

Mitteilung des Senats vom 13. März 2018

Bessere medizinische Versorgung in benachteiligten Stadtteilen: Neue Wege in der kommunalen Gesundheitspolitik, z. B. durch Stadtteilgesundheitszentren, prüfen und einschlagen

Die Fraktion DIE LINKE hat unter Drucksache 19/1486 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

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

Die Lebenserwartung gibt die erwartete Lebenszeit einer Person zum Zeitpunkt der Geburt an. Es wird dabei angenommen, dass sie in jeder Altersstufe die Sterbewahrscheinlichkeit besitzt, wie es den zum jeweiligen Zeitpunkt vorherrschenden altersspezifischen Sterberaten in der Bevölkerung entspricht. Für Gebietseinheiten, in denen die Zahl der im angegebenen Zeitraum Gestorbenen kleiner als 500 ist, ist die Lebenserwartung aufgrund der statistischen Ungenauigkeit nicht ausgewiesen.

Tabelle 1: Lebenserwartung in Jahren im Land Bremen und nach Stadtteilen in der Stadtgemeinde Bremen

Aggregierter Zeitraum 2006 bis 2015*	Männer	Frauen
04 Land Bremen	76,6	82,2
04011 Stadt Bremen	77,1	82,4
04012 Stadt Bremerhaven	74,5	80,9
Stadtgemeinde Bremen/Stadtteile		
0401111 Mitte (Stadtteil)	76,3	81,4
0401112 Häfen (Stadtteil)	.	.
0401121 Neustadt (Stadtteil)	76,1	81,7
0401123 Obervieland (Stadtteil)	78,5	82,3
0401124 Huchting (Stadtteil)	77,6	83,3
0401125 Woltmershausen (Stadtteil)	76,2	81,5
0401131 Östliche Vorstadt (Stadtteil)	77,9	83,2
0401132 Schwachhausen (Stadtteil)	81,0	85,3
0401133 Vahr (Stadtteil)	76,8	82,9
0401134 Horn-Lehe (Stadtteil)	80,4	84,0
0401136 Oberneuland (Stadtteil)	80,7	84,1
0401137 Osterholz (Stadtteil)	76,0	81,5
0401138 Hemelingen (Stadtteil)	77,4	82,8
0401142 Findorff (Stadtteil)	77,2	83,0
0401143 Walle (Stadtteil)	74,9	81,2
0401144 Gröpelingen (Stadtteil)	73,5	79,7
0401151 Burglesum (Stadtteil)	75,8	80,7
0401152 Vegesack (Stadtteil)	77,3	82,8
0401153 Blumenthal (Stadtteil)	75,4	81,7

* Für eine größere statistische Aussagekraft bei den kleinen Fallzahlen auf Stadtteilebene wird ein zusammengefasster Zeitraum von zehn Jahren dargestellt.

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig Infosystem http://www.statistik-bremen.de/soev/statwizard_step1.cfm

Für die Stadtgemeinde Bremerhaven liegen keine kleinräumigen Daten vor.

2. Wie hoch ist die Kindersterblichkeit im Land Bremen (bitte nach Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden differenziert aufschlüsseln)?

Die Zahl der Säuglings- und Kindersterbefälle wird in der nachfolgenden Tabelle für das Land Bremen und die beiden Stadtgemeinden ausgewiesen.

Tabelle 2: Säuglings- und Kindersterbefälle in Bremen

	Sterbefälle im Jahr 2015	
	Unter 1 Jahr	1 bis unter 18 Jahre
Stadtgemeinde Bremen	24	9
Stadtgemeinde Bremerhaven	5	4
Land Bremen	29	13

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig Infosystem.

Das Statistische Landesamt könnte zwar die Sterbefälle für die Stadtgemeinde Bremen auch auf Stadtteilebene alters- und geschlechtsspezifisch zur Verfügung stellen, jedoch ist die Fallzahl der Gestorbenen im Alter von 0 bis 18 Jahren sehr klein, sodass die Aussagekraft – insbesondere kleinräumig – sehr gering ist (siehe obige Tabelle). Kleinräumig betrachtet gibt es demnach sehr große Zufallsschwankungen (zumal Mortalitätsdaten immer auch geschlechtsspezifisch und altersstandardisiert betrachtet werden sollten). Aus diesem Grund wird auf eine nach Stadtteilen differenzierte Darstellung verzichtet.

Tabelle 3: Säuglingssterblichkeit in Bremen, 2015

	Unter 1 Jahr Rate je 1 000 Lebendgeborene
Stadtgemeinde Bremen	4,5
Stadtgemeinde Bremerhaven	4,3
Land Bremen	4,5

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig Infosystem, eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Kinder- und Jugendsterblichkeit, aggregierter Zeitraum 2006 bis 2015

	Gestorbene 1 bis unter 18 Jahre Rate je 100 000 Einwohner der Altersgruppe
Stadtgemeinde Bremen	17,6
Stadtgemeinde Bremerhaven	16,6
Land Bremen	17,4

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig Infosystem, eigene Berechnungen.

