



# Der Preis der Ungleichheit Armut als Gesundheitsrisiko

Positionspapier des PARITÄTISCHEN Bremen



DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND  
LANDESVERBAND BREMEN E.V. | [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)

Außer der Schleifmühle 55-61  
28203 Bremen  
Telefon: 0421|79199-0  
Telefax: 0421|79199-99  
E-Mail: [info@paritaet-bremen.de](mailto:info@paritaet-bremen.de)

Verantwortlich für den Inhalt:  
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bremen e. V.  
Redaktion: Anke Teebken

Fotos: Titel: [lightspring\\_shutterstock.com](http://lightspring_shutterstock.com), S.3 Kerstin Rolfes, S.5 [mapoli-photo\\_fotolia.com](http://mapoli-photo_fotolia.com), S.6 De Visu\_fotolia.com, S.7 Oksana Kuzmina\_fotolia.com,  
S.10 [silence\\_foto\\_fotolia.com](http://silence_foto_fotolia.com), S.13 S. Kobold\_fotolia.com, S.18 [kama\\_signs\\_fotolia.com](http://kama_signs_fotolia.com)

November 2017



Dr. Hermann Schulte-Sasse  
Vorsitzender des Verbandsrates



Wolfgang Luz  
Vorstand

Sehr geehrte Damen und Herren,

Armut wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus und sie begünstigt die Entstehung von Krankheiten. Und je größer die soziale Ungleichheit – also die Unterschiede zwischen Arm und Reich – in einer Gesellschaft ausgeprägt ist, desto anfälliger wird sie für gesundheitliche Probleme. Dass die sozialen Verhältnisse, in denen Menschen leben, einen sehr starken Einfluss darauf haben, wie gesund sie sind und wie ihre Lebenserwartung ist, spielt in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung allerdings immer noch eine zu geringe Rolle.

Auch in einem reichen Land wie Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Gerade im armutsbelasteten Bundesland Bremen ist der politische Handlungsbedarf groß.

Der Verbandsrat des Paritätischen Bremen hat sich in der Vergangenheit bereits intensiv mit verschiedenen Aspekten der Armutsentwicklung in Deutschland beschäftigt. In dem vorliegenden Papier **Der Preis der Ungleichheit - Armut als Gesundheitsrisiko** stellt der Paritätische Bremen Forderungen für eine verbesserte Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung auf. Kommunale Gesundheitspolitik muss Teil einer sozialverantwortlichen Stadtpolitik werden!

Wir möchten uns an dieser Stelle bei der Arbeitsgruppe des Verbandsrats des Paritätischen Bremen bedanken, die für dieses Papier die Ideen entwickelt und es in seiner Entstehung begleitet hat. Insbesondere gilt unser Dank unserem Verbandsratsmitglied Regine Geraedts, die maßgeblich zum Gelingen beigetragen hat.

Für seine konstruktiven Rückmeldungen bedanken wir uns ebenfalls bei Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes.

Wir möchten die hier vorgestellten Positionen mit Ihnen diskutieren. Interessiert sind wir auch an kontroversen Gesprächen - für gesunde Lebensverhältnisse in unserer Gesellschaft.

Herrmann Schulte-Sasse, Vorsitzender des Verbandsrates

Wolfgang Luz, Vorstand

## Inhalt

Seite	5	Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit
Seite	7	Kommunale Gesundheitspolitik - Bremen hat großen Aufholbedarf
Seite	9	Prävention und Gesundheitsförderung - Die neue Chance nicht verpassen
Seite	11	Medizinische Versorgung - Benachteiligte Stadtteile brauchen mehr!
Seite	13	Vernetzung verbessert die Versorgungsqualität vor Ort
Seite	15	Krank ohne Schutz - Versorgungslücken
Seite	18	Statt eines Nachwortes - Der Preis der Ungleichheit
Seite	20	Anmerkungen

## Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit

Armut stellt in Deutschland das größte Gesundheitsrisiko dar, das belegen zahlreiche Studien der Gesundheitsberichterstattung. Insbesondere das Robert Koch-Institut (RKI) stellt in seinen Gesundheitsstudien regelmäßig fest, dass die sozialen Unterschiede bei der Gesundheit groß sind: Viele Risikofaktoren, Beschwerden und Krankheiten treten verstärkt in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf. So ist das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes zwei- bis dreifach erhöht. Auch das Erkrankungsrisiko für psychische Leiden wie Depressionen oder Angststörungen ist für Menschen in prekären Lebensverhältnissen deutlich höher.<sup>1</sup> Betroffen sind gleichermaßen Jung und Alt. Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Familien haben mehr als doppelt so häufig einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand und sind häufiger psychisch oder in ihrem Verhalten auffällig. Ältere Menschen in Armutslebenslagen sind doppelt so häufig durch Gesundheitseinschränkungen in ihrer Alltagsgestaltung beeinträchtigt.<sup>2</sup>



Besonders zugespitzt zeigt sich der Zusammenhang von Armut und Gesundheit bei den Forschungsbefunden zur Lebenserwartung und vorzeitigen Sterblichkeit. So beträgt in Deutschland der Unterschied bei der mittleren Lebenserwartung ab Geburt zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe bei Männern beinahe elf Jahre, bei Frauen mehr als acht Jahre. Noch größer wird die Differenz zwischen Arm und Reich im Hinblick auf die Anzahl der Lebensjahre in guter Gesundheit. Bei Männern machen 14, bei Frauen 10 Jahre den Unterschied.<sup>3</sup>

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und vorzeitiger Sterblichkeit lässt sich bundesweit und auch auf regionaler und sozialräumlicher Ebene beispielsweise zwischen Stadtteilen beobachten. Das zeigt sich auch in Bremen. In einer sozialräumlichen Analyse aus dem Jahr 2006 hat das Gesundheitsamt die Daten zu Lebenserwartung und Sterblichkeit der am stärksten segregierten Stadtregionen gegenübergestellt. Die Studie bestätigt für den langen Auswertungszeitraum zwischen 1970 und 2003 die bundesweiten Befunde: Je größer das Armutsrisiko, desto mehr sinkt die Lebenserwartung. Die Beschreibung konkreter Problemlagen und Interventionsfelder behielt die Studie den angekündigten Folgeberichten vor.<sup>4</sup> Danach hat das Gesundheitsamt Bremen seine Gesundheitsberichterstattung aber eingestellt. Der letzte Landesgesundheitsbericht ist im Jahr 2010 erschienen.<sup>5</sup>

Dabei leben in unserem Bundesland mit seinen beiden Stadtgemeinden besonders viele Menschen in Armut. Als der Paritätische Gesamtverband im Frühjahr 2017 gemeinsam mit neun weiteren Verbänden seinen Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland veröffentlichte, war die Armutsrisikoquote im Land Bremen erneut angestiegen auf nun 24,8 Prozent. Mit anderen Worten: Jede vierte Bürgerin oder Bürger lebt mittlerweile an der Armutsschwelle. Allein 18,5 Prozent bekommt Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II – besser bekannt als Hartz IV. Bei den Kindern sind es sogar 29 Prozent. Auf kommunaler Ebene sind die Entwicklungen noch zugespitzter. In Bremerhaven liegt die Armutsrisikoquote inzwischen bei 33,4 Prozent. Zum Vergleich: In München sind es 8,1 Prozent. Das sind 25,3 Prozentpunkte Differenz, die für ungleiche Lebenschancen stehen.

