BREMISCHE BÜRGERSCHAFT **Drucksache 19/407**
Landtag
19. Wahlperiode 26.04.16

Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU

Gesundheit in Bremens Armutsquartieren

Antwort des Senats
auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 15.03.2016

„Gesundheit in Bremens Armutsquartieren“

Die Fraktion der CDU hat folgende Kleine Anfrage an den Senat gerichtet:

„Die gesundheitlichen Lebenschancen sind in Bremen und Bremerhaven auch sozial ungleich verteilt. Die Armutsberichterstattung des Senats belegt, dass finanzielle Armut auch zu erhöhten gesundheitsbezogenen Risikofaktoren führt. Zudem leiden Menschen in finanzieller Armut häufiger an gesundheitlichen Einschränkungen und haben eine geringere Lebenserwartung, als wohlhabendere Menschen. Ausschluss von sozialer Teilhabe und räumliche Segregation in Armutsquartieren beinträchtigen in hohem Maße das gesundheitliche und psychosoziale Wohlbefinden der Betroffenen.

In Bremen und Bremerhaven wachsen viele Kinder und Jugendliche auch in finanzieller Armut auf. Die unterschiedlichen Bildungs- und Teilhabechancen und oft mangelnde Fähigkeiten der Eltern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, führen immer häufiger zu gesundheitlichen Einschränkungen dieser Kinder und Jugendlichen, die sich bis in Erwachsenenalter fortsetzen: Forschungen, wie die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Institutes (KiGGS) belegen eine zunehmende Morbidität von Kindern und Jugendlichen: Typisch sind psychische Auffälligkeiten, Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) DHS und Essstörungen, aber auch Bewegungsmangel, Rauchen und eine geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge.

Traditionelle Versorgungsansätze haben sich oftmals nicht als ausreichend erwiesen, um Erwachsene und Kinder in Armut zu erreichen. Zudem ist auch das Versorgungssystem nur eingeschränkt auf die multiplen Problemlagen der Patienten und Patientinnen eingestellt. Bei der Versorgung und bei Präventionsangeboten kommt es immer wieder zu sprachlichen und kulturellen Hürden, Behandlungsanweisungen werden nicht oder nur eingeschränkt verstanden und Kinder und Jugendliche werden nicht durch ihre Eltern unterstützt. Am Beispiel der haus- und kinderärztlichen Versorgung zeigt sich auch, dass in den letzten Jahren immer mehr Praxen aus den Armutsquartieren abgewandert sind, oder keine Nachfolger finden. Es ist deshalb dringend geraten bedarfsgerechte, und vor allem zielgruppenspezifischen Präventions- und Rehabilitationskonzepte zu entwickeln, die speziell auf die Quartiere zugeschnitten sind. Dazu muss auch eine Kooperation zwischen medizinischen und beratenden Angeboten sowie aufsuchende Arbeit gewährleistet werden.

Wir fragen den Senat:

1. Wie hat sich die Lebenserwartung in Bremer und Bremerhavener Stadtteilen seit 2010 entwickelt? Wie hat sich im Vergleich die Lebenserwartung im Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg entwickelt? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern und Stadtteilen)

2. Wie hat sich der Anteil der chronisch kranken Menschen in den Stadtteilen seit 2010 entwickelt? Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig?

Wie viele Menschen haben in welchen Stadtteilen seit 2010 auf Grund von chronischen Erkrankungen einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt? Welche Vergleichswerte liegen dazu aus dem Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

3. Wie viele Menschen leiden in den Stadtteilen an psychischen Erkrankungen? Wie hat sich die Zahl seit 2010 entwickelt? Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig? Welche Vergleichswerte liegen dazu aus dem Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

4. Wie hat sich der Anteil der Übergewichtigen in den Stadtteilen seit 2010 entwickelt? Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Bundesvergleich, sowie die Entwicklungen in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

5. Wie viele Menschen leiden in den Stadtteilen an Suchterkrankungen? Wie hat sich diese Zahl seit 2010 entwickelt? Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Anteil von Rauchern und Menschen mit Alkoholproblemen? Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig? Wie hat sich im Vergleich der Anteil von Suchterkrankten im Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg seit 2010 entwickelt? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

6. Wie viele Kinder kamen seit 2010 durchschnittlich pro Frau in den Stadtteilen zur Welt? Wie hat sich die Geburtenrate in den Stadtteilen seit 2010 allgemein entwickelt? Wie hoch war die Säuglingssterblichkeit in den Stadtteilen seit 2010? Wie viele Teenager wurden seit 2010 pro Jahr in welchen Stadtteilen Mütter? Welche Erkenntnisse hat der Senat über die gleichen Faktoren in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg sowie im Bundesvergleich? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtteilen)

7. Wie viel Prozent aller Kinder haben in welchen Stadtteilen seit 2010 an welchen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Impfstatus der Kinder und Jugendlichen in den einzelnen Quartieren? Welche Vergleichswerte zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus liegen aus Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg sowie im Bundesdurchschnitt vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtteilen und Altersgruppen)

8. Wie viele niedergelassenen Haus- und Kinderärzte sowie Psychotherapeuten, Heilpraktiker und Apotheker sind derzeit in welchen Stadtteilen tätig? Wie viele Menschen leben jeweils in diesen Stadtteilen? Wie hat sich die Zahl der Praxen seit 2010 in den Stadtteilen entwickelt? Welche sprachlichen und beratenden Angebote stehen Ärzten in den einzelnen Stadtteilen zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Verfügung? Wie begegnet der Senat dem Problem der Abwanderung von Medizinern und Heilberufen aus Armutsquartieren? Plant der Senat sich auf Bundesebene für

einen Sicherstellungszuschlag für Ärzte in Armutsquartiere einzusetzen? (bitte aufgeschlüsselt nach Professionen und Stadtgemeinden)

9. Welche gesundheitlichen Beratungsangebote, die auch niederschwellige, aufsuchende und mehrsprachige Arbeit leisten sind in welchen Stadtteilen in Bremen und Bremerhaven aktiv? Wie sind sie mit medizinischen, präventiven Einrichtungen sowie Schulen, Kindergärten und Sportvereinen vernetzt? Wie wird diese Vernetzung von wem gesteuert? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

10. Welche stadtteilübergreifenden Präventionskonzepte und Präventionsketten mit welchen gesundheitlichen Schwerpunkten liegen in Bremen vor? In welchen Stadtteilen werden sie angewendet? Von welchen Ressorts bzw. nachgeordneten Behörden werden sie gesteuert? Welche Akteure sind jeweils beteiligt? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

11. Wie wird bei den Präventionsangeboten der Datenaustausch sichergestellt? Wie stellt der Senat sicher, dass an Schnittstellensichergestellt z.B. zwischen Bildungseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen bzw. an systemischen Übergängen z.B. zwischen den „Frühen Hilfen“ und der Kindertagesbetreuung alle notwendigen Informationen weitergegeben werden? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

12. Wie stellt der Senat sicher, dass alle Kinder an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen? Wie wird im Sinne der Elternarbeit auf die Eltern eingewirkt, wenn die Kinder nicht an den entsprechenden Untersuchungen teilnehmen? Welche Konsequenzen ergeben sich bzw. welche Frühwarnmechanismen greifen, wenn Kinder regelmäßig nicht an Untersuchungen teilnehmen? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

13. Welche präventiven Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich werden derzeit im bremischen Bildungssystem für welche Altersgruppen durchgeführt? Welche außerschulischen Einrichtungen sind wie darin eingebunden? Welche gemeinsamen gesundheitlichen Präventionskonzepte für Kindergärten und Grundschulen hat der Senat entwickelt? In welchen Stadtteilen und in welchen Einrichtungen werden diese angewendet? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden).“

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:
In mehreren Fragen wird nach dem Anteil von Menschen mit bestimmten Erkrankungen gefragt – aufgeschlüsselt nach Stadtteilen und nach Geschlecht - und wie sich dieser Anteil seit 2010 entwickelt hat.

Ungeachtet der Tatsache, dass bevölkerungsbezogene Aussagen zur Prävalenz von Erkrankungen auf Stadtteilebene für die meisten Erkrankungen weder in Bremen noch in anderen Ländern und Städten vorliegen (ausgenommen sind Krebserkrankungen, die über die Krebsregister erfasst werden), sind aufgrund des angefragten Differenzierungsgrades keine validen Aussagen zu treffen. Ursache sind die mit dem Grad der Differenzierung verbundenen kleinen Fallzahlen, die zu einer erheblichen statistischen Schwankungsbreite

führen. Um dennoch Daten bereitzustellen, wurden daher zum Teil mehrere Jahre aggregiert oder größere regionale Einheiten gewählt.

Ferner wird nach kleinräumigen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Erkrankungen oder Krankheitsgruppen gefragt. Daten über Arbeitsunfähigkeit werden von den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenversicherungsunternehmen der Privaten Krankenversicherung erhoben. Eine **routinemäßige Auswertung** der Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen auf der Ebene von Stadtteilen oder Städten erfolgt weder in Bremen noch in anderen Städten in Deutschland.

Zu Frage 1:

1.1 Wie hat sich die Lebenserwartung in Bremer und Bremerhavener Stadtteilen seit 2010 entwickelt?

Aufgrund der Problematik der kleinen Fallzahlen (siehe Vorbemerkung) weist das Statistische Landesamt die Daten über die Lebenserwartung auf Stadtteilebene in aggregierten Zeiträumen über 10 Jahre aus. Alle Angaben zur Lebenserwartung beziehen sich auf die Lebenserwartung ab Geburt.

Tabelle 1: Lebenserwartung in den Bremer Stadtteilen

	1995-2004		2005-2014	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Mitte (Stadtteil)	72,8	79,9	75,7	81,2
Neustadt (Stadtteil)	72,1	79,9	76,0	81,4
Obervieland (Stadtteil)	75,1	81,3	78,4	82,2
Huchting (Stadtteil)	75,2	81,5	77,7	83,2
Woltmershausen (Stadtteil)	73,1	80,1	75,6	81,3
Östliche Vorstadt (Stadtteil)	74,4	81,2	77,5	83,0
Schwachhausen (Stadtteil)	78,4	83,9	81,0	85,2
Vahr (Stadtteil)	74,0	81,1	77,0	82,9
Horn-Lehe (Stadtteil)	77,9	82,2	80,3	83,8
Oberneuland (Stadtteil)	78,4	82,7	80,4	84,1
Osterholz (Stadtteil)	73,1	79,2	75,7	81,3
Hemelingen (Stadtteil)	74,1	81,2	77,2	82,9
Findorff (Stadtteil)	74,9	81,9	77,1	82,8
Walle (Stadtteil)	72,7	80,0	75,0	81,4
Gröpelingen (Stadtteil)	71,1	78,9	73,2	79,5
Burglesum (Stadtteil)	73,8	80,0	75,9	80,6
Vegesack (Stadtteil)	74,3	81,1	77,1	82,8
Blumenthal (Stadtteil)	73,2	80,0	75,5	81,6

Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig Infosystem, 2016

Die Lebenserwartung hat im Vergleichszeitraum in allen Stadtteilen zugenommen – bei den Frauen zwischen 0,6 Jahren (Gröpelingen, Burglesum) und 2,1 Jahren (Osterholz) und bei den Männern zwischen 2 Jahren (Oberneuland) und 3,9 Jahren (Neustadt).

Für die Stadtgemeinde Bremerhaven liegen keine kleinräumigen Daten auf Stadtteilebene vor.

1.2 Wie hat sich im Vergleich die Lebenserwartung im Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg entwickelt? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern und Stadtteilen)

Tabelle 2: Durchschnittliche Lebenserwartung im Land Bremen und in Deutschland

	2010/2012		2011/2013		2012/2014	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Land Bremen	76,6	82,3	76,8	82,2	76,9	82,3
Deutschland	77,7	82,8	77,9	82,9	78,1	83,1

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2016

Die Lebenserwartung im Land Bremen liegt unter der Lebenserwartung in Deutschland.

Tabelle 3: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Stadt- und Landkreisen, Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2012[1]

Kreis	Männer	Frauen
Stadt Bremen	77,3	82,8
Stadt Bremerhaven	75,3	81,8
Region Hannover	78,4	83,3
Stadt Nürnberg	77,6	83,1
Stadt Hamburg	78,3	83,2
Stadt Dortmund	76,3	81,6

Quelle: Bundesinstitut für Raum-, Stadt- und Bauforschung (BBSR), 2016

Verglichen mit den Städten Hamburg, Hannover, Nürnberg und Dortmund liegt die Lebenserwartung bei den Frauen in der Stadtgemeinde Bremen an 4. Stelle und die Stadtgemeinde Bremerhaven an 5. Stelle; bei den Männern liegt die Lebenserwartung in der Stadtgemeinde Bremen an 4. Stelle und in der Stadtgemeinde Bremerhaven an 5. Stelle.

Angaben über die Lebenserwartung in den Stadtteilen von Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg liegen dem Senat nicht vor.

[1] Methodischer Hinweis: Die Berechnung der Lebenserwartung aus den Daten der Regionalstatistik und der Laufenden Raumbeobachtung des Bundesinstituts für Raum-, Stadt- und Bauforschung ist mit einigen Schätzungen und Vereinfachungen verbunden. Insbesondere beruht sie auf Zahlen für (überwiegend) Fünf-Jahres-Altersgruppen. Die Zahlen für einzelne Kreise sollten daher nur vorsichtig interpretiert werden und eher als Annäherung an die regionalen Unterschiede verstanden werden.

Zu Frage 2:

2.1 Wie hat sich der Anteil der chronisch kranken Menschen in den Stadtteilen seit 2010 entwickelt?
Siehe Vorbemerkung.

2.2 Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig?
Siehe Vorbemerkung.

2.4 Wie viele Menschen haben in welchen Stadtteilen seit 2010 auf Grund von chronischen Erkrankungen einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?
Hier können leider keine Daten bereitgestellt werden. Im Fachprogramm des Amtes für Versorgung und Integration („ARCUS Graf“) werden „chronische Erkrankungen“ nicht erfasst; zudem wären stadtteilbezogene Daten nicht zu selektieren.

2.5 Welche Vergleichswerte liegen dazu aus dem Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)
Um eine Abschätzung des Anteils chronisch kranker Menschen in der Bevölkerung Deutschland zu erhalten, führt das Robert-Koch-Institut Bevölkerungsbefragungen durch (z.B. Gesundheit in Deutschland aktuell, GEDA). Die letzte Befragungswelle, für die Auswertungen vorliegen, fand 2012 statt.

Zur Berechnung der Häufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung wurde in GEDA 2012 die Frage gestellt: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen? Hinweis: Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes oder Herzerkrankungen (Antwortkategorien „Ja“ oder „Nein“)“. Die Befragten mussten bei der Beantwortung dieser Frage selbst bewerten, ob sie eine chronische Krankheit haben, die unter die Fragestellung fällt.

Auswertungen auf Stadtteilebene oder nach Städten wurden dabei nicht vorgenommen. Die regionalen Vergleichsebenen zum Bundesdurchschnitt sind: Nordwest, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Bayern, Baden-Württemberg, Ost (Nord) und Ost (Süd). Das Land Bremen zählt neben den Ländern Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zur geografischen Region Nordwest.