3. Wie viele Krankheitstage hatten die Einwohnerinnen/Einwohner der beiden Stadtgemeinden in den Jahren 2010 bis 2016 (bitte nach Jahr, Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln)?

Krankheitstage der Bevölkerung werden im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA)“ vom Robert-Koch-Institut erhoben. Basierend auf der Frage „Wie viele Tage waren Sie in den letzten zwölf Monaten so krank, dass Sie Ihren üblichen Tätigkeiten im privaten wie im beruflichen Leben nicht nachgehen konnten?“ wurde in GEDA 2012 der Indikator „50 oder mehr Krankheitstage in einem Jahr“ gebildet¹⁾. Die aktuellen Ergebnisse liegen mit folgender regionaler Differenzierung vor²⁾:

¹⁾ Faktenblatt zu GEDA 2012 – Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2012, Robert-Koch-Institut; Im Internet: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Krankheitstage.pdf?__blob=publicationFile

²⁾ Im Internet: www.gbe-bund.de

Tabelle 5: 50 Krankheitstage und mehr in den letzten zwölf Monaten (Anteil der Befragten in %)

	50 Krankheitstage und mehr Anteil der Befragten, die mit „Ja“ geantwortet haben	
	Männer	Frauen
Deutschland	6,5	6,4
Nordwest*	5,4	7,7
Nordrhein-Westfalen	9,3	5,8
Mitte**	6,1	6,0
Bayern	5,4	7,0
Baden-Württemberg	5,5	4,4
Ost (Nord)***	6,6	7,6
Ost (Süd)	5,8	6,6

* = Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

** = Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland.

*** = Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt.

**** = Sachsen und Thüringen.

Eine weitere regionale Differenzierung wurde nicht vorgenommen.

4. Wie viele Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben im Land Bremen (bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln)?

In der nachfolgenden Tabelle sind die Angaben über die Anzahl von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im Land Bremen nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufgeschlüsselt aufgeführt.

Tabelle 6: Anzahl von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen

	männlich	weiblich
04 Land Bremen (31. Dezember 2016)	56 294	52 083
04011 Stadt Bremen (31. Dezember 2016)	46 311	42 590
04012 Stadt Bremerhaven (31. Dezember 2016)	9 983	9 493
Stadtgemeinde Bremen/Stadtteile (31. Dezember 2016)		
0401111 Mitte (Stadtteil)	972	858
0401112 Häfen (Stadtteil)	38	27
0401121 Neustadt (Stadtteil)	2 816	2 557
0401123 Obervieland (Stadtteil)	3 255	3 078
0401124 Huchting (Stadtteil)	3 022	2 726
0401125 Woltmershausen (Stadtteil)	1 119	1 091
0401131 Östliche Vorstadt (Stadtteil)	1 849	1 731
0401132 Schwachhausen (Stadtteil)	2 692	2 470
0401133 Vahr (Stadtteil)	2 319	2 046
0401134 Horn-Lehe (Stadtteil)	1 875	1 682
0401136 Oberneuland (Stadtteil)	1 190	1 081
0401137 Osterholz (Stadtteil)	3 548	3 455
0401138 Hemelingen (Stadtteil)	3 886	3 421
0401142 Findorff (Stadtteil)	1 529	1 454
0401143 Walle (Stadtteil)	2 437	2 153
0401144 Gröpelingen (Stadtteil)	3 746	3 458
0401151 Burglesum (Stadtteil)	2 745	2 449
0401152 Vegesack (Stadtteil)	2 824	2 742
0401153 Blumenthal (Stadtteil)	3 183	2 891

	männlich	weiblich
Stadtgemeinde Bremerhaven/Stadtteile (31. Dezember 2015)		
Stadtteil 11 Weddewarden	51	52
Stadtteil 12 Leherheide	1 505	1.336
Stadtteil 13 Lehe	3 808	3.645
Stadtteil 14 Mitte	784	728
Stadtteil 21 Geestemünde	2 654	2.539
Stadtteil 22 Schiffdorferdamm	204	188
Stadtteil 23 Surheide	211	240
Stadtteil 24 Wulsdorf	1 027	901
Stadtteil 25 Fischereihafen	11	11

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig Infosystem http://www.statistik-bremen.de/soev/statwizard_step1.cfm; BREMERHAVENER STRUKTURDATEN-ATLAS – Teil B – Die Stadtteile, <https://www.bremerhaven.de/sixcms/media.php/204/Bremerhavener+Strukturdatenatlas+2016++Teil+B++alle+Stadtteile.pdf>

5. Wie viele Menschen im Land Bremen sind auf Leistungen nach dem SGB II (Sozialgesetzbuch) oder SGB III angewiesen (bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln)?