Im Länderranking stellt Bremen seit Jahren das Schlusslicht dar. Dabei hat es sich mit überproportionalen Armutswachstumsraten in 2015 noch weiter vom Mittelfeld abgesetzt. Doch Bremen

ist nicht etwa besonders wirtschaftsschwach. Im Bundesland mit der höchsten Armutsquote wird zugleich das zweithöchste Bruttoinlandsprodukt pro Kopf erwirtschaftet.<sup>6</sup> Die Armutsproblematik hinterlässt ihre Spuren auch in den regionalen Gesundheitsdaten. Danach liegt die Lebenserwartung ab Geburt im Bundesland Bremen mit durchschnittlich 79,5 Jahren im Bundesländervergleich an zweitletzter Stelle, Baden-Württemberg führt hingegen die Liste mit 81,9 Jahren an.<sup>7</sup>

Die Schere geht aber nicht nur zwischen Bremen und anderen Regionen und Städten in Deutschland auseinander, auch die soziale Spaltung innerhalb unseres Bundeslandes wird größer und mit ihr die Polarisierung der Lebenslagen zwischen den einzelnen Stadtteilen.<sup>8</sup>

Neuere Analysen zeigen, dass sich dieses sozialräumliche Auseinanderdriften auch in den kleinräumigen Gesundheitsdaten widerspiegelt. So ist die Lebenserwartung ab Geburt bei Männern am niedrigsten in Gröpelingen (73,2 Jahre) und Blumenthal (75,5 Jahre), am höchsten in Schwachhausen (81,0 Jahre) und Oberneuland (80,8 Jahre). Für Frauen ist sie am niedrigsten in Gröpelingen (79,5 Jahre) und Burglesum (80,6 Jahre) und am höchsten ebenfalls in Schwachhausen (85,2 Jahre) und in Oberneuland (84,1 Jahre).<sup>9</sup>



Es fehlt also nicht an Erkenntnissen: Armutslebenslagen machen krank. Die wachsende gesellschaftliche Ungleichheit lässt auch die Ungleichheit von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen steigen und beeinflusst die gesundheitliche Lebensqualität und Lebenserwartung. Für das Land Bremen heißt das: Der politische Handlungsbedarf in unseren beiden Kommunen ist groß. Doch dieses Wissen wird bisher nicht in politisches Handeln übersetzt. Es fehlt außerdem an der systematischen Fortführung der Analysen und Berichterstattung über die Ungleichheit von Gesundheitschancen.<sup>10</sup>



**Armutsbelastete Städte wie Bremen und Bremerhaven brauchen „Daten für Taten“. Sie sind erforderlich, um konkrete Maßnahmen planen, evaluieren und weiterentwickeln zu können. Deshalb muss die kommunale Gesundheitsberichterstattung zu den gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit wieder eingeführt und fortgesetzt werden.**

## Kommunale Gesundheitspolitik - Bremen hat großen Aufholbedarf

Viele Gesundheitsprobleme lassen sich auf Risikofaktoren zurückführen, die mit dem individuellen Gesundheitsverhalten im Zusammenhang stehen, z.B. Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Auch eine gesunde Ernährung und die Inanspruchnahme der Leistungen unseres Gesundheitssystems können zum Gesundheitsverhalten gezählt werden. Das hat in der Vergangenheit zu einer weitgehend individualisierten Sicht auf Gesundheit und Krankheit geführt mit einer Übergewichtung der Eigenverantwortung und von Interventionen, die vor allem auf Gesundheitserziehung und auf individuelle Verhaltensänderungen setzen.

Längst ist aber in Wissenschaft und Praxis die große Bedeutung sozialer Faktoren unbestritten: Es sind die Lebensumstände, die Gesundheit entscheidend prägen.<sup>11</sup> Selbst auf das individuelle Gesundheitsverhalten – ob eher riskant oder eher vorsorgend – wirken sich soziale Unterschiede aus. Darüber hinaus sind psychosoziale Belastungen von Bedeutung, denen Menschen in prekären Verhältnissen häufiger ausgesetzt sind. Dabei wird ein geringes Einkommen ebenso als belastend empfunden wie Zukunftssorgen, Ausgrenzungserfahrungen und soziale Isolation. Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit oder Alleinerziehendsein sind oftmals von solchen Belastungen geprägt. Aber auch die Veränderungen des Arbeitsmarkts spielen durch die Zunahme unsicherer Arbeitsverhältnisse und die Ausweitung des Niedriglohnssektors eine Rolle. Ob solche psychosozialen Belastungsfaktoren zu Beeinträchtigungen der Gesundheit führen, hängt neben ihrer Dauer und Intensität auch von den vorhandenen Bewältigungsressourcen ab.

Schon in den 1980er Jahren hat diese Sichtweise mit der Ottawa Charta<sup>12</sup> der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in die Politik Einzug gehalten. Gesundheit wird seither nicht mehr nur als eine individuelle Angelegenheit verstanden, sondern gilt als gesellschaftliche Aufgabe: Gesundes Verhalten entsteht unter gesunden Verhältnissen. Und gesunde Verhältnisse sind politisch zu gestalten und müssen in der alltäglichen Lebenswelt hergestellt werden. Weil die Determinanten von Gesundheit nach diesem Verständnis oft außerhalb des Gesundheitswesens liegen, verknüpft eine gute Gesundheitsförderung verschiedene Politikfelder miteinander und wird zugleich zur politischen Querschnittsaufgabe.



Viele der Faktoren, die das Leben und die Lebensqualität der Menschen bestimmen, werden grundlegend von dem Ort beeinflusst, an dem sie leben. Aus diesem Wissen ist im Anschluss an die Ottawa Charta die Regionalstrategie der „gesunden Städte“ entstanden. Der Handlungsraum Stadt ist deshalb als Ausgangspunkt gewählt, weil es die kommunalen Politiken sind, die den Lebensraum der einzelnen prägen: Eine gesunde Umwelt und Stadtentwicklung, gesunde Wohnverhältnisse, Kindergärten und Schulen, Sport- und Freizeitangebote, sozio-kulturelle Teilhabe - alles das liegt in kommunaler Hand.<sup>13</sup> In Deutschland ist daraus ein „Gesunde-Städte-Netzwerk“ mit etwa 70 Kommunen entstanden, in dem Bremen aber nicht vertreten ist.

Auch das 1999 ins Leben gerufene Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ unterstreicht den Ansatz kleinräumigen kommunalen Handelns. Mit dem Konzept des Quartiersmanagements soll dabei mit einem geringen Ressourceneinsatz die Abwärtsentwicklung besonders problembelasteter Wohngebiete aufgehalten werden. Dafür soll das bürgerschaftliche Engagement im Stadtteil mobilisiert und sollen sich die Nachbarschaften quasi von innen heraus selber helfen. In Bremen ist das Quartiersmanagement seit sehr vielen Jahren fest implementiert und wird begleitet von den Mikroprogrammen „Wohnen in Nachbarschaften“ (WiN) und „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS).<sup>14</sup>

Doch eine sozialverantwortliche und gesundheitsförderliche Stadtpolitik braucht mehr. Lernen könnte Bremen von den kommunalen Gesundheitskonferenzen, mit denen sich andernorts in vielen Kommunen bewährte Strukturen und Formen der Zusammenarbeit für mehr gesundheitsförderliche Teilhabe herausgebildet haben. So gelten sie im Bundesland Nordrhein-Westfalen flächendeckend als Institutionen guter Praxis.<sup>15</sup> Regelmäßig kommen dort alle maßgeblichen Akteure und Interessengruppen in den Gesundheitskonferenzen an einem Tisch zusammen, beraten unter Einbeziehung der jeweiligen Bedingungen vor Ort alle Themen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, identifizieren Probleme und Defizite, erarbeiten gemeinsam Lösungswege und setzen sie auch miteinander um. Dabei werden Beteiligungsverfahren großgeschrieben. Neben den regionalen Akteuren des Gesundheitswesens sind auch der Sozial-, Bildungs- und Stadtentwicklungsbereich, Verbände oder auch Initiativen eingebunden.



