Die Auswirkungen sozialer Polarisierung

Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten
Die Auswirkungen sozialer Polarisierung
Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten
Bremer Wohngebieten

Herausgeber:
Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70, 28203 Bremen

Verantwortlich:
Dr. Günter Tempel,
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autor:
Dr. Günter Tempel
Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen
Guenter.Tempel@gesundheitsamt.bremen.de

Auflage: 200
Erscheinungsdatum: 07/2006
Die Auswirkungen sozialer Polarisierung

Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten
Inhalt

Vorwort ................................................................................................................................................. 7

Zusammenfassung ............................................................................................................................... 10

1 Über die Aktualität des Themas „Soziale Ungleichheit und Lebenserwartung“ .. 13

2 Aufbau des Berichtes ......................................................................................................................... 17

3 Methodisches Vorgehen ................................................................................................................... 18

3.1 Vorbemerkungen ............................................................................................................................ 18

3.2 Definition der Untersuchungseinheiten ....................................................................................... 19

3.3 Empirische Basis und Indikatoren ............................................................................................... 22

4 Gesellschaftliche Polarisierung: Ursachen und Verläufe ................................................................. 26

4.1 Armut in Deutschland .................................................................................................................... 26

4.2 Wirtschaftlicher Strukturwandel als Motor gesellschaftlicher Polarisierung ................................ 29

4.3 „Stadt der Reichen, Stadt der Armen“: Die soziale Polarisierung in den Städten ....................... 30

4.4 Segregation und Ausgrenzung ..................................................................................................... 34

5 Sozialräumliche Entwicklungen in der Stadt Bremen ..................................................................... 36

5.1 Bevölkerungsentwicklung .......................................................................................................... 36

5.2 Erwerbstätigkeit ............................................................................................................................ 38

5.3 Armut ............................................................................................................................................ 40

5.4 Bildungsbeteiligung ....................................................................................................................... 42

5.5 Wahlverhalten ............................................................................................................................... 43

6 Die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Sterblichkeit 45

6.1 Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt .................................................................................. 45

6.2 Gesamtsterblichkeit ....................................................................................................................... 47

6.3 Vorzeitige Sterblichkeit ................................................................................................................. 50

6.4 Vermeidbare Sterblichkeit ............................................................................................................ 53

6.5 Vermeidbare Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen .................................................. 57

6.5.1 Sterbefälle durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (15 bis 64 Jahre) ........................................................................................................ 57

6.5.2 Sterbefälle durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 – 64 Jahre) .......... 61

6.5.3 Sterbefälle durch ischämische Herzkrankheiten sowie durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35 – 64 Jahre) ................................................................. 63

6.6 Säuglingssterblichkeit ................................................................................................................... 65

7 Resümee ............................................................................................................................................ 68

8 Aktueller und künftiger Handlungsbedarf – eine Skizze ................................................................. 73
„Der Hauptgrund, weshalb ich ... das Bedürfnis verspüre, mich mit Politik zu beschäftigen ..., lag immer in dem Unbehagen angesichts des Schauspiels der ungeheuerlichen, ebenso jedes Maß übersteigenden wie ungerechtfertigten Ungleichheiten zwischen Reichen und Armen ... . Ungleichheiten, die besonders auffällig sind und, da sich das moralische Gewissen allmählich verändert, immer bewusster miterlebt werden von jemanden, der, wie ich, in eine bürgerliche Familie hineingeboren und in ihr erzogen wurde, wo die Klassenunterschiede noch deutlich hervortraten. Diese Unterschiede wurden besonders sichtbar während der langen Ferien auf dem Land, wo wir, die Städtler, mit den Bauernkindern spielten. Zwischen uns bestand zwar ein ganz und gar herzliches Verhältnis, und die Klassenunterschiede waren vollkommen irrelevant, aber der Kontrast zwischen unseren Häusern und ihren, zwischen unserem Essen und ihrem, zwischen unserer Kleidung und ihrer (sommers gingen sie barfuß) entging uns nicht. Jedes Jahr, wenn wir für die Ferien dorthin zurückkamen, erfuhren wir, dass einer unserer Spielkameraden während des Winters an Tuberkulose gestorben war. Dagegen erinnere ich mich nicht, dass auch nur ein einziger meiner Schulkameraden in der Stadt auf Grund irgendeiner Krankheit gestorben wäre.“ ¹


¹ Bobbio (1994), S. 90f
Vorwort


Mit der wachsenden gesellschaftlichen Kluft dürften sich die sozialen Unterschiede vor Krankheit und Tod ebenfalls vergrößern. Zwar führen materielle Notlagen hierzulande nicht zu einem weitgehenden Ausschluss von der medizinischen Versorgung, allerdings ist mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz die finanzielle Belastung einkommens-

² So haben Männern, deren Einkommen ins oberste Quartil der Einkommensverteilung fällt, eine Lebenserwartung von 82 Jahren. Demgegenüber haben Männer, deren Einkommen ins unterste Quartil fällt, eine Lebenserwartung von 72 Jahren (Lademann, Kolip (2005), S. 16)
³ Belwe (2005)
schwacher Haushalte im Krankheitsfall deutlich gestiegen. Hinzu kommen die psycho-
sozialen Auswirkungen dauerhafter Armut und langer Arbeitslosigkeit. Aus Studien
über die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit geht hervor, dass Arbeitslosigkeit
die Entwicklung schwerwiegender, insbesondere psychischer Erkrankungen begünstigt,4
zudem gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und
erhöhter Sterblichkeit.5

Die sozialmedizinischen Konsequenzen divergierender Lebensverhältnisse sind das zent-
rale Thema der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung in den nächsten zwei Jah-
ren. Dabei werden die Fachabteilungen des Bremer Gesundheitsamtes Problemlagen
aus ihrer Perspektive schildern und Lösungsvorschläge machen. Die vorliegende Arbeit
bildet den Auftakt dieser Berichtreihe. Sie beschreibt die Ausweitung sozialer Gegen-
sätze in der Stadt Bremen und analysiert, wie parallel die Unterschiede in der Lebens-
erwartung und Sterblichkeit zwischen privilegierten und sozial benachteiligten Wohn-
gegenden zunahmen. Zwar stoßen die Interventionsmöglichkeiten der kommunalen
Politik in diesem Fall an Grenzen. Quartiersorientierte Maßnahmen, wie das von der
Stadt Bremen geförderte Programm „Wohnen in Nachbarschaften - WiN“, zeigen je-
doch, dass konkrete Projekte „vor Ort“ wichtige Beiträge zur Bewältigung schwieriger
Lebensverhältnisse leisten können.

Zum Gelingen dieses Berichtes trugen auch Kolleginnen und Kollegen außerhalb des
Hauses bei. Danken möchten wir Dr. Petra Buhr6, PD Dr. Uwe Helmert7 und Dr. Werner
Petrowsky8, die sich als Diskussionspartner zur Verfügung stellten und die durch kri-
tische Anmerkungen und zusätzliche Informationen wichtige Impulse gaben. Unser
Dank gilt aber auch dem Statistischen Landesamt Bremen, und hier vor allem
Dr. Karsten Drescher, für die Bereitstellung von Daten und die Validierung der
Ergebnisse.

4 Robert Koch-Institut (Hg.) (2003)
5 a.a.O., S. 16
6 Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
7 Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
8 Institut für Soziologie, Universität Bremen
Als Planungsinstrument hat die Kommunale Gesundheitsberichterstattung die Aufgabe, Probleme zu benennen und Entscheidungsträger qualifiziert zu informieren. Mit ihren Themen wendet sich die Gesundheitsberichterstattung aber auch an die politische Öffentlichkeit. Wir hoffen daher, mit diesem Bericht sowie mit den daran anknüpfenden Arbeiten zum gesellschaftlichen Diskurs über die Gestaltung von Lebensverhältnissen beizutragen.

Bremen, im April 2006

Prof. Dr. Jochen Zenker, Amtsleiter
Zusammenfassung


Bei den Frauen weitete sich die Kluft in der Lebenserwartung und Sterblichkeit nicht ganz so dramatisch. In den bürgerlichen Vierteln stieg die mittlere Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens um sechs Lebensjahre von 77,5 (1979) auf 83,5 Jahre (2003). In den Arbeitevierteln nahm die mittlere Lebenserwartung um 5,4 Jahre zu, sie stieg von 74,2 auf 79,6 Jahre. In den Hochhaussiedlungen stieg die mittlere Lebenserwartung um 4,9 Jahre von 76 auf 80,9 Jahre. Auch bei den Frauen ging zwischen 1970 und 2003 die Gesamtmortalität in den bürgerlichen Vierteln mit -43,3% am stärksten zurück. In den Arbeitevierteln nahmen die Rate um -39,2% ab, in den Hochhaussiedlungen um -28,2%. Bei der vorzeitigen Sterblichkeit halbierte sich in den bürgerlichen Vierteln die Rate (-50,5%). In den Arbeitevierteln (-37,5%) und vor allem in den Hochhaussiedlungen (-14,4%) war dagegen der Rückgang deutlich schwächer. Die vermeidbare Sterblichkeit reduzierte sich in den bürgerlichen Vierteln um -26,1%. In den Arbeitevierteln betrug der Rückgang -22,9%, in den Hochhaussiedlungen

Eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung dürfte die sich schon seit längerem vollziehende Konzentration gesellschaftlicher Problemgruppen in den Arbeitervierteln und Hochhaussiedlungen der Großstädte sein. Außerdem ist die Lebenssituation sozialer Unterschichten schwieriger geworden. Der Abstand im Lebensstandard zwischen Armen und dem Bevölkerungsdurchschnitt hat zugenommen, und die Beschäftigungschancen unqualifizierter Arbeitskräfte sind massiv gesunken. Bemerkenswert ist auch, dass sich die Unterschiede in der Lebenserwartung und der Sterblichkeit vor allem bei den Männern vergrößerten. Durch den drastischen Stellenabbau im produzierenden Gewerbe ist für Männer die Gefahr sozialer Deklassierung erheblich gewachsen, was die deutlich zugenommenen Mortalitätsunterschiede erklären könnte. Demgegenüber scheinen Frauen von dem Wandel in Richtung Dienstleistungsgesellschaft (Tertiärisierung) eher zu profitieren.

