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

Endbericht

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 (Praktikantin 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

V.i.S.d.P. und Copyright: OptiMedis AG, Helmut Hildebrandt, 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 Billenetz – 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.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung IV
Inhaltsverzeichnis VI
Abbildungsverzeichnis IX
Tabellenverzeichnis XII
1. Einleitung 1
Teil A Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation – Herausforderungen und Chancen 7
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) 19
2.3. Analyse der Kosten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 31
2.4. Analyse der Gesundheitsversorgung – Versorgungssituation 34
2.4.1. Auswertung der Daten des Fachamtes für Stadt- und Landschaftsplanung 34
2.4.2. Auswertung der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 35
2.5. Diskussion der quantitativen Bedarfsanalyse 38
3. Qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse 39
3.1. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse 42
3.1.1. Infrastruktur und Wohnverhältnisse 43
3.1.2. Niedrige Gesundheitskompetenz 44
3.1.3. Eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft 44
3.1.4. Erfahrung der Selbstwirksamkeit 45
3.1.5. Soziale Instabilität 46
3.2. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitliche Situation 47
3.2.1. Psychische Erkrankungen 47
3.2.2. Kindergesundheit 49
3.2.3. Migrantengesundheit 51
3.2.4. Interkulturelle Arzt-Patienten-Kommunikation 53

3.3. Fokussierter Themenbereich: Situation der Gesundheitsversorgung 55
3.4. Fokussierter Themenbereich: Gesundheitsförderung und Prävention 58
3.5. Fokussierter Themenbereich: Versorgungsmodelle / Vernetzung 63
4. Zusammenfassung der Analysen und Schlussfolgerung 68
Teil B Entwicklungs- und Handlungskonzept 71
5. Organisationsstruktur: Akteure, Kooperationen und Steuerung 71
5.1.1. Ausgestaltung der „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH" 73
5.1.2. Akteure und intersektorale Governance 74
5.1.3. Ausblick 2025: Gesundheits- und Sozialzentrum in Billstedt 77
5.1.4. Finanzierung und Sicherstellung der Nachhaltigkeit 79
6. Vision und Ziele: Das Integrated Chronic Care Model als Basis für ein Versorgungsmodell 82
7. Strategie: Handlungsempfehlungen 87
7.1. Handlungsfeld I: Innovatives sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement 90
7.1.1. Modul: Strukturierte Patientensteuerung durch Haus-und Fachärzte / Versorgungsmanagement 91
7.1.2. Modul: Aufbau eines Modells zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt 98
7.1.3. Modul: Weiterentwicklung der Praxisklinik und der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) 99
7.1.4. Modul: Gemeinsame elektronische Patientenakten zum Informationsaustausch 100
7.1.5. Modul: Datengestützte Versorgungsplanung („from data to concept") 101
7.2. Handlungsfeld II: Entlastung der Ärzte und Stärkung der wohnortnahen ambulanten Versorgung 102
7.2.1. Modul: Zusätzliche ärztliche Vergütung für Patienten in besonderen Problemstellungen 102
7.2.2. Modul: Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich 103
7.2.3. Modul: Erweiterung der ärztlichen Ressourcen mittels Delegation und Substitution 104
7.2.4. Modul: Überwindung der Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung 106
7.2.5. Modul: Digital Health 108
7.3. Handlungsfeld III: Vernetzung Gemeinwesen und Medizin 111
7.3.1. Modul: Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung 113
7.3.2. Modul: Empowerment bei chronischen Erkrankungen 120
7.3.3. Modul: Settingbezogene Gesundheitsförderung 122
7.3.4. Modul: Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks 123
7.3.5. Modul: Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur 126
Teil C Konzeptumsetzung 128
8. Gesundheit als Zukunftsthema für die Stadtteile 128
8.1. Potential- und Unterstützungsanalyse 128

8.2. Chancen für die Gesundheitswirtschaft 130
9. Literaturverzeichnis 132
10. Anlagen 139

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) 15

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) 17

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.) 18

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) 18

Abbildung 7: Ambulante Behandlungsfälle wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 19

Abbildung 8: Behandlungsfälle männlicher Versicherter mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 20

Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt20

Abbildung 10: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Adipositas in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 22

Abbildung 11: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Adipositas in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt. 22

Abbildung 12: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Hypertonie in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 23

Abbildung 13: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Hypertonie in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 23

Abbildung 14: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Diabetes mellitus in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 24

Abbildung 15: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Diabetes mellitus in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 24

Abbildung 16: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 25

Abbildung 17: Anteil Versicherte mit stationären Krankenhausfällen bei Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 25

Abbildung 18: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Sonstige Formen der Herzkrankheit in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 26

Abbildung 19: Behandlungsfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (getrennt nach Geschlecht) 27

Abbildung 20: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Männern in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 28

Abbildung 21: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Frauen in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 29

Abbildung 22: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 29

Abbildung 23: Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 30

Abbildung 24: Ambulante Behandlungsfälle für Ausgewählte Erkrankungen im Kindesalter in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 31

Abbildung 25: Schuleingangsuntersuchungen Vergleich Übergewicht in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 31

Abbildung 26: Kostendifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt 33

Abbildung 27: Deckungsbeitragsdifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt 33

Abbildung 28: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in Hamburg (Zeit Online 2015) 35

Abbildung 29: Theoretisch adaptierter Versorgungsgrad in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg gesamt (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband)37

Abbildung 30: Relevante Akteure in Billstedt und Horn 40

Abbildung 31: Ausgestaltung der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH 72

Abbildung 32: Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH 75

Abbildung 33: Organisationsstruktur Entwicklungsraum Billstedt-Horn (Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2008) 76

Abbildung 34: §92a SGB V (dejure.org Rechtsinformationssysteme GmbH 2015) 80

Abbildung 35: Integrated Chronic Care Model 83

Abbildung 36: Die fünf Schritte des Health Needs Assessment. Quelle: Surmund (2015), Darstellung in Anlehnung an S. Cavanagh & K. Chadwick, 2005, S. 21 91

Abbildung 37: Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen in Euro in den Hamburger Stadtteilen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014) 139

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.) 140

Abbildung 39: Durchschnittlicher 1-Jahres-Leistungsbedarf in Euro im Jahr 2011 im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013) 142

Abbildung 40: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen bei 0-10-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 142

Abbildung 41: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 10-20-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 142

Abbildung 42: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 143

Abbildung 43: Mittlere Kostendifferenz der 11-20-Jährigen in Billstedt-Horn gegenüber dem Hamburger Durchschnitt im Jahr 2011 143

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) 37

Tabelle 3: Beschreibung des Integrated Chronic Care Model 85

Tabelle 4: Übersicht der Handlungsfelder und Maßnahmen; GP = Good Practice Intervention 89

Tabelle 5: Übersicht Handlungsfelder und Anspruchsgruppen. Legende: PA: Patient, AR: Arzt, SE: Soziale Einrichtungen, SK: Stadtteilklinik Hamburg, GK: Gesetzliche Krankenversicherung; PL: Politik 90

Tabelle 6: Interventionsoptionen bei der multimorbiden Versichertengruppe 96

Tabelle 7: Indirekte und direkte Folgekosten der Kindeswohlgefährdung bezogen auf die beteiligten Systeme, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier-Gräwe und Wagenknecht, Materialien zu Frühe Hilfen, Eine Kosten-Nutzen Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben", S. 34. 120

Tabelle 8: Vergleich der Altersverteilung (absolut) der AOK Rheinland/Hamburg Versicherten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt 140

Tabelle 9: Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit 144

Tabelle 10: Gesundheitsversorgung aus Sicht des Bezirks Mitte 145

Tabelle 11: Netzwerkziele in Billstedt-Horn 145

Tabelle 12: Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn 148

Tabelle 13: Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn 153

Tabelle 14: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn 155

Tabelle 15: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften 159

Tabelle 16: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung 163

Tabelle 17: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen 168

Tabelle 18: Protokoll Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn 172

Tabelle 19: Liste der Interviewpartner 174

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).[1]

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.

[1] 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 Demografie-Festigkeit 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 Industrierevier 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 ungelernte 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 Mümmelmannsberg – „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 Mümmelmannsberg, 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 Mümmelmannsberg (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 Mümmelmannsberg 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)

Teil A 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 Migrationshintergrund	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 Beschäftigte (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 Mindestsicherung	38,5 %	43,7 %	49,0 %	21,8 %	k. A.
I12: Sekundarstufe I des Gymnasiums	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.[2]

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.

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.

[2] Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, „Lebenslagenberichterstattung, Empfänger von Leistungen nach SGB II und SGB XII in Hamburg".

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 37 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 erfolgversprechend 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[3] wie z. B. an- und ungelernt bzw. einen Arbeitslosenstatus aufweisen, als es im Hamburger Durchschnitt der Fall ist.

[3] Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, siehe Anlage (Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit).

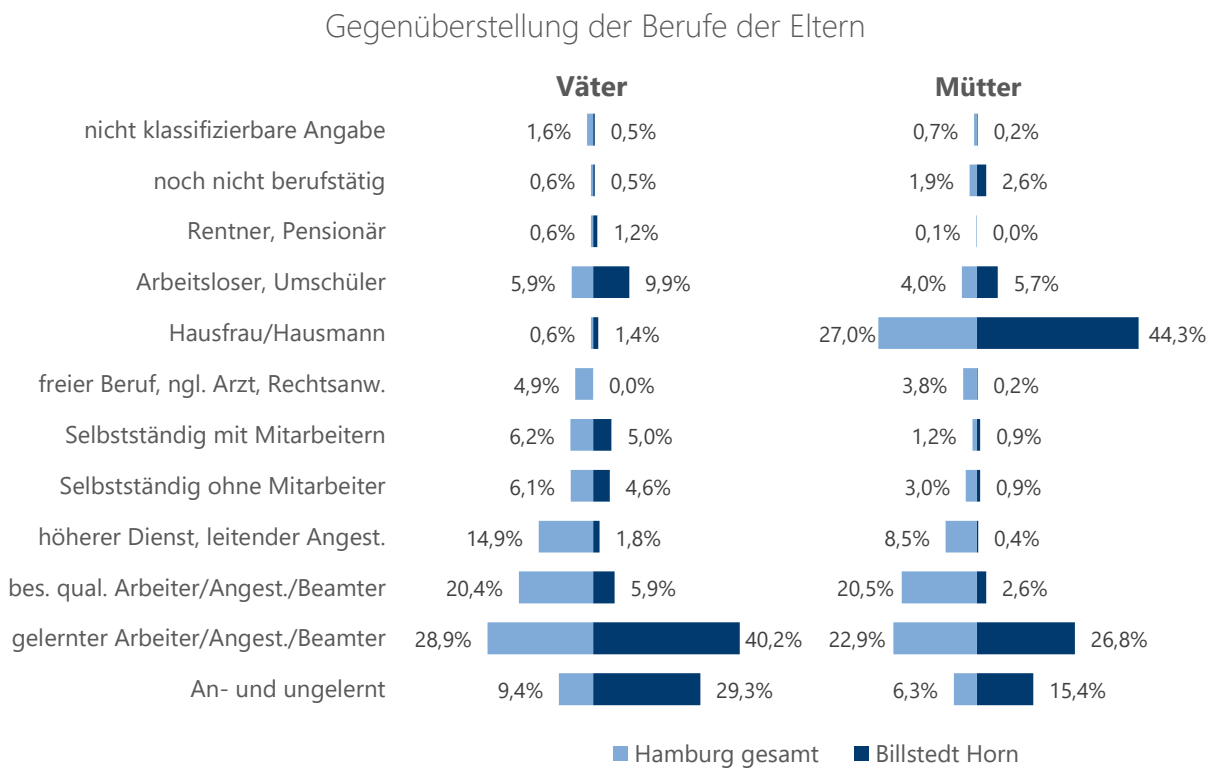


Abbildung 1: Berufe der Eltern in Billstedt-Horn gegenüber Hamburg auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2013

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[4] (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[5]. 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 der Anteil jüngerer Versicherter in Billstedt und Horn deutlich größer ist als im Hamburger Durchschnitt (siehe Tabelle 8 im Anhang für absolute Zahlen).

[4] Die gesetzlichen Grundlagen zur Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten werden im SGB V geregelt.

[5] 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.

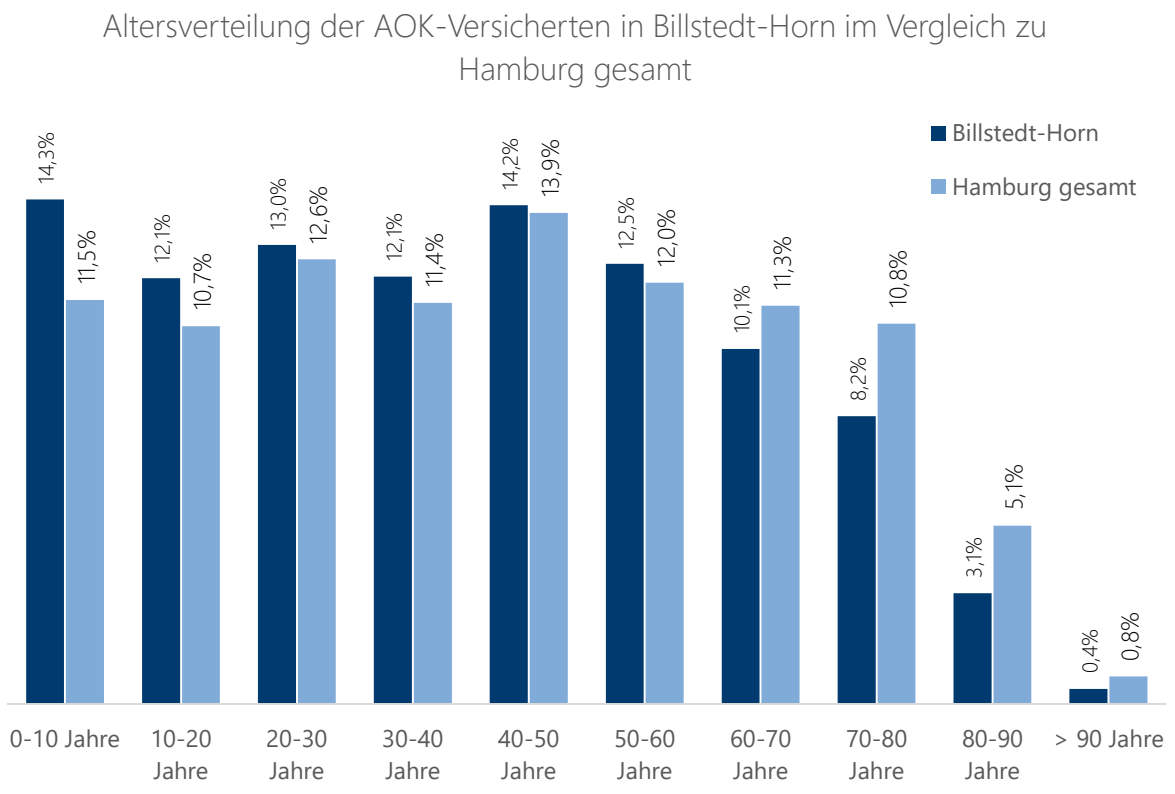


Abbildung 2: Vergleich der Altersverteilung in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt auf Basis von Daten der AOK Rheinland/Hamburg des Jahres 2013

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[6] zur sozialen Lage ist das zentrale Ergebnis. Dieser gibt Auskunft darüber, wie sich statistische Gebiete hinsichtlich des sozialen Status und dessen Veränderungen

[6] 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).

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).

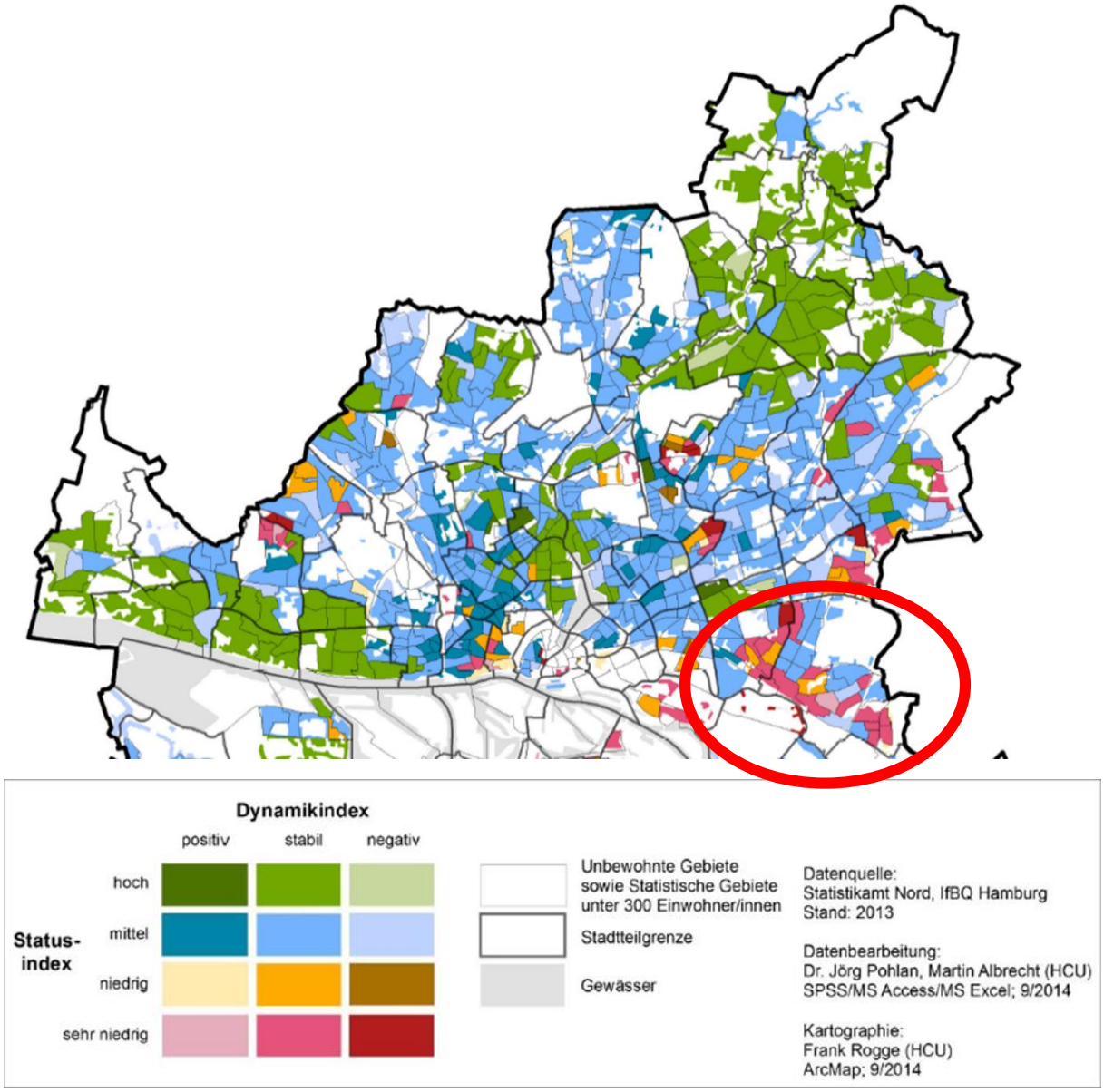


Abbildung 3: Sozialmonitoring 2014: Gesamtindex (Pohlan/Dafateri-Moghaddam 2015, S. 65)

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[7], 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[8].

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 sozioregionalen Lage auf die Behandlungsprävalenz zeigt sich für diese Stadtteile wie bereits vermutet insbesondere bei differenzierten, altersspezifischen Untersuchungen. Die Krankheitslast, gemessen mittels eines Morbiditätsindez 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 38 im Anhang).

[7] Unter dem Begriff Volkskrankheiten werden Depression, Diabetes, Hypertonie, Formen der Herzinsuffizienz und Demenz zusammengefasst.

[8] 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.

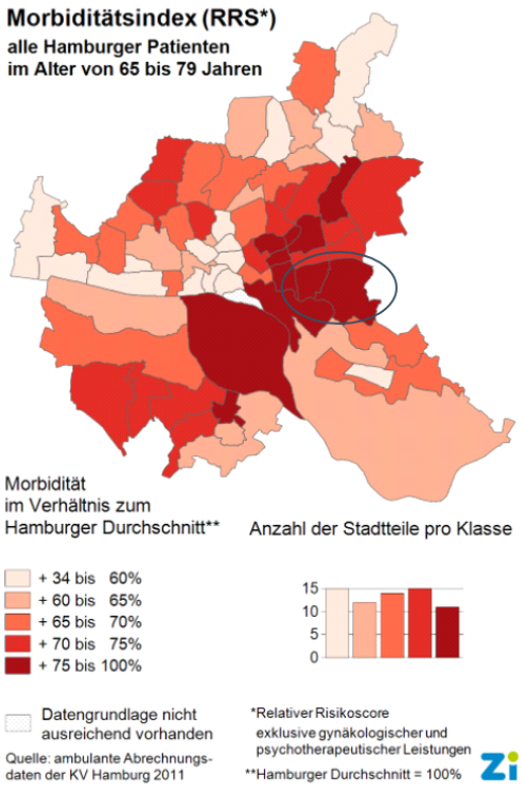


Abbildung 4: Morbiditätsindex der Patienten zwischen 65 und 79 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013: S. 45; Billstedt und Horn durch Umrahmung nachträglich markiert)

Fokussierter Themenbereich: A) Multimorbidität im Alter

Die Ergebnisse in Bezug auf den Morbiditätsindex legen nahe, dass ältere, multimorbide Patienten[9] 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).[10] 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. Dabei

[9] 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).

[10] 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.

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).

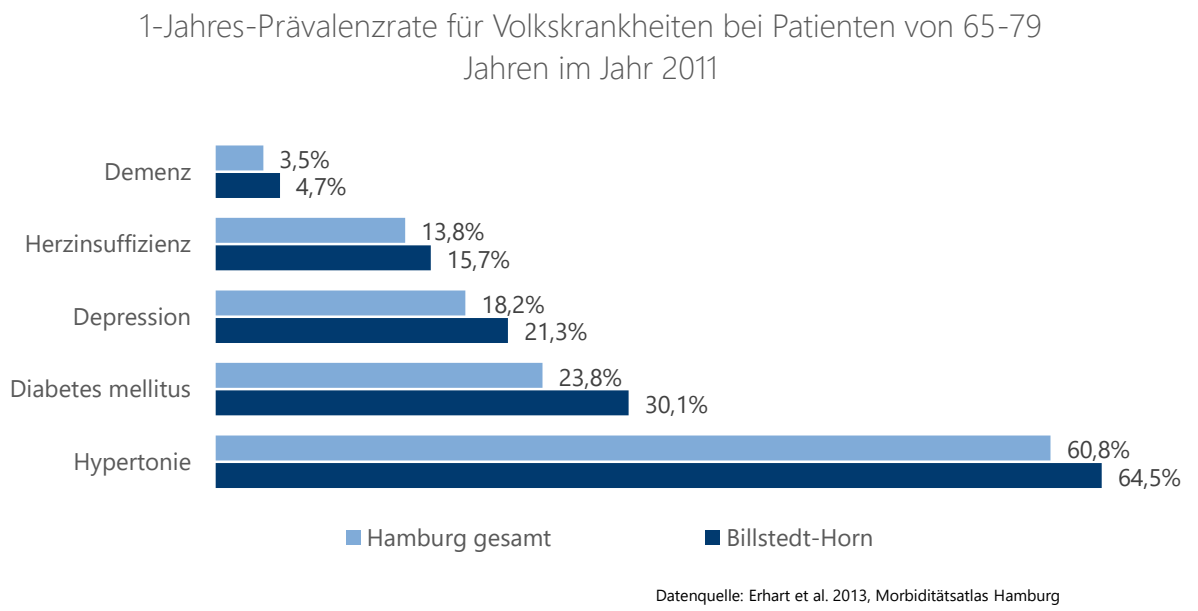


Abbildung 5: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten chronischen Erkrankungen in Billstedt und Horn im Vergleich mit dem Durchschnitt in Hamburg für Patienten zwischen 65 und 79 Jahren (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013, S. 48 ff.)

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).

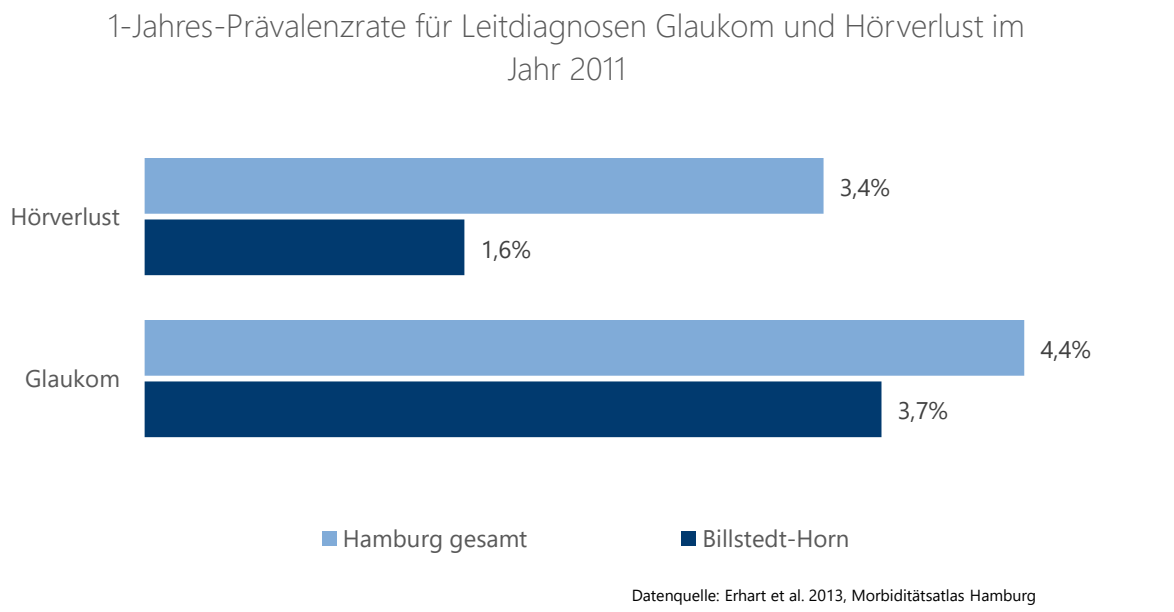


Abbildung 6: 1-Jahres-Prävalenz der im Morbiditätsatlas untersuchten Erkrankungen (sog. Leitdiagnosen) in Billstedt und Horn (eigene Darstellung auf Basis von Daten aus Erhart et al. 2013)

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.

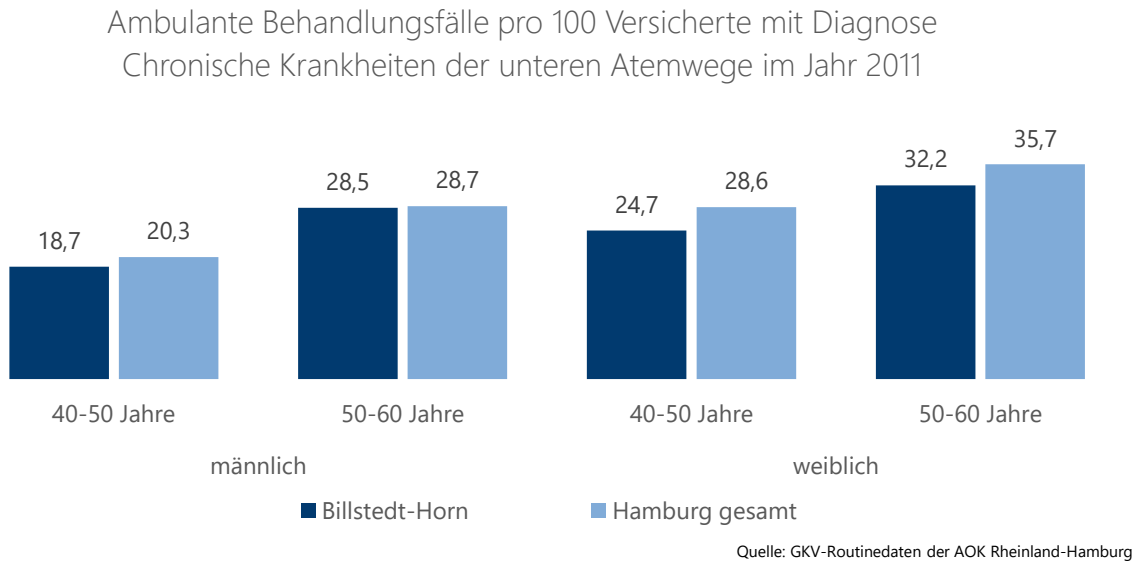


Abbildung 7: Ambulante Behandlungsfälle wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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[11] aufgrund der Diagnose Rückenschmerz als im Hamburger Durchschnitt (siehe Abbildung 9).

[11] 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 Kurzzeitarbeitsunfähigkeit (< 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.

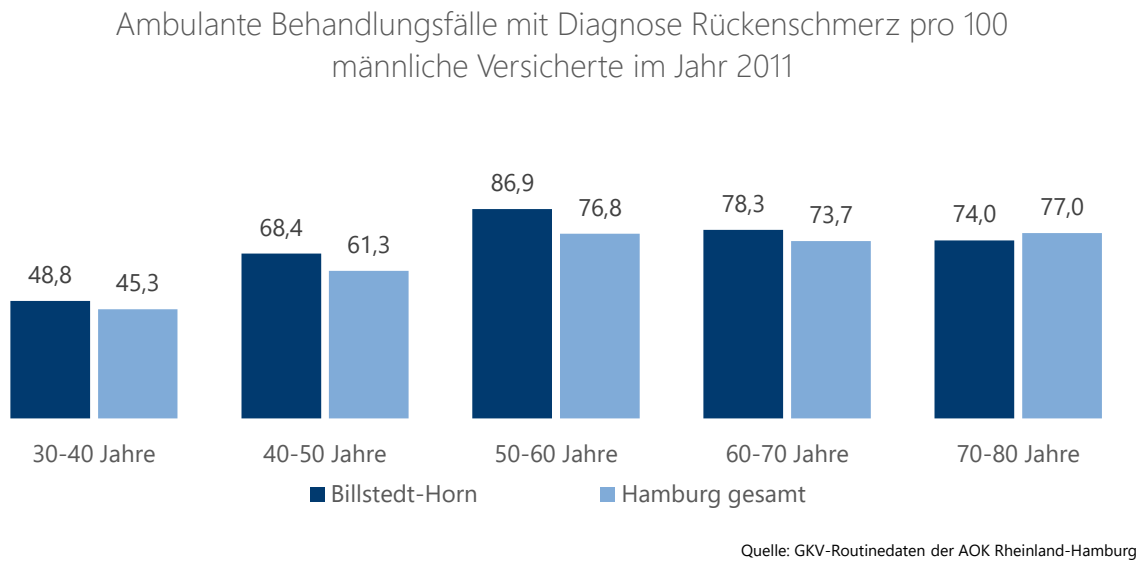


Abbildung 8: Behandlungsfälle männlicher Versicherter mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

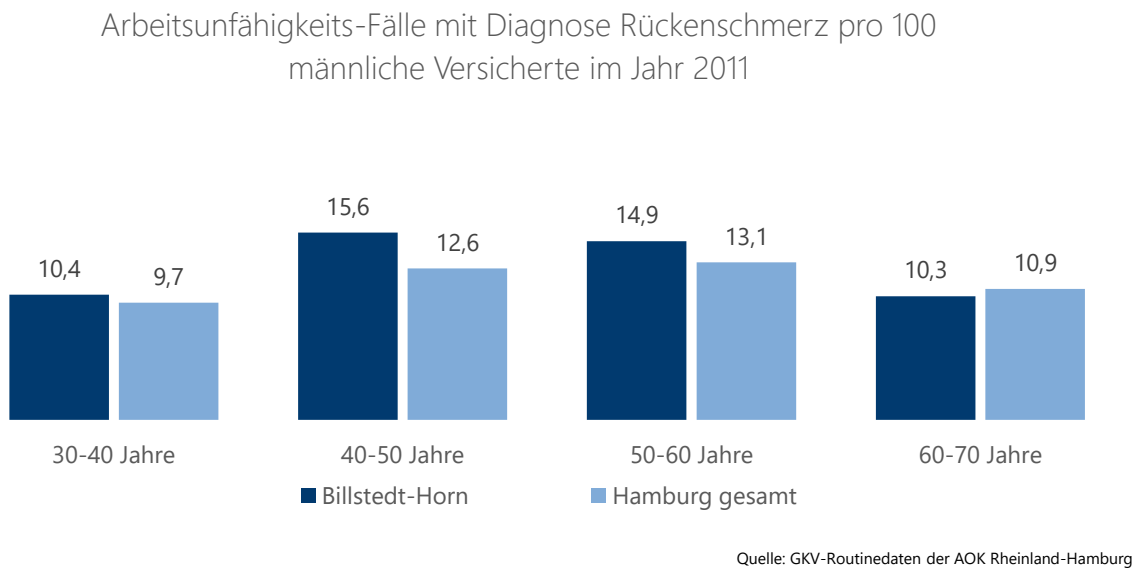


Abbildung 9: Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnose Rückenschmerz in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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).

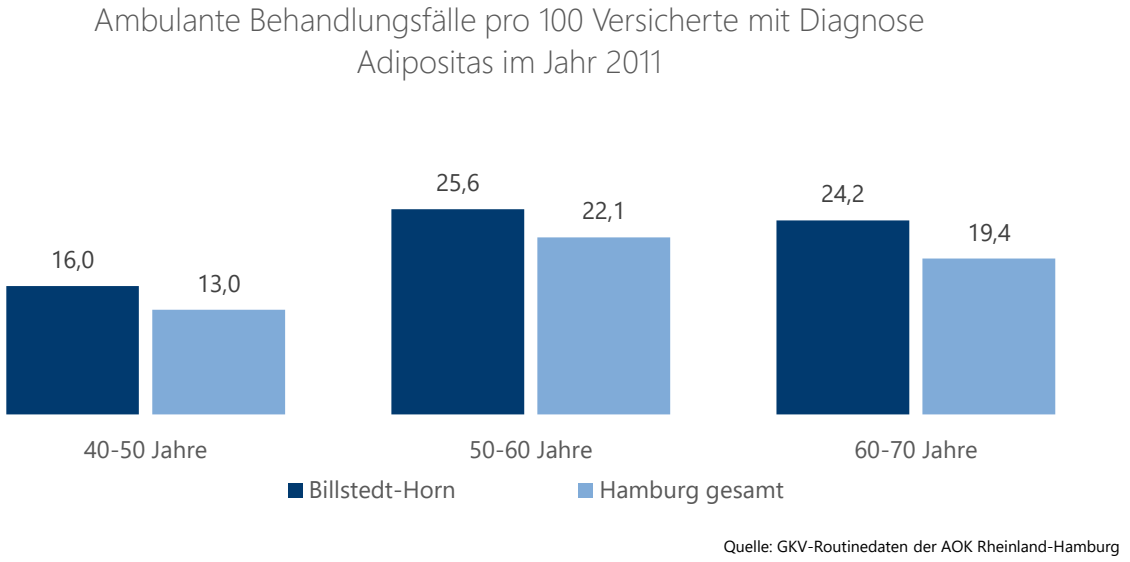


Abbildung 10: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Adipositas in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

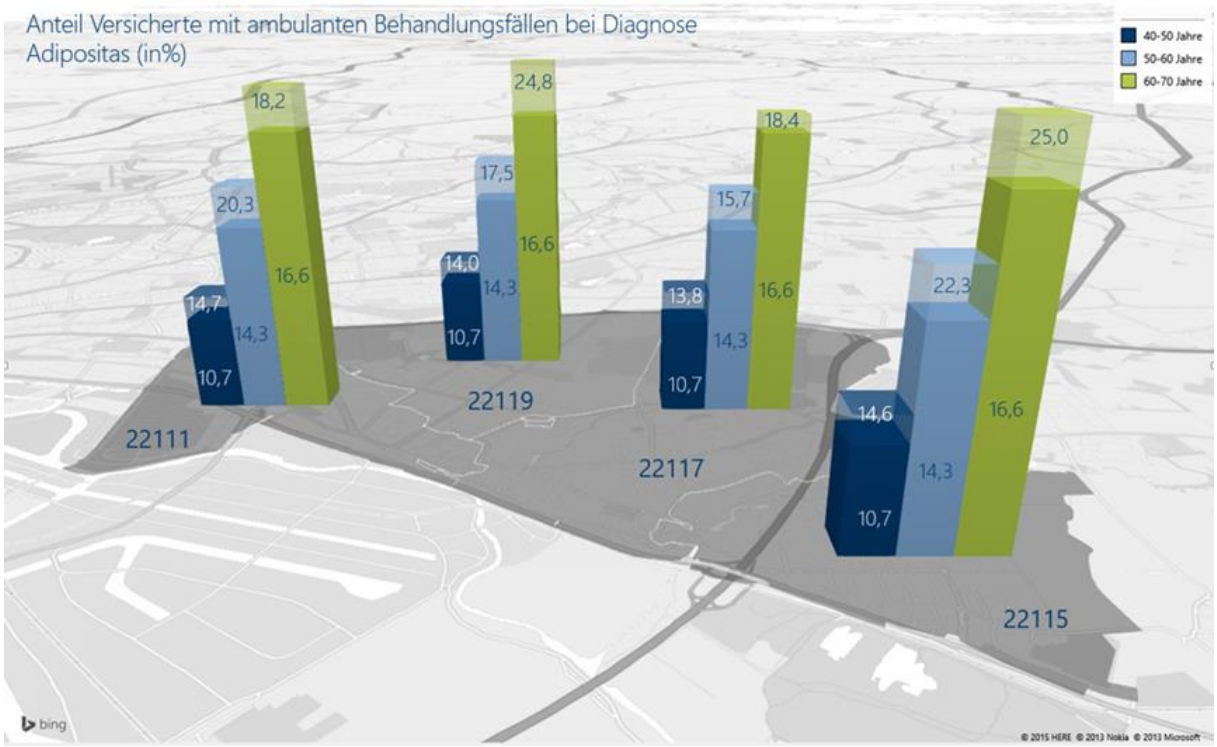
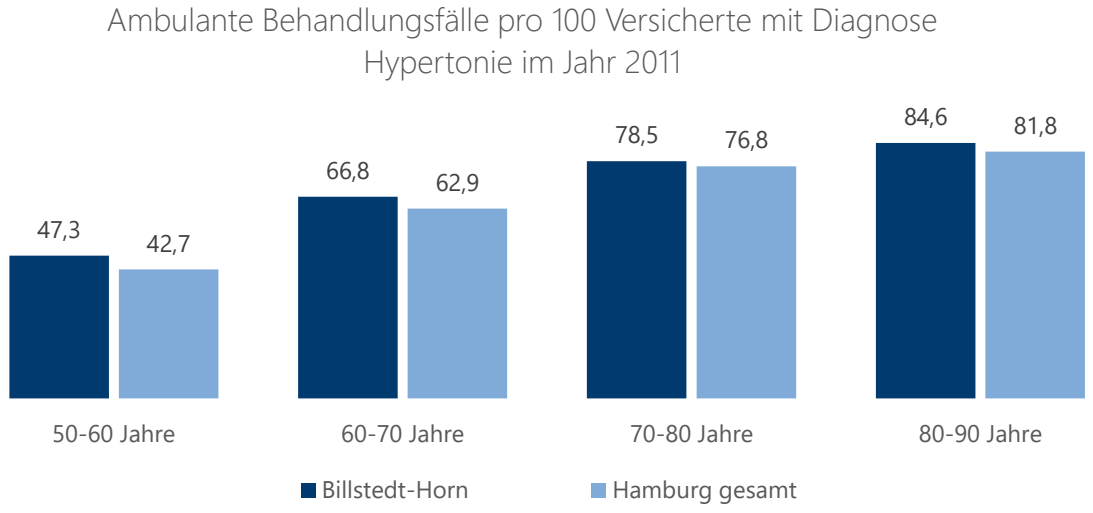


Abbildung 11: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Adipositas in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt.
(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche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



Quelle: GKV-Routinedaten der AOK Rheinland-Hamburg

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

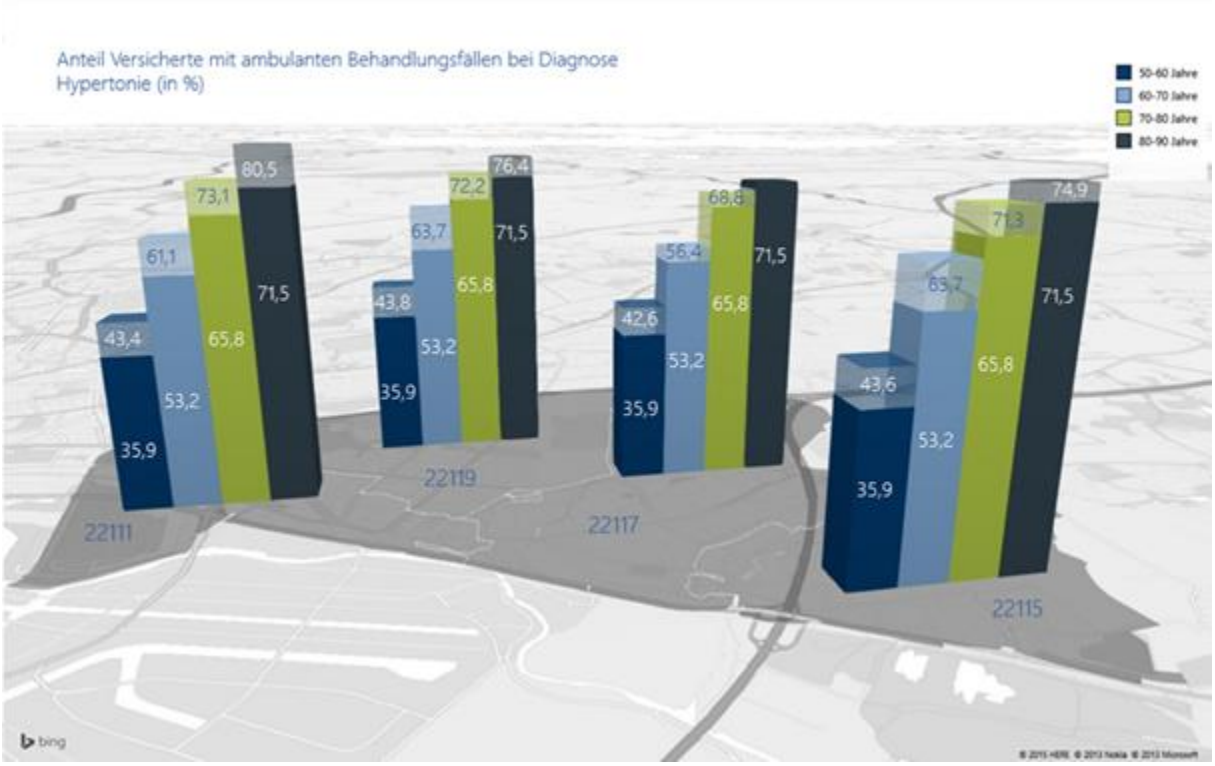


Abbildung 13: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Hypertonie in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt
(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche gegenüber diesem Durchschnitt.)

