



Bremen, Juni 2018

Initiativkreis Bremer Armutskonferenz (Hrsg.)

**Zusammenfassung
der Ergebnisse und Empfehlungen
der 3. Bremer Armutskonferenz
„Armut macht krank, Krankheit macht arm“
vom 27.02.2018**

Inhalt

1.	Präambel: Der Initiativkreis Bremer Armutskonferenz.....	3
2.	Die 3. Armutskonferenz.....	4
2.1	„Armut und Gesundheit“ – begriffliche Einordnung des Initiativkreises	4
2.1.1	Zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	4
2.1.2	Gesundheitsverständnis des Initiativkreises und Ansätze für politisches Handeln	5
2.2	Programmablauf.....	6
3.	Kernbefunde der 3. Bremer Armutskonferenz.....	7
4.	Handlungsfelder und Kernforderungen	9
4.1	Initiierung eines Bündnisses für ein gesundes Leben in Bremen	9
4.2	Verbesserung und Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung.....	10
4.3	Stärkung quartiersbezogener integrierter Gesundheitsförderung unter Einbezug einer sozialraumorientierten Verteilung der medizinischen Grundversorgung	11
4.3.1	Durchsetzung einer sozialraumorientierten Haus-, Kinder- und Facharztverteilung ...	11
4.3.2	Entwicklung integrierter Versorgungszentren	11
4.3.4	Absicherung bestehender Netzwerke und Angebotsstrukturen sowie wenn möglich deren Erweiterung.....	11
4.4	Zielgruppenorientierte Ansätze.....	12
4.4.1	Stärkung von Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen	12
4.4.2	Stärkerer Fokus auf Gesundheit und Arbeitslosigkeit.....	13
4.4.3	Stärkerer Fokus auf ältere Menschen	14
5.	Fazit	14

1. Präambel: Der Initiativkreis Bremer Armutskonferenz

Bremen ist eine der deutschen Großstädte, in der die soziale Spaltung besonders stark ausgeprägt ist. Der Initiativkreis sieht darin und in der vergleichsweise hohen Armutsgefährdung im Stadtstaat Bremen eine der größten politischen Herausforderungen. Auf diese Problematik soll mit selbstorganisierten, öffentlichen Armutskonferenzen aufmerksam gemacht werden. Es werden fachlich fundierte Vorschläge zur Bekämpfung der Armut und zur Armutsprävention entwickelt und in die politische Meinungsbildung eingebracht. Der Initiativkreis ist der Auffassung, dass zur Überwindung der Armut im Stadtstaat Bremen eine ressortübergreifende, vom gesamten Bremer Senat zu verantwortende Strategie zur besseren sozialen Integration und für mehr Chancengerechtigkeit aller Bürgerinnen und Bürger erforderlich ist.

Der Initiativkreis hat bisher

- die 1. Bremer Armutskonferenz am 19.11.2013 unter dem Motto „Chancen für Kinder“ und
- die 2. Bremer Armutskonferenz am 09.02.2016 unter dem Motto „Alle Jugendlichen befähigen“ durchgeführt.
- Die 3. Bremer Armutskonferenz am 27.02.2018 stand unter dem Motto „Armut macht krank – Krankheit macht arm“. Dort wurde der Zusammenhang zwischen den Armutslebenslagen und dem Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger thematisiert (Ablauf siehe S. 5).

Im Initiativkreis „Bremer Armutskonferenz“ arbeiten u. a. der Paritätische Bremen, die Arbeitnehmerkammer Bremen, die Ärztekammer Bremen, die Arbeiterwohlfahrt, der Bremer Rat für Integration, der Bremer Caritasverband, der Deutsche Gewerkschaftsbund, das Diakonische Werk, die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen, das Deutsche Rote Kreuz, die Bremische Evangelische Kirche, der Katholische Gemeindeverband und als Kooperationspartner die Bremer Quartiersmanagerinnen und -manager sowie der Gesundheitstreffpunkt West. Die Zusammensetzung ändert sich jeweils mit der Wahl der Themen. Die Armutskonferenzen werden durch eine Umlage innerhalb des Initiativkreises finanziert.

2. Die 3. Armutskonferenz

2.1 „Armut und Gesundheit“ – begriffliche Einordnung des Initiativkreises

2.1.1 Zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Zahlreiche Studien konnten bisher einen engen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Gesundheit herstellen. So zeigen sich gesundheitliche Unterschiede in Bezug auf schwerwiegende chronische Erkrankungen und Beschwerden sowie mit Blick auf eine vorzeitige Sterblichkeit (Lampert et al. 2015). Insbesondere bezogen auf die vorzeitige Sterblichkeit zeigen sich für Bremen gravierende Unterschiede. Schon seit 12 Jahren ist in Bremen bekannt, dass die Lebenserwartung von Männern in Gröpelingen mit 73,2 Jahren deutlich niedriger ist als die Lebenserwartung von Männern in Schwachhausen mit 85,2 Jahren (Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport 2015).

Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit wird in Deutschland oftmals das Modell von Mielck verwendet (Mielck 2000). In diesem wird dargestellt, dass sich einerseits die soziale Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit auswirkt („Armut macht krank“) und umgekehrt die gesundheitliche Ungleichheit Einfluss auf die soziale Ungleichheit nimmt („Krankheit macht arm“).