Nachfolgende Tabelle zeigt die Zahl der Arbeitslosengeldempfänger bei Arbeitslosigkeit (SGB III) sowie der Regelleistungsberechtigten (SGB II) in den Stadtteilen der Stadt Bremen (Stand: Dezember 2016).

Tabelle 7: Zahl der Arbeitslosengeldempfänger bei Arbeitslosigkeit (SGB III)* sowie der Regelleistungsberechtigten (SGB II) in den Stadtteilen der Stadt Bremen (Stand: Dezember 2016).

	Arbeitslosengeldempfänger bei Arbeitslosigkeit* (SGB III)		Regelleistungsberechtigte (RLB)(SGB II)	
	Insgesamt	Frauen	Insgesamt	Frauen
Land Bremen	6 023	2 684	99 788	49 008
Stadt Bremen	4 901	2 209	78 658	38 702
Stadt Bremerhaven	1 122	475	21 130	10 306
Stadtteile				
Stadtteil Mitte	210	91	2 455	986
Stadtteil Häfen	k.A.	k.A.	89	28
Stadtteil Neustadt	433	191	5 410	2 365
Stadtteil Obervieland	289	126	4 107	2 161
Stadtteil Huchting	264	129	6 148	3 174
Stadtteil Woltmershausen	156	73	2 321	1 116
Seehausen und Strom	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Stadtteil Östliche Vorstadt	286	140	2 230	914
Stadtteil Schwachhausen	249	136	1 355	668
Stadtteil Vahr	224	98	4 744	2 601
Stadtteil Horn-Lehe	182	88	1 068	532
Borgfeld	47	24	104	47
Oberneuland	63	33	315	135
Stadtteil Osterholz	275	128	6 532	3 395
Stadtteil Hemelingen	406	181	6 069	2 937
Stadtteil Findorff und Blockland	212	93	2 183	1 076

Stadtteil Walle	352	141	5 289	2 512
Stadtteil Gröpelingen	378	141	11 055	5 450
Stadtteil Burglesum	275	135	4 304	2 235
Stadtteil Vegesack	280	112	5 819	2 888
Stadtteil Blumenthal	295	144	6 363	3 234
nicht zuordenbar	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

* Nicht enthalten sind Empfänger von Arbeitslosengeld bei Weiterbildung.

Datenquelle: Statistisches Landesamt Bremen.

Kleinräumige Daten für die Stadtgemeinde Bremerhaven liegen nicht vor.

6. Wie viele Menschen im Land Bremen erhalten Leistungen nach dem SGB XII (bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln)?

Für die nachfolgenden Tabellen wurden folgende Leistungen berücksichtigt:

3. Kapitel SGB XII Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU),
4. Kapitel SGB XII Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiAE),
5. Kapitel SGB XII Hilfen zur Gesundheit (HzG),
6. Kapitel SGB XII Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (EGH),
7. Kapitel SGB XII Hilfe zur Pflege (HzP),
8. Kapitel SGB XII Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten,
9. Kapitel SGB XII Hilfen in anderen Lebenslagen.

Gezählt wurden jene Personen, die eine der vorstehenden Leistungen erhalten (ohne Doppelzählungen bei Mehrfachbezug).

Für die Stadtgemeinde Bremen liegen aktuelle Zahlen für den Monat September 2017 vor (seit 2016 werden Fallzahlen in Bremen rückwirkend mit drei Monaten Wartezeit ausgewiesen), für die Stadtgemeinde Bremerhaven für Dezember 2017.

Die Leistungen werden entweder ambulant (die Leistungsbeziehende/der Leistungsbeziehende lebt weiterhin in eigenem Wohnraum) oder stationär (die Leistungsbeziehende/der Leistungsbeziehende lebt in einer Einrichtung) erbracht. Es werden ausschließlich laufende Zahlfälle ausgewiesen.

Stadtteilbezogene Daten werden hier nur für Personen mit ambulant erbrachten Leistungen nach dem 3. (HLU) und 4. (GSiAE) Kapitel SGB XII dargestellt. Für stationär erbrachte Leistungen erscheint eine stadtteilbezogene Auswertung nicht sinnvoll, da sich die Zuordnung zum Stadtteil nach Lage der Einrichtung ergibt.

Aus Datenschutzgründen werden in den Tabellen Wert <3 gleich „-“ gesetzt, sie sind aber in der Gesamtzahl enthalten.

