

Rainer Fehr, Alf Trojan (Hrsg.)

# Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg

Bestandsaufnahme und  
Perspektiven

*Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 2*



# Inhaltsverzeichnis

---

Vorwort	9
»Nachhaltige StadtGesundheit«: Warum wir das Konzept brauchen und wie wir es für Hamburg thematisch gefasst haben. Eine Einführung Rainer Fehr, Alf Trojan	11
<b>KAPITEL 1</b>	
<b>Zur historischen Entwicklung von StadtGesundheit in Hamburg</b>	25
1.1 <b>Gesundheit und Stadt im Medizinhistorischen Museum Hamburg</b> Philipp Osten	27
1.2 <b>StadtGesundheit in Hamburg und Altona: 1801 bis zum Ende der Weimarer Republik</b> Rainer Fehr, Regina Fertmann	32
1.3 <b>Das Gesundheitswesen Hamburgs im Nationalsozialismus</b> Hendrik van den Bussche, Anna von Villiez	41
1.4 <b>Das Gesundheitswesen Hamburgs nach dem Zweiten Weltkrieg</b> Hendrik van den Bussche, Alf Trojan	54
1.5 <b>Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung nach 1945</b> Alf Trojan	66
1.6 <b>Behinderung und Humangenetik in der Stadt. Die genetische Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde Hamburg in den 1960er- bis 1990er-Jahren</b> Britta-Marie Schenk	76
1.7 <b>Hamburger Schülerstudie 1979–1987</b> Joachim Lewerenz, Rainer Fehr	79
<b>KAPITEL 2</b>	
<b>Die Gesundheitssituation in Hamburg: Stand, Studien, Register</b>	83
2.1 <b>Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute</b> Regina Fertmann, Rainer Fehr	84
2.2 <b>Hamburgisches Krebsregister</b> Alice Nennecke, Annika Waldmann, Stefan Hentschel, Rainer Fehr	106
2.3 <b>Die NAKO-Studie in Hamburg</b> Heiko Becher	112
2.4 <b>Hamburg City Health Study (HCHS)</b> Stefan Blankenberg, Gerhard Adam, Christian Gerloff, Annika Jagodzinski, Uwe Koch-Gromus (im Namen der Hamburg City Health Study)	115
<b>KAPITEL 3</b>	
<b>Steuerungsstrukturen Hamburger StadtGesundheit</b>	119
3.1 <b>Wohlfahrtsverbände</b> Sandra Berkling, Jens Stappenbeck	121
3.2 <b>Krankenkassen – StadtGesundheit in gemeinsamer Verantwortung gestalten</b> Kathrin Herbst und Stefanie Kreiss	126
3.3 <b>Heilberufekammern</b> Frank Ulrich Montgomery, Heike Peper, Sandra Wilsdorf, Birte Westermann	131

<b>3.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst</b>	
Johannes Nießen	137
<b>3.5 Hafen- und Flughafenärztlicher Dienst</b>	
Martin Dirksen-Fischer	142
<b>3.6 Gesundheitsbehörde Hamburg</b>	
Rainer Fehr, Alf Trojan	147

#### **KAPITEL 4**

---

<b>Medizinische und pflegerische Versorgung in Hamburg</b>	155
<b>4.1 In Hamburg zur Welt kommen – Gesundheit rund um die Geburt</b>	
Susanne Lohmann	157
<b>4.2 Die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg</b>	
Jochen Kriens, Eva Heining	163
<b>4.3 Stationäre Versorgung</b>	
Rainer Fehr, Hendrik van den Bussche, Alf Trojan	170
<b>4.4 Notfallversorgung</b>	
Hendrik van den Bussche, Alf Trojan	181
<b>4.5 Gesundheitsversorgung abseits des Regelsystems der Krankenversicherung</b>	
Andreas Katzera	186
<b>4.6 Die medizinische Versorgung Geflüchteter und Asylsuchender in Hamburg</b>	
Susanne Pruskil	192
<b>4.7 Die Pflege alter Menschen</b>	
Christopher Kofahl, Eckhard Cappell, Daniel Lüdecke	199
<b>4.8 Psychiatrie</b>	
Ingo Engelmann	205
<b>4.9 Das System der Suchthilfe in Hamburg</b>	
Christiane Lieb	211
<b>4.10 Selbsthilfelandchaft und Selbsthilfeunterstützung</b>	
Christopher Kofahl, Alf Trojan	217
<b>4.11 Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln</b>	
Gerd Glaeske	224
<b>4.12 Sterben in Hamburg – die Verwirklichung der Hospizidee</b>	
Kai Puhlmann	230

#### **KAPITEL 5**

---

<b>Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</b>	237
<b>5.1 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</b>	
Peter Gitschmann, Dirk Mellies, Jan Pörksen, Ingo Tschewlin, Hermann Vesper	239
<b>5.2 Medizinische Rehabilitation in Hamburg</b>	
Jean Jacques Glaesener, Elke Huster-Nowack	261
<b>5.3 Q8 initiiert Prozesse zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Quartier</b>	
Hanne Stiefvater, Armin Oertel, Karen Haubenreisser	267

#### **KAPITEL 6**

---

<b>Prävention und Gesundheitsförderung in Hamburg</b>	273
<b>6.1 Der Beitrag der Frühen Hilfen, der Familienförderung und der Kindertagesbetreuung zur Gesundheitsförderung</b>	
Dirk Bange, Brigitte Hullmann, Michaela Treu	275

<b>6.2 Bildung, Schule, Jugend</b>	
Beate Proll	281
<b>6.3 Hamburger Volkshochschule und das Thema Gesundheit</b>	
Anette Borkel, Dörte Bauer-Sternberg	286
<b>6.4 Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)</b>	
Corinna Petersen-Ewert, Alf Trojan	288
<b>6.5 Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen in belasteten Lebenslagen – die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg</b>	
Josephine Göldner, Petra Hofrichter, Alf Trojan	299
<b>6.6 Medizinische Prävention in Praxis und Klinik</b>	
Alf Trojan, Rainer Fehr	309
<b>6.7 Präventive Infekt(i)ologie</b>	
Rainer Fehr, Alf Trojan	315
<b>6.8 Centrum für AIDS und Sexuell übertragbare Infektionen Altona (CASA blanca)</b>	
Gisela Walter, Johanna Claass	320
<b>6.9 Umwelthygiene</b>	
Rainer Fehr, Alf Trojan	323
<b>6.10 Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg!</b>	
Klaus-Peter Stender	329

## **KAPITEL 7**

---

<b>Hamburger Stadtpolitik und Gesundheit</b>	341
<b>7.1 Ganzheitliche Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen in ihrer Lebenswelt</b>	
Julia Sprei, Alois Walter	343
<b>7.2 Gesundheitsförderung: Ein Beitrag zur Fachkräftesicherung</b>	
Claudia Hillebrand	348
<b>7.3 Arbeitsschutz in Hamburg</b>	
Axel Herbst, Michael Gumbel	354
<b>7.4 Feuerwehr und Katastrophenschutz</b>	
Klaus Maurer	360
<b>7.5 Sportvereine und Gesundheit</b>	
Jürgen Mantell, Katrin Gauler, Maarten Malczak, Bernard Kössler	367
<b>7.6 Lärmbelastungen</b>	
Hermann Neus	372
<b>7.7 Luftqualität in Hamburg</b>	
Volker Matthias, Martin Ramacher, Markus Quante	378
<b>7.8 Mobilität und Verkehr</b>	
Philine Gaffron	389
<b>7.9 Stadtentwicklung und Gesundheit</b>	
Julia Erdmann	396
<b>7.10 Stadtentwicklungspolitik gestern und heute</b>	
Alf Trojan	403
<b>7.11 Stadtklima, Klimawandel und -anpassung in Hamburg</b>	
Claudia Hornberg, Rainer Fehr	409
<b>7.12 Gesundheitlicher Verbraucher- und Patientenschutz in Hamburg</b>	
Christoph Kranich	415

<b>7.13 Gesundheitlicher Verbraucherschutz – Lebensmittelsicherheit</b>	419
Gregor Buschhausen-Denker	
<b>7.14 Die Hamburger Gesundheitswirtschaft</b>	426
Jan Quast, Gabriele Rose	
<b>7.15 Wohnungswirtschaft und Gesundheit</b>	432
Rainer Fehr, auf Basis öffentlich zugänglicher Quellen	
<b>7.16 Hamburger Gesundheitsforschung</b>	434
Rainer Fehr	
<b>7.17 Vernetzung der Versorgungsforschung in Hamburg</b>	441
Daniel Bremer, Martin Härter, Bernd Löwe, Olaf von dem Knesebeck	
<b>7.18 Landesforschungsförderung</b>	448
Alf Trojan, auf Basis öffentlich zugänglicher Quellen	
<b>7.19 Gesundheitspersonal, Ausbildung und Studium in Hamburg</b>	450
Rainer Fehr	

## **KAPITEL 8**

---

<b>Integrative Ansätze auf sozialräumlicher Ebene</b>	455
<b>8.1 Indikatorensystem HEINZ für Hamburgs Zukunftsfähigkeit</b>	457
Hans-Joachim Menzel	
<b>8.2 Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet): Aufbau, Ziele und Erfahrungen aus der Prozessevaluation</b>	463
Anna Christin Makowski, Martin Härter, Martin Lambert, Olaf von dem Knesebeck	
<b>8.3 Integrierte Stadtteilentwicklung und Sozialraummanagement</b>	470
Alf Trojan	
<b>8.4 Gesundheits- und Pflegekonferenzen als integratives Instrument am Beispiel des Bezirks Altona</b>	477
Johannes Nießen, Eva Grünberger	
<b>8.5 Integrative Prävention und Versorgung bei älteren Menschen – Zielgruppen und Netzwerke</b>	483
Ulrike Dapp, Wolfgang von Renteln-Kruse	
<b>8.6 »Lenzgesund«: ein Modell integrierter quartiersbezogener Gesundheitsförderung</b>	492
Christian Lorentz, Alf Trojan	
<b>8.7 Stadtteilgesundheitszentrum »Poliklinik Veddel«</b>	500
Poliklinikkollektiv	
<b>8.8 Gesundheitskiosk als Kooperationschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung</b>	504
Alexander Fischer, Irena Lorenz, Helmut Hildebrandt, Dirk Heinrich, Gerd Fass	

## **KAPITEL 9**

---

<b>Resümee und Blick nach vorn: Grenzen und Perspektiven des Erkenntnis- und Handlungsansatzes »Nachhaltige StadtGesundheit«</b>	511
Rainer Fehr, Alf Trojan	
<b>Biografische Angaben der AutorInnen</b>	529
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	546
<b>Tabellenverzeichnis</b>	550
<b>Textboxenverzeichnis</b>	551
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	552
<b>Register</b>	556

## KAPITEL 2

# Die Gesundheitssituation in Hamburg: Stand, Studien, Register

---

■ Alle Pläne und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit in einer Region brauchen verlässliche Grundlagen, insbesondere Informationen über die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Im Kapitel 1 wurde deutlich, dass diese simple Wahrheit seit Jahrhunderten bekannt ist und auch schon früh zu entsprechenden Bestandsaufnahmen führte.