Tabelle 4: Prävalenz chronischen Krankseins (Anteil der Befragten in Prozent), Männer

	2009		2010		2012	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Deutschland	35,8	64,2	35,3	64,7	38,4	61,6
Nordwest	33,8	66,2	35,9	64,1	37,6	62,4

Quelle: Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA), Robert Koch-Institut, abgerufen unter www.gbe-bund.de

Tabelle 5: Prävalenz chronischen Krankseins (Anteil der Befragten in Prozent), Frauen

	2009		2010		2012	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Deutschland	42,3	57,7	42,2	57,8	43	57
Nordwest	41,6	58,4	41,4	58,6	41,4	58,6

Quelle: Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA), Robert Koch-Institut, abgerufen unter www.gbe-bund.de

Chronisch kranke Kinder

Die Datenlage für das Vorliegen chronischer Erkrankungen bei Kindern ist ähnlich der bei Erwachsenen. Auch hier führt das Robert Koch Institut regelmäßig Befragungen durch. Mit der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGs-Studie) werden für den Altersbereich 0 bis 17 Jahre wiederholt bundesweit Prävalenzdaten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen erhoben. Regionale Auswertungen werden nicht vorgenommen. De nächsten Studienergebnisse werden für Ende 2017 erwartet.

Zu Frage 3:

3.1/3.2 Wie viele Menschen leiden in den Stadtteilen an psychischen Erkrankungen? Wie hat sich die Zahl seit 2010 entwickelt?

Siehe Vorbemerkung.

3.3 Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig?

Siehe Vorbemerkung.

3.4 Welche Vergleichswerte liegen dazu aus dem Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

Um eine Abschätzung des Anteils von Menschen mit seelischer Belastung in der Bevölkerung Deutschland zu erhalten, führt das Robert-Koch-Institut Bevölkerungsbefragungen durch (z.B. Gesundheit in Deutschland aktuell, GEDA). Die letzte Befragungswelle, für die Auswertungen vorliegen, fand 2012 statt. Für den Indikator seelische Belastungen wurden diejenigen Befragten als belastet angesehen, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren. Auswertungen auf Stadtteilebene oder nach Städten werden dabei nicht vorgenommen, die regionalen Vergleichsebenen zum Bundesdurchschnitt sind: Nordwest, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Bayern, Baden-Württemberg, Ost (Nord) und Ost (Süd). Das Land Bremen zählt neben den Ländern Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zur geografischen Region Nordwest.

Tabelle 6: Belastung durch Beeinträchtigung des seelischen Befindens in den letzten 4 Wochen (Anteil der Befragten in Prozent), Männer

	2009		2010		2012	
	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage
Deutschland	91,7	8,3	92	8	92,2	7,8
Nordwest	92,7	7,3	91,8	8,2	93,5	6,5

Quelle: Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA), Robert Koch-Institut, abgerufen unter www.gbe-bund.de

Tabelle 7: Belastung durch Beeinträchtigung des seelischen Befindens in den letzten 4 Wochen (Anteil der Befragten in Prozent), Frauen

	2009		2010		2012	
	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage	0 bis 13 Tage	Mehr als 13 Tage
Deutschland	86,8	13,2	85,7	14,3	87	13
Nordwest	87,7	12,3	85,6	14,4	84,1	15,9

Quelle: Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA), Robert Koch-Institut, abgerufen unter www.gbe-bund.de

Die Belastung durch Beeinträchtigung des seelischen Befindens der Menschen in der Region Nord-West unterscheidet sich nicht wesentlich vom Bundesdurchschnitt.

Psychisch kranke Kinder

Die Datenlage für das Vorliegen psychischer Erkrankungen bei Kindern ist ähnlich der bei Erwachsenen. Auch hier führt das Robert Koch Institut regelmäßig Befragungen durch. Mit der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGs-Studie) sollen für den Altersbereich 0 bis 17 Jahre wiederholt bundesweit Prävalenzdaten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen erhoben werden. Regionale Auswertungen zu psychischen Erkrankungen werden nicht vorgenommen.

Zu Frage 4:

4.1 Wie hat sich der Anteil der Übergewichtigen in den Stadtteilen seit 2010 entwickelt?

Siehe Vorbemerkung

4.2 Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Bundesvergleich, sowie die Entwicklungen in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen)

Übergewicht kann durch verschiedene Messmethoden bestimmt werden. International etabliert hat sich der Body-Mass-Index (BMI). Der BMI errechnet sich durch Teilung des Körpergewichts (in kg) durch das Quadrat der Körpergröße (in m). Die Weltgesundheitsorganisation stuft Erwachsene mit einem Body-Mass-Index über 25 als übergewichtig ein, mit einem Wert über 30 als stark übergewichtig.

Daten über den Body-Mass-Index in der Bevölkerung sind über das Zusatzprogramm „Fragen zur Gesundheit“ des Mikrozensus zu erhalten. Das Zusatzprogramm wird im Abstand von vier Jahren erhoben. Kleinste Regionale Ebene sind die Länder.

Der Anteil der Bevölkerung mit einem Body-Mass-Index über 25 bei den letzten beiden Erhebungen für das Land Bremen und für Deutschland wird in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 8: Anteil der Männer mit Body-Mass Index über 25 in Bremen und Deutschland

	2009		2013		
	25 - 30	30 und mehr	25 - 30	30 - 40	40 und mehr
Deutschland	44,4	15,7	44,4	16,2	0,9
Bremen	41,1	12,0	44,8	13,4	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fragen zur Gesundheit 2009 und 2013, Körpermaße

Tabelle 9: Anteil der Frauen mit Body-Mass Index über 25 in Bremen und Deutschland

	2009		2013		
	25 - 30	30 und mehr	25 - 30	30 - 40	40 und mehr
Deutschland	29,1	13,8	29,1	13,2	1,1
Bremen	27,1	13,6	28,0	13,3	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fragen zur Gesundheit 2009 und 2013, Körpermaße

Der Anteil übergewichtiger Männer im Land Bremen ist vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt; der Anteil adipöser Männer ist in Bremen niedriger als im Bundesdurchschnitt. Der Anteil übergewichtiger Frauen im Land Bremen liegt unter dem Bundesdurchschnitt. Bei den adipösen Frauen ist der Unterschied zum Bundesdurchschnitt marginal.

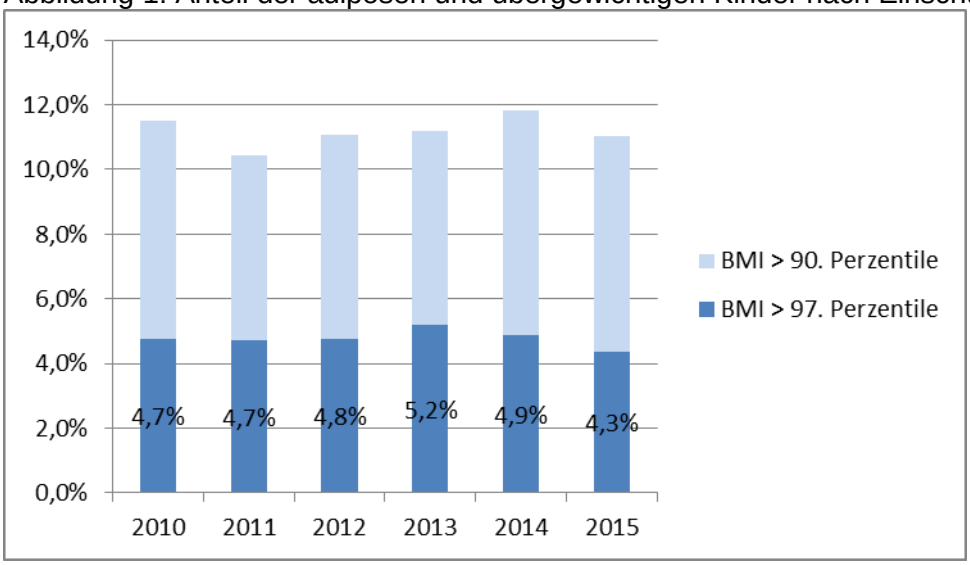
Die Entwicklung zeigt im Bundesdurchschnitt eine Zunahme des Anteils adipöser Menschen; diese ist im Land Bremen bei den Männern nur leicht ausgeprägt und bei den Frauen gar nicht zu beobachten.

Übergewicht bei Kindern

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (Erläuterungen dazu sind im Anhang zu finden) werden alle Kinder gemessen und gewogen. Aus diesen Angaben wird der Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht (in kg) : Körperlänge (in cm)²) berechnet. Anhand der BMI-Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild wird dann eine Zuordnung zu den Bereichen Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas vorgenommen. Übergewicht besteht bei einem BMI oberhalb der 90iger Perzentile. Ein BMI oberhalb der 97iger Perzentile wird als Adipositas (starkes Übergewicht) bezeichnet.

Ab dem Einschulungsjahr 2010 zeigt sich in der Stadtgemeinde Bremen konstant ein Anteil von 10,4 – 11,8% übergewichtiger Kinder. Stark übergewichtig sind 4,3 – 5,2% der Mädchen und Jungen.

Abbildung 1: Anteil der adipösen und übergewichtigen Kinder nach Einschulungsjahrgang.

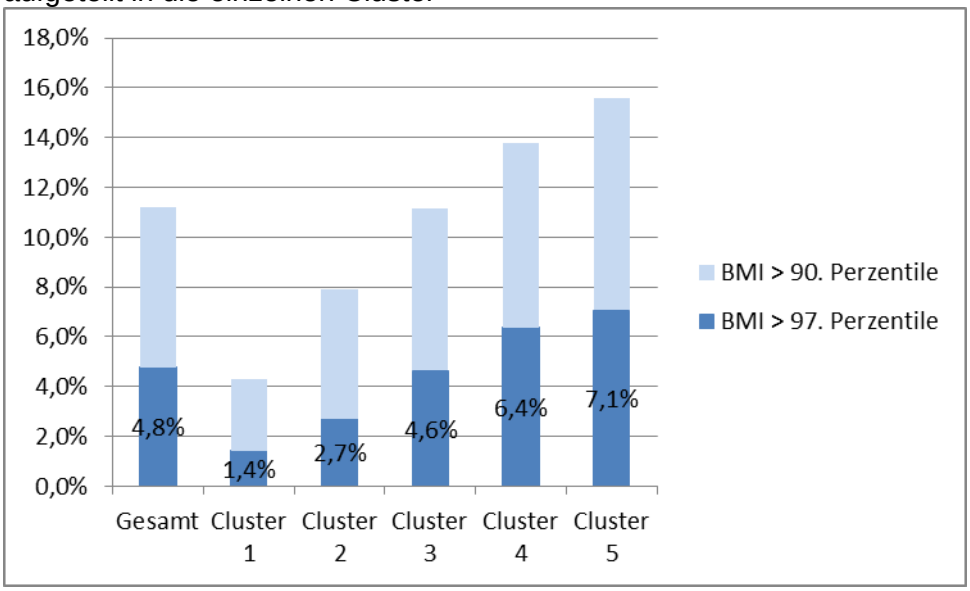


Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Für eine sozialräumliche Auswertung wurden die Ortsteile Bremens fünf „Clustern“ zugeordnet. Die einzelnen Cluster enthalten jeweils 15-17 Ortsteile und sind nach sozialer Rangfolge (Rangfolge Allgemeiner Benachteiligungsindex; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2009) sortiert. Cluster 5 beinhaltet in dieser Aufteilung die Ortsteile mit der höchsten Benachteiligung. Die am wenigsten benachteiligten Ortsteile befinden sich in Cluster 1 (die genaue Zuordnung der Ortsteile zu den Clustern ist unter Punkt 3 im Anhang zu finden).

Bei einer Darstellung der übergewichtigen Kinder nach diesen Clustern zeigt sich deutlich ein Unterschied zwischen sozial benachteiligten und sozial privilegierten Ortsteilen.

Abbildung 2: Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder in den Jahren 2010 – 2015 aufgeteilt in die einzelnen Cluster



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Aktuelle kleinräumige Daten zum Übergewicht bei Kindern in der Stadtgemeinde **Bremerhaven**, z.B. aus Schuleingangsuntersuchungen, liegen im Gesundheitsamt Bremerhaven nicht vor.

Zu Frage 5:

5.1 Wie viele Menschen leiden in den Stadtteilen an Suchterkrankungen? Wie hat sich diese Zahl seit 2010 entwickelt?

Siehe Vorbemerkung.

5.2 Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Anteil von Rauchern und Menschen mit Alkoholproblemen?)

Der Anteil der Raucher und Raucherinnen in der Bevölkerung wird über das Zusatzprogramm „Fragen zur Gesundheit“ des Mikrozensus erhoben (siehe dazu Frage 4). Der Anteil der rauchenden Bevölkerung für das Land Bremen und für Deutschland wird in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 10: Anteil der Raucher in Bremen und Deutschland, 2009/2013, Männer

Länder	Bevölkerung		Raucher			
	insgesamt	mit Angaben über die Rauchgewohnheiten	insgesamt	gelegentlich	regelmäßig	
					zusammen	darunter stark
	in 1000		in 1000	% [1]		
Deutschland 2009	34.611	27.898	8.510	4,1	26,4	4,3
Deutschland 2013	34.004	26.956	7.809	3,9	25,1	3,5
Bremen 2009	280	198	72	4,8	31,5	6,1
Bremen 2013	278	215	71	5,7	27,6	5,5

[1] *Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über Rauchgewohnheiten*

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fragen zur Gesundheit 2009, Rauchgewohnheiten

Tabelle 11: Anteil der Raucherinnen in Bremen und Deutschland, 2009/2013, Frauen

Länder	Bevölkerung		Raucherinnen			
	insgesamt	mit Angaben über die Rauchgewohnheiten	insgesamt	gelegentlich	regelmäßig	
					zusammen	darunter stark
	in 1000		in 1000	% [1]		
Deutschland 2009	36.525	29.591	6.259	3,5	17,6	1,6
Deutschland 2013	35.992	28.737	5.834	3,2	17,1	1,3
Bremen 2009	301	208	52	4,5	20,6	2,4
Bremen 2013	297	235	53	4,0	18,6	2,3

[1] *Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über Rauchgewohnheiten*

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Fragen zur Gesundheit 2009, Rauchgewohnheiten

Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen und Raucher liegt in der Bremer Bevölkerung über dem Bundesdurchschnitt, allerdings hat sich der Abstand zum Bundesdurchschnitt zwischen 2009 und 2013 verringert (von 5,1% auf 2,5% bei den Männern und von 3% auf 1,5% bei den Frauen). Sowohl im Bundesdurchschnitt als auch im Land Bremen sinkt der Anteil der Raucherinnen und Raucher – im Land Bremen fällt die Reduktion vergleichsweise stärker aus.

Stadtteilbezogene Daten zu Menschen mit Alkoholproblemen liegen nicht vor (siehe Vorbemerkung). Dargestellt werden können aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelte Fälle in Bremen im Vergleich zu Hamburg und zu Deutschland. Die Erkrankungen, die als alkoholbedingt gelten, sind im Anhang unter 1 aufgeführt.

Tabelle 12: Altersstandardisierte[2] Raten der aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelten Männer je 100.000 Einwohner im Zeitvergleich

	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	712	736	741	726	730
Bremen	850	1.054	980	1.021	1.055
Hamburg	614	713	693	703	656

Quelle: www.gbe-bund.de

Tabelle 13: Altersstandardisierte[3] Raten der aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelten Frauen je 100.000 Einwohnerinnen im Zeitvergleich

	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	248	259	265	259	259
Bremen	289	317	441	354	354
Hamburg	231	254	252	259	247

Quelle: www.gbe-bund.de

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zum Land Hamburg werden im Land Bremen mehr Männer und Frauen aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelt. Der Trend ist bei den Männern tendenziell steigend, bei den Frauen ist kein eindeutiger Trend zu beobachten.

