

Strategiepapier:

Gesundheitsversorgung im Quartier **gerecht** gestalten.

Die Linke

Fraktion in der
Bremischen Bürgerschaft

Einleitung

In Bremen und Bremerhaven stehen wir vor großen gesundheitlichen Herausforderungen, wie zuletzt der diesjährige Landesgesundheitsbericht zeigte.

Darin wird nochmals besonders deutlich, dass der Gesundheitszustand und auch die Gesundheitsversorgung der Bürger*innen entscheidend von ihrem sozialen Status abhängt, also beispielsweise von der Höhe ihres Einkommens, ihres Bildungsabschlusses oder ihres Wohnortes.

So sind Menschen aus Ortsteilen mit niedrigem Sozialindex im Land Bremen deutlich kränker als Menschen aus Ortsteilen mit einem hohen Sozialindex¹. Männer aus solchen Ortsteilen erkranken in Bremen Stadt beispielsweise mehr als doppelt so häufig an Lungenkrebs. Für Frauen liegt die Erkrankungsrate ebenfalls höher mit 80%. Kinder sind dreimal so häufig übergewichtig, psychisch stärker belastet und verhaltensauffälliger. In Bremerhaven liegt die Anzahl an Neuerkrankungen bei Lungenkrebs für Männer nochmals um 30% höher und Kinder sind stärker von Übergewicht betroffen als in Bremen Stadt (18% im Vergleich zu 14%). Zu dem höheren Risiko zu erkranken kommt hinzu, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einem niedrigen sozialen Status oftmals schlechter ist. Viele dieser Menschen bekommen keinen ärztlichen Termin, in manchen Quartieren mit sozialen Problemlagen (beispielsweise in Woltmershausen oder Huchting) praktizieren kaum noch Haus- oder Kinderärzt*innen. Eine ausreichende wohnortnahe Versorgung gibt es eigentlich nur in den wohlhabenderen Quartieren, diese sind hingegen häufig eher überversorgt.

Wir als LINKE finden diesen Zustand nicht hinnehmbar! Jeder Mensch hat das Recht auf eine gute und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, unabhängig von

seinem sozialen Status. Mit den derzeitigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen ist es bisher nicht gelungen, dies zu verwirklichen. Wir müssen daher bestehende Strukturen überdenken und dahingehend weiterentwickeln, dass die Menschen überall in Bremen und Bremerhaven gut versorgt sind. Dabei sind insbesondere die wohnortnahen Versorgungsstrukturen im Quartier von großer Bedeutung.

Sie sind oftmals die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen und somit entscheidend für den Zugang zum Gesundheitswesen. Diese Versorgung wird daher auch als primäre Gesundheitsversorgung bezeichnet und umfasst vorrangig die haus-, kinder- und jugendärztliche, die geburtshilfliche und die psychotherapeutische Versorgung sowie die Versorgung in Krisen und Notfällen. Auch pflegerische, rehabilitative und palliative Angebote gehören dazu. Zudem sind Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, welche gesundheitliche Belastungen im Quartier adressieren, Teil einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung [2].

Unsere Vision ist, dass alle Bremer*innen und Bremerhavener*innen ein gesundes und langes Leben führen können – ganz egal, ob sie arm oder reich, gesundheitlich vorbelastet oder uneingeschränkt sind. Mit diesem Strategiepapier wollen wir einen realistischen, kurz- und mittelfristigen Plan präsentieren, mit dem wir diesem Ziel bedeutend näherkommen. Dafür analysieren wir zunächst, welche aus unserer Sicht die vordergründigen Ursachen für die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Quartieren im Land Bremen sind. Darauf folgen konkrete Lösungen, die wir kurz- bis mittelfristig angehen wollen.

1. Die medizinischen Versorgungsangebote sind nicht gerecht über die Quartiere verteilt.

Wie bereits oben ausgeführt, haben Men-

¹ Ortsteile mit niedrigem Sozialindex weisen viele soziale Problemlagen wie eine hohe Anzahl an Menschen mit geringem Einkommen und prekären Arbeitsverhältnissen, eine hohe Arbeitslosen- oder eine geringe Bildungsquote auf.

schen in Armut und prekären Lebenslagen ein höheres Risiko, krank zu werden und früher zu versterben. Diese Menschen sind daher in besonderem Maße auf Unterstützung und eine umfassende gesundheitliche Versorgung angewiesen. Gleichzeitig beobachten wir aber, dass genau diese Bremer*innen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben [1,3].

Quartiere mit vielen sozialen Problemlagen in Bremen und Bremerhaven sind beispielsweise stärker von einer Unterversorgung durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen betroffen als andere Quartiere. Sucht man über die Arzt-Suchmaschine der Kassenärztlichen Vereinigung² beispielsweise nach einer **psychotherapeutischen Praxis** für Erwachsene in Gröpelingen, erhält man 1 Treffer. In Schwachhausen dafür 151, obwohl beide Quartiere eine ähnlich hohe Einwohner*innenzahl haben³.

Auch bei anderen Ärzt*innengruppen lassen sich diese Versorgungsunterschiede beobachten: bei **Kinder- und Jugendärzt*innen** beispielsweise gibt es in Schwachhausen 20 Ärzt*innen (eine*r pro 269 Kinder- und Jugendliche), in Gröpelingen hingegen nur 4 (eine*r pro 1.953 Kinder- und Jugendliche). Da Menschen mit niedrigem sozialem Status oftmals weniger mobil sind, weil sie nicht unbedingt ein Auto oder das Geld für ein ÖPNV-Ticket besitzen, stellt diese ungleiche Verteilung von Versorgungsangeboten für sie ein großes Problem dar. Es ist manchen schlicht nicht immer möglich, eine weiter entfernte Praxis in einem anderen Quartier aufzusuchen. Im schlimmsten Fall bleiben sie dann unversorgt.

Ursächlich für diese ungleiche Verteilung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung ist unter anderem die **Bedarfsplanung der Kassenärztliche Vereinigung Bremens**. Diese legt fest, wie viele Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen es

Problemanalyse

insgesamt zur Versorgung braucht. Derzeit wird sie nur auf Ebene von Bremen und Bremerhaven durchgeführt. Eine Unterversorgung auf Quartiersebene kann durch eine solche Planung nicht erfasst werden. Dadurch kommt es zu dem teils absurden Szenario, dass Bremen und Bremerhaven rein rechnerisch für die meisten Ärzt*innengruppen als überversorgt gelten, Menschen aber dennoch sehr lange auf einen Termin warten müssen oder gar keinen Termin bekommen. Zudem gibt es durch diese Planung keine Vorgaben, wo genau sich die Praxen innerhalb der beiden Kommunen befinden müssen. Infolgedessen gibt es deutlich mehr Praxen in wohlhabenderen Quartieren mit einer für die Praxen "günstigen" Sozialstruktur: Die Arbeitsbelastung ist dort tendenziell geringer und die Vergütungschancen sind durch einen höheren Anteil an Privatpatient*innen aussichtsreicher [4, 5].

