

Evaluation der gesundheitlichen Versorgung  
im Bremer Stadtteil Gröpelingen

---

- Ein Mixed-Methods-Ansatz -

Studentischer Forschungsbericht

M. Sc. Community and Family Health Nursing

Universität Bremen  
Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften  
M. Sc. Community and Family Health Nursing  
Wintersemester 2019/2020

**Evaluation der gesundheitlichen Versorgung  
im Bremer Stadtteil Gröpelingen  
Ein Mixed-Methods-Ansatz**

- Studentischer Forschungsbericht -

Hanna Hanke  
Pia Hebbeler  
Christina Kisner  
Silke Noltemeyer  
Benedikt Preuß  
Nenthuya Srikandan  
Nivethitha Srikandan  
Mona Stammes

Frau Prof. Dr. Wolf-Ostermann

Juli 2020

## **Danksagung**

Die Autor\*innen des Projektberichtes „Gesundheitszentrum in Gröpelingen“ möchten sich bei allen Beteiligten für ihre Mitarbeit und Unterstützung bedanken.

Einen besonderen Dank möchten wir unserer Dozentin, Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, aussprechen. Mit ihrer Unterstützung und der fachkundigen Beratung und Begleitung entstand über drei Semester in intensiver Zusammenarbeit der Projektbericht.

Für unser Forschungsvorhaben erklärte sich der Gesundheitstreffpunkt West zu unserem Projektpartner. Durch dessen Unterstützung erhielt die Projektgruppe Einblicke in den Stadtteil, die für den Projektbericht von großem Wert waren. Durch die gute Vernetzung unseres Projektpartners mit Akteuren im Stadtteil konnten die Interviewpartner\*innen für die Experteninterviews gewonnen werden. Darüber hinaus wurde die Projektgruppe in inhaltlichen Fragestellungen und Aspekten kompetent beraten. Für diese großzügige Unterstützung möchte sich die Projektgruppe bei dem Gesundheitstreffpunkt West bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch den neun Interviewpartner\*innen unseres Projektberichts, ohne deren Bereitschaft und Mitarbeit das Forschungsvorhaben nicht möglich gewesen wäre. Neben ihrem Berufsalltag haben sie sich für die Interviews der Projektgruppe Zeit genommen und durch die in den Interviews gewonnenen Erkenntnisse konnte die Projektgruppe ihre zuvor recherchierten Ergebnisse ergänzen und mögliche Lösungsvorschläge erarbeiten.

Selbstverständlich gilt ein großes Dankeschön auch allen Teilnehmer\*innen der Bürgerbefragung in Gröpelingen.

## **Abstract**

In dem vorliegenden Projektbericht werden die Arbeitsergebnisse einer studentischen Arbeitsgruppe dargestellt, die im Rahmen des **Masterstudiengangs *Community and Family Health Nursing an der Universität Bremen*** im Laufe von drei Semestern erarbeitet wurden. Das Ziel des Projekts ist es, im Bremer Stadtteil Gröpelingen ein **Community Health Assessment** durchzuführen und die gesundheitliche Versorgung aus Sicht der Bürger\*innen und Expert\*innen zu beleuchten sowie zu analysieren, ob eine Vernetzung von Akteuren in Form eines Gesundheitszentrums zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen könnte.

Mittels **standardisierter Befragungen** wurden Versorgungs- und Bedarfslagen der ambulanten Gesundheitsversorgung sowie die Zufriedenheit der Bürger\*innen erhoben. Die Auswertung erfolgte anhand deskriptiver und inferenzstatistischer Analysen. Ergänzend wurden **Experteninterviews** mit Direktversorgern sowie politischen und Netzwerkakteuren geführt, welche angelehnt an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Programm MAXQDA ausgewertet wurden. Die Ergebnisse und die Diskussion widmen sich den fünf **Kategorien *gesundheitliche Versorgungslage, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Bedarfe, Kooperation und Vernetzung sowie Lösungsansätze***. Die Auswertung der quantitativen und qualitativen **Ergebnisse** zeigt, dass die ambulante gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen insgesamt zwar als qualitativ gut bewertet wird, die vorhandenen Ressourcen jedoch nicht ausreichen. Sowohl die befragten Bürger\*innen als auch die Expert\*innen halten eine Vernetzung in Form eines Gesundheitszentrums für sinnvoll. Wegen der Sozialstruktur im Stadtteil wird hierbei die Integration von Primärmedizin, Sozialberatung und Community Health Nursing mit einer Koordinations- und Fallmanagementfunktion empfohlen. Zur Reduktion von Versorgungsbarrieren empfehlen sich ein bürokratiearmer Zugang zu professionellen Dolmetscher\*innen, der Einsatz technischer Hilfsmittel sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für einen kultursensiblen Umgang. Auch der Ausbau des ÖPNV, barrierefreier Strukturen und der Einsatz von mehr Fachpersonal erscheinen auf Grundlage der Ergebnisse empfehlenswert.

# I Inhaltsverzeichnis

I	Inhaltsverzeichnis.....	I
II	Abkürzungsverzeichnis .....	IV
III	Tabellenverzeichnis.....	V
IV	Abbildungsverzeichnis.....	VII
V	Zusammenfassung.....	VIII
1	Einleitung .....	1
2	Community Health Assessment .....	4
3	Hintergrund .....	6
3.1	Demografische Daten.....	6
3.1.1	Bevölkerungsstruktur .....	7
3.1.2	Erwerbstätigkeit und Einkommen .....	9
3.1.3	Mortalität und Morbidität .....	10
3.1.4	Zielgruppen.....	13
3.2	Geopolitik und Infrastruktur in Gröpelingen .....	18
3.2.1	Historische Entwicklung.....	18
3.2.2	Politische Situation .....	19
3.2.3	Glaubens- und Wertegemeinschaften .....	21
3.2.4	Wohnen .....	22
3.2.5	Mobilität .....	23
3.2.6	Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten.....	24
3.2.7	Bildung .....	25
3.3	Gesundheitliche Versorgung .....	28
3.3.1	Krankenhäuser .....	29
3.3.2	Hausärztliche Versorgung .....	30
3.3.3	Fachärztliche Versorgung.....	32
3.3.4	Therapeutische Versorgung .....	33
3.3.5	Stationäre Pflege .....	34
3.3.6	Ambulante Pflege .....	35
3.3.7	Gesundheitsangebote für Alleinerziehende und Familien.....	37
3.3.8	Hebammenversorgung .....	38
3.4	Stadtteilspezifische Problemlagen.....	39
3.4.1	Armutdefinition.....	40
3.4.2	Migration.....	47
3.5	Zielgruppen .....	51
3.5.1	Familien und Alleinerziehende.....	51
3.5.2	Kinder und Jugendliche .....	58

3.5.3	Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt.....	68
3.5.4	Ältere Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf.....	73
4	Gesundheitszentrum .....	78
4.1	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung .....	80
4.2	Die Poliklinik Veddel.....	81
5	Methoden .....	85
5.1	Durchführung und Auswertung der Experteninterviews.....	85
5.2	Bürgerbefragung .....	86
6	Ergebnisse .....	88
6.1	Ergebnisse der Experteninterviews .....	88
6.1.1	Gesundheitliche Versorgungslage .....	88
6.1.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen/Gesundheitsverhalten . .....	97
6.1.3	Bedarfe .....	100
6.1.4	Kooperation und Vernetzung .....	104
6.1.5	Lösungsansätze und Zukunftswünsche .....	111
6.2	Ergebnisse der Bürgerbefragung.....	120
6.2.1	Stichprobenbeschreibung .....	121
6.2.2	Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation und der gesundheitlichen Versorgung.....	124
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	136
6.3.1	Zusammenfassung der Bürgerbefragung .....	136
6.3.2	Zusammenfassung der Experteninterviews .....	137
7	Diskussion.....	139
7.1	Methodische Limitation.....	139
7.1.1	Experteninterviews .....	139
7.1.2	Bürgerbefragung.....	140
7.2	Diskussion der Ergebnisse .....	142
7.2.1	Gesundheitliche Versorgungslage .....	142
7.2.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.....	150
7.2.3	Bedarfe .....	155
7.2.4	Kooperation und Vernetzung .....	163
7.2.5	Lösungsansätze und Zukunftswünsche .....	170
8	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen .....	181
	Literaturverzeichnis .....	187
	Anhangsverzeichnis.....	201
	Anhang 1: Anschreiben der Expert*innen .....	202
	Anhang 2: Einverständniserklärung .....	204
	Anhang 3: Interviewleitfaden der Experteninterviews .....	206
	Anhang 4: Kategorienbildung .....	212

Anhang 5: Fragebogen der Bürgerbefragung – Deutsch .....	216
Anhang 6: Fragebogen der Bürgerbefragung – Englisch .....	221
Anhang 7: Fragebogen der Bürgerbefragung – Französisch .....	226
Anhang 8: Fragebogen der Bürgerbefragung – Arabisch .....	231
Anhang 9: Fragebogen der Bürgerbefragung – Türkisch .....	236

## II Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BELLA	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
CHC	Community Health Centres
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DIAKO	Ev. Diakonie-Krankenhaus
DKJS	Deutsche Kinder und Jugendstiftung
eig. Ber.	eigene Berechnung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GTP	Gesundheitstreffpunkt West
HPV	Humane Papillomviren
k. A.	keine Angaben
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVHB	Kassenärztliche Vereinigung Bremen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
MmD	Menschen mit Demenz
MW	Mittelwert
o. J.	ohne Jahr
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PG	Pflegegrade
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen
VJ	Versicherungsjahre
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WiN	Wohnen in Nachbarschaften
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie

### III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung des Bevölkerungsstandes in Deutschland, Bremen und Gröpelingen .....	7
Tabelle 2: Anteil Frauen in Deutschland, Bremen und Gröpelingen .....	7
Tabelle 3: Altersstruktur Gröpelingen, Bremen und Deutschland 2018 .....	8
Tabelle 4: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländer 2018 in % .....	8
Tabelle 5: Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Herkunftsländer 2017 (in Tsd.)	9
Tabelle 6: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung im Alter von 25 bis unter 65 Jahren im Jahr 2017 .....	9
Tabelle 7: Anteil der Arbeitslosen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich Arbeitslose .....	10
Tabelle 8: Sterbefälle in Deutschland, Bremen und Gröpelingen im Jahr 2018 .....	11
Tabelle 9: Todesursachen in Deutschland und Bremen 2015 .....	11
Tabelle 10: AU-Tage je 100 VJ .....	13
Tabelle 11: Privathaushalte in Deutschland, Bremen und Gröpelingen 2017/2018 .....	14
Tabelle 12: Haushalte mit ehelichen und nichtehelichen Paaren 2018 .....	14
Tabelle 13: Kinder unter 18 Jahren in Deutschland, Bremen und Gröpelingen 2018 .....	15
Tabelle 14: Daten Schwangerschaft und Geburt im Jahr 2017 .....	16
Tabelle 15: Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland und Bremen im Jahr 2017 .....	17
Tabelle 16: Verteilung der Pflegegrade in Anteilen .....	17
Tabelle 17: Menschen mit Demenz in Deutschland, Bremen und Gröpelingen .....	17
Tabelle 18: Wahlergebnis in Gröpelingen im Jahr 2019 .....	20
Tabelle 19: Hausärztliche Versorgung in Deutschland, Bremen und Gröpelingen .....	30
Tabelle 20: Fachärztliche Versorgung im Bremer Westen .....	32
Tabelle 21: Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland, Bremen und Gröpelingen .....	33
Tabelle 22: Grundsicherung für Arbeitssuchende in Deutschland 2018, Bremen und Gröpelingen 2017 .....	42
Tabelle 23: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Deutschland 2018, Bremen 2017 und Gröpelingen 2011 .....	43
Tabelle 24: Übersicht armutsgefährdeter Bevölkerungsgruppen und Armutsgefährdungsquoten (%) in Deutschland, Bremen und Gröpelingen (2018) .....	44
Tabelle 25: Einteilung nach Altersgruppen .....	73
Tabelle 26: Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland, Bremen und Gröpelingen im Jahr 2017 .....	75

Tabelle 27: Verteilung der Pflegegrade in Anteilen .....	75
Tabelle 28: Zukunftswünsche der Bürger*innen.....	136

## IV Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Community Assessment Wheel.....	4
Abbildung 2: Die Abwehr- und Widerstand-Linien im Community Assessment Wheel.....	5
Abbildung 3: Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts bei Hilfebedürftigkeit....	41
Abbildung 4: Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum .....	79
Abbildung 5: Beispielhafte Bündelung von Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung.....	81
Abbildung 6: Teilnehmer*innen nach Altersgruppen .....	121
Abbildung 7: Medizinische Versorgung .....	125
Abbildung 8: Zufriedenheit mit Gesundheitsdiensten .....	126
Abbildung 9: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in % .....	128
Abbildung 10: Lage der Gesundheitsdienste, die in Anspruch genommen werden.....	129
Abbildung 11: Bedarfslage der Gesundheitsdienste.....	130
Abbildung 12: Aktueller Gesundheitszustand.....	132
Abbildung 13: Wünsche für ein zentrales Versorgungszentrum .....	133
Abbildung 14: Vergleich von ausgesuchten Kennzahlen der Stichprobe und Bevölkerung in Gröpelingen.....	141
Abbildung 15: Modellidee des Gesundheitszentrum Gröpelingen nach dem Konzept der PORT-Zentren .....	176

# V Zusammenfassung

## Problemdarstellung

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status, Lebensraum sowie Gesundheit und daraus resultierende Ungleichheiten sind seit langem belegt. Menschen, die von sozialer Benachteiligung oder Armut betroffen sind, weisen häufig zusätzlich einen schlechteren Gesundheitszustand auf (Haverkamp 2008: 320). Die durch Armut entstandenen prekären finanziellen Lagen vieler Familien sorgen unter anderem für eine Unterversorgung mit materiellen und immateriellen Gütern, welches einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung hat (Holz 2011).

Eine gelingende Vernetzung einzelner Versorger kann dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgungslage in diesen Stadtteilen zu verbessern (Bönisch 2017). Hier kann vor allem das Fachgebiet **Community Health Nursing** genannt werden, welches unter anderem auf die Optimierung der pflegerischen wie gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene durch Einbindung verschiedener Akteure abzielt (Hasseler 2006: 41ff.).

Im Rahmen des Masterstudiengangs Community and Family Health Nursing der Universität Bremen wurde von dem Jahrgang Wintersemester 2018/2019 in drei Semestern ein Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitstreffpunkt West durchgeführt, dessen Ergebnisse im vorliegenden Bericht dargestellt werden. Dabei wurde die ambulante gesundheitliche Versorgung des Bremer Stadtteils Gröpelingen mit Hilfe eines Community Health Assessments und aus Sicht von Bürger\*innen sowie Expert\*innen untersucht. Ziel war es, die gesundheitliche Versorgung sowie Probleme und Lösungsansätze in Hinblick darauf aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen. Dabei soll die Arbeit eine Antwort auf die folgende Forschungsfrage geben: Welche Erkenntnisse zur **gesundheitlichen Versorgung** im Bremer Stadtteil Gröpelingen können ein **Community Health Assessment** und darauf aufbauende quantitative und qualitative Methoden liefern und welche Schlussfolgerungen bezüglich einer verbesserten strukturellen Versorgung beispielsweise durch ein **Gesundheitszentrum** lassen sich daraus ziehen?

Mithilfe grundlegender demografischer Daten des Stadtteils Gröpelingen, der Stadtgemeinde beziehungsweise dem Bundesland Bremen und dem gesamten Bundesgebiet Deutschlands werden die Geopolitik und die Infrastruktur in Gröpelingen beleuchtet, in dem unter anderem die historische Entwicklung, die politische Situation, Glaubens- und Wertegemeinschaften, die Wohnsituation sowie die Mobilität, Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten und Bildung beschrieben werden. Außerdem wird die gesundheitliche Versorgungslage des Stadtteils Gröpelingen im Vergleich zur Stadtgemeinde beziehungsweise

dem Bundesland Bremen sowie Deutschland abgebildet. Auch stadtteilspezifische Problemlagen (Armut und Migration) und ausgewählte Zielgruppen (Familien und Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt, ältere Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf) werden hinsichtlich relevanter Problemlagen, besonderen Bedarfe und Ressourcen dargestellt.

## **Methoden**

Die empirische Studie basiert auf einem **Mixed-Methods-Ansatz** bestehend aus Experteninterviews sowie standardisierte Befragungen von Bürger\*innen.

Als **Expert\*innen** wurden neun verschiedene Akteure im Stadtteil ausgewählt und kontaktiert. Diese waren sowohl als Direktversorger sowie als Akteure in Netzwerken oder der Politik tätig. Ziel war es, nach Möglichkeit Expert\*innen für alle Zielgruppen zu erreichen.

Die **Interviews** wurden **leitfadengestützt** durchgeführt. Der Leitfaden umfasste die Themenblöcke Gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen, Versorgungslage/Bedarfe, Kooperation/Vernetzung sowie Lösungsansätze. Die Interviews wurden von jeweils zwei Mitgliedern der Projektgruppe im Zeitraum von Mai bis September 2019 durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe des **Programms MAXQDA** in der Version 2020 und wurde angelehnt an die **Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring** (Mayring 2015).

Um neben den Expertenmeinungen auch die Wahrnehmungen der Bürger\*innen in Gröpelingen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung zu erlangen, wurde eine **standardisierte Befragung** durchgeführt. Der dafür erarbeitete Fragebogen enthielt neben soziodemografischen Angaben Fragen zur medizinischen Versorgung in Gröpelingen, zur Zufriedenheit mit dem Versorgungsangebot, zu Hindernissen bei der Inanspruchnahme der Angebote und zu der Idee, Hilfsangebote zu zentralisieren. Um möglichst viele Bürger\*innen zu erreichen, wurde der **Fragebogen in einfacher Sprache** formuliert und ins Englische, Französische, Arabische und Türkische **übersetzt**. Die Befragungen wurden im Zeitraum vom Juli bis Oktober 2019 durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe des **Programms SPSS** in der Version 26 sowie **Microsoft Excel** 2019. Dabei wurden deskriptive und inferenzstatistische Analysen verwendet.

## **Ergebnisse**

### *Bürgerbefragung*

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Hälfte der Einwohner\*innen Gröpelingens die **medizinische Versorgung** im Stadtteil insgesamt positiv bewertet. Mehr als die

Hälfte schätzen ihren **Gesundheitszustand** als eher oder sehr gesund ein. Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit zeigen sich hinsichtlich einzelner Gesundheitsdienstleister. Unterschiede zeigen sich auch bei der **Inanspruchnahme** der unterschiedlichen Dienstleister. Dabei werden Zusammenhänge zwischen dem Alter und der Häufigkeit der Besuche einzelner Dienstleister deutlich. Es zeigt sich weiter, dass viele der Gesundheitsdienstleister häufig außerhalb Gröpelingens in Anspruch genommen werden, vor allem Fachärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Hebammen. Für diese liegt auch der größte ungedeckte Bedarf an weiterer Versorgung vor. Begründet werden sowohl die Unzufriedenheit mit der Versorgung als auch der Bedarf, vor allem mit langen Wartezeiten, unzufriedenstellenden Terminvergaben, Sprachbarrieren oder fehlender Barrierefreiheit. Eine zentrale Versorgung in einem Gebäude erachtet ein Großteil der Bürger\*innen als sinnvoll. Angebote, die aus Bürgersicht dort repräsentiert sein sollten, sind vor allem Hausärzt\*innen, Physiotherapeut\*innen und Orthopäd\*innen.

### *Experteninterviews*

Die **ambulante Versorgungslage** im Stadtteil Gröpelingen beinhalte laut den Expert\*innen gute Versorgungsansätze zur gesundheitlichen Versorgung der Bürger\*innen. Das Arbeitspensum der niedergelassenen Ärzt\*innen sei in Gröpelingen jedoch deutlich höher. Zusätzlich fehle es an Hebammen, die eine Versorgung im Stadtteil übernehmen können. Außerdem werde von der Bevölkerung in Gröpelingen viel Diagnostik eingefordert, die in der Regel keine Notwendigkeit darstelle.

Zur **stationären gesundheitlichen Versorgungslage** beschreiben die Expert\*innen die Nähe zum DIAKO als positiv, da es eine zusätzliche Entlastung der ambulanten Versorgung darstelle. Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen seien ausreichend vorhanden, allerdings seien die Wartezeiten lang.

Die **hausärztliche Versorgung** im Stadtteil wird insgesamt als qualitativ gut beschrieben. Hinzu komme, dass die einzelnen Gesundheitsdienstleister im Stadtteil viel Engagement in ihre Arbeit einbringen. Auch gebe es viele Angebote zur Gesundheitsförderung. Ferner hätten die vorhandenen Kooperationen zwischen einzelnen Gesundheitsdienstleistern und/oder Institutionen einen positiven Effekt auf die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote.

Trotz der guten qualitativen Einschätzung der Gesundheitsversorgung durch die Expert\*innen, seien die Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung unzureichend. Deutlich werde dies unter anderem durch Aufnahmestopps bei Haus- und Fachärzt\*innen und Hebammen. Hinzu komme, dass einige Praxen eine zusätzliche Einschränkung in der Barrierefreiheit aufweisen und somit nicht von allen Patient\*innen genutzt werden können.

Als **Ressource** werden vor allem die vielen vorhandenen Angebote und Institutionen im Stadtteil angegeben. Ferner sei die Mehrsprachigkeit in den medizinischen Praxen eine weitere Ressource im Stadtteil sowie die Nutzung des technischen Fortschritts und die gute Vernetzung unter den Akteuren.

Als eine der größten **Barrieren** wird die sprachliche Barriere im Stadtteil beschrieben. Die Kommunikation zwischen Gesundheitsversorgern und Patient\*innen gestalte sich aufgrund dieser schwierig und Angehörige müssten häufig als Dolmetscher\*innen fungieren. Auch sei ein zeitlicher Mehraufwand, unter anderem durch sprachliche Barrieren, vorhanden. Weitere Barrieren die angegeben werden, seien zum einen die Infrastruktur und das defizitäre Mobilitätskonzept und zum anderen die Angst vor kriminellen Vorfällen und der technische Fortschritt, der Patient\*innen häufig zum Stellen eigener Diagnosen verleite.

Bei dem Gesundheitsverhalten der Bürger\*innen und der **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistern** lassen sich kulturelle und armutsbedingte Einflussfaktoren differenzieren. **Kulturell** bedingte Unterschiede bei der Definition von Gesundheit und Krankheit können laut den Expert\*innen zu Missverständnissen zwischen den Ärzt\*innen und den Patient\*innen führen. Daran anknüpfend wird von den Expert\*innen die Unwissenheit über Ansprüche und Gesundheitsdienstleistungen angesprochen. Diese führten zum einen dazu, dass bestimmte Leistungen nicht in Anspruch genommen oder zum anderen dazu, dass teilweise erhöhte Ansprüche an Gesundheitsversorger gestellt werden. Zudem werde häufig versucht, Belange und Probleme innerhalb der Familien zu lösen, ohne entsprechende Hilfsangebote oder Beratungen in Anspruch zu nehmen.

Neben den kulturellen Faktoren ist **Armut** ein weiterer Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Bestimmte gesundheitliche Angebote werden nicht wahrgenommen, da sich Betroffene diese nicht leisten können. Auch im Gesundheitsverhalten Betroffener zeige sich dies, da unter Umständen Berufstätigkeiten ausgeübt werden, in denen nur unzureichende Maßnahmen zum Gesundheitsschutz getroffen werden. Um die **infrastrukturellen Bedarfe** des Stadtteils Gröpelingen zu verbessern, sollten laut den Expert\*innen die Barrierefreiheit und die öffentlichen Verkehrsmittel ausgebaut werden. Wohnungen, Praxen und die Wege zu den Praxen seien häufig nicht barrierefrei.

Neben den infrastrukturellen Bedarfen werden auch **strukturelle Bedarfe** von den Expert\*innen genannt. So existiere in der Bevölkerung ein großer Bedarf an Beratungsmöglichkeiten zur eigenen Lebenssituation, aber auch an Informationen zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Des Weiteren betonen die Expert\*innen den hohen Bedarf an ärztlichem Fachpersonal sowie an nicht-ärztlichen medizinischen Berufen. Auch würden zur Unterstützung der Arbeit laut den Expert\*innen Dolmetscher\*innen und Sozialarbeiter\*innen fehlen.

Zu den **gesundheitlichen Bedarfen** äußern sich die Expert\*innen dahingehend, dass Herzkreislauferkrankungen und psychische Krankheitsbilder unter den Erwachsenen in Gröpelingen zunehmen würden. Aber auch Kinder litten häufig bereits vor Schulbeginn unter Adipositas, Konzentrationsschwäche und Sprachdefiziten. Hier wird insbesondere das mangelnde Wissen über Ansprüche und Leistungen des Gesundheitssystems von den Expert\*innen betont.

In Bezug auf bestehende **Kooperationen und Vernetzungen** von Akteuren im Stadtteil berichten die Expert\*innen über die vorhandenen Strukturen, Voraussetzungen guter Netzwerkarbeit und über positive und negative Erfahrungen.

In Gröpelingen gibt es viele interdisziplinäre und regionale Kooperationen und Vernetzungen, die sich auch auf den Bremer Westen erstrecken und zum Teil in andere Bremer Stadtteile reichen. Die **vorhandenen Strukturen** werden von den Expert\*innen größtenteils als gut bewertet. Die Expert\*innen sind in organisierten Netzwerken wie dem „Netzwerk Gesundheit“ aktiv und haben private Netzwerke aufgebaut, die überwiegend zum kollegialen Austausch genutzt werden.

In Gröpelingen sind gute **Voraussetzungen** wie regelmäßige Absprachen, eine gute Kommunikationsstruktur, gemeinsame Ziele und eine gute Zusammenarbeit mit dem Ortsamt West für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit und Kooperation gegeben.

Die Expert\*innen berichten von **positiven Erfahrungen** wie dem Interesse und der Freiwilligkeit vieler Akteure im Stadtteil, sich in Netzwerken zu engagieren, und benennen fördernde Faktoren wie regelmäßige Arbeitskreistreffen, Eigeninitiative, ein gutes Miteinander und gemeinsame Ziele. Dennoch wird oft der Wunsch nach einer zentralen Koordinierungsstelle im Stadtteil und festen Ansprechpartner\*innen in den Einrichtungen deutlich. Die größten Vorteile, die durch Kooperationen und Vernetzungen entstehen, sind laut der Expert\*innen der Informations- und Zeitgewinn durch schnelle Absprachen.

Es werden aber auch **negative Erfahrungen** wie Parallelstrukturen, eine nicht ausreichende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ressorts, mangelnde Transparenz, die Unattraktivität Gröpelingens als Arbeitsstandort und eine erschwerte Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Ämtern und dem DIAKO genannt. Zudem ist die Zusammenarbeit mit Schulen und Kindergärten sowie Pflegestützpunkten teilweise noch nicht ausreichend. An diesen Stellen gebe es laut der Expert\*innen noch Entwicklungspotential. Insgesamt würden alle Expert\*innen gerne mehr zusammenarbeiten und besser vernetzt sein. Dafür fehle es aber an Zeit und Vergütungsmöglichkeiten für Netzwerkarbeit sowie an Freiräumen vom Arbeitgeber.

Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil beschreiben die Expert\*innen folgende **Lösungsansätze und Zukunftswünsche**. Es müsse das Versorgungsangebot insgesamt mehr auf die Bevölkerungsstruktur im Stadtteil abgestimmt werden. Aufgrund der besonderen Sozialstruktur des Stadtteils seien zudem diverse Beratungsangebote von Bedeutung. Die Einrichtung von Einzelfallbetreuungen würde dieses sinnvoll ergänzen. Für die vielfältigen, bereits bestehenden Angebote gelte es eine Niedrigschwelligkeit zu schaffen, um die Hemmschwelle zur Wahrnehmung dieser zu senken. Auch sollten die Bürger\*innen besser darüber informiert werden. Weiterhin könnte die Digitalisierung zu besseren Strukturen beitragen. Die Expert\*innen wünschen sich außerdem einen Ausbau von Vernetzung und Zusammenarbeit der Akteure im Stadtteil. Die Einrichtung eines Stadtteilgesundheitszentrum wird insgesamt positiv bewertet und bietet die Möglichkeit, genannte Lösungsansätze zu vereinen.

### **Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

In Hinblick auf die **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen** im Stadtteil Gröpelingen zeigt sich, dass unterschiedliches Verhalten in Bezug auf Inanspruchnahme vor allem auf **Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen** zurückzuführen ist. Dies führt zu Unzufriedenheiten auf Seiten der Versorger wie auf Seiten der Bürger\*innen sowie zu Behandlungsfehlern und kann die Angehörigen von Familien mit Sprachbarrieren darüber hinaus beeinträchtigen. Außerdem wird das Gesundheitssystem zusätzlich belastet. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, haben sich auf Grundlage des Projektes folgende Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen hervorgetan: Die Diagnosestellung, Aufklärung und Informationsweitergabe in Hinblick auf die Behandlung von Patient\*innen durch Gesundheitsdienstleister sollten für alle Bürger\*innen in der Muttersprache ermöglicht werden. Dazu ist es notwendig, dass ein möglichst einfacher, bürokratiearmer Zugang zu professionellen Dolmetscher\*innen geschaffen wird. Eine weitere Möglichkeit bieten technische Hilfsmittel wie der Einsatz mehrsprachiger Medien oder Übersetzungshilfen. Um nicht nur sprachlichen, sondern auch kulturellen Differenzen zu begegnen und so mögliche Konflikte einzuschränken, wäre die Arbeit eines/einer Kulturmediator\*in hilfreich, welcher/welche bei Konflikten kultursensibel vermitteln kann. Förderlich wären zudem Fort- und Weiterbildungsangebote zu kultursensiblen Umgang beziehungsweise Kulturkompetenzen für Mitarbeiter\*innen im Gesundheitssektor des Stadtteils. Dadurch können auch das Vertrauen und die Akzeptanz in die medizinische Behandlung gesteigert werden. Als Konsequenz solcher Maßnahmen ist mit einer Entlastung des Gesundheitssystems und mit der Steigerung der Qualität der Versorgung zu rechnen.

Bei den Bedarfen werden in Gröpelingen vor allem **infrastrukturelle und personelle Bedarfe** deutlich. Infrastrukturell fallen **fehlende Barrierefreiheit** im öffentlichen Raum, aber auch in Privatwohnungen und Praxen sowie Einschränkungen im öffentlichen Nahverkehr auf. Dies hat vor allem für Personen mit eingeschränkter Mobilität, aber auch für junge Familien Folgen, wenn diese mit Kinderwagen unterwegs sind, und betrifft demnach alle Zielgruppen, die im Projekt näher betrachtet werden. Konkret bedeutet das für den Stadtteil Gröpelingen, dass es zu einem Abbau der Barrieren kommen muss, zum Beispiel durch Umbaumaßnahmen. Dies sollte zukünftig fokussiert werden und betrifft im öffentlichen Raum einfache Veränderungen wie die Breite von Gehwegen. Umbaumaßnahmen in Privatwohnungen oder Praxen könnten durch finanzielle Anreize gefördert werden. Außerdem sollte der **öffentliche Nahverkehr** ausgebaut werden, um allen Menschen eine kostengünstige Bewegungsfreiheit zu ermöglichen. Dies kann ebenfalls die Gesundheitsversorgung im Stadtteil entlasten, da Dienstleister in anderen Stadtteilen besser erreichbar wären. Personell fehlt es in Gröpelingen vor allem an Fachärzt\*innen, Therapeut\*innen und Hebammen. Diese Bedarfe gehen mit den geschilderten Problemen aufgrund der Sprachbarrieren wie der Einschränkungen in der Mobilität einher und verschärfen sich entsprechend der anderen im Stadtteil aufgeführten Probleme. Zusätzlich werden die vorhandenen Gesundheitsdienstleister durch die Konfrontation mit nichtmedizinischen Problemen wie Sozialberatung belastet. Dies wirkt sich negativ auf die vorhandene personelle Situation aus, da das vorhandene Personal durch diese Barrieren in ihrer eigentlichen Tätigkeit als gesundheitlicher Versorger eingeschränkt wird. Hier könnte die Etablierung von Beratungsangeboten Entlastung für das Gesundheitssystem schaffen. Dabei sind die Faktoren Sprachbarrieren, Mobilität, Niedrigschwelligkeit und Partizipation zu beachten, um möglichst viele Betroffene erreichen zu können. Die personelle Situation in Gröpelingen wird zusätzlich verschärft, da es an Anreizen für Dienstleister fehlt, dort neue Versorgungsangebote zu schaffen. Es wird zudem beschrieben, dass es nicht nur an Anreizen fehle, sondern regelrecht unattraktiv für Versorger sei, sich im Stadtteil niederzulassen. Entsprechend sollte ein Fokus auf der Schaffung von Anreizen sowie der Steigerung der Attraktivität des Stadtteils liegen. Zusätzliche Anreize könnten durch finanzielle Unterstützung geschaffen werden. Die geschilderten personellen Bedarfe betreffen die ganze Bevölkerung Gröpelings und belasten dadurch nicht nur die fokussierten Zielgruppen.

Zur Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil wurden außerdem die **Kooperation und die Vernetzung der Versorger** untersucht. Dabei zeigt sich zum einen eine bereits gut funktionierende Vernetzung vieler Akteure. Zum anderen wird auf Defizite in der Netzwerkarbeit und Koordinierung hingewiesen. Dies zeigt sich einerseits in Hinblick

auf Versorger, die sich nicht an Netzwerkarbeit beteiligen, und andererseits in bestehenden Netzwerken, die in ihrer Handlungskraft eingeschränkt sind, da die Netzwerkarbeit nicht optimal funktioniert. Dies liegt vor allem an fehlenden Kapazitäten und inadäquaten Strukturen der Netzwerke. Da Netzwerkarbeit einen wichtigen Aspekt in der Gesundheitsversorgung darstellt und sich durch Synergieeffekte Vorteile für Versorger wie auch Bürger\*innen ergeben können, sollte die Netzwerkarbeit in Gröpelingen gefördert werden. Konkret haben sich anhand des Projekts folgende Handlungsempfehlungen ergeben: Zur Steigerung der Kooperation und Vernetzung in Gröpelingen sollten klare Strukturen und Entscheidungs- wie Regelsysteme etabliert werden, da so Transparenz geschaffen werden kann. Auf diese Art wird die Entwicklung von Vertrauen gefördert, bestehender Konkurrenzdruck abgebaut und die Kooperationsbeziehungen gestärkt. In Gröpelingen ist dafür eine Koordinierungsstelle, die sich um die Schaffung von Verbindlichkeit, Transparenz, Aufgabenverteilung und Ressourcenbalance kümmert, empfehlenswert. Weiterhin kann eine Netzwerkanalyse die bestehenden Netzwerke und deren Strukturen aufzeigen und gegebenenfalls Lücken wie Doppelstrukturen identifizieren. Infolgedessen kann eine Restrukturierung der Netzwerke sinnvoll sein. Da Netzwerkarbeit für viele Akteure und Versorger zeitliche und somit finanzielle Ressourcen beansprucht, sollten Anreize geschaffen werden, die diese Investition vergüten. Werden Direktversorger in der Netzwerkarbeit sowohl finanziell als auch zeitlich unterstützt, kann dies zu einer Verbesserung der Versorgung insgesamt führen. Eine solche Entlastung hängt wiederum mit den oben formulierten Problemlagen wie Mobilität, Sprachbarrieren und strukturellen Bedarfen zusammen. Entsprechend können genannte Handlungsempfehlungen wie Dolmetscher\*innen, Stärkung des öffentlichen Nahverkehrs oder Initiierung von Beratungsstellen in Hinblick auf diese Probleme auch die Kapazitäten für Netzwerkarbeit fördern. Daraus resultiert wiederum ein positiver Effekt für die gesamte gesundheitliche Versorgung. Ein weiterer Aspekt, der bei Vernetzungen und Kooperationen berücksichtigt werden sollte, ist Nachhaltigkeit. Diese lässt sich zum Beispiel durch eine möglichst kontinuierliche personelle Beteiligung fördern. Dazu sind genannte Entlastungen der Dienstleister sinnvoll.

Die bisher geschilderten Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen umfassen verschiedene Bereiche und komplexe Veränderungen. Dies lässt darauf schließen, dass die Umsetzung eine entsprechend komplexe und langfristige Aufgabe ist. Da aber die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Bedarf an Änderungen und Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung vorliegt, wird als eine kurzfristige Veränderung die Implementierung eines **Gesundheitszentrums** in Gröpelingen empfohlen. Dies greift viele der genannten Lösungsansätze auf, die die Versor-

gung in Gröpelingen positiv beeinflussen können. Die Implementierung eines Gesundheitszentrums geht mit dem Ausbau der haus- wie fachärztlichen Versorgung und dem verbesserten Angebot bezüglich Therapeut\*innen einher. Dadurch werden die Bedarfe in diesen Bereichen verringert. Dies wiederum korreliert mit reduzierten Wartezeiten auf Termine und somit einer Entlastung auf Seiten der Versorger wie auch der Bürger\*innen. Zusätzlich ermöglicht ein Gesundheitszentrum die Integration unterschiedlicher Hilfsangebote wie Dolmetscher\*innen, psychosozialer Angebote oder Beratungsangeboten, welche wiederum einen positiven Effekt auf personelle Bedarfe ausüben. Einen weiteren Vorteil bietet die räumliche Nähe aus verschiedenen Perspektiven. Zum einen werden kurze Wege für Bürger\*innen zur Versorgung geschaffen. Weiterhin kann ein Gesundheitszentrum für Schulungs- und Präventionsangebote genutzt werden. Dies erhöht durch Niedrigschwelligkeit und kreativen Zugangsweg die Inanspruchnahme der Angebote. Zum anderen sind auch die Wege der Versorger zueinander kurz und erleichtern die Vernetzung zwischen ihnen. Somit können Synergieeffekte, aber auch materielle Ressourcen wie digitale Medien und Hilfsmittel genutzt werden. Für Bürger\*innen kann ein Gesundheitszentrum außerdem ein Anlaufpunkt sein, an dem die Vernetzung zwischen den Bürger\*innen gesteigert wird. Die Implementierung eines Gesundheitszentrums sollte sich an nationalen und internationalen Beispielen orientieren und auf den drei Säulen Primärmedizin, Sozialberatung und Community Health Nursing fußen. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass dadurch personelle Engpässe in der Versorgung reduziert werden, die Attraktivität, den Stadtteil als Standort zu wählen, für Versorger steigt, die bestehenden Ressourcen geschont und unterstützt werden und die Netzwerkarbeit im Stadtteil begünstigt werden kann. Dies kann sich positiv auf alle Bürger\*innen Gröpelingens auswirken und wird vor allem Menschen in prekären Situationen zugutekommen. Dies betrifft auch die im Projekt fokussierten Zielgruppen. Es ist außerdem mit positiven Einflüssen auf andere gesellschaftliche Aspekte wie Integration und Inklusion sowie die Steigerung der Attraktivität des Stadtteils zu rechnen. Die Umsetzung eines Gesundheitszentrums bedeutet aber auch, dass langfristig trotzdem alle weiteren Handlungsempfehlungen umgesetzt werden sollten, um nachhaltig eine verbesserte Versorgung im Stadtteil zu erreichen.

# 1 Einleitung

Aktuell steht in vielen deutschen Großstädten immer häufiger die Herausbildung sozialer „Problemviertel“, sogenannter „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf“, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. In diesen Stadtteilen leben konzentriert Menschen, die soziale, kulturelle oder ethnische Gemeinsamkeiten haben. Häufig handelt es sich dabei um arme Menschen und ethnische Minderheiten. Diese Benachteiligungen haben zur Folge, dass die sozial marginalisierten Bewohner\*innen sehr beschränkte Informations- und Kontaktmöglichkeiten haben, da sie im lokalen Umkreis nur Mitmenschen treffen, die ebenfalls über wenig Ressourcen verfügen (Bundeszentrale für politische Bildung 2015). Auch ist empirisch belegt, dass Menschen, die von sozialer Benachteiligung oder Armut betroffen sind, häufig zusätzlich einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Haverkamp 2008: 320).

Auch die Hansestadt Bremen ist von diesem Phänomen betroffen. Gröpelingen gehört zu einem der Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf, die vermehrt mit einem schlechten Image, Armut und sozialer Ausgrenzung zu kämpfen haben (Amt für soziale Dienste o. J.-b). Gröpelingen zählt mit einer hohen Arbeitslosenquote (Statistisches Landesamt Bremen 2019g) und dem niedrigsten Durchschnittseinkommen aller Bremer Stadtteile zu einem der ärmsten Stadtteile Bremens (Arbeitnehmerkammer Bremen 2015).

Die durch Armut entstandenen prekären finanziellen Lagen vieler Familien sorgen unter anderem für eine Unterversorgung mit materiellen und immateriellen Gütern. Dies wiederum hat einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Daraus resultiert ein dringender Handlungsbedarf in Bezug auf präventive Maßnahmen, um eine gesundheitliche Chancenungleichheit nachhaltig zu reduzieren (Holz 2011).

Eine gelingende Vernetzung einzelner Versorger kann dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgungslage in diesen Stadtteilen zu verbessern (Bönisch 2017). Konzepte, die Vernetzung fördern, wie Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V) oder Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI) werden bundesweit vom Gesetzgeber unterstützt. Ebenso gibt es regionale beziehungsweise kommunale Ansätze und Projekte, die Synergieeffekte der Vernetzung untersuchen, nutzen und fördern wollen (vgl. Hoffmann et al. 2016).

Insgesamt können die Entwicklung und Forschung dieses Bereichs in Deutschland im Vergleich zu angloamerikanischen Ländern als am Anfang stehend beschrieben werden. Dies mag auch im Zusammenhang mit der recht jungen Akademisierung der Pflege stehen, die eine maßgebliche Rolle für etwaige Ansätze einnehmen kann. Als prädestiniert kann hier vor allem das Fachgebiet **Community Health Nursing** genannt werden, welches unter anderem auf die Optimierung der pflegerischen wie gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene durch Einbindung verschiedener Akteure abzielt. Community Health Nursing befasst sich außerdem mit der Prävention und Gesundheitsförderung einer Community, die mit Hilfe präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen umgesetzt wird und dadurch eine bedarfsgerechte Förderung und Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit über den gesamten Lebenszyklus einer bestimmten Gruppe beziehungsweise Community ermöglicht (Hasseler 2006: 41ff.).

Im Rahmen des Masterstudiengangs Community and Family Health Nursing der Universität Bremen wurde durch den Jahrgang Wintersemester 2018/2019 ein Forschungsprojekt durchgeführt, dessen Ergebnisse im vorliegenden Bericht dargestellt werden. Dabei wurde die ambulante gesundheitliche Versorgung des Bremer Stadtteils Gröpelingen mit Hilfe eines Community Health Assessments und aus Sicht von Bürger\*innen sowie Expert\*innen untersucht. Ziel war es, die gesundheitliche Versorgung sowie Probleme und Lösungsansätze in Hinblick darauf aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen. Dabei soll die Arbeit eine Antwort auf die folgende Forschungsfrage geben: Welche Erkenntnisse zur **gesundheitlichen Versorgung** im Bremer Stadtteil Gröpelingen können ein **Community Health Assessment** und darauf aufbauende quantitative und qualitative Methoden liefern und welche Schlussfolgerungen bezüglich einer verbesserten strukturellen Versorgung beispielsweise durch ein **Gesundheitszentrum** lassen sich daraus ziehen?

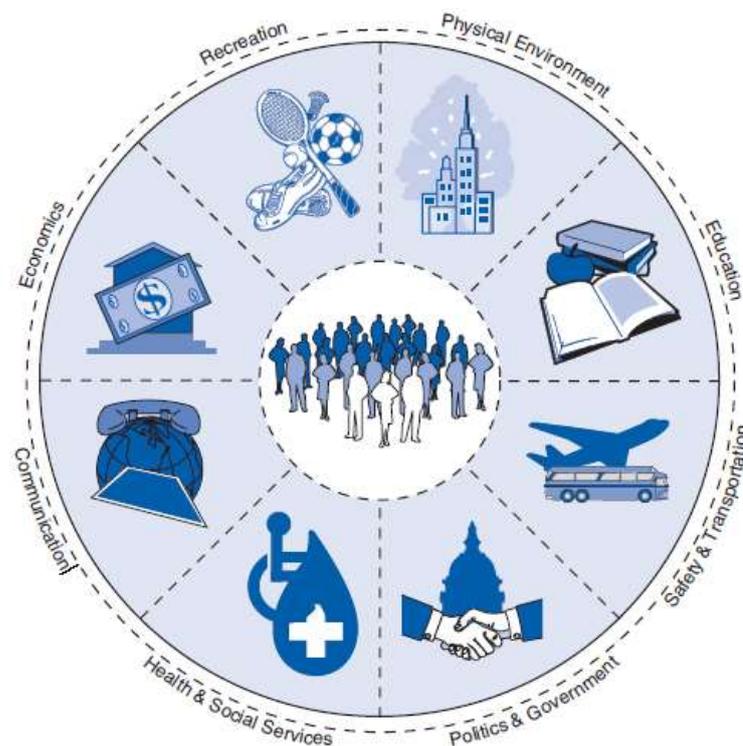
In dem Forschungsprojekt wurde der Fokus auf verschiedene Zielgruppen gelegt, die interessengeleitet bestimmt wurden. Bei der Beantwortung der Fragestellung wurden Schwerpunkte auf diese Zielgruppen gelegt. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitstreffpunkt West (GTP) durchgeführt, einem lokalen Akteur, der im Stadtteil zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention Angebote schafft und berät.

Im Bericht wird zunächst die Methode des Community Health Assessments näher betrachtet (Kapitel 2), auf Grundlage dessen die Hintergrundinformationen zum Stadtteil Gröpelingen zusammengetragen wurden (Kapitel 3). In Kapitel 4 wird das Konzept eines Gesundheitszentrums anhand eines Beispiels erläutert. Anschließend erfolgt die Darstellung der methodischen Vorgehensweise (Kapitel 5) und der Forschungsergebnisse (Kapitel 6). Diese werden in Kapitel 7 vor dem Hintergrund weiterführender Literatur diskutiert. Daraus werden abschließend Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet (Kapitel 8).

## 2 Community Health Assessment

Die Untersuchung der Versorgungslage in Gröpelingen wurde mithilfe des Community Assessment Wheels durchgeführt. Im Mittelpunkt der Anwendung des Community Assessment Wheels stehen die Menschen, die zu der Community gehören. Mithilfe von Erhebungen werden demografische Daten, Werte und Normen sowie Ziele ermittelt. Die Verbindung zwischen den Rändern und der im Mittelpunkt stehenden Community erfolgt durch verschiedene Subsysteme. Unter den Subsystemen werden unter anderem die physikalische Umwelt, Sozial-, Umwelt-, und Gesundheitsdienste, Verkehr, Politik und Bildung verstanden. Zwischen diesen und den Mitgliedern der Community entsteht eine Wechselwirkung (Abbildung 1) (Anderson & McFarlane 2011).

Abbildung 1: Community Assessment Wheel



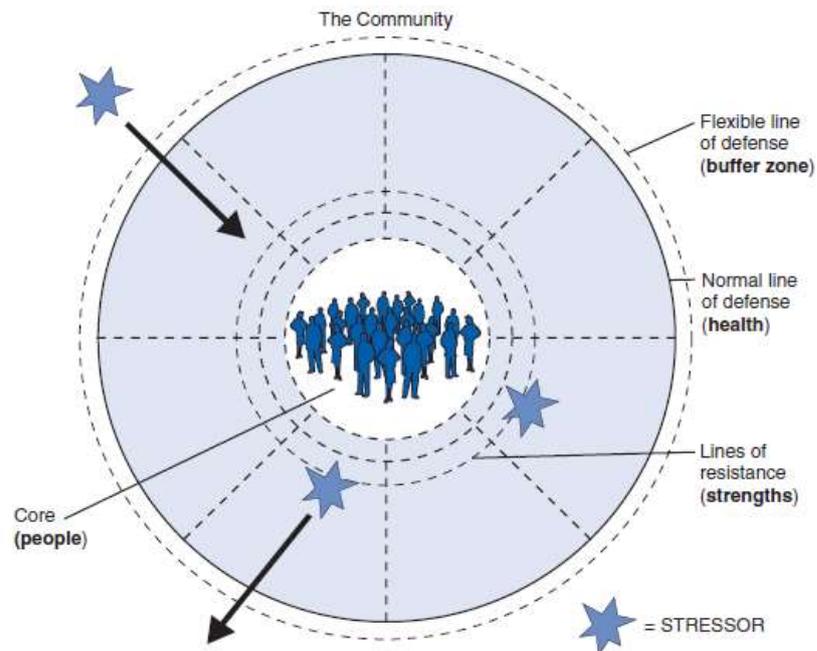
Quelle: Anderson und McFarlane (2011: 176)

Die Begrenzung der Community und ihrer Subsysteme erfolgt durch zwei unterschiedliche Ränder. Die gestrichelte Linie beinhaltet die Fähigkeiten und Kompetenzen der Community, mit außergewöhnlichen beziehungsweise neuen Belastungen umzugehen. Wie mit Belastungen oder Herausforderun-

gen in der Community umgegangen wird, zeigt die durchgezogene Linie. Ebenfalls können normale und flexible Abwehr-Linien sowie Widerstands-Linien bestimmt werden (Abbildung 2).

Nach diesem Modell wird somit die Community mit ihren Strukturen der gesellschaftlichen Subsysteme analysiert.

Abbildung 2: Die Abwehr- und Widerstand-Linien im Community Assessment Wheel



Quelle: Anderson und McFarlane (2011: 176)

## **3 Hintergrund**

Im Hintergrundteil wird der Stadtteil Gröpelingen in Hinblick auf demografische Daten (Unterkapitel 3.1), die geopolitische und infrastrukturelle Einordnung (Unterkapitel 3.2), die gesundheitliche Versorgung (Unterkapitel 3.3) sowie stadtteilspezifische Problemlagen (Unterkapitel 3.4) vorgestellt. Außerdem werden Zielgruppen, die im Rahmen des Forschungsprojektes näher untersucht werden, bezüglich relevanter Problemlagen dargestellt (Unterkapitel 3.5).

### **3.1 Demografische Daten**

Im Folgenden werden grundlegende demografische Daten des Stadtteils Gröpelingen, der Stadtgemeinde beziehungsweise dem Bundesland Bremen und dem gesamten Bundesgebiet Deutschlands dargestellt und aufeinander bezogen. Dies soll eine Einordnung der Bevölkerungsstruktur in Gröpelingen ermöglichen und eine Vorstellung über den Stadtteil Gröpelingen und dessen Bewohner\*innen geben. Zunächst werden dazu die Bevölkerungsstruktur (Abschnitt 3.1.1), Zahlen zur Erwerbstätigkeit und Einkommen (Abschnitt 3.1.2) sowie zur Mortalität und Morbidität (Abschnitt 3.1.3) betrachtet. Anschließend werden demografische Daten zu den in diesem Projekt fokussierten Zielgruppen beschrieben (Abschnitt 3.1.4). Eine detaillierte Betrachtung der Zielgruppen erfolgt in Unterkapitel 3.5.

Die Daten im folgenden Kapitel wurden im Zeitraum vom 01.11.2018 bis zum 31.01.2019 recherchiert und beziehen sich auf den neuesten Stand. Im weiteren Projektzeitraum wurden aktuelle Daten aus Bremen und Gröpelingen veröffentlicht. Da diese für das Projekt teilweise von großer Relevanz sind, wurden sie an einigen Stellen nachträglich mit in die Ergebnisse aufgenommen. Weil sich das Bundesland Bremen und die Stadtgemeinde Bremen in Größe und Bevölkerung unterscheiden, wird bei entsprechenden Angaben auf die explizite Bezugsgröße hingewiesen. Es wird ebenso zwischen dem Stadtteil Gröpelingen und dem Ortsteil Gröpelingen unterschieden. Falls nicht explizit darauf verwiesen wird, ist mit Gröpelingen im Folgenden der Stadtteil Gröpelingen gemeint.

### 3.1.1 Bevölkerungsstruktur

Der Stadtteil Gröpelingen ist im Jahr 2018 mit rund 38 Tsd. Einwohner\*innen hinter der Neustadt (46 Tsd.), Hemelingen (44 Tsd.) und Schwachhausen (39 Tsd.) einer der größten Stadtteile Bremens. Der Anteil an der Bevölkerung der Stadt Bremen liegt bei 7 % (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Die Bevölkerung in Deutschland stieg von 1990 bis 2018 von 79,8 Mio. auf 83,0 Mio. (Statistisches Bundesamt 2019d) Menschen an. Ebenso nahm die Bevölkerung in Bremen und auch in Gröpelingen in diesem Zeitraum zu, wobei es zwischen 1990 und 2000 zunächst zu einem Rückgang der Bevölkerung kam (Statistisches Landesamt Bremen 2019g). Es fällt auf, dass es im gesamten Stadtgebiet Bremen und auch im Stadtteil Gröpelingen vor allem in den Jahren 2010 bis 2018 zu einem Anstieg der Bevölkerungszahl kam (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Entwicklung des Bevölkerungsstandes in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

	Bevölkerungsstand (eig. Ber.: Veränderung zum vorherigen Zeitpunkt in %)		
Jahr	Gröpelingen	Stadt Bremen	Deutschland (in Tsd.)
1990	35 874	551 219	79 753
2000	34 192 (-4,7)	539 403 (-2,1)	82 260 (3,1)
2010	34 897 (2,1)	547 340 (1,5)	81 752 (-0,6)
2018	37 597 (7,7)	569 352 (4,0)	83 019 (1,6)

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019d) und Statistisches Landesamt Bremen (2019g)

Der Anteil der Frauen an der Bevölkerung in Deutschland und der Stadt Bremen unterscheidet sich nicht. Der Anteil der Frauen an der Bevölkerung in Gröpelingen ist etwas niedriger als in Bremen und Deutschland (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil Frauen in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

	Anteil Frauen (in %)
Gröpelingen (2015)	48,3
Bremen (2016)	50,7
Deutschland (2018)	50,7

Quelle: eigene Berechnungen nach Statistisches Landesamt Bremen (2019j), Statistisches Landesamt Bremen (2018a) und Statistisches Bundesamt (2019d)

In Deutschland macht die Gruppe der 25 bis unter 65 Jährigen im Jahr 2018 einen Anteil von 55 % der Bevölkerung aus (Statistisches Bundesamt 2019h). In der Stadt Bremen und in Gröpelingen zeigen sich vergleichbare Werte (Statistisches Landesamt Bremen 2019g). Unterschiede werden in Gröpelingen für die Anteile der jüngeren Bevölkerung (unter 25 Jahren) und der älteren

Bevölkerung (ab 65 Jahren) deutlich (vgl. Tabelle 3). Dies spiegelt sich ebenso im Durchschnittsalter wider.

Tabelle 3: Altersstruktur Gröpelingen, Bremen und Deutschland 2018

Altersgruppen	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %			Durchschnittsalter in Jahren
	unter 25	25 bis unter 65	ab 65	
Gröpelingen	29	54	17	40,6
Stadt Bremen	25	54	21	43,6
Deutschland	24	55	21	44,4

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019h), Statistisches Landesamt Bremen (2019g) und Statistisches Bundesamt (2019c)

In Deutschland leben im Jahr 2018 19,6 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2019a). Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 25 %. Von allen Menschen mit Migrationshintergrund sind 9,9 Mio. Menschen Ausländer\*innen. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 11,9 % (vgl. Tabelle 4). Mehr als zwei Drittel (13,1 Mio. beziehungsweise 67,9 %) der Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus einem europäischen Land (vgl. Tabelle 5), danach folgen Asien und Afrika. Zu den häufigsten Herkunftsländern zählen die Türkei, Polen und die Russische Föderation; circa ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus einem dieser drei Länder.

In Bremen und Gröpelingen fallen sowohl deutlich größere Anteile an Menschen mit Migrationshintergrund als auch an Ausländer\*innen auf. In Gröpelingen hat mehr als die Hälfte der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, mehr als ein Drittel der Bevölkerung sind Ausländer\*innen. Die häufigsten Herkunftsländer unterscheiden sich in Bremen kaum von denen in Deutschland. Angaben für Gröpelingen diesbezüglich fehlen. Es wird lediglich berichtet, dass der Anteil der Bevölkerung mit türkischer Nationalität in Gröpelingen bei 9,9 % liegt (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Tabelle 4: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländer 2018 in %

	Deutschland	Bremen	Gröpelingen
Menschen mit Migrationshintergrund	25,1	37,8	56,4
Ausländer*innen	11,9	18,2	34,9

Quelle: eigene Darstellung und Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2019a) und Statistisches Landesamt Bremen (2019g)

Tabelle 5: Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Herkunftsländer 2017 (in Tsd.)

	Deutschland (%)	Bremen (%)
Menschen mit Migrationshintergrund	19 258	215
Europa	13 084 (67,9)	133 (61,9)
Asien	4 167 (21,6)	58 (27,0)
Afrika	856 (4,4)	15 (7,0)
Amerika	501 (2,6)	k. A.
Türkei	2 774 (14,4)	40 (18,6)
Polen	2 100 (10,9)	28 (13,0)
Russische Föderation	1 381 (7,2)	13 (6,0)
Kasachstan	1 237 (6,4)	13 (6,0)
Syrien	706 (3,7)	17 (7,9)
Bulgarien	273 (1,4)	10 (4,7)

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018d)

### 3.1.2 Erwerbstätigkeit und Einkommen

Im Vergleich zu Deutschland und Bremen weist Gröpelingen im Jahr 2017 einen geringeren Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an der Bevölkerung im Alter von 25 bis unter 65 Jahre auf (vgl. Tabelle 6). In Deutschland liegt der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung in dieser Altersgruppe bei 64 % (eig. Ber. auf Grundlage der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit) (Statistisches Bundesamt 2019i) und der Bevölkerungsfortschreibung (Statistisches Bundesamt 2018b), in Bremen bei 58 % und in Gröpelingen bei 49 %. Damit liegt Gröpelingen im Vergleich zu den anderen Stadtteilen Bremens an letzter Stelle.

Tabelle 6: Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung im Alter von 25 bis unter 65 Jahren im Jahr 2017

	Anteil in %
Gröpelingen	49,1
Bremen	57,6
Deutschland	63,9

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019i), Statistisches Bundesamt (2018b) und Statistisches Landesamt Bremen (2019g)

Entsprechend ist Gröpelingen im Vergleich zu Bremen und Deutschland ein Stadtteil mit besonders hohem Anteil an Arbeitslosen. Auch Bremen weist eine deutlich höhere Quote an Arbeitslosen in Relation zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich der Arbeitslosen auf (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Anteil der Arbeitslosen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich Arbeitslose

	Anteil in %
Gröpelingen (2017)	26,2
Bremen (2017)	12,2
Deutschland (2018)	6,6

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2020a) und Statistisches Landesamt Bremen (2019g)

Im Jahr 2016 verfügen private Haushalte in Bremen über durchschnittlich 20 724 € je Einwohner\*in (Statistisches Landesamt Bremen 2018a). Damit liegt Bremen rund 1 000 € unter dem Bundesdurchschnitt (21 919 €). Im Vergleich zu den anderen westdeutschen Bundesländern liegt Bremen vor dem Saarland an vorletzter Stelle. Alle neuen Bundesländer liegen im Durchschnitt unter Bremen. Für Gröpelingen liegen Daten aller Lohn- und Einkommenssteuerpflichtigen aus dem Jahr 2013 vor. Dort lag das durchschnittliche Einkommen der Lohn- und Einkommenssteuerpflichtigen bei 19,3 Tsd. € (Statistisches Landesamt Bremen 2019g). Damit liegt Gröpelingen nach dem Stadtteil Vahr (22,4 Tsd. €) an letzter Stelle und deutlich unter dem Niveau der Stadt Bremen im Jahr 2013 (33,0 Tsd. €).

### 3.1.3 Mortalität und Morbidität

Die Mortalität in Gröpelingen liegt im Jahr 2018 mit durchschnittlich 10,6 Sterbefällen je 1 000 Einwohner\*innen unter dem durchschnittlichen Wert der Stadt Bremen (11,6 Sterbefälle je 1 000 Einwohner\*innen). Die größte Sterblichkeit ist mit 16,2 Sterbefällen je 1 000 Einwohner\*innen im Stadtteil Burglesum, welcher direkter Nachbar zum Stadtteil Gröpelingen ist, zu beobachten. Darauf folgen die Stadtteile Woltmershausen (14,4 Sterbefällen je 1 000 Einwohner\*innen) und Vahr (13,5 Sterbefällen je 1 000 Einwohner\*innen). Die geringste Sterblichkeit liegt in den Stadtteilen Neustadt (9,1 Sterbefälle je 1 000 Einwohner\*innen) und in der Östlichen Vorstadt (8,3 Sterbefälle je 1 000 Einwohner\*innen) vor (Statistisches Landesamt Bremen 2019g). Die Sterblichkeit in Gröpelingen nimmt somit eine mittlere Position im gesamten Stadtgebiet ein und ist in Hinblick auf die Sterblichkeit mit der Stadt Bremen und dem gesamten Bundesgebiet vergleichbar (vgl. Tabelle 8). Bei den dargestellten Mortalitätsraten handelt es sich um rohe Mortalitätsraten.

Tabelle 8: Sterbefälle in Deutschland, Bremen und Gröpelingen im Jahr 2018

	Sterbefälle je 1.000 Einwohner*innen
Gröpelingen	10,6
Stadt Bremen	11,6
Deutschland	11,5

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Landesamt Bremen (2019g) und Statistisches Bundesamt (2019i)

Zu den Todesursachen finden sich nur Zahlen für die Stadt Bremen aus dem Jahr 2015, nicht für die einzelnen Stadtteile. Als häufigste Todesursachen werden Krankheiten des Kreislaufsystems, Bösartige Neubildungen (Krebs) und Krankheiten des Atmungssystems genannt (vgl. Tabelle 9). Diese drei Todesursachen machen fast drei Viertel aller 6 316 Sterbefälle (73,0 %, eig. Ber.) im Jahr 2015 aus (Statistisches Landesamt Bremen 2018a). In Deutschland zeigt sich ein sehr ähnliches Bild (Statistisches Bundesamt 2017b).

Tabelle 9: Todesursachen in Deutschland und Bremen 2015

	Todesursache	Sterbefälle (Anteil in %)
Deutschland	Sterbefälle insgesamt	925 200
	Krankheiten des Kreislaufsystems	356 616 (38,5)
	Bösartige Neubildungen (Krebs)	226 337 (24,5)
	Krankheiten des Atmungssystems	68 300 (7,4)
Stadt Bremen	Sterbefälle insgesamt	6 316 (100,0)
	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 458 (38,9 eig. Ber.)
	Bösartige Neubildungen (Krebs)	1 607 (25,5 eig. Ber.)
	Krankheiten des Atmungssystems	548 (8,7 eig. Ber.)

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2017b) und Statistisches Landesamt Bremen (2018a)

## Suizide

Die Häufigkeit von Suiziden ist ebenfalls nicht für die einzelnen Stadtteile, sondern nur für die Stadt Bremen beziehungsweise das Land Bremen zu finden. Im Jahr 2015 haben in der Stadt Bremen 68 Menschen ihr Leben durch einen Suizid beendet (Statistisches Landesamt Bremen 2018a). Dies entspricht 1,1 % aller Todesfälle (eig. Ber.). Diese Zahl ist vergleichbar mit der Rate aus dem Bundesgebiet (Statistisches Bundesamt 2017b). Das Verhältnis der Anteile der Suizide nach Geschlecht ist ebenfalls vergleichbar. Sowohl im Land Bremen (Statistisches Landesamt Bremen 2018a) als auch im Bundesgebiet (Statistisches Bundesamt 2019i) nehmen die Männer mit circa 75 % den Großteil der Suizide ein.

Amtliche Morbiditätsdaten für Gröpelingen und das Land beziehungsweise die Stadt Bremen konnten nicht ermittelt werden. Aus diesem Grund wurden Gesundheitsreporte der Ersatzkassen BARMER und Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) für das Land Bremen zurate gezogen. Anhand dessen kann ein Eindruck über die Morbidität in Bremen im Vergleich zu Deutschland gewonnen werden. Die Daten spiegeln allerdings nur einen kleinen Teil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Land Bremen wider.

### **Krankheitsstand**

Anhand des Krankheitsstandes kann ein Eindruck über die Morbidität im Land gewonnen werden. Dies unterliegt allerdings Verzerrungen, wenn die Darstellung der Morbidität der gesamten Bevölkerung angestrebt wird, da anhand der Krankheitstage nur Erkrankungen erfasst werden, welche als Krankmeldungen bei Krankenkassen eingehen. Dabei werden nicht die gesamte Bevölkerung und nicht alle Erkrankungen erfasst.

Die Gesundheitsreporte der BARMER und der DAK kommen zu inkohärenten Ergebnissen bezüglich des Krankenstandes 2017 im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet. Während die BARMER eine Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen Fehlzeiten um 3,6 % feststellt (Grobe et al. 2018), ermittelt die DAK einen um 0,1 % höheren Krankenstand im Land Bremen (DAK 2018).

### **Erkrankungen**

In Hinblick auf die Erkrankungen, die zu Krankheitsausfällen führen, werden in den Gesundheitsreporten der beiden Ersatzkassen BARMER und DAK 2018 für das Land Bremen vor allem Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen aufgeführt. Diese vier Krankheitsarten machen circa 65 % aller Krankheitstage aus (DAK 2018) (Grobe et al. 2018). Der Stellenwert der Erkrankungen nach Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) unterscheidet sich zwischen den beiden Kassen teilweise. Die Größenordnungen sind vergleichbar. Auffallend ist die deutlich größere Zahl an AU-Tagen je 100 Versichertenjahre (VJ) in Bezug auf psychische und Verhaltensstörungen und die geringere Zahl durch Krankheiten des Atmungssystems in Bremen. Dies fällt bei beiden Kassen auf (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: AU-Tage je 100 VJ

ICD-10-Diagnosekapitel	BARMER		DAK	
	Bremen	Deutschland	Bremen	Deutschland
Psychische und Verhaltensstörungen	380	335	309	250
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	342	385	323	327
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	225	214	175	178
Krankheiten des Atmungssystems	209	243	211	230

Quelle: eigene Darstellung nach Grobe et al. (2018) und DAK (2018)

### 3.1.4 Zielgruppen

Wie in der Einleitung dargestellt, wird in dem Projekt der Fokus auf verschiedene Zielgruppen gelegt, die in Gröpelingen leben und besondere Anforderungen an das Leben stellen. Die Zielgruppen werden folgend vorgestellt. Dazu werden kurze Definitionen der Zielgruppen und ein Überblick grundsätzlicher Daten angeführt. Eine detaillierte Darstellung der Problemlage und tieferegehende Informationen werden in Unterkapitel 3.5 gegeben.

#### 3.1.4.1 Familien und Alleinerziehende

In Deutschland gibt es im Jahr 2018 insgesamt 42 Mio. Haushalte mit durchschnittlich 1,99 Haushaltsmitgliedern (Statistisches Bundesamt 2019b). Bei 41 % handelt es sich um Einpersonenhaushalte (vgl. Tabelle 11). Hinzu kommen Familien mit Kindern sowie kinderlose Ehepaare, Lebenspartnerschaften, Wohngemeinschaften etc. In der Stadt Bremen und im Stadtteil Gröpelingen sind die Haushalte mit 1,82 beziehungsweise 1,91 Haushaltsmitgliedern (Statistisches Landesamt Bremen 2019h) im Durchschnitt kleiner als in Deutschland. Im Vergleich zur Stadt Bremen und dem Stadtteil Gröpelingen fallen in Deutschland ein deutlich geringerer Anteil an Einpersonenhaushalten und ein größerer Anteil von Haushalten mit ehelichen oder nichtehelichen Paaren auf. Der Anteil der Alleinerziehenden ist in allen drei Gebieten vergleichbar,

ebenso der hohe Anteil an alleinerziehenden Frauen. Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Haushalten mit Kindern ist in Gröpelingen größer als in der Stadt Bremen.

Tabelle 11: Privathaushalte in Deutschland, Bremen und Gröpelingen 2017/2018

	Deutschland		Stadt Bremen		Gröpelingen	
	absolut (in Tsd.)	in %	absolut	in %	absolut	in %
Privathaushalte insgesamt	41 995	100	311 080	100	19 275	100
Einpersonenhaushalte	17 333	41	165 351	53	10 187	53
davon weiblich	8 945	52	81 250	49	4 068	40
Haushalte mit ehelichen oder nichtehelichen Paaren	20 913	50	116 250	37	6 756	35
Alleinerziehende	2 580	6	13 963	4	1 261	7
davon weiblich	2 174	84	12 681	91	1 139	90
sonstige Haushalte	1 169	3	15 516	5	1 071	6

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019b) und Statistisches Landesamt Bremen (2019i)

Sowohl in Deutschland als auch der Stadt Bremen und dem Stadtteil Gröpelingen leben in den meisten Haushalten mit Paaren Verheiratete (vgl. Tabelle 12). Es fällt auf, dass in der Stadt Bremen der Anteil der Haushalte mit Kindern kleiner ist als in Gröpelingen und Deutschland.

Tabelle 12: Haushalte mit ehelichen und nichtehelichen Paaren 2018

	Deutschland		Stadt Bremen		Gröpelingen	
	absolut (in Tsd.)	in %	absolut	in %	absolut	in %
Haushalte mit ehelichen oder nichtehelichen Paaren	20 913	100	116 250	100	6 756	100
davon Ehepaare	17 631	84	98 541	85	5 913	88
davon nichteheliche Lebensgemeinschaften	3 282	16	17 709	15	843	12
ohne Kinder	12 057	58	77 879	67	4 152	61
mit Kindern	8 856	42	38 371	33	2 604	39

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019b) und Statistisches Landesamt Bremen (2019i)

### 3.1.4.2 Kinder und Jugendliche

In Deutschland leben am Stichtag 31.12.2018 rund 13,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren. Dies macht einen Anteil an der Gesamtbevölkerung von 16 % aus (vgl. Tabelle 13). Etwa ein Drittel (34 %) aller Kinder in Deutschland ist jünger als 6 Jahre, 18 % sind jünger als 3 Jahre. Die Anteile sind in der Stadt Bremen im Jahr 2018 vergleichbar, im Stadtteil Gröpelingen fällt mit 19 % ein größerer Anteil an Kindern in der Bevölkerung auf. Die Altersgruppen unter 6 und unter 3 Jahren sind ähnlich vertreten wie in Deutschland und Bremen.

Tabelle 13: Kinder unter 18 Jahren in Deutschland, Bremen und Gröpelingen 2018

	Deutschland (in Tsd.)	Bremen	Gröpelingen
Kinder unter 18 Jahren	13 597	90 337	7 311
Anteil an allen Einwohner*innen in %	16	16	19
Kinder unter 6 Jahren	4 666	32 638	2 620
Anteil an allen Kindern unter 18 Jahren in %	34	36	36
Kinder unter 3 Jahren	2 383	17 073	1 385
Anteil an allen Kindern unter 18 Jahren in %	18	19	19

Quelle: eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt (2019e) und Statistisches Landesamt Bremen (2019g)

### 3.1.4.3 Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt

In Deutschland wurden im Jahr 2017 knapp 800 Tsd., in Bremen knapp 6 Tsd. und in Gröpelingen knapp 500 Geburten verzeichnet (vgl. Tabelle 14). Im Verhältnis zur Anzahl der Frauen, die im jeweiligen Bezugsraum leben, werden in Gröpelingen deutlich mehr Kinder geboren als in Deutschland und Bremen. Der Anteil der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahre liegt in Gröpelingen mit 44,7 % etwas über den Anteilen im Land Bremen und im Bundesgebiet. In Gröpelingen haben 60,9 % dieser Frauen einen Migrationshintergrund, in Bremen 40,8 %, in Deutschland 15,6 %. Das Durchschnittsalter der Frauen bei Geburt unterscheidet sich in den drei Bezugsgebieten nicht. Der Anteil der Mütter, die bei Geburt jünger als 20 Jahre sind, ist sowohl im Land Bremen als auch in Gröpelingen deutlich höher als im Bundesgebiet. Fast ein Drittel der Mütter in Bremen ist in diesem Alter und knapp 60 % von ihnen in Gröpelingen haben einen Migrationshintergrund.

