonderheiten sowie Suchtmittelkonsum sich negativ auf die Compliance (Therapietreue) auswirken. Die vorhandenen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Tuberkulosebekämpfung sind daher zu erhalten und gezielt auszubauen.

In Deutschland ist Tuberkulose kaum noch bekannt. Ein Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung liegt daher auf Information, die sich an die Bevölkerung und an Institutionen, aber auch an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte richtet. Es gibt Hinweise darauf, dass Teile der Ärzteschaft Tuberkulose als mögliche Diagnose nicht in Betracht ziehen. Besonderen Informationsbedarf dürfte es bei den sogenannten extrapulmonalen Tuberkulosen wie der Knochen- oder Lymphknotentuberkulose geben, die in Deutschland inzwischen ein Viertel aller Neuinfektionen ausmachen.[165]

7.3.4 Sexuell übertragbare Infektionen (STI)

Warum ist dieses Thema wichtig?

Sexuell übertragbare Infektionen, auch STI (Sexually Transmitted Infections) genannt, können durch verschiedene Erreger beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Zu den STI im engeren Sinn gehören

- HIV,
- Syphilis,
- Chlamydien,
- Gonorrhoe (vulgo Tripper oder GO),
- Trichomoniasis und die
- Humanen Papillomae Viren (HPV).

Des Weiteren können auch Hepatitis A, B und C – neben anderen Infektionswegen – beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Die meisten Infektionen wie Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe und Trichomoniasis sind heilbar, allerdings sind erneute Infektionen jederzeit möglich. Der Verlauf der Infektionen ist sehr unterschiedlich. Einige bleiben (lange Zeit) unbemerkt, andere verursachen Symptome wie Ausfluss aus Vagina, Penis oder Anus, Hautveränderungen oder unspezifische Symptome wie Halsschmerzen, Fieber, ständige Müdigkeit oder Appetitlosigkeit.

Ein großer Teil der *Chlamydien-Infektionen* verläuft unbemerkt. Sie stellen daher ein häufig nicht beachtetes Gesundheitsrisiko dar. Unbehandelte Chlamydien-Infektionen können Unfruchtbarkeit bei Frauen und Männern verursachen, darüber hinaus begünstigen sie eine HIV-Infektion.

[164] Tempel (2016). Seite 22ff
[165] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018c). Seite 27

Humane Papillomae Viren rufen Feigwarzen hervor und sind für 90 % aller Gebärmutterhalskarzinome verantwortlich. Symptome einer Humanen Papillomae Viren-Infektion sind behandelbar. Außerdem kann gegen verschiedene Typen dieser Viren geimpft werden, um Krebserkrankungen zur verhindern. Die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO)[166] empfiehlt diese Impfung für junge Mädchen und seit kurzem auch für Jungen zwischen 9 und 14 Jahren.[167]

HIV-Infektionen müssen beim jetzigen Stand der Wissenschaft lebenslang medikamentös behandelt werden, da es sich um eine chronische Erkrankung handelt. Bei einer erfolgreichen Therapie sind die betroffenen Personen ein halbes Jahr nach Behandlungsbeginn nicht mehr infektiös.

Was wissen wir darüber?

Meldepflichtig beim Robert Koch-Institut sind Hepatitiden, HIV und Syphilis. Bei den Hepatitiden enthält die Meldung den Namen der infizierten Person; HIV- und Syphilisfälle werden dagegen ohne Nennung des Namens übermittelt. Alle weiteren STI unterliegen keiner bundesweiten Meldepflicht, sodass zu diesen keine Daten bezogen auf die Gesamtbevölkerung vorliegen. Da namentliche Meldungen über das Landeskompetenzzentrum Bremen erfasst werden und diese Infektionen bereits im Abschnitt 7.3.1 dargestellt werden, beschränken wir uns hier auf die STI im engeren Sinne.

Auch wenn keine repräsentativen Daten für die Bevölkerung in Deutschland und auch nicht für das Land Bremen vorliegen ist davon auszugehen, dass HPV, Chlamydien, Gonorrhoe und Trichomoniasis relativ weit verbreitete Erreger sind.[168] Insbesondere bei Chlamydien legen Studien nahe, dass in der Altersgruppe der 15 bis 25-Jährigen 6 % bis 7 % der Frauen und 14 % bis 15 % der Männer infiziert sind.[169]

Im Gegensatz zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen sind Diagnosen einer ***HIV- oder Syphilis-Infektion*** in der Gesamtbevölkerung wie auch im Land Bremen eher selten. Im Verlauf der vergangenen 10 Jahre wurden bei HIV und Syphilis in der Regel weniger als 10 Infektionen pro Jahr bezogen auf je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner diagnostiziert (Inzidenz). Dies gilt für Deutschland wie für das Land Bremen (Abbildung 49).[170] Das heißt, eine oder weniger als eine Person von 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern infiziert sich pro Jahr mit einer dieser Infektionen.

[166] Robert Koch-Institut (2017). Epidemiologisches Bulletin 34/2017 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/34_17.pdf?__blob=publicationFile

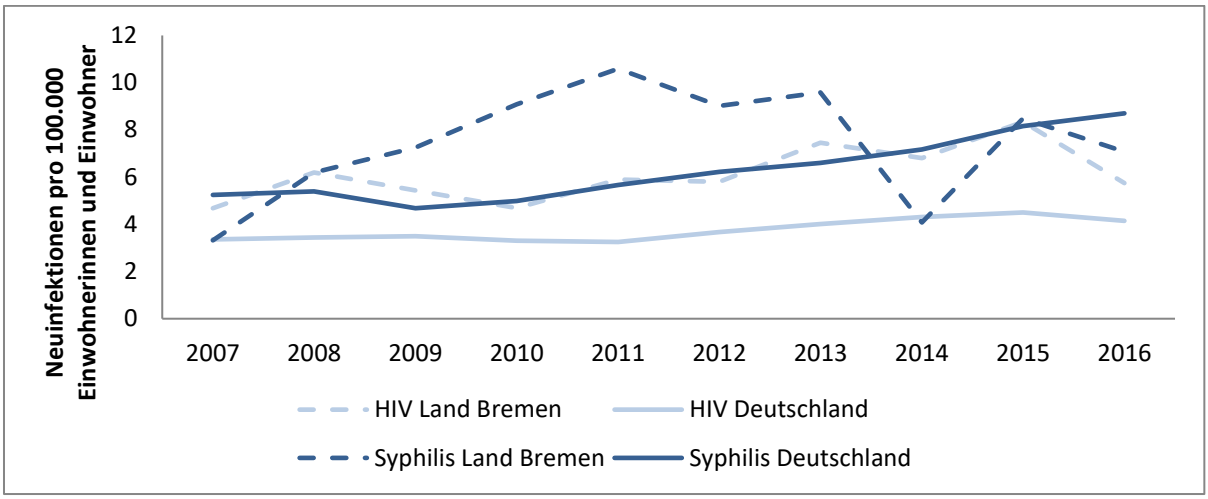
[167] Robert Koch-Institut (2018). Epidemiologisches Bulletin 26/2018. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/26_18.pdf?__blob=publicationFile

[168] siehe Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2017). Sexuell übertagbare Infektionen. 6. überarbeitete Auflage. Berlin.

[169] Robert Koch-Institut (2013). Epidemiologisches Bulletin 46/2013. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/46_13.pdf?__blob=publicationFile (07.08.2018)

[170] Bremen Stadt und Bremerhaven werden hier in der Regel nicht getrennt aufgeführt, da die Zahlen aus Bremerhaven insgesamt sehr klein sind.

Abbildung 49: Inzidenzen von HIV und Syphilis in Deutschland und im Land Bremen, 2007 bis 2016.[171]



In Deutschland lebten Ende des Jahres 2016 schätzungsweise 88.400 Menschen mit einer HIV-Infektion. 75.700 HIV-Infizierten war die Infektion bekannt, 12.700 wussten nichts von ihrer Infektion.[172] Im Land Bremen lebten zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 1.400 Personen mit einer HIV-Infektion, von denen 1.200 ihre Diagnose kannten.[173]

In Deutschland verharren die jährlich neu diagnostizierten HIV-Infektionen auf einem nahezu gleichbleibenden Niveau, Syphilis-Infektionen nehmen dagegen zu. Die Inzidenzen für das Land Bremen schwanken aufgrund der kleinen Fallzahlen stärker als die bundesweiten Zahlen. Kleine absolute Zahlen führen schnell zu größeren statistischen Abweichungen. Dies gilt für Bremerhaven in noch stärkerem Ausmaß aufgrund der geringeren Bevölkerungsgröße. Insgesamt bewegen sich die Daten im Land Bremen im Bundestrend. Wie bei den beiden anderen Stadtstaaten liegen die Inzidenzen im Land Bremen jedoch meist etwas höher.[174] Es fällt auf, dass die Inzidenz Bremerhavens bei HIV über 10 Jahre hinweg betrachtet nur halb so hoch ist wie in Bremen, aber die Inzidenz bei Syphilis nur etwas unter der Bremens liegt. Eine Erklärung dafür fehlt.[175]

HIV- und Syphilis-Infektionen betreffen überwiegend Männer. Dies gilt für Deutschland insgesamt ebenso wie für die Städte Bremen und Bremerhaven. Ein wesentlicher Grund sind relativ

[171] Robert Koch-Institut (2017). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin. SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abfragedatum 07.08.2018.
[172] Robert Koch-Institut (2016). HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung*. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2016. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile (06.082018)
[173] Robert Koch-Institut (2016). HIV/AIDS in Bremen – Eckdaten der Schätzung*. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand 2016. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/EckdatenBremen.pdf?__blob=publicationFile (06.082018)
[174] siehe Jung F (2013). Geschlecht oder Zielgruppe – Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Gesundheitsamt Bremen. https://www.gesundheitsamt.bremen.de/publikationen-3093 (06.08.2018)
[175] Inzidenz über 10 Jahre von 2007 bis 20016 bei HIV: Stadt Bremen 66,6, Bremerhaven 33,8 und bei Syphilis Stadt Bremen 76,1, Bremerhaven 67,6. Quelle: Robert Koch-Institut (2017). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin. SurvStat. (Download 29.08.2018)

hohe Infektionsraten bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). [176] Bei HIV gehen circa 75 % aller Infektionen auf Übertragungen zwischen Männern zurück, allerdings mit rückläufiger Tendenz.[177] Bei den Neudiagnosen der HIV-Infektionen in Deutschland sank in den vergangenen Jahren der relative Anteil an MSM auf 50,5 % (1.725 Personen). Innerhalb des heterosexuellen Übertragungswegs sind Frauen (584 Personen, 68 %) häufiger von HIV betroffen als Männer (279 Personen, 32 %).[178] Beim heterosexuellen Übertragungsweg gaben als Herkunftsland 52 % der Infizierten (448 Personen) Subsahara-Afrika und 5 % Osteuropa an.

Bei Syphilis werden vermutlich 85 % aller Infektionen zwischen Männern übertragen.[179] Die Inzidenz bei Männern stieg im Land Bremen im Zeitraum von 2001 bis 2016 bei Syphilis um das 2,4-fache, während sie bei HIV relativ konstant blieb.[180]

Tabelle 24: Anzahl nicht namentlich meldepflichtiger STI nach § 7 (3) IfSG im Land Bremen, nach Geschlecht, 2007 bis 2016[181]

Diagnosejahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Geschlecht										
HIV männlich	29	34	23	22	33	33	41	33	42	32
HIV weiblich	1	7	11	9	6	5	8	12	14	7
HIV unbekannt	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis männlich	19	35	44	54	65	54	55	25	53	48
Syphilis weiblich	3	6	4	6	5	5	8	2	4	

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Entwicklung der HIV- und Syphilis-Infektionen, aber auch anderer STI, ist in Deutschland maßgeblich durch MSM geprägt. Prävention, Diagnostik und rechtzeitige Behandlung innerhalb dieser Gruppe beeinflussen daher das Infektionsgeschehen unmittelbar und reduzieren weitere Infektionen. Das von der AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt Bremen und der AIDS-Beratungsstelle Bremerhaven im Gesundheitsamt Bremerhaven angebotene anonyme und kostenlose Screening für MSM auf HIV, Syphilis, Hepatitis B, Chlamydien und Gonorrhoe

[176] Jung F (2017). Sexuell übertragbare Infektionen – Screening bei MSM. Gesundheitsamt Bremen. https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.3093.de (07.08.2018)
[177] Robert Koch-Institut (2017). Epidemiologisches Bulletin 47/2017. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?__blob=publicationFile (29.082018)
[178] Robert Koch-Institut (2017). Epidemiologisches Bulletin 39/2017. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/39_17.pdf?__blob=publicationFile (07.08.2018)
[179] Robert Koch-Institut (2015). Epidemiologisches Bulletin 49/2015. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/49_15.pdf?__blob=publicationFile
[180] Eigene Berechnungen nach Daten Robert Koch-Institut (2017). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin. SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abfragedatum 07.08.2018.
[181] Robert Koch-Institut (2017). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin. SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abfragedatum 07.08.2018.

trägt, neben den generell guten Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion, erfolgreich hierzu bei.

Insgesamt sind die HIV-Neudiagnosen 2016 zurückgegangen, dies trifft auch auf die heterosexuellen Übertragungen zu. Bei letzteren handelt es sich jedoch um eine überschaubare Zahl. Betroffen sind hierbei überwiegend Menschen aus Subsahara-Afrika und zu einem kleineren Teil Menschen aus Osteuropa. Wichtig ist, diesen Personen auch dann Zugang zu angemessener Beratung und Therapie zu geben, wenn sie keinen Versicherungsschutz haben, immer mit dem Ziel, die Möglichkeiten der Infektionsweitergabe einzudämmen.

Einen weiteren wichtigen Baustein bei Prävention, Diagnostik und Behandlung von STI bieten die beiden Beratungsstellen in der Stadt Bremen und in Bremerhaven auf der Grundlage des § 19 Infektionsschutzgesetz. Hier werden Menschen in der Sexarbeit und Menschen ohne Papiere ohne Nennung ihres Namens zu STI beraten, auf STI untersucht und bei Bedarf behandelt.[182,183] Sexarbeit ist bei Einhaltung hygienischer Schutzvorkehrungen nicht mit hohen Risiken für STI verbunden. Ein Teil der Käufer sexueller Dienstleistungen verzichtet allerdings auf deren Einhaltung. Hinzu kommt, dass die Prävalenz von STI in einigen Herkunftsländern von Sexarbeiterinnen höher ist als in Deutschland. Die Beratungsstellen mit ihrem niedrigschwelligen Beratungs-, Screening- und Behandlungsangebot tragen in diesem Bereich wesentlich zur Reduzierung von STI bei. Offen bleibt bislang, wie sich das neue Prostituiertenschutzgesetz auf die Prävention von STI auswirkt.

Bei der Bekämpfung von STI wäre es wünschenswert, das bisher von den Gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellte Screening auf Chlamydien für Frauen bis 25 Jahre auf höhere Altersgruppen auszudehnen und es außerdem Männern zugänglich zu machen. Diese sind ebenso von diesen Infektionen betroffen und tragen zu deren Verbreitung bei, da Chlamydien-Infektionen oft wenig oder keine Beschwerden verursachen.

7.4 Exkurs: Zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden – Erhebungen des Gesundheitsamtes Bremen

Bereits 1993 wurde das als "Bremer Modell" bekannt gewordene Gesundheitsprogramm für Geflüchtete, Spätaussiedlerinnen und -aussiedler in Gemeinschaftsunterkünften auf der Basis des Asylverfahrensgesetzes § 62 und des Infektionsschutzgesetzes § 36 etabliert. Damit blickt Bremen bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten auf eine lange Tradition zurück. Das Bremer Modell kombiniert die rechtlich vorgeschriebene Erstuntersuchung mit einer Basisversorgung bei akuten gesundheitlichen Problemen direkt in den Erstaufnahmeeinrichtungen, Notunterkünften und Übergangswohnheimen. Bei der Erstuntersuchung erfolgt eine gezielte Anamnese. Alle Personen, für die keine Kontraindikationen vorliegen wie Schwangerschaft oder Alter unter 15 Jahren, werden zum Röntgen des Thorax zum Ausschluss einer Lungentuberkulose überwiesen. Bei weitergehend notwendigen Behandlungen wird direkt ins ambulante oder stationäre Regelversorgungssystem vermittelt. Eine Gesundheitskarte der AOK, die den Geflüchteten relativ kurzfristig ausgehändigt wird,

[182] Jung F (2016). Armuts- oder Arbeitsmigration. Übertragbare Infektionen bei Sexarbeiterinnen. Gesundheitsamt Bremen.
https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.3093.de (07.08.2018)
[183] Bergmiller S, Jung F (2016). Streetwork-Studie Bremen. Chlamydien und Gonorrhoe bei Sexarbeiterinnen. Gesundheitsamt Bremen.
https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.3093.de (07.08.2018)

macht dieses Verfahren seit 2005 unbürokratisch möglich. Geflüchtete können mit dieser Karte das reguläre medizinische Versorgungsnetz im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes schnell selbstständig zu nutzen. Sie umfasst im Leistungsanspruch neben der Behandlung akuter Erkrankungen alle amtlich empfohlenen Schutzimpfungen (gemäß STIKO) und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, ärztliche und pflegerische Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen sowie Hebammenhilfen. Die AOK Bremen verrechnet die entstehenden Kosten mit dem zuständigen Sozialhilfeträger. Auf diese Weise können erhebliche Kosten eingespart werden. Dies bestätigen Berechnungen der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration sowie eine Studie von Bozorgmehr und Razum.[184,185] Das Konzept der Gesundheitskarte wurde bereits von einigen anderen Bundesländern übernommen.

Auch das lange Jahre ungenügend gelöste Problem der Verständigung zwischen Patientinnen, Patienten und medizinischem Personal, das eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung ist, kann seit Dezember 2016 durch das damals neu eingesetzte Videodolmetschersystem verlässlich behoben werden.

Außerdem konnte 2016 mit der Einrichtung einer neuen Zentralen Aufnahmestelle mit 700 Plätzen auch die medizinische Versorgung mit gut ausgestatteten Räumlichkeiten zentralisiert werden, sodass ein häufiger Wechsel der Untersuchungsorte entfällt.

Da die Reduktion oder Vermeidung zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen in der Lebenssituation und im Wohnumfeld der Geflüchteten im Mittelpunkt der Tätigkeit des Gesundheitsamtes steht, beteiligt sich das Gesundheitsamt überdies seit Beginn des Bremer Modells an der Erarbeitung und Umsetzung von Mindeststandards der Wohn- und Lebensbedingungen in den Unterkünften.[186,187] Eine enge Kooperation zwischen den verschiedensten Einrichtungen gewährleistet die Umsetzung dieser gemeinsam erarbeiteten Standards. Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die Beratung von Politik und senatorischer Verwaltung sowie anderen Behörden und Institutionen.

Bei der gesundheitlichen Versorgung innerhalb des Bremer Modells werden alle wesentlichen Daten anonymisiert erhoben, um empirisch belastbare Aussagen zum Gesundheitszustand der Geflüchteten zu erhalten. Für andere Regionen Deutschlands liegen bislang keine vergleichbaren Daten vor. Die langjährige und gute Dokumentation stützt die im Bremer Gesundheitsamt vorhandene Expertise mit fundierten Daten zur gesundheitlichen Situation von Geflüchteten.

---

[184] Burmester F (2014). Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus der Sicht der Behörde für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. In: Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien Hansestadt Hamburg. Hamburg. https://www.hamburg.de/contentblob/4465734/2b6390d955d620e7208827deda3f4fd1/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf (10.09.2018)

[185] Bozorgmehr K, Razum O (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10(7): e0131483. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483 (10.09.2018)

[186] Mohammedzadeh Z, Jung, F, Lelgemann M (2018). Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. In: Gesemann F, Roth R. (Hrsg.) Handbuch Lokale Integrationspolitik. Wiesbaden.

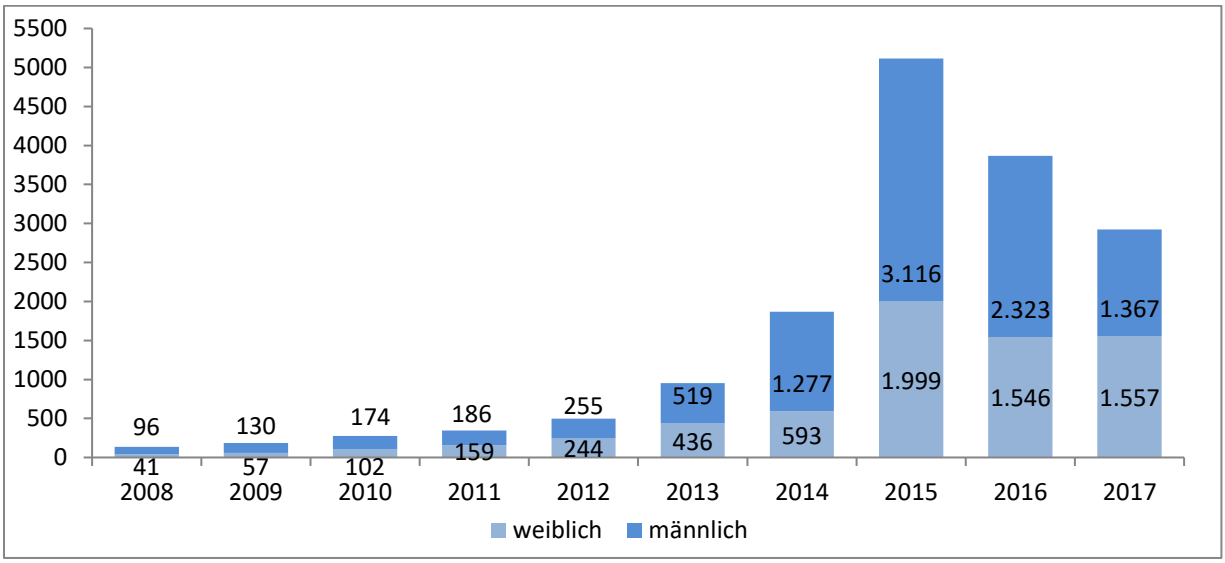
[187] Jung F. (2011). Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen. https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.3093.de#Migration.

Ergebnisse des Programms

Insgesamt wurden seit Beginn bis Ende 2017 mehr als 30.000 Geflüchtete behandelt. Im Zeitraum von 10 Jahren von Anfang 2008 bis Ende 2017, der hier näher beleuchtet wird, waren es 16.177 Personen, davon 6.734 Frauen und Mädchen sowie 9.443 Männer und Jungen. Fast die Hälfte (48,9 %) war zwischen 15 und 35 Jahren alt. Eine weitere große Gruppe waren Säuglinge und Kleinkinder bis 5 Jahre (16,4 %). Bei Kindern bis 14 Jahre war die Geschlechterverteilung noch nahezu paritätisch. In allen anderen Altersgruppen, mit Ausnahme der kleinen Gruppe der über 60-Jährigen (1,8 %), waren Männer stets in der in der Mehrzahl.

Die Zahl der Geflüchteten stieg in Bremen wie in der Bundesrepublik bis 2015 zunächst kontinuierlich und dann sprunghaft an. Dies spiegelte sich auch in den medizinischen Sprechstunden wider, in der sich in den Jahren 2013 bis 2015 die Anzahl der zu untersuchender Personen pro Jahr verdoppelte (Abbildung 50). Über enge Kooperationen mit dem medizinischen Versorgungssystem konnten dringend ärztlich notwendige Versorgungen im ambulanten und stationären Bereich aufgefangen werden.

Abbildung 50: Zahl der Erstkontakte im Untersuchungsprogramm für Geflüchtete und Verteilung nach Geschlecht im Verlauf der Jahre 2008 bis 2017 (N=16.177)[188]



Die Herkunftsregionen entsprachen dem Herkunftsspektrum der nach Deutschland Geflüchteten insgesamt. Geflüchtete aus Syrien bildeten infolge des dortigen Krieges mit über 40 % seit mehreren Jahren die größte Gruppe. Die zweitgrößte Gruppe waren Menschen aus den verschiedensten afrikanischen Ländern (insgesamt 14,5 %), wobei Ghana und Nigeria die stärksten Teilgruppen stellten. Eine weitere große Gruppe waren Personen, die aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien kamen (insgesamt 11,4 %). An erster Stelle stand dabei Serbien. Die nachfolgende Gruppe waren Personen aus Afghanistan (11,2 %).

Von 2008 bis 2017 fanden bei 16.177 Personen insgesamt 43.023 Behandlungskontakte statt, davon 20.019 bei Frauen und Mädchen und 23.004 bei Männern und Jungen. Im Schnitt nahm jede Person die ärztliche Sprechstunde 2,7 mal in Anspruch. 67.915 Diagnosen wurden gestellt, also 1,6 Diagnosen pro Behandlung.

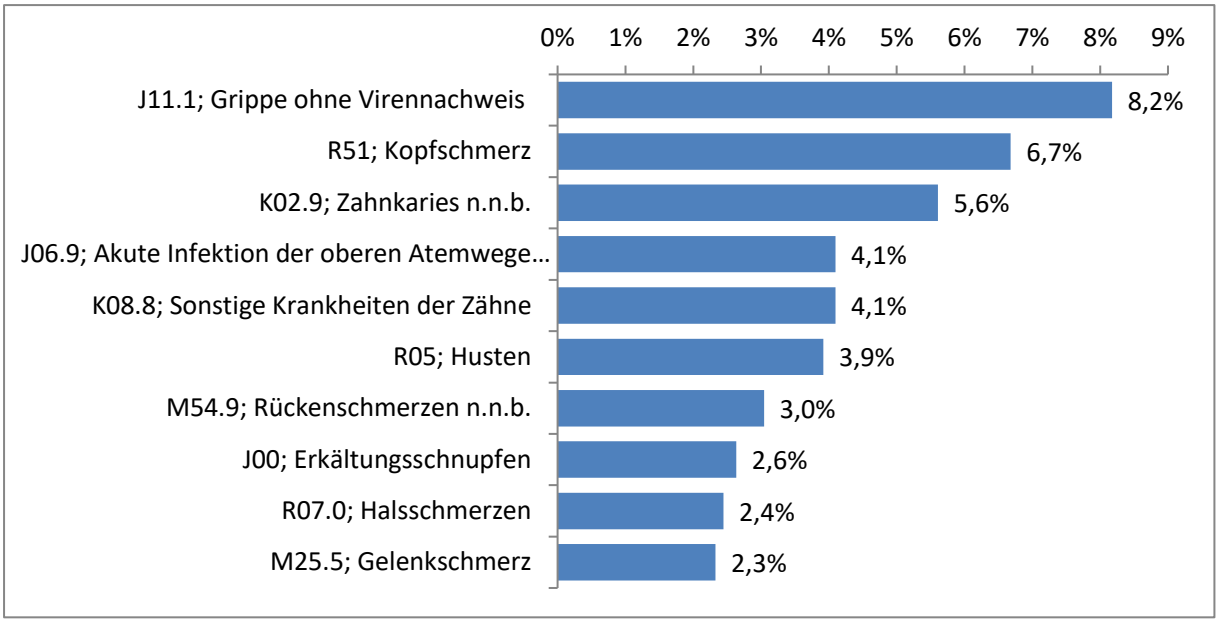
[188] Daten des Referats Migration und Gesundheit im Gesundheitsamt Bremen

Der größte Anteil der Diagnosen (49 %) gehörte zur ICD-Kategorie Z00-Z99, die ärztliche Kontakte auch ohne Krankheitswert umfasst, wie die gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchung mit dem Ziel, infektiöse Erkrankungen zu erkennen. Diese Diagnosegruppe beinhaltet zudem ärztliche Beratung zu verschiedenen gesundheitlichen Fragen, medizinische Nachsorge bei verschiedenen Erkrankungen sowie Schwangerschaftsfeststellung und Begleitung während der Schwangerschaft.