Über die Aktualität des Themas „Soziale Ungleichheit und Lebenserwartung“


9 So der Titel einer Monografie über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Oppolzer 1986)
12 2003 wurden in der Stadt Bremen 60 Tuberkulosefälle registriert, in ganz Deutschland 7.330 Fälle. Dies entspricht einer Inzidenz von 8,9/100.000 Einwohner (vgl. Robert Koch-Institut (Hg.) (2005)).
13 Wiesner (2001), S. 9
14 Johansen (1978), S. 101
15 a.a.O., S. 101


16 Funk (1911)
17 a.a.O., S. 11
18 a.a.O., S. 11


---

23 Noll, Weick (2005), S. 2
24 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005), S. 19
25 Noll, Weick (2005), S. 3
27 Noll, Weick (2005), S. 4
28 Buhr (2004), S. 14
29 In seinen Grundzügen zeigte sich dieser Trend bereits in den 1980er Jahren (Häußermann (2000), S. 13)
30 Häußermann, Siebel (2001), S. 60f
Sozialforscher befürchten, dass auf diese Weise eine neue Qualität gesellschaftlicher Benachteiligung entsteht, die letztendlich die dauerhafte Ausgrenzung eines Teils der Großstadtbevölkerung bewirkt.\textsuperscript{31} Eine schärfer werdende Segregation kann Ausgrenzungen weiter verstärken, sie kann aber auch selbst die Ursache für Ausgrenzung und Desintegration sein. Aus benachteiligten Gebieten werden dann benachteiligende Wohnviertel.\textsuperscript{32} Eine „schlechte Adresse“ macht die Stellensuche oder die Eröffnung eines Bankkontos schwieriger,\textsuperscript{33} und in Nachbarschaften, in denen Abgestiegen, Auffällige und Ausgegrenzte die Szenerie prägen, lernen Kinder und Jugendliche gesellschaftlich akzeptierte Rollen vielleicht erst gar nicht kennen. In solchen Milieus entstehen Subkulturen, die ihre Mitglieder gegenüber der Gesellschaftsmehrheit sozial isolieren.\textsuperscript{34}

Diese räumliche Abschottung gesellschaftlicher Gruppen dürfte sich auch in der Sterblichkeit abbilden. Es ist zu erwarten, dass die Mortalitätsunterschiede zwischen den Wohnvierteln der Armen und der Wohlhabenden zunehmen, Hinweise auf einen solchen Trend finden sich bereits in den beiden zitierten Gesundheitsberichten des Landes Bremen. Für eine Ausweitung dieser Kluft lassen sich zwei Erklärungen anführen: Sie kann darauf zurückgehen, dass sich soziale Unterschichten, die bekanntermaßen hohe Gesundheitsrisiken aufweisen, mehr und mehr in bestimmten Stadtvierteln konzentrieren.\textsuperscript{35} Sie kann aber auch ein Indiz dafür sein, dass die Lebensverhältnisse innerhalb dieser Gesellschaft dabei sind, sich auseinander zu entwickeln.\textsuperscript{36} Der vorliegende Bericht versucht, diese Fragen zu klären.

\textsuperscript{31} Häußermann (2000)
\textsuperscript{32} Kapphan, Häußermann (2004)
\textsuperscript{34} Häußermann (2000), S. 19f
\textsuperscript{35} Tempel, Witzko (1994), S.343
\textsuperscript{36} a.a.O., S.343
2 Aufbau des Berichtes

Im folgenden Kapitel (Kapitel 3) werden das methodische Konzept und die empirische Basis des Berichtes vorgestellt. Dem schließt sich in Kapitel 4 eine Darstellung zum Stand der Armutsforschung in Deutschland an. U.a. wird erörtert, ob die sich öffnende Schere zwischen Arm und Reich eine Folge des Wandels hin zur Dienstleistungsökonomie ist. Den thematischen Schwerpunkt dieses Kapitels bildet die wachsende soziale Segregation, deren Hintergründe und Folgen ausführlicher beschrieben werden.

In Kapitel 5 wird die sozialräumliche Entwicklung in der Stadt Bremen während der letzten drei Jahrzehnte nachgezeichnet, Ausgangspunkt ist die Situation im Jahr 1970. Die Beschreibungen erfolgen auf der Basis demografischer und volkswirtschaftlicher Indikatoren der amtlichen Statistik.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse untersucht Kapitel 6 die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung und der Sterblichkeit in den einzelnen Stadtgebieten. Im Sinne einer als handlungsanleitend verstandenen Gesundheitsberichterstattung konzentrieren sich die Analysen auf Todesfälle und Todesursachen, die Epidemiologen übereinstimmend als vermeidbar ansehen. Eine hohe Rate vermeidbarer Sterblichkeit kann ein Hinweis sein auf besondere Gesundheitsrisiken und damit auf Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung, sie kann aber auch auf Lücken im medizinischen Versorgungssystem hindeuten.

Der Bericht schließt mit einem Resümee und einer daraus abgeleiteten Erörterung denkbarer Handlungsstrategien. Es wäre verhängnisvoll, die sich abzeichnende Verschärfung gesellschaftlicher Gegensätze als unausweichlich hinzunehmen. Die Folge wäre eine dauerhafte Ausgrenzung benachteiligter Bevölkerungsgruppen, denen die Mittel und häufig auch die Fähigkeiten fehlen, ihre Lage selbstständig zu überwinden. Allemal besser als resignierende Passivität ist die Suche nach kreativen Lösungen, die trotz der finanziellen Nöte der öffentlichen Hand immer noch möglich sind.
3 Methodisches Vorgehen
3.1 Vorbemerkungen

In Deutschland enthält die Mortalitätsstatistik keine Angaben, die direkte Rückschlüsse auf den sozialen Status von Verstorbenen erlauben. Neben dem Geschlecht, dem Alter, der Nationalität und der Todesursache wird lediglich noch der letzte (Haupt-)Wohnsitz der gestorbenen Person registriert. Um dennoch den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Sterblichkeit darstellen und Veränderungen beschreiben zu können, muss man einen Umweg gehen. Stadtviertel werden durch die Sozialstruktur ihrer Bewohner geprägt, insofern verrät die Adresse auch etwas über den sozialen Status der Verstorbenen. Wohnte z.B. eine verstorbene Person in einem Wohngebiet sozialer Oberschichten, hatte diese Person zu Lebzeiten wahrscheinlich ebenfalls einen hohen sozialen Status (und umgekehrt).

3.2 Definition der Untersuchungseinheiten


Als Arbeiterviertel gelten Ortsteile, in denen zum Zeitpunkt der Studie 1.) ein relevanter Teil der Bremer Arbeiterchaft lebte (mehr als 2%) und in denen 2.) ein überdurchschnittlicher Anteil der Erwerbsbevölkerung aus Arbeitern bestand (mindestens 50%). Arbeiterviertel sind demnach die Ortsteile Hemelingen, Lindenhof, Gröpelingen, Ohlenhof, Oslebshausen, Aumund-Hammersbeck, Fähr-Lobbendorf, Blumenthal, Rönnebeck und Lüssum-Bockhorn.

---

37 Fassbinder, Häußermann, Petrowsky (1975)
38 a.a.O., S. 43ff
Der soziale Gegenpol zu den Arbeitervierteln sind die bürgerlichen Viertel, in denen sich statushöhere Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Zur Bestimmung der bürgerlichen Viertel Bremens wurde folgendes Kriterienraster angelegt:39

1.) Die höchsten Anteile von Hochschulabsolventen an der Wohnbevölkerung, 2.) die höchsten Anteile Selbstständiger an der Erwerbsbevölkerung, 3.) die niedrigsten Arbeiteranteile an der Erwerbsbevölkerung, und 4.) die niedrigsten Arbeiter- und Angestelltenanteile an der im produktiven Gewerbe beschäftigten Erwerbsbevölkerung. Nach diesen Kriterien sind alle Ortsteile des Stadtteils Schwachhausen (Neu-Schwachhausen, Bürgerpark, Bürgerweide-Barkhof, Riensberg, Radio Bremen, Schwachhausen, Gete) sowie Oberneuland bürgerliche Viertel.40


39 a.a.O., S. 48
40 In der zitierten Studie wurde Oberneuland wegen der Lage am Stadtrand und der damals relativ geringen Einwohnerzahl allerdings nicht weiter berücksichtigt (a.a.O.: S. 48).
41 Stand: 1995

Ortsteile, in denen nach der Volkszählung von 1970 weniger als 1.000 Einwohner lebten, wurden bei dieser Typisierung nicht berücksichtigt. Dies betrifft die Hafengebiete Bremens sowie die ländlich geprägten Ortsteile Seehausen, Strom, Werderland, Blockland und das zum Stadtteil Gröpelingen gehörende Parzellengebiet In den Wischen.