Auch in anderen Versorgungsbereichen, beispielsweise der **Hebammenversorgung**, sind diese Versorgungsunterschiede zwischen den Quartieren zu beobachten. Der Bericht zum Gesundheitsberufe-Monitoring für das Land Bremen aus 2022 zeigte beispielsweise, dass 96 % der Frauen in den Quartieren Borgfeld/ Horn-Lehe/ Oberneuland/ Blockland und 90,2% der Frauen in Schwachhausen/ Östliche Vorstadt nach der Geburt von einer Hebamme versorgt werden. In Gröpelingen/ Häfen waren es hingegen nur 31,9% und in Bremen Nord 33,3% [6]. Das Problem ist hier unter anderem, dass Hebammen wohnortnah arbeiten und weniger Hebammen in Quartieren mit niedrigem Sozialindex leben. Zudem finanzieren sich freiberufliche Hebammen meist aus einem Mix aus Leistungen, welche die Krankenkasse bezahlt, und freiwilligen Leistungen, die von den Patient*innen privat gezahlt werden.

² <https://www.kvvhb.de/praxen/arztsuche>, Stand Oktober 2024

³ 37.423 in Gröpelingen vs. 39.432 in Schwachhausen, Stand 31.12.2023 (Bremer Infosystem Kleinräumig)

In Quartieren mit niedrigem Sozialindex werden weniger freiwillige Leistungen beansprucht, sodass wie bei den Ärzt*innen und Therapeut*innen die Vergütungschancen hier geringer sind und die Arbeit vor Ort somit unattraktiver ist.

2. Die Versorgung scheitert an zu hohen Hürden für die Bürger*innen.

Neben dem Fehlen von ausreichenden Versorgungsangeboten in Quartieren mit niedrigem Sozialindex sind die bestehenden Angebote zudem für einige Menschen nur schwer bis gar nicht zugänglich. Der Großteil der Angebote ist darauf ausgelegt, dass die Menschen eigenständig ihren Weg dorthin finden und sich ihre Termine bei beispielsweise Hebammen, Ärzt*innen oder Therapeut*innen selbst organisieren. Für Menschen in prekären Lebenslagen oder mit schweren Erkrankungen ist das kaum leistbar. Sie befinden sich oft in Lebenssituationen, in denen andere Sorgen im Vordergrund stehen. Der Aufwand, sich einen Termin zu organisieren und in eine Praxis zu gehen, stellt für sie eine zu große Hürde dar. Teils fehlt auch das Wissen darüber, in welchen Fällen eine gesundheitliche Versorgung notwendig ist und wo man sich dafür genau hinwenden muss. Sprachliche Barrieren erschweren das Ganze weiter. Die Folge ist, dass insbesondere Menschen in sozialen Problemlagen nicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die sie brauchen und die gesundheitliche Ungleichheit weiter zu- statt abnimmt.

3. Es werden zu oft Symptome statt Ursachen behandelt.

Die primäre Gesundheitsversorgung erfolgt in Deutschland seit Jahren vorrangig durch selbstständig tätige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Einzelpraxen, meist ohne Abstimmung untereinander oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Dadurch **konzentriert sich die Versorgung sehr stark auf die reine medizinische Be-**

handlung von Erkrankungen. Hierdurch gelingt es jedoch nicht, gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig abzubauen. Oft werden so lediglich die Symptome, nicht aber die tatsächlichen Ursachen von Erkrankungen behandelt.

Eine ganzheitliche Versorgung, welche auch die Lebensumstände und die damit in Zusammenhang stehenden Probleme der Menschen als Ursache für eine Erkrankung adressiert, findet bisher zu wenig statt. Dabei ist der Zusammenhang von bestimmten Lebensumständen und dem Risiko, zu erkranken, vielfach belegt. Armut, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Diskriminierung oder Einsamkeit beeinflussen die Gesundheit oftmals stärker als die Qualität der medizinischen Versorgung [3, 7]. Hängt ein körperliches Leiden zum Beispiel mit Geldsorgen und dem damit verbundenen Stress zusammen, ist eine Gesundheitsversorgung, welche Sozialarbeiter*innen mit einbezieht, erfolgsversprechender als die reine ärztliche Behandlung.

Versorgungskonzepte mit solchen berufs- und bereichsübergreifenden Ansätzen sind momentan die Ausnahme und eher in Form von Modellprojekten als in der Regelversorgung zu finden. Das liegt auch daran, dass die Gesundheitsversorgung derzeit wenig aus der Sichtweise der Patient*innen gedacht wird. Stattdessen stehen oftmals die Perspektiven einzelner Akteure der Gesundheitsversorgung, wie die von Ärzt*innen, Krankenkassen oder Krankenhäusern, im Vordergrund. Dabei handelt es sich auch um ein systemisches Problem, denn die Gesundheitsversorgung wird zum Großteil durch die „gemeinsame Selbstverwaltung“, geplant, organisiert und gestaltet. Die „gemeinsamen Selbstverwaltung“ ist ein Gremium, welche aus Interessensvertreter*innen der Ärzt*innen, der Krankenhäuser und der Krankenkassen besteht. Vertreter*innen von Patient*innen aber auch Vertreter*innen anderer Berufsgruppen oder von Ländern und Kommunen sind, wenn überhaupt, meist nur beratend beteiligt.

4. Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine zu geringe Rolle in der Versorgung.

Der Fokus auf die medizinische Versorgung führt auch dazu, dass die Gesundheitsversorgung erst greift, wenn eine Erkrankung bereits besteht. Um gesundheitliche Ungleichheiten wirksam zu bekämpfen, muss mit entsprechenden Maßnahmen jedoch bereits der Entstehung von Erkrankungen entgegengewirkt werden. Dabei sind neben Maßnahmen, welche auf individuelle Verhaltensänderungen wie Bewegung oder Ernährung abzielen, vor allem auch Maßnahmen nötig, welche die Lebensverhältnisse so gestalten, dass ein gesundes Leben in jedem Quartier Bremens und Bremerhavens möglich wird. Neben der Gesundheitspolitik braucht es dafür auch Anstrengungen in anderen Bereichen wie der Sozial-, Bildungs- oder Wohnpolitik. Bereits in 2018 wurde im Rahmen des „Bremer Zukunftsprozesses 2035“ eine stärkere Zusammenarbeit der verschiedenen Politikbereiche zur Schaffung gesunder Lebenswelten anvisiert [8].