Schaut man sich die aufgrund von akuter Alkoholintoxikation stationär behandelten Männer und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren an (siehe nachfolgende Tabellen), scheint der Unterschied nicht im sog. „Komasaufen Jugendlicher“ begründet zu sein.

Tabelle 14: Altersstandardisierte[4] Raten der aufgrund von akuter Alkoholintoxikation (ICD 10 F10.0) stationär behandelten Männer zwischen 15 und 25 Jahren je 100.000 Einwohner im Zeitvergleich

	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	466	491	501	435	429
Bremen	498	487	387	297	371

Quelle: www.gbe-bund.de

[2] Standardbevölkerung Deutschland 2011
[3] Standardbevölkerung Deutschland 2011
[4] Standardbevölkerung Deutschland 2011

Tabelle 15: Altersstandardisierte[5] Raten der aufgrund von akuter Alkoholintoxikation (ICD 10 F10.0) stationär behandelten Frauen zwischen 15 und 25 Jahren je 100.000 Einwohnerinnen im Zeitvergleich

	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	249	268	286	270	263
Bremen	277	226	216	240	262

Quelle: www.gbe-bund.de

5.3 Wie viele Menschen sind deshalb in welchen Stadtteilen arbeitsunfähig?
Siehe Vorbemerkung.

5.4 Wie hat sich im Vergleich der Anteil von Suchterkrankten im Bund, sowie in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg seit 2010 entwickelt? (bitte aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, Erwachsenen und Minderjährigen sowie Stadtteilen
Stadtteilbezogene Angaben zu Suchterkrankten liegen nicht vor (siehe Vorbemerkung).

Zu Frage 6:

6.1/6.2 Wie viele Kinder kamen seit 2010 durchschnittlich pro Frau in den Stadtteilen zur Welt? Wie hat sich die Geburtenrate in den Stadtteilen seit 2010 allgemein entwickelt?
Die durchschnittliche Kinderzahl wird zur Beschreibung des aktuellen Geburtenverhaltens herangezogen. Sie gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr. Die durchschnittliche Kinderzahl wird als zusammengefasste Geburtenziffer berechnet. Dazu werden alle Geborenen nach dem Alter ihrer Mütter sortiert. Dann wird für jedes Altersjahr berechnet, wie hoch der Anteil der Frauen dieses Alters ist, die in diesem Jahr ein Kind bekommen haben. Daraus ergeben sich altersspezifische Geburtenziffern. Die Durchschnittswerte der einzelnen Altersjahre werden addiert. Das Ergebnis ist die zusammengefasste Geburtenziffer (Quelle: *www.gbe-bund.de*).

Tabelle 16: Durchschnittliche Kinderzahl nach Stadtteilen in der Stadtgemeinde Bremen

durchschnittliche Kinderzahl je Frau			Saldo
	2005-2009*	2010-2014*	
Land Bremen	1,28	1,35	0,07
Stadt Bremen	1,24	1,32	0,08
Mitte (Stadtteil)	1,01	0,93	-0,08
Neustadt (Stadtteil)	0,94	1,05	0,11
Obervieland (Stadtteil)	1,38	1,47	0,09
Huchting (Stadtteil)	1,67	1,69	0,02
Woltmershausen (Stadtteil)	1,45	1,34	-0,11
Östliche Vorstadt (Stadtteil)	0,90	0,99	0,09
Schwachhausen (Stadtteil)	1,16	1,22	0,06
Vahr (Stadtteil)	1,39	1,47	0,08
Horn-Lehe (Stadtteil)	0,99	1,15	0,16
Oberneuland (Stadtteil)	1,28	1,45	0,17
Osterholz (Stadtteil)	1,53	1,61	0,08
Hemelingen (Stadtteil)	1,26	1,41	0,15
Findorff (Stadtteil)	0,98	1,03	0,05
Walle (Stadtteil)	1,10	1,20	0,1
Gröpelingen (Stadtteil)	1,60	1,77	0,17
Burglesum (Stadtteil)	1,42	1,50	0,08
Vegesack (Stadtteil)	1,34	1,42	0,08
Blumenthal (Stadtteil)	1,58	1,60	0,02
Stadt Bremerhaven	1,50	1,53	0,03

Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig Infosystem, 2016

* = Aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Stadtteilen und der damit einhergehenden statistischen Unschärfe aggregiert das Statistische Landesamt Bremen für die Berechnung der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau auf Stadtteilebene einen Zeitraum von 5 Jahren.

Bis auf die Stadtteile Mitte und Woltmershausen nimmt in der Stadtgemeinde Bremen die durchschnittliche Kinderzahl je Frau zu.

Die Geburtenrate (durchschnittliche Kinderzahl je Frau) lag in **Bremerhaven** in den Jahren 2010 bis 2014 bei 1,53. Die Geburtenrate ist seit ihrem bisher niedrigsten Stand in 1985 (1,05) stetig leicht angestiegen. Eine Darstellung nach Stadtteilen ist nicht möglich.

6.3 Wie hoch war die Säuglingssterblichkeit in den Stadtteilen seit 2010?

Aufgrund der Problematik der kleinen Fallzahlen (siehe Vorbemerkung) werden die Daten über die Säuglingssterblichkeit auf Stadtteilebene in aggregierten Zeiträumen über 10 Jahre ausgewiesen:

[5] Standardbevölkerung Deutschland 2011

Tabelle 17: Lebendgeborene, Gestorbene unter 1 Jahr und Rate der unter 1 Jahr Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen (Säuglingssterblichkeit) in der Stadtgemeinde Bremen, aggregierter Zeitraum 2005-2014

	Lebendgeborene	Gestorbene Unter 1 Jahr	Rate der unter 1 Jahr Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen
Land Bremen	56222	287	5,1
Stadt Bremen	46489	218	4,7
Mitte (Stadtteil)	1362	12	8,8
Neustadt (Stadtteil)	3741	17	4,5
Obervieland (Stadtteil)	2758	21	7,6
Huchting (Stadtteil)	2644	8	3,0
Woltmershausen (Stadtteil)	1271	4	3,1
Östliche Vorstadt (Stadtteil)	2587	10	3,9
Schwachhausen (Stadtteil)	3457	4	1,2
Vahr (Stadtteil)	2507	12	4,8
Horn-Lehe (Stadtteil)	1756	7	4,0
Oberneuland (Stadtteil)	859	4	4,7
Osterholz (Stadtteil)	3280	20	6,1
Hemelingen (Stadtteil)	3554	18	5,1
Findorff (Stadtteil)	1963	5	2,5
Walle (Stadtteil)	2281	11	4,8
Gröpelingen (Stadtteil)	3781	32	8,5
Burglesum (Stadtteil)	2582	11	4,3
Vegesack (Stadtteil)	2493	8	3,2
Blumenthal (Stadtteil)	2638	9	3,4
Stadt Bremerhaven	9733	49	5,0

Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig Infosystem, 2016; eigene Berechnungen

Die Säuglingssterblichkeit variiert zwischen den Stadtteilen Bremens im aggregierten Zeitraum von 10 Jahren zwischen 1,2 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen in Schwachhausen und 8,8 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen im Stadtteil Mitte.

Nach Angaben des Bürger- und Ordnungsamtes (Statistik und Wahlen) der Stadt Bremerhaven liegen zur Säuglingssterblichkeit keine kleinräumigen Daten auf Stadtteilebene für Bremerhaven vor.

6.4 Wie viele Teenager wurden seit 2010 pro Jahr in welchen Stadtteilen Mütter?

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zahl der Lebendgeborenen bei Frauen unter 20 Jahren. Da explizit danach gefragt wurde, wie viele Teenager Mütter wurden, wird hier keine Rate, sondern die Anzahl der Lebendgeborenen dargestellt (aus Datenschutzgründen wurde ein Mittelwert über 5 Jahre gebildet). Da die Zahl junger Frauen in den Stadtteilen variiert, lassen diese Zahlen keine vergleichenden Aussagen über den Anteil junger Mütter in den Stadtteilen zu.

Tabelle 18: Durchschnittliche Anzahl von Lebendgeborenen bei unter 20 jährigen Frauen pro Jahr im Zeitraum 2010-2014 in der Stadtgemeinde Bremen

	Durchschnittliche Anzahl von Lebendgeborenen bei unter 20 jährigen Frauen pro Jahr im Zeitraum 2010-2014[6]
Mitte (Stadtteil)	3
Neustadt (Stadtteil)	7
Obervieland (Stadtteil)	9,4
Huchting (Stadtteil)	9,8
Woltmershausen (Stadtteil)	2,6
Östliche Vorstadt (Stadtteil)	1,4
Schwachhausen (Stadtteil)	1,4
Vahr (Stadtteil)	8,2
Horn-Lehe (Stadtteil)	0,8
Oberneuland (Stadtteil)	k.A.
Osterholz (Stadtteil)	10,6
Hemelingen (Stadtteil)	13
Findorff (Stadtteil)	6,4
Walle (Stadtteil)	3,8
Gröpelingen (Stadtteil)	19,4
Burglesum (Stadtteil)	10
Vegesack (Stadtteil)	10,4
Blumenthal (Stadtteil)	13,4

Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig Infosystem, 2016; eigene Berechnungen

In 2013 haben in **Bremerhaven** 46 junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren ein Kind geboren. Die Geburtenquote der 15-19jährigen lag 2013 bei 17% der Gesamtgeburtenrate in Bremerhaven.

Nachfolgend dargestellt ist die Anzahl von Lebendgeborenen bei unter 20 Jährigen Frauen in den Stadtgemeinden; beachte: Da explizit danach gefragt wurde, wie viele Teenager Mütter wurden, wird hier keine Rate, sondern die Anzahl der Lebendgeborenen dargestellt. Da die Zahl junger Frauen in den Stadtgemeinden variiert, lassen die Zahlen keine vergleichenden Aussagen über den Anteil junger Mütter in den Stadtgemeinden zu.

Tabelle 19: Anzahl von Lebendgeborenen bei unter 20 jährigen Frauen in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven

	2010	2011	2012	2013	2014
Stadtgemeinde Bremen	140	126	126	134	131
Stadtgemeinde Bremerhaven	58	51	52	46	57

Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig Infosystem, 2016

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt die Rate der Lebendgeborene bei 15-18 jährigen Frauen in Bremen leicht darüber.

[6] Aus Datenschutzgründen (kleine Fallzahlen) wurde auf eine Darstellung nach einzelnen Jahren verzichtet.

Tabelle 20: Rate der Lebendgeborene bei 15-18 jährigen Frauen in Bremen im Vergleich mit Hamburg und dem Bund je 1.000 Einwohnerinnen

	2011	2012	2013	2014
Deutschland	3,6	3,4	3,4	3,5
Bremen	4,1	5,2	4,4	5,6
Hamburg	4,9	4,3	4,3	4,6

Quelle: www.gbe-bund.de eigene Berechnungen

6.5 Welche Erkenntnisse hat der Senat über die gleichen Faktoren in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg sowie im Bundesvergleich? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtteilen)

Im Vergleich zu den Städten Hamburg, Hannover und Dortmund weist Bremen die niedrigste durchschnittliche Kinderzahl auf.

Tabelle 21: Durchschnittliche Kinderzahl[7] 2013 im Städtevergleich[8]:

Bremen	1,33
Hamburg	1,36
Hannover	1,41
Dortmund	1,39

Quelle: INKAR = der interaktive Online-Atlas des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung

Angaben über die Durchschnittliche Kinderzahl in den Stadtteilen von Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg liegen dem Senat nicht vor.

In den nachfolgenden Tabellen sind Daten zur Säuglingssterblichkeit dargestellt.

Tabelle 22: Anzahl der Säuglingssterbefälle in Bremen im Vergleich zu Hamburg und Deutschland

	Anzahl der Säuglingssterbefälle				
	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	2.322	2.408	2.202	2.250	2.284
Bremen	27	35	24	20	35
Hamburg	67	69	62	68	63

Quelle: www.gbe-bund.de

Tabelle 23: Rate der Säuglingssterbefälle in Bremen im Vergleich zu Hamburg und Deutschland

	Säuglingssterbefälle je 1000 Lebendgeborene				
	2010	2011	2012	2013	2014
Deutschland	3,4	3,6	3,3	3,3	3,2
Bremen	4,8	6,5	4,3	3,5	5,6
Hamburg	3,9	4	3,5	3,7	3,3

Quelle: www.gbe-bund.de

[7] Definition „durchschnittliche Kinderzahl“ siehe oben.
[8] Für die Stadt Nürnberg lagen keine Daten vor.

Die Säuglingssterblichkeit in Bremen liegt über dem Bundesdurchschnitt und – in 4 von 5 Jahren – über den Raten von Hamburg. Ein zeitlicher Trend ist infolge der starken statistischen Schwankungsbreite nicht zu erkennen.

Daten über die Säuglingssterblichkeit in Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg sowie in deren Stadtteilen liegen dem Senat nicht vor.

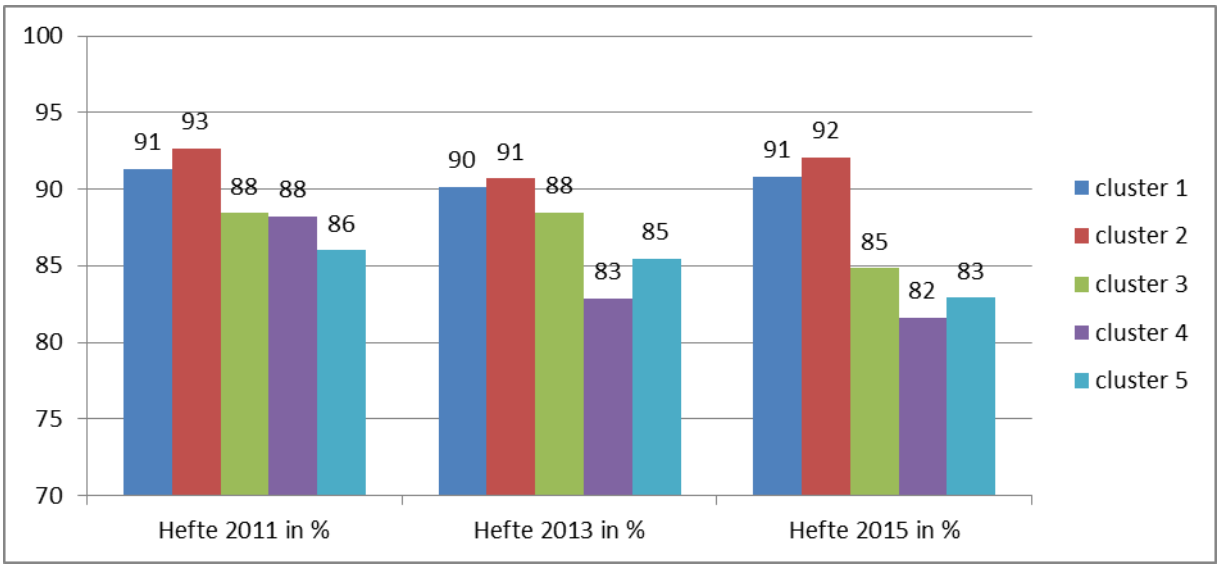
Zu Frage 7:

7.1 Wie viel Prozent aller Kinder haben in welchen Stadtteilen seit 2010 an welchen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?