Tabelle 14: Daten Schwangerschaft und Geburt im Jahr 2017

	Deutschland	Bremen	Gröpelingen
Frauen (in Tsd.)	41 824	287	17,8
Geburten absolut	784 901	5 779	463
Geburten je 1 000 Frauen	18,8	20,1	26,0
Frauen 15 - 49 Jahre (in Tsd.)	17 279	125	8,0
Frauen 15 - 49 Jahre (in %)	41,3	43,3	44,7
Frauen 15 - 49 Jahre mit Migrationshintergrund in %	15,6	40,8	60,9
Durchschnittsalter bei Geburt	31,0	31,2	31,0
Mutter < 20 J bei Geburt in %	1,6	3,9	5,2
Mutter < 20 J bei Geburt mit Migrationshintergrund in % (aller Geburten mit Mutter < 20 J)	k. A.	63,4	58,3

Quelle: eigene Darstellung (Statistisches Bundesamt 2018c, 2018e, 2018f, 2018h, 2019j, 2019k, 2019l; Statistisches Landesamt Bremen 2019f)

#### 3.1.4.4 Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf

Die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland stieg im Zeitraum von 1999 bis 2017 kontinuierlich an (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019b). Im Jahr 2017 waren 3,4 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung entspricht dies einer Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung) von 4,1 %. In Bremen ist ebenfalls ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen (ebd.). Im Jahr 2017 sind im Land Bremen 28,9 Tsd. Menschen pflegebedürftig. Damit liegt die Pflegequote im Jahr 2017 in Bremen bei 4,3 % und ist somit etwas höher als im gesamten Bundesgebiet. Der Anteil der über 75-Jährigen an allen Pflegebedürftigen liegt in Deutschland bei 69,3 % und in Bremen mit 66,3 % etwas niedriger als in Deutschland. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die in vollstationärer Dauerpflege versorgt werden, liegt in Bremen ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt und weist mit 19,6 % im Ländervergleich vor Brandenburg den zweitniedrigsten Wert auf. Für den Stadtteil Gröpelingen liegen zu diesen Punkten keine konkreten Daten vor (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland und Bremen im Jahr 2017

	Deutschland	Land Bremen
Menschen mit Pflegebedarf in Tsd.	3 414,4	28,9
Pflegequote in %	4,1	4,3
Anteil der über 75-Jährigen in % (eig. Ber.)	69,3	66,3
Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in %	23,2	19,6

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018g)

In Hinblick auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich die Verteilung der Pflegegrade (PG) nach Anteilen im Vergleich zu Deutschland kaum (vgl. Tabelle 16). Hier fehlen ebenso Werte zu Gröpelingen.

Tabelle 16: Verteilung der Pflegegrade in Anteilen

in %	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Deutschland	1,4	46,0	30,0	16,1	6,6
Land Bremen	1,4	48,4	29,4	14,9	6,0

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018g)

Eine gesonderte Gruppe der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf nehmen Menschen mit Demenz (MmD) ein. Die Anzahl der MmD lag in Deutschland im Jahr 2016 bei rund 1,6 Mio. und in Bremen bei circa 13,5 Tsd. umgerechnet auf 1 000 Einwohner\*innen ist der Anteil an MmD in Bremen größer als in Deutschland. Es fehlen Daten zu Gröpelingen.

Tabelle 17: Menschen mit Demenz in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

	Deutschland	Land Bremen
Menschen mit Demenz (ab 65 Jahre)	1,6 Mio.	13,5 Tsd.
je 1 000 Einwohner*innen (eig. Ber.)	19,4	23,9

Quelle: eigene Darstellung nach Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2018)

## **3.2 Geopolitik und Infrastruktur in Gröpelingen**

Im Mittelpunkt der weiteren Analysen steht der zur Stadt Bremen gehörende Stadtteil Gröpelingen. Dieser setzt sich aus den fünf Ortsteilen Lindenhof, Gröpelingen, Ohlenhof, In den Wischen und Oslebshausen zusammen und erstreckt sich über eine Gesamtfläche von 9 791 km<sup>2</sup>. Davon umfassen die Ortsteile Lindenhof 714 km<sup>2</sup>, Gröpelingen 1 646 km<sup>2</sup>, Ohlenhof 1 365 km<sup>2</sup>, In den Wischen 2 070 km<sup>2</sup> und Oslebshausen 3 996 km<sup>2</sup>. Zudem gehören die Industriehäfen mit einer Fläche von 1 469 ha zu Gröpelingen, sodass der Stadtteil nach wie vor ein Hafenstandort Bremens ist, der einen prosperierenden Wirtschaftsfaktor in Bremen darstellt und die Grundlage für mehrere tausend Arbeitsplätze schafft (Ortsamt West - Stadtteilmanagement o. J.). Gröpelingen liegt westlich des Bremer Zentrums auf der rechten Weserseite und ist im Osten mit Walle, im Süden mit den Häfen, im Westen mit Burglesum und im Norden mit dem Blockland benachbart (bremen.online 2018b).

Für die Darstellung der geopolitischen Lage werden im Folgenden die historische Entwicklung, politische Situation und die Glaubens- und Wertegemeinschaften näher betrachtet.

### **3.2.1 Historische Entwicklung**

Die erste urkundliche Erwähnung Gröpelingens stammt aus dem Jahr 1218, in dem das Land den Rittern von Gröpelingen gehörte. Mit deren Aussterben im 15. Jahrhundert ging das Land in die Herrschaft des Bremer Rates über. Aufgrund der verbesserten Anbindung an die Stadt durch den Bau der heutigen Heerstraße, der Chaussee, von 1820 bis 1821 bis nach Oslebshausen richteten viele Bremer Kaufleute ihre Sommerdomizile in Gröpelingen und Oslebshausen ein und Ausflugslokale wurden eröffnet. Ein halbes Jahrhundert später, 1871 bis 1874 wurde das „Zuchthaus“ errichtet, die heutige Justizvollzugsanstalt in Oslebshausen (bremen.online 2018a).

Eine grundlegende Veränderung fing von 1885 bis 1914 mit dem Bau der Häfen und der Industrie an. Bauernhöfe und die Sommerdomizile der Kaufleute verschwanden und an ihrer Stelle wurden Wohnungen für Gastarbeiter\*innen aus Osteuropa und Italien errichtet. Dadurch wurde aus Gröpelingen ein dicht besiedelter und von der Hafenwirtschaft abhängiger Vorort. 1891/1902 wurde

der Ort schließlich in die Stadt Bremen eingemeindet. Anfang des 20. Jahrhunderts, von 1902 bis 1905, wurde die Industrie mit dem Umzug der AG Weser von der Stephanikirchweide nach Gröpelingen weiter ausgebaut. Die Werft wurde zum größten Arbeitgeber des Deutschen Reiches und die Bedeutung der Hafenwirtschaft für den Ort wurde abermals vergrößert. Während des Zweiten Weltkriegs von 1939 bis 1945 machten ausländische Zwangsarbeiter\*innen und Kriegsgefangene rund 19 % der Belegschaft der AG Weser aus. 1944 wurden zudem 1 500 Häftlinge aus dem Konzentrationslager Neuengamme in die AG Weser verlegt. Auch nach Kriegsende blieb Gröpelingen ein Arbeiterviertel und von den 50er- bis in die 70er-Jahre wurden die Reihenhäuser wiederaufgebaut, sowie neue Wohnblocks errichtet. Ab 1961 begann der Zuzug von Gastarbeitern aus der Türkei, wodurch ein großes türkischsprachiges Milieu mit Lebensmittelgeschäften, Reisebüros, Sportclubs, Ärzt\*innen und Anwält\*innen entstand (ebd.).

1975 kam es zum Beginn der Werftenkrise, welche mit dem Konkurs der AG Weser 1983 weitreichende Folgen für den Stadtteil hatte. Durch eine hohe Arbeitslosigkeit und damit sinkender Kaufkraft wurde Gröpelingen zu einem sozialen Problemgebiet. Seit 1990 gibt es durch verschiedene Förderprogramme – die Städteaufbauförderung Bremen, das EU-Programm URBAN, das Bund- und Länderprogramm Wohnen in Nachbarschaften (WiN) oder das Sofortmaßnahmenprogramm Bremen – finanzielle Unterstützung bei der Sanierung des Stadtteils (ebd.).

### **3.2.2 Politische Situation**

Die Stadtteilarbeit und lokale Politik wird von dem Ortsamt West in Zusammenarbeit mit den Beiräten aus Findorff, Walle und Gröpelingen betrieben. Dabei sind die Mitarbeiter\*innen des Orsamtes hauptamtlich Angestellte und Beamt\*innen, während die Beiräte ausschließlich ehrenamtlich tätig sind. Das Ortsamt West sammelt alle stadtteilspezifischen Informationen, Anfragen, Anträge etc. ein und leitet sie an die jeweiligen Beiräte weiter. Dies findet in den abgehaltenen Ausschusssitzungen statt (Ortsamt West - Stadtteilmanagement o. J.-a).

Die Mitglieder des Beirates Gröpelingen wurden letztmalig anlässlich der Bremischen Landtags- und Kommunalwahlen im Mai 2019 gewählt. Das Gremium besteht aus sieben SPD-Mitgliedern, vier CDU-Mitgliedern, zwei Bündnis 90/Die Grünen-Mitgliedern, zwei Die Linke-Mitgliedern, einem FDP-Mitglied und jeweils einem Mitglied der AfD und der Partei Bürger in Wut sowie Sachkundigen Bürger\*innen. Die Beiratssprecherin ist Barbara Wulff (SPD) und der stellvertretende Beiratssprecher ist Raimund Gaebelein (Die Linke) (Ortsamt West - Stadtteilmanagement o. J.-c).

Tabelle 18: Wahlergebnis in Gröpelingen im Jahr 2019

SPD	36,3 %
CDU	18,7 %
Die Linke	12,8 %
Bündnis 90/Die Grünen	11,8 %
AfD	11,2 %
FDP	3,7 %
Partei Bürger in Wut	3,2 %

Quelle: eigene Darstellung nach Ortsamt West - Stadtteilmanagement (o. J.-c)

Die Wahlbeteiligung ist in Gröpelingen im Jahr 2019 erstmals wieder steigend. So wählten 2019 bei den Bürgerschaftswahlen insgesamt 49,7 % der Wahlberechtigten in Gröpelingen. 12,4 % mehr als bei der letzten Bürgerschaftswahl. Im Vergleich waren es in Bremen insgesamt 66,4 % und eine Zunahme der Wahlbeteiligung um 14,3 % (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Die 17 bremischen Ortsämter dienen als untergeordnete Dienststellen der Senatskanzlei dazu, sich um die Belange der verschiedenen Stadtteile zu kümmern. Das Ortsamt West ist das größte dieser 17 Ortsämter und für fast 90 000 Einwohner\*innen zuständig. Die Position der Ortsamtsleitung wird für zehn Jahre gewählt. Sie leitet das Amt nach außen und vertritt es auf Stadtteilebene. Außerdem nimmt die Leitung stellvertretend für die ehrenamtlichen Beiräte an Sitzungen in Stadtteilangelegenheiten teil. Seit 2013 ist Ulrike Pala die Ortsamtsleitung im Ortsamt West (Ortsamt West - Stadtteilmanagement o. J.-b). Das Ortsamt West ist ein Ansprechpartner für die Bewohner\*innen und Einrichtungen im Bremer Westen und es verbindet diese und die entsprechende Ortspolitik mit der Bremischen Politik, Behörden und Ämtern. Zudem beschäftigt sich das Ortsamt mit allen Themen des öffentlichen Interesses wie Bildung und

Sozialem, Verkehr, Häfen und Gewerbe, Stadtplanung und Umwelt sowie Gesundheit und Sport. Dafür steht es in engem Kontakt mit Schulen, Kindertagesstätten Jugendfreizeitheimen, Kirchen, Bürgerhäusern, der Polizei und anderen für den Stadtteil wichtigen Institutionen (ebd.).

### **3.2.3 Glaubens- und Wertegemeinschaften**

Gröpelingen ist ein bunter und multikultureller Stadtteil mit einer Vielzahl von Religionen und Weltanschauungen. Neben der evangelischen finden sich ebenso katholische und muslimische Gemeinden. In Gröpelingen gibt es zum einen die Evangelische Kirchengemeinde Gröpelingen und Oslebshausen mit den Kirchen Andreaskirche in Gröpelingen und der Nikolaikirche in Oslebshausen (Bremische Evangelische Kirche o. J.). Zusätzlich gibt es die Evangelische Philippus-Kirche, die 2009 in die Jugendkirche Garten Eden 2.0 umgewandelt wurde. Das Programm der Kirche wird von Jugendlichen für Jugendliche im Alter von 14 bis 27 Jahren gestaltet und so das jugendliche Engagement und gemeinschaftliches Handeln gefördert (Garten Eden 2.0 - Die Jugendkirche Bremen o. J.). Weiter gibt es in Gröpelingen die Katholische Kirchengemeinde Sankt Josef in Oslebshausen und die Katholische St.-Nikolaus-Kirche in Gröpelingen, deren Räume seit 2018 sowohl von der Gemeinde als auch von der Caritas-Erziehungshilfe als Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche genutzt werden. In der Kindertageseinrichtung werden werktäglich Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren nach der Schule betreut (St. Marien - Katholische Kirchengemeinde im Bremer Westen 2016).

Der Anteil der evangelischen und katholischen Kirchenmitglieder an der Gesamtbevölkerung ist seit 1994 konstant rückläufig und betrug 2018 in der Stadt Bremen 41 % und 30,6 % im Stadtteil Gröpelingen (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Ebenso wie die evangelischen und katholischen Kirchen gehören in Gröpelingen auch Moscheen zum Stadtbild. So gibt es in Gröpelingen zwei Moscheen, die Mevlana Moschee und Fatih Moschee Bremen (IGMG - Islamische Gemeinschaft Milli Görüs o. J.).

### 3.2.4 Wohnen

Vor der Industrialisierung und bis zum Bau der Häfen war Gröpelingen ein dörflicher Ortsteil. Heute erinnern nur die zwei Bauernhöfe an die dörfliche Vergangenheit. Mittlerweile hat sich Gröpelingen zu dem größten und einwohnerstärksten Stadtteil im Bremer Westen mit einer Mischung aus (klein-)gewerblichen Betrieben sowie Wohnstraßen mit mehrgeschossigen Häuserblocks und Reihenhäusern entwickelt (bremen.online 2018b). Im Stadtteil gab es 2015 insgesamt 6 565 Wohngebäude und 17 585 Wohnungen in Wohn- und Nichtwohngebäuden (Statistisches Landesamt Bremen 2019j). Die durchschnittliche Anzahl der Wohnungen je Hektar lag 2015 bei 8,9 in der Stadt Bremen und 18,4 im Stadtteil Gröpelingen. Die durchschnittliche Anzahl der Räume je Wohnung zeigt keinen großen Unterschied zwischen der Stadt Bremen mit 4,0 Räumen und dem Stadtteil Gröpelingen mit 3,7 Räumen. Die durchschnittliche Wohnfläche je Einwohner\*in lag in der Stadt Bremen 2018 bei 42,2 m<sup>2</sup> und im Stadtteil Gröpelingen bei 32,8 m<sup>2</sup>. Die durchschnittliche Quadratmeterzahl pro Einwohner\*innen je Wohnung betrug in der Stadt Bremen im selben Jahr 1,9 m<sup>2</sup> und in Gröpelingen 2,1 m<sup>2</sup>, was zeigt, dass in Gröpelingen mehr Personen in einer Wohnung leben und diese weniger Wohnfläche zu Verfügung haben als der Bremer Durchschnitt. Der Anteil der freistehenden Gebäude an allen Wohngebäuden ist im Stadtteil Gröpelingen mit 8,6 % deutlich geringer als im Vergleich zur Stadt Bremen mit 27,4 % (Statistisches Landesamt Bremen 2019f).

Im Ortsteil Ohlenhof wohnen die meisten Einwohner\*innen im Stadtteil Gröpelingen. Sie leben dort in eher ruhig gelegenen, günstigen Altbremer Häusern. Hingegen beheimatet der Ortsteil In den Wischen die wenigsten Einwohner\*innen. Dort leben 2018 nur noch fünf Menschen im höheren Alter. Im Ortsteil Oslebshausen sind die Mietpreise sehr niedrig. Der Ortsteil zählt zu einem der multikulturellen Wohngegenden Bremens. Der Ortsteil Lindenhof verfügt ebenfalls über günstigen Wohnraum sowie über eine gute Infrastruktur, zahlreiche Einzelhandelsgeschäfte, Discounter, sonstige Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf und das Einkaufszentrum Lindenhofcenter (bremen.online 2018b).

Derzeitig sind in Gröpelingen kaum neue Baugebiete möglich. Aus diesem Grund stehen der Erhalt und die Verbesserung der vorhandenen Bausubstanz im Vordergrund. Dennoch prägen einfache, große Wohnanlagen, die stark erneuerungsbedürftig sind, das Stadtbild Gröpelingens. Die meisten Wohnanlagen haben eine Bausubstanz aus den 1950er bis 1970er Jahren und müssen saniert werden (Senatskanzlei Bremen o. J.).

### **3.2.5 Mobilität**

Die Mobilität in Gröpelingen wird durch den öffentlichen Personennahverkehr wie Straßenbahnen, Bussen und Schnellbahnen sowie die Straßen, Radwege und Fähren dargestellt. Auch in Gröpelingen gewährleistet die Bremer Straßenbahn AG ein gutes Netz an öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Straßenbahnlinien 2, 3, 5 und 10 ermöglichen ein schnelles Erreichen des Hauptbahnhofs und der Bremer Innenstadt. Die Buslinien 80 bis 82, 90 bis 94/95, 680 sowie die Nachtlinien N7 und N10 erweitern das Verkehrsnetz um weitere Fahrziele. Das Straßenbahnnetz endet am Gröpelinger Depot. Der Ortsteil Oslebshausen ist nicht mit der Straßenbahn erreichbar, sodass die Einwohner\*innen dort auf die Buslinien und die Schnellbahn angewiesen sind. Der Bahnhof Oslebshausen liegt an der Regionalbahnstrecke und ermöglicht sowohl eine gute und schnelle Verbindung in die Bremer City als auch nach Vegesack (bremen.online 2018b). Des Weiteren ist Gröpelingen über die Autobahnen A 27 und A 281 erreichbar. Von der A 27 kann Gröpelingen über die Abfahrt HB-Oslebshausen/ im Nord-Westen und die Abfahrt HB-Überseestadt im Süd-Osten erreicht werden. Die Hupterschließungsstraßen des Stadtteils Gröpelingen sind in West-Ost-Richtung die Oslebshausener Heerstraße und die Gröpelinger Heerstraße sowie am Hafen die Hafenrandstraße mit den Straßen Beim Industriefhafen, Stapelfeldstraße, Werftstraße und Bremerhavener Straße. Mit dem Fahrrad ist eine Fortbewegung in Gröpelingen durch die vielen Radwege gut möglich. Ein zentraler Rad- und Fußweg führt durch eine lange Grünzone in West-Ost-Richtung von Oslebshausen über die Ortsteile Ohlenhof und Gröpelingen nach Walle bis zum Stadtzentrum. Ein weiteres beliebtes Ziel für Radfahrer ist die Kleingartenanlage In den Wischen, die bis zum Waller

Feldmarksee reicht. Mit der saisonalen Weserfähre der Reederei Hal Över werden die Stadtteile Überseestadt, Gröpelingen und Woltmershausen über die Weser verbunden (Kultur vor Ort o. J.).

### **3.2.6 Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten**

In Gröpelingen gibt es zahlreiche Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten für die dort lebenden Menschen. Der Anteil der Erholungsflächen betrug im Jahr 2014 in der Stadt Bremen 8,8 % und in dem Stadtteil Gröpelingen sogar 23,6 % der Gesamtfläche und bietet nach Schwachhausen, Findorff und Woltmershausen, die viertgrößte Erholungsfläche in Bremen (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Der Stadtteil Gröpelingen hat zum einen eine 2,1 km lange, attraktive Weserpromenade, die sich vom Pier 2 über die Waterfront erstreckt. Dort kann ein guter Ausblick auf die Weser sowie die Häfen genossen werden und es finden viele Veranstaltungen statt (Senatskanzlei Bremen o. J.). Zum anderen gibt es in Gröpelingen in dem Ortsteil In den Wischen ein Parzellegebiet mit Kleingärten und vielen Wassergräben. Ebenso befindet sich in Oslebshausen ein Park sowie der Grünzug West, eine grüne Spazier- und Fahrradstrecke, die in Oslebshausen beginnt und bis nach Walle in den Waller Park führt (bremen.online 2018b).

Eine weitere Freizeit- und Erholungsmöglichkeit wird durch die Gröpelinger Sportmeile geboten. Diese setzt sich aus vier vermessenen, ausgeschilderten und bis zu fast sieben Kilometer langen Lauf- und Bewegungsrouten zusammen. Die Laufbahn verbindet eine große Anzahl an Einrichtungen, Spiel- und Sportplätzen und vernetzt somit alle weiteren vorhandenen Spiel-, Sport- und Bewegungsangebote in Gröpelingen. Sie ist ein offenes Angebot an Jogger\*innen, Walker\*innen, Handbiker\*innen, Kinder, Jugendliche und Erwachsene und alle, die Lust auf Bewegung und Sport haben. Kostenlos kann auf der Strecke gelaufen, geklettert, geritten, geboult und gebolzt werden. An die Gröpelinger Sportmeile sind unter anderem der Kletterbunker und die Erlebnisfarm Ohlenhof angebunden (Gesundheitstreffpunkte e.V. o. J.). Die Erlebnisfarm Ohlenhof bietet Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, den Umgang mit

Tieren wie Ziegen, Schafen, Hühnern und Pferden zu erlernen sowie die Pflanzenwelt und den Kreislauf der Natur hautnah kennenzulernen. Neben den offenen Angeboten, Pferdegruppen und Spielkreisen steht die Erlebnisfarm zusätzlich für Kindergartengruppen und Schulklassen für einen Besuch zur Verfügung (AfJ e.V. Kinder- und Jugendhilfe Bremen o. J.).

Des Weiteren gibt es in Gröpelingen dreizehn Spielplätze, zum Beispiel den Hundertwasser-Spielplatz am Liegnitzplatz sowie den Wilden Westen. Diese bieten hautnahe Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten für Kinder. Eine Eislaufhalle und ein Freizeitbad mit Sauna bieten weitere Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten. Auf dem Gelände der ehemaligen AG Weser steht heute der große Shopping- und Vergnügungskomplex Waterfront Bremen. Internationale Marken und große Modeketten haben sich dort niedergelassen (bremen.online 2018b).

### **3.2.7 Bildung**

In Gröpelingen gibt es fünf Grundschulen, sechs integrierte Gesamtschulen beziehungsweise freie Waldorfschulen und ein Gymnasium. Im Schuljahr 2014/2015 waren an den zwölf Schulen insgesamt 2 811 Schüler\*innen angemeldet. In Etwa die Hälfte (52 %) davon waren an einer der integrierten Gesamt- beziehungsweise Freien Waldorfschulen angemeldet. Das einzige Gymnasium hatte nur 34 Schüler\*innen. Der Anteil der ausländischen Schüler\*innen lag bei 22 % und damit doppelt so hoch wie im gesamten Stadtgebiet Bremen (11 %) (Statistisches Landesamt Bremen 2019c). Da Schüler\*innen auch Schulen in anderen Stadtteilen besuchen können, wird ebenso dargestellt, an welchen Schulen die Gröpelinger Schüler\*innen angemeldet waren. Von allen 3.933 Schüler\*innen, die in Gröpelingen wohnen, besuchten im Schuljahr 2014/2015 circa die Hälfte (47 %) eine integrierte Gesamtschule, 37 % eine Grundschule und 13 % ein Gymnasium. Die übrigen Schüler\*innen besuchen eine Sekundarschule, eine Freie Waldorfschule oder eine Sonderschule. Der Anteil an ausländischen Schüler\*innen liegt bei 23 % (Statistisches Landesamt Bremen 2019d).

Bildung ist der Schlüssel für die Teilhabe in der Gesellschaft und für die Stärkung der Persönlichkeit. Für eine gute Bildung reicht die alleinige Versorgung

mit Schulen nicht aus. Hierfür sind gute Kindertagesstätten sowie Kultur-, Jugend- und Stadtteileinrichtungen gefragt, da all diese Einrichtungen einen großen Einfluss auf das Bildungswesen haben. Besonders in Stadtteilen mit vielen Menschen mit Migrationshintergrund wie Gröpelingen ist es wichtig, dass mit Integration frühzeitig begonnen wird. Daraus resultiert die Herausforderung für Pädagog\*innen, sich auf unterschiedliche Sprachen, Lebensgewohnheiten, Religionen, Traditionen und Individuen einzustellen. Folglich stehen die Pädagog\*innen in Gröpelingen täglich vor großen und komplexen Problemen (Gröpelingen bildet 2025 2016: 3ff.).

Die Stadtbibliothek in Gröpelingen arbeitet mit den Schulen vor Ort zusammen. Diese gibt jungen Erstbenutzer\*innen Hilfestellung bei der Benutzung ihrer Einrichtung. Zu diesem Zweck findet alle vier bis sechs Wochen eine Informationsveranstaltung statt. Die meisten Benutzer\*innen der Bibliothek sind Kinder und Jugendliche, auf die etwa 70 % aller Ausleihen entfallen. Es werden Ausflüge von Kita-Gruppen in die Bibliothek gemacht, damit die Kinder die Bibliothek schon früh kennenlernen. Darüber hinaus bietet die Bibliothek jährlich bis zu 300 weitere Veranstaltungen wie Lesereihen, türkische Elternvereine und die Vermittlung von Integrationskursen durch die Volkshochschule und Kooperationsprojekte vor Ort an. Dadurch soll die Zusammenarbeit der Institutionen gestärkt und die Qualität der Bildungsangebote verbessert werden (Scheffka & DKJS 2015)<sup>1</sup>.

Der ART BASIC CENTER im Stadtteil Gröpelingen hat das Ziel, die Bildung zum Teil des Alltags zu machen. Dafür wollen sie die Bildungsmotivation und -teilhabe der Kinder und Jugendlichen vor Ort stärken (ebd.). Das Atelierhaus unterstützt die Kinder und Jugendlichen bei der Entwicklung der Persönlichkeit und fördert sie in sozialen, sprachlichen und ästhetischen Kompetenzen. Sie lernen, ein eigenes Projekt von Anfang bis Ende selbst zu durchdenken, zu strukturieren und ihr Ergebnis zu präsentieren. Dadurch werden sie ermutigt, das Selbstbewusstsein gestärkt und ihre Talente entwickelt (ebd.).

Das Quartiersbildungszentrum Morgenland ist eine zentrale Bildungseinrichtung im Stadtteil Gröpelingen. Dort wird seit 2015 täglich vor Ort gelernt. Das Zentrum ist ein Knotenpunkt für integrierte Bildungsaktivitäten im Stadtteil. Alle

---

<sup>1</sup> DKJS: Deutsche Kinder und Jugendstiftung

Akteure, die für Bildung zuständig sind, werden dort vernetzt und unterstützt. Zu den Angeboten des Quartiersbildungszentrums gehören die Vorstellung von trägerneutralen Weiterbildungsangeboten in Kitas, Integrationskurse oder Elterncafés, weiterführende Deutschkurse, Hilfe bei der Anerkennung ausländischer Zeugnisse und die Koordination des WiN-Programms, das einer sozialen Stadtentwicklung und der Stärkung der Nachbarschaft dient (ebd.).

Einen weiteren wichtigen Bildungsaspekt in Bremen und Gröpelingen stellt die Inklusion dar. Der Begriff Inklusion umfasst dabei verschiedene Bereiche und Aspekte im Leben sowie der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Zum einen ist Inklusion so zu verstehen, dass vor allem Kinder und Jugendliche ohne und mit Behinderung gemeinsam in der Schule unterrichtet werden. Zum anderen ist der Begriff der Inklusion im Berufsalltag von wichtiger Bedeutung und bezieht Menschen mit Behinderung in den Berufsalltag von Menschen ohne Behinderung mit ein (Saalfrank & Zierer 2017). In der Stadt Bremen werden alle Schüler\*innen im Sinne der Inklusion unterrichtet und gefördert. Es wurden Voraussetzungen geschaffen, damit alle von der Einschulung bis zum Abitur nach den Richtlinien der Inklusion Bildung erhalten können. Damit dies gelingt, werden die Größen der Klassen angepasst. Insgesamt befinden sich siebzehn Regelschüler\*innen in einer Klasse und zusätzlich fünf Schüler\*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf (Die Senatorin für Kinder und Bildung o. J.). Da dieses Konzept in der ganzen Stadt Bremen umgesetzt wurde, ist dies auch in Gröpelingen der Fall.

Im pädagogischen Sinne umfasst Inklusion somit eine Schaffung von Netzwerkstrukturen in der Gesellschaft, in der Schule und im Berufsleben, die eine selbstbestimmte soziale Teilhabe aller Menschen unterstützt. Ziel ist es, bestimmte Gruppen aus der Gesellschaft vor einem Ausschluss zu bewahren (Heimlich 2007). Einrichtungen und Gruppen wie die Weserkinder-Spielgruppe, die Kinderkrippe-Weserkinder und der Martinsclub e.V. setzen dies in Gröpelingen um. Insgesamt befinden sich in Gröpelingen vier Gruppen der Weserkinder, die in der Gröpelinger Heerstraße ansässig sind. Diese Gruppen bilden für Kinder ab 12 Jahren mit oder ohne Behinderung die Möglichkeit, sich auf außerfamiliäre Bezugspersonen einzustellen. Die Betreuung findet zweimal wöchentlich für fünf Stunden statt. Ab einem Alter von 3 Jahren wechseln die Kinder ohne Beeinträchtigung in einen Kindergarten und die Kinder mit einer

Behinderung werden bis zum vierten Lebensjahr betreut (Lebenshilfe Bremen o. J.-a).

Weiter befindet sich in Gröpelingen seit dem Sommer 2018 eine Kinderkrippe in der Bersestraße. Diese Einrichtung bietet innerhalb der Woche von 8 bis 14 Uhr eine Betreuung für Kinder mit und ohne Behinderungen an. Innerhalb der Betreuung werden verschiedene Angebote für die Kinder ermöglicht. Die Förderung der Sprache und der Bewegung steht im Vordergrund sowie spielerische und musikalische Angebote (Lebenshilfe Bremen o. J.-b)

Zudem bietet der Martinsclub Bremen e.V. für Menschen mit Behinderung eine Betreuung in Schulen und Hochschulen an. So haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, eine Regelschule zu besuchen und sich mit anderen Kindern und Jugendlichen auszutauschen und den gleichen Bildungsstand zu erreichen. Die Assistenz in den Schulen erfolgt in einem Betreuungsverhältnis zwischen 1:4 bis maximal 1:6. Das heißt ein/eine pädagogische\*r Mitarbeiter\*in betreut 4 bis 6 Kinder beziehungsweise Jugendliche. Auch in den Schulen in Gröpelingen findet diese Art der Betreuung statt (Martinsclub Bremen e.V. o. J.-a). Ferner übernimmt der Martinsclub Bremen e.V. als externer Dienstleister die Abwicklung und Organisation der beruflichen Weiterbildung von Menschen mit Behinderung. Es besteht eine Kooperation zwischen der Werkstatt Bremen, die auch in Gröpelingen ansässig ist (Martinsclub Bremen e.V. o. J.-b).

### **3.3 Gesundheitliche Versorgung**

Unter dem Begriff gesundheitliche Versorgung werden im Folgenden alle Akteure zusammengefasst, die aktiv an der Pflege, der Behandlung und der Therapie beziehungsweise der Diagnostik beteiligt sind. Ebenso werden Angebote der Beratung miteinbezogen. Weitere mögliche Versorger wie Koordinierungs- oder Finanzierungsstellen (zum Beispiel Krankenkassen) werden nicht aufgeführt. Auf Grundlage des Community Assessment Wheels werden die Ergebnisse zu Krankenhäusern (Abschnitt 3.3.1), zur hausärztlichen (Abschnitt 3.3.2) und fachärztlichen Versorgung (Abschnitt 3.3.3), zur therapeutischen Versorgung (Abschnitt 3.3.4) sowie in Bezug auf die Zielgruppen zur pflegerischen Versorgung getrennt nach stationärem (Abschnitt 3.3.5) und ambulanten

Sektor (Abschnitt 3.3.6) sowie Gesundheitsangebote für Familien und Alleinerziehende (Abschnitt 3.3.7) und die Hebammenversorgung (Abschnitt 3.3.8) dargestellt.

### **3.3.1 Krankenhäuser**

Im Land Bremen gibt es vierzehn Krankenhäuser mit insgesamt 5 016 aufgestellten Betten (Statistisches Bundesamt 2017a). Insgesamt zehn der vierzehn Krankenhäuser des Landes Bremen befinden sich in der Stadtgemeinde Bremen. In diesem Gebiet sind vier der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft (Klinikum Links der Weser, Klinikum Bremen Mitte, Klinikum Bremen Nord, Klinikum Bremen Ost) und zwei der Kliniken agieren in privater Trägerschaft selbstständig. Die übrigen vier Kliniken sind freigemeinnützig und haben sich in dem Kooperationsverbund Freie Kliniken Bremen zusammengeschlossen. Dazu zählen das DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus (DIAKO), Rotes Kreuz-Krankenhaus, die Roland Klinik und das St. Joseph Stift (Verband der Ersatzkassen - Zentrale Landesvertretung Bremen o. J.).

Bezugnehmend auf die Leistungszahlen der Krankenhäuser im Land Bremen zeigt sich im Jahr 2017 eine durchschnittliche Bettenauslastung von 79 %, damit lag Bremen leicht über dem Bundesdurchschnitt. Im bundesweiten Vergleich befand sich im selben Jahr die Bettenauslastung bei 77,8 %. Bei Betrachtung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer zeigt sich, dass Bremen im Jahr 2017 mit 6,9 Tagen gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern die niedrigste Verweildauer unter allen Bundesländern aufgewiesen hat. Im bundesweiten Durchschnitt betrug die Krankenhausverweildauer im Jahr 2017 7,3 Tage (Statistisches Bundesamt 2017a).

In Hinblick auf die Entwicklung der Leistungszahlen der Krankenhäuser im Land Bremen ist im Zeitraum von 2010 bis 2016 eine Zunahme der Fallzahlen, also der vollstationären Behandlungsfälle, von 5 % zu verzeichnen. Zudem hat die Bettenauslastung der vierzehn Krankenhäuser um 2 % zugenommen. Parallel dazu ist eine Abnahme der aufgestellten Betten um 1 % sowie eine Verkürzung der Verweildauer um 3 % zu verzeichnen (Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. 2017).

Von den Kliniken der Stadt Bremen ist im Stadtteil Gröpelingen das DIAKO ansässig. Die bettenführenden Fachabteilungen des DIAKO Krankenhauses sind: Medizinische Klinik, Hämatologische und internistische Onkologie, Chirurgische Klinik, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Frauenklinik (Gynäkologie und Geburtshilfe), HNO-Heilkunde, Klinik für Urologie und Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Die gesamte Bettenanzahl aller Fachabteilungen des DIAKO Krankenhauses beträgt 401. Im Jahr 2017 hatte das DIAKO insgesamt 19 444 Behandlungsfälle bei einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 6,1 Tagen. Seit 2008 ist zudem ein Ärztehaus am DIAKO angegliedert, in dem unter anderem eine augenärztliche Praxis, eine Praxis für Kardiologie, eine Praxis für Dermatologie, eine Dialysepraxis, ein Schlaflabor sowie eine Kinder- und Jugendarztpraxis ansässig sind (DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus o. J.-b).

### 3.3.2 Hausärztliche Versorgung

Tabelle 19 stellt einen Vergleich der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, Bremen und Gröpelingen im Jahr 2017 beziehungsweise 2019 an. Dabei wird zum einen die absolute Anzahl der Hausärzt\*innen sowie ein Bezug zur Bevölkerung in den jeweiligen Gebieten dargestellt. Es fällt auf, dass die Versorgung in Gröpelingen in Relation zur Einwohnerzahl besser ist als in Deutschland und Bremen.

Tabelle 19: Hausärztliche Versorgung in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

	Anzahl Hausärzt*innen (vertragsärztliche Versorgung)	Anzahl Einwohner*innen	Einwohner*innen je Hausärzt*in
Deutschland (2017)	55 032	82 176 000	1 493
Bremen (2019)	371	557 464	1 503
Gröpelingen (2019)	27	36 561	1 354

Quelle: eigene Darstellung nach Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.-a) und Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) (o. J.-a)

Aus den öffentlich zugänglichen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Anzahl der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Mediziner\*innen kann nicht entnommen werden, mit wie vielen Wochenarbeitsstunden die Ärzte\*innen einen kassenärztlichen Vertragsarztsitz bedienen.

Ergänzend wurden Daten zur hausärztlichen Versorgung und zur fachärztlichen Situation im Bremer Westen von Dr. Johannes Grundmann, dem Vizepräsidenten der Bremer Ärztekammer, zur Verfügung gestellt. Im Bremer Westen befinden sich die Stadtteile Findorff, Walle und Gröpelingen.

Laut den Informationen von Herrn Dr. Grundmann wurden im Bremer Westen 91 310 Bürger\*innen im Jahr 2015 von insgesamt 67 Hausärzt\*innen behandelt. Demnach ist in der statistischen Betrachtung ein/eine Hausärzt\*in für die Behandlung von 1 363 Einwohner\*innen zuständig. Wird dies in Bezug zu der zuvor ermittelten Einwohnerzahl, die im Stadtteil Gröpelingen durch einen/eine niedergelassenen/niedergelassene Hausärzt\*in betreut wird (ein/eine Hausärzt\*in pro 1 354 Einwohner\*innen), gesetzt, zeigt sich eine geringe Abweichung.

Daraus resultierend lag der Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung im Bremer Westen im Jahr 2015 bei 121,4 %. In den Planungsgebieten, in denen der Versorgungsgrad höher als 110 % liegt, werden keine Zulassungen für zusätzliche kassenärztlichen Sitze vergeben (KBV 2019). Demnach würde der Bremer Westen zu den Planungsgebieten zählen, in denen tendenziell eine hausärztliche Überversorgung vorliegt.

Dr. Grundmann weist allerdings darauf hin, dass obwohl den durch die KVHB geführten Statistiken im Bremer Westen eine hausärztliche Überversorgung zu entnehmen ist, dies nicht gleichermaßen auf die hausärztliche Versorgungssituation im Stadtteil Gröpelingen zutreffend ist. Diese Annahme ist begründet durch eine ungleich verteilte Ansiedlung von hausärztlichen Niederlassungen in den Stadtteilen des Bremer Westens (Grundmann 2017).

Beispielsweise lässt sich hier eine im Stadtteil Findorff ansässige kassenärztliche Gemeinschaftspraxis anführen, in der insgesamt zwölf Ärzt\*innen aus den Fachrichtungen der Allgemeinen und Inneren Medizin in der hausärztlichen Versorgung tätig sind (Gemeinschaftspraxis Spatz). Daraus resultierend zählen die Mediziner\*innen dieser Gemeinschaftspraxis zwar in die Statistiken der KVHB des Bremer Westens mit ein, leisten allerdings keinen unmittelbaren Beitrag zur hausärztlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen. Die alleinigen Angaben über die Anzahl der in den jeweiligen Stadtteilen tätigen Mediziner\*innen, ermöglichen ohne weitere Kenntnisse über den Umfang der einzelnen

Stellenauslastungen jedoch keinen direkten Vergleich der hausärztlichen Versorgungssituation in den Stadtteilen.

### 3.3.3 Fachärztliche Versorgung

Die fachärztliche Versorgungslage im Bremer Westen stellt sich je nach betrachteter Facharztgruppe unterschiedlich dar. Tabelle 20 ist zu entnehmen, dass aktuell keine ausreichende Anzahl von Ärzt\*innen in den Facharztgruppen der Augenheilkunde, der Chirurgie, der Urologie, der Radiologie, der Orthopädie und der Psychotherapie im Bremer Westen vertreten sind. Außerdem befindet sich von den niedergelassenen radiologischen Praxen im Bremer Westen keine im Stadtteil Gröpelingen. Den höchsten Versorgungsgrad weist die Facharztgruppe der Hautärzt\*innen mit 141,8 % auf (Grundmann 2017).

Tabelle 20: Fachärztliche Versorgung im Bremer Westen

	Anzahl niedergelassener Fachärzt*innen im Bremer Westen (vertragsärztliche Versorgung)	Versorgungsgrad in % durch jeweilige Facharztgruppe im Bremer Westen	Einwohner*innen je Fachärzt*in im Bremer Westen (ausgehend von 91 310 Bürger*innen im Bremer Westen)
Augenärzt*innen	3,5	50,3	26 089
Chirurg*innen	1	33,3	91 310
Frauenärzt*innen	13	107,5	3 498
Hautärzt*innen	6	141,8	15 218
HNO-Ärzt*innen	6	115,8	15 218
Nervenärzt*innen	8	119,8	11 414
Orthopäd*innen	5	66,5	18 262
Psychotherapeut*innen	20	68,0	4 566
Radiolog*innen	2,25	83,1	40 582
Urolog*innen	3	91,8	30 437

Quelle: Grundmann (2017), Stand 31.12.2015

### 3.3.4 Therapeutische Versorgung

In Tabelle 21 wird die Anzahl der Psychotherapeut\*innen in Deutschland, Bremen und Gröpelingen dargestellt und auf die Anzahl der Einwohner\*innen in den jeweiligen Gebieten bezogen.

Tabelle 21: Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

	Anzahl Psychotherapeut*innen	Anzahl Einwohner*innen	Einwohner*innen je Psychotherapeut*in (eig. Ber.)
Deutschland	26 693	82 176 000	3 079
Bremen	403	557 464	1 383
Gröpelingen	2	36 561	18 281

Quelle: eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) (o. J.-a) und Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019a)

Ähnlich wie bei der hausärztlichen Versorgung ist auch hier durch die öffentlich zugänglichen Daten der KVHB und der KVB nicht ersichtlich, mit wie vielen Wochenarbeitsstunden die Psychotherapeut\*innen einen kassenärztlichen Vertragssitz vertreten.

In dem zu Gröpelingen gehörigem Ortsteil Oslebshausen ist das Therapiezentrum West angesiedelt, welches physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Versorgung vor allem für Menschen mit Erkrankungen am Nervensystem und am Bewegungsapparat sowie für Kinder mit Entwicklungsstörungen anbietet (Therapiezentrum Mitte o. J.). Neben diesem Therapiezentrum befinden sich weitere sechs physiotherapeutische Praxen in Gröpelingen (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. 2019). In Relation zur Bevölkerung gibt es in Gröpelingen im Vergleich zu Deutschland etwa halb so viele Physiotherapiepraxen (eig. Ber.) (ebd.). Dies sagt jedoch noch nichts über das Verhältnis von Physiotherapeut\*innen zu Einwohner\*innen aus, da in einer Praxis mehrere Therapeut\*innen beschäftigt sein können.

Die ergotherapeutische Versorgung findet neben dem Therapiezentrum West außerdem durch vier weitere zugelassene ergotherapeutische Praxen statt (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. o. J.). Das entspricht einem Verhältnis von 9 000 Einwohner\*innen pro Praxis (eig. Ber.). In Deutschland gibt es rund 51 000 ergotherapeutische Praxen. Dies entspricht einem Verhältnis von rund 1 600 Einwohner\*innen pro Praxis (eig. Ber.) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2020). Die Versorgung scheint in Gröpelingen also

deutlich schlechter auszufallen, wobei anzumerken ist, dass Praxen eine unterschiedliche Anzahl an Ergotherapeut\*innen beschäftigen kann und somit auch Unterschiede in der Behandlungskapazität vorliegen können.

Ebenfalls sind sechs logopädische Praxen in Gröpelingen ansässig, jeweils mit verschiedenen Therapie- und Behandlungsschwerpunkten (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. o. J.). In Deutschland fallen auf eine Praxis circa 4 500 Einwohner\*innen (eig. Ber.) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2020). In Gröpelingen sind es rund 6 000 Einwohner\*innen pro Praxis. Über Bremen liegen keine aktuellen Daten vor.

### **3.3.5 Stationäre Pflege**

Unter Einbezug der privaten, öffentlichen sowie freigemeinnützigen Trägerarten standen in Deutschland im Jahr 2015 in den Bereichen vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und Nachtpflege insgesamt 928 939 Pflegeplätze zur Verfügung. Im Bereich der vollstationären Dauerpflege wurden mit 866 300 die meisten Pflegeplätze beansprucht. Die Plätze verteilten sich auf 13 596 Pflegeheime, von denen 12 755 auf die Pflege älterer Menschen ausgerichtet waren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015).

Daraus resultierend lässt sich von 83 019 000 Einwohner\*innen in der Bundesrepublik Deutschland (ebd.) und insgesamt 928 939 Pflegeplätzen ausgehend ein Pflegeplatz für 89 Bürger\*innen (eig. Ber.) ermitteln.

Im Bundesland Bremen lag die Anzahl der Pflegeeinrichtungen im Jahr 2015 bei 102, wie zuvor bezogen auf die Bereiche vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und Nachtpflege. Von den genannten Einrichtungen befanden sich 57 in freigemeinnütziger Trägerschaft und 45 in privater Trägerschaft. In öffentlicher Trägerschaft befand sich keine Pflegeeinrichtung. Unter Miteinbeziehung aller Einrichtungen und Bereiche standen in Bremen insgesamt 7 571 Plätze zur Verfügung, davon waren 6 745 Plätze im Bereich der vollstationären Dauerpflege angesiedelt (ebd.).

Daraus ergibt sich bei 569 352 Bürger\*innen und insgesamt 7 571 Pflegeplätzen, dass im Durchschnitt ein Pflegeplatz für 75 Bremer\*innen (eig. Ber.) in der stationären Versorgung zur Verfügung steht.

Im Bremer Heimverzeichnis waren für den Stadtteil Gröpelingen im Jahr 2015 sechs Einrichtungen/Heime abgebildet. In dem Überbegriff Heime wurden Altenwohnheime, Altenheime sowie Altenpflegeheime berücksichtigt. Insgesamt stellten die sechs Einrichtungen 451 Pflegewohnplätze zur Verfügung (Die Senatorin für Soziales Kinder Jugend und Frauen 2015).

Unter Betrachtung der Bevölkerungsanzahl im Stadtteil Gröpelingen, ist davon auszugehen, dass im Jahr 2018 in diesem Stadtteil 6 391 Bürger\*innen lebten, die sich im 65. Lebensjahr oder in einem höheren Lebensjahr befanden (vgl. Abschnitt 3.1.1). So lässt sich für den Stadtteil Gröpelingen ermitteln, dass zwischen den Jahren 2015 und 2018 ungefähr ein Platz in einem Altenwohnheim, Altenheim oder Altenpflegeheime für vierzehn Bürger\*innen aus der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren vorhanden war. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, dass in dieser Berechnung auch Plätze in Altenwohnheimen miteinbezogen wurden, die keine stationäre pflegerische Versorgung beinhalten, sondern ausschließlich ambulante Versorgungswege bedienen können. Zudem konnten aufgrund des Mangels an weiteren verfügbaren stadtteilspezifischen Daten in diesem Bericht nur die vorhandenen stationären Plätze in Pflegeeinrichtungen für die Bürger\*innen des höheren Lebensalters ermittelt werden.

### **3.3.6 Ambulante Pflege**

Im Jahr 2018 wurden rund 29 % der 29 000 pflegebedürftigen Personen im Land Bremen durch einen ambulanten Pflegedienst betreut (Statistisches Landesamt Bremen 2018b). In Deutschland wurden im Jahr 2017 knapp 830 000 der 3,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt 2017c). Dies entspricht einem Anteil von 24,4 % (eig. Ber.).

Im Land Bremen gab es zum Ende des Jahres 2017 insgesamt 117 ambulante Pflegeeinrichtungen, welche wiederum mit insgesamt 8 210 pflegebedürftigen Menschen einen Versorgungsvertrag vereinbart hatten. Von den 8 210 Vertragsinhaber\*innen hatten knapp 50 % Pflegegrad 2, circa 28 % Pflegegrad 3 und jeweils 4,5 % Pflegegrad 1 bzw. Pflegegrad 5. Nahezu 12 % der pflegebe-

dürftigen Menschen im Land Bremen, welche von einem ambulanten Pflegedienst versorgt wurden, hatten Pflegegrad 4. Den überwiegenden Tätigkeitsbereich der ambulanten Pflegedienste bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellen mit ungefähr 64 % grundpflegerische beziehungsweise sogenannte körperbezogene Leistungen dar. Insgesamt 14 % der durch die ambulanten Pflegedienste erbrachten Leistungen sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Statistisches Landesamt Bremen 2018a).

Statistische Daten des Landesamtes Bremen spezifisch bezogen auf ambulante Pflegedienste in Bremen Gröpelingen konnten nicht recherchiert werden. Eine Suche in den Suchmaschinen der Verband der Ersatzkassen (vdek) sowie bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ergab jedoch rudimentäre Informationen über die Anzahl und das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Gröpelingen. Das Suchportal Pflegelotse des vdek zeigt für die Suche mit den Merkmalen „ambulante Pflegedienste“, in 28237 Bremen-Gröpelingen in einem Umkreis von fünf Kilometern neunzehn Ergebnisse an. Die Suche nach häuslichen Betreuungsdiensten mit den gleichen Parametern ergab in einem Umkreis von 100 Kilometern keine Treffer. Drei Dienstleistungszentren in 28237 Bremen-Gröpelingen in einem Umkreis von fünf Kilometern bieten Angebote zur Unterstützung im Alltag erwachsener Menschen mit physischen, psychischen sowie kognitiven Beeinträchtigungen im Sinne von Betreuungsgruppen oder Einzelbetreuung an (Verband der Ersatzkassen o. J.). Der Pflegenavigator der AOK bildet für die Suche nach ambulanten Pflegediensten in Bremen-Gröpelingen und in der Umgebung von fünf Kilometern fünfzehn Ergebnisse ab (AOK-Bundesverband o. J.). Das Leistungsspektrum im Bereich der ambulanten Pflege in Bremen-Gröpelingen umfasst Grund- und Behandlungspflege, beispielsweise Körperpflege und Unterstützung bei Mobilität und Nahrungsaufnahme, Wundversorgung sowie Medikamentengabe. Des Weiteren deckt das Leistungsangebot der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Gröpelingen hauswirtschaftliche Versorgung, Pflegeberatung sowie eine 24-Stunden-Rufbereitschaft ab (ebd.). Von den neunzehn ambulanten Pflegediensten in Gröpelingen gibt es einen Pflegedienst, welcher auf die palliative Versorgung erwachsener Menschen spezialisiert ist.

### **3.3.7 Gesundheitsangebote für Alleinerziehende und Familien**

Im Stadtteil lassen sich einige gesundheitsbezogene Angebote und Projekte für Familien und alleinerziehende Elternteile finden. An der Gröpelinger Heerstraße ist die Frühberatungsstelle Gröpelingen angesiedelt. Es handelt sich um eine offene Einrichtung für Eltern mit kleinen Kindern und Säuglingen und für werdende Eltern, die bei Problemen oder Fragen Unterstützungs- und Beratungsangebote erhalten. Angebote der Einrichtung sind die Hebammensprechstunde und die Stillberatung, bei der zu Fragen rund um Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit beraten wird. Weitere Angebote sind die Ernährungssprechstunde mit Informationen zum Ernährungsverhalten von Kindern sowie ein Kurs, der Mütter durch das erste Jahr mit einem Säugling begleiten soll. Außerdem werden auch Einzelberatungen angeboten, sodass sich jede Person mit ihren individuellen Problemen und Bedarfen an die Beratungsstelle wenden kann. Das Team der Beratungsstelle besteht aus einer Sozialpädagogin, einer Psychologin sowie aus einer Kinderkrankenschwester (Caritas Bremen o. J.).

Neben der Frühberatungsstelle in Gröpelingen gibt es eine Erziehungsberatungsstelle, die aus Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Sozialpädagog\*innen besteht. Sie dient als Anlaufstelle für Eltern, Erziehungsberechtigte, Kinder und Jugendliche, die Fragen zur Entwicklung oder Erziehung haben. Ebenso können familiäre oder persönliche Fragen und Belange thematisiert werden. Das Angebot ist für die in Anspruch nehmenden Personen kostenlos und befindet sich im Sozialzentrum in Gröpelingen/Walle (Amt für soziale Dienste o. J.-a).

Eine weitere Anlaufstelle ist der „ChancenRaum“ der AWO Bremen. Das Projekt richtet seine Unterstützungsangebote an Kinder, Jugendliche und Familien aus Bulgarien. Ziel ist es, bulgarischen Zuwanderern bessere Lebenschancen in Bremen zu bieten. Förderung erhält das Projekt durch die Aktion Mensch und bietet Betreuungsangebote in der Gesundheitsversorgung, der Bildung und auf dem Arbeitsmarkt an. Der Fokus der Betreuung und Beratung liegt in der Elternarbeit, um bei den Kindern und Jugendlichen in den Familien die Zukunftschancen zu verbessern. Um Sprachbarrieren zu verhindern, findet die

Betreuung und Beratung durch Bulgarisch und Türkisch sprechende Projektmitarbeiter\*innen statt (Gröpelingen bildet o. J.).

Neben den verschiedenen Anlaufstellen bietet Gröpelingen diverse Angebote für Mütter an. Zum einen gibt es den wöchentlichen Treffpunkt für junge Schwangere und Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Es handelt sich um einen begleiteten Treffpunkt, in dem bei Fragen zur Erziehung, Familie, Partnerschaft und Beruf beraten wird. Außerdem können Erfahrungen mit anderen jungen Müttern ausgetauscht werden (Die Senatorin für Soziales Jugend Integration und Sport o. J.: 1). Ein weiteres Angebot zum Austausch von Müttern und Alleinerziehenden ist das Müttercafé Gröpelingen. Das Angebot richtet sich an alle Mütter von Kindern bis 6 Jahren (ebd.: 2). Außerdem werden Angebote zu Fragen und Problemen bei der Kindererziehung für Mütter in türkischer oder englischer Sprache angeboten. Das gemeinsame Erarbeiten von Problemlösungen steht dort im Vordergrund (ebd.: 4).

### **3.3.8 Hebammenversorgung**

Hebammen betreuen die Familien während der Schwangerschaft, in den ersten Lebenswochen nach der Geburt des Kindes und während der Stillzeit. Familien, insbesondere Frauen und deren Neugeborene sowie Kinder im Säuglingsalter können vor, während und nach der Geburt Hebammenversorgung in Anspruch nehmen. Die Schwangerenvorsorge, Nachsorge (Wochenbettbetreuung), Kurse und weitere Angebote werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (§ 24d SGB V).

In Bremen gibt es derzeit eine Unterversorgung mit Hebammenhilfe. Viele Familien finden keine Hebamme. Im Stadtteil Gröpelingen sind derzeit drei Hebammen in der ambulanten Hebammenversorgung tätig (Die Senatorin für Wissenschaft Gesundheit und Verbraucherschutz o. J.). Die Angabe beruht auf einer Recherche mit Hilfe der Onlinesuche der Bremer Hebammen und der Suchmaschine von Google sowie der Teilnahme an einem Netzwerktreffen der Hebammen der Region Bremen-West. Eine Aussage über die genaue Anzahl der dort tätigen Hebammen kann im Einzelnen nicht getätigt werden. Laut Heike Schiffing, 1. Vorsitzende des Hebammenlandesverbandes Bremen,

stimmt das Ergebnis der Recherche mit ihren Kenntnissen über die Versorgungssituation überein. In einer Befragung gaben Hebammen aus Bremen an, dass der hohe Anteil an Frauen und Familien mit Migrationshintergrund sowie die bestehenden Sprachbarrieren und die daraus resultierenden besonderen Bedarfe, ein zusätzlicher Aufwand für die Hebammen im Stadtteil darstellen. Aufgrund dieser Problematik geben die Hebammen an, dass diese Familien in Gröpelingen im Besonderen von der Unterversorgung betroffen sind (Huter et al. 2017: 29).

Die in Gröpelingen tätigen Hebammen konzentrieren sich mit der Versorgung der Familien nicht nur auf diesen Stadtteil, sondern versorgen auch andere Stadtteile Bremens. Eine genaue Aussage über die Anzahl der betreuten Familien in Gröpelingen kann nicht getätigt werden, da es für Bremen aktuell keine verlässlichen Daten zu den Hebammen, die in Bremen beziehungsweise in Gröpelingen tätig sind, gibt. Das Gesundheitsamt Bremen, das laut Berufsordnung der Hebammen die Aufsichtspflicht für Hebammen innehat, kann keine Daten zur Verfügung stellen. Aktuelle Daten zur Anzahl der Hebammen und ihrem Tätigkeitsbereich finden sich in der Arbeit: Hebammen im Land Bremen aus dem Jahr 2016 (Huter et al. 2017).

Des Weiteren ist in Gröpelingen aktuell keine Hebammenpraxis angesiedelt. Ende 2018 zog die einzige Hebammenpraxis in Gröpelingen in den benachbarten Stadtteil Walle. Für Kurse oder weitere Beratungs- und Betreuungsangebote müssen die Familien aus Gröpelingen in die benachbarten Stadtteile Findorff und Walle fahren. Eine Anlaufstelle vor Ort, die unter anderem Angebote von Hebammen anbietet, ist der Elterngarten am DIAKO Krankenhaus in Gröpelingen. Der Elterngarten bietet Kurse zu den Themenbereichen Geburtsvorbereitung und Wassergymnastik für Schwangere, Rückbildung, Kurse nach Rückbildung sowie Vorträge und eine offene Stillberatung an (DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus o. J.-a).

### **3.4 Stadtteilspezifische Problemlagen**

Armut und Migration sind Querschnittsthemen, die sich bei allen Zielgruppen dieser Forschungsarbeit wiederfinden. Die gesundheitlichen Einschränkungen bei armutsbetroffenen Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund

entstehen durch die Lebensumstände. Deshalb wird in diesem Kapitel näher auf die Personen eingegangen, denen aufgrund ihres Alters oder ihrer beruflichen Situation nur geringe finanzielle Mittel im Monat zur Verfügung stehen und deshalb einen Anspruch auf monatliche Sozialleistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes haben. Diese sind im Stadtteil Gröpelingen mit einem überdurchschnittlich hohen prozentualen Anteil vertreten (vgl. Kapitel 3.1) und stehen daher in Hinblick auf die besondere Vulnerabilität bezüglich ihrer Armutsgefährdung im Fokus dieses Kapitels.

### **3.4.1 Armutsdefinition**

Können sich Menschen aus materiellen Gründen die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nicht leisten - beispielsweise die sichere Versorgung mit Nahrungsmitteln, Gesundheitsversorgung, Bildung und Ausübung von Rechten – wird von absoluter Armut gesprochen (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2018). In entwickelten und hochentwickelten Ländern ist die absolute Armut faktisch überwunden. Auch in Deutschland sollte durch die staatliche Leistung zum Lebensunterhalt eine absolute Armut ausgeschlossen sein, so dass hierzulande Armut in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Standard betrachtet wird. Dieses relative Armutsverständnis bezieht sich auf ein soziokulturelles Existenzminimum und berücksichtigt zudem sozioökonomische und kulturelle Standards einer Gesellschaft. Das Existenzminimum wird mit Hilfe eines vorab festgelegten Prozentsatzes des Medianeinkommens berechnet. In Deutschland gilt 60 % des Medianeinkommens als Armutsrisikogrenze und 50 % des Medianeinkommens als Armutsgrenze (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. o. J.). Das heißt, in Deutschland gilt ein Mensch als relativ arm, wenn sein monatliches Einkommen unter der festgelegten Armutsgrenze liegt (Bundeszentrale für politische Bildung 2017). In Deutschland ist ein großer Teil der einkommensarmen Haushalte auf die staatlichen Transferleistungen nach dem SGB II oder SGB XII angewiesen (Holz 2011: 2).

### 3.4.1.1 Armut in Deutschland, Bremen und Gröpelingen

Differenziert werden bei den Leistungsempfänger\*innen von monatlicher Grundsicherung Menschen, die grundsätzlich erwerbsfähig sind und eine Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II erhalten, und Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht durch eine eigene Erwerbstätigkeit bestreiten können und Hilfe zum Lebensunterhalt oder eine Grundsicherung im Alter und bei einer vollen Erwerbsminderungsrente nach SGB XII beziehen. In Abbildung 3 sind die Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes bei Hilfebedürftigkeit differenziert dargestellt.

Abbildung 3: Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts bei Hilfebedürftigkeit



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018: 14)

Einen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende haben laut § 7 SGB II Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und die Altersgrenze nach § 7a noch nicht erreicht haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten nach § 27 SGB XII Menschen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten können. Aufgrund sehr geringer Zahlen an Leistungsempfänger\*innen und einer unzureichenden Datenlage für den Stadtteil Gröpelingen werden im Verlauf keine konkreten Daten hierzu angegeben.

Relevanter erscheinen die Zahlen an Leistungsempfänger\*innen einer Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Auf diese haben nach

§ 41 SGB XII die Menschen einen Anspruch, die älter (ab 65 Jahren) und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Zu diesen Personengruppen der Leistungsempfänger\*innen kommen außerdem Menschen mit einer verminderten Erwerbsfähigkeit. Diese sind laut § 56 SGB VII in ihrem körperlichen oder geistigen Leistungsvermögen so beeinträchtigt, dass sich für sie nur eine verminderte Arbeitsmöglichkeit auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ergibt. Unterschieden wird zwischen einer vollen und einer teilweisen Erwerbsminderung unter Berücksichtigung jeder möglichen Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt, unabhängig von der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (vgl. § 8, 10 SGB II). Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten dabei Rentenversicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (teilweise erwerbsgemindert) beziehungsweise mindestens drei Stunden (vollständig erwerbsgemindert) (§ 43 Abs. 1 SGB VI). Tabelle 22 stellt die neuesten frei zugänglichen Zahlen von Leistungsberechtigten der Grundsicherung für Arbeitssuchende in Deutschland, der Stadt Bremen und dem Stadtteil Gröpelingen gegenüber. In Tabelle 23 werden entsprechende Zahlen zu Beziehenden von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung dargestellt.

Tabelle 22: Grundsicherung für Arbeitssuchende in Deutschland 2018, Bremen und Gröpelingen 2017

	Einwohner*innen gesamt	Regelleistungsberechtigte der Grundsicherung für Arbeitssuchende gesamt (%)	davon Ausländer*innen (%)
Deutschland	83 019 000	5 616 818 (6,8) (2018)	1 998 265 (35,6) (2018)
Land Bremen	671 000	100 980 (15,1) (2017)	42 211 (41,8) (2017)
Stadtteil Gröpelingen	37 597	11 171 (30) (2017)	5 527 (49,5) (2017)

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Statistisches Landesamt Bremen (2019b), Bundesagentur für Arbeit (2018)

Tabelle 23: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Deutschland 2018, Bremen 2017 und Gröpelingen 2011

	Einwohner*innen gesamt	Bezieher*innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gesamt (%)	davon Ausländer*innen (%)
Deutschland	83 019 000	1 070 466 (1,3) (2018)	12 188 (1,1) (2018)
Land Bremen	671 000	15 510 (2,3) (2017)	3 085 (19,9) (2017)
Stadtteil Gröpelingen	37 597	926 (2,5) (2011)	216 (23,3) (2011)

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Statistisches Landesamt Bremen (2019a), Statistisches Bundesamt (2019g)

Werden die Zahlen in ihrer Summe betrachtet, erhalten über 33 % (eig. Ber.) aller Menschen im Stadtteil Gröpelingen eine Grundsicherung (nach SGB II beziehungsweise SGB XII), da sie hilfebedürftig durch Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitslosigkeit sind oder ein zu geringes Erwerbseinkommen haben.

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit 2019) sind circa zwei Drittel der erwerbsfähigen Leistungsempfänger\*innen einer Grundsicherung für Arbeitssuchende jedoch nicht arbeitslos, da sie entweder ergänzende Leistungen bei einer Erwerbstätigkeit beziehen, sich in einer Ausbildung befinden, Kinder oder Angehörige pflegen, an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik teilnehmen oder erkrankt sind (Bundesagentur für Arbeit 2019).

Als besonders hilfebedürftig gelten Alleinerziehende und Familien mit mehreren Kindern (siehe dazu auch Abschnitt 3.5.1). So waren im November 2018 35,1 % aller alleinerziehenden Haushalte in der Bundesrepublik auf SGB II-Leistungen angewiesen, bei Familien mit drei Kindern und mehr sogar 69 % (ebd.: 7).

Nach dem zweiten Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen (2015) gelten alle Menschen, die eine der vorangegangenen Arten existenzsichernder Leistungen beziehen, als von Armut betroffen (Freie Hansestadt Bremen 2015).

In Tabelle 24 werden beispielhaft besonders von Armut gefährdete Personengruppen mit Zahlen für Deutschland, Bremen und den Stadtteil Gröpelingen

genannt. Da für den Stadtteil Gröpelingen keine eigenen Armutsgefährdungsquoten vorliegen, konnten die absoluten Zahlen nur anhand der Armutsgefährdungsquoten für das Land Bremen (gemessen am Bundesmedian) berechnet werden. Dies setzt voraus, dass in Gröpelingen die gleiche Quote wie im gesamten Land Bremen vorliegt. Es ist demnach davon auszugehen, dass die tatsächlichen Zahlen unterschätzt werden.

Tabelle 24: Übersicht armutsgefährdeter Bevölkerungsgruppen und Armutsgefährdungsquoten (%) in Deutschland, Bremen und Gröpelingen (2018)

	Deutschland	Land Bremen	Stadtteil Gröpelingen
Einwohner*innen gesamt	83 019 213	682 986	37 597
armutsgefährdete Einwohner*innen gesamt	12 867 978 (15,5)	155 038 (22,7)	8 535 (22,7)
18-25-Jährige	7 271 228	69.269	3 615
armutsgefährdete 18-25-Jährige	1 861 434 (25,6)	26 471 (38,2)	1 380 (38,2)
Alleinerziehende	1 490 000	14 000	1 315 (2016)
armutsgefährdete Alleinerziehende	618 350 (41,5)	6 440 (46,0)	605 (46,0)
Familien mit drei Kindern oder mehr	947 000	11 000	767
armutsgefährdete Familien mit drei Kindern oder mehr	284 100 (30,0)	5 313 (48,3)	370 (48,3)
Arbeitslose	2 340 082	34 904	3 794
armutsgefährdete Arbeitslose	1 343 207 (57,4)	22 339 (64,0)	2 428 (64,0)
Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit	10 089 292	131 365	12 712 (2017)
armutsgefährdete Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit	3 511 073 (34,8)	61 742 (47,0)	5 975 (47,0)

Quelle: eigene Darstellung und Berechnungen nach (Bundeszentrale für politische Bildung 2019a; Statistische Ämter des Bundes und der Länder o. J.; Statistisches Bundesamt 2018a, 2020b, 2020c; Statistisches Landesamt Bremen 2019e, 2019f, 2019g)

### 3.4.1.2 Soziale und gesundheitliche Folgen der Armut

In Abhängigkeit von der Einkommenssituation kommt es immer wieder zu sozialer Ausgrenzung einzelner Menschen, aber auch ganzer Bevölkerungsgruppen. Dies äußert sich in sozialer Diskriminierung, sozialer Isolierung oder auch unterschiedlich stark ausgeprägtem Ausschluss an soziokultureller Teilhabe, da das Einkommen eines Menschen in wesentlicher Art die eigene Teilhabe, aber auch die etwaiger Familienmitglieder am gesellschaftlichen Leben bestimmt. So können nur bei ausreichendem Einkommen und Vermögen die eigenen Interessen, Kenntnisse und Fähigkeiten verwirklicht werden. Je höher dabei der finanzielle Spielraum ist, desto höherwertige Dienst- und Sachleistungen in Bezug auf die Wohnumgebung, die Bildung und die Gesundheit können in Anspruch genommen werden. Einkommensgebundene Armut ist dabei eher auf soziale und strukturelle Ursachen zurückzuführen als auf das individuelle Versagen von Menschen (Boeckh 2008).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der sozialen Lage von Individuen ist bereits empirisch vielfach belegt. Menschen, die von sozialer Benachteiligung oder Armut betroffen sind, weisen häufig auch einen reduzierten Gesundheitszustand auf (Haverkamp 2008: 320).

Die Definition des Begriffs Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 macht die Komplexität der Thematik um Gesundheit und Krankheit deutlich. So wird Gesundheit beschrieben als „*Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen*“ (Weltgesundheitsorganisation 2005). Nach Hurrelmann haben sowohl personale Faktoren als auch Verhältnis- und Verhaltensfaktoren Einfluss auf die menschliche Gesundheit. Unter dem Begriff der personalen Faktoren können sowohl genetische Dispositionen als auch die körperlich-psychische Konstitution und die ethnische Zugehörigkeit gefasst werden. Als Verhaltensfaktoren können persönliche Essgewohnheiten, die körperliche Aktivität und auch die individuelle psychische Spannungsregulation verstanden werden. Unter Verhältnisfaktoren wiederum werden Einflussfaktoren wie der sozioökonomische Status, die Bildung, die wirtschaftlichen Verhältnisse und die Gesundheits- und Krankenversorgung gefasst. So sind die äü-

ßeren Anforderungen, Belastungen und Ressourcen eines Menschen individuell und sozial unterschiedlich ausgeprägt. In der Forschung werden soziale Faktoren unterschieden, die nur bedingt sozial steuerbar sind (wie Geschlecht, Region, Einkommen) und Faktoren, die vermeidbar wären (Hurrelmann 2006). In welcher Qualität und Quantität Einflussfaktoren wie zum Beispiel ein niedriges Einkommen, ein inadäquater elterlicher Erziehungs- und gesundheitsgefährdender Lebensstil, kritische Familienstrukturen, die ethnische Herkunft oder andere soziale Risikofaktoren wirken, ist bislang nicht eindeutig geklärt (Haverkamp 2008: 324). Folgende Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Ungleichheit werden derzeit unterschieden (Landrigan et al. 2004; Parks et al. 2007; Whitehead & Dahlgreen 1991):

- angeborene gesundheitsrelevante Eigenschaften und Dispositionen
- frei/nicht frei gewähltes gesundheitsrelevantes Verhalten
- Geschlechtereffekte und Gesundheitsverhalten
- unterschiedliche Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderung sowie medizinischer Versorgungsangebote
- Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Wohnbedingungen
- Obdachlosigkeit
- Expositionsdauer von Armut
- elterliche Erziehungsinkompetenzen: Folgen für die kindliche Entwicklung
- ökologische Risiken

Neben einer geringeren Lebenserwartung und einer höheren Prävalenz gegenüber chronischen Erkrankungen werden folgende gesundheitliche Folgen mit dem Leben in Armut assoziiert (Haverkamp 2008: 323):

- niedriges Geburtsgewicht und geringere Geburtslänge
- erhöhte Prävalenz chronischer Erkrankungen
- zahnmedizinische Probleme und schlechte Zahnhygiene
- psychische Störungen
- Rauchen bei Jugendlichen
- akute Infektionen
- Unfälle, Verbrennungen, Vergiftungen
- Adipositas

- Teilleistungsstörungen wie Lese-Rechtschreibschwäche
- kognitive Probleme
- Seh- und Hörprobleme
- geringeres postnatales Längenwachstum
- Mangel an körperlicher Bewegung und weniger Sport
- ungesunde Ernährung mit überwiegend fett- und kohlenhydratreicher Kost

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und um geeignete Maßnahmen gegen vermeidbare Risikofaktoren zu entwickeln, bedarf es gezielter interdisziplinärer Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowohl auf Verhältnis- als auch Verhaltensebene. Traditionelle Grenzen verschiedener Professionen im Bildungs- und Gesundheitswesen sollten dazu überwunden werden, um langfristig positive Effekte für Individuen und die Gesellschaft zu erzielen (ebd.: 331f.). Dabei sollten laut der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auch von politischer Seite kommunale, gesundheitsfördernde Aktivitäten unterstützt werden (Weltgesundheitsorganisation 1986).

