

Armut in Bremen

Bericht 2004

Schwerpunkt: »Armut und Gesundheit«



Arbeiterkammer
Bremen



→ **Armut in Bremen**

▶ Herausgeber
Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen
Telefon 0421 · 36 30 1-0
Fax 0421 · 36 30 1-89
E-Mail: info@arbeitnehmerkammer.de
Internet: www.arbeitnehmerkammer.de

▶ Redaktion.
Klaus Jakubowski, Martina Kedenburg, Volker Pusch

▶ VerfasserInnen
Carola Bury, Susanne Gieffers, Dr. Uwe Helmert,
Klaus Jakubowski, Paul M. Schröder, Dr. Günter Tempel

▶ Gestaltung
jung und pfeffer : visuelle kommunikation, Bremen

▶ Fotos
Ilse Grunewald

▶ Druck
id Medien & Druck GmbH, Bremen

Abgeschlossen im September 2004

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	4
1 Armut in Bremen – eine politische Bestandsaufnahme	6
2 Zahlen, Daten, Fakten	28
2.1 Erläuterungen zum Zahlenwerk	74
Einleitung – Schwerpunkt »Armut und Gesundheit«	84
3 Gesundheit – Krankheit – Armut. Wenn die Gesundheit auf der Strecke bleibt	88
3.1 Die Ökonomisierung des öffentlichen Gesundheitswesens und die Folgen	90
3.2 Die Folgen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes: Einige Beispiele aus einer langen Liste	94
3.3 Reduzierung der Gesundheitsdienste auf der kommunalen Ebene	99
3.4 Die Situation in Bremerhaven	100
3.5 Ein Fazit: Gesundheitsreform und Abbau kommunaler Gesundheitsdienste verstärken die Spirale von Armut und Gesundheit	104
4 Wenn du arm bist, musst du früher sterben – sozialepidemiologische Befunde zu den Auswirkungen von Einkommensarmut auf die gesundheitliche Lage und die Sterblichkeitsentwicklung	108
4.1 Studien aus Bremen zum Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation und der Sterblichkeit	110
4.2 Der Zusammenhang zwischen der Einkommenssituation und der Sterblichkeit in den Bundesländern	112
4.3 Längsschnittstudie des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung 1984–1998	114
4.4 Armut, Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Krankheiten: Analysen anhand des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors aus den Jahren 2000–2003	115
4.5 Zusammenfassung und Ausblick	118
5 Das Spiel vom Leben gegen Geld – eine Reportage	120



Vorwort

Dies ist erst der dritte Armutsbericht, den die Arbeitnehmerkammer vorlegt – und schon scheint dieser Bericht so etwas wie eine Institution in dieser Stadt zu werden. Die Resonanz und Nachfrage ist enorm, der Bericht ist Gegenstand von Diskussionen und Veranstaltungen und offensichtlich regt er vereinzelt dazu an, auch auf Stadtteilebene dem Armutsproblem genauer hinterher zu spüren.

Aus Bremerhaven hören wir, dass unser Armutsbericht sogar Anstoß für Beratungen in den politischen Gremien der Stadt war und so eine kleinräumige Untersuchung von Kinderarmut im Stadtteil Lehe initiiert worden ist. Das ist mehr, als wir uns gewünscht haben: Wenn wir Menschen in diesem Bundesland und auch die politischen Institutionen dazu bewegen können, sich mit dem Armuthema auseinander zu setzen und sogar noch Initiativen zu ergreifen, dann freuen wir uns.

Damit ist das Erfreuliche aber bereits erschöpft. Leider ist nicht nur das Interesse am Thema Armut groß, noch viel größer sind die damit verbundenen Probleme – für die betroffenen Menschen, aber auch für die Gesellschaft. Das Jahr 2003 war für die soziale Qualität Bremens ein schlechtes Jahr. Fast alle Kennzahlen haben sich negativ entwickelt, zum Teil dramatisch: Mehr Arbeitslose, weniger offene Stellen, mehr Sozialhilfeempfänger, mehr Kinder in der Sozialhilfe, mehr Wohngeldempfänger, mehr private Pleiten. Eine unvollständige Negativbilanz, hinter der sich zigtausend Menschenschicksale verbergen, denen immer mehr die Perspektive, die Hoffnung und die Kraft abhanden kommen, wo Armut sich zunehmend von Generation zu Generation vererbt.

Alle Anstrengungen der letzten Jahre haben nicht gefruchtet, alle Versprechungen haben sich in Luft aufgelöst. Der Abwärtstrend scheint unaufhaltsam, insbesondere wenn man in die nahe Zukunft schaut. Mit der anstehenden Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe werden nochmals viele tausend Menschen auf das Sozialhilfeniveau abgesenkt und damit ärmer gemacht. Und am Horizont ist kein Hoffnungsschimmer zu erkennen. Wie gesagt: schlechte Zeiten.

Dies gilt auch für das Thema Armut und Gesundheit, dem Schwerpunkt des Armutsberichtes in diesem Jahr. Die so genannte Gesundheitsreform macht arme Menschen krank und kranke Menschen laufen Gefahr, arm zu werden. Nicht in allererster Linie durch die leidigen 10 € Praxisgebühr, sondern vielmehr durch die hinter der Reform stehende Philosophie, die den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen so verteuert, das viele auf diese verzichten, auch auf Prävention.

Die Zeiten sind nicht rosig, jedenfalls für einen immer größer werdenden Teil der Bevölkerung. Diese Entwicklung wollen wir auch weiter thematisieren. Wir wollen den Finger in die Wunde legen, aber auch Vorschläge machen, die zur Überwindung der Situation beitragen können. Dazu brauchen wir Verbündete, die mithelfen, das Thema auf der Tagesordnung zu halten und für Veränderungen zu streiten.



Dr. Hans-L. Endl
(Geschäftsführer)



Hans Driemel
(Präsident)



Heinz Möller
(Geschäftsführer)

→ 1 Armut in Bremen – eine politische Bestandsaufnahme



Klaus Jakobowski / Arbeitnehmerkammer Bremen

1 Armut in Bremen – eine politische Bestandsaufnahme

»Reicher Mann und armer Mann
Standen da und sah'n sich an.
Und der Arme bleich:
Wär ich nicht arm, wärst du nicht reich.«

Bert Brecht

»Die Situation sozial bedürftiger Menschen werde ganz, ganz schwierig«, zitiert der WESER-KURIER die Sozialsenatorin Karin Röpke. Sie weiß um die sozial- und gesellschaftspolitische Zäsur, die wir aktuell durchleben, sie weiß, dass es nicht nur um Gesetze und Verordnungen, Beiträge und Gebühren, Leistungsstandards und Transferhöhen geht: eben nicht nur um die Agenda 2010, Hartz und andere Schlüsselbegriffe des gegenwärtigen Umbruchs. Darum geht es zwar auch, vor allem aber geht es um einen sozialkulturellen Paradigmenwechsel, der das Land grundsätzlich verändern wird: Die Überflüssigen in dieser Gesellschaft werden noch weiter an den Rand oder auch über diesen hinausgedrängt, der Überfluss wird dagegen noch einseitiger verteilt.

»Gerechtigkeit und Solidarität sind wieder Fremdworte in Deutschland geworden«, meint nicht nur der bekannte Journalist Wilhelm von Sternburg. Die Schriftstellerin Christa Wolf fragt: »Müssten wir nicht damit anfangen eine Liste der verlorenen Wörter anzulegen, wie die Naturforscher Listen der aussterbenden Arten angelegt haben, die täglich länger werden?« Die Wochenzeitung »Das Parlament« schlussfolgert: »Wenn Vereinzelung und Individualisierung zur gesellschaftlichen Norm avancieren, mutieren Begriffe wie Verantwortung zu moralisierendem Schnickschnack.« Wir leben mitten im Gezeitenwechsel, es verändern sich Werte und Normen, Inhalte und Begriffe, Haltungen und Verhältnisse.

Warum wird dieses Land derart auf den Kopf gestellt, warum werden die eigentlich bewährten sozialen Fundamente geradezu pulverisiert? Die vielen angebotenen Antworten, ob nun die Globalisierung oder die internationale Konkurrenz, ob nun die zu hohen Löhne oder Lohnnebenkosten, die Demographie oder die Höhe der Sozialtransfers, all diese und auch die unzähligen Variationen dieser Antworten treffen das Problem nur sehr unzureichend, vernebeln es eher. Entscheidend ist, dass die steigende Produktivität eine immer höhere Zahl von Arbeitslosen erzeugt, die sowohl die Sozialversicherungssysteme als auch die öffentlichen Haushalte ins Wanken bringt. Allein zwischen 1991 und 2001 sind die industriellen Arbeitsstunden um sage und schreibe ein Drittel oder von 9,2 Milliarden auf nur noch 6,2 Milliarden Stunden zurückgegangen, wie uns der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2002/2003, wenig bemerkt, mitteilt. Damit wurden rund zwei Millionen ArbeitnehmerInnen überflüssig, die sich nicht nur in den verschiedenen Statistiken wieder finden, sondern eben auch als Beitragszahler ausfallen und als Transferempfänger auffallen. Allein im Jahre 2003 sind 392.000 Arbeitsplätze vernichtet worden, so viele wie seit 1993 nicht mehr. Das entspricht dem weltweiten Trend. Zwischen 1995 und 2002 stieg die Industrieproduktion um über 30%, gleichzeitig gingen die Arbeitsplätze um 11% zurück.

Gegen diese Entwicklung wurde und wird die Hoffnung gesetzt, mit dem Ausbau des Dienstleistungssektors einen Ausgleich für den Verlust von industriellen Arbeitsplätzen zu schaffen. Im WESER-KURIER kommentiert Annemarie Struß-von Poellnitz dies als »Trugschluss«, denn »Automaten verkaufen uns Fahrkarten, checken uns für den Urlaubsflug ein, geben uns Geld und lesen uns Telefonnummern vor.« Der US-amerikanische Wirtschaftswissenschaftler Jeremy Rifkin prognostiziert auf Basis dieser Entwicklungen, dass bis zum Jahr 2050 rund 5% der Weltbevölkerung ausreichen, um mithilfe von Robotik, Bio- und Nano-Technologie die

Versorgung der Bevölkerung mit allen erforderlichen Gütern zu gewährleisten.

Die Dramatik, die in dieser absehbaren Entwicklung steckt, ist durchaus Pate dessen, was gegenwärtig auf der politischen Bühne als Reformprozess aufgeführt wird. Nur ist die gewählte Rezeptur, gemessen an der Dramatik, völlig unzureichend, ist rückwärts- und nicht zukunftsorientiert und vor allem folgt sie dem ewig gleichen Strickmuster: Das Positive an der Produktivitätssteigerung wird privatisiert, das Negative sozialisiert. Es gäbe ja auch durchaus die Möglichkeit, den Segen dieser Entwicklung in Form von Arbeitszeitverkürzungen zu sozialisieren, was nicht zuletzt auch den Sozialversicherungen und den öffentlichen Haushalten zugute käme.

Es funktioniert wie immer: Die Unternehmer sind keine Wohlfahrtsorganisationen. Sie wollen Geld verdienen und das so viel als möglich. Nur das zählt. Standorte, Produkte, Menschen, all das ist zweitrangig, sie werden verlassen, gewechselt, aussortiert. Was Geld bringt wird privatisiert, was Geld kostet sozialisiert. Allerdings mit einem neuen Akzent, die Gesellschaft reicht die Kosten weiter. Nur nicht an die Täter, sondern an die Opfer.

Nicht Arbeitszeitverkürzung, sondern das komplette Gegenteil wird unisono zum problemlösenden Königsweg erklärt: Die Zeit der tariflichen Arbeitszeitverkürzungen wird als Teil des Problems definiert und für beendet erklärt. Die vorherrschenden gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse lassen den Zug wieder in die andere Richtung fahren. Es ist wieder die hohe Zeit für Arbeitszeiterhöhungen. Kaum ein Arbeitgeber oder Arbeitgeberverband, der nicht in dieses Horn bläst. Fast alle Tarifrunden des Jahres 2004 sind davon berührt und es werden viele unterschiedliche Wege gefunden, wie man die Weichen in die falsche Richtung stellen kann. Dabei haben sich schon zwischen 1991 und 2000 die Jahresarbeitsstunden der Vollzeitbeschäftigten von 1.604 auf

1.640 erhöht. Steigende Produktivität und effektiverer, eben auch längerer Einsatz der Kernbelegschaften, macht eine immer größer werdende Zahl von Menschen überflüssig, lässt sie zu Belastungen der Sozialsysteme und der öffentlichen Haushalte werden. Das ist der entscheidende Kern der Krise der sozialen Sicherungssysteme, der sozialen Krise überhaupt, aber letztlich auch der Krise der Gesellschaft. Mit anderen Worten, die gegenwärtige Überproduktionskrise soll sowohl ideell als auch materiell einseitig zulasten der Arbeitnehmer gemindert werden, sie sollen bezahlen: Für die einen bedeutet dies den Verlust des Arbeitsplatzes, für die anderen Mehrarbeit, geringere Bezahlung, weniger Rechte.

Die Unternehmen nutzen diese Situation nach belieben und in vielfältiger Weise. Manche sogar um Belegschaften nach dem Schönheits- und Jugendlichenwahn auszurichten. So der Mode-Discounter Takko, der laut Magazin STERN als Richtlinie ausgegeben hat: »Mitarbeiter über 50 Jahre sind im Laufe der nächsten drei Monate auf Entwicklung und Optik zu überprüfen. Nicht passende Angestellte sind nach Abwägung zu kündigen.« Natürlich alles auf Kosten der Sozialversicherungen, die angeblich aus anderen Gründen pleite sind, wegen derer auch die Lohnnebenkosten runter müssen. Und so weiter, und so fort. Die Legende ist bekannt, oft widerlegt, doch sie funktioniert.

Die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände weiß selbst am besten, »dass in der Hälfte aller Betriebe niemand mehr arbeitet, der älter als 50 Jahre ist«. Die Mitgliedsunternehmen dieses Verbandes sind es, die jede Möglichkeit nutzen, ältere Mitarbeiter loszuwerden. »RWE-Mitarbeiter können oder sollen möglichst schon nach Vollendung des 51. Lebensjahres in den Vorruhestand wechseln.« Oder: »Seit die Pläne publik wurden, die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes zu verkürzen, haben viele Unternehmen noch rasch Altersruheregelungen vereinbart, die den Arbeitsämtern viele neue Kunden ins Haus getragen haben«

(WESER-KURIER). Oder: Als die Altersteilzeit eingeschränkt worden ist, wurde von der Bundesregierung eine Vertrauensschutzregelung getroffen, die die Personalabteilungen so mancher Betriebe mobilisiert hat, um Beschäftigte noch rechtzeitig in Altersteilzeit drängen zu können. Wie gesagt, alles auf Kosten der Sozialversicherungen. Und natürlich auch zulasten der Menschen, die, so sie nicht in den Ruhestand gehen, den Weg zur Bundesagentur für Arbeit anzutreten haben. Zum Beispiel die 50jährige Verkäuferin von Takko und alle, die in einer vergleichbaren Situation sind. Auf sie wartet jetzt eine verkürzte Bezugszeit von Arbeitslosengeld I und rasend schnell landet sie im Arbeitslosengeld II und damit auf Sozialhilfeniveau und muss jedwede Tätigkeit annehmen, für welche Bezahlung auch immer. Dass sie mit über 50 noch einen vernünftigen und existenzsichernden Job bekommt, ist angesichts ihres Alters (s.o.) und ihrer Schönheit (nicht nur Takko wird diesen Maßstab haben) eher unwahrscheinlich. Aber in den Sozialversicherungen ist ja kein Geld mehr, das haben vorher schon andere rausgeholt.

Ein Ende dieser Entwicklungen ist nicht in Sicht. Denn gleichzeitig mit dem Abbau von industriellen Arbeitsstunden verdoppelte sich das investierte Kapital in Deutschland auf geradezu sphärische 15.000 Mrd. €, hauptsächlich eingesetzt als Rationalisierungsinvestition, mit dem Ziel, noch mehr Arbeitsplätze überflüssig zu machen. So dreht sich die Spirale immer nur in die eine Richtung.

Und was macht die Politik? Es gibt zwar keinen Politiker und natürlich auch keinen Verbandsfunktionär der Arbeitgeber, dessen wichtigstes verbales Anliegen nicht die Senkung der Arbeitslosigkeit wäre. Und das seit zwanzig Jahren und wahrscheinlich auch noch in zwanzig Jahren. Helmut Schmidt, Helmut Kohl, Gerhard Schröder, sie alle haben den Kampf gegen die Arbeitslosigkeit zur Priorität Nummer eins ihrer Kanzlerschaft erklärt. Alle haben sie als Ergebnis ihrer Politik sinkende Arbeitslosenzahlen verspro-

chen, zuletzt Gerhard Schröder, der bei seiner ersten Kanzlerschaft 1998 ein Sinken der Zahlen auf 3,5 Millionen versprach, sogar verbunden mit seinem politischen Schicksal. Peter Hartz, der Namensgeber der einschlägigen Gesetze begründete diese damit, dass man mit ihnen »in 30 Monaten zwei Millionen Jobs schaffen oder zwei Millionen Arbeitslose weniger haben« könne, sprich, in nicht mal drei Jahren würde die Arbeitslosigkeit halbiert sein. Der Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement, der zu Beginn seiner Amtszeit noch Vollbeschäftigung für 2008 in Aussicht gestellt hatte, versprach im Herbst des Jahres 2003 zwar nur noch ein Absinken der Arbeitslosigkeit um 20%. Aber immerhin. Die Zahlen scheinen beliebig. Glauben schenkt man ihnen ohnehin nicht mehr. Die Arbeitsmarktexperten, so auch Frank-Jürgen Weise, der Chef der Bundesagentur, gehen sowieso von einer Stagnation auf dem erreichten Niveau aus. Viele sehen noch viel schwärzer.

Es ist erstaunlich: Seit über zwanzig Jahren wird die Arbeitslosigkeit als Argument dazu missbraucht, die sozialen Sicherungssysteme zu reformieren, sprich zu beschädigen, weil angeblich nur so die Arbeitslosigkeit sinken würde. Dieses Vorgehen ist zwar ebenso seit über zwanzig Jahren widerlegt und trotzdem funktioniert es auch heute noch.

Der Kampf gegen Arbeitslosigkeit ist Vorwand, tatsächlich sichert Politik den beschriebenen Prozess der Produktivkraftentwicklung und ihrer Folgen ab, beschleunigt ihn damit und das auf allen politischen und staatlichen Ebenen. Der Staat könnte ja auch gestaltend, regulierend und ausgleichend eingreifen. Aber das steht zurzeit nicht auf der Tagesordnung.

Projekt Nr. 1: Arbeit billiger machen

Das erste Großprojekt mit höchster Priorität heißt: Arbeit soll billiger werden. Das soll mit Niedriglöhnen, Leih- und Zwangsteilzeitarbeit, Lockerung des Kündigungsschutzes

und vielen Maßnahmen mehr erreicht werden, die schon auf dem Weg sind oder demnächst auf diesen gebracht werden sollen. Dazu gehört auch, die vom Infineon-Chef so genannten »Schwach-Performer« auszusortieren.

Der grundlegende Gedanke dieses Projektes wird von Prof. Dr. Hans Werner Sinn, dem Chef des Münchener ifo Instituts formuliert, der davon ausgeht, dass sich der Markt für die Ware Arbeitskraft nicht von dem Markt für Äpfel unterscheidet: »Jeder, der Arbeit sucht, findet Arbeit, wenn man zulässt, dass der Lohn weit genug fällt.« Schuld haben die Arbeitslosen, die nicht für jeden »Hungerlohn« zu arbeiten bereit sind. Schuld haben aber auch die Beschäftigten, die mit ihrer zu teuren Arbeit der Abschaffung der Arbeitslosigkeit im Weg stehen. Die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände sieht die Arbeitslosigkeit als weitgehend beseitigt an, wenn die Bruttolöhne um 10–15% sinken würden.

Dass sich der Trend in diese Richtung dreht, darum geht es in der gegenwärtigen Phase. Angefangen wird wie immer bei den Schwächsten und Wehrlosesten, auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Mitteln. Ob es nun Beschäftigte in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sind, deren Bezahlung weitgehend von Qualifikationen und Tätigkeiten abgekoppelt und abgesenkt worden ist, oder die Ausweitung des Niedriglohnssektors, die Forcierung von Leih- und Zwangsteilzeitarbeit, der Ausstieg aus Tarifverträgen oder deren Umgehung etc. Längst hat dieser Trend aber auch die Beschäftigten erreicht, hier wird der Weg zurzeit hauptsächlich über die Kürzung von Weihnachts- und Urlaubsgeld gegangen.

Projekt Nr. 2: Lohnnebenkosten runter

Großprojekt Nummer zwei: Die Lohnnebenkosten sollen weiter gesenkt werden. Dies hat auch Joschka Fischer zur »zentralen Herausforderung« dieser Zeit erklärt und unterstützt damit den vielstimmigen Chor der Lohnnebenkosten-Senker, in dem sich durchaus auch verschiedene prominente Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter befinden. So wird mittels unterschiedlichster Stellschrauben an den Lohnnebenkosten gedreht. Dieser Prozess ist seit längerem in Gang. Angefangen bei der Umwidmung der Ökosteuer zur Stabilisierung der Rentenbeiträge bis hin zur aktuellen Gesundheitsreform.

Jeder Prozentpunkt bringt der Arbeitgeberseite rund 7,5 Mrd. €, da lohnt sich der Streit um jedes Promille. Für die Arbeitnehmer dagegen ist es nur eine Ersparnis auf den ersten Blick, auf den zweiten müssen sie den Teil der Arbeitgeber mittragen. In der gegenwärtigen politischen Großwetterlage gibt es kaum eine wahrzunehmende Stimme, die nicht mit Vehemenz eine Absenkung der Lohnnebenkosten fordert, natürlich immer verbunden mit der Aussicht auf einen blühenden Arbeitsmarkt. Ob es nun die Kranken-, Arbeitslosen-, Renten- oder Pflegeversicherung ist, die Beiträge müssen runter. Wenn es nach dem BDI ginge auf 35%, verbunden mit einer Leistungssenkung von 15 bis 20%. In diese Richtung wird marschiert. In den unterschiedlichen Versicherungsarten mit unterschiedlichen Methoden und Zielen. Mit dem radikalen Systembruch bei der Rentenversicherung, die nach ihrer vollen Entfaltung im Jahre 2010 den Unternehmen eine jährliche Entlastung von 15 Mrd. € bringen wird, kam der Stein erst richtig ins Rollen. Im Jahr 2004 steht die Krankenversicherung im Mittelpunkt dieses Politikkonzeptes, gestrickt nach dem Muster: Die Arbeitgeber entlasten, die Pharmakonzerne schonen, die Gesundheitsrisiken priva-

tisieren. Schon zeichnet sich die nächste Runde ab. Arbeitgeberpräsident Hundt hat die Arbeitslosenversicherung aufs Korn genommen: Hier soll der Beitragssatz von derzeit 6 auf 4 bis 4,5% abgesenkt werden. Neben einer vierwöchigen Karenzzeit zu Beginn der Arbeitslosigkeit soll das Arbeitslosengeld auf 60% des letzten Nettoeinkommens reduziert und für höchstens ein Jahr gezahlt werden. Was auch immer herauskommt, die Richtung ist eindeutig.

Projekt Nr. 3: Arbeitslosigkeit verbilligen

Großprojekt Nummer drei: Auch Arbeitslosigkeit soll billiger werden. Welche Transferleistung auf welcher Ebene auch immer, sie wird

gekürzt oder soll gekürzt werden. Der soziale Abstieg wird rasant beschleunigt, die Zwangslage wird verschärft: Arbeit für jeden Preis oder das war's. Darum geht es der Agenda 2010 mit ihrem zentralen Instrument, der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zum Arbeitslosengeld II auf dem Niveau der bisherigen Sozialhilfe und zum Teil darunter. Damit werden weitere zwei Millionen Menschen auf das Existenzminimum abgesenkt und in die Armutsspirale hineingestoßen, aus der ein Ausstieg objektiv immer schwerer wird und längerfristig natürlich auch subjektiv. Vor allem aber, diese Menschen sind künftighin zu zwingen, jedwede Arbeit auf Sozialhilfeniveau und darunter anzunehmen. Das ist nicht nur staatlich organisiertes Lohndumping und verheerend



für die Betroffenen. Strategisch zielt dieses Instrument auf die Absenkung des bisherigen Lohn- und Gehaltsniveaus in der Bundesrepublik und ist Teil des ersten Großprojektes.

Mit der Absenkung der Arbeitslosenhilfe auf Sozialhilfeniveau ist es nicht getan. Selbst die Sozialhilfe gilt in ihrer Höhe als »Fehl-anreiz«. Die Bertelsmann Stiftung möchte sie gerne halbieren, das ifo Institut und der hessische Ministerpräsident würden gern eine Kürzung um ein Drittel sehen, der Sachverständigenrat um 30%, der Industrie- und Handelstag ebenso wie der bayerische Ministerpräsident um 25%. Es ist unklar, was unter dem Strich stehen wird, der Angriff auf die Höhe der Sozialhilfe ist aber längst im vollen Gange.

Gleiches gilt auch für das Arbeitslosengeld. Diese Versicherungsleistung wurde in den letzten Jahren quasi ununterbrochen und einseitig zulasten der Versicherungsnehmer beschnitten. Anspruchsvoraussetzungen, Dauer, Höhe und was auch immer sonst noch an Stellschrauben zur Kürzung dieser Leistung zu betätigen war, wurde betätigt. Und trotzdem geht es immer weiter, von der Einrichtung einer Eingangssperrfrist (Arbeitgeberpräsident Hundt) bis zur Abschaffung der Arbeitslosenversicherung (Bertelsmann-Stiftung) ist alles im Angebot.

Projekt Nr. 4: Weniger Steuern

Großprojekt Nummer vier: Die Steuern müssen immer weiter nach unten, die Gewinnsteuern natürlich. Zwar haben wir bereits »die niedrigste Steuerlastquote in Europa«, wie der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Joachim Poß unverständlicherweise jubiliert. Sei es drum. Auch wenn in den letzten Jahren mit Steuer-senkungen in vielfacher Milliardenhöhe (50 Mrd. € an Körperschaftsteuer, 6 Mrd. € an Einkommensteuer) die öffentlichen Kassen leer gefegt worden sind, spürbar in jedem Kindergarten, jeder Schule und

überall, ohne das die versprochenen Arbeitsplätze geschaffen worden sind: Der Präsident des Arbeitgeberverbandes Hundt fordert immer das Gleiche, verspricht immer das Gleiche und findet immer noch ein offenes Ohr wenn er sagt: »Das beste Investitionsprogramm sind Steuersenkungen auf breiter Basis.« Kaum ist die so genannte »historische« Steuerreform 2003 wirksam, wird unter dem populistischen Stichwort der Steuervereinfachung der nächste Schritt vorbereitet. An Forderungen von interessierter Seite gibt es keinen Mangel. So soll die Körperschaftsteuer weiter sinken, die Gewerbesteuer abgeschafft, der Spitzensteuersatz auf 25% gesenkt und die Steuerprogression aus der Welt geschafft werden.

Nun werden selbst die vehementesten Steuersenkungs-Protagonisten nicht davon ausgehen, dass das ganze Programm durchgesetzt wird. Aber die Zeiten sind günstig, um Fortschritte in ihrem Sinne zu erzielen. In Zeiten, in denen fast alles ökonomisiert und privatisiert wird, in denen sich immer stärker eine antistaatliche und individualistische Grundstimmung herausbildet, da gelingt es immer besser die bisherige Steuerfinanzierung durch Gebührenfinanzierung zu ersetzen und aus staatlichen Leistungen Waren zu machen, die von den Kunden zu bezahlen sind. Dieser Prozess, der im Gesundheitsbereich schon weit entwickelt ist, vollzieht sich mit zunehmendem Tempo auch im öffentlichen Leistungsbereich, zurzeit noch kleinschrittig, wie mit der Einführung von Studiengebühren, aber mit klarem Ziel.

Bundespolitik befördert Armutsprozesse

Auf den verschiedensten gesellschaftlichen Ebenen ist ein komplexer Umbauprozess im Gange. Dieser ist bitter notwendig angesichts der Umbrüche an der materiellen Basis dieser Gesellschaft, der Produktivkraftentwicklung, dem damit verbundenen Abbau von Arbeitsplätzen, der daraus resultierenden Massenarbeitslosigkeit mit den

entsprechenden Folgen für die sozialen Sicherungssysteme und die öffentlichen Haushalte. Die Frage ist nur, in welche Richtung dieser Prozess geht. Solidarität und Gerechtigkeit scheinen jedenfalls nicht die Kompassnadel zu bestimmen. Nicht das gerechte Teilen von Arbeit und Arbeitsergebnissen, von Chancen und Ressourcen, nicht das solidarische Umgehen mit Risiken und Benachteiligungen wird auf die Agenda geschrieben, sondern das genaue Gegenteil. Natürlich immer verbunden mit dem Versprechen, dass dies der alternativlose Weg zu mehr Arbeit ist. Durchaus auch um den Preis einer kulturellen Regression, wenn landauf landab wieder Frauenhäuser geschlossen, Volkshochschulen dichtgemacht, Aids-Beratungsstellen gestrichen oder Erziehungsberatungsstellen eingeschränkt werden.

So erklärt die Bundesregierung in ihrem »Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003–2005« die Hartz-Gesetze zum Kern ihrer Bemühungen zur Überwindung des Armutproblems, obwohl damit eine massive Verschärfung erreicht wird. Die ohnehin schon katastrophalen sozialen Kennziffern werden angesichts der programmierten Zukunft noch schlechter werden. Um das vorher zu sagen, braucht man kein Prophet sein, dazu wird schon allein die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe beitragen und vor allem der Arbeitszwang unter allen tariflichen Niveaus. Es wird mehr arme Menschen geben und Armut wird näher an das gesellschaftliche Zentrum heranrücken.

Ein schlechtes Jahr für Bremen

Es ist wie immer: Der Blickwinkel entscheidet. Schaut man auf wirtschaftliche oder auf soziale Kennzahlen, schaut man auf die erbrachten Einsparungen in den öffentlichen Haushalten oder auf deren Folgen. Was ist wichtig? Für die eine Seite ist der Abbau von Arbeitsplätzen im sozialen Bereich ein Fortschritt im Sinne des Personalentwick-

lungsprogramms (PEP), für die andere Seite zählen die verlorenen Arbeitsplätze und die damit verbundenen Einbußen an sozialer Leistung. Die einen verkünden unentwegt Erfolgsmeldungen, die anderen verweisen auf die zweite Seite der Medaille.

Dabei geht es nicht um sich ausschließende Wirklichkeiten, die der jeweils andere nur nicht wahrhaben will. Vielmehr existieren diese Wirklichkeiten nebeneinander, haben aber immer weniger miteinander zu tun und entfernen sich voneinander. Diese Stadtgesellschaft löst sich zunehmend auf, spaltet sich, verliert ihren Zusammenhang: Sozial, wohnräumlich, bildungsmäßig, kulturell. Das alte Degenhardt-Lied von der Oberstadt, der Unterstadt und den Schmuttelkindern, mit denen man nicht spielen soll, wird wieder mehr und mehr aktuell.

Sicher gab es im Jahr 2003 in Bremen eine Reihe von Erfolgsmeldungen und es gibt bestimmt nicht wenige, die von diesem Erfolg profitieren und auch Grund zum Jubel haben. Der WESER-KURIER meint diesen »Aufbruch« gar mit einer Sonderbeilage feiern zu müssen. Nur, viele haben von diesen Erfolgen nichts, zum Teil wurden diese zu ihren Lasten erreicht. Dass, was der Staatsrat beim Senator für Finanzen, Henning Lühr, als große Leistung des festen Willens der Koalition ausgibt, ist eben gleichzeitig für viele kaum noch aushaltbar: »Erhöhungen bei Abgaben, Gebühren und Steuern, aber auch Einschränkungen beim Dienstleistungsangebot für die Bürger.« Parallel zum Jubel der einen gibt es die triste Stimmung der anderen, vor allem weil es wenig Hoffnung gibt. Die Armutsberichte der Arbeitnehmerkammer nehmen traditionell die in den Blick, die auf der Schattenseite stehen, es werden die Zahlen und Entwicklungen in den Mittelpunkt gestellt, die für diesen Bevölkerungsteil bedeutsam sind, es wird so manches thematisiert, was die »Gewinner« nicht gern hören und gelegentlich als Miesmacherei begreifen. Im Jahre 2003 gibt es besonders viele Gründe zur Besorgnis. Fast alle Indikatoren anhand derer

Armutsprozesse beschrieben werden können, haben sich gegenüber dem Vorjahr deutlich negativ entwickelt. Unter sozialen Gesichtspunkten war 2003 ein schlechtes Jahr.

Mehr Arbeitslose

Das vom WESER-KURIER gemalte Bild ist ganz düster: »Über den Arbeitsmarkt weht ein eisiger Wind: Ausbildungsplatzmangel, Schulen, die unzureichend auf die berufliche Zukunft vorbereiten, Langzeitarbeitslosigkeit und schlecht vorbereitete Fluchten aus der Erwerbslosigkeit in wirre Konzepte von Selbstständigkeit und Ich-AG bestimmen das Leben von immer mehr Menschen.«

Damit wird nicht nur eine Situation, sondern auch eine Stimmung beschrieben, die für einen nicht unerheblichen und größer werdenden Teil der Stadtbevölkerung bestimmender Alltag ist.

Die entscheidende Kennziffer, die dann auch auf alle nachgelagerten Transfersysteme zurückwirkt und den genauesten Hinweis auf den Stand sozialer Qualität in der Stadt gibt, ist die Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen. Das Niveau der Arbeitslosigkeit, das sich in Bremen über die Jahre aufgebaut hat, ist enorm hoch. Bewegungen auf diesem Level regen allerdings kaum noch jemanden auf. Man hat sich daran gewöhnt. Dabei ist die Lage durchaus dramatisch. Die jahres-



durchschnittliche Erhöhung der Arbeitslosenzahlen um knapp 2.000 Menschen auf 42.415 ist ein bemerkenswerter Sprung und erhöht die Quote um deutliche 0,7% auf 14,4%. Im Jahr zuvor betrug die Steigerung nur 0,1%. In Bremen ist die Quote von 12,7 auf 13,3% gestiegen, in Bremerhaven von 18,4 auf 19,4%. Ohne die Entlastung der Arbeitslosenstatistik durch verschiedene Instrumente der Arbeitsmarktpolitik, insbesondere durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, auch wenn diese im Zuge der fragwürdigen Neuorientierung der Bundesagentur für Arbeit um erhebliche 16,9% zurückgefahren wurden, würde die Arbeitslosigkeit etliche Prozentpunkte höher sein.

Die Zahlen Ende der Neunzigerjahre waren zwar noch schlechter, im Jahre 2003 ist allerdings der Höchststand des neuen Jahrtausends erreicht worden und das, obwohl in den letzten Jahren verstärkt mit verschiedenen Instrumenten auch auf die Statistik eingewirkt worden ist. Allein durch die Anwendung des § 428 des Dritten Sozialgesetzbuches (SGB III) wurden Ende Oktober 2003 knapp 4.500 arbeitslose Leistungsempfängerinnen und -empfänger über 58 Jahre nicht mehr als Arbeitslose registriert. Das sind mehr als 10% des Gesamtbestands an Arbeitslosen (auf Bundesebene wurden auf diese Weise 388.834 Arbeitslose aus der Statistik eliminiert). Arbeitslose werden in teuren, eigens zu diesem Zweck durchgeführten Seminaren dazu aufgefordert, den § 428 SGB III in Anspruch zu nehmen. Ihnen wird versprochen, von jeder »Belästigung« des Arbeitsamtes freigestellt zu werden. Dafür verschwinden sie dann auch aus der Statistik. Würde mit der gleichen Phantasie, wie man versucht das hässliche Gesicht der Statistik zu bekämpfen, die Arbeitslosigkeit bekämpft werden, vielleicht würde es manchem Arbeitslosen besser gehen.

Fast noch aussagekräftiger ist die Entwicklung bei den offenen Stellen. Diese sind um 33,5% geradezu eingebrochen, von 5.066 auf nur noch 3.369. Jahresdurchschnittlich

kamen auf eine offene Stelle 12,6 Arbeitslose, in 2002 waren es noch 8,0.

Auch der Blick auf die Binnenstruktur der bremischen Arbeitslosigkeit verstärkt eher die Tristesse. Die Langzeitarbeitslosigkeit ist um gute 8% (in Bremerhaven sogar um 11,2%) von 14.575 auf 15.749 gestiegen und hat damit einen Anteil an der Zahl der Arbeitslosen von insgesamt 37,1% (in Bremerhaven sogar 41,9%) gegenüber 35,9% im Vorjahr erreicht. Dabei weiß jeder, der es wissen will, dass diese Zahlen nur einen Teil der Wirklichkeit darstellen und dieses Segment eigentlich viel größer ist. Denn wenn die Arbeitslosigkeit auch durch einen Tag oder auch eine Woche unterbrochen wird, rechtfertigt dies eigentlich keinen statistischen »Aufstieg«. Die hohe Langzeitarbeitslosigkeit drückt sich auch in dem verhältnismäßig kleinen Segment aus, das Arbeitslosengeld bezieht gegenüber dem, das auf Arbeitslosenhilfe bzw. Eingliederungshilfe angewiesen ist. Im September 2003 war das Verhältnis 14.946 zu 23.634. Angesichts der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe kann man anhand dieser Zahlen erahnen, was das für die Entwicklung des Armutproblems in unserer Stadt bedeutet.

Ende September 2003 gab es im Land Bremen 15.235 arbeitslose Sozialhilfeempfänger, das ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um 1.661 oder um 12,2%. Die Zahl derer, die trotz Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe auf Sozialhilfe angewiesen war, lag bei 6.238. Der Anteil derer, die ausschließlich auf Sozialhilfe angewiesen war, ist nochmals um 12,1% gegenüber dem Vorjahr auf 8.997 gestiegen.

Unter dem Strich: Welche wesentliche Kennziffer man auch nimmt, Ende 2003 sah es schlechter aus als 2002. Dabei ist die Statistik Schall und Rauch. Hinter den Zahlen verbergen sich Schicksale, an denen meist noch mehr Schicksale dranhängen, dahinter verbergen sich vielfach enttäuschte Hoffnungen, Perspektivlosigkeit und Zukunftsangst.

Oftmals schon in der zweiten oder gar dritten Generation. Dabei werden die Aussichten eher noch düsterer. Der Umfang der arbeitsmarktpolitischen Förder- und Eingliederungsmaßnahmen wird weiter zurückgefahren, alle Institute prognostizieren einen Stillstand auf dem Arbeitsmarkt und eigentlich wissen alle, dass der Abbau von Arbeitsplätzen schneller vonstatten geht als der Aufbau neuer. Und wie sonst, als ein Eingeständnis dieser trüben Aussichten, ist die Installierung des Arbeitslosengeldes II zu bewerten: Arbeitslosigkeit soll wenigstens billiger gemacht werden, wenn man sie schon nicht bekämpfen kann. Dieses Abfinden mit der Realität spürt jeder, zumindest aber jeder Betroffene. Die gegenteiligen Sonntagsreden klingen immer schaler.

Mehr Sozialhilfeempfänger

Steigt die Arbeitslosigkeit, steigt auch die Sozialhilfebedürftigkeit. Das ist ein fast zwangsläufiger Mechanismus. Insofern war das Jahr 2003 auch ein schlechtes Jahr für die Sozialhilfe, fast alle Kennzahlen sind gegenüber dem entspannteren Vorjahr deutlich negativ. Nicht dramatisch, aber doch signifikant. So ist die Anzahl der Hilfeempfänger von Ende Dezember 2002 mit 46.769 auf 47.025 Ende Dezember 2003 angestiegen. Das ist zwar nur ein kleiner Satz, aber doch ein deutliches Plus.

Fast noch bedeutsamer als die allgemeine, ist die binnenstrukturelle Entwicklung der Sozialhilfepopulation. Bemerkenswert ist, dass die Hilfeempfänger immer weniger weiblich sind. Dieser Prozess findet in Kleinstschritten statt, aber immerhin. Von 56,2% in 2001 auf 56,0% in 2002, auf 55,2% in 2003.

Der Armutsbericht 2003 hatte diejenigen zum Schwerpunkt, die trotz Arbeit arm sind. Dieses Thema soll auch in diesem wie den folgenden Armutsberichten weiterhin von Bedeutung bleiben. Die Zahl derer, die in der Sozialhilfestatistik auftauchen und aufgrund

ihres Alters zwischen 15 und 65 Jahren einen Erwerbsstatus zugewiesen bekommen, steigt kontinuierlich an, was heißt, immer mehr Menschen im erwerbsfähigen Alter sind auf Sozialhilfe angewiesen. Ende 2003 waren dies 29.929 Bremerinnen und Bremer. Davon waren 3.412 erwerbstätig, 1.022 in Vollzeit und 2.390 in Teilzeit. Das heißt: Weitgehend konstante 11,3% der erwerbsfähigen Sozialhilfebevölkerung bezog ergänzende Sozialhilfe, weil das Erwerbseinkommen nicht hinreichend war.

Von den Sozialhilfeempfängern im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 65 Jahren stehen nur rund 55% dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, gelten als so genanntes Netto-Arbeitskräftepotenzial. Der Rest ist entweder berufstätig, in Aus- und Fortbildung, ist nicht erwerbstätig aufgrund häuslicher Bindung, Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung. Rund zwei Drittel des Arbeitskräftepotenzials, exakt 11.682 der zwischen 15 und 65 Jahre alten Sozialhilfebezieher, waren arbeitslos gemeldet, wovon allerdings nur 563 Personen Arbeitslosengeld und 4.152 Arbeitslosenhilfe erhielten, sprich: Vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit haben diese Menschen oftmals keinen oder nur einen ungenügend hohen Anspruch auf Lohnersatzleistungen aufbauen können, was bedeutet, der überwiegende, arbeitslos gemeldete Teil der Sozialhilfeempfänger erhielt keine Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch und war ausschließlich auf Sozialhilfe angewiesen. Dieser Teil wird kontinuierlich größer.

Eine besondere, sich langsam aber stetig vergrößernde Gruppe ist die der Kindern. 19.115 Kinder zwischen 0 und 20 Jahren sind auf Sozialhilfe angewiesen, das sind rund 40% der gesamten bremischen Sozialhilfepopulation. Hinzu kommen 6.285 Alleinerziehende, was einem Anteil von gut 13% der Sozialhilfebevölkerung entspricht. Wenn man die 2.759 Ehepaare bzw. nicht ehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern, die Sozialhilfe beziehen, noch hinzuzählt,

dann machen Kinder oder Eltern, die wegen ihrer Kinder in Not geraten sind gut 60% aller Sozialhilfefälle aus. Ein bedeutsamer, aber eben auch erschreckender Hinweis auf die soziale Qualität dieser Stadt. In Zeiten, in denen alles nach Euro und Cent berechnet wird, ist Kinderkriegen und Kinder haben zu einem großen ökonomischen Risiko geworden, das weitgehend individualisiert und erst auf der alleruntersten Ebene in der Sozialhilfe notdürftig aufgefangen wird. Verbunden mit zunehmender Repression und Demütigung, anstatt mit realen und konkreten Hilfsangeboten. Vor allem aber bleibt es nicht bei der materiellen Not, das Leben insgesamt wird in Mitleidenschaft gezogen. Chancen, gesellschaftliche Teilhabe- und Entwicklungsmöglichkeiten werden eingeschränkt. Das beschädigt in starkem Maße die Kinderzukunft und nimmt den Eltern Mut und Hoffnung. Die Gesellschaft behandelt das, was sie am nötigsten hat, nämlich gebildeten Nachwuchs, ausgesprochen stiefmütterlich und bestraft die Eltern eher als dass sie diese fördert. Es ist zwar kein Wunder, aber es bleibt ein Skandal, dass Kinder heute das Verarmungsrisiko Nummer 1 darstellen. Je mehr Kinder, desto größer ist das Risiko. Für die Kinder ist damit verbunden, dass sie oftmals unter Armutbedingungen ins Leben einsteigen, nicht selten über einen langen Zeitraum, der nicht spurlos an ihnen vorübergeht.

Die Entwicklung der Sozialhilfepopulation ist das Eine, das Andere ist, wie mit diesem Teil der Bevölkerung umgegangen wird. Ausgehend von der zentralen und natürlich auch richtigen Überlegung, dass die Sozialhilfekosten insgesamt zu hoch sind, wird versucht, soweit man Sozialhilfebezieher nicht gänzlich aus dem Bezug herausnehmen kann, wenigstens so viel wie möglich an diesen zu sparen. Und wenn es nur ein Euro hier und ein Euro da ist. So wird die Obergrenze für anerkannte Heizkosten von 1,02 € pro Quadratmeter auf 1 € reduziert, was für eine vierköpfige Familie einen Verlust von 80 Cent ausmacht. Aber nach dem Motto »Kleinvieh macht auch Mist« wird auf der schon lange leeren Tube immer noch weiter

herumgedrückt. Vielleicht kommt ja noch ein Tropfen heraus. Ähnlich ist es mit der Bekleidungspauschale. Sie wird um 7,06 € gekürzt, immerhin 5%. Auch der Selbstbehalt bei Hinzuverdiensten soll gekürzt werden, ebenso bei den Umzugskosten. Kürzen wo es nur geht, an Beträgen, mit denen ohnehin nichts mehr geht. Hinzu kommt die Erhöhung des Drucks, nicht nur in Richtung Arbeitsmarkt, sondern auch in Richtung Demütigung, um auch auf diese Weise eine Reduzierung der Anspruchsberechtigten zu erreichen, zumindest aber Menschen psychisch mürbe und widerstandslos gegenüber Kürzungen zu machen. So sollen die Hausbesuche vervielfacht werden, sprich das Schnüffeln in Kleiderschränken soll wieder Normalität werden.

Der CDU-Landesvorsitzende Bernd Neumann ist fest entschlossen, dem, von ihm immer wieder unterstellten »Missbrauch von Sozialhilfe Einhalt zu gebieten«, auch wenn diese Unterstellung durch vielfältige Untersuchungen, gerade auch in Bremen, widerlegt worden ist: »Diese Überprüfungen ergeben (...) regelmäßig, dass in weniger als einem Prozent aller Fälle Sozialhilfe missbräuchlich beantragt wurde« (Sozialsenatorin Röpke). Neumann sattelt demagogisch auf vorhandenen Vorurteilen auf und will eine »dreistellige Millionenzahl« für den Bremer Haushalt retten. Vom »Paradigmenwechsel in der bremischen Sozialpolitik« ist denn auch in der Koalitionsvereinbarung der großen bremischen Koalition für die laufende Legislaturperiode die Rede. »Ziel aller Aktivitäten ist es, die Fallzahlen der EmpfängerInnen von Sozialleistungen in Bremen deutlich zu senken.« Wer würde nicht Beifall klatschen, wenn größere Zahlen von Sozialhilfeempfängern in Arbeit vermittelt würden und damit der Haushalt entlastet würde. Leider scheitern fast alle Versuche in diese Richtung seit Jahren, eher seit Jahrzehnten. Vielmehr steigen die Zahlen wieder an. Da kommt die Vermutung auf, dass Bernd Neumann nicht nur in Richtung Arbeitsmarkt denkt, sondern durchaus auch die Richtung Elend im Kopf hat. Hauptsache: sie oben.