Bei der Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen (ohne die Gruppe der Diagnosen aus dem Bereich Z00-99, siehe Abbildung 51) sind akute Infektionen der Atemwege – vorrangig Grippe – die häufigsten Erkrankungen. Schmerzsymptome, an erster Stelle Kopfschmerzen gefolgt von Rückenschmerzen, sind ebenfalls häufig. Sie sind oft Ausdruck psychischer Stresssituationen aufgrund von Erlebnissen vor oder während der Flucht, der Lebensbedingungen in den Erstunterkünften oder in den Wohnheimen sowie aufgrund der unklaren Lebensperspektive. Psychischer Stress kann oft nicht anders als durch somatischen Schmerz formuliert werden, da gerade in der Lebenssituation des Ankommens ein hoher Druck herrscht, "normal zu funktionieren", um die weiterhin notwendigen Schritte gehen zu können. Der dritte große Bereich betrifft Zahnerkrankungen. Hier wirken sich die fehlende Versorgung in den Heimatländern und mangelnde medizinische Versorgung auf der Flucht aus. Sonstige Erkrankungen des Verdauungsapparats, häufig aufgrund ungewohnter Ernährung, sind ebenfalls von Bedeutung. Nicht selten sind zudem Parasitosen und Hauterkrankungen, ausgelöst durch mangelnde hygienische Bedingungen auf den Fluchtwegen. In den Unterkünften werden sie seltener weitergegeben, da dort die medizinische Versorgung, Beratung und Behandlung zeitnah greift. Depressionen finden sich ebenfalls unter den häufigsten Diagnosen, allerdings machen sie nur 0,8% aus. Ihr Vorkommen wird sicher unterschätzt, da Diagnostik und Versorgung psychischer Erkrankungen nicht expliziter Bestandteil des Untersuchungsprogramms im Bremer Modell ist. In einer aktuellen Befragung von Geflüchteten durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) zeigen sich bei 44,6 % der Befragten Hinweise auf depressive Erkrankungen.[189] In diesem Bereich bestehen strukturelle Versorgungslücken, die auch nicht durch enge Kooperationen mit dem Regelversorgungssystem auszugleichen sind, zu dem der sozialpsychiatrische Dienst, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPSY), die Kliniken, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Nichtregierungsorganisationen wie Refugio gehören. Dies betrifft die Dolmetscherkosten: Bei Terminen im Rahmen des amtlichen Asylverfahrens aufgrund einer behördlichen Anordnung oder bei medizinisch relevanten Terminen besteht für Geflüchtete ein Rechtsanspruch auf Übernahme von Dolmetscher- oder Übersetzungskosten. Im Zuge der Versorgung außerhalb oder nach Abschluss der gesetzlich vorgegebenen Verpflichtung besteht kein Anspruch auf Dolmetscherleistungen. Hier wäre eine grundsätzliche Lösung – die nicht nur Bremen betrifft – zur Finanzierung im Behandlungsprozess im Gesundheitswesen wichtig.

[189] Schröder H, Zok K, Faulbaum F (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. In: WIDO monitor 1/2018. Berlin. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg_1_2018_1018.pdf (01.11.2018)

Abbildung 51: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen 2018 ohne Z00-99[190]



Von besonderem Interesse für den Infektionsschutz sind ausgewählte Diagnosen wie entzündlichen Lebererkrankungen (Hepatitiden), HIV und Tuberkulose (TBC) (Tabelle 25).

Tabelle 25: Ausgewählte Infektionen bezogen auf Personen im Untersuchungsprogramm[191]

Ausgewählte Infektionen	Anzahl	Prozent
Hepatitis A	2	0,01 %
Akute Virushepatitis B, o.n.A.	1	0,01 %
Chronische Virushepatitis C	3	0,02 %
HIV-Infektion	16	0,10 %
TBC-Infektion	30	0,19 %
Anzahl aller untersuchten Personen	16.177	100,00 %

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind solche Infektionen eher selten. In den beobachteten 10 Jahren wurden bei 52 Personen entsprechende Infektionen diagnostiziert. Das entspricht 3 von 1.000 untersuchten Personen. Die Diagnostik auf TBC ist eine Regelaufgabe. Die hier genannten TBC-Diagnosen umfassen auch noch nicht bestätigte Diagnosen sowie nichtinfektiöse Formen. Betroffene erhalten neben einer angemessenen Behandlung ausführliche Beratungen und Informationen in ihren Sprachen, um sich selbst und ihr Umfeld zu schützen; Erkrankte stehen unter der Beobachtung des Gesundheitsamtes für die Dauer ihrer Therapie. Auf Hepatitiden und HIV wird dagegen nicht regelhaft untersucht, sodass von einer gewissen Untererfassung auszugehen ist. Eine Diagnostik auf Hepatitiden wird durchgeführt, wenn Symptome auf eine akute Erkrankung hindeuten. HIV wiederum ist keine hochinfektiöse Erkrankung, die im alltäglichen Zusammenleben weitergegeben werden kann. Menschen mit HIV erhalten Behandlung und Beratung. Weitere wichtige gesundheitliche Versorgungsberei-

[190] Daten des Referats Migration und Gesundheit im Gesundheitsamt Bremen
[191] Daten des Referats Migration und Gesundheit im Gesundheitsamt Bremen

che sind Schwangerschaft und Geburt ebenso wie die Versorgung von Säuglingen. Diese stellen für die Frauen in Gemeinschaftsunterkünften, aber auch für die sie versorgenden Fachleute und Einrichtungen eine besondere Herausforderung dar. Bei insgesamt 1.146 Frauen wurden in den vergangenen 10 Jahren 1.156 Schwangerschaften festgestellt, 27 betrafen minderjährige Frauen. Die weitere Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen erfolgt in der Regel in den Bremer Kliniken, bei gynäkologischen Praxen und bei Kinderarztpraxen, sodass hierzu aus dem Untersuchungsprogramm keine aussagefähigen Daten vorliegen. Dennoch wurde in den vergangenen Jahren sehr deutlich, dass viele Bremer Praxen, insbesondere Kinderarztpraxen, aufgrund der großen Zahl geflüchteter Kinder an ihre Grenzen gelangten, zumal auch hier neben kulturellen Unterschieden die meist fehlende Verständigung eine angemessene Behandlung sehr erschwert. Dass es dennoch gelang, all diese Menschen zu versorgen, ist dem hohen Einsatz der behandelnden Fachleute zu verdanken.

Fazit

Nach insgesamt über 25 Jahren der medizinischen Versorgung von Geflüchteten verfügt das Gesundheitsamt Bremen über eine fundierte Expertise in Bezug auf deren Krankheitsbilder. Das Krankheitsspektrum weicht nicht wesentlich von dem der einheimischen Bevölkerung ab. Mitgebrachte Erkrankungen bestimmen nicht das Krankheitsgeschehen der Geflüchteten, sondern ihre Lebensbedingungen während der Flucht, mangelhafte Hygiene und beengte Wohnverhältnisse in den Unterkünften, sowie seelisch belastende Lebenserfahrungen und -perspektiven.

Was tun wir – was planen wir zu tun?

Die Kombination aus einer niedrigschwelligen medizinischen Versorgung direkt in den Flüchtlingsunterkünften, verbunden mit einer kurzfristig ansprechbaren professionellen Übersetzungsmöglichkeit und einem schnellen Zugang ins medizinische Regelversorgungssystem hat sich bewährt. Sowohl die zeitnahe Erstuntersuchung wie die weitere medizinische Versorgung bei Bedarf sind dadurch gesichert. Die medizinische Sprechstunde des Bremer Modells übernimmt eine Basisversorgung, berät und leitet in das Regelversorgungssystem weiter. Die Gesundheitskarte fördert die schnelle Überleitung ins Regelversorgungssystem. Dadurch trägt sie dazu bei, Geflüchtete aktiv am gesundheitlichen Prozess zu beteiligen und sie aus der Rolle der Opfer zu lösen. Dieses System muss erhalten bleiben, zumal es Kosten spart. Ungenügend ist nach wie vor die Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Die Sozialpsychiatrischen Zentren und zivilgesellschaftliche Einrichtungen wie Refugio e.V. benötigen weitere finanzielle Unterstützung, um ihre Stellenkontingente zu erweitern und konsequent dolmetschergestützt arbeiten zu können. Die Finanzierung der Sprachmittlung bleibt bislang im medizinischen Versorgungssystem ein offenes und weitgehend ungelöstes Problem. Zur ausreichenden Verständigung bei Anamnese, Diagnostik und Behandlung ist der Einsatz von Dolmetschern und Dolmetscherinnen unabdingbar. Eine angemessene Verständigung zwischen Behandelnden und Behandeltem ist gesetzlich festgeschrieben. Solange jemand im Rahmen einer medizinischen Behandlung nicht ausreichend Deutsch sprechen und verstehen kann, benötigt er oder sie eine ausreichende Sprachmittlung. Gesundheit und Gesundheitsversorgung, auch die von Geflüchteten, unterliegen selbstverständlich gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Unter dem Aspekt gesellschaftlicher Teilhabe, die eine Grundbedingung für Integration ist, war die Bremer Entscheidung, die Geflüchteten zeitnah mit der Gesundheitskarte auszustatten, ein wichtiger Schritt. Ein weiterer Schritt, der nicht nur Bremen betrifft, wäre eine flächendeckende Lösung zur Finanzierung von Dolmetscherkosten im Behandlungsprozess entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

8 Gesundheitsförderung und Prävention

Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bremen

Am 25. Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) in Kraft. Das Gesetz bildet die Grundlage für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen wird Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten gestärkt, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten erweitert und das Impfwesen gefördert. Die Maßnahmen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§20 SGBV Abs. 1).

Mit dem PrävG rücken Lebenslagen und –bedingungen der Menschen in den Vordergrund, die den Gesundheitszustand in einem weiteren Verständnis beeinflussen. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang nicht als die Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern im Sinne der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Zu den die Gesundheit beeinflussenden Faktoren zählen beispielsweise Bedingungen in Kitas, Schulen, am Ausbildungs- und Arbeitsplatz oder in Pflegeheimen genauso wie die Lebensverhältnisse unterschiedlicher sozialer Schichten und Milieus oder räumliche, soziale und umweltbezogene Strukturen in der Stadt (Stadt-/Raumplanung, Umwelt). Ziel ist die Herstellung einer größtmöglichen gesundheitlichen Chancengleichheit. Kennzeichen dieses Paradigmenwechsels sind sowohl Maßnahmen in den Lebenswelten, die zur Verfügung stehenden Ressourcen wie auch Strategien der Gesundheit in allen Politikfeldern (Health-in-All-Policies).

Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes wurden auf Bundes- sowie auf Landesebene neue Strukturen gebildet. Die ***Nationale Präventionskonferenz (NPK)***, getragen durch die gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung, soll eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und fortschreiben (§§ 20d und 20e SGB V). Hierzu wurden durch die NPK in einem ersten Schritt Bundesrahmenempfehlungen beschlossen.[192]

Für die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen sieht das Präventionsgesetz ***Landesrahmenvereinbarungen (LRV)*** vor, in denen sich die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie mit den in den Bundesländern zuständigen Stellen auf gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit vor Ort verständigen (vgl. § 20f SGB V). In Bremen wurde die LRV im Dezember 2016 unterzeichnet. Beteiligte der LRV in Bremen sind: Krankenkassen, Träger der Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie das Land Bremen (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als Oberste Landesgesundheitsbehörde sowie die zuständige Behörde für Arbeitsschutz) und die Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen.[193]

Zur Steuerung und Umsetzung der LRV wurde das ***Strategieforum Prävention des Landes Bremen*** eingerichtet. Mitglieder des Strategieforums sind die Unterzeichnenden der LRV. Das Strategieforum hat sich auf vier Handlungsfelder verständigt, die sich an den Bundesrahmenempfehlungen orientieren:

[192] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html

[193] http://lvg-gesundheit-bremen.de/wp-content/uploads/2017/08/lrv-bremen.pdf

- Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen,
- Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden,
- Gesunde Stadtteile,
- Gesunde und sichere Arbeitswelt.

Für diese Handlungsfelder wurden jeweils Arbeitsgruppen eingerichtet, die unter anderem für die Erarbeitung und Begleitung von krankenkassenartenübergreifenden Modellprojekten zuständig sind.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes wird ferner durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) unterstützt, die an einer krankenkassenübergreifenden Förderung interessierte Antragsstellende zur Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten sowie zu den Antragskriterien berät und über das Antragsverfahren informiert. Die KGC ist seit 2015 bei der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. angesiedelt. Sie wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Bündnis für Gesundheit) finanziert. Ziel der Arbeit der KGC ist die Förderung gesundheitlicher Chancen-gleichheit in Bremen und Bremerhaven.

Seit den achtziger Jahren fördert Bremen gezielt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Land. So gehörte Bremen 1988 zu den Gründungsmitgliedern des europäischen Gesunde-Städte-Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bremen führt nunmehr zu einem Ausbau bestehender Strukturen und hat auch aufgrund der kooperativen Zusammenarbeit der Unterzeichnenden der Landesrahmenvereinbarung bereits zu vier ***Bremer Leuchtturmprojekten*** geführt:

- Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen am Jobcenter Bremen Ost II,
- Gesundheitsfachkräfte an 12 Grundschulen im Land Bremen – siehe Kapitel 8.1 (finanziert durch das Land Bremen und die Krankenkassen im Land Bremen),
- Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden bei Frauengesundheit in Tenever e.V. sowie
- im Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung gibt es ein Vorhaben zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement am Amtsgericht Bremen.

Fazit

Die Erfahrung nach knapp zwei jähriger Umsetzung der LRV in Bremen zeigt, dass hohe Hürden einer krankenkassenübergreifenden Projektfinanzierung bestehen, und dass die bisherige Antrags- und Förderstruktur erleichtert werden sollte. Dies entspricht auch den Erfahrungen in anderen Bundesländern, die bei weitem nicht so viele Fördervorhaben etablieren konnten. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen eine Überprüfung der bisherigen Förderstruktur angekündigt.

Aufbau einer Landespräventionsberichterstattung

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten eine komplexe Bandbreite von Interventionen und einflussgebenden Faktoren. Die Evaluation ist dementsprechend aufwendig, insbesondere, wenn es sich um verhältnisorientierte Angebote handelt.

Auf Bundesebene sieht das Präventionsgesetz vor, dass die Träger der Nationalen Präventionskonferenz alle 4 Jahre in einem Präventionsbericht darlegen sollen, inwieweit die in den

Bundesrahmenempfehlungen beschriebenen Ziele und Zielgruppen erreicht wurden. Zudem sollen Umsetzungsstrukturen und –erfahrungen aus den Ländern, aktuelle Forschungsstände sowie Gesundheitsdaten in den Bericht einfließen. Nicht zuletzt sind auch Aussagen zur Wirksamkeit und zum Nutzen der Maßnahmen vorgesehen.

Ziel einer Präventionsberichterstattung auf Landesebene muss neben einer Beschreibung der gesundheitlichen Lage auch eine Abbildung der kommunalen Ebene einschließlich des Sozialraums und relevanter Netzwerke sein. Damit soll ein Präventionsbericht einerseits Daten liefern, um eine lokale, kommunale wie auch eine Landespräventionsstrategie entwickeln zu können. Andererseits soll der Bericht Handlungsbedarfe aufzeigen und beim Aufbau lokaler Strukturen - und damit relevante Akteure vor Ort - unterstützen.

Problematisch ist, dass im Gegensatz zur Gesundheitsberichterstattung die Präventionsberichterstattung (noch) nicht auf einen kommunal wie auch auf Länderebene abgestimmten (Kern-)Indikatorensatz zurückgreifen kann. Auch liegen keine Präventionsberichte im engeren Sinne in anderen Ländern vor. Erschwerend kommt hinzu, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von einer Vielzahl von Trägern (darunter öffentliche wie private) auf unterschiedlichen Ebenen (Landes- und kommunale Programme sowie lokale Angebote) entwickelt und umgesetzt werden, ohne dass eine systematische Gesamtschau der Angebote besteht.

Auch wenn das Vorhaben nicht einfach erscheint, wird es für sinnvoll und notwendig erachtet, eine Präventionsberichterstattung für das Land Bremen aufzubauen. Bislang werden Präventionsangebote weder systematisch erhoben noch erfolgt eine systematische Evaluation. Zudem sind die Länder gehalten, sich am Präventionsbericht des Bundes zu beteiligen. Hierfür wurde auf der Ebene von Bund und Ländern 2017 gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut ein Prozess initiiert, in dem Kriterien für Kernindikatoren unter der Berücksichtigung von Länderspezifika entwickelt werden sollen. Daran ist auch Bremen aktiv beteiligt. Relevante Daten aus Bremen werden künftig also vom Bund und den Ländern verstärkt nachgefragt werden, daher ist eine entsprechende Grundlage zu erstellen. Es entsteht demzufolge für Bremen der Bedarf, eine Präventionsberichterstattung aufzubauen, die auch fortgeschrieben werden kann.

In einem ersten Schritt soll das Präventionsgeschehen in Bremen abgebildet werden. Vorgesehen ist, Strukturen der Umsetzung einschließlich von Netzwerken zu beschreiben, aber auch Maßnahmen - soweit es die Datenverfügbarkeit zulässt - systematisch abzubilden. Wünschenswert ist zudem eine partizipative Berichterstattung, um die Vielfalt der Erfahrungen und Kenntnisse von beteiligten Akteuren angemessen berücksichtigen zu können. Ein langfristiges Ziel ist eine Berichterstattung, die Aussagen über evidenzbasierte Maßnahmen, und Aussagen zur Wirksamkeit und zur Bedarfsorientierung zulässt. Diese stellt eine wesentliche Grundlage für die Erarbeitung und Weiterentwicklung einer Landespräventionsstrategie dar.

Eine erste Maßnahmenerfassung wird aktuell im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz von der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. durchgeführt. Die Ergebnisse sollen online veröffentlicht werden. Die Maßnahmenerfassung Bremens orientiert sich an den Zielen der Nationalen Präventionskonferenz, die sich am Lebenslauf ausrichten, ergänzt um die Lebensphase der Schwangerschaft und Geburt:

„Werdende und junge Familie“ sowie „Gesund aufwachsen“, „In der Mitte des Lebens“, „Gesund älter werden“. Aufgrund der hohen Relevanz der Lebenslagen im Themenfeld ist eine Darstellung auf der Quartiers- und / oder Stadtteilebene vorgesehen – soweit dies möglich ist.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass Bremen - auch aufgrund der Angebote und der zentralen Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Gesundheitsämtern in Bremen und Bremerhaven - in der Gesundheitsförderung und Prävention eine Vielfalt der Angebote und Träger aufweist. Einzelne Vorhaben wie z.B. der Gesundheitstreffpunkt West und Frauengesundheit in Tenever e.V., aber auch Häuser der Familie und Familienzentren, Mehrgenerationenhäuser und Quartierszentren bieten niedrigschwellige und integrierte Anlaufstellen in den Stadteilen. Krippen, Kindertagesstätten, Schulen und Betriebe sind zudem Orte, an denen verhaltens– und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden. Vielfältige Maßnahmen werden auch von Krankenkassen angeboten, allerdings liegt keine Gesamtschau hierüber vor.

Es deutet sich an, dass einige Personengruppen, etwa hochaltrige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, (ältere) Männer sowie Menschen mit Behinderung keine auf ihre besonderen Bedarfe zugeschnittenen gesundheitsfördernden Angebote vorfinden oder hiervon nicht erreicht werden. Hier sind genauere Analysen notwendig, um konkrete Handlungsbedarfe zu identifizieren.

Von der Berichterstattung zur Strategie…

Bremen weist eine Vielzahl von lebenslagenbezogenen und –übergreifenden sowie geschlechterdifferenzierten Angeboten sowie Netzwerken mit Bezügen zur Gesundheitsförderung und Prävention auf der Ebene von Quartieren, Stadtteilen oder auf Landesebene auf. Während Akteurinnen und Akteure vielfach auf der lokalen und Stadteilebene vernetzt sind, fehlt eine Vernetzung und eine strategische Ausrichtung der Zusammenarbeit auf der Ebene der Stadtgemeinden und des Landes. Deshalb hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Jahr 2018 einen Dialog mit den Mitgliedern von Stadteilkonferenzen begonnen, um relevante Problemstellungen und Handlungsbedarfe im Themenfeld zu konkretisieren. Darauf aufbauend wird die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz auf der Grundlage der Ergebnisse der Landesgesundheitsberichterstattung und der Zusammenführung der Erkenntnisse aus dem Aufbau einer Präventionsberichterstattung eine kommunale und Landespräventionsstrategie erarbeiten. Perspektivisch ist eine integrierte Strategie eines „Gesundheitsplans Bremen“ vorgesehen.

Die Empfehlungen der Zukunftskommission 2035 aufgreifend hat sich der Senat 2018 zudem auf das Teilziel verständigt, Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz hat im Jahr 2018 damit begonnen, gemeinsam mit zunächst einigen zuständigen Ressorts[194] Grundlagen für eine künftige strategische Zusammenarbeit zu entwickeln, etwa beim „Rahmenplan Bildung 0-10“ im Bereich des Städteumbaus und der Bestandsentwicklung sowie des Programms WIN/Soziale Stadt. In diesem Zusammenhang wird im Rahmen des Programms „Zukunftsorientierte Verwaltung (ZOV)“ das Projekt „Gesunde Quartiere – Lebenswerte Stadt“ etabliert.

[194] Senatorin für Kinder und Bildung, Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Senator für Umwelt, Bau und Verkehr

9 Gesundheitsrisiken aus der Umwelt

Dass die Umwelt maßgebliche Einflüsse auf die Gesundheit einer Bevölkerung hat, steht außer Frage. Schadstoffe in der Luft, in Produkten oder der Nahrung, Lärm, Feinstaub, Ozon, UV-Strahlung oder verrauchte Räume können für chronische und komplexe Erkrankungen wie zum Beispiel Asthma und Allergien mit verantwortlich sein.[195] Für diesen Bericht wurden aus der Vielzahl möglicher Themen drei ausgewählt, die geeignet sind, einen relevanten Beitrag zur Bewertung der gesundheitlichen Lage der Bremer Bevölkerung zu leisten.

9.1 Schadstoffbelastungen in der Außenluft

Warum ist dieses Thema wichtig

Von den Schadstoffen, die in der Außenluft vorkommen, sind aus gesundheitlicher Sicht insbesondere Feinstaub und Stickstoffdioxid von Bedeutung. Menschen, die regelmäßig Feinstaub und Stickstoffdioxid ausgesetzt sind, weisen ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden auf, darunter Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen. Die genannten Schadstoffe werden vor allem durch Abgase des motorisierten Straßenverkehrs freigesetzt, aber auch aus den Verbrennungsprozessen der Heizungs- und Industrieanlagen, der Energieerzeugung sowie aus der Landwirtschaft.

Was wissen wir darüber?

Um eine kontinuierliche Einschätzung der Belastungssituation zu erhalten, sind die Überwachung und das Messen von Schadstoffen in der Außenluft besonders wichtig. Hierfür gibt es das ***Bremer Luftüberwachungssystems (BLUES)*** mit neun Messstellen für die Überwachung der Luftqualität in Land Bremen (Details siehe Anhang).

Die Luftqualität im Land Bremen wird bestimmt von der Anzahl und Stärke der vorhandenen Emissionsquellen wie Industrie, Verkehr, große und kleine Feuerungsanlagen und gewerblichen Betriebe, vom Ferntransport von Luftschadstoffen aus entfernteren Quellen und von jährlich variierenden meteorologischen Bedingungen. Das Jahr 2017 zeigte sich meteorologisch sehr abwechslungsreich und in der Summe für eine gute Luftqualität bezüglich der Feinstaub-, Ozon- und Stickstoffdioxidkonzentrationen günstig.[196]

Für ***Feinstaub*** PM10 (= mit einer Partikelgröße von 10 µ) liegen die Jahresmittelwerte an allen Messstationen deutlich unter dem Grenzwert von 40 µg/m^3. An den Hintergrundmessstationen liegen diese zwischen 17 und 19 µg/m^3, an den verkehrsbezogenen Standorten zwischen 21 und 23 µg/m^3. Für Feinstaub PM2,5 (= mit einer Partikelgröße von 2,5 µm) sind Jahresmittelwerte weit unter dem Grenzwert von 25 µg/m^3 erfasst (Tabelle 26). Ferner zeigt der Trend seit Messbeginn stetig sinkende PM10-Konzentrationen an verkehrsnahen Standorten sowie für den städtischen Hintergrund (2003-2017).[197]

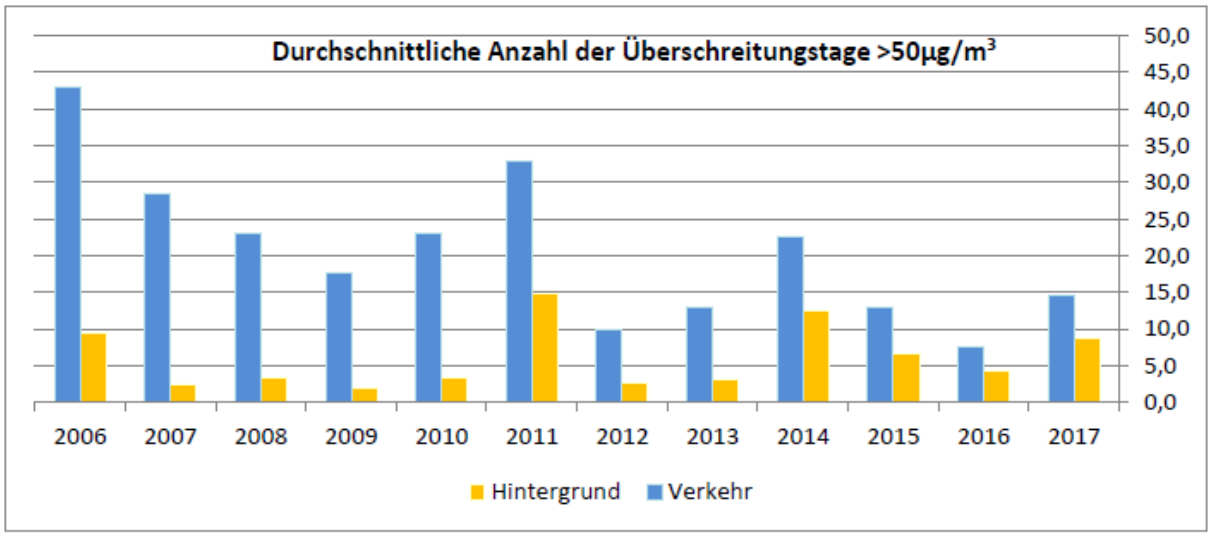
[195] (Jahresbericht Luftmessnetz 2017)
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/U/Umwelt/Umwelt.html
[196] Jahresbericht Luftmessnetz 2017
[197] Jahresbericht Luftmessnetz 2017

Tabelle 26: **Feinstaubmessungen 2017, Jahresbericht Luftmessnetz 2017**

	Jahresmittelwert PM10/2,5 in µg/m³	Überschreitungen des PM10 Tages-Mittelwertes >50µg/m³ (in Tagen)
Grenzwert	40/25	35
Stationen im städtischen Hintergrund		
Bremerhaven	17/12	9
Bremen-Nord	17	9
Hasenbüren	19/12	13
Bremen-Mitte	17	9
Bremen-Ost	17/11	5
Oslebshausen	19	8
Stationen städtisch verkehrsnah		
Dobben	22	14
Nordstraße	23	20
Cherbourger Straße	21	10

Die Anzahl der Grenzwertüberschreitungen des Tagesmittelwertes von >50 µg/m³ für PM10 liegt im Mittel bei 9 Tagen (min: 5, max: 13) an den Messstationen im städtischen Hintergrund sowie bei 15 Tagen (min: 10, max: 20) an verkehrsnahen Stationen in 2017 (Tabelle 26). Die Anzahl an Überschreitungstagen nimmt zwischen 2006 und 2017 bei deutlich jährlichen Schwankungen insgesamt ab. Im Vergleich zu 2006 sind die Überschreitungen im städtischen Hintergrund nahezu identisch, während diese an verkehrsnahen Standorten um den Faktor 3 abgenommen haben (Abbildung 52).

