

*Mitteilung des Senats vom 9. Januar 2007*

*Gesundheit der Bevölkerung im Land Bremen*

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 16/1192 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Wie stellt sich die Gesundheit der Bevölkerung im Lande Bremen im Vergleich zu Deutschland dar?

Als Indikator für die Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung gilt die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, das heißt die Antwort auf die Frage: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Gesundheit mit der zum Beispiel durch ärztliche Diagnosestellung objektivierten Morbidität.

Im Jahr 2004 wurde im Land Bremen eine Bevölkerungsumfrage durchgeführt, die auch diese Frage beinhaltete. Die Umfrage wurde initiiert vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) umgesetzt. Etwa 10.000 Bremerinnen und Bremer wurden angeschrieben mit der Bitte, Fragen rund um das Thema „Gesundheit“ zu beantworten (Schwerpunkt: gesundheitliche Information und Beratung). Mit einem Rücklauf von knapp 40 % lag die Beteiligung erfreulich hoch.

Bei der Frage nach der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes antworteten etwa 80 % der Bremerinnen und Bremer, ihr Gesundheitszustand sei gut bzw. sehr gut, 20 % bewerteten ihre Gesundheit als weniger gut bzw. schlecht.

Damit unterscheidet sich die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Bremer Bevölkerung insgesamt nicht von der Situation in Deutschland. Kleinere Differenzen gibt es bei den Einschätzungen „ausgezeichnet oder sehr gut“ und „gut“, marginale Unterschiede bei den Einschätzungen „weniger gut oder schlecht“.

Ein differenzierter Vergleich nach Alter und Geschlecht zeigt einige kleinere Differenzen: So sind beispielsweise die Anteile derer, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bewerten, in den höheren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern in Deutschland größer als in Bremen.

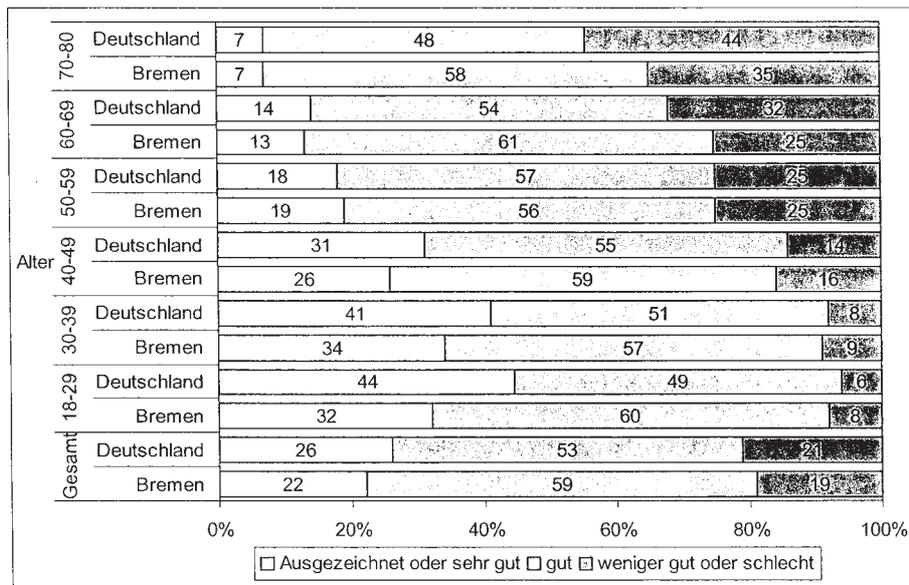


Abbildung 1: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Alter – Land Bremen und Deutschland im Vergleich – Frauen (Angaben in %) N = 1.990 Frauen aus Bremen, 5.359 Frauen aus Deutschland, Quelle: Gesundheitsmonitor Welle 5, 2003 bis 2004.

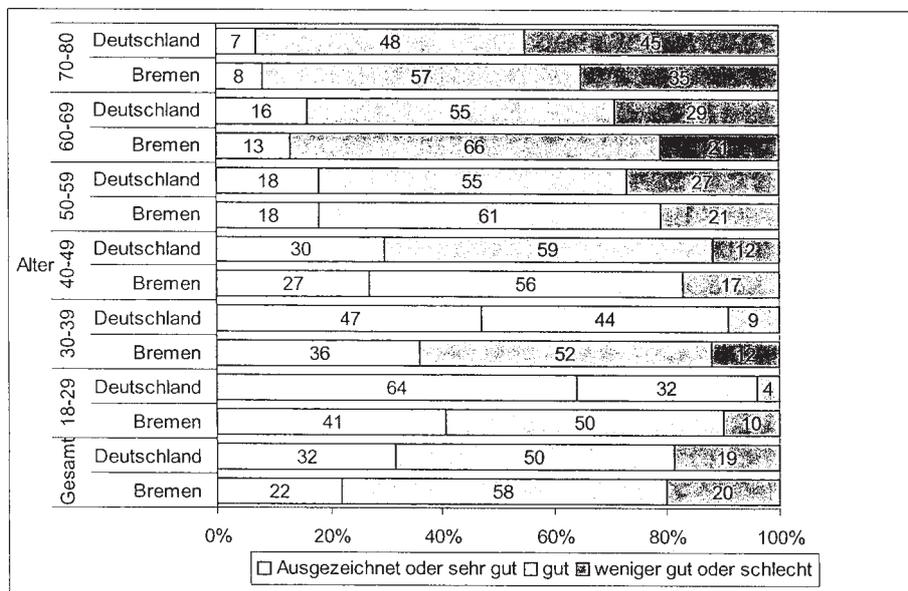


Abbildung 2: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Alter – Land Bremen und Deutschland im Vergleich – Männer (Angaben in %) N = 1.465 Männer aus Bremen, 5.128 Männer aus Deutschland, Quelle: Gesundheitsmonitor Welle 5, 2003 bis 2004.

Erwartungsgemäß wird mit zunehmendem Alter der Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt – die Bewertung ist aber dennoch vergleichsweise positiv. Etwa zwei Drittel der 70- bis 80-Jährigen meint, ihr Gesundheitszustand sei gut bzw. sehr gut.

Beim Vergleich der Einschätzungen nach Geschlecht wird deutlich, dass in Deutschland Männer ihre Gesundheit etwas besser bewerten als Frauen. In Bremen ist dies nicht so, hier gibt es lediglich geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern (über alle Altersgruppen hinweg betrachtet).

Im Hinblick auf das Vorliegen chronischer Erkrankungen sind die Unterschiede zu Deutschland gering:

Die häufigste chronische Krankheit im Land Bremen wie auch in Deutschland ist Bluthochdruck (Hypertonie). In Deutschland leiden 23 % der Männer und 24 % der Frauen daran – in Bremen sind es 22 % der Männer und 20 % der Frauen.

Auf den Rangplätzen zwei und drei folgen „Gelenkverschleiß (Arthrose)“ und „entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen“. Unterschiede zu Deutschland hinsichtlich der Häufigkeit sind auch hier geringfügig.

Chronische Erkrankungen werden im Alter häufiger. So sind bei den über 60-jährigen Frauen im Land Bremen 43 % von Bluthochdruck betroffen, 41 % leiden an Arthrose (Männer: 39 % Bluthochdruck; 27 % Arthrose).

In jüngeren Jahren sind Allergien die häufigsten chronischen Erkrankungen. Etwa 12 % der unter 40-Jährigen in Bremen leiden daran.

2. Wie hoch ist die Lebenserwartung der männlichen und der weiblichen Bevölkerung in Bremen und Bremerhaven?

Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter noch leben würde, wenn die gegenwärtigen altersspezifischen Mortalitätsraten für den Rest seines Lebens unverändert blieben. Für Bremen und Bremerhaven wurden folgende Lebenserwartungen in Jahren berechnet:

Tabelle 1: Lebenserwartung ab Geburt im Regionalvergleich

	Männer	Frauen
Stadt Bremen	75,5	81,7
Stadt Bremerhaven	74,7	81,0
Land Bremen	75,1	81,2

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen; Sterbetafelnberechnung 2003 bis 2005.

Wie in der Tabelle ersichtlich, ist die Lebenserwartung in der Stadt Bremerhaven bei beiden Geschlechtern geringfügig niedriger als in der Stadt Bremen (Differenz Männer - 0,8; Frauen: - 0,7).

Im Vergleich mit den anderen 15 Ländern steht das Land Bremen an elfter Stelle. Die Lebenserwartung im Land Bremen liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt.

Tabelle 2: Lebenserwartung in Bremen und Deutschland

	Land Bremen	Deutschland	Differenz
Männer	75,1	76,2	- 1,1
Frauen	81,2	81,8	- 0,6

Quelle: Statistisches Bundesamt; Sterbetafelnberechnung 2003 bis 2005.

3. Wie hat sich die vorzeitige Sterblichkeit in Bremen und Bremerhaven in den vergangenen Jahren entwickelt? Gibt es Unterschiede zur bundesweiten Entwicklung?

Unter dem Begriff „vorzeitige Sterblichkeit“ werden definitionsgemäß alle Todesfälle vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres verstanden. Dieser Altersgruppe wird bei der Beurteilung der Sterblichkeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da hier auf Gesundheitsrisiken und mögliche Präventionspotenziale hingewiesen wird. Die vorzeitige Sterblichkeit kann ihre Ursache in Unfällen, Erkrankungen, Umweltbelastungen, gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen, aber auch im persönlichen risikobehafteten und in wenig gesundheitsförderlichem Verhalten haben.

Im Zeitraum 2000 bis 2004 entfielen im Land Bremen<sup>1)</sup> 21,5 % aller Sterbefälle (ICD-10: A00-T98) in die Kategorie „vorzeitige Sterblichkeit“. Bei Männern liegt der Anteil vor dem 65. Lebensjahr Verstorbener mit 30,7 % deutlich über dem Anteil bei Frauen (13,3 %).

Die Rate der vorzeitigen Sterblichkeit liegt im Land Bremen im beobachteten 5-Jahreszeitraum sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich über der Rate für Deutschland (Abbildung 3).

Bundesweit ist bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit zu erkennen. Im Land Bremen ist dieser Trend nicht so deutlich ausgeprägt.

Ein Regionalvergleich der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zeigt für Männer in Bremerhaven im Zeitraum 2000 bis 2003 eine deutlich höhere Rate als

<sup>1)</sup> Die Daten zur Mortalität im Land Bremen stammen aus der amtlichen Todesursachenstatistik, veröffentlicht durch das Statistische Landesamt sowie aus dem Bremer Mortalitätsindex. Die Daten zur Mortalität in Deutschland stammen aus der Datenbank des Informationssystems für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) und vom Statistischen Bundesamt.

für Männer in der Stadt Bremen. Die Abnahme der Sterblichkeit ist in Bremerhaven aber besonders ausgeprägt, so dass im Jahr 2004 die vorzeitige Sterblichkeit in Bremerhaven bei Männern auf dem Niveau der Stadt Bremen liegt. Bei Frauen entwickelt sich die Rate der vor dem 65. Lebensjahr Verstorbenen vom Sterbejahr 2003 zum Jahr 2004 scheinbar konträr zum Bundestrend; insbesondere in Bremerhaven ist ein deutlicher Anstieg der Rate erkennbar. Die stark erhöhte Rate in Bremerhaven darf jedoch nicht uneingeschränkt als eine starke Zunahme der vorzeitigen Sterblichkeit bei dort lebenden Frauen interpretiert werden. Vielmehr kann die niedrige Zahl der absoluten Sterbefälle (Jahr 2003: 89 Frauen; Jahr 2004: 109 Frauen) zu zufallsbedingten Schwankungen im Zeitverlauf führen.

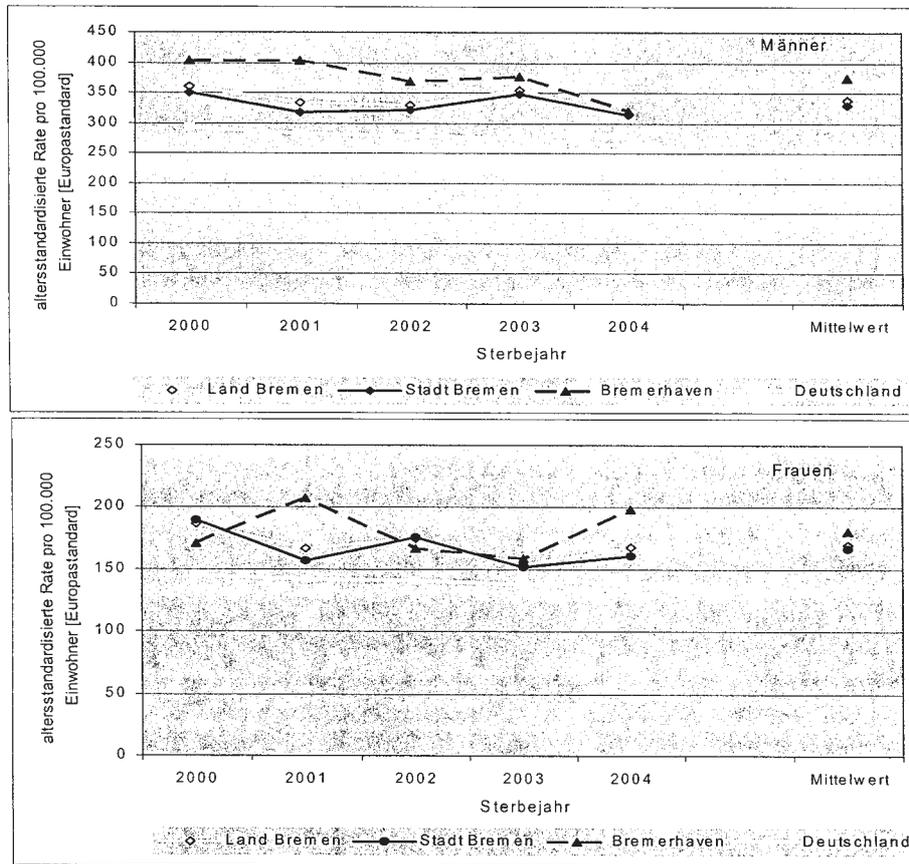


Abbildung 3: Altersstandardisierte Mortalitätsraten (Europastandard) zur vorzeitigen Sterblichkeit (A00-T98) bei Männern und Frauen; Vergleich: Land Bremen, Stadt Bremen, Bremerhaven und Deutschland im Zeitverlauf 2000 bis 2004.