### **3.4.2 Migration**

Deutschland hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte zu einem beliebten Zuwanderungsland entwickelt. Mitte der 1950er-Jahre setzte die Zuwanderung der ausländischen Staatsangehörigen mit dem ersten Anwerbeabkommen für Gastarbeiter\*innen aus Italien ein. Durch die Zuwanderung vieler Männer, Frauen und Kinder nach Deutschland für längere Zeit oder auf Dauer hatte 2005 mit 19 % fast ein Fünftel der in Deutschland ansässigen einen Migrationshintergrund, im Jahr 2018 ist der Anteil auf rund 26 % angestiegen (Statistisches Bundesamt 2019f). Diese sind entweder selbst Zugewanderte oder Nachkommen ebendieser (Razum et al. 2008: 1).

Durch den wachsenden Bevölkerungsanteil und die steigende Aufenthaltsdauer dieser Gruppe erlangen die Migrant\*innen eine zunehmende Bedeutung in der Gesundheitsversorgung und Nutzung der Gesundheitsdienste in Deutschland. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders in ihrer sozialen und sozialrechtlichen Lage begründet. Dazu gehören unter anderem die Stellung der Frauen in

der Gesellschaft und in ihren Familien, aber auch Arbeits- und Lebensbedingungen in Deutschland und die Aussetzung an gesundheitlichen Risiken in den Herkunftsländern (ebd.: 7).

Migrant\*innen sind demnach Menschen mit eigener Migrationserfahrung (ebd.: 9). Hingegen hat „eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist“ (Statistisches Bundesamt 2013). Eine Definition und Verallgemeinerung dieser Gruppe ist jedoch schwierig, da es sich um eine heterogene Gruppe von Menschen handelt, die sich in Bezug auf Herkunftsland, Wanderungsmotiven, ethnischen und kulturellen Hintergrund, sozioökonomischen Status und Gesundheitsverhalten sehr voneinander unterscheiden.

### **3.4.2.1 Migration in Deutschland, Bremen und Gröpelingen**

Auch in dem traditionellen Arbeiterstadtteil Gröpelingen ließen sich im Zuge der Anwerbung von Gastarbeiter\*innen viele Migrant\*innen nieder. Trotz der Schließung der AG Weser und dem Einbruch der Werftindustrie ist Gröpelingen weiterhin ein Zuwanderungsstadtteil geblieben (Statistisches Landesamt Bremen 2019g), sodass im Jahr 2018 mittlerweile 56,4 % der Bevölkerung in Gröpelingen einen Migrationshintergrund hatten. Im Vergleich waren es in Bremen 37,8 % (ebd.) und in Deutschland 25,5 % (Bundeszentrale für politische Bildung 2019b).

Der prozentual größte Anteil der Migrant\*innen stammt 2018 in Gröpelingen mit 17,6 % aus der Türkei. Im Vergleich zu den anderen Stadtteilen ist der türkischstämmige Migrantenanteil in Gröpelingen am größten (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Wird der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung der unter 18-Jährigen betrachtet, so sind es in Gröpelingen sogar 78 %, in Bremen 58 % (ebd.) und in Deutschland 36 % (Bundeszentrale für politische Bildung 2018). Auch hier findet sich in Gröpelingen im Stadtteilvergleich der größte Anteil innerhalb von Bremen wieder (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Ebenso ist der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2018 mit 34,9 % im Vergleich zu Bremen mit 18,2 % fast doppelt so hoch und im Stadtteilvergleich in Gröpelingen deutlich am höchsten (ebd.).

### **3.4.2.2 Zusammenhang von Migration und Gesundheit**

Die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Institutes belegt, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen und deutlich seltener präventive Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Krebsvorsorge im Alter in Anspruch nehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Unter Menschen mit Migrationshintergrund kommen zwar größtenteils die gleichen Krankheiten wie in der deutschen Bevölkerung vor, jedoch mit je nach Herkunftsland und Migrationserfahrung unterschiedlichen Häufigkeiten. Zu diesen Erkrankungen zählen Diabetes, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, die oft mit berufsbedingten starken körperlichen Belastungen zusammenhängen, chronische Erkrankungen der Atemwege, die oft im Zusammenhang mit Rauchen beziehungsweise beruflichen Belastungen stehen, sowie Unfälle, insbesondere Arbeitsunfälle, und Erkrankungen, die durch Gebrauch abhängig machender Substanzen entstehen. Ein höheres Risiko haben Menschen mit Migrationshintergrund für Gesundheitsprobleme und Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr, Tuberkulose und einige andere Infektionskrankheiten sowie einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen. Zudem sind Menschen mit Migrationshintergrund psychosozialen Belastungen durch Trennung von der Familie, Fremdenfeindlichkeit und politischer Verfolgung oder Folter im Herkunftsland ausgesetzt, welche bei Deutschen ohne Migrationshintergrund gar nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen (Razum et al. 2008: 129f.).

In der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gibt es besonders vulnerable Gruppen, die besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind, zum Beispiel Kinder und Jugendliche, ältere Personen, Frauen und Personen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus. Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund sind überproportional von Bildungsarmut und den damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken betroffen. Für die ältere zugewanderte Bevölkerung kann das Altern in Deutschland mit starken familiären, psychosozialen sowie ökonomischen Belastungen verbunden sein. Oft wird trotz

Pflegebedarf, keine Unterstützung durch Pflegedienste und Angebote im Bereich der Altenpflege in Anspruch genommen wird. Frauen mit Migrationshintergrund sind Mehrfachbelastungen durch den Beruf, der Familie und Konflikte, die sich durch das Leben in einer anderen Kultur ergeben, ausgesetzt. Die Folge ist eine schlechtere Gesundheitszufriedenheit und eine höhere Krankheitsquote ab 40 Jahren. Die Prävalenz für Adipositas und Infektionskrankheiten wie Tuberkulose ist bei Frauen mit Migrationshintergrund höher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Personen, die keinen rechtlich gesicherten Aufenthalt haben, sind in der Regel nicht krankenversichert und oft gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Wenn diese eine Notversorgung in Anspruch nehmen müssen, ist die Gefahr groß, dass sie wieder in ihr Herkunftsland ausgewiesen werden. Diese Gruppe hat dadurch kaum eine Chance auf eine gesundheitliche Versorgung in Deutschland (ebd.: 130).

Zusammenfassend sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker als Menschen ohne Migrationshintergrund. Denn in den meisten Fällen macht nicht die Migration krank, sondern vielmehr die Umstände und Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Diese können dann zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen, denn Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, leben in einer ungünstigen Wohnsituation, gehen einer, die Gesundheit gefährdenden, beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos. Diese Faktoren beeinträchtigen die Gesundheit, ganz besonders, wenn mehrere Faktoren zusammentreffen. Deshalb gibt es Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Beispielsweise den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern und gleich gute Chancen bei der Behandlung und Nachsorge zu sichern (ebd.: 129f.).

## 3.5 Zielgruppen

In diesem Unterkapitel werden die in diesem Projekt näher betrachteten Zielgruppen vorgestellt. Dabei handelt es sich um die Gruppen *Familien und Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt* und *ältere Menschen mit Pflegebedarf*. Die Abschnitte folgen einem einheitlichen Aufbau. Zunächst wird eine Definition der Zielgruppe vorgestellt, anschließend erfolgt eine Beschreibung der Problemlagen. Hier wird Bezug auf den Stadtteil Gröpelingen genommen und es werden demografische Kennziffern genannt. Abschließend werden besondere Bedarfe und Ressourcen der Zielgruppe erörtert.

### 3.5.1 Familien und Alleinerziehende

Eine Familie besteht aus verschiedenen Strukturen, welche sich im Laufe der Zeit neu entwickelt haben. Innerhalb der Gesellschaft ergeben sich neue Formen und Konstellationen, wie eine Familie definiert werden kann. Unterschieden werden diese zwischen vollständigen und unvollständigen Familien. Zu den vollständigen Familien gehören Ehepaare mit oder ohne Kinder. Die unvollständigen Familien hingegen werden aus Verwitweten, Geschiedenen und Ledigen mit Kindern gebildet (Böhnisch & Lenz 1997: 28).

Ferner werden diverse Familientypen in der Literatur definiert. Ritscher (2002: 119) unterscheidet folgende fünf familiäre Lebensformen: Es gibt Kernfamilien, zu denen unverheiratete oder verheiratete Elternpaare gehören. Die biologische sowie die soziale Elternschaft stimmen in dieser Form überein. Weiter gibt es Stieffamilien. Sie setzen sich ebenfalls aus verheirateten oder unverheirateten Elternpaaren zusammen, aber ein Elternteil übernimmt eine biologisch-soziale Elternschaft, der andere nur eine soziale Elternschaft. Ein typisches Beispiel für Stieffamilien bilden die Patchworkfamilien, welche aus zwei Ein-Eltern-Familien gegründet werden. Ein-Eltern-Familien werden als ein alleinerziehendes Elternteil mit einem oder mehreren Kindern definiert. Außerdem gibt es Adoptivfamilien, welche für ein verwandtschaftliches oder fremdes Kind eine soziale Elternschaft übernehmen. Zusätzlich bilden die Mehrgenerationenfamilien eine weitere Familienform. Diese bestehen aus drei oder mehr

direkt aufeinander bezogene Generationen. In dieser Form stehen die Personen in einer Eltern-Kind-Kindeskind-Beziehung zueinander.

Auch in Gröpelingen sind verschiedene Familienformen anzutreffen, jedoch werden in den Statistiken die zuvor definierten Familienformen zusammengefasst. Unterteilt wird zwischen Ein-Eltern-Familien, die als Alleinerziehende gekennzeichnet werden, und Familien, die alle anderen Formen zusammenschließen. 20,1 % aller privaten Haushalte in Gröpelingen sind im Jahr 2018 Haushalte mit Kindern. Somit liegt der prozentuale Anteil um mehr als 3 Prozentpunkte über dem Bremer Durchschnitt von 16,8 %. Einen deutlichen Unterschied zwischen Gröpelingen und den Zahlen der Stadt Bremen werden auch bei dem Anteil von alleinerziehenden Familien an den Haushalten mit Kindern insgesamt deutlich. In Gröpelingen sind 33,5 % aller Haushalte mit Kindern im Jahr 2017 alleinerziehend, in der Stadt Bremen hingegen nur 27 %. Die durchschnittliche Haushaltsgröße beträgt in Gröpelingen 1,91 Personen pro Haushalt, in der Stadt Bremen sind dies 1,82 Personen pro Haushalt (Statistisches Landesamt Bremen 2019g).

Außerdem weist Gröpelingen im Vergleich zu anderen Stadtteilen Bremens die höchste Geburtenrate auf. 1,77 Kinder bringt durchschnittlich eine Frau in Gröpelingen zur Welt. Dies liegt deutlich über dem Bremer Landesdurchschnitt von 1,35 Kindern pro Frau sowie über dem städtischen Durchschnitt von 1,32 Kinder pro Frau. Ebenso ist die Lebendgeburtenrate von Frauen unter 20 Jahren in Gröpelingen am Höchsten. In den Jahren von 2010 bis 2014 sind durchschnittlich 19,4 Kinder von Frauen unter 20 Jahren zur Welt gekommen. Im Jahr 2014 gehen 14,8 % der Gesamtgeburten von unter 20-Jährigen auf den Stadtteil Gröpelingen zurück (Freie Hansestadt Bremen 2016).

### **3.5.1.1 Problemlagen**

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Gesundheit in Deutschland erfasste, dass junge Erwachsene ihre gesundheitliche Situation vergleichsweise gut einschätzen. Allerdings weisen junge Mütter mit oder ohne Unterstützung eines Partners einen schlechteren gesundheitlichen Zustand auf. Aufgrund der Erziehung von Kindern und Entscheidungen bezüglich der eigenen beruflichen Zukunft werden junge Eltern vor viele Herausforderungen gestellt, die sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

## **Psychosoziale Gesundheit**

Bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter und ihren Familien kommen häufig weitere Herausforderungen hinzu, die sich auch auf die gesundheitliche Situation der Familienmitglieder auswirken. Beispiele dafür sind die Erziehung der eigenen Kinder sowie die zusätzliche Betreuung und Pflege von erkrankten Eltern oder anderen Familienmitgliedern (ebd.). Diese Aufgaben gehen oft mit emotionalen Belastungen wie Angst und Überforderung einher, was sich negativ auf die psychosoziale Gesundheit der Betroffenen auswirkt (Pai et al. 2007: 408f.). Internationale Studien bestätigen diese Aussage und zeigen ebenfalls, dass Eltern einer höheren Stressbelastung ausgesetzt sind, die eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zur Folge hat. Die Ausprägung dieser Beeinträchtigungen ist dabei abhängig von der Anzahl und dem Alter der Kinder. Je jünger die Kinder und umso größer die Anzahl, desto höher ist die Belastung in den Familien. Der Bildungsstand der Eltern sowie die Wohn- und Lebensbedingungen und Armut sind weitere Faktoren, die sich auf die gesundheitliche Situation von Familien auswirken (Sting 2007: 481).

Die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts zum Thema Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter stellte fest, dass Alleinerziehende häufiger unter gesundheitlichen Problemen und einem signifikant größeren Beschwerdespektrum leiden als verheiratete Eltern. Alle Untersuchungen belegten zudem, dass die Lebenssituation Alleinerziehender besonders in Bezug auf die ökonomische Situation verglichen mit Haushalten von Ehepaaren mit Kindern deutlich schlechter ist. Verantwortlich dafür sind hauptsächlich Indikatoren wie die hohe Sozialhilfequote und das niedrige Haushaltsnettoeinkommen (Helfferich et al. 2003). Alleinerziehende sind aufgrund der alleinigen Zuständigkeit der Kindererziehung, Haushaltsführung und der Sorge für den Lebensunterhalt eine stark belastete Gruppe (ebd.).

## **Subjektive Gesundheitseinschätzung**

Weiter zeigten alleinerziehende Mütter und Väter bei den Untersuchungen des Journal of Health Monitoring 2017 in den gesundheitlichen Kategorien selbst eingeschätzte Gesundheit, Depression, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Interaktion und Nicht-Inanspruchnahme von Zahnversorgung signifikante Unterschiede in allen Kategorien zu in Paarhaushalten lebenden

Eltern auf. Alleinerziehende Mütter zeigen im Vergleich zu Müttern mit Partnern in allen Kategorien eine signifikant höhere Prävalenz, außer bei der Kategorie Adipositas, dort gibt es keinen signifikanten Unterschied.

Für die alleinerziehenden Väter trifft dies in den Kategorien Depressionen, Rauchen und der Nicht-Inanspruchnahme der Zahnversorgung zu (Rattay et al. 2017).

Alleinerziehende geben vor allem häufiger an, unter Schwächegefühl, Grübeleien, innerer Unruhe, Schlaflosigkeit, Stress, Antriebslosigkeit, Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit zu leiden. Neben der psychischen Gesundheit weisen Alleinerziehende auch häufiger physische Beschwerden auf, beispielsweise stärkere Schmerzen in Kopf-, Nacken-, Arm- und Beinbereichen. Alleinerziehende Mütter schätzen sowohl ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch ihren Gesundheitszustand und ihre Zufriedenheit mit der Gesundheit schlechter ein als verheiratete Mütter. Nur 56 % der Alleinerziehenden geben bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung einen sehr guten beziehungsweise guten Gesundheitszustand an. Bei verheirateten Müttern sind es 62 % (Helfferich et al. 2003).

### **Gesundheits- und Krankenverhalten**

Auch bei dem Gesundheits- und Krankenverhalten sind Unterschiede festgestellt worden. 45,8 % der alleinerziehenden Mütter rauchen regelmäßig. Im Vergleich zu den verheirateten Müttern sind es nahezu doppelt so viele (23,6 %). Auf die Ernährung achten allerdings alleinerziehende Mütter (48,1 %) deutlich seltener als verheiratete Mütter (70,7 %). Seltener nehmen Alleinerziehende jedoch an Kursen zur Gesundheitsförderung teil, die eine individuelle Kostenübernahme erfordern (ebd.).

Bei kinderlosen Ehepaaren und Partnerschaften sowie bei jungen Eltern mit Kindern lassen sich verschiedenen Alkoholkonsummuster feststellen. Bei nicht jungen Eltern sowie Ehen und Partnerschaften mit Kindern treten diese Muster deutlich seltener auf (Robert Koch-Institut 2015b: 171).

### **Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen**

Bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen suchen alleinerziehende Mütter im Krankheitsfall mit 77,8 % ähnlich häufig einen/eine Ärzt\*in auf wie verheiratete Mütter mit 76,3 %. „Alleinerziehende Mütter begründen jedoch ihren letzten Arztbesuch häufiger mit einer akuten Erkrankung (50,6 % versus 40,7 %) oder einer Befindlichkeitsstörung (18 % versus 10,9 %) und seltener mit einer Beratung (12,4 % versus 17,9 %) oder einer Vorsorgeuntersuchung beziehungsweise Impfung (21,4 % versus 31,5 %) als verheiratete Mütter (ebd.).

Bei der Differenzierung nach Fachärzt\*innen fällt auf, dass Alleinerziehende deutlich häufiger Psychotherapeut\*innen aufsuchen. Zudem nehmen sie seltener an Vorsorgeuntersuchungen wie Krebsvorsorgeuntersuchungen teil (ebd.). Zusammenfassend kann anhand der Untersuchungen gesagt werden, dass Eltern, unabhängig davon, ob sie alleinerziehend sind oder in Paarhaushalten leben, verschiedenen Belastungen ausgesetzt sind, die insbesondere ihre psychische Gesundheit beeinflussen. So erschließen sich aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen der Gesundheitsberichterstattung die folgenden besonderen Bedarfe für die Zielgruppe der jungen Familien und Alleinerziehenden.

#### **3.5.1.2 Besondere Bedarfe**

Die Gesundheitsförderung innerhalb der Familie im Einklang des familiären Systems sollte im Fokus der gesundheitlichen Versorgung von Familien stehen. Es bedarf Angebote, um Veränderungen in einem familiären System zu begegnen und um diese gesundheitsförderlich auszurichten. Nicht die Familien oder Eltern müssen sich anpassen, sondern Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, die eine gesundheitsfördernde Wirkung aufweisen (Bittlingmayer & Hurrelmann 2006: 189).

#### **Psychosoziale Beratung**

Es bedarf Beratungs- und Anlaufstellen, die Eltern bei ihren Fragen und Problemen zur Verfügung stehen. Eine Reduzierung von psychosozialen Problemen und Minimierung von Überforderung und Stress sollte im Vordergrund stehen. Ebenso wie Beratungs- und Schulungsangebote, die Eltern helfen, die

bestmögliche Voraussetzung für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu erarbeiten (Geene & Gold 2009: 100ff.). Ferner werden Einrichtungen benötigt, die Familien in ihren Bedarfs- und Lebenslagen wahrnehmen und ganzheitlich betreuen, unterstützen, stärken und fördern. Die Angebote sollten bedarfs- und bedürfnisorientiert für alle Familien angeboten werden, sodass auch sozial schwache Familien, durch Sprachbarrieren eingeschränkte Familien und Familien in verschiedenen Lebenslagen integriert werden können. Die elterliche Gesundheitsförderung, die Entwicklung und Förderung der Kinder und Jugendlichen, das Gleichgewicht zwischen der Arbeit und der Erziehung sowie die Stärkung von Gesundheitskompetenzen sollten Inhalte der Angebote sein (Bundesverband der Familienzentren 2018: 2).

Treten bei Eltern Stresssymptome oder Überforderungen auf, erweist sich eine psychosoziale Beratung als hilfreich. Die Krankheit führt zu einer Veränderung im familiären System, welche häufig mit hohen psychosozialen Anforderungen an die Familienmitglieder einhergeht. Familien benötigen fachspezifische ambulante oder stationäre Anlaufstellen, die sich auf die psychosoziale Beratung und Betreuung von Familien spezialisieren (Groeneveld & Moeser-Jantke 2014).

Vor allem bedarf es Angebote und Anlaufstellen, die sich gezielt mit den Bedürfnissen von Ein-Eltern-Familien befassen. Aus der gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden, die vorwiegend durch eine schlechtere psychische Gesundheit, schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, häufigere Schmerzbeschwerden und schlechteres Gesundheitsverhalten wie zum Beispiel rauchen geprägt sind, lassen sich folgende Bedarfe in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheit ableiten (Helfferich et al. 2003).

Durch die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden wird besonders deutlich, dass alleinerziehende Väter und Mütter stärker psychisch belastet sind und häufiger eine ärztlich diagnostizierte Depression als Mütter und Väter in Paarhaushalten aufweisen (Rattay et al. 2017).

Bei alleinerziehenden Müttern als auch Vätern kann eine häufigere Konsultierung von Psychotherapeut\*innen beobachtet werden (ebd.), sodass sich ein besonderer Bedarf an Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen in Gröpelingen für diese Zielgruppe erschließt.

## **Gesundheitsversorgung**

Insgesamt betrachtet müssen für eine optimale Gesundheitsversorgung von armutsgefährdeten Familien und Alleinerziehenden vorhandene Barrieren für diese Zielgruppen im Gesundheitssystem abgebaut werden. Es bedarf ein Versorgungssystem, welches sich flexibel und bedürfnisorientiert an die Zielgruppe anpasst. Eine weitere Notwendigkeit ist die Schließung der vorhandenen Versorgungslücken und dadurch die Verringerung der Wartezeiten auf Termine bei Fachärzt\*innen oder für Therapien. Insbesondere die psychosoziale Versorgung sollte hinsichtlich der Zielgruppe ausgebaut werden, damit sich die Wartezeiten für eine Psychotherapie und anschließende Rehabilitationsmaßnahmen verkürzen (Alicke & Eichler 2014).

Aber auch die Aktivierung der Bewältigungsressourcen und Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Themen sind für den Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem erforderlich. Durch Informationen zum Risikoverhalten und Gesundheitsförderung sowie enge Kooperation von Ärzt\*innen und (psycho-)sozialer Versorgung bei der Information zu gesundheitlichen Themen und Alltagsentlastung sind dabei relevante Bausteine (ebd.). Somit hat Empowerment eine große Relevanz für die Gesundheitsförderung hinsichtlich der verschiedenen alltäglichen Belastungen und deren Bewältigung sowie bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen innerhalb des Gesundheitssystems (Alicke & Eichler 2014).

### **3.5.1.3 Ressourcen**

Diverse Ressourcen für die gesundheitliche Versorgung bei Familien, darunter auch Alleinerziehende lassen sich entweder außerhalb der Familienstrukturen oder gar innerhalb der familiären Strukturen finden. In Gröpelingen lassen sich schon einige Angebote und Anlaufstellen finden, die außerhalb der Familie als Ressource gesehen werden können. Die Frühberatungsstelle Gröpelingen bietet eine Gelegenheit für Eltern und werdende Eltern, sich bei Fragen oder Problemen beraten zu lassen. Des Weiteren gibt es die Erziehungsberatungsstelle und das Projekt „ChancenRaum“. Letzteres kann für bulgarische Zuwanderfamilien als Ressource dienen. Ferner werden diverse Angebote für Mütter und

alleinerziehende Mütter in Gröpelingen angeboten. Der Fokus liegt hier vor allem auf dem Austausch mit anderen Müttern und dient zum Aufbau neuer Ressourcen (vgl. Abschnitt 3.3.7).

Die Ressourcen innerhalb der Familienstruktur können bei jeder Familie variieren. Zum Beispiel werden einerseits die eigenen Familienmitglieder als eine Ressource in der gesundheitlichen Versorgung gesehen. Andererseits bieten Aktivitäten in der Freizeit eine Ressource. Diese werden oft aus eigenem Antrieb ausgeführt, was zu einer hohen personalen Kontrolle führt. Folglich wird somit das Selbstwertgefühl gestärkt und diese Aktivitäten als Ressource angesehen (Klein 2016). Familiäre Ressourcen ergeben sich ebenfalls durch die jeweiligen persönlichen Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder. Denn sie ergeben sich zum einen aus den intrapersonellen Ressourcen einer Person oder aus ihrer sozialen Umwelt. Sie helfen den Familienmitgliedern, Belastungen oder Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu bewältigen, und können somit als eine familiäre Ressource angesehen werden und können von materieller und nicht-materieller Art sein. Materielle Ressourcen sind zum Beispiel die finanziellen Möglichkeiten für eine gesunde Lebensführung. Stehen einem Familienmitglied finanzielle Mittel zur Verfügung, können damit auch weitere Familienmitglieder unterstützt werden. Zu den nicht-materiellen Ressourcen zählen die persönlichen Kompetenzen, Bewältigungsstrategien, der Bildungsstatus oder Glaubenssysteme (Abel & Kolip 2012: 120ff.).

### **3.5.2 Kinder und Jugendliche**

Als Kinder werden Personen bezeichnet, die noch nicht über 14 Jahre alt sind; als Jugendliche Personen, die wenigstens 14 Jahre, aber noch nicht über 18 Jahre alt sind (§ 7 SGB VIII).

#### **3.5.2.1 Problemlagen**

Besonders in Gröpelingen leben viele Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Familien. Bei ihnen werden vermehrt Gesundheits- und Entwicklungsstörungen festgestellt. Die Gesundheitsbeeinträchtigungen haben oftmals län-

gerfristige Auswirkungen und wirken sich auf die Gesundheitschancen der Kinder und Jugendlichen im mittleren und höheren Lebensalter aus (Lampert et al. 2005: 1).

Die KiGGS-Studie ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts, die sich mit der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland befasst. Die KiGGS-Studie zeigt, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stark von dem sozialen Status beeinflusst wird. Die Erhebungen der KiGGS-Studie stellten heraus, dass in fast allen relevanten Entwicklungs- und Gesundheitsbereichen deutliche Unterschiede innerhalb der Statusgruppen zu finden waren (ebd.: 2).

Die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen wurde unter den Aspekten des allgemeinen Gesundheitszustandes und der psychischen Gesundheit untersucht. Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wurde anhand der subjektiven Einschätzungen der Eltern und Heranwachsenden erfasst. Nach Angaben der Eltern haben 51,7 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren einen sehr guten und 42 % einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Nur 6,3 % der Eltern gaben einen mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an. Jedoch konnte festgestellt werden, dass Eltern häufiger den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einschätzten, wenn der Sozialstatus der Familie niedrig war (Lampert et al. 2017: 16).

Zudem konnte ein enger Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und der sozialen Herkunft der Kinder festgestellt werden. Im Jahre 2015 hatte jedes dritte Kind mit niedrigem sozioökonomischem Status behandlungsbedürftige Zähne. Allgemein kann gesagt werden, dass Kinder aus einer einkommensschwachen Familie insgesamt häufiger Karies und andere Zahnerkrankungen haben als Kinder aus bessergestellten Familien. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass sich nach Aussage der Deutschen Mundgesundheitsstudie die Mund- und Zahngesundheit von Kindern in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert hat (ebd.: 5ff.).

Sogar in den frühen Lebensmonaten gibt es die ersten festzustellenden Unterschiede. Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus werden deutlich seltener und auch kürzer gestillt. Die Untersuchung von chronischen und impfpräventablen Erkrankungen in der KiGGS-Welle 1 zeigt, dass Kinder aus der niedrigeren

Statusgruppe bei Betrachtung der 12-Monatsprävalenz vermehrt an Asthma bronchiale leiden und häufiger an Masern erkranken (ebd.: 17ff.).

### **Ernährung und Bewegung**

Der soziale Status beeinflusst nicht nur die Gesundheitslage, sondern auch das Gesundheitsverhalten. In diesen Bereichen zeigen sich deutliche Differenzen zwischen den Sozialgruppen. Im Kindes- und Jugendalter wird der Grundstein für das Gesundheitsverhalten gelegt. Für eine gesunde Ernährung ist der Verzehr von ausreichend Obst und Gemüse wichtig. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung werden fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag empfohlen. Dieses Ziel erfüllen Kinder mit einem hohen Status doppelt so häufig wie Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus. In der KiGGS-Welle 1 wurde ebenso nach dem täglichen Frühstück gefragt. Dabei gaben lediglich 53,2 % der Schüler im Alter von 5 bis 17 Jahren mit einem niedrigen Sozialstatus an, dass sie an jedem Wochentag frühstücken. Diese Zahl ist im Vergleich niedriger als bei den Kindern und Jugendlichen mit einem höheren sozialen Status (Lampert et al. 2017: 22). Bei der Untersuchung zeigten insgesamt 21,9 % der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren Symptome von Essstörungen. Dabei sind Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus fast doppelt so häufig betroffen wie Jugendliche mit einem höheren Status (Lampert et al. 2005: 5).

Nicht nur die Ernährung spielt bei der gesunden Entwicklung von Kindern eine wichtige Rolle, sondern auch Bewegung. Die WHO empfiehlt täglich 60 Minuten körperliche Aktivität für Kinder und Jugendliche. Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus nehmen seltener in einem Sportverein aktiv teil und sind häufiger Nichtschwimmer (Lampert et al. 2017: 22f.)

Fehlerhaftes Ernährungsverhalten und geringe sportliche Aktivität können zu Übergewicht beziehungsweise sogar Adipositas führen. Auch dies spiegelt sich im sozialen Status wider. 20,2 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind übergewichtig, hingegen sind es nur 10,3 % der Kinder mit hohem Sozialstatus. Noch deutlicher wird der Gradient bei der Verbreitung von Adipositas (ebd.). „Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus sind mit einer Prävalenz von 10,3 % häufiger adipös als Kinder aus der mittleren Statusgruppe; diese sind mit 6,9 % gegenüber 3,8 % wiederum häufiger adipös als Kinder mit hohem Sozialstatus (ebd.).

### **Tabak- und Alkoholkonsum**

Untersuchungen des Rauchverhaltens belegen, dass Kinder und Jugendliche aus der unteren Sozialschicht nicht nur häufiger dem Passivrauchen im Mutterleib und in den ersten Lebensjahren ausgesetzt sind, sondern auch häufiger selbst rauchen. Bei dem Konsum von Alkohol konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den sozialen Schichten nachgewiesen werden (ebd.: 25).

Zusammenfassend zeigt die Analyse des Gesundheitsverhaltens deutlich, dass Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus weniger sportlich aktiv, häufiger übergewichtig beziehungsweise adipös sind und häufiger rauchen.

Bislang wurden die Gesundheitslage und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen dargestellt. Im darauffolgenden Teil wird ausführlich auf die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen eingegangen.

### **Gesundheitsversorgung**

In der Untersuchung der Kinder- und Jugendmedizin gab es hinsichtlich der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzt\*innen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Sozialgruppen. Allerdings wurden Unterschiede in der stationären Versorgung festgestellt. 13,8 % der Kinder und Jugendlichen mit einem niedrigen Status wurden fast doppelt so häufig stationär versorgt wie Kinder und Jugendliche aus der höheren Statusgruppen. Das gleiche ist auch bei der Krankenhausaufenthaltsdauer zu beobachten. Dies kann auf einen höheren Schweregrad der Verletzungen und Erkrankungen hinweisen (Lampert et al. 2005: 10).

Für die frühzeitige Identifizierung von Entwicklungsstörungen und Krankheiten sind die Früherkennungsprogramme für Kinder U1 bis U9 vorgesehen. Bei der vollständigen Inanspruchnahme dieser Früherkennungsmerkmale sind Unterschiede zu beobachten. Während 87,3 % der Kinder mit einem hohen Sozialstatus die vollständige Untersuchungsreihe durchlaufen, sind es bei den Kindern mit einem niedrigen Sozialstatus nur 74,1 % (ebd.: 11).

Im Kindes- und Jugendalter zählen neben den Früherkennungsuntersuchungen auch Impfungen zu wichtigen Präventionsmaßnahmen. Mehr als die Hälfte der Mädchen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus sind mindestens einmal gegen Humane Papillomviren (HPV) geimpft. Gleichaltrige mit hohem Sozial-

status sind seltener gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft. Auch die Mädchen zeigten bei der HPV-Impfung eine niedrigere Impfquote im Vergleich zu den anderen Sozialgruppen (ebd.).

### **Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen**

Auch die psychische Gesundheit und die Entwicklung der Kinder werden von dem sozialen Status beeinflusst. Bereits in der Schuleingangsuntersuchung werden soziale Unterschiede in Form psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. In den Einschulungsuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zeigen sich bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien häufiger körperliche, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsdefizite als bei Kindern und Jugendlichen, die aus sozial bessergestellten Familien stammen. Bei Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien konnten häufiger psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen, emotionale Probleme und Verhaltensprobleme festgestellt werden. Dies kann zu Alkohol- und Drogensucht führen. Der Grund dafür ist, dass die Kinder und Jugendlichen in schweren, sozial belastenden Lebensumständen leben (Lampert et al. 2017: 16ff.).

Kinder, die von Armut betroffen oder gefährdet sind, fühlen sich oft in ihrer Meinung nicht ernstgenommen oder wertgeschätzt. Infolgedessen bilden sie wenig positive Erwartungen im Blick auf ihre Zukunft aus. Um Kinder und Jugendlichen bei der Entwicklung ihres Selbstbewusstseins und ihrer psychischen Stabilität zu unterstützen, sollte ihr Wohlbefinden, Offenheit, Vertrauen und Selbstbewusstsein gestärkt werden. Auf der anderen Seite wird die psychische Stabilität eingeschränkt durch Angst, Unsicherheit, Panik, Schmerz, Scham und Stress. All diese Faktoren haben eine negative Wirkung auf den Bildungsfortschritt und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Wagner 2015: 19). Das Aufwachsen mit Geschwistern mit einem geringen Altersabstand kann für das älteste Kind eine Gefahr darstellen. Wenn der Altersunterschied zwischen den Kindern weniger als 2 Jahre beträgt, kann das ältere Kind zu Übersozialisierung neigen. Infolgedessen wird es seine typischen kindlichen Bedürfnisse vernachlässigen. Wenn Kinder mit vielen Geschwistern aufwachsen, kann dies dazu führen, dass nur wenig Peer-Kontakte zu den Kindern anderer Familien entstehen (Uslucan 2015: 31).

### **3.5.2.2 Besondere Bedarfe**

In diesem Teil der Arbeit wird ein Fokus auf die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gelegt. Anschließend werden die Schuleingangsuntersuchungen sowie die Bildungssituation von Kindern und Jugendlichen dargestellt.

#### **Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund**

Die "BEfragung zum seelischen WohLbefinden und VerhAlten" (BELLA) befasst sich mit der Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten, welches ein Teil der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ist. Laut der KiGGS und BELLA-Studie ist der Anteil der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit Migrationsgeschichte mit 9,85 % höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund mit 6,75 %. Gründe hierfür sind unter anderem häufige Gewalterfahrungen. Hinzukommen posttraumatische Störungen bei den meisten Flüchtlingskindern. Zusätzlich leiden diese Kinder unter seelischen Belastungen, die zum Beispiel durch Unsicherheiten darüber entstehen, ob die Familie einen Aufenthaltsstatus erhält oder nicht (Rainer 2015: 14).

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leben häufiger in einem entwicklungsgefährdenden Kontext. Meist sind die sozialen und strukturellen Bedingungen geprägt durch Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, gesellschaftliche Ausgrenzung und geringe Ressourcenausstattung. Die Kinder und Jugendlichen stehen vor der Herausforderung, eine Balance zwischen ihrer eigenen Kultur und der neuen fremden Kultur zu wahren. Sie stehen im Konflikt, einerseits ihre eigene Identität zu bewahren und auf der anderen Seite sich an die fremde Kultur der neuen Heimat anzupassen. Es findet eine Integration nach innen statt und eine Öffnung nach außen. Dieser Prozess ist trotz teils widersprüchlicher Anforderungen notwendig. Dies führt zu Belastung, Stress und Verunsicherung (Uslucan 2015: 31).

Betroffene Kinder und Jugendliche haben mit vielen Barrieren in der psychosozialen Entwicklung zu kämpfen und häufig ein wenig ausgeprägtes Identitätsgefühl und fehlende konsistente Rollenbilder. Hinzu kommen sprachliche und kulturelle Barrieren. Dies führt dazu, dass sich diese Kinder und Jugendli-

chen keiner Kultur zugehörig fühlen. Sie leiden unter Ausgrenzung und Diskriminierung und haben wenig bis keinen Kontakt zu ihrem Umfeld. Somit haben sie kaum Unterstützungsmöglichkeiten bei der Bewältigung von Emotionen und Krisen, aber auch bei der Integration. Der wichtigste Ort der Integration ist in der Regel die Schule. Dort haben Kinder die Möglichkeit, Gleichaltrige kennenzulernen (Aruin 2015: 69).

### **Schuleingangsuntersuchungen im Vergleich zu KiGGS**

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Landes Bremen im Jahr 2016/2017 spiegeln die Ergebnisse der KiGGS-Studie auch in Gröpelingen wider. Sie belegen, dass Kinder aus benachteiligten Familien gesundheitlich negativ prädisponiert sind. Die Ergebnisse wurden hier nach sozialräumlichen Unterschieden differenziert. Gröpelingen wurde als ein Ortsteil mit starker Problembelastung identifiziert. Es zeigte sich, dass Kinder aus schlecht aufgestellten Ortsteilen insgesamt betrachtet eine geringere Durchimpfungsrate aufwiesen, deutlich häufiger an Vorerkrankungen litten und mit knapp 20 % Auffälligkeiten bei der Sehprüfung aufwiesen. Im Gegensatz zu Kindern aus besser aufgestellten Vierteln, bei denen mit insgesamt etwa 16 % auffällige Befunde bei der Sehprüfung festgestellt wurden (Tempel et al. 2018: 12ff.).

Auffällig waren zudem die Auswertungen des Body-Mass-Index, der bei Kindern aus schlecht situierten Stadtteilen weitaus negativer ausfiel als bei Kindern aus wohlhabenderen Bremer Stadtteilen. Hier zeigte sich, dass Kinder dreieinhalbmal häufiger übergewichtig beziehungsweise adipös waren. Insbesondere Mädchen aus benachteiligten Stadtteilen waren mit 17,2 % häufiger übergewichtig beziehungsweise adipös, wobei Mädchen aus besser aufgestellten Ortsteilen nur zu 3,2 % betroffen waren. Ein signifikanter Unterschied konnte festgestellt werden bei Kindern mit Migrationshintergrund. Sie leiden fast doppelt so häufig an Übergewicht beziehungsweise Adipositas wie Kinder ohne Migrationshintergrund (ebd.).

Der Bekämpfung der Adipositas kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Sie führt nicht nur zu seelischen, sondern auch zu diversen körperlichen Problemen. Zu Beginn kann eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Dazu kommen die Überbelastung von Gelenken, Sehnen oder

der Wirbelsäule sowie die Entwicklung von Bluthochdruck oder Diabetes mellitus. Die seelischen Probleme entstehen durch Hänseleien, Isolation und Minderwertigkeitsgefühle (ebd.)

Zudem zeigte sich auch ein deutlicher Unterschied bei den Verhaltensauffälligkeiten. Hier waren Kinder in besser aufgestellten Stadtteilen zu etwa 90 % verhaltensunauffällig. Die Zahl lag bei Kindern aus benachteiligten Stadtteilen nur bei 77,5 %. Im abschließenden Teil der Schuleingangsuntersuchung zeigt sich, dass etwa jedes sechste Kind (knapp 18 %) aus benachteiligten Ortsteilen Förderbedarf im Schulalltag benötigen wird, wobei dies bei Kindern aus gering belasteten Ortsteilen nur zu 4,2 % der Fall war. In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigten sich ähnliche Unterschiede. Besonders Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund wiesen hier erhöhten Förderungsbedarf auf (ebd.).

Die Daten zu der Gesundheit von Kindern in Gröpelingen beruhen lediglich auf den Dokumentationen der Schuleingangsuntersuchungen. Im Land Bremen fehlt eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung, die auch die Stadt- und Ortsteile untersucht. Dadurch ist die Datengrundlage zur Gesundheitslage und zum Gesundheitsverhalten in Gröpelingen lückenhaft. Eine solche auf die Stadt- und Ortsteile bezogene Datenerhebung wäre jedoch von großer Wichtigkeit. Anhand dieser Daten könnten vorhandene gesundheitliche Probleme in Gröpelingen festgestellt werden und ihnen besser vorgebeugt beziehungsweise Menschen gezielt unterstützt werden.

### **Bildungssituation**

Die Bildung in Gröpelingen ist bei den Kindern und Jugendlichen nicht besonders gut. Dies spiegelt sich in den erworbenen Schulabschlüssen wider, da nur 19 % der Jugendlichen in Gröpelingen die Schule mit dem Abitur abschließen (Scheffka & DKJS 2015). Weiterhin konnte festgestellt werden, dass im gesamten Bremer Westen 8,3 % die Schule verlassen, ohne eine Berufsbildungsreife zu erreichen. Bei der Einschulung der Kinder sieht die Situation nicht besser aus. Dort konnte festgestellt werden, dass viele Kinder bei Schuleintritt eine Sprachförderung benötigen. Ein Beispiel hierfür: Im Ortsteil Ohlenhof benötigen 62 % der sechsjährigen Kinder eine Sprachförderung beim Schuleintritt. Dies zeigt auf, dass viele Kinder Defizite im Umgang mit der deutschen Sprache aufzeigen (Grundmann 2017).

In Gröpelingen ist der Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren, der nach SGB II hilfsbedürftig ist, recht hoch. Die meisten Kinder und Jugendlichen kommen aus einem einkommensschwachen Elternhaus. Jeder zweite ist von Jugendarbeitslosigkeit betroffen (Scheffka & DKJS 2015).

Wenn Eltern langzeitarbeitslos sind oder ungelernte Tätigkeiten ausführen, dann kommt es nicht selten vor, dass Jugendliche arbeiten gehen, um ihr Taschengeld aufzubessern. Dieses führt meist dazu, dass die Kinder weniger Zeit in ihre schulische Ausbildung investieren. Zum Teil kommt es vor, dass die Jugendlichen übermüdet sind und sich nicht im Unterricht konzentrieren können (Kart 2014: 128).

Sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche in Gröpelingen sind meist auch in der Bildung benachteiligt, besonders wenn ihre Eltern über keinen oder nur einen Hauptschulabschluss verfügen. Eltern mit Migrationshintergrund haben häufig in ihren Herkunftsländern keine Schule oder nur eine kurze Schulzeit genossen. Hinzu kommen oft Sprachbarrieren, aufgrund derer sich viele Eltern wenig im deutschen Bildungs- und Ausbildungssystem auskennen. Somit können die betroffenen Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern nicht ausreichend unterstützt werden und wachsen in bildungsschwachen Haushalten auf (ebd.: 129). Sie haben insbesondere bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben wenig Hilfe. Schüler\*innen in einkommensschwachen Familien haben aufgrund von beengten Wohnverhältnissen nicht die Möglichkeit, sich zur ungestörten Erledigung der Hausaufgaben in ein ruhiges Zimmer zurückzuziehen. Oft werden die Zimmer mit weiteren Geschwistern geteilt (ebd.: 130f).

Wenn die Sprachbarrieren der Eltern zu groß sind und sie ihre Kinder selbst nicht unterstützen können, gibt es die Möglichkeit, unter anderem über soziale Einrichtungen Hausaufgabenhilfe zu organisieren (ebd.).

### **3.5.2.3 Ressourcen**

Im Stadtteil Gröpelingen wird viel für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen getan. Es wurden mehrere Projekte in diesem Bereich gemacht. Auch für die Bildung der Kinder und Jugendlichen wird viel getan. Im Anschluss werden einige Projekte dargestellt.

Im DIAKO wird das Programm „Gesundheitsimpulse“ seit 2010 angeboten. Das Programm ist für übergewichtige Kinder und Jugendliche im Grundschulalter und für deren Eltern konzipiert. Ziel des Programmes ist es, Kinder, Jugendliche und Eltern beim Abbauen des Übergewichtes zu unterstützen. Ein weiteres Ziel ist, die gesunde Ernährung in den Alltag der Familien einzubinden. Das Ziel ist, langfristig konstruktive Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu erlernen. Das Programm besteht aus den drei Säulen Ernährung, Sport und psychosoziale Beratung. Für den sportlichen Teil besteht eine Kooperation mit der „Dritons Danceschool“, wo wöchentlich „Hip-Hop“-Tanz für die Kinder und Jugendlichen stattfindet. Zudem werden im wöchentlichen Wechsel Ernährungs- und psychosoziale Beratungen durchgeführt. Psycholog\*innen gehen auf Themen wie Frustessen und Essen aus Langeweile ein. Zusätzlich soll das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden. Außerdem wird gemeinsam gekocht und gegessen. Die Kinder und Jugendlichen sind für ein Jahr in einer Gruppe zusammen, wo sie sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen. Dabei sollen sie miteinander Spaß haben. Die Eltern werden aktiv eingebunden, um eine nachhaltige Wirkung des Programms zu erreichen. 80 % der Kosten werden von Krankenkassen übernommen (DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus).

Ein weiteres Projekt trägt den Slogan „Moves“. Es steht für Bewegung, um etwas in der Gesellschaft zu verändern. Verbesserungen sollen durch künstlerische, kulturelle und gesellschaftliche „Moves“ umgesetzt werden. Hierfür werden Projekte für Jugendliche in den Bereichen Tanz, Tanztheater, Theater, Film und kulturelle Bildung durchgeführt. Die gesellschaftliche Teilhabe soll unterstützt werden durch Kunst und Kultur, die für jeden zugänglich sind, unabhängig von sozialer, kultureller oder religiöser Herkunft. „Moves“ dient als eine Bühne verschiedener Gruppen sich zu begegnen und gemeinsam etwas in Bewegung zu setzen (Moves gUG o. J.). In Gröpelingen werden Kinder einmal im Monat zum offenen Spieltreffen eingeladen. Sie sehen den Sonntag als den Tag für Spielezeiten. Dann gibt es den Mädchenaktionstag, der an unterschiedlichen Orten in Gröpelingen stattfindet. Dieser ist speziell für Mädchen ab 11 Jahren konzipiert. Die Themenschwerpunkte werden jedes Jahr neu gesetzt, zum Beispiel Kickboxen oder gesundes Kochen (Bürgerhaus Oslebshausen e.V.).

### **3.5.3 Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt**

Ein besonderer Fokus wird mit dieser Zielgruppe auf die sensible Zeitspanne von circa 1-1,5 Jahren von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit gesetzt. Frauen sind in dieser Zeit einerseits besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, andererseits sind sie eher offen für Beratungsangebote und bereit, Verhaltensänderungen zu Gunsten ihrer Gesundheit und der/des Ungeborenen beziehungsweise Säuglings durchzuführen (zu Sayn-Wittgenstein 2007).

Innerhalb dieser Zeitspanne gilt die Phase des Wochenbettes als besonders vulnerabel. In diesen ersten acht Wochen nach der Geburt eines Kindes steht eine junge Mutter vor mehreren physischen wie psychischen Herausforderungen: auf der körperlichen Ebene die Rückbildung und Erholung von der Geburt und die Aufnahme und Entwicklung der Stillbeziehung, auf der psychisch-emotionalen Ebene der Bindungsaufbau mit dem neugeborenen Kind und die Entwicklung der eigenen Mutterrolle. Die Erfahrungen in dieser Zeit stellen Weichen für die Gesundheit von Mutter und Kind im weiteren Lebensverlauf.

Anlaufstelle und Ansprechpartner\*innen in dieser Zeit sind in erster Linie ambulante Frauen- und Kinderärzt\*innen, Hebammen sowie stationär die geburts-hilfflichen Abteilungen der Kliniken. Ergänzt wird das Angebot durch Kurs- und Beratungsangebote von Elternschulen und Frühberatungsstellen.

#### **3.5.3.1 Problemlagen**

Da keine kleinräumigen Morbiditätsdaten vorliegen, können keine gesicherten Aussagen über Prävalenzen und Risiken für den Stadtteil getroffen werden. Die Einschätzungen leiten sich aus den in Unterkapitel 3.4 beschriebenen stadtteilspezifischen Problemlagen und den damit verbundenen Risiken ab.

Das Risikoverhalten in der Schwangerschaft und nach der Geburt wird mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, einem niedrigen Bildungsstatus sowie einem Migrationshintergrund assoziiert.

Schwangere mit niedrigem sozioökonomischem Status rauchen um ein Vielfaches häufiger (Bergmann et al. 2007: 671f.; Robert Koch-Institut 2018: 49) und entwickeln häufiger einen Gestationsdiabetes (Joseph et al. 2007: 585ff.). Sie

haben ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten, Totgeburten (Vos et al. 2014: 730ff.) und ein Geburtsgewicht unter dem 10. beziehungsweise unter dem 3. Perzentil (Intrauterine Wachstumsretardierung (IUWR)<sup>2</sup>; Small for gestational age (SGA))<sup>3</sup>; (Joseph et al. 2007: 585ff.; Vos et al. 2014: 730ff.). Beschrieben sind zudem eine Häufung von Gestationsdiabetes und Todesfällen nach der Neonatalperiode (Joseph et al. 2007: 584ff.).

In Gröpelingen haben 60,9 % der Frauen im gebärfähigen Alter einen Migrationshintergrund (HB: 40,8 %, D: 15,6 %, (vgl. Unterabschnitt 3.1.4.3)). Die Datenlage zu Risikoverhalten und perinatalen Outcomes in Abhängigkeit vom Faktor „Migrationshintergrund“ ist unklar. Einige internationale Quellen zeigen einen Zusammenhang zu ungünstigen Outcomes, wie Frühgeburtlichkeit und Säuglingssterblichkeit (Bollini et al. 2009 zit. n. David et al. 2017: 745ff.). In anderen Untersuchungen wird hingegen der Migrationshintergrund als protektiver Faktor für Frühgeburtlichkeit, perinatale Mortalität und SGA identifiziert (David et al. 2017: 745ff.) oder der Effekt unterscheidet sich nach Herkunftsland (Racape et al. 2016: 3ff.).

Einen besonderen Status innerhalb der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund nehmen Frauen mit Fluchthintergrund und Asylbewerberinnen ein. Heslehurst et al. (2018: 5ff.) beschreiben in einer Übersichtsarbeit ein höheres Risiko für mütterliche Mortalität, Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen. Besonders hoch ist der Anteil an mentalen Gesundheitsproblemen wie Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und postpartalen Depressionen.

### **Tabakkonsum**

Rauchen während der Schwangerschaft ist assoziiert mit einem geringen Geburtsgewicht, einer fetalen Wachstumsretardierung, Totgeburten, Frühgeburten und angeborenen Fehlbildungen. Die negativen Auswirkungen des Rauchens beziehen nicht nur die Schwangerschaft ein, sondern haben langfristig

---

<sup>2</sup> Intrauterine Wachstumsretardierung (IUWR): „Bei Vorliegen einer intrauterinen Wachstumsretardierung (IUWR; auch intrauterine growth restriction (IUGR), kommt es aufgrund mütterlicher oder fetaler pathologischer Ursachen zu einem Absinken des fetalen Wachstums. Man beobachtet eine Abweichung von Größe und Gewicht um >10 % unter die 10. Perzentile für das jeweilige Schwangerschaftsalter. Als Beurteilungsgrundlage dienen Normkurven und Wachstumskurven“ (Münzer 2015: 308).

<sup>3</sup> Small for gestational age (SGA): „Bei SGA-Feten liegen Größe und Gewicht ebenfalls unter der 10. Perzentile. Das mangelnde Wachstum ist jedoch konstitutionell bedingt: Es findet ein kontinuierliches Wachstum statt, jedoch auf niedrigem Niveau. Die Kinder sind nicht zwangsläufig gefährdet“ (ebd.).

negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes wie ein erhöhtes Risiko für Fettleibigkeit bei Kindern, neurologische und kognitive Defizite sowie eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion wie beispielsweise Asthma (Euro-Peristat Project 2018: 56).

Laut einer Erhebung des Robert Koch-Instituts von 2018 ist das Rauchverhalten während der Schwangerschaft besonders bei Frauen unter 25 Jahren zwei- bis dreifach erhöht wobei der sozioökonomische Status einen großen Einfluss auf das Rauchverhalten hat. Insgesamt betrug die Raucherquote aus einer Erhebung zwischen 2014 und 2017 10,9 % (Robert Koch-Institut 2018: 49). Das Rauchverhalten in der Schwangerschaft ist laut dem Bericht des Robert Koch-Institutes seit den 1990er-Jahren stark zurückgegangen (ebd.: 50). Aus diesen Gründen sollte die Prävention von Rauchen vor und während der Schwangerschaft einen hohen Stellenwert einnehmen (ebd.: 47). Besonders psychosoziale Interventionen können Schwangeren helfen, den Tabakkonsum zu begrenzen (Chamberlain et al. 2017). Des Weiteren stellt laut dem Robert Koch-Institut ein Migrationshintergrund einen protektiven Faktor in Bezug zum Tabakkonsum während der Schwangerschaft dar (Bergmann et al. 2007: 672; Robert Koch-Institut 2018: 49).

### **Gestationsdiabetes**

Ein Gestationsdiabetes ist eine in der Schwangerschaft auftretende Glukosetoleranzstörung, die eine ähnliche Pathophysiologie wie ein Diabetes-Typ-2 aufweist. Neben einer genetischen Prädisposition spielen bei der Entwicklung eines Gestationsdiabetes Risikofaktoren wie Adipositas, Bewegungsmangel und die Ernährung der Frau eine Rolle (DDG & DGGG 2018: 7f.)<sup>4</sup>. Andere Quellen stellen auch einen niedrigen sozioökonomischen Status als deutlichen Risikofaktor heraus (Joseph et al. 2007: 585ff.; Song et al. 2017: 1421ff.).

Die Prävalenz in Deutschland für einen Gestationsdiabetes lag 2016 bei 5,38 % aller Schwangeren (DDG & DGGG 2018: 9)<sup>4</sup>.

Frauen, die an Gestationsdiabetes erkrankt sind, haben in der Schwangerschaft ein höheres Risiko für hypertensive Erkrankungen, für Candida- und

---

<sup>4</sup> DDG: Deutsche Diabetes Gesellschaft; DGGG: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Harnwegsinfektionen und für Frühgeburten (ebd.: 15ff.). Unter der Geburt haben diese Frauen unter anderem ein höheres Risiko für einen Kaiserschnitt, eine Schulterdystokie, höhergradige Geburtsverletzungen und verstärkte postpartale Blutungen (ebd.).

### **Stillverhalten**

Stillen wird mit vielen gesundheitlichen Vorteilen für Mutter und Kind in Verbindung gebracht (World Health Organization 2003). Die Nationale Stillkommission empfiehlt, Neugeborene mindestens sechs Monate lang ausschließlich zu stillen. In diesen ersten sechs Monaten soll das Kind allein durch Muttermilch ernährt werden. Das schließt Zusatznahrung, Beikost, Säuglingsmilch oder Getränke aus (Gerken & Tempel 2017: 6).

Laut der „Kind in Diagnostik“-Studie 0-3 liegt die Stillquote bei 79,5 %. Wobei jedes zweite Kind mindestens ein halbes Jahr (50,1 %) und jedes fünfte Kind (17,1 %) über das erste Lebensjahr hinaus gestillt wird (Lorenz et al. 2018: 1). Stillen ist abhängig vom Bildungsstatus der Mutter. Mütter mit höherer Bildung (49,7 %) berichteten, dass sie mindestens über vier Monate ausschließlich gestillt haben. Bei Müttern mit einfacher Bildung lag der Anteil hingegen bei 21,1 % (Gerken & Tempel 2017: 11ff.).

Die Mütter mit einfacher Bildung wurden nur halb so oft von einer Hebamme nach der Geburt begleitet wie die Mütter mit einer höheren Bildung (94,7 %) (ebd.). Je höher also der Bildungsstand, desto häufiger und länger stillen Frauen ihre Kinder (ebd.: 19.ff.).

### **3.5.3.2 Besondere Bedarfe**

Die oben aufgeführten Problemlagen führen zu unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen der Familien, die durch Gynäkolog\*innen, Pädiater\*innen, Hebammen und Frühberatungsstellen sowie durch Präventionsangebote sichergestellt werden sollen.

Frauen mit Tabakkonsum während der Schwangerschaft haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Nikotinreduktion. Sie benötigen eine spezielle Vorsorge und Begleitung während der Schwangerschaft, um mögliche Risiken für sich und das Kind zu senken.

Schwangere mit einem diagnostizierten Gestationsdiabetes benötigen eine engmaschige Begleitung durch einen/eine Diabetolog\*in. Denkbar wäre hier, eine spezialisierte Hebamme einzusetzen, um eine umfassende Begleitung zu ermöglichen. Schwangere mit Risikofaktoren benötigen darüber hinaus einen einfachen Zugang zu Blutzuckermessungen, zu Ernährungsberatungen sowie zu speziellen Bewegungsangeboten.

Um die Stillraten zu erhöhen, besteht ein erhöhter Aufklärungsbedarf zum Thema Stillen bereits vor der Schwangerschaft sowie eine aufsuchende Betreuung zur Stillförderung im frühen Wochenbett durch Hebammen. Stillende Mütter benötigen darüber hinaus offene Angebote zur Stillberatung, Mütter-Treffs und Orte zum ungestörten Stillen im öffentlichen Raum (Gerken & Tempel 2017: 14).

### **3.5.3.3 Ressourcen**

Ressourcen bestehen für Schwangere und Mütter in informellen und formellen Netzwerken. Zu den informellen Netzwerken zählen nahestehende Menschen oder Verwandte, die die Schwangere oder junge Mutter unterstützen können. Aber auch Vereine und Angebote im Stadtteil können zu den informellen Netzwerken und so zu den Ressourcen gezählt werden.

Zu den formellen Netzwerken gehören Gynäkolog\*innen, Pädiater\*innen, Hebammen und Beratungsstellen. An diese Stellen können sich Schwangere und Mütter mit spezifischen Problemen und Fragen wenden. Da Ärzt\*innen eine begrenzte Zeit für Beratungen haben, können sie nur begrenzt auf spezielle Probleme und Fragen beispielsweise zum Thema Stillen eingehen. Hier wären Hebammen die entsprechenden Fachpersonen, die junge Mütter beraten und begleiten könnten. Aber auch hier ist die Hilfestellung eingeschränkt, da deutlich zu wenig Hebammen im Stadtteil Gröpelingen tätig sind. Eine weitere Anlaufstelle für Schwangere und Mütter ist der Elterngarten im DIAKO Krankenhaus. Dort können verschiedene Kurse und Infotermine wahrgenommen werden.

### 3.5.4 Ältere Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf

Eine bedeutende Rolle für die gesundheitliche Versorgung spielen der demografische Wandel und der damit einhergehende Anstieg von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf. Aus diesem Grund wird in diesem Projekt diese Zielgruppe genauer betrachtet. Da vor allem Menschen im höheren Alter von Pflege- und Unterstützungsbedarf betroffen sind (Kuhlmeier et al. 2013), wird ein Fokus auf diese Gruppe gesetzt. Für die weitere Betrachtung der Zielgruppe dient die Definition, die im Jahr 2017 im SGB XI festgeschrieben wurde: *„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“* (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Zu den älteren Menschen wird in diesem Bericht die Einteilung des Altenplans der Stadtgemeinde Bremen aus dem Jahr 2007 dienen (vgl. Tabelle 25). Demnach sind ältere Menschen alle Personen ab 60 Jahre (Der Senator für Arbeit Frauen Gesundheit Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen 2007).

Tabelle 25: Einteilung nach Altersgruppen

Alter	Bezeichnung
die 60 - bis unter 75 - Jährigen	Ältere Menschen
die 75 - bis unter 80 - Jährigen	Alte Menschen
die 80 - bis unter 90 - Jährigen	Hochaltrige
die 90 - bis unter 100 - Jährigen	Hochbetagte
die über 100 - Jährigen	Langlebige

Quelle: eigene Darstellung nach Der Senator für Arbeit Frauen Gesundheit Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen (2007)

#### 3.5.4.1 Problemlagen

Die Probleme, die mit Pflegebedürftigkeit einhergehen, sind per Definition der Verlust von Fähigkeiten und Selbstständigkeit und die Folgen, die dadurch auftreten. In Anlehnung an das SGB XI können somit in allen sechs relevanten Bereichen Probleme auftreten. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden

die Mobilität, die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt begutachtet (§ 14 Abs. 2 SGB XI). Pflege ist meist eine Folge von langjährigen Krankheitsprozessen oder wird durch einschneidende Ereignisse, zum Beispiel einem Schlaganfall, ausgelöst (Blüher et al. 2017: 4). Somit bedingen sich die Probleme der Grunderkrankung und der daraus resultierenden Pflegebedürftigkeit gegenseitig. Die Wahrscheinlichkeit durch Pflegebedürftigkeit auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, steigt mit zunehmendem Alter und hat große physische, psychische sowie finanzielle Folgen für die Betroffenen und deren Angehörige (Bundesministerium für Gesundheit 2020). Das Risiko, im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden, ist von 2001 bis 2009 deutlich angestiegen und liegt im Jahr 2009 für Frauen bei rund 67 % und für Männer bei 47 % (Rothgang et al. 2010: 116). Neben den direkten Problemen, die durch den Pflegebedarf entstehen, gehen weitere Probleme in Zusammenhang mit Alterung und Pflege einher: Stigmatisierung, finanzielle Belastung, soziale Isolation, reduzierte Lebensqualität, Komorbiditäten, welche sich wiederum gegenseitig beeinflussen. Die individuellen Probleme von Menschen mit Pflegebedarf hängen von unterschiedlichen Faktoren wie der sozialen Situation, den finanziellen Ressourcen, der gesundheitlichen Situation und dem Setting, in dem der Mensch gepflegt wird, ab.

Die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland stieg im Zeitraum von 1999 bis 2017 kontinuierlich an (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019b). Im Jahr 2017 waren 3,4 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung entspricht dies einer Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung) von 4,1 % (vgl. Tabelle 26). In Bremen ist ebenfalls ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen (ebd.). Im Jahr 2017 sind im Land Bremen 28,9 Tsd. Menschen pflegebedürftig. Damit liegt die Pflegequote im Jahr 2017 in Bremen bei 4,3 % und somit etwas höher als im gesamten Bundesgebiet. Der Anteil der über 75-Jährigen an allen Pflegebedürftigen liegt in Deutschland bei 69,3 % und in Bremen mit 66,3 % etwas niedriger als in Deutschland. Dies bedeutet, dass in Bremen prozentual mehr Menschen in niedrigerem Alter pflegebedürftig sind. Der Anteil

der Pflegebedürftigen, die in vollstationärer Dauerpflege versorgt werden, liegt in Bremen ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt und weist mit 19,6 % im Ländervergleich nach Brandenburg den zweithöchsten Wert auf. Für den Stadtteil Gröpelingen liegen zu diesen Punkten keine konkreten Daten vor.

Tabelle 26: Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland, Bremen und Gröpelingen im Jahr 2017

	Deutschland	Land Bremen
Menschen mit Pflegebedarf in Tsd.	3 414,4	28,9
Pflegequote in %	4,1	4,3
Anteil der über 75 - Jährigen in % (eig. Ber.)	69,3	66,3
Menschen mit Demenz	1,6 Mio.	13,5 Tsd.
Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in %	23,2	19,6

Quelle: eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt (2018g)

In Hinblick auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich die Verteilung der Pflegegrade nach Anteilen im Vergleich zu Deutschland kaum (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Verteilung der Pflegegrade in Anteilen

in %	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Deutschland	1,4	46,0	30,0	16,1	6,6
Land Bremen	1,4	48,4	29,4	14,9	6,0

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2018g)

### 3.5.4.2 Besondere Bedarfe

Die oben angeführten Einschränkungen in der Selbstständigkeit führen je nach Schwerpunkt und Schwere der Ausprägung der Probleme zu unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen, die durch Pflege- und Betreuungspersonen sowie Hilfsmittel und Entlastungsangebote gewährleistet werden sollen. Die Formen von Unterstützung können abhängig von Bedarf und Ressourcen der Person unterschiedlich ausfallen. Sowohl der Ort, an dem Pflege stattfindet (zum Beispiel in der eigenen Wohnung oder in der stationären Langzeitversorgung), die Maßnahmen der Pflege (zum Beispiel medizinische Behandlungspflege, Betreuung oder Körperpflege), die Person, welche die Pflege durchführt (zum Beispiel formelle beziehungsweise informelle Pflege) sowie die notwendigen Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Pflegebett) können hier variieren.

Ein zentrales Bedürfnis der meisten Menschen mit Pflegebedarf ist laut einer Befragung, in der eigenen Häuslichkeit von Angehörigen gepflegt zu werden

(Schneekloth & Müller 2000). Aufgrund von Einschränkungen in der Mobilität, nimmt die Bedeutung der eigenen Wohnung beziehungsweise die Erfüllung der Präferenzen in Hinblick auf die Wohnsituation zu. Objektive Wohnbedingungen sowie subjektives Wohnempfinden haben im Alter zunehmend Einfluss auf die Lebensqualität und Selbstständigkeit (Teti 2015: 15). Dies hat zur Folge, dass zum einen die Häuslichkeit entsprechend ausgerüstet ist, um kein Hindernis in der Mobilität darzustellen, zum anderen müssen Pflege und Unterstützung durch Personen gewährleistet werden. Des Weiteren hat der Verbleib in der Häuslichkeit Einfluss auf den Bedarf an Unterstützung in der Mobilität zum Beispiel durch Hilfsmittel, aber auch durch Fahrdienste. Das Versorgungssystem durch Ärzt\*innen und Therapeut\*innen muss ebenfalls auf den Pflegebedarf abgestimmt sein. In Deutschland ist die primäre Versorgung in der eigenen Häuslichkeit rechtlich festgelegt (§ 3 SGB XI).

#### **3.5.4.3 Ressourcen**

Ressourcen können zum einen auf individueller Ebene bestehen, zum anderen können die Bedingungen, unter denen Menschen leben, Ressourcen darstellen. Zu den individuellen Ressourcen können neben materiellen sowie sozialen Ressourcen und die zur Verfügung stehende Zeit auch sehr persönliche Dinge wie Haustiere, Hobbys und Routinen zählen. Ebenso kann das eigene Wohnumfeld als Ressource zur Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten dienen (Kuhlmeier & Blüher 2015: 5f.).

Lebensumstände, die als Ressource zählen können, sind zum Beispiel öffentliche Einrichtungen, Vereine und Initiativen, die mit ihrer Arbeit Individuen in schwierigen Lebenssituationen wie Pflegebedürftigkeit unterstützen. In Gröpelingen gibt es verschiedene solcher Angebote. Der Gesundheitstreffpunkt West vernetzt einzelne Akteure im Stadtteil und koordiniert den Arbeitskreis „Älter werden im Bremer Westen“, der sich aus einem Zusammenschluss hauptamtlicher sowie ehrenamtlicher Mitarbeiter\*innen bildet. Der Arbeitskreis hat sich als Ziel gesetzt, die Kommunikation und Kooperation sowie die Vernetzung einzelner Institutionen zu fördern und weiterzuentwickeln, Betroffene aus unterschiedlichen Milieus zu aktivieren, zu informieren und auf politischer Ebene die Interessen älterer Menschen zu vertreten (Arbeitskreis "Älter werden im

Bremer Westen" 2010). Die Zusammenstellung des Arbeitskreises von verschiedenen Institutionen in Gröpelingen stellt ein umfassendes Netzwerk von Vereinen, Trägern, Verbänden, Gemeinden und Beratungsstellen für Ältere in Gröpelingen dar.

## 4 Gesundheitszentrum

Nach dem Gutachten von 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt das lokale Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ) einen innovativen gesundheitlichen Versorgungsansatz dar. Primär entwickelt, um eine ausreichende medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten sicherzustellen, bündelt es in einer effizienten und insgesamt leistungsfähigeren Struktur bestimmte Versorgungsangebote. In einer integrierten Versorgungsstruktur erfolgt eine interdisziplinäre Patientenversorgung auf präventiver, kurativer und rehabilitativer Ebene. Auch kann diese weit über die primär medizinische Versorgung hinausreichen und eine Integration von pflegerischen, therapeutischen und sozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten verfolgen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2014: 612).

In Abhängigkeit von der Ausgangslage können zwei verschiedene Typen von LGZ unterschieden werden. Typ „A“ beschreibt das praxisgestützte Gesundheitszentrum, bei dem die Angebote primär ambulant ausgerichtet sind. Ausgangspunkt sind Praxisgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren oder auch Praxiskliniken. Typ „B“ bezeichnet das klinikgestützte Gesundheitszentrum, das von einem Krankenhaus oder einer stationären Pflegeeinrichtung ausgeht und so verschiedene ambulante und stationäre Versorgungsangebote verbindet (ebd.: 613).

So soll eine möglichst umfassende Versorgung vor allem für ältere und chronisch erkrankte Menschen gewährleistet werden. In der stationären Versorgung eines LGZ werden durch die Bündelung höherer Patientenzahlen auch spezialisierte Leistungen denkbar, die bei einer so möglichen Routine eine hohe Qualität der Behandlungen gewährleisten. Die medizinische Versorgung eines ambulant ausgerichteten LGZ wiederum wird durch Hausärzte und grundversorgende Fachärzte sichergestellt. Das LGZ kann zudem eine koordinierende Funktion einnehmen und Zweigsprechstunden von nicht dauerhaft niedergelassenen Ärzt\*innen anbieten, um so eine optimierte Primärversorgung ohne längere Anfahrtswege für die Patient\*innen zu ermöglichen (ebd.). Ein Modell der regional vernetzten Versorgung wird von dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Verfügung

gestellt (vgl. Abbildung 4). Die Grundlage für die Versorgungsplanung stellen dabei Daten aus der Kommune, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und Kranken- und Pflegekassen dar. In einem gemeinsamen Landesgremium (nach § 90a SGB V) und regional oder kommunal stattfindenden Gesundheits- und Pflegekonferenzen können optimale Organisations- und Kooperationsstrukturen für ein örtliches LGZ erarbeitet und festgelegt werden. Unterschiedliche Akteure arbeiten so in der koordinierten Versorgungsstruktur eines LGZ zusammen (ebd.: 612).

Abbildung 4: Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2014: 612)

Ein integriertes Case Management kann durch die Koordination von Terminen, die Erkennung notwendiger Versorgungsschritte und eine patientenorientierte Betreuung zusätzlich dazu beitragen, die Patientenbetreuung über die Grenzen der einzelnen Versorgungsangebote hinweg zu gewährleisten. Eine zentrale Bedeutung in der Planung eines LGZ sollte auch den niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeiten der Versorgungsangebote beigemessen werden. Auch eine optimale Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr, ausreichende, örtlich angrenzende Parkmöglichkeiten oder ein eigener Personenbeförderungsdienst des LGZ erscheinen sinnvoll. Klinikgestützte LGZ können auch in die regionale Notfallversorgung integriert werden (ebd.: 613).

## 4.1 Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

Die Robert Bosch Stiftung fördert in einer Projektphase die Implementierung innovativer, umfassender und exzellenter Gesundheitszentren unter dem Titel PORT. Das Konzept wurde nach internationalen Beispielen unter anderem aus Brasilien, Schweden, Slowenien und Kanada unter Einbezug der Empfehlungen des Sachverständigenrates entwickelt (Raslan 2019: 2).

Der Begriff PORT hat dabei unterschiedliche Bedeutungen. Einerseits steht die Abkürzung für Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung, andererseits versinnbildlicht die englische Bedeutung des Wortes „Hafen“ einen Ort der Sicherheit. Er ist Anlaufstelle und Knotenpunkt und soll mit seiner „Leuchtturmfunktion“ als Vorbild für andere innovative Konzepte stehen. Ebenso kann mit einem Hafen eine Schnittstelle assoziiert werden, eine zentrale Anlaufstelle, offen, zugänglich und lokal ausgerichtet. Offen sind die Zentren dabei für sämtliche Fachrichtungen und für sämtliche Zielgruppen. Im medizinischen Bereich bezeichnet ein Port häufig einen Portkatheter, einen langfristigen und dauerhaften Zugang, im Falle eines Gesundheitszentrums zu gesundheitlicher Versorgung (ebd.: 35).