**Gerade Bremen und Bremerhaven als zwei Städte mit anhaltend hohen Armutsquoten müssen die kommunale Gesundheitsförderung als Teil einer sozialverantwortlichen und politikfeldübergreifenden Stadtpolitik begreifen und kommunale Gesundheitsstrategien entwickeln. Gesundheitskonferenzen ermöglichen die strukturierte Planung und Umsetzung in gemeinsamer Verantwortung.**



## Prävention und Gesundheitsförderung - die neue Chance nicht verpassen

Gesundheitsförderung soll Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen, gesundheitliche Chancengleichheit soll den sozial ungleichen Zugang zu Gesundheitsressourcen abbauen und die Prävention schließlich Krankheiten und Risiken zurückdrängen. Mit dem Präventionsgesetz gibt es seit 2015 in Deutschland erstmals ein Gesetz mit dem ausdrücklichen Ziel, die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. In Übereinstimmung mit der langjährigen internationalen wissenschaftlichen Forschung setzt es zugleich die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten verpflichtend auf die Agenda von Bundesländern und Kommunen. Damit bietet sich dem Land Bremen ganz ohne eigenes Zutun eine weitere Möglichkeit, bei der gesundheitlichen Chancengleichheit voranzukommen.



Die von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung getragene Nationale Präventionskonferenz hat Anfang 2016 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verabschiedet und am Lebenslauf orientierte Ziele und Handlungsfelder definiert: „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“.<sup>16</sup> Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch das Gesetz verpflichtet, die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Dabei wird ihnen die alleinige Finanzierungsverantwortung für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übertragen, die institutionell nicht so recht zu ihnen passt: Die Organisationsstrukturen der Krankenkassen sind auf individuelle Mitglied-

schaften ausgerichtet, nicht auf Sozialräume. Nun müssen sie aus den Mitgliedsbeiträgen der gesetzlich Versicherten mindestens zwei Euro pro Kopf und Jahr für Lebensweltansätze verausgaben. Die im Vorfeld lange diskutierte Fondslösung, wonach alle Sozialversicherungszweige und auch die privaten Versicherungen ebenso wie Bund, Länder und Kommunen sich an den Kosten beteiligen, hat sich leider nicht durchsetzen können. Dennoch steht es den Ländern und Kommunen frei, sich auch finanziell zu engagieren. Denn das Präventionsgesetz soll dort umgesetzt werden, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Deshalb sollen sich die Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger vor Ort über die Strategie verständigen, wie und mit welchen Schwerpunkten in Stadtteilen, Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen, Betrieben, Jobcentern und anderen Settings künftig die Gesundheit gefördert werden soll.

Auch im Land Bremen hat das Präventionsgesetz eine ganze Reihe von Aktivitäten ausgelöst. Inzwischen ist die gesetzlich geforderte Landesrahmenvereinbarung verabschiedet, ein Strategieforum eingerichtet und eine erste Präventionskonferenz veranstaltet worden. Eine kommunale Präventionsstrategie ist dennoch nicht entstanden, und die Programmatik der Akteure scheint bisher wenig ambitioniert. Die Themenschwerpunkte „Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose“, „Gesundheitsförderung für Alleinerziehende“, „Gesunde Stadtteile“ und „Gesunde und sichere Arbeit“ stehen recht unverbunden nebeneinander. In diesen Bereichen sollen künftig Leuchtturmprojekte gefördert werden - für maximal drei Jahre. Die Nachhaltigkeit ist nicht gesichert.

Es macht sich nun sträflich bemerkbar, dass Bremen nicht auf eingespielte Strukturen wie Gesundheitskonferenzen zurückgreifen kann, die sich andernorts schon lange mit dem Dreiklang Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleichheit und Krankheitsprävention befassen. Auch fehlt es - bei allem aktuellen Bemühen – an einer Tradition lebendiger Beteiligungsverfahren, die alle einbezieht und ihre Bedürfnisse und Ideen aufnimmt. Leider ist Bremen das einzige Bundesland, das sich nicht einmal an der Finanzierung der regionalen Koordinierungsstelle des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit beteiligt, dem vom Bund eine wichtige Rolle bei Entwicklung und Umsetzung einer regionalen Präventionsstrategie und beim Erfahrungsaustausch zugeordnet ist.

Bremen stellt auch keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung, etwa um innovative Projekte bei Erfolg zu verstetigen. Nicht einmal die institutionalisierte Förderung der beiden schon lange bestehenden Stadtteilprojekte „Gesundheitstreffpunkt West“ und „Frauengesundheit Tenever“ ist in Sicht. Dabei gelten beide zu Recht als gute Praxis der Verhältnisprävention und müssen dennoch immer mal wieder um Fördermittel bangen.

Das Land und die Kommunen Bremen und Bremerhaven als die Sachwalter ihrer benachteiligten Bewohnerinnen und Bewohner müssten aber in dem Prozess, den das Präventionsgesetz ermöglicht, engagiert vorgehen und ihn zu einem Teil der eigenen Gesundheitspolitik machen. Stattdessen läuft Bremen Gefahr, diese neuen Chancen verstreichen zu lassen und sie stattdessen nur zu verwalten.

⇒ **Das Land und seine beiden Kommunen müssen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes in die Verantwortung gehen. Dazu gehört, dass im Rahmen einer Gesundheitskonferenz eine kommunale Präventionsstrategie entwickelt wird, die ihren Namen verdient. Dazu gehört auch, wo nötig eigene Mittel zur Verfügung zu stellen und erfolgreiche Strukturprojekte institutionell abzusichern.**



## Medizinische Versorgung - Benachteiligte Stadtteile brauchen mehr!

Es ist gut, dass durch das Präventionsgesetz und die dadurch gesetzlich geforderten Aktivitäten die Themen Prävention und Gesundheitsförderung in der Fachöffentlichkeit präsent sind und angetrieben werden. Ob Ungleichheiten beim Gesundheitszustand abgebaut und Erfolge bei der gesundheitlichen Chancengleichheit erreicht werden können, zeigt sich aber nicht nur im präventiven Feld. Qualität, Effektivität und Effizienz der kommunalen Gesundheitspolitik beweisen sich auch im Versorgungssystem.

Die aktuellen Debatten um eine Ungleichbehandlung im medizinischen Versorgungssystem konzentrieren sich unter dem Stichwort „Zwei-Klassen-Medizin“ größtenteils auf Unterschiede nach dem Versichertenstatus – privat oder gesetzlich Krankenversicherte. Dadurch ist ein anderes Klassensystem aus dem Blick geraten, das schon in den 1970er Jahren als Inverse Care Law beschrieben worden ist. Danach steht der Zugang zu und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen genau im umgekehrten Verhältnis zu den sozialräumlichen Bedarfen: In Regionen mit vielen sozialen Problemlagen und höherer Krankheitslast werden die Menschen am wenigsten gut von medizinischen Diensten erreicht.