Tabelle 8: Leistungsbeziehende SGB XII ambulant und stationär (3. bis 9. Kapitel SGB XII)

Leistungsbeziehende SGB XII ambulant und stationär	Stadt Bremen September 2017	Bremerhaven Dezember 2017
Leistungsbeziehende	17 371	4 984
davon weiblich	9 305	2 573
davon männlich	8 066	2 411

Tabelle 9: Leistungsbeziehende HLU (3. Kapitel SGB XII) und GSiAE (4. Kapitel SGB XII) ambulant in den Stadtteilen, Stadtgemeinde Bremen (Stand: September 2017)

Stadtgemeinde Bremen September 2017	Leistungsbezieherinnen/Leistungsbezieher SGB XII – ambulant nur HLU und GSiAE –		
	weiblich	männlich	Summe
Mitte	195	234	429
Neustadt	513	447	960
Obervieland	398	273	671
Huchting	524	330	854
Woltmershausen	172	163	335
Östliche Vorstadt	241	247	488
Schwachhausen	205	168	373
Vahr	708	410	1 118
Horn-Lehe	160	110	270
Borgfeld	13	11	24
Oberneuland	40	45	85
Osterholz	587	462	1 049
Hemelingen	434	413	847
Findorff	277	270	547
Walle	335	360	695
Gröpelingen	662	615	1 277
Burghesum	344	267	611
Veegesack	487	402	889
Blumenthal	462	362	824
Häfen/Seehausen/Strom/Blockland	4	10	14
Summe	6 761	5 599	12 360

Tabelle 10: Leistungsbeziehende HLU (3. Kapitel SGB XII) und GSiAE (4. Kapitel SGB XII) ambulant in den Stadtteilen, Stadtgemeinde Bremerhaven (Stand: Dezember 2017)

Stadt Bremerhaven Dezember 2017	Leistungsbezieherinnen/Leistungsbezieher SGB XII – ambulant nur HLU und GSiAE –		
	weiblich	männlich	Summe
Fischereihäfen	–	–	–
Geestemünde	396	501	897
Lehe	454	503	957
Leherheide	173	224	397
Mitte	174	207	381
Schiffdorferdamm	6	6	12
Surheide	3	7	10
Weddewarden	–	–	–
Wulsdorf	76	87	163
nicht bekannt/erfasst	22	5	27
Summe	1 307	1 541	2 848

7. Wie viele Menschen im Land Bremen beziehen keine Leistungen (Dunkelziffer) aus den staatlichen Sicherungssystemen, obwohl sie anspruchsberechtigt sind?

Die Zahl der Personen, die dem Grund nach einen Anspruch auf Sozialleistungen hätten, die Leistungen aber nicht beantragen (und erhalten), kann nicht beziffert werden.

Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „verdeckter Armut“. Gründe für die Nichtinanspruchnahme können z. B. Unwissenheit oder Scham sein, zuweilen auch die Sorge, dass nahe Verwandte unterhalts-/zahlungspflichtig sein könnten.

Gerade in Großstädten kann aber davon ausgegangen werden, dass die Beratungsdichte sehr hoch ist und Unwissenheit deshalb eher keine Rolle spielen dürfte. In Einzelfällen werden diese Personen möglicherweise im Stadtteil bekannt sein, sodass die Einrichtungen/Beratungsstellen und die Beraterinnen/die Berater, die im Stadtteil tätig sind, darauf hinwirken können, dass die Personen staatliche Leistungen beantragen.

8. Wie viele Menschen im Land Bremen haben die deutsche Sprache nicht als Muttersprache (bitte nach Geschlecht und Stadtteilen der beiden Stadtgemeinden aufschlüsseln)?

Es liegen keine Daten zur Anzahl der Menschen in der Gesamtbevölkerung, die nicht die deutsche Sprache als Muttersprache haben, vor (lediglich im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen wird die Muttersprache erhoben).

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?

Die sozialwissenschaftlichen Untersuchungen aus den Ländern Hamburg (Morbiditätsatlas) und Berlin (Sozialinfrastrukturatlas) sind dem Senat bekannt.

Ein dem Berliner Sozialstrukturatlas vergleichbares Instrument liegt mit dem „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ auch in Bremen vor. Das „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ ist ein einheitliches Bezugssystem für die Darstellung sozialer Strukturen und deren Entwicklung in der Stadt Bremen. Im Bremer Modell werden anhand von sieben Leitindikatoren aus folgenden Bereichen sozialräumliche Zuordnungen auf Ortsteilebene getroffen:

- Bildung (Indikatoren: Sprachförderbedarf und Nichtabiturquote),
- Sicherheit (Indikator: Anzahl der Fälle von Körperverletzung),
- Einkommen (Indikatoren: Transferleistungsdichte unter 15 Jahren und über 15 Jahren),
- Arbeit (Indikator: Arbeitslosenziffer),
- Partizipation (Indikator: Nichtwähleranteil).

Die Federführung der Durchführung und Berichterstattung des Monitorings liegt bei der Geschäftsführung der AG Stadtmonitoring beim Senator für Umwelt, Bau und Verkehr. Die Berechnungen werden vom Statistischen Landesamt geführt; es ist zudem im Rahmen von Darstellungen und Visualisierungen beteiligt.

Als zweites Monitoringsystem gibt es das „Monitoring Soziale Stadt“, das „Vermutungsgebiete sozialer Problemlagen“ für das Programm „Wohnen in Nachbarschaften (WiN)“ auf Baublockebene ausweist.