Abbildung 52: **Überschreitungshäufigkeiten Feinstaub PM10, 2006 bis 2017, Jahresbericht Luftmessnetz 2017**



Die Jahresmittelwerte für ***Stickstoffdioxid*** liegen im Jahr 2017 an allen Messstationen für den städtischen Hintergrund unter dem Grenzwert von 40 µg/m³ (Min: 14 µg/m³, Max: 23 µg/m³) und deuten einen weiterhin leicht abnehmenden Trend der Stickstoffdioxidkonzentration

über die Jahre an.[198] Zudem haben die Messwerte an den verkehrsnahen Standorten erstmals seit Beginn der Überwachungsaktivitäten den Grenzwert von 40 µg/m³ unterschritten und weisen Werte von 35 bis 39 µg/m³ im Jahr 2017 auf. Ferner wurden die einstündigen mittleren Stickstoffdioxidwerte über 200 µg/m³ nur zu zwei Zeitpunkten an der Cherbourger Straße im Jahr 2017 überschritten (Tabelle 27).

Tabelle 27: **Stickstoffdioxidmessungen 2017, Jahresbericht Luftmessnetz 2017**

	Jahresmittelwert NO_2 in µg/m³	Überschreitungen des NO_2 1-Std-Mittelwertes >200µg/m³ (in Tagen)
Grenzwert	40	18
Stationen im städtischen Hintergrund		
Bremerhaven	20	0
Bremen-Nord	19	0
Hasenbüren	21	0
Bremen-Mitte	14	0
Bremen-Ost	22	0
Oslebshausen	23	0
Stationen städtisch verkehrsnah		
Dobben	39	0
Nordstraße	38	0
Cherbourger Straße	35	2

An allen Messstationen im städtischen Hintergrund in Land Bremen weisen die ***Ozonmessungen*** maximale 1-Stunden-Mittelwerte unter dem zugrundeliegenden Schwellenwert von 180 µg/m³ (Max: 153 µg/m³) auf (Tabelle 28).

Tabelle 28: **Ozonmessungen 2017 – Einhaltung der Schwellenwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit, Jahresbericht Luftmessnetz 2017**

	max.1-Std.- Mittelwert in µg/m³	Überschreitungen des 1-Std.-Mittelwertes >180 µg/m³ (in Tagen)
Stationen im städtischen Hintergrund		
Bremerhaven	148	0
Bremen-Nord	158	0
Hasenbüren	153	0
Bremen-Mitte	149	0
Bremen-Ost	142	0

Im Jahr 2017 liegen keine Überschreitungen vor. Hinsichtlich des langfristigen Zielwertes von 120 µg/m³ liegen die maximalen 8-Stunden-Tagesmittelwerte mit 132 bis 135 µg/m³ knapp darüber (Tabelle 29). Die Anzahl von Überschreitungen des Zielwertes (Max: 25 Tage) wird an

[198] Jahresbericht Luftmessnetz 2017

allen Messstandorten deutlich unterschritten (2 bis 6 Tage). Auch die gemittelten Überschreitungstage über 3 Jahre sind nicht auffällig und liegen ebenfalls deutlich unter den maximal zulässigen Zahlen (Tabelle 29).

Tabelle 29: **Ozonmessungen 2017 – Einhaltung des Zielwertes zum Schutz der menschlichen Gesundheit, Jahresbericht Luftmessnetz 2017**

	max. 8-Std.-Mittelwert pro Tag innerhalb des Kalenderjahres in µg/m³	Überschreitungen des 8-Std.-Mittelwertes von 120 µg/m³ (in Tagen)	Überschreitungen des 8-Std.-Mittelwertes von 120 µg/m³ (in Tagen) (gemittelt 3 Jahre)
Zielwert	**120**	**25**	**25**
Stationen im städtischen Hintergrund			
Bremerhaven	132	3	7
Bremen-Nord	132	2	6
Hasenbüren	135	6	9
Bremen-Mitte	136	5	11
Bremen-Ost	131	2	6

Die Qualität der Bremer Luft im Vergleich zu anderen Städten

In den benachbarten Großstädten Hamburg und Hannover sind ähnliche Messwerte der Schadstoffbelastungen in der Außenluft zu beobachten wie in Bremen.[199] Dort liegen die mittleren Jahreswerte der Feinstaubkonzentrationen im städtischen Hintergrund und an den verkehrsnahen Messstationen auf einem nahezu identischen Niveau (Hamburg: 17 µg/m³ beziehungsweise 21 µg/m³; Hannover: 15 µg/m³ beziehungsweise 22 µg/m³). Die Stickstoffdioxidwerte weisen abgesehen von wenigen Ausreißern in Hamburg (>30 µg/m³) ebenfalls vergleichbare Konzentrationen an den städtischen Hintergrundstandorten auf. Im Gegensatz zur Unterschreitung des Stickstoffdioxidgrenzwertes von 40 µg/m³ in Bremen (35 µg/m³ bis 39 µg/m³) sind in Hamburg und Hannover an allen verkehrsbezogenen Stationen Überschreitungen des Grenzwertes zu verzeichnen (Hamburg: 42 µg/m³ bis 58 µg/m³; Hannover: 44 µg/m³). Die Ozonbelastung liegt in Hamburg auf einem ähnlichen Niveau. Im Gegensatz hierzu ist die durchschnittliche Ozonbelastung in Hannover um den Faktor 2 höher als in Bremen (Anzahl an Überschreitungstagen des 8-Stunden-Mittelwertes: 11 Tage).[200]

Schadstoffbelastungen und gesundheitliche Risiken

Eine direkte Abschätzung der gesundheitlichen Risiken lässt sich auf Grundlage der Ergebnisse des Bremer Luftüberwachungssystems nicht durchführen. Ein dichteres sowie flächendeckenderes Messstationsnetzwerk wäre notwendig, um im Rahmen weiterer epidemiologischer Studien belastbare Expositionsabschätzung und nachfolgende Gesundheitsrisiken bestimmen zu können. Jedoch können auch solche wissenschaftlichen Arbeiten nicht immer eindeutig klären, ob Schadstoffbelastungen in der Außenluft das Risiko für bestimmte Erkrankungen erhöhen oder zu einer erhöhten Sterblichkeit führen. Das Umweltbundesamt hat diesbezüglich eine Studie zur Krankheitslast von Stickstoffdioxiden in der Außenluft für Deutschland vorge-

[199] Jahresergebnisse des Hamburger Luftmessnetzes, 2017; Luftqualitätsüberwachung in Niedersachsen Jahresbericht 2017

[200] Luftqualitätsüberwachung in Niedersachsen Jahresbericht 2017

stellt, in der vorzeitige Todesfälle aufgrund von Herzkreislauferkrankungen statistisch ermittelt wurden, die auf eine Langzeitbelastung mit Stickstoffdioxid zurückgeführt werden können.[201] Diese Ergebnisse werden aktuell noch kontrovers diskutiert, da sie mit unterschiedlichen Unsicherheiten behaftet sind. Die Langzeitbeobachtung zeigt, dass sich die Luftqualität in Bremen in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert hat; dies gilt insbesondere für Feinstaub und Stickstoffdioxid.[202]

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Mit der Etablierung der EU-weit verbindlichen Grenzwerte für Feinstaub hat das Land Bremen einen Luftreinhalte- und Aktionsplan erstellt, um die Belastungen durch Feinstaub und auch Stickstoffdioxid nachhaltig vermindern zu können. Der Luftreinhalteplan zielt hierbei auf eine mittel- bis langfristige Umsetzung von Maßnahmen. Einzelne, spezifische Aktionspläne auf der anderen Seite adressieren vor allem kurzfristige, notwendige Maßnahmen zur Vermeidung von Belastungen im Zuge von Grenzwertüberschreitungen.[203] Folgende Maßnahmen sind benannt und werden kontinuierlich umgesetzt:

- Bau der A281 zur Entlastung des innerstädtischen Verkehrs, insbesondere des Schwerlastverkehrs,
- Fahrzeugtechnik (Beschaffung und Betrieb umweltfreundlicher Kraftfahrzeuge, Emissionsminderung in der Busflotte, BSAG),
- Verkehrslenkende Maßnahmen (Geschwindigkeitsbegrenzungen, Routenumleitungen, Optimierung der Ampelschaltungen),
- Ausbau des ÖPNV/SPNV (Öffentlicher Personennahverkehr/ Schienenpersonennahverkehr), Sanierung von Straßenoberflächen,
- Erweiterung des Carsharing-Angebots, Förderung des Fahrradverkehrs (unter anderem durch die Ausweisung von Fahrradstraßen).

Viele Maßnahmen sind inzwischen Dauermaßnahmen und befinden sich in einem permanenten Prozess der Überprüfung und Neujustierung bzw. Erweiterung (z.B. regelmäßige Fahrzeugneubeschaffungen bei der BSAG; verkehrslenkende Maßnahmen, diese haben, neben der Aufgabe der Regelung des Verkehrs häufig auch eine mindernde Wirkung mit Blick auf Luftschadstoffe; Ausbau des ÖPNV/SPNV).

9.2 Umgebungslärm

Warum ist dieses Thema wichtig?

Umgebungslärm insbesondere durch Straßen-, Schienen- und Flugverkehr ist ein allgegenwärtiger Umweltfaktor, der erhebliche Belästigungen und auch gesundheitliche Risiken nach sich ziehen kann.[204] Lärm gilt als Stressfaktor, in dessen Folge es zu Veränderungen des Blutdrucks, der Herzfrequenz und anderen Kreislauffaktoren sowie der Ausschüttung von Stresshormonen kommt. Als mögliche Langzeitfolgen chronischer Lärmbelastungen werden u.a. Bluthochdruck und bestimmte Herzkrankheiten diskutiert.[205]

[201] Quantifizierung von umweltbedingten Krankheitslasten aufgrund der Stickstoffdioxid – Exposition in Deutschland, Umweltbundesamt 2018
[202] Das Bremer Luftüberwachungssystem - Jahresbericht 2017, Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr
[203] Luftreinhalte- und Aktionsplan Bremen
[204] Burden of Disease from Environmental Noise – Quantification of Healthy Life Years Lost in Europe, WHO 2011.
[205] www.umweltbundesamt.de

Was wissen wir darüber?

Straßen-, Schienen- und Flugverkehrslärm im Land Bremen

Zur Erfassung sowie zur Vermeidung oder Verminderung des Umgebungslärms werden nach EU-Umgebungslärmrichtlinie strategische Lärmkarten für Hauptverkehrsstraßen, Haupteisenbahnstrecken, (Groß-)Flughäfen und alle wesentlichen Lärmquellen innerhalb von städtischen Ballungsräumen erstellt. Alle fünf Jahre ist eine Aktualisierung in Verbindung mit dem Aufstellen von Aktionsplänen vorgeschrieben.[206] Es erfolgt zudem eine Bestimmung der Anzahl lärmbelasteter Menschen. Zwei wesentliche Zeiträume werden in der Erfassung und Darstellung der verschiedenen Lärmarten berücksichtigt: der Tagesmittelpegel (24 Stunden) und der Lärm innerhalb einer achtstündigen Nacht (22 bis 6 Uhr).[207] Zur Vermeidung von gesundheitlichen Gefährdungen und der Ableitung von möglichen Maßnahmen wurden Schwellenwerte für den gesamten Tag auf 65 Dezibel dB(A) und 55 dB(A) für die Nacht festgelegt.[208] Um eine Einschätzung der Schwellenwerte in dB(A) zu erhalten, sind im Anhang einige Beispiele aufgeführt. Die aktuellen Lärmkartierungen für die Stadtgemeinde Bremen sowie für die Seestadt Bremerhaven liegen für das Jahr 2017 vor. Basierend auf den erstellten Lärmkarten wurde die ***Anzahl lärmbelasteter Personen*** auf Basis von Einwohnermeldedaten und aktuellem Gebäudebestand im Land Bremen berechnet (Tabelle 30).

Tabelle 30: **Anzahl der lärmbelasteten Personen nach Tageszeitraum (24h und Nacht) und Lärmquelle im Land Bremen, 2017 (adaptierte Darstellung aus den Lärmkarten [209])**

	Tag (24h)			Nacht (22-6 Uhr)		
dB(A)	Hauptstraßennetz	Schienenverkehr Städtisch*	Flugverkehr	Hauptstraßennetz	Schienenverkehr Städtisch*	Flugverkehr
über 50 bis 55	nicht ermittelt	nicht ermittelt	nicht ermittelt	24.700 (3,6 %)	10.600 (1,9 %)	1.500 (0,3 %)
über 55 bis 60	39.100 (5,7 %)	8.700 (1,6 %)	16.000 (2,8 %)	16.500 (2,4 %)	7.800 (1,4 %)	-
über 60 bis 65	19.600 (2,9 %)	6.900 (1,2 %)	2.900 (0,5 %)	5.400 (0,8 %)	6.700 (1,2 %)	-
über 65 bis 70	15.500 (2,3 %)	5.600 (1,0 %)	100 (0,02 %)	100 (0,02 %)	3.600 (0,6 %)	-
über 70	5.900# (0,9 %)	1.200# (0,2 %)	-	-	200 (0,04 %)	-
Summe	**80.100 (11,7 %)**	**22.400 (4,0 %)**	**19.000 (3,4 %)**	**46.700 (6,8 %)**	**28.900 (5,1 %)**	**1.500 (0,3 %)**

#davon sind 100 Bürgerinnen und Bürger über 75 dB ausgesetzt

* = städtischer Schienenverkehr: nur Straßenbahn, Hafenbahn, Privatbahn – **keine Eisenbahn** (siehe dazu nachfolgende Tabelle 31).

Hinweis: Die Angaben des Hauptstraßennetzes beziehen sich auf die Bevölkerung im Land Bremen zum 31.12.2016 = 684.638 Einwohnerinnen und Einwohner. Städtischer Schienen- und Flugverkehr bezieht sich auf die Bevölkerung der Stadtgemeinde Bremen = 565.719.

[206] https://www.bauumwelt.bremen.de/umwelt/laerm/umgebungslaerm_im_land_bremen-24080

[207] Lärmkartierung der Stadtgemeinde Bremen – und Lärmkartierung der Seestadt Bremerhaven - Lärmkartierung der 3. Stufe nach EU-Umgebungslärmrichtlinie, 2018

[208] Aktionsplan zur Lärmminderung für die Stadt Bremen, 2017

[209] Lärmkartierung der Seestadt Bremerhaven und der Stadtgemeinde Bremen - Lärmkartierung der 3. Stufe nach EU-Umgebungslärmrichtlinie, 2018

Etwa 12 % der Bevölkerung des Landes Bremen (n=80.100) sind über den gesamten Tagesverlauf (24 Stunden) durch vom Hauptstraßennetz ausgehenden Lärm belastet (Lärmpegel über 55 dB(A)). Davon sind etwa 21.400 Einwohnerinnen und Einwohner einer Lärmbelastung von 65 dB(A) und höher ausgesetzt. Durch den städtischen Schienen- und Flugverkehr sind 22.400 beziehungsweise 19.000 Personen über den gesamten Tag (24 Stunden) lärmbelastet. Die durch Flugbewegungen verursachten Lärmpegel liegen vor allem im Bereich von 55 bis 65 dB(A), während durch den städtischen Schienenverkehr höhere Lärmpegel zu verzeichnen sind (60 bis >70 dB(A)), die zudem einen größeren Anteil an lärmbelasteten Personen betreffen. In der Nacht sind 46.700 Personen (circa 7 % der Bremer Bevölkerung) durch das Hauptverkehrsstraßennetz lärmbelastet. 28.900 und 1.500 Personen sind durch städtischen Schienen- bzw. Flugverkehrslärm zwischen 22 und 6 Uhr belastet. Ein Vergleich zur Lärmkartierung aus dem Jahre 2013 zeigt eine circa 25 %ige Verminderung der Anzahl der Lärmbelasteten durch den Tagesmittelpegel des Hauptverkehrsnetzes sowie bei der Nachtbelastung.[210] Im Jahr 2013 waren 104.600 Personen durch das Hauptverkehrsnetz belastet (2017: 80.100 Personen). Nahezu konstant gebliebene Lärmbelastungen finden sich beim städtischen Schienenverkehr am Tage, wohingegen die Zahlen der nächtlich belasteten Personen im Vergleich zu 2013 etwa um den Faktor 1,75 angestiegen sind. Im Jahr 2013 waren nachts 16.400 Personen durch den städtischen Schienenverkehr belastet und im Jahr 2017 waren es 28.900 Personen. Ebenfalls konstant sind die Zahlen der über den Tag durch Fluglärm belasteten Personen. Eine deutliche Verminderung der Fluglärmbelastung seit 2013 findet sich hingegen in den Nachtstunden. Im Jahr 2013 waren nachts 4.700 Personen durch den Fluglärm belastet und im Jahr 2017 waren es nachts nur noch 1.500 Personen.[211]

Nachfolgend werden die Lärmemissionen durch den ***Eisenbahnschienenverkehr*** betrachtet (Tabelle 31).

Tabelle 31: **Anzahl der lärmbelasteten Personen durch Schienenverkehr entlang von Haupteisenbahnstrecken nach Tageszeitraum (24 Stunden und Nacht), 2017 (adaptierte Darstellung[212])**

Regionen	Tag (24 Stunden)			Nacht (22-6 Uhr)		
	>55 dB(A)	>65 dB(A)	>70 dB(A)	>50 dB(A)	>55 dB(A)	>60 dB(A)
Bremen	160.100 (23,4 %)	23.100 (3,4 %)	6.200 (0,9 %)	128.500 (18,8 %)	48.600 (7,1 %)	15.800 (2,3 %)
Hamburg	166.100 (8,9 %)	31.200 (1,7 %)	12.000 (0,6 %)	120.900 (6,5 %)	50.300 (2,7 %)	19.600 (1,1 %)
Berlin	199.600 (5,4 %)	37.700 (1,0 %)	7.600 (0,2 %)	148.700 (4,1 %)	66.400 (1,8 %)	21.200 (0,6 %)
Deutschland	6.436.600 (7,8 %)	1.003.800 (1,2 %)	324.000 (0,4 %)	5.164.900 (6,3 %)	2.013.900 (2,4 %)	699.300 (0,8 %)

Hinweis: Die Angaben beziehen sich auf die jeweiligen Bevölkerungen zum 31.12.2016: Bremen = 684.638 Einwohnerinnen und Einwohner; Hamburg= 1.860.759; Berlin= 3.670.622; Deutschland= 82.521.700.

[210] Lärmkartierung der Stadtgemeinde Bremen, Lärmkartierung der 2. Stufe nach EG-Umgebungslärmrichtlinie, 2013

[211] Lärmkartierung der Stadtgemeinde Bremen, Lärmkartierung der 2. Stufe nach EG-Umgebungslärmrichtlinie, 2013; Lärmkartierung der Seestadt Bremerhaven - Lärmkartierung der 2. Stufe nach EU-Umgebungslärmrichtlinie, 2013

[212] https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/belastung-der-bevoelkerung-durch-umgebungslaerm

In Bremen sind über den Tagesverlauf (24 Stunden) im Mittel 160.100 Personen (23,4 % der Bevölkerung) einem Lärmpegel von über 55 dB(A) entlang der Haupteisenbahnstrecken ausgesetzt, die nächtliche Belastung im Lärmpegelbereich von mehr als 50 dB(A) betrifft 128.500 Personen (18,8 %). Insgesamt zeigen diese Werte erhebliche Belastungen durch den Eisenbahnverkehrslärm in Bremen.

Diese Zahlen bewegen sich weit über dem Bundesschnitt. Im Vergleich zu den anderen Stadtstaaten sind die Lärmbelastungen in Berlin deutlich niedriger, während im Stadtgebiet Hamburg ebenfalls höhere Belastungen vorliegen, diese jedoch nur leicht über dem Bundesschnitt liegen.[213]

Umgebungslärm und gesundheitliche Risiken

Auch hier ist eine direkte Abschätzung der Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung der Stadtgemeinde Bremen auf Basis der Ergebnisse der aktuellen Lärmkartierung nicht möglich. Hierzu wären weitere epidemiologische Studien notwendig, um den direkten Einfluss von verschiedenen Lärmbelastungen auf die menschliche Gesundheit bestimmen zu können. Diese Studien belegen nicht in jedem Fall eindeutig, dass Lärm das Risiko für bestimmte Erkrankungen oder gar die Sterblichkeit erhöht. Insgesamt deuten aber insbesondere neuere Studien auf erhöhte Erkrankungshäufigkeiten für Herz-Kreislauferkrankungen wie Herzinsuffizienz, Schlaganfall und hypertensive Herzkrankheit sowie für Depressionen und auch für Brustkrebs hin.[214] Dabei finden sich auch geringe Unterschiede je nach Lärmquelle (Straße, Schiene oder Fluglärm). Eine in Bremen durchgeführte Studie[215] ergab auch Hinweise auf eine erhöhte Sterblichkeit in Verbindung mit höheren Straßen-, Schienen- und auch Fluglärmpegeln.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Die Erstellung von strategischen Lärmkartierungen bildet die Grundlage für die weitere Ausarbeitung von kurz- und langfristigen Maßnahmen zur Lärmminderung beziehungsweise Lärmvermeidung. Hierbei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Bereiche gelegt, in denen die meisten lärmbelasteten Menschen wohnen, denn so können die zu entwickelnden Maßnahmen möglichst viele Personen erreichen. Lärmbelastungen von 65 dB (Tag) und 55 dB (Nacht) stehen im Fokus, um mögliche Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden.[216] Hervorzuheben ist das etablierte Bürgerbeteiligungsverfahren, das im Rahmen der Entwicklung des Aktionsplans zur Lärmminderung einen zentralen Stellenwert einnimmt. Die Eingaben von Bürgerinnen und Bürgern werden geprüft und mit in die Umsetzung der nachfolgenden Maßnahmen einbezogen. Der aktuell zugrundeliegende Aktionsplan zur Lärmminderung für die Stadt Bremen von 2014 sieht derzeit konkret die folgenden Aktivitäten vor:

---

[213] https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/belastung-der-bevoelkerung-durch-umgebungslaerm

[214] Seidler AL, et al. The effect of aircraft, road, and railway traffic noise on stroke - results of a case-control study based on secondary data. Noise Health. 2018 Jul-Aug; 20(95):152-161.
Hegewald J, et al. Breast cancer and exposure to aircraft, road, and railway-noise: a case-control study based on health insurance records. Scand J Work Environ Health. 2017 Nov 1; 43(6):509-518.
Zeeb H, et al. Traffic noise and hypertension - results from a large case-control study. Environ Res. 2017 Aug; 157: 110-117.
Seidler A, et al. Association between aircraft, road and railway traffic noise and depression in a large case-control study based on secondary data. Environ Res. 2017 Jan; 152: 263-271.

[215] Greiser - Umgebungslärm und Gesundheit am Beispiel Bremen, Umweltbundesamt, 2015

[216] Aktionsplan zur Lärmminderung für die Stadt Bremen, 2014

- Verbesserung der Straßenoberfläche
- aktive Schallschutzmaßnahmen (Schallschutzfenster; Schallschutzwände und -wälle)
- Geschwindigkeitsbeschränkung in einzelnen Straßen (Tag und/oder Nacht)
- Einschränkung und Umleitung des Schwerlastverkehrs
- Optimierung der Ampelschaltung
- Ausbau des ÖPNV und Carsharing Angeboten

Für die Lärmaktionsplanung bezogen auf den Schienenverkehrslärm an den Haupteisenbahnstrecken des Bundes ist seit dem 1. Januar 2015 das Eisenbahn-Bundesamt zuständig. Das Eisenbahn-Bundesamt hat den Lärmaktionsplan Teil A und Teil B der Runde 3 veröffentlicht. Beide Teile ergeben zusammen den vollständigen Lärmaktionsplan für die Haupteisenbahnstrecken des Bundes 2017/2018 und sind im Internet unter www.eba.bund.de verfügbar.

Für die Stadtgemeinde Bremen wurde in den Jahren 2016-2017 vom Senator für Umwelt, Bau und Verkehr eine Bedarfsanalyse zum Bahnlärm erstellt, um besonders stark vom Schienenlärm der Haupteisenbahnstrecken betroffene Gebiete zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen daraus ableiten zu können. Das Ergebnis der Bedarfsanalyse wurde am 14. Dezember 2017 der städtischen Deputation für Umwelt, Bau, Verkehr, Stadtentwicklung, Energie und Landwirtschaft vorgestellt. Die Umsetzung der Maßnahmen hängt im Einzelfall von den Verhältnissen vor Ort (Grundstückseigentümer, Art des Untergrunds usw.) und den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln ab.

9.3 Qualität der Badegewässer

Warum ist dieses Thema wichtig?

Baden und Schwimmen sind aus gesundheitlicher Sicht begrüßenswert, denn draußen in Bewegung zu sein, ist gesundheitsförderlich. Umso wichtiger ist es zu wissen, wie es um die Qualität der Badegewässer bestellt ist.

Was wissen wir darüber?

In der Stadt Bremen gibt es 10 Badeseen und eine Badestelle an der Weser.[217] In der Stadt Bremerhaven gibt es keine offiziellen Badegewässer, die zu überwachen sind.

Die Überwachung der Bremer Badegewässer erfolgt in enger Kooperation mit dem Senator für Umwelt, Bau und Verkehr und der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport. Dies geschieht auf der Grundlage der "Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der beteiligten Ressorts zur Umsetzung der Bremischen Badegewässerverordnung"[218] vom Januar 2008. Kernelemente der Überwachung sind:

- Monatliche Untersuchung der Wasserqualität in der Badesaison (jeweils 15. Mai bis 15. September) und Bewertung der Ergebnisse;
- Begehung der Badeseen einschließlich des Umfeldes (Toilettenanlagen, Beschilderung, allgemeine Hygiene) mindestens einmal in der Saison vor Saisonbeginn, bei besonderen Problemlagen wie zum Beispiel der Massenvermehrung von Blaualgen deutlich häufiger;

[217] Achterdieksee, Bultensee, Grambker See, Mahndorfer See, Rottkuhle, Sodenmattsee, Sportparksee Grambke, Stadtwaldsee (Unisee), Waller Feldmarksee, Werdersee, Weser in Höhe Cafe Sand

[218] Der Senator für Umwelt, Bau, Verkehr und Europa, die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, der Senator für Inneres und Sport

- Information der Öffentlichkeit über die Badewasserqualität durch das Internet, die Tagespresse, ein telefonischer Ansagedienst und direkt an jedem Badegewässer.

Die Wasserqualität der Badegewässer wird gemäß der EU-Richtlinie anhand der monatlichen Untersuchungen des Wassers auf die Bakterien E. Coli und intestinale Enterokokken (Darmbakterien) beurteilt. Die EU-Richtlinie gibt für diese Bakterien jeweils Höchstkonzentrationen für die Kategorien "Ausgezeichnete Qualität", "Gute Qualität" und "Ausreichende Qualität" vor (Tabelle 32).