Bisher ist ein ressortübergreifendes Handeln jedoch selten zu finden. Es gibt wenige Ansätze, wo eine solche Zusammenarbeit umgesetzt wurde. Beispielsweise gab es im Zuge der Corona-Pandemie für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen eine Begleitstruktur unter Beteiligung verschiedener Ressorts. Auch werden andere Ressorts immer mal wieder bei der Entwicklung einzelner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen. Zudem gibt ressortübergreifende Strategien wie die Gesamtstrategie „Frühe Kindheit“ oder die Drogenhilfestrategie, wo Maßnahmen in verschiedenen Ressorts entwickelt und umgesetzt werden. Diese Ansatzpunkte gehen in die richtige Richtung, sie sind aber oftmals anlassbezogen (Zusammenarbeit bei konkreten Projekten) und keine fest institutionalisierte Verankerung von Gesundheit auch in anderen Politikfeldern und Ressorts. In den meisten Fällen liegt die Hauptverantwortung für die Schaffung gesunder Lebenswelten und dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten weiterhin alleinig

beim Gesundheitsressort, obwohl andere Bereiche teils einen deutlich größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben.

5. Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit werden nicht systematisch geplant

In Bremen und Bremerhaven gibt es bereits einige sehr gute Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, welche den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zum Ziel haben. Trotzdem bestehen weiterhin große gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Quartieren, die durch die bisherigen Maßnahmen nicht nachhaltig verringert werden konnten.

Scheinbar bestehen noch Lücken bei den Angeboten und/oder die Menschen werden durch die Angebote nicht (ausreichend) erreicht. Zudem handelt es sich bei den bestehenden Maßnahmen meist um Einzelprojekte, die nicht aufeinander abgestimmt sind und oft nur eine begrenzte Laufzeit haben und dann wieder verschwinden. Hierdurch entstehen keine nachhaltigen Veränderungen.

Für eine bessere Abstimmung der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention untereinander gibt es das „Strategieforum Prävention“ im Land Bremen, in welchem die Krankenkassen, die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie das Land Bremen beteiligt sind. Diese tauschen sich regelmäßig untereinander und auch darüber hinaus mit weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention im Land Bremen aus. Zudem fördern und initiieren sie gemeinsam einzelne Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenfassend lässt sich sagen: Das Strategieforum ist ein wertvolles Gremium zur Vernetzung der verschiedenen Akteure. Es ist jedoch in seiner jetzigen Form kein Gremium, wo eine gezielte Planung und Abstimmung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stattfindet. Ein solches systematische Vorgehen fehlt bisher.

1. Die medizinischen Versorgungsangebote sind nicht gerecht über die Quartiere verteilt.

Wie bereits oben ausgeführt, haben Menschen in Armut und prekären Lebenslagen ein höheres Risiko, krank zu werden und früher zu versterben. Diese Menschen sind daher in besonderem Maße auf Unterstützung und eine umfassende gesundheitliche Versorgung angewiesen. Gleichzeitig beobachten wir aber, dass genau diese Bremer*innen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben [1,3].

Quartiere mit vielen sozialen Problemlagen in Bremen und Bremerhaven sind beispielsweise stärker von einer Unterversorgung durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen betroffen als andere Quartiere. Sucht man über die Arzt-Suchmaschine der Kassenärztlichen Vereinigung beispielsweise nach einer **psychotherapeutischen Praxis** für Erwachsene in Gröpelingen, erhält man 1 Treffer. In Schwachhausen dafür 151, obwohl beide Quartiere eine ähnlich hohe Einwohner*innenzahl haben .

Auch bei anderen Ärzt*innengruppen lassen sich diese Versorgung Unterschiede beobachten: bei **Kinder- und Jugendärzt*innen** beispielsweise gibt es in Schwachhausen 20 Ärzt*innen (eine*r pro 269 Kinder- und Jugendliche), in Gröpelingen hingegen nur 4 (eine*r pro 1.953 Kinder- und Jugendliche). Da Menschen mit niedrigem sozialem Status oftmals weniger mobil sind, weil sie nicht unbedingt ein Auto oder das Geld für ein ÖPNV-Ticket besitzen, stellt diese ungleiche Verteilung von Versorgungsangeboten für sie ein großes Problem dar. Es ist manchen schlicht nicht immer möglich, eine weiter entfernte Praxis in einem anderen Quartier aufzusuchen. Im schlimmsten Fall bleiben sie dann unversorgt.

Ursächlich für diese ungleiche Verteilung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung ist unter anderem die **Bedarfsplanung der Kassenärztliche Vereinigung Bremens**. Diese legt fest, wie viele Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen es

insgesamt zur Versorgung braucht. Derzeit wird sie nur auf Ebene von Bremen und Bremerhaven durchgeführt. Eine Unterversorgung auf Quartiersebene kann durch eine solche Planung nicht erfasst werden. Dadurch kommt es zu dem teils absurden Szenario, dass Bremen und Bremerhaven rein rechnerisch für die meisten Ärzt*innengruppen als überversorgt gelten, Menschen aber dennoch sehr lange auf einen Termin warten müssen oder gar keinen Termin bekommen. Zudem gibt es durch diese Planung keine Vorgaben, wo genau sich die Praxen innerhalb der beiden Kommunen befinden müssen. Infolgedessen gibt es deutlich mehr Praxen in wohlhabenderen Quartieren mit einer für die Praxen "günstigen" Sozialstruktur: Die Arbeitsbelastung ist dort tendenziell geringer und die Vergütungschancen sind durch einen höheren Anteil an Privatpatient*innen aussichtsreicher [4, 5].

Auch in anderen Versorgungsbereichen, beispielsweise der **Hebammenversorgung**, sind diese Versorgungsunterschiede zwischen den Quartieren zu beobachten. Der Bericht zum Gesundheitsberufe-Monitoring für das Land Bremen aus 2022 zeigte beispielsweise, dass 96 % der Frauen in den Quartieren Borgfeld/ Horn-Lehe/ Oberneuland/ Blockland und 90,2% der Frauen in Schwachhausen/ Östliche Vorstadt nach der Geburt von einer Hebamme versorgt werden. In Gröpelingen/ Häfen waren es hingegen nur 31,9% und in Bremen Nord 33,3% [6].

Das Problem ist hier unter anderem, dass Hebammen wohnortnah arbeiten und weniger Hebammen in Quartieren mit niedrigem Sozialindex leben. Zudem finanzieren sich freiberufliche Hebammen meist aus einem Mix aus Leistungen, welche die Krankenkasse bezahlt, und freiwilligen Leistungen, die von den Patient*innen privat gezahlt werden. In Quartieren mit niedrigem Sozialindex werden weniger freiwillige Leistungen beansprucht, sodass wie bei den Ärzt*innen und Therapeut*innen die Vergütungschancen hier geringer sind und die Arbeit vor Ort somit unattraktiver ist.