Hier im Kapitel 2 wird eine breite Übersicht über Hamburgs Gesundheit und Krankheit in der Gegenwart gegeben. Dabei liegen vor allem die Gesundheitsberichte der letzten zehn Jahre zugrunde, aber auch weiter zurückliegende Berichte werden gewürdigt. Die Gesundheitsberichterstattung nutzt viele Datenquellen, zielt auf eine repräsentative Darstellung, ist meistens deskriptiv, erlaubt manchmal aber auch analytische Aussagen. Immer wieder wurde und wird die Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Krankheiten wie auch von Angeboten zur Versorgung in armen und reichen Stadtgebieten miteinander verglichen. Es zeigt sich deutlich die ungleiche Verteilung in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren. Das daraus abzuleitende zielgruppenspezifische Handeln wird in späteren Beiträgen angesprochen (z.B. 6.5, 8.6, 8.7).

Die auf die Identifizierung von präventiven und Versorgungserfordernissen ausgerichtete Gesundheitsberichterstattung nimmt für StadtGesundheit eine integrative Funktion wahr. Die systematische, aktuell vor allem nach Lebensphasen strukturierte Darstellung von Gesundheit und Krankheit in Hamburg wird hier durch drei Beiträge ergänzt. Der erste Beitrag gilt dem *Hamburger Krebsregister*. Dieses hat eine bis zum Jahr 1900 zurückreichende Tradition, die seit 1985 auf der Basis eines Hamburger Krebsregistergesetzes fortgeführt wird. Aktuell hat sich das Hamburgische Krebsregister zu einem integrierten klinisch-epidemiologischen Register entwickelt, bei dem es – abgesehen von den analytischen Erkenntnissen – auch um die Verbesserung von Therapie- und Versorgungsleistungen geht.

Zwei weitere Beiträge behandeln große epidemiologische Studien in Hamburg, die unter Einsatz vielfältiger Untersuchungsmethoden darauf abzielen, den Gesundheitszustand der HamburgerInnen differenzierter als je zuvor zu beschreiben und über längere Zeiträume zu beobachten. Um Interventionsmöglichkeiten zu identifizieren, werden Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Krankheiten und möglichen krankheits-

bedingenden Faktoren untersucht. Die *NAKO Gesundheitsstudie* ist eine 2014 gestartete bundesweite Langzeit-Bevölkerungsstudie bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 69 Jahren. Ziel dieser auf 20 bis 30 Jahre angelegten Studie ist es, den Ursachen für die Entstehung von Volkskrankheiten wie beispielsweise Krebs, Demenz, Diabetes, Infektionskrankheiten und Herzinfarkt auf den Grund zu gehen, wobei soziale, genetische und Umweltfaktoren gleichzeitig erhoben und analysiert werden sollen. Hamburg ist eines von 18 Studienzentren.

Die *Hamburg City Health Study (HCHS)* ist von der Stichprobe her die größte lokale Gesundheitsstudie der Welt: 45.000 HamburgerInnen werden seit dem Jahr 2015 mit ähnlich breit gefächerten Fragestellungen wie in der NAKO-Studie untersucht. Hierbei geht es vor allem um die Zielgruppe der 45- bis 74-Jährigen. Ziel der HCHS ist es, den Weg für eine »Medizin von morgen« zu bereiten und die Möglichkeiten zu erforschen, wie die Gesundheit der HamburgerInnen langfristig zu stärken ist. Ein Nebenziel ist es, Hamburg auch als Medizin- und Wissenschaftsstandort international bekannt zu machen.

Auch wenn Ergebnisse dieser beiden Studien erst nach etlichen Jahren zu erwarten sind, kann man gespannt sein, ob und wie diese neuen Erkenntnisse für Hamburg aufbereitet und gesundheitspolitisch genutzt werden. ■

*Alf Trojan, Regina Fertmann, Rainer Fehr*

---

## 2.1

# Gesundheit und Krankheit in Hamburg heute

*Regina Fertmann, Rainer Fehr*

Zur Diskussion über Hamburger StadtGesundheit gehört auch die Frage: Wie steht es aktuell um den Gesundheitszustand der ca. 1.8 Millionen HamburgerInnen und welche Entwicklungen sind zu beobachten? Den Gesundheitszustand von Bevölkerungen zu analysieren, ist eine Aufgabe für die Gesundheitswissenschaften, insbesondere für die Epidemiologie; in der Praxis wird diese Aufgabe oft von Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrgenommen.

So legt auch das Hamburgische Gesundheitsdienstgesetz von 2001 in § 4 unter der Überschrift Gesundheitsberichterstattung fest, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst »Erkenntnisse und nicht personenbezogene Daten (sammelt), (er) bereitet sie auf und wertet sie aus. Er macht wesentliche Ergebnisse seiner Arbeit sowie wichtige Informationen zur Gesundheit in der Freien und Hansestadt Hamburg in geeigneter Form

regelhaft der Allgemeinheit, den Behörden sowie den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und Personen zugänglich«<sup>1</sup>.

Eine datenbasierte Gesundheitsberichterstattung, die Kontext, Wertung und Handlungsorientierung bietet, setzt in Hamburg nach den beeindruckenden Vorläufern im 19. und frühen 20. Jahrhundert (>1.2) zu Beginn der 1990er-Jahre wieder ein mit einem breit angelegten Gesundheitsbericht »Stadtdiagnose« und zwei lebensphasenbezogenen Spezialberichten zur Gesundheit von Kindern bzw. älteren Menschen (1990: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, 1992: Landesgesundheitsbericht: Stadtdiagnose, 1993: Gesundheit älterer Menschen in Hamburg). Nach einer Folge unterschiedlicher Berichte wurden diese »Themen-Klassiker« etwa 20 Jahre später wieder aufgenommen. Diese aktuellen Gesundheitsberichte sind die wesentliche Grundlage für die folgende Beschreibung des Gesundheitszustands der HamburgerInnen.

Fast lückenlos dokumentiert und in Routinestatistiken aufbereitet werden in Deutschland die Sterbefälle und Todesursachen, Gleiches gilt für Krankenhausbehandlungen. Zur Mortalität (Sterblichkeit) und zu stationär behandelten Erkrankungen lassen sich auf dieser Basis also Aussagen machen. Schwieriger ist es, die Morbidität (Krankheitsgeschehen) in der Hamburger Bevölkerung zu fassen. Hier blickt Hamburg auf eine lange Tradition in der Beschreibung der Inzidenzen von Krebserkrankungen zurück (>2.2).

Um den subjektiven Gesundheitszustand umfassend zu beschreiben, gibt es keine Routedaten. In Hamburg wurden hierzu mehrfach sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen repräsentative Befragungen durchgeführt. Hier konnten auch potenzielle Einflussgrößen für Gesundheit erfragt werden, darunter sozioökonomischer Status, Freizeitgestaltung, Nutzung des medizinischen Versorgungssystems sowie soziale Netzwerke.

Für viele Analysen ist es sinnvoll, innerhalb der Bevölkerung (zumindest) nach Männern und Frauen, Altersgruppen und Herkunft zu unterscheiden. Der individuelle Wohnort wird oft zur Abschätzung der sozioökonomischen Verhältnisse genutzt. In Hamburg haben z. B. Blankenese und Harvestehude mit Steilshoop und Mümmelmannsberg wenig gemeinsam; auch der Gesundheitszustand ihrer Bewohnerschaft unterscheidet sich deutlich. Der Auftrag der Gesundheitsberichterstattung setzt u. a. hier an, diese Unterschiede so gut wie möglich zu beschreiben, damit politische Akteure ihren Beitrag zur »Gesundheit für Alle« leisten und im Sinne der Ottawa Charta<sup>2</sup> benachteiligte Gruppen der Bevölkerung gezielt unterstützen sowie die Lebenswelten möglichst gesundheitsförderlich gestalten können.

1 [www.dijuf.de/tl\\_files/downloads/2010/archiv\\_bund\\_laender/HmbGDG.pdf](http://www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/archiv_bund_laender/HmbGDG.pdf)

2 [www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986](http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986)

## Datenquellen

Zur vergleichenden Analyse und Bewertung gesundheitsbezogener Sachverhalte und zur Beobachtung zeitlicher Trends bedarf es einer aussagefähigen Datengrundlage. Genutzt werden in erster Linie Routinestatistiken wie z. B. Daten der Schuleingangsuntersuchungen, Krankenhausdiagnosedaten sowie die Geburts- und Todesursachenstatistik der Meldeämter. Herangezogen werden auch Studienergebnisse, Evaluationsdaten sowie Angaben aus Befragungen, Gutachten, Expertengesprächen oder qualitativen Erhebungen. Daten der gesetzlichen Krankenkassen stehen bisher für Hamburg nicht routinemäßig zur Verfügung. Solche Daten würden über 80 % der Bevölkerung einschließen<sup>3</sup>.

Als eine gemeinsame Grundlage für eine Berichterstattung des Bundes und der Länder existiert ein abgestimmter Indikatorensetz<sup>4</sup>. Für Hamburg werden 14 solcher Indikatoren jährlich aktualisiert<sup>5</sup>.

Für die Aussagekraft der Gesundheitsdaten sind vor allem zwei Aspekte relevant: zum einen der methodische Zugang (z. B. Vollerhebung oder repräsentative Zufallsstichprobe), zum anderen die Eignung (Validität) der gewählten Merkmale für den speziellen Sachverhalt. Tabelle 2.1-1 bietet eine Übersicht der wichtigsten Datenquellen zu Gesundheit und Krankheit in Hamburg. Es handelt sich um Routedaten, die grundsätzlich jährlich und flächendeckend für Hamburg zur Verfügung stehen, und um anlassbezogen erhobene Daten, die im besten Fall als repräsentativ für Hamburg herangezogen werden. Innerstädtische, regionalisierte gesundheitsbezogene Erhebungen sind hier nicht eingeschlossen.