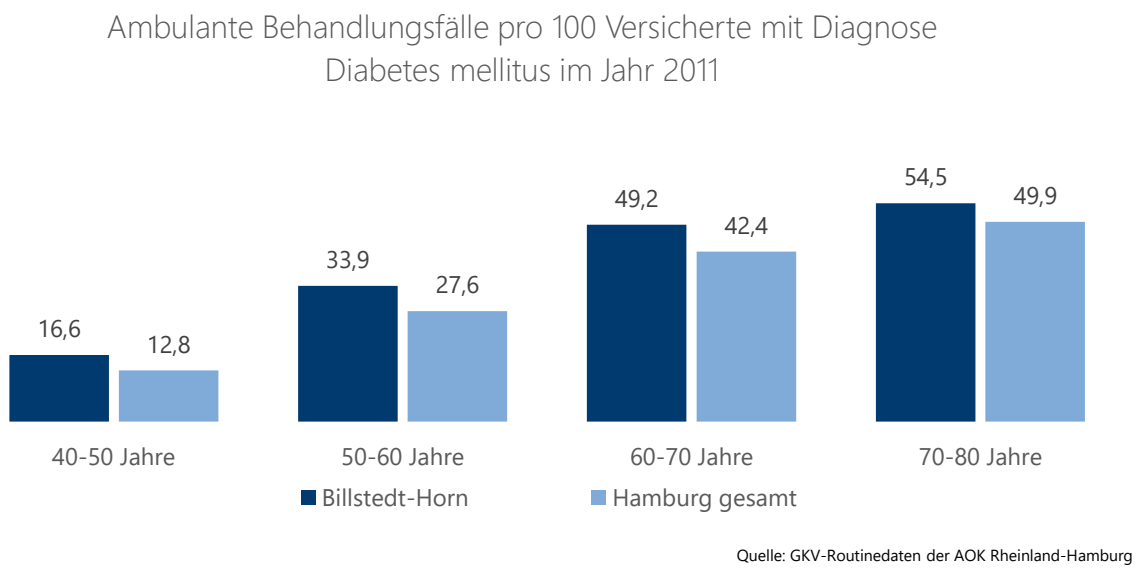


Abbildung 14: Ambulante Behandlungsfälle mit Diagnose Diabetes mellitus in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

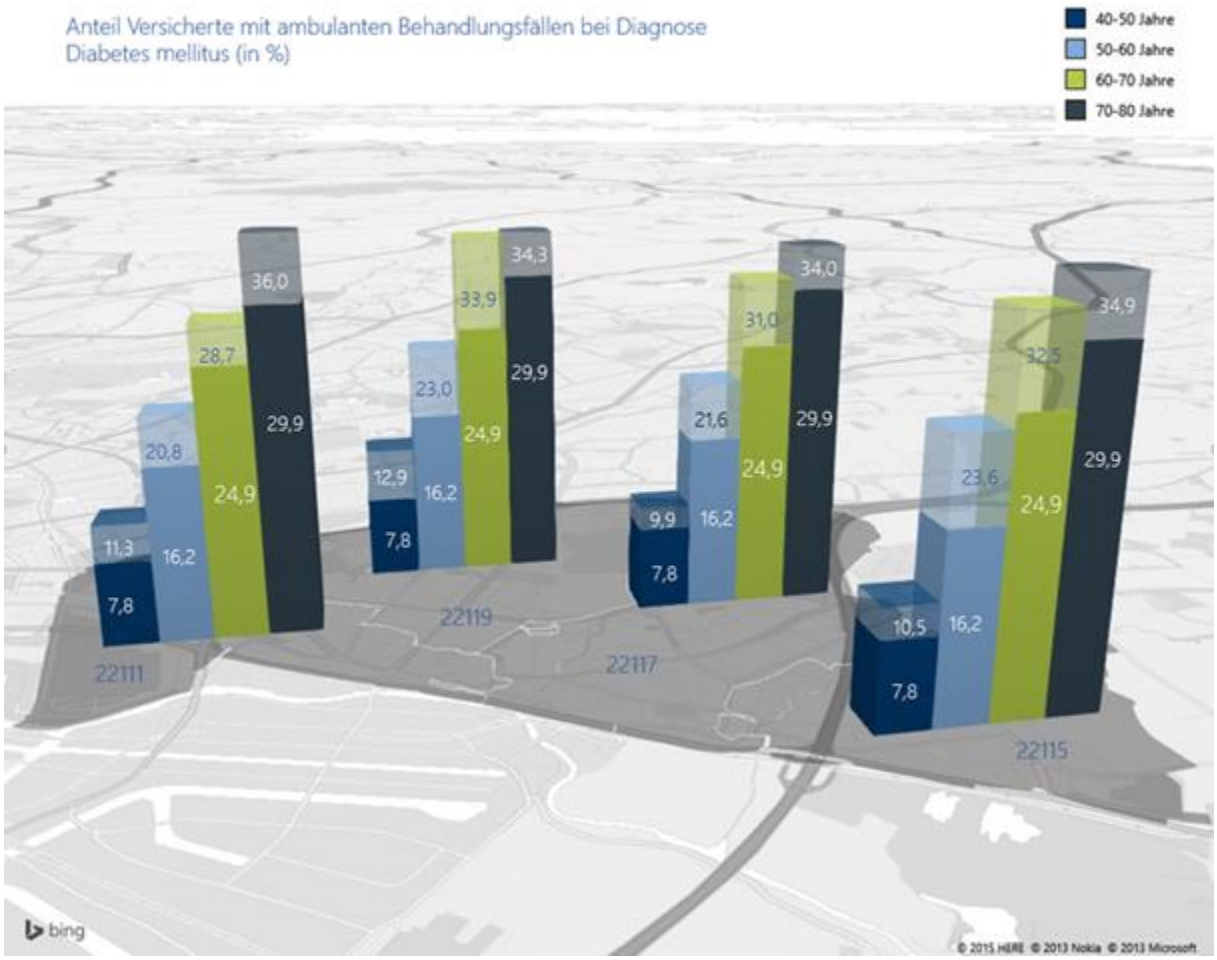


Abbildung 15: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Diabetes mellitus in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt
(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche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

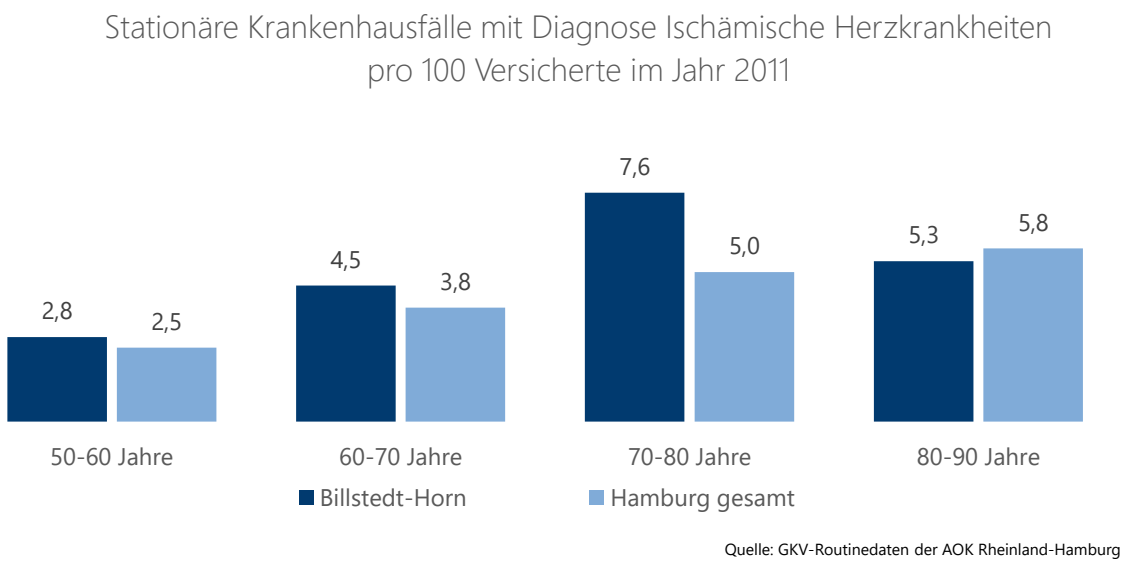


Abbildung 16: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

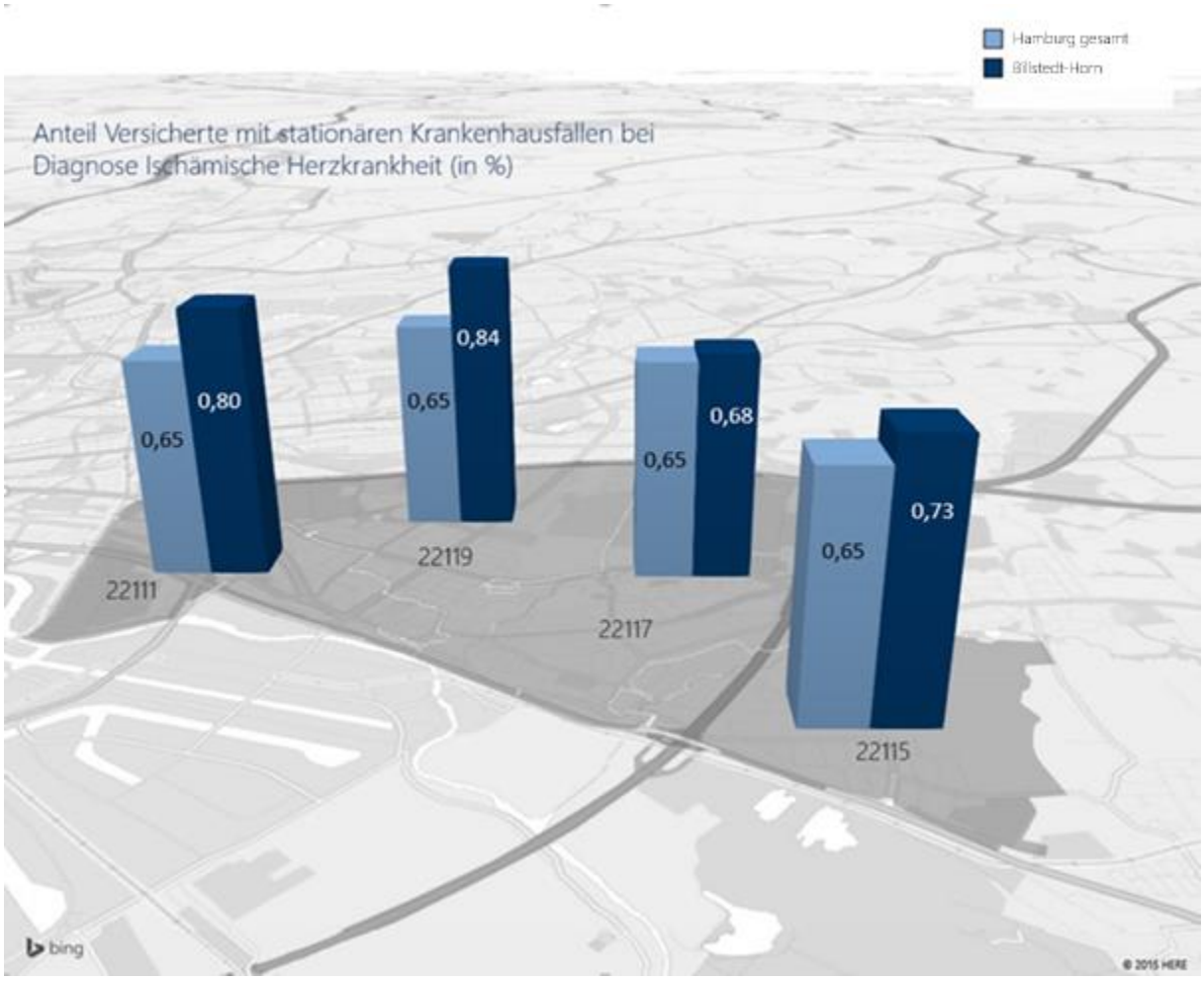


Abbildung 17: Anteil Versicherte mit stationären Krankenhausfällen bei Diagnose Ischämische Herzkrankheiten in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

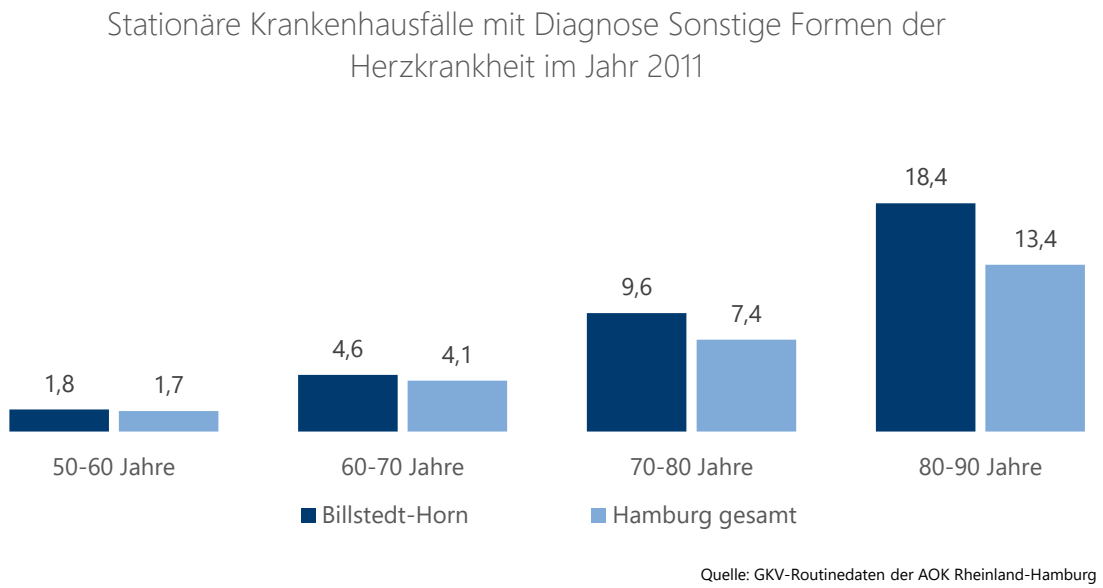


Abbildung 18: Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Sonstige Formen der Herzkrankheit in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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).

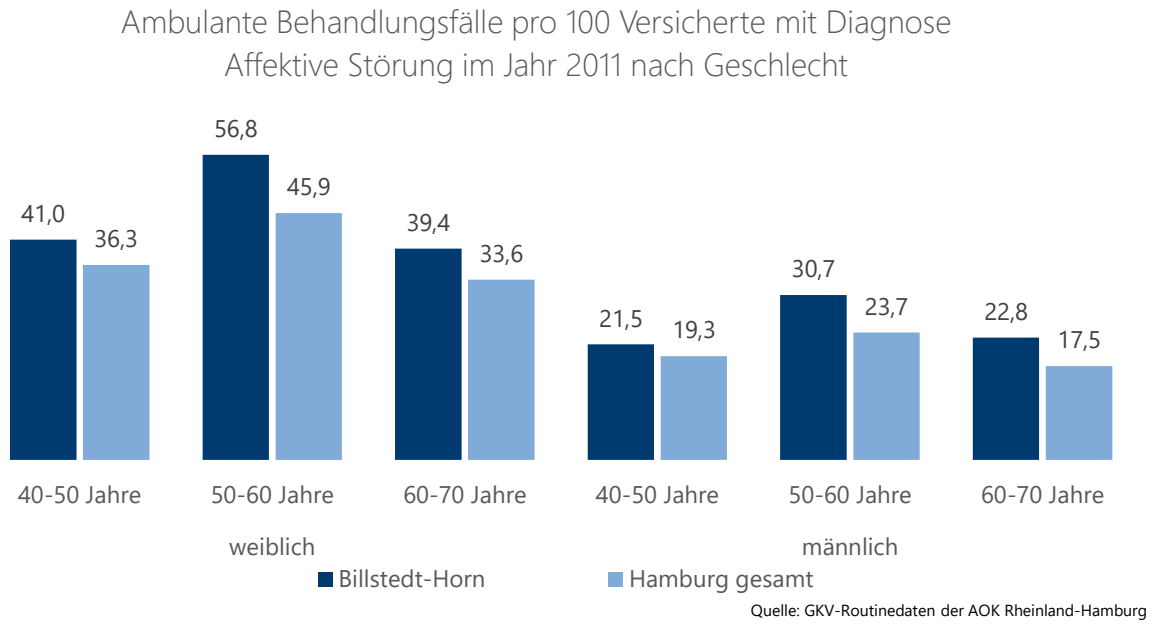


Abbildung 19: Behandlungsfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt (getrennt nach Geschlecht)

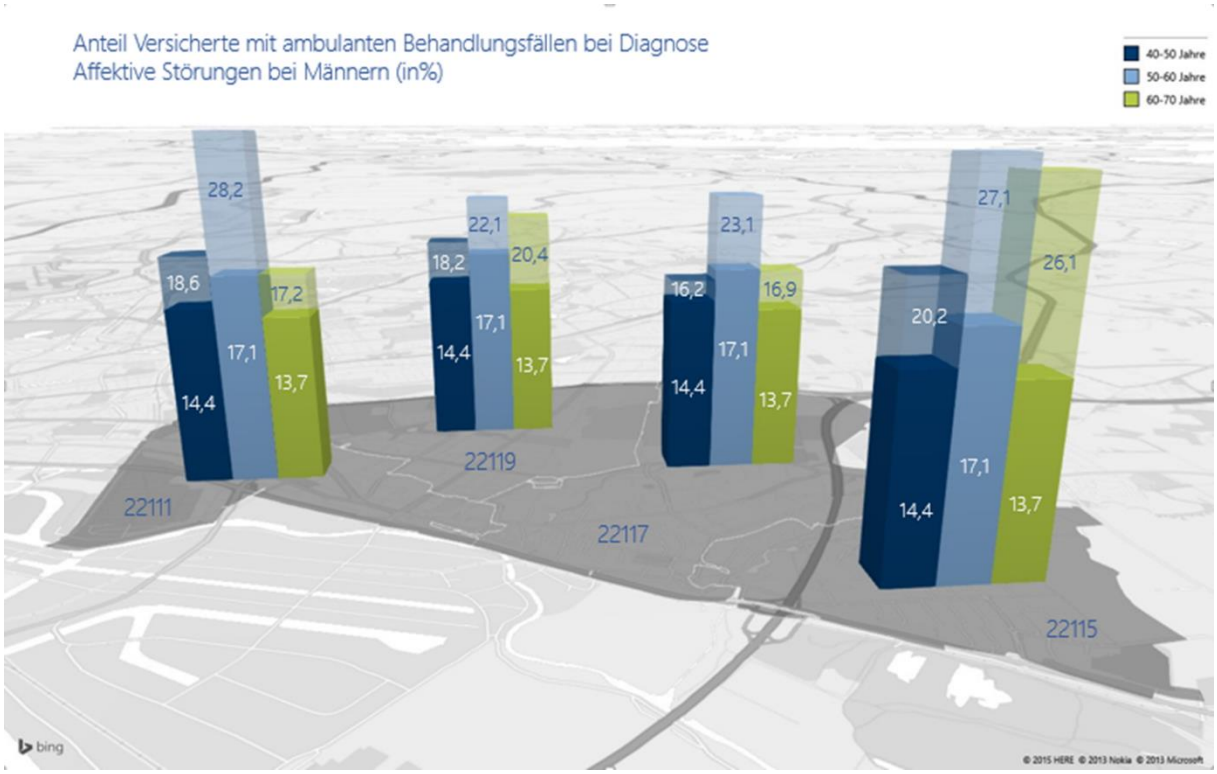


Abbildung 20: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Männern in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt
(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen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

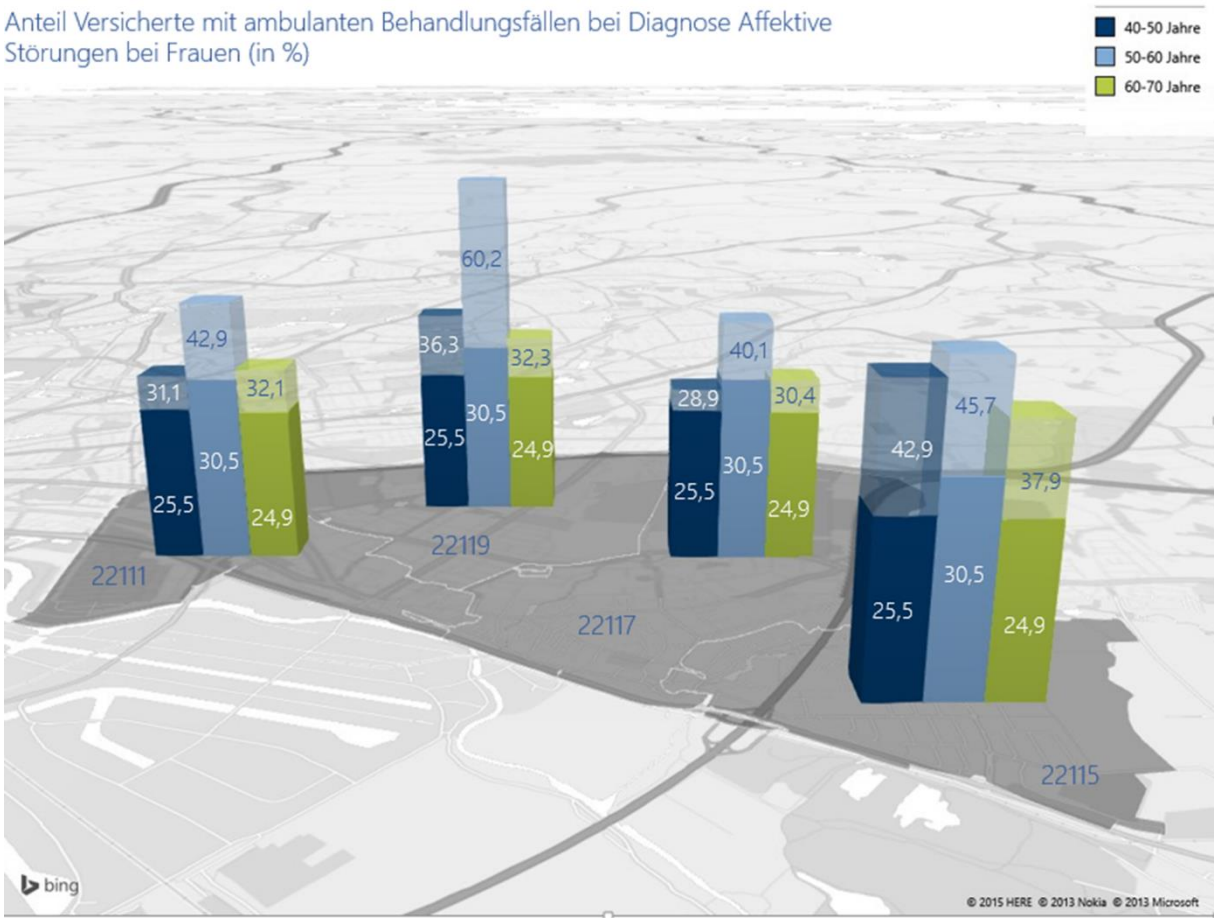


Abbildung 21: Vergleich Anteil Versicherte mit ambulanten Behandlungsfällen bei Diagnose Affektive Störungen bei Frauen in Postleitzahlgebieten Billstedt-Horn und Hamburg gesamt
(Die gefüllten Balken zeigen jeweils den Durchschnitt in Hamburg an, die transparenten Balken die Differenz der einzelnen Postleitzahlbereiche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

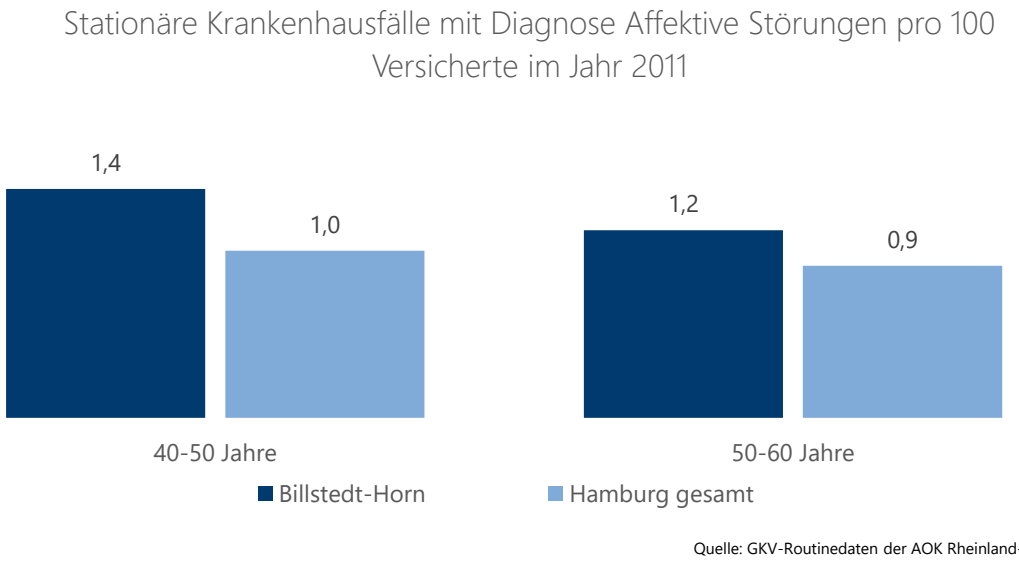


Abbildung 22: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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.

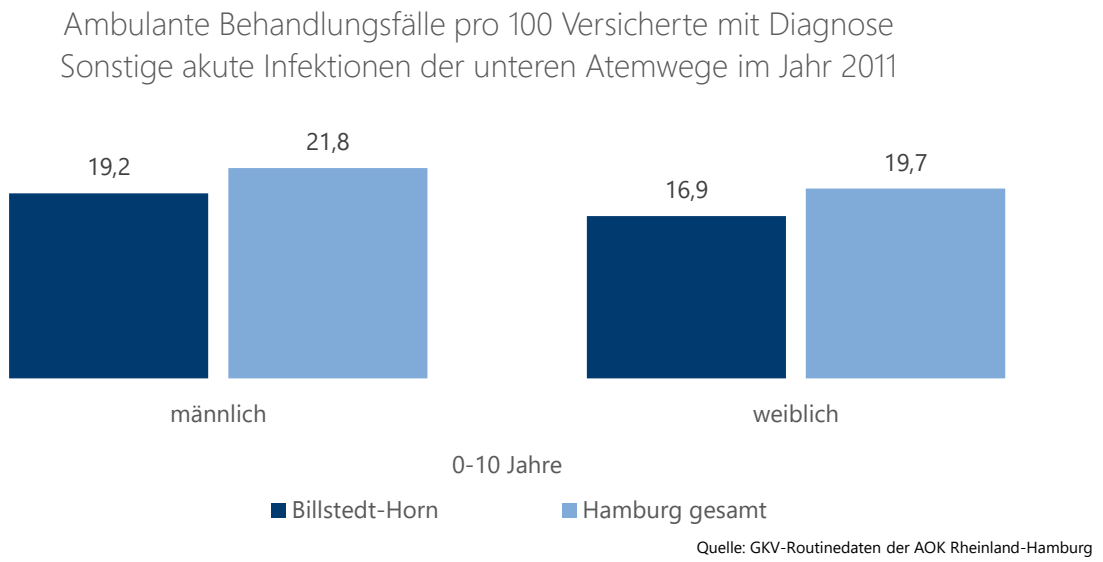


Abbildung 23: Ambulante Behandlungsfälle pro 100 Versicherte mit Diagnose Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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 40 und Abbildung 42 im Anhang zu stationären Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen). Auch Risikofaktoren wie Substanzmissbrauch in Form von übermäßigem Alkohol- oder Drogenkonsum (vgl. Abbildung 41 im Anhang) sowie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht, die für einen Großteil des Krankheits- und Sterbegeschehens im mittleren höheren Lebensalter verantwortlich sind, häufen sich bereits in den unteren Altersgruppen.

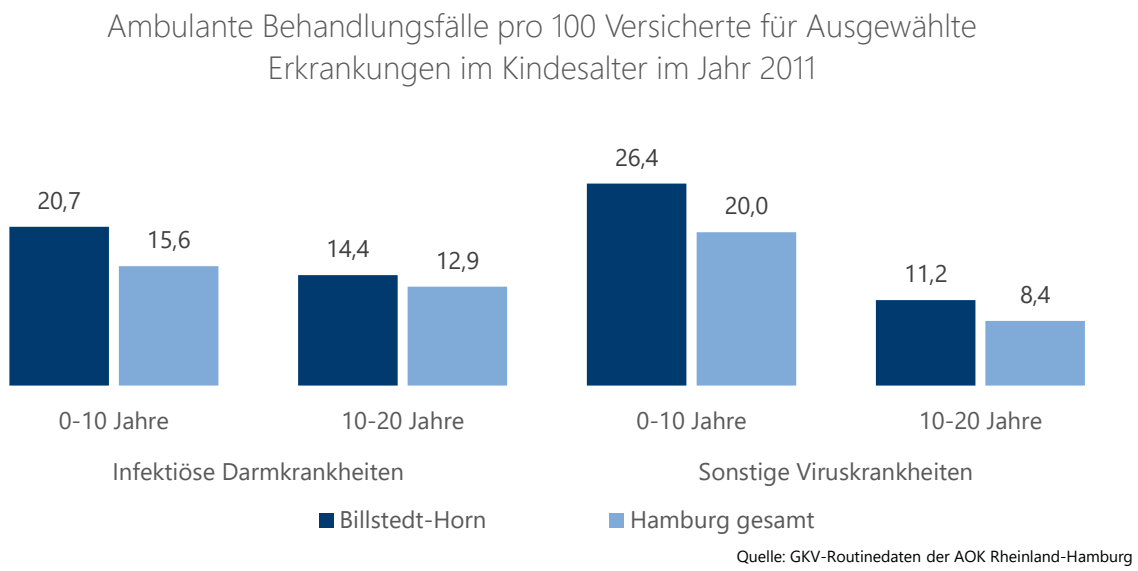


Abbildung 24: Ambulante Behandlungsfälle für Ausgewählte Erkrankungen im Kindesalter in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

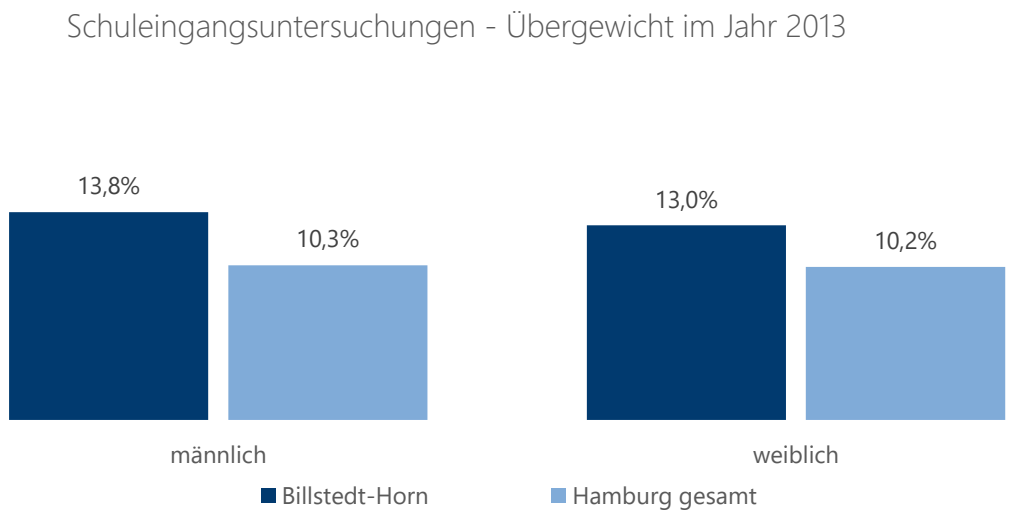


Abbildung 25: Schuleingangsuntersuchungen Vergleich Übergewicht in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

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[12] 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[13] – siehe Abbildung 43 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.[14] 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.

[12] 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).

[13] 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.

[14] 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.

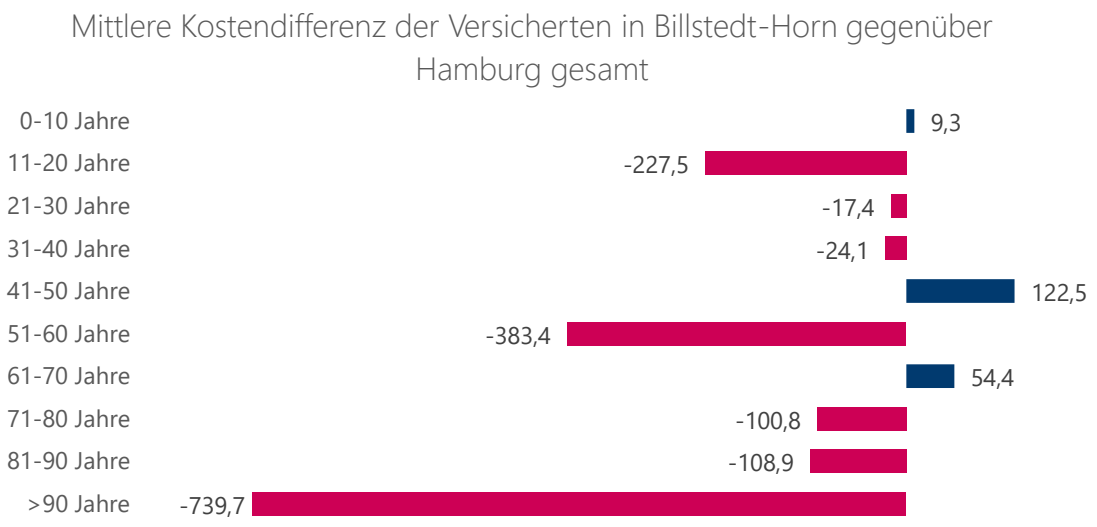


Abbildung 26: Kostendifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt

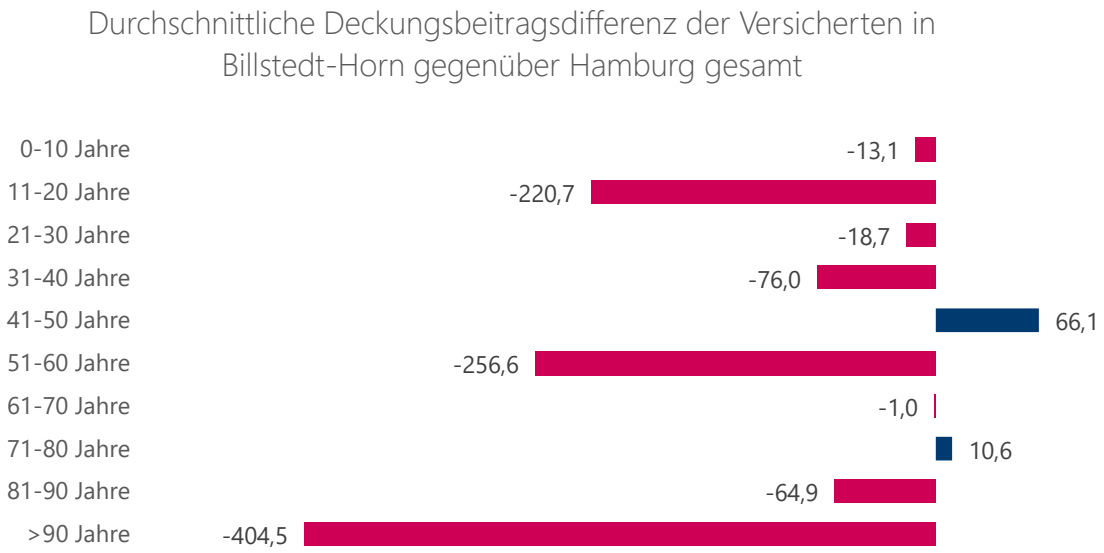


Abbildung 27: Deckungsbeitragsdifferenz der Versicherten in Billstedt-Horn gegenüber dem Durchschnitt in Hamburg gesamt

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.