2. Die Versorgung scheitert an zu hohen Hürden für die Bürger*innen.

Neben dem Fehlen von ausreichenden Versorgungsangeboten in Quartieren mit niedrigem Sozialindex sind die bestehenden Angebote zudem für einige Menschen nur schwer bis gar nicht zugänglich. Der Großteil der Angebote ist darauf ausgelegt, dass die Menschen eigenständig ihren Weg dorthin finden und sich ihre Termine bei beispielsweise Hebammen, Ärzt*innen oder Therapeut*innen selbst organisieren. Für Menschen in prekären Lebenslagen oder mit schweren Erkrankungen ist das kaum leistbar. Sie befinden sich oft in Lebenssituationen, in denen andere Sorgen im Vordergrund stehen. Der Aufwand, sich einen Termin zu organisieren und in eine Praxis zu gehen, stellt für sie eine zu große Hürde dar. Teils fehlt auch das Wissen darüber, in welchen Fällen eine gesundheitliche Versorgung notwendig ist und wo man sich dafür genau hinwenden muss. Sprachliche Barrieren erschweren das Ganze weiter. Die Folge ist, dass insbesondere Menschen in sozialen Problemlagen nicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die sie brauchen und die gesundheitliche Ungleichheit weiter zu- statt abnimmt.

3. Es werden zu oft Symptome statt Ursachen behandelt.

Die primäre Gesundheitsversorgung erfolgt in Deutschland seit Jahren vorrangig durch selbstständig tätige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Einzelpraxen, meist ohne Abstimmung untereinander oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Dadurch **konzentriert sich die Versorgung sehr stark auf die reine medizinische Behandlung von Erkrankungen**. Hierdurch gelingt es jedoch nicht, gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig abzubauen. Oft werden so lediglich die Symptome, nicht aber die tatsächlichen Ursachen von Erkrankungen behandelt.

Eine ganzheitliche Versorgung, welche

auch die Lebensumstände und die damit in Zusammenhang stehenden Probleme der Menschen als Ursache für eine Erkrankung adressiert, findet bisher zu wenig statt. Dabei ist der Zusammenhang von bestimmten Lebensumständen und dem Risiko, zu erkranken, vielfach belegt. Armut, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Diskriminierung oder Einsamkeit beeinflussen die Gesundheit oftmals stärker als die Qualität der medizinischen Versorgung [3, 7]. Hängt ein körperliches Leiden zum Beispiel mit Geldsorgen und dem damit verbundenen Stress zusammen, ist eine Gesundheitsversorgung, welche Sozialarbeiter*innen mit einbezieht, erfolgsversprechender als die reine ärztliche Behandlung.

Versorgungskonzepte mit solchen berufs- und bereichsübergreifenden Ansätzen sind momentan die Ausnahme und eher in Form von Modellprojekten als in der Regelversorgung zu finden. Das liegt auch daran, dass die Gesundheitsversorgung derzeit wenig aus der Sichtweise der Patient*innen gedacht wird. Stattdessen stehen oftmals die Perspektiven einzelner Akteure der Gesundheitsversorgung, wie die von Ärzt*innen, Krankenkassen oder Krankenhäusern, im Vordergrund. Dabei handelt es sich auch um ein systemisches Problem, denn die Gesundheitsversorgung wird zum Großteil durch die „gemeinsame Selbstverwaltung“, geplant, organisiert und gestaltet. Die „gemeinsamen Selbstverwaltung“ ist ein Gremium, welche aus Interessensvertreter*innen der Ärzt*innen, der Krankenhäuser und der Krankenkassen besteht. Vertreter*innen von Patient*innen aber auch Vertreter*innen anderer Berufsgruppen oder von Ländern und Kommunen sind, wenn überhaupt, meist nur beratend beteiligt.

4. Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine zu geringe Rolle in der Versorgung.

Der Fokus auf die medizinische Versorgung führt auch dazu, dass die Gesundheitsversorgung erst greift, wenn eine Erkrankung bereits besteht. Um gesund-

heitliche Ungleichheiten wirksam zu bekämpfen, muss mit entsprechenden Maßnahmen jedoch bereits der Entstehung von Erkrankungen entgegengewirkt werden. Dabei sind neben Maßnahmen, welche auf individuelle Verhaltensänderungen wie Bewegung oder Ernährung abzielen, vor allem auch Maßnahmen nötig, welche die Lebensverhältnisse so gestalten, dass ein gesundes Leben in jedem Quartier Bremens und Bremerhavens möglich wird. Neben der Gesundheitspolitik braucht es dafür auch Anstrengungen in anderen Bereichen wie der Sozial-, Bildungs- oder Wohnpolitik. Bereits in 2018 wurde im Rahmen des „Bremer Zukunftsprozesses 2035“ eine stärkere Zusammenarbeit der verschiedenen Politikbereiche zur Schaffung gesunder Lebenswelten anvisiert [8].

Bisher ist ein ressortübergreifendes Handeln jedoch selten zu finden. Es gibt wenige Ansätze, wo eine solche Zusammenarbeit umgesetzt wurde. Beispielsweise gab es im Zuge der Corona-Pandemie für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen eine Begleitstruktur unter Beteiligung verschiedener Ressorts. Auch werden andere Ressorts immer mal wieder bei der Entwicklung einzelner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen. Zudem gibt ressortübergreifende Strategien wie die Gesamtstrategie „Frühe Kindheit“ oder die Drogenhilfestrategie, wo Maßnahmen in verschiedenen Ressorts entwickelt und umgesetzt werden. Diese Ansatzpunkte gehen in die richtige Richtung, sie sind aber oftmals anlassbezogen (Zusammenarbeit bei konkreten Projekten) und keine fest institutionalisierte Verankerung von Gesundheit auch in anderen Politikfeldern und Ressorts. In den meisten Fällen liegt die Hauptverantwortung für die Schaffung gesunder Lebenswelten und dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten weiterhin alleinig beim Gesundheitsressort, obwohl andere Bereiche teils einen deutlich größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben.

5. Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit werden nicht systematisch geplant

In Bremen und Bremerhaven gibt es bereits einige sehr gute Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, welche den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zum Ziel haben. Trotzdem bestehen weiterhin große gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Quartieren, die durch die bisherigen Maßnahmen nicht nachhaltig verringert werden konnten.

Scheinbar bestehen noch Lücken bei den Angeboten und/oder die Menschen werden durch die Angebote nicht (ausreichend) erreicht. Zudem handelt es sich bei den bestehenden Maßnahmen meist um Einzelprojekte, die nicht aufeinander abgestimmt sind und oft nur eine begrenzte Laufzeit haben und dann wieder verschwinden.

Hierdurch entstehen keine nachhaltigen Veränderungen.

Für eine bessere Abstimmung der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention untereinander gibt es das „Strategieforum Prävention“ im Land Bremen, in welchem die Krankenkassen, die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie das Land Bremen beteiligt sind. Diese tauschen sich regelmäßig untereinander und auch darüber hinaus mit weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention im Land Bremen aus. Zudem fördern und initiieren sie gemeinsam einzelne Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenfassend lässt sich sagen: Das Strategieforum ist ein wertvolles Gremium zur Vernetzung der verschiedenen Akteure. Es ist jedoch in seiner jetzigen Form kein Gremium, wo eine gezielte Planung und Abstimmung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stattfindet. Ein solches systematische Vorgehen fehlt bisher.

Wie wir künftig eine gute Gesundheitsversorgung im Quartier sicherstellen wollen.