In Deutschland ist eine der auf der Hand liegende Ursachen, dass der Gesetzgeber die Finanzierung der Kosten von Gesundheitsleistungen immer stärker ins Private verschoben hat. Dies geschah vor allem durch Leistungsausschlüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die Einführung von Eigenleistungen sowie Zuzahlungen und deren sukzessive Erhöhung. Gesundheitsleistungen sind teuer geworden, und nicht alle können sie sich leisten.

Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 werden Brillen nicht mehr finanziert, Kosten für medizinisch notwendige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente müssen selbst getragen, bei allen anderen Arznei- und auch bei Hilfsmitteln muss zugezahlt werden, und bei Zahnersatz ist die Eigenbeteiligung hoch.<sup>17</sup> Von den Menschen, die auf Grundsicherungsleistungen angewiesen sind, wissen wir, dass sie sich besonders einschränken bei Ausgaben für zuzahlungspflichtige medizinische Behandlungen und bei der Ernährung.<sup>18</sup> Nicht einmal Verhütungsmittel als wichtiges Instrument für eine selbstbestimmte Familienplanung sind im Regelsatz enthalten.

Weniger offenkundig, aber nicht minder gravierend ist die regionale Ungleichheit in den Versorgungsstrukturen. Bekannt ist der Unterschied zwischen Stadt und Land. Weniger bekannt ist, dass auch in den Städten mit einer hohen Ärztedichte die lokale Verteilung der Niederlassungen sehr unterschiedlich ist. Denn die Niederlassungsfreiheit lässt zu, dass sich Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Planungsregion in Stadtvierteln niederlassen, die für sie wirtschaftlich interessant sind. Verantwortlich für die Steuerung und Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>19</sup> Die sind als Interessensvertretung<sup>20</sup> jedoch weniger auf soziale Fragen bedacht als auf die Ansiedlung von Praxen in einem lukrativen Umfeld. Den Ländern oder Kommunen hat der Gesetzgeber in dieser Frage nur eine beratende Rolle zuerkannt.<sup>21</sup>

Dabei spielt eine gute Verteilung der Praxen für Allgemeinmedizin, Zahnmedizin und schließlich der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine Schlüsselrolle. Denn als Primärversorger sind sie die Lotsen im Versorgungssystem und öffnen die Türen zu niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten und zu den Kliniken. Sie müssen wohnortnah erreichbar sein, wenn sie diese Aufgabe erfüllen sollen.

Die Planungsregion Stadt Bremen ist ärztlich überversorgt. Sie hat mit 233 Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die höchste Arztdichte in der Bundesrepublik. Und dennoch ist eine gleichmäßig gute Primärversorgung nicht gegeben.<sup>22</sup> Denn bei der ungesteuerten Verteilung von Arzt- und Zahnarztpraxen entwickeln auch in Bremen mittelschichtsdominierte Stadtteile eine besondere Anziehungskraft für Niederlassungen. So ließ sich in der Vergangenheit beobachten, dass immer wieder Kassenarztsitze in benachteiligten Stadtteilen aufgekauft worden sind und in innenstadtnahen Zentren zusammengefasst wurden. In Stadtteilen wie Gröpelingen, aber auch in Bremen-Nord und im Bremer Osten ist es dagegen zunehmend zu einer Reduktion der Versorgungsdichte gekommen. Unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten ist aber in sozial benachteiligten Stadtteilen sogar eine höhere Arztdichte sinnvoll. Die Realität scheint sich aber genau umgekehrt zu entwickeln.

Genauere Daten dazu liegen allerdings nicht vor.<sup>23</sup> Denn die Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen bleibt dabei, die Stadt Bremen als eine einheitliche Planungsregion zu definieren.<sup>24</sup> Eine sozialräumliche Betrachtung lehnt sie ab.<sup>25</sup> Das ist doppelt problematisch, weil neben der heute schon bestehenden Ungleichverteilung in der Primärversorgung eine solche kleinräumige Betrachtung wahrscheinlich das zusätzliche Problem zutage treten lassen würde, dass in den kommenden Jahren gerade in benachteiligten Stadtteilen vermehrt aus Altersgründen Arztpraxen aufgegeben werden. Die Schere würde dann noch weiter auseinandergehen, ohne dass gegengesteuert werden kann.

Schon mehrfach hat die Bremische Bürgerschaft über diesen Missstand in fraktionsübergreifender Einhelligkeit debattiert. Es ist empörend, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bremen bis heute beharrlich eine kleinräumige statistische Auswertung für Bremen und Bremerhaven verweigert, die die Grundlage für eine bedarfsorientierte Steuerung wäre.<sup>26</sup>

Aber auch ohne Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung kann die kommunale Politik initiativ werden. Mit den Krankenkassen könnte sie Honorarzuschläge für besondere Problemlagen verhandeln. Denn die Honorare in der Primärversorgung sind im Vergleich ohnehin niedrig. In Stadtteilen mit problematischen Sozialindikatoren bindet das Herstellen einer stabilen Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, ihre Beratung und die Bindung an eine Therapie noch sehr viel mehr Zeit und Engagement als im Durchschnitt. Vor diesem Hintergrund gelten höhere Honorare als ein sinnvolles Steuerungselement von Niederlassungen.



**Wir fordern, dass die Eigenleistungen und Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen wieder abgeschafft werden.**

**Um eine medizinische Primärversorgung sicherzustellen, die für alle Bürgerinnen und Bürgern gleichermaßen einfach zu erreichen ist, sieht der Gesetzgeber die Möglichkeit der kleinräumigen Planung vor. Benachteiligte Stadtteile brauchen sogar mehr! Dass die Kassenärztliche Vereinigung Bremen sich dem verschließt, ist nicht sachgerecht. Wir fordern die Kassenärztliche Vereinigung auf, endlich alle Instrumente zu nutzen, um eine gute Primärversorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen.**

## Vernetzung verbessert die Versorgungsqualität vor Ort

Wenn man Armut als eine Vielzahl von Unterversorgungssituationen in unterschiedlichen Lebensbereichen auffasst, dann ist die Gesundheitsversorgung eine davon, und sie steht in Wechselwirkung mit anderen. So wird eher arbeitslos, wer krank ist, und Arbeitslosigkeit wirkt ungünstig auf die Gesundheit. Wer wenig Geld hat, dessen Wohnverhältnisse sind vielleicht ungesund. Und wer über wenig Bildung verfügt, hat es schwerer, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die der Gesundheit bewusst guttun. Kranke kommen aber als ganze Menschen in die hausärztliche Praxis – mit all ihren Problemen und all ihren Fragen.<sup>27</sup> Häufig sind zudem Sprachbarrieren zu überwinden. Deshalb sind die Aufgaben von hausärztlichen Praxen in benachteiligten Stadtteilen sehr viel komplexer. Sie müssen daher besser honoriert werden. Viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten dort mit hohem Engagement, aber völlig am Belastungslimit oder schon jenseits davon.