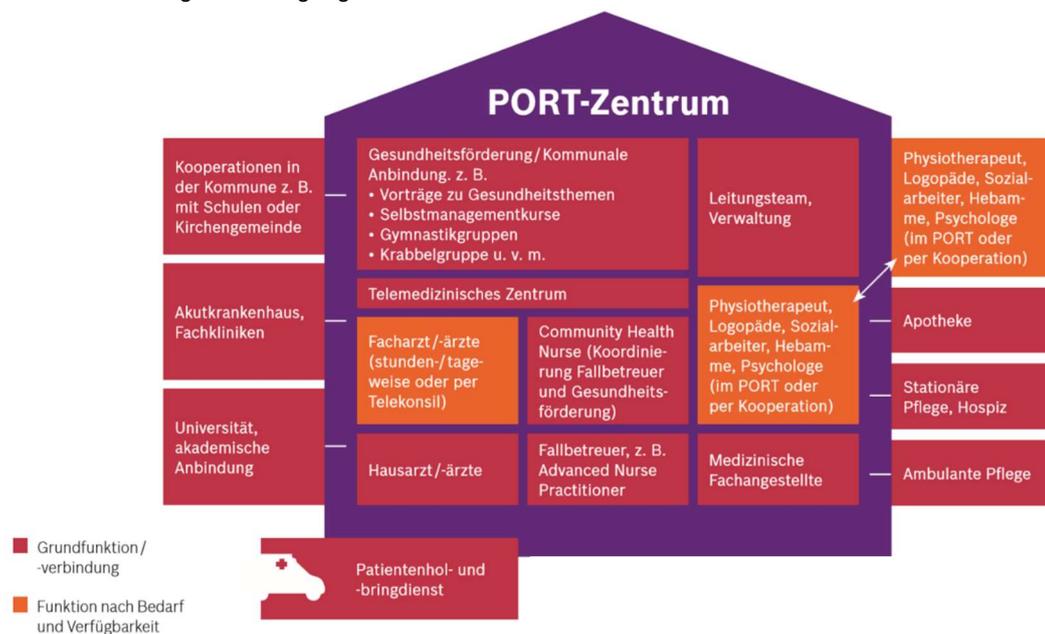
In PORT-Zentren werden vor allem die Chancen und Möglichkeiten durch die Digitalisierung hervorgehoben. So sind die räumliche Nähe, aufeinander abgestimmte Prozesse und die kontinuierliche Kommunikation über intelligente Hilfsmittel von großer Bedeutung. Auch eine hohe Patientenbeteiligung sei elementar. Als „umfassende Versorgung aus einer Hand“ geht die primär medizinische Versorgung durch Haus- und Fachärzte weiter über Maßnahmen der Prävention und Aktivitäten zur Bewältigung des Alltags bis hin zu Unterstützungsangeboten beim Zurechtfinden in der Bürokratie. Die PORT-Gesundheitszentren erheben laut Klapper (2018: 14) den Anspruch auf:

- den regionalen Bedarf abgestimmt zu sein
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten und stetig weiterentwickelt zu werden
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung zu unterstützen
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe vorauszusetzen
- neue Potenziale der Digitalisierung zu nutzen

- Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung zu verknüpfen

Das folgende Schaubild veranschaulicht das potenzielle Leistungsspektrum eines PORT-Zentrums (vgl. Abbildung 5). Die gesundheitliche Versorgung geht weit über eine medizinische Versorgung hinaus. Auch zeigt die Abbildung mögliche Kooperationen mit bereits bestehenden stationären Versorgungsstrukturen auf. Neben Ärzt\*innen und Medizinischen Fachangestellten sind die Professionen der Sozialarbeiter\*innen, Hebammen, Physiotherapeut\*innen sowie Psycholog\*innen von Bedeutung. Auch Pflegekräfte - zum Beispiel im Profil der „Community Health Nurse“ oder „Advanced Nurse Practitioner“ - könnten eine zentrale Rolle in einem PORT-Zentrum einnehmen (Raslan 2019: 44).

Abbildung 5: Beispielhafte Bündelung von Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung



Quelle: Raslan (2019: 67)

## 4.2 Die Poliklinik Veddel

Die Poliklinik Veddel stellt ein Beispiel für einen gesundheitlichen Versorgungsansatz als lokales Gesundheitssystem dar. Es ist ein Stadtteilgesundheitszentrum, welches eine Allgemeinarztpraxis, psychologische Beratung und Sozial- und Gesundheitsberatung beinhaltet. Sie soll zum einen den individuellen Problemlagen und Bedürfnissen der Patient\*innen gerecht werden und sich

zum anderen mit gesundheitspezifischen Faktoren beschäftigen, die Einfluss auf die Lebenssituation der Bewohner\*innen im Stadtteil haben. Ansässig ist die Poliklinik auf der Hamburger Halbinsel Veddel. Der Fokus liegt auf der Kombination von primärer medizinischer Versorgung und Sozial- und Gesundheitsangeboten. Ferner werden Gruppenangebote implementiert, um Weiterbildungen zu ermöglichen und das Empowerment von Patient\*innen zu fördern. Als dritte Struktur der gesundheitlichen Stadtteilversorgung steht die gesellschaftliche Partizipation im Stadtteil, um ein gesundes und eigenständiges Leben zu ermöglichen. Durch die Evaluation der Angebote und Versorgungsstrukturen können neue Behandlungsmethoden entwickelt werden, die zu einer effizienten Gesundheitsversorgung beitragen (Poliklinik Veddel o. J.-b).

### **Die primäre Gesundheitsversorgung**

Die primäre Gesundheitsversorgung in der Poliklinik Veddel setzt direkt an die individuellen Bedürfnisse und Problemlagen der Bewohner\*innen an. Gemeinsam mit dem Team werden Lösungsstrategien und Handlungsoptionen entwickelt, um die gesundheitliche Situation zu verbessern. Da in Veddel der Bedarf an einer hausärztlichen Versorgung hoch war, wurde 2017 mit dem Aufbau einer allgemeinmedizinischen Praxis mit Kassenarztsitz und der Sozial- und Gesundheitsversorgung begonnen. Um den Hausarzt bei der Versorgung von Patient\*innen bei Bedarf zu entlasten, wurde diesem ein multiprofessionelles Team als Unterstützung zur Seite gestellt. Außerdem werden regelmäßig Hausbesuche durchgeführt, um die gesundheitliche Versorgung von Patient\*innen zu sichern, die nicht in der Lage sind, die Hausarztpraxis aufzusuchen. Pro Patient\*in gibt es eine geregelte Zuwendungsdauer und transparente Therapieregime, um eine qualitative Versorgung zu gewährleisten (Poliklinik Veddel o. J.-b).

Die offene Bildungsarbeit spielt in der primären Gesundheitsversorgung der Poliklinik ebenfalls eine bedeutende Rolle. Den Patient\*innen und Bewohner\*innen in Veddel werden Grundlagen von Anatomie und Krankheitsbildern vermittelt, um ein besseres Verständnis für Gesundheit und Krankheit zu erzielen. Neben diesen Lernmodulen besteht auch die Möglichkeit, sich Fokus- oder Selbsthilfegruppen anzuschließen, um den Austausch untereinander zu fördern. Die Qualitätssicherung der Angebote und Versorgungsstrukturen erfolgt

durch regelmäßige Teamsitzungen, Überprüfung der Therapieregime, einen externen Beirat und durch Konferenzen mit Akteuren aus der Nachbarschaft (Poliklinik Veddel o. J.-a).

Außerdem plant die Poliklinik, eine Kanzlei aufzubauen, welche auf die juristischen Belange und Fragen der Patient\*innen eingehen kann und ihnen juristischen Beistand bietet. Oft wird Menschen der Zugang zur Justiz verwehrt, durch Sprach- oder Einkommensbarrieren oder aufgrund ihrer Kultur oder ihres Wissensstandes. Durch die Kanzlei würden unentgeltliche juristische Beratungen angeboten sowie ein günstiger juristischer Rechtsbeistand. Der Fokus soll hier im Bereich des Straf- und Sozialrechts, Mietrechts sowie Ausländer- und Aufenthaltsrechts liegen, um den Bedarfen der Menschen im Stadtteil gerecht zu werden. Das Angebot einer Sozial- und Gesundheitsberatung ist im Gegensatz zur juristischen Beratung bereits vorhanden. In Veddel bieten mehrere Einrichtungen Sozialberatungen an. Die Poliklinik dient dabei als eine Art Lotensystem. Ratsuchende werden mit ihrem Anliegen und ihren Problemen an die jeweils passenden Einrichtungen weitergeleitet. Auch die Weiterversorgung dieser Ratsuchenden steht im Fokus der Versorgung. Vor allem in vielschichtigen Problemlagen kann eine soziale Betreuung zu einer verbesserten Lebenssituation führen (ebd.).

Eine Zusammenarbeit mit diversen Einrichtungen und Akteuren steht ebenfalls im Vordergrund. Kooperationspartner\*innen sind die lokalen Pflegedienste, um die ambulante Versorgung der Patient\*innen zu sichern und zu verbessern. Auch der Einsatz eines/einer Stadtgesundheitsberater\*in soll eingeführt werden. Dieser soll durch Hausbesuche frühzeitige Unterstützungsbedarfe erkennen und als Ansprechpartner\*in für weniger mobile Menschen dienen. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen und dem Sprachlabor ist notwendig, um den Herausforderungen in der Versorgung gerecht zu werden. Vor allem die sprachlichen Barrieren stellen ein Versorgungsproblem dar. Deshalb plant die Poliklinik, neue Wege der Kommunikation aufzubauen, um den Sprachbarrieren begegnen zu können. Eine Möglichkeit soll der Aufbau eines eigenen Sprachlabors sein, um Konzepte und Möglichkeiten wie die Bildsprache zu entwickeln. Ebenso werden Kooperationen mit Schulen, Softwareentwickler\*innen, Künstler\*innen und Kommunikationsdesigner\*innen angestrebt (Poliklinik Veddel o. J.-a).

## **Finanzierung**

Eine Grundlage der Finanzierung ergibt sich aus dem Sonder-KV-Sitz der Hausarztpraxis aus der Poliklinik. Diese finanziert sich über die eigenen Abrechnungen selbst. Die weitere Finanzierung der Poliklinik Veddel erfolgt über diverse Mittel und Wege. Als Finanzierungsgrundlage dienen ein Regel-Kredit sowie ein Bürgerschaftskredit. Seit dem Jahr 2017 werden ebenfalls Drittmittelanträge eingereicht, um so die Gesundheits- und Sozialberatung finanzieren zu können. Überschüssiges Geld soll zukünftig für den Aufbau von weiteren Polikliniken genutzt werden. Neben diesen Finanzierungsmöglichkeiten gibt es weiter Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten. Ein Spendenkonto wurde eröffnet, um Spenden zu sammeln. Ferner werden Sachspenden entgegengenommen. Außerdem können Personen Fördermitglieder werden und die Poliklinik so finanziell unterstützen (Poliklinik Veddel o. J.-c).

## **5 Methoden**

Um die Erkenntnisse des Community Health Assessments zu ergänzen und die Versorgungs- wie Bedarfslage, die Zufriedenheit mit der bestehenden Gesundheitsversorgung sowie Lösungsansätze zu fokussieren, wurden in einem Mixed-Methods-Ansatz Experteninterviews mit einer standardisierten Befragung von Bürger\*innen verbunden. Die Forschungsfrage zielt auch auf die Implementierung eines Gesundheitszentrums ab (vgl. Kapitel 1). Da der Fokus in diesem auf der ambulanten Versorgung liegt, wurde auch der Forschungsschwerpunkt bei der Befragung von Expert\*innen und Bürger\*innen darauf bezogen.

### **5.1 Durchführung und Auswertung der Experteninterviews**

Als Expert\*innen wurden verschiedene Akteure im Stadtteil ausgewählt und kontaktiert. Diese waren sowohl als Direktversorger sowie als Akteure in Netzwerken oder der Politik tätig. Ziel war es, nach Möglichkeit Expert\*innen der verschiedenen Ebenen (Direktversorger, Netzwerkakteure, politische Akteure) für alle Zielgruppen zu erreichen.

Die Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Der Leitfaden umfasste die Themenblöcke Gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen, Versorgungslage/Bedarfe, Kooperation/Vernetzung sowie Lösungsansätze. Insgesamt umfasste der Leitfaden 22 Fragen und einen kurzen Teil mit Hintergrundinformationen zu den Befragten (vgl. Anhang 3). Im Leitfaden wurden zusätzlich Formulierungshilfen für einen natürlichen Gesprächsfluss gegeben.

Die Interviews wurden von jeweils zwei Mitgliedern der Projektgruppe im Zeitraum von Mai bis September 2019 durchgeführt. Dabei agierte eine Person als Interviewer\*in, die zweite Person als Protokollant\*in, welcher/welche ebenfalls die Möglichkeit hatte, Rückfragen zu stellen. Zur Aufzeichnung der Interviews wurde ein digitales Aufnahmegerät verwendet. Die interviewten Personen wurden im Vorfeld über das Thema, den Ablauf und den Zweck des Interviews informiert (vgl. Anhang 1). Außerdem wurden sie über die Verwendung personenbezogener Daten und die Möglichkeit des Widerrufs ihres Einverständnisses aufgeklärt (vgl. Anhang 2).

Für die Auswertung der Interviews wurden die digitalen Aufnahmen zunächst anhand zuvor festgelegter Regeln transkribiert. Anschließend wurden zuerst deduktiv Kategorien gebildet, welche im Prozess der Auswertung induktiv ergänzt wurden (vgl. Anhang 4). Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe einer Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse (MAXQDA) in der Version 2020 und wurde angelehnt an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015).

## **5.2 Bürgerbefragung**

Um neben den Expertenmeinungen auch die Wahrnehmungen der Bürger\*innen in Gröpelingen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung zu erlangen, wurde eine standardisierte Befragung durchgeführt. Der dafür erarbeitete Fragebogen enthielt neben soziodemografischen Angaben Fragen zur medizinischen Versorgung in Gröpelingen, zur Zufriedenheit mit dem Versorgungsangebot, zu Hindernissen bei der Inanspruchnahme der Angebote und zu der Idee, Hilfsangebote zu zentralisieren (vgl. Anhang 5). Um möglichst viele Bürger\*innen zu erreichen, wurde der Fragebogen in einfacher Sprache formuliert und ins Englische, Französische, Arabische und Türkische übersetzt (vgl. Anhang 6-9). Außerdem wurden die Fragen so gestellt, dass bei der Beantwortung die Personen miteinbezogen wurden, die im Haushalt der Befragten wohnen (zum Beispiel der Einbezug der Kinder in Hinblick auf die Inanspruchnahme von Kinderärzt\*innen). Im Anschluss an die Entwicklung des Fragebogens wurden Pretests in allen Sprachen durchgeführt und deren Ergebnisse zur Optimierung des Fragebogens herangezogen. Die Befragungen wurden im Zeitraum vom Juli bis Oktober 2019 durchgeführt. Die Teilnehmer\*innen wurden zum einen bei einem Stadtteilstfest in Gröpelingen durch direkte Ansprache, zum anderen im Rahmen der Arbeit des Gesundheitstreffpunkt gewonnen.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS in der Version 26 sowie Microsoft Excel 2019. Dabei wurden deskriptive und inferenzstatistische Analysen verwendet. Als deskriptive Maßzahlen wurden vor allem das arithmetische Mittel sowie die Standardabweichung (SD) berichtet. Bei der Berechnung von Unterschieden beziehungsweise Zusammenhängen bei

nominalen Variablen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt beziehungsweise Cramers-V berechnet. Für Variablen, bei denen die erwartete Häufigkeit in einer oder mehreren Zellen der Kreuztabelle kleiner fünf war, wurde die Verteilung als exploratives Ergebnis aufgefasst, die Hinweise auf mögliche Unterschiede beziehungsweise Zusammenhänge liefert. Als Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen ein p-Wert von 0,05 gewählt. Bei vorliegender Signifikanz wird ausgewiesen, ob der p-Wert kleiner als 0,05 beziehungsweise kleiner als 0,01 ist.

## **6 Ergebnisse**

Es werden zunächst die Ergebnisse der Experteninterviews (Unterkapitel 6.1) und anschließend der Bürgerbefragung (Unterkapitel 6.2) dargestellt. Es folgt eine Zusammenfassung (Unterkapitel 6.3) der zentralen Ergebnisse aus beiden Methoden.

### **6.1 Ergebnisse der Experteninterviews**

Für die Experteninterviews konnten  $n = 9$  Expert\*innen gewonnen werden, von denen  $n = 6$  Personen den Direktversorgern zuzuordnen sind,  $n = 2$  Personen Netzwerkakteure sind und  $n = 1$  Person zu den politischen Akteuren gehört. Bei den Direktversorgern sind  $n = 4$  Ärzt\*innen sowie jeweils  $n = 1$  Hebamme und  $n = 1$  Hausleitung in der Altenpflege vertreten. Die Expert\*innen sind zwischen sieben und vierzig Jahren in ihrer Position und im Durchschnitt seit 22 Jahren in Gröpelingen tätig. Die Ergebnisse werden weitgehend anhand der Struktur des Interviewleitfadens vorgestellt (vgl. Anhang 3). Zunächst werden die Versorgungslage (Abschnitt 6.1.1) sowie die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen (Abschnitt 6.1.2) dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Themenblöcken Bedarfe (Abschnitt 6.1.3), Kooperation und Vernetzung (Abschnitt 6.1.4) sowie Lösungsansätze und Zukunftswünsche (Abschnitt 6.1.5) abgebildet.

#### **6.1.1 Gesundheitliche Versorgungslage**

Im ersten Themenblock wurden die Expert\*innen nach der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung in Gröpelingen befragt und wie sie diese einschätzen. Eine genauere Unterteilung in Qualität und strukturelle Rahmenbedingungen erfolgte unter anderem im Themenblock zwei, in dem gezielt die Stärken und Schwächen der gesundheitlichen Versorgung sowie vorhandene Ressourcen und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung in Gröpelingen erfragt wurden. Der Vergleich zu anderen Stadtteilen wurde induktiv bei der Auswertung der Versorgungslage ergänzt.

Die Ergebnisse zur Versorgungslage werden unterteilt in die Abschnitte *Gesundheitsdienstleister*, in dem vorhandene *ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleister* benannt werden, *Qualität der Versorgung*, in dem Stärken und Schwächen der Versorgung dargestellt werden, und in *strukturelle Einflussfaktoren*, in den *Barrieren* und *Ressourcen* genannt werden. Zuletzt werden die *Vergleiche zu anderen Stadtteilen* aufgezeigt.

### 6.1.1.1 Gesundheitsdienstleister

Die Darstellung der Ergebnisse zu den Gesundheitsdienstleistern in Gröpelingen orientiert sich an den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung.

#### Ambulant

In Hinblick auf die ambulante Versorgung in Gröpelingen wird von den Expert\*innen mehrfach das hohe **Arbeitsaufkommen** der Hausärzt\*innen erwähnt. Ein/Eine Expert\*in benennt, dass regelmäßiges **Engagement** in Kooperationen und Vernetzungen aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen für die niedergelassenen Ärzt\*innen kaum möglich sei. Ein vergleichbares Bild beschreiben die Expert\*innen auch von den Kinderarztpraxen. In einem Interview wird in diesem Zusammenhang Folgendes formuliert: *„Also es gibt eigentlich genug Kinderärzte, sie sind, zum Beispiel Waller Heerstraße, gibt's eine, Gröpelinger Heerstraße, und dann am DIAKO. Es gibt schon, ja gibt schon genug. Aber sie sind voll. Ich weiß es nicht“* (Expert\*in 4 2019). In einem weiteren Interview trifft einer der Expert\*innen eine ähnliche Aussage in Bezug auf die hausärztliche Versorgung: *„Also, wenn man die (...) KV, (...) befragen würde, da würde gesagt werden, im Bremer Westen sind ausreichend Ärzte vorhanden. Auch Fachärzte und alles und wenn man dann mal genauer guckt (...)“* (Expert\*in 7 2019). In Hinblick auf **Hebammen** wird wiederholt auf den **Mangel** im Stadtteil hingewiesen. In einem Interview wird weiterführend erwähnt, dass die einzige Hebammenpraxis in Gröpelingen vor einiger Zeit geschlossen habe, obwohl die Anfrage in der Praxis hoch gewesen sei.

Neben den beschriebenen Mängeln in der Versorgung betont die Mehrheit der Expert\*innen zugleich, dass aktuell bereits **gute Versorgungsansätze** umgesetzt würden. Außerdem seien in den letzten Jahren positive Entwicklungen zu

verzeichnen gewesen. In diesem Kontext wird auf eine psychotherapeutische Praxis hingewiesen, die sich auf Traumatherapie, insbesondere für Menschen mit einem Migrationshintergrund, spezialisiert hat.

Darüber hinaus äußern die Expert\*innen, dass die Forderungen von Patient\*innen, weitere bildgebende Verfahren und erweiterte Laboruntersuchungen zur Diagnosestellung hinzuzuziehen, zugenommen hätten. Im Interview spricht ein/eine Expert\*in von einem in Teilen unverhältnismäßigen Bedürfnis nach diagnostischer Abklärung, obwohl dazu keine medizinische Notwendigkeit bestünde.

### **Stationär**

Bei der stationären Versorgung wird die unmittelbare Nähe des **DIAKO Krankenhauses** zum Stadtteil von den Expert\*innen als Unterstützung der Gesundheitsversorgung in Gröpelingen aufgeführt und eine daraus resultierende **Entlastung** des Versorgungssystems beschrieben.

Die vorhandenen Kapazitäten zur stationären Versorgung in **Pflegeeinrichtungen** werden in einem Interview als ausreichend eingeschätzt. Die **Wartezeiten**, insbesondere wenn die Suche nach einem Pflegewohnplatz nur auf Gröpelingen beschränkt ist, sei jedoch häufig **lang**. Weiterführend hat ein/eine Interviewpartner\*in darauf hingewiesen, dass Pflegewohnplätze für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, nicht in ausreichendem Maße vorhanden seien. Zudem sei einen entsprechenden **Betreuungsplatz** zu finden, mit einem hohen Organisationsaufwand und häufig auch mit langen Wartezeiten verbunden. Eine weitere Einschätzung eines/einer Expert\*in beinhaltet, dass die **Abgrenzung** der **stationären Versorgung** in den Krankenhäusern vom **ambulantem** Sektor zu **undurchlässig** sei. Die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sei durch strukturelle Barrieren sowie eine scharfe Trennung erschwert.

#### **6.1.1.2 Qualität**

Die Ergebnisse der Experteninterviews, welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beschreiben, werden in Stärken und Schwächen der Versorgung unterteilt.

### **Stärken der Versorgung**

Die **Qualität** in der hausärztlichen Versorgung und die qualitativen Leistungen weiterer Gesundheitsdienstleister und Pflegeeinrichtungen in Gröpelingen werden von den interviewten Expert\*innen als **positiv** beschrieben. Negative Aspekte haben sich primär auf nicht ausreichend zur Verfügung stehende Ressourcen, nicht aber auf die Qualität der Versorgung bezogen. Des Weiteren heben die Expert\*innen großes **Engagement** von Einzelpersonen und Arbeitsgruppen hervor und betonen, dass dadurch ein erheblicher Beitrag zur Gesundheitsversorgung und zu sozialen Unterstützungsangeboten geleistet werde.

Außerdem zeigen die Expert\*innen eine große Anzahl an bereits etablierten **Gesundheitsförderungsangeboten** sowie eine positive Entwicklung bezüglich erfolgreicher Erweiterungen des Angebots in den letzten Jahren auf. In diesem Zusammenhang werden beispielsweise eine Frühförderereinrichtung, die vor ungefähr fünf Jahren neu eröffnet wurde, und ein im Stadtteil aktiver Sportverein angeführt.

Neben Angeboten zur Gesundheitsförderung verweisen die Expert\*innen auch auf wertvolle soziale **Unterstützungsangebote** wie eine Schuldnerberatungsstelle. Außerdem wird das Quartiersbildungszentrum Morgenland und das damit verbundene Städteförderprogramm „Wohnen in Nachbarschaften“ als sehr aussichtsreich bewertet.

Ein weiterer Aspekt zur Gesundheitsversorgung in Gröpelingen, den die Expert\*innen als sehr erfolgreich bewerten, sind die **bestehenden Kooperationen** im Stadtteil. In sechs Interviews werden genutzte Vernetzungen als Unterstützung wahrgenommen und als förderlich für die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote eingeordnet.

Weiterführend zeigen die Expert\*innen auf, dass im Stadtteil eine große Bereitschaft vorhanden sei, bestehende Barrieren positiv zu beeinflussen. Ein untermauerndes Beispiel dafür ist, dass die zweisprachigen Arzthelfer\*innen in den Hausarztpraxen als Dolmetscher\*innen fungieren.

### **Schwächen in der Versorgung**

Alle befragten Expert\*innen schätzen die zur Verfügung stehenden **Kapazitäten** in der Gesundheitsversorgung in Gröpelingen als **unzureichend** ein. In

den vorhandenen Versorgungsstrukturen und Angeboten würden zwar hohe qualitative Leistungen erbracht, die Kapazitäten, diese Leistungsansprüche für alle Bürger\*innen zu gewährleisten, reichten im Stadtteil jedoch nicht aus. Einer/Eine der Expert\*innen formuliert diesen Aspekt unmittelbar: „... *die Frage ist glaub ich eher nach den Ressourcen...*“ (Expert\*in 5 2019).

Am häufigsten wird auf einen **Mangel** von haus- und fachärztlichen **Gesundheitsleistungen** hingewiesen. Die Hausärzt\*innen seien aufgrund des hohen Patientenaufkommens teilweise überlastet. Neben dem **hohen Arbeitspensum** in den Praxen zusätzlich noch Hausbesuche zu absolvieren, stelle für die Ärzt\*innen eine Herausforderung dar. So gäbe es nicht nur wenige Hausarztpraxen, die Hausbesuche übernehmen können, sondern es komme hinzu, dass die **Barrierefreiheit** in den Haus- und Facharztpraxen häufig nicht gegeben sei. Die Kombination beider Faktoren erschwere eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, besonders bei immobilen Patient\*innen.

Bezüglich der fachärztlichen Situation berichten die Expert\*innen von Praxen, die aufgrund eines zu hohen Patientenaufkommens einen **Aufnahmestopp** eingeführt hätten und demnach keine neuen Patient\*innen mehr behandelten. Ein weiterer kritisch angeführter Aspekt ist, dass der Besuch der nächstgelegenen Facharztpraxis für die Bürger\*innen von Gröpelingen teilweise **weite Wege** bedeute. In einem Interview wird dieses Problem anhand der nächstgelegenen urologischen Praxis spezifischer erläutert: „*Die urologische Praxis im DIAKO wurde wegen nicht rentabel aufgegeben und die Urologen im Walle-Center gehen zum Bahnhof, so haben wir die alten Männer, die weniger mobil sind, von Bremen-Nord bis zum Hauptbahnhof haben wir keinen mehr*“ (Expert\*in 6 2019). Außerdem schildern die Expert\*innen **fehlende Versorgungskapazitäten** bei den **Kinderärzt\*innen** sowie in der **Hebammenversorgung**. Expert\*innen beschreiben die Verfügbarkeit der Versorgung durch Hebammen für Patientinnen als kaum gegeben. Es stünden in Gröpelingen nicht ausreichend Hebammen zur Verfügung, um alle Anfragen bewältigen zu können. Zur Beschreibung der Versorgungskapazitäten der Kinderärzt\*innen wird in einem Interview die Formulierung „*die Praxen werden von Patientinnen überflutet*“ (Expert\*in 4 2019) gewählt.

Eine weitere Schwäche des Versorgungssystems sehen die befragten Expert\*innen darin, dass die **Bedarfsermittlung** an haus- und fachärztlichen Versorgungskapazitäten einem weiträumig zusammengefassten Planungsgebiet zu Grunde läge. Der Einfluss sozioökonomischer Kriterien innerhalb der Stadtteile stelle sich allerdings sehr unterschiedlich dar und könne bei einem ausgedehnten Planungsgebiet **nicht hinreichend differenziert** und berücksichtigt werden.

Weiterführend beschreiben alle der neun befragten Expert\*innen einen empfundenen **Mangel an ärztlichen Versorgungskapazitäten** in Gröpelingen, der sich in den Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung allerdings nicht widerspiegeln. An dieser Stelle wird von einem/einer Expert\*in angemerkt, dass beim Auftreten von Sprachbarrieren eine adäquate medizinische Behandlung der Patient\*innen häufiger mehr Zeit in Anspruch nehmen und Sprachbarrieren in Gröpelingen häufiger eine Problematik darstellen als in den benachbarten Stadtteilen. Basierend auf dieser anspruchsvolleren Versorgungssituation im Stadtteil Gröpelingen formulieren zwei der interviewten Expert\*innen die These, dass für Ärzt\*innen, die eine Niederlassung anstreben, sich andere Stadtteile als lukrativer darstellen und daher eine Niederlassung in den umgebenen Stadtteilen tendenziell bevorzugt werde.

### **6.1.1.3 Strukturelle Einflussfaktoren**

Die Ergebnisse bezüglich der strukturellen Einflussfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung werden in strukturelle Ressourcen und Barrieren in der Versorgung gegliedert.

#### **Strukturelle Ressourcen**

In den Experteninterviews werden mehrere Faktoren genannt, die als Ressource in der gesundheitlichen Versorgung Gröpelingens angesehen werden können. Sechs Expert\*innen geben an, dass viele **Angebote und Institutionen** im Stadtteil vorhanden seien. Zum einen gebe es den Gesundheitstreffpunkt West (GTP), Gruppenangebote für Mütter mit Stillproblemen, die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy) für die psychische Versorgung, aber auch Angebote durch Ehrenamtliche wie Hausbesuche oder die Begleitung zu Ämtern. Ebenso werden verschiedene **Beratungsangebote** im

Stadtteil als Ressource beschrieben. So gebe es eine niedrigschwellige Beratung durch den BürgerInformationsService in der Stadtbibliothek Gröpelingen (Expert\*in 7 2019), eine Schuldnerberatung und eine Beratung für Menschen, die aus anderen Ländern nach Gröpelingen kommen. Auch für Mitarbeiter\*innen in Schulen und Kitas werden in Gröpelingen Beratungen und Schulungen im Bereich Kunst und Bildung angeboten.

Als weitere Ressource im Stadtteil wird die **Mehrsprachigkeit** in den medizinischen Praxen genannt. Durch die Vertretung von Sprachen wie Arabisch, Türkisch, Französisch oder auch Englisch kommen neben den Gröpelinger Einwohner\*innen auch Bürger\*innen aus anderen Stadtteilen in die Praxen (Expert\*in 4 2019). Durch die Teilnahme von Angeboten verbessere sich laut einem/einer Expert\*in auch die deutsche Sprache der Patient\*innen. Dadurch falle ihnen die Bürokratie leichter.

Der **technische Fortschritt** wird vor allem von einem/einer Expert\*in als Ressource beschrieben. „*Apps und Tablets (...) alles übersetzten können. (...) das gleiche Video in verschiedenen Sprachen*“ (Expert\*in 3 2019). Inhalte könnten so besser instruiert werden und seien für die Patient\*innen verständlicher.

Als eine weitere Ressource geben mehrere Expert\*innen die **gute Vernetzung in Gröpelingen** und das **Engagement des ärztlichen Personals** an. Auch die **Nachbarschaftshilfen** durch die ältere Bevölkerung wird als Ressource genannt.

### **Barrieren in der Versorgung**

Eine große Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung in Gröpelingen sei die **sprachliche Barriere**, die insgesamt von acht Expert\*innen genannt wird. Als Grund dafür wird der hohe Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Stadtteil beschrieben, der mit einer Vielfalt verschiedener Sprachen einhergehe. Laut Expert\*innen könne dadurch nicht zum Ausdruck gebracht werden, welche Probleme die Patient\*innen hätten und Ärzt\*innen könnten ebenso wenig Hilfe vermitteln. Durch die sprachlichen Schwierigkeiten würden oftmals mehrere Ärzt\*innen aufgesucht, die jedoch auch nicht weiterhelfen könnten, da sie die Sprache der Patient\*innen ebenfalls nicht beherrschten. Dies führe dazu, dass durch die sprachlichen Barrieren die gesundheitliche Versorgung einerseits mehr in Anspruch genommen werde, da Patient\*innen

für weitere Abklärungen zu dem/der nächsten Ärzt\*in gehen „*Vorhin hatte ich eine Frau aus Somalia da, ich habe kein Wort verstanden, was sie von mir wollte. Die war Freitag schon bei meinem Kollegen. Der hat genauso wenig verstanden, weil sie keine europäische Sprache spricht*“ (Expert\*in 6 2019). Andererseits werde die gesundheitliche Versorgung weniger in Anspruch genommen, weil Personen fehlten, die zwischen dem Personal und den Patient\*innen vermittelten, oder es würden Angehörige wie beispielsweise Kinder zu den Arztgesprächen mitgebracht. Die Verständigungsschwierigkeiten milderten auch die Motivation der Hebammen, in den Stadtteil zu kommen, um dort Mütter zu versorgen.

Der **Mehraufwand** in der gesundheitlichen Versorgung durch das Hilfe suchende Klientel im Stadtteil wird als eine weitere Barriere genannt. Sieben Expert\*innen äußern, dass durch die sprachlichen Probleme die **Behandlungen** deutlich **umfangreicher** seien und **mehr Zeit** in Anspruch genommen werde als bei Patient\*innen ohne sprachliche Barrieren. Zusätzlich würden die Akteure in der gesundheitlichen Versorgung häufig mit Fragen konfrontiert, die mit der gesundheitlichen Versorgung nichts zu tun hätten, zum Beispiel bürokratische und amtliche Fragen. Die **Bürokratie** sei ein großes Problem, auch bei Familien, die schon seit vielen Jahren in Gröpelingen leben. Hinzu komme, dass oft auch die Funktion von Sozialarbeiter\*innen übernommen werden müsse, sodass viele Frauen oder Mädchen, die keine psychische Versorgung oder Hebammenleistungen tolerieren, bei Problemen ihre Hausärzt\*innen oder Gynäkolog\*innen aufsuchen. Für diese Ärzt\*innen sei dies zusätzliche Arbeit und mit einem Mehraufwand verbunden.

Eine weitere Barriere im Stadtteil stelle die **fehlende Attraktivität der Niederlassung** dar. Viele Ärzt\*innen hätten **kein Interesse**, sich im Stadtteil niederzulassen oder dort zu arbeiten. Als Grund geben viele der Expert\*innen Angst, das Klientel, fehlende Anerkennung sowie andere Prioritäten in der Lebensplanung an: „*Nach Abschluss der Ausbildung/Studium stehen, aufgrund des Alters, bei den weiblichen Personen andere Dinge in der Lebensplanung an, sodass niedergelassene Tätigkeiten nicht in die Lebensplanung passen (...)*“ (Expert\*in 7 2019). Dadurch erschwere sich die Suche nach Nachfolger\*innen oder Vertretungen sowie die Kooperation untereinander.

Fünf von neun Expert\*innen geben ebenfalls die **Infrastruktur und die Mobilität** im Stadtteil als eine Barriere an. Die **Erreichbarkeit von Angeboten** im Stadtteil gestalte sich dadurch als schwierig. Hinzu komme, dass viele Angebote **nicht transparent** genug gestaltet würden. Viele Frauen wüssten zum Beispiel nicht, dass sie Anspruch auf eine Hebammenleistung hätten, aber auch Angebote des GTP seien für die Bevölkerung nicht ersichtlich genug. Als weitere Barriere werden verschiedene **Angstsituationen** im Stadtteil beschrieben. Frauen oder Mädchen hätten aufgrund verschiedener Nationalitäten im Stadtteil **Angst, zu Ärzt\*innen** zu gehen. Männliche Personen hielten sich teilweise in den Eingängen der Arztpraxen auf, so dass Mädchen sich nicht traute, die Praxis zu betreten *„Dunkle Männer (..) sie standen alle da unten in der Praxistür und viele junge Mädchen hatten einfach Angst, in die Praxis zu kommen (...)“* (Expert\*in 4 2019). Zudem seien einige Familien mit Migrationshintergrund Ärzt\*innen gegenüber misstrauisch und würden diese deswegen nicht aufsuchen. Auf der anderen Seite stehe auch die Angst des Personals im Stadtteil, die durch **Gewalt** in Praxen oder andere kriminelle Taten entstehe. Weitere Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung, die vereinzelt genannt werden, sind zum einen der **technische Fortschritt**, der dazu führe, dass eigene Recherchen zu Symptomen und Behandlung durchgeführt würden, anstatt Ärzt\*innen oder Hebammen aufzusuchen. Zudem käme eine **defizitäre Versorgung von Patient\*innen durch Angehörige** hinzu, da diese die professionelle Versorgung beeinflussten. Des Weiteren überschritten die Gröpelingen ungern die Stadtteilgrenze, um gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen *„(...) die Gröpelingen gehen auch nicht unbedingt in die Stadt, sondern bleiben eher so im Stadtteil (...)“* (Expert\*in 7 2019).

#### **6.1.1.4 Vergleich zu anderen Stadtteilen**

Sieben der neun Expert\*innen geben an, dass die (fach-)ärztliche und gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen deutlich **schlechter im Vergleich zu anderen Bremer Stadtteilen** wie beispielsweise Huchting oder Tenever sei. Häufig wird genannt, dass in Schwachhausen, der Innenstadt oder im Viertel die meisten Fachärzt\*innen wie Gynäkolog\*innen, Lungenfachärzt\*innen oder Kinderärzt\*innen zu finden seien, diese in Gröpelingen aber fehlen. Dieser **Mangel**

**an personellen Ressourcen** in der gesundheitlichen Versorgung werde jedoch nicht nur in Gröpelingen deutlich, sondern trete auch in anderen Stadtteilen auf. Es gebe zurzeit nicht genügend Arbeitnehmer\*innen auf dem Markt. Auch die ärztliche Arbeit sei in Gröpelingen eine ganz andere Tätigkeit als beispielsweise in Schwachhausen oder in Walle. Dort sei es einfacher, eine Arbeitsvertretung zu finden, und auch der zeitliche Mehraufwand sei deutlich geringer. Positiv hervorzuheben sei jedoch, dass die ärztliche Versorgung in Gröpelingen den **kulturellen Hintergrund berücksichtige**, sodass religiöse Feiertage beachtet und die Interventionen dementsprechend ausgerichtet würden. „Das macht kein Kollege in Schwachhausen, dass der noch mal den Insulinplan auch nochmal auf den Ramadan anguckt“ (Expert\*in 6 2019).

Ein/eine Expert\*in hebt deutlich hervor, dass sich die niedergelassenen Ärzt\*innen im Bremer Westen am liebsten in Findorff ansiedelten, weil die **Attraktivität Gröpelingens zu gering** sei. Dort gebe es nicht viele Privatpatient\*innen und Ärzt\*innen müssten mehr Engagement einbringen als in anderen Stadtteilen. Auch das Engagement von Angehörigen, an diversen Angeboten teilzunehmen sei laut einem/einer Expert\*in in Gröpelingen wesentlich geringer als in Schwachhausen.

### **6.1.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen/Gesundheitsverhalten**

Induktiv wurde bei der Auswertung der Interviews die Kategorie *Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen* entwickelt. Diese wird in *kulturelle Einflussfaktoren* und in *Armut als Einflussfaktor* für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen unterteilt, da in den Experteninterviews diese Themen in unterschiedlichen Konstellationen wiederkehrend auftraten. Sie tragen zum Verständnis der Gröpelinger Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im Zusammenhang mit bestimmten Faktoren bei.

#### **Kulturelle Einflussfaktoren**

Der Einfluss von Kultur auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird von vier der neun Expert\*innen beschrieben. Diese Expert\*innen füh-

ren an, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen in Gröpelingen **teilweise erhöhte Ansprüche** an das deutsche Gesundheitssystem hätten. Diese Ansprüche, so wird berichtet, würden zum Teil aggressiv eingefordert. Außerdem würden einige Patient\*innen mit Migrationshintergrund mehrere Angehörige oder befreundete Personen mit zu den Arztgesprächen nehmen. So wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen aufgrund von **kulturell unterschiedlichen Gesundheitsvorstellungen** zu Konflikten käme. Auf der einen Seite werde von den Ärzt\*innen die maximale High-Tech-Medizin eingefordert und auf der anderen Seite gleichzeitig an traditioneller Medizin festgehalten. Diese Konflikte könnten laut Expert\*innen dazu führen, dass Ärzt\*innen Standorte bevorzugen, in denen sie auf Sicherheitspersonal zurückgreifen können.

Ein Grund für die unterschiedliche Inanspruchnahmen an Gesundheitsleistungen liege laut den Expert\*innen an der fehlenden Versorgung mit Fachärzt\*innen oder an der **Unwissenheit über die eigenen Leistungsansprüche** gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern. Ein Teil der betroffenen Personen, so die Expert\*innen, führen anstatt zu ihrer/ihrer Hausärzt\*in in Krankenhäuser, um dort die entsprechende Behandlung zu erhalten.

Ein/Eine Expert\*in berichtet, dass vor allem Frauen mit Migrationshintergrund nicht wüssten, dass sie in bestimmten Lebensphasen spezifische Leistungen in Anspruch nehmen können. Hier werden als Beispiel die Hebammenversorgung, aber auch Kontrolluntersuchungen nach der Geburt aufgeführt. Es wird berichtet, dass manche Bevölkerungsgruppen die Hilfe einer deutschen Hebamme nicht in Anspruch nehmen wollten. Laut Expert\*in könne diese Ablehnungshaltung durch bessere Information und Aufklärung reduziert werden. Ein anderer Faktor sei, dass Frauen mit Migrationshintergrund die Behandlung von einem männlichen Arzt zum Teil ablehnten. Das führe dazu, dass weibliche Kolleginnen zur Behandlung hinzugezogen werden müssten oder dass die Betroffene die Gesundheitsleistung nicht in Anspruch nehme.

Der hohe Anteil an Analphabetismus in Gröpelingen gestalte, laut den Expert\*innen, eine gute Patienteninformation und Aufklärung als schwierig. Teilweise werde berichtet, dass auch Einrichtungen oder Behandlungsmethoden von den Patient\*innen oder von den Familien abgelehnt würden. So würden nicht alle Möglichkeiten der Behandlung wahrgenommen.

Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen liegen laut Expert\*innen in einem anderen **Umgang und Verständnis von Krankheit und Gesundheit**. Dieses wird anhand folgenden Zitats deutlich: *„Reden, reden, reden. Fragen. (...) Also ich muss mich mit denen, muss das erst mal selber begreifen. Dass eine Frau aus Nigeria kommt und dann sagt: "I want you to help me to understand my body". Also das macht bei uns keiner so“* (Expert\*in 6 2019).

Zwischen den verschiedenen Kulturen ergäben sich laut Expert\*innen diverse unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit. Das könne in der Versorgung unter Umständen zu Missverständnissen führen. Deshalb müssten von Seiten der Patient\*innen und auf ärztlicher Seite die eigene Gesundheitsvorstellung und Begrifflichkeiten verständlich und greifbar gemacht werden. Fehlschlüssen könne so entgegengetreten werden. Des Weiteren wird von einem/einer Expert\*in ein **kultursensibler Umgang zu Beratungsthemen** wie beispielsweise Diabetesberatung während des Ramadans gefordert.

Auch werde versucht, Belange und Probleme innerhalb der Familie zu klären, ohne einen/eine Ärzt\*in hinzuzuziehen oder spezielle Hilfs- und Versorgungsangebote wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang berichten die Expert\*innen, dass bestimmte Erkrankungen oder Krankheitsbilder als „unrein“ gälten und deshalb verschwiegen oder geheim gehalten würden. Betroffene Familienangehörige hätten kaum die Möglichkeit, Linderung oder Heilung durch eine Behandlung zu erfahren.

Als ein weiterer Grund für die unterschiedliche Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen wird die Registrierung von Bevölkerungsgruppen genannt. Einige Flüchtlinge oder Migrant\*innen seien weder in Deutschland erfasst, noch in ihren Heimatländern registriert und hätten aus diesem Grund keine Sozialversicherung.

#### **6.1.2.1 Armut als Einflussfaktor**

Den Einfluss von Armut auf die Gesundheitsversorgung in Gröpelingen führen fünf der neun Expert\*innen an. In diesem Kontext werden durch Armut bedingte Problemlagen beschrieben, unter denen betroffene Menschen in Gröpelingen litten. Ein/Eine Expert\*in benennt zu dieser Thematik: *„Rentner, die, das ist al-*

*les bekannt, die noch Zeitung austragen, weil's einfach nicht reicht. ..., die wohnen mit mehreren Mietern in einer Wohnung, weil sie sich das dann teilen können“ (Expert\*in 6 2019).*

Weiterführend werden Auswirkungen von Armut auf die gesundheitliche Situation sowie auf die Versorgung erläutert. Die Expert\*innen verweisen diesbezüglich vor allem auf die **Belastungen**, die mit einer **Lebenssituation in Armut** einhergehen, sowie auf den Einfluss, den diese auf die Gesundheit und das **Gesundheitsverhalten** der Betroffenen nehmen. So wird in diesem Zusammenhang beispielsweise geschildert, dass Bürger\*innen sich die Zuzahlungen für ein kassenärztliches Rezept nicht leisten könnten oder Arbeitsplätze angenommen würden, bei denen die vorgegebenen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz in keinem ausreichenden Maße Anwendung fänden.

Zudem wird eine Lebenslage in Armut von drei Expert\*innen als Barriere beschrieben. Laut den Expert\*innen erschwere diese, dass bestehende Gesundheitsangebote die von Armut betroffenen Bürger\*innen erreichten. In einem der Interviews wird dazu diese Aussage getätigt: *„Vielen ist aber die Teilnahme da nicht möglich, weil sie gar nicht mehr so mobil sind oder aber, weil sie sich das nicht leisten können. (...) Es gibt 'nen Großteil Menschen in dem Stadtteil, der mit wenig Geld zurechtkommen muss“ (Expert\*in 5 2019).*

### **6.1.3 Bedarfe**

Im zweiten Themenblock wurden die Expert\*innen nach den Bedarfen der strukturellen Rahmenbedingungen im Stadtteil Gröpelingen befragt. Hier werden die Bedarfe in *infrastrukturelle, strukturelle und gesundheitliche Bedarfe* unterteilt und die Ergebnisse der Befragung aufgeführt.

#### **6.1.3.1 Infrastrukturelle Bedarfe**

Gröpelingen weist laut Expert\*innen einige infrastrukturelle Bedarfe auf. Zwei Expert\*innen geben an, dass die Wohnungen im Stadtteil Gröpelingen nicht **barrierefrei** und Umbauten beziehungsweise Renovierungskosten für diese Wohnungen hoch seien. Des Weiteren wird berichtet, dass die verschriebenen Hilfsmittel, die den Bewohner\*innen das alltägliche Leben in der eigenen Wohnung erleichtern sollen, durch die räumlichen Voraussetzungen beispielsweise

nicht in die Badezimmer passen würden oder dass Wohnungen als barrierefrei beworben würden, aber die Benutzung von Rollstühlen nicht gewährleistet sei. Ferner wird berichtet, dass die Wege zu den Praxen und zwischen den Ortsteilen in Gröpelingen nicht barrierefrei seien. Deutlich wird dies in dem folgenden Zitat: *„Also fußläufig ist es ganz schwierig, da müssen sie eben die paar Meter auch noch mit dem Taxi fahren und dann stehen sie beim Ohrenarzt und müssen eben noch vier Treppenstufen hoch“* (Expert\*in 8 2019). Besonders betont wird der schlechte Ausbau der Querverbindungen des öffentlichen Nahverkehrs im Stadtteil. Ergänzend wird berichtet, dass die öffentlichen Verkehrsmittel meist überfüllt seien und vor allem ältere Menschen Angst hätten, die öffentlichen Verkehrsmittel zu nutzen, da sie eventuell keinen Platz fänden.

### **6.1.3.2 Strukturelle Bedarfe**

Sechs Expert\*innen sprechen von einem großem **Beratungsbedarf**. Genannt werden hier unter anderem der Bedarf an Schuldnerberatung sowie soziale Beratungsmöglichkeiten. Besonders hervorgehoben wird der Bedarf einer Beratungsstelle, die über die Leistungen und die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems aufklären und die Bevölkerung darauf hinweist, welche Leistungen ihnen in welcher Lebenssituation zustehen und welche Einrichtungen sowie Fachpersonen zuständig sind. Ein weiterer Aspekt wird im Zusammenhang mit nachhaltigen Angeboten genannt. Betroffenen müsse auf kurzem und vor allem unbürokratischem Weg geholfen werden, um so Hemmschwellen bei der Wahrnehmung von Angeboten zu reduzieren. Betont wird hier, dass Angebote und die Unterstützung, vor allem zu älteren beziehungsweise immobilen Menschen, gebracht werden müssten, damit diese die Möglichkeit bekämen, diese wahrnehmen zu können.

Ein großer Bedarf wird vor allem hinsichtlich des **ärztlichen Fachpersonals** gesehen, der von sieben Expert\*innen genannt wird. Knapp die Hälfte aller Expert\*innen sehen den Bedarf an Personal besonders bei Fachärzt\*innen im Stadtteil Gröpelingen als dringend notwendig an. Vor allem Kinderärzt\*innen werden genannt, da diese den Bedarf im Quartier kaum abdecken könnten. Aber auch Augenärzt\*innen und Neurolog\*innen werden aufgezählt. Neben dem hohen Bedarf an Fachärzt\*innen wird die hausärztliche Versorgung als

defizitär beschrieben. Als ein großes Problem wird von Seiten einem/einer Expert\*in angesehen, dass viele Praxen nachfolgerlos schließen müssten, da keine Ärzt\*innen gefunden werden könnten, die die Praxen übernehmen wollten *„Gerade die Allgemeinärzte hier in dieser Gegend (finden) keinen Nachfolger (...). In der Zeit, in der ich hier arbeite, weiß ich sicherlich von mindestens fünf Allgemeinarztpraxen, die nachfolgerlos zugemacht haben“* (Expert\*in 9 2019).

Von einem/einer Expert\*in wird berichtet, dass es zum Teil auch zu aggressivem Verhalten gegenüber den Mitarbeiter\*innen und der eigenen Person gekommen sei, wenn Patient\*innen ihre Wünsche einfordern: *„Noch traue ich mich (...) denen zu sagen, "nee, ist nicht, Jungs", aber (ich) hatte auch schon ein Messer auf dem Schreibtisch. Das wird richtig eingefordert. (...) das ist nicht witzig und für meine Mitarbeiterinnen schon gar nicht“* (Expert\*in 6 2019). Als Konsequenz dieser Vorfälle würden neue Praxisräume mit Sicherheitsdienst am DIAKO Krankenhaus angemietet.

Mehr als die Hälfte der Expert\*innen berichtet, dass der Bedarf an **medizinischem** (nicht ärztlichem) **Fachpersonal** ebenfalls hoch sei. Vor allem Physiotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen und ambulante Pflegekräfte werden hier genannt. Auch die Einführung einer „Gemeindeschwester“ für den Stadtteil sowie genügend medizinisches Fachpersonal, damit notwendige Hausbesuche durchgeführt werden können, wird erwogen.

Außerdem wird der Bedarf an Hebammen beschrieben. Die Anfrage an Hebammen in dem Stadtteil sei so groß, dass die praktizierenden Hebammen oft über ihre Kapazitätsgrenzen hinaus Familien zur Betreuung annähmen. Angesprochen wird auch, dass Hebammen benötigt würden, die sich mit neuen Medien und Wegen der Aufklärung zu bestimmten Themenbereichen befassen und dieses in ihrer Betreuung anbieten. Des Weiteren fehle es im Stadtteil Gröpelingen an Hebammen, die Vertretungen anbieten. Die dort tätigen Hebammen könnten keine geregelten Vertretungen finden und könnten so ihre Erholungszeiten nicht wahrnehmen. Ein/eine Expert\*in betont, dass eine ausreichende Versorgung durch Hebammen die Praxen entlaste, da weniger Frauen, beispielsweise mit Brustproblematiken, die Arztpraxen aufsuchten. Somit hätten Ärzt\*innen mehr Zeit für andere Patient\*innen.

Neben den medizinischen Berufen wird auch der Bedarf an **Dolmetscher\*innen** deutlich. Vier Expert\*innen schildern, dass sich die Problematik der Sprachbarriere vor allem in der Diagnosestellung und der Aufklärung von Patient\*innen zeige. Durch die vorhandenen Sprachbarrieren benötige die Behandlung mehr Zeit und Personal und sei somit aufwendiger. Es wird berichtet, dass häufig Familienangehörige zu Dolmetschertätigkeiten mit in die Untersuchungszimmer kämen. Das verhindere unter Umständen, dass sich die betroffene Person öffne und notwendige Informationen anspreche und so wiederum eine adäquate Therapie nicht eingeleitet werden könne. Aus diesen Gründen nennen die Expert\*innen, dass der Einsatz neutraler Dolmetscher\*innen benötigt werde, um eine bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können.

Zusätzlich wird der Bedarf an zusätzlichen **Quartiersmanager\*innen** genannt, denen ausreichend Stunden und finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Ähnlicher finanzieller Bedarf wird auch von Seiten des Gesundheitstreffpunkt formuliert. Dieser/Diese berichtet, dass die jährliche **Finanzierung** seit 25 Jahren gleichgeblieben sei. Durch diese Unterfinanzierung benötigten alle Mitarbeiter\*innen des Vereins einen Zweitjob. Eine Folge sei, dass die Konzentration und Kapazität für die Arbeit im Stadtteil verloren gehe und keine neuen jungen Mitarbeiter\*innen gewonnen werden könnten, um den Generationswechsel im Verein geordnet umsetzen zu können.

Von einem/einer weiteren Expert\*in wird betont, dass funktionierende Kooperationen und Netzwerke Personal mit einer ausreichenden Finanzierung benötigten, um eine nachhaltige Zusammenarbeit sicherstellen zu können.

### **6.1.3.3 Gesundheitliche Bedarfe**

Die gesundheitliche Situation im Stadtteil wird von fünf Expert\*innen als zunehmend schlecht beschrieben. Ein/eine Expert\*in berichtet, dass die Lebenserwartung im Stadtteil Gröpelingen wesentlich geringer als beispielsweise in Schwachhausen und vergleichbar mit anderen Regionen sei, in denen sich der Altersdurchschnitt und die soziale Situation ähnlich darstellen. In diesem Zusammenhang wird auch berichtet, dass **Herz-Kreislaufkrankungen** bei Menschen in prekären Verhältnissen, aber auch **psychische Krankheitsbilder** zunehmen: *„Ich (bin) sicher (...), dass Armut einfach mit Angst einhergeht, "wie schaffe ich die nächsten Wochen, das Geld ist alle, das Amt zahlt erst dann*

*und dann und ich hab' wieder die Papiere nicht eingereicht", das hab ich sehr häufig hier*“ (Expert\*in 6 2019). Überdurchschnittlich viele Menschen in der Bevölkerung litten laut einem/einer Expert\*in unter Erschöpfungszuständen.

Des Weiteren wird von zwei Expert\*innen berichtet, dass Gröpelingen der Stadtteil mit den meisten **Lungenerkrankungen** sei. Viele Menschen aus Gröpelingen hätten im Hafen gearbeitet und seien gesundheitsgefährdenden Stoffen ausgesetzt gewesen.

Nicht nur Erwachsene seien in Gröpelingen von Erkrankungen und Einschränkungen betroffen, sondern auch Kinder im schulfähigen Alter. Laut der aktuellen Eingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes litten viele Kinder bereits bei Schulbeginn unter **Adipositas**, **Konzentrationschwäche** und **Sprachdefiziten**, so ein/eine Expert\*in. Diese Kinder hätten zum Schulbeginn einen viel schwierigeren Start: *„Die kommen einfach mit Belastung rein und haben von daher schon (einen viel) schwieriger(en) Schulbeginn, weil es natürlich ein(en) Unterschied (macht), wenn (du) gesund (...) in die Schule (kommst) oder, ob das alles nachhallt was in deinem eigenen sozialen Umfeld sich auch auf deine körperliche Konstitution auswirkt“* (Expert\*in 1 2019).

Zwei Expert\*innen weisen besonders auf die unzureichende Versorgung durch **Hebammenhilfe** hin. Die Suche nach einer Hebamme gestalte sich für Familien, laut Expert\*in, schwierig. Vor allem die Sprachbarriere und der Mangel an Hebammen, die in Gröpelingen ihrer Tätigkeit nachgingen, bildeten hier die größten Hemmnisse. Aber auch das Unwissen über den Anspruch von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft und während des Wochenbetts sei weit verbreitet. Die Probleme der Unterversorgung zeigten sich vor allem zu den Themen Stillen, Säuglingsernährung und Zahnhygiene.

#### **6.1.4 Kooperation und Vernetzung**

Im dritten Themenblock wurden die Expert\*innen nach ihren Kooperationen und Vernetzungen gefragt. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung haben die Expert\*innen Fragen zu bestehenden Kooperationen und Vernetzungen beantwortet und konkrete Beispiele für positive und negative Erfahrungen genannt. Weiter wurden die Expert\*innen zu ihren Kooperationsbereichen, Unter-

stützungsmöglichkeiten für die Zukunft und nach Wünschen, damit die Versorgung in Gröpelingen sich verbessern könne, befragt. Die Auswertung der Ergebnisse brachte bestehende Lücken und viele weitere Faktoren hervor, die sich fördernd beziehungsweise hemmend auswirken.

Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel in *Vorhandene Strukturen/Schwerpunkte, positive Erfahrungen und fördernde Faktoren* sowie *negative Erfahrungen und hemmende Faktoren* unterteilt. In dem Abschnitt *Vorhandene Strukturen und Schwerpunkte* werden die Ergebnisse genannt, die sich auf Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen beziehen. In den Abschnitten *positive Erfahrungen und fördernde Faktoren* und *negative Erfahrungen und hemmende Faktoren* wird auf die verschiedenen Erfahrungen der Expert\*innen eingegangen und die Faktoren beschrieben, die sich im Alltag der Expert\*innen auf die Kooperationen und Vernetzungen in Gröpelingen auswirken.

#### **6.1.4.1 Vorhandene Strukturen und Schwerpunkte**

Der Großteil der Expert\*innen berichtet, dass bereits viele gute Netzwerke und Kooperationen im Stadtteil Gröpelingen existierten. Ein häufig genanntes Beispiel dafür ist das vom Gesundheitstreffpunkt West koordinierte *Netzwerk Gesundheit*, welches sich aus den Arbeitskreisen *Älter werden im Bremer Westen*, *Kinder und Jugend*, *Präventionsrat West* und *Bewegung/Gröpelinger Sportmeile* zusammensetzt und in dem mehr als 150 Akteure und Bürger\*innen aus dem Stadtteil vertreten sind.

Viele der Expert\*innen berichten, sie seien bereits sehr gut vernetzt. „*Ich bin schon mit allen, die ich brauche, vernetzt*“ (Expert\*in 4 2019). Neben den **organisierten Netzwerken** wie dem Netzwerk Gesundheit nennen die Expert\*innen auch **private Netzwerke**, die überwiegend zum kollegialen Austausch genutzt würden. So trafen sich Direktversorger beispielsweise zum privaten Austausch und kommunizierten selbstständig untereinander, um schnelle Absprachen treffen zu können. Zudem seien laut den Expert\*innen die Kooperationen im Stadtteilvergleich zu Walle und Findorff sehr gut. „*Ich habe das in keinem meiner drei Stadtteile so gesehen wie in Gröpelingen*“ (Expert\*in 7 2019). Somit seien **gute Voraussetzungen** wie regelmäßige Absprachen, eine gute Kom-

munikation auf Augenhöhe und gemeinsame Ziele nach Angaben der Expert\*innen bereits für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit und Kooperationen in Gröpelingen gegeben.

Zusammenfassend wurde durch die Experteninterviews deutlich, dass es in Gröpelingen viele **interdisziplinäre und regionale Kooperationen** und Vernetzungen gibt, durch die bei Bedarf beispielsweise Patient\*innen an kooperierende Einrichtungen und Akteure, die eine entsprechende Hilfe anbieten, weitergeleitet werden können. Die Expert\*innen nennen als Beispiele für solche Kooperationen Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen, Kinderpsychotherapeut\*innen, Kinderärzt\*innen, Hausärzt\*innen und Fachärzt\*innen wie HNO-Ärzt\*innen und Neurolog\*innen, ebenso wie Ergotherapeut\*innen und Logopäd\*innen. Auch erwähnen die Expert\*innen immer wieder die enge Zusammenarbeit mit dem Ortsamt West, durch welche viele Einrichtungen in dem Stadtteil Gröpelingen verzahnt werden können. Die Mitarbeiter\*innen des Ortsamts West würden an vielen verschiedenen Arbeitskreisen teilnehmen, sodass auch Beiratsmitglieder in vielen Gremien vertreten seien, die zu bestimmten Fachausschüssen berichten können.

Die Expert\*innen heben hervor, dass die Kooperationen und Netzwerkarbeit große Projekte und Veranstaltungen ermöglichen würden, die nur durch die Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure umgesetzt werden können. Sie helfen aber auch dabei, dass Vertretungszeiten untereinander abgesprochen werden, damit die Patient\*innen im Vertretungsfall nicht in andere Stadtteile fahren müssen, dass Therapiemöglichkeiten durch einen disziplinären- und interdisziplinären Austausch abgestimmt werden und schnelle Absprachen unter den Fachkolleg\*innen möglich seien. Somit würden durch die Kooperation und Vernetzung die Arbeit erleichtert und die Patient\*innen beziehungsweise Bewohner\*innen in Gröpelingen unterstützt.

Vereinzelt berichten die Expert\*innen, dass die Vernetzung sich nicht nur auf Gröpelingen beschränke, sondern auf den Bremer Westen erstrecke. Einige geben sogar an, dass sie über den Bremer Westen hinaus mit den Tageskliniken in Bremen-Nord, Osterholz-Scharmbeck und Ritterhude kooperieren.

#### 6.1.4.2 Förderliche Faktoren und positive Erfahrungen

Neben den vorhandenen guten Netzwerkstrukturen im Stadtteil, die bei Bedarf oder regelmäßig genutzt werden können, berichten die Expert\*innen von vielen positiven Erfahrungen. Die Akteure in Gröpelingen hätten Interesse an der Zusammenarbeit, kämen **freiwillig** zu den Netzwerktreffen und beteiligten sich **aktiv** in Arbeitskreisen. *„Es gibt hier im Stadtteil ein sehr gutes Miteinander unter den ganzen Akteuren, die sind auch sehr aktiv in Arbeitskreisen wie Älter werden im Bremer Westen vernetzt“* (Expert\*in 5 2019). Die Zusammenarbeit in den Netzwerken wird von den beteiligten Akteuren als gut und engagiert wahrgenommen. *„Die Strukturen sind eigentlich da und gut gerade hier im Stadtteil“* (Expert\*in 5 2019). Die Expert\*innen berichten, dass es **großes Interesse** an einem Austausch gäbe, eine **gute Kommunikationsstruktur** im Stadtteil herrsche, die Netzwerkarbeit Spaß mache, gemeinsam Themen angepackt würden und kooperativ auf aktuelle Probleme im Stadtteil reagiert werden könne. *„Ja gut, das machen wir ja im Arbeitskreis. Da sitzen nun diverse Leute und die Ziele sind eigentlich alle die gleichen. Das was ich jetzt eben erzählt habe, sehen die Leute, die nicht im Arbeitskreis Älter werden, auch im Arbeitskreis Kinder und Jugend. Das sehen wir alle gleich und wir versuchen natürlich schon über Petitionen, über, über Ortsamt, über Ansprache von Politikern, über Podiumsdiskussionen, die wir hier vor der Wahl hatten, irgendwas zu bewegen“* (Expert\*in 8 2019).

Für viele Expert\*innen zählen der **Informationsgewinn** und die **schnellen Absprachen**, die auf „kürzeren Wegen“ getroffen würden, zu den größten Vorteilen von Kooperationen und Vernetzung. *„Das läuft eben auch (...) ohne lange Wege. Man telefoniert und ruft an. Und innerhalb des Ortsteils bin ich ja eben auch in dem Arbeitskreis und da ist es einfach so, dass man (...) natürlich viel hört, sich einbringen kann, viel mitbekommt“* (ebd.). Nach Angabe der Expert\*innen dienen die Netzwerke hauptsächlich dem Informationsaustausch und um auf dem Laufenden über die aktuellen Geschehnisse im Stadtteil beziehungsweise in den verschiedenen Einrichtungen zu bleiben. *„Es wird viel berichtet dann, so Präventionsrat, das findet dreimal im Jahr statt. Da sagt dann auch jeder, welche Projekte gerade durchgeführt werden, und genauso*

*ist es eben auch bei den anderen Arbeitskreisen. Also man weiß auch voneinander Bescheid und es ist nah, nimmt man mal das Telefon in die Hand. Es läuft super“* (Expert\*in 7 2019).

Als Beispiele für eine gute Zusammenarbeit wird neben den verschiedenen Arbeitskreisen auch die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von verschiedenen Expert\*innen genannt. *„Das hat sich über die letzten dreißig Jahre super entwickelt und es funktioniert. Auch über Konkurrenzen hinweg, also es gibt ja durchaus auch Einrichtungen, die miteinander in Konkurrenz stehen, was weiß ich, Pflegeeinrichtungen, stationäre wollen alle die gleichen Kunden haben, so aber die Zusammenarbeit funktioniert trotzdem gut“* (Expert\*in 5 2019). Ebenso berichten die Expert\*innen von einer guten Zusammenarbeit mit dem DIAKO im Bereich der Altenarbeit, einer guten Zusammenarbeit mit der Polizei und dem Ortsamt West. Weiter profitierten die Kinder und Jugendlichen in Gröpelingen vorwiegend von einer guten Zusammenarbeit zwischen Direktversorgern und Frühberatungsstellen. Schwangere hätten hauptsächlich Vorteile durch die Kooperationen zwischen Hebammen und Ärzt\*innen.

Als fördernde Faktoren für eine zukünftige Zusammenarbeit werden von den Expert\*innen **regelmäßige Treffen** der Arbeitskreise, **Eigeninitiative** der Akteure im Stadtteil für Vernetzung, ein gutes Miteinander und gemeinsame Ziele genannt. Zudem wird von vielen der Expert\*innen ein einheitliches Informationssystem sowie eine **zentrale Koordinierungsstelle** und feste Ansprechpartner\*innen in den Einrichtungen gewünscht. *„Jemand, der es koordiniert. Jemand, der so wie ich in meiner Arbeit, ich will auch mal entlastet sein. Nicht immer so aktiv werden müssen“* (Expert\*in 6 2019).

#### **6.1.4.3 Hemmende Faktoren und negative Erfahrungen**

Bezüglich der negativen Erfahrungen wird von den Expert\*innen berichtet, dass die Arbeitsverteilung in den Netzwerken nicht ausgeglichen sei. Es gäbe immer Akteure, die mehr machten als andere. Zudem entstünden durch schlechte Absprachen **Parallelstrukturen** und eine nicht ausreichende **Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ressorts** wie beispielsweise Bildung und Gesundheit. Weiter mangle es laut den Expert\*innen an **Transparenz** für die vorhandenen Angebote. Einige der Expert\*innen kritisieren, dass

die verschiedenen Angebote und Helfersysteme oft nichts voneinander wüssten und auch das DIAKO als Anlaufstelle nicht für alle transparent oder erreichbar sei. Außerdem wird an dieser Stelle oft erwähnt, dass eine übergreifende Koordinierungsstelle, die eine gute Zusammenarbeit erleichtern würde, für die vielen Angebote im Stadtteil fehle. Eine Problematik, die besonders von den Expert\*innen aus dem Bereich der Direktversorgung hervorgehoben wird, ist die Weiterleitung von Patient\*innen an andere Angebote, oft ohne zu wissen, ob diese in Anspruch genommen würden.

Als konkretes Beispiel für schlechte Zusammenarbeit wird von einzelnen Expert\*innen das **DIAKO** genannt. *„Wir sind dabei, die Zusammenarbeit zu versuchen, die Zusammenarbeit mit einem hinzukriegen, ist aber eine Riesenbarriere, das DIAKO sowie alle Krankenhäuser sehr kommerziell ausgerichtet und diese Abgrenzung zwischen niedergelassenen Bereich und stationären Bereich ziemlich“* (Expert\*in 1 2019). Aber auch die Zusammenarbeit mit den **Krankenkassen** wird von einigen Expert\*innen als schwierig und langwierig beschrieben. *„Was mir noch auffällt, was schwierig (...) sind gewisse Krankenkassen, ich will jetzt keinen Namen nennen, aber da habe ich so Fälle, wo ich einfach oft hinterhertelefoniere, die Kunden selbst können das nicht mehr regeln. Man ruft an, wird wieder an einen anderen Ansprechpartner weitergeleitet, dann ist der nicht da, dann ist dies, also sodass ich da über vier Wochen schon irgendwie so eine Kommunikation hinzog, das ist einfach sehr nervenaufreibend für alle, weil irgendwie ja, das finde ich am schwierigsten“* (Expert\*in 5 2019).

Immer wieder wird von den Expert\*innen eine schlechte Kooperation mit Ämtern erwähnt. Besonders die Expert\*innen aus der Direktversorgung empfinden die Zusammenarbeit mit den **Ämtern** als unbefriedigend. *„Der Mann ist schwerst an Krebs erkrankt. Das zweijährige Kind, das mich überhaupt nicht versteht, spielt mit Müll, unter anderem auch mit den Resten der Morphiumpflaster des Vaters. Und da habe ich das dem Amt mitgeteilt, ich habe nie eine Rückmeldung vom Amt bekommen. Ich sah da Kindsgefährdung drin“* (Expert\*in 6 2019).

Außerdem berichten einige Expert\*innen, dass eine Zusammenarbeit unter Kolleg\*innen erschwert sei, weil Gröpelingen ein **unattraktiver Arbeitsplatz** sei und sich keine Kolleg\*innen in dem Stadtteil niederlassen möchten. *„Ja, ich*

*habe auch versucht, mit den anderen Kollegen und so in Kontakt zu kommen, dass mich mindestens vertreten und Unterstützung, aber das hat nicht geklappt“ (Expert\*in 3 2019).*

Weiter wurde in den Interviews berichtet, dass die Kooperation zwischen **Schulen und Kindergärten** für Direktversorger nicht zufriedenstellend sei, obwohl eine Kooperation sowohl die Familien als auch die Direktversorger entlasten könne. Ebenso sei die Zusammenarbeit zwischen Ärzt\*innen und **Pflegestützpunkten** erschwert und es wird zum Teil berichtet, dass Ärzt\*innen keine Patient\*innen aus stationären Einrichtungen annehmen wollten.

Sehr eindeutig äußern alle Expert\*innen, dass sie **gerne mehr zusammenarbeiten** würden und besser vernetzt wären. Dafür fehle es im Stadtteil jedoch an Ressourcen wie beispielsweise **Zeit oder Vergütungsmöglichkeiten** für Netzwerkarbeit. Vor allem die Expert\*innen aus der Direktversorgung geben an, dass sie aufgrund von Sprachbarrieren und Sozialberatungen mehr Zeit für die Ausübung ihrer Arbeit bräuchten, sodass **keine Kapazitäten für Vernetzung** und Kooperationen blieben. *„Also Hausärzte sind nur vereinzelt mit übergeordnet vernetzt, weil die einfach auch absaufen in Arbeit, wenn ich das aus Einzelgesprächen höre (...). Einzelfall bezogen die Zusammenarbeit, funktioniert aber in der Regel“ (Expert\*in 5 2019).* *„Und es gibt ein Treffen Bremen-West, da bin ich leider nicht mehr da, weil es oft zu zeitaufwendig ist“ (Expert\*in 4 2019).* *„Die Ärzte die vor Ort sind sagen, dass sehr viel Kapazitäten jetzt nicht nur mit den sprachlichen Sachen, sondern auch im Grunde eine Art von Sozialberatung ist“ (Expert\*in 1 2019).* Folglich kooperierten die befragten Direktversorger sehr begrenzt und meist nur in fachlichen Zusammenhängen mit einzelnen anderen Direktversorgern.

Weiter geben einige Expert\*innen als hemmenden Faktor an, dass nicht alle Akteure von ihrem Arbeitgeber den **Freiraum** bekämen, sich aktiv in Netzwerken zu beteiligen. *„Ich brauche niemanden fragen, ich trage das in meinem Kalender ein und bin dann nicht da und dann ist das so. Viele Kollegen in meinem Arbeitskreis sind da lange nicht so frei, die müssen wirklich rechtfertigen: „Ich bin dann jetzt wieder da und ich gehe da mal hin, kann ich dahingehen, kann ich das machen?“ Das ist bei mir nicht so. Ich würde mir eben schon wünschen, (...) mehr Kollegen zu haben, die diese freie Gestaltung haben, weil wir treffen uns im Arbeitskreis alle acht Wochen“ (Expert\*in 8 2019).*

Zusätzlich geben einzelne Expert\*innen an, dass **Behörden** eine Barriere für die Umsetzung von Kooperationen und Vernetzung darstellten und die Eigeninitiative einiger Akteure fehle.