Die neue Grundsicherung

Seit dem 1.1.2003 gibt es das neue Instrument der Grundsicherung, nach dem bedürftige Menschen über 65 Jahren und dauernd erwerbsgeminderte Personen eine gesetzlich garantierte Unterstützungsleistung erhalten, die auf der Höhe der Sozialhilfe angesiedelt ist. So begrüßenswert dieses Instrument ist, umso zweifelhafter ist die Höhe dieser Leistung. Mit der Grundsicherung soll Armut – insbesondere Altersarmut – verhindert werden, mit der Leistungshöhe wird sie zementiert.

Jedenfalls wird mit der Einführung der Grundsicherung ein weiteres Bevölkerungssegment sichtbar, das bislang zur Armut-Dunkelziffer zu zählen war, nun aber regierungsamtlich statistisch erfasst ist. Ende 2003 gab es immerhin 3.673 Fälle, und zwar nur ambulante und nicht auch noch die stationären Fälle. Überhaupt ist die Umstellung noch nicht so weit abgeschlossen, dass die Statistik bereits vollständig wäre. Da wird sich nach oben noch viel tun.

Ausländischer Bevölkerungsanteil besonders gefährdet

Die Zahl der arbeitslosen Ausländer nimmt deutlich zu und steigert sich im dritten Jahr in Folge auf eine Quote von 27,4% an der Gesamtarbeitslosigkeit im Land Bremen in 2003 (wobei die Zahl der Aussiedler in diese Rechnung nicht einbezogen ist). Entsprechend sieht es bei der Sozialhilfe aus. Ende 2003 wurde in der Stadt die 15.000er-Marke übersprungen und damit ein ausländischer Anteil von 32,2% an der Sozialhilfepopulation erreicht.

Besonders arm dran ist die Gruppe der ausländischen Bürger, die ihren Lebensunterhalt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, also mit einem Satz noch deutlich unterhalb der Sozialhilfe, bestreiten muss. Auch diese Zahlen sind angestiegen. Waren es Ende 2002 noch rund 3.500 Personen, so waren

es Ende 2003 wieder 3.696 Menschen in unserer Stadt, die mit dem absoluten Minimum hinkommen müssen, darunter waren 1.530 unter 18 Jahren. Diese Zahlen verweisen darauf, dass fast die Hälfte der Asylbewerber Kinder sind, denen eigentlich eine besondere Unterstützung zugute kommen müsste, aber aufgrund ihres Rechtsstatus eben verweigert wird.

Mehr Wohngeldempfänger

Es gibt prinzipiell zwei Formen von Wohngeld: Die eine Form gilt für Sozialhilfeempfänger, die andere für den Rest der Wohngeldberechtigten, inklusive derer mit Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe. Die erste Form wird in Fällen gerechnet, sagt also wenig über die Gesamtzahl der sich hinter den Fällen verbergenden Personen aus. Es können gleichzeitig mehr Fälle und trotzdem weniger Personen auf dieses Wohngeld angewiesen sein, wie umgekehrt. Die zweite Form zählt die einzelnen Personen und ist in doppelter Weise aussagekräftig: Sie gibt ein exakteres Bild und beschreibt vor allem den Teil der Bevölkerung, der zwar keine Sozialhilfe (höchstens ergänzend) in Anspruch nehmen kann, aber eben in ihrer Nähe angesiedelt und damit auf öffentliche Transfers angewiesen ist.

Jahresdurchschnittlich gab es 20.029 Fälle, in denen Sozialhilfeempfängern Wohngeld gezahlt worden ist. Dieses Niveau ist in den letzten Jahren in etwa gleich hoch. 2001 waren es 19.782 Fälle, 2002 lag die Zahl bei 20.722 Fällen. Gegenüber dem Vorjahr gibt es in 2003 also eine leichte Abnahme um 3,4%.

Viel aussagekräftiger ist die Entwicklung der Zahl der Wohngeldempfänger ohne oder nur mit ergänzender Sozialhilfe. Hierbei handelt es sich überwiegend um berufstätige Menschen, die mit ihrem Erwerbseinkommen und trotz relativ stabiler Mietpreise auf öffentliche Unterstützung angewiesen sind,



ohne die sie ihr Dach über dem Kopf nicht mehr zu finanzieren in der Lage sind. Diese Zahlen machen deutlich, wie viel Menschen mehr in der Nähe der Sozialhilfe und unter prekären Bedingungen überleben müssen. In den letzten Jahren entwickeln sich diese Zahlen in großen Schritten. Waren es im Dezember 2001 noch 13.297 (davon 3.930 mit ergänzender Sozialhilfe) Menschen, steigerte sich die Zahl um knapp 9% auf 14.493 (davon 3.539 mit ergänzender Sozialhilfe) Ende Dezember 2002. Die Steigerung auf 16.922 (davon 5.052 mit ergänzender Sozialhilfe) Ende Dezember 2003 ist mit 11,6% sogar zweistellig.

Nimmt man beide Wohngeldformen zusammen, ist insgesamt ein starker Anstieg zu verzeichnen. Auf's Ganze gesehen gibt es in Bremen knapp 37.000 Wohngeldakten, in denen sich eine noch deutlich größere Zahl von Menschen verbirgt.

Mehr Menschen pleite

Die Masse an Insolvenzverfahren, die das Amtsgericht der Öffentlichkeit kundgeben muss, ist dem Gericht zu groß, sprich zu teuer geworden, um sie weiter kostenpflichtig im WESER-KURIER zu veröffentlichen. Das Internet ist eine preiswerte Alternative. Den Betroffenen ist es recht. Hier werden sie mit ihrem ökonomischen und oft auch viel weiterreichenden Schiffbruch nicht ganz so öffentlich an den Pranger gestellt.

Die Verschuldungssituation von Privatpersonen hat in den letzten Jahren dramatisch zugenommen, in 2003 in besonderer Weise. Laut Familienministerin Renate Schmidt ist »fast jeder siebte Privathaushalt von Überschuldung betroffen«. Jeder zehnte Jugendliche sitzt in der Schuldenfalle. Die Schuldnerberatungsstellen vermelden einen Zuwachs an Ratsuchenden gegenüber dem Vorjahr um über die Hälfte und sie beobachten, dass die Schulden zunehmend höher ausfallen. Die SCHUFA vermeldet in ihrem Schulden-Kompass 2003 für den

Zeitraum zwischen 1999 und 2002 eine Steigerung der Zahlungsverstöße um 59%, von 12.659 auf 20.108 Personen.

Ähnlich sieht es beim Amtsgericht in Bremen aus. Im Jahr 2003 lag die Zahl der Insolvenzanträge mit 1.939 um 20% höher als im Vorjahr mit 1.615 Anträgen. Die Anträge verteilen sich auf 1.027 Regelinsolvenzen gegenüber 1.056 im Vorjahr und 912 Verbraucherinsolvenzen gegenüber 559 in 2002. Das bedeutet ein Anschwellen der privaten Pleiten um satte 37% und das in nur einem Jahr. Nimmt man noch hinzu, dass sich unter den Regelinsolvenzen nochmals geschätzte 680 Insolvenzen von natürlichen Personen befinden, dann weiß man, wie kritisch die Lage für einen nicht unerheblichen Teil der Bevölkerung ist. Experten, die die Insolvenzfälle mit dem Faktor drei multiplizieren, um auch die mitbetroffenen Familienangehörigen zur Abschätzung des Gesamtproblems mit einzubeziehen, gehen denn auch von rund 4.800 Menschen aus, die im Jahr 2003 zu den tausenden Altfällen hinzugekommen sind, um auf Basis des Insolvenzrechts unter mühseligen Bedingungen einen mehrjährigen Anlauf zu versuchen, den Anschluss an die gesellschaftliche Durchschnittlichkeit zu finden.

Wenn zudem noch aus dem Amtsgericht zu hören ist, dass wegen Arbeitsüberlastung über mehrere Monate keine Verfahren mehr eröffnet werden konnten, obwohl sie sich zu Hunderten stapeln, dann ist klar: Außerhalb der öffentlichen und politischen Wahrnehmung geht es ganz vielen Menschen ganz schlecht, ohne dass diese unbedingt in Arbeitslosen-, Sozialhilfe- oder Wohngeldstatistiken auftauchen. Sie sind schlicht und einfach pleite.

Armut und Bildung

Wie auch immer die Studien heißen, was auch immer sie untersuchen: Das Ergebnis ist für das bremische Schulwesen ein Desaster. Ob PISA oder IGLU, die Katastro-

phe ist die gleiche. Bremer Schülerinnen und Schüler schneiden im Vergleich außerordentlich schlecht ab. Die Gründe dafür mögen vielfältig sein, sicher ist aber, die soziale Lage des Elternhauses ist von entscheidender Bedeutung dafür, wie sich die schulische Entwicklung des Kindes vollzieht. Mehr noch: PISA hat bestätigt, dass die vorgefundene soziale Ungleichheit durch Schule nicht einmal ansatzweise aufgehoben, sondern eher noch verfestigt wird. Arm bleibt also arm, auch arm an Bildung. Insofern stellt sich nicht nur die Frage, inwieweit sich Schule verändern muss, um bessere Ergebnisse zu erreichen. Es steht auch die Frage, wie sich die Gesellschaft verändern muss, um soziale Ungleichheit abzubauen, was Schule offensichtlich nur unzureichend kann, obwohl es der Schlüssel zur Lösung des Problems ist.

Ende 2003 lebten in Bremen 19.115 Menschen im Alter zwischen 0 und 20 Jahren von Sozialhilfe und damit unter Armutbedingungen, sie machten knapp 20% der vergleichbaren Altersgruppe aus und stellten rund 40% der gesamten Sozialhilfepopulation. Diese Zahl ist zwar in 2003 besonders hoch, aber entspricht in etwa dem Niveau der letzten Jahre. Hinzu gedacht werden müssen die dazugehörigen Elternhäuser, die ihrerseits in der Regel Sozialhilfebezieher sind, die dabei sind, ihre Armut zu vererben, so wie sie diese oftmals selbst schon geerbt haben. Angesichts einer so großen Gruppe junger Menschen, die unter denkbar ungünstigsten materiellen Voraussetzungen ins Leben startet, muss man sich eigentlich über PISA und IGLU nicht wundern. Wenn man weiß, dass materielle Armut über kurz oder lang in vielen Fällen auch zu sozialkultureller Verarmung führt und damit eine zunehmende Bildungsferne impliziert, die dann kaum noch bzw. nur noch mit größten Mühen wieder aufgebrochen werden kann, dann konnte man die Ergebnisse der Studien eigentlich erwarten. Es ist ja bekannt, dass rund 60% der Sozialhilfeempfänger keinen Schulabschluss und/oder keine Berufsausbildung haben und eigentlich sind auch

die Folgen eines solchen Zustandes für die Kinder bekannt. Also, kein Grund zum Wundern.

Am Beispiel IGLU, dem Grundschulvergleichstest, wird dieser Zusammenhang schlaglichtartig deutlich: In Bremen waren von 1.000 Kindern zwischen 7 und 11 Jahren 192 auf Sozialhilfe angewiesen. In den Bundesländern, die bei IGLU gut abschnitten, war die Situation völlig anders. In Baden-Württemberg kamen auf 1.000 Kinder in diesem Alter 37 und in Bayern gar nur 29 Kinder. Im Bundesdurchschnitt waren dies 60 Kinder. Damit war die bremische Sozialhilfedichte 3,2-mal so hoch wie in den alten Bundesländern bzw. 6,6-mal so hoch wie in Bayern. Diese eklatante Abweichung, dieses extrem ausgeprägte soziale Gefälle im Kindesalter, was das entsprechende Gefälle im Erwachsenenalter lediglich reproduziert, das in Bremen anzutreffen ist, macht einen großen Teil des katastrophalen Bremer IGLU-Ergebnisses aus.

Ähnlich bedeutsam ist die bremische Lehrer-Einstellungspolitik der letzten zwanzig Jahre. Mit dem verheerenden Einstellungsstopp, vor dem eigentlich alle Experten eindringlich, aber erfolglos gewarnt hatten, wurden nicht nur mehrere Lehrergenerationen an den Schultüren abgewiesen, sondern auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Motivation, Impulse für die Altheftschichten und vieles andere mehr. Wenn Politik meint, jetzt den überalterten und oft auch überforderten Lehrern die Verantwortung für PISA und IGLU zuschieben zu können, dann hat sie die eigentlichen Ursachen des Desasters nicht begriffen.

Nun ist es sicher wichtig und richtig, wenn in Kindergarten und Schule so manches in Bewegung gesetzt wird, um zu Veränderungen zu kommen. Die Frage ist, in welche Richtung die Veränderungen gehen. Wenn es mehr um Spareffekte denn um Verbesserungen geht wie mit dem Abbau von Plätzen in Kindertagesheimen, mit der Ausdünnung von Personal in den sozialen Brennpunkten, mit

verschärfter Selektion in Schulen etc., dann ist die Botschaft von PISA und IGLU nicht wirklich verstanden worden. Die entscheidende und notwendigste Veränderung wird ohnehin nicht bewirkt: Die soziale Ungleichheit, die sich in verarmten und oft bildungsfernen Elternhäusern wieder findet, bleibt davon unberührt. Hier sind Kindergarten und Schule eher genauso Opfer einer gesellschaftlichen Entwicklung wie die Kinder selbst.

Aus diesen bildungsfernen Schichten rekrutieren sich nicht nur diejenigen, die Bremen in den internationalen Schultests so schlecht aussehen lassen, sondern auch die rund 2.000 Schulverweigerer, von denen der Senator für Bildung und Wissenschaft ausgeht und die über 500 Kinder und Jugendlichen, die als Totalverweigerer gelten, immerhin 1% der Gesamtschülerschaft. Aus diesem Kreis kommen auch die rund 10% der Schüler, die ohne jeden Schulabschluss ins Leben starten, im Übrigen sind mehr als drei Viertel davon deutscher Nationalität.

Entsprechend sieht es dann auch mit dem Berufseinstieg aus. In einer Strukturuntersuchung des Bremer Arbeitsamtes vom September 2002 zeigte sich unter anderem: Von den 3.838 arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter unter 25 Jahren verfügten 2.313 oder 60,3% über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Das aber ist nur der Einstieg und lässt ahnen, wie der weitere Berufsweg verläuft: Mit ziemlicher Sicherheit am Rande oder auch gar außerhalb der Erwerbsarbeitsgesellschaft. Hier setzt sich eine Spirale in Gang, schlechter noch, hier setzt sich eine Spirale fort, die fast unausweichlich nach unten führt. Denn für die Zukunft gilt noch mehr als für die Gegenwart: ohne Bildung keine Chance.

Wenn jetzt auch noch aufgrund der »Hartz-Gesetze« und sonstiger Sparmaßnahmen auf den verschiedensten Ebenen an Schulverweigerer-Projekten, an Kursen zum nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses, an berufsvorbereitenden und berufsqualifizie-



renden Maßnahmen herumgekürzt wird, dann wird dieser Bevölkerungsgruppe eine weitere Hilfestellung entzogen, sie wird eben nicht gebraucht und sie wird sich selbst überlassen. Nur billiger muss sie werden.

Armut nicht verwalten, sondern bekämpfen

»Armut ist auch in unserer Gesellschaft ein großes Problem. Besser, man spricht darüber.« Denn »es wird oft totgeschwiegen«, so Volker Weise, der Chefredakteur des WESER-KURIER. In der Tat. Das Problem ist groß, wird vor allem qualitativ immer größer und steht unmittelbar vor dem Eintritt in eine neue Dimension, wenn mit dem Jahr 2005 das Arbeitslosengeld II eingeführt und eine weitere große Zahl an Menschen auf das Sozialhilfeniveau abgesenkt wird. Trotzdem wird Armut als gesellschaftliches Problem totgeschwiegen wie Volker Weise richtig feststellt. Jedenfalls von der offiziellen Politik. Diese gibt uns vielmehr zu verstehen, dass wir alles missverstehen, weil wir

das als Verarmungspolitik charakterisieren, was eigentlich als Politik gegen Verarmung gemeint ist. Nach diesem Politikkonzept führt der Weg aus der Armut nur über Armut.

Die seit Jahrzehnten anhaltende und sich verschärfende Massenarbeitslosigkeit zeigt ihre Wirkungen: Armut ist zu einem festen Bestandteil der gesellschaftlichen Wirklichkeit geworden. Trotz anders lautender Sonntagsreden geht eigentlich alle Welt davon aus, dass sich daran, abgesehen von Schwankungen, wenig ändert, die längerfristige Tendenz vielmehr eine weitere Eintrübung dieser Wirklichkeit mit sich bringen wird. Das lässt sich an immer schlechteren Zahlen nachweisen, vor allem aber an immer bedrohlicheren Lebenslagen eines Teiles der Bevölkerung, der beharrlich wächst und sich vor allem immer weiter von der Durchschnittlichkeit entfernt. Armutslagen haben sich mittlerweile über Generationen reproduziert und so weitgehend verfestigt, dass diese kaum noch bzw. nur über lange Zeiträume gebessert werden können.

In Bremen leben deutlich über 60.000 Menschen, die aufgrund ihrer statistischen Auffälligkeit als arm gelten. Folgt man der verbreiteten Auffassung in der Armutsforschung über das Ausmaß der Dunkelziffer, wie sie auch durch die Ergebnisse eines Forschungsberichtes im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung gestützt wird, dann kann diese Zahl getrost verdoppelt werden. Damit gäbe es in Bremen gut 120.000 Menschen, die unterhalb oder in unmittelbarer Nähe der Armutsgrenze leben. Die Armutsgrenze lag im Jahre 2003 bei 720 €, das sind 50% vom Durchschnittseinkommen, das bei 1.440 € lag. Laut Europäischer Union gelten 50% vom Durchschnittseinkommen als Armutsgrenze.

Normalerweise werden die Entwicklungen am Rande der Gesellschaft ignoriert. Immer mal wieder schlagen sie dann aber doch auf die Gesamtbilanz durch und versetzen das ganze Land in Alarmstimmung, so wie es zuletzt mit den internationalen Schultests geschehen ist. Mit hektischen, wenn zum Teil auch durchaus begrüßenswerten Maßnahmen, wird der Anschein von Aktivität und Änderungsbereitschaft erzeugt, um dann doch wieder zur Tagesordnung überzugehen und sich der Hauptaufgabe zuzuwenden, Arbeitslosigkeit und ihre Folgen billiger zu machen. Denn natürlich wissen die Urheber der vorübergehenden Hektik, dass mit kurzfristigen Maßnahmen kein Problem gelöst, sondern allerhöchstens geräuschloser verwaltet wird.

Das eigentliche Problem, die Arbeitslosigkeit und alles was mit dieser zusammenhängt, ist nicht mit Feuerwehrmaßnahmen aus der Welt zu schaffen, so sie überhaupt aus der Welt zu schaffen ist. Und ob dies überhaupt gewollt ist steht auch dahin, immerhin gibt es genügend Nutznießer, die durchaus von dieser profitieren.

Wie auch immer: Angesichts der sich vollziehenden Produktivkraftentwicklung, die immer weniger menschliche Arbeitskraft erfordert, gibt es außer auf die demographische Entwicklung zu hoffen, strategisch nur

zwei Wege. Der eine führt über das Teilen von Arbeit in jedweder Form, der andere über die Bezahlung gesellschaftlich notwendiger Tätigkeit in Erziehung, Bildung, Gesundheit, Pflege, Umweltschutz etc. und dem weiteren Erschließen von Beschäftigungsmöglichkeiten in diesen Sektoren. Das sind die entscheidenden Richtungspfeile in die Moderne, zur Bewältigung der Krise, von Arbeitslosigkeit und ihren Folgen. Auf beiden Wegen sind erste zaghafte Schritte gemacht, wenn auch zum Teil schon wieder der Rückzug angetreten wird, weil die Kräfteverhältnisse sich gewandelt haben, so wie sich die Lage gegenwärtig in Sachen Arbeitszeitverkürzung darstellt. In der Mobilisierung und Finanzierung neuer Arbeit ist mit der Pflegeversicherung nicht Unerhebliches erreicht worden, genauso wie mit dem Gesetz über die erneuerbaren Energien, mit dem ein erheblicher Arbeitsplatzaufbau vor allem im Windenergie- und Solaranlagenbereich geschafft worden ist. Nur ist der Modernisierungsschub auf diesen beiden entscheidenden Feldern durch strukturkonservative Kräfte weitgehend abgestoppt, zumindest aber der Dynamik beraubt worden, um das Hauptaugenmerk wieder auf das Verwalten der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen zu legen, also in althergebrachter Manier an den Transferleistungen heranzukürzen, den Druck auf die Empfänger zu erhöhen und insgesamt die sozialen Sicherungssysteme in Frage zu stellen. Dieses Stück ist alt und trotzdem kommt es immer wieder auf den Spielplan, wenn die Gelegenheit günstig ist.

In diesen Zeiten gegen die Armutsentwicklung vorzugehen, ist angesichts der Kräfteverhältnisse und des politischen Mainstreams schwierig, trotzdem aber unabdingbar. Es geht darum, unbeirrt auf die Probleme hinzuweisen, Alternativen politischer Entwicklungsrichtung zu benennen und nicht zuletzt auch darum, Solidarität mit den Betroffenen zu bekunden.

Arbeit muss geteilt werden

Eigentlich muss man kein Arbeitsmarkt- oder Wirtschaftspolitiker sein, um zu begreifen, dass steigende Produktivität verbunden mit einem geringeren Bedarf an menschlicher Arbeitskraft nicht zu einem Mehr an Arbeitsplätzen führt, sondern zum Gegenteil. Erst recht, wenn die im Produktionsprozess verbleibenden Menschen wieder länger und zudem flexibler arbeiten müssen, wenn fast alle Investitionen zur Rationalisierung eingesetzt werden. Im Gegensatz zu anderen Ländern scheint diese Erkenntnis für die deutsche Politik kein Antrieb für Initiativen in Richtung Arbeitszeitverkürzung zu sein. Dass die Arbeitgeber nicht unbedingt ein entsprechendes Interesse daran haben, ist nachvollziehbar, sie steuern in Richtung Arbeitszeitverlängerung und das auch noch bei vollem Lohnverzicht. Hingegen ist nur schwer verständlich, warum sich selbst die Gewerkschaften äußerst bedeckt halten, zumindest gegenwärtig. Dabei ist die Bereitschaft der Beschäftigten auf Arbeitszeit zu verzichten durchaus groß, selbst unter der Voraussetzung, dass der Lohn entsprechend sinkt. Das ist das Ergebnis einer jüngeren Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), von der wenig zu hören und zu lesen war, weil sie offensichtlich nicht ins Konzept passt. Das ist auch das Ergebnis der repräsentativen Befragungen der Arbeitnehmerkammer Bremen, nach der 64,1% der Beschäftigten bereit wären, ihre Arbeitszeit sogar auf 30 Wochenstunden und unter Lohnverzicht zu verkürzen. Ebenso groß ist die Bereitschaft in Teilzeit zu arbeiten, wenn dafür die entsprechenden Voraussetzungen vorhanden wären. Dabei ist diese Bereitschaft durchaus nicht in erster Linie eine vom heiligen Martin inspirierte Solidaritätsaktion, der seinen Mantel halbierte, um ihn dem Frierenden zu schenken.

Diese ausgeprägte Bereitschaft als Problemlösungspotenzial zu nutzen, auszubauen und Voraussetzungen zu schaffen, ist das Gebot der Stunde. Es gibt genügend Beispiele in europäischen Ländern, in denen die Arbeits-

losenstatistiken mittels des Teilens von Arbeit eine gänzlich andere Sprache sprechen. Das in diesen Ländern auch andere PISA- oder IGLU-Ergebnisse erzielt wurden, ist dann auch kein großes Wunder mehr, genauso wie auch andere negative Wirkungen von Arbeitslosigkeit, von der Krise der öffentlichen Kassen bis hin zu Armutsproblemen, einen anderen Stellenwert haben.

Das Teilen von Arbeit kann und muss in unterschiedlichsten Formen entwickelt werden. Jedes Modell, mit dem Beschäftigung geschaffen werden kann, ist den Versuch wert. Mit dem Teilzeitgesetz hat die Bundesregierung einen bedeutenden Schritt in diese Richtung gemacht, aber die Voraussetzungen noch nicht genügend entwickelt, sodass zum Beispiel im Vergleich mit den Niederlanden, die Teilzeitquote deutlich hinterherhinkt. Viele weitere Schritte sind auf diesem Weg möglich und nötig, immer mit dem Focus darauf, die vorhandenen Potenziale zu nutzen und Voraussetzungen für ihr Wirksamwerden zu schaffen.

Entscheidend aber ist, dass diese Gesellschaft sich insgesamt in ihrer Meinungsbildung Richtung Arbeitszeiteilung bewegt. Und das aus vielen Gründen. Nicht nur aus Solidarität mit den Arbeitslosen, auch aus Schutzgründen für die immer belasteten Verbliebenen. Letztlich aber auch aus politischen Gründen, um den weiteren Zerfall dieser Gesellschaft aufzuhalten und die entsprechenden Konsequenzen eines solchen Zerfalls zu vermeiden. Nicht aus altruistischen, sondern durchaus aus egoistischen Interessen. Die Krise der Sozialversicherungen und der öffentlichen Haushalte, die Negativ-Entwicklung im Bildungs-, Gesundheits-, Sozial- und Kulturbereich kann Niemandes Interesse sein. Langfristig auch nicht derer, die kurzfristig von der Krise profitieren mögen.

Neue Arbeit schaffen

Die Statistiken und auch alle Prognosen lassen keinen Zweifel daran, der Abbau industrieller Arbeitsplätze geht mit großem Tempo voran. Der erhoffte Verlustausgleich durch den Zuwachs an Arbeitsplätzen im Dienstleistungsbereich, hat sich auch nicht eingestellt. Was bis in die Neunzigerjahre hinein aufzugehen schien, hat sich im Trend eher umgekehrt. In den wesentlichen Dienstleistungssektoren ist ebenfalls der Arbeitsplatzabbau zum bestimmenden Faktor geworden. Das also, was zur Lösung der sozialen Krise und der Armutsentwicklung am aller notwendigsten wäre, gibt es absehbar immer weniger. Jedenfalls in der bezahlten Form. Denn dass es genug Arbeit gibt, bestreitet niemand. Erziehung, Bildung, Gesundheit, Pflege, Umweltschutz: Das sind nur ein paar Stichworte, die für anerkanntermaßen defizitäre Bereiche stehen (wo die Defizite angesichts der Krise der öffentlichen Haushalte zurzeit noch größer werden), in denen dringend eine Änderung erfolgen müsste, für die das notwendige Personal aber nicht bezahlbar erscheint.

Gegenwärtiges politisches Denken richtet sich darauf, die Krise öffentlicher Haushalte zu überwinden, mit dem fatalen Ergebnis, dass diese immer größer wird, ebenso wie die Schäden, die durch diese Politik entstehen. Dabei gibt es jüngste Beispiele, mit denen durch politische Steuerungsmaßnahmen starke Arbeitsplatzzuwächse erreicht und gleichzeitig gesellschaftliche Defizite angepackt wurden. Die Pflegeversicherung, die Verankerung des Rechts auf einen Kindergartenplatz, das Erneuerbare-Energien-Gesetz und Verschiedenes mehr haben in dieser Hinsicht viel erreicht, auch wenn noch viel Nachbesserungsarbeit bleibt.

Das politische Augenmerk auf solche Bereiche zu lenken, wo zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen werden können, erhöht Durchsetzungschancen und Finanzierungsmöglichkeiten. Zum Beispiel: Angesichts von PISA und IGLU eine Klassenfrequenzen-Ober-

grenze festzulegen, würde sowohl Bildungsdefizite reduzieren helfen als auch Arbeitsplätze für mehr und junge Lehrer schaffen. Angesichts des Pflegenotstands in Altenheimen den Personalschlüssel zu verändern, würde ein Altern in Würde verbessern als auch vielen PflegerInnen Arbeit geben. Angesichts von Klimawandel und ökologischer Krise einen Zeitplan verbindlich festzulegen, nach dem bis zum Zeitpunkt X nur noch Autos mit Biodiesel oder Gasantrieb gebaut werden dürfen, würde ein großer ökologischer Schritt und ein Programm für die Schaffung hunderttausender von Arbeitsplätzen sein. Gleiches könnte man erreichen, wenn festgelegt würde, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt nur noch Häuser gebaut werden dürfen, die ihre eigene Energie zu erzeugen haben.

Möglichkeiten eines sinnvollen, notwendigen und gleichzeitig arbeitsintensiven gesellschaftlichen Umbaus gibt es zuhauf. Auch an Unterstützung dafür gibt es keinen Mangel, sieht man von bestimmten Lobby-Gruppen ab. Allein die Finanzierung wird als Argument ins Feld geführt. Dabei gibt es genügend Mittel umzulenken, weg vom gesellschaftlichen Unfug hin zum gesellschaftlich Nützlichen. Nicht zuletzt, um bereits erhobene Mittel, wie über die Öko-Steuer ihrem eigentlichen Zweck zuzuführen. Es hat in den letzten Jahren so viele Steuersenkungen, insbesondere Gewinnsteuersenkungen gegeben, dass Luft ist für Steuerhebungen zum Wohle klar umrissener gesellschaftlicher Projekte. Es gilt, die gesellschaftliche Bereitschaft zu entwickeln und zu nutzen, bestimmte Großvorhaben zu finanzieren (die Menschen sind eher bereit, mit einer Bildungsabgabe von 10 € die Zweitkraft im Kindergarten zu finanzieren als die Verwaltung anonymer Krankenkassen).

Die politische Kraft darauf zu lenken, vorhandene und dringend benötigte Arbeit finanzierbar zu machen, die sich zum Teil sogar selbst refinanzieren würde, wenn es einen Ordnungsrahmen gäbe, das würde jedenfalls der Arbeitslosigkeit mehr entgegenwirken,

als das gegenwärtig als Lösung propagierte Herumsparen an den Arbeitslosen. Damit würden tatsächliche und notwendige Reformen eingeleitet als das, was als Reform verkauft wird, aber eigentlich nur das ewige Spitzen des Rotstifts ist.

Soziale Grundsicherung gegen Armut

Die Entwicklungstendenzen sind äußerst widersprüchlich: Einerseits werden Grundsicherungen eingeführt, wie zum 1.1.2003 für alte und dauerhaft erwerbsunfähige Menschen, oder stehen zur Entscheidung an wie die Kindergrundsicherung. Andererseits ist die bedarfsorientierte Grundsicherung, die vor 20 Jahren von den gegenwärtigen Regierungsparteien als armutsverhinderndes Instrument gefordert wurde, in weitere Ferne gerückt denn je. Dabei wäre sie umso notwendiger, je mehr sich Armut ausbreitet. So nutzt die gegenwärtige Regierungskoalition die bald wieder verschwundene Chance zur Etablierung dieses Instrumentes zur effektiven Armutsbekämpfung nicht, sondern lässt die Armen noch ärmer werden, entgegen allen Einsichten in Grundsatz- und Wahlprogrammen.

Anstatt auf die Grundsicherung zu setzen, wird weiter an der als nachrangige Hilfeleistung konzipierten Sozialhilfe festgehalten, die weder für die gegenwärtige Armutsdimension gedacht noch gemacht war, und noch viel weniger zur Überwindung des Problems geeignet ist. Eher werden die Menschen noch tiefer in den Armutssog hineingezogen, jedenfalls dann, wenn mit immer neuen Kürzungen das Überleben mit Sozialhilfe zunehmend schwieriger wird. Der rigide Individualisierungsgrundsatz der Sozialhilfe wird eher repressiv ausgeweitet, die weitgefassete Familiensubsidarität wird trotz der Auflösungsstendenzen bei Familien eher verstärkt, die Verpflichtung zu jedweder Arbeit selbst zu Entlohnungen unterhalb der Sozialhilfesätze wird verschärft. Das alles mag den Druck auf die Sozialhilfepopulation erhöhen, aber nicht die Armut überwinden.

Vielmehr ist es notwendig, in den der Sozialhilfe vorgelagerten Sicherungssystemen – insbesondere in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung – Mindestsicherungselemente einzuführen, mit denen beim Eintritt bestimmter Lebensrisiken Sozialhilfebedürftigkeit vermieden werden kann. Aber auch die Sozialhilfe selbst muss ihren repressiven Charakter durch konsequente Pauschalierungen, durch Beschränkungen der Familiensubsidarität und durch einen nationalen, aus Steuermitteln des Bundes finanzierten Grundsicherungsstandard überwinden, den der Bundestag unter Berücksichtigung der Armutsgrenze festzulegen hat.

Nicht ein Abbau des Leistungssystems der Sozialhilfe durch den Bund und eine vom örtlichen Sozialhilfeträger – aus finanziellen Zwängen – immer repressiver gehandhabte Leistungsgewährung ist heute gefordert, sondern die Erhaltung und Befestigung des Schutzes menschenwürdiger Lebensbedingungen in dieser Gesellschaft – gerade im letzten Netz sozialer Sicherung.

Solidarität mit den Armen

Gegenwärtig wird auf der Basis von Vorurteilen und groß herausgebrachten Geschichten über schwarze Schafe der Druck auf den in Armut geratenen Bevölkerungsteil verstärkt. Den Armen wird die Schuld an ihrer Situation angelastet – was im Einzelfall ja durchaus zutreffen mag –, ihnen wird darüber hinaus die Schuld an der Krise der öffentlichen Haushalte und die der Sozialversicherungen gleich mit in die Schuhe geschoben. Das ist die öffentliche Stimmung, in deren Windschatten alles das möglich ist, was an Einschnitten an den bisherigen Transfer-systemen zurzeit über die Bühne geht. Auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene wird mit einschlägigen Sparmaßnahmen immer wieder das gleiche Bevölkerungssegment aufs Korn genommen, entsprechend hat sich dessen soziale Lage deutlich verschlechtert. Ein Ende dieses Prozesses ist nicht in Sicht, vielmehr stehen gewichtige Einschnitte, z.B. mit der Zusammenlegung

von Arbeitslosen- und Sozialhilfe, noch bevor.

Der Rest der Gesellschaft reagiert wie gehabt: Wer selbst Schuld hat, dem geschehen die Kürzungen recht, der gehört bestraft und vor allem kümmerts niemanden. Das war zwar schon immer vorherrschende gesellschaftliche Reaktion, aber angesichts des sozialen Zerfalls und weitreichender Umbrüche in vielen Lebensbereichen prägt sich diese Haltung immer stärker aus. In einem solchen Klima versucht jeder sein eigenes Schäfchen ins Trockene zu bringen. Ohne dass wahrgenommen wird, dass mit dem Herausdrängen des verarmten Teils der Bevölkerung aus der gesellschaftlichen Durchschnittlichkeit weitere Teile an den Rand gedrängt werden. Der Druck, der mit den Arbeitslosen und Verarmten auf das Lohnniveau ausgeübt wird, ist gewaltig und hat jetzt schon zu immer neuen Niedriglohnmodellen geführt, in denen zunehmend Menschen arbeiten müssen, ohne damit noch eine hinreichende Existenzsicherung zu erzielen. Und natürlich reicht dieser Druck noch viel weiter, bis ins Zentrum der Gesellschaft, wo Existenzen zunehmend prekärer werden.

Am anderen Pol der Gesellschaft findet das komplette Gegenteil statt, immer extremer, immer offener und offensichtlich auch immer akzeptierter. Managergehälter in schwindelnden Höhen, astronomische Abfindungen, Arbeits- und Lebensumstände in Saus und Braus. Die Kluft zwischen den Gewinnern und Verlierern ist gewaltig. Nicht nur Eigentum und Macht ist extrem ungleich verteilt, sondern auch das Erregungspotenzial. Wenn ein Sozialhilfeempfänger sich einen erhöhten Mietkostenzuschuss erschummelt, dann steht er am Pranger. Wenn ein Manager sich eine Millionen-Abfindung organisiert, dann wird er bewundert. Das macht den Unterschied.

Die Süddeutsche Zeitung verweist in diesem Zusammenhang auf den griechischen Philosophen Platon, der das Verhältnis zwischen Einkommen und Vermögen der Reichen und der Armen auf vier zu eins beschränken

wollte. »Darüber mag man heute lächeln. Die Sorge, die Platon umtrieb, ist jedoch nach wie vor berechtigt. Platon fürchtete bei extremer Armut und extremen Reichtum die Spaltung der Gesellschaft. Und das droht auch in Deutschland.«

Es ist offensichtlich: Die Gerechtigkeitsfrage wird in unserer Gesellschaft zurzeit kaum gestellt. Das bedauern mit uns der Bundespräsident, der Bundesratspräsident und weitere hohe staatliche Repräsentanten. Nur, es passiert nichts. Eher amerikanisiert sich der Umgang mit der Armutspopulation. Gesetzlich verbrieft Rechte und Ansprüche werden zurückgenommen oder beschnitten, gleichzeitig verstärkt sich das, was die Amerikaner Charity nennen und man bei uns Wohltätigkeit nennen könnte. Es wird verstärkt zu Spendensammlungen aufgerufen, in Armut geratene Menschen werden mit ihrem Schicksal öffentlich dargestellt (»zum Monatsende läuft es bei uns nur noch auf Toastbrot mit Leberwurst hinaus, morgens, mittags, abends. Und das Wasser gegen den Durst kommt aus der Leitung.« Weihnachtshilfe des WESER-KURIER), um personengebundene Unterstützung zu organisieren. All diese Initiativen sind gut und lobenswert, aber Almosen dürfen keinen Rechtsanspruch ersetzen. Das wäre ein Rückfall in die Vormoderne, wo Reiche sich ihren eigenen Armen hielten.

Die Arbeitnehmerkammer wird das Ruder nicht herumreißen können, dazu ist nicht nur der gegenwärtige politische Mainstream zu stark. Aber wir machen beharrlich aufmerksam auf die Lage der Menschen am Rande der Gesellschaft, wir stellen Forderungen, mit denen sich die Situation dieser Menschen verbessern würde, wir wollen Verbündete sein und Verbündete werben. Dies tun wir aus Solidarität mit den Betroffenen, aber auch aus Sorge um den bedrohten, doch notwendigen Zusammenhalt dieser Gesellschaft und im Interesse derer, die auf die öffentliche Infrastruktur dieser Gesellschaft angewiesen sind.

→ 2 Zahlen, Daten, Fakten



Paul M. Schröder / Bremer Institut für
Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe

2 Zahlen, Daten, Fakten

**Tabelle 1/2002: SozialhilfeempfängerInnen¹ insgesamt
Ende 2002**

	insgesamt	männlich	weiblich	
Baden-Württemberg	222.670	96.997	125.673	56,4%
Bayern	224.263	97.000	127.263	56,7%
Berlin	251.747	119.562	132.185	52,5%
Brandenburg	71.227	32.685	38.542	54,1%
Bremen	58.888	25.820	33.068	56,2%
Hamburg	120.884	55.980	64.904	53,7%
Hessen	239.189	106.329	132.860	55,5%
Mecklenburg-Vorpommern	61.972	28.840	33.132	53,5%
Niedersachsen	312.782	137.524	175.258	56,0%
Nordrhein-Westfalen	653.743	277.365	376.378	57,6%
Rheinland-Pfalz	102.399	43.129	59.270	57,9%
Saarland	44.865	18.937	25.928	57,8%
Sachsen	126.310	56.123	70.187	55,6%
Sachsen-Anhalt	93.492	43.268	50.224	53,7%
Schleswig-Holstein	119.818	52.942	66.876	55,8%
Thüringen	52.963	23.740	29.223	55,2%
Westdeutschland (WD)	2.099.501	912.023	1.187.478	56,6%
Ostdeutschland (OD)	657.711	304.218	353.493	53,7%
Bundesrepublik Deutschland	2.757.212	1.216.241	1.540.971	55,9%
Stadt Bremen	47.001	20.678	26.323	56,0%
Stadt Bremerhaven	11.887	5.142	6.745	56,7%
Anteil Bremen (L) an WD	2,805%	2,831%	2,785%	
Anteil Bremen (L) an BRD	2,136%	2,123%	2,146%	

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen
Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 2/2002: Sozialhilfedichte: EmpfängerInnen¹ pro 1.000 EinwohnerInnen
 Ende 2002 – sortiert nach Sozialhilfedichte insgesamt (absteigend)

	insgesamt abs.	männlich abs.	weiblich abs.
Bremen	89	81	97
Berlin	74	72	76
Hamburg	70	67	73
Schleswig-Holstein	43	38	46
Saarland	42	37	47
Hessen	39	36	43
Niedersachsen	39	35	43
Sachsen-Anhalt	37	35	38
Nordrhein-Westfalen	36	32	41
Mecklenburg-Vorpommern	36	33	38
Sachsen	29	27	31
Brandenburg	28	26	30
Rheinland-Pfalz	25	22	29
Thüringen	22	20	24
Baden-Württemberg	21	19	23
Bayern	18	16	20
Westdeutschland	32	28	35
Ostdeutschland	39	37	41
Bundesrepublik Deutschland	33	30	37
Stadt Bremerhaven	100	88	111
Stadt Bremen	87	79	93

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 1.1/2002: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2002

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU)
Stadt Bremen

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.2002)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2002)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2002)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	13.957	7.187	6.770	48,5%	3.364	1.712	1.652	49,1%	241	238	244
3 – unter 7	19.608	10.136	9.472	48,3%	4.161	2.125	2.036	48,9%	212	210	215
7 – unter 11	19.410	9.921	9.489	48,9%	3.764	1.918	1.846	49,0%	194	193	195
11 – unter 15	20.602	10.638	9.964	48,4%	3.525	1.863	1.662	47,1%	171	175	167
15 – unter 18	15.034	7.645	7.389	49,1%	2.249	1.124	1.125	50,0%	150	147	152
18 – unter 21	16.848	8.187	8.661	51,4%	1.526	630	896	58,7%	91	77	103
21 – unter 25	26.760	13.036	13.724	51,3%	2.356	928	1.428	60,6%	88	71	104
25 – unter 30	34.353	17.274	17.079	49,7%	3.354	1.224	2.130	63,5%	98	71	125
30 – unter 40	88.234	46.111	42.123	47,7%	7.998	2.996	5.002	62,5%	91	65	119
40 – unter 50	77.917	38.943	38.974	50,0%	5.666	2.436	3.230	57,0%	73	63	83
50 – unter 60	68.379	33.970	34.409	50,3%	3.930	1.845	2.085	53,1%	57	54	61
60 – unter 65	38.881	19.025	19.856	51,1%	1.901	821	1.080	56,8%	49	43	54
65 – unter 70	31.708	14.689	17.019	53,7%	1.305	520	785	60,2%	41	35	46
70 – unter 75	23.733	10.044	13.689	57,7%	852	303	549	64,4%	36	30	40
75 – unter 80	19.959	6.920	13.039	65,3%	506	147	359	70,9%	25	21	28
80 – unter 85	14.916	4.437	10.479	70,3%	281	57	224	79,7%	19	13	21
85 und älter	12.688	3.284	9.404	74,1%	263	29	234	89,0%	21	9	25
Zusammen	542.987	261.447	281.540	51,9%	47.001	20.678	26.323	56,0%	87	79	93
darunter:											
15 – unter 65	366.406	184.191	182.215	49,7%	28.980	12.004	16.976	58,6%	79	65	93

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.1/2001: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2001

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU)
Stadt Bremen

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.2001)			HLU-EmpfängerInnen (31.12.2001)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2001)			
	insges.	männlich	weiblich	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich	
unter 3	14.295	7.287	7.008	49,0%	3.466	1.796	1.670	48,2%	242	246	238
3 – unter 7	19.635	10.167	9.468	48,2%	4.215	2.148	2.067	49,0%	215	211	218
7 – unter 11	19.598	10.083	9.515	48,6%	3.884	2.024	1.860	47,9%	198	201	195
11 – unter 15	20.472	10.478	9.994	48,8%	3.598	1.879	1.719	47,8%	176	179	172
15 – unter 18	14.506	7.352	7.154	49,3%	2.174	1.086	1.088	50,0%	150	148	152
18 – unter 21	16.936	8.340	8.596	50,8%	1.489	611	878	59,0%	88	73	102
21 – unter 25	25.389	12.412	12.977	51,1%	2.197	791	1.406	64,0%	87	64	108
25 – unter 30	34.446	17.242	17.204	49,9%	3.320	1.205	2.115	63,7%	96	70	123
30 – unter 40	89.667	46.971	42.696	47,6%	8.079	2.981	5.098	63,1%	90	63	119
40 – unter 50	76.495	38.210	38.285	50,0%	5.497	2.370	3.127	56,9%	72	62	82
50 – unter 60	68.851	34.226	34.625	50,3%	3.812	1.755	2.057	54,0%	55	51	59
60 – unter 65	39.740	19.422	20.318	51,1%	2.008	880	1.128	56,2%	51	45	56
65 – unter 70	29.587	13.562	16.025	54,2%	1.228	496	732	59,6%	42	37	46
70 – unter 75	24.150	10.184	13.966	57,8%	831	291	540	65,0%	34	29	39
75 – unter 80	20.185	6.786	13.399	66,4%	493	136	357	72,4%	24	20	27
80 – unter 85	13.572	4.006	9.566	70,5%	264	47	217	82,2%	19	12	23
85 und älter	13.426	3.475	9.951	74,1%	284	28	256	90,1%	21	8	26
Zusammen	540.950	260.203	280.747	51,9%	46.839	20.524	26.315	56,2%	87	79	94
darunter:											
15 – unter 65	366.030	184.175	181.855	49,7%	28.576	11.679	16.897	59,1%	78	63	93

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2001 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.1/2000: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2000

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU)
Stadt Bremen

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.2000)				HLU-EmpfängerInnen von HLU a.v.E. (31.12.2000)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2000)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	14.517	7.391	7.126	49,1%	3.588	1.835	1.753	48,9%	247	248	246
3 – unter 7	19.548	10.103	9.445	48,3%	4.364	2.263	2.101	48,1%	223	224	222
7 – unter 11	19.933	10.332	9.601	48,2%	4.175	2.198	1.977	47,4%	209	213	206
11 – unter 15	20.148	10.236	9.912	49,2%	3.699	1.901	1.798	48,6%	184	186	181
15 – unter 18	14.388	7.286	7.102	49,4%	2.254	1.117	1.137	50,4%	157	153	160
18 – unter 21	16.871	8.347	8.524	50,5%	1.509	614	895	59,3%	89	74	105
21 – unter 25	24.497	11.924	12.573	51,3%	2.311	854	1.457	63,0%	94	72	116
25 – unter 30	35.171	17.650	17.521	49,8%	3.527	1.281	2.246	63,7%	100	73	128
30 – unter 40	90.686	47.488	43.198	47,6%	8.748	3.290	5.458	62,4%	96	69	126
40 – unter 50	75.223	37.519	37.704	50,1%	5.732	2.578	3.154	55,0%	76	69	84
50 – unter 60	70.228	35.039	35.189	50,1%	3.918	1.833	2.085	53,2%	56	52	59
60 – unter 65	39.438	19.238	20.200	51,2%	2.013	862	1.151	57,2%	51	45	57
65 – unter 70	27.628	12.497	15.131	54,8%	1.161	468	693	59,7%	42	37	46
70 – unter 75	24.465	10.125	14.340	58,6%	831	275	556	66,9%	34	27	39
75 – unter 80	20.769	6.788	13.981	67,3%	505	120	385	76,2%	24	18	28
80 – unter 85	11.861	3.511	8.350	70,4%	232	40	192	82,8%	20	11	23
85 und älter	14.032	3.636	10.396	74,1%	307	28	279	90,9%	22	8	27
Zusammen	539.403	259.110	280.293	52,0%	48.874	21.557	27.317	55,9%	91	83	97
darunter:											
15 – unter 65	366.502	184.491	182.011	49,7%	30.012	12.429	17.583	58,6%	82	67	97

