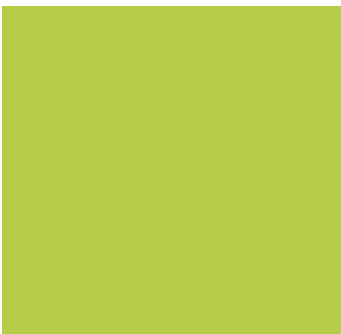
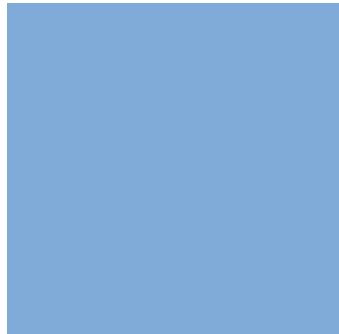


# Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn

## Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation



**Autoren:**

Alexander Fischer (Manager Integrated Care und Projektleiter Hamburg Billstedt-Horn), Timo Schulte (Leiter Health Data Analytics & IT), Olga Brüwer (Manager Health Data Analytics), Irena Lorenz (Junior Manager Integrated Care), Ulf Werner (Senior Manager Integrated Care and Corporate Communications), Britta Horwege (Senior Manager Corporate Communications), Antje Focken (MSc.), Helmut Hildebrandt (Vorstand)

Beratung: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Ehem. Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Kontakt:**

OptiMedis AG, Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg

Tel: +49 40 22621149-0

info@optimedis.de, www.optimedis.de

**Förderung:**

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz - Freie und Hansestadt Hamburg

(AZ: Z670252014G500-02.10/10.005)

Fördersumme: 30.533,00 Euro

Projektlaufzeit: 1. Dezember 2014 – 30. September 2015

Die Verfasser bedanken sich bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg für die finanzielle und immaterielle Förderung, bei der AOK Rheinland/Hamburg für die zur Verfügung gestellten Datenauswertungen und bei dem NAV-Virchow-Bund für die Herstellung der Kontakte zur lokalen Ärzteschaft in Billstedt und Horn.

In besonderem Maße danken die Verfasser darüber hinaus den sozialen Einrichtungen in Billstedt und Horn – darunter insbesondere dem Billnetz – und den zahlreichen Interviewpartnern, die sich für die Analysen engagiert und wertvolle Anregungen gegeben haben.

#### Hinweis

Die Inhalte des vorliegenden Entwicklungskonzepts beziehen sich in gleichem Maße sowohl auf Frauen als auch auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch im folgenden Text nur die männliche Form verwendet. Eine Ausnahme bilden die Inhalte, die sich ausdrücklich auf Frauen beziehen.

## Zusammenfassung

Die auf Integrierte Versorgung spezialisierte OptiMedis AG will gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen, sozialen Einrichtungen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen ein innovatives, patientenorientiertes und sektorübergreifendes Versorgungskonzept in den sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn umsetzen. Im Ergebnis soll damit nachgewiesen werden, dass durch eine gemeinsame Anstrengung ein besserer Gesundheitsstatus für die Bevölkerung bei einer höheren Versorgungsqualität erreicht werden kann, und das bei gleichzeitig effizienterer und wirtschaftlicherer Versorgung für die Versicherten und die Volkswirtschaft. Die OptiMedis AG schließt mit diesem Ansatz an die internationalen Trends zur Rückintegration von Öffentlicher Gesundheit, den Bezug auf die Lebensverhältnisse und die Optimierung der individuellen Gesundheitsversorgung durch die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen an.

Im ersten Schritt hat die OptiMedis AG das hier vorliegende Entwicklungs- und Handlungskonzept zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn formuliert, dessen Erstellung von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg gefördert wurde. Auf Grundlage sowohl einer quantitativen als auch einer qualitativen Bedarfsanalyse beschreiben die Autoren darin, wie eine nachhaltige, auf die spezifischen Bedürfnisse in Billstedt und Horn ausgerichtete gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unter Nutzung der Verträge zur Integrierten Versorgung aufgebaut werden kann, die sich langfristig weitgehend selbst trägt.

In der Analyse wurden verschiedene Quellen zur Darstellung versorgungsrelevanter Einflussfaktoren für die Stadtteile Billstedt und Horn genutzt. Grundlage der Analysen zur sozialen Lage waren öffentlich verfügbare Quellen, wie die GENESIS-Datenbank des Statistischen Bundesamtes, die Stadtteilprofile des statistischen Amtes Hamburg/Schleswig-Holstein, das Sozialmonitoring der integrierten Stadtteilentwicklung der Stadt Hamburg sowie die zur Verfügung gestellten Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen des Hamburger Gesundheitsamtes und die GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Zur Analyse der gesundheitlichen Lage bzw. der Krankheitslast wurden zum einen die öffentlich verfügbaren Informationen des Morbiditätsatlas Hamburg explizit für die Stadtteile Billstedt und Horn aufbereitet. Zum anderen wurden auf Basis der GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg weitere Auswertungen durchgeführt, um ein detailliertes Bild zur Krankheitslast, z. B. nach Altersklassen oder Postleitzahlbezirken, in den Stadtteilen zu erhalten. Die quantitative Datenerhebung wurde um einen qualitativen Ansatz ergänzt. Mit insgesamt 30 Experten wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um spezifisches Handlungs- und Erfahrungswissen zu gesundheitsrelevanten Lebensverhältnissen, zur Wahrnehmung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung in den beiden Stadtteilen und zu den angenommenen Chancen einer Gesundheitsförderung in Billstedt und Horn zu gewinnen. Hinsichtlich des erarbeiteten Interventionsansatzes kann man somit mit Fug und Recht behaupten, dass er nicht ein theoretisches, „am grünen Tisch“ entstandenes Konzept ist, sondern dass er spezifisch für diese Region und gemeinsam mit den hier für die Umsetzung relevanten Akteuren entwickelt worden ist.

Billstedt und Horn gehören zu den sozial schwachen Stadtteilen in Hamburg: der Anteil an Migranten ist überdurchschnittlich hoch, das Durchschnittseinkommen der Einwohner gering, es gibt viele SBG-II-Empfänger und wenig Wohnfläche pro Person. Das wirkt sich auch auf die medizinische Versorgung und den Gesundheitsstatus der Bewohner aus, wie die vorliegende Analyse belegt. Im Vergleich zum Hamburger

Durchschnitt zeigt sich: in manchen Fachgebieten gibt es in Billstedt und Horn weniger Ärzte, gleichzeitig sind die Versorgungskosten deutlich höher. Die Menschen in den Stadtteilen erkranken vergleichsweise häufiger und zum Teil deutlich früher. Die Prävalenz für chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Erkrankungen im Kindesalter, Gesundheitsstörungen, Übergewicht oder mangelnde Zahngesundheit ist hier aus vielfältigen Gründen erhöht – mit entsprechenden Folgen für die Lebensqualität der Bewohner und die Ausgaben der Krankenkassen. Fehlendes Gesundheitswissen und Schwierigkeiten beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen sind begleitende Problemstellungen.

Im zweiten Schritt will die OptiMedis AG mit den medizinischen Leistungserbringern und den Akteuren der Gesundheitsförderung das ausgearbeitete Entwicklungs- und Handlungskonzept auf Grundlage des § 140a-d Sozialgesetzbuch V umsetzen. Der Startpunkt für eine Gesundheitsintervention in Billstedt-Horn erfolgt mit dem Aufbau eines Praxisnetzes der Haus- und Fachärzte. Daran anschließend wird die „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH“ aus Management, dem Praxisnetz und der Stadtteilklinik gegründet. Durch die Einbeziehung des stationären und ambulanten Sektors als Miteigentümer erhalten diese ein direktes und nachhaltiges Interesse an der Gesamtoptimierung. Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH fungiert als lokaler Integrator für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung, konzipiert Arbeiten mit den Krankenkassen, bereitet Projekt- und Förderanträge vor und investiert, entwickelt und steuert die Handlungsfelder.

Hierzu gehören u. a.

- › Der Aufbau eines innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements,
- › Maßnahmen zur zielgruppenorientierten und settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung und
- › die Stärkung der ambulanten, wohnortnahen Versorgung und Entlastung der Ärzte.

Ziele sind u. a.

- › die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Billstedt-Horn, ausgedrückt u. a. in dem Indikator Lebenserwartung (vermeidbare Sterbefälle),
- › die Verbesserung der Versorgungserfahrung vor Ort, ausgedrückt u. a. in den Indikatoren der Annäherung der medizinischen Versorgungsquoten an den Hamburger Durchschnitt, der Hinzugewinnung von Nachwuchs für die medizinischen Berufsgruppen und insbesondere in der Patientenzufriedenheit sowie
- › die Normalisierung der Versorgungskosten der Krankenversicherten, ausgedrückt u. a. in dem Indikator der negativen Differenz der Deckungsbeiträge der kooperierenden Krankenkassen für ihre Versicherten in der Region.

Langfristig soll sich die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH durch einen Anteil an den Einsparungen, die die Krankenkasse durch die effizientere und gesundheitsfördernde Versorgung haben, finanzieren und wiederum in die Optimierung der Versorgung investieren. Für die Startinvestition sind Förderungen durch den Innovationsfonds nach § 92 a SGB V und von Stiftungen sowie Mittel der kooperierenden Krankenkassen und ggf. der Freien und Hansestadt Hamburg vorgesehen. Die Voraussetzungen für den Erfolg des Projektes sind gegeben: Zum einen hat die OptiMedis AG vielfältige Erfahrungen beim Aufbau Integrierter Versorgung und deren Analyse, z. B. im Süden Baden-Württembergs. Zum anderen hat sie in Hamburg bereits viele lokale Partner gefunden, die sich für das Projekt engagieren, genauso wie die Krankenkassen und die BGV. Dadurch könnte

das Vorhaben nicht nur in Hamburg, sondern auch bundesweit Strahlkraft für die Versorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen entfalten und sogar beispielgebend für Deutschland werden.

Die ebenfalls im Rahmen des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes erarbeiteten Handlungsstrategien und deren Umsetzung sind nicht Teil dieses Berichtes. Sie werden zum jetzigen Zeitpunkt nicht veröffentlicht, da sie Bestandteil für die Antragstellung beim Innovationsfonds nach § 92 a SGB V sein sollen.

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	IV
Inhaltsverzeichnis .....	VII
Abbildungsverzeichnis .....	IX
Tabellenverzeichnis .....	XII
1. Einleitung .....	1
<b>Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation – Herausforderungen und Chancen</b> .....	<b>7</b>
2. Quantitative Bedarfsanalyse .....	7
2.1. Analyse demografischer und sozialer Strukturen in Billstedt und Horn .....	7
2.1.1. Auswertung der Daten der statistischen Ämter .....	8
2.1.2. Auswertung der Daten der AOK Rheinland/Hamburg (GKV-Routinedaten) .....	13
2.1.3. Auswertung der Daten des Hamburger Sozialmonitorings .....	14
2.2. Analyse der Krankheitslast der Bevölkerung in Billstedt und Horn .....	16
2.2.1. Auswertung der Daten des Morbiditätsatlas Hamburg .....	16
2.2.2. Auswertung der Daten der AOK Rheinland/Hamburg (GKV-Routinedaten) .....	20
2.3. Analyse der Kosten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen .....	32
2.4. Analyse der Gesundheitsversorgung – Versorgungssituation .....	35
2.4.1. Auswertung der Daten des Fachamtes für Stadt- und Landschaftsplanung .....	35
2.4.2. Auswertung der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung .....	36
2.5. Diskussion der quantitativen Bedarfsanalyse .....	39
3. Qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse .....	41
3.1. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse .....	44
3.1.1. Infrastruktur und Wohnverhältnisse .....	45
3.1.2. Niedrige Gesundheitskompetenz .....	46
3.1.3. Eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft .....	46
3.1.4. Erfahrung der Selbstwirksamkeit .....	48
3.1.5. Soziale Instabilität .....	48
3.2. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitliche Situation .....	49
3.2.1. Psychische Erkrankungen .....	49
3.2.2. Kindergesundheit .....	51
3.2.3. Migrantengesundheit .....	53
3.2.4. Interkulturelle Arzt-Patienten-Kommunikation .....	55

3.3. Fokussierter Themenbereich: Situation der Gesundheitsversorgung.....	57
3.4. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsförderung und Prävention.....	60
3.5. Fokussierter Themenbereich: Versorgungsmodelle / Vernetzung .....	65
4. Zusammenfassung der Analysen und Schlussfolgerung.....	70
5. Literaturverzeichnis .....	73
6. Anlagen.....	80



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berufe der Eltern in Billstedt-Horn gegenüber Hamburg auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2013 .....	13
Abbildung 2: Vergleich der Altersverteilung in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt auf Basis von Daten der AOK Rheinland/Hamburg des Jahres 2013 .....	14
Abbildung 3: Sozialmonitoring 2014: Gesamtindex (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015, S. 65) .....	16
Abbildung 4: Morbiditätsindex der Patienten zwischen 65 und 79 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013: S. 45; Billstedt und Horn durch Umrahmung nachträglich markiert).....	18
Abbildung 5: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten chronischen Erkrankungen in Billstedt und Horn im Vergleich mit dem Durchschnitt in Hamburg für Patienten zwischen 65 und 79 Jahren (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013, S. 48 ff.) .....	19
Abbildung 6: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten Erkrankungen (sog. Leitdiagnosen) in Billstedt und Horn (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013).....	19
Abbildung 7: Ambulante Behandlungsfälle wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt .....	20
Abbildung 8: Behandlungsfälle männlicher Versicherter mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	21
Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	21
Abbildung 10: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Adipositas in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt .....	23
Abbildung 11: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Adipositas in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt .....	23
Abbildung 12: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Hypertonie in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt .....	24
Abbildung 13: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Hypertonie in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt .....	24
Abbildung 14: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Diabetes mellitus in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	25
Abbildung 15: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Diabetes mellitus in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	25
Abbildung 16: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	26
Abbildung 17: Anteil Versicherte mit stationären Krankenhausfällen bei Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	26

---

Abbildung 18: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Sonstige Formen der Herzkrankheit in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	27
Abbildung 19: Behandlungsfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (getrennt nach Geschlecht).....	28
Abbildung 20: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Männern in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	29
Abbildung 21: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Frauen in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	30
Abbildung 22: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	30
Abbildung 23: Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	31
Abbildung 24: Ambulante Behandlungsfälle für Ausgewählte Erkrankungen im Kindesalter in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	32
Abbildung 25: Schuleingangsuntersuchungen Vergleich Übergewicht in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	32
Abbildung 26: Kostendifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt.....	34
Abbildung 27: Deckungsbeitragsdifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt.....	34
Abbildung 28: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in Hamburg (Zeit Online 2015).....	36
Abbildung 29: Theoretisch adaptierter Versorgungsgrad in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg gesamt (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband).....	39
Abbildung 30: Relevante Akteure in Billstedt und Horn.....	42
Abbildung 37: Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen in Euro in den Hamburger Stadtteilen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014).....	80
Abbildung 38: 1-Jahres-Prävalenz von Früherkennungsuntersuchungen zur Feststellung von Zervixkarzinomen in Billstedt und Horn mit dem Durchschnitt in Hamburg (eigene Darstellung auf Basis von Erhart et al. 2013, S. 110 ff.).....	81
Abbildung 39: Durchschnittlicher 1-Jahres-Leistungsbedarf in Euro im Jahr 2011 im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013).....	83
Abbildung 40: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen bei 0-10-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	83
Abbildung 41: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 10-20-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	83

Abbildung 42: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	84
Abbildung 43: Mittlere Kostendifferenz der 11-20-Jährigen in Billstedt-Horn gegenüber dem Hamburger Durchschnitt im Jahr 2011.....	84

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikatoren zur Demografie und Sozialstruktur (Quellen: Statistisches Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2015), Stadtprofile (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2013, S. 38–41) .....	8
Tabelle 2: Zahlen für die Berechnung des Versorgungsgrades in Prozent nach bestimmten Fachrichtungen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband) .....	38
Tabelle 8: Vergleich der Altersverteilung (absolut) der AOK Rheinland/Hamburg Versicherten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.....	81
Tabelle 9: Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit .....	85
Tabelle 10: Gesundheitsversorgung aus Sicht des Bezirks Mitte.....	86
Tabelle 11: Netzwerkziele in Billstedt-Horn .....	86
Tabelle 12: Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn .....	89
Tabelle 13: Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn .....	94
Tabelle 14: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn.....	96
Tabelle 15: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften.....	100
Tabelle 16: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung.....	104
Tabelle 17: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen .....	109
Tabelle 18: Protokoll Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn .....	113
Tabelle 19: Liste der Interviewpartner .....	115

## 1. Einleitung

Die Chancen auf ein Leben in guter Gesundheit sind ungleich verteilt. Neben den körperlichen und psychischen Faktoren spielen auch der soziale Status und das Umfeld eine entscheidende Rolle. Bereits im Kindes- und Jugendalter zeigen sich bei sozial Benachteiligten eine höhere Sterblichkeit sowie eine größere Krankheits- und Unfallhäufigkeit. Auch die Rate chronischer Erkrankungen im mittleren Erwachsenenalter, insbesondere von Herz-Kreislauf- und psychischen Krankheiten, ist bei sozial schlechter gestellten Bewohnern höher. Dies ist unstrittig und gehört mittlerweile zum Gemeingut der sozialmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Literatur (vgl. Marmot 2005, Mielck, Helmert 2012). Auch in Hamburg besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheitsstatus, wie es in einer Studie für Altona kürzlich herausgearbeitet wurde (Wollesen et al 2015).<sup>1</sup>

Die Stadtteile Billstedt und Horn gehören zu den ärmsten Stadtteilen Hamburgs und liegen mit 21.705 Euro in Billstedt und mit 20.043 Euro in Horn in ihrem Durchschnittseinkommen etwa 38,9 Prozent bzw. 43,7 Prozent unter dem Hamburger Durchschnitt von 35.568 Euro (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014). Die beiden Stadtteile charakterisiert eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner, wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger, Migranten, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen.

Der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen führen in allen industrialisierten Gesellschaften zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums und stellen die Städte und Kommunen vor große Herausforderungen. Demnach gewinnen chronische Erkrankungen immer mehr an epidemiologischer, individueller, sozialpolitischer sowie gesundheitsökonomischer Bedeutung. Dabei treten insbesondere in den sozial benachteiligten Stadtteilen – wie in Billstedt und Horn – chronische Erkrankungen und Gesundheitsstörungen früher und häufiger auf, mit zum Teil weitreichenden Folgen für die Lebensqualität der Bewohner. Aus der sozialepidemiologischen Forschung können wir umfangreiche Erfahrungen zu methodologischen Ansätzen der Gesundheitsmessung und -förderung ableiten. Zentral für dieses Handlungskonzept sind z.B. die Annahmen von Julian Tudor Hart, wonach die Verfügbarkeit einer guten medizinischen Versorgung dazu neigt, in einem inversen Zusammenhang mit den Anforderungen der Bevölkerung zu stehen. Auch die Studien von Geoffrey Rose zur Strategie der Präventivmedizin geben wichtige inhaltliche Impulse zum richtigen Verhältnis von Hochrisiko- vs. Allgemeinprävention bzw. zum Verhältnis von Inzidenzraten und absoluten Fallzahlen auf der Populationsebene (Rose 1985). Die gesundheitliche Ungleichheitsforschung, allen voran die Studien von Michael Marmot, ziehen sich wie ein roter Faden durch die Analyse (Marmot/Wilkinson 1999). Die gute Nachricht lautet: Das letzte Jahrzehnt sozialepidemiologischer Forschung hat sich viel stärker den Strategien zur Problemlösung gewidmet; Problemlösungsstrategien sind nun hinreichend evaluiert und ein neuer Optimismus ist präsent, dass gesundheitsbezogene Ungleichheiten relativ schnell durch gezielte Interventionen verringert werden können (WHO 2008). Jetzt ist Handeln gefordert.

---

<sup>1</sup> Innerhalb der Personen mit Einkommensstufen bis 1.000 Euro im Monat fanden sich reduzierte Werte für das körperliche und psychische Wohlbefinden im Barthel-Index und in den IADL. Zudem wurde das persönliche Gesundheitsbefinden deutlich niedriger eingeschätzt. Weiterhin zeigten Personen der unteren Einkommensgruppen mehr Erkrankungen und befanden sich häufiger in Pflegestufe 2.

Die Struktur des deutschen Gesundheitswesens, die historisch gewachsen und von starker Fragmentierung geprägt ist, wird den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen aber nicht mehr gerecht. Laut dem Sachverständigenrat trägt die medizinisch-kurative Versorgung lediglich zu 10 bis 40 Prozent zur Verbesserung der Gesundheit bei (Wille et al. 2005). Es bedarf daher innovativer Versorgungsformen und einer patientenorientierten Ausrichtung des Behandlungsprozesses, um die Versorgung qualitativ hochwertig und effizient zu gestalten.

Dieses Wissen und die Erfahrungen mit einem erfolgreichen Interventionsansatz in einem ländlichen Setting im Süden Baden-Württembergs im Rahmen der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff SGB V haben den Anstoß gegeben, auch für den großstädtischen Kontext, und hier speziell für zwei Stadtteile mit eher schwierigen sozialstrukturellen Ausgangslagen, zu prüfen, inwiefern eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unter Nutzung der neuartigen Vertragsmöglichkeiten der Integrierten Versorgung zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation und langfristig zu einer höheren Lebenserwartung führen kann.

Gemeinsam mit Partnern aus der Ärzteschaft und Krankenkassen will die OptiMedis AG mit Sitz in Hamburg eine solche neue Versorgungsform in den beiden Stadtteilen Billstedt und Horn umsetzen. Dankenswerterweise hat die Freie und Hansestadt Hamburg im Rahmen ihrer Gesundheitswirtschaftsinitiative diese Planung aufgegriffen und den Ansatz eines Entwicklungs- und Handlungskonzepts für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn durch eine Förderung unterstützt.

Auch die Bundespolitik hat das Potential innovativer Versorgungsformen bekräftigt und fördert ab 2016 innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen über den Innovationsfonds mit jährlich 225 Millionen Euro. Die genauen Kriterien dafür werden in den nächsten Monaten ausgearbeitet.

Mit dem im Juni 2015 vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz sollen die Gesundheitsförderung und die Prävention in Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen oder Betrieben ausgeweitet werden. Ziel ist es, soziale Ungleichheiten zu mindern. Hierzu sollen die Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere in diesen Settings, von derzeit gut drei Euro je GKV-Versicherten auf mindestens sieben Euro steigen. Darüber hinaus wird der Leistungsumfang der Gesundheitsuntersuchungen und Schutzimpfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ausgeweitet.

Hamburg hat bereits vor Jahren die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung erkannt und den Pakt für Prävention ins Leben gerufen. Der Pakt für Prävention soll in der Legislaturperiode 2015 bis 2020 in eine Strategie „Gesundes Hamburg“ weiterentwickelt werden, um lebenslange Präventionsketten von der Kita und Schule über den Arbeitsplatz bis hin zum Pflegeheim anzubieten (Koalitionsvertrag 2015). Die Freie und Hansestadt Hamburg will die Prävention und Gesundheitsförderung ebenfalls stärken, um den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen (Freie und Hansestadt Hamburg 2014, S. 68). Dabei soll die Versorgung und Pflege in Hamburg zukünftig verstärkt in den Quartieren erfolgen. Das Demografiekonzept 2030 sieht hierzu vor, die Versorgung von chronisch Erkrankten oder Menschen mit geriatrischem Versorgungsbedarf durch neue integrierte Versorgungsmodelle in den Quartieren zu stärken (ebd., S. 65). Der rot-grüne Senat bekräftigt dies in seinem Koalitionsvertrag, wonach ein Schwerpunkt auf die Demografiefestigkeit der jeweiligen Stadtteile und Quartiere zu legen sein soll und in Hamburg zunehmend quartiersbezogene Pflegekonzepte entwickelt werden sollen. Sie sollen dazu beitragen, die Selbstständigkeit Älterer zu erhalten, u. a. durch Kooperationen mit der Hamburger Wohnungswirtschaft. Die Mehrbedarfe an ambulanter Pflege sollen durch ambulante Pflegeangebote im Wohnumfeld ebenso abgedeckt werden wie durch die

zunehmende Öffnung von Pflegeheimen in die Quartiere, wo diese auch ambulante Leistungen anbieten sollen (Koalitionsvertrag 2015, S. 91). Das vorliegende Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung nimmt diese Entwicklung auf und versucht, einen Beitrag zu leisten, wie die Umsetzung in den Stadtteilen aussehen kann.

Die Projektpartner, die AOK Rheinland/Hamburg, der NAV-Virchow-Bund und die OptiMedis AG, sowie der Zuwendungsgeber, die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, haben erkannt, dass sich durch die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn die geradezu einmalige Chance bietet, dass eine höhere Qualität der Gesundheitsversorgung letztlich nicht zu Kostensteigerungen, sondern im Gegenteil zu Einsparungen führen kann. Die Idee, die hinter dem „Umdenken“ steht, adressiert die aktuell grundsätzlich falschen Anreize im Gesundheitswesen und ist eigentlich relativ simpel: Krankheit ist teurer als Gesundheit. Amelung konstatiert: „Je besser die Versorgung ist, desto günstiger ist sie auch.“ Sind die Patienten „gesünder“, kann folglich Geld eingespart werden, welches schließlich für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen genutzt werden kann (Amelung 2013).

Die entscheidende Frage ist aber: Wie kann eine solche innovative Versorgung, die den speziellen Herausforderungen in sozial benachteiligten Stadtteilen besser gerecht wird als das bislang vorherrschende sektorale und fragmentierte System, erfolgreich und nachhaltig im Rahmen einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn etabliert werden? Und zwar in einer Form, dass sie sich selber aus dem Erfolg heraus refinanziert und nicht dauerhaft von Projektgeldern und entsprechenden Anträgen abhängig ist?

Um sich der Beantwortung dieser Frage zu nähern, wurde im vorliegenden Entwicklungs- und Handlungskonzept zunächst eine umfassende kleinräumige Analyse der Bedarfssituation in den Stadtteilen Billstedt und Horn vorgenommen, in der die Herausforderungen und Chancen dargelegt werden. Aus den identifizierten Erkenntnissen der Analyse wurden Handlungsfelder abgeleitet, die Antworten und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung aufzeigen.

### **Exkurs: Die Stadtteile Billstedt und Horn**

*„Wer sich aufmacht, den Hamburger Osten zu entdecken, der erlebt eine Stadtlandschaft mit vielen Gesichtern: alte Dorfkerne in Öjendorf und Kirchsteinbek, Siedlungen der 1950er und 1960er Jahre, Hochhäuser in Mümmelmannsberg, ganz neue Wohnquartiere und Kleingarten-Kolonien – all das eingebettet in ausgedehntes Grün mit vielen öffentlichen Wegen.“ (Hamburg.de 2015c)*

Genauso abwechslungsreich wie die Stadtlandschaft sind auch die Historie von Billstedt und Horn und das Leben vor Ort. Die beiden Stadtteile im Hamburger Osten sind bunt, familienfreundlich und grün. Sie bieten durch verhältnismäßig günstigen Wohnraum Platz für Familien mit geringerem Einkommen. Neben der kulturellen Vielfalt und der Toleranz in den Stadtteilen schätzen die Bewohner die gute Anbindung an das Hamburger Stadtzentrum (Hamburg.de 2015d).

Mitte des 19. Jahrhunderts war Billstedt ein Industrieviertel mit diversen Großbetrieben und zahlreichen Arbeitsplätzen und entwickelte sich ab dem Jahr 1880 zu einem Arbeiterquartier. Auch in den Gewerbegebieten der benachbarten Stadtteile Billbrook oder Wandsbek waren viele Menschen tätig. Migranten siedelten sich in den Gebieten an, sodass interkulturelle Stadtteile entstanden (Böttcher 2002c). Billstedt gliederte sich noch bis 1928 in die drei Dörfer Kirchsteinbek, Öjendorf und Schiffbek. Daten der Geschichtswerkstatt Billstedt zeigen,

dass im Jahr 1910 schätzungsweise 75 Prozent der 9.574 Einwohner in Schiffbek ungelernete Fabrik- und Industriearbeiter und ca. 12 Prozent von ihnen ausländischer Herkunft waren. Zehn Jahre nach dem Zusammenschluss der drei Dörfer, im Zuge des Groß-Hamburg-Gesetzes aus dem Jahr 1938 wurde Billstedt schließlich zu einem Stadtteil Hamburgs (Böttcher 2002c).

Auch der Stadtteil Horn wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts als ein Hamburger Vorort und neues Siedlungsgebiet für die rasant wachsende Bevölkerung entdeckt. Zwischen den alten Höfen entstanden so erste vierstöckige Häuser und die dazugehörige Infrastruktur. Im Jahr 1894 wurde Horn endgültig zu einem Stadtteil Hamburgs. In den 1930er Jahren fing man an, in Horn zu bauen. Wie weite Areale in Hamburgs Osten, zerstörten die Fliegerbomben im Zweiten Weltkrieg Horn jedoch fast vollständig. Nur wenige Gebäude überstanden den Krieg. Zunächst mussten die Einwohner in Ruinen leben, in den 1960er Jahren wurden dann die letzten davon durch neu gebaute Wohnblöcke ersetzt. Die Bevölkerung wuchs, und es wurden immer mehr mehrgeschossige Miets-, Reihen- und Einzelhäuser gebaut. Es entstand ein Wohnort der Arbeiterklasse (Rasquin 2006).

Auch in Billstedt wurde dem immensen Wohnungsbedarf mit der Errichtung einer Großsiedlung begegnet. Zwischen 1959 und 1971 entstanden über 5.000 neue Wohnungen, unter anderem in der Möllner Landstraße, im Sonnenland und in der Archenholzstraße. Auch die Infrastruktur wurde an die neuen Anforderungen angepasst. 1969 wurde die öffentliche Nahverkehrshaltestelle „Billstedt“ in Betrieb genommen, im selben Jahr eröffnete auch das Einkaufszentrum am Billstedter Marktplatz (Böttcher 2002b). 1972 wurde schließlich auch Mümmelmansberg – „die Stadt im Stadtteil“, wie die Geschichtswerkstatt über das Teilgebiet von Billstedt berichtet – mit über 7.000 Wohnungen zu einer Großraumsiedlung (Böttcher 2002a). Heute noch nimmt Mümmelmansberg, das von der Stadtentwicklungsbehörde und dem Bezirksamt Hamburg-Mitte als Entwicklungsraum bezeichnet wird, eine besondere Stellung ein, da es aufgrund seiner Entwicklung ein für sich stehendes Quartier mit Stadtteilcharakter ist.

Im Jahr 2013 lebten ca. 37.000 Einwohner in Horn und 69.000 in Billstedt. Mit knapp 22 Quadratkilometern entsprechen die Stadtteile einer Fläche von etwa 2,9 Prozent des Bundeslandes Hamburg. Sie sind mit knapp 107.000 Menschen aber vergleichsweise bevölkerungsdicht besiedelt (etwa 6,0 Prozent der Hamburger Bevölkerung). Die Einwohnerdichte ist mit 4.682 Personen pro Quadratkilometer doppelt so hoch wie im Bezirk Hamburg-Mitte sowie auch in Hamburg insgesamt (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2014, S. 38–41).

Das Zentrum von Billstedt befindet sich im Bereich des U-Bahnhofes. Dort sind neben dem Ortsamt der Busbahnhof, das große Einkaufszentrum „Billstedt Center“ und ein Marktplatz zu finden. Aus kultureller Sicht ist der Kulturpalast am Wasserwerk ein Anziehungspunkt in Billstedt. Mehr als 300 Veranstaltungen werden dort jährlich organisiert (Demuth 2014). Die Anbindung an andere Stadtteile ist gut. In sehr kurzer Zeit ist man von Billstedt aus auf der Bundesstraße B5 und der Autobahn A1 bzw. A24. Auch mit der U-Bahn und den Buslinien lassen sich andere Stadtteile gut erreichen (Demuth 2014).

Westlich von Billstedt liegt der Stadtteil Horn, ein grüner Stadtteil mit vielen Parkanlagen. Anziehungspunkte sind u. a. das Rauhe Haus, der Horner Kreisel und die Horner Rennbahn. Das Zentrum des Stadtteils befindet sich an der U-Bahn-Station Horner Rennbahn, von wo aus mehrere Busse fahren. Schlechter erreichbar ist die Horner Geest, da sie nicht an das U-Bahn-Netz angeschlossen ist.



Auch heute noch sind Billstedt und Horn wachsende Stadtteile. „Neben der Hafencity, dem ‚Sprung über die Elbe‘ [...] und der Neuen Mitte Altona rücken nun auch die urbanen Räume im östlichen Teil Hamburgs in den Fokus moderner Stadtentwicklung“ (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt 2014). Bereits im Juli 2014 wurde das Konzept „Stromaufwärts an Elbe und Bille – Wohnen und urbane Produktion in Hamburg-Ost“ vom Ersten Bürgermeister Hamburgs, Olaf Scholz, der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt und dem Bezirksamt Hamburg-Mitte vorgestellt. Im Fokus stehen die Stadtteile Hammerbrook, Rothenburgsort, Billebogen, südliches Hamm, Am Tiefstackkanal, Billbrook, Horner Zentrum, Horner Geest, Billstedt, Billstedt Öjendorf und auch Mümmelmansberg (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt 2014).

Ziel des Konzeptes ist es, den Hamburger Osten aufzuwerten, weiterzuentwickeln und „in den Quartieren Wohnen und Arbeiten wieder stärker zusammenzurücken“ (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt 2014, S. 2). Geplant sind unter anderem die Verbesserung des Angebots an Freiräumen, eine Aufwertung der Zentren und Bildungseinrichtungen, eine U-Bahn-Anbindung an die Horner Geest und die Weiterentwicklung der Industrie u. a. in Billbrook. Auch die vielseitige Nutzung der Quartiere wird in dem Konzept berücksichtigt. 15.000 bis 20.000 neue Wohnungen sind demnach im Hamburger Osten möglich. 10.000 Wohnungen davon könnten in den Fokusräumen geschaffen werden. Auch für das Horner Zentrum, die Horner Geest, Billstedt, Billstedt Öjendorf, und Mümmelmansberg sieht das Konzept einen Wohnungsneubau vor.

Noch heute sind die Stadtteile Billstedt und Horn attraktiv für Einwanderer. Neben den Migranten und Zuwanderern leben in Billstedt und Horn derzeit über 650 Asylsuchende und Flüchtlinge in öffentlich-rechtlichen und Notunterkünften. Große Bedeutung kommt auch den Standorten der öffentlichen Unterbringung in Marienthal, Hamm und insbesondere Billbrook, einem Gewerbegebiet, zu. Durch die unmittelbare Nähe weichen zusätzlich über 2.000 asylsuchende Menschen aus diesen Unterbringungen überwiegend auf die Stadtteile Billstedt und Horn aus (Hamburg.de 2015b).

Trotz der genannten Vorteile haben Billstedt und Horn tendenziell einen negativen Ruf, auch aufgrund überwiegend negativ geprägter Klischees in der Berichterstattung. Eine höhere Arbeitslosenquote, Armut, ein höherer Ausländeranteil, viele Hochhäuser und Plattenbauten und eine als sehr hoch wahrgenommene Kriminalitätsrate führen zu einer Herabsetzung der Stadtteile und sogar zu einem „Bashing“ des Stadtteils Billstedt, wie die Geschichtswerkstatt Billstedt berichtet: „Killstedt. Was Billstedt wirklich ausmacht“ – mit diesem Slogan warb das Hamburger Abendblatt vor einem knappen Jahr großflächig für seine Stadtteilserie und lieferte damit einen weiteren Beitrag zum „Billstedt-Bashing“ [...] andere Beispiele der jüngeren Vergangenheit stammen etwa von Spiegel TV („Wie Integration scheitert“), dem NDR („Kiffen, klauen, zustechen“) oder der Hamburger Morgenpost („Die gefährlichsten Straßen Hamburgs“).“ (Geschichtswerkstatt Billstedt 2015)

Auch der Schauspieler und Autor Marek Erhard befasst sich in seinem Buch „Undercover“ mit dem „härtesten Revier der Stadt“, dem PK 42, zuständig für Billstedt, Billbrook und Horn (Fink 2014). Zwar wird die Hamburger Kriminalitätsstatistik für das Jahr 2014 von dem Bezirk Hamburg-Mitte mit 36,42 Prozent aller Straftaten angeführt (87.398 von 239.988 Fällen), fast die Hälfte der Fälle in diesem Bezirk ereigneten sich jedoch in den Stadtteilen St. Pauli und St. Georg (43.015 Fälle). Sowohl in Billstedt als auch in Horn schwanken die erfassten Kriminalfälle jährlich (Landeskriminalamt Hamburg 2015) und entwickeln sich tendenziell rückläufig (Geschichtswerkstatt Billstedt 2015). Insgesamt wurden im Kalenderjahr 2014 in Billstedt 7.964 Straffälle erfasst (-4,0 Prozent zum Vorjahr), gefolgt von der Altstadt (7.804), Harburg (6.995), Wilhelmsburg (6.962) und

Rahlstedt (6.458). In Horn wurde im Jahr 2014 zwar ein leichter Anstieg der Fälle um 3,9 Prozent zum Vorjahr registriert (2013: 4.046 vs. 2014: 4.203), der Stadtteil liegt damit aber noch hinter den gut situierten Stadtteilen Eimsbüttel (4.724) und Winterhude (4.606) (Landeskriminalamt Hamburg 2015).

Das Bezirksamt Hamburg-Mitte bzw. das Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung hat im Jahr 2008 ein übergreifendes Entwicklungskonzept für Billstedt-Horn veröffentlicht. Demnach sollen Billstedt und Horn beispielsweise durch bauliche Veränderungen und Aufwertungen der sozialen Situation, Mobilität, Kultur, Natur und des Images bis 2020 zu den „familienfreundlichsten Stadtteilen“ Hamburgs gehören. „Dafür setzt sich Hamburgs Osten in Bewegung – mit zeitgemäßen Wohnquartieren und Ortszentren sowie mit vorbildlichen Bildungs- und Freizeitangeboten.“ (Hamburg.de 2015a)

## Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation – Herausforderungen und Chancen

Zur Anpassung des Gesundheitssystems an unterschiedliche strukturelle und morbiditätsbedingte Rahmenbedingungen wächst der kleinräumigen Versorgungsforschung bzw. einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Gesundheitspolitik und Praxis größere Bedeutung zu. Ziel kleinräumiger Analysen ist es, mittels (gesundheits-)wissenschaftlicher Methoden Aufschluss über Ursachen regionaler Heterogenität zu geben und zu ergründen, inwiefern sich daraus Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Versorgungsqualität ableiten lassen (Swart et al. 2014, S. 57 u. S. 164–168).

Trotz langjähriger Arbeiten zur Erforschung regionaler Variationen, insbesondere in den USA durch John Wennberg (Robra 2014, S. 57 u. S. 164–168), steckt eine kleinräumige, auf Stadtteile bezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Für die sektorenübergreifende Analyse regionaler Versorgungsdefizite existiert weder ein einheitliches Konzept zur Durchführung noch gibt es Standards und Indikatoren. Deshalb wird im Rahmen dieser Ausarbeitung ein Vorgehen vorgeschlagen, mit dem einerseits die Probleme und Bedarfe, andererseits die Ressourcen und Potentiale von Stadtteilen identifiziert werden können. Darauf aufbauend werden konkrete Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung abgeleitet. Für diese Form der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung werden verschiedene quantitative und qualitative Analysemethoden herangezogen. Die Ergebnisse stellen die Grundlage für die Entwicklung von Versorgungsstrukturen, passgenauen Angeboten zur Gesundheitsförderung bestimmter Zielgruppen sowie von präventiven Maßnahmen dar. Es werden sowohl gesundheitsbezogene als auch soziale Indikatoren betrachtet, da Letztere eine zentrale Determinante für Gesundheit und Krankheit darstellen (Schulz et al. 2015).

### 2. Quantitative Bedarfsanalyse

Im Rahmen dieser Analyse wurden Informationen aus verschiedenen Quellen zur Darstellung versorgungsrelevanter Einflussfaktoren für die Stadtteile Billstedt und Horn genutzt. Analysiert wurden Daten zur demografischen und sozialen Lage (Kapitel 2.1), Daten zur Krankheitslast (Kapitel 2.2), Daten zu den Kosten und zur Effizienz der Versorgung (Kapitel 2.3) und Daten zum regionalen Angebot medizinischer Leistungen in Form einer adaptierten, stadtteilspezifischen Bedarfsplanung (Kapitel 2.4).

#### 2.1. Analyse demografischer und sozialer Strukturen in Billstedt und Horn

Gesundheitsrelevante Bedürfnisse und Bedarfe hängen von demografischen und sozialen Indikatoren ab, die Auswirkungen auf die Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung haben (Trojan/Süß 2013). Demnach sollten diese Indikatoren bei der Entwicklung von Handlungsstrategien zur Gesundheitsförderung einbezogen werden. Um die Besonderheiten in den Stadtteilen Billstedt und Horn darzustellen, werden diese und teils gesondert das Quartier Mümmelmannsberg den Durchschnittswerten von Hamburg und Deutschland gegenübergestellt (siehe Tabelle 1). Grundlage der Analysen zur sozialen Lage waren öffentlich verfügbare Quellen wie die GENESIS-Datenbank des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2015), die Stadtteilprofile des statistischen Amtes Hamburg/Schleswig-Holstein (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2014), das

Sozialmonitoring der integrierten Stadtteilentwicklung der Stadt Hamburg (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015) sowie im Laufe des Projektes zur Verfügung gestellte Daten wie die Schuleingangsuntersuchungen des Hamburger Gesundheitsamtes und GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg.

Indikatoren	Horn	Billstedt	Mümmel- mannsberg	Hamburg	Deutschland
I1: EW mit Migrationshintergrund	45,7 %	52,7 %	58,7%	30,8 %	19,0 %
I2: EW von 65 und älter	16,5 %	17,6 %	16,7 %	18,7 %	19,0 %
I3: EW unter 18 Jahren	14,8 %	19,3 %	21,2 %	15,7 %	15,0 %
I4: EW unter 18 Jahren mit Migrati- onshintergrund	69,9 %	71,9 %	74,1 %	46,7 %	24,0 %
I5: Haushalte mit Kindern	15,5 %	22,5 %	26,7 %	17,4 %	10,0 %
I6: Wanderungssaldo (absolut)	-70	224	k. A.	+11.959	+428.607
I7: Sozialversicherungspflichtig Be- schäftigte (15-65 Jahre)	51,5 %	48,6 %	47,6 %	53,8 %	53,9 %
I8: Arbeitslosigkeit	8,6 %	9,6 %	9,9 %	5,8 %	4,3 %
I9: Leistungsempfänger nach SGB II	17,2 %	22,2 %	26,2 %	10,0 %	7,6 %
I10: Arbeitslose (15-25 Jahre)	2,9 %	4,6 %	4,9 %	2,7 %	7,6 %
I11: Unter 15-Jährige in Mindest- sicherung	38,5 %	43,7 %	49,0 %	21,8 %	k. A.
I12: Sekundarstufe I des Gymnasi- ums	28,6 %	27,3 %	k. A.	44,4 %	34 %
I13: Alleinerziehende	34,4 %	31,2 %	32,7 %	27,2 %	k. A.
I14: Durchschnittseinkommen im Jahr 2010 in Euro	20.043	21.705	19.526	35.568	27.997

Tabelle 1: Indikatoren zur Demografie und Sozialstruktur (Quellen: Statistisches Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2015), Stadtprofile (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2013, S. 38-41)

### 2.1.1. Auswertung der Daten der statistischen Ämter

Indikator 1: Anteil der Einwohner (EW) mit Migrationshintergrund an EW gesamt

Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland weisen darauf hin, dass Migranten im Vergleich zu Einheimischen höhere Gesundheitsbelastungen und einen insgesamt schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus aufweisen (Razum 2008, S. 97). Sie sind häufiger den Belastungen und Risiken, die ein niedriger sozialer Status mit sich bringt, ausgesetzt. Bei Menschen mit

Migrationshintergrund können Verständnisprobleme, Informationsdefizite und kulturelle Verhaltensmuster auftreten. Sie haben häufig schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung, bedingt durch niedriges Einkommen und Bildungsgrad. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben zudem im Vergleich mit älteren Menschen ohne Migrationshintergrund ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko, was wiederum mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht (Razum 2008, S. 97). Viele Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung und zeigen neben sozioökonomischen Faktoren die Bedeutung von Migrationsfaktoren, kulturellen Faktoren, Fremdenfeindlichkeit sowie der selektiven Wirkung der Gesundheitsversorgung als „Wirkungsfaktoren“ für die „ethnische Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit auf. Der Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund ist ein wichtiger Indikator für den gesundheitlichen Handlungsbedarf (Lorentz 2012, S. 37).

Der Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund liegt im Jahr 2014 in Horn bei 45,7 Prozent und in Billstedt bei 52,7 Prozent und damit ca. 15 bis 22 Prozent über dem Hamburger Durchschnitt.

*Indikator 2: Anteil der EW von 65 Jahren und älter an EW gesamt*

Gesamtgesellschaftlich ist die Relevanz der älteren Bevölkerung stark gestiegen. Mit der demografischen Alterung in den Quartieren verändern sich die Anforderungen an Wohnen, Wohnumfeld, soziale Struktur, Verkehr und nicht zuletzt auch an die Gesundheitsversorgung. Insbesondere chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten dominieren die Krankheitslast der älteren Bevölkerung. Zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Krankheiten auf. Sie gelten damit als multimorbid (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 19).

Der Anteil der Einwohner von 65 Jahren und älter liegt im Jahr 2014 in Horn bei 16,5 Prozent und in Billstedt bei 17,6 Prozent. Der Hamburger Durchschnitt liegt bei 18,7 Prozent.

*Indikator 3: Anteil der EW unter 18 Jahren an EW gesamt*

Eine wichtige Zielgruppe gesellschafts- und sozialpolitischer Planung stellen Kinder und Jugendliche dar (U-18). Informationen zu ihrer räumlichen Verteilung und der Größe des Bevölkerungssegments sind wichtig für die Entwicklung altersgemäßer Angebote, bei denen die soziale Lage und kulturelle Bedürfnisse berücksichtigt werden. Insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern kommt es häufiger zu Entwicklungsdefiziten und Gesundheitsstörungen, von denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ableiten lässt (Lampert et al. 2005, S. 149).

In Billstedt und Horn leben insgesamt 18.967 Kinder, das entspricht etwa 19 Prozent der Bevölkerung in Billstedt und 15 Prozent der Bevölkerung in Horn (Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein 2014, S. 38 u. S. 41). Der Anteil an Einwohnern unter 18 Jahren liegt in Horn bei 14,8 Prozent und in Billstedt bei 19,3 Prozent. Der Hamburger Durchschnitt liegt bei 15,7 Prozent.

*Indikator 4: Anteil der EW unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund an EW unter 18 Jahren*

Soziale Benachteiligungen und insbesondere die überwiegend ungünstige Bildungssituation von Kindern mit Migrationshintergrund verringern ihre Startchancen für eine berufliche Integration und für ein gesundes Leben. Ein hoher Anteil jugendlicher Migranten bringt nicht prinzipiell gesundheitliche Probleme und Defizite im

Quartier mit sich. Ein anderes Bild zeichnet sich jedoch ab, wenn Migration in Verbindung mit anderen Indikatoren wie z. B. Arbeitslosigkeit, Armut oder (fehlendem) Schulabschluss auftritt. Es lassen sich Teilhabehemmnisse und institutionelle Barrieren bei dieser Teilgruppe feststellen (Franke et al. 2013, S. 10).

Der Anteil der Einwohner unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund im Jahr 2014 liegt in Horn bei 69,9 Prozent und in Billstedt bei 71,9 Prozent und damit ca. 25 Prozent über dem Hamburger Durchschnitt.

*Indikator 5: Anteil der Haushalte mit Kindern an EW gesamt*

Familien benötigen besondere Unterstützungsmöglichkeiten bzw. gewisse Strukturen im Stadtteil: von der Kita über Fachärzte bis hin zu Freizeitangeboten für Kinder. Familien mit Migrationshintergrund benötigen aufgrund der zuvor geschilderten möglichen Barrieren wie Sprache oder Kultur besondere Aufmerksamkeit und/oder spezifische Angebote im Rahmen einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung.

Der Anteil der Haushalte mit Kindern liegt im Jahr 2014 in Horn bei 15,5 Prozent, in Billstedt bei 22,5 Prozent und im Hamburger Durchschnitt bei 17,4 Prozent.

*Indikator 6: Wanderungssaldo*

Bevölkerungswanderungen prägen Stadtteile, Regionen und Länder. Jedes Jahr finden in großem Ausmaß Fort- und Zuzüge statt. Sie verändern die Zusammensetzung und Größe eines Gebietes. Ein Indikator für das Wanderungsverhalten ist der Wanderungssaldo – die Differenz aus Zu- und Fortzügen (Franke et al. 2013, S. 11). Investitionen in die Gesundheit der Bewohner sind umso wirksamer, je „stabiler“ das Wanderungsverhalten ist. Wanderungszuwächse und Abwanderungen müssen daher sehr genau erfasst und beobachtet werden.

*Indikator 7: Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter am Wohnort an EW im Alter von 15 bis 65 Jahren*

Die Gesundheitsrelevanz der Arbeit erschließt sich über arbeits- und berufsbezogene Ressourcen und Risiken. Zu den Ressourcen zählen neben dem Einkommen u. a. die Möglichkeit, an Entscheidungsprozessen zu partizipieren, und die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz. Zu den Risiken zählen u. a. körperliche sowie psychosoziale Belastungen. Das Verhältnis von Ressourcen und Risiken wird dabei maßgeblich von der jeweiligen Stellung in der Arbeitswelt beeinflusst. Ebenso bedingt der Gesundheitszustand selbst die Möglichkeit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit (Lampert et al. 2005, S. 55). Wer sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat ein sicheres Einkommen. Die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind in den ersten Arbeitsmarkt integriert. Geringfügig Beschäftigte sind bei diesem Indikator nicht berücksichtigt.

Der Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (15- bis 65-Jährige) liegt im Jahr 2014 in Horn bei 51,5 Prozent und in Billstedt bei 48,6 Prozent. Der Hamburger Durchschnitt liegt mit 53,8 Prozent etwas höher.