### 6.1.5 Lösungsansätze und Zukunftswünsche

Im vierten Themenblock wurden die Expert\*innen nach ihren persönlichen Lösungsansätzen und Handlungsempfehlungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung im Bremer Stadtteil Gröpelingen gefragt. Konkrete Zukunftswünsche äußerten die Expert\*innen im Interview anhand einer Gute-Fee-Frage, bei welcher sie drei Wünsche für den Stadtteil angeben konnten. Auch hinsichtlich der Idee der Implementierung eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen und des gewünschten Leistungsspektrums wurden die Expert\*innen nach ihrer Meinung gefragt.

Die Ergebnisse werden hier unterteilt in regionale und überregionale Lösungsansätze dargestellt. In dem Abschnitt *Regional* werden die Ergebnisse genannt, die sich auf Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen beziehen, im Abschnitt *Überregional* solche, die sich auch auf die Versorgungen in anderen Regionen beziehen könnten.

#### 6.1.5.1 Regional

Die befragten Expert\*innen im Stadtteil Gröpelingen wünschen sich, mehr Zeit für eine **bessere Netzwerkarbeit** zu haben, um sich mit ähnlich agierenden Akteuren im Stadtteil austauschen zu können. Auch eine gewisse Vergütung für Fallbesprechungen und Netzwerkarbeit werden als Wünsche genannt. Vor allem aber sei eine möglichst unkomplizierte und niedrighschwellige Zusammenarbeit, gegebenenfalls auch auf institutionalisierter Ebene, wünschenswert. Als ein Vorschlag werden verpflichtende Treffen (circa alle drei Monate) genannt, ähnlich sogenannten **Fallbesprechungen**, in denen ein Austausch über bestimmte Patientenfälle und eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit stattfinden könne. Für die Teilnahme an diesen Treffen wird gefordert, dass allen beteiligten Akteuren zeitliche Kapazitäten zugestanden werden. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei die Teil-

nahme des „Amtes für Soziale Dienste“ in Bremen sowie von Kinder- und Jugendärzt\*innen, Frühberatungsstellen und anderen beteiligten Helfersystemen sinnvoll: *„(...) aber das müsste eigentlich für jeden Stadtteil müsste das eine Pflicht sein, das zumindest alle drei Monate zu machen. Und dann nicht irgendwelche neuen großen Themen, sondern einfach: Wie können wir das machen, dass der Patient von A nach B kommt?“* (Expert\*in 2 2019). Es wird betont, dass es bereits gut funktionierende Helfersysteme<sup>5</sup> in Gröpelingen gäbe, die sich jedoch in ihrer Arbeit besser vernetzen und austauschen könnten. Auch der Austausch zwischen Schulen, Kindergärten und behandelnden Kinder- und Jugendärzt\*innen sollte optimiert werden. Außerdem wird der Wunsch nach mehr Angeboten im Stadtteil geäußert, die für alle Kinder kostenfrei zugänglich sind, zum Beispiel Theater, Tanz oder Musikunterricht.

In Bezug auf die Betreuung von Schwangeren, Wöchnerinnen und jungen Familien wird die Einrichtung einer festen Hebammenstelle in Form eines Hebammenzentrums oder eines Hebammenteam für Gröpelingen gefordert. Diese könnten nicht nur für die gesundheitliche Versorgung, sondern auch für eine nachhaltige Prävention zum Beispiel im Bereich Ernährung sorgen: *„Und es wäre viel sinnvoller, ein etabliertes Team zu haben, die zuständig sind, dass man die Eltern dahin verweisen kann und da sind dann auch wirklich welche und sie werden auch wirklich versorgt“* (Expert\*in 2 2019). Gegebenenfalls biete sich sogar die Einrichtung einer **Informationsstelle für Schwangere und Wöchnerinnen** an, wo alle relevanten Informationen zur gesundheitlichen Versorgung vermittelt werden können. Eine allgemein bessere Integration der Frauen, zum Beispiel durch Sprachkurse und die Begleitung oder Anleitung bei Behördengängen, sei sinnvoll. Dies gelte auch für Menschen, die schon vor 2015, also nicht im Rahmen der Fluchtmigration, nach Deutschland gekommen sind. Zudem wird eine bessere Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gynäkolog\*innen im Stadtteil gefordert, bei der keine abrechnungstechnischen Barrieren<sup>6</sup> im Wege stünden. In der Patientenversorgung sei der Aufbau einer

---

<sup>5</sup> Ein Helfersystem umfasst alle Personen, die als Helfer mit einem Klientensystem direkt oder indirekt befasst sind. Ein Helfersystem schließt damit auch nicht persönlich in der Therapie anwesende Helfer mit ein, wie zum Beispiel Supervisor\*innen, Ergo- und Physiotherapeut\*innen, Ärzt\*innen, Pfleger\*innen. Parallel zur Definition des Helfersystems wird das Klientensystem beschrieben, als alle direkt oder indirekt in therapeutischer Behandlung befindliche Personen (Strunk 2000).

<sup>6</sup> Dabei bezieht sich der/die Expert\*in auf die Gebührenordnungsposition 01770 für die Abrechnung

Vertrauensbasis am allerwichtigsten. Dazu benötige es motiviertes Personal, das auch bereit sei, sich gegebenenfalls neue sprachliche Fähigkeiten anzueignen.

In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Stadtteil wird politische Unterstützung zur Veränderung der strukturellen Bedingungen in Bezug auf die Aufstockung personeller Ressourcen gefordert. Auch könne der sinnvolle Einsatz und die Schulung älterer Menschen im Umgang mit digitalen Medien nützlich sein. Der Vorschlag der Einrichtung eines stationär angebotenen Demenz-Cafés hingegen wird kritisch bewertet, da sich die Resonanz schlecht abschätzen ließe. Für ältere oder kranke Menschen, die im häuslichen Umfeld leben, wäre der Einsatz von Therapeut\*innen (zum Beispiel Ergotherapeut\*innen), die auch Hausbesuche machen, wünschenswert. Niedrigschwellige Angebote speziell für ältere Menschen zu den Themen Ernährung und Bewegung seien sinnvoll, gegebenenfalls durch eine Kooperation von Krankenkassen und Sportvereinen. Das Angebot eines Fahrdienstes könne die Erreichbarkeit verbessern. Insgesamt sollte mehr Menschen die Möglichkeit gegeben werden, auch im höheren Alter weiterhin in ihrem Stadtteil zu leben und sterben zu können, mit allen dafür notwendigen Versorgungsstrukturen.

Des Weiteren wird der Wunsch nach einer verbesserten Zusammenarbeit der Bremer Senatsressorts geäußert: *„Wir arbeiten integriert, wie man merkt. Und in Bremen arbeiten die Ressorts, das Bildungsressort, Sozialressort und so für sich und machen nebeneinander Maßnahmen, die zwar das gleiche Ziel, aber nichts miteinander zu tun haben, teilweise in Widerspruch zueinander sind“* (Expert\*in 1 2019). Damit einhergehend wird der Lösungsvorschlag einer gerechteren Aufgabenverteilung im Stadtteil genannt. Diese sollte nicht nach Ressorts erfolgen, sondern nach Tätigkeiten. Es sollte eine Dezentralisierung der Verantwortung erfolgen. Als eine Ressource für die Vernetzung medizinischer Gesundheitsdienstleister wird das Stadtteilamt genannt. Wirkliche Veränderungen und Initiierungen der Arbeitskreise im Stadtteil gelängen nur mit

---

gesetzlich krankenversicherter Frauen während der Schwangerschaft, die eine Zeitlang zu abrechnungstechnischen Unsicherheiten führte und Kündigungen bestehender Kooperationen zwischen Gynäkolog\*innen und Hebammen nach sich zog (Jeschke o. J.).

politischer Unterstützung. Des Weiteren wird betont, dass es bereits viele Angebote für die Menschen im Stadtteil Gröpelingen gäbe, doch sei es wichtig, ebenfalls eine **Niedrigschwelligkeit** dafür zu schaffen, damit die Hemmschwelle zur Wahrnehmung dieser nicht so hoch sei. Als ein Beispiel dafür werden Deutschkurse für Mütter mit Kleinkindern genannt. Ebenso sei es erforderlich, die bestehenden Strukturen im Stadtteil besser zu koordinieren, zum Beispiel über eine **bessere Strukturierung und Informierung** über das gesundheitliche Angebot in Gröpelingen oder sogar die **Einrichtung einer Beratungsstelle**, die an entsprechende gesundheitliche Dienstleister im Stadtteil verweist. Ein weiterer Ansatz könne beispielsweise die Arbeit von Sozialpädagog\*innen darstellen, die als **Case Manager\*innen** im Einzelfall fungieren und auch die Übergänge zwischen einzelnen Gesundheitsversorgern von Seiten der Patient\*innen begleiten: *„Die machen alle gute Ansätze, aber es ist sinnvoller, gesamtheitlich zu denken. Gerade für die Patienten hier und deshalb kann ich nicht sagen, es findet in dem Sinne irgendetwas gut statt, weil für diesen Stadtteil würde man andere Dinge benötigen. Also mehr Sozialpädagogen oder sozusagen Manager, die die Patienten begleiten. Zu den Stellen hin, und so, dass es besser verzahnt ist“* (Expert\*in 2 2019). Es wird der Wunsch nach einer besseren Vernetzung und Erreichbarkeit in Notfällen mit dem Amtsgericht genannt. Auch im Kontakt mit stationären Pflegeeinrichtungen in Gröpelingen besteht der Wunsch nach festen Ansprechpartner\*innen.

Auch unabhängig von einem Gesundheitszentrum sei die Einrichtung neuer Arbeitsstellen im Stadtteil nötig. So werde dringend eine weitere Hebamme benötigt, die sich um die Aufklärung und Betreuung von Familien im Stadtteil kümmert. Auch gäbe es noch Bedarf an weiteren Therapeut\*innen wie Ergotherapeut\*innen. Es bedarf auch an hauptamtlichen Mitarbeiter\*innen für die gesundheitliche Netzwerkarbeit im Stadtteil, doch gäbe es nur wenig Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt mit entsprechenden Qualifikationen in diesem Bereich. Außerdem fehle es an weiteren Fachärzt\*innen. Zwei bis drei weitere Kinder- und Jugendärzt\*innen würden benötigt, ebenso weitere Kinder- und Jugendtherapeut\*innen, ein/eine Neurolog\*in und ein/eine Augenärzt\*in. Bereits in Gröpelingen praktizierende Mediziner\*innen wünschen sich eine Reduzierung ihrer überhöhten wöchentlichen Arbeitszeit, die Möglichkeit, sich wieder auf

ihre Kerntätigkeit zu fokussieren, und damit einhergehend die unzähligen administrativen Tätigkeiten (wie das Ausfüllen von Sozialanträgen etc.) auszulagern. Auch wird sich eine bessere Erreichbarkeit im Netzwerk zu irregulären Arbeitszeiten gewünscht.

Gerade im Stadtteil Gröpelingen müsse das **Thema Integration** weiter forciert werden und auch schon im frühen Kindesalter damit begonnen werden: *„Weil da ist der Punkt, wo man sozusagen Barrieren einreißen kann, Vorurteile (...), wenn ein kleiner Junge einen türkischen besten Freund hat, dann ist da was gebahnt“* (Expert\*in 9 2019). Die kulturelle Vielfalt im Stadtteil solle genutzt und auch auf der Ebene des Einzelhandels im Stadtteil sichtbar gemachten werden. Doch auch ein Gleichgewicht im Stadtteil sei wichtig, eine Integration der kulturellen Vielfalt, aber auch eine Beibehaltung alter Strukturen, ähnlich wie zum Beispiel im Berliner Stadtteil Neukölln: *„Wir brauchen eine Durchmischung (...) da gibts halt auch mal ein Café für Oma Lieschen, da gibts aber auch den Dönerladen. Es gibt aber beides nebeneinander. Das gibt es hier nicht. (...) Es gab, gibt keinen Fischladen mehr. (...) Es gibt keinen Schlachter mehr. (...) Also all das, was gewohnt war. (...) Und ich glaube, wenn dieser Ortsteil irgendwie überleben will, dann muss da einfach besser durchmischt werden (...) mit Geschäften, mit Leuten, mit Kultur, ja“* (Expert\*in 8 2019). Es wird der Wunsch nach mehr **Nachbarschaftsbegegnungen** geäußert, nach konkreten Nachbarschaftsprojekten: *„Also dass man in jeder Straße irgendjemanden beauftragt, Menschen zusammenzuführen, das zu organisieren und auch entsprechend auch bezahlt dafür (...) der irgendwie Straßenfeste organisiert oder das sind ja immer die Sachen, die die Leute zusammenbringen oder in Konflikten eine Mediation macht oder so was, dass es da in jeder Straße einen gäbe, fände ich toll“* (Expert\*in 9 2019). Insgesamt ist auch ein großer Wunsch, die **Lebensqualität** der Menschen in Gröpelingen zu verbessern, für mehr Wohlbefinden und Gesundheit. Dafür brauche der Stadtteil ein besseres Beleuchtungskonzept von Seitenstraßen, die Einrichtung einer durchgehend geöffneten Polizeiwache, die Bekämpfung der Müll- und Kriminalitätsproblematik und ein insgesamt besseres Mobilitätskonzept. Eine **Aufwertung des Stadtteils** müsse erfolgen und deutlich mehr guter, barrierefreier und bezahlbarer Wohnraum müsse entstehen: *„(...) wir brauchen mehr Wohnraum, wir brauchen auch ganz anderen Wohnraum“* (Expert\*in 8 2019). Ein/eine Expert\*in äußert ganz

konkret den Wunsch, ein gewisses Wohnungsunternehmen<sup>7</sup> zu enteignen, dass sich nicht ausreichend um die Instandhaltung ihrer Wohnungen kümmere. Ein weiterer Wunsch für den Stadtteil richtet sich an den interreligiösen Dialog: *„Das war ganz toll, als ich hier anfang hatten wir noch einmal im Jahr ein gemeinsames Friedensgebet“* (Expert\*in 6 2019). Die Menschen vor Ort wünschen sich eine **Anerkennung ihrer Arbeit**: *„(...) ich möchte gerne, dass die Leute, die Einrichtungen in Gröpelingen auch mal dafür belohnt werden und POSITIV gesehen werden“* (Expert\*in 7 2019). *„Mein sehnlichster Wunsch wäre, da arbeite ich eigentlich seit Jahren dran, dass der Stadtteil Gröpelingen auch mal dafür richtig angesehen wird, für das, was er leistet“* (Expert\*in 7 2019).

Die Idee, **ein Gesundheitszentrum in Gröpelingen** zu implementieren, wird insgesamt positiv bewertet. Hinsichtlich des konkreten Angebotes an ein Gesundheitszentrum äußerten sich die Expert\*innen folgendermaßen: *„In einem Gesundheitszentrum sollten unterschiedliche Fachrichtungen vertreten sein, um die ambulante Grundversorgung zu gewährleisten, wenn das nicht räumlich möglich ist, dann zumindest über eine gute Netzwerkbildung, sodass man kurze Wege hat“* (Expert\*in 1 2019). Neben dem medizinischen Angebot an Allgemeinmediziner\*innen, Gynäkolog\*innen, Pädiater\*innen, Psychiater\*innen und Zahnärzt\*innen sollten auch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter\*innen und Therapeut\*innen, wie Physiotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen und Logopäd\*innen in einem Gesundheitszentrum angesiedelt sein. Es sollten **viele Spezialist\*innen unter einem Dach** vereint sein. Bei den Allgemeinmediziner\*innen wird die Zusatzqualifikation „Familienmedizin“ vorgeschlagen: *„also wie es in anderen Ländern Familienärzte gibt. In England General Practitioner and Family Medicine“* (Expert\*in 6 2019). Die Anbindung eines/einer Orthopäd\*in wird als nicht notwendig beschrieben. Ebenfalls werden die Einrichtung von **Beratungsangeboten**, zum Beispiel Sozialberatung, juristische Beratung, Finanzberatung, Schuldnerberatung genannt, ebenso wie

---

<sup>7</sup> Das Wohnungsunternehmen ist ein deutscher Immobilienkonzern mit Sitz in Bochum. Dem Unternehmen gehören circa 350 000 Wohnungen in Deutschland, Österreich und Schweden. Seit 2013 ist das Unternehmen an der Börse gelistet und seit 2015 in den DAX aufgenommen. Aufgrund vernachlässigter Instandhaltungen, unangemessener Modernisierungen und fehlerhafter Nebenkostenabrechnungen geriet das Unternehmen immer wieder in die Kritik (Kwasniewski & Seibt 2018).

eine Gesundheitsberatung, eine Bildungsberatung und eine Erziehungsberatung. Einzelne Pflegeanbieter seien bereits dezentral gut im Stadtteil vertreten, gegebenenfalls würde sich die Anbindung eines **Dienstleistungszentrums**<sup>8</sup> anbieten. Auch eine Beratungsstelle für Familien und Schwangere, angeboten durch Hebammen, wäre eine sinnvolle Einrichtung. Das Angebot durch **Hebammen** könnte durch die Durchführung von Vor- und Nachsorgen, Ernährungs- und Stillberatung und weiterer Kurse ergänzt werden. Ein geeigneter Raum für Mütter und Kinder zum Zusammensein und Austausch wäre ebenfalls sinnvoll. Auch eine **Kinderbetreuungseinrichtung** könnte an einem Gesundheitszentrum angesiedelt sein. Über die gesundheitliche Versorgung hinausgehend könne ein Gesundheitszentrum um ein kulturelles Angebot erweitert werden. Hierfür werden ein **großer Spielplatz** und ein **Café für Begegnungen** („*Bunt und für jedermann, sowohl für Ältere, als auch für Kinder und Jugend*“ (Expert\*in 8 2019)) genannt. Die entspannte Atmosphäre solcher Lokalitäten könne einen Ansatzpunkt für die Arbeit von **Sozialarbeiter\*innen** bilden, die sowohl mit den Angeboten des Stadtteils als auch mit unterschiedlichen Zielgruppen vertraut sind. Sozialarbeiter\*innen könnten auch bei dem Ausfüllen von Anträgen (zum Beispiel Rentenansprüche etc.) unterstützen: „*Vieles würde ich gerne an jemanden, der Soziale Arbeit oder ähnliches studiert hat oder eine Ausbildung darin hat, delegieren, dass ich nicht die Anträge für Klassenfahrten oder ähnliches noch mit ausfülle, weil die Familien überfordert sind und eigentlich nicht wissen, wo sie hinsollen*“ (Expert\*in 6 2019). Bei Mitarbeiter\*innen eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen wären Fremdsprachenkenntnisse sinnvoll, vor allem türkische. **Neutrale Dolmetscher\*innen** sollten zur Verfügung stehen: „*zum Beispiel eine betroffene Frau, die eigentlich mit ihrer Schwiegermutter nicht klarkommt, und der Ehemann kommt zum Dolmetschen mit. Das knirscht, das ist nicht richtig. Dann hätte ich gerne neutralere Personen*“ (Expert\*in 6 2019). Alle beteiligten Gesundheitsanbieter sollten gut miteinander vernetzt sein und in ständigem Austausch stehen. Als möglicher Standort für ein Gesundheitszentrum wird einerseits das „Gröpelinger

---

<sup>8</sup> Derzeit gibt es siebzehn Dienstleistungszentren in Bremen, die Beratung zu Fragen im Vorfeld von Pflege anbieten. Zu ihren Aufgaben gehören die Beratung und Information über ambulante Hilfsangebote und andere Dienstleistungen. Außerdem organisieren die Dienstleistungszentren einfache und hauswirtschaftliche Hilfen im Rahmen der organisierten Nachbarschaftshilfe (Die Senatorin für Soziales Jugend Integration und Sport 2019).

Loch“ an der Lindenhofstraße vorgeschlagen, andererseits „gerne dezentral, also nicht nur ein großes, sondern das muss viele kleine Standorte haben. Wenn ich immer erlebe, wie eingeschränkt doch viele sind, in ihrer Beweglichkeit, in ihrem Horizont. Wenn man mal manche türkische Frauen fragt, die kennen hier die nächsten drei Straßen noch und dann den Weg zum Flughafen, mehr kennen die nicht“ (Expert\*in 6 2019). Weiter folgt die Forderung, dass neben einem zentralen Angebot **kreative Zugangswege** entwickelt werden müssten, um die Bevölkerung zu erreichen. Wenn Menschen das Gesundheitszentrum trotz zentraler Lage nicht gut erreichen können, zum Beispiel aufgrund von Immobilität, müssten alternative Formen der Angebotsnutzung entwickelt werden, zum Beispiel durch Schulung älterer Menschen im Umgang mit **digitalen Medien**.

Wie bereits erwähnt, wird die Idee der Implementierung eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen insgesamt positiv bewertet. Es gibt zahlreiche internationale und nationale Beispiele, an denen sich bei der konzeptionellen Entwicklung orientiert werden kann. Ein Gesundheitszentrum sei eine Chance, einen **niedrigschwelligen Zugang** für die Bevölkerung im Stadtteil zu gesundheitlicher Versorgung zu schaffen. Die Arbeit im Team ermögliche eine **höhere Motivation** und **mehr Engagement**. Außerdem seien die Wege für Konsile<sup>9</sup> kurz und ein schnellerer und **direkter Informationsaustausch** wäre möglich. Im Bedarfsfall können fachübergreifend Expert\*innen schnell miteinbezogen werden, zum Beispiel wenn eine Wöchnerin beziehungsweise stillende Frau sich einem zahnmedizinischen Eingriff in Narkose unterziehen muss und zum Abpumpen der Muttermilch angeleitet werden muss. Trotzdem sollte bei der Planung eines Gesundheitszentrums auch der Gesundheitsdienstleistungsmarkt im Stadtteil nicht außer Acht gelassen werden, um weiterhin **faire Wettbewerbsbedingungen** zu garantieren und keine Marktverzerrung zu verursachen: „das Problem ist ja immer in so einem Zentrum kann ein Physiotherapeut mit rein. Was ist aber mit den fünfzig anderen, die im Stadtteil unterwegs sind (...) ich finde es immer ganz wichtig, auch im Kopf zu haben (...) und dass es eine Wettbewerbsmentalität oder -gleichheit (...) geben sollte und sich jeder

---

<sup>9</sup> Ein Konsil ist die patientenbezogene Konsultation eines/einer Ärzt\*in durch eine\*n andere\*n Ärzt\*in, meist einer anderen Fachrichtung (Psyhyrembel Online o. J.).

*über gute Arbeit seinen Namen macht und nicht über den besten Platz und den dichtesten Kontakt zum Arzt“ (Expert\*in 5 2019).*

Auch der erwartete Nutzen eines Gesundheitszentrums wird positiv bewertet, vergleichbare Zentren haben viele Menschen erreicht und wurden gut angenommen: *„in meiner Heimat habe ich die Erfahrung gemacht (...) da haben wir immer diese Zentren. Zum Beispiel (...) in einer kleinen Stadt mit 44.000 Menschen, haben wir vier Zentren gehabt. Und da waren in diesen Zentren auch Hebammen, die waren zuständig für alle Vor- und Nachbetreuungen und so etwas, wie Ernährung, Beratung, Stillberatung und Kurse. Das hat alles um dieses Zentrum so stattgefunden. Und die kamen auch, die Leute. Wir hatten auch einen Ort für die Kinder und Frauen, die konnten zusammen frühstücken und die Kinder konnten miteinander spielen. Das hat richtig funktioniert. Das war wunderbar. Ja, deswegen habe ich gesagt, dass das vielleicht auch hier eine Idee ist so etwas“ (Expert\*in 3 2019).*

#### **6.1.5.2 Überregional**

Der niedrigschwellige Zugang zu **Dolmetscher\*innen**, die im Bedarfsfall schnell und flexibel abrufbar sind, wird gefordert: *„Also Dolmetscher ja nicht nur in Praxen (...) auch sonst wäre es super, wenn es irgendwie so ein spontan zur Verfügung stehenden, ohne große Hürden, also nicht Antrag schreiben und Geldübernahmen (...) es gibt ja Dolmetscher, aber man müsste irgendwo anrufen können und sagen, jetzt brauche ich einen jetzt, jetzt habe ich einen Hausbesuch, der muss jetzt sein (...) so, das ist, so wäre traumhaft“ (Expert\*in 5 2019).* Zur Überwindung sprachlicher Barrieren wird zudem der Einsatz geeigneter Medien vorgeschlagen. Auch eine Aufbereitung wichtiger Patientinformationen in einfacher Darstellung und am besten in verschiedenen Sprachen wäre sinnvoll. Der zeitlich aufwändigeren Patientenbehandlung sollte aufgrund sprachlicher Barrieren durch eine eigene Abrechnungsziffer Rechnung getragen werden: *„Und die Ärztin, (...), die sagt, die hat sechzehn unterschiedliche Sprachgruppen da. Und ehe sie so eine Diagnose erstellt hat, dauert das natürlich viel länger als in anderen Gebieten. Aber die Gebührenordnung zahlt für beide das gleiche. Die nehmen darauf keine Rücksicht. Deswegen verschlechtert sich die Versorgungssituation zunehmend“ (Expert\*in 1 2019).*

Wenn es um die Kommunikation einzelner Gesundheitsversorger untereinander geht, wird ein **einheitlicheres Informationssystem** gewünscht, das es ermöglicht, wichtige Informationen schneller zu priorisieren. Für eine bessere gesundheitliche Versorgung älterer Menschen sollten Pflegekräfte in stationären Betreuungseinrichtungen mehr Kompetenzen zum selbstständigen Handeln erhalten, um begrenzte Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Insgesamt wäre die Einrichtung von Versorgungsgebieten nicht entlang geographischer Grenzen, sondern aufgrund sozialer Begebenheiten sinnvoll. Auch sollte es einen anderen **Verteilungsschlüssel der kassenärztlichen Sitze** geben, durch welchen der Stadtteil Gröpelingen nicht wie bislang als überversorgt gälte. Die einzelnen Stadtteile sollten in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden: *„ja, das müsste man kleinteiliger machen. Man müsste einfach sagen, Schwachhausen ist zu (...) und wenn die sich niederlassen wollen, müssen die nach Woltmershausen gehen, aber nicht nach Schwachhausen“* (Expert\*in 9 2019). Die Nachbesetzung von Praxen müsste auch in unterversorgten Gebieten durch einen bestimmten Steuerungsmechanismus gewährleistet sein. Sowohl Staat als auch gesetzliche Krankenkassen sollten sich an der Finanzierung der Ausstattung von Praxisräumen niedergelassener Mediziner\*innen beteiligen.

Expert\*innen in Gröpelingen nennen eine Priorisierung der **Armutsbekämpfung** im Stadtteil. Als ein Ansatz wird die Einführung des **bedingungslosen Grundeinkommens** genannt: *„und dass es eben doch inzwischen einen Haufen Experimente gibt, wo eben dabei raus kommt, dass es Menschen Geld zu geben eben nicht dazu führt, dass sie sich zurücklehnen und nix mehr machen, sondern dass es sie motiviert, aktiv zu werden, ihre Kinder in die Schule zu schicken (...), selbst der Gesundheitsstatus geht hoch, wenn man Menschen Geld gibt“* (ebd.). Schulen sollten auch deutlich besser finanziert werden. Kinder im Stadtteil und auch darüber hinaus sollten in ihrer Partizipation nicht so abhängig von dem Milieu sein, aus dem sie kommen.

## 6.2 Ergebnisse der Bürgerbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bürgerbefragung dargestellt. Dazu wird zunächst ein Überblick über die befragten Personen gewonnen (Abschnitt

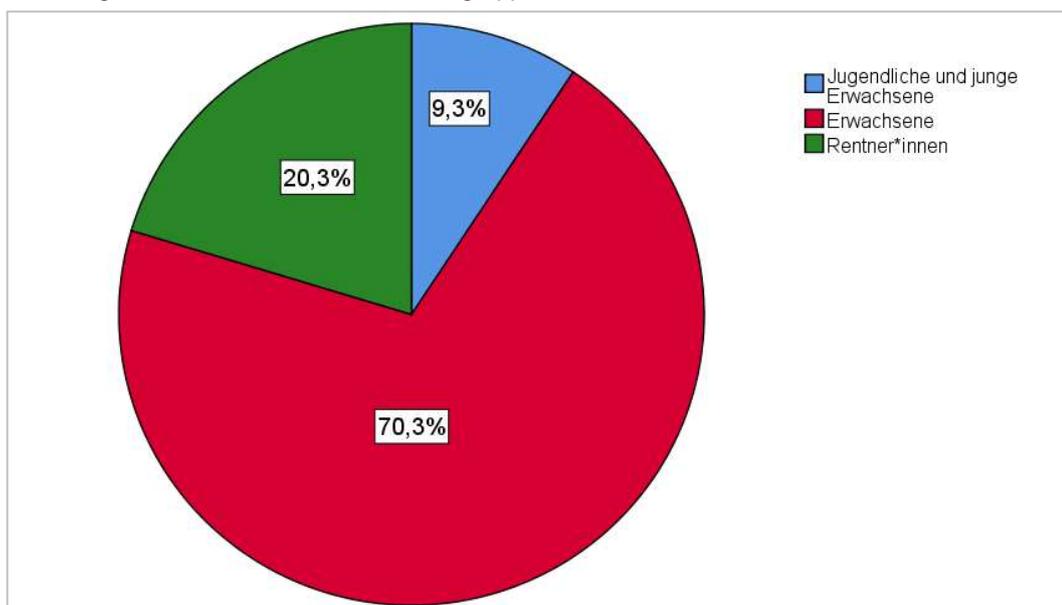
6.2.1). Anschließend werden die Ergebnisse in Hinblick auf die gesundheitliche Situation und die gesundheitliche Versorgung beschrieben (Abschnitt 6.2.2).

### 6.2.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Befragung werden **n = 126 Bewohner\*innen** aus dem Stadtteil Gröpelingen gewonnen. Diese werden größtenteils (n = 123; 97,6 %) auf dem Stadteifest, die übrigen (n = 3; 2,4 %) im Gesundheitstreffpunkt West rekrutiert. Die Teilnehmer\*innen stammen zu 42 % (n = 52) aus dem Ortsteil Gröpelingen, zu 33 % (n = 40) aus dem Ortsteil Lindenhof, zu 15 % aus dem Ortsteil Ohlenhof (n = 19) und zu 10 % (n = 12) aus dem Ortsteil Oslebshausen. Aus dem Ortsteil In den Wischen kommt keiner der Teilnehmer\*innen. In n = 3 Fällen werden keine Angaben zum Wohnort gemacht.

Die Teilnehmer\*innen sind zum Zeitpunkt der Befragung zwischen **17 und 83 Jahre alt** (arithmetisches Mittel 47,2 Jahre; SD 17,0) (n = 8 fehlende Angaben). N = 72 der Teilnehmer\*innen (**58,5 %**) sind **Frauen**, n = 51 (**41,5 %**) **Männer**. In keinem Fall wird divers als Geschlecht angegeben (n = 3 fehlende Angaben). Die Teilnehmenden sind in n = 11 Fällen (9 %) Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene (zwischen 16 und 24 Jahre), in n = 24 Fällen (20 %) Rentner\*innen (ab 65 Jahre) und in n = 83 Fällen (70 %) Erwachsene (25 bis 64 Jahre) (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Teilnehmer\*innen nach Altersgruppen



Die Teilnehmer\*innen haben in n = 43 Fällen (**35,2 %**) einen **Migrationshintergrund**. Bei den übrigen n = 79 Fällen (64,8 %) ist dies nicht der Fall (n = 4 fehlende Angaben). Auf die Frage nach dem Herkunftsland dieser Personen, ihrer Eltern oder Großeltern gibt knapp die Hälfte der Teilnehmer\*innen (n = 18; 42,9 %) die **Türkei**, jeweils n = 3 **Polen** beziehungsweise Syrien (7,1 %), jeweils n = 2 Personen Kamerun beziehungsweise Österreich (4,8 %) an. In jeweils n = 1 Fall (2,4 %) wird Afrika, Ägypten, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Burkina Faso, Frankreich, Indonesien, Nigeria, Nordirland, Russland, Sri Lanka oder Tschechien als Herkunftsland genannt (n = 5 fehlende Angaben).

Der Fragebogen wird in n = 112 Fällen (88,9 %) in deutscher Sprache ausgefüllt, n = 8 Fragebögen werden in Arabisch (6,3 %), n = 4 in Türkisch (3,2 %) und jeweils n = 1 (0,8 %) in Englisch und Französisch beantwortet.

N = 76 Teilnehmer\*innen (**60,3 %**) geben an, **Kinder zu haben**. Die Anzahl der Kinder liegt zwischen **einem und fünf Kinder** (arithmetisches Mittel 2,13; SD 0,90). Fast die Hälfte der Teilnehmer\*innen mit Kindern hat zwei Kinder (n = 34; 44,7 %), ein Viertel hat ein Kind (n = 19; 25,0 %), n = 18 (23,7 %) haben drei Kinder. Die übrigen n = 5 Teilnehmer\*innen mit Kindern haben vier oder fünf Kinder. N = 11 aller Teilnehmer\*innen (8,7 %) geben an, dass sie kein Kind haben, in n = 39 Fällen (31,0 %) fehlt die Angabe, ob derjenige/diejenige Kinder hat. Das Alter der Kinder liegt zwischen 0 und 60 Jahren. Etwa die Hälfte aller Teilnehmer\*innen mit Kindern (n = 39; 51,3 %) geben an, mindestens ein Kind unter 18 Jahren zu haben. Der Anteil der **Haushalte mit Kindern unter 18 Jahren** an allen Haushalten der Stichprobe liegt bei **31,0 %**. Mehr als ein Viertel der Teilnehmer\*innen mit Kindern unter 18 Jahren (n = 11; **28,2 %**) gibt an, **alleinerziehend** zu sein (n = 8 fehlende Angaben).

In den Haushalten der Teilnehmer\*innen leben zwischen einer und zehn Personen (arithmetisches Mittel 2,9; SD 1,7). In den meisten Fällen handelt es sich um Haushalte mit zwei Personen (n = 38; 33,3 %), drei Personen n = 27 (23,7 %) oder einer Person (n = 18; 15,8 %) (n = 13 fehlende Angaben). In n = 9 Fällen (9,6 %) lebt mindestens eine pflegebedürftige Person mit im Haushalt (n = 2 fehlende Angaben).

Etwa die Hälfte der befragten Personen ist zum Zeitpunkt der Befragung **berufstätig** (n = 66; **53,7 %**), n = 25 Personen (**20,3 %**) sind **Rentner\*innen**, n = 23 Personen (**18,7 %**) sind **nicht berufstätig** und n = 9 Personen (**7,3 %**)

sind noch **Schüler\*innen, Student\*innen** oder in der **Ausbildung** (n = 3 fehlende Angaben). Die befragten Personen sind größtenteils zehn Jahre oder mehr zur Schule gegangen (n = 88; 72,7 %), n = 25 Personen (20,7 %) sind zwischen fünf und zehn Jahren zur Schule gegangen, n = 5 Personen (4,1 %) sind weniger als fünf Jahre zur Schule gegangen und in n = 3 Fällen (2,5 %) wurde gar keine Schule besucht (n = 5 fehlende Angaben). Die meisten der Teilnehmer\*innen haben eine Ausbildung oder ein Studium absolviert (n = 100; 84,7 %), n = 18 Personen (15,3 %) haben keine Ausbildung absolviert (n = 8 fehlende Angaben). Der Anteil der Personen mit einer **akademischen Ausbildung** liegt bei **32,2 %** (n = 38).

In Hinblick auf das Geschlecht unterscheidet sich die Gruppe der Männer nicht von der Gruppe der Frauen hinsichtlich des Alters, der Haushaltsgröße und der Anzahl der Kinder (t-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Hinsichtlich der Berufsqualifikation können ebenfalls keine Unterschiede festgestellt werden (Mann-Whitney-U-Test  $p > 0,05$ ). Die Gruppe der Frauen hat eine signifikant längere Schulbildung erhalten (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 1466,0$ ;  $p < 0,05$ ). Die Variablen Arbeitsstatus, der Status alleinerziehend und der Migrationshintergrund sind unabhängig vom Geschlecht (Chi-Quadrat jeweils  $p > 0,05$ ).

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich signifikant von den Teilnehmer\*innen ohne Migrationshintergrund in Hinblick auf die Haushaltsgröße sowie das Alter (t-Test:  $t = 3,8$  beziehungsweise  $t = -4,9$  jeweils  $p < 0,01$ ). **Menschen mit Migrationshintergrund** sind demnach **signifikant jünger** (arithmetisches Mittel 37,7 Jahre; SD 14,8) und leben in **größeren Haushalten** (arithmetisches Mittel 3,7 Personen im Haushalt; SD 1,9). Anhand des Alters in den drei Abschnitten Jugendliche und junge Erwachsene, Erwachsene und Rentner\*innen zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Migrationsstatus (Cramer-V = 0,364;  $p < 0,01$ ). Menschen mit Migrationsstatus gehören demnach häufiger zur Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und seltener zur Gruppe der Rentner\*innen.

In Hinblick auf die Anzahl der Kinder beziehungsweise die Berufsqualifikation und die Länge der Schulbildung können keine Unterschiede gezeigt werden (t-Test beziehungsweise Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ). In Hinblick auf das Geschlecht, den Status alleinerziehend und den Ortsteil, in dem die Teil-

nehmer\*innen wohnen, sind die Gruppen unabhängig (Chi-Quadrat-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Ein Zusammenhang besteht zwischen Migrationshintergrund und dem Arbeitsstatus (Cramer-V 0,441;  $p < 0,01$ ). Demnach sind Teilnehmer\*innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Teilnehmer\*innen ohne Migrationshintergrund häufiger arbeitslos und seltener Rentner\*innen.

Die Gruppe der Alleinerziehenden unterscheidet sich nicht von der Gruppe der nicht alleinerziehenden Eltern mit Kindern unter 18 Jahren hinsichtlich Alter, Haushaltsgröße und Anzahl der Kinder (t-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Auch bezüglich der Berufsqualifikation sowie der Länge der Schulbildung gibt es keine Unterschiede (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ). In Hinblick auf Migrationshintergrund, Arbeitsstatus, den Ortsteil, in dem die Personen leben, und das Geschlecht sind die Gruppen unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Test jeweils  $p > 0,05$ ).

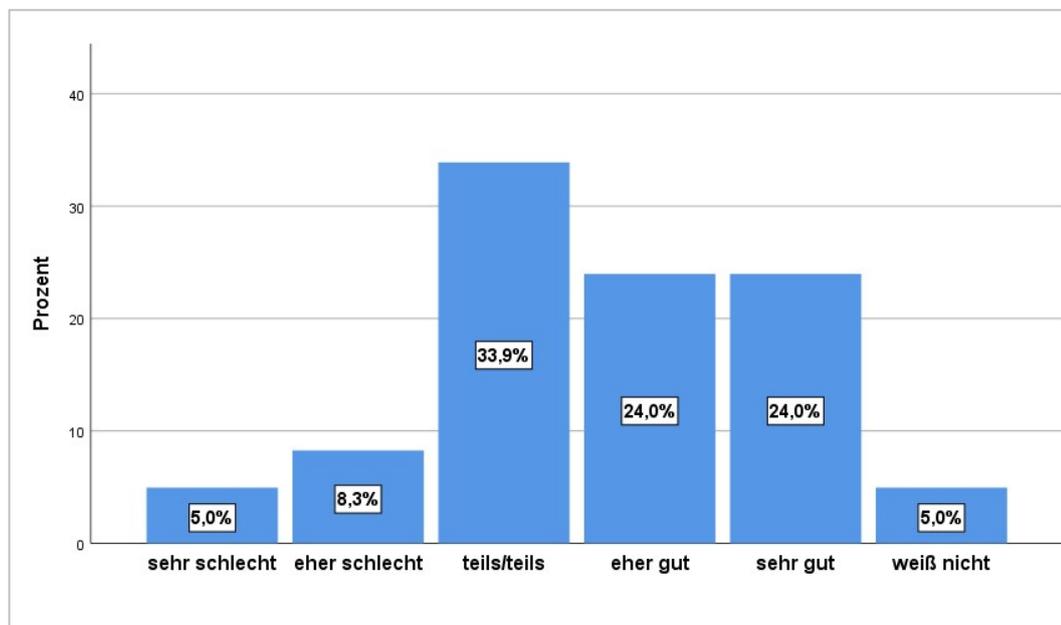
## **6.2.2 Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation und der gesundheitlichen Versorgung**

Die Ergebnisse werden entsprechend den Ergebnissen der Experteninterviews anhand der Kategorien Versorgungslage, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Bedarfe sowie Lösungsansätze und Zukunftswünsche dargestellt. Die Kategorie Kooperation und Vernetzung wurde im Fragebogen der Bürgerbefragung nicht thematisiert, da dieses Thema die Bürger\*innen nicht direkt betrifft und außerdem mittels quantitativer Methoden nur schwer zu eruieren ist.

### **6.2.2.1 Versorgungslage**

Die **medizinische Versorgung** wird von circa der  **Hälfte der befragten Personen** ( $n = 58$ ; 47,9 %) als **eher gut** oder **sehr gut** beurteilt. Ein Drittel ( $n = 41$ ; 33,9 %) der Teilnehmer\*innen beurteilt die Versorgung als teils gut und teils schlecht,  $n = 16$  Personen (13,2 %) beurteilen die Versorgung als eher beziehungsweise sehr schlecht und  $n = 6$  Personen ( $n = 5,0$  %) können dies nicht beurteilen ( $n = 5$  fehlende Angaben) (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Medizinische Versorgung

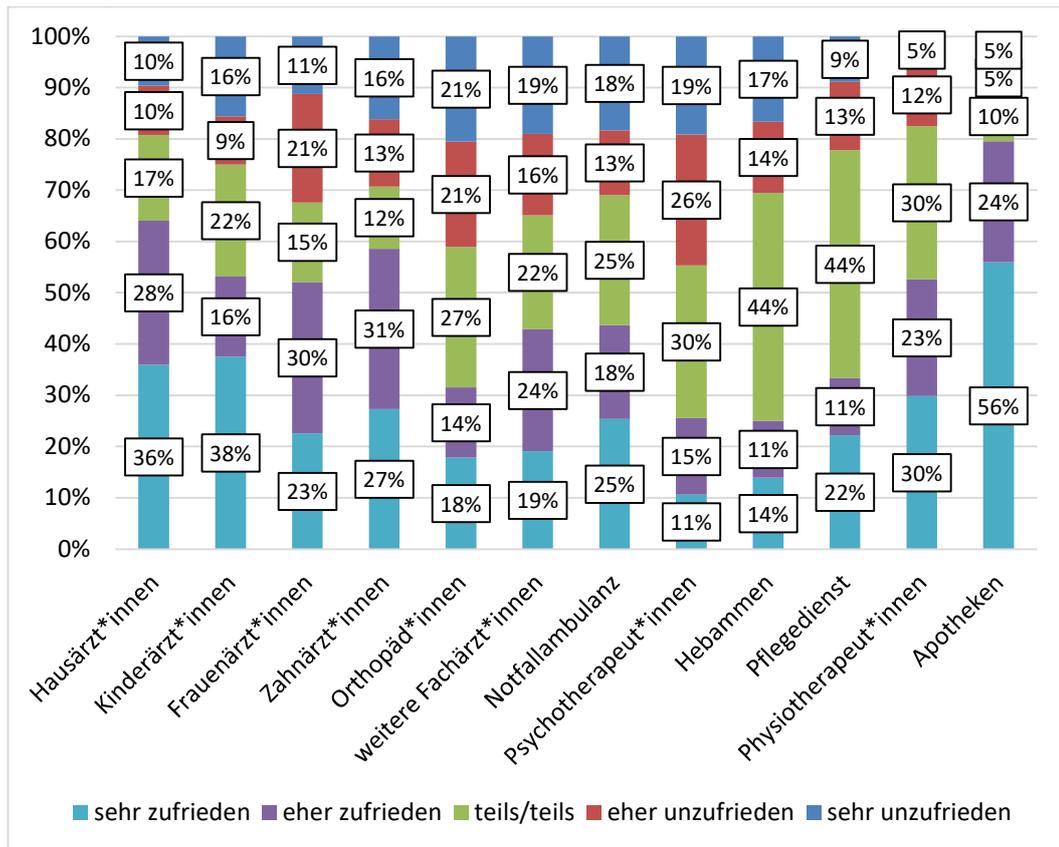


Es bestehen keine signifikanten statistischen Zusammenhänge zwischen der Beurteilung der medizinischen Versorgung und dem Alter, der Berufsqualifikation sowie der Länger der Schulzeit der befragten Personen (Spearman-Rho jeweils  $p > 0,05$ ). Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der Bewertung der medizinischen Versorgung (Spearman-Rho = 0,210;  $p < 0,05$ ). Demnach fällt die Bewertung der medizinischen Versorgung bei Personen, die ihren aktuellen Gesundheitszustand als besser einschätzen, ebenfalls besser aus als bei Personen, die ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen.

Es bestehen keine Unterschiede in der Bewertung der medizinischen Versorgung hinsichtlich des Geschlechts, des Migrationsstatus, des Status alleinerziehend oder bezüglich einer bestehenden Berufstätigkeit und eines Pflegebedürftigen im Haushalt (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ).

Die **größte Zufriedenheit** bezüglich einzelner Gesundheitsdienste liegt bei den **Apotheken** vor, hier sind rund 80 % der Befragten zufrieden oder sehr zufrieden. Mehrheitlich zufriedenstellend sind außerdem die **hausärztliche, kinderärztliche, frauenärztliche, zahnärztliche und physiotherapeutische Versorgung** (vgl. Abbildung 8). Die **größte Unzufriedenheit** herrscht gegenüber der Versorgung durch **Psychotherapeut\*innen und Orthopäd\*innen**.

Abbildung 8: Zufriedenheit mit Gesundheitsdiensten



Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen dem Alter beziehungsweise der Länge der Schulbildung der Befragten und der Zufriedenheit mit den einzelnen Gesundheitsdiensten (Spearman-Rho jeweils  $p > 0,05$ ). Positive Korrelationen bestehen zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der Zufriedenheit mit der Versorgung hinsichtlich der Frauenärzt\*innen (Spearman-Rho = 0,294;  $p < 0,05$ ), der Notfallambulanzen (Spearman-Rho = 0,258;  $p < 0,05$ ) und der Psychotherapeut\*innen (Spearman-Rho = 0,406;  $p < 0,01$ ). Demnach sind Personen, die ihren Gesundheitszustand als besser einschätzen, zufriedener mit der Versorgung. Bei Physiotherapeut\*innen und Apotheken besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Berufsqualifikation und Zufriedenheit (Spearman-Rho = 0,287;  $p < 0,05$  beziehungsweise Spearman-Rho = 0,342;  $p < 0,01$ ). Demnach ist die Zufriedenheit bei Personen größer, die eine höhere Berufsqualifikation abgeschlossen haben. Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Migrationsstatus bei der Zufriedenheit mit den Notfallambulanzen. Menschen mit Migrationshintergrund sind signifikant unzufriedener mit den Notfallambulanzen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 282,0$ ;  $p < 0,01$ ). Bezüglich

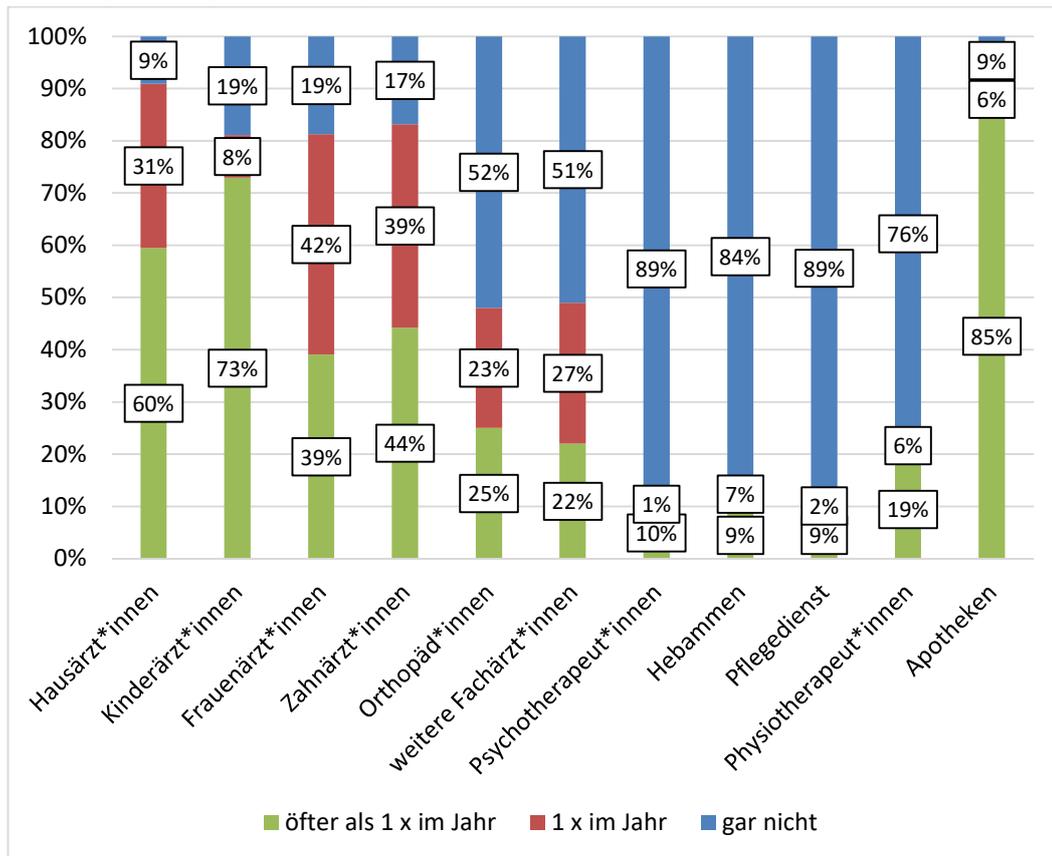
fast aller Gesundheitsdienste sind Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell, aber nicht signifikant unzufriedener. Bezüglich des Geschlechts und bezüglich Alleinerziehenden fallen keine Unterschiede auf (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Ein signifikanter positiver Zusammenhang fällt zwischen der Zufriedenheit mit fast allen Gesundheitsdiensten und der Bewertung der medizinischen Versorgung insgesamt auf (Spearman-Rho jeweils  $p < 0,05$  beziehungsweise  $p < 0,01$ ). Personen, die mit einzelnen Dienstleistern zufriedener sind, bewerten demnach auch die medizinische Versorgung insgesamt besser.

Bei der Begründung für die Unzufriedenheit wird vor allem eine **lange Wartezeit** genannt. Diese ist bei allen Gesundheitsdiensten in mehr als der Hälfte der Fälle und bei vielen Diensten in mehr als 80 % der Fälle der Hauptgrund für Unzufriedenheit. Ein weiterer Grund sind in fast allen Diensten **Sprachprobleme**. Teilweise spielen außerdem **fehlende Barrierefreiheit** und **fehlender** eine Rolle.

#### **6.2.2.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen**

Die befragten Personen besuchen **größtenteils (91 %) mindestens einmal im Jahr** eine **Hausarztpraxis**, in mehr als der Hälfte der Fälle mehrmals pro Jahr (vgl. Abbildung 9). Ähnlich häufig werden **Apotheken** in Anspruch genommen, diese werden in 85 % der Fälle mehr als einmal im Jahr aufgesucht. In jeweils mehr als 80 % der Fälle werden außerdem **Zahn-, Frauen- und Kinderärzt\*innen mindestens einmal im Jahr** aufgesucht (es wurden bei den Frauenärzt\*innen nur die weiblichen Befragten einbezogen, bei den Kinderärzt\*innen nur die Personen mit Kindern unter 18 Jahren). Am **seltensten** werden **Psychotherapeut\*innen und Pflegedienste** beansprucht. Die fehlenden Angaben schwanken bei dieser Frage stark zwischen  $n = 5$  (Haus- und Kinderärzt\*innen) und  $n = 37$  (Hebammen und Pflegedienste).

Abbildung 9: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in %

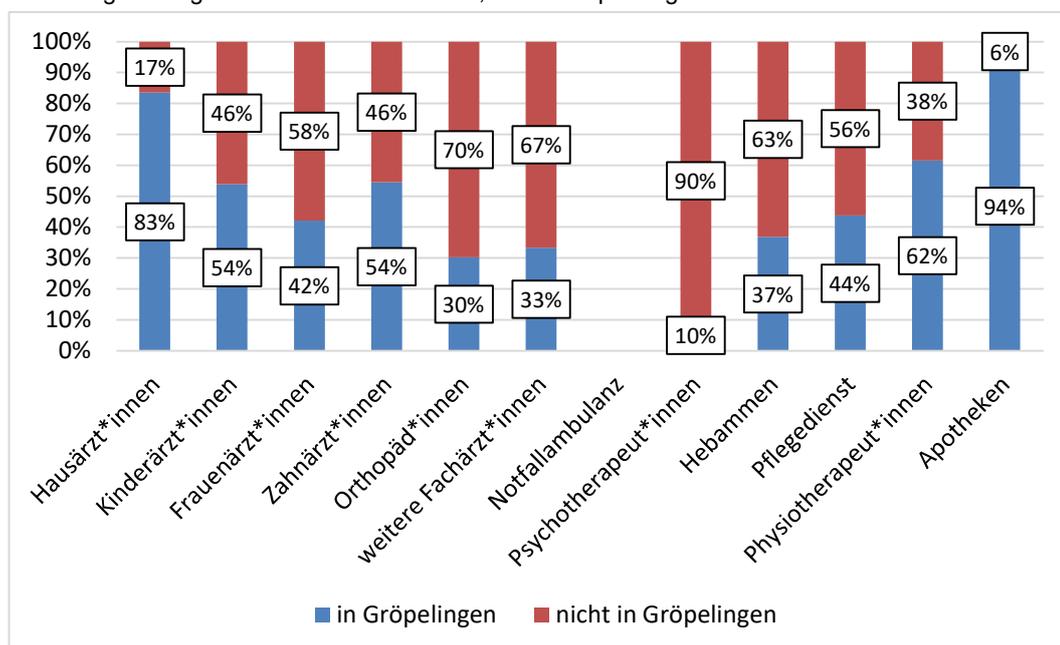


Es können signifikante Korrelationen zwischen Alter und der Häufigkeit der Besuche mehrerer Gesundheitsdienste beschrieben werden. Dabei treten sowohl negative als auch positive Zusammenhänge auf, die inhaltlich plausibel sind. Die Häufigkeit der Besuche von Kinderärzt\*innen und Hebammen korreliert negativ, der Besuch von Hausärzt\*innen und Orthopäd\*innen positiv mit dem Alter der Teilnehmer\*innen (Spearman-Rho jeweils  $p < 0,05$  beziehungsweise  $p < 0,01$ ). Des Weiteren fallen negative Korrelationen zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der Häufigkeit des Aufsuchens von einigen der untersuchten Gesundheitsdienste auf (Spearman-Rho jeweils  $p < 0,05$  beziehungsweise  $p < 0,01$ ). Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen der Bewertung der medizinischen Versorgung und der Häufigkeit der Besuche der Gesundheitsdienste (Spearman-Rho jeweils  $p > 0,05$ ). Es bestehen Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Personen, die einen/eine Pflegebedürftige\*n im Haushalt haben sowie Menschen mit Migrationshintergrund und der Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Cramer-V = 0,676;  $p < 0,01$

beziehungsweise Cramer-V = 0,307;  $p < 0,05$ ). Die Personen, die eine Pflegebedürftige Person im Haushalt haben, nehmen Pflegedienste häufiger, Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch. Weiterhin korreliert das Geschlecht mit der Häufigkeit der Frauenarztbesuche (Cramer-V = 0,489). Frauen besuchen demnach häufiger Frauenärzt\*innen. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme aller anderen Gesundheitsdienste ist unabhängig von Geschlecht, Migrationsstatus, Status alleinerziehend, dem Arbeitsstatus und ob Pflegebedürftige im Haushalt wohnen (Chi-Quadrat jeweils  $p > 0,05$ ).

Die **Apotheken** werden in **über 90 % der Fälle in Gröpelingen** aufgesucht, die Praxen der **Hausärzte\*innen** in **83 % der Fälle** (vgl. Abbildung 10). Physiotherapeut\*innen, Zahnärzt\*innen und Kinderärzt\*innen werden in mehr als 50 % der Fälle in Gröpelingen aufgesucht, die übrigen Anbieter\*innen von medizinischen Leistungen werden in weniger als der Hälfte der Fälle in Gröpelingen aufgesucht. Es tritt eine sehr unterschiedliche Zahl von fehlenden Angaben auf.

Abbildung 10: Lage der Gesundheitsdienste, die in Anspruch genommen werden



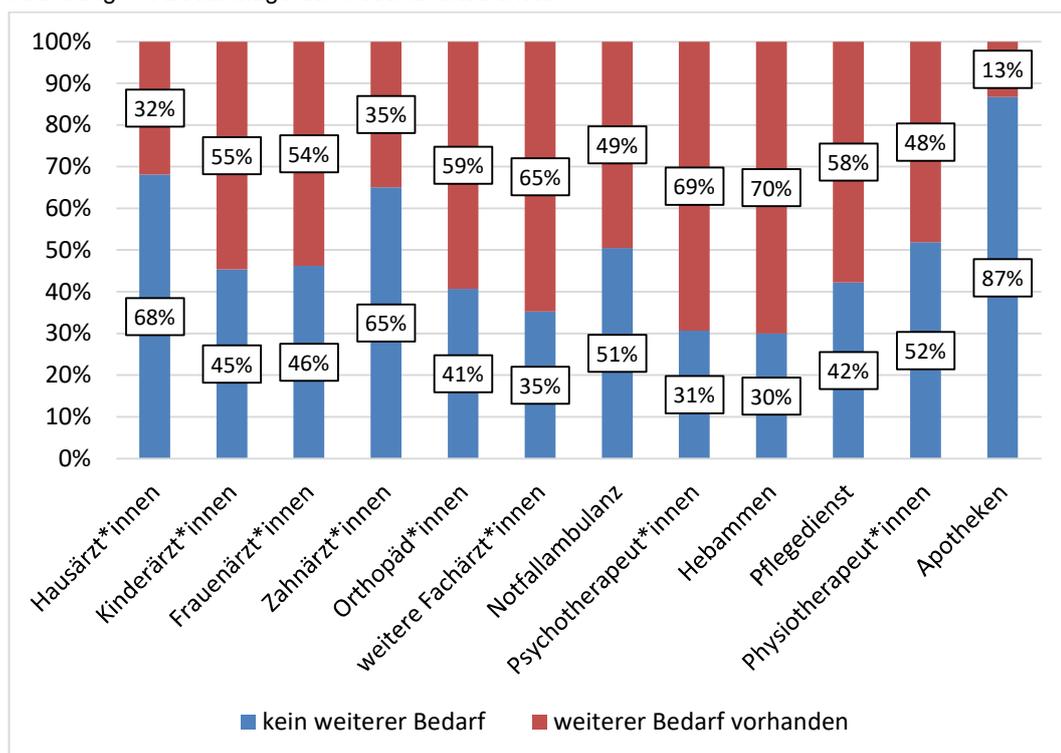
Unterschiede bezüglich der Lage der Gesundheitsdienste in Hinblick auf das durchschnittliche Alter der Teilnehmer\*innen konnten nicht festgestellt werden (t-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Die Lage der Dienste ist unabhängig von Geschlecht, Migrationsstatus, Status alleinerziehend und davon, ob Pflegebedürftige im Haushalt leben. Hinsichtlich des Arbeitsstatus gibt es teilweise Hinweise auf

Zusammenhänge. Diese sind jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen (große Zahl an fehlenden Angaben) nicht belastbar. Bezüglich der Physiotherapeut\*innen scheint die Versorgung von Rentner\*innen eher in Gröpelingen, die Versorgung von Arbeitslosen eher außerhalb von Gröpelingen stattzufinden (Cramer-V = 0,754;  $p < 0,01$ ).

### 6.2.2.3 Bedarfe

Neben der Versorgungslage wurde auch die Bedarfslage erhoben. Der Bedarf ist bezüglich **Apotheken in fast 90 %** der Fälle und bei **Haus- sowie Zahnärzt\*innen** bei rund **Zweidritteln der Befragten gedeckt** (vgl. Abbildung 11). Der größte **ungedechte Bedarf** besteht bei **Hebammen** und **Psychotherapeut\*innen**.

Abbildung 11: Bedarfslage der Gesundheitsdienste



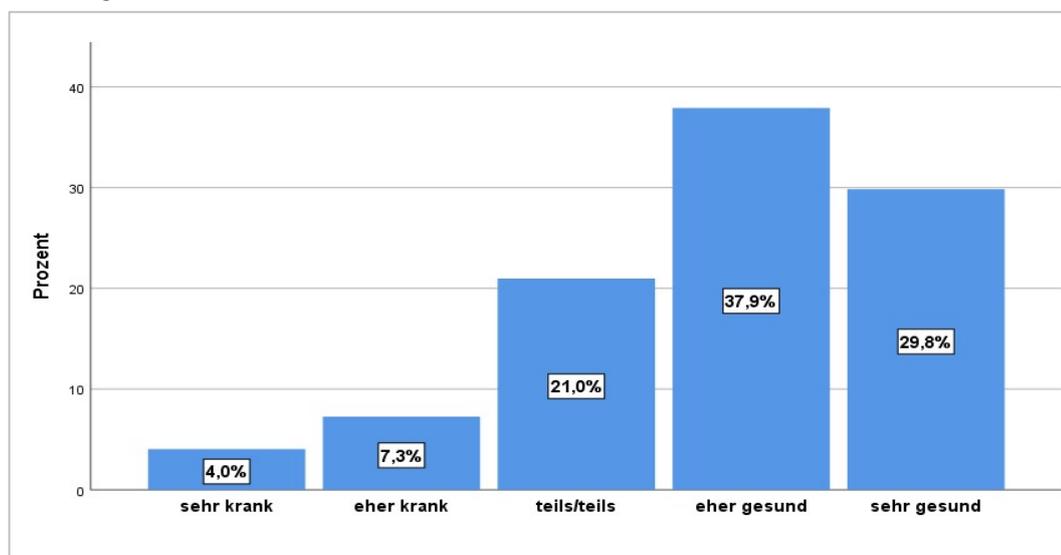
Unterschiede fallen in Hinblick auf das Alter der Befragten bei Hausärzt\*innen und der Notfallambulanz auf. Dort ist die Gruppe der Personen, bei denen Bedarf besteht, signifikant jünger als die Gruppe der Personen ohne Bedarf (t-Test:  $t = 3,2$ ;  $p < 0,01$  beziehungsweise  $t = 2,7$ ;  $p < 0,01$ ). Es bestehen Zusammenhänge zwischen dem Bedarf an Hausärzt\*innen sowie Frauenärzt\*innen und dem Arbeitsstatus (Cramer-V = 0,341;  $p < 0,01$  beziehungsweise Cramer-

V = 0,327;  $p < 0,05$ ). Arbeitslose Personen haben häufiger Bedarf an Haus- und Frauenärzt\*innen. Es besteht außerdem ein Zusammenhang zwischen Bedarf an Notfallambulanzen und der Länge der Schulbildung (Cramer-V = 0,312;  $p < 0,05$ ) sowie dem Migrationsstatus (Cramer-V = 0,334;  $p < 0,01$ ). Personen mit längerer Schulbildung und Personen mit Migrationshintergrund haben häufiger Bedarf an Notfallambulanzen. Es zeigen sich tendenzielle Zusammenhänge zwischen dem Bedarf an Hebammen und der Länge der Schulbildung (Cramer-V = 0,303;  $p = 0,087$ ) sowie dem Arbeitsstatus (Cramer-V = 0,325;  $p = 0,060$ ). Bei Menschen mit längerer Schulbildung und arbeitslosen Personen besteht häufiger Bedarf an Hebammen. Ein Zusammenhang besteht zwischen dem Status alleinerziehend und dem Bedarf an Hebammen (Cramer-V = 0,344;  $p < 0,01$ ). Bei alleinerziehenden Personen besteht seltener Bedarf an Hebammen als bei nicht alleinerziehenden Personen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bedarf an Pflegediensten und der Länge der Schulbildung (Cramer-V = 0,350;  $p < 0,05$ ). Personen mit längerer Schulbildung haben häufiger Bedarf an Pflegediensten. Zwischen allen weiteren Gesundheitsdiensten und den Variablen Geschlecht, Arbeitsstatus, Migrationsstatus, Länge der Schulbildung, Berufsqualifikation, dem Status alleinerziehend und ob eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt bestehen keine Abhängigkeiten (Chi-Quadrat jeweils  $p > 0,05$ ). Es können Unterschiede in Bezug auf die Bewertung der medizinischen Versorgung festgestellt werden. Personen, bei denen ein Bedarf bezüglich Hausärzt\*innen sowie Zahnärzt\*innen vorliegt, beurteilen die medizinische Versorgung signifikant schlechter (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 903,0$ ;  $p < 0,05$  beziehungsweise  $U = 722,0$ ;  $p < 0,01$ ).

Bei den Begründungen für die oben beschriebenen Bedarfe werden bei fast allen Gesundheitsdiensten größtenteils die **Terminvergabe** und die damit einhergehende lange Wartezeit bemängelt. Weitere Gründe stellen das **Fehlen der Dienste im Stadtteil** und in einzelnen Fällen **Sprachbarrieren** dar.

Ihren aktuellen Gesundheitszustand schätzen  $n = 83$  Teilnehmer\*innen (**67,5 %**) als **eher gesund oder sehr gesund** ein. Ein Fünftel der Befragten ( $n = 26$ ; 21,1 %) geben teils/teils an und  $n = 14$  Personen (11,4 %) fühlen sich eher krank beziehungsweise sehr krank ( $n = 3$  fehlende Angaben) (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Aktueller Gesundheitszustand



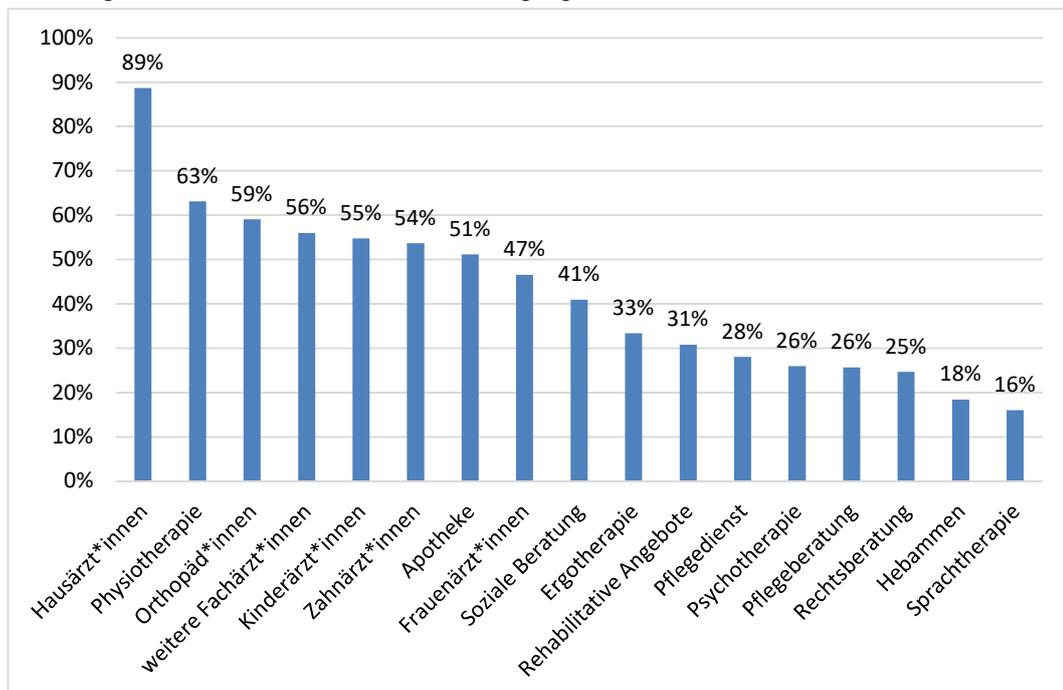
Es besteht eine signifikante negative Korrelation zwischen Alter und dem aktuellen Gesundheitszustand (Spearman-Rho = -0,318;  $p < 0,01$ ). Je älter die Teilnehmer\*innen sind, desto weniger gesund schätzen sie sich ein. Signifikante positive Korrelationen liegen zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der Berufsqualifikation (Spearman-Rho 0,205,  $p < 0,05$ ) und der Länge der Schulbildung (Spearman-Rho = 0,248;  $p < 0,01$ ) vor. Je höher das Qualifikationsniveau im Beruf beziehungsweise je größer die Anzahl der zur Schule gegangenen Jahre ist, als desto besser wird der Gesundheitszustand eingeschätzt. Es können keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, des Migrationsstatus und in Hinblick auf den Status alleinerziehend festgestellt werden (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Ein signifikanter statistischer Zusammenhang kann zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der Berufstätigkeit festgestellt werden (Cramer-V 0,398;  $p < 0,01$ ). Personen mit einer Berufstätigkeit fühlen sich häufiger gesund als Personen ohne eine Tätigkeit. Alle Fälle, die in einer Ausbildung/Studium/Schule oder in Rente waren, wurden ausgeschlossen. Unterschiede konnten außerdem bei Personen mit Pflegebedürftigen im Haushalt festgestellt werden (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 387,5$ ;  $p < 0,05$ ). Teilnehmer\*innen, bei denen Personen mit Pflegebedürftigkeit im Haushalt leben, schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand demnach schlechter ein als Personen ohne Pflegebedürftige im Haushalt.

#### 6.2.2.4 Lösungsansätze und Zukunftswünsche

Die Frage, ob eine **zentrale Versorgung in einem Gebäude mit unterschiedlichen Gesundheitsdiensten sowie soziale Angebote** für sinnvoll erachtet wird, wird von **86 % positiv** beantwortet (n = 13 fehlende Angaben). Zwischen Befürworter\*innen und Personen, die eine zentrale Versorgung nicht als sinnvoll erachten, bestehen keine Unterschiede hinsichtlich des Alters (t-Test;  $p > 0,05$ ), des aktuellen Gesundheitszustands, der Bewertung der medizinischen Versorgung, der Berufsqualifikation, der Länge der Schulbildung und der Zufriedenheit bezüglich aller einzelnen Gesundheitsdienste (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Auch bezüglich Pflegebedürftigen im Haushalt, des Geschlechts, des Arbeitsstatus, des Migrationsstatus und in Hinblick auf den Status alleinerziehend bestehen keine Abhängigkeiten (Chi-Quadrat jeweils  $p > 0,05$ ).

Bei den Angeboten, die sich die Teilnehmenden für ein solches Zentrum wünschen, wurden am häufigsten **Hausärzt\*innen (89 %)**, **Physiotherapeut\*innen (63 %)** und **Orthopäd\*innen (59 %)** genannt. Am seltensten wurden Sprachtherapeut\*innen (16 %) und Hebammen (18 %) genannt (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Wünsche für ein zentrales Versorgungszentrum



Es bestehen Unterschiede in Hinblick auf die gewünschten Angebote und das Alter der Befragten bei Kinderärzt\*innen (t-Test:  $t = -4,049$ ;  $p < 0,01$ ), Frauenärzt\*innen (t-Test:  $t = -2,124$ ;  $p < 0,05$ ), Orthopäd\*innen (t-Test:  $t = 2,957$ ;  $p < 0,01$ ), weiteren Fachärzt\*innen (t-Test:  $t = 2,319$ ;  $p < 0,05$ ), Sprachtherapie (t-Test:  $t = -3,794$ ;  $p < 0,01$ ) und Hebammen (t-Test:  $t = -4,709$ ;  $p < 0,01$ ). Bei den Kinder- und Frauenärzt\*innen sowie der Sprachtherapie und den Hebammen ist die Gruppe, die sich das Angebot in einem zentralen Versorgungszentrum wünscht, signifikant jünger, bei Orthopäd\*innen und weiteren Fachärzt\*innen signifikant älter. Bei allen weiteren Angeboten bestehen keine Unterschiede hinsichtlich des Alters (t-Test jeweils  $p > 0,05$ ). Ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Alter in drei Altersgruppen und den gewünschten Angeboten kann nur bezüglich der Kinderärzt\*innen gezeigt werden (Cramer-V =  $0,372$ ;  $p < 0,01$ ).