Vorbemerkung

Der Einfluss von Kommune und Land auf die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in den einzelnen Quartieren ist sehr begrenzt, da die Organisation und der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen. Trotz rechtlicher Anpassungen in der Vergangenheit, welche den Kommunen mehr Handlungsspielräume in der ambulanten Versorgung einräumen (beispielsweise über die Möglichkeit zur Einrichtung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ)), sind Länder und Kommunen hier weiterhin auf die Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung angewiesen und können nicht im Alleingang tätig werden.

Dennoch sehen wir LINKE im Zuge der Daseinsfürsorge die Verantwortung, allen Menschen in Bremen und Bremerhaven ein gesundes Leben zu ermöglichen, auch beim Land und den Kommunen. Da die rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten für einen direkten Einfluss auf die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung fehlen, bleibt zur Übernahme dieser Verantwortung vor allem:

- der Aufbau von ergänzenden und substituierenden Versorgungsstrukturen außerhalb des medizinischen Bereichs,
- die Stärkung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in der Versorgung und
- die Schaffung gesunder Lebensbedingungen in den Quartieren.

Diese bestehenden Handlungsspielräume wollen wir ausnutzen. An welchen Stellen und mit welchen Mitteln wir dies konkret

tun wollen, beschreiben wir im Folgenden.

1. Staatliche Angebote für eine gerechte Versorgung in allen Quartieren!

Um der medizinischen Unterversorgung in Quartieren mit niedrigem Sozialindex entgegenzuwirken, fordern wir die Etablierung kommunaler MVZ in diesen Quartieren wie sie auch im Rahmen der Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz geplant sind. So kann ein Stück weit Einfluss auf den Ort von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen genommen werden. Es gibt bereits einige erfolgreiche Beispiele kommunaler MVZ, beispielsweise die MVZ in Büsum und in Ober-Ramstadt [9]. Da die Einrichtung solcher Zentren sehr teuer und aufwendig ist, wird deren Etablierung einige Zeit in Anspruch nehmen. Zudem sind die Kommunen hierbei auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen, Therapeut*innen und der Kassenärztlichen Vereinigung angewiesen, die bereit sein müssen, ihre Praxen bzw. ihre kassenärztlichen Sitze in so ein Zentrum zu verlagern.

Bei vielen insbesondere jüngeren Ärzt*innen und Therapeut*innen besteht aber inzwischen ebendieser Wunsch, anstatt selbstständig in Angestelltentätigkeit zu arbeiten. In einem MVZ können sie zudem von bürokratischen und anderen fachfremden Aufgaben entlastet werden, sodass die Arbeit dort sehr attraktiv sein kann.

Im Zuge des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) auf Bundesebene ist geplant, die Einrichtung kommunaler MVZ und die Nutzung von Mitteln aus dem Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassen hierfür zu vereinfachen, sodass die Hoffnung besteht, dass sich die Voraussetzungen zur Einrichtung kommunaler MVZ künftig verbessern. Für das Land Bremen fordern wir, **dass noch in dieser Legislatur mit der Planung und Umsetzung eines kommunalen MVZs begonnen wird.** Aufbauend auf den dabei gesammelten Erfahrungen sollen dann weitere MVZs in unterversorgten Quartie-

ren mit niedrigem Sozialindex entstehen. Parallel wollen wir auch weiterhin **Druck auf die Kassenärztliche Vereinigung Bremens** auswirken, ihre Bedarfsplanung kleinräumiger auf Quartiersebene zu gestalten. Dies ist gesetzlich explizit als ein mögliches Mittel der Versorgungssteuerung vorgesehen (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V) und wird beispielsweise von der Kassenärztlichen Vereinigung in Berlin nach langjährigen Aushandlungen mit der Kommune auch genutzt [10].

Um der Unterversorgung mit Hebammen in Quartieren mit niedrigem Sozialindex entgegenzuwirken, hat die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in der vergangenen Legislatur das bundesweit bisher einmalige Konzept der **Hebammenzentren** im Land Bremen etabliert. Die Hebammenzentren bieten ein breites Versorgungsangebot rund um Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge an und arbeiten darüber hinaus eng mit weiteren Akteuren im Quartier wie beispielsweise Kinder- und Jugendärzt*innen zusammen. Für die Hebammen selbst wird die Arbeit in diesen Quartieren durch die Zentren attraktiver, weil ihnen durch das Management des Zentrums bürokratische und planerische Arbeit abgenommen werden und sie die Räume vor Ort kostenfrei für die eigene Arbeit nutzen können. Durch die Arbeit im Team können zudem Arbeits- und Urlaubszeiten freier und aufeinander abgepasst gestaltet werden.

Derzeit gibt es drei Hebammenzentren in Bremen Nord, West und Ost, Träger ist die Hans-Wendt-Stiftung. Ein weiteres Zentrum für Bremerhaven ist in Planung. Finanziell gefördert werden die Zentren durch das Gesundheitsressort. Diese Förderung muss zukünftig aufrechterhalten werden, da die Arbeit in Quartieren mit niedrigem Sozialindex ansonsten für die Hebammen finanziell oft nicht tragbar ist. Wir fordern zudem, dass in dieser Legislatur im **Bremer Süden ein weiteres Hebammenzentrum** entsteht, und stellen hierfür Fraktionsmittel zur Verfügung.

2. Zugang zu Versorgungsangeboten erleichtern

Da für viele Menschen der Weg in die ärztliche Praxis, zur Psychotherapie oder zur Hebamme zu hochschwellig ist, braucht es andere Strategien, um diesen Menschen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu ermöglichen. Manche Personen benötigen eine Anlaufstelle, wo sie Beratung bekommen, bei der Terminsuche unterstützt werden oder eine Sprachmittlung erhalten. In Bremen wurden hierfür im vergangenen Jahr zwei Gesundheitspunkte in Bremen Nord (Grohn) und Süd (Huchting) durch das Gesundheitsressort implementiert, welche bei der Landesvereinigung für Gesundheit angesiedelt sind. Die **Gesundheitspunkte** vermitteln die Menschen bei Bedarf in weitere Versorgungsangebote und übernehmen somit eine Lots*innenfunktion. Bisher werden die Gesundheitspunkte im Rahmen eines Projektes noch bis Ende 2024 von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz finanziert.

Im Rahmen des Projektes wird ein Konzept erstellt, wie solche Gesundheitspunkte ausgestaltet und in weiteren Quartieren implementiert werden können. Wir fordern, dass, sobald dieses Konzept vorliegt, weitere Gesundheitspunkte eingerichtet werden, wo es solche oder vergleichbare Beratungs- und Vermittlungsstrukturen derzeit noch nicht gibt. Wir fordern mindestens die **Einrichtung von zwei weiteren Gesundheitspunkten für den Bremer Osten und für Bremerhaven in dieser Legislatur**. Im Bremer Westen gibt es mit dem LIGA und dem Gesundheitstreffpunkt West bereits eine vergleichbare Struktur.