43 Infolge dieser Zuzüge sank, entgegen dem allgemeinen Trend, in diesen Vierteln das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung.
44 Haußermann, Siebel (1987)
45 Die Stadtsoziologie bezeichnete die Aufwertung innerstädtischer Wohnviertel als „Gentryfication“.
46 Ortsteile Handelshäfen, Industriehäfen, Stadtbremisches Überseehafengebiet Bremerhaven, Neustädter Häfen, Hohentorshafen
3.3 Empirische Basis und Indikatoren

Zur Beschreibung der sozio-ökonomischen Entwicklung in den einzelnen Gebietstypen ließen sich der veröffentlichten amtlichen Statistik folgende Informationen entnehmen:47

Kasten 1: Sozio-ökonomische Indikatoren der amtlichen Routinestatistik

Bevölkerungsentwicklung

- Einwohnerzahl nach deutscher/ausländischer Wohnbevölkerung (ab 1970 jährlich. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)

Arbeitsmarktinintegration der Bevölkerung

- Zahl der Arbeitslosen (ab 1999 jährlich. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)

Armut

- Zahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU, ab 1999 jährlich. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)

Bildungsbeteiligung / soziale Aufstiegschancen


Politische Teilhabe

- Wahlbeteiligung bei Bürgerschaftswahlen (ab 1971. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)
- Stimmanteile der einzelnen Parteien (ab 1971. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)


47 Statistisches Landesamt Bremen (Hg.) (2004): Bremen Kleinräumig 2003


Der Begriff „vermeidbare Sterblichkeit“ verweist auf Todesursachen, die in bestimmten Altersgruppen unter der Voraussetzung optimaler medizinischer Versorgung und umfassender Präventionsmaßnahmen nicht auftreten müssten. Eine hohe Rate vermeidbarer Sterblichkeit kann ein Hinweis sein auf Mängel in der gesundheitlichen Versorgung, also in der Prävention bzw. Früherkennung und in der Therapie. Zusammen mit der mittleren Lebenserwartung und der vorzeitigen Sterblichkeit gehört die vermeidbare Sterblichkeit zu den Ergebnisindikatoren (outcomes) der Gesundheitsberichterstattung.

---
48 vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003), S.90f
Der aktuelle Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder führt folgende Todesursachen als vermeidbar auf:\footnote{Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003), S.108f. Der Wechsel der Todesursachenkodierung von ICD-9 zu ICD-10 erfolgte am 1.1.1998.}

**Kasten 2: Vermeidbare Todesursachen gemäß dem Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Dritte, neu bearbeitete Fassung)**

| 1. | Bösartige Neubildung der Zervix uteri (15 – 64 Jahre) | ICD-9 180 | ICD-10 C53 |
| 2. | Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag gestorbene Kinder) | ICD-9 001-999 | ICD-10 A00-T98 |
| 3. | Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 – 64 Jahre) | ICD-9 175 | ICD-10 C50 |
| 4. | Ischämische Herzkrankheiten (35 – 64 Jahre) | ICD-9 410-414, 429.2 | ICD-10 I20-I25 |
| 6. | Bösartige Neubildung der Luftrohre, Bronchien und Lunge (15 – 64 Jahre) | ICD-9 162 | ICD-10 C33-C34 |
| 7. | Chronische Leberkrankheit und Zirrhose (15- 74 Jahre) | ICD-9 571 | ICD-10 K70-K77 |
| 8. | Kfz-Unfälle im Verkehr und außerhalb des Verkehrs (alle Altersgruppen) | ICD-9 E810-E825 | ICD-10 V01-V99 |


Vermeidbare Todesfälle kommen vor allem in jüngerer Zeit nicht mehr so häufig vor, insofern ist eine nach Jahr, Todesursachen und Gebietstyp differenzierte Darstellung wegen der zu erwartenden kleinen Fallzahlen schwierig. In den Ergebnisdarstellungen werden daher nur die häufiger auftretenden Todesursachen, kumuliert über 5-Jahres-Zeiträume, aufgeführt.
Aus der Höhe der Säuglingssterblichkeit lassen sich ebenfalls Rückschlüsse auf besondere Gesundheitsrisiken, aber auch auf die Inanspruchnahme und das Niveau der medizinischen Versorgung ziehen. Die Säuglingssterblichkeit berechnet sich über die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeburten im Berichtszeitraum.

## 4 Gesellschaftliche Polarisierung: Ursachen und Verläufe

### 4.1 Armut in Deutschland

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Beobachtung, dass in Deutschland die Armut wächst und die soziale Polarisierung zunimmt. Diese Entwicklung dürfte u.a. dazu führen, dass sich die Gesundheitschancen sozialer Unterschichten relativ verschlechtern.

### Was heißt „arm“?


Nach dem Ressourcenansatz gelten Menschen als arm, wenn sie über zuwenig Einkommen (Ressourcen) verfügen, um sich Dinge leisten zu können, die zu einem als normal erachteten Lebensstandard gehören. Hier liegt die Schwierigkeit darin festzulegen, ab welchem Einkommen die Armutsschwelle beginnt. Hilfsweise kann die Sozialhilfeschwelle als Armutsgrenze verwendet werden. Gebräuchlicher sind jedoch Definitionen, die Bezug nehmen auf die Einkommensverteilung in der Gesellschaft. Danach gilt als arm, wer nur über ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen verfügt. Gängig sind die 50%- oder die 60%-Grenze; d.h., Haushalte oder Personen, deren Einkommen höchstens 50% bzw. 60% des gesellschaftlichen Durchschnittseinkommen beträgt, werden als arm bezeichnet. Der Lebenslagenansatz hingegen betrachtet Armut zwar auch, aber nicht nur unter finanziellen Gesichtspunkten. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht vielmehr die Frage, in welchen Lebensbereichen (z.B. Wohnen, Gesundheit) eine konkrete Unterversorgung vorliegt. Welche Verhältnisse als Unterversorgung anzusehen sind, ist wiederum Definitionssache.

---

50 Buhr (2004), S. 5
51 a.a.O., S. 7
52 a.a.O., S. 7
53 a.a.O., S. 7
54 a.a.O., S. 7
55 a.a.O., S. 8
56 a.a.O., S. 8


Allerdings schützt auch Erwerbstätigkeit nicht vor Armut. Entscheidend ist die konkrete Erwerbskonstellation im Haushalt: In Haushalten mit zwei Erwerbstätigen kommt Armut selten vor. Dagegen wächst das Armutsrisiko in Haushalten mit nur einem Erwerbstätigen erheblich, insbesondere wenn die Erwerbstätigkeit auf unsicheren Beschäftigungsverhältnissen beruht oder wenn selbstständige Tätigkeiten ausgeübt werden. Auch bei einem fast mittleren Verdienst gibt es nicht selten Armut, berichtet wird eine Armuts-
quote von 19%. Erwerbstätige und trotzdem arme Haushalte (working poor) gibt es also auch in Deutschland. Im Vergleich mit den USA mag der Anteil der working poor zwar noch relativ gering sein, im Vergleich mit anderen europäischen Staaten ist dieser Anteil aber "durchaus beachtlich".


Darüber hinaus gibt es Befürchtungen, dass sich die Gesundheitschancen einkommensärmerer Bevölkerungsgruppen verschlechtern. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsge setz sind eine Reihe bisheriger Kassenleistungen weggefallen; u.a. werden Brillen und Kontaktlinsen für Personen ab 18 Jahren nicht mehr bezuschusst, und die Kosten für medizinisch notwendige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente müssen jetzt von den Patienten selbst getragen werden. Eingeführt wurden ferner die sog. Praxisgebühr sowie Zuzahlungen für alle Kassenleistungen, in der Summe können diese Selbstbehalte bis zu 2% des jährlichen Bruttoeinkommens ausmachen. Für Bezieher

\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{65} a.a.O., S. 12}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{66} a.a.O., S. 13}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{67} a.a.O., S. 23}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{68} a.a.O., S. 23}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{69} a.a.O., S. 24}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{70} a.a.O., S. 24}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{71} Ausgenommen sind Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Ausgenommen sind auch Erwachsene mit schwer wiegenden Erkrankungen, deren Behandlung mit rezeptfreien Arzneimitteln zum Therapiestandard gehört.}}\]
\[\text{\footnotesize {\textsuperscript{72} Ausgenommen sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres}}\]
niedriger Einkommen bedeuten die neuen Regelungen eine besondere Härte. Die selbst zu tragenden Behandlungskosten mindern das ohnehin geringe Einkommen weiter, was eigentlich nur durch Kürzung anderer Ausgaben aufgefangen werden kann.\textsuperscript{73} Von daher ist es denkbar, dass arme Bevölkerungsgruppen eher bereit sind, medizinische Behandlungen hinauszuzögern, mit entsprechend negativen Folgen für die Gesundheit. Gebühren und Zuzahlungen würden dann als Zugangsbarriere zum Versorgungssystem wirken. Erfahrungen aus anderen Ländern legen einen solchen Schluss nahe,\textsuperscript{74} in Deutschland sind die Erkenntnisse zu den sozialen Auswirkungen der Gesundheitsreform aber noch zu widersprüchlich für ein abschließendes Urteil.\textsuperscript{75} Zumindest bei Fällen extremer Armut existieren jedoch konkrete Hinweise auf die Barrierefunktion der neuen Regelungen. So registriert die Medizinische Notversorgung für Obdachlose in der Stadt Bremen einen sprunghaften Anstieg der Hilfe suchenden Personen.\textsuperscript{76} 2004 wurden in der Einrichtung 139 Personen medizinisch versorgt, 2005 (ohne den Monat Dezember) waren es nach einer ersten Übersicht 335.

