

Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE**Bessere medizinische Versorgung in benachteiligten Stadtteilen: Neue Wege in der kommunalen Gesundheitspolitik – zum Beispiel durch Stadtteilgesundheitszentren – prüfen und einschlagen**

Wie der Paritätische Wohlfahrtsverband Bremen in seinem aktuellen Positionspapier aus dem Dezember 2017 konstatiert, liegt der deutlichste soziale Unterschied in Deutschland im Bereich Gesundheit. Armut stellt demnach das größte Risiko für die Gesundheit dar. In reinen Zahlen drückt sich das in einer Differenz von bis zu sieben Jahren in der Lebenserwartung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern der Bremer Stadtteile Gröpelingen und Schwachhausen aus. Im bundesweiten Vergleich liegt das Bundesland Bremen bei der Lebenserwartung mit 79,5 Jahren nur an zweitletzter Position.

Der Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit ist nicht neu und mittlerweile auch in der Wissenschaft unumstritten. Bereits 1980 hielt die WHO in einer Charta fest, dass soziale Faktoren wie prekäre Arbeitssituationen, Zukunftsängste, Diskriminierungserfahrungen, geringes Einkommen und soziale Ausgrenzung eine Belastung für die Gesundheit der Menschen sind. Aber auch der Ort an dem man lebt, die Wohnverhältnisse und eine gute Stadtteilinfrastruktur bestimmen die Lebensqualität.

Seit Kurzem entstehen Gesundheitsprojekte in Hamburg und Berlin, die auf dem Verständnis fußen, dass eine ernsthafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Masse der Bevölkerung nur gelingen kann, wenn Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge weit über den medizinischen Bereich hinaus gedacht werden. In Hamburg besteht seit Januar 2017 die Poliklinik im Stadtteil Wilhelmsburg und in Berlin soll ab 2019 das Gesundheitskollektiv in Berlin-Neukölln seine Arbeit aufnehmen. In beiden Einrichtungen werden die Patientinnen und Patienten interdisziplinär betreut. Das heißt, neben einer medizinischen Versorgung steht eine Sozial- und Rechtsberatung zur Verfügung, die darüber auch Präventionsarbeit im Stadtteil leistet.

Beide Projekte bauen auf klarer Datenlage bezüglich der kleinräumigen gesundheitlichen Bedarfe auf. In Hamburg wurde 2013 ein Morbiditätsatlas für den kleinräumigen Versorgungsbedarf im Auftrag der Gesundheitsbehörde durch das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung erstellt. In Berlin wird seit 1990 während jeder Legislaturperiode der Sozialstrukturatlas als Übersicht über die gesundheitliche und sozialstrukturelle Lage in den Bezirken und Sozialräumen veröffentlicht. Für Bremen gab es zuletzt 2006 eine sozialräumliche Analyse durch das Gesundheitsamt.

Angesichts einer zunehmenden sozialen Ungleichheit in Bremen, auch in der Frage des Zugangs zu ambulanter gesundheitlicher Versorgung, ist es umso wichtiger die bestehende Datenlage zu erfassen, einen Ausbau der Datenlage und Vernetzungsmöglichkeiten zu prüfen und andere Wege für eine kleinräumige ambulante Gesundheitsversorgung in Erwägung zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

1. Wie hoch ist die aktuelle Lebenserwartung im Land Bremen? (Bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden differenziert aufschlüsseln.)

