



Die Auswirkungen sozialer Polarisierung

Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten





Impressum

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
Guentel.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 Städter, 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

Norberto Bobbio (*18. Oktober 1909, † 9. Januar 2004), Rechtsphilosoph und Rechtshistoriker.

¹ Bobbio (1994), S. 90f



Vorwort

Es gehört zu den hinlänglich bekannten Tatsachen in der Epidemiologie, dass Wohlstand neben anderen Annehmlichkeiten auch ein gesünderes und damit in der Regel längeres Leben ermöglicht. Der Unterschied in der mittleren Lebenserwartung zwischen sozialen Ober- und Unterschichten beträgt mehrere Jahre,² einige Gesundheitsforscher sehen in der Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht sogar den stärksten gesundheitlichen Risikofaktor überhaupt.

Wenn sich die Kommunale Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bremen dem Themenfeld „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zuwendet, dann sicher nicht aus dem Grund, empirisch belegte Erkenntnisse noch einmal zu bestätigen. Anlass sind vielmehr neuere sozialwissenschaftliche Befunde, die auf eine dauerhafte Verfestigung benachteiligender Lebenslagen und damit auf wachsende Ausgrenzungsrisiken hindeuten. Mit der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit haben Armutslagen zugenommen, außerdem bleibt die Gefahr eines Jobverlusts nicht mehr nur auf notorische Problemgruppen beschränkt. Die Anzeichen für eine Ausweitung gesellschaftlicher Gegensätze mehren sich. Beinahe die Hälfte des Vermögens der deutschen Privathaushalte, das mittlerweile die Rekordhöhe von 5 Billionen Euro erreicht hat, entfällt auf das reichste Zehntel der Haushalte, während der ärmeren Hälfte der Haushalte nur vier Prozent des Volkvermögens gehört.³ Längst hat jede Stadt ihre „sozialen Brennpunkte“, in denen die Ausgegrenzten und Chancenlosen der Gesellschaft wohnen. Welche Folgen diese Desintegrationstendenzen einmal haben werden, ist noch nicht absehbar. Die im November 2005 ausgebrochenen Unruhen in den *Banlieues* französischer Städte lassen jedoch erahnen, welche Brisanz in dieser Entwicklung stecken könnte.

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 psychosozialen 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 zentrale Thema der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung in den nächsten zwei Jahren. 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 Gegensätze in der Stadt Bremen und analysiert, wie parallel die Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit zwischen privilegierten und sozial benachteiligten Wohngebieten zunehmen. 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 jedoch, 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 kritische 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

In Deutschland mehren sich die Hinweise auf eine Ausweitung sozialer Gegensätze. Die steigende Armutsquote bei gleichzeitiger Spreizung der Einkommensstruktur, verfestigte Armutslagen infolge dauerhafter Arbeitslosigkeit, das gewachsene Abstiegsrisiko sozialer Mittelschichten sowie ungleiche Bildungschancen sind deutliche Anzeichen für diese Entwicklung. In den Städten zeigt sich gesellschaftliche Polarisierung durch eine schärfer werdende Segregation von wohlhabenden und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Es ist zu befürchten, dass dieser Prozess zu einer dauerhaften Ausgrenzung von Teilen der städtischen Armutsbevölkerung führt.

Sozialer Status und Lebenserwartung sind eng miteinander verbunden, die mittlere Lebenserwartung von Angehörigen sozialer Oberschichten liegt um mehrere Jahre über der von Angehörigen sozialer Unterschichten. Eine für die Stadt Bremen durchgeführte sozialräumliche Analyse von Daten zur Lebenserwartung und Sterblichkeit belegt, dass sich mit zunehmender gesellschaftlicher Ungleichheit auch die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit vergrößern. Gegenübergestellt wurden die am meisten segregierten Wohngebiete: Die privilegierten (bürgerlichen) Wohnquartiere, früher vom Abriss bedrohte Gründerzeitviertel am Cityrand, die traditionellen Arbeiterviertel sowie die Hochhaussiedlungen des sozialen Wohnungsbaus an der Stadtperipherie. Der Auswertungszeitraum umfasste die Jahre zwischen 1970 und 2003.

Innerhalb dieser Periode weiteten sich die Gegensätze vor allem zwischen den bürgerlichen Vierteln auf der einen Seite und den Arbeitervierteln sowie Hochhaussiedlungen auf der anderen Seite. Beispielhaft ist die gegenläufige Entwicklung der Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Während in den bürgerlichen Quartieren die Bevölkerung und die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich zunahm, reduzierte sich in den Arbeitervierteln und in den Hochhaussiedlungen sowohl die Bewohnerzahl als auch die Beschäftigung teilweise drastisch.

Parallel zu dieser Entwicklung wuchsen die Differenzen in der Lebenserwartung und Sterblichkeit. Besonders ausgeprägt ist dieser Trend bei den **Männern**. In den bürgerlichen Vierteln stieg die mittlere Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen um fast sieben Lebensjahre von 71 (1979) auf 77,9 Jahre (2003), in den Arbeitervierteln um 5,4 Lebensjahre von 67,1 auf 72,5 Jahre.



In den Hochhaussiedlungen war der Anstieg der Lebenserwartung am geringsten, hier erhöhte sich die mittlere Lebenserwartung um vier Jahre von 69,1 auf 73,1 Jahre. Analog entwickelten sich bei den Männern die Mortalitätsraten. Während sich die Gesamtmortalität zwischen 1970 und 2003 in den bürgerlichen Vierteln praktisch halbierte (-48%), waren die Rückgänge in den Arbeitervierteln mit -36,3% und in den Hochhaussiedlungen mit -27,5% deutlich geringer. Ganz ähnlich verlief die Entwicklung bei der vorzeitigen Sterblichkeit, die in den bürgerlichen Vierteln um über die Hälfte zurückging (-50,8%). In den Arbeitervierteln sank die Rate dagegen lediglich um -29,4% und in den Hochhaussiedlungen sogar nur um -15,2%. Bei der vermeidbaren Sterblichkeit zeigt sich das gleiche Bild, hier reduzierten sich die Raten in den bürgerlichen Vierteln um -52,6%. In den Arbeitervierteln betrug der Rückgang -31,8% und in den Hochhaussiedlungen -20,5%. Insgesamt führte diese Entwicklung zu einer deutlichen Ausweitung der sozialräumlichen Unterschiede in der Sterblichkeit. Im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln lag zwischen 1970 und 1974 die Gesamtmortalität in den Arbeitervierteln um +25,6% höher. In den Hochhaussiedlungen war der Unterschied zu den bürgerlichen Vierteln zunächst relativ gering, hier war die Rate nur um +9,2% größer. Bis zum Ende der Beobachtungsperiode (2000-2003) hatten sich diese Abstände massiv ausgeweitet. Verglichen mit den bürgerlichen Vierteln lag die Sterberate in den Arbeitervierteln nun um +54,1% und in den Hochhaussiedlungen um +52,2% höher.

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 Arbeitervierteln 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 Arbeitervierteln nahm 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 Arbeitervierteln (-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 Arbeitervierteln betrug der Rückgang -22,9%, in den Hochhaussiedlungen



sank die Rate mit -5,5% kaum. Auch bei den Frauen vergrößerten sich die sozial-räumlichen Mortalitätsunterschiede. Im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln lag die Gesamtmortalität zu Beginn der Beobachtungsperiode (1970-1974) in den Arbeitervierteln um +23,6% und in den Hochhaussiedlungen um +4,1% höher. Bis zum Ende des Analysezeitraums (2000-2003) hatte sich dieser Abstand in den Arbeitervierteln auf +32,4% und in den Hochhaussiedlungen auf +31,8% vergrößert.

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.

Die gewachsenen Mortalitätsunterschiede haben gesellschaftliche Ursachen, Interventionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes können daher nur teilweise zur Lösung beitragen. Notwendig ist die Einbindung von Präventionsaktivitäten in eine quartiersorientierte Sozialpolitik, die sich um den Erhalt und Ausbau lokaler Ressourcen bemüht. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller relevanten Akteure nicht nur aus dem Gesundheitsbereich sowie die Konzentration von Ressourcen sind dabei zentrale Handlungsmaxime.



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

„Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben.“⁹ Diese Feststellung bezieht sich keineswegs nur auf längst überwundene feudale bzw. frühkapitalistische Epochen oder auf Länder der Dritten Welt. Eine geringere Lebenserwartung sozialer Unterschichten gehört auch im Deutschland des 21. Jahrhunderts zur gesellschaftlichen Wirklichkeit.

Natürlich sind die Lebensverhältnisse heutzutage nicht annähernd so elend wie etwa für das städtische Proletariat im 19. Jahrhundert.¹⁰ Damals gehörte existenzielle Not zum Alltag, und in den Fabriken wurde für einen kümmerlichen Lohn bis zu 12 Stunden am Tag unter haarsträubenden Bedingungen gearbeitet. Kinderarbeit war Normalität, erst 1891 beschloss der Reichstag, dass Kinder unter 13 Jahren (!) nicht mehr in Fabriken arbeiten durften.¹¹ In den Mietskasernen mit ihren dunklen Hinterhöfen und in den kleinen Häusern der Arbeiterviertel drängten sich vielköpfige Familien, die oftmals noch an sog. „Schlafgänger“ Betten untervermieteten. Wohnungen mit fließendem Wasser und Toiletten, heute Selbstverständlichkeiten, konnten sich nur wohlhabende Bürger leisten. Die Menschen starben in der Regel an Infektionskrankheiten wie der (Lungen-) Tuberkulose, einer Krankheit, die mittlerweile zumindest in Deutschland selten geworden ist.¹² Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug im Deutschen Reich die mittlere Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen 44,8 Jahre, ein neugeborenes Mädchen hatte eine mittlere Lebenserwartung von 48,3 Jahren.¹³ Eine Untersuchung zur Kindersterblichkeit in Berlin ergab, dass im Jahr 1901 über die Hälfte (55,1%) der Kinder in Arbeiterhaushalten vor dem 8. Lebensjahr starben, nahezu zwei Drittel (64,4%) wurden nicht älter als 14 Jahre.¹⁴ Bei den Wohlhabenden war die Kindersterblichkeit erheblich geringer, wenngleich nach heutigen Maßstäben immer noch äußerst hoch; dort starb ungefähr jedes siebte Kind (15,2%) vor dem 15. Geburtstag.¹⁵ Nur wenige Menschen erreichten ein Alter von 70 Jahren, ab dem ein „Sicherheitszuschuss zum Lebensunterhalt“ gezahlt wurde, wie die Altersrente zu der Zeit hieß.

⁹ So der Titel einer Monografie über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Oppolzer 1986)

¹⁰ vgl. dazu Glaser (1981), Niethammer (1976)

¹¹ Arbeiterschutzgesetz vom 6.5.1891. Neben dem Verbot der Kinderarbeit untersagte das Gesetz die Nachtarbeit für Arbeiterinnen und legte für Arbeiterinnen eine maximale Arbeitszeit von 11 Stunden täglich fest. Des Weiteren wurde eine 24-stündige Sonntagsruhe für Arbeiter bestimmt.

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



1911 veröffentlichte das Bremische Statistische Amt eine Untersuchung über „Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen“.¹⁶ Dabei wurden die Sterberaten in typischen Wohnstraßen der „wohlhabenden Bevölkerung“, der „Mittelstandsbevölkerung“ und der „weniger bemittelten Bevölkerung“ miteinander verglichen. Zutage trat eine deutlich höhere Mortalität in den Wohnquartieren der ärmeren Bevölkerung, sie war 2,7-mal so hoch wie in den Straßen der wohlhabenden Bevölkerung.¹⁷ Bei der Säuglingssterblichkeit (unter einjährige Kinder) betrug der Unterschied sogar mehr als das Fünffache, und bei der Kindersterblichkeit (ein- bis fünfjährige Kinder) beinahe das Zehnfache.¹⁸

Die seitdem enorm verbesserten Lebensverhältnisse, aber auch die bessere medizinische Versorgung der Bevölkerung bewirkten zwar mittlerweile eine deutliche Verringerung, jedoch keinen Ausgleich dieser Kluft. Zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Sterblichkeit gibt es nach wie vor einen deutlichen Zusammenhang. So stellten die 1992 und 1998 erschienenen Gesundheitsberichte des Landes Bremen fest, dass in der Stadt Bremen klare Mortalitätsunterschiede zwischen armen und wohlhabenden Stadtvierteln bestehen.¹⁹ Ähnliche Ergebnisse liegen auch aus anderen Städten vor,²⁰ Analysen mit Umfragedaten und mit Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherungen zeigen ebenfalls die Abhängigkeit der Lebenserwartung von der sozialen Lage bzw. vom ökonomischen Status.²¹

Es gäbe keinen Anlass, dieser Fülle an eindeutigen Befunden eine weitere Untersuchung hinzuzufügen, würden sich nicht Hinweise mehren, die auf eine zunehmende Verschärfung sozialer Ungleichheit hindeuten. Bereits in den 1970er Jahren entstand unter dem Eindruck wachsender Dauerarbeitslosigkeit und der Zunahme unsicherer Arbeitsverhältnisse das Schlagwort von der „Zweidrittelgesellschaft“. In ihr leben zwei Drittel der Bevölkerung relativ abgesichert, während das restliche Drittel von der gesellschaftlichen Entwicklung abgekoppelt wird und am Wohlstand nicht mehr teilhat.²²

¹⁶ Funk (1911)

¹⁷ a.a.O., S. 11

¹⁸ a.a.O., S. 11

¹⁹ Tempel, Witzko (1994), Freie Hansestadt Bremen, Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hg.) (1998)

²⁰ z.B. für Berlin: Kiss, Hermann, Thielke (1995) sowie Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hg.) (2000)

²¹ z.B. Klein (1993), Klosterhuis, Müller-Fahrnow (1994), Helmert, Voges, Sommer (2002), Helmert (2005)

²² Der Begriff „Zweidrittelgesellschaft“ überspitzt allerdings die tatsächlichen Verhältnisse. Nach Geißler (2002) betrug der Anteil der „Randschichten“ an der Bevölkerung in Westdeutschland Ende der 1990er Jahre etwa 14 bis 15 Prozent. Zumindest in Westdeutschland hat man es also eher mit einer „85-% - Gesellschaft“ zu tun, ein Befund, der jedoch auch sozialpolitisch brisant ist (Geißler (2002), S. 269).



Zwar ist Deutschland ein wohlhabendes Land, in dem sich der Reichtum immer noch relativ gleichmäßig verteilt.²³ Verglichen mit den anderen Ländern der Europäischen Union hat die Bevölkerung in Deutschland ein unterdurchschnittliches Armutsrisiko.²⁴ Seit dem Ende der 1990er Jahre beobachten Sozialforscher jedoch ein deutliches Ansteigen der Armutsquote, gleichzeitig registrieren sie eine Tendenz zur Einkommenspolarisierung. Demnach entfällt auf die reichste Bevölkerungsgruppe ein wachsender Teil am gesamten Haushaltsnettoeinkommen, während der Einkommensanteil der ärmsten Bevölkerungsgruppe abnimmt.²⁵ War Armut früher oft nur eine vorübergehende Phase,²⁶ deutet der steigende Anteil Dauerarbeitsloser unter den Arbeitslosen darauf hin, dass sich Armutslagen inzwischen verfestigt haben. Dabei scheint das Armutsrisiko immer mehr auch Bevölkerungsteile aus der Mitte der Gesellschaft zu erfassen.²⁷ Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich die Chancen, aus unteren Einkommenszonen aufzusteigen, offenbar verschlechtert, gleichzeitig ist das soziale Abstiegsrisiko gewachsen.²⁸

Ein sichtbares Zeichen dieser sozialstrukturellen Veränderungen ist die zunehmende soziale Segregation innerhalb der Städte. Gemeint ist die verstärkte Konzentration von armen, diskriminierten Bevölkerungsgruppen und Wohlhabenden in jeweils unterschiedlichen Wohnvierteln. Diese, von Stadtsoziologen als „sozialräumliche Polarisierung“, als „Dualisierung“ oder als „Spaltung der Stadt“ bezeichnete Entwicklung vollzieht sich bereits seit längerem.²⁹ Neben dem Schwinden des sozialen Wohnungsbaus spielen zwei weitere Faktoren eine tragende Rolle: Zum einen haben Fabrikschließungen oftmals den kollektiven sozialen Abstieg der Bewohner traditioneller Arbeiterviertel zur Folge,³⁰ in Bremen stellten die Schließungen der Großwerften AG Weser und Vulkan die angrenzenden Stadtteile vor erhebliche Probleme. Zum anderen führen selektive Wanderungen zur sozialstrukturellen Entmischung von Wohnquartieren. Haushalte, die es sich leisten können, verlassen Problemgebiete, an ihre Stelle rücken sozial abgerutschte Einheimische und sozial benachteiligte Zuwanderer.

²³ Noll, Weick (2005), S. 2

²⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005), S. 19

²⁵ Noll, Weick (2005), S. 3

²⁶ vgl. Buhr (1995)

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.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 benachteiligte Wohnviertel.³² Eine „schlechte Adresse“ macht die Stellensuche oder die Eröffnung eines Bankkontos schwieriger,³³ und in Nachbarschaften, in denen Abgestiegene, 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.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.³⁵ Sie kann aber auch ein Indiz dafür sein, dass die Lebensverhältnisse innerhalb dieser Gesellschaft dabei sind, sich auseinander zu entwickeln.³⁶ Der vorliegende Bericht versucht, diese Fragen zu klären.

³¹ Häußermann (2000)

³² Kapphan, Häußermann (2004)

³³ Die mittlerweile üblich gewordenen automatisierten Bonitätsprüfungen durch Banken, Versicherungen, Telefongesellschaften, Versandhandel etc. berücksichtigen auch die Wohngegend des potenziellen Kunden. Wohnt man in einer als „schlecht“ eingestuften Gegend, gilt man als Risikokunde und muss z.B. bei Krediten einen Risikoaufschlag bezahlen. Diese Benachteiligungsspirale bezeichnen die Wirtschaftswissenschaften mit der Alliteration „The poor pay more“ (Arme zahlen mehr).

³⁴ Häußermann (2000), S. 19f

³⁵ Tempel, Witzko (1994), S.343

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).