4.2 Wirtschaftlicher Strukturwandel als Motor gesellschaftlicher Polarisierung


\textsuperscript{73} Buhr (2004), S. 25
\textsuperscript{74} a.a.O., S. 25
\textsuperscript{75} vgl. Zok (2005), Financial Times Deutschland vom 1.9.2005
\textsuperscript{76} Die Medizinische Notversorgung für Obdachlose wird getragen vom Verein zur Förderung der medizinischen Versorgung Obdachloser im Lande Bremen e.V., dem u.a. das Gesundheitsamt Bremen angehört. Das Angebot richtet sich an die etwa 400 bis 600 wohnungslosen Personen in Bremen, die zweimal in der Woche die Möglichkeit haben, in einem Café für Wohnungslose die Sprechstunde aufzusuchen.
\textsuperscript{77} vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005), S. 77, Tabelle 3.2
27,71 Mio. Erwerbstätige. Hoffnungen, der expandierende Dienstleistungsbereich werde die Arbeitsplatzverluste im produzierenden Gewerbe ausgleichen, erfüllten sich aber bislang nur teilweise.


4.3 „Stadt der Reichen, Stadt der Armen“:79 Die soziale Polarisierung in den Städten

Seit den 1990er Jahren berichten Stadtforscher aus den USA und aus Europa über eine Verschärfung sozialer Segregation. Diagnostiziert wird die „Spaltung der Stadt“ in einen Armuts- und Reichtumspol. Auch von der „Krise der sozialen Stadt“, die ihre Funktion als gesellschaftliche „Integrationsmaschine“ zunehmend verliere, ist die Rede.80 Ob dieser Befund so stimmt oder ob nicht vielmehr die Stadt schon immer Ort der Integration, aber auch der Ausgrenzung von Bevölkerungsgruppen war,81 ist in diesem Zusammenhang unwesentlich.

78 vgl. im Folgenden Häußermann, Siebel (1995), S. 81ff
79 Nach einem Aufsatz von Héritier (1988)
80 Häußermann (2000)
81 Krämer-Badoni (2001)

82 Hübinger (1999), S. 19
83 Häußermann (2000), S. 13
84 Wilson (1987)
Was ist Segregation?


Wenn über Konzentrationstendenzen ethnischer Gruppen in einzelnen Stadtteilen berichtet wird, fällt mit Blick auf die Zustände in amerikanischen Innenstädten manchmal der Begriff „Ghetto“. Ein Ghetto ist ein Wohngebiet, in dem fast ausschließlich Angehörige einer (ethnischen) Gruppe leben. Diese Gruppe lebt dort zwangsweise und wird von der Mehrheitsgesellschaft ausgegrenzt. Derartig extreme Verhältnisse gibt es in Deutschland aber nicht, und sie sind selbst unter pessimistischen Annahmen auch nicht zu erwarten.86

86 vgl. Häußermann, Siebel (2001), S. 41

87 Häußermann (2000), S. 15ff
88 Häußermann, Siebel (2001), S. 41
89 Häußermann (2000), S. 15
90 Häußermann, Siebel (2000), S. 134
91 Häußermann, Siebel (2000), S. 134
92 Häußermann (2000), S. 17
93 Häußermann, Siebel 2001, S. 61
Probleme in der Nachbarschaft verlassen Haushalte, die nicht zu den Verlierern des Strukturwandels gehören, das Wohnquartier. Die Konzentration sozialer Probleme nimmt dadurch nochmals zu und löst weitere Abwanderungen aus.94

4.4 Segregation und Ausgrenzung

Stadtteile, in denen sich die sozial Deklassierten und Diskriminierten der Gesellschaft sammeln, sind nicht nur die „Orte der Ausgegrenzten“. Sie können auch „ausgrenzende Orte“ sein, die sozialen Aufstieg blockieren.95

Wie funktioniert gesellschaftliche Ausgrenzung?

Gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse (Exklusionen) vollziehen sich auf verschiedenen Ebenen,96 etwa indem die Betroffenen keinen Zugang mehr zum Arbeitsmarkt finden (ökonomische Ebene), indem dauerhafter Mangel eine als gesellschaftlicher Standard angesehene Lebensführung verhindert (Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe) oder indem der Zugang zu politischen bzw. zu sozialstaatlichen Institutionen versperrt ist (institutionelle Ebene).97 Auf der kulturellen Ebene entstehen Ausgrenzungen durch negative Bewertungen (Stigmatisierung) und Zurücksetzungen (Diskriminierung). Von Ausgrenzungen auf der sozialen Ebene spricht man, wenn sich nach und nach die sozialen Kontakte auf ähnlich benachteiligte Personen beschränken und durch das Leben in einem geschlossenen Milieu Verbindungen zur Gesellschaft verloren gehen.

Ein Wohnquartier kann Ressourcen bereitstellen, um Ausgrenzung zu überwinden. Es kann aber auch Ressourcen vorenthalten und somit Benachteiligung weiter verstärken. In Gegenden mit hohen Sozialhilfequoten beziehen Sozialhilfeempfänger länger Sozialhilfe als in Gegenden mit geringen Anteilen.98 Möglicherweise behindert die räumliche Konzentration armer Bevölkerungsgruppen individuelle Chancen, Armutslagen zu überwinden. Auch der Quartierstyp ist von Bedeutung.99 In gewachsenen Altbauvierteln

94 Häußermann (2000), S. 17
95 Kronauer (2005), S. 176
97 Das Einfordern sozialstaatlicher Versorgungsansprüche ist mit oft demütigenden Verfahren der Bedürftigkeitsprüfung verbunden. Die so im Alltag erfahrene Machtlosigkeit mündet in Resignation und Skepsis gegenüber politischen Institutionen (Kronauer (2005), S. 175)
98 Farwick (2001)
99 Kronauer (2005), S. 180f


101 Häußermann (2000), S. 20
102 a.a.O., S. 20
5 Sozialräumliche Entwicklungen in der Stadt Bremen

In den zurückliegenden drei Jahrzehnten entwickelten sich die einzelnen Bremer Stadtteile höchst unterschiedlich: Die bürgerlichen Viertel prosperierten auf der Basis einer ohnehin schon guten Ausgangsposition, auch die Wohnquartiere am Cityrand entwickelten sich vergleichsweise positiv. Dagegen zeigen die Arbeiterviertel und die Großsiedlungen am Stadtrand erregende Tendenzen. Insgesamt betrachtet deuten die Indikatoren auf eine wachsende sozialräumliche Polarisierung nach dem oben beschriebenen Muster hin.

5.1 Bevölkerungsentwicklung

Zwischen 1970 und 2002 wuchs in den bürgerlichen Vierteln die Zahl der Einwohner um 4,7%, in den übrigen Gebieten hingegen nahm die Bevölkerung zum Teil deutlich ab (vgl. Grafik 1). Vor allem die Arbeiterviertel verzeichneten Einwohnerverluste, dort verringerte sich die Bevölkerung um -14,5%. Im Beobachtungszeitraum verlor die Stadt Bremen 6,8% ihrer Bewohner, die Einwohnerzahl sank von 582.275 (1970) auf 542.987 (2002). Die Gewinne der bürgerlichen Viertel basieren allerdings hauptsächlich auf dem enormen Einwohnerzuwachs des Ortsteils Oberneuland, ohne Oberneuland ergäbe sich ein Bevölkerungsrückgang von -9,5%.

Grafik 1

Entwicklung der Einwohnerzahl zwischen 1970 und 2002
(1970=100)

-20 -15 -10 -5 0 5 10
in %

bürgerliche Viertel Cityrand Arbeiterviertel Großsiedlungen Stadt Bremen

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Der allgemeine Bevölkerungsrückgang geht auf das Schrumpfen der deutschen Bevölkerung zurück (vgl. Tabelle 1). Vor allem in den Arbeitervierteln und Großsiedlungen nahm die Zahl der Deutschen erheblich ab, zwischen 1970 und 2002 belief sich...
der Rückgang auf über -25%. Für die Stadt Bremen ergibt sich eine Verringerung um -16,9%. In den bürgerlichen Vierteln blieb die Zahl der Deutschen konstant. Hinter dieser Entwicklung steht im wesentlichen die Abwanderung von Mittelschichtfamilien in die Umlandgemeinden Bremens (Suburbanisierung), hinzu kommt der Geburtenrückgang in der deutschen Bevölkerung ab Mitte der 1960er Jahre.


Tabelle 1: Entwicklung der Zahl deutscher und ausländischer Staatsbürger, 1970 bis 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Staatsangehörigkeit</th>
<th>1970</th>
<th>2002</th>
<th>Veränderung (1970=100)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Bürgerliche Viertel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>46.003</td>
<td>46.078</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>842 (1,8%)</td>
<td>2.988 (6,1%)</td>
<td>254,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cityrand</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>23.901</td>
<td>19.582</td>
<td>-18,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>1.338 (5,3%)</td>
<td>2.665 (12,0%)</td>
<td>99,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Arbeiterviertel</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>99.260</td>
<td>73.236</td>
<td>-26,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>4.164 (4,0%)</td>
<td>15.190 (17,2%)</td>
<td>264,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Großsiedlungen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>63.016</td>
<td>46.910</td>
<td>-25,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>555 (0,9%)</td>
<td>10.600 (18,4)</td>
<td>1.809,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Stadt Bremen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>569.371</td>
<td>472.988</td>
<td>-16,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>12.793 (2,2%)</td>
<td>69.976 (12,9)</td>
<td>447</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

5.2 Erwerbstätigkeit

Das Ausmaß der Arbeitslosigkeit, hier berechnet als Anteil der Arbeitslosen am sog. demografischen Erwerbspotenzial (15 bis 64-jährige), ist in den bürgerlichen Vierteln gering. 2002 lag sie bei 5%, in den anderen Gebietstypen war diese Quote etwa doppelt so hoch (vgl. Tabelle 2). Der Anteil der Langzeitarbeitslosen unter den Arbeitslosen betrug in den bürgerlichen Vierteln 31% (2003) und war damit um zehn Prozentpunkte niedriger als in den Arbeitervierteln.