Eine weitere Kennziffer im Zusammenhang mit vorzeitiger Sterblichkeit ist die so genannte vermeidbare Sterblichkeit. Der Indikator beinhaltet Todesursachen, die nach dem Stand des medizinischen Wissens in der jeweiligen Altersgruppe ganz oder zumindest zum Teil als vermeidbar gelten. Vermeidbare Sterbefälle sind nicht nur ein Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie spiegeln auch die Inanspruchnahme und die Qualität der medizinischen Versorgung bzw. die Effektivität von Maßnahmen der Prävention wider. Daher werden sie hier ergänzend aufgeführt. Nach Vorschlägen einer EU-Arbeitsgruppe werden acht Todesursachen zu dieser Gruppe gezählt (Tabelle 3):

Tabelle 3: Todesursachen der Gruppe der vermeidbaren Sterblichkeit

Krankheitsart	ICD-10	Alter
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und der Lunge	C33 - C34	15 bis 64 Jahre
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	C50	25 bis 64 Jahre
Bösartige Neubildung der Cervix uteri (Gebärmutterhals)	C53	15 bis 64 Jahre
Ischämische Herzkrankheiten	I20 - I25	35 bis 64 Jahre
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	I10 - I15 und I60 - I69	35 bis 64 Jahre

Krankheitsart	ICD-10	Alter
Krankheiten der Leber	K70 - K77	15 bis 74 Jahre
Transportmittelunfälle, inner- und außerhalb des Verkehrs	V01 - V99	alle Altersgruppen
Perinatale Sterbefälle, Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene	A00 - T98	

Von den acht Todesursachen der Kategorie „vermeidbare Sterbefälle“ werden im folgenden Abschnitt jeweils die drei häufigsten Ursachen bei Männern und Frauen detaillierter dargestellt. Diese sind in abnehmender Häufigkeit bei Frauen Brustkrebs, ischämische Herzkrankheiten und Lungenkrebs und bei Männern ischämische Herzkrankheiten, Lungenkrebs und Hypertonie (Tabelle 4).

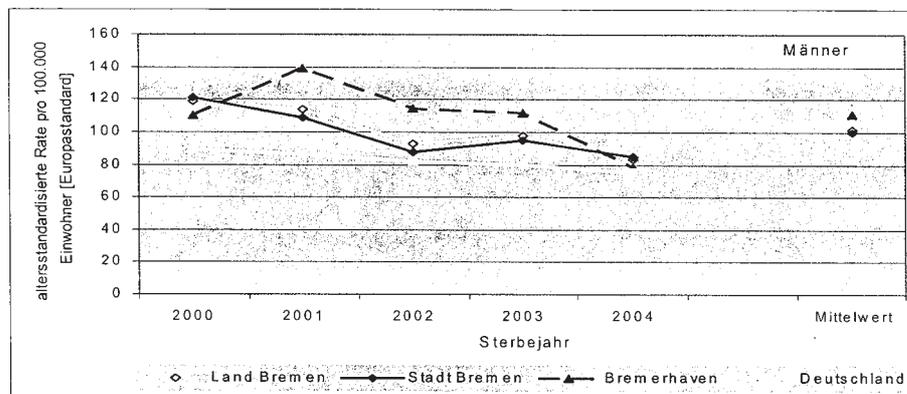
Tabelle 4: Die drei häufigsten Todesursachen der vermeidbaren Sterblichkeit im Land Bremen, getrennt nach Männern und Frauen, gemittelt im Zeitraum 2000 bis 2004

Rangfolge	Männer		Frauen	
	Altersstand. Rate/100.000 gemittelt 2000 bis 2004		Altersstand. Rate/100.000 gemittelt 2000 bis 2004	
1.	Ischämische Herzkrankheiten	101,6	Brustkrebs	28,6
2.	Lungenkrebs	43,8	Ischämische Herzkrankheiten	22,2
3.	Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	29,7	Lungenkrebs	20,0

Anzumerken ist, dass bei den Regionalvergleichen der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven die Bremerhavener Werte häufig große Schwankungen aufweisen. Dies ist in den kleinen Fallzahlen begründet, die bei der Auswertung begrenzter Altersgruppen der vermeidbaren Sterblichkeit größere Auswirkungen haben als bei einer Übersicht über alle Altersgruppen. Aussagen über höhere oder niedrigere Sterblichkeitsraten in Bremerhaven im Vergleich mit dem Land oder Deutschland sind erst dann sinnvoll, wenn sich Trends über mehrere Jahre bestätigen.

Ischämische Herzkrankheiten betreffen als Todesursache hauptsächlich die ältere Bevölkerung (über 65 Jahre). Nur 15 % dieser Sterbefälle fallen in die Alterskategorie der vermeidbaren Sterblichkeit von 35 bis 64 Jahre. Die vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten hat sich im Land Bremen ebenso wie in Deutschland im Zeitverlauf von 2000 bis 2004 bei Männern und Frauen verringert (Abbildung 4). Insgesamt liegt die Mortalitätsrate in diesem Alterssegment bei Männern etwa viermal höher als bei Frauen.

Im Land Bremen liegt die Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten zu Beginn des Beobachtungszeitraums (2000) bei beiden Geschlechtern deutlich über der Rate für Deutschland. Diese Differenz verringert sich bis zum Jahr 2004; insbesondere bei Männern gleichen sich die Raten des Landes Bremen, der Stadtgemeinde Bremen und auch der Stadtgemeinde Bremerhaven am Ende des Zeitraums der Rate in Deutschland an.



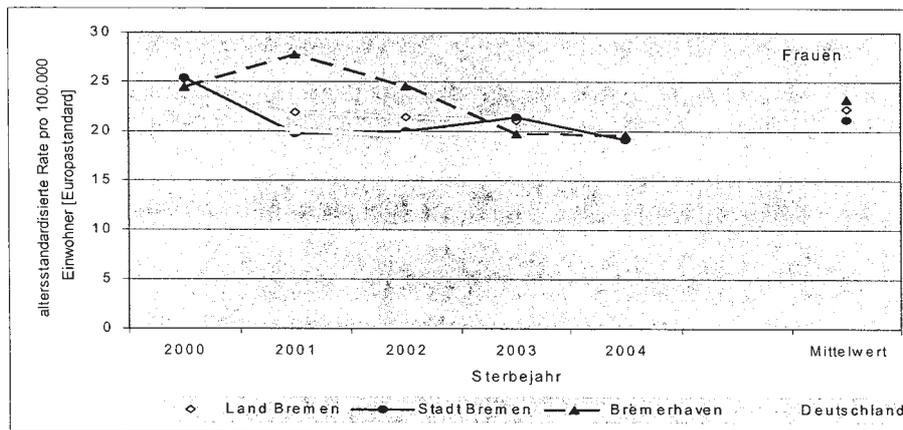


Abbildung 4: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) zur vermeidbaren Sterblichkeit der ischämischen Herzkrankheiten bei Männern und Frauen (35 bis 64 Jahre); Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 2000 bis 2004<sup>2)</sup>.

Die Sterblichkeit an Brustkrebs betrifft in 35 % der Sterbefälle Frauen in der Altersgruppe der vermeidbaren Sterblichkeit von 25 bis 64 Jahren. Insgesamt sinkt die Mortalität, wobei die Raten für Bremen und Deutschland auf sehr ähnlichem Niveau liegen (Abbildung 5). Die starken Schwankungen der Rate für Bremerhaven sind bedingt durch die geringe Zahl der Sterbefälle. Im Zeitraum 2000 bis 2004 verstarben 53 Frauen in Bremerhaven an Brustkrebs (Minimum: vier Frauen/Jahr; Maximum: 16 Frauen/Jahr). Interpretationen sollten sich daher auf die über fünf Jahre gemittelte Rate beschränken. Sie liegt leicht über der gemittelten und fast identischen Rate für das Land Bremen und Deutschland.

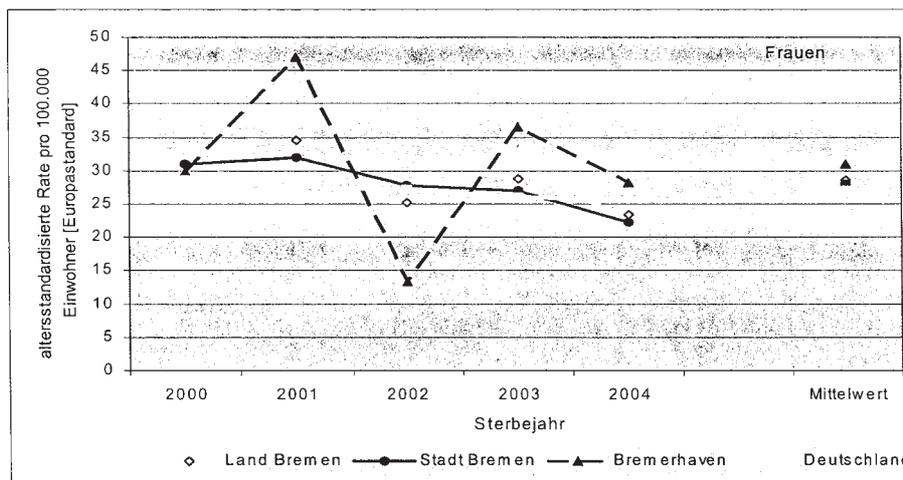


Abbildung 5: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) zur vermeidbaren Sterblichkeit bei Brustkrebs bei Frauen (25 bis 64 Jahre); Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 2000 bis 2004.

Die Sterblichkeit an Lungenkrebs im Land Bremen betraf im 5-Jahreszeitraum in 37 % der Sterbefälle Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Es versterben zwei- bis dreimal mehr Männer als Frauen an dieser Erkrankung. Im Zeitverlauf zeigt sich in Deutschland für Männer eine leichte Abnahme und bei Frauen eine Erhöhung der Mortalität. In Bremen ist bei Frauen ebenfalls ein zunehmender Trend erkennbar – auf höherem Niveau als in Deutschland. Bei den Männern ist in Bremen hingegen keine eindeutige Abnahme – wie im Bundestrend – zu beobachten.

Der Regionalvergleich der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zeigt eine höhere Lungenkrebsmortalität bei Männern in Bremerhaven. Die gemittelte altersstandardisierte Rate liegt mit 51,0/100.000 deutlich über der Rate der Stadt Bremen (42,1/100.000). Dieser regionale Unterschied ist bereits im Gesundheitsbericht 1998 des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz beschrieben worden. Frauen weisen dagegen in Bremerhaven eine niedrigere Lungenkrebssterblichkeit auf als in der Stadt Bremen.

<sup>2)</sup> Zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen. Bei Männern maximal 160 je 100.000, bei Frauen maximal 30 je 100.000.

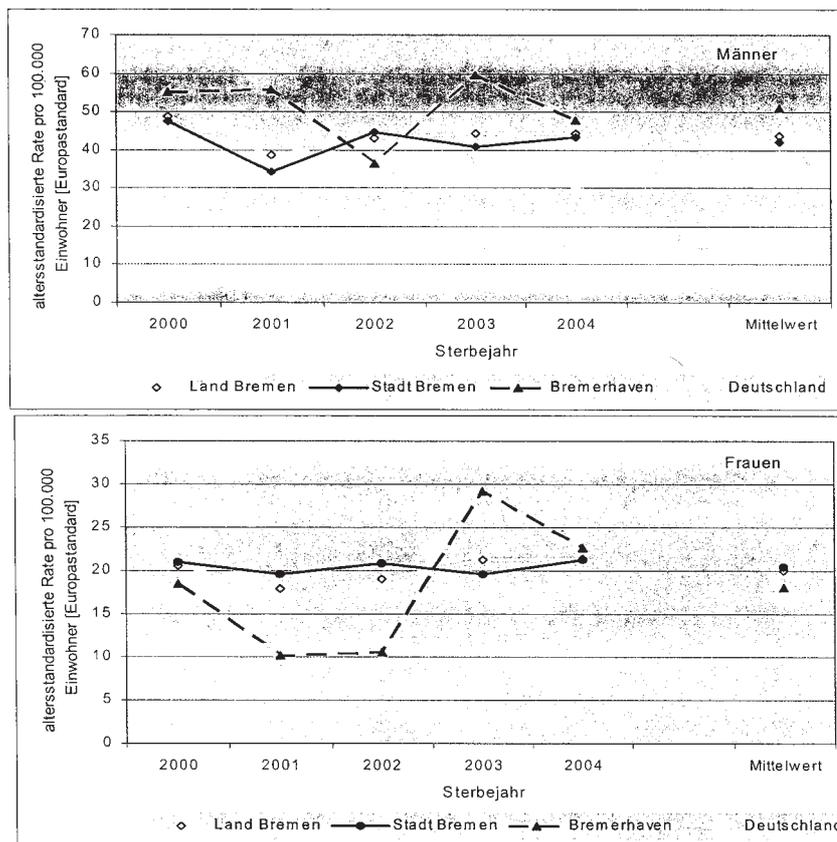


Abbildung 6: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) zur vermeidbaren Sterblichkeit bei Lungenkrebs bei Männern und Frauen (15 bis 64 Jahre); Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf<sup>3)</sup>.

Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen sind vornehmlich in der älteren Bevölkerung als Todesursache zu finden. Nur 17 % der Sterbefälle bei Männern fallen in die Alterskategorie 35 bis 64 Jahre. Bundesweit ist eine Senkung der Sterblichkeit für diese Erkrankungsgruppe zu beobachten. Im Land Bremen und insbesondere in der Stadt Bremen ist dagegen ein starker Anstieg der Mortalität zu erkennen (Abbildung 7). Während die Bremer Rate im Jahr 2000 noch unter der Rate für Deutschland lag, ist im Jahr 2004 im Land Bremen die altersstandardisierte Rate mit 35,6/100.000 deutlich erhöht (Deutschland: 23,7/100.000). In Bremerhaven hat sich dieser negative Trend in den letzten fünf Jahren nicht so stark ausgeprägt. Die gemittelte Sterberate entspricht in Bremerhaven noch der des Bundes.

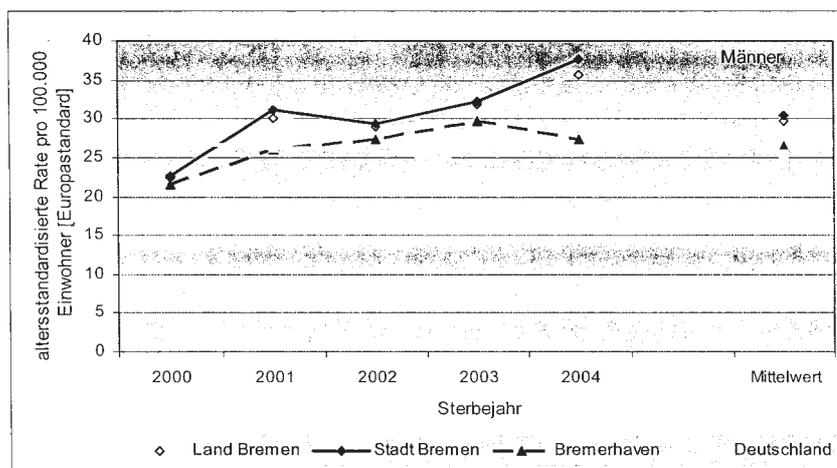


Abbildung 7: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) zur vermeidbaren Sterblichkeit bei Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen bei Männern (35 bis 64 Jahre); Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 2000 bis 2004.

<sup>3)</sup> Zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen. Bei Männern maximal 70 je 100.000, bei Frauen maximal 35 je 100.000.

4. Welche Risikofaktoren für Krankheiten wie z. B. Übergewicht, Rauchen und Bewegungsarmut sind in Bremen und Bremerhaven stärker bzw. schwächer als im Bund ausgeprägt?

Zu den häufigsten vermeidbaren Risikofaktoren für die Entstehung zahlreicher Krankheiten zählen Übergewicht, Rauchen und der Mangel an körperlicher Bewegung. Deshalb stehen sie im Fokus von gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen.

Daten für das Land Bremen wurden im Rahmen der Bevölkerungsbefragung „Gesundheit!“ erhoben (siehe dazu auch Frage 1). Daten für Deutschland stammen aus dem „Gesundheitsmonitor“<sup>4)</sup>.

Für die Bewertung der Regionalvergleiche der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven ist anzumerken, dass insbesondere für Bremerhaven zum Teil kleine Fallzahlen vorliegen, die zu zufallsbedingten statistischen Schwankungen führen können. Für gesicherte Aussagen müssten die Daten mehrerer Jahre einbezogen werden; für Bremen und Bremerhaven stehen derzeit jedoch lediglich Daten aus der Umfrage aus 2004 zur Verfügung.

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) werden nicht nur als Risikofaktoren, sondern mittlerweile auch als chronische Gesundheitsstörungen verstanden. Sie gehen einher mit einer hohen Begleit- und Folgemorbidität und erfordern ein langfristiges Behandlungs- und Betreuungskonzept. Ein praktikables Maß zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas ist der sogenannte Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (BMI = kg/m<sup>2</sup>). Ein BMI zwischen 25 und < 30 kennzeichnet Übergewicht, ab einem BMI von 30 spricht man von Adipositas.

Der Vergleich der Raten übergewichtiger Menschen im Land Bremen mit den Raten in Deutschland zeigt: Die Anteile übergewichtiger Menschen im Land Bremen sind etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt.

Im Land Bremen gelten insgesamt 43 % der Männer als übergewichtig, weitere 13 % als adipös – das sind 56 % der erwachsenen männlichen Bevölkerung. Trotz dieser hohen Raten liegt Bremen damit noch etwas unter dem Bundesdurchschnitt. In Deutschland sind 45 % der Männer übergewichtig und 16 % adipös.

Bei den Frauen sind im Land Bremen 29 % übergewichtig und 13 % adipös. Auch diese Raten liegen leicht unter denen Deutschlands (Deutschland – Frauen: 30 % übergewichtig; 17 % adipös).

Mit dem Alter nehmen die Anteile übergewichtiger oder adipöser Menschen in der Bevölkerung zu. Es ist jedoch zu beachten, dass bereits bei den jungen Erwachsenen jeder vierte Mann in Bremen von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen ist. Bei den Frauen sind es 18 %.

Im Regionalvergleich zeigt sich, dass bei den übergewichtigen Frauen kein eindeutiger Trend erkennbar ist. Die Unterschiede zwischen beiden Stadtgemeinden sind geringfügig. Bei Adipositas weisen die Bremerhavener Frauen in allen Altersgruppen leicht höhere Raten auf als in Bremen. Die größte Differenz ist bei den Frauen in der höchsten Altersgruppe zu beobachten.

---

<sup>4)</sup> Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, Welle 5, 2003 bis 2004.



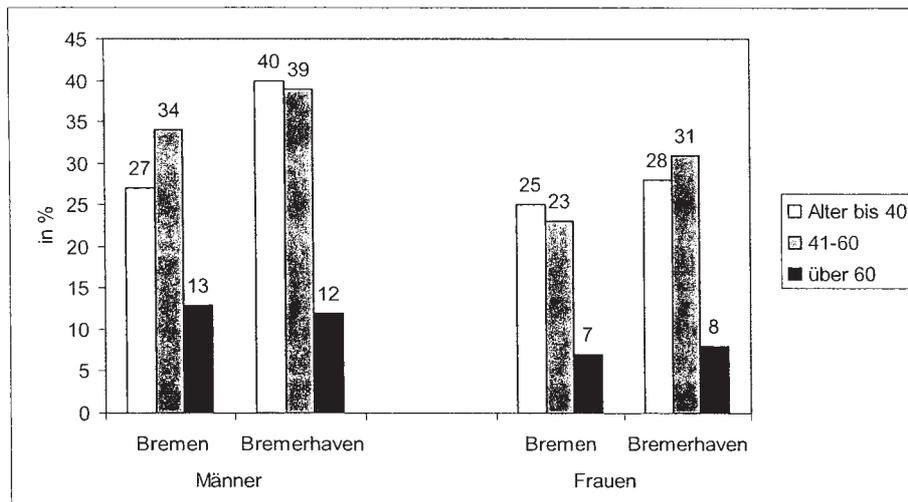


Abbildung 9: Regionalvergleich des Anteils der täglich Rauchenden nach Geschlecht<sup>6)</sup>.

Körperliche Bewegung ist einer der wichtigsten Faktoren, die zur Erhaltung von Gesundheit und Vermeidung von Krankheit beitragen können. Bewegungsmangel ist – neben ungünstiger Ernährung – die bedeutsamste Ursache für Übergewicht und Adipositas.

Dabei ist nicht nur die explizit sportliche Betätigung von Bedeutung, sondern ebenso beruflich bedingte körperliche Bewegung und Alltagstätigkeiten wie Haus- und Gartenarbeit, Radfahren, Treppensteigen etc.

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung „Gesundheit!“ wurde daher auch erhoben, wie häufig und wie lange die Bürgerinnen und Bürger in Bremen körperlich so aktiv sind, dass sie zumindest ein bisschen außer Atem oder ins Schwitzen geraten (z. B. auch Gartenarbeit). Dieser Ansatz erscheint aussagekräftiger für das Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu sein als die eingegrenztere Frage nach der Ausübung von Sport. Allerdings sind aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen keine Vergleiche mit dem Bundesdurchschnitt möglich.

37 % der Männer und 31 % der Frauen im Land Bremen haben angegeben, körperlich sehr aktiv zu sein, d. h. z. B. drei- bis sechsmal pro Woche mehr als eine Stunde oder täglich eine dreiviertel Stunde körperliche Bewegung. Nicht oder nur wenig aktiv sind 29 % der Frauen und 28 % der Männer. Insgesamt konnten keine gravierenden Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

Der Regionalvergleich zeigt, dass sich die Raten körperlich wenig oder gar nicht aktiver Männer zwischen den beiden Stadtgemeinden nicht wesentlich unterscheiden. Lediglich die jungen Männer unter 40 Jahren scheinen sich in Bremerhaven mehr zu bewegen als in Bremen.

Bei den Frauen sind die regionalen Unterschiede ausgeprägter. Insbesondere die jungen Frauen in Bremerhaven weisen eine deutlich höhere Rate körperlicher Inaktivität auf als in Bremen. Eine ähnliche Tendenz ist bei den älteren Frauen zu beobachten. Mit 38 % ist der Bewegungsmangel jedoch bei jungen Frauen in Bremerhaven am größten.

<sup>6)</sup> N Männer Bremen = 296, N Männer Bremerhaven = 71; N Frauen Bremen = 317, N Frauen Bremerhaven = 66.

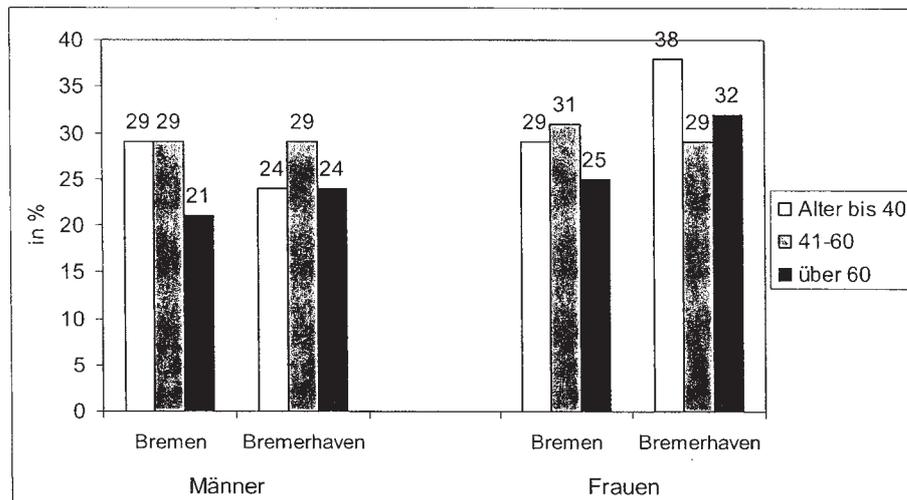


Abbildung 10: Regionalvergleich der Anteile von Männern und Frauen, die wenig oder gar nicht körperlich aktiv sind<sup>7)</sup>.

Die beschriebenen Risikofaktoren treten zum Teil nicht einzeln auf. So ist z. B. Rauchen – vor allem im jüngeren und mittleren Alter – selten der einzige Risikofaktor, sondern tritt vor allem gleichzeitig mit wenig Bewegung auf. Erwartungsgemäß ist auch Übergewicht/Adipositas häufig mit wenig Bewegung verbunden.

Bei den Frauen liegen in etwa 3 bis 6 % der Fälle (je nach Alter) alle drei Risikofaktoren gleichzeitig vor. Bei den Männern liegen die Werte zwischen 6 und 17 %. Die höchsten Werte weisen Männer mittleren Alters auf. Dort bewegt sich jeder sechste Mann zu wenig, raucht und ist zudem übergewichtig bzw. adipös.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedeutung von Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht/Adipositas sollte es eine Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung sein, im Sinne eines Monitorings das Vorliegen der beschriebenen Risikofaktoren in der Bremer Bevölkerung weiter mit Daten zu belegen. Ein Kausalzusammenhang zwischen den ergriffenen Maßnahmen (z. B. zum Nichtraucherschutz) und den Risikofaktoren wird nicht unmittelbar herzustellen sein, jedoch die Kenntnis darüber ist ein wichtiger Baustein für die Planung weiterer Aktivitäten.