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2000 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.1/1999: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 1999

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU)
Stadt Bremen

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.1999)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.1999)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.1999)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	14.939	7.662	7.277	48,7%	3.829	1.947	1.882	49,2%	256	254	259
3 – unter 7	19.407	9.969	9.438	48,6%	4.632	2.369	2.263	48,9%	239	238	240
7 – unter 11	20.279	10.427	9.852	48,6%	4.414	2.349	2.065	46,8%	218	225	210
11 – unter 15	19.615	10.008	9.607	49,0%	3.787	1.944	1.843	48,7%	193	194	192
15 – unter 18	14.690	7.393	7.297	49,7%	2.350	1.147	1.203	51,2%	160	155	165
18 – unter 21	16.488	8.262	8.226	49,9%	1.580	633	947	59,9%	96	77	115
21 – unter 25	24.181	11.852	12.329	51,0%	2.474	889	1.585	64,1%	102	75	129
25 – unter 30	37.049	18.826	18.223	49,2%	3.988	1.465	2.523	63,3%	108	78	138
30 – unter 40	91.593	47.854	43.739	47,8%	9.562	3.696	5.866	61,3%	104	77	134
40 – unter 50	74.595	37.196	37.399	50,1%	5.873	2.657	3.216	54,8%	79	71	86
50 – unter 60	72.019	36.143	35.876	49,8%	4.127	1.950	2.177	52,8%	57	54	61
60 – unter 65	38.363	18.435	19.928	51,9%	1.952	829	1.123	57,5%	51	45	56
65 – unter 70	26.417	11.871	14.546	55,1%	1.076	421	655	60,9%	41	35	45
70 – unter 75	24.522	9.888	14.634	59,7%	753	232	521	69,2%	31	23	36
75 – unter 80	21.282	6.788	14.494	68,1%	480	109	371	77,3%	23	16	26
80 – unter 85	10.742	3.211	7.531	70,1%	246	34	212	86,2%	23	11	28
85 und älter	14.149	3.654	10.495	74,2%	321	35	286	89,1%	23	10	27
Zusammen	540.330	259.439	280.891	52,0%	51.444	22.706	28.738	55,9%	95	88	102
darunter:											
15 – unter 65	368.978	185.961	183.017	49,6%	31.906	13.266	18.640	58,4%	86	71	102

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1999 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.1/1998: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 1998

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU)
Stadt Bremen

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.1998)				HLU-EmpfängerInnen von HLU a.v.E. (31.12.1998)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.1998)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	15.294	7.958	7.336	48,0%	3.963	2.057	1.906	48,1%	259	258	260
3 – unter 7	19.547	10.012	9.535	48,8%	4.536	2.358	2.178	48,0%	232	236	228
7 – unter 11	20.360	10.430	9.930	48,8%	4.306	2.229	2.077	48,2%	211	214	209
11 – unter 15	18.931	9.590	9.341	49,3%	3.731	1.896	1.835	49,2%	197	198	196
15 – unter 18	15.174	7.725	7.449	49,1%	2.412	1.212	1.200	49,8%	159	157	161
18 – unter 21	16.147	8.145	8.002	49,6%	1.749	705	1.044	59,7%	108	87	130
21 – unter 25	24.204	12.004	12.200	50,4%	2.633	1.004	1.629	61,9%	109	84	134
25 – unter 30	39.942	20.352	19.590	49,0%	4.245	1.560	2.685	63,3%	106	77	137
30 – unter 40	92.179	48.226	43.953	47,7%	9.843	3.765	6.078	61,7%	107	78	138
40 – unter 50	74.633	37.286	37.347	50,0%	5.788	2.616	3.172	54,8%	78	70	85
50 – unter 60	73.654	37.029	36.625	49,7%	4.341	2.004	2.337	53,8%	59	54	64
60 – unter 65	37.090	17.793	19.297	52,0%	1.880	804	1.076	57,2%	51	45	56
65 – unter 70	25.663	11.467	14.196	55,3%	1.061	409	652	61,5%	41	36	46
70 – unter 75	24.343	9.428	14.915	61,3%	757	208	549	72,5%	31	22	37
75 – unter 80	21.220	6.793	14.427	68,0%	489	106	383	78,3%	23	16	27
80 – unter 85	11.091	3.305	7.786	70,2%	289	40	249	86,2%	26	12	32
85 und älter	13.807	3.552	10.255	74,3%	338	35	303	89,6%	24	10	30
Zusammen	543.279	261.095	282.184	51,9%	52.361	23.008	29.353	56,1%	96	88	104
darunter:											
15 – unter 65	373.023	188.560	184.463	49,5%	32.891	13.670	19.221	58,4%	88	72	104

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.2/2002: Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) 2002 – Stadt Bremen
 insgesamt – deutsch – nichtdeutsch

Alter (Jahre)	Bevölkerung (31.12.2002)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2002)				HLU-Empfäng. pro 1.000 EW		
	insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.
unter 3	13.957	11.966	1.991	14,3%	3.364	2.443	921	27,4%	241	204	463
3 – unter 7	19.608	15.898	3.710	18,9%	4.161	2.843	1.318	31,7%	212	179	355
7 – unter 11	19.410	16.006	3.404	17,5%	3.764	2.482	1.282	34,1%	194	155	377
11 – unter 15	20.602	17.285	3.317	16,1%	3.525	2.302	1.223	34,7%	171	133	369
15 – unter 18	15.034	12.304	2.730	18,2%	2.249	1.408	841	37,4%	150	114	308
18 – unter 21	16.848	13.608	3.240	19,2%	1.526	1.051	475	31,1%	91	77	147
21 – unter 25	26.760	20.923	5.837	21,8%	2.356	1.699	657	27,9%	88	81	113
25 – unter 30	34.353	25.938	8.415	24,5%	3.354	2.172	1.182	35,2%	98	84	140
30 – unter 40	88.234	73.535	14.699	16,7%	7.998	5.510	2.488	31,1%	91	75	169
40 – unter 50	77.917	69.113	8.804	11,3%	5.666	4.077	1.589	28,0%	73	59	180
50 – unter 60	68.379	61.093	7.286	10,7%	3.930	2.715	1.215	30,9%	57	44	167
60 – unter 65	38.881	36.247	2.634	6,8%	1.901	1.280	621	32,7%	49	35	236
65 – unter 70	31.708	30.110	1.598	5,0%	1.305	823	482	36,9%	41	27	302
70 – unter 75	23.733	22.728	1.005	4,2%	852	505	347	40,7%	36	22	345
75 – unter 80	19.959	19.441	518	2,6%	506	333	173	34,2%	25	17	334
80 – unter 85	14.916	14.545	371	2,5%	281	217	64	22,8%	19	15	173
85 und älter	12.688	12.271	417	3,3%	263	211	52	19,8%	21	17	125
Zusammen	542.987	473.011	69.976	12,9%	47.001	32.071	14.930	31,8%	87	68	213
davon:											
15 – unter 65	366.406	312.761	53.645	14,6%	28.980	19.912	9.068	31,3%	79	64	169
unter 15	73.577	61.155	12.422	16,9%	14.814	10.070	4.744	32,0%	201	165	382
65 und älter	103.004	99.095	3.909	3,8%	3.207	2.089	1.118	34,9%	31	21	286

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.2/2001: Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) 2001 – Stadt Bremen
 insgesamt – deutsch – nichtdeutsch

Alter (Jahre)	Bevölkerung (31.12.2001)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2001)				HLU-Empfäng. pro 1.000 EW		
	insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.
unter 3	14.295	12.138	2.157	15,1%	3.466	2.447	1.019	29,4%	242	202	472
3 - unter 7	19.635	15.886	3.749	19,1%	4.215	2.860	1.355	32,1%	215	180	361
7 - unter 11	19.598	16.166	3.432	17,5%	3.884	2.584	1.300	33,5%	198	160	379
11 - unter 15	20.472	17.083	3.389	16,6%	3.598	2.394	1.204	33,5%	176	140	355
15 - unter 18	14.506	11.820	2.686	18,5%	2.174	1.361	813	37,4%	150	115	303
18 - unter 21	16.936	13.884	3.052	18,0%	1.489	1.008	481	32,3%	88	73	158
21 - unter 25	25.389	20.023	5.366	21,1%	2.197	1.544	653	29,7%	87	77	122
25 - unter 30	34.446	26.265	8.181	23,8%	3.320	2.110	1.210	36,4%	96	80	148
30 - unter 40	89.667	75.575	14.092	15,7%	8.079	5.590	2.489	30,8%	90	74	177
40 - unter 50	76.495	67.898	8.597	11,2%	5.497	3.944	1.553	28,3%	72	58	181
50 - unter 60	68.851	61.669	7.182	10,4%	3.812	2.611	1.201	31,5%	55	42	167
60 - unter 65	39.740	37.241	2.499	6,3%	2.008	1.349	659	32,8%	51	36	264
65 - unter 70	29.587	28.094	1.493	5,0%	1.228	779	449	36,6%	42	28	301
70 - unter 75	24.150	23.269	881	3,6%	831	508	323	38,9%	34	22	367
75 - unter 80	20.185	19.676	509	2,5%	493	351	142	28,8%	24	18	279
80 - unter 85	13.572	13.262	310	2,3%	264	199	65	24,6%	19	15	210
85 und älter	13.426	13.034	392	2,9%	284	234	50	17,6%	21	18	128
Zusammen	540.950	472.983	67.967	12,6%	46.839	31.873	14.966	32,0%	87	67	220
davon:											
15 - unter 65	366.030	314.375	51.655	14,1%	28.576	19.517	9.059	31,7%	78	62	175
unter 15	74.000	61.273	12.727	17,2%	15.163	10.285	4.878	32,2%	205	168	383
65 und älter	100.920	97.335	3.585	3,6%	3.100	2.071	1.029	33,2%	31	21	287

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2001 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.3/2002: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2002

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) – Stadt Bremerhaven
insgesamt – deutsch – nichtdeutsch

Alter (Jahre)	Bevölkerung (31.12.2002)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2002)				HLU-Empfäng. pro 1.000 EW (31.12.2002)		
	insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.
unter 3	3.099	1.605	1.494	48,2%	737	375	362	49,1%	238	234	242
3 – unter 7	4.418	2.259	2.159	48,9%	815	428	387	47,5%	184	189	179
7 – unter 11	4.608	2.399	2.209	47,9%	838	452	386	46,1%	182	188	175
11 – unter 15	5.090	2.632	2.458	48,3%	948	476	472	49,8%	186	181	192
15 – unter 18	4.124	2.118	2.006	48,6%	642	332	310	48,3%	156	157	155
18 – unter 21	4.462	2.233	2.229	50,0%	534	207	327	61,2%	120	93	147
21 – unter 25	5.631	2.905	2.726	48,4%	805	306	499	62,0%	143	105	183
25 – unter 30	6.572	3.472	3.100	47,2%	977	390	587	60,1%	149	112	189
30 – unter 40	16.943	9.067	7.876	46,5%	1.934	736	1.198	61,9%	114	81	152
40 – unter 50	17.411	8.743	8.668	49,8%	1.445	596	849	58,8%	83	68	98
50 – unter 60	14.903	7.609	7.294	48,9%	941	408	533	56,6%	63	54	73
60 – unter 65	8.521	4.309	4.212	49,4%	545	227	318	58,3%	64	53	75
65 – unter 70	6.946	3.271	3.675	52,9%	309	124	185	59,9%	44	38	50
70 – unter 75	5.539	2.265	3.274	59,1%	170	51	119	70,0%	31	23	36
75 – unter 80	4.932	1.802	3.130	63,5%	127	26	101	79,5%	26	14	32
80 – unter 85	3.485	1.109	2.376	68,2%	73	4	69	94,5%	21	4	29
85 und älter	2.427	695	1.732	71,4%	47	4	43	91,5%	19	6	25
Zusammen	119.111	58.493	60.618	50,9%	11.887	5.142	6.745	56,7%	100	88	111
darunter:											
15 – unter 65	78.567	40.456	38.111	48,5%	7.823	3.202	4.621	59,1%	100	79	121

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.3/2001: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2001

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) – Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.2001)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2001)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2001)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	3.215	1.643	1.572	48,9%	835	427	408	48,9%	260	260	260
3 – unter 7	4.500	2.306	2.194	48,8%	980	505	475	48,5%	218	219	216
7 – unter 11	4.639	2.434	2.205	47,5%	949	514	435	45,8%	205	211	197
11 – unter 15	5.135	2.604	2.531	49,3%	1.162	586	576	49,6%	226	225	228
15 – unter 18	3.964	2.046	1.918	48,4%	780	395	385	49,4%	197	193	201
18 – unter 21	4.263	2.084	2.179	51,1%	664	273	391	58,9%	156	131	179
21 – unter 25	5.293	2.761	2.532	47,8%	868	368	500	57,6%	164	133	197
25 – unter 30	6.606	3.467	3.139	47,5%	1.097	437	660	60,2%	166	126	210
30 – unter 40	17.472	9.312	8.160	46,7%	2.335	923	1.412	60,5%	134	99	173
40 – unter 50	17.048	8.570	8.478	49,7%	1.686	720	966	57,3%	99	84	114
50 – unter 60	14.971	7.736	7.235	48,3%	1.059	470	589	55,6%	71	61	81
60 – unter 65	8.661	4.356	4.305	49,7%	616	247	369	59,9%	71	57	86
65 – unter 70	6.532	3.003	3.529	54,0%	296	119	177	59,8%	45	40	50
70 – unter 75	5.720	2.344	3.376	59,0%	202	71	131	64,9%	35	30	39
75 – unter 80	4.944	1.771	3.173	64,2%	149	24	125	83,9%	30	14	39
80 – unter 85	3.187	1.031	2.156	67,6%	70	6	64	91,4%	22	6	30
85 und älter	2.551	716	1.835	71,9%	91	18	73	80,2%	36	25	40
Zusammen	118.701	58.184	60.517	51,0%	13.839	6.103	7.736	55,9%	117	105	128
darunter:											
15 – unter 65	78.278	40.332	37.946	48,5%	9.105	3.833	5.272	57,9%	116	95	139

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2001 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.3/2000: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 2000

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) – Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.2000)			HLU-EmpfängerInnen (31.12.2000)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2000)			
	insges.	männlich	weiblich	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich	
unter 3	3.356	1.754	1.602	47,7%	732	383	349	47,7%	218	218	218
3 – unter 7	4.538	2.323	2.215	48,8%	1.033	538	495	47,9%	228	232	223
7 – unter 11	4.940	2.559	2.381	48,2%	1.045	555	490	46,9%	212	217	206
11 – unter 15	5.161	2.632	2.529	49,0%	1.097	576	521	47,5%	213	219	206
15 – unter 18	4.053	2.080	1.973	48,7%	770	392	378	49,1%	190	188	192
18 – unter 21	4.271	2.089	2.182	51,1%	598	250	348	58,2%	140	120	159
21 – unter 25	5.416	2.780	2.636	48,7%	793	310	483	60,9%	146	112	183
25 – unter 30	7.049	3.709	3.340	47,4%	1.039	396	643	61,9%	147	107	193
30 – unter 40	18.232	9.747	8.485	46,5%	2.302	884	1.418	61,6%	126	91	167
40 – unter 50	17.154	8.593	8.561	49,9%	1.703	723	980	57,5%	99	84	114
50 – unter 60	15.221	7.874	7.347	48,3%	1.094	471	623	56,9%	72	60	85
60 – unter 65	8.673	4.359	4.314	49,7%	575	234	341	59,3%	66	54	79
65 – unter 70	6.248	2.819	3.429	54,9%	298	118	180	60,4%	48	42	52
70 – unter 75	5.924	2.413	3.511	59,3%	205	53	152	74,1%	35	22	43
75 – unter 80	5.054	1.753	3.301	65,3%	134	23	111	82,8%	27	13	34
80 – unter 85	2.853	966	1.887	66,1%	73	6	67	91,8%	26	6	36
85 und älter	2.679	707	1.972	73,6%	76	11	65	85,5%	28	16	33
Zusammen	120.822	59.157	61.665	51,0%	13.567	5.923	7.644	56,3%	112	100	124
darunter:											
15 – unter 65	80.069	41.231	38.838	48,5%	8.874	3.660	5.214	58,8%	111	89	134

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2000 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.3/1999: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 1999

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) – Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.1999)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.1999)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.1999)		
	insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich		insges.	männlich	weiblich
unter 3	3.487	1.764	1.723	49,4%	906	464	442	48,8%	260	263	257
3 – unter 7	4.711	2.444	2.267	48,1%	963	525	438	45,5%	204	215	193
7 – unter 11	5.139	2.655	2.484	48,3%	1.064	559	505	47,5%	207	211	203
11 – unter 15	5.218	2.705	2.513	48,2%	1.129	597	532	47,1%	216	221	212
15 – unter 18	4.046	2.022	2.024	50,0%	786	400	386	49,1%	194	198	191
18 – unter 21	4.301	2.136	2.165	50,3%	611	231	380	62,2%	142	108	176
21 – unter 25	5.490	2.810	2.680	48,8%	844	331	513	60,8%	154	118	191
25 – unter 30	7.513	3.905	3.608	48,0%	1.083	412	671	62,0%	144	106	186
30 – unter 40	18.922	10.063	8.859	46,8%	2.483	919	1.564	63,0%	131	91	177
40 – unter 50	17.102	8.576	8.526	49,9%	1.713	739	974	56,9%	100	86	114
50 – unter 60	15.731	8.193	7.538	47,9%	1.175	509	666	56,7%	75	62	88
60 – unter 65	8.479	4.236	4.243	50,0%	551	222	329	59,7%	65	52	78
65 – unter 70	6.128	2.723	3.405	55,6%	300	117	183	61,0%	49	43	54
70 – unter 75	5.978	2.384	3.594	60,1%	202	45	157	77,7%	34	19	44
75 – unter 80	5.202	1.779	3.423	65,8%	142	18	124	87,3%	27	10	36
80 – unter 85	2.556	893	1.663	65,1%	65	7	58	89,2%	25	8	35
85 und älter	2.732	703	2.029	74,3%	71	4	67	94,4%	26	6	33
Zusammen	122.735	59.991	62.744	51,1%	14.088	6.099	7.989	56,7%	115	102	127
darunter:											
15 – unter 65	81.584	41.941	39.643	48,6%	9.246	3.763	5.483	59,3%	113	90	138

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1999 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.3/1998: Sozialhilfe und Sozialhilfedichte 1998

Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) – Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	EinwohnerInnen (31.12.1998)			HLU-EmpfängerInnen (31.12.1998)				EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.1998)			
	insges.	männlich	weiblich	insges.	männlich	weiblich	insges.	männlich	weiblich		
unter 3	3.572	1.814	1.758	49,2%	774	391	383	49,5%	217	216	218
3 – unter 7	4.866	2.520	2.346	48,2%	1.252	630	622	49,7%	257	250	265
7 – unter 11	5.303	2.718	2.585	48,7%	1.317	686	631	47,9%	248	252	244
11 – unter 15	5.215	2.682	2.533	48,6%	1.232	645	587	47,6%	236	240	232
15 – unter 18	4.112	2.032	2.080	50,6%	867	432	435	50,2%	211	213	209
18 – unter 21	4.230	2.145	2.085	49,3%	599	236	363	60,6%	142	110	174
21 – unter 25	5.590	2.868	2.722	48,7%	822	344	478	58,2%	147	120	176
25 – unter 30	8.375	4.387	3.988	47,6%	1.242	442	800	64,4%	148	101	201
30 – unter 40	19.517	10.353	9.164	47,0%	2.854	1.067	1.787	62,6%	146	103	195
40 – unter 50	17.025	8.584	8.441	49,6%	1.840	795	1.045	56,8%	108	93	124
50 – unter 60	16.167	8.407	7.760	48,0%	1.289	563	726	56,3%	80	67	94
60 – unter 65	8.160	4.029	4.131	50,6%	528	195	333	63,1%	65	48	81
65 – unter 70	6.070	2.662	3.408	56,1%	335	125	210	62,7%	55	47	62
70 – unter 75	6.005	2.380	3.625	60,4%	237	57	180	75,9%	39	24	50
75 – unter 80	5.254	1.789	3.465	65,9%	151	14	137	90,7%	29	8	40
80 – unter 85	2.539	872	1.667	65,7%	75	8	67	89,3%	30	9	40
85 und älter	2.686	691	1.995	74,3%	86	7	79	91,9%	32	10	40
Zusammen	124.686	60.933	63.753	51,1%	15.500	6.637	8.863	57,2%	124	109	139
darunter:											
15 – unter 65	83.176	42.805	40.371	48,5%	10.041	4.074	5.967	59,4%	121	95	148

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.4/2002: Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) 2002

insgesamt – deutsch – nichtdeutsch
Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	Bevölkerung (31.12.2002)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2002)				HLU-EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2002)		
	insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.
unter 3	3.099	2.789	310	10,0%	737	675	62	8,4%	238	242	200
3 – unter 7	4.418	3.826	592	13,4%	815	704	111	13,6%	184	184	188
7 – unter 11	4.608	4.103	505	11,0%	838	713	125	14,9%	182	174	248
11 – unter 15	5.090	4.419	671	13,2%	948	825	123	13,0%	186	187	183
15 – unter 18	4.124	3.508	616	14,9%	642	569	73	11,4%	156	162	119
18 – unter 21	4.462	3.804	658	14,7%	534	485	49	9,2%	120	127	74
21 – unter 25	5.631	4.570	1.061	18,8%	805	715	90	11,2%	143	156	85
25 – unter 30	6.572	5.150	1.422	21,6%	977	820	157	16,1%	149	159	110
30 – unter 40	16.943	14.272	2.671	15,8%	1.934	1.656	278	14,4%	114	116	104
40 – unter 50	17.411	15.613	1.798	10,3%	1.445	1.265	180	12,5%	83	81	100
50 – unter 60	14.903	13.547	1.356	9,1%	941	808	133	14,1%	63	60	98
60 – unter 65	8.521	8.002	519	6,1%	545	465	80	14,7%	64	58	154
65 – unter 70	6.946	6.654	292	4,2%	309	259	50	16,2%	44	39	171
70 – unter 75	5.539	5.468	71	1,3%	170	142	28	16,5%	31	26	394
75 – unter 80	4.932	4.869	63	1,3%	127	120	7	5,5%	26	25	111
80 – unter 85	3.485	3.467	18	0,5%	73	72	1	1,4%	21	21	56
85 und älter	2.427	2.377	50	2,1%	47	47	0	0,0%	19	20	0
Zusammen	119.111	106.438	12.673	10,6%	11.887	10.340	1.547	13,0%	100	97	122
davon:											
15 – unter 65	78.567	68.466	10.101	12,9%	7.823	6.783	1.040	13,3%	100	99	103
unter 15	17.215	15.137	2.078	12,1%	3.338	2.917	421	12,6%	194	193	203
65 und älter	23.329	22.835	494	2,1%	726	640	86	11,8%	31	28	174

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Tabelle 1.4/2001: Bevölkerung und EmpfängerInnen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) 2001

insgesamt – deutsch – nichtdeutsch

Stadt Bremerhaven

Alter (Jahre)	Bevölkerung (31.12.2001)				HLU-EmpfängerInnen (31.12.2001)				HLU-EmpfängerInnen pro 1.000 EW (31.12.2001)		
	insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.		insges.	deutsch	nicht-dt.
unter 3	3.215	2.870	345	10,7%	835	771	64	7,7%	260	269	186
3 – unter 7	4.500	3.917	583	13,0%	980	859	121	12,3%	218	219	208
7 – unter 11	4.639	4.104	535	11,5%	949	815	134	14,1%	205	199	250
11 – unter 15	5.135	4.398	737	14,4%	1.162	1.032	130	11,2%	226	235	176
15 – unter 18	3.964	3.433	531	13,4%	780	692	88	11,3%	197	202	166
18 – unter 21	4.263	3.696	567	13,3%	664	601	63	9,5%	156	163	111
21 – unter 25	5.293	4.396	897	16,9%	868	764	104	12,0%	164	174	116
25 – unter 30	6.606	5.224	1.382	20,9%	1.097	925	172	15,7%	166	177	124
30 – unter 40	17.472	14.816	2.656	15,2%	2.335	2.041	294	12,6%	134	138	111
40 – unter 50	17.048	15.400	1.648	9,7%	1.686	1.507	179	10,6%	99	98	109
50 – unter 60	14.971	13.573	1.398	9,3%	1.059	910	149	14,1%	71	67	107
60 – unter 65	8.661	8.230	431	5,0%	616	533	83	13,5%	71	65	193
65 – unter 70	6.532	6.307	225	3,4%	296	255	41	13,9%	45	40	182
70 – unter 75	5.720	5.646	74	1,3%	202	175	27	13,4%	35	31	365
75 – unter 80	4.944	4.891	53	1,1%	149	141	8	5,4%	30	29	151
80 – unter 85	3.187	3.170	17	0,5%	70	68	2	2,9%	22	21	118
85 und älter	2.551	2.500	51	2,0%	91	90	1	1,1%	36	36	20
Zusammen	118.701	106.571	12.130	10,2%	13.839	12.179	1.660	12,0%	117	114	137
davon:											
15 – unter 65	78.278	68.768	9.510	12,1%	9.105	7.973	1.132	12,4%	116	116	119
unter 15	17.489	15.289	2.200	12,6%	3.926	3.477	449	11,4%	224	227	204
65 und älter	22.934	22.514	420	1,8%	808	729	79	9,8%	35	32	188

Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2001 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Tabelle 3/2002: SozialhilfeempfängerInnen¹ im Alter von 15 bis unter 65 Jahren
Ende 2002**

	insgesamt	männlich	weiblich	
Baden-Württemberg	131.503	52.516	78.987	60,1%
Bayern	132.814	53.481	79.333	59,7%
Berlin	160.930	74.599	86.331	53,6%
Brandenburg	46.764	20.617	26.147	55,9%
Bremen	36.803	15.206	21.597	58,7%
Hamburg	77.418	34.920	42.498	54,9%
Hessen	145.032	61.201	83.831	57,8%
Mecklenburg-Vorpommern	40.462	18.157	22.305	55,1%
Niedersachsen	184.541	74.825	109.716	59,5%
Nordrhein-Westfalen	393.350	152.465	240.885	61,2%
Rheinland-Pfalz	59.660	23.045	36.615	61,4%
Saarland	26.991	10.469	16.522	61,2%
Sachsen	79.979	33.148	46.831	58,6%
Sachsen-Anhalt	60.038	26.434	33.604	56,0%
Schleswig-Holstein	72.475	29.858	42.617	58,8%
Thüringen	32.655	13.562	19.093	58,5%
Westdeutschland (WD)	1.260.587	507.986	752.601	59,7%
Ostdeutschland (OD)	420.828	186.517	234.311	55,7%
Bundesrepublik Deutschland	1.681.415	694.503	986.912	58,7%
Stadt Bremen	28.980	12.004	16.976	58,6%
Stadt Bremerhaven	7.823	3.202	4.621	59,1%
Anteil Bremen (L) an WD	2,920%	2,993%	2,870%	
Anteil Bremen (L) an BRD	2,189%	2,189%	2,188%	

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 4/2002: Sozialhilfedichte 15 bis unter 65 Jahre: EmpfängerInnen¹ im Alter von 15 bis unter 65 Jahren pro 1.000 EinwohnerInnen im entsprechenden Alter
 Ende 2002 – sortiert nach Sozialhilfedichte (absteigend)

	insgesamt abs.	männlich abs.	weiblich abs.
Bremen	83	68	98
Berlin	66	61	72
Hamburg	65	58	72
Schleswig-Holstein	39	32	46
Saarland	38	29	47
Hessen	35	29	41
Niedersachsen	35	28	42
Sachsen-Anhalt	34	29	39
Nordrhein-Westfalen	33	25	40
Mecklenburg-Vorpommern	33	28	37
Sachsen	27	22	32
Brandenburg	26	22	29
Rheinland-Pfalz	22	17	28
Thüringen	19	16	23
Baden-Württemberg	18	15	22
Bayern	16	13	19
Westdeutschland	29	23	35
Ostdeutschland	35	30	40
Bundesrepublik Deutschland	30	25	36
Stadt Bremerhaven	100	79	121
Stadt Bremen	79	65	93

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 5/2002: SozialhilfeempfängerInnen¹ im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: erwerbstätig (vollzeit bzw. teilzeit)
Ende 2002

	insgesamt	männlich	weiblich	
	absolut	absolut	absolut	in v.H.
Baden-Württemberg	13.171	3.998	9.173	69,6%
Bayern	10.099	3.399	6.700	66,3%
Berlin	9.762	4.763	4.999	51,2%
Brandenburg	2.901	1.231	1.670	57,6%
Bremen	3.878	1.247	2.631	67,8%
Hamburg	10.140	4.519	5.621	55,4%
Hessen	15.367	6.297	9.070	59,0%
Mecklenburg-Vorpommern	2.347	968	1.379	58,8%
Niedersachsen	17.218	6.000	11.218	65,2%
Nordrhein-Westfalen	31.919	9.741	22.178	69,5%
Rheinland-Pfalz	6.032	1.979	4.053	67,2%
Saarland	2.212	762	1.450	65,6%
Sachsen	5.948	2.509	3.439	57,8%
Sachsen-Anhalt	3.138	1.184	1.954	62,3%
Schleswig-Holstein	7.603	2.565	5.038	66,3%
Thüringen	1.633	721	912	55,8%
Westdeutschland (WD)	117.639	40.507	77.132	65,6%
Ostdeutschland (OD)	25.729	11.376	14.353	55,8%
Bundesrepublik Deutschland	143.368	51.883	91.485	63,8%
Stadt Bremen	3.217	1.042	2.175	67,6%
Stadt Bremerhaven	661	205	456	69,0%
Anteil Bremen (L) an WD	3,297%	3,078%	3,411%	
Anteil Bremen (L) an BRD	2,705%	2,403%	2,876%	

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen
Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

**Tabelle 6/2002: SozialhilfeempfängerInnen* im Alter von 15 bis unter 65 Jahren:
arbeitslos gemeldet (mit bzw. ohne SGB III-Leistung)
Ende 2002**

	insgesamt	männlich	weiblich	
	absolut	absolut	absolut	in v.H.
Baden-Württemberg	51.947	28.918	23.029	44,3%
Bayern	53.347	29.220	24.127	45,2%
Berlin	86.336	48.335	38.001	44,0%
Brandenburg	29.508	14.738	14.770	50,1%
Bremen	14.048	8.571	5.477	39,0%
Hamburg	19.784	11.259	8.525	43,1%
Hessen	59.234	34.065	25.169	42,5%
Mecklenburg-Vorpommern	25.538	13.109	12.429	48,7%
Niedersachsen	72.858	41.604	31.254	42,9%
Nordrhein-Westfalen	154.897	84.761	70.136	45,3%
Rheinland-Pfalz	22.620	12.042	10.578	46,8%
Saarland	11.615	6.330	5.285	45,5%
Sachsen	44.928	22.769	22.159	49,3%
Sachsen-Anhalt	38.442	19.211	19.231	50,0%
Schleswig-Holstein	28.224	16.943	11.281	40,0%
Thüringen	18.752	9.561	9.191	49,0%
Westdeutschland (WD)	488.574	273.713	214.861	44,0%
Ostdeutschland (OD)	243.504	127.723	115.781	47,5%
Bundesrepublik Deutschland	732.078	401.436	330.642	45,2%
Stadt Bremen	10.695	6.562	4.133	38,6%
Stadt Bremerhaven	3.353	2.009	1.344	40,1%
Anteil Bremen (L) an WD	2,875%	3,131%	2,549%	
Anteil Bremen (L) an BRD	1,919%	2,135%	1,656%	

¹ EmpfängerInnen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen
Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

**Tabelle 7/2002: SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren:
nicht erwerbstätig aus anderen Gründen¹ (d.h., ohne arbeitslos gemeldete)
Ende 2002**

	insgesamt	männlich	weiblich	
	absolut	absolut	absolut	in v.H.
Baden-Württemberg	66.385	19.600	46.785	70,5%
Bayern	69.368	20.862	48.506	69,9%
Berlin	64.832	21.501	43.331	66,8%
Brandenburg	14.355	4.648	9.707	67,6%
Bremen	18.877	5.388	13.489	71,5%
Hamburg	47.494	19.142	28.352	59,7%
Hessen	70.431	20.839	49.592	70,4%
Mecklenburg-Vorpommern	12.577	4.080	8.497	67,6%
Niedersachsen	94.465	27.221	67.244	71,2%
Nordrhein-Westfalen	206.534	57.963	148.571	71,9%
Rheinland-Pfalz	31.008	9.024	21.984	70,9%
Saarland	13.164	3.377	9.787	74,3%
Sachsen	29.103	7.870	21.233	73,0%
Sachsen-Anhalt	18.458	6.039	12.419	67,3%
Schleswig-Holstein	36.648	10.350	26.298	71,8%
Thüringen	12.270	3.280	8.990	73,3%
Westdeutschland (WD)	654.374	193.766	460.608	70,4%
Ostdeutschland (OD)	151.595	47.418	104.177	68,7%
Bundesrepublik Deutschland	805.969	241.184	564.785	70,1%
Stadt Bremen	15.068	4.400	10.668	70,8%
Stadt Bremerhaven	3.809	988	2.821	74,1%
Anteil Bremen (L) an WD	2,885%	2,781%	2,929%	
Anteil Bremen (L) an BRD	2,342%	2,234%	2,388%	

¹ SozialhilfeempfängerInnen insgesamt minus erwerbstätige und arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen
Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

**Tabelle 8/2002: SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren:
nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit
Ende 2002**

	insgesamt	männlich	weiblich	
	absolut	absolut	absolut	in v.H.
Baden-Württemberg	14.286	7.096	7.190	50,3%
Bayern	17.665	8.849	8.816	49,9%
Berlin	14.713	7.508	7.205	49,0%
Brandenburg	2.532	1.452	1.080	42,7%
Bremen	3.389	1.617	1.772	52,3%
Hamburg	9.953	5.006	4.947	49,7%
Hessen	12.719	6.299	6.420	50,5%
Mecklenburg-Vorpommern	2.034	1.214	820	40,3%
Niedersachsen	15.740	7.716	8.024	51,0%
Nordrhein-Westfalen	36.761	16.444	20.317	55,3%
Rheinland-Pfalz	5.570	2.605	2.965	53,2%
Saarland	2.265	994	1.271	56,1%
Sachsen	4.180	2.298	1.882	45,0%
Sachsen-Anhalt	2.258	1.244	1.014	44,9%
Schleswig-Holstein	7.363	3.647	3.716	50,5%
Thüringen	1.644	913	731	44,5%
Westdeutschland (WD)	125.711	60.273	65.438	52,1%
Ostdeutschland (OD)	27.361	14.629	12.732	46,5%
Bundesrepublik Deutschland	153.072	74.902	78.170	51,1%
Stadt Bremen	2.558	1.225	1.333	52,1%
Stadt Bremerhaven	831	392	439	52,8%
Anteil Bremen (L) an WD	2,696%	2,683%	2,708%	
Anteil Bremen (L) an BRD	2,214%	2,159%	2,267%	

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 9/2002: Anteil der aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an den SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren

Ende 2002 – sortiert nach Anteil insgesamt (absteigend)

	insgesamt	männlich	weiblich
Hamburg	61,3%	54,8%	66,7%
Nordrhein-Westfalen	52,5%	38,0%	61,7%
Bayern	52,2%	39,0%	61,1%
Rheinland-Pfalz	52,0%	39,2%	60,0%
Bremen	51,3%	35,4%	62,5%
Niedersachsen	51,2%	36,4%	61,3%
Schleswig-Holstein	50,6%	34,7%	61,7%
Baden-Württemberg	50,5%	37,3%	59,2%
Saarland	48,8%	32,3%	59,2%
Hessen	48,6%	34,1%	59,2%
Berlin	40,3%	28,8%	50,2%
Thüringen	37,6%	24,2%	47,1%
Sachsen	36,4%	23,7%	45,3%
Mecklenburg-Vorpommern	31,1%	22,5%	38,1%
Sachsen-Anhalt	30,7%	22,8%	37,0%
Brandenburg	30,7%	22,5%	37,1%
Westdeutschland	51,9%	38,1%	61,2%
Ostdeutschland	36,0%	25,4%	44,5%
Bundesrepublik Deutschland	47,9%	34,7%	57,2%
Stadt Bremen	52,0%	36,7%	62,8%
Stadt Bremerhaven	48,7%	30,9%	61,0%

¹ ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 10/2002: Anteil der wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen an den aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren

Ende 2002 – sortiert nach Anteil insgesamt (absteigend)

	insgesamt	männlich	weiblich
Bayern	25,5%	42,4%	18,2%
Berlin	22,7%	34,9%	16,6%
Baden-Württemberg	21,5%	36,2%	15,4%
Hamburg	21,0%	26,2%	17,4%
Schleswig-Holstein	20,1%	35,2%	14,1%
Hessen	18,1%	30,2%	12,9%
Rheinland-Pfalz	18,0%	28,9%	13,5%
Bremen	18,0%	30,0%	13,1%
Nordrhein-Westfalen	17,8%	28,4%	13,7%
Brandenburg	17,6%	31,2%	11,1%
Saarland	17,2%	29,4%	13,0%
Niedersachsen	16,7%	28,3%	11,9%
Mecklenburg-Vorpommern	16,2%	29,8%	9,7%
Sachsen	14,4%	29,2%	8,9%
Thüringen	13,4%	27,8%	8,1%
Sachsen-Anhalt	12,2%	20,6%	8,2%
Westdeutschland	19,2%	31,1%	14,2%
Ostdeutschland	18,0%	30,9%	12,2%
Bundesrepublik Deutschland	19,0%	31,1%	13,8%
Stadt Bremerhaven	21,8%	39,7%	15,6%
Stadt Bremen	17,0%	27,8%	12,5%

¹ ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: StBA und StLA Bremen; eigene Berechnungen

Tabelle 11/2002: SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren – Bundesrepublik Deutschland und Land Bremen 2002 (Jahresende)

Bundesrepublik Deutschland

Alter	insgesamt				darunter: aus anderen Gründen ¹ nicht erwerbstätig (aaGne)						darunter: wg. Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit					
	insgesamt		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich	
	abs.	abs.	abs.	in v.H.	abs.	insges.	abs.	insg. (m)	abs.	insg. (w)	abs.	aaGne ¹	abs.	aaGne ¹	abs.	aaGne ¹
					in v.H. v.			in v.H. v.			in v.H. v.	in v.H. v.		in v.H. v.		in v.H. v.
15 bis 17	129.666	64.991	64.675	49,9%	124.800	96,2%	62.562	96,3%	62.238	96,2%	1.588	1,3%	829	1,3%	759	1,2%
18 bis 20	107.797	43.420	64.377	59,7%	61.218	56,8%	21.096	48,6%	40.122	62,3%	2.916	4,8%	1.393	6,6%	1.523	3,8%
21 bis 24	174.094	60.822	113.272	65,1%	78.338	45,0%	13.485	22,2%	64.853	57,3%	6.641	8,5%	3.230	24,0%	3.411	5,3%
25 bis 29	205.566	73.027	132.539	64,5%	93.804	45,6%	14.196	19,4%	79.608	60,1%	8.788	9,4%	4.393	30,9%	4.395	5,5%
30 bis 39	423.955	160.005	263.950	62,3%	182.383	43,0%	34.595	21,6%	147.788	56,0%	29.423	16,1%	15.332	44,3%	14.091	9,5%
40 bis 49	313.706	140.433	173.273	55,2%	112.134	35,7%	34.960	24,9%	77.174	44,5%	37.606	33,5%	19.068	54,5%	18.538	24,0%
50 bis 59	213.356	99.247	114.109	53,5%	83.245	39,0%	32.004	32,2%	51.241	44,9%	41.735	50,1%	19.421	60,7%	22.314	43,5%
60 bis 64	113.275	52.558	60.717	53,6%	70.047	61,8%	28.286	53,8%	41.761	68,8%	24.375	34,8%	11.236	39,7%	13.139	31,5%
15 bis 64	1.681.415	694.503	986.912	58,7%	805.969	47,9%	241.184	34,7%	564.785	57,2%	153.072	19,0%	74.902	31,1%	78.170	13,8%

Bremen (Land)

15 bis 17	2.891	1.456	1.435	49,6%	2.782	96,2%	1.402	96,3%	1.380	96,2%	28	1,0%	13	0,9%	15	1,1%
18 bis 20	2.060	837	1.223	59,4%	1.331	64,6%	492	58,8%	839	68,6%	47	3,5%	16	3,3%	31	3,7%
21 bis 24	3.161	1.234	1.927	61,0%	1.445	45,7%	292	23,7%	1.153	59,8%	96	6,6%	42	14,4%	54	4,7%
25 bis 29	4.331	1.614	2.717	62,7%	2.002	46,2%	291	18,0%	1.711	63,0%	180	9,0%	85	29,2%	95	5,6%
30 bis 39	9.932	3.732	6.200	62,4%	4.557	45,9%	758	20,3%	3.799	61,3%	685	15,0%	358	47,2%	327	8,6%
40 bis 49	7.111	3.032	4.079	57,4%	2.894	40,7%	765	25,2%	2.129	52,2%	782	27,0%	378	49,4%	404	19,0%
50 bis 59	4.871	2.253	2.618	53,7%	2.192	45,0%	760	33,7%	1.432	54,7%	913	41,7%	443	58,3%	470	32,8%
60 bis 64	2.446	1.048	1.398	57,2%	1.674	68,4%	628	59,9%	1.046	74,8%	658	39,3%	282	44,9%	376	35,9%
15 bis 64	36.803	15.206	21.597	58,7%	18.877	51,3%	5.388	35,4%	13.489	62,5%	3.389	18,0%	1.617	30,0%	1.772	13,1%

¹ ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen (d.h. EmpfängerInnen insgesamt minus erwerbstätige und arbeitslos gemeldete EmpfängerInnen)

Quellen: Statistisches Bundesamt; Statistisches Landesamt Bremen; eigene Berechnungen

**Tabelle 12/2002: SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren –
Stadt Bremen und Bremerhaven**
Ende 2002

Bremen (Stadt)

Alter	insgesamt				darunter: aus anderen Gründen ¹ nicht erwerbstätig (aaGne)						darunter: wg. Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit					
	insgesamt		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich	
	abs.	abs.	abs.	in v.H.	abs.	insges.	abs.	insg. (m)	abs.	insg. (w)	abs.	aaGne ¹	abs.	aaGne ¹	abs.	aaGne ¹
					in v.H. v.			in v.H. v.			in v.H. v.	in v.H. v.		in v.H. v.		in v.H. v.
15 bis 17	2.249	1.124	1.125	50,0%	2.158	96,0%	1.078	95,9%	1.080	96,0%	24	1,1%	10	0,9%	14	1,3%
18 bis 20	1.526	630	896	58,7%	1.037	68,0%	395	62,7%	642	71,7%	36	3,5%	12	3,0%	24	3,7%
21 bis 24	2.356	928	1.428	60,6%	1.119	47,5%	246	26,5%	873	61,1%	67	6,0%	26	10,6%	41	4,7%
25 bis 29	3.354	1.224	2.130	63,5%	1.594	47,5%	243	19,9%	1.351	63,4%	121	7,6%	47	19,3%	74	5,5%
30 bis 39	7.998	2.996	5.002	62,5%	3.692	46,2%	649	21,7%	3.043	60,8%	512	13,9%	273	42,1%	239	7,9%
40 bis 49	5.666	2.436	3.230	57,0%	2.369	41,8%	650	26,7%	1.719	53,2%	603	25,5%	286	44,0%	317	18,4%
50 bis 59	3.930	1.845	2.085	53,1%	1.805	45,9%	646	35,0%	1.159	55,6%	692	38,3%	352	54,5%	340	29,3%
60 bis 64	1.901	821	1.080	56,8%	1.294	68,1%	493	60,0%	801	74,2%	503	38,9%	219	44,4%	284	35,5%
15 bis 64	28.980	12.004	16.976	58,6%	15.068	52,0%	4.400	36,7%	10.668	62,8%	2.558	17,0%	1.225	27,8%	1.333	12,5%

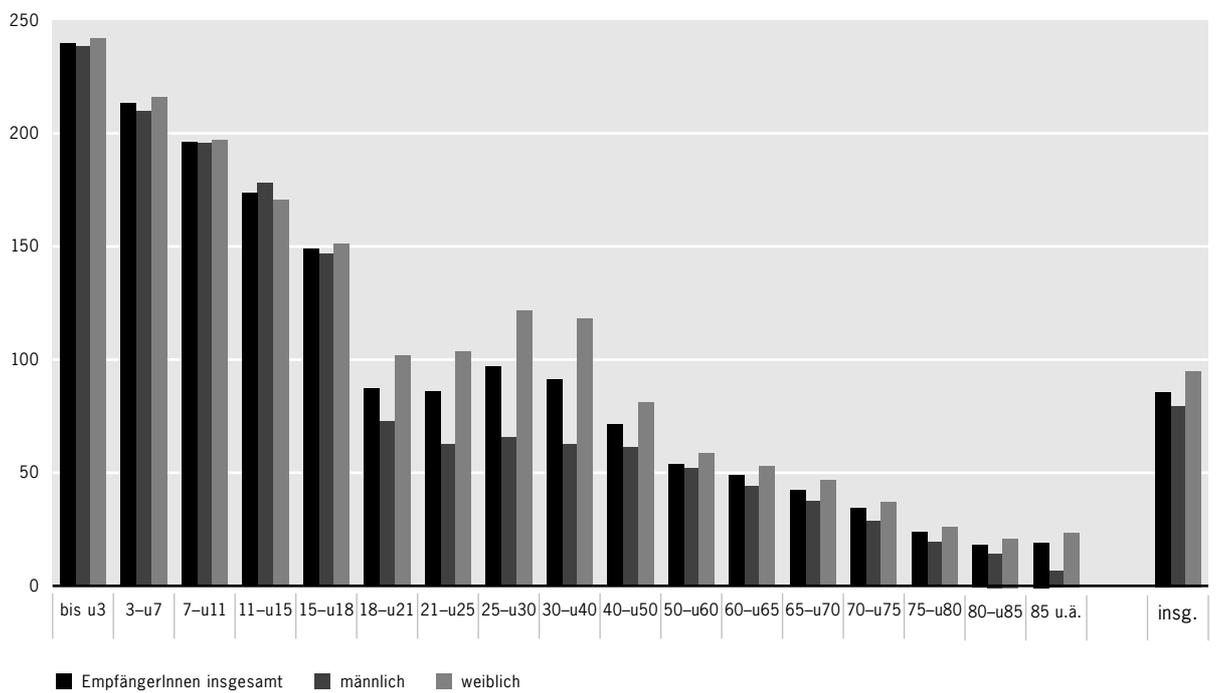
Bremerhaven

15 bis 17	642	332	310	48,3%	624	97,2%	324	51,9%	300	96,8%	4	0,6%	3	0,9%	1	0,3%
18 bis 20	534	207	327	61,2%	294	55,1%	97	33,0%	197	60,2%	11	3,7%	4	4,1%	7	3,6%
21 bis 24	805	306	499	62,0%	326	40,5%	46	14,1%	280	56,1%	29	8,9%	16	34,8%	13	4,6%
25 bis 29	977	390	587	60,1%	408	41,8%	48	11,8%	360	61,3%	59	14,5%	38	79,2%	21	5,8%
30 bis 39	1.934	736	1.198	61,9%	865	44,7%	109	12,6%	756	63,1%	173	20,0%	85	78,0%	88	11,6%
40 bis 49	1.445	596	849	58,8%	525	36,3%	115	21,9%	410	48,3%	179	34,1%	92	80,0%	87	21,2%
50 bis 59	941	408	533	56,6%	387	41,1%	114	29,5%	273	51,2%	221	57,1%	91	79,8%	130	47,6%
60 bis 64	545	227	318	58,3%	380	69,7%	135	35,5%	245	77,0%	155	40,8%	63	46,7%	92	37,6%
15 bis 64	7.823	3.202	4.621	59,1%	3.809	48,7%	988	25,9%	2.821	61,0%	831	21,8%	392	39,7%	439	15,6%