2. Wie hoch ist die Kindersterblichkeit im Land Bremen? (Bitte nach Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden differenziert aufschlüsseln.)
3. Wie viele Krankheitstage hatten die Einwohnerinnen und Einwohner der beiden Stadtgemeinden in den Jahren 2010 bis 2016? (Bitte nach Jahr, Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln.)
4. Wie viele Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben im Land Bremen? (Bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln.)
5. Wie viele Menschen im Land Bremen sind auf Leistungen nach dem SGB II oder SGB III angewiesen? (Bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln.)
6. Wie viele Menschen im Land Bremen erhalten Leistungen nach dem SGB XII? (Bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln.)
7. Wie viele Menschen im Land Bremen beziehen keine Leistungen (Dunkelziffer) aus den staatlichen Sicherungssystemen, obwohl sie anspruchsberechtigt sind?
8. Wie viele Menschen im Land Bremen haben die deutsche Sprache nicht als Muttersprache? (Bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln.)
9. Sind dem Senat die sozialwissenschaftlichen Untersuchungen aus den Ländern Hamburg (Morbiditätsatlas) und Berlin (Sozialinfrastrukturatlas) bekannt, die den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit untersuchen und liegt eine ähnliche Studie für das Land Bremen vor?
10. Teilt der Senat die Einschätzung, dass die Daten und Informationen aus einer vergleichbaren Studie für das Land Bremen helfen würden, zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -prävention zu treffen?
11. Wenn bislang keine vergleichbare sozialwissenschaftliche Untersuchung für das Land Bremen vorliegt, plant der Senat die Durchführung einer solchen und geht der Senat von einem signifikanten Zusammenhang zwischen sozialen Indikatoren und Erkrankungen aus, wenn nein, warum nicht?
12. Wie beurteilt der Senat unter Berücksichtigung der Aussagen, dass soziale Indikatoren Einfluss auf die Gesundheit nehmen können, die ambulante ärztliche Versorgung in den Stadtteilen Bremens und Bremerhavens mit den höchsten Armutsquoten?
13. Außerhalb der üblichen Praxiszeiten wird die ambulante Versorgung in Bremen durch die ärztliche Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sichergestellt. Wie haben sich die Leistungen seit 2010 hier entwickelt? (Bitte nach Leistungsdaten und Anzahl der Praxen aufschlüsseln.)
14. Wie haben sich die Behandlungszahlen in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser im Land Bremen seit 2010 entwickelt? (Bitte nach Leistungsdaten und Krankenhäusern aufschlüsseln.)
15. Für eine Notfallbehandlung in einem Krankenhaus zahlen die Krankenkassen eine Pauschale von 49 €. Dieser Betrag ist völlig unzureichend. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, die daraus entstehenden Kostendefizite auszugleichen?
16. In welchen Stadtteilen gab es in den zurückliegenden sieben Jahren eine Reduktion von Praxisstandorten? (Bitte nach Facharztgruppen aufschlüsseln.)
17. Wie plant der Senat auf die zunehmende sprachliche Diversität in einzelnen Stadtteilen zu reagieren im Hinblick auf Gesundheitsversorgung und Gesundheitsprävention, aber auch bei Sozial- und Rechtsberatung?

18. Der letzte Landesgesundheitsbericht stammt aus dem Jahr 2010. Warum wird seitdem kein Landesgesundheitsbericht mehr durch das Gesundheitsressort erstellt?
19. Warum sind die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nicht Mitglieder im „Netzwerk Gesunde Städte“, einem seit 1989 bestehenden Zusammenschluss von Städten und Kommunen mit dem Ziel des besseren fachlichen Austausches im Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung und der gesundheitlichen Prävention?
20. In 13 Bundesländern gibt es kommunale oder regionale Gesundheitskonferenzen oder auch Landesgesundheitskonferenzen. Warum gibt es keine Gesundheitskonferenz im Land Bremen?
21. Sind dem Senat sogenannte Leuchtturmprojekte wie die Poliklinik in Hamburg oder das Gesundheitskollektiv in Berlin, die interdisziplinär angelegt sind und nicht nur die medizinische Primärversorgung beinhalten, bekannt und überlegt der Senat ähnliche Projekte in medizinisch unterversorgten Stadtteilen in Bremen und Bremerhaven mit zu initiieren oder zu unterstützen?
22. Sind dem Senat bereits existierende Projekte in Bremen oder Bremerhaven bekannt, die mit Unterstützung durch die kassenärztliche Vereinigung und das zuständige Gesundheitsressort zu einem Stadtteilgesundheitszentrum weiterentwickelt werden könnten?

Peter Erlanson, Nelson Janßen, Kristina Vogt
und Fraktion DIE LINKE