*Indikator 8: Arbeitslosigkeit*

Dass Arbeitslosigkeit einen negativen Einfluss auf die Gesundheit hat, ist vielfach belegt. Sowohl bei der Selbsteinschätzung und der Gesundheit als auch beim Risiko für verschiedene Erkrankungen unterscheiden sich Arbeitslose und Berufstätige (Lampert et al. 2005, S. 73). In kaum einem anderen Segment der „Normalbevölkerung“ lässt sich eine vergleichbare Häufung von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen beobachten (Lampert et al. 2005, S. 84). Ein hoher Anteil an Arbeitslosigkeit kann zudem mit einem sinkenden sozialen Status des Gebiets einhergehen. Die Folgen sind u. a. der Verlust von Kaufkraft, ein steigendes Armutsrisiko, höhere Gesundheitsrisiken und höhere Anforderungen an die sozialen Dienste. Über längere Zeit können negative Kontexteffekte entstehen. Neben dem Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit spielt auch die

umgekehrte Wirkungsrichtung eine Rolle. Chronisch Kranke und behinderte Menschen haben schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und unterliegen einem höheren Armutsrisiko (Lampert et al. 2005, S. 35).

Die Statistiken weisen eine hohe Arbeitslosenquote nach: Sie lag im Jahr 2014 bei 8,6 Prozent in Horn und bei 9,6 Prozent in Billstedt und damit ca. 4,0 Prozent über dem Hamburger Durchschnitt.

*Indikator 9: Anteil Leistungsempfänger nach SGB II an EW gesamt*

Arbeitslosigkeit ist ein permanentes gesellschaftliches Problem mit gravierenden Folgen für die Betroffenen und die gesamte Gesellschaft. Die mit Langzeitarbeitslosigkeit verbundene Unsicherheit und Einschränkungen der Zukunftsplanung führen zu psychischen und sozialen Belastungen, zu Ängsten, Stress und Beschwerden, die im Laufe der Zeit chronisch werden. Bei längerer Arbeitslosigkeit kann häufiger gesundheitsriskantes Verhalten entstehen als bei Erwerbstätigkeit. Dieses Verhalten umfasst zum Beispiel mangelnde sportliche Betätigung, mangelnde gesunde Ernährung, erhöhten Alkohol- und Nikotinkonsum sowie suboptimale Schlafgewohnheiten, die u. a. mit dem Verlust der Zeitstruktur im Alltag zusammenhängen (Bergmann 2011).

In Horn liegt der Anteil der Leistungsempfänger nach SGB II bei 17,2 Prozent im Jahr 2014 und in Billstedt bei 22,5 Prozent und somit ca. 10 Prozent höher als der Hamburger Durchschnitt.

*Indikator 10: Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an EW von 15 bis unter 25 Jahren*

Das Problem besteht in einer Kombination von Schulbildungs- und Qualifikationsmängeln sowie gesundheitsriskantem Verhalten. Viele junge Arbeitslose haben Bedarf an der Aneignung grundlegender Werte bzw. an Unterstützung bei der Klärung von Berufs- und Lebenszielen (Bergmann 2011).

Der Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren im Jahr 2014 liegt in Horn bei 2,9 Prozent und in Billstedt bei 4,6 Prozent. Im Hamburger Durchschnitt sind 2,7 Prozent der unter 25-Jährigen arbeitslos.

*Indikator 11: Anteil der unter 15-Jährigen in Mindestsicherung*

Kinder und Jugendliche, die in Haushalten leben, in denen die Eltern aufgrund von Erwerbslosigkeit Leistungen nach SGB II beziehen oder in denen die Eltern ein niedriges Erwerbseinkommen haben und so zusätzlich zu ihrem Einkommen ergänzende Unterstützung gemäß SGB II erhalten, haben schlechtere Chancen auf Schul- und Berufsausbildungen. Diese Benachteiligungen wirken sich auch auf ihre gesundheitliche Entwicklung aus.<sup>2</sup>

Der Anteil unter 15-Jähriger in Mindestsicherung liegt in Horn bei 38,5 Prozent und in Billstedt bei 43,7 Prozent und somit ca. 20 Prozent über dem Hamburger Durchschnitt.

*Indikator 12: Anteil der Schüler, die die Sekundarstufe I des Gymnasiums besuchen, an EW gesamt*

Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko. Insbesondere beim Risikoverhalten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Über die Bildung werden gesundheitsbezogene Einstellungen und Werte vermittelt, die bei gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern eine wichtige Rolle spielen (Lampert et al. 2005, S. 45). Daher wird im Folgenden betrachtet, wie hoch der Anteil an Schülern der Sekundarstufe I des Gymnasiums ist.

Der Anteil der Schüler, die die Sekundarstufe I des Gymnasiums besuchen, liegt in 2014 in Horn bei 28,6 Prozent und in Billstedt bei 27,3 Prozent und somit fast 20 Prozent unter dem Hamburger Durchschnitt.

---

<sup>2</sup> Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, „Lebenslagenberichterstattung, Empfänger von Leistungen nach SGB II und SGB XII in Hamburg“.

### *Indikator 13: Anteil Alleinerziehende an EW gesamt*

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt für die meisten Alleinerziehenden eine große Herausforderung dar. Sie sind auch mit deutlich höheren Anforderungen an die Organisation des Alltags, die Haushaltsführung, die Kindererziehung und die Sicherung des finanziellen Einkommens konfrontiert.

Es gibt im Jahr 2014 in Horn 34,4 Prozent Alleinerziehende und in Billstedt 31,2 Prozent. Billstedt und Horn sind somit ca. 6 Prozent über dem Hamburger Durchschnitt.

### *Indikator 14: Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen*

Das Durchschnittseinkommen stellt einen der wichtigsten Parameter zur Beurteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit dar. Relative Armut als Ausgangspunkt schlechter Wohnverhältnisse, schlechter Ernährung, von Arbeitsplatzunsicherheit und mangelndem Zugang zu kostenintensiven gesunden Lebensweisen (Grünheid 2004) stellt zusammen mit den psychologischen Konsequenzen materieller Ungleichheit (Hradil 1997) einen Erklärungsansatz für den schlechteren Gesundheitszustand sozial schwacher Schichten dar.

Im Jahr 2014 wurden die Daten der Lohn- und Einkommensteuerstatistik 2010 für die Hamburger Stadtteile veröffentlicht. Demnach lagen die Stadtteile Billstedt mit 21.705 Euro und Horn mit 20.043 Euro Durchschnittseinkommen etwa 38,9 Prozent bzw. 43,7 Prozent unter dem Hamburger Durchschnitt von 35.568 Euro und gehören damit im Vergleich der Stadtteile zu den ärmsten Vierteln (siehe dazu auch Abbildung 31 im Anhang).

### *Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchungen*

Die Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen, die jährlich als gesetzlich vorgeschriebene Pflichtuntersuchungen durch den schulärztlichen Dienst der Gesundheitsämter durchgeführt werden, sind eine der wenigen repräsentativen Datenquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie sind zudem relativ leicht zu erschließen und deshalb gut geeignet für die kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (Trojan et al. 2013). Die Untersuchungen setzen frühzeitig an, sodass insbesondere auf den Ergebnissen aufbauende Präventions- und Interventionsmaßnahmen besonders erfolversprechend sein können. Zum Teil werden außerdem individuelle Informationen der Kinder und Jugendlichen mit Informationen zur jeweiligen Lebenslage (z. B. dem Bildungshintergrund der Eltern) verknüpft.

### *Indikator 15: Verteilung der Berufe der Eltern*

Zwischen der arbeitsweltlichen und der gesundheitlichen Situation besteht ein enger Zusammenhang. Untersuchungen belegen erhebliche Unterschiede in den Bereichen Morbidität, Krankheitsfolgen, Mortalität, subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten. Es spielen nicht nur die Stellung im Beruf oder die ausgeübte Tätigkeit eine Rolle für die Gesundheit, sondern auch Dauer und Lage der Arbeit (Lampert et al. 2005, S. 70). Hinzu kommt, dass ein niedriger Berufsstatus der Eltern negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter hat. Die folgende Abbildung 1 auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen differenziert nach den Berufen der Väter und Mütter und zeigt, dass Eltern in Billstedt und Horn überdurchschnittlich oft einen niedrigeren Berufsstatus<sup>3</sup> wie z. B. an- und ungelernt bzw. einen Arbeitslosenstatus aufweisen, als es im Hamburger Durchschnitt der Fall ist.

---

<sup>3</sup> Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, siehe Anlage (Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit).



## Gegenüberstellung der Berufe der Eltern

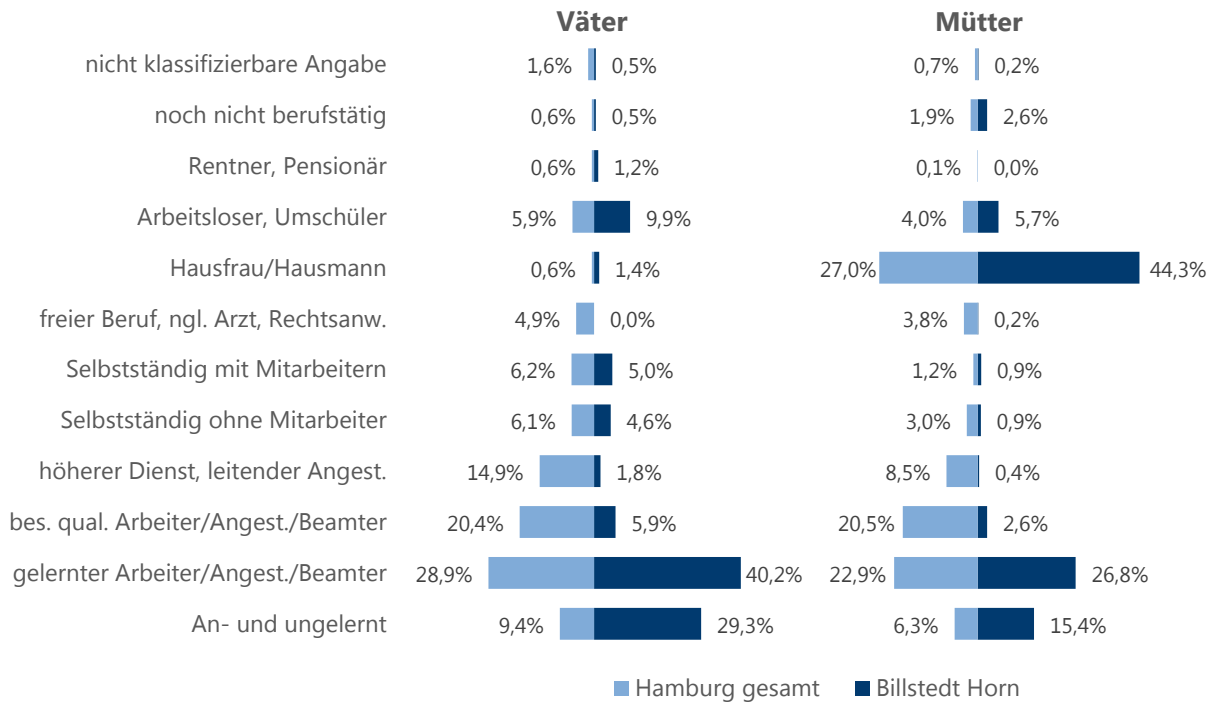


Abbildung 1: Berufe der Eltern in Billstedt-Horn gegenüber Hamburg auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2013

### 2.1.2. Auswertung der Daten der AOK Rheinland/Hamburg (GKV-Routinedaten)

Routinedaten der Krankenkassen enthalten eine Vielzahl von Informationen, die über den ursprünglichen Abrechnungszweck hinaus für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen herangezogen werden können<sup>4</sup> (Swart/Ihle 2005, S. 243–252; 2010, S. 315 ff.). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die entsprechenden Informationen für die Stadtteile Billstedt und Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg auf Anfrage der OptiMedis AG von der AOK Rheinland/Hamburg als Partner des Entwicklungskonzeptes aufbereitet und der OptiMedis AG für weitere Analysen zur Verfügung gestellt<sup>5</sup>. Die Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg wurden zunächst als nicht adjustierte Gegenüberstellung von Billstedt und Horn mit dem Durchschnitt in Hamburg gesichtet. Bei der Interpretation dieser Daten war jedoch zu berücksichtigen, dass die AOK-Versicherten in Billstedt und Horn im Schnitt etwa 3,6 Jahre jünger sind als der Hamburger Durchschnitt und die Vergleiche von Durchschnittswerten somit sehr wahrscheinlich verzerrt sind. Deshalb wurde frühzeitig für die Erstellung von Analysen ein Vergleich auf Basis von Altersklassen vereinbart.

#### Indikator 16: Altersverteilung der AOK-Versicherten

Die Altersverteilung hat Einfluss auf die Krankheitslast einer Bevölkerung. Deshalb wird der Anteil Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg nach Altersklassen gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg dargestellt, da diese Versichertenpopulationen auch in den folgenden Kapiteln untersucht werden. Abbildung 2 zeigt, dass

<sup>4</sup> Die gesetzlichen Grundlagen zur Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten werden im SGB V geregelt.

<sup>5</sup> Die genutzten GKV-Daten wurden aggregiert aufbereitet, sodass eine Identifikation einzelner Versicherter nicht möglich war. Insgesamt sind im Jahr 2013 31.372 Bürger in Billstedt-Horn Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

der Anteil jüngerer Versicherter in Billstedt und Horn deutlich größer ist als im Hamburger Durchschnitt (siehe Tabelle 3 im Anhang für absolute Zahlen).

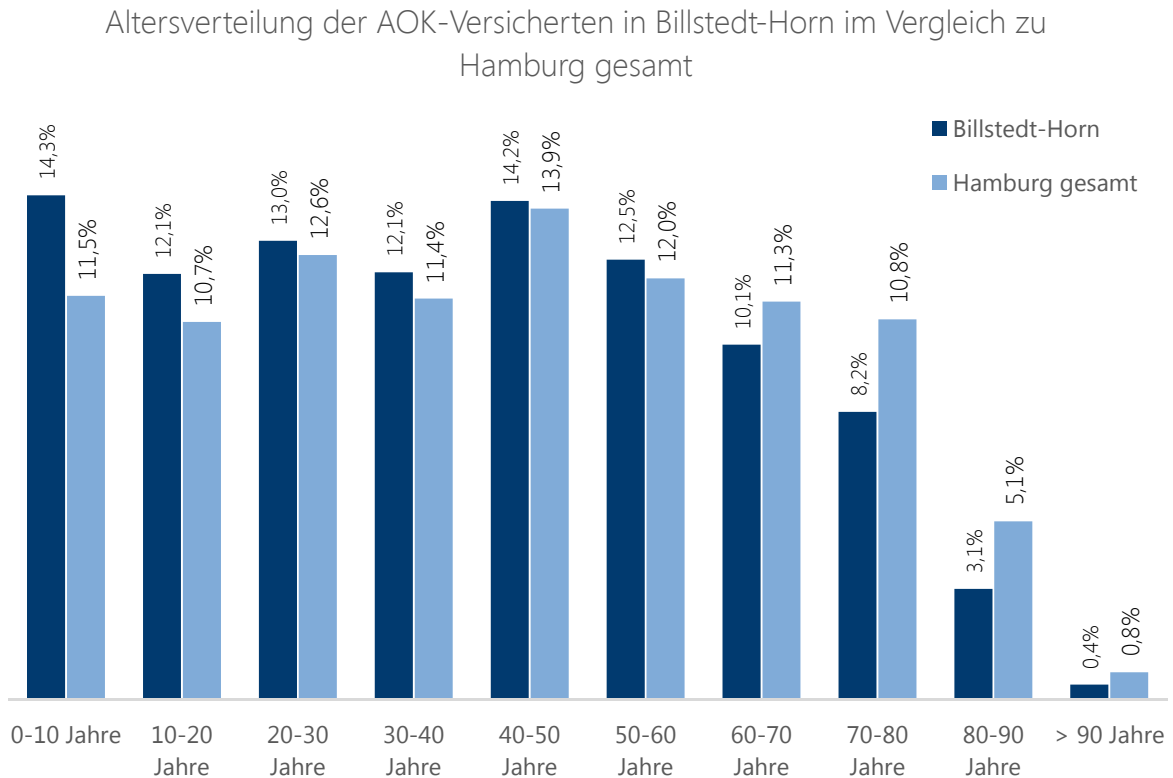


Abbildung 2: Vergleich der Altersverteilung in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt auf Basis von Daten der AOK Rheinland/Hamburg des Jahres 2013

### 2.1.3. Auswertung der Daten des Hamburger Sozialmonitorings

#### Indikator 17: Gesamtindex zur sozialen Lage

Das "Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung 2014" ist ein System der kleinräumigen Stadtteilbeobachtung in der integrierten Stadtteilentwicklung der Stadt Hamburg. Es bildet seit 2010 die Dimension der sozialen Ungleichheit und deren Entwicklung im Zeitverlauf in Hamburg ab. Auf Basis sozioökonomischer Kontextdaten wurde eine Such- und Frühwarnfunktion etabliert, die Quartiere mit zu vermutenden, kumulierten Problemlagen und sich abzeichnenden Handlungsbedarfen wurden identifiziert (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015). Die Ergebnisse zeigen ein Bild der sozialräumlichen Unterschiede, die man innerhalb der Stadt vorfindet. Basierend auf den Ergebnissen und Einstufungen der Gebiete sollen stadtentwicklungspolitische Handlungsbedarfe abgeleitet werden (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015). Für die Analyse wurden die Stadtteile Billstedt und Horn – jeweils unterteilt nach statistischen Gebieten – im Vergleich zu den restlichen

Hamburger Stadtteilen betrachtet. Der Gesamtindex<sup>6</sup> zur sozialen Lage ist das zentrale Ergebnis. Dieser gibt Auskunft darüber, wie sich statistische Gebiete hinsichtlich des sozialen Status und dessen Veränderungen innerhalb der vergangenen drei Jahre im Vergleich darstellen. Die sozioökonomischen Benachteiligungen für die 35 statistischen Gebiete in Billstedt und Horn werden durch den Gesamtindex grafisch in Abbildung 3 veranschaulicht. Dort ist erkennbar, dass die Stadtteile Billstedt und Horn überwiegend Areale mit gehäuften sozialen Benachteiligungen und Problemlagen aufweisen. Auch im Vergleich zu den anderen Gebieten Hamburgs lässt sich anhand der Abbildung erkennen, dass Billstedt und Horn häufig einen niedrigen oder sehr niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen. So werden 16 der 44 statistischen Bereiche als „stabil“ in der Dynamik bei mittlerem sozialen Status gewertet, drei als „negativ“ in der Dynamik bei mittlerem Status, weitere drei Gebiete als „stabil“ in der Dynamik bei niedrigem Status, drei mit „positiver“ Dynamik und mittlerem, niedrigem bzw. sehr niedrigem Status, 18 als „stabil“ bei sehr niedrigem Statusindex und ein Bereich dagegen als „negativ“ in der Entwicklung bei schon sehr niedrigem Statusindex (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015).

---

<sup>6</sup> Der Gesamtindex berechnet sich aus sieben Statusindikatoren, welche auf Basis aktuellster statistischer Erhebungen die bestehende soziale Ausgangslage in einem statistischen Gebiet abbilden. Die Statusindikatoren im Einzelnen sind Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder von Alleinerziehenden, SGB-II-Empfänger, Arbeitslose, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung, Mindestsicherung im Alter und Schulabschlüsse (Erhebungszeitpunkt: 31.12.2013). Mithilfe des Gesamtindex können sowohl der Status als auch die Dynamik eines Stadtteils dargestellt werden. Für eine ausführliche Erläuterung siehe (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015).

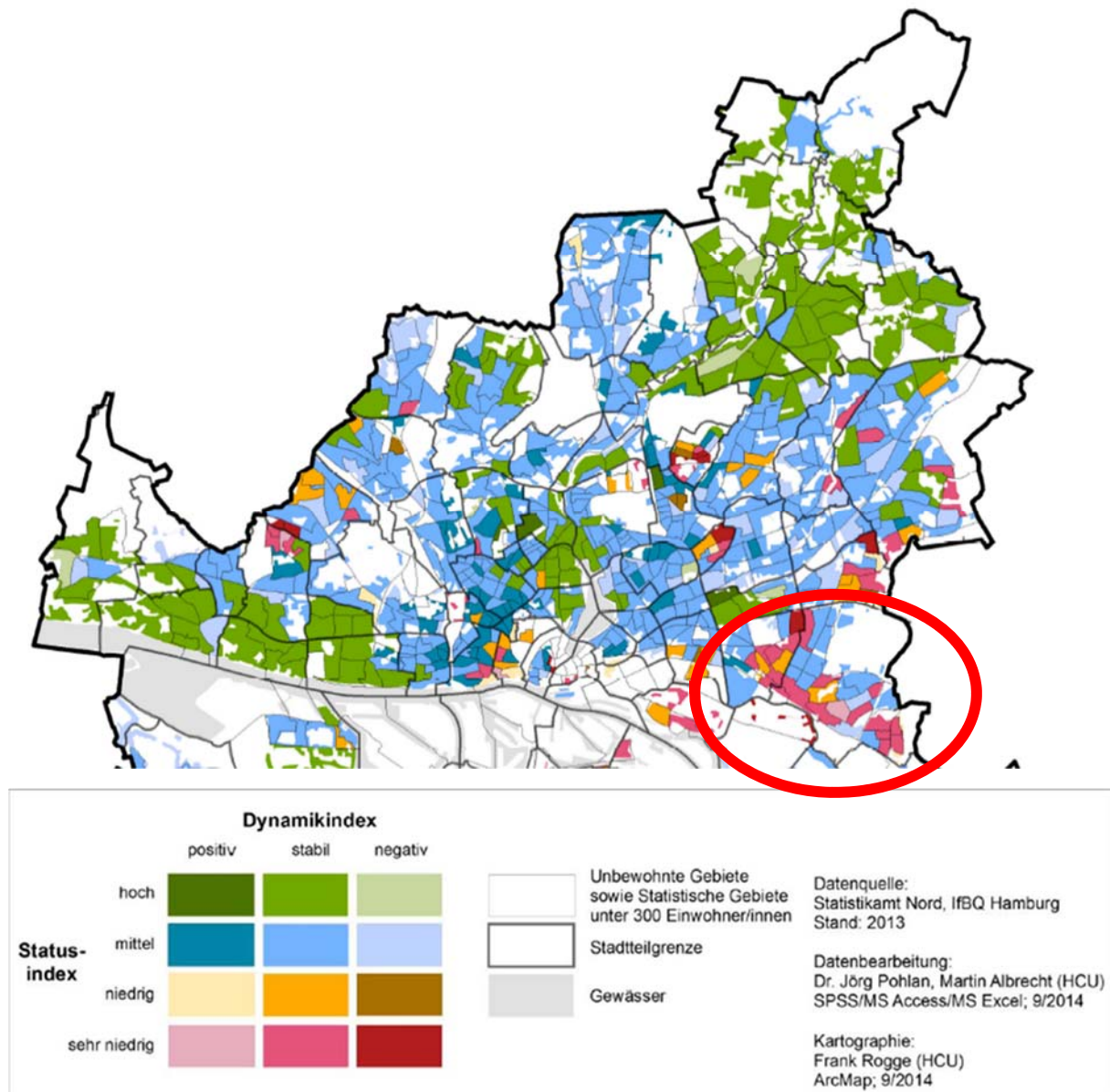


Abbildung 3: Sozialmonitoring 2014: Gesamtindex (Pohlen/Dafateri-Moghaddam 2015, S. 65)

## 2.2. Analyse der Krankheitslast der Bevölkerung in Billstedt und Horn

Zur Analyse der gesundheitlichen Lage bzw. der Krankheitslast wurden zum einen die öffentlich verfügbaren Informationen des Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart et al. 2013) explizit für die Stadtteile Billstedt und Horn aufbereitet. Zum anderen wurden auf Basis der GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg weitere Auswertungen durchgeführt, einerseits um die veröffentlichten Ergebnisse des Morbiditätsatlas zu bestätigen und andererseits, um diese z. B. nach Altersklassen oder Postleitzahlbezirken weiter zu vertiefen.

### 2.2.1. Auswertung der Daten des Morbiditätsatlas Hamburg

Der Morbiditätsatlas Hamburg analysiert die regionalen bzw. stadtteilbezogenen Differenzen in Bezug auf die Krankheitslast mit einem Fokus auf der vertragsärztlichen Versorgung. Ziel dieser Ausarbeitung war es, Anregungen und Empfehlungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Hamburg zu geben, da die

Bevölkerungsstrukturen und Lebensbedingungen uneinheitlicher zu werden scheinen. Dabei wurden die einzelnen Stadtteile bzw. - im Fall vergleichsweise kleiner regionaler Einheiten – Stadtteilcluster berücksichtigt. Verglichen wurden administrative Prävalenzen der typischen Volkskrankheiten<sup>7</sup>, einige fachgruppenspezifische Indikationen, der Gesamtversorgungsbedarf und die realisierte Inanspruchnahme. Insbesondere die im Rahmen des Gutachtens veröffentlichten Daten zu den Stadtteilen Billstedt und Horn sowie die herausgearbeiteten Differenzen dieser Stadtteile gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg wurden für die vorliegende Analyse genutzt. Die Grundlage der Analysen des Morbiditätsatlas stellten größtenteils vertragsärztliche Abrechnungsdaten der KV Hamburg der Jahre 2009 und 2011 dar, die dem auswertenden Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Verfügung standen<sup>8</sup>.

Gemäß Auswertungen von Erhart et al. (2013) im Rahmen des Morbiditätsatlas Hamburg weisen Menschen, die in Billstedt-Horn leben, im Durchschnitt einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf als der Bevölkerungsdurchschnitt in Hamburg. In einem Ranking aller Hamburger Stadtteile nach Krankheitslast finden sich Billstedt und Horn im zweithöchsten Cluster. Ein Einfluss der sozio-regionalen Lage auf die Behandlungsprävalenz zeigt sich für diese Stadtteile wie bereits vermutet insbesondere bei differenzierten, altersspezifischen Untersuchungen. Die Krankheitslast, gemessen mittels eines Morbiditätsindex auf Basis ambulanter Diagnosen, ist in Billstedt und Horn bei Patienten ab 65 Jahren deutlich erhöht gegenüber dem Hamburger Durchschnitt (siehe z. B. Patienten zwischen 65 und 79 Jahren in Abbildung 5). Zudem offenbart ein Vergleich der Prävalenzen von Früherkennungsuntersuchungen in Billstedt und Horn mit dem Hamburger Durchschnitt eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme und gibt damit auch erste Hinweise auf mögliche Zugangsbarrieren zu entsprechenden Angeboten oder ein fehlendes Bewusstsein in der Bevölkerung bezüglich des Nutzens (vgl. dazu Abbildung 32 im Anhang).

---

<sup>7</sup> Unter dem Begriff Volkskrankheiten werden Depression, Diabetes, Hypertonie, Formen der Herzinsuffizienz und Demenz zusammengefasst.

<sup>8</sup> Ausgewertet wurden die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten, die 2011 mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt waren. Das waren 1,4 Millionen Patientenentitäten bei insgesamt 1,75 Millionen Einwohnern in Hamburg (80,5 Prozent). Die ebenfalls im Morbiditätsatlas enthaltenen Analysen auf Basis der Landeskrankenhausstatistik werden im Rahmen dieser Konzepterstellung nicht im Detail betrachtet.

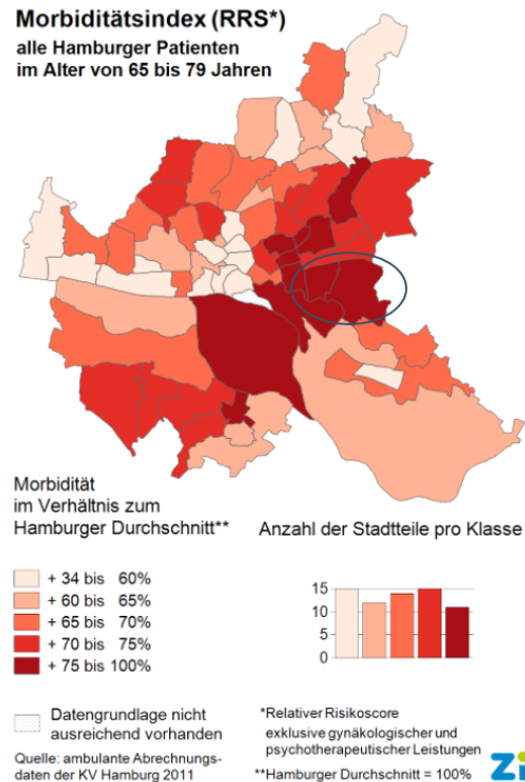


Abbildung 4: Morbiditätsindex der Patienten zwischen 65 und 79 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013: S. 45; Billstedt und Horn durch Umrahmung nachträglich markiert)

### Fokussierter Themenbereich: A) Multimorbidität im Alter

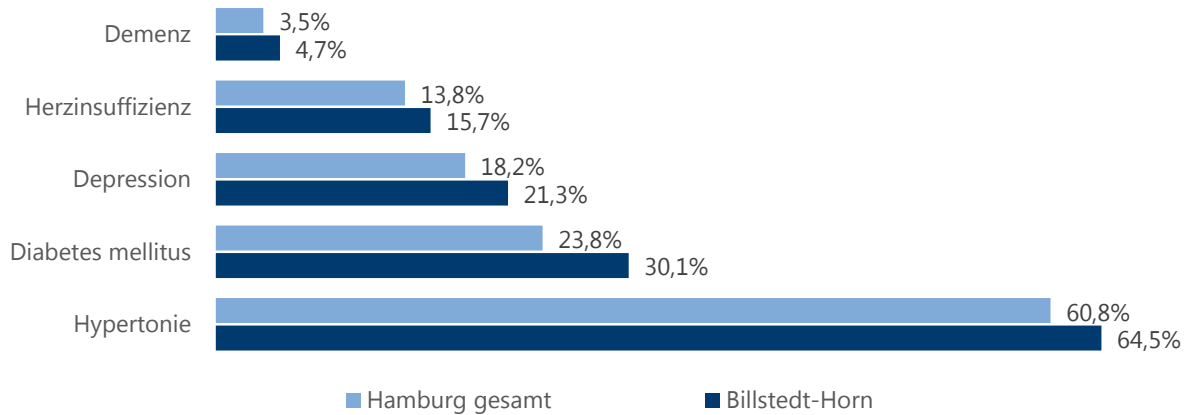
Die Ergebnisse in Bezug auf den Morbiditätsindex legen nahe, dass ältere, multimorbide Patienten<sup>9</sup> in Billstedt und Horn eine potentielle Zielgruppe späterer Interventionsmaßnahmen darstellen könnten, denn rund ein Viertel der Ausgaben entfallen in Deutschland auf die Versorgung der häufig damit in Verbindung stehenden Krankheitsbilder (Robert Koch-Institut 2012).<sup>10</sup> Mit fortschreitendem Alter steigt zudem die Wahrscheinlichkeit, von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen zu sein (Saß et al. 2009, S. 31–61). Ein niedriger sozialer Status wie in Billstedt und Horn ist neben dem Alter eine der bedeutendsten Kovariaten für Multimorbidität (Beyer et al. 2007, S. 310–315). In einer deutschlandweiten Studie waren die fünf häufigsten chronischen Erkrankungen Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, chronische Rückenschmerzen, Arthrose und Diabetes mellitus (van den Bussche et al. 2013, S. 125–150). Zudem weisen multimorbide Patienten rund viermal so viele Arztkontakte bei fast doppelt so vielen Fachgruppen auf wie nicht multimorbide Patienten (Surmund 2015). Bei einer detaillierteren Betrachtung von im Morbiditätsatlas dargestellten 1-Jahres-Prävalenzen zeigt sich, dass Billstedt und Horn in Bezug auf die häufig als „Volkskrankheiten“ bezeichneten somatischen und psychischen Erkrankungen, deren Ursachen stark mit Lebensgewohnheiten sowie sozialen und ökologischen Belastungen einhergehen, in allen Fällen höhere Anteile aufweisen als der Hamburger Durchschnitt.

<sup>9</sup> Zu der Gruppe der multimorbiden Menschen zählen Patienten, die je nach Definition mindestens zwei bis vier chronische Erkrankungen gleichzeitig aufweisen. Neben den Belastungen der Einzelerkrankungen kommen bei Multimorbidität Symptome wie Immobilität, Schmerzen oder Sturzgefährdung hinzu (SVR 2009a, S. 19).

<sup>10</sup> Insgesamt ist es ab einem Alter von ca. 50 Jahren jedoch eher schwierig, die höheren Kosten bestimmten Krankheitsbildern direkt zuzuordnen, da Patienten in diesen Altersklassen im Durchschnitt in Deutschland, und in Billstedt und Horn sogar noch einmal verstärkt, mehrere chronische Erkrankungen parallel aufweisen, welche häufig in komplexer Weise miteinander verzahnt sind.

Dabei sind die Unterschiede für Hypertonie, Diabetes mellitus und Depressionen bei den ambulant dokumentierten Diagnosen in den Altersklassen ab 65 Jahren am größten (vgl. Abbildung 5).

### 1-Jahres-Prävalenzrate für Volkskrankheiten bei Patienten von 65-79 Jahren im Jahr 2011

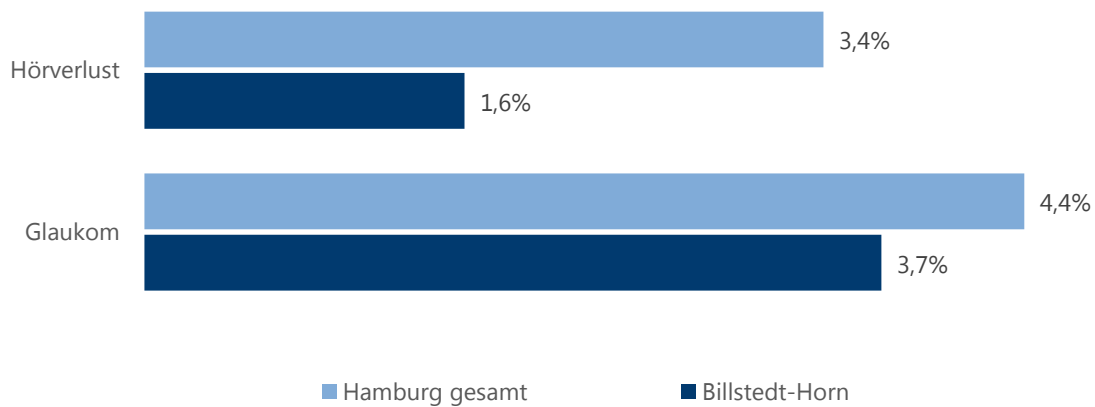


Datenquelle: Erhart et al. 2013, Morbiditätsatlas Hamburg

Abbildung 5: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten chronischen Erkrankungen in Billstedt und Horn im Vergleich mit dem Durchschnitt in Hamburg für Patienten zwischen 65 und 79 Jahren (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013, S. 48 ff.)

Es lassen sich jedoch durchaus auch Bereiche identifizieren, bei denen Billstedt und Horn in den Daten des Morbiditätsatlas einen geringeren Anteil an Patienten aufweisen als der Hamburger Durchschnitt, wie z. B. für die Diagnosen Glaukom und Hörverlust (vgl. Abbildung 6).

### 1-Jahres-Prävalenzrate für Leitdiagnosen Glaukom und Hörverlust im Jahr 2011



Datenquelle: Erhart et al. 2013, Morbiditätsatlas Hamburg

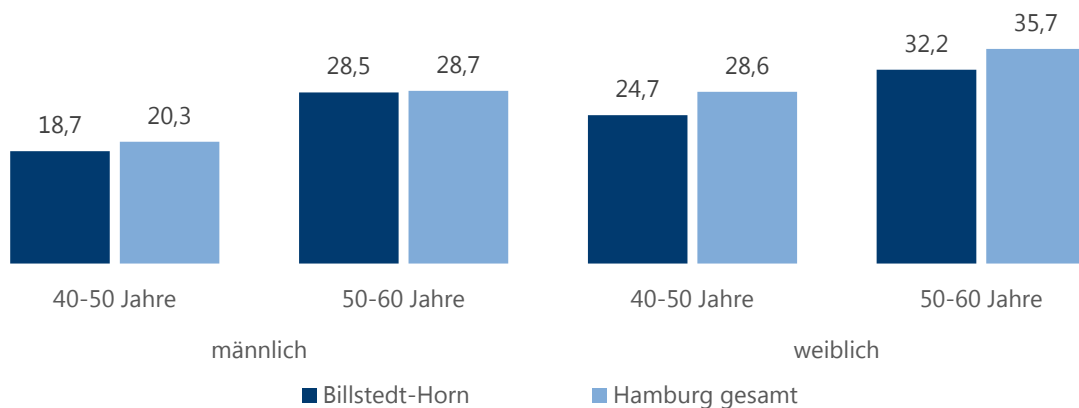
Abbildung 6: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten Erkrankungen (sog. Leitdiagnosen) in Billstedt und Horn (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013)

### 2.2.2. Auswertung der Daten der AOK Rheinland/Hamburg (GKV-Routinedaten)

Die Nutzung der Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg ermöglichte zunächst einmal eine Kreuzvalidierung der Ergebnisse des Morbiditätsatlas sowie darüber hinaus eine differenziertere Betrachtung von Erkrankungen in verschiedenen Altersklassen und Postleitzahlbereichen (Postleitzahlen Billstedt-Horn: 22111; 22115; 22117; 22119). Aufbauend auf den Ergebnissen des Morbiditätsatlas wurden die dort veröffentlichten sowie weitere chronische Erkrankungen nach ICD-Gruppen für Billstedt und Horn im Vergleich zum Hamburger Durchschnitt analysiert. Zur Ergänzung der Analysen wurden nicht ebenfalls die Prävalenzraten, sondern die Behandlungsfälle pro 100 Versicherte gegenübergestellt, sodass ebenfalls Erkenntnisse über die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Leistungen im Zuge der Diagnosestellung gewonnen werden konnten.

Weniger Behandlungsfälle als im Hamburger Durchschnitt zeigen sich in Billstedt-Horn in den Altersklassen von 40-60 Jahren bei der Diagnose „Chronische Krankheiten der unteren Atemwege“ (siehe Abbildung 8). In der Diagnosegruppe „Sonstige Atemwegserkrankungen“ zeigen sich auch schon in jüngeren Altersklassen von 0-10 Jahren geringere Behandlungsfälle in vergleichbarem Ausmaß, wobei dieser Aspekt im weiteren Verlauf dieses Kapitels im Fokusbereich Kinder- und Jugendgesundheit erneut aufgegriffen wird.

Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Chronische Krankheiten der unteren Atemwege im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

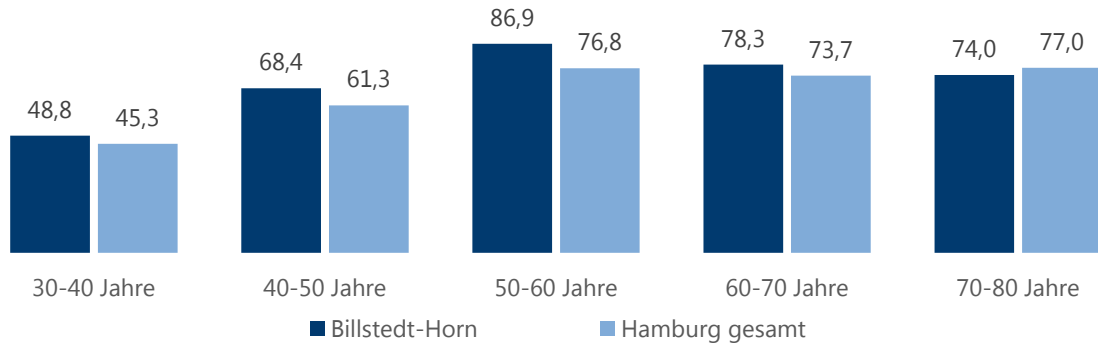
Abbildung 7: Ambulante Behandlungsfälle wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

Eine erste Auffälligkeit zeigte sich bei der Untersuchung der ambulanten Behandlungsfälle mit Diagnose Rückenschmerz. Diese treten in Billstedt und Horn bei männlichen Versicherten bereits in jüngeren Altersklassen mit potenzieller Berufstätigkeit häufiger auf, wobei sich ab der Altersklasse von 70-80 Jahren eine Umkehr beobachten lässt und nun im Hamburger Durchschnitt mehr Behandlungsfälle auftreten (siehe Abbildung 8). Insbesondere bei männlichen Versicherten in den Alterskohorten 40-50 Jahre und 50-60 Jahre zeigten sich in Billstedt und Horn auch mehr Arbeitsunfähigkeiten<sup>11</sup> aufgrund der Diagnose Rückenschmerz als im Hamburger Durchschnitt (siehe Abbildung 9).

<sup>11</sup> AU-Daten bilden nur einen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens ab, da sie auf die Altersgruppe von 18-65 Jahren beschränkt sind und unter diesen lediglich die Situation der erwerbstätigen und arbeitslos gemeldeten Versicherten abbilden. Unterrepräsentiert ist auch die Kurzarbeitsunfähigkeit (< 4 Tage), für die meist keine AU-Bescheinigung erforderlich ist (Boedeker, 2005). Darüber hinaus werden viele Erkrankungen nicht erfasst, weil die Betroffenen entweder trotzdem ihrer Arbeit nachgehen oder aber die Störungen zu Frühberentungen führen, sodass die realen Prävalenzen deutlich höher liegen.



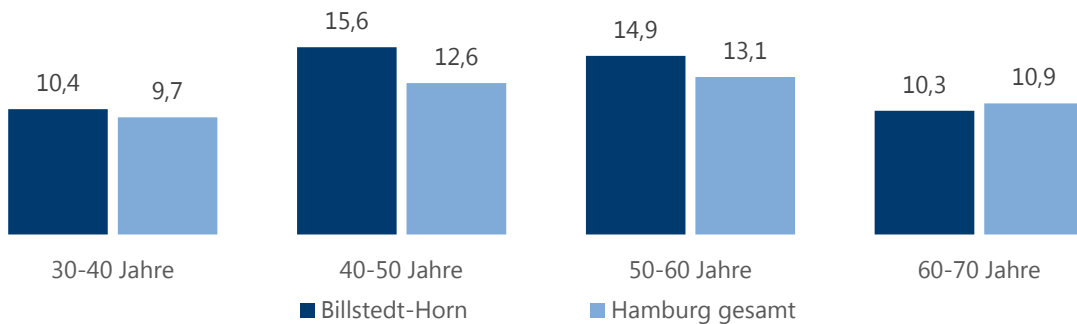
### Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Rückenschmerz pro 100 männliche Versicherte im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 8: Behandlungsfälle männlicher Versicherte mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

### Arbeitsunfähigkeits-Fälle mit Diagnose Rückenschmerz pro 100 männliche Versicherte im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

Ein Vergleich auf der Ebene der in Kapitel 2.1.2 gezeigten Altersklassen in 10er-Jahresschritten offenbarte schließlich außerdem mehr Behandlungsfälle für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg in Billstedt-Horn ab 40 Jahren aufgrund von Risikofaktoren wie z. B. Adipositas, Diabetes mellitus oder Hypertonie sowie aufgrund psychischer Erkrankungen, insbesondere wegen affektiver Störungen. Außerdem zeigten sich mehr Behandlungsfälle für infektiöse Darm- und Viruserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund dieser Erkenntnisse erfolgte eine Gruppierung der weiteren Krankheitsanalysen in die Themenkomplexe „Metabolisches Syndrom“, „Psychische Gesundheit“ und „Kinder- und Jugendgesundheit“, die ihrerseits für die später folgende Konzeptentwicklung gute Ansatzpunkte zur Gestaltung sinnvoller Interventionen darstellen könnten. Die Analysen zu diesen ausgewählten Erkrankungen wurden schließlich auch auf Postleitzahlebene heruntergebrochen, um einen Eindruck zu bekommen, welche Gebiete innerhalb von Billstedt und Horn besonders stark betroffen sind.

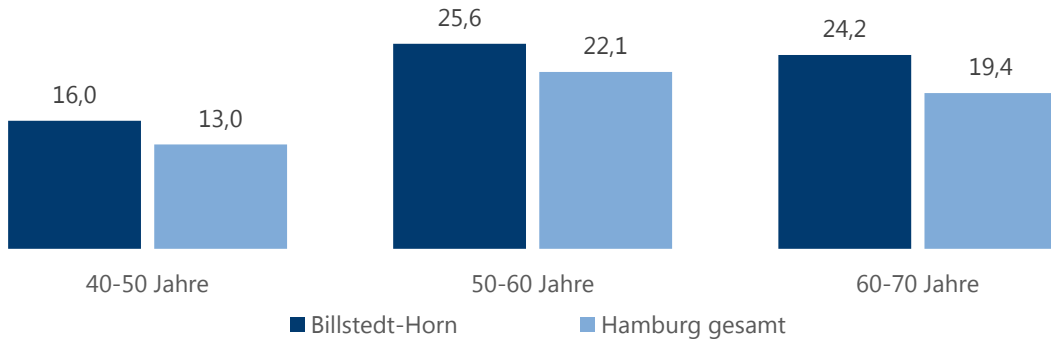
### **Fokussierter Themenbereich: B) Metabolisches Syndrom**

Das Metabolische Syndrom als ein Fokus der vorliegenden Analyse wird begünstigt durch genetische Prädisposition einerseits und den individuellen Lebensstil andererseits. Insbesondere ungesunde und fettige Ernährung, Stress, ein geringes physisches Level an Aktivität, Alkoholkonsum und Rauchen beeinflussen dessen Manifestation (Wirth et al. 2006, S. 140–144). Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch das gleichzeitige Auftreten von starkem Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und einer Insulinresistenz. Diese sehr ungünstige Kombination von Risikofaktoren wird auch als „tödliches Quartett“ bezeichnet. Sie begünstigt neben der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes insbesondere auch Organschädigungen wie etwa koronare Herzkrankheiten, also Erkrankungen der Herzkranzgefäße, die ihrerseits Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz sowie akute, lebensbedrohliche Komplikationen wie Herzinfarkte oder sogar einen plötzlichen Herztod zur Folge haben können. Je nach Definition gehen Prävalenzschätzungen in Deutschland von 20 bis 40 Prozent im Erwachsenenalter aus (Hanefeld et al. 2007, S. 117–125).

Die Analyse der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg zeigt, dass die Patienten in Billstedt und Horn mehr Arztfälle mit Diagnosen im Zusammenhang mit dem Metabolischen Syndrom aufweisen als der Hamburger Durchschnitt. Dies gilt für die Diagnose Adipositas (vgl. Abbildung 10) ab dem 40. und für Hypertonie (vgl. Abbildung 12) ab dem 50. Lebensjahr. In Bezug auf diagnostizierte Stoffwechselstörungen unterscheiden sich Billstedt und Horn allerdings nur marginal vom Durchschnitt in Hamburg. Übereinstimmend mit den Krankheitsfolgen des Metabolischen Syndroms lassen sich in Billstedt und Horn jedoch ebenso mehr ambulante Behandlungsfälle von Diabetes mellitus (vgl. Abbildung 14) sowie mehr stationäre Behandlungsfälle mit den Hauptdiagnosen Ischämische Herzkrankheiten (vgl. Abbildung 16) und Sonstige Formen der Herzkrankheit (vgl. Abbildung 18) nachweisen, sodass der Themenkomplex des Metabolischen Syndroms insgesamt Verbesserungspotentiale in der Versorgung vermuten lässt.

In einem Vergleich zwischen den Postleitzahlgebieten 22111, 22115, 22117 und 22119 nach Alter und Geschlecht in Billstedt-Horn zeigt sich, dass insbesondere die beiden Gebiete 22115 und 22119 einen höheren Anteil Versicherter mit ambulanten Behandlungsfällen aufzeigen als die Postleitzahlgebiete 22111 und 22117. Dies gilt für die Diagnose Adipositas (vgl. Abbildung 11), Hypertonie (vgl. Abbildung 13) und Diabetes mellitus (vgl. Abbildung 15). Auch bei den stationären Krankenhausfällen (nicht alters- und geschlechteradjustiert) lassen sich Unterschiede zwischen den Postleitzahlgebieten sowie ein höherer Anteil an Versicherten mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten im Vergleich zu Hamburg gesamt erkennen (vgl. Abbildung 17).

Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Adipositas im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 10: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Adipositas in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

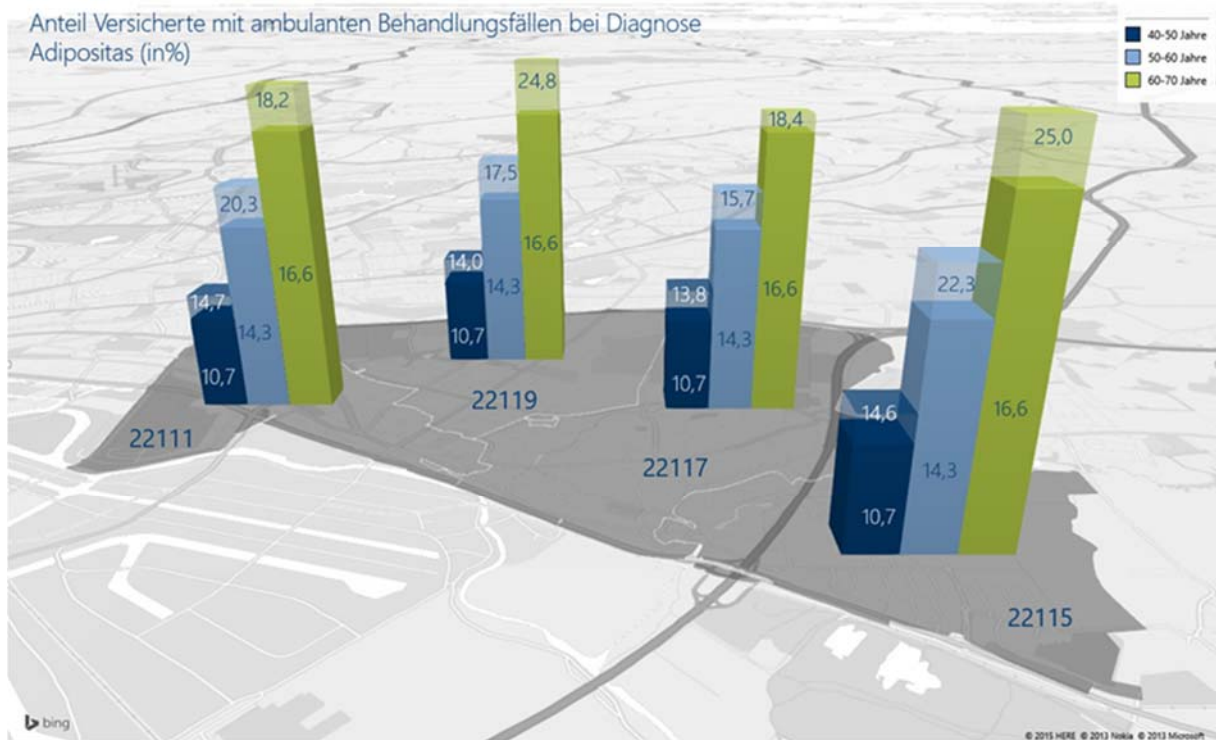
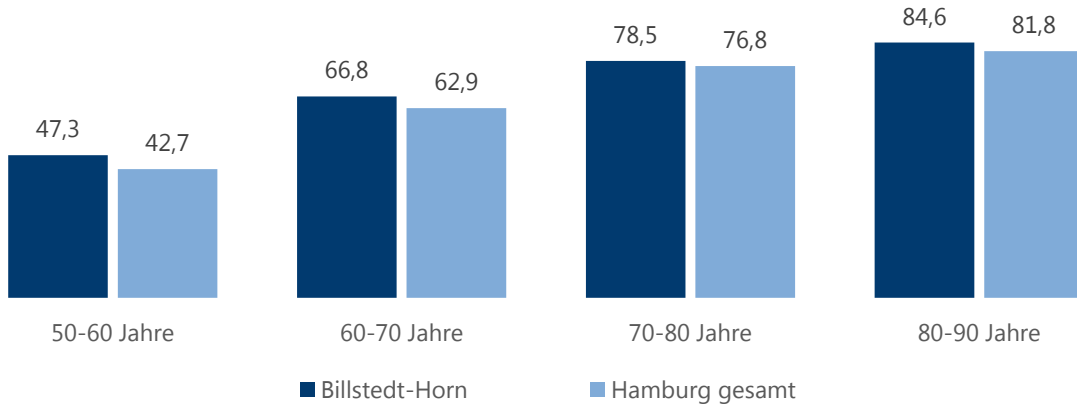


Abbildung 11: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Adipositas in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.  
 (Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Hypertonie im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 12: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Hypertonie in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

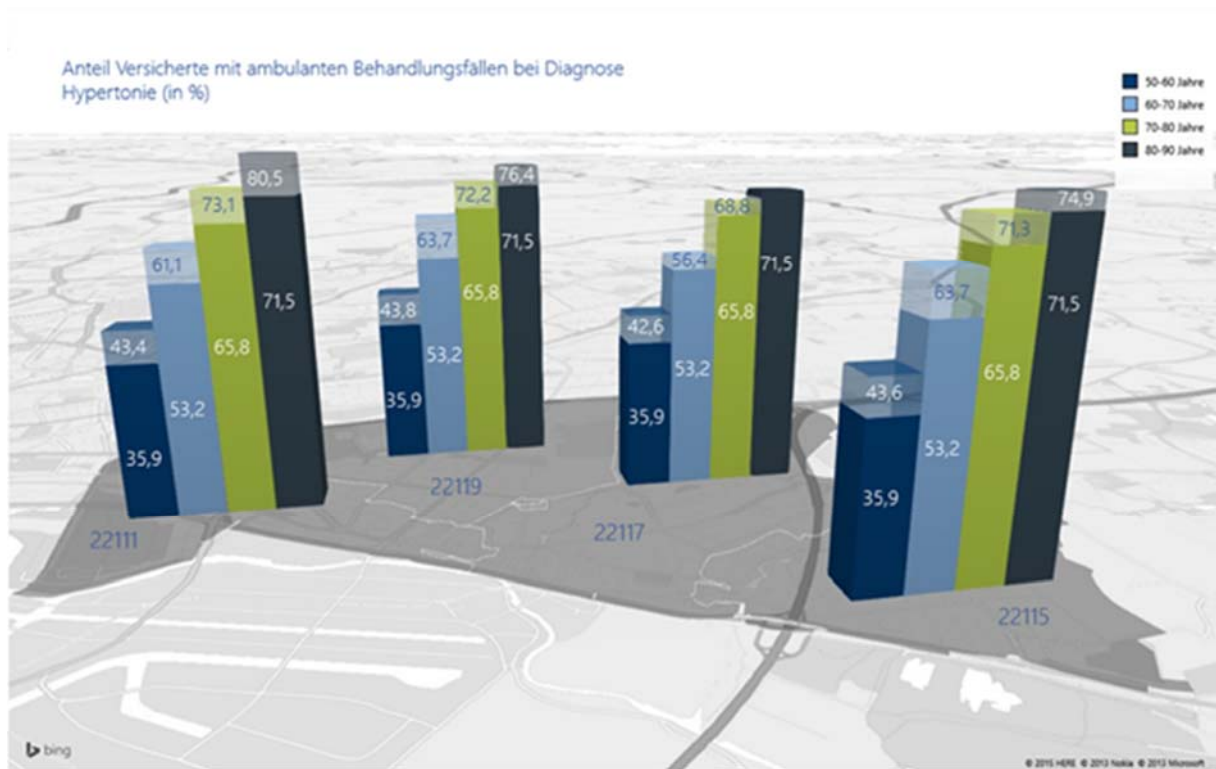
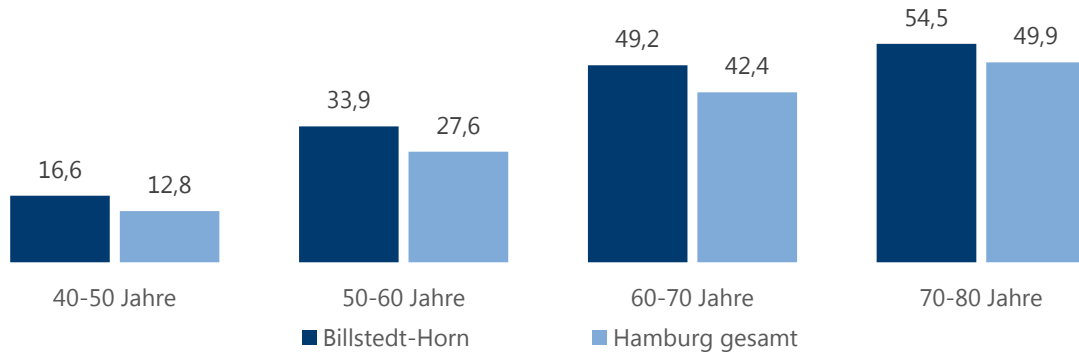


Abbildung 13: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Hypertonie in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Diabetes mellitus im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 14: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Diabetes mellitus in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

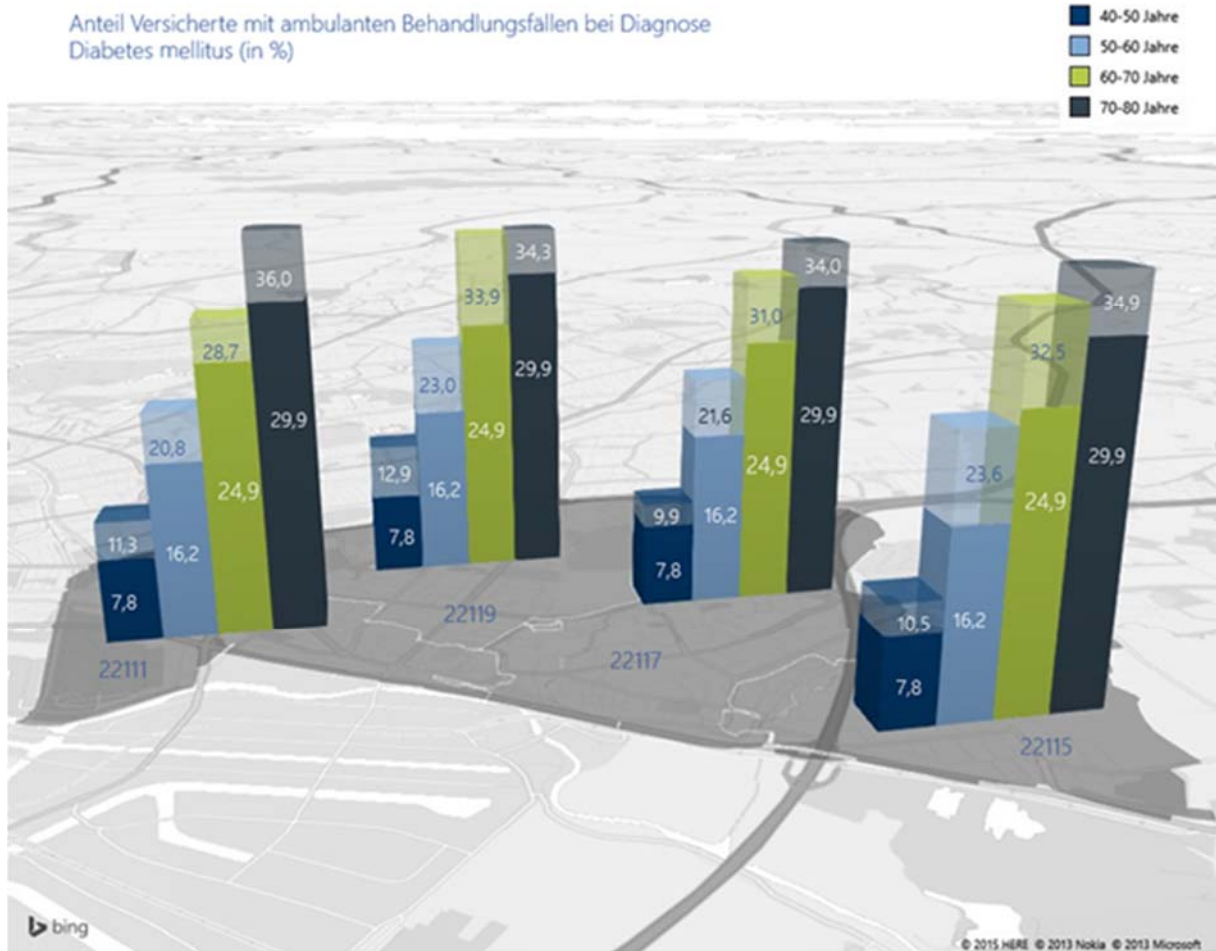
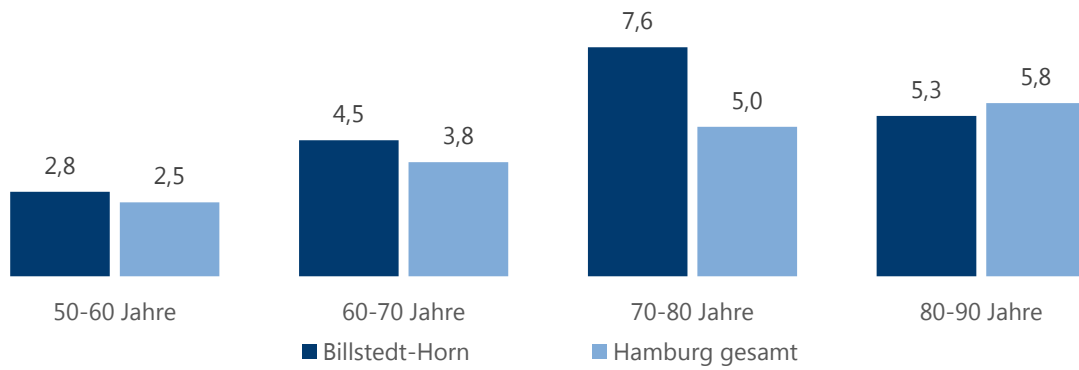


Abbildung 15: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Diabetes mellitus in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten pro 100 Versicherte im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 16: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

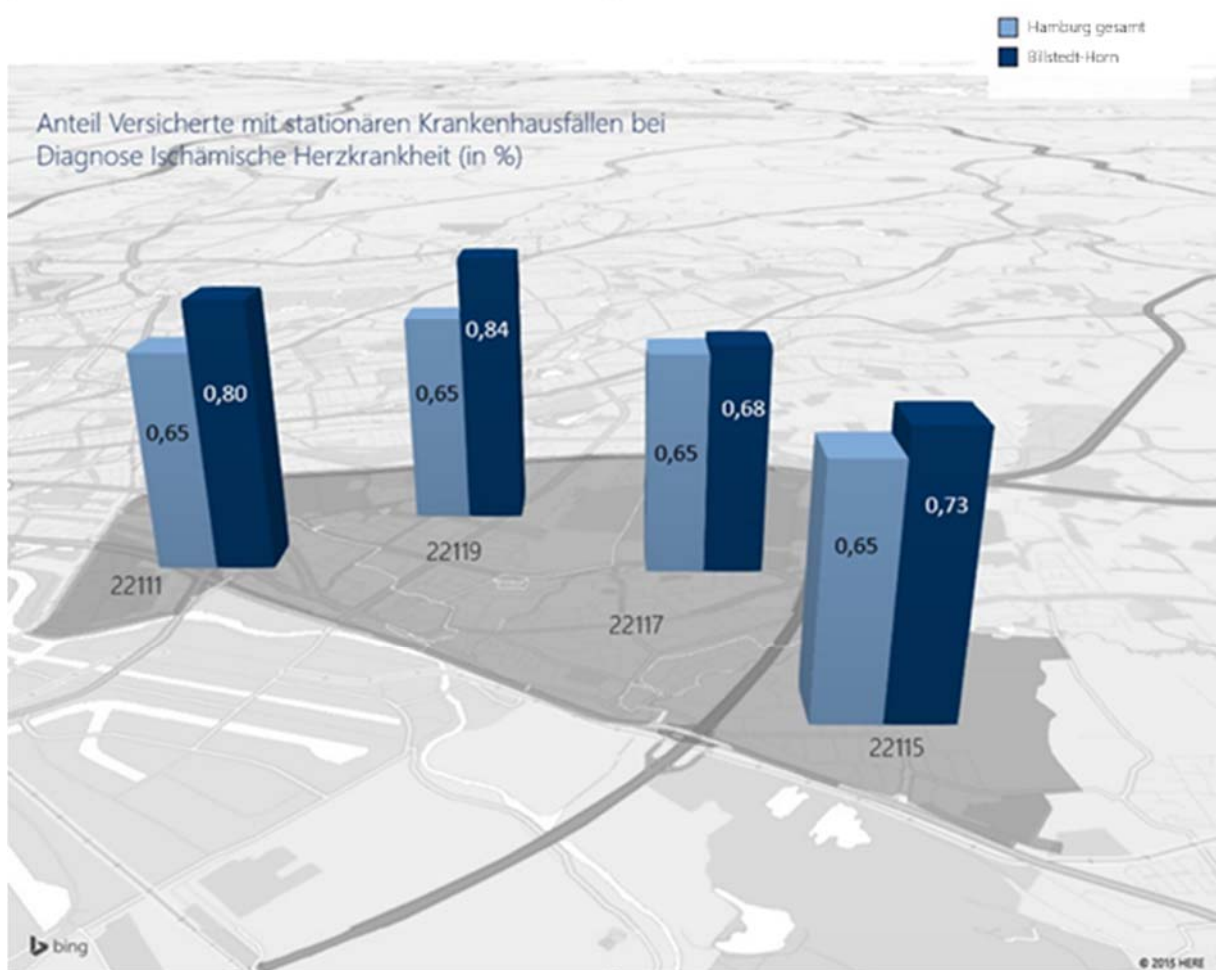
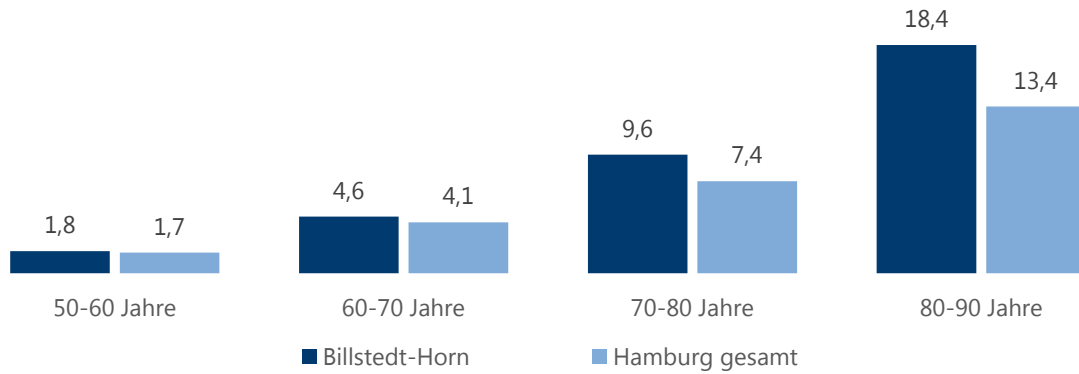


Abbildung 17: Anteil Versicherte mit stationären Krankenhausfällen bei Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

### Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Sonstige Formen der Herzkrankheit im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 18: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Sonstige Formen der Herzkrankheit in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

#### Fokussierter Themenbereich: C) Psychische Erkrankungen

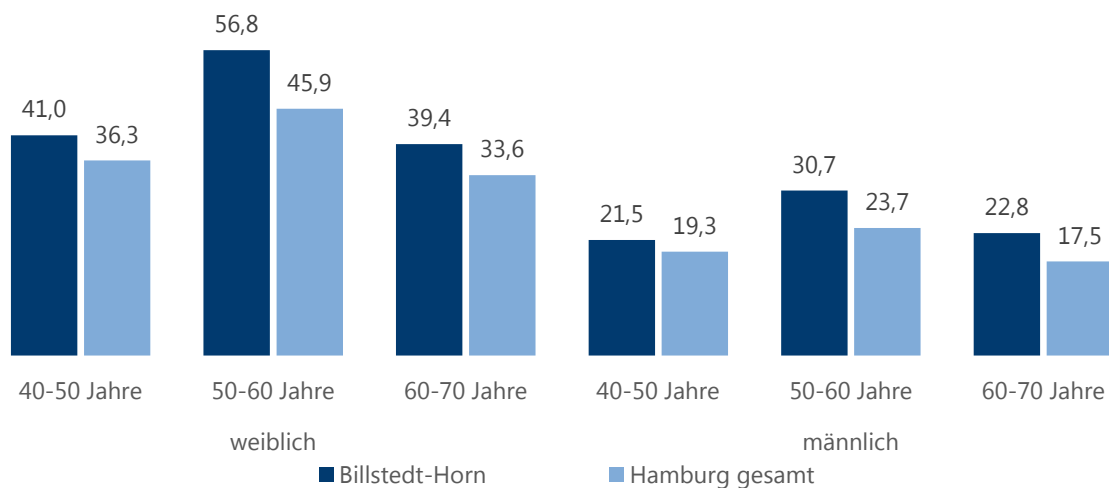
Psychische und Verhaltensstörungen als weiterer Fokusbereich der Analyse der Krankheitslast in Billstedt und Horn beschränken die Lebensqualität betroffener Patienten in besonderem Maße und rücken nicht zuletzt aufgrund stetig steigender Fallzahlen deutschlandweit verstärkt ins Interesse professioneller und öffentlicher Aufmerksamkeit. Insgesamt nimmt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen weltweit zu (Eaton et al. 2008). Nicht zuletzt aufgrund eines vermehrten stationären Behandlungsbedarfs sind die damit verbundenen Kosten vergleichsweise hoch (BKK 2005). Im Jahr 2008 wurden bereits 11 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheitsversorgung zur Behandlung psychischer Störungen aufgewandt (Statistisches Bundesamt 2010, S. 13). Deshalb rückt die Versorgungsforschung zu psychischen Erkrankungen auch in den Fokus der gesetzlichen Krankenversicherungen, welche die Thematik bereits seit mehreren Jahren in ihren Gesundheitsberichterstattungen aufgreifen (Lademann et al. 2006). In voneinander unabhängigen Auswertungen von fünf großen Krankenkassen befinden sich psychische Störungen jeweils unter den Top fünf der Diagnosen im Zusammenhang mit längeren Arbeitsunfähigkeiten und betreffen vor allem Menschen im mittleren Lebensalter (Badura et al. 2005; BARMER Ersatzkasse 2005; BKK 2005; DAK 2005). Arbeitslos gemeldete Versicherte sind in noch stärkerem Ausmaß betroffen als berufstätige Versicherte (Techniker Krankenkasse 2005, S. 31), was für Billstedt und Horn aufgrund der in Kapitel 2.1.1 gezeigten erhöhten Anteile von Arbeitslosigkeit in Bezug auf die berufliche Situation der Eltern in den Schuleingangsuntersuchungen von besonderer Bedeutung sein könnte. Die affektiven Störungen (ICD F30-F39), die u.a. die depressiven Episoden umfassen, sind für bis zu 75 Prozent der Fälle psychischer Erkrankungen verantwortlich. In Auswertungen, die eine Differenzierung nach Geschlecht vorgenommen haben, zeigten sich zudem deutliche Unterschiede, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (BKK 2005). Ob Migrationserfahrungen einen besonderen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben, wird kontrovers diskutiert (Glaesmer et al. 2008). Es ist nicht klar zu beantworten, was den größeren Effekt auf die gesundheitliche Lage der Betroffenen hat – die mit der Migration einhergehende psychosoziale Belastung oder die mit Migration häufig in Zusammenhang stehende niedrigere soziale



Schichtzugehörigkeit und der geringere Bildungsabschluss (Bermejo et al. 2010). In jedem Fall bedarf es integrierter Lösungsansätze, die sowohl die soziale als auch die gesundheitliche Komponente psychischer Erkrankungen adäquat berücksichtigen.

Dementsprechende Analysen für den Hauptbereich der affektiven Störungen für Billstedt und Horn auf Basis der Daten der AOK Rheinland/Hamburg zeigen einerseits diese überdurchschnittliche Betroffenheit weiblicher Patienten und andererseits ein höheres Maß an ambulanten Behandlungsfällen für Versicherte mit Wohnort innerhalb der Stadtteile (Abbildung 19). Diese verstärkte Inanspruchnahme lässt sich, wenn auch in absoluten Zahlen betrachtet in sehr viel geringerem Ausmaß, ebenfalls im stationären Bereich erkennen (Abbildung 22). Betrachtet man die Diagnose Affektive Störungen auf Postleitzahlenebene, zeigen sich auch hier wieder Unterschiede innerhalb der Stadtteile. Bei den Männern lässt sich insbesondere bei den Postleitzahlgebieten 22111 und 22115 ein hoher Anteil Versicherter mit der Diagnose erkennen, wobei bei den Frauen wieder die Stadtteile 22119 und 22115 am häufigsten betroffen sind (vgl. Abbildung 20 und Abbildung 21).

Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Affektive Störung im Jahr 2011 nach Geschlecht



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 19: Behandlungsfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (getrennt nach Geschlecht)



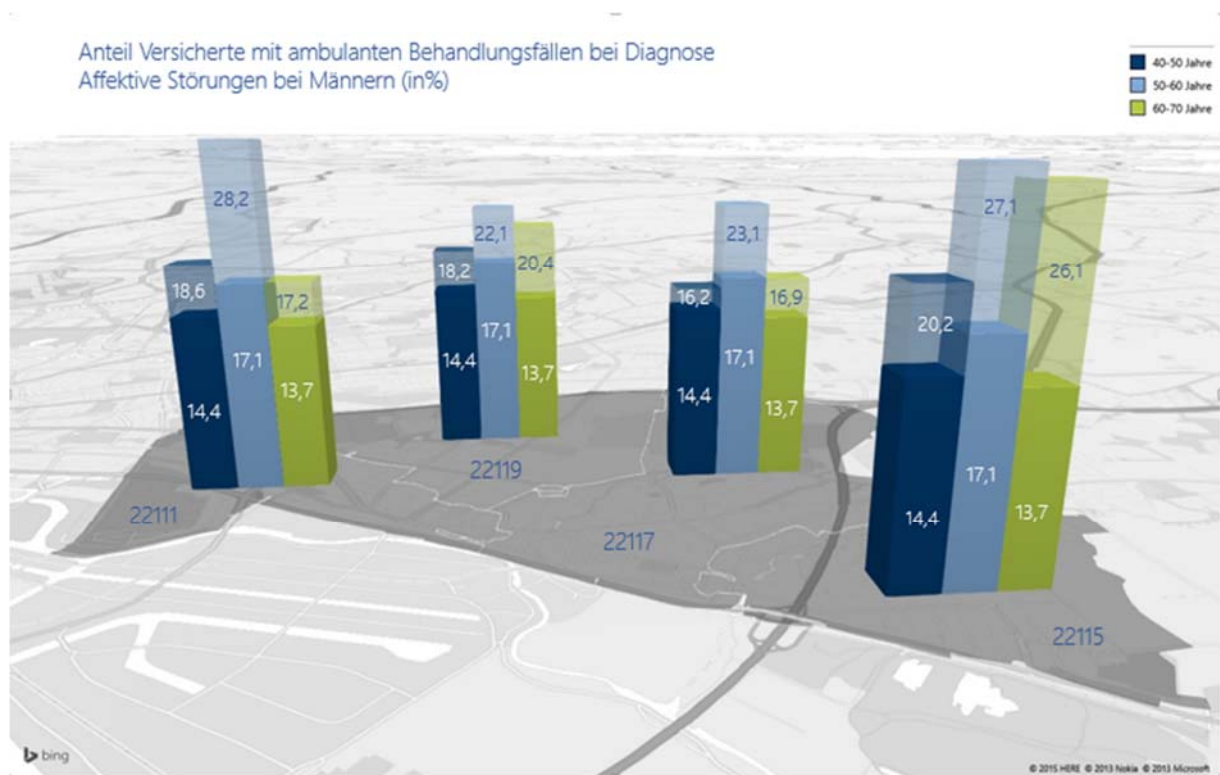


Abbildung 20: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Männern in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Frauen (in %)

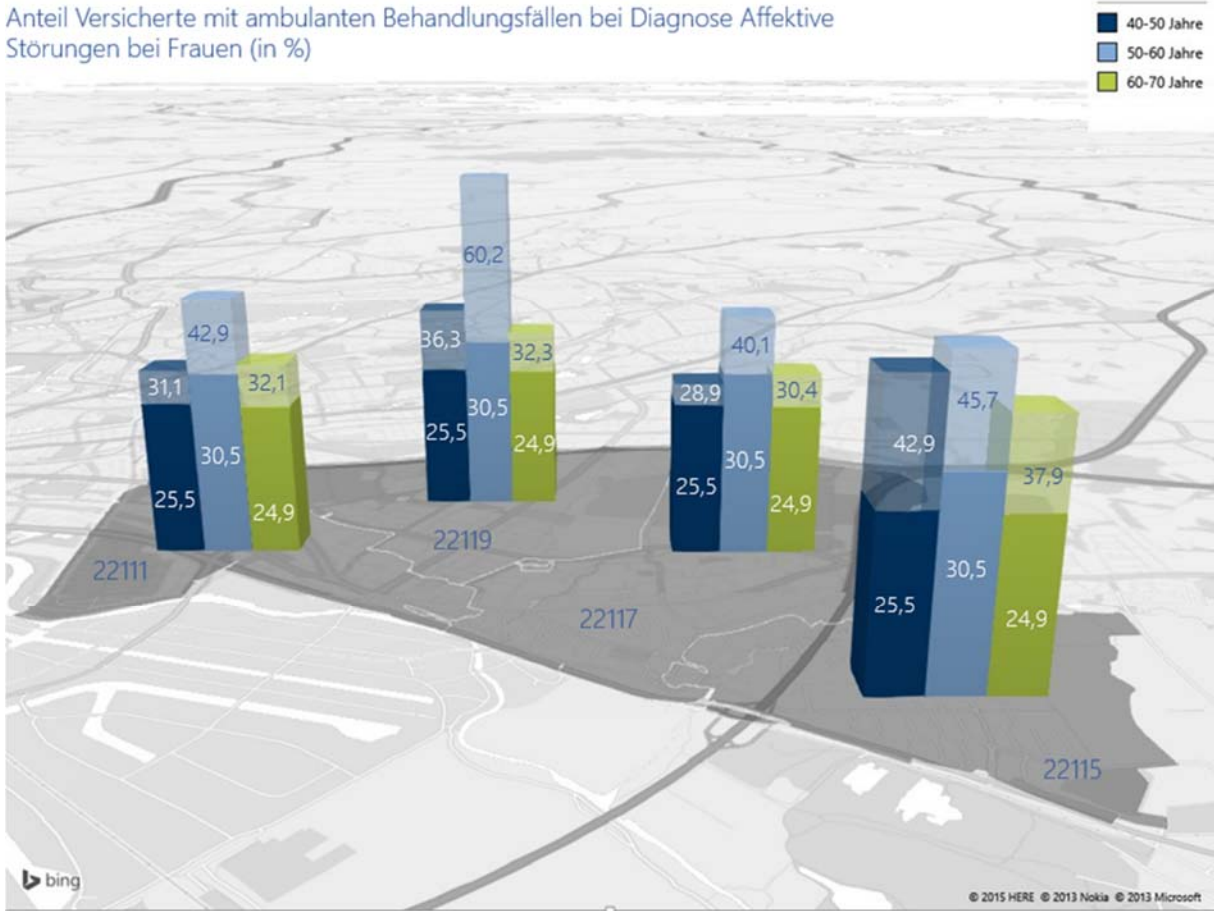
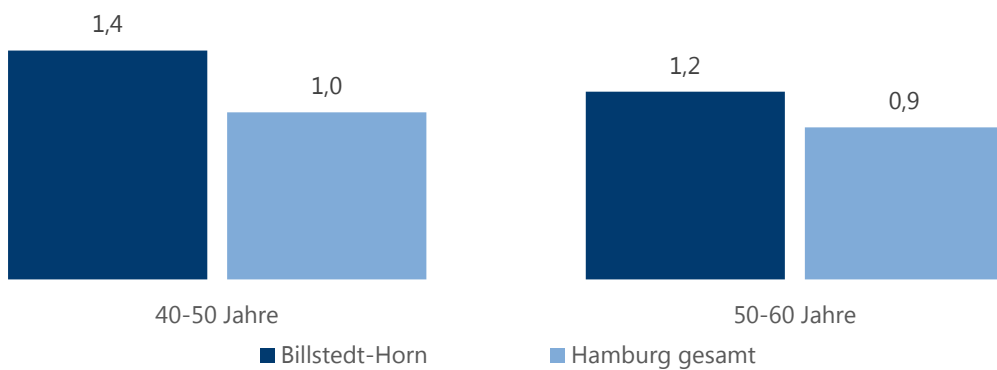


Abbildung 21: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Frauen in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen pro 100 Versicherte im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 22: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

## Fokussierter Themenbereich: D) Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen

Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensmuster bilden sich schon im Kindes- und Jugendalter heraus und verfestigen sich im weiteren Lebenslauf. Frühkindliche Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen können am Anfang eines langfristigen Krankheitsgeschehens stehen; dies kann für den Einzelnen mit verminderter Lebensqualität und für die Gesellschaft auf lange Sicht mit einem hohen Versorgungs- und Kostenaufwand verbunden sein (Lampert et al. 2005, S. 97). Laut Robert Koch Institut erhöhen nachteilige Lebensumstände in der Kindheit und Jugend das Risiko für Armut und Arbeitslosigkeit im späteren Leben. Eine Ursache dafür wird in der engen Verknüpfung der sozialen Herkunft mit der Bildungsbeteiligung und dem Bildungserfolg gesehen (Lampert et al. 2010). Armut und soziale Benachteiligung wirken sich nicht nur auf die Bildungschancen und beruflichen Perspektiven der Kinder und Jugendlichen aus, sondern auch auf ihre gesundheitliche Entwicklung. Die bisherigen Studien weisen z. B. darauf hin, dass die Gesundheit von Kindern aus sozial benachteiligten Familien in fast allen Bereichen schlechter ist als die von Kindern aus höheren Schichten (Lampert et al. 2010, S. 26–32).

Für die Diagnose Entwicklungsstörungen zeigt sich eine geringere Zahl an Behandlungsfällen für Kinder im Alter von 0-10 Jahren in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg gesamt. Ob dies tatsächlich auf eine geringere Anzahl an Betroffenen zurückzuführen ist oder darauf, dass Entwicklungsstörungen in Billstedt und Horn unterdurchschnittlich oft diagnostiziert werden, kann im Rahmen dieser Analyse nicht beantwortet werden. Ebenfalls weniger häufig als im Hamburger Durchschnitt werden Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege in der Altersklasse 0-10 Jahre versorgt, wie sich in Abbildung 23 erkennen lässt.

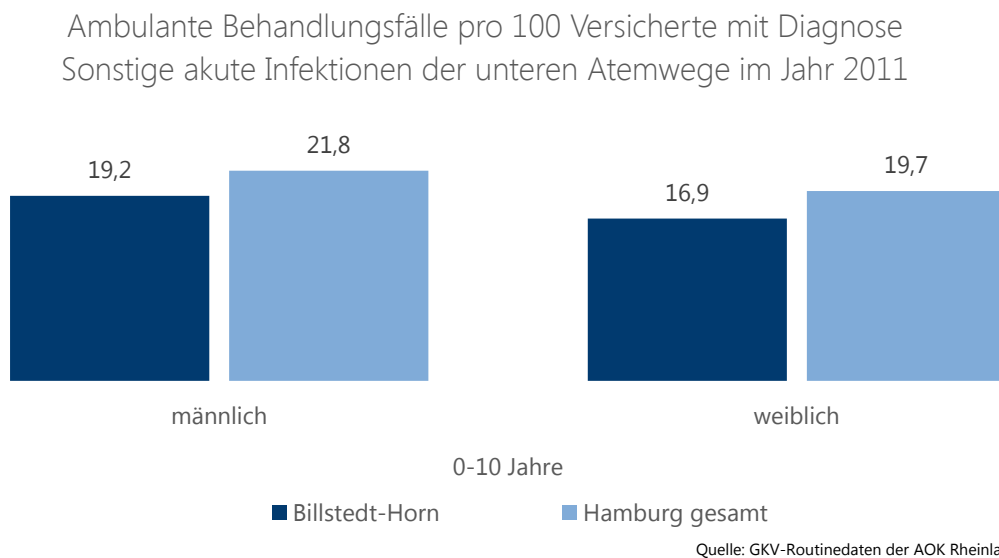


Abbildung 23: Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

Ein vermehrtes Aufkommen von Behandlungsfällen zeigt sich in Billstedt und Horn hingegen im Bereich infektiöser Darmkrankheiten und sonstiger Viruserkrankungen (vgl. Abbildung 24), die, wie die Schuleingangsuntersuchungen zeigten, zu einem größeren Anteil als im Hamburger Durchschnitt aus sozial benachteiligten Familien stammen. Die Schuleingangsuntersuchungen belegen darüber hinaus ein vermehrtes Auftreten von Risikofaktoren wie etwa Adipositas in Billstedt und Horn (vgl. Abbildung 25). Für das Jugendalter wird außer-

dem ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Auftreten von psychosomatischen Beschwerden sowie psychischen und Verhaltensauffälligkeiten berichtet (vgl. Abbildung 34 und Abbildung 36 im Anhang zu stationären Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen). Auch Risikofaktoren wie Substanzmissbrauch in Form von übermäßigem Alkohol- oder Drogenkonsum (vgl. Abbildung 35 im Anhang) sowie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht, die für einen Großteil des Krankheits- und Sterbe geschehens im mittleren höheren Lebensalter verantwortlich sind, häufen sich bereits in den unteren Altersgruppen.

#### Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte für Ausgewählte Erkrankungen im Kindesalter im Jahr 2011

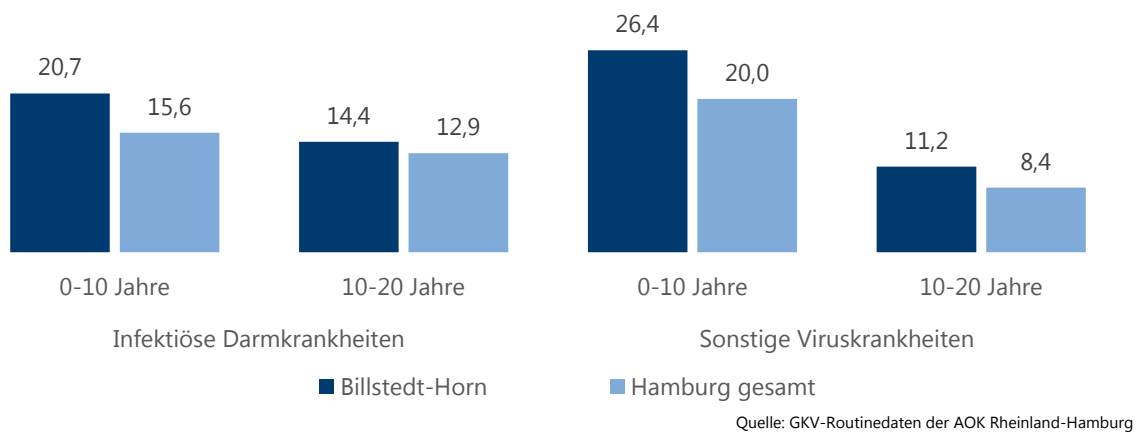


Abbildung 24: Ambulante Behandlungsfälle für Ausgewählte Erkrankungen im Kindesalter in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

#### Schuleingangsuntersuchungen - Übergewicht im Jahr 2013

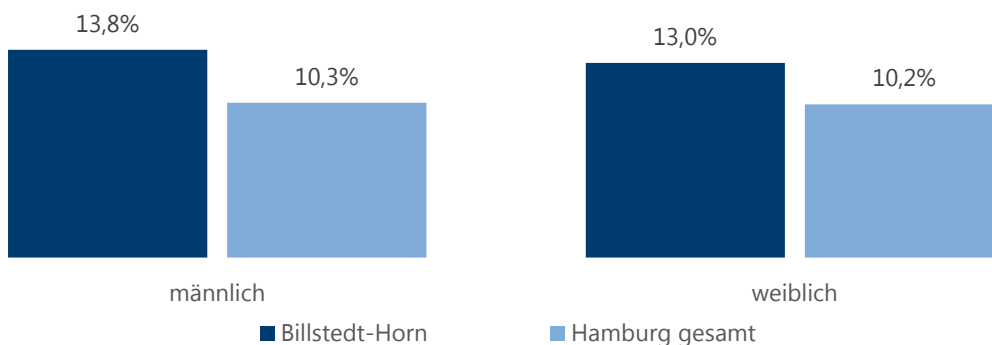


Abbildung 25: Schuleingangsuntersuchungen Vergleich Übergewicht in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

### 2.3. Analyse der Kosten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Da keine öffentlichen Angaben zur Effizienz der Versorgung in den Hamburger Stadtteilen vorlagen, wurden für eine Abschätzung der Effizienz der regionalen Gesundheitsversorgung aus Sicht einer Krankenkasse erneut

die Daten der AOK Rheinland/Hamburg herangezogen. Bei der Interpretation ist jedoch zu berücksichtigen, dass Allgemeine Ortskrankenkassen in der Regel etwas risikobelastetere Versicherte aufweisen als andere gesetzliche Krankenkassen und dementsprechend die Kosten etwas über dem Durchschnitt und die Deckungsbeiträge etwas unter dem Durchschnitt aller Krankenkassen für diese Region liegen könnten.

Bei der Analyse der Kosten und des Deckungsbeitrages<sup>12</sup> der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in Billstedt-Horn gegenüber dem Hamburger Durchschnitt zeigten sich pro Kopf sowohl höhere Kosten als auch niedrigere Deckungsbeiträge in nahezu allen Altersklassen (siehe Abbildung 26 und Abbildung 27). Eine Ausnahme stellte die Altersklasse 41 bis 50 Jahre dar, die sowohl geringere Kosten als auch einen etwas positiveren Deckungsbeitrag als der Hamburger Durchschnitt aufweist. Die Altersklasse 71 bis 80 Jahre verzeichnet zwar höhere Kosten, diese werden jedoch durch höhere Zuweisungen auch aufgrund der höheren Morbidität (siehe Kapitel 2.2) ausgeglichen, sodass der Deckungsbeitrag hier etwas über dem Hamburger Durchschnitt liegt.

Die durchschnittlich höheren Kosten entstehen in der Altersklasse 11 bis 20 Jahre zu einem großen Anteil durch höhere Arzneimittelausgaben (229 Euro mehr als im Hamburger Durchschnitt<sup>13</sup> – siehe Abbildung 37 im Anhang), wobei sich in Detailanalysen hierfür vor allem ein Ausreißer in Billstedt und Horn mit extrem hohen Kosten als ursächlich herausstellte. In den Altersklassen ab 50 Jahren beeinflussen zu einem großen Anteil die durchschnittlich höheren Krankenhauskosten die Differenz, wobei die Kohorte 61 bis 70 Jahre an dieser Stelle eine Ausnahme darstellt.<sup>14</sup> Die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeiten sind in Billstedt und Horn hingegen immer geringer als im Hamburger Durchschnitt. Eine erste Interpretation könnte sein, dass lange Arbeitsunfähigkeiten innerhalb der arbeitenden Bevölkerung in Billstedt und Horn generell seltener sind, da – wie bereits beim Indikator 14 Durchschnittseinkommen in Kapitel 2.1.1 beschrieben – die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust deren Häufigkeit beeinflusst und die Höhe der AU-Kosten zusätzlich deshalb geringer ist, da diese sich an den im Durchschnitt sehr viel geringeren Löhnen bemessen.

---

<sup>12</sup> Der Deckungsbetrag berechnet sich vereinfacht ausgedrückt als Differenz der versichertenindividuellen Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der tatsächlichen Versorgungsausgaben einer Krankenkasse (für nähere Informationen siehe Pimperl et al. 2014b).

<sup>13</sup> Welche Medikamente dafür verantwortlich sein könnten, soll zum einen durch die Interviews mit regionalen Versorgern (vgl. Kapitel 3.3.2) und zum anderen durch angefragte Detailanalysen durch die AOK Rheinland/Hamburg ermittelt werden.

<sup>14</sup> Die Kostendifferenz der Versicherten über 90 Jahre unterliegt aufgrund geringer Fallzahlen in Kombination mit unter Umständen sehr teuren Leistungen zum Lebensende wahrscheinlich starken Schwankungen und wird deshalb nicht vertiefend untersucht.

### Mittlere Kostendifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber Hamburg gesamt

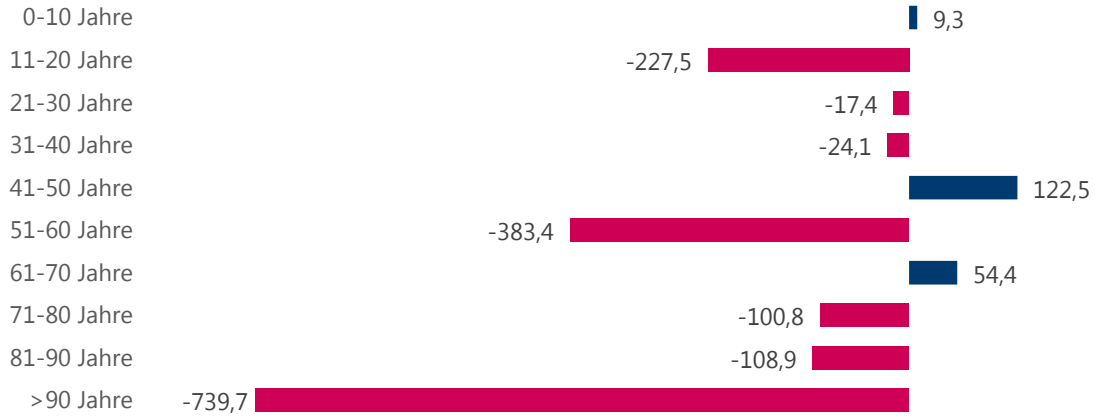


Abbildung 26: Kostendifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt

### Durchschnittliche Deckungsbeitragsdifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber Hamburg gesamt

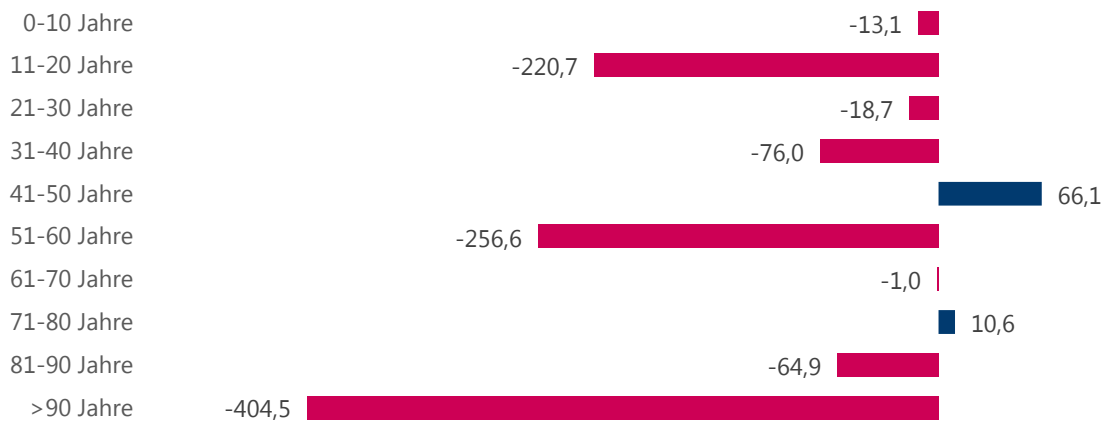


Abbildung 27: Deckungsbeitragsdifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt

Die qualitativen Interviews sollen dazu beitragen, die Kostendifferenzen und sich eventuell daraus ergebende Potentiale zur Verbesserung der Effizienz der Versorgung vor allem in den mittleren und höheren Altersklassen in Billstedt und Horn näher zu ergründen. Generell kann vor dem Hintergrund der Auswertungen der vorherigen Kapitel davon ausgegangen werden, dass chronische Erkrankungen für einen nicht unerheblichen Teil der indirekten und direkten Krankheitskosten verantwortlich sind. Im Kontext der integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ durchgeführte Analysen zum Thema Multimorbidität zeigen, dass in den Altersklassen ab 65 Jahren insbesondere Patienten mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen überdurchschnittlich hohe Kosten pro Kopf verursachen (Multimorbide 5.131 Euro vs. Nicht-Multimorbide 1.315 Euro). Diese höheren Kosten werden im Durchschnitt nicht ausreichend durch entsprechende Zuweisungen des morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs aufgefangen. Deshalb ergaben sich negative Deckungsbeiträge in Höhe von ca. -749

Euro pro Kopf für die multimorbiden Patienten, während die Patienten mit weniger chronischen Erkrankungen im Durchschnitt positive Werte von ca. 969 Euro pro Kopf aufwiesen (Surmund 2015).

## 2.4. Analyse der Gesundheitsversorgung – Versorgungssituation

Es gehört zu den zentralen gesundheitspolitischen Zielen, allen Bürgern eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen – unabhängig vom Wohnort sowie den Lebens- und Vermögensverhältnissen. Dafür sollen einerseits genügend Leistungen angeboten werden, um für alle Versicherten eine angemessene Versorgung zu gewährleisten; andererseits sollte das Angebot auch nicht zu groß sein, sodass keine Leistungen erbracht werden, die nicht notwendig sind (GKV-Spitzenverband 2014, S. 2). In der ambulanten Versorgung erfolgt die Steuerung des ärztlichen Angebots über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht.

Im folgenden Kapitel wird die Versorgungssituation bzw. werden die vorhandenen Strukturen in Billstedt und Horn im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg dargestellt. Zunächst werden Daten des Fachamtes für Stadt- und Landschaftsplanung sowie öffentlich verfügbare Informationen der KV Hamburg bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengefasst. Des Weiteren wird die Logik der Richtlinien zur Bedarfsplanung, die für die Ebene des gesamten Bundeslandes Hamburg Gültigkeit haben, exemplarisch auf einzelne Stadtteile bezogen. So kann man, allerdings nur im Ansatz, versuchen zu verdeutlichen, wie viele Ärzte einer Fachrichtung in einer Region im Vergleich zu einer anderen angesiedelt sind bzw. ob sich eine Ungleichverteilung innerhalb der Stadtgrenzen vermuten lässt. Dazu wird für verschiedene Fachgruppen ein theoretisch abgeleiteter Versorgungsgrad für Billstedt-Horn berechnet und zum Vergleich dem Hamburger Durchschnitt gegenübergestellt.

### 2.4.1. Auswertung der Daten des Fachamtes für Stadt- und Landschaftsplanung

Laut dem Entwicklungskonzept 2008 ist die ärztliche Grundversorgung gerade in den bevölkerungsreichen Stadtteilen wie beispielsweise Mümmelmannsberg gefährdet, weil zunehmend Ärzte den Standort verlassen und ihre Praxen in Stadtteilen mit einer besser situierten Bevölkerungsschicht ansiedeln (Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2009, S. 31). So kamen im Jahr 2008 in Horn 741 Einwohner auf einen Arzt, in Billstedt sogar 841. Damit liegen die Stadtteile hinsichtlich des Verhältnisses Ärzte zu Einwohnern deutlich unter dem Hamburger Durchschnitt (1:463). Heute liegen die Verhältniszahlen bei 1:825 Einwohnern auf einen Arzt in Billstedt-Horn und 1:590 in Hamburg gesamt. Die Verhältniszahl Arzt zu Einwohner ermöglicht jedoch grundsätzlich noch keine Aussage, ob die ärztliche Versorgung in Billstedt und Horn bedroht ist, da auch umliegende Stadtteile die dort lebenden Patienten mitversorgen könnten. Sie legt jedoch zumindest nahe, dass eine Niederlassung in Billstedt und Horn nicht der bevorzugte Standort für Ärzte in Hamburg zu sein scheint. Die in Abbildung 28 dargestellte Stadtkarte vermittelt einen Eindruck, wie sich die niedergelassenen Ärzte in Hamburg verteilen.