5. Zeigt sich auch im Land Bremen ein Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und sozialer Benachteiligung? Gibt es im Land Bremen Unterschiede zur bundesweiten Entwicklung?

Der Zusammenhang zwischen sozialstrukturellen Merkmalen und Erkrankungsrisiken (Morbidität) bzw. Sterblichkeit (Mortalität) ist in der Sozialmedizin hinreichend belegt. Demnach haben Menschen mit niedrigem sozialen Status z. T. deutlich höhere Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken. Für die Stadt Bremen konnten die beiden bisher erschienenen Landesgesundheitsberichte 1992 und 1998 sowie eine im Juli 2006 publizierte Studie des Bremer Gesundheitsamtes die Abhängigkeit der Sterberaten vom Sozialstatus der Bevölkerung klar belegen. In den Ortsteilen der Stadt Bremen mit besonderen sozialen Problemlagen ist die Sterblichkeit wesentlich höher als in den besser gestellten Vierteln. Je nach Todesursache betragen die Unterschiede bis zu mehr als das Doppelte.

Diese Befunde stehen im Einklang mit den Ergebnissen ähnlicher Analysen aus anderen Großstädten.

Siehe dazu auch Antwort auf Frage 11.

6. Wie unterscheidet sich die Entwicklung der psychischen Krankheiten zur bundesweiten Entwicklung?

In Deutschland wurde die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen erstmals im Bundesgesundheitsurvey 1998 und im daran angeschlossenen Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ detailliert erhoben. Dabei wurden drei Erkrankungsgruppen betrachtet:

7) N Männer Bremen = 316, N Männer Bremerhaven = 63; N Frauen Bremen = 483, N Frauen Bremerhaven = 97.

- Affektive Störungen (hierzu zählen z. B. Depressionen),
- somatoforme Störungen, die durch das Auftreten körperlicher Symptome mit psychischer Ursache gekennzeichnet sind und
- Angststörungen.

Auswertungen auf regionaler Ebene hierzu wurden nicht vorgenommen. Daher kann hier kein Vergleich zwischen Bremen und Deutschland erfolgen.

Des Weiteren gibt es Statistiken, die psychische Erkrankungen erfassen. Dazu zählen z. B. die Krankenhausstatistik oder die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch Krankenkassen (vergleiche z. B. den DAK-Gesundheitsreport 2005 mit Schwerpunkt Angst und Depressionen). Diese Statistiken lassen jedoch gesicherte Angaben über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nicht zu.

So wurde beispielsweise bei der Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten eine Zunahme psychischer Erkrankungen festgestellt. Es liegen aber keine epidemiologischen Daten darüber vor, ob es sich um eine reale Zunahme oder um eine vermehrte Diagnosenstellung aufgrund einer höheren Versorgungsdichte mit Fachärzten und Psychotherapeuten handelt.

7. Wie entwickelte sich die Sterblichkeit von Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen im Lande Bremen? Gibt es hierbei signifikante Unterschiede zur bundesweiten Entwicklung?

Herz-Kreislauferkrankungen sind die häufigsten Todesursachen in Deutschland. Ihre Entstehung wird durch Risikofaktoren begünstigt, die sich vor allem auf die individuelle Lebensweise zurückführen lassen wie z. B. Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel.

Herz-Kreislauferkrankungen (I00-I99) treten bei Männern fast doppelt so häufig als Todesursache auf wie bei Frauen (Abbildung 11). Im Zeitverlauf ist bei beiden Geschlechtern eine Senkung der Sterblichkeit eingetreten; der Trend ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Im Land Bremen unterscheiden sich die altersstandardisierten Mortalitätsraten bei Männern nicht von den Raten in Deutschland; bei Frauen liegen die Raten in Bremen leicht unter den Raten des Bundes.

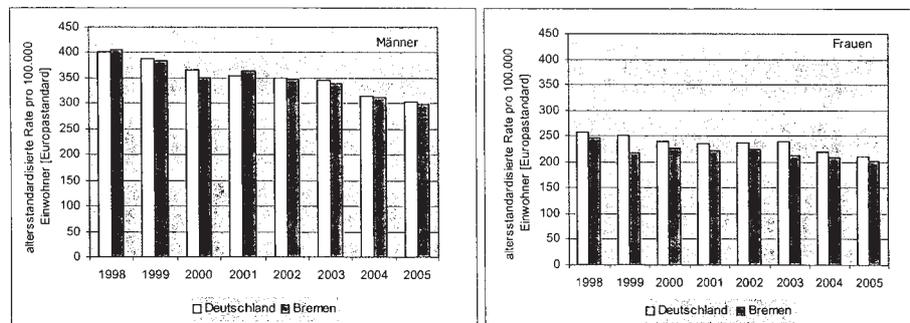


Abbildung 11: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Herz-Kreislauferkrankungen (I00-99) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Die drei häufigsten Entitäten bei den Herz-Kreislauferkrankungen sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen ischämische Herzkrankheiten (I20-25), zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-69) und sonstige Formen der Herzkrankheiten (I30-52).

Bei den ischämischen Herzkrankheiten, die fast die Hälfte aller Herzkreislauf-Sterbefälle beinhalten, spiegeln sich die Trends der Hauptgruppe deutlich wider. Die Mortalitätsraten im Land Bremen liegen hierbei jedoch deutlich unter denen des Bundes (Abbildung 12).

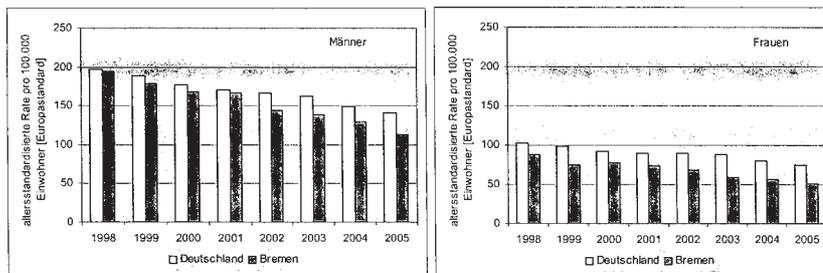


Abbildung 12: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei ischämischen Herzkrankheiten (I20-25) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen weist im Land Bremen im Vergleich zu Deutschland erheblich niedrigere Raten auf (Abbildung 13). Diese Gruppe von Erkrankungen wird jedoch sehr stark durch die Hypertonie, welches die vierthäufigste Todesursache bei den Herz-Kreislaufkrankungen darstellt, mit bedingt – und z. T. auch so kodiert. Um den Effekt eines möglicherweise unterschiedlichen Kodierverhaltens bei den Todesbescheinigungen auszuschließen, werden beide Todesursachen zusammen abgebildet.

Bei den zerebrovaskulären Erkrankungen ist in Deutschland bei beiden Geschlechtern eine Senkung der Mortalitätsraten im Zeitverlauf von 1998 bis 2005 zu beobachten; der Anteil der Sterblichkeit an Hypertonie ist relativ konstant. Im Land Bremen hat sich dagegen der Anteil der Sterbefälle mit einer Hypertonie als Todesursache deutlich im Zeitverlauf erhöht. Bei Männern im Land Bremen führte dies fast zu einer Angleichung der zusammengefassten Sterberaten an die Raten des Bundes. Frauen weisen dagegen im Land Bremen weiterhin eine niedrigere Mortalität auf bei zerebrovaskulären Erkrankungen und Hypertonie im Vergleich zu Deutschland.

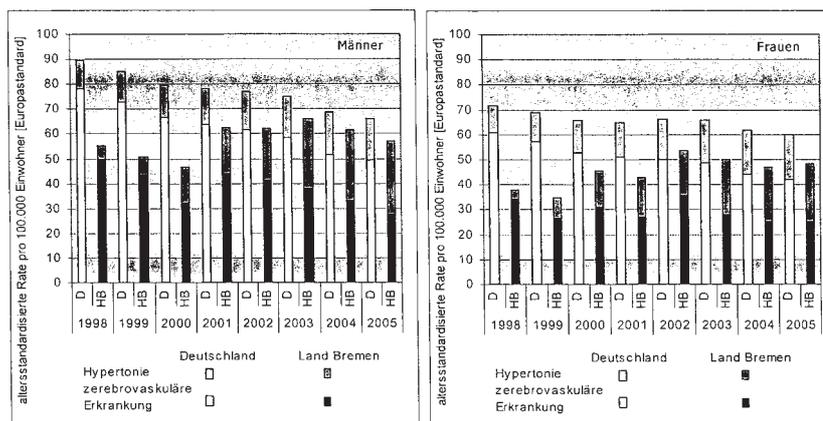


Abbildung 13: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei zerebrovaskulären Krankheiten (I60-69) und Hypertonie (I10-15) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Für die sonstigen Herzkrankheiten zeichnet sich weder für die deutschlandweiten Raten noch für die Raten im Land Bremen ein klarer Zeittrend ab (Abbildung 14). Die Raten weisen bei beiden Geschlechtern im beobachteten 8-Jahres-Intervall Schwankungen auf. Die Sterblichkeit liegt im Land Bremen tendenziell über der Mortalität des Bundes.

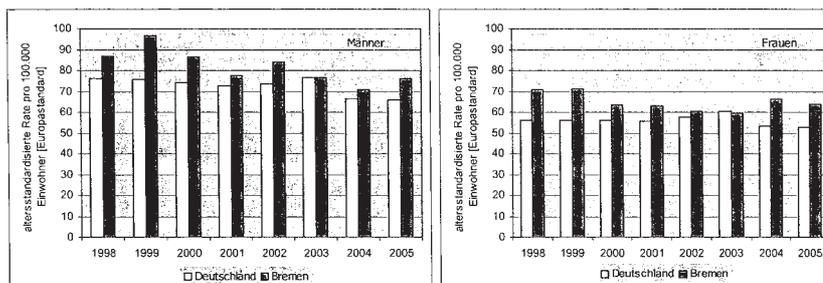


Abbildung 14: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei sonstigen Formen der Herzkrankheiten (I30-52) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Die Krebssterblichkeit (Krebs gesamt C00-97) ist bundesweit in den vergangenen acht Jahren rückläufig. Bei Männern ist dieser Trend stärker ausgeprägt als bei Frauen. Die Sterberaten im Land Bremen weisen nur geringe Unterschiede zu den Raten des Bundes auf (Abbildung 15). Insgesamt liegen die altersstandardisierten Raten bei Männern deutlich über den Raten der Frauen.

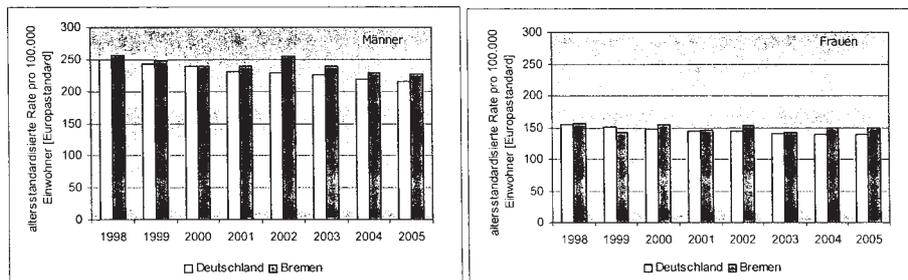


Abbildung 15: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Krebserkrankungen (C00-97) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Die drei häufigsten Todesursachen in der Krebsmortalität sind in abnehmender Häufigkeit bei Männern Lungenkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs und bei Frauen Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs.

Die Sterblichkeit an Lungenkrebs lässt bei Männern in Deutschland und im Land Bremen einen rückläufigen Trend erkennen (Abbildung 16). Bei Frauen ist dagegen, zwar auf deutlich niedrigerem Niveau, ein Anstieg der Mortalität zu verzeichnen. Bei beiden Geschlechtern liegen die Raten in Bremen über den Raten des Bundes.

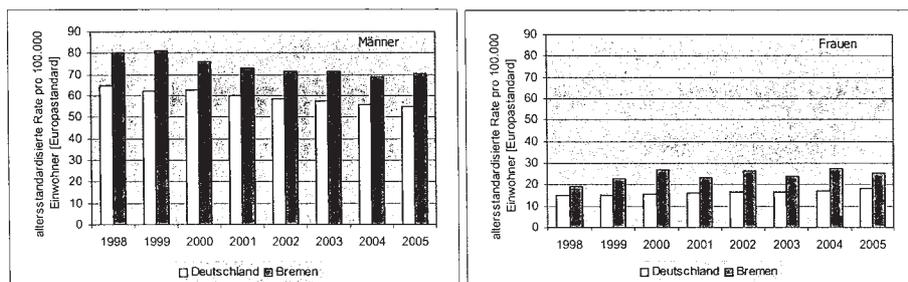


Abbildung 16: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Lungenkrebs (C33-34) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Bei Krebserkrankungen des Darms ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der Mortalität zu verzeichnen (Abbildung 17). Die Mortalitätsraten bei Männern liegen leicht über den Sterberaten der Frauen. Im Land Bremen liegen die altersstandardisierten Raten bei Männern über den gesamten Zeitraum deutlich unterhalb der bundesweiten Raten. Dieser Effekt ist bei Frauen auch im letzten Drittel des Beobachtungszeitraums erkennbar.