Wir stimmen mit vielen Expertinnen und Experten überein, dass die primärärztliche Versorgung in benachteiligten Stadtteilen stärker in Vernetzungsstrukturen arbeiten sollte, um diesen Herausforderungen mit neuer Qualität zu begegnen.<sup>28</sup> Dafür müssen die öffentlichen Gesundheitsdienste gemeinsam mit hausärztlich und psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten und Sozialdiensten systematisch die Defizite der kleinräumigen gesundheitlichen Versorgung identifizieren und anschließend koordinierend die Lösungsansätze zusammenführen. Hilfreich wären dafür Gesundheitsbeiräte oder Runde Tische in Stadtteilen, wie sie in anderen Kommunen schon lange bestehen.<sup>29</sup>



Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können einen weiteren Baustein für eine vernetzte Versorgung darstellen. Das klassische Modell der Einzel- oder Doppelpraxis ist längst anachronistisch. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten bereits in kooperativen Strukturen in Gemeinschaftspraxen, aber auch in MVZ. Diese neue Kooperationsform wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 in die Versorgungslandschaft eingeführt, um eine verbesserte Verzahnung unterschiedlicher bzw. gleicher ärztlicher und/oder nichtärztlicher Fachdisziplinen zu ermöglichen und eine medizinische „Versorgung aus einer Hand“

anbieten zu können. Dabei werden Vertragsärztinnen und -ärzte ebenso wie ärztliches Personal im Angestelltenverhältnis miteinander tätig. MVZ machten 10 Jahre nach ihrer Einführung zwar erst rund 2 Prozent aller Praxen bzw. Einrichtungen aus, allerdings mit einer beachtlich dynamischen Entwicklung insbesondere in den letzten Jahren. Insgesamt 14.317 Ärztinnen und Ärzte arbeiteten laut Bundesarztregister 2015 in MVZ, und auch die Anzahl angestellter Hausärztinnen und -ärzte steigt stetig.<sup>30</sup> Beinahe die Hälfte der MVZ werden in Kernstädten gegründet, zu denen auch Bremen zählt. In unserem Bundesland sind bisher die wenigsten MVZ entstanden: 13 in Bremen Stadt mit insgesamt 63 angestellten Ärztinnen und Ärzten und 9 in Bremerhaven mit 39 angestellten Ärztinnen und Ärzten.<sup>31</sup>

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner die hohen Anfangskosten und die traditionell sehr hohen Wochenarbeitszeiten für eine eigene Praxis zu akzeptieren bereit sind und das Tätigsein im Angestelltenverhältnis immer mehr als attraktive Alternative ansehen.<sup>32</sup> Aber nicht nur deshalb sind MVZ ein Zukunftsmodell. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen sind ein zentrales Element international empfohlener Modelle für Primärversorgungspraxen<sup>33</sup> und MVZ bieten im besonderen Maß die Chance einer bereichsübergreifenden und interdisziplinären Versorgung. Denn sie können nicht nur ärztliches, sondern auch sozialpädagogisches und pflegerisches Personal vorhalten. Durch die Reformen des GKV – Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 ist zudem der Kreis der Gründungsberechtigten von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und gemeinnützigen Trägern um die Kommunen erweitert worden. Ihnen wollte der Gesetzgeber dadurch explizit die Möglichkeit geben, Versorgungsdefizite ausgleichen zu können, indem sie Ärztinnen und Ärzte in kommunalen MVZ anstellen.<sup>34</sup> In einem solchen Modell könnten auch Konzepte für eine niedrighschwellige Primärversorgung mit aufsuchenden Sprechstunden entwickelt und verknüpft werden mit lebensweltlicher Prävention. Im Ergebnis könnten beispielsweise Sprechstunden in Schulen, Kindergärten oder Jobcentern angeboten, aber auch soziale Dienste oder Sprach- und Kulturmittler vorgehalten werden.



**In benachteiligten Stadtteilen soll Bremen mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens des Stadtteils innovative Modelle für vernetzte Versorgungsformen entwickeln und umsetzen, die sich an den Bedarfen vor Ort orientieren.**

## Krank ohne Schutz - Versorgungslücken

In Deutschland folgt die Gesundheitsversorgung dem Versicherungsprinzip. Deshalb besteht auch eine allgemeine gesetzliche Krankenversicherungspflicht.

Dennoch haben längst nicht alle Menschen Zugang zum Versicherungssystem. Nichtversicherte haben aber größte Schwierigkeiten, eine adäquate gesundheitliche Versorgung zu bekommen.

Auch deshalb tritt der Paritätische für eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein. Die Einführung einer Bürgerversicherung, wie sie inzwischen vielfach gefordert wird, ist ein wesentlicher Beitrag dazu. Dafür muss das bestehende duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung abgeschafft werden. Stattdessen sollen alle Bürgerinnen und Bürger in eine einheitliche, auf dem Solidarprinzip basierende Pflichtversicherung einbezogen werden. Nach dem Modell des Paritätischen würde die Beitragsbemessung in einer solchen Bürgerversicherung auf das gesamte steuerliche Einkommen ausgeweitet und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden. Für die lohnbezogenen Anteile der Beiträge ist zudem die paritätische Finanzierung durch ArbeitnehmerInnen und Arbeitgeber wiederherzustellen.<sup>35</sup>

Mit den zusätzlichen Einnahmen aus der Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung kann eine Ausweitung des Versicherungsschutzes auf bisher nichtversicherte Personengruppen und eine Dynamisierung bedarfsgerechter Leistungen finanziert werden. Aber eine solche Umstellung des Krankenversicherungssystems braucht Zeit. Einstweilen hat der Staat die Gewährleistungsverantwortung für die medizinische Versorgung aller in seinen Grenzen lebenden Menschen. Die Zuständigkeit für alle gesundheitlichen Aufgaben, die nicht über die Sozialversicherung finanziert werden, liegt bis dahin grundsätzlich bei den Ländern und bei den Kommunen.

Welche Menschen sind es, die keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung haben?


Da sind zunächst die Menschen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können. Nachdem sich unstete und sozial prekäre Formen von Selbstständigkeit ausgebreitet haben, stellen kleine Selbstständige den Kern dieser Gruppe dar.<sup>36</sup>

Zwar besteht in Deutschland seit dem Jahr 2009 eine allgemeine gesetzliche Pflicht zur Krankenversicherung. Doch bei der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamts 2015 hatten noch immer rund 80.000 Menschen keinen Versicherungsschutz.<sup>37</sup> Dabei gehen Expertinnen und Experten insgesamt von einer hohen Dunkelziffer aus. Die Einführung der Versicherungspflicht bedeutet auch, dass die Krankenkassen für Zeiten, in denen jemand nicht versichert war, rückwirkend Beiträge zu erheben haben und zusätzlich kräftige Säumniszuschläge verlangen. Für viele wurde nach 2009 deshalb die Rückkehr ins Versicherungssystem zu einer unüberwindlichen finanziellen Hürde. Eine Schulden-erlassregelung sollte 2013 kurzfristig helfen, doch schon 2014 ist sie ausgelaufen.