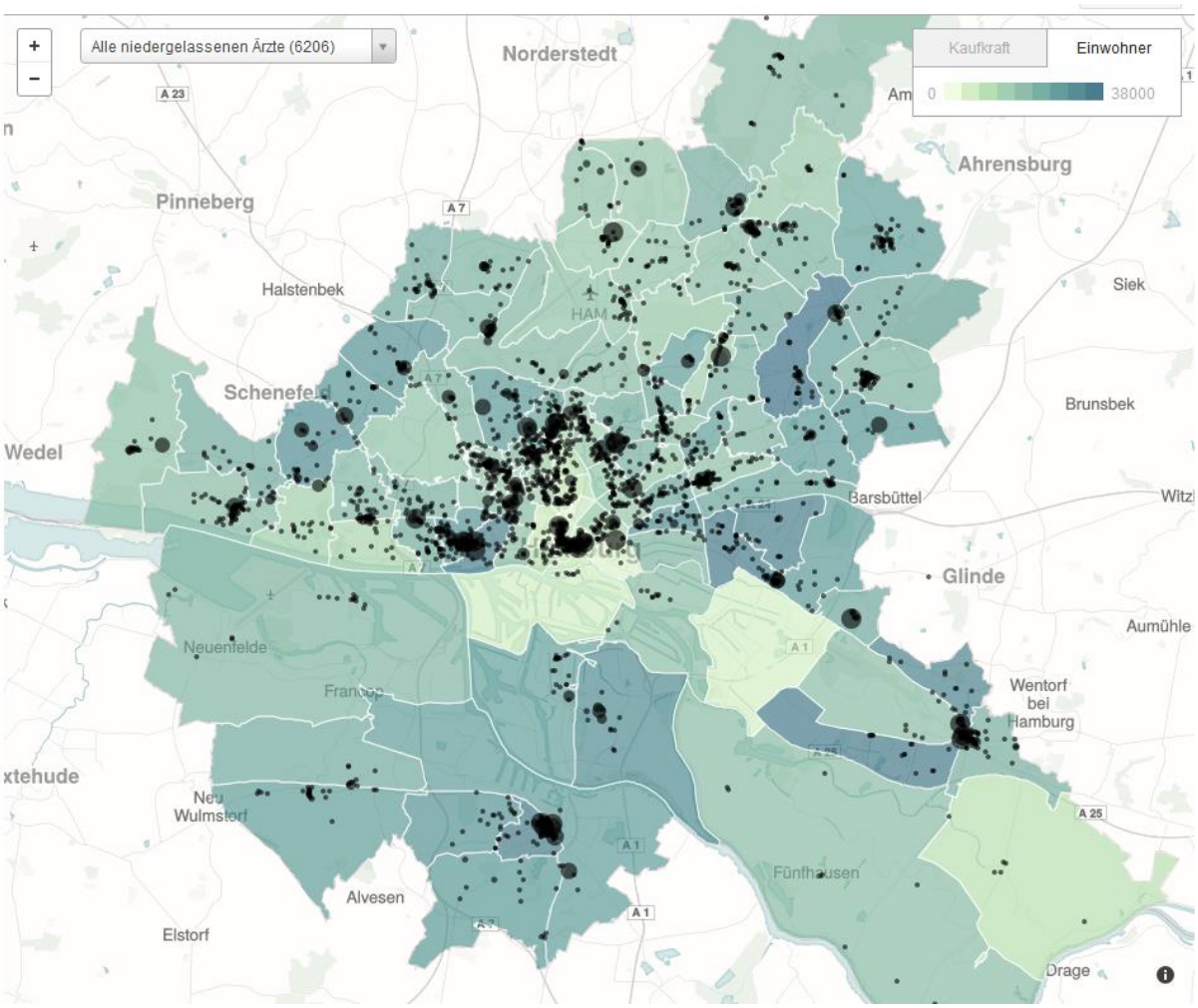


Abbildung 28: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in Hamburg (Zeit Online 2015)

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[15]. 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 (Marienthal) 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

[15] 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 Facharztdisziplinen zusammen und wurde für Billstedt und Horn der absoluten Zahl der Fachärzte gegenübergestellt.[16] 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 teilten. 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[17]	Einwohnerzahl HH *Frauen **Kinder	Einwohnerzahl BH *Frauen **Kinder
Hausärzte[18]	1.671	1.019,1	52	1.788.994	108.102
Augenärzte	13.399	132,5	3	1.788.994	108.102
Chirurgen	26.230	77,25	2	1.788.994	108.102

[17] 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.

[18] 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[17]	Einwohnerzahl HH *Frauen **Kinder	Einwohnerzahl BH *Frauen **Kinder
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[19]	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[20]	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)

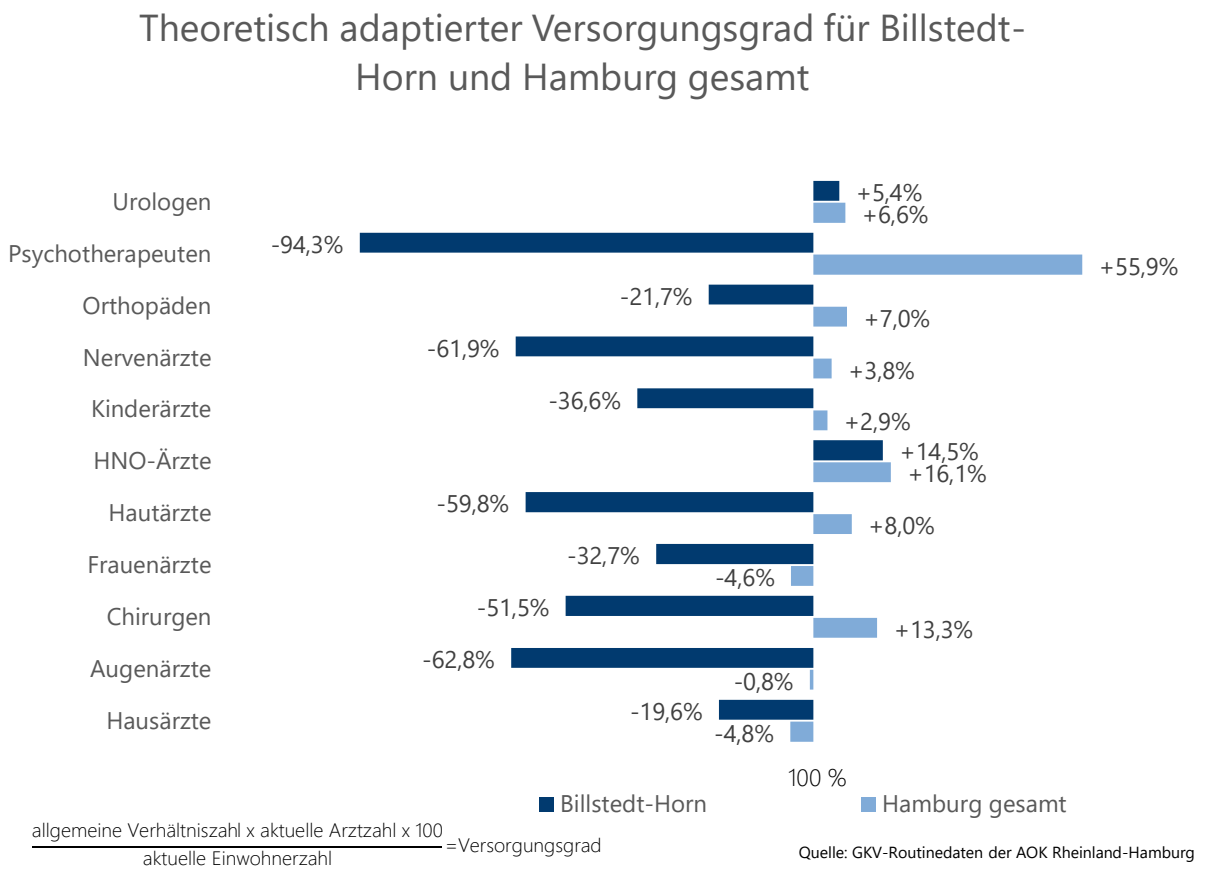


Abbildung 29: Theoretisch adaptierter Versorgungsgrad in Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg gesamt (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Ärztekammer Hamburg und GKV-Spitzenverband)

[19] Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: http://www.kbv.de/html/arztsuche.php
[20] Psychologische Psychotherapie und Psychotherapie, Quelle: http://www.kbv.de/html/arztsuche.php

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 erschwerten 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 12: Fragebogen für ärztliche Leistungserbringer aus Billstedt-Horn
B. Interviewleitfaden für Engagierte aus Billstedt-Horn Tabelle 14: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn
C. Interviewleitfaden für Netzwerke zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Billstedt-Horn Tabelle 13: Fragebogen für Netzwerkakteure aus Billstedt-Horn

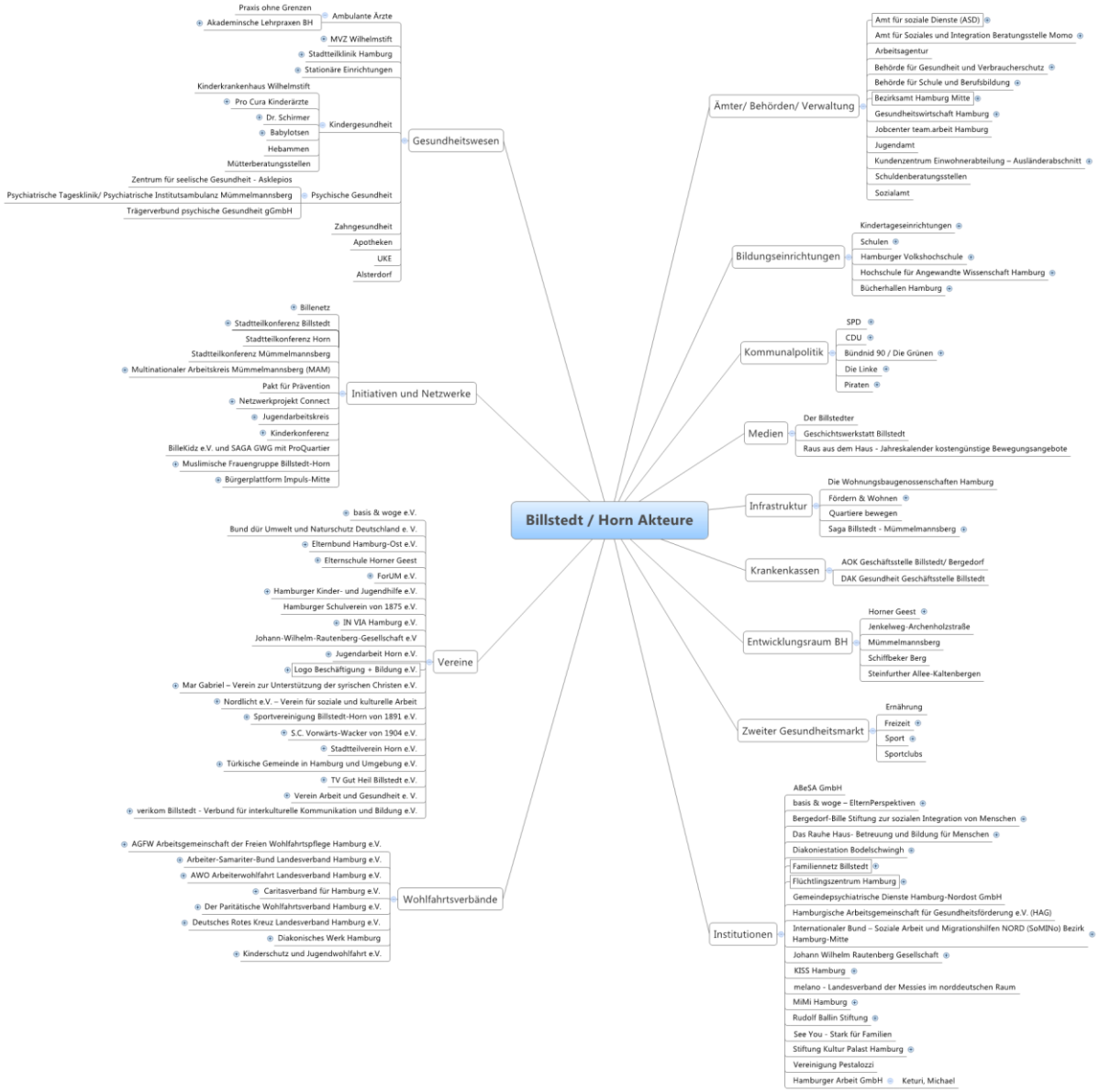


Abbildung 30: Relevante Akteure in Billstedt und Horn

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 19: 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 Bildungsnetzwerk 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 Entwicklungsleitsätze 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 15: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften
B. Psychosoziale Grundversorgung Tabelle 16: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung
C. Kindergesundheit: Guter Start – Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern und Situation der Mütterberatungsstellen Tabelle 17: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen
D. Die Situation der ärztlichen Versorgung Tabelle 18: 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 interessengeleiteten 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 Legienstraße, der Horner Geest, im Sonnenland oder in Teilen von Mümmelmannsberg 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 Zeitungsstapel 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 gammeligen 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 Mümmelmannsberg unter anderem durch Maßnahmen der Quartiersentwicklung schon „deutlich gebessert", es ist „nicht mehr so verwahrlost" (14.334-14.336; 3.249-3.253). Auch in Mümmelmannsberg 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 so-lange. 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 15: 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 grundsätzlich 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[21] (6.566-6.568; Razum 2008).

[21] Laut der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten sind 600.000 Migranten mit Diabetes unterversorgt.

Zahlreiche migrationsspezifische Erfahrungen wie z. B. die Entwurzelung aus dem Heimatland, Integrationsschwierigkeiten 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 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).

„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. 16)

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).

„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." (Ilkilic 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 18: 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 16: 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 Belegarztklinik 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 aufoktroyiert 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[22]. 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 17: 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 reintun 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)*

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

[22] http://www.billenetz.de/Bildungsangebote/Bildungsangebote/Uebersicht_Anbieter.xls

einen positiven Nutzen für die Gesellschaft hat und dass die Folgekosten einer Kindswohlgefährdung 13-mal höher sind als die Kosten der Frühen Hilfen[23].

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 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)*

[23] Weitere Informationen zur Studie in (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011).

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 17: 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 sektorenübergreifend 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. Geregelte 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 Medizinern 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 ungeregelter 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 Arztzahlen 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 16: 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 rausholen." (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 Netzwerkpflege, 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 Mümmelmannsberg. Viele der Praxisinhaber haben sich auf die spezifischen kulturellen und sprachlichen Besonderheiten in Mümmelmannsberg 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 Mümmelmannsberg. 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 Patientenklientel 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 Patientenklientel 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 Schmerzsymptomatiken). 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.

Teil B Entwicklungs- und Handlungskonzept

Aufbauend auf der Bestands- und Bedarfsanalyse folgt in diesem Teil ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung. Das Bezirksamt Hamburg-Mitte bzw. das Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung hat bereits im Jahr 2008 ein umfassendes Entwicklungskonzept Billstedt-Horn verfasst, das jeweils unterschiedliche Schwerpunkte setzt. Angefangen beim Quartier „Zentrum Billstedt" über die Quartiere „Horner Geest" und „Neue-Mitte-Horn" bis hin zum Quartier „Mümmelmannsberg" wurden Sanierungsgebiete und Entwicklungsbedarfe identifiziert, die den Fokus unter anderem auf das Minimieren von Defiziten in den Bereichen Städtebau und Wohnen, soziale Situation, lokale Ökonomie und Einzelhandel, Bildung, Mobilität, Zusammenleben, Natur, Stadtgrün und Image gerichtet haben. Der Bereich Gesundheit war bisher noch kein Schwerpunkt, allerdings wurde in der Analyse der Bedarfssituation festgestellt, dass ein erkennbarer Handlungsbedarf in Billstedt und Horn vorliegt (Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2008, S. 40). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Maßnahmen in anderen Bereichen vielfach auch einen Gesundheitsbezug aufweisen. So dient eine Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern Umwelt, Verkehr sowie Wohnumfeld und öffentlicher Raum gleichzeitig dazu, umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu bewältigen. Das hier vorgelegte Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung erweitert die Handlungsfelder um die Themen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention und dient insofern in gewissem Maße als Ergänzung zu dem vom Bezirksamt-Mitte beauftragten Entwicklungskonzept Billstedt-Horn.

5. Organisationsstruktur: Akteure, Kooperationen und Steuerung

In Einklang mit der aktuellen internationalen Literatur (McClellan et al. 2014) empfehlen wir den Aufbau einer für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung verantwortlichen und ökonomisch an deren Erfolg gebundenen Organisationseinheit in Billstedt und Horn. Konkret wird vorgeschlagen, in Übereinstimmung mit der gesundheitswirtschaftlichen Strategie der Freien und Hansestadt Hamburg, ein Gesundheitsunternehmen zu gründen, das von den in Billstedt-Horn tätigen ambulanten und stationären Leistungserbringern zu wesentlichen Teilen mitgetragen wird.

Möglich ist dies durch die §§ 140a ff. SGB V und die damit entwickelte Option, dass lokale Gesundheitserbringer, organisiert über eine Managementgesellschaft, mit Krankenkassen Selektivverträge vereinbaren können. Diese Verträge können eine erfolgsabhängige Finanzierung vorsehen. Als interner Begriff würde sich die Bezeichnung „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH" anbieten, als Gesellschaftsform die Etablierung einer GmbH, die mit möglichst vielen der für die Bevölkerung relevanten Krankenkassen Verträge nach den §§ 140a ff. SGB V schließt und sich nach einer Start-up-Finanzierung und einem entsprechenden Investment später weitestgehend aus der Ergebnisverbesserung selbst refinanziert.

Startpunkt für die Gesundheitsinterventionen in Billstedt-Horn sollte der Aufbau eines Praxisnetzes der Haus- und Fachärzte sein, damit zunächst die Ärzte untereinander eine bessere Vernetzung erreichen und jenseits der einzelwirtschaftlichen Interessen ein gemeinsames Sprachrohr und Vertretungsorgan für die populationsbezogenen Gesundheitsziele entwickeln. Damit verbunden sind drei Zielsetzungen: eine koordinierte und effiziente Versorgung der Bevölkerung; die Möglichkeit des Netzes, sich an einem Unternehmen und damit auch

an dessen Erfolgen ökonomisch zu beteiligen; eine höhere Berufszufriedenheit und bessere Zukunftserwartung zu erreichen, die einer Abwanderung vorbeugen bzw. die Niederlassungsbereitschaft junger Ärzte erhöhen soll.

Daran anschließend empfehlen wir die Gründung der „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH". Um die Interessen der verschiedenen Anspruchsgruppen auszugleichen, bedarf es einer neutralen koordinierenden Brückeninstanz bzw. einer neutralen Organisationsform (Trojan/Hildebrandt 1990) (Linke C 2010, S. 243). In den bisher am erfolgreichsten agierenden Gesundheitsnetzen[24] sind die Leistungserbringer direkt im Gesellschafterstatus an dem jeweiligen Gesundheitsunternehmen beteiligt (ebd. S. 256). Hintergrund ist, dass die Problemwahrnehmung vor Ort und die entsprechenden Reaktionen darauf inkl. der Veränderungen der Leistungsgestaltung viel einfacher und direkter erfolgen können, wenn die medizinischen Leistungserbringer Mitgesellschafter sind und als Miteigentümer auch ein direktes nachhaltiges Interesse an der Gesamtoptimierung haben. Idealerweise sollte ein Großteil der medizinischen Leistungserbringer (bei den niedergelassenen Ärzten über das dafür gegründete Praxisnetz, auf der stationären Seite z. B. durch die SKH Stadtteilklinik) an der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH beteiligt sein. Die OptiMedis AG wäre für die Übernahme eines Drittels der Gesellschaftsanteile und zu einem weiteren Invest, zusätzlich zu der hier vorgelegten Ausarbeitung, bereit. Die nachfolgende Abbildung 31: Ausgestaltung der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH verdeutlicht die vorgeschlagene Struktur.

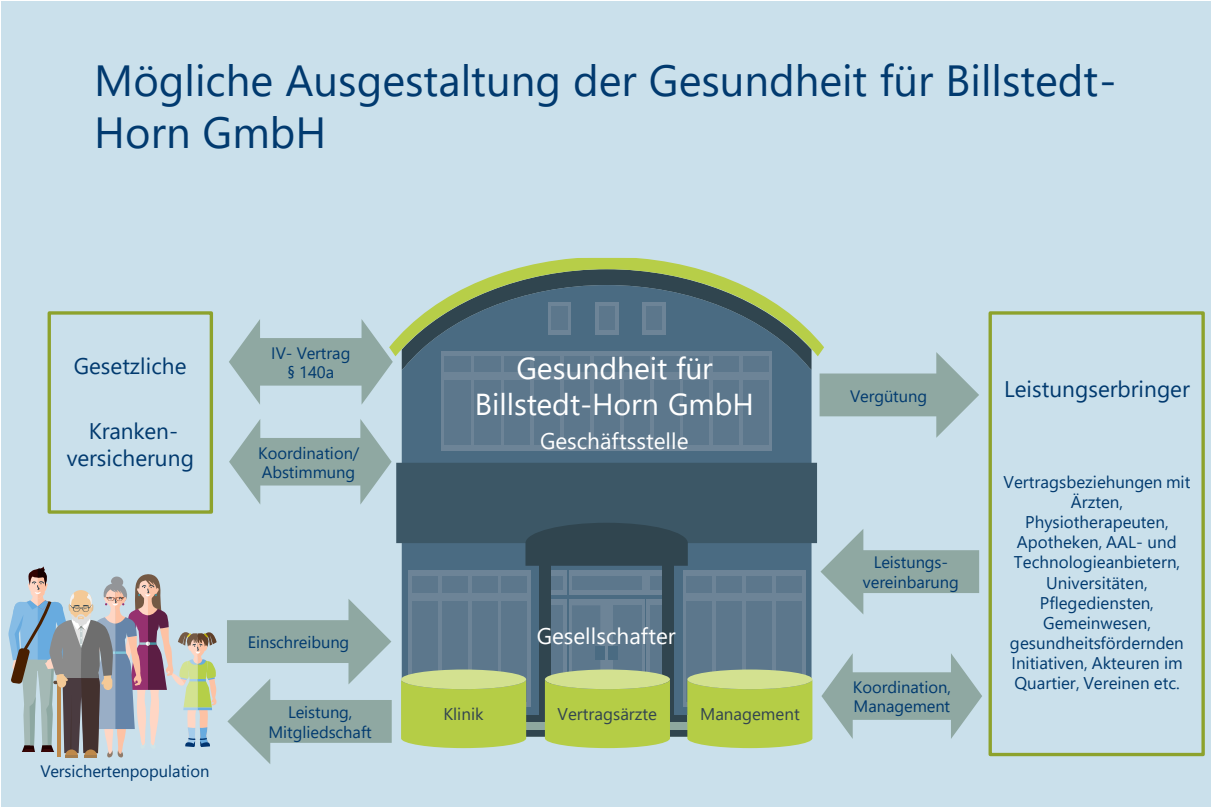


Abbildung 31: Ausgestaltung der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH

[24] Exemplarisch seien genannt: Qualität & Effizienz in Nürnberg-Nord oder Gesundes Kinzigtal GmbH in Südbaden. An beiden Managementgesellschaften sind die ärztlichen Leistungserbringer entweder als Genossen (QuE e.G.) oder über ihren Verein (MQNK e.V. als Mehrheitsgesellschafter der Gesundes Kinzigtal GmbH) beteiligt. Vertiefend siehe Linke (2010), S. 255.

Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH investiert, entwickelt und steuert die Handlungsfelder, bereitet Projekt- und Förderanträge vor, konzipiert Arbeiten mit den Krankenkassen und setzt diese um und arbeitet als lokaler Integrator für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung. Um erfolgreich zu intervenieren, sollte sich die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH als gesundheitswissenschaftlich kompetente Brückeninstanz aufstellen und eng mit den Leistungserbringern, den Partnern im Entwicklungsraum Billstedt-Horn und den sozialen Einrichtungen kooperieren.

Die vernetzte Versorgungsstruktur innerhalb der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH sollte zusätzlich gestärkt werden durch die enge Verknüpfung und Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen, Bündnissen und Programmen bzw. Förderungen, wie z. B.:

- Präventionsgesetz, Innovationsfonds, Förderprogramme
- Kooperationsverbund Pakt für Prävention
- Von Krankenkassen getragene Settingförderung (§ 140 SGB V im Sinne eines Einsparcontractings)
- Partnerprogramme mit dem „Entwicklungsraum Billstedt-Horn – Gemeinsam vorn"
- Initiativen anderer lokaler Akteure, beispielsweise das Sozialmanagement von Wohnungsunternehmen und Projekte der Stadt bzw. des Bezirks Hamburg-Mitte etc.

Um die Vernetzung in das Gemeinwesen bzw. zu den Akteuren der Gesundheitsförderung institutionell sicherzustellen, empfehlen wir die Gründung eines Beirats „Gesundheit und Soziales". Er sollte sich aus den für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung relevanten Anspruchsgruppen konstituieren. Eine mögliche Ausgestaltung findet sich in der Abbildung 32: Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH.

5.1.1. Ausgestaltung der „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH"

Als Nukleus einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung fungiert die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH mit dem Aufbau einer qualifizierten Geschäftsstelle, am sinnvollsten im Zentrum der beiden Stadtteile.

Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH sollte darauf verpflichtet werden, die Organisations- und Ergebnisverantwortung für alle Versicherten der kooperierenden Krankenkassen zu übernehmen und nicht nur der Teilmenge der sich in das Modell einschreibenden Versicherten. Letzteres würde theoretisch eine Risikoselektion von guten und schlechten Risiken seitens der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH ermöglichen. Diese Gefahr sollte von vornherein ausgeschaltet werden. Bei Vereinbarung der Organisations- und Ergebnisverantwortung für alle Versicherten in den beiden Stadtteilen kann und muss sich die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH auf die Optimierung des Gesundheitsergebnisses für die Gesamtpopulation konzentrieren. Auch eine Ausrichtung nur auf bestimmte Krankheitsgruppen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankte oder auf bestimmte Risikogruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen eines höheren Alters ist nicht sinnvoll. Letzteres wird übrigens auch aus ökonomischer Sicht nicht empfohlen. Studien aus den USA zeigen, dass populationsorientierte Interventionsmodelle erfolgreicher wirtschaften als solche, die sich lediglich auf die Hochkostenpatienten konzentrieren. Reine Hochkosteninterventionen führen nach fünf Jahren zu einem negativen Return on Investment von fünf Prozent, wohingegen populationsorientierte Interventionen einen positiven Return on Investment von drei Prozent nachweisen konnten. Neben den geringeren Startinvestitionen pro Versicherten ist es für das Management kosteneffektiver, den Krankheitsverlauf durch präventive Maßnahmen zu verlangsamen, um so durch die Vermeidung der Folgekosten bzw. durch eine Verringerung der Anzahl der Hochkosten im Zeitverlauf einen positiven Deckungsbeitrag zu erzielen (Hasan et al. 2014).

Die regionale Umsetzung braucht ein strategisch und gesundheitswissenschaftlich gut qualifiziertes und in dem richtigen Maße angereiztes Management, da die Herausforderungen bei Populationen mit höheren Risiken – wie in Billstedt-Horn - besonders hoch sind. Es braucht ein hohes Maß an medizinischem Wissen und Wissen über die Ursachen von Risiken und Erkrankungen sowie die Fähigkeit, dieses Wissen für den einzelnen Patienten angemessen umzusetzen. Es bietet sich deshalb an, das Management mit in die direkte Ergebnisverantwortung einzubinden, sodass eine gesundheitswissenschaftlich und bzgl. ihres Managements qualifizierte Gesellschaft als Drittelgesellschafter und Geschäftsführer mit in die Haftung genommen werden sollte.

5.1.2. Akteure und intersektorale Governance

Das erfolgreiche Zusammenarbeiten erfordert eine auf Kooperation und Konsensfindung basierte Organisationsform, die auf mehreren Ebenen (Bezirk – Verwaltung – Stadtteil) agiert und verschiedene Akteurgruppen einbezieht. Im Entwicklungskonzept 2008 wurde wenig Konzentration auf eine detaillierte Betrachtung des Bereiches „Gesundheit" gelegt, obwohl laut der kleinteiligen Gesundheitsberichtserstattung ein erkennbarer Handlungsbedarf in den einzelnen Quartieren vorliegt. Das hier vorgelegte Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteileentwicklung schließt diese Lücke, es ergeben sich jedoch viele Querschnittsthemen. Dies ist bedingt durch die Ausrichtung des Entwicklungsraums auf das Minimieren von Defiziten in den Bereichen Städtebau und Wohnen, soziale Situation, lokale Ökonomie und Einzelhandel, Bildung, Mobilität, Zusammenleben, Natur und Stadtgrün und Image, da sich z. B. eine Verbesserung der Wohnsituation und die Erhöhung der Lebensqualität in Billstedt und Horn positiv auf die Gesundheit der Bewohner auswirkt. Daher sollte die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH eng mit der Beteiligungsstruktur des Entwicklungsraums Billstedt-Horn (Abbildung 33: Organisationsstruktur Entwicklungsraum Billstedt-Horn (Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2008)) kooperieren, institutionell sichergestellt durch die regelmäßige Teilnahme an der öffentlichen Sitzung des Forumbeirats Entwicklungsraum Billstedt-Horn, wie in der nachfolgenden Abbildung aufgeführt wird.

Abbildung 32: Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH

Wie in Abbildung 32: Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbHdargestellt, stellt die Steuerung und Koordination der gemeinsam entwickelten Handlungsfelder eine zentrale Aufgabe der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH dar. Diese umfassen:

- Aufbau und Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen und Vernetzung wichtiger Akteure,
- die Akquise von Mitteln zur Projektumsetzung,
- Information über alle aktuellen und geplanten Angebote der Gesundheitsförderung.

Des Weiteren dient die Geschäftsstelle der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH als eine zentrale koordinierende Instanz für alle Projekte und Maßnahmen, die im Rahmen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH umgesetzt werden, und ist weiterhin auch Ansprechpartner für alle beteiligten Akteure.

In regionalen Gremien sollte die Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst wie auch die Vernetzung mit vorhandenen Projekten und Programmen in den Stadtteilen sichergestellt werden. Im Rahmen der Konzeptentwicklung sind bereits erste positive Vernetzungs- und Kommunikationserfahrungen im Rahmen der partizipativen Entwicklung des Konzepts gemacht worden (Fachgespräch Gesundheit, Arbeitsgruppen). Eine enge Kooperation der teilnehmenden Krankenkassen mit der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH und eine möglichst umfängliche Einbeziehung dieser erscheint förderlich, um das vorhandene Wissen und die gemachten Erfahrungen der Krankenkassen hinsichtlich settingbezogener Gesundheitsförderung in die Arbeit im

Stadtteil einzubringen und um die GKV-Routinedaten möglichst vieler Versicherter (Modul 7.1.5) aus den beiden Stadtteilen zur optimalen Planung von Versorgungsangeboten zur Verfügung zu haben (Reimann et al. 2010, S. 106).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und das für das kommunale Gesundheitsförderungsmanagement zuständige Fachamt Sozialraummanagement im Bezirk Hamburg-Mitte sind beide organisatorisch dem Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit zugeordnet und sollten bei der Umsetzung des Entwicklungs- und Handlungskonzepts eingebunden werden.

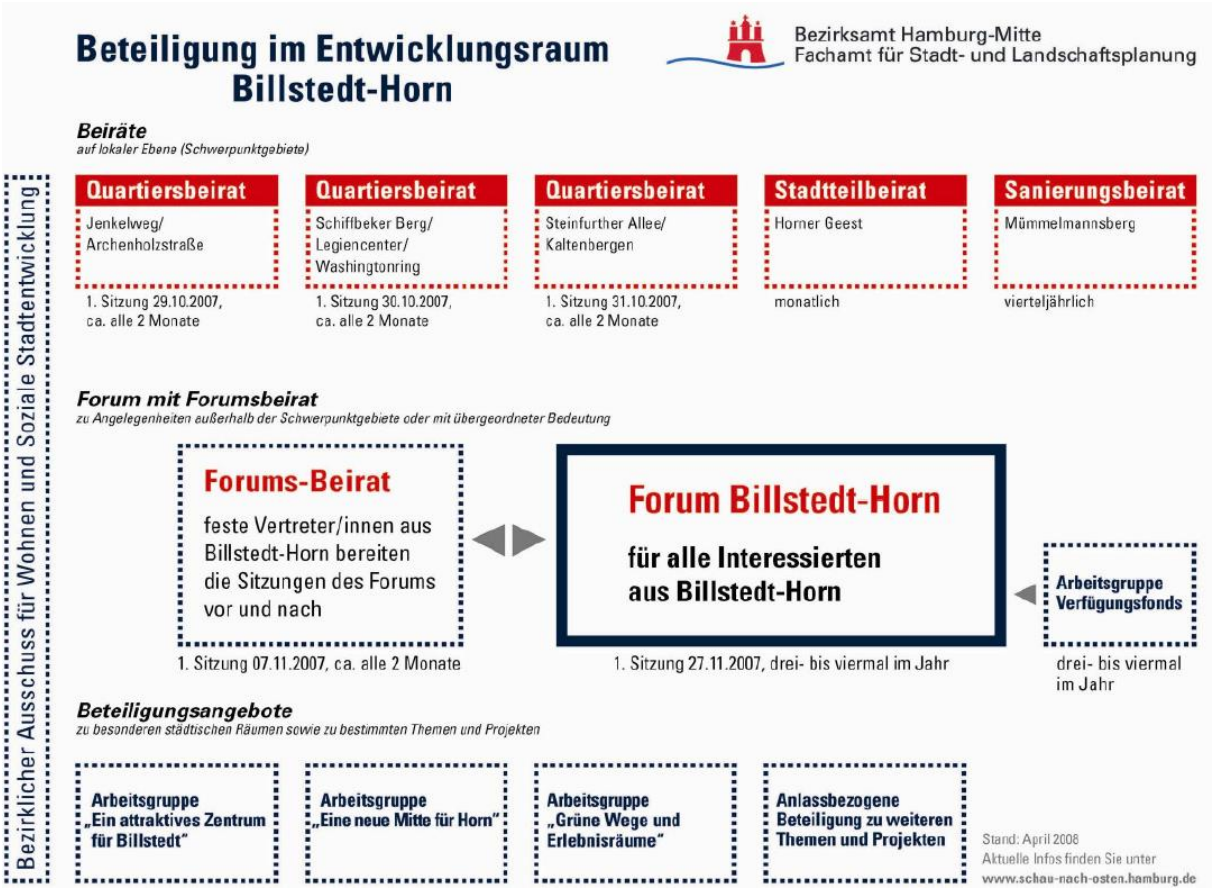


Abbildung 33: Organisationsstruktur Entwicklungsraum Billstedt-Horn (Bezirksamt Hamburg-Mitte Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung 2008)

Um die ressortübergreifende Zusammenarbeit und die fachliche Kooperation mit den lokalen Strukturen jenseits der engeren medizinischen Intervention sicherzustellen, soll ein Beirat im Rahmen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH aufgebaut werden. Der Beirat wird mindestens zweimal im Jahr tagen, und es sollen die teilnehmenden Krankenkassen, der Bezirk Hamburg-Mitte – Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit und das Fachamt für Stadt- und Landschaftsplanung, die BGV, die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG), Vertreter der Gesundheitsberufe, das Billenetz als Vertreter der sozialen Einrichtungen sowie Vertreter der relevanten Bevölkerungsgruppen eingeladen werden und vertreten sein. Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH fungiert als Geschäftsstelle für den Beirat und sollte diesem Gremium ihre jeweiligen Planungen vorstellen, sie zur Diskussion bringen und sich Empfehlungen und Vorschläge abholen

über weitere sinnvolle Interventionsbereiche, um Synergien zu schaffen und die angestrebten Ziele zu erreichen. Außerdem sollten diesem Gremium die wissenschaftlichen Auswertungen zur Bewertung und Diskussion vorgestellt werden.

5.1.3. Ausblick 2025: Gesundheits- und Sozialzentrum in Billstedt

Angesichts diverser Krankheitsbelastungen, zunehmend sinkender Arztzahlen und einiger Besonderheiten in der Versorgung der Patienten in Billstedt und Horn empfehlen wir als ein langfristiges Ziel die stetige Weiterentwicklung der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH in Richtung eines ganzheitlichen Gesundheits- und Sozialzentrums nach finnischen bzw. angelsächsischen Vorbildern.

Eine Weiterentwicklung der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH in ein interdisziplinäres Gesundheitszentrum würde sich auch den Erwartungen derjenigen Ärzte an ein optimiertes Versorgungsmodell annähern, die die Zukunft der ärztlichen Versorgung in einer engeren Zusammenarbeit innerhalb eines Netzwerks sehen und einen intensiveren interdisziplinären fachlichen Austausch priorisieren. Vertreter sozialer Einrichtungen teilen die ärztliche Vision und begrüßen ebenfalls eine interdisziplinäre, sektorenübergreifende und vernetzte Arbeit (vertiefende Informationen und die Ergebnisse der Analyse sind in Kapitel 3.5 einsehbar).

Ein Gesundheitszentrum oder „Patient-Centered Medical Home“[25], wie es in den USA genannt wird, kann hierbei als eine Organisation verstanden werden, die primäre, kurative, präventive und Public-Health-Dienstleistungen in einem definierten Gebiet für die Bevölkerung anbietet und dabei einen ganzheitlichen gesundheitlichen Ansatz verfolgt. Neben der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung werden hierbei auch die psychiatrische und die soziale Versorgung angeboten (Alscher/Robert Bosch Stiftung 2011, S. 64). Den Schwerpunkt der Gesundheitszentren stellen laut Alscher jedoch soziale Dienste dar. Die Tätigkeitsbereiche der Gesundheitszentren im Detail umfassen:

- Medizinische- und zahnmedizinische Versorgung,
- psychiatrische Versorgung,
- Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen und zur Krankheitsprävention,
- Schwangerschaftsvorbereitung, Mutter-Kind-Fürsorge bis hin zu Familienversorgung im Vorschulalter,
- gesundheitliche Versorgung und Aufklärung in Bildungseinrichtungen (Schulen),
- Organisation von Untersuchungen und Screenings der lokalen Bevölkerung,
- Häusliche Pflege,
- Koordination medizinischer Rehabilitation.

In Finnland wird die Gesundheits- und Sozialversorgung im Gegensatz zu Deutschland überwiegend steuerfinanziert und ist Aufgabe der Kommunen und Teil kommunaler Selbstverwaltung (Schaeffer et al. 2015, S. 23). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gibt Finnland verhältnismäßig wenig Geld für die Versorgung aus, die trotz aktueller Einsparungen und damit verbundener langer Wartezeiten durch eine hohe Effizienz und Effektivität gekennzeichnet ist (Heintze 2007). Die Gesundheitsversorgung in Finnland gilt in der Literatur mit Einschränkungen als ein Vorzeigemodell. Ermöglicht wird dies unter anderem durch eine Priorisierung ankommender Patienten und durch einen Fokus auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den finnischen Gesundheitszentren (Schmitt-Sausen 2009). Den pflegenden Angestellten und dem nichtärztlichen Personal der Gesundheitszentren kommt hierbei eine entscheidende Rolle zu (Alscher/Robert Bosch Stiftung

[25] Vgl. http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/Practices/PatientCenteredMedicalHomePCMH.aspx

2011). Die Entscheidung, ob der Patient den Arzt überhaupt sieht und vom Arzt behandelt wird, liegt im Ermessen der extra geschulten pflegenden Angestellten, die das Anliegen der neuen Patienten priorisieren. Fast die Hälfte der Anliegen kann von den Pflegenden allein, ohne den Einbezug der Ärzte, gelöst werden. Neben dem Patienten-Assessment und der Mutter-Kind-Fürsorge übernehmen die Pflegenden beispielsweise auch die Wundversorgung der Patienten und verabreichen Injektionen, ohne dass der Patient zwangsläufig Kontakt zu dem Arzt hat.

Ganzheitliche Gesundheitszentren nach finnischem Vorbild könnten und sollten aus vielerlei Gründen auch in Billstedt und Horn als ein langfristiges Ziel angestrebt werden. Angegliedert an die „Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH" empfehlen wir, medizinische, psychologische und soziale Dienst- und Hilfeleistungen in dem Gesundheitszentrum vorzuhalten. Der Fokus sollte auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gelegt werden. Aufgrund des ermittelten Bedarfs empfehlen wir, das Gesundheitszentrum zu Beginn mit der Allgemeinmedizin, der Pädiatrie und der Inneren Medizin auszustatten. Um die Ärzte in dem Gesundheitszentrum so weit wie möglich entlasten zu können, sollten in dem Gesundheitszentrum verstärkt beispielsweise nichtärztliche Praxisassistenten, Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis oder Entlastende Versorgungsassistenten beschäftigt werden. Neben den medizinischen Leistungserbringern sollten in dem Gesundheitszentrum auch Psychotherapeuten und / oder Psychologen, ein Sozialpädagoge, eine Familienhebamme und ein Gesundheitsberater beschäftigt werden. Eine angegliederte Apotheke und ein Pflegestützpunkt würden das ganzheitliche Angebot vervollständigen.

