

Antrag

**der Abgeordneten Deniz Celik, Sabine Boeddinghaus, Dr. Carola Ensslen,
Olga Fritzsche, Norbert Hackbusch, Stephan Jersch, Metin Kaya,
Cansu Özdemir, David Stoop, Dr. Stephanie Rose, Heike Sudmann
und Insa Tietjen (DIE LINKE)**

Betr.: Hamburg braucht eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung

Gesundheit war und ist schon immer mit der sozialen Frage verbunden. Denn wie wir wohnen, leben und arbeiten, ob wir Stress haben, von Rassismus oder Diskriminierung betroffen sind, beeinflusst nachweislich, wie gesund wir sind und wie alt wir werden. Die Corona-Pandemie hat diesen sozialräumlichen Zusammenhang von schwierigen Lebensrealitäten, die häufig mit Armut und niedrigem sozioökonomischen Status einhergehen, und Gesundheit einmal mehr belegt. So waren in der zweiten und dritten Welle strukturell benachteiligte Hamburger Stadtteile stärker betroffen als privilegierte. Die Lehren dieser ungewöhnlichen, für viele völlig unerwartet aufgetretenen Gesundheits- und sozialen Krise sollten dabei helfen, auf künftige Krisen besser vorbereitet zu sein und sie zielgenauer bewältigen zu können. Dass es zu weiteren Pandemien kommen wird, ist keine Frage des Ob, sondern lediglich des Wie und Wann. Geht man zudem davon aus, dass Menschen in ärmeren Stadtteilen von den Auswirkungen des Klimawandels, wie beispielsweise zukünftigen Hitzewellen, stärker betroffen sein werden und die Übersterblichkeit in diesen Quartieren überproportional hoch sein wird – ähnlich wie es in der Pandemie der Fall war –, müssen die präventiven Maßnahmen bedarfsdeckend angepasst werden. Dafür braucht es entsprechende kleinräumige Daten und Analysen, die Aussagen über die komplexe Wechselwirkung von Sozialraum und Gesundheit erlauben. Nur so ist es überhaupt erst möglich, Gesundheitspolitik bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Denn auch das hat die Corona-Pandemie gezeigt: Für die Beurteilung des Infektionsgeschehens wäre die Veröffentlichung stadtteilbezogener Gesundheitsdaten äußerst wichtig gewesen. Während Hamburg zunächst keine stadtteilbezogenen Inzidenzen erhoben und nur ein zentrales Impfzentrum eingerichtet hat, hat Bremen sehr früh das Infektionsgeschehen nach Postleitzahlen analysiert und konnte so auf das unterschiedliche Infektionsgeschehen der Stadtteile reagieren, indem frühzeitig mobile Impfangebote in strukturell benachteiligten Stadtteilen angeboten wurden. Dies zeigt doch, dass wirksame Gesundheitsprävention nur möglich ist, wenn die entsprechenden Gesundheitsdaten vorliegen und so die Einordnung in einen größeren sozialräumlichen Zusammenhang erst möglich machen.

Zwar werden in Hamburg unterschiedliche Gesundheitsdaten, wie die der schulärztlichen Untersuchungen sowie Geburten und Todesursachen, flächendeckend erhoben, trotzdem kommen die Autor:innen der Ramboll-Studie zu dem Ergebnis, dass für Hamburg teilweise kleinräumige Daten fehlen. So heißt es im Abschlussbericht der Studie dazu, dass „aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von stadtteilbezogenen Daten in Hamburg (...) multifaktorielle Zusammenhänge (...) nicht vollständig erklärt werden (konnten)“.¹ Ferner seien der Zugang und die Verknüpfbarkeit vorhan-

¹ Siehe hierzu: <https://www.hamburg.de/contentblob/16673118/a195d5c256849a8fa813d33d05c7566f/data/d-studie-sars-cov-2-infektionsgeschehens.pdf>.

dener Daten optimierbar. Das zeigt den Mangel an kleinräumigen Gesundheitsdaten für Hamburg und die Schwäche der Hamburger Gesundheitsberichterstattung.

Weil Armuts- und Gesundheitsprävention auf Stadtteilebene umgesetzt werden und ein Handlungsansatz darin bestehen sollte, Ungleiches ungleich zu behandeln, braucht es kleinräumige Daten. Diese sollten neben stadtteilspezifischen soziodemografischen und sozioökonomischen Daten sowie Daten zu Krankheitslast und vorzeitiger Sterblichkeit auch Daten zu Mobilität, Infrastruktur, Wohnqualität und Umwelt (Lärm, Feinstaub, Klima) umfassen. Denn nur wer die unterschiedlichen Lebenslagen kennt, kann Zusammenhänge erkennen und gezielte Präventionsstrategien entwickeln.

Die Bürgerschaft möge beschließen:

Der Senat wird aufgefordert,

1. alle zwei Jahre, beginnend 2024, einen Gesundheitsbericht vorzulegen,
2. dieser sollte neben soziodemografischen und sozioökonomischen Daten sowie Daten zur Krankheitslast und vorzeitiger Sterblichkeit auch Daten zu Mobilität, Infrastruktur, Wohnqualität und Umweltbelastungen (Lärm, Feinstaub, Klima) umfassen,
3. die Daten sollen auf Stadtteilebene erhoben und entsprechend digital und interaktiv aufbereitet werden und abrufbar sein.