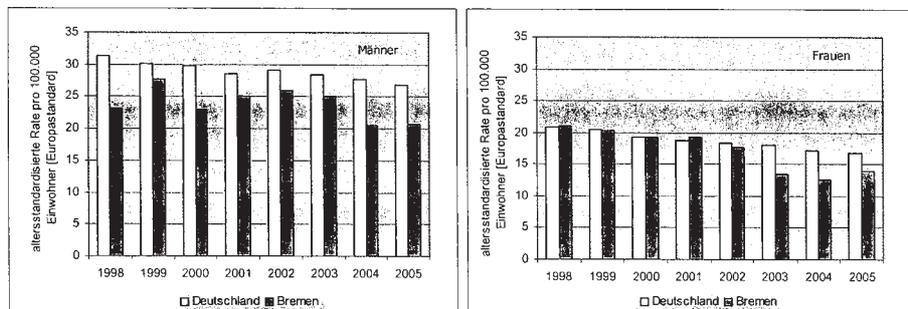


Abbildung 17: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Darmkrebs (C18-21) bei Männern und Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

Die Sterblichkeit an Prostatakrebs weist in Deutschland und im Land Bremen einen rückläufigen Trend auf (Abbildung 18). Die Sterberaten liegen im Land Bremen unter den Raten für Deutschland.

Deutschlandweit ist ein leichter Rückgang der Sterblichkeit an Brustkrebs zu verzeichnen (Abbildung 19). Die Raten im Land Bremen lassen trotz der Schwankungen eine leichte Reduktion erkennen und liegen tendenziell leicht über den Raten für Deutschland. Im Zeitraum 2000 bis 2004 liegt die gemittelte altersstandardisierte Rate im Land Bremen bei 29,0 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnern und in Deutschland bei 27,3 Sterbefällen pro 100.000 Bevölkerung.

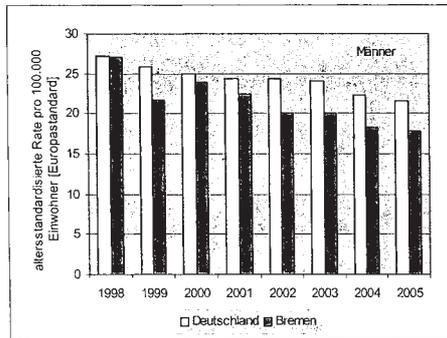


Abbildung 18: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Prostatakrebs (C61) bei Männern, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

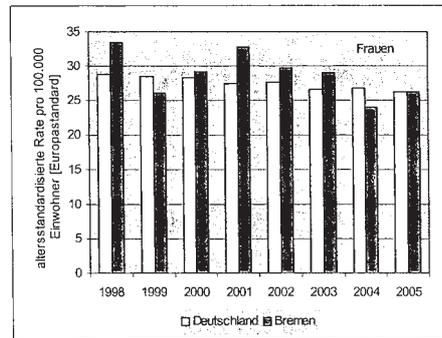


Abbildung 19: Altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europastandard) bei Brustkrebs (C50) bei Frauen, Vergleich Land Bremen und Deutschland im Zeitverlauf 1998 bis 2005.

8. Wie werden Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, primäre Präventionsmaßnahmen und Zahnprophylaxe im Land Bremen wahrgenommen? Zeigen sich dabei Unterschiede nach sozialstatistischen Variablen?

Daten zu der Teilnahme Früherkennungsuntersuchungen im Zusammenhang mit sozialstatistischen Variablen wurden im Rahmen der Bevölkerungsbefragung „Gesundheit!“ im Land Bremen erhoben. Dabei wurde nach den von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Untersuchungen gefragt. Derzeit zählen folgende Untersuchungen dazu:

Tabelle 5: GKV-finanzierte Früherkennungsuntersuchungen

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

In die Auswertung einbezogen wurde die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-up.

Als Indikator für die soziale Lage wurde der höchste Bildungsabschluss verwendet. Dabei zeigen sich keine durchgängigen Ergebnisse, die einem Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und dem Bildungsabschluss nahe legen. Vielmehr haben Analysen aufgezeigt, dass – abgesehen von den klassischen Faktoren wie Alter und Geschlecht – neben der sozialen Lage auch andere Faktoren als Merkmal für die Identifizierung von Zielgruppen eine Rolle spielen.

Die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen weisen von allen drei genannten Maßnahmen die höchsten Teilnahmequoten auf: Etwa 80 % der befragten Frauen und 63 % der befragten Männer haben angegeben, das Angebot regelmäßig wahrzunehmen. Die Ursache für die hohen Raten könnte darin liegen, dass eine unregelmäßige oder gar keine Teilnahme zu geringeren Zuzahlungen bei notwendigem Zahnersatz führen kann.

Beinsgesamt hohen Raten zeigt ein differenzierter Blick, dass Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss weniger regelmäßig teilnehmen. Der Fokus ist dabei

vor allem auf die jüngeren Erwachsenen (unter 40 Jahre) mit niedrigem Bildungsabschluss zu richten: 42 % der Frauen und 55 % der Männer dieser Altersgruppe mit Hauptschulabschluss gaben an, nie oder nur unregelmäßig Zahnvorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Zum Vergleich: Bei Angehörigen mit den höchsten Bildungsabschlüssen nehmen in den Altersgruppen 21 % der Frauen und 40 % der Männer nicht bzw. nicht regelmäßig teil.

Bezieht man weitere sozialstatistische Aspekte ein, lässt sich Verbesserungsbedarf auch bei älteren ledigen und verwitweten Männern sowie nicht erwerbstätigen Männern jüngerer und mittlerer Altersgruppen konstatieren.

Bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hat etwa jeder zweite Bremer Mann angegeben, regelmäßig daran teilzunehmen, jeweils jeder vierte unregelmäßig bzw. nie. Bei den Frauen nehmen 69 % regelmäßig teil, etwa 31 % unregelmäßig bzw. nie.

Die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung lassen vermuten, dass einige Befragte hier entsprechend „sozialer Erwünschtheit“ geantwortet haben. D. h. real dürften die Raten niedriger liegen.

Die Auswertung nach höchstem Bildungsabschluss als Indikator für die soziale Schicht zeigt insgesamt keine unterschiedliche Teilnahme nach Bildungsabschluss. Lediglich die jüngeren Frauen (20 bis 44 Jahre) mit Hauptschulabschluss weisen mit 46 % unregelmäßiger bzw. keiner Teilnahme eine vergleichsweise hohe Rate auf (Frauen der Altersgruppe mit höchstem Abschluss: 29 %).

Bei Einbeziehung weiterer sozialstatistischer Variablen wurden auch allein lebende Männer sowie Männer mittleren Alters, die nicht allein leben, als Gruppen identifiziert, die wenig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Der Gesundheits-Check-up ist eine Untersuchung, die ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre vorgenommen werden kann und der Früherkennung der am häufigsten auftretenden Volkskrankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Diabetes) dienen soll.

Insgesamt haben 56 % der Frauen und 50 % der Männer angegeben, regelmäßig den Gesundheits-Check-up wahrzunehmen. Abrechnungsdaten der Bremer Kassenärztlichen Vereinigung und auch die Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey geben mit einer Quote von 25 % deutlich niedrigere Teilnahmeraten an. Möglicherweise haben die Befragten auch hier mit einer Tendenz zu „sozialer Erwünschtheit“ geantwortet, oder aber sie haben diese Untersuchung mit anderen Routineuntersuchungen verwechselt.

Die Auswertung nach Bildungsabschluss zeigt bei den Männern keine eindeutige Tendenz. Als Gruppen, die wenig oder nicht an diesen Untersuchungen teilnehmen, wurden nicht mehr verheiratete Männer mittlerer und höherer Altersgruppen identifiziert.

Bei den Frauen nehmen Angehörige mit höheren Bildungsabschlüssen weniger teil als Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen, insbesondere im mittleren Alter.

9. Wie wird der Zugang zu vorhandenen gesundheitlichen Informationen im Lande Bremen von den Bürgern beurteilt? Welche Verbesserungsmaßnahmen sind gegebenenfalls seitens des Senats geplant?

Der Zugang und die Kenntnis gesundheitlicher Angebote und Maßnahmen sowie deren Qualität ist ein wesentlicher Faktor, der zur Stärkung der Patientensouveränität beiträgt. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt hierzu fest: „Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können. Der ‚informierte Patient‘ wird bislang unzureichend als eine wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitswesen erkannt. Noch investiert das Gesundheitssystem überwiegend in Experten und ihre technische Ausstattung und nur selten direkt in die Versicherten oder Patienten.“<sup>8)</sup>

<sup>8)</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I, Baden-Baden 2003 – ISBN – 3-8329-0408-5, S. 220 f.

Erkenntnisse über die Zufriedenheit der Bremerinnen und Bremer mit der gesundheitlichen Information und Beratung wurden ebenfalls im Rahmen der Ende 2004 durchgeführten Bevölkerungsumfrage erhoben.

Dabei wurden drei Ebenen gesundheitlicher Versorgung näher betrachtet:

- Ärzte,
- Krankenhäuser und
- gesundheitsbezogene Beratungsstellen.

Im Hinblick auf die Ebene der Ärzte wurde zunächst untersucht, inwieweit genügend Informationen für eine qualitätsorientierte Suche nach einem geeigneten Arzt zu Verfügung stehen. Das Ergebnis: Knapp drei Viertel der Befragungsteilnehmer bewerteten es als schwierig, sich vorab über die fachliche Qualität eines Arztes zu informieren.

Zudem nehmen vier von zehn Befragten große Unterschiede (und weitere vier von zehn einige Unterschiede) zwischen den Ärzten wahr, was den Umgang mit Patienten oder neuere medizinische Fachkenntnisse betrifft. Daraus ist abzuleiten, dass sie aus verschiedenen Alternativen wählen möchten. Andererseits existieren kaum Informationsmöglichkeiten über Ärzte, abgesehen von rudimentären Hinweisen über Zusatzbezeichnungen, Schwerpunkte oder Fremdsprachenkenntnisse.

Hier Verbesserungen zu schaffen, erscheint als sehr wichtig. Denn: Wenn Patienten mit Ärzten nicht zufrieden sind, wechseln sie den Arzt. Insgesamt 25 % der Befragten haben angegeben, dies bereits mehrmals getan zu haben. Dies ist nicht nur für Patienten und Ärzte unbefriedigend, sondern auch teuer für die Kostenträger.

Vielfach gewünscht (90 % der Befragungsteilnehmer) wird ein Ärzte-Verzeichnis mit Tätigkeitsschwerpunkten und Spezialisierungen. Der im Internet zugängliche Bremer Ärztenavigator scheint zum einen nicht ausreichend bekannt zu sein – zum anderen werden von den Befragten detailliertere Angaben gewünscht.

Etwa 70 % hätten gern Informationen über eine Zertifizierung von Ärzten: Vor einigen Jahren wurde ein Konzept einer regelmäßigen Überprüfung ärztlicher Leistungen diskutiert (so genanntes Ärzte-TÜV). Dies wurde von großen Teilen der Ärzteschaft vehement abgelehnt.

In der ärztlichen Sprechstunde fühlen sich viele Befragte gut aufgehoben. 88 % der Patienten fühlen sich fast immer oder meistens von ihrem Arzt ernst genommen, ebenso viele erhalten genug Informationen über Krankheit und Gesundheitszustand, 82 % haben genug Möglichkeiten, Fragen zu stellen, und 81 % erleben den Termin in der Sprechstunde so, dass der Arzt sich genug Zeit nimmt.

Aber es sind auch Defizite feststellbar: 31 % geben an, der Arzt habe sie selten oder fast nie über die Dosierung oder Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt. Ähnlich hoch fällt die Kritik aus, was Hinweise zum Gesundheitsverhalten anbetrifft, also Möglichkeiten der Krankheitsvorbeugung durch Änderungen im Bereich Ernährung, Bewegung, Alkohol- oder Tabakkonsum. Diese Erkenntnisse sind nicht bremenspezifisch, sondern gelten bundesweit.

Auf die Frage, welche Informationsmöglichkeiten über Krankenhäuser für zukünftige Aufenthalte besonders hilfreich wären, wurde am häufigsten ein Gütesiegel für die Behandlung von bestimmten Erkrankungen und Operationen genannt, das von unabhängigen Einrichtungen vergeben wird. Die derzeitigen Berichte über Zertifizierungen scheinen diesen Patientenwunsch nur sehr unzureichend zu erfüllen. Jeder zweite Befragte hätte gern die Ergebnisse von Patientenbefragungen.

Um zu erfahren, wie es um die Informationslage bei gesundheitlichen Fragen und Problemen im weiteren Sinne (z. B. psychosoziale oder Umweltthemen) bestellt ist, wurden verschiedene Problembereiche analysiert.<sup>9)</sup>

Insgesamt bewerteten die Bremer die Informationslage zunächst recht gut. Aber: Wer die beschriebenen Problemsituationen bereits selbst erlebt hat, beurteilt die

<sup>9)</sup> Dazu zählen: Alternative Heilmethoden, Unbedenklichkeit von Medikamenten, Gesundheitsgefahren in Lebensmitteln, Krankheitsfrüherkennung, Probleme in Partnerschaft oder Familie, Probleme mit der Pflege eines Angehörigen.