Die übergreifende Vision sieht das Gesundheitszentrum als einen Gesundheitstreff für die Bewohner im Mittelpunkt der Quartiere in enger Verknüpfung mit der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH. Die zentrale Beratungs- und Koordinierungsstelle in dem Gesundheitszentrum organisiert und koordiniert dabei alle relevanten Angebote in Billstedt und Horn und dient bei gesundheitlichen Anliegen, die nicht schon in laufender Behandlung sind und noch Unklarheiten beinhalten, als Anlaufstelle für Patienten und Bürger – in enger Kooperation mit dem Gesundheitskiosk (Kapitel 7.3.4). Die Koordinierungsstelle verweist dabei nicht nur auf die Angebote des Gesundheitszentrums, sondern auch an externe Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, mit denen das Gesundheitszentrum ebenfalls eng kooperieren sollte. Im Rahmen des Gesundheitszentrums bietet sich auch die Errichtung von Schulungs- und Sporträumen an. Kurse und Schulungen können so niederschwellig vor Ort in dem Gesundheitszentrum angeboten werden.

Gerade im Hinblick auf die erhöhte Krankheitslast und die soziale Belastung in den Stadtteilen könnten ganzheitliche Gesundheitszentren die Versorgung in Billstedt und Horn effizienter und effektiver gestalten. Nichtmedizinische Berufe werden durch den ganzheitlichen Ansatz aufgewertet und dem ärztlichen Bild qualitativ angenähert. Die erhöhte Akzeptanz des nichtmedizinischen Personals könnte wiederum zu einer Entlastung der knappen Ressource Arzt beitragen. Durch die Delegation der ärztlichen Aufgaben an das nichtmedizinische Personal und das damit verbundene höhere Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden würden insbesondere chronisch erkrankte Menschen und multimorbide Patienten von einer intensiveren Betreuung profitieren. Die Attraktivität für Ärzte könnte dabei nicht nur durch eine starke Entlastung der ärztlichen Tätigkeit gesteigert werden, sondern auch durch zeitgerechte und innovative Arbeitsformen. In einem Mix aus Angestellten und Selbstständigen sollten im Rahmen des Gesundheitszentrums neue, z. B. auch der Generation Y angepasste Arbeitszeit- und Arbeitsplatzmodelle erprobt werden, die zu einer Sicherung der Nachwuchskräfte in Billstedt und Horn und zu einer Aufrechterhaltung einer persönlichen Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung, auch unter unterschiedlichen Organisationsbedingungen (Patient-Centered Medical Home), beitragen sollen.

Bisher konnten sich kommunale Gesundheitszentren, nach finnischem Vorbild oder auch dem Vorbild der ähnlich konzipierten Community Health Centres in Kanada, für eine Gesundheitserhaltung und Primärversorgung insbesondere in wirtschaftlich benachteiligten und strukturschwachen Gebieten in Deutschland nicht etablieren (Schaeffer et al. 2015, S. 113). Grund hierfür ist unter anderem die sektorale und wirtschaftliche Trennung des Gesundheitswesens in den Sozialgesetzbüchern sowie eine zusätzliche Unterscheidung der Sektoren innerhalb des fünften Sozialgesetzbuches. Die traditionell gewachsenen Organisationsstrukturen – manifestiert durch die sektoralen Vergütungssysteme – führen zu einer Intransparenz der Versorgung und zu einem unkoordinierten, hoch arbeitsteiligen Behandlungsprozess. Insbesondere die sektorale Vergütung, Konkurrenzdenken und Zielkonflikte führen dazu, dass jeder Leistungserbringer nur „seine" Behandlungs- und Betreuungsepisode optimiert. Aus dieser mangelnden Kooperation resultieren Ineffizienzen bei der Patientenversorgung insgesamt, wie z. B. unnötige Diagnostiken, Informationsverluste, Diskontinuitäten der Behandlung, Unterbrechungen in der Medikation, Mehrfachuntersuchungen sowie fehlende Prävention und Nachsorge (Fischer 2013).

Um die langfristige Vision des Gesundheits- und Sozialzentrums in Billstedt-Horn erfolgreich und nachhaltig umzusetzen, bedarf es somit innovativer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die von der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH gemeinsam mit den beteiligten Akteuren diskutiert und modelliert werden sollten.

5.1.4. Finanzierung und Sicherstellung der Nachhaltigkeit

Quartiersentwicklung und lokale Stadtplanungsmaßnahmen werden üblicherweise aus behördlichen Projektmitteln oder Entwicklungsfonds finanziert, gelegentlich auch aus dem Nutzen, der regionalen Bauträgern aus den entsprechenden Maßnahmen in der Folge entsteht. Im Rahmen der hier vorgeschlagenen gesundheitswirtschaftlichen Entwicklungsperspektive wird eine ähnliche Vorgehensweise vorgeschlagen, allerdings sollen die Projektmittel vor allem als Start-up-Finanzierung vorgesehen und in einem sehr viel stärkeren Maße auf den Nutzen abgestellt werden. Für die Startphase der ersten vier Jahre haben sich OptiMedis AG, AOK Rheinland/Hamburg, der NAV-Virchowbund bereit erklärt, einen Antrag bei dem auf Bundesebene vorgesehenen Innovationsfonds nach § 92a SGB V einzubringen. Der Antrag soll zudem in die Landeskonferenz Versorgung (Gremium nach § 90a SGB V) eingebracht werden, um von dort unterstützt zu werden. Der Gesetzgeber hat diesem Fonds mit 225 Millionen Euro p.a. die Aufgabe gegeben, insbesondere Vorhaben zu fördern, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Die besonderen Herausforderungen der Versorgungs- und Präventionssituation in Billstedt und Horn erscheinen als prototypisch für eine Reihe von großstädtischen Arealen in Deutschland und insofern als sehr passend für eine derartige Antragstellung.

Des Weiteren ist für ein Teilprojekt „Förderprogramm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" bereits ein Antrag an die Robert-Bosch-Stiftung gestellt worden, weitere Antragstellungen für Projektmittel sind noch in Vorbereitung.

Eine Grundproblematik von Veränderungsprojekten ist üblicherweise die mangelnde Stetigkeit bzw. zumindest Unsicherheit über die Dauerhaftigkeit von Finanzierungen. Die jeweilige Einwerbung von Fördermitteln und die Beantragung von Weiterfinanzierungen oder neuen Projekten können sogar mitunter so das Zentrum der jeweiligen Arbeit bestimmen, dass die eigentlich angestrebten Ziele sekundär werden und nur noch das Fortsetzungsinteresse und der Finanzierungserhalt die Arbeit bestimmen. Viele soziale Projekte gerade in sozial benachteiligten Regionen und besonders in Zeiten knapper öffentlicher Kassen können von dieser Gefahrensituation berichten. In der vorgeschlagenen Konzeption wird deshalb ein anderer Weg verfolgt:

Für die nachhaltige Finanzierung der Projektaufwendungen ist ein Vertragsschluss nach §§ 140a ff. SGB V in Vorbereitung. Hierbei ist an einen Vertrag zwischen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH und verschiedenen Krankenkassen gedacht, wobei die AOK Rheinland/Hamburg als größte Krankenkasse für die Bevölkerung der beiden Stadtteile bereits ihr prinzipielles Interesse an diesem Vertrag erklärt hat.

§ 92a

Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Abbildung 34: §92a SGB V (dejure.org Rechtsinformationssysteme GmbH 2015)

Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH sollte in den wirtschaftlichen Anreizen so ausgerichtet sein, dass sie ein inhärentes Interesse an den Entwicklungszielen hat. Dies geschieht am ehesten, wenn der von ihr mit den Leistungserbringern produzierte „Gesundheitsnutzen" und nicht primär die Leistungsmenge vergütet wird (für nähere Informationen siehe Pimperl et al. 2014b). Vom Grundsatz her ist gedacht, diesen Vertrag als einen im Wesentlichen rein erfolgsabhängigen Vertrag auszugestalten, der die Ergebnisverbesserung der jeweiligen Krankenkasse gegenüber der Situation vor dem Start der Projektintervention jedes Jahr neu misst und nach einem vertraglich vereinbarten Muster zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH aufteilt. Da das Ergebnis der Krankenkasse für ihre Versicherten in den zugrunde liegenden Zu-

weisungen aus dem Gesundheitsfonds bereits eine Morbiditätsadjustierung enthält, wirken sich in der Ergebnisverbesserung vor allem die im Projektzusammenhang verminderten Krankenhausaufenthalte und damit indirekt die erzielten Gesundheitsverbesserungen aus.

Mit dieser Erfolgsberechnungsmethode wird eine weitgehende Interessenidentität zwischen den beteiligten Krankenkassen und der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH hergestellt. Damit werden die bisherige Interessen-Gegnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und die Aufwände für Kontroll-Notwendigkeiten gemindert und die Voraussetzung für eine „Vertrauensproduktivität" wird geschaffen.

Für die Berechnung dieses Nutzens muss ein nachhaltig stabiles Referenzsystem, wie z. B. der Morbi-RSA, über eine hinreichend lange Zeit vertraglich vereinbart sein. Nur so kann die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH entsprechend langfristig bzw. nachhaltig investieren und Kalkulationen für den Return-on-Invest formulieren sowie Kredite aufnehmen. Und nur in einem solchen Fall „lohnt" es sich für die Leistungserbringer, ihre Arbeitsweise und Ablaufroutinen entsprechend neu zu gestalten, in ihr Personal zu investieren und zusätzlichen Einsatz zugunsten der Gesundheitsverbesserung ihrer Klienten einzubringen. Dieser Einsatz muss dann auch von der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH entsprechend fair gewürdigt, d.h. vergütet werden.

Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH ist insofern auf der einen Seite Investor in effektivere und effizientere Versorgung der Bewohner und andererseits auch Nutznießer der daraus entstandenen Ergebnisse bei den Krankenkassen. Im Ergebnis haben die Patienten durch eine bessere Gesundheitsversorgung, die Ärzte und anderen Gesundheitsberufe durch eine bessere Vergütung und die Versicherten sowie die Volkswirtschaft über geringere Krankenkassenbeiträge einen Nutzen aus dem Projekt. Voraussetzung hierfür ist: Das Projekt adressiert die richtigen Bedarfe und investiert an den Stellen, wo auch ein hinreichender Nutzen in einer überschaubaren Frist entsteht. Im Schnitt entsteht aufgrund der Zeitbedarfe für die Datensammlung und -verarbeitung ein Zeitverlust von mindestens 1,5 Jahren, d.h. die Ausgabenveränderungen des zweiten Jahres lassen sich erst Mitte des dritten Jahres überhaupt berechnen. Wenn man dann noch die Zeitdauer dazuaddiert zwischen dem Investment in ein Programm und dem daraus entstehenden Nutzen bei den Versicherten, dann kommen schnell drei bis vier Jahre Zeitverzug zwischen Investment und abrechenbarem Erfolg hinzu. Umso wichtiger ist insofern ein vierjähriger Start-up-Invest-Zeitraum. Nach den Erfahrungen aus dem Kinzigtal und aus anderen ähnlichen Modellen sollte dieser Zeitraum aber ausreichen, um Ergebnisse zu erzielen, die dann eine nachhaltige Fortsetzung der Interventionen garantieren.

6. Vision und Ziele: Das Integrated Chronic Care Model als Basis für ein Versorgungsmodell

Wie die Analyse aufzeigen konnte, beeinflusst die soziale Lage neben den Gesundheitschancen auch den Gesundheitsstatus und die Lebensqualität der Menschen in Billstedt und Horn. Die historisch gewachsene Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die von starker Fragmentierung geprägt ist, wird den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen und dabei insbesondere der zunehmenden Chronifizierung von Krankheitsprozessen nicht mehr gerecht. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und die Versorgung qualitativ hochwertig und effizient zu gestalten, bedarf es daher neuer interdisziplinärer Versorgungsformen und einer stärkeren Gewichtung der Prävention auf der Verhaltens- wie auch auf der Verhältnisebene. Letzteres zielt als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe auf eine Optimierung der Verhältnisse, in denen der Mensch lebt. Wenn die äußeren Umstände, beispielsweise das Wohnumfeld oder die Arbeitsbedingungen, nicht stimmen, kann das Verhalten der Menschen nur schwer gesundheitsfördernd ausgerichtet werden. Prekäre soziale Lagen wirken zunehmend erschwerend und verschieben die Anforderungen an erfolgreiche Gesundheitsinterventionen noch einmal zusätzlich in Richtung systemischer und verhältnisbezogener Ansätze. Klassische Maßnahmen der Verhaltensprävention, die auf die Veränderung eines gesundheitsschädlichen Verhaltens und die Stärkung der Gesundheitskompetenz zielen, beispielsweise durch Aufklärung und Gesundheitserziehung (Waller 1996, S. 192–194), können zwar ergänzend hinzugezogen werden, müssen aber in ihrer begrenzten Wirkungskraft entsprechend eingeschätzt werden und können nicht das Zentrum der Intervention darstellen (Horn et al. 1984). In diesem Abschnitt werden zunächst einige Grundüberlegungen dargestellt, auf deren Basis die konkrete Ausgestaltung des Versorgungsmodells herausgearbeitet wird.

Die theoretische Grundlage für das aufzubauende Versorgungsmodell in Billstedt-Horn bildet das Integrated Chronic Care Model (Hildebrandt, Ballast 2014). Die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn auf Basis des Integrated Chronic Care Model besteht darin, den Patienten zum Selbstmanager seiner Erkrankung zu machen, Angehörige und das soziale Umfeld zu aktivieren und den Arzt und das multidisziplinäre Team als Coach und Unterstützer zu gewinnen. Bei der Umsetzung in Billstedt-Horn ist dabei der niedrige soziale Status zu beachten, d. h. die „Befähigung" der Bewohner setzt ein entsprechendes Maß an Selbstwirksamkeitserfahrung (Gestaltungsmacht) voraus. Ein Großteil der Bewohner wird dabei nicht über Nacht zum kompetenten Manager seiner Erkrankungen werden. Es bedarf eines abgestuften Empowerment, dessen Ziel es ist, die eigene Selbstwirksamkeit positiv zu erfahren, die Barrieren Stück für Stück abzubauen und den Umgang mit der Krankheit vor allem bei chronischen Verläufen als machbar zu erleben (Kalvelage 2014, S. 7).

Eine weitere Besonderheit des Modells ist die gezielte Nutzung von Versorgungsdaten zur Aufdeckung von Versorgungsengpässen und -mängeln und der Möglichkeiten des Predictive Modeling für die Entwicklung von Risikovorsorge bzw. den stratifizierten Einsatz von Case Management. Ferner ermöglicht es, einen PDCA-Zyklus[26] zur laufenden Therapieoptimierung in Verbindung mit einer Integration der Versorgungsabläufe sowie der Finanzierung zu implementieren (Goodwin und Hildebrandt 2014). Das Integrated Chronic Care Model ergänzt Vorgängermodelle um die Mesoebene des Haushalts und der Peers (Gleichgestellte oder Gleichaltrige). Auf dieser Ebene werden der Effekt des Peer-to-Peer-Trainings, der Gesundheitskompetenz bzw. Health

[26] Der PDCA-Zyklus beschreibt die Phasen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und ist die Grundlage aller Qualitätsmanagement-Systeme. PDCA steht für Plan-Do-Check-Act.

Literacy und der Kommunikation in sozialen Medien, der Einfluss von körperlichem Training sowie die Assistenz durch Mobile Health, beispielsweise Smartphones oder wearable textile devices, und Effekte durch den Einbau von smart meters und anderen Lösungen, z. B. zur Überwachung von Alltagsprozessen in der Häuslichkeit, einbezogen, siehe hierzu folgende Abbildung:

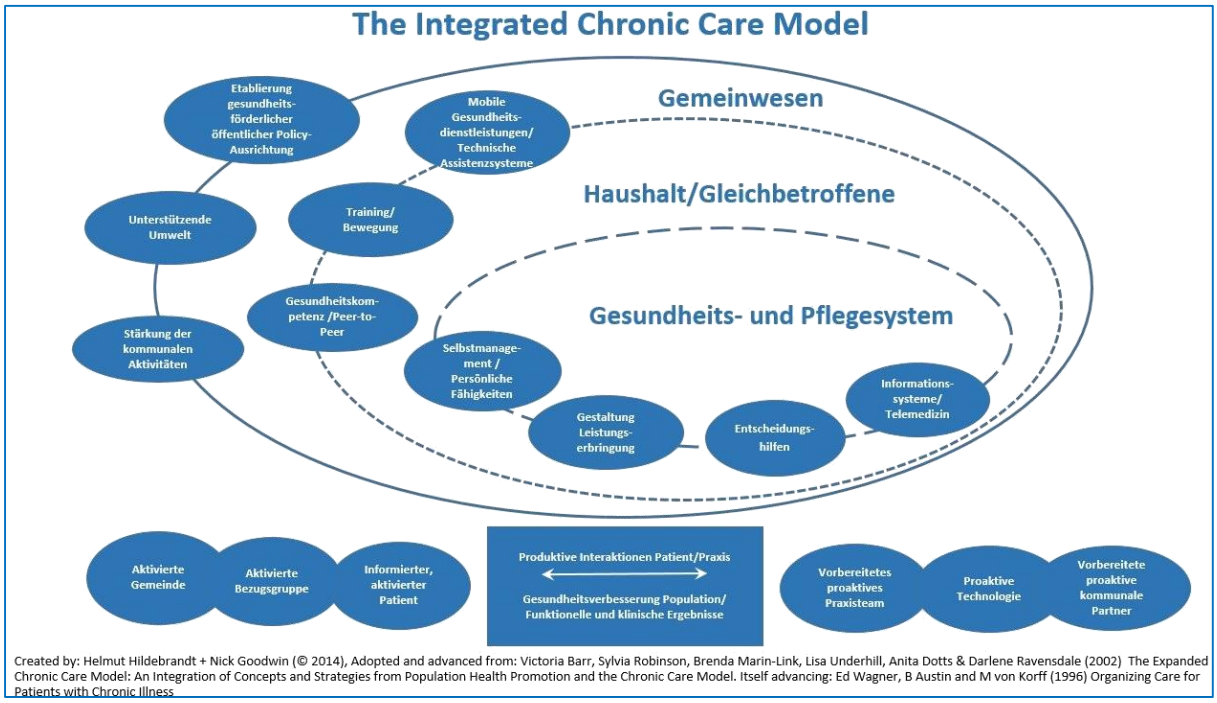


Abbildung 35: Integrated Chronic Care Model

In der folgenden Tabelle 3: Beschreibung des Integrated Chronic Care Model werden die dargestellten Elemente des Integrated Chronic Care Model (ICCM) näher erläutert:

Funktionselemente des Integrated Chronic Care Model	
... auf der Ebene des Gesundheits- und Pflegesystems	
Gestaltung Leistungserbringung	Versorgung stärker auf die Bedürfnisse von Chronikern ausrichten, auf chronische Versorgung vorbereitete interdisziplinäre Versorgungsteams, Neukonzipierung der Versorgungsabläufe, z. B. Chroniker-Sprechstunde oder Case Management, Delegation ärztlicher Leistungen oder Gruppensprechstunden
Angebot von Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten	Gegenseitige Unterstützung von Haus- und Fachärzten unter Nutzung und lokaler Anpassung von Leitlinien sowie Konsilen zu spezifischen Problemstellungen in Kooperation mit Fachexperten

Funktionselemente des Integrated Chronic Care Model	
	Angebot von video-, print- oder internetgestützten Informationsangeboten für Patienten / Telefonhotlines / Second-Opinion-Angeboten für Chroniker
Informationssystem / Telemedizin	Erinnerungs- und Unterstützungssysteme, Terminplanung, Informationssysteme (Performance Measurement), Therapiepläne oder telemedizinische Systeme zur Überwachung von Krankheitsbildern oder zentrale Patientenakte für Patienten und Angehörige
Aktivierung Selbstmanagement und persönliche Fähigkeiten	Ausrichtung des Versorgungssystems auf die Unterstützung des Selbstmanagements, um chronisch Kranken und ihren Angehörigen Hilfe zur Selbsthilfe im Umgang mit der eigenen Krankheit zu ermöglichen, u.a. durch Kontakt- und Austauschmöglichkeit mit anderen Patienten (Selbsthilfe, soziale Foren, Gruppensprechstunden)
… auf der Ebene der Haushalte, Familien, der direkten Nachbarschaft und der Gleichbetroffenen (Haushalt / Gleichbetroffene)	
Mobile Gesundheitsdienstleistungen und technische Assistenzsysteme zur Erhaltung von Selbstständigkeit und häuslicher Autonomie	Mobile digitale Gesundheitsdienstleistungen wie Apps oder wearable textile devices, z. B. Kleidung oder Schuhe mit eingebauter Bewegungssensorik Zum Erhalt der Häuslichkeit eingesetzte technische Unterstützungstechnologien unter Nutzung von Sensorik zur Aufdeckung evtl. Abweichungen von normalen Routinen und damit Hilfebedarfen / Verknüpfung dieser Sensorik mit stufenweise eskalierendem Support
Bewegungs-, Sport- und Trainingsangebot für Patienten	Gezielte und intensivierte Bewegungs-, Sport- und Trainingsangebote zur positiven Beeinflussung des Gesundungsprozesses / Kooperation mit Sportvereinen / Fitnessstudios und Rehasport
Förderung von Gesundheitskompetenz/Peer-to-Peer	Personale Informationsangebote auch im Kontext der jeweiligen lokalen bzw. regionalen Nachbarschaften, Förderung des Wissens und der Kompetenz zum Erhalt der eigenen Gesundheit. Trainingsangebote durch Peer-Trained Health literacy / Peer-to-Peer
… auf der kommunalen bzw. regionalen und weiteren nachbarschaftlichen Ebene (Gemeinwesen)	

Funktionselemente des Integrated Chronic Care Model	
Etablierung einer gesundheitsförderlichen öffentlichen Policy-Ausrichtung	Umgestaltung der kommunalen / regionalen Institutionen und Abläufe unter Nutzung legislativer, finanzieller, steuerlicher und organisatorischer Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Individuen und Populationen
Aufbau einer unterstützenden Umwelt	Aufbau gesundheitsfördernder Bedingungen im Lebensumfeld der Versicherten (Soziales, Verkehr, Städtebau, Natur), u. a. seniorengerechte Umgestaltung von Gehwegen, Leitsystemen, öffentlichem Transportwesen
Stärkung der kommunalen Aktivitäten und Initiativen	Arbeit mit kommunalen Gruppen, um Prioritäten und Ziele zur Erreichung der Gesundheit in der Gemeinschaft zu vereinbaren
Im Ergebnis sollen damit produktive Interaktionen und Beziehungen generiert werden, die eine Verbesserung der Gesundheitsergebnisse der Patienten, der funktionellen Ergebnisse (Wirtschaftlichkeit) sowie der klinischen Ergebnisse bewirken.	
Informierter, aktiver Patient	Patient als aktiver Gestalter seiner Gesundheit
Aktivierte Bezugsgruppe	Aktivierte Bezugspersonen als Unterstützer für den Patienten
Aktivierte Nachbarschaft / Gemeinde	Aktivierte Nachbarschaft / Gemeinde als Unterstützer für den Patienten
Vorbereitetes proaktives Versorgungs- oder Praxisteam	Versorgungsteam ist qualifiziert und mit Anforderungen der Behandlung chronischer Erkrankungen betraut
Proaktive Technologie	Eine proaktive Technologie, die den Patienten in seinem Selbstmanagement unterstützt
Vorbereitete proaktive kommunale Partner	Kommunale Organisationen wie Seniorenvertretungen, Freiwilligenagenturen oder Pflegestützpunkte, soziale Dienste oder regionale Gewerbetreibende richten sich an den Bedarfen der Patienten aus

Tabelle 3: Beschreibung des Integrated Chronic Care Model

Grundlage der strategischen Ausrichtung des Entwicklungs- und Handlungskonzepts bildet der 2008 von Donald M. Berwick et al. entwickelte Triple-Aim-Ansatz. Berwick et al. stellen drei Zielsetzungen an ein verantwortliches und nachhaltiges Gesundheitssystem: improving the health of the population, improving the experience of care and reducing costs of health care (Berwick et al. 2008, S. 759). Die drei Zielsetzungen sind nicht unabhängig voneinander, sondern beeinflussen sich wechselseitig.

- Erreichung des bestmöglichen Gesundheitsstatus
- Verbesserung des Erlebens und der Erfahrung mit der lokalen Gesundheitsversorgung für die betreffende Bevölkerung
- Effizienter Ressourceneinsatz, d. h. Verbesserung der Ergebnissituation der Krankenkassen bzw. Kostenträger

Im Rahmen der hier vorgelegten strategischen Ausrichtung wird eine Balance dieser drei Zielsetzungen angestrebt, da diese für alle Beteiligten – Kostenträger, Leistungserbringer und Versicherte – übereinstimmende Zielvorstellungen generiert und somit einen nachhaltigen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn darstellt. Um die drei obigen Ziele mit den Erkenntnissen aus der quantitativen und qualitativen Analyse zu verbinden und umzusetzen, bedarf es einer handlungsfähigen regionalen Struktur. Berwick et al. nennen diese Infrastruktur den Integrator. Dem Integrator in unserem vorgeschlagenen Modell der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH kommt bei der gesamten Ausrichtung und Entwicklung des innovativen IV-Versorgungsmodells eine hohe Bedeutung zu. Die Optimierung der Koordination und Kooperation einer Vielzahl von Anspruchsgruppen, z. B. der Praxen, Kostenträger, der sozialen wie gesundheitlichen Einrichtungen und Patienten, erfordert eine verantwortliche Instanz, einen „Kümmerer", der eine zielgerichtete Entwicklungsarbeit im Sinne der obigen drei Ziele in Gang setzt und deren Nachhaltigkeit absichert.

7. Strategie: Handlungsempfehlungen

Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Bedarfsanalyse und die drei Oberziele des Triple-Aim-Ansatzes werden im Folgenden prioritäre Handlungsempfehlungen formuliert. Wie oben bereits dargestellt, befindet sich eine Detailauswertung von Routinedaten der AOK noch in Arbeit. Sofern diese und evtl. weitere Auswertungen auch anderer Krankenkassen noch zu neuen Erkenntnissen führen, wäre die hier angegebene Prioritätenliste ggfs. noch einmal zu ändern. Alle Handlungsempfehlungen müssen auch vor dem Hintergrund der Entwicklung des weiteren infrastrukturellen Ausbaus im Hamburger Osten betrachtet werden. Im Folgenden werden die identifizierten Handlungsfelder den entwickelten bedarfsorientierten Maßnahmen zur besseren Übersicht gegenübergestellt.

Handlungsfeld	Maßnahme	Modul
Niedrige Gesundheitskompetenz und Erfahrung der Selbstwirksamkeit	Überwindung der Sprachbarrieren GP: Aufklärende Internetpräsenz	7.2.4
	Berücksichtigung des Bildungsstands, der Sprache und Kultur bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen	7.3.1; 7.3.2
	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks	7.3.4
	Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur GP: Förderung von Familienhebammen	7.3.5
Eingeschränkte Mobilitätsbereitschaft	Aufbau Gesundheitsnetz / Arztnetz	5.1.1
	Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich	7.2.2
Sozialstruktur	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks	7.3.4
	Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur	7.3.5
Psychische Erkrankungen	Strukturierte Patientensteuerung/ Versorgungsmanagement	7.1.1
	Digital Health GP: Internetbasierte psychotherapeutische Unterstützung	7.2.5
	Gesundheitsförderung: Psychische Erkrankungen GP: Selbst- und Familienhilfe: Peerberatung	7.3.1
	Betriebliches Gesundheitsmanagement	7.3.3
Kindergesundheit	Ärztliche Entlastung durch Substitution und Delegation GP: Case Manager/in in der Pädiatrie	7.2.3
	Gesundheitsförderung: Kinder	7.3.1
	Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur	7.3.5

Handlungsfeld	Maßnahme	Modul
	GP: Förderung von Familienhebammen	
Migrantengesundheit	Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich	7.2.2
	Überwindung der Sprachbarrieren GP: Aufklärende Internetpräsenz	7.2.4
	Gesundheitsförderung: Migranten GP: MiMi Mit Migranten für Migranten Billstedt-Horn	7.3.1
Höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen	Strukturierte Patientensteuerung / Versorgungsmanagement	7.1.1
	Modell zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt	7.1.2
	Digital Health	7.2.5
	Empowerment bei chronischen Erkrankungen	7.3.2
Multimorbide Patienten 55+	Strukturierte Patientensteuerung / Versorgungsmanagement	7.1.1
	Modell zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt	7.1.2
	Gesundheitsförderung: Zielgruppe 50+ GP: Gesund & mobil im Alter: Ein Rundgang mit Tiefgang	7.3.1
„Patientenkarrieren“	Strukturierte Patientensteuerung / Versorgungsmanagement	7.1.1
	Gemeinsame elektronische Patientenakte	7.1.4
	Gesundheitsförderung: Migranten GP: MiMi Mit Migranten für Migranten Billstedt-Horn	7.3.1
Zeitintensive Arzt-Patienten-Beziehung	Gemeinsame elektronische Patientenakte	7.1.4
	Zusätzliche ärztliche Vergütung	7.2.1
	Ärztliche Entlastung durch Substitution und Delegation	7.2.3
Unterdurchschnittliche Arztdichte	Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich	7.2.2
	Ärztliche Entlastung durch Substitution und Delegation GP: Case Manager/in in der Pädiatrie	7.2.3
	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks	7.3.4
Fragmentierte	Aufbau Gesundheitsnetz / Arztnetz	5.1.1

Handlungsfeld	Maßnahme	Modul
Versorgungsstrukturen	Modell zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt	7.1.2
	Weiterentwicklung Praxisklinik und SKH	7.1.3
	Gemeinsame elektronische Patientenakte	7.1.4
	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks	7.3.4
Unzureichendes auf die Zielgruppe angepasstes Versorgungsangebot	Ärztliche Entlastung durch Substitution und Delegation GP: Case Manager/in in der Pädiatrie	7.2.3
	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks	7.3.4
	Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur	7.3.5

Tabelle 4: Übersicht der Handlungsfelder und Maßnahmen; GP = Good Practice Intervention

Die nachstehende Tabelle zeigt zusätzlich die Handlungsfelder und die einzelnen Module auf und stellt außerdem die Anspruchsgruppen der Module dar.

Handlungsfelder	Module	Anspruchsgruppe					
		PA	AR	SE	SK	GK	PL
Innovatives sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement	Strukturierte Patientensteuerung	●	●	●	●	○	○
	Kurzzeitiger stationärer Aufenthalt	●	●	○	●	●	○
	Weiterentwicklung der Praxisklinik und SKH	○	●	○	●	○	●
	Elektronische Patientenakte	●	●	○	●	○	○
	From data to concept	○	○	○	○	●	●
Entlastung der Ärzte und Stärkung der ambulanten wohnortnahen Versorgung	Gesonderte ärztliche Vergütung	○	●	●	○	○	○
	Personalentwicklung	○	●	○	●	○	●
	Delegation und Substitution	●	●	○	○	○	●
	Überwindung der Sprachbarrieren	●	●	●	●	●	●
	Digital Health	●	●	○	○	●	○
Vernetzung Medizin & Gemeinwesen	Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung	●	○	●	○	●	●
	Empowerment bei chronischen Erkrankungen	●	●	●	●	○	○

	Settingbezogene Gesundheitsförderung	●	●	●	○	●	●
	Gesundheitskiosk	●	●	●	○	●	●
	Ausbau Angebote soziale Infrastruktur	●	●	●	○	●	●

Tabelle 5: Übersicht Handlungsfelder und Anspruchsgruppen.
Legende: PA: Patient, AR: Arzt, SE: Soziale Einrichtungen, SK: Stadtteilklinik Hamburg, GK: Gesetzliche Krankenversicherung; PL: Politik

7.1. Handlungsfeld I: Innovatives sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement

Die hohe Krankheitslast und die hohen Gesundheitskosten erfordern mehr als die bisherige anlassbezogene sektorale Intervention. Daher empfehlen wir den Aufbau einer effizienten, kooperativen und sektorenübergreifenden Versorgung in Billstedt-Horn. Auf der Grundlage der institutionellen Verzahnung im Rahmen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH soll ein innovatives Versorgungskonzept etabliert werden, das eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet, Versorgung effizient organisiert und nachhaltig die Patientengesundheit verbessert.

Neben einer patientenorientierten Versorgung sollen dabei insbesondere Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Als theoretischer Rahmen dient das Modell der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte ASK. Das Konzept der ambulant sensitiven Krankenhausfälle (ASK) umfasst Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können und Einsparpotentiale generiert werden. Das Konzept wurde von Sundmacher und Busse für das deutsche Gesundheitswesen adaptiert (Sundmacher et al. 2015). Im Kern geht es um Erkrankungen, die z. B. ein kontinuierliches Monitoring erfordern, wie Herzkreislauferkrankungen oder Diabetes, und die bei einer angemessenen ambulanten Versorgung keinen oder eine geringere Anzahl von Krankenhausaufenthalten erfordern, wie z. B. Multiple Sklerose oder Epilepsie. Wie aus der Bedarfsanalyse hervorgeht, ist die Morbidität in Billstedt und Horn erhöht und spezielle Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie und Herzinsuffizienz kommen hier häufiger vor als in Hamburg insgesamt. Einen weiteren Einfluss auf die Anzahl der vermeidbaren Krankenhausfälle hat nach Sundmacher et al. 2014 zudem die Facharztdichte in der Region (F. Burgdorf/L. Sundmacher 2014, S. 2). In Billstedt und Horn sind relational deutlich weniger Facharztpraxen anzutreffen als im restlichen Hamburg.

Die Krankenhauskosten in Billstedt und Horn in der Altersgruppe 50-60 Jahre waren im Kalenderjahr 2011 um 249 Euro höher pro AOK-Versicherten in Billstedt und Horn als für Hamburg gesamt und sind ein zusätzliches Indiz für mögliche potentiell vermeidbare Krankenhausaufenthalte, d. h. für ein vorhandenes ökonomisches Verlagerungspotential aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Zentrale Elemente im Handlungsfeld I: Innovatives sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement sind die im Folgenden vorgestellten Lösungen:

- Entwicklung neuer Behandlungspfade und Etablierung eines Versorgungsmanagements,
- Steuerung der Patienten durch die Haus- und Fachärzte,
- Schaffung eines Modells zur kurzfristigen stationären Behandlung in Billstedt,
- Weiterentwicklung der Praxisklinik und der Stadtteilklinik,
- Datengestützte Versorgungsplanung und Erfolgsmessung mit belastbaren Daten,
- Einsatz einer elektronischen Patientenakte.

7.1.1. Modul: Strukturierte Patientensteuerung durch Haus-und Fachärzte / Versorgungsmanagement

Wir empfehlen, mit den beteiligten Fach- und Hausärzten sowie Psychotherapeuten einen strukturierten Behandlungspfad aufzubauen, in dem Diagnose- und Behandlungsschritte zwischen den Behandlungspartnern schlüssig aufeinander abgestimmt sind und Risikopatienten mithilfe des standardisierten Verfahrens behandelt werden können.

Neben einer genauen Prozessbeschreibung, empfehlen wir, den Behandlungspfad an den fünf Schritten des Health Needs Assessments auszurichten. Der strukturierte Behandlungspfad kann mithilfe der Patientenakte (Modul 7.1.4) elektronisch hinterlegt werden. Falls eine rein ambulante Führung der Patienten nicht mehr zielführend ist bzw. nicht mehr ausreicht, empfehlen wir in Modul 7.1.2, die Möglichkeit eines kurzfristigen stationären Aufenthalts zu etablieren.

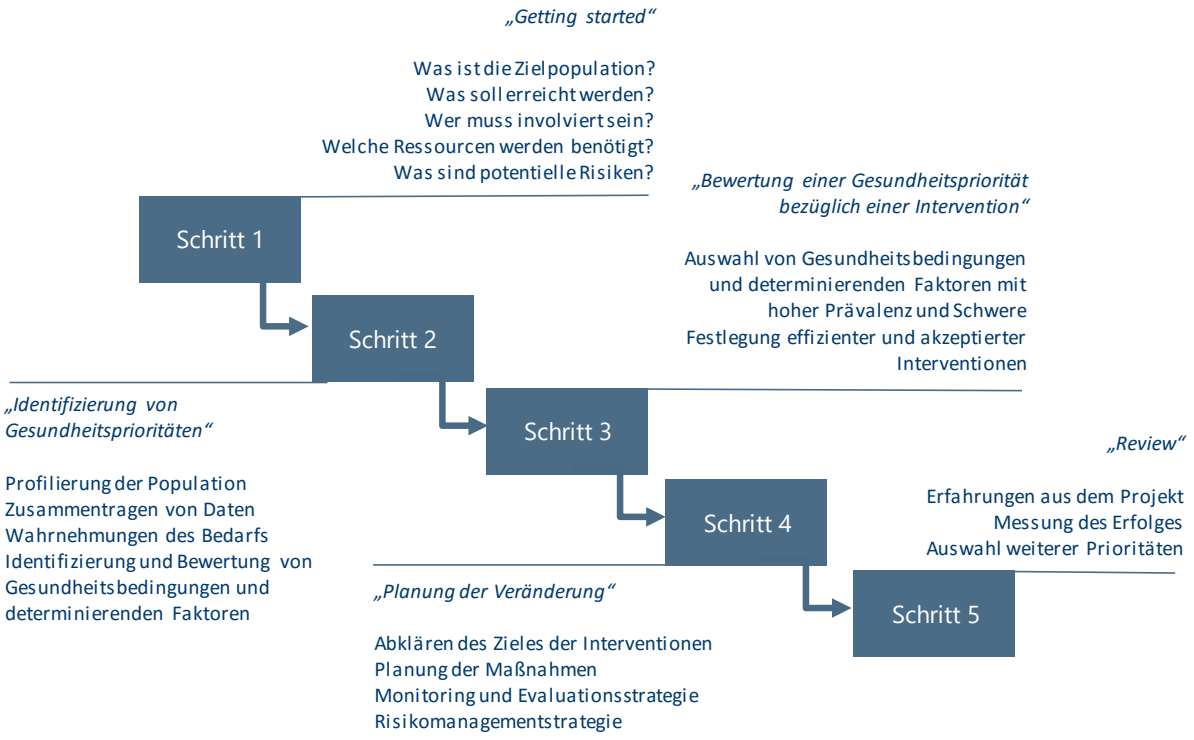


Abbildung 36: Die fünf Schritte des Health Needs Assessment. Quelle: Surmund (2015), Darstellung in Anlehnung an S. Cavanagh & K. Chadwick, 2005, S. 21

Neben der strukturierten Betreuung auf dem Behandlungspfad empfehlen wir, Patienten Zugang zu optimalen Präventions- und Versorgungsoptionen anzubieten. Das medizinische Gesamtkonzept orientiert sich dabei am Integrated Chronic Care Model, das eine interdisziplinäre, strukturierte und ganzheitliche Versorgung chronisch Kranker ermöglicht. In multidisziplinären Teams sollten die Präventions- und Gesundheitsprogramme entwickelt werden, die den Gesundheitsstatus spezieller Zielgruppen positiv beeinflussen. Die Programme sollten „arztsparend“ ausgestaltet werden, d. h. die Ärzte in Billstedt und Horn sollten effektiv am Patienten eingesetzt werden. Durch eine Kooperation aller Sektoren und Berufsgruppen sind Versorgungsreserven – auch durch die Förderung und den Einsatz von arztentlastendem Personal - freizusetzen. Weiterhin sollten die Interventionen auf die Zielpopulation angepasst sein. Die Auswahl der Interventionen für Billstedt

und Horn sollte sich an den fünf Schritten des Health Needs Assessment orientieren: Auf Basis der Analyse soll dieses auf die spezifische Situation angewandt werden, allerdings kann die detaillierte Ausgestaltung aufgrund des Umfangs und der nötigen Beteiligung der relevanten Anspruchsgruppen nicht vorgenommen werden. Bei der konkreten Ausarbeitung mit den relevanten Anspruchsgruppen empfehlen wir jedoch, sich an der vorliegenden Ausarbeitung zu orientieren.