Zwischen 1999 und 2003 nahm die Zahl der Arbeitslosen sowohl in den bürgerlichen Vierteln als auch in den Wohnquartieren am Cityrand um etwa -10% ab. Die übrigen Gebiete verzeichneten ebenfalls einen Rückgang, der aber deutlich schwächer ausfiel. In den Großsiedlungen verminderte sich die Zahl der Arbeitslosen um -6%, und in den Arbeitervierteln sogar nur um -1,7%.

Tabelle 2: Arbeitslosigkeit

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Arbeitslosigkeit 2002</th>
<th>Anteil Langzeit-</th>
<th>Entwicklung der</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(Zahl der Arbeitslosen/</td>
<td>arbeitsloser 2003</td>
<td>Arbeitslosenzahl</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zahl der 15-64-jährigen</td>
<td></td>
<td>1999-2003</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>(1999=100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bürgerliche Viertel</td>
<td>5,0</td>
<td>31,0</td>
<td>-9,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cityrand</td>
<td>9,4</td>
<td>36,6</td>
<td>-10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeiterviertel</td>
<td>9,3</td>
<td>41,1</td>
<td>-1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Großsiedlungen</td>
<td>10,3</td>
<td>35,4</td>
<td>-6,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadt Bremen</td>
<td>8,5</td>
<td>35,9</td>
<td>-2,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

5.3 Armut


---

104 Häussermann, Petrowsky, Pohlan (1995), S. 199
105 Bei ausländischen Zuwanderern handelt es sich schon seit längerem nicht mehr um zusätzlich angeworrene Arbeitskräfte, sondern häufig um Menschen, die den schwierigen Lebensverhältnissen in der Heimat zu entkommen versuchen. (a.a.O., S. 199)
106 vgl. Geißler (2002), S. 249
107 Buhr (2004), S. 15f
Ausländer bezogen wesentlich häufiger Sozialhilfe als Deutsche. In den Arbeitervierteln erhielten 9,3% der deutschen und 20,6% der ausländischen Bewohner Sozialhilfe. In den Großsiedlungen war dieser Unterschied noch gravierender, hier betrug die Sozialhilfequote unter den Deutschen 10,7%. In der ausländischen Bevölkerung war sie dreimal so hoch und lag bei 32,2%.

**Tabelle 3: Durchschnittlicher Anteil Sozialhilfeempfänger an der Wohnbevölkerung (Median), 2002**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Staatsangehörigkeit</th>
<th>Anteil Sozialhilfeempfänger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bürgerliche Viertel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>2,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Cityrand</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>9,7</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeiterviertel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>20,6</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>11,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Großsiedlungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>10,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>32,2</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>14,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadt Bremen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche</td>
<td>6,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausländer</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>8,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen
5.4 Bildungsbeteiligung

Schulabschlüsse und darauf aufbauende berufliche Qualifikationen sind wirksame Filter, die den Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglichen oder versperren. Geringe formale Qualifikationen bedeuten schlechte Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, insofern zementieren ungleiche Bildungschancen soziale Benachteiligung.\textsuperscript{108}


In den weniger privilegierten Wohngebieten besucht jeder vierte bis fünfte Schüler der 7. bis 10. Klassen die Hauptschule. Der Anteil der Hauptschüler liegt in den Arbeitervierteln bei 24\%, in den Großsiedlungen bei 20,4\%. Die bürgerlichen Viertel und die Cityrandgebiete weisen erheblich niedrigere Anteile auf, dort gehen lediglich 6,4\% bzw. 5,2\% der 7-10-Klässler in die Hauptschule.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Hauptschule N, (%)</th>
<th>Realschule N, (%)</th>
<th>Gymnasium N, (%)</th>
<th>Integrierte Gesamtschule N, (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bürgerliche Viertel</td>
<td>91 (6,4)</td>
<td>278 (19,4)</td>
<td>961 (67,2)</td>
<td>100 (7,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cityrand</td>
<td>28 (5,2)</td>
<td>91 (17,0)</td>
<td>225 (42,1)</td>
<td>191 (35,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitervierteln</td>
<td>1.249 (24,0)</td>
<td>1.796 (34,5)</td>
<td>1.610 (30,9)</td>
<td>553 (10,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Großsiedlungen</td>
<td>577 (20,4)</td>
<td>663 (23,5)</td>
<td>576 (20,4)</td>
<td>1.008 (35,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadt Bremen</td>
<td>3.971 (19,3)</td>
<td>5.592 (27,1)</td>
<td>6.757 (32,8)</td>
<td>4.288 (20,8)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Weiterhin fällt auf, dass in den bürgerlichen Vierteln der Anteil ausländischer Schüler gering (4,9\%) und in den Arbeitervierteln bzw. Großsiedlungen sehr hoch ist (19,1\% bzw. 23,6\%) (vgl. Grafik 3). Hohe Anteile ausländischer Schüler führen zwar nicht

\textsuperscript{108} vgl. dazu Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2005)

Grafik 3

*Anteil ausländischer Schüler, 2002 (alle Schularten)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>%</th>
<th>Bürgerliche Viertel</th>
<th>Cityrand</th>
<th>Arbeiterviertel</th>
<th>Großsiedlungen</th>
<th>Stadt Bremen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
<td>20</td>
<td>25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

5.5 Wahlverhalten

verhält. Eine geringe Wahlbeteiligung kann daher ein Hinweis darauf sein, dass in bestimmten Stadtgebieten Ausgrenzungsprozesse bereits weit fortgeschritten sind.\textsuperscript{110} Es sollte nachdenklich stimmen, dass in diesen Gegenden rechtsradikale Parteien eine Zeitlang offenbar als Hoffnungsträger angesehen worden sind (vgl. Grafik 5).

**Grafik 4**

**Durchschnittliche Beteiligung an den Wahlen zur Bremer Bürgerschaft 1971 und 2003 (Median)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wahljahr</th>
<th>Bürgerliche Viertel</th>
<th>Cityrand</th>
<th>Arbeiterviertel</th>
<th>Großsiedlungen</th>
<th>Stadt Bremen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1971</td>
<td>70</td>
<td>60</td>
<td>55</td>
<td>45</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>80</td>
<td>70</td>
<td>65</td>
<td>55</td>
<td>60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

**Grafik 5**

**Durchschnittliche Stimmanteile der NPD, Republikaner und DVU bei den Wahlen zur Bremer Bürgerschaft, 1971 bis 2003 (Median)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wahljahr</th>
<th>Bürgerliche Viertel</th>
<th>Cityrand</th>
<th>Arbeiterviertel</th>
<th>Großsiedlungen</th>
<th>Stadt Bremen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1971</td>
<td>10</td>
<td>20</td>
<td>30</td>
<td>25</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>1975</td>
<td>12</td>
<td>25</td>
<td>40</td>
<td>35</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>1987</td>
<td>15</td>
<td>30</td>
<td>50</td>
<td>45</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>1991</td>
<td>18</td>
<td>35</td>
<td>60</td>
<td>55</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>1995</td>
<td>20</td>
<td>40</td>
<td>70</td>
<td>65</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>22</td>
<td>45</td>
<td>80</td>
<td>75</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>25</td>
<td>50</td>
<td>90</td>
<td>85</td>
<td>90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

\textsuperscript{110} a.a.O., S. 20f
Die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Sterblichkeit


6.1 Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt


Grafik 6

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

6.2 Gesamtsterblichkeit

Zwischen 1970 und 2003 entwickelte sich die Gesamtmortalität entsprechend dem Trend bei der mittleren Lebenserwartung; d.h., die Sterblichkeit ging überall deutlich zurück, allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Die ohnehin schon relativ niedrigen Mortalitätsraten in den bürgerlichen Vierteln verringerten sich am stärksten, in der Folge nahm der Abstand zu den übrigen Gebietstypen weiter zu (vgl. Grafik 8).

Den mit Abstand stärksten Rückgang verzeichneten die Männer der bürgerlichen Viertel. Dort fiel die Mortalitätsrate um -48,0% und halbierte sich somit praktisch. Die Mortalitätsrate der Männer in den Wohnquartieren am Cityrand ging um -37,8% zurück, in den Arbeitervierteln reduzierte sich die Sterberate der Männer um -36,3%. Die Sterblichkeit der Männer in den Großsiedlungen weist den schwächsten Rückgang auf, hier sanken die Raten um -27,5%.
Bei den Frauen zeigt sich ein ähnlicher Trend. In den bürgerlichen Vierteln gingen die Sterblichkeitsraten mit -43,3% am stärksten zurück. Es folgten die Arbeiterviertel, wo die Rate um -39,2% abnahm. In den Großsiedlungen sank die Mortalitätsrate um -28,2%, und in den Wohnvierteln am Cityrand um -25,8%.