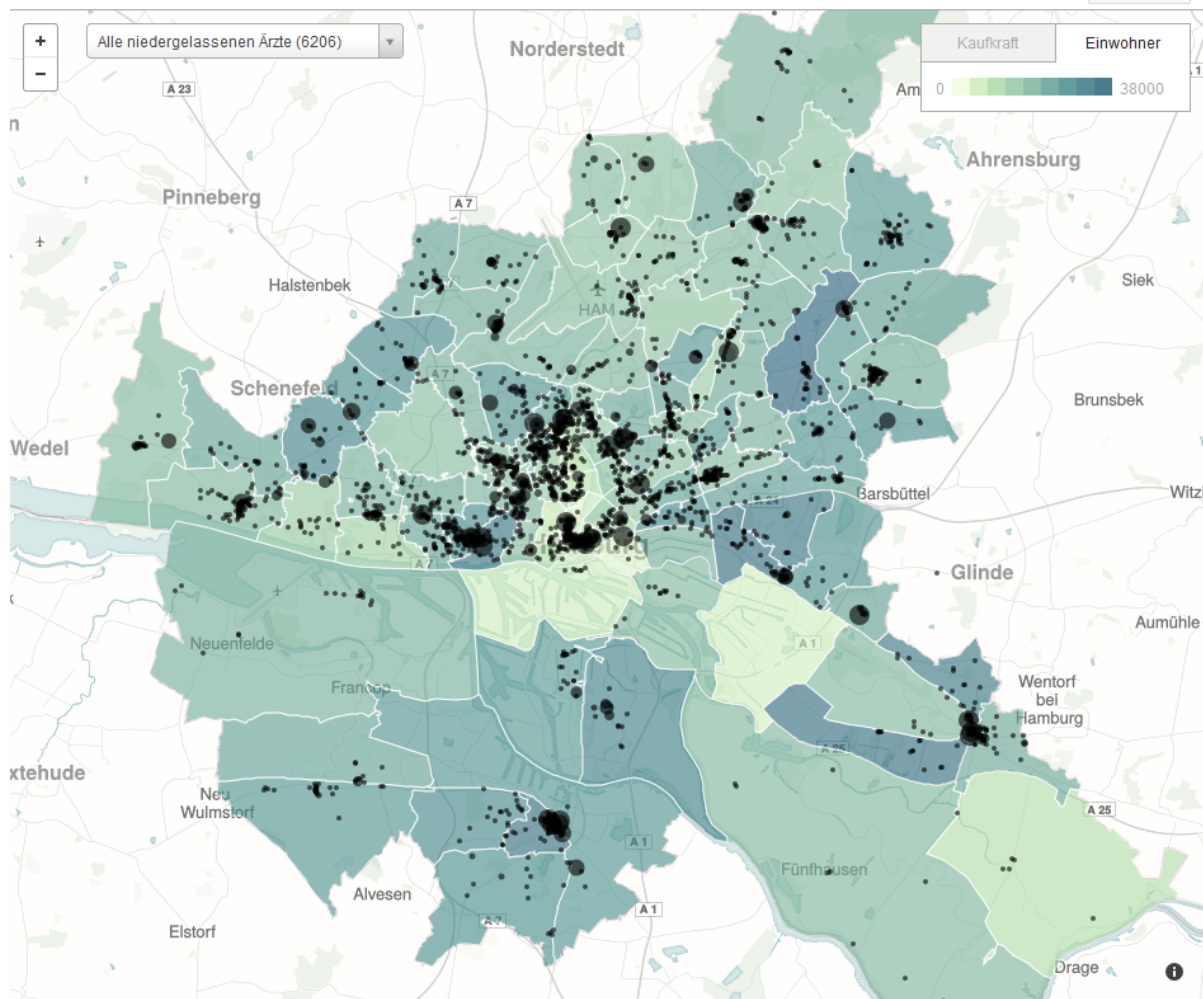


Abbildung 28: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in Hamburg (Zeit Online 2015)

#### 2.4.2. Auswertung der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Billstedt und Horn verfügen über eine ambulante medizinische Versorgung mit insgesamt 131 Allgemein- und Fachärzten<sup>15</sup>. Für die stationäre Versorgung in Mümmelmannsberg gibt es die Stadtteilklinik, ein Belegkrankenhaus mit 15 Betten. Eine im gleichen Gebäude angesiedelte Psychiatrie ist die Klinikgruppe Dr. Guth mit derzeit 30 teilstationären Behandlungsplätzen (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2015). Zwei weitere Kliniken sind in der Nähe der Stadtteile Billstedt und Horn: Asklepios Klinik Wandsbek (Mariantal) mit 545 Betten sowie das Kath. Marienkrankenhaus mit 572 Betten. Ein weiteres Klinikum ist die Schön Klinik in Eilbek mit 698 Betten, das Bethesda Krankenhaus Bergedorf und das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg, welches ein Plankrankenhaus mit 470 Betten in Boberg ist.

Um den Versorgungsgrad zu berechnen, wurde die Richtlinie zur Bedarfsplanung herangezogen (GKV-Spitzenverband 2014). Die neue Richtlinie zur Bedarfsplanung ist am 1. Januar 2013 in Kraft getreten. Damit hat

<sup>15</sup> Diese Angabe stimmt nicht mit den Ärzten aus Tabelle 2 überein (96 Ärzte), da die Aufnahme in die Datenbank und die damit verbundene Veröffentlichung im Internet auf der Seite der KBV das Einverständnis der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte voraussetzt. Die Datenbank kann deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Angabe bezieht sich auf eine telefonische Anfrage an die KV Hamburg hinsichtlich der Ärztezahl im KV Ärztekreis 11 – Billstedt und Horn.



der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten eine Region benötigt und wie sie verteilt sein sollen. Wie schon angeführt wurde, gibt die Verhältniszahl an, wie viele Ärzte (einer Fachgruppe) auf eine bestimmte Einwohnerzahl in einem Planungsbereich kommen. Als angemessen gilt demnach ein Hausarzt für 1671 Einwohner, während ein Augenarzt auf 13.399 Einwohner kommt (Köhler/Feldmann 2013). Laut KBV gilt ein Planungsbezirk als unterversorgt, wenn die Verhältniszahl der Hausärzte um 25 Prozent, oder bei den allgemeinen und den spezialisierten Fachärzten um 50 Prozent unterschritten ist. Als überversorgt gilt eine Region, wenn die Verhältniszahl um 10 Prozent überschritten wird, d. h. ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent (Köhler/Feldmann 2013). Da diese Zahlen einheitliche Richtlinien darstellen, wurden sie als Orientierung auch für die Stadtteile Billstedt und Horn übernommen, auch wenn deutlich herausgestellt werden muss, dass Billstedt und Horn keine eigenständigen Planungsbezirke sind und die errechneten Werte somit keine tatsächlichen Lücken in der Versorgung aufdecken können. Aber sie zeigen zumindest die Niederlassungsbereitschaft der Ärzte in bestimmten Stadtteilen auf, die wahrscheinlich mit der Versorgungsqualität korreliert ist.

Für eine Abschätzung des Versorgungsgrades in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg wurde ein nur für diesen theoretischen Vergleich adaptierter Versorgungsgrad kalkuliert. Grundlage dazu war die Methodik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Kalkulation von Versorgungsgraden (GKV-Spitzenverband 2014 S. 4). Dieser adaptierte Versorgungsgrad setzt sich für Hamburg insgesamt aus der Anzahl der Facharztsitze der einzelnen Fachärztdisziplinen zusammen und wurde für Billstedt und Horn der absoluten Zahl der Fachärzte gegenübergestellt.<sup>16</sup> Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die absolute Zahl der Fachärzte nicht der Anzahl der Facharztsitze entsprechen muss. Als Beispiel hierfür können die Kinderärzte in Billstedt und Horn genannt werden, da sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts sechs Kinderärzte insgesamt fünf Facharztsitze teilen. Die Kalkulation des theoretisch adaptierten Versorgungsgrades kann somit nur eine Annäherung an den tatsächlichen Versorgungsgrad in Billstedt und Horn darstellen, da die genauen Zahlen der KV Hamburg nicht öffentlich zur Verfügung stehen. Das Ergebnis dieser theoretischen Kalkulation zeigt Tabelle 2.

Wie in Abbildung 29 zu erkennen ist, weisen Billstedt und Horn einen geringeren Versorgungsgrad im Vergleich zu Hamburg gesamt auf. Eine Ausnahme sind die urologische und HNO-fachärztliche Versorgung. Insbesondere bei den Psychotherapeuten (-94,3 Prozent), Nervenärzten (-61,9 Prozent), Hautärzten (-59,8 Prozent) und Augenärzten (-62,8 Prozent) kann abgeschätzt werden, dass im Hamburger Osten weniger Ärzte praktizieren als im gesamten Hamburger Stadtgebiet, wie auch schon in Abbildung 28 zu sehen war.

Fachrichtung	Allgemeine Verhältniszahl (Richtlinie)	Anzahl der Ärzte in HH	Anzahl der Ärzte in BH <sup>17</sup>	Einwohnerzahl HH *Frauen **Kinder	Einwohnerzahl BH *Frauen **Kinder
Hausärzte <sup>18</sup>	1.671	1.019,1	52	1.788.994	108.102

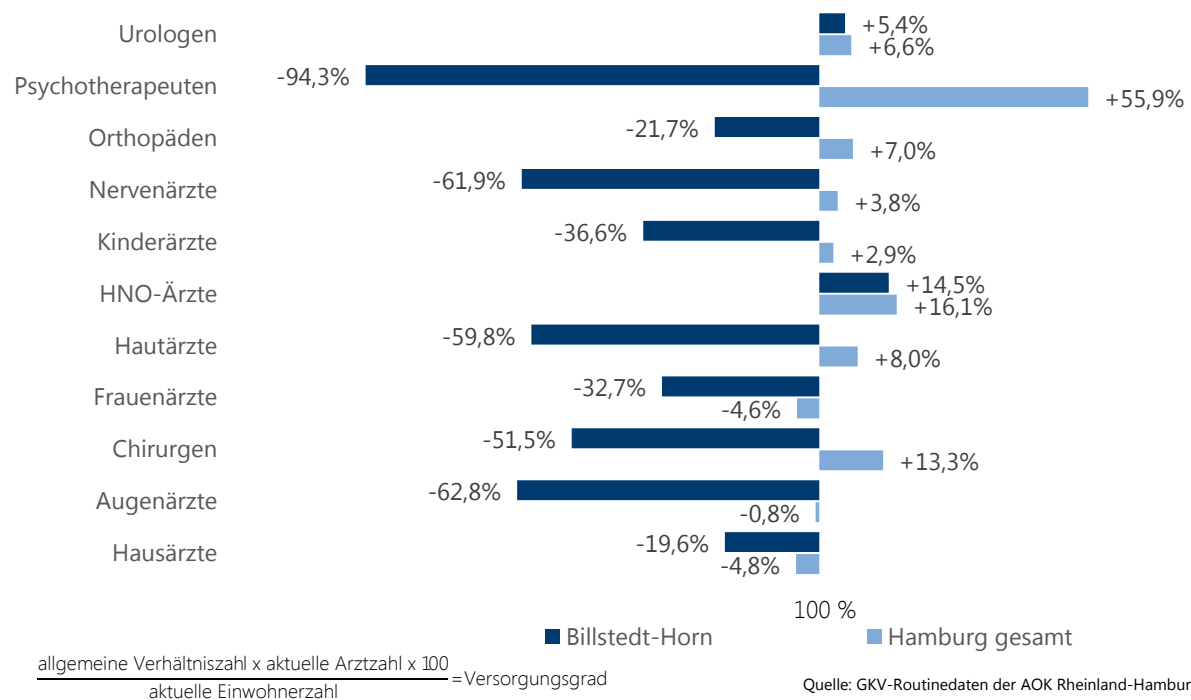
<sup>17</sup> Die Aufnahme in die wöchentlich aktualisierte Datenbank und die damit verbundene Veröffentlichung im Internet setzt das Einverständnis der jeweiligen Ärzte voraus. Die Datenbank kann deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

<sup>18</sup> Facharzt für Allgemeinmedizin (Allgemeinmedizin und Praktischer Arzt), Innere Medizin, Quelle: <http://www.kbv.de/html/arztsuche.php>

Fachrichtung	Allgemeine Verhältniszahl (Richtlinie)	Anzahl der Ärzte in HH	Anzahl der Ärzte in BH <sup>17</sup>	Einwohnerzahl HH *Frauen **Kinder	Einwohnerzahl BH *Frauen **Kinder
Augenärzte	13.399	132,5	3	1.788.994	108.102
Chirurgen	26.230	77,25	2	1.788.994	108.102
Frauenärzte	3.733	234,5	10	917.918*	55.466*
Hautärzte	21.703	89	2	1.788.994	108.102
HNO-Ärzte	17.675	117,5	7	1.788.994	108.102
Kinderärzte <sup>19</sup>	2.405	120	5	280.364**	18.967**
Nervenärzte	13.745	135,13	3	1.788.994	108.102
Orthopäden	14.101	135,75	6	1.788.994	108.102
Psychotherapeu- ten <sup>20</sup>	3.079	905,88	2	1.788.994	108.102
Urologen	28.476	67	4	1.788.994	108.102

Tabelle 2: Zahlen für die Berechnung des Versorgungsgrades in Prozent nach bestimmten Fachrichtungen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband)

## Theoretisch adaptierter Versorgungsgrad für Billstedt-Horn und Hamburg gesamt



<sup>19</sup> Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: <http://www.kbv.de/html/arztsuche.php>

<sup>20</sup> Psychologische Psychotherapie und Psychotherapie, Quelle: <http://www.kbv.de/html/arztsuche.php>

*Abbildung 29: Theoretisch adaptierter Versorgungsgrad in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg gesamt (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband)*

## 2.5. Diskussion der quantitativen Bedarfsanalyse

Die durchgeführte Analyse muss vor dem Hintergrund der Limitationen interpretiert werden, die sich aus den Datenquellen oder der Auswertungsmethodik ergeben. Deshalb sollen die wichtigsten Bereiche kurz angeführt und die Ergebnisse im Anschluss noch einmal zusammengefasst werden.

Die Kennzahlen zur sozialen Lage konnten nur eine Auswahl sein, die sich hauptsächlich aus der Verfügbarkeit von Daten ergeben hat. In der Literatur werden die meisten der gewählten Kennzahlen zwar für die Darstellung der sozialen Situation herangezogen und sind stark mit dieser korreliert, ein umfassendes Bild der Sozialstrukturen, welches durch die folgende Erhebung der Situation vor Ort ergänzt werden soll, können die Indikatoren selbst nicht zeichnen. Bei der Analyse der Sekundärdaten des Morbiditätsatlas sowie der AOK Rheinland/Hamburg ist zu berücksichtigen, dass es sich um Daten handelt, die zu Abrechnungszwecken und nicht für die Versorgungsforschung erhoben wurden. Insofern können sie zwar eine erste Bewertung zulassen, bestimmte Versorgungsprobleme sind jedoch ggfs. nur unzureichend dokumentiert oder nicht ausreichend abgebildet. Auch datenschutzrechtliche Limitationen waren zu berücksichtigen, wodurch etwa Auswertungen von Krankenhausfällen in den Postleitzahlgebieten auf Ebene der Alters- und Geschlechterklassen nicht möglich waren, da zum Teil zu geringe Fallzahlen erreicht wurden. Auch im Morbiditätsatlas Hamburg wurden die stationären Fallzahlen für die Stadtteile Billstedt und Horn nur ohne Altersadjustierung veröffentlicht. Bei der Interpretation der Daten ohne Altersadjustierung ist jedoch zu berücksichtigen, dass die AOK-Versicherten in Billstedt und Horn im Schnitt etwa 3,6 Jahre jünger sind. Aufgrund der vergleichsweise jungen Einwohner in Billstedt-Horn wäre ein nicht adjustierter Vergleich von Durchschnittswerten verzerrt. Zudem muss bei der Analyse der Daten der AOK Rheinland/Hamburg bedacht werden, dass die Versicherten ggfs. historisch bedingt etwas risikobelasteter sein könnten als Versicherte anderer Krankenkassen, sodass eine Verallgemeinerung der ermittelten Ergebnisse für andere Krankenkassen zumindest nachgeprüft werden sollte. Bei der adaptierten Bedarfsanalyse ist neben den bereits beschriebenen Einschränkungen zu beachten, dass es abweichende Angaben zur Anzahl der regional niedergelassenen Ärzteschaft gibt (Datenbanken von KBV und Ärztekammer).

Trotz der Limitationen zeichnet die vorstehende quantitative Analyse zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation in den Stadtteilen Billstedt und Horn ein eindeutiges Bild und zeigt, dass viele der im Vorfeld diskutierten Problembereiche Versorgungsrealität sind. Alle genutzten Datenquellen belegen unabhängig voneinander, dass die Stadtteile sowohl in Bezug auf die soziale Lage als auch in Bezug auf die Krankheitslast im Vergleich mit dem Durchschnitt in Hamburg benachteiligt sind. Einen besonderen Handlungsbedarf legen zum einen der niedrige Sozialindex und zum anderen die vier identifizierten Fokusbereiche Multimorbidität, chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Kinder- und Jugendgesundheit nahe. Die kleinräumige Analyse zeigt zudem, dass auch die Postleitzahlbezirke in Billstedt-Horn heterogen sind und sich insbesondere die Gebiete um Mümmelmannsberg und die Horner Geest nochmals etwas auffälliger gestalten als die anderen beiden Postleitzahlbereiche. Die soziale Ausgangssituation und das Morbiditätsspektrum machen Verbesserungsansätze für die Bevölkerung in Billstedt und Horn auch aus Sicht der GKV relevant, da in den meisten Altersklassen überdurchschnittlich hohe Kosten sowie negative Deckungsbeiträge pro Kopf anfallen. Vor dem Hintergrund, dass eine Niederlassung in Billstedt und Horn für Ärzte nicht besonders attraktiv zu sein scheint, ist es denkbar, dass sich die identifizierten Problembereiche durch weite Wege und somit einen er-

schwerten Zugang zur ambulanten Versorgung eher verschlechtern könnten. Insofern begründen diese Ergebnisse bereits das Erfordernis eines integrierten Verbesserungsansatzes, der neben den Ergebnissen dieses Kapitels auch auf den Erkenntnissen der nachfolgenden qualitativen Analyse aufbauen sollte. Er wird im Rahmen des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes, welches den zweiten Teil des Berichtes darstellt, vorgestellt.

### 3. Qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse

Die quantitative Datenerhebung wurde um einen qualitativen Ansatz ergänzt, um der Analyse eine weitere Tiefendimension hinzuzufügen. Anders als die „nackten Daten“ geben Expertenaussagen den Blick frei auf „die Bewohner hinter den Zahlen“. Durch die Interviews sollen Lebenslagen, Ressourcen und Problembereiche sowie deren Ursachen aufgedeckt werden, die über Statistiken möglicherweise gar nicht erfasst werden können (Trojan et al. 2013). Außerdem wird damit der Partizipations- und Beteiligungsmaxime sozialraumbezogener Gesundheitsförderung gefolgt (Trojan 2014). Beteiligung heißt in diesem Fall, professionelle Akteure aus dem medizinischen und sozialen Bereich einzubeziehen, über die strukturelle Veränderungen in den Stadtteilen erreicht werden könnten.

Im Rahmen der qualitativen Analyse wurden leitfadengestützte Interviews mit Experten und Schlüsselpersonen durchgeführt. Ziel war es, spezifisches Handlungs- und Erfahrungswissen zu gesundheitsrelevanten Lebensverhältnissen, zur Wahrnehmung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung in den beiden Stadtteilen und zu den angenommenen Chancen einer Gesundheitsförderung in Billstedt und Horn zu erfragen. Über das Instrument des Experteninterviews kann das besondere Wissen der Menschen, die in die Situationen und Prozesse involviert sind, zugänglich gemacht werden (Gläser/Laudel 2010, S. 13). Dabei interessiert der Interviewpartner weniger als Person, sondern primär in seiner Rolle als Experte für das Themenfeld. Er wird als Repräsentant einer Gruppe gesehen. Die Experten repräsentieren dabei in der Regel bestimmte Organisationen oder Institutionen. Es wurde eine Vielzahl an Institutionen und Bereichen identifiziert, die für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung relevant erscheinen. Als Interviewpartner sollten solche herangezogen werden, die entweder als medizinischer Leistungserbringer oder im weiteren Sinne im Bereich der Gesundheitsförderung in den Stadtteilen tätig sind. Einen ersten Überblick über die Vielzahl der relevanten Akteure gibt die Abbildung 30: Relevante Akteure in Billstedt und Horn.

Um die unterschiedlichen Experten zielgruppengerecht zu befragen, wurden drei leitfadengestützte Interview-Fragebögen entwickelt. Die Auswahl der Experten erfolgte aus folgenden drei Zielgruppen:

- A. **Interviewleitfaden für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn** Tabelle 7: Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn
- B. **Interviewleitfaden für Engagierte aus Billstedt-Horn** Tabelle 9: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn
- C. **Interviewleitfaden für Netzwerke zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt-Horn** Tabelle 8: Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn

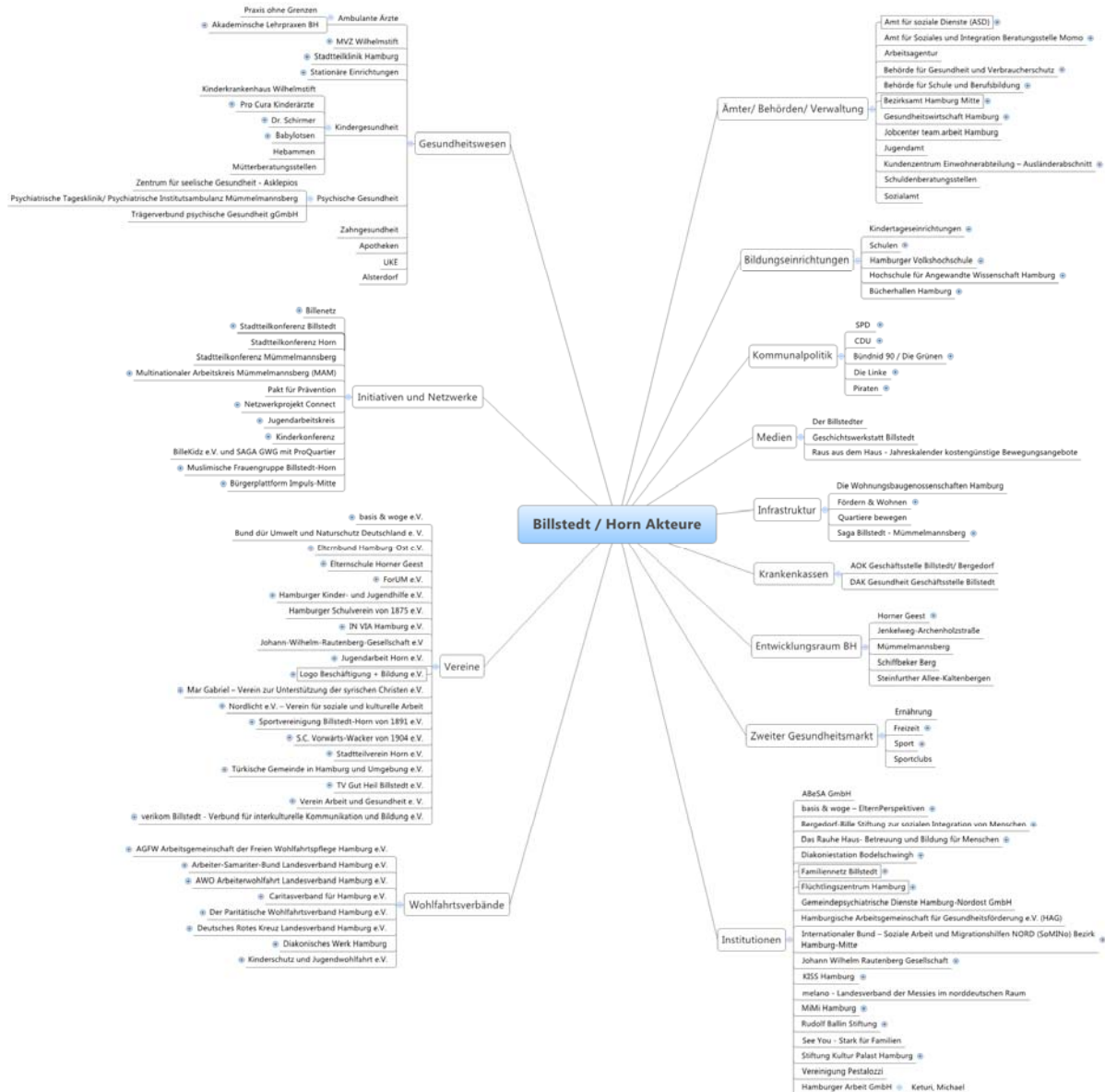


Abbildung 30: Relevante Akteure in Billstedt und Horn

Bei der Strukturierung der Inhalte der Fragebögen für ärztliche Leistungserbringer und Engagierte wurden unter Bezug auf die Anforderung an ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn fünf Themenschwerpunkte gewählt (Reimann et al. 2010). Die Themen wurden nach folgenden Schwerpunkten kategorisiert:

- › Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse in Billstedt und Horn
- › Gesundheitliche Situation in Billstedt und Horn
- › Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn
- › Versorgungsmodell in / für Billstedt und Horn
- › Gesundheitsförderung in Billstedt und Horn

Insgesamt wurden ca. 30 ärztliche Leistungserbringer, 30 Engagierte und sieben Netzwerke aus Billstedt und Horn per Brief oder E-Mail kontaktiert und um die Teilnahme an dem ca. 50-minütigen Interview gebeten.

Engagierte in diesem Zusammenhang inkludieren Vertreter sowohl aus sozialen Einrichtungen, Vereinen, Bildungseinrichtungen als auch von Wohlfahrtsverbänden und Initiativen. Die Rücklaufquote lag in etwa bei 44 Prozent. Insgesamt wurden in einem Zeitraum von vier Monaten (April bis Juli 2015) 30 Experten befragt, davon 10 ärztliche Leistungserbringer, 13 Engagierte und sieben Netzwerkakteure. Eine detaillierte Auflistung der befragten Experten / Institutionen findet sich im Anhang - Tabelle 14: Liste der Interviewpartner. Diese Anzahl schien trotz des knappen Bearbeitungszeitraums der Analyse zu bewältigen und gleichzeitig ausreichend, um ein praxisrelevantes Meinungsbild einzufangen. Eine Repräsentativität ist bei dieser Anzahl nicht gegeben; die aufgeführten Ergebnisse wurden jedoch zusätzlich durch wissenschaftliche Literatur belegt und abgesichert.

Alle Expertengespräche wurden nach vorheriger Genehmigung der Gesprächspartner mithilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet, um eine möglichst detaillierte Analyse ohne Informationsverlust sicherzustellen. Die aufgezeichneten Interviews wurden im ersten Schritt der Auswertung transkribiert, d. h. in eine schriftliche Form gebracht. Die Priorität wurde dabei auf den Gesprächsinhalt gelegt. Die Transkription erfolgte somit nach einfachen Regeln, ohne die Angabe von para- und nonverbalen Ereignissen und im Großteil wörtlich. In einigen Fällen waren für eine bessere Lesbarkeit kleine Änderungen wie das Beheben von Satzbaufehlern, Wortverschleifungen und Wortdopplungen notwendig, woran sich aber am Inhalt nichts verändert hat. Die Abschrift wurde pro Interview mit Seitenangabe und Zeilennummerierung vorgenommen, um in der späteren Ergebnisdarstellung genaue Quellenangaben machen zu können. Zitate aus den Experteninterviews erfolgen somit unter der Angabe der Interviewnummer (vor dem Punkt) und der zitierten Zeilen aus dem Interview (nach dem Punkt). Die Interviewabschriften befinden sich aufgrund des großen Umfangs von durchschnittlich 14 Seiten pro Experteninterview in einer separaten Anlage und sind in anonymisierter Form nur den Projektpartnern des Entwicklungs- und Handlungskonzepts zugänglich, da den Interviewpartnern Vertraulichkeit zugesichert wurde.

Den ersten Schritt der Inhaltsanalyse der transkribierten Experteninterviews bildete die Anpassung und Vervollständigung der o. g. Themenschwerpunkte in ein Kategoriensystem, das sich an den für das Konzept relevanten fünf Themenschwerpunkten orientiert. Hierdurch konnte ein direkter Bezug auf die zu untersuchenden Annahmen hergestellt und die einzelnen Interviews konnten einem thematischen Vergleich unterzogen werden. Nach der Fertigstellung des Kategorienschemas wurde das Textmaterial der Interviews von zwei Projektmitarbeitern unabhängig und systematisch durchgearbeitet. Hierbei wurden relevante Textteile den zuvor beschriebenen Kategorien zugeordnet und die Abschnitte auf die Kernaussagen reduziert. Mithilfe der Kategorien konnten somit quantitative Generalisierungen der Expertenmeinungen vorgenommen und wiederholt genannte Aussagen der Experten in der Analyse differenziert berücksichtigt und beschrieben werden.

Als ein weiteres Instrument der qualitativen Analyse wurden gemeinsam mit dem Billenetz, einem Bildungnetzwerk für die Region Billstedt, Horn, Hamm und Rothenburgsort (Träger Arbeit und Leben Hamburg), vier thematische Arbeitsgruppen zu gesundheitsbezogenen Themen initiiert. Das Billenetz stellt einen bedeutenden Multiplikator dar und arbeitet mit über 60 Partnern aus Bildungseinrichtungen, Stadtteilvereinen, Behörden, Betrieben und Sport- und Kultureinrichtungen an der Vernetzung und dem Ausbau des bestehenden Bildungs- und Qualifizierungsangebotes in den vier genannten Stadtteilen im Hamburger Osten. Auch dem Themenfeld Gesundheit wird im Billenetz eine erhebliche Bedeutung zugemessen. Im Rahmen des Projektes „Bille in Bewegung“ wurden bis 2008/2009 beispielsweise unterschiedliche gesundheitsfördernde Maßnahmen

erprobt oder im Jahr 2011 das Gesundheitsprojekt „Gärten für Kinder“ initiiert, welches nach wie vor erfolgreich an mehreren Schulen umgesetzt wird.

Die vier Arbeitsgruppen standen allen Interessierten aus den Stadtteilen offen, um konkrete Problemlagen, Bedarfe und mögliche Lösungsansätze im Bereich der Gesundheitsversorgung mit den Akteuren vor Ort zu diskutieren.

Die Arbeitsgruppen dienten zudem der Etablierung von Vernetzungs- und Kommunikationsstrukturen im Stadtteil und können in dieser Funktion einen wichtigen Bestandteil bei der Erarbeitung der Entwicklungsleitpläne darstellen. Die Themen der Arbeitsgruppen wurden von den Akteuren bestimmt und geben neben den Ergebnissen der quantitativen Analyse einen vertiefenden Eindruck, welche Themenfelder als besonders relevant angesehen wurden. Die Themen der Arbeitsgruppen waren im Einzelnen:

- A. **Gesundheitsversorgung und Betreuung von Migranten und Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften** Tabelle 10: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften
- B. **Psychosoziale Grundversorgung** Tabelle 11: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung
- C. **Kindergesundheit: Guter Start – Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern und Situation der Mütterberatungsstellen** Tabelle 12: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen
- D. **Die Situation der ärztlichen Versorgung** Tabelle 13: Protokoll Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn

Die Arbeitsgruppen fanden im Zeitraum von Mitte bis Ende April 2015 statt. Zwischen 6 und 15 Vertreter aus diversen sozialen Einrichtungen und der Politik, Ärzte und Mitarbeiter des Bezirksamtes und Jobcenters haben in den Arbeitsgruppen gemeinsam über die Defizite und Potentiale der Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Die in der quantitativen Analyse erhobenen Indikatoren wurden im Rahmen der Arbeitsgruppen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit der Bewohner zusammen mit den Akteuren vor Ort untersucht und bewertet. Detaillierte Inhalte sowie Teilnehmer und Lösungsvorschläge der Arbeitsgruppen können in den AG-Protokollen im Anhang eingesehen werden. Die Ergebnisse wurden in einem Fachgespräch zum Thema Gesundheit mit den lokalen Akteuren diskutiert.

Die in der qualitativen Bedarfs- und Bestandsanalyse dargestellten Ergebnisse beruhen auf den subjektiven Einschätzungen der Experten und beziehen sich immer auf die Stadtteile Billstedt und Horn, auch wenn das nicht durchgängig explizit erwähnt wird. Aufgrund der besseren Lesbarkeit sind die Aussagen nicht im Konjunktiv dargestellt, sondern im Indikativ.

Sowohl die Ärzte als auch die Engagierten im Bereich der Gesundheitsförderung kennen den Stadtteil und ihr Arbeitsgebiet gut. Aufgrund ihrer Spezialisierung haben sie zugleich jedoch verständlicherweise einen selektiven und auch interessen geleiteten Blick auf das Thema, sodass in der Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen ihren Vorschlägen nicht eins zu eins gefolgt werden kann.

### **3.1. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse**

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit vieler Bewohner in Billstedt und Horn wird von den befragten Experten beobachtet und bestätigt. Demnach gehen die Bewohner häufig gering vergüteten Tätigkeiten nach oder sind von Arbeitslosigkeit betroffen, woraus mangelnde wirtschaftliche Ressourcen resultieren, die einen großen Risikofaktor für die gesundheitliche Situation vieler Bewohner darstellen. Die Folgen der Armut spiegeln



sich zum Beispiel im Ernährungs- und Sportverhalten, der Bildungsbenachteiligung oder der sozial-kulturellen Armut wider. Verstärkt wird diese Situation durch zunehmend geschwächte familiäre Strukturen einiger Bewohner und einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund (16.260-16.261). Gesundheitliche Probleme und Verhaltensrisiken häufen sich tendenziell in der armen Bevölkerung, bei Kindern und Jugendlichen, jungen Erwachsenen und alten Menschen.

Zahlreiche sozialspezifische Risikofaktoren wie zum Beispiel Migrationserfahrungen, Integrationskonflikte, Diskriminierung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gewalt, schlechte Wohnbedingungen, ein hoher Anteil Alleinerziehender oder fehlender sozialer Rückhalt beeinflussen auch die Häufigkeit und Schwere des Auftretens diverser Erkrankungen in Billstedt und Horn. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere der psychischen Gesundheit, werden dabei vor allem unter dem Aspekt des „dauerhaften“ Stresserlebens gesehen, was den „größten Antigesundheitsfaktor“ darstellt (18.713-18.715).

### 3.1.1. Infrastruktur und Wohnverhältnisse

Die Stadtteile Billstedt und Horn weisen durch viele Grünflächen, Kinderfreundlichkeit, verhältnismäßig niedrige Mietpreise und eine gute Anbindung an das Hamburger Stadtzentrum eine gute Wohnlage auf (2.255-2.256; 14.434-14.435). Eine pathogene Bedeutung kommt jedoch den Hochhäusern und Plattenbauten in der Leigenstraße, der Horner Geest, im Sonnenland oder in Teilen von Mümmelmansberg zu. Experten assoziieren diese Teilgebiete in Billstedt und Horn mit Lärm, Stress, unbewussten Angstsituationen und der daraus resultierenden gesundheitlichen Belastung (13.125-13.129; 14.31-14.32; 14.332-14.336; 16.311). Neben den infrastrukturellen Gegebenheiten in den Stadtteilen stellt auch der beengte Wohnraum vieler Familien einen Stressfaktor dar. Viele Familien können sich aufgrund begrenzter wirtschaftlicher Ressourcen nur wenig Wohnraum leisten und haben erschwerte Bedingungen, etwas an der Wohnsituation zu verändern (17.251-17.253).

Ein Experte beschreibt die Situation wie folgt:

*„So ein Hochhaus ist gesundheitsschädlich. Wenn man raus möchte, muss man mit dem Fahrstuhl fahren, und dann ist das Geschrei darin. Die Betonwände sind dünn. Es brennt regelmäßig, weil irgendwelche Leute die Zeitungstapel anzünden. Dann zieht dieser Rauch bis in den 13. Stock, und man ist mit einer Familie in einem Hochhaus zum Teil ständigen unbewussten Angstsituationen ausgesetzt.“ (14.332-14.336)*

*„Keiner hat Platz für sich, die Kinder haben keinen Platz, um Schularbeiten zu machen. Die eine Familie, die klappen tagsüber dann die Betten an die Wand und die Matratzen oben drauf [...] und die ganze Familie ist total belastet, und das macht natürlich auch krank und verhindert auch eine Veränderung in der sozialen Lage [...]. Und ich glaube, Familien mit zu kleinen Wohnungen haben wir viele [...] oder auch Menschen, die in total abgewrackten gammeligem Wohnungen wohnen und einfach nichts anderes kriegen.“ (15.287-15.295)*

Auch positive Aspekte der infrastrukturellen Entwicklung werden von den Experten genannt. Demnach hat sich die Situation in einigen belasteten Teilgebieten wie z. B. Horner Geest oder Mümmelmansberg unter anderem durch Maßnahmen der Quartiersentwicklung schon „deutlich gebessert“, es ist „nicht mehr so verwaorlost“ (14.334-14.336; 3.249-3.253). Auch in Mümmelmansberg beobachtet ein Experte positive Veränderungen

durch das Wohnungsunternehmen SAGA GWG, die dazu führen, „dass die soziale Struktur deutlich gefestigt wird“ (13.249-13.253).

### 3.1.2. Niedrige Gesundheitskompetenz

Nach Ansicht der Befragten beeinflusst der soziale Status auch die Gesundheitskompetenz der Bewohner in Billstedt und Horn, was beispielsweise das Gesundheits- und Risikoverhalten, die Selbstfürsorge und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und zur Vorsorge umfasst (4.179-4.180). In Billstedt und Horn besteht demnach eher ein Trend zu ungesunder Ernährung, unzureichender körperlicher Aktivität und einem stärkeren Risikoverhalten bei Männern (z. B. Alkohol- oder Nikotinkonsum). Insbesondere Menschen, die kaum deutsch sprechen, zeigen dabei Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz kann weiterhin dazu führen, dass bestehende pathogene Verhaltensmuster, die eine chronische Erkrankung begünstigen, im Erkrankungsfall nicht zwangsläufig abgelegt werden.

*„Das merkt (man) auch an unserem Frühstück zum Beispiel. Da wird [...] viel Weißbrot gegessen, nicht unbedingt dunkles Brot. Und keiner lehnt die hellen Brötchen ab, weil sie ungesund [...] (sind). [...] Selbst wenn man z. B. Diabetes hat. Das, was man kennt, das bleibt dann auch, selbst wenn man dann krank ist.“ (16.219-16.224)*

Auch im Bereich des deutschen Gesundheitswesens liegen in der Bevölkerung Informationsdefizite vor. Demnach wissen insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund nicht, welche Leistungen oder Behandlungen ihnen zustehen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz kann somit nicht nur zu individuellen gesundheitlichen Spätfolgen führen, sondern auch zu gesundheitsökonomischen Nachteilen für das Gesundheitssystem, wenn aus akuten Erkrankungen chronische werden und die Behandlung aufgrund von Informationsdefiziten in das Krankenhaus verlagert werden muss.

*„Darüber Bescheid zu wissen, wie das System hier aufgebaut ist. Das ist wesentlich. Und dieses Wissen erreicht diese Familie nicht oder zu wenig oder erst dann, wenn etwas Schlimmeres passiert ist vielleicht.“ (20.435-20.436)*

### 3.1.3. Eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft

Eine Besonderheit der Stadtteile Billstedt und Horn, die durch die quantitative Datenanalyse nicht erfasst werden kann, stellt nach Ansicht der Experten die eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft einiger Bewohner dar. Sprachbarrieren, psychische Belastungen oder finanzielle Schwierigkeiten führen dazu, dass die Bewohner in ihren Stadtteilen - Billstedt und Horn - verhaftet sind und Hemmungen haben, die vertraute Umgebung zu verlassen. Mehrere Experten vermuten in diesem Zusammenhang auch Schwellenängste und eine kulturelle Barriere, nämlich die Angst vor Stigmatisierung in besser situierten Stadtteilen (17.47-17.53).

*„Ich glaube auch, dass, wenn arme Menschen in einem wohlhabenderen Stadtteil beim Arzt auftauchen, dass die nicht Hurra rufen.“ (15.367-15.368)*

Besonders im Hinblick auf die medizinische Versorgung stellt der Bewegungsradius eine Herausforderung dar. Ein Großteil der Bewohner in Billstedt und Horn verzichtet eher auf einen Arztbesuch oder nimmt lange Wartezeiten beim „Arzt des Vertrauens“ auf sich, als die gewohnte Umgebung zu verlassen (13.147-13.154). Können medizinisch notwendige Leistungen nicht im Stadtteil erbracht werden, kann es zu Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung kommen, da sich die Erkrankung ohne ärztliche Behandlung verschlimmern oder chronisch werden kann und notwendige fachärztliche Befunde nicht in anderen Stadtteilen eingeholt werden (2.42-2.44).

*„Sie wollen aber in der Nähe bleiben. Da fährt keiner weiter irgendwie. [...] Die warten dann solange. Die gehen nicht woandershin.“ (16.276-16.280)*

*„Ich meine, ist ja auch die Frage, wie kommt diese Mutter mit dem Baby vom Krankenhaus dahin. Wenn sie seit Monaten hier ist und kennt die Wege nicht, den Bus nicht, sie hat das Geld nicht, sie versteht nicht, wo muss ich hin, weil sie die Sprache noch nicht spricht und nicht deutsch lesen kann und auch wieder kein Englisch, also nicht selten schon da die Schwierigkeit.“ (20.330-20.333)*

*„Wenn ich jetzt aber genau über diese Bevölkerungsgruppe spreche und [...] sage, in Bergedorf ist ein Radiologe, geh dahin, das ist nicht einfach für die. Das muss man einfach mal sagen. Sie müssen sich A: aufraffen, B: ist es eine ganz neue Welt, Bergedorf ist nicht Mümmelmannsberg, und C: müssen sie da hinkommen und dann auch noch Geld zahlen, weil sie müssen ja auch wieder zurück, brauchen doppelt so viel Zeit. Im günstigen Fall sind für eine Familienkarte 10 Euro weg. Das sind 10 Euro, für die man auch bei der Familie zwei Tage leben kann. Und das sind einfach andere Dimensionen, und die darf man nicht verdrängen und das, glaube ich, geschieht zu schnell.“ (6.276-6.282)*

*„Ich habe das Gefühl, dass die hier in Billstedt schon seit 30 Jahren leben und sich nur in diesem Raum befinden. Sie wissen gar nicht, was es draußen noch gibt.“ (16.199-16.201)*

Die eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft bezieht sich dabei nicht nur auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern auch auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese wird, neben der Mobilitätsbereitschaft, unter anderem auch durch Stigmatisierungsängste und wirtschaftliche Ressourcen der Bewohner eingeschränkt. Nach Ansicht der Experten hat dies zur Folge, dass

*„[...] man Menschen, [...] eine große Gruppe von Menschen von dem kulturellen Leben komplett ausschließt. [...] wenn man sich einen Kinobesuch vom Mund absparen muss, dann haben wir einen Fernseher mit 365 Programmen, dann brauchen wir auch kein Kino mehr. Also da geht, glaube ich, ganz viel von dem verloren.“ (19.225-19.240)*

Insbesondere für wirtschaftlich benachteiligte Menschen gibt es demnach nur reduzierte Möglichkeiten, am kulturellen Leben teilzunehmen und dadurch ein Gefühl der Zugehörigkeit zu der Gemeinschaft / Gesellschaft zu erlangen (19.199-19.240).

### 3.1.4. Erfahrung der Selbstwirksamkeit

Große Bedeutung wird auch dem Mangel an „Erfahrung der Selbstwirksamkeit“ beigemessen, die sozial unterschiedlich verteilt ist und die Gesundheitskompetenz der Bewohner in Billstedt und Horn negativ beeinflusst. Erfahrung von Selbstwirksamkeit bedeutet, die auf positiven Erfahrungen begründete Zuversicht eines Menschen, seine Angelegenheiten überwiegend erfolgreich regeln zu können. Speziell bei einer chronischen Erkrankung ergeben sich Herausforderungen für die Betroffenen, die in den Handlungsempfehlungen zu beachten sind: „Wer sich in seinem Leben, ob als Migrant oder Einheimischer, als fremd und ausgegrenzt, isoliert, getrieben erlebt hat, wird im Krankheitsfall nicht plötzlich zum kompetenten Manager seiner Erkrankung.“ (Kalvelage 2014, S. 7).

*„Es ist ja so, wir haben ganz viele Klienten, die kommen aus verschiedenen Ländern, haben also einen Migrationshintergrund. [...] Und diese Bürokratie, das belastet sie so sehr, dass das auch viele krankmacht. Die erhalten jeden Tag Post und fragen uns, was die wollen, oder bitten uns, dass wir uns das angucken. Und diese Phobie, einfach auch vor den Behörden, auch mal hinzugehen, mal zu sagen, so, ich möchte jetzt mal einen Antrag stellen. [...] Wir unterstützen sie dabei, ein bisschen Selbstständigkeit zu erlernen, und das ist auch ein ganz tolles Gefühl, wenn die mal was geschafft haben alleine, weil sie das nie gelernt haben. Meine Kollegin erzählte letztens, dass sie eine Klientin direkt aufgefordert hat anzurufen, und hat sie dabei aufgebaut und unterstützt. Die Klientin hat es gemacht, und nachdem sie aufgelegt hat, da blühte sie auf, weil sie das jetzt mal richtig hingekriegt hat. [...] Die haben ja die Angst, dass sie das nicht hinkriegen, dass sie es nicht schaffen.“ (16.88-16.96)*

Bei der Befriedigung individueller Bedürfnisse überwiegt zudem eine kurzfristige Orientierung, aus der eine höhere Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten resultiert, insbesondere wenn dieses unmittelbar wie beim Alkoholkonsum oder Rauchen der Stressbewältigung dient. Auch die Art der Ernährung und der Mangel an Bewegung können als eine Verhaltensreaktion auf eine hohe Stressbelastung verstanden werden.

*„Da sehe ich das Stichwort Selbstfürsorge, das nicht so gegeben ist. Also das ist sicherlich entwicklungsbedürftig.“ (2.143-2.146)*

*„Was wir feststellen, ist, dass das Bewusstsein der Bevölkerung für diese Maßnahmen (Gesundheitsleistungen) nicht so sehr ausgeprägt ist, wenn ich das so an meiner Klientel differenzieren kann. Es ist so, dass die, die mehr auf sich achten, etwas mehr an sich denken, das sind ja auch [...] die etwas besser etablierten Schichten.“ (3.10-3.14)*

### 3.1.5. Soziale Instabilität

Stabile soziale Familienverhältnisse und Bindungen können die Gesundheit fördern und positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Die Familienstrukturen in Billstedt und Horn sind jedoch „nicht mehr so stabil, wie sie mal waren“ (16.260-16.261), und die schwierigen Familienverhältnisse haben einen belastenden Einfluss auf die Gesundheit. Unabhängig von sozialem Status und Herkunft der Familien werden zunehmend aufgelöste Familienstrukturen beobachtet (6.146-6.152). Fehlende Erfahrungswerte sozial benachteiligter Menschen, wie Bindungen entstehen und gefestigt werden, sowie negative individuelle Erfahrungen führen dazu,

dass soziale Instabilität nicht zwangsläufig als abweichend bewertet wird und soziale Bindungen nicht unbedingt angestrebt werden. Nachfolgende Generationen werden teilweise von konventionellen instabilen Familienverhältnissen geprägt, was sowohl physische als auch psychische Defizite zur Folge haben kann (18.820-18.825).

*„Und ich glaube teilweise auch, dass wir natürlich auch mit bindungsgestörten Leuten zu tun haben, [...] die kennen das schon aus den Generationen davor und [...] wir [...] kriegen [...] so ein Erbgut, was die mitbringen, nämlich [...] das selbst nicht erlebt zu haben. Das heißt, du musst [...] gegen das arbeiten, was sie als normal erachten. Also für mich war ja auch keiner da.“ (18.820-18.825)*

Einen indirekten Einfluss haben fehlende soziale Bindungen auch auf die Gesundheitskompetenz. Über Generationen hinweg erworbenes Wissen wird bei sozialer Instabilität nicht an die nachfolgende Generation übermittelt. Während den Müttern in sozial stabilen Familienverhältnissen ein fester Ansprechpartner, z. B. die Mutter oder Oma, für viele Fragen zur Verfügung steht, fehlt in sozial benachteiligten Familien häufig die Bezugsperson. Erfahrungswerte und Selbsthilfemöglichkeiten oder Ratschläge zur Kindererziehung und z. B. auch zur Ernährung der Kinder müssen somit anders generiert werden (14.128-14.140; 4.353-4.356). Eine Expertin beschreibt die Situation wie folgt:

*„Ich bin [...] so aufgewachsen, meine Mutter kannte noch sehr viele Selbsthilfemöglichkeiten, Wadenwickel und so. Wir waren als Kind erkältet oder hatten Fieber, und dann hat uns meine Mutter ins Bett gebracht, einen Tee gemacht, Wadenwickel, schwitzen und so weiter, und nach drei Tagen war es weg. Die wusste das. Und sie hatte die innere Sicherheit, das zu machen. Das haben die Eltern heute nicht. Das kann man ihnen aber auch nicht vorwerfen.“ (14.128-14.140)*

### 3.2. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitliche Situation

Im Rahmen der Verschriftlichung der Analyseergebnisse soll ein kurzer Überblick über die von den Experten genannten Krankheiten (evtl. Risikofaktoren) gegeben werden.

Die befragten Experten nehmen an, dass die Erkrankungen in den sozial benachteiligten Stadtteilen Billstedt und Horn etwa 10 Jahre früher einsetzen als in gut situierten Stadtteilen Hamburgs (1.19-1.22). Besondere Anspruchsgruppen stellen arme Menschen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Menschen ab 50 Jahren, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund dar. Gesundheitliche Defizite betreffen insbesondere die Zahngesundheit, chronische und psychische Erkrankungen und das Metabolische Syndrom.

#### 3.2.1. Psychische Erkrankungen

Sowohl die Ergebnisse der quantitativen Analyse als auch die gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews weisen darauf hin, dass zahlreiche sozialspezifische Faktoren wie zum Beispiel Armut, Diskriminierung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gewalt, schlechte Wohnbedingungen oder fehlender sozialer Rückhalt die Häufigkeit und Schwere des Auftretens psychischer Störungen bei den Einwohnern in Billstedt und Horn beeinflussen. Gefördert werden depressive Zustände und mangelndes Selbstwertgefühl zudem zum Teil durch einen respektlosen Umgang mit arbeitslosen und Hilfe suchenden Menschen (14.395-14.316).