Schritt 1: Was ist die Zielpopulation?

Im ersten Schritt erfolgt zunächst eine Beschreibung der regionalen Situation, der sogenannten Kontextfaktoren. Hierbei werden die zu untersuchende Population sowie die Zielstellung definiert. Da im Rahmen von Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit der Bewohner nicht alle vorhandenen Zielgruppen und Probleme gleichzeitig angegangen werden können, muss eine Priorisierung der Zielgruppen stattfinden, bei denen wir die größten hebbaren Potentiale sehen. Eine entscheidende Voraussetzung dafür ist die Übermittlung und Detailauswertung der GKV-Routinedaten der entsprechenden Population. Aufbauend auf den Erfahrungen andernorts empfehlen wir im ersten Schritt, die Gesundheitsprogramme in besonderem Maße auf Personengruppen mit hohen Risiken und parallel hohen Chancen auszurichten. Hier sehen wir Menschen mit niedrigem Einkommen, mit Migrationshintergrund, Kinder, Ältere und multimorbide Menschen in einer besonderen Priorität. Um die Zielpopulationen zu erreichen, sollen diese und ihre jeweiligen Umgebungen bereits in die Planung einbezogen werden; je nach Schwerpunkt würden wir deshalb die Interventionen zusammen z. B. mit den Haus-und Fachärzten, mit der SKH, Psychenet (www.psychenet.de) „Pakt für Prävention" (www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention), „Billenetz" (www.billenetz.de), „ Das Rauhe Haus" (www.rauheshaus.de), Elternschulen, Vericom (Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e.V.) (www.verikom.de) MIMI (www.mimi-hamburg.de) und ABeSa (www.abesa-hh.de) planen. Eine detaillierte Auflistung der Anbieter und Angebote findet sich auf der Internetpräsenz des Billenetz.[27].

Schritt 2: Was sind die Gesundheitsprioritäten?

Schritt 2 befasst sich mit der Beschreibung und Priorisierung der Gesundheitsprobleme der Zielpopulation. Wie in der Analyse dargelegt, scheint ein besonderes Versorgungsproblem in Billstedt-Horn bei chronischen Krankheiten, so u.a. den vier Krankheitsbildern des Metabolischen Syndroms, aber auch den Charakteristiken im Bereich der psychischen Erkrankungen sowie im Bereich der Osteoporose vorzuliegen. Auf Basis der Detailauswertung der GKV-Routinedaten kann diese Ausrichtung noch detailliert und z.B. durch Deckungsbeitragsrechnungen auf Schweregradebene präzisiert werden.

Schritt 3: Priorisierung des Bedarfs / Faktoren mit hoher Prävalenz und Schwere

Wie in Schritt 2 erwähnt, ist eine umfassende Aufnahme aller Gesundheitsprobleme der unterschiedlichen Zielpopulationen und des jeweiligen subjektiven Bedarfs der Zielpopulation angesichts des erwarteten Umfanges an dieser Stelle nicht möglich. Sicherlich sollte der Fokus jedoch bei der Feststellung der Interventionen auf der strukturierten Gesundheitsversorgung und Prävention von chronischen Erkrankungen und deren Folgen, wie z. B. den vier Krankheitsbildern des Metabolischen Syndroms und psychischen Erkrankungen, speziell für Menschen mit Migrationshintergrund und für Personen mit niedrigem Einkommen liegen. Als ein weiteres Krankheitsbild könnte sich die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Frakturen der Oste-

[27] http://www.billenetz.de/Bildungsangebote/Bildungsangebote/Uebersicht_Angebote.xls
http://www.billenetz.de/Bildungsangebote/Bildungsangebote/Uebersicht_Anbieter.xls

oporose – speziell bei älteren weiblichen Bewohnern - eignen. Diesbezüglich sind jedoch noch weitere Detailanalysen notwendig. Eine gegebenenfalls erforderliche Umstrukturierung der Versorgung sollte einer sektorenübergreifenden und partizipativen Ausrichtung folgen und sich an Kapitel 6 - Vision und Ziele: Das Integrated Chronic Care Model als Basis für ein Versorgungsmodell - orientieren.

Schritt 4: Interventionsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung / Planung der Veränderung

Aufbauend auf einer Sichtung der internationalen Literatur und den in Deutschland bislang entwickelten Interventionsansätzen wird in diesem Schritt das konkrete Interventionsprogramm geplant. OptiMedis kann ca. 20 Programm- und Informationstemplates einbringen, die mit gesundheitsökonomischen Modellrechnungen im Kinzigtal und anderswo entwickelt worden sind, allerdings auf die spezifische Situation in Billstedt und Horn sowohl bzgl. Sprache als auch Gender, Alter und kulturellem Hintergrund angepasst werden müssen.[28] Exemplarisch sollen im Folgenden Interventionsansätze aufgezeigt werden, die sich für die Stadtteile Billstedt-Horn eigenen könnten. Die Interventionen sollen dabei auf den bestehenden Strukturen aufbauen bzw. je nach Schwerpunkt mit den unterschiedlichen Akteuren vor Ort zusammen umgesetzt werden. Das Monitoring der Interventionen erfolgt über die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH, die Evaluation über eine datengestützte Versorgungsplanung (Modul 7.1.5).

- Metabolisches Syndrom bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status und speziell für Menschen mit Migrationshintergrund
  Wie in Kapitel 2.2.2 dargestellt, lässt der Themenkomplex des Metabolischen Syndroms insgesamt Handlungsbedarf vermuten. Geringe Bildung und ein niedriger sozioökonomischer Status sind die Haupterklärungsfaktoren für geringes Diabetes-Wissen und mangelnde Gesundheitskompetenz. Migranten sind dabei überwiegend von einem niedrigeren sozioökonomischen Status betroffen und, wie auch deutsche Patienten dieser sozialen Schicht, aufgrund von Armut, geringer Bildung und Analphabetismus in einer besonderen Problemstellung. Diese Faktoren erschweren das Diabetes-Selbstmanagement und erhöhen das Risiko von Folgeerkrankungen. Nach Meinung der befragten Experten sind Migranten in Billstedt-Horn häufig von Diabetes betroffen und weisen ein Informationsdefizit hinsichtlich ihrer Erkrankung auf. Unter den in Deutschland lebenden Migranten gelten die Türkischstämmigen als eine Bevölkerungsgruppe mit besonders hohem Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken. Allerdings lassen z. B. Diabetes-Schulungen oftmals sozioökonomische Aspekte und Sprachkenntnisse der Betroffenen außer Acht (Kalvelage 2014). Auf Basis der Untersuchung von Kofahl empfehlen wir aufgrund der Bildungsferne und geringer Deutschkenntnisse einiger Migranten die Entwicklung von kultursensiblen, einfach formulierten oder ggf. schriftfreien und muttersprachlichen Schulungen und Infomaterialien für den betroffenen Personenkreis (Kofahl et al. 2011). Das Institut für Medizinische Soziologie der Uniklinik Hamburg Eppendorf hat einen Katalog mit zehn essenziellen Schulungsinhalten erstellt, der auf seine Anwendung in Billstedt-Horn überprüft werden sollte. Zudem sollte das Potential von Selbsthilfegruppen und Peer-to-Peer-Ansätzen gefördert werden. Begleitend müssen gesundheitsfördernde Maßnahmen z. B. kultursensible Bewegungsangebote – siehe Kapitel 3.2.3 - aufgebaut werden.
- Psychische Erkrankungen
  Des Weiteren empfehlen wir, die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit insbesondere in den Postleitzahlengebieten 22115 Mümmelmannsberg und in 22119 Horner Geest (siehe Kapitel 2.2.2) zu

[28] http://optimedis.de/gesundheitsnutzen/gesundheitsprogramme

einem Schwerpunkt der Intervention zu bestimmen. Als Ursache für eine real steigende Inzidenz psychischer Störungen nennen die befragten Experten u. a. Belastungen durch das (Wohn-)Umfeld, den Wegfall sozialer Strukturen, die steigende Arbeitslosigkeit, die wachsende Zahl unsicherer Arbeitsverhältnisse sowie die Zunahme von Arbeitsbelastungen. Dies sind die Ursachen, die in den Stadtteilen Billstedt und Horn häufiger auftreten.

Die Ergebnisse der Analyse liefern zudem Hinweise auf eine unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im Bereich der ambulanten Psychotherapie in Billstedt-Horn. Insbesondere Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten scheinen dabei einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu haben. Bei der Initiierung eines Versorgungsmodells sind die in Kapitel 3.2.1 genannten speziellen Anforderungen an das Versorgungsmanagement aufgrund der sozialen Lage und die aufzubauende Schnittstellenkoordination zwischen dem (teil-)stationären und dem ambulanten Sektor (Kapitel 3.3) zu beachten.

Mithilfe von Behandlungspfaden für psychisch erkrankte Menschen sollte eine kontinuierliche Versorgungskette mit kurzfristigen Reaktionszeiten zur Vermeidung einer Progredienz der Erkrankungen über die Sektoren hinweg sichergestellt werden. Der Behandlungspfad beginnt dabei idealerweise bereits in der Hausarztpraxis der Patienten durch ein Screening für psychische Erkrankungen, wodurch Handlungsbedarfe bereits frühzeitig identifiziert und Interventionsmöglichkeiten eingeleitet werden, um langwierigen Krankheitskarrieren und Chronifizierungen vorzubeugen. Aufgrund des unzureichenden psychotherapeutischen Versorgungsangebots in Billstedt und Horn und eingeschränkter Möglichkeiten der Vermittlung von identifizierten Risikopatienten empfehlen wir zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Behandlungsplatz den Einsatz von E-Health-Maßnahmen, wie z. B. die evaluierte internetbasierte psychotherapeutische Hilfe „Deprexis", die bereits im Kapitel 7.2.5 als ein Good Practice Beispiel vorgestellt wurde. Weiterhin empfehlen wir eine Stärkung und einen Ausbau des Selbsthilfe- und des Peer-to-Peer-Angebots, was im Modul 7.3.1 beschrieben wird.

Entscheidend erscheint die Kombination aus Gesundheitsförderung, früher Krisenintervention, Arbeitgebereinbeziehung und die Beschreitung innovativer Wege – exemplarisch dazu Modul 7.2.5 Digital Health - für die Versorgung und Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten (European Commission 2005).

› Multimorbide Patienten im Alter von 55 bis 85 Jahren

Zu der Gruppe der multimorbiden Menschen zählen die Personen, die dauerhaft mindestens zwei Erkrankungen aufweisen (2-4 Erkrankungen). Multimorbide Personen dominieren sowohl die Gruppe der jungen Alten bis 69 Jahre als auch die Gruppe der 70- bis 85-Jährigen. Neben den Belastungen der Einzelerkrankungen kommen bei Multimorbidität Symptome wie Immobilität, Schmerzen oder Sturzgefährdung hinzu. Es entstehen Funktionseinschränkungen, die sich auf die Alltagsbewältigung des Versicherten auswirken. Wir empfehlen daher Behandlungsansätze, die vorrangig zunächst auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit abzielen und noch nicht unbedingt auf Heilung der Krankheit (SVR 2009a, S. 19). Bei dieser Gruppe sind bereits mittlere bis hohe Beeinträchtigungen individueller Aktivitäten oder gesellschaftlicher Teilhabe zu vermuten. Für den Versichertenkreis der multimorbiden Patienten stehen vor allem kontinuierliche, koordinierte und strukturierte Versorgungsabläufe und eine verbesserte Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt, um insbesondere Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die folgende Tabelle beschreibt die Versorgungs- und Aktivierungsherausforderungen der 55- bis 85-jährigen multimorbiden Patienten und stellt diese den Interventionsoptionen gegenüber.

Versicherte mit zwei bis vier Erkrankungen, ca. 51 Prozent der Versicherten im Alter von 55 bis 85 Jahren:

Versorgungs- und Aktivierungsherausforderungen	Widerstände	Interventionsoptionen
Das Auftreten von mehreren Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an die Arzneimittelversorgung älterer, multimorbider Patienten, um Polypharmazie mit negativen Folgen wie unerwünschten Arzneimittelwirkungen bis hin zu Krankenhauseinweisungen sowie mangelnde Therapietreue zu minimieren (SVR 2009a, S. 81, Wehling, Burkhardt 2011, S. VII).	Die gleichzeitige Verordnung von gegeneinander wirkenden Medikamenten kann aufgrund fehlender IT-Synchronisation nicht erkannt werden. Nur ein Teil der Patienten löst seine Rezepte immer in derselben Apotheke ein, die dann eventuelle Interaktionsprobleme erkennen könnte.	Training der Ärzte in adäquater Medikation für multimorbide Patienten, beispielsweise über gemeinsame geriatrische Medikationskonsile. Rückmeldung an die Ärzte bzgl. Medikation / Multimedikation. Gemeinsame praxisübergreifende Patientenakte mit aktueller Interaktionsanzeige. Einbeziehung von Versand- und Offizin-Apotheken in Versorgungsnetz. Arzneimittelanamnese / Coaching für Versicherte.
Unzureichende mobile medizinische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Beispielsweise nimmt die Zahl hausärztlicher Hausbesuche stetig ab (Snijder et al. 2007, S. 680), dabei besteht aufgrund des demografischen Wandels ein steigender Bedarf an mobiler Versorgung.	Arbeitsbelastung der Ärzte: „Mengengeschäft" in Billstedt und Horn, zeitintensive Patienten, steigende Zahl älterer, chronisch erkrankter Patienten. Hausbesuche werden nicht ausreichend vergütet.	Delegation ärztlicher Leistungen an Medizinische Fachangestellte (MFA). Mobile, aufsuchende Hilfen durch nichtmedizinische Fachleute.
Je höher die Morbidität, desto häufiger droht Hilfebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit (Menning, Hoffmann 2009, S. 62).	Technische Assistenzangebote zum Verbleib in eigener Häuslichkeit sind im Gesundheitswesen noch nicht etabliert (i.d.R. nur Modellvorhaben). Fehlende informelle Unterstützungs- und Betreuungsleistungen bei GKV-Versicherten mit Hilfebedarf.	Bekanntmachung und Generierung von Marktplätzen / Angeboten für technische Assistenzlösungen. Informelle Unterstützungsleistungen, z. B. Ehrenamtliche zum Erhalt der Häuslichkeit. AAL-Lösungen im Bereich Sensorik, Monitoring und Notrufhilfe zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit.
Ältere, multimorbide Patienten stellen besondere Anforderungen	Die gegenwärtigen ökonomischen Anreize und Sektorengrenzen sind hinderlich.	Veränderung der ökonomischen Anreize auf regionaler Ebene.

Versorgungs- und Aktivierungsherausforderungen	Widerstände	Interventionsoptionen
an die berufs- und sektorenübergreifende Koordination (SVR 2009a).		Koordination zwischen Sektoren, u. a. aktives, outcome-orientiertes Überleitungsmanagement.
Die vorhandenen personalen Ressourcen wie auch die Bedarfe älterer multimorbider Patienten müssen erfasst und einer Intervention zugänglich gemacht werden (Lübke 2012, S. 54ff).	Geriatrisches Assessment ist noch nicht genügend bekannt und wird nicht genügend eingesetzt. Spezifische geriatrische Kompetenz ist noch kein Standard in der Versorgung.	Geriatrisches Assessment muss für sorgfältig stratifizierte Risikopopulationen zum Standard werden. Geriatrische Hausbesuche und geriatrische Reha müssen angereizt werden.
Fehlende oder mangelhaft vernetzte kommunale Infrastruktur (Verkehr, Wohnen, Soziales), die die soziale Teilhabe Älterer unterstützt (Klie, Marzluff 2010, S. 19).	Fehlende Ressourcen bzw. mangelnde Bereitschaft der Kommunen, in altersgerechte Quartiere zu investieren. Fehlende Anreize für kommunale Wohnungs- und Verkehrsgesellschaften zur altersgerechten Modernisierung. Egoismus der jeweiligen Akteure bzw. fehlende Bereitschaft verhindert lokale Vernetzung.	Aufbau quartierbezogener, altengerechter Strukturen und Abbau von Barrieren zur sozialen Teilhabe Älterer in Kooperation mit dem Entwicklungsraum Billstedt-Horn. Quartiersbezogene Versorgungs- und Dienstleistungsangebote. Aufbau eines kommunalen Netzwerks für die Versorgung und Teilhabe Älterer.
Überforderung mit medizinischen und später pflegerischen Tätigkeiten: Der Genesungsprozess nach einem Krankenhausaufenthalt wird in den häuslichen Bereich verlagert (GKV Spitzenverband 2011, S. 17).	Ökonomische Rahmenbedingungen: Vergütungssystematik DRG. Mangelnde Koordination bei Entlassung durch Sozialen Dienst der Krankenhäuser (nach §39 SGB V liegt die Verantwortung bei den Krankenhäusern, allerdings bilden die DRG dies nicht ab).	Systematisches Entlassmanagement und verbesserte Koordination zwischen Krankenhaus, Reha und ambulantem Sektor. Case-Management an Schnittstelle Krankenhaus – häusliche Versorgung. Primärarztmodell / INKA.

Tabelle 6: Interventionsoptionen bei der multimorbiden Versichertengruppe

› Multimorbide Patienten in Pflegeheimen

Wir empfehlen zudem, die Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen von Patienten aus den Pflegeheimen genauer zu untersuchen. In der Modellregion „Gesundes Kinzigtal" entwickelten niedergelassene Ärzte und Pflegeheime zusammen das Programm „ÄrztePlusPflege" zur besseren Versorgung von Heimbewohnern. Monatliche Visiten der Hausärzte, ein geriatrisches Assessment mit den Pflegen-

den und zum Teil auch Angehörigen, gerontopsychiatrische Versorgung, verbesserte Medikationskontrolle, Funktionsgymnastik sowie eine abendliche Rufbereitschaft der Ärzte konnten die Krankenhauseinweisungen deutlich senken.[29]

› Arzneimittelmanagement bei multimorbiden Patienten

Die Arzneimitteltherapie ist eine zentrale therapeutische Intervention in der Medizin; vor allem ältere Patienten weisen häufig mehrere Erkrankungen zugleich auf (Multimorbidität) und müssen daher multiple Arzneimitteltherapien (Polypharmazie) erhalten. Patienten, die älter als 65 Jahre sind, nehmen in 44 Prozent der Fälle (Männer) bzw. 57 Prozent der Fälle (Frauen) fünf und mehr Arzneimittel und in 12 Prozent der Fälle sogar mehr als zehn Arzneimittel ein (Wehling/Burkhardt 2011). Für Deutschland zeigen sich auf der Basis der DRG-Abrechnungen, dass 5 Prozent der Krankenhauseinweisungen vielleicht und 0,7 Prozent sehr wahrscheinlich durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, S. 218).

Da aufgrund der sozialen Lage in Billstedt-Horn chronische somatische und psychische Erkrankungen schon im mittleren Alter auftreten, ist auch in dieser Altersgruppe schon von multiplen Arzneimitteltherapien auszugehen. Die Einnahme von fünf und mehr Arzneimitteln ist in hohem Maße risikobehaftet, da Arzneimittelinteraktionen und dadurch bedingte Gesundheitsgefährdungen sich potenzieren. Mit der Zahl der verordneten Medikamente sinkt zugleich die Medikamentenadhärenz und die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen steigt. Des Weiteren lassen einige Aussagen der befragten regionalen Experten darauf schließen, dass in der Arzneimitteltherapie in den Seniorenwohnanlagen in Billstedt und Horn ebenfalls Handlungsbedarf besteht. Weiterhin bemängeln einige Hausärzte die Verordnungen der Psychopharmaka (z. B. im neurologischen Bereich und hier speziell bei den Antidepressiva). Eine Differenzierung nach therapeutisch pharmakologischer Untergruppe (z. B. ATC N06B) kann weitere Erkenntnisse bringen.

Neben einer elektronischen Patientenakte empfehlen wir, eine Arzneimittelkommission einzurichten, bestehend aus niedergelassenen Ärzten und Apothekern sowie Ärzten und Apothekern aus dem stationären Bereich. In der Arzneimittelkommission sollte ca. zwei- bis dreimal jährlich ein Austausch zu übergreifenden Themen der Arzneimittelversorgung stattfinden, beispielsweise der Einsatz des Modellvorhabens ARMIN mit dem Ziel einer verbesserten Therapietreue multimorbider Patienten im Rahmen eines gemeinsamen Medikationsmanagements von Arzt und Apotheker.

Ein weiteres Instrument der Arzneimitteltherapiesicherheit stellt das im Kinzigtal und im Leinetal erfolgreich initiierte Arzneimittelkonsil dar. Gemeinsam mit einem klinischen Pharmakologen sollte ein regelmäßiges Konsil etabliert werden, z. B. mit Prof. Dr. med. Martin Wehling, Facharzt für Innere Medizin und Lehrstuhlinhaber für Klinische Pharmakologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (mit ihm liegen bei der OptiMedis AG sowohl für ein entsprechendes Konsil im Kinzigtal wie auch im Leinetal/Hannover gute Erfahrungen vor). Dabei soll die Arzneimitteltherapie insbesondere zwischen den ärztlichen Leistungspartnern des Praxisnetzes synchronisiert werden. Auf Wunsch und nach Möglichkeit können auch Klinikärzte und örtliche Apotheker einbezogen werden. In diesem Rahmen könnten die Teilnehmer in regelmäßigem Abstand wichtige Fragen der Pharmakotherapie z. B. für ältere Patienten erörtern. Auf der Basis vergleichender Auswertungen der GKV-Routinedaten pro Praxis werden Themengebiete nacheinander abgearbeitet. Fallbeispiele aus den Praxen

[29] http://www.gesundes-kinzigtal.de/gesundheitsangebote/programm-pluspflege.html

werden im Konsil diskutiert und Verbesserungsvorschläge gemeinsam erarbeitet. Im Rahmen des Konsils werden die Medikationen von Patienten überprüft und ein mögliches Absetzen einzelner inkompatibler und negativ wirkender Medikamente diskutiert. Folgeauswertungen der GKV-Routinedaten garantieren eine Erfolgskontrolle pro Praxis. Das Hauptziel des Projekts ist es, die Lebensqualität speziell bei älteren Menschen durch eine rationale und evidenzbasierte Arzneimitteltherapie zu steigern und die Therapietreue (Adhärenz) zu verbessern. Damit verbunden ist das Ziel, die Medikamenteninteraktionen zu senken.

Schritt 5: Review / Messung des Erfolgs

Im letzten Schritt des Health Needs Assessments werden die Interventionsansätze und ihre Ergebnisse evaluiert. Hierbei sollen die „lessons learned" analysiert, evtl Veränderungen der Programme ausgearbeitet und weiterführende, potentiell notwendige Schritte diskutiert werden. Auch diese „interne" Evaluation erfordert einerseits wiederum die GKV-Routinedaten, um für die betreffenden Patienten die Outcomes zu messen, und andererseits, um mit adjustierten „Matched Pairs" die jeweilige Kosteneffizienz zu bestimmen. Parallel erfolgt auch auf dieser Ebene wiederum eine entsprechende Sichtung der Literatur und Diskussion mit den Kollegen vor Ort, um auch darüber Optimierungsüberlegungen zu entwickeln.

7.1.2. Modul: Aufbau eines Modells zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt

Für die wachsende Anzahl überwiegend älterer, chronisch kranker Patienten in Billstedt-Horn, die keiner Fachabteilung eindeutig zuzuordnen sind und die keiner hoch spezialisierten, aber dennoch einer indizierten stationären Behandlung bedürfen, empfehlen wir die Etablierung von Möglichkeiten eines kurzfristigen stationären Aufenthaltes. Gerade bei älteren, nur mäßig schwer erkrankten Patienten kann es aufgrund der DRG-Anreizstruktur zu einer Überversorgung in den Fachabteilungen der Kliniken kommen. Andererseits aber auch zu einer Unterversorgung, da diese Patienten aufgrund der leichten Fallschwere nicht aufgenommen werden, obwohl wegen ihrer Begleiterkrankungen und ihrer Versorgungssituation eine stationäre Behandlung medizinisch indiziert wäre und von einweisendem Arzt, Angehörigen und Patienten erwartet wird.

Wir empfehlen, die Möglichkeit einer kurzzeitigen stationären Unterstützung zu schaffen, die den Patienten eine strukturierte Neuausrichtung ermöglicht, sodass klassische Akutkrankenhauseinweisungen - mit der darauffolgenden DRG-Anreizstruktur - auf die wirklich notwendigen Fälle konzentriert werden können. Gemeinsam mit den medizinischen Leistungserbringern sollte ein Modell zum kurzzeitigen stationären Aufenthalt bzw. zur Übergangspflege aufgebaut werden. Im ersten Schritt könnte das Modell auf der Infrastruktur der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) aufbauen – siehe Modul 7.1.3, da die SKH als Belegkrankenhaus gute Voraussetzungen für die Erprobung eines derartigen Modells bietet.

Das Modell sollte für die dort lebende, (potentiell) ältere Zielgruppe entwickelt werden, die zum Teil gar nicht oder insuffizient versorgt ist, diverse Komorbiditäten u. a. auch Suchterkrankungen aufweist, Sprachbarrieren hat und sozial benachteiligt ist. Mit diesem Angebot einer „erweiterten primärärztlichen, kurzstationären Versorgung" sollte zudem sichergestellt werden, dass unnötige weitere Arztbesuche, z. B. Doppeluntersuchungen bis hin zum Krankenhausaufenthalt im Akutkrankenhaus, vermieden werden. Der Gesundheitszustand soll durch eine angemessene ärztliche und pflegerische Versorgung bzw. Betreuung stabilisiert werden, damit der Patient anschließend in seinem häuslichen Umfeld reintegriert werden kann. Typischerweise sind diese inter-

nistischen Erkrankungen, wie zum Beispiel eine Anämie, diffuse Schmerzen unbekannter Genese, eine bestehende chronische Erkrankung (Diabetes, Bluthochdruck), nicht selten aufgrund mangelnder Compliance bzw. einer niedrigen Gesundheitskompetenz des Patienten außerhalb der Grenzwerte. Oft ist auch eine Unterstützung durch die Familie oder Bekannte nicht gegeben. Somit wäre eine rein ambulante Führung der Patienten nicht zielführend und ausreichend.

Umgesetzt werden sollte das Modell durch eine zwischen Hausarzt- bzw. Facharztpraxen und der SKH sowie ggf. nachgeschalteten Versorgern (Schwerpunktkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen etc.) eng abgestimmte medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung, mit der Möglichkeit einer Kurzzeitbetreuung (Primärarztmodell) in der SKH bis zur Rückkehr in die eigene Häuslichkeit.

Wir empfehlen, sich am Erfolgsmodell des Albertinen-Krankenhauses „Interdisziplinäre Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation (INKA)" zu orientieren. Meist ältere Patienten mit niedrigem Schweregrad und entsprechend weniger Diagnostik profitieren von der permanenten Anwesenheit des Stationsarztes und einer hohen pflegerischen Zuwendung sowie von einer Versorgungsplanung (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, Sozialdienst etc.) über das Krankenhaus hinaus. Ziel der für die Klinik wirtschaftlichen INKA ist eine interdisziplinäre, allgemeinmedizinisch geprägte Grundversorgung und Behandlungskoordination mit mehr „Hightouch" und weniger „Hightech". Die kurze, systemorientierte, ressourcenschonende und sektorenübergreifend abgestimmte stationäre Behandlung ermöglicht eine effizientere und effektivere Behandlung älterer Patienten(Groening, M. 2013). Die SKH befindet sich dazu bereits in Verhandlungen mit der AOK Rheinland/Hamburg und dem Pflegedienst der AWO in Billstedt, um eine finanzielle und personelle Grundlage für ein solches Modell zu schaffen. Für die Folgejahre sollte sich der Fortsetzungsaufwand aus dem erzielten Ergebnis rechtfertigen lassen.

7.1.3. Modul: Weiterentwicklung der Praxisklinik und der Stadtteilklinik Hamburg (SKH)

Die SKH Stadtteilklinik GmbH (SKH) in Verbindung mit den im Gebäude ansässigen Praxen in Mümmelmannsberg bietet ideale Voraussetzungen für die langfristige Umwandlung in ein innovatives sozialmedizinisches Gesundheitszentrum zur Primär- und Langzeitversorgung für die Stadtteile Billstedt und Horn. Die SKH – aktuell ein Belegkrankenhaus mit 15 Planbetten in der Großwohnsiedlung Mümmelmannsberg im Osten des Hamburger Stadtteils Billstedt – sollte zukünftig, in Verbindung mit den lokalen Praxen und ggf. MVZ-Strukturen, die aufgrund der beschriebenen regionalen Versorgungssituation aufgebaut werden sollen, eine wohnortnahe „Sozialmedizin" anbieten. Das stationäre Angebot der SKH sollte dabei in erster Linie die für eine Grundversorgung typischen Fachrichtungen sowie geriatrisch ausgerichtete Angebote umfassen.

In der SKH arbeiten die Belegärzte der Fachrichtungen Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Chirurgie / Orthopädie und Gynäkologie mit weiteren zehn Arztpraxen des integrierten Ärztehauses zusammen. Mit dieser multiprofessionellen Ausrichtung und Kompetenz sollte die SKH in Kooperation mit weiteren Hausärzten, Fachärzten und komplementären Leistungserbringern (Pflegedienste /-heime, Reha-Einrichtungen, Hospize etc.) zu einem Gesundheitszentrum weiterentwickelt werden. Der Vorteil eines Gesundheitszentrums - in Verbindung mit Modul 7.1.2 - ist eine sektorenübergreifend abgestimmte Behandlung multimorbider Patienten, die Versorgung von Patienten, die bisher vom Versorgungssystem aufgrund von Zugangsbarrieren nicht erreicht werden konnten, sowie die Vermeidung überflüssiger längerer Krankenhausaufenthalte (als Folge einer Unter- bzw. Fehlversorgung) durch eine Kurzzeitbetreuung in der SKH bis zur Rückkehr in die eigene Häuslichkeit. Folgende einzelne Module werden bei einer Umsetzung empfohlen:

- Patienten und ihre Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt
- Modul 7.1.1 Behandlung wird um die Patienten herum organisiert und durch ein multiprofessionelles Team geplant
- Modul 7.1.4 Gemeinsame elektronische Patientenakten zum Informationsaustausch
- Modul 0 Einbeziehung von Gemeindeschwestern / VERAHs / NÄPAS z. B. Hausbesuche und Sprechstunden für chronisch Kranke
- Einbindung der Pflegestützpunkte und Pflegedienste
- Notfallambulanz

Wie in Kapitel 3.1.2 dargestellt, kennen speziell Menschen mit Migrationshintergrund das Gesundheitssystem nicht, mit der Folge, dass sie öfter, speziell abends und am Wochenende, die Notfallambulanzen anlaufen. Die Versorgung von leichteren allgemeinmedizinischen Beschwerden oder psychosozialen Problemen in einer Notfallambulanz bedeutet eine meist kostenintensive Über- oder sogar Fehlversorgung, die nicht an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist. Eine Möglichkeit wäre, sich an „Patienten-Trampelpfaden" zu orientieren und eine zentrale Anlaufstelle an der Stadtteilklinik SKH zu etablieren, wo Patienten bedarfsgerecht abgestuft versorgt werden. Wir empfehlen, eine angebundene kassenärztliche Bereitschaftspraxis für die Ersteinschätzung des Patienten anzugliedern, z. B. durch eine abwechselnde Dienstbereitschaft der beteiligten Ärzte des Praxisnetzes. Dort könnte dann der Patient zuerst professionell eingeschätzt und aufgrund dieser Ersteinschätzung entweder der kassenärztlichen Versorgung, der Notfallversorgung der SKH oder ggf. nachgeschalteten Versorgern (Schwerpunktkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) zugeteilt werden.

Die Idee einer sektorenübergreifenden Behandlung durch Niedergelassene im Rahmen der Belegarzttätigkeit und einer stationären Behandlung in der SKH halten wir für sinnvoll. Allerdings stehen die unterschiedlichen Vergütungsmechanismen (geringere Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit als im Rahmen der DRG-Pauschale) einem Ausbau im Wege.[30]

Sicherstellung der Finanzmittel: Für die Investitionen der ersten vier Jahre ist vorgesehen, diese Mittel zum Teil in den vorgesehenen Antrag an die Robert-Bosch-Stiftung einzustellen, zum Teil direkt von dem Träger „Stadtteilklinik Hamburg" aus zu investieren. Für die Folgejahre sollte sich der Fortsetzungsaufwand aus den laufenden Ergebnissen rechtfertigen lassen, auch hier ggfs. erweitert durch kleinere zusätzliche Drittmittelprojekte.

7.1.4. Modul: Gemeinsame elektronische Patientenakten zum Informationsaustausch

In den Interviews mit den Ärzten und sozialen Einrichtungen ergaben sich als Problemstellen ein mangelnder interdisziplinärer Austausch von Patienteninformationen, Abstimmungsprobleme zwischen einzelnen Versorgungsstufen und eine mangelnde Vernetzung der Leistungsbereiche in Billstedt und Horn. Darüber hinaus kommt es in Billstedt und Horn, wie schon in Kapitel 2.2 erwähnt, zu einer hohen Anzahl von chronisch Kranken und zu einer großen Anzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Wir empfehlen daher, eine stärkere Koordination und Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Versorgungsprozess aufzubauen. Als ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Vernetzung wird eine leistungsfähige Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK-)Infrastruktur gesehen. Sie ist gleichzeitig Grundvoraussetzung und Ergebnis der Vernetzung. Sie kann als der „Kleber" betrachtet werden, der die Akteure im Netzwerk zusammenhält.

[30] Weitere Informationen zum zielorientierten Wettbewerb im Bereich belegärztlicher Leistungen im SVR 2012, S. 299.

IuK-Strukturen sorgen dafür, dass die richtigen Informationen ausgetauscht und auch verstanden werden, und bilden insofern parallel die Grundlage für stabile Kooperationen und Veränderungen (Pimperl et al. 2014a).

Wir empfehlen, dass mit Umsetzung des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes die Planung einer zentralen Patientenakte (zPA) beginnt. Im Wissen um die damit verbundenen technischen, organisatorischen und kulturellen Herausforderungen (unterschiedliche Softwaresysteme, evtl. hoher Bedarf an IT-technischer Aufrüstung der Praxen, Vertrauensaufbau der Leistungserbringer untereinander) ist von einem gewissen Zeitbedarf bis zur Realisation auszugehen. Durch eine zPA haben – das Einverständnis des Versicherten vorausgesetzt – alle Mitbehandler Zugriff auf die jeweiligen Versichertendaten, z. B. Befunde, Anamnesen, Diagnosen, Therapien sowie Medikamente. Mithilfe der zPA haben die Behandler eine größtmögliche Transparenz bei ihrem jeweiligen Patienten. Die Umsetzung einer praxisübergreifenden elektronischen Patientenakte führt dabei zu mehr Effizienz und Transparenz in der Versorgung und gewährleistet eine höhere Sicherheit in Diagnostik und Therapie. Indem die Behandler in Echtzeit Zugriff auf alle relevanten Daten haben, können Doppeluntersuchungen, Doppelverordnungen oder eine unerwünschte Medikamentenvergabe vermieden werden. Dadurch erfahren die Patienten eine effizientere und qualitativ bessere Behandlung.

Die zPA sollte dabei zwingend in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) der Praxen integriert werden, da ansonsten die Akzeptanz und damit die Nutzung zu gering wären. Die Einbindung weiterer Leistungserbringer wie z. B. Pflegedienste, Krankenhäuser, Therapeuten und Apotheken ist vorzusehen und sollte aktiv geplant werden.

7.1.5. Modul: Datengestützte Versorgungsplanung („from data to concept")

Aufbauend auf der Analyse des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes sollen die Interventionen auf einer datengestützten, populationsorientierten Versorgungsplanung basieren. Die sog. GKV-Routinedaten, d.h. die zu Abrechnungszwecken ohnehin den Krankenkassen vorliegenden Daten, bilden dafür zwar keine optimale, aber immerhin eine verwertbare Grundlage. Für die laufende Analyse des Bedarfs und der Potentiale zur Verbesserung der Versorgung bestimmter Indikationen und Patientenkollektive im Rahmen von Modul 7.1.1 müssen zwingend die Leistungsdaten aus allen beteiligten Leistungsbereichen zur Verfügung gestellt werden. Nur so ist es möglich, den ökonomischen und therapeutischen Nutzen des Versorgungsmodells in der Gesamtheit, aber auch in den einzelnen Teilprogrammen zu verfolgen und die Handlungsfelder durch fortlaufende Rückmeldungen anzupassen sowie im Sinne des PDCA-Zyklus der Qualitätsverbesserung stetig weiterzuentwickeln. Entsprechende strukturelle Grundlagen einer erfolgreichen Business-Intelligence-Infrastruktur wurden beispielsweise bereits in der IV Gesundes Kinzigtal umgesetzt (Pimperl et al. 2014a). Dort stellen die beteiligten Krankenkassen datenschutzkonform und in pseudonymisierter Form diese Daten der dortigen Gesundes Kinzigtal GmbH zur Verfügung, die diese durch die OptiMedis AG auswerten und analysieren lässt. Ohne eine solche Datenbasis als Unterlage für die Planung und nachträgliche Bewertung der durchgeführten Optimierungsmaßnahmen würde eine Intervention einem „Stochern im Nebel" gleichkommen, außerdem wäre eine Erfolgsmessung einzelner Optimierungsprogramme sowie der laufende Lernzyklus in der Qualitätsverbesserung der Maßnahmen nicht möglich.

7.2. Handlungsfeld II: Entlastung der Ärzte und Stärkung der wohnortnahen ambulanten Versorgung

Wie in der Analyse bereits dargestellt, sind in Billstedt-Horn - auch aufgrund finanzieller Anreize (Kapitel 3.3) - relational weniger (Fach-)Ärzte anzutreffen. Zeitgleich kann eine zunehmende Abwanderung der Arztsitze aus Billstedt-Horn in andere Stadtteile beobachtet werden. Unter Beachtung der eingeschränkten Mobilitätsbereitschaft der Bewohner (siehe hierzu Kapitel 3.1.3), spiegeln sich die Folgen der Versorgungssituation in langen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin und einer zunehmenden Verlagerung der Behandlung in den stationären Bereich (Kapitel 3.3) wider.

Neben der ungleichen Verteilung der Einkommensmöglichkeiten zwischen den Hamburger Stadtteilen entstehen durch einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund zusätzliche Herausforderungen für die Praxen in Billstedt und Horn. Damit häufig verbundene Kommunikationsdefizite und kulturelle Barrieren führen zu einem höheren Zeitaufwand in der Anamnese und Behandlung der Patienten, der nicht entsprechend vergütet wird.

Ein zentrales Ziel einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung muss die Schaffung und Sicherstellung eines wohnortnahen Versorgungsangebots sein, das für alle Bewohner bestmöglich zugänglich und erreichbar ist. Eine qualitativ hochwertige ambulante und wohnortnahe Versorgung in Billstedt und Horn benötigt Praxen im Stadtteil, die sich über Jahre auf ihre Patientenkliente einstellen und sich im Rahmen ihrer Tätigkeit Kompetenzen z. B. im Bereich der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation erwerben sowie Mehrsprachigkeit anbieten können.

Empfehlungen zur Stärkung der ambulanten wohnortnahen Versorgung in Billstedt-Horn finden sich bereits insbesondere in Kapitel 5 durch die Etablierung eines Arztnetzes und im

Handlungsfeld I: Innovatives sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement.

Basierend auf den genannten Herausforderungen für die ärztliche Tätigkeit in Billstedt-Horn empfehlen wir im Rahmen des Entwicklungs- und Handlungskonzepts gezielte Maßnahmen und Projekte zur Entlastung der Ärzte und Stärkung der ambulanten Versorgung:

- Zusätzliche ärztliche Vergütung für Patienten in besonderen Problemstellungen,
- Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich,
- Erweiterung der ärztlichen Ressourcen mittels Delegation und Substitution,
- Überwindung der Sprachbarrieren,
- Entlastung der Ärzte durch „Digital Health".

7.2.1. Modul: Zusätzliche ärztliche Vergütung für Patienten in besonderen Problemstellungen

Zur Verminderung der ungleichen Verteilung von Einkommensmöglichkeiten empfehlen wir den Aufbau zusätzlich vergüteter Einzelleistungen für die medizinischen Leistungserbringer in Billstedt-Horn für extra geleisteten Zeitaufwand bei vorab vereinbarten Leistungen zwischen Ärzten und der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH. Damit sollen Leistungen honoriert werden, bei denen von einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Kostenentwicklung auszugehen ist, z. B. Zielvereinbarungen mit Patienten oder spezielle Präventions- und Gesundheitsmanagementleistungen sowie die Unterstützung und Beteiligung bei der Umsetzung der anderen Handlungsfelder.

Art und Umfang der Zusatzvergütung sollten zwischen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH und den Leistungserbringern in Billstedt-Horn vereinbart werden. Für folgende Bereiche und Leistungen wird die zusätzliche Honorierung empfohlen:

- Sprechende Medizin: z. B. Zielvereinbarungsgespräch und evtl. Sozialanamnese und Überweisung an adäquate soziale Einrichtung
- Hausärztliches geriatrisches Basisassessment
- Modul 7.1.1: Aufbau der Behandlungspfade
- Sport auf Rezept plus Unterstützungsperson z. B. MFA (Abrechnungsnummer für Präventionsberatung)
- Beratung zur Vermeidung von Polypharmakotherapie / Medikamentenanamnese (auch in Kooperation mit Apotheken)
- Modul 7.1.1: Vergütungen für gezielte ärztliche Zeitinvestments und Zeiteinheiten der medizinischen Fachangestellten im Rahmen der Versorgungsmanagementprogramme

Diese zusätzlichen Leistungen benötigen auch zusätzliche Zeitfenster und Mitarbeiterstunden für die Praxen. Diese stehen dort zurzeit nicht zur Verfügung. Parallel zur Planung dieser Leistungen muss es daher darum gehen, entsprechende Entlastungen zu schaffen. Die weiteren folgenden Interventionsmöglichkeiten dienen unter anderem dazu, Freiräume für die obigen neuen Leistungen/ Aufgaben zu schaffen (vgl. dafür die Module 7.2.2-7.2.5).

7.2.2. Modul: Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich

Um die ambulante gesundheitliche Versorgung in Billstedt und Horn sicherzustellen und die Attraktivität der Tätigkeit und des Standortes für die Anwerbung von Fachkräften der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, einschließlich der Ärzte zu erhöhen, empfehlen wir den Aufbau einer strategischen Personalentwicklung im Rahmen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH. Hierzu gehört auch die Entwicklung eines Weiterbildungsprogramms für Ärzte, die beispielsweise das praktische Jahr (PJ) und die Facharztweiterbildung bevorzugt in den Stadtteilen Billstedt und Horn absolvieren. Starke Berücksichtigung hierbei sollte auch die Anwerbung und Weiterbildung des ausländischen medizinischen Personals finden, welches den kulturellen und sprachlichen Besonderheiten in Billstedt und Horn barrierefrei begegnen kann. Die Entwicklung einer strukturierten und zielgerichteten Weiterbildung in den Praxen und den Krankenhäusern in Billstedt und Horn soll dabei in Kooperation mit den medizinischen Lehrstühlen im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und weiteren Hochschulen in Norddeutschland erfolgen.

Module:

- Ausbildungsinitiative für junge Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen in den Praxen im Stadtteil (u. a. Medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Altenpflege) zur Zukunftssicherung.
- (Nach-)Qualifizierung von vorhandenen Fachkräften, u. a. mit Bildungsabschlüssen aus Ländern, die ohne Nachqualifizierung als solche in Deutschland nicht anerkannt werden.
- Training und Stärkung der transkulturellen Sensibilität und Kompetenz der Ärzte und Psychotherapeuten in Billstedt-Horn durch Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildungen im Bereich der kultursensiblen Medizin.
- Vermittlung bereits voll qualifizierter Fachärzte in freiwerdende Praxen bzw. Übernahme von Praxissitzen und Anstellung von Fachärzten in einem MVZ.

› Anwerbung von Ärzten für ihre Weiterbildung zum Facharzt der Allgemeinmedizin und anderer Fachrichtungen in Billstedt-Horn.

Um Letzteres erfolgreich umzusetzen und die Attraktivität des Standortes Billstedt-Horn für Weiterbildungsassistenten zu erhöhen, empfehlen wir hierfür die Gründung eines Weiterbildungsverbundes aus dem in Gründung befindlichen Ärztenetz, der SKH und ggf. weiteren angrenzenden Kliniken (insbesondere Asklepios Klinik Wandsbek, Schön-Klinik Hamburg Eilbek, Marienkrankenhaus, Wilhelmstift, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg, Bethesda Krankenhaus Bergedorf). Dieser Weiterbildungsverbund soll die Weiterbildung der Assistenten organisieren und für das komplette 5- jährige Ausbildungscurriculum zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine strukturierte, qualitativ hochwertige und durchgehend angemessen vergütete Weiterbildung bis zur Zulassung des Facharztes sicherstellen. Den Weiterbildungsassistenten sollte dabei immer ein fester Mentor des Verbundes zur Seite stehen, der die angehenden Ärzte durch die Weiterbildung begleitet und sie betreut. Durch die regionale Verknüpfung der Weiterbildungsstätten sollen zum einen die stationäre und ambulante Weiterbildung besser miteinander verzahnt werden und zum anderen soll der Standort Billstedt-Horn für die Anwerbung von Weiterbildungsassistenten attraktiver werden. So lernen die Weiterbildungsassistenten die Anforderungen an den Beruf des Allgemeinmediziners sowie die lokalen Strukturen in Billstedt-Horn umfassend kennen, ohne sich neu bewerben oder den Wohnort wechseln zu müssen. Durch eine hohe Zufriedenheit der Ärzte, die ihre Weiterbildung in Billstedt-Horn absolvieren, erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Fachärzte nach der Weiterbildung weiterhin in Billstedt-Horn tätig sind. Sowohl die Stadtteilklinik SKH als auch viele niedergelassene Ärzte in Billstedt-Horn verfügen bereits über Weiterbildungsermächtigungen für die Allgemeinmedizin, die sie berechtigen, angehende Ärzte weiterzubilden. Langfristig könnte auch eine zuvor vertraglich vereinbarte Standortbindung nach der abgeschlossenen Weiterbildung im Verbund zu einem Anstieg der Allgemeinmediziner führen. Sollte sich der Trend der Abwanderung in Billstedt fortsetzten, sollte diese Möglichkeit in Betracht gezogen werden.

7.2.3. Modul: Erweiterung der ärztlichen Ressourcen mittels Delegation und Substitution

Angesichts der höheren Belastung der Ärzte und Praxen durch die verhältnismäßig hohe Anzahl an chronisch erkrankten, multimorbiden und betreuungs- und zeitintensiveren Patienten empfehlen wir Maßnahmen zur Entlastung der Ärzte. In den letzten Jahren hat sich dazu insbesondere das Modell der Delegation[31] von Leistungen auf nichtärztliche Gesundheitsberufe bewährt. Erste Stimmen gehen darüber hinaus und setzen auch auf eine Substitution[32] bisher ärztlich erbrachter Leistungen durch speziell ausgebildete Pflegekräfte und andere Berufsgruppen.

Die Delegation der ärztlichen Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe verfolgt das übergreifende Ziel, die Ärzte (vorwiegend in der Hausarztpraxis) zu entlasten und die Versorgung chronisch kranker, älterer und betreuungsintensiver Patienten zu verbessern. Um das zu erreichen, übernehmen sie bspw. die standardisierte Anamnese, die Koordination der Behandlung, die Organisation notwendiger Befunde und Termine, die Bera-

[31] Delegation: Übertragung bestimmter Tätigkeiten an ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter zur selbstständigen Erledigung. Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen Gefährlichkeit nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Auswahl, Anleitung und Überwachung geschehen in Abhängigkeit von der Qualifikation.

[32] Substitution: Ersetzen des Arztes durch einen Nicht-Arzt einschließlich des Übergangs der verantwortungsselbstständigen Ausübung der Heilkunde.

tung zum Erkrankungsbild oder zu sozialrechtlichen Fragen (AGnES zwei), das Überleitungs- und Entlassungsmanagement der Patienten oder auch Hausbesuche, wo sie z. B. den Blutzucker oder Blutdruck der meist nicht mobilen Patienten messen oder den Verband wechseln.

Angesichts der erhöhten Krankheitslast im Bereich der chronischen Erkrankungen in Billstedt und Horn empfehlen wir weiterhin die Einrichtung einer Sprechstunde für chronische Erkrankungen, die bereits in Kapitel 7.1.3 stichpunktartig empfohlen wurde. Die Delegation der ärztlichen Tätigkeit an einen nichtärztlichen Gesundheitsberuf, bspw. an eine Krankenschwester mit Weiterbildung zur Entlastungsassistentin, könnte sowohl zu einer Entlastung der Ärzte als auch zu einer besseren Versorgungsqualität und einer höheren Zufriedenheit der Patienten beitragen, die all ihre Fragen ohne Zeitdruck an eine qualifizierte medizinische Hilfskraft richten können.

Die Good Practice Intervention in diesem Modul dient einem effizienteren Einsatz der ärztlichen Ressourcen und damit der Entlastung der Ärzte, hier auf den Bereich der Pädiatrie bezogen. Wie in der Analyse bereits dargestellt, sind Billstedt und Horn junge und kinderreiche Stadtteile. Knapp 19.000 Kindern in Billstedt und Horn stehen dabei drei ambulante Kinderarztpraxen zur Verfügung. Die Ärzte beklagen in diesem Zusammenhang, dass die ärztlichen Ressourcen durch kleinere Erkrankungen, die nicht immer einer ärztlichen Behandlung bedürfen, aufgebraucht werden. Hinzu kommt eine niedrige Gesundheitskompetenz und über Generationen hinweg verlorenes Gesundheitswissen der Eltern, sodass die reale Gefährdungssituation oft nur unzureichend eingeschätzt werden kann (nachzulesen in Kapitel 3.1.2 und 3.2.2). Um den Pädiatern die Ressourcen für behandlungsbedürftige Erkrankungen und Beschwerden freizuräumen, wird im Folgenden der Einsatz von Case Managern in der Pädiatrie als eine Good Practice Intervention dargestellt.

Good Practice Intervention	Case Manager/in im Sozial- und Gesundheitswesen, Schwerpunkt Pädiatrie
Zielgruppe	› Kinder mit leichten medizinischen Anliegen › Familien und Kinder mit multiplen Problemlagen › Sozial benachteiligte Familien und Kinder › Eltern und Familien mit fehlender Gesundheitskompetenz
Ziele/ Anlass	› Effizientere und effektivere Versorgung belasteter Familien und Kinder › Entlastung der Ärzte › Verringerung der Arztkontaktzahlen bei nichtmedizinischen Anliegen / Anliegen, die keinen Arztkontakt erfordern
Zugang	› Pädiatrische Praxis in Billstedt und Horn › Während der Pilotphase: Förderung 1x CM (Vollzeit) in einer pädiatrischen Praxis in Billstedt oder Horn
Arbeitsweise	› Assessment aller Kinder durch Case Manager: Anamnese nach Vorgaben des Arztes und Analyse des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs. › Familien und Kinder mit sozialen Nebendiagnosen, deren Anliegen und Hilfsbedarf nicht nur medizinisch begründet ist und nicht zwingend innerhalb der regulären ärztlichen Sprechzeiten durch

Good Practice Intervention	Case Manager/in im Sozial- und Gesundheitswesen, Schwerpunkt Pädiatrie
	den behandelnden Kinderarzt bearbeitet und gelöst werden muss, werden weiter von den Case Managern intensiv vorsorgt. › Die Case Manager gehen individuell auf die Familiensituation ein und entwickeln gemeinsam mit der Familie einen Unterstützungsplan. › Der Plan wird mit dem behandelnden Pädiater (und ggf. weiteren involvierten Ärzten) abgesprochen. › Ermittelter Bedarf wird von den Case Managern organisiert, koordiniert und die Inanspruchnahme wird kontrolliert, ggf. mit weiteren involvierten Akteuren. › Entlastung der Ärzte durch Gesundbescheinigung von Kindern nach ansteckenden Erkrankungen. Bei nicht eindeutiger Abklärung und Diagnose erfolgt Absprache mit behandelndem Arzt. › Öffentliche tägliche Sprechstunde: Informationsvermittlung/ Stärkung der Gesundheitskompetenz für Interessierte und Bedürftige. › Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Frühen Hilfen und Familienhilfe. › Durchführung/ Veranstaltung von Themenabenden zu bestimmten Schwerpunkten. › Unterstützung des Arztes bei der Aufklärung der Eltern im Rahmen von Screeninguntersuchungen und Impfungen. › Übernahme der Aufklärungsarbeit in Betreuungseinrichtungen und Schulen
Veranstaltungsort Laufzeit	› Ort: Pädiatrische Praxis, ggf. auch Betreuung im häuslichen Umfeld des Patienten › Laufzeit: unbegrenzt
Anforderungen und Kosten	› Anforderungen: Kinderkrankenschwester inkl. Weiterbildung „Case Management" › Kosten: ca. 30.000 - 35.000 Euro p. a.

7.2.4. Modul: Überwindung der Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung

Einen wichtigen Aspekt der Gesundheit und Integration stellt die Kommunikation dar. Wie in der Analyse bereits herausgearbeitet, werden durch die befragten Experten in Billstedt-Horn fehlende Sprachkenntnisse und eine eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit beklagt mit ihren negativen Folgen für die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung der Menschen. Sie sind für die Ärzte mit einem erhöhten bzw. doppelten Zeitaufwand für die Behandlung verbunden (Kapitel 3.2.4).

Der Einsatz von Dolmetschern und deren Finanzierung in der Gesundheitsversorgung ist nicht geklärt. Häufig engagieren sich Dolmetscher ehrenamtlich oder werden von den Krankenhäusern und Ärzten selbst finanziert. Auch Klinik- oder Praxismitarbeiter oder Medizinische Fachangestellte in den Praxen, die einen entsprechenden Migrationshintergrund haben, übernehmen das Dolmetschen in vielen Fällen. Aufgrund des doppelten Zeitaufwands für die Behandlung, einer unzureichenden Sprachkompetenz und einer hohen Fehlerquote von Laien-Übersetzern, ob nun fremdsprachiges ungeschultes medizinisches (Hilfs-)Personal oder dolmetschende

Angehörige, erscheinen alle genutzten Lösungsansätze zur Überbrückung der Sprachbarrieren provisorisch zu sein und deuten auf einen starken Handlungsbedarf hin.

Für den Einsatz von dolmetschenden Angehörigen schlägt Kalvelage einige Regeln vor, die alle Teilnehmer des Gesprächs befolgen sollten. Übergreifend ist von dem Einsatz minderjähriger übersetzender Angehöriger abzusehen, da die Dolmetscher durch diese Tätigkeit und vor allem bei schweren Befunden der Angehörigen einer hohen Belastung ausgesetzt sind, die es zu vermeiden gilt. Kalvelage empfiehlt in diesem Zusammenhang auch eine Schulung der dolmetschenden Angehörigen durch die behandelnden Ärzte, um die Regeln für die Übersetzungstätigkeit festzulegen und die Übersetzungskompetenz der Angehörigen zu stärken (Kalvelage 2014, S. 124–126).

Einen erfolgreichen Ansatz zur Überwindung der Sprachbarrieren stellen muttersprachliche Ärzte dar, die von Menschen mit Migrationshintergrund bevorzugt aufgesucht werden. In der Regel scheitert es hierbei jedoch an einem Mangel von qualifizierten ausländischen muttersprachlichen Ärzten und Psychotherapeuten. Insbesondere die sozial benachteiligten Stadtteile Billstedt-Horn haben aufgrund der Klientel erschwerte Bedingungen, neues Personal anzuwerben. Erschwert wird die Situation zusätzlich dadurch, dass ausländische Ärzte Schwierigkeiten haben, eine außerhalb Deutschlands erworbene Berufserlaubnis anerkennen zu lassen. Dies soll sich im Rahmen des vorausgegangenen Modul: Personalentwicklung im medizinischen Leistungsbereich in Billstedt und Horn ändern und die Weiterbildung/ (Nach-)Qualifizierung des ausländischen medizinischen Fachpersonals soll gefördert werden.

Die Good Practice Intervention widmet sich der Aufklärung der Bevölkerung zu relevanten Gesundheitsthemen, auch in der Muttersprache der Bewohner. Im Folgenden wird ein Good Practice Ansatz zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und gleichzeitig zur Überwindung der Sprachbarrieren beschrieben.

Good Practice Ansatz	Aufbau einer Internetpräsenz: www.Gesundes-Billstedt-Horn.de (responsives Design)
Zielgruppe	Alle Bewohner aus Billstedt und Horn, die sich über Gesundheitsthemen, Angebote und Anbieter informieren möchten.
Ziele/ Anlass	Der soziale Status vieler Bewohner in Billstedt und Horn wird gehäuft mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz assoziiert, die beispielsweise das Gesundheits- und Risikoverhalten, die Selbstfürsorge und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und zur Vorsorge umfasst. Insbesondere Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen zeigen dabei Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Ziele: › Stärkung der Gesundheitskompetenz › Aufklärung der Bevölkerung zu Gesundheitsthemen, Anbietern und Angeboten › Vermittlung der Informationen in Muttersprache › Bessere Übersicht über alle Angebote › Präsenz aller relevanten Akteure und Unternehmen auf einer Seite

Good Practice Ansatz	Aufbau einer Internetpräsenz: www.Gesundes-Billstedt-Horn.de (responsives Design)
	Besonderheiten: › Übersetzung der Inhalte entsprechend den Zielgruppen in Englisch, Türkisch, Farsi, Dari, Russisch, Polnisch, Rumänisch › Beschreibung in einfacher, verständlicher Sprache mit Fallbeispielen › Leichte und intuitive Bedienung › Smartphone-Ansicht der Webseite
Inhalte der Internetpräsenz	› Gesundheitswissen (Was ist Diabetes und wie gehe ich mit der Erkrankung um? Brauche ich ein Medikament für meinen Schnupfen? Was sind die Symptome des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms?) › Gesundheitsversorgung (Was mache ich, wenn ich krank bin? Wann ist meine Erkrankung ein Notfall?) › Anbieter (Beschreibung und Kontaktinformationen) (Was macht die Elternschule Billstedt und wie erreiche ich diese? Wer kann mich zum Arzt begleiten?) › Angebote (Ärzte, Gesundheitsförderung und Prävention) (Welche Rückenpräventionskurse werden angeboten? Wie kann ich mich anmelden?) › Arztsuche für Billstedt-Horn (inkl. Sprachangabe) › Freizeitangebote (Spielplätze, Straßenfeste) › Ggf. Bildungsangebote (Wo lerne ich kochen? Was macht das Billenetz? Gibt es in meiner Nähe einen Deutschkurs?)
Arbeitsweise	› Verfassung aller relevanten Gesundheitsinformationen durch alle Akteure in Billstedt-Horn: Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH, Soziale Einrichtungen, Ärzte, Krankenkassen & Co. › Beschreibung der Einrichtungen und Übersetzung der Beschreibung durch Akteure selbst
Akteure / Kooperation	› Kooperation aller (Gesundheits-)Akteure aus Billstedt-Horn › Sponsoren aus Billstedt-Horn (z. B. Billstedt Center)
Kosten	› Aufbau und Gestaltung Internetpräsenz, Übersetzung der Inhalte in verschiedene Sprachen, Koordination der Webseite und Inhalte = ca. einmalig 15.000 Euro › Pflege der Webseite bei ca. 4 Std./ Woche = ca. 250 Euro/ mtl.

7.2.5. Modul: Digital Health

Ein weiteres adäquates und unterstützendes Instrument, welches die Versorgung verbessern, die Ärzte entlasten und einen Versorgungsengpass kompensieren kann, stellt die innovative Technologie in der Gesundheitsversorgung dar. Digital Health meint die Verschmelzung des medizinischen Wissens mit innovativen IT-Lösungen. In dem vorliegenden Bericht umfasst der Begriff Digital Health neben der Telemedizin alle innovativen und gesundheitsfördernden elektronischen und mobilen Anwendungen (E-/M-Health) und gesundheitsfördernde und aktivierende medizinische Hilfsmittel und wearables (Fitnessarmband). Ziel der innovativen

Entwicklung sind der Erhalt und die Verbesserung der individuellen Gesundheit und beispielsweise auch eine Erleichterung des ärztlichen Alltags.

Internetgestützte (mobile) Anwendungen, die vielfach bereits multilingual angeboten werden, gibt es nahezu für alle Indikationen, z. B. für Herz-/Krauslaufpatienten (bspw. CardioGo) wie auch für Blutdruckkranke. Auch für das Diabetesmanagement können zahlreiche Applikationen für mobile Geräte vorgehalten werden, die dem Anwender auf spielerische Weise dabei helfen, bei der Therapie dauerhaft motiviert zu bleiben und alle wichtigen Daten zu dokumentieren. Um die Gesundheitskompetenz und das Empowerment der Patienten in Billstedt-Horn zu stärken, empfehlen wir den Einsatz internetgestützter Anwendungen und die Förderung der Umsetzung durch die Akteure vor Ort.

Eine sinnvolle Ergänzung der ärztlichen Therapie bei unterschiedlichen Indikationen stellen auch therapiebegleitende Gesundheitscoachings dar. Die Online-Plattform HausMed bspw. stellt für unterschiedliche Indikationen (z. B. Psychische Erkrankungen, Bluthochdruck, Rückentraining) Onlinetrainings bereit. Auch im Hinblick auf die zunehmende Prävalenz psychischer Erkrankungen, die unzureichende Anzahl der Psychotherapeuten in Billstedt-Horn und die langen Wartezeiten empfehlen wir die Erprobung von E-Health-Anwendungen vorerst probeweise, z. B. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Die Anwendungen können dabei begleitend zur ärztlichen Therapie eine zusätzliche Unterstützung für den Patienten bieten. Die Anwendung fragt dabei den Gefühlszustand der Patienten ab und bietet außerdem wirksame Methoden zur Bewältigung der Erkrankung. Auch sollte geprüft werden, ob E-Health-Anwendungen als erste Krisenintervention auch von Patienten genutzt werden können, die an leichten Gefühlsverstimmungen leiden und noch auf einen Therapieplatz warten. Die Umsetzung der Maßnahmen wäre beispielsweise im Rahmen der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH oder des Gesundheitskiosks im Billstedt-Center denkbar. Extra geschulte und ausgebildete Case-Manager würden die E-Health-Therapie im Hintergrund begleiten und die Behandlung koordinieren, bis der Patient einen Behandlungsplatz findet. Ein geeignetes Programm hierfür wäre beispielsweise die mehrfach evaluierte Anwendung „Deprexis" des Hamburger Unternehmens GAIA, die im weiteren Verlauf als eine Good Practice Intervention ausführlich vorgestellt wird (GAIA AG 2015).

Neue Kooperationsmodelle ergeben sich mittelfristig auch zwischen Gesundheits- und Wohnungswirtschaft z. B. im Bereich „Ambient Assisted Living (AAL): Der Anteil der Versicherten, der alleine lebt oder sich nur auf ein labiles oder auf kein Netzwerk stützen kann, wächst kontinuierlich. Dieser Versichertenkreis kann in Notfallsituationen oft nicht auf die unmittelbare Hilfe eines Lebenspartners oder von Angehörigen zählen (Manzeschke et al. 2013). Im Notfall, z. B. bei einem Sturz, können die Versicherten mithilfe von AAL schneller gefunden und Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden. Dadurch können möglicherweise auftretende Komplikationen vermieden bzw. reduziert werden, und so kann eine bessere Rekonvaleszenz des Versicherten ermöglicht werden. Wichtiger erscheint jedoch, dass Versicherte in ihrer Häuslichkeit bleiben können, da sie unter ständiger Beobachtung sind. Dies erhöht neben dem Sicherheitsgefühl des Betroffenen auch das der Angehörigen. AAL kann bei Notfallsituationen unterstützen, u. a. z. B.durch Sensoren, die detaillierte Umgebungsinformationen des Versicherten sammeln, diese analysieren und situationsbezogen darauf reagieren, z. B. Sensorenmatten, E-Metering/Stromflussmessung und Erkennung unüblichen Verhaltens oder durch häusliche Monitoringsysteme, die mit einer Service-Zentrale verbunden werden, z. B. in Form eines Notrufsystems, um Eskalationssituationen des Versicherten vorzubeugen. Zu erwartende Effekte: Die Autonomie und Lebensqualität der Patienten kann gesteigert und die damit in Verbindung stehenden Kosten können gesenkt werden.

Von der Einbindung elektronischer und internetbasierter Anwendungen und Hilfsmittel in den Behandlungsprozess können sowohl Ärzte und Patienten als auch die Krankenkasse (sinkende Kosten) und die Gesundheitswirtschaft (bundesweite Umsetzung erfolgreicher Produkte) profitieren.

Im Folgenden wird das bereits genannte Online-Therapieprogramm im Rahmen der Good Practice Intervention näher beschrieben und der Einsatz auch für die Patienten in Billstedt und Horn empfohlen.

Good Practice Ansatz	Internetbasierte psychotherapeutische Hilfe als Ergänzung zur Therapie, z. B. „Deprexis"[33], ein onlinebasiertes Selbsthilfeangebot
Zielgruppe	› Menschen mit Depressionen oder depressiven Verstimmungen in Billstedt-Horn
Ziele/ Anlass	› Frühe Intervention bei psychischen Erkrankungen › Stabilisierung leichter Gefühlsverstimmungen › Aktivierung zur Selbsthilfe › Vermeidung von Chronifizierungen psychischer Erkrankungen › Vermeidung stationärer Krankenhausbehandlung durch frühe Intervention › Schließung von Versorgungslücken durch Überbrückung therapiefreier Zeit mit Deprexis › Nachsorge nach stationärer Therapie
Zugang	› Gesundheitsberatung job.center › Hausarzt/ Allgemeinmediziner › Psychotherapeut › Stationäre Einrichtung
Inhalte/ Arbeitsweise	› Nach der Beratung bei den o.g. Instanzen wird der Zugang zu dem Programm vermittelt. Der Arzt kann Deprexis als Hilfsmittel verordnen. › Die Kommunikation zu dem Programm basiert auf Online-Dialogen, bei denen Texteinheiten erscheinen und verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgeschlagen werden, die angeklickt werden können. Durch den Kommunikationsprozess entstehen für die Anwender speziell angepasste Übungen. Das Programm beinhaltet verschiedene Module auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie. Mithilfe des Programms können Verhaltensmuster und Denkverzerrungen analysiert werden. Darauf basierend werden Handlungsfertigkeiten erarbeitet. › In fünf unterschiedlichen klinischen Studien genauso wie in der ambulanten oder stationären Versorgung zeigte sich, dass Deprexis ähnlich wirksam wie Antidepressiva ist (GAIA AG 2015). › Therapie wird im Hintergrund durch einen Case Manager der Gesundheitsberatung oder durch einen behandelnden Arzt begleitet, der gleichzeitig auch ein Ansprechpartner für die Anwender ist. Alternativ kann die Beratung/ Einweisung auch im Gesundheitskiosk

[33] Deprexis ist im Rahmen von 7 Studien und 2000 Patienten umfassend evaluiert (http://deprexis.de/).

Good Practice Ansatz	Internetbasierte psychotherapeutische Hilfe als Ergänzung zur Therapie, z. B. „Deprexis“[33], ein onlinebasiertes Selbsthilfeangebot
	oder langfristig in der Koordinierungsstelle der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH stattfinden. › Voraussetzung: Leichte PC-/ Smartphone Kenntnisse notwendig › Sprachen: Deutsch/ Englisch
Veranstaltungsform/ Veranstaltungsort Laufzeit	› Einführung in das Programm durch Case Manager z. B. der Gesundheitsberatung oder des Gesundheitskiosks › Online-Therapie am PC/ Smartphone (Internetzugang notwendig) › Idealerweise erfolgt die Online-Therapie in der vertrauten Umgebung der Nutzer. › Das Programm ist auf eine Interventionsdauer von drei Monaten ausgelegt.
Akteure / Kooperation	› Navigator 16A - Gesundheitsberatung der hamburger arbeit, Krankenkasse, Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH
Kosten	› Ca. 250 Euro/ Kurseinheit (Dauer: 90 Tage Zugang)/ Patient

7.3. Handlungsfeld III: Vernetzung Gemeinwesen und Medizin

Wie in der Analyse ausgearbeitet, sind zwar bereits viele Akteure im Bereich der verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Billstedt und Horn tätig, Optimierungs- und Handlungsbedarf besteht jedoch in der besseren Vernetzung und Koordination der Angebote untereinander und der Vernetzung zum medizinischen Sektor sowie in dem weitgehend brachliegenden Bereich der verhältnisbezogenen bzw. quartiersbezogenen Gesundheitsförderung. Ein Großteil der Maßnahmen zielt im Rahmen der Frühen Hilfen außerdem auf die Verbesserung der Kinder- und Familiengesundheit ab. Einige bedeutende Zielgruppen und Settings werden von den Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen weniger stark bzw. gar nicht berücksichtigt. Hier empfehlen wir einen stärker zielgruppenspezifischen Ausbau der Angebote.

Lokale Multiplikatoren (Akteure vor Ort wie das Billenetz und die Elternschulen) dienen dabei als Schlüsseleinrichtungen mit Zugang zu Personen in konkreten Lebenswelten, die in der Zielgruppe anerkannt sind und den Zugang zur Zielgruppe erleichtern. Sie können zudem Auskunft über den Bedarf der Zielgruppe sowie auf bestehende Zugangshindernisse zu den Gesundheitsprogrammen geben. In konkreten Lebenswelten (Settings) wie Schulen, Betrieben, Nachbarschaftstreffen, Runden Tischen, aber auch in stadtteilbezogenen Einrichtungen (KiFaZ, Elternschulen) und Projekten (Babylotsen, MiMi, Kiezläufer) werden Zielgruppen in ihren Sozialräumen aktiviert. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume – sei es das Quartier, der Betrieb oder die Schule – ermöglicht es, adäquate Zugangswege zu definieren und vorhandene Ressourcen (Strukturen) zu nutzen.

Zielgruppen (Alter)	Multiplikatoren	Lebenswelt / Setting
Kinder (0-10)	Elternschulen, KiFaZ, Connect, Das Rauhe Haus, Spiel Werk Stadt, Jugendamt, Mentoren z. B. „Balu und Du“	KITA, Schulen, Elternschulen, Familie

Jugendliche (10-20)	Kiezläufer, Beschäftigung+Bildung e.V., Vereine, Das Rauhe Haus, S.V. Billstedt-Horn, Jugendamt, Kultur Palast Billstedt	Schule, Stadtteil, Billstedt Center, Familie, Sportverein
Migranten	Türkisch-Deutsche-Gesundheitsstiftung e.V, MiMi, ABeSa, BHH Sozialkontor: VillaR, Schulung von Multiplikatoren	Moscheen, Familie, Betriebe
Senioren (65-80)	Green Gym, AWO Seniorentreff, Apotheken, Stadtteilverein Horn, BAGSO, Kirchen, Arztpraxen, Stadtteilfeste, Das Rauhe Haus	Senioreneinrichtungen, Häuslichkeit
Junge Mütter (15-30)	Babylotsen, KiFaZ, Elternschulen, MVZ Pro Cura, MVZ Wilhelmstift, Elterncafés	Krankenhaus, Stadtteileinrichtungen, Familie
Arbeitslose (18-65)	Navigator 16A – Gesundheitsberatung der Hamburger Arbeit	Jobcenter
50 Plus (50-65)	Stadtteilfeste, Volkshochschulen, Arztpraxen, MiMi, AOK – Gesunde Nachbarschaften	Betriebe, Nachbarschaftstreffen

Um die Erreichbarkeit und Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe und der angesprochenen Bürger und die Akzeptanz der Angebote zu erhöhen, empfehlen wir, die Bürger / Zielgruppe bei der Planung, Ausgestaltung und Evaluation der Maßnahmen und Angebote zu involvieren und ihre jeweiligen Präferenzen zu berücksichtigen. Die detaillierte Ausgestaltung der Projekte inkl. der Qualitätskriterien kann in dem vorliegenden Konzept aufgrund des Umfangs nicht vorgenommen werden. Wir empfehlen jedoch, die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen an den Qualitätskriterien des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit auszurichten (Gold et al. 2014).

Übergreifend gilt, dass die Angebote auf die Bewohner der Stadtteile angepasst sein müssen. Informationen und Schulungen müssen in leichter Sprache abgehalten werden, den intellektuellen und sprachlichen Voraussetzungen und dem Wissens- und Bildungsstand der Teilnehmer angepasst und niedrigschwellig erreichbar sein, kulturelle Gewohnheiten und Besonderheiten der Zielgruppe berücksichtigen (z. B. Ernährung, Fasten) und idealerweise in der Sprache der Teilnehmer durchgeführt werden. Sowohl bei mündlichen Informationen als auch bei textbasierten Gesundheitsinformationen ist auf eine leichte Verständlichkeit der Informationen und die Formulierung konkreter Handlungsanweisungen zu achten. Strukturierte Informationen und Fallbeispiele erhöhen ebenfalls die Verständlichkeit (Leistner et al. 2014). Wie in Kapitel 3.1.2 schon ausgeführt, erleben viele Menschen in Billstedt und Horn das Gesundheitswesen und die sozialen Unterstützungssysteme als intransparent und nicht überschaubar. Dies gilt nicht nur für Menschen mit Migrationshintergrund, sondern für viele sozial benachteiligte Bewohner und häufig auch für die älteren Menschen.

Wir empfehlen weiterhin den Ausbau von Netzwerken für Gesundheit und Pflege, die die Bedeutung von sozialer Teilhabe und die Aktivierung für den Erhalt der Gesundheit berücksichtigen. Netzwerke können eine Antwort auf das Problem der sozialen Instabilität der Familien mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen für die ärztlichen Leistungserbringer (Kapitel 3.2.2 und Kapitel 3.1.5) darstellen. Um die sozialen Strukturen zu stärken, sollte in Billstedt und Horn der grundlegende Aufbau von Nachbarschaftshilfe angestoßen werden, damit eine gegenseitige Rücksichtnahme, Hilfeleistung und Unterstützung nachhaltig aufgebaut wird.

In bestehenden Nachbarschaftskooperationen können sehr gut aktivierende Angebote etabliert werden, in denen die wünschenswerte interkulturelle und intergenerative Vermischung stattfinden kann (beispielsweise ein stärkerer Ausbau und eine Verbreitung des bestehenden Projekts der AOK Rheinland / Hamburg „Gesunde Nachbarschaften").

Letztlich empfehlen wir, aufgrund spezieller sozialer Bedingungen in Billstedt und Horn, insbesondere der wirtschaftlichen Benachteiligung und der eingeschränkten Mobilität vieler Bürger, alle Angebote und Maßnahmen kostengünstig bzw. kostenlos, gut erreichbar, kultursensibel und unbürokratisch auszugestalten. Letzteres betrifft auch das Anmeldeverfahren für die Teilnahme an angebotenen Maßnahmen.

Zentrale Elemente im Handlungsfeld III: Vernetzung Gemeinwesen und Medizin sind:

- Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung (50+, Migranten, Kinder, Menschen mit psychischen Erkrankungen),
- Empowerment bei chronischen Erkrankungen,
- Settingbezogene Gesundheitsförderung,
- Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks,
- Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur.

7.3.1. Modul: Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung

Idealerweise sollte die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Billstedt-Horn zu einer politischen Querschnittsaufgabe werden. Insbesondere die Lebenswelten der Menschen in den schwierigen Lebenslagen in Billstedt und Horn müssen so gestaltet und organisiert werden, dass Risikofaktoren und gesundheitliche Belastungen abgebaut werden und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gestärkt werden kann. Die gesundheitliche Chancengleichheit sollte in der Praxis vor Ort verankert werden und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten in allen Lebenswelten der Menschen von der Kindheit, bis zum Seniorenalter vertreten und für die Zielgruppe möglichst barrierefrei erreichbar sein.

Wie bereits dargestellt, sind Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention in den Stadtteilen vorhanden. Fokussiert wird hierbei jedoch tendenziell der Bereich der Frühen Hilfen. Basierend auf den Ergebnissen der Analyse, empfehlen wir den Ausbau der Angebote zusätzlich für die Zielgruppe 50 plus, psychisch erkrankte Menschen und Migranten. Im Bereich der Kinder- und Familiengesundheit sollte eine stärkere Vernetzung der Angebote untereinander und zum medizinischen Sektor angestrebt werden. Im Folgenden werden bedarfsorientierte Handlungsempfehlungen für die genannten Zielgruppen genauer dargestellt.

Zielgruppe 50 plus

Aus der Analyse hat sich herauskristallisiert, dass insbesondere somatische Erkrankungen in Billstedt und Horn in etwa zehn Jahre früher einsetzen als in gut situierten Stadtteilen. Bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für die Generation 50 plus in Billstedt und Horn sind, wie die Analyse ergeben hat, nicht präsent.

Für die Zielgruppe 50 plus, die altersbedingt lediglich (erste) Funktionseinschränkungen aufweist, beispielsweise durch Stress oder körperliche Anstrengungen, empfehlen wir den Aufbau gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen, beispielsweise durch verlässliche Angebote in nahegelegenen Parks, sodass die Zielgruppe keine weiten Anfahrtswege auf sich nehmen muss und nach dem Angebot schnell wieder zu Hause

ist. Für diese Zielgruppe sollten u. a. Interventionsoptionen identifiziert werden, die auf die Aktivierung der Patienten sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz und der Selbstmanagementfähigkeiten der Versicherten ausgerichtet sind – mit dem Ziel, das Manifestieren von Risikofaktoren zu vermeiden oder die Krankheitsprogression zu mindern. Wichtig bei solchen Maßnahmen für diese Zielgruppe ist, dass die Angebote bevorzugt im Freien stattfinden, und nicht oder nur im Winter bei entsprechend schlechtem Wetter in einer nahegelegenen Sporthalle (Wollesen et al. 2015) (z. B. Green Gym in Billstedt). Ebenso bieten sich zur Aktivierung der Zielgruppe geführte Quartiersrundgänge durch Billstedt und Horn an, ggf. auch in Muttersprache. Neben der Anregung zur Bewegung entstehen auch neue individuelle Netzwerke für die Generation 50 plus, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Lis 2011). Letztlich sollten auch die geistigen Aktivitäten angeregt und gefördert werden, z. B. durch Sprachförderung, Weiterbildung oder kulturelle Angebote.

Der Good Practice Ansatz „Gesund & mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang" zur Aktivierung der Bewegung älterer Menschen wird bereits seit 2008 erfolgreich durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln angeboten (Lis 2011, S. 16). Wir empfehlen die Etablierung eines ähnlichen Konzeptes auch für die Stadtteile Billstedt und Horn.

Good Practice Intervention	Gesund & mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang
Zielgruppe	› Ältere Menschen in Billstedt und Horn ab einem Alter von 50 Jahren, die sich nur wenig oder gar nicht körperlich bewegen.
Ziele / Anlass	› Motivation und Aktivierung körperlicher Bewegung › Erhaltung der Mobilität › Geistige Aktivierung durch neue Sichtweisen auf und Informationen über den Stadtteil › Aufbau eines sozialen Netzwerks › Aktive Beteiligung am sozialen Leben und bei Gruppenspaziergängen Förderung des persönlichen Netzwerks › Aktivierung und Motivation der Zielgruppe, weitere Stadtteilrundgänge eigenständig zu planen und zu organisieren.
Zugang	› Mundpropaganda › Betrieb › Agentur für Arbeit › Stadtteileinrichtungen (Billenetz) › Ärztliche Leistungserbringer › Apotheken
Inhalte / Arbeitsweise	› Erstellung einer Spaziergangbroschüre: - Entwicklung unterschiedlicher Routen, geeignet für Spaziergänge - Darstellung der Sehenswürdigkeiten und Besonderheiten der Route - Erstellung der Broschüre in mehreren Sprachen - Anregung zur Nutzung der Grünflächen - Beachtung von Fußwegen, Straßenüberquerungen und einer geeigneten Länge der Routen (Spaziergangdauer zwischen 30 Minuten und zwei Stunden)

Good Practice Intervention	Gesund & mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang
	- Berücksichtigung der Bedürfnisse in den Wanderkarten (Sitz- und Ruhemöglichkeiten, Toiletten) - Optische Aufwertung der Wanderkarten durch Bilder › Organisation wöchentlicher, geführter Stadtteilrundgänge in Gruppen
Veranstaltungsform / Veranstaltungsort	› Ort: Unterschiedliche Sehenswürdigkeiten und Besonderheiten der Quartiere und Grünflächen der Stadtteile › Einzelspaziergänge individuell umsetzbar › Gruppenspaziergang als wöchentliches Angebot, durchgeführt von engagierten Bürgern
Akteure	› STEG: Weiterentwicklung der Rad- und Wanderkarte Billstedt-Horn mit kürzeren Routen, die für Spaziergänge geeignet sind, oder Neuerstellung der Spaziergangbroschüren › Gesundheitskiosk: Organisation der Gruppenangebote (oder Billenetz) › Geschichtswerkstatt Billstedt: Informationsdarstellung
Kosten	› Erstellung der Broschüre (Inhalt, Gestaltung, Übersetzung) = ca. 3.000 Euro (einmalig) › Druck der Broschüre (Bei einer Erstauflage von 5.000 Broschüren für ca. 35.000 Bewohner 50+in Billstedt und Horn = (vorerst einmalig) ca. 5.000 Euro › Organisation der wöchentlichen Gruppenangebote (bei einem Honorar von 15 Euro/h und einem wöchentlichen Zeitaufwand von acht Stunden) = ca. 5.500 Euro

Zielgruppe Migranten

Wie in der Analyse dargestellt, ist es nicht zwangsläufig nur die Migration, die einen pathogenen Einfluss auf die Gesundheit hat. Oft sind es auch die aktuellen Lebensbedingungen, unter denen die Migranten leben. Von den Experten konnte eine tendenziell höhere Prävalenz im Bereich psychischer Erkrankungen beobachtet werden. Männer neigen zu risikoreichem Verhalten, Frauen ab dem mittleren Lebensalter zu Adipositas. In der Literatur gelten Migranten aufgrund der kulturellen und sprachlichen Besonderheiten als eine schwer erreichbare Zielgruppe für gesundheitsfördernde und präventive Angebote und Maßnahmen.

Im Bereich der Gesundheitsförderung stellt die Berücksichtigung kultureller und sprachlicher Besonderheiten einen entscheidenden Erfolgsfaktor der Maßnahmen dar. Durch den hohen Anteil an Bewohnern mit Migrationshintergrund kommt dem Einsatz von Peer-to-Peer-Programmen in Billstedt-Horn eine hohe Bedeutung zu. Die Folgen sprachlicher und kultureller Barrieren in der medizinischen Versorgung wurden in der Analyse bereits detailliert aufgeführt. Ähnliches gilt für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Fehlende Kultursensibilität und die Beschränkung des Angebots auf die deutsche Sprache führen zu einer geringeren Inanspruchnahme des Angebots.

Damit die Angebote und Maßnahmen die Zielgruppe auch erreichen, bietet sich auch im Bereich der Migrantengesundheit der Einsatz von muttersprachlichen Multiplikatoren an, die zur jeweiligen (Migranten-)Community gehören bzw. Teil der Stadtteilstrukturen sind und die Migranten in ihrer Sprache abholen können. Weiterhin wird die Erreichbarkeit der Zielgruppe durch die Zusammenarbeit mit besonderen kulturellen und religiösen Gemeinschaften wie z. B. Moscheen empfohlen. Gerade im Hinblick auf die Entwicklung von Parallelgesellschaften muslimischer Mitbürger kommt dieser Kooperation eine besondere Bedeutung zu. Generell sollten vorhandene kulturspezifische Einrichtungen wie z. B. MiMi – Mit Migranten für Migranten (eine Initiative von Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover) oder die Türkisch-Deutsche-Gesundheitsstiftung e.V. bei der Erweiterung der Angebote bzw. der Optimierung der Maßnahmen berücksichtigt und eingebunden werden.

Weiterhin empfehlen wir, Angebote und Maßnahmen verstärkt auf die psychosoziale Gesundheit von älteren Migranten zu fokussieren. Migrationserfahrungen und kulturelle Konflikte können die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen, die sich durch das fehlende muttersprachliche Behandlungsangebot verstärken und chronifizieren können. Kultursensible soziale Behandlungs- und Betreuungsangebote psychischer Erkrankungen entsprechen nicht der Nachfrage bzw. dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Billstedt-Horn.

Aufgrund erhöhter Krankheitslast von Adipositas bei Frauen mit Migrationshintergrund ab dem mittleren Alter empfehlen wir die Ausweitung kultursensibler Bewegungsangebote für diese Zielgruppe. Körperliche Aktivität hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit, baut Stress ab und sorgt für ein besseres Wohlbefinden. Zudem stärkt es die soziale Kompetenz und beeinflusst durch neue Kontakte und Netzwerke auch den Integrationsprozess. Um die Angebote für die Frauen attraktiv zu gestalten, muss es für die Ausübung des Sportprogramms einen geschützten Raum geben, die Zugangsbarrieren müssen abgebaut und die kulturellen bzw. religiösen Besonderheiten müssen beachtet werden. Generell sollten mehr Angebote geschaffen werden, die Frauen mit muslimischem Glauben unabhängig von den Männern nutzen können. Die Nachfrage nach solchen Angeboten wurde von den Experten mehrfach geäußert. Den Frauen mit Migrationshintergrund kommt auch als den „Gesundheitsmanagerinnen der Familien" eine bedeutende und vermittelnde Rolle zu. Sie bieten dabei einen Zugang zu den Familien und können das erworbene Wissen an die Familienangehörigen weitergeben.

Aufgrund besonderer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund und einer höheren Frequentierung der Notfallaufnahmen empfehlen wir eine verstärkte Aufklärung der Menschen über das deutsche Gesundheitssystem. Dies könnte beispielsweise in Form mehrerer Infoveranstaltungen mit den beteiligten Krankenkassen in den Räumen der Moscheen oder im Rahmen des Gesundheitskiosks in der Muttersprache der Besucher erfolgen. *Themen: Was heißt Gesetzliche Krankenversicherung? Wie funktioniert die GKV? Welche Bedeutung kommt dem Hausarzt zu? Was ist für mich und meine Familie wichtig, um gesund zu bleiben? Was tue ich bei einer akuten Krankheit, was bei einer chronischen Erkrankung?* Solche und andere Fragen zum Gesundheitswesen und zur Gesundheit allgemein wurden auch von dem Schlüsselprojekt der integrierten Stadtteilentwicklung MiMi – Mit Migranten für Migranten in Billstedt-Horn beantwortet. Nach etwas mehr als drei Jahren wurde die Extraförderung des erfolgreichen Projektes für die Region Billstedt-Horn jedoch eingestellt.

In der folgenden Good Practice Intervention werden die erfolgreichen Schwerpunkte und Vorteile des Projektes beschrieben und die Wiederaufnahme wird empfohlen.

Good Practice-Intervention	MiMi – Mit Migranten für Migranten Billstedt-Horn
Zielgruppe	› Menschen mit Migrationshintergrund in Billstedt und Horn
Ziele / Anlass	› Stärkung der Gesundheitskompetenz › Stärkung des Netzwerks der Migranten › Verbesserung des Zugangs zu Migranten durch Gesundheitsmediatoren › Entlastung der Ärzte durch aufgeklärte Migranten und Mediatoren beim Arztgespräch
Zugang	› Aufsuchendes Angebot › Migranten werden im Lebensumfeld aufgesucht und über das Angebot unterrichtet › Mundpropaganda › Kooperation mit Stadtteil- sowie kulturellen und religiösen Einrichtungen
Inhalte / Arbeitsweise	› Bedarfs- und gesundheitsorientiertes Angebot in Muttersprache › Informationsvermittlung zu verschiedenen Gesundheitsthemen in Muttersprache (Gesundheitssystem allgemein und andere Themen wie z. B. Frauengesundheit, seelische Gesundheit, Kindergesundheit, Ernährung usw.) › Muttersprachliche Gesprächsgruppen (wie z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, Kindergesundheit, Frauengesundheit usw.) › Begleitung der Nutzer zur medizinischen Behandlung › Übersetzungen in unterschiedlichen gesundheitlichen Kontexten › Individuelle Hilfsangebote für Nutzer in besonderen Lebenslagen › Gemeinsame Veranstaltungen und Ausflüge › Gesundheitsmediatoren unterstützen Gesundheitskampagnen
Veranstaltungsform	› Unterschiedliche Veranstaltungsformen: von der individuellen Beratung im häuslichen Umfeld bis hin zu Informationsveranstaltungen für größere Gruppen
Kosten	› Gesundheitsmediatorin (Vollzeit) für Koordination und Durchführung der Angebote = ca. 40.000 Euro p.a. › Honorare für MiMi Trainer

Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Billstedt und Horn stellt angesichts der unterdurchschnittlichen und begrenzten Anzahl an Therapie- und Behandlungsangeboten eine Herausforderung dar. Zudem zeigen Untersuchungen auf, dass psychische Erkrankungen bei Migranten häufiger auftreten als beim Rest der Bevölkerung. Auch die Bedarfs- und Bestandsanalyse konnte eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen in Billstedt und Horn identifizieren. Bezogen auf Hamburg gesamt erhalten nach Angaben von psychenet nur 26 Prozent aller psychisch erkrankten Menschen irgendeine und noch weniger Betroffene

eine adäquate Versorgung (psychenet 2013). Wie bereits in Modul 7.1.1 aufgeführt, ist der Zugang zu psychologischen Leistungen für Menschen in Billstedt und Horn erschwert.

Angesichts des überdurchschnittlich hohen Anteils an Menschen mit Migrationshintergrund in Billstedt und Horn und ausgehend von der Annahme, dass psychische Erkrankungen bei Migranten häufiger auftreten als beim Rest der Bevölkerung, empfehlen wir zusätzlich den Ausbau kultursensibler Angebote für psychisch erkrankte Migranten. Folgende Bausteine werden hierfür vorgeschlagen:

- Informationen in Muttersprache über die psychischen Erkrankungen und die Therapiemöglichkeiten (z. B. Aufklärung und Infomaterial über www.Gesundes-Billstedt-Horn.de, nachzulesen in Kapitel 7.2.4).
- Ggf. Weiterentwicklung des Online-Therapieangebots (Modul 7.2.5) für psychische Erkrankungen für weitere Zielgruppen / Sprachen (Farsi, Dari, Türkisch, Russisch und weitere).

Die Good Practice Intervention in diesem Modul widmet sich der Förderung der Selbst- und Familienhilfe in Form der Peerberatung. Das Projekt wurde im Rahmen des psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit erstmalig in Hamburg erfolgreich etabliert und wird bereits an zehn Hamburger Krankenhäusern angeboten[34]. Im Folgenden wird ein an das psychenet angenähertes Programm im Rahmen der Good Practice Intervention auch für Billstedt und Horn empfohlen und vorgestellt.

Good Practice-Intervention	Selbst- und Familienhilfe: Peer- Beratung
Zielgruppe	› Psychisch erkrankte Menschen in Billstedt-Horn › Angehörige psychisch erkrankter Menschen in Billstedt-Horn
Ziele/ Anlass	› Stärkung und Erweiterung von Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige › Bessere Krankheitsbewältigung und mehr Lebensqualität › Verringerung der Krankenhausaufenthalte › Verstärkte Angehörigenbeteiligung bei der Behandlung
Zugang	› Gemeinwesen › Allgemeinmediziner › Psychotherapeuten › Jobcenter team.arbeit.hamburg › Gesundheitsberatung Navigator 16A › Sprechstunde im Gesundheitskiosk (nachzulesen in 7.3.4)
Inhalte/ Arbeitsweise	› Ausbildung von deutschen und fremdsprachigen Peerberatern in Kooperation mit dem UKE als Ansprechpartner für die Region Billstedt-Horn › Psychisch erkrankte Menschen werden von Peerberatern mit eigenen Psychiatrieerfahrungen beraten und unterstützt › Hilfe bei Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung › Stärkung der Selbstwirksamkeit › Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Unterstützungsangeboten › Unterstützung vor, während und nach der Therapie › Hilfestellung in Krisensituationen

[34] http://www.psychenet.de/fileadmin/redaktion/Dokumente_zum_Download/Flyer_Peer_Beratung/Flyer_Allgemein_06_15_neu.pdf

Good Practice-Intervention	Selbst- und Familienhilfe: Peer- Beratung
	› Aufklärung der Familie des Erkrankten und Anregung zur Unterstützung › Auch Peerberater profitieren vom Einsatz: Stärkung des Selbstwertgefühls und der Gesundheitskompetenz
Veranstaltungsform / Veranstaltungsort	› Vermittlung der Patienten durch o.g. Akteure an Peerberater › Bedarfsorientierte Hilfestellung für Betroffene/ Angehörige › Laufzeit: Bis zu einem halben Jahr
Kosten	› Schulung der Peerberater: einmalig ca. 2.200,00 Euro › Aufwandsentschädigung Peerberater: ca. 12 – 15 Euro / Std. › Vier verschiedensprachige Peerberater teilen sich eine Vollzeitstelle (d.h. ca. 10h / Woche pro Peerberater)

Zielgruppe Kinder

Dass Prävention insbesondere bei Kindern zu einem positiven Return on Investment (Nutzen) für die Gesellschaft führt, zeigt eine Studie der Frühen Hilfen. Je früher ein Zugang zu (gefährdeten) Familien hergestellt werden kann und Unterstützung erfolgt, desto besser ist dies für das (zukünftige) Wohlergehen der Kinder und desto größer ist der Nutzen für die Gesellschaft (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011, S. 8). Sofern ein Kind von Vernachlässigung und / oder Misshandlung betroffen ist, zeigt sich, wie minimal die Kosten der Prävention gegenüber den Folgekosten einer Kindeswohlgefährdung sind. Ein moderates Szenario geht davon aus, dass die Folgekosten im Lebensverlauf – wenn keine präventiven Maßnahmen in den ersten drei Lebensjahren eingeleitet wurden – 13-mal höher sind als die Kosten der Frühen Hilfen. Beim pessimistischen Szenario liegen die Folgekosten sogar 34-mal so hoch. Bezogen auf die beteiligten Systeme zeigen sich folgende direkte und indirekte Folgekosten:

Ebenen	Direkte und indirekte Kosten
Gesundheitssystem	› körperliche Verletzungen etc. (direkte Kosten) › psychische Störungen, Suchtkrankheiten, erhöhtes Gesundheitsrisikoverhalten etc. (indirekte, langfristige Kosten)
Kinder- und Jugendhilfe	› Hilfen nach dem KJHG, Inobhutnahmen (direkte und indirekte, langfristige Kosten)
Bildung und Erwerbsbeteiligung	› verminderte kognitive Fähigkeiten und Schulleistungen, Störungen der Sprache, Schulabbruch, Schulversagen etc. (direkte und indirekte, langfristige Kosten)
Justizsystem	› Einschaltung des Familiengerichts (direkte Kosten) › erhöhte Straffälligkeit, aggressives und kriminelles Verhalten (indirekte, langfristige Kosten)

Tabelle 7: Indirekte und direkte Folgekosten der Kindeswohlgefährdung bezogen auf die beteiligten Systeme, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier-Gräwe und Wagenknecht, Materialien zu Frühe Hilfen, Eine Kosten-Nutzen Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben", S. 34.

Wie aus der Tabelle zu erkennen ist, wirkt sich der Nutzen auf verschiedene Sozialsysteme aus, d. h. im Idealfall sollten somit auch die Kostenaufwände durch die verschiedenen Sozialsysteme getragen werden. Im Rahmen der Interventionen ist deshalb für diesen Bereich eine kooperative Zusammenarbeit und Finanzierung vorgesehen.

Die Risiken sind in ungünstigen sozioökonomischen Lagen deutlich größer und können durch präventive Ansätze verbessert werden. Gerade bei Kindern kann durch Prävention am meisten erreicht werden. Laut Trojan et al. werden als Ziele für Interventionen insbesondere eine verbesserte Bildung, gute Ernährung, Gesundheitserziehung, präventive Dienste, sozioökonomische Ressourcen und verbesserte Gesundheitskompetenzen der Eltern genannt (Trojan et al. 2013. S. 39).

Um spätere Folgekosten zu vermeiden, empfehlen wir, speziell in den stark sozial belasteten Gebieten, z. B. in den Hochaussiedlungen und Plattenbauten in der Legienstraße, dee Horner Geest, im Sonnenland und in Teilen von Mümmelmannsberg, die sozialen Einrichtungen zu stärken. Die Stadtteileinrichtungen haben Zugang zu den Eltern / Müttern, speziell von Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen. Das Fördern von Kompetenzen der Eltern bzw. die Stärkung des Empowerments der Mütter ist dabei ein wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit. Soziale Einrichtungen können Stressfaktoren abbauen, Kindern Platz zum Spielen bieten, Wissen über Selbsthilfemöglichkeiten und gesundheitsrelevante Informationen vermitteln, ein Gefühl von Zugehörigkeit schaffen und den Kindern ein eigenes Kompetenzgerüst an die Hand geben (siehe hierzu Kapitel 3.1 und 3.2.2). Als ein erfolgreiches Förderprogramm von Kindern aus sozial benachteiligten Familien dient der Peer-Ansatz „Balu und Du". Balus sind junge, zuverlässige Menschen/ Mentoren im Alter von 17 bis 30 Jahren, die ihrem Mentee („Mogli") durch kindergerechte Freizeitaktivitäten neue Erfahrungsfelder eröffnen bzw. ihre Gesundheit fördern. Das Projekt wirkte sich positiv auf verschiedene Aspekte der Gesundheit sowie des Lern- und Sozialverhaltens aus (Borrmann et al. 2015).

7.3.2. Modul: Empowerment bei chronischen Erkrankungen

Die Behandlung chronischer Erkrankungen setzt ein hohes Engagement und Wissen der Patienten voraus. Wie bereits in der Analyse beschrieben, stellt das Krankheitsmanagement für die Betroffenen jedoch eine Herausforderung dar.

Wörtlich übersetzt bedeutet der Begriff Empowerment „Befähigung" bzw. „Ermächtigung". Empowerment zielt darauf, dass die Menschen aktiv darin unterstützt werden, sich am Gesundungs- und Behandlungsprozess beteiligen zu können. Häufig behindern die institutionellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens sowie die Kommunikations- und Arbeitsformen in den Einrichtungen eine solche „Befähigung", was z.B. auf unzureichende Wissensvermittlung, knappe Zeitvorgaben, Vernachlässigung interkultureller Besonderheiten sowie unklar formulierte bzw. nicht auf die Präferenzen der Patienten abgestimmte Handlungsempfehlungen zurückgeführt werden kann (Belliger/Krieger 2014, S. 29). Um dieser Herausforderung zu begegnen und chronisch erkrankte Menschen zum Selbstmanager ihrer Erkrankung zu machen, bedarf es eines abgestuften Empowerments.

Die Robert-Bosch-Stiftung ist aktuell dabei, zusammen mit der BARMER-GEK, der Medizinischen Hochschule Hannover, der Bayrischen Selbsthilfekontaktstelle e.V. sowie der Gesundes Kinzigtal GmbH ein Selbstmanagementtrainingsprogramm für chronisch Erkrankte zu etablieren und parallel zu evaluieren. In Deutschland soll dieses Programm unter dem Akronym INSEA - „Gesund und aktiv leben" ausgerollt werden[35]; es baut dabei auf einem in der Schweiz bereits entwickelten Programm der CAREUM-Stiftung auf, das dort unter dem Namen EVIVO entwickelt wurde. Bei dem Programm handelt es sich um einen standardisierten Kurs mit einem festgelegten Kursprogramm und einem evaluierten Begleitbuch, das sich am bewährten «Chronic Disease Self-Management Program» (CDSMP) der Universität Stanford, Prof. Kate Lorig (USA) orientiert. Eine Adaptation des INSEA-Programms zur Stärkung des Empowerments in Billstedt und Horn wird empfohlen.

Neben der Unterstützung der Betroffenen erfordert ein erfolgreiches Empowerment gleichzeitig auch eine Umstellung seitens der medizinischen Leistungserbringer und damit eine patientenorientierte Kommunikations- und Beziehungsgestaltung. Als die den größten Erfolg versprechende Methode hat sich hierbei ein parallel erfolgender Entwicklungsprozess herausgestellt: Beide Seiten, sowohl Ärzte und Therapeuten als auch die Patienten, sollten dafür ein Training erfahren, um dann über einen mehrjährigen Entwicklungsprozess dazu zu kommen, in der Behandlung eine partizipative Entscheidungsfindung anzustreben, bei der Arzt und Patient als Team agieren und gemeinsam Lösungen und Maßnahmen für die Gesundheitseinschränkungen erarbeiten und mithilfe von Zielvereinbarungen untereinander festhalten. Im Verlauf dieser Entwicklung im Projekt Gesundes Kinzigtal hat sich in einer Studie der Universität Freiburg gezeigt, dass diejenigen Patienten, die in einer Befragung angaben, gemeinsame Gesundheitszielvereinbarungen mit ihrem Arzt entwickelt zu haben, in einem deutlich höheren Maße bereit waren, diese Vorgehensweise „bestimmt" oder „wahrscheinlich" weiterzuempfehlen als solche, die dieses nicht angeben konnten (98,9 vs. 89,8 %). Außerdem: Versicherte, die Gesundheitsziele vereinbart haben, gaben häufiger als die übrigen Versicherten an, jetzt gesünder zu leben als vor der Einschreibung in die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) (45,4 vs. 19,7 %, $p < 0{,}000$) (Hildebrandt et al. 2015).

Eine besondere Erweiterung dieser Vorgehensweise des „Shared Decision Making" kann in den USA beobachtet werden, wo die Kliniken und Praxen der Mayo-Clinic und des Massachussetts General Hospital Systems ihren Patienten einen elektronischen Zugang zu den eigenen ärztlichen Patienteninformationen gewähren und diese bspw. die Zweitkontrolle der eigenen Patientenakte übernehmen und auch selber dort Einträge vornehmen können (Belliger/Krieger 2014).

Eine weitere Möglichkeit des Empowerment besteht in der Unterstützung von Patienten mit besonderen sich gegenseitig kumulierenden Belastungssituationen von Erkrankungen und Faktoren im häuslichen oder beruflichen Kontext durch qualifizierte Case Manager / Gesundheitscoaches (Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung in Case Management und motivierender Gesprächsführung). Ziel ist es, den Patienten Hilfestellung etwa in Krisensituationen von Gewalt, sozialen Problemen, komplexen Versorgungsbedarfen zu vermitteln, die vorhandenen positiven Ressourcen der Menschen hervorzuholen und die erkrankten Menschen zur besseren eigenständigen Bewältigung der Situation und insofern zu Managern und Experten ihrer Erkrankung auszubilden.

[35] Vgl. http://www.insea-aktiv.de/

7.3.3. Modul: Settingbezogene Gesundheitsförderung

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) im Jahr 2016 werden settingbezogene Maßnahmen, wie z. B. Gesundheitsförderung in Betrieben, weiter in den Fokus rücken. Für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sollen die Präventionsmittel der Krankenkassen ab 2016 auf mindestens zwei Euro pro Versicherten und Jahr erhöht werden. Die Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH könnte als Koordinierungsstelle fungieren und den Unternehmen Beratung und Unterstützung bei ihren BGF-Maßnahmen anbieten.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mit KMU und 'Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung'

Betriebliches Gesundheitsmanagement bedeutet eine Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen und Strukturen mit dem Ziel, die Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und die Mitarbeiter zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen. Langfristige Effekte können unter anderem in verkürzten Wiedereingliederungszeiten, einer Verbesserung des Betriebsklimas, der Steigerung der Leistungsbereitschaft und der Senkung der Fehl- und Krankheitszeiten resultieren.

Schlechte Arbeitsbedingungen, unangemessene Vergütung und Gefährdungen am Arbeitsplatz können einen pathogenen Effekt auf die Gesundheit haben. Aufgrund unzureichender Bildungschancen der Bürger in Billstedt und Horn oder auch aufgrund des Einwanderungsprozesses gehen die Bewohner in Billstedt und Horn tendenziell eher körperlichen und schlechter vergüteten Tätigkeiten nach. Mit 29,3 Prozent bzw. 15,4 Prozent ist auch der Anteil der An- und Ungelernten sowohl bei Männern als auch bei Frauen in den Stadtteilen Billstedt und Horn im Vergleich zu Hamburg sehr hoch.

Im Hinblick auf diese Beschäftigungsverhältnisse der Bewohner und die tendenziell häufigere Arbeitsunfähigkeit von Migranten erscheint die Bedeutung von BGM in den Unternehmen umso wichtiger. Gerade für kleinere und mittelgroße Unternehmen stellt sich dabei häufig ein besonderes Problem durch die geringere Zahl von Mitarbeitern und die damit einhergehende Herausforderung, bei Kursangeboten eine wirtschaftliche Größenordnung von Teilnehmern zu generieren. Daher empfehlen wir, dem Vorbild anderer Regionen zu folgen und insbesondere mit den kleinen und mittleren Unternehmen in Billstedt-Horn ein Netzwerk „Gesunde Betriebe in Billstedt und Horn" zu gründen, mit dem BGM-Angebote und Dienstleistungen netzwerkübergreifend eingekauft und offeriert werden können.

Aufgrund der hohen Arbeitslosenraten in den Stadtteilen Billstedt und Horn sind neben den klassischen Elementen des BGM im Betrieb auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen von Bedeutung, um deren spezifischen Bedarfen zu begegnen und diese Zielgruppe nicht aufgrund der fehlenden Arbeitsbeschäftigung außer Acht zu lassen. Settingbezogene und zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung ergänzen und überschneiden sich in diesem Fall und sind nicht eindeutig voneinander abzugrenzen.

Das Krankheits- und Sterberisiko ist bei Arbeitslosen im Vergleich zur arbeitenden Bevölkerung erhöht. Wie in der Bedarfsanalyse bereits gezeigt werden konnte, treten vor allem auch psychischen Störungen insbesondere bei längerer Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit auf. Psychische und soziale Belastungen in der Arbeitslosigkeit können zu Stress und Ängsten führen, die sich in Depressivität, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit manifestieren können. Symptome psychischer Probleme sind Resignation, verringertes Selbstwertgefühl und Vereinsamung.

Maßnahmen, die die Gesundheit von Arbeitslosen fördern sollen, müssen also immer beide Aspekte – Beschäftigungsmaßnahmen und Gesundheitsförderung – einbeziehen, d.h. dass die Gesundheits- und Beschäftigungsförderung miteinander kombiniert werden müssen. Einen geeigneten Zugang dafür bieten Orte, an denen Beschäftigungsförderung stattfindet, wie beispielsweise die Arbeitsagentur.

In der Gesundheitsberatung für langzeitarbeitslose Menschen und Transferleistungsbezieher über 25 Jahre in Billstedt wird dieser Ansatz bereits in Teilen umgesetzt. Dort werden neben Gesundheits-Check-ups kostenlose Kurse zu den Themen Stressabbau, Bewegung und Ernährung angeboten sowie Kontakte zu weiteren Ärzten vermittelt und Unterstützung im Umgang mit Behörden wird angeboten.

Um geeignete Maßnahmen effektiv durchführen zu können, braucht es entsprechende Akteure in Jobcentern, die in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention geschult sind, sowie die strukturellen und personellen Ressourcen, um neben der reinen Arbeitsvermittlung Gesundheitsförderung möglich zu machen.

Angesichts der zentralen Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für Wohlbefinden und Gesundheit empfehlen wir zudem, speziell im Bereich Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsplatzmöglichkeiten mit den Betrieben vor Ort zu prüfen. Projekte, die in Zusammenarbeit mit der Jugendberufsagentur und den Schulen Jugendliche bei der Berufsorientierung sowie der Suche nach Praktikums- und Ausbildungsplätzen unterstützen, sollten in Billstedt-Horn verstärkt ausgebaut und gefördert werden.

Bildungseinrichtungen / Tageseinrichtungen / Kitas / Schulen

Da in Billstedt und Horn insgesamt eine rasche Entwicklung des Metabolischen Syndroms auch im Kindes- und Jugendalter beobachtet wird, können an dieser Stelle die Präventionsmaßnahmen ineinandergreifen. Wir empfehlen, die Bedeutung der Schule als aktive Gestalterin des Lebens in Billstedt-Horn zu stärken und zu fördern. Dabei steht die Ausbildung des Betreuungspersonals, z. B. der Tagesmütter, Erzieher und Lehrer, im Vordergrund. Insbesondere im Bereich der Ernährung und Bewegung und im Bereich der Zahngesundheit besteht Handlungsbedarf. Gesundheitsfördernde Maßnahmen könnten durch die bereits beschriebenen ausgebildeten Multiplikatoren erfolgen, die ihr Wissen an die Kinder und Mitarbeiter vermitteln. Ein ähnliches und erfolgreiches Projekt wird in Gesundes Kinzigtal - basierend auf den Erfahrungen des Projektes Students as Lifestyle Activists (SALSA) in Australien - umgesetzt[36]. Freiwillige Jugendliche und Lehrer werden dabei als Gesundheitslotsen ausgebildet. Die Gesundheitslotsen sind danach freiwillige Multiplikatoren und direkte Ansprechpartner für Mitschüler und Kollegen in allen Fragen rund um das Thema Gesundheit. Die Themen Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit müssen zu einem festen Bestandteil der Tagesstruktur der Kinder werden. Weiterhin empfehlen wir insbesondere im Hinblick auf die schlechtere Zahngesundheit die Installation von kleinen Zahnpflegestationen in Kitas und Schulen, um den Kindern die Möglichkeit einzuräumen, jederzeit Zahnpflege betreiben zu können.

7.3.4. Modul: Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks

Um den medizinischen Sektor mit dem Gemeinwesen besser zu vernetzen und dabei sowohl kleine medizinische Dienstleistungen wie auch Dienstleistungen des Gemeinwesens in Billstedt und Horn niederschwellig anbieten und vermitteln zu können, wird die Gründung eines „Gesundheitskiosks" erwogen. Der erste Gesundheitskiosk wurde 2009 in Finnland aufgebaut (Terveyskioski). Das System in Finnland erfreut sich großer

[36] Vgl. http://sydney.edu.au/medicine/public-health/salsa-triple-a/salsa/index.php

Beliebtheit und die landesweite Verbreitung schreitet voran. In den USA finden sich ähnliche, aber etwas anders ausgerichtete Modelle unter dem Begriff „Retail Clinics".

Das Ziel des von uns hier diskutierten niederschwelligen Angebots ist die Antwort auf die Überfrachtung der Arztpraxen mit unbürokratischer und bedarfsorientierter Vermittlung von Erstinformationen zu Gesundheitsthemen, die schnelle Hilfe bei kleineren Gesundheitsproblemen leisten, und der Vermittlung präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen. Eine große Bedeutung kommt hierbei – auch angesichts der eingeschränkten Mobilitätsbereitschaft der Bewohner in Billstedt und Horn - der Positionierung des Gesundheitskiosks zu. Um die Menschen in ihrem gewohnten und täglichen Lebensumfeld anzusprechen und auch die Menschen zu erreichen, die bislang kaum präventive und medizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, empfehlen wir, den Gesundheitskiosk sichtbar und frei zugänglich im Billstedt Center zu positionieren. Die Arbeit und Angebotsvielfalt der Gesundheitskioske wird bedarfsorientiert an den Problemlagen der Bevölkerung ausgerichtet und sollte in Billstedt und Horn primär auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Entlastung der Ärzte durch die Übernahme kleiner medizinischer Leistungen und auf die Vernetzung sozial benachteiligter und hilfsbedürftiger Nutzer mit dem Gemeinwesen abzielen.

Wichtige Erfolgsfaktoren der Gesundheitskioske sind das unbürokratische Hilfs- und Unterstützungsangebot und multilinguales, interdisziplinäres Personal, um auch Menschen mit Migrationshintergrund als eine wichtige Zielgruppe zu erreichen. Letztlich empfehlen wir an das Einkaufszentrum angepasste lange Öffnungszeiten des Gesundheitskiosks. In der Literatur werden die benutzerorientierten langen Öffnungszeiten der Retail Clinics mit einer Entlastung der Notfallambulanzen assoziiert (Schaeffer et al. 2015, S. 76).

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Tätigkeit der Angestellten ist - neben der Aufklärung der Klienten über Prävention, Erkrankung und Behandlung und der Lotsenfunktion - die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klienten, weshalb eine gute Aus- und Weiterbildung der Angestellten von entscheidender Bedeutung ist. Ein primäres Ziel der Arbeit des Gesundheitskiosks in Billstedt und Horn sollte somit die Hilfe zur Selbsthilfe sein und die Unterstützung und Stärkung der Selbstmanagementkompetenz der erkrankten Bewohner, die von den Experten bisher tendenziell eher als unzureichend eingestuft wurde.

Letztlich sollten die zentrale Lage und das barrierefreie Angebot auch dazu genutzt werden, größere Zielgruppen anzusprechen. Denkbar wären hierbei Thementage z. B. zu häufig vorkommenden Erkrankungen, Bewegungsmöglichkeiten, Ernährungstipps und Erziehungstipps in Kooperation mit verschiedenen und fremdsprachigen Referenten, Akteuren und Einrichtungen.

Über die genaue Ausgestaltung des Kiosks, die Art der delegierten Aufgaben und die Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten sollte gemeinsam mit den Ärzten und den Einrichtungen des Gemeinwesens diskutiert werden.

Good Practice Intervention	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks im Billstedt Center
Zielgruppe	› Alle Bewohner in Billstedt und Horn
Ziele/ Anlass	› Vernetzung Medizin und Gemeinwesen › Stärkung der Gesundheitskompetenz › Entlastung der Ärzte durch Übernahme leichter medizinischer Anliegen

Good Practice Intervention	Installation eines niederschwelligen Gesundheitskiosks im Billstedt Center
	› Senkung der Hemmschwelle, medizinische und soziale Leistungen in Anspruch zu nehmen › Geringere Frequentierung der Notfallambulanzen
Zugang	› Laufkundschaft des Einkaufszentrums › Vermittlung der Bewohner an den Gesundheitskiosk durch Ärzte und soziale Einrichtungen › Ohne Terminvereinbarung, barrierefrei und niederschwellig, direkt im Lebensumfeld der Bewohner › Öffnungszeiten des Kiosks richten sich nach den Öffnungszeiten des Einkaufszentrums (i.d.R. Mo. bis Sa. 10 – 20 Uhr, verkaufsoffene Sonntage, feiertagsbegründete längere Öffnungszeiten)
Inhalte/ Arbeitsweise	› Vermittlung von präventiven und gesundheitsfördernden Informationen und Dienstleistungen › Gesundheitsberatung › Vernetzung der Nutzer in das Hilfs- und Unterstützungssystem › Kleinere medizinische Versorgungsleistungen: - Blutdruck- und Blutzuckermessung - Versorgung kleiner Wunden und Verbandswechsel - Impfungen - Aufklärung der Eltern zu Screeninguntersuchungen der Kinder - Langfristig ggf. Gesundmeldung von Kindern für die Kita nach leichten Erkrankungen - Hilfe bei Symptomen einer Erkältung (Halsschmerzen, Schnupfen) › Vermittlung von psychosozialem Unterstützungsangebot › Beurteilung über Dringlichkeit und Notwendigkeit eines Arztbesuchs › Veranstaltungen für Gruppen rund um das Thema Gesundheit (z. B. Zahngesundheit, Diabetes, Ernährung, Hüft- und Knieschule, Deutsches Gesundheitswesen) › Präsenz der sozialen und medizinischen Leistungserbringer in einem wichtigen Lebensumfeld der Bewohner
Veranstaltungsort Laufzeit	› Veranstaltungsort: Gesundheitskiosk › Laufzeit: unbegrenzt
Akteure / Kooperation	› Kooperation und Vernetzung aus Ärzten, sozialen Einrichtungen und Apotheken der Region
Kosten	› Anmietung von Räumlichkeiten im Billstedt Center = ca. 10.000 – 15.000 Euro p. a. › Beschäftigung von drei bis vier unterschiedlich-sprachigen MFA mit Weiterbildung z. B. zur Agnes 2 = ca. 30.000 – 35.000 Euro p. a. pro Vollzeitkraft zzgl. AG-Kosten

7.3.5. Modul: Ausbau von Angeboten der sozialen Infrastruktur

Wir empfehlen die gezielte Prüfung einer weiteren Verbesserung der Ausstattung des sozialen Infrastrukturangebotes im Interesse der Gesundheitsversorgung. Eine gut ausgebaute soziale Infrastruktur hat für den sozialen Ausgleich und die Entlastung der medizinischen Leistungserbringer in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten besondere Bedeutung. Der Bedarf an Gemeinschaftseinrichtungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ist dort besonders hoch, weil die Bewohnerinnen und Bewohner der Quartiere in Bezug auf Ausbildung, soziale Vernetzung, Arbeitsplätze, mit Beschäftigung ausgefüllte Zeit, Gesundheitsvorsorge, Kaufkraft und Mobilität gegenüber den Bewohnern in anderen Stadtteilen im Nachteil sind. Je geringer der soziale Status, desto geringer sind in der Regel ihre Möglichkeiten, gesundheitliche Belastungen aus eigener Kraft zu bewältigen. Das heißt: je größer die Belastungen eines Menschen sind, desto wichtiger sind die persönlichen und sozialen Ressourcen, auf die man sich stützen kann. Gerade in den stärker belasteten Gebieten Legienstraße, Sonnenland, Horner Geest und Mümmelmannsberg wäre eine derartige Prüfung auf Verbesserung sinnvoll, um Stressfaktoren abzubauen und Unterstützungsangebote zur Stärkung der Selbstwirksamkeit aufzubauen.

Eine Notwendigkeit, neue Angebote zu schaffen, ist laut den Aussagen der befragten Experten in Billstedt und Horn nicht gegeben. Häufig wurde dagegen der personelle Ausbau vorhandener Stadtteileinrichtungen in Billstedt und Horn angesprochen. Aufgrund des hohen Bedarfs empfehlen wir insbesondere den personellen Ausbau der Stadtteileinrichtungen in Billstedt und Horn. Insbesondere die Elternschulen in den Stadtteilen weisen auf einen großen Zulauf und hohen Bedarf hin und beklagen, dass dies mit den vorhandenen Ressourcen nicht mehr zu bewältigen sei. Eine besondere Bedeutung kommt auch den Familienhebammen für sozial benachteiligte Familien zu. Bisher konnte nur die Elternschule Billstedt auf eine Familienhebamme zugreifen. Jedoch verwiesen die befragten Stadtteileinrichtungen auf die Notwendigkeit und die Vorteile einer Familienhebamme, die zu einer spürbaren Entlastung der Ärzte beitragen könne. Wie im Kapitel 3.2.2 und der Arbeitsgruppe: Tabelle 17: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen beschrieben wird, kann es vorkommen, dass gerade hilfsbedürftige Familien sich nicht rechtzeitig um die Unterstützung durch eine Hebamme kümmern und die benötigte Hilfe aufgrund von Ressourcenproblemen in der Hebammenversorgung nicht mehr erhalten. Anfragen und Alltagsprobleme, die eine Hebamme übernehmen könnte, werden bei fehlender Betreuung an die Ärzte weitergetragen. Nichtmedizinische Anfragen werden von den sozial belasteten Familien somit aufgrund einer fehlenden Bezugsperson in Form einer Hebamme auf die Ärzte verlagert. Familienhebammen in den Stadtteileinrichtungen könnten diesen Bedarf auffangen und sollten eine ständige Anlaufstelle für alle Fragen bzgl. der Familie und der Erziehung für Eltern darstellen, die einer intensiven Beratung, Unterstützung und Betreuung bedürfen. Nachfolgend empfehlen wir als einen Baustein des Ausbaus von Angeboten der sozialen Infrastruktur die Förderung von Familienhebammen mit sozialpädagogischer Begleitung, insbesondere für die Elternschule Horner Geest, die Elternschule Mümmelmannsberg und das Kinder- und Familienzentrum Dringsheide.

Good Practice Intervention	Familienhebamme mit sozialpädagogischer Unterstützung
Zielgruppe	› Sozial benachteiligte Frauen/ Familien mit multiplen Problemlagen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Neugeborenen

Good Practice Intervention	Familienhebamme mit sozialpädagogischer Unterstützung
Ziele/ Anlass	› Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern › Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung › Stärkung der Handlungsmotivation und – kompetenz der Eltern › Entwicklung einer selbstbewussten Hilfemotivation › Stärkung des sozialen Netzwerks › Einbindung in nachbarschaftliche Netze
Zugang	› Familienhebamme ist in den Stadtteileinrichtungen tätig, bietet hier feste Sprechstunden an › Bei Bedarf sind auch Hausbesuche möglich › Ggf. Willkommensbesuche bei den Eltern › Information und Vermittlung durch Ärzte (Gynäkologen, Pädiater) und andere Stadtteileinrichtungen (u. a. Babylotsen)
Inhalte/ Arbeitsweise	› Geburtshilfliche Versorgung durch Untersuchung und Behandlung › Hilfestellung bei der alltäglichen Versorgung des Kindes › Wissensvermittlung über Entwicklung und Bedürfnisse der Kinder › Hilfestellung bei Strukturierung des Tagesablaufs in der neuen Familiensituation und Integration in nachbarschaftliche Öffentlichkeit › Beratung und Assistenz zu weiteren Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems (auch durch Sozialpädagogin) › Hausbesuche sowie ausgedehnte telefonische Erreichbarkeit mit Krisenhilfe › Sprechstunde in Stadtteileinrichtungen (z. T. gemeinsam mit anderen Beratungsangeboten) › Gruppenangebote wie Müttertreff mit Spielgruppe, Rückbildung mit Baby-Massage, Babyführerschein
Veranstaltungsform/ Veranstaltungsort Laufzeit	› Unbefristete Laufzeit › Einzelfallbetreuung je nach Beginn und Bedarf bis zu 21 Monaten › Gruppenangebote unbefristet, situationsspezifische Begrenzung › Ort: Stadtteileinrichtungen, Häuslichkeiten der Mütter/ Familien; dritte Orte wie z. B. Krankenhaus, Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH
Kosten/ pro Einrichtung	› Honorare Hebamme mit Fortbildung zur Familienhebamme ½ Stelle (20 WStd) ca. 15.000 Euro p. a. › Honorare Sozialpädagogin mit Schulung zur Wahrnehmung von Aufgaben gemäß § 8a KJHG mit 4 WStd : ca. 4.500 Euro p. a. › Sachausgaben: ca. 5.000 Euro p. a.

Teil C Konzeptumsetzung

Für eine anschließende Umsetzung des vorliegenden Konzeptes sollen im Folgenden die Chancen für die Gesundheitswirtschaft und relevante Unterstützer sowie eine mögliche weitere Vorgehensweise dargestellt werden. Da die Verfasser des Konzeptes lediglich den Weg zu einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung aufzeigen sollen, die Umsetzung jedoch eine Vielzahl von Akteuren beteiligen muss und auch in Abhängigkeit von der Start-up-Finanzierbarkeit aus dem Innovationsfonds und den begleitend freisetzbaren Ressourcen unterschiedlicher Kostenträger gesehen werden muss, wird auf eine detaillierte Meilensteinplanung verzichtet.

8. Gesundheit als Zukunftsthema für die Stadtteile

Die Schaffung gesunder Lebensbedingungen für unsere Gesellschaft ist eine Herausforderung für die Kommunen, der sie sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stellen müssen. Das Thema Gesundheit bietet aber gleichzeitig auch große Chancen. Denn mit der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung mit den Handlungsfeldern, die in Kapitel 7 beschrieben werden, und der Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf die verantwortlichen Akteure in den Stadtteilen, z.B. in Form einer in Kapitel 7 vorgeschlagenen Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH, machen sich die Kommunen fit für die Zukunft.

In Stadtteilen wie Billstedt und Horn halten wir es für wichtig, die Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung im Stadtteil auf die sozial benachteiligte, von einem hohen Migrantenanteil geprägte Bevölkerung auszurichten und einen Entwicklungsansatz einzubinden, der zusammen mit einem interprofessionellen Netzwerk von Gesundheitsakteuren und der örtlichen „Community" einen Public-Health-Ansatz mit einem Versorgungsansatz verbindet.

8.1. Potential- und Unterstützungsanalyse

Ein wichtiger Bestandteil des Aufbaus eines Versorgungsmodells ist es, die relevanten Akteure über den Projektstand und die Ergebnisse zu informieren. Damit verbunden ist das Ziel, möglichst viele Unterstützer für eine erfolgreiche Umsetzung und einen Antrag beim Innovationsfonds zu gewinnen. Daher hat die OptiMedis AG schon vor einiger Zeit Gespräche mit dem Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit des Bezirks Mitte, mit dem Entwicklungsraum Billstedt und Horn, den sozialen Einrichtungen vor Ort, mit der AOK Rheinland/Hamburg, mit den niedergelassenen Ärzten, der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) und einigen Lehrstühlen der Universität geführt. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Potential- und Unterstützungsanalyse:

Akzeptanzgewinnung bei Krankenkassen:

Das Vorhaben soll allen Krankenkassen im Rahmen des Gemeinsamen Landesgremiums § 90a am 05.11.2015 vorgestellt werden. Die AOK Rheinland/Hamburg gehört bereits zu den Unterstützern. Mit ihrer Geschäftsstelle Billstedt/Bergedorf soll ein erstes Projekt zur Umsetzung des Versorgungsmodells initiiert werden. Ein erstes Treffen dazu fand am 24.09.2015 statt. Auch die BARMER GEK hat ein gewisses Interesse an einer Umsetzung des Modells in Billstedt und Horn geäußert. Alle Krankenkassen sind eingeladen, sich mit den Verfassern in Verbindung zu setzen und Kooperationsmöglichkeiten zu prüfen.

Unterstützungspotential bei medizinischen Leistungserbringern:

Wichtige medizinische Akteure in den Stadtteilen konnten von der OptiMedis AG für eine Umsetzung gewonnen werden. Die Stadtteilklinik Hamburg SKH hat ihre Bereitschaft und ihr Interesse erklärt, sich zu beteiligen und sich als Teil eines Konsortiums beim Innovationsfonds mit zu bewerben. Es finden regelmäßige Abstimmungstreffen statt, um speziell die Schnittstellen zwischen ambulant und stationär zu identifizieren und Lösungsansätze zu erarbeiten. Vonseiten der niedergelassenen Ärzte besteht ebenfalls Interesse. Die Auftaktveranstaltung / Kreisversammlung mit der gesamten Ärzteschaft aus Billstedt und Horn (KV Ärztekreis 11) und dem Ziel der Gründung eines Praxisnetzes fand am 22.09.2015 in Billstedt statt. Die Gründung eines Ärztenetzes in Billstedt-Horn ist für November geplant. Mit den Pflegeeinrichtungen der AWO und mit dem Trägerverbund Hamburger Osten ist die Kontaktaufnahme in Vorbereitung. Die SKH ist mit dem Pflegeanbieter AWO in Gesprächen und bereits dabei, hier konkrete Kooperationsmöglichkeiten auszuarbeiten.

Unterstützungspotential auf Stadtteilebene:

Im Rahmen der Konzepterstellung haben mehrere Treffen mit Vertretern des Bezirks Hamburg-Mitte stattgefunden. Das Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit des Bezirksamtes Mitte hat seine aktive Unterstützung bei der Umsetzung des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes zugesichert. Die Stadtteile Billstedt und Horn verfügen über eine ausgesprochen vielfältige und kooperative soziale Infrastruktur und haben durch ihre Unterstützung ein großes Interesse an einer gesundheitsförderlichen Stadtteilentwicklung ausgedrückt, allerdings bisher den Kontakt zur Ärzteschaft und zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung nicht stabil organisieren können. Zudem wurde das Projekt bei der 34. öffentlichen Sitzung vom Forumsbeirat des Entwicklungsraums Billstedt-Horn vorgestellt und über eine mögliche Zusammenarbeit sowie die institutionelle Angliederung wurde diskutiert. Sobald das Konzept in die Umsetzung geht, soll ein erneuter Termin stattfinden, bei dem die konkrete Zusammenarbeit besprochen wird.

Unterstützungspotential auf Stadtebene:

Das Entwicklungs- und Handlungskonzept ist am 15.09.2015 gemeinsam mit Vertretern der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) besprochen worden. Die BGV unterstützt das Konzept für eine erfolgreiche Bewerbung im Innovationsfonds.

Unterstützungspotential der Universitäten:

Die Evaluation bzw. Erfolgskontrolle des Interventionsansatzes Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH ist gewünscht und im Sinne der Prüfung der Übertragungsfähigkeit auf weitere Regionen sehr sinnvoll. Umfang und Finanzierung der Evaluation sollen im Rahmen der IV-Verträge mit den Krankenkassen und evtl. durch die Einwerbung von Drittmitteln geregelt oder im Rahmen des Antrags an den Innovationsfonds berücksichtigt werden. Geeignete Forschungseinrichtungen sind das Center for Health Services Research am UKE Hamburg (Prof. Härter und Prof. von Knesebeck haben bereits Evaluationsmodule für die IV-Gesundes Kinzigtal verantwortet) sowie die am Hamburg Center for Health Economics (HCHE) beteiligten Lehrstühle (Prof. Schreyögg, Prof. König, Prof. Augustin) an der Universität Hamburg. Mit beiden Institutionen pflegt die OptiMedis AG enge Beziehungen. Neben der Messung der gesundheitsökonomischen Effekte sollten insbesondere die Ergebnisqualität im Sinne des medizinischen Outcome, die Patientenbeteiligung sowie die Verbesserung der Lebensqualität evaluiert werden. Das HCHE hat Interesse geäußert, eine Umsetzung des Entwicklungs- und Handlungskonzeptes zu evaluieren, und erarbeitet bis Ende Oktober ein erstes Evaluationskonzept, das dem Antrag für den Innovationsfonds beigelegt wird. Weitere Optionen bestehen in der Kooperation mit dem

Gesundheitsforschungsbereich der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), der Fresenius Hochschule, der Medical School Hamburg / Berlin sowie weiteren Forschungseinrichtungen in den angrenzenden Bundesländern.

8.2. Chancen für die Gesundheitswirtschaft

Die Hamburger Gesundheitswirtschaft ist ein wachsender Sektor, der vergleichsweise konjunkturunabhängig ist. Langfristige Entwicklungen wie der demografische Wandel und die damit verbundene steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im ersten wie im zweiten Gesundheitsmarkt schaffen Wachstums- und Beschäftigungschancen in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung.

Durch die Umsetzung des Konzeptes ergibt sich die Chance, die Entwicklung der (benachteiligten) Stadtteile durch eine optimierte Versorgungssituation und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bewohner voranzutreiben. Eine Modellregion für eine innovative Gesundheitsversorgung Billstedt-Horn im Rahmen des Innovationsfonds führt zu einer Aufwertung und einem Imagegewinn der Stadtteile. Durch die Schaffung neuer Netzwerke, den Aufbau eines Gesundheitsunternehmens, die Umsetzung innovativer Produkt- und Prozesslösungen und die Akquise von Fördergeldern (z. B. Innovationsfonds, Robert-Bosch-Stiftung) kann sich das Thema Gesundheit als ein bedeutender Standortfaktor für die Stadtteile entwickeln. Über die Etablierung einer Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH lassen sich Fortschritte in der betriebswirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens erzielen (Entwicklung von Standards, neue Vergütungs- und Abrechnungssysteme, veränderte Arbeitsorganisation, neue Vertragsgestaltungen zwischen Leistungserbringern usw.).

Das Geschäftsmodell ist an der Gesundheit der Bewohner orientiert und ermöglicht demnach – statt einer bisher vorherrschenden einseitigen Ausrichtung der Gesundheitswirtschaft auf die krankheitsbezogene Versorgung – eine Investition in die Gesundheit der Bewohner. Eine bessere Vernetzung der Sektoren und Akteure hilft darüber hinaus, das Thema Prävention stärker in den Vordergrund zu bringen und ihre Potentiale hervorzuheben.

Prävention wird sich künftig als ein zentraler Baustein am Gesundheitsmarkt (Professionalisierung des Präventionsmarktes, BGM etc.) etablieren, da sich auch die ansässigen Unternehmen aufgrund der hohen Krankheitslast der Mitarbeiter immer mehr mit dem Thema „Betriebliche Gesundheit" auseinandersetzen müssen. Der Aufbau von Vernetzungsstrukturen – real wie virtuell – schafft eine effiziente Zusammenarbeit (Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH und Gesundheitszentrum der Primär- und Langzeitversorgung), bildet Allianzen aus Hochschulen, Wissenschaft und Wirtschaft und bietet gute Voraussetzungen für die Anwendung neuer Technologien, z. B. im Bereich E-Health, mit dem Ziel einer Modernisierung der Strukturen der gesundheitlichen Versorgung.

Nicht zuletzt stellt die Umsetzung des Entwicklungskonzeptes einen kontinuierlichen Innovationsprozess im Bereich der Beschäftigung dar, da neue Berufsbilder, Ausbildungsmöglichkeiten und zukunftsweisende Qualifizierungen geschaffen werden. Es entstehen neue Anforderungen an die Berufe, die in einem neuen Rollenverständnis münden, z. B. durch Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe. Zudem könnten neue Tätigkeitsfelder, z. B. im Management chronisch Kranker, geschaffen werden. Auch das Risiko eines drohenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen, bedingt dadurch, dass dem steigenden Bedarf ein immer geringeres Angebot an jungen Arbeitskräften gegenübersteht, könnte durch die Umsetzung des Entwicklungskonzeptes positiv beeinflusst werden. Die Umsetzung eines solchen Versorgungsmodells in Billstedt

und Horn kann zum Leuchtturmprojekt für eine innovative regionale Gesundheitsförderung und -versorgung in einem urbanen Kontext und damit beispielgebend für Deutschland werden.

9. 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 (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/Erler, 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/contentblob/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/Drexer, 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. 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 Comission (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 (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 (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 (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/patientenausanderenkulturkreisen.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 (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.

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 (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 (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 Inqualities. 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://lppkjp.de/wp-content/uploads/2013/11/deprexis-ptk-hessen-meyer-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 (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/gesundheit-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 (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 (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 (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/jetspeed/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=abruftabellenVerzeichnis (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 (Zugriff am 31.7.2015).

Wollesen, Dr. B/Dahlke, B/Stehr, 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).

10. Anlagen

Durchschnittliche Einkünfte in den Hamburger Stadtteilen 2010

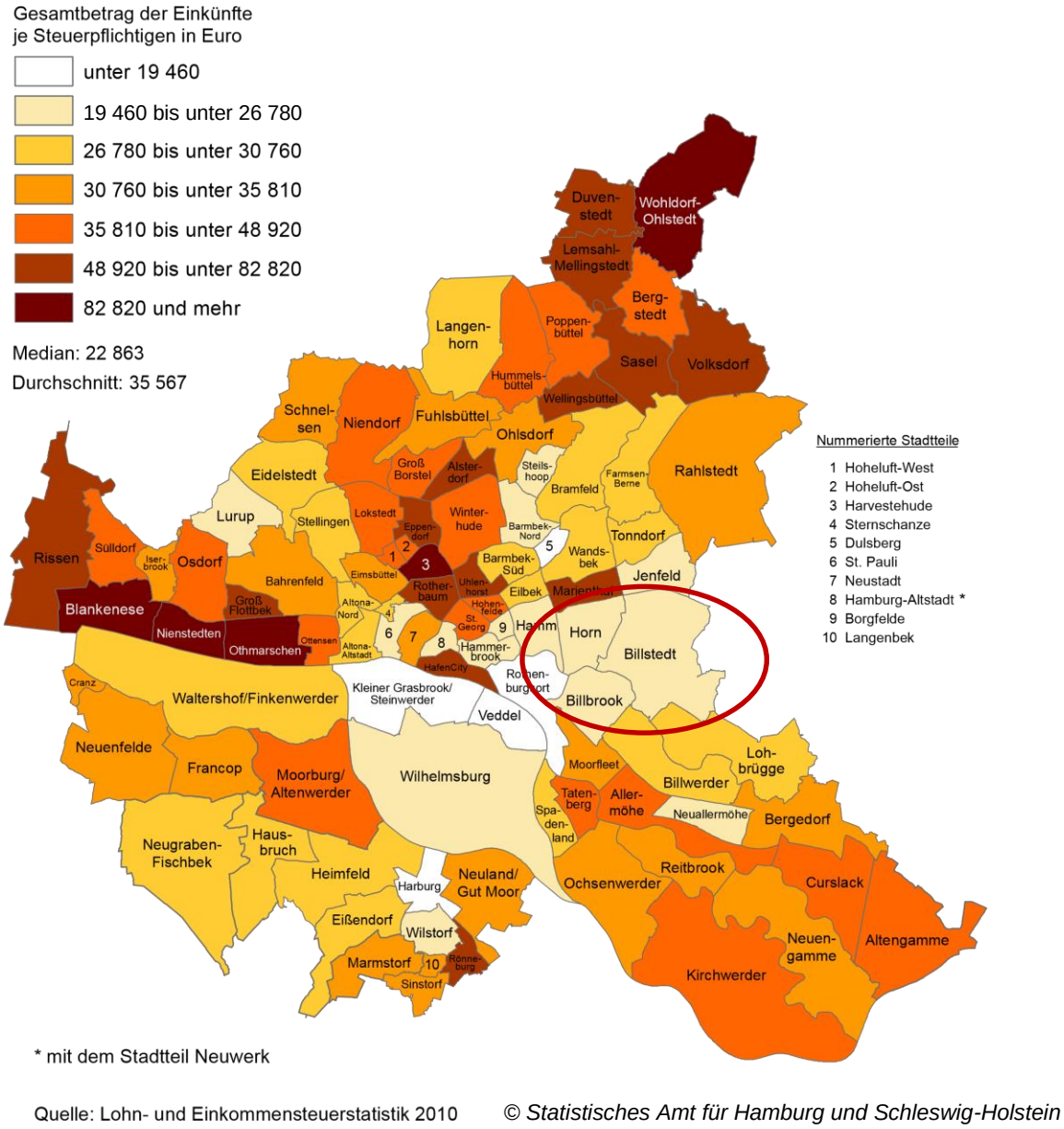


Abbildung 37: Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen in Euro in den Hamburger Stadtteilen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014)

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

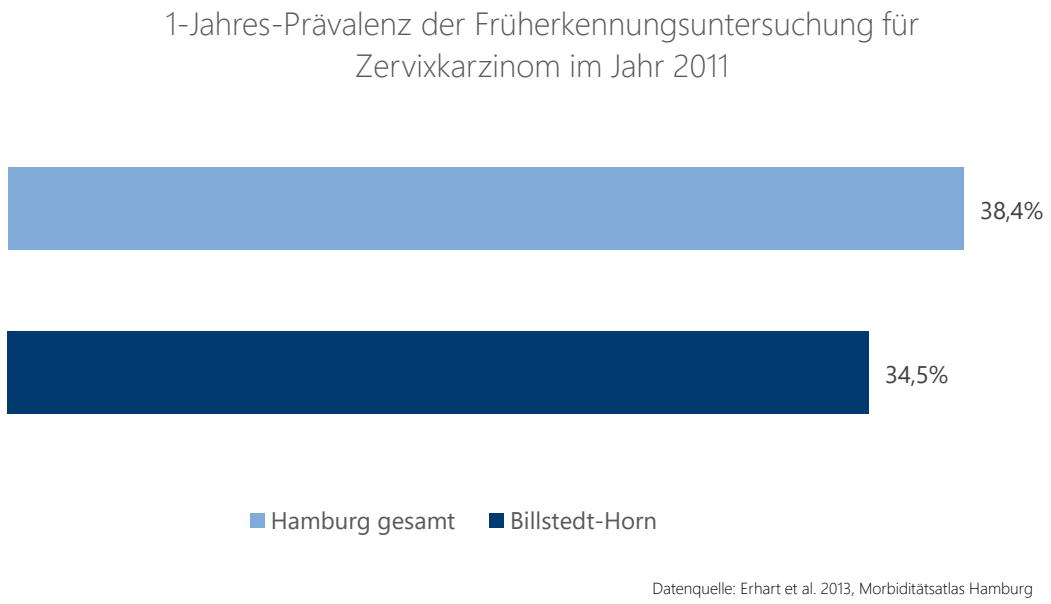


Abbildung 38: 1-Jahres-Prävalenz von Früherkennungsuntersuchungen zur Feststellung von Zervixkarzinomen in Billstedt und Horn mit dem Durchschnitt in Hamburg (eigene Darstellung auf Basis von Erhart et al. 2013, S. 110 ff.)

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 €
Insgesamt	31.372	-71 €	-66 €	-2.231.356 €	-2.071.635 €

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

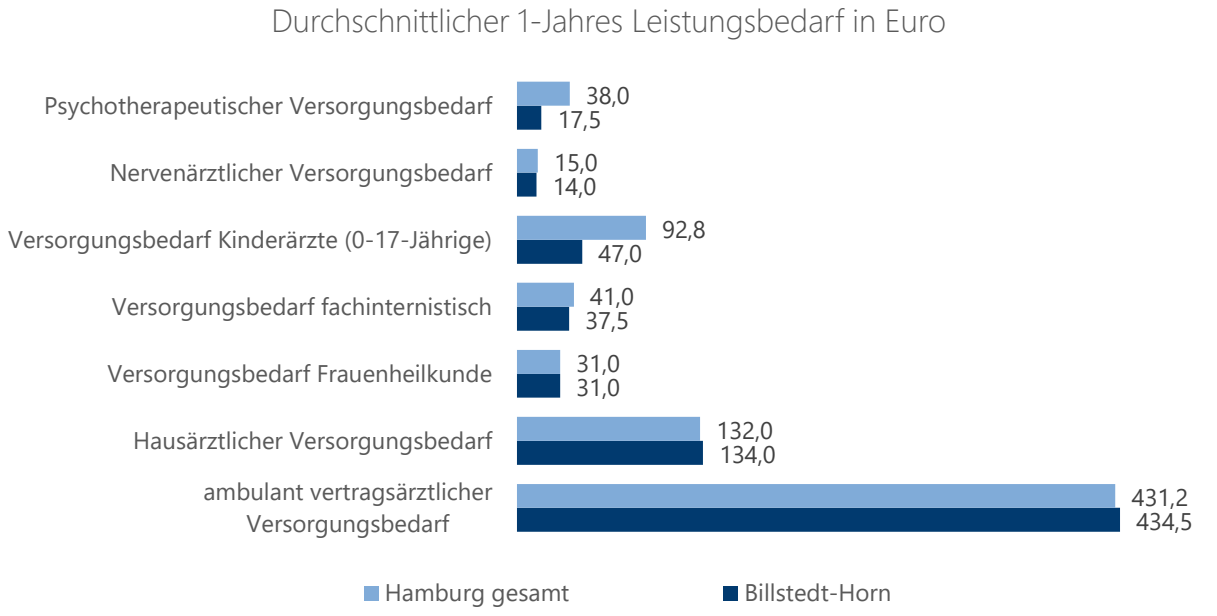


Abbildung 39: Durchschnittlicher 1-Jahres-Leistungsbedarf in Euro[37] im Jahr 2011 im Vergleich zum Durchschnitt in Hamburg (Erhart et al. 2013)

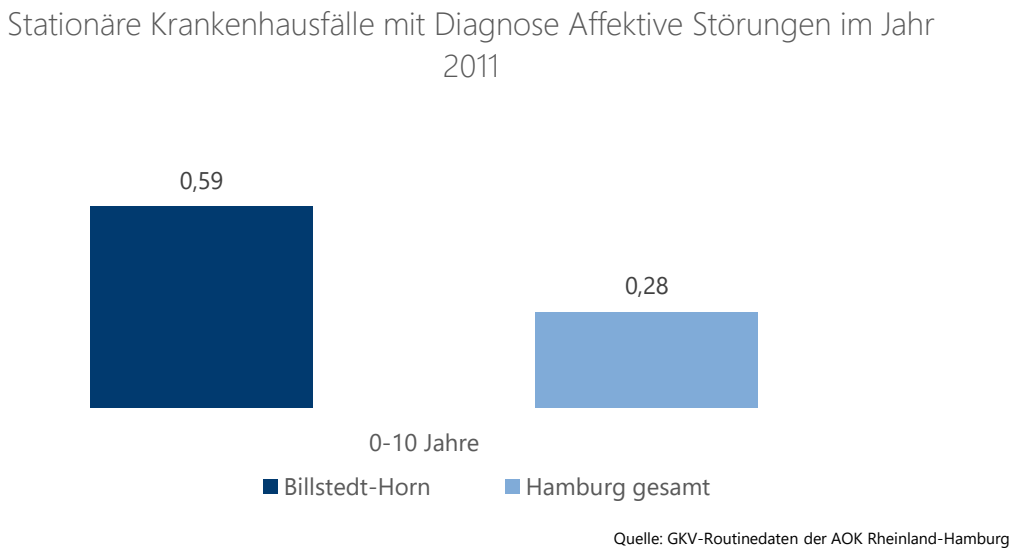


Abbildung 40: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Affektive Störungen bei 0-10-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

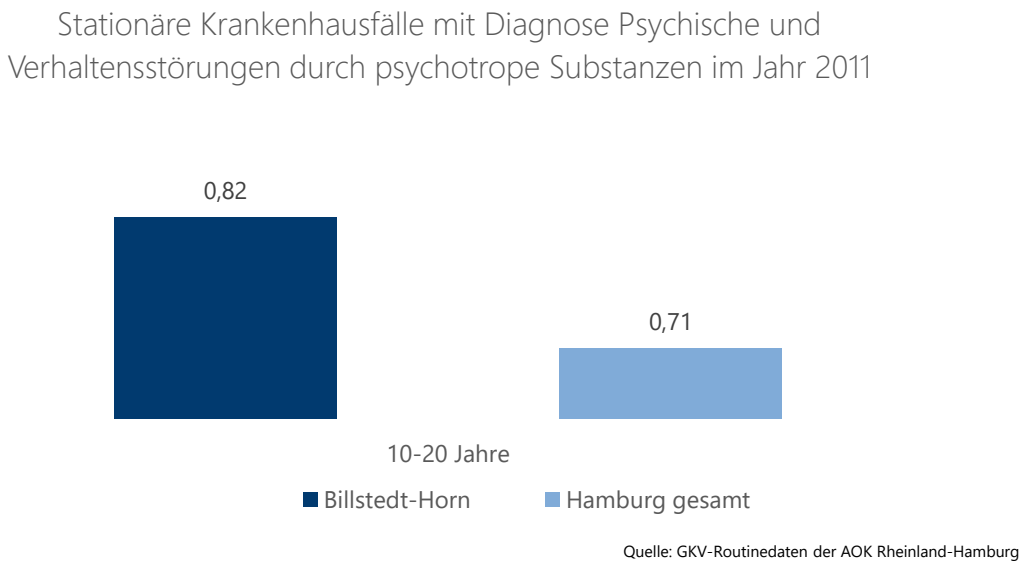


Abbildung 41: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 10-20-Jährigen in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

[37] Abgerechneter Leistungsbedarf in Euro nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung; Grundgesamtheit bilden alle vertragsärztlichen Behandelten des Jahres.

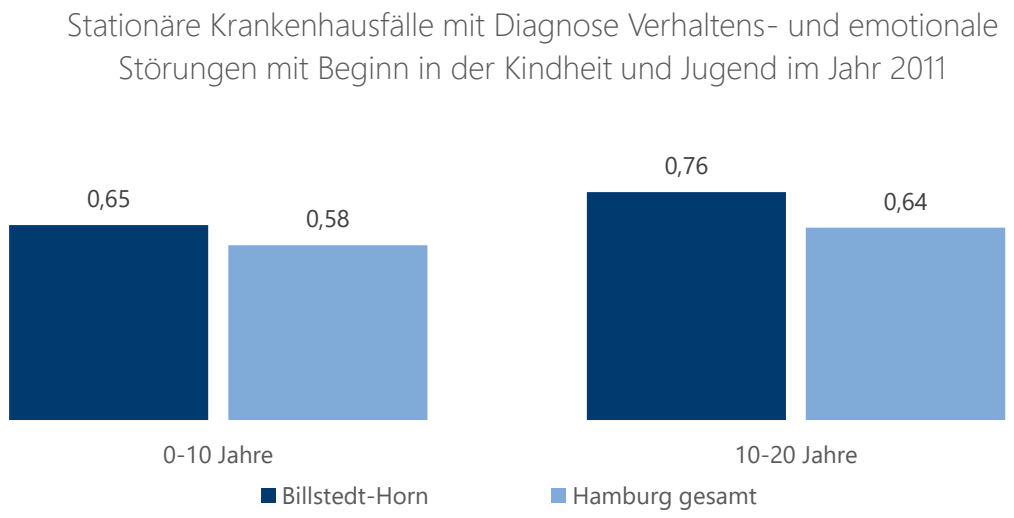


Abbildung 42: Stationäre Krankenhausfälle mit Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Billstedt-Horn und Hamburg gesamt

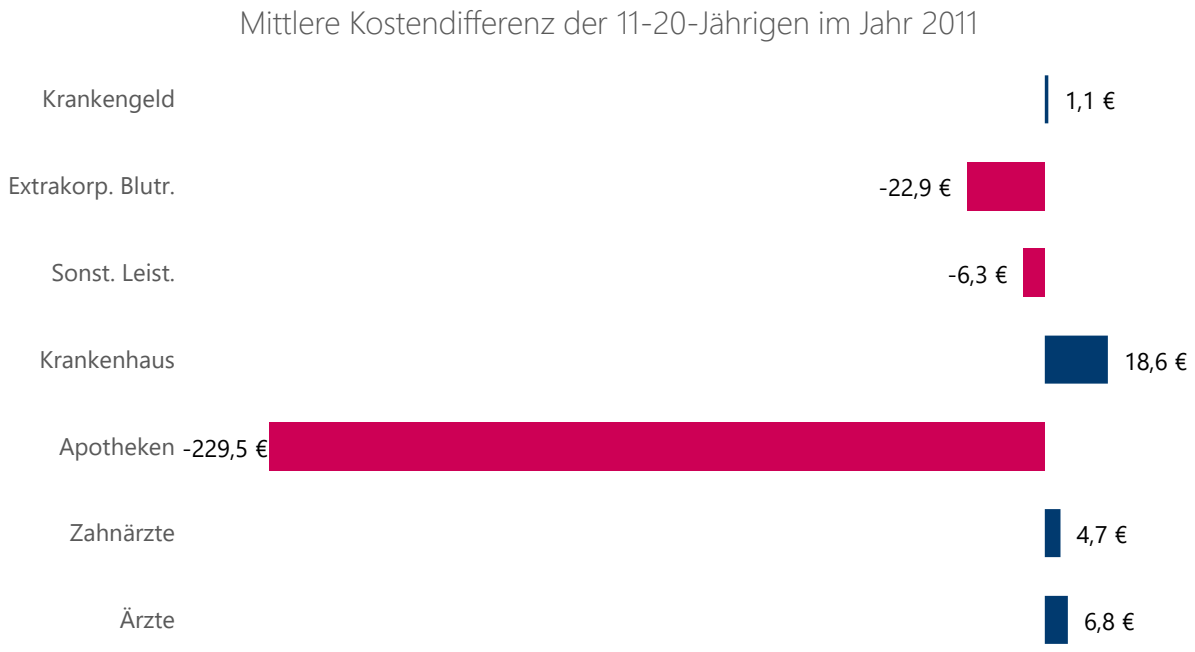


Abbildung 43: Mittlere Kostendifferenz der 11-20-Jährigen in Billstedt-Horn gegenüber dem Hamburger Durchschnitt im Jahr 2011

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)

Tabelle 9: Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik, Quelle: Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Workshop im Bezirk Mitte zu Stärken / Schwächen und Potenialen / 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)
› Keine auffälligen Infektionskrankheiten › Hohe Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung › Hohe Impfquote › Mütterberatung gut ausgebaut › Elternschule gut besucht › Vielzahl Seniorentreffen › Gute Angebote bei ambulanter und stationärer Pflege › Betreutes Wohnen gut ausgebaut › Gute Vernetzung vor Ort › Ämter wohnortnah	› Bedarfe sind unklar › Fehlende Zeit der Ärzte für Hausbesuche › Unterversorgung bei folgenden Arztgruppen: o Kinderärzte und Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie o Psychiater und Psychologen (hier fehlt es an individuellen bedarfsgerechten Versorgungsangeboten) o Augenärzte › Zu wenig Angebote bei Hebammen und in der Logopädie › Mangelnde Präventionsangebote, u.a. bei der kinderzahnärztlichen Versorgung › Fehlende Sozialberatung (mit Migrationshintergrund) › Wegfall der Förderung des Projektes „MiMi“ › Weiterbegleitung von Migranten unzureichend, u.a. wegen vorhandener Sprachbarrieren › Es fehlt kultursensible Sozialarbeit
Potentiale (Soll)	Risiken (Soll)

› Hohe Mitarbeitsbereitschaft der Bürger bei Problemen in den Stadtteilen (Engagement) › Viele junge Menschen in den Stadtteilen › Andocken an das städtebauliche Projekt „Wohnen am Wasser" (Verknüpfung Gesundheitsförderung mit Stadtraumentwicklung)	› Zuzug von Flüchtlingen und mangelnde Integration dieser Gruppe › Erhöhte Gewaltbereitschaft in der Bevölkerung › Die meisten Polizeieinsätze im Bezirk finden in den beiden Stadtteilen statt

Tabelle 10: 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 11: 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, Billenetz 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 12: 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 MigrantenInnen
     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

		Nutzen-Dimensionen
Im Netzwerk entwickeln die Akteure vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten.	☐	Kompetenzentwicklung
Bürger werden in die Netzwerkarbeit miteinbezogen.	☐	Bürgerbeteiligung
Das Netzwerk ist innovativ und arbeitet nachhaltig.	☐	Innovation und Nachhaltigkeit
Qualitätssicherung und –verbesserung sind ein fester Bestandteil der Netzwerkarbeit.	☐	Qualitätssicherung und -verbesserung
Die Netzwerkarbeit ermöglicht, verschiedene Akteure im Stadtteil zu erreichen.	☐	Zugangswege
Vorgänge im Netzwerk sind nachvollziehbar.	☐	Transparenz
Das Netzwerk hat eine Steuerungsfunktion im Stadtteil.	☐	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 ☐
Kliniken ☐
Einrichtungen der Pflegedienste und/oder ambulanter Pflegedienst ☐
Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden etc. ☐
Selbsthilfegruppen ☐
Sonstige ☐

Programm Soziale Stadt

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

Regionale Akteure

Lokale politische Parteien oder Politiker ☐
Lokale Unternehmen oder Wirtschaftsvertreter ☐
Schulen ☐
Kindergärten ☐
Kirchengemeinden ☐
Vereine ☐
Soziale Einrichtungen ☐
Sonstige ☐

Fragen zur Person

Sind Sie weiblich oder männlich ☐ w ☐ m

Seit wann sind Sie Mitglied im Netzwerk? _____

Was ist Ihre Funktion in diesem Netzwerk
☐ GeschäftsführerIn des Netzwerks
☐ KoordinatorIn des Netzwerks

	☐ Mitglied im Netzwerk ☐ Sonstiges _____
Üben Sie diese Funktion ehrenamtlich aus?	☐ Ja ☐ Nein
Seit wann üben Sie diese Funktion aus?	_____

Tabelle 13: 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 14: Fragebogen für Engagierte aus Billstedt-Horn

Titel:	Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften
Datum:	Dienstag, 14.04.2015, 15-17 Uhr
Ort:	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97, 22117 Hamburg
Teilnehmer:	Fischer, Alexander — OptiMedis AG Lorenz, Irena — OptiMedis AG Marin Arrizabalaga, Isabel — MiMi Hamburg Rosenbusch, Bettina — Billenetz Thürnagel, Wolfdietrich — Piratenpartei Hamburg Wewer, Eleonara — ABeSa
Resümee	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. 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. 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. 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.
Diskussion	Flüchtlingsunterkünfte Billstedt und Horn 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.

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.

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

(http://www.hamburg.de/fluechtlinge-unterbringung-standorte/4373128/unterbringung-mitte)

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.

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.

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.

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

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

Titel:	Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften
	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. 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. 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. 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. 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.
Ressourcen	Gerade in der Betreuung von Neubürgern stellen die niederschwelligen 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. 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

Titel:	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.
Lösungsansätze	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.
Ergebnis	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 15: Protokoll Gesundheitsversorgung und Betreuung von Neubürgern, insbesondere in den Flüchtlingsunterkünften

Titel:	Psychosoziale Grundversorgung	
Datum:	Donnerstag, 16.04.2015, 15-17 Uhr	
Ort:	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97, 22117 Hamburg	
Teilnehmer:	Ehlers, Daniela	Jobcenter team.arbeit.hamburg
	Fischer, Alexander	OptiMedis AG
	Lang, Susanne	Jobcenter team.arbeit.hamburg
	Lorenz, Irena	OptiMedis AG
	Rehhagen, 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
Resümee	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. 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". 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. 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. 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.	

Titel:	Psychosoziale Grundversorgung
	Die Schnittstellenproblematik soll bei einem zweiten Treffen der Arbeitsgruppe am 20.05.2015 im Billenetz aufgegriffen und ausgearbeitet werden.
Diskussion	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 gestalte 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. Unterversorgung bei Psychischen Erkrankungen in Billstedt und Horn 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). Schwachstellen in der Versorgung von psychisch Erkrankten in Billstedt und Horn 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. 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. 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.

Titel:	Psychosoziale Grundversorgung
	Schwierige Versorgung aufgrund des Krankheitsbildes. 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. 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.
Ressourcen	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. 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. 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. 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.
Lösungsansätze	Die psychosoziale Grundversorgung in den Stadtteilen Billstedt-Horn benötigt nach Ansicht der AG-Teilnehmer: Ausbau von niedrigschwelligen und lokalen Beratungs- und Behandlungsangeboten. Aufbau eines Netzwerks für die Versorgung psychischer Erkrankungen.

Titel:	Psychosoziale Grundversorgung
	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. 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. 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. Schulung von Menschen, die an der Schnittstelle der psychosozialen Grundversorgung tätig sind (auch die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung). 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. 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. Versuch, Billstedter Arbeitgeber in das Arbeitsprogramm einzubeziehen, das begleitete und gestützte Arbeitsintegration unterstützt. Menschen mit Migrationshintergrund und ohne anerkannte Ausbildung mit Deutschkenntnissen könnten psychisch kranke Migranten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, zum Arzt begleiten.
Ergebnis:	Als Ergebnis der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Grundversorgung" wurde ein zweiter Termin für die Arbeitsgruppe vereinbart. 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. Das nächste Treffen findet am 20. Mai 2015 um 15 Uhr im Billenetz-Büro statt.

Tabelle 16: Protokoll Psychosoziale Grundversorgung

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen	
Datum:	Donnerstag, 23.04.2015, 14:30 – 16:30 Uhr	
Ort:	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97 – 22117 Hamburg	
Teilnehmer:	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
Resümee	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. 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. 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 Unterstützungsraster“. 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.	

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen
	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. 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.
Diskussion	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). 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. Kindergesundheit – Analyse der Präventionskette Facharzt – Hebamme 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. 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. 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

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen
	Begleitung zum Kinderarzt über die Hilfe bei gesundheitlichen Fragen bis hin zur Vermittlung in das bestehende Hilfesystem. Die Vergütung der Familienhebammen erfolgt über Bundesmittel. 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. 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. 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[38]). 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. 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. Krankenhaus – Hebamme / Babylotsen 