Je nach Bedarf könnten auf Quartiersebene auch noch weitere Punkte eingerichtet werden.

Auf Bundesebene setzen wir uns dafür ein, dass solche Strukturen Teil der Regelversorgung werden und ein entsprechender Finanzierungs- und Rechtsrahmen geschaffen wird, sodass diese nicht mehr als Modellprojekte umgesetzt werden müssen sondern langfristig geplant und eingerichtet werden können.

Andere Personen erreichen wir nur durch **aufsuchende Fachkräfte**. In Bremen gibt es bereits 12 Gesundheitsfachkräfte an 24 Grundschulen in Bremen und 4 Grundschulen in Bremerhaven sowie 15 Gesundheitsfachkräfte in 14 Quartieren in Bremen und 4 in Bremerhaven. Zudem gibt fünf Fachkräfte-Tandems für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Fachkräfte arbeiten dabei in Quartieren mit niedrigem Sozialindex und das dort, wo die Menschen leben und sich aufhalten, beispielsweise in Einkaufszentren oder auf Stadtteilstellen. Sie sensibilisieren und beraten zu allen möglichen Gesundheitsthemen und vermitteln die Menschen bei Bedarf in weiterführende Angebote. Zudem leisten sie wichtige Vernetzungsarbeit vor Ort – mehrsprachig und kultursensibel. Wie wichtig ihre aufsuchende Arbeit ist, hat die Pandemie verdeutlicht: Ohne die Gesundheitsfachkräfte wäre Bremen nie Spitzenreiter bei der Impfquote geworden.

Diese aufsuchende Arbeit wollen wir weiter ausbauen und als einen festen Bestandteil der Quartiersgesundheitsversorgung verankern. Dafür braucht es dringend eine

Verstärkung der Gesundheitsfachkräfte im Quartier sowie für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als regelhaftes Angebot der Gesundheitsversorgung in Bremen und Bremerhaven über 2024 hinaus. Im Haushalt 2024/2025 sind für eine Weiterführung der Fachkräfte Mittel in Höhe von 1.545.000€ pro Jahr veranschlagt, die auch über 2025 hinaus regelhaft bereitgestellt werden müssen.

Zudem deckt die derzeitige Anzahl der Gesundheitsfachkräfte nicht die bestehenden Bedarfe ab. Momentan arbeiten die Gesundheitsfachkräfte in den WIN-Quartieren. Es gibt aber auch andere Quartiere, insbesondere sogenannte Kleinstquartiere, die nicht im Monitoring der WIN-Quartiere berücksichtigt werden, wo aber großer Bedarf besteht und wo es derzeit noch keine ausreichenden Versorgungsstrukturen gibt. Darunter fällt beispielsweise die Bahnhofsvorstadt.

Wir fordern daher eine **Aufstockung der Gesundheitsfachkräfte im Quartier**, so dass auch diese Gebiete versorgt werden können. Zudem fordern wir **mindestens ein zusätzliches Fachkräfte-Tandem für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**, da die psychischen Belastungen und infolgedessen die Versorgungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren durch verschiedene Krisen wie die Corona-Pandemie oder die KlimaKrise enorm gestiegen sind. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Haushalten sind hier betroffen, wie der letzte Landesgesundheitsbericht zeigte. Daher brauchen wir einen Ausbau von niedrigschwelligem Versorgungsangeboten wie den aufsuchenden Fachkräften, um zu verhindern, dass diese Kinder und Jugendlichen unversorgt bleiben.

Außerdem fordern wir die **Etablierung von Gesundheitsfachkräften in Kitas in Quartieren mit niedrigem Sozialindex**, um bereits im Kleinkindalter mit Gesundheitsbildung und gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten der Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken.

Um dies umzusetzen, ist zunächst ein Modellprojekt denkbar. Die Krankenkassen sind beispielsweise im Rahmen ihres Auftrages durch das Präventionsgesetz verpflichtet, Mittel für Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in kommunalen Lebenswelten zur Verfügung zu stellen. Diese können von Land und Kommune beantragt werden, wobei hier ein Eigenanteil zu leisten ist. So wurden beispielsweise auch die Gesundheitsfachkräfte in Schulen ursprünglich einmal eingeführt.

3. Gesundheitsversorgung ganzheitlich und berufsübergreifend denken

Wir wollen schrittweise eine Gesundheitsversorgung in den Quartieren Bremens und Bremerhavens aufbauen, die einen Gegenentwurf zur derzeitigen Versorgung, die sehr stark durch einzelne ärztliche und psychotherapeutische Praxen

und wenig durch berufs- und bereichsübergreifende Kooperation geprägt ist, darstellt. Im Mittelpunkt stehen dabei interprofessionelle Quartiersgesundheitszentren in gemeinwohlorientierter Trägerschaft, welche in den jeweiligen Quartieren eine zentrale Anlaufstelle bei gesundheitlichen Versorgungsbedarfen sein sollen. Denkbar ist, dass Bremen und Bremerhaven als Kommunen selbst Träger solcher **Quartiersgesundheitszentren** sind oder gemeinnützige Vereine und Organisationen im Aufbau und der Betreuung unterstützten und hierfür Fördermittel zur Verfügung stellen.

In den **Quartiersgesundheitszentren** werden verschiedene Angebote, die teils bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben wurden, unter einem Dach zusammengeführt [2,11]. Verschiedene Gesundheitsberufe arbeiten dort eng zusammen, um eine aufeinander abgestimmte Patient*innenversorgung sicherzustellen. Über die Integration von MVZs in die Quartiersgesundheitszentren soll eine Behandlung durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen vor Ort ermöglicht werden. Über integrierte Hebammenzentren erfolgt eine Versorgung rund um die Schwangerschaft und Geburt.

Eine umfassende Gesundheitsberatung findet über angegliederte Gesundheitspunkte statt. Daneben sollen weitere Beratungsangebote wie eine Pflege-, Sozial- oder Rechtsberatung, vorgehalten werden, weil es hier häufig Schnittstellen zu Gesundheitsproblemen gibt. Wenn beispielsweise ein*e Patient*in mit dauerhaft anhaltenden Kopfschmerzen in die Gesundheitsberatung kommt und in dem Gespräch deutlich wird, dass der*die Patient*in durch die Pflege eines Angehörigen derzeit sehr belastet ist, kann die Pflege- und auch die Sozialberatung hinzugezogen werden, um Lösungen für die belastende Situation zu finden.

An den Quartiersgesundheitszentren soll es neben Angeboten der Gesundheitsversorgung auch ein umfassendes Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention geben, welches sich nach den Bedarfen und gesundheitlichen Problemlagen in den Quartieren richtet. Bei der Planung

solcher Angebote sollen die Menschen vor Ort die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen, um die Patient*innenperspektive in der Gesundheitsversorgung zu stärken. Die Beteiligung ist durch die Kommunen sicherzustellen, beispielsweise über regionale Gesundheitskonferenzen oder andere Beteiligungsformate. Wenn die Kommune nicht selbst Träger des Quartiersgesundheitszentrums ist, soll bei der finanziellen Förderung eines Quartiersgesundheitszentrums eine solche Beteiligung mitgedacht werden. Zudem soll es Räume in den Quartiersgesundheitszentren geben, in welchen Nachbar*innen und Patient*innen sich selbst zu gesundheitlichen Problemlagen im Quartier organisieren können.