Die Berechnungen zu beiden Monitoringsystemen (das „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ auf Ortsteilebene und das „Monitoring Soziale Stadt“, bisher auf Grundlage von Baublockdaten) werden frühestens im zweiten Quartal 2018 beginnen können:

Aufgrund einer Verfahrensumstellung aller Statistischen Landesämter gibt es derzeit keine aktuellen Bevölkerungszahlen aus der amtlichen Statistik. Die letzten Zahlen stammen vom 31. Dezember 2015. Die amtliche Bevölkerungszahl ist jedoch die Bezugsgröße bei der Berechnung der Indikatoren und betrifft daher beide Monitoringsysteme. Aktuellere Daten werden für 2016 im März und für das Jahr 2017 im August 2018 zur Verfügung gestellt.

Des Weiteren wird die Bundesagentur für Arbeit (BA) ihre Datenlieferung an die Kommunen stärker reglementieren. Ab Januar 2018 werden Daten nur noch für Gebietseinheiten größer 1 000 Einwohner und einer Fallzahl größer 10 geliefert werden. Dies betrifft die Indikatoren „Transferleistungsdichte u15“, „Transferleistungsdichte ü15“ und „Arbeitslosenziffer“. Das „Monitoring Soziale Stadtentwicklung“ ist auf der Ortsteilebene davon weniger betroffen, da dort weitestgehend die Kriterien eingehalten werden. Für das „Monitoring Soziale Stadt“ hat diese Entscheidung der BA großen Einfluss, da die bisher verwendete Ebene der Baublöcke nicht mehr bedient werden kann. Neue Datenlieferungen sind frühestens im März 2018 zu erwarten.

Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr (SUBV) hat daher eine neue räumliche Ebene weiterentwickelt, die zwischen Baublock und Ortsteil liegt und im Rahmen des Projekts „Lernen vor Ort“ erarbeitet wurde. Ursprünglich ging diese Raumeinheit über Ortsteilgrenze hinaus und hatte mindestens 500 Einwohner. Diese Ebene wurde an die Kriterien der BA angepasst, d. h. die Ortsteilgrenzen werden eingehalten und die Gebiete haben mindestens 1 100 Einwohner (inklusive Puffer von 100 Einwohnern). Dieser Überarbeitungsprozess ist abgeschlossen. Derzeit läuft die Überprüfung durch das Statistische Landesamt, das diese Ebene dann der BA zur Verfügung stellt. Erst darauf aufbauend kann erst das „Monitoring Soziale Stadt“ gerechnet werden.

Bezogen auf die Analyse einer kleinräumigen Krankheitslast liegt die Studie „Kleinräumige morbiditäts- und demografiegestützte prospektive, sektorenübergreifende Bedarfsplanung“ vor, die die damalige Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit beim Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen in Auftrag gegeben hatte. Ziel der im Jahr 2012 fertiggestellten Studie war es, Kenntnisse über zukünftige Krankheitslast der Bremer Bevölkerung auf kleinräumiger Ebene zu erhalten. Hierfür wurden anhand der vier Volkskrankheiten Bluthochdruck (Hypertonie), Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Diabetes mellitus die Ist-Situation sowie Projektionen auf Stadtteil- und Ortsteilebene bis zum Jahr 2030 vorgenommen.

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?

Angesichts der engen Verbindung zwischen sozialer Lage und dem Gesundheitszustand teilt der Senat die Einschätzung, dass spezifische Studien und Monitoringsysteme, die soziale Problemlagen auf kleinräumiger Ebene ausweisen, geeignet sind, zielgerichtet Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -prävention zu entwickeln.

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?

Der erste Teil der Frage ist mit der Antwort zu Frage 9 beantwortet. Der Senat geht von einem signifikanten Zusammenhang zwischen sozialen Indikatoren und Erkrankungen aus. Dies ist in vielen wissenschaftlichen Studien belegt worden – und zu diesem Ergebnis sind auch eigene Auswertungen gekommen.

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?

Da für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Kassenärztliche Vereinigung zuständig ist, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für diese Frage um Stellungnahme gebeten. Die Antwort lautet:

„Die Vertragsärzte bezweifeln nicht, dass soziale Faktoren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Patienten haben. Ebenso klar erscheint es, dass bestimmte, negative Indikatoren sich in einigen Stadtteilen häufen. Ohne jegliche Evidenz ist jedoch der Schluss, dass die Anwesenheit von Ärzten, welcher Fachrichtung auch immer, einen Einfluss auf diese sozialen Indikatoren, insbesondere die Armut nehmen könne.

Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass eben diese Faktoren dazu führen, dass alle (und das sind nicht viele) als ungesund erkannten Bestandteile der Lebensführung dort gehäuft vorkommen. Dazu zählt auch, dass ärztliche Hilfe seltener und bedauerlicherweise meist nicht präventiv in Anspruch genommen wird. Präventionsmedizin wird von den Ärzten vor Ort selbstverständlich angeboten. Insofern begrüßen wir die Aktivitäten der zuständigen Senatorin ausdrücklich, den präventiven Gedanken außerhalb des Gesundheitswesens ‚zum Kunden‘ zu tragen und zu informieren.“

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)?