Aktuell werden zwei große epidemiologische Studien in Hamburg durchgeführt, die unter Einsatz vielfältiger Untersuchungsmethoden darauf abzielen, den Gesundheitszustand der HamburgerInnen differenzierter als je zuvor zu beschreiben und langfristig zu beobachten (▷2.3, 2.4).

Die GBE profitiert von der Vielfalt der Datenquellen: Krankenkassenreporte machen Aussagen zum Krankheitsgeschehen ihrer Versicherten, in manchen Fällen auch speziell für Hamburg (z. B. AOK Rheinland/Hamburg 2016). Routinestatistiken werden ggf. allzu »routiniert« und nicht mit größter Akribie dokumentiert, decken aber häufig die gesamte Bevölkerung ab. Auch werden bestimmte Daten originär z. B. für Abrechnungszwecke erhoben, was bei der Verwendung für die GBE zu berücksichtigen ist. Stichprobenhafte und zugleich bevölkerungsbezogene Erhebungen, die Repräsentativität anstreben, kommen mit relativ geringem Aufwand zu validen Aussagen für die

3 [www.hamburg.de/sozialversicherung/4133760/morbiditaetsatlas-hamburg/](http://www.hamburg.de/sozialversicherung/4133760/morbiditaetsatlas-hamburg/); Erhart, Hering et al. 2013; Erhart, Schulz et al. 2013.

4 [www.gbe-bund.de/](http://www.gbe-bund.de/)

5 [www.hamburg.de/indikatoren/](http://www.hamburg.de/indikatoren/)



Abbildung 2.1-1: Eine Auswahl Hamburger Gesundheitsberichte aus den Jahren 2007 bis 2017.

Quelle: [www.hamburg.de/gesundheitsberichte/](http://www.hamburg.de/gesundheitsberichte/)

Gesamtbevölkerung. Eine regionalisierte Differenzierung ist damit allerdings nicht möglich, weil aus statistischer Sicht nicht jeder Stadtteil bzw. jede Region mit einer ausreichend großen Anzahl von Personen vertreten ist. Ergänzend bieten spezifische Untersuchungen in einer Region oder einer potenziellen Zielgruppe der Gesundheitsförderung eine geeignete Grundlage, Maßnahmen anzupassen und zu optimieren.

Abb. 2.1-1 gibt die Vielfalt der Hamburger Gesundheitsberichte wieder, die in den letzten zehn Jahren erstellt wurden. Diese sind zugleich die Grundlage für die komprimierte Beschreibung von Gesundheit und Krankheit auf den folgenden Seiten.

Die folgenden Abschnitte orientieren sich an den drei wesentlichen Lebensphasen: Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene bis unter 20 Jahren, Erwachsene im jüngeren und mittleren Lebensalter sowie ältere Menschen ab 60 Jahren. Soweit möglich, werden zu jeder Lebensphase ausgewählte Aspekte des (subjektiven) Gesundheitszustandes und der Morbidität beschrieben, beispielhaft auch riskantes Gesundheitsverhalten.

Tabelle 2.1-1: Aktuelle Datenquellen zu »Krankheit und Gesundheit in Hamburg«.

Datenhalter und Daten	Gesetzliche Grundlage	Inhalt	Zugang zu Zahlen/Tabellen/Grafiken und Berichterstattung (exemplarisch)
Statistikamt Hamburg und Schleswig-Holstein; Amtliche Statistik	Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes von 1980	Bevölkerung Geburten Todesfälle und Hauptdiagnose Unfallsterblichkeit	Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: kleinräumige Daten für Hamburg, <a href="http://region.statistik-nord.de/">region.statistik-nord.de/</a> Hamburger Gesundheitsbericht: Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg (FHH-BSG 2009)
Statistisches Bundesamt; Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern	Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV)	Diagnosen der im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassenen Patientinnen und Patienten	DESTATIS Statistisches Bundesamt, <a href="http://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&amp;sequenz=tabellen&amp;selectionname=231*">www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&amp;sequenz=tabellen&amp;selectionname=231*</a> Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) (Statistisches Bundesamt 2016)
Hamburgisches Krebsregister; Krebserkrankungen	Hamburgisches Krebsregistergesetz (mit Änderung von 2014) und Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz von 2013	Erkrankungsfälle an Krebserkrankungen, Überlebenszeiten, Prävalenzschätzung; ab 2016 Krankheitsverläufe	Hamburgisches Krebsregister, <a href="http://www.hamburg.de/krebsregister/">www.hamburg.de/krebsregister/</a>
EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (EQS); Dokumentation von Behandlungsfällen, z.B. Diagnose, Therapie, Komplikationen	Gesetzliche Bestimmungen nach § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sowie der Vertrag auf Landesebene vom 1. Januar 2004	Z. B. Schlaganfall, Anästhesie, Geburtshilfe	Externe Qualitätssicherung Hamburg (EQS), <a href="http://www.eqs.de/id-2016.html">www.eqs.de/id-2016.html</a> Hamburger Gesundheitsbericht: Rund um Schwangerschaft und Geburt (FHH-BSG 2010)
Infektionsepidemiologisches Landeszentrum am Institut für Hygiene und Umwelt; Meldepflichtige Infektionskrankungen	§§ 4–12 des Infektionsschutzgesetzes	Surveillance von Erregernachweisen und Erkrankungsfällen	Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI und DESTATIS): Infektionskrankheiten, <a href="http://www.gbe-bund.de/glossar/Infektionskrankheiten.html">www.gbe-bund.de/glossar/Infektionskrankheiten.html</a> Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg (Plenge-Bönig & Brandau 2016)
Fachämter für Gesundheit der Hamburger Bezirksämter, BGV; Gesundheitszustand der Einschulkinder (Gesamterhebung Schuleingangsuntersuchungen)/Bezirke	§ 34 des Hamburgischen Schulgesetzes (in der Fassung von 2010) und § 7 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) (2001)	Gesundheits- und Entwicklungszustand, Impfstatus, Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen, Erkrankungen	Hamburger Gesundheitsbericht: Gesundheit Hamburger Kinder im Einschulungsalter (FHH-BGV 2015a)

Datenhalter und Daten	Gesetzliche Grundlage	Inhalt	Zugang zu Zahlen/Tabellen/Grafiken und Berichterstattung (exemplarisch)
Fachämter für Gesundheit der Hamburger Bezirksämter, BGV; Schulzahnärztliche Daten Einschulkinder (Gesamterhebung) und 6. Klasse (selektive, repräsentative Stichprobe)/Bezirke	§ 34 des Hamburgischen Schulgesetzes (in der Fassung von 2010) und § 7 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) (2001)	Gebissstatus (naturgesund, Karies, Sanierungsgrad) bei Milchzähnen und bleibenden Zähnen	Hamburger Gesundheitsbericht: Zahngesundheit Hamburger Schulkinder (FHH-BGV 2017)
Krankenkassen; Ausgewählte Diagnosen von Versicherten	§§ 294–303 SGB V	Erkrankungen, Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen, Fehlzeiten	Nicht beschränkt auf Hamburg: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsreport 2016 TK (Grobe &amp; Steinmann oJ)</li> <li>■ Gesundheitsreport 2016 (AOK Rheinland/Hamburg 2016)</li> </ul>
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung; Abrechnungsdaten der ambulanten Behandlung in der allgemein- und fachärztlichen Praxis der gesetzlich Versicherten	§§ 294–303 SGB V	Prävalenz ausgewählter ambulant behandelter Erkrankungen; regionalisiert 2011	Gutachten im Auftrag der BGV: Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart, Hering et al. 2013; Erhart, Schulz et al. 2013)
Universitätsklinik Eppendorf – UKE; Angaben aus schriftlichen Befragungen von Kindern und Jugendlichen zur Gesundheit	Richtlinie Wissenschaftliche Untersuchungen an Schulen, 13. 5. 2013; <a href="http://www.hamburg.de/contentblob/4361588/f605b7beb7e626550769e074bc4a5b7f/data/pdf-richtlinie-fuer-wissenschaftliche-untersuchungen.pdf">www.hamburg.de/contentblob/4361588/f605b7beb7e626550769e074bc4a5b7f/data/pdf-richtlinie-fuer-wissenschaftliche-untersuchungen.pdf</a>	Gesundheitsverhalten von Schulkindern – »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC) Studie	UKE: Child Public Health, <a href="http://www.child-public-health.org/">www.child-public-health.org/</a> Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Hamburg (Ottová-Jordan et al. 2015) Hamburger Gesundheitsbericht: Gesundheits- und Lebenslagen 11- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg (FHH-BGV 2012)
BGV; Angaben im Rahmen telefonischer Befragungen zum Gesundheitszustand	Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz (HmbGDG) 2001, § 4	2009/2011: Telefonische Befragung einer Zufallsauswahl von Personen von 20–59 bzw. 60 Jahren und älter; zusätzlich in beiden Erhebungen Berücksichtigung von Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit	Hamburger Gesundheitsberichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter (FHH-BGV 2014)</li> <li>■ Arbeit und Gesundheit in Hamburg (FHH-BGV 2013)</li> <li>■ Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg I (FHH-BGV 2010) und II (FHH-BGV 2011)</li> </ul>

## Gesundheit und Krankheit in den ersten Lebensjahren, im Schulalter und bis zum Erwachsenenalter

Etwa 328.000 Mädchen und Jungen im Alter unter 20 Jahren leben 2015 in Hamburg. Insgesamt machen diese Kinder und Jugendlichen 18 % der Bevölkerung aus.

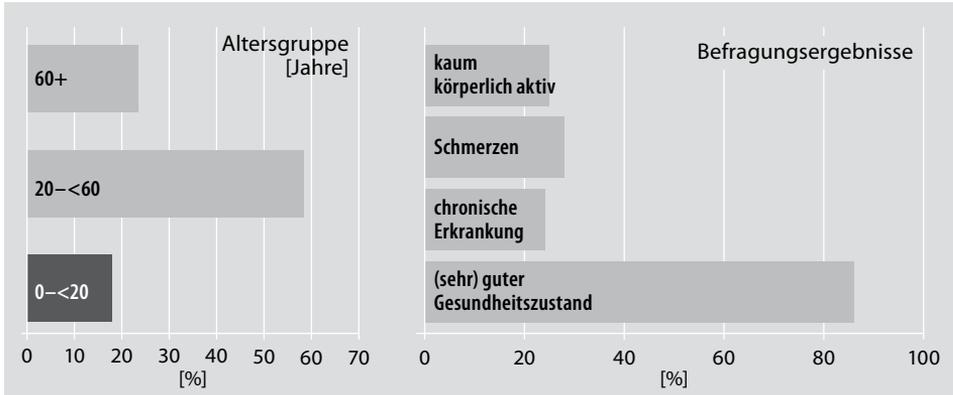


Abbildung 2.1-2: Anteil der Altersgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Hamburger Bevölkerung 2015 (dunkler Streifen im linken Diagramm) und Befragungsergebnisse bei 11- bis 15-Jährigen in Hamburg 2014 (rechts). Quelle: Statistikamt Hamburg und Schleswig-Holstein, Stichtagsbevölkerung 31. 12. 2015, eigene Berechnung; Ottová-Jordan et al. 2015, eigene Darstellung.