*„Das Arbeitsamt, die ARGE. Das, was ich höre, was die Menschen erzählen und erleben, wie mit ihnen umgegangen wird, das kann nur zu Depressionen führen. Also der Zusammenhang ist für mich ganz klar. Das muss mal thematisiert werden. Das wäre wirklich mal wichtig, das auch zu sagen. Also wenn die wie Dreck behandelt werden und nach Hause gehen mit dem Gefühl: Ich bin überhaupt nichts wert - und das auch gezielt, und ein Spielball von schlechter Laune sind, dann kann man das als gesunder Mensch nicht aushalten. Das könnte keiner aushalten.“ (14.408-14.413)*

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere der psychischen Gesundheit, werden dabei vor allem unter dem Aspekt des dauerhaften Stresserlebens gesehen. Die Prävalenz ist besonders bei Frauen erhöht, was zum einen mit den Erwartungen an die Frauen- und Mutterrolle in der heutigen Gesellschaft und zum anderen mit dem Integrationskonflikt zusammenhängen kann.

*„Ich glaube, in der Fülle der Belastungen, die eine Frau, eine Familie trägt, kann man das sehen, über die Jahre macht das depressiv, macht das krank.“ (20.446-20.465)*

*„Jetzt kommen arrangierte Ehen mit ins Boot oder keine Beziehung vor der Ehe zu haben, und gleichzeitig wachsen sie hier auf, lernen Hamburg kennen. Hamburg ist deren Heimat genauso und sie haben deutsche Freunde. Sie können sich vorstellen, dass da dann dieser Konflikt zwischen Individuum und Gemeinschaft schon vorprogrammiert ist. Also es gibt ganz andere Konflikte da.“ (2.68-2.72)*

Der individuelle Umgang mit psychischen Erkrankungen hängt dabei stark vom Geschlecht ab. Während Frauen unter einer gedrückten Stimmung und Schlafstörungen leiden und eher bereit sind, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind Männer im Krankheitsfall vorwiegend gereizter Stimmung, werden (fremd-)aggressiv, neigen zu einem erhöhten Risikoverhalten (14.395-14.416) und „sind zu stolz“ für eine psychotherapeutische Behandlung (2.174-2.187).

Auch die Kultur nimmt Einfluss auf das Auftreten und den Umgang mit psychischen Erkrankungen. Für Menschen mit Migrationshintergrund ist die Hemmschwelle, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, oft sehr hoch, obwohl psychische Erkrankungen bei ihnen aufgrund von Entwurzelung, Migrationserfahrung, dem Verlust von Heimatgefühl und Integrationsschwierigkeiten deutlich häufiger auftreten. Auch posttraumatische Belastungsstörungen von Flüchtlingen und Migranten, unter anderem durch Kriegserfahrungen oder die Migrationsgeschichte, kommen in den Einwanderungsstadtteilen Billstedt und Horn häufig vor und stellen die psychotherapeutische Versorgung vor neue Herausforderungen (2.119; 6.40-6.43; 17.44-17.47; 18.754-18.757).

*„Und was Depressionen betrifft, ist es ein bisschen schwieriger, weil gerade so der Kreis Türkei, Arabien, Afghanistan, ja aber auch teilweise Russland, die reden nicht drüber. Das hat man nicht, ein Totschweigen.“ (6.171-6.173)*

*„Bei osteuropäischen Migranten z. B. ist es schwer, über Familie zu sprechen, weil die nach außen hin als intakt gelten muss. Heißt, auch da braucht es wieder Fingerspitzengefühl, um zu gucken, was ist möglich.“ (2.96-2.100)*

*„Bei den psychischen Erkrankungen geht es meist um gleiche Belange, nur bis wir dahin kommen, [...] braucht es unterschiedliche Wege und die äußern sich unterschiedlich. Bei Menschen mit Migrationshintergrund aus Süd-Osteuropa z. B. sehen wir ganz oft eine Schmerzsymptomatik, wir sagen dann ubiquitärer Schmerz, alles tut weh. Das ist bei Deutschen anders [...]. Aber bis wir so weit kommen und die Auslöser, die Ursachen der Depression behandeln können, braucht es ein bisschen. Da braucht es Fingerspitzengefühl“ (2.88-2.94)*

Wie der Ausschnitt aus einem Interview zeigt, können sich psychische Erkrankungen auch „oft in körperlichen Beschwerden“ äußern. Rückenschmerzen seien dafür prädestiniert. Betroffene lassen sich aufgrund somatischer Beschwerden invasiv behandeln, obwohl die körperlichen Schmerzen einen psychischen Ursprung haben könnten (2.214-2.217).

*„Psychisch Erkrankte [...] gibt es hier viele, glaube ich. Ich höre immer wieder von Depressionen. Rücken höre ich auch immer, Bandscheibe und Rückenschmerzen. Alle haben sie irgendwas.“ (16.242-16.246)*

### 3.2.2. Kindergesundheit

Die soziale und gesundheitliche Exposition der Kinder sozial benachteiligter Eltern beginnt bereits direkt nach ihrer Geburt. Erschwerte Familienverhältnisse und Bindungsängste der Eltern können dazu führen, dass keine Bindung zum Kind aufgebaut werden kann und die Mütter nichts mehr mit ihren Kindern „anfangen können“ (18.84). Sie sind nicht in der Lage, die Bedürfnisse der Kinder zu deuten, beschreibt eine der befragten Expertinnen.

*„Sie können nicht die ersten Anzeichen von „ich bin müde“ erkennen, sondern erst, wenn es schreit.“ (18.82-18.87)*

Auch die Vorbildfunktion der Eltern fällt oft weg (18.420-18.427), und aufgrund mangelnder individueller Gesundheit und fehlender Selbstwirksamkeitserfahrungen sind die Eltern nicht in der Lage, den Kindern „ein eigenes Kompetenzgerüst mit an die Hand zu geben“, sie in ihrer Entwicklung zu fördern (18.657-18.664) und Verantwortung für die Entwicklung des Kindes zu übernehmen (6.57-6.75). Die Folgen des Erziehungsstils der Eltern äußern sich über die Kindheit hinaus beispielsweise in zu hohem Fernsehkonsum, schlechtem Ernährungsverhalten, mangelnder Bewegung bereits vom Baby- und Kleinkindalter an sowie Aggressionen und Gewalt des Kindes (4.39-4.45).

*„Wenn die Eltern krank sind, können sie nicht gut für ihre Kinder sorgen. Wenn die Mutter psychisch instabil ist oder an Traumatisierung leidet, an Schlafstörungen, an Depressionen, Gewalt in der Familie etc., [...] wenn es den Eltern nicht gut geht, geht es den Kindern nicht gut. Dann können sie definitiv nicht gut [...] sorgen, wie sie vielleicht könnten, wenn sie gesund wären.“ (20.411-20.420)*

*„Die Eltern hören heute nicht mehr auf ihr Bauchgefühl. Sie sehen sich nicht mehr als kompetent. Kein Elternteil würde sich zutrauen, seinem Kind noch Schwimmen beizubringen. [...] Für alles hat man jemanden, der es macht, nur die Eltern selber, die machen eigentlich nichts mehr.“ (18.496-18.499)*



Viele Kinder in Billstedt und Horn weisen Defizite in der Entwicklung auf. Gehäuft kommt es in den sozial benachteiligten Gebieten zu sensitiven Persönlichkeitsstörungen, motorischen Entwicklungsstörungen und Störungen der Sprachentwicklung. Letzteres führen die Experten vor allem auf das Erlernen einer Zweitsprache zurück. Auch psychische Abweichungen bei den Kindern werden beobachtet, beispielsweise in Form der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störungen, die gehäuft mit Methylphenidat (Ritalin) und anderen Psychopharmaka behandelt werden.

Ungünstiges Ernährungsverhalten, ein zu hoher Zuckerkonsum in Form von Nahrungsmitteln und Getränken und mangelnde Bewegung führen in Billstedt und Horn häufig zu Karies, einer insgesamt schlechten Zahngesundheit sowie Übergewicht und Adipositas (18.592-18.595). Das Übergewicht wiederum führt nicht nur zu körperlichen Beschwerden, sondern beeinträchtigt auch die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, z. B. durch eingeschränkte motorische Fähigkeiten, geringe soziale Einbindung und negative psychische Befindlichkeiten.

*„Wir sehen natürlich bei vier-, fünfjährigen Kindern, wenn sie da Karies haben. Sie können ganz sicher sein, es bleibt nicht bei der einen Karies, wenn man da nicht gegensteuert.“ (7.108-7.109)*

Das zuvor beschriebene eingeschränkte Verantwortungsbewusstsein für die Kinder hat auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme kinderärztlicher Dienstleistungen. Abhängig von der Herkunft sind die Eltern nicht mehr in der Lage, ernsthafte Erkrankungen von kleineren Erkrankungen wie z. B. Schnupfen zu unterscheiden. Differenziert wird von den Experten jedoch zwischen sozial schwachen deutschstämmigen Familien und Familien mit Migrationshintergrund (4.146-4.147). Ein Experte schildert die Situation wie folgt:

*„Auf der anderen Seite haben wir viele Leute, die [...] wirklich immer wiederkommen, mit auch Kleinkram, wo man sagt, das müsste nicht sein. Das ist unsere Vermutung, das hängt schon ein bisschen auch mit dem sozialen Status zusammen. Mit zwei unterschiedlichen Gründen, aber im Ergebnis demselben, sie kommen häufig in die Kinderarztpraxis. Das eine ist bei deutschstämmigen Hartz-IV-Empfängern, sozial schwachen Arbeitslosen, [...] häufig mangelnde Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, zu entscheiden, [...] mein Kind hat jetzt Bindehautentzündung, habe noch Tropfen, tue ich rein, mal gucken, was passiert. [...] Die sind sehr häufig da, trauen sich beim nächsten Mal aber auch nicht unbedingt mehr zu, also kommen sie wieder. Da setzt nicht so ein Lerneffekt ein, [...] sind dann zwei, drei Kinder in der Familie, und das könnte man jetzt erwarten, wenn man das mit dem ersten Kind schon mal durchgemacht hat, dass es beim zweiten dann ein bisschen routinierter abläuft, ist aber nicht so. [...] Auf der anderen Seite, die ausländischen Mitbürger, die sind unwahrscheinlich kinderlieb und teilweise überbesorgt. Da ist es nicht die mangelnde Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, sondern einfach die Sorge. Und das Ergebnis ist aber dasselbe. Die sind zu häufig in der Kinderarztpraxis.“ (6.57-6.75)*

Eine weitere Problematik stellen laut den Kinderärzten in Billstedt und Horn Gesundmeldungen von Kindern dar, wodurch die Kapazitäten durch meistens gesunde Kinder beansprucht werden. Gesundmeldungen sollen vor allem in den Kindertagesstätten nach infektiösen Erkrankungen der Kinder, z. B. nach einem Magen-Darm-Infekt, vorgelegt werden. Für die Erstellung der Gesundmeldung fragen die Kinderärzte nach den verbliebenen Symptomen, symptomfreie Kinder werden durch die Kindermediziner dann gesundgeschrieben. Sowohl für die Ärzte als auch für die Eltern stellt dieses Verfahren aufgrund des zeitlichen Aufwands und der knappen Ressourcen eine Herausforderung dar.



*„Womit wir wirklich viel Zeit sparen würden, ist, dass jetzt im Augenblick alle Kinder, die krank sind, gesundgeschrieben werden müssen. Also nehmen wir mal an, ein Kind – ein Kindergartenkind – hat am Donnerstag einen Magen-Darm-Infekt, es darf nicht in den Kindergarten. Ist ja auch ansteckend. Nun wollen die Eltern das Kind am Montag wieder in den Kindergarten bringen und sagen, dass das Kind wieder gesund ist. Am Wochenende waren keine Symptome mehr da. [...] Dann wird dieses Kind abgelehnt, weil der Kindergarten vom Arzt eine Gesundheitsbescheinigung verlangt. Was völliger Schwachsinn ist in so einem Fall. Bei bestimmten Krankheiten verstehe ich das, dann muss man aber wissen, worauf man achtet. Sind die Kinder noch ansteckend oder nicht. Aber bei einem Magen-Darm-Infekt, da fragen wir genauso, ob das Kind noch Durchfall hat. Das kann der Kindergarten genauso machen. Aber die bestehen auf die Bescheinigung. [...] Die sagen einfach, wir nehmen das Kind nicht und wissen nicht, was sie damit den Eltern antun. Die wollen am Montag zur Arbeit gehen und müssen sich dafür noch einen Tag freinehmen, dass sie hier zum Arzt kommen. Das sind Leute, die Angst um ihren Job haben oder noch in der Ausbildung sind und hoffen, dass sie übernommen werden. [...] Wenn man gesunde Kinder nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt schicken würde – wir können die Kranken nicht angucken, weil wir die Gesunden alle angucken - dann wäre schon mal viel Zeit gespart.“ (4.237-4.260)*

### 3.2.3. Migrantengesundheit

Migration bedeutet eine räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunktes. Geschieht dies über Staatsgrenzen hinweg, wird der Prozess als internationale Migration bezeichnet. In dem vorliegenden Handlungskonzept wird Migration im Sinne der staatsübergreifenden Migration verstanden und die Migration innerhalb der Staatsgrenzen nicht berücksichtigt. Weiterhin werden in diesem Konzept sowohl selbst eingewanderte Personen als auch in Deutschland geborene Personen, deren Eltern nach Deutschland eingewandert sind (d.h. sowohl die erste Einwanderungsgeneration als auch die zweite Einwanderungsgeneration), als Migranten bezeichnet (Razum 2008, S. 9–11).

Billstedt und Horn sind gewissermaßen Zuwanderungsstadtteile, und die Gruppen, die heute dort leben, sind außerordentlich heterogen. Die größte Migrantengruppe wird von Menschen aus der Türkei gebildet (ca. 22 Prozent). In Billstedt wohnt zudem ein großer Anteil an Personen mit Wurzeln in Polen, Afghanistan, Russland, Ghana und Serbien. Aufgrund von wirtschaftlichen und humanitären Krisen sind in Hamburg in den vergangenen Jahren auch andere Länder als Bezugsländer in den Fokus gerückt. So wurden 2014 deutlich mehr Menschen mit kosovarischem, bulgarischem, rumänischem, spanischem und ägyptischem Migrationshintergrund als 2009 ermittelt (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein 2014). Die wachsenden Stadtteile Billstedt und Horn und die unmittelbar angrenzenden Stadtteile Jenfeld, Billbrook und Hamm bieten derzeit außerdem Unterkunft für über 2.000 Asylbewerber und Flüchtlinge in öffentlich-rechtlichen Unterkünften. Detaillierte Informationen zu der Betreuung von Neubürgern, die die Stadtteile Billstedt und Horn vor neue Herausforderungen stellt, sind in dem angehängten Protokoll –Tabelle 10: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften einsehbar.

Menschen mit Migrationshintergrund stellen den Experten zufolge eine besondere Risikogruppe im Hinblick auf ihren Gesundheitsstatus und die Gesundheitschancen dar (17.304-17.307). Hierbei ist es nicht grundsätz-

lich die Migration an sich, die krankmacht, sondern vielmehr die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland (5.55-5.59; Lampert et al. 2005, S. 128). Während neu zugewanderte Menschen durch den Selektionsprozess bei der Zuwanderung oftmals einen besonders guten Gesundheitsstatus aufweisen, den sogenannten Healthy Migrant Effect (Kohls 2008), kann es aufgrund einer benachteiligten sozioökonomischen Situation in Deutschland mit zunehmender Aufenthaltsdauer zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation kommen.

Der schlechtere Gesundheitszustand der Migranten zeigt sich u.a. in einer höheren Prävalenz von Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen wie z. B. chronischen Atemwegserkrankungen, Bluthochdruck und den zugrunde liegenden koronaren Problemen (1.8-1.11) sowie Krankheiten des Skelettsystems. Laut den Experten liegt dies zum einen an einem erhöhten Risikoverhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen – genannt wird ein erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum – und zum anderen an einem mangelnden Gewichts- und Sportbewusstsein<sup>21</sup> (6.566-6.568; Razum 2008).

Zahlreiche migrationsspezifische Erfahrungen wie z. B. die Entwurzelung aus dem Heimatland, Integrationschwierigkeiten und der Verlust vom Heimatgefühl führen auch zu einer erhöhten Prävalenz im Bereich der psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (2.119; 6.40-6.43; 17.44-17.47; 18.754-18.757).

Besonders Frauen mit Migrationshintergrund sind vermehrt sozialen und gesundheitlichen Expositionen ausgesetzt. Im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft schätzen insbesondere Frauen türkischer Herkunft und Frauen aus den ehemaligen Ländern der Sowjetunion ihren Gesundheitsstatus mit zunehmendem Alter subjektiv deutlich schlechter ein (Schröttle/Khelaifat 2007). Neben der subjektiven Gesundheit unterscheidet sich auch die erhöhte Krankenquote ab einem Alter von 40 Jahren bei Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft und zeitgleich auch das Risiko, an Adipositas zu erkranken (Razum 2008, S. 130). Auch das Risiko, psychische Erkrankungen zu erleiden, ist bei Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund der kulturell bedingten Erwartung an die Frauenrolle und aufgrund des Integrationskonfliktes erhöht (2.68-2.72).

Ein weiterer Unterschied zwischen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der deutschstämmigen Bevölkerung liegt in der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Maßnahmen. Demnach suchen Migranten aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren entweder Ärzte auf, die sie verstehen, oder sie sehen vom Arztbesuch ab (1.28-1.30). Eine tendenziell stärkere Frequenz von Migranten wird jedoch insbesondere in Krankenhäusern und Notfallambulanzen beobachtet (Razum 2008). Gründe hierfür sehen die Experten in der kulturell bedingt niedrigen Hemmschwelle, ein Krankenhaus zu konsultieren, und der Erwartung, im Krankenhaus eher verstanden zu werden (1.35-1.46; (Borde et al. 2003)).

*„Ich glaube, dass diejenigen, die sich schlecht verständigen, Krankenhäuser anlaufen und sich als Notfall dort melden, statt in eine Praxis zu gehen, wo sie relativ lange Wartezeiten haben und möglicherweise auch noch nicht richtig verstanden werden. Im Krankenhaus rechnen sie schon damit, dass irgendjemand sich mit ihnen verständigt. Sie laufen direkt das Krankenhaus an. Das berichten alle Notfallmediziner. Das kann auch sein, dass die Kultur da eine Rolle spielt. [...] Eine Schwelle gibt es da nicht. Sie denken, dass sie einfach in die Notfallaufnahme gehen können und*

---

<sup>21</sup> Laut der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten sind 600.000 Migranten mit Diabetes unterversorgt.

*da schon irgendwie versorgt werden. Und die Erwartungshaltung ist, dort ernster genommen zu werden als vielleicht in einer Praxis. [...] Die fühlen sich nicht ernst genommen, wenn da nicht das Wort „Notfall“ steht.“ (1.35-1.46)*

Um diese These auch mit quantitativen Daten überprüfen und stützen zu können, wurden die benötigten Daten bei der AOK Rheinland/Hamburg angefragt.

### 3.2.4. Interkulturelle Arzt-Patienten-Kommunikation

Eine bedeutende Herausforderung für die Arzt-Patient-Beziehung stellen Migranten ohne deutsche Sprachkenntnisse dar. Mehr als jeder zweite Einwohner in Billstedt und Horn ist entweder selbst Migrant oder hat einen Migrationshintergrund und nicht jeder Bewohner ist laut den Experten der deutschen Sprache mächtig, wodurch sich sowohl kulturelle als auch sprachliche Herausforderungen für die Ärzte ergeben. Abhängig von der Bevölkerungsgruppe, dem Alter und der Aufenthaltsdauer in Deutschland bestehen starke Unterschiede in den Sprachkenntnissen (4.48-4.49; 4.100-4.102). Neben den Sprachkenntnissen und den kulturspezifischen Kommunikationswegen muss aber auch der Wissens- und Bildungsstand der migrierten Menschen Berücksichtigung finden (Razum 2008, S. 109).

Kommunikationsdefizite in der Behandlung haben vielschichtige Folgen, wie die eingerahmten Zitate auch beispielhaft darstellen (Ilkilic 2012). Einige Behandlungen, beispielsweise die Sprach-, Seh- oder Hörtests bei Kindern, seien gar nicht möglich, wenn die Ärzte und Patienten keine gemeinsame Sprache sprechen (4.71-4.78). Sprachliche Defizite führen dazu, dass Wertvorstellungen und Therapiepräferenzen nicht vermittelt werden können, eine Kommunikation auf Augenhöhe nicht möglich ist und die Ansprache der Patienten auf einem sehr einfachen und eingeschränkten Niveau erfolgt (7.137-7.139). Therapie- und Behandlungsoptionen, Medikationspläne und die Aufklärung über die Erkrankung können so nicht immer verständlich vermittelt werden, was sowohl die Arzt-Patienten-Beziehung stark einschränken als sich auch auf die Behandlungsqualität auswirken kann (4.189-4.197).

*„Bei einem 23-jährigen türkisch-muslimischen jungen Mann wurde ein bösartiger Krebs festgestellt. Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechterte sich ständig, sodass der Tod immer wahrscheinlicher wurde. [...] Sowohl der Patient als auch seine Eltern haben nur geringe Deutschkenntnisse. Die Eltern informieren sich bei dem behandelnden Arzt mithilfe eines Dolmetschers aus ihrem Verwandtenkreis. Eine Krankenschwester türkischer Herkunft hört zufällig mit und informiert später die Ärzte, dass der Dolmetscher dem Patienten – wahrscheinlich auf Verlangen der Eltern – die Information über den zu erwartenden baldigen Tod nicht weitergegeben hat. Die Ärzte holen einen professionellen Übersetzer, der dem jungen Mann mitteilt, dass er möglicherweise in Kürze sterben werde. Nach zwei Tagen erleidet der Patient den Tod. Das Behandlungsteam wird später von den Eltern beschuldigt, für den Tod ihres Kindes verantwortlich zu sein. Sie hätten durch ihre Aufklärung zur Verschlechterung des Krankheitszustandes beigetragen und somit den schnellen Tod ihres Kindes hervorgerufen.“ (Ilkilic 2012, S.*

*„Manchmal dauert es länger, z. B. bei den Eltern und Kindern, die sich Mühe geben. Und bei manchen geht es einfach gar nicht. Da müssen sie z. B. mit einem Dolmetscher wiederkommen. Oder es geht manchmal durch das Telefon. Dann rufen die einen Bekannten an [...]. Manchmal haben wir auch Erkrankungen, bei denen man etwas unternehmen sollte. Wenn man den Eltern aber überhaupt nicht klar machen kann, wo das Problem liegt, weil die es manchmal auch gar nicht einsehen.“ (4.80-4.85)*

*„Einem unfreiwillig kinderlosen muslimischen Mann wird zu Therapiezwecken von einem deutschen Urologen ein Präparat verabreicht. Als er feststellt, dass dieses aus der Schweinepankreas gewonnen wird, bricht er die Therapie ab. Da sein Vertrauen verletzt wurde, geht er nicht mehr zu diesem Urologen.“ (Ilklic 2012, S. 15)*

Auch der Kultur der Patienten kommt aufgrund unterschiedlicher Erwartungen, Ausdrucksformen und Leidensfähigkeiten eine bedeutende Rolle zu (5.60-5.65). Insbesondere die erfolgreiche Behandlung psychischer Erkrankungen erfordert neben der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten eine hohe Kommunikationsfähigkeit und Kultursensibilität auf beiden Seiten (2.104-2.109). Die Behandlungsmethode ist dabei weniger bedeutend als die Art der Arzt-Patienten-Beziehung (21.243-21.248). Ein Experte beschreibt es wie folgt:

*„Gefühle können wir in der Muttersprache ganz anders ausdrücken als in einer erlernten Sprache. Und bei psychischen Erkrankungen ist das Erste, was problematisch wird, eine erlernte Sprache anzuwenden. Also wenn jemand psychotisch wird, schizophren wird, hat er ja Störungen in der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Leistungsfähigkeit und der intellektuellen Leistungsfähigkeit unter Umständen. Und dann beherrscht er die erlernte Sprache auch nicht mehr so gut.“ (2.104-2.109)*

*„Weil es schwierige Patienten sind. [...] Die erst mal ganz viel klagen und wo Familien im Hintergrund stehen [...]. Natürlich kann ich einer jungen türkischstämmigen Frau nicht sagen, dass sie sich von ihrer Familie trennen soll [...]. Da hängt ein Rattenschwanz dran. Also da muss man bereit sein, auch versuchen, kreativ und alternativ abseits unserer hergebrachten Therapiekonzepte zu arbeiten.“ (2.240-2.246)*

Die Folgen fehlender Arzt-Patient-Beziehungen spiegeln sich in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wider. Demnach tendieren Patienten bei einer fehlenden Arzt-Patienten-Bindung dazu, mehrere Ärzte aufzusuchen und diese auch häufiger zu wechseln. Auch das Aufsuchen von Notfallambulanzen, was bei Migranten gehäuft beobachtet wird, kann aus dem fehlenden Haus- bzw. Vertrauensarzt resultieren und in einem Behandlungskreislauf und in „Patientenkarrieren“ (Razum 2008: 110) münden, wie die folgenden Zitate zeigen:

*„Das Krankenhaus schreibt uns, war kein Übersetzer da. [...] Patient kann sich nicht ausdrücken. Zack ist er wieder da. Also die werden eher hin- und hergeschickt.“ (5.69-5.71)*

*„Die Menschen haben auch Angst, zum Arzt zu gehen. Insbesondere wenn sie keinen muttersprachlichen Arzt kennen, wird das häufig verschleppt. Die stärkere Ausprägung entsteht später.“ (1.64-1.68)*

*„Ich würde schon sagen, dass es Migranten sind, die auf jeden Fall. Und die, die Schwierigkeiten haben, einfach ins Gesundheitssystem zu kommen, oder auch da vielleicht nur so verwaltet werden, weil sie sich nicht artikulieren können. Werden da vielleicht nur mit Medikamenten behandelt, aber an der ganzen Symptomgeschichte, da passiert nichts.“ (17.304-17.307)*

*„Großes Problem ist auch, dass die Leute wegen der gleichen Geschichte, z. B. irgendeinem Ekzem, zu zwei verschiedenen Hautärzten, einem Allgemeinmediziner, zwei verschiedenen Kinderärzten und zusätzlich noch in die Notfallambulanz und ins Krankenhaus rennen. Keiner weiß vom anderen, keiner weiß, was gemacht worden ist. Dann wird berichtet, dass im Krankenhaus*

*z. B. eine Creme aufgeschrieben wurde. Den Namen der Creme kennen sie aber nicht. Schreiben Sie eine neue auf, kommt dann immer. [...] Das kostet Zeit, Geld, Kapazitäten und für jeden, der zum vierten, fünften und sechsten Mal kommt – damit meine ich nicht die komplizierten Erkrankungen, die wirklich behandelt werden müssen.“ (4.179-4.189)*

Die Ärzte in Billstedt und Horn begegnen den Sprach- und Kulturdifferenzen mit multikulturellem Personal. Muttersprachliche Ärzte werden von den Bewohnern mit Migrationshintergrund stark bevorzugt. Die Patienten bauen eine vertrauensvolle Bindung auf und suchen die Vertrauensärzte auch bei anderen Erkrankungen bevorzugt auf, häufig auch unabhängig davon, ob der ärztliche Schwerpunkt den individuellen Beschwerden entspricht (1.99-1.102). Auch die Patienten schaffen sich Abhilfe, indem sie beispielsweise übersetzende Familienmitglieder oder Dolmetscher in die Behandlung einbeziehen. Nachteile ergeben sich zum einen, wenn Familienangehörige oder das medizinische Personal nicht in der Lage sind, alles so zu übersetzen, wie der behandelnde Arzt es mit dem Patienten besprechen würde, und zum anderen in dem hohen bzw. doppelten zeitlichen Aufwand für die Behandlung (6.80-6.90; 2.263-2.279; 4.104-2.106).

*„Wir haben uns auch so in der Praxis aufgestellt, dass wir dann fast jeden in seiner eigenen Sprache bedienen können. [...] also wir können im Prinzip jeden zu Hause abholen. [...] Das ist aber auch dann eine Chance. Wenn wir das anbieten können, öffnen die sich eher und wenden sich eher an uns.“ (5.22-5.62)*

### 3.3. Fokussierter Themenbereich: Situation der Gesundheitsversorgung

Nicht nur die zuvor dargestellten Sprachdefizite der Patienten erweisen sich für die Ärzte als Herausforderung. Die Patientenstruktur ist des Weiteren dadurch gekennzeichnet, dass der Großteil der Bevölkerung einer gesetzlichen Krankenversicherung angehört. Die Ärzte berichten von einem stark unterdurchschnittlichen Anteil an Privatpatienten, was man, „wenn es hochkommt, an zwei Händen abzählen kann“ (4.216-4.219).

Neben dem ärztlichen Fachgebiet haben aber insbesondere auch der Anteil privat versicherter Patienten und die Anzahl der in Anspruch genommenen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) einen entscheidenden Einfluss auf die wirtschaftliche Situation einer Arztpraxis (Birkner 2008: 135). Für fast alle befragten Ärzte stellt der geringe Anteil der Privatpatienten eine Herausforderung dar (3.255-3.256; 4.216-4.219). Die Experten beschreiben die Situation wie folgt:

*„Da gibt es so Faustregeln. Man kann von den Kassenpatienten das Personal und die Miete bezahlen und dann ist das Geld weg. Und dann hofft man darauf, dass man irgendwie auch Geld verdienen kann. Und das muss man dann über private Patienten.“ (5.149-5.159)*

*„Bei uns fehlt diese Privatklientel, die in einer normalen Praxis 30 Prozent des Umsatzes ausmacht, obwohl es nur 10 Prozent der Patienten sind. Und das fehlt uns eben. Und trotzdem müssen wir die Praxis irgendwie am Laufen halten. Das geht dann nur durch Masse.“ (6.249-6.255)*

*„Wir haben hier unter zwei Prozent private Patienten, sogar eher unter einem Prozent. Und die machen bei uns deutlich weniger als 10 Prozent des Umsatzes aus.“ (3.127-3.134)*

*„Ich denke mal, dass die Schere zwischen gesetzlich und privat doch eben sehr auseinandergeht. Und da sind wir hier nach wie vor benachteiligt.“ (3.255-3.256)*

Die Auswirkungen und Folgen des unterdurchschnittlichen Vergütungsniveaus der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung werden auch in der Literatur analysiert. Demnach wird ein „Mehrumsatz“ durch privatversicherte Patienten bestätigt, der den Ärzten auch Investitionen ermöglicht, die alleine mit der Vergütungspauschale der gesetzlich krankenversicherten Patienten nicht möglich wären (Wasem et al. 2013, S. 157).

Auch der zuvor bereits genannte zeitliche Behandlungsaufwand für die Patienten in Billstedt und Horn wird von den Experten als höher eingeschätzt als in besser situierten Stadtteilen, wo Kommunikations- und Verständigungsprobleme die Ausnahme darstellen (1.81-1.84). Behandlungen und beispielsweise Psychotherapiegespräche mithilfe eines Dolmetschers dauern aufgrund des Erklärungs- und Übersetzungsaufwands „doppelt so lange“ (2.270-2.279).

*„Da geht einfach Zeit rein und diese Zeit wird nicht bezahlt und die Kosten laufen uns auch irgendwie davon.“ (6.239-6.243)*

Aus den Experteninterviews geht weiterhin hervor, dass der Anteil der Privatpatienten in einer Region mit der Attraktivität und Lukrativität des Standorts für die Niederlassung assoziiert wird (4.216-4.219) und eine erhöhte Abwanderung der Arztsitze/ Arztpraxen in andere Stadtteile zur Folge haben kann (1.108-1.116). Die Experten berichten, dass insbesondere die wertvollen Arztsitze wie z. B. Facharztsitze von anderen Ärzten aufgekauft und bevorzugt in besser situierte Stadtteile verlegt werden, wo die Arztsitze durch einen höheren Anteil an Privatpatienten und die Individuellen Gesundheitsleistungen besser amortisierbar sind. Der Umzug der Arztsitze in andere Stadtteile wird aufgrund des zusammenhängenden Planungsbezirks in ganz Hamburg in der Regel nicht untersagt, was dazu führt, dass gut versorgte Gebiete noch mehr Arztsitze und Arztpraxen aus sozial benachteiligten Stadtteilen erhalten (1.108-1.129). Auch im Rahmen der Arbeitsgruppe und des Fachgesprächs wurde die Abwanderung der Ärzte detailliert diskutiert. Das Protokoll zu der Arbeitsgruppe kann im Anhang eingesehen werden: Tabelle 13: Protokoll Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn. Ein Experte äußert seine Meinung zu der Entwicklung wie folgt:

*„Es gibt welche, vielleicht auch die, die hier groß geworden sind, die hier als Arzt arbeiten wollen. Die werden aber natürlich dann – bei gegebener Zeit – auch die Zahlen angucken müssen, oder spätestens dann, wenn sie einen Sitz kaufen müssen. Da werden sie wahrscheinlich mitbieten müssen. Und das können sie nicht mehr. Wenn sie einen Facharztsitz kaufen, liegen sie bei 350.000 Euro. Also Stichwort Urologie, da weiß ich das. Da haben sich zwei drauf beworben. Die haben einfach das Geld und sind bereit, das zu zahlen, um den Sitz in wohlhabendere Stadtteile umziehen zu können. Ein Arzt, der hier einen Arztsitz erwerben wollte, hat berichtet, dass sein Berater gesagt hat, dass ab 220.000 Euro Schluss ist, und da war jemand, der hat über 300.000 geboten, weil er das Geld mit dem Sitz woanders auch verdienen kann. Das ist die nackte Realität.“ (1.159-1.167)*

Das Resultat der zunehmenden Abwanderung spiegelt sich in der Anzahl der Ärzte - insbesondere der Fachärzte - wider, die an der Versorgung in Billstedt und Horn teilnehmen. Wie bereits in Abbildung 28 dargestellt, konzentrieren sich die ärztlichen Leistungserbringer eher im Hamburger Stadtzentrum und im Hamburger Westen, was auch von den befragten Experten bestätigt wird (2.50-2.52). Die Folge der geringen Arztdichte

in Billstedt und Horn resultiert häufig in vollen Arztpraxen, knapp eingeteilten Behandlungs- bzw. Gesprächsterminen, längeren Wartezeiten auf Arzttermine und damit verbunden auch erschwerten Zugangswegen in die ambulante Behandlung (16.125-16.241; 13.143-13.145).

Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung seien die Zugangswege kompliziert und es sei schwer, einen Arzttermin zu erhalten (2.37-2.40). Berichtet wird in diesem Zusammenhang auch von Wartezeiten von bis zu zwei Jahren bei muttersprachlichen Therapeuten, Wartelisten und Ärzten, die gar keine neuen Patienten mehr aufnehmen (2.47-2.48; 15.488-15.489). Des Weiteren werden von einigen Experten auch die sektorale Trennung in der psychotherapeutischen Behandlung und eine unzureichende Verzahnung und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und Trägern beanstandet, die auch in der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Grundversorgung“ diskutiert wurde (vgl. Tabelle 11: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung). Insbesondere die unzureichende Schnittstellenkoordination zwischen dem (teil-)stationären und dem ambulanten Sektor bzw. den sozialen Einrichtungen führt dazu, dass eine kontinuierliche Betreuung der psychisch erkrankten Menschen nicht immer gewährleistet werden kann, und erhöht außerdem das Risiko einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung.

*„Und es muss eben sofort eine Anschlusstherapie da sein. Es nützt uns nicht eine Entgiftung, das sind die größten Rückfälle, die wir haben, wenn da nicht sofort eine Nachsorgetherapie mit dabei ist.“ (17.272-17.274)*

*„Also das werden Sie wahrscheinlich auch inzwischen schon mehrfach gehört haben, dass es hier in Horn und Billstedt genau zwei niedergelassene Psychiater gibt. Und wir wissen eben auch, wenn man dort anruft als neuer Klient, muss man ja, ja so dreiviertel Jahr oder Jahr warten, oder wir hören auch, dass gar keine mehr aufgenommen werden. Also das ist einfach ein Riesenproblem. [...] Selbst wenn die sich einmal dazu durchringen, irgendwo anzurufen und zu sagen, hey, ich habe ein Problem, ich würde mich gern behandeln lassen, und dann wird ihnen gesagt, melden sie sich in einem dreiviertel Jahr wieder.“ (21.296-21.314)*

*„Natürlich behandeln wir Notfälle sofort. Aber wir können längst nicht alle behandeln, die wir behandeln möchten oder die eine Behandlung benötigen. Aufgrund mangelnder Kapazitäten. [...] Aber wir haben einfach mangelnde Ressourcen. Irgendwo ist Schluss. Und gerade unsere psychologischen Psychotherapeuten mit Fremdsprachen sind überlaufen. Wir arbeiten mit Wartelisten.“ (2.200-2.205)*

*„Ich habe den Eindruck, wenn ich über den Flur gehe, dass die Praxen echt gefüllt sind und einen wahnsinnigen Patientenzulauf haben. Und ich glaube, in gut situierten Stadtteilen ist es deutlich entspannter. Ich glaube auch, dass die Ärzte hier Generalisten sind. Wenn wir sehen, was wir für ein Spektrum in der Klinik haben, [...] hier wird viel mehr in der Breite gearbeitet. Was man wahrscheinlich in anderen Stadtteilen aufgrund der vorhandenen Spezialisten gar nicht kann und auch nicht braucht.“ (1.93-1.97)*

*„Hier ist es ja ein Mengengeschäft aufgrund der Unterversorgung und aufgrund des Leidensdrucks der Patienten. Man schickt die ja nicht weg. Wir hatten Kontakt mit einem türkischen Arzt, der hat erzählt, dass er am Tag 150 Patienten betreut.“ (1.237-1.239)*



Die geringere Arztdichte, längere Wartezeiten auf einen Arzttermin und die zuvor beschriebene eingeschränkte Mobilität und unzureichende Bindung zwischen dem Arzt und dem Patienten können dabei in diversen Folgen resultieren. Demnach können die Zugangsbarrieren zu einer Verlagerung der eigentlich ambulanten Behandlungsfälle in den stationären Sektor - oder zu einem Verzicht auf die ärztliche Behandlung im Erkrankungsfall führen, was wiederum eine Chronifizierung zur Folge haben kann (19.464-19.470).

*„Das bedeutet auch, dass die Menschen länger in ihrem Leiden bleiben, weil sie keine Entlastung erfahren durch die therapeutische Begleitung und auch eventuelle Veränderungen noch weiter nach hinten rücken, weil die therapeutische Begleitung dazu fehlt und neue Perspektiven auch.“ (19.400-19.403)*

*„Patienten gehen dann eher in den stationären Bereich. Das andere ist, es kommt zu Krankschreibungen, zu längeren Krankschreibungen. Das heißt, wenn ich einen Patienten eher behandeln kann, als Facharzt, kann ich vielleicht erst eine suffiziente Therapie einleiten. Hat der Patient keine fachärztliche Behandlung, wird er erst mal geparkt. [...] Das hat natürlich auch die Konsequenz, wenn die Patienten keinen Facharzt sehen, ist es schwieriger, eine Reha-Maßnahme anzutreten. Jemand der schlecht deutsch spricht und nicht über die Informationen verfügt, für den ist es noch mal schwieriger, an eine Reha-Maßnahme zu kommen.“ (2.208-2.223)*

Im Bereich der Gesundheitsversorgung stellt die Praxisklinik in Mümmelmannsberg eine bedeutende Ressource dar. Viele Ärzte aus Mümmelmannsberg loben die räumliche Nähe und die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen (Fach-)Ärzten in dem Ärztehaus, wodurch ein interdisziplinärer fachlicher Austausch sowie kurze Kommunikations- und durch die Belegarztambulanz auch kürzere Behandlungswege ermöglicht und gefördert werden (5.8-5.13).

### 3.4. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung ist ein „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, S. 1). Es geht daher um mehr als nur Gesundheit. Es geht um die Gestaltung von Lebenswelten zum Wohle der betroffenen Menschen. „Health is created in the setting of everyday life and is influenced by actions and decisions of most sectors“ (WHO Regional Office for Europe 1997, S. 225). Gesundheit wird dabei nicht verabsolutiert und auch nicht als Zwang zu einem „normgerechten“ Verhalten interpretiert, sondern in ihrer Vielfältigkeit akzeptiert, die sich in den jeweiligen Präferenzen der Menschen in ihrer jeweiligen sozialen Situation und Einbettung ausdrückt. Sie kann nicht den Menschen aufoktrojiert werden, sondern muss mit ihnen zusammen entwickelt werden. Die Verfasser folgen dabei einem Verständnis von Gesundheitsförderung, das mit dem Begriff einer „pragmatisch akzeptanzorientierten Gesundheitsförderung“ beschrieben werden kann, „die nicht auf Freiheit setzt, die als Vernachlässigung daherkommt, sondern auf Fürsorge, die nicht als Zwang daherkommt“ (Schmidt 2014). Gerade angesichts der Vielfältigkeit der sozialen Schichtung in Billstedt und Horn erscheint den Verfassern ein Rekurs auf die begrenzte Wirksamkeit von klassischer mittelschichtdominierter Gesundheitsaufklärung und Prävention wichtig, wie sie schon vor drei Jahrzehnten in der bahnbrechenden Studie von Horn et al. für die BZgA ausgearbeitet wurde (Horn et al, 1984).



Grundlage einer auf die Öffentliche Gesundheit orientierten und im obigen Sinne akzeptierenden Gesundheitsförderung ist ein sozialräumliches Modell von Gesundheit. Dies bedeutet, dass sowohl die Belastungsfaktoren als auch die Unterstützungsfaktoren eines jeden Menschen in seiner jeweiligen örtlichen Umgebung zu suchen sind. Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit wird dabei häufig auch als Quartiersmanagement bezeichnet (Trojan et al. 2013, S. 15–18), um die Kleinräumigkeit des Sozialraums hervorzuheben.

Eine Analyse der Stadtteile Billstedt und Horn zeigt, dass es auf lokaler Ebene bereits eine Vielzahl von sozialen Einrichtungen und lokalen Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung gibt. Eine recht umfangreiche Auflistung der Anbieter mit dem primären Fokus Bildung in den Stadtteilen kann auf der Internetpräsenz des Billenetz eingesehen werden<sup>22</sup>. Dabei zeigt sich schon in den Namen der Anbieter das große Ausmaß an Verknüpfung auch zum Themenfeld Gesundheitsförderung. Die Angebote der Einrichtungen in Billstedt und Horn reichen von der Beratung und Lotsung von (werdenden) Eltern, Frühen Hilfen, Bewegungsangeboten, Gesundheitsberatung und -mediation, Eingliederungshilfe, Suchtberatung, Bildungsförderung bis zur Unterstützung und Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund.

Aus den Befragungen und auch im niedergeschriebenen Handlungsfeld „Soziale Situation und Gesunde Lebenswelten“ des Entwicklungskonzepts Billstedt-Horn geht jedoch auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ein deutlicher Handlungsbedarf hervor. Es zeigt sich, dass verschiedene Anbieter sozialer Dienstleistungen einen hohen Bedarf an Beratungs- und Unterstützungsleistungen zum Thema Gesundheit und Krankheit in den Quartieren artikulieren (Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2009). Die qualitative Analyse hat dies bestätigt.

Wie sich aus der Analyse entnehmen lässt und auch die Arbeitsgruppe „Guter Start“ Tabelle 12: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen ausgearbeitet hat, scheint insbesondere die frühe Prävention und die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Familien und Kinder sehr nützlich. Den (werdenden) Eltern in Billstedt und Horn stehen dabei unterschiedliche Einrichtungen der Frühen Hilfen zur Verfügung, zu nennen sind dabei beispielsweise die Elternschulen, Kinder- und Familienzentren, Babylotsen oder die Familienhebammen für sozial benachteiligte Familien.

*„Ich glaube, was immer so ein guter Vergleich ist, [...] wenn man in der Schule ein neues Heft anfängt, das ist immer das Gefühl, das wird jetzt besser mit diesem Heft, weil diese erste Seite, die ist immer die schönste. Und so ähnlich ist es halt mit einem Kind auch. Du hast sozusagen ein Kind, das ist wie ein Heft, was noch nicht benutzt worden ist, und die Eltern sind hoch motiviert, dieses Kind sozusagen so gut wie möglich zu führen. Wenn wir [...] am Anfang da ganz viel reinton können, wenn das alles noch so frisch ist, dann haben wir einfach schon einen großen Schritt gewonnen. Wenn das Kind vier oder fünf Jahre alt ist, dann haben die schon Trotzphasen und dann haben sie diese Nächte hinter sich, dann ist das auch ein gutes Alter, aber es ist natürlich viel leichter ganz von vorne, wenn alle noch motiviert sind. Am Anfang haben wir noch den Stolz der Väter, manchmal haben sie sogar doch frei, d. h. wenn wir irgendwo antackern wollen, ist das ein supergutes Alter, weil alles noch neu ist. Also sie können immer nicht nur das Bild haben, ich werde die beste Mutter der Welt sein und ich bin der beste Vater der Welt. Das schleift sich dann irgendwann so ein bisschen ab.“ (18.134-18.147)*

<sup>22</sup> [http://www.billenetz.de/Bildungsangebote/Bildungsangebote/Uebersicht\\_Anbieter.xls](http://www.billenetz.de/Bildungsangebote/Bildungsangebote/Uebersicht_Anbieter.xls)

Einen großen präventiven und gesundheitsförderlichen Einfluss auf die Kinder- und Familiengesundheit haben laut den Experten und Arbeitsgruppenteilnehmern insbesondere die bedarfsorientierte Unterstützung und die Hilfestellung durch die Hebammen, die einen guten Zugang zu den Familien haben und deren Hilfsleistungen in der Gesellschaft frei von Stigmatisierung sind. Eine Studie der Frühen Hilfen hat ergeben, dass Prävention einen positiven Nutzen für die Gesellschaft hat und dass die Folgekosten einer Kindswohlfährdung 13-mal höher sind als die Kosten der Frühen Hilfen<sup>23</sup>.

Laut den Teilnehmern und den Experten gibt es jedoch insbesondere im Bereich der Hebammenversorgung eine ganze Reihe von Ursachen, die dazu führen, dass nicht alle hilfsbedürftigen Familien die Unterstützung erhalten.

*„Was sicherlich geschieht, ist, [...] also Frauen, die sich frühzeitig in ihrer Schwangerschaft um alles kümmern, die schaffen es vielleicht auch, sich so weit zu informieren, dass sie frühzeitig eine Hebamme suchen müssen. [...] Dann bekommen sie auch eine Hebamme. Und die Frauen, die Familien, die aus anderen Ländern kommen zum Beispiel, bei denen es überhaupt nicht üblich ist, ja, oder die vielleicht in Flüchtlingsunterkünften leben oder seit einem Jahr in Deutschland sind etc., das sind die Familien auch, davon haben wir natürlich mehr Klientel, die nicht darüber Bescheid wissen. Das sind die, die auch keine Hebamme mehr finden, weil die, die es gibt, sind schon längst belegt, und weil es wenig Hebammen in Hamburg gibt, wir haben ein großes Problem der Versorgung durch Hebammen in Hamburg, [...] haben sie ja einfach keine Zeit mehr. Und das sind die Frauen, die ohne Hilfe bleiben, [...] wo es dann nur noch darum geht, eine offene Sprechstunde zu finden, nah am Wohnort. Das ist nicht immer möglich, weil die sind wahrscheinlich auch überbelegt oder die Familie findet nicht dorthin oder die Sprache klappt nicht, also da ist ein ganzer Rattenschwanz von Schwierigkeiten dahinter. Die Versorgung mit der Hebamme ist also keine Glückssache, sondern eine Sache von Informationen, von Wissen darüber, eine Frage von eigenem Engagement, mich auf die Suche zu machen, und Sprache, immer wieder Sprache.“ (20.162-20.176)*

Auch andere Einrichtungen der Frühen Hilfen, wie z. B. die Elternschulen in den Stadtteilen oder das Kinder- und Familienzentrum in Dringsheide, leisten einen entscheidenden Beitrag zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Familien. Die Angebote der Einrichtungen richten sich an dem Bedarf der Eltern aus und reichen von Eltern-Kind-Gruppen bis zur individuellen Beratung. Ein wichtiges Ziel, neben der bedarfsorientierten Stärkung der Familie und der Vermittlung von Wissen, ist die Stärkung des Netzwerks der Frauen.

*„Man hat da ja immer Mütter drinsitzen, die das alles noch mitbekommen haben, die Leute in den sozialen Gruppen, die Mütter hauptsächlich, die haben ja das Wissen. Da ist immer eine kompetente Kursleiterin mit bei, die da auch immer unterstützt. Aber die Mütter teilen auch ihr Wissen. [...] Und das Tolle ist eben, wenn sie bei uns nach einem oder zwei Jahren rausgehen aus der Elternschule, dann haben sie ein Netzwerk. Ein Nachbarschaftsnetzwerk. Und dann haben sie Leute, die sie anrufen können. Und die sie auch mal um Rat fragen. Und sie rufen uns ja auch an, wenn etwas ist. Oder sie kommen nach Jahren wieder und beraten sich. Es ist eine lang*

<sup>23</sup> Weitere Informationen zur Studie in (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011).

*aufgebaute und verlässliche Arbeit. Das ist meiner Meinung nach eine der größten Ressourcen, die wir haben, dass wir so lange und verlässlich da sind, dass die Leute uns kennen und uns weiterempfehlen. (14.142-14.152)*

Viele der befragten Einrichtungen der Frühen Hilfen berichten von unzureichender personeller Ausstattung (18.303-18.305). Ihnen zufolge führen die Engpässe dazu, dass nicht alle Nachfragen in dem Ausmaß bedient werden können, wie es notwendig wäre. Manche Hilfen wie z. B. das Baby-Begrüßungsprogramm können die Mitarbeiter vorerst gar nicht mehr anbieten, siehe hierzu auch Tabelle 12: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen. Auch die sektorenübergreifende Präventionskette zwischen den medizinischen und sozialen Leistungserbringern, die im Idealfall lückenlos vom Pädiater bis zu den Stadtteileinrichtungen verlaufen sollte, neigt unter anderem aufgrund der personellen Ausstattung vieler Einrichtungen zu Versorgungsunterbrechungen.

*„Die Frühförderung ist bis zum Kanal dicht. Also die haben auch so viel zu tun, die können gar nicht mehr alles abarbeiten.“ (18.358-18.359)*

Die Zuständigkeiten innerhalb des Bereichs Frühe Hilfen scheinen für Außenstehende, insbesondere für die Pädiater in Billstedt und Horn, nicht eindeutig geklärt zu sein. Trotz guter institutioneller Netzwerke und Kooperationen zwischen den sozialen Einrichtungen können junge Patienten oder Familien in Notlagen von den Ärzten nicht immer an die richtige Hilfs- bzw. Beratungseinrichtung vermittelt werden. Den Ärzten zufolge fühlt sich im Zweifelsfall keine Einrichtung für die Patienten zuständig (4.318-4.326). Für diese Fälle wird sowohl von den Ärzten als auch von den sozialen Einrichtungen eine zentrale Auskunfts- bzw. Koordinationsstelle gewünscht, die eine vermittelnde Funktion übernimmt und die Ärzte, Bürger und auch die Mitarbeiter der sozialen Einrichtungen durch den „Frühe-Hilfen-Dschungel“ lotst (4.421-4.423). Der sektorenübergreifende Austausch zwischen den Ärzten und den sozialen Einrichtungen wird insbesondere von den Mitarbeitern sozialer Einrichtungen angestrebt und kann gerade bei sozial benachteiligten Familien ein erfolgreiches Instrument sein, bedrohliche Lagen frühzeitig zu erkennen und lückenlos und interdisziplinär zu intervenieren. Aufgrund des Zeitmangels der Ärzte und der zuvor beschriebenen unklaren Zuständigkeiten stellt dies aber eher eine Ausnahme dar.

*„Und wichtig ist natürlich eine bessere Vernetzung der gesamten Infrastruktur, von den sozialen über die Gesundheitseinrichtungen bis hin zu den Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken, um besser auf die Gesundheitsprobleme der Leute einzugehen. Ich glaube, es ist der wichtigste Punkt. Alles andere ist eher nice to have.“ (13.74-13.80)*

*„Die Ärzte können von uns ja profitieren, indem sie z. B. Menschen, bei denen eine offensichtliche Verwahrlosung oder eine Gewaltsituation da ist, ermuntern, zu uns zu kommen. Weil wir ja die soziale Betreuung in die Hände nehmen. Ich würde mir wünschen, dass die Ärzte das mehr nutzen oder auch wissen – vielfach wissen sie das wohl auch gar nicht. [...] Da hat sich herausgestellt, dass die Ärzte da überhaupt gar nichts drüber wissen. [...] Die kommen nicht dazu.“ (14.512- 14.524)*

Des Weiteren hat sich in der Analyse herauskristallisiert, dass sich die sozialen Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention stark im Bereich der Frühe Hilfen konzentrieren und andere Zielgruppen, wie z. B. Senioren, Frauen, Männer, arme Menschen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund,

in der Angebotsvielfalt nur wenig Berücksichtigung finden oder nicht präsent sind. Insbesondere Sportangebote für die Zielgruppe zwischen 30 und 55 Jahren sind nicht vorhanden, wie die Ergebnisdokumentation des Strategie-Workshops Billstedt-Horn zeigt (Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2015, S. 17). Angesichts dieser Tatsache wünschen sich die befragten Experten mehr bezahlbare bzw. kostenlose sportliche Angebote für alle Alters- und Zielgruppen (4.370-4381; 15.521-15.522). Insbesondere kultursensible Angebote für Frauen und Senioren wurden von den Experten mehrmals genannt und als notwendig angesehen (16.305-16.308). Einen besonderen Bedarf an sportlichen Angeboten scheint es auch bei Frauen mit Migrationshintergrund zu geben, insbesondere Wassersportarten wie Wassergymnastik wurden in diesem Zusammenhang von den Experten vorgeschlagen (13.74-13.80; 15.244). Die Angebote müssen sich dabei an der Kultur und der Religion der Frauen orientieren, einen geschützten Rahmen aufweisen und nach Möglichkeit kostengünstig bzw. kostenfrei sein.

*„Bezahlbare oder gar kostenlose Sportprogramme für Kinder. Und zwar für jede Altersgruppe, angefangen mit zwei Jahren. Mit denen kann man auch schon was machen. [...] irgendwelche Ferienfreizeit, [...] sinnvolle Sachen, dass die nicht im Center rumhängen und gucken, was bei ihren Eltern ist, und sich das Nichtstun angucken. Auch Ferien am besten. Am Anfang war ich total gegen diese Klassenkuren, was jetzt total oft gemacht wird, dass die für drei Wochen oder so, letztendlich habe ich mir überlegt, dass das gar nicht so schlimm ist, mal rauszukommen. Dass die etwas anderes sehen. [...] Aber ich glaube, so etwas wäre wichtig, dass die Kinder rauskommen, auf andere Ideen kommen und überhaupt mal Ideen kriegen, was sie mit ihrer Zeit machen können. Also so etwas. Und diese ganzen Sportkurse. So etwas, das müsste ganz großgeschrieben werden.“ (4.370-4.381)*

*„Ja, kultursensibel, das fehlt gerade, finde ich, richtig stark. Diese Menschen der Generation sind in den 70ern hierhergekommen, die sind jetzt über 60, 70, 80 und sind jetzt pflegebedürftig. Oftmals sind die Männer schon verstorben, sie sind berentet, verwitwet, sind alleine, können nicht zurück, weil sie Angst haben. Das ist, glaube ich, so eine ganz große Herausforderung, und das wird noch mehr.“ (16.305-16.308)*

Auch eine intensivere Gesundheits- und Krankheitsaufklärung in Billstedt und Horn wird von den Experten als notwendig erachtet und gewünscht. Insbesondere für die Diagnostik und Therapie von Kindern mit Einschränkungen wie z. B. ADHS wünschen sich die Teilnehmer - neben dem Ausbau des ergotherapeutischen Versorgungsangebots - auch eine Aufklärung der Eltern und der Ärzte über die Ursachen und Therapiemöglichkeiten der Erkrankung (14.318-14.321). Ähnlich ist es im Bereich der Mundgesundheit. Nicht nur Eltern, sondern auch Tageseinrichtungen und Tagesmütter brauchen eine Aufklärung und Schulung bezüglich der Mund- und Zahnpflege (7.281-7.288). Eine stärkere Aufklärung in Billstedt und Horn benötigen auch Menschen mit chronischen Erkrankungen. Bei Diabetes beispielsweise werden gewohnte krankheitsfördernde Verhaltensmuster nicht eingestellt, was zum einen an einer unzureichenden Selbstdisziplin und zum anderen an fehlendem Wissen über die Erkrankung liegt (16.219-16.224). Gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen somit sektorübergreifend auf einen Abbau der Stressoren und eine Stärkung der Gesundheitskompetenz abzielen. Im Bereich der Kindergesundheit empfehlen die Experten eine intensive Integration der Kindertagesstätten und Tagesmütter in die Gesundheitsbildung.

*„Aber ich würde mir schon eine Verstärkung der ergotherapeutischen Unterstützungsgeschichten für Kinder mit Einschränkungen wünschen. Dann ist das berühmte Thema ADHS, da würde ich mir sehr viel mehr Aufklärung wünschen, vor allem bei Ärzten. Der Umgang von Ärzten mit verhaltensauffälligen Kindern erscheint mir doch in vielen Fällen zweifelhaft.“ (14.318-14.321)*

*„[...] eine seelische Gesundheit erfordert sozusagen wenig Stress. Also Stress ist der größte Faktor sozusagen, der Krankheiten verursacht. Das heißt, du musst die Stressoren sozusagen etwas wegräumen, d. h. anständigen Wohnraum, die Leute wohnen halt sehr beengt. Du musst eine finanzielle Grundsicherung haben und du musst was haben, wo die Leute das Gefühl haben, ich habe eine Selbstwirksamkeit und ich bin irgendwie wichtig und ich habe meinen Platz. Dann hast du schon drei Stressoren weg, die das Ganze besser machen würden, und du hättest gesündere Leute.“ (18.705-18.711)*

Zu berücksichtigen ist dabei, dass wirkungsvolle und nachhaltige Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sektorenübergreifend stattfinden müssen und dass Zielgruppen- und Kulturflexibilität seitens der Projekte und Maßnahmen eine Partizipation der Zielgruppe an der Planung und Durchführung und Evaluation der Projekte erfordern (Blümel et al. 2009).

Aufgrund ihres überdurchschnittlich hohen Anteils in der Bevölkerung stellen Menschen mit Migrationshintergrund in Billstedt und Horn eine besondere Zielgruppe dar. In der Literatur gelten Migranten aufgrund sprachlicher, kultureller und sozialer Barrieren sowohl für das Gesundheits- als auch für das Sozialwesen als eine schwer erreichbare Zielgruppe und weisen den Experten zufolge einen geringeren Nutzungsgrad von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten auf (Blümel et al. 2009). Die Experten vermuten, dass die soziale Struktur und die kultursensibilisierte Infrastruktur in Billstedt und Horn teilweise die Bildung von Parallelgesellschaften fördert. Angesichts dieser Vermutung müssen gesundheitsfördernde Angebote nicht nur kulturell flexibel sein, sondern auch verschiedene kulturelle Einrichtungen wie z. B. die Moscheen in die Projekte der Gesundheitsförderung integrieren.

*„Wir haben sehr [...] wenige türkische Frauen mit Babys. Die sind in der Moschee, und in der Moschee gibt es mittlerweile Angebote, und die türkischen und die afghanischen Moscheen haben sich sehr organisiert. Man kriegt auch da, so wie wir hier erzählen, Hilfe von Anfang an [...]. Und dann verschwinden sie uns hier. Es gibt mittlerweile eigene Kindergärten hier, wo einfach die Frauen nicht mal sagen, was für ein Konzept die haben, aber es gibt hallales Essen, das ist wichtig, und es gibt mittlerweile eigene Schulen. Das heißt, sie können eine Parallelgesellschaft bilden, ohne dass sie eigentlich wirklich deutsch sprechen [...] müssen. Die haben ihre türkischen Supermärkte, wir sind ja gut ausgestattet hier, wir sind bunt. Wir sind ein bunter Stadtteil, das ist auch toll, aber es bietet eben auch bestimmten Gruppen, wenn sie sich nicht integrieren wollen, sich nicht integrieren zu müssen.“ (18.570-18.578)*

### **3.5. Fokussierter Themenbereich: Versorgungsmodelle / Vernetzung**

Die Untersuchung der Ausgestaltungsmöglichkeiten für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn und die Untersuchung der Kooperationsmöglichkeiten und -bereitschaft der Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens in Billstedt und Horn wurden zu einem weiteren Schwerpunkt der qualitativen Untersuchung.

Das ärztliche Berufsbild befindet sich im Wandel. Mit der Feminisierung der Medizin und der sogenannten Generation Y wird das herkömmliche Berufsbild durch eine neue Generation der Ärzte vor neue Herausforderungen gestellt. Geregelt und planbare Arbeitszeiten, viel Freizeit und eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind der Generation Y besonders wichtig (Schmidt et al. 2014). Auch die befragten Ärzte in Billstedt und Horn nehmen den Wandel der ärztlichen Tätigkeit und die Erwartungshaltung der neuen Generation wahr. Die höhere und zunehmende Frauenquote unter den Medizinerinnen wird von den Experten mit einer anderen „Intensität der Arbeit“ assoziiert, und die eigene Praxisgründung stellt für die neue Arztgeneration nicht mehr die oberste Priorität dar (5.201-5.204; 7.217-7.223).

Als Teil der qualitativen Analyse wurden auch das aktuelle Versorgungsmodell und die Perspektiven des Modells mit den Experten diskutiert. Primär ging es hierbei darum, die Erwartungen und Anforderungen der Ärzte an eine optimierte Versorgung in Billstedt und Horn herauszuarbeiten und eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu modellieren. Demnach betrachtet ein Großteil der Experten das bestehende Modell der ärztlichen Einzelpraxis als ein tendenziell unattraktives und auslaufendes Modell für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, u.a. aufgrund unzureichender Rentabilität, häufig unregelmäßiger Arbeitszeiten und fehlender Möglichkeiten des wissenschaftlichen Austauschs (1.170-1.174; 2.286-2.303; 3.194-3.195).

Die Zukunft der Arztpraxen sehen die befragten Experten in einem Zusammenschluss von mehreren Ärzten in einer Praxis, beispielsweise einer Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bzw. in einer engeren Zusammenarbeit innerhalb eines Netzwerks. Dabei wird nicht nur der Zusammenschluss einer Fachrichtung, sondern eine interdisziplinäre und gemeinsame Zusammenarbeit mehrerer Fachrichtungen gewünscht. Im Vordergrund steht hierbei der Vorteil des fachlichen Austauschs mit den Kollegen, ggf. auch mit anderen Fachgruppen. Dies hat einen größeren Stellenwert als theoretische Fortbildungsmöglichkeiten, berichtet ein Experte (1.170-1.174; 5.207-5.212).

Besonders erfolgversprechend sehen es die Experten, wenn die Gemeinschaftspraxen oder MVZ aus einer Mischung von selbstständigen und angestellten Ärzten bestehen (1.176-1.196). Bei rein angestellten Ärzten wird der Nachteil gesehen, dass die „9 to 5“-Präsenzzeit eine geringere Arbeitsmotivation und Betreuungsqualität mit sich bringt, was bei selbstständigen Ärzten aufgrund des eigenen wirtschaftlichen Interesses anders ist (1.200-1.225). Auch die Arzt-Patient-Beziehung ist den Experten nach bei angestellten Ärzten, die durch das Anstellungsverhältnis nicht dauerhaft an den Arbeitsplatz gebunden sind, nicht in dem Umfang gegeben, wie es bei selbstständigen Praxisinhabern der Fall ist (2.286-2.303; 4.287-4.292).

Auch kombinierte Praxen aus sozialen und medizinischen Leistungserbringern sehen die Experten als sinnvoll an, insbesondere im Bereich der Kindergesundheit. Als konkrete Beispiele werden hierbei z. B. die Beschäftigung einer Hebamme in einer gynäkologischen Praxis oder die Beschäftigung einer Sozialpädagogin beim Kinderarzt genannt. Die nicht ärztlichen Leistungserbringer aus dem Bereich Soziales könnten zu einer Entlastung der Ärzte beitragen, indem sie auf die Bedarfe sozial benachteiligter und überforderter Familien eingehen und in Abstimmung mit den Ärzten Beratungen durchführen und benötigte Maßnahmen und Interventionen einleiten (18.840-18.844).

Weitere Kooperationen sozialer und ärztlicher Dienstleister könnten im Bereich chronischer Erkrankungen entstehen. Wie bereits in der Analyse beschrieben, erfordern die Therapie und medikamentöse Einstellung chronisch Kranker Disziplin, Vertrauen und Verständnis für die Erkrankung. Angesichts tendenziell zunehmender Prävalenz chronischer Erkrankungen und sinkender Arztlizenzen in Billstedt und Horn verweisen die Experten

auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und sozialen Einrichtungen, z. B. in einem „Gesundheitsnetz“ (1.64-1.68).

*„[...] das Zusammenwirken von Ärzten und anderen Organisationen – ob nun Angestellte des Arztes oder aber irgendwie auch unabhängig davon in der Betreuung von Patienten, spielt meines Erachtens eine große Rolle. Man darf ja nicht vergessen, dass die Zahl der Langzeitkranken oder Langzeitbetreuten steigt. Dass aber nicht in der gleichen Anzahl die Ärzte nachwachsen. Das geht also gar nicht anders, als neue Betreuungsprinzipien aufzubauen oder zu nutzen und sie dann weiterzuentwickeln.“ (1.219-1.225)*

*„Und wichtig ist natürlich eine bessere Vernetzung der gesamten Infrastruktur, von den sozialen über die Gesundheitseinrichtungen bis hin zu den Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken, um besser auf die Gesundheitsprobleme der Leute einzugehen.“ (13.77-13.80)*

Insbesondere soziale Einrichtungen betrachten eine Kooperation mit ärztlichen Leistungserbringern als gewinnbringend (13.184-13.187). Zwar ist die Vernetzung sozialer Einrichtungen zum medizinischen Sektor „punktuell“ schon da, müsste aber gestärkt und ausgebaut werden (13.162-13.165). Sowohl die Ärzte als auch soziale Einrichtungen könnten durch den Informations- und Wissensaustausch von der Vernetzung profitieren. Die Aufklärung der Menschen über medizinische und soziale Themen, beispielsweise über die Kindergesundheit oder einen gesunden Lebensstil, würde bei einer Kooperation des sozialen und medizinischen Bereichs zu einer höheren Akzeptanz führen und eine größere Menge von Menschen erreichen (18.864-18.878). Auch im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen würde sich eine engere Vernetzung der Leistungserbringer den Experten nach als gewinnbringend erweisen. Die „psychosoziale Grundversorgung“ wurde aufgrund der unzureichenden Versorgungssituation bereits zu einem thematischen Schwerpunkt der Arbeitsgruppen Tabelle 11: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung.

*„Wir haben das Wissen vor Ort und können das auch einbringen. Wir beschäftigen uns damit, das ist unser Beruf, die Bedingungen auch wirklich sehr stark mit den Familien zusammen zu reflektieren. Daraus entwickeln wir Wissen, was z. B. auch ein Arzt nutzen kann. Aber das wird meiner Meinung nach viel zu wenig genutzt.“ (14.577-14.580)*

*„Eine Krankenkasse vergütet zum Beispiel zu einem bestimmten Thema einen Themenabend, wo ein Arzt kommt und eine Sozialpädagogin. Zum Beispiel (zur) Entwicklung (des Kindes), das muss mein Kind können. [...] Wir machen ja auch nicht immer Eins-zu-eins-Beratung, sondern nur da, wo Bedarf ist. Alles andere wird in Gruppen beraten, d. h. man könnte zu dem Thema Impfung, Ernährung und so weiter, könnte man gut auch in Gruppe beraten und erreicht viel mehr Leute mit zwei Stunden. Und ich glaube, da könnte man eine ganze Menge noch raussholen.“ (18.864-18.878)*

*„Also was da noch nicht gut funktioniert, ist die Vernetzung, also dass zum Beispiel, wenn jemand aus der Klinik in die Tagesklinik geht, dass gleich am Anfang in der Tagesklinik schon nach einer Anschlussbetreuung gesucht wird, in der Ambulanz Sozialpsychiatrie zum Beispiel oder ein ergotherapeutisches Angebot, jemand der dann die erarbeiteten Tagesstrukturen auch mit dem Klienten halten kann, dass die sofort übergangslos einen Anspruch haben. Weil immer wieder*



*die (Behandlungs-)Lücken heißt nicht, dass es fürs Gesundheitssystem günstiger wird. Das stimmt nicht. Es kann sogar sein, dass es manchmal wieder ganz von vorne anfängt und dass es gut wäre, die Dinge anders anzugehen.“ (19.434-19.444)*

Herausforderungen bei einer Vernetzung des sozialen und medizinischen Bereichs können den Experten nach beispielsweise durch einen Zeitmangel für die Netzwerkpflge, Kommunikationsschwierigkeiten oder ungeklärte Zuständigkeiten entstehen (13.190-13.196; 18.268-18.277). Sie verweisen weiterhin darauf, dass keine Notwendigkeit besteht, neue Netzwerke aufzubauen bzw. zu gründen. Die bestehenden Einrichtungen vor Ort können bereits von einer hohen Akzeptanz der Angebote profitieren und haben einen guten Zugang zu den Menschen bzw. Familien in Billstedt und Horn (2.391-2.394). Sinnvoller sind somit der Ausbau und die Optimierung bestehender Angebote und Netzwerke gemeinsam mit den Akteuren vor Ort (14.554-14.555).

*„Da kommen eben ganz unterschiedliche Kulturen von Ärzten, die häufig als Einzelkämpfer unterwegs sind und ihre Praxis alleine machen, und z. B. Sozialpädagogen zusammen. Ich denke schon, dass man da Leute braucht, die da vermitteln können zwischen diesen Sprachen, dem Habitus und den normalen Gewohnheiten. Da würde ich schon sagen, dass das nicht unbedingt ein Selbstgänger ist. Das hat man aber immer, wenn man Netzwerke bildet. Die Partner müssen erst mal aufeinander zugehen und sich kennenlernen. Das kann man lösen, aber das würde ich schon so sehen, dass das eine Herausforderung ist.“ (13.190-13.196)*

*„Man muss versuchen, Zugang zu den Leuten zu kriegen. Und unser Vorteil hier ist, wir haben Zugang, zu den Familien und zu den Menschen. Und es wäre schlau von offizieller Seite, sich das zunutze zu machen. Eben über die niedergelassenen Ärzte, über die Sozialarbeiter, über die Ämter und über den sozialpsychiatrischen Dienst. Die kennen die Leute hier.“ (2.391-2.394)*

Eine bedeutende Ressource des Stadtteils Billstedt sehen die Experten im Ärztehaus in Mümmelmansberg. Viele der Praxisinhaber haben sich auf die spezifischen kulturellen und sprachlichen Besonderheiten in Mümmelmansberg eingestellt. Sie haben entweder selbst einen Migrationshintergrund oder beschäftigen vorzugsweise Ärzte oder medizinische Fachangestellte mit einem Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen. Die räumliche Nähe zu anderen Fachärzten heben die Ärzte als einen großen Vorteil hervor. Dadurch sind die Kommunikation und die Kooperation sehr zufriedenstellend und die Wege für die Patienten sehr kurz (3.224-3.228; 5.44-5.46; 6.264-6.267).

*„Und das Gute an dieser Einrichtung, das, was mich bewogen hat hierher zu kommen, ist, dass man nicht alleine irgendwo so eine Praxis stehen hat, sondern in der Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen ist, andere Disziplinen, und dann immer auch sich gegenseitig Patienten schickt und medizinisch befruchten kann und man kann hier ambulant und stationär arbeiten, man kann operieren, man kann die Leute in Belegbetten behalten.“ (5.8-5.13)*

Auch andere Ärzte sehen in der Option, auch operativ tätig sein zu können, eine große Stärke des Standortes (3.134-3.135). Ermöglicht wird es den Ärzten durch 15 Belegbetten der SKH Stadtteilklinik Hamburg in Mümmelmansberg. Die Vorteile des Belegarztsystems sind unter anderem, dass sowohl die ambulante als auch die stationäre Behandlung der Patienten ohne Informationsverlust aus einer Hand erfolgt. Dadurch verbessert



sich nicht nur die Behandlungsqualität, sondern es ergeben sich auch ökonomische Vorteile für das Gesundheitssystem, da unnötige- oder Doppeluntersuchungen und lange stationäre Verweildauern durch das Belegarztsystem vermieden werden können (5.167-5.174).

*„Vorteile des Belegarztsystems sind, dass der Arzt, der den Patienten lange kennt, sich dann auch um ihn kümmert, wenn er stationär ist. [...] Ich kenne meinen Patienten also jetzt fünf Jahre, der hat dies und jenes, ich sage ihm, das müssen wir mal stationär machen, und dann bin ich auch derjenige, der ihn da oben betreut. Damit ist die Information eins zu eins. Wenn ich ihn jetzt mit einer Einweisung in die Klinik schicke, dann untersucht ihn ein Anfänger, der stellt ihm den Oberarzt vor, dann machen die irgendwas und nach zwei Wochen schicken sie ihn weg und haben eine Vorstellung, wie es weitergehen soll, und in diesen Schritten geht was verloren.“ (5.167-5.174)*

Zwar begrüßen die Ärzte die Möglichkeit, die Patienten in der Stadtteilklinik auch stationär behandeln zu können, finanziell scheint sich die belegärztliche Tätigkeit jedoch nicht mehr zu lohnen. Während das System 1977 noch als Schnittlösung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und damit als zukunftsweisendes Modell vorgestellt wurde, verliert es in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung und wird nach Angaben der befragten Ärzte im Stadtteil unzureichend honoriert (3.163-3.174; 5.188-5.192). Auch das Gebäude der Praxisklinik wird von einigen Experten bemängelt. Ein Großteil der befragten Ärzte wünscht sich eine bauliche Aufwertung und Modernisierung der Praxisklinik.

*„Das wird alles immer sehr in einen Topf geschmissen. Der Körper ist so marode, die Praxen sind so unpraktisch. Also jeder Arzt sagt eigentlich, ich könnte mir hier was Besseres vorstellen. Jeder hätte gerne was anders. Wir hätten gerne ein bisschen mehr Raum. [...] Und noch besser wäre, wenn man das Ganze noch mal neu plant oder überdenkt, umbaut, wie auch immer. Also eigentlich, wenn ich bei uns die nassen Decken und Wände angucke, am besten abreißen und neu hinstellen. Dann macht das Sinn, gleich ein modernes Ärztehaus zu planen und den Praxen entsprechende voll geschnittene Räume anzubieten mit einer gemeinsamen Anlaufstelle, also das im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft, ob das ein MVZ sein wird oder ob das eine Praxisgemeinschaft sein wird. Auf jeden Fall braucht man nicht nur zwei Kinderärzte zusammen, sondern die Verbindung zu den anderen Ärzten, zu den Fachärzten, weitere Disziplinen da reinzukriegen.“ (6.366-6.451)*

Trotz einiger beschriebener Herausforderungen der ärztlichen Tätigkeit in Billstedt und Horn sind die meisten Experten mit ihrer Arbeitssituation sehr zufrieden und würden diese, auch aufgrund der angenehmen Patientenklintel und des breiten Behandlungsspektrums, weiterempfehlen. Die Tätigkeit in Billstedt und Horn wird von den Ärzten als abwechslungsreich, interessant und aufgrund der Krankheitslast der Patienten als sinnreich und befriedigend empfunden, wie die folgenden Zitate zeigen.

*„Für mich kommt ein Standortwechsel nicht infrage, weil mich die Arbeit hier als solches befriedigt und weil ich das gut finde, was wir tun. [...] Dass Sie hier ein ganz weites und interessantes Operationsspektrum und Behandlungsspektrum haben, und je nachdem, was man mitbringt, kann man sich hier, wie man so schön sagt, richtig schön austoben, im besten Sinne.“ (3.147-3.156)*

*„Aber wir arbeiten sehr gerne hier, weil die Klientel insofern angenehm ist, weil sie bunt ist. Man hat wirklich alles von A bis Z und das macht den Job wesentlich interessanter, als jetzt irgendwo in Blankenese zu arbeiten. Und auch wenn dann viele wegen Banalitäten vorbeikommen, es gibt doch immer Kinder dazwischen, z. B. Flüchtlingskinder, die noch nie einen Arzt gesehen haben. Und wo man dann das Gefühl hat, dass man etwas Sinnvolles macht, was es wert ist und was auch den Tag wieder aufwertet. Ehrlich gesagt, ich finde, jeder sollte mal hier in dem Stadtteil gearbeitet haben, für mindestens ein Jahr. [...] das erdet und man lernt eine andere Art von Medizin. Einfach mal wirklich zu überlegen, was ist jetzt notwendig und was nicht.“ (4.264-4.283)*

#### 4. Zusammenfassung der Analysen und Schlussfolgerung

Zentrale Stärken und Schwächen in den beiden Stadtteilen, auf denen die Maßnahmenableitung aufbauen sollte:

- › Durch die Nutzung intersektoraler Quellen im Rahmen der quantitativen und qualitativen Analyse konnte ein umfassendes Bild zum Themenfeld „Gesundheit in Billstedt und Horn“ angefertigt werden. Der qualitative Ansatz wird vor allem wegen des erfolgreichen Beteiligungsprozesses rückblickend als wertvoll eingestuft. Die zum Teil gemeinsame Arbeit am Konzept brachte die für die Umsetzung relevanten Akteure bereits in der Konzeptphase zusammen.
- › Gute Infrastruktur: Die Stärke der Stadtteile ergibt sich aus der guten und verhältnismäßig günstigen Wohnsituation für Familien. Die Stadtteile sind durch viele Grünflächen, Kinderfreundlichkeit und eine gute Anbindung an das Hamburger Stadtzentrum gekennzeichnet.
- › Schwache Sozialstruktur: Die beiden Stadtteile charakterisiert eine überdurchschnittlich hohe Anzahl sozioökonomisch benachteiligter Bewohner wie z. B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger, Migranten, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen.
- › Höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen: Soziale Benachteiligung ist ein wesentlicher Risikofaktor dafür, dass chronische somatische und psychische Erkrankungen schon im mittleren Alter auftreten, die sich auch häufiger in Billstedt und Horn nachweisen lassen als im Vergleich zu Hamburg. Gesundheitliche und soziale Defizite konzentrieren sich verstärkt in einzelnen Quartieren in Billstedt und Horn, insbesondere in der Legienstraße, Horner Geest, Sonnenland und Teilen von Mümmelmannsberg.
- › Hohe Arbeitslosigkeit: Gesundheitliche Probleme der Bewohner reduzieren die Möglichkeit ihrer Integration in den Arbeitsmarkt.
- › Niedrige Gesundheitskompetenz: In Billstedt und Horn besteht ein Trend zu ungesunder Ernährung, mangelnder körperlicher Aktivität und einem stärkeren Risikoverhalten bei Männern (z. B. Alkohol- oder Nikotinkonsum). Insbesondere Menschen, die kaum deutsch sprechen, zeigen dabei Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Ungünstiges Ernährungsverhalten, ein zu hoher Zuckerkonsum in Form von Nahrungsmitteln und Getränken und mangelnde Bewegung führen zu einer insgesamt schlechten Zahngesundheit sowie Übergewicht und Adipositas schon im Kindesalter.

- › Zunehmende soziale Instabilität: Unabhängig vom sozialen Status und der Herkunft der Familien werden zunehmend aufgelöste Familienstrukturen beobachtet. Über Generationen hinweg erworbenes (Gesundheits-)Wissen wird bei sozialer Instabilität nicht an die nachfolgende Generation übermittelt.
- › Wenig Erfahrung der Selbstwirksamkeit: Speziell bei einer chronischen Erkrankung ergeben sich Herausforderungen für die Bewohner, da sie oftmals nicht mit genügend materiellen und individuellen Ressourcen ausgestattet sind.
- › Eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft: Bewohner in Billstedt und Horn nehmen medizinische Leistungen bevorzugt nur wohnortnah in Anspruch. Die Gefahr der Chronifizierung bei fehlender Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hebt die Notwendigkeit einer wohnortnahen und niedrigschwelligen medizinischen Versorgung hervor.
- › Migrantengesundheit: Zahlreiche migrationsspezifische Erfahrungen wie z. B. die Entwurzelung aus dem Heimatland, Integrationsschwierigkeiten und der Verlust von Heimatgefühl führen zu einer erhöhten Prävalenz im Bereich der psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen.
- › Kindergesundheit: Bereits im Kindesalter zeigen sich Auswirkungen auf Risikofaktoren (Adipositas, Substanzmissbrauch) und Erkrankungshäufigkeit (infektiöse und Darmkrankheiten), was sich im ungünstigsten Fall im Erwachsenenleben fortsetzt und u.a. ein Grund dafür sein könnte, dass chronische Erkrankungen in Billstedt-Horn früher auftreten als im Hamburger Durchschnitt. Gehäuft kommt es aufgrund der sozialen Lage und Situation auch zu sensitiven Persönlichkeitsstörungen, motorischen Entwicklungsstörungen und Störungen der Sprachentwicklung bei Kindern.
- › Psychische Erkrankungen: Zahlreiche sozialspezifische Faktoren wie zum Beispiel Armut, Diskriminierung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gewalt, schlechte Wohnbedingungen oder fehlender sozialer Rückhalt beeinflussen die Häufigkeit und Schwere des Auftretens psychischer Störungen in Billstedt und Horn. Trotz einer hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen liefern die Ergebnisse der Analyse Hinweise auf eine Unterversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie. Insbesondere Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten scheinen dabei unterdurchschnittlich an der Versorgung ambulanter Psychotherapie zu partizipieren.
- › Versorgungsstrukturen: Die fragmentierte Versorgung im Stadtteil wird den erkrankungsbedingten und sozialen Anforderungen unzureichend gerecht, und die kulturelle Vielfalt inklusive der damit einhergehenden Herausforderungen wird nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt.
- › Versorgungsangebot: In beiden Stadtteilen wird ein Versorgungsangebot vermisst, das wohnortnah und ohne Sprachbarrieren eine niedrigschwellige Versorgung sicherstellt, die insbesondere auf chronische Erkrankungen mit Komorbiditäten ausgerichtet ist.
- › Geringe Arztdichte: Als besondere Herausforderung ist festzuhalten, dass die bisherige Form der Bedarfsplanung (Hamburg ist ein Planungsbezirk) sowie die ungleiche Verteilung von Einkommensmöglichkeiten dazu geführt hat, dass in beiden Stadtteilen insbesondere für Teile der fachärztlichen und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Billstedt und Horn weniger Praxen anzutreffen sind als im restlichen Hamburg. Die Gefahr der Abwanderung der Praxen und Ärzte wird unter anderem durch die unterdurchschnittliche Anzahl an Privatpatienten und die z. T. zeitlich aufwendigere Patientenlientel vergrößert.

- › Zeitintensive Arzt-Patienten-Beziehung: Die medizinischen Leistungserbringer müssen sich angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme der Flüchtlingszahlen stärker auf die Besonderheiten bei der Versorgung von Migranten einstellen. Überwiegend begegnen die Ärzte in Billstedt und Horn, insbesondere in Mümmelmannsberg, dem hohen Migrationsanteil mit muttersprachlichem Personal mit Fremdsprachkenntnissen.
- › Interkulturelle Medizin: Die soziale Lage stellt hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung (z. B. aufgrund der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation) und erfordert eine kultursensible Medizin (z. B. im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung über verschiedene Schmerzsymptomatika). Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zum Teil stark durch die mangelnden Sprachkenntnisse der Patienten beeinflusst. Verständigungsbarrieren können sowohl das Vertrauen und die Inanspruchnahme als auch die Behandlungsintensität und -qualität beeinflussen.
- › Ineffiziente Versorgung: Ein höherer Morbiditätsgrad in Kombination mit sozialen Problemlagen und Versorgungsdefiziten hat auch höhere Versorgungskosten und schlechtere Deckungsbeiträge, also eine aus Krankenkassensicht ineffiziente Versorgung, zur Folge. Die Analyse der Ausgaben für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg zeigte im Hamburger Vergleich überdurchschnittlich hohe Kosten in fast allen Altersklassen, insbesondere bei den Arzneimittelkosten der Versicherten zwischen 11 und 20 Jahren sowie den Krankenhauskosten der Altersklassen ab 50 Jahren (Ausnahme 61 bis 70 Jahre).
- › Mangel an Präventionsangeboten: Es gibt bereits eine Vielzahl an Programmen, Projekten und Initiativen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung. Diese zielen jedoch vermehrt auf die Frühen Hilfen ab und sind mehrheitlich bisher nicht mit dem engeren medizinischen Setting verbunden. Kommunikation und Vernetzung sind in Billstedt und Horn vorhanden, jedoch nicht verstetigt und nicht in ausreichendem Umfang. In den stadtteilbezogenen sozialen Einrichtungen kommt es durch den niedrigen sozialen Status in den Stadtteilen und die zunehmenden Flüchtlingszahlen zu einer hohen Arbeitsbelastung mit unzureichenden Ressourcen.
- › Zunehmende Bevölkerungsentwicklung als Herausforderung: Das im Juli 2015 veröffentlichte Konzept „Stromaufwärts an Elbe und Bille – Wohnen und urbane Produktion in Hamburg-Ost“ plant neben der Aufwertung des Hamburger Ostens auch einen Ausbau der Quartiere. Eine parallele Stärkung des ärztlichen und sozialen Angebots ist in dem Konzept nicht vorgesehen. Zusätzlich werden in und um Billstedt und Horn derzeit über 2000 Flüchtlinge untergebracht. Angesichts der ohnehin unterdurchschnittlichen Ärztedichte und der zunehmenden (benachteiligten) Bevölkerung entstehen für die Stadtteile beträchtliche Herausforderungen, die besonderer Ressourcen und Maßnahmen bedürfen.

Die ebenfalls erarbeiteten Konzept- und Handlungsstrategien und deren Umsetzung sind Teil des Antrags zum Innovationsfonds nach § 92 a SGB V. Diese werden zum jetzigen Zeitpunkt nicht veröffentlicht.

## 5. Literaturverzeichnis

- Alscher, MD/Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen: mit 6 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.
- Badura, B/Schellschmidt, H/Vetter, C (2005): Fehlzeiten-Report 2005. Springer.
- BARMER Ersatzkasse (2005): BARMER Gesundheitsreport 2005. Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung. BARMER Ersatzkasse.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2015): Stadtteilklinik Hamburg (SKH). hamburg.de. Text abrufbar unter: <http://www.hamburg.de/krankenhausverzeichnis/1277282/praxisklinik-muemmelmannsberg/> (Zugriff am 6.8.2015).
- Belliger, A/Krieger, D (Hrsg.) (2014): Gesundheit 2.0: das ePatienten-Handbuch. Bielefeld: transcript-Verl.
- Bergmann, B (2011): Bedarfsanalyse zur Gesundheitsförderung für die Risikogruppe Arbeitsloser. Text abrufbar unter: [http://www.gesunde-arbeitsfoerderung.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Arbeitsfoerderung\\_Brandenburg/Dokumente\\_und\\_Materialien/Arbeitslosigkeit\\_2011\\_Erwerbslosigkeit\\_Bergmann\\_01.pdf](http://www.gesunde-arbeitsfoerderung.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Arbeitsfoerderung_Brandenburg/Dokumente_und_Materialien/Arbeitslosigkeit_2011_Erwerbslosigkeit_Bergmann_01.pdf) (Zugriff am 10.8.2015).
- Bermejo, I/Mayninger, E/Kriston, L/Härter, M (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: *Psychiatrische Praxis*, 37 (05), 225–232.
- Berwick, DM/Nolan, TW/Whittington, J (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. In: *Health Affairs*, 27 (3), 759–769.
- Beyer, M/Otterbach, I/Erlar, A/Muth, C/Gensichen, J/Gerlach, F (2007): Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. In: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (8), 310–315.
- Bezirksamt Hamburg- Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung (Hrsg.) (2008): Entwicklungskonzept Billstedt-Horn. Text abrufbar unter: <http://billstedt-horn.hamburg.de/material-download/entwicklungskonzept/> (Zugriff am 25.8.2015).
- Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung (Hrsg.) (2015): Strategie-Workshop Entwicklungsraum Billstedt-Horn. Text abrufbar unter: <http://billstedt-horn.hamburg.de/content-blob/4454296/data/ergebnis-doku.pdf>; (Zugriff am 20.8.2015).
- Birkner, B (2008): Sozialwesen- und Gesundheitswesen: Lehrbuch für Pflegeberufe. W. Kohlhammer Verlag.
- BKK (2005): BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen - Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Betriebskrankenkassen Bundesverband.
- Blümel, S/Fachtagung Migration und Gesundheitsförderung/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009): Migration und Gesundheitsförderung: Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten; [Fachtagung Migration und Gesundheitsförderung im Februar 2008]. Köln.
- Borde, T/Braun, T/David, M (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Text abrufbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/275/berlinernotfallambulanzstudie.pdf> (Zugriff am 3.8.2015).
- Borrmann, B/Drexler, S/Müller-Kohlenberg, H. (2015): Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien durch das Mentorenprojekt „Balu und Du“. In: *Das Gesundheitswesen*, (77), 21–22.
- Böttcher, I (2002a): Geschichtlicher Überblick. Geschichtswerkstatt Billstedt. Text abrufbar unter: <http://www.geschichtswerkstatt-billstedt.de/pages/ueberblick.php> (Zugriff am 21.10.2014).

- Böttcher, I (2002b): Geschichtspfad. Text abrufbar unter: <http://www.geschichtswerkstatt-billstedt.de/pages/geschichtspfad.php> (Zugriff am 17.8.2015).
- Böttcher, I (2002c): Zeitleiste. Geschichtswerkstatt Billstedt. Text abrufbar unter: <http://www.geschichtswerkstatt-billstedt.de/pages/zeitleiste.php?lang=DE> (Zugriff am 10.9.2014).
- van den Bussche, H/Schön, G/Koller, D/Hansen, H/Glaeske, G/Schäfer, I. (2013): Multimorbidität in der älteren Bevölkerung: Prävalenz, Krankheitsmuster und Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung. In: Burger, S (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*. Heidelberg: Medhochzwei, 125–150.
- DAK (2005): DAK Gesundheitsreport 2005. Schwerpunkt Angst und Depressionen. DAK Zentrale.
- Demuth, J (2014): Billstedt Infrastruktur. [mein-billstedt.info](http://www.mein-billstedt.info). Text abrufbar unter: <http://www.mein-billstedt.info> (Zugriff am 1.10.2014).
- Erhart, Dr. M/Hering, R/Schulz, Dr. M/Graf von Stillfried, Dr. Dominik (2013): *Morbiditätsatlas Hamburg*. Gutachten. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- European Commission (Hrsg.) (2005): Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Text abrufbar unter: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf) (Zugriff am 1.9.2015).
- Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung (2009): *Entwicklungskonzept Billstedt-Horn*. Hamburg: Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung.
- Fink, G (2014): Marek Erhardt – „Meine Frau hatte Angst um mich“. In: *Welt Online*, 12. Oktober 2014. Text abrufbar unter: <http://www.welt.de/regionales/hamburg/article133144472/Marek-Erhardt-Meine-Frau-hatte-Angst-um-mich.html> (Zugriff am 17.8.2015).
- Fischer, A (2013): Handlungsempfehlungen auf Basis der Erfolgsfaktoren für Praxisnetze nach § 87b SGB V im Hinblick auf die Umsetzung regional vernetzter Versorgungsstrukturen. Unveröffentlichte Masterarbeit im Studiengang Gesundheitsökonomie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Fakultät der Universität zu Köln.
- Franke, T/Landua, D/Strauss, W-C/Bunzel, A (2013): *Gutachten Verstetigungsmöglichkeiten Berliner Quartiersmanagementverfahren*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Freie und Hansestadt Hamburg (2014): *Demografie - Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger*. Hamburg.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (Hrsg.) (2014): *Stromaufwärts an Elbe und Bille*. Text abrufbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/4388924/data/do-broschuere-low.pdf> (Zugriff am 14.8.2015).
- GAIA AG (2015): *deprexis Online-Hilfe*. Text abrufbar unter: <http://deprexis.de/> (Zugriff am 9.9.2015).
- Geschichtswerkstatt Billstedt (2015): *Geschichtswerkstatt-Billstedt - Killstedt*. Text abrufbar unter: <http://www.geschichtswerkstatt-billstedt.de/pages/killstedt.php> (Zugriff am 17.8.2015).
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (o. J.): *Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Erfahrungen nutzen - Qualität stärken*. Heft 5. Text abrufbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-5-erfahrungen-nutzen/> (Zugriff am 27.8.2015).
- GKV-Spitzenverband (2014): *Bedarfsplanung und Versorgung - Faktenblatt*.
- Glaesmer, H/Wittig, U/Brähler, E/Martin, A/Mewes, R/Rief, W (2008): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? In: *Psychiatrische Praxis*, 36 (01), 16–22.

- Gläser, J/Laudel, G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gold, C/Bräunling, S/Kammerer, K/Köster, Dr. M/Lehmann, Dr. F/Wolter, Dr. B (2014): Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Gesund und aktiv älter werden. Heft 6. Text abrufbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-6-gesund-und-aktiv-aelter-werden/> (Zugriff am 3.9.2015).
- Groening, M (2013): Hightouch statt Hightech. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 110 (Heft 7). Text abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/110/7/a262.pdf?ts=12.02.2013+15%3A55%3A05> (Zugriff am 10.9.2015).
- Grünheid, E (2004): Einflüsse der Einkommenslage auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, (102f).
- Hamburg.de (2015a): Entwicklungskonzept: Die Zukunft in Billstedt-Horn hat begonnen. hamburg.de. Text abrufbar unter: <http://billstedt-horn.hamburg.de/entwicklungskonzept/> (Zugriff am 24.8.2015).
- Hamburg.de (2015b): Hamburg-Mitte Standorte Unterbringung Flüchtlinge Zuwanderer Hamburg - Stadt Hamburg. Hamburg.de. Text abrufbar unter: <http://www.hamburg.de/fluechtlinge-unterbringung-standorte/4373128/unterbringung-mitte/> (Zugriff am 24.8.2015).
- Hamburg.de (2015c): Billstedt-Horn. Billstedt-Horn. Text abrufbar unter: <http://billstedt-horn.hamburg.de/billstedt-horn/> (Zugriff am 17.8.2015).
- Hamburg.de (2015d): Entwicklungsraum Billstedt-Horn Bewohnergalerie. Hamburg.de. Text abrufbar unter: <http://billstedt-horn.hamburg.de/bewohnergalerie/> (Zugriff am 17.8.2015).
- Hanefeld, M/Schaper, F/Ceriello, A (2007): Geschichte und Definition(en) des metabolischen Syndroms. Text abrufbar unter: [http://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl10\\_hanefeld\\_2007.pdf](http://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl10_hanefeld_2007.pdf) (Zugriff am 31.7.2015).
- Hasan, H/Egan, Y/Liu, T/Clark, M/Koppenheffer, M/Wolfe, A/Young, K (2014): How to Prioritize Population Health Interventions. Washington: Health Care Advisory Board.
- Heintze, C (2007): Effektiv und effizient: Das finnische Gesundheitssystem. Text abrufbar unter: [http://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1456/165\\_Heintze\\_Das-finnische-Gesundheitssystem.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1456/165_Heintze_Das-finnische-Gesundheitssystem.pdf) (Zugriff am 2.9.2015).
- Hildebrandt, H/Ballast, T (2014): Zuhause gut versorgt! Zukunftsmodelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen - WdK. *Welt der Krankenversicherung 11/2014*, 5.
- Horn, K/Beier, C/Kraft-Krumm, D (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn: zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hradil, S (1997): Lebenssituation, Umwelt und Gesundheit. In: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, (88).
- Ilkilic, Dr. med. phil. I (2012): Das interkulturelle Arzt-Patient-Verhältnis Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen. Text abrufbar unter: <http://www.degro.org/office/downloads/patientenausanderenkulturkanalen.pdf> (Zugriff am 20.8.2015).
- Kalvelage, B (2014): Klassenmedizin: Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst. Berlin: Springer.
- Koalitionsvertrag (2015): Zusammen schaffen wir das. Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 21. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg. Text abrufbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/4479010/data/download-koalitionsvertrag-2015.pdf> (Zugriff am 1.9.2015).



- Kofahl, Dr. C/Adelheid, K/Mnich, E/Rink, A/Yaylaoglu, Z/Evers, A/Hollmann, A/Gundlach, A/Makowski, A (2011): Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen Diabetikern in Abhängigkeit von Krankheitsverlauf, Versorgungskonzept, sozioökonomischem Status und Integration. Abschlussbericht. Text abrufbar unter: [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/bmbf\\_01gx0749\\_kofahl\\_schlussbericht.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/bmbf_01gx0749_kofahl_schlussbericht.pdf) (Zugriff am 9.10.2015).
- Köhler, A/Feldmann, R (2013): Wie viele Ärzte braucht das Land? Wie die neue Bedarfsplanungsrichtlinie eine patientennahe Versorgung schafft. Text abrufbar unter: [http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung_broschuere_web.pdf).
- Kohls, M (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Text abrufbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 18.8.2015).
- Lademann, J/Mertesacker, H/Gebhardt, B (2006): Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeuten Journal*.
- Lampert, T/Hagen, C/Heizmann, B (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.
- Lampert, T/Saß, A-C/Häfelinger, M/Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch Institut.
- Landeskriminalamt Hamburg (Hrsg.) (2015): Polizeiliche Kriminalstatistik 2014. Text abrufbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/kriminalitaet230.pdf> (Zugriff am 17.8.2015).
- Leistner, U/Kretzschmann, C/Heil, A/Menkouo, C/Grande, G. (2014): „Bloß diesen Sinn kann man nicht so gut verstehen... wegen den Wörtern“ – Qualitative Studie zur Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitsinformationen für sozial Benachteiligte. In: *Das Gesundheitswesen*, Text abrufbar unter: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1387715> (Zugriff am 12.8.2015).
- Linke C (2010): Managementgesellschaften im Rahmen der Integrierten Versorgung: Eine institutionenökonomische Analyse der integrierten Leistungserstellung und die Entwicklung eines Lösungsdesigns. Bayreuth: P.C.O.-Verlag.
- Lis, Dipl.-Päd. K (2011): Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 16 evidenzbasierte Leitlinien. LIGA. Praxis 7. Text abrufbar unter: [https://www.lzg.nrw.de/\\_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis\\_07\\_leitlinien.pdf](https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_07_leitlinien.pdf) (Zugriff am 1.9.2015).
- Lorentz, C (2012): Gesundheitsbericht Eimsbüttel 2012, Basisdaten zur gesundheitlichen Lage im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel 1998-2009. Gesundheitsbericht. Hamburg: Bezirksamt Eimsbüttel.
- Marmot, M (2005): Social Determinants of Health Inequalities. In: *The Lancet*, (Vol. 365), 1099–1104.
- Marmot, M/Wilkinson, RG (1999): Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press.
- McClellan, M/Kent, J/Beales, SJ/Cohen, SIA/Macdonnell, M/Thoumi, A/Abdulmalik, M/Darzi, A (2014): Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies. In: *Health Affairs*, 33 (9), 1507–1515.
- Meier-Gräwe, Prof. Dr. U/Wagenknecht, I (2011): Materialien zu Frühe Hilfen, Eine Kosten-Nutzen Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Meyer, Dr. Björn (2013): deprexis: Vorstellung des Hilfsmittels und dazu vorliegenden Forschungsergebnissen GAIA AG. Text abrufbar unter: <http://lppkj.de/wp-content/uploads/2013/11/deprexis-ptk-hessenmeyer-nov-2013.pdf> (Zugriff am 1.9.2015).