¹ ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen (d.h. EmpfängerInnen insgesamt minus erwerbstätige und arbeitslos gemeldete EmpfängerInnen)

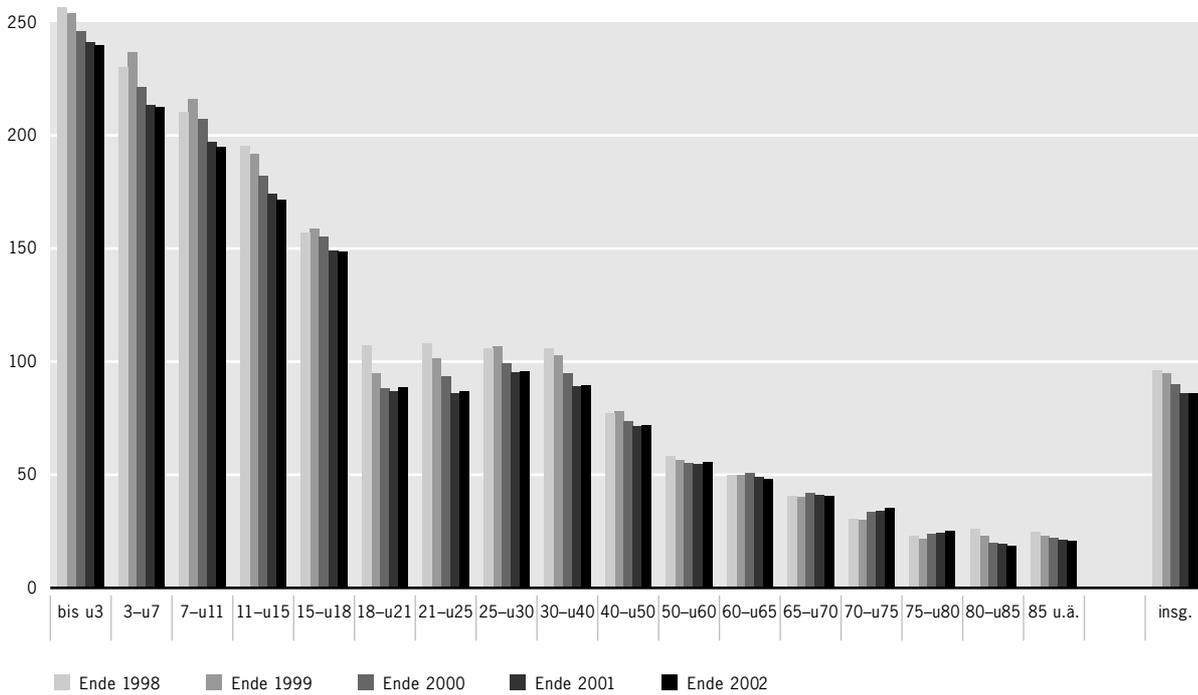
Quellen: Statistisches Bundesamt; Statistisches Landesamt Bremen; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.1/2002: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen und Geschlecht
Stadt Bremen EmpfängerInnen pro 1.000 Einwohner (Ende 2002)**



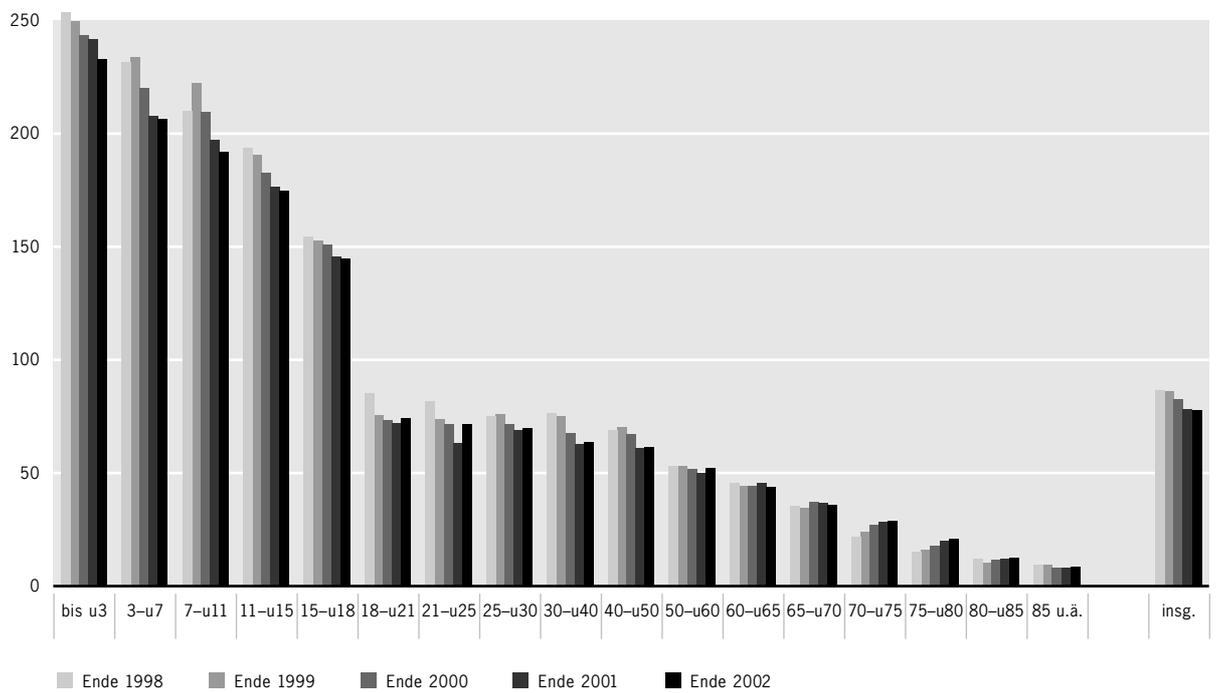
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K 1 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2001 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Abbildung 1.1/1998–2002g: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen – Stadt Bremen
 EmpfängerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen (Ende 1998 – Ende 2002)



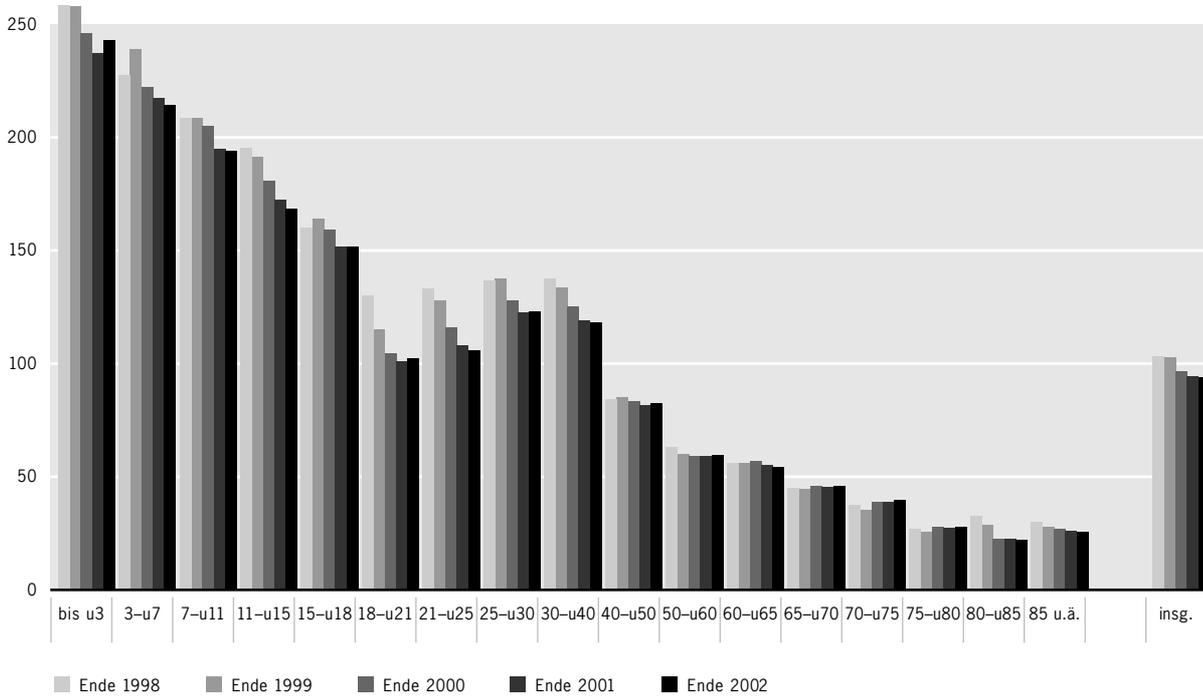
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.1/1998–2002m: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen
Stadt Bremen (männlich) Empfänger pro 1.000 Einwohner (Ende 1998 – Ende 2002)**



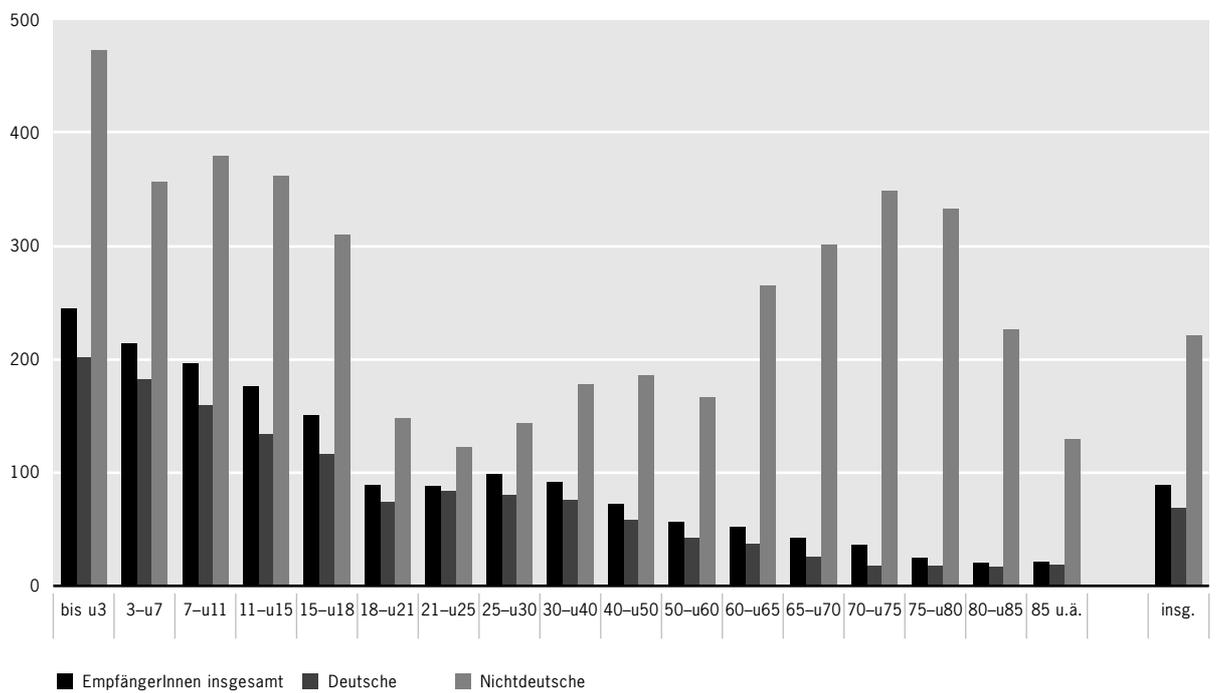
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K 1 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.1/1998–2002w: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen
Stadt Bremen (weiblich) Empfängerinnen pro 1.000 Einwohnerinnen (Ende 1998 – Ende 2002)**



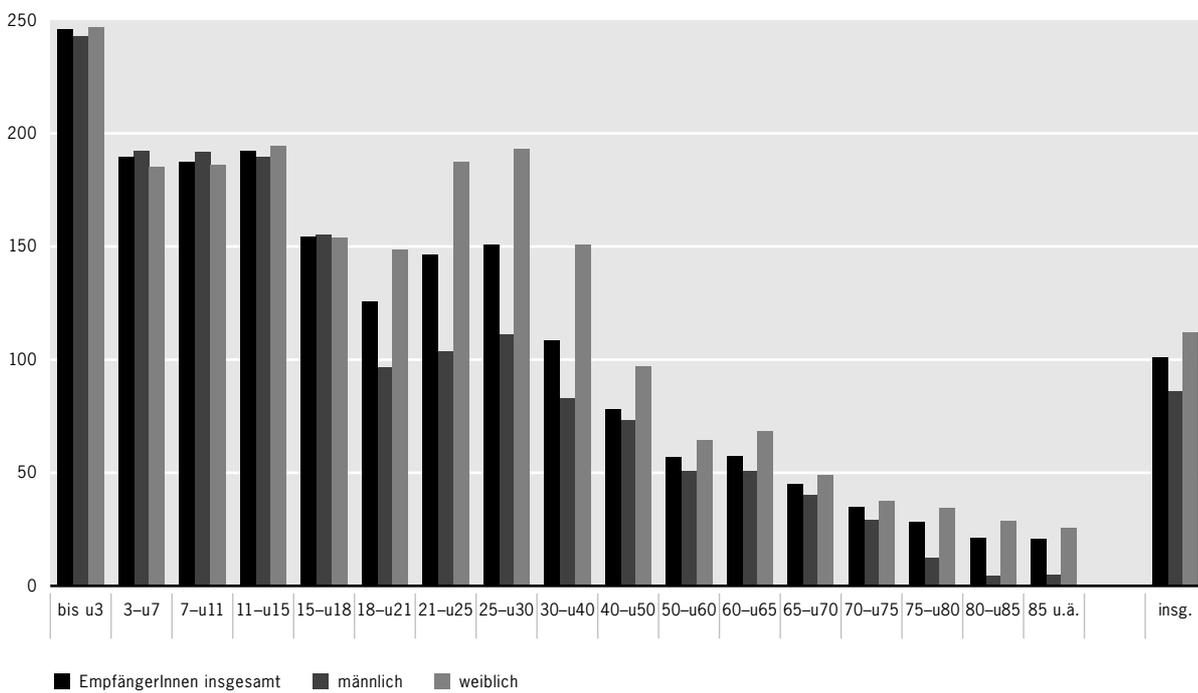
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.2/2002: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
Stadt Bremen EmpfängerInnen pro 1.000 Einwohner (Ende 2002)**



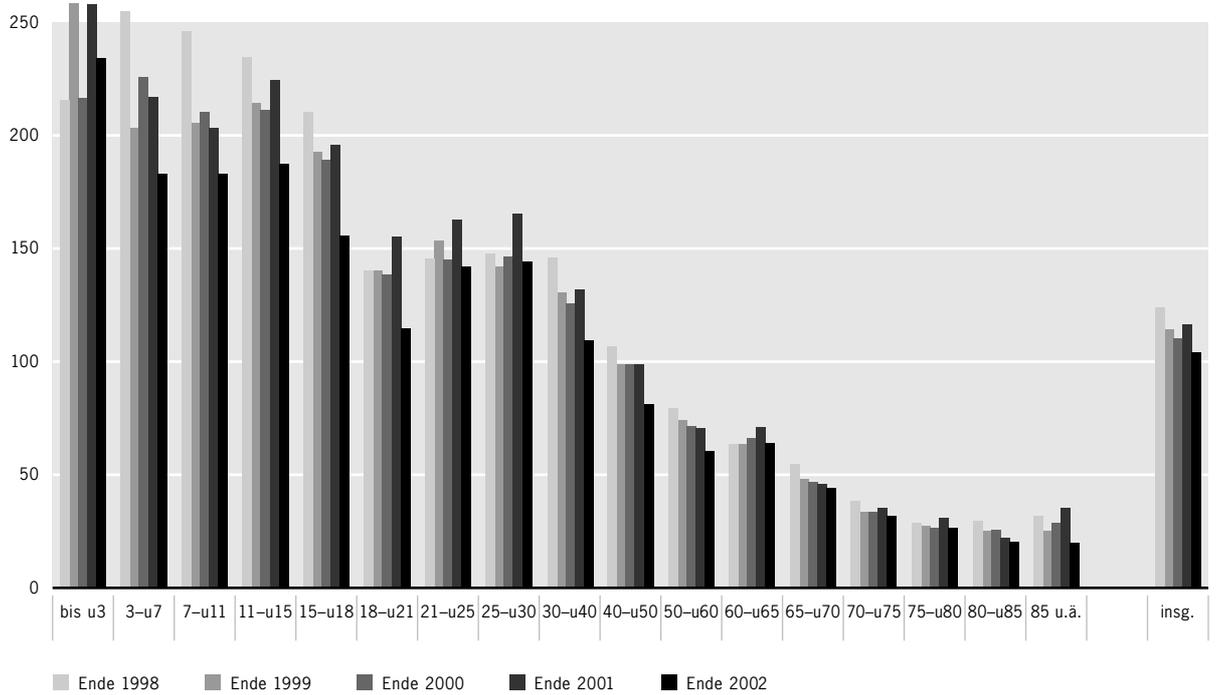
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K 1 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.3/2002: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen und Geschlecht
Stadt Bremerhaven EmpfängerInnen pro 1.000 Einwohner (Ende 2002)**



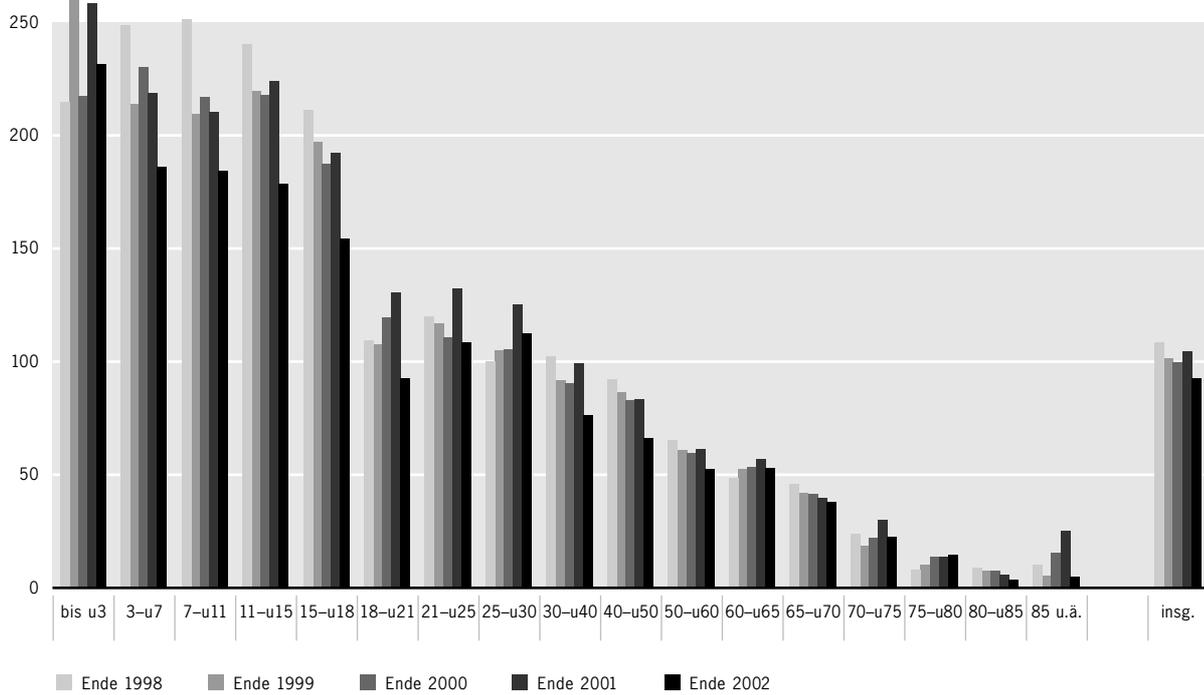
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

Abbildung 1.3/1998–2002g: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen – Stadt Bremerhaven
 EmpfängerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen (Ende 1998 – Ende 2001)



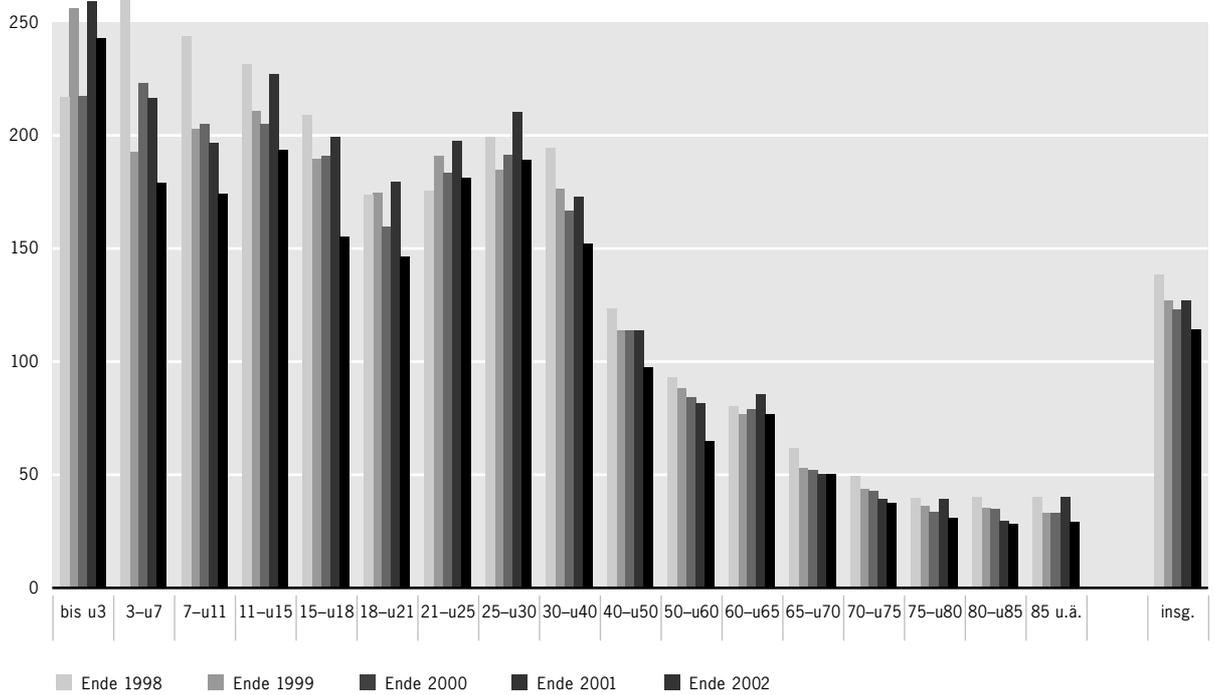
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.3/1998–2002m: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen
Stadt Bremerhaven (männlich) Empfänger pro 1.000 Einwohner (Ende 1998 – Ende 2002)**



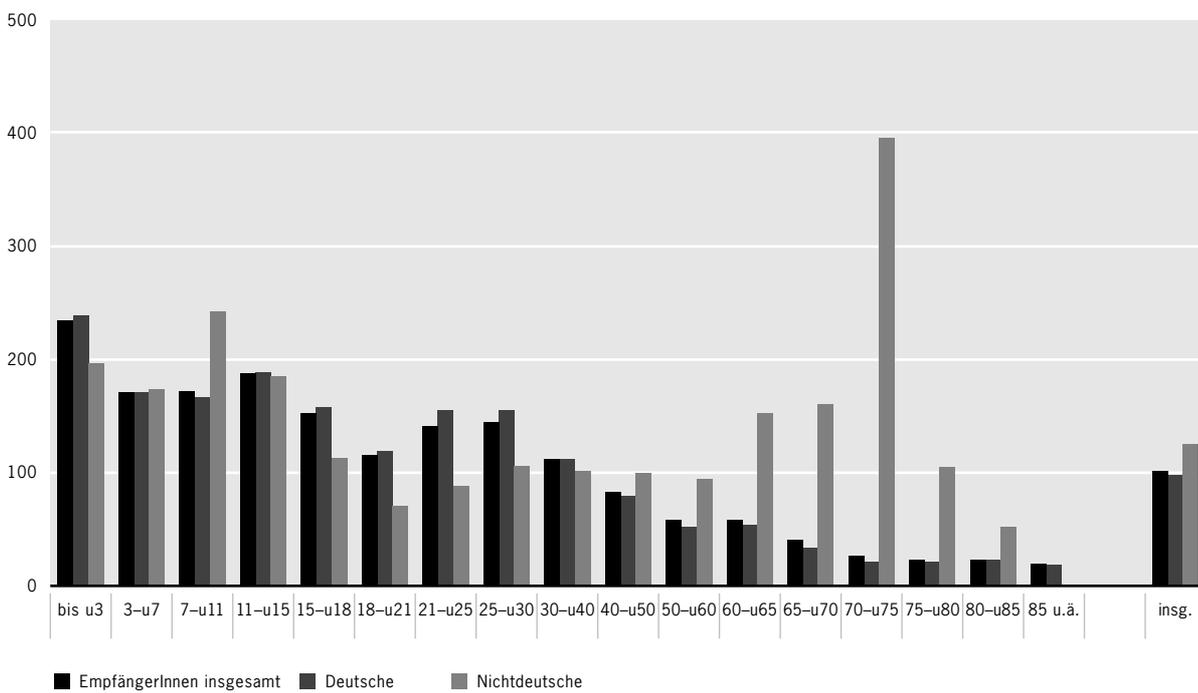
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K I 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.3/1998–2002w: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen
Stadt Bremerhaven (weiblich) Empfängerinnen pro 1.000 Einwohnerinnen (Ende 1998 – Ende 2001)**



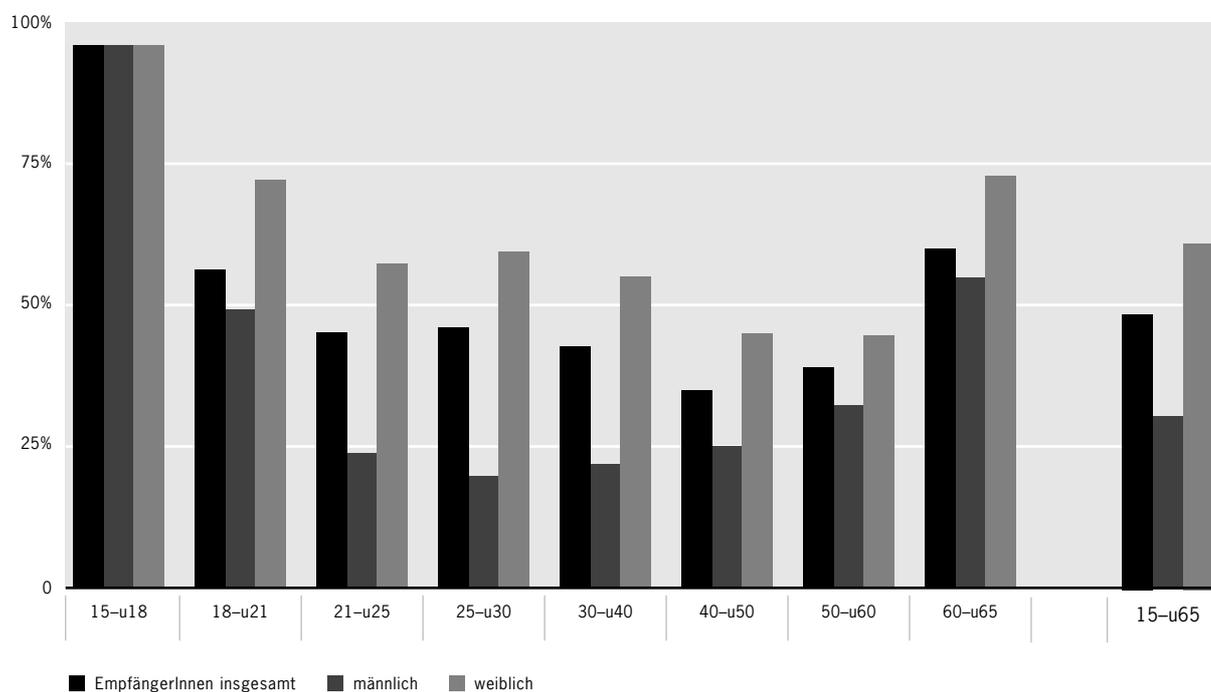
Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K 1 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.1998 ff. nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

**Abbildung 1.4/2002: Sozialhilfedichte nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
Stadt Bremerhaven** EmpfängerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen (Ende 2002)



Quellen: Statistisches Landesamt Bremen, Statistische Berichte K 1 1 Teil 2 und Bevölkerung am 31.12.2002 nach Altersjahren ...; eigene Berechnungen

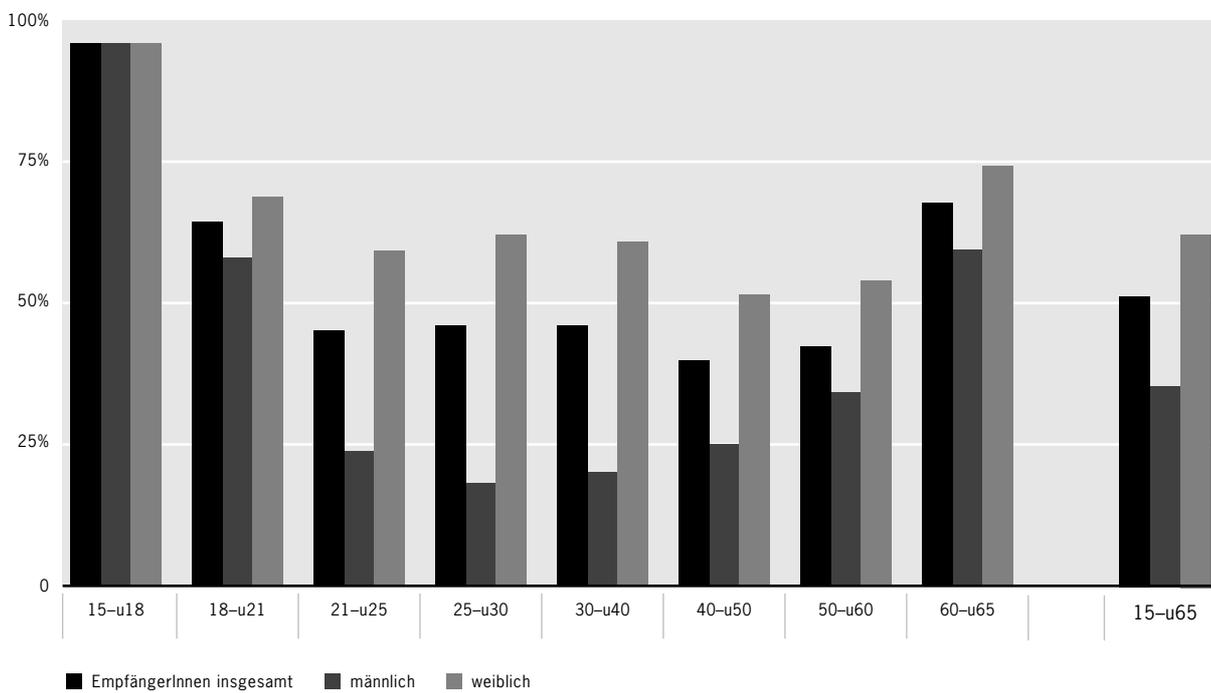
Abbildung 1.5.1/2002: Anteil der aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bundesrepublik Deutschland Anteil an den EmpfängerInnen insgesamt in der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

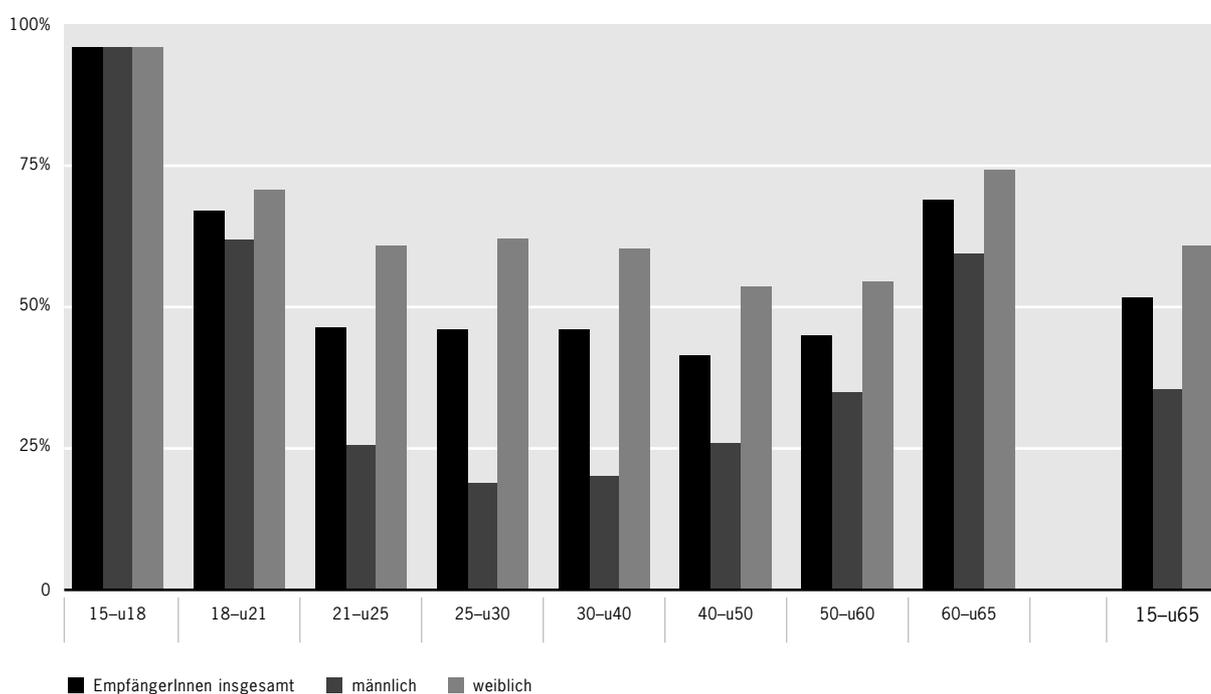
Abbildung 1.5.2/2002: Anteil der aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremen (Land) Anteil an den EmpfängerInnen insgesamt in der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

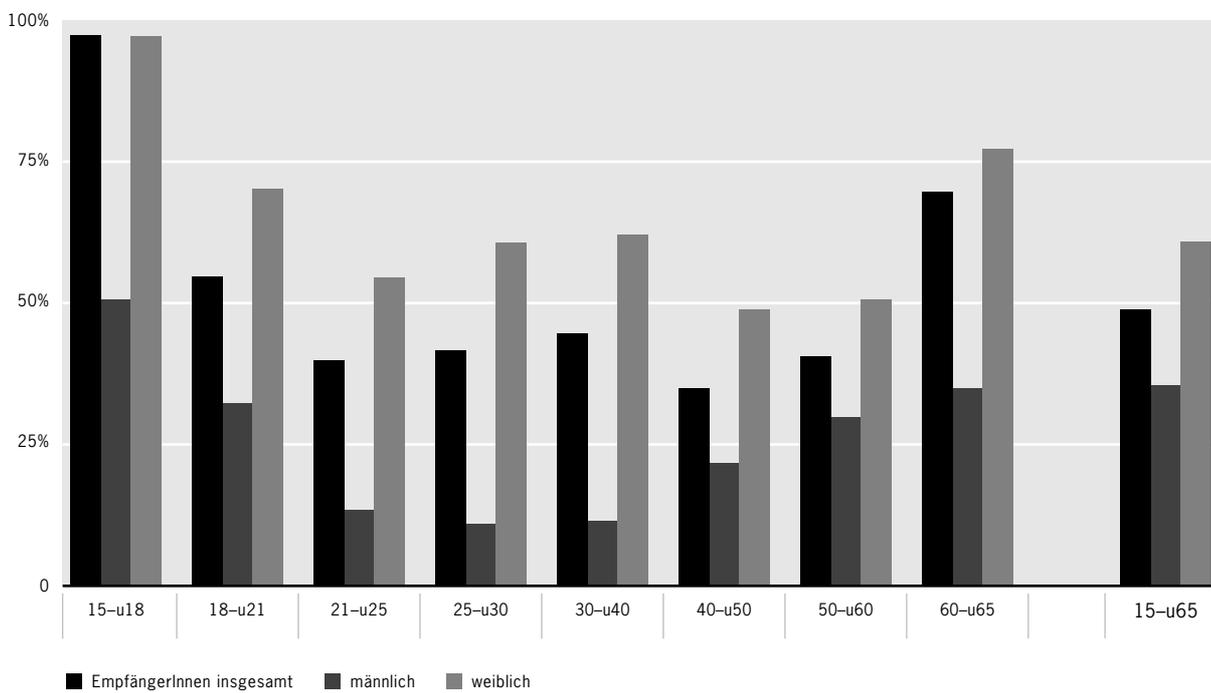
Abbildung 1.5.3/2002: Anteil der aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremen (Stadt) Anteil an den EmpfängerInnen insgesamt in der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

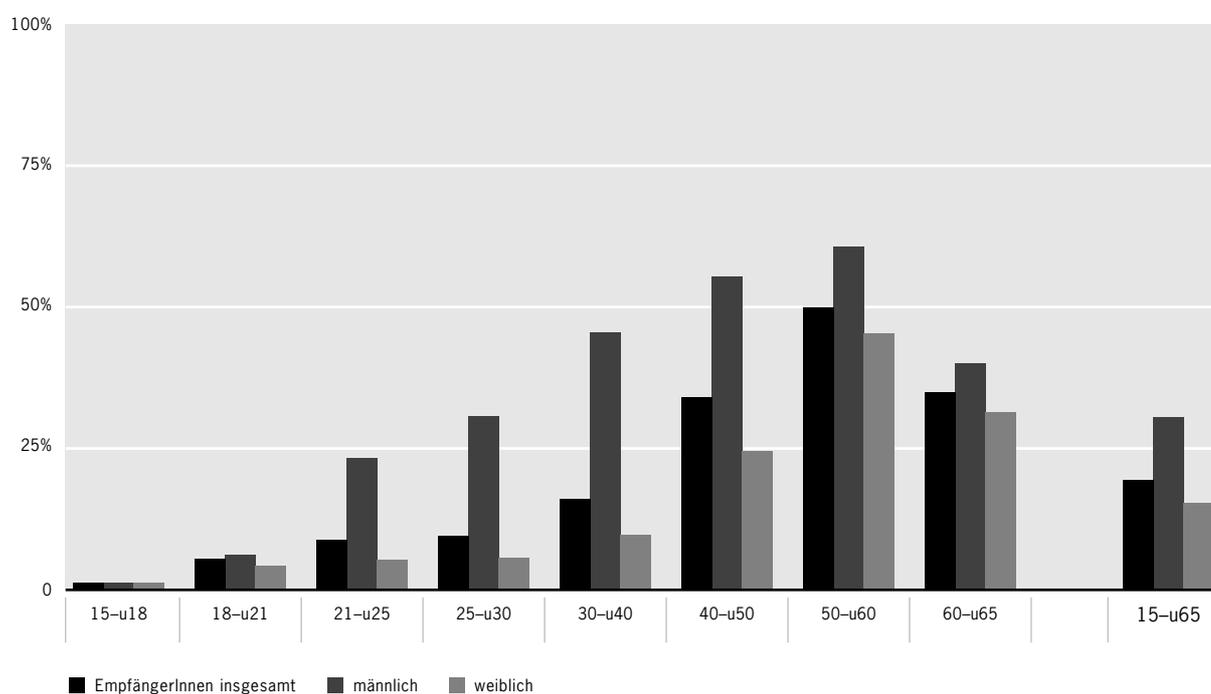
Abbildung 1.5.4/2002: Anteil der aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremerhaven Anteil an den EmpfängerInnen insgesamt in der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

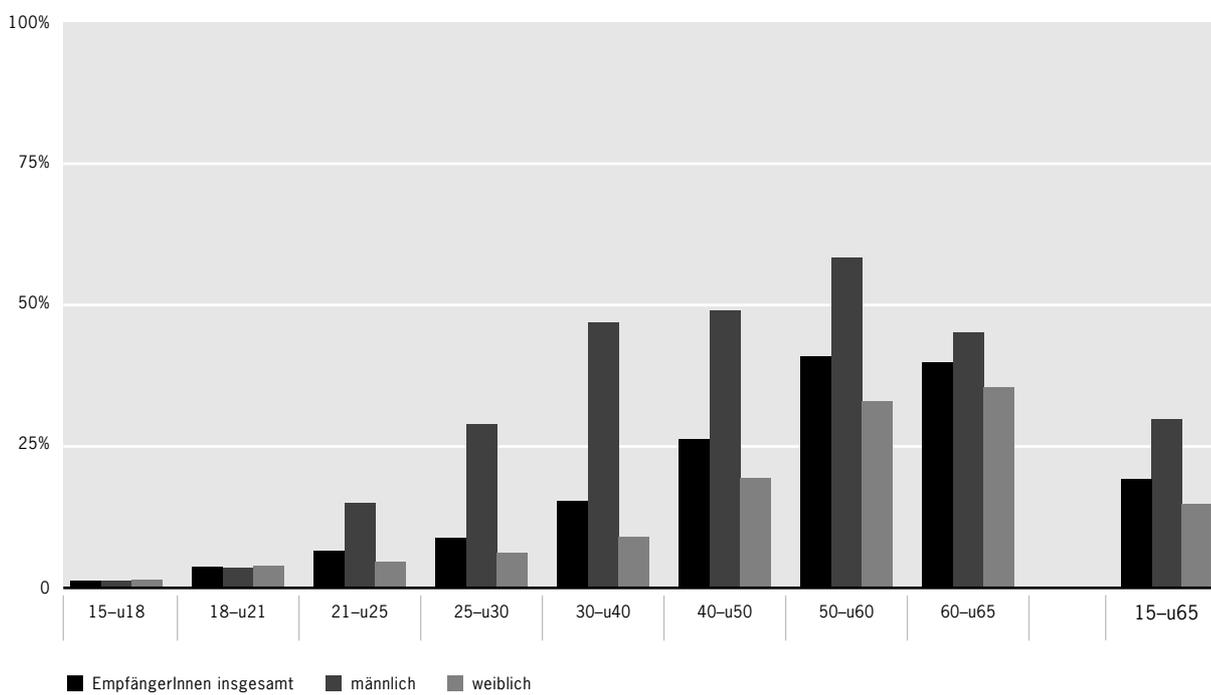
Abbildung 1.6.1/2002: Anteil der wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit nicht erwerbstätigen an den aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bundesrepublik Deutschland Anteil an der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

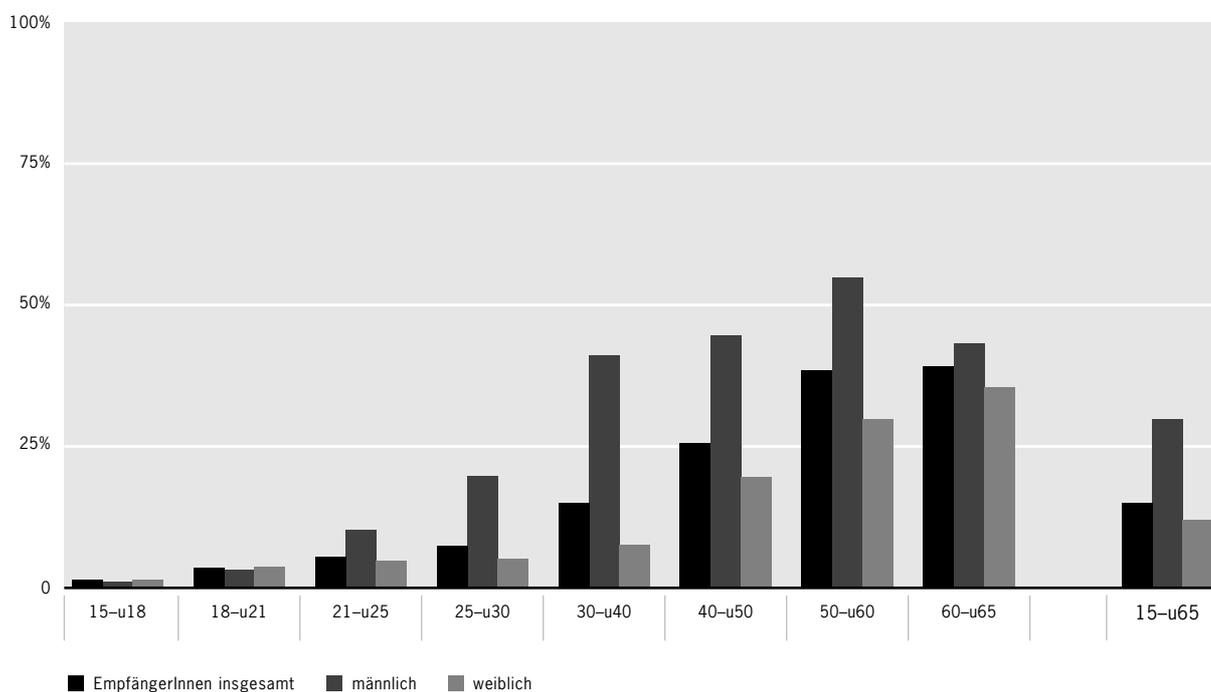
Abbildung 1.6.2/2002: Anteil der wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit nicht erwerbstätigen an den aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremen (Land) Anteil an der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

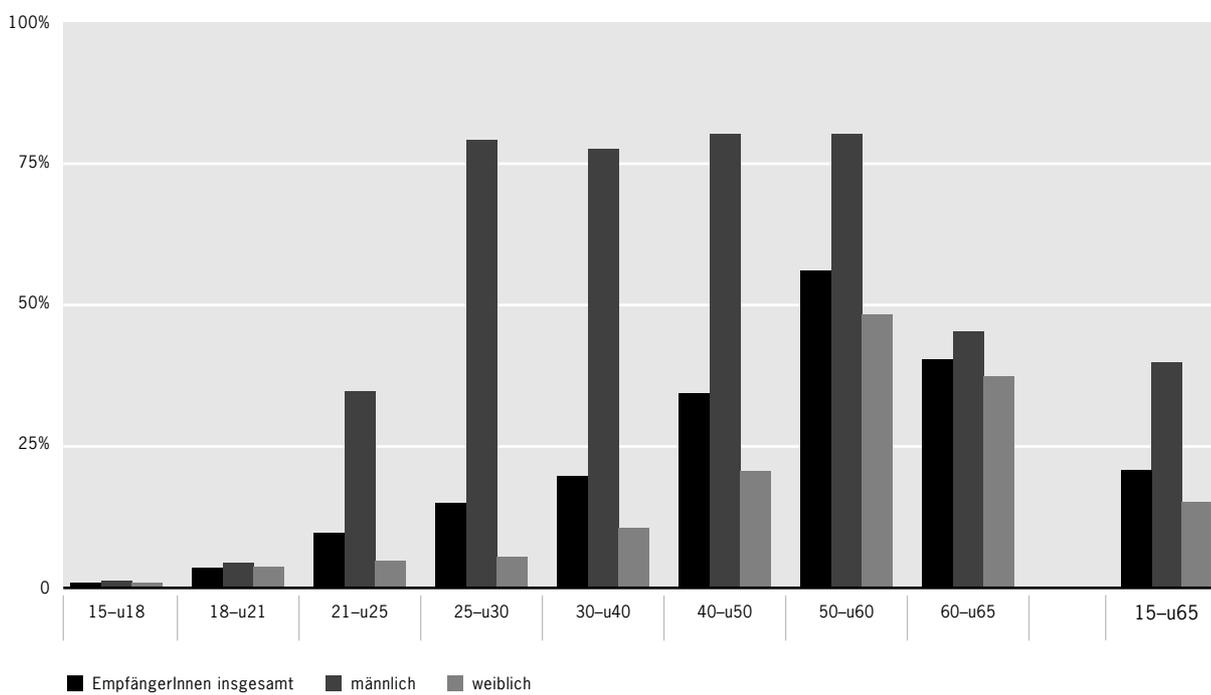
Abbildung 1.6.3/2002: Anteil der wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit nicht erwerbstätigen an den aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremen (Stadt) Anteil an der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Abbildung 1.6.4/2002: Anteil der wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit nicht erwerbstätigen an den aus anderen Gründen¹ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen – Bremerhaven Anteil an der jeweiligen Altersgruppe (Ende 2002)



¹ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

2.1 Erläuterungen zum Zahlenwerk

Sozialhilfe
Bremen (Land und Stadt) und Bremerhaven
mit Ländervergleich
EmpfängerInnen laufender Hilfe zum
Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen
Sozialhilfedichte (EmpfängerInnen pro 1.000
EinwohnerInnen)
Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus
Ende 2002

Vorbemerkung: Die folgenden Anmerkungen zur Sozialhilfe beziehen sich im Wesentlichen auf Ende 2002. Die entsprechenden Daten für Ende 2003 werden vom Statistischen Landesamt Bremen und dem Statistischen Bundesamt voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2004 veröffentlicht. Sofern Sozialhilfedaten für das Jahr 2003 (bzw. Ende 2003) genannt werden, handelt es sich um vorläufige Ergebnisse der Sozialhilfestatistik, die vom Sozialressort der Freien Hansestadt Bremen zur Verfügung gestellt wurden.

a) SozialhilfeempfängerInnen insgesamt

Ende 2002 waren in der **Bundesrepublik Deutschland** mit einer Gesamtbevölkerung von 82,537 Millionen insgesamt 2,76 Millionen Menschen in 1,44 Millionen Haushalten außerhalb von Einrichtungen auf laufende Hilfen zum Lebensunterhalt, die so genannte »Sozialhilfe im engeren Sinne«¹, angewiesen. Damit waren Ende 2002 etwa 58.000 (2,2%) mehr Menschen auf Sozialhilfe angewiesen als ein Jahr zuvor und etwa 136.000 (4,7%) weniger als Ende 1997, als mit 2,89 Millio-

nen die bisher meisten SozialhilfeempfängerInnen gezählt wurden.