Signifikante Unterschiede zeigen sich weiterhin bezüglich des aktuellen Gesundheitszustands und dem Wunsch nach Kinderärzt\*innen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 716,5$ ;  $p < 0,01$ ) sowie bei der Bewertung der medizinischen Versorgung und dem Wunsch nach Hausärzt\*innen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 304,5$ ;  $p < 0,05$ ), Kinderärzt\*innen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 765,0$ ;  $p < 0,05$ ), Frauenärzt\*innen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 588,5$ ;  $p < 0,05$ ) und Hebammen (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 248,5$ ;  $p < 0,05$ ). Dabei hat die Gruppe, die sich die jeweiligen Dienste in einem Zentrum wünscht, einen signifikant besseren Gesundheitszustand beziehungsweise bewertet die medizinische Versorgung besser als die Gruppe, die sich die entsprechenden Angebote nicht wünscht. Bei allen anderen Angeboten bestehen keine Unterschiede hinsichtlich des aktuellen Gesundheitszustands oder der Bewertung der medizinischen Versorgung (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ).

Ein Vergleich der Gruppen, die sich einzelne Angebote wünschen beziehungsweise nicht wünschen, und der Zufriedenheit mit den jeweiligen Diensten zeigt keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit (Mann-Whitney-U-Test jeweils  $p > 0,05$ ).

Ein Zusammenhang zeigt sich bei dem Wunsch nach Kinderärzt\*innen und dem Arbeitsstatus (Cramer-V =  $0,415$ ;  $p < 0,01$ ). Arbeitslose Personen wünschen sich eher diese Versorgung, Rentner\*innen eher nicht. Ein weiterer Zu-

sammenhang besteht zwischen dem Geschlecht und dem Wunsch nach Frauenärzt\*innen (Cramer-V = 0,332;  $p < 0,01$ ), Frauen äußern signifikant häufiger den Wunsch nach Frauenärzt\*innen in einer zentralen Versorgung. Außerdem äußern Rentner\*innen und Auszubildende/Studierende/Schüler\*innen häufiger den Wunsch nach weiteren Fachärzt\*innen als Berufstätige (Cramer-V = 0,312;  $p < 0,05$ ). Alleinerziehende wünschen sich häufiger Sprachtherapien als nicht Alleinerziehende (Cramer-V = 0,351;  $p < 0,01$ ), ebenso wie arbeitslose Personen und Auszubildende sich dieses Angebot häufiger wünschen als Rentner\*innen (Cramer-V = 0,406;  $p < 0,01$ ). Soziale Beratung wird signifikant häufiger von arbeitslosen Personen, Rentner\*innen sowie Auszubildenden/Studierenden/Schüler\*innen als von Berufstätigen genannt (Cramer-V = 0,335;  $p < 0,05$ ). Bezüglich aller weiteren Angebote und den Variablen Migrationsstatus, Arbeitsstatus, Geschlecht, Alter in drei Altersgruppen, dem Status alleinerziehend und ob Pflegebedürftige im Haushalt leben zeigen sich keine Zusammenhänge (Cramer-V jeweils  $p > 0,05$ ).

In einer Freitextfrage bezüglich Zukunftswünschen für Gröpelingens Gesundheitsversorgung werden in  $n = 13$  Fällen kürzere Wartezeiten genannt. In  $n = 8$  Fällen werden eine bessere Behandlung und mehr Zeit gewünscht. Jeweils  $n = 6$  Personen wünschen sich kurzfristige Terminvergaben, mehr soziale Kompetenzen und mehr Fachärzte. In jeweils  $n = 4$  Fällen wird sich ein Gesundheitszentrum, Naturheilkunde/alternative Medizin beziehungsweise Hausbesuche gewünscht. Weitere Wünsche wie schnelle Hilfe oder Rückenschule werden vereinzelt genannt (vgl. Tabelle 28). Bei den Zukunftswünschen werden vor allem die Themen zeitliche Ressourcen in Hinblick auf Termine und Behandlung sowie personelle Ressourcen in Bezug auf unterschiedliche Versorger genannt. Außerdem werden auch Wünsche nach besserer Qualität der Versorgung (zum Beispiel mehr soziale Kompetenz) deutlich.

Tabelle 28: Zukunftswünsche der Bürger\*innen

Freitext	n
kürzere Wartezeiten	13
gute Behandlung und mehr Zeit	8
kurzfristige Terminvergaben	6
mehr Fachärzte	6
mehr soziale Kompetenzen	6
Naturheilkunde/alternative Medizin	4
Gesundheitszentrum	4
Hausbesuche	4
mehr Ärzte	3
Psychotherapeuten im Gesundheitszentrum	3
bessere Versorgung	3
schnelle Hilfe	3
mehr gutes Personal	3
nahegelegene medizinische Versorgung	2
mehr Auswahl	2
barrierefreier Zugang	1
Rückenschule	1
bessere psychologische Versorgung	1
Beihilfe für Fahrtkosten	1
mehr gesundes Essen -> Obstladen, Fleischer	1
Ausbau des Gesundheitssystems mit Anpassung an die Bedarfe vor Ort	1
zusätzliche Notfallsprechstunde	1
diverse Ärzte, z. B. mit einem Kopftuch oder Migrationshintergrund	1

## 6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Verlauf dieses Kapitel werden noch einmal alle zentralen Ergebnisse aus der Bürgerbefragung und den Experteninterviews, dargestellt.

### 6.3.1 Zusammenfassung der Bürgerbefragung

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Hälfte der Einwohner\*innen Gröpelingsens die medizinische Versorgung im Stadtteil insgesamt positiv bewertet. Mehr als die Hälfte schätzt ihren Gesundheitszustand als eher oder sehr gesund ein. Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit zeigen sich hinsichtlich einzelner Gesundheitsdienstleister. Die größte Unzufriedenheit liegt bei der Versorgung durch Psychotherapeut\*innen und Orthopäd\*innen vor. Unterschiede zeigen sich auch bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Dienstleister. Dabei werden Zusammenhänge zwischen dem Alter und der

Häufigkeit der Besuche einzelner Dienstleister deutlich. Es zeigt sich weiter, dass viele der Gesundheitsdienstleister häufig außerhalb Gröpelingens in Anspruch genommen werden. Dies betrifft vor allem Fachärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Hebammen. Für diese liegt auch der größte ungedeckte Bedarf an weiterer Versorgung vor. Begründet werden sowohl die Unzufriedenheit mit der Versorgung als auch der Bedarf, vor allem mit langen Wartezeiten beziehungsweise mit unzufriedenstellenden Terminvergaben und in einzelnen Fällen Sprachbarrieren oder fehlender Barrierefreiheit. Eine zentrale Versorgung in einem Gebäude erachtet ein Großteil der Bürger\*innen als sinnvoll. Angebote, die aus Bürgersicht dort repräsentiert sein sollten, sind vor allem Hausärzt\*innen, Physiotherapeut\*innen und Orthopäd\*innen.

### 6.3.2 Zusammenfassung der Experteninterviews

In Bezug auf die **gesundheitliche Versorgungslage** in Gröpelingen wird von den Expert\*innen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich von positiven Erfahrungen vor allem in Hinblick auf das Engagement der Akteure sowie auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung berichtet. Als negativ werden **unzureichende Kapazitäten** vor allem hinsichtlich Fachärzt\*innen und Hebammen beschrieben. Die Gesundheitsversorgung in Gröpelingen sei deshalb deutlich schlechter, als in anderen Bremer Stadtteilen. Als **Barrieren** in der Versorgung werden vor allem sprachliche Barrieren, welche die Kommunikation zwischen Patient\*innen und Dienstleister erschwert, und die ausbaufähige Infrastruktur, die zu weiteren Herausforderungen und Hindernisse für die gesundheitliche Versorgung führt, genannt. Bezüglich des Gesundheitsverhaltens der Bürger\*innen und der **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistern** lassen sich kulturelle und armutsbedingte Einflussfaktoren differenzieren, welche das Inanspruchnahmeverhalten in der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Als Bedarfe werden **infrastrukturelle, strukturelle und gesundheitliche Bedarfe** genannt. Dazu zählen vor allem der Ausbau der Barrierefreiheit und der öffentlichen Verkehrsmittel, die Verbesserung der Transparenz von Informationen und Leistungen zum Gesundheitssystem und der Ausbau ambulanter Versorgungskapazitäten. In Bezug auf bestehende **Kooperationen und Vernetzungen** von Akteuren im Stadtteil berichten die Expert\*innen

über die vorhandenen Strukturen, über Voraussetzungen guter Netzwerkarbeit sowie über positive und negative Erfahrungen. Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil beschreiben die Expert\*innen **Lösungsansätze und Zukunftswünsche**, die unter anderem den Ausbau und die Optimierung von fehlenden oder bereits vorhandenen Kapazitäten, Strukturen und Angeboten beinhalten. Die Einrichtung eines Stadtteilgesundheitszentrums wird insgesamt positiv bewertet und bietet aus Sicht der Expert\*innen die Möglichkeit, genannte Lösungsansätze zu vereinen.

## **7 Diskussion**

In der folgenden Diskussion werden die oben dargestellten Ergebnisse beurteilt und auf Grundlage von Fachliteratur bewertet. Dazu werden die Ergebnisse der Experteninterviews sowie der Bürgerbefragung gegenübergestellt. Zuerst erfolgt eine Beschreibung der methodischen Limitation (Unterkapitel 7.1).

### **7.1 Methodische Limitation**

Zunächst werden Limitationen der Experteninterviews sowie der Bürgerbefragung in Hinblick auf die Stichprobe und die verwendete Methodik thematisiert.

#### **7.1.1 Experteninterviews**

Das angestrebte Ziel, Direktversorger, politische Akteure und Netzwerkakteure als Expert\*innen zu erreichen, wird in den Interviews umgesetzt. Die Verteilung auf die verschiedenen Bereiche ist mit  $n = 6$  Direktversorgern,  $n = 2$  Netzwerkakteuren und  $n = 1$  politischem Akteur unausgewogen. Zudem sind  $n = 4$  der Direktversorger Ärzt\*innen. Dies schränkt die Daten in ihrer Aussagekraft ein, da die unausgewogene Verteilung der Akteure und Direktversorger sowie die unausgeglichene Verteilung der verschiedenen Professionen innerhalb der Direktversorger zu Verzerrungen in den Themenschwerpunkten der Interviews führen kann. Der Einbezug weiterer Expert\*innen aus anderen Professionen wäre aus diesem Grund wünschenswert gewesen, zum Beispiel aus dem Spektrum der Therapeut\*innen sowie Expert\*innen auf Ebene der politischen Akteure beziehungsweise der Netzwerkakteure.

Es wäre weiterhin sinnvoll gewesen, eine so große Anzahl an Experteninterviews durchzuführen, bis in Hinblick auf die Fragestellung aus Sicht der Expert\*innen eine theoretische Sättigung erreicht worden wäre (vgl. Ludwig-Mayerhofer 1999). Dies war im Rahmen dieser Arbeit aufgrund von begrenzten Ressourcen nicht möglich.

Als limitierender Faktor kann außerdem angeführt werden, dass die Experteninterviews von unterschiedlichen Personen durchgeführt wurden. Dies kann die Ergebnisse durch unterschiedliches Auftreten oder Formulieren von Fragen

beeinflussen. Um diesen Effekt zu verringern, wurden im Vorfeld der Interviews Absprachen über den Ablauf der Interviews besprochen und im Leitfaden Formulierungshilfen ergänzt (vgl. Anhang 3). Die Methode wurde aus didaktischen Gründen so gewählt, da es sich um ein Projekt im Rahmen einer Lehrveranstaltung handelt.

### **7.1.2 Bürgerbefragung**

Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt mit 47,2 Jahren deutlich über dem Durchschnittsalter der Bevölkerung in Gröpelingen (40,6 Jahre). Da in der Stichprobe nur Personen über 15 Jahren berücksichtigt wurden, liegen hier Verzerrungen vor. Werden die Anteile der drei Altersgruppen Jugendliche und junge Erwachsene, Erwachsene sowie Rentner\*innen der Stichprobe (vgl. Abschnitt 6.2.1) mit entsprechenden Gruppen der Gesamtbevölkerung in Gröpelingen verglichen (eigene Berechnung nach Statistisches Landesamt Bremen 2019g), fällt auf, dass sich die Anteile kaum unterscheiden. Der Anteil der Teilnehmerinnen an der Befragung liegt mit fast 60 % deutlich über dem Anteil der weiblichen Bevölkerung (48,3 %) in Gröpelingen. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund liegt in Gröpelingen mit 56 % deutlich über dem Anteil in der Stichprobe (35 %). Die durchschnittliche Haushaltsgröße der Stichprobe übertrifft mit 2,89 Personen die durchschnittliche Haushaltsgröße in Gröpelingen (1,91 Personen). Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Teilnehmer\*innen mit Kindern unter 18 Jahren liegt mit 28,2 % unter dem Anteil in der Bevölkerung in Gröpelingen (33,5 %). Unter den Teilnehmer\*innen sind 25,8 % nicht berufstätig (Rentner\*innen und Auszubildende/Studierende ausgeschlossen). Der Anteil der Arbeitslosen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich der Arbeitslosen liegt in Gröpelingen bei 26,2 % (Abbildung 14). Ein direkter Vergleich der beiden Kennziffern ist nicht möglich, da in der Befragung nicht nach sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen gefragt wurde. Ein Hinweis auf Repräsentanz liefern die Zahlen dennoch.

Abbildung 14: Vergleich von ausgesuchten Kennzahlen der Stichprobe und Bevölkerung in Gröpelingen

	MW (SD)	% (n)	entsprechende Kennzahlen für Gröpelingen
weiblich		58,5 (72)	48,3
Alter	47,2 (17,0)		40,6
Migrationshintergrund		35,2 (43)	56,4
Haushalte mit Kindern		31,0 (39)	20,2
alleinerziehend		28,2 (11)	33,5
Haushaltsgröße	2,89 (1,7)		1,91
nicht berufstätig		25,8 (23)	26,2

Mögliche Erklärungen für die teilweise auftretenden Unterschiede zwischen Stichprobe und Bevölkerung in Gröpelingen sind Selektions-Bias. Diese können unterschiedlich erklärt werden: Zum einen ist davon auszugehen, dass der Ort der Rekrutierung (in fast allen Fällen ein Stadtteilstück) nicht die gesamte Bevölkerung erreicht, da Menschen, die Einschränkungen in der Mobilität (zum Beispiel aufgrund von schwerer Erkrankung, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit) haben, oder Menschen, die sozial zurückgezogen leben, nur eingeschränkt Zugang zum Fest finden können. Zum anderen besteht ein bekannter und typischer Selektionseffekt aufgrund der Freiwilligkeit der Befragung: Es nehmen vor allem engagierte Personen teil. Diese unterscheiden sich häufig auch in anderen Lebensbereichen von der durchschnittlichen Bevölkerung, zum Beispiel durch höheren Bildungsstatus oder gesünderen Lebensstil (Shrank et al. 2011). Eventuell nehmen auch eher Personen teil, die besonders positiv oder negativ von dem entsprechenden Gebiet (in diesem Fall die gesundheitliche Versorgung) betroffen sind. Dadurch können die Ergebnisse verzerrt werden. Zuletzt muss die Stichprobengröße kritisch betrachtet werden. Mit  $n = 126$  Teilnehmer\*innen konnte zwar zumindest für deskriptive Untersuchungen ein annehmbares Ergebnis erreicht werden, eine größere Stichprobe wäre aber, auch in Hinblick auf die teilweise hohe Anzahl an fehlenden Werten, wünschenswert gewesen, da dadurch die Genauigkeit steigt, die Grundgesamtheit darzustellen.

Respektiv wird die Verwendung von einfacher Sprache kritisch gesehen, da bei der Auswertung der Befragung teilweise der Eindruck entstanden ist, dass bei einigen Fragen die einfache Sprache zu Unklarheiten auf Seiten der Teilnehmer\*innen führte. Aus diesem Grund war die Auswertung mancher Fragen

nicht oder nur in Teilen möglich. Ebenso wird der Einbezug der Haushaltsangehörigen bei der Beantwortung der Fragen rückblickend als problematisch betrachtet. Es bleibt unklar, wie viele Personen wirklich die Beantwortung der Fragen auch in Hinblick auf ihre Angehörigen gemacht haben. Außerdem werden Zusammenhänge zwischen demografischen Daten und anderen Antworten verzerrt, wenn die Beantwortung für einen/eine Angehörige\*n erfolgte. Dies hätte bei der Erstellung des Fragebogens berücksichtigt werden müssen und entsprechende Antworten gekennzeichnet werden. Des Weiteren stellte sich die Übersetzung der Fragebögen als wenig notwendig dar. Hier ist fraglich, ob die Ressourcen besser hätten genutzt werden können.

## 7.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion orientiert sich wie schon die Ergebnisse am Leitfaden der Experteninterviews (vgl. Anhang 3), ergänzt um die Kategorie Inanspruchnahme. In der Diskussion werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse gegenübergestellt und anschließend literaturgestützt diskutiert.

### 7.2.1 Gesundheitliche Versorgungslage

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bürgerbefragung und der Experteninterviews miteinander verglichen und anschließend in Bezug zur Literatur diskutiert. Zunächst werden die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Kapazität der Gesundheitsdienstleister dargelegt (*Abschnitt Gesundheitsdienstleister und Qualität*) Im Anschluss werden unter dem Abschnitt *strukturelle Einflussfaktoren der Einsatz von Dolmetscher\*innen, Mehrsprachiges Personal als Ressource, der Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten* sowie der *zeitliche Mehraufwand in den niedergelassenen Praxen* diskutiert.

#### 7.2.1.1 Gesundheitsdienstleister und Qualität

Die Expert\*innen beschreiben einerseits, dass in der Gesundheitsversorgung bereits gute Ansätze Anwendung finden und die **Qualität der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen positiv** zu bewerten ist. Zudem seien in den letzten Jahren überzeugende Weiterentwicklungen und ein Ausbau der Leistungen

zu verzeichnen. Zugleich verweisen alle der neun Expert\*innen auf **nicht ausreichende Kapazitäten** und **fehlende Ressourcen** in der Gesundheitsversorgung. Im Besonderen sind Haus- und Kinderärzt\*innen sowie Hebammen aufgrund eines **hohen Patientenaufkommens** überlastet. Außerdem fehle es an Facharztpraxen in Gröpelingen und in der näheren Umgebung, sodass die Bürger\*innen teilweise weite Wege zur nächsten Praxis auf sich nehmen müssen (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.1).

Bei Betrachtung der quantitativen Befragung zeigt sich, dass ein Drittel der Teilnehmer\*innen die medizinische Versorgung in Gröpelingen mit teils gut und teils schlecht bewerten. Die Bürger\*innen beurteilen die Gesundheitsversorgung in Gröpelingen demnach ähnlich wie die Expert\*innen, wenn auch die Einschätzung der Bürger\*innen nicht so differenziert darzustellen ist wie die der Expert\*innen. Weiterführend bewerten knapp 50 % der Teilnehmer\*innen der quantitativen Umfrage die medizinische Versorgung in Gröpelingen mit eher gut und sehr gut. Eine ähnliche Einschätzung lässt sich teilweise auch in der positiven Qualitätseinschätzung der Expert\*innen wiederfinden (vgl. Abschnitt 6.1.1).

Bei Betrachtung der erhobenen Bedarfslage in der quantitativen Befragung zeigt sich, dass den Bürger\*innen zufolge vor allem ein **Mangel an Psychotherapeut\*innen und Hebammen** besteht. Außerdem wird von rund 50 % der Teilnehmer\*innen auf einen **Mehrbedarf an Orthopäd\*innen sowie Frauen- und Kinderärzt\*innen** verwiesen (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.3). Diese Einschätzung ist deckungsgleich mit der der interviewten Expert\*innen (Unterabschnitt 6.1.1.2).

Abweichungen ergeben sich in den qualitativen und quantitativen Daten in Bezug auf den Bedarf von weiteren Hausärzt\*innen. Die Expert\*innen beschreiben primär fehlende Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.2), in der quantitativen Befragung hingegen beschreiben 68 % der Teilnehmer\*innen keinen weiteren Bedarf (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.3). Demnach ergibt sich hier eine widersprüchliche Darstellung, die darauf zurückzuführen sein könnte, dass überwiegend Personen an der Befragung teilnehmen, die aufgrund eines guten Gesundheitszustandes seltener auf hausärztliche Versorgung angewiesen sind. Diese Annahme kann dadurch untermauert

werden, dass von den n = 126 befragten Bürger\*innen 67,5 % ihren Gesundheitszustand mit sehr gesund oder eher gesund beschrieben haben und nur 11,4 % ihren Gesundheitszustand als eher schlecht oder sehr schlecht einstufen würden (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.3).

Für eine fundiertere Bewertung, ob bestehende Kapazitäten in der hausärztlichen Versorgung in Gröpelingen ausreichend zur Verfügung stehen, wäre eine **weitere und tiefergreifende Datenerhebung** sinnvoll. Im Besonderen würde sich eine Betrachtung der Anzahl der behandelten Patient\*innen beziehungsweise der Fallzahlen pro Quartal in den in Gröpelingen ansässigen Praxen anbieten.

Werden die durch die KVHB ermittelten Versorgungsgrad hinzugezogen, zeigt sich im Jahr 2015 im Bremer Westen ein Versorgungsgrad von 121,4 % in der hausärztlichen Versorgung. Daraus ist abzuleiten, dass der Bremer Westen nicht zu den unterversorgten Gebieten zählt, sondern tendenziell eher eine Überversorgung vorhanden ist. Anzumerken ist allerdings, dass die Statistiken der KVHB ein weiträumiges Planungsgebiet einschließen und daher keine expliziten Aussagen über die Versorgungslage im Stadtteil Gröpelingen getroffen werden können (vgl. Abschnitt 3.3.2).

Dieser Zusammenschluss zu einem **weiträumigen Planungsgebiet** wird von den Expert\*innen in Bezug auf den Stadtteil Gröpelingen kritisch gesehen. Zum einen ist die Behandlung von Patient\*innen in Gröpelingen aufgrund häufiger auftretender Sprachbarrieren verglichen mit den benachbarten Stadtteilen Findorff und Walle anspruchsvoller, was dazu führt, dass eine **Niederlassung in diesem Gebiet** für Hausärzt\*innen weniger lukrativ ist. Außerdem werden in der Bedarfsplanung der KVHB **sozioökonomische Faktoren** zu wenig berücksichtigt, diese sind aber gerade im Stadtteil Gröpelingen nicht zu vernachlässigen (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.2).

Demnach ist ein Widerspruch zwischen den Beobachtungen der Expert\*innen und der Bedarfsplanung der KVHB in Hinblick auf die hausärztliche Versorgung zu ermitteln.

Zur Auflösung dieses Widerspruchs könnte ein möglicher Erklärungsansatz sein, dass in Stadtteilen mit einem hohen Anteil von Bürger\*innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status die hausärztliche Versorgung häufiger in

Anspruch genommen wird als in Stadtteilen, in denen im Durchschnitt ein höherer Sozialstatus vorliegt.

Der Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit beziehungsweise das Gesundheitsverhalten ist wissenschaftlich hinreichend belegt. Demnach ist unumstritten, dass bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger Krankheiten wie Depressionen, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Diabetes auftreten. Außerdem wirkt sich der Sozialstatus maßgeblich auf das Gesundheitsverhalten aus. Es kann gezeigt werden, dass der sozioökonomische Status von Bürger\*innen in einem direkten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie mit der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen steht. Zudem ist das Bewegungs- und Ernährungsverhalten mit einem niedrigen sozialen Status assoziiert, was unter anderem mit einem höheren Aufkommen von Adipositas in dieser Bevölkerungsgruppe einhergeht (Robert Koch-Institut 2015a). Da, wie bereits in Abschnitt 3.4.1 dargestellt, besonders viele Menschen mit einem niedrigen **sozioökonomischen Status** in Gröpelingen leben, ist diese Thematik von **besonderer Relevanz für der Stadtteil**.

Eine weitere Erläuterung für die unterschiedliche Bewertung der Bedarfslage könnte sein, dass Patient\*innen häufig die Hausarztpraxen mit gesundheitlichen Beschwerden aufsuchen, jedoch **vordergründig eine soziale Problematik** besteht. Ergebnisse aus einer postalischen Befragung von 2 844 Hausärzt\*innen in den Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein legen dar, dass Ärzt\*innen mindestens dreimal wöchentlich mit Problemlagen aus den Bereichen Armut, Arbeit, Einsamkeit sowie Beziehungen konfrontiert sind, wobei nicht die gesundheitlichen Beschwerden im Vordergrund stehen. In Praxen mit einem hohen Anteil von Patient\*innen mit einem Migrationshintergrund kommt dies noch häufiger vor (Zimmermann et al. 2017)

Eine Schlussfolgerung könnte hier sein, dass gleich zwei Faktoren Einfluss auf eine **erhöhte Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen** in Gebieten mit einer großen Anzahl von Menschen mit einem niedrigem Sozialstatus nehmen. Zum einen geht eine niedrige sozioökonomischer Lage öfter mit der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung einher und zum anderen nutzt

diese Patientengruppe aufgrund sozialer Problemlagen häufiger die hausärztliche Versorgung. Demnach würde hier eine sich selbst verstärkende Dynamik zu Grunde liegen.

Aktuell wird primär versucht, Lösungsansätze in den jeweiligen Praxen zu entwickeln, allerdings konnte auch ermittelt werden, dass Hausärzt\*innen weitere **institutionalisierte Unterstützungsangebote wünschenswert** finden. Als eine Handlungsempfehlung wird benannt, **lokale Strukturen zu vernetzen** (Zimmermann et al. 2017). Außerdem könnte in einigen Gebieten der Ausbau von **psychosozialen Hilfsangeboten** sinnvoll sein, um die medizinischen Versorgungsstrukturen zu entlasten. Zudem könnten Praxen, die sowohl hausärztliche Versorgung wie auch eine zeitgleiche Betreuung durch Psychotherapeut\*innen oder Sozialarbeiter\*innen anbieten, einen neuen, kombinierten Ansatz darstellen.

#### **7.2.1.2 Strukturelle Einflussfaktoren**

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass die gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen zwar mit Herausforderungen verbunden ist, aber auch Ressourcen vorhanden sind. Als Grund für Herausforderungen werden oftmals sprachliche Barrieren zwischen Leistungserbringern und Patient\*innen sowie der damit verbundene zeitliche Mehraufwand genannt. Auch in der quantitativen Befragung werden die sprachlichen Barrieren und lange Wartezeiten als Gründe für Unzufriedenheit in der gesundheitlichen Versorgung angegeben. Es kommt zu **Problemen in der Verständigung** untereinander (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.3). Laut Beneker (2015) ist die **Qualität** der gesundheitlichen Versorgung **abhängig von der Verständigung** zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen beziehungsweise Therapeut\*innen oder anderen Gesundheitsdienstleistern. Sprachliche Barrieren und Schwierigkeiten in der verbalen Verständigung behindern die medizinische Versorgung, da Ärzt\*innen und andere therapeutische Berufsgruppen dadurch nicht verstehen, welche Beschwerden oder Bedürfnisse der/die Patient\*in äußern möchte. Denn wünschenswert ist eine kurze und prägnante Darstellung der Situation, um als Ärzt\*in oder Therapeut\*in möglichst rasch eine Diagnose stellen zu können oder Behandlungen und Therapien durchzuführen. Diese prägnante Darstellung ist vor allem für anderssprachige Patient\*innen erschwert, da sie sich sprachlich häufig nicht

richtig ausdrücken können (Knipper & Bilgin 2009: 71). Hinzu kommt, dass **Verständigungsprobleme** ebenso auf Seiten der Patient\*innen gegeben sind, da diese nicht verstehen, welche Behandlung die Ärzt\*innen vorsehen (ebd.). Laut Salman (o. J.) haben diese Kommunikationsprobleme starke **Auswirkungen** auf die Qualität in der Versorgung, da eine gute Diagnostik und Behandlung erst dann erfolgen kann, wenn Informationen beidseitig vermittelt werden können (Salman o. J. zit. n. Beneker 2015). Darüber hinaus können rechtliche Konflikte bei Kommunikationsschwierigkeiten entstehen, insbesondere bei der Einhaltung der Schweigepflicht, wenn Angehörige als Dolmetscher\*innen fungieren, oder aber bei der Übersetzung von Einverständniserklärungen oder Aufklärungsbögen (Knipper & Bilgin 2009: 72).

### **Einsatz von Dolmetscher\*innen**

Die Experteninterviews zeigen weiter, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher\*innen zum einen eine Herausforderung darstellt, zum anderen aber die Versorgung der Patient\*innen verbessern kann. Problematisch wird von den Expert\*innen der Einsatz von Familienangehörigen gesehen, wenn Kinder und Jugendliche als Dolmetscher\*innen für Familienangehörigen fungieren und somit nicht ihrer Schulpflicht nachkommen können oder Informationen nicht sachgemäß übermittelt werden (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.3). Mehnert et al. (2012) konstatieren, dass der Einsatz von **qualifizierten Dolmetscher\*innen** mit medizinischem Grundwissen und fundierten Übersetzungen die gesundheitliche Versorgung **qualitativ verbessern** kann, es aber auf Seiten der Gesundheitsdienstleister häufig an finanziellen Mitteln fehlt, diese einzustellen oder im Bedarfsfall hinzuzuziehen. Knipper und Bilgin (2009) beschreiben ebenfalls den Einsatz von Angehörigen als Dolmetscher\*innen und die damit zusammenhängenden Probleme bei schulpflichtigen Kindern. Als weiteres Problem stellen sie die psychischen Belastungen bei Patient\*innen und Angehörigen durch Offenbarung von persönlichen und intimen Informationen im Gespräch dar. Diese Herausforderungen zeigen sich auch in den Problemlagen von Familien und Alleinerziehenden. Denn Begleitungen und Betreuungen von Angehörigen bei Arztbesuchen, beispielsweise als Übersetzer\*in, bringen Herausforderungen mit sich und können zu psychischen Belastungen führen. (vgl. Unterkapitel

3.1.4.13.5.1.1). Ebenso kritisch werden möglicherweise **fehlerhafte Übersetzungen** und fehlende Kontrollmöglichkeiten sowie gegebenenfalls fehlende Zuverlässigkeit und Vertraulichkeit bei den Informationen gesehen.

### **Mehrsprachiges Personal als Ressource**

Gröpelinger Arztpraxen und weitere Gesundheitsdienstleister stellen laut Experteninterviews zum Teil mehrsprachiges Personal ein, um den sprachlichen Barrieren entgegenzuwirken. Dies wird als Ressource in den Ergebnissen deutlich. Auch laut Beneker (2015) stellen immer mehr Haus- oder Facharztpraxen medizinisches Personal ein, welches mehrere Sprachen beherrscht, um besser auf die Patient\*innen eingehen zu können. Zwei- oder mehrsprachige Mitarbeiter\*innen können in ein (Arzt-)Gespräch miteinbezogen werden und zwischen den Gesundheitsdienstleistern und den Patient\*innen vermitteln. Vorteilhaft bei diesem Vorgehen ist, dass diese Personen über **medizinisches Fachwissen** verfügen und eine **zeitliche Effizienz** gegeben ist. Mehnert et al. (2012) stellen außerdem den **finanziellen Aspekt** als Anreiz für die Einstellung von mehrsprachigem Personal im Vergleich zur Einstellung von zusätzlichen Dolmetschern\*innen dar. Problematisch wird es, wenn mehrsprachiges Personal nicht ausreichend Kenntnisse in beiden Sprachen aufweist. Wird diese Tätigkeit, trotz der Unfähigkeit, das Gespräch zu dolmetschen, ausgeführt, kann von Übernahmefahrlässigkeit gesprochen werden (Tipold 2014). Hier wäre ein **Dolmetscher-Pool**, auf welchen Gesundheitsdienstleister bei Bedarf zurückgreifen können, eine weitere Möglichkeit, professionell mit sprachlichen Barrieren umzugehen (Knipper & Bilgin 2009: 72f.).

### **Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten**

In den Experteninterviews wird ebenfalls deutlich, dass der Umgang mit sprachlichen Barrieren eine Hürde in der gesundheitlichen Versorgung darstellt und Gesundheitsdienstleister mit dieser Barriere unterschiedlich umgehen. Teilweise werden Ansätze verfolgt, um dieser Barriere besser begegnen zu können, zum Beispiel das Einstellen von mehrsprachigem Personal (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.3). Auch die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Menschen mit Migrationshintergrund unzufriedener mit der medizinischen Versorgung sind, weil unter anderem sprachliche Probleme in der Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern auftreten (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.1).

Dies kann einen Hinweis darauf geben, dass die Strategien der niedergelassenen Praxen nicht ausreichen, um mit den sprachlichen Barrieren umzugehen. Trotzdem zeigt Beneker (2015), dass in der gesundheitlichen Versorgung von Migrant\*innen und den auftretenden sprachlichen Barrieren insbesondere in der hausärztlichen Versorgung schon gut funktionierende Ansätze bestehen, aber auch dass niedergelassene Ärzt\*innen und Patient\*innen den Umgang mit sprachlichen Barrieren als **wiederkehrendes Problem** erläutern. Dies kann anhand dessen erklärt werden, dass es in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland **keinen geregelten Umgang** mit anderssprachigen Patient\*innen gibt (Köppen 2017). Es fehlen Handlungsempfehlungen, Standards oder andere Richtlinien, die eine Versorgung mit sprachlichen Barrieren beinhalten. Dabei ist dies ein Thema, welches vor allem in den letzten Jahren deutlich an Relevanz gewonnen hat. Jede Arztpraxis ist demnach auf sich selbst gestellt und entwickelt **eigene Lösungswege**, um mit dieser Situation umzugehen (Beneker 2015).

Ein Ansatz zur Verbesserung der sprachlichen Verständigung zwischen gesundheitlichen Dienstleistern und Patient\*innen ist den Ergebnissen nach, die Nutzung **technischer Hilfsmittel**. Sie dienen den Versorgern als Ressource und beinhalten zum Beispiel Filme oder Anschauungsmaterialien in verschiedenen Sprachen (vgl. Unterabschnitt 6.1.1.3). Die Literatur zeigt, dass der technische Fortschritt eine gute Grundlage in der Gesundheitsversorgung bieten kann, um mit sprachlichen Barrieren besser umgehen zu können und die Qualität in der Versorgung zu verbessern. Praxen und andere Gesundheitseinrichtungen nutzen deutschlandweit zunehmend mehrsprachiges Info- und Anschauungsmaterial (Köppen 2017).

### **Zeitlicher Mehraufwand in niedergelassenen Praxen**

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zeigen ebenfalls, dass vor allem die Ärzt\*innen in niedergelassenen Praxen und auch die Hebammen sprachliche Barrieren als einen großen zeitlichen Mehraufwand empfinden. Sie fungieren nicht nur als Gesundheitsdienstleister, sondern beantworten zusätzlich beispielsweise bürokratische Fragen oder übernehmen Tätigkeiten von Sozialarbeiter\*innen. Dadurch wird deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen. Mehnert et al. (2012) zeigen, dass sich für Ärzt\*innen und Patient\*innen **verschiedene**

**Erwartungen** an den gegenseitigen Kontakt miteinander ergeben (siehe Unterabschnitt 7.2.1.2). Je besser die **Arzt-Patient-Beziehung** ist, desto besser ist die **Versorgungsqualität**. All dies ist jedoch mit einem großen zeitlichen Aufwand verbunden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018).

## 7.2.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

In den Experteninterviews wird deutlich, dass sich der Anspruch an das Gesundheitssystem und daraus resultierend auch die Inanspruchnahme in Gröpelingen bei Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Im folgenden Text wird vor allem zur türkischen Kultur Bezug genommen, da diese einen wesentlichen Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und Gröpelingen ausmacht. Außerdem werden im weiteren Verlauf Gründe für das Inanspruchnahmeverhalten der Gröpelinger Bevölkerung zu den gesundheitlichen Dienstleistungen diskutiert. Zu Beginn wird auf die *Unwissenheit* bezüglich des deutschen Gesundheitssystems eingegangen. Anschließend werden die Gründe *Religion und Kultur, Auswirkungen von Migration auf Gesundheit, Einfluss des Aufenthaltstitels auf die Gesundheitsversorgung* und *Familienangehörige als Dolmetscher\*innen* beschrieben.

### 7.2.2.1 Unwissenheit über das Gesundheitssystem

In den Ergebnissen der Experteninterviews wird deutlich, dass vor allem bei Patient\*innen mit Migrationshintergrund Unwissenheit bezüglich des Gesundheitssystems auftritt (vgl. Unterabschnitt 0). Die Unwissenheit bezüglich des deutschen Gesundheitssystems und unterschiedliche Ansprüche an Gesundheitsdienstleistungen führen dazu, dass einige Gesundheitsdienstleistungen wie Hebammen oder ambulante Pflegedienste von Menschen mit Migrationshintergrund nicht oder nur wenig in Anspruch genommen werden. Mögliche Gründe hierfür sind, dass die Aufgaben und Grenzen einzelner Gesundheitsdienstleister nicht selbsterklärend sind. Hinzu kommt, dass das **Gesundheitssystem in Deutschland nur eingeschränkt** mit den Gesundheitssystemen anderer Länder **vergleichbar** ist. Menschen mit Migrationshintergrund kennen aus ihren Heimatländern andere Gesundheitssysteme. Dadurch kann es dazu

kommen, dass sie ihr Verständnis von Gesundheitssystemen und die Erfahrungen aus ihren Heimatländern auf das Gesundheitssystem in Deutschland übertragen und es daher zu Konflikten beziehungsweise inadäquater Inanspruchnahme kommt (Knipper & Bilgin 2009: 66). Im türkischen Gesundheitssystem gibt es eine ambulante Versorgung durch Gesundheitszentren, diese läuft folgendermaßen ab: Zuerst erfolgt eine Vorstellung bei einem/einer Ärzt\*in. Dieser/diese untersucht und behandelt den/die Patient\*in. Bei Bedarf können die behandelnden Ärzt\*innen den/die Patient\*in zu einem/einer Fachärzt\*in überweisen. Die Gesundheitszentren sind jedoch meist in den staatlichen Krankenhäusern angesiedelt. Außerhalb dieser Krankenhäuser sind Arztpraxen privat organisiert, sodass Behandlungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden (Kienholz 2003: 8ff.). Dies kann eine Ursache dafür sein, dass türkische Migrant\*innen häufiger Notfallambulanzen im Krankenhaus aufsuchen (ebd.: 6f.). Ein Teil der türkischen Bevölkerung sucht laut der Experteninterviews bei Krankheit oder Beschwerden direkt die Notaufnahme eines Krankenhauses auf, um dort eine entsprechende Behandlung zu erhalten, anstatt zu einem/einer niedergelassenen Ärzt\*in zu gehen. Dadurch werden die Notaufnahmen stark beansprucht. Ähnliches zeigt sich in der Bürgerbefragung. Personen mit Migrationshintergrund suchen häufiger Notfallambulanzen auf und sind signifikant unzufriedener mit der Versorgung durch Notfallambulanzen. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass Notfallambulanzen von ihnen ähnlich genutzt werden, weil sie es wie das Prinzip der Gesundheitszentren in der Türkei verstehen. Laut Expert\*innen werden häufiger bildgebende Verfahren gewünscht und eingefordert. Als möglicher Grund dafür wird betrachtet, dass das Vertrauen der Patient\*innen in eine Diagnose ohne ein bildgebendes Verfahren weniger groß ist. Das vermehrte Aufsuchen von Notfallambulanzen könnte damit zusammenhängen, dass dort eher bildgebende Verfahren durchgeführt werden als bei niedergelassenen Ärzt\*innen. Es ist auch zu vermuten, dass Migrant\*innen aus ihren Heimatländern keine Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen in dem Maße kennen, wie sie im deutschen Gesundheitssystem vorhanden sind. In den Ergebnissen der Experteninterviews zeigt sich, dass Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Gröpelingen häufig nicht genutzt werden. Die Autoren Razum und Spallek

(2009: 4f.) zeigen vergleichbare Ergebnisse auf. Darin heißt es, dass Migrant\*innen die Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen nicht ausreichend nutzen. Als Gründe für die geringere Inanspruchnahme dieser gesundheitlichen Dienstleistungen werden fehlende Sprachkenntnisse und unzureichende Kenntnisse über die entsprechenden Angebote angeführt.

Menschen mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Risiko für den Gebrauch **schädlicher Konsummittel**. Als Grund können unter anderem durch Konfliktsituationen verursachte Anpassungsstörungen vermutet werden. Diese können aufgrund von Unterschieden in Normen, Werten und Traditionen der Herkunfts- und Aufnahmeländer entstehen. Menschen mit Migrationshintergrund sind in Einrichtungen wie der Suchthilfe deutlich unterrepräsentiert. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sie Probleme bei der Unterscheidung von Suchthilfen und staatlichen Behörden haben. Sie fürchten sich bei der Inanspruchnahme von Suchthilfen möglicherweise vor negativen Sanktionen wie aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (Schmolke 2009: 58f.).

Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die Familien bei Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen miteingebunden werden. Insbesondere der Vater spielt in vielen Kulturen eine wichtige Rolle, da er die Entscheidungen der Familienmitglieder stark beeinflusst und so auch Einfluss auf die Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen hat (Machleidt et al. 2007: 328). Auch in den Ergebnissen der Experteninterviews ist festzustellen, dass Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen in Gröpelingen häufig nicht genutzt werden. Hierzu gehört auch das Nutzen schädlicher Konsummittel. Aus diesen Gründen spielt dieser Aspekt eine besondere Rolle in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (vgl. Unterabschnitt 3.5.2.1).

### **7.2.2.2 Religion und Kultur**

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund bestimmte Leistungen aufgrund von Religion oder Kultur nicht in Anspruch nehmen. Dies spiegelt sich in dem Verhalten der Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten wider. Machleidt et al. (2007: 326) zeigen gleiche Beobachtungen wie die Expert\*innen im Stadtteil auf. Als Gründe hierfür werden kulturspezifische Krankheitsvorstellungen und eine Präferenz für

traditionelle Medizin angeführt, insbesondere dann, wenn naturwissenschaftliche und technische Behandlungen keinen Erfolg zeigen.

Menschen mit Migrationshintergrund geben ihre körperlichen und seelischen Schmerzen oft in Form von „Somatisierung und **Ganzkörperschmerz**“ wie zum Beispiel Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen an. Erkrankungen werden als vom „bösen Blick“ und durch Verschwörungen verursacht wahrgenommen (Machleidt 2009: 36). Einige Erkrankungen sind in bestimmten Religionen und Kulturen Tabuthemen. Hierzu gehören unter anderem psychische Erkrankungen. Dies hat zur Folge, dass betroffene Personen entsprechende Erkrankungen verschweigen (Knipper & Bilgin 2009: 56). Dadurch werden bestimmte Gesundheitsdienstleistungen gar nicht oder wenig in Anspruch genommen.

Viele Menschen mit Migrationshintergrund haben ein anderes Verständnis von **Krankheit und Gesundheit**. Dadurch ist auch der Umgang mit Gesundheit und Krankheit anders und beeinflusst die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Gröpelingen ist ein Stadtteil mit einem besonders hohen Migrationsanteil, in dem viele Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen gemeinsam leben. Daraus ergeben sich vielfältige Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, welche bei der Versorgung unter Umständen zu Missverständnissen führen können. An dieser Stelle wäre ein kultursensibler Umgang hilfreich, zum Beispiel durch Einbezug des Ramadan in eine Diabetesberatung (ebd.: 68). Um dies zu erreichen könnten, Kulturmediator\*innen eingestellt werden. Außerdem sollte das Personal in Bezug auf Kultursensibilität und Kulturkompetenzen gefördert werden. Dabei kann ein multikulturelles Behandlungsteam hilfreich sein (Machleidt 2009: 33).

### **7.2.2.3 Auswirkungen von Migration auf Gesundheit**

Die Ergebnisse der Experteninterviews berichten, dass viele der Menschen, die in Gröpelingen leben, unter Erschöpfungszuständen und psychischen Erkrankungen leiden. Oft wird die psychologische Betreuung von Betroffenen jedoch abgelehnt.

Die Entstehung und das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen ergeben sich bei Migrant\*innen laut Prasad (2009: 9f.) aufgrund der persönlichen Biografie, da sie häufig vermehrt mit Gewalt und Kriegshandlungen in ihren Heimatländern konfrontiert waren (vgl. auch Unterabschnitt 3.4.2.2).

Diese traumatischen Erfahrungen führen außerdem dazu, dass Hilfsangebote seltener genutzt werden. Andere Migrant\*innen wiederrum gelangen als Arbeitsmigrant\*innen nach Deutschland. Beide Ausgangssituationen können zu Trauerreaktionen bei den Betroffenen führen, welche mit dem Verlust der Heimat, Kultur und sozialen Netzwerken einhergehen. All dies kann zu einem langfristig erhöhten Stressniveau führen, welches sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann.

Die Situation vieler Menschen mit Migrationshintergrund ist oftmals prekär und geht mit Emotionen wie Verlust- und Entwurzelungsgefühlen, Unsicherheit bezüglich der Aufenthaltssituation, ebenso wie Unklarheiten über Arbeits- und Wohnsituation sowie bezüglich der Sprache einher (von Wolff & Bermejo 2009: 41).

Aufgrund dessen wäre zu erwarten, dass die seelischen Belastungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und dadurch der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen ebenfalls besonders groß sind (Machleidt et al. 2007: 326). Trotzdem sind Migrant\*innen in offenen stationären psychiatrischen Einrichtungen im Vergleich zum Bevölkerungsanteil unterrepräsentiert. Gründe hierfür sind Schamgefühle, Unkenntnisse, Abneigungen und Stigmatisierungsängste (ebd.). Nicht selten haben auch die vorherigen Erlebnisse bezüglich des Aufenthaltsstatus einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Dieser Punkt betrifft besonders die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, da Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufig Erfahrung mit Gewalt und Krieg haben und unter posttraumatischen Störungen leiden (vgl. Unterabschnitt 3.5.2.2).

#### **7.2.2.4 Einfluss des Aufenthaltstitels auf die Gesundheitsversorgung**

In den Experteninterviews wird genannt, dass in Gröpelingen Migrant\*innen leben, die weder in ihrem Heimatland, noch in Deutschland im Sozialsystem registriert sind. Diese Situation erschwert die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen dieser Bevölkerungsgruppe (vgl. Unterabschnitt 0) Denn der Aufenthaltstitel einer Person hat Einfluss auf deren Gesundheit. Asylsuchende und Geflüchtete haben nach § 4, 6 des **Asylbewerberleistungsgesetzes** einen eingeschränkten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Es werden

ausschließlich akute Krankheiten behandelt. Diese Akutversorgung ist zur Genesung beziehungsweise zur Besserung und Linderung von Symptomen vorgesehen. Solch eine akute Behandlung ist dann indiziert, wenn aus medizinischen Gründen die Behandlung unaufschiebbar ist. Außerdem besteht ein Anspruch auf eine kostenlose medizinische Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt sowie in Form von Impfungen. In größeren Sammelunterkünften werden vor Ort ärztliche Sprechstunden eingerichtet, die auch ohne Behandlungsschein aufgesucht werden können. Sie werden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst betrieben und durch viele ehrenamtlich engagierte Ärzt\*innen und weiteres Gesundheitspersonal unterstützt (Wächter-Raquet 2016: 13f.).

Daher kann vermutet werden, dass Asylsuchende und Geflüchtete nach Erhalt einer gesetzlichen Krankenversicherung vermehrt Untersuchungen wahrnehmen, die ihnen zuvor verwehrt blieben. Dies könnte ein Grund für die hohe Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen sein. Auf der anderen Seite könnte die, dass bei kleineren Problemen Hausärzt\*innen beziehungsweise Kinderärzt\*innen aufgesucht werden, da sie diese Professionen bereits aus den Sammelunterkünften kennen. Jedoch scheint es so zu sein, dass Migrant\*innen bei spezifischeren Problemen direkt die Notaufnahmen in Anspruch nehmen, da sie das Konzept von Fachärzt\*innen nicht ausreichend kennen. Hinzu kommen sprachliche Probleme, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben.

### **7.2.3 Bedarfe**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Experteninterviews und der Bürgerbefragung gegenübergestellt und anschließend anhand von Literatur diskutiert. Unter dem Punkt *infrastrukturelle Bedarfe* werden zunächst die *Barrierefreiheit und öffentliche Verkehrsmittel* beleuchtet. Anschließend werden unter dem Abschnitt *strukturelle Bedarfe* die *Beratungsangebote, Niedrigschwelligkeit von Angeboten und lange Terminwartezeiten bei Fachärzt\*innen* diskutiert. Im letzten Abschnitt geht es um die *gesundheitlichen Bedarfe* im Stadtteil.

### 7.2.3.1 Infrastrukturelle Bedarfe

Den Ergebnissen der Experteninterviews ist zu entnehmen, dass im Stadtteil Gröpelingen insbesondere **Wohnungen, Praxen und Wege zu den Praxen nicht barrierefrei** sind. Auch Wohnungen, die als barrierefrei beworben werden, sind es in manchen Fällen nicht. Außerdem wird der **unzureichende Ausbau der öffentlichen Nahverkehrsmittel** thematisiert (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.1). Diese Probleme spiegeln sich auch in der Bürgerbefragung wider. Dort werden ebenfalls fehlende Barrierefreiheit und schlechte Verkehrsanbindungen als Einschränkungen benannt (vgl. Unterabschnitt 6.2.2.3). Michell-Auli und Kremer-Preis (zit. n. Habermann & Stagge 2014) sagen, dass die Wohnumgebung ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit der Wohnbevölkerung ist. Zu der Wohnumgebung zählen auch öffentlichen Verkehrsmittel und Barrierefreiheit (ebd.: 6). Aus diesem Grund wird auch für Gröpelingen darin Potenzial gesehen, dass in zukünftigen Stadtentwicklungsprozessen auf **barrierefreie Straßen- und Fußgängerwege** geachtet wird. Fehlende Barrierefreiheit und schlechte Verkehrsanbindungen stellen vor allem für die Zielgruppe der älteren Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf eine große Herausforderung dar, da diese häufig von Immobilität betroffen ist (vgl. Unterabschnitt 3.5.4.2). Auch für Familien und Alleinerziehende mit Kindern und Kinderwagen sind Einschränkungen in der Barrierefreiheit hinderlich, da der Zugang zu Arztpraxen dadurch erschwert werden kann (Trösken & Geraedts 2005).

Die Expert\*innen schlagen den vermehrten Einsatz von medizinischem Fachpersonal, welches **Hausbesuche** und die Versorgung der Bevölkerung in den eigenen vier Wänden sicherstellt, vor, um die ältere beziehungsweise immobile Bevölkerung erreichen zu können. Auch die Einführung beziehungsweise der **Ausbau eines Hol- und Bringdienstes** wäre möglich (Robert Bosch Stiftung o. J.: 41).

### 7.2.3.2 Strukturelle Bedarfe

#### Beratungsangebote

In den Ergebnissen der Expertenbefragung wird deutlich, dass ein hoher Bedarf an Beratungsangeboten vorliegt. Dies verdeutlichen auch Habermann und Stagge (2014: 41) in Bezug auf soziale Teilhabe im Stadtteil Gröpelingen. Die Autorinnen stellen heraus, dass die Befragten Schwierigkeiten haben, die eigenen Bedarfe zu formulieren. Von den Autorinnen wird die Hypothese aufgestellt, dass die Bevölkerung nicht ausreichend über Ansprüche und Angebote informiert ist. Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Experteninterviews überein (Abschnitt 6.1.3). Dem kann laut Habermann und Stagge durch eine **gezielte Aufklärung und Informationsweitergabe** an die Bevölkerung in Gröpelingen über Beratungsstellen entgegengewirkt werden. Durch die Bereitstellung von Beratungsstellen kann auch der **Zugang zum Gesundheitssystem** gefördert werden. Außerdem sind der Nutzen und das Aufsuchen solcher Angebote und Organisationen von der Vernetzung innerhalb der Bevölkerung abhängig (ebd.: 40). Multiplikator\*innen für Angebote im Stadtteil sind laut Habermann und Stagge meistens Menschen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis. Dies bedeutet für Angebote, dass Menschen erreicht werden sollten, die in dem Stadtteil durch die eigene Vernetzung als **Multiplikator\*innen fungieren** (ebd.: 39).

Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Faktor im Zusammenhang mit Beratungsangeboten sind Sprachbarrieren. Diese können sich laut Expert\*innen als Barrieren in der Annahme von Angeboten herausstellen (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.2). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen von Habermann und Stagge (ebd.: 40). Die Einführung von Beratungsangeboten und Anlaufstellen sind ebenfalls für Familien mit jungen Müttern und Alleinerziehende, aber auch für Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt hilfreich, um beispielsweise Herausforderungen, die bei der Erziehung von Kindern auftreten, bewältigen zu können oder um Informationen in dieser besonderen Lebenssituation zu erhalten (vgl. Unterabschnitt 3.5.1.2 und Abschnitt 3.5.3). Aber auch ältere Menschen würden von speziell auf sie abgestimmten Beratungsangeboten profitieren (vgl. Unterabschnitt 3.5.4).

### **Niedrigschwelligkeit von Angeboten**

Laut Habermann und Stagge (2014) ist Niedrigschwelligkeit nicht einheitlich definiert (ebd.: 8). Bei niedrigschwelligen Angeboten wird davon ausgegangen, dass diese einfach zu erreichen sind und keine Vorkenntnisse benötigt werden, um solche Angebote wahrzunehmen (ebd.: 9).

Diese Einschätzung stimmt auch mit den Aussagen der befragten Expert\*innen überein (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.2). Angebote sollten laut den Expert\*innen auf kurzem und unbürokratischem Wege in Anspruch genommen werden können. Dafür müssten die Zielgruppen im Stadtteil laut der Expert\*innen direkt angesprochen werden.

Angebote, die von der Bevölkerung in Gröpelingen besucht werden könnten, sollten an Orten stattfinden, die bereits in den Alltag der Bevölkerung gehören und mit denen sich Akteure vor Ort vernetzen könnten. Hier können Kirchen, Moscheen, Vereine und Jugendzentren vor Ort miteinbezogen werden, zu dieser Einschätzung kommen auch Habermann und Stagge (2014). Diese berichten, dass die Nutzung von Einrichtungen und Angeboten stark von der jeweiligen **ethnischen Infrastruktur** abhängt. So nutzt ein Großteil der türkischstämmigen Bevölkerung in Gröpelingen Moscheen und Vereine als Orte der Begegnung, des Austauschs und der Wissensvermittlung, aber auch als Ort für Beratung (ebd.: 38f.). Dieser Anteil der Bevölkerung in Gröpelingen bewegt sich laut Habermann (2014) in einem kleinen Radius, bevorzugt in den Ortsteilen Ohlenhof und Lindenhof (ebd.). Dahingegen besuchen Migrant\*innen aus der ehemaligen Sowjetunion, Kroatien und Afghanistan eher Angebote und Einrichtungen in anderen Stadtteilen, da sie sich nicht in den Angeboten in Gröpelingen wiederfinden (ebd.: 39). Folglich sollten möglichst alle Bevölkerungsgruppen in ihren **gewohnten Umgebungen** auf Angebote aufmerksam gemacht oder eingeführt werden, so können unterschiedliche Altersgruppen in Gröpelingen erreicht und durch eine partizipative Mitgestaltung von Angeboten an diese gebunden werden.

### **Lange Terminwartezeiten bei Fachärzt\*innen**

In der Bürgerbefragung zeigt sich Unzufriedenheit aufgrund von langen Wartezeiten bezüglich der Terminvergaben (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.2). Laut (Kopetsch 2015: 7) entstehen lange Wartezeiten, wenn Versorger den aktuellen Bedarf der Versicherten aufgrund einer geringen Kapazität nicht bewältigen können. Diese Aussage kann durch den ausgesprochenen Bedarf an Fachärzt\*innen sowie Hausärzt\*innen im Stadtteil Gröpelingen von der Mehrheit der befragten Expert\*innen gestützt werden. Durch das Fehlen dieser Fachkräfte kann die Wartezeit der Terminvergabe negativ beeinflusst werden (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.2). Des Weiteren wird beschrieben, dass **Wartezeiten** in Arztpraxen der Bevölkerung den **Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren** oder sogar ganz **verhindern** können (ebd.: 8). Der Vergleich mit anderen OECD-Ländern gestaltet sich schwierig, da Wartezeiten nicht einheitlich erfasst werden. In Deutschland werden Wartezeiten laut Kopetsch nicht aufgezeichnet (ebd.: 9ff.). Um an Daten zu Wartezeiten in Deutschland zu gelangen, wurden verschiedene Befragungen durchgeführt. Die KV hat in einer Versichertenbefragung die Personen zu Wartezeiten im ambulanten Bereich befragt. Diese Umfrage ist unter der deutschsprachigen Bevölkerung nach Angaben des Autors repräsentativ und zeigt, dass die Mehrheit nicht auf einen Arzttermin warten musste oder maximal innerhalb einer Woche einen Termin angeboten bekommen hat (ebd.: 11).

Die Umfrage ergab jedoch, dass privat Versicherte in der Regel schneller einen Termin bekamen als gesetzlich Versicherte und dass der Erhalt eines Termins bei Fachärzt\*innen deutlich länger dauert als bei Hausärzt\*innen (ebd.: 12). Weitere Umfragen der Techniker Krankenkasse (WINEG) und eine Befragung der Betriebskrankenkasse (Juni/Juli2012) ergaben, dass die Versicherten eher zufrieden waren und weniger ein Problem mit den Wartezeiten sahen (ebd.: 13).

Seit 2016 gibt es eine Vereinbarung, nach der die KV **Terminservicestellen** einrichten sollen. Zum Mai 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium das Terminservice- und Versorgungsgesetz erlassen (Bundesministerium für Gesundheit 2019; GKV-Spitzenverband 2015). Der Bevölkerung ist es nun möglich, Servicestellen 24 Stunden am Tag zu erreichen, um bei einer Arztpra-

xis einen Termin zu erhalten (Bundesministerium für Gesundheit 2019). In jedem Bundesland wird eine Terminservicestelle von der KV betrieben. In Bremen vermittelt die Terminservicestelle Termine bei Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen (Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) o. J.-b). So sollen die Versicherten innerhalb von vier Wochen einen Termin vermittelt bekommen (GKV-Spitzenverband 2015). Den Versicherten steht jedoch keine Behandlung am Wohnort zu, sondern die Vermittlung zu einer Praxis, die innerhalb von dreißig Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist (ebd.). Gründe für die Einrichtungen der Terminservicestellen sind laut GKV-Spitzenverband unzureichende Terminvergaben durch Arztpraxen (ebd.).

Erste Auswertungen zur Einrichtung von Terminservicestellen fallen eher kritisch aus. Der Erfolg des Modells der Terminservicestellen zur Verringerung der langen Wartezeiten wird als eher gering eingeschätzt (Bundesärztekammer 2018; wissen-pkv.de o. J.). Laut Sozialgesetzbuch V sind die Betreiber der Terminservicestellen seit 2017 dazu verpflichtet jährlich die fristgemäßen Vermittlungen von Arztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote dem Bundesministerium für Gesundheit mitzuteilen (§75 Absatz 1a SGB V). Eine Evaluation der Terminservicestellen steht bislang aus.

In Bezug auf Gröpelingen ist es fraglich, ob die oben genannten Untersuchungsergebnisse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf den Stadtteil übertragbar sind, da es ein Stadtteil mit einem hohen Migrationsanteil ist (vgl. Unterabschnitt 3.4.2.1). Des Weiteren könnten die **vorhandenen Sprachbarrieren** dazu führen, dass die Terminservicestellen nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen werden. Eine andere Möglichkeit für Patient\*innen stellt die **online Terminvergabe**, die bei einigen Praxen in Bremen schon angeboten wird, dar (HNO-Gemeinschaftspraxis Bremen o. J.). Bei diesem Service müssen sich Patient\*innen in einem Portal registrieren und können so in Eigenverantwortung Termine buchen. Diese Möglichkeit ist jedoch bei Sprachschwierigkeiten oder Analphabetismus wenig geeignet.

Es könnte angenommen werden, dass die Bevölkerung in Gröpelingen durch eine andere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistern die Terminservicestelle nicht wahrnimmt. Da keine Termine vor Ort durch die Terminservicestelle garantiert werden können, müssten die Betroffenen unter Umständen in

andere Stadtteile fahren. Dies stellt vor allem immobile Menschen vor eine große Herausforderung (vgl. Abschnitt 3.5.4). Aber auch für Frauen, die ihre Kinder zu Hause betreuen oder diese mitnehmen müssen, stellen Wege in einen anderen Stadtteil ein Hindernis dar (vgl. Abschnitt 3.5.1).

### 7.2.3.3 Personelle Bedarfe

In den Ergebnissen der Bürgerbefragung sowie in den Ergebnissen der Experteninterviews stellt sich der Fachkräftemangel als ein weitreichendes Problem heraus. Die Expert\*innen betonen einen **großen Mangel an fast allen medizinischen Berufen**. In der Bürgerbefragung zeigt sich ein besonderer Bedarf an Psychotherapeut\*innen und Hebammen (vgl. Unterabschnitte 6.1.3.2 und 6.2.2.3).

Auch der Deutsche Ärztinnenbund und der Marburger Bund nehmen auf ihren Internetseiten zu der Bedeutung von beruflichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Stellung (Deutscher Ärztinnenbund e.V. o. J.; Marburger Bund o. J.). Es wird angegeben, dass die **beruflichen Rahmenbedingungen sowie die Attraktivität der Berufe** verbessert und an die neuen Berufsrollenkonzepte angepasst werden sollten. Hierzu gehört auch ein **familienfreundliches Arbeitskonzept** für die medizinischen Fachberufe sowie Maßnahmen zur Erleichterung bei **Wiedereinstieg** in den Beruf im Anschluss an Familienzeiten (ebd.). Auch Nanninga (2014: 55) beschreibt, dass die Rahmenbedingungen wie Familienfreundlichkeit, Mitarbeiterzufriedenheit, Berücksichtigung der Work-Life-Balance und Gegenmaßnahmen bei chronischen Überlastungssituationen entwickelt und eingehalten werden sollten (ebd.).

Von der Mehrheit der Expert\*innen werden im besonderen Maße die Probleme der Sprachbarrieren und in diesem Zusammenhang der Bedarf an Dolmetscher\*innen sowie der hohe Bedarf an sozialer Beratung und dementsprechend an Sozialarbeiter\*innen geäußert. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen der Bürgerbefragung (vgl. Unterabschnitte 6.1.3.2 und 6.2.2.3).

Die Terminservicestellen stellen einen Versuch dar, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Um das dringend benötigte medizinische Personal in Gröpelingen anzusiedeln, sollten die beruflichen Rahmenbedingungen verbessert und attraktiver gestaltet werden. Möglich wären hier **Bonuszahlungen, vergünstigte Mieten** sowie

eine **Unterstützung durch Dolmetscher\*innen und Sozialarbeiter\*innen** direkt in den Praxen beziehungsweise bei der beruflich aufsuchenden Versorgung der Bevölkerung. Als Sprachmittler\*innen in Praxen könnten Laien-Dolmetscher\*innen aus der Bevölkerung ausgebildet werden. Durch diese Möglichkeit könnten Sprachbarrieren abgebaut und die Bevölkerung in die medizinische Versorgung eingebunden werden, wie beispielsweise im Refugio Bremen oder im Haus der kleinen Forscher, indem Sprachmittler\*innen eingesetzt werden, um diesen Menschen die Möglichkeit zu geben, sich verständlich zu machen (REFUGIO - Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V. o. J.; Stiftung Haus der kleinen Forscher o. J.). Des Weiteren könnten durch den **Einsatz von Laiendolmetscher\*innen** Arbeitsplätze in Form von Minijobs geschaffen werden.

#### **7.2.3.4 Gesundheitliche Bedarfe**

Die Ergebnisse der Expertenbefragung stellen heraus, dass Gröpelingen ein Stadtteil mit besonderen Bedarfen ist. Erschöpfungszustände, Lungenerkrankungen, Kinder mit Adipositas, Konzentrationsschwäche und Sprachstörungen werden in diesem Zusammenhang genannt. Aber auch der Bedarf von Schwangeren und jungen Müttern an der Versorgung durch Hebammenhilfe (vgl. Unterabschnitt 6.1.3.3). Für diese Bevölkerungsgruppen sollten **spezielle Angebote** vorgehalten werden, um auf die **gesundheitlichen Bedarfe** eingehen zu können, beispielsweise durch ein Hebammenzentrum, um Schwangere und junge Familien in der reproduktiven Lebensphase zu unterstützen (vgl. Abschnitt 3.5.3). Die Bremer Politik hat die Einführung eines Hebammenzentrums bereits in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen (Sozialdemokratische Partei Deutschland et al. 2019: 92f.).

Um Kinder bereits von Beginn an zu unterstützen, benötigt es **Angebote**, Einrichtungen und Projekte, die sich mit den gesundheitlichen Problemlagen **der Altersgruppe** auseinandersetzen und die die Eltern zur Förderung ihrer Kinder wahrnehmen können. Ein Beispiel wären hier schon vorhandene Frühberatungsstellen (vgl. Abschnitt 3.5.2). Ein weitergehendes Beispiel wäre das Projekt „Chancenreich“ aus der Stadt Herford. Dieses Projekt widmet sich der Chancengleichheit und der Unterstützung und Förderung junger Familien in

den ersten 3 Lebensjahren ihres Kindes. Ein umfassendes Angebot bildet hierfür die Grundlage, die durch ein Bonussystem untermauert wird, welches den Eltern bei erfolgreicher Inanspruchnahme Fördermöglichkeiten ihres Kindes in Aussicht stellt (Chancenreich Herford e.V. o. J.). Für ein solches (Pilot-) Projekt könnte sich auch der Stadtteil Gröpelingen eignen. Denn vor allem junge Mütter und Alleinerziehende weisen öfter Überforderungen und Unsicherheiten in der Kindererziehung auf, deshalb ist hier der Bedarf an Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten ebenfalls förderlich (vgl. Unterkapitel 3.5.1.2). Diese Aspekte treffen auch auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu, da Gröpelingen einen großen Bedarf an Förderungen von Kindern und Jugendlichen aufweist (vgl. Unterkapitel 3.5.2.1).

Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Aspekt ist der demografische Wandel in Gröpelingen. Die Gruppe der **älteren ausländischen Bevölkerung** wird in Zukunft ansteigen. Für diese Bevölkerungsgruppe benötigt es in Zukunft Angebote und Einrichtungen, damit sie **Zugang zur medizinischen Versorgung** hat, aber auch am gesellschaftlichen Leben weiterhin teilhaben können (Habermann & Stagge 2014: 10) (vgl. Abschnitt 3.5.4).

#### **7.2.4 Kooperation und Vernetzung**

Die Ergebnisse der Expertenbefragung belegen eine bereits gut ausgebaute Netzwerkstruktur in Bremen-Gröpelingen. Alle Expert\*innen geben an, in organisierten oder informellen Netzwerken aktiv zu sein und mit anderen Expert\*innen im Stadtteil zu kooperieren. Bei der Auswertung der Interviews wurde jedoch deutlich, dass es unterschiedliche Auffassungen davon gibt, was die Begriffe *Kooperation* und *Vernetzung* bedeuten, sodass sie oft synonym verwendet werden.

Neben dem **unterschiedlichen Verständnis der Begrifflichkeiten** gibt es zudem deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Expert\*innen darüber, was eine gute Kooperation und Vernetzung ausmache. Einige sehen eine Kooperation und Vernetzung als gelungen an, wenn sie sich mit ihren Kollegen\*innen austauschen, telefonisch schnelle Absprachen treffen können oder bei Ausfall eine Vertretung finden. Besonders die Expert\*innen aus der Direktversorgung geben häufig an, dass sie sich vorzugsweise in privaten Netzwerken

mit Fachkollegen\*innen austauschen, sodass sich deren kooperative und vernetzende Tätigkeiten auf ihren Fachkreis beschränke. Andere verstehen unter einer guten Kooperation und Vernetzung hingegen, neben dem Informationsaustausch eine Organisierung verschiedener Akteure in interdisziplinären Arbeitskreisen beziehungsweise Netzwerken sowie eine gemeinsame Zielverfolgung und Initiierung von Projekten, die einen Mehrwert für den gesamten Stadtteil bieten.

Auch in der Fachliteratur bleibt die Trennung der zwei Begrifflichkeiten häufig unscharf, da die Grenzen meist fließend sind. *„Als Netzwerk bezeichnet man in der Regel den losen Zusammenschluss von eigenständigen Akteuren mit unterschiedlichen, eigenständigen Interessen und mindestens einem gemeinsamen Ziel oder einer gemeinsamen Vision. Die Netzwerkarbeit hat dabei die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen (...) und über Sektorgrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln“* (Quilling et al. 2013: 12) *„Kooperation dagegen stellt eine auf einzelne Vorhaben bezogene, an der Problemlösung orientierte und damit zeitlich begrenzte informelle Zusammenarbeit zwischen zwei oder drei Akteuren dar. Im Grad der strukturellen Verdichtung liegt in diesem Verständnis die Abgrenzung zur Netzwerkarbeit, die die auf der Arbeitsebene häufig praktizierte Kooperationen überwinden soll“*.

Luthe (2017: 52) hingegen sieht den Unterschied zwischen Kooperation und Vernetzung darin, dass Kooperationen feste Partnerschaften zur Erreichung vorgegebener Ziele bilden, während Netzwerke sich tendenziell über eine offene Mitgliederstruktur auszeichnen. Folglich sind Netzwerke eine Weiterentwicklung von Kooperationen. Sie haben eine größere Anzahl von Akteuren, die Ziele sind dynamisch und werden stets weiterentwickelt und Entscheidungen werden in Gruppen und weniger bilateral getroffen.

Weise definiert Kooperation als wechselseitige Hilfe oder den Tausch von Gütern, sodass ein Mehrgewinn für alle beteiligten entsteht, beispielsweise durch Arbeitsteilung oder Informationsgewinn. Als Synonyme für Kooperation nennt er Zusammenarbeit, Hilfe und Teamarbeit (Weise 1997: 2).

Laut Trojan und Süß (2015) bedeutet Vernetzung, horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen aufzubauen und weiterzuentwickeln. Mit Hilfe horizontaler Kooperationsstrukturen sollen die verschiedenen Lebensbereiche und die entsprechenden Politiksektoren miteinander verknüpfen werden. Beispiele dafür sind Bündnisse, Arbeitskreise, Stadtteilkonferenzen oder „runde Tische“. Wo hingegen bei den vertikalen Kooperation die unterschiedlichen politischen Ebenen miteinander verbunden werden, um die verschiedenen Ebenen in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang zu bringen.

Diese verschiedenen Definitionen von Kooperation und Vernetzung in der Fachliteratur spiegeln die unterschiedliche Wahrnehmung der Expert\*innen wider. Wegen der unklaren Grenzen ist bei dem Aufbau von Kooperationen und Netzwerken zur Vermeidung von Missverständnissen und falschen Erwartungen eine Klärung der Rahmenbedingungen wichtig. Für den Erfolg ist es notwendig, ein einheitliches Verständnis herzustellen. Zur Sicherstellung der Qualität müssen sich die beteiligten Akteure auf Qualitätsstandards einigen und sich zu ihrer Einhaltung verpflichten. Die Entwicklung einer solchen Netzwerkidentität trägt dazu bei, ein klares Netzwerkprofil zu erstellen und positive Kooperationserfahrungen hervorzuheben. Diese gemeinsam entwickelte Identität verringert Konkurrenzdruck und schafft Vertrauen, eine offene Kommunikation und Transparenz (Büttner & Voigt 2015: 8).

### **Erfolgskriterien für Kooperation und Vernetzung**

Büttner und Voigt (2015) definieren in ihrer Publikation weitere Erfolgskriterien, die zum Teil auch von den Expert\*innen in den Interviews als fördernde Faktoren und positive Erfahrungen benannt werden. In den Interviews berichten die Expert\*innen beispielsweise, dass sich viele Akteure interessiert, motiviert und aktiv in Netzwerken beteiligen, eine gute Kommunikationsstruktur herrsche und gemeinsam aktuelle Themen besprochen und Projekte bearbeitet werden können. Zu den größten Vorteilen von Kooperation und Vernetzung zählen die Expert\*innen den Informationsaustausch und die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Als fördernde Faktoren benennen sie die Motivation der Akteure für Vernetzung, regelmäßige Treffen, ein gutes Miteinander und gemeinsame Ziele. In der Fachliteratur werden verschiedene Kriterien für den Erfolg von Kooperationen und Netzwerken formuliert. Teller und Longmuß (2007: 53) halten eine

**Arbeitsverteilung**, bei der die Aufgaben klar definiert, abgestimmt und verteilt werden, für wichtig, um verschiedene Kompetenzen und Ressourcen effektiv nutzen zu können und paralleles und redundantes Arbeiten zu verhindern. Gleichzeitig werden die Akteure durch das Einbeziehen zur Mitarbeit und **Verantwortungsübernahme** motiviert. Ebenso ist es für die Motivation und Stärkung der Kooperation essenziell, Erfolge und **Ergebnisse sichtbar zu machen**. Dadurch würde nicht nur eine langfristige Mitarbeit gesichert, sondern auch eine Außenwirkung erzeugt.