### Schulkinder

Auf Bevölkerungsebene besteht erst zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung die Möglichkeit zu erfahren,

- welche gesundheitliche Entwicklung die Kinder genommen haben,
- inwieweit sie die Angebote zur medizinischen Vorsorge genutzt haben und
- ob und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt wurden.

Hierzu werden exemplarisch einige Beobachtungen beschrieben. In Hamburg sind die Kinder zu diesem Zeitpunkt durchschnittlich sechs Jahre alt. Jährlich wurden in den vergangenen Jahren ca. 13.000 Kinder untersucht.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung kommt unter anderem das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening zum Einsatz (SOPESS<sup>6</sup>). Es untersucht die vier Testbereiche Visuelle Wahrnehmung, Körperkoordination, Visuomotorik und Sprache. Unter Visuomotorik werden die Fähigkeiten zur Koordination von Wahrnehmung und Bewegung verstanden. Nach den zusammengefassten Untersuchungsergebnissen für die Jahre 2014 bis 2016 zeigte in Hamburg jedes fünfte Kind in mindestens einem

<sup>6</sup> [www.zkpr.uni-bremen.de/forschung/testentwicklung/schulbereich/sopess/](http://www.zkpr.uni-bremen.de/forschung/testentwicklung/schulbereich/sopess/)

Entwicklungsbereich Auffälligkeiten, am häufigsten im Bereich Sprache (18 %). Kinder aus Elternhäusern mit niedrigerem beruflichen Status und Kinder mit Migrationshintergrund waren häufiger von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen. Auch in der Differenzierung nach Stadtregionen zeigte sich eine deutliche Heterogenität, die im Bildungsbericht (Hamburger Bildungsbericht<sup>7</sup>) mit anderen Informationen für die Planungen der Behörde für Schule und Berufsbildung nutzbar gemacht werden.

Die (zusammengefassten) Teilnahmeraten der *Vorsorgeuntersuchungen U6/U7* variieren auf Bezirksebene zwischen 90 % (Hamburg-Mitte) und 95 % (Hamburg-Nord), auf Stadtteilebene zwischen 81 und 98 %. Dabei zeigt sich deutlich, dass vor allem die sozial schlechter gestellten Stadtteile (Jenfeld, Billstedt, Steilshoop, Rothenburgsort und Harburg) niedrigere Teilnahmeraten aufweisen. Im Zeitvergleich zeigt sich eine stetige Zunahme der – einige Jahre zurückliegenden – Teilnahmeraten von knapp 88 % im Jahr 2007 auf über 93 % im Jahr 2016<sup>8</sup>.

Ein anderes Bild ergibt sich bei der Analyse der *Masernimpfungen* auf Basis der Vorlage des Impfausweises anlässlich der Schuleingangsuntersuchung. Ein vollständiger Impfschutz gegen Masern wird durch zwei Impfungen erreicht. Durch eine Impfquote von 95 % soll ggf. eine weitere Ausbreitung der Krankheit verhindert werden. Dieses Ziel wird in Hamburg mit 93 % aktuell noch nicht ganz erreicht. Die Impfquote variiert auf Bezirks- (92 bis 95 %) und Stadtteilebene (84 bis 98 %). In sozial schlechter gestellten Stadtteilen werden mehrheitlich höhere Durchimpfungsraten erreicht<sup>9</sup>. Darüber hinaus stehen für die Hamburger Daten von mehreren Bundesländern Vergleichsdaten zur Verfügung (RKI 2015).

Auch bei Kindern ist Normalgewicht bzw. *Adipositas* (Fettleibigkeit) ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand. Adipositas kann schon im Kindesalter zu gesundheitlichen Einschränkungen und Folgeerkrankungen führen. In den letzten Jahren liegt der Anteil der adipösen Kinder in Hamburg stabil unter 5 %. So wurden z. B. im Jahr 2016 fast 650 Kinder mit Adipositas eingeschult. Auf Bezirksebene beträgt die Spanne der Adipositasprävalenz 2,7 bis 8 %, auf Stadtteilebene 0 bis <15 %. In sozial benachteiligten Stadtteilen wie beispielsweise Wilhelmsburg, Rothenburgsort und Dulsberg ist der Anteil adipöser Kinder höher<sup>10</sup>.

Während des ersten Schuljahres werden alle Kinder zahnärztlich untersucht und ggf. wird eine Weiterbehandlung im niedergelassenen Bereich empfohlen. Im Untersuchungsjahr 2015/2016 hatte die Hälfte der Kinder der ersten Klassen (aus allen Sozialschichten) naturgesunde, d. h. kariesfreie Zähne. In einer repräsentativen Stichprobe

7 [www.hamburg.de/bsb/hamburger-bildungsbericht/](http://www.hamburg.de/bsb/hamburger-bildungsbericht/)

8 [www.hamburg.de/faktenblaetter/8111168/faktenblatt-u6-u7/](http://www.hamburg.de/faktenblaetter/8111168/faktenblatt-u6-u7/); s. auch: [www.hamburg.de/behordenfinder/hamburg/11348622/](http://www.hamburg.de/behordenfinder/hamburg/11348622/)

9 [www.hamburg.de/faktenblaetter/8111170/faktenblatt-masernimpfungen/](http://www.hamburg.de/faktenblaetter/8111170/faktenblatt-masernimpfungen/)

10 [www.hamburg.de/faktenblaetter/8111166/faktenblatt-adipositas/](http://www.hamburg.de/faktenblaetter/8111166/faktenblatt-adipositas/)

von 12-Jährigen der 6. Klasse zum Status der bleibenden Zähne hatten mehr als drei Viertel der untersuchten Kinder naturgesunde, d. h. kariesfreie Zähne. Es gibt allerdings eine deutliche soziale »Schieflage«. Ungünstigere sozioökonomische Rahmenbedingungen sind mit höherem Kariesrisiko und einer schlechteren Zahngesundheit verknüpft (FHH-BGV 2017). Der Anteil der Kinder mit mehr als fünf kariösen Zähnen sank seit 2004 von 6,5 % auf aktuell 3,3 %.

### *Ältere Kinder und Jugendliche*

Zur Beschreibung der Gesundheit älterer Hamburger Kinder und Jugendlichen gibt es keine Routinestatistiken. Jedoch liegen hamburgspezifische Erkenntnisse für Kinder und Jugendliche auf Grundlage der international vergleichenden WHO-Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC) vor<sup>11</sup>. 2006, 2010 und 2014 wurden in Hamburg jeweils mehr als 1.000 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 11 und 15 Jahren befragt. An der Befragung im Jahr 2010 war die BGV kooperativ beteiligt und konnte dazu einen Gesundheitsbericht veröffentlichen (FHH-BGV 2014). Die persönliche Lebenslage und Schulsituation, der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten standen und stehen auch bei der Folgerhebung im Fokus (Ottová-Jordan et al. 2015).

Die große Mehrheit der in 2014 befragten Kinder und Jugendlichen (93 %) wurde in Deutschland geboren, 31 % hatten einen Migrationshintergrund. Die überwiegende Mehrheit der befragten 10- bis 15-jährigen Hamburger Kinder und Jugendlichen stufte ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut ein (s. Abb. 2.1-2). Mit zunehmendem Alter wird die Sicht auf die eigene Gesundheit kritischer: Während 40% der Fünftklässler ihre Gesundheit als ausgezeichnet bewerteten, sind dies bei den Neuntklässlern nur noch etwa 31 %. Gleichzeitig nimmt mit zunehmendem Alter der Gemüseverzehr ab und der Fast-Food-Konsum zu. Kinder und Jugendliche, die den Eigenangaben zufolge nicht in familiärem Wohlstand aufwachsen, sind weniger körperlich aktiv und ernähren sich schlechter.

14 % der befragten Kinder und Jugendlichen haben schon einmal geraucht, aber nur 4 % der Jugendlichen der 9. Klasse geben an, aktuell täglich zu rauchen. Hier ist ergänzend auf die in Hamburg seit 2004 regelmäßig durchgeführte Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln (Schulbus) zu verweisen (Baumgärtner und Hiller 2016). Im Jahr 2016 wurde resümiert: »Seit 2004 nimmt die Lebenszeitprävalenz von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Drogen unter den 14–17-jährigen Jugendlichen in Hamburg spürbar ab ...« (ebd., S.103). Andererseits hat die Verbreitung der Einnahme von Schmerzmitteln deutlich, die Verbreitung der Einnahme von Beruhigungs- und Aufputzmitteln geringfügig zugenommen.

<sup>11</sup> [www.hbsc.org/](http://www.hbsc.org/); [www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/hbsc.html](http://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/hbsc.html)

### *Morbidität*

Der sogenannte Morbiditätsatlas Hamburg ist eine bisher einmalige Darstellung von Behandlungshäufigkeiten verbreiteter Erkrankungen in allen Altersklassen in Hamburg (Erhart, Hering et al. 2013). Die ambulante ärztliche Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen<sup>12</sup> wird bei zwei Erkrankungen berücksichtigt, nämlich Asthma und akuter Bronchitis. Wie erwartet, zeigen sich regionale Unterschiede, diese sind jedoch *nicht* assoziiert mit der sozialen Lage des jeweiligen Stadtteils.

Bei den stationären Behandlungen<sup>13</sup> sind – abgesehen vom Geburtsgeschehen – bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Hamburg Krankheiten des Atmungssystems die häufigsten Diagnosen (knapp 7.000 Fälle). Hier sind vor allem Krankheiten der oberen Atemwege wie z. B. Mandelentzündungen relevant. Mit jeweils mehr als 3.000 Fällen folgen infektiöse Krankheiten (vor allem infektiöse Darmerkrankungen), psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems.