Die Quartiersgesundheitszentren sollen in bestehende Versorgungsstrukturen im Quartier eingegliedert werden. Sie sollen eng mit den niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, den aufsuchenden Gesundheitsfachkräften sowie weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung im Quartier zusammenarbeiten und auch als Knotenpunkt zur Vernetzung der verschiedenen Akteure dienen.

Für die Vernetzung mit den verschiedenen Akteuren im Quartier kann eine eigens dafür vorgesehene Stelle in den Quartiersgesundheitszentren eingerichtet werden. Die Aufgabe könnte alternativ auch über die an das Quartiersgesundheitszentrum angegliederten Gesundheitsfachkräfte erfolgen, da diese in vielen Quartieren bereits gut funktionierende Netzwerke aufgebaut haben.

Es gibt schon einige Vorbilder für solche Quartiersgesundheitszentren, Beispiele sind hier die Poliklinik Veddel in Hamburg oder das Gesundheitskollektiv in Berlin. In der vergangenen Legislatur konnte in Bremen nach langer konzeptioneller Vorarbeit und mit finanzieller Unterstützung der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz das erste Quartiersgesundheitszentrum in Gröpelingen (LIGA) eröffnen. Träger des LIGA ist der LIGA e.V., ein Verein, der sich während der Entstehungsphase des Quartiersgesundheitszentrums gegründet hat. Das LIGA bietet derzeit eine Beratung zu verschiedensten Gesundheits- und Pflege Themen an, hält

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und unterstützt bei der Terminsuche für eine ärztliche oder psychotherapeutische Versorgung oder dem Ausfüllen von Anträgen. Zudem besteht eine Vernetzung mit einem Hebammenzentrum. Bisher fehlt die ärztliche und therapeutische Versorgung, diese soll entsprechend den Planungen des LIGA e.V. zukünftig noch integriert werden. Zur Weiterentwicklung des LIGA wird das Zentrum weiterhin von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz finanziell gefördert.

Solche Quartiersversorgungszentren bilden bisher noch eine Ausnahme in der Versorgung. Das liegt auch daran, dass es noch keine regulären Rechtsrahmen und Finanzierungskonzepte für solche Zentren gibt und diese somit noch mit viel Organisationsaufwand einhergehen und vielfach auf Projekt- und kommunale Fördermittel angewiesen sind.

Wir fordern hier auf Bundesebene eine Verbesserung dieser Rahmenbedingungen.

Perspektivisch wollen wir, dass solche Quartiersgesundheitszentren in Kombination mit den aufsuchenden Fachkräften die Grundpfeiler in der Primärversorgung in den Quartieren Bremens und Bremerhavens bilden. Eine vollständige Versorgung der Bürger*innen über solche Zentren ist aber vor dem Hintergrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen und auch vor dem Hintergrund der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen derzeit nicht realistisch. Zunächst wollen wir uns bei der Einrichtung solcher Zentren daher auf die sozial benachteiligten Quartiere fokussieren, wo der Versorgungsbedarf am größten ist und die derzeitigen Versorgungsangebote nicht mehr ausreichend sind.

Zudem ist es realistisch, die Zentren zunächst auf Regionsebene einzurichten und bei Bedarf auf Quartiersebene weitere Zentren einzurichten. Konkret fordern wir als nächsten Schritt die **Etablierung**

eines Quartiersgesundheitszentrums für den Bremer Süden. So wollen wir auch nach der Schließung des Klinikums Links der Weser für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Menschen vor Ort sorgen. Für die Einrichtung fordern wir vom Gesundheitsressort die Bereitstellung finanzieller Mittel hierfür und wir werden auch eigene Fraktionsmittel bereitstellen.

4. Quartiere so gestalten, dass ein gesundes Leben möglich wird

Um gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig abzubauen, braucht es neben Maßnahmen der Gesundheitspolitik auch Maßnahmen aus anderen Bereichen wie Bildung, Soziales oder Wohnen. Wir fordern daher die **Entwicklung einer ressortübergreifenden Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit** beziehungsweise die Beteiligung weiterer Ressorts an der bestehenden Strategie der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Dabei sollen, ähnlich wie bei der Drogenhilfestrategie, auch Maßnahmen in anderen Ressorts entwickelt und umgesetzt werden, welche dem Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit dienen. Denkbar sind beispielsweise Maßnahmen zur Gesundheitsbildung, -förderung und -prävention, die durch die Senatorin für Kinder und Bildung umgesetzt werden oder Maßnahmen zur gesunden Stadtentwicklung, die bei der Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung angesiedelt sind.

5. Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten systematisch planen

Um die Lebensbedingungen auch langfristig in den Quartieren gesundheitsförderlich zu gestalten, müssen Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in eine kommunale Gesamtstrategie eingebettet sein, welche sich an die Voraussetzungen und Bedarfe der einzelnen

⁴ Wohnen im Quartier.

Quartiere anpassen lässt. Eine solche Strategie muss eine Bedarfserhebung auf Quartiersebene beinhalten, welche bereits bestehende Strukturen vor Ort erfasst und Doppelstrukturen sowie Lücken identifiziert. Anschließend werden Handlungsfelder und Ziele benannt und geeignete Maßnahmen entwickelt. Die Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt und über die verschiedenen Lebensphasen hinweg miteinander verknüpft werden (Präventionsketten).

Abschließend muss nach einiger Zeit geprüft werden, ob die Ziele erreicht wurden. Bei Bedarf muss die Strategie angepasst werden. Zur Umsetzung von Maßnahmen in den einzelnen Quartieren sollen perspektivisch Quartiersbudgets für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert werden.

Die Entwicklung und Umsetzung einer solchen Strategie könnten vom öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durchgeführt werden. Die Aufgabe der Gesundheitsplanung und das Hinwirken auf gesunde Lebensbedingungen ist bereits als Aufgabe im Gesetz über den ÖGD im Land Bremen festgeschrieben. Derzeit füllt der ÖGD diese Rolle nicht voll aus. Das ist unter anderem historisch bedingt. Vor der Corona-Pandemie wurde der ÖGD jahrelang vernachlässigt und war personell wie finanziell schlecht aufgestellt. Seine Tätigkeiten beschränkten sich vorrangig auf den Infektionsschutz, bei der Gestaltung gesunder Lebenswelten spielte er hingegen kaum eine Rolle. Im Rahmen des ÖGD-Packtes, welcher noch bis 2026 läuft, wurde dieser Missstand erkannt und der Bund stellt daher Geld bereit, um den ÖGD künftig besser auszustatten.