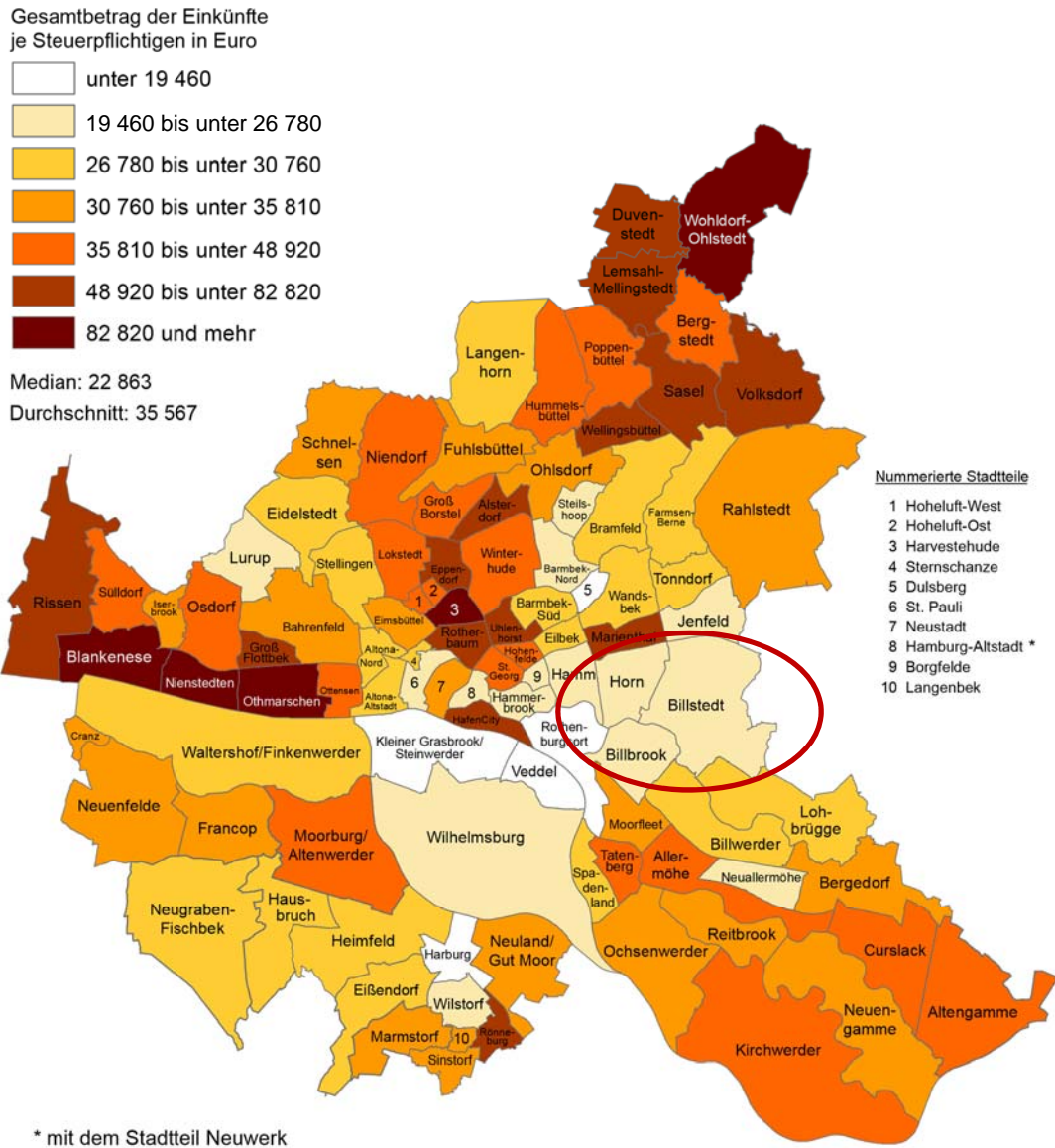
- Pimperl, A/Dittmann, B/Fischer, A/Schulte, T/Wendel, P/Wetzel, M/Hildebrandt, H (2014a): Wie aus Daten Wert entsteht: Erfahrungen aus dem Integrierten Versorgungssystem – Gesundes Kinzigtal. In: Big Data in Medizin und Gesundheitswirtschaft. medhochzwei Verlag, 22.
- Pimperl, A/Schreyögg, J/Rothgang, H/Busse, R/Glaeske, G/Hildebrandt, H (2014b): Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen – Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell. In: *Das Gesundheitswesen*, Text abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1381988> (Zugriff am 14.1.2015).
- Pohlan, J Dr./Dafateri-Moghaddam, Nima (2015): Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung. Bericht 2012 . Hamburg: HafenCity Univ. Dep. Stadtplanung Stadt- und Regionalökonomie.
- psychenet (2013): Imagebroschüre psychnet Psychische Gesundheit fördern. Psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig behandeln.
- Rasquin, G (2006): Ein Dorf wird zum Stadtteil, 700 Jahre Horn.
- Razum, O (2008): Migration und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Reimann, B/Böhme, C/Bär, Gesine (2010): Mehr Gesundheit im Quartier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin: Dt. Inst. für Urbanistik.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Robra, B-P (2014): John E. Wennberg, Pionier der regionalen Versorgungsforschung - Was kann eine deutsche Versorgungswissenschaft von ihm lernen? Text abrufbar unter: [http://www.ismg.ovgu.de/unimagdeburg\\_mm/Downloads/Institute/ISMG/2014/bundesgesundheitsblatt2014\\_regVersorgungsforschung\\_robra.pdf](http://www.ismg.ovgu.de/unimagdeburg_mm/Downloads/Institute/ISMG/2014/bundesgesundheitsblatt2014_regVersorgungsforschung_robra.pdf) (Zugriff am 30.7.2015).
- Rose, G (1985): Sick individuals and sick populations. In: *International Journal of Epidemiology*, (14), 32–38.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens - Sondergutachten - Langfassung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323.
- Saß, AC/Wurm, S/Ziese, T (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Böhm, K/Tesch-Römer, C/Ziese, T (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Inst., 31–61.
- Schaeffer, D/Hämel, K/Ewers, M (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmidt, B (Hrsg.) (2014): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmidt, C/Warm, M/Wolff, Friedrich (2014): Generation Y: Was erwartet uns von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Text abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1360231?update=true> (Zugriff am 20.8.2015).
- Schmitt-Sausen, N (2009): Es ist Zeit, sich von alten Strukturen zu lösen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, (Jg. 206/ Heft 38), 1826–1827.
- Schröttle, Dr. M/Khelaifat, N (2007): Gesundheit-Gewalt-Migration Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutsch-

- land. Text abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheits-gewalt-migration-langfassung-studie,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff am 20.8.2015).
- Schulz, M/Czihal, T/Erhart, M/Stillfried, D (2015): Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. Text abrufbar unter: [http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/Schulz\\_et\\_al\\_2015\\_PDF\\_efirst\\_SONDERDRUCK.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/Schulz_et_al_2015_PDF_efirst_SONDERDRUCK.pdf) (Zugriff am 30.7.2015).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2014): Lohn- und Einkommensteuerstatistik in Hamburg 2010 - Große Unterschiede zwischen den Hamburger Stadtteilen. Text abrufbar unter: [http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik\\_informiert\\_SPEZIAL/SI\\_SPEZIAL\\_X\\_2014\\_komplett.pdf](http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_X_2014_komplett.pdf) (Zugriff am 8.8.2015).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (Hrsg.) (2014): Statistik informiert... Nr. IX/2014 Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburger Stadtteilen Ende 2013. Text abrufbar unter: [https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik\\_informiert\\_SPEZIAL/SI\\_SPEZIAL\\_IX\\_2014\\_komplett.pdf](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_IX_2014_komplett.pdf) (Zugriff am 25.8.2015).
- Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein (2013): Hamburger Stadtteil-Profile 2013. 15. Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.
- Statistisches Amt Hamburg/Schleswig-Holstein (2014): Hamburger Stadtteilprofile 2014.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitsausgaben 2008. Text abrufbar unter: [http://www.destatis.de/jet-speed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/04/PD10\\_126\\_23611,templateId=renderPrint.psml](http://www.destatis.de/jet-speed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/04/PD10_126_23611,templateId=renderPrint.psml).
- Statistisches Bundesamt (2015): Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online. Text abrufbar unter: [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=586B7F7D064FE6D7118027972C0E5BE7.tomcat\\_GO\\_1\\_1?operation=abrufstabellenVerzeichnis](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=586B7F7D064FE6D7118027972C0E5BE7.tomcat_GO_1_1?operation=abrufstabellenVerzeichnis) (Zugriff am 9.10.2014).
- Sundmacher, L/Fischbach, D/Schuettig, W/Naumann, C/Augustin, U/Faisst, C (2015): Which Hospitalisations Are Ambulatory Care-Sensitive, to What Degree, and How Could the Rates Be Reduced? Results of a Group Consensus Study in Germany. *Alsevier*.
- Surmund, N (2015): Bachelorarbeit: Durchführung eines Health Needs Assessment für ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen im integrierten Vollversorgungssystem „Gesundes Kinzigtal“ vor dem Hintergrund der Verbesserung der Versorgung bei Multimorbidität im Alter.
- Swart, E/Graf von Stillfried, D/Koch-Gromus, U (2014): Kleinräumige Versorgungsforschung - Wo sich Wissenschaft, Praxis und Politik treffen. *Bundesgesundheitsblatt* .
- Swart, E/Ihle, P (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Erste. Bern Huber.
- Techniker Krankenkasse (2005): Gesundheitsreport - Auswertungen 2005 zu Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Text abrufbar unter: <http://www.end2weit.de/md/gesundheitsreport.pdf> (Zugriff am 31.7.2015).
- Trojan, A. (2014): Akzeptanzorientierte Partizipation – Überlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Partizipationsmaxime in der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B. (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Trojan, A/Hildebrandt, H (Hrsg.) (1990): *Brücken zwischen Bürgern und Behörden: innovative Strukturen für Gesundheitsförderung*. Sankt Augustin: Asgard-Verl.

- Trojan, A/Süß, W/Lorentz, C/Wolf, K/Nickel, S (2013): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Waller, H (1996): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wasem, J/Staudt, S/Matusiewicz, D (2013): Medizinmanagement. 1., Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wehling, M/Burkhardt, H (2011): Arzneitherapie für Ältere. Berlin; New York: Springer.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.
- WHO (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Genf: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (1997): City planning for health and sustainable development, European sustainable development and health series, Bd. 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wirth, A/Pfeiffer, A/Steinmetz, A/Albus, C/Bjarnason-Wehrens, B/Cordes, C (2006): Das Metabolische Syndrom Empfehlungen für die kardiologische Rehabilitation. Text abrufbar unter: [http://www.dgpr.de/fileadmin/user\\_upload/DGPR/Leitlinien/DGPR\\_Met\\_Syn.\\_Teil\\_2.pdf](http://www.dgpr.de/fileadmin/user_upload/DGPR/Leitlinien/DGPR_Met_Syn._Teil_2.pdf) (Zugriff am 31.7.2015).
- Wollesen, Dr. B/Dahlke, B/Stein, G (2014): 2. Altonaer Gesundheitsbericht - Stadt Hamburg Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit von Senioren im Bezirk Altona. Text abrufbar unter: <http://www.hamburg.de/altona/gesundheitsberichte/4391936/zweiter-altonaer-gesundheitsbericht/> (Zugriff am 27.8.2015).

## 6. Anlagen

### Durchschnittliche Einkünfte in den Hamburger Stadtteilen 2010



Quelle: Lohn- und Einkommensteuerstatistik 2010

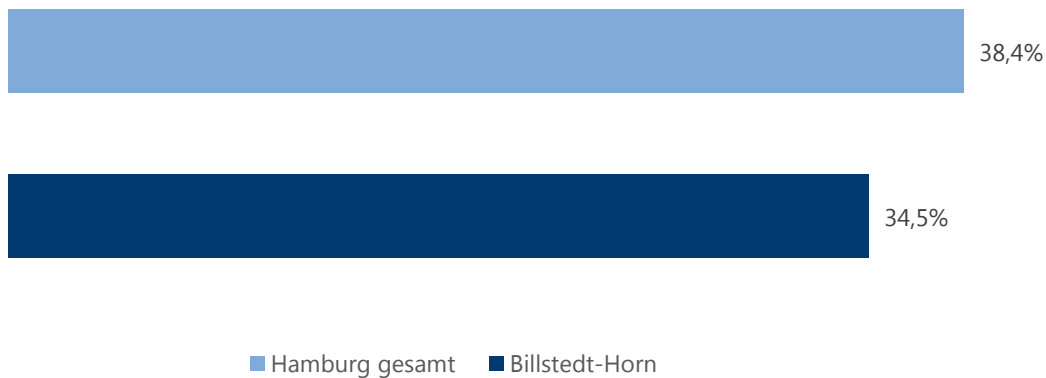
© Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Abbildung 31: Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen in Euro in den Hamburger Stadtteilen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014)

Altersklasse	AOK-Rheinland/Hamburg Versicherte in Billstedt-Horn			AOK Rheinland/Hamburg Versicherte in Hamburg gesamt		
	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt
0-10 Jahre	2.323	2.200	4.523	17.323	16.193	33.516
10-20 Jahre	1.955	1.804	3.759	15.643	14.957	30.600
20-30 Jahre	2.082	2.140	4.222	19.229	19.259	38.488
30-40 Jahre	1.936	1.955	3.891	17.423	16.733	34.156
40-50 Jahre	2.288	2.106	4.394	21.822	17.884	39.706
50-60 Jahre	1.988	1.906	3.894	18.715	16.241	34.956
60-70 Jahre	1.568	1.444	3.012	15.928	14.028	29.956
70-80 Jahre	1.181	1.319	2.500	14.186	16.738	30.924
80-90 Jahre	325	724	1.049	4.357	10.005	14.362
>90 Jahre	20	108	128	404	2068	2472
insgesamt	15.666	15.706	31.372	145.030	144.106	289.136

Tabelle 3: Vergleich der Altersverteilung (absolut) der AOK Rheinland/Hamburg Versicherten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

### 1-Jahres-Prävalenz der Früherkennungsuntersuchung für Zervixkarzinom im Jahr 2011



Datenquelle: Erhart et al. 2013, Morbiditätsatlas Hamburg

Abbildung 32: 1-Jahres-Prävalenz von Früherkennungsuntersuchungen zur Feststellung von Zervixkarzinomen in Billstedt und Horn mit dem Durchschnitt in Hamburg (eigene Darstellung auf Basis von Erhart et al. 2013, S. 110 ff.)

Altersklasse	AOK-Rheinland/Hamburg Versicherte in Billstedt-Horn				
	Anzahl Versicherte	Kosten	Deckungsbeitrag	Insg.*Kosten	Insg.*DB
0-10 Jahre	4.523	9 €	-13 €	40.707 €	-58.799 €
10-20 Jahre	3.759	-228 €	-221 €	-857.052 €	-830.739 €
20-30 Jahre	4.222	-17 €	-19 €	-71.774 €	-80.218 €
30-40 Jahre	3.891	-24 €	-76 €	-93.384 €	-295.716 €
40-50 Jahre	4.394	123 €	66 €	540.462 €	290.004 €
50-60 Jahre	3.894	-383 €	-257 €	-1.491.402 €	-1.000.758 €
60-70 Jahre	3.012	54 €	-1 €	162.648 €	-3.012 €
70-80 Jahre	2.500	-101 €	11 €	-252.500 €	27.500 €
80-90 Jahre	1.049	-109 €	-65 €	-114.341 €	-68.185 €
>90 Jahre	128	-740 €	-404 €	-94.720 €	-51.712 €
<b>Insgesamt</b>	<b>31.372</b>	<b>-71 €</b>	<b>-66 €</b>	<b>-2.231.356 €</b>	<b>-2.071.635 €</b>

Tabelle 8: Vergleich der Altersverteilung, Kosten und Deckungsbeitrag der AOK Rheinland/Hamburg Versicherten in absoluten Zahlen im Jahr 2011

### Durchschnittlicher 1-Jahres Leistungsbedarf in Euro

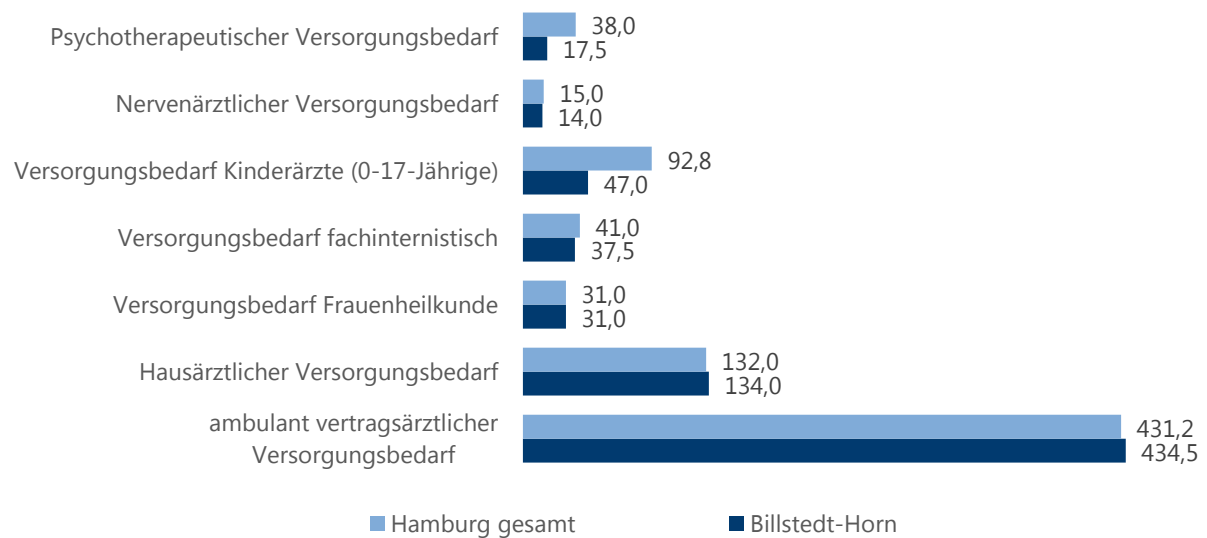
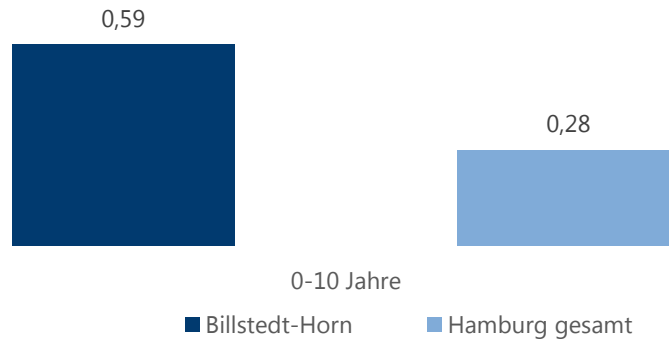


Abbildung 33: Durchschnittlicher 1-Jahres-Leistungsbedarf in Euro<sup>24</sup> im Jahr 2011 im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013)

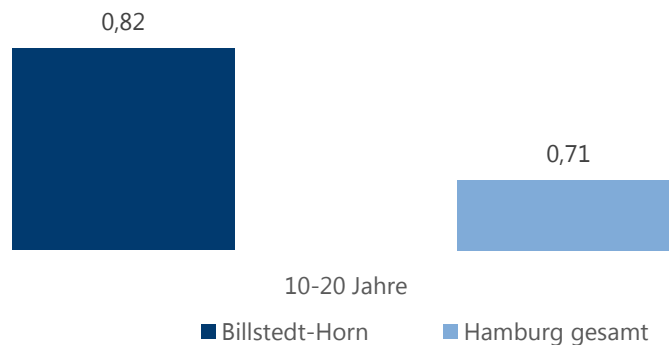
### Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 34: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen bei 0-10-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

### Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Jahr 2011



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

Abbildung 35: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 10-20-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

<sup>24</sup> Abgerechneter Leistungsbedarf in Euro nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung; Grundgesamtheit bilden alle vertragsärztlichen Behandelten des Jahres.

Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend im Jahr 2011

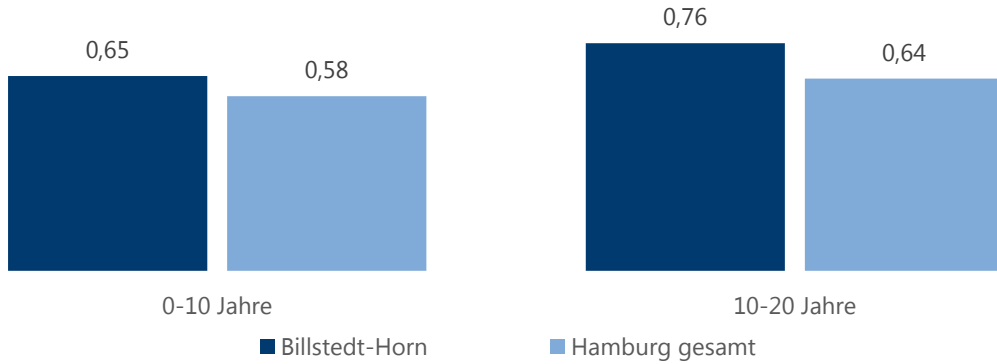


Abbildung 36: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

Mittlere Kostendifferenz der 11-20-Jährigen im Jahr 2011



Abbildung 37: Mittlere Kostendifferenz der 11-20-Jährigen in Billstedt-Horn gegenüber dem Hamburger Durchschnitt im Jahr 2011



Berufsstatus	Angaben zur beruflichen Stellung
Niedriger Berufsstatus	un- und angelernt
Einfacher Berufsstatus	gelernte und Facharbeiter, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst und selbstständige Landwirte
Mittlerer Berufsstatus	Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, Beamte im mittleren Dienst, akademisch freie Berufe, Selbstständige (alleine oder mit 1 Mitarbeiter)
Gehobener Berufsstatus	Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, akademisch freie Berufe, Selbstständige (2-9 Mitarbeiter)
Hoher Berufsstatus	Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im höheren Dienst und Richter, akademisch freie Berufe und Selbstständige (10 und mehr Mitarbeiter)

Tabella 4: Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Workshop im Bezirk Mitte zu Stärken / Schwächen und Potentialen / Risiken

An dem Workshop nahmen neben der Dezernentin Frau Dr. Ruf folgende Mitarbeiter des Fachamtes für Gesundheit (GA) und des Fachamtes für Sozialraummanagement (SR) statt: Herr Dr. Duwe (GA Leitung), Frau Ellerbrock (GA 10), Frau Dr. Kätzner (GA 30), Frau Dr. Nolkemper (GA 14 und 21), Frau Lovrinovic (GA 12 und MOMO), Frau Thieme (GA 13) sowie Frau Hoffmann (SR).

Stärken (Ist)	Schwächen (Ist)
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Keine auffälligen Infektionskrankheiten</li> <li>› Hohe Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung</li> <li>› Hohe Impfquote</li> <li>› Mütterberatung gut ausgebaut</li> <li>› Elternschule gut besucht</li> <li>› Vielzahl Seniorentreffen</li> <li>› Gute Angebote bei ambulanter und stationärer Pflege</li> <li>› Betreutes Wohnen gut ausgebaut</li> <li>› Gute Vernetzung vor Ort</li> <li>› Ämter wohnortnah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Bedarfe sind unklar</li> <li>› Fehlende Zeit der Ärzte für Hausbesuche</li> <li>› Unterversorgung bei folgenden Arztgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kinderärzte und Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</li> <li>○ Psychiater und Psychologen (hier fehlt es an individuellen bedarfsgerechten Versorgungsangeboten)</li> <li>○ Augenärzte</li> </ul> </li> <li>› Zu wenig Angebote bei Hebammen und in der Logopädie</li> <li>› Mangelnde Präventionsangebote, u.a. bei der kinderzahnärztlichen Versorgung</li> <li>› Fehlende Sozialberatung (mit Migrationshintergrund)</li> <li>› Wegfall der Förderung des Projektes „MiMi“</li> <li>› Weiterbegleitung von Migranten unzureichend, u.a. wegen vorhandener Sprachbarrieren</li> <li>› Es fehlt kultursensible Sozialarbeit</li> </ul>
Potentiale (Soll)	Risiken (Soll)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>› Hohe Mitarbeitsbereitschaft der Bürger bei Problemen in den Stadtteilen (Engagement)</li> <li>› Viele junge Menschen in den Stadtteilen</li> <li>› Andocken an das städtebauliche Projekt „Wohnen am Wasser“ (Verknüpfung Gesundheitsförderung mit Stadtraumentwicklung)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>› Zuzug von Flüchtlingen und mangelnde Integration dieser Gruppe</li> <li>› Erhöhte Gewaltbereitschaft in der Bevölkerung</li> <li>› Die meisten Polizeieinsätze im Bezirk finden in den beiden Stadtteilen statt</li> </ul> |
|--|---|

Tabelle 5: Gesundheitsversorgung aus Sicht des Bezirks Mitte

Netzwerk	Ziel(e)
Jugendarbeitskreis	Fachlicher Austausch
Billenetz	Verbesserung der Bildungschancen
Stadtteilkonferenz	Aktueller Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen im Stadtteil
Runder Tisch Kinder- und Familiengesundheit	Zusammenbringen und Kennenlernen der Menschen in der Region rund um das Thema Kinder- und Familiengesundheit
Kinderkonferenz	Fachlicher Austausch als oberstes Ziel
Regionale Bildungskonferenz	Stärkung der Bildungsvernetzung und des Informationsaustausches auf lokaler und regionaler Ebene, und aus den Regionalen Bildungskonferenzen heraus Verfassung von Empfehlungen für Bezirke und Fachbehörden
Connect	Stärkere Fokussierung auf die Thematik Kinder in suchtbelasteten Familien, und Hilfestellung geben für Fachkräfte, die keine Fachkräfte der Suchtprävention sind, um Kinder im Alltag gut unterstützen zu können
Stadtteilkonferenz Mümmelmannsberg	Aktueller Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen
Aktiv Wohnen	Das Quartier Mümmelmannsberg liebens- und lebenswert erhalten, damit die Menschen sich wohlfühlen und Kinder eine reelle Chance haben
Arbeitskreis Sucht	Zusammenbringen verschiedener Akteure aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, um über stadtteilspezifische, suchtspezifische Herausforderungen Austausche zu befördern

Tabelle 6: Netzwerkziele in Billstedt-Horn

# Fragebogen Ärzte

## Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn

Welcher der folgenden Berufsgruppe gehören Sie an bzw. wo wirken Sie mit?

- Allgemeinarzt/Hausarzt
- Facharzt (Fachrichtung.....)
- Klinikarzt

### 1. Krankheitslast in Billstedt und Horn

Laut Sozialmonitoring - Integrierte Stadtteilentwicklung weisen die Stadtteile am östlichen Stadtrand Hamburgs (v. a. Billstedt, Horn) einen „niedrigen“ oder „sehr niedrigen“ sozialen Status auf. Bei diesen Gebieten handelt es sich um Areale mit gehäuften sozialen Benachteiligungen und Problemlagen.

- › Wie beeinflusst die soziale Lage in Billstedt und Horn die Gesundheit Ihrer Patienten und welche gesundheitlichen und sozialen Schwächen können Sie in diesen Stadtteilen gehäuft beobachten?
- › Über welche sozialen und gesundheitlichen Ressourcen/ Stärken verfügen die Stadtteile Billstedt und Horn Ihrer Meinung nach?
- › Welche Teilgruppen der Bevölkerung sehen Sie in einer besonderen Problemstellung hinsichtlich ihrer Gesundheit? ... alt ... jung .... chronisch krank ..... Migranten .... ???
- › Ein niedriger sozialer Status wird in der Literatur häufig mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz assoziiert. Kommt es in Billstedt und Horn aufgrund der niedrigen Gesundheitskompetenz Ihrer Meinung nach zu einem Missbrauch der Gesundheitsleistungen?

#### 1.1. Fast jeder Zweite in Billstedt-Horn hat einen Migrationshintergrund.

- › Welche Herausforderungen ergeben sich dadurch in Ihrer Praxis/ für Ihre Tätigkeit?
- › Kommt es vor, dass Patienten - aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren - in den stationären Bereich überwiesen werden?

#### 1.2. Laut dem Morbiditätsatlas ist gerade die Krankheitslast bei den „Volkskrankheiten“ Depression und Diabetes in Billstedt-Horn noch höher als in Hamburg allgemein.

- › Welche Gründe sehen Sie hierfür?
- › Könnte dieses Problem auch auf eine geringe Arztdichte bzw. lange Wartezeiten in Billstedt und Horn (also auf strukturelle Probleme) zurückzuführen sein?

### 2. Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn

- › Wie beurteilen Sie die Situation der ärztlichen Versorgung in Billstedt/ Horn?

- › Die Stadtteile Billstedt/ Horn liegen hinsichtlich des Verhältnisses Ärzte zu Einwohner unter dem Hamburger Durchschnitt. Welche Auswirkungen hat die unterdurchschnittliche Arztdichte auf Ihre tägliche Arbeit?
- › Wie gestaltet sich die Arzt-Patient-Beziehung?
- › Worin unterscheidet sich Ihre Arbeit beispielsweise zu der Ihrer Kollegen in Blankenese?

### 2.1. Niederlassungsbereitschaft

Laut der Stadt Hamburg ist die ärztliche Grundversorgung gerade in Billstedt und Horn - speziell in Mümmelmannsberg - bedroht, weil zunehmend Ärzte den Standort verlassen.

- › Teilen Sie diese Einschätzung bzw. falls ja, was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für diese Entwicklung?
- › Welche neuen Strukturen/ Anreize werden benötigt, damit die Stadtteile Billstedt/Horn attraktiv für Ärzte werden?

Nicht nur die Abwanderung von Ärzten stellt für die Versorgung eine Herausforderung dar. Hinzu kommt die Problematik, dass sich in Billstedt/Horn, trotz vorhandener Nachfrage, keine neuen Ärzte – insbesondere Kinderärzte – niederlassen.

- › Worin begründet sich dieses Phänomen – die geringe Niederlassungsbereitschaft von Ärzten?
- › Was könnte ein geeignetes Instrument sein, dieser Fehlentwicklung entgegenzusteuern?

### 3. Versorgungsmodell in / für Billstedt und Horn

Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen - wie etwa der Feminisierung der Medizin oder des Wertewandels („Generation Y“) – gilt die Einzelpraxis als eine Art Auslaufmodell.

- › Teilen Sie diese Einschätzung?
- › In welcher Organisationsform sehen Sie die Zukunft der ambulanten, wohnortnahen Versorgung?
- › Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen? Z. B. mit den Hausärzten oder anderen Fachärzten der Patienten?
- › Wo sehen Sie Verbesserungspotentiale bei der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten?

### 4. Gesundheitsförderung in Billstedt und Horn

Ziel der Bildung von Netzwerken zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung ist es, eine kooperative Gesundheitsförderung zu etablieren, das von allen im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteuren im Stadtteil gemeinsam getragen wird. Initiativen berichten, dass oftmals Ärzte sich nicht in „diesen“ Netzwerken engagieren.

- › Wie begründet sich dieser Tatbestand und welche Barrieren gibt es für Ärzte?
- › Welche gesundheitsfördernden Angebote wären für Patienten sinnvoll und würden Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen?
- › Wo sehen Sie besondere Chancen und Unterstützungsmöglichkeiten ... Vereine ... Politik?
- › Wie könnten Ihnen gesundheitsnahe Akteure (Physiotherapeuten, MIMI, Billnetz etc.) bei Ihrer Arbeit behilflich sein/ Ihre Patienten unterstützen?
- › Wo sehen Sie Probleme und Barrieren einer „vernetzten“ gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn? Auf was sollten wir uns „gefasst“ machen ...?

- › Wen sollten wir Ihrer Ansicht nach noch unbedingt sprechen?
- › Was würden Sie sich von uns besonders wünschen?

*Tabelle 7: Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn*

# Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn

- › Was sind Potentiale und Nutzen von Netzwerken für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung?
- › Die Einschätzung dazu wurde durch die Beantwortung der folgenden vier Teilfragen konkretisiert:
  - Welche Charakteristika der Netzwerke sind für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung von Relevanz?
  - Welche positiven Effekte haben Netzwerke auf eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung?
  - Wie ist die praktische Bedeutung einzelner Nutzenpotentiale von Netzwerken für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung?

## 1. Allgemeine Informationen

- › Wie viele Organisationen sind Teil Ihres Netzwerks?
- › Wie viele Akteure beteiligen sich aktiv am Netzwerk?
- › Welche Berufsgruppen oder Institutionen befinden sich in Ihrem Netzwerk?

### *Gesundheitssektor*

- › Krankenkassen
- › Kliniken
- › Einrichtungen des Pflegedienstes und/ oder ambulanter Pflegedienst
- › Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden, etc.
- › Selbsthilfegruppen
- › Sonstige

### *Programm Soziale Stadt*

- › Bezirksamt Hamburg-Mitte
- › Fachamt für Jugend- und Familienhilfe
- › Quartiersmanagement
- › Steg Stadterneuerungs- und Stadtentwicklungsgesellschaft
- › Sonstige

### *Regionale Akteure*

- › politische Parteien oder Politiker
- › Unternehmen oder Wirtschaftsvertreter
- › Schulen
- › Kindergärten
- › Kirchengemeinden
- › Vereine

- › Soziale Einrichtungen
- › Sonstige \_\_\_\_\_

- › Hätten Sie gerne noch weitere Akteure aus bestimmten Handlungsfeldern im Netzwerk?

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- › Seit wann gibt es das Netzwerk? \_\_\_\_\_

## 2. Netzwerkarbeit

- › Erzählen Sie mir bitte, was für Ziele verfolgt Ihr Netzwerk?
- › Stehen für die Koordination des Netzwerks Stellen zur Verfügung?
  - Nein  Ja
  - Wenn ja, wie viele?
- › Sind ehrenamtliche Mitarbeiter/innen am Netzwerkvorhaben beteiligt?
  - Nein  Ja
  - Wenn ja, wie viele?
- › Was funktioniert gut in Ihrem Netzwerk?
- › Was haben Sie mit Ihrer Netzwerkarbeit bis jetzt erreicht (wie z. B. die Durchführung von Projekten)
- › Wenn Sie an Ihr Netzwerk denken, mit welchen Schwierigkeiten hatte es im letzten Jahr zu kämpfen?
- › Konnten Sie diese überwinden? Wenn ja, wie?

## 3. Bedeutung der Netzwerkarbeit

- › Wie schätzen Sie die Sichtbarkeit Ihres Netzwerks in der Öffentlichkeit ein?
  - Überhaupt nicht        Sehr gut
- › Wie schätzen Sie die Bedeutung Ihrer Netzwerkarbeit ein ...?
  - a. ... für die Förderung von Gesundheit
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig
  - b. ... für die Integration von MigrantInnen
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig
  - c. ... für das gesellschaftliche Leben
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig
  - d. ... für die Weiterentwicklung des Stadtteils
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig
  - e. ... für die Förderung der Chancengerechtigkeit
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig
  - f. ... für regionale politische Entscheidungsprozesse
    - Gar nicht wichtig        Sehr wichtig

#### 4. Effekte der Netzwerkarbeit

- › Wenn Sie an Ihr Netzwerk denken, welche positiven Effekte ergeben sich durch die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks?
- › Wenn Sie nun an Personen und Organisationen außerhalb Ihres Netzwerks denken, welche positiven Effekte können Sie hier feststellen, die durch Ihr Netzwerk hervorgerufen werden?
- › Was verstehen Sie unter einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung?
- › Was sind Ihrer Meinung nach mögliche Effekte Ihres Netzwerks auf eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung?

#### 5. Nutzendimensionen

- › Bitte bewerten Sie die jeweiligen Aussagen über Netzwerke. Hierfür kann eine Bewertung von 0=nicht zutreffend bis 6= am allerwichtigsten erfolgen.

- 0 Nicht zutreffend
- 1 Kaum relevant
- 2 Etwas relevant
- 3 Sollte man nicht vernachlässigen
- 4 Relevant
- 5 Sehr wichtig
- 6 Am allerwichtigsten

	<u>Nutzen-Dimensionen</u>
Im Netzwerk entwickeln die Akteure vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten.	<input type="checkbox"/> Kompetenzentwicklung
Bürger werden in die Netzwerkarbeit miteinbezogen.	<input type="checkbox"/> Bürgerbeteiligung
Das Netzwerk ist innovativ und arbeitet nachhaltig.	<input type="checkbox"/> Innovation und Nachhaltigkeit
Qualitätssicherung und –verbesserung sind ein fester Bestandteil der Netzwerkarbeit.	<input type="checkbox"/> Qualitätssicherung und -verbesserung
Die Netzwerkarbeit ermöglicht, verschiedene Akteure im Stadtteil zu erreichen.	<input type="checkbox"/> Zugangswege
Vorgänge im Netzwerk sind nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/> Transparenz
Das Netzwerk hat eine Steuerungsfunktion im Stadtteil.	<input type="checkbox"/> Steuerungsfunktion

#### 6. Vernetzung im Stadtteil

- › Zu welchen Berufsgruppen oder Institutionen haben Sie im Rahmen Ihrer Netzwerkarbeit außerhalb des Netzwerks regelmäßigen Kontakt, d. h. mindestens einmal im Monat? Die Kontakte können persönlich, telefonisch, postalisch oder per E-Mail sein.



*Gesundheitssektor*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Krankenkassen  | <input type="checkbox"/> |
| Kliniken   | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtungen der Pflegedienste und/oder ambulanter Pflegedienst           | <input type="checkbox"/> |
| Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden etc. | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppen   | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige   | <input type="checkbox"/> |

*Programm Soziale Stadt*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Bezirksamt Hamburg-Mitte                                 | <input type="checkbox"/> |
| Fachamt für Jugend- und Familienhilfe                    | <input type="checkbox"/> |
| Seniorenbeirat   | <input type="checkbox"/> |
| Quartiersmanagement                                      | <input type="checkbox"/> |
| Steg Stadterneuerungs- und Stadtentwicklungsgesellschaft | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige   | <input type="checkbox"/> |

*Regionale Akteure*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Lokale politische Parteien oder Politiker    | <input type="checkbox"/> |
| Lokale Unternehmen oder Wirtschaftsvertreter | <input type="checkbox"/> |
| Schulen                                      | <input type="checkbox"/> |
| Kindergärten                                 | <input type="checkbox"/> |
| Kirchengemeinden                             | <input type="checkbox"/> |
| Vereine                                      | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Einrichtungen                        | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige                                     | <input type="checkbox"/> |

**Fragen zur Person**

Sind Sie weiblich oder männlich  w  m

Seit wann sind Sie Mitglied im Netzwerk? \_\_\_\_\_

Was ist Ihre Funktion in diesem Netzwerk

<input type="checkbox"/>	GeschäftsführerIn des Netzwerks
<input type="checkbox"/>	KoordinatorIn des Netzwerks
<input type="checkbox"/>	Mitglied im Netzwerk
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

\_\_\_\_\_

---

Üben Sie diese Funktion ehrenamtlich aus?

Ja

Nein

Seit wann üben Sie diese Funktion aus?

---

*Tabella 8: Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn*

# Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn

## 1. Gesundheitsförderung in Billstedt und Horn

- › Welcher Organisation gehören Sie an bzw. wo wirken Sie mit?
- › Warum wurde Ihr Vorhaben/ Ihre Organisation gegründet? Gab es hierfür einen bestimmten Anlass?
- › Beschreiben Sie die Tätigkeiten/ Tätigkeitsbereiche der Organisation.
- › Mit welchen Organisationen und Menschen arbeiten Sie häufig zusammen?
- › Bezieht sich Ihre Arbeit auf ganz Billstedt-Horn oder auf spezielle Teilgebiete (welche)?
- › Wo und was sind Probleme und Barrieren in Ihrer Arbeit?
- › Wie erreichen Sie die Bewohner bzw. Ihre Zielgruppe?
- › Welche Ihrer Angebote werden von den Bewohnern in Billstedt/ Horn gerne angenommen?
- › Gibt es konkrete Maßnahmen / Leistungen von Ihnen, die Sie in einem weiteren Sinn als gesundheitsfördernd ansehen?
- › Wo sehen Sie die größten Erfolge Ihrer Organisation allein oder gemeinsam mit anderen?
- › Welche neuen gesundheitsfördernden Angebote fehlen und welche wären für die Bewohner in Billstedt und Horn sinnvoll und würden Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen?
- › Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch):  
Wie hoch schätzen Sie das Ausmaß von positiver Zukunftshoffnung in der Bevölkerung ein? Begründen Sie Ihre Meinung bitte.
- › Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch):  
Wie hoch schätzen Sie das Ausmaß von Engagement für Veränderungen in der Bevölkerung ein? Begründen Sie Ihre Meinung bitte.
- › Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch):  
Wie hoch schätzen Sie die Gesundheitskompetenz (Gesundheitsbildung, Orientierung im Gesundheitssystem, Selbstmanagement, Risikoverhalten) der Bevölkerung in Billstedt und Horn ein? Begründen Sie Ihre Meinung bitte.

## 2. Krankheitslast in Billstedt und Horn

Laut Sozialmonitoring – Integrierte Stadtteilentwicklung wiesen die Stadtteile am östlichen Stadtrand von Hamburg (v.a. Billstedt und Horn) einen „niedrigen“ oder „sehr niedrigen“ sozialen Status auf. Bei diesen Gebieten handelt es sich um Areale mit gehäuften sozialen Benachteiligungen und Problemlagen.

- › Wie beeinflusst die soziale Lage in Billstedt und Horn die Gesundheit der Bewohner und welche gesundheitlichen und sozialen Schwächen können Sie in diesen Stadtteilen gehäuft beobachten?
- › Über welche sozialen und gesundheitlichen Ressourcen/ Stärken verfügen die Stadtteile Billstedt und Horn Ihrer Meinung nach?
- › Wie wird sich das (die Gesundheitssituation) in den nächsten fünf Jahren ändern? / Wo sehen Sie für die nächsten fünf Jahre die größten Herausforderungen für die Stadtteile Billstedt/ Horn?

- › Welche Teilgruppen der Bevölkerung sehen Sie in einer besonderen Problemstellung hinsichtlich ihrer Gesundheit? Alt, jung, arm, chronisch krank, Migranten?
- › Welche Teilgebiete von Billstedt-Horn sehen Sie in einer besonderen Problemstellung hinsichtlich der Gesundheit ihrer Bewohner?
- › Fast jeder Zweite in Billstedt und Horn hat einen Migrationshintergrund. Welche Herausforderungen ergeben sich dadurch für Ihre Tätigkeit?

### 3. Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn

- › Wie beurteilen Sie die Situation der ärztlichen Versorgung in Billstedt/ Horn? Besteht Ihrer Meinung nach Handlungsbedarf?
- › Was sollte sich an der jetzigen Versorgungssituation ändern? Welche ärztlichen Versorgungsangebote/ Dienstleistungen fehlen in Billstedt und Horn?
- › Die Stadtteile Billstedt/ Horn liegen hinsichtlich des Verhältnisses Ärzte zu Einwohnern unter dem Hamburger Durchschnitt. Wie wirkt sich das auf die gesundheitliche Situation der Einwohner in Billstedt und Horn aus?
- › Wirkt sich die unterdurchschnittliche Arztdichte auch auf Ihre tägliche Arbeit aus?
- › Wie beurteilen Sie die Kooperation mit anderen Initiativen oder den ärztlichen Leistungserbringern?
- › Sollte es einen intensiveren Kontakt zwischen den Initiativen der Gesundheitsförderung und den ärztlichen Leistungserbringern geben?

### 4. Versorgungsmodell in / für Billstedt/ Horn

- › Welche neuen Vernetzungsstrukturen würden Sie sich für Ihre tägliche Arbeit und die Gesundheitsversorgung wünschen?
- › Welche Kooperationen halten Sie für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung für sinnvoll?
- › Wo sehen Sie Probleme und Barrieren einer „vernetzten“ gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn? Auf was sollten wir uns „gefasst“ machen?
- › Wo sehen Sie besondere Chancen und Unterstützungsmöglichkeiten? Z. B. durch Vereine oder die Politik?
- › Wen sollten wir Ihrer Ansicht nach noch unbedingt sprechen?
- › Was würden Sie sich von uns besonders wünschen?