Dass kleine Selbstständige strukturell mit den Beitragszahlungen oft überfordert sind, zeigen ihre explodierenden Beitragsschulden in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.<sup>38</sup> Waren es 2011 noch etwa 1 Mrd. Euro, 2013 dann 2,2 Mrd. Euro, betragen sie Ende 2016 bereits mehr als sechs Milliarden Euro.<sup>39</sup> Gerät jemand mit Beitragszahlungen in Verzug, so ruhen die Leistungen aus der Krankenversicherung, bis die Schulden beglichen sind. Nur noch die medizinische Notversorgung als Akut- und Schmerzbehandlung sowie die Basisversorgung bei Schwangerschaften und für Kinder werden erstattet. Für Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung hat die Politik zur Gewährleistung dieser Mindestversorgung seit 2013 eigens einen Notlagentarif eingeführt, in dem zuletzt rund 116 000 Menschen versichert waren.<sup>40</sup>

Wer aber nur Anspruch auf eine Notversorgung oder gar überhaupt keinen Versicherungsschutz hat, dem bleibt als einzige Option, medizinische Behandlung aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Und das übersteigt schnell die finanziellen Möglichkeiten. Letzter Ausweg für die Betroffenen sind oft ehrenamtliche Notsprechstunden, die in verschiedenen Städten außerhalb des allgemeinen Gesundheitssystems entstanden sind, denn auch das SGB XII als unterstes soziales Netz tritt für sie nicht ein.<sup>41</sup> Ein besonderes Problem stellen die Kinder von Nichtversicherten dar. Denn auch sie haben keinen adäquaten Zugang zu medizinischer Versorgung.

Viele Betroffene leben in Großstädten und Ballungsgebieten. Wie viele Menschen in Bremen betroffen sind, wissen wir nicht.

 **Auch in Bremen müssen im Gesundheitsamt Notsprechstunden für Nichtversicherte und ihre Kinder angeboten werden, um zunächst zumindest eine Minimalversorgung zu gewährleisten.**

Eine andere Gruppe sind Menschen mit erschwertem Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. Dazu gehören drogenabhängige Menschen und auch wohnungslose Menschen. Manchmal sind sie sogar krankenversichert, aber sie passen dennoch nicht in das Regelversorgungssystem. Auch brauchen sie besonders niedrigschwellige Angebote, die verknüpft sind mit anderen Versorgungsleistungen. Drogenabhängige werden in Bremen in der Ambulanz des freien Trägers comeback Gmbh versorgt, wo Erstbehandlungen stattfinden und konsumtypische Erkrankungen behandelt werden. Für Wohnungslose gibt es durch eine Kooperation von Gesundheitsamt, Ärztekammer und dem Verein für Innere Mission eine kassenärztlich zugelassene medizinische Notversorgung an zwei Standorten.<sup>42</sup> Dafür zahlt die Kommune einen viel zu geringen Zuschuss. Für die Zukunft steht im Raum, dass dieser Zuschuss sogar noch gekürzt werden soll, indem die bitter notwendigen und ehrenamtlich gesammelten Spendengelder darauf anrechnet werden. Die medizinische Versorgung Wohnungsloser ist aber eine kommunale Pflichtaufgabe.

 **Für eine menschenwürdige medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen muss das Budget aufgestockt werden. Auch für die Versorgung von Drogenabhängigen muss ausreichend Geld zur Verfügung stehen.**

Auch Asylsuchende und Geduldete sind nicht in die Krankenversicherung einbezogen. Ihnen wird auf der Grundlage des 1993 verabschiedeten Asylbewerberleistungsgesetzes nur ein restriktiver Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht mit auf das Überlebensnotwendige abgesenkten Standards. Aus Sicht der Bundesärztekammer führt das zu erheblicher gesundheitlicher Gefährdung von Patientinnen und Patienten.<sup>43</sup> Wir lehnen eine solche Leistungsabstufung nach Personengruppen in der Gesundheitsversorgung ab. Auch aus diesem Grund fordern wir schon seit längerem eine Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes.<sup>44</sup> Das Gesundheitsamt Bremen hat sich 1993 mit dem „Bremer Modell“ bewusst kritisch vom Asylbewerberleistungsgesetz abgegrenzt. Mit dem Selbstverständnis, dass Gesundheitssicherung ein wichtiger Teil des Integrationsprozesses ist, erhalten Asylsuchende und Geduldete in Bremen seit 2005 schnellstmöglich eine Gesundheitskarte und damit einen selbstbestimmten und unmittelbaren Zugang zu medizinischer Versorgung durch frei gewählte Ärztinnen und Ärzte.<sup>45</sup>




Das „Bremer Modell“ gilt bundesweit als vorbildlich. Doch die adäquate Versorgung von traumatisierten und seelisch erkrankten Geflüchteten oder Folterüberlebenden ist durch die gesetzliche Grundversorgung nicht gewährleistet. Die Versorgungsdefizite versuchen Vereine wie Refugio Bremen e. V. in einem zivilgesellschaftlichen Parallelsystem zu kompensieren. Die Kapazitäten reichen aber nicht aus. Deshalb gibt es lange Wartelisten und einen Anmeldestopp.

 **Vereine wie Refugio, die die Versorgungsdefizite bei Asylsuchenden aufzufangen versuchen, müssen besser unterstützt und finanziell besser ausgestattet werden.**

In einer besonders prekären gesundheitlichen Situation leben Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus – die sogenannten Papierlosen. Ernsthafte gesundheitliche Probleme bedeuten für sie eine bedrohliche Situation. Zwar hätten sie einen Anspruch auf eine Kostenübernahme durch das Sozialamt. Die Übermittlungspflicht im Aufenthaltsgesetz würde dann aber unmittelbar dazu führen, dass sie an die Ausländerbehörden oder Polizei gemeldet würden. Das Bemühen um notwendige medizinische Behandlung wird dann zur existenziellen Gefahr. Das führt oft zu sehr später Diagnose und Behandlung. In vielen Fällen drohen Krankheiten deshalb schwer oder chronisch, manchmal auch unheilbar zu werden.

Die Gesundheitsversorgung von Papierlosen findet deshalb kompensatorisch als Notversorgung in Parallelstrukturen statt. Dort engagieren sich Ärztinnen und Ärzte, Praxen, Labore und Krankenhäuser, die wegen ihrer Schweigepflicht keine Aufenthaltsdaten weitergeben dürfen und bereit sind, unentgeltlich zu behandeln. Eine flächendeckende und gesicherte Versorgung ist auf diese Weise aber nicht zu gewährleisten.

In Bremen sind es das ehrenamtliche Medinetz und die Humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt, die Hilfe bieten. Die Humanitäre Sprechstunde, die auch EU-Ausländerinnen und Ausländern ohne Krankenversicherungsschutz offensteht, kann eine medizinische Basisversorgung, Grunddiagnostik und beschränkte Erstversorgung anbieten. Für die weiterführende Diagnostik und Behandlung ist auch das Gesundheitsamt auf ein Netzwerk von Fachärztinnen und -ärzten, Laboren und Kliniken angewiesen, die ehrenamtlich und ohne Honorar arbeiten. Nachdem Ende April 2017 bekannt wurde, dass die Gesundheitssenatorin die gut ausgelastete Humanitäre Sprechstunde schließen will, scheint das Angebot inzwischen nun doch gesichert und soll sogar mehr Geld bekommen.<sup>46</sup> Wir begrüßen diese Entscheidung. Aber eine kommunale medizinische Basisversorgung, die auf ehrenamtlich kooperierende Arztpraxen angewiesen ist, reicht für eine angemessene medizinische Versorgung nicht aus. Wir befürworten deshalb einen anonymen Krankenschein, wie er in Thüringen und in zwei Kommunen in Niedersachsen gerade eingeführt worden ist. Damit können Kranke trotz fehlender Aufenthaltspapiere wie alle anderen Menschen auch eine Arztpraxis ihres Vertrauens aufsuchen und sich ohne Angst behandeln lassen. Die Humanitäre Sprechstunde könnte einen solchen Krankenschein ausgeben.