Bei der künftigen Weiterentwicklung des ÖGD muss darauf geachtet werden, dass mehr Expertise im Bereich der Gesundheitsplanung sowie Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut wird, damit der ÖGD seiner angedachten Rolle in diesem Bereich auch gerecht werden kann. Ein Projekt, welches erste Ansätze einer Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung und Prävention erkennen ließ, war das von 2021-2023 durchgeführte Projekt

„Kommunaler Strukturaufbau“, welches am Gesundheitsamt in Bremen angesiedelt war. Für den Bremer Süden und Osten wurden im Rahmen des Projektes Bedarfe in den Quartieren erhoben und Handlungsempfehlungen abgeleitet, um die Lebenswelten vor Ort gesundheitsfördernd zu gestalten. Seit 2022 gibt es ein solches Projekt auch in Bremerhaven. Wir fordern, dass aufbauend auf den Erfahrungen dieser Projekte die Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Quartieren Bremens und Bremerhavens vom ÖGD entwickelt und umgesetzt wird.

Ausblick

Uns ist bewusst, dass die Probleme in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten über die der in diesem Strategiepapier aufgegriffenen Problematiken hinaus gehen. Das betrifft unter anderem Themen wie Zugangsbarrieren zur Versorgung aufgrund von rechtlichen Hürden (beispielsweise für asylsuchende und geflüchtete Menschen, erwerbslose EU-Bürger*innen oder Menschen ohne Papiere) oder aufgrund von Diskriminierung, welche einige Menschen in der Gesundheitsversorgung erfahren. Auch die psychiatrische Versorgung und die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung und damit zusammenhängende gesundheitliche Ungleichheiten haben wir in diesem Papier außen vorgelassen.

Wir wollen uns mit diesen Themen künftig gesondert auseinander setzen und verstehen dieses Strategiepapier daher als einen ersten Aufschlag, um das Thema gesundheitliche Ungleichheiten im Land Bremen zu beleuchten und anzugehen. Zudem verstehen wir dieses Strategiepapier nicht als einen abgeschlossenen Prozess oder ein fertiges Produkt, sondern wollen darüber in den Austausch mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung in den Quartieren kommen, um unsere Gesundheitspolitik diesbezüglich weiter-

zuentwickeln und um eine umfassende Strategie für eine gerechte Gesundheitsversorgung im Quartier gemeinsam zu arbeiten.

Unsere Forderungen in Kürze zusammengefasst.

Wir wollen...,

...dass die Gesundheitsversorgung unabhängig vom sozialen Status der Menschen in Bremen und Bremerhaven sichergestellt wird. Hierfür fordern wir:

- die Einrichtung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren in medizinisch unterversorgten Quartieren mit niedrigem Sozialindex. Mit der Planung und Umsetzung eines ersten Zentrums soll in dieser Legislatur begonnen werden, anschließend sollen aufbauend auf den dabei gesammelten Erfahrungen weitere Zentren entstehen.

- die Einrichtung von mindestens zwei weiteren Gesundheitspunkten, einen im Bremer Westen und einen in Bremerhaven.

- die Einrichtung eines Hebammenzentrums im Bremer Süden.

- die Verstärkung der Gesundheitsfachkräfte im Quartier sowie der regionalen Fachkräfte für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zudem fordern wir mindestens ein zusätzliches Fachkräfte-Tandem für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie die Etablierung von Gesundheitsfachkräften in Kitas in Quartieren mit niedrigem Sozialindex.

...dass die Menschen ganzheitlich und in all ihren Bedarfen versorgt werden. Hierfür fordern wir:

- die Einrichtung von Quartiersgesundheitszentren, in welchen verschiedene Angebote (Gesundheitsversorgung, Gesundheitsberatung, weitere Beratungsangebote wie Sozial- oder Rechtsberatung, Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe) unter einem Dach zusammengefasst werden und verschiedene Berufsgruppen eng miteinander zusammenarbeiten. Zunächst sollen Quartiersgesundheitszentren in Quartieren mit niedrigem Sozialindex eingerichtet werden, in denen die derzeitigen Versorgungsstrukturen für eine ausreichende Gesundheitsversorgung nicht mehr ausreichend sind.

Als nächsten Schritt fordern wir die Etablierung eines Quartiersgesundheitszentrums für den Bremer Süden.

- die Beteiligung von Bürger*innen und Patient*innen an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort über regionale Gesundheitskonferenzen oder andere Beteiligungsformate.

...dass alle Menschen in Bremen und Bremerhaven ein gesundes Leben führen können. Hierfür fordern wir:

- die Entwicklung einer ressortübergreifenden Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beziehungsweise die Einbeziehung weiterer Ressorts in die bestehende Strategie der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Dabei sollen Maßnahmen in anderen Ressorts entwickelt und umgesetzt werden, welche dem Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit dienen.

- dass zukünftig vor allem die Lebensverhältnisse in den Bremer und Bremerhavener Quartieren stärker in den Blick genommen werden und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention etabliert werden, welche auf die gesundheitlichen Problemlagen in den Quartieren angepasst und sinnvoll aufeinander abgestimmt sind.

Hierfür fordern wir die Entwicklung und Umsetzung einer kommunalen Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung und Prävention.

Literatur

1. Landesgesundheitsbericht Bremen 2024. Bremen: Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (Hrsg.).
2. Zimmermann, T. (2023). Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i096-3.0>.
3. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024): Soziale Lage und Gesundheit in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Handreichungen/24-02_Soziale_Lage_und_Gesundheit.pdf.
4. Robert Bosch Stiftung GmbH (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.)
5. Robert Bosch Stiftung GmbH (2020): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.)
6. Huter, K., Becker, L., Kalwitzki, T. und Rothgang, H. (2022): Aktualisierung des GesundheitsberufeMonitorings und der Bedarfsvorausschätzung für ausgewählte Gesundheitsberufe im Land Bremen. Bremen: Uni Bremen Campus GmbH.
7. Kajikhina et al. (2023): Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. In: Bundesgesundheitsbl 2023. 66:1099–1108. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7>.
8. Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz: Gesundheitsförderung und Prävention im Land Bremen. Strategie. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitsfoerderung-und-praevention-im-land-bremen/strategie-31742> [02.05.2024].
9. Böhm, K. und Schönknecht, M. (2022): Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT). Bochum: Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Ruhr-Universität Bochum.
10. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2023): Bedarfsplan 2023. Verfügbar unter: https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/bedarfsplanung_zulassung/bz_bedarfsplan.pdf [02.07.2024].
11. Solidarisches Gesundheitswesen, vdää und vdpp (2022): Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: Solidarisches Gesundheitswesen

Impressum

Fraktion DIE LINKE in der Bremischen Bürgerschaft
Faulenstraße 29 | 28195 Bremen
Telefon: 0421/205297-0
E-Mail: info@linksfraktion-bremen.de
www.linksfraktion-bremen.de
V.i.S.d.P.: Eva Przybyla

Diese Publikation dient ausschließlich der Information. Sie darf weder zur Parteienwerbung noch zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.