Fazit: Die Gesundheit der Hamburger Kinder und Jugendlichen ist grundsätzlich und in der zeitlichen Entwicklung in vielerlei Hinsicht positiv zu bewerten. Aber die Hamburger Daten belegen auch den bekannten Einfluss der sozialen Herkunft auf die Gesundheit der Kinder. Für Gesundheitsförderung und Prävention sind Kinder und Jugendliche, die unter schlechteren sozioökonomischen Rahmenbedingungen leben, die Kinder Alleinerziehender und die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die wichtigsten Zielgruppen. Um ein Monitoring zu leisten, das den Initiativen zur Verbesserung der Kindergesundheit eine entsprechende Datengrundlage bietet, muss der Ansatz der Routinestatistiken durch weitere evaluative Ansätze ergänzt werden.

---

12 Alle gesetzlich krankenversicherten Kinder der Altersgruppe 0–14 Jahre mit mindestens einer ärztlichen Behandlung im Jahr 2011.

13 Aus den Hamburger Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2016 (Wohnsitz unberücksichtigt); insgesamt 530.259 Behandlungsfälle; Altersgruppe 0–<20: 70.435; Altersgruppe 20–<60 208.598; Altersgruppe 60 und älter 251.226), vgl. Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes unter: [www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabellen&selectionname=231\\*](http://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabellen&selectionname=231*); Tabelle 23131-0011.

## Gesundheit und Krankheit zwischen 20 und 60 Jahren

Die Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter bis unter 60 Jahren stellen 2015 mit fast 60 % die größte Bevölkerungsgruppe in Hamburg dar. Dies waren 2015 etwas mehr als 1.075.000 Menschen.

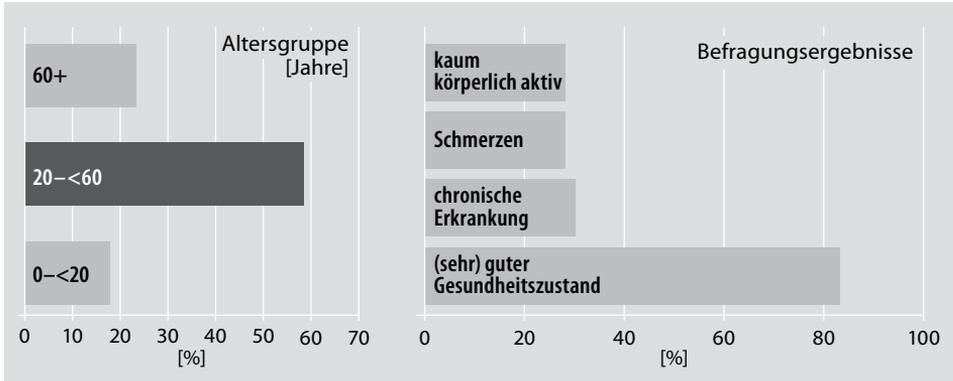


Abbildung 2.1-3: Anteil der 20- bis unter 60-Jährigen in der Hamburger Bevölkerung 2015 (dunkler Streifen im linken Diagramm) und Befragungsergebnisse in dieser Altersgruppe 2011.

Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2015<sup>14</sup>, Stichtagsbevölkerung 31. 12. 2015, eigene Berechnung; und FHH-BGV 2014, eigene Darstellung.

### Befragungsergebnisse zum Gesundheitszustand

»Um meine Gesundheit kümmere ich mich nur, wenn ich krank bin« – ein Drittel der Hamburger Befragten hat sich diesem Statement angeschlossen. Aber gut die Hälfte der Befragten hält dagegen. Sie schätzen den Wert guter Gesundheit so hoch ein, dass sie sich unabhängig von vorliegenden Erkrankungen um ihre Gesundheit kümmern (FHH-BGV 2014, S. 30). Was tun sie dafür? Der Empfehlung, insgesamt fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen, entsprechen (nach eigenen Angaben) nur 10 % der Befragten (weniger als im Bundesdurchschnitt), immerhin weitere 22 % verfehlen das Ziel mit drei bis vier Portionen pro Tag nur knapp (ebd., S. 60). Befragte mit niedrigem Bildungsstand schneiden vergleichsweise schlechter ab, aber Migrantinnen und Migranten gelingt es überwiegend vorbildhaft, der Empfehlung zu entsprechen.

Ein ebenso gesundheitsrelevantes Thema ist Bewegung. Der soziale Status prägt sowohl die körperliche Aktivität im Alltag als auch die sportlichen Aktivitäten. Schätzwerte, die beides zusammenfassen, lassen erkennen: Jede/r vierte Hamburger Befragte bewegt sich weniger, als die WHO empfiehlt (ebd., S. 64). Mit einem Index für riskantes Gesundheitsverhalten, der auch Alkoholkonsum und Rauchen einbezogen hatte,

<sup>14</sup> [www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/bevoelkerung/](http://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/bevoelkerung/)

konnte gezeigt werden: Nicht nur Alter, Bildung und Geschlecht spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Überzeugung, selbst viel zur Gesunderhaltung beitragen zu können, scheint als Schutzfaktor auf das Risikoverhalten zu fungieren.

Die große Mehrheit der Befragten beschreibt ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (83 %) (s. Abb.2.1-4). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil derjenigen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand mit steigendem Alter ab, so wie gleichzeitig chronische Erkrankungen, Einschränkungen im Alltag und Beschwerden zunehmen (ebd., S. 21).

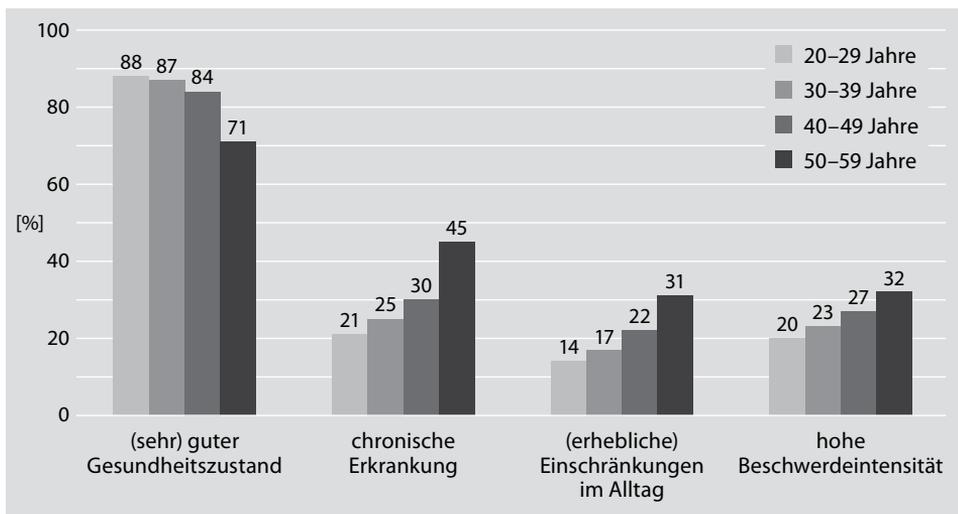


Abbildung 2.1-4: Gesundheitsrelevante Merkmale im Altersgang von 20 bis 59 Jahren, Hamburg 2011; jeweilige Anteile in %. Quelle: Hamburger Befragung, FHH-BGV 2014.

Gesundheitliche Einschränkungen nehmen schon im jüngeren und mittleren Lebensalter stetig zu; ebenso deutlich bilden sich sozioökonomisch bedingte Unterschiede ab. Beispielsweise gibt bei niedrigem Sozialindex (abgeleitet aus den Angaben zu Bildungsabschluss, Berufsstatus und Einkommen) jede/r dritte Befragte an, im Alltag krankheitsbedingt eingeschränkt zu sein. Bei mittlerem Sozialindex ist dies nur jede/r Fünfte, bei höherem Sozialindex sind dies über alle Altersgruppen hinweg in etwa nur jede/r Zehnte. Etwa jede/r Dritte in Hamburg leidet an einer chronischen Erkrankung. Diese Personen haben häufiger einen schlechten Gesundheitszustand, viele Beschwerden und kein gutes psychisches Wohlbefinden. Erwartungsgemäß nutzen sie intensiver als alle anderen das medizinische Versorgungssystem (FHH-BGV 2014, S. 37).

Unabhängig vom Gesundheitszustand werden in Hamburg die Angebote zur Vorsorge und Früherkennung häufig in Anspruch genommen. Bei der Wahrnehmung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (79 % der Befragten) und den Krebsfrüherken-

nungsuntersuchungen (z. B. bei Darmkrebs ca. ein Drittel der anspruchsberechtigten Befragten) entsprechen die Zahlen dem Bundesdurchschnitt. Der Gesundheits-Check-up dagegen wird in Hamburg vergleichsweise seltener genutzt (61 % der Befragten vs. 88 % im Bundesdurchschnitt) (ebd., S. 35). Migrantinnen und Migranten nutzen die Angebote des medizinischen Versorgungssystems deutlich weniger (ebd., S. 43), obwohl sie bei der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes, bei chronischen Erkrankungen oder Beschwerden tendenziell schlechter abschneiden als die repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung.

Ein (sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand und (sehr) gutes psychisches Befinden ist gleichzeitig mit dem Vorhandensein vieler positiver Ressourcen assoziiert – seien es soziale Unterstützung, eine zufriedenstellende Freizeitgestaltung, Bildung oder auch Einkommen. Zu der Teilgruppe mit nur wenigen Ressourcen gehört jede/r dritte Erwerbslose und fast jede/r zweite Migrant/in (ebd., S. 77). Die Auswertung einer kleinen Gruppe von Arbeitslosen bestätigte auch für Hamburg, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger einen schlechten Gesundheitszustand haben (vgl. FHH-BGV 2013, S. 70 ff.). Es liegen Hinweise vor, dass sich diese Problemlagen bei den von Langzeitarbeitslosigkeit Betroffenen intensivieren (vgl. u. a. Kroll und Lampert 2012; Pech und Freude 2010). Hier knüpft eine 2014 gestartete Initiative an, um langzeitarbeitslose Menschen in Hamburg zu unterstützen und ihnen zu einer verbesserten gesundheitlichen Situation zu verhelfen (vgl. Hamburgische Bürgerschaft 2014).

Die Angaben der Hamburger Befragten entsprechen den Befunden und Wechselwirkungen aus großen Studien. Solch eine Bestätigung »vor Ort« macht die ansonsten eher abstrakten wissenschaftlichen Erkenntnisse nachvollziehbar, unterstreicht die Bedeutung dieser Zusammenhänge auch für Hamburg und belegt für Hamburger Akteure, inkl. Unternehmen und Betriebe, nachdrücklich die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsaufgabe in ihre Bereiche zu integrieren.