 **Die Humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt soll weiterentwickelt werden und für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus einen anonymen Krankenschein ausgeben, der den diskriminierungsfreien und umfassenden Zugang zu medizinischen Leistungen ermöglicht.**

## Der Preis der Ungleichheit

Kehren wir noch einmal an den Anfang zurück. Armut stellt in Deutschland das größte Gesundheitsrisiko dar, mit diesem Satz begann unser Positionspapier. Und die Armut in Deutschland wächst: Acht Millionen Menschen brauchten im Jahr 2015 staatliche Hilfen, um wenigstens das Existenzminimum zu erreichen - das ist etwa jeder oder jede Zehnte. Das zeigt eine nur selten zitierte Statistik aus dem jüngsten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.<sup>47</sup> In unserem Bundesland ist sogar beinahe jede fünfte Person betroffen, das sind insgesamt 125.000 Menschen.<sup>48</sup>



Man kann diese Zahlen natürlich klein reden, indem man den Begriff der Armut nur dann gelten lässt, wenn Menschen so in absolute Not geraten, dass ihr Überleben gefährdet ist.<sup>49</sup> Aber die Sozialforschung, die EU und auch die OECD fassen den Armutsbegriff für reiche Länder weiter.<sup>50</sup> Dem schließen wir vom Paritätischen uns auch weiterhin an. Wem unser Sozialstaat nur das Existenzminimum sichert, bleibt von Armut betroffen.

Armut lässt sich nicht allein auf die monetäre Seite reduzieren. In Deutschland wird seit einigen Jahren verstärkt über die deprivierenden Auswirkungen von Armut diskutiert.<sup>51</sup> Die Gesundheit spielt dabei eine wesentliche Rolle. Der Einfluss des Einkommens auf Gesundheit und Lebenserwartung ist vielfach belegt, wie wir im ersten Abschnitt dieses Papiers gezeigt haben. Ein höheres Einkommen bedeutet in jeder sozialen Schichtung niedrigere Sterberaten und eine höhere Lebenserwartung. Das zeigt aber auch: Armut ist unmittelbar verknüpft mit der Frage der gesellschaftlichen Ungleichheit.

Viele neue Studien zeigen, dass in den reichen Industriegesellschaften die Ungleichheit, also der Abstand zwischen Arm und Reich, größer wird.<sup>52</sup> Deutschland ist da keine Ausnahme. Selbst die Bundesregierung konstatiert, dass die Realeinkommen der unteren 40 Prozent der Bevölkerung in den vergangenen 20 Jahren gefallen sind, während die oberen 60 Prozent teilweise kräftig dazugewonnen haben.<sup>53</sup>

Dabei ist die Erkenntnis alles andere als neu, dass soziale Ungleichheit Gesellschaften spaltet und ihnen schadet. Jüngst hat sich das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung in Berlin (DIW) mit ihren destruktiven Folgen auseinandergesetzt und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass Ungleichheit den Wohlstand und das Wachstum in Deutschland gefährdet.<sup>54</sup> Auch der Kern unserer Demokratie wird durch wachsende soziale und regionale Disparitäten gefährdet: Einmal mehr zeigt sich, dass Kohäsionskrisen die demokratiefeindlichen politischen Ränder stärken.

Aus der Perspektive der Gesundheit haben die Epidemiologen Kate Pickett und Richard Wilkinson einen wichtigen Beitrag zur Ungleichheitsforschung geleistet. Mit einer vielfach beachteten Studie haben sie eindrucksvoll belegt, dass in reichen Ländern sich gesundheitliche Probleme nicht nur statusbezogen in den unteren Gesellschaftsschichten häufen, sondern dass mit steigender Ungleichheit auch der durchschnittliche Gesundheitszustand der Mittelschichten schlechter wird. Denn Ungleichheit spaltet, stresst und reibt regelrecht auf. Der wachsende Abstand zwischen Arm und Reich, so die Schlussfolgerung, ist auch im Wohlstand schlecht für alle.<sup>55</sup>

Immer häufiger wird angesichts dieser Erkenntnisse aus der Ungleichheitsforschung in der öffentlichen Diskussion wieder die Frage gestellt, wieviel Ungleichheit Gesellschaften eigentlich vertragen können.

Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit gehören - neben der Bildungsgerechtigkeit - zu den zentralen Elementen eines sozialen Gleichheitskonzepts. Dabei gibt es gerade in der sozialintegrativen Gesundheitspolitik eine Vielfalt von regionalen Handlungsspielräumen, die wir skizziert haben. Hier sind unsere beiden Kommunen gefordert, denn nirgendwo in Deutschland ist die Gefahr des abgehängt werdens größer als im Land Bremen. Mit den richtigen Entscheidungen und mit entschlossenem Handeln kann eine sozialintegrative Gesundheitspolitik die Schere der Ungleichheit in unseren Stadtgesellschaften schließen helfen und den sozialen Zusammenhalt stärken. Das Land und die Kommunen müssen sich ihrer Verantwortung stellen und offensiv nach vorne denken - am besten mit anderen gemeinsam.



**Um gesunde Lebensverhältnisse in unserer Gesellschaft zu fördern und den sozialen Zusammenhalt nicht aufs Spiel zu setzen, brauchen wir aber mehr. Gegen Armut und soziale Ungleichheit brauchen wir eine gerechtere Einkommensverteilung, mehr soziale Sicherheit, eine offensive Sozialpolitik und eine solidarische Finanzierung unseres Gemeinwesens.**

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Online abrufbar: [www.rki.de/gesundheitsbericht](http://www.rki.de/gesundheitsbericht)

<sup>2</sup> Robert Koch Institut (Hrsg.) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Online abrufbar: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitsliche\\_ungleichheit\\_lebensphasen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitsliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?__blob=publicationFile)

<sup>3</sup> Lampert T., Kroll L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2); Herausgeber Robert Koch-Institut, Berlin. Online abrufbar: [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt)

<sup>4</sup> Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2006): Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten; Bremen

<sup>5</sup> Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2010): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010, Bremen

<sup>6</sup> Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2017): Menschenwürde ist Menschenrecht - Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017, Berlin

<sup>7</sup> <https://www.oecdregionalwellbeing.org/DE5.html>

<sup>8</sup> Arbeitnehmerkammer Bremen (2015): Kammerkompakt - Soziale Spaltung in der Stadt Bremen vertieft sich, Bremen; vgl. auch Initiativkreis Bremer Armutskonferenz (2016): Soziale Spaltung und zunehmende Armut in Bremen konsequenter bekämpfen! Bremen, 21.12.2016, online unter: <http://www.paritaet-bremen.de/nachricht-anzeigen/414.html>

<sup>9</sup> Bremische Bürgerschaft (2016): Gesundheit in Bremens Armutsquartieren, Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 15. März 2016, Drucksache 19/ 407

<sup>10</sup> Starke D., Tempel G., Butler J. et al. (2017) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. Journal of Health Monitoring 2(S1): 2–20, DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-001

<sup>11</sup> Lampert T., Kroll L. E. (2010): Armut und Gesundheit; Robert Koch Institut Berlin (Hrsg.), GBE kompakt 5/2010; online verfügbar unter: [www.rki.de/gbekompakt](http://www.rki.de/gbekompakt)

<sup>12</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

<sup>13</sup> [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/gesunde\\_staedte.pdf](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/gesunde_staedte.pdf)

<sup>14</sup> <http://www.sozialestadt.bremen.de/entwicklung-1464>

<sup>15</sup> Landeszentrum Gesundheit NRW (2013): Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Erarbeitet und beschlossen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung der Geschäftsstellen 2013.