Die Sozialhilfedichte, die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen, betrug Ende 2002 in der **Bundesrepublik Deutschland** 33 (Ende 2001: 33). Ende 1997 waren 35 von 1.000 Menschen auf Sozialhilfe angewiesen.

Die Verteilung der 2,76 Millionen SozialhilfeempfängerInnen auf die **10 westdeutschen Bundesländer (Westdeutschland) und 6 ostdeutschen Bundesländer (Ostdeutschland)** ist in **Tabelle 1** dargestellt.

Ende 2002 lebten im Land Bremen mit einer Gesamtbevölkerung von 662.098 insgesamt 58.888 (2,14%) der insgesamt 2,76 Millionen SozialhilfeempfängerInnen. Dies waren 1.790 (2,9%) weniger als ein Jahr zuvor und insgesamt 8.973 (13,2%) weniger als Ende 1998². Von den 58.888 SozialhilfeempfängerInnen im Land Bremen lebten 47.001 (79,8%) in der Stadt Bremen und 11.887 (20,2%) in der Stadt Bremerhaven.³

Nach den vorläufigen Daten des Sozialressorts der Freien Hansestadt Bremen lebten Ende 2003 in der Stadt Bremen insgesamt 47.025 EmpfängerInnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen. Im Vergleich zum Vorjahr (Ende 2002) ist die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen nur geringfügig gestiegen. Allerdings muss bei diesem Vorjahresvergleich beachtet werden, dass am 1. Januar 2003 das »Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG)« in Kraft getreten

¹⁾ im Folgenden kurz Sozialhilfe

²⁾ Für das Jahr 1997 (Ende 1997) liegen keine vom Statistischen Landesamt Bremen veröffentlichten Daten zur Sozialhilfe im Land Bremen vor.

³⁾ Die Altersstruktur der SozialhilfeempfängerInnen in der Stadt Bremen und Bremerhaven ist in den Tabellen 1.1 (Stadt Bremen) und 1.3 (Bremerhaven) und den Abbildungen 1.1 (Stadt Bremen) und 1.3 (Bremerhaven) dargestellt, der ausländerrechtliche Status der SozialhilfeempfängerInnen – deutsch bzw. nichtdeutsch – in den Tabellen 1.2 (Stadt Bremen) und 1.4 (Bremerhaven) und den Abbildungen 1.2 (Stadt Bremen) und 1.4 (Bremerhaven).

ist. Dies hat zu einer Reduzierung der Zahl der SozialhilfeempfängerInnen, insbesondere der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 65 Jahren und älter beigetragen. Exakte Daten darüber liegen zurzeit allerdings nicht vor. Ein Hinweis auf den Effekt des GSiG auf die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen kann darin gesehen werden, dass die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der Stadt Bremen im Verlauf des Jahres 2003, von Ende 2002 bis Ende 2003, anders als die nahezu unveränderte Zahl der SozialhilfeempfängerInnen insgesamt, um etwa 4% gestiegen ist.⁴

Die Sozialhilfedichte in den **16 Bundesländern**, die Zahl der EmpfängerInnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen pro 1.000 EinwohnerInnen in den jeweiligen Ländern und den **Städten Bremen und Bremerhaven**, ist in **Tabelle 2** dargestellt.

Die Sozialhilfedichte lag Ende 2002 im **Land Bremen** mit 89 unter der des Vorjahres (92) und deutlich unter der Sozialhilfedichte Ende 1998, als 102 von 1.000 Bremerinnen und Bremern (Land) auf laufende Hilfen zum Lebensunterhalt angewiesen waren. Die Sozialhilfedichte im Land Bremen lag damit aber immer noch um 166% über der durchschnittlichen Sozialhilfedichte in der Bundesrepublik Deutschland (Ende 2001: +181%). Ende 1998 betrug dieser relative Abstand der Sozialhilfedichte im Land Bremen zum Bundesdurchschnitt 189% und Ende 1999 und 2000 sogar +191%.

Ende 2002 waren in der **Stadt Bremen** 87 und in **Bremerhaven** 100 von 1.000 Ein-

wohnerInnen auf Sozialhilfe angewiesen. Ein Jahr zuvor, Ende 2001, waren dies ebenfalls 87 in der Stadt Bremen und 117 in Bremerhaven. Und vier Jahre zuvor, Ende 1998, erhielten in der Stadt Bremen 96 und in Bremerhaven 124 von 1.000 EinwohnerInnen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt.⁵

Im Vergleich der **76 Großstädte** in der Bundesrepublik Deutschland belegten die Städte Bremerhaven und Bremen Ende 2002 die Ränge 2 und 5. Die höchste Sozialhilfedichte (Sozialhilfequote) wurde Ende 2002 in Kassel (101 bzw. 10,1%) gemessen, gefolgt von Bremerhaven (100 bzw. 10,0%), Offenbach am Main (89 bzw. 8,9%), Saarbrücken (88 bzw. 8,8%), Bremen (87 bzw. 8,7%), Kiel (84 bzw. 8,4%), Schwerin (78 bzw. 7,8%), Berlin, Hannover und Wiesbaden (jeweils 74 bzw. 7,4%).⁶ Ein Jahr zuvor, Ende 2001, belegten die Städte Bremerhaven und Bremen noch die Ränge 1 und 4.⁷

b) SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren

Von den 2,76 Millionen SozialhilfeempfängerInnen in der **Bundesrepublik Deutschland** waren 0,89 Millionen (32,1%) Kinder im Alter von unter 15 Jahren. 0,19 Millionen (6,9%) waren 65 Jahre und älter. 1,68 Millionen (61,0%) waren 15 bis unter 65 Jahre alt und gehörten damit im Sinne der Altersabgrenzung des am 1. Januar 2005 in Kraft tretenden Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II-Grundsicherung für Arbeitsuchende) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Dies waren etwa 49.000 (3,0%) mehr als ein Jahr zuvor.

⁴ Die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 65 Jahren und älter nahm im Verlauf des Jahres 2003 nach vorläufigen Berechnungen um 38% ab. Das heißt, trotz des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen GSiG waren Ende 2003 immer noch relativ viele Menschen im sog. Rentenalter außerhalb von Einrichtungen auf laufende Hilfen zum Lebensunterhalt angewiesen.

⁵ Außerhalb von Einrichtungen; zur Entwicklung der Sozialhilfedichte in den einzelnen Altersgruppen von Ende 1998 bis Ende 2002 siehe auch die Abbildungen 1.1-1998-2002 (gesamt, männlich und weiblich) und 1.3-1998-2002 (g, m, w).

⁶ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Sozialhilfe im Städtevergleich – Ein Vergleich 76 deutscher Großstädte, Ausgabe Dezember 2003 (mit aktuellen Daten bis Ende 2002), Schaubild 1 und Tabelle 5.

⁷ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Sozialhilfe im Städtevergleich – Ein Vergleich 76 deutscher Großstädte, Ausgabe Mai 2003 (mit aktuellen Daten bis Ende 2001), Schaubild 1.

Von den 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren waren 0,99 Millionen (58,7%) Frauen.⁸

Die Sozialhilfedichte unter den 15- bis unter 65-Jährigen betrug Ende 2002 in der **Bundesrepublik Deutschland** 30. Die Sozialhilfedichte unter den Männern im Alter von 15 bis unter 65 Jahren betrug 25 und die unter den Frauen im entsprechenden Alter 36. Das heißt, die Sozialhilfedichte unter den Frauen im erwerbsfähigen Alter war um 46% höher als die unter den Männern im erwerbsfähigen Alter.

Die Verteilung der 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren auf die **16 Bundesländer** ist in **Tabelle 3** dargestellt.

Ende 2002 lebten im **Land Bremen** insgesamt 36.803 (2,19%) der 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren.⁹ Dies waren 878 (2,3%) weniger als ein Jahr zuvor und 6.129 (14,3%) weniger als Ende 1998. Von den 36.803 SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren (Ende 2002) lebten 28.980 (78,7%) in der **Stadt Bremen** und 7.823 (21,3%) in der **Stadt Bremerhaven**.¹⁰

Von den 36.803 SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im **Land Bremen** waren, wie in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt, 58,7% Frauen. (Stadt Bremen: 58,6%; Bremerhaven: 59,1%)

Die Sozialhilfedichte unter der sog. erwerbsfähigen Bevölkerung, den 15- bis unter 65-

Jährigen in den **16 Bundesländern**, und den **Städten Bremen** und **Bremerhaven**, ist in **Tabelle 4** dargestellt.

Die Sozialhilfedichte unter den 15- bis unter 65-Jährigen betrug Ende 2002 im **Land Bremen** 83. Ende 2001 waren 85 und Ende 1998 waren 94 von 1.000 Bremerinnen und Bremern im erwerbsfähigen Alter auf Sozialhilfe angewiesen. Die Sozialhilfedichte betrug Ende 2002 unter den Männern im Alter von 15 bis unter 65 Jahren 68 und die unter den Frauen im entsprechenden Alter 98. Das heißt, die Sozialhilfedichte unter den Frauen im erwerbsfähigen Alter war um 45% höher als die unter den Männern im erwerbsfähigen Alter. Der relative Abstand zwischen der Sozialhilfedichte unter den Frauen und den Männern im erwerbsfähigen Alter war damit im **Land Bremen**, bei einer insgesamt erheblich höheren Sozialhilfedichte, etwa genau so groß wie im Bundesdurchschnitt.

Ende 2002 waren in der **Stadt Bremen** 79 (Männer 65; Frauen: 93) und in **Bremerhaven** 100 (Männer: 79; Frauen: 121) von 1.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter auf Sozialhilfe angewiesen.

c) Erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen

Von den 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der **Bundesrepublik Deutschland** (Ende 2002) waren 143.368 (8,5%) entweder Teil- oder Vollzeit erwerbstätig. 63,8% (91.485) der erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen waren Frauen.¹¹

⁸ Die Verteilung der 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen bzw. der 0,69 Millionen Sozialhilfeempfänger (männlich) und der 0,99 Millionen Sozialhilfeempfängerinnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland auf die (acht) Altersgruppen ist in Tabelle 11 dargestellt.

⁹ Die Verteilung der 36.803 SozialhilfeempfängerInnen bzw. der 15.206 Sozialhilfeempfänger (männlich) und der 21.597 Sozialhilfeempfängerinnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Land Bremen auf die (acht) Altersgruppen ist in Tabelle 11 dargestellt.

¹⁰ Die Verteilung der 28.980 (7.823) SozialhilfeempfängerInnen bzw. der 12.004 (3.202) Sozialhilfeempfänger (männlich) und der 16.976

(4.621) Sozialhilfeempfängerinnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der Stadt Bremen (und Bremerhaven) auf die (acht) Altersgruppen ist in Tabelle 12 dargestellt.

¹¹ Zu den Erwerbstätigen zählen gemäß der »Erläuterungen zur Statistik über Empfängerinnen und Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt« (Statistisches Bundesamt) u.a. auch »Frauen, die sich im Mutterschutz befinden« und »Personen, die Erziehungsurlaub in Anspruch nehmen«. Andererseits gelten »Personen, die in Behindertenwerkstätten einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nachgehen, ... als »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. (Fachserie 13, Reihe 2.1, 2002).

Die Verteilung der erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen auf die **16 Bundesländer** ist in **Tabelle 5** dargestellt.

Von den 143.368 erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen (Ende 2002) lebten 3.878 (2,7%) im **Land Bremen**, und zwar 3.217 (83%) in der **Stadt Bremen** und 661 (17%) in der **Stadt Bremerhaven**. 67,8% (2.631) der erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen im Land Bremen waren Frauen (Stadt Bremen: 67,6%; Bremerhaven: 69,0%).

d) Arbeitslos gemeldete SozialhilfeempfängerInnen

Etwa 732.000 (43,5%) der 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der **Bundesrepublik Deutschland** (Ende 2002) waren arbeitslos gemeldet. Etwa 249.500 (34,1%) darunter erhielten eine Lohnersatzleistung nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III-Arbeitsförderung) und etwa 482.600 (65,9%) erhielten keine SGB III-Leistung.¹² 45,2% (330.642) der arbeitslos gemeldeten SozialhilfeempfängerInnen waren Frauen.

Die Verteilung der arbeitslos gemeldeten SozialhilfeempfängerInnen auf die **16 Bundesländer** ist in **Tabelle 6** dargestellt.

Von den etwa 732.000 arbeitslosen SozialhilfeempfängerInnen (Ende 2002) lebten 14.048 (1,92%) im **Land Bremen**, davon 6.215 (44,2%) mit und 7.833 (55,8%) ohne SGB III-Leistung. Mit 39,0% (5.477) war der Anteil der Frauen unter den arbeitslos gemel-

deten SozialhilfeempfängerInnen der niedrigste im Vergleich aller 16 Bundesländer¹³ (Stadt Bremen: 38,6%; Bremerhaven: 40,1%). 10.695 (76,1%) der arbeitslos gemeldeten SozialhilfeempfängerInnen im Land Bremen lebten in der **Stadt Bremen**, 3.353 (23,9%) in **Bremerhaven**. In der Stadt Bremen erhielten 44,8% und in Bremerhaven 42,5% der arbeitslos gemeldeten SozialhilfeempfängerInnen eine SGB III-Leistung.

e) Aus anderen Gründen nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen

Von den 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der **Bundesrepublik Deutschland** (Ende 2002) waren, wie oben dargestellt, etwa 143.000 erwerbstätig und etwa 732.000 arbeitslos gemeldet. Die anderen knapp 806.000 galten statistisch als »aus anderen Gründen nicht erwerbstätig«. Das heißt, Ende 2002 waren 47,9% der 1,68 Millionen SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren weder erwerbstätig noch arbeitslos gemeldet. Von den 0,69 Millionen Sozialhilfeempfängern (männlich) im Alter von 15 bis unter 65 Jahren waren dies 34,7% (etwa 241.000) und von den 0,99 Millionen Sozialhilfeempfängerinnen im entsprechenden Alter 57,2% (etwa 565.000). Der Anteil der Frauen an den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen betrug 70,1%.

Der Anteil der »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen an den SozialhilfeempfängerInnen im Alter

¹²⁾ Zu den LeistungsempfängerInnen ohne SGB III-Leistung (=AFR-Leistung) zählen auch die SozialhilfeempfängerInnen, »... die einen Antrag auf Arbeitslosenunterstützung gestellt haben, über den aber noch nicht entschieden« wurde (Fachserie 13, Reihe 2.1, 2002).

¹³⁾ vgl. **Tabelle 6**



von 15 bis unter 65 Jahren – 47,9% im Bundesdurchschnitt – differiert nicht nur zwischen den Geschlechtern (Männer: 34,7%; Frauen: 57,2%), sondern auch zwischen den Altersgruppen.¹⁴ Bei den SozialhilfeempfängerInnen (Männer und Frauen zusammen) war er in den Altersgruppen der 15- bis unter 18-Jährigen, insbesondere wegen noch nicht abgeschlossener Ausbildung, mit 96,2% am größten. Relativ hoch war dieser Anteil zudem in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen (56,8%; Frauen: 62,3%) und in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen (61,8%; Frauen: 68,8%). Am niedrigsten war dieser Anteil in der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen mit 35,7%. Betrachtet

man Sozialhilfeempfänger (männlich) und Sozialhilfeempfängerinnen getrennt, zeigt sich hier allerdings ein etwas anderes Bild. Bei den Sozialhilfeempfängern war der Anteil der »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen an den SozialhilfeempfängerInnen in der Altersgruppe der 25- bis unter 30-Jährigen mit 19,4% am niedrigsten, bei den Sozialhilfeempfängerinnen dagegen in den Altersgruppen der 40- bis unter 50-jährigen (44,5%) und 50- bis unter 60-jährigen (44,9%).

Die Verteilung der knapp 806.000 »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen auf die **16**

¹⁴⁾ vgl. **Tabelle 11** und die **Abbildung 1.5.1**

Bundesländer ist in **Tabelle 7** dargestellt und der Anteil dieser »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen an den SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren insgesamt in **Tabelle 9**.

Von den knapp 806.000 »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen (Ende 2002) lebten 18.877 (2,34%) im **Land Bremen**, 15.068 (79,8%) davon in der **Stadt Bremen** und 3.809 (20,2%) in **Bremerhaven**. Damit waren im Land Bremen 51,3% und in den Städten Bremen und Bremerhaven 52,0% bzw. 48,7% der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren »aus anderen Gründen nicht erwerbstätig«, d.h. sie waren weder erwerbstätig noch arbeitslos gemeldet. Der Anteil der Frauen an den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen betrug im Land Bremen 71,5% und in den Städten Bremen und Bremerhaven 70,8% bzw. 74,1%.

Die Verteilung der »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen im **Land Bremen** und den **Städten Bremen** und **Bremerhaven** auf die einzelnen Altersgruppen ist in den **Tabellen 11** (Land Bremen) und **12** (Stadt Bremen und Bremerhaven) dargestellt, der Anteil der »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen an den SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in den **Abbildungen 1.5.2** (Land Bremen), **1.5.3** (Stadt Bremen) und **1.5.4** (Bremerhaven).

f) Wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen

Von den oben genannten knapp 806.000 SozialhilfeempfängerInnen in der **Bundesrepublik Deutschland**, die Ende 2002 »aus anderen Gründen« als die gemeldete Arbeitslosigkeit nicht erwerbstätig waren, waren etwa 153.000 (19,0%) »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. ¹⁵ Die anderen etwa 653.000 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen waren entweder »wegen Aus- und Fortbildung« (etwa 118.000 bzw. 14,6% der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen), »wegen häuslicher Bindung« (etwa 276.600 bzw. 34,3%), »aus Altersgründen« (etwa 27.900 bzw. 3,5%) oder »aus sonstigen Gründen« (etwa 230.400 bzw. 28,6%) nicht erwerbstätig. ¹⁶

Die Verteilung der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen auf die fünf genannten Erhebungsmerkmale stellt sich bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich dar. Von den etwa 241.200 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern (männlich) waren 31,1% (etwa 74.900) »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. Von den etwa 564.800 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen waren es dagegen »lediglich« 13,8%. Absolut waren allerdings sogar geringfügig mehr Sozialhilfeempfängerinnen als

¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.1, 2002 (Teil A: Erläuterungen ...).

¹⁶ Für die Statistik **muss** bei jedem Empfänger im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) **eine** Angabe über den Erwerbsstatus gemacht werden. Falls die Person weder (Voll- oder Teilzeit) erwerbstätig noch arbeitslos gemeldet ist, fällt sie automatisch unter die Kategorie »aus anderen Gründen nicht erwerbstätig«. Hier **muss** der/die zuständige Sozialamt-Mitarbeiter/in entscheiden, welche der fünf möglichen Merkmalsausprägungen am ehesten auf die betreffende Person zutrifft.

Eine aus der Sozialhilfe-Statistik herrührende Definition von »Krankheit, Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit« gibt es hierbei nicht. Wenn aus Sicht des Sozialamtes weder Aus- bzw. Fortbildung, noch häusliche Bindung, noch Krankheit o.Ä., noch Altersgründe für die Nichterwerbstätigkeit ursächlich sind, **muss** die Restposition »aus sonstigen Gründen« angegeben werden (Auskunft des Statistischen Bundesamtes).

Sozialhilfeempfänger »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätig, nämlich etwa 78.200. (Männer: 74.900) Der große Unterschied zwischen dem 31,1%-Anteil¹⁷ bei den Männern und dem 13,8%-Anteil bei den Frauen erklärt sich fast vollständig aus der Nichterwerbstätigkeit »wegen häuslicher Bindung«. Während von den nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern (männlich) lediglich 5.045 »wegen häuslicher Bindung« nicht erwerbstätig waren, waren dies von den nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen etwa 271.600.

Der Anteil der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen an den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren – 19,0% im Bundesdurchschnitt – differiert nicht nur zwischen den Geschlechtern (Männer: 31,1%; Frauen 13,8%), sondern auch zwischen den Altersgruppen.¹⁸ Der Anteil nimmt mit dem Alter der SozialhilfeempfängerInnen deutlich zu. Während dieser Anteil bei den unter 30-Jährigen deutlich unter 10% liegt, sind von den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 40 bis unter 50 Jahren 33,5% (Männer: 54,5%; Frauen: 24,0%) und im Alter von 50 bis unter 60 Jahren 50,1% (Männer: 60,7%; Frauen: 43,5%) nicht erwerbstätig »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. In der Altersgruppe der 60 bis unter 65-Jährigen sinkt dieser Anteil auf 34,8% (Männer: 39,7%; Frauen: 31,5%),

weil in dieser Altersgruppe »naturgemäß« mehr SozialhilfeempfängerInnen »aus Altersgründen« nicht erwerbstätig sind. Es kann vermutet werden, dass bei nicht wenigen dieser SozialhilfeempfängerInnen »nicht erwerbstätig aus Altersgründen« gleichgesetzt werden kann mit »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«.¹⁹

Die Verteilung der etwa 153.000 »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen auf die **16 Bundesländer** ist in **Tabelle 8** dargestellt und der Anteil dieser »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen an den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen in **Tabelle 10**.

Von den etwa 153.000 »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen (Ende 2002) lebten 3.389 (2,21%) im **Land Bremen**, 2.558 (75,5%) davon in der **Stadt Bremen** und 831 (24,5%) in **Bremerhaven**.

Im **Land Bremen** waren damit 18,0% (3.389) der 18.877 »aus anderen Gründen«²⁰ nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätig. In der **Stadt Bremen** waren dies 17,0% und in **Bremerhaven** 21,8%. Die anderen 15.488 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen waren entweder »wegen Aus- und Fort-

¹⁷⁾ Anteil der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen an den »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern.

¹⁸⁾ vgl. **Tabelle 11** und die **Abbildung 1.6.1**

¹⁹⁾ Da bei der Zuordnung der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren zum Erwerbsstatus in der amtlichen Sozialhilfestatistik (hier: »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, volle Erwerbsminderung« und »aus Altersgründen«) keine Mehrfachnennungen möglich sind, bleibt dies eine – allerdings plausible – Vermutung.

²⁰⁾ nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen ohne die arbeitslos gemeldeten SozialhilfeempfängerInnen

bildung« (2.823 bzw. 15,0% der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen), »wegen häuslicher Bindung« (6.253 bzw. 33,1%), »aus Altersgründen« (475 bzw. 2,5%) oder »aus sonstigen Gründen« (5.937 bzw. 31,5%) nicht erwerbstätig.

Die Verteilung der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen auf die fünf genannten Erhebungsmerkmale stellt sich auch im **Land Bremen** bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich dar. Von den etwa 5.388 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfänger (männlich) waren 30,0% (1.617) »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. In der **Stadt Bremen**

waren dies 27,8% und in **Bremerhaven** 39,7% der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern (männlich). Von den etwa 13.489 »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen im **Land Bremen** waren dagegen »lediglich« 13,1% »nicht erwerbstätig wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. In der **Stadt Bremen** waren dies 12,5% und in **Bremerhaven** 15,6% der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen. Absolut waren allerdings im **Land Bremen** mehr Sozialhilfeempfängerinnen als Sozialhilfeempfänger »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätig, nämlich 1.772 (Männer: 1.617). Der große Unterschied zwischen



dem 30,0%-Anteil²¹ bei den Männern und dem 13,1%-Anteil bei den Frauen erklärt sich auch im **Land Bremen** fast vollständig aus der Nichterwerbstätigkeit »wegen häuslicher Bindung«. Während von den nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern (männlich) lediglich 107 »wegen häuslicher Bindung« nicht erwerbstätig waren, waren dies von den nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen 6.146.

Die Verteilung der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen im **Land Bremen** und den **Städten Bremen** und **Bremerhaven** auf die einzelnen Altersgruppen ist in den **Tabellen 11** (Land Bremen) und **12** (Stadt Bremen und Bremerhaven) dargestellt, der Anteil der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen an den »aus anderen Gründen nicht erwerbstätigen« SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in den **Abbildungen 1.6.2** (Land Bremen), **1.6.3** (Stadt Bremen) und **1.6.4** (Bremerhaven).

Im **Land Bremen** waren Ende 2002 von den 30- bis unter 40-Jährigen 15,0%, von den 40- bis unter 50-Jährigen 27,0% und von den 50- bis unter 60-Jährigen 41,7% der »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen nicht erwerbstätig »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung«. Von den »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern (männlich) waren dies 47,2% (30 bis unter

40 Jahre), 49,4% (40 bis unter 50 Jahre) bzw. 58,3% (50 bis unter 60 Jahre) und von den »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen waren dies 8,6% (30 bis unter 40 Jahre), 19,0% (40 bis unter 50 Jahre) bzw. 32,8% (50 bis unter 60 Jahre).

Beim Vergleich der entsprechenden Quoten in den beiden bremischen Städten fällt nicht nur auf, dass der Anteil der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen an den »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerinnen in **Bremerhaven** deutlich größer ist als in der **Stadt Bremen**,²² sondern dass dieser Anteil bei den Männern im Alter ab 25 Jahren durchgehend mit etwa 80 Prozent extrem hoch ist.²³

Exkurs: Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen

In den Strukturuntersuchungen der Bundesanstalt für Arbeit – seit 1. Januar 2004 Bundesagentur für Arbeit – wird jeweils im September u.a. auch die Zahl und der Anteil der Arbeitslosen »mit gesundheitlichen Einschränkungen« ermittelt. In der Bundesrepublik Deutschland waren dies Ende September 2002²⁴ 24,5% (0,96 Millionen) der 3,94 Millionen registrierten Arbeitslosen (Männer: 26,9%; Frauen: 21,6%). Der Anteil der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen nimmt mit dem Alter der Arbeitslosen deutlich zu, von 6,7% bei den unter 20-Jährigen bis 40,7% bei den Arbeitslosen im Alter von 55 bis unter 60 Jahren.

²¹ Anteil der »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen an den »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängern.

²² siehe oben

²³ Da die Zuordnung eines »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängers bzw. einer »aus anderen Gründen« nicht erwerbstätigen Sozialhilfeempfängerin zu einem der fünf Erhebungsmerkmale praktisch keine Auswirkung auf die bewilligte Leistung hat, erfolgen

diese Zuordnungen und deren Änderung im Verlauf des Sozialhilfebezugs vermutlich nicht immer mit der wünschenswerten Sorgfalt. In einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen, allerdings mit deutlich abnehmender Tendenz, erfolgt zudem eine Zuordnung zu dem wenig aussagekräftigen Merkmal »aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig«.

²⁴ Der September 2002 wurde wegen der relativen Nähe zum Dezember 2002 gewählt, auf den sich die Daten aus der Sozialhilfestatistik beziehen. Im September 2003 waren 23,7% (1,00 Millionen) der 4,21 Millionen registrierten Arbeitslosen Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen (Strukturanalyse 2002 und 2003, in: Sondernummer der Amtlichen Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit, November 2002 und Dezember 2003).

Und: Der Anteil der Arbeitslosen ist bei den Arbeitslosen mit einer längeren Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich höher als bei den Arbeitslosen, die zum Berichtszeitpunkt²⁵ erst relativ kurz arbeitslos waren. Während von den Arbeitslosen mit einer bisherigen Dauer der Arbeitslosigkeit von unter drei Monaten 16,9% gesundheitlich eingeschränkt waren, waren dies bei den Arbeitslosen mit einer bisherigen Dauer von einem Jahr und länger, den Langzeitarbeitslosen, 33,3%.

Im **Arbeitsamtsbezirk Bremen** waren Ende September 2002 21,1% und im **Arbeitsamtsbezirk Bremerhaven** 27,2% der registrierten Arbeitslosen »gesundheitlich eingeschränkt«.

Ausgehend von diesen Anteilen gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser in den beiden »bremischen« Arbeitsamtsbezirken²⁶ ergibt sich rechnerisch, dass in der **Stadt Bremen** etwa 5.450 der knapp 25.800 und in der **Stadt Bremerhaven** etwa 1.950 der knapp 7.200 arbeitslos gemeldeten EmpfängerInnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt »gesundheitlich eingeschränkt« waren.

Zusammen mit den in der Sozialhilfestatistik ausgewiesenen »wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen waren in der Stadt Bremen rechnerisch etwa 8.000 und in der Stadt Bremerhaven etwa 2.800 nicht erwerbstätige SozialhilfeempfängerInnen gesundheitlich eingeschränkt. Dies entspräche in der Stadt Bremen einem Anteil von etwa 28% und in der Stadt Bremerhaven von etwa 36% der SozialhilfeempfängerInnen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren.²⁷

²⁵⁾ hier: Ende September 2002

²⁶⁾ Die »bremischen« Arbeitsamtsbezirke umfassen neben den beiden bremischen Städten Bremen und Bremerhaven niedersächsische Gebietsteile: den Landkreis Osterholz (Teil der Arbeitsamtsbezirks Bremen) und den Landkreis Wesermünde (Teil des Arbeitsamtsbezirks Bremerhaven).

²⁷⁾ In diesen Zahlen ist nicht berücksichtigt, dass auch ein mehr oder weniger großer Teil der »aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätigen«, der »aus Altersgründen nicht erwerbstätigen« und natürlich auch unter den »wegen häuslicher Bindung« nicht erwerbstätigen SozialhilfeempfängerInnen »gesundheitlich eingeschränkt« (gewesen) sein dürfte.

→ Einleitung – Schwerpunkt: »Armut und Gesundheit«

Röntgenabteilung



Einleitung

Schwerpunkt: »Armut und Gesundheit«

»Milliardenvermögen in privater Hand, während in armen Familien das Geld für die medizinische Versorgung nicht ausreicht? Milliarden für militärische Einsätze am Horn von Afrika, während die Kinder der Arbeitslosen ihr Leben als Ausgegrenzte beginnen?«, so fragt der Deutsche Ärztetag und stellt fest: »Armut macht krank – auch in Deutschland.« Im Sinne Rudolf Virchows erklären die Ärzte sich zu natürlichen Anwälten der Armen. Das haben diese auch bitter nötig, gerade in diesen Zeiten.

Es war zwar schon immer so, dass der Kostostand wesentlich über Krankheit und Gesundheit mit entscheidet, auch wenn diese Ungleichheit im letzten Jahrhundert deutlich eingedämmt werden konnte. Jetzt wird das Rad wieder zurückgedreht und diese sozialkulturelle Errungenschaft wieder preisgegeben. Der Zugang zu medizinischer Versorgung wird verstärkt von der Zahlungsfähigkeit abhängig gemacht. Geld rückt an Stelle von Gesundheit zunehmend ins Zentrum allen Herumdokterns am Gesundheitswesen. Der Erfolg von Reformen im Gesundheitswesen wird nicht mehr daran gemessen wie sich die Gesundheit der Bevölkerung entwickelt hat, sondern daran, wieviel Einsparungen erreicht wurden bzw. wieviel der Gesundheitskosten den Patienten zugeschant werden konnten.

Das, was gegenwärtig als Gesundheitsreform das bisherige Gesundheitswesen weitgehend auf den Kopf stellt, wird von ihren Urhebern als »Jahrhundertreform« gefeiert. Tatsächlich aber ist sie eine Umverteilung der Gesundheitskosten zulasten der Patienten unter Verschonung vor allem der Pharmaindustrie. Das Institut für empirische Sozialökonomie hat es ausgerechnet: »Bisher haben die Patienten pro Jahr 2,4 Mrd. € zugezahlt. In diesem Jahr werden es 5,4 Mrd. € sein – das sind 125% mehr.«

Auch wenn es in allererster Linie ums Geld geht, entscheidender noch ist der mit der Gesundheitsreform verbundene Paradigmenwechsel, eine Veränderung der Philosophie durch die Hintertür, die die Spaltung der Gesellschaft in arm und reich aufgreift und gleichzeitig einen eigenen Impuls für die zukünftige Armutsentwicklung beiträgt.

Beispiel eins: Die Praxisgebühr hat verschiedene kritisierenswerte Komponenten. In diesem Zusammenhang ist die Schwellenfunktion der Praxisgebühr am bedeutsamsten. Sie ist für alle Menschen ein Hindernis, aber eben insbesondere für solche mit einem knappen Budget, oft verbunden mit einem unterentwickelten Gesundheitsbewusstsein. Die jahrelangen Bemühungen, ein Präventionsbewusstsein in breiteren Teilen der Bevölkerung zu erzeugen und dieses über die Mittelschicht hinauszutragen, werden damit konterkariert. Diese Reformkurzsichtigkeit führt mittel- und langfristig sogar zum genauen Gegenteil dessen, was die Reformer beabsichtigen: Vernachlässigte Prävention und verzögerte medizinische Betreuung erhöht den dann erforderlichen und ungleich teureren akut-medizinischen Aufwand. Dieser Zusammenhang ist in vielen Studien über entsprechende Gebühren in England und Schweden nachgewiesen und erste hiesige Erfahrungsberichte bestätigen dies.

Beispiel zwei: Die Zuzahlungsregelung bei Medikamenten basiert auf dem Prinzip, dass nur noch verschreibungspflichtige Medikamente von den Kassen zu erstatten sind (bei einem deutlich erhöhten Eigenanteil), was heißt, nur die harten chemischen und nebenwirkungsreichen Arzneien werden bezahlt, wohingegen die lediglich apothekenpflichtigen Medikamente, also die eher mit natürlichen Wirkstoffen arbeitenden, nebenwirkungsarmen Mittel, seit neuestem vom Patienten selbst zu bezahlen sind. Damit werden Menschen bestraft, die sich auf schonendere, aber wirkungsähnliche Mittel einlassen und die belohnt, die eher zu Chemie greifen (welches unter Umständen

sogar teurer sein kann als das Naturprodukt). Wer arm ist, hat bei den zum Teil horrenden Zuzahlungen gar keine Alternative zur Chemie. Damit wird Vernunft einer kurzfristigen Ersparnisphilosophie geopfert, die sich am Ende wahrscheinlich als Kostenlawine für die Kassen herausstellen wird.

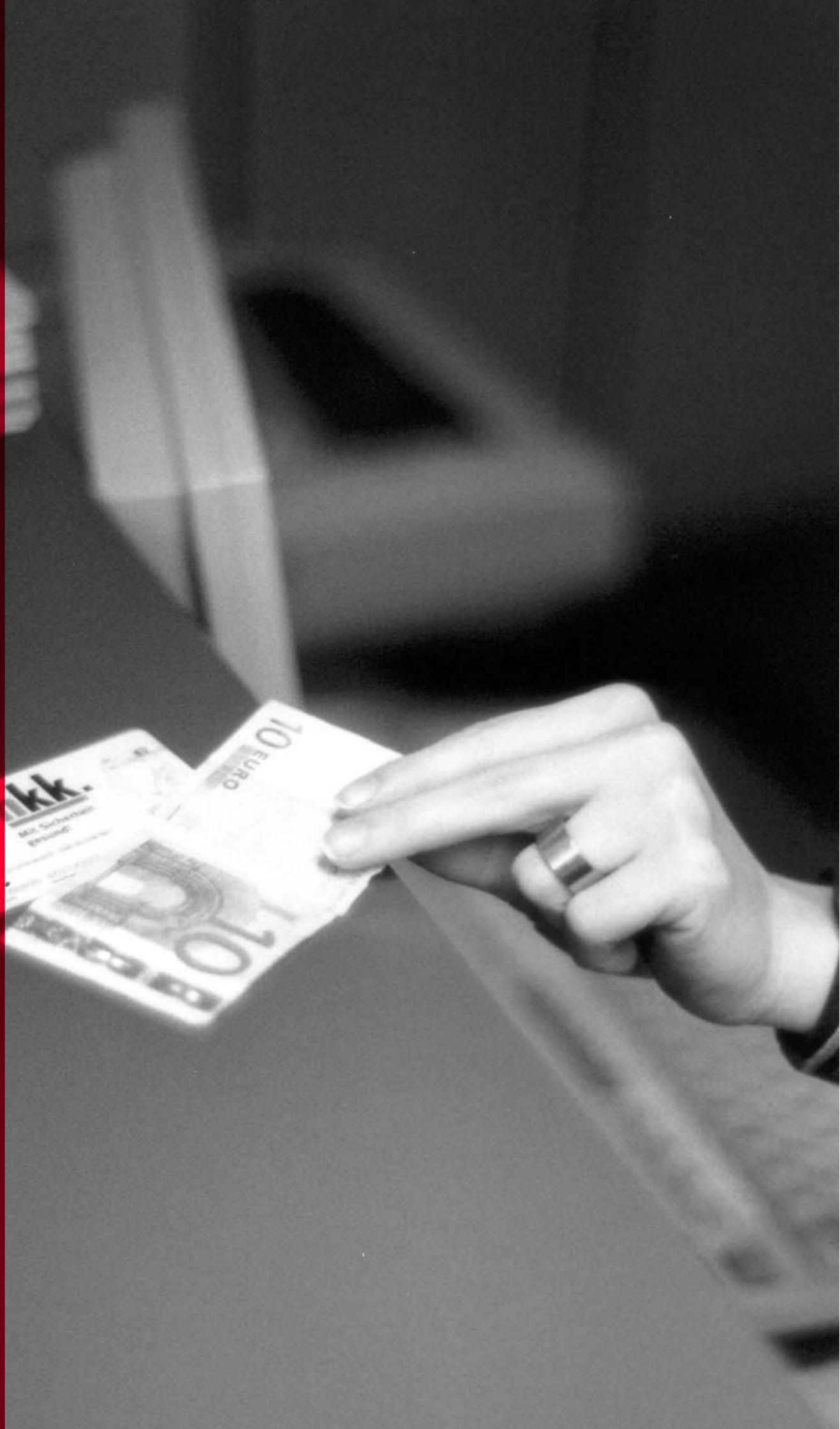
Beispiel drei: Ärzte werden mittels Budgetbeschränkungen gegen ihren Willen und Sachverstand gezwungen, billigere, dafür nebenwirkungsreichere Medikamente zu verordnen, anstatt die gebotenen, weil schonenderen, aber eben teureren Medikamente anzuwenden. Mehr noch: Das, was Ärzte als medizinisch notwendig erachten, wird aus Kostengründen abgelehnt. Wer sich nun diese teuren Medikamente privat nicht leisten kann, muss mit minderwertiger Behandlung und erheblichen Nebenwirkungen leben.

Drei Beispiele für den grundsätzlichen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik: Geld sticht Gesundheit aus und wer kein Geld hat, muss sich künftig mit weniger Gesundheit zufrieden geben. Krankheit als Lebensrisiko wird zunehmend zu einem privaten Risiko. Das ist eine neue Qualität. Sie besteht nicht darin, dass Armut krank macht, das war immer so. Sie besteht darin, dass Krankheit arm machen kann. Dieser Umstand wurde bisher weitgehend durch das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden. Nun dreht sich der Wind.

Der diesjährige Armutsbericht hat das Thema Armut und Gesundheit zum Schwerpunkt. In verschiedenen Beiträgen wird unter verschiedenen Gesichtspunkten das Problem beleuchtet, immer die Lebenssituation von armen Menschen im Focus.



→ 3 Gesundheit – Krankheit – Armut



3 Gesundheit – Krankheit – Armut

Wenn die Gesundheit auf der Strecke bleibt

Das Gesundheitswesen grundsätzlich erneuern und »aus dem 19. Jahrhundert ins 21. Jahrhundert bringen« – das hatte sich die Regierung vorgenommen. Deutschlands Gesundheitssystem sollte modernisiert werden, denn in den letzten Jahren kam es zu erheblichen Finanzierungsproblemen. Allein im letzten Jahr betrug das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung knapp 3 Mrd. €.

Das in den letzten Jahren aufgelaufene Finanzdefizit ist darauf zurückzuführen, dass die Sozialversicherung erhebliche Kosten für die deutsche Einheit aufzubringen hatte. Zudem wurden der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entlastung öffentlicher Haushalte und anderer Sozialversicherungszweige zusätzliche Lasten aufgebürdet. Eine weitere Ursache ist die chronische Arbeitsmarktkrise. Die steigende Arbeitslosigkeit führt zu erhöhten Ausgaben und sinkenden Beitrags- und Steuereinnahmen. Die Finanzierungsprobleme sind in diesem Sinne keine Ausgaben- oder Kostenprobleme, sondern ein Einnahmerückgang.

Bei den Kosten beginnen, so war der Ansatz zur so genannten »Reform«. Nicht die Fragen von Über-, Fehl- und Unterversorgung oder mangelnder Qualität standen im Vordergrund. Zwar sind die Beiträge seit 1960 von damals ca. 7% auf heute ca. 14% der Lohnkosten gestiegen, doch die Ausgaben für Gesundheit lagen stets im Rahmen der allgemeinen Wohlstandsentwicklung.

»Reduzierung von Lohnnebenkosten« – dieses Zauberwort wird überall in Verbindung mit den Maßnahmen der Agenda 2010 proklamiert – so auch im Kernstück, der Gesundheitsreform. Dabei kann alle Schönrederei nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit dieser Begründung wesentliche Stand-

beine unseres solidarischen Sozialversicherungssystems derzeit von den Politikern preisgegeben werden. Solidarität, das hieß in den Grundzügen dieses Systems die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, die paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern und eine Verteilung der finanziellen Lasten. Wer viel verdiente, zahlte mehr, wer weniger verdiente, zahlte weniger.

Allein im Jahr 2004 werden die Versicherten mit 7,4 Mrd. € den Löwenanteil dieser zur Entlastung der Kassen geplanten Maßnahmen leisten – insgesamt drei Viertel (!) der zusätzlich aufzubringenden Finanzmittel. Dagegen kommen einige Ärzteguppen und die Pharmaindustrie vergleichsweise günstig weg.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist das Risiko in Armut zu geraten in der Bundesrepublik im Jahr 2002 von 11% auf 12,7% angestiegen. Als Ursache dafür machte der Nationale Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, der von der Bundesregierung im Mai 2004 vorgelegt wurde, die anhaltende Konjunkturschwäche mit anhaltend hoher Arbeitslosigkeit aus. Das Risiko »krank zu werden, krank zu sein« wird in den nächsten Jahren ein immer größer werdender Faktor für Armut werden.

Jeder zehnte Mensch in Deutschland ist arm und Armut kann krank machen. Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein stark erhöhtes Risiko zu erkranken, einen Unfall zu erleiden oder von Gewalt betroffen zu sein. Im Durchschnitt leben arme Menschen sieben Jahre kürzer als diejenigen, die über ein gesichertes Einkommen verfügen.

In der Satzung der Weltgesundheitsorganisation wird Gesundheit als »Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit« definiert (WHO 1946). Von dieser Definition, die auch psychische, emotionale und soziale Dimensionen umfasst, sind wir im Hinblick auf die Gesund-

heit armer Menschen meilenweit entfernt. Oft berücksichtigt die Diskussion nur noch die »körperlichen Faktoren«.

Die Folgen sind schon sichtbar

Aktuell gibt es bei PatientInnen und Versicherten große Unsicherheiten, Hilflosigkeit und offene Fragen. Auch wenn die genauen Auswirkungen der Gesundheitsreform noch nicht statistisch erhoben sind, die Mängel und Versorgungsprobleme sind sichtbar und spürbar.

Nicht allein bundesgesetzliche Regelungen und die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung sind für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zuständig. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist sowohl auf Landes- wie kommunaler Ebene mit entsprechenden Behörden zuständig. Zudem finanzieren Bund, Länder und Kommunen eine Vielzahl von Vereinigungen und nicht-staatlichen Institutionen, um über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus die gesundheitlichen Belange der BürgerInnen zu berücksichtigen.

Insofern müssen im Rahmen eines Armutsberichtes für das Land Bremen sowohl Fragestellungen der bundespolitischen »Reformen« und ihrer Konsequenzen auf in Armut lebende Menschen berücksichtigt werden, als auch die Veränderung der öffentlichen Infrastruktur wie der Gesundheitsdienste auf Landes- und kommunaler Ebene.