### *Morbidität*

Auf der Grundlage von Abrechnungsdaten in der ambulanten Praxis des Jahres 2011 in Hamburg (alle erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten, die mindestens eine vertragsärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben) lässt sich indirekt auf die Prävalenz von Erkrankungen schließen. Auch wenn berechtigt methodische Vorbehalte gelten: Zumindest bietet diese Datengrundlage einen Einblick in innerstädtische Unterschiede der Inanspruchnahme respektive Morbidität. Einbezogen sind alle erwachsenen gesetzlich Versicherten<sup>15</sup>, die im Studienjahr mindestens eine vertragsärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben.

---

<sup>15</sup> Hier also entgegen der Überschrift dieses Abschnitts auch die über 60-Jährigen.

Beispielhaft benennen wir die Rangfolge der Inanspruchnahme bei drei ausgewählten Volkskrankheiten (Herzinsuffizienz, Diabetes, Hypertonie) in einem altersstandardisierten Index<sup>16</sup>: Es gibt vergleichsweise deutlich höhere Werte in östlichen Regionen Hamburgs sowie südlich in der Region um Wilhelmsburg. Diese Regionen weisen mehr als 0,5 Krankheiten je Versicherten auf. Blankenese ist der Stadtteil mit der geringsten allgemeinen Krankheitsdichte (0,32 Krankheiten je Versicherten); ein Zusammenhang mit der unterschiedlichen sozialen Lage in den 67 Regionen Hamburgs ist statistisch signifikant.

Komplementär dazu lässt sich aus den Daten des Statistischen Bundesamtes schlussfolgern, wie häufig Erkrankungen in der mittleren Altersgruppe zur stationären Behandlung geführt haben. Unter Ausschluss des Geburtsgeschehens werden die meisten Fälle dieser Altersgruppe wegen einer psychischen Erkrankung, einer Erkrankung des Verdauungstraktes oder einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems in den Hamburger Krankenhäusern behandelt (2016 jeweils mehr als 20.000 Fälle). Im Bereich der psychischen Erkrankungen sind beispielhaft geschlechtsspezifische Unterschiede anzuführen. Bei Männern dominieren als Hauptdiagnosen Störungen durch psychotrope Substanzen wie Alkohol und andere Drogen, bei Frauen stehen die affektiven Störungen an erster Stelle. Im Bereich der Darmerkrankungen spielen bei Männern Hernien zahlenmäßig eine wichtige Rolle, bei Frauen eher Gallenerkrankungen.

Fazit: Das mittlere Lebensalter weist gesundheitlich eine dynamische Entwicklung auf – Einschränkungen nehmen im Lauf der Lebensjahrzehnte zu. Die Beschreibung der Hamburger Daten aus Befragungen und aus den Routinestatistiken bestätigen die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitszustand und den Lebensumständen bzw. der Sozialschicht. Gleichzeitig werden Zusammenhänge zwischen diesen Einflussfaktoren und dem Vorsorgeverhalten und anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sichtbar.

---

<sup>16</sup> Die Verwendung dieser drei Volkskrankheiten geht auf eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) zurück, bei der eine »allgemeine Krankheitsdichte« definiert wurde (Erhart, Schulz et al. 2013, S. 11).

## Gesundheit und Krankheit bei den über 60-Jährigen

Knapp 430.000 Menschen leben 2015 in Hamburg, die 60 Jahre und älter sind. Das entspricht einem Anteil von 23,4 % der Bevölkerung.

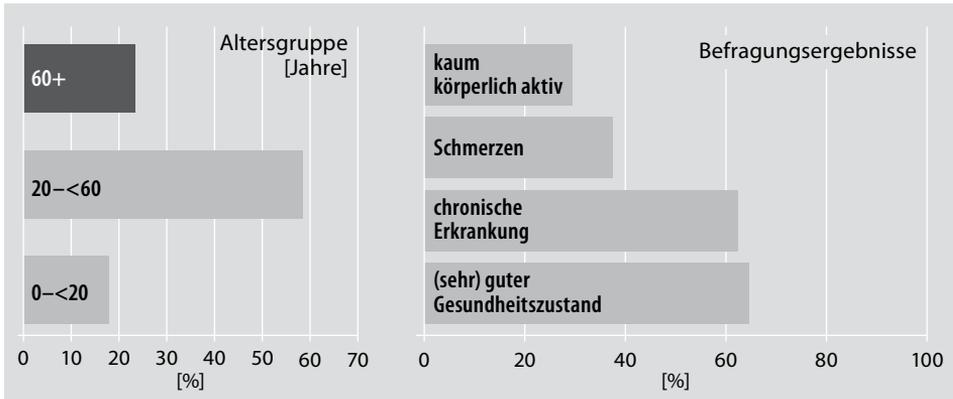


Abbildung 2.1-5: Anteil der Älteren ab 60 Jahren an der Hamburger Bevölkerung 2015 (dunkler Streifen im linken Diagramm) und Befragungsergebnisse in dieser Altersgruppe in Hamburg 2009 (rechts).

Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2015, Stichtagsbevölkerung 31. 12. 2015, eigene Berechnung; FHH-BGV 2010, FHH-BGV 2011, eigene Darstellung.

Im Jahre 2011 führte die BGV eine repräsentative Telefonbefragung zur Gesundheit älterer Menschen in Hamburg durch<sup>17</sup>. Als besondere Teilgruppe wurden Personen mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit berücksichtigt. Die Befragten waren durchschnittlich 71 Jahre alt, zwei Drittel unter 75 Jahre, ein Drittel über 75 Jahre. Chronische Erkrankungen und körperliche Einschränkungen sind im Alltag sehr präsent. Dennoch wird der eigene Gesundheitszustand überwiegend positiv eingeschätzt. Insgesamt stufen die älteren HamburgerInnen (64 %) deutlich häufiger ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein als im Bundesdurchschnitt die über 65-jährigen Männer und Frauen (vgl. RKI 2006, S. 18). Die gesundheitliche Situation der Hamburger MigrantInnen stimmte mit dem Befund in der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe weitgehend überein.

Auch sind die meisten mit ihrer Lebensqualität (sehr) zufrieden. Auf den ersten Blick scheint die Selbstständigkeit der Befragten sehr hoch zu sein. Schwere Einkäufe stellen aber insgesamt schon ein Drittel der Seniorinnen und Senioren vor Probleme, insbesondere (ältere) Frauen sind hiervon betroffen. Die Merkmale des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität im Alltag stehen wie erwartet in einem engen Zusammenhang. Abb. 2.1-6 verdeutlicht diesen Zusammenhang durch einen Vergleich von

<sup>17</sup> [www.hamburg.de/gesundheitsberichte/](http://www.hamburg.de/gesundheitsberichte/)

Personen mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand und Personen mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand. Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut eingestuft haben, schneiden im Vergleich mit weniger gesunden Personen in allen Aspekten deutlich besser ab.

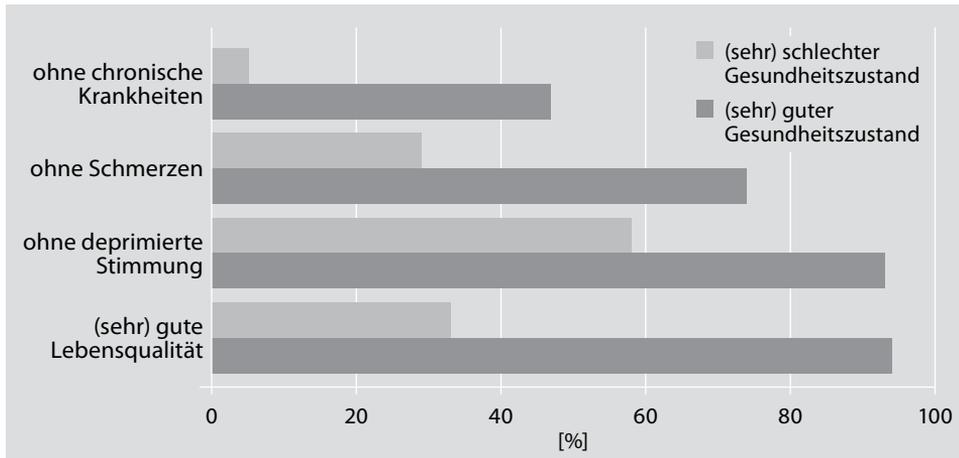


Abbildung 2.1-6: Personen mit einem (sehr) guten und Personen mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand: Vergleich hinsichtlich Lebensqualität, Stimmung, Schmerzen und chronischen Krankheiten, Hamburg 2009. *Quelle: FHH-BGV 2011.*

Die große Mehrheit der Befragten in Hamburg ist mit ihrer Leistungsfähigkeit zufrieden, zugleich schränkt sich jede fünfte Person im Alltag ein, um nicht zu stürzen. Sturzerfahrung und Sturzangst sind insbesondere bei Frauen präsent. Zwischen Gesundheitszustand, den Erkrankungen und der Medikamenteneinnahme bestehen enge Zusammenhänge. Über alle Altersgruppen hinweg ist die Sturzangst häufiger präsent, wenn mehr als vier Medikamente pro Tag eingenommen werden. Im Ergebnis zeigt sich: Mobilität im Sinne von »Möglichkeiten und Gewohnheiten unterwegs zu sein« muss insbesondere bei älteren Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status und bei älteren Migrantinnen und Migranten erhalten und gefördert werden.

Bei fast einem Drittel der Hamburger Senioren und Seniorinnen bestehen Lücken im sozialen Netz (29 %). Die Älteren weisen deutlich häufiger Lücken im sozialen Unterstützungsnetz auf als die Jüngeren (41 statt 22 %). Auch bei den Migrantinnen und Migranten sind es deutlich mehr Personen (43 %). Fazit: Personen, die sich im Notfall eher nicht auf ihr soziales Netz verlassen können, haben zugleich ein höheres Risiko für eventuellen Hilfsbedarf.

Der Morbiditätsatlas Hamburg (Erhart, Hering et al. 2013) stellt auch die ambulante Inanspruchnahme der älteren gesetzlich versicherten HamburgerInnen regional differenziert und mit Bezug auf das Jahr 2011 dar.

Zusammenfassend zeigt Abb. 2.1-7 die ärztlichen Behandlungen für die fünf Volkskrankheiten Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz, Depression und/oder Demenz der GKV-Versicherten der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre mit mindestens einer ärztlichen Behandlung.