<sup>16</sup> <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz/rahmenempfehlungen-nationale-praeventionskonferenz.html>

<sup>17</sup> Deutscher Bundestag (2017): , Eigenbeteiligungen von gesetzlich Versicherten bei der Krankenbehandlung, Drucksache 18/12192 vom 02.05.2017, Berlin

<sup>18</sup> Beste, J., Bethmann, A., Gundert, S. (2014): Sozialstruktur und Lebensumstände. Materielle und soziale Lage der ALG-II-Empfänger; Herausgeber: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit, IAB-Kurzbericht Nr. 24, November 2014, Nürnberg

<sup>19</sup> Nach § 75 SGB V

<sup>20</sup> <http://www.kbv.de/html/437.php>

- <sup>21</sup> Für die Sicherstellung oder auch Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind nach §§ 72 Abs. 2, 75, 105 SGB V grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig.
- <sup>22</sup> Bremische Bürgerschaft, Plenarprotokoll Landtag, 33. Sitzung, 19. Wahlperiode vom 14.12.16, S. 17 <http://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp19/land/protokoll/P19L0033.pdf>
- <sup>23</sup> <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>
- <sup>24</sup> <https://www.kvhb.de/bedarfsplan>
- <sup>25</sup> <http://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp18/stadt/protokoll/P18S0040.pdf>
- <sup>26</sup> <https://paris.bremische-buergerschaft.de> ; Suche unter dem Stichwort „Ärztliche Versorgung“. Siehe auch Bremische Bürgerschaft (2016): Gesundheit in Bremens Armutsquartieren, Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 15. März 2016, Drucksache 19/ 407
- <sup>27</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (o.J.): Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis; [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspitionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspitionen.pdf)
- <sup>28</sup> Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (o.J.): Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis
- <sup>29</sup> Der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München ist ein gutes Beispiel; vgl. [http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/?page\\_id=38](http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/?page_id=38)
- <sup>30</sup> Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16736.php>
- <sup>31</sup> Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2015): Bedarfsplan zum 10.12.2015; abrufbar unter <https://www.kvhb.de/bedarfsplan>
- <sup>32</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bonn
- <sup>33</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bonn
- <sup>34</sup> § 95 Abs. 1a SGB V, § 105 Abs. 5 SGB V
- <sup>35</sup> Paritätischer Gesamtverband (2017): Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zu dem Antrag „Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege“, der Fraktion DIE LINKE (Bundestagsdrucksache 18/11722), Berlin, 16. Juni 2017
- <sup>36</sup> Haun, D. / Jacobs, K. (2016): Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar, in: G+G Wissenschaft, 01/2016, 22-30.
- <sup>37</sup> Die Versicherungspflicht bedeutete bis Juli 2013 auch, dass die Beiträge rückwirkend gezahlt werden mussten. Zusätzlich wurden hohe Säumnis- oder Prämienzuschläge verlangt, so dass die Rückkehr in die Krankenversicherung zur unüberwindlichen Hürde wurde. Bis Ende des Jahres 2013 galt eine Schuldenerlassregelung. Seit 2014 werden wieder rückwirkende Beiträge fällig.
- <sup>38</sup> Gerade geringverdienende Selbstständige sind oft gesetzlich kranken- und pflegeversichert. So ergab eine Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts der AOK, dass 81 Prozent der Selbstständigen mit unter 15.010 Euro Jahreseinkommen gesetzlich versichert sind. Selbstständige mit über 60.100 Euro Jahreseinkommen sind hingegen zu 65 Prozent privat krankenversichert.
- <sup>39</sup> Staack, F. (2017): Selbstständige in der GKV-Schuldenfalle, in: Ärzte Zeitung, 07.02.2017

- <sup>40</sup> Deutscher Bundestag (2016), Drucksache 18/8590 vom 30.05.2016
- <sup>41</sup> Mittermaier, N. (2012): Keine Krankenversicherung. Das sollte der Hausarzt wissen, in: Der Allgemeinarzt, 2012; 34 (20) Seite 26-28; online verfügbar unter: <http://www.allgemeinarzt-online.de/a/das-sollte-der-hausarzt-wissen-1600289>
- <sup>42</sup> Verein zur Förderung der medizinischen Versorgung Obdachloser im Land Bremen e.V., <http://mvo-bremen.de/index.php?id=6>
- <sup>43</sup> Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer - Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund, in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 110, Heft 18, 3. Mai 2013; [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Stellungnahme.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stellungnahme.pdf)
- <sup>44</sup> Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Bremen e.V. (2015): Etwas Besseres als den Tod finden wir überall - weltweit immer mehr Menschen auf der Flucht. Positionspapier des Paritätischen Bremen
- <sup>45</sup> Sappa M., Mohammadzadeh Z., Lelgemann M. (2016): Medizinische Erstuntersuchung und Akutversorgung von Flüchtlingen in Bremen. Ein Praxisbericht aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Kinder- und Jugendarzt 47(2016)3, 132-139
- <sup>46</sup> <http://www.taz.de/Sprechstunde-fuer-Illegalisierte/!5406546/> <http://www.taz.de/Mehr-Geld-fuer-humanitaere-Sprechstunde/!5435721/>
- <sup>47</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 563 f
- <sup>48</sup> Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2017): Sozialberichterstattung. Armut und soziale Ausgrenzung; online unter <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/B1mindestsicherungsquote.html>
- <sup>49</sup> Hellwig, S. (2017): Ungleichheit und Armut sind nicht dasselbe; Weserkurier vom 13.03.2017
- <sup>50</sup> Demnach gilt als armutsbedroht, wer weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens zur Verfügung hat.
- <sup>51</sup> Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (2017): Abschied vom Aufstieg!? Paritätisches Jahresgutachten 2017
- <sup>52</sup> Stieglitz, J.: Der Preis der Ungleichheit, Piketty, T.: Das Kapital des 21. Jahrhunderts, Atkinson, A.: Ungleichheit. Und was wir dagegen tun können
- <sup>53</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung
- <sup>54</sup> Albig, H. et.al. (2017): Wie steigende Einkommensungleichheit das Wirtschaftswachstum in Deutschland beeinflusst, DIW Wochenbericht Nr. 10, März 2017; Marcel Fratzscher (2016): Verteilungskampf. Warum Deutschland immer ungleicher wird, München 2016, vgl. auch: Federico Cingano (2014): Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth, OECD Social, Employment and Migration Papers No. 163, 2014
- <sup>55</sup> Wilkinson, R., Pickett, K. (2009): „Gleichheit ist Glück“. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin





DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND  
LANDESV ERBAND BREMEN E.V. | [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)

Außer der Schleifmühle 55-61  
28203 Bremen

Telefon: 0421|791 99-0  
Telefax: 0421|791 99-99  
E-Mail: [info@paritaet-bremen.de](mailto:info@paritaet-bremen.de)