Da der Sozialstatus hier nur unscharf abgebildet werden kann, ist es sinnvoll, von den am stärksten segregierten Ortsteilen auszugehen und an ihnen beispielhaft den Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Sterblichkeit zu beschreiben. Damit wird stillschweigend unterstellt, dass die Ergebnisse stellvertretend auch für statusgleiche Personen gelten, die in stärker gemischten Stadtvierteln leben. Diese Annahme steht allerdings auf etwas unsicherem Boden, weil Milieueffekte, die sowohl verstärkend als auch ausgleichend wirken können, ausgeblendet werden. Eine Mehrebenen-Analyse, mit der sich Milieueffekte nachweisen ließen, ist nicht durchführbar, da nur Aggregatdaten vorliegen. Bei der Diskussion der Ergebnisse sind diese Unschärfen entsprechend zu berücksichtigen.



3.2 Definition der Untersuchungseinheiten

Analyseeinheiten in diesem Bericht sind Gebietstypen, die sozial- und siedlungsstrukturell ähnliche Ortsteile der Stadt Bremen zusammenfassen. Der Ortsteil ist die kleinste Raumeinheit, die die amtliche Bremer Statistik ausweist. Die Beschreibung von Entwicklungsverläufen beginnt mit dem Jahr 1970 und geht bis 2003. Dabei wird untersucht, ob sich innerhalb dieses Zeitraums seit jeher bestehende soziale Unterschiede zwischen Wohnvierteln weiter vergrößerten. Es sollen aber auch Stadtgebiete identifiziert werden, die ab 1970 einen Prozess des Niedergangs durchliefen oder die seitdem aufgewertet wurden.

Die Gebietstypen, die in den beiden bisher erschienenen Gesundheitsberichten des Landes Bremen verwendet wurden, sind angesichts des weit zurückreichenden Beobachtungszeitraums wenig brauchbar. Sie basieren auf Daten der Volkszählung von 1987 und dürften die Ausgangssituation von 1970 kaum wirklichkeitsnah abbilden. Für diesen Bericht wurden deshalb neue Gruppen gebildet, die Grundlage waren eine stadtsoziologische Studie der Universität Bremen aus dem Jahr 1975 sowie inhaltliche Überlegungen.

Klar voneinander unterscheidbare Quartierstypen sind die traditionellen Segregationsgebiete, nämlich die „Arbeiterviertel“ und die „bürgerlichen Viertel“ der Stadt Bremen. Diese Bezeichnungen sind ebenso wie die entsprechende Klassifizierung der Ortsteile der oben genannten Studie entnommen.³⁷ Die empirische Basis bildete die Volkszählung von 1970.

Als Arbeiterviertel gelten Ortsteile, in denen zum Zeitpunkt der Studie 1.) ein relevanter Teil der Bremer Arbeiterschaft 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.³⁸

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

Ortsteile am Stadtrand, in denen Hochgeschossbauten des sozialen Wohnungsbaus dominieren, bilden im vorliegenden Bericht ebenfalls eine eigene Kategorie. In diesen Ortsteilen entfällt mindestens die Hälfte der Wohnfläche auf Wohnblöcke mit zumeist öffentlich geförderten Mietwohnungen.⁴¹ Der im Folgenden als Großsiedlungen bezeichnete Gebietstyp umfasst die Ortsteile Gartenstadt Süd, Sodenmatt, Gartenstadt Vahr, Neue Vahr Nord, Neue Vahr Südwest, Neue Vahr Südost sowie Tenever und Blockdiek. Die dortigen Wohnanlagen entstanden zwischen 1954 (Gartenstadt Vahr) und 1975 (Tenever), ihre Erbauung folgte Vorstellungen von einer modernen, nach Funktionsbereichen zonal gegliederten Stadt.⁴² Die Großsiedlungen sollten den Wohnraumbedarf breiter Bevölkerungsschichten befriedigen und boten geräumige Wohnungen mit einer für die damalige Zeit sehr komfortablen Ausstattung (z.B. Zentralheizung). In der oben zitierten Studie werden sie teilweise noch als „Angestelltenmischgebiete“ bezeichnet. Nicht zuletzt durch die Unterbringungspraxis der Sozialbehörde entwickelten sich die Hochhaussiedlungen jedoch im Laufe der Zeit vielfach zu Problemgebieten.

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

⁴² Das städtebauliche Konzept gründete auf der „Charta von Athen“. Diese unter der Federführung des Architekten und Stadtplaners Le Corbusier formulierte Zukunftsvision richtete sich gegen die unerträglich gewordenen Zustände in den Großstädten Anfang des 20. Jahrhunderts. Die Stadt wurde als funktionelle Einheit betrachtet, die nach den Hauptfunktionen Wohnen, Arbeiten und Erholung räumlich gegliedert sein sollte. Nach diesem Konzept ist die Stadtperipherie eine reine Wohnzone mit in weitläufigen Grüngürteln eingebetteten Hochhäusern (Satellitenstädte). Die Charta wurde zwar schon 1933 beschlossen, beeinflusste aber erst in der Nachkriegszeit den Städtebau in Deutschland.



Gesondert betrachtet werden auch bestimmte Wohnviertel am Cityrand. Dabei handelt es sich um die Ortsteile Ostertor, Fesenfeld und Steintor. Bis in die 1970er Jahre hinein sah die Bremer Stadtplanung einen teilweisen Abriss dieser heute begehrten innenstadtnahen Gründerzeitquartiere vor. Wegen des bevorstehenden Abbruchs wurde in viele Häuser nichts mehr investiert, sie verfielen daher immer mehr. Die ursprünglichen Planungen wurden jedoch so nie umgesetzt, und nach einer turbulenten Zwischenphase mit vielen Hausbesetzungen begann man, die Altbausubstanz wieder zu sanieren. In die wiederhergestellten Altbauviertel zogen verstärkt jüngere, gut ausgebildete und gut verdienende Einzelpersonen bzw. kinderlose Paare.⁴³ Diese „*neuen Urbaniten*“ schätzen die Reize des Großstadtlebens,⁴⁴ sie können es sich auch leisten, höhere Mieten zu bezahlen oder Wohnraum zu kaufen. Die ärmere Wohnbevölkerung hingegen, die vorher in den teils heruntergekommenen Quartieren lebte, wurde zum Teil verdrängt.⁴⁵ Halten konnten sich jedoch die Nischenökonomie und der Kulturbetrieb der mittlerweile etablierten „alternativen Szene“, die das Flair dieser Wohnquartiere wesentlich geprägt hat und dies weiter tut.

Ortsteile, in denen nach der Volkszählung von 1970 weniger als 1.000 Einwohner lebten, wurden bei dieser Typisierung nicht berücksichtigt. Dies betrifft die Hafengebiete Bremens⁴⁶ 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 Häußermann, Siebel (1987)

⁴⁵ Die Stadtsoziologie bezeichnete die Aufwertung innerstädtischer Wohnviertel als „Gentryfication“.

⁴⁶ Ortsteile Handelshäfen, Industriebäfen, 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)
Arbeitsmarktintegration der Bevölkerung
➤ Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Volkszählungen 1970 und 1987, ab 1998 jährlich. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)
➤ 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
➤ Schüler und Schülerinnen am Wohnort nach Schulart (1985, 1990,1995, ab 1999 jährlich. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)
Politische Teilhabe
➤ Wahlbeteiligung bei Bürgerschaftswahlen (ab 1971. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)
➤ Stimmanteile der einzelnen Parteien (ab 1971. Datengeber: Statistisches Landesamt Bremen)

Daten zur mittleren Lebenserwartung und zur Sterblichkeit (Mortalität) wurden vom statistischen Landesamt Bremen gesondert zur Verfügung gestellt. Die Daten waren auf Ortsteilebene aggregiert und umfassten einen Zeitraum von 1970 bis 2003. Die Mortalitätsdaten enthielten Angaben über die primäre Todesursache, kodiert nach ICD/9 bzw. ICD/10 (ab 1.1.1998), sowie zum Todesjahr, zum Todesalter und zum Geschlecht der Verstorbenen.

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



Die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein neugeborenes Kind leben würde, wenn die derzeitigen Sterberisiken unverändert blieben. Im Grunde genommen ist die mittlere Lebenserwartung die um Alterseffekte bereinigte Sterblichkeit. Verglichen mit den eher abstrakten Mortalitätsraten ist die mittlere Lebenserwartung ein sehr anschaulicher Indikator, der allgemeine Hinweise gibt über die gesundheitlichen Lage und über die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Zur Berechnung der mittleren Lebenserwartung wurden jeweils die vorangegangenen zehn Jahre zusammengefasst, die Zeitreihe beginnt daher erst mit dem Jahr 1979.

Sterbeziffern ermöglichen ebenfalls eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Effektivität des medizinischen Versorgungssystems. Neben der Gesamtmortalität wurde die so genannte vermeidbare Sterblichkeit sowie die vorzeitige Sterblichkeit berechnet. Unter vorzeitiger Sterblichkeit verstehen Epidemiologen Todesfälle vor dem Erreichen eines bestimmten Lebensjahres, gängige Altersgrenzen sind 64 Jahre oder 69 Jahre. Eine hohe vorzeitige Sterblichkeit gilt als ein Indikator für besondere Gesundheitsrisiken und liefert Anhaltspunkte für Präventionspotenziale. In Anlehnung an die Gesundheitsberichterstattung der Länder werden in diesem Bericht Sterbefälle bis zu einem Alter von 64 Jahren als vorzeitig bezeichnet.⁴⁸

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 Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder führt folgende Todesursachen als vermeidbar auf:⁴⁹

Kasten 2: Vermeidbare Todesursachen gemäß dem Indikatorensetz 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
5.	Hypertonie/Hochdruckkrankheiten, Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (35 – 64 Jahre)	ICD-9 401-405, 430-438 ICD-10 I10-I15, I60-I69
6.	Bösartige Neubildung der Luftröhre, 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

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003)

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.

⁴⁹ Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003), S.108f. Der Wechsel der Todesursachenkodierung von ICD-9 zu ICD-10 erfolgte am 1.1.1998.



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.

Der Bericht weist direkt altersstandardisierte, nach Geschlecht getrennte Mortalitätsraten aus. Standardpopulation ist die nach Geschlecht differenzierte mittlere Bevölkerung der Stadt Bremen 2003. Dieser Standard bildet den demografischen Aufbau der Bremer Bevölkerung wesentlich besser ab als die alte bzw. die neue Europäische Standardbevölkerung, die bei der Berechnung von standardisierten Mortalitätsraten üblicherweise verwendet werden. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zwar nur noch bedingt möglich, dafür entfallen verzerrende Effekte, die sich bei einer Zugrundelegung allzu fiktiver Standardpopulationen ergeben können.



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“?

Armut tritt vielschichtig und facettenreich in Erscheinung. Bei der Messung von Armut steht man daher vor dem Problem zu bestimmen, welche Aspekte neben dem Einkommen relevant sind und wo genau die Grenze zu ziehen ist, ab der Armut beginnt.⁵⁰ Es gibt keine klaren, objektiven Kriterien, anhand derer Armut definiert werden kann.⁵¹ Immerhin herrscht in der Armutsforschung halbwegs Einvernehmen darüber, dass Armut relativ zum gesellschaftlichen Wohlstand definiert werden muss.⁵²

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.⁵³ Hier liegt die Schwierigkeit darin festzulegen, ab welchem Einkommen die Armutsschwelle beginnt. Hilfsweise kann die Sozialhilfeschwelle als Armutsgrenze verwendet werden.⁵⁴ 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.⁵⁵ 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.⁵⁶ 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



Da der Messung von Armut keine eindeutigen Kriterien zugrunde liegen, ist die Frage, ob Armut in Deutschland zugenommen hat, nicht einfach zu beantworten. Eine Reihe von Studien deutet jedoch darauf hin, dass in Deutschland die relative Einkommensarmut seit den 1970er Jahren zugenommen hat und weiter ansteigt.⁵⁷ Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung weist für 1998 eine Armutsrisikoquote von 12,9% aus und für 2003 eine Quote von 13,5%.⁵⁸ Der Anteil derjenigen, die, über einen längeren Zeitraum betrachtet, zumindest kurzfristig unter die Armutsgrenze rutschen, liegt noch wesentlich höher: Zwischen 1992 und 2000 sind 23% der Bevölkerung in den alten und 18% in den neuen Bundesländern wenigstens einmal unter die Armutsgrenze gesunken.⁵⁹

Von Armut betroffen sind vor allem Ausländer, Alleinerziehende und Arbeitslose. Einkommensarmut gibt es unter der ausländischen Bevölkerung wesentlich häufiger als unter der deutschen. Die Sozialhilfequote unter Ausländern war 2003 fast dreimal so hoch wie die unter den Deutschen (8,4% vs. 2,9%),⁶⁰ die Armutsrisikoquote unter Migranten lag mit 24% (2003) deutlich über der Armutsrisikoquote der Gesamtbevölkerung (15,9%).⁶¹ Stark betroffen sind auch Alleinerziehende, 2003 wiesen sie eine Armutsrisikoquote von 35,4% auf.⁶² Unter Arbeitslosen ist Einkommensarmut weit verbreitet, 2003 lag die Quote bei 40,9% und war damit dreimal so hoch wie im Durchschnitt.⁶³

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.⁶⁴ Auch bei einem fast mittlerem Verdienst gibt es nicht selten Armut, berichtet wird eine Armuts-

⁵⁷ a.a.O., S. 10

⁵⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005), S.20, Tabelle I.2. Der Begriff „Armutsrisikoquote“ „bezeichnet den Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 60% des Mittelwerts (Median) aller Personen beträgt.“ (a.a.O., S. 6)

⁵⁹ Buhr (2004), S. 10

⁶⁰ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005), S.60, Schaubild II.2

⁶¹ a.a.O., S. 166, Tabelle IX.3.

⁶² a.a.O., S. 76, Schaubild III.2

⁶³ a.a.O., S. 21, Tabelle I.3

⁶⁴ Buhr (2004), S. 12



quote von 19%.⁶⁵ 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*“.⁶⁶

Die eingeleiteten Änderungen der Sozialgesetze können die Lage einkommensarmer Haushalte verschärfen. Neben einer Verringerung des Umfangs sozialstaatlicher Alimentationen ist damit zu rechnen, dass die Arbeitsämter Problemgruppen in Zukunft weniger fördern werden und stattdessen die unmittelbare Arbeitsaufnahme im Mittelpunkt steht. Für diesen Trend gibt es klare Hinweise.⁶⁷ Angesichts rigider gewordener Zumutbarkeitsregeln besteht die Gefahr, dass Arbeitslose verstärkt gedrängt werden, schlecht bezahlte Stellen anzunehmen, die wenig Sicherheit und kaum Aufstiegsmöglichkeiten bieten.⁶⁸ Nicht auszuschließen ist auch eine Verschlechterung der Wohnsituation. Die Kommunen als Träger der Unterkunftskosten könnten dazu übergehen, Arbeitslose aufzufordern, in billigere und tendenziell schlechter ausgestattete Wohnungen umzuziehen.⁶⁹ Preiswerter Wohnraum mit akzeptabler Ausstattung ist jedoch rar, erwartet wird daher steigende Obdachlosigkeit und sich verfestigende Armutsquartiere bzw. sich ausbreitende „*Niedrigwohnquartiere*“ in den Städten.⁷⁰

Darüber hinaus gibt es Befürchtungen, dass sich die Gesundheitschancen einkommensarmer Bevölkerungsgruppen verschlechtern. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 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.⁷¹ Eingeführt wurden ferner die sog. Praxisgebühr sowie Zuzahlungen für alle Kassenleistungen,⁷² in der Summe können diese Selbstbehalte bis zu 2% des jährlichen Bruttoeinkommens ausmachen. Für Bezieher

⁶⁵ a.a.O., S. 12

⁶⁶ a.a.O., S. 13

⁶⁷ a.a.O., S. 23

⁶⁸ a.a.O., S. 23

⁶⁹ a.a.O., S. 24

⁷⁰ a.a.O., S. 24

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.

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.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,⁷⁴ in Deutschland sind die Erkenntnisse zu den sozialen Auswirkungen der Gesundheitsreform aber noch zu widersprüchlich für ein abschließendes Urteil.⁷⁵ Zumindest bei Fällen extremer Armut existieren jedoch konkrete Hinweise auf die Barrierewirkung der neuen Regelungen. So registriert die Medizinische Notversorgung für Obdachlose in der Stadt Bremen einen sprunghaften Anstieg der Hilfe suchenden Personen.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

Es spricht einiges dafür, dass der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsökonomie (Tertiärisierung) mit einer stärkeren Ungleichheit bei den Einkommen einhergeht. In Zukunft dürfte daher die Zahl der *working poor*, aber auch die Zahl der Spitzenverdiener zunehmen. Mittlere Einkommensbereiche hingegen werden nach diesem Szenario schrumpfen.

Das produzierende Gewerbe, einst der größte volkswirtschaftliche Sektor, erlebt seit längerem massive Beschäftigungsverluste. Verglichen mit 1991 verzeichnete das produzierende Gewerbe in 2004 27,4% weniger Erwerbstätige, gleichzeitig nahm im selben Zeitraum die Beschäftigung im Dienstleistungsbereich mit 20,6% stark zu.⁷⁷ 2004 arbeiteten im produzierenden Gewerbe 10,27 Mio. Erwerbstätige, im Dienstleistungsbereich

⁷³ Buhr (2004), S. 25

⁷⁴ a.a.O., S. 25

⁷⁵ vgl. Zok (2005), Financial Times Deutschland vom 1.9.2005

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.

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.

Die Expansion des Dienstleistungssektors kann eine Polarisierung der Beschäftigungs- und der Einkommensstrukturen nach sich ziehen, wenn sich eine Dienstleistungsökonomie nach dem amerikanischen Modell der „Dienstbotengesellschaft“ herausbildet.⁷⁸ Das amerikanische Beschäftigungswachstum beruht zu einem großen Teil auf der gestiegenen Zahl der Arbeitsplätze in konsumorientierten Dienstleistungen. Solche Jobs werden in aller Regel schlecht bezahlt, sind jederzeit kündbar und erfordern nur geringe Qualifikationen. Typische Arbeitgeber finden sich in der Schnellgastronomie und in der Freizeitindustrie. Stark zugenommen hat aber auch die Zahl der sehr gut dotierten Arbeitsplätze in unternehmensnahen, produktionsorientierten Dienstleistungen, z.B. im Finanzsektor, in der Rechts- und Unternehmensberatung, im Marketing oder in der IT-Branche. Dadurch stehen hohen Einkommen billige und deshalb stark nachgefragte Dienstleistungen gegenüber. Die Spreizung der Einkommensstruktur erweist sich somit als treibende Kraft dieser Form der Tertiärisierung.