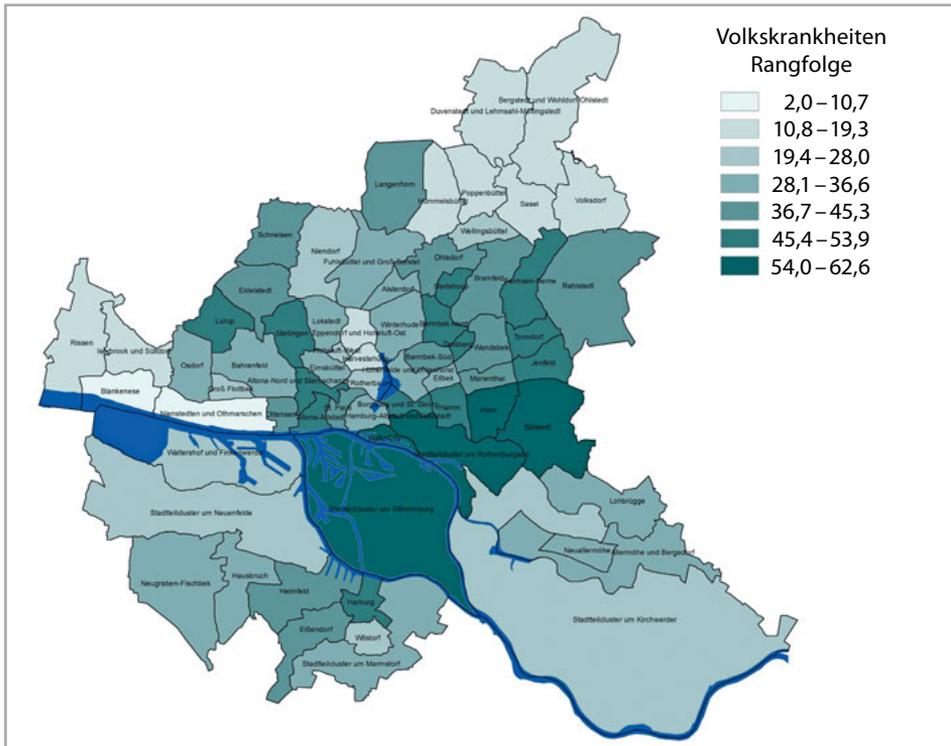


Abbildung 2.1-7: Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung für die Volkskrankheiten Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz, Depression oder Demenz bei Älteren (65–79 Jahre) in Hamburger Stadtteilen bzw. Stadtteilclustern 2011. Regionen mit höheren Rangplätzen (d. h. höherer Inanspruchnahme) sind dunkler eingefärbt. Eigene Zusammenfassung und Kartendarstellung auf Grundlage von Daten aus Erhart et al. 2013.

In einer Rangfolge ergeben sich höhere Werte der ärztlichen Inanspruchnahme z. B. für sozial schlechter gestellte Regionen wie Horn, die Regionen um Rothenburgsort und Wilhelmsburg, Billstedt, Borgfelde/St. Georg und Jenfeld. Diese assoziativen Zusammenhänge zwischen sozialen Unterschieden und der Inanspruchnahme zeigen sich hier bei den Älteren wie auch schon bei den Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter.

Die häufigsten Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle im höheren Lebensalter, also ab 60 Jahren, entfallen auf Krankheiten des Kreislaufsystems (fast 60.000

Fälle). Mehr als die Hälfte der dazugehörigen Hauptdiagnosen betreffen sonstige Formen der Herzkrankheit (wie z. B. Herzentzündungen, Herzstillstand oder Herzinsuffizienz) und ischämische Herzkrankheiten. Bösartige Neubildungen stehen mit mehr als 30.000 Fällen im Jahr 2016 an zweiter Stelle. Mit jeweils mehr als 20.000 Fällen folgen in der Rangfolge der Krankenhausdiagnosen hier Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Verdauungssystems.

In Hamburg wurden durch das Hamburgische Krebsregister (HKR) in den Jahren 2010–2012 ca. 9.800 Krebsneuerkrankungen/Jahr erfasst. Ab einem Alter von 60 Jahren sind die Neuerkrankungsraten bei Männern höher als bei Frauen (FHH-BGV 2015b, S. 8). Ende Dezember 2012 lebten in Hamburg laut HKR fast 60.000 Personen mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung aus den zurückliegenden 15 Jahren (ebd., S. 12). Während die Sterberaten bei den Altersgruppen bis unter 60 Jahren bei Männern und Frauen recht ähnlich ausfallen, sind die Sterberaten der Männer in den Altersgruppen ab 60 aufwärts immer deutlich höher als bei den Frauen. Über alle Altersgruppen hinweg ist Lungenkrebs die häufigste Todesursache, bei Männern gefolgt von Prostata- und Darmkrebs, bei Frauen gefolgt von Brust- und Darmkrebs (ebd., S. 11).

Das seit 2014 bestehende flächendeckende klinische Krebsregister bietet zusätzlich die Chance, das Wissen um Verlauf und Therapie von Krebserkrankungen zu verbessern. Grundlage sind die Analysen zur Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten und zum Verlauf der Erkrankung am Behandlungsort Hamburg (>2.2).

Fazit: Die Vergleiche mit Forschungsergebnissen und bundesweiten Studien u. a. des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass für die Hamburger Seniorinnen und Senioren keine gravierenden Abweichungen vorliegen. Die Befragung hat unterstrichen, welche Bedeutung Gesundheit im Alltag der älteren HamburgerInnen hat. Und es wurde deutlich, wie eng auch in Hamburg Gesundheitsförderung und Prävention mit den Lebensumständen verwoben sind. Die Kooperation im LUCAS-Verbund<sup>18</sup>, die diese Untersuchung ermöglicht hat, bietet darüber hinaus durch Langzeitbeobachtung einer für Hamburg repräsentativen Kohorte weitere wertvolle Einblicke in altersbedingte Entwicklungen (>8.5).

## Ausgewählte Aspekte der Mortalität

Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt aktuell für einen Hamburger Jungen 78,3 Jahre, für ein Hamburger Mädchen 83,1 Jahre; im Alter von 60 Jahren sind es für einen Hamburger 21,6 Jahre, für eine Hamburgerin 25,2 Jahre. Diese Zahlen weichen nur geringfügig von den Schätzwerten für Gesamtdeutschland ab. Die sinkende Säuglingssterblichkeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Lebenserwartung. In

<sup>18</sup> [www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische\\_klinik/leistungsspektrum/lucas](http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/lucas)

Hamburg starben in 2015 (je 1.000 Lebendgeborene) 3,4 Kinder im ersten Lebensjahr (absolut: 67 Kinder), bundesweit waren es 3,3 (absolut: 2.405 Kinder)<sup>19</sup>.

Die Anzahl plötzlicher Säuglingstode (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) sank seit 1990 bundesweit stärker als die Säuglingssterblichkeit insgesamt. In Hamburg gibt es ein über Jahrzehnte etabliertes SIDS-Präventionsprogramm<sup>20</sup>; die Anzahlen gingen von 0,95 Fällen je 1.000 Lebendgeborene (1995) auf 0,31 (2005) bzw. 0,25 (2015) zurück. Somit sterben noch bis zu fünf Babys im Jahr ohne klare Todesursache und nicht mehr bis zu 35 Babys wie zu Beginn der 1990er-Jahre.

Die Sterblichkeit in der Altersgruppe 1 bis unter 15 Jahren und in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahren für Hamburg (2015) entspricht bzw. fällt geringer aus als die durchschnittlichen bundesweiten Zahlen<sup>21</sup>. Todesfälle unterhalb der allgemeinen Lebenserwartung verdienen besondere Aufmerksamkeit. Die vorzeitige Sterblichkeit ist definiert durch die Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr. 1995 traf das (altersstandardisiert, je 100.000 Personen) auf 172 Frauen und 350 Männer in Hamburg zu. Die positive Entwicklung der letzten 20 Jahre lässt sich zum einen an der deutlichen Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit ablesen (2005: Frauen 144, Männer 265; 2015: Frauen: 132, Männer 226). Darüber hinaus hat sich auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern verringert<sup>22</sup>. Bei den dazugehörigen Diagnosen stehen weiterhin die bösartigen Neubildungen an erster Stelle (Lungenkrebs und Brustkrebs), gefolgt von Alkoholkrankheiten, Herzinfarkten sowie alkoholbedingten Lebererkrankungen.

Die Sterblichkeit ab dem 65. Lebensjahr ist vor allem bedingt durch bösartige Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Hamburg sterben (je 100.000 Einwohner zwischen 65 und bis unter 70 Jahren) jährlich insgesamt fast 1.500 Personen, fast die Hälfte davon an den Folgen einer Krebserkrankung. Ab der höheren Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen sind die Hauptursachen Krankheiten des Kreislaufsystems<sup>23</sup>.

---

19 [www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=98253608&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR51310](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=98253608&p_sprache=D&p_knoten=TR51310) ▶ Gesundheitliche Lage ▶ Sterblichkeit ▶ Säuglings-/Müttersterblichkeit ▶ Tabelle »Säuglingssterbefälle (ab 1980)«.

20 [www.hamburg.de/babyschlaf/](http://www.hamburg.de/babyschlaf/)

21 [www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=98253608&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR51310](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=98253608&p_sprache=D&p_knoten=TR51310) ▶ Gesundheitliche Lage ▶ Sterblichkeit ▶ Tabelle »Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998)«.

22 [www.hamburg.de/indikatoren/122422/start-dia-3-1/](http://www.hamburg.de/indikatoren/122422/start-dia-3-1/)

23 [www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=98253608&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR51310](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=98253608&p_sprache=D&p_knoten=TR51310) ▶ Gesundheitliche Lage ▶ Sterblichkeit ▶ Mortalität und Todesursachen ▶ Tabelle »Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998)«.

### *Unfall- und Rauschgifttote*

In den letzten zehn Jahren gab es in Hamburg mit rückläufiger Tendenz jährlich zwischen 43 (2005) bis 20 (2015) Getötete bei Straßenverkehrsunfällen, das entspricht 1–2 Verkehrstoten je 100.000 Einwohnern. Entsprechende Zahlen weist auch Berlin aus, während z. B. im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern 5–12 Unfalltote je 100.000 Einwohnern verzeichnet wurden<sup>24</sup>.

Im gleichen Zeitraum gab es in Hamburg jährlich zwischen 49 bis 65 Rauschgifttote, das entspricht ca. 3 Drogentoten je 100.000 Einwohnern. Etwas höhere Zahlen liegen in Berlin vor (rund 4–6 Drogentote je 100.000 Einwohner). In Flächenländern wie z. B. Mecklenburg-Vorpommern sind es nur 0,1–0,5 Drogentote je 100.000 Einwohner<sup>25</sup>.