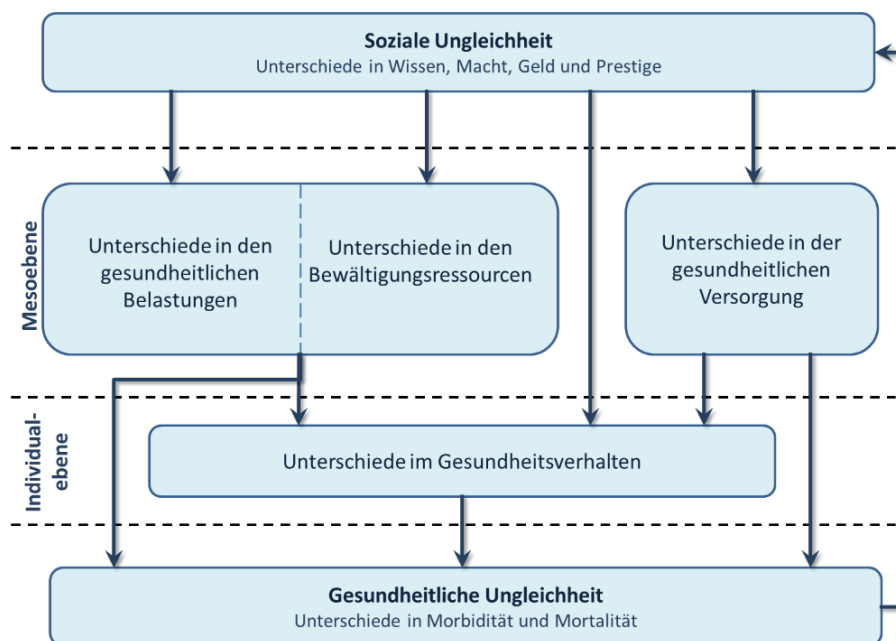


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (in Anlehnung an Mielck 2000)

Die Beeinflussung der gesundheitlichen Ungleichheit erfolgt im Modell auf der Mesoebene und der Individualebene. So können auf der Mesoebene Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen (z. B. Arbeits- und Wohnbedingungen), Unterschiede in den Bewältigungsressourcen (z. B. Erholungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung) sowie Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Kuration, Prävention, Pflege) identifiziert werden. Auf der Individualebene ergeben sich Unterschiede im Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung). Diese Zwischenebenen wir-

ken sich dann letztlich auf die Gesundheit aus und können im Falle einer sozialen Benachteiligung zu erhöhter Morbidität oder Mortalität führen.

Das Modell verdeutlicht, dass sich zum einen die Lebensbedingungen (Verhältnisse) auf die Gesundheit auswirken und zum anderen die individuellen Verhaltensweisen eine Rolle spielen. Für die Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen unterscheidet die Gesundheitsförderung und Prävention an dieser Stelle zwei Zielrichtungen: Die Verhaltensprävention, die individuelle Faktoren verändern soll (z. B. mit Kursen zur Bewegungsförderung) und die Verhältnisprävention die Faktoren verändern soll, die von außen auf das Individuum wirken (z. B. das unmittelbare Wohnumfeld) (Gold et al. 2014).

Es zeigt sich schon an dieser Stelle, dass die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit ein sehr komplexes Handeln auf unterschiedlichen Ebenen erfordert.

Mit der 3. Armutskonferenz „Armut macht krank – Krankheit macht arm“ wurde deshalb das Thema „Gesundheitliche Ungleichheit in Bremen“ stärker in den Fokus gerückt, mit dem Ziel, Forderungen für eine aktivere kommunale Gesundheitspolitik in Bremen zu formulieren.

2.1.2 Gesundheitsverständnis des Initiativkreises und Ansätze für politisches Handeln

Auch wenn das Modell von Mielck bereits verdeutlicht, wie umfassend Gesundheit zu verstehen ist, soll an dieser Stelle weiter auf das Gesundheitsverständnis des Initiativkreises eingegangen werden.

In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 geht der Initiativkreis der 3. Armutskonferenz von einem ganzheitlichen und positiven Gesundheitsverständnis aus:

„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948).

Es ist demnach wichtig, sich nicht nur mit der Frage zu beschäftigen, was macht krank, sondern einen ressourcenorientierten Blick einzunehmen und zu fragen: Was hält uns eigentlich gesund bzw. was braucht es, damit wir uns wohlfühlen? Dieses erweiterte Gesundheitsverständnis geht weit über ein biomedizinisches Verständnis hinaus und stellte die Basis für den Gesundheitsförderungsansatz der WHO dar, der 1986 in der Ottawa-Charta formuliert wurde. Die Charta ist als politische Deklaration zu verstehen und bietet einen Orientierungsrahmen für die Gesundheitsförderung, der unter anderem fünf Handlungsstrategien umfasst (Geene 2017; WHO 1986).

Bereits mit dem ersten übergeordneten Handlungsfeld **„Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“** wird der politische Charakter der Charta deutlich. Gesundheitsförderung ist demnach als Leitbegriff der Gesundheitspolitik und Querschnittsaufgabe aller Politikfelder zu verstehen. Die Strategie „Gesundheit in alle Politikfelder“ zu integrieren, findet sich auch in dem vielfach genutzten Begriff „Health in All Policies“ wieder.

Als zweites Handlungsfeld wird die **Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten (Settings)** formuliert. Laut Ottawa-Charta entsteht Gesundheit dort, wo Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten. Neben individuellen Faktoren entscheiden somit die Bedingungen in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen über Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Aktuell erfährt der Setting-Ansatz insbesondere über das Präventionsgesetz eine neue Relevanz.

Im dritten Handlungsfeld wird die **Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsinitiativen** gefordert. Die Ottawa-Charta geht hier auf die Bedeutung sozialer Netzwerke ein und fordert u. a. die

Unterstützung von Nachbarschaften. Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Zugang zu relevanten Informationen sowie die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten eine zentrale Voraussetzung zur Umsetzung des dritten Handlungsfeldes darstellen.