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

Seit den 1990er Jahre 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)



Feststellbar ist, dass es eine wachsende städtische Armutsbevölkerung gibt und dass sich die Einkommensstruktur im wachsendem Maße polarisiert. Während auf der einen Seite die Zahl der Arbeitslosen steigt und Teile der Bevölkerung Einkommensverluste hinnehmen müssen, hat auf der anderen Seite die Zahl der Stadtbewohner zugenommen, die in hochqualifizierten, unternehmensnahen Dienstleistungsbereichen arbeiten und dabei teilweise (sehr) hohe Einkommen erzielen. Zwischen 25 und 35 Prozent der Bevölkerung leben unterhalb einer „Wohlstandsschwelle“, die den Übergang zu spürbaren Notlagen markiert, weitere 10 Prozent gelten als einkommensarm.⁸² In der Großstadtbevölkerung bewegt sich der Anteil der Einkommensarmen zwischen 10 und 20 Prozent.⁸³ Gleichzeitig wird beobachtet, wie sich auf dem Arbeitsmarkt chancenlose und diskriminierte Bevölkerungsgruppen in bestimmten Stadtgebieten sammeln. Zusammen bringen diese Entwicklungen eine neue Qualität sozialer Ungleichheit hervor, bei der Teile der Bevölkerung den Anschluss an die Gesellschaft verlieren und dauerhaft abgehängt werden. In den USA, wo die sozialen Gegensätze weitaus extremer sind, entstand dazu der Begriff „*New Urban Underclass*“.⁸⁴ Er bezeichnet eine sozial und räumlich isoliert lebende, vorwiegend aus Afro-Amerikanern bestehende städtische Armutsbevölkerung. Auch in Deutschland wird seit einiger Zeit darüber spekuliert, ob Massenarbeitslosigkeit, wachsende Armut und zunehmende Segregation in den Städten ähnliche Auswirkungen haben könnte.⁸⁵

⁸² Hübinger (1999), S. 19

⁸³ Häußermann (2000), S. 13

⁸⁴ Wilson (1987)

⁸⁵ Bremer, Gestring (1997). Abweichend dazu vgl. Andreß (1999), S. 328



Was ist Segregation?

Die Tatsache, dass sich ethnische und soziale Gruppen in bestimmten Stadtgebieten konzentrieren, bezeichnet man als Segregation. Segregation hat verschiedene Ursachen, eine davon ist der eingeschränkte Zugang zum Wohnungsmarkt. Der Zugang hängt zum einen von der Kaufkraft ab, gefragte und damit teure Wohnlagen können sich natürlich nur Haushalte mit hohem Einkommen leisten. Zum anderen kontrollieren private Hauseigentümer und Vermieter den Zugang. Sie sind an sozialer Exklusivität stark interessiert, denn ein hohes Prestige des Wohnviertels schlägt sich auch in höheren Preisen und Mieteinnahmen nieder. Von daher haben es Haushalte, an denen sich kaufkräftige Nachfrager stören könnten, in besser gestellten Gegenden schwer. Zur Segregation trägt weiter bei, dass die Sozialbehörden bedürftigen Haushalten häufig Wohnungen in Siedlungen des sozialen Wohnungsbaus zuweisen, weil die Kommunen dort (noch) Belegungsrechte haben. Schließlich spielen subjektive, von Alter, Lebensstil und Herkunft abhängige Wohnwünsche eine wichtige Rolle. Junge Leute bevorzugen innenstadtnahe Wohnlagen, während Mittelschichtfamilien häufig am Stadtrand oder in den Umlandgemeinden wohnen. Auch ausländische Zuwanderer suchen Wohnungen nicht selten in Vierteln, in denen bereits viele Menschen aus ihren Heimatländern leben. An diesen Beispielen wird deutlich, dass man zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Segregation unterscheiden muss. So sind die privilegierten Wohnviertel einer Stadt das Ergebnis einer freiwilligen Segregation der gehobenen Mittel- und Oberschicht. Sinnvoll ist auch die begriffliche Trennung nach funktioneller und struktureller Segregation, in ihr zeigt sich das Janusgesicht der räumlichen Abgrenzung von Bevölkerungsgruppen. Funktionelle Segregation ist insbesondere für Migranten aus dem Ausland von Bedeutung. Dabei handelt es sich um eine vorübergehende Phase, in der die Zuwanderer nach und nach Anschluss an die Aufnahmegesellschaft finden. Während dieser Zeit bietet die Gemeinschaft im Wohnquartier materielle Unterstützung und sozialen Rückhalt. Strukturelle Segregation hingegen bezeichnet einen verfestigten Zustand, wo die Lebenswelt der Zuwanderer auf das Wohnviertel beschränkt bleibt ohne nennenswerte Chancen auf Integration.

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



Die wachsende Segregation hat im Wesentlichen drei Ursachen:⁸⁷ Erstens führte der Ende der 1980er Jahre begonnene Rückzug des Staates aus dem sozialen Wohnungsbau und die damit aufgegebenen Steuerungsmöglichkeiten dazu, dass die Wohnungsverteilung zunehmend der Logik des Marktes unterliegt. Dies begünstigt die soziale Entmischung von Wohnquartieren, Vermieter in privilegierten Wohnlagen haben schließlich ein wirtschaftliches Interesse an der sozialen Exklusivität der Nachbarschaft. Hinzu kommt die Privatisierungspolitik der öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften. Die attraktiven Bestände werden verkauft, und Wohnraum, der bedürftigen Haushalten zur Verfügung steht, wird reduziert und in Wohnanlagen am Stadtrand konzentriert. Dort beginnt sich eine „Sozialstaatsbevölkerung“ zu etablieren, die in Sozialwohnungen lebt, sozialstaatliche Transferleistungen erhält und von Sozialarbeitern betreut wird.⁸⁸ Zweitens treibt die Abwanderung von Haushalten mit gutem und gesichertem Einkommen (selektive Mobilität) den Prozess sozialer Entmischung weiter voran.⁸⁹ Hinter diesen Fortzügen steht immer häufiger das Bestreben, problembeladenen Nachbarschaften zu entfliehen. Zurück bleibt eine Restbevölkerung, die wegen fehlender finanzieller Möglichkeiten, aber auch aufgrund von Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt nahezu chancenlos ist. Mit dem Fortzug der Qualifizierten und Integrierten verliert der Stadtteil auch Akteure, die in der Lage wären, Forderungen zu artikulieren und durchzusetzen.⁹⁰ Für die lokalen Geschäfte bedeutet die sinkende Kaufkraft eine geringere Nachfrage und für die Vermieter schmalere Mieteinkünfte. Die Folge sind Leerstände und verkommene Gebäude, der öffentliche Raum beginnt zu verwahrlosen. Erreicht diese Abwärtsentwicklung eine bestimmte Stufe, können Stigmatisierungen einsetzen, die ausgrenzend wirken.⁹¹ Drittens bewirkten die massiven Verluste an Fabrikarbeitsplätzen oftmals den Niedergang von Wohnquartieren, in denen vorwiegend gering qualifizierte Industriearbeiter gelebt haben.⁹² Viele, darunter häufig ausländische Zuwanderer, wurden arbeitslos, und traditionelle Arbeiterviertel verwandelten sich in Arbeitslosenviertel. Zusammen mit selektiven Wanderungen kann dieser „*Fahrstuhleffekt nach unten*“⁹³ einen Teufelskreis in Gang setzen: Angesichts wachsender

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

⁹⁶ vgl. Häußermann (2000), S.13, Kronauer (2005), S. 174f, Münch (1995)

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



bietet die lokale Ökonomie auch gering Qualifizierten hin und wieder Arbeitsmöglichkeiten, hinzu kommt eine oft höhere Toleranz gegenüber Andersartigkeit. Manchmal gelten solche Gebiete auch als Beispiele urbaner Vielfalt und haben daher touristisch verwertbare Reize, die bis zu einem gewissen Grad vor Stigmatisierung schützen. In den Großsiedlungen hingegen hat die Beschränkung auf die reine Wohnfunktion in Zeiten millionenfacher Arbeitslosigkeit fatale Folgen. Zwischen denen, die morgens die Siedlung verlassen, um zur Arbeit zu fahren, und denen, die arbeitslos sind, gibt es kaum Berührungspunkte und Gemeinsamkeiten. Insbesondere für Langzeitarbeitslose ohne Familie besteht die Gefahr zusätzlicher sozialer Isolation, ihr Verkehrskreis und damit auch verfügbare Ressourcen bleiben auf ein benachteiligtes Milieu begrenzt.

Das Wohnviertel ist zugleich ein Raum sozialen Lernens. Isolation gegenüber dem Rest der Gesellschaft tritt ein, wenn in Nachbarschaften abweichende Normen und Verhaltensweisen die Oberhand gewinnen und gesellschaftlich akzeptierte Rollen immer weniger oder gar nicht mehr präsent sind.¹⁰⁰ Soziale Abweichung (Devianz) wird dann zur vorherrschenden Lebensform und prägt Auftreten und Habitus. Kinder und Jugendliche haben wenig Chancen, andere Perspektiven zu entwickeln, denn „ ... wenn Jugendliche in ihrem Umkreis niemanden mehr kennen, der mit ‚normaler‘ Erwerbsarbeit seinen (bescheidenen) Lebensunterhalt verdient, hingegen einige, die sich mit illegalen Aktivitäten ohne großen Aufwand eine spektakuläre Lebensführung ermöglichen und die sich obendrein über einen mühseligen Schulbesuch lustig machen - welche Handlungsalternativen bieten sich da?“¹⁰¹ In einem solchen Milieu stehen Kinder und Jugendliche unter Druck, Normen und Verhaltensweisen zu übernehmen, auf die die übrige Gesellschaft mit Ablehnung und Ausgrenzung reagiert.¹⁰²

¹⁰⁰ Häußermann (2000), S. 19f. Zur Entstehung devianter Subkulturen in Armutsgebieten vgl. auch Dangschat (2000b), S. 164ff

¹⁰¹ Häußermann (2000), S. 20

¹⁰² a.a.O., S. 20



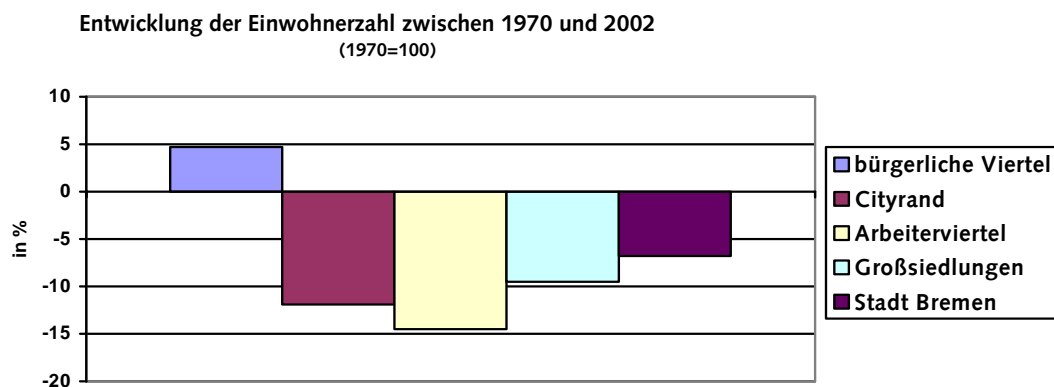
5 Sozialräumliche Entwicklungen in der Stadt Bremen

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. Besorgniserregende 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



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.

Parallel zum Rückgang der deutschen Bevölkerung nahm die Zahl ausländischer Staatsbürger und deren Anteil an der Wohnbevölkerung zu, jedoch im unterschiedlichem Ausmaß. Unterdurchschnittlich, nämlich ungefähr um das Doppelte, wuchs die Zahl der Ausländer in den Wohnvierteln am Cityrand. Dasselbe gilt für die bürgerlichen Viertel, wo die Zahl von einem niedrigen Niveau aus um das Dreieinhalbfache stieg, und für die Arbeiterviertel, wo der Anstieg um das 3,6-fache allerdings von einem weitaus höheren Niveau aus erfolgte. In den Großsiedlungen hingegen stieg die Ausländerzahl um mehr als das 19-fache. Insgesamt wuchs in Bremen (Stadt) die Zahl ausländischer Staatsbürger von 12.793 (1970) auf 69.976 (2002). Dies entspricht einem Anstieg um das 5,5-fache.

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

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

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen



Bei den Ausländeranteilen ergeben sich beachtliche Unterschiede. In den bürgerlichen Vierteln blieb der Ausländeranteil mit 6,1% (2002) vergleichsweise niedrig, in den Großsiedlungen hingegen stieg er auf einen überdurchschnittlichen Wert (18,4%). Mit Blick auf die Herkunftsländer zeigen sich einige Besonderheiten: Während in den bürgerlichen Vierteln über ein Drittel der ausländischen Wohnbevölkerung aus den Ländern der EU oder aus den USA stammen, sind in den Arbeitervierteln über 50% der Ausländer Türken. In den Großsiedlungen ist jeder vierte Ausländer polnischer oder russischer und jeder dritte türkischer Staatsbürger. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die amtliche Statistik mit dem Begriff „Ausländer“ nur Personen erfasst, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Zuwanderer (Migranten), die wie Aussiedler oder eingebürgerte Arbeitsmigranten die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, werden nicht als Ausländer geführt. Vor allem in den Großsiedlungen und Arbeitervierteln dürfte der Anteil von „Personen mit Migrationshintergrund“ höher sein, als der Ausländeranteil ausweist.

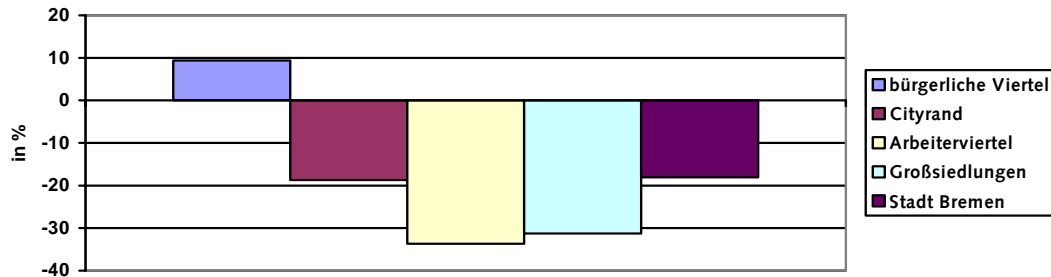
5.2 Erwerbstätigkeit

Nicht nur demografisch, auch wirtschaftlich haben sich die bürgerlichen Viertel von der Entwicklung in den anderen Stadtgebieten abgekoppelt (vgl. Grafik 2). Zwischen 1970 und 2002 nahm die Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den bürgerlichen Vierteln mit 9,4% deutlich zu. Die Arbeiterviertel und die Großsiedlungen hingegen verzeichnen einen gravierenden Rückgang der Beschäftigtenzahlen (-33,7% bzw. -31,3%). Würde die aktuelle amtliche Statistik noch die Zahl der Selbstständigen und der Beamten ausweisen, wäre der Unterschied in der Entwicklung vermutlich noch ausgeprägter.



Grafik 2

Entwicklung der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen
1970 und 2002
(1970=100)



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Das Ausmaß der Arbeitslosigkeit, hier berechnet als Anteil der Arbeitslosen am sog. demografischen Erwerbspotenzial (15 bis 64-jährige),¹⁰³ 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%.

¹⁰³ Die amtliche Arbeitslosenquote wird etwas anders kalkuliert. Sie ergibt sich aus der Zahl der Arbeitslosen, dividiert durch die Summe aus der Zahl der abhängig Beschäftigten und der Zahl der Arbeitslosen. Als der vorliegende Bericht erstellt wurde, gab es keine aktuellen Angaben zur Zahl der abhängig Beschäftigten in den Ortsteilen der Stadt Bremen. Die ersatzweise verwendete Kalkulationsbasis (demografisches Erwerbspotenzial) umfasst alle Altersgruppen, die im Prinzip im Erwerbsleben stehen könnten. Insofern ergeben sich gegenüber der amtlichen Arbeitsmarktstatistik Abweichungen nach unten.



Tabelle 2: Arbeitslosigkeit

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

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

5.3 Armut

Die Sozialhilfequote ist ein grobes Maß für die Verbreitung von Armut. Hohe strukturelle Arbeitslosigkeit, die immer mit Dauerarbeitslosigkeit verbunden ist, führt zu größerer Abhängigkeit von Sozialhilfe.¹⁰⁴ Auch die Zuwanderung aus dem Ausland trägt zur Erhöhung der Sozialhilfequote bei.¹⁰⁵ Über das tatsächliche Vorkommen von Armutslagen gibt die Sozialhilfequote jedoch nur beschränkt Auskunft, da bis zur Einführung der Grundsicherung ein großer Teil der Sozialhilfeberechtigten Rechtsansprüche nicht geltend machte.¹⁰⁶ Unberücksichtigt bleiben auch Personen, die trotz eines niedrigen Einkommens vom Sozialhilfebezug ausgeschlossen waren.¹⁰⁷

Der Bezug von Sozialhilfe (HLU) sicherte in den Arbeitervierteln und vor allem in den Großsiedlungen einem bedeutenden Teil der Bevölkerung die Existenz (vgl. Tabelle 3). 2002 betrug der Anteil Sozialhilfeempfänger an der Wohnbevölkerung in den Arbeitervierteln 11,1%, in den Großsiedlungen 14,5%. Damit lebte in den Arbeitervierteln jeder 9. Einwohner und in den Hochhausgebieten sogar jeder 7. Einwohner von diesen sozialstaatlichen Transfers. In den bürgerlichen Vierteln hingegen sind Sozialhilfeempfänger eine Randerscheinung, ihr Anteil an der Bevölkerung lag 2002 bei 2,3%.