### **Fazit**

Dieser Einblick in den Gesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Hamburg beruht auf der Verbindung klassischer Routinedaten mit aktuellen Befragungsdaten. Es konnte auf positive Trends der letzten Jahre verwiesen werden (z. B. Säuglingssterblichkeit), stabile Zahlen dominieren jedoch in der Gesundheitsbeschreibung. Der Gesundheitszustand und damit die Lebensqualität ist für die meisten HamburgerInnen unabhängig von Alter und Geschlecht gut oder sehr gut. Die Prävalenz von Risikofaktoren und deren ungleiche Verteilung in Abhängigkeit von sozioökonomischen Aspekten machen den Bedarf für zielgruppenspezifische verhältnis- und verhaltenspräventive Gesundheitsförderung deutlich.

Die Hamburger Gesundheitsberichterstattung kann trotz gesetzlich und politisch bestimmter Diskontinuitäten auf eine respektable Tradition zurückblicken und ihren Aufgaben auch bei sich ändernden Bedarfen entsprechen. Die aktuellen Entwicklungen – sei es der demografische Wandel und in diesem Kontext neue Versorgungsbedarfe, seien es die Veränderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention (▷6) – stellen die Gesundheitsberichterstattung vor neue Herausforderungen. Regelmäßig geht es dabei auch um die Frage, ob speziell für Hamburg bzw. einen hiesigen Sachverhalt Daten von aussagefähiger Qualität zur Verfügung stehen bzw. mit welchem Aufwand sie erhoben werden sollen.

Es ist ein Erfolg, dass Hamburg aus den beiden letzten Jahrzehnten eine Vielfalt von Analysen und Berichten zur Gesundheit in Hamburg vorzuweisen hat. Dennoch hat die Gesundheitsberichterstattung – in Hamburg wie bundesweit – erkennbare Gren-

24 [www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=98253608&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR51310](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=98253608&p_sprache=D&p_knoten=TR51310) ▷ Gesundheitliche Lage ▷ Sterblichkeit ▷ Mortalität und Todesursachen ▷ Tabelle »Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen«

25 [www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=98253608&p\\_sprache=D&p\\_knoten=TR51310](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=98253608&p_sprache=D&p_knoten=TR51310) ▷ Gesundheitliche Lage ▷ Sterblichkeit ▷ Mortalität und Todesursachen ▷ Tabelle »Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998)«

zen: Im Gesundheitssystem selbst verhaftet, neigt sie zu positiver Darstellung, und die Verknüpfung zu wissenschaftlichen Studien »vor Ort« wäre zu erweitern. Die landes-spezifische GBE wird nur vereinzelt durch kommunale, bezirkliche GBE ergänzt und nicht zuletzt werden Entscheidungen für Ressourcen, Maßnahmen und Interventionen von vielfältigen anderen Aspekten mitbestimmt. Im Kontext der neuen Gesetzgebung (Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz) entwickeln sich auch neue Ansprüche an die Gesundheitsberichterstattung, womöglich erweitert bis hin zur Evaluation von Maßnahmen und Interventionen. Aus der Perspektive von »StadtGesundheit« gehört eine anspruchsvolle und kontinuierlich fortgeschriebene Berichterstattung zu den Kernelementen einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik. Die schon traditionell auf Zusammenführung und Verschränkung von Teilthemen ausgerichtete GBE kann gerade auch in der Perspektive von StadtGesundheit integrative Aufgaben wahrnehmen.

## LITERATUR

AOK Rheinland/Hamburg (Hrsg.) (2016): Gesundheitsreport 2016. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg. Düsseldorf

Baumgärtner T, Hiller P (2016): Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens. Sucht.Hamburg gGmbH, Hamburg, [www.hamburg.de/contentblob/6530528/53931fd4540a4eb0833b933bb3e0a4d6/data/2016-07-12-bgv-schulbusstudie-volltext.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/6530528/53931fd4540a4eb0833b933bb3e0a4d6/data/2016-07-12-bgv-schulbusstudie-volltext.pdf)

Erhart M, Hering R, Schulz M, Graf von Stillfried D (2013): Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg – erstellt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg. [www.hamburg.de/sozialversicherung/4133760/morbiditaetsatlas-hamburg/](http://www.hamburg.de/sozialversicherung/4133760/morbiditaetsatlas-hamburg/)

Erhart M, Schulz M, Hering R, Graf von Stillfried D (2013): Morbiditätsatlas Hamburg – Zusammenfassung<sup>26</sup>. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg – erstellt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg. [www.hamburg.de/contentblob/4133828/e6c306e222b91a3d8492a94e2bd523fc/data/morbiditaetsatlas-zusammenfassung.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4133828/e6c306e222b91a3d8492a94e2bd523fc/data/morbiditaetsatlas-zusammenfassung.pdf)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2010): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg I. [www.hamburg.de/contentblob/2752016/4ee8296923c7442d4201ef0541cdeb91/data/pdf-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/2752016/4ee8296923c7442d4201ef0541cdeb91/data/pdf-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg.pdf)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. [www.hamburg.de/contentblob/3092126/bf6b4899a196d3d66b36d1c815038daa/data/pdf-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg-2.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/3092126/bf6b4899a196d3d66b36d1c815038daa/data/pdf-gesundheit-aelterer-menschen-in-hamburg-2.pdf)

<sup>26</sup> Ungeachtet der Bezeichnung »Zusammenfassung« enthält dieser Bericht Informationen, die nicht dem Ursprungsbericht (Erhart, Hering et al. 2013) entspringen.

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2012): Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg. [www.hamburg.de/gesundheitsberichterstattung/3274224/gesundheits-und-lebenslagen-11-15-jaehriger/](http://www.hamburg.de/gesundheitsberichterstattung/3274224/gesundheits-und-lebenslagen-11-15-jaehriger/)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2013): Arbeit und Gesundheit in Hamburg. [www.hamburg.de/contentblob/4146532/fdc53bd138b2ab69833296eb1f88e6fd/data/gesundheitsbericht-arbeit-und-gesundheit.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4146532/fdc53bd138b2ab69833296eb1f88e6fd/data/gesundheitsbericht-arbeit-und-gesundheit.pdf)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2014): Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter in Hamburg. [www.hamburg.de/contentblob/4395530/e26eb6f0da004f4b565b6f5f01619257/data/download-gesundheitsbericht-juengeres-mittleres-lebensalter.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4395530/e26eb6f0da004f4b565b6f5f01619257/data/download-gesundheitsbericht-juengeres-mittleres-lebensalter.pdf)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2015a): Gesundheit Hamburger Kinder im Einschulungsalter. [www.hamburg.de/contentblob/4647338/4f413466b465fda96ddc67c5896e5110/data/download-gesundheit-hamburger-kinder-einschulungsalter.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4647338/4f413466b465fda96ddc67c5896e5110/data/download-gesundheit-hamburger-kinder-einschulungsalter.pdf)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2015b): Hamburger Krebsdokumentation 2010–2012. [www.hamburg.de/krebsregister/](http://www.hamburg.de/krebsregister/)

FHH-BGV/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2017): Zahngesundheit Hamburger Schulkinder. [www.hamburg.de/contentblob/9340888/40f33bdcc9888b73eedcc6a2ae210de/data/zahngesundheitsbericht-2017-download.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/9340888/40f33bdcc9888b73eedcc6a2ae210de/data/zahngesundheitsbericht-2017-download.pdf)

FHH-BSG/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009): Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg. Kurzbericht. [www.hamburg.de/contentblob/1472804/ae5d5e2a83653687beeed7efefce409d/data/basisbericht.pdf;jsessionid=E18A4519BD76720C490D5EA11F2A0B3B.liveWorker2](http://www.hamburg.de/contentblob/1472804/ae5d5e2a83653687beeed7efefce409d/data/basisbericht.pdf;jsessionid=E18A4519BD76720C490D5EA11F2A0B3B.liveWorker2)

FHH-BSG/Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2010): Rund um Schwangerschaft und Geburt. [www.hamburg.de/contentblob/2403466/625a4d72428d53fbf02c46e65acf051d/data/rund-um-schwangerschaft-und-geburt.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/2403466/625a4d72428d53fbf02c46e65acf051d/data/rund-um-schwangerschaft-und-geburt.pdf)

Grobe T, Steinmann S (oJ): Gesundheitsreport 2016. Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Techniker Krankenkasse (TK). [www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/84957/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/84957/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf)

Hamburgische Bürgerschaft (2014): Antrag Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose. Drucksache 20/10869 vom 12. 2. 2014, [www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/44016/gesundheitsfoerderung-fuer-langzeitarbeitslose.pdf](http://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/44016/gesundheitsfoerderung-fuer-langzeitarbeitslose.pdf)

Kroll LE, Lampert T (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(1), [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt)

Ottová-Jordan V, Bletsch A, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) (2015): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Pabst Science Publishers, Lengerich

Pech E, Freude G (2010): Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund. <https://d-nb.info/1012328465/34>

Förderung, Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit sind nur im Einklang mit sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Verträglichkeit dauerhaft zu erreichen. Um diese Ziele gemeinsam mit Nachdruck zu verfolgen, entstand das Konzept von Nachhaltiger StadtGesundheit als ein Erkenntnis- und Handlungsansatz. Die Fallstudie Hamburg stellt wesentliche Elemente des Konzepts in ihren praktischen Ausprägungen exemplarisch dar.

Ausgehend von der historischen Entwicklung und der aktuellen Gesundheitssituation analysieren 100 AutorInnen die Steuerungsstrukturen von StadtGesundheit in Hamburg; die medizinische und pflegerische Versorgung; Rehabilitation und Teilhabe; Prävention und Gesundheitsförderung; die Vielfalt der Bezüge zur Hamburger Stadtpolitik sowie neue integrative Ansätze im Sozialraum. Die Fallstudie zeigt, welche Elemente in einer Großstadt vorzufinden sind und welcher Entwicklungsbedarf besteht.

Die »Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« wird unterstützt von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband.

**Rainer Fehr** war Leiter des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen und ist jetzt Seniormitarbeiter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Er promovierte im Fach Medizin über Algorithmen (Hamburg), in Epidemiologie über Surveillance (Berkeley, CA) und wurde mit einer Arbeit über Ökologische Gesundheitsförderung habilitiert (Bielefeld). Seine Arbeitsschwerpunkte sind StadtGesundheit und Governance-unterstützende Gesundheitsanalysen.

**Alf Trojan** war Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und leitet die Redaktion der »Grundbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention«, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Er arbeitet an Projekten der Selbsthilfeförderung und zur quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfe und Gesundheitssystem; kommunale Gesundheitsförderung; Bürgerbeteiligung, Patienten- und Bürgerbefragungen.