Dabei kann dieser Beitrag nur exemplarisch die komplexen, sich verändernden Rahmenbedingungen von gesetzlichen Vorgaben im Gesundheitswesen und der Krankenversicherung, die Neustrukturierung der Gesundheitsdienste und die Korrelationen mit den Sozialreformen der Agenda 2010 oder den sich verschlechternden Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und ihre Folgen für die Menschen darstellen.

3.1 Die Ökonomisierung des öffentlichen Gesundheitswesens und die Folgen

Kernpunkte der Gesundheitsreform sind:

- ▶ Ausgrenzung und Streichung von Leistungen,
- ▶ Erhöhung von Zuzahlungen und neue Zuzahlungen,
- ▶ Belastungsgrenzen statt Sozialklausel (keine vollständige Befreiung mehr).
- ▶ Privatisierung einzelner Leistungen aus dem bisherigen Leistungsangebot.

Damit ist klar, dass diese neuen Regelungen insbesondere die Armen, GeringverdienerInnen und Kranken treffen. Denn höhere Zuzahlungen und Ausgrenzung von Leistungen sollen zusätzliche Gelder ins System bringen – unabhängig vom Kassenbeitrag. Dabei treffen diese Maßnahmen nur die Kranken, nicht die Versicherten insgesamt.

Hier beginnt der Paradigmenwechsel im neuen Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Gesunde werden entlastet, PatientInnen zahlen immer mehr. Damit ist die schleichende Abkehr vom Solidarprinzip verbunden.

Bei all diesen gekoppelten Versorgungs- und Finanzierungsmodellen ist zu befürchten, dass die Veränderungen die Versorgungssituation sozial benachteiligter Menschen verschlechtern.

Dabei ist auch für Deutschland erwiesen:

- ▶ Bei Erwachsenen führt Krankheit in verstärktem Maße zu Armut und zugleich macht Armut krank;
- ▶ bei Kindern führt die Armut im späteren Lebensalter zu Krankheit.

Nach der alten Sozialklausel waren Personen mit einem Einkommen bis 966 € vollständig von Zuzahlungen befreit. Nach der neuen Regelung werden alle mit bis zu 2% des jährlichen Bruttoeinkommens belastet. Nur für eine sehr kleine Gruppe chronisch Kranker senkt sich diese Belastungsgrenze auf 1%.

Damit erhöht sich das Risiko, durch Krankheit arm zu werden und ebenso bei in Armut lebenden Personen das Risiko, krank zu werden. Denn die finanziellen Eigenanteile sind insbesondere für Arme und GeringverdienerInnen eine zusätzliche Belastung und vor allem weder zeitlich noch in der Höhe kalkulierbar oder planbar.

Bei finanziellen Notlagen ist davon auszugehen, dass medizinische und rehabilitative Leistungen von einkommensschwachen Haushalten nicht mehr oder viel zu spät in Anspruch genommen werden. Dies hat sich schon in den ersten Statistiken der Krankenkassen bestätigt.

In der Diskussion der Gesundheitsreform kamen und kommen arme Menschen eindeutig zu kurz. Ihre Interessen und die möglichen Auswirkungen des Gesetzes bzw. seiner Ausführungsbestimmungen sind im Rahmen der sozialpolitischen Festsetzungen von Rahmenbedingungen nur wenig berücksichtigt worden.

Die Ausgrenzung und Streichung von Leistungen

2,5 Mrd. € Einsparung durch Streichung von bisherigen Leistungsansprüchen und 3,5 Mrd. € durch Neuregelung des Zahnersatzes erhofft sich die Bundesregierung z.B. im Jahr 2007.

So entfallen aus dem Leistungskatalog: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Sehhilfen, Sterbegeld und Fahrtkosten (mit Ausnahmeliste).

Zwar wird Zahnersatz versicherungspflichtig bleiben. Aber nach den Vorstellungen der Konsensparteien sollen Versicherte nun eine private Zusatzversicherung abschließen.

Für viele Einkommensschwache dürfte vor allem auch der Wegfall des Zuschusses für Sehhilfen prekär sein. Ihre Anschaffung wird zudem nicht bei der 2%-Belastungsgrenze

angerechnet, ebenso wenig wie eventuelle Kosten beim Zahnersatz.

Mehr Geld ins System durch neue und erhöhte Zuzahlungen

3,2 Mrd. € jährliche Entlastung für die Kassen, das sind 3,2 Mrd. € jährliche Mehrbelastung für die Patientinnen und Patienten. Durch diese Zuzahlungen soll unabhängig vom Kassenbeitrag Geld ins System gebracht werden.

Die Praxisgebühr ist eine dieser neuen Zuzahlungen, die alle als »Eintrittsgebühr« zur ärztlichen Konsultation zahlen müssen. Formal wird sie in den Arztpraxen erhoben und mit den Honoraren für die Ärzte verrechnet. »Wer nicht zahlt, wird wieder nach Hause geschickt«, so lautet die Ansage. Denn für die Ärztelobby ist die Praxisgebühr der Kernpunkt ihrer Öffentlichkeitsarbeit gegen die Reform. Sie verursacht eigene Kosten und Mehraufwand, ohne finanziellen Nutzen für die Ärzte.

Da die Praxisgebühr bei Arztbesuchen für jedes Quartal anfällt und zudem auch beim Zahnarztbesuch, ist die Rechnung einfach: »Sparen« ist nur möglich, wenn Arztbesuche möglichst in einem Quartal zusammengefasst oder vermieden werden. Doch weder chronische Krankheiten, Krankheitserreger noch Unfälle orientieren sich in der Regel an vorgegebenen Zeitplänen.

Erhöhung der alten Zuzahlungen

Höhere Zuzahlungen für Medikamente und Behandlung: Soziale Härten, etwa für HeimbewohnerInnen, Obdachlose oder SozialhilfeempfängerInnen, Alleinerziehende und NiedrigverdienerInnen, sind vorprogrammiert. Die Aufhebung der Härtefallregelung und die flächendeckende Zuzahlung sind für die Haushalte die Belastung, die am offensichtlichsten – und am wenigsten kalkulierbar und planbar – finanziell zu Buche

schlagen. Diese Kosten sind für arme PatientInnen oft noch gravierender als die Praxisgebühr:

- ▶ 10%, mindestens 5 €, höchstens 10 € pro Medikament,
- ▶ 10% plus 10 € für Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik oder Sprachtherapie) und Leistungen der häuslichen Krankenpflege,
- ▶ 10 %, mindestens 5 €, maximal 10 € für Hilfsmittel (Hörgerät, Einlagen oder Rollstuhl), um nur die wichtigsten zu nennen.

Belastungsgrenze statt Sozialklausel

Begrenzt ist die Zuzahlungssumme auf 2% des jährlichen Bruttoeinkommens (für chronisch Kranke auf 1%, doch dazu gehören nur wenige). Um dies zu erreichen, heißt es Quittungen sammeln und nach Erreichen der Grenze zusammen mit dem letzten Steuerbescheid zur Krankenkasse zu gehen und eine Freistellung von weiteren Zuzahlungen zu beantragen.

Doch auch in diesem Punkt wurde übersehen, dass viele Betroffene häufig nicht so strukturiert und organisiert sind und oft gar nicht die Informationen haben, dass sie dafür die nötigen Papiere zusammenbrächten. Es ist nicht auszuschließen, dass ein solcher Antrag aus Scham, Unvermögen oder Unkenntnis oft nicht gestellt wird.

Obwohl für alle Mitglieder eines Haushaltes, der auf Sozialhilfe angewiesen ist, der Eigenanteil auf den Monat umgerechnet lediglich bei zurzeit 5,92 € liegt, muss eventuell schon zum Jahresanfang erst der gesamte Jahresanteil in Höhe von 71,04 € erbracht werden, ehe dann – nach Vorlage der Quittungen bei der Krankenkasse – für den Rest des Jahres eine Freistellung bescheinigt werden kann.

An kaum einer anderen Stelle des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wird offenkundiger, wie handwerklich schlecht und realitätsfern dieses Gesetz im Hinblick auf

die soziale Ungleichheit ausgestaltet wurde und wie folgenschwer es sich auswirkt.

Eine sozialverträgliche Regelung dieser Belastungsgrenze hatte Ulla Schmidt Anfang 2004 noch gefordert – doch daraus ist auch in Bremen nichts geworden. Für den Heimbereich ist geregelt, dass das Sozialamt den jährlichen Eigenanteil in 12 Monatsraten vom Taschengeld der Heimbewohner abzieht, doch für SozialhilfeempfängerInnen besteht keine derartige Regelung. Sie sind zurzeit noch auf die jeweiligen Absprachen mit der zuständigen Sachbearbeitung angewiesen. Nach der Neuregelung der Sozial- und Arbeitslosenhilfe sollen dann alle einmaligen Leistungen im Arbeitslosengeld II (ALG II) entfallen, wie der Zuschuss zur Anschaffung einer funktionierenden Waschmaschine oder die Bekleidungspauschale.

Der Anfang vom Ende des Sozialstaats ist gemacht

Neue Zuzahlungen wie die Praxisgebühr, Erhöhung alter Zuzahlungen z.B. bei Medikamenten und Heilmitteln, Krankenhausaufenthalten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen und nicht zuletzt die anstehende Privatisierung z.B. der Zahnversorgung sind die gravierenden und offensichtlichen Härten für Arme und für armutsnahe Schichten. Diese »ökonomischen Steuerungswerkzeuge« – wie sie auch manchmal verharmlosend genannt werden – sind nicht im Einzelnen so problematisch, sondern in der Summe aller ineinander verzahnten und abhängigen Finanzabschöpfungsmechanismen. Die Ausgrenzung ganzer Leistungspakete wie Sehhilfen, rezeptfreie Medikamente und Wegfall von Fahrtkosten lassen sich schlicht zusammenfassen: Kranke zahlen mehr, Gesunde zahlen weniger und profitieren u.U. noch von den ebenfalls eingeführten Bonusmodellen der Kassen.

Die Gesundheitsreform auf einen Blick

<p>Jährliches Einsparpotenzial von 9,8 Mrd. in 2004 bis 23 Mrd. in 2007</p>	<p>Finanzierung des Krankengeldes Sonderbeitrag der Arbeitnehmer in Höhe von 0,5 Beitragspunkten. Keine Arbeitgeberanteile ab 2007</p>	<p>Erhoffte Entwicklung des Beitragssatzes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2004</th> <th>2005</th> <th>2006/07</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13,6¹</td> <td>13,3</td> <td>13,0</td> </tr> <tr> <td>AG² AN³</td> <td>AG AN</td> <td>AG AN</td> </tr> <tr> <td>6,80 6,80</td> <td>6,48 6,83</td> <td>6,08 6,93</td> </tr> </tbody> </table>	2004	2005	2006/07	13,6 ¹	13,3	13,0	AG ² AN ³	AG AN	AG AN	6,80 6,80	6,48 6,83	6,08 6,93
2004	2005	2006/07												
13,6 ¹	13,3	13,0												
AG ² AN ³	AG AN	AG AN												
6,80 6,80	6,48 6,83	6,08 6,93												
<p>Angestrebte Einsparungen in 2007</p> <p>Finanzierung durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steuerzahler 4,2 Mrd. Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Krankheit eines Kindes • Ausgrenzungen 2,5 Mrd. Sterbegeld, Fahrtkosten, Sehhilfen/Brillen, rezeptfreie Medikamente • Krankengeld 5 Mrd. • Zahnersatz 3,5 Mrd. • Zuzahlungen 3,2 Mrd. • Beiträge aus Versorgungsbezügen 1,6 Mrd. • Pharmaindustrie/Struktureffekte 3 Mrd. 	<p>Eckpunkte der Finanzierung: Zuzahlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausaufenthalte/ Stationäre Vorsorge- und Rehaaufenthalte 10,- €/Tag maximale Dauer 28 Tage • Arzt- und Zahnarztbesuche Pro Quartal 10,- € Arztbesuch ohne Überweisung weitere 10,- € • Medikamente 10% des Preises pro Mittel min. 5,- bis max. 10,- € • Heilmittel, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Sozialtherapien je Verordnung 10,- € und bei max. 28 Tagen 10% der Kosten 	<p>Ausgrenzung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung</p> <p>Zukünftige Eigenfinanzierung (fällt nicht unter Zuzahlungshöchstsatz):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehhilfen/Brillen ausgenommen Kinder, Jugendliche bis 18 Jahren • Rezeptfreie Medikamente ausgenommen Kinder, Jugendliche bis 18 Jahren • Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen • Künstliche Befruchtung und Sterilisation • Sterbegeld • Entbindungsgeld 												
<p>Belastungsgrenzen bei Zuzahlungen bis zu 2%, bei chronisch Kranken bis 1% des Bruttoeinkommens</p>	<p>Erstattung von ambulanter Behandlung im EU-Ausland</p>	<p>Zahnersatz ab 2005 Zusatzversicherung In privater oder gesetzlicher Krankenkasse</p>												
<p>Kinder von allen Zuzahlungen befreit</p>	<p>Bonusregelungen möglich bei bestimmten Präventionsmaßnahmen oder Teilnahme am Hausarztssystem oder der integrierten Versorgung.</p>	<p>Krankengeld ab 2006/07 Finanzierung durch die Versicherer durch Sonderbeitrag</p>												

¹ in Prozent des Bruttogehaltes, ² Arbeitgeberanteil, ³ Arbeitnehmeranteil

3.2 Die Folgen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes: Einige Beispiele aus einer langen Liste

Beispiel: Sozial Benachteiligte

Blanke Not herrscht da, wo keine Kasse und keine Sozialhilfe mehr greift. Wohnungslose und Süchtige, Menschen mit geistiger Behinderung, psychisch Kranke, Alte und AsylbewerberInnen stehen eh schon am untersten Ende der Einkommensskala und werden besonders belastet.

Beispiel Wohnungslose: ca. 690.000 wohnungslose Menschen leben in Deutschland (1998), der Anteil wohnungsloser Kinder und Frauen steigt. 80–90% benötigen ärztliche Behandlung. Haupterkrankungen sind Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane, Hauterkrankungen, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems sowie des Skelettsystems, psychiatrische Erkrankungen (einschl. alkoholbedingter Erkrankungen), Zahnerkrankungen und Traumata (Misshandlungen und sexuelle Gewalt speziell bei wohnungslosen Frauen).

An diese benachteiligten Bevölkerungsgruppen kann niemand gedacht haben, als das Gesundheitsmodernisierungsgesetz gemacht wurde. Die Verwaltungsinstrumentarien haben mit ihrer Lebenswirklichkeit nichts zu tun. So erhalten Wohnungslose über die wechselnden Anlaufstellen ihren Sozialhilfebedarf in Form von Tagessätzen, in Bremen derzeit 7,79 € pro Tag. Alleine für die Praxisgebühr würde mehr als ein Tagessatz draufgehen. Eigenanteile für Medikamente usw. sind schon gar nicht zu bezahlen.

Gänzlich absurd werden die Vorgaben z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt. In diesem Fall würden nur 30% des Tagessatzes ausbezahlt werden, nämlich 2,34 €. Gesetzlich festgesetzt ist eine Zuzahlung des Patienten/der Patientin in Höhe von 10 € täglich. Die entsprechende Regelung gilt ebenso für Sozialhilfeempfänger mit Wohnung. Schon im

Januar schlug das Sozialzentrum der Inneren Mission der Diakonie Alarm. Die Notversorgung im Jakobushaus des Vereins für Innere Mission in Bremen sollte ebenfalls 10 € Praxisgebühr erheben. Nachdem dies öffentlich wurde, konnte das Problem nunmehr für die Betroffenen entschärft werden. Der Verein zur Förderung der medizinischen Versorgung Obdachloser im Lande Bremen e.V. sammelt Spenden, die für Zuzahlungen verwendet werden. Mit Hilfe der Ärztekammer wurde eine Regelung gefunden, die diese Praxis von den Gebühren befreit. Hier ist der Schritt in die Zwei-Klassen-Versorgung sichtbar. Die von Armut betroffenen Kranken sind darauf angewiesen, was freie Wohlfahrtspflege und Kirchen, freiwilliges Engagement von Pflegepersonal und Ärzten zustande bringen – mit Spenden und Bürgerengagement.

Beispiel: SozialhilfeempfängerInnen / BezieherInnen von ALG II / Geringverdienende

De facto senken die Elemente des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes die Sozialhilfe oder die Bezüge des Arbeitslosengeldes II. Denn zusätzliche Gebühren und Zuzahlungen, sei es die Rezept- oder Praxisgebühr oder die Ausgrenzung von Leistungen, führen zu ihrer schleichenden Absenkung. In der derzeitigen Berechnung der Sozialhilfesätze oder auch vom zukünftigen ALG II sind keine medizinischen Aufwendungen einkalkuliert. Selbst wenn, wären diese Kosten kaum zeitlich kalkulierbar.

Zurzeit sind diese Zuzahlungen in Bremen für eine von Sozialhilfe lebende Familie auf 71,04 € pro Jahr begrenzt. Dabei darf nicht vergessen werden, dass all diese Eigenanteile und Ausgaben für gestrichene Leistungen, Ausgaben für frei verkäufliche Mittel, Kosten für Gesundheitskurs usw. nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet werden. Alle diese Eigenanteile oder Kosten wirken sich bei Krankheit zusätzlich finanziell negativ aus. Für die Betroffenen ist es

schwer, die Prioritäten im Armuts-Haushalt abzuwägen: Essen, Medikamente, die neue Brille oder die Teilhabe der Kinder, z.B. an einer Klassenfahrt.

Willkürliche Belastungsgrenzen drücken unter die Armutsgrenze

Besonders betroffen sind auch Menschen, die wenig mehr als Sozialhilfe oder ALG II haben oder deren Einkommen durch Kosten für Kinder sehr gering ist. Denn für sie gelten nicht die festgeschriebenen Belastungsgrenzen in Höhe von 71,04 € in Bremen, sondern die 2%-Belastungsgrenze auf das jährliche Bruttoeinkommen, von denen dann »Freibeträge« abgezogen werden können. Die Zuzahlungsregelungen beziehen sich dabei auf das Familien-Jahres-Bruttoeinkommen, inklusive Sonderzahlungen. Von diesen Jahres-Familieneinkommen werden dann z.B. Beträge für den ersten Angehörigen in Höhe von 4.347 € und für jedes familienversicherte Kind in Höhe von 3.648 € abgezogen. Berechnungen zeigen, dass die finanziellen Schwierigkeiten, Zuzahlungen zu leisten umso größer sind, je geringer das Einkommen ist. Unterhalb einer Einkommensgrenze von 2.000 € liegt die reale finanzielle Belastung für Gesundheitsausgaben schon weit über 4% des monatlichen Einkommens.¹ Sie können bis zu 10% anwachsen.

Akute schwere Erkrankungen reißen große Löcher in die Haushaltskasse, chronische Erkrankungen sind ein dauerhaftes Budgetrisiko. So liegt selbst bei einem Jahresbruttoeinkommen von 20.000 € die jährliche Belastungsgrenze im Geringverdienerhaushalt je nach Familienstand und angerechneten Freibeträgen wesentlich höher, teilweise mehr als doppelt so hoch im Vergleich zum Regelsatz für die von Sozialhilfe lebende Familie.

Auch in diesem Fall gilt: Erst wenn die jährliche Belastungsgrenze erreicht ist, kann ein Antrag auf Befreiung für die Zukunft erfolgen.

Beispiel: Frauen

Frauen gehören aus mehreren Gründen zu den Verliererinnen der Gesundheitsreform. Allgemein verfügen Frauen über ein geringeres Einkommen aus Erwerbstätigkeit. Die Bremer Zahlen zum Einkommensgefälle, die exakt die bundesweite Situation widerspiegeln, liegen dabei bei einem 33% geringeren durchschnittlichen monatlichem Verdienst.

Frauen leben weitaus häufiger als Männer an oder unter der Armutsgrenze und dies in nahezu allen Lebensphasen.

Neuere Untersuchungen belegen, dass Frauen in besonderem Maße durch die Schulmedizin von Unter-, Fehl- und Überversorgung betroffen sind.

Die Bindung der Erstattung an die Rezeptpflicht benachteiligt beispielsweise Frauen, die in der Regel häufiger homöopathische und naturheilkundliche Medikamente nutzen. Dies trifft vor allem auch in Zeiten vor einer Schwangerschaft, bei Kinderwunsch, während einer Schwangerschaft und in der Stillzeit zu. Dabei ist die Rezeptpflichtigkeit in keiner Weise an die Wirksamkeit von Arzneimitteln gebunden, sondern daran, ob giftige Nebenwirkungen bekannt oder Antibiotika enthalten sind.

Frauen haben eine sensiblere Körper- und Krankheitswahrnehmung, sind häufiger und in jüngeren Jahren von chronischen Krankheiten betroffen und haben ein anderes Medikamenten- und Arztkonsultationsverhalten als Männer. Damit sind sie in besonderer Weise

¹Vgl. Waldemar Streich: Private Gesundheitsausgaben, in: Gesundheitsmonitor 4/03, Bertelsmann-Stiftung.



vom Ausschluss der rezeptfreien Medikamente und von der Praxisgebühr betroffen.

Die von der Bundesregierung behauptete Befreiung von der Praxisgebühr für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen trifft in der Regel nur auf eine sehr reduzierte Vorsorgekonsultation zu. Alle anderweitigen Fragen – die in der Regel das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin beinhalten – müssten danach außen vor bleiben. Daher ist davon auszugehen, dass Frauen auch bei Vorsorgeuntersuchungen in gynäkologischen Praxen in der Regel die Praxisgebühr bezahlen.

Beispiel: Familie (Mutter-Kind-Kuren / Vater-Kind-Kuren)

Ein besonders gravierendes Beispiel für die Unzulänglichkeiten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, für die Diskrepanz zwischen postulierten politischen Absichten und deren Umsetzung ist die Mutter-/Vater-Kind-Kur.

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter sind gesetzlich vorgesehene Leistungen der Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch (SGB) V. Sie bieten in der Regel (frauen-)spezifisch ausgerichtete, ganzheitlich orientierte, umfassende und interdisziplinär abgestimmte Gesundheitsmaßnahmen, die dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen.

Im Jahre 2002 wollte die Bundesregierung mit einer Neufassung der bis dato bestehenden Regelung zur Mutter-Kind-Kur familienpolitisch ein Zeichen setzen. Denn Mehrfachbelastungen durch Familie, Partnerschaft, Beruf oder andere soziale Rahmenbedingungen können krank machen und es sollte sichergestellt sein, dass auch für Mütter und Väter mit kleineren Kindern eine effektive Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahme möglich ist.

Nachfragen bei den kassenunabhängigen Vermittlungsstellen für das Land Bremen ergaben, dass 2003 zwischen 36 und 47% der Personen, deren Kuren bewilligt worden

waren, von Zuzahlungen befreit waren. Dies betrifft zumeist Frauen, denn noch immer tragen sie die Hauptlast von Hausarbeit und Erziehung in der Familie. Die Frauen, die von den gesetzlichen Zuzahlungen nicht befreit waren, waren häufig teilzeitbeschäftigte Erwerbstätige. Ein Beleg, dass vor allem Frauen mit niedrigem Einkommen betroffen sind.

Bundesweit werden mehr als 40% der Mutter-Kind-Maßnahmen mit der Begründung abgelehnt, dass ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft seien. Entsprechendes gilt auch für das Land Bremen. Dabei ist diese Argumentation doppelt perfide. Denn so wird eine Maßnahme erst dann bewilligt, wenn im Vorfeld von den Frauen/Männern erhebliche Kosten erbracht werden. Nach dieser Argumentationskette müssen regelmäßig Arztkonsultationen mit Praxisgebühr fällig werden sowie entsprechend hohe Anteile an Zuzahlungen für Heilmittel und Medikamente im Vorfeld einer zu beantragenden Maßnahme.

Insbesondere bei erwerbstätigen Personen mit niedrigem Einkommen (Teilzeit oder geringe Verdienste) müssen so im Vorfeld längerfristige hohe finanzielle Belastungen aufgebracht werden. Stattdessen führen die Regelungen praktisch zu einem erheblichen Rückgang dieser Leistungen und sie werden die Chronifizierung von Krankheiten und einen weitgehenden Ausschluss dieser spezifischen PatientInnengruppen nach sich ziehen. Dass erwerbstätige Eltern mit kleinen Kindern gar nicht die Zeit haben, ambulante Maßnahmen durchzuführen, interessiert hierbei nicht.

Da ist es nicht verwunderlich, wenn seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ein hoher Rückgang bei den Belegungszahlen festzustellen ist und grundsätzlich der Fortbestand dieser Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gefährdet wird.

Beispiel: Kinder

Bereits im 1. Armutsbericht der Arbeitnehmerkammer von 2002 für Bremen war auf den hohen Anteil von Kindern in der Sozialhilfestatistik und auch im Grenzbereich von Armut hingewiesen worden. Seitdem sind die Zahlen weiter gestiegen.

Neben kumulierenden negativen sozialen Lebenslagenmerkmalen hat Kinderarmut insbesondere auch Auswirkungen auf die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung von Kindern.

Eine Gesundheitsreform mit eingebauter Kindersicherung – das versprach die Werbung. Doch ganz so ist es nicht. In Kinderarztpraxen sind die Besuche zurückgegangen. Und auch bei den Leistungen ist das nicht die ganze Wahrheit: Zwar sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von sämtlichen Zuzahlungen befreit. Doch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen für Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren selbst bezahlt werden. Das gilt für Grippemittel, Schnupfen ebenso wie z.B. für Goldgeist, das bei Läusen eingesetzt wird. Auch dies bedeutet erhebliche zusätzliche Belastungen für die Familien oder entsprechend überdosierte oder gefährliche Medikamente.

Bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörung gilt die Zuzahlungsbefreiung bis zum Alter von 18 Jahren. Da kann aus finanziellen Gründen schnell eine Pathologisierung in die Wege geleitet werden, die für die Betroffenen mit erheblichen »Nebenwirkungen« verbunden ist.

Für Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, gibt es in Bremen keine ausgegliederten Einrichtungen mehr. Vor 20 Jahren hatte man angefangen, behinderte und sozial auffällige Kinder in die Regelkindergärten aufzunehmen. Dieses integrative Modell ist heute Standard in Bremen. Das Personal, das sonst in separaten Einrichtungen konzentriert war, verteilt sich so

auf alle Einrichtungen mit Integrationsgruppen. Mit dem Gutachten über den Hilfebedarf ist ein Rechtsanspruch auf Förderung verbunden. Aus festgelegten Kriterien für den Hilfebedarf errechnet sich die Personalzuweisung. Doch die Bedarfe stiegen in den letzten Jahren schneller, denn Entwicklungsverzögerungen, ängstliche und psychisch belastete Kinder werden mehr. Um die Kosten für die Forderungen auf dem bisherigen Stand zu halten, wurde das Gesundheitsamt angewiesen. Nunmehr werden nur noch so viele Anträge auf Förderung bewilligt, wie sich aus der festgelegten Summe bezahlen lassen. Die Kriterien wurden herabgesetzt und die Hilfebedarfe neu begutachtet – mit erstaunlich weniger Hilfebedarfen als zuvor.

In § 30 Sozialgesetzbuch IX zur Früherkennung und Frühförderung wird festgelegt, dass medizinische Leistungen zur Frühförderung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern im Setting-Ansatz und als Komplexleistung zu organisieren sind. Dabei fallen Kosten für die medizinisch-therapeutischen Leistungen den beteiligten Rehabilitationsträgern, die heilpädagogischen Leistungen, Beratung und Erhebungen allerdings den Kommunen zu.

Diese sinnvolle Koordination von nicht ärztlichen therapeutischen, psychologischen, heilpädagogischen, sonderpädagogischen, psychosozialen Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen wäre dabei ein wichtiger Ansatz, um Defizite frühestmöglich durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

Bislang wurde keine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Bremen und den Krankenkassen und Rehabilitationsträgern abgeschlossen. Über die Gründe für die bislang nicht abgeschlossene Vereinbarung zwischen Krankenkassen und öffentlichen Kassen im Land Bremen darf spekuliert werden. Die Kassen sind leer.

Beispiel: Jugendliche

Die Unterversorgung benachteiligter Kinder setzt sich im Jugendalter fort. Das Gesundheitsamt Bremen hat im Dezember 2003 eine Auswertung »Bildungsziele Gesundheit – Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen« vorgelegt. Der Bericht bestätigt, dass Jugendliche ohne Schulabschluss überproportional gesundheitliche Auffälligkeiten, Störungen und Schädigungen haben. Danach wurden medizinisch relevante Befunde bei drei Viertel (77,5%) festgestellt. Nur jeder 4. Jugendliche dieser Gruppe konnte als völlig gesund bezeichnet werden. Die häufigsten Befunde waren mit 31,2% Allergien/Hauterkrankungen, mit 30,8% Sehschwächen, mit 22,8% orthopädische Befunde, mit 19,6% psychische Befunde und mit 16,7% Übergewicht. Rauchen, Alkohol und Drogen wurden überproportional konsumiert. Die weiblichen Jugendlichen erschienen durchgängig kränker als die männlichen Jugendlichen. Hier müssen häufig hochtraumatisierende Ereignisse wie z.B. körperliche und sexuelle Gewalt berücksichtigt werden. Mehr als 10% eines Jahrgangs macht diese Gruppe von Jugendlichen ohne Schulabschluss und Ausbildungsmöglichkeit aus.

Langzeitarbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug, langfristig erhebliche Kosten durch Multimorbidität im Erwachsenenleben bis hin zum Abgleiten in Kriminalität sind vorprogrammiert, wenn hier übergreifend nicht bald etwas geschieht. Keine Gesellschaft kann sich eine Vergeudung von Ressourcen dieser Art und in diesem Umfang erlauben. Vor allem Anstrengungen der Ressorts Bildung und Soziales sind notwendig. Dabei müssen niedrigschwellige Angebote gemacht werden, um die Jugendlichen zu erreichen und Sozialarbeit muss in enger Kooperation mit Schule erfolgen.

3.3 Reduzierung der Gesundheitsdienste auf der kommunalen Ebene

Für die Durchführung der vom Bund erlassenen Gesetze sind die Länderministerien, in Bremen der Senator für Gesundheit als oberste Landesbehörde verantwortlich.

Auf kommunaler Ebene werden die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Senator für Gesundheit in der Stadtgemeinde Bremen und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven in der Stadtgemeinde Bremerhaven und den nachgeordneten Behörden, z.B. den Gesundheitsämtern, wahrgenommen.

Nach dem Selbstverständnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die Kommune die »natürliche Handlungsebene« zur Organisation und Umsetzung öffentlicher Gesundheit, denn die praktische Arbeit wird vor Ort geleistet. So heißt es auch im »Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen« (BremGBL 1995, in der Fassung vom Februar 2001), dass der öffentliche Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben mit anderen Trägern sowie mit Behörden, Verbänden und Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten soll.

Zu den Kernaufgaben gehören u.a.:

- ▶ Die gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsbildung wie Mutter- und Kinderberatung oder Schulgesundheitspflege,
- ▶ die Gesundheitsvorsorge zur Förderung gesunder Lebensweise einschließlich Bewertung der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit,
- ▶ Durchführung von Maßnahmen der Prävention,
- ▶ gesundheitliche Hilfen und gesundheitlicher Verbraucherschutz.

Doch was sich im Gesetz – in allgemeiner Absichtserklärung – so schön liest, sieht in der bremischen und Bremerhavener Alltagswirklichkeit der letzten Jahre nicht ganz so rosig aus. Unter dem Diktat eines verfassungskonformen Haushaltes wurden nach

dem Prinzip Hoffnung zwar Investitionen auf verschiedenen Ebenen getätigt, um den »wirtschaftsstrukturellen Wandel« einzuleiten. Im Zuständigkeitsbereich der Senatorin für Gesundheit oder im Sozialen wurden die Mittel dagegen erheblich eingeschränkt.

So »verschwanden« in den letzten Jahren immer mehr niedrigschwellige Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen oder Fort- und Weiterbildungsinstitutionen. Teilweise entfiel eine Grundfinanzierung, was entweder zur erheblichen Reduzierung des Beratungsangebotes, zur Weiterführung auf ehrenamtlicher Basis oder zur Auflösung ihrer umfassenderen Tätigkeit geführt hat.

Die vorliegenden Gesundheitsberichte aus Bremen und Bremerhaven, aber auch die beiden Mitteilungen des Senats über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von Juni 2001² und April 2004³, bestätigen den Zusammenhang von Armut und Gesundheit bei Kindern. Je größer die Armut, desto deutlicher ausgeprägt sind Verhaltensauffälligkeiten, Sprachstörungen, Essstörungen, Bewegungsdefizite, körperliche Beeinträchtigungen und Bildungschancen. Im Zusammenhang mit der Bremer Untersuchung muss festgestellt werden, dass dabei von einer relevanten Größenordnung bei Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen auszugehen ist. Dabei hat die gesundheitliche Situation Folgen bis hin zu Einschränkungen in der Berufswahl und Erwerbstätigkeit. Von den vielen eingeforderten Defiziten und Absichtserklärungen der Senatsmitteilung von 2001 wurde nur wenig umgesetzt.

²Vgl. Bremische Bürgerschaft Landtag: Drs. 15/765 »Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention«. Mitteilung des Senats vom 26.06.2001 auf die große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN.

³Vgl. Bremische Bürgerschaft Landtag: Drs. 16/214 »Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen«. Mitteilung des Senats vom 20. April 2004 auf die große Anfrage der Fraktion der CDU und der SPD.

Dabei werden die Defizite und Probleme sozialer Lebenslagen offenkundig und bestätigen, dass zur Verbesserung ein starker niedrigschwelliger Gesundheitsdienst notwendig wäre. Ebenso wird deutlich, dass regelmäßige Gesundheitsberichte helfen können, auf deren Ergebnisse dann eine Gesundheitsplanung zu erfolgen hat und Gesundheitsziele festzuschreiben sind.

Insbesondere mit der Verabschiedung von Gesundheitszielen könnte eine notwendige überfällige Neuausrichtung der Politik eingeleitet werden. Dabei wäre es sinnvoll, auch andere Akteure wie beispielsweise die gesetzlichen Krankenkassen, die Ärzteschaft, den Landessportbund und die Arbeitnehmerkammer einzubeziehen. Je früher gesundheitliche Mängel und Fehlentwicklungen erkannt werden, desto eher können niedrigschwellige, leicht erreichbare und kostenlose Angebote ansetzen. Angebote müssen dabei den Sozialstatus berücksichtigen, gendersensibel sein und Bildungsangebote, Betreuung und Beratungsdienste einschließen. Hier ist konkret die Kommune und das Land gefordert.

3.4 Die Situation in Bremerhaven

Im April 2004 waren mehr als 10.300 Arbeitslose in der Stadt Bremerhaven gemeldet, die Quote lag damit bei 20,2%. Dagegen sank die Erwerbslosenquote in der Stadt Bremen. Mit einer Quote von 13,5% hat das Land Bremen nach wie vor die höchste Arbeitslosigkeit aller westdeutschen Bundesländer.

Besonders bedrückend ist die hohe Anzahl von Langzeitarbeitslosen, die länger als ein Jahr nach einem Job suchen. In Bremerhaven sind es mehr als 50% der Arbeitslosen. Für eine große Anzahl von Jugendlichen fehlt es an Lehrstellen. Nahezu 17.000 Personen lebten im April 2004 in Bremerhaven von der Sozialhilfe oder erhielten Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Damit hat Bremerhaven eine Sozialhilfedichte, die

knapp unterhalb 11% in den letzten Jahren lag.

Mindestens 400–500 der erwachsenen Personen aus dieser Gruppe gelten aus gesundheitlichen Gründen als nicht arbeitsfähig (unter 3 Stunden pro Tag). Einige weitere Daten machen die prekäre Situation der Stadt deutlich: Ca. 12.000 Menschen sind als schwerbehindert anerkannt oder gleichgestellt. Schon heute gibt es in Bremerhaven mehr über 60-Jährige als im Vergleich mit anderen deutschen Städten.

Ein besonderes Problem stellt sich bei den ca. 2.500 Personen, die bislang nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert waren und die nun nach § 264 SGB V den gesetzlichen Krankenkassen zugeordnet wurden. Erwartet werden für die Kommune durch diesen Verwaltungsvorgang Einsparungen, die allerdings bislang noch nicht beziffert werden können.

Wie Bremen hat Bremerhaven in den letzten Jahren einen politisch harten Wirtschaftskurs verfolgt. In vielen sozialen Bereichen kam es zu gravierenden Kürzungen. Dabei besteht in Bremerhaven im Vergleich zu Bremen ein geringeres Beratungsangebot bei den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsthemen. So gibt es praktisch kaum niedrigschwellige Angebote für Frauen und Männer in den einzelnen Stadtteilen, die wenigen Angebote sind eher bei Behörden oder Wohlfahrtsverbänden angesiedelt. Viele Angebote werden zudem nur durch ehrenamtliche HelferInnen ermöglicht. Der Bremerhavener Topf, aus dem Selbsthilfegruppen unterstützt werden, wurde von 47.000 € in 2002 auf 41.600 € für 2005 reduziert. Lotto-Toto-Mittel stehen in Bremerhaven daneben nicht zur Verfügung.

Häufig sind die Einrichtungen und Einzelangebote sehr klein und zeitlich eingeschränkt, die Vernetzung und Kommunikation aufgrund der Strukturen sind sehr schwierig. Trotz der augenscheinlichen Vielzahl von Kontaktadressen, die zum Beispiel aktuell im

Bremerhavener Stadtbuch von 2004 zusammengetragen worden sind, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Aktivitäten nur unter schwierigen Bedingungen aufrechterhalten werden können und dass in Bremerhaven nach wie vor wichtige Möglichkeiten für Beratung und Hilfe, Mitarbeit und Teilnahme sowie Kultur und Freizeit fehlen.

Auch in Bremerhaven wurden in den letzten Jahren Stellen eingespart, gekürzt oder Projekte sind spätestens in den nächsten Sparrunden wieder bedroht (z.B. Aids-Beratung, Drogenberatung). Angesichts der sich in Bremerhaven in den letzten Jahren verschlechternden gesundheitlichen und sozialen Situation bedeutet jede Beibehaltung des Status quo oder selbst geringe Reduzierungen eine nicht unerhebliche

Verschlechterung. Dabei ist zu befürchten, dass mittelfristig auch das ehrenamtliche Engagement nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann.

Sollte die Kommune sich entscheiden, zukünftig kein eigenständiges kommunales Arbeitsförderungsprogramm aufzulegen, würde dies zu einer weiteren Verschlechterung führen. Denn bei den Versuchen und Investitionen der letzten Jahre wurden auf dem 2. Arbeitsmarkt in Beschäftigungsgesellschaften durchaus – wenn auch angesichts der Problematik bescheidene – Erfolge erzielt. Auch viele Angebote von Initiativen und Wohlfahrtsverbänden wie z.B. Kleiderkammern sind zukünftig nur über entsprechend bezuschusstes Personal aufrechtzuerhalten.



Das Angebot der Bremerhavener Wohlfahrtsverbände für alte, kranke und behinderte Menschen ist gut ausgebaut. Doch auch hier waren in den letzten Jahren eine Verschlechterung durch die Bundesregelungen, aber auch die Reduzierung kommunaler Finanzierungsanteile spürbar. Pflegesätze wurden eingefroren. Der Betreuungsschlüssel z.B. im Bereich des betreuten Wohnens hat sich kontinuierlich verschlechtert.

In Einzelfällen werden Beratungsangebote auch von Bremen aus mit bedient wie etwa durch die Unabhängige Patientenberatung, die in der Regel einmal wöchentlich Beratungen vor Ort durchführt. Dabei hebt auch der Tätigkeitsbericht für 2002 hervor, dass »die wirtschaftlich angespannte Situation Bremerhavens sich auch bei den Patientinnen und Patienten bemerkbar macht. Viele Menschen sind schon längere Zeit arbeitslos, woraus sich spezifische Nachfragen und Probleme, häufig in Bezug auf die Sozialversicherungsträger ergeben. (...) Da Bremerhaven insgesamt kleiner als Bremen ist, ist auch das ärztliche Angebot eingeschränkt. (...) die Patienten haben nur begrenzte Möglichkeiten, die Ärztin/den Arzt zu wechseln ...«⁴

Der Bericht zur Kindergesundheit in Bremerhaven-Lehe

Seit Dezember 2003 liegt in Bremerhaven ein Bericht zur »Kindergesundheit in Lehe« des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes vor. In diesem sozialen Brennpunkt Bremerhavens sollte die soziale Lage als Einflussfaktor für die Gesundheit insbesondere der Vorschulkinder untersucht werden, um »die Situation fassbarer zu machen, sowie Handlungsbedarfe aufzuzeigen«⁵.

Die Erhebung vom November 2000 bis 2001 umfasste dabei ärztliche Untersuchungen, Seh- und Hörscreening, Körpergröße und Körpergewicht, ErzieherInnenfragebögen mit u.a. Einschätzungen zu Verhaltensauffälligkeiten sowie strukturierte Interviews.

Als zentrale Probleme wurden benannt: Verhaltensauffälligkeiten, schlechte sprachliche Kompetenzen der Kinder und Bewegungsmangel. Etwa ein Drittel der vorschulischen Kinder hatten Verhaltensauffälligkeiten. Sie haben Konzentrationsprobleme, sind ruhelos, werden aggressiv, haben starke Schüchternheit bzw. Gehemmtheit oder Distanzlosigkeit. Bei jedem fünften Kind wird die sprachliche Verständigung als problematisch angesehen. Übergewicht, Fehl- und Mangelernährung, schlechte Zahngesundheit, Asthma, Hautkrankheiten, Impflücken werden immer wieder angeführt.⁶ Immer öfter wurden in den letzten Jahren das Gesundheitsamt und Sozialamt eingeschaltet. Aber auch wenn in begrenztem Maße im Rahmen der Kindertagesstätten in den vergangenen Jahren Veränderungen in den Angeboten, z.B. durch Gestaltung von Bewegungsräumen, eingeleitet wurden, die allgemeine soziale Struktur in Bremerhaven und insbesondere in Lehe und Leherheide ist durch einzelne Verbesserungen von Angeboten und Maßnahmen nicht grundsätzlich zu ändern.

»Ende 2000 bestand in der Stadt Bremerhaven die höchste Sozialhilfedichte bei Kindern unter sieben Jahren, nahezu jedes vierte Kind im Alter unter sieben Jahren (bzw. deren Eltern/Mütter/Väter) war auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Bei Kindern unter 18 Jahren war dies immer noch etwa jedes 5. Kind, wobei sich keine Unterschiede für deutsche und ausländische Kinder zeigten.«⁷

⁴ Tätigkeitsbericht 2002 der Unabhängigen Patientenberatung Bremen, April 2003.

⁵ Seestadt Bremerhaven, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst: Kindergesundheit in Lehe, Dezember 2003, S. 3.

⁶ Siehe dazu auch: Bremische Bürgerschaft Landtag: Drs. 16/214

»Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen«. Mitteilung des Senats vom 20. April 2004 auf die große Anfrage der Fraktion der CDU und der SPD.

⁷ Seestadt Bremerhaven, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst: Kindergesundheit in Lehe, Dezember 2003, S. 25.

In den Kindergärten des Stadtteils Lehe wird z.B. der weitaus größte Teil der Kindergartenbeiträge vom Jugendamt bezahlt. Die Mehrzahl der Familien ist auf Sozial- oder Arbeitslosengeld angewiesen oder erhält familienergänzende Förderung. In den letzten Jahren wurde offensichtlich, dass das Geld häufig nicht mehr bis zum Monatsende reicht. Durch Langzeitarbeitslosigkeit sind alle Ressourcen aufgebraucht. Häufig ist das Mittagessen in der Kita oder Schule die einzige Mahlzeit am Tage. Die Stadt Bremerhaven gibt einen Zuschuss in Höhe von 1 €, den Rest der Kosten von zurzeit 1,45 € müssen die Eltern oft für mehrere Kinder monatlich von der Sozialhilfe selbst aufbringen. Dann sind selbst 20 bis 30 € pro Kind für den Mittagstisch eine nicht unerhebliche Belastung bei einem Sozialhilfesatz in Höhe von zurzeit 148 € für ein Kind bis 6 Jahre pro Monat. Da verwundert es nicht, wenn nicht alle das Angebot »in Anspruch« nehmen (können). Zum Monatsende – so berichten KindergärtnerInnen und LehrerInnen – gibt es Kinder, die nichts mehr zum Frühstück haben und hungrig zum Kindergarten oder zur Schule kommen.

Daher wird seit einigen Jahren an einigen Schulen des Stadtteils neben dem Mittagstisch auch eine Betreuung oder Schularbeitshilfe angeboten. Häufig sind Eltern aufgrund ihrer Langzeitarbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit nicht mehr in der Lage, den Alltag der Kinder befriedigend zu regeln.

Die schlechte Lebenssituation der Kinder, Jugendlichen und Eltern soll im Rahmen des ESP-Projektes URBAN II auch mit dem Projekt »Schule im Quartier« verbessert werden. Die »Schule im Quartier« besteht aus den vier Projektsäulen »Pädagogischer Mittagstisch«, »Lernen im Kindergarten«, »Schule für Kinder« und »Schule für Eltern«. So lernen in der »Schule für Eltern« Erziehungsberechtigte elementare Grundfertigkeiten in Haushaltsführung, Erziehung, Partnerschaft und Gesundheit. Einige Kurse wurden bereits durchgeführt. Mitte Oktober vergangenen Jahres hat das Arbeitsförde-

rungs-Zentrum (AFZ) die Trägerschaft für das URBAN-Projekt der Europäischen Union übernommen. Hiermit sollen Hilfestellungen gegeben werden, um den Betroffenen später eine bessere persönliche und berufliche Ausgangsposition bieten zu können. Die Projektkosten werden vom Arbeitsamt Bremerhaven, dem Land Bremen, der Stadt Bremerhaven und der Europäischen Union finanziert. Dennoch bedrückend, dass diese sozialen Ansätze den geringsten Teil des Gesamtprogramms ausmachen und sogar geringer sind als die Kosten für die Evaluation und technische Begleitung.

Doch der Mangel ist groß und gilt für nahezu alle Bereiche: Es fehlen zusätzliche Fachkräfte für pädagogische Arbeiten, Differenzierungsmöglichkeiten, kostenlose Ferienangebote usw. Die jüngst beschlossenen zusätzlichen Stellen an pädagogischem Personal in Brennpunktstadtteilen sind immer nur auf ein Jahr befristet und mehr als »Botschaft« einer bemühten Politik und Administration zu sehen. Doch auch andere »Botschaften« kommen in den Einrichtungen an: So gibt es ab 2004 keinen kostenlosen Eintritt mehr im Zoo oder anderen städtischen Einrichtungen für Kinder aus den sozialen Brennpunkten. Das Freibad Speckenbüttel wird geschlossen.

Notwendig wäre auch ein Betreuungsangebot für unter 3-Jährige, das Frauen überhaupt die Möglichkeit einräumen würde, erwerbstätig zu sein. Denn oft sind es noch die Frauen, denen kurzfristige oder geringfügige Arbeitsverhältnisse angeboten werden – so auch bundesdeutsche Erfahrungen. Die Versorgungsquote der unter 3-Jährigen liegt in Bremerhaven lediglich bei 1,8%.⁸ Für das Kindergartenjahr 2004/2005 stehen 15 Plätze zur Verfügung. Über 150 Anmeldungen lagen bis zum Sommer vor. Der Bedarf

⁸⁾ Kindergartenjahr 2002/2003. Im Vergleich dazu liegt die Quote in Bremen bei 8,2%. Nach dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend müsste die Quote auf 30% erhöht werden, um den Bedarf zu decken.

ist weitaus größer, denn einige Träger hatten nicht gemeldet, viele Eltern gar auf die Anmeldung verzichtet. Die Situation für Hortplätze ist vergleichbar.