¹⁰⁴ Häußermann, Petrowsky, Pohlen (1995), S. 199

¹⁰⁵ Bei ausländischen Zuwanderern handelt es sich schon seit längerem nicht mehr um zusätzlich angeworbene 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

	Staats- angehörigkeit	Anteil Sozialhilfeempfänger
Bürgerliche Viertel	Deutsche	2,1
	Ausländer	7,1
	<i>insgesamt</i>	2,3
Cityrand	Deutsche	6,6
	Ausländer	9,7
	<i>insgesamt</i>	7,0
Arbeiterviertel	Deutsche	9,3
	Ausländer	20,6
	<i>insgesamt</i>	11,1
Großsiedlungen	Deutsche	10,7
	Ausländer	32,2
	<i>insgesamt</i>	14,5
Stadt Bremen	Deutsche	6,4
	Ausländer	20,2
	<i>insgesamt</i>	8,4

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.¹⁰⁸

In den bürgerlichen Vierteln haben Jugendliche offenbar einen Startvorteil, dort besuchen über zwei Drittel (67,2%) der Schülerinnen und Schüler der 7. bis 10. Klassen ein Gymnasium (vgl. Tabelle 4). Dieser Anteil beträgt in den Arbeitervierteln nicht einmal ein Drittel (30,9%) und in den Großsiedlungen sogar nur ein Fünftel (20,4%). In den Wohngebieten am Cityrand besuchen 42,1% der Schülerinnen und Schüler ein Gymnasium, weitere 35,7% gehen auf eine integrierte Gesamtschule (7. bis 10. Klassenstufe).

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.

**Tabelle 4: Besuchte Schulart in der 7. bis 10. Klassenstufe, 2002
(Sek. I, ohne Waldorfschulen)**

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

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

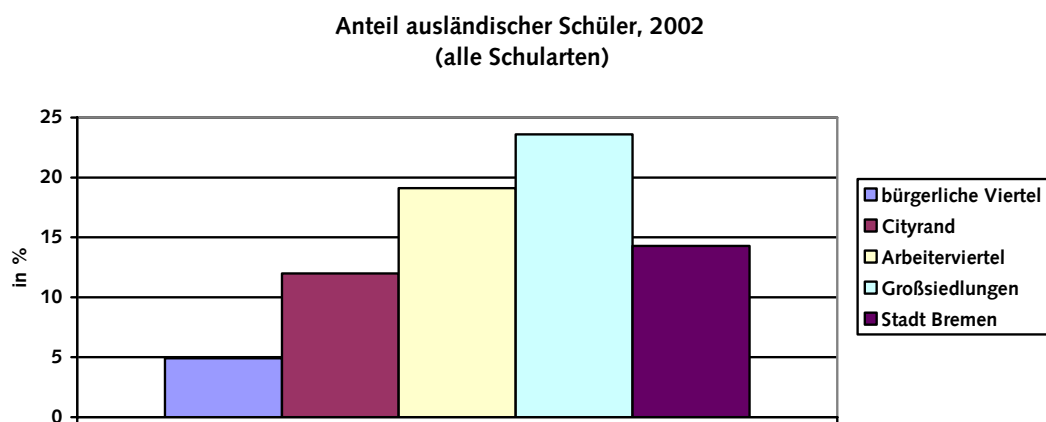
Weiterhin fällt auf, dass in den bürgerlichen Vierteln der Anteil ausländischer Schüler gering (4,9%) und in den Arbeitervierteln bzw. Großsiedlungen sehr hoch ist (19,1% bzw. 23,6%) (vgl. Grafik 3). Hohe Anteile ausländischer Schüler führen zwar nicht

¹⁰⁸ vgl. dazu Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2005)



zwangsläufig, aber doch häufig zu schwierigen Unterrichtssituationen, in denen statt Lernen die Bewältigung von Integrationsproblemen im Vordergrund steht. Auch in dieser Hinsicht haben es die Schüler in den privilegierten Stadtgebieten offenbar deutlich besser. Zweifel an der Qualität der lokalen Schulen sind nebenbei ein wesentlicher Grund dafür, dass finanziell besser gestellte Haushalte mit Kindern Problemgebiete verlassen. Dabei wandern nicht nur deutsche, sondern auch integrierte und aufstiegsorientierte Migrantenhaushalte ab. Die Schulsituation vor Ort hat daher nur scheinbar etwas mit „Ausländerproblemen“ zu tun.¹⁰⁹

Grafik 3



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

5.5 Wahlverhalten

Desintegrationstendenzen in der Gesellschaft kommen auch im Wahlverhalten zum Ausdruck. In den 1970er Jahren lag die Beteiligung an den Bürgerschaftswahlen in den Arbeitervierteln und Großsiedlungen noch klar über der in den bürgerlichen Vierteln (vgl. Grafik 4). Erst mit der Bürgerschaftswahl 1987 nahm die Wahlbeteiligung in den Arbeitervierteln und in den Großsiedlungen stetig und deutlich ab. Bei der Bürgerschaftswahl 2003 ging nur noch gut die Hälfte (rund 55%) der dortigen Wahlberechtigten wählen, in den bürgerlichen Vierteln waren es dagegen fast drei Viertel (74%). Hinter dieser Entwicklung stehen Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit und Misstrauen. Nicht zur Wahl zu gehen drückt Abstand, wenn nicht die „innere Kündigung“ gegenüber Staat und Gesellschaft aus, von denen man nichts mehr erwartet und sich dementsprechend

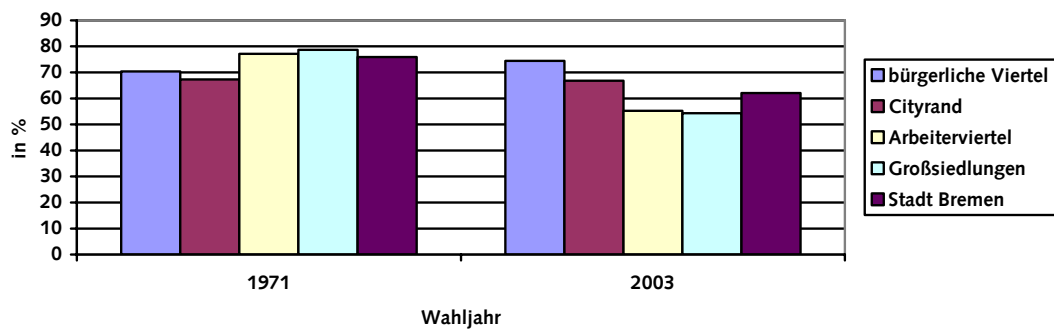
¹⁰⁹ Häußermann (2000), S. 16



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

Grafik 4

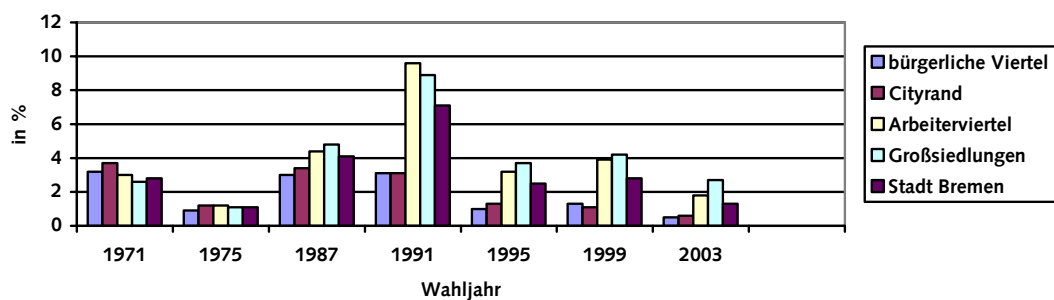
Durchschnittliche Beteiligung an den Wahlen zur Bremer Bürgerschaft 1971 und 2003 (Median)



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)



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

¹¹⁰ a.a.O., S. 20f



6 Die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Sterblichkeit

Mit dem Auseinanderdriften der privilegierten und benachteiligten Stadtviertel weiteten sich die sozialen Unterschiede in der Sterblichkeit erheblich aus, sieht man einmal von wenigen Ausnahmen ab. Zwar nahm im zwischen 1970 und 2003 überall die Lebenserwartung zu und die Sterblichkeit in der Regel ab, die Entwicklung in den bürgerlichen Vierteln verlief jedoch deutlich günstiger. Am wenigsten konnten die Hochhaussiedlungen am Stadtrand von diesem insgesamt positiven Trend profitieren. Zum Ende des Beobachtungszeitraums stagnierte in den Großsiedlungen die Lebenserwartung, teilweise erhöhten sich entgegen dem Trend die Sterberaten.

6.1 Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt

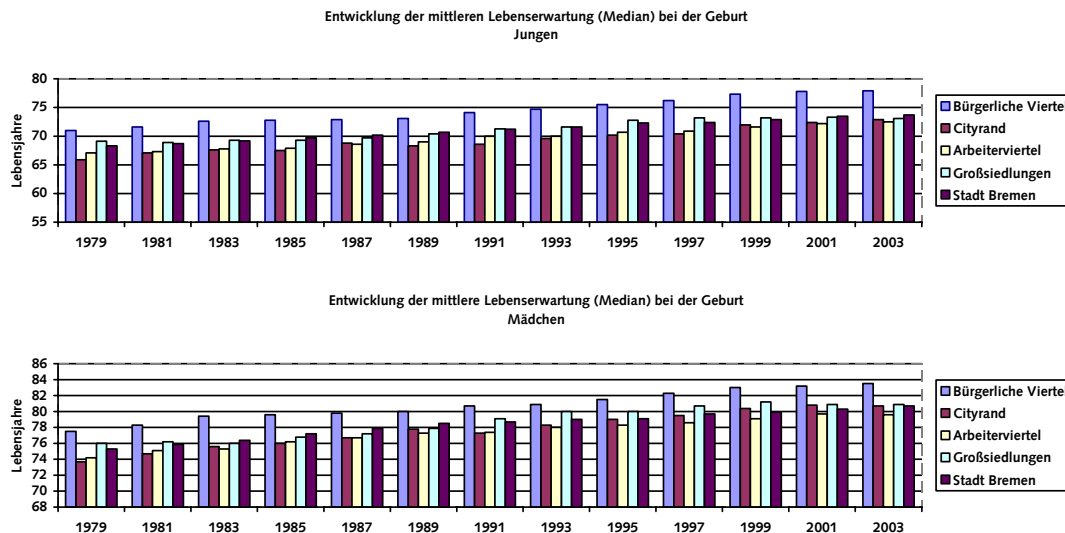
Die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bestätigen das eingangs zitierte Diktum „*Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben*“. Nicht nur, dass ein Neugeborenes aus den bürgerlichen Viertel im Durchschnitt eine längere Lebenserwartung hat. Im Laufe der letzten 25 Jahre haben sich auch die Abstände zwischen den bürgerlichen Vierteln auf der Seite und den Arbeitervierteln bzw. den Großsiedlungen auf der anderen Seite vergrößert. Die Wohnviertel am Cityrand konnten dagegen den Abstand ein wenig verringern.

Während des Beobachtungszeitraumes nahm zwar die Lebenserwartung in allen Gebietstypen zu, allerdings im unterschiedlichem Maße (vgl. Grafik 6). In den bürgerlichen Viertel stieg die mittlere Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen von 71 (1979) auf 77,9 Jahre (2003) und bei den Mädchen von 77,5 auf 83,5 Jahre. Den stärksten Zuwachs verzeichneten die Wohnviertel am Cityrand, dort kletterte die durchschnittliche Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern um jeweils sieben Jahre von 65,9 auf 72,9 Jahre (Jungen) bzw. von 73,7 auf 80,7 Jahre (Mädchen). In den Arbeitervierteln und in den Großsiedlungen fiel die Zunahme geringer aus. Die Lebenserwartung der Neugeborenen aus den Arbeitervierteln nahm um 5,4 Jahre zu, sie stieg von 67,1 auf 72,5 Jahre (Jungen) bzw. von 74,2 Jahre auf 79,6 Jahre (Mädchen). In den Großsiedlungen stieg die Lebenserwartung am wenigsten. Bei den neugeborenen Jungen wuchs die mittlere Lebenserwartung um vier Jahre von 69,1 auf 73,1 Jahre, bei den Mädchen



um 4,9 Jahre von 76 auf 80,9 Jahre. Des Weiteren fällt auf, dass gegen Ende der 1990er Jahre die mittlere Lebenserwartung in den Großsiedlungen offenbar zu stagnieren beginnt.

Grafik 6



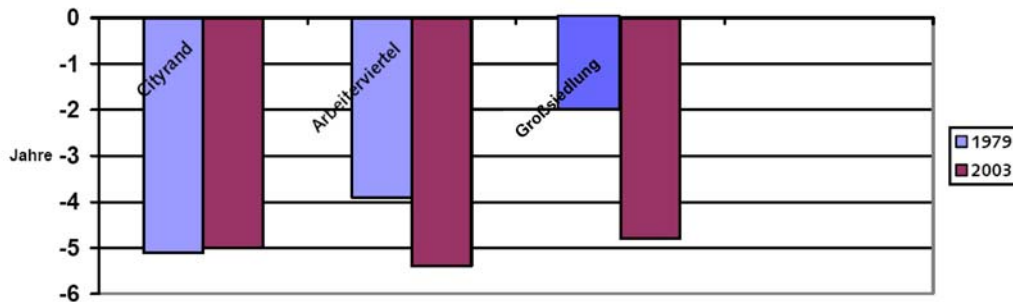
Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Zwischen den bürgerlichen Vierteln auf der einen Seite und den Arbeitervierteln bzw. den Großsiedlungen auf der anderen Seite sind die Unterschiede in der Lebenserwartung größer geworden (vgl. Grafik 7). Besonders ausgeprägt sind diese Differenzen bei den Jungen. 1979 lag die mittlere Lebenserwartung neugeborener Jungen aus den Arbeitervierteln um 3,9 Jahre unter der der Jungen aus den bürgerlichen Vierteln, bei den Jungen aus den Großsiedlungen betrug der Abstand zu den bürgerlichen Vierteln 1,9 Jahre. 2003 waren die Unterschiede noch deutlicher: Die mittlere Lebenserwartung in den Arbeitervierteln war jetzt um 5,4 Jahre niedriger, in den Großsiedlungen um 4,8 Jahre. Bei den Mädchen öffnete sich die Schere nicht ganz so weit. In den Arbeitervierteln wuchs der Abstand zu den bürgerlichen Vierteln von 3,3 (1979) auf 3,9 Jahre (2003), in den Großsiedlungen von 1,5 auf 2,6 Jahre. Die Wohnviertel am Cityrand konnten unterdessen ein wenig aufholen. Zwar verringerte sich bei den Jungen der Unterschied zu den bürgerlichen Vierteln kaum (von 5,1 auf 5 Jahre), bei den Mädchen jedoch reduzierte sich die Differenz von 3,8 auf 2,8 Jahre.

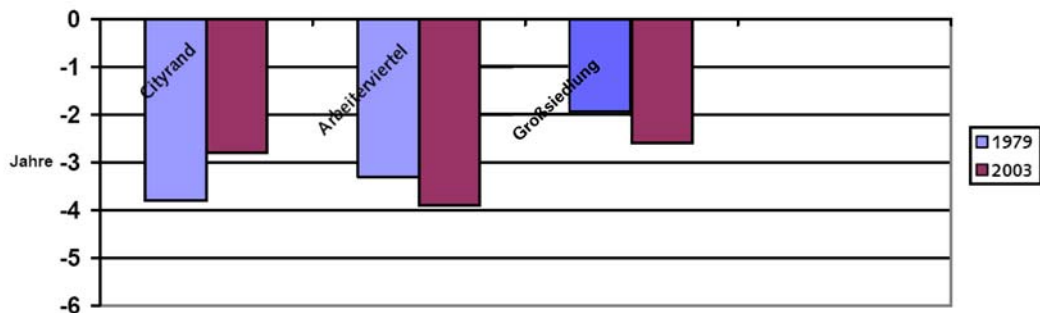


Grafik 7

Mittlere Lebenserwartung im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln Jungen



Mittlere Lebenserwartung im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln Mädchen



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen

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).

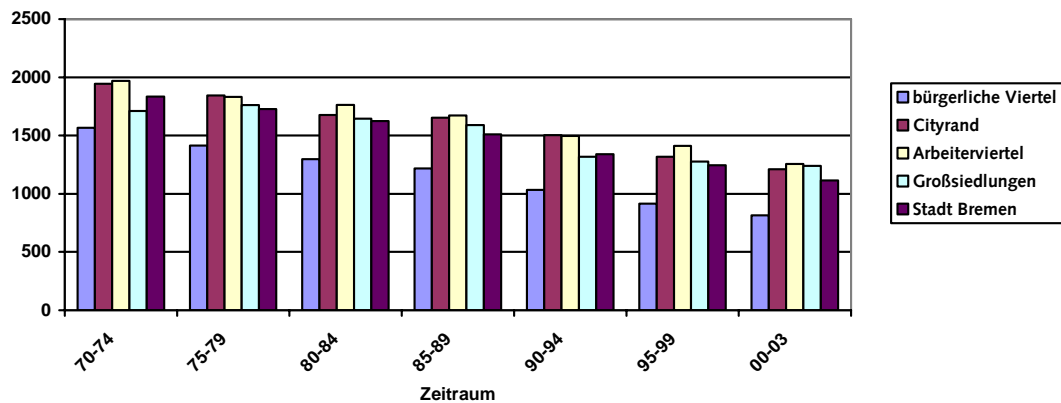
Den mit Abstand stärksten Rückgang verzeichneten die Männer der bürgerlichen Viertel. Dort fiel die Mortalitätsrate um -48,0% und halbierte sich somit praktisch. Die Mortalitätsrate der Männer in den Wohnquartieren am Cityrand ging um -37,8% zurück, in den Arbeitervierteln reduzierte sich die Sterberate der Männer um -36,3%. Die Sterblichkeit der Männer in den Großsiedlungen weist den schwächsten Rückgang auf, hier sanken die Raten um -27,5%.



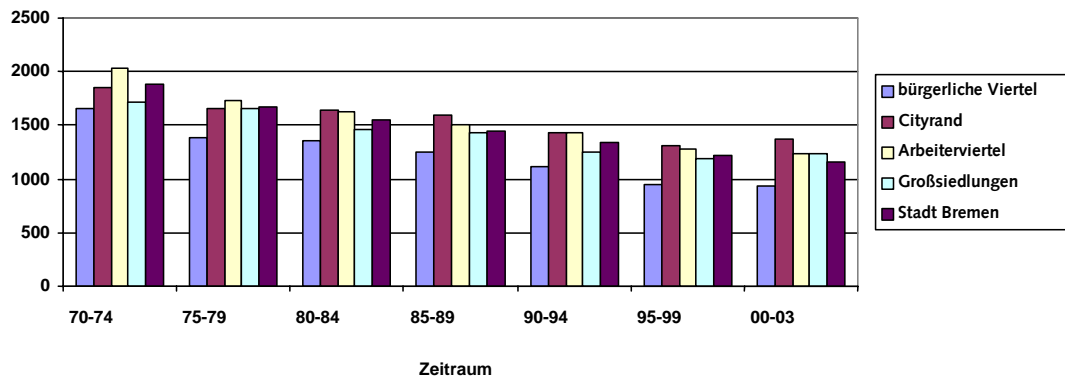
Bei den Frauen zeigt sich ein ähnlicher Trend. In den bürgerlichen Vierteln gingen die Sterblichkeitsraten mit - 43,3% am stärksten zurück. Es folgten die Arbeiterviertel, wo die Rate um -39,2% abnahm. In den Großsiedlungen sank die Mortalitätsrate um -28,2%, und in den Wohnvierteln am Cityrand um -25,8%.