Tabelle 32: Qualitätskriterien für Badewasserqualität[219]

Parameter in KBE/100 ml	Ausgezeichnete Qualität	Gute Qualität	Ausreichende Qualität
Intestinale Enterokokken	200*	400*	330**
Escherichia coli	500*	1000*	900**

*Auf der Grundlage einer 95-Perzentil-Berechnung
**Auf der Grundlage einer 90-Perzentil-Berechnung

Nach Ende einer Badesaison werden die Badegewässer anhand der Ergebnisse der Wasseruntersuchungen und der Perzentil-Berechnungen in die genannten Kategorien eingeteilt. In den letzten Jahren hatten alle Bremer Badegewässer eine gute bis ausgezeichnete Wasserqualität. Die folgende Tabelle gibt die Einstufungen der Badegewässer für die Jahre 2015 bis 2017 wieder.

Tabelle 33: Badewasserqualität der Bremer Badeseen für 2015 bis 2017

Badegewässer	2015	2016	2017
Achterdieksee	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Bultensee	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Grambker See	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Mahndorfer See	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Rottkuhle	ausgezeichnet	ausgezeichnet	gut
Sodenmattsee	ausgezeichnet	gut	gut
Sportparksee Grambke	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Stadtwaldsee	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Waller Feldmarksee	gut	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Werdersee	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet
Weser Cafe Sand	ausgezeichnet	ausgezeichnet	ausgezeichnet

Unabhängig von der Bewertung der Badegewässer im Hinblick auf die oben genannten Parameter werden im Laufe der Badesaison auch immer wieder ***Blaualgenvorkommen*** bewertet. Anders als der Name vermuten lässt, sind Blaualgen keine Algen, sondern Bakterien, die aufgrund ihrer bläulich-grünlichen Farbe auch ***Cyanobakterien*** genannt werden. Das Vorkommen von Blaualgen wird in Augenschein genommen und die Blaualgengattung mikroskopisch bestimmt. Einige Blaualgen-Gattungen scheiden Gifte (sogenannte Toxine) aus. Beim direkten

[219] Quelle: EU-Richtlinie 2006/7/EG über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung

Hautkontakt mit belastetem Wasser können Haut- und Schleimhautreizungen, allergische Reaktionen, Bindehautentzündungen und Ohrenschmerzen auftreten. Das Verschlucken von belastetem Wasser kann zu Durchfallerkrankungen führen. Auch Atemwegserkrankungen sind möglich. Grundsätzlich können Blaualgen in allen Bremer Badeseen auftreten. In den letzten Jahren kamen sie zum Beispiel im Mahndorfer See, im Waller Feldmarksee, im Sodenmattsee oder im Werdersee vor. Im Sportparksee Grambke ist seit einigen Jahren das Auftreten der sogenannten Igelblaualge zu beobachten, die sich anders als andere Arten nicht durch eine blau-grüne Färbung des Wassers oder entsprechende Schlieren auszeichnet, sondern als kleine Kügelchen im Wasser sichtbar ist. Im Falle eines Blaualgenvorkommens wird die Öffentlichkeit informiert. Bislang war die Empfehlung ausreichend, die Bereiche, in denen sich die Blaualgen aufhalten, zu meiden.

Hin und wieder können außerdem ***Zerkarien*** in Bremer Badegewässern auftreten. Zerkarien sind kleine Larven von Saugwürmern (Trematoden), die normalerweise Wasservögel als Wirt aufsuchen. Beim Menschen können sie sich in die Haut bohren. Der Befall mit Zerkarien ist durch den entstehenden Juckreiz zwar unangenehm, aber ungefährlich. Es treten für eine Badedermatitis typische Quaddeln auf der Haut auf. In der Regel heilen diese Quaddeln innerhalb von 10 bis 20 Tagen folgenlos ab.

Während der Hauptschwärmzeit von Zerkarien, die zu Beginn der Badesaison im Frühsommer und im Spätsommer ihre Höhepunkte erreicht, wird empfohlen, pflanzenreiche Uferbereiche (Flachwasserbereiche) zu meiden und nach dem Baden zu duschen und sich gründlich abzutrocknen, damit die Larven von der Haut abgerieben werden.

Was tun wir – und was planen wir zu tun?

Für diesen Bereich ist es wichtig, die Öffentlichkeit schnell und aktuell zu informieren. Daher wurde ein umfassendes Informationsangebot entwickelt. Die Öffentlichkeit wird unter anderem auf den Webseiten des Gesundheitsamtes und des Senators für Umwelt, Bau und Verkehr fortlaufend über die Untersuchungsergebnisse sowie aktuelle Ereignisse wie zum Beispiel Blaualgenvorkommen informiert. Diese Informationen stehen ganzjährig unter den folgenden Web-Adressen zur Verfügung:
www.gesundheitsamt.bremen.de und www.bauumwelt.bremen.de.

10 Gesundheitliche Versorgung

Eine gute gesundheitliche Versorgung stellt einen zentralen Pfeiler für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung dar. Im vorliegenden Bericht werden die Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Notfallversorgung im Land Bremen im Sinne eines Überblicks dargestellt. Es gäbe hierzu noch viel mehr zu berichten – dies würde aber den Rahmen des Berichtes sprengen. Es ist aber geplant, in den nächsten Berichten Aspekte der Versorgungssituation vertiefter aufzugreifen.

10.1 Ambulante Versorgung – Wie funktioniert Bedarfsplanung?

Wer entscheidet, in welchen Stadtteilen es wie viele Ärztinnen und Ärzte gibt?

Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich Patientinnen und Patienten behandeln, die ihre Behandlung selbst zahlen, können sich ansiedeln, wo sie wollen. Wenn Ärztinnen und Ärzte aber Patientinnen und Patienten behandeln wollen, die gesetzlich krankenversichert sind, können sie nicht darüber frei entscheiden, sondern sie müssen bei der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Zulassung beantragen. Der Zulassungsausschuss der KV – besetzt von Mitgliedern aus der Ärzteschaft und den Krankenkassen – entscheidet über die Zulassung. Dabei ist der Ausschuss an bundesrechtliche Vorgaben gebunden, die zwar etwas Spielraum lassen, aber – um möglichst bundeseinheitliche Bedingungen in den Ländern zu schaffen – auch viele Vorschriften enthalten, die einzuhalten sind. In diesem Rahmen hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen den gesetzlichen Auftrag, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bremer Bevölkerung mit Haus-, Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu sorgen (Sicherstellungsauftrag). Gleiches gilt im Übrigen für die zahnärztliche Versorgung – hierfür gibt es die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

Wie funktioniert "Bedarfsplanung"?

Die zentralen Vorgaben sind in der "Bedarfsplanungsrichtlinie" des Gemeinsamen Bundesausschusses[220] enthalten. Kern dieser bundesweiten Regelung sind Verhältniszahlen, das heißt Festlegungen, wie viele Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten es pro Einwohnerzahl geben sollte. Eine weitere wesentliche Regelung besagt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen "Bedarfspläne" für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung aufstellen müssen. Die Bedarfspläne geben vor, wie viele Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten es pro Einwohnerinnen oder Einwohner in einer Region, das heißt einem Planungsbereich, geben soll, um weder eine Unterversorgung noch eine Überversorgung herbeizuführen. Die Bedarfspläne werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellt. Der Bedarfsplan wird der zuständigen Landesbehörde – in Bremen ist das die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz – vorgelegt. Die Landesbehörde prüft, ob der Bedarfsplan zu beanstanden ist, das heißt, ob geltendes Recht verletzt wird. Wenn geltendes Recht verletzt wird, kann die Behörde den Bedarfsplan beanstanden.

Der Bedarfsplan enthält "Soll-Zahlen" für die Zahl der Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Planungsgebiet. Stimmen die Soll-Zahlen mit den Ist-Zahlen

[220] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

für Ärztinnen und Ärzte überein, wird davon ausgegangen, dass der Bedarf in der jeweiligen Region zu 100 % gedeckt ist. Dabei wird nach folgenden Gruppen unterschieden:

1. hausärztliche Versorgung;
2. allgemeine fachärztliche Versorgung (Augenarzt/-ärztin, Chirurg/in, Frauenarzt/-ärztin, HNO-Arzt/-Ärztin, Hautarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, Nervenarzt/-ärztin, Orthopäde/in, Psychotherapeut/in, Urologe/in);
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung (Kinder- und Jugendpsychiater/in, Fachinternist/in, Anästhesist/in, Radiologe/in);
4. gesonderte fachärztliche Versorgung (PRM-Mediziner/in, Nuklearmediziner/in, Strahlentherapeut/in, Neurochirurg/in, Humangenetiker/in, Laborarzt/-ärztin, Pathologe/in, Transfusionsmediziner/in).

Hintergrund dieser Differenzierung ist, dass die Anforderungen je nach Arztgruppe variieren: Die hausärztliche Versorgung soll möglichst wohnortnah erfolgen, während für spezialisierte Behandlungen auch ein längerer Anfahrtsweg als tolerabel gilt.

Die Soll-Zahlen für Hausärztinnen und -ärzte werden im Land Bremen für die Planungsgebiete der Stadtgemeinden ausgewiesen. Laut Richtlinie soll es 1 Hausärztin oder -arzt je 1.671 Einwohnerinnen und Einwohner geben. Ausgehend von der These, dass ältere Menschen einen größeren medizinischen Versorgungsbedarf haben als Jüngere, wird ein sogenannter Demografiefaktor in die Berechnung einbezogen. Unter Hinzuziehung des Demografiefaktors ergibt sich für die

- Stadt Bremen ein Verhältnis von 1 Hausärztin oder-arzt je 1.655 Einwohnerinnen und Einwohner sowie für die
- Stadt Bremerhaven ein Verhältnis von 1 Hausärztin oder -arzt je 1.642 Einwohnerinnen und Einwohner.

Rein rechnerisch wäre eine 100 %-ige hausärztliche Versorgung gesichert, wenn es in der Stadt Bremen 342 Hausärztinnen oder-ärzte geben würde und in der Stadt Bremerhaven 69 Hausärztinnen oder-ärzte. Real gibt es aber 387 Hausärztinnen und -ärzte in Bremen und 71 Hausärztinnen und -ärzte in Bremerhaven (Stand vom 1.7.2018). Das heißt, gemäß den rechtlichen Vorgaben sind ausreichend Hausärztinnen und -ärzte in Bremen und Bremerhaven vorhanden. Wenn ein Hausarzt oder eine Hausärztin beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vorstellig würde, um sich im Land Bremen mit einer zusätzlichen Hausarztpraxis niederzulassen, bekäme er oder sie eine abschlägige Antwort.

Inwieweit sich das Konzept der Bedarfsplanung am tatsächlichen Bedarf orientiert, ist strittig. Ursprünglich sollte mit einer Bedarfsplanung vermieden werden, dass sich in überversorgten Gebieten neue Ärzte ansiedeln. Mittlerweile liegt die Problematik bezogen auf ganz Deutschland vor allem darin, dass in strukturschwachen Regionen oder sozial benachteiligten Regionen weniger Ärztinnen und Ärzte ansässig werden. Bundespolitisch und auch im Land wird an einer besseren Verteilung gearbeitet.

Wie viele Ärztinnen und Ärzte gibt es in den Stadtteilen Bremens und Bremerhavens?

Der Bedarfsplan gibt die Soll-Zahl für die beiden Planungsgebiete vor – nicht aber eine gleichmäßige Verteilung innerhalb der Planungsgebiete. In der Tat variiert die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zwischen den Bezirken.

Hierzu sei jedoch anzumerken, dass die bloße Erfassung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte noch keinen Aufschluss über die Versorgungssituation der jeweiligen Bezirke respektive

die Erfüllung der bedarfsplanerischen "Soll-Zahlen" für die einzelnen Arztgruppen gibt. Es ist originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die bedarfsgerechte ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Sie stützt sich bei der Berechnung der Versorgungsgrade der medizinischen Grundversorgung nicht etwa auf die reine Kopfanzahl der Haus- und Kinderärztinnen oder -ärzte, sondern zunächst auf die vergebenen Versorgungsaufträge, wobei sich ein Versorgungsauftrag beispielsweise auf zwei Ärztinnen oder Ärzte mit je einem Umfang von 0,5 verteilen kann.

Daneben finden – wie oben dargestellt – die Soll-Verhältniszahlen von Ärztinnen und Ärzten zu Einwohnerinnen und Einwohner in der Berechnung Berücksichtigung. Bei den Hausärztinnen und -ärzten wird diese Verhältniszahl mittels Demografiefaktor modifiziert; bei den Kinderärztinnen und -ärzten ist die Verwendung dieses Faktors dagegen obsolet.

Zudem wird nur die für die spezifische Arztgruppe wesentliche Einwohnerzahl in die Rechnung aufgenommen. Ist dies bei Hausärztinnen und -ärzten die Gesamtbevölkerung im Planungsgebiet, werden für Kinderärztinnen und -ärzte beispielsweise nur die Anzahl der Kinder erfasst.

Auf Grund der vorherigen Ausführungen scheint es naheliegend, eine etwaige Evaluation der Bereitstellung ambulanter Versorgung anhand der prozentualen, spezifischen Versorgungsgrade zu verdeutlichen, die die unterschiedlichen Indikatoren für die konkrete Versorgungslage zusammenführen. Die jeweiligen Versorgungsgrade stellen sich wie in den folgenden Tabellen (Tabelle 34 und Tabelle 35) aufgeführt dar:

Tabelle 34: Die Versorgungsgrade für Hausärztinnen und Hausärzte (Stand vom 1.7.2018)

Bezirk	Einbezogene Gebietseinheiten	Versorgungsgrad
Bremen-Nord	Blumenthal, Vegesack, Burglesum	115,0 %
Bremen-West	Gröpelingen, Walle, Findorff	121,0 %
Bremen-Mitte	Mitte, Häfen	204,3 %
Bremen-Süd	Neustadt, Woltmershausen, Obervieland, Huchting	97,3 %
Bremen-Ost	Östliche Vorstadt, Schwachhausen, Vahr, Horn-Lehe, Oberneuland, Hemelingen, Osterholz	99,9 %
Bremerhaven-Nord	Weddewarden, Leherheide, Lehe, Mitte	95,8 %
Bremerhaven-Süd	Geestemünde, Schiffdorfer Damm, Surheide, Wulsdorf	90,7 %

Tabelle 35: Die Versorgungsgrade für Kinderärztinnen und Kinderärzte (Stand vom 1.7.2018)

Bezirk	Einbezogene Gebietseinheiten	Versorgungsgrad
Bremen-Nord	Blumenthal, Vegesack, Burglesum	121,1 %
Bremen-West	Gröpelingen, Walle, Findorff	135,0 %
Bremen-Mitte	Mitte, Häfen	135,8 %
Bremen-Süd	Neustadt, Woltmershausen, Obervieland, Huchting	147,6 %
Bremen-Ost	Östliche Vorstadt, Schwachhausen, Vahr, Horn-Lehe, Oberneuland, Hemelingen, Osterholz	190,4 %
Bremerhaven-Nord	Weddewarden, Leherheide, Lehe, Mitte	101,0 %
Bremerhaven-Süd	Geestemünde, Schiffdorfer Damm, Surheide, Wulsdorf	180,7 %

Welchen Spielraum gibt es, den Bedarfsplan regionalen Gegebenheiten anzupassen?

Es ist rechtlich möglich, dass die Kassenärztliche Vereinigung bei der Aufstellung des Bedarfsplans von der Bedarfsplanungsrichtlinie abweicht, um regionale Besonderheiten in der Planung zu berücksichtigen. Dies kann zum Beispiel ein besonderes Krankheitsgeschehen sein wie auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten oder auch sozioökonomische Faktoren wie Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf oder räumliche Faktoren wie Verkehrsanbindungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen haben verschiedene Möglichkeiten, bei Vorliegen regionaler Besonderheiten darauf zu reagieren. Derzeit problematisch ist insbesondere der Ärztemangel in ländlichen Gebieten, von dem Bremen nicht betroffen ist. Verglichen mit anderen Regionen sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Bremen gut zu erreichen. Dennoch ist es wichtig zu schauen, dass es insbesondere hinsichtlich der medizinischen Grundversorgung – also durch Haus-, Kinderärztinnen und -ärzte – eine wohnortnahe Verteilung gibt.

Eine Möglichkeit im Land Bremen von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, wäre die Verkleinerung der Planungsbereiche. Für das Land Bremen könnten die Planungsbereiche "Stadt Bremen" und "Stadt Bremerhaven" weiter aufgeteilt werden, zum Beispiel auf Bezirksebene. Durch eine kleinräumigere Bedarfsplanung kann teilweise gesteuert werden, in welchen Stadtteilen oder Stadtbezirken sich neue Ärzte ansiedeln können – mit dem Ziel, eine Ungleichverteilung abzubauen – sofern diese vorhanden ist.

Allein die Planung schafft es jedoch nicht, dass sich neue Ärztinnen oder Ärzte auch dort ansiedeln, wo der Bedarfsplan es vorsieht. Limitierender Faktor bei allen Überlegungen ist derzeit die Gesamtzahl der überhaupt zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte. Und sollte es zum Beispiel freie Arztsitze nur in sozial benachteiligten Stadtteilen geben, ist es nicht unbedingt sicher, dass sich diese auch dort ansiedeln.

Was wird getan, um die ambulante ärztliche Versorgung in Bremen und Bremerhaven zu verbessern?

In Bremerhaven und im Bezirk Bremen-Nord ist die Niederlassung vorwiegend von Hausärztinnen und -ärzten sowie in einem Fall auch einer Augenärztin finanziell gefördert worden. Insgesamt haben seit 2014 neun Praxen Investitionskostenzuschüsse bis zu € 60.000,00 und/oder Umsatzgarantien bis zur Dauer von 2 Jahren erhalten. Dadurch konnten bestehende Praxen erhalten und neue Ärztinnen und Ärzte hinzugewonnen werden. Zukünftige Fördermaßnahmen sind an der Entwicklung der Bedarfsplanung auszurichten.

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf Bundesebene

In Anbetracht der aktuellen Gesetzesentwicklungen bleibt abzuwarten, wie sich die zukünftige Bedarfsplanung konkret ausgestalten wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, vorzunehmen. Geplant war dies mit Wirkung zum 1. Januar 2017. Im "Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung" (TSVG) des Bundesgesundheitsministeriums, das derzeit im Gesetzgebungsverfahren ist, soll diese – inzwischen verstrichene Frist – bis zum 1. Juli 2019 verlängert werden. Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein "Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Sinne der §§ 99 ff. SGB V

zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung" vorgelegt.[221] Das Gutachten beschäftigt sich mit mehreren Fragestellungen, unter anderem

- mit räumlichen und zeitlich-organisatorischen Aspekten des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie
- der Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs.

Der Prozess zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie steht noch am Beginn, aber schon jetzt ist absehbar, dass die Weiterentwicklung im Ergebnis sehr wahrscheinlich zu einem Anstieg von Arztsitzen führen wird. Zudem wurde beschlossen, dass einige Arztgruppen, unter anderem Kinderärztinnen und -ärzte, bis Mitte nächsten Jahres ohne Beschränkungen zugelassen werden können.

10.2 Stationäre Versorgung – Wie funktioniert Krankenhausplanung?

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes Bremen und wird als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge verstanden. Bei der Krankenhausplanung kommen sowohl bundesrechtliche als auch landesrechtliche Vorgaben zum Tragen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf Bundesebene – dessen Zweck "*die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser [ist], um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten*" – schreibt den Ländern unter anderem vor, dass die Länder sogenannte "Krankenhauspläne" aufzustellen haben. Das Bundesrecht enthält keine Vorgaben zu den Inhalten der Krankenhauspläne; lediglich einige Rahmenbedingungen sind geregelt, zum Beispiel, dass die Landesbehörden eng mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten zusammenarbeiten sollen und dass bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen mit den „unmittelbar Beteiligten“ anzustreben sind; die "unmittelbar Beteiligten" sind

- die Landesverbände der Krankenkassen,
- der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung,
- die Landeskrankenhausgesellschaft sowie auf das Land Bremen bezogen
- die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.

Im Land Bremen bilden die oben genannten Einrichtungen einen ***Planungsausschuss*** unter der Geschäftsführung der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz.[222] In dem Planungsausschuss ist mit beratender Stimme auch eine Patientenvertretung.

Für die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans ist die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zuständig. Der Planungsausschuss begleitet und steuert den gesamten Planungsprozess bei der Fortschreibung des Krankenhausplans. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sieht vor, dass die Krankenhausplanung zwischen den Ländern abzustimmen ist, sofern ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung

[221] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwickklung-Bedarfsplanung.pdf

[222] Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, ist die Kassenärztliche Vereinigung einzubeziehen. Soweit die ärztliche Weiterbildungsordnung und ihre Anwendung betroffen ist, ist die Ärztekammer Bremen einzubeziehen.

anderer Länder eine wesentliche Bedeutung hat (§ 6 Absatz 2 KHG). Dies trifft auf die Krankenhäuser im Lande Bremen insbesondere im Hinblick auf die niedersächsische Bevölkerung zu. In den Krankenhäusern des Landes Bremen sind:

- 34,6 Prozent Behandlungsfälle aus dem unmittelbaren niedersächsischen Umland
- 37,6 Prozent Behandlungsfälle aus Niedersachsen insgesamt
- 38,6 Prozent auswärtige Behandlungsfälle insgesamt (aus Niedersachsen und anderen Ländern)[223]

Daher werden Informationen zu Planungsvorhaben regelmäßig zwischen den Landesbehörden in Bremen und Niedersachsen ausgetauscht und länderübergreifende Vorhaben in abgestimmter Form begleitet.

Die Krankenhausplanung im Lande Bremen erfolgt in ***drei Planungsphasen***:

1. In einem ersten Schritt erstellt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz einen ***Krankenhausrahmenplan***. Der Krankenhausrahmenplan enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung und weist ihren aktuellen Stand und Bedarf aus. Dies umfasst die Prognose der zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen stationären Krankenhauskapazitäten sowie der Gesamtzahl der bedarfsgerechten Planbetten oder der zu versorgenden Krankenhauspatientinnen und -patienten jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Die Planprognose soll aktuell verfügbares Wissen über die Entwicklung von Verweildauern, Fallzahlen, Diagnosen, Krankenhaushäufigkeit und Herkunft potentieller Krankenhauspatientinnen und -patienten berücksichtigen. Dabei soll auch die oberzentrale Funktion für die Umlandversorgung einbezogen werden. In dem Rahmenplan können auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten vorzuhaltenden Fachgebiete, arbeitsteilig koordinierte Versorgungsschwerpunkte sowie Qualitätsvorgaben festgelegt werden. Der Krankenhausrahmenplan enthält zudem die Standorte der Ausbildungsstätten. Der aktuelle Krankenhausrahmenplan ist auf der Website: www.gesundheit.bremen.de erhältlich.
2. Im zweiten Schritt vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhausträgern unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans für jeden Krankenhausstandort einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (***Vereinbarungsvorschlag***), mit Ausweisung der standortbezogenen Gesamtbettenzahl sowie der Notfallversorgung und der Intensivmedizin. In den Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich der einzelnen Disziplinen und ihren jeweiligen Kapazitäten. In den Vereinbarungsvorschlägen sind zudem Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen enthalten. Die Vereinbarungsvorschläge müssen von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz genehmigt werden. Auf der Grundlage dieser Vereinbarungsvorschläge erteilt die Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz je Krankenhaus einen Feststellungsbescheid. Darin enthalten ist eine Beschreibung des Versorgungsauftrags (einschließlich Planbetten) und
3. im dritten Schritt erstellt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz den ***Landeskrankenhausplan***, bestehend aus dem Krankenhausrahmenplan und den genehmigten Vereinbarungsvorschlägen.

[223] Prozentangaben: jeweils Durchschnitt der Jahre 2010-2017 (Daten nach § 21 Absatz 3 Nr. 3 KHEntgG)

Während des Planungsverfahrens können Krankenhäuser auf Antrag unter Einhaltung von bestimmten Vorgaben in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Wenn sie aufgenommen sind, dürfen – und müssen – sie im Rahmen des festgelegten Versorgungsauftrages Krankenhausleistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erbringen.

Dieses in seinen Planungsschritten sehr transparente und konsensorientierte Verfahren mit dem Ziel, gemeinsam die qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen, hat sich bewährt.

10.3 Notfallversorgung

Es gibt keine über alle Bereiche hinweg gültige Definition eines "Notfalls". Sofern eine Patientin oder ein Patient sich für einen Notfall hält, kann sie oder er eine Ärztin oder einen Arzt kontaktieren, ein Krankenhaus aufsuchen oder über die Rufnummer "112" den Rettungsdienst alarmieren.

Die Notfallversorgung lässt sich unterteilen in drei Säulen:

a) der Vertragsärztliche Bereich sowie der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen,
b) die Notaufnahmen (Ambulanzen) der Krankenhäuser und
c) der Rettungsdienst.

Notfälle bei gesetzlich Krankenversicherten, die ambulant versorgt werden können, werden zu Sprechzeiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten übernommen. Außerhalb der Sprechstundenzeiten bestehen im Land Bremen jeweils drei ***Bereitschaftsdienste der Bremer Kassenärztlichen Vereinigung (KVHB)*** für Erwachsene und Kinder, in Eigenregie verortet in Krankenhäusern. Teilweise steht der Bereitschaftsdienst nur einige Stunden außerhalb der Sprechstundenzeiten zur Verfügung. Darüber hinaus hält die KVHB einen ‚Fahrdienst' außerhalb der Sprechstundenzeiten der Praxen für Erwachsene vor, der bei Notfällen auch Hausbesuche macht.

Übersicht der Bereitschaftsdienste:

- Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt: im St. Joseph-Stift, Bremen;
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen-Nord: im Klinikum Bremen-Nord;
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremerhaven: im AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven;
- Kinder- und Jugendärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt: im Klinikum Bremen-Mitte;
- Kinder- und Jugendärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen-Nord: im Klinikum Bremen-Nord;
- Kinder- und Jugendärztlicher Bereitschaftsdienst Bremerhaven: im AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven.

Alle ***zugelassenen Krankenhäuser*** im Land Bremen nehmen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages an der Notfallversorgung teil. Patientinnen und Patienten können direkt die Klinik aufsuchen (Selbsteinweisung) oder sie werden vom Rettungsdienst eingeliefert. Die Kliniken melden über das Online-Meldesystem „IVENA – Interdisziplinärer Versorgungsnachweis", welche und wie viele Notfälle sie aufnehmen können, wo es einen Versorgungsengpass gibt und welche Großgeräte für die Diagnostik frei sind. In den Feuerwehr- und Rettungsleitstellen der

Feuerwehren ist damit auf Monitoren ersichtlich, wo ein Notfallpatient oder eine Notfallpatientin die schnellste und passende Behandlung bekommen kann, so dass eine entsprechend optimierte Disposition erfolgen kann.

Die Fallzahlen in der Notfallversorgung haben sich, wie folgt (siehe Tabelle 36) entwickelt.

Tabelle 36: Fallzahlen in der Notfallversorgung (abgerechnete Notfälle, gesamt, einschließlich Kinder ohne BG und Kinderzentrum)[224]

Absolute Zahlen pro Jahr Art	2013	2014	2015	2016	2017	Anstieg in % von 2013 bis 2017
KV-Bereitschafts-dienst	76.600	79.585	81.444	86.750	91.842	ca. 19,8 %
Notfallambulanzen im Krankenhaus	121.968	146.934	144.291	148.643	162.702	ca. 33 %
Rettungsdienst[225]	62.545	66.906	73.327	75.607	77.824	Ca. 24%

In allen Bereichen sind Zunahmen der Fallzahlen zu beobachten. Bremenspezifische Aussagen zu den Gründen können nicht getroffen werden, aber Studien haben dieses bundesweite Phänomen mehrfach untersucht und sind zu vier Hauptgründen gelangt:

- Es gibt zu wenige Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, sodass Lücken in der ambulanten Versorgung (zum Teil mit langen Wartezeiten) entstehen.
- Die teilweise soziale Vereinsamung von Menschen führt zu einer stärkeren Inanspruchnahme der medizinischen Angebote.
- Die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten hat sich verändert. Durch interdisziplinäre Behandlungsoptionen im Krankenhaus werden Qualitätsvorteile bei der Behandlung erhofft.
- Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen sind nicht hinreichend genug bekannt, so dass Patientinnen und Patienten aus Unkenntnis die "falschen" Strukturen nutzen.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass viele Patientinnen und Patienten Ressourcen der Notfallversorgungssysteme beanspruchen, obwohl dies vermeidbar wäre. Das hat zur Folge, dass zum Teil lange Wartezeiten entstehen und ggf. medizinische Notfälle schlechter/zeitverzögert versorgt werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften dazu führen kann, dass Krankenhäuser Stationen (teil- und zeitweise) schließen müssen.

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesländer und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) haben das Problem der steigenden Fallzahlen erkannt und arbeiten derzeit an einer Verbesserung. Ein Ziel dabei ist es, Patientenströme besser als bisher zum "richtigen Versorgungssystem" zu leiten. So sollen zum Beispiel zukünftig die Terminservice-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Patientinnen

[224] KV Bremen

[225] Die Zahlen beinhalten alle Fälle, in denen ein stadtbremisches Rettungsmittel (Rettungswagen (RTW), Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) alarmiert wurde). Die Differenz zu den Zahlen in den Notfallambulanzen und Krankenhäusern ergibt sich aus den Selbsteinweisern und aus den Transporten der Rettungsdienste des Umlands, die in ganz erheblicher Anzahl anfallen.

und Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf an eine Ärztin oder einen Arzt vermitteln. Der Arzt bzw. die Ärztin erhält für eine kurzfristige Behandlung eine höhere Vergütung.

Geprüft werden integrierte Versorgungszentren an Krankenhäusern (INZ), die sektorübergreifend an einem ‚zentralen Tresen' Notfallpatientinnen /Notfallpatienten von speziell qualifizierten Fachleuten anhand standardisierter Kriterien sichten und dem zuständigen Versorgungsbereich zuweisen lassen.

Was tun wir?

Die aktuellen Bundesvorgaben geben den Bundesländern in diesem Bereich nur eine eingeschränkte Handlungsmöglichkeit. Seit Januar 2019 ist im Land Bremen ein Runder Tisch eingerichtet, an dem alle Beteiligten zu diesem Thema gemeinsam über die zukünftige Sicherstellung der Notfallversorgung in Bremen beraten. Dieser hat das Ziel, in Würdigung der Empfehlungen des SVR wie auch aus der Bremischen Bürgerschaft über Modelle zu beraten, bei denen richtige Steuerung der Patientinnen und Patienten im Fokus steht. Dies beinhaltet einerseits die Steuerung der Patientinnen und Patienten über einen Tresen mit dem Ziel der gezielten Zuweisung der richtigen medizinischen Versorgungsstruktur. Entsprechend gilt dies auch für medizinische telefonische Hilfeersuchen aus der Bevölkerung, die innerhalb einer vernetzten Struktur der passenden medizinischen Dienstleistung zugeführt werden sollen.

11 Fazit

Die dargestellten Daten zeigen ein komplexes Bild der gesundheitlichen Lage der Bremer Bevölkerung auf. Insbesondere bei der Bewertung der "harten" Indikatoren wie Lebenserwartung und Sterblichkeit ist zu bedenken, dass damit nicht aktuell ungünstige Bedingungen abgebildet werden, sondern dass lange Zeiträume zwischen dem Auftreten ungünstiger Lebensbedingungen und dem Einfluss auf die Gesundheit bis hin zur Sterblichkeit liegen können. Das heißt aber auch, dass sich mögliche Einflüsse von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung erst sehr verzögert – das heißt unter Umständen viele Jahre später – in den Daten zeigen. Aber insbesondere im Hinblick auf gesundheitsriskantes Verhalten (vor allem Rauchen und Alkohol) gibt es noch Handlungsbedarf. Dies zeigen auch die aktuellen Daten (Anteil der rauchenden Bevölkerung, Krankenhausaufenthalte aufgrund von Alkohol). Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Verringerung von Übergewicht und Adipositas. Wie ein roter Faden zieht sich der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage durch den Bericht. Um hier gegenzusteuern, wird die begonnene Präventionsarbeit deutlich intensiviert. Aber hierzu bedarf es nicht nur Anstrengungen im Gesundheitsbereich. Die Verminderung der sozialen Ungleichheit ist eine gesamtpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es wird daher auch in Zukunft wichtig sein, diesem Thema politikfeldübergreifend eine besondere Bedeutung beizumessen. Mit dem Beginn der Umsetzung des Präventionsgesetzes wurde hierfür ein weiterer wichtiger Grundstein gelegt.

12 Anhang

12.1 Das NAKO-Programm

Das NAKO-Programm umfasst die folgenden Befragungs- und Untersuchungsmodule:

- Befragung zu Familie und Ausbildung, zur medizinischen Vorgeschichte, zur Einnahme von Medikamenten und zum Lebensstil wie Ernährung oder körperliche Aktivität
- Messung von Körpergröße und -gewicht sowie von Taillen- und Hüftumfang
- Messung von Blutdruck und Herzfrequenz
- Gewinnung von Blut, Urin, Speichel, Stuhl und Durchführung eines Nasenabstriches
- Messung der Handgreifkraft
- Messung der körperlichen Aktivität
- Elektrokardiogramm (EKG)
- Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnistests

Zusätzlich wird bei einem Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein erweitertes Programm durchgeführt (Dauer 4 bis 5 Stunden):

- Ultraschalluntersuchung des Herzens
- Magnetresonanzuntersuchung (MRT) von Kopf, Herz und
- Körper
- Weitere Untersuchungsteile

12.2 WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) im Land Bremen

Seit über 10 Jahren organisiert das Regional Office for Europe der WHO eine staatenübergreifende Initiative zur Beobachtung der Gewichtsentwicklung von Kindern im Grundschulalter, an der sich inzwischen über 40 Länder der europäischen WHO Region beteiligen. Mit Bremen wird erstmals ein deutsches Bundesland an diesem Suveillance System teilnehmen. In Abständen von 3 Jahren werden hierfür in repräsentativen Stichproben von Kindern im Grundschulalter anthropometrische Maße und Charakteristika des Lebensumfelds (Elternhaus und Schule) erfasst.

Ziel dieser Datenerhebung ist die Schaffung einer international vergleichbaren Datenbasis zu Gewichtstrends und Risikofaktoren innerhalb der europäischen WHO Region, um Bedarfe für Gesundheitsfördermaßnahmen zu identifizieren und den Erfolg von Interventionsmaßnahmen zu evaluieren. Im Rahmen der Erhebung werden nach standardisierten Protokollen Körpergröße, Körpergewicht, Taillenumfang und Hüftumfang der Kinder gemessen.

Im Schulfragebogen werden Angaben zur Häufigkeit von Sportunterricht, zur Verfügbarkeit von Außenspielplätzen, zum Angebot an Speisen, Getränken und Snacks in der Schule und zum Vorhandensein von Getränke- oder Snackautomaten erfragt.

Im Elternfragebogen werden Angaben zum Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder, zu den sozioökonomischen Verhältnissen der Familie und zum Vorkommen von Erkrankungen innerhalb der Familie, für die eine Assoziation zu Adipositas bekannt ist, erfragt.

Kinder und Eltern werden über Ziel und Ablauf der Erhebung und Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Eine Teilnahme ist nur möglich, wenn sowohl die Eltern, als auch das Kind ihre Zustimmung erklären.

12.3 Monitoring Soziale Stadtentwicklung

Die ressortübergreifende Arbeitsgruppe "AG Stadtmonitoring" hat mit dem „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ einen Index sozialer/wirtschaftlicher Benachteiligung auf der Basis von sieben Leitindikatoren entwickelt. Die berechneten Zuordnungen können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 37: Zuordnung der Bremer Ortsteile nach dem Monitoring Soziale Stadtentwicklung, 2017

Sehr niedriger und niedriger Status	Ohlenhof, Gröpelingen, Lindenhof, Tenever, Grohn, Bahnhofsvorstadt, Blumenthal, Hemelingen, Oslebshausen, Lüssum-Bockhorn, Sodenmatt, Kattenturm
Mittlerer Status	Kirchhuchting, Mittelshuchting Neue Vahr Nord, Burgdamm, Neue Vahr Südost, Blockdiek, Woltmershausen, Utbremen, Neue Vahr Südwest, Aumund-Hammersbeck, Fähr-Lobbendorf, Westend, Steffensweg, Rönnebeck, Neuenland, Hohentor, Walle, Vegesack, Burg-Grambke, Ellenerbrok-Schevemoor, Osterfeuerberg, Altstadt, Huckelriede, Gartenstadt Süd, Sebaldsbrück, Mahndorf, Farge, Hastedt, Alte Neustadt, Rablinghausen, Hulsberg, Südervorstadt, Seehausen, Lesum, Findorff-Bürgerweide, Ellener Feld, Kattenesch, Regensburger Straße, Gartenstadt Vahr, Arbergen, Rekum, Buntentor, Osterholz, Schönebeck, Arsten, Neustadt, Ostertor, Steintor
Hoher Status	Weidedamm, Lehesterdeich, Fesenfeld, Habenhausen, Peterswerder, St. Magnus, Radio Bremen, Grolland, Lehe, Horn, Neu-Schwachhausen, Oberneuland, Riensberg, Gete, Barkhof, Schwachhausen, Bürgerpark, Borgfeld

* Aufgrund der derzeit vorliegenden Daten ist die Überseestadt einem niedrigen Status zuzuordnen. Da sich der Ortsteil jedoch noch in der Entwicklung befindet, wurde er aus dieser Aufzählung herausgenommen.

12.4 Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe im Krankenhaus im Land Bremen (ICD-3-Steller)

Abbildung 53: Anzahl Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner nach ICD-3-Steller für Männer im Land Bremen, 2017 (Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. Krankenhausentgeltgesetz)

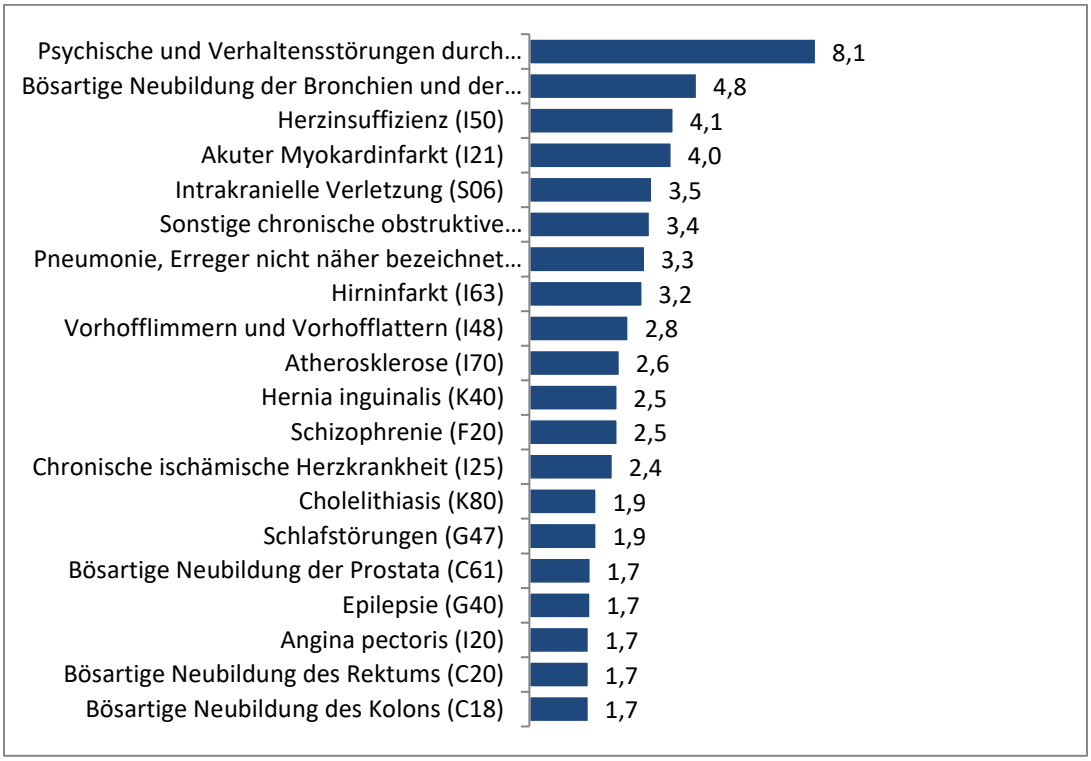
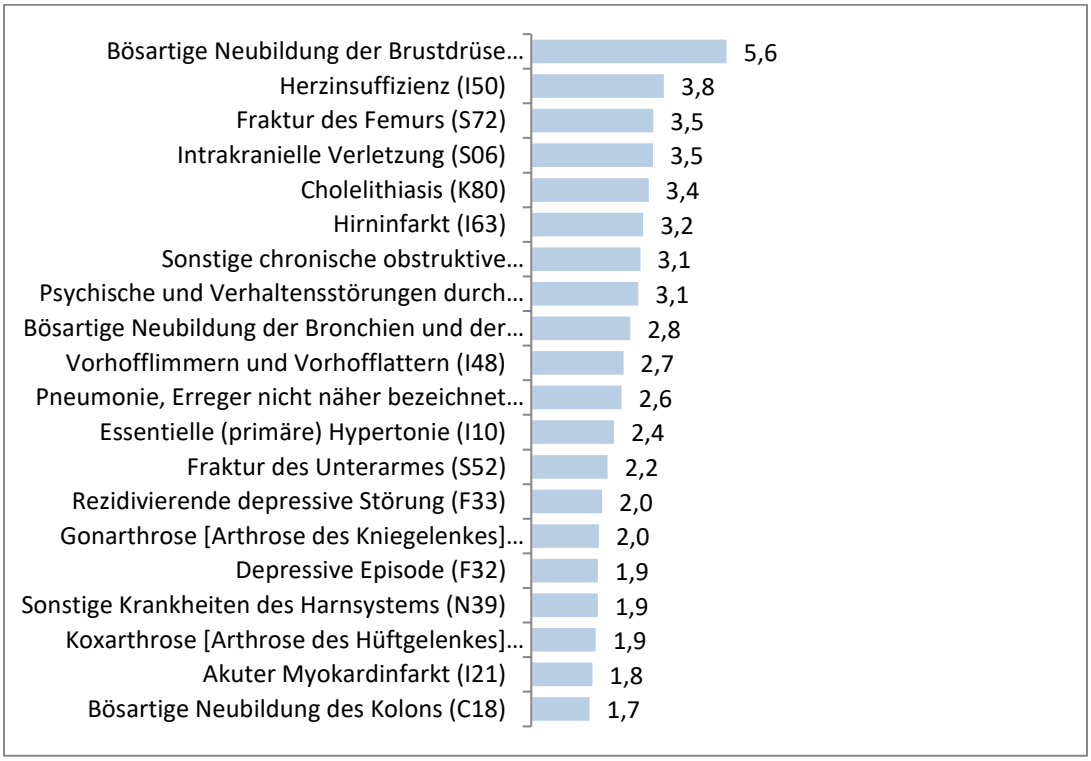


Abbildung 54: Anzahl Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen nach ICD-3-Steller für Frauen im Land Bremen, 2010 und 2017 (Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. Krankenhausentgeltgesetz)



12.5 Erläuterungen und Hinweise zum Infektionsschutzgesetz

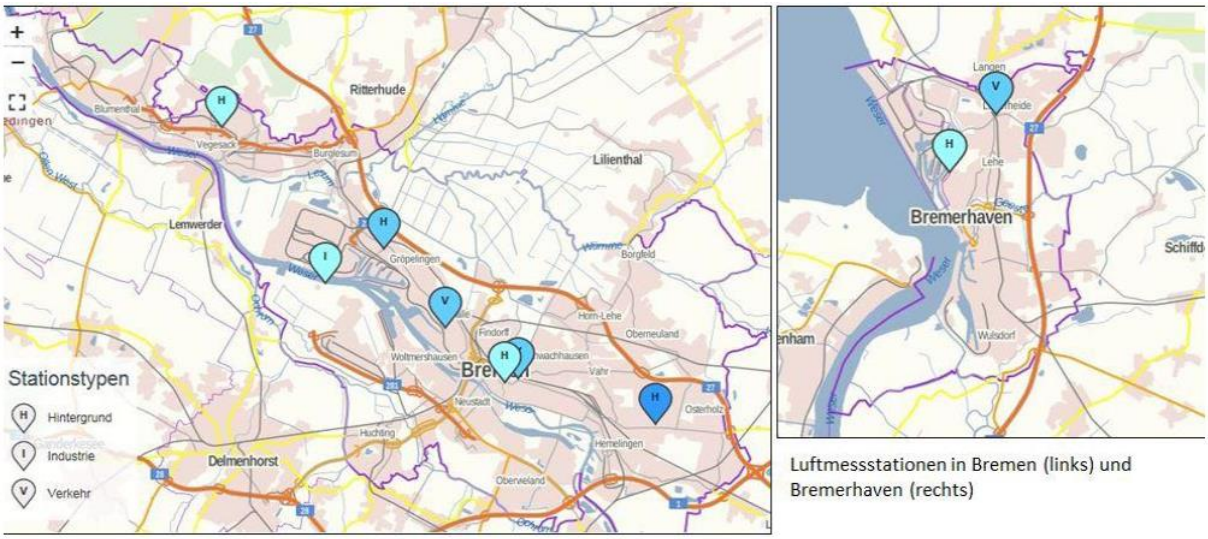
Datengrundlage	Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt, welche Krankheiten (§ 6) und welche Nachweise von Erregern (§ 7) bundesweit meldepflichtig sind. Weiterhin legt es fest, welche Personen zur Meldung verpflichtet sind, welche Angaben die Meldungen enthalten müssen und welche vom Gesundheitsamt nach Prüfung der Kriterien an die jeweilige Landebehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt werden. Meldungen gemäß § 6 und § 7 Abs. 1 IfSG werden so jeweils spätestens am folgenden Arbeitstag übermittelt. IfSG: Ergänzt werden die gesetzlichen Regelungen durch Verordnungen zur Aviären Influenza und zu MRSA und durch einige landesspezifische Regelungen. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html
Falldefinitionen	Das RKI erstellt gemäß § 11(2) IfSG Referenzkriterien (**Falldefinitionen**) für die Übermittlung eines Erkrankungs- oder Todesfalls und für den Nachweis von Krankheitserregern. So werden bundesweit einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten sichergestellt.
Impfpräventable Krankheiten	Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken (analog Epidemiologisches Bulletin)
Darmkrankheiten	Campylobacter-Enteritis, EHEC-Erkrankung (außer HUS), Salmonellose, Shigellose, Yersiniose, Norovirus-Gastroenteritis, Rotavirus-Gastroenteritis, Giardiasis, Kryptosporidiose (analog Epidemiologisches Bulletin)
RKI-Meldepflicht	https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html

12.6 Das Bremer Luftüberwachungssystems (BLUES)

An drei Standorten (davon einer in Bremerhaven) werden verkehrsbezogene Luftbelastungen, vor allem an Hauptverkehrsstraßen gemessen, während weitere sechs Messstationen (davon ebenfalls eine in Bremerhaven) gebietsbezogen die Luftqualität im typisch städtischen Hintergrund überwachen. Erfasst werden an den Messstationen die Hintergrundbelastung durch Feinstaub (PM10, PM2,5), Stickoxide, Ozon, Schwefeldioxid und Kohlenmonoxid. Die Verkehrsmessstationen überwachen ausschließlich verkehrsbezogene Luftschadstoffe (Feinstaub, Stickoxide und Kohlenmonoxid).[226]

[226] https://www.bauumwelt.bremen.de/umwelt/luft/luftqualitaet-24505, Jahresbericht Luftmessnetz 2017

Abbildung 55: Verteilung der Luftmessstationen im Lande Bremen (7 in Bremen, 2 in Bremerhaven)[227]



Luftmessstationen in Bremen (links) und Bremerhaven (rechts)

Wie entstehen Feinstaub, Stickstoffdioxid und Ozon?[228]

Feinstaub (PM10, PM2,5)

Feinstaub entsteht vor allem bei Verbrennungsprozessen in Kraftfahrzeugen, Kraftwerken und Kleinfeuerungsanlagen, in der Metall- und Stahlerzeugung, durch Bodenerosion und aus Vorläufersubstanzen wie Schwefeldioxid, Stickoxiden und Ammoniak.

Stickstoffdioxid (NO2)

Stickstoffdioxid entsteht als Nebenprodukt bei Verbrennungsprozessen, vor allem in Fahrzeugmotoren.

Ozon (O3)

Ozon ist ein farbloses, giftiges sowie chemisch sehr reaktives Gas und eines der wichtigsten Spurengase in der Atmosphäre. Hohe Lufttemperaturen und starke Sonneneinstrahlung begünstigen die Entstehung von bodennahem Ozon in der Atmosphäre.

Neben den einzelnen Schadstoffmesswerten liefert der Luftqualitätsindex (LQI) stundenaktuell im Internet frei zugänglich (siehe dazu ***https://luftmessnetz.bremen.de/lqi***) einen Überblick über die Luftbelastung an den bremischen Messstandorten.[229] Der LQI fasst die oben aufgeführten Schadstoffkomponenten in einem Index zusammen, die in der Summe und bei höheren Luftbelastungen akute gesundheitliche Beschwerden bei vulnerablen Personen auslösen können, wie beispielsweise Atemwegsreizungen oder Herz-Kreislauf-Beschwerden. Die LQI-Indexklassen geben ferner die Luftschadstoffbelastung in Schulnoten wieder, wobei die Schulnote 5 ein Überschreiten des jeweiligen EU-Grenzwertes bedeutet.[230]

[227] Quelle: Jahresbericht Luftmessnetz 2017
[228] https://www.bauumwelt.bremen.de/umwelt/luft/luftqualitaet-24505, Jahresbericht Luftmessnetz 2017
[229] https://luftmessnetz.bremen.de/lqi
[230] https://luftmessnetz.bremen.de/lqi/info

12.7 Beispiele für db(A)

dB (A)	Beispiele
0	Stille, schalldichter Raum
10	Blätterrauschen im Wald bei Windstille, Schneefall, normales Atmen
20	Tropfender Wasserhahn, leichter Wind, Blätterrauschen
30	Flüstern (1 m Abstand), Ticken eines Weckers
40	Brummen eines Kühlschranks (1 m Abstand), sehr leise Radiomusik
50	Leise Radiomusik (1 m Abstand)
60	Umgangssprache, PKW in 15 m Abstand
70	Rasenmäher (7 m Abstand), Schreibmaschine (1 m Abstand)
80	Pkw mit 50 km/h (1 m Abstand), maximale Sprechlautstärke
90	Lkw-Motor 5 m Abstand, Pkw mit 100 km/h (1 m Abstand)
100	Kreissäge, Lärm in einem Kraftwerk, Posaunenorchester
110	Propellerflugzeug (7 m Abstand), Bohrmaschine, laute Diskothek
120	Verkehrsflugzeug 7 m Abstand, Schlagzeug, Presslufthammer
130	Düsenflugzeug (7 m Abstand), Kopfhörer maximale Belastung
160	Gewehrschuss in Mündungsnähe, Feuerwerksknaller (20 cm Abstand)

Quellen: SEIDEL, 1998; GRIEFAHN, 1988; Ministerium für Umwelt und Forsten Rheinland-Pfalz, Ministerium für Umwelt und Naturschutz des Landes Nordrhein-Westfalen, 2004

12.8 Überwachung der Badegewässer

Rechtliche Grundlage für die Überwachung der Badegewässer sind die EU-Badegewässer-Richtlinie (Richtlinie 2006/7/EG über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung) und die Bremische Badegewässer-Verordnung (Verordnung über die Qualität und die Bewirtschaftung der bremischen Badegewässer – BremBadV vom Dezember 2007).

Die EU-Richtlinie schreibt auch die Erstellung sogenannter Badegewässer-Profile vor. Diese beschreiben die physikalischen, geographischen und hydrogeologischen Eigenschaften des Badegewässers und ermitteln und bewerten unter anderem mögliche Verschmutzungsrisiken oder die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens von Blaualgen. Gemäß der BremBadV werden diese Badegewässer-Profile vom Senator für Umwelt, Bau und Verkehr erstellt und aktualisiert.

13 Literatur

…soweit sie noch nicht in den Fußnoten zitiert wurde

Becker F, Tempel G (2016). Zahngesundheit von Erstklässlern in Bremen. Schuljahr 2013/2014. Gesundheitsbericht, hrsg. vom Gesundheitsamt Bremen. Bremen

Bundesgesundheitsministerium (2015). Nationaler Aktionsplan 20 15–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Aktionsplan_Masern_Roeteln.pdf [29.10.2018].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). Infektionsschutzgesetz. https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__34.html [29.10.2018].

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (1995). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1995. Marburg

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2017). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Bonn

European Centre for Disease Prevention and Control (2018). Measles and rubella surveillance – 2017. Stockholm: ECDC

Gesundheitsamt Bremen (2017). Impfstatus Bremer Kinder 2016. GBEInfo. Bremen

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2017). Körpergewicht bei Schulanfängern in Bremen. GBEInfo. Bremen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2017). Jahrbuch 2017. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln

Probable Person-to-Person Transmission of Legionnaires Disease (2016). New England Journal of Medicine. Volume 374. 497-498

Robert Koch-Institut (2008). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin

Robert Koch-Institut (2018a). Epidemiologisches Bulletin 34/2018. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/34_18.pdf;jsessionid=29AC1E10F8BE59CB972FA9053C635519.2_cid390?__blob=publicationFile [24.10.2018].

Robert Koch-Institut (2018b). Epidemiologisches Bulletin 16/2018. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/16_18.pdf?__blob=publicationFile [24.10.2018].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018). Epidemiologisches Bulletin Nr. 16 (19. April 2018)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018c). Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2017. Berlin.

Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005

Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 21 – 28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025

Tempel G (2016). Zur Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland und in der Stadt Bremen. Gesundheitsbericht, hrsg. vom Gesundheitsamt Bremen. Bremen

Tempel G, Gerken C, Sadowski G (2018). Gesund in die Schule. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 in Bremen. Gesundheitsbericht, hrsg. vom Gesundheitsamt Bremen

World Health Organization (2012). Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/9789241503396_eng.pdf;jsessionid=3A06FB4B65F735A17836FE792F93C3A5?sequence=1 [29.10.2018].

World Health Organization (2018). Fact sheet Measles (19. Februar 2018)

World Health Organization (WHO) (2018). Global Tuberculosis Report 2018. Executive Summary.

Zimmermann E, Huppertz E, Sadowski G (2015). MMR-Impfstatus von Schüler/-innen der 5. Klassenstufe. Ergebnisse der Impfaktion des Schuljahres 013/2014. Gesundheitsbericht, hrsg. vom Gesundheitsamt Bremen.