Die insbesondere schlechte gesundheitliche und soziale Situation der Kinder in Bremerhaven-Lehe und Leherheide, aber auch in abgeschwächter Form im gesamten Stadtgebiet, verwundert nicht. Bremerhaven ist nicht allein bei den Arbeitslosen- und Sozialhilfezahlen in den bundesdeutschen Ranking-Listen auf den vordersten Negativplätzen. In Bremerhaven wohnen auch mehr allein erziehende Frauen mit minderjährigen Kindern. Mit mehr als 10% lag Bremerhaven in den letzten Jahren immer auf den vorderen Plätzen. Hier trifft das Fehlen von niedrigschwelligen Angeboten besonders. Dabei tragen in der Regel die Frauen die Hauptlast. In den Kitas und in der Grundschule, besonders in den Stadtteilen Lehe und Leherheide sind die gesundheitlichen Folgen von Armut längst sichtbar geworden. Besonders geeignet wäre hier ein »setting-orientiertes« Vorgehen, das an der Gesundheitsförderung ansetzt. Insofern ist den Schlussfolgerungen des Bremerhavener Berichtes unbedingt beizupflichten, der langfristige Strategien in Kooperation aller Beteiligten (Gesundheitsamt, Amt für Jugend und Familie, Kindertagesstätten, Schulen, Stadtentwicklung, Krankenkassen, Freie Träger, Kirchen,...) fordert.

Dabei fordert das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ebenso wie das 9. Sozialgesetz zur Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen in § 30 die Integration und Förderung benachteiligter Kinder und ihrer Familien. Zugleich fordern sie Maßnahmen, mit deren Hilfe die Benachteiligungen und Defizite kompensiert werden können. Dazu bedarf es adäquater Rahmenbedingungen, die eine erweiterte Personal-, Sach- und Finanzausstattung erfordern.

Die Ergebnisse des Berichts zur Kinder- und Jugendgesundheit in Lehe, als auch die Recherchen zu diesem Bericht zeigen, dass es einen

»dringenden Handlungsbedarf« nicht nur für Bremerhaven-Lehe gibt, sondern in ähnlicher Weise auch für andere Stadtteile. Kindbezogene, frauen-, eltern-/familienbezogene und Kita-orientierte Ansätze müssen entsprechend koordiniert werden. Weiterhin sollen mehrere Stadtausschüsse die Fragestellungen beraten. Verschiedene Anstrengungen von Seiten der Politik und Verwaltung, Ansatzpunkte und Maßnahmen zu koordinieren, wurden in den beiden letzten Jahren eingeleitet. Denn es ist offenkundig, dass die Kommune allein hier nicht Abhilfe schaffen kann, sondern dass es auch der Kooperation mit Institutionen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchenorganisationen und anderen Akteuren bedarf, um die Folgen der sozialen Benachteiligung und Armut anzugehen. Auch das Land Bremen ist hier gefordert.

Noch immer sind die Kommunen wichtigster Garant für Bildung, Kultur und Sozial- und Gesundheitsdienste. Ohne eine Reform der Gemeindefinanzen, die deren Anteil an den öffentlichen Einnahmen erhöht, werden sie aber in Zukunft ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen können.

3.5 Ein Fazit: Gesundheitsreform und Abbau kommunaler Gesundheitsdienste verstärken die Spirale von Armut und Gesundheit

In benachteiligten Umständen zu leben und wegen erhöhter Krankheitsrisiken früher zu sterben, darf in der reichen Bundesrepublik nicht die zwangsläufige Konsequenz von Armut sein. Ein demokratisch-humanistischer Staat ist daran zu messen, wie er mit den Schwachen, Kranken und Armen umgeht. Schon nach wenigen Monaten ihres Inkrafttretens ist deutlich: Die Gesundheitsreform verstärkt Ungerechtigkeiten und Fehlentwicklungen, wie auch immer die endgültige Ausgestaltung und Finanzierung über eine »Bürgerversicherung«, über »Gesundheitsprämien«, »Kopfpauschalen« oder kombinierte Varianten aussehen wird.

Es ist eine Frage der Zeit, bis die Sterbeziffern dies nachvollziehbar machen. Mortalitätsstatistiken nach Stadtteilen werden die bildungspolitische, soziale und städteplanerische Verelendung einzelner Stadtteile dokumentieren. Denn erst wenn die Probleme auf die Ebene der Lebenswelt heruntergebrochen sind, werden Phänomene jenseits statistischer Zahlen fassbar. Kinder und Jugendliche leben nicht in einer statistischen Durchschnitts-Stadt, sie leben im konkreten Stadtteil und es ist entscheidend, ob auch kleinräumig öffentliche Infrastruktur oder öffentliche Dienstleistungen greifen.

Massenarbeitslosigkeit führt zu Verarmung und sozialer Ungerechtigkeit. Inzwischen belastet sie das gesamte Gesellschaftssystem so, dass es daran gehindert wird, seine Wohlfahrtsaufgaben zu erfüllen.

In den letzten Jahren und mit der aktuellen Gesundheitsreform wurden und werden die Leistungen des Sozialstaats weiter schleichend reduziert. Dabei ist absehbar, dass es eine Rationierung der Leistungen statt einer Rationalisierung geben wird. Nicht der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit eine qualitative und evtl. billigere Versorgung steht im Vordergrund. Und bei allen offenen Fragen steht eine Antwort fest: Leidtragende sind die Patientinnen und Patienten und sie werden es bleiben. Immer mehr Kosten werden auf die Schultern von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern verlagert. Der Druck, nicht krank zu werden, Krankheiten zu verschleppen oder trotz Krankheit zu arbeiten, steigt. Grundlegende Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung werden aufgeweicht oder aufgehoben. Die Grenzen zwischen der gesetzlichen Solidarversicherung und der privaten Krankenversicherung werden fließend. Zugleich wird damit die Aufspaltung in eine gesetzliche Grundsicherung und ergänzende Zusatzversicherungen vorbereitet. Das große Problem der langfristigen Finanzierung des Gesundheitswesens ist weiter ungelöst, der Streit programmiert. Pharmaindustrie, Apotheken, Ärzte und Zahnärzte bleiben weitgehend ungeschoren oder bekommen sogar noch Zugeständnisse.

Die harten Einschnitte für Versicherte und Patienten werden nur eine kurze Atempause von wenigen Jahren bringen. Die Zuzahlungen sollen neues Geld ins System bringen, unabhängig vom Kassenbeitrag und von Lohnnebenkosten.

Aber wie sollen die Menschen diese Reform mittragen, wenn die Lasten in diesem Solidarsystem am Ende einseitig verteilt sind und es als ungerecht empfunden wird? Das Ergebnis wird sein, dass das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung und in die Politik schwindet. Es wird weniger Solidarität und mehr Risikoselektion geben und auch mehr Politikverdrossenheit.

Doch besonders bitter ist, dass die Ebene der Kommune, der Nachbarschaft – die Ebene, die in früheren Zeiten immer so etwas wie ein Garant des sozialen Lebens war – auch immer weiter ausgehöhlt wird.

Gesundheitsförderung muss auf kommunaler Ebene beginnen

Gesundheitsförderung sollte eine gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe sein, die übergreifend, im partnerschaftlichen Miteinander einer Vielzahl von Akteuren unterschiedlicher Professionen und Zuständigkeiten auf regionaler und überregionaler Ebene zu organisieren ist.

In Zusammenhang mit den Regelungen um ein neues Präventionsgesetz gibt es auch in Bremen Bemühungen, eine Landesvereinigung für Gesundheit zu gründen, um anstehende Koordinierungsaufgaben im Bereich der regionalen Gesundheitsförderung und Prävention zu befördern. Eine breite Kooperation von Mitgliedern wie den Krankenkassen, Sozialversicherungsträgern, Ärzte- und Apothekerkammer, Arbeiterkammer, Gewerkschaften, den Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsverbänden, Bildungsträgern, Volkshochschulen, Selbsthilfverbänden und universitäre Einrichtungen wäre zu begrüßen.

Eine gut ausgestattete kommunale oder regionale Gesundheitsberichterstattung kann die planungs- und steuerungsrelevanten Orientierungsdaten für Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen vor Ort beisteuern.

Zudem wäre es angesichts der Dringlichkeiten auf vielen Ebenen sinnvoll, z.B. im Rahmen eines Runden Tisches, entsprechende Maßnahmen zu verabreden. Ressortübergreifend könnten so z.B. settingbezogene Strukturen verbessert und Maßnahmen abgestimmt werden (»Gesunde Schule«, »Gesunder Betrieb«, »Gesunde Stadt«).

Die übergreifenden Initiativen in der Stadt Bremerhaven in den letzten Jahren sind ein positives Beispiel. Grundlage dafür sind aber wirksame politische und administrative Strukturen sowie eine einvernehmliche Zusammenarbeit aller für die Gesundheit der Bevölkerung Verantwortlichen. Denn wesentliche Ansatzpunkte der Krankheitsverhütung liegen außerhalb einer eng verstandenen Gesundheitspolitik. Um Gesundheit zu verbessern, müssen auch soziale, wissens- und bildungsabhängige Effekte hinzugefügt werden. Gegenüber einem bloß krankheitsorientierten Ansatz, Risikofaktoren zu senken, muss es auch darum gehen, gesundheitsdienliche Ressourcen zu mehren und zu stärken – wie z.B. Selbstbewusstsein, Informationen, Bildung, Einkommen, Partizipation und Unterstützung durch familiäre und soziale Netzwerke.

Keine Zukunft ohne soziale Gerechtigkeit

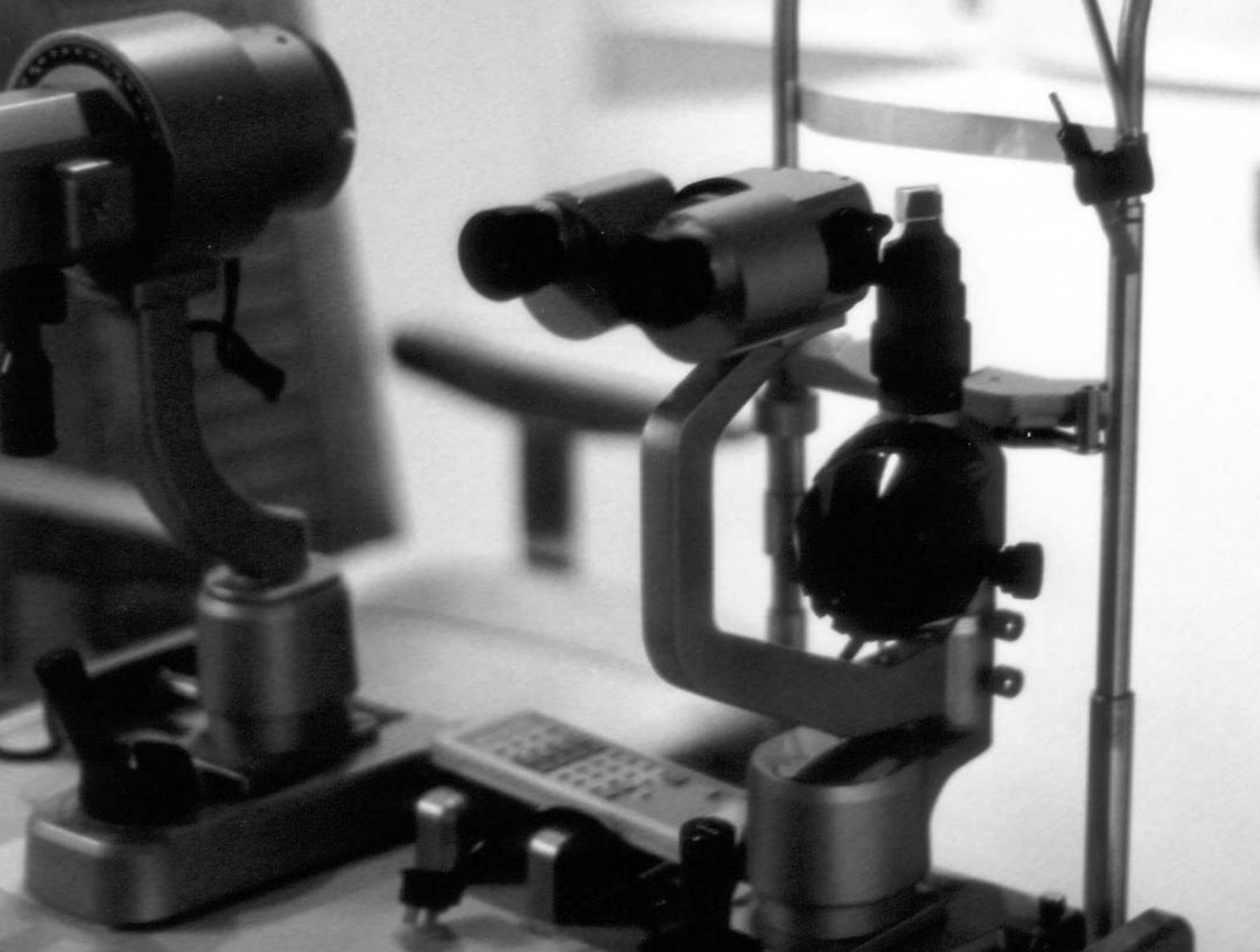
Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mag durchaus Ansätze für eine Neustrukturierung und Lenkung der Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens enthalten. Und es ist durchaus zuzustimmen, dass die Krankenversicherung langfristig nur ein solidarisches System bleiben kann, wenn die ökonomischen Zukunftsfragen gelöst werden. Doch die Zukunftsfragen sind nicht allein ökonomischer Natur. Die Frage nach sozialer Gerechtigkeit ist ebenfalls eine Grund- und

Zukunftsfrage, die beantwortet werden muss. Politik darf sich nicht um eine Diskussion über Qualität und gesundheits- und sozialpolitische Grundsatzfragen drücken. Gesellschaftlicher Konsens wäre die Grundlage für eine Umgestaltung. Entscheidend wird sein, welche Bedingungsfaktoren das Gesundheitssystem in Zukunft haben wird: in Bezug auf die Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit von gesundheitlichen Versorgungs- und Vorsorgeangeboten, die Qualität der Versorgung und den Versicherungsschutz.

Dabei ist bereits klar, dass mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz keineswegs eine Neustrukturierung der Sozialsysteme erreicht wird und mit der Kostenbegrenzung durch die aktuellen Regelungen nur Zeit bis zum Jahre 2007 »erkauft« wurde.

»Eine klassenlose Gesundheitsversorgung hat es nirgendwo gegeben« – so Prof. Bert Rürup in einem Vortrag im Mai 2004 in Bremen. Aber die Frage ist: Wie sieht die Gesundheitsversorgung für die aus, die sich keine privaten Leistungen kaufen können und auf welchem Niveau wird sie sich halten können? Und wie wird – will man vom lohnabhängigen Finanzierungssystem wegkommen, die Neuausrichtung, ob in einer Bürgerversicherung oder sonstiger Pauschalansätze – die Umverteilung von Reich nach Arm organisiert? Und letzten Endes auch die Frage, wie soll unsere Gesellschaft angesichts immer knapperer Ressourcen in Zukunft aussehen? Wird es dabei noch Solidarität geben und welche Aufgaben hat die Kommune in dieser Gesellschaft?

Die Arbeitnehmerkammer Bremen verfolgt diese Entwicklung der solidarischen Krankenversicherung und den Abbau der sozialen Sicherungssysteme mit großer Sorge und wird sich auch in Zukunft an der Diskussion um die Modernisierung unseres Gesundheitswesens und der sozialen Netze beteiligen. Und sie wird auch vor Ort in Bremen und Bremerhaven daran mitwirken, die Belange der Betroffenen – Beschäftigte, Beitrags-



zählerInnen, Versicherte und PatientInnen – einzubringen und ihre Situation zu verbessern. Denn Gesundheit, Wohlbefinden und ein Leben in Würde sind zentrale Fragen des Gemeinwohls und der Zukunft unseres Gemeinwesens.

Dank

Bei den Recherchen zu diesem Bericht in Bremerhaven und Bremen bin ich auf viel positive Resonanz und Bereitschaft gestoßen, Informationen zu geben und auch einen Beitrag zu leisten, die Probleme öffentlich zu machen. Mein Respekt gilt den vielen Menschen – professionell Tätigen ebenso wie ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern –, die oft schon seit Jahren und Jahrzehnten mit viel Zivilcourage und Engagement für soziale Gerechtigkeit streiten. Sie sind ein Stück Hoffnung für diese Gesellschaft in Zeiten des sozialen Wandels.

→ 4 Wenn du arm bist, musst du früher sterben



4 Wenn du arm bist, musst du früher sterben – sozialepidemiologische Befunde zu den Auswirkungen von Einkommensarmut auf die gesundheitliche Lage und die Sterblichkeitsentwicklung

In Deutschland gehört es seit mehr als 100 Jahren zu den vordringlichen Aufgaben der Sozialpolitik, die übermäßige Morbidität und Mortalität in unteren Sozialschichten abzubauen. Die Einführung der Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung zum Ende des 19. Jahrhunderts sollte auch dazu beitragen, die damals beträchtlichen sozialen Unterschiede in der Frühsterblichkeit und im Krankheitsrisiko zu verringern.

Angesichts des mittlerweile stark ausdifferenzierten Sozialstaats in Deutschland und einem sehr gut ausgestatteten, aber vergleichsweise teurem Gesundheitssystem stellt sich die Frage, in welchem Maße auch heute noch nennenswerte soziale Differenzen hinsichtlich Morbidität und Mortalität zu verzeichnen sind, zumal mit der sozialen Krankenversicherung einkommensbedingte Zugangsbarrieren für die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts weitgehend abgebaut werden konnten. Das Ausmaß einkommensbedingter Unterschiede in Morbidität und Mortalität kann somit in gewisser Hinsicht als ein soziales Barometer für das Funktionieren des Sozialstaats angesehen werden.

Obwohl Deutschland zu den reichsten Ländern der Welt gehört, bleibt das Thema Armut weiterhin auf der politischen Agenda. In der sozialwissenschaftlichen Armutsforschung wird zumeist von einem materiell

orientierten Armutsbegriff ausgegangen. Im Focus der aktuellen Fachdiskussion steht dabei nicht die »absolute materielle Armut«, bei der die unmittelbare physische Überlebensfähigkeit des Menschen bedroht ist, sondern die »relative Einkommensarmut«. Armut ist demnach eine extreme Form der sozialen Ungleichheit. In Deutschland finden wir das Phänomen der »Armut im Wohlstand«, bei der die Armutslage begrenzter Bevölkerungsgruppen mit dem Wohlstand der übrigen Bevölkerung in einem hohen Maße kontrastiert. Durch eine Reihe von Armutsberichten hat sich die Kenntnis darüber, welche Bevölkerungsgruppen in besonderem Maße von Armut betroffen oder bedroht sind, in den letzten Jahren deutlich erhöht. Die Durchführung weiterer Analysen zur verdeckten Armut und qualitativer Untersuchungen zu unterschiedlichen Aspekten der Armutsdynamik erlaubt nunmehr eine differenzierte Darstellung der Armutproblematik in Deutschland.

Demgegenüber ist über die langfristigen Folgen von Armut wenig bekannt, insbesondere über die gesundheitlichen Konsequenzen von lang anhaltender Armut. Trotz der in den letzten Jahren stark ausgeweiteten und verbesserten Gesundheitsberichterstattung in Deutschland liegen nur bruchstückhafte Informationen darüber vor, in welchem Maße einkommensarme Bevölkerungsgruppen höhere Sterblichkeitsraten aufweisen als die ökonomisch privilegierten Teile der Bevölkerung. Während beispielsweise in den skandinavischen und den angloamerikanischen Ländern eine lange Tradition besteht, den Effekt der Armut auf die Sterblichkeit differenziert zu analysieren, gibt es für Deutschland keine routinemäßige Erfassung hinsichtlich einkommensspezifischer Unterschiede für die Sterblichkeit oder die mittlere Lebenserwartung.

Auch für das Bundesland Bremen ist es nicht möglich, anhand der amtlichen Registrierung aller Todesfälle Aussagen darüber zu treffen, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Einkommenssituation und der Sterblichkeits-

entwicklung. Das Gleiche gilt auch für bedeutsame Volkskrankheiten wie Herzinfarkt, Krebs oder Diabetes mellitus. Die eklatante Vernachlässigung sozialer Fragestellungen im Rahmen epidemiologischer Großprojekte lässt sich für die Region Bremen sehr gut anhand des mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation WHO organisierten Herzinfarktregisters für Bremen verdeutlichen. Bei diesem ab 1984 mehr als zehnjährigem Projekt wurde für die Altersgruppe der 35–64-Jährigen jeder auftretende Herzinfarkt im Rahmen eines Herzinfarktregisters dokumentiert. Dabei wurde eine Vielzahl medizinischer und physiologischer Parameter sowie die genaue Uhrzeit und der Wochentag des Herzinfarktereignisses mit großer Sorgfalt erfasst, aber soziale Tatbestände wie etwa der Beruf oder die Einkommenssituation des/r Infarkt Betroffenen blieben unberücksichtigt. Durch diese WHO-Studie erlangte man zwar erstmals genauere Kenntnis darüber, an welchem Wochentag und um welche Uhrzeit in Bremen die meisten Herzinfarktfälle auftraten, aber leider war nichts darüber zu erfahren, für welche Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Herzinfarktrisiko besteht. Sind es in besonderem Maße stressgeplagte, aber verbeamtete Lehrer, hoch qualifizierte Angestellte und Manager mit hoher Verantwortung im Berufsleben, schlecht bezahlte Verkäuferinnen mit unregelmäßigen Arbeitszeiten, gering qualifizierte Langzeitarbeitslose oder insbesondere von Einkommensarmut betroffene Personen, die häufiger einen Herzinfarkt erleiden?

In diesem Beitrag sollen Zusammenhänge zwischen der Einkommenssituation und der Sterblichkeitsentwicklung beschrieben werden. Hierfür hat sich die Verwendung der Resultate von Querschnittstudien allerdings als sehr problematisch erwiesen, weil bei diesen Studien Schwierigkeiten darin bestehen, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden: Führt Armut zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und höherer Sterblichkeit oder erhöht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes das Armutsrisiko, was wiederum in höheren

Sterblichkeitsraten armer Bevölkerungsgruppen resultiert? Da sich nur anhand von Längsschnittstudien klären lässt, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Armut und dem Sterblichkeitsgeschehen besteht, wird im Folgenden insbesondere auf Längsschnittstudien Bezug genommen. Für die Region Bremen sind bislang keine derartigen Studien durchgeführt worden, daher muss auf überregionale Studien zurückgegriffen werden.

4.1 Studien aus Bremen zum Zusammenhang zwischen der soziökonomischen Situation und der Sterblichkeit

Angaben über die einkommens- oder sozial-schichtspezifischen Sterberaten für das Bundesland Bremen sind vom Statistischen Landesamt Bremen gegenwärtig nicht verfügbar und lassen sich auch nicht durch andersartige Datenquellen ermitteln. Von daher ist es von großem Interesse, dass zum Beginn des vorigen Jahrhunderts vom Statistischen Amt Bremen sehr wohl bereits eine sehr differenzierte Studie über die Sterblichkeit nach sozialen Klassen veröffentlicht wurde.¹ Dabei wurde unterschieden zwischen Wohlhabenden, dem Mittelstand und der armen Bevölkerung. Mit Ausnahme der Altersgruppe der über 60-Jährigen ergaben sich dabei bei beiden Geschlechtern für die arme Bevölkerung jeweils Sterblichkeitsraten, die um mehr als das Doppelte höher lagen als für die wohlhabende Bevölkerung. Nicht zuletzt durch derartige differenzierte sozialepidemiologische Untersuchungen ist damals der Blick für die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren geschärft worden: »Dass die Sterblichkeitsentwicklung in hohem Maße mit den Wohlfahrtsverhältnissen in Beziehung steht, ist durch die Statistik längst erwiesen. Als Index hat man dabei das Vermögen, das Einkommen, die Einkommenssteuer, den Preis der Wohnungsmieten,

¹Vgl. Funk, J. (1911): Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. Mitteilungen des Bremischen Statistischen Amtes, 1–12.

Tabelle 1

Vergleich der sozial differenziellen Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen
Sterblichkeit im Cluster 5 (sozial benachteiligte Ortsteile) im Vergleich zum Cluster 1 (sozial privilegierte Ortsteile, = 100)

		1970–1979 ¹	1980–1989 ¹	1986–1995 ²	Differenz 1970/95
Gesamtsterblichkeit	Männer	126	133	146	+20
	Frauen	120	121	127	+7
Lungenkrebs	Männer	157	173	219	+62
	Frauen	161	155	150	-11
Leberzirrhose	Männer	182	171	205	+23
	Frauen	162	173	270	+108
Herzinfarkt	Männer	120	122	132	+12
	Frauen	161	149	138	-23
Krebs (ohne Lunge)	Männer	98	127	127	+29
	Frauen	94	101	107	+13

Cluster 1 umfasst die Ortsteile Barkhof, Gete, Bürgerpark, Schwachhausen, Radio Bremen, Oberneuland

Cluster 5 umfasst die Ortsteile Neue Vahr Nord, Neue Vahr Südost, Tenever, Blockdiek, Sodenmatt, Burgdamm, Grohn, Blumenthal, Gröpelingen, Lindenhof, Ohlenhof, Oslebshausen, Hohweg, Hemelingen, Woltmershausen, Aumund-Hammersbeck, Farge, Lüssum-Bockhorn

¹ eigene Berechnung nach Tempel/Witzko 1994

² eigene Berechnung nach dem Bremer Landesgesundheitsbericht 1998

Stadtgegenden und Straßen (...), endlich auch Gruppen von Berufsklassen angenommen, und die Ergebnisse waren durchweg übereinstimmend«²

Für den Zeitraum 1970 bis 1989 haben Tempel und Witzko³ für die Stadt Bremen auf der Ebene von 78 Ortsteilen mittels einer Clusteranalyse die Bremer Ortsteile zunächst in fünf Stadtgebietstypen eingeteilt und dann untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen soziodemographischen und sozioökonomischen Charakteristika der Ortsteile und dem Sterblichkeitsgeschehen besteht. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass hinsichtlich der Altersverteilung nur geringe Unterschiede bei

den fünf Stadtgebietstypen bestehen. Für den Anteil über 65-Jähriger beträgt das Maximum 20% und das Minimum 17% und für den Anteil der unter 15-Jährigen beträgt das Maximum 14% und das Minimum 10%. Demgegenüber werden sehr stark ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Sozialhilfeempfänger und des Akademikeranteils identifiziert. In dem sozial privilegierten Stadtgebietstyp mit insgesamt 6 Ortsteilen findet sich eine Sozialhilfequote von 2% und ein Akademikeranteil von 26%, während in dem sozial benachteiligten Stadtgebietstyp mit 18 Ortsteilen die Sozialhilfequote 12% und der Akademikeranteil nur 4% beträgt.

² Hanauer, W. (1911): Die soziale Hygiene des Jugendalters. Berlin, Verlag Richard Schoetz.

³ Vgl. Tempel, G./Witzko, KH. (1994): Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung: Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialemidologischen Forschung in Deutschland. Opladen, 331–345.

Innerhalb des gesamten Beobachtungszeitraums von 1970 bis 1989 ergab sich für den statusniedrigsten Gebietstyp bei beiden Geschlechtern eine deutlich höhere Mortalitätsrate, verglichen mit den sozial privilegierten Ortsteilen (Tabelle 1). Die Differenz betrug bei den Männern etwa 25% und bei den Frauen etwa 20%. Während diese Morta-

litätsdifferenzen im Zeitverlauf bei den Frauen nahezu konstant waren, zeigte sich bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme der sozial bedingten Mortalitätsunterschiede in der Stadt Bremen im Zeitraum von 1970 bis 1989. Bezogen auf spezifische Todesursachen zeigten sich die stärksten Differenzen bei Lungenkrebs und Leberzirrhose.

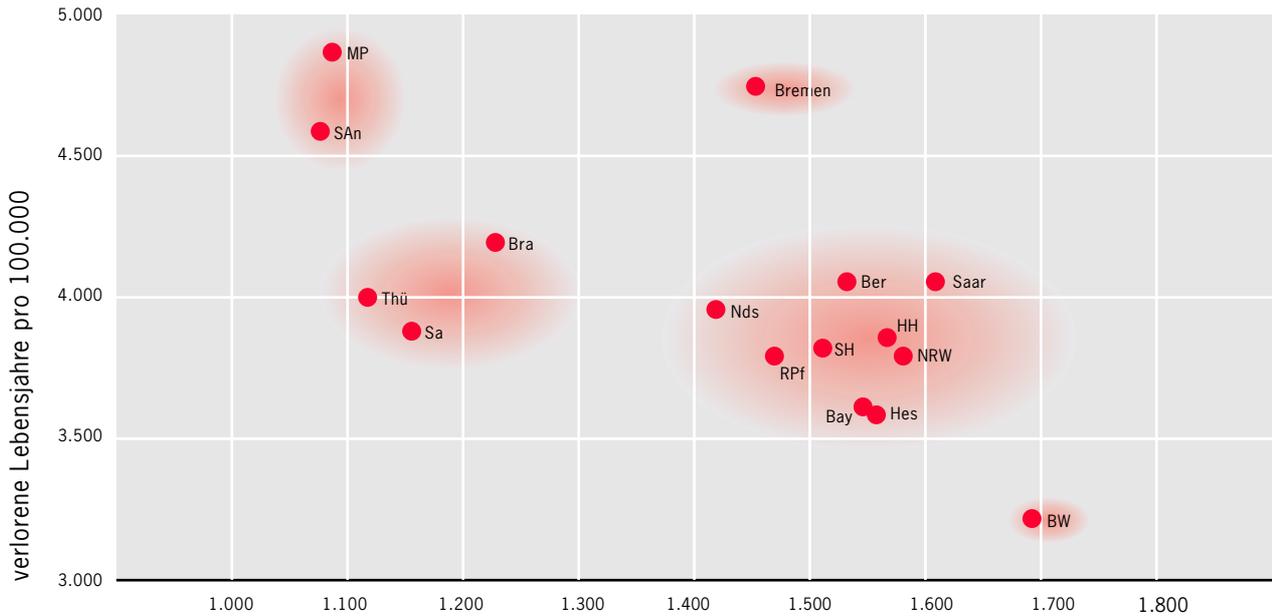
Insgesamt verweist diese für den Zeitraum 1970 bis 1989 für die Stadt Bremen identifizierte starke soziale Polarisierung der Sterblichkeitsentwicklung auf der Ebene städtischer Teilareale auf die wachsende Kluft in den Lebensbedingungen in »armen« und »reichen« Wohngegenden. Die Autoren der Studie führen dazu zwei Erklärungsfaktoren an: Erstens die zunehmende Konzentration marginalisierter, von gesundheitlichen Risiken im besonderem Maße betroffener Bevölkerungsteile in bestimmten Stadtgebieten (Segregation), und zweitens die durch den weiteren Abbau sozialstaatlicher Leistungen eintretenden Verschlechterungen der Lebenssituation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Dabei handelt es sich eher um langfristige Trends, die dazu führen dürften, dass sich die soziale Spaltung der Stadt weiter vertiefen wird und denen die Stadtverwaltungen wegen des immer enger werdenden finanziellen Spielraums relativ hilflos gegenüberstehen. Diese bereits 1994 formulierten Befürchtungen sind leider Realität geworden. Die konkreten Auswirkungen des Sozialabbaus und der stetig ansteigenden Massenarbeitslosigkeit für die Veränderung der sozial differenziellen Mortalität auf der Ebene städtischer Teilareale wurden im Rahmen des Landesgesundheitsberichts Bremen 1998 dokumentiert. Auf der Basis der Stadtgebietstypisierung von Tempel/Witzko haben sich die bereits in den 70er-Jahren bestehenden sozialen Unterschiede der Sterblichkeit weiter erhöht. Die stärkste soziale Exzessmortalität ergibt sich im Beobachtungszeitraum 1986–1995 bei Männern für den Lungenkrebs (ICD-9: 219) und bei Frauen für die Leberzirrhose (ICD-9: 270).

4.2 Der Zusammenhang zwischen der Einkommenssituation und der Sterblichkeit in den Bundesländern

Anhand der Analysen im Rahmen der nationalen Gesundheitsberichterstattung kann mittels des Indikators »verlorene Lebensjahre« geprüft werden, welche Zusammenhänge auf der Ebene der Bundesländer zwischen der Einkommenssituation und der Sterblichkeitsentwicklung bestehen und welche Position dabei das Bundesland Bremen einnimmt. Der Indikator »verlorene Lebensjahre« misst, bezogen auf die Bevölkerung bis zum 70. Lebensjahr, die Anzahl der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre pro 100.000 Personen. Im Vergleich zur Gesamtsterblichkeit, bei der auch alle Sterbefälle im hohen und sehr hohen Lebensalter Berücksichtigung finden, liegt das Schwergewicht des Indikators »verlorene Lebensjahre« auf der Frühsterblichkeit und ist daher gut geeignet, die Auswirkungen von Einkommensarmut auf die vorzeitige Sterblichkeit zu ermitteln.

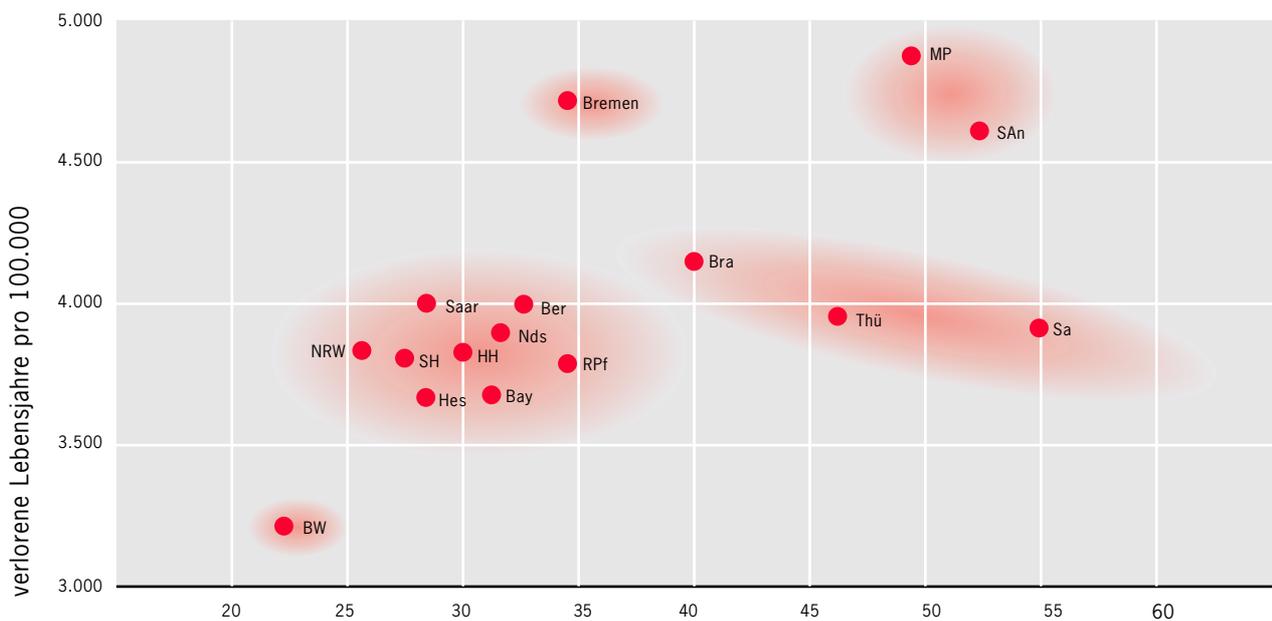
Die **Abbildungen 1** und **2** zeigen die Position des Bundeslandes Bremen im Hinblick auf das Einkommensgefüge und die verlorenen Lebensjahre. Für das Einkommen wird dabei das sog. Äquivalenzeinkommen herangezogen (Haushaltsnettoeinkommen/(Anzahl Haushaltsmitglieder**2)). Zunächst wird ersichtlich, dass zwischen den Bundesländern sowohl für das Einkommensniveau als auch hinsichtlich des Sterblichkeitsgeschehen beträchtliche Unterschiede existieren. So beträgt im Jahr 2002 das höchste mittlere Haushaltsäquivalenzeinkommen in Baden-Württemberg 1.680 € und das niedrigste in Sachsen-Anhalt 1.095 €. Dies entspricht einer Differenz von 35%. Die entsprechenden Werte für die verlorenen Lebensjahre (pro 100.000) betragen 4.835 für Mecklenburg-Vorpommern und 3.245 für Baden-Württemberg (Differenz: 33%). Insgesamt lässt sich mittels der beiden Abbildungen zeigen, dass ein deutlicher inverser Zusammenhang zwischen der mittleren Einkommenssituation (Abb. 1) bzw. dem Anteil der Haushalte mit

Abbildung 1: Verlorene Lebensjahre nach Einkommen in den Bundesländern im Jahre 2002 pro 100.000 Personen unter 70 Jahre



mittleres Haushaltsäquivalentseinkommen/Monat in Euro

Abbildung 2: Verlorene Lebensjahre und Einkommen unter 70% in den Bundesländern im Jahre 2002 pro 100.000 Personen unter 70 Jahre



Anteil Haushalte mit Äquivalenzeinkommen unter 70%

Niedrigeinkommen (Abb. 2) und dem Indikator »verlorene Lebensjahre« besteht, d.h., je höher die Einkommen, desto geringer die Frühsterblichkeit.

Von den insgesamt 16 Bundesländern gehören neun (alte) Bundesländer einem Cluster mit mittlerem Einkommen und mittlerem Frühsterblichkeitsniveau an. Abweichend davon zeichnet sich das Bundesland Baden-Württemberg durch die mit Abstand beste Einkommenssituation bei gleichzeitig niedrigster vorzeitiger Sterblichkeit aus. Für die fünf neuen Bundesländer mit hoher Frühsterblichkeit und geringem Durchschnittseinkommen ist ein Nord-Süd-Gradient zulasten der nördlichen Länder sichtbar. Bemerkenswert ist im Rahmen dieser Betrachtung die Position des Bundeslandes Bremen, das eine deutlich exponierte Stellung einnimmt, die sich folgendermaßen charakterisieren lässt: Im Vergleich zu den alten Bundesländern ist die Anzahl der »verlorenen Lebensjahre« in Bremen deutlich höher und liegt sogar über dem Niveau von Thüringen, Sachsen und Brandenburg. Darüber hinaus ist das Ausmaß der Frühsterblichkeit im Bundesland Bremen weitaus größer als aufgrund der gar nicht so schlechten Einkommenssituation zu erwarten gewesen wäre.

Die genauen Gründe für das vergleichsweise hohe Niveau der Frühsterblichkeit in Bremen sind nicht bekannt. Neuere Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Berlin⁴ liefern allerdings Belege dafür, dass in Bremen sowohl die Sterblichkeit an Lungenkrebs als auch die Sterblichkeit an alkoholbedingter Leberzirrhose erheblich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Beide Todesursachen gehen fast ausschließlich auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zurück, denen in Bremen möglicherweise eine größere Bedeutung zukommt als in anderen Bundesländern. Es lässt sich darüber spekulieren, ob und inwieweit der Niedergang früher prägender Industrien im Lande Bremen (vor allem Werften), der vor allem in Bremerhaven zu hoher Arbeitslosigkeit führte, in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt.

4.3 Längsschnittstudie des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung 1984 bis 1998

Da für Bremen keine Längsschnittstudie zur Sterblichkeitsentwicklung nach Einkommensklassen vorliegt, sollen im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse einer derartigen Studie des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung (BIB) für den Zeitraum 1984 bis 1998 zusammenfassend dargestellt werden.⁵ Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung entstammt einer repräsentativen Stichprobe in den alten Bundesländern aus dem Jahr 1984. Dabei wurden insgesamt 7.000 Personen im Alter von 31–69 Jahren zu vielfältigen Aspekten der Lebenssituation und der gesundheitlichen Lage befragt. Mittels einer Mortalitätsstudie aus dem Jahr 1998 wurde für diese Untersuchungsgruppe ermittelt, welche Personen im Beobachtungszeitraum verstorben sind. Der Anteil der Verstorbenen betrug bei den Männern 17,2% und bei den Frauen 8,6%.

In **Tabelle 2** wird dargestellt, in welchem Maße sich die gesundheitliche Situation und die Einkommenssituation der Befragten im Jahr 1984 auf die Sterblichkeitsentwicklung im Zeitraum 1985 bis 1998 ausgewirkt haben. Betrachtet man allein den Effekt der Einkommen auf das Sterblichkeitsgeschehen, so ergibt sich für die Personengruppe mit einem Einkommen nahe oder unterhalb der Armutsschwelle (< 60% des mittleren Einkommens) eine Sterblichkeitsrate, die bei den Männern um 91% und bei den Frauen um 83% höher liegt als bei der Personengruppe mit einem hohen Einkommen (>140% des mittleren Einkommens). Wenn man die gesundheitsbezogenen Effekte hinsichtlich

⁴Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2003): Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2002, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin.

⁵Vgl. Gärtner, K. (2001): Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung. Der Lebenserwartungssurvey des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung. Projekt- und Materialdokumentation. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 102a.

Tabelle 2
Gesundheits- und Einkommenseffekte für die Sterblichkeit
 Lebenserwartungssurvey 1984/1998, kontrolliert für Alter

	Männer (n=3695)	Frauen (n=3395)
Einkommen allein		
≥ 140 %*	1.00	1.00
100–140 %	1.17	1.27
60–100 %	1.30	1.45
< 60 %	1.91**	1.83**
Gesundheit allein		
gut / sehr gut*	1.00	1.00
zufriedenstellend	1.53**	1.10
weniger gut / schlecht	2.51**	2.31**
Einkommen und Gesundheit		
Einkommen ≥ 140 %*	1.00	1.00
100–140 %	1.12	1.45
60–100 %	1.12	1.49
< 60 %	1.56**	1.86**
Gesundheit gut / sehr gut*	1.00	1.00
zufriedenstellend	1.48**	1.06
weniger gut / schlecht	2.34**	2.20**

* Vergleichskategorie ** statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau

der Sterblichkeitsentwicklung kontrolliert, ergibt sich bei beiden Geschlechtern noch immer eine deutlich höhere Sterblichkeitsrate für die Personen, die von Einkommensarmut betroffen sind (Männer +56%, Frauen +83%). Durch diese repräsentative Längsschnittstudie kann somit der eindeutige Nachweis erbracht werden, dass in Deutschland während der 80er- und 90er-Jahre Personengruppen unterhalb oder nahe der Armutsschwelle deutlich höhere Sterblichkeitsraten zu verzeichnen haben als die übrige Bevölkerung mit mittlerem oder hohem Einkommen.

4.4 Armut, Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Krankheiten: Analysen anhand des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors aus den Jahren 2000–2003

Die im Folgenden dargestellten Analysen zum Zusammenhang zwischen Einkommensarmut und gesundheitsbezogenen Merkmalen beruhen auf den Daten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors aus den Jahren 2001 bis 2003.⁶ Diese repräsentative Bevölkerungsbefragung wird seit 2001 in halbjährigem Abstand durchgeführt und liefert aktuelle Ergebnisse zu der hier interessierenden Fragestellung. Die vorliegende Auswertung beschränkt sich auf die Personengruppe im Alter von 25 bis 69 Jahren und umfasst insgesamt 3.195 Frauen und 2.684 Männer.

⁶Vgl. Böcken, J./Braun, B./Schnee, M. (2002): Gesundheitsmonitor 2000. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Tabelle 3
Einkommensverteilung in Relation zum Haushaltsäquivalenzeinkommen (HHÄ-Eink.)

Relative Einkommensposition		Einkommensklasse	Mittelwert	Relative Häufigkeit
bis 50% des mittleren HHÄ-Eink.	unter der Armutsschwelle	unter 735 €	560 €	10,9%
51–70% des mittleren HHÄ-Eink.	von Armut bedroht	736 – 1.030 €	865 €	21,6%
71–100% des mittleren HHÄ-Eink.	niedriges bis mittleres Einkommen	1.031 – 1.470 €	1.250 €	27,3%
101–150% des mittleren HHÄ-Eink.	mittleres bis hohes Einkommen	1.471 – 2.210 €	1.750 €	25,1%
über 150% des mittleren HHÄ-Eink.	sehr hohes Einkommen	über 2.210 €	2.900 €	15,2%
insgesamt			1.470 €	100,0%

Die Anzahl der Befragten aus dem Bundesland Bremen ist zahlenmäßig zu gering, um verlässliche Ergebnisse zu produzieren. Deshalb wird immer Bezug genommen auf die gesamte Untersuchungsgruppe.

Relative Einkommensarmut wird – wie zumeist üblich – definiert als ein Einkommen, das um 50 % oder mehr unter dem Durchschnittseinkommen liegt. Bezugseinheit ist dabei das (abgefragte) gesamte Haushaltseinkommen für alle Haushaltsmitglieder. Bei Mehrpersonenhaushalten wird das Äquivalenzeinkommen zugrunde gelegt (HH-Einkommen/(Anzahl HH-Mitglieder*2)). Das mittlere Äquivalenzeinkommen beträgt 1.470 €. Etwa jeder zehnte Befragte gehört einem Haushalt an, dessen Äquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt, und annähernd jeder dritte Befragte ist von Einkommensarmut betroffen oder bedroht. Demgegenüber verfügen die Haushalte mit sehr hohem Einkommen über ein mittleres HHÄ-Einkommen von 2.900 €, was in etwa das Fünffache des mittleren HHÄ-Einkommens der Armutshaushalte ausmacht. Insgesamt ist somit zu konstatieren, dass ein nicht unerheblicher Teil der Befragten von Armut bedroht oder direkt betroffen ist und außerdem eine ausgeprägte ungleiche Einkommensungleichheit besteht.

Als wichtigste Einflussfaktoren für die Herausbildung der Einkommensarmut in Deutschland werden zumeist – neben Alter und Geschlecht – die Merkmale: Arbeitslosigkeit, mangelhafte Berufsausbildung, allein erziehend und Wohnort in Ostdeutschland genannt. Wie aus **Tabelle 3** ersichtlich, trifft dies auch für die vorliegende Untersuchungsgruppe zu. Das Risiko der Einkommensarmut hängt aber in besonderem Maße vom Ausmaß der Kumulation der oben genannten Einflussfaktoren ab. Personen mit zwei armutsfördernden Merkmalen sind bereits zu 41,8% von Einkommensarmut betroffen, und wenn mindestens ein weiterer Faktor hinzutritt, steigt das Armutsrisiko bei Männern auf 75% und bei Frauen auf 95%.