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



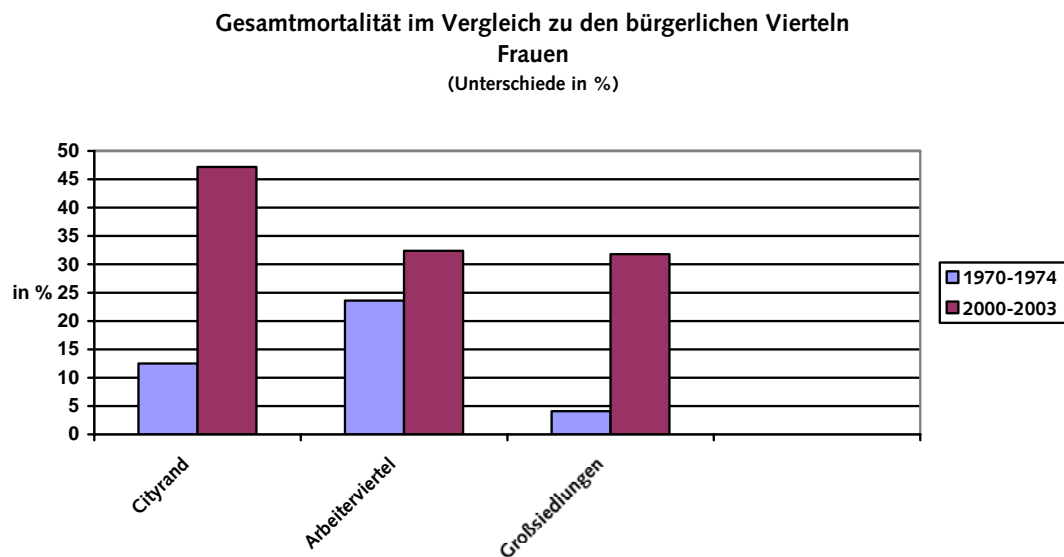
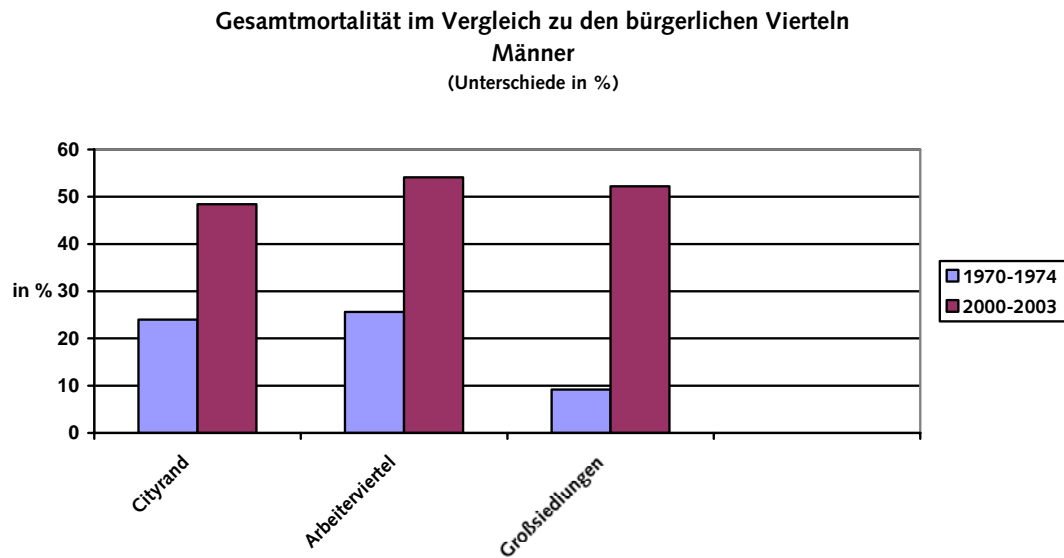
Betrachtet man die Entwicklung der Sterberaten zwischen 1970 und 2003 insgesamt, fallen zwei Dinge auf: Zum einen die dem Rest der Stadt Bremen quasi enteilenden bürgerlichen Viertel, zum anderen die Angleichung von Arbeitervierteln und Großsiedlungen. Letzteres ist insofern bemerkenswert, als zu Beginn des Beobachtungszeitraums die Sterberaten in den Großsiedlungen mit denen der bürgerlichen Viertel durchaus vergleichbar waren.

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 weiteten 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 weitete sich die Kluft beträchtlich zu Ungunsten des Cityrands, und zwar von 24% auf 48,4% (Männer) bzw. von 12,5% auf 47,2% (Frauen).



Grafik 9



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

6.3 Vorzeitige Sterblichkeit

Häufen sich Todesfälle in Altersgruppen, die deutlich unterhalb der mittleren Lebenserwartung liegen, deutet dies auf erhöhte Gesundheitsrisiken hin. Eine hohe Rate vorzeitiger Sterblichkeit indiziert hohe Präventionspotenziale bzw. Versorgungsdefizite und verweist somit auf die Notwendigkeit gesundheitspolitischer Interventionen. Als „vorzeitig“ definiert die Gesundheitsberichterstattung der Länder Sterbefälle bis zu einem Alter von 64 Jahren.

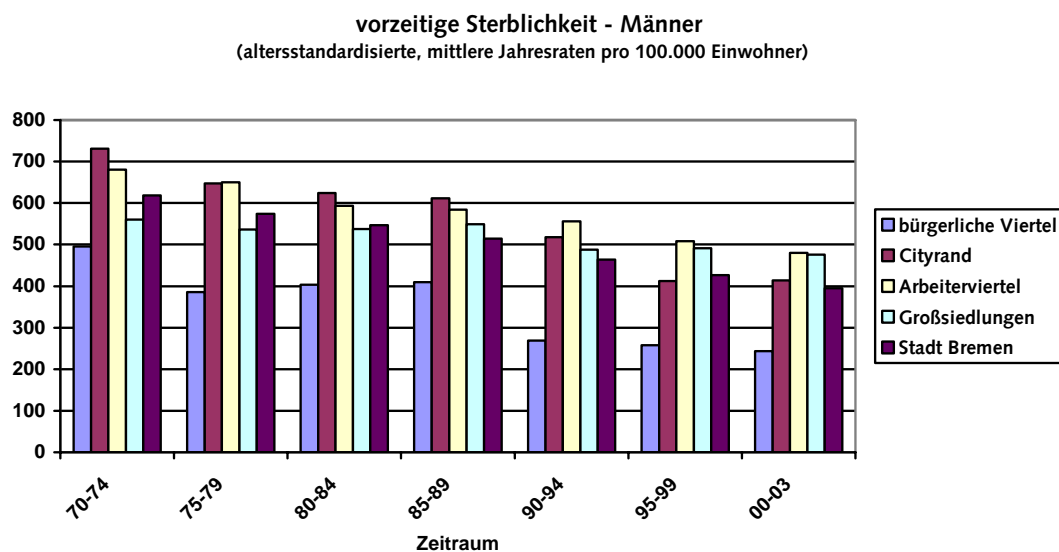


Die sozialräumliche Analyse der vorzeitigen Sterblichkeit zeigt die typische Charakteristik: Auf der einen Seite relativ niedrige und zugleich überdurchschnittlich sinkende Raten in den bürgerlichen Vierteln, auf der anderen Seite hohe und dabei vergleichsweise schwach abnehmende Raten in den Arbeitervierteln und in den Großsiedlungen (vgl. Grafik 10). Im Ergebnis führten diese zwar gleich gerichteten, aber unterschiedlich ausgeprägten Entwicklungen dazu, dass sich die soziale Kluft bei der Sterblichkeit weitet (vgl. Grafik 11).

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 Arbeiterviertel, dort sank die Rate um -29,4%. Bei den Männern aus den Großsiedlungen war die Abnahme mit -15,2% noch schwächer.

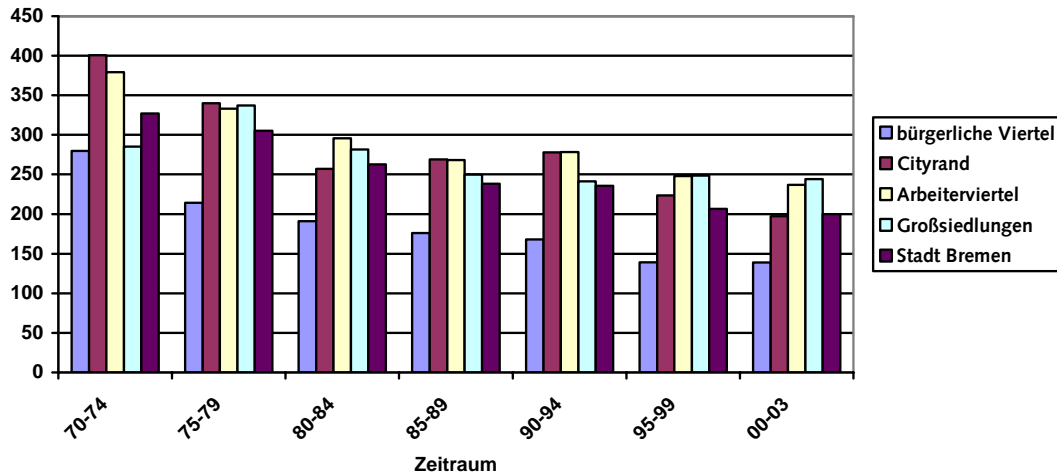
Bei den Frauen war der Trend ganz ähnlich. In den bürgerlichen Vierteln und in den Wohnvierteln am Cityrand halbierte sich die Sterblichkeitsrate jeweils (-50,5% bzw. -50,8%). In den Arbeitervierteln und vor allem in den Großsiedlungen war dagegen der Rückgang deutlich schwächer. Für die Frauen aus den 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





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



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

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

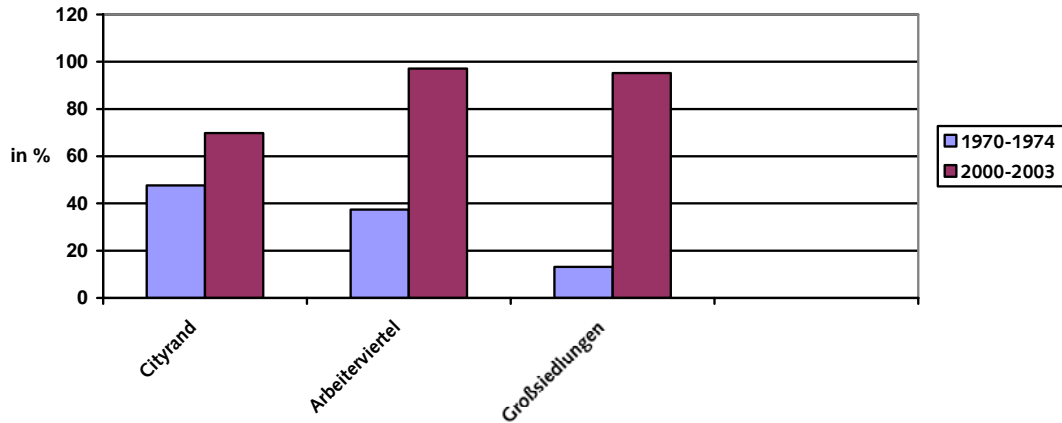
Bei den Männern stieg die Differenz in den citynahen Wohnvierteln von +47,6% (1970-1974) auf +69,8% (2000-2003), in den Arbeitervierteln von +37,4% auf +97,1% und in den Großsiedlungen von vergleichsweise niedrigen +13,2% auf +95,2%. Damit lag zum Ende des Beobachtungszeitraumes die vorzeitige Sterblichkeit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

Bei den Frauen verlief der Trend analog. Lediglich in den Cityrandvierteln reduzierte sich der Abstand zu den bürgerlichen Vierteln ein wenig von +43,2% (1970-1974) auf +42,5% (2000-2003). In den Arbeitervierteln verdoppelte sich dagegen der Abstand von +35,5% auf +71%, und in den Großsiedlungen weitete sich die anfänglich unbedeutende Differenz von +1,9% auf +76,3%.

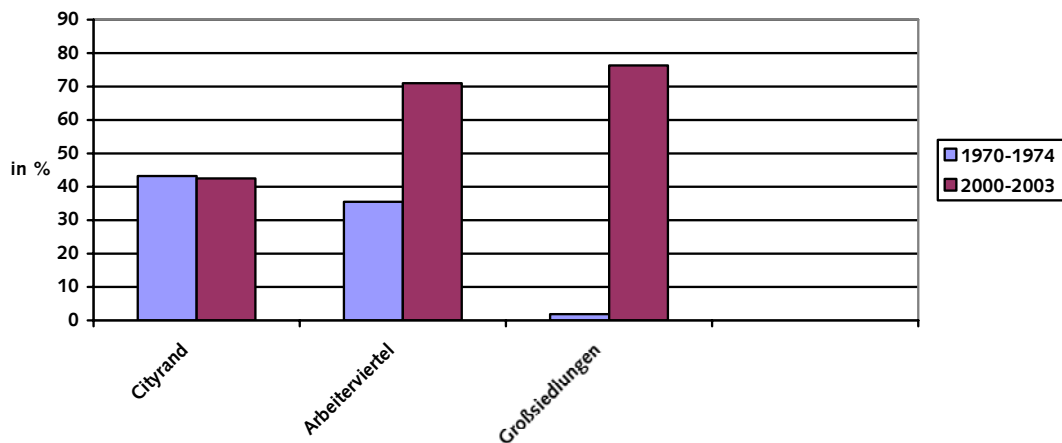


Grafik 11

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



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



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.

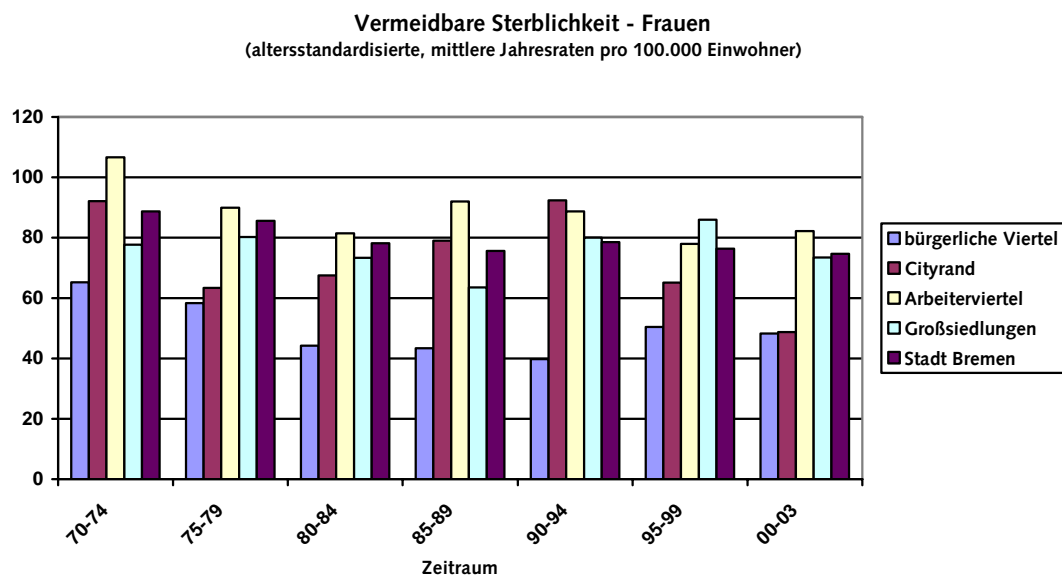
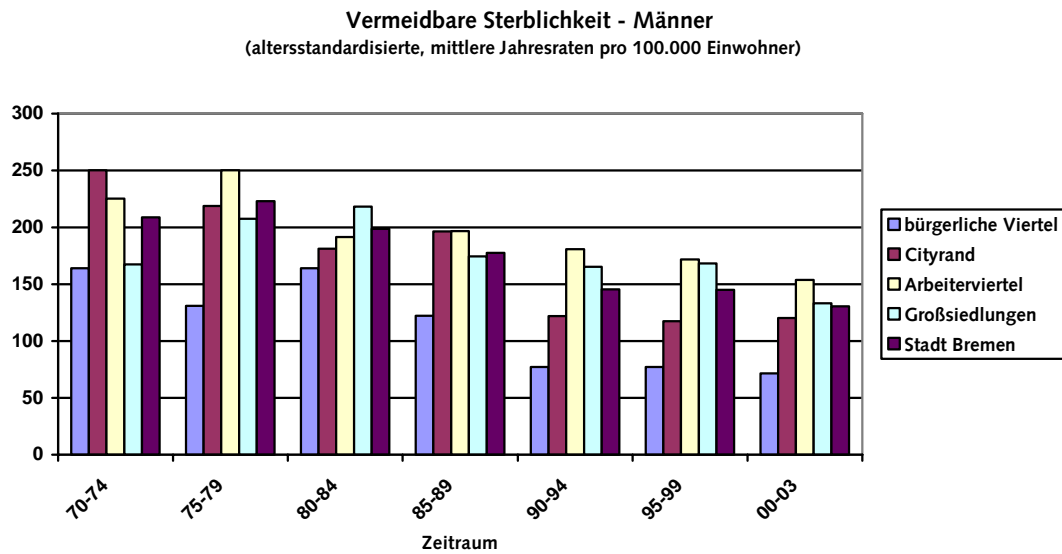
Auch bei der vermeidbaren Sterblichkeit zeigt sich das bekannte Muster: Ein starker Rückgang in den bürgerlichen Vierteln, ausgehend von einem ohnehin geringen Niveau, demgegenüber eine vergleichsweise schwache Verringerung der Sterblichkeit vor allem in den Arbeitervierteln und in den Großsiedlungen (vgl. Grafik 12). In der Konsequenz vergrößerte sich der Abstand zwischen den bürgerlichen Vierteln und den weniger privilegierten Stadtgebieten enorm (vgl. Grafik 13).