Für die Beantwortung der Frage 7 wurden die vom Gesundheitsamt Bremen erhobenen Daten der Schuleingangsuntersuchungen in der Stadtgemeinde Bremen (Stadt)verwendet. Erläuterungen dazu sowie zu den Auswertungen nach sozialräumlichen Clustern finden Sie in der Antwort auf die Frage 4 im Abschnitt „Übergewicht bei Kindern“ und im Anhang).

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten wird den vorgelegten gelben Untersuchungsheften entnommen.
Insgesamt bringen in jedem Jahr 87 – 89% der Eltern in der Stadtgemeinde Bremen das Vorsorgeheft zur Untersuchung mit. In den nachfolgenden Abbildungen wird der Anteil der vorgelegten Untersuchungshefte nach sozialräumlichen Clustern dargestellt.

Abbildung 3: Anteil der vorgelegten gelben Vorsorgehefte in den Jahren 2011, 2013 und 2015,

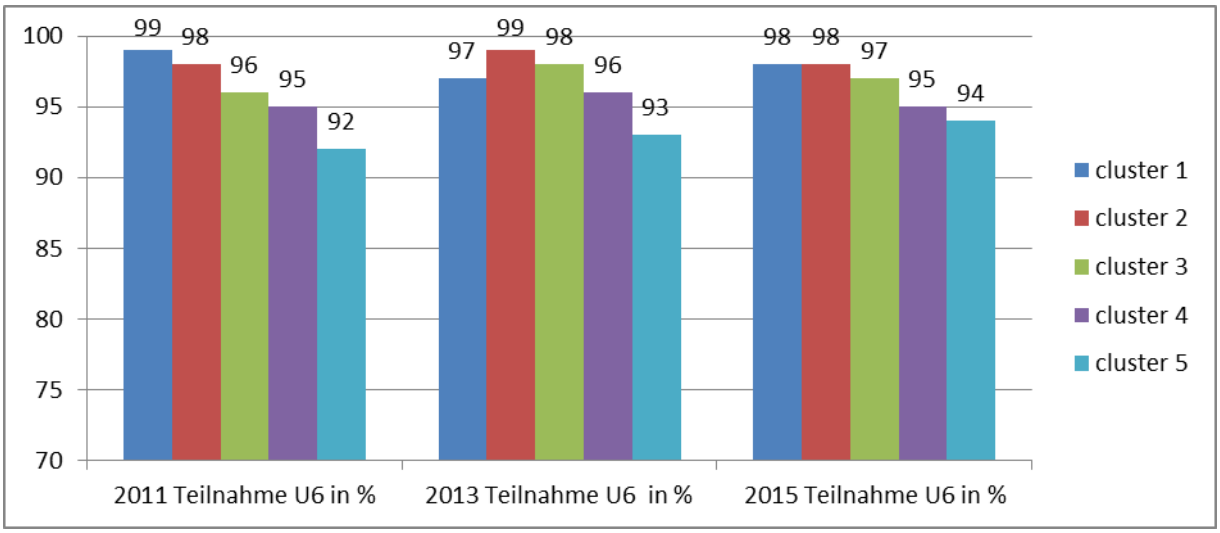


Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Alle weiteren prozentualen Angaben beziehen sich auf die vorgelegten gelben Hefte, nicht auf die Gesamtzahl der vorgestellten Kinder, weil nicht für alle Kinder ein Vorsorgeheft vorgelegt wird. Die Geburtszeiträume liegen jeweils 5-7(teilweise 8) Jahre vor dem Jahr der Einschulung. Entsprechend beziehen sich die Zahlen der in Anspruch genommenen Vorsorgen auf die Geburtsjahrgänge 2002 bis 2010.

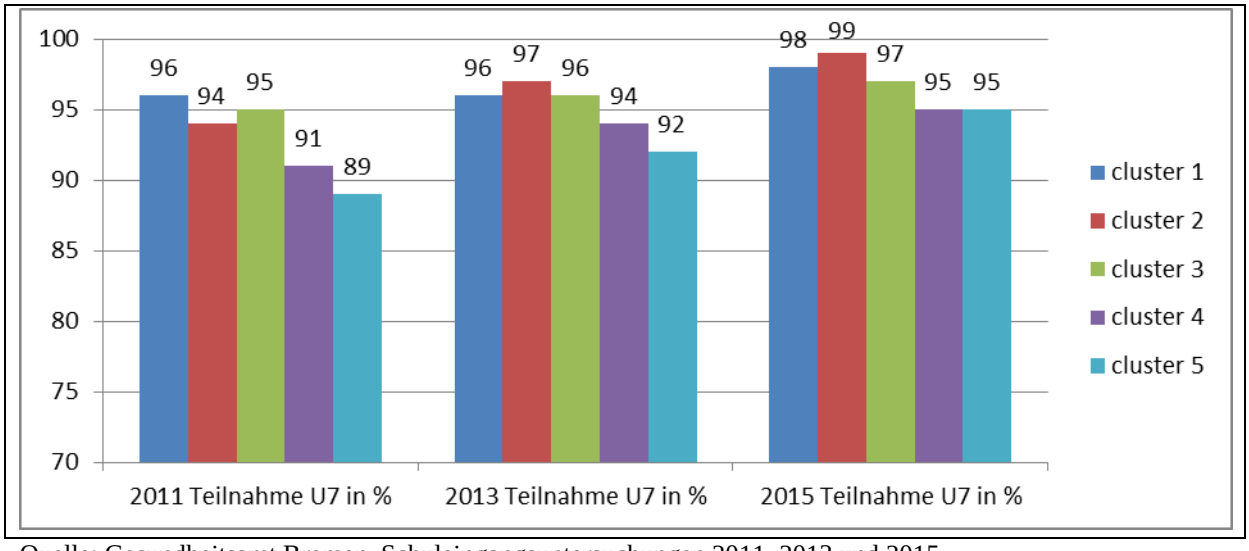
Die U1 erfolgt direkt nach der Geburt und ist bei allen in Deutschland geborenen Kindern dokumentiert. Die U2 bis U5, die ebenfalls im ersten Lebensjahr erfolgen, werden über die Jahre zu über 95% in Anspruch genommen. Die Teilnahme an die U6-U9 Untersuchungen ist nachfolgend dargestellt.

Abbildung 4: Teilnahme an der U6 im Alter von einem Jahr



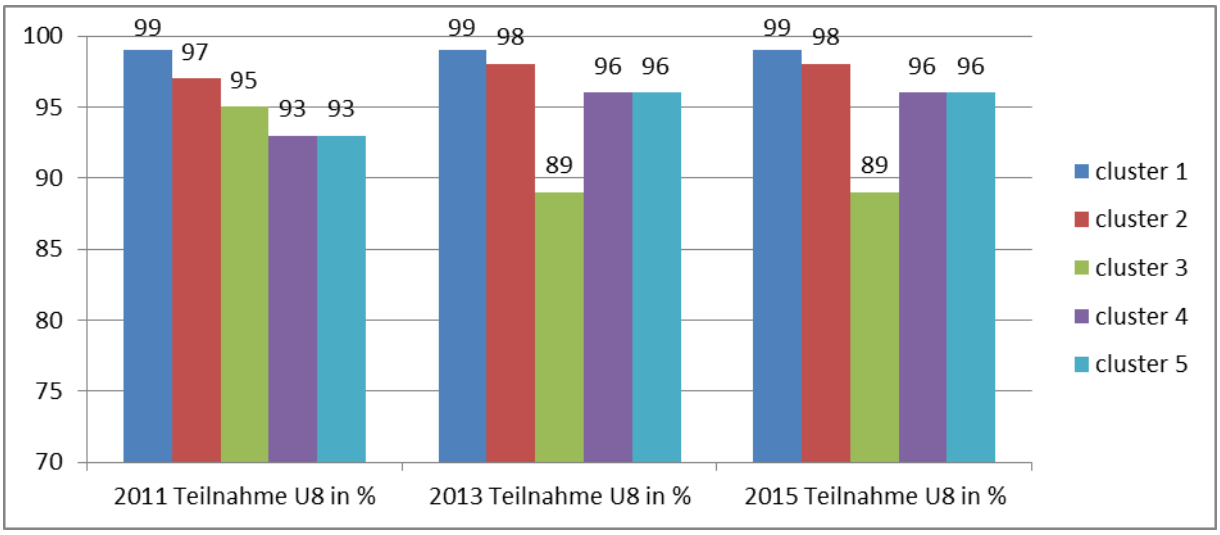
Quelle: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchungen 2011, 2013 und 2015

Abbildung 5: Teilnahme an der U7 im Alter von zwei Jahren



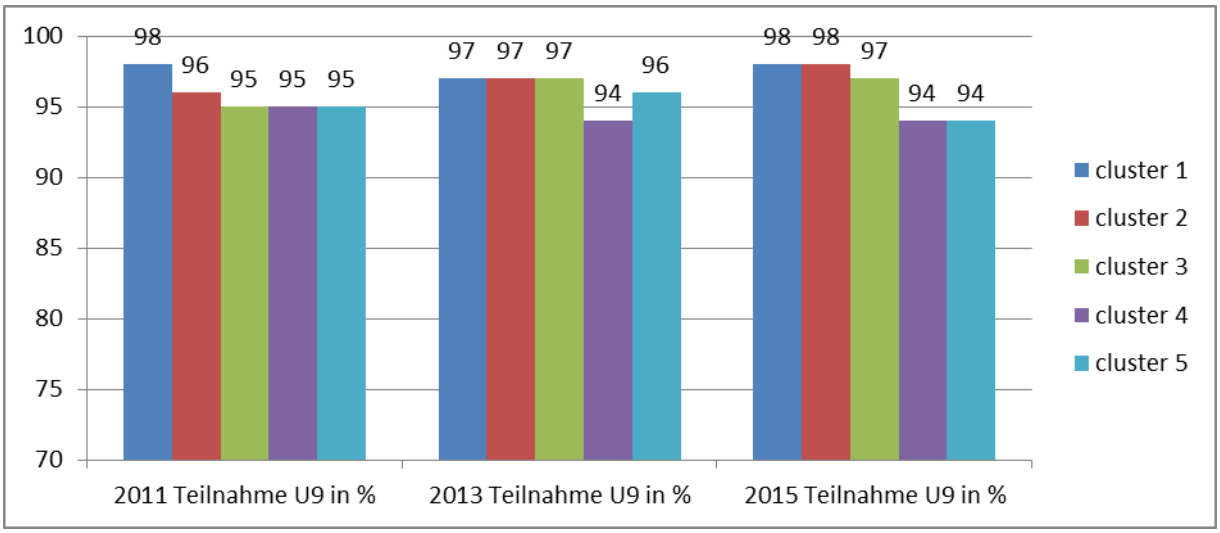
Quelle: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchungen 2011, 2013 und 2015

Abbildung 6: Teilnahme an der U8 im Alter von vier Jahren



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Abbildung 7: Teilnahme an der U9 im Alter von 5 Jahren



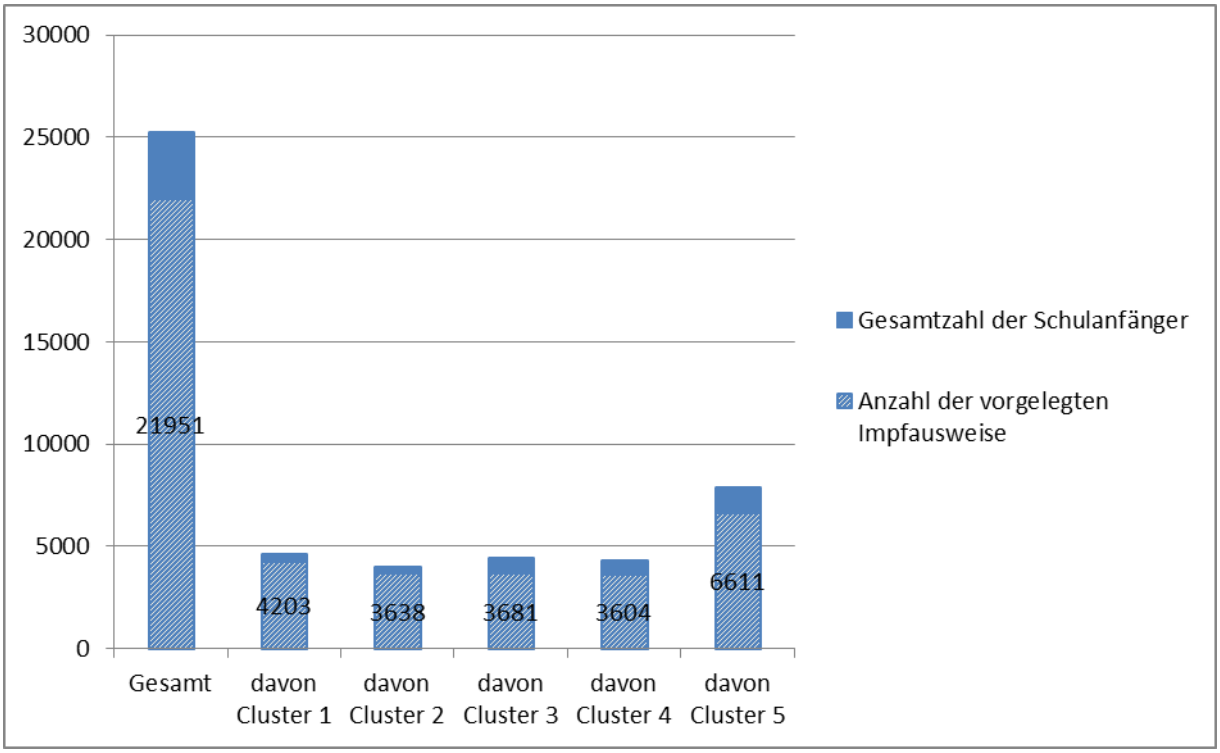
Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Es zeigt sich über die Jahre und die einzelnen Vorsorgen, dass die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen in Cluster 1 und 2 am höchsten ist.
Der Effekt des verbindlichen Einladungswesens ist in dieser Darstellung nicht ablesbar, da die Untersuchungen teilweise Geburtszeiträume betreffen, zu denen das Verfahren entweder noch nicht eingeführt oder noch nicht vollständig etabliert war (siehe dazu Frage 12).
In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** wird die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht nach Stadtteilen getrennt erfasst. Der Magistrat der Stadt Bremerhaven hat mitgeteilt, dass seit der Verabschiedung und Umsetzung des Kindeswohlsicherungsgesetzes fast alle Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen U 6, U7, U 7a und U 8 bis U 9 teilnehmen.