Tabelle 4
Einflussfaktoren für Einkommensarmut, Anteil der Einkommensarmut in %
 (2. bis 4. Untersuchungswelle, N = 3523)

	Männer	Frauen	insgesamt
insgesamt	9,2	14,0	11,8
Alter			
25–39 Jahre	10,3	17,4	13,7
40–54 Jahre	9,9	12,3	11,7
55–69 Jahre	7,3	12,0	10,0
Arbeitslosigkeit			
nein	7,8	12,2	10,2
ja	30,9	54,4	41,5
beruflicher Ausbildungsabschluss			
ja	8,8	10,2	11,0
nein	20,4	28,1	26,4
Allein erziehend			
nein	9,1	10,6	9,8
ja	18,8	45,2	43,1
Wohnort Ostdeutschland			
nein	6,6	10,8	8,9
ja	17,1	24,8	21,0
Anzahl armutsfördernder Einflussfaktoren			
0	5,9	6,3	6,1
1	13,4	22,0	18,3
2	35,9	45,5	41,8
3–4	75,0	94,7	91,3

Die Konsequenzen wirtschaftlicher Zwangslagen, hier operationalisiert als relative Einkommensarmut, für die gesundheitliche Situation lassen sich nicht direkt messen, weil es sich dabei um komplexe Wechselwirkungen handelt. Vereinfacht ausgedrückt kann einerseits Einkommensarmut das Risiko der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation zur Folge haben, andererseits kann aber auch die Chronifizierung von Krankheiten zu Einkommensverlusten und somit das Armutsrisiko vergrößern. Die vorliegenden Befunde für Deutschland sprechen bisher eher dafür, dass der bedeutsamere

Effekt die Verschlechterung der gesundheitlichen Lage durch armutsbedingte Faktoren darstellt. In der Zukunft könnte allerdings durch den »Umbau des Sozialstaats« und die vielfältige Umstrukturierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung das krankheitsbedingte Armutsrisiko deutlich ansteigen.

Tabelle 5
Einkommenssituation und Gesundheit, Risikofaktoren und Krankheiten
(Männer: N = 2115, Frauen: N = 2503)
Angaben in %

	Männer				Frauen			
	Einkommen				Einkommen			
	A	B	C	A/C	A	B	C	A/C
	niedrig ≤50	mittel 70–100	hoch >150		niedrig ≤50	mittel 70–100	hoch >150	
Gesundheit								
Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes: weniger gut oder schlecht	29,6	16,6	14,1	2,10	25,2	17,5	10,6	2,38
Risikofaktoren								
Rauchen	48,9	34,8	31,5	1,55	40,8	30,3	23,9	1,17
starkes Übergewicht	13,7	16,3	14,1	0,97	24,6	18,5	10,5	2,34
keine sportliche Aktivität	45,9	35,0	21,3	2,15	40,2	24,3	21,5	1,87
2 + Risikofaktoren	32,4	23,0	13,5	2,40	31,4	16,1	12,3	2,55
Krankheiten								
Rücken-, Gelenkerkrankungen	33,2	25,0	19,7	1,69	31,8	26,5	20,6	1,54
Bluthochdruck	24,7	24,0	19,3	1,28	18,6	20,2	15,3	1,22
Allergien	16,2	16,7	24,2	0,67	23,1	27,3	26,5	0,87
Rheuma	11,5	9,4	6,0	1,92	11,7	10,7	7,0	1,67
Psychische Erkrankungen	8,9	5,0	5,6	1,59	15,6	12,1	10,9	1,43
Chronische Bronchitis	8,9	5,5	5,2	1,71	9,4	7,3	5,8	1,62
Diabetes mellitus	8,9	5,2	6,4	1,39	4,5	4,4	1,9	2,37
2 + Erkrankungen (außer Allergien)	28,1	19,4	16,1	1,75	27,0	21,7	16,2	1,67

In **Tabelle 5** werden wichtige gesundheitsbezogene Parameter kontrastierend für Personen aus Haushalten mit niedrigem und hohem Äquivalenzeinkommen dargestellt. Der umfassende Indikator »subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes« zeigt bei beiden Geschlechtern einen deutlichen Trend sich verschlechternder Gesundheit mit abnehmenden Einkommen. Für die lebensstilbezogenen gesundheitlichen Risikofaktoren Rauchen, starkes Übergewicht und sportliche Inaktivität ergeben sich mit Ausnahme des starken Übergewichts bei den Männern deutlich ungünstigere Werte für die Personengruppe mit einem Einkommen unterhalb der Armutsschwelle. Hinsichtlich der dokumentierten sieben Krankheitsgruppen wurde erfragt, ob diese Krankheiten jemals

aufgetreten sind. Mit Ausnahme der Allergien werden diese Krankheiten deutlich häufiger von Personen mit niedrigem im Vergleich zu Personen mit hohem Einkommen genannt. Auch der Anteil der Personen, die berichten, dass sie mindestens zwei dieser Krankheiten hatten, ist in der Gruppe mit niedrigem Einkommen am höchsten.

4.5 Zusammenfassung und Ausblick

Da die empirische Basis zur Untersuchung der Konsequenzen von Einkommensarmut für die Gesundheit im Bundesland Bremen trotz der Fülle der im Routineprozess der medizinischen Versorgung anfallenden Daten sehr dürftig ist, speist sich die vorliegende Unter-

suchung primär aus Informationen aus überregionalen Studien. Die dokumentierten empirischen Befunde haben aber im Großen und Ganzen auch Gültigkeit für das Bundesland Bremen. Aufgrund der deutlich gewordenen ökonomischen Problemlagen im Bundesland Bremen ist damit zu rechnen, dass die negativen gesundheitlichen Konsequenzen von Einkommensarmut in Bremen in besonderem Maße zu Buche schlagen. Durch die Tendenz der stärkeren Ökonomisierung und Verknappung von Gesundheitsdienstleistungen und den sich weiter fortsetzenden Trend der Individualisierung gesundheitlicher Risiken ist des Weiteren zu befürchten, dass sich in Bremen negative gesundheitliche Konsequenzen, hervorgerufen durch prekäre Lebenssituationen, in der Zukunft deutlich verschärfen werden.

→ 5 Das Spiel vom Leben gegen Geld – eine Reportage



Susanne Gieffers / Journalistin

5 Das Spiel vom Leben gegen Geld – eine Reportage

Vergessen und früher sterben lassen: Als das Bundesgesundheitsministerium die seit diesem Jahr gültige Gesundheitsreform gebastelt hat, hat es die Armen schlicht vergessen. Denen geht es seit dem 1. Januar noch ein Stück schlechter. Doch wer arm ist und krank, der hatte immer schon schlechte Karten. Eine Reportage aus dem Alltag von Armut und Krankheit.

Annette Arnold* hat Nierenkrebs. Erst sei die Prognose gut gewesen, erzählt sie. Dann kamen die Metastasen, in der Lunge, jetzt auch in der Nebenniere. Annette Arnold ist 51. »Ende des Jahres wurde ich ausgesteuert.« Die Krankenkasse habe sie gedrängt, ihre Rente einzureichen. Weil das wohl nichts mehr wird mit dem Arbeiten in diesem Leben. »Ich habe sehr gern gearbeitet«, sagt die zierliche Frau mit den dunklen kurzen Haaren. Sie ist Erzieherin. »Aber in der Chemotherapie ging's mir wie bei 'ner Grippe. Ich konnte nicht verlässlich sagen, wann ich arbeiten kann und wann nicht.« Sie lebt jetzt von 750 € im Monat – die Hälfte von dem, was sie zuvor verdient hat. »Sie sagen immer, wenn man Krebs hat, soll man sich gut ernähren.« Sie lächelt ein bisschen, obwohl da nichts zu lächeln ist. »Je weniger Geld ich habe, desto weniger gut sind die Lebensmittel, die ich kaufen kann.« Dann, später, leise: »Für mich ist das schlimm.«

Und es ist noch nicht mal das Schlimmste. Das Schlimmste sind die Therapien, die Annette Arnold nie wird ausprobieren können, weil sie das Geld nicht hat. Sie erzählt von einer Methode der Chemoinhalation, bei der das Medikament nicht injiziert, sondern eingeatmet wird. Während die »Ansprechrate«, die Chance, dass die Metastasen sich eindämmen lassen, bei der Injektion bei 30% liegen, hat die Inhalationsmethode eine Ansprechrate von 50%. Das Bittere: Sie kostet 18.000 €, die die Kasse nicht

bezahlt. »Warum das so teuer ist, weiß ich nicht«, sagt Annette Arnold. Zwei Möglichkeiten hat sie. Schulden zu machen, von denen sie weiß, dass sie sie nie zurückzahlen kann. Oder es zu lassen. Sie lässt es. Sie will nicht damit leben, einem Offenbarungseid entgegenzusehen. »Da habe ich zum ersten Mal gemerkt, wie Geld und mein Leben gegeneinander ausgespielt werden.«

»Die haben die Armen schlicht vergessen«

Wer krank ist, kann arm werden. Und wer arm ist, der hat ein viel höheres Risiko krank zu werden. Zwei Zustände, die einander schon immer beeinflusst haben. Durch die Gesundheitsreform, die Anfang 2004 in Kraft getreten ist, hat dieser Zusammenhang eine neue – negative – Qualität erreicht. »Die haben die Armen schlicht vergessen«, erklärte Klaus Schaumann, Diakonischer Vorstand, als er Ende Januar dieses Jahres alle leitenden Kräfte der Einrichtungen der Inneren Mission zusammengetrommelt hatte, um der Öffentlichkeit erste, verheerende Folgen des neuen Gesetzes zu präsentieren. »Die« in Schaumanns Worten, das sind die Macher der Gesetze – die angesichts dieses offensichtlichen Defizits ziemlich einsilbig geworden sind. Ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums wollte auf Nachfrage noch nicht einmal seinen Namen nennen, Begründung: Er habe derzeit so viele Anfragen in dieser Sache. Und ja, man arbeite dran ...

Während das Bundesgesundheitsministerium erst vergisst und dann nacharbeitet, sind viele, viele Menschen in tiefe Krisen gestürzt. Was Schaumanns Mitarbeiter für die Bremer Einrichtungen aufzeigen, dürfte repräsentativ für die ganze Republik stehen. Beispielsweise Frau K., 28 Jahre. Sie hat schwere Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie. Frau K. lebt allein in ihrer Wohnung und wird dreimal wöchentlich von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Diakonie ambulant betreut. Sie bekommt

Sozialhilfe. Im Januar 2004 musste sie allein 43 € für Praxis- und Rezeptgebühren und für Ergotherapie bezahlen – Frau K. reagierte auf diese zusätzliche finanzielle Belastung mit massiver Angst. Sie glaubte, hungern zu müssen, ihre Wohnung zu verlieren und bald auf der Straße leben zu müssen. Ihre Ergotherapie wollte sie abbrechen. »Die Folgen für ihre psychische Gesundheit«, erklären die Betreuer, »können einen teuren Krankenhausaufenthalt nötig machen.«

Frau K. ist kein Einzelfall. Beate Hüttemann, Ärztin für Psychotherapie, berichtet von drei Patienten in ihrer Praxis, die seit Jahresbeginn nicht mehr kommen. »Viele psychisch Kranke nehmen ihre Medikamente sowieso ungern. Jetzt müssen sie auch noch dafür blechen – das ist absurd«, sagt die Ärztin. Mit einer der drei stehe die Praxis immerhin noch in Telefonkontakt. Aber die Frau kommt nicht. »Sie traut sich nicht.« Was passieren wird, sieht Beate Hüttemann klar vor sich: »Die wird psychotisch und kommt in die Klinik.«

Herr M. wäre gern in die Klinik gegangen, ganz freiwillig. Er ist alkoholkrank. Er war obdachlos. Inzwischen lebt er in einem Wohnheim der Inneren Mission. Er will den Alkohol loswerden. »Nach langem Zureden«, berichtet Bertold Reetz, zuständiger Bereichsleiter der Inneren Mission. Bertold Reetz sitzt in seinem Büro hoch über den Betonschleifen, wo sich Hochstraße und Weserbrücke ineinander verwinden. Der Lärm der Autos und Laster verklingt hier oben zu einem diffusen Rauschen. Weiter unten im Papageienhaus, einem Hochhaus hinterm Bahnhof am Ende eines holprigen Pflasterwegs ins Nirgendwo, haben diejenigen eine Anlaufstelle, die sonst gar nichts mehr haben: Hier bekommen Obdachlose eine warme Mahlzeit und, wenn sie es zulassen, ärztliche Versorgung. Herr M. also hatte den ersten, vielleicht den schwersten Sprung geschafft. Weg von der Straße ins Wohnheim. Dann der Entschluss zur Entgiftung, acht bis 10 Tage in der Klinik, Voraussetzung für alle weitere Therapie. »Und jetzt

geht das gar nicht«, sagt Bertold Reetz und lacht bitter. Denn die Entgiftung in der Klinik erfordert einen Eigenbeitrag von 10 € pro Tag, den das Amt für Soziale Dienste seit Januar nicht mehr übernimmt. Herr M. bekommt aber nur ein monatliches Taschengeld von 88 €. Selbst wenn er die täglichen 10 € noch zahlen könnte: Für den Rest des Monats hätte er nichts mehr. Bertold Reetz und seine Mitarbeiter haben Herrn M. dennoch zur Entgiftung angemeldet. »Mal gucken, was passiert«, sagt Reetz.

All das spielte im Januar. Passiert ist dann Folgendes: Herr M. ist ins Krankenhaus gegangen, hat die Entgiftung gemacht und musste die 10 € pro Tag zahlen. Weil ihm das auf einmal nicht möglich war, hat die Innere Mission den Betrag vorgestreckt – Herr M. stottert dieses Darlehen heute von seinem Taschengeld ab. »Das ist natürlich keine Lösung«, stellt Bertold Reetz klar, »wir können nicht für jeden in Vorleistung treten.«

Ein bitteres Fazit für die Patienten

Wer obdachlos ist, kann in den Augen dieser Gesellschaft tiefer nicht mehr sinken. »Wenn Sie auf der Straße leben, haben Sie es geschafft: Dann sind Sie ganz unten«, sagt Georg Kückelmann. Georg Kückelmann ist Internist. Einmal wöchentlich hält er im Papageienhaus seine Sprechstunde ab. Als offensiv niedrigschwelliges Angebot. Die 10 € Praxisgebühr werden hier nicht erhoben. Stattdessen werden sie über Spenden finanziert. »Wenn uns jemand zwingt, die 10 € von den Patienten abzukassieren, machen wir dicht«, erklärt Kückelmann. Denn keiner würde dann noch kommen. 70 bis 75 Patienten behandelt der Arzt pro Quartal im Papageienhaus, die meisten von ihnen Männer zwischen 30 und 50 Jahren. Dass kaum Frauen obdachlos seien, wollen Kückelmann und Reetz so nicht bestätigen. Bei ihnen sei es »eher ein stilles Leid«. Für sie gibt es im Papageienhaus jetzt einen eigenen Behandlungsraum, in dem sich eine Ärztin um sie kümmert.

80% von Kückelmanns Patienten sind chronisch krank. »Sie haben kein Gespür mehr dafür, dass sie krank sind«, sagt der Arzt, »und dieser Abstumpfungsprozess hat was mit der Wohnungslosigkeit zu tun.« Tiefer geht's halt nicht. Hauterkrankungen, Infektionen, Läuse, offene Unterschenkel, Bronchitis, Asthma, orthopädische Geschichten – das sind die Symptome, die Kückelmann im Papageienhaus am häufigsten zu behandeln hat. Hinzu kommen Alkoholprobleme, Bluthochdruck, Zucker. »Wenn die nicht so viel trinken würden, würden sie das auch spüren«, glaubt Bertold Reetz, »die haben doch alle mal was anderes vorgehabt im Leben.«

Kückelmanns Ziel ist es, die Menschen hinter ihrer gewachsenen Abstumpfung zu erreichen. »Dass sie vielleicht merken – Mensch, das ist gar nicht so schlecht, ohne Maden im Bein kann ich besser laufen.« Dass sich daraus Schritt für Schritt das Bewusstsein für den eigenen Körper wiederherstellen lasse. Nur bei wenigen, das gestehen Kückelmann und Reetz offen ein, funktioniert es.

Aber darum geht es hier nicht. Es geht nicht darum, wie viele oder wie wenige Menschen Kückelmann und andere dauerhaft erreichen, es geht nicht um Kategorien von Wert oder Lohn. Es geht um viel Grundsätzlicheres: »Gesundheit ist ein Menschenrecht«, sagt der Arzt, »das ist gesellschaftlicher Konsens.« Und ergänzt: »Dachte ich zumindest.« Denn spätestens mit der Gesundheitsreform sind Kückelmann massive Zweifel gekommen. Nicht Zweifel daran, dass es eben diesen Konsens gibt, sondern Zweifel daran, dass die Politik das begriffen hat. Kückelmann zieht ein bitteres Fazit für seine Patienten. »Diese Menschen haben nun mal keine Lobby, die sagt: Ihr könnt nicht, nur weil jemand arm ist, ihn eher sterben lassen.«

Viele werden nun verzichten

Bei den Obdachlosen wird am deutlichsten, was derzeit allen Sozialhilfeempfängern blüht. Die Praxisgebühr von 10 € wird dabei fast zum Randaspekt. Das sagt Georg Kückelmann und das sagen alle, die mit kranken und sozial schwach gestellten Menschen zu tun haben. »Das Problem sind die Zuzahlungen«, erklärt Katrin Grieser. Sie ist Allgemeinärztin in Gröpelingen. Zum einen müssen Sozialhilfeempfänger 1–2% ihrer Einkünfte für Praxisgebühren und Zuzahlungen bei Heilmitteln, Medikamenten und Krankenhausaufenthalten ausgeben. Das sind im Jahr höchstens 72 € – aber diese Grenze muss erst erreicht sein und von dem Betroffenen per gesammelter Quittungen nachgewiesen werden, bis wieder eine Befreiung einsetzt. Das bedeutet, dass kranke Sozialhilfeempfänger in den ersten Wochen des Jahres so lange für Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte, für Arznei- und Verbandmittel, für Heil- und Hilfsmittel und für vieles weitere zu zahlen haben, bis sie die 72 € erreicht, sprich: von ihrer Sozialhilfe abgezwickelt haben. Hinzu kommt der Zwang zum Quittung sammeln – wie das Menschen, die auch sonst in dieser Gesellschaft nicht zu den Stärksten und Strukturiertesten zählen, bewältigen sollen, fragen sich Reetz, Grieser und andere jeden Tag. Erst nach Wochen hat sich das Amt für Soziale Dienste bereit gefunden, dieses Geld per Darlehen vorzustrecken. Zuvor hatte es in einem Merkblatt an alle Sozialhilfeempfänger noch empfohlen, »im Laufe des Jahres Ansparungen vorzunehmen, um entsprechende Ausgaben im Rahmen der Krankenbehandlung tätigen zu können.« Dass »Ansparungen« im Rahmen von Sozialhilfe nicht möglich seien, hatten da nicht nur die Mitarbeiter der Diakonie bitter angemerkt. Aber all das ist nur die eine Seite des Problems.

Die andere, für Grieser und ihre KollegInnen viel schwerer wiegende Seite ist die Tatsache, dass zahlreiche Medikamente nicht mehr verschrieben werden dürfen und damit

von den Kranken selbst bezahlt werden müssen. »Goldgeist«, sagt Katrin Grieser, »Goldgeist ist teuer.« Das Mittel gegen Kopfläuse ist gängig – und seit 1. Januar nicht mehr verschreibungsfähig. Für eine Familie aus ihrer Patientenschaft nicht erschwinglich, berichtet Grieser, »da kann man jetzt davon ausgehen, dass die Läuse weitergegeben werden. Ein Skandal.«

Paracetamol, Hustenlöser, das Blutdruckmittel ASS, Aspirin oder Salben zur Decubitus-Prophylaxe – muss jetzt alles selber gezahlt werden. Viele Patienten werden also schlicht verzichten, fürchtet Grieser, fürchtet auch Internist Kückelmann. Die Ärzte merken das derzeit kaum. 20% weniger Patienten hätten seit Jahresbeginn einen Facharzt aufgesucht, berichtet Grieser, 8% weniger einen Allgemeinarzt. »Aber wir alle werden es merken«, sagt Georg Kückelmann, »in 10 bis 15 Jahren, wenn es vermehrt Sterbefälle gibt.« Schade nur, ergänzt er, »dass dann die, die dafür verantwortlich sind, schon nicht mehr präsent sind.«

Je sozial schwächer, umso kränker – das ist die Faustformel, die Katrin Grieser aus ihrer alltäglichen Arbeit zieht. »Es gibt fast immer einen Zusammenhang mit schlechter Ernährung, mit Rauchen, Alkohol.« Wenn sie den Leuten dann sage, sie sollten viel Gemüse essen, höre sie oft die Antwort: kein Geld. »Aber sie haben natürlich das Geld, sich Zigaretten zu kaufen«, seufzt die Ärztin.

In dem Spannungsfeld von Armut und Krankheit taucht so ein weiterer Faktor auf, der eng mit beiden anderen zusammenhängt: Bildung. Grieser erzählt von dem Fall eines Patienten mit Lungenentzündung, dessen Zustand sich massiv verschlimmert hatte, nachdem er die verschriebenen Antibiotika – Rezeptgebühr 5 € – einfach nicht gekauft hatte. »Aber auf seinem Couchtisch lagen die Zigaretten.«

Sie erlebe es inzwischen häufig, dass ihre Patienten, insbesondere Alleinerziehende, zwei oder drei Jobs ausübten. »Amerikanisie-

rung« nennt das die Gröpelinger Ärztin. »Entsprechend sind diese Menschen gesundheitlich angeschlagen und häufig lassen sie sich nicht krankschreiben, weil sie Angst um ihren Job haben.« Katrin Grieser erzählt von Gabelstaplerfahrern oder Lagerarbeitern, die jede Krankschreibung vermieden – »denn die haben sonst nach einer Woche die Kündigung.« Ganz anders Patienten aus dem öffentlichen Dienst oder Beamte: »Die lassen sich großzügigst krankschreiben.«

Was Hausärzte wie Grieser an ihren Kassenspatienten verdienen, sind kaum die fürstlichen Honorare, die der Ärzteschaft oft pauschal unterstellt werden. Pro Patient und Quartal dürfen sie 50 € berechnen, für die statistisch krankheitsanfälligeren Rentner 110 €. Medikamente dürfen sie in Höhe von 35 bzw. 80 € verordnen. Egal, ob jemand einmal im Quartal zum Arzt geht oder sehr viel öfter. »Man muss sich schon ganz genau überlegen, ob man innovative Medikamente aufschreibt«, sagt Hausärztin Grieser mit Blick auf das enge Budget. Oft greife man lieber zu den so genannten Generika, preiswerte Nachahmer-Produkte, die genau deshalb preiswert sind, weil das Original schon lange auf dem Markt und sein Patent nicht mehr geschützt ist. »Das heißt aber auch«, so Katrin Grieser mit Bedacht, »dass man nicht immer optimale Medizin macht.«

»Alte und Kranke sind keine Randgruppe. Das sind wir.«

Herr D. hat sich gerade hingesetzt. Das war nicht einfach. Erst mit den Krücken durch die Stuhlreihen, dann sich vorsichtig und ganz langsam umgedreht, die Krücken nach vorne genommen, den Rumpf gebeugt – und endlich sitzt Herr. D. Er sitzt in der Cafeteria im Altenheim am Kirchweg in der Neustadt. 84 sei er, erzählt er. Vorne diskutieren wichtige Menschen über ein wichtiges Thema: die Gesundheitsreform. Was sie sagen, wird aufgezeichnet und am nächsten Tag im Radio übertragen. »Publikum ist erwünscht«, stand in der Pressemitteilung von Radio Bremen.



Das Publikum, das hier hereingeleitet oder geschoben wurde, hat in vielen Fällen keine Chance mehr, den schnell sprechenden Menschen um die Moderatorin herum zu folgen. Herr D. folgt. Und zwischendurch erzählt er von seinem Knie, von der Reha, vom Krankenhaus, wo er von einer Station zur nächsten verschoben worden sei und keiner gewusst habe, was denn nun mit ihm los sei. Los ist nur eines, und das hat Herr D. jetzt begriffen. »Das mit dem Laufen, sagt der Arzt, das wird nichts mehr.« Herr D. guckt das Resopal des Tisches an, dann blickt er auf, seine Augen glänzen, er blinzelt und blickt weg. Herr D. mag nicht erzählen, wie er jetzt klarkommt mit dem, was er für seine Krankheit zu zahlen hat. Er sagt nur: »Ich habe immer sehr sparsam gelebt. Hätte ich das nicht getan, ginge es jetzt gar nicht mehr.«

Wie Herr D. reagieren viele. »Da möchten wir nicht drüber reden. Das schaffen wir schon irgendwie«, zitiert Bettina Töpke oft Gehörtes. Angehörige und Betroffene wollten selten zugeben, wie sehr sie finanziell unter

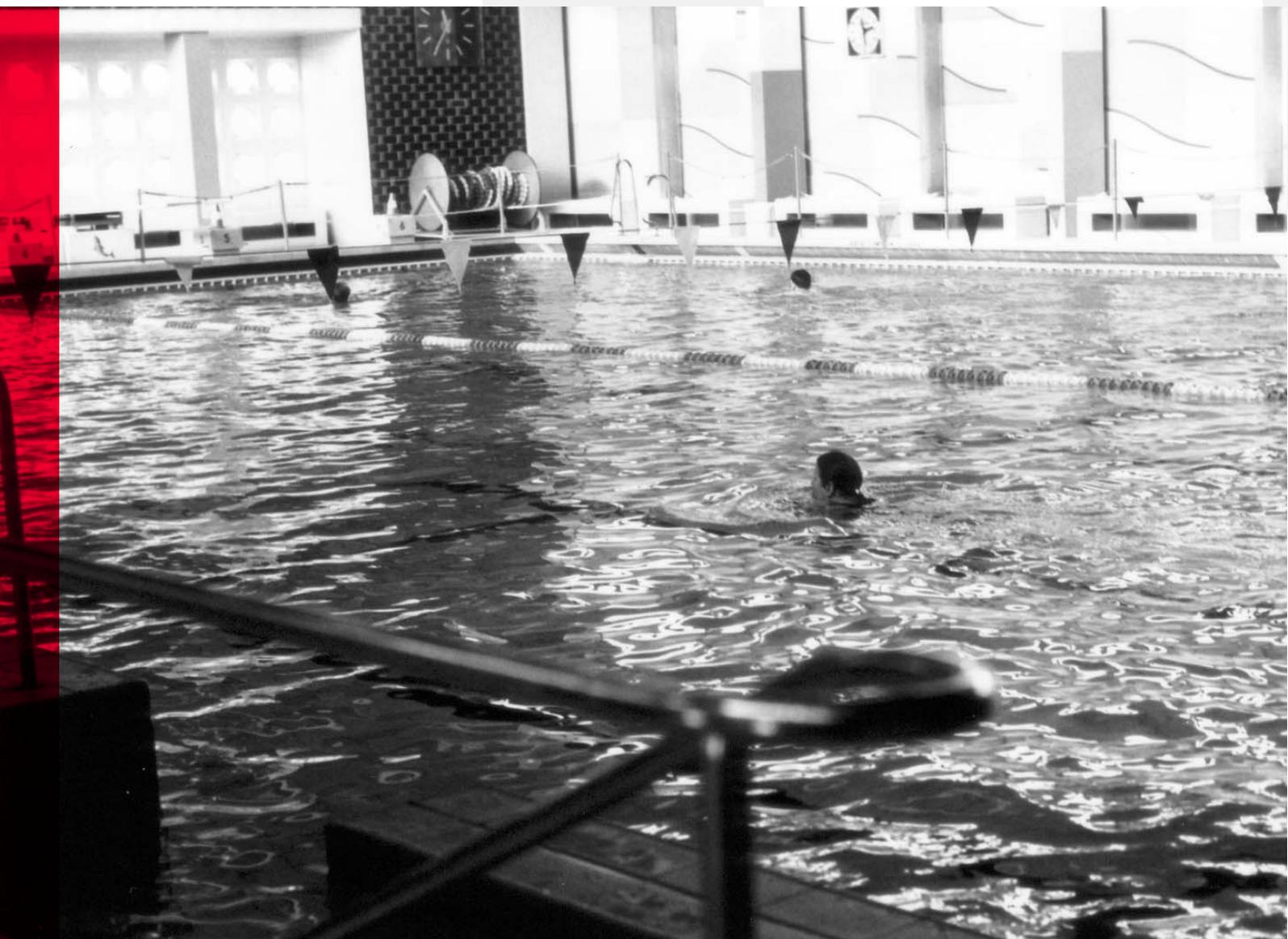
Druck sind, berichtet die Leiterin des Altenpflegeheims am Kirchweg. »Die Menschen, die hier leben, die haben doch ein Leben geführt wie du und ich«, sagt sie heftig, »die waren ihr Leben lang erwerbstätig oder haben Kinder großgezogen. Und plötzlich finden sie sich in einer Situation wieder, in der sie von der Sozialhilfe leben.« Sozialhilfe ist hier ein Unwort. Man bekomme »Unterstützung von der Heimhilfe« – das ist die Sprachregelung, die vornehm verschleiert, dass längst nicht alle Heimbewohner oder deren Angehörige in der Lage sind, die Kosten für den Heimplatz all monatlich zu tragen und deshalb Unterstützung vom Sozialamt brauchen. Etwas mehr als die Hälfte ihrer rund 120 Bewohnerinnen und Bewohner sei auf Sozialhilfe angewiesen, erklärt Heimleiterin Töpke. Ein Schicksal, das normal ist und noch viel normaler werden wird, ist sich Töpke sicher: »Wir können uns abstrampeln wie wir wollen – wenn wir alt sind, werden wir von Sozialhilfe leben.« Denn die Wahrscheinlichkeit, alt und damit krank zu werden, ist hoch. »Alte und Kranke sind keine Randgruppe. Das sind

wir.« Bettina Töpke macht sich keine Illusionen: »Ich werde später mal sagen: Ich hab früher ein Altenpflegeheim geleitet. Heute leb ich von Sozialhilfe. Das passt doch nicht zum Selbstbild.« Nicht zu ihrem, nicht zu dem Selbstbild der 120 Bewohner und wohl kaum zum Selbstbild eines jeden Menschen, der für sich selbst verantwortlich sein will.

Jetzt hat sich auch im Altenpflegeheim am Kirchweg die Schraube von Armut und Krankheit noch eins weitergedreht. Insbesondere dass zahlreiche, früher zwar nicht verschreibungspflichtige, aber dennoch rezeptierbare Medikamente mit der Gesundheitsreform nicht mehr verschrieben werden dürfen, es sei denn in wenigen, eng definierten Ausnahmefällen, bringt viele alte Menschen in

arge Bedrängnis. Bettina Töpke berichtet von einem Patienten, der im ersten Monat dieses Jahres Medikamente im Wert von 122 € verordnet bekam – zwei Drittel davon musste der Mann selbst bezahlen, hinzu kamen Praxisgebühr und Kosten für Krankengymnastik. »Der liegt also jetzt schon bei 140 €, die er zahlen muss«, resümierte Töpke Ende Januar 2004. »Die Frage, die sich stellt, ist doch, wie die Menschen in den Pflegeheimen das eigentlich realisieren sollen«, sagt Töpke und gibt die Antwort gleich selbst: »Entweder sie verzichten oder sie verschulden sich.«

Der Regierungssprecher aus dem Hause von Ministerin Ulla Schmidt, der seinen Namen nicht nennen will, findet die Aufregung über-



trieben: Da möge doch der Heimträger das nötige Geld vorstrecken, antwortet er auf Nachfrage. Das tut das Altenpflegeheim am Kirchweg längst – doch das als selbstverständlich vorauszusetzen, hält Bettina Töpke, daran lässt sie keinen Zweifel, schlicht für eine Frechheit.

Ein neuer Rolli? Muss das sein?

»Dann ist es eben jetzt die Cortisonsalbe. Obwohl es auch was anderes getan hat«, sagt Andrea Sabellek lakonisch und zuckt die Schultern. Nur, dass dieses andere eben nicht mehr verschreibungsfähig ist und die viel stärkere und in ihren Nebenwirkungen viel drastischere Cortisonsalbe damit plötzlich billiger wird, kostet sie den Patienten doch lediglich die Rezeptgebühr. Andrea Sabellek berät beim Verein Selbstbestimmt Leben Menschen mit Behinderungen. »Viele fühlten sich existenziell bedroht«, erzählt sie von den Wochen vor In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform. Wie Bettina Töpke sieht auch Sabellek das größte Problem in den nicht mehr rezeptierbaren Medikamenten. »Das ist das Schlimmste«, sagt sie. »Die Leute müssen das jetzt selber zahlen oder auf verschreibungspflichtige Medikamente ausweichen, die häufig heftiger sind.« Siehe die Cortison-Salbe.

Doch es ist eine Entwicklung, die auch schon vor der Gesundheitsreform eingesetzt hat, die Sabellek aufmerksam verzeichnet und die ihr Sorgen macht. »Wir bekommen in den vergangenen Jahren verstärkt mit, dass die Krankenkassen versuchen, Ausgaben zu vermeiden«, berichtet sie. Ein neuer Rolli? Individuell angepasst? Muss das sein?

»Tut's da nicht auch das alte Modell aus dem Keller?«, beschreibt Sabellek eine Haltung, die ihr von Kassen-Seite vermehrt begegne. »Und die Leute kämpfen das nicht immer durch, die nehmen dann oft das schlechtere Modell.« Es sei ja in Ordnung, betont die Beraterin, Sachen auch gebraucht zu verwenden – »wenn es denn passt.« Und die individuell angepasste Rückenschale

passt möglicherweise nach ein paar Jahren nicht mehr.

»Viele behinderte Menschen merken, dass es schwieriger wird, etwas durchzusetzen«, hat Sabellek gelernt. Mit der Gesundheitsreform seien viele »noch mal viel brenzlicher betroffen.« Es ist nicht nur das Materielle, das fehlt. »Integration wird verstärkt propagiert«, beobachtet Andrea Sabellek, »die Ansprüche steigen und gleichzeitig wird einem der Boden unter den Füßen oder den Rädern weggezogen.« Die Behinderung werde zunehmend zum Privatproblem und zur persönlichen Verantwortung, stellt Sabellek fest, »und nicht zur Verantwortung der Gesellschaft, die die Barrieren erst schafft.« Das ist nicht neu, aber statt dass Barrieren vermieden werden, werden Menschen mit Behinderungen in die Ecke gedrängt, so Sabellek: »Als behinderter Mensch wird mir vermittelt, dass ich langsam zu teuer werde«, beschreibt sie die subtilen Folgen öffentlicher Diskussionen und sich verweigernder Kassen. Viele Behinderte blieben so vor allem in ihrer Teilhabe behindert. Lebensqualität, die Nicht-Behinderte für selbstverständlich halten, werde so zum Luxus. Zum positiven Ausschlag auf einer Skala, an deren anderem Ende eine große Angst steht: »Nee, ich beantrage jetzt nichts mehr«, diese Haltung begegne ihr häufig, wenn es darum gehe, Pflege- oder Assistenzbedarf anzumelden, erzählt Sabellek, »denn nachher werde ich zu teuer. Dann muss ich ins Heim.«

Nicht einmal mehr das lindernde Bad ist drin

Vielleicht ist das ja ein durchaus erwünschter Nebeneffekt der Gesundheitsreform: Dass Menschen nicht mehr wagen, ihre Ansprüche oder auch nur Wünsche zu formulieren. »Im Moment kommt so'n Gefühl auf, dass ich mich das gar nicht traue«, sagt Bettina Behring* auf die Frage, ob sie schon mal eine Kur beantragt habe. Bettina Behring ist 42 Jahre alt, sie leidet unter Bronchitis und

Schuppenflechte. »Die Bronchitis habe ich seit meiner Kindheit. Die Schuppenflechte kam nach meiner Scheidung.« Hinzu kommt Gelenkverschleiß. Bettina Behring würde es gerne mal mit einer Craniosacral-Therapie versuchen. Aber die Behandlung mit zwei Terminen kostet 130 € und wird von den Kassen nicht bezahlt. »Da müsste ich sechs bis acht Monate drauf sparen und könnte mir nichts anderes leisten«, sagt die gelernte Bürokauffrau, die jetzt, nachdem sie sich aus ihrer Ehe mit einem Alkoholiker befreit hat, von Sozialhilfe lebt und zusätzlich im Bürobereich arbeitet, »auf blaue Karte«: für 5,11 € für fünf Stunden täglich. Also keine Craniosacral-Therapie, keine Kur. Und auch nicht mehr das lindernde Bad, das ihre Hautbeschwerden immer ein bisschen eingedämmt hat – denn das ist seit Anfang des Jahres nicht mehr verschreibungsfähig. Und Urlaub? Da lacht Bettina Behring nur. Aber sie jammert nicht. »Ich würde mir nicht wünschen, dass es anders gelaufen wäre. Als Opfer möchte ich mich nicht mehr sehen.«

Bettina Behring bekam Hilfe im Frauengesundheitszentrum (FGZ). »Chronifizierte Krankheitsverläufe sind keine Seltenheit«, sagt Gesa Tontara, »und wenn man dann deutlicher hinhört, stellen sich bei vielen Frauen über Jahre getragene zusätzliche Belastungen heraus.« Gesa Tontara ist die eine von zwei noch verbliebenen angestellten Mitarbeiterinnen des FGZ – die Einrichtung wurde nach der Bürgerschaftswahl 2003 zum Bauernopfer: Weil die Koalition an der Illusion des verfassungskonformen Haushalts für 2005 festhielt, musste nicht nur das FGZ – Jahresförderung 100.000 € – über die Klinge springen. Aber das Frauengesundheitszentrum macht weiter, mit reduziertem Angebot und finanziert vor allem durch private Spenden und Drittmittel.

Vielleicht ist Bettina Behring mit ihren drei Therapien und ihrem jetzt erreichten Standpunkt, ihr Leben anzunehmen wie es ist, eher eine Ausnahme. »Therapie«, sagt Angela Hesse, Leiterin der Sozialberatung

der Diakonie, und schüttelt den Kopf, »Therapie ist so was Mittelständisches.« Therapie werde häufig mit Selbstverständlichkeit als Allheilmittel gesehen – ohne zu merken, dass es ganz viele Menschen in dieser Gesellschaft schlicht nicht erreicht. In zwei Gruppen teilt die Beraterin ihre Klienten. Die Qualifizierten, deren Lebensläufe nicht ganz so glatt sind wie heute vielfach erwartet wird und die irgendwann den Anschluss an die Mainstream-Arbeitsgesellschaft verloren oder ihn überhaupt nie gefunden hatten. Und die anderen, die von vornherein zu den Chancenlosen zählen und möglicherweise bereits in der dritten Generation Sozialhilfe bekommen. Arbeitslosigkeit und Armut machen krank, das beobachtet Angela Hesse tagtäglich. Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen seien typische Symptome vieler Menschen, die in ihre Beratung kommen. Zu eigenen Bemühungen, einen Job zu finden, komme oft die träge, unpersönliche und damit demütigende Behördenstruktur: »Das macht die Leute fertig«, sagt Hesse. »Irgendwann glauben sie selber dran: Ich mach' und tu' und krieg nichts – das muss ja auch an mir liegen.« Hesse erlebt bei ihren Klienten häufig Depressionen, gar Traumatisierungen. »Diese Menschen können sich einfach keinen Millimeter mehr bewegen.« Und auch sie selbst werde immer hilfloser, sagt die Beraterin. »Was ich ihnen rate, ist auch eher was für die Mittelschicht: dass sie sich aufraffen, dass sie etwas für sich tun. Dass sie sich bewusst machen, wann sie zum letzten Mal etwas geschafft haben.« Angela Hesse schweigt. Dann sagt sie: »Das klingt mir fast zynisch.«

Der Kreislauf der Niedergedrücktheit setzt sich fort. »Viele haben Kinder. Und ihre eigene Verfassung überträgt sich auf die Kinder«, beobachtet Hesse, »oft werden dann an die Kinder aber ganz hohe Erwartungen geknüpft.« Die seien selten erfüllbar. Hesse: »Das ist wie Sprengstoff.«

Die Kinder machen nach, was ihnen die Eltern vorleben

Wussten Sie, dass ein Gemüse-Mäc, der Gemüseburger von McDonald's, genauso viel Fett hat wie ein Big Mäc? Und viel mehr Fett als ein Hamburger oder ein Cheeseburger?

»Und da glauben die Kids oder ihre Eltern, das sei was Gesundes«, sagt Ingo Weidanz. Dass der Psychologe sich so gut mit dem Fettgehalt der einzelnen McDonald's-Produkte auskennt, liegt daran, dass die bei seinen Patienten hoch im Kurs stehen. Ingo Weidanz arbeitet am Klinikum Bremen-Nord in der Adipositas-Schulung, einem in Bremen einzigartigen Projekt, in dem adipöse Kinder und ihre Eltern langfristig einen neuen Umgang mit dem Essen lernen sollen. Die Kinder und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren, mit denen Weidanz und die Kinderärztin Tatjana Ziemek zusammenarbeiten, sind nicht dick – sie sind fett. Und ihnen allen ist gemein, dass sie es satt haben, dafür gehänselt zu werden. Ingo Weidanz erlebt häufig, dass es zwischen Adipositas und Armut einen Zusammenhang gibt. »Adipöse Kinder kommen oft aus sozial benachteiligten Familien mit geringer Schulbildung«, erklärt er und fragt: »Nur, was war zuerst da? Die Armut oder das Dicksein?« Weidanz zitiert Untersuchungen aus den USA, nach denen das Jahreseinkommen adipöser Menschen rund 6.000 Dollar unterm Durchschnitt liege. »Adipositas hat oft nicht nur eine soziale Vorgeschichte, sondern auch schwer wiegende soziale Folgen«, erklärt der Psychologe und nennt andere Untersuchungen, für die Kinder nach ihrer Einstellung gegenüber Dicken befragt wurden. Die Antwort: Lieber wollten sie es mit Verbrechern zu tun haben als mit Dicken.

Maria* ist zwölf Jahre alt. »Ich wiege 72 Kilo«, erzählt das Mädchen mit den roten Haaren freimütig, »und ich werde immer blöd angeguckt. Aber nicht wegen meiner Haare, sondern weil ich so dick bin.« Nicht alle Eltern im Adipositas-Projekt reden offen über ihren Anteil am Dicksein der Kids. »Eigentlich«, sagt Marias Vater etwas zögernd,

»haben wir ja nichts falsch gemacht.« Dass sie dennoch ein wesentlicher Teil einer Dynamik sind, die sie nun mit ihren Kindern gemeinsam durchbrechen wollen, scheint diesen Eltern in Bremen-Nord klar. Doch das ist keinesfalls die Regel.

»Die Vorbildfunktion der Eltern spielt eine große Rolle«, erklärt Ingo Weidanz. Ganz oft gebe es in den Familien keine Essensrituale mehr. »Die Glotze ist ein ganz zentraler Punkt. Davor werden nicht nur die Mahlzeiten eingenommen, da werden auch die Chips und Flips in sich reingestopft.« Wenn Eltern ein solches Verhalten vorlebten, so Weidanz, »wenn sie beispielsweise durch Arbeitslosigkeit und mangels Erfüllung im privaten Leben sich vor der Glotze voll schaufeln – dann sehen das die Kinder und machen es mit.« 20% der Kinder in Deutschland seien übergewichtig, sagt der Psychologe, 10% gar adipös.

Das Adipositas-Projekt in Bremen-Nord wird von den Krankenkassen finanziert. Obwohl Weidanz und Ziemek eine massiv ansteigende Nachfrage nach den Plätzen verzeichnen, müssen sie jedoch immer wieder um das Projekt bangen. Es wird von den Kassen finanziert und in regelmäßigen Abständen aufs Neue verhandelt. Würden die Kassen die Kosten nicht übernehmen, sind sich die Ärztin und der Psychologe sicher, würden sie zahlreiche Familien nicht mehr erreichen. Weidanz: »Die können sich das nicht leisten.« Dabei seien die Folgekrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und orthopädische Krankheiten, die auf adipös bleibende Kids zukommen, für das Gesundheitssystem unterm Strich teuer.

»Es kann nicht sein, dass sich alle ergeben«

Wer arm ist, hat ein höheres Risiko, krank zu werden. Und wer krank ist, kann arm werden. Viele Menschen verzweifeln darüber. »Ich habe große Probleme damit, dass ich nicht mehr wertvoll bin für die Gesellschaft«,

sagt Annette Arnold, die Frau mit dem Nierenkrebs, »dafür habe ich anfangs mir die Schuld gegeben.« In den öffentlichen Diskussionen um die Sozialreformen habe sie sich immer wieder selbst erkannt. »Ich bin Rentnerin, ich bin krank – immer ging es um mich. Ich konnte das nicht mehr ertragen.« Sie erzählt von Panikanfällen und davon, dass sie mühsam lernen musste, die Berichterstattung in den Medien von sich selbst zu trennen. »Ich bin arm«, sagt Annette Arnold heute von sich. Sie werde nie verhungern, »und dafür bin ich wirklich dankbar.« Aber dennoch sei sie arm. »Das kannst du doch nicht sagen, sagen meine Freundinnen immer«, erzählt Annette Arnold, »du hast halt im Moment ein kleines Einkommen.«

»Arm? Das fühlt sich für mich überhaupt nicht an«, antwortet Bettina Behring auf die Frage, ob sie sich für arm halte. »Das habe ich im Laufe meines Weges gelernt: Sachen, die ich nicht ändern kann, kann ich auch loslassen«, sagt Bettina Behring und ein ganz kleines bisschen klingt es auch trotzig, »da kann ich gut mit leben.« Und wenn sie sich was wünschen dürfte, dann würde sie gerne die Craniosacral-Therapie ausprobieren, nicht nur mit den 130 € teuren zwei Terminen, sondern viel, viel öfter. »Und ich hätte gerne mal ein ganzes Jahr nur für mich, um mich richtig auszukurieren.« Annette Arnold würde in die Schweiz reisen. Oder nach New York. Alle Therapien ausprobieren, die ihr Leben verlängern könnten. »Aber weil das nichts wird, will ich lieber auch gar nicht wissen, was es da für Möglichkeiten gibt«, sagt sie. Sie sei alte SPD-Wählerin, immer schon gewesen. Damit sei jetzt Schluss. »Aber mit der CDU wird's ja noch viel schlimmer.«

Herr D., der 84-jährige Herr aus dem Altenpflegeheim am Kirchweg, hat seine Entscheidung schon getroffen. »Ich habe immer SPD gewählt, wie meine ganze Familie.« Und jetzt? »Ich geh' nicht mehr hin.«

Annette Arnold, Bettina Behring oder Herr D. – sie stehen für viele Menschen, die ratlos

oder gar resigniert sind. »Jeder murkelt vor sich hin und denkt, wenn's mich erwischt, bin ich selber schuld«, bringt Martin Lühr die Stimmung auf den Punkt. Der Berater bei der Beratungsstelle für Arbeitslose Agab sieht vor sich, dass angesichts immer größerer Maschen im sozialen Netz die Kontakte zu Freunden, Familie oder Gleichgesinnten in Zukunft einen viel höheren Stellenwert bekommen werden. Das, hofft Lühr, hat Potenzial. »Alle sind unheimlich sauer«, beobachtet er, »das setzt Energien frei.« Auf die Frage, ob er daran wirklich glaube, antwortet er: »Irgendetwas muss passieren. Es kann nicht sein, dass sich alle ergeben.« Annette Arnold hat sich ergeben. Was bleibt ihr derzeit anderes übrig. Aber das kann sich auch ändern. »Jedenfalls«, sagt Annette Arnold und in ihren Augen blitzt es, »wäre 'ne Revolution was Schönes.«

*Name geändert