Grafik 8

Altersstandardisierte Gesamtmortalität - Männer
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)

Altersstandardisierte Gesamtmortalität - Frauen
(altersstandardisierte, jährliche Durchschnittsraten pro 100.000 Einwohner)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Vor allem unter den Männern nahmen die sozialräumlichen Unterschiede in der Sterblichkeit deutlich zu (vgl. Grafik 9). Zwischen 1970 und 1974 lag die Mortalitätsrate in den Arbeitervierteln im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln um 25,6% (Männer) bzw. um 23,6% (Frauen) höher. Zwischen den bürgerlichen Vierteln und den Hochhaussiedlungen waren die Unterschiede anfänglich vergleichsweise gering, in den Hochhaussiedlungen war die Mortalitätsrate bei den Männern um 9,2%, und bei den Frauen um 4,1% größer.

Bis zum Ende der Beobachtungsperiode weiteteten sich diese Abstände massiv aus. Am Schluss hatte sich bei den Männern in den Arbeitervierteln der Unterschied verdoppelt, im Vergleich zu den Männern in den bürgerlichen Vierteln lag die Mortalitätsrate nun mit 54,1% um mehr als die Hälfte höher. Bei den Frauen vergrößerte sich der Abstand auf 32,4%. In den Hochhaussiedlungen wuchs bei den Männern der Abstand zu den bürgerlichen Vierteln auf 52,2%. Bei den Frauen liegt die Mortalitätsrate jetzt ebenfalls erheblich über der in den bürgerlichen Vierteln, 2000-2003 betrug der Abstand 31,8%.

Auch zwischen den Wohnquartieren am Cityrand und den bürgerlichen Vierteln weite-
t sich die Kluft beträchtlich zu Ungunsten des Cityrands, und zwar von 24% auf 48,4% (Männer) bzw. von 12,5% auf 47,2% (Frauen).
6.3 Vorzeitige Sterblichkeit


Bei den Männern aus den bürgerlichen Gebieten halbierte sich die Rate vorzeitiger Sterblichkeit zum Ende des Beobachtungszeitraums glatt (-50,8%). Auch in den Wohnvierteln am Cityrand ging die vorzeitige Sterblichkeit bei den Männern erheblich zurück (-43,4%). Einen deutlich geringeren Rückgang verzeichneten die Männer der Arbeitervierteln, dort sank die Rate um -29,4%. Bei den Männern aus den Großsiedlungen war die Abnahme mit -15,2% noch schwächer.

Bei den Frauen war der Trend ganz ähnlich. In den bürgerlichen Vierteln und in den Wohnvierteln am Cityrand halbierte sich die Sterblichkeitsrate jeweils (-50,5% bzw. -50,8%). In den Arbeitervierteln und vor allem in den Großsiedlungen war dagegen der Rückgang deutlich schwächer. Für die Frauen aus den Arbeitervierteln ergab sich eine Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit um -37,5 %, und bei den Frauen aus den Großsiedlungen reduzierte sich die Sterblichkeit sogar nur um -14,4%.

Grafik 10
Vor allem bei der Bevölkerung der Arbeiterviertel und Großsiedlungen vergrößerte sich der Mortalitätsunterschied zu den bürgerlichen Vierteln gravierend.

Bei den Männern stieg die Differenz in den citynahen Wohnvierteln von +47,6% (1970-1974) auf +69,8% (2000-2003), in den Arbeitervierteln von +37,4% auf +97,1% und in den Großsiedlungen von vergleichsweise niedrigen +13,2% auf +95,2%. Damit lag zum Ende des Beobachtungszeitraumes die vorzeitige Sterblichkeit der Männer in den Arbeitervierteln bzw. in den Großsiedlungen fast doppelt so hoch wie in den bürgerlichen Quartieren.


Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen
6.4 Vermeidbare Sterblichkeit

Der Begriff „vermeidbare Sterblichkeit“ subsummiert Todesfälle, die es, wie der Name schon sagt, im Prinzip nicht geben müsste. Die dahinter stehenden Krankheiten können durch gesundheitsbewusstes Verhalten entweder weitgehend vermieden oder durch Vorsorgemaßnahmen zumindest rechtzeitig entdeckt und behandelt werden. Insofern lassen sich aus den Sterblichkeitsraten auch Hinweise ableiten über die Effektivität der
medizinischen Versorgung bzw. über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Eine Auflistung der Todesursachen, die von der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) als vermeidbar definiert wurden, befindet sich in Kapitel 3.3, Kasten 2. In den Raten, die im Folgenden präsentiert werden, ist die perinatale Sterblichkeit allerdings nicht enthalten.


Im Beobachtungszeitraum ging die vermeidbare Sterblichkeit bei den Männern der bürgerlichen Viertel und bei den Männern der Wohnviertel am Cityrand um jeweils mehr als die Hälfte zurück (-52,6% bzw. 52%). Bei den Männern der Arbeiterviertel und bei den Männern aus den Großsiedlungen war der Rückgang der Mortalitätsraten erheblich geringer. Für die Arbeiterviertel ergibt sich eine Abnahme von -31,8%, für die Großsiedlungen sogar nur eine von -20,5%.

Bei den Frauen war der Rückgang der vermeidbaren Sterblichkeit im Allgemeinen weniger stark. Aber auch hier ist die Abhängigkeit der Mortalitätsentwicklung von sozialstrukturellen Faktoren unübersehbar: In den bürgerlichen Vierteln reduzierte sich die Rate um -26,1%, in den Wohngebieten am Cityrand sogar um fast die Hälfte (-47%). In den Arbeitervierteln hingegen betrug der Rückgang -22,9%, und in den Großsiedlungen kann man angesichts einer Minderung um -5,5% schon fast von Stagnation sprechen.
Grafik 12

Vermeidbare Sterblichkeit - Männer
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)

Zeitraum

Vermeidbare Sterblichkeit - Frauen
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)

Zeitraum

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Grafik 13 zeigt die Entwicklung der Mortalitätsunterschiede im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln. Vor allem bei den Männern aus den Arbeitervierteln und den Großsiedlungen nahm dieser Abstand erheblich zu. Die vermeidbare Sterblichkeit in den Arbeitervierteln lag am Ende des Beobachtungszeitraums mehr als doppelt so hoch als in den bürgerlichen Vierteln (+115,1%), zu Beginn betrug der Abstand „nur“ 37,3%. Den schärfsten Anstieg verzeichnen jedoch die Großsiedlungen: Während anfänglich die Mortalitätsrate nur leicht über der in den bürgerlichen Viertel lag (+2,2%), hatte
sich zum Ende der Abstand auf +86,6% vergrößert.


Grafik 13

Vermeidbare Sterblichkeit im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln
Männer
(Unterschiede in %)

Vermeidbare Sterblichkeit im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln
Frauen
(Unterschiede in %)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen
6.5 Vermeidbare Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen


6.5.1 Sterbefälle durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (15 bis 64 Jahre)


Bei den Männern ging die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege in den Cityrandgebieten und in den bürgerlichen Vierteln am deutlichsten zurück, sie sank um -32,5% bzw. um -20,4%. Auch die Arbeiterviertel verzeichneten mit -10,9% eine überdurchschnittliche Abnahme. In den Großsiedlungen aber stieg, entgegen dem Trend, die Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Atemwege. Dort erhöhte sich die Rate beträchtlich um +83% und damit annähernd um das Doppelte.

Bei den Frauen erhöhten sich die Raten überall um ein Mehrfaches. Den deutlichsten Steigerung, die allerdings von einem niedrigen Niveau aus erfolgte, verzeichneten die bürgerlichen Viertel (+448,4%). Ähnlich stark war der Anstieg in den Großsiedlungen (+410,3%), hier allerdings bei einem deutlich höherem Ausgangsniveau. Es folgen die Wohnviertel am Cityrand (+382,4%) und die Arbeiterviertel mit einer Zunahme von 261,2%. 
Grafik 14

Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (15 - 64 Jahre) - Männer
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Während der gesamten Beobachtungsperiode wiesen sowohl die Männer und als auch die Frauen in den bürgerlichen Vierteln die weitaus geringsten Raten auf. Bei den Männern konnten nur die Cityrandgebiete den Abstand zu den bürgerlichen Vierteln verringern, der Unterschied in der Sterblichkeit reduzierte sich von +143,6% auf +106,7% (vgl. Grafik 15). Ansonsten vergrößerten sich bei den Männern die Differenzen zu den bürgerlichen Vierteln. Der Abstand der Arbeiterviertel weitete sich von +134,5% auf +162,4%, und der Abstand der Großsiedlungen sogar von +38,2% auf +217,8%.
Beide Gebietstypen weisen seit den 1990er Jahren die höchsten Mortalitätsraten auf. Bei den Frauen dagegen zeigen sich Tendenzen zur Angleichung, hier verringerten sich die Abstände zu den bürgerlichen Vierteln. Die Cityrandgebieten verkleinerten den Unterschied von vormals +89,5% auf +66,8%, die Arbeiterviertel von +249% auf +129,9% und die Großsiedlungen von +179,7% auf +160,3%. Auch bei den Frauen weisen die Arbeiterviertel und Großsiedlungen seit Mitte der 1990er Jahre die höchsten Sterberaten auf.

Grafik 15

Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (15-64 Jahre) im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln - Männer

(Unterschiede in %)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen
6.5.2 Sterbefälle durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 – 64 Jahre)


Grafik 16

Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 - 64 Jahre)
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)

Die Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Diesmal war in den bürgerlichen Vierteln die Sterblichkeit zum Teil überdurchschnittlich hoch, zumindest waren die Sterberaten nicht, wie sonst, bemerkenswert niedrig.