7.2 Welche Erkenntnisse hat der Senat über den Impfstatus der Kinder und Jugendlichen in den einzelnen Quartieren?

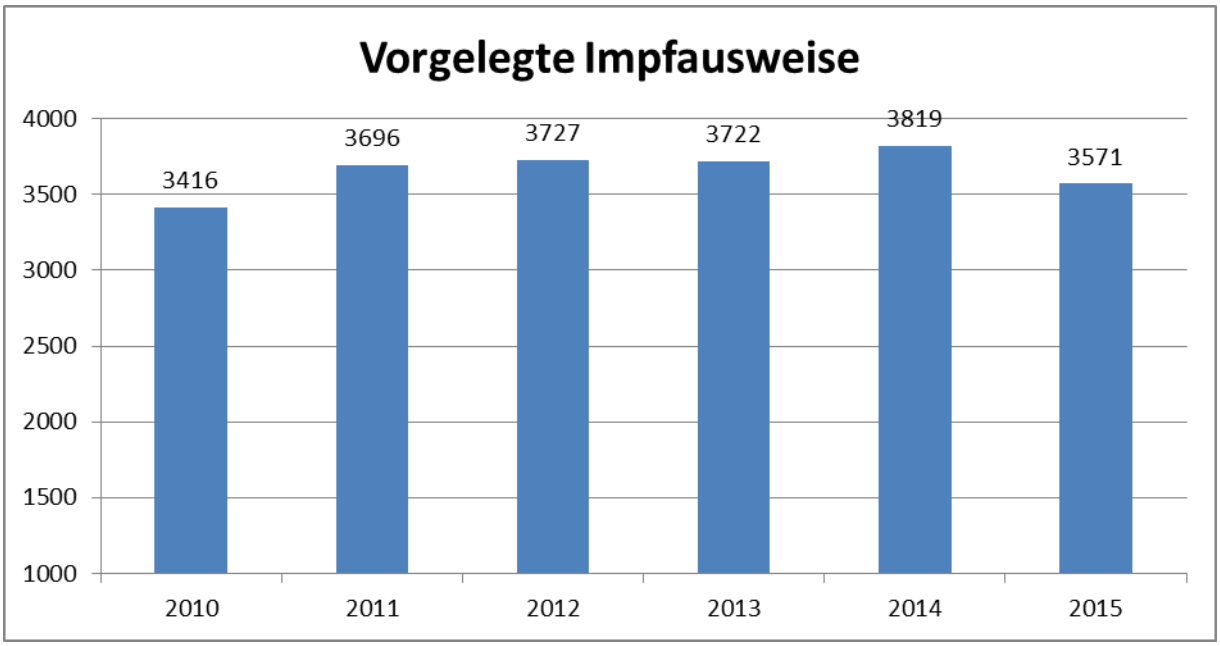
Die Impfstatus bei Kindern wird in den nachfolgenden Abbildungen dargestellt:

Abbildung 8: Gesamtzahl der untersuchten Kinder in den Jahren 2010 – 2015 mit Anteil der vorgelegten Impfausweise



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

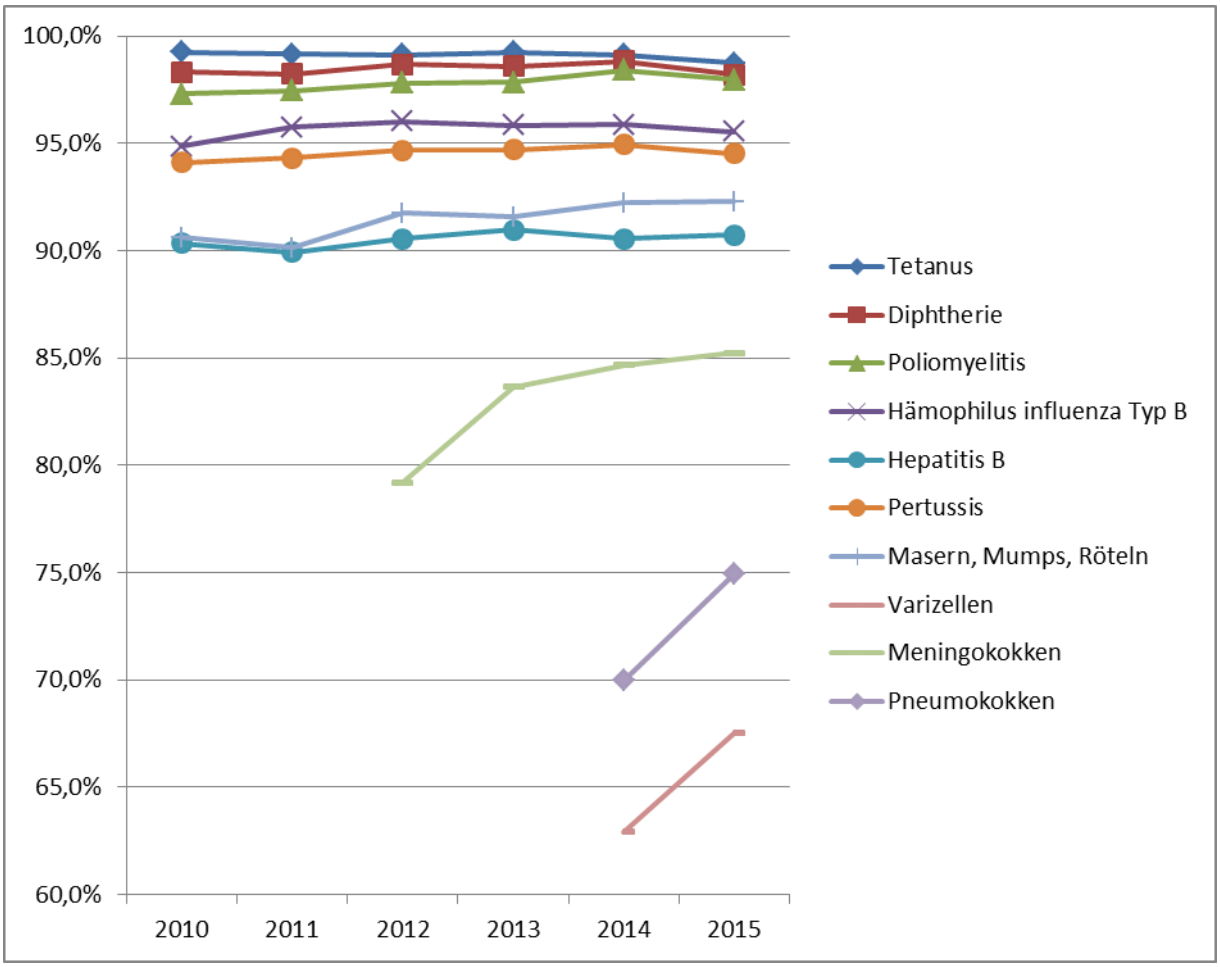
Abbildung 9: Zahl der vorgelegten Impfausweise



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Die folgenden Angaben zum Impfschutz beziehen sich auf die vorgelegten Impfpässe, jährlich 85 – 88%.

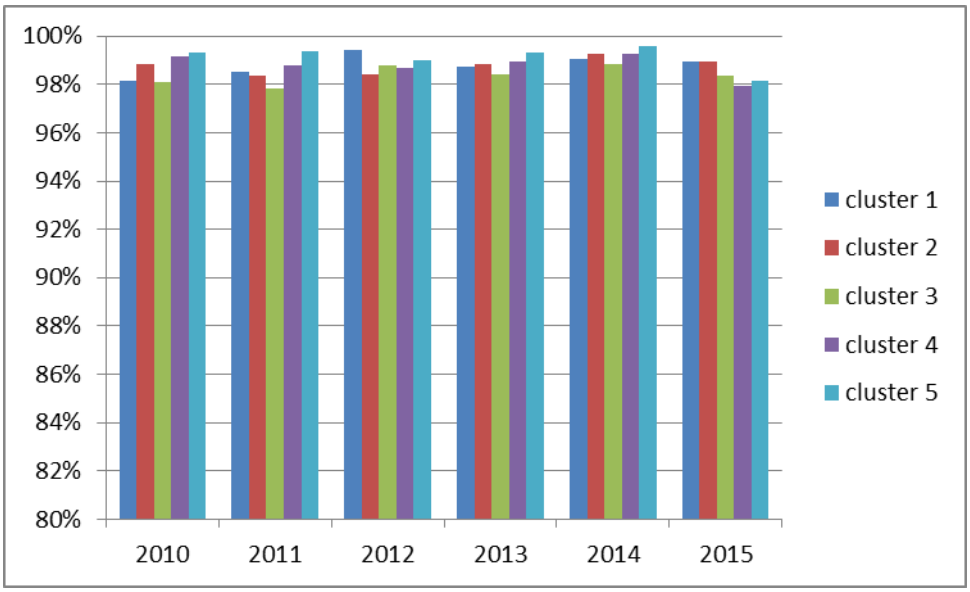
Abbildung 10: Vollständige Impfungen in Prozent



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Es werden nur die vollständigen Impfungen dargestellt. In Anlehnung an die KIGGS Studie wurde für die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Hämophilus influenza Typ B und Hepatitis B eine dreimalige Impfung als vollständig gewertet. Die Impfung gegen Pertussis wird ab 4 Impfungen als vollständig angesehen. Für Masern, Mumps und Röteln gilt eine zweimalige Impfung als vollständig. Dies trifft seit 2009 auch für Varizellen zu (vorher einmalig). Die Meningokokken C Impfung erfolgt einmalig, Pneumokokken bisher 4 Impfdosen. Beide Impfungen sind erst seit 2006 für alle Kinder empfohlen.

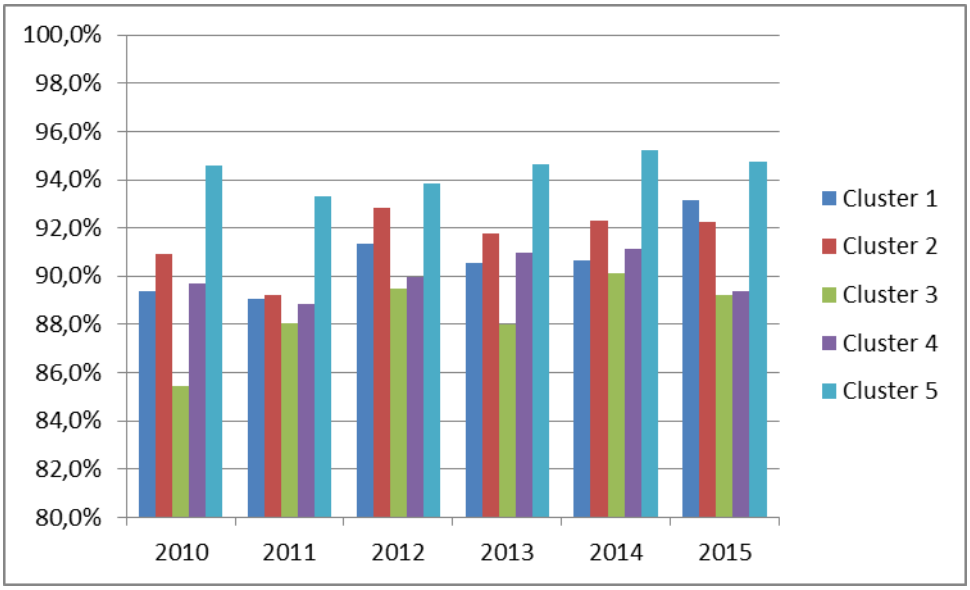
Abbildung 11: Vollständige Tetanus und Diphtherie Impfungen



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Für diese Impfungen ergeben sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen Clustern. Dies gilt ebenso für Hämophilus influenza Typ B (HiB) und für Poliomyeltits (Polio).

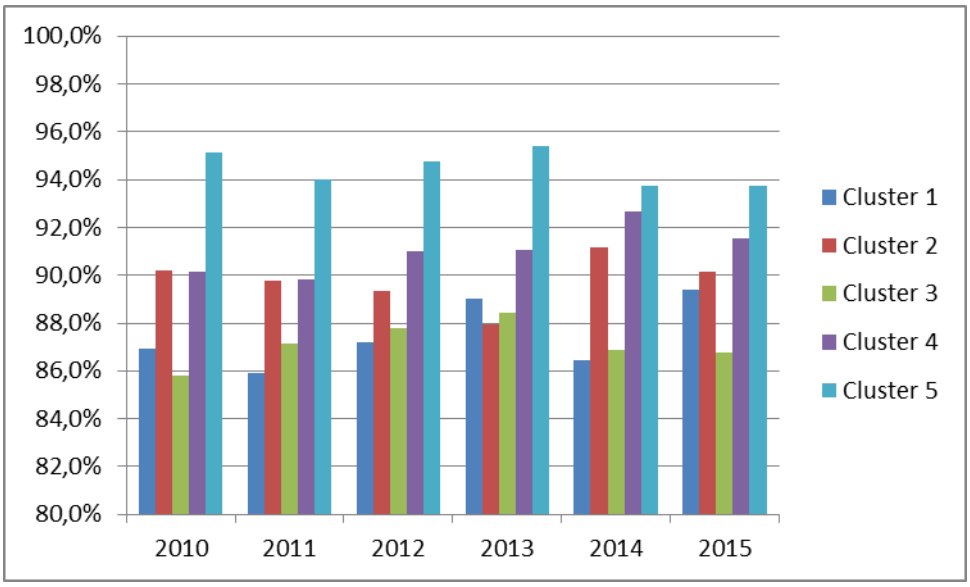
Abbildung 12: Zweimalige Masern, Mumps, Röteln Impfung (MMR)



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Für die MMR-Impfung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den einzelnen Clustern. Über die Jahre gilt konstant, dass in Cluster 5 die besten Impfraten vorliegen. Ein WHO-Gesundheitsziel ist die Eradikation der Masern. Bei einem Immunschutz von mindestens 95% der Bevölkerung, kann davon ausgegangen werden, dass eine Infektion sich nicht mehr ausbreiten kann. Dieses Ziel ist in Cluster 5 nahezu erreicht.

Abbildung 13: Vollständige Hepatitis B Impfung



Quelle: Gesundheitsamt Bremen / Schuleingangsuntersuchungen

Auch für die dreimalige Hepatitis B Impfung gilt über die letzten Jahre, dass der Immunschutz in Cluster 5 deutlich besser ist, als in den privilegierteren Ortsteilen.

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** werden die Durchimpfungsraten nicht nach Stadtteilen getrennt erfasst.

7.3 Welche Vergleichswerte zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus liegen aus Dortmund, Nürnberg, Hannover und Hamburg sowie im Bundesdurchschnitt vor? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtteilen und Altersgruppen)

In den nachfolgenden Tabellen ist die Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen in Deutschland, dem Land Bremen und Hamburg dargestellt.

Tabelle 24: Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen in Deutschland

Impfungen	Jahr			
	2010	2011	2012	2013
Untersuchte Kinder insgesamt	677.237	694.236	675.528	688.312
darunter mit Impfausweis	626.347	641.859	625.764	636.533
Impfquote in Prozent				
Diphtherie	95,3	95,7	95,8	95,8
Tetanus	95,7	96,1	96,1	97,3
Pertussis	94,7	95,1	95,4	95,4
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	93,1	93,7	93,8	93,9
Poliomyelitis (IPV)	94,2	94,7	94,9	95,1
Hepatitis B	86,8	86,2	86,9	88
Masern				
Masern 1. Dosis	96,4	96,6	96,7	96,7
Masern 2 Dosen	91,5	92,1	92,4	92,6
Mumps				
Mumps 1. Dosis	96,1	96,3	96,4	96,4
Mumps 2 Dosen	91,2	91,9	92,2	92,4
Röteln				
Röteln 1. Dosis	96,1	96,3	96,4	96,4
Röteln 2 Dosen	91,2	91,8	92,2	92,4

Tabelle 25: Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen in Bremen

Impfungen	Jahr			
	2010	2011	2012	2013
Untersuchte Kinder insgesamt	4.973	5.162	5.278	5.252
darunter mit Impfausweis	4.247	4.509	4.572	4.550
Impfquote in Prozent				
Diphtherie	94,8	94,7	95,2	95,4
Tetanus	94,9	94,9	95,4	95,5
Pertussis	94,5	94,6	94,9	95,1
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	92	93	93,6	95,7
Poliomyelitis (IPV)	93,1	93,7	94,4	97,6
Hepatitis B	84,2	82,3	84,8	90,6
Masern				
Masern 1. Dosis	96,4	97	96,7	96,8
Masern 2 Dosen	91,4	91,1	92,7	92,5
Mumps				
Mumps 1. Dosis	96,2	96,5	96,4	96,5
Mumps 2 Dosen	91,1	90,7	92,3	92,1
Röteln				
Röteln 1. Dosis	96,1	96,4	96,3	96,5
Röteln 2 Dosen	91	90,6	92,1	92,1

Tabelle 26: Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen in Hamburg

Impfungen	Jahr			
	2010	2011	2012	2013
Untersuchte Kinder insgesamt	12.054	13.081	12.538	12.706
darunter mit Impfausweis	11.351	12.275	12.306	11.891
Impfquote in Prozent				
Diphtherie	93,9	94,9	94,2	94
Tetanus	94,2	94,6	94,4	94,2
Pertussis	93,9	94,6	94	93,9
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	91,1	91,5	91,3	91,3
Poliomyelitis (IPV)	92,9	93,3	93,1	93,1
Hepatitis B	83,8	82,7	83,6	83,6
Masern				
Masern 1. Dosis	95,9	96,4	96,1	96,1
Masern 2 Dosen	92,2	92,6	92,1	92,9
Mumps				
Mumps 1. Dosis	95,4	95,9	95,6	95,6
Mumps 2 Dosen	91,7	92,2	91,7	92,5
Röteln				
Röteln 1. Dosis	95,2	95,8	95,6	95,6
Röteln 2 Dosen	91,5	92,1	91,7	92,4

Vergleichswerte zu Vorsorgeuntersuchungen liegen dem Senat nicht vor.

Zu Frage 8.

8.1/8.2/8.3 Wie viele niedergelassenen Haus- und Kinderärzte sowie Psychotherapeuten, Heilpraktiker und Apotheker sind derzeit in welchen Stadtteilen tätig? Wie viele Menschen leben jeweils in diesen Stadtteilen? Wie hat sich die Zahl der Praxen seit 2010 in den Stadtteilen entwickelt?

Die Anzahl der Versorgungsaufträge in Bezug auf Haus- und Kinderärztinnen und –ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Stichtag 01.01.2016 unterteilt nach den Planungsbezirken Bremen und Bremerhaven lassen sich den nachfolgenden Tabellen entnehmen. Eine Unterteilung in Stadtteile ist leider nicht möglich, sondern lediglich in Stadtgebiete. Außerdem wird nicht nach der Anzahl der Praxen differenziert – in einer Praxis können durchaus zwei Teilzeitkräfte beschäftigt sein -, sondern nach der Anzahl der Versorgungsaufträge.

Tabelle 27: Anzahl Versorgungsaufträge nach Stadtbezirken in der Stadtgemeinde Bremen (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte), Stand: 01.01.2016

Arztgruppe	Nord	West	Mitte Mitte/Häfen	Süd	Ost
Einwohner (31.12.2014) davon Kinder	96.247 15.284	90.094 13.886	18.043 1.494	124.816 18.809	222.565 34.073
Hausärzte	66,00	66,50	22,50	75,25	139,80
Psychotherapeuten	22,90	20,00	31,50	30,10	224,00
Kinderärzte	8,00	9,00	1,00	11,00	27,50

(Quelle: Bevölkerungszahlen: Statistisches Landesamt; Versorgungsaufträge: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Tabelle 28: Anzahl Versorgungsaufträge nach Stadtbezirken in der Stadtgemeinde Bremerhaven (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte), Stand: 01.01.2016

Arztgruppe	Nord	Süd
Einwohner (31.12.2014) davon Kinder	66.227 10.887	49.407 7.505
Hausärzte	38,50	27,25
Psychotherapeuten	35,50	14,00
Kinderärzte	5,00	6,00

(Quelle: Bevölkerungszahlen: Magistrat der Stadt Bremerhaven; Versorgungsaufträge: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Den nachfolgenden Tabellen kann die die Anzahl der Versorgungsaufträge in Bezug auf Haus- und Kinderärztinnen und –ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Stichtag 01.04.2015 unterteilt nach Bremen und Bremerhaven entnommen werden. Eine differenzierte Auflistung nach Stadtbezirken für die Jahre 2010 bis 2014 ist nicht möglich.

Tabelle 29: Anzahl Versorgungsaufträge nach Stadtbezirken in der Stadtgemeinde Bremen (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte), Stand: 01.04.2015

Arztgruppe	Nord	West	Mitte Mitte/Häfen	Süd	Ost
Einwohner (31.12.2014) davon Kinder	96.247 15.284	90.094 13.886	18.043 1.494	124.816 18.809	222.565 34.073
Hausärzte	67,00	66,50	24,50	75,25	137,80
Psychotherapeuten	21,40	17,50	33,50	29,10	227,30
Kinderärzte	8,00	9,00	1,00	11,00	27,00

(Quelle: Bevölkerungszahlen: Statistisches Landesamt; Versorgungsaufträge: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Tabelle 30: Anzahl Versorgungsaufträge nach Stadtbezirken in der Stadtgemeinde Bremerhaven (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte), Stand: 01.04.2015

Arztgruppe	Nord	Süd
Einwohner (31.12.2014) davon Kinder	66.227 10.887	49.407 7.505
Hausärzte	36,50	26,00
Psychotherapeuten	36,50	11,50
Kinderärzte	5,00	6,00

(Quelle: Bevölkerungszahlen: Magistrat der Stadt Bremerhaven; Versorgungsaufträge: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Den nachfolgenden Tabellen kann die Entwicklung der Anzahl der Versorgungsaufträge seit 2010 sowie der Versorgungsgrad in Prozent für die Planungsbereiche Bremen und Bremerhaven entnommen werden. Daraus ist ersichtlich, dass es in Bremen und Bremerhaven nicht die Tendenz einer Abwanderung von Medizinerinnen und Medizinern sowie anderen Heilberufen aus bestimmten Stadtteilen gibt. Sowohl Bremen als auch Bremerhaven weisen immer noch eine Überversorgung aus.

Tabelle 31: Entwicklung der Anzahl der Versorgungsaufträge im Planungsbereich Bremen (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte)

Arztgruppe je zum 31.12. des Jahres	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (01.01. 2016)
Hausärzte	379,75	374,00	379,50	372,80	371,80	370,05
Vers.-grad Planungsbereich	110,1	108,5	110,0	112,6	112,2	111,5
Psychotherapeuten	337,80	333,20	325,95	326,35	328,85	328,5
Vers.-grad Planungsbereich	159,3	157,1	153,6	184,9	186,1	187,7
Kinderärzte	55,00	56,00	56,00	56,00	56,00	56,5
Vers.-grad Planungsbereich	142,8	145,4	145,3	163,7	164,9	166,4

(Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Tabelle 32: Entwicklung Anzahl Versorgungsaufträge Planungsbereich Bremerhaven (Hausärzte, Psychotherapeuten und Kinderärzte)

Arztgruppe je zum 31.12. des Jahres	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (01.01. 2016)
Hausärzte	66,75	67,50	63,50	65,25	65,00	66,75
Vers.-grad Planungsbereich	91,5	93,5	88,1	95,0	98,1	99,0
Psychotherapeuten	49,20	49,20	49,20	49,20	49,00	49,5
Vers.-grad Planungsbereich	138,1	139,4	139,7	136,4	140,8	142,0
Kinderärzte	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11
Vers.-grad Planungsbereich	124,0	125,2	125,4	144,9	149,8	149,8

(Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen)

Zu den Heilpraktikern/-innen können nur Angaben dazu gemacht werden, wie viele Personen sich für die Prüfungen angemeldet haben und wie viele Personen die Prüfungen bestanden

haben. Weder liegen Angaben darüber vor, wie viele Heilpraktiker zur Zeit in Bremen tätig sind, noch dazu, in welchen Stadtteilen.

Tabelle 33: Prüfungen: „Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie“

Jahr	Anmeldungen gesamt	Bestanden
2010	29	28
2011	52	50
2012	22	21
2013	37	25
2014	20	13
2015	23	15

(Quelle: Gesundheitsamt Bremen)

Tabelle 34: Prüfungen: „Allgemeine Heilpraktiker“

Jahr	angemeldet	Bestanden
2010	18	5
2011	22	7
2012	37	16
2013	25	8
2014	27	15
2015	34	13

(Quelle: Gesundheitsamt Bremen)

Tabelle 35: Anzahl der Apotheken in der Stadtgemeinde Bremen differenziert nach Stadt-/Ortsteilen, Jahre 2010 und 2015

Stadtteil	**2010**	**2015**
Mitte	10	8
Woltmershausen	2	2
Neustadt	10	8
Östliche Vorstadt	13	11
Hastedt	2	2
Schwachhausen	11	10
Findorff	5	4
Häfen	4	2
Gröpelingen	15	13
Huchting	7	6
Kattenturm	5	4
Habenhausen	4	4
Arbergen	3	3
Hemelingen	3	3
Osterholz	5	5
Vahr	10	8
Oberneuland	2	2
Borgfeld	4	4
Horn	2	3
Burglesum	2	8
Vegesack	12	10
Blumenthal	9	7

(Quelle: Apothekerkammer Bremen)

Tabelle 36: Anzahl der Apotheken in der Stadtgemeinde Bremerhaven differenziert nach Stadtteilen, Jahre 2010 und 2015

Stadtteil	2010	2015
Mitte	7	5
Schiffdorferdamm	1	2
Fischereihafen	1	1
Geestemünde	5	5
Lehe	9	8
Leherheide	3	3
Wulsdorf	2	2

(Quelle: Apothekerkammer Bremen)

8.4 Welche sprachlichen und beratenden Angebote stehen Ärzten in den einzelnen Stadtteilen zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Verfügung?

Dem Senat sind keine fest implementierten sprachlichen oder beratenden Angebote an Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung ihrer Arbeit bekannt. Gleichwohl gibt es unter den einzelnen Berufsgruppen Netzwerkstrukturen, die auch Ärztinnen und Ärzte dazu nutzen, in schwierigen Situationen des Berufsalltages Unterstützung zu erlangen.

8.5/8.6 Wie begegnet der Senat dem Problem der Abwanderung von Medizinern und Heilberufen aus Armutsquartieren? Plant der Senat sich auf Bundesebene für einen Sicherstellungszuschlag für Ärzte in Armutsquartiere einzusetzen? (bitte aufgeschlüsselt nach Professionen und Stadtgemeinden)

Der Senat kann die Feststellung, dass es eine Abwanderung aus den Armutsquartieren gibt, nicht teilen. Die Planungsbereiche, auf die sich die Darstellung der Versorgungsbereiche bezieht, werden in die Städte Bremen und Bremerhaven unterteilt. Eine kleinräumigere Bedarfsplanung ist grundsätzlich nicht vorgesehen, so dass diesbezüglich keine Aussagen getroffen werden können. Allerdings herrscht in Bezug auf die Versorgungsbereiche Bremen und Bremerhaven generell bei allen Arztgruppen Überversorgung. Lediglich hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung lag der Versorgungsgrad in Bremerhaven im Jahr 2012 bei unter 90 %. Mittlerweile ist aber auch hier die Versorgung wieder auf 99 % angestiegen.
Richtig ist jedoch, dass sich hier gegebenenfalls ein differenzierteres Bild ergeben könnte, wenn eine Bedarfsplanung auf Stadtteilebene vorgenommen würde. Erst dann wäre es möglich eine konkrete Betrachtung der Versorgung in den einzelnen Stadtteilen – insbesondere auch den Armutsquartieren – vorzunehmen. Daher wird der Senat auch weiterhin auf die hierfür verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung einwirken, eine kleinräumigere Bedarfsplanung zu vollziehen um gegebenenfalls gegensteuern zu können. In Flächenländern mag es neben einer ohnehin schon schwierigen ärztlichen Versorgung zudem eine Abwanderung aus bestimmten Regionen geben. In Bremen gibt es dies jedoch nicht. Insofern bedarf es auch keiner Initiative des Senats auf Bundesebene für einen Sicherstellungszuschlag für Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Stadtteilen. Gleichwohl würde der Senat andere Länder bei einer solchen Initiative unterstützen, wenn es für diese relevant ist.

Zu Frage 9:

9.1 – 9.3 Welche gesundheitlichen Beratungsangebote, die auch niederschwellige, aufsuchende und mehrsprachige Arbeit leisten sind in welchen Stadtteilen in Bremen und Bremerhaven aktiv? Wie sind sie mit medizinischen, präventiven Einrichtungen sowie Schulen, Kindergärten und Sportvereinen vernetzt? Wie wird diese Vernetzung von wem gesteuert? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (SWGV) verweist auf zwei geförderte und vom Bremer Gesundheitsamt betreute Institutionen, die in Stadtteilen der Stadtgemeinde Bremen tätig sind. Der *Gesundheitstreffpunkt West* (*GTP*) und der *Frauengesundheitstreff in Tenever (FGT)* erfüllen bereits langjährig die Kriterien einer niederschwelligen, aufsuchenden und zum Teil mehrsprachigen Arbeit, die gesundheitliche Themen als Schwerpunkte aufweisen.

Von der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport wird bereits langjährig das Projekt *Wohnen in Nachbarschaft (Win)* betreut. Gesundheitliche Fragen stellen dabei einen wichtigen Schwerpunkt dar. In vielen Stadtteilen und Quartieren wurden hierzu eine Infrastruktur wie auch konkrete Projekte etabliert (u.a. in Huchting, Grohn, Vahr, Huckelriede, Blockdiek). Perspektivisch wird es im Zuge der anstehenden Umsetzung des Präventionsgesetzes (siehe auch die Antwort zu Frage 10) nun darum gehen, ein gemeinsames Verfahren vorrangig zur Vernetzung von Angeboten zu entwickeln sowie neue abgestimmte Initiativen gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern auf den Weg zu bringen.

Im Rahmen des *Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG)* unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Ausbau Früher Hilfen für Kinder und Eltern in den Bundesländern durch eine gemäß BKiSchG im Bundeshaushalt hinterlegte *Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH)*.

Ab 2018 ist eine Weiterfinanzierung von Maßnahmen der Bundesinitiative im Rahmen eines Bundesfonds vorgesehen. Zur Ausgestaltung der Bundesinitiative wurde zwischen Bund und Ländern eine Verwaltungsvereinbarung „*Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen*“ verabschiedet (siehe auch die Antwort zu Frage 11).

Auf dieser Grundlage wurden seit 2012 zur Umsetzung der Bundesinitiative für das Land Bremen ein länderspezifisches Gesamtkonzept sowie Rahmenkonzepte für die Stadtgemeinde Bremen und die Stadtgemeinde Bremerhaven erarbeitet. Die politischen Gremien wurden fortlaufend über den Stand informiert.

Insgesamt hat sich nach Angaben der für die Umsetzung federführenden Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport gezeigt, dass die eingeleiteten Maßnahmen und Projekte im Rahmen der BIFH sich bewähren. Die Gesundheitsämter der beiden Stadtgemeinden sind beteiligt. Ein positiver Effekt auf den Ausbau Früher Hilfen im Lande

Bremen ist sichtbar. Die Projekte tragen in unterschiedlicher Weise dazu bei, mehr (werdende) Eltern, Familien und Kinder frühzeitig und niedrigschwellig zu erreichen, auf Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen und ggf. in das Hilfesystem weiterzuleiten. Vor diesem Hintergrund ist zu erkennen, dass die im Rahmen der BIFH aufgebrachten Mittel ganz erheblich im Sinne des präventiven Kinderschutzes wirksam sind.

Hinzuweisen ist noch auf das Projekt Tipp Tapp, das in der Stadtgemeinde Bremen vom Gesundheitsamt als ein weiteres aufsuchendes und niedrigschwelliges Beratungsangebot mit gesundheitlichem Schwerpunkt vorgehalten wird. Das Projekt Tipp Tapp wird in 23 Ortsteilen Bremens angeboten. Es ist deutschsprachig. Einige Mitarbeiterinnen verfügen über englische Sprachkenntnisse. Neben der Beratung zu gesundheitlichen Fragestellungen, sind Entwicklungsthemen und vor allem die Information über Angeboten im Stadtteil, Kern der Beratungsarbeit. Die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes sind aufgrund ihrer regionalen Aufteilung im jeweiligen Stadtteil bestens vernetzt und können so präventiv und passgenau in weiterführende Angebote vermitteln.

Verwiesen sei weiter auf den Bereich der Kindertagesstätten. In den Richtlinien für den Betrieb von Tageseinrichtungen für Kinder im Land Bremen – RiBTK – ist die Zusammenarbeit der Kindertagestätten mit den Gesundheitsämtern festgelegt und beschrieben:

Zu den gesundheitlichen Aspekten der Förderung und Betreuung von Kindern im Alter von unter einem Jahr ist eine Beratung, insbesondere zu Impfschutz und Hygiene, verbindlich beim zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes einzuholen. Hierzu finden unter Beteiligung des Gesundheitsamtes der Stadt Bremerhaven regelmäßige Schulungen der pädagogischen Fachkräfte statt.

Insgesamt konnte durch die verschiedenen Maßnahmen in beiden Stadtgemeinden zudem eine Stärkung der Kooperation und Vernetzung von Jugend- und Gesundheitshilfe erreicht werden.

Zu Frage 10:

10.1 – 10.4 Welche stadtteilübergreifenden Präventionskonzepte und Präventionsketten mit welchen gesundheitlichen Schwerpunkten liegen in Bremen vor? In welchen Stadtteilen werden sie angewendet? Von welchen Ressorts bzw. nachgeordneten Behörden werden sie gesteuert? Welche Akteure sind jeweils beteiligt? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

Das seit 25.07.2015 geltende Präventionsgesetz (PrävG) sieht präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten in so genannten Lebenswelten vor, die im Grundsatz auch stadtteilübergreifend ausgerichtet sein können. Derzeit wird vor dem Hintergrund einer Nationalen Präventionsstrategie mit den hiesigen ab 01.01.2016 für die Finanzierung zuständigen Sozialversicherungsträgern eine so genannte Landesrahmenvereinbarung ausgehandelt, die vorrangig organisatorische Verfahren wie auch die Steuerung regelt. Die Senatsressorts sowie weitere betroffene nachgeordnete Ämter und Institutionen werden dabei unter der Federführung der SWGV beteiligt.

Noch in 2016 werden auf dieser Basis für Bremen und Bremerhaven gesundheitliche Schwerpunkte für Präventionsketten und Präventionskonzepte im Rahmen der verfügbaren

Ressourcen festgelegt. Im Fokus steht dabei – den Vorgaben des PrävG folgend – die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Menschen mit sozialer Benachteiligung.

In **Bremerhaven** wurde überwiegend im Rahmen der frühen Hilfe eine Präventionskette etabliert, die das Gesundheitswesen einbezieht. Sie wird stadtweit umgesetzt und beinhaltet präventive Angebote in allen Stadtteilen Bremerhavens. Die Steuerung obliegt dem Dezernat III, Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven. In der Steuerung wirken Gesundheitsamt, Schulamt und Schwangerenberatung mit. An der Umsetzung sind Akteure des Gesundheitswesens, Schwangerenberatung, Frühförderung, freie und private Träger der Kinder- und Jugendhilfe, andere Träger von Elternbildungsangeboten, Familienzentren, Erziehungsberatung, Kinderförderung, Jugendförderung, Allgemeiner Sozialer Dienst und Jobcenter beteiligt.

Im Bereich Bildung konzentriert sich das Landesinstitut für Schule (LIS) in der Suchtprävention auf die schulische Prävention und das schulische Umfeld. Grundsätzlich wird ein Settingansatz verfolgt, der alle Beteiligten einbezieht.

Das zugrunde liegende Präventionskonzept
Suchtprävention ist Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Menschen zu stärken, sie für Suchtrisiken zu sensibilisieren und sie zu befähigen, eine Suchtentwicklung zu vermeiden. Dabei geht es vor allem um die Stärkung der persönlichen Ressourcen, die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Entwicklung von Lebenskompetenz. Das Ziel ist der verantwortungsvolle Umgang mit sich, mit anderen und auch mit Sucht-Risiken. Schulen und außerschulische Einrichtungen werden bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher und suchtpräventiver Konzepte sowie mit suchtpräventiven Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekten, Handreichungen und Materialien. (vgl. www.lis.bremen.de) unterstützt..
Der Settingansatz besagt, dass alle Akteure im Umfeld der Kinder und Jugendlichen angesprochen und beteiligt werden. Dies sind die Lehrkräfte, die Schulleitungen, die Eltern, die Kinder und Jugendlichen sowie junge Erwachsene im Übergang Schul-Beruf. An diese werden zielgruppenspezifische Angebote (Eltern- und Klassentraining, Fortbildungsveranstaltungen bzw. Schulprojekte) gerichtet.
Prävention wird verstanden im Sinne einer Lebenskompetenzförderung. Der Umgang mit schwierigen Situationen, Herausforderungen und Risiken des alltäglichen Lebens wird in unterschiedlichen Projekten gelernt. (analog zu den KMK- Empfehlungen zur schulischen Gesundheit)
Die folgenden Projekte werden von den Bremer Schulen sehr stark nachgefragt:

- „…ganz schön stark!“ (Grundschulen)
- „Kribbeln im Bauch“ (Oberschulen, Förderzentren, Gymnasien)
- „Design your life“ (Sekundarbereich II; auch Bremer Straßenbahn AG und SWB als Ausbildungsbetriebe)
- „LebenskünstlerInnen“ (Sekundarbereich II)

Die Maßnahmen richten sich an Schulen in allen Stadtteilen der Stadtgemeinde Bremen und werden durch das Landesinstitut für Schule gesteuert.

Stadtteilbezogene Maßnahmen

Zudem wurden stadtteilbezogene Maßnahmen eingeleitet:

- Kooperation Gesundheitsstützpunkt West/Präventionsrat
- Kooperation Stadtteilbeirat Mitte/Östliche Vorstadt: Koordinierung von suchtpräventiven Angebote im Stadtteil insbesondere Schulen
- Schulung Personal in der Einrichtung „Alten Eichen“ zur Entwicklung eines suchtpräventiven Konzeptes mit Jugendlichen
- Suchtpräventive Angebote für Jugendfreizeitheime
- AK Alkohol- Selbsthilfegruppen

Beteiligte Akteure sind dabei u.a. die Senatorin für Kinder und Bildung (Dienststelle LIS), für die Suchtprävention geschulte Lehrkräfte, externe freiberufliche Trainer/innen qualifiziert durch das LIS, „Wilde Bühne“, Verantwortliche im Stadtteilbeirat, Vertreter/innen der Ressorts oder nachgeordneten Dienststellen, Universität Bremen, Jugendinfo.de.

Zu Frage 11:

11.1/11.2 Wie wird bei den Präventionsangeboten der Datenaustausch sichergestellt? Wie stellt der Senat sicher, dass an Schnittstellen z.B. zwischen Bildungseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen bzw. an systemischen Übergängen z.B. zwischen den „Frühen Hilfen“ und der Kindertagesbetreuung alle notwendigen Informationen weitergegeben werden (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden) ?

In der Stadtgemeinde Bremen ist der Datenaustausch für den schulischen Bereich zwischen der Senatorin für Kinder und Bildung und medizinischen Einrichtungen, wie zum Beispiel mit dem Gesundheitsamt, je nach Fallgestaltung geregelt. Je nach Anforderung der zuständigen Stellen bei den medizinischen Einrichtungen werden bei der Senatorin für Kinder und Bildung die erforderlichen Datenlisten erzeugt und von den anfordernden Stellen zur Verfügung gestellt. Welche Daten geliefert werden, ist zwischen der Senatorin für Kinder und Bildung und den jeweils anfordernden Stellen abgestimmt und auf den Zweck der weiteren Verarbeitung sowie auf datenschutzrechtliche Bestimmungen ausgerichtet. Es handelt sich hierbei zum Beispiel um Listen mit Namen, Geburtsdatum und Geschlecht aller Schülerinnen und Schüler einer bestimmten Jahrgangsstufe, um den medizinischen Einrichtungen die Organisation von Sehtest oder Impfungen an den Schulen zu ermöglichen.

Die Angebote der „Frühen Hilfen“ zielen auf Förderung und Unterstützung von Familien. Diese Angebote werden in Bremen von freien Trägern der Jugendhilfe durchgeführt. Die Träger sind an die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Datenweitergabe gebunden und handeln entsprechend. Informationen werden ausschließlich mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten weitergeben. In der Praxis geben die Personensorgeberechtigten persönlich die Informationen über den Gesundheitszustand und die Förderungsmöglichkeiten ihrer Kinder an andere Einrichtungen/ Stellen weiter.

Zu Frage 12:

12.1 -12.3 Wie stellt der Senat sicher, dass alle Kinder an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen? Wie wird im Sinne der Elternarbeit auf die Eltern eingewirkt, wenn die Kinder nicht an den entsprechenden Untersuchungen teilnehmen? Welche Konsequenzen ergeben sich bzw. welche Frühwarnmechanismen greifen, wenn Kinder regelmäßig nicht an Untersuchungen teilnehmen? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)

Die Abläufe des verbindlichen Einladungswesens zu den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sind im „Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung“ (Kindeswohlgesetz) vom 30.April 2007 beschrieben, das als §14a in das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen“ (Gesundheitsdienstgesetz), Teil 4, Abschnitt 1 eingegangen ist.

Das Referat „Einladende Stelle Kindeswohl“ der sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen hat im Dezember 2007 erstmals Einladungen zur U9 verschickt und dann sukzessiv das Einladungs- und Erinnerungswesen für die weiteren Vorsorgen aufgebaut – und **zwar zentral für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven**:

Tabelle 37: Zeitlicher Aufbau des Einladungs- und Erinnerungswesens

Untersuchung	**Start Einladung**	**Start Erinnerung**	**Start Tracking**
U4	Dezember 2009		
U5	Dezember 2009	Juli 2012	
U6	Dezember 2008	April 2010	Mai 2010
U7	Dezember 2008	Mai 2010	Juni 2010
U7a	Dezember 2008	April 2009	August 2009
U8	Juni 2008	Dezember 2008	Januar 2009
U9	Dezember 2007	April 2008	Mai 2008

Dementsprechend lädt das Gesundheitsamt die gesetzlichen Vertreter jedes Kindes 2 Wochen vor Beginn des Untersuchungszeitraumes zur Früherkennungsuntersuchung U4 – U9 (Untersuchungszeiträume siehe unten) beim niedergelassenen Kinderarzt ein. Dieser ist verpflichtet, unverzüglich einen Rückmeldebogen über die durchgeführte Untersuchung an das Gesundheitsamt zurück zu schicken.

Tabelle 38: Untersuchungszeiträume

Untersuchung	**Zeitraum**
U1	nach der Geburt
U2	3. bis 10. Lebenstag
U3	4. bis 5. Lebenswoche
U4	3. bis 4. Lebensmonat

U5	6. bis 7. Lebensmonat
U6	10. bis 12. Lebensmonat
U7	21. bis 24. Lebensmonat
U7a	34. bis 36. Lebensmonat
U8	46. bis 48. Lebensmonat
U9	60. bis 64. Lebensmonat

Ist 2 Wochen nach Ablauf des jeweiligen Untersuchungszeitraumes keine Bestätigung eingegangen, versendet das Gesundheitsamt für die U5 – U9 eine Erinnerung an die Erziehungsberechtigten.

Erfolgt binnen weiterer 4 Wochen keine Rückmeldung, bemüht sich das Gesundheitsamt um direkte Kontaktaufnahme zur Familie, um die Situation zu klären. Ist eine Kontaktaufnahme nicht möglich, bietet das Gesundheitsamt schriftlich einen Termin zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung an. Eine telefonische Terminabsprache bzw. Terminänderung ist jederzeit möglich. Dieses Verfahren wird für die U6 – U9 durchgeführt.

Ist eine Kontaktaufnahme zu den Erziehungsberechtigten nicht möglich oder wird auch dieser Termin nicht wahrgenommen, erfolgt eine schriftliche Mitteilung an das zuständige Jugendamt mit der Bitte um Klärung des Kindeswohles.

In den beiden folgenden Diagrammen wird die Anzahl der Rückmeldungen zu durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen (Rückmeldungen aus Kinderarztpraxen, selbst durchgeführte Untersuchungen) für Bremen und Bremerhaven abgebildet. Die Auswertung erfolgt nicht im Kalenderjahr, sondern zum Juli jeden Jahres und bezieht sich auf die Anzahl der eingeladenen Kinder (Daten vom Einwohnermeldeamt).

Zur U4 wird wegen des kurzes Untersuchungszeitfensters nur eingeladen, an die Durchführung der U5 wird zusätzlich auch erinnert, ab U6 erfolgt dann auch der dritte Schritt, die aktive Ansprache.

Die Teilnahmequoten liegen dementsprechend für die U6 bis U9 deutlich höher.

Abbildung 14: Teilnahme an der U4 – U9 in Bremen (Stadt)

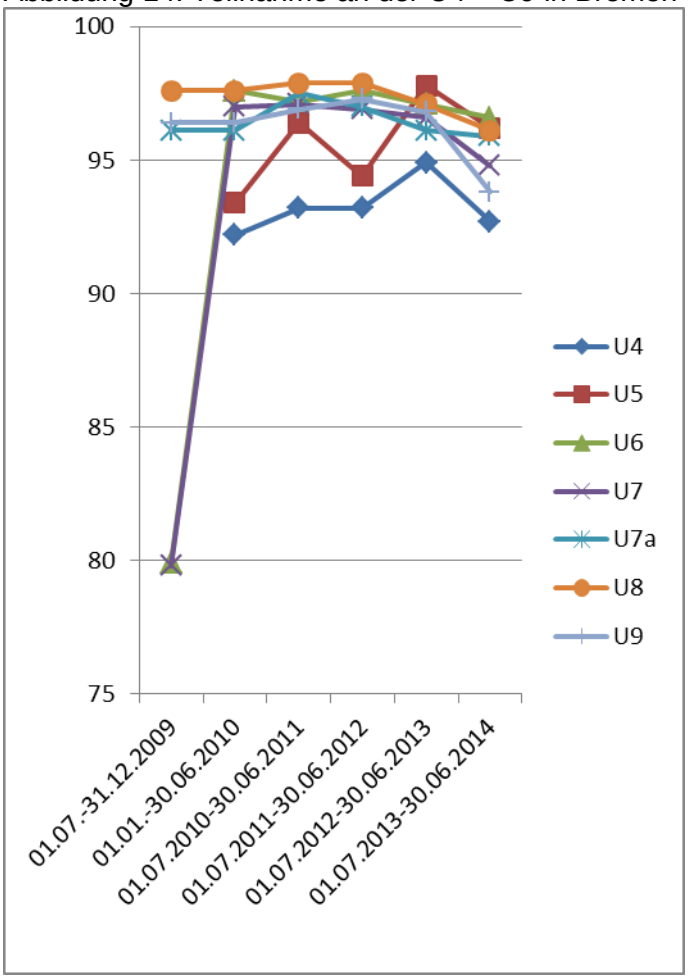
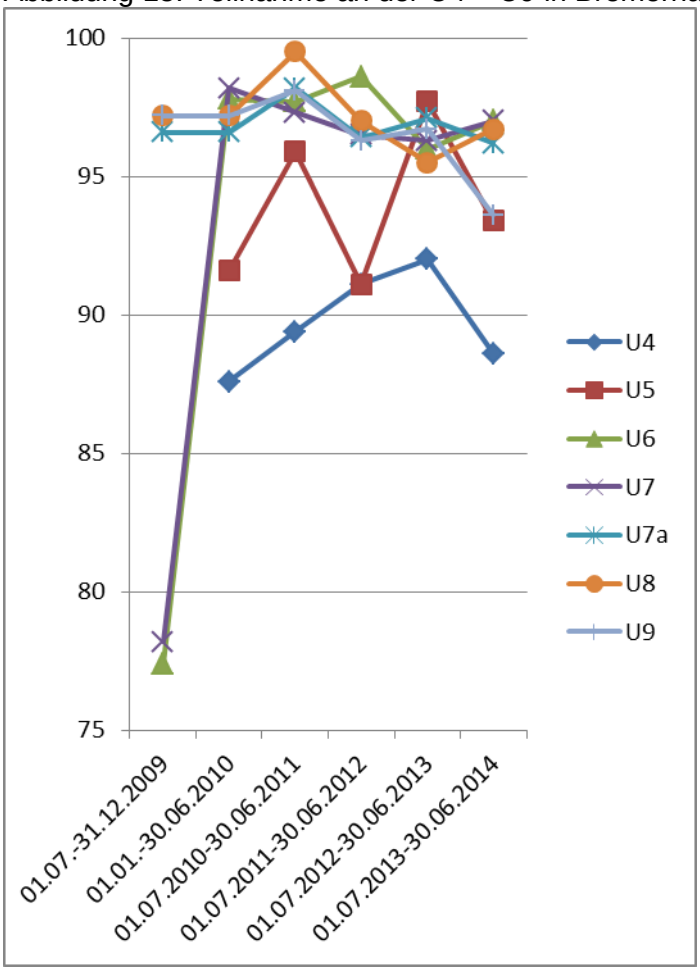


Abbildung 15: Teilnahme an der U4 – U9 in Bremerhaven



<u>Zu Frage 13:</u>

13.1 – 13.4 Welche präventiven Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich werden derzeit im bremischen Bildungssystem für welche Altersgruppen durchgeführt? Welche außerschulischen Einrichtungen sind wie darin eingebunden? Welche gemeinsamen gesundheitlichen Präventionskonzepte für Kindergärten und Grundschulen hat der Senat entwickelt? In welchen Stadtteilen und in welchen Einrichtungen werden diese angewendet? (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden).“

Die Arbeit in den Kindertageseinrichtungen hält ein breites Spektrum an präventiven Angeboten und Projekten im Bereich der Gesundheitsfürsorge vor. So werden z.B. in Bremerhaven u.a. Projekte wie Tiger-Kids, Bewegungskindergärten, Jolinchen-Kids etc.. seit Jahren erfolgreich durchgeführt. Eine Bremerhavener Kindertageseinrichtung wurde in der

Vergangenheit mit dem Bundespräventionspreis für Kindertageseinrichtungen des Gesundheitsministeriums ausgezeichnet.

Auch in den Grundschulen spielt die Gesundheitserziehung eine besondere Rolle und wird im Bildungsplan Sachunterricht beschrieben. Die Schülerinnen und Schüler sollen sich der Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und damit auch der Bedeutung von Nährstoffen für eine gesunde Ernährung bewusst werden. Dies geht mit dem Erlernen eines angemessenen Essverhaltens einher. Auch die Bedeutung der Zahnhygiene, der Schutz des Körpers vor schädigenden Einflüssen wie Sonnenbrand, Kälte, Lärm und Stress finden sich im Bildungsplan des Sachunterrichts. Außerdem sollen die Schülerinnen und Schüler am Ende der Grundschulzeit in der Lage sein, sachkompetent Hilfe zu holen, wenn es einen Unfall gegeben hat. Die Themen der Gesundheitserziehung und Prävention werden in allen Jahrgangsstufen behandelt.

Unterstützt werden die Grundschulen durch Initiativen und Stiftungen, die Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen nach Vereinbarung durchführen (s.o.). Über das „Schulobstprogramm“ werden 17 Grundschulen in Bremen und 7 in Bremerhaven täglich mit frischem Obst und Gemüse für die Frühstückspause versorgt. Besonders die Schulen in schwieriger sozialer Lage profitieren vom „Müsli-Club“ des Vereins „Die Bresche“, der die angemeldeten Schulen regelmäßig mit Müsli versorgt, sodass alle Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit haben, ein gesundes Frühstück zu erhalten.
„Fünf am Tag“ e.V. bietet Ernährungsprojekttage an. An den Aktionstagen gehen die Schülerinnen und Schüler zunächst gemeinsam auf dem Wochenmarkt Obst und Gemüse einkaufen und bereiten dann gemeinsam ein Frühstück vor. Kleingartenvereine in vielen Bremer Stadtteilen begleiten einzelne Schulklassen, indem sie ihnen eine Parzelle zur Bewirtschaftung zur Verfügung stellen. Das geerntete Gemüse und Obst wird dann in der Schule verarbeitet. An mehreren Bremer Grundschulen gibt es Koch-Clubs, in denen die Kinder lernen, selbst gesunde Mahlzeiten zuzubereiten. Gemeinsame Präventionsprojekte, die in Kitas und Grundschulen durchgeführt werden, können Teil eines Kooperationsprojektes sein, es gibt darüber jedoch keine systematischen Zahlen, da dies bisher nicht erhoben wurde.

Auch in den Oberschulen und Gymnasien kommt der Gesundheitserziehung eine besondere Rolle zu. Diese zeigt sich z.B. in den Bildungsplänen für die Sekundarstufe I. Eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitserziehung hat dabei das Unterrichtsfach Naturwissenschaft (Oberschule: Jahrgänge 5 bis 8 / Gymnasium: Jahrgänge 5 und 6): Die nach dem Bildungsplan vorgeschriebenen Themenbereiche „Gesund bleiben“ (5/6) und „Erwachsen werden“ (5/6) zielen explizit auf Fragen, die für eine altersgerechte Gesundheitserziehung der Kinder relevant sind. „Gesund bleiben‘ soll Schülerinnen und Schüler unterstützen, ein positives Verhältnis zu Bewegung und gesunder Lebensführung zu entwickeln. Ausgehend von zunehmendem Bewegungsmangel und häufiger Fehlernährung bei Schülerinnen und Schülern kommt der Schule in diesem Prozess eine bedeutende Vermittlerfunktion zu. Zum einen soll positiv auf Ernährungsgewohnheiten eingewirkt werden, zum anderen können in Zusammenarbeit mit dem Sportunterricht und Projekten wie „gesundheitsfördernde Schule“ konkrete Bewegungsangebote gemacht werden. Das Spannungsfeld zwischen der Wahrnehmung der eigenen körperlichen Veränderungen und damit verbunden der eigenen Geschlechtlichkeit der Schülerinnen und Schüler des Jahrgangs 5/6 steht im Zentrum des Themenbereiches „Erwachsen werden“. Eine besondere Aufmerksamkeit erfährt die Stärkung des Selbstwertgefühls von Schülerinnen

und Schülern, weil dies eine wichtige präventive Maßnahme darstellt. Zu den wesentlichen inhaltsbezogenen Kompetenzen dieses Themenbereiches gehören Kenntnisse für die besondere Bedeutung von Körperpflege und Hygiene während der Pubertät, die Kenntnis des Verlaufs von Schwangerschaft und Geburt sowie das Wissen um den Schutz vor ungewollter Schwangerschaft und ansteckenden Krankheiten.

In den folgenden Schuljahren verlagern sich die Akzente, der Biologieunterricht (am Gymnasium ab Jahrgang 7, an der Oberschule ab Jahrgang 9) bzw. der Biologie-Bereich des Naturwissenschaftsunterrichts (an Oberschulen bis Jahrgang 8) beziehen weitere Themenkreise in die Gesundheitserziehung ein. Mit „Atmung und Luftqualität“ erfolgt dabei die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Umweltbelastungen und den gesundheitlichen Folgen durch Schadstoffe in der Luft, um ein Bewusstsein dafür zu vermitteln, dass jeder durch sein Verhalten zur Reinhaltung der Luft und Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen kann.

Während der Themenbereich „Vom Acker“ (Jg. 7/8) die Aufmerksamkeit der Lernenden auf Fragen gesunder Ernährung und der Qualität von Nahrungsmitteln lenkt, setzen „Alles in Bewegung“ (Oberschule Jg. 7/8) bzw. „Körperleistungen und Gesunderhaltung“ (Gymnasium, Biologie Jg. 7/8) eine ausgewogene Ernährung in Bezug zu körperlichem Training und heben die Rolle dieses Zusammenhangs für die Gesunderhaltung – u. a. des Herz-Kreislauf-Systems – hervor. „Von Sinnen“ und „Kleidung – die zweite Haut“ lenken die Aufmerksamkeit auf die Gesunderhaltung bzw. Gefährdung der Sinnesorgane, z. B. der Hörorgane durch Lärm oder der Haut im Hinblick auf Kleidung, Kosmetik und Umwelteinflüsse.

Den Schwerpunkt des Biologieunterrichts der Jahrgänge 9 und 10 beschreibt folgender Textauszug aus dem Bildungsplan der Oberschulen: „Das Selbstverständnis jedes einzelnen Schülers und jeder einzelnen Schülerin entwickelt sich, wenn der menschliche Körper als Ganzes oder in seinen Organfunktionen zum Gegenstand des Unterrichts wird. Die Schülerinnen und Schüler sollen die erworbenen Kenntnisse im Umgang mit sich selbst und mit anderen anwenden. Selbstverständnis und Selbstkompetenz sind die Grundlage für ein gesundheitsbewusstes und emanzipiertes Handeln auch in gesellschaftlicher Verantwortung.“

Zu den wichtigsten Themen zählen auch hier eine ausgewogene und vollwertige Ernährung als Grundlage für den Erhalt der eigenen Gesundheit und für körperliches und seelisches Wohlbefinden, die Wirkung von Alkohol und Drogen auf Reaktionsvermögen und Verhalten, die Benutzung von Kondomen zur Vermeidung von Infektionen (sexuell übertragbarer Krankheiten) und ungewollter Schwangerschaft – auch vor dem Hintergrund kultureller und religiöser Wertvorstellungen –, unterschiedliche Standpunkte und Entscheidungen zu Schwangerschaftsabbruch und genetischer Beratung unter Einbeziehung gesetzlicher Regelungen, Immunität und Immunisierung sowie die Folgen menschlichen Handelns für die Gesundheit der Menschen und für die Biosphäre im Hinblick auf Klimafaktoren.
Zu den wesentlichen Aufgaben und Zielen des Sportunterrichts der Oberschule und des Gymnasiums gehört der Bereich „Gesundheit fördern, Gesundheitsbewusstsein entwickeln“. Der Bildungsplan Sport formuliert: „Steigende motorische Defizite, die Zunahme von Allergien, Infektionskrankheiten und Kreislauferkrankungen bei Kindern und Jugendlichen können auch auf eine mangelnde Bewegungssozialisation zurückzuführen sein. Ein abwechslungsreicher und bewegungsreicher Schulsport sollte hier kompensatorische und

prophylaktische Funktionen besitzen. (...) In Kooperation mit anderen Fächern werden außerdem Aspekte der gesunden Lebensführung und sinnvollen Freizeitgestaltung, des nachhaltigen Gebrauchs und Verbrauchs von sportlichen Mitteln und Ressourcen, der Toleranz gegenüber fremden Körper- und Bewegungskulturen, der Ausbildung fairen und sozialen Verhaltens sowie der kritischen Reflexion der Medien thematisiert."
Einen direkten Beitrag zur Gesundheitserziehung leistet auch das Fach „Wirtschaft, Arbeit, Technik" (Oberschulen und Gymnasien, Sekundarstufe I). So hat der Themenbereich „Haushalt und Konsum" die Schwerpunkte „gesundheitsfördernde Lebensführung und Lebensmittelverarbeitung/-produktion" und „Maßnahmen zur Unfallverhütung und Hygiene" (Jg. 5/6). In den Jahrgängen 9 und 10 werden im Rahmen des Themenbereiches „Gesundheitsprävention und Verbraucherschutz" Fragen einer gesundheitsbewussten, bedürfnisgerechten und sozialverantwortlichen Lebensführung vermittelt.
Unabhängig von den Kompetenzen, die in den jeweiligen Jahrgangsstufen der unterschiedlichen Schularten erreicht werden sollen und die in den Bildungsplänen dargelegt sind, führt die Senatorin für Kinder und Bildung über das Landesinstitut für Schule weitere präventive Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich durch, die den schulischen Unterricht ergänzen. Es handelt sich dabei um die folgenden Formate:

- Das Projekt **„…ganz schön stark!"** ist ein Projekt zur Förderung der Persönlichkeit, des sozialen Miteinanders und der persönlichen Ressourcen - kurz: ein altersgemäßes Präventionsprojekt, sowohl der Sucht- als auch der Gewalt- und allgemeinen Prävention. Es richtet sich in der Stadtgemeinde Bremen an Grundschulen, Horte und Kindertagesstätten.
- Das gewalt- und suchtpräventive Lebenskompetenztraining **„Kribbeln im Bauch**" wird 13 Wochen lang wieder für 9. Förder-, Werk- oder Oberschulklassen aus sozialen Brennpunkten durchgeführt. Die signifikante und langfristige Wirkung dieses Resilienz-projektes ist inzwischen mit mehreren Evaluationsstudien wissenschaftlich bestätigt worden.
- Der Wettbewerb **Be Smart - Don't Start** für rauchfreie Schulklassen startet jährlich im November zeitgleich in allen europäischen Ländern.
- In den Informationsveranstaltungen **„Sucht ist näher, als Du denkst**.." werden die legalen, besonders aber die spezielle Thematik der illegalen Drogen für Bremer Schulklassen in Sek-I und Sek-II sowie für außerschulische Gruppen unter Mitwirkung von inzwischen drogenfrei lebenden Drogenabhängigen behandelt **.**
- **Beratungen bei Essstörungen:** Eine erfahrene Fachkraft berät betroffene Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrkräfte in Fällen von Essstörungen. Sie bietet für Ratsuchende in allen Stadtteilen der Stadtgemeinde Bremen auch Informationsgespräche zum Thema an und berät über präventive Möglichkeiten.
- „**Der ganz normale Wahnsinn - Suchtprävention im städtischen Alltag**" als Ergänzungsangebot zur thematischen Vertiefung und Nachhaltigkeit der Veranstaltungen „Sucht ist näher, als Du denkst". Module aus der Erlebnispädagogik werden interessierten Gruppen ab Klasse 8 angeboten.
- **Design your life - oder alles Schicksal?** In diesem Projekt für berufsbildende Schulen geht es um das Lebensgefühl von Frauen und Männern am Übergang Schule/Beruf: Welche Lebenskompetenzen brauche ich, um einen eigenen Platz zu finden?

- **Rauchen? Rauchfrei?** Zu diesem Thema gibt es ein neuartiges Programm für Jugendliche und Erwachsene: **SMS Coach**. Keine Gruppentermine. Tipps kommen per SMS.