Weiter sollten die Akteure so eingebunden werden, dass sie mit ihren Fähigkeiten, Ressourcen und Beziehungen zur Erreichung der Ziele beitragen können. Eine notwendige Voraussetzung dafür ist der Aufbau eines **Vertrauensverhältnisses** und „Wir-Gefühls“. Eine Netzwerkkultur, die sich durch eine **offene Kommunikation, gegenseitige Unterstützung, Fairness und Respekt** auszeichnet, stärkt die Kooperationsfähigkeit. So werden durch eine Arbeitsverteilung, **gemeinsame Zielsetzung und Strategieentwicklung** die unterschiedlichen Stärken der Akteure gebündelt und Defizite kompensiert (Büttner & Voigt 2015: 8).

Für den Erfolg von Netzwerken und Kooperationen sind zudem eine Zielformulierung, **konsensuelle Entscheidungen** und ein **erkennbarer Nutzen** notwendig, sowohl für die Netzwerkakteure selbst, die von der Mitarbeit in Netzwerken profitieren müssen, damit sie langfristig engagiert bleiben als auch für die Zielgruppe beziehungsweise den Stadtteil, die nur einen hohen Nutzen haben, wenn die Netzwerkarbeit **effektiv und transparent** gestaltet wird. Die Netzwerkstrukturen müssen sich flexibel an die verändernden Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der Netzwerkakteure anpassen (ebd.: 9).

Zusätzlich werden das **Netzwerkmarketing**, die **Innovationskultur** und die **Evaluation** zur Messung der Erfolge als notwendige Kriterien genannt (ebd.: 8ff.).

### **Chancen**

Eine erfolgreiche Etablierung von Netzwerken und Kooperationen bietet zahlreiche Vorteile. Durch die **gemeinsame Nutzung von Ressourcen** wie Zeit, Personal und Finanzmittel entstehen **Synergieeffekte**, welche die **Effizienz**

der einzelnen Akteure und Institutionen stärken. Zudem werden **Parallelaktivitäten vermieden** und komplexe, für die Einzelakteure schwer oder gar nicht zu bewältigende **Aufgaben realisierbar** (ebd.: 1). Laut Bönisch (2017: 114) ist ein weiterer Vorteil, dass Netzwerke eine Austauschplattform darstellen können, die dabei hilft, Kontakte zu knüpfen und zu verstetigen.

Marktwirtschaftlich betrachtet führt die Netzwerkbildung im Gesundheitswesen zu einer **Senkung der Markteintrittsbarrieren**, sodass einzelne Akteure einen leichteren Zugang zum Markt haben. Zudem führt die **Aufteilung der Kosten** für die gemeinschaftlichen Leistungserbringungen und Informationsbeschaffungen zu Einsparmöglichkeiten für die Netzwerkakteure. Ergänzend führt die Verteilung des unternehmerischen Risikos im Netzwerk zu einer individuellen Risikominderung für den einzelnen Akteur (Eymann et al. 2018).

Im Gesundheitswesen kann zusätzlich durch das **Vertrauensverhältnis** zwischen den Netzwerkakteuren und einer gemeinsamen Identität die Leistungserbringung weiter gesteigert werden, wodurch besonders Patient\*innen beziehungsweise Kund\*innen profitieren, welchen durch die Vernetzung eine größere **Service- und Angebotsvielfalt** geboten wird, die durch die gesteigerte finanzielle Effizienz der Netzwerkmitglieder zugleich günstiger ist (ebd.).

Es finden sich außerdem perspektivische Vorteile. So wird das **Image** gesteigert und durch den Austausch und das interorganisationale Lernen im Netzwerk ein **Wissenszuwachs** und gesteigerte Kompetenzen realisiert. Weiterführend fördern die Netzwerke durch den gesteigerten Anreiz für das Lernen und die **Informationsweitergabe** eine schnellere Umsetzung von Ideen und Innovationen (ebd.).

### **Herausforderungen**

Bei der Befragung der Expert\*innen kommen aber auch negative Erfahrungen und hemmende Faktoren zum Vorschein. So berichten die Expert\*innen, dass die Arbeitsverteilung nicht ausgeglichen sei, Transparenz für die vorhandenen Angebote fehle und die Kooperation und Vernetzung stark von der Eigeninitiative der Akteure abhängig sei.

In der Fachliteratur werden diese Erfahrungen bestätigt. Eine **Verbindlichkeit** lässt sich nur schwer über formale Regelwerke realisieren. Sie ist vielmehr ein

Ausdruck der Bereitschaft der Akteure, mittels der eigenen Ressourcen die Zielerreichung des Netzwerks zu unterstützen. Dies ist auch in den Kooperationen und Netzwerken in Gröpelingen der Fall. Um die Akteure zu Kooperationen und Vernetzungen zu motivieren, müssen die Rahmenbedingungen sowie die Netzwerkziele und -aufgaben so gestaltet werden, dass alle Akteure ihren Nutzen erkennen und dazu motiviert sind, sich verbindlich zu engagieren. Nur wenn bei der Etablierung klare Strukturen und Entscheidungs- wie Regelsysteme beschlossen werden, kann Transparenz geschaffen werden. Dadurch wird die Entwicklung von Vertrauen befördert, bestehender Konkurrenzdruck abgebaut und die Kooperationsbeziehungen werden gestärkt (Büttner & Voigt 2015: 10).

Auch werden eine faire und ausgeglichene **Arbeitsverteilung** sowie **Ressourcenbalance** als Erfolgskriterien definiert, die für die Zufriedenheit der Zusammenarbeit wichtig sind, denn Netzwerkarbeit bedeutet für die meisten Akteure Zusatzarbeit. So sollten die Aufgaben sorgfältig abgestimmt werden und die Ressourcen eines Netzwerks sich gut ergänzen beziehungsweise so verteilt werden, dass die Ziele der Netzwerkakteure und des Netzwerks erreicht werden können (ebd.: 8).

Für solche Aufgaben wie die Schaffung von Verbindlichkeit, Transparenz, Aufgabenverteilung und Ressourcenbalance ist laut Teller und Longmuß (2007: 53) eine **Koordinierungsstelle** empfehlenswert. Auch die Expert\*innen wünschen sich an dieser Stelle eine übergreifende Koordinierungsstelle für die vielen Angebote im Stadtteil, die eine gute Zusammenarbeit erleichtern würde. Eine neutrale Moderation, welche die Netzwerkentwicklung steuert und zwischen den Akteuren vermittelt, wird auch von Teller und Longmuß als ein Erfolgskriterium für Kooperation und Vernetzung angesehen. Eine übergeordnete Unterstützungseinheit zur Planung und Organisation ist nach Büttner und Voigt (2015: 10) für die Zielerreichung und Netzwerksteuerung notwendig, denn *„je komplexer ein Netzwerk ist, desto wichtiger ist die Einrichtung eines zentralen Managementsystems, welches über klare Planungs-, Steuerungs- und Kontrollmechanismen verfügt“*, damit die Netzwerkakteure sich anstatt mit der Organisation der Netzwerkarbeit mit inhaltlichen Themen beschäftigen können.

Eindeutig äußern alle Expert\*innen in den Interviews den Wunsch nach mehr Zusammenarbeit und Vernetzung. Dafür fehle es im Stadtteil jedoch an Ressourcen wie Zeit oder Vergütungsmöglichkeiten für Netzwerkarbeit. Insbesondere die Direktversorger geben **Zeitmangel** als Grund dafür an, warum sie wenig kooperieren und wenig vernetzt seien. In ihrem Arbeitsalltag können sie in Gröpelingen ihre primären Aufgaben aufgrund von Sprachbarrieren und zusätzlichen Aufgaben wie soziopsychologischer Beratungen nur defizitär nachgehen. Es bleibe einfach keine Zeit für Kooperation und Vernetzung.

Auch die Literatur bestätigt zum einem, dass Netzwerkarbeit sehr zeitintensiv ist (Neugebauer et al. 2018: 38), und zum anderen, dass Ärzt\*innen neben den professionellen Behandlung häufig schwierige Gesprächssituationen erleben. Dazu zählt der Umgang mit Emotionen wie Ärger, Wut oder Verzweiflung, aber auch Gespräche mit der Familie oder via Dolmetscher (Mehnert et al. 2012), die laut der Expert\*innen besonders viel Raum in Gröpelingen einnehmen.

Die Expert\*innen berichten außerdem von Parallelstrukturen und einer mangelhaften **Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ressorts**. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und Krankenkassen sowie Behörden wird kritisiert.

Diese Problemstellung findet sich auch in der Fachliteratur wieder. Trotz der hohen Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im weltweiten Vergleich, weist es eine ausgeprägte Differenzierung und klare Abgrenzungen zwischen den unterschiedlichen Sektoren auf (Bönisch 2017: 13). Aus dieser speziell zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sichtbaren **Sektoralisierung** resultierend, mangelt es an ausreichender Koordinierung, Aufgabenzuteilung und einer konsistenten Versorgungskette. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sieht darin den Grund für Über-, Unter- und Fehlversorgungen (ebd.).

Auch die Ottawa-Charta sieht eine ganzheitlichere Sicherstellung gesunder Lebensbedingungen und des Wohlbefindens der Menschen vor. So hat der Gesundheitssektor nicht die alleinige Verantwortung und ebenso wenig die Fähigkeit, dies zu gewährleisten. Viel mehr liegt dies in der Gesamtverantwortung aller Bereiche der Politik, denn die Gesundheitsförderung ist sowohl eine intersektorale als auch eine interdisziplinäre Aufgabe und benötigt eine Koordinierung aller Bereiche und Verantwortlichen (Trojan & Süß 2015).

Die Expert\*innen und die Literatur machen deutlich, dass Kooperationen und Vernetzungen im Gesundheitsbereich von hoher Bedeutung sind, einen positiven Effekt auf die Gesundheitsförderung und -versorgung haben und vielfältige Potenziale bieten. Durch die enge Zusammenarbeit und Abstimmung der Akteure kann die Qualität der Präventions- und Gesundheitsdienstleistungen verbessert werden, während die Kosten in der Gesundheitsversorgung eine Reduktion erfahren. Nicht zuletzt deswegen sollte eine Nachhaltigkeit der Netzwerkarbeit angestrebt werden. Damit sich Netzwerke nachhaltig etablieren können, muss jedoch eine möglichst kontinuierliche personelle Beteiligung sichergestellt werden (Wohlfart 2006: 16). Denn die Nachhaltigkeit eines Netzwerks kann nur gesichert werden, wenn für alle Beteiligten der Aufwand, den sie tätigen, in einem günstigen Verhältnis zum anvisierten Nutzen steht. Dann werden sie bereit sein, Ressourcen bereitzustellen und sich persönlich zu engagieren. Nachhaltige Gewinne können zum Beispiel durch die Bündelung von Stärken der einzelnen Akteure erzielt werden (Büttner & Voigt 2015: 9).

### **7.2.5 Lösungsansätze und Zukunftswünsche**

In den durchgeführten Experteninterviews und der Bürgerbefragung in Gröpelingen werden viele unterschiedliche Zukunftswünsche geäußert, um die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil zu verbessern.

Ein konkreter Lösungsansatz, der sowohl in den Experteninterviews als auch in der Bürgerbefragung thematisiert wird, ist die Implementierung eines Gesundheitszentrums. Alle Expert\*innen äußern in den Interviews diesbezüglich ihre Zustimmung. Unter den Bürger\*innen befürworten dies 86 % aller befragten Personen. Über das potenzielle Angebot in einem Gesundheitszentrum machen Expert\*innen und Bürger\*innen weitestgehend übereinstimmende Aussagen. So steht die hausärztliche Versorgung an erster Stelle, gefolgt von diversen Fachärzt\*innen (Gynäkolog\*innen, Pädiater\*innen, Psychiater\*innen, Zahnärzt\*innen und Orthopäd\*innen). Auch bei dem Wunsch nach Therapeut\*innen stimmen die Aussagen von den Expert\*innen und Bürger\*innen nahezu überein. Der Bedarf an Logopäd\*innen jedoch lässt sich durch die Antworten der Bürger\*innen mit 26 % geringer einstufen. Die Einrichtung einer Be-

ratungsstelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten fordern fast alle Expert\*innen. Bei den Bürger\*innen ist der Wunsch nach einer sozialen Beratungsstelle mit 41 % deutlich höher als nach Pflegeberatung (26 %) und Rechtsberatung (25 %). Unterschiedliche Meinungen hingegen scheinen in Bezug auf die Angliederung der Hebammenversorgung an ein Gesundheitszentrum zu bestehen. So schreiben die Expert\*innen dieser eine hohe Priorität zu, die Bürger\*innen wünschen dies jedoch nur in 18 %. Möglicherweise ließe sich das durch die stark abgegrenzte Zielgruppe der Schwangeren und Wöchnerinnen erklären, die nur einen geringen Teil der Gröpelinger Bevölkerung ausmacht. Neben den bislang beschriebenen medizinischen Angeboten werden durch die Expert\*innen noch weitere Nennungen zu begleitenden Angeboten gemacht (Kinderbetreuungseinrichtung, Café, Spielplatz etc.). Von Seiten der Bürger\*innen erfolgen solche Vorschläge nicht. Der standardisierte Fragebogen ermöglichte solche Antwortmöglichkeiten jedoch auch nicht. Weitere Wünsche der Expert\*innen für das Gesundheitszentrum sind flexibel einsetzbare Dolmetscher\*innen(-systeme), der Einsatz digitaler Medien, niedrigschwellige Angebote und kreative Zugangswege zur Bevölkerung, ebenso wie die Möglichkeit zum direkten Informationsaustausch beteiligter Akteure. Weitere Wünsche der Bürger\*innen, die sich nicht explizit auf ein Gesundheitszentrum beziehen, jedoch in einem solchen auch Berücksichtigung finden könnten, sind die Reduzierung der Wartezeiten, eine schnellere Terminvergabe, gegebenenfalls in Kombination mit einer Notfallsprechstunde. Ebenfalls wünschen sich einige einen barrierefreien Zugang zu (nahegelegenen) medizinischen Angeboten. Des Weiteren wird eine gute Behandlung mit mehr individueller Zeit genannt, eine bessere psychologische Versorgung und insgesamt mehr Personal (Ärzt\*innen, Fachärzt\*innen), gerne auch mit Migrationshintergrund. Auch die Möglichkeit zu Hausbesuchen durch medizinisches Personal ist einigen Bürger\*innen ein Anliegen.

Im Verlauf dieses Kapitels soll näher auf praktische Beispiele aus dem internationalen und nationalen Bereich eingegangen werden. Durch die Darstellung der jeweiligen Ausgangslage, des Aufbaus und der Zielsetzung der einzelnen Modelle und Konzepte könnten Ideen, aber auch mögliche Hürden für die Implementierung eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen abgeleitet werden.

## **Community Health Centres in Kanada**

Im internationalen Kontext betrachtet gibt es in vielen Ländern bereits Gesundheitszentren, die in die Regelversorgung des jeweiligen Landes aufgenommen sind. So sind zum Beispiel in Kanada sogenannte Community Health Centres (CHC) seit den 1970er-Jahren in der Gesundheitsversorgung etabliert. Neben einer umfassenden Primärversorgung haben sie auch das Ziel der Gesundheitserhaltung (Gesundheitsförderung und Prävention), vor allem von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen, angesiedelt in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Die multiprofessionell ausgerichteten Teams umfassen in erster Linie Pflegekräfte (zum Beispiel als Registered Nurses (B.A.) und Nurse Practitioners (M.A.)), neben Ärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Diätolog\*innen, Logopäd\*innen und Podolog\*innen (Schaeffer et al. 2015: 113f.).

Kernmerkmale der CHC sind (ebd.: 114f.):

- eine breit angelegte, integrierte Primärversorgung, ergänzt durch Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention unter einem Dach
- die besondere Berücksichtigung des Einflusses sozialer Determinanten auf die Gesundheit und die Fokussierung auf besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen
- die Arbeit in multiprofessionellen Teams
- die edukativen Interventionsansätze (Schulungen, Gesundheitsbildung)
- die Ausrichtung sowohl auf Individuen als auch die Community (verschiedene Interventionsansätze)
- die kommunale Ausrichtung (es findet eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Institutionen wie Schulen, Behörden, sozialen Diensten statt)
- eine gute Erreichbarkeit und ein niedrigschwelliger Zugang (die Zentren sind zentral gelegen, nutzerfreundlich gestaltet, haben einen 24-Stunden-Telefonservice und versuchen sich sowohl auf die kulturellen wie sprachlichen Bedingungen ihrer Patient\*innen einzustellen)

Finanziert werden die CHC durch eine Mischfinanzierung. Sie sind Teil des staatlichen Gesundheitssystems und bekommen entsprechende Gelder, ein anderer Teil kommt aus zusätzlichen Finanzierungsquellen wie Spenden. Sie sind als gemeinnützige, nicht-gewinnorientierte Zentren organisiert. Damit die

Identifizierung der Gemeinde mit ihrem Gesundheitszentrum höher ist, sind ehrenamtliche Mitglieder aus der Gemeinde in der Leitung tätig (ebd.: 116).

Evaluationsergebnisse der kanadischen Community Health Centres schreiben den Zentren einige Vorteile im Vergleich zu anderen Primärversorgungsmodellen zu. So werden durch sie chronisch Kranke und sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser erreicht. Das Management chronischer Erkrankungen und die Versorgung älterer Menschen sind erfolgreicher. Ebenso zeigt sich die gemeindezentrierte Ausrichtung der Zentren als besonders positiv. Als Ergebniskriterium wird die reduzierte Nutzung der Notfallambulanzen durch diese Patientengruppen herangezogen (ebd.: 116f.)

### **Empfehlung des Sachverständigenrates**

Wie bereits in Kapitel 4 näher beschrieben, empfahl 2014 der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Implementierung von Gesundheitszentren auch in Deutschland, um die gesundheitliche Versorgung in ländlichen Gebieten sicherzustellen und eine möglichst umfassende Versorgung älterer und chronisch kranker Menschen zu gewährleisten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2014: 612f.). Beide Ziele scheinen nicht unmittelbar auf den Stadtteil Gröpelingen übertragbar. Gröpelingen liegt im Bremer Westen und ist gekennzeichnet durch städtische Versorgungsstrukturen. Auch stellen ältere Menschen eher einen geringen Anteil in der Gröpelinger Bevölkerungsstruktur dar. Wie bereits in Abschnitt 3.1.1 dargestellt, ist Gröpelingen mit 40,6 Jahren ein überdurchschnittlich junger Stadtteil, der Anteil an Menschen unter 25 Jahren höher und der Anteil an Menschen über 65 Jahren niedriger als im Städte- und Bundesdurchschnitt (Statistisches Landesamt Bremen 2019g). Dennoch sieht sich der Stadtteil subjektiv mit einer Unterversorgung im gesundheitlichen Bereich konfrontiert. Gröpelingen hat einen deutlich höheren Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländer\*innen. Dies führt nach Angaben der befragten Expert\*innen aufgrund von sprachlichen Barrieren zu zeitlich komplexeren Patientenbehandlungen. Auch scheint sich die Nachbesetzung vakanter Arbeitsstellen aufgrund einer geringen Arbeitsattraktivität im Stadtteil zum Teil schwierig zu gestalten.

Zur Bündelung bestehender Versorgungsangebote und um effizientere und

leistungsfähigere Strukturen zu schaffen, eignet sich die Idee des lokalen Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung jedoch auch für den Stadtteil Gröpelingen. Neben den genannten Versorgungsangeboten empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung das Angebot von **Zweigsprechstunden** durch nicht dauerhaft niedergelassene Ärzt\*innen. Kritisch betrachtet werden muss diese Idee jedoch vor dem Hintergrund, dass viele Fachärzt\*innen für die Durchführung von Diagnostik spezielle, nicht transportable Geräte benötigen, die in ihrer Anschaffung teuer sein können und sich dies für einen stundenweisen Einsatz vermutlich nicht rentieren würden. Des Weiteren wird der Einsatz eines **integrierten Case Managements** für die Koordination von Terminen und Versorgungsschritten, **niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten** zu den Versorgungsangeboten und eine optimale **Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr** genannt. Diese Vorschläge decken sich mit den Empfehlungen der interviewten Expert\*innen und den Wünschen der Gröpelinger Bürger\*innen und sollten bei der Planung eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen berücksichtigt werden.

### **Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung**

Auch die Robert Bosch Stiftung griff, wie bereits in Unterkapitel 4.1 beschrieben, die Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf und fördert seit 2017 mit circa zwei Millionen Euro Initiativen zur Etablierung sogenannter Patientenorientierter Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT). In der ersten Phase erhielten Einrichtungen in Berlin, Büsum, Hohenstein und Willingen-Diemelsee den Zuschlag (Robert Bosch Stiftung o. J.). In dem Konzept der PORT-Zentren werden vor allem folgende Punkte hervorgehoben (Klapper 2018: 14):

- aufeinander abgestimmte Prozesse und eine kontinuierliche Kommunikation beteiligter Akteure untereinander durch räumliche Nähe
- Patientenbeteiligung
- der Einsatz digitaler Hilfsmittel
- Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention
- Abstimmung des Angebotes auf den regionalen Bedarf

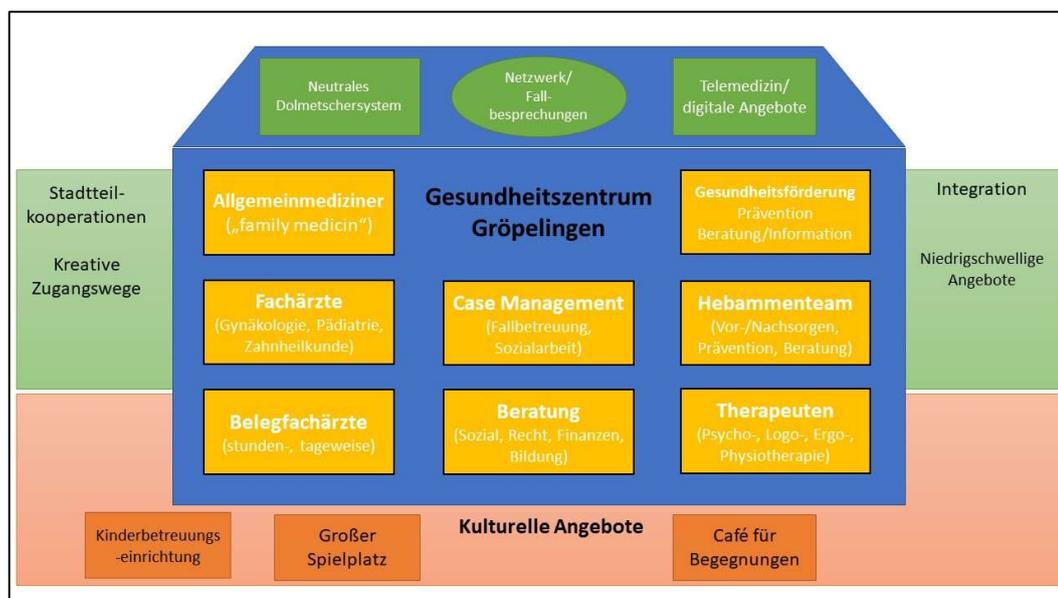
- nicht zuletzt soll ein Gesundheitszentrum eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ bedeuten, die stetig weiterentwickelt werden sollte

Die räumliche Nähe der Versorger\*innen in einem Gesundheitszentrum und die gesundheitliche Versorgung „aus einer Hand“ würden es ermöglichen, dem Wunsch der interviewten Expert\*innen in Gröpelingen, nach einem engen Austausch durch Netzwerkarbeit oder konkrete Fallbesprechungen mit anderen Versorger\*innen nachzukommen. Kurze Wege für Konsile und ein schnellerer und direkterer Informationsaustausch wären ebenfalls möglich. Der Einsatz digitaler Hilfsmittel bietet die Möglichkeit, ein einheitliches Dokumentations- und Informationssystem in einem Gesundheitszentrum zu schaffen. Auch könnte dies ein Ansatz sein, im Umgang mit sprachlichen Barrieren auf digitale Übersetzungsprogramme zurückzugreifen. Ältere und in ihrer Mobilität eingeschränkte Patient\*innen könnten nach Schulungen von Konzepten der Telemedizin profitieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) o. J.-b) definiert den Begriff der Telemedizin dabei wie folgt: *„Im weitesten Sinne wird darunter die Überwindung zeitlicher und/oder räumlicher Distanzen im Rahmen von medizinischen Sachverhalten verstanden. Das beinhaltet hauptsächlich die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen oder die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnik zwischen Ärzten, beziehungsweise zwischen Ärzten und Patienten gegebenenfalls unter Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal.“*

Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderungen wurden auch von den Expert\*innen in Gröpelingen gefordert und könnten im Bereich der oft genannten Beratungsstellen angesiedelt sein oder in Kooperation mit bereits aktiven Vereinen und Einrichtungen im Stadtteil umgesetzt werden. Die Abstimmung des Angebotes eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen auf den gesundheitlichen Versorgungsbedarf ist elementar. Wie bereits erwähnt ist dabei besonders auf die Bevölkerungsstruktur im Stadtteil zu achten, auf stadtteilspezifische Problemlagen (vgl. Unterkapitel 3.4) und welche gesundheitlichen Bedarfe sich daraus ableiten lassen. Dazu bietet der Inhalt dieses Forschungsberichtes einen Ansatz.

Abbildung 15 zeigt, in Anlehnung an das Konzept der PORT-Zentren (vgl. Abbildung 5), den möglichen Aufbau eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen, mitberücksichtigt wurden die Vorschläge und Wünsche der Expert\*innen und Bürger\*innen von Gröpelingen:

Abbildung 15: Modellidee des Gesundheitszentrum Gröpelingen nach dem Konzept der PORT-Zentren



Quelle: Eigene Darstellung

In den PORT-Zentren wird pflegerischen Berufen zum Beispiel im Bereich der „**Community Health Nurse**“ oder „**Advanced Nurse Practitioner**“ eine zentrale Rolle zugeschrieben, eingesetzt primär im Bereich des Case Managements und der Koordinierung von Angeboten. Auch diese Idee ließe sich in einem Gesundheitszentrum in Gröpelingen aufgreifen. Die Einbindung neuer Berufsbilder könnte auch zur Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität beitragen. Medizinisches Personal könnte sich wieder auf seine Kernaufgaben fokussieren.

### Poliklinik Veddel

In Unterkapitel 4.2 wird der Aufbau eines Stadtteilgesundheitszentrums im Hamburger Stadtteil Veddel beschrieben. Dieses praktische Beispiel zeigt einige Ansatzpunkte, die auch für die Implementierung eines Gesundheitszentrums in Gröpelingen interessant sein könnten. Die Hamburger Veddel ist zwar deutlich kleiner als Gröpelingen, weist aber eine ähnliche Bevölkerungs- und Sozialstruktur auf (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

2018). Neben der hausärztlichen Versorgung wurde dort ein Schwerpunkt auf die Einrichtung einer **Sozial- und Gesundheitsberatungsstelle** gelegt. In der hausärztlichen Sprechstunde kann der Fokus auf die medizinische Versorgung gelegt werden. Belastende Alltagssituationen und Lebensbedingungen, die häufig zu gesundheitlichen Problemen führen, können in der Beratungsstelle ergänzend thematisiert werden. Durch **Schulungen und Weiterbildungen** wird das Empowerment der Patient\*innen gestärkt. Eine starke Einbindung des Gesundheitszentrums in den Stadtteil ist dabei ebenfalls wichtig (Poliklinik Veddel o. J.-a). Diese Punkte scheinen sich ebenfalls auf den Stadtteil Gröpelingen anwenden zu lassen. Wie auch die Expert\*innen und einige Bürger\*innen in Gröpelingen angeben, wäre die Einrichtung einer Beratungsstelle wichtig für ein Gesundheitszentrum in Gröpelingen. Durch die gesellschaftliche Partizipation im Stadtteil ist das Gesundheitszentrum präsent und die Bürger\*innen können direkt erreicht werden, auch kann so an der Verbesserung pathogener Lebensbedingungen mitgearbeitet werden. Dafür kann ebenfalls die Anstellung einer Community Health Nurse sinnvoll sein, die den Kontakt zu weiteren Akteuren im Stadtteil aufrechterhält und auch als Ansprechpartner\*in für die Menschen im Quartier zu Verfügung steht. Weitere Ideen, an deren Umsetzung die Poliklinik Veddel bereits arbeitet, sind auch für Gröpelingen interessant. So soll in Zukunft eine **Rechtsberatung** eingeführt werden, die einen niedrigschwelligen Zugang zu juristischem Beistand über Sprach- oder Einkommensbarrieren hinweg ermöglicht (Poliklinik Veddel o. J.-a). Auf der Veddel haben über 70 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, circa 45 % sind Ausländer\*innen, sprachliche Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung kommen häufig vor (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2018). Mit einem **Sprachlabor** sollen Konzepte entwickelt werden, um diese zu überwinden. Von geeigneten Maßnahmen würde auch ein Projekt in Gröpelingen profitieren, da hier ähnliche Probleme im Alltag vorherrschen.

### **Gesundheitskollektiv Berlin**

Ein weiteres Projekt aus der Praxis, ähnlich wie in Hamburg, wird derzeit in einem Berliner „Problemstadtteil“ aufgebaut. Das Gebiet um das Rollbergviertel in Berlin wird laut des Gesamtindex soziale Ungleichheit als ein Gebiet mit einem sehr niedrigen Status und einer stabilen Dynamik ausgewiesen. Der

Gesamtindex soziale Ungleich fasst für jeden Planungsraum innerhalb Berlins die Aussage zur Positionierung des sozialen Status und zur Aussage der Veränderungsdynamik selbiger für einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren zusammen. Berücksichtigt werden die Indikatoren Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Transferbezug und Kinderarmut. Rollberg wurde 2017 als Planungsraum mit einem besonderen Aufmerksamkeitsbedarf ausgewiesen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin 2018). Der Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund liegt bei 32,5 %, der Anteil an Ausländer\*innen bei 34,3 %. Die Bevölkerung in diesem Stadtteil ist deutlich jünger als im Berliner Durchschnitt (Outreach - Mobile Jugendarbeit Berlin o. J.). Das Gesundheitskollektiv Berlin gründete sich dort vor einigen Jahren mit der Idee allen Menschen unabhängig von Sprache, Einkommen und Status eine exzellente Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. Der Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit soll in allen Aktivitäten des Gesundheitszentrums Beachtung finden (Gesundheitskollektiv Berlin e.V. o. J.). Als eines der von der Robert Bosch Stiftung, geförderten Projekte sollen im kommenden Jahr die Räumlichkeiten dafür fertiggestellt werden. Bis dahin arbeiten bereits ein Hausarzt, eine Kinderärztin, eine Physiotherapeutin und eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in stadtteilnahen Räumlichkeiten. Bald sollen auch eine Psychotherapeutin für den Erwachsenenbereich und eine Hebamme miteinsteigen. Eine Sozialarbeiterin versucht bereits in der Kinderarztpraxis, die Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem sozialen Beratungsangebot zu bilden (Frisch 2020). Auch **niedrigschwellige, mobile Gesundheitsberatung** findet bereits statt. Weitere begleitende Angebote sind die **Übersetzung von Arztbriefen** und die Einrichtung einer **Lotsen- und Multiplikatorengruppe** (Raslan 2019: 42). Das Gesundheitskollektiv Berlin plant neben der interdisziplinäre Primärmedizin mit gemeinsamen **Fallbesprechungen, Sozialberatung, Gemeinwesenarbeit und begleitende Forschung** und Evaluation durchzuführen (Frisch 2020). Doch führen rechtliche Hürden in der Planungsphase immer wieder zu Hindernissen: *„Mehr staatliche Regulierung wie in anderen Ländern wäre nötig, denn die Arbeit multiprofessioneller, sozial arbeitender Gesundheitszentren ist in unserem Gesundheitssystem nicht vorgesehen“* (Erler o. J. zit. n. Frisch 2020). So sei eine Zusammen-

arbeit von Ärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen wegen des **Zuweisungsverbot**es nicht möglich. Auch ein gemeinsames Wartezimmer kann demnach nicht implementiert werden. Ebenfalls gab es Unsicherheiten inwieweit das Case Management Zugriff auf Patientendaten haben darf. Nun werden die Angebote zwar unter einem Dach untergebracht sein, aber rechtlich und räumlich voneinander getrennt. Eine weitere Hürde in der Implementierung eines Gesundheitszentrums stellt sich in der **Finanzierung** dar. So könnten sich die Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen zwar über ihre Honorare selbst tragen, doch für alle weiteren Angebote gäbe es keine Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Vor allem für den Bereich des Schnittstellenmanagements und der Patientenkoordinierung gäbe es keine Gelder (Frisch 2020). Auch in Gröpelingen müsste im Vorfeld der Implementierung eines Gesundheitszentrums mit diversen rechtlichen und finanziellen Hürden gerechnet werden.

Was sowohl die Poliklinik Veddel als auch das Gesundheitskollektiv Berlin gemeinsam haben, ist der Wunsch, **Primärmedizin mit aktiver Sozialarbeit** zu verbinden und damit umfassend auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen im benachteiligten Stadtteil einzugehen. Auch Gröpelingen ist ein Stadtteil der viele Negativstatistiken anführt und von einem solchen umfassenden gesundheitlichen Versorgungskonzept profitieren könnte.

In einigen Bundesländern hat auch die Politik bereits den Handlungsbedarf erkannt. In Hamburg sollen sieben Gesundheitszentren in Stadtteilen mit besonders schlechter sozialer Lage betrieben durch gemeinnützige Träger unterstützt werden. Kern der Stadtteilgesundheitszentren sollen ein/eine Kinder- oder Hausärzt\*in sein, eine Community Health Nurse und eine Sozialberatung. Weitere Kooperation zu anderen gesundheitlichen Dienstleistern und Angeboten sollen ebenfalls Bestandteil werden. Auch in Berlin soll im Haushaltsjahr 2020/2021 erstmalig ein lokales Gesundheitszentrum aus dem Aktionsprogramm Gesundheit mit Landesgeldern in Höhe von 500.000 Euro unterstützt werden (ebd.). Auch im Bundesland Bremen einigte sich die Regierung in ihrem Koalitionsvertrag 2019 auf die Implementierung interdisziplinärer Gesundheitszentren in Stadtteilen mit niedrigem Sozialindex. So sollen der Aufbau unterstützt und koordiniert und Modellprojekte finanziell gefördert werden (Sozialdemokratische Partei Deutschland et al. 2019). Insgesamt lässt sich

festhalten, dass viele der genannten Lösungsansätze und Zukunftswünsche der Gröpelinger Expert\*innen und Bürger\*innen sich in der Implementierung eines Stadtteilgesundheitszentrums umsetzen ließen. Es gibt viele nationale und internationale Beispiele, die Ideen zur Umsetzung bieten. Aber die Praxis scheint auch zu zeigen, dass rechtliche und finanzielle Hürden auf diesem Wege vermutlich nicht ausbleiben würden.

## 8 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

In Bezug auf die Fragestellung (vgl. Kapitel 1) kann abschließend gesagt werden, dass die Durchführung eines Community Health Assessments eine gute Grundlage bietet, um Strukturen eines Stadtteils zu erschließen. So war die Erfassung der gesundheitlichen Versorgung sehr umfänglich und nicht nur in Hinblick auf die direkten Versorger, sondern auch auf Strukturen, die erst auf den zweiten Blick im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung stehen, möglich. Dies ermöglichte eine fokussierte Planung und Durchführung der Experteninterviews sowie der Bürgerbefragung. Entsprechend umfangreich zeigen die Ergebnisse, welche Möglichkeiten der Verbesserung in der Versorgung auch in Bezug auf ein Gesundheitszentrum denkbar sind.

In Hinblick auf die **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen** im Stadtteil Gröpelingen zeigt sich, dass unterschiedliches Verhalten in Bezug auf Inanspruchnahme vor allem auf Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen zurückzuführen ist. Dies führt zu Unzufriedenheiten auf Seiten der Versorger und auf Seiten der Bürger\*innen sowie zu Behandlungsfehlern und kann die Angehörigen von Familien mit Sprachbarrieren darüber hinaus beeinträchtigen. Außerdem wird das Gesundheitssystem zusätzlich belastet, was wiederum zu Einschränkungen in der Versorgung führen kann. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, haben sich auf Grundlage des Projekts folgende Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen hervorgerufen:

Die Diagnosestellung, Aufklärung und Informationsweitergabe in Hinblick auf die Behandlung von Patient\*innen durch Ärzt\*innen und andere Gesundheitsdienstleister sollte für alle Bürger\*innen in der Muttersprache ermöglicht werden. Dazu ist es notwendig, dass ein möglichst einfacher, **bürokratiearmer Zugang zu professionellen Dolmetscher\*innen** geschaffen wird. Dies kann im Rahmen einer **offiziellen Dolmetscherstelle** oder durch Förderung von **Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter\*innen** der Gesundheitsdienstleister erfolgen. Eine weitere Möglichkeit bieten technische Hilfsmittel wie der **Einsatz mehrsprachiger Medien oder Übersetzungshilfen**. Um nicht nur sprachlichen, sondern auch kulturellen Differenzen zu begegnen und so mögliche Konflikte einzuschränken, wäre die Arbeit eines/einer **Kulturmediator\*in** hilfreich,

welcher/welche bei Konflikten kultursensibel vermitteln kann. Förderlich wären zudem **Fort- und Weiterbildungsangebote zu kultursensiblen Umgang** beziehungsweise Kulturkompetenzen für Mitarbeiter\*innen im Gesundheitssektor des Stadtteils. Dadurch können auch das Vertrauen und die Akzeptanz in die medizinische Behandlung gesteigert werden. Als Konsequenz solcher Maßnahmen ist mit einer Entlastung des Gesundheitssystems und mit der Steigerung der Qualität der Versorgung zu rechnen. Dies betrifft die gesamte Bevölkerung und vor allem die im Projekt fokussierten Zielgruppen, welche häufig komplexe Problemlagen aufweisen. Folglich haben Einschränkungen in der Kommunikation entsprechend große Tragweite und die Lösung von Verständigungsproblemen bietet ein entsprechend großes Potenzial der Verbesserung.

Bei den Bedarfen werden in Gröpelingen vor allem **infrastrukturelle und personelle Bedarfe** deutlich. Infrastrukturell fallen fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, aber auch in Privatwohnungen und Praxen sowie Einschränkungen im öffentlichen Nahverkehr auf. Dies hat vor allem für Personen mit eingeschränkter Mobilität, aber auch für junge Familien Folgen, wenn diese mit Kinderwagen unterwegs sind, und betrifft demnach alle Zielgruppen, die im Projekt näher betrachtet werden. Einschränkungen in der Mobilität haben nicht nur Einfluss auf das Individuum, das dadurch gegebenenfalls soziale Kontakte verliert, Routinen aufgeben muss und in der Konsequenz unter psychosozialen Folgen leidet, sondern auch gesamtgesellschaftliche Auswirkungen, da Personen, die einen Verlust von Mobilität erfahren, häufiger Hilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Dies betrifft im großen Maße den Gesundheitssektor und schränkt eine adäquate Behandlung und Versorgung ein. Demnach geht die Erhaltung von Mobilität mit der Erhaltung von Selbstständigkeit einher und ist deshalb zu fördern. Konkret bedeutet das für den Stadtteil Gröpelingen anhand der Ergebnisse dieses Projekts, dass es zu einem **Abbau der Barrieren** kommen muss, zum Beispiel durch **Umbaumaßnahmen**. Im öffentlichen Raum ist dies gegebenenfalls leichter umzusetzen als in Privatwohnungen oder Praxen, da der Gesetzgeber hier mehr Einfluss auf Baumaßnahmen nehmen kann. Darauf sollte zukünftig der Fokus gelegt werden und betrifft einfache Veränderungen wie die **Breite von Gehwegen**. Umbaumaßnahmen in Privatwohnungen oder Praxen könnten durch **finanzielle Anreize** gefördert werden.

Außerdem sollte der **öffentliche Nahverkehr ausgebaut** werden, um allen Menschen eine kostengünstige Bewegungsfreiheit zu ermöglichen. Dies kann ebenfalls die Gesundheitsversorgung im Stadtteil entlasten, da Dienstleister in anderen Stadtteilen besser erreichbar wären. Personell fehlt es in Gröpelingen vor allem an Fachärzt\*innen, Therapeut\*innen und Hebammen. Diese Bedarfe gehen mit den geschilderten Problemen aufgrund der Sprachbarrieren wie der Einschränkungen in der Mobilität einher und verschärfen sich entsprechend der anderen im Stadtteil aufgeführten Probleme. Zusätzlich werden die vorhandenen Gesundheitsdienstleister durch die Konfrontation mit nichtmedizinischen Problemen wie Sozialberatung belastet. Dies wirkt sich negativ auf die vorhandene personelle Situation aus, da das Personal durch diese Barrieren der eigentlichen Tätigkeit der gesundheitlichen Versorgung eingeschränkt wird. Hier könnte die Etablierung von **Beratungsangeboten** Entlastung für das Gesundheitssystem schaffen. Dabei sind die Faktoren **Sprachbarrieren, Mobilität, Niedrigschwelligkeit und Partizipation** zu beachten, um möglichst viele Betroffene erreichen zu können. Die personelle Situation in Gröpelingen wird zusätzlich verschärft, da es an Anreizen für Dienstleister fehlt, dort neue Versorgungsangebote zu schaffen. Es wird zudem beschrieben, dass es nicht nur an Anreizen fehlt, sondern regelrecht unattraktiv für Versorger ist, sich im Stadtteil niederzulassen. Entsprechend sollte ein Fokus auf der Schaffung von Anreizen sowie der **Steigerung der Attraktivität des Stadtteils** liegen. Dies hängt eng mit der Bewältigung der geschilderten Faktoren Mobilität, Sprachbarrieren sowie Beratung zusammen und ist demnach eine große und weitreichende Aufgabe. Zusätzliche Anreize könnten durch finanzielle Unterstützung geschaffen werden. Die geschilderten personellen Bedarfe betreffen die ganze Bevölkerung Gröpelings und belasten dadurch nicht nur die fokussierten Zielgruppen. Diese sind aufgrund individueller Problemlagen häufig auf Unterstützung und Hilfe angewiesen und deshalb besonders belastet.

Zur Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil wurden außerdem die **Kooperation und die Vernetzung der Versorger** untersucht. Dabei zeigt sich zum einen eine bereits gut funktionierende Vernetzung vieler Akteure. Zum anderen wird auf Defizite in der Netzwerkarbeit und Koordinierung hingewiesen. Dies zeigt sich einerseits in Hinblick auf Versorger, die sich nicht an Netzwerkarbeit beteiligen, und andererseits in bestehenden Netzwerken,

die in ihrer Handlungskraft eingeschränkt sind, da die Netzwerkarbeit nicht optimal funktioniert. Dies liegt vor allem an fehlenden Kapazitäten und inadäquaten Strukturen der Netzwerke. Da Netzwerkarbeit einen wichtigen Aspekt in der Gesundheitsversorgung darstellt und sich durch Synergieeffekte Vorteile für Versorger wie auch Bürger\*innen ergeben können, sollte die **Netzwerkarbeit in Gröpelingen gefördert** werden. Konkret haben sich anhand des Projekts folgende Handlungsempfehlungen ergeben:

Zur Steigerung der Kooperation und Vernetzung in Gröpelingen sollten **klare Strukturen und Entscheidungs- wie Regelsysteme** etabliert werden, da so Transparenz geschaffen werden kann. Auf diese Art wird die Entwicklung von Vertrauen gefördert, bestehender Konkurrenzdruck abgebaut und die Kooperationsbeziehungen gestärkt. In Gröpelingen ist dafür eine **Koordinierungsstelle**, die sich um die Schaffung von Verbindlichkeit, Transparenz, Aufgabenverteilung und Ressourcenbalance kümmert, empfehlenswert. Weiterhin kann eine **Netzwerkanalyse** die bestehenden Netzwerke und deren Strukturen aufzeigen und gegebenenfalls Lücken sowie Doppelstrukturen identifizieren. Infolgedessen kann eine **Restrukturierung der Netzwerke** sinnvoll sein. Da Netzwerkarbeit für viele Akteure und Versorger zeitliche und somit finanzielle Ressourcen beansprucht, sollten Anreize geschaffen werden, die diese Investition vergüten. Werden Direktversorger in der Netzwerkarbeit sowohl finanziell als auch zeitlich unterstützt, kann dies zu einer Verbesserung der Versorgung insgesamt führen. Eine solche Entlastung hängt wiederum mit den oben formulierten Problemlagen wie Mobilität, Sprachbarrieren und strukturellen Bedarfen zusammen. Entsprechend können genannte Handlungsempfehlungen wie Dolmetscher\*innen, Stärkung des öffentlichen Nahverkehrs oder Initiierung von Beratungsstellen in Hinblick auf diese Probleme auch die Kapazitäten für Netzwerkarbeit fördern. Daraus resultiert wiederum ein positiver Effekt für die gesamte gesundheitliche Versorgung. Ein weiterer Aspekt, der bei Vernetzung und Kooperation berücksichtigt werden sollte, ist **Nachhaltigkeit**. Diese lässt sich zum Beispiel durch eine möglichst **kontinuierliche personelle Beteiligung** fördern. Dazu sind genannte Entlastungen der Dienstleistenden sinnvoll.

Die bisher geschilderten Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen umfassen verschiedene

Bereiche und komplexe Veränderungen. Dies lässt darauf schließen, dass die Umsetzung eine entsprechend komplexe und langfristige Aufgabe ist. Da aber die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Bedarf an Änderungen und Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung vorliegt, wird als eine kurzfristige Veränderung die **Implementierung eines Gesundheitszentrums** in Gröpelingen empfohlen. Dies greift viele der genannten Lösungsansätze auf, die die Versorgung in Gröpelingen positiv beeinflussen können. Die Implementierung eines Gesundheitszentrums geht mit dem Ausbau der haus- und fachärztlichen Versorgung und dem verbesserten Angebot bezüglich Therapeut\*innen einher. Dadurch werden die Bedarfe in diesen Bereichen verringert. Dies führt zu reduzierten Wartezeiten auf Termine und somit zu einer Entlastung auf Seiten der Versorger wie auch der Bürger\*innen. Zusätzlich ermöglicht ein Gesundheitszentrum die **Integration unterschiedlicher Hilfsangebote wie Dolmetscher\*innen, psychosozialer Angebote oder Beratungsangebote**, welche wiederum einen positiven Effekt auf personelle Bedarfe ausüben. Einen weiteren Vorteil bietet die räumliche Nähe aus verschiedenen Perspektiven. Zum einen werden kurze Wege für Bürger\*innen zur Versorgung geschaffen. Weiterhin kann ein Gesundheitszentrum für **Schulungs- und Präventionsangebote** genutzt werden. Dies erhöht durch Niedrigschwelligkeit und kreativen Zugangsweg die Inanspruchnahme der Angebote. Zum anderen sind auch die Wege der Versorger zueinander kurz und erleichtern die Vernetzung zwischen ihnen. Somit können Synergieeffekte, aber auch materielle Ressourcen wie digitale Medien und Hilfsmittel genutzt werden. Für Bürger\*innen kann ein Gesundheitszentrum außerdem ein Anlaufpunkt sein, an dem die Vernetzung zwischen den Bürger\*innen gesteigert wird. Die Implementierung eines Gesundheitszentrums sollte sich an **nationalen und internationalen Beispielen orientieren** und auf den drei Säulen **Primärmedizin, Sozialberatung und Community Health Nursing** fußen. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass dadurch personelle Engpässe in der Versorgung reduziert werden, die Attraktivität, den Stadtteil als Standort zu wählen, für Versorger steigt, die bestehenden Ressourcen geschont und unterstützt werden und die Netzwerkarbeit im Stadtteil begünstigt werden kann. Dies kann sich positiv auf alle Bürger\*innen Gröpelings auswirken und wird vor allem Menschen in prekären

Situationen zugutekommen. Dies betrifft auch die im Projekt fokussierten Zielgruppen. Es ist außerdem mit positiven Einflüssen auf andere gesellschaftliche Aspekte wie Integration und Inklusion sowie die Steigerung der Attraktivität des Stadtteils zu rechnen. Die Umsetzung eines Gesundheitszentrums bedeutet aber auch, dass langfristig trotzdem alle weiteren Handlungsempfehlungen umgesetzt werden sollten, um nachhaltig eine verbesserte Versorgung im Stadtteil zu erreichen.

## Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Kolip, P. (2012): Grundlagen (der Prävention). In: Egger, M. & Razum, O. (Hrsg.): Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Berlin: De Gruyten. S. 119-126.
- AfJ e.V. Kinder- und Jugendhilfe Bremen (o. J.): Erlebnisfarm Ohlenhof. verfügbar unter: <https://www.ohlenhof.de/>, letzter Zugriff: 05.01.2019.
- Alicke, T. & Eichler, A. (2014): Inklusive Gesellschaft - Teilhabe in Deutschland. Teilhabe am Gesundheitssystem von alleinerziehenden Müttern und Frauen mit Migrationshintergrund. Frankfurt am Main.
- Amt für soziale Dienste (o. J.-a): Erziehungsberatung. Fachdienst Junge Menschen - Erziehungsberatungsstelle. verfügbar unter: [https://www.amtfuersozialedienste.bremen.de/die\\_sozialzentren/sozialzentrum\\_2\\_groepelingen\\_\\_walle/erziehungsberatung-10508](https://www.amtfuersozialedienste.bremen.de/die_sozialzentren/sozialzentrum_2_groepelingen__walle/erziehungsberatung-10508), letzter Zugriff: 16.04.2019.
- Amt für soziale Dienste (o. J.-b): Sozialzentren. Sozialzentrum 2 - Gröpelingen, Walle. verfügbar unter: [https://www.amtfuersozialedienste.bremen.de/die\\_sozialzentren/sozialzentrum\\_2\\_groepelingen\\_\\_walle-10250](https://www.amtfuersozialedienste.bremen.de/die_sozialzentren/sozialzentrum_2_groepelingen__walle-10250), letzter Zugriff: 28.02.2020.
- Anderson, E. T. & McFarlane, J. (2011): Community as Partner. Theory and Practise in Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer. 6. Auflage.
- AOK-Bundesverband (o. J.): AOK-Pflegenavigator. verfügbar unter: <https://www.pflegenavigator.de/index.php?module=nursinghome>, letzter Zugriff: 26.03.2020.
- Arbeitnehmerkammer Bremen (2015): Kammer kompakt: Soziale Spaltung in der Stadt Bremen vertieft sich. verfügbar unter: [https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Kammer\\_kompakt/Kammer\\_kompakt\\_Soziale\\_Spaltung\\_06\\_2015.pdf](https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Kammer_kompakt/Kammer_kompakt_Soziale_Spaltung_06_2015.pdf), letzter Zugriff: 29.03.2020.
- Arbeitskreis "Älter werden im Bremer Westen" (2010): Älter werden im Bremer Westen. Beratung, Information, Angebote. Bremen.
- Aruin, S. (2015): Gesundheitsförderung in der Integrationsarbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse der Fachtagung der BZgA am 5. Februar 2015 in Essen. S. 68-73.
- Beneker, C. (2015): Migrantinnen Versorgung. Sprache bleibt höchste Barriere. verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Sprache-bleibt-die-hoechste-Barriere-235834.html>, letzter Zugriff: 30.01.2020.
- Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.; Ellert, U. & Dudenhausen, J. W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 50. S. 670-676. verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/422/294eMArPnfU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Bittlingmayer, U. & Hurrelmann, K. (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, W. & Badura, B. (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Berlin: Springer. S. 173-192.
- Blüher, S.; Schnitzer, S. & Kuhlmeier, A. (2017): Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflgereport 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer.
- Boeckh, J. (2008): Einkommen und soziale Ausgrenzung. In: Ernst-Ulrich Huster, E.-U., Boeckh, J., Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.): Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 282-300.
- Böhnisch, L. & Lenz, K. (1997): Familien. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bönisch, S. (2017): Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke. Wiesbaden: Springer VL.

- bremen.online (2018a): Gröpelingen aus der Geschichte. verfügbar unter:  
<https://www.bremen.de/leben-in-bremen/wohnen/stadtteile/stadtteilgeschichte-groepelingen> letzter Zugriff: 05.01.19.
- bremen.online (2018b): Gröpelingen. Multikulturell und bunt - Hafenstandort mit Geschichte. verfügbar unter: <https://www.bremen.de/leben-in-bremen/wohnen/stadtteile/groepelingen>.
- Bremische Evangelische Kirche (o. J.): Ev. Gemeinde Gröpelingen und Oslebshausen. Willkommen in der Evangelischen Gemeinde Gröpelingen und Oslebshausen. verfügbar unter: [https://www.kirche-bremen.de/gemeinden/11\\_groepelingen\\_oslebshausen/11\\_groepelingen\\_oslebshausen.php](https://www.kirche-bremen.de/gemeinden/11_groepelingen_oslebshausen/11_groepelingen_oslebshausen.php), letzter Zugriff: 05.01.19.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Bedarfsgemeinschaften und deren Mitglieder – Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Monatszahlen). November 2018. verfügbar unter:  
[https://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_1021944/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche\\_Suchergebnis\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input\\_=&pageLocale=de&topicId=1023382&region=&year\\_month=201811&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_1021944/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Suchergebnis_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input_=&pageLocale=de&topicId=1023382&region=&year_month=201811&year_month.GROUP=1&search=Suchen), letzter Zugriff: 14.03.2019.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen. Nürnberg. verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201902/iii7/grusi-in-zahlen/grusi-in-zahlen-d-0-201902-pdf.pdf>, letzter Zugriff: 16.03.2019.
- Bundesärztekammer (2018): Terminservicestellen. Freiberuflichkeit statt Konzernbildung. Heilpraktiker. Tabakaußenwerbeverbot. verfügbar unter:  
<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/terminservicestellen-freiberuflichkeit-statt-konzernbildung-heilpraktiker-tabakausenwerbeverbot/>, letzter Zugriff: 29.03.2020.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Sozialhilfe – und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Bonn. verfügbar unter:  
[https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a207-sozialhilfe-und-grundsicherung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=9](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a207-sozialhilfe-und-grundsicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=9), letzter Zugriff: 16.03.2019.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). verfügbar unter:  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>, letzter Zugriff: 24.03.2020.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Die Pflegeversicherung. *Online-Ratgeber Pflege*. verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html> letzter Zugriff: 26.03.2020.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2018): Armut. verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/service/glossar/A/armut.html>, letzter Zugriff: 16.09.2018.
- Bundesverband der Familienzentren (2018): Positionspapier des BVdFZ. verfügbar unter:  
<http://www.bundesverband-familienzentren.de/wp-content/uploads/2018-10-18-Aktuell-Positionspapier-Familien-und-Gesundheitszentren.pdf>.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2015): Problemviertel? Imageproduktion und soziale Benachteiligung städtischer Quartiere. verfügbar unter:  
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gangsterlaeufer/202834/problemviertel-image-und-benachteiligung>, letzter Zugriff: 28.03.2020.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Duden Wirtschaft von A bis Z. Grundlagen für Schule und Studium, Beruf und Alltag. Mannheim: Bibliographisches Institut. 6. Auflage.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2017): Zahlen und Fakten. Globalisierung. Armut. verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/globalisierung/52680/armut>, letzter Zugriff: 16.09.2018.

- Bundeszentrale für politische Bildung (2018): Kinder mit Migrationshintergrund. verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/bevoelkerung-und-demografie/277838/kinder-mit-migrationshintergrund>, letzter Zugriff: 05.05.2019.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2019a): Arbeitslose und Arbeitslosenquote In absoluten Zahlen und in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen, 1980 bis 2018. verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61718/arbeitslose-und-arbeitslosenquote>, letzter Zugriff: 16.03.2020.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2019b): Bevölkerung mit Migrationshintergrund I. In absoluten Zahlen, Anteile an der Gesamtbevölkerung in Prozent, 2017. verfügbar unter: [https://www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%F6lkerung\\_mit\\_Migrationshintergrund\\_I.htm](https://www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%F6lkerung_mit_Migrationshintergrund_I.htm), letzter Zugriff: 05.05.2019.
- Bürgerhaus Oslebshausen e.V. (o. J.): UNSERE PROJEKTE. verfügbar unter: <https://www.bghosl.de/projekte/kinder-jugend.html>, letzter Zugriff: 12.08.2018.
- Büttner, M. & Voigt, J. (2015): Theoretische Grundlagen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit. Potsdam: F.C. Flick Stiftung gegen Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und Intoleranz.
- Caritas Bremen (o. J.): Frühberatungsstelle Gröpelingen. verfügbar unter: <https://www.caritas-bremen.de/beratung-hilfe/caritas-erziehungshilfe/fruehberatungsstelle/fruehberatungsstelle>, letzter Zugriff: 16.04.2019.
- Chamberlain, C.; Porter, J.; Coleman, T.; Sm, P.; Thomas, J. & Je, M. (2017): Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON.
- Chancenreich Herford e.V. (o. J.): Chancenreich. verfügbar unter: <http://www.chancenreich-herford.de>, letzter Zugriff: 24.03.2020.
- DAK (2018): DAK-Gesundheitsreport 2018 für Bremen.
- David, M.; Borde, T.; Brenne, S.; Ramsauer, B.; Henrich, W.; Breckenkamp, J. & Razum, O. (2017): Obstetric and perinatal outcomes among immigrant and non-immigrant women in Berlin, Germany. In: Archives of Gynecology & Obstetrics.296.(4). S. 745-762. verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00404-017-4450-5.pdf>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Der Senator für Arbeit Frauen Gesundheit Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen (2007): Der Altenplan der Stadtgemeinde Bremen. Bremen.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2018) Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2018). S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge (Vol. 2): AWMF online.
- Deutscher Ärztinnenbund e.V. (o. J.): Deutscher Ärztinnenbund e.V. verfügbar unter: [https://www.aerztinnenbund.de/Deutscher\\_AErztinnen.0.102.1.html](https://www.aerztinnenbund.de/Deutscher_AErztinnen.0.102.1.html), letzter Zugriff: 02.04.2020.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (o. J.): Logopädensuche. verfügbar unter: <https://www.dbl-ev.de/service/logopaedensuche/>, letzter Zugriff: 24.11.2019.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (o. J.): Therapeuten. verfügbar unter: <https://dve.info/service/therapeutensuche/search/results?site=1>, letzter Zugriff: 24.11.2019.
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2019): Physiotherapeutensuche. verfügbar unter: [https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapeutensuche.html?tx\\_wrgomaps\\_show%5Bcontroller%5D=Map&cHash=d2b20f1e0fdb360380858290605ee16](https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapeutensuche.html?tx_wrgomaps_show%5Bcontroller%5D=Map&cHash=d2b20f1e0fdb360380858290605ee16), letzter Zugriff: 23.11.2019.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (o. J.): DIW Glossar: Armut. verfügbar unter: [https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.411565.de/armut.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.411565.de/armut.html), letzter Zugriff: 15.03.2020.
- DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus (o. J.-a): Der Elterngarten am DIAKO. verfügbar unter: <https://www.diakobremen.de/gesundheitsimpulse/elterngarten>, letzter Zugriff: 27.03.2020.
- DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus (o. J.-b): Die wichtigsten Fakten. In: verfügbar unter: <https://www.diakobremen.de/ueber-uns/fakten/daten>, letzter Zugriff:

- DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus (o. J.-c): Starke Kinder – Starker Bremer Westen. verfügbar unter: <https://www.diakobremen.de/gesundheitsimpulse/starke-kinder-starker-bremer-westen.>, letzter Zugriff: 12.08.2019.
- Die Senatorin für Kinder und Bildung (o. J.): Inklusion. Der inklusive Prozess an Bremer Schulen. verfügbar unter: <https://www.bildung.bremen.de/inklusion-4417>, letzter Zugriff: 20.12.2018.
- Die Senatorin für Soziales Jugend Integration und Sport (2019): Dienstleistungszentren. verfügbar unter: <https://www.soziales.bremen.de/soziales/detail.php?gsid=bremen69.c.45217.de>, letzter Zugriff: 26.03.2020.
- Die Senatorin für Soziales Jugend Integration und Sport (o. J.): Angebote für Mütter und alleinerziehende Mütter. verfügbar unter: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Angebote%20M%FCtter.55527.pdf>, letzter Zugriff: 16.04.2019.
- Die Senatorin für Soziales Kinder Jugend und Frauen (2015): Verzeichnis der Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime im Land Bremen. verfügbar unter: [https://www.soziales.bremen.de/soziales/detail.php?template=20\\_search\\_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Altenwohnheime+](https://www.soziales.bremen.de/soziales/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Altenwohnheime+), letzter Zugriff: 23.10.2019.
- Die Senatorin für Wissenschaft Gesundheit und Verbraucherschutz (o. J.): Hebammensuche Bremen / Bremerhaven. verfügbar unter: <https://www.hebammensuche-bremen.de/>, letzter Zugriff: 27.03.2020.
- Euro-Peristat Project (2018): European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. verfügbar unter: [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf), letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Expert\*in 1 (2019): Experteninterview 1.
- Expert\*in 2 (2019): Experteninterview 2.
- Expert\*in 3 (2019): Experteninterview 3.
- Expert\*in 4 (2019): Experteninterview 4.
- Expert\*in 5 (2019): Experteninterview 5.
- Expert\*in 6 (2019): Experteninterview 6.
- Expert\*in 7 (2019): Experteninterview 7.
- Expert\*in 8 (2019): Experteninterview 8.
- Expert\*in 9 (2019): Experteninterview 9.
- Eymann, T.; Buck, C.; Burster, S. & Sarikaya, S. (2018): Gestaltung von erfolgreichem Netzwerkmanagement für Gesundheitsnetzwerke. Bayreuth.
- Freie Hansestadt Bremen (2015): Lebenslagen im Land Bremen. Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen. verfügbar unter: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Zweiter%20ARB%20Oktober%202015.pdf>, letzter Zugriff: 16.03.2019.
- Freie Hansestadt Bremen (2016): Gesundheit in Bremens Armutsquartieren. Antwort des Senats auf die kleine Anfrage der CDU vom 15.03.2016.
- Frisch, J. (2020): Zurück in die Zukunft - Multiprofessionelle Gesundheitszentren suchen neue Versorgungswege. Berliner Ärzte. verfügbar unter: <http://www.berliner-aerzte.net/pdf/b2002.pdf>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Garten Eden 2.0 - Die Jugendkirche Bremen (o. J.): Herzlich Willkommen im Garten Eden 2.0. verfügbar unter: <http://garteneden2punkt0.de/> letzter Zugriff: 05.01.19.
- Geene, R. & Gold, K. (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber Verlag.
- Gerken, C. & Tempel, G. (2017): Stillverhalten in Bremen Ergebnisse einer Befragung von Müttern in Bremen und Bremerhaven Stillverhalten in Bremen. Bremen.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen in Deutschland im Jahr 2015. verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_ne](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_ne)

- u/&p\_aid=i&p\_aid=83842468&nummer=570&p\_sprache=D&p\_indsp=-&p\_aid=71266945.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019a): An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Arzt- und Psychotherapeutengruppe. verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=31077262&nummer=305&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=28745802](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=31077262&nummer=305&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=28745802), letzter Zugriff: 23.11.2019.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019b): Tabelle: gestaltbar: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=71324198&nummer=510&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=50048129](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=71324198&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=50048129), letzter Zugriff: 13.03.2020.
- Gesundheitskollektiv Berlin e.V. (o. J.): Über uns. verfügbar unter: <https://www.geko-berlin.de/ueber-uns/wir/>.
- Gesundheitstreffpunkte e.V. (o. J.): Sport und Bewegung. verfügbar unter: <http://www.groepelinger-sportmeile.de/>, letzter Zugriff: 05.01.19.
- GKV-Spitzenverband (2015): Terminservicestellen starten am 23. Januar 2016. verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_328448.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_328448.jsp), letzter Zugriff: 31.03.2020.
- Grobe, T. G.; Steinmann, S. & Gerr, J. (2018): BARMER-Gesundheitsreport 2018. Ergebnisse zu Bremen. Berlin.
- Groeneveld & Moeser-Jantke (2014): Psychologische Beratung hilft.... München
- Gröpelingen bildet 2025 (2016): Gröpelingen bildet 2025. Was zu tun ist für eine gute Zukunft der schulischen Bildung in Gröpelingen.
- Gröpelingen bildet (o. J.): ChancenRaum. Unterstützungsangebote für bulgarische Zuwanderer. verfügbar unter: [http://www.xn--grpelingen-bildet-0zb.de/index.php?we\\_objectID=166](http://www.xn--grpelingen-bildet-0zb.de/index.php?we_objectID=166), letzter Zugriff: 16.04.2019.
- Grundmann, J. (2017). Gerechte Gesundheitsversorgung im Quartier.
- Habermann, M. & Stagge, M. (2014): Schlussbericht zum Projekt. Kulturen der sozialen Teilhabe im Stadtteil (KUSTIS) - Integration, Prävention, Partizipation - niedrigschwellige Angebotsentwicklung für Migrantinnen und Migranten.
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege - Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler, M. & Meyer, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 41-45.
- Haverkamp, F. (2008): Gesundheit und soziale Lebenslagen. In: Ernst-Ulrich Huster, E.-U., Boeckh, J., Mogge-Grotjahn H. (Hrsg.): Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 320-334.
- Heimlich, U. (2007): Kompetenzschwerpunkte in der ersten Phase der sonderpädagogischen Lehrerbildung. In: Heimlich, U. & Wember, F. B. (Hrsg.): Didaktik des Unterrichts im Förderschwerpunkt Lernen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 383-394.
- Helfferich, C.; Hendel-Kramer, A. & Klindworth, H. (2003). Themenheft 14 "Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter": Robert Koch-Institut.
- Heslehurst, N.; Brown, H.; Pemu, A.; Coleman, H. & Rankin, J. (2018): Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. In: BMC Medicine.16.(1). verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=130096744&site=ehost-live>
- <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-018-1064-0>, letzter Zugriff:
- HNO-Gemeinschaftspraxis Bremen (o. J.): Online-Termine. verfügbar unter: <https://www.praxis-terjung-schiel.de/termin/>, letzter Zugriff: 31.03.2020.

- Hoffmann, W.; Wolf-Ostermann, K.; Holle, B.; Schäfer-Walkmann, S.; Thyrian, J.; Gräske, J.; Meyer, S.; Worch, A. & Schmidt, A. (2016): Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D). Endbericht zur Studie. verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt\\_Demenz/A3\\_1\\_1a\\_2\\_3\\_Abschlussbericht\\_DZNE-Greifswald\\_\\_Witten\\_Berlin\\_IfaS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_1_1a_2_3_Abschlussbericht_DZNE-Greifswald__Witten_Berlin_IfaS.pdf), letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Holz, G. (2011): Ansätze kommunaler Armutsprävention – Erkenntnisse aus der AWO-ISS-Studie „Kinderarmut“. Frankfurt am Main.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München
- Huter, K.; Runte, R. & Rothgang, H. (2017): Hebammen im Land Bremen. Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land. Abschlussbericht. Bremen.
- IGMG - Islamische Gemeinschaft Milli Görüs (o. J.): Fatih Moschee Bremen. verfügbar unter: <http://www.fatih-moschee.de/> letzter Zugriff: 05.01.2019.
- Jeschke, K. (o. J.): Schwangerenvorsorge: Konflikt zwischen Ärzten und Hebammen scheint gelöst. verfügbar unter: <https://hebammen-eimsbuettel.de/2017/09/06/schwangerenvorsorge-konflikt-zwischen-aerzten-und-hebammen-scheint-geloest/>, letzter Zugriff: 26.03.2020.
- Joseph, K. S.; Liston, R. M.; Dodds, L.; Dahlgren, L. & Allen, A. C. (2007): Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. In: Cmaj.177.(6). S. 583-590.
- Kart, M. (2014). Lebenslagen von Jugendlichen in benachteiligten Quartieren Bremens. Kontexteffekte auf Konflikt- und Integrationspotentiale verfügbar unter, letzter Zugriff: Access Date.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.-a): Gesundheitsdaten. Mehr Ärzte aber kürzere Arbeitszeiten. verfügbar unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o. J.-b): Telemedizin. verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/telemedizin.php>.
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) (o. J.-a): Arztsuche. verfügbar unter: <https://www.kvhb.de/arztsuche>, letzter Zugriff: 23.11.2019.
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) (o. J.-b): Terminservicestelle. verfügbar unter: <https://www.kvhb.de/patienteninfo-terminservicestelle>, letzter Zugriff: 24.03.2020.
- Kienholz, R. (2003): Die medizinische Versorgungslage in der Türkei. verfügbar unter: <https://www.fluechtlingshilfe.ch/assets/herkunftslaender/europa/tuerkei/tuerkei-die-medizinische-versorgungslage.pdf>.
- Klapper, B. (2018): Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert - wohnortnah - integriert. In: KU Gesundheitsmanagement.8. S. 45-47.
- Klein, M. (2016): Ressourcenorientiert mit Familien arbeiten. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Köln
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Sankt Augustin, Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.
- Kopetsch, T. (2015): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik.69.(5). S. 7-14. verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2015-5-7/wartezeiten-in-der-ambulanten-versorgung-jahrgang-69-2015-heft-5>, letzter Zugriff: 31.03.2020.
- Köppen, M. (2017): Razumijete li sve? Haben Sie alles verstanden? Hausarzt Digital. verfügbar unter: <https://www.hausarzt.digital/praxis/razumijete-li-sve-haben-sie-alles-verstanden-22225.html>, letzter Zugriff: 30.01.2020.
- Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. (2017): Geschäftsbericht 2016/2017. verfügbar unter:

- [http://www.hbkg.de/documents/hbkg\\_geschaeftsbericht\\_2016-2017\\_final\\_1541429353.pdf](http://www.hbkg.de/documents/hbkg_geschaeftsbericht_2016-2017_final_1541429353.pdf), letzter Zugriff: 26.03.2020.
- Kuhlmei, A. & Blüher, S. (2015): Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen - eine Einführung in das Thema. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Kuhlmei, A.; Suhr, R.; Blüher, S. & Dräger, D. (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. Und 79. Lebensjahr. In: Böcken, J., Braun, B. & Repschläger, U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kultur vor Ort (o. J.): Weserfähre – Fährverkehr zwischen Pusdorf, Überseestadt und Gröpelingen. verfügbar unter: <https://www.kultur-vor-ort.com/veranstaltungen/weserfaehre-faeherverkehr-zwischen-pusdorf-ueberseestadt-und-groepelingen-2-2018-05-11/>, letzter Zugriff: 05.01.2019.
- Kwasniewski, N. & Seibt, P. (2018): Vonovias Profit mit Nebenkosten. Die Miet-Gewinnmaschine. Spiegel Online. verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/vonovia-wie-der-wohnungskonzern-seinemieter-schroep-a-1238110.html>.
- Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, S. & Kroll, L. E. (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedene Lebensphasen. Berlin.
- Lampert, T.; Saß, A.; Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin. verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1002451>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Landrigan, P. J.; Kimmel, C. A.; Correa, A. & Eskenazi, B. (2004): Children`s Health and the Environment. Public Health Issues and Challenges for Risk Assessment. In: Environmental Health Perspectives 112. S. 257-265
- Lebenshilfe Bremen (o. J.-a): Weserkinder-Spielkreise. verfügbar unter: <https://www.lebenshilfe-bremen.de/weserkinder-spielkreise.html>, letzter Zugriff: 20.12.2018.
- Lebenshilfe Bremen (o. J.-b): Weserkinder – neue Krippe in Gröpelingen. verfügbar unter: <https://www.lebenshilfe-bremen.de/angebote/kinder-jugendliche/spielkreise/weserkinder-kinderkrippe-in-groepelingen.html>, letzter Zugriff: 20.12.2018.
- Lorenz, S.; Fullerton, B. & Eickhorst, A. (2018). Zusammenhänge des Stillverhaltens mit der familiären Belastungssituation. Faktenblatt 7 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).
- Ludwig-Mayerhofer, W. (1999): Theoretische Sättigung: ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung.
- Luthe, E.-W. (2017): Wissenschaftliche Perspektiven: der sozialwissenschaftliche, gesundheitswissenschaftliche und ökonomische Blickwinkel. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W. (Hrsg.): Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS.
- Machleidt, W. (2009): Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen. verfügbar unter: [https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier\\_migration\\_und\\_gesundheit\\_2.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_migration_und_gesundheit_2.pdf).
- Machleidt, W.; Behrens, K.; Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007): Integration von Migranten in die psychiatrisch– psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Integration of Immigrants into the Mental Health Care System in Germany. In: Psychiat Prax.34. S. 325-331.

- Marburger Bund (o. J.): Für Ärztinnen und Ärzte. verfügbar unter: <https://www.marburgerbund.de/bundesverband/themen/familie-beruf/fuer-aerztinnen-und-aerzte>, letzter Zugriff: 02.04.2020.
- Martinsclub Bremen e.V. (o. J.-a): Assistenz in Schulen. verfügbar unter: <https://www.martinsclub.de/assistenz/assistenz-in-schulen/>, letzter Zugriff: 20.12.2018.
- Martinsclub Bremen e.V. (o. J.-b): Berufliche Bildung. verfügbar unter: <https://www.martinsclub.de/bildung/berufliche-bildung/>, letzter Zugriff: 20.12.2018.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz. 12. Auflage.
- Mehnert, A.; Lehmann, C. & Koch, U. (2012): Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.55.(9). S. 1134-1143.
- Moves gUG (o. J.): WIR KOMMEN IN FRIEDEN. verfügbar unter: <http://my-moves.org/portfolio/wir-kommen-in-frieden/>, letzter Zugriff: 12.08.2018.
- Münzer, B. (2015): Pathophysiologie in der zweiten Schwangerschaftshälfte. In: Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Band 6. Stuttgart: Schattauer.
- Nanninga, J. (2014): Fachkräftemangel in der Pflege. Darstellung eines Imagekonzepts, Personalbindungsstrategien und Maßnahmen zur Nachwuchsrekrutierung. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Neugebauer, C.; Pawel, S. & Biritz, H. (2018): Netzwerke und soziale Innovationen: Lösungsansätze für gesellschaftliche Herausforderungen? Wiesbaden: Springer VS.
- Ortsamt West - Stadtteilmanagement (o. J.-a): Beiräte. Die Beiratsarbeit - eine ehrenamtliche Tätigkeit. verfügbar unter: <https://www.ortsamtwest.bremen.de/beiraete/aufgaben-1597>, letzter Zugriff: 05.01.19.
- Ortsamt West - Stadtteilmanagement (o. J.-b): Der Zuständigkeitsbereich des Orsamt West. verfügbar unter: [https://www.ortsamtwest.bremen.de/ortsamt\\_west/mitarbeiterstruktur-1781](https://www.ortsamtwest.bremen.de/ortsamt_west/mitarbeiterstruktur-1781), letzter Zugriff: 05.01.19.
- Ortsamt West - Stadtteilmanagement (o. J.-c): Gröpelingen. Mitglieder des Beirates Gröpelingen. verfügbar unter: [https://www.ortsamtwest.bremen.de/groepelingen/beirat\\_groepelingen/mitglieder-1596](https://www.ortsamtwest.bremen.de/groepelingen/beirat_groepelingen/mitglieder-1596) letzter Zugriff: 27.03.2020.
- Ortsamt West - Stadtteilmanagement (o. J.): Gröpelingen - der größte der drei Stadtteile im Bremer Westen. verfügbar unter: <https://www.ortsamtwest.bremen.de/groepelingen-1473>
- Outreach - Mobile Jugendarbeit Berlin (o. J.): Bevölkerungsstruktur im "Lebensweltlich orientierten Planungsraum" (LOR 08010212) Rollberg in der Bezirksregion Neuköllner Mitte / Zentrum des Bezirks Berlin-Neukölln: Migration, Staatsangehörigkeit und Altersverteilung. verfügbar unter: <http://sozialraumdaten.kiezatlas.de/seiten/2018/12/?lor=08010212>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Pai, A. L.; Greenly, R. N.; Lewandowski, A.; Drotar, D.; Youngstrom, E. & Peterson, C. (2007): A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *Journal of Family Psychology*.
- Parks, R.; Stevens, R. J. & Spence, S. A. (2007): A systematic review of cognition in homeless children and adolescents. In: *J Royal Soc Med*.100.(50).
- Poliklinik Veddel (o. J.-a): Ausführliches Konzept. Poliklinik Veddel. verfügbar unter: <http://poliklinik1.org/konzept>, letzter Zugriff: 25.04.2019.
- Poliklinik Veddel (o. J.-b): Kurzkonzept. verfügbar unter: <http://poliklinik1.org/kurzkonzept>, letzter Zugriff: 25.04.2019.
- Poliklinik Veddel (o. J.-c): Spendenaufwurf. verfügbar unter: <http://poliklinik1.org/unterstuetzung>, letzter Zugriff: 25.04.2019.
- Pschyrembel Online. (o. J.). Artikel "Konsil". Berlin: Verlag Walter de Gruyter.

- Quilling, E.; Nicolini, H.; Graf, C. & Starke, D. (2013): Definition und Grundlagen: Praxiswissen Netzwerkarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Racape, J.; Schoenborn, C.; Sow, M.; Alexander, S. & De Spiegelaere, M. (2016): Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. In: BMC Pregnancy & Childbirth. 16. S. 1-10. verfügbar unter: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-016-0860-9>, letzter Zugriff: 04.04.2020.
- Rainer, N. (2015). Wissenschaftliche Literatur und Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse der Fachtagung der BZgA am 5. Februar 2015 in Essen (pp. 13-17). Warlich & Meckenheim: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. verfügbar unter: [https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user\\_upload/lknk/Fruehe\\_Hilfen/PDF/Kinder\\_und\\_Jugendliche\\_mit\\_Migrationshintergrund.pdf](https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/lknk/Fruehe_Hilfen/PDF/Kinder_und_Jugendliche_mit_Migrationshintergrund.pdf).
- Raslan, K. J. (2019): Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Robert Bosch Stiftung GmbH. verfügbar unter [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT\\_Neue\\_Perpektive\\_Gesundheitsversorgung.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT_Neue_Perpektive_Gesundheitsversorgung.pdf), letzter Zugriff: 30.05.2019.
- Rattay, P.; von der Lippe, E.; Borgmann, L.-S. & Lampert, T. (2017): Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring. 2(4). S. 24-44.
- Razum, O. & Spallek, J. (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Hamburg: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut verfügbar unter <https://www.bpb.de/system/files/pdf/IKZF9X.pdf>.
- Razum, O.; Zeeb, H.; U., M.; Schenk, L.; M., B.; Brzoska, P.; Dercks, T.; S., G.; Menkhaus, B.; Salman, R.; Saß, A.-K. & Ulric, R. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.
- REFUGIO - Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V. (o. J.): Sprachmittlung. verfügbar unter: <https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/>, letzter Zugriff: 24.03.2020.
- Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Robert Bosch Stiftung (o. J.): PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. verfügbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail>.
- Robert Koch-Institut (2015a): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/03\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/03_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile), letzter Zugriff: 31.03.2020.
- Robert Koch-Institut (2015b): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin: Robert Koch Institut.
- Robert Koch-Institut (2018): Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: 3.(1). S. 47-54.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S. & Unger, R. (2010): GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: BARMER GEK.
- Saalfrank, W.-O. & Zierer, K. (2017): Inklusion. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. verfügbar unter: <https://www.svr->

- gesundheit.de/fileadmin/user\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\_2014\_Langfassung.pdf, letzter Zugriff: 29.03.2020.
- Schaeffer, D.; Hämel, K. & Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Scheffka, F. & DKJS (2015): Bildungslandschaft Gröpelingen – mehr als eine abstrakte Idee. Ein Stadtpaziergang. Magazin für kommunale Bildungslandschaften. verfügbar unter: [https://www.transferagentur-grossstaedte.de/sites/default/files/magazin\\_bewegt\\_1-2015\\_web\\_0.pdf](https://www.transferagentur-grossstaedte.de/sites/default/files/magazin_bewegt_1-2015_web_0.pdf).
- Schmolke, R. (2009): Konsumkompetenzen stärken! Konsum- und Suchtverhalten junger Menschen mit Migrationshintergrund und Präventionstrategien. verfügbar unter: [https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier\\_migration\\_und\\_gesundheit\\_2.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_migration_und_gesundheit_2.pdf).
- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Senatskanzlei Bremen (o. J.): Das Rathaus Bremen Senatskanzlei. Stadtteilbericht Gröpelingen. verfügbar unter: <https://www.rathaus.bremen.de/detail.php?gsid=bremen54.c.8161.de> letzter Zugriff: 05.01.2019.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin (2018): Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS) Berlin: Erläuterungen zu den Indikatoren und Indizes zum MSS 2017-„Indikatorenblätter“. verfügbar unter: [https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten\\_stadtentwicklung/monitoring/download/indikatoren/MSS2017Indikatorenblaetter\\_Fortschreibung.pdf](https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/download/indikatoren/MSS2017Indikatorenblaetter_Fortschreibung.pdf).
- Shrank, W. H.; Patrick, A. R. & Brookhart, M. A. (2011): Healthy User and Related Biases in Observational Studies of Preventive Interventions: A Primer for Physicians. In: Journal of general internal medicine.26.(5). S. 546-550. verfügbar unter: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077477/pdf/11606\\_2010\\_Article\\_1609.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077477/pdf/11606_2010_Article_1609.pdf), letzter Zugriff: 30.03.2020.
- Song, L.; Shen, L.; Li, H.; Liu, B.; Zheng, X.; Zhang, L.; Xu, S. & Wang, Y. (2017): Socio-economic status and risk of gestational diabetes mellitus among Chinese women. In: Diabetic Medicine.34.(10). S. 1421-1427.
- Sozialdemokratische Partei Deutschland; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & DIE LINKE (2019): Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition für die 20. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2019-2023. verfügbar unter <https://www.spd-land-bremen.de/Binaries/Binary6330/Koalitionsvereinbarung-RGR-2019-2023-mitU-final.pdf>.
- St. Marien - Katholische Kirchengemeinde im Bremer Westen (2016): Eröffnung des RTL-Kinderhauses am Standort St. Nikolaus. verfügbar unter: <https://www.st-marien.de/website/index.php/berichte/270-eroeffnung-des-rtl-kinderhauses-am-standort-st-nikolaus>, letzter Zugriff: 05.01.19.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2020): Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen). letzter Zugriff: 23.11.2019.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (o. J.). *A.2 Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian)*. Retrieved from: <https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommensarmut-und-verteilung/armutsgefahrdung-0>
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2018): Hamburger Stadtteilprofile: Berichtsjahr 2018. verfügbar unter: [http://www.statistik-nord.de/fileadmin/maps/Stadteil\\_Profile\\_2019/atlas.html](http://www.statistik-nord.de/fileadmin/maps/Stadteil_Profile_2019/atlas.html).
- Statistisches Bundesamt (2013): Zensus 2011: Ausgewählte Ergebnisse. verfügbar unter: [https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/\\_function/glossar.html?nn=1363008&lv2=5831834&lv3=3198544](https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?nn=1363008&lv2=5831834&lv3=3198544), letzter Zugriff: 29.07.2019.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Krankenhäuser im Jahr 2017. verfügbar unter:

- <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-bl.html>.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. 2015.
- Statistisches Bundesamt (2017c): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrad. verfügbar unter:  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Alleinerziehende. Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. verfügbar unter:  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/alleinerziehende-tabellenband-5122124179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/alleinerziehende-tabellenband-5122124179004.pdf?__blob=publicationFile).
- Statistisches Bundesamt (2018b): Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. verfügbar unter:  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstandZensus.html>.
- Statistisches Bundesamt. (2018c). *Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit*. Retrieved from:  
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus\\_Geschlecht\\_Staatsangehoerigkeit.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html)
- Statistisches Bundesamt (2018d): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017.
- Statistisches Bundesamt. (2018e). Geburtenziffer 2017 leicht gesunken [Pressemitteilung]. verfügbar unter:  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18\\_420\\_122.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18_420_122.html)
- Statistisches Bundesamt. (2018f). *Natürliche Bevölkerungsbewegung: Lebendgeborene und Gestorbene*. Retrieved from:  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneGestorbene.html>
- Statistisches Bundesamt (2018g): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige.
- Statistisches Bundesamt. (2018h). *Tabelle 12411-0006 - Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität, Geschlecht/Familienstand*. Retrieved from:  
[https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=0E2845D4B6FC3CD34B107EB1912C83F7.GO\\_1\\_4](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=0E2845D4B6FC3CD34B107EB1912C83F7.GO_1_4)
- Statistisches Bundesamt (2019a): Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund Insgesamt. verfügbar unter:  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html?view=main[Print]).
- Statistisches Bundesamt (2019b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019c): Durchschnittsalter nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. verfügbar unter:  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/durchschnittsalter-zensus.html>.
- Statistisches Bundesamt (2019d): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag.
- Statistisches Bundesamt (2019e): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre.
- Statistisches Bundesamt (2019f): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht.
- Statistisches Bundesamt (2019g): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Empfängerinnen und Empfänger nach Staatsangehörigkeit (mit mindestens 1000

- Empfängerinnen und Empfängern) und aufenthaltsrechtlichem Status im September 2018. verfügbar unter:  
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/Grundsicherung/Tabellen/Reiter\\_03\\_BL\\_EmpfStaatsang\\_AufenthaltsrechtlStatus.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/Grundsicherung/Tabellen/Reiter_03_BL_EmpfStaatsang_AufenthaltsrechtlStatus.html).
- Statistisches Bundesamt (2019h): Mikrozensus. Tabelle: Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose: Deutschland, Jahre Geschlecht, Altersgruppen. verfügbar unter:  
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1572684907816&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=12211-0003&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf>.
- Statistisches Bundesamt (2019i): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen. verfügbar unter: [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=7DC3B4882F033CCF7D5F0C8C68D33E23.GO\\_1\\_1?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1547117086079&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=13111-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=7DC3B4882F033CCF7D5F0C8C68D33E23.GO_1_1?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1547117086079&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=13111-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf).
- Statistisches Bundesamt (2019j): Tabelle 12612-0005 - Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Alter der Mutter.
- Statistisches Bundesamt (2019k): Tabelle 12612-0009 - Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Deutschland, Jahre, Altersgruppen.
- Statistisches Bundesamt (2019l): Tabelle 12612-0014 - Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt: Deutschland, Jahre, Lebendgeburtenfolge. verfügbar unter:  
[https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=7217CC4073BD4ED03DA542D51C10D036.GO\\_1\\_4](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=7217CC4073BD4ED03DA542D51C10D036.GO_1_4).
- Statistisches Bundesamt (2020a): Eckzahlen zum Arbeitsmarkt, Deutschland. verfügbar unter:  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/eckwerttabelle.html>, letzter Zugriff: 06.02.2020.
- Statistisches Bundesamt (2020b): Sozialberichterstattung: Armutsgefährdungsquoten. verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/_inhalt.html), letzter Zugriff: 15.03.2020.
- Statistisches Bundesamt (2020c): Statistik (Tabellen): Bevölkerung. verfügbar unter:  
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=12411>, letzter Zugriff: 15.03.2020.
- Statistisches Landesamt Bremen (2018a): Bremen in Zahlen. Bremen. 2. Korrigierte Auflage.
- Statistisches Landesamt Bremen (2018b): Statistisches Jahrbuch 2018. verfügbar unter:  
[https://www.statistik.bremen.de/publikationen/statistisches\\_jahrbuch-2044](https://www.statistik.bremen.de/publikationen/statistisches_jahrbuch-2044).
- Statistisches Landesamt Bremen. (2019a). 22151-00-02: *Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach Nationalität (SGB XII)*. Retrieved from:  
<http://www.statistik-bremen.de/bremendat/abfrage.cfm?tabelle=33335&netscape=ja&titelname=Bremen%20Infosystem>
- Statistisches Landesamt Bremen (2019b): 22811-00-03: Regelleistungsberechtigte nach Nationalität, Altersgruppen und Geschlecht (SGB II). verfügbar unter:  
[http://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage\\_resultat.cfm?tabelle=34120&titelname=Bremen%20Kleinraemig%20Infosystem&netscape=ja](http://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage_resultat.cfm?tabelle=34120&titelname=Bremen%20Kleinraemig%20Infosystem&netscape=ja), letzter Zugriff: 12.03.2019.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019c): Allgemeinbildendes Schulwesen: Schulen, Klassen und Schüler am Schulstandort nach Schulart.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019d): Allgemeinbildendes Schulwesen: Schüler am Wohnort.

- Statistisches Landesamt Bremen. (2019e). Bremen in Zahlen 2019 verfügbar unter [https://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/biz2019\\_auf12\\_pdfa.pdf](https://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/biz2019_auf12_pdfa.pdf), letzter Zugriff: Access Date.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019f): Bremen Kleinräumig Infosystem. verfügbar unter: [http://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage\\_resultat.cfm?tabelle=03520&titelName=Bremen%20Klein%C3%A4umig%20Infosystem&netscape=ja](http://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage_resultat.cfm?tabelle=03520&titelName=Bremen%20Klein%C3%A4umig%20Infosystem&netscape=ja), letzter Zugriff: 03.11.19.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019g): Bremer Ortsteilatl. verfügbar unter: <http://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/ortsteilatl/atlas.html>, letzter Zugriff: 03.11.19.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019h): Privathaushalte nach Haushaltsgröße und Kinderzahl.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019i): Privathaushalte nach Haushaltstyp.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019j): Stadtteiltabelle Gröpelingen. verfügbar unter: [http://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/stadt\\_ottab/144.htm](http://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/stadt_ottab/144.htm), letzter Zugriff: 02.02.2020.
- Stiftung Haus der kleinen Forscher (o. J.): Dolmetsch- und Sprachmittlungsangebote. verfügbar unter: <https://integration.haus-der-kleinen-forscher.de/hintergrund/weiterfuehrende-links/dolmetscher-sprachmittlerangebote/bremen>, letzter Zugriff: 24.03.2020.
- Sting, S. (2007): Gesundheit. In: Ecarius, J. (Hrsg.): Handbuch Familie. Band 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strunk, G. (2000): Helfersystem. In: Stumm G., P. A. (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Band 2. Wien: Springer-Verlag. S. 273-273.
- Teller, M. & Longmuß, J. (2007): Netzwerkmoderation –Netzwerke zum Erfolg führen. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Tempel, G.; Gerken, C. & Sadowski, G. (2018): Gesund in die Schule. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 in Bremen.
- Teti, A. (2015): Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart.
- Therapiezentrum Mitte (o. J.): Gezielte Hilfe für mehr Lebensqualität im Alltag. verfügbar unter: <https://www.therapiezentrum-mitte.de/>, letzter Zugriff: 23.11.2019.
- Tipold, A. (2014): Die strafrechtliche Verantwortung. In: Aigner, G., Kletecka, A., Kletecka-Pulker, M. & Memmer, M. (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Manz. S. 33-50.
- Trojan, A. & Süß, W. (2015): Vermitteln und Vernetzen. verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/vermitteln-und-vernetzen/>, letzter Zugriff: 08.03.2020.
- Trösken, T. & Geraedts, M. (2005): Barrierefreiheit von Arztpraxen am Beispiel Essen. In: Gesundheitswesen.67. S. 613-619. verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2005-858600.pdf>, letzter Zugriff:
- Uslucan, H. (2015). Vielfältige Facetten eines kultursensiblen Kinderschutzes. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse der Fachtagung der BZgA am 5. Februar 2015 in Essen (pp. 29-44). Warlich & Meckenheim: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. verfügbar unter: [https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user\\_upload/lknk/Fruehe\\_Hilfen/PDF/Kinder\\_und\\_Jugendliche\\_mit\\_Migrationshintergrund.pdf](https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/lknk/Fruehe_Hilfen/PDF/Kinder_und_Jugendliche_mit_Migrationshintergrund.pdf).
- Verband der Ersatzkassen - Zentrale Landesvertretung Bremen (o. J.): Krankenhäuser Stadt Bremen. verfügbar unter: [www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Krankenhaeuser.html](http://www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Krankenhaeuser.html), letzter Zugriff: 26.03.2020.

- Verband der Ersatzkassen (o. J.): Pflegelotse. verfügbar unter:  
[https://www.pflegelotse.de/\(S\(kdh5xkf1114u1ankpw40efxm\)\)/presentation/pl\\_treffer.a\\_spx](https://www.pflegelotse.de/(S(kdh5xkf1114u1ankpw40efxm))/presentation/pl_treffer.a_spx), letzter Zugriff: 26.03.2020.
- von Wolff, A. & Bermejo, I. (2009): Gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen und transkulturelle Psychologie. Dossier Migration & Gesundheit (Hrsg.). Berlin. verfügbar unter:  
[https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier\\_migration\\_und\\_gesundheit\\_2.pdf](https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_migration_und_gesundheit_2.pdf), letzter Zugriff: 31.03.2020.
- Vos, A. A.; Posthumus, A. G.; Bonsel, G. J.; Steegers, E. A. P. & Denktas, S. (2014): Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.93.(8). S. 727-740. verfügbar unter: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.12430>, letzter Zugriff:
- Wächter-Raquet, M. (2016): Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht (August 2016).
- Wagner, P. (2015). Zur Bedeutung des seelischen und sozialen Wohlbefindens bei Kindern für gelingende Bildungsprozesse. In: *Aufklärung, B. f. g.* (Hrsg.), *Gesund aufwachsen in vielen Welten - Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund* (pp. 18-28). Warlich, Meckenheim: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. verfügbar unter:  
[https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user\\_upload/lknk/Fruehe\\_Hilfen/PDF/Kinder\\_und\\_Jugendliche\\_mit\\_Migrationshintergrund.pdf](https://www.landkreis-neunkirchen.de/fileadmin/user_upload/lknk/Fruehe_Hilfen/PDF/Kinder_und_Jugendliche_mit_Migrationshintergrund.pdf).
- Weise, P. (1997): Konkurrenz und Kooperation. In: Held, M. (Hrsg.): *Normative Grundfragen der Ökonomik*. Frankfurt/New York: Campus. S. 58-80.
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.
- Weltgesundheitsorganisation (2005): *Constitution of the world health organization*. verfügbar unter: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, letzter Zugriff: 18.03.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991): What can be done about inequalities in health. In: *Lancet*.338. S. 1059-1063.
- wissen-pkv.de (o. J.): Ein Jahr Terminservicestellen – eine gemischte Bilanz. verfügbar unter: <https://www.wissen-private-krankenversicherung.de/terminservicestellenbilanz>, letzter Zugriff: 31.03.2020.
- Wohlfart, U. (2006): *Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten. Orientierungsrahmen und Impulse*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. K.
- World Health Organization. (2003). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*.
- Zimmermann, T.; Mews, C.; Kloppe, T.; Tetzlaff, B.; Hadwiger, M.; von dem Knesebeck, O. & Scherer, M. (2017): Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*.131-132. verfügbar unter:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921718300084>, letzter Zugriff: 31.03.2020.
- zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007): *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland ; [Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit]*. Bern: Huber.

## **Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: Anschreiben der Expert*innen	202
Anhang 2: Einverständniserklärung	204
Anhang 3: Interviewleitfaden der Experteninterviews	206
Anhang 4: Kategorienbildung	212
Anhang 5: Fragebogen der Bürgerbefragung – Deutsch	216
Anhang 6: Fragebogen der Bürgerbefragung – Englisch	221
Anhang 7: Fragebogen der Bürgerbefragung – Französisch	226
Anhang 8: Fragebogen der Bürgerbefragung – Arabisch	231
Anhang 9: Fragebogen der Bürgerbefragung – Türkisch	236

## **Anhang 1: Anschreiben der Expert\*innen**

Ansprechperson:

---

Masterstudiengang Community and Family Health Nursing  
Universität Bremen  
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften  
E-Mail: cfhn@uni-bremen.de

Projektleitung:  
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann,  
am Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abteilung 7: Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung

### **Anfrage für ein Interview im Rahmen des Projekts „Gesund in Gröpelingen“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des Masterstudienganges „Community and Family Health Nursing“ an der Universität Bremen möchten wir, zehn Student\*innen im 2. Semester, uns mit der gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen auseinandersetzen.

Hintergrund unserer Arbeit ist es in Kooperation mit dem Gesundheitstreffpunkt West die Gesundheitsversorgung und die Bedarfe der Bevölkerung im Bremer Stadtteil Gröpelingen zu analysieren. Dazu wurde zunächst anhand einer Recherche von öffentlich zugänglichen Daten ein Überblick über den Stadtteil und die dortige gesundheitliche Versorgung erarbeitet. Nun wollen wir näher auf das Problemfeld eingehen und würden uns freuen, die Expertise von Akteuren im Umfeld zu evaluieren.

Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie in Ihrer Position als Expert\*in zur gesundheitlichen Versorgung, zu Bedarfen und Ressourcen einzelner Zielgruppen und zu möglichen Lösungsvorschlägen/-ansätzen in Form eines Leitfadeninterviews befragen. Ziel der Befragung ist es die oben genannte Thematik aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.

Bei der Vereinbarung von Terminen, werden wir uns nach Ihnen richten. Die Möglichkeit eines Telefoninterviews kann ebenfalls in Betracht gezogen werden. Das Interview wird aufgezeichnet und es ist mit einer Dauer von ca. 30 Minuten zu rechnen. Die gewonnenen Informationen werden in einem Forschungsbericht zusammengefasst, den wir Ihnen bei Interesse anschließend zur Verfügung stellen werden. Selbstverständlich ist es Ihnen offen gelassen, ob sie namentlich genannt werden möchten.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen als Ansprechperson gerne zur Verfügung. Über eine kurzfristige Rückmeldung an die oben genannte Adresse (cfhn@uni-bremen.de) und die Zusammenarbeit mit Ihnen freuen wir uns sehr. Falls Sie selber nicht für ein Interview zur Verfügung stehen können, würden wir uns freuen, falls Sie uns eine alternative Ansprechperson nennen können.

Mit freundlichem Gruß,

i.A. der Arbeitsgruppe

## **Anhang 2: Einverständniserklärung**

Masterstudiengang Community and Family Health Nursing  
Universität Bremen  
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften  
E-Mail: cfhn@uni-bremen.de

Projektleitung:  
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann,  
am Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abteilung 7: Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung

## **Einwilligung**

### **in die Verarbeitung personenbezogener Daten für das Forschungsprojekt „Gesund in Gröpelingen“**

\_\_\_\_\_ hat am \_\_\_\_\_ mit mir \_\_\_\_\_ ein Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Das Projekt wird im Rahmen des Masterstudienganges „Community and Family Health Nursing“ durchgeführt und die Ergebnisse in Form eines Projektberichts beschrieben. Die Veröffentlichung der anonymisierten Projektergebnisse, auch in Teilen, im Rahmen von Fachzeitschriften, Artikeln oder auf Fachkonferenzen ist möglich.

Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck, in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe.

**Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.**

**Ich erkläre mich bereit, an dem Forschungsprojekt „Gesund in Gröpelingen“ teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.**

Bremen den

Unterschrift der Probandin / des Probanden

## **Anhang 3: Interviewleitfaden der Experteninterviews**

## Leitfaden: Experteninterview

Die hier formulierten Fragen werden als Orientierungshilfe betrachtet. Im Interview mit den Experten ist eine freiere Formulierung geplant. Beispiele für mögliche freie Formulierung werden in grau unter den Fragen angezeigt. Fragen und Unterfragen können ggf. ausgelassen werden, falls sie zuvor im Gespräch bereits zur Genüge thematisiert wurden oder die Fragen für den/die Interviewpartner\*in nicht relevant sind. Der Leitfaden ist so konzipiert, dass sich eine Überleitung von einem zum nächsten Themenblock anbietet. Bei Interviewpartner\*innen, die keiner konkreten Zielgruppe zugeordnet werden können (z. B. politische Vertreter\*innen) werden die Fragen in Hinblick auf die gesamte gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen gestellt. Bei zielgruppenspezifischen Interviews bieten sich Stichworte an, um ggf. Aspekte einzuwerfen, die der/die Expert\*in nicht nennt, aus unserer Sicht aber wichtig sein könnten (in kursiv, hier für die Zielgruppe Pflegebedürftige).

### Kurzfragebogen:

Folgende Fragen sollten während des Interviews noch von der Begleitperson ausgefüllt werden:

Funktion der/s Interviewpartner\*in: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Dauer Ausübung des Berufes: \_\_\_\_\_

Dauer Funktion/ Tätigkeit in dem Bereich: \_\_\_\_\_

Dauer des Interviews: \_\_\_\_\_

Notizen zu Gesprächsatmosphäre und Interviewverlauf:

---

---

---

---

---

---

---

---

Rück-/und Ergänzungsfragen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Themenblock 1	Gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen (Opener)
Frage 1a  <b>Gesundheitliche Versorgung allgemein</b>	Wie schätzen Sie die aktuelle gesundheitliche Versorgung im Stadtteil Gröpelingen ein?  Was fällt Ihnen zur gesundheitlichen Versorgung im Stadtteil Gröpelingen ein?  Stationäre/ambulante Versorgung.....  Akut, präventiv, chronisch, rehabilitativ
Frage 1b  <b>Gesundheitliche Versorgung der Zielgruppe</b>	Wie schätzen Sie die spezifische gesundheitliche Versorgung von [Zielgruppe] ein und gibt es bestimmte Unterstützungsbedarfe?  Wie steht es diesbezüglich um die [Zielgruppe]?  Junge Familien/Alleinerziehende  Kinder/Jugendliche  Wöchnerinnen/Schwangere  Ältere Menschen  Stadtteilspezifische Themen (Armut, Migration)
Themenblock 2	Versorgungslage/Bedarfe
Frage 2  <b>Gute Versorgung wo</b>	In welchen Teilbereichen findet Ihrer Meinung nach generell eine gute Versorgung statt?  Wo sehen Sie Stärken der Versorgung für die [Zielgruppe]?  <i>Ambulante/stationäre Pflegedienste, frühe Hilfsangebote, Beratung (Prävention),</i>
Frage 3  <b>Ressourcen in der Versorgung</b>	Welche <u>strukturellen</u> Ressourcen sind vorhanden?  Gibt es Strukturen Ressourcen, die in Gröpelingen besonders positiv hervorragen?  <i>Gesundheitstreffpunkt West, weitere Beispiele</i>
Frage 4  <b>Schwächen in der Versorgung</b>	In welchen Teilbereichen [Zielgruppe] findet Ihrer Meinung nach eine <u>weniger gute Versorgung</u> statt?  Wo sehen Sie Schwächen der Versorgung für die [Zielgruppe]?

	<i>Ambulante Pflegedienste, Stationäre Langzeitpflege, Versorgung durch Angehörige, Tagespflege</i>
Frage 5 <b>Barrieren in der Versorgung</b>	Welche Barrieren sind vorhanden? Gibt es negative Faktoren, die Sie in Gröpelingen wahrnehmen? <i>Sprachbarriere, Armut, geringe Arbeitsattraktivität</i>
Frage 6 <b>Handlungsbedarfe (bzgl. der Zielgruppe)</b>	Wo sehen Sie Handlungsbedarfe? Wo muss sich für die [Zielgruppe] etwas verändern? <i>Beratungsangebot, räumliche Gegebenheiten, sprachliche Anpassung, Arbeitsplatzattraktivität</i>
<b>Themenblock 3</b>	<b>Kooperationen/Vernetzung</b>
Frage 7a <b>Zusammenarbeit</b>	Inwieweit arbeiten Sie mit anderen Akteuren zusammen? Gibt es einen Austausch oder Zusammenarbeit mit anderen Akteuren? Schulen, Ärzte, Beratungsstellen, Kirche, Vereine
Frage 7b <b>Erfahrungen mit Zusammenarbeit</b>	<u>Falls ja:</u> Mit welchen Akteuren arbeiten Sie zusammen und wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit? Mit wem arbeiten Sie zusammen und wie klappt dies?
Frage 7c <b>Positives Beispiel</b>	Wie sind Ihre Erfahrungen der Zusammenarbeit und wer ist Initiator? Können Sie uns zur Veranschaulichung <u>ein Beispiel</u> schildern, wie so eine Zusammenarbeit zustande kommt und sich entwickelt?
Frage 7d <b>Negatives Beispiel</b>	<u>Falls nein:</u> Warum findet keine Zusammenarbeit statt? Können Sie uns zur Veranschaulichung an einem Beispiel schildern, was bei einer Zusammenarbeit schief gehen kann?
Frage 8a <b>Mögliche Kooperation</b>	Können sie sich (weitere) Kooperationen mit anderen Akteuren vorstellen? Möchten Sie mit anderen Akteuren kooperieren?
Frage 8b	<u>Falls ja:</u> In welchen Bereichen (z. B. Administration, Öffentlichkeitsarbeit etc.) können Sie sich eine Kooperation vorstellen?

<b>Kooperationsbereiche</b>	In welchen Bereichen würden Sie kooperieren?
Frage 8c <b>Unterstützung auf Ebene der Expert*innen</b>	Welche Unterstützung benötigen Sie dafür? Was oder wer sollte Ihnen bei einer solchen Kooperation helfen?
Frage 8d <b>Gegenargument zu Kooperation</b>	<u>Falls nein:</u> Warum macht eine Kooperation für Sie keinen Sinn? Wieso wollen Sie nicht kooperieren?
Frage 9 <b>Wünsche an Akteure</b>	Was wünschen Sie sich von den anderen Akteuren, damit die Versorgung in Gröpelingen sich verbessert? Gibt es Wünsche von Ihnen an andere Akteure, um die Situation zu verbessern?
<b>Themenblock 4</b>	<b>Lösungsansätze</b>
Frage 10 <b>Lösungsansätze allgemein</b>	Was für mögliche Lösungsansätze sehen sie in Bezug auf die gesundheitlichen Versorgungen? Gibt es Lösungsansätze Ihrerseits? <i>Attraktivität für Arbeitnehmer*innen, Demenzcafé, Dolmetscher in Praxen, mehr Beratungsangebote, etc.</i>
Frage 11 <b>Handlungsmöglichkeiten</b>	Wo sehen Sie als <u>Expert*in Handlungsmöglichkeiten</u> und welche Unterstützung benötigen Sie dafür ggf.? Wo würden Sie Veränderungen ansetzen und wer kann Ihnen dabei wie helfen?
Frage 12 <b>Gute-Fee-Frage</b>	Stellen Sie sich vor Sie es käme eine Gute-Fee und könnte mit Ihrem Zauberstab sofortige und uneingeschränkte Veränderungen in Gröpelingen veranlassen: Welche drei Dinge wären ab Morgen anders?
Frage 13a <b>Gesundheitszentrum</b>	Halten Sie die Implementierung eines Zentrums mit gesundheitlichen und sozialen Versorgungsangeboten in Gröpelingen für sinnvoll?

	Könnte ein Zentrum mit gesundheitlichen und sozialen Versorgungsangeboten ähnlich positive Effekte haben?
Frage 13b <b>Leistungsspektrum des Zentrums</b>	Was sollte solch ein Zentrum leisten? Welche <u>Angebote</u> sollte es dort geben?
<b>Themenblock 5</b>	<b>Abschluss</b>
Frage 14 <b>Ergänzungen</b>	Gibt es aus Ihrer Sicht noch <u>Themen oder Ergänzungen</u> die Ihrer Meinung nach wichtig sind, die im Interview nicht mit bedacht wurden?  Möchten Sie noch etwas ergänzen?

## **Anhang 4: Kategorienbildung**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
<b>1. Versorgungslage in Gröpelingen</b>		
1.1. Gesundheitsdienstleister	Aussagen bzgl. konkreter Dienstleister...	
1.1.1. Ambulant	... in der ambulanten Versorgung	
1.1.2. Stationär	... in der stationären Versorgung	
1.2. Qualität	Qualitative Beurteilung der Versorgungslage	
1.2.1. Gute Versorgung	Positive Bewertungen	
1.2.2. Schwächen in der Versorgung	Negative Bewertungen	
1.3. Strukturelle Einflussfaktoren	Strukturen, welche die Versorgung beeinflussen	
1.3.1. Strukturelle Ressourcen	Positive Beeinflussung	
1.3.2. Barrieren in der Versorgung	Negative Beeinflussung	
1.4. Vergleich zu anderen Stadtteilen	Aussagen über die Versorgungslage im Vergleich zu anderen Stadtteilen	
<b>2. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen/ Gesundheitsverhalten<sup>10</sup></b>		
2.1. Gesundheitliche Probleme im Stadtteil <sup>10</sup>	Konkrete Aussagen über gesundheitliche Probleme im Stadtteil	Bsp.: Es gibt besonders häufig Lungenerkrankungen unter den Hafearbeitern
2.2. Kulturelle Einflussfaktoren <sup>10</sup>	Kulturelle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	Bsp.: Diabetesplan muss im Ramadan erneut angepasst werden
2.3. Armut als Einflussfaktor <sup>10</sup>	Armut als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen	Bsp.: Am Ende des Monats kann aus finanziellen Gründen kein Rezept mehr eingelöst werden
<b>3. Bedarfe</b>		
3.1. (infra-)strukturelle Bedarfe	Bedarfe, die aufgrund von Mangel an strukturellen Voraussetzungen beruhen	(Bsp. Beratungsangebot, ÖPNV)
3.2. Personelle Bedarfe	Bedarfe, die aufgrund von Mangel an bestimmten Personen beruhen	(Bsp. Kinderarzt)
3.3. Gesundheitlicher Bedarf	Bedarfe, die auf gesundheitlichen Problemen auftreten	(Bsp. Gestationsdiabetes)

<sup>10</sup> Diese Kategorie wurde induktiv ergänzt.

<b>4. Kooperation/ Vernetzung</b>		
4.1. Bestehende Kooperationen/ Vernetzungen	Nennung bereits bestehen- der Kooperationen/Vernet- zungen	
4.1.1. Regional	...auf Stadtteilebene	
4.1.2. Disziplinär	...auf fachlicher/ beruflicher Ebene	
4.2. Schwerpunkte/ Fokus	Schwerpunktsetzung bei der Kooperation, Fokus der Ar- beit innerhalb des Netzwer- kes	
4.2.1. Organisatorisch, planend	...auf organisatorischer Ebene	Bsp.: gemein- same Projekte, Aktionstag
4.2.2. Präventiv	...auf präventiver Ebene	
4.2.3. Versorgend	...auf medizinisch, versor- gender Ebene	
4.2.4. PR (Öffentlichkeitsarbeit)	...im Bereich der Öffentlich- keitsarbeit	
4.3. Rahmenbedingungen	Rahmenbedingungen in den- nen das Netzwerk/die Ko- operation arbeitet	
4.3.1. Strukturelle Rahmenbedingungen	...auf struktureller Ebene	Bsp.: Räumlich- keiten
4.3.2. Personelle Rahmenbedingungen	...auf personeller Ebene	Bsp.: Initiator, Vorsitz, Mitarbei- ter
4.3.3. Finanzielle Rahmenbedingungen	...auf finanzieller Ebene	Bsp.: Wer finan- ziert das Netz- werk?
4.4. Erfahrungen	Nennung konkreter Erfahrun- gen, die bereits in der Netz- werkarbeit gemacht wurden	
4.4.1. Positive Erfahrungen	Positive Beispiele in der Zu- sammenarbeit	
4.4.2. Negative Erfahrungen	Negative Beispiele in der Zu- sammenarbeit	
4.5. Zukünftige Kooperationen/ Vernetzungen	Nennung zukünftigen Koope- rationen oder Vernetzungen, die notwendig wären oder gelingen könnten	
4.5.1. Bereiche	...In welchen Bereichen?	
4.5.2. Einflussfaktoren	Welche Einflussfaktoren wä- ren dabei denkbar?	
4.5.3. Fördernde Faktoren	Unterstützende Bedingungen zu Gründung einer Koopera- tion/Netzwerk	
4.5.4. Hemmende Faktoren	Hindernde Faktoren bei der Gründung einer Koopera- tion/Netzwerk	
<b>5. Lösungsansätze/ Handlungsempfehlungen</b>		
5.1. Allgemein	Welche Lösungsansätze werden genannt?	
5.1.1. Zeitl. Dimension (?)		

5.1.2. Organisationsebene	Wo setzen die Lösungsansätze an: Mikro-, Meso-, Makroebene?	
5.1.3. Adressat	Wer ist in die Lösungsansätze involviert??	
5.1.4. Rahmenbedingungen	Was muss verändert werden...	
5.1.4.1. Strukturell	... in den Strukturen?	
5.1.4.2. Personell	... beim Personal?	
5.1.4.3. Finanziell	... bei der Finanzierung	
5.2. Gesundheitszentrum	Wie wird die Idee eines Gesundheitszentrums aufgefasst, hinsichtlich...	
5.2.1. Angebote	... des konkreten Angebots?	
5.2.2. Beurteilung	... der Beurteilung?	
5.2.3. Erwarteter Nutzen	... des Nutzens?	
5.2.4. Adressaten	... der Nutzer?	
5.3. Zukunftswünsche		
5.3.1. Rahmenbedingungen	Welche Wünsche bestehen hinsichtlich...	
5.3.1.1. Strukturell	... der Strukturen?	
5.3.1.2. Personell	... der personellen Ausstattung?	
5.3.1.3. Finanziell	... der finanziellen Aspekte?	
5.3.2. Ideell		

## **Anhang 5: Fragebogen der Bürgerbefragung – Deutsch**

Liebe Bewohnerinnen und Bewohner von Gröpelingen,

wir studieren an der Universität Bremen und interessieren uns für die gesundheitliche Versorgung in Gröpelingen. Dafür arbeiten wir mit dem Gesundheitstreffpunkt West (GTP) in Gröpelingen zusammen. Wir wollen mehr über die Situation in Gröpelingen erfahren und haben deshalb Fragen zur gesundheitlichen Versorgung, wenn Sie oder jemand aus Ihrem Haushalt krank wird. Alle Fragen beziehen sich daher auf Sie und Familienangehörige, die in Ihrem Haushalt leben.

**Bitte beantworten Sie unsere Fragen nur, wenn Sie in Gröpelingen wohnen.**

Es ist gut, wenn viele Menschen unsere Fragen beantworten damit wir daraus etwas lernen und verändern können. Wir haben den Fragebogen bewusst in leichter Sprache geschrieben, damit möglichst alle Menschen ihn verstehen können.

Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig, werden anonym erfasst und vertraulich behandelt. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Wenn Sie später noch eine Frage haben, schreiben Sie uns: [cfhn@uni-bremen.de](mailto:cfhn@uni-bremen.de) oder unserer Leiterin, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann: [wolf-ostermann@uni-bremen.de](mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de).

## Fragebogen:

<b>1. Wie gesund fühlen Sie sich zurzeit?</b>											
<input type="checkbox"/>	sehr krank	<input type="checkbox"/>	eher krank	<input type="checkbox"/>	teils/teils	<input type="checkbox"/>	eher gesund	<input type="checkbox"/>	sehr gesund		
<b>2. Wie viele Kinder haben Sie? Wie alt sind Ihre Kinder?</b>											
Kinder: _____			Alter: _____								
<b>3. Leben Menschen bei Ihnen zu Hause, die Pflege benötigen?</b>											
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein								
<b>4. Stellen Sie sich vor, Sie wären krank. Wie gut ist die medizinische Versorgung in Gröpelingen?</b>											
<input type="checkbox"/>	sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	eher schlecht	<input type="checkbox"/>	teils/teils	<input type="checkbox"/>	eher gut	<input type="checkbox"/>	sehr gut	<input type="checkbox"/>	weiß nicht
<b>5. Wie oft waren Sie oder Ihre Familie im letzten Jahr beim...?</b>						<b>Wo befindet sich dieser?</b>					
	gar nicht	1 x im Jahr	öfter als 1 x im Jahr	in Gröpelingen	nicht in Gröpelingen						
Hausarzt	<input type="checkbox"/>										
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>										
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>										
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>										
Orthopäde	<input type="checkbox"/>										
Ein anderer Facharzt (z. B. Lungenarzt, Augenarzt)	<input type="checkbox"/>										
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>										
Hebamme	<input type="checkbox"/>										
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>										
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>										
Apotheke	<input type="checkbox"/>										

**6. Stellen Sie sich vor, Sie wären krank. Sie brauchen Hilfe, Sie finden aber keine Hilfe.  
Warum nicht?**

	es gibt kein Problem	gibt es nicht in Gröpelingen	wegen Sprachproblemen	wegen Hindernissen auf dem Weg (z. B. Treppen)	es gibt keine Bus- oder Bahnverbindung	lange Wartezeit	ich weiß es nicht
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein anderer Facharzt (z. B. Lungenarzt, Augenarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Gibt es andere Gründe warum Sie Versorgungsangebote nicht in Anspruch nehmen können?**

---



---

**8. Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung durch ... in Gröpelingen?**

	sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
Hausarzt	<input type="checkbox"/>				
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>				
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>				
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>				
Orthopäde	<input type="checkbox"/>				
Ein anderer Facharzt (z. B. Lungenarzt, Augenarzt)	<input type="checkbox"/>				
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>				
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>				
Hebamme	<input type="checkbox"/>				
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>				
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>				
Apotheke	<input type="checkbox"/>				

## 9. Warum sind Sie nicht zufrieden?

	ich bin zufrieden	wegen Sprachproblemen	wegen Hindernissen auf dem Weg (z. B. Treppen)	es gibt keine Bus- oder Bahnverbindung	lange Wartezeit
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein anderer Facharzt (z. B. Lungenarzt, Augenarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Gibt es andere Gründe warum Sie mit Versorgungsangeboten unzufrieden sind?

---



---

## 11. Stellen Sie sich vor, Sie wären krank. Sie brauchen Hilfe. Finden Sie es besser, wenn unterschiedliche Ärzte und andere Hilfsangebote zentral in einem Gebäude sind?

- ja       nein

## 12. Welche Angebote wünschen Sie sich zusammen in einem Gebäude?

Bitte **max. 5 Kreuze** machen.

### Medizin:

- Hausarzt
- Kinderarzt
- Frauenarzt
- Zahnarzt
- Orthopäde
- andere Fachärzte (z. B. Lungenarzt, Augenarzt)
- Psychotherapeut

### Therapie:

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Rehabilitative Angebote
- Hebamme
- weitere:  
\_\_\_\_\_

### Pflege:

- Pflegedienste
  - Pflegeberatung
- Anderer:**
- Soziale Beratung
  - Rechtsberatung
  - Apotheke
  - weitere:  
\_\_\_\_\_

Zum Schluss möchten wir noch einige persönliche Informationen von Ihnen erfahren.

**13. In welchem Ortsteil von Gröpelingen wohnen Sie?**

- Lindenhof    Gröpelingen    Ohlenhof    Oslebshausen    In den Wischen

**14. Wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_

**15. Welches Geschlecht haben Sie?**

- männlich    weiblich    divers

**16. Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen?**

- gar nicht    weniger als 5 Jahre    5-10 Jahre    10 Jahre oder mehr

**17. Haben Sie einen Beruf erlernt?**

- nein    ja, Ausbildung    ja, Studium

**18. Haben Sie zurzeit eine Arbeitsstelle?**

- nein    ja    Ausbildung/Studium/Schüler    Rentner

**19. Wie viele Menschen leben bei Ihnen zu Hause?**

\_\_\_\_\_

**20. Sind Sie alleinerziehend?**

- ja    nein

**21. Kommen Sie, Ihre Eltern oder Ihre Großeltern aus einem anderen Land?**

- ja    nein

**22. Wenn ja, aus welchem Land?**

\_\_\_\_\_

**23. Was wünschen Sie sich für die Zukunft damit Sie besser Hilfe bekommen, wenn Sie krank sind?**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anhang 6: Fragebogen der Bürgerbefragung – Englisch**

Dear residents of Gröpelingen,

We are master students at the University of Bremen and are interested in the health care in Gröpelingen. For this project, we cooperate with the “Gesundheitstreffpunkt West” (GTP) in Gröpelingen. We would like to know more about the situation in Gröpelingen. Therefore, we have questions about health care available to you and those living in your household. All questions are about you and people living in your household.

**Please answer our questions only if you live in Gröpelingen.**

It helps us when many people answer our questions so that we can learn and change something for them. We deliberately wrote the questionnaire in easy language so that many people can understand it.

Of course, your participation is voluntary. Your information will be treated anonymously and confidentially. Nobody will be able to find out which person gave which information.

If you have any questions, please contact us at [cfhn@uni-bremen.de](mailto:cfhn@uni-bremen.de) or our professor, Prof. Dr. med. Karin Wolf-Ostermann at [wolf-ostermann@uni-bremen.de](mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de).

**Questionnaire:**

<b>1. How healthy are you feeling right now?</b>											
<input type="checkbox"/>	really sick	<input type="checkbox"/>	rather sick	<input type="checkbox"/>	neutral	<input type="checkbox"/>	rather healthy	<input type="checkbox"/>	really healthy		
<b>2. How many children do you have? How old are your children?</b>											
children: _____		age(s): _____									
<b>3. Do people live in your home who need care?</b>											
<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no								
<b>4. Imagine you are sick. How do you find the medical care in Gröpelingen?</b>											
<input type="checkbox"/>	very bad	<input type="checkbox"/>	rather bad	<input type="checkbox"/>	neutral	<input type="checkbox"/>	rather good	<input type="checkbox"/>	very good	<input type="checkbox"/>	I don't know
<b>5. In the last year, how many times have you or your family been at the ...?</b>							<b>Where is this doctor/office?</b>				
		not at all	once a year	more than once a year		in Gröpelingen		not in Gröpelingen			
family doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
pediatrician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
gynecologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
dentist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
orthopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
another consultant (pulmonologist, ophthalmologist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
psychotherapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
midwife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
care service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
physiotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
pharmacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

## 6. Imagine you are sick. You need help, but you cannot find help. Why not?

	there is no problem	does not exist in Gröpelingen	because of language problems	because of obstacles on the way (e.g. stairs)	there is no bus or train connection	long wait	I do not know
family doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pediatrician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gynecologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
another consultant (pulmonologist, ophthalmologist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emergency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midwife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
physiotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pharmacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Are there any other reasons why you cannot use the health care in Gröpelingen?

---



---

## 8. How satisfied are you with the supply of the ... in Gröpelingen?

	very dissatisfied	rather dissatisfied	neutral	rather satisfied	very satisfied
family doctor	<input type="checkbox"/>				
pediatrician	<input type="checkbox"/>				
gynecologist	<input type="checkbox"/>				
dentist	<input type="checkbox"/>				
orthopedist	<input type="checkbox"/>				
another consultant (pulmonologist, ophthalmologist)	<input type="checkbox"/>				
emergency	<input type="checkbox"/>				
psychotherapist	<input type="checkbox"/>				
midwife	<input type="checkbox"/>				
care service	<input type="checkbox"/>				
physiotherapy	<input type="checkbox"/>				
pharmacy	<input type="checkbox"/>				

### 9. Why are you not satisfied?

	I am satisfied	because of language problems	because of obstacles on the way to the office (e.g. stairs)	there is no bus or train connection	long wait
family doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pediatrician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gynecologist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
another consultant (pulmonologist, ophthalmologist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emergency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midwife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
physiotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pharmacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Are there other reasons why you are dissatisfied with the provided health care?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 11. Imagine you are sick. You need help. Do you find it better if various doctors and other health services are centrally located in the same building?

- yes       no

### 12. Which services do you want together in one building?

**Please make 5 crosses at max.**

Medicine:	Therapy:	Nursing:
<input type="checkbox"/> family doctor <input type="checkbox"/> pediatrician <input type="checkbox"/> gynecologist <input type="checkbox"/> dentist <input type="checkbox"/> orthopedist <input type="checkbox"/> another consultant (pulmonologist, ophthalmologist) <input type="checkbox"/> psychotherapist	<input type="checkbox"/> physiotherapy <input type="checkbox"/> ergotherapy <input type="checkbox"/> speech therapy <input type="checkbox"/> rehabilitative offers <input type="checkbox"/> midwife <input type="checkbox"/> other: _____	<input type="checkbox"/> care service <input type="checkbox"/> advice about nursing care <b>Other:</b> <input type="checkbox"/> social counseling <input type="checkbox"/> legal advice <input type="checkbox"/> pharmacy <input type="checkbox"/> other: _____

Finally, we would like you to share some personal information with us.

**13. In which district of Gröpelingen do you live?**

- Lindenhof    Gröpelingen    Ohlenhof    Oslebshausen    In den Wischen

**14. How old are you?**

\_\_\_\_\_

**15. What is your gender?**

- male    female    divers

**16. How many years did you go to school?**

- not at all    less than 5 years    5-10 years    10 years or more

**17. Have you learned a profession?**

- no    yes, a professional training / apprenticeship    yes, a university degree

**18. Do you currently have a job?**

- no    yes    I am in training / I am a student    I am retired

**19. How many people live in your home?**

\_\_\_\_\_

**20. Are you a single parent?**

- yes    no

**21. Do you, your parents or your grandparents come from another country?**

- yes    no

**22. If so, from which country do you or your (grand)parents come?**

\_\_\_\_\_

**23. What kind of improvement do you wish for so that you get better help when you are sick in the future?**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anhang 7: Fragebogen der Bürgerbefragung – Französisch**

Cher(e)s résident(e)s de Gröpelingen,

Nous sommes un groupe d'étudiants de l'université de Brême, et nous travaillons actuellement en collaboration avec Gesundheitstreffpunkt (GTP) sur le thème «santé et maladie» dans votre localité. Dans le souci d'évaluer, et éventuellement d'améliorer la qualité de l'aide médicale en cas de maladie au sein de la famille, nous vous invitons à bien vouloir répondre massivement aux questions ci-dessous. Pour un résultat effectif et exploitable, nous vous prions de remplir le questionnaire **si et seulement si vous résidez à Gröpelingen**. Afin de faciliter votre compréhension, nous avons formulé les questions dans un langage simple.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse email [cfhn@uni-bremen.de](mailto:cfhn@uni-bremen.de) ou à joindre notre responsable Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann: [wolf-ostermann@uni-bremen.de](mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de). Merci pour votre participation.

## Questionnaire:

<b>1. Quel est votre état de santé actuel?</b>						
<input type="checkbox"/> Très malade <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> convalescent <input type="checkbox"/> en santé <input type="checkbox"/> en parfaite santé						
<b>2. Combien d'enfants avez-vous?</b>						
Enfant(s): _____ âge (s): _____						
<b>3. Vivez-vous avec des personnes ayant besoin de soins sous votre toit?</b>						
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non						
<b>4. Quelle est la qualité de l'aide médicale à Gröpelingen en cas de maladie?</b>						
<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> excellente <input type="checkbox"/> aucune idée						
<b>5. A quelle fréquence êtes vous (votre famille) allé(e) l'an dernier chez... ?</b>					<b>Où est-ce?</b>	
	aucune fois	une fois l'an	plus d'une fois l'an	à Gröpelingen	en dehors de Gröpelingen	
médecin de famille	<input type="checkbox"/>					
Pédiatre	<input type="checkbox"/>					
gynécologue	<input type="checkbox"/>					
dentiste	<input type="checkbox"/>					
Orthopédiste	<input type="checkbox"/>					
Un autre médecin (pneumologue, ophtalmologue)	<input type="checkbox"/>					
Psychothérapeute	<input type="checkbox"/>					
Sage-femme	<input type="checkbox"/>					
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>					
kinésithérapie	<input type="checkbox"/>					
Pharmacies	<input type="checkbox"/>					

**6. Lorsque vous êtes malade et avez besoin d'aide mais vous n'en trouvez pas, quelles en sont les raisons?**

	aucun problème	il n'y en a pas à Gröpelingen	un déficit en langue	En raison d'obstacles sur le chemin (exemple: escaliers)	il n'y a ni bus ni train	Longue attente	je ne sais comment procéder
médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un autre médecin (pneumologue, ophtalmologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous ne pouvez pas profiter des services de soins?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Êtes-vous satisfait des services du...à Gröpelingen?**

	très insatisfait	insatisfait	plus ou moins	satisfait	très satisfait
médecin de famille	<input type="checkbox"/>				
Pédiatre	<input type="checkbox"/>				
gynécologue	<input type="checkbox"/>				
dentiste	<input type="checkbox"/>				
Orthopédiste	<input type="checkbox"/>				
Un autre médecin (pneumologue, ophtalmologue)	<input type="checkbox"/>				
le service des urgences	<input type="checkbox"/>				
Psychothérapeute	<input type="checkbox"/>				
Sage-femme	<input type="checkbox"/>				
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>				
kinésithérapie	<input type="checkbox"/>				
Pharmacies	<input type="checkbox"/>				

### 9. Pourquoi n'êtes vous pas satisfait?

	Je suis satisfait	à cause du déficit en langue	à cause des obstacles sur le chemin (exemple: escaliers)	il n'y a ni bus ni train	Longue attente
médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un autre médecin (pneumologue, ophtalmologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous êtes insatisfait des services de soins?

---



---

### 11. Vous avez besoin d'aide en cas de maladie, serait-il bénéfique pour vous si les différents médecins et autres services d'assistances se trouvaient dans un même bâtiment?

oui       non

### 12. Quels services souhaiterez-vous voir dans un même bâtiment?

cochez **en 5** s'il vous plaît

Médecine:	thérapie:	soins:
<input type="checkbox"/> médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> gynécologue <input type="checkbox"/> dentiste <input type="checkbox"/> Orthopédiste <input type="checkbox"/> Un autre médecin (pneumologue, ophtalmologue) <input type="checkbox"/> Psychothérapeute	<input type="checkbox"/> kinésithérapie <input type="checkbox"/> l'ergothérapie <input type="checkbox"/> thérapie du langage/orthophonie <input type="checkbox"/> offre de rééducation <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> autres: <hr/>	<input type="checkbox"/> services de soins <input type="checkbox"/> Conseil en soins infirmiers <b>Autres:</b> <input type="checkbox"/> conseil sociale <input type="checkbox"/> Conseils sur le droit/loi <input type="checkbox"/> Pharmacies <input type="checkbox"/> autres: <hr/>

Enfin, nous aimerions avoir quelques renseignements personnels de vous.

**13. Dans quel quartier de Gröpelingen habitez-vous?**

- Lindenhof    Gröpelingen    Ohlenhof    Oslebshausen    In den Wischen

**14. Quel âge avez-vous?**

\_\_\_\_\_

**15. De quel genre êtes-vous?**

- masculin    féminin    divers

**16. Pendant combien d'années êtes-vous allé à l'école?**

- je n'y suis pas allé    moins de 5 ans    5-10 ans    10 ans ou plus

**17. Avez-vous une qualification?**

- non    oui, une formation    oui, études

**18. Exercez-vous actuellement un métier?**

- non    oui    formation/études/élèves    retraité

**19. Combien de personnes vivent sous votre toit?**

\_\_\_\_\_

**20. Êtes-vous mère/père célibataire?**

- oui    non

**21. Venez-vous (vos parents) d'un autre pays?**

- oui    non

**22. Si oui, de quel pays?**

\_\_\_\_\_

**23. En cas de maladie, quelles sont vos suggestions pour obtenir une meilleure aide à l'avenir?**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anhang 8: Fragebogen der Bürgerbefragung – Arabisch**

اعزائي سكان جروبلنجن

نحن طلاب ماجستير في جامعة بريمن ونحن مهتمون بالرعاية الصحية في جروبلنجن

بالنسبة لهذا المشروع ، نتعاون مع "اللقاء الصحي الغربي" في جروبلنجن

نود أن نعرف المزيد عن الوضع في جروبلنجن

لذلك ، لدينا أسئلة حول الرعاية الصحية المتاحة لك ولمن يعيشون في منزلك. جميع الأسئلة هي عنك والأشخاص الذين يعيشون في منزلك

**يرجى الإجابة على أسئلتنا فقط إذا كنت تعيش في جروبلنجن**

كتابة بتعمد قمنا لقد لهم وتغييره ما شيء تعلم من تتمكن حتى أسئلتنا على الأشخاص من العديد يجب عندما يساعدنا

فهمها من الناس من الكثير يتمكن حتى سهلة بلغة الاستبيان

بالطبع ، مشاركتك طوعية. سيتم التعامل مع معلوماتك بشكل مجهول وسري. لن يتمكن أحد من معرفة أي شخص قدم أي معلومات

إذا كان لديك أي أسئلة ، يرجى الاتصال بنا على

في أوسترمان وولف كارين. ميد الدكتور الأستاذ ، أستاذنا أو [cfhn@uni-bremen.de](mailto:cfhn@uni-bremen.de)

Prof. Dr. med. Karin Wolf-Ostermann at [wolf-ostermann@uni-bremen.de](mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de).

## : استبيان

الآن؟ بالصحة شعورك مدى ما					
<input type="checkbox"/> صحي حقا	<input type="checkbox"/> صحي إلى حد ما	<input type="checkbox"/> محايدة	<input type="checkbox"/> مريض نوعا ما	<input type="checkbox"/> مريض جدا	
أطفالك؟ أعمار هي ما لديك؟ طفلا كم					
الاعمار: _____		الأطفال: _____			
رعاية؟ إلى يحتاجون ممن منزلك في الناس يعيش هل					
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم				
جروبلنجن في الطبية الرعاية تجد كيف. مريض أنك تخيل					
<input type="checkbox"/> لا أعرف	<input type="checkbox"/> جيد جدا	<input type="checkbox"/> جيد نوعا ما	<input type="checkbox"/> محايدة	<input type="checkbox"/> سيئة نوعا ما	<input type="checkbox"/> سيئة للغاية
5. أين هذا الطبيب /المكتب؟ عائلتك في .....					
ليس في جروبلنجن	أكثر من مرة واحدة في السنة	مرة واحدة في السنة	ليس على الإطلاق		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب الأسرة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب الأطفال	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتور امراض نساء	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتورالاسنان	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتور العظام	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استشاري آخر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخصائي أمراض (الرئة ، طبيب عيون)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معالج نفسي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القبالة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدم عناية صحية	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العلاج الطبيعي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صيدليه	



لماذا أنت غير راضٍ؟

قائمة انتظار طويلة للمواعيد	لا يوجد اتصال بالحافلة أو القطار	بسبب العقبات في الطريق (مثل الدرج)	بسبب مشاكل اللغة	انا راضي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب الأسرة <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب الأطفال <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتور امراض نساء <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتور الاسنان <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دكتور العظام <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استشاري آخر (أخصائي أمراض) (الرئة ، طبيب عيون) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غرفة الطوارئ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطبيب النفسي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القابلة <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدم عناية صحية <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صيدليه <input type="checkbox"/>

هل هناك أسباب أخرى تجعلك غير راضٍ عن الرعاية الصحية المقدمة؟

---



---

تخيل أنك مريض. أنت بحاجة للمساعدة. هل تجد أنه من الأفضل إذا كان مختلف الأطباء والخدمات الصحية الأخرى في موقع مركزي في نفس المبنى؟

لا  نعم

**فقط خدمات ( ٥ ) خمسة اختيار يرجى** ما الخدمات التي تريدها معاً في مبنى واحد؟

تمريض	العلاج	دواء
<input type="checkbox"/> مقدم الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> مستشار الرعاية <input type="checkbox"/> مقترح اخر  <input type="checkbox"/> الاستشارات الاجتماعية <input type="checkbox"/> المشورة القانونية <input type="checkbox"/> صيدليه <input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> العلاج النفسي <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> المداواة بالعمل  <input type="checkbox"/> علاج التخاطب / علم الشعارات <input type="checkbox"/> العروض التأهيلية <input type="checkbox"/> القابلة <input type="checkbox"/> مقترح اخر	<input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> طبيب الأطفال <input type="checkbox"/> دكتور امراض نساء  <input type="checkbox"/> دكتور الاسنان <input type="checkbox"/> دكتور العظام <input type="checkbox"/> استشاري آخر (أخصائي أمراض) (الرئة ، طبيب عيون) <input type="checkbox"/> الطبيب النفسي

أخيرًا ، نود منك مشاركة بعض المعلومات الشخصية معنا

تعيش؟ بجروبلن مقاطعة أي في

ان دين فيشن  اوسليب هوزن  اولنهوف  جروبلنجن  لندهوف

كم عمرك؟

كم عمرك؟

ذكر/انثي  انثي  ذكر

كم سنة ذهبت إلى المدرسة؟

اكتر من ١٠ سنوات  ٥ - ١٠ سنوات  اقل من خمس سنوات  لم اذهب لاي مدرسه

حرفه؟ او مهنة تعلمت هل

نعم ، شهادة جامعية  نعم ، التدريب المهني  لا

هل لديك حاليا وظيفة؟

أنا متقاعد  أنا في التدريب /أنا طالب  نعم  لا

كم عدد الاشخاص الذين يعيشون في منزلك؟

هل أنت والد واحد؟

لا  نعم

هل والديك أو أجدادك يأتون من بلد آخر؟

لا  نعم

(؟)الكبير جدك او( والديك يأتي بلد أي من ، كذلك الأمر كان إذا

ما نوع التحسين الذي تتمناه حتى تحصل على مساعدة أفضل عندما تكون مريضًا في المستقبل؟

---

---

---

---

---



## **Anhang 9: Fragebogen der Bürgerbefragung – Türkisch**

Sevgili Gröpelingen sakinleri,

Bremen Üniversitesi'nde okuyoruz ve Gröpelingen'de sağlık ve hastalık hakkında çalışma yapıyoruz. Bunun için Gesundheitstreffpunkt West (GTP) ile birlikte çalışıyoruz. Gröpelingen'deki durum hakkında daha fazla bilgi edinmek istiyoruz ve bu nedenle, siz veya ailenizden biri hastalanırsa, yardım hakkında sizlerin ulaşabileceğiniz yeterince sağlık sektörleri varmı diye sorularımız olacak.

**Lütfen sadece Gröpelingen'de oturanlar bu sorularımızı cevaplasın.**

Ne kadar çok kişi sorularımızı cevaplandırır ise okadar çok başarılı olabiliriz.

Anketi kasıtlı olarak kolay bir şekilde yazdık, herkez rahatca cevaplayabilir.

Bir sorunuz varsa, bize yazabilirsiniz: [cfhn@uni-bremen.de](mailto:cfhn@uni-bremen.de) veya liderimiz Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann: [wolf-ostermann@uni-bremen.de](mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de)

## Anket:

<b>1. Şu anda kendinizi ne kadar sağlıklı hissediyorsunuz?</b>					
<input type="checkbox"/> çok hasta	<input type="checkbox"/> daha hasta	<input type="checkbox"/> kısmen/ kısmen	<input type="checkbox"/> daha iyi	<input type="checkbox"/> çok iyi	
<b>2. Kaç çocuğunuz var? Çocuklarınız kaç yaşında?</b>					
çocuk: _____ yaş: _____					
<b>3. Bakıma ihtiyacı olan biri evinizde varmı?</b>					
<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır					
<b>4. Hasta olduğunuzu hayal edin. Gröpelingen'de tıbbi yardımı sizce yeterlimi?</b>					
<input type="checkbox"/> çok kötü	<input type="checkbox"/> daha kötü	<input type="checkbox"/> kısmen/ kısmen	<input type="checkbox"/> daha iyi	<input type="checkbox"/> çok iyi	<input type="checkbox"/> bilmiyorum
<b>5. Hasta olduğunuzu hayal edin. Sen ya da ailen nereye gidiyorsun? Ne sıklıkta ve nereye gidiyorsunuz ...?</b>					
	hiç de	yılda bir kez	daha sık yılda bir kez	çinde Gröpelingen	çinde değil Gröpelingen
Aile hekimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuk doktoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jinekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dişçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka bir doktor (Sinir doktoru, Akciğer uzmanı, göz doktoru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikoterapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizyoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczaneler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Hasta olduğunuzu hayal edin. Yardıma ihtiyacınız var, ama herhangi bir yardım bulamıyorsunuz. Nedeni ne?**

	sorun yok	Gröpingen 'de yok	Nasıl olacak bilmiyo rum	Çünkü dil sorunum var	Yoldaki engellerden dolayı (örneğin merdivenler)	Giden otobüs ya da tren yok	uzun bekleme süreleri
Aile hekimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
çocuk doktoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jinekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dişçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka bir doktor (Sinir doktoru, Akciğer uzmanı, Göz Doktoru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acil servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikoterapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizyoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczaneler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Başka sebep:**

---

---

**8. Bunların hangisinden ne kadar memnunsunuz... Gröpingen'de?**

	çok memnuniyetsiz	oldukça memnuniyetsiz	kismen/ kismen	oldukça memnun	çok memnun
Aile hekimi	<input type="checkbox"/>				
çocuk doktoru	<input type="checkbox"/>				
Jinekolog	<input type="checkbox"/>				
Dişçi	<input type="checkbox"/>				
Ortopedik	<input type="checkbox"/>				
Başka bir doktor (Sinir doktoru, Akciğer uzmanı, Göz Doktoru)	<input type="checkbox"/>				
Acil servis	<input type="checkbox"/>				
Psikoterapist	<input type="checkbox"/>				
Ebe	<input type="checkbox"/>				
Sağlık	<input type="checkbox"/>				
Fizyoterapi	<input type="checkbox"/>				
Eczaneler	<input type="checkbox"/>				

## 9. Neden memnun değilsiniz?

	Memnunum	Dil problemleri yüzünden	Yoldaki engellerden dolayı (örneğin merdivenler)	Giden otobüs ya da tren yok	Uzun bekleme süreleri
Aile hekimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
çocuk doktoru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jinekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dişçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka bir doktor (Sinir doktoru, Akciğer uzmanı,Göz Doktoru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acil servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikoterapist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizyoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczaneler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Başka sebep:

---

---

## 11. Hasta olduğunuzu hayal edin. Yardıma ihtiyaçları var. Bir binada farklı doktorların ve diğer hizmetlerin olması sizin için daha mı iyi?

evet  hayır

## 12. Bir binada ne gibi teklifler istiyorsunuz?

Lütfen sadece 5 tane işaretleyin.

Tıp	Terapi	Bakım
<input type="checkbox"/> Aile hekimi	<input type="checkbox"/> Fizyoterapi	<input type="checkbox"/> Sağlık
<input type="checkbox"/> çocuk doktoru	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Danışma
<input type="checkbox"/> Jinekolog	<input type="checkbox"/> Konuşma terapisi	<b>Diğer</b>
<input type="checkbox"/> Dişçi	<input type="checkbox"/> Habil Rehabilitasyon teklifleri	<input type="checkbox"/> Sosyal danışmanlık
<input type="checkbox"/> Ortopedik	<input type="checkbox"/> Ebe	<input type="checkbox"/> Yasa / yasalara ilişkin tavsiyeler
<input type="checkbox"/> Başka bir doktor (Sinir doktoru, Akciğer uzmanı,Göz Doktoru)	<input type="checkbox"/> diğer:	<input type="checkbox"/> Eczane
<input type="checkbox"/> Psikoterapist	<input type="checkbox"/> diğer:	<input type="checkbox"/> diğer:
	<hr/>	<hr/>

**13.Gröpelingenin hangi bölgesinde yaşıyorsunuz?**

- Gröpelingen  Ohlenhof  Lindenhof  Oslebshausen  In den Wischen

**14. Kaç yaşındasınız?**

\_\_\_\_\_

**15. Cinsiyetiniz?**

- erkek  kadın

**16. Okula kaç yıl gittin?**

- hiç de  5 yıldan az  5-10 yıl  10 yıl veya daha fazla

**17. Bir meslek öğrendin mi?**

- hayır  evet, eğitim  evet, yüksek lisans

**18. Bir işiniz var mı?**

- hayır  evet  Eğitim/Çalışma/öğrenci  emekli

**19. Evinizde kaç kişi yaşıyor?**

\_\_\_\_\_

**20. Çocuklarınıza yalnız kedinizmi bakıyorsunuz?**

- evet  hayır

**21. Siz, ebeveynleriniz veya dedeniz başka bir ülkedenmi geliyorsunuz?**

- evet  hayır

**22. Evet ise, hangi ülkeden?**

\_\_\_\_\_

**23. Gelecekte, hastalandığınızda daha iyi yardım alabilmeniz için ne istiyorsunuz?**

**Teklif:**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