Grafik 17

Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 - 64 Jahre) im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln
(Unterschied in %)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

111 Statistisches Landesamt Bremen (Hg.) (2004)
6.5.3 Sterbefälle durch ischämische Herzkrankheiten sowie durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35 – 64 Jahre)

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache, auf sie entfallen ungefähr die Hälfte aller Todesfälle bei Männern und bei Frauen. Die Höhe der Sterblichkeit hängt unter anderem ab von der Qualität der medizinischen Versorgung, die hier betrachteten Sterbefälle gelten daher auch als tertiärpräventiv vermeidbar.\(^\text{112}\)


\(^{112}\) Natürlich spielen Maßnahmen der primären und sekundären Prävention ebenfalls eine zentrale Rolle. Diese Maßnahmen zielen auf Risikofaktoren ab, die das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen (Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, hohe Blutfettwerte).


\(^{114}\) Hypertonie ist der medizinische Begriff für hohen Blutdruck. Es wird unterschieden zwischen dem essentiellen bzw. primären Hypertonus, für den keine medizinische Ursache gefunden werden kann, und dem sekundären Hypertonus, der von einer anderen Erkrankung verursacht wird.

Insgesamt gesehen lag während des Untersuchungszeitraumes die Herz-Kreislauf-Mortalität in den bürgerlichen Vierteln deutlich niedriger, des Weiteren vergrößerte sich der Abstand der bürgerlichen Viertel zu den anderen Gebietstypen (vgl. Grafik 19). Vor allem im Vergleich zu den Arbeitervierteln weiteten sich die Unterschiede in der Sterblichkeit, bei den Männern von +18,6% auf +149,8% und bei den Frauen von +115,8% auf +172,2%. Damit sind die Sterberaten beider Geschlechter in den Arbeitervierteln ungefähr zweieinhalb Mal höher als in den bürgerlichen Vierteln.
Grafik 19

Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35-64 Jahre) im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln - Männer
(Unterschiede in %)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen

6.6 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gibt an, wie hoch der Anteil der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder an der Gesamtzahl der lebend Geborenen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne ist. Ganz allgemein hängt die Höhe der Säuglingssterblichkeit stark von der Qualität des medizinischen Versorgungssystems und der Lebensverhältnisse ab, als Indikator wird die Säuglingssterblichkeit vor allem im Rahmen internationaler Vergleichsstudien verwendet. Während die Säuglingssterblichkeit in den Ländern der Dritten Welt immer noch sehr hohe Werte aufweist (bis zu einem Fünftel der Kinder stirbt im ersten Lebensjahr), ist sie in Deutschland mittlerweile sehr gering und liegt unter einem Prozent. Allerdings bestehen hierzulande immer noch soziale Unterschiede in der Säug-
lingssterblichkeit, was auf unterschiedliche Gesundheitsrisiken und auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote hindeuten kann. Wegen der niedrigen Fallzahlen wird im Folgenden darauf verzichtet, die Ergebnisse nach Geschlecht getrennt darzustellen.


Grafik 20

Säuglingssterblichkeit
(gestorbene Kinder unter einem Jahr/1.000 lebend Geborene)

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen
7 Resümee


Mit der sozialräumlichen Polarisierung vergrößerten sich die Unterschiede in der Lebenserwartung und in der Mortalität beträchtlich. In den Wohnvierteln der Wohlhabenden ist inzwischen die mittlere Lebenserwartung deutlich höher und die Sterblichkeit deutlich niedriger als in den benachteiligten Gebieten. Es ist nicht einfach, für diese wachsende Disparität eine abschließende Erklärung zu finden: Liegt es an der zuge-
nommenen Konzentration gesellschaftlicher Problemgruppen in bestimmten Stadtteilen, oder haben sich die Lebenslagen sozialer Unterschichten im Laufe der Zeit verschlechtert? Zutreffen dürfte beides, möglicherweise aber im unterschiedlichem Maße.

Eine zentrale Rolle spielen mit Sicherheit selektive Wanderungen. Diese werden auch von ausländischen Zuwanderern getragen, die im Laufe ihrer sozialen und ökonomischen Integration die Segregationsgebiete verlassen. Dort konzentrieren sich zunehmend die Einwanderer, die den Anschluss an die Gesellschaft nicht gefunden haben.\textsuperscript{118} Zusammen mit sozial abgestiegenen Einheimischen bilden sie in den so genannten „sozialen Brennpunkten“ eine wachsende, von Sozialleistungen abhängige Armutsbevölkerung. Unterprivilegierung und sozialer Abstieg gehen einher mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einer erhöhten Sterblichkeit,\textsuperscript{119} insofern liegt hier eine wesentliche Erklärung für die sich ausweitenden Unterschiede in der Lebenserwartung und der Mortalität.


Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz beschlossenen Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte könnten sich direkt auf die Gesundheitschancen einkommensärmer Bevölkerungsgruppen auswirken. Im Krankheitsfall müssen für Gebühren und Zuzahlungen bis zu 2% des Jahresbruttoeinkommens aufgebracht werden, weitere finanzielle Belastungen entstehen durch den Wegfall von Kassenleistungen. Haushalte mit geringem Einkommen haben hier eine große Bürde zu tragen und wären gezwungen, diese

\textsuperscript{118} Häußermann, Siebel (2001), S. 41
\textsuperscript{119} vgl. Robert Koch-Institut (Hg.) (2003)
\textsuperscript{120} Geißler (2002), S. 254f
zusätzlichen Ausgaben an anderer Stelle einzusparen. Sie könnten daher eher bereit sein, bei gesundheitlichen Beschwerden auf medizinische Behandlungen zunächst zu verzichten. Ob dies tatsächlich so eintritt ist noch offen, die bisher vorliegenden empirischen Untersuchungen erlauben unterschiedliche Schlüsse. So berichtet das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), dass Arbeitslose und einkommensschwache Haushalte mit der Einführung der Praxisgebühr zunächst überdurchschnittlich häufig auf Arztbesuche verzichtet bzw. diese verschoben hatten. Mittlerweile ist diese soziale Schieflage wieder verschwunden. Offenbar wird jetzt eher versucht, Einsparungen durch eine rationale Organisation der Arztbesuche zu erzielen.\textsuperscript{121} Der Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2005 kommt dagegen zu dem Ergebnis, dass sich die Praxisgebühr auch sozial auswirkt. Danach ist in den untersten Einkommensgruppen der Anteil derjenigen, die Erkrankungen ohne ärztliche Hilfe auskurieren, am größten.\textsuperscript{122}

Auch die fortschreitende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wird vermutlich Personen mit geringem Einkommen benachteiligen. Eine über den Markt organisierte Versorgung wirkt grundsätzlich polarisierend, da sie Kaufkraft voraussetzt und somit Bezieher höherer Einkommen begünstigt. Es deutet sich an, dass die medizinische Versorgung in Zukunft stärker durch Vermarktungsinteressen geprägt sein wird und das Leistungsangebot sich an der Zahlungsfähigkeit der Patienten orientiert.\textsuperscript{123} Patienten mit entsprechendem Einkommen stünde dann ein breiteres Behandlungsspektrum, das auch die Optionen des medizintechnischen Fortschritts schneller nutzt, zur Verfügung.


\textsuperscript{121} Zok (2005)
\textsuperscript{123} Das Grundmuster wird am Beispiel der Vermarktung privater Zusatzangebote (Individuelle Gesundheitsleistungen - IGeL) recht deutlich. Derartige Leistungen werden vorzugsweise Versicherten mit höherem Einkommen und höherer Bildung angeboten. Der Gesundheitszustand und das Alter der Patienten scheinen dagegen keine Rolle zu spielen (Zok (2004)). Übertragen auf die zukünftige Entwicklung kann dies Unterversorgung auf der einen Seite bei gleichzeitiger Überversorgung auf der anderen Seite bedeuten.
Ein Indiz dafür ist der Männeranteil unter den Arbeitslosen. Während in den bürgerlichen Vierteln etwa gleich viele Männer und Frauen arbeitslos sind, stellen in den Arbeitervierteln Männer mit einem Anteil von zwei Drittel das Gros der Arbeitslosen.\textsuperscript{124} In den 1990er Jahren stieg in Deutschland die Arbeitslosigkeit der Männer erheblich stärker als die der Frauen (ca. 60\% vs. 24\%).\textsuperscript{125} Zwischen 1991 und 2004 ging die Zahl der beschäftigten Männer um -9,5\% zurück, demgegenüber erhöhte sich die Zahl der beschäftigten Frauen um 9\%.\textsuperscript{126} Die steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen beruht dabei auf einer deutlichen Zunahme von Teilzeitarbeit einschließlich geringfügiger Beschäftigung.

Die bisherige Beschäftigungsentwicklung sowie Arbeitsmarktprognosen legen nahe, dass Frauen vom wirtschaftsstrukturellen Wandel hin zur Dienstleistungswirtschaft wesentlich mehr profitieren als Männer.\textsuperscript{127} Zwischen 1975 und 2002 nahm in Westdeutschland die soziale Aufwärtsmobilität bei Frauen stetig und deutlich zu, während die Abwärtsmobilität ebenfalls deutlich zurückging.\textsuperscript{128} Damit nehmen Frauen heute im Durchschnitt bessere Positionen ein als ihre Väter, allerdings sind ihre Aufstiegschancen nach wie vor klar schlechter als die der Männer. Auch bei den westdeutschen Männern stieg die Aufwärtsmobilität, aber gleichzeitig vergrößerte sich, im Gegensatz zu den Frauen, die Abwärtsmobilität.