Da für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Kassenärztliche Vereinigung zuständig ist, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für diese Frage um Stellungnahme gebeten. Von dort wurden folgende Tabellen und die nachfolgende Kommentierung übersandt.

Tabelle 11: Ärztliche Bereitschaftsdienstzentralen (ÄBD)

Jahr	ÄBD HB-Stadt	Abweichung zum Vorjahr in %	ÄBD HB-Nord	Abweichung zum Vorjahr in %	ÄBD Bremer- haven	Abweichung zum Vorjahr in %
2010	36 584	–	6 709	–	11 393	–
2011	35 533	- 2,9 %	7 370	9,9 %	10 935	- 4,0 %
2012	35 902	1,0 %	8 083	9,7 %	10 161	- 7,1 %
2013	38 534	7,3 %	9 543	18,1 %	11 255	10,8 %
2014	38 136	- 1,0 %	8 754	- 8,3 %	10 380	- 7,8 %
2015	39 701	4,1 %	9 059	3,5 %	10 501	1,2 %
2016	42 391	6,8 %	8 178	- 9,7 %	11 366	8,2 %
2017	45 405	7,1 %	10 188	24,6 %	11 850	4,3 %
Gesamt	312 186		67 884		87 841	
Steigerung in % von 2010 zu 2017		24,1 %		51,9 %		4,0 %

Tabelle 12: Kinder- und Jugendärztliche Bereitschaftsdienstzentralen (KBD)

Jahr	KBD HB-Stadt	Abweichung zum Vorjahr in %	KBD HB-Nord	Abweichung zum Vorjahr in %	KBD Bremer- haven	Abweichung zum Vorjahr in %
2010	15 117	–	3 449	–	3 104	–
2011	15 705	3,9 %	3 485	1,0 %	3 225	3,9 %
2012	14 635	- 6,8 %	3 627	4,1 %	3 167	- 1,8 %
2013	13 860	- 5,3 %	3 463	- 4,5 %	3 192	0,8 %
2014	15 734	13,5 %	3 302	- 4,7 %	3 279	2,7 %
2015	16 546	5,2 %	3 423	3,7 %	3 214	2,0 %
2016	17 540	6,0 %	3 801	11,0 %	3 474	8,1 %
2017	16 461	- 6,2 %	3 822	0,6 %	3 167	- 8,8 %
Gesamt	125 598		28 372		25 822	
Steigerung in % von 2010 zu 2017		8,9 %		10,8 %		2,0 %

Wie den Tabellen zu entnehmen ist, hat sich die Zahl der Inanspruchnahmen im ärztlichen Bereitschaftsdienst kontinuierlich gesteigert. Hierzu trägt sicher der Umstand bei, dass alle diese Praxen inzwischen mit großen Krankenhäusern der Primärversorgung angesiedelt sind.

14. Wie haben sich die Behandlungszahlen in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser im Land Bremen seit 2010 entwickelt (bitte nach Leistungsdaten und Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Da für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Kassenärztliche Vereinigung zuständig ist, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für diese Frage um Stellungnahme gebeten. Die Antwort lautet:

„Beispielhaft sind hier die Zahlen der vierten Quartale aller Bremer Krankenhäuser einschließlich der Jahressummen angegeben (für das Jahr 2017 aus drei Quartalen hochgerechnet da das vierte Quartal noch nicht abgerechnet ist).“

Krankenhaus	2015	2016	2017
Klinikum Bremen-Mitte	6 088	7 175	offen
Krankenhaus St.-Joseph-Stift	3 559	3 662	
Roland-Klinik	462	397	
Paracelsus-Kurfürstenklinik	6	6	
Klinikum Links der Weser	3 871	3 887	
Klinikum Bremen-Nord	4 326	5 695	
Klinik Dr. Heines	16	18	
Klinikum Bremen-Ost	2 399	1 930	
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	5 586	5 504	
	26 313	28 274	Schnitt/3*4
Jahressummen	112 180	113 948	128 525

Es zeigt sich auch bei den im Krankenhaus behandelten Notfällen ein Anstieg, insbesondere im Klinikum Bremen-Mitte, Klinikum Bremen-Nord und im St.-Joseph-Stift.

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?

Notfallbehandlungen, die in einen stationären Aufenthalt münden, rechnen die Krankenhäuser nach Fallpauschalen (diagnosis related groups, DRGs) ab. Dabei wird jedem Fall eine DRG zugeordnet. Jede DRG wiederum hat eine definierte „Bewertungsrelation“. Sie drückt aus, in welchem Verhältnis der Ressourcenverbrauch einer DRG zum durchschnittlichen Ressourcenverbrauch aller DRG-Fälle steht. Wenn man nun die Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, erhält man den Erlös für den jeweiligen Fall. Dieses Vergütungsverfahren erfolgt nach den Grundsätzen der Krankenhausfinanzierung, wie sie bundesgesetzlich im Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz festgelegt sind.

Grundsätzlich sind für ambulante Notfallbehandlungen die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig, die im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst betreiben. Ambulante Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser gelten als vertragsärztliche Leistung, wenn keine Vertragsärztin oder kein Vertragsarzt für die unmittelbare Behandlung der Patientinnen und Patienten verfügbar ist. Bei einer ausschließlich ambulanten Notfallbehandlung erhält das Krankenhaus eine Pauschale von 49,06 €. Diese Pauschale ist in vielen Fällen nicht kostendeckend.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde bereits durch den Bundesgesetzgeber beauftragt, eine Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen zu entwickeln. Ziel ist es, Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, Zuschläge zu gewähren.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat den Reformbedarf im Bereich der Notfallbehandlung erkannt und im Jahr 2017 in Bremen die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschlossen. Der Senat wird sich im Rahmen dieser Arbeitsgruppe für eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfallversorgung einsetzen.

16. In welchen Stadtteilen gab es in den zurückliegenden sieben Jahren eine Reduktion von Praxisstandorten (bitte nach Facharztgruppen aufschlüsseln)?

Da für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Kassenärztliche Vereinigung zuständig ist, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für diese Frage um Stellungnahme gebeten. Die Antwort lautet:

„Zur Zahl der Praxisstandorte führt die KVHB keine Statistik. Unbestritten ist, dass der Wille des Gesetzgebers, Kooperationen zu fördern, z. B. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ's), in nicht unerheblichem Maß gewirkt hat. Hierdurch gehen naturgemäß jeweils Standorte verloren. Einen Schwerpunkt in bestimmten Stadtteilen können wir nicht konstatieren. Vielmehr beobachten wir eine Konzentration an den Standorten aller Krankenhäuser mit somatischer Ausrichtung. Die dort errichteten Ärztehäuser fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit und verbessern die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Diesem wünschenswerten Effekt steht eine Verringerung der Standorte zwingend gegenüber.“

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?

Der Senat hat bereits im Jahr 2016 auf zunehmende Beratungsbedarfe von Neuzugewanderten reagiert. Er hat acht Beratungsstellen „Ankommen im Quartier“ (AiQ) in den sogenannten WiN-Gebieten (Wohnen in Nachbarschaften) Lüssum, Gröpelingen, Huckelriede, Kattenturm, Huchting, Hemelingen, Schweizer Viertel und Neue Vahr eingerichtet.

Die Beratungen sind thematisch offen. Im Februar 2018 wurde der staatlichen Deputation für Soziales, Jugend und Integration eine Auswertung der Beratungsthemen und Tätigkeiten vorgelegt. Dem ist zu entnehmen, dass die Schwerpunkte der Beratung bei der „Hilfe in Behördenangelegenheiten“, der „allgemeinen Orientierung in der Alltagsbewältigung“ und bei Fragen zu „Familie und Kindern“ liegen. Gesundheitsbezogene Fragestellungen sind eher nachrangig.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Unterstützung in den Stadtteilen sind die Sprach- und Integrationsmittlerinnen/Integrationsmittler (Sprinter). Die Sprinter geben mündliche und telefonische Hilfestellung und Übersetzung, sie helfen bei der Bearbeitung von Formularen und Anträgen, begleiten und geben Hilfestellung bei wahrzunehmenden Terminen (darunter z. B. auch Arztbesuche) und üben eine Verweisberatung aus. Die Stellen der Sprach- und Kulturmittlerinnen/Kulturmittler werden ausgebaut und den Bedarfen angepasst.

Darüber hinaus gibt es das Projekt „BINNEN-Beratungsstelle zur Inklusion neuzugewandelter EU-Nachbarn“, das vom Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen (EHAP) gefördert wird. Projektträger ist der Verein für Innere Mission Bremen. Die Beratungsstellen des Projekts sind über ganz Bremen verteilt. Kirchengemeinden und Quartierszentren haben Örtlichkeiten zur Verfügung gestellt, sodass der Bremer Norden, Süden, Osten und Mitte über das Angebot dieser Beratung verfügen. Ziel ist es hierbei, alle Menschen in Bremen zu erreichen, die einen Unterstützungsbedarf haben und aus den umliegenden EU-Ländern nach Deutschland gekommen sind. Im Rahmen des Projekts wird auch zu gesundheitlichen Fragen (z. B. Versicherungsschutz, Unterstützung bei der Vereinbarung von Arztterminen und gegebenenfalls Begleitung durch Ehrenamtliche) beraten und gegebenenfalls an spezifische Einrichtungen und Angebote (z. B. Schwangerenberatung) verwiesen.