*Tabelle 9: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn*

<b>Titel:</b>	Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften	
<b>Datum:</b>	Dienstag, 14.04.2015, 15-17 Uhr	
<b>Ort:</b>	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97, 22117 Hamburg	
<b>Teilnehmer:</b>	Fischer, Alexander	OptiMedis AG
	Lorenz, Irena	OptiMedis AG
	Marin Arrizabalaga, Isabel	MiMi Hamburg
	Rosenbusch, Bettina	Billenetz
	Thürnagel, Wolfdietrich	Piratenpartei Hamburg
	Wewer, Eleonara	ABeSa
<b>Resümee</b>	<p>Das Ziel des Treffens zum Thema „Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften“ war, die Gesundheitsversorgung von Neubürgern zu analysieren und die Herausforderungen und die Ressourcen zu erfassen, die sich dadurch für die Stadtteile Billstedt und Horn ergeben.</p> <p>Nach Aussage der Teilnehmer erhalten Neubürger bzw. Asylbewerber in Hamburg eine Gesundheitskarte, mit der sie sich in akuten Notfällen und bei Schmerzzuständen ohne vorherige Genehmigung des Sozialamtes beim Arzt behandeln lassen dürfen. Bei chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes oder psychischen Leiden besteht während der ersten 15 Monate des Aufenthalts der Asylbewerber kein gesetzlicher Anspruch auf die Behandlung der Erkrankungen. In der Regel wird die Behandlung chronischer Erkrankungen erst dann übernommen, wenn bei chronischen Beschwerden akute Schmerzen auftreten.</p> <p>Die Behandlung beim Arzt ist aufgrund sprachlicher Barrieren oft schwierig, hinzu kommt fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem und lange Wartezeiten beim Arzt. Neubürger weichen deshalb vermehrt auch in den stationären Sektor aus. Verschärft wird das Problem durch die Einstellung der Extraförderung für das Projekt MiMi in der Region Billstedt, das der interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention dient.</p> <p>Durch die stetig wachsende Bevölkerung in den Stadtteilen Billstedt und Horn und das ohnehin unterdurchschnittliche Arzt-Patienten-Verhältnis wird die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn nach Ansicht der Teilnehmer vor neue Herausforderungen gestellt.</p>	
<b>Diskussion</b>	<p>Flüchtlingsunterkünfte Billstedt und Horn</p> <p>Die Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn und die unmittelbar angrenzenden Stadtteile Jenfeld, Billbrook und Hamm im Bezirk Hamburg-Mitte bieten derzeit Platz für rund 1.500 Menschen, verteilt auf fünf öffentlich-rechtliche Unterbringungen. Die zentrale Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber im Holstenhofweg befindet sich zwar im Stadtteil Marienthal, die Menschen aus dieser Unterkunft weichen durch die unmittelbare Nähe jedoch auf die Stadtteile Billstedt und Horn aus.</p>	

Titel:	Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften																																						
	Für das Jahr 2015 sind vier weitere Unterkünfte und der Ausbau der Berzeliusstraße auf 600 Plätze geplant.																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 472 703 521">Straße</th> <th data-bbox="703 472 986 521">Stadtteil</th> <th data-bbox="986 472 1409 521">Kapazität</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 521 703 571">Billbrookdeich 227</td> <td data-bbox="703 521 986 571">22113 HH-Billbrook</td> <td data-bbox="986 521 1409 571">620 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 571 703 620">Spliedtring 58</td> <td data-bbox="703 571 986 620">22119 HH-Billstedt</td> <td data-bbox="986 571 1409 620">130 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 620 703 669">Mattkamp 10</td> <td data-bbox="703 620 986 669">22117 HH-Billstedt</td> <td data-bbox="986 620 1409 669">400 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 669 703 719">Wendenstraße 282</td> <td data-bbox="703 669 986 719">20537 HH-Hamm</td> <td data-bbox="986 669 1409 719">164 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 719 703 768">Berzeliusstraße 103</td> <td data-bbox="703 719 986 768">22113 HH-Billbrook</td> <td data-bbox="986 719 1409 768">120 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 768 703 817">Holstenhofweg 84</td> <td data-bbox="703 768 986 817">22043 HH-Marienthal</td> <td data-bbox="986 768 1409 817">324 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 817 703 866">Berzeliusstraße 103</td> <td data-bbox="703 817 986 866">22113 HH-Billbrook</td> <td data-bbox="986 817 1409 866">Erweiterung: 480 Plätze im Aufbau</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 866 703 916">Eiffestraße</td> <td data-bbox="703 866 986 916">20537 HH-Hamm</td> <td data-bbox="986 866 1409 916">Gepl. für II Quartal 2015 – 334 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 916 703 965">Grunewaldstraße</td> <td data-bbox="703 916 986 965">22045 HH-Jenfeld</td> <td data-bbox="986 916 1409 965">Gepl. für III. Quartal 2015 – 400 Plätze</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 965 703 1014">Stoltenstraße</td> <td data-bbox="703 965 986 1014">22119 HH-Horn</td> <td data-bbox="986 965 1409 1014">Gepl. für III. Quartal 2015</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1014 703 1043">Billwerder Bucht</td> <td data-bbox="703 1014 986 1043">22113 HH-Billbrook</td> <td data-bbox="986 1014 1409 1043">Gepl., k.A. zum Zeitpunkt</td> </tr> </tbody> </table>			Straße	Stadtteil	Kapazität	Billbrookdeich 227	22113 HH-Billbrook	620 Plätze	Spliedtring 58	22119 HH-Billstedt	130 Plätze	Mattkamp 10	22117 HH-Billstedt	400 Plätze	Wendenstraße 282	20537 HH-Hamm	164 Plätze	Berzeliusstraße 103	22113 HH-Billbrook	120 Plätze	Holstenhofweg 84	22043 HH-Marienthal	324 Plätze	Berzeliusstraße 103	22113 HH-Billbrook	Erweiterung: 480 Plätze im Aufbau	Eiffestraße	20537 HH-Hamm	Gepl. für II Quartal 2015 – 334 Plätze	Grunewaldstraße	22045 HH-Jenfeld	Gepl. für III. Quartal 2015 – 400 Plätze	Stoltenstraße	22119 HH-Horn	Gepl. für III. Quartal 2015	Billwerder Bucht	22113 HH-Billbrook	Gepl., k.A. zum Zeitpunkt
Straße	Stadtteil	Kapazität																																					
Billbrookdeich 227	22113 HH-Billbrook	620 Plätze																																					
Spliedtring 58	22119 HH-Billstedt	130 Plätze																																					
Mattkamp 10	22117 HH-Billstedt	400 Plätze																																					
Wendenstraße 282	20537 HH-Hamm	164 Plätze																																					
Berzeliusstraße 103	22113 HH-Billbrook	120 Plätze																																					
Holstenhofweg 84	22043 HH-Marienthal	324 Plätze																																					
Berzeliusstraße 103	22113 HH-Billbrook	Erweiterung: 480 Plätze im Aufbau																																					
Eiffestraße	20537 HH-Hamm	Gepl. für II Quartal 2015 – 334 Plätze																																					
Grunewaldstraße	22045 HH-Jenfeld	Gepl. für III. Quartal 2015 – 400 Plätze																																					
Stoltenstraße	22119 HH-Horn	Gepl. für III. Quartal 2015																																					
Billwerder Bucht	22113 HH-Billbrook	Gepl., k.A. zum Zeitpunkt																																					
	<p data-bbox="427 1061 1409 1133"><a href="http://www.hamburg.de/fluechtlinge-unterbringung-standorte/4373128/unterbringung-mitte">http://www.hamburg.de/fluechtlinge-unterbringung-standorte/4373128/unterbringung-mitte</a></p>																																						
	<p data-bbox="427 1151 1409 1400">Für Billstedt-Horn und die angrenzenden Stadtteile ergeben sich durch die steigende Zahl an Neubürgern infrastrukturelle Herausforderungen und Probleme, sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der Integration. Die Bewohner in den Unterkünften seien nach Aussage der Teilnehmer zum Teil schwer traumatisiert und benötigten eine adäquate medizinische Versorgung bzw. Betreuung. Sie drängen vermehrt in die gesundheitsfördernden Angebote (z. B. Elternschule Billstedt etc.) in Billstedt und Horn, die aufgrund ihrer begrenzten Kapazitäten überlastet sind.</p>																																						
	<p data-bbox="427 1413 1409 1554">Verschärft wird das Problem dadurch, dass die Extraförderung für das Projekt MiMi in der Region Billstedt eingestellt wurde. Aufgrund sprachlicher Barrieren in der ambulanten Versorgung – die durch Projekte wie MIMI reduziert werden könnten – weichen die Neubürger auf die Notfallversorgung und den stationären Bereich aus.</p>																																						
	<p data-bbox="427 1576 1409 1854">Nach Angaben der Teilnehmer sind Billstedt und Horn wachsende Stadtteile. Gemäß dem Entwicklungsbericht „Stromaufwärts an Elbe und Bille“ sollen rund 5.000 neue Wohnungen im Hamburger Osten entstehen. Mit den ca. 1.500 neuen Bewohnern in Flüchtlingsunterkünften (insbesondere in den Unterkünften Billbrook und Holstenhofweg), von denen sehr viele Kinder sind, würden die Bedarfe an Gesundheitsversorgung sowohl im Bereich der ärztlichen Versorgung als auch im Bereich der Betreuung durch Hebammen, Logo- und Ergotherapeuten, Mütterberatungsstellen und weitere Einrichtungen in Billstedt und Horn nach Ansicht der Teilnehmer wachsen.</p>																																						
	<p data-bbox="427 1872 890 1906">Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen</p> <p data-bbox="427 1921 1409 2056">Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe bemängelten die Grund- bzw. Erstversorgung der Neubürger, insbesondere die Grundversorgung junger Menschen. Das Asylbewerberleistungsgesetz legt fest, dass Flüchtlingen eine medizinische Grundversorgung zusteht, die die Behandlung akuter Notfälle und Schmerzzustände umfasst. In der Regel</p>																																						

<b>Titel:</b>	<b>Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften</b>
	<p>muss aber jede medizinische Behandlung durch die kommunalen Sozialbehörden vorab genehmigt werden. In Hamburg ist die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen nach Aussage der Teilnehmer jedoch anders geregelt. Genau wie in Bremen erhalten Asylbewerber eine Gesundheitskarte, mit der sie ohne vorherige Genehmigung des Sozialamtes einen Arzt aufsuchen können. Die Krankenkasse – in Bremen und Hamburg ist es die AOK Bremen / Bremerhaven – übernimmt die Kosten für die Behandlung. Diese werden den Krankenkassen, genauso wie eine Pauschale für den Verwaltungsaufwand, vom Land erstattet. Doch auch bei diesem Modell beschränkt sich die Versorgung nach Aussage der Teilnehmer nur auf die akuten Notfälle. Die Behandlung von somatischen Erkrankungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (ausgelöst durch Flucht, hohen Stressfaktor etc.) wird nur selten übernommen, berichteten die Teilnehmer.</p> <p>Neben dem eingeschränkten Leistungsumfang führen auch mangelnde Sprachkenntnisse und fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem zu Problemen. Diese könnten durch Informations- und Aufklärungsangebote vermindert werden.</p> <p>Ebenfalls schwierig ist die Organisation einer adäquaten Gesundheitsversorgung wegen der oft abgelegenen Lage der Flüchtlingsheime. Wenn überhaupt, würden nur Ärzte und soziale Einrichtungen in der näheren Umgebung aufgesucht, manche Bewohner in den Flüchtlingsheimen verlassen erst gar nicht ihre „sichere“ Unterkunft. Als mögliche Lösung wurde eine Art „Bringdienst“ durch die Ärzte vorgeschlagen. Allerdings gibt es in den Flüchtlingsheimen bisher keine Räumlichkeiten für eine medizinische Versorgung vor Ort.</p> <p>Die unzureichende Niederlassungsbereitschaft der ambulant tätigen Ärzte in Billstedt und Horn wird von den Teilnehmern durch die Patientenstruktur des Stadtteils erklärt. Demnach könnten die fehlenden privatversicherten Patienten ein Grund für den Ärztemangel in Billstedt und Horn sein.</p> <p>Die Teilnehmer befürchten, dass die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn, die schon jetzt durch ein unterdurchschnittliches Arzt-Patienten-Verhältnis gekennzeichnet ist, für zusätzliche Bewohner nicht ausreicht.</p>
<b>Ressourcen</b>	<p>Gerade in der Betreuung von Neubürgern stellen die niederschweligen Angebote der sozialen Einrichtungen eine wichtige Ressource dar. Diese müssten personell und finanziell gestärkt werden. Als Beispiel wird MiMi Hamburg genannt. Durch die Einstellung der Extraförderung in der Region Billstedt und die steigende Nachfrage ergeben sich auch bei MiMi Engpässe und die Nachfrage könne nicht bedient werden. Weitere niederschwellige Angebote bieten Einrichtungen mit sozialpsychiatrischen Treffpunkten an, wie z. B. Vereinigung Pestalozzi, das BHH Sozialkontor, ABeSa und VillaR. ABeSa bietet beispielsweise sozialpsychiatrische Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, geistigen oder körperlichen Beschwerden und Menschen mit Doppeldiagnosen (Abhängigkeitserkrankungen in Verbindung mit einer psychiatrischen Zweiterkrankung) an. Ein besonderer Schwerpunkt von ABeSa liegt in der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund.</p> <p>Eine weitere wichtige Ressource stellt z. B. die Praxis ohne Grenzen in Hamburg-Horn dar. Hier erhalten Menschen ohne Versicherungsschutz eine anonyme und kostenlose Gesundheitsbehandlung. In Hamburg gibt es zudem die Clearingstelle für Flüchtlinge</p>

<b>Titel:</b>	Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften
	ohne Papiere, die Malteser Migranten Medizin oder das Zahnmobil der Caritas, die kostenlose medizinische Versorgung anbieten und damit eine bedeutende Ressource darstellen.
<b>Lösungsansätze</b>	Um den Neubürgern das Wissen über das deutsche Gesundheitssystem, Angebote der ärztlichen Dienstleistungen und mögliche Anlaufstellen zu vermitteln, könnte eine Liste mit Informationen (in mehreren Sprachen) angefertigt und in den Notunterkünften ausgelegt werden. Mobile Arztteams könnten die Bewohner der Flüchtlingsheime vor Ort behandeln. In den Heimen sollten freie Räume für die ärztliche Behandlung oder soziale Beratung geschaffen werden.
<b>Ergebnis</b>	Um die Versorgungssituation von Migranten und Zugewanderten weiter zu analysieren, wurde ein Termin für die zweite Arbeitsgruppe vereinbart: Zweites Treffen der Arbeitsgruppe: „Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften“ Thema: Situation der Gesundheitsversorgung von Migranten (die bereits länger hier leben) und Zugewanderten (insbesondere aus Süd- und Osteuropa). Zeit / Ort: Dienstag, 05.05.2015, 15-17 Uhr im Billenetz-Büro (Billstedter Hauptstraße 97, 22117 Hamburg)

Tabelle 10: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften



<b>Titel:</b>	Psychosoziale Grundversorgung	
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 16.04.2015, 15-17 Uhr	
<b>Ort:</b>	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97, 22117 Hamburg	
<b>Teilnehmer:</b>	Ehlers, Daniela	Jobcenter team.arbeit.hamburg
	Fischer, Alexander	OptiMedis AG
	Lang, Susanne	Jobcenter team.arbeit.hamburg
	Lorenz, Irena	OptiMedis AG
	Rehagen, Mareike	ABeSA Ambulante Hilfen Hamburg GmbH
	Rosenbusch, Bettina	Billenetz
	Schmitz, Matthias	Internationaler Bund e.V.
	Traulsen, Liv	Vereinigung Pestalozzi
	Zander, Jens	Jobcenter team.arbeit.hamburg
<b>Resümee</b>	<p>Das erste Treffen der Arbeitsgruppe (AG) „Psychosoziale Grundversorgung“ fand am 16. April 2015 im Billenetz statt. Teilnehmer unterschiedlicher Einrichtungen diskutierten gemeinsam über die psychosoziale Versorgungssituation in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn. Ziel war es, die größten Probleme herauszuarbeiten, Ressourcen zu analysieren und ggf. Lösungsansätze für eine bessere psychosoziale Grundversorgung herauszuarbeiten.</p> <p>In Billstedt und Horn gibt es nach Angaben der AG-Teilnehmer eine hohe „versteckte“ Prävalenz des Krankheitsbildes bei unzureichenden Behandlungs- und Beratungsangeboten. Speziell Mümmelmannsberg ist „unterversorgt“.</p> <p>Lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, die unzureichende Verzahnung der Vielzahl an Trägern (SGB II bis SGB XII), spezielle Schnittstellenprobleme beim Übergang von SGB II zu SGB V, beim Übergang von stationär zu ambulant sowie zu niedrigschwelligen Angeboten führen den Teilnehmern nach zu einer ineffizienten Versorgungssituation. Laut der SGB-II-Träger, kommt eine Vielzahl von Klienten mit psychischen Symptomen zu ihnen, für die sie keine passenden Angebote finden können.</p> <p>Bei Menschen mit Migrationshintergrund kommen sprachliche und kulturelle Herausforderungen hinzu, die eine adäquate Versorgung erschweren. Nach Ansicht der Teilnehmer sind (kultursensible) Angebote für psychisch erkrankte Menschen wie z. B. Verikom, VillaR, Internationaler Bund, MiMi, ABeSa und Pestalozzi vorhanden und werden genutzt. Allerdings übersteige die Nachfrage das Angebot. Es fehle speziell an multilingualen Therapeuten.</p> <p>Mögliche Lösungsansätze für die Versorgungsproblematik ergeben sich aus einer besseren Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer. Eine niedrigschwellige, intensive und sektorenübergreifende Betreuung kann Verschlimmerung und Chronifizierung der psychischen Erkrankungen vermeiden und die Betroffenen wieder in den Arbeitsmarkt integrieren.</p>	

Titel:	Psychosoziale Grundversorgung
	Die Schnittstellenproblematik soll bei einem zweiten Treffen der Arbeitsgruppe am 20.05.2015 im Billenetz aufgegriffen und ausgearbeitet werden.
Diskussion	<p>Die Anwesenden der Arbeitsgruppe berichten aus ihrem Arbeitsalltag und von den besonderen Herausforderungen, die psychisch erkrankte Kunden für ihre Arbeit darstellen. Die Hilfestellung und Vermittlung geeigneter Behandlungsangebote gestaltet sich aufgrund der Unterversorgung in den Stadtteilen Billstedt und Horn sehr schwierig, hieß es. Im Rahmen der Arbeitsgruppe möchten die Teilnehmer eine Übersicht über die Versorgungssituation und die Versorgungsangebote erhalten, um die Informationen an die Kunden weitergeben und sie im Bedarfs- bzw. Krankheitsfall an weiterführende Hilfs- bzw. Behandlungsinstitutionen vermitteln zu können.</p> <p>Unterversorgung bei Psychischen Erkrankungen in Billstedt und Horn</p> <p>Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe berichten von einer starken Unterversorgung im Bereich der psychosozialen Versorgungsangebote in Billstedt-Horn und explizit in Mümmelmannsberg. Das Angebot der psychosozialen Versorgung entspricht hier nicht der großen Nachfrage nach psychologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten. Eine Umsteuerung auf freie Therapie- und Beratungsangebote in benachbarten Stadtteilen gestaltet sich sehr schwierig, weil Menschen mit einer psychischen Erkrankung ihren Stadtteil oft nicht verlassen wollen (vor allem in Mümmelmannsberg). Medizinische und soziale Angebote außerhalb des Stadtteils werden nicht aufgesucht. Zudem kommt es auch in den angrenzenden Stadtteilen zu langen Wartezeiten bzw. es fehlen die Angebote. Um eine Chronifizierung der Erkrankung zu vermeiden, bedarf es aber niedrigschwelliger, schnell zugänglicher Angebote (leichterer Zugang zu Hilfsangeboten).</p> <p>Schwachstellen in der Versorgung von psychisch Erkrankten in Billstedt und Horn</p> <p>Neben der Unterversorgung stellt nach Ansicht der Teilnehmer die Versorgungsstruktur ein Problem dar. Eine unzureichende Kommunikation zwischen den Trägern, den Versorgungssektoren und den unterschiedlichen Leistungserbringern führt zu einer unzureichenden Versorgung von psychisch Erkrankten in Billstedt und Horn.</p> <p>Schnittstellenprobleme in der Kommunikation ergeben sich besonders zwischen der behandelnden Klinik und den sozialen Trägern vor Ort. Nach einer sehr strukturierten Behandlung im (teil-)stationären Bereich kommen die Patienten ohne Betreuung in ihr unstrukturiertes gewohntes Umfeld zurück und stehen ohne weitere Unterstützung vor den gleichen Herausforderungen, die sie auch vor der (teil-)stationären Behandlung hatten. Eine frühzeitige Kooperation zwischen dem (teil-)stationären Sektor und sozialen Einrichtungen (speziell den Trägern der Eingliederungshilfe, z. B. Pestalozzi und ABeSa) könnte den Teilnehmern zufolge den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor vereinfachen und eine Chronifizierung der Erkrankung mit weiteren folgenden Krankenhausaufenthalten vermeiden. Ein Grund für die unzureichende Kommunikation könnten Personalmangel und ein daraus resultierender Zeitmangel sein.</p> <p>Weitere Probleme in der Versorgung psychosozialer Erkrankungen entstehen den Teilnehmern nach durch häufigen Personalwechsel im ambulanten und stationären Bereich. Dadurch könne nur begrenzt eine Arzt-Patient-Beziehung aufgebaut werden, der aber in der Behandlung psychosozialer Erkrankungen eine bedeutende Rolle zukommt.</p>

<b>Titel:</b>	<b>Psychosoziale Grundversorgung</b>
	<p>Schwierige Versorgung aufgrund des Krankheitsbildes.</p> <p>Bei den Vermittlungsfachkräften im Job-Center fehle es oftmals an spezifischem Wissen über gesundheitliche Aspekte, berichten die Teilnehmer. Die Vermittlungsfachkräfte seien oftmals nicht geschult im Umgang mit dem Krankheitsbild. Die Betroffenen benötigten zudem eine kontinuierliche Behandlung und müssten motiviert werden, um nach einer Erkrankung langsam ins Arbeitsleben wieder eingegliedert zu werden.</p> <p>Schwierig gestaltet sich nach Angaben der Teilnehmer die Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Migranten ohne Deutschkenntnisse in Billstedt und Horn. Durch die Einwanderung, eine neue Kultur und eventuelle sozioökonomische Probleme oder Traumatisierungen seien Migranten besonders gefährdet, psychisch zu erkranken, und benötigten häufig psychologische Unterstützung. Der Zugang zu Hilfsangeboten werde z. B. durch lange Wartezeiten und sprachliche Barrieren erschwert. Die Wartezeit bei Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen betrage in Billstedt-Horn bis zu zwei Jahre. Die größte Zielgruppe stellen hierbei Menschen aus der Türkei, Afghanistan und dem Iran dar. Angebote in russischer und polnischer Sprache werden kaum wahrgenommen, was die Teilnehmer u.a. mit einer Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in den jeweiligen Ländern begründen. Der Wegfall wichtiger Ressourcen, wie z. B. die Einstellung der Extraförderung für MiMi für die Region Billstedt, sorgt zudem für weitere Einschränkungen bzw. Barrieren in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen.</p>
<b>Ressourcen</b>	<p>In Billstedt und Horn sind einige Angebote der sozialen Ingegration vorhanden und stoßen auf großes Interesse. So sind hier z. B. Verikom und Intervento, VillaR, Internationaler Bund, Das Rauhe Haus, Pestalozzi Vereinigung, MiMi und ABeSa aktiv.</p> <p>Die neu eröffnete Begegnungsstätte der ABeSa z. B. bietet Betroffenen die Möglichkeit, in das Leben zurückzufinden. Laut Frau Rehhagen wird die psychosoziale Beratungsstelle in Anspruch genommen und es herrscht bereits jetzt eine hohe Nachfrage. Eine weitere Ressource stellt das Gesundheitsprojekt MiMi Hamburg dar, hieß es weiter. Trotz des großen Bedarfs wurde die Extraförderung der MiMi für die Region Billstedt jedoch eingestellt.</p> <p>Was die Einrichtungen der sozialen Träger betrifft, steht Mümmelmannsberg im Vergleich zu Billstedt-Horn schlechter da. Einrichtungen wie z. B. ABeSa sind hier nicht vorhanden.</p> <p>Für Menschen, die von Langzeitarbeitslosigkeit und Armut und damit in hohem Maße von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, wurde ein niedrigschwelliges Beratungs- und Leistungsangebot ins Leben gerufen. Schwerpunkte bilden eine stadtteilorientierte Vernetzung und eine zielgruppenadäquate Ansprache und individuelle Gesundheitsberatung. Die Hamburger Arbeit GmbH führt die Präventionsangebote in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Vermittlungskontor in Billstedt durch.</p>
<b>Lösungsansätze</b>	<p>Die psychosoziale Grundversorgung in den Stadtteilen Billstedt-Horn benötigt nach Ansicht der AG-Teilnehmer:</p> <p>Ausbau von niedrigschwelligen und lokalen Beratungs- und Behandlungsangeboten.</p> <p>Aufbau eines Netzwerks für die Versorgung psychischer Erkrankungen.</p>

<b>Titel:</b>	<b>Psychosoziale Grundversorgung</b>
	<p>Als ein Instrument zur selbstbestimmten Teilhabe wurde das personalisierte Budget genannt, welches trägerübergreifend eingesetzt werden kann. Dadurch können Hilfsbedürftige selbst bestimmen, welche Leistungen sie für notwendig erachten und diese unabhängig vom Träger durch das personalisierte Budget finanzieren.</p> <p>Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren, insbesondere dem stationären Sektor und den sozialen Trägern. Als ein Instrument wurde eine Konferenz mit allen relevanten Akteuren in Billstedt und Horn vorgeschlagen.</p> <p>Förderung längerfristiger Begleitprogramme von Flüchtlingen. Die Begleitprogramme sollten die Menschen sektorenübergreifend von der Entlassung aus der Klinik über die Nachversorgung nach einer tagesklinischen Behandlung bis hin zur Integration in Arbeit begleiten und betreuen. Dafür werden nach Ansicht der Teilnehmer verbindliche Strukturen und eine intensive Vernetzung und standardisierte Abläufe benötigt.</p> <p>Schulung von Menschen, die an der Schnittstelle der psychosozialen Grundversorgung tätig sind (auch die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung).</p> <p>Zulassung von muttersprachlichen Therapeuten: Das komplizierte Zulassungsverfahren von Migranten mit einer Ausbildung im medizinischen Bereich sollte deutlich schneller organisiert und erleichtert werden. Diese Berufsgruppe kann eine große, bisher ungenutzte Ressource darstellen.</p> <p>Systematische Betreuung und störungsspezifische Begleitung von psychisch erkrankten Menschen, wie z. B. bei Suchtkranken, um eine intensive Betreuung zu gewährleisten und eine Verschlimmerung und Chronifizierung zu vermeiden.</p> <p>Versuch, Billstedter Arbeitgeber in das Arbeitsprogramm einzubeziehen, das begleitete und gestützte Arbeitsintegration unterstützt.</p> <p>Menschen mit Migrationshintergrund und ohne anerkannte Ausbildung mit Deutschkenntnissen könnten psychisch kranke Migranten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, zum Arzt begleiten.</p>
<b>Ergebnis:</b>	<p>Als Ergebnis der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Grundversorgung“ wurde ein zweiter Termin für die Arbeitsgruppe vereinbart.</p> <p>In einem nächsten Schritt soll die jetzige Versorgungsstruktur (IST-Situation) dargestellt werden, um so Schwachstellen in der Vernetzung der psychosozialen Versorgungskette aufdecken zu können. Darauf aufbauend wird ein optimaler und beispielhafter Versorgungsverlauf inkl. aller Schnittstellen und Kooperationen modelliert, der den Akteuren der psychosozialen Grundversorgung als Best-Practice-Beispiel dienen soll.</p> <p>Das nächste Treffen findet am 20. Mai 2015 um 15 Uhr im Billenetz-Büro statt.</p>

Tabella 11: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung

<b>Titel:</b>	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen	
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 23.04.2015, 14:30 – 16:30 Uhr	
<b>Ort:</b>	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97 – 22117 Hamburg	
<b>Teilnehmer:</b>	Canales, Carmen	Stiftung See You, Babylotsen
	Dotzek, Marianne	Elternschule Horner Geest
	Fischer, Alexander	OptiMedis AG
	Gürtekin, Sebnem	SR 333, Frühe Hilfen
	Hoffmann, Angelika	Bezirksamt Hamburg-Mitte
	Hustig, Johanna	Familienhebamme
	Lorenz, Irena	OptiMedis AG
	Rosenbusch, Bettina	Billenetz
	Ruf, Dr. Christa-Maria	Bezirksamt Hamburg-Mitte
	Sawallich, Hannah	Babylotsin
	Scherkl, Monika	Spiel-Werk-Stadt
	Schumann, Birgit	Elternschule Billstedt
	Sokolowski, Birgit	Elternschule Mümmelmannsberg
	Spitzer, Randi	Bezirksamt Hamburg-Mitte
	Warringsholz, Ute	KiFaZ Dringsheide
<b>Resümee</b>	<p>Das Treffen der Arbeitsgruppe „Guter Start“ widmete sich der Gesundheitsversorgung von Babys, (Klein-)Kindern und Eltern in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn. Ziel der AG war es, die größten Herausforderungen und Ressourcen im Bereich der Mütter- und Kindergesundheit zu identifizieren und darauf aufbauend Lösungsansätze für eine bessere Versorgung zu entwickeln.</p> <p>In den kinderreichen Stadtteilen Billstedt und Horn gibt es bereits gute Angebote der Eltern- und Kindergesundheit wie z. B. die Mütterberatung, Elternschulen oder die Babylotsen. Es wurde jedoch berichtet, dass speziell bei den präventiven Angeboten (z. B. Baby-Begrüßungsprogramm) – aufgrund von Einsparungen im Hamburger Haushalt – gesundheitsfördernde Maßnahmen wegfallen. Die Baby-Begrüßungsbesuche stellen aber als nicht-stigmatisierendes Angebot eine wichtige Präventionsmaßnahme dar.</p> <p>Weitere Herausforderungen bei den Präventionsmaßnahmen ergeben sich in der Vernetzung bzw. an den Übergängen der Hilfsangebote (z. B. Babylotsen, Mütterberatung). Neben den Schnittstellenproblemen kommt ein Mangel an Kinderärzten und Hebammen in Billstedt und Horn hinzu. Dadurch fallen speziell die bedürftigen Eltern und Kinder durch das „Hilfe- und Unterstützungsraaster“. Auch in der Familien- und Kindergesundheit zeigt sich das Präventionsdilemma: Oftmals nehmen die Familien, die über bessere Ressourcen (z. B. Bildung, Einkommen, beruflicher Status, gutes soziales Netzwerk) verfügen, die präventiven Angebote (z. B. Hebammen) in Anspruch.</p>	

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen
	<p>Lösungsansätze für eine bessere Familien- und Kindergesundheit in den kinderreichen Stadtteilen Billstedt und Horn stellen eine engere Vernetzung der präventiven Angebote (Familien–Hebammen, Babylotsen, Mütterberatung etc.) dar sowie mehr Ressourcen bei den präventiven Angeboten und eine Erhöhung der Zahl der Kinderärzte. Durch frühzeitige und zielgerichtete Interventionen im Rahmen der präventiven Angebote könnten Spätfolgen und Folgekosten abgewendet werden. Es kommt dem Wohlergehen des Kindes und der Gesellschaft zugute, wenn der Zugang zu gefährdeten Familien so früh wie möglich hergestellt werden kann.</p> <p>Neben den ökonomischen Vorteilen erfüllen die Angebote auch eine wichtige soziale Funktion, da Hilfsangebote, wie etwa die Babygruppen, die Kommunikation zwischen den Frauen fördern, unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund.</p>
Diskussion	<p>Im Bereich der Kindergesundheit gibt es bereits viele sehr gute und wirksame Präventionsmaßnahmen, diese müssten jedoch weiter ausgebaut und gestärkt werden. Im Bereich der Kindergesundheit herrscht in den sozioökonomisch benachteiligten, kinderreichen Stadtteilen Billstedt und Horn ein großer Bedarf, der mit den derzeit verfügbaren Ressourcen nicht bedient werden kann. Nach Angaben vom Statistikamt Nord wurden 2013 in den beiden Stadtteilen Horn und Billstedt 1.168 Kinder geboren (6,6 Prozent der Geburten in Hamburg).</p> <p>Zu einer Gefährdung der Kindergesundheit kann es nach Aussagen der Teilnehmer kommen, wenn es zu einem Bruch der Versorgungskette kommt bzw. bedürftige Eltern aus der Präventionskette herausfallen. Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurden einzelne Versorgungsbereiche der Kindergesundheit (Präventionskette) analysiert, um die Versorgungsschwachstellen zu identifizieren.</p> <p>Kindergesundheit – Analyse der Präventionskette</p> <p>Facharzt – Hebamme</p> <p>Der Anfang der Versorgungs- und Präventionskette im Bereich der Kindergesundheit beginnt in der Regel mit der Feststellung der Schwangerschaft bei einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Teilnehmer berichten, dass von den Ärzten die Informationen zur Schwangerschaft zwar erteilt werden, diese jedoch keine vermittelnde Rolle übernehmen und die Patientinnen in der Regel nicht an Hebammen oder soziale Einrichtungen verweisen. In dieser Zeit bzw. der frühen Schwangerschaft sollte jedoch bereits der Kontakt zu einer Hebamme hergestellt werden, andernfalls könne es Schwierigkeiten geben, vor allem bei sozial benachteiligten Eltern, die es oftmals nicht schafften, nach einer Hebamme zu suchen.</p> <p>Der Beruf der Hebamme ist gesellschaftlich positiv besetzt, da Hebammen die werdenden Mütter vor, während und bis zu acht Wochen nach der Geburt intensiv betreuen und somit ein Vertrauensverhältnis zu den werdenden Eltern aufbauen können.</p> <p>Familien, die aus medizinischen oder sozialen Gründen mit besonderen Startschwierigkeiten zu kämpfen haben, werden von Familienhebammen unterstützt. Diese haben neben der staatlich anerkannten Ausbildung zur Hebamme eine entsprechende Zusatzqualifikation und können (werdende) Eltern in belastenden Lebenssituationen betreuen und unterstützen. Die Leistungen der Familienhebammen reichen von der</p>

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen
	<p>Begleitung zum Kinderarzt über die Hilfe bei gesundheitlichen Fragen bis hin zur Vermittlung in das bestehende Hilfesystem. Die Vergütung der Familienhebammen erfolgt über Bundesmittel.</p> <p>Anspruch auf reguläre Hebammenleistungen haben alle Frauen über die gesetzliche oder private Krankenversicherung. Die Vergütung für diese Tätigkeit der Hebammen übernehmen die Krankenkassen, mit denen die Hebammen direkt abrechnen. Die Leistungen reichen von der Schwangerenvorsorge über die Hebammenbetreuung während der Geburt bis zu acht Wochen Hebammenhilfe im Wochenbett nach der Geburt.</p> <p>Nach Ansicht der Teilnehmer ist das gesamte Stadtgebiet, vor allem aber die sozial benachteiligten Stadtteile wie Billstedt und Horn, mit Hebammen unterversorgt. Es mangelt an freiberuflichen Hebammen, die nicht in einem Krankenhaus angestellt sind. Infolgedessen müssten viele Schwangere länger warten oder bekämen erst gar keine Hebamme.</p> <p>Diese Problematik liegt nach Ansicht der Teilnehmer an der schlechten Vergütung und an den steigenden Kosten für die Hebammen. Die Beiträge, die freiberufliche Hebammen für ihre Berufshaftpflicht bezahlen müssen, steigen an, auch aufgrund steigender Therapiekosten für behinderte oder bei der Geburt geschädigte Kinder, und lagen im Jahr 2014 bei über 5000 Euro pro Jahr (im Vergleich 2003: 1352,56 Euro<sup>25</sup>). Während die Ausgaben der Hebammen ansteigen, bleibt ihr Einkommen aber nahezu stabil. Weiterhin wird berichtet, dass viele ausgebildete Hebammen aufgrund der Honorierung bevorzugt berufsnahen Tätigkeiten (z. B. Kinderkrankenschwester) nachgehen.</p> <p>Den Teilnehmern nach sind die Kosten der Prävention im Bereich der Kindergesundheit minimal gegenüber den Folgekosten einer Kindeswohlgefährdung. An der Schnittstelle vom Arzt zur Hebamme kann es aufgrund der Unterversorgung und der zu spät eingeleiteten Suche nach einer Hebamme bereits zu einer Unterbrechung der Versorgungskette kommen.</p> <p>Krankenhaus – Hebamme / Babylotsen</p> <p>In der Zeit nach der Entbindung können Eltern zusätzliche Unterstützung und Beratung von den Babylotsen in den Hamburger Geburtskliniken erhalten. Das peripartale, psychosoziale Frühwarnsystem / Screening in Geburtskliniken dient der frühzeitigen systematischen Identifizierung von Familien mit hoher psychosozialer Belastung und der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs in Kooperation mit der Familie. Auf Grundlage der ersten Beratung wird in Abhängigkeit vom Unterstützungsbedarf ein Hilfsplan erstellt und benötigte Angebote werden vermittelt und eingeleitet.</p> <p>Die Angebotsvielfalt der Babylotsen reicht von der Begleitung zu Ämtern über die Vermittlung von Hilfs- und Beratungsangeboten bis hin zur Weitergabe von Tipps zum Leben mit dem neugeborenen Kind. Die Babylotsinnen kennen sich im sogenannten „Frühe-Hilfen-Universum“ ihrer Region gut aus und lotsen Mutter und Kind zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten.</p> <p>Wünscht die Familie keine weitere Beratung oder Unterstützung durch die Babylotsen oder Hebammen, kann es passieren, dass die Familie keine Hilfsangebote / Unterstützung mehr erhält. Gerade bei Eltern mit schlechter Bildung stelle dieses Problem ein großes Gesundheitsrisiko dar.</p>

<sup>25</sup> <http://www.hebammenfuerdeutschland.de/hintergrundwissen>

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen
	<p>Kinderärztliche Versorgung</p> <p>Einen wesentlichen Baustein der Präventionskette stellen Kinderärzte dar, die die Kinder im optimalen Fall bis zum 18. Lebensjahr behandeln und versorgen. Die Versorgungssituation mit Kinderärzten in Billstedt und Horn ist laut den Teilnehmern mangelhaft. In Horn steht für 5.500 Kinder ein Kinderarzt – Dr. Karl Robert Schirmer – zur Verfügung, der nur noch Neugeborene und ihre Geschwister als neue Patienten aufnehmen kann. Bei den Kinderärzten kommt es in Billstedt und Horn zu langen Wartezeiten. Die Teilnehmer berichten, dass dieses Problem dazu führt, dass Eltern mit ihren Kindern entweder gar nicht zum Arzt gehen oder, um die Wartezeit zu vermeiden, abends in den stationären Sektor ausweichen.</p> <p>Mütterberatung – Baby-Begrüßungsprogramm</p> <p>Ungefähr sechs Wochen nach der Geburt des Kindes findet das Baby-Begrüßungsprogramm statt. Dabei handelt es sich um einen einmaligen Besuch der Kinderkrankenschwestern aus den Mütterberatungsstellen des Bezirksamtes Hamburg-Mitte, bei dem die Eltern zu Hause aufgesucht werden. Ziel des Programms ist es, nach dem Wohlbefinden des Kindes zu schauen und auch die Frauen zu erreichen, die sich mit dem Gesundheitssystem nicht auskennen und Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Durch das Baby-Begrüßungsprogramm kann erstes Vertrauen der Mütter geschaffen und Informationen zu Stadtteileinrichtungen wie z. B. den Elternschulen und ggf. zu weiteren Hilfsangeboten können vermittelt werden.</p> <p>Bisher bekam jede Familie mit einem Neugeborenen in Billstedt und Horn Besuch von einer der vier Kinderkrankenschwestern der Mütterberatung. Diese Besuche finden laut den Teilnehmern allerdings immer seltener statt, weil die Mütterberatungsschwestern seit November 2014 für die Kontrolle der Kinderarzt-Vorsorgeuntersuchungen "Einladungswesen U6/U7" zuständig sind und durch den damit verbundenen hohen Verwaltungsaufwand keine Zeit mehr für die Hausbesuche finden.</p> <p>Nach Ansicht der Teilnehmer sind seither etwa 800 Baby-Begrüßungsbesuche ausgefallen. Diese Besuche sind bei den Familien aber sehr beliebt und haben eine wichtige Funktion für die Integration der Mütter in den Stadtteil. Durch den Ausfall des nicht stigmatisierenden Baby-Begrüßungsprogramms können Eltern nicht mehr auf weitere Angebote der „Frühen Hilfen“ aufmerksam gemacht werden. Gerade sozial benachteiligte Eltern müssen aber auf die Angebote hingewiesen werden, um z. B. Hilfe bei Erziehungsfragen zu erhalten oder Hilfsangebote vermittelt zu bekommen.</p> <p>Stadtteileinrichtungen</p> <p>Die letzten Schritte der Versorgungskette stellen Stadtteileinrichtungen wie z. B. das Kinder- und Familienhilfzentrum Dringsheide, die Spiel-Werk-Stadt oder die Elternschulen in Billstedt, Horner Geest und Mümmelmansberg dar. Auch werdende Eltern können hier an verschiedenen Kursen teilnehmen, sich mit anderen Menschen austauschen oder Hilfsangebote vermittelt bekommen. Die Elternschule in Billstedt beschäftigt eine Familienhebamme, die z. B. die geburtsvorbereitenden Kurse durchführt. Die Elternschulen stellen für die Familien eine wichtige Ressource dar; sie unterstützen die Familien in jeder Lebenslage bzw. können je nach Bedarf an die entsprechenden Hilfeinrichtungen vermitteln.</p>



<b>Titel:</b>	<b>Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ &amp; Mütterberatungsstellen</b>
<b>Ressourcen</b>	<p>Die größte Ressource der Kinderversorgung stellen nach Ansicht der Teilnehmer Hebammen dar, die die Mütter in der Zeit vor der Geburt und i. d. R. bis zu acht Wochen nach der Geburt präventiv unterstützen und betreuen. Dass frühzeitige Prävention einen positiven Nutzen für die Gesellschaft bringt, hat die Studie der „Frühen Hilfen“ bewiesen (mehr unter: Meier-Gräwe, Wagenknecht, Materialien zu Frühe Hilfen, Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“).</p> <p>Ebenso wichtig sind die Babybegrüßungsbesuche des Bezirksamts. Die Mitarbeiter des Baby-Begrüßungsprogramms berichten, dass sie von 3.000 Geburten rund 1.000 Mütter erreichen können, und dass durch den Besuch und die Vermittlung von Hilfsangeboten wirksam vorgesorgt werden kann.</p> <p>Ein weiterer positiver Aspekt der Babybegrüßungsbesuche ist die Herstellung des Vertrauens zu hilfsbedürftigen Familien in einer gewohnten Umgebung, ohne die Familien zu stigmatisieren. Einen Zugang zur Familie in einer fremden Umgebung durch unbekannte Mitarbeiter zu erhalten, gestaltet sich in der Regel sehr schwierig.</p> <p>Auch die Stadtteileinrichtungen sind sowohl für die Familien als auch für die Kinderärzte eine bedeutende Ressource. Hier können Familien an verschiedenen Kursen teilnehmen oder Hilfe vermittelt bekommen. Auch Kinderärzte sollten sich im Bedarfsfall an die Elternschule wenden, damit die Elternschulen - als „Spinnen im Netz“ – Hilfestellung leisten können.</p>
<b>Lösungsansätze</b>	<p>Für die Inanspruchnahme der Leistungen ist es den Teilnehmern vor allem wichtig, die niederschweligen therapeutischen Angebote auszubauen, um den Eltern den Zugang zu einer gesundheitsfördernden Kinderversorgung zu erleichtern. Des Weiteren müssen Angebote kenntlich gemacht werden und Eltern sollen über bestehende Hilfs- und Betreuungsangebote aufgeklärt werden.</p> <p>Die Teilnehmer sehen die Lösung für die Verbesserung der Versorgung im Bereich der Kindergesundheit vor allem in der besseren Verzahnung der Angebote. Die Präventionskette soll – gerade bei benachteiligten Eltern – aufrecht gehalten werden und ein nahtloser Übergang der Leistungen vom Frauenarzt über die Hebamme und den Kinderarzt bis hin zu Angeboten der Familienförderung soll sichergestellt werden.</p> <p>Weiterhin erwarten die Teilnehmer der AG eine Aufstockung der Zahl der Kinderärzte, der Hebammen und die Wiederaufnahme des Baby-Begrüßungsprogramms. Das größte Potential stelle dabei eine erhöhte Anzahl von Hebammen dar.</p>

Tabella 12: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen

<b>Titel:</b>	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn	
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 23.04.15, 17 – 19 Uhr	
<b>Ort:</b>	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97 - 22117 Hamburg	
<b>Teilnehmer:</b>	Fischer, Alexander	OptiMedis AG
	Grismann, Elsa	CDU-Mitte, Senioren Union
	Gündüz, Simone	SPD Fraktion Bergedorf
	Happe, Dr. Egbert	Praxis für HNO
	Hildebrandt, Helmut	OptiMedis AG
	Hoffmann, Angelika	Bezirksamt Hamburg-Mitte
	Hoffmann, Lutz	SKH Stadtteilklinik Hamburg/ZytoService GmbH
	Imholz, Gerd	CDU Hamburg Mitte
	Lorenz, Irena	OptiMedis AG
	Rosenbusch, Bettina	Billenetz
	Röhrs, Ingo W.	Kindermedizinisches Versorgungszentrum HH
	Rudloff, Bernd	SKH Stadtteilklinik Hamburg/ZytoService GmbH
	Ruf, Dr. Christa-Maria	Bezirksamt Hamburg-Mitte
<b>Resümee</b>	<p>Ziel der Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn“ war es, die Stärken und Schwächen der Gesundheitsversorgung in den sozial benachteiligten Stadtteilen Billstedt und Horn mit den Akteuren des Gesundheitswesens zu analysieren und Lösungsansätze zu diskutieren.</p> <p>Laut den Teilnehmern der Arbeitsgruppe bestehen in Billstedt und Horn starke strukturelle Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung. Durch eine Abwanderung der Ärzte und „Umzüge“ der Arztstühle in gut situierte Stadtteile stehen den Bewohnern in Billstedt und Horn immer weniger Ärzte zur Verfügung. Durch fehlende Anreize lassen sich keine neuen Ärzte in Billstedt und Horn nieder. Hierdurch entsteht eine Unterversorgung im ambulanten Bereich. Durch einen eingeschränkten Bewegungsradius der Bewohner in Billstedt und Horn und die Angst vor Stigmatisierung in besser situierten Stadtteilen weichen die Bewohner für die ärztliche Behandlung nicht auf andere, benachbarte Stadtteile aus, sondern verzichten lieber auf die medizinische Leistung.</p> <p>Weitere Versorgungsdefizite ergeben sich in der Versorgung von Kindern in Billstedt und Horn. In den kinderreichen Stadtteilen befinden sich nur wenige Kinderärzte. In Horn ist die Lage noch kritischer, dort gibt es nur noch einen Kinderarzt. Eine Verlagerung der Behandlung vom ambulanten in den stationären Bereich ist vor allem abends zu beobachten, wodurch die Eltern die Wartezeit im ambulanten Bereich umgehen möchten. Eine Behandlung im Krankenhaus entspricht aufgrund der Anonymität der Patienten und der unbekannteren Behandlungshistorie jedoch nicht den qualitativen Standards eines Kinderarztes.</p> <p>Auch bei anderen Fachdisziplinen wie Orthopädie, Gynäkologie und Urologie sind die Stadtteile Billstedt und Horn unterversorgt.</p>	

Titel:	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn
	<p>Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation in Billstedt und Horn wurden einige Lösungsansätze ausgearbeitet. Um die Abwanderung der Arztstühle in gut situierte Stadtteile zu verhindern, sprechen sich die Teilnehmer für eine kleinteiligere Bedarfsplanung aus. Weiterhin muss das Bild der ärztlichen Tätigkeit in Billstedt und Horn aufgewertet werden, um die Stadtteile attraktiver für Ärzte zu machen. Auch eine Kooperation bzw. ein Weiterbildungsprogramm mit der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf könnte eine mögliche Lösung darstellen, um junge Ärzte für die Stadtteile Billstedt und Horn zu begeistern.</p>
Diskussion	<p>Sicherstellung der ärztlichen Versorgung</p> <p>Die teilnehmenden Ärzte der AG sehen die ärztliche Grundversorgung, speziell bei den Fachärzten, bedroht. Verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass zunehmend Ärzte altersbedingt aus der ambulanten Versorgung ausscheiden und ihre Arztstühle verkaufen. Da die Stadt Hamburg ein einziger Planungsbezirk ist, kann der „Umzug“ eines Arztstuhls in einen „lukrativeren“ Stadtteil nicht verhindert werden. Wenn der Käufer eines Arztstuhls diesen in einen von der Einnahmesituation her günstigeren Stadtteil verlegt (mehr Privatpatienten, mehr Individuelle Gesundheitsleistungen), beschleunigt dies eine Versorgungsproblematik in den sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen, wie sie auch in den Flächenstaaten („Bauer sucht Arzt“) bekannt ist. Arztpraxen in sozial benachteiligten Stadtteilen haben aufgrund der geringen bzw. fehlenden Einnahmen durch Privatpatienten ca. 30 Prozent weniger Einnahmen als Arztpraxen in gut situierten Stadtteilen. Hinzu kommt, dass das Risiko für den Kauf eines Arztstuhls in Billstedt und Horn für junge Ärzte zu hoch ist. Der Kaufpreis lässt sich durch den laufenden Praxisbetrieb (weniger Privatpatienten, weniger IGeL Leistungen) nicht amortisieren. Somit sind die Stadtteile Billstedt und Horn für die Niederlassung von Ärzten eher unattraktiv.</p> <p>Als ein möglicher Lösungsansatz wird das Sonderbudget für Ärzte im Hamburger Osten vorgeschlagen. Weiterhin wird berichtet, dass die Klientel in Billstedt und Horn kränker und anspruchsvoller ist und durch einen hohen Migrantenanteil auch Verständigungsprobleme hinzukommen, wodurch sich die Behandlung schwieriger und zeitlich aufwendiger gestaltet.</p> <p>Das Argument, dass Hamburg mit einem Versorgungsgrad von 119 Prozent (Hausärzte) zum Teil überversorgt ist, wird von den Teilnehmern nicht geteilt. Es wird berichtet, dass der Bewegungsradius der Menschen mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängt und bei Bewohnern mit einem niedrigen sozialen Status geringer ist. In diesem Zusammenhang wurde auf eine englische Vodafone-Studie verwiesen, die den Bewegungsradius der Bewohner in London analysiert hat. Sozial benachteiligte Bewohner suchen demnach selten bzw. nie ärztliche Leistungserbringer in benachbarten Stadtteilen auf. Verstärkt wird dieses Problem u.a. durch einen schlechten Umgang mit sozial benachteiligten Menschen in gut situierten Stadtteilen aufgrund von Vorurteilen. Ihnen wird oft zu wenig Respekt entgegengebracht.</p> <p>Damit sich junge, angehende Ärzte in den Stadtteilen Billstedt und Horn niederlassen, muss das „Arbeitsfeld“ Medizin in benachteiligten Stadtteilen positiv besetzt werden. Aktuell hat eine ärztliche Tätigkeit in Billstedt und Horn kein Prestige. Die anwesenden Ärzte sehen dies allerdings anders. Demnach ist die Patienten Klientel in Billstedt und</p>

<b>Titel:</b>	<b>Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn</b>
	<p>Horn medizinisch anspruchsvoll, abwechslungsreich und interessant. Der Arbeitsalltag wird als spannend und zufriedenstellend wahrgenommen.</p> <p>Versorgungssituation der Kinder</p> <p>Es wird berichtet, dass sich in den fünf kinderreichsten Stadtteilen, in denen 70 Prozent der Hamburger Kinder leben, nur 10 Prozent der Kinderarztpraxen befinden. In Horn gibt es nur noch einen Kinderarzt für rund 5.500 Kinder.</p> <p>Dabei wird hervorgehoben, dass speziell eine wohnortnahe, ambulante Versorgung im Bereich der Kindergesundheit medizinisch und ökonomisch sinnvoll sei, da der Arzt die jungen Patienten, ihr soziales Umfeld und ihre Krankheitsgeschichte kennt. Durch einen regelmäßigen Kontakt lassen sich unnötige „Abklärungs- und Doppeluntersuchungen“ vermeiden. In Billstedt und Horn gibt es den Teilnehmern nach eine bedrohliche Entwicklungstendenz. Die medizinische Kinderversorgung findet zunehmend im stationären Bereich statt, zulasten von Behandlungsqualität und -intensität und Ressourcen. Die Krankenhausärzte kennen die Kinder und deren Gesundheit nicht, die Kinder werden im Notdienst von teilweise unerfahrenen Assistenzärzten behandelt.</p> <p>Ein Grund für diese Entwicklung ist, dass Eltern in Billstedt und Horn mit ihren Kindern bevorzugt abends ins Krankenhaus gehen, statt mehrere Stunden in der ambulanten Praxis zu sitzen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird in Billstedt und Horn nicht immer eingehalten.</p> <p>Weiterhin wird berichtet, dass die Kinderarztkapazitäten durch Eltern und Patienten mit „Husten und Schnupfen“ ausgeschöpft werden, wodurch die Zeit für die Behandlung ernsthafter Erkrankungen limitiert wird. Zu Ressourcenproblemen kommt es bei den Kinderärzten außerdem aufgrund der Notwendigkeit von Gesundheitsmeldungen für Kita-Kinder. Diese dürfen ausschließlich durch einen Arzt erfolgen und werden für den Besuch der Kita nach einer ansteckenden Erkrankung zwingend benötigt.</p>
<b>Ressourcen</b>	<p>Wichtige Ressourcen stellen Medizinstudierende, Weiterbildungsassistenten und medizinisches Personal mit Migrationshintergrund bzw. mit Fremdsprachenkenntnissen dar. Insbesondere Weiterbildungsassistenten seien bereits hoch qualifiziert und sind in der Lage, im Stadtteil zu praktizieren.</p> <p>Auch die Medizinischen Fachangestellten sind eine wichtige Ressource und können durch eine Zusatzqualifikation zu Hausbesuchen berechtigt werden. Hierdurch können Ärzte entlastet werden.</p>
<b>Lösungsansätze</b>	<p>Es müssen dringend Anreize geschaffen werden, um junge Ärzte dauerhaft nach Billstedt und Horn zu holen und eine Abwanderung der Ärzte in „lukrativere“ Stadtteile zu verhindern. Folgende Lösungsansätze wurden erarbeitet.</p> <p>Verhinderung der Abwanderung der Ärzte und des Verkaufs und Umzugs der Arztsitze durch eine kleinteiligere Bedarfsplanung</p> <p>Anwerbung neuer und junger Assistenz- und Weiterbildungsärzte in die akademischen Lehrpraxen durch eine positive Besetzung der ärztlichen Tätigkeit in Billstedt und Horn</p> <p>Finanzielle Anreize für die Niederlassung neuer Ärzte in Billstedt und Horn</p> <p>Kooperation mit der Universitätsklinik Eppendorf, wodurch Ärzte nach Billstedt und Horn vermittelt werden sollen</p>

---

<b>Titel:</b>	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn
	Entlastung der Ärzte durch Arzthelferinnen, die z. B. Hausbesuche übernehmen können Förderung von medizinischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund
<b>Ergebnis</b>	Als vorläufiges Ergebnis der Arbeitsgruppe wurde die Kontaktaufnahme mit der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf vereinbart. Hier soll eine Kooperation entstehen, wodurch angehende Ärzte in die Stadtteile Billstedt und Horn vermittelt werden sollen.

*Tabelle 13: Protokoll Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn*

---

### Liste der Interviewpartner für die qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse

---

ABeSa Ambulante Hilfen GmbH

---

Aktiv Wohnen

---

Beschäftigung+Bildung e.V.

---

BHH Sozialkontor: VillaR

---

Billenetz

---

Connect

---

Dr. Walters Markt Apotheke

---

Elternschule Billstedt

---

Elternschule Horner Geest

---

Entwicklungsraum Billstedt-Horn

---

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

---

Facharzt für Innere Medizin

---

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

---

Internationaler Bund - Freier Träger der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit e.V.

---

Jobcenter team.arbeit.hamburg

---

Jugendarbeitskreis

---

Kinder- und Familienzentrum Dringsheide

---

Kinderkonferenz

---

Krankenhaus Wilhelmstift Hamburg

---

Medizinisches Versorgungszentrum ProCura

---

MiMi Mit Migranten für Migranten Hamburg

---

Navigator 16A - Gesundheitsberatung der Hamburger Arbeit

---

Norddeutsches Fortbildungsinstitut für zahnmedizinische Assistenzberufe

---

Psychiatrische Tagesklinik

---

Regionale Bildungskonferenz

---

---

---

### Liste der Interviewpartner für die qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse

---

Runder Tisch

---

SeeYou: Babylotsen

---

Stadtteilklinik Mümmelmannsberg

---

Stadtteilkonferenz Billstedt

---

Stadtteilkonferenz Mümmelmannsberg

---

*Tabelle 14: Liste der Interviewpartner*