Kontinuierliche Erwerbstätigkeit und daraus abgeleitete soziale Rollen – insbesondere die des Familienerschaffers - bilden die Basis männlicher Identität.\textsuperscript{129} Durch Arbeitslosigkeit, aber auch durch das Abrutschen in unsichere und schlecht bezahlte Beschäftigungsverhältnisse wird diese Identität brüchig. Anders als Frauen können Männer zum meist nicht auf gesellschaftlich gebilligte Alternativen zur Erwerbsarbeit ausweichen: „Frauen ohne Job sind Mütter oder Hausfrauen; Männer ohne Job sind nutzlos und machen Schwierigkeiten.“\textsuperscript{130} Angesichts eines enger werdenden Arbeitsmarktes

\textsuperscript{126} Wanger (2005), S. 2
\textsuperscript{127} Gersterkamp (2004), S. 84
\textsuperscript{128} Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005b), S. 618ff
\textsuperscript{129} Böhnisch (2004), S. 45
\textsuperscript{130} Gersterkamp (2004), S. 34
tragen Männer ein relativ hohes Risiko definitiven Scheiterns mit oft massiven psychosozialen und gesundheitlichen Folgen. Vor allem für gering qualifizierte Industriearbeiter ist diese Gefahr gewachsen, ihre gesellschaftlichen Integrationschancen schwinden.


---

\[133\] vgl. dazu Döge (2004)  
\[134\] Wülfing (1998)  
\[135\] Zum aktuellen Stand der Diskussion siehe Altgeld (Hg.) (2004)
8 Aktueller und künftiger Handlungsbedarf – eine Skizze


Welche Interventionen, die der Auseinanderentwicklung von Lebenserwartung und Sterblichkeit mit Aussicht auf Erfolg entgegenwirken könnten, sind angesichts dieser Situation vorstellbar? Zunächst ist festzuhalten, dass diese gewachsene Disparität gesellschaftliche Ursachen hat. Es handelt sich also nicht um ein originär medizinisches Problem, mithin können Interventionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nur ein Teil der Lösung sein. Soziale Polarisierung und die damit verbundenen Verwerfungen gehen vornehmlich zurück auf veränderte globale Wirtschaftsbeziehungen, die in einer bisher nicht gekannten Deutlichkeit Gewinner und Verlierer produzieren. Dieser Prozess scheint sich jeglichen Steuerungsversuchen zu entziehen.

Anthony Giddens begreift Globalisierung als „Fernwirkung“, die den Alltag durch anderswo auf der Welt stattfindende Ereignisse und getroffene Entscheidungen beeinflusst. Dies untergräbt zwar die nationalstaatliche Souveränität und schmälert die Steuerungsmöglichkeiten einzelner Regierungen, bedeutet aber nicht das viel zitierte „Ende der Politik“, wonach letztendlich ökonomische Entscheidungen politische Fragen beantworten. Notwendig ist die Entwicklung neuer Politikansätze auch auf der regionalen bzw. lokalen Ebene. Gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind auf

137 Giddens (1997), S. 23
138 a.a.O., S. 18
lokale Ressourcen und auf eine funktionierende Infrastruktur im Wohnquartier ange- 
wiesen (siehe auch Kapitel 4.4).

In Bremen gehören stadtteilorientierte Maßnahmen schon länger zum Repertoire sozi- 
alpolitischer Interventionen. Bereits 1989 trat die Stadt mit dem Programm „Nachbes- 
scherung von Großsiedlungen“ problematischen Entwicklungen entgegen. Daran an- 
knüpfend beschloss die Bremer Bürgerschaft 1998 das Programm „Wohnen in Nach- 
barschaften (WiN)“, das Ende 1999 mit dem Bund-Länder-Projekt „Soziale Stadt“ zu- 
sammengeführt wurde. Diese mit fast 20 Mio. € geförderten Maßnahmen, mit denen 
die Lebenssituation in benachteiligten Stadtvierteln verbessert werden soll, zeigen in-
zwischen einige Erfolge.¹³⁹

Vom Ansatz her sind solche Programme „quartiersorientierte Sozialpolitik“, die sich 
gemeinsam mit der Quartiersbevölkerung um den Erhalt und Ausbau lokaler Ressour- 
cen bemüht.¹⁴⁰ Derartige Maßnahmen betrachten ihre Zielgruppen prinzipiell als Akteu- 
re, gegenüber der früher üblichen Etikettierung als Opfer sicherlich ein Fortschritt.
Al-
lerdings ist auch zu überlegen, ob die hier mitschwingende Vision einer aktiven, sich 
selbst regulierenden Bürgergesellschaft benachteiligte Stadtviertel nicht überfordert.
Schließlich sind es die gesellschaftlich integrierten Teile der Bevölkerung, die die Pro-
blemviertel verlassen. Durch diesen Exodus potenzieller Citoyens gehen soziale Kompe-
tenzen verloren, die gebraucht werden, um Interessen zu benennen und in rauer wer-
denden Verteilungskämpfen durchzusetzen.¹⁴¹ So ist denn auch nicht überraschend,
when die Evaluation des oben erwähnten WiN-Programms anmerkt, dass „die Erwar-
tungen an eine Bewohnerbeteiligung nicht zu hoch gesteckt werden (dürfen)“.¹⁴²
Insbesondere Migranten beteiligen sich kaum. Flankierende Maßnahmen zur Stärkung 
bürgerschaftlichen Engagements und gemeinschaftsorientierter (kommunitärer) Unter-
stützungsnetze sind daher vorerst unverzichtbar.¹⁴³

Gesundheitsförderung gehört zwar nicht zu den ausdrücklichen Zielen des WiN-
Programms, was aber nicht bedeutet, dass dieses Thema für Quartierspolitik ungeeig-
net wäre. Im Gegenteil: Das Projekt „Soziale Stadt“ liefert diverse Beispiele dafür, wie

¹³⁹ Farwick, Petrowsky, Güntner (2005)
¹⁴⁰ Dangschat (2000a), S. 155
¹⁴¹ Häußermann, Siebel (2000), S. 134
¹⁴² Farwick, Petrowsky, Güntner (2005), S. 151
¹⁴³ vgl. Häußermann (2003), S. 157
das Thema „Gesundheitsförderung“ integriert werden kann; sei es als direkte Gesundheitsförderung (z.B. Netzwerkbildung, Gesundheitshäuser/Nachbarschaftstreffs, Präventionsangebote für spezielle Zielgruppen) oder als mittelbare Maßnahme (z.B. Veränderungen der gebauten Umwelt zur Reduktion von Umweltbelastungen und Unfällen, Kooperation mit Schulen, Beschäftigungsförderung).\(^{144}\)

Präventionsprogramme taten sich bislang schwer mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen erreichen vorzugsweise Angehörige höherer sozialer Schichten,\(^{145}\) wo der Interventionsbedarf weitaus geringer ist als in sozialen Unterschichten. Mit der Internet-Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) jetzt eine Möglichkeit geschaffen, Erfahrungen auszutauschen und Informationen zu recherchieren.\(^{146}\) So ist es möglich, schrittweise voneinander zu lernen und kostspielige Fehlschläge zu vermeiden.


Durch seine Aktivitäten insbesondere im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit verfügt das Gesundheitsamt bereits über eine Reihe institutioneller Zugänge zum Feld. Angesichts der Dimension und Komplexität des Prozesses sozialer Polarisierung dürften jedoch isolierte Anstrengungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes weitgehend verpuffen. Um Impulse wirkungsvoll zu verstärken, ist eine sektorenübergreifende, multi-professionelle Zusammenarbeit aller relevanten Akteure notwendig. An diesen

\(^{144}\) vgl. Bär, Buhtz, Gerth (2004), S. 258ff

\(^{145}\) vgl. Tempel, Hoopmann, Maschowsky-Schneider (1991), Tempel 1998

\(^{146}\) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003)
konzertierten Maßnahmen sollten sich, neben den Einrichtungen des Gesundheitswe-
sens, auch Institutionen aus den Bereichen Bildung, Arbeit und Stadtentwicklung betei-
ligen.

Vor dem Hintergrund allgemein begrenzter finanzieller Spielräume ist die Konzentration
von Ressourcen eine weitere Handlungsmaxime. Die zur Verfügung stehenden Mittel
sind dort einzusetzen, wo sie am meisten benötigt werden und wo sie wahrscheinlich
die größte Wirkung entfalten. Auch das Gesundheitsamt müsste sich dann überlegen,
ob es seine (noch vorhandenen) Kapazitäten nicht besser zugunsten weniger Interven-
tionsgebiete zusammenzieht.

Mit diesen allgemein gehaltenen Überlegungen soll dieser Bericht schließen. Die Be-
dschreibung konkreter Problemlagen und Interventionsfelder ist den Folgeberichten vor-
behalten. Offen bleibt die grundsätzliche Frage, ab wann soziale Ungleichheit zur Un-
gerechtigkeit wird bzw. ob die Herstellung gleicher Lebensverhältnisse und Teilhabe-
chancen überhaupt ein sinnvolles Ziel ist.147 Diese Fragen zu beantworten ist Aufgabe
des gesellschaftlichen Diskurses, nicht der Gesundheitsberichterstattung.

147 vgl. dazu z.B. Rawls (1973)
Ortsteile in Bremen-Stadt und Bremen-Nord nach Quartierstypen

Bremer Ortsteile, nach Quartierstypen

- Bürgerliches Viertel
- Cityrand
- Arbeiterviertel
- Großsiedlungen
Literatur


Reil-Held, A (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim (Hg.): Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, No. 580-00


Robert Koch-Institut (Hg.) (2005): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2003. Berlin


Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005a): Statistisches Jahrbuch 2005 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden