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



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

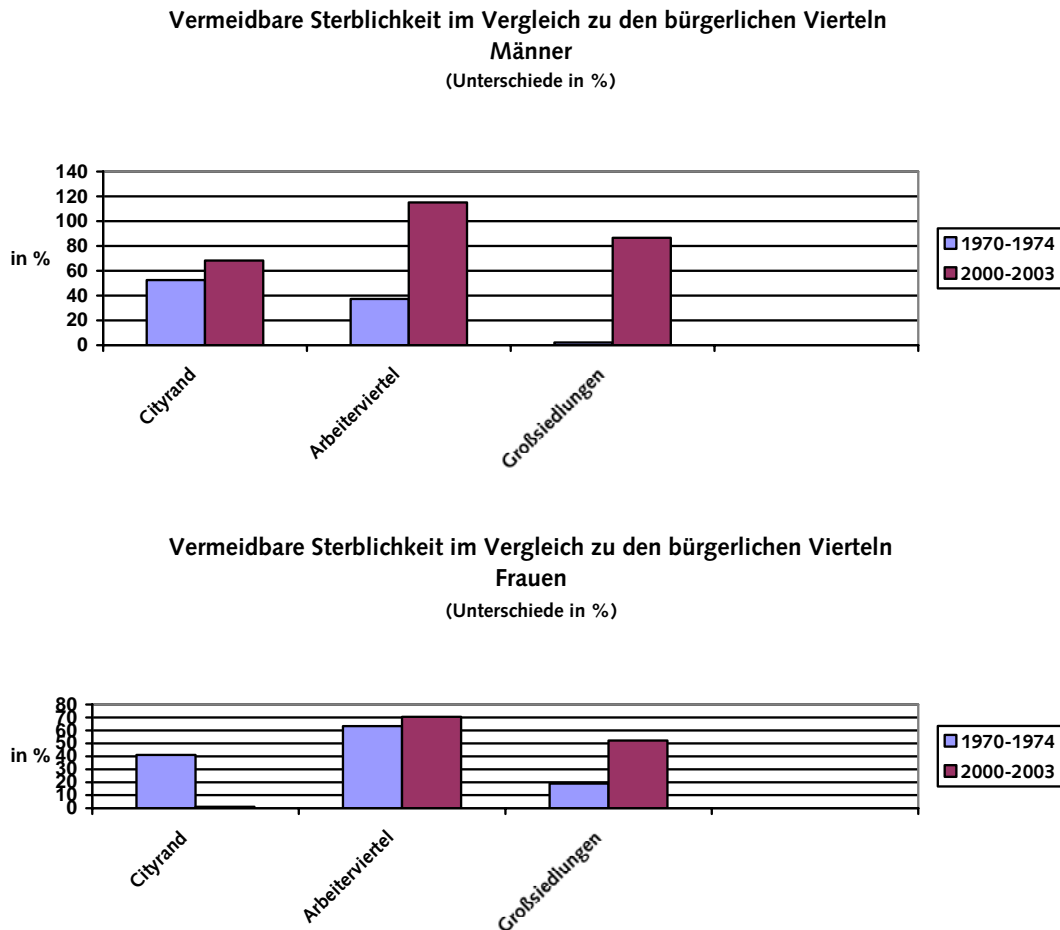
Grafik 13 zeigt die Entwicklung der Mortalitätsunterschiede im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln. Vor allem bei den Männern aus den Arbeitervierteln und den Großsiedlungen nahm dieser Abstand erheblich zu. Die vermeidbare Sterblichkeit in den Arbeitervierteln lag am Ende des Beobachtungszeitraums 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.

Bei den Frauen gibt es in einem Fall eine umgekehrte Entwicklung, hier schmolz im Laufe der Beobachtungsperiode der Unterschied zwischen den bürgerlichen Vierteln und den Wohnvierteln am Cityrand auf eine unbedeutende Differenz zusammen (+1,1%). Ansonsten vergrößerten sich, wie bei den Männern, die Abstände teilweise beträchtlich. In den Arbeitervierteln lagen die Raten am Ende des Beobachtungszeitraumes um 70,4% höher (1970-1974: +63,3%), und in den Großsiedlungen verdreifachte sich der Unterschied beinahe (1970-1974: +19%, 2000-2003: +52,2%).

Grafik 13



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen



6.5 Vermeidbare Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen

Betrachtet man vermeidbare Sterbefälle nach bestimmten Diagnosen, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Im Folgenden werden durch bösartige Neubildungen der Atemwege, durch Brustkrebs bei Frauen und durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachte Todesfälle gesondert dargestellt. Diese Todesursachen kommen häufig genug vor, um statistisch sinnvoll präsentiert werden zu können. Außerdem lassen sie Rückschlüsse darauf zu, in welchen Präventionsbereichen besonderer Handlungsbedarf besteht: Im Bereich der primären Prävention, mit der das erstmalige Auftreten einer Erkrankung verhindert werden soll, in der sekundären Prävention, die auf das frühzeitige Erkennen symptomloser Vor- und Frühstadien von Krankheiten abzielt, oder in der tertiären Prävention, die den Verlauf bestehender Erkrankungen günstig beeinflussen und Folgekrankheiten vorbeugen soll.

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

Krebserkrankungen der Luftröhre, der Bronchien oder der Lunge gehören zu den Leiden, die eng mit bestimmten Lebens- oder Verhaltensweisen (hier: Rauchen) zusammenhängen. Sie sind daher Gegenstand von Maßnahmen der primären Prävention. Lungenkrebs ist bei Männern die häufigste Krebsart, bei Frauen stehen Bronchialkarzinome nach Brustkrebs an zweiter Stelle.

Seit einiger Zeit nimmt die Zahl der Frauen, die rauchen, zu, dagegen nimmt die Zahl rauchender Männer eher ab. Inzwischen findet dieser Trend seinen Niederschlag in der Mortalitätsstatistik. Zwar ist die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege bei Männern immer noch deutlich höher, Frauen schließen aber mit großen Schritten auf (vgl. Grafik 14). In der Stadt Bremen lässt sich seit den 1990er Jahren bei den 15 bis 64-jährigen Männern ein zögernder Rückgang der Mortalität beobachten, verglichen mit der Periode 1970-1974 lag die Rate zum Ende des Beobachtungszeitraums (2000-2003) um 3,2% niedriger. Demgegenüber erhöhte sich die Sterblichkeit bei den 15 bis 64-jährigen Frauen um beinahe das Vierfache (+285,8%).



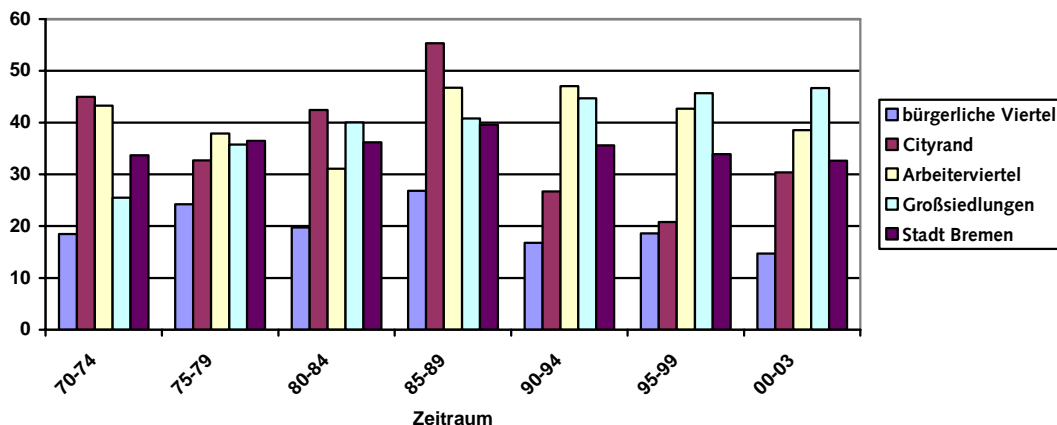
Bei den Männern ging die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege in den Cityrandgebieten und in den bürgerlichen Vierteln am deutlichsten zurück, sie sank um -32,5% bzw. um -20,4%. Auch die Arbeiterviertel verzeichneten mit -10,9% eine überdurchschnittliche Abnahme. In den Großsiedlungen 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 deutlichste 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%.

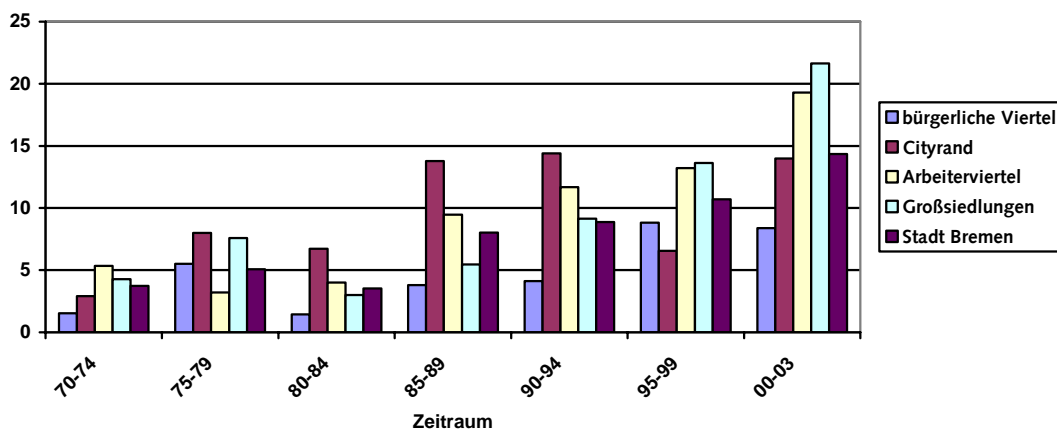


Grafik 14

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



Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (15 - 64 Jahre) - Frauen
(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 Arbeitsviertel weitete sich von +134,5% auf +162,4%, und der Abstand der Großsiedlungen sogar von +38,2% auf +217,8%.

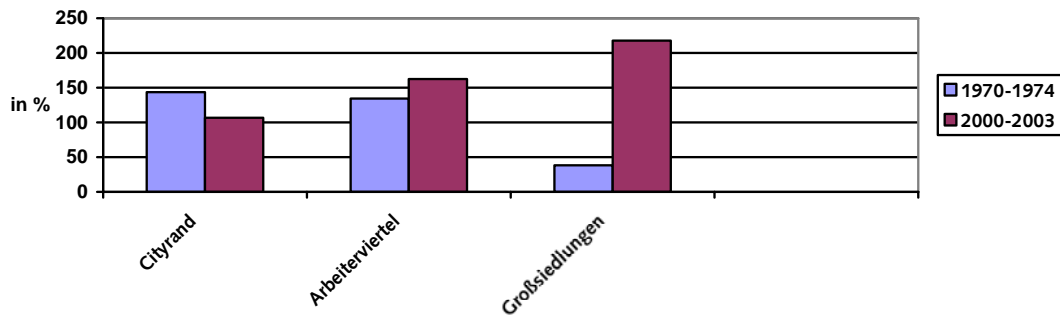


Beide Gebietstypen weisen seit den 1990er Jahren die höchsten Mortalitätsraten auf.

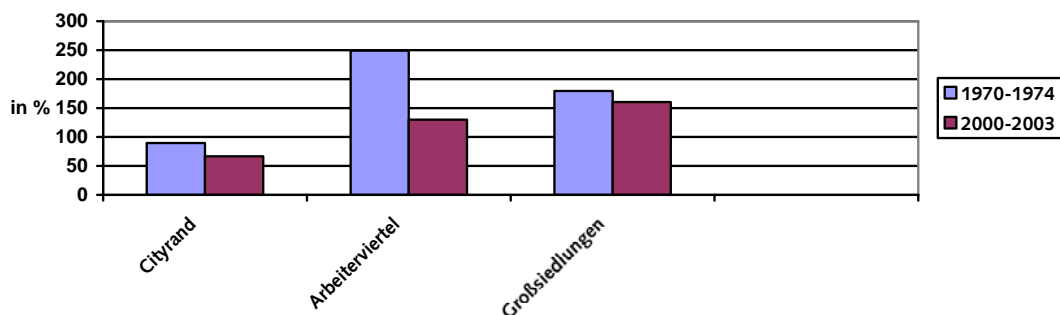
Bei den Frauen dagegen zeigen sich Tendenzen zur Angleichung, hier verringerten sich die Abstände zu den bürgerlichen Vierteln. Die Cityrandgebieten verkleinerten den Unterschied von vormals +89,5% auf +66,8%, die Arbeiterviertel von +249% auf +129,9% und die Großsiedlungen von +179,7% auf +160,3%. Auch 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 %)



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



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

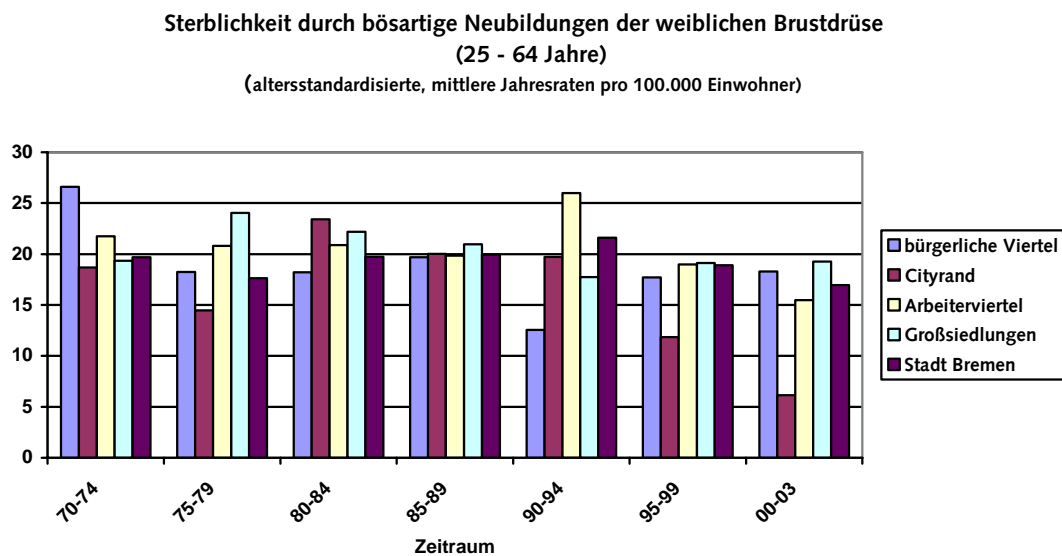


6.5.2 Sterbefälle durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (25 – 64 Jahre)

Zu den Erkrankungen, die sich bei frühzeitiger Diagnose gut behandeln lassen, zählen bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse. Brustkrebs ist bei Frauen die häufigste Krebserkrankung, etwa jede neunte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens daran. Zugleich ist diese Krebsart eine der wenigen Krankheiten, von der höhere soziale Schichten überdurchschnittlich betroffen sind.

In der Stadt Bremen nimmt seit Mitte der 1990er Jahre die Brustkrebsmortalität bei Frauen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren ab, während des Beobachtungszeitraums 1970 bis 2003 sank die Rate um 13,9% (vgl. Grafik 16). Am deutlichsten reduzierte sich die Rate in den Wohnvierteln am Cityrand mit –67,2%, wobei hier allerdings Zufallsschwankungen nicht auszuschließen sind. Auch in den bürgerlichen Vierteln und in den Arbeitervierteln ging die Sterblichkeit mit –31,2% bzw. mit –28,9% erheblich zurück. In den Großsiedlungen hingegen blieb die Rate bei einem schwachen Rückgang von -0,5% praktisch unverändert.

Grafik 16



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

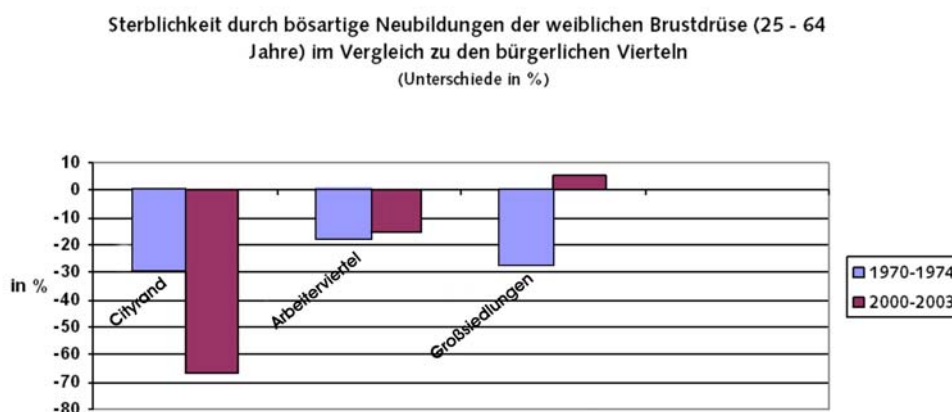
Diesmal war in den bürgerlichen Vierteln die Sterblichkeit zum Teil überdurchschnittlich hoch, zumindest waren die Sterberaten nicht, wie sonst, bemerkenswert niedrig.



Am Ende der Beobachtungsperiode (2000 – 2003) wiesen lediglich die Großsiedlungen eine höhere Mortalitätsrate auf (+5,3%), ansonsten lagen die Raten zu Beginn und zum Ende des Untersuchungszeitraums unter denen der bürgerlichen Viertel (vgl. Grafik 17).

Epidemiologische Studien konnten bisher eine Reihe von Faktoren aufdecken, die bei Frauen die Gefahr erhöhen, an Brustkrebs zu erkranken. Unter anderem haben Frauen, die bei der Geburt des ersten Kindes älter als 30 Jahre waren, ein höheres Risiko. Das Gleiche gilt für Frauen, die keine Kinder geboren haben (Nullipara). Akademikerinnen bekommen relativ spät ihr erstes Kind, ein großer Teil von ihnen bleibt kinderlos. Dies spiegelt sich auch in der Bevölkerungsstatistik der Stadt Bremen wider.¹¹¹ Mütter in den bürgerlichen Vierteln haben mit 32,4 Jahren ein deutlich höheres Durchschnittsalter als die Mütter in den anderen Gebietstypen. In den Wohnvierteln am Cityrand liegt das durchschnittliche Alter der Mütter bei 30,7 Jahren, in den Arbeitervierteln bei 27,7 Jahren und in den Großsiedlungen bei 27,8 Jahren. Die durchschnittliche Zahl der Kinder je Frau ist in den bürgerlichen Vierteln mit 1,04 Kindern ebenfalls vergleichsweise gering. Noch niedriger ist die durchschnittliche Kinderzahl in den Cityrandgebieten (0,79 Kinder), deutlich höher ist sie in den Arbeitervierteln (1,56 Kinder) und in den Großsiedlungen (1,39 Kinder). Vor diesem Hintergrund ist die teilweise höhere Brustkrebsmortalität bei Frauen in den bürgerlichen Vierteln nachvollziehbar, erklärungsbedürftig ist dagegen die Entwicklung in den Großsiedlungen.

Grafik 17



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.¹¹²

Zwischen 1970 und 2003 ging die durch ischämische Herzkrankheiten¹¹³, Hypertonie¹¹⁴ und zerebrovaskuläre Krankheiten¹¹⁵ verursachte Sterblichkeit im Alter zwischen 35 bis 64 Jahre massiv zurück (vgl. Grafik 18). Bezogen auf die Stadt Bremen nahmen die Raten um mehr als die Hälfte ab, bei den Männern betrug der Rückgang -51,4% und bei den Frauen -54,4%. Mit Abstand am deutlichsten verringerte sich die Mortalität in den bürgerlichen Vierteln. Dort hatten sich bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes (2000-2003) die Raten bei den Männern um -70%, bei den Frauen um -62,8% reduziert. Möglicherweise verhalten sich die Bewohner der bürgerlichen Viertel nicht nur gesundheitsbewusster, sondern konnten auch von den Fortschritten in der medizinischen Versorgung im besonderem Maße profitieren.

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).

¹¹³ Ischämische Herzkrankheiten sind Folge einer unzureichenden Versorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff. Zu den ischämischen Herzkrankheiten zählen Herzinsuffizienz, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt und der plötzliche Herztod.

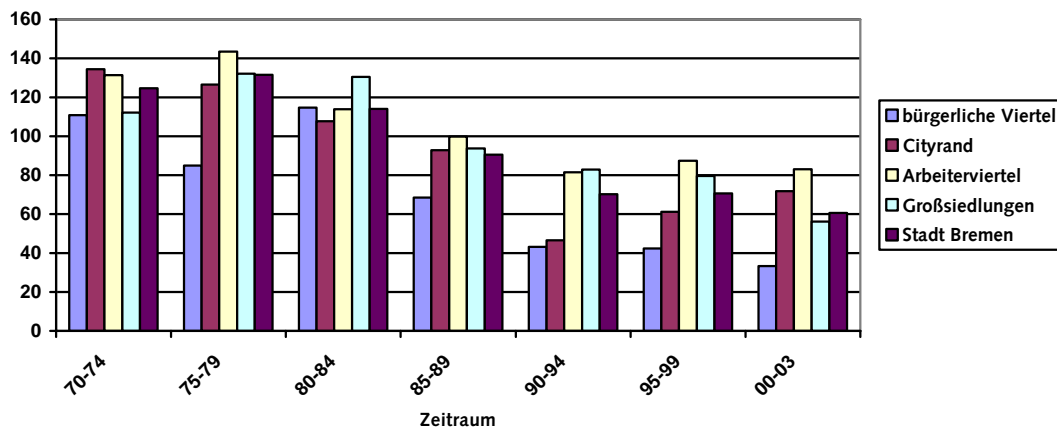
¹¹⁴ Hypertonie ist der medizinische Begriff für hohen Blutdruck. Es wird unterschieden zwischen dem essentiellen bzw. primären Hypertonus, für den keine medizinische Ursache gefunden werden kann, und dem sekundären Hypertonus, der von einer anderen Erkrankung verursacht wird.

¹¹⁵ Zerebrovaskuläre Krankheiten sind Folge krankhafter Veränderungen der Gehirngefäße. Dies können Gefäßverstopfungen sein, die eine mangelnde Durchblutung des Gehirns nach sich ziehen. Die Konsequenz ist ein ischämischer Insult (Schlaganfall), der etwa 80% aller zerebrovaskulärer Krankheiten ausmacht. Daneben gibt es den Blutungsinsult, der durch das Platzen eines Gefäßes mit anschließender Einblutung ins Gehirn entsteht.

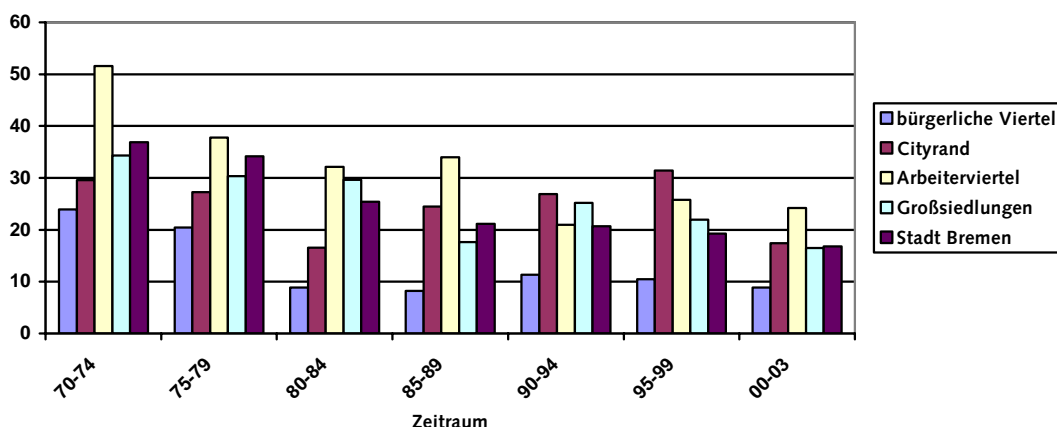


Grafik 18

Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35 - 64 Jahre) - Männer
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)



Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35 - 64 Jahre) - Frauen
(altersstandardisierte, mittlere Jahresraten pro 100.000 Einwohner)



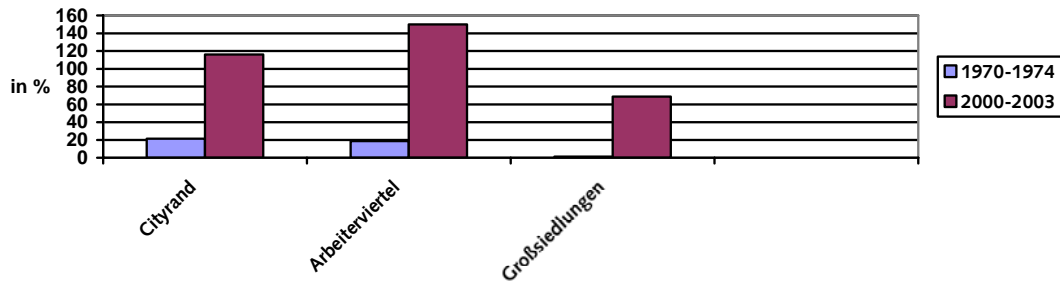
Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

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.

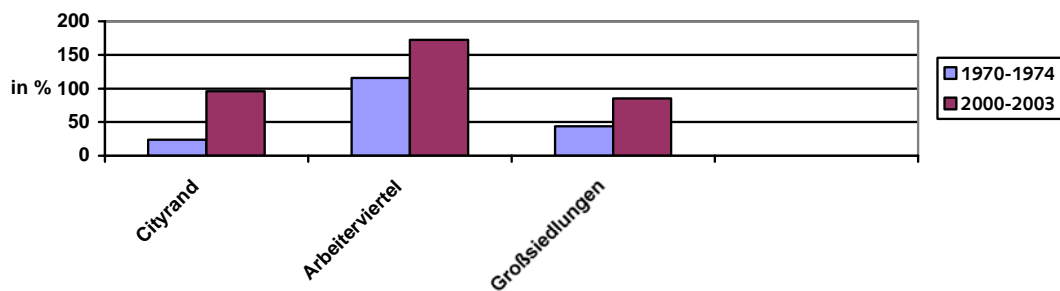


Grafik 19

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



Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35-64 Jahre) im Vergleich zu den bürgerlichen Vierteln - Frauen
(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.

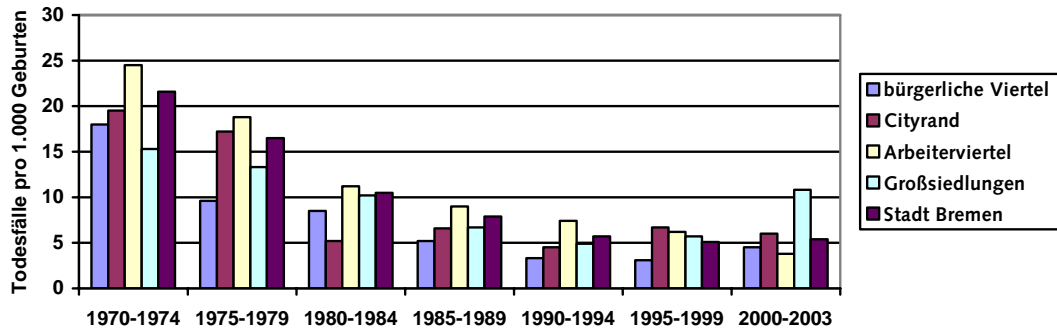
In der ersten Hälfte der 1970er Jahre war die Säuglingssterblichkeit überall noch recht hoch, die mit Abstand höchsten Werte verzeichneten damals die Arbeiterviertel (vgl. Grafik 20). Auch in den bürgerlichen Vierteln war die Säuglingssterblichkeit alles andere als gering, in den Großsiedlungen hingegen lag sie vergleichsweise niedrig. In den folgenden Jahren nahm die Säuglingssterblichkeit überall erheblich ab. Die stärksten Rückgänge weisen die Arbeiterviertel auf, gefolgt von den bürgerlichen Vierteln. Verglichen mit den Ausgangswerten (1970-1974) lag zum Ende des Berichtszeitraums (2000-2003) die Säuglingssterblichkeit in den Arbeitervierteln um -84,5% und in den bürgerlichen Vierteln um -75% niedriger. Für die Wohnviertel am Cityrand ergibt sich ein Rückgang um -62,2%, in die Großsiedlungen sank die Säuglingssterblichkeit mit -29,4% am geringsten.

Mitte der 1990er Jahre drehte sich in den Großsiedlungen der Trend. Ab dem Zeitraum 1995-1999 begannen dort die Sterberaten zu steigen, mittlerweile haben sie wieder das Niveau von Anfang der 1980er Jahre erreicht. Verglichen mit den bürgerlichen Vierteln beträgt die Säuglingssterblichkeit in den Großsiedlungen jetzt mehr als das Doppelte, im Vergleich zu den Arbeitervierteln ist sie sogar fast dreimal so hoch. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist natürlich zu bedenken, dass hier die Säuglingssterblichkeit auf einer relativ schmalen Berechnungsbasis (Zahl der Sterbefälle und der Geburten) beruht, was leicht zu Schwankungen in den Raten führt. Wären z.B. zwischen 2000-2003 in den Wohnvierteln am Cityrand drei statt vier Säuglinge gestorben, läge dort die Rate bei 4,5/1.000 anstatt bei 6,0/1.000. Im Prinzip verbieten sich daher voreilige Schlussfolgerungen. Allerdings ist die Kalkulationsgrundlage in den Großsiedlungen erheblich breiter, die Sterberaten sind daher weniger anfällig gegenüber Schwankungen. Insofern gibt die neuere Entwicklung in den Großsiedlungen Anlass zur Sorge und muss aufmerksam verfolgt werden.



Grafik 20

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



Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen



7 Resümee

Während der letzten drei Jahrzehnte verstärkten sich die sozialen Gegensätze zwischen den Bremer Stadtteilen. Zwar ist die Metapher von der Spaltung der Stadt als Beschreibung der Situation sicherlich überzogen, im internationalen Maßstab erscheinen die hiesigen Verhältnisse ohnehin relativ komfortabel. Ein Trend zur sozialräumlicher Polarisierung ist jedoch unübersehbar.

Auf der Gewinnerseite stehen die traditionellen Wohngebiete des gehobenen Bürgertums, sie bilden gleichsam Inseln des Wohlstands innerhalb der Stadt. Die Gründerzeitviertel am Rand der Innenstadt konnten ihren Status ebenfalls verbessern, aus den früheren Sanierungsgebieten sind Wohnquartiere einer urban orientierten Mittelschicht geworden. Eindeutig verschlechtert haben sich dagegen die Verhältnisse in den Arbeiterstadtteilen, die sichtlich unter den Arbeitsplatzverlusten im produzierenden Gewerbe leiden. Vor allem aber die Großsiedlungen zeigen Symptome des Niedergangs. Einstmals als städtebaulicher Fortschritt gefeiert, sind die Hochhaussiedlungen am Stadtrand mittlerweile der wahrscheinlich problematischste Quartierstyp.¹¹⁶

Während die bürgerlichen Viertel ihren Wohlstandsvorsprung ausbauen konnten, wurden Arbeiterviertel und Hochhaussiedlungen immer mehr zu Auffangräumen für ausgegrenzte und sozial deklassierte Bevölkerungsgruppen. Diese Entwicklung entspricht im Wesentlichen dem Szenario der „dreigeteilten Stadt“,¹¹⁷ das die künftige soziale Hierarchie der städtischen Gesellschaft entwirft. An deren unteren Ende stehen lokal gebundene Armutsmilieus. Darüber befinden sich die Wohn-, Arbeits- und Freizeitorte der unterschiedlichen Lebensstilfraktionen aus der integrierten Mittelschicht. Die Spitze der Hierarchie bilden die wenigen Wohnviertel einer international ausgerichteten Oberschicht.

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-

¹¹⁶ Häußermann, Siebel (2000), S. 131

¹¹⁷ Häußermann, Siebel (2001), S. 40



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.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,¹¹⁹ insofern liegt hier eine wesentliche Erklärung für die sich ausweitenden Unterschiede in der Lebenserwartung und der Mortalität.

Hinzu kommt, dass sich die Lebensbedingungen sozialer Unterschichten nicht nur relativ verschlechtert haben. Die sog. Armutskluft ist größer geworden; d.h., der Unterschied im Lebensstandard zwischen Armen und dem Bevölkerungsdurchschnitt hat zugenommen.¹²⁰ Der in den 1970er Jahren begonnene wirtschaftliche Strukturwandel führte zu massiven Arbeitsplatzverlusten im produzierenden Gewerbe, vor allem unqualifizierte Arbeitskräfte wurden arbeitslos. Ihre Aussichten, eine neue dauerhafte Stelle zu finden, sind angesichts einer weit fortgeschrittenen Automatisierung und der Verlagerung von Industriearbeitsplätzen in Länder mit niedrigeren Lohnkosten gering. Auch der expandierende Dienstleistungssektor bietet bislang zu wenig Beschäftigungsmöglichkeiten für ungelernte Kräfte.

Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz beschlossenen Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte könnten sich direkt auf die Gesundheitschancen einkommensarmer 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

¹¹⁸ Häußermann, Siebel (2001), S. 41

¹¹⁹ vgl. Robert Koch-Institut (Hg.) (2003)

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 verzichten bzw. diese verschoben hatten. Mittlerweile ist diese soziale Schieflage wieder verschwunden. Offenbar wird jetzt eher versucht, Einsparungen durch eine rationelle Organisation der Arztbesuche zu erzielen.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.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.¹²³ Patienten mit entsprechendem Einkommen stünde dann ein breiteres Behandlungsspektrum, das auch die Optionen des medizintechnischen Fortschritts schneller nutzt, zur Verfügung.

Die Entwicklung der Lebenserwartung und der Mortalität zeigt aber noch eine weitere Auffälligkeit: Die sozialräumlichen Unterschiede vergrößerten sich insbesondere bei den Männern. Drei Viertel der Beschäftigten im produzierenden Gewerbe sind Männer, daher treffen die Arbeitsplatzverluste in diesem volkswirtschaftlichen Sektor Männer im besonderem Maße. Für die dort beschäftigten Männer steigt die Gefahr, in unsichere Arbeitsverhältnisse abgedrängt zu werden oder sogar dauerhaft den Zugang zum Arbeitsmarkt zu verlieren. Sie sind einem wachsendem sozialen Abstiegsrisiko ausgesetzt.

¹²¹ Zok (2005)

¹²² zitiert in: Financial Times Deutschland vom 1.9.2005. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren die Ergebnisse des Bertelsmann Gesundheitsmonitors 2005 noch nicht veröffentlicht.

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.¹²⁴

In den 1990er Jahren stieg in Deutschland die Arbeitslosigkeit der Männer erheblich stärker als die der Frauen (ca. 60% vs. 24%).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%.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 Dienstleistungsökonomie wesentlich mehr profitieren als Männer.¹²⁷ Zwischen 1975 und 2002 nahm in Westdeutschland die soziale Aufwärtsmobilität bei Frauen stetig und deutlich zu, während die Abwärtsmobilität ebenfalls deutlich zurückging.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 Familienernährers – bilden die Basis männlicher Identität.¹²⁹ Durch Arbeitslosigkeit, aber auch durch das Abrutschen in unsichere und schlecht bezahlte Beschäftigungsverhältnisse wird diese Identität brüchig. Anders als Frauen können Männer zu- meist nicht auf gesellschaftlich gebilligte Alternativen zur Erwerbsarbeit ausweichen: *„Frauen ohne Job sind Mütter oder Hausfrauen; Männer ohne Job sind nutzlos und machen Schwierigkeiten.“*¹³⁰ Angesichts eines enger werdenden Arbeitsmarktes

¹²⁴ 2003 waren von den 1.618 registrierten Arbeitslosen in den bürgerlichen Vierteln 829 Männer und 789 Frauen. In den Arbeitervierteln setzten sich die 5.682 Arbeitslosen aus 3.709 Männern und 1.973 Frauen zusammen (vgl. Statistisches Landesamt Bremen (Hg.): Bremen Kleinräumig 2003)

¹²⁵ Gersterkamp (2004), S. 84. Dennoch liegt die Erwerbslosenquote bei Frauen etwas höher als bei Männern (vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005a), S. 79). Als Erwerbslose gelten Personen, die aktiv eine Arbeitsstelle suchen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als arbeitslos registriert sind oder nicht.