Das vierte Handlungsfeld „**Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln**“ zielt darauf, Menschen darin zu unterstützen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Die Förderung persönlicher Kompetenzen wird aktuell unter dem Begriff „Health Literacy“ diskutiert.

Das fünfte und letzte Handlungsfeld sieht eine **Neuorganisation der Gesundheitsdienste** vor. Gemeint sind hier Systeme der gesundheitlichen Versorgung, die ebenfalls dazu angehalten sind, den Kerngedanken der Gesundheitsförderung zu integrieren und nicht nur medizinisch-kurative Leistungen anzubieten.

Kickbusch (2003) fasste die Inhalte der Charta wie folgt zusammen: „*Gesundheitsförderung definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen. Der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt.*“

Auch wenn die Ottawa-Charta bereits einige Jahre zurückliegt, ist sie immer noch hoch aktuell und gleichermaßen innovativ. Sie verdeutlicht, dass die Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen Politikbereichen liegt und über die Entwicklung gesünder Lebenswelten und -weisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden abzielt.

Der Initiativkreis möchte deshalb ein umfassendes Gesundheitsverständnis und ein damit einhergehendes gesundheitspolitisches Handeln auch für Bremen vorantreiben, mit dem Ziel, die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren.

2.2 Programmablauf

Zur besseren Einordnung der 3. Armutskonferenz ist im Folgenden der Programmablauf im Überblick dargestellt.

9:00 Uhr Ankommen

9:30 Uhr Begrüßung und Einführung

Wolfgang Luz, Sprecher des Initiativkreises der 3. Armutskonferenz, Der Paritätische Bremen

10:00 Uhr Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

PD Dr. Thomas Lampert, Robert Koch Institut Berlin

10:45 Uhr Gesprächsrunde zur gesundheitlichen Lage in der Stadt Bremen

Thomas Schwarzer, Arbeitnehmerkammer Bremen

Dr. Günther Tempel, Gesundheitsamt Bremen

Heike Diederichs-Egidi, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Gröpelingen

Heike Binne, Quartiersmanagerin und Leiterin „Haus der Zukunft“, Lüssum

11:30 Uhr Vorstellung der Workshops am Nachmittag

Mittagspause

13:00 Uhr Input und Diskussion in Workshops

A: Familiengesundheit im Quartier

B: Gesundheitsförderung in Krippen, Kitas und Grundschulen

C: Acht Jahre weniger Leben sind kein Naturgesetz

D: Arbeitslos sein geht auf die Knochen und unter die Haut

E: Armut und Gesundheit älterer Menschen

15:00 Uhr *Pause*

15:30 Uhr Herausforderung – Gesunde Stadt Bremen

Kurzberichte aus den Workshops

Vortrag und Kommentar, *Prof. Dr. Gesine Bär, Alice Salomon Hochschule Berlin*

Forderungen des Initiativkreises

17:00 Uhr Ende

3. Kernbefunde der 3. Bremer Armutskonferenz

Wie eingangs dargestellt wurde, bedingen sich Armut und Gesundheit einander. Einerseits zeigen Untersuchungen wiederholt auf, dass mit dem Armutsrisiko auch zahlreiche negative gesundheitliche Folgen verknüpft sind (zusammenfassend zum Stand der Forschung Lampert et al. 2016, Lampert 2018). Andererseits stellen gesundheitliche Probleme ein wesentliches Armutsrisiko dar. Wie der Paritätische Gesamtverband (2017) in seinem Armutsbericht ausführt, sind chronisch und schwer kranke Menschen nur selten in den Arbeitsmarkt integriert und leben oftmals unter der Armutsgrenze.

Eine sozialstrukturelle Analyse des Gesundheitszustands der Bremer Bevölkerung scheidet aber vielfach an **fehlenden raumbezogenen und regelmäßig erhobenen Gesundheitsdaten aus einer Landesgesundheitsberichterstattung**. Die beste Datenlage besteht noch hinsichtlich des Themas Kindergesundheit. So zeigten Becker und Tempel (2016) auf, dass zwar mehr als die Hälfte der Kinder ein kariesfreies Gebiss, gleichzeitig aber nahezu ein Drittel der Untersuchten unversorgte und unvollständig sanierte Gebisse aufwiesen. Zudem wurde nachgewiesen, dass **Unterschiede im Anteil naturgesunder Gebisse zu 67 Prozent durch die unterschiedliche soziale Herkunft der untersuchten Kinder erklärt werden konnten**.

Tempel (2018) stellte auf der Armutskonferenz zudem die Befunde der Schuleingangsuntersuchungen 2016/2017 im Vergleich zweier Ortsteilkategorien dar: Demnach konnte **in der Gruppe der benachteiligten Ortsteile bei 32 Prozent der Kinder eine schulrelevante Vorerkrankung** (Asthma, Allergien, verzögerte sprachliche und motorische Entwicklung) **festgestellt werden, bei 17 Prozent lag zudem eine Therapieempfehlung nach dem SGB V vor. 15 Prozent der Kinder wiesen Übergewicht auf**. Im Gegensatz dazu lagen in der **Gruppe der gut situierten Ortsteile schulrelevante Vorerkrankungen nur bei 15 Prozent der Kinder vor**, wobei hier **bei 7 Prozent eine Therapieempfehlung bestand. Übergewicht konnte bei 4 Prozent der Kinder festgestellt werden**.

Weitere Zusammenhänge deuten sich ferner auch beim Zugang zu medizinischer Versorgung an. So wird zum einen eine **wachsende Zahl von Menschen mit Beitragsschulden in der Gesetzlichen Krankenversicherung** beklagt, die lediglich Anspruch auf eine Notversorgung haben (Paritätischer Bremen 2017). Zum anderen gibt es zunehmende Debatten um die **ungleiche Verteilung von Haus-, Kinder- und Fachärzten und -ärztinnen über das Bremer Stadtgebiet** (Bremische Bürgerschaft 2016a; P19L0033). Dabei hat die **fehlende sozialräumliche Steuerung der Kassenärztlichen Vereinigung** zur Folge, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen in sozial benachteiligten Quartieren schlechter ist als in gut situierten Ortsteilen. So weist Diederichs-Egidi (2018) explizit auf die schwierige pädiatrische Versorgung im Stadtteil Gröpelingen hin, die sich durch den Zuzug von Geflüchteten dramatisch verschlechtert habe. So gibt es in Gröpelingen aktuell nur noch 2 Kinderärzte für knapp 7000 Kinder! Die Folge seien **Aufnahmestopps in den bestehenden Praxen**. Auch die hausärztliche Versorgung in Gröpelingen habe sich erheblich verschlechtert. Zudem gebe es keinen Lungenfacharzt in Gröpelingen, was in Anbetracht der bremenweit höchsten Lungenkrebsinzidenz im Stadtteil Gröpelingen bei Männern und Frauen besorgniserregend sei (BIPS 2010). Auch Magenspiegelungen könnten in Gröpelingen nicht mehr durchgeführt werden. Aufgrund weiter Wege und fehlender Mobilität ist es Patientinnen und Patienten oftmals nicht möglich, auf Angebote anderer Stadtteile auszuweichen. Diederich-Egidi (2018) weist ferner auf die Schwierigkeiten vieler Patienten und Patientinnen in Hinblick auf das Verstehen von Formularen, das Dokumentieren von Krankheitsverläufen und das Beantragen von Zuzahlungsbefreiungen hin. Zudem erlebe sie viel Aggressivität in ihrer Praxis.

Der differenzierteste Vergleich – sowohl im Zeitverlauf, als auch lokal – ist hinsichtlich der Lebenserwartung möglich. So hat sich in Bremen und Bremerhaven die durchschnittliche Lebenserwartung im Vergleich von 1997 bis 2006 zu 2006 bis 2015 sowohl bei Männern als auch Frauen erhöht. Der Anstieg war dabei bei Männern in der Stadt Bremen am höchsten. Den Daten des Statistischen Bundesamts (2016) zufolge ist die **Lebenserwartung im Land Bremen allerdings leicht unter dem Bundesmittel**. Das trifft vor allem auf Männer zu. Unterstützt werden diese Befunde durch eine sozialräumliche Betrachtung (Bremische Bürgerschaft Drucksache 2016b: 19/407). So ist die **Lebenserwartung bei Männern in Bremen am niedrigsten in Gröpelingen (73,2 Jahre) und in Blumenthal (75,5 Jahre), am höchsten dagegen in Schwachhausen und Oberneuland (ca. 81 Jahre)**. Ferner konnten Schmucker et al. (2017) einen **ausgeprägten sozialen Gradienten beim Herzinfarkttrisiko** nachweisen. Am stärksten ausgeprägt ist dieser Gradient bei Patienten und Patientinnen unter 50 Jahren. Hier ist die Häufigkeit von Infarkten in der Gruppe mit niedrigem sozialem Status im Vergleich zur Gruppe mit hohem Status mehr als zweifach erhöht – mit fast identischen Werten für Frauen und Männer. Bei der langfristigen Prognose der Betroffenen zeigt sich ebenfalls ein deutliches soziales Gefälle. So ist das **Sterblichkeitsrisiko für Personen unter 50 Jahren aus der Gruppe 4 innerhalb der folgenden 5 Jahre nach dem Infarkt fast 6 Mal höher als bei Angehörigen der Gruppe 1**. Ähnliches zeigt sich beim Risiko für Komplikationen, das in den 5 Jahren nach dem Infarkt fast 5-fach höher liegt.

Ferner wurden auf der Armutskonferenz zahlreiche institutionelle Aspekte der Gesundheitspolitik in Bremen kritisiert. So gebe es zwar **Leuchtturmprojekte** wie den Gesundheitstreffpunkt West (GTP) und die Frauengesundheit in Tenever (FGT), die aufgrund ihrer Auszeichnung als „Good Practice“ Projekte (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2018) auch überregional bekannt sind, diese stünden jedoch **auf strukturell und finanziell unsicheren Füßen**. Gleichzeitig gebe es einerseits eine **hohe Dichte an Kompetenzträgern** im Land, welche andererseits **in der Landespolitik aber zu wenig Gehör** fänden.

Des Weiteren waren auch allgemeinere Kritikpunkte an der Gesundheitspolitik in Deutschland und somit auch Bremen Gegenstand der Debatten auf der Armutskonferenz. So treffen die **Einschränkungen oder der Wegfall von Regelleistungen durch die Krankenkassen**, wie Kostenbeteiligungen bei Brillen, nicht rezeptpflichtigen Medikamenten oder Verhütungsmitteln, arme Menschen in beson-

derem Maße – in allen Altersstufen. Eigenleistungen, Zuzahlungen oder Zusatzbeiträge sind durch das Budget der Fürsorgesätze in keiner Weise angemessen berücksichtigt. Auswirkungen auf Zahngesundheit, Teilhabe oder Verzicht auf notwendige medizinische Behandlung sind die Folge. Der öffentliche Gesundheitsdienst, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind Teil der sozialen Daseinsvorsorge. Angesichts unterfinanzierter Haushaltskassen vollzieht sich aber auch ein tief greifender Wandel. Staat und Kommunen ziehen sich aus den operativen Aufgaben zurück auf die Planung: Liberalisierung, Privatisierung, Outsourcing, Kommerzialisierung sind die Folge. Die überwiegende Anzahl bürgernahe Leistungen im öffentlichen Gesundheitsdienst wird in den rund 400 kommunalen Gesundheitsämtern in Deutschland erbracht. Angesichts Haushaltsnotlagen wurden in den vergangenen Jahren – auch im Land Bremen – Zuständigkeiten immer weiter abgebaut. Und immer öfter und rigider unterscheiden Kommunen zwischen gesetzlich vorgeschriebenen und ›freiwilligen‹ Leistungen.

4. Handlungsfelder und Kernforderungen

In zahlreichen Diskussionen im Plenum, aber auch in den fünf Workshops der Armutskonferenz wurden Handlungsfelder und Kernforderungen für die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Bremen abgeleitet. Diese lauten:

4.1 Initiierung eines Bündnisses für ein gesundes Leben in Bremen

Im Fokus der gemeinsamen Forderungen steht die Initiierung eines Bündnisses für ein gesundes Leben in Bremen. So ist auf der Armutskonferenz deutlich geworden, dass es bereits zahlreiche Aktivitäten und Ansätze in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention gibt – doch sind diese Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie auch zur Gesundheitsversorgung zum Teil sehr ungleich in Bremen verteilt, oftmals als Projekte angelegt, unzureichend (personell) ausgestattet, nicht ausreichend bekannt oder unzureichend genutzt. Zudem spiegelt sich in vielen Projekten oder Programmen oftmals auch das „säulenartige Denken“ der einzelnen Ressorts wieder, was ein Zusammendenken und vor allem auch das Zusammenführen der einzelnen Aktivitäten erschwert.

Der Initiativkreis möchte sich deshalb dafür einsetzen, dass Gesundheit als Querschnittsthema verankert wird und **eine gemeinsame, ressortübergreifende integrierte Gesamtstrategie** für ein gesundes Leben in Bremen entwickelt wird.

Die vielfältigen Akteure verbinden sich in diesem Zusammenhang auf der Basis der eingangs dargestellten Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation und den daraus im Präventionsgesetz präzisierten Möglichkeiten. Das „**Bündnis für ein gesundes Leben in Bremen**“ (zu einer möglichen Struktur, in die auch die Handlungsfelder und Kernforderungen eingebunden sind, siehe Anlage) will durch Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung, Erarbeitung von Grundlagen für politische Entscheidungen sowie gezielte Maßnahmen erreichen, dass

- **positive Lebensumstände in der ganzen Stadt hergestellt,**
- **gesundheitliche Ungleichheit reduziert,**
- **die medizinische Versorgung sichergestellt ,**
- **die Notwendigkeit langfristiger Maßnahmen erarbeitet und**
- **die Akteure in den Quartieren gestärkt werden.**

Durch die Bündelung der Kompetenzen und Möglichkeiten der mit Gesundheitsfragen befassten Akteure können diese Ziele erreicht werden. Dabei gilt es, **Gesundheit als Querschnittsthema** zu verstehen und im Sinne von „Health in All Policies (HiAP) eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit zu gestalten. Der Initiativkreis begrüßt es daher, dass im Rahmen der Zukunftskommission der HiAP-Ansatz bereits als Teilziel aufgegriffen wird und sieht es in diesem Zusammenhang als dringend notwendig an, ein übergreifendes Bündnis zur erfolgreichen Umsetzung des Ansatzes sowie zur Integration in die Bremer Gesundheitspolitik zu initiieren. In diesem Zusammenhang sollten vorhandene Strukturen wie z. B. die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit weiter gestärkt und entsprechend ihren Aufgaben u. a. in den Bereichen „Vernetzung und Koordinierung in der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung“ genutzt werden. Ein zentrales Forum des Bündnisses stellen, angelehnt an bereits erfolgreiche Modelle aus z. B. Hamburg oder Nordrhein-Westfalen, sogenannte Gesundheitskonferenzen dar. Auch solche Gesundheitskonferenzen sollten im Rahmen eines Bündnisses für ein gesundes Leben in Bremen etabliert werden, u. a. mit den Zielen:

- gesundheitsrelevante Handlungsfelder für Bremen sowie Grundlagen für politische Entscheidungen zu erarbeiten,
- die Kommunikation und Abstimmung untereinander zu verbessern,
- Aktivitäten gemeinsam zu reflektieren,
- Doppelstrukturen zu vermeiden bzw. abzubauen,
- Transparenz über Maßnahmen herzustellen und deren Finanzierung offenzulegen und
- die Qualität und Wirkungsorientierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (weiter) zu entwickeln sowie
- eine insgesamt nachhaltige Gesundheitspolitik zu gestalten.

Als zentrale Erfordernisse und Handlungsschwerpunkte des Bündnisses ergeben sich aus Sicht der Armutskonferenz insbesondere die Punkte „Verbesserung und Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung“ sowie die „Stärkung quartiersbezogener integrierter Gesundheitsförderung unter Einbezug einer sozialräumlichen Facharztverteilung“. Diese Bündnis-Schwerpunkte werden im Folgenden näher dargestellt.

4.2 Verbesserung und Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung

In Bremen fehlt es bisher an einer systematischen Landesgesundheitsberichterstattung, die jenseits von Einzelauswertungen die gesundheitliche Situation der Bevölkerung im Längsschnitt analysiert. So wurde der letzte Landesgesundheitsbericht im Jahre 2010 veröffentlicht (Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010). Es ist daher sehr zu begrüßen, dass die Gesundheitsbehörde die Wiederaufnahme der Landesgesundheitsberichterstattung anstrebt, da dieses aus Sicht des Initiativkreises für die weitere effektive Planung von Maßnahmen dringend notwendig ist. Eine Programmentwicklung sowie Evaluation erfordern solche Daten.

Für die weitere Planung der Gesundheitsberichterstattung sollte aus Sicht des Initiativkreises eine Einbindung von Akteuren im Sinne einer partizipativen Berichterstattung erfolgen. Die Einbindung partizipativer Ansätze in die Berichterstattung bietet die Möglichkeit lokales Wissen zu integrieren (PartKommPlus 2018).

Im Sinne einer umfassenden Betrachtung des Themas Gesundheit erachtet der Initiativkreis es zudem als erforderlich, perspektivisch eine integrierte Berichterstattung, in der unterschiedliche Res-

sortberichte zusammengeführt werden, umzusetzen. Aus diesem Grund fordert die Armutskonferenz eine **Verbesserung und Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung** in Bremen.

4.3 Stärkung quartiersbezogener integrierter Gesundheitsförderung unter Einbezug einer sozialraumorientierten Verteilung der medizinischen Grundversorgung

Auf der Armutskonferenz wurden aus Sicht der Quartiere sowohl Defizite im Zugang zu medizinischer Kompetenz (Ärztemangel) als auch Probleme bei der Absicherung und der Erweiterung bestehender präventiver Netzwerkstrukturen im Bereich der Prävention geschildert. Zudem fehlt es an einer bedarfsorientierten Entwicklung gesundheitsbezogener Angebote in den Quartieren bzw. bedarf es einer sinnvollen Integration dieser in schon vorhandene Strukturen. Aus Sicht der Armutskonferenz müssen diese Bereiche zusammengedacht werden, denn **Prävention und medizinische Versorgung bedingen einander**. Aus diesem Grund fordern wir:

4.3.1 Durchsetzung einer sozialraumorientierteren Haus-, Kinder- und Facharztverteilung

Auf der Armutskonferenz wurde in zahlreichen Beiträgen deutlich, dass gerade in den sozial benachteiligten Quartieren die medizinische Versorgung zunehmend schwieriger wird. Da gerade von Armut betroffene Menschen oft wenig mobil sind, ist es aus unserer Sicht völlig unzureichend, Betroffene zum Beispiel im Bremer Norden oder Bremer Westen auf Haus-, Kinder- und Fachärzte im Bremer Osten zu verweisen. Hier ist es das Anliegen der Armutskonferenz, dass der Bremer Senat gemeinsam mit der Ärztekammer das Problem der sozialräumlichen Steuerung vor allem der Primärversorgung der Haus- und Kinderärzte, aber auch der Facharztverteilung mit der hierfür verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigung erörtert und nach Lösungen sucht. Diese können aus Sicht des Initiativkreises Armutskonferenz z. B. in einer neuen Bedarfsplanung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung oder in bestimmten Anreizprogrammen für Haus-, Kinder- und auch Fachärzte in Armutsquartieren oder in der Entwicklung integrierter Versorgungszentren bestehen (siehe folgenden Punkt).

4.3.2 Entwicklung integrierter Versorgungszentren

In Anbetracht einer älter werdenden Gesellschaft, aber auch in Hinblick auf die Mobilitätshindernisse von Menschen in Armutslebenslagen werden **wohnaufnahe integrierte Versorgungsstrukturen** immer wichtiger. Aktuell – so der Eindruck der Armutskonferenz – entwickeln sich jedoch die Angebotsstrukturen vor dem Hintergrund einer zunehmenden Segregation immer weiter auseinander. Hierbei sehen wir den Senat in der Pflicht, im Kontext der integrierten Stadtentwicklung auch die Schaffung von integrierten Versorgungszentren in den Blick zu nehmen, in denen **medizinische und präventive Angebote niedrigschwellig (idealerweise mit Gehstrukturen) gebündelt** werden. Ein solcher Ansatz entspricht dem in der Ottawa-Charta formulierten fünften Handlungsfeld „Neuorganisation der Gesundheitsdienste“.

4.3.4 Absicherung bestehender Netzwerke und Angebotsstrukturen sowie wenn möglich deren Erweiterung

In Bremen gibt es bereits einzelne quartiersbezogene Netzwerkstrukturen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu zählen z. B. Kristallisationspunkte wie der Gesundheitstreffpunkt

West und Frauengesundheit Tenever, welche auch im Rahmen der Armutskonferenz eingebunden waren. Diese Träger können mit ihren Angeboten viele armutsgefährdete Menschen niedrigschwellig erreichen und in Kontakt mit Prävention und Gesundheitsförderung bringen. Hierbei wurden auf der Armutskonferenz jedoch drei Kernprobleme diskutiert:

(1) Absicherung vorhandener Netzwerke/Strukturen

In einigen Fällen wurde deutlich, dass viele dieser Strukturen bisher unzureichend finanziell abgesichert, vielfach auf ehrenamtliches Engagement angewiesen und nicht zuletzt durch die Alterungsprozesse der Aktiven mittelfristig in ihrem Bestand gefährdet sind. Wir fordern daher den Senat auf, sich für die **finanzielle Absicherung dieser vorhandenen Strukturen** einzusetzen.

(2) Strukturelle Erweiterung auf andere Quartiere

Ebenfalls wurde auf der Armutskonferenz deutlich, dass neben den bestehenden Strukturen, auch noch **in weiteren Quartieren Bedarfe rund um das Thema quartiersbezogene Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention** bestehen. Wir fordern daher den Senat auf, eine **Bedarfsanalyse** auf Ortsteilebene durchzuführen und in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. sowie den Experten und Expertinnen in den Quartieren, wie z. B. den Quartiersmanagern und Quartiersmanagerinnen des WiN-Programms, lokale Netzwerke z. B. im Rahmen der Fördermittel des Präventionsgesetzes zu initiieren, zu begleiten und bedarfsorientiert passgenaue Maßnahmen abzuleiten. In diesem Zusammenhang wurden auf der Armutskonferenz u. a. mehr Gesundheitstreffpunkte, wohnortnahe und niedrigschwellige Beratungsangebote sowie Gesundheitslotsinnen bzw. Gesundheitslotsen gefordert.

(3) Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss Handlungskompetenz zurückgewinnen, (neue) Risikolagen ermitteln und Interventionsmöglichkeiten haben. Eine ausreichende und qualifizierte Ausstattung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern muss sichergestellt werden.

4.4 Zielgruppenorientierte Ansätze

4.4.1 Stärkung von Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen

Auf der Armutskonferenz wurde deutlich, wie früh im Leben von Kindern bereits die Grundlage für gesundheitliche Ungleichheit gelegt wird. Aus diesem Grund haben **Kindertagesstätten und Schulen eine Schlüsselfunktion** beim Thema Gesundheitsförderung. Hierfür ist es erforderlich, diese Institutionen stärker in eine quartiersbezogene und integrierte Netzwerkarbeit zum Thema Gesundheit einzubinden. Sie müssen jedoch hierfür räumlich, personell und finanziell in die Lage versetzt werden. Eine konsequente Integration des Themas **Gesunde Ernährung** ist dabei ebenso von Bedeutung wie die **Kooperation der Einrichtungen mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, und Zahnärztinnen und Zahnärzten** sowie die Zusammenarbeit mit den **Eltern**. Eine zentrale Bedeutung hat das Thema **Bewegungsförderung**. Hierfür ist es zum einen erforderlich, diese Institutionen stärker in eine quartiersbezogene und integrierte Netzwerkarbeit zum Thema Gesundheit einzubinden. Sie müssen hierfür räumlich, personell und finanziell in die Lage versetzt werden. Zum anderen benötigen Kindertagesstätten und Schulen integrierte Konzepte für mehr bewegendes Lernen: durch gemeinsame Bewegung alle integrieren; eine kind- und lerngerechte Rhythmisierung des Tages; mehr bewegendes und selbsttätiges Lernen und Erforschen und weniger Sitzen; Sprachförderung verbunden mit Bewe-

gung; bewegte Pausen, bewegende und beteiligende und damit gesundheitsfördernde Organisationsstrukturen sowie die Öffnung der Einrichtungen zum Quartier. Langjährige Praxiserfahrungen dazu gibt es bereits in einigen ausgewählten Kitas und Grundschulen Bremens und insbesondere im Programm „Bewegte, gesunde Schule Niedersachsen“.

4.4.2 Stärkerer Fokus auf Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Anhaltende Arbeitslosigkeit und die damit verknüpfte Abhängigkeit von Transferleistungen ist nachweislich ein gesundheitlicher Risikofaktor. Die erhöhte Morbidität und Mortalität von Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen belegen den Handlungsbedarf. Betroffen sind aber nicht nur die formal Arbeitslosen, sondern alle Menschen, die auf die Unterstützungsleistungen der Jobcenter angewiesen sind. Im Land Bremen ist diese Gruppe sehr groß. 18 Prozent der Haushalte sind auf Leistungen aus dem SGB II angewiesen. Die Zahl der Bezieher und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II liegt bei rund 71.000 Menschen. Viele von ihnen sind schon lange im Leistungsbezug (Geraedts 2018).

Dabei herrscht Forschungskonsens, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Wechselwirkung zueinanderstehen: Auf der einen Seite führt Krankheit zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko (krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust, schlechtere Wiederbeschäftigungschancen = Selektionshypothese), auf der anderen Seite führt Arbeitslosigkeit zu einem erhöhten Krankheitsrisiko (Stress, angespannte finanzielle Situation, sozialer Rückzug, Verlust von Bewältigungsressourcen = Kausalitätshypothese). Als sicher gilt zugleich auch, dass es beeinflussbare Faktoren gibt, die die negative Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand abmildern oder andersherum auch verstärken können.

Die Frage der Gesundheit und ihrer Förderung steht aber nicht im Fokus des SGB II. Dabei **fehlt es an einer umfassenden Gesundheitsförderung für Menschen ohne Arbeit** - gerade auch in Bremen mit seinem ausgeprägten Problemdruck. Die Armutskonferenz sieht vor allem die Kommune in der Verantwortung. Denn die Jobcenter erweisen sich aufgrund ihres institutionellen doppelten Mandats zwischen Beratung und Unterstützung einerseits und Kontrolle und Sanktion andererseits als ein eher schwieriges Setting. Umso mehr braucht es eine **kommunale Strategie zur Gesundheitsförderung und -versorgung**, die explizit Menschen im Leistungsbezug adressiert. Darin sind die Jobcenter der Ort, an dem alle Leistungsbeziehenden erreichbar sind. Allein deshalb müssen sie eng in eine solche Strategie einbezogen werden. Sinnvoll sind **Kooperationen mit Dritten** (Krankenkassen, arbeitsmarktpolitische Träger), **die Vernetzung der Jobcenter mit Strukturen des Gesundheitssystems** (Kliniken, ambulante Praxen) sowie **die Einbindung externer Kompetenzen** (Gesundheitsamt, Sozialmedizin).

Die Stadt Essen stellt ein gutes Beispiel dar. Dort gibt es seit vielen Jahren eine Gesundheitskonferenz. Sie hat in enger Kooperation zwischen Fachleuten der Arbeitsförderung (kommunales Jobcenter) und der Gesundheitsförderung und -versorgung (Krankenkassen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Beratungsstellen) ein Konzept entwickelt, wie die Gesundheit von Menschen im Arbeitslosengeld II-Bezug stabilisiert und gefördert werden kann. Im Ergebnis ist das Thema Gesundheit zur Querschnittsaufgabe im Jobcenter geworden. Das Jobcenter arbeitet eng mit Krankenkassen, Kliniken und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen zusammen, um den Leistungsbeziehenden möglichst viele Türen zu Gesundheitsförderung und -versorgung zu öffnen.

4.4.3 Stärkerer Fokus auf ältere Menschen

Der demografische Wandel macht es erforderlich, die **medizinisch-pflegerischen Angebotsstrukturen stärker auf ältere Menschen zuzuschneiden**. Das betrifft einerseits die wohnortnahe Versorgung mit Hausärzten (siehe 4.3.1), aber auch andererseits eine Verbesserung des Fürsorgesystems durch die **Vernetzung von Sozialdiensten, Pflege, therapeutischen Praxen und Betreuung**. Dabei geht es bei älteren Menschen nicht allein um präventive Maßnahmen, sondern vor allem um die Sicherstellung und den Zugang von Leistungen. Ferner werden zunehmend **aufsuchende Angebote** (z. B. der Altenhilfe) benötigt, um Isolation und den damit möglicherweise verbundenen gesundheitlichen Folgewirkungen entgegenzuwirken.

Derzeit ist die **Pflegeversicherung eine „Teilkasko-Versicherung“**, die in weiten Teilen zudem auf die Vorfinanzierung der in Anspruch genommenen Leistungen basiert, bzw. die Bedarfe nur teilweise abdeckt. Dies trifft insbesondere Menschen in Armut, die zunehmend auch **keinen Zugang zu den Fürsorgeleistungen „Hilfe zur Pflege“** haben, sondern auf die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung angewiesen sind.

Der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung bedeutet zugleich, dass insbesondere für arme Menschen, **ausreichende Hilfe- oder familiale Strukturen** gegeben sein müssen. **Altenpflegeeinrichtungen mit hohen Qualitätsstandards** sollen **quartiersnah** sein. Die Versorgung hilfebedürftiger sollte sich an sozialen und qualitativen Fragen messen und nicht am Profit. Sie sind Teil der Daseinsvorsorge und bedürfen der öffentlichen Steuerung und Kontrolle, um ein hohes Niveau sicherzustellen. Zudem müssen auch die **Rahmenbedingungen von Angehörigenpflege** oder der von Beschäftigten beachtet werden, um zukünftiger Altersarmut vorzubeugen.

5. Fazit

Die 3. Bremer Armutskonferenz hatte das Ziel, das wichtige Querschnittsthema Gesundheit in den Fokus der armutspolitischen Debatten in Bremen zu rücken. Dabei wurden sowohl allgemeine empirische Zusammenhänge in Beiträgen deutlich gemacht als auch konkrete Problemstellungen in Bremen diskutiert. Dazu gehörten beispielsweise die zunehmende Auseinanderentwicklung der medizinischen Versorgung in Bremen, die unzureichende Absicherung und Ausweitung von Modellvorhaben, eine kaum vorhandene Landesgesundheitsberichterstattung als auch eine starke Versäulung in der administrativen Bearbeitung der Thematik in Bremen. In zahlreichen Workshops wurde sowohl der Status quo als auch Ansätze zur Verbesserung diskutiert. Aus den Befunden und Anregungen der Konferenz hat der Initiativkreis dieses Konferenzpapier entwickelt, in dessen Fokus Handlungsfelder und Kernforderungen stehen. Als zentral erachtet der Initiativkreis eine **veränderte politische Steuerungsstruktur** z. B. durch die Initiierung eines „Bündnisses für ein gesundes Leben in Bremen“. Weitere Forderungen betreffen die Verbesserung und Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung und die Stärkung quartiersbezogener integrierter Gesundheitsförderung unter Einbezug einer sozialraumorientierten Facharztverteilung. Darüber hinaus wurde auf der Armutskonferenz ausdrücklich auf die Relevanz partizipativer Ansätze hingewiesen, die hinsichtlich aller formulierten Forderungen Berücksichtigung finden sollten.

Bündnis für ein gesundes Leben in Bremen

Versorgung

(z. B. Ärztekammer, ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzteschaft, Psychotherapeutenkammer)

Prävention/ Gesundheitsförderung

(z. B. Frauengesundheit in Tenover, Gesundheitstreffpunkt West, LVG Bremen, Sportvereine)

Kommunale Einrichtungen

(z. B. Begegnungsstätten, Bildungseinrichtungen, Beratungsstellen, Häuser der Familien, Jobcenter, Kitas, Quartiersmanagement, Schulen)

Verwaltung/ Politik

(z. B. Gesundheitsamt, Senatorische Behörden (Bau, Bildung, Gesundheit, Kultur, Soziales,...))

Kostenträger

(z. B. Krankenkassen, Unfallversicherung, Rentenversicherung)

Bürger*innen

(z. B. Patientenvertretung, Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretung)

Weitere

(z. B. Freie Träger, Initiativen, Kirchen, Vereine, Wissenschaft, Wohnungsbau-gesellschaft, etc.)

Gesundheitsberichterstattung

Geschäftsstelle

Gesundheitskonferenz

Handlungsfeld 1:

Sozialraumorientierte Facharztverteilung

Handlungsfeld 2:

Integrierte Versorgungszentren

Handlungsfeld 3:

Gesundheitsförderung und ältere Menschen

Handlungsfeld 4:

Quartiersbezogene Angebote und Netzwerke

Handlungsfeld 5:

Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen

Handlungsfeld 6:

Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit

Weitere Handlungsfelder

Aufeinander abgestimmte Programme/ Maßnahmen durch Einrichtungen

Evaluation