Zudem fördert der Senat Einrichtungen wie den Gesundheitstreffpunkt West sowie das Frauengesundheitsprojekt Tenever, durch die u. a. eine niedrigschwellige, kostenlose psychosoziale Gesundheitsberatung für die genannten Zielgruppen erfolgt.

Im Rahmen des vermehrten Zuzugs von EU-Bürgern wurde in Bremerhaven mit Mitteln des Magistrats eine Beratungsstelle eingerichtet und initiiert und durch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) betrieben. Sie wird jetzt durch die AWO fortgesetzt. In diesem Rahmen erfolgt Beratung und Unterstützung zu gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Angelegenheiten.

18. Der letzte Landesgesundheitsbericht stammt aus dem Jahr 2010. Warum wird seitdem kein Landesgesundheitsbericht mehr durch das Gesundheitsressort erstellt?

Verwiesen sei auf den „Gesundheitsbericht 1992“, den „Landesgesundheitsbericht 1998“, die in 2004 und 2009 vom Gesundheitsressort in Kooperation mit dem „Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin“ (heute: Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS) durchgeführten Befragungen der Bremer Bevölkerung mit einem umfangreichen Fragenkatalog u. a. zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitsbericht 2010.

Dass die Landesgesundheitsberichterstattung in Bremen dann nicht mehr weitergeführt wurde, hatte verschiedene Gründe.

- Die verfügbaren Daten geben nur begrenzt Auskunft über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Als Beispiele seien genannt: Daten der amtlichen Statistik wie der Todesursachenstatistik können die erhebliche Bedeutung chronischer Krankheiten in der Bevölkerung kaum abbilden. Daten über Arbeitsunfähigkeit betreffen nur einen Teil der Bevölkerung.
- Um diese Datenlücken für das Land Bremen zu füllen, wurden mit den Bevölkerungsbefragungen eigene Daten erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Bremer Bevölkerung bezüglich des Gesundheitsverhaltens, des Krankheitsspektrums und der Krankheitsverteilung nicht grundlegend vom Bundesdurchschnitt unterscheidet. Der Erkenntnisgewinn dieser Befragungen war im Vergleich mit vorliegenden Erhebungen anderer Regionen oder Studien eher klein. Ausgewiesen bremenspezifische Erkenntnisse wurden kaum gewonnen. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen stand der Aufwand in keinem Verhältnis zum Erkenntnisgewinn.
- Die enge Verknüpfung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist bekannt – und auch, in welchen Ortsteilen Bremens und Bremerhavens soziale Problemlagen bestehen. Hierzu gibt es auch Datenmaterial. Mit verschiedenen Programmen und Maßnahmen geht der Senat dort gezielt Probleme an. Zu nennen sind exemplarisch das Programm „Wohnen in Nachbarschaften“, die Präventionsfachkräfte an den Schulen sowie „Tipp-Tapp – Gesund ins Leben“.
- Im Lauf der Jahre hat sich das frei zugängliche Datenangebot deutlich erweitert. Mit dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden umfangreiche Daten nach Ländern differenziert dargestellt.

Der Senat prüft derzeit, wie und in welcher Form, unter Nutzung vorhandener Daten, eine Weiterentwicklung der Landesgesundheitsberichterstattung möglich ist.

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?

Bremen und Bremerhaven sind im Austausch darüber, ob eine solche Mitgliedschaft eine sinnvolle Ergänzung sein kann. Sowohl Bremen als auch Bremerhaven sind aber bereits zur Koordinierung regionaler Aktivitäten und zum Benchmarking auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsprävention vielfältig vernetzt. Bezüglich Gesundheitsprävention sei exemplarisch auf das MRE-Netzwerk (MRE = multiresistente Erreger) und die Aktivitäten der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. (LVG) verwiesen. Bei der LVG findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch auch mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG AFS) statt. Die Aktivitäten der LVG sind häufig auf das Quartier bezogen.

20. In 13 Bundesländern gibt es kommunale oder regionale Gesundheitskonferenzen oder auch Landesgesundheitskonferenzen. Warum gibt es keine Gesundheitskonferenz im Land Bremen?

Regionale, oftmals stadtteilbezogene und themenzentrierte Gesundheitskonferenzen finden in Bremen seit Jahren statt, die auch viele allgemeine gesundheitspolitische Themen behandeln. Im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes (PrävG) wurde zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Dezember 2016 eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Hiernach ist jährlich eine Präventionskonferenz des Landes Bremen vorgesehen. Die erste Präventionskonferenz fand am 20. März 2017 statt, die Folgekonferenz wird derzeit vorbereitet.

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?

Der interessante Ansatz einer Zusammenführung von Beratung und niedergelassener ärztlicher Versorgung wird aktuell mit verschiedenen Akteuren erörtert. Als darüber hinausgehen wird das „Modell Kinzigtal“ auch als eine Gestaltungsoption bewertet.

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?

Zunächst wird auf die Antwort zu Frage 21 verwiesen. Bestehende Stadtteilangebote können in entsprechende Überlegungen mit einbezogen werden.