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
Abteilung Gesundheit – Referat 43

Dr. Martin Götz
Tel.: (361) 9548
17.04.2019

Vorlage VL-278/2019

X ÖFFENTLICH ☐ **NICHT ÖFFENTLICH UND VERTRAULICH**

Beratungsfolge	Termin	Beratungsaktion
Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz	26.04.2019	Kenntnisnahme

Titel der Vorlage

Umsetzung des Bremer Krankenhausgesetzes: Berichte der Patientenfürsprecher / -innen aus dem Jahr 2018

Vorlagentext

Lfd. Nr. L-196-19

Problem

Nach dem Bremischen Krankenhausgesetz (§ 24 Abs. 2 BremKrhG) berichten Patientenfürsprecher/ -innen den jeweils zuständigen Krankenhausgremien und legen der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Dem sind die Patientenfürsprecher/ -innen regelmäßig nachgekommen.

Es liegen nun die Berichte für 2018 vor (siehe Anlagen). Es wurden getrennte Teilberichte für den somatischen und den psychiatrischen Teil angefertigt.

Lösung

Das Gesundheitsressort hat die Berichte gesichtet und ausgewertet.

Für den Bereich Somatik:

Die Patientenfürsprecher/ -innen kommen in der Bewertung ihrer anspruchsvollen Arbeit wie in den Vorjahren zu einem insgesamt positiven Ergebnis.

Gleichwohl werden einige Schwerpunktthemen benannt, die auf die Verbesserung der täglichen Arbeit wie auch auf Bedeutung und Stellenwert der Funktion abzielen:

- Erfordernis für einheitliche Rahmenbedingungen,
- Aufwandsentschädigungszahlung durch das Land Bremen,
- Freie Regelung des Verhältnisses Patientenfürsprecher / in und Vertretung,
- Unabhängige öffentliche Ausschreibung des Amtes,
- Maßnahmen zur Fortbildung,
- Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben.

Sämtliche Empfehlungen / Forderungen der Patientenfürsprecher/ -innen werden vom Gesundheitsressort geprüft. Das Erfordernis für einheitliche Rahmenbedingungen und die möglichst flexiblen Regelungen für die Ausschreibung und Vertretungsregelungen stehen dabei im Vordergrund. Inwieweit diese Schwerpunkte im Rahmen der anstehenden Novellierung des BremKrhG übernommen werden, wird im Zuge des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens festgelegt.

Für den Bereich Psychiatrie:

Die separat vorliegenden Berichte der Patientenfürsprecher/ -innen der Psychiatrie des Klinikums Bremen Ost (KBO) sind wie in den vergangenen Jahren sehr ausführlich und umfassen auch Aspekte, die nicht direkt zum Aufgabenbereich der Fürsprecher/ -innen nach dem Bremischen Krankenhausgesetz gehören, wie etwa die Zusammenarbeit unter den Kliniken.

Schwerpunktthemen der Berichte für 2018 sind:

- Beschwerden über die ärztliche Versorgung (u.a. Kommunikation und Erstellung von Arztbriefen),
- Beschwerden über die Einrichtung von Rechtsbetreuungen oder über Zwangseinweisungen,
- Beschwerden über die Räumlichkeiten (fehlende Schrankschlüssel, Heizung, Warmwasser).

Aufgrund der besonderen Situation in der Psychiatrie erfolgt der regelmäßige Austausch mit der senatorischen Dienststelle und die Berichte der Patientenfürsprecher/ -innen werden halbjährlich gemeinsam mit der zuständigen Fachabteilung in der senatorischen Behörde erörtert. Auf Bitte hin wird die Behörde aktiv, um zu vermitteln und zu klären.

Seit 2012 erfolgt ein regelmäßiger Austausch zwischen der Gesundheitsbehörde und der Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher/ -innen. Ein umfangreicher Schriftwechsel erfolgte zur Verklarung der Aufgaben des Ehrenamtes und zu den Pflichten der Patientenfürsprecher/ -innen in den Krankenhäusern.

Alternativen

keine

Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Keine finanziellen Auswirkungen. Betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen.

Beschlussempfehlung

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt die Berichte der Patientenfürsprecher/-innen aus dem Jahr 2018 zur Kenntnis.

Anlage(n):

1. DGV-2019-04-26+Berichte Patientenfürsprecher_Anlagen

Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher und -sprecherinnen im Lande Bremen

Jahresbericht 2018
der Patientenfürsprecher und -sprecherinnen an die Senatorische Dienststelle

Gemäß Paragraph 24 des Bremischen Krankenhausgesetzes sind die Patientenfürsprecher und -sprecherinnen angehalten, einen gemeinsamen Jahresbericht an die senatorische Dienststelle zu senden. Die Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher und -sprecherinnen im Lande Bremen kommt somit dieser Aufgabe für das Jahr 2018 nach.

Zunächst zu den statistischen Erhebungen des Jahres 2018:
Wir haben das Ihnen schon bekannte, von uns erarbeitete und vor zwei Jahren modifizierte Beschwerdeschema verwendet, in dem die einzelnen Themenkreise und der Schweregrad der Beschwerde als anonyme Zahlenstatistik für alle Kliniken abgelegt werden.

Wie bereits im Vorjahr haben wir bei der Anzahl der Beschwerden zwischen der Zahl der einzelnen Patienten und den einzelnen Nennungen unterschieden. Im Gegensatz zu den Jahren vor 2017 sind vermehrt Mehrfachnennungen eingegangen. Gezählt wurden die Beschwerden als Mehrfachnennungen aber nur dann, wenn von den Probanden völlig unterschiedliche Themenbereiche genannt wurden.

Als Anlage 1) erhalten Sie das Beschwerdeschema des Jahres 2018.
Diese Statistik soll das Themenfeld und den Aufwand bei der Bearbeitung bzw. den Schweregrad aller Beschwerden aller Kliniken gemeinsam wiedergeben.

Von den Patientenfürsprechern aus 13 Kliniken wurden **351 Beschwerden** (Nennungen) von **236 PatientenInnen** bearbeitet. Dazu kommen wieder deutlich über 100 Beschwerden aus der psychiatrischen Abteilung des KBO, die sich nicht in unser Schema einordnen lassen.
Anstatt einer Statistik der Psychiatrie Ost, hat der Patientenfürsprecher der Psychiatrie daher eigene Berichte über die Situation der psychiatrischen Patienten erstellt. Die Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher wird Ihnen diese Berichte, auf Bitte Herrn Tintelotts, als Anhang mit übersenden.
Auch im Jahr 2018 sind bis auf die Tagesklinik in Bremerhaven, alle Kliniken zu mindestens mit einem Patientenfürsprecher besetzt. Die Statistik ist daher so gut wie komplett.
Wie immer zeigt sich, dass in den Kliniken, die sich hauptsächlich den elektiven Eingriffen widmen, wie Rolandklinik und Paracelsus Klinik, weniger Beschwerden vorgebracht werden, als in Kliniken, die neben Elektiveingriffen auch die gesamte Akutversorgung der Patienten anbieten müssen.

Im Vergleich zu den früheren Jahren hat sich die Situation der Patientenfürsprecher/innen verbessert. Trotzdem haben wir weiterhin noch offene Stellen:
(*Vertretungen fehlen im **LdW**, im **Rote Kreuz Krankenhaus**, im **Sankt Joseph Stift Bremen,** in der **Paracelsus Klinik** und in der **Somatik des Krankenhaus Bremen Ost .** Die **Tagesklinik Bremerhaven** ist weiterhin unbesetzt.*)

Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher und -sprecherinnen im Lande Bremen

Die meisten Patientenfürsprecher/innen sind von den Klinikleitungen unterstützt worden und die neuen Kollegen konnten sich weiterhin auch durch die Hilfestellung der A.G. gut einarbeiten.

Seit ungefähr 2 Jahren bemüht sich die Arbeitsgemeinschaft der Patientientenfürsprecher/innen Ausführungsbestimmungen des § 24 des Bremer Krankenhausgesetzes durchzusetzen und bei der Neufassung des Gesetzes mit einzuarbeiten. Dabei zeigen sich Fortschritte; zumindest wurde auf der letzten Sitzung der Gesundheitsdeputation von Seiten der senatorischen Dienststelle angedeutet, sich unseres Anliegens anzunehmen und das Gesetz entsprechend zu bearbeiten.(Anbei die aktuelle Version unserer gewünschten Rahmenbedingungen)

Die Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher-und sprecherinnen im Lande Bremen wünschen sich zu folgenden Themen Ausführungsbestimmungen des § 24 des Bremer Krankenhausgesetzes:

1. **Einheitliche Rahmenbedingungen** Die Rahmenbedingungen beinhalten die Möglichkeit einer festen oder flexiblen Sprechstunde, eines eigenen oder geteilten Büros, eines Postfachs oder abschließbaren Schranks, des Zugangs zum Internet und einer E-Mail-Adresse über die Firewall des Krankenhauses sowie einer telefonischen Erreichbarkeit

2. **Aufwandsentschädigungszahlung** ggf. durch das Land Bremen. Die Aufwandsentschädigung sollte allgemein entsprechend des Reglements anderer Bundesländer angepasst sein und für alle Kliniken gelten.(*250,00 € pro Person*)

3. **Freie Regelung des Verhältnisses Patientenfürsprecher und Vertreter** Es bleibt den Patientenfürsprecher/in und seinem/r Vertreter/in freigestellt dieses Amt gleichberechtigt zu führen oder entsprechend der Vorgabe - Fürsprecher und Vertreter. Diese Endscheidung treffen die beiden Amtsinhaber.

4. **Unabhängige, öffentliche Ausschreibung des Amtes** mit definierten Anforderungen unter Einbeziehung der Krankenhäuser und der Patientenfürsprecher/innen. Im Bezug auf die Ausschreibung des Amtes weisen wir noch einmal darauf hin, dass bei der Ablehnung eines Bewerbers als Patientenfürsprecher/in durch die Klinik, um Transparenz der Entscheidung des Krankenhauses gebeten wird.

5. **Fortbildung** mit angemessener Erstattung der Kosten durch das Krankenhaus
6. **Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben**

Die Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher/innen wird weiterhin alles dafür tun, den Bekanntheitsgrad der Patientenfürsprecher in der Gesellschaft und im politischen Umfeld deutlich zu machen.
Wir hatten im Februar 2018 einen Stand auf der Aktivoli (der Bremer Ehrenamtsmesse) im Bremer Rathaus, bei der das Interesse an unserer Tätigkeit erfreulich groß war.

Weiterhin nehmen wir auch an überregionalen Veranstaltungen teil, wie Kongresse in Berlin oder Seminare in Hannover und es erscheinen Berichte und Interviews in der Tagespresse.

Zusammenfassend können wir für das Jahr 2018 sagen, dass sich unsere Situation weiter stabilisiert hat.
Dank unseres Zusammenschlusses in der Arbeitsgemeinschaft und dem regelmäßigen dreimonatlichen Austausch über fallbezogene oder organisatorische Probleme, können wir eine für Patienten und Patientinnen, aber auch für die Kliniken, helfende erfolgreiche Arbeit leisten.

Dr. Rainer Drognitz — *Sprecher*

Margret Neudeck — *stellv. Sprecherin*

15.02.2019

Patientenkontakte/-beschwerden 2018

Auswertung Patientenfürsprecher-Jahresstatistik der Kliniken im Lande Bremen

Thema	**Anzahl Nennungen*** (Mehrfach-)	**Bearbeitung nach Beschwerdegrad** (s. Legende)					
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Information/Kommunikation	**64**	34	14	7	3	1	5
Freundlichkeit	**20**	10	0	6	2	0	2
Organisation/Koordination	**28**	6	11	5	2	2	2
Wartezeiten	**29**	14	6	5	2	1	1
Verpflegung	**11**	6	2	2	0	0	1
Ausstattung/Räumlichkeite	**16**	9	1	2	0	0	4
Pflegerische Versorgung	**68**	16	8	15	7	18	4
Ärztliche Versorgung	**81**	18	9	22	14	12	6
Sauberkeit/Hygiene	**12**	5	1	5	1	0	0
Sonstiges	**22**	12	5	2	0	2	1
Anzahl Gesamt*	**351**	**130**	**57**	**71**	**31**	**36**	**26**

*** Beachte: Die Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen) ist nicht mit der Anzahl der Beschwerden identisch.**

Kontakte/Beschwerden	**Insgesamt**	**Kontakte/Beschwerden durch**			
		Patient	**Angehörige**	**Bekannte**	**Mitarbeiter**
Anzahl	**236**	132	94	6	4

Legende

Grad 1 Klärung durch einfaches Gespräch
Grad 2 Klärung durch Bereitstellung weiterer Informationen
Grad 3 Klärung durch Zusatzinformationen z.B. der Station oder der Ärzte
Grad 4 Klärung durch gemeinsames Gespräch mit Patient und z.B. der Station oder den Ärzten
Grad 5 Klärung im gemeinsamen Gespräch mit Patient und jeweiligen Leitungen
Grad 6 Keine Klärung möglich. Weiterleitung an Beschw.Management, Patientenberatung, Rechtsanwalt etc.

Bericht der Patientenfürsprecher (Bereich Allgemeinpsychiatrie) im KBO für das 1. Halbjahr 2018

Die Patientenfürsprecher hatten ein Problem mit der Erreichbarkeit. Von Februar bis Juni 2018 funktionierte die Telefonanlage nicht. Es handelt sich um einen Privatanschluss, der seit Ende Juni wieder funktioniert. Viele Patienten auf den geschlossenen Stationen konnten die Fürsprecher in dieser Zeit telefonisch nicht erreichen.

Es gab in der Klinik viele Veränderungen. Die Station 63 wurde geschlossen. Das Haus 3 wird wieder genutzt. Ein Umbau im Haus 5 ist seit langem geplant, aber noch nicht ganz umgesetzt. Es gab viele Wechsel in der Zuständigkeit der Oberärzte, es wurden neue Ärzte und Psychologen angestellt und die ersten Genesungsbegleiter wurden angestellt. Einige neue Assistenzärzte kommen aus dem Ausland. Hier gibt es noch Kommunikationsprobleme. Die Atmosphäre im Haus 3 ist wesentlich angenehmer, als auf der ehemaligen Station 63.

Die Klinik setzt auf Schwerpunktstationen, statt auf Sektorstationen. Man meint, so bestimmte Erkrankungen besser behandeln zu können. Das Personal spezialisiert sich schwerpunktmäßig im Umgang mit einer Diagnose. Jedoch können auch Patienten mit einer anderen Diagnose auf diesen Stationen behandelt werden.

Den Fürsprechern vielen 3 Fälle besonders auf:

- Zwei Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschwerten sich über eine Mitarbeiterin im Haus 2. Sie hatten aber große Angst, dass ihnen danach Konsequenzen drohen könnten. Die Beschwerde wurde vom Fürsprecher anonym an den Chefarzt weitergeleitet. Es wird hier noch einen weiteren Austausch mit der Leitung der KJP und Gespräche mit Patienten geben.
- Der Patientenfürsprecher traf einen Patienten, der auf einen Rollstuhl angewiesen ist, allein in einem Stuhl sitzend im Eingangsbereich des Haupthauses an. Der Patienten wirkte ängstlich und verstört. Der Fürsprecher meldete sich an der Information, wo man herausfand, dass der Betroffene Patient im Haus 5 war. Man hatte ihn zur Untersuchung ins Haupthaus gebracht und ihn anschließend in die Eingangshalle gesetzt. Eine Mitarbeiterin der Information brachte ihn zur Ambulanz, wo er unter Aufsicht war. Der Fürsprecher ging auf die Station und erfuhr, dass der Fahrstuhl im Haus 5 ausgefallen war, so dass der Patient noch etwa 2 Stunden warten musste, bis ihn der Fahrdienst abholen konnte. Eine Mitarbeiterin wurde dann zu ihm geschickt.
- Eine Patientin der Station 5a hatte sich an die Fürsprecher gewandt. Sie hat die Diagnose „Borderline“. Sie war mit einem richterlichen Beschluss wegen Eigengefährdung in der Klinik. Die Mitarbeiter der Station haben versucht, einen Suizid zu verhindern. Deshalb wurde die Patientin bei jeder größeren Selbstverletzung für einen bestimmten Zeitraum (12 Stunden) ans Bett fixiert. Dies war Teil des Therapieplanes. Die Patientenfürsprecher führten Gespräche mit den zuständigen Mitarbeitern. Den Fürsprechern war nicht ersichtlich, warum die Fixierung vorher zeitlich festgelegt wurde. Fixierung sollte ein letztes Mittel sein und nur so lange, bis der Patient sich beruhigt hat und keine Eigen- oder Fremdgefährdung mehr von ihm ausgeht. Dazu hat man zur Überprüfung verpflichtend eine Sitzwache. Borderlinepatienten werden aktuell auf einer Schwerpunktstation im Haus 12 behandelt. Nach einem Gespräch mit der neuen Oberärztin vom Haus 12, will man dort auf Zwangsmaßnahmen, wie Fixierung, verzichten. Zum Thema „Fixierung“ ist eine Stellungnahme des Patientenfürsprechers beigefügt.

Weitere Beschwerden betrafen alte nicht gelöste Probleme. Es fehlen, besonders auf der offenen Station 12b, Schrankschlüssel. Der Diebstahl wird leicht gemacht.

Ein in Fachkreisen viel diskutiertes Problem, ist der Mangel an geeigneten Wohnformen in Bremen. Es fehlt an speziellen Wohngruppen, z.B. für junge Menschen oder Menschen mit geistiger und seelischer Erkrankung, es mangelt an geeigneten Wohnheimplätzen und es ist sehr schwer im Anschluss an einen Klinikaufenthalt einen Therapieplatz zu finden. Einige Patienten bleiben monatelang noch in der Klinik, weil sie keinen geeigneten Wohnplatz finden. Für hospitalisierte Langzeitpatienten versucht man durch Fallkonferenzen geeignete Wohnheimplätze zu finden. Leider werden viele Bremer dann in anderen Bundesländern untergebracht, wo die sozialen und therapeutischen Kontakte abreißen.

Es gab in den letzten Monaten verstärkt Streitigkeiten zwischen dem KBO und der Ameos-Klinik Dr. Heines. Bei Doppeldiagnose wurden viele Patienten als Suchtpatienten vom KBO in die Ameosklinik verlegt. So konnte die Bettenzahl im KBO niedrig gehalten werden, während die Heinesklinik überbelegt war. Auch der Bettenabbau im KBO hat zur Folge, dass Stationen z.T. überbelegt sind. Spitzenzeiten sind hier die Weihnachtszeit und die Jahreswende. Das KBO hat eine Pflichtversorgung. Wenn eine bestimmte Anzahl von Betten nötig ist, sollte man diese Anzahl an Betten vorhalten. Erst durch einen Ausbau des ambulanten Bereichs und der Prävention, kann die Bettenzahl verringert werden. Einige Modellprojekte zur Prävention laufen aktuell (Nachtcafe, Krisendienst, Frauenraum).

Die Fürsprecher sind erfreut über die Einrichtung von Beschwerdestellen in Bremen West und Mitte.

Die monatlichen Gespräche mit der Leitung der Psychiatrie im KBO, Herr Kuhnigk und Herr Reimer, finden weiterhin statt.

Einmal im Quartal findet ein Austausch mit der Geschäftsführerin, Frau Borsch, statt.

Der Arbeitskreis Akutstationen trifft sich alle 2 Monate.

Der Chefarzt Herr Kuhnigk ist gegen eine Überführung der Patienten durch die Polizei in Handschellen. Dem schließen sich die Patientenfürsprecher an.

Das Problem des Drogenverkaufs auf dem Klinikgelände ist aus Sicht der Fürsprecher nicht zufriedenstellend gelöst.

Bremen, 04.07.2018

Detlef Tintelott

Bericht der Patientenfürsprecher (Bereich Psychiatrie) im KBO für das 2. Halbjahr 2018

Patientenfürsprecher: Herr Detlef Tintelott

Stellvertreterin: Frau Gerlinde Tobias

Büro im Gesellschaftshaus (Haus 17) KBO

Zuständigkeitsbereich: Zentrum für Psychosoziale Medizin (Allgemeinpsychiatrie), Behandlungszentren Süd und West, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbereich, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Im letzten Bericht wurde erwähnt, dass die Telefonanlage monatelang nicht funktionierte. Dieser Schaden ist behoben und trat nicht wieder auf. Es melden sich pro Woche im Schnitt etwa 5 Patientinnen und Patienten, sowie ehemalige Patienten telefonisch auf dem Anrufbeantworter. Wenige Patienten schreiben die Patientenfürsprecher per Email oder per Brief an. Die feste wöchentliche Sprechzeit wird von Patientinnen und Patienten nicht immer genutzt. Dies liegt auch daran, dass viele Beschwerden von den „geschlossenen" Stationen kommen. Die Patientenfürsprecher suchen die Patientinnen und Patienten dann auf der jeweiligen Station auf. Ehemalige Patientinnen und Patienten können nur beraten werden. Hilfreich ist hier auch der „Wegweiser Psychiatrie", eine Broschüre, die vom Patientenfürsprecher herausgegeben wird.

Beschwerden kamen im 2. Halbjahr 2018 vor allem aus dem Bereich Allgemeinpsychiatrie, dem Suchtbereich und ein Fall aus der Gerontopsychiatrie. Letzterer war aber eher als Beratung zu sehen.

Die Station 63 wurde saniert. Dort zog eine Station der Gerontopsychiatrie aus der 8. Ebene ein. Die Station erhielt ein zweites Badezimmer. Sie ist „geschlossen". Dort sind aktuell ältere Patientinnen und Patienten untergebracht. Es ist im Haupthaus manchmal mehrmals täglich ein „Eberhard-Alarm" von der Station 63 zu hören.

Es gibt weitere Stationen im KBO, die noch „geschlossen" sind:

Im Haus 2 (Kinder-Jugend), 7. Ebene(Sucht), Haus 3, Station 5a, Station 12a.

In der 7. Ebene hatte man 2 Stationen geöffnet, mit positiver Auswirkung auf das Stationsklima.

Herr Prof. Reimer teilte den Patientenfürsprechern mit, dass er nicht für die Öffnung von Stationen zuständig ist.

Im Herbst 2018 gab es 4 Beschwerden über einen Oberarzt aus dem Suchtbereich. Die Patientenfürsprecher wollten diese Beschwerden mit dem zuständigen Oberarzt klären. Zunächst ging der Oberarzt einige Wochen in den Urlaub, danach bekamen die Patientenfürsprecher einen Termin zu einem Gespräch. Aber der Oberarzt hatte nur 10 Minuten Zeit. Es wurde eine Klärung per Email-Austausch vereinbart. Der Patientenfürsprecher sendete die Punkte, ohne darin Namen der Patienten zu nennen, an den Oberarzt und bat um eine Stellungnahme innerhalb von 14 Tagen. Dem kam der Oberarzt nicht nach. Erst als der Chefarzt, Dr. Kuhnigk, eingeschaltet wurde, gab es eine Antwort. Hier hatte der Oberarzt keine zufriedenstellenden Antworten geben können und z.T. Erinnerungslücken. Es ging in einem Fall um einen Patienten, der nach einem Gespräch mit dem Richter keinen Beschluss bekam und sofort nach Hause wollte, aber vom Oberarzt aufgefordert wurde, noch mindestens 10 Tage zu bleiben, da er sonst einen Beschluss bekäme. Bei einem anderen

Patienten wurde eine Erkrankung, mit der dieser Patient bereits in Behandlung war (Thrombose) und dies mehrmals mitteilte, nicht weiterbehandelt, so dass es zu Ausbruch der Erkrankung kam. Das eine Bein war stark angeschwollen. Erst als der Oberarzt in den Urlaub ging, wurde das Bein von einem anderen Arzt behandelt.

Ein Patient war empört darüber, dass der Oberarzt ihn fragte, ob er überhaupt lesen und schreiben könne, wobei er noch gelacht haben soll. Der Patient hatte den Eindruck, der Oberarzt mache sich über ihn lustig. Die Beschwerde ging schriftlich als Brief, ohne Rechtschreibfehler, an die Patientenfürsprecher.

Es kamen Patienten zum Patientenfürsprecher, die mitteilten, man wolle sie entmündigen, d.h. unter Rechtsbetreuung stellen oder Patienten glauben, dass die Rechtsbetreuung nur für den Aufenthalt in der Klinik eingerichtet werden solle. Der Patientenfürsprecher klärte die Patienten darüber auf und der Chefarzt, Dr. Kuhnigk, wurde informiert. Herr Dr. Kuhnigk wollte dieses Thema bei der Versammlung der Oberärzte ansprechen, ebenso die Patienten über Verfahrenspfleger genauer informieren lassen.

Der genannte Oberarzt aus dem Suchtbereich wird die Klinik Anfang 2019 verlassen. Die Patientenfürsprecher haben mit ihm noch einen Gesprächstermin für Anfang 2019 vereinbart.

Eine Patientin mit der Diagnose „Depressionen“ kam freiwillig in die Klinik, um sich auf einer offenen Station behandeln zu lassen. Sie äußerte gegenüber dem Personal einen Suizidgedanken, worauf sie einen richterlichen Beschluss nach PsychKG bekam. Sie wurde auf der „geschlossenen“ Station 5a untergebracht, ohne Ausgang. Gegenüber den Patientenfürsprechern äußerte sie, dass sie es nicht ertragen könne, eingesperrt zu sein. Die Patientin legte Widerspruch ein und bekam Recht. Die Suizidgefahr sei nach Ansicht des Landgerichts nicht ausreichend begründet. Die Patientenfürsprecher besuchten die Patientin mehrmals pro Woche. Danach kam die Patientin auf eine offene Station.

Ein Problem in der aktuellen Behandlungsweise stellen Patienten mit Doppeldiagnose dar. Es wird entweder die Sucht oder die psychische Erkrankung behandelt. Die psychiatrische Klinik kann nicht für eine drogenfreie Station garantieren. Wenn Psychosen durch Drogen entstehen, die in der Psychiatrie behandelt werden, ist es schwer, Patienten von den „Psychose auslösenden Drogen“ abzubringen. Antipsychotika werden von diesen Patienten oft wegen der Nebenwirkungen abgelehnt. Die Patienten kommen leicht an Drogen. Es wird von der Klink in einigen dieser Fälle eine Zwangsbehandlung mit Medikamenten (Antipsychotika) beantragt. Die richterlichen Unterbringungsbeschlüsse gehen in diesen Fälle z.T. über ein Jahr mit möglicher Verlängerung, aber ohne Behandlungserfolg. Wenn die Sucht/Psychosepatienten ihre Drogen nicht bezahlen können, kommt es zur Beschaffungskriminalität. Es werden z.B. den Mitpatienten Wertgegenstände gestohlen. Den Patientenfürsprechern ist es wichtig, dass alle Patienten einen abschließbaren Schrank bekommen, um sich gegen Diebstahl schützen zu können.

In Bremen fehlen Einrichtungen für spezielle Patientengruppen. So werden viele Patienten in andere Bundesländer verlegt. Es gab Fallkonferenzen zu Patienten, die schon sehr lange in der Klinik sind, „Nichtbehandlungsfälle“ genannt, aber ohne großen Erfolg.

Einige Patienten berichteten den Patientenfürsprechern, dass sie erfolgreich gegen richterliche Beschlüsse geklagt haben. Es ging um Aufenthalt in der Klinik und Zwangsbehandlung. Wenn Drogen

die Psychose auslösen, müsste diese ohne Psychopharmaka abklingen, wenn der bzw. die Patientin einen Entzug macht.

Eine Stichprobe auf der Station 12b, in einem Zimmer, ergab, dass mehrere Schrankschlüssel fehlten, ein Schrankfach nicht nutzbar war, da es stark verschmutzt war und das Wasser aus dem Wasserhahn am Waschbecken war sehr heiß. Der Pflegedienstleiter leitete eine Verbesserung der Zimmerreinigung ein.

Im Haus 3 (neu renoviert) hat es einige bauliche Mängel gegeben. Der für richterliche Anhörungen vorgesehene Raum ist nicht schalldicht, d.h. man kann im Nebenraum vertrauliche Gespräche mithören. Abgestellt wurden folgende Mängel: ein Heizkörper im Patientenzimmer ließ sich nicht abdrehen, das Wasser in den Badewannen war zu kalt.

Den Patientenfürsprecher erreichte die Mitteilung, dass nach der teilweisen Umstellung auf Bioessen, die Essenportionen verkleinert wurden.

Einige ehemalige Patienten beschwerten sich über die Arztbriefe. Sie enthielten inhaltliche und rechtschreibliche Fehler. Die Ursache liegt darin, dass die Klinik Ärzte mit geringen Deutschkenntnissen eingestellt hat. Herr Dr. Kuhnigk wurde dieses Problem vorgetragen. Der Vorschlag der Patientenfürsprecher war, dass jemand die Briefe zur Kontrolle liest.

Die Zusammenarbeit und der Austausch der Patientenfürsprecher mit den Oberärzten der Psychiatrie ist sehr zufriedenstellend.

Nach einem Urteil des BVG darf eine Fixierung ans Bett nur maximal eine halbe Stunde andauern, sonst ist diese Fixierung von einem Richter zu genehmigen. Dieses Recht zugunsten der Patienten wurde im KBO umgesetzt. Ebenso ist eine Nachbesprechung mit dem betroffenen Patienten verpflichtend. Alle Zwangsmaßnahmen sind der zuständigen Abteilung der Behörde im Gesundheitsamt Bremen zu melden.

Am 06.12.2018 waren die Patientenfürsprecher zu einem Gespräch bei Frau Borsch (Geschäftsführung KBO) geladen. Frau Tobias hatte aus gesundheitlichen Gründen abgesagt. Der Patientenfürsprecher freute sich auf ein Gespräch mit Frau Borsch. Doch dazu kam es nicht. Anwesend waren auch Prof.Reimer, Dr. Kuhnigk und Frau Franz. Herr Reimer hatte das Wort und erteilte dem Patientenfürsprecher eine Unterweisung. Zu einem Gespräch mit Frau Borsch kam es nicht. Probleme in der Klinik wurden nicht besprochen. Frau Borsch teilte mit, dass die drei anderen Teilnehmer in der Einladung angekündigt wurden. Dies kann der Patientenfürsprecher nicht nachprüfen, da die entsprechende Email, wie auch weitere Emails bei ihm, gelöscht wurden. Außerdem erreichten einige Briefe von Patienten und Ehemaligen nicht den Patientenfürsprecher. Einige Briefe kamen verspätet, zugeklebt mit Tesafilm.

Am 16. August 2018 gab es eine Sondersitzung der Deputation für Gesundheit zur Psychiatriereform. Da der Patientenfürsprecher im Urlaub war, hat er zuvor schriftlich Stellung bezogen. Diese Schreiben wurden mit „Patientenfürsprecher KBO“ unterzeichnet. Herr Prof. Reimer sagte dem Patientenfürsprecher in Anwesenheit von Herrn Kuhnigk (Chefarzt), Frau Borsch (Geschäftsführerin KBO) und Frau Franz (Leiterin der Forensik), dass er dieses Schreiben so nicht unterzeichnen dürfe, sondern nur als Privatperson oder als Mitglied des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LVPE), da sich sonst der Inhalt auf das KBO beziehe.

Der Patientenfürsprecher, so Herr Prof. Reimer, unterliege der Schweigepflicht und dürfe sich nicht gegenüber Presse und Fernsehen zum KBO und seiner Arbeit äußern.

Herr Reimer hat den Fürsprecher als Mitglied des LVPE angesprochen, der seine Vereinsadresse seit 1997 im KBO hat. Alles, was auf der Internetseite des LVPE stehe, könne durch die Vereinsadresse auf das Klinikum Bremen Ost bezogen werden. Herr Prof. Reimer hat mehrmals eine Änderung eines Artikels zum Thema „Nationalsozialismus“ gefordert. Dies wurde vom LVPE auch entsprechend geändert. Herr Prof. Reimer ist der Ansicht, dass nichts mehr vom Nationalsozialismus in einigen deutschen Psychiatrien übrig ist, da es keine systematische Tötung von Patienten mehr gebe. Dem LVPE geht es aber um die noch vorhandenen Strukturen dieses Regimes. Wegen der Vereinsadresse im KBO könne der Leser dieses Artikels zu der Ansicht gelangen, der Text beziehe sich auf das KBO. Herr Prof. Reimer sagte jedoch, dass der LVPE seine Vereinsadresse im KBO behalten darf. Frau Borsch und Frau Franz sagten dem Patientenfürsprecher, dass sie von einigen Patienten als „Nazi“ beschimpft würden. Dies liege auch an dem Artikel des LVPE. Herr Prof. Reimer sagte, er werde nicht als „Nazi“ beschimpft. Der Patientenfürsprecher hatte in einem vorherigen Bericht schon erwähnt, dass einige Mitarbeiter als „Nazi“ beschimpft werden. Zu dieser Zeit gab es den Artikel des LVPE aber noch nicht. Herr Prof. Reimer legt großen Wert darauf, dass die Ämter „Patientenfürsprecher“ und „LVPE“ getrennt werden. Alles, was mit „Patientenfürsprecher“ unterzeichnet wird, bezieht sich auf das KBO, alles, was mit „LVPE“ unterzeichnet ist, bezieht sich wegen der Meldeadresse auf das KBO.

Am Mittwoch, 05.Dezember 2018, übergab Prof. Reimer dem Oberarzt des Behandlungszentrum West, Herrn Schaper, seinen Generalschlüssel, um sich die Räume des Gesellschaftshauses anzusehen. Gegen 12 Uhr sah ein Mitarbeiter des Gesellschaftshauses von außen durch das Fenster, dass sich eine fremde Person im Büro der Patientenfürsprecher befand. Er betrat das Haus und befragte Herrn Schaper, was er dort wolle. Herr Schaper sagte, er darf sich im Auftrag von Prof. Reimer alle Räume im Gesellschaftshaus ansehen und habe von ihm dafür einen Generalschlüssel erhalten. Herr Prof. Reimer wurde um Stellungnahme gebeten. Er antwortete, dass er das Hausrecht habe und alle Räume der Klinik betreten dürfe. Ebenso dürfe er Mitarbeitern den Generalschlüssel zur Besichtigung aller Räume übergeben. Die Patientenfürsprecher und auch die Mitarbeiter des Gesellschaftshauses reagierten empört. Der Patientenfürsprecher hat sich zu diesem Fall und zum Thema „Schweigepflicht“ juristische Hilfe genommen. Das Gesellschaftshaus öffnet um 13 Uhr, die Patientenfürsprecher beginnen um 14 Uhr ihren Dienst. Man hätte sich offiziell zu einer Besichtigung anmelden können.

Der Patientenfürsprecher informierte Prof. Reimer am 12.12.2018 darüber, dass er sich einen Anwalt genommen hat, der einen Brief an ihn (Prof. Reimer) schreiben wird.

Bremen, 18.12.2018

Detlef Tintelott

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz

Bremen, 15.04.2019
Dr. Martin Götz
Dr. David Bowles
Tel.: 361-17235

Lfd. Nr. L-201-19

Vorlage
für die Sitzung
der staatlichen Deputation für Gesundheit
und Verbraucherschutz
am 26.04.2019

Berichtsbitte der FDP zur Kardiologische Versorgung in Bremen und Bremerhaven

A. Problem

Die Fraktion der FDP hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz um einen kurzen schriftlichen Bericht zur Kardiologischen Versorgung in Bremen und Bremerhaven gebeten.

B. Lösung

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz kommt der Berichtsbitte der Fraktion der FDP folgendermaßen nach:

1. Wie schätzt der Senat die Zahlen aus dem Herzbericht 2018 für das Land Bremen ein?

Zusammenfassung: Insgesamt und vor dem Hintergrund der methodischen Hinweise des Deutschen Herzberichtes 2018 lassen sich die Ergebnisse zur Mortalität und zur Versorgungssituation spezifischer kardiologischer Erkrankungen nicht abschließend bewerten.

Hintergrund: Der Senat begrüßt die Veröffentlichung des Deutschen Herzberichtes 2018, da der Bericht mit seinen umfassenden Auswertungen und seiner ausgewogenen Interpretation der gefundenen Ergebnisse eine gute Grundlage für eine sachliche Diskussion um die Versorgung von kardiologischen Erkrankungen ermöglicht. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse des Herzberichtes nicht isoliert, sondern in ihrer Gesamtheit betrachtet werden müssen, um näherungsweise korrekte Schlussfolgerungen ziehen zu können. Hierzu gehören nicht nur die inhaltlichen Ergebnisse zur Morbidität und Mortalität einzelner kardiologischer Erkrankungen, sondern auch grundlegende Erkenntnisse zur Versorgungssituation in den Bundesländern mit ihren regionalen Besonderheiten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die große Heterogenität in den Ergebnissen auch und insbesondere methodische Ursachen haben können. Hierauf weisen die Autorinnen und Autoren des Herzberichtes ausdrücklich und mehrfach hin.

Der Herzbericht zeigt, dass die altersstandardisierte *Sterblichkeit* des akuten Myokardinfarkts, der Herzrhythmusstörungen und der Herzinsuffizienz über dem Bundesdurchschnitt liegt, d. h. im Land Bremen werden Myokardinfarkte, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz häufiger als Todesursache registriert als im Bundesdurchschnitt. Im Gegensatz zu Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz liegt die *Morbidität* im Bereich des akuten Myokardinfarkts innerhalb der Bevölkerung höher als im Bundesdurchschnitt.

Dies trifft auch auf die *Zahl an Linksherzkatheter-Untersuchungen* (+59,6 Prozent) und die *Zahl an perkutanen Koronarinterventionen* (+94,9 Prozent) im Land Bremen zu, die jeweils deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Einschränkend ist anzumerken, dass der hohe Anteil an *Patientinnen und Patienten aus den umliegenden niedersächsischen Landkreisen* keinen unmittelbaren Vergleich der kardiologischen Versorgung zwischen Stadtstaaten und Flächenländern zulässt (vgl. Deutscher Herzbericht 2018, Seite 77). Im Jahr 2017 lag im Land Bremen der Anteil von auswärtigen Patientinnen und Patienten bezogen auf alle Herzerkrankungen analog Herzbericht 2018 bei rund 44,2 Prozent.

Eine mögliche Ursache für die großen regionalen Unterschiede in der Sterblichkeit kann im abweichenden **Kodierverhalten** im Rahmen der Todesursachenstatistik liegen. Da die Klassifizierung der Todesursachen nicht zentral erfolgt, sind regionale Unterschiede in der Verwendung der Kodierungen möglich und können zu der beobachteten Heterogenität beitragen (vgl. Deutscher Herzbericht 2018, Seite 124). Speziell mit Blick auf die Sterblichkeit infolge eines akuten Myokardinfarkts weisen die Autorinnen und Autoren des Herzberichtes darauf hin, dass es im Land Bremen ab dem Jahr 2012 zu einem starken Anstieg der Herzinfarktsterblichkeit gekommen ist. Da die erhobenen Fallzahlen der Todesursachstatistik klein sind – 66 Fälle mit Todesursache akuter Myokardinfarkt im Bezugsjahr 2016 – *können sich Veränderungen im Kodierverhalten relativ stark auf das Gesamtergebnis insbesondere in Stadtstaaten auswirken und somit eine Bewertung erschweren*. Es ist zusätzlich darauf hinzuweisen, dass der Anteil an nicht zugeordneten Todesursachen speziell in Stadtstaaten erhöht ist (vgl. Deutscher Herzbericht 2018, Seite 65).

Ein Versorgungsdefizit im Bereich der Linksherzkatheter-Untersuchungen und der perkutanen Koronarinterventionen lässt sich anhand der Ergebnisse des Herzberichtes nicht ableiten. Die im Bericht ausgewiesene höhere Sterblichkeit im Bereich des akuten Myokardinfarkts, der Herzrhythmusstörungen und der Herzinsuffizienz können unter anderem auch durch *länderspezifische Abweichungen im Kodierverhalten der Todesursachen* bedingt sein. Mit Blick auf den akuten Myokardinfarkt ist darüber hinaus auch die nachweislich erhöhte Erkrankungsrate (Morbidität) im Land Bremen als weitere mögliche Ursache zu nennen. Abschließend ist anzumerken, dass für das Überleben kardiologischer Erkrankungen nicht nur die Primärtherapie im ambulanten und stationären Bereich entscheidend ist, sondern ebenso auch unterschiedliche *Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention*.

In diesem Zusammenhang zeigen die Ergebnisse des Herzberichtes 2018 deutlich, dass sich für kein Bundesland über alle betrachteten Herzerkrankungen hinweg ein eindeutiger und gleichgerichteter Zusammenhang zwischen dem Versorgungsniveau bzw. der Versorgungsintensität und der Kardiologie-assoziierten Sterblichkeit ableiten lässt. So findet sich in den Ergebnissen des Herzberichtes eine Vielzahl an Ländern, in denen das Versorgungsniveau UND die Kardiologie-assoziierte Sterblichkeit unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

2. Wie gestalten sich entsprechend der Zahlen aus dem Herzbericht, Herzinfarkt- und Herzinsuffizienzsterblichkeit in den einzelnen kardiologischen Kliniken im Land Bremen? (Bitte Zahlen aufschlüsseln nach den einzelnen Kliniken)

Zusammenfassung: Eine klinikbezogene Darstellung der Herzinfarkt- und Herzinsuffizienzsterblichkeit ist weder auf Basis der Todesursachenstatistik noch auf Grundlage der verfügbaren Krankenhausdaten möglich, da in der Todesursachenstatistik entsprechende Angaben fehlen und die in der Hauptdiagnose enthaltenen Informationen von im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig mit der Todesursache gleichzusetzen sind. Ein Vergleich entsprechender Informationen ist daher nicht zielführend.

Hintergrund: Die im Herzbericht ausgewiesenen Ergebnisse zur Kardiologie-assoziierten Sterblichkeit beruhen auf der so genannten *Todesursachenstatistik*. Die statistischen Kernmerkmale der Todesursachenstatistik sind: Gestorbene, Alter, Geschlecht, Nationalität, Diagnose des Grundleidens nach ICD sowie Unfallkategorie bei Unfällen. Eine klinikbezogene Darstellung der Herzinfarkt- und Herzinsuffizienzsterblichkeit ist auf Basis der erhobenen Merkmale der Todesursachenstatistik folglich nicht möglich. Eine klinikspezifische Differen-

zierung der Herzinfarkt- und Herzinsuffizienzsterblichkeit ist auch nicht unter Rückgriff auf die *landesbezogenen Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz* (KHEntgG) durchführbar. Die Identifikation von relevanten Behandlungsfällen müsste dabei jedoch – analog des methodischen Vorgehens im Herzbericht – auf Basis der Hauptdiagnose erfolgen. Gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien handelt es sich bei der Hauptdiagnose um diejenige Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientinnen und Patienten verantwortlich ist.

3. **Welche Maßnahmen will der Senat ergreifen, um die kardiologische Versorgung kurzfristig in Bremen und Bremerhaven zu verbessern? (Bitte dabei insbesondere auf die Maßnahmen zur Senkung der Herzinsuffizienzsterblichkeit und Herzinfarktsterblichkeit eingehen und nach den Gemeinden unterscheiden)**
4. **Ist nach Ansicht des Senats die kardiologische Versorgung im Land Bremen ausreichend, obwohl andere Städte mit vergleichbarer Einwohnerzahl über mehrere Alternativen und kardiologische Anlaufstellen bei Duplizitätsfällen verfügen? (Bitte nach den Gemeinden unterscheiden)**
5. **Sind Kathetermessplätze für Patienten und Patientinnen mit akutem Myokardinfarkt jederzeit, sofort zu garantieren? (Bitte für Bremen und Bremerhaven gesondert beantworten)**
    a. **Verfügt der Senat über Zahlen wie sich die Zeitspannen zwischen Symptombeginn und Katheterintervention gestalten?**
    b. **Wenn ja, bitte Fälle jeweils für die einzelnen kardiologischen Kliniken angeben in denen innerhalb der ersten 60 Minuten; 60-120 Minuten; > 120 Minuten eine Katheterreperfusion erfolgt ist.**
    c. **Wenn nein, warum nicht?**

Die Fragen 3 bis 5 werden zusammen beantwortet.

Die kardiologische Versorgung in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven – die auch Patientinnen und Patienten aus dem erweiterten niedersächsischen Umland und die präklinische Notfallmedizin mit einbezieht – stellt wie alle übrigen medizinischen Fachgebiete eine dauerhafte Herausforderung dar und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Die kardiologische Versorgung im Land Bremen wird vom Senat als hochqualifiziert und ausreichend eingestuft. Ein Vergleich der kardiologischen Versorgung mit anderen Städten ausschließlich auf Basis der Einwohnerzahl und ohne Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wird vom Senat als nicht zielführend angesehen.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass eine allgemeine kardiologische Grundversorgung grundsätzlich in jeder Klinik für Innere Medizin gewährleistet wird, da Herzerkrankungen oftmals nicht isoliert, sondern im Kontext komplexer Krankheitsbilder auftreten. Dies deckt sich mit einer Analyse der verfügbaren Krankenhausdaten, die zeigt, dass Leistungen zur Behandlung von typischen kardiologischen Erkrankungen analog Herzbericht 2018 in der Mehrzahl der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven erbracht werden. Insbesondere die Herzinsuffizienz als symptomatischer und mitunter unspezifischer Ausdruck einer ungenügenden Herzleistung kann sich vielfach aus primär auftretenden Erkrankungen anderer Organe oder Körperregionen herleiten.

Die kardiologisch-invasive Medizin hat sich demgegenüber als hochqualifizierte Spezialdisziplin mit einem erheblichen Aus- und Weiterbildungserfordernis innerhalb der Inneren Medizin entwickelt und fokussiert im Wesentlichen auf die Erkrankung der herzversorgenden Kranzgefäße (so genannte Koronarien), zwischenzeitlich – falls geboten – auch unter Einschluss der Herzklappen sowie Störungen im Herzrhythmus. Die technisch minimalinvasiven und katheterassoziierten Maßnahmen werden stetig verfeinert.

In Würdigung dieser differenzierten Therapieoptionen hat der Senat bereits vor Jahren erkannt, dass in diesem Zusammenhang die Qualität der Leistungen im Vordergrund stehen

müssen. Diese Qualität wird wiederum durch die Bündelung der vorhandenen Expertisen an ausgewählten Standorten gewährleistet. Eine Diversifizierung von Angeboten an zusätzlichen Standorten wie in einzelnen vergleichbaren Städten wurde wegen zu geringer Fallzahlen als nicht zielführend angesehen und somit verworfen.

Im Rahmen der Krankenhausplanung wurden daher invasiv-kardiologische Versorgungsangebote in Absprache mit den Kostenträgern in der Stadtgemeinde Bremen an den Standorten des Klinikums Links der Weser sowie am Rotes Kreuz Krankenhaus und in der Stadtgemeinde Bremerhaven am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide ausgewiesen, verortet und festgeschrieben. An diesen Standorten stehen Herzkatheterlabore im Rahmen des kardiologischen Versorgungsauftrags sowohl für Diagnostik als auch Interventionen zur Wiedereröffnung verschlossener Herzkranzgefäße sowie weiterer Maßnahmen rund um die Uhr und somit jederzeit zur Verfügung.

Die Krankenhäuser im Land Bremen erheben eine Vielzahl an Daten, unter anderem für Abrechnungs- und für Zwecke der externen stationären Qualitätssicherung. Hierzu gehören sowohl Daten über die Qualität und somit das Ergebnis der Versorgung als auch über die Zeitabläufe. Diese Daten gelten als relevante Kriterien für das Qualitätsmanagement. Auf Anfrage wird berichtet, dass die Zeitspanne zwischen Symptombeginn und Katheterintervention nicht standardmäßig von den Krankenhäusern erfasst wird. Dem Senat liegen hierzu folglich keine Daten vor, entsprechende Berichtspflichten bestehen nicht.

6. Nach Information der FDP Fraktion sollen die Fallzahlen der Kardiologie des AMEOS Klinikums Mitte Bremerhaven kontinuierlich steigen. Der Anteil an Notfällen aus Bremerhaven, die vom Rettungsdienst in das AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven befördert werden, soll höher sein als im Klinikum Reinkenheide. Kann der Senat die Aussagen bestätigen? Liegen dem Senat für das Jahr 2017/2018 Zahlen / Informationen vor? Wenn ja, welche?

Zusammenfassung: Der Senat kann die Aussage, dass das AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven einen höheren Anteil an der kardiologischen Notfallversorgung aufweist als das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, auf Basis der oben genannten Datengrundlage insgesamt nicht bestätigen; es ist jedoch erkennbar, dass der Anteil der AMEOS-Kliniken an der kardiologischen Notfallversorgung im Rahmen der Inneren Medizin seit 2015 zugenommen hat.

Hintergrund: Der Senat kann die oben getätigten Aussagen ausschließlich auf Basis der landesbezogenen Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) überprüfen, nicht jedoch auf Basis spezifischer Informationen der Rettungsdienste.

Im Zeitraum 2015-2017 ist im *AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven* eine kontinuierlich steigende Zahl an Behandlungsfällen mit einer kardiologisch relevanten Hauptdiagnose analog Herzbericht feststellbar (2015: 328 Fälle, 2017: 1.021 Fälle); gleichzeitig sind die Behandlungsfälle mit einer kardiologisch relevanten Hauptdiagnose analog Herzbericht im *AMEOS Klinikum Am Bürgerpark* im selben Zeitraum kontinuierlich zurückgegangen (2015: 588 Fälle, 2017: 271 Fälle). Die Zahl der kardiologischen Behandlungsfälle analog Herzbericht kann im *Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide* demgegenüber als vergleichsweise stabil bezeichnet werden (2015: 2.072 Fälle; 2017: 2.006 Fälle).

Die Auswertung der verfügbaren Daten zeigt mit Blick auf die Notfallversorgung, dass im Jahr 2015 rund 28,7 Prozent der kardiologischen Behandlungsfälle in Bremerhaven (alle Herzerkrankungen gemäß Definition Herzbericht 2018), bei denen als Aufnahmegrund „Notfall“ hinterlegt war, in den AMEOS-Kliniken versorgt wurden (Klinikum Am Bürgerpark: 15,7 Prozent, Klinikum Mitte Bremerhaven: 13,0 Prozent); demgegenüber steht ein Anteil von 71,3 Prozent der kardiologischen Notfälle, die vom Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide behandelt wurden. Im Zeitverlauf hat sich der Anteil an der kardiologischen Notfallversorgung in Richtung der AMEOS-Kliniken verlagert: Im Jahr 2017 betrug der Anteil an der kardiologischen Versorgung von Notfällen circa 40,2 Prozent (Klinikum Am Bürgerpark: 1,8 Prozent, Klinikum Mitte Bremerhaven: 36,0 Prozent), während 59,8 Prozent der kardiologischen Notfälle im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide behandelt wurden.

7. Es gibt Rückmeldungen, dass der Rettungsdienst das Klinikum Reinkenheide teilweise nicht anfährt, obwohl nach dem Meldesystem IVENA eine Verfügbarkeit sichergestellt ist. Gibt es dafür Gründe?

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat den Umgang mit kardiologischen Notfällen gemeinsam mit dem Rettungsdienst in Bremerhaven beraten. Dabei wurde die Empfehlung ausgesprochen, dass unter planungs- und auch haftungsrechtlichen Gründen prioritär das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide (KBR) anzufahren ist, da nur das KBR über den entsprechenden Versorgungsauftrag verfügt. Hiermit verbunden ist gemäß Bremischen Krankenhausgesetz die Vorhaltung der notwendigen Strukturen, des entsprechend qualifizierten Personals und damit der notwendigen Fachexpertise zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kardiologischen Erkrankungen. Der Rettungsdienst in Bremerhaven hat die Empfehlung der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz grundsätzlich übernommen, jedoch darauf hingewiesen, dass der für den individuellen Einsatz zuständige Notarzt im Rahmen seines notfallmedizinischen Ermessensspielraums die Letztentscheidung über das jeweils anzufahrende Krankenhaus treffen muss.

8. Wie ist die fachärztliche Besetzung im AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven und im Klinikum Reinkenheide sichergestellt? Können beide Kliniken verlässlich einen 24-Stunden-Dienst sicherstellen?

Die durchgängige fachärztliche Versorgung kann nach Angabe der jeweiligen Krankenhausträger sowohl im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide (Versorgungsauftrag für Kardiologie) als auch im AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven (kardiologische Notfallversorgung) in der Inneren Medizin sichergestellt werden (jeweils 24 Stunden am Tag an 7 Tagen in der Woche).

9. Wie hoch ist die „*door-to-balloon-time*“ im AMEOS Klinikum Mitte Bremerhaven im Vergleich zum Klinikum Reinkenheide? Gibt es hier signifikante Unterschiede?

Die „*door-to-balloon*“-Zeit misst die Zeit, die zwischen Ankunft einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus („*door*“-Zeitpunkt) mit einem akuten Herzinfarkt und dem notfallmäßigen Kathethereingriff („*balloon*“-Zeitpunkt) liegt. Bei diesem Eingriff handelt es sich um die so genannte perkutane Koronarintervention (engl. *percutaneous coronary intervention*, PCI). Die „*door-to-balloon*“-Zeit ist ein wesentlicher Indikator für die Prozessqualität der akuten Notfallbehandlung des akuten Herzinfarkts. Die frühe Durchführung einer PCI senkt für diese Patientengruppe sowohl die Morbidität als auch die Mortalität signifikant und kann damit als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gewertet werden.

Der Senat verfügt über keine eigenen krankenhausbezogenen Informationen aus dem Qualitätssicherungsverfahren zur perkutanen Koronarintervention (PCI), in dessen Rahmen unter anderem das Intervall zwischen Eintreffen der Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme und der invasiven Maßnahme erfasst wird. Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht vor, dass auch das Qualitätsbüro Bremen als zuständige Datenannahmestelle keine Informationen an Dritte weiterleiten darf, die Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer zulassen. Dies schließt die Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens zur perkutanen Koronarintervention (PCI) mit ein.

Eine Bereitstellung der „*door-to-balloon*“-Zeit wurde von den in der Frage genannten Krankenhäusern zugesagt, konnte jedoch aufgrund der kurzen Fristsetzung zur Beantwortung der Berichtsbitte noch nicht umgesetzt werden. Die entsprechenden Ergebnisse werden im Rahmen der Deputationssitzung mündlich ergänzt. Eine Bewertung der Ergebnisse erfolgt perspektivisch im fachlichen Dialog zwischen Gesundheitsressort und Krankenhaus.

C. Alternativen

Keine Alternativen.

D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Mit der vorliegenden Berichterstattung sind keine finanziellen, personalwirtschaftlichen oder Gender-relevanten Aspekte verbunden.

E. Beteiligung / Abstimmung

Eine Beteiligung / Abstimmung mit anderen Ressorts oder Institutionen ist nicht erforderlich.

F. Beschlussvorschlag

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 15.04.2019 zur kardiologischen Versorgung in Bremen und Bremerhaven zur Kenntnis.

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
4/40

Frau Stiels
Tel.: 361 19644
17.04.2019

Vorlage VL-274/2019

X ÖFFENTLICH ☐ **NICHT ÖFFENTLICH UND VERTRAULICH**

Beratungsfolge	Termin	Beratungsaktion
Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz	26.04.2019	Zustimmung

Titel der Vorlage

Entwurf einer Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikalien- und dem Wasch- und Reinigungsmittelrecht

Vorlagentext

Lfd. Nr. L-197-19

A. Problem

Seit Verkündung der Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikaliengesetz und dem Wasch- und Reinigungsmittelgesetz vom 9. Oktober 2012 (Brem.ABl. S. 788) gab es in den letzten Jahren auf diesem Gebiet zahlreiche Änderungen sowohl auf nationaler als auch auf unionsrechtlicher Ebene. So sind eine Reihe von Rechtsvorschriften im Chemikaliengesetz des Bundes und den darauf beruhenden Verordnungen neu gefasst worden. Auch auf EU-Ebene hat es in diesem Bereich verschiedene Neuregelungen gegeben, wie z.B. die Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 842/2006 (F-Gase-VO) und der Erlass der Nachfolge-Verordnung (EU) Nr. 517/2014, die Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1102/2008 (Quecksilber-VO) und der Erlass der Nachfolge-Verordnung (EU) 2017/852 sowie die Schaffung der Verordnung (EU) Nr. 528/2012 (Biozidprodukte-VO) und der Verordnung (EU) Nr. 649/2012 (Aus- und Einfuhr-VO), die in der bremischen Zuständigkeitsbekanntmachung nicht berücksichtigt sind. Aus diesen Gründen ist eine Anpassung der Zuständigkeitsbekanntmachung erforderlich.

B. Lösung

Der anliegende Entwurf einer Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikalien- und dem Wasch- und Reinigungsmittelrecht trägt dem vorstehend dargestellten Regelungsbedarf Rechnung.

Nach der Geschäftsverteilung im Senat vom 28. Juli 2015 (Brem.ABl. S. 791; 838), ist die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als oberste Landesgesundheitsbehörde zuständig für die Umsetzung des Chemikaliengesetzes im Lande Bremen. Das Gesundheitsressort hat in diesem Zusammenhang die „Koordinierungsstelle Chemikalien“ installiert. Diese koordiniert den Informationsfluss zwischen dem federführenden Ressort, dem weiteren fachlich zuständigen Umweltressort in Bremen und dem Bund.

Im Vollzug werden die Aufgaben im Bereich des Chemikalienrechts nach den fachlichen Zuständigkeiten aufgeteilt: Für den Arbeitsschutz, den Immissionsschutz und den Verbraucherschutz ist die Gewerbeaufsicht des Landes Bremen zuständig. Das Umweltressort ist dagegen zuständig für den Vollzug des Gewässerschutzes und des Abfallrechts sowie für Vollzugsaufgaben in den Bereichen der Chemikalien-Ozonschichtverordnung und der Chemikalien-Klimaschutzverordnung, soweit diese Aufgaben nicht in Bremerhaven durch den Magistrat vollzogen werden. Die Aufteilung dieser Aufgaben auf die Vollzugsbehörden wird in der Anlage zu § 1 näher aufgeschlüsselt.

Wegen der Einzelheiten wird auf den anliegenden Bekanntmachungsentwurf Bezug genommen.

C. Alternativen

Die vorgeschlagene Zuständigkeitsregelung wird zur Durchführung der Gesetze und Verordnungen im Bereich Chemikalien- und Wasch- und Reinigungsmittelrecht benötigt. Die vorgeschlagene Aufgabenzuweisung ist sachgerecht.

D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Der Entwurf hat keine finanziellen, personalwirtschaftlichen oder geschlechtsspezifischen Auswirkungen.

E. Beteiligung / Abstimmung

Der Bekanntmachungsentwurf ist mit dem Senator für Umwelt, Bau und Verkehr, der Gewerbeaufsicht des Landes Bremen und dem Magistrat Bremerhaven abgestimmt.

Der Senator für Justiz und Verfassung hat den Entwurf rechtsförmlich geprüft.

F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Einer Veröffentlichung über das zentrale elektronische Informationsregister steht nichts entgegen.

Beschlussempfehlung

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz stimmt dem Entwurf einer Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikalien- und dem Wasch- und Reinigungsmittelrecht zu.

Anlage(n):

1. DGV-2019-04-26+L-197-19+Bekanntmachung Chemikalien- und Reinigungsmittelrecht_Anlagen

E n t w u r f

Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikalien- und dem Wasch- und Reinigungsmittelrecht

Vom

Der Senat bestimmt:

§ 1
Zuständige Behörden

Die Zuständigkeit für die Durchführung des Chemikaliengesetzes und des Wasch- und Reinigungsmittelgesetzes sowie der aufgrund dieser Gesetze erlassenen Rechtsverordnungen und der unmittelbar geltenden Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft oder der Europäischen Union im Anwendungsbereich dieser Gesetze ergibt sich aus der Anlage.

§ 2
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Bekanntmachung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikaliengesetz und dem Wasch- und Reinigungsmittelgesetz vom 9. Oktober 2012 (Brem.ABl. S. 788 — 8053-i-1) außer Kraft.

Beschlossen, Bremen, den

Der Senat

Begründung

I. Allgemeiner Teil:

Seit Verkündung der Bekanntmachung über die zuständigen Behörden nach dem Chemikaliengesetz und dem Wasch- und Reinigungsmittelgesetz vom 9. Oktober 2012 (Brem.ABl. S. 788) gab es in den letzten Jahren auf diesem Gebiet zahlreiche Änderungen sowohl auf nationaler als auch auf unionsrechtlicher Ebene. So sind eine Reihe von Rechtsvorschriften im Chemikaliengesetz des Bundes und den darauf beruhenden Verordnungen neu gefasst worden. Auch auf EU-Ebene hat es in diesem Bereich verschiedene Neuregelungen gegeben, wie z.B. die Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 842/2006 (F-Gase-VO) und der Erlass der Nachfolge-Verordnung (EU) Nr. 517/2014, die Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1102/2008 (Quecksilber-VO) und der Erlass der Nachfolge-Verordnung (EU) 2017/852 sowie die Schaffung der Verordnung (EU) Nr. 528/2012 (Biozidprodukte-VO) und der Verordnung (EU) Nr. 649/2012 (Aus- und Einfuhr-VO), die in der bremischen Zuständigkeitsbekanntmachung nicht berücksichtigt sind. Aus diesen Gründen ist eine Anpassung der Zuständigkeitsbekanntmachung erforderlich.

II. Einzelbegründung:

Zu § 1

Nach der Geschäftsverteilung im Senat vom 28. Juli 2015 (Brem.ABl. S. 791; 838), ist die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als oberste Landesgesundheitsbehörde zuständig für die Umsetzung des Chemikaliengesetzes im Lande Bremen. Das Gesundheitsressort hat in diesem Zusammenhang die „Koordinierungsstelle Chemikalien“ installiert. Diese koordiniert den Informationsfluss zwischen dem federführenden Ressort, dem weiteren fachlich zuständigen Umweltressort in Bremen und dem Bund.

Im Vollzug werden die Aufgaben im Bereich des Chemikalienrechts nach den fachlichen Zuständigkeiten aufgeteilt: Für den Arbeitsschutz, den Immissionsschutz und den Verbraucherschutz ist die Gewerbeaufsicht des Landes Bremen zuständig. Das Umweltressort ist dagegen zuständig für den Vollzug des Gewässerschutzes und des Abfallrechts sowie für Vollzugsaufgaben in den Bereichen der Chemikalien-Ozonschichtverordnung und der Chemikalien-Klimaschutzverordnung, soweit diese Aufgaben nicht in Bremerhaven durch den Magistrat vollzogen werden. Die Aufteilung dieser Aufgaben auf die Vollzugsbehörden wird in der Anlage zu § 1 näher aufgeschlüsselt.

Zu § 2

§ 2 regelt das Inkrafttreten der Bekanntmachung und bestimmt, dass die bisher geltende Zuständigkeitsbekanntmachung außer Kraft tritt.

Anlage (zu § 1)

In Gesetz/VO angesprochene Behörde	Rechtsvorschriften	Aufgaben	Zuständigkeit

ChemG

Oberste Landesbehörde	§ 19c Abs. 1	Mitwirkung an der Berichterstellung	SWGV
Zuständige Landesbehörde	§ 9 Abs. 1, 2	Informationsaustausch	SWGV
	§ 10 Abs. 2	Entgegennahme von Mitteilungen	SWGV
	§ 12f Abs. 1, 2, 3	Informationsaustausch	SWGV
	§ 21 Abs. 1	Überwachung ChemG u. Rechtsverordnungen a) hinsichtlich GLP b) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV c) hinsichtlich ChemVOCFarbV d) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen	 SWGV GAA GAA SUBV GAA
	§ 21 Abs. 2	Überwachung EU-/EG-Verordnungen a) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 b) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen c) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 GAA SUBV GAA GAA
	§ 21 Abs. 3	Auskunftsverlangen a) hinsichtlich GLP b) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV c) hinsichtlich ChemVOCFarbV d) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen g) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 SWGV GAA GAA SUBV GAA GAA SUBV GAA GAA
	§ 21 Abs. 6	Anforderung von Gutachten über Gefahrstoffe	GAA
	§ 21 Abs. 6a	Bestimmung über beanstandete Stoffe	

Anlage (zu § 1)

		a) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV b) hinsichtlich ChemVOCFarbV c) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen d) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	GAA GAA SUBV GAA GAA SUBV GAA GAA
	§ 22	Gegenseitige Unterrichtung, Beratungsverlangen a) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV b) hinsichtlich ChemVOCFarbV c) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen d) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 GAA GAA SUBV GAA GAA SUBV GAA GAA
	§ 23 Abs. 1	Anordnungen bei Rechtsverstößen (allgemein) a) hinsichtlich GLP b) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV c) hinsichtlich ChemVOCFarbV d) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist	 SWGV GAA GAA SUBV GAA GAA SUBV

Anlage (zu § 1)

		bb) im Übrigen g) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	GAA GAA
	§ 23 Abs. 2	Anordnungen bei Rechtsverstößen (befristet, bedingt) a) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV b) hinsichtlich ChemVOCFarbV c) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen d) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist bb) im Übrigen f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 GAA GAA SUBV GAA GAA SUBV GAA GAA

Zuständige Behörde	§ 19a Abs. 4, 5, § 19b Abs. 1	Aufgaben GLP	SWGV
	§ 21a Abs. 1, 2	Entgegennahme von Zoll-Info a) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV b) hinsichtlich ChemVOCFarbV c) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist in Bremen in Bremerhaven bb) im Übrigen d) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist in Bremen in Bremerhaven bb) im Übrigen f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 GAA GAA SUBV Magistrat GAA GAA SUBV Magistrat GAA GAA
	§ 23 Abs. 1a	Untersagung der Tätigkeit a) hinsichtlich GLP b) hinsichtlich GefStoffV, ChemVerbotsV, ChemBiozidMeldeV c) hinsichtlich ChemVOCFarbV	 SWGV GAA GAA

Anlage (zu § 1)

		d) hinsichtlich ChemOzonSchichtV, ChemKlimaschutzV aa) soweit Abfall betroffen ist in Bremen in Bremerhaven bb) im Übrigen e) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1907/2006, VO (EG) Nr. 1272/2008, VO (EU) Nr. 528/2012, VO (EU) Nr. 649/2012 f) hinsichtlich VO (EG) Nr. 850/2004, VO (EU) 2017/852 aa) soweit Abfall betroffen ist in Bremen in Bremerhaven bb) im Übrigen g) hinsichtlich VO (EG) Nr. 1005/2009, VO (EU) Nr. 517/2014	 SUBV Magistrat GAA GAA SUBV Magistrat GAA GAA

GefStoffV

Zuständige Behörde	§ 2 Abs. 17	Anerkennung von Sachkundelehrgängen	GAA
	§ 14 Abs. 3 Nr. 5	Zugang zum Beschäftigtenverzeichnis	GAA
	§ 18 Abs. 1 Satz 1, 2	Entgegennahme von Anzeigen	GAA
	§ 18 Abs. 2	Entgegennahme von Mitteilungen	GAA
	§ 18 Abs. 3	Entgegennahme von Mitteilungen	GAA
	§ 18 Abs. 4	Anforderung des Fachkundenachweises	GAA
	§ 19 Abs. 1 Satz 1, 2	Zulassung von Ausnahmen	GAA
	§ 19 Abs. 3	Anordnung von Maßnahmen	GAA
	§ 19 Abs. 4	Anforderung e. Nachweises	GAA
	§ 19 Abs. 5	Untersagung der Tätigkeit	GAA
	Anhang I		
	Nr. 2.4.2 Abs. 1	Entgegennahme von Anzeigen	GAA
	Nr. 2.4.2 Abs. 3	Anerkennung von Sachkunde-lehrgängen für Abbruch-, Sanierungs- oder Instandhaltungsarbeiten mit Asbest	GAA
	Nr. 2.4.2 Abs. 4	Zulassung von Fachbetrieben	GAA
	Nr. 3.4 Abs. 1, 3	Entgegennahme von Anzeigen und Änderungsanzeigen	GAA
	Nr. 3.4 Abs. 6 Satz 2, 3	Anerkennung der Gleichwertigkeit oder der Geeignetheit	GAA
	Nr. 3.6	Entgegennahme der Anzeigen von Schädlingsbekämpfungsmitteln	GAA
	Nr. 3.7	Anforderung von Aufzeichnungen	GAA
	Nr. 4.2 Abs. 1	Erteilung einer Erlaubnis zur Durchführung von Tätigkeiten mit Begasungsmitteln	GAA
	Nr. 4.3.1 Abs. 1 Nr. 2	Entgegennahme von Benennungen	GAA

Anlage (zu § 1)

	Nr. 4.3.1 Abs. 2 Satz 1	Erteilung eines Befähigungsscheins	GAA
	Nr. 4.3.1 Abs. 2 Satz 2	Anerkennung von Sachkunde-lehrgängen zur Erlangung eines Befähigungsscheines für die Durchführung von Begasungen	GAA
	Nr. 4.3.1 Abs. 2 Satz 3	Abnahme von Prüfungen	GAA
	Nr. 4.3.1 Abs. 4	Entgegennahme von Zeugnissen	GAA
	Nr. 4.3.2 Abs. 1 Satz 1	Entgegennahme der Anzeige von Begasungen	GAA
	Nr. 4.3.2 Abs. 1 Satz 2	Zulassung von Ausnahmen	GAA
	Nr. 4.3.2 Abs. 4	Entgegennahme von Anzeigen über das Ausscheiden oder den Wechsel von Befähigungsscheininhabern	GAA
	Nr. 4.3.3 Abs. 1 Satz 3	Anforderung von Niederschriften	GAA
	Nr. 5.4.2.3 Abs. 1, 3	Entgegennahme von Anzeigen oder Änderungsanzeigen	GAA
	Nr. 5.6	Zulassung von Ausnahmen	GAA
	Anhang III		
	Nr. 2.3 Abs. 6	Erteilung einer Zustimmung	GAA

ChemVerbotsV

Zuständige Behörde	§ 6 Abs. 1	Erteilung einer Erlaubnis	GAA
	§ 6 Abs. 3	Entgegennahme von Anzeigen	GAA
	§ 7 Abs. 1, 2	Entgegennahme von Anzeigen und Änderungsanzeigen	GAA
	§ 11 Abs. 1 Nr. 1, 2	Durchführung von Sachkundeprüfungen und Fortbildungsveranstaltungen, Anerkennung von Einrichtungen	GAA
	§ 11 Abs. 4	Anerkennung von Nachweisen zur Sachkunde	GAA

ChemOzonSchichtV

Zuständige Behörde	§ 2	Entgegennahme von Anzeigen	GAA
	§ 3 Abs. 3	Anforderung von Aufzeichnungen über ozonschichtschädigende Stoffe a) soweit zurückgenommene Stoffe betroffen sind b) soweit entsorgte Stoffe betroffen sind aa) in Bremen bb) in Bremerhaven	 GAA SUBV Magistrat
	§ 4 Abs. 3	Anforderung von Aufzeichnungen	GAA
	§ 5 Abs. 1	Anforderung des Sachkundenachweises	SUBV
	§ 5 Abs. 2 Nr. 1	Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen	SUBV
	§ 5 Abs. 2 Nr. 3	Anerkennung einer Zertifizierung als Sachkundiger	SUBV

Anlage (zu § 1)

	§ 5 Abs. 3	Anforderung von Fortbildungsnachweisen	GAA
	§ 5 Abs. 5	Entgegennahme von Nachweisen (Gleichwertigkeitsprüfung)	SUBV

ChemKlimaschutzV

Zuständige Behörde	§ 3 Abs. 2 Satz 4	Anforderung von Aufzeichnungen	GAA
	§ 4 Abs. 3	Anforderung von Aufzeichnungen über fluorierte Treibhausgase a) soweit zurückgenommene Treibhausgase betroffen sind b) soweit entsorgte Treibhausgase betroffen sind aa) in Bremen bb) in Bremerhaven	 GAA SUBV Magistrat
	§ 5 Abs. 3	Anerkennung der Prüfungsberechtigung	SUBV
	§ 6 Abs. 2	Erteilung von Unternehmenszertifikaten	SUBV
	§ 12 Abs. 4	Entgegennahme von Nachweisen	SUBV

ChemVOCFarbV

Zuständige Behörde	§ 3 Abs. 3 Buchst. b	Erlaubniserteilung für das Inverkehrbringen	GAA
	§ 5 Abs. 1	Entgegennahme von Informationen	GAA

ChemBiozidMeldeV

Zuständige Landes-behörden	§ 4	Überwachung	GAA

WRMG

Zuständige oberste Landesbehörde	§ 12 Abs. 2	Entgegennahme von Mitteilungen	SUBV
	§ 13 Abs. 1	Überwachung	SUBV
Zuständige Landes-behörde	§ 12 Abs. 1	Entgegennahme von Mitteilungen	GAA
	§ 13 Abs. 1	Überwachung	GAA
	§ 13 Abs. 2	Probenahme	GAA
	§ 13 Abs. 3	Beauftragung von Personen	GAA
	§ 14 Abs. 1	Anordnungen	GAA
	§ 14 Abs. 2 Satz 3	Entgegennahme von Mitteilungen des Umweltbundesamtes	GAA

VO (EG) Nr. 648/2004

Zuständige Behörde	Art. 9 Abs. 1	Entgegennahme von Informationen der Hersteller	GAA
	Art. 10 Abs. 1	Kontrollmaßnahmen (= Überwachung)	GAA
	Anhang II A Satz 3	Anfordern von Proben	GAA

Anlage (zu § 1)

	Anhang II B Satz 2	Anfordern von Proben	GAA
	Anhang II C Satz 3	Anfordern von Proben	GAA
	Anhang II D Nr. 2	Anfordern von Proben	GAA

VO (EG) Nr. 850/2004

Zuständige Behörde	Art. 5 Abs. 2	Entgegennahme von Mitteilungen über Lagerbeständen von POP-Stoffen a) in Bremen b) in Bremerhaven	 SUBV Magistrat
	Art. 5 Abs. 3	Überwachung a) in Bremen b) in Bremerhaven	 SUBV Magistrat
	Art. 7 Abs. 4 Buchst. a, bi, Abs. 5 Buchst. a, b	Maßnahmen der Abfallbewirtschaftung a) in Bremen b) in Bremerhaven	 SUBV Magistrat

VO (EG) Nr. 1907/2006

Zuständige Behörde	Art. 67	Überwachung der Beschränkungen für Herstellung, Inverkehrbringen und Verwendung gem. Anhang XVII, Kennzeichnungsanforderungen a) soweit Bedarfsgegenstände betroffen sind b) im Übrigen	 LMTVet GAA

VO (EG) Nr. 1272/2008

Zuständige Behörde	Art. 49 Abs. 3	Anforderung von Informationen	GAA
	Anhang I Nr. 1.1.0	Entgegennahme Dokumentation	GAA

VO (EG) Nr. 1005/2009

Zuständige Behörde	Art. 13 Abs. 1	Erteilung Lagerungsgenehmigung (kritischer Verwendungszweck Halone)	GAA
	Art. 15 Abs. 2 Buchst. g	Erteilung Lagerungsgenehmigung	GAA
	Art. 17 Abs. 2 Buchst. e	Erteilung Lagerungsgenehmigung	GAA
	Art. 23 Abs. 3	Anforderung von Aufzeichnungen	GAA
	Art. 27 Abs. 1	Entgegennahme Berichtkopien	GAA
	Art. 27 Abs. 7	Entgegennahme Berichtkopien	GAA
	Art. 28 Abs. 1	Überwachung a) soweit Abfall betroffen ist aa) in Bremen bb) in Bremerhaven b) im Übrigen	 SUBV Magistrat GAA

VO (EU) Nr. 517/2014

Anlage (zu § 1)

Zuständige Behörde	Art. 6 Abs. 2 Satz 4	Entgegennahme von Aufzeichnungen	GAA
	Art. 6 Abs. 3	Anfordern von Aufzeichnungen	GAA
	Art. 19 Abs. 6 Satz 4	Anfordern des Prüfberichts	GAA

VO (EU) 2017/852

Zuständige Behörde	Art. 12 Abs. 1	Entgegennahme von Mitteilungen a) in Bremen b) in Bremerhaven	 SUBV Magistrat
	Art. 14 Abs. 4	Entgegennahme und Weiterleitung von Verzeichnissen	SUBV

Anlage (zu § 1)

Abkürzungsverzeichnis

ChemBiozidMeldeV	Biozid-Meldeverordnung
ChemG	Chemikaliengesetz
ChemKlimaschutzV	Chemikalien-Klimaschutzverordnung
ChemOzonSchichtV	Chemikalien-Ozonschichtverordnung
ChemVerbotsV	Chemikalien-Verbotsverordnung
ChemVOCFarbV	Lösemittelhaltige Farben- und Lack-Verordnung
GAA	Gewerbeaufsicht des Landes Bremen
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GLP	Gute Laborpraxis i. S. d. § 19a ChemG
LMTVet	Lebensmittelüberwachungs-, Tierschutz- und Veterinärdienst des Landes Bremen
Magistrat	Magistrat der Stadt Bremerhaven
SWGV	Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
SUBV	Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr
VO (EG) Nr. 648/2004	Verordnung (EG) Nr. 648/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über Detergenzien
VO (EG) Nr. 850/2004	Verordnung (EG) Nr. 850/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über persistente organische Schadstoffe und zur Änderung der Richtlinie 79/117/EWG
VO (EG) Nr. 1907/2006	Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zur Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung chemischer Stoffe (REACH), zur Schaffung einer Europäischen Chemikalienagentur, zur Änderung der Richtlinie 1999/45/EG und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 793/93 des Rates, der Verordnung (EG) Nr. 1488/94 der Kommission, der Richtlinie 76/769/EWG des Rates sowie der Richtlinien 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/EG und 2000/21/EG der Kommission
VO (EG) Nr. 1272/2008	Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen, zur Änderung und Aufhebung der Richtlinien 67/548/EWG und 1999/45/EG und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006
VO (EG) Nr. 1005/2009	Verordnung (EG) Nr. 1005/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 über Stoffe, die zum Abbau der Ozonschicht führen

Anlage (zu § 1)

VO (EU) Nr. 528/2012	Verordnung (EU) Nr. 528/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 über die Bereitstellung auf dem Markt und die Verwendung von Biozidprodukten
VO (EU) Nr. 649/2012	Verordnung (EU) Nr. 649/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. Juli 2012 über die Aus- und Einfuhr gefährlicher Chemikalien
VO (EU) Nr. 517/2014	Verordnung (EU) Nr. 517/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2014 über fluorierte Treibhausgase und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 842/2006
VO (EU) 2017/852	Verordnung (EU) 2017/852 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Mai 2017 über Quecksilber und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1102/2008
WRMG	Wasch- und Reinigungsmittelgesetz

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
Abteilung 4 – Gesundheit und Verbraucherschutz/ Ref. 41

Sascha Marcus Uecker
Tel.: 10775
17.04.2019

Vorlage VL-276/2019

X ÖFFENTLICH **NICHT ÖFFENTLICH UND VERTRAULICH**

Beratungsfolge	Termin	Beratungsaktion
Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz	26.04.2019	Zustimmung

Titel der Vorlage
Landesmittel zur Ko-Finanzierung eines Vorhabens im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds

Vorlagentext

Lfd. Nr. L-199-19

A. Problem

Der Senat hat in seiner Sitzung am 18.10.2016 beschlossen, dass die Einrichtung eines perinatalen Zentrums am Klinikum Bremen-Mitte durch die räumliche Zusammenführung der Neonatologie Level 1 und 2 des Klinikums Links der Weser und Neonatologie Level 2 des Klinikums Bremen-Nord mit der Pädiatrie am Standort Klinikum Bremen-Mitte realisiert werden soll.

Nachdem das Bundesversicherungsamt (BVA) im Rahmen einer Vorprüfung die Förderfähigkeit des Projektes im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds signalisiert hatte, wurde es in das Krankenhausinvestitionsförderprogramm 2017, das die Deputation am 29.08.2017 beraten und beschlossen hat, aufgenommen.

Im November 2017 erfolgte der erste Förderbescheid des BVA an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, zu dessen Umsetzung am 20.12.2017 der Förderbescheid von der SWGV an die Gesundheit Nord gGmbH für Baumaßnahmen des beantragten Projektes erlassen wurde.

Nach § 5 der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung - KHSFV) erfolgt in einem zweiten Verfahren eine

Nachverteilung der Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds, die bis zu einem festgelegten Stichtag von den Ländern nicht abgerufen wurden.
Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz beantragte im Rahmen eines vom BVA durchgeführten Nachverteilungsverfahrens weitere Fördermittel zur Förderung der Medizintechnik der Neonatologie am Klinikum Bremen Mitte. Vom BVA wurden daraufhin 842.305,60 Euro für die Medizintechnik bewilligt. Auch für diese Fördermittel muss auf Landesebene eine Ko-Finanzierung in derselben Höhe aufgebracht werden. Die Gesundheit Nord gGmbH ist bereit, von der Ko-Finanzierung die Hälfte zu tragen, so dass das Land eine Ko-Finanzierung in Höhe von 421.152,8 Euro aufbringen muss. Unter Beachtung noch zur Verfügung stehenden Landesfördermittel werden weitere 160.579,44 Euro benötigt.

B. Lösung

Um die durch das BVA beschiedenen Fördermittel gesetzeskonform verwenden zu können, stellt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in diesem Jahr weitere 160.579,44 Euro als Ko-Finanzierung der Bundesfördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds im Rahmen einer Nachbewilligung zur Verfügung.

C. Alternativen

Eine Finanzierung über die Senatorin für Finanzen ist nicht möglich. Ohne eine Ko-Finanzierung durch das Land ist davon auszugehen, dass die Bundesfördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds (anteilig) an das BVA zurückgezahlt werden müssen.

D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz stellt die erforderlichen finanziellen Mittel in Höhe von 160.579,44 Euro im Rahmen einer Nachbewilligung zugunsten der Haushaltsstelle 0520/ 891 50-1 (Strukturfonds für Krankenhäuser) zur Verfügung.
Die Deckung erfolgt durch Einsparungen bei der Haushaltsstelle 0501/685 13-5 (Zuschüsse für das Krebsregister). Eine abteilungsinterne Prüfung hat ergeben, dass die für das Krebsregister veranschlagten Haushaltsmittel aufgrund eines Sonderfalls in diesem Jahr nicht im vollen Umfang benötigt werden.

E. Beteiligung / Abstimmung

Die Abstimmung mit der Senatorin für Finanzen ist erfolgt.

F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Geeignet.

Beschlussempfehlung

1. Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Mehrbedarf beim Krankenhausstrukturfonds zur Kenntnis und stimmt der aufgezeigten Finanzierung zu.

2. Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz bittet die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Abstimmung mit der Senatorin für Finanzen, die Nachbewilligung durch den Haushalts- und Finanzausschuss zu erwirken.