¹²⁶ Wanger (2005), S. 2

¹²⁷ Gersterkamp (2004), S. 84

¹²⁸ Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005b), S. 618ff

¹²⁹ Böhnisch (2004), S. 45

¹³⁰ Gersterkamp (2004), S. 34



tragen Männer ein relativ hohes Risiko definitiven Scheiterns mit oft massiven psychosozialen und gesundheitlichen Folgen.¹³¹ Vor allem für gering qualifizierte Industriearbeiter ist diese Gefahr gewachsen, ihre gesellschaftlichen Integrationschancen schwinden.

Dass die Schichtzugehörigkeit das Mortalitätsrisiko bei Männern stärker beeinflusst als bei Frauen, ist schon seit längerem bekannt.¹³² Die Konsequenz liegt nahe, hier entsprechend den Prinzipien des gender mainstreamings einen neuen Schwerpunkt in der Prävention und Gesundheitsförderung zu legen.¹³³ An den zurzeit gängigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beteiligen sich im wesentlichen Frauen aus der Mittelschicht, kritisch betrachtet richten sich viele Angebote eigentlich auch nur an Frauen.¹³⁴ Die Entwicklung von Programmen, die speziell Männer mobilisieren sollen, steckt dagegen noch in den Anfängen.¹³⁵

¹³¹ Vgl. z.B. Siegrist (1989) zur krankheitsfördernden Rolle von Statusbedrohungen.

¹³² Klein (1992), S. 723, vgl. auch Schmeiser-Rieder, Kunze (1999), Reil-Held (2000)

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

Die in diesem Bericht aufgezeigten Trends verweisen auf eine bereits begonnene Ausweitung gesellschaftlicher Gegensätze, die schärfer gewordene Segregation in den Städten spiegelt diesen Prozess räumlich wider. Ob sich hier schon die von Ulrich Beck prophezeite „*Brasilianisierung des Westens*“ – gemeint ist eine drastische Zunahme prekärer Beschäftigung und extreme soziale Polarisierung – andeutet,¹³⁶ wird die Zukunft zeigen. Die latente Sprengkraft dieser Entwicklung, die ja auch soziale Spannungen erzeugt, liegt allerdings auf der Hand. So gesehen hätten die Ausschreitungen in den Hochhaussiedlungen französischer Städte Ende des letzten Jahres durchaus paradigmatischen Charakter.

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.¹³⁷ 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.¹³⁸ Notwendig ist die Entwicklung neuer Politikansätze auch auf der regionalen bzw. lokalen Ebene. Gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind auf

¹³⁶ Beck geht davon aus, dass der globalisierte und technologisch fortgeschrittene Kapitalismus eine teilweise Angleichung der Lebensverhältnisse der ersten und der dritten Welt bewirkt: „*Es ist der Einbruch des Prekären, Diskontinuierlichen, Flüchtigen, Informellen in die westlichen Bastionen. Damit breitet sich im Zentrum des Westens der sozialstrukturelle Flickenteppich aus, will sagen: die Vielfalt, Unübersichtlichkeit und Unsicherheit von Arbeits-, Biographie- und Lebensformen des Südens.*“ (Beck (1999), S. 8)

¹³⁷ Giddens (1997), S. 23

¹³⁸ a.a.O., S. 18



lokale Ressourcen und auf eine funktionierende Infrastruktur im Wohnquartier angewiesen (siehe auch Kapitel 4.4).

In Bremen gehören stadtteilorientierte Maßnahmen schon länger zum Repertoire sozialpolitischer Interventionen. Bereits 1989 trat die Stadt mit dem Programm „Nachbesserung von Großsiedlungen“ problematischen Entwicklungen entgegen. Daran anknüpfend beschloss die Bremer Bürgerschaft 1998 das Programm „Wohnen in Nachbarschaften (WiN)“, das Ende 1999 mit dem Bund-Länder-Projekt „Soziale Stadt“ zusammengeführt wurde. Diese mit fast 20 Mio. € geförderten Maßnahmen, mit denen die Lebenssituation in benachteiligten Stadtvierteln verbessert werden soll, zeigen inzwischen einige Erfolge.¹³⁹

Vom Ansatz her sind solche Programme „*quartiersorientierte Sozialpolitik*“, die sich gemeinsam mit der Quartiersbevölkerung um den Erhalt und Ausbau lokaler Ressourcen bemüht.¹⁴⁰ Derartige Maßnahmen betrachten ihre Zielgruppen prinzipiell als Akteure, gegenüber der früher üblichen Etikettierung als Opfer sicherlich ein Fortschritt. Allerdings 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 Problemviertel verlassen. Durch diesen Exodus potenzieller *Citoyens* gehen soziale Kompetenzen verloren, die gebraucht werden, um Interessen zu benennen und in rauer werdenden Verteilungskämpfen durchzusetzen.¹⁴¹ So ist denn auch nicht überraschend, wenn die Evaluation des oben erwähnten WiN-Programms anmerkt, dass „*die Erwartungen an eine Bewohnerbeteiligung nicht zu hoch gesteckt werden (dürfen)*“.¹⁴² Insbesondere Migranten beteiligen sich kaum. Flankierende Maßnahmen zur Stärkung bürgerschaftlichen Engagements und gemeinschaftsorientierter (kommunitärer) Unterstützungsnetze 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 ungeeignet 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. Netzworkebildung, 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.

Quartiersbezogene Programme bieten gute Möglichkeiten, in der Manier der Gemeindeintervention Gesundheitsthemen zu transportieren. Ein solcher Setting-Ansatz ist besonders geeignet, um soziale Unterschichten zu erreichen. Als Settings (Umgebung, Schauplatz) bezeichnet man zentrale Lebensbereiche, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Das ist die Familie, aber auch der Arbeitsplatz, die Schule oder eben das Wohnviertel. Settings bilden den strukturellen Rahmen des Alltags, der gesundheitsbewusstes Verhalten sowohl ermöglichen als auch behindern kann. Der Setting-Ansatz in der Prävention verspricht eine Reihe von Vorteilen: die gute Erreichbarkeit der Zielgruppe, das Vermeiden von Stigmatisierungen sowie die Möglichkeit struktureller, nachhaltig wirksamer Verbesserungen.

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, Maschewsky-Schneider (1991), Tempel 1998

¹⁴⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003)



konzertierten Maßnahmen sollten sich, neben den Einrichtungen des Gesundheitswesens, auch Institutionen aus den Bereichen Bildung, Arbeit und Stadtentwicklung beteiligen.

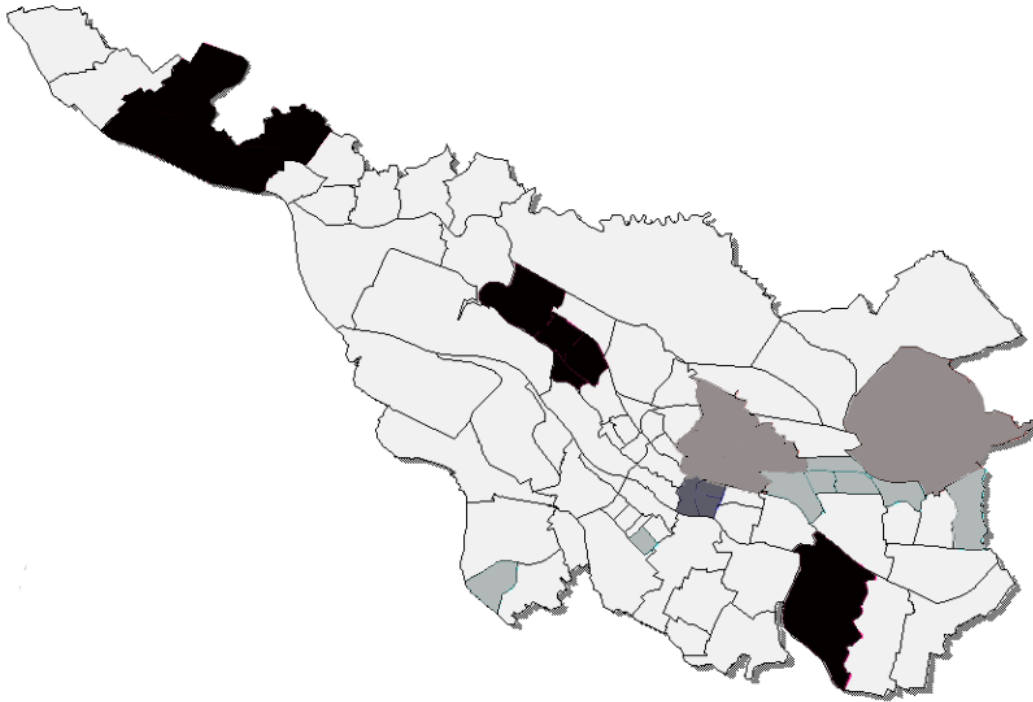
Vor dem Hintergrund allgemein begrenzter finanzieller Spielräume ist die Konzentration von Ressourcen eine weitere Handlungsmaxime. Die zur Verfügung stehenden Mittel sind dort einzusetzen, wo sie am meisten benötigt werden und wo sie wahrscheinlich die größte Wirkung entfalten. Auch das Gesundheitsamt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

Mit diesen allgemein gehaltenen Überlegungen soll dieser Bericht schließen. Die Beschreibung konkreter Problemlagen und Interventionsfelder ist den Folgeberichten vorbehalten. Offen bleibt die grundsätzliche Frage, ab wann soziale Ungleichheit zur Ungerechtigkeit wird bzw. ob die Herstellung gleicher Lebensverhältnisse und Teilhabechancen 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

- Altgeld, T. (Hg.) (2004):** Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Andreß, H.-J. (1999):** Leben in Armut. Analysen der Verhaltensweisen armer Haushalte mit Umfragedaten. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2005):** Armut in Bremen. Bericht 2005, Schwerpunkt „Armut und Bildung“. Bremen
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003):** Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Band 1 + 2. Dritte, neu bearbeitete Fassung, hg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF). Bielefeld: lögD
- Bär, G., Buhtz, M., Gerth, H. (2004):** Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW
- Beck, U. (1999):** Schöne neue Arbeitswelt. Vision: Weltbürgerschaft. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag
- Belwe, K. (2005):** Editorial. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 37, S. 2
- Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hg.) (2000):** Ungleiche Gesundheit in Berlin. Berlin
- Bobbio, N. (1994):** Rechts und Links. Gründe und Bedeutungen einer politischen Unterscheidung. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach
- Böhnisch, L. (2004):** Männliche Sozialisation. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Bremer, P., Gestring, N. (1997):** Urban Underclass - neue Formen der Ausgrenzung auch in deutschen Städten? In: PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, Heft 106, 27. Jg., Nr. 1, 55-76
- Buhr, P. (1995):** Dynamik von Armut. Dauer und biografische Bedeutung von Sozialhilfebezug. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Buhr, P. (2004):** Armut und Armutsentwicklung in Deutschland. Status Quo und mögliche Folgen der Reformpolitik. ZeS-Arbeitspapier Nr.4/2004, hg. vom Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen. Bremen
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005):** Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Köln

Dangschat, J.S. (2000a): Sozialräumliche Differenzierung in Städten: Pro und Contra. In: Harth, A., Scheller, G., Tessin, W. (Hg.): Stadt und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske+Budrich

Dangschat, J.S. (2000b): Armut und eingeschränkte Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in ihrem Stadtteilbezug. In: Altgeld, T., Hofrichter, P. (Hg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag

Döge, P. (2004): Abschied vom starken Mann. Gender Mainstreaming als Beitrag zur Männergesundheit. In: Altgeld, T. (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag

Farwick, A. (2003): Segregierte Armut und soziale Benachteiligung. Zum Einfluss von Wohnquartieren auf die Dauer von Armutslagen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 3/4.2003,

Farwick, A., Petrowsky, W., Güntner, S. (2005): Evaluation der Programme „Wohnen in Nachbarschaften – WiN“ und „Soziale Stadt“ in Bremen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 2/3.2005, 147-157

Fassbinder, H., Häußermann, H., Petrowsky, W. (1975): Die Lebenssituation von lohnabhängig Beschäftigten in Bremen – untersucht anhand ausgewählter Infrastruktureinrichtungen. Forschungsbericht, hg. von der Kommission zur Durchführung des Kooperationsvertrages zwischen der Universität Bremen und der Arbeiterkammer Bremen (Band 4). Bremen

Financial Times Deutschland vom 1.9.2005: „Gesundheitswirtschaft: Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkung“

Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hg.) (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998. Bremen

Funk, J. (1911): Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. In: Mitteilungen des Bremischen Statistischen Amtes im Jahre 1911, No. 1

Geißler, R. (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Gesterkamp, T. (2004): Die Krise der Kerle. Männlicher Lebensstil und der Wandel der Arbeitsgesellschaft. Münster: LIT Verlag

Giddens, A. (1997): Jenseits von Links und Rechts. Die Zukunft radikaler Demokratie. 1. Auflage. Frankfurt a.M., Suhrkamp



Glaser, H. (1981): Maschinenwelt und Alltagsleben. Industriekultur in Deutschland vom Biedermeier bis zur Weimarer Republik. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag

Häußermann, H. (2003): Die Stadtstruktur verstärkt soziale Ungleichheit. In: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 3/4, 147-159

Häußermann, H. (2000): Die Krise der „sozialen Stadt“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 10-11, 13 - 21

Häußermann, H., Petrowsky, W., Pohlan, J. (1995): Entwicklung der Städte: Stabile Polarisierung. In: Jäger, Th., Hoffmann, D. (Hg.): Demokratie in der Krise? Zukunft der Demokratie. Opladen: Leske+Budrich

Häußermann, H., Siebel, W. (2001): Soziale Integration und ethnische Schichtung. Zusammenhänge zwischen räumlicher und sozialer Integration. Gutachten im Auftrag der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“. Berlin/Oldenburg

Häußermann, H., Siebel, W. (2000): Wohnverhältnisse und Ungleichheit. In: Harth, A., Scheller, G. Tessin, W. (Hg.): Stadt und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske+Budrich

Häußermann, H., Siebel, W. (1995): Dienstleistungsgesellschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Häußermann, H., Siebel, W. (1987): Neue Urbanität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Helmert U. (2005): The impact of occupation and family status on overall mortality in a cohort of male members of a health insurance fund in Germany. In: Journal of Public Health, Vol. 13, 138-143

Helmert, U., Voges, W., Sommer, T. (2002): Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. In: Das Gesundheitswesen, 64. Jg., 3-10

Héritier, A. (1988): Stadt der Reichen, Stadt der Armen – Sozialpolitik in New York City. In: Politische Vierteljahresschrift, 1988, Bd. 3, 407-432

Hübinger, W. (1999) Prekärer Wohlstand. Spaltet eine Wohlstandsschwelle die Gesellschaft? In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 18, S. 18-26

Johansen, E.M. (1978): Betrogene Kinder. Eine Sozialgeschichte der Kindheit. Frankfurt a.M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag,

Kapphan, A, Häußermann, H (2004): Berlin: Ausgrenzungsprozesse in einer europäischen Stadt. In: Häußermann, H., Kronauer, M., Siebel, W. (Hg.): An den Rändern der Städte. Frankfurt a.M.: edition Suhrkamp

Kiss, A., Hermann, S., Thielke, H. (1995): Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1995. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung, Diskussionspapier 23. Hg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin



Klein, T. (1993): Soziale Determinanten der Lebenserwartung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 45. Jg., Heft 4, 712-730

Klosterhuis, H., Müller-Fahrnow, W. (1994): Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske + Budrich

Krämer-Badoni, T (2001): Urbanität und gesellschaftliche Integration. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, Bd. I, S. 12-26

Kronauer, M. (2005): Ausgrenzung und physisch-sozialer Raum. In: Anhorn, R., Böttger, F. (Hg.): Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften

Lademann, J., Kolip, P. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hg. vom Robert-Koch-Institut. Berlin.

Münch, R. (1995): Elemente einer Theorie der Integration moderner Gesellschaften. Eine Bestandsaufnahme. In: Berliner Journal für Soziologie, 5.Jg., Heft 1, S. 5-24

Niethammer, L. (1976): Wie wohnten Arbeiter im Kaiserreich? In: Archiv für Sozialgeschichte, Band 16, 61-134

Noll, H.-H., Weick, S. (2005): Relative Armut und Konzentration der Einkommen deutlich gestiegen. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), Ausgabe 23, 1-6

Oppolzer, A. (1986): Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg: VSA-Verlag

Rawls, J. (1973): A Theory of Justice. Oxford: Oxford University Press

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.) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin.

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

Schmeiser-Rieder, A., Kunze, M. (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Hg. von der Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung. Wien

Siegrist, J. (1989): Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany. In: Fox, J. (ed.): Health inequalities in European countries. Aldershot: Gower Press



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

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005b): Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Zweite, aktualisierte Ausgabe.

Statistisches Landesamt Bremen (Hg.) (2004): Bremen Kleinräumig. Ausgabe 2003. Informationen aus der amtlichen Statistik. Bremen

Tempel, G., Hoppmann, M., Maschewsky-Schneider, U. (1991): Sozial selektive Erreichungsgrade in der gemeindeorientierten Intervention – Eine Analyse der Beteiligung an Gesundheitsaktionen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie(DHP). In: Sozial- und Präventivmedizin, 36. Jg., 74-78

Tempel, G., Witzko, K.-H. (1994): Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske + Budrich

Tempel, G. (1998): Gesundheitsförderung der AOK Niedersachsen – eine Leistungsbilanz. In: Müller, R., Rosenbrock, R. (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. St. Augustin: Asgard-Verlag

Wanger, S. (2005): Frauen am Arbeitsmarkt. Beschäftigungsgewinne sind nur die halbe Wahrheit. In: IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 22, 24.11.2005. Hg. vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

Wiesner, G. (2001): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hg. vom Robert-Koch-Institut. Berlin.

Wilson, W.J. (1987): The Truly Disadvantaged. The Inner City, the Underclass, and Public Policy. Chicago, London: University of Chicago Press

Wülfing, U. (1998): Sinn und Unsinn geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. In: Gesundheitsakademie, Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hg.): Die Gesundheit der Frauen ist das Glück der Männer? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt a.M: Mabuse-Verlag

Zok, K. (2004): Private Zusatzangebote in der Arztpraxisgebühr. In: WidO-Monitor, Ausgabe 01/2004, hg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK. 1-7

Zok, K. (2005): Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. In: WidO-Monitor, Ausgabe 2/2005, hg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK. 1-7