Informationslage deutlich kritischer. Die größte Diskrepanz ist bei Problemen mit der Pflege von Angehörigen festzustellen. Während lediglich 4 % der Nicht-Betroffenen es als schwierig empfinden, entsprechende Informationen zu bekommen, sind es bei den Betroffenen 36 %, die über eine schwierige und/oder aufwändige Informationssuche klagen.

Eine Möglichkeit, sich über gesundheitliche Themen zu informieren, bieten Beratungsstellen, von denen es in Bremen eine Vielzahl gibt. Etwa 9 % der Befragten haben schon einmal oder mehrfach Beratungsstellen in Anspruch genommen. Am häufigsten wurden Pro Familia, das Gesundheitsamt, die Verbraucherzentrale sowie die Unabhängige Patientenberatung um Rat gefragt. Zusätzlich werden fast 100 weitere Einrichtungen genannt, die aber nur jeweils ein- oder zweimal angeführt werden.

Nur jeder Fünfte hat die Vielzahl der Einrichtungen als verwirrend und unübersichtlich bewertet. Hier auf eine sehr gute Kenntnis des Angebots in der Bremer Bevölkerung zu schließen, wäre jedoch voreilig. Vielmehr ist anzunehmen, dass nur wenige Befragte die Angebotsvielfalt kennen. Wer nur wenige Einrichtungen kennt, wird nicht über Unübersichtlichkeit klagen.

Ob es hier ausreicht, allein das Internetangebot bekannter zu machen, darf bezweifelt werden. Zum einen wird eine internetgestützte Übersicht lediglich von einem Viertel der Befragten, vor allem von Jüngeren, gewünscht. Auch eine zentrale Beratungsstelle mit Wegweiser- oder Lotsenfunktion, wie sie vom Sachverständigenrat als „Integrierte Beratungsstelle“ vorgeschlagen wurde, trifft lediglich bei einem Viertel der Befragten auf Zustimmung. Das Medium der Wahl scheint für mehr als die Hälfte der Befragten eine gedruckte Broschüre zu sein.

Zu verbessern ist auch die Außenwirkung von Beratungsstellen, denn das Image von Beratungsstellen wurde von der Bevölkerung recht indifferent bewertet. Während 30 % der Befragten Beratungsstellen als wichtige ergänzende Einrichtung sehen, weil in der ärztlichen Praxis oft zu wenig Zeit ist, waren fast ebenso viele Befragte skeptisch, ob die Beratung immer zuverlässig und kompetent ist. Fakt ist, dass diejenigen, die bereits Kontakt mit Beratungsstellen hatten, diese sehr positiv bewerten.

Um hier Abhilfe zu schaffen, sollten insbesondere Multiplikatoren im Gesundheitswesen wie Mitarbeiter von Krankenkassen, Ärzte, Therapeuten, aber auch Lehrer und Erzieher auf dem aktuellen Stand sein über das Bremer Beratungsangebot, um ihre Klientel im Fall von Problemlagen gezielt darauf aufmerksam machen zu können und damit auch das präventive Potential von Beratung zu nutzen.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird im Nachgang zu den Ergebnissen der Umfrage Kontakt mit verschiedenen Fachleuten und Akteuren aufnehmen, um mögliche Umsetzungsschritte zur Verbesserung der Patienteninformation und Stärkung der Patientensouveränität zu erörtern.

Konkret wird derzeit erwogen, einen so genannten Bremer Klinikführer zu erarbeiten. Die „Bremer Tageszeitungen AG“, die Handelskrankenkasse, die Universität Bremen und der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales planen, eine Entscheidungshilfe für zukünftige Patientinnen und Patienten von Kliniken in Bremen zu entwickeln. Dabei sollen Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung (BQS), Ergebnisse von Patientenbefragungen und einer Befragung von einweisenden Ärzten einbezogen werden.

10. Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung gibt es im Land Bremen, die sich speziell auf die Förderung der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen beziehen? Inwieweit wird dabei eine Stadtteilorientierung berücksichtigt?

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales kennt die Schwierigkeit und die Herausforderung, mit Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung vor allem Menschen in sozial benachteiligten Schichten zu erreichen. Ein umfassend gültiger und allseits bewährter Lösungsansatz existiert nicht.

Die Problematik besteht unter anderem in dem oftmals zu beobachtenden Phänomen, dass Angebote vorrangig von denjenigen in Anspruch genommen werden, die ohnehin sorgsam auf ihre Gesundheit achten, während die „Bedürftigen“ durch die Angebote nur schwer erreicht werden.

Der Senat betont aktuell wie auch perspektivisch die Notwendigkeit einer Fokussierung der Bemühungen auf die niedrigschwellige Ausgestaltung von Angeboten/Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Die Notwendigkeit wird durch aktuelle Studien wie z. B. zur Kinder- und Jugendgesundheit des Robert-Koch-Instituts (RKI) bestätigt. Hierbei ist besonderes Augenmerk auf die Evaluation von Effizienz und Effektivität der Angebote im Sinne eines Qualitätsmanagements zu richten. Im Vordergrund muss dabei die qualitative und quantitative Bewertung von Zugangsmöglichkeiten bei sozial schwachen Bürgerinnen und Bürgern stehen, um diese Zielgruppe perspektivisch besser erreichen zu können.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für Deutschland in einem Netzwerk „European Network of Health Promotion Agencies“ (ENHPA) – ein Zusammenschluss von nationalen Gesundheitsförderungsorganisationen – vertreten und als Koordinierungsstelle für die Erstellung einer wissenschaftlichen Expertise verantwortlich. Im Zusammenhang mit dem ENHPA-Projekt ist es möglich, evidenz-basierte Empfehlungen über künftige Schritte der Europäischen Kommission hinsichtlich der Gesundheit der sozial und wirtschaftlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen in der EU zu formulieren. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat sich anlässlich eines nationalen Berichtes über die Gesundheit von sozial und wirtschaftlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei der Bestandsaufnahme von Projekten und Initiativen beteiligt.

Bekanntlich ist das Präventionsgesetz durch die Bundestagswahlen 2006 der Diskontinuität anheim gefallen. Im Nachgang der aktuellen Gesundheitsreform (Wettbewerbsstärkungsgesetz – WSG) wird eine Neuauflage erwartet. Als wesentliche Säulen werden in den bisherigen Entwürfen des Präventionsgesetzes Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe sozial Benachteiligter mit dem Instrument des Settingansatzes benannt. Mit diesem auch von der WHO empfohlenen und über die Aufgaben einzelner Einrichtungen hinausreichenden Ansatz sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich auf Lebensräume richten, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen. Der Settingansatz bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen und damit auch häufiger sozial benachteiligte Personen mit z. B. geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung.

Im Übrigen betont auch die anstehende Gesundheitsreform (WSG) diesen Ansatz und verpflichtet zukünftig die Krankenkassen zu gemeinsamen Aktionen mit entsprechender Finanzierung.

Im Land Bremen gibt es eine Vielzahl von Ansätzen der Gesundheitsförderung sozialbenachteiligter Menschen. Die nachfolgende Darstellung stellt wichtige Aktivitäten exemplarisch vor, die sich auf den Zuständigkeitsbereich des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales beschränken. Im Übrigen wird auf die Große Anfrage der Fraktionen der CDU und der SPD „Regelmäßige Gesundheitsvorsorge im frühkindlichen Bereich“ vom 15. November 2006 (Drucksache 16/1199) verwiesen.

a) Die öffentliche Hand

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales verpflichtet sich seit Jahren der fachlichen wie auch finanziellen Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Problematik der Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen wie auch der Stadtteilbezug rücken dabei zunehmend in den Vordergrund.

Im Rahmen der Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) nehmen die Gesundheitsämter in Bremen und Bremerhaven die ihnen übertragenen Aufgaben auch im Bereich der Gesundheitsförderung wahr und bieten ihre Leistungen zum Beispiel in der Kinder- und Jugendgesundheitspflege dezentral und in Kooperation mit anderen Diensten an.

Aufgaben und Leistungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Land Bremen sind geregelt im „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG)“. Hierbei werden benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders berücksichtigt.

Außerdem werden Untersuchungen von Kindern in Kindergärten gemäß des Bremischen Kindergarten- und Hortgesetzes von den Gesundheitsämtern gewährleistet und in den Schulen die Aufgaben des Schulärztlichen Dienstes aufgrund des Schulgesetzes und des Schulverwaltungsgesetzes durchgeführt. Zusätzlich regeln Verordnungen der Landesregierung die Teilnahmeverpflichtung an ärztlichen Untersuchungen für Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen im Lande Bremen sowie die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Aufnahme von Kindern in die Kindergärten und Horte in der Stadtgemeinde Bremen.

Gesundheitsamt der Stadtgemeinde Bremen:

Gesundheitsförderung macht einen wesentlichen Teil der Aufgaben des Gesundheitsamtes Bremen aus. Wahrgenommen wird diese Aufgabe als Querschnittsleistung aller Fachabteilungen. Maßnahmen und Konzepte der Gesundheitsförderung sind mit den breit gestreuten Regelaufgaben untrennbar verknüpft und in der Regel nicht von anderen Aspekten der Gesundheitssicherung zu trennen. Alle gesundheitsfördernden Maßnahmen des Gesundheitsamtes richten sich an dem Ziel aus, Defizite bei sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen möglichst auszugleichen. Dieses Ziel ist explizit im 2001 formulierten Leitbild des Gesundheitsamtes verankert. Es entspricht auch einem zeitgemäßen Verständnis von Subsidiarität, nach dem gesundheitlich und sozial privilegierte Bevölkerungskreise weniger Zuwendung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst benötigen als andere.

Exemplarisch seien folgenden Beispiele genannt:

Im Bereich der Sozialpädiatrie überwiegen gezielte Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und deren Eltern aus sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Das seit langen Jahren erfolgreich arbeitende Programm der Familienhebammen ist zu dem Zweck geschaffen worden, gesundheitliche Risiken für Neugeborene und ihre Eltern bei sozialer Benachteiligung und in anderen kritischen Konstellationen (beispielsweise drogenabhängige Eltern) möglichst weitgehend zu reduzieren.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist besonders aktiv in Kindertagesheimen und Schulen benachteiligter Stadtteile, die in der Regel identisch sind mit einem hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund. Alle sozialpädiatrischen Regelangebote sind dort intensiviert im Vergleich zu privilegierten Stadtteilen.

Mit den regelhaft laufenden Maßnahmen zur Prävention von HIV-AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen werden neben allen Heranwachsenden und jungen Erwachsenen gezielt Jugendliche angesprochen, die vor dem Hintergrund kultureller oder sozialer Benachteiligung für Prävention schwer erreichbar sind. Dazu wurden eigene Unterrichtseinheiten entwickelt beispielsweise für Berufs- und Berufsfachschulklassen. Kooperationspartner für zahlreiche weitere Projekte sind bevorzugt Schulen und Einrichtungen aus benachteiligten Stadtteilen. Jüngstes Beispiel ist das soeben abgeschlossene Projekt Dance for Life.

Die Beratung zur Wohnungshygiene hat in den letzten Jahren – ausgelöst durch Anfragen und eigene Beobachtungen – einen Schwerpunkt gesetzt in der aktiven, auch aufsuchenden Beratung von Haushalten in nicht privilegierten Stadtteilen.

Für Menschen in psychischen Krisen und für psychisch schwerst und langfristig erkrankte Menschen, die eines besonderen Schutzes bedürfen oder besondere Hilfestellung benötigen, weil sie das ambulante psychiatrische Regelsystem nicht nutzen können oder von diesem nicht erreicht werden, übernehmen Sozialpsychiatrische Dienste gemeindebezogene Hilfen im Sinne von Beratung und Krisenintervention. Einbezogen in dieses Hilfeangebot sind auch suchtkranke und drogenkranke Menschen.

Zum kommunalen Drogenhilfesystem, das Anfang 2005 umorganisiert wurde und vom Amt für Soziale Dienste (AFSD) in den Verantwortungsbereich des Gesundheitsamtes gewechselt ist, gehören neben den zwei Drogenberatungsstellen Mitte (mit einer Dependence in Ost) und Nord das niedrig-

schwellige Kontakt und Beratungszentrum Tivoli. Ein medizinisches Grundversorgungsangebot für Drogenabhängige, die keinen Zugang zum ärztlichen Regelsystem finden, wird durch die Medizinische Ambulanz des Gesundheitsamtes vorgehalten.

Für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Problemen ist die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes (KIPSY) subsidiär zuständig. Die KIPSY übernimmt neben direkt klientenbezogener Beratungstätigkeit auch institutionelle Beratungsaufgaben an der Schnittstelle zur Jugendhilfe.

Die Orientierung des Gesundheitsamtes auf gesundheitliche Defizite kompensierende Leistungen schlägt sich aber auch in Gemeinschaftsprojekten nieder wie der medizinischen Notversorgung für Wohnungslose, die 1997 gemeinsam mit dem Verein für Innere Mission und der Ärztekammer Bremen gegründet wurde.

Gesundheitsamt der Seestadt Bremerhaven:

Gezielte Gesundheitsförderung stellt auch im Gesundheitsamt Bremerhaven einen wesentlichen Bereich der Aufgaben dar. Insbesondere folgende Themenblöcke (in Auszügen) fokussieren aus der Sicht des Gesundheitsamtes teilweise auf die Zielgruppe sozial Benachteiligter, je nach Problemlage auch mit Stadtteilbezug:

- Sexuell übertragbare Erkrankungen mit STD-Beratungsstelle,
- HIV-Beratungsstelle,
- Untersuchung in KiTa und bei Schuleingang,
- Jugendaktionstag (Lehe-Treff),
- Kooperationsprojekte Alkohol und Sex,
- Arbeitskreis Essstörungen,
- Familienhebammen,
- Impfaktionen,
- Gruppenprophylaxe zur Zahngesundheit,
- Wellnessstag für Mädchen,
- Frauenzentrum Hilde Adolf e.V. (z. B. gegen Stalking),
- Arbeitskreis Gesundheitsförderung für Bremerhaven.

Darüber hinaus werden umfangreiche Projekte zur stadtteilbezogenen Drogenhilfe sowie zu Alkohol und Sucht angeboten.

Schließlich betrifft die Selbsthilfeförderung durch den Bremerhavener Topf zum Teil sozial benachteiligte Menschen, ein Stadtteilbezug ist hingegen nicht gegeben.

#### b) Krankenkassen im Land Bremen

In § 20 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) hat der Gesetzgeber der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit eröffnet, für ihre Versicherten Maßnahmen der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen bzw. zu finanzieren. Dabei sollen entsprechend den Richtlinien u. a. auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit diesbezüglichen Angeboten versorgt werden.

Darüber hinaus können im Rahmen der Primärprävention nach den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ (Februar 2006) auch Stadtteilprojekte über den vorgenannten Settingansatz (hier „Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil“) initiiert werden. Da sich aber in den Stadtteilen die Versichertenstruktur variabel gestaltet, d. h. die Einwohner unterschiedlichen Krankenkassen angehören, ist in der Regel ein solches Projekt unter Federführung einer einzelnen Krankenkasse nicht angezeigt.

Die Bremer Krankenkassen haben die Thematik in unterschiedlicher Weise aufgegriffen:

Die AOK Bremen/Bremerhaven bringt Aktivitäten in die Lebenswelten von Versicherten wie z. B. Kindergarten, Schulen und Vereinen ein und betont die Sinnhaftigkeit von Settingansätzen. Als regionale Partner fungieren dabei zahlreiche Einrichtungen wie z. B. der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, das Gesundheitsamt sowie Sportvereine und weitere Einrichtungen. Grundsätzlich kommt eine Förderung dann in Betracht, wenn Settingträger einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln in die Aktivitäten einbringen – durchaus in Form geldwerter Leistungen. Darüber hinaus wird eine Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen eingefordert.

Die Gesundheitsförderung im Stadtteil stellt für die AOK einen noch neuen Aufgabenbereich dar. Perspektivisch verweist die AOK auf die Förderung von Projekten, die in kommunale Gesamtstrategien eingebettet und die mit gesundheitspolitisch konsentierten Zielen verbunden sind.

Die Handelskrankenkasse (hkk) ist aktuell maßgeblich an der Förderung von zwei Settingprojekten beteiligt:

- „Bremen bewegt – Grundschulen in Bewegung“, eine Kooperation zwischen dem Senator für Bildung und Wissenschaft, Referat Schulsport, und der Handelskrankenkasse (hkk),
- „Aller Anfang ist leicht“, eine Bewegungsförderung an Kindertagesstätten im Land Bremen, eine Kooperation der hkk und des Vereins 1860.

Die Ersatzkassen (Verband der Angestellten-Krankenkassen [VdAKe. V. und AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.]) in Bremen bieten einzelne Präventionsmaßnahmen mit Setting-Ansatz an (zum Beispiel die Techniker Krankenkasse – TK).

Hier sind exemplarisch zu nennen:

- Bewegte Schule: Die Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bremen, hat in Zusammenarbeit mit vier Kooperationspartnern, unter anderem mit dem Senator für Bildung und Wissenschaft, den Materialordner „Bewegte Grundschule“ erarbeitet. Er soll dazu beitragen, Bewegung als wichtige Voraussetzung bei Lernprozessen zu erkennen und zu fördern.
- Gesunde Schule: Das TK-Förderangebot „Gesunde Schule“ unterstützt bundesweit rund 200 Schulen und Kindergärten, die sich systematisch in der Gesundheitsförderung engagieren. Dazu gehören auch die Themen gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gewaltprävention.
- Schulsetting „Snake – Stressbewältigungstraining für Jugendliche“: Snake ist ein Stressbewältigungsprogramm für das Jugendalter, das sich aus vier Teilen zusammensetzt. Zielgruppe des Trainingsprogramms sind insbesondere Jugendliche der Klassen 8 und 9, wobei die Umsetzung in höheren Klassen nicht ausgeschlossen wird. In acht wöchentlichen Trainingssitzungen, die im Setting Schule realisiert werden, sollen die Schüler Kompetenzen zur Stressbewältigung erlernen.
- Gewalt gegen Kinder: Der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ wurde von der TK Landesvertretung Bremen in Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Bremer Einrichtungen entwickelt. Dazu gehören unter anderem die Bremer Kliniken, die Ärztekammer Bremen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Dieser Leitfaden soll Ärztinnen und Ärzten sowie anderen psychosozialen Berufsgruppen helfen, Kindesmisshandlungen, Vernachlässigungen und sexuellen Missbrauch zu erkennen und ein gemeinsames Fallmanagement ermöglichen.
- Häusliche Gewalt: Die Ärztekammer Bremen und die Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bremen, haben gemeinsam diesen Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht. Der Leitfaden gliedert sich in zwei Teile. Im ersten geht es um die Definition häusliche Gewalt und

ihre möglichen Auswirkungen. Im zweiten Teil finden sich Adressen von Serviceeinrichtungen und Hilfsangeboten für Betroffene.

Die Ersatzkassen in Bremen haben in 2006 gemeinsam Setting-Maßnahmen des Instituts für Suchtprävention und Angewandte Pädagogische Psychologie (ISAPP) an Bremer Schulen gefördert. Weitere Fördergelder gingen an die Landesvereinigung Gesundheit Bremen e. V. (LVG).

Die Bremer Betriebskrankenkassen beschäftigen sich sehr eingehend mit dem Thema Prävention. Insbesondere hat der BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen noch sehr enge Verbindungen zu seinen Trägerunternehmen. Als Beispiel sei hier genannt die BKK firmus zu den Stahlwerken, zur Woll-Kämmerei und zur Norddeutschen Steingut.

Bei dieser Ausgangslage war es bisher so, dass der BKK Landesverband im Bereich Prävention sehr viel Aufwand speziell in die betriebliche Gesundheitsförderung gesteckt hat. Neben den fast obligatorischen Kursangeboten im Bereich Prävention gibt es spezielle Angebote für Schichtarbeiter, die ansonsten nicht die Möglichkeit haben, regelmäßig an Aktivitäten der Sportvereine teilzunehmen. Durch die Arbeitsplatznähe werden Personen erreicht, die ansonsten nicht an präventiven Maßnahmen teilnehmen würden.

Weiterhin gibt es Überlegungen in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen, ein Programm für die Nacherwerbsphase zu entwickeln. Der Schwerpunkt liegt eindeutig bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus ist der BKK Landesverband aber offen für Überlegungen, die geeignet sind, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Konkrete Überlegungen hinsichtlich einer Stadtteilorientierung existieren zurzeit aber nicht.

Die IKK gesund plus erreicht mittlerweile eine große Zahl von sozial benachteiligten Personengruppen und bietet ihnen individuelle Maßnahmen der Primärprävention (u. a. Gesundheitskurse und Vorsorgemaßnahmen) an. Bislang wurde kein isoliertes Settingprojekt im Land Bremen durchgeführt.

#### c) Gemeinschaftliche Aktionen

##### Kariesprophylaxe

Zum Thema Kariesprophylaxe sind die Aktivitäten der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e. V. (LAJB) hervorzuheben. Nach § 21 SGB V wurde in Bremen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen im Lande Bremen, der Zahnärztekammer Bremen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen, dem Senator für Gesundheit sowie der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e. V. (LAJB) im Jahr 1991 eine Rahmenvereinbarung getroffen. Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen finanzieren sich über die Beiträge der Krankenkassen sowie über den Personaleinsatz der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen und der Zahnärztekammer Bremen.

Die Zusammenarbeit der einzelnen Vertragspartner regelt organisatorisch die LAJB. Die LAJB koordiniert die Durchführung der Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unter Berücksichtigung der besonderen Belange in der jeweiligen Stadtgemeinde.

Da gezeigt werden konnte, dass Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko häufiger aus sozial benachteiligten Gruppen stammen, werden aufgrund von zahnärztlichen Untersuchungen zur Erfassung des Kariesrisikos Schulen und Einrichtungen mit Betreuungsbedarf identifiziert. Die Untersuchungen erfolgen regelmäßig an einem bzw. mehreren Jahrgängen möglichst als Vollerhebung.

Hier zeigen sich bereits messbare Ergebnisse in der Verbesserung der Zahngesundheit bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die sonst nur schwer mit allgemeinen gesundheitsfördernden Hilfen zu erreichen sind. Das Programm erstreckt sich auf Kinder im Vorschulalter, vorrangig sozial benachteiligte Gruppen mit überproportional hohem Kariesrisiko.

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.

Im Mai 2005 haben sich in Bremen zahlreiche Institutionen und Verbände, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention engagieren, in der Landesvereinigung für Gesundheit e. V. (LVG) zusammengeschlossen. Durch diese Vernetzung können Erfahrungen und Kenntnisse aus den verschiedenen Sektoren untereinander nutzbar gemacht werden. Ein aufeinander abgestimmtes Handeln ist angesichts der Schwierigkeit, bestimmte Ziele und Zielgruppen zu erreichen, und der immer knapper werdenden Ressourcen sinnvoll und notwendig. Der Austausch über bereits gelungene Modelle der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen motiviert zur Übernahme und zum Ausbau solcher Modelle. Der Zusammenschluss fördert die Entwicklung neuer Angebote und leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im Land Bremen.

Arbeitsschwerpunkt der LVG ist der Themenbereich „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“, da, wie überall in Deutschland, im Land Bremen die Chancen und Ressourcen für Gesundheit nicht gleich verteilt sind: Eine wichtige Zielgruppe für die Arbeit der LVG sind Kinder und Jugendliche, auf deren weiteres Leben sich gesundheitsförderliche Aktivitäten in hohem Maße positiv auswirken können.

Neben einer Bestandsaufnahme der vorhandenen Projekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Bremen sollen Aktivitäten der Mitgliedsverbände gebündelt, Modelle guter Praxis identifiziert und weiter verbreitet sowie gemeinsame settingbezogene Projekte durchgeführt werden. Geplant ist darüber hinaus, Methoden zur Qualitätsentwicklung in Fortbildungsveranstaltungen vorzustellen. Ein wichtiges Anliegen der LVG ist, in Rückbindung an die regionalen Akteure die Entwicklung praxisgerechter Qualitätsinstrumente im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu befördern. Perspektivisch soll die LVG eine neutrale, übergreifende Anlauf- und Servicestelle für das Thema Gesundheitsförderung im Land Bremen werden.

Die LVG moderiert verschiedene Arbeitskreise, an denen auch Nicht-Mitglieder teilnehmen. Die interdisziplinären Arbeitskreise arbeiten themen- und zielgruppenspezifisch in folgenden Feldern: „Qualitätsentwicklung und Evaluation“, „Gesundheit von Kindern aus Migrantenfamilien“, „Ernährung und Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung für Bremerhaven“. Neue Arbeitskreise, u. a. zum Thema „Sport und Bewegung“, sind in Planung.

Die LVG setzt sich dafür ein, dass im Bundesland Bremen Gesundheitsförderung als ein Maßstab gesellschaftlichen Handelns anerkannt wird und gesundheitliche Chancengleichheit in dieser Auseinandersetzung eine zentrale Position einnimmt.

#### Regionaler Knoten

Unter dem Dach der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen wurde im Sommer 2006 der „Regionale Knoten Bremen“ als ein Projekt der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit eingerichtet. Derzeit arbeiten bundesweit 14 Regionale Knoten, die bisher vom BKK Bundesverband und der BzGA (teil-)finanziert wurden. Die bundesweite Koordination liegt bei Gesundheit Berlin. Der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) übernimmt die Co-Finanzierung für eine halbe Personalstelle plus Sachkosten für die Projektlaufzeit vom 1. Juni 2006 bis 30. Mai 2008.

Aufgabenschwerpunkte der Regionalen Knoten sind:

- Aufbau, Koordination und Mitarbeit in Arbeitskreisen im Bereich Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte/in sozialen Brennpunkten,
- Identifikation und Veröffentlichung von gesundheitsfördernden Good-Practice-Modellen,
- Aktualisierung, Erweiterung und Optimierung der bundesweiten Datenbank für gesundheitsförderliche Projekte bei sozial Benachteiligten [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de),
- Durchführung von Fachtagungen und Fortbildungen.

Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit des Regionalen Knoten Bremen:

Nach Sichtung der vorliegenden Daten werden sich die Aktivitäten des Regionalen Knotens auf zwei Schwerpunkte konzentrieren: Auf die Zielgruppe Jugendliche/junge Erwachsene in Bremen und Bremerhaven und auf die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung in der Stadt Bremerhaven.

Untersuchungsergebnisse aus der Berufseingangsstufe der Berufsfachschulen in Bremen (Gesundheitsamt Bremen 2003) zeigen, dass in der Gruppe der sozial benachteiligten Jugendlichen im Alter zwischen 15 bis 20 Jahren drei von vier Jugendlichen unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Nach Allergien sind orthopädische Befunde, psychische/psychosoziale Auffälligkeiten und Übergewicht die Hauptproblemfelder. Mittelfristiges Ziel des Regionalen Knotens Bremen ist, Projekte, die Ressourcen von Jugendlichen stärken, in der Region zu identifizieren und zu fördern. Modelle guter Praxis sollen anderen Projekten als Anregung zur Nachahmung dienen und werden in einem gesonderten Qualitätsprozess evaluiert.

Vernetzungsarbeit ist eine zentrale Funktion des Regionalen Knotens. Sie hat zum Ziel, über die Sektorengrenzen hinweg das Thema gesundheitliche Chancengleichheit in die Diskussion einzubringen. Der Regionale Knoten wird als Informationsdrehpunkt an verschiedenen Arbeitszirkeln teilnehmen. Ein eigener Arbeitskreis zum Thema: „Bewegungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene: was zeichnet eine Setting-gerechte Arbeitsweise aus?“ ist in Vorbereitung.

Gesundheitsfördernde Interventionen werden in Zukunft immer häufiger auf ihre Effekte hin geprüft werden. Hierbei ist die Frage, ob die Zielgruppe in bzw. aus sozialen Brennpunkten erreicht wird, genauso relevant wie die Frage nach dem Einsatz der Ressourcen. Die LVG hat bereits gemeinsam mit anderen Trägern einen Fachtag zum Thema Qualitätssicherung durchgeführt. Diese Diskussion wird vom Regionalen Knoten Bremen mitgetragen und in Zukunft unterstützt werden.

Gesundheitstreffpunkt West (GTP) und Frauengesundheitstreff Tenever

Eine ausgeprägte Stadtteilorientierung findet sich bei den Trägern Gesundheitstreffpunkt West (GTP) sowie beim Frauengesundheitstreff Tenever, die beide mit Haushaltsmitteln der Stadtgemeinde Bremen über das Gesundheitsamt bezuschusst werden.

Der GTP stellt eine langjährig etablierte Einrichtung des Gesundheitswesens in einem sozialen Brennpunkt der Stadtgemeinde Bremen dar. Eine Vielzahl von stadtteilbezogenen Gruppen, Projekten und Veranstaltungen tragen zu einem zwischenzeitlich unverzichtbaren Profil der gesundheitlichen Versorgung bei. Seit 1985 setzt sich der GTP im Bremer Westen für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Jung und Alt ein.

Ziel: Menschen in ihrer gesundheitlichen Lebenskompetenz zu stärken und Verbesserung der Lebensqualität im Bremer Westen. Der GTP ist Kontaktstelle für das „Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen“ und organisiert verschiedene Arbeitsgruppen, z. B. AG Sucht und Prävention, Spielplatzinitiative Bromberger Straße e. V., Forum Gewaltprävention etc.

Die aktive und bürgernahe Gesundheitsförderung (personenbezogen und strukturell) mit Dienstleistungen und regionalem Bezug richtet sich auch an benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit Angeboten der individuellen psychosozialen Gesundheitsberatung, Organisation und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Stadtteil und aktiver Förderung der institutionellen Zusammenarbeit durch Vernetzung.

Der Frauengesundheitstreff in Tenever hat sich im Bremer Osten ebenfalls als bewährte Einrichtung etabliert. Die Angebote werden ganz wesentlich von Frauen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen, die Inhalte und Schwerpunkte der gesundheitlichen Beratung selbst bestimmen.

11. Wie haben sich die Sterberaten von Säuglingen, Männern und Frauen nach Quartierskennzeichen wie innerstädtische Stadtviertel, gutbürgerliche Viertel, ältere

Arbeiterviertel und Quartieren mit Großwohnanlagen in Bremen und Bremerhaven entwickelt?

Erkenntnisse über die Entwicklung der Sterberaten nach Quartierstypen liegen nur für die Stadt Bremen vor, für Bremerhaven stehen kleinräumig aufbereitete Mortalitätsdaten nicht zur Verfügung. Zur sozialräumlichen Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in der Stadt Bremen hat das Gesundheitsamt Bremen eine aktuelle Untersuchung vorgelegt. Zwischen 1970 und 2003 nahm die Lebenserwartung in allen Quartierstypen kontinuierlich zu, gleichzeitig gingen die (altersstandardisierten) Sterberaten zurück. In den Wohnquartieren, die in der Studie als „bürgerliche Viertel“ bezeichnet wurden (im Einzelnen Oberneuland, Schwachhausen), waren der Anstieg der Lebenserwartung und der Rückgang der Sterblichkeit besonders ausgeprägt. In den traditionellen Arbeitervierteln (z. B. Hemelingen, Gröpelingen) und vor allem in den Großwohnanlagen an der Stadtperipherie (z. B. Neue Vahr, Tenever) fielen der Zuwachs an Lebenserwartung und die Abnahme der Sterberaten wesentlich niedriger aus.

Entgegen dem Trend nahm in den Großwohnanlagen die als vermeidbar geltende Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge bei Männern im Alter zwischen 15 und 64 Jahren stetig zu. Ebenfalls gegen den Trend steigt in den Großwohnanlagen seit Mitte der 90er Jahre die Säuglingssterblichkeit (gestorbene unter einjährige Kinder/1.000 Lebendgeburten) offenbar wieder an, sie ist dort mittlerweile doppelt so hoch wie der Bremer Durchschnitt. Allerdings hat man es bei der Säuglingssterblichkeit mit geringen Fallzahlen zu tun, insofern sind Ausreißereffekte nicht gänzlich auszuschließen.

Insgesamt betrachtet haben sich in der Stadt Bremen die sozialräumlichen Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit während der letzten drei Jahrzehnte deutlich vergrößert. Markant ist diese Tendenz bei den Männern: In den bürgerlichen Vierteln stieg die Lebenserwartung eines neu geborenen Jungen von 71 auf 77,9 Jahre (+ 6,9 Jahre), in den Arbeitervierteln von 67,1 auf 72,5 Jahre (+ 5,4 Jahre) und in den Großwohnanlagen von 69,1 auf 73,1 Jahre (+ 4 Jahre). Die Gesamtmortalität bei den Männern sank in den bürgerlichen Vierteln um 48 %, in den Arbeitervierteln um 36,3 % und in den Großwohnanlagen um 27,5 %. Die Lebenserwartung eines neu geborenen Mädchens erhöhte sich in den bürgerlichen Vierteln von 77,5 Jahre auf 83,5 Jahre (+ 6 Jahre), in den Arbeitervierteln von 74,2 Jahre auf 79,6 Jahre (+ 5,4 Jahre) und in den Großwohnanlagen von 76 Jahre auf 80,9 Jahre (+ 4,9 Jahre). Die Gesamtsterblichkeit bei den Frauen reduzierte sich in den bürgerlichen Vierteln um 43,3 %, in den Arbeitervierteln um 39,2 % und in den Großwohnanlagen um 28,2 %.

12. Wie hoch ist die Arzt- und Fachärztdichte in Bremen und Bremerhaven im Vergleich zu Flächenländern und den anderen Stadtstaaten? Sind im Land Bremen zukünftig Engpässe zu erwarten? Falls ja, wie kann dem entgegengesteuert werden?

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bestehen die Planungsbereiche Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt. Für beide Planungsbereiche besteht eine eigene Bedarfsplanung, die aufgrund von bundesweit vorgegebenen Verhältniszahlen (Einwohner/Arzt) vorgenommen wird. Die Bedarfsplanung erfolgt für alle Facharztgruppen, in denen bundesweit mehr als 1.000 Ärzte niedergelassen sind. Für diese „großen“ Facharztgruppen bestehen in Bremen-Stadt in allen Fachgebieten Zulassungsbeschränkungen, d. h. diese Facharztgruppen sind nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien (BPR-Ä) übertarnt. In Bremerhaven gilt das für Bremen gesagte mit Ausnahme der Augenärzte, der Frauenärzte und der Hausärzte. In diesen drei Fachgebieten bestehen keine Zulassungsbeschränkungen, wobei man hier trotzdem nicht von einer Unterversorgung sprechen kann. Eine Unterversorgung liegt nach den BPR-Ä erst vor, wenn bei den Hausärzten der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25 % und bei den Fachärzten um mehr als 50 % abweicht. Diese Zahlen sind bei weitem derzeit nicht erreicht und werden voraussichtlich auch in den nächsten Jahren nicht erreicht.

Tabelle 6: Vertragsarzt- und Facharztdichte bezogen auf die Einwohnerzahlen

Stand 01.07.2006	Ärzte gesamt	Arztdichte (EW/Arzt)	Fachärzte <sup>10)</sup>	Facharztdichte (EW/Facharzt)
Bremen-Stadt (546.852 EW)	1.052	520	622	879
BHV-Stadt (116.615 EW)	216	540	137	851
Land Bremen (663.467EW)	1.268	523	759	874

Quelle: KV Bremen.

Ein Ländervergleich der Vertragsarztdichte (siehe Tabelle 7) zeigt für das Land Bremen die höchste Arztdichte bundesweit. Für eine Differenzierung nach Fachärzten liegen dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales keine Daten vor.

Tabelle 7: Vertragsarztdichte bezogen auf die Einwohnerzahlen nach Ländern

Stand 31. Dezember 2005	Vertragsärzte	Einwohner	Einwohner/Arzt
Bremen	1.264	663.000	525
Berlin	6.335	3.395.000	536
Hamburg	3.196	1.744.000	546
Bayern	19.187	12.469.000	650
Saarland	1.553	1.050.000	676
Hessen	8.919	6.092.000	683
Bundesgebiet insgesamt	117.547	82.438.000	701
Schleswig-Holstein	4.027	2.833.000	704
Baden-Württemberg	15.120	10.735.000	710
Mecklenburg-Vorpommern	2.384	1.707.000	716
Rheinland-Pfalz	5.509	4.059.000	737
Thüringen	3.160	2.335.000	739
Sachsen	5.776	4.274.000	740
Nordrhein-Westfalen	24.411	18.058.000	749
Niedersachsen	10.439	7.994.000	766
Sachsen-Anhalt	3.173	2.470.000	778
Brandenburg	3.094	2.559.000	827

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Da diese Daten allein keine Aussagen über die Versorgung machen können, werden nachfolgend Daten der Bedarfsplanung in beiden Stadtgemeinden dargestellt. Nach dem Gesetz haben die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen für den KV-Bereich Bedarfspläne zu erstellen. Die Bedarfsplanung soll eine ausreichende flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Ärzten gewährleisten. Die Grenze zur Überversorgung beträgt 110 %.

Tabelle 8: Versorgungsgrad an Ärzten in Prozent

	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
Anästhesisten	138,1	141,6
Augenärzte	123,3	84,9
Chirurgen	112,3	125,9
Fachärztlich tätige Internisten	156,6	147,5
Frauenärzte	111,7	103,4
HNO-Ärzte	114,6	126,5
Hautärzte	110,8	116,4
Kinderärzte	138,0	121,1

<sup>10)</sup> Fachärzte = Alle Vertragsärzte abzüglich Hausärzte (Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte).

	Stadt Bremen	Stadt Bremerhaven
Nervenärzte	120,9	115,2
Orthopäden	117,9	128,1
Psychotherapeuten	166,8	120,7
Radiologen	114,8	125,0
Urologen	127,1	133,6
Hausärzte	110,1	91,1

Stand 31. Dezember 2005 (Quelle: KV Bremen).

Bezogen auf die definierten Arztgruppen ist für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven eine ausreichende, in den meisten Fällen sogar eine Überversorgung zu beobachten.

Bei der Bewertung der Angaben ist jedoch zu beachten, dass bei der Bedarfsplanung teilweise verschiedene Fachgruppen oder Schwerpunkte in einer Gruppe vereint werden. So zählen z. B. zur Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten die Internisten mit den Schwerpunkten Angiologie, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Kardiologie, Pneumologie, Nephrologie, Rheumatologie etc. Dies wiederum bedeutet, dass zwar nach der Bedarfsplanung eine Überversorgung der fachärztlich tätigen Internisten bestehen kann, aber z. B. kein Pneumologie im Planungsgebiet niedergelassen ist. Dieses Problem wäre dann gegebenenfalls über eine Sonderzulassung zu regeln.

Im Hinblick auf mögliche Engpässe im Land Bremen ist festzustellen, dass eventuell die Grenze zur Unterversorgung bei den Augenärzten in Bremerhaven erreicht werden könnte, wenn die drei bis dahin altersbedingt ausscheidenden Augenärzte keine Praxisnachfolger finden. Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz sieht vor, dass man in solchen Fällen die Tätigkeit über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus verlängern kann.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat bereits Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung vorgesehen. Gemäß der Richtlinie der KV Bremen zur Bildung eines Fonds für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sind finanzielle Unterstützungen (z. B. Umsatzgarantie und Zinsverbilligung bei Praxisübernahme oder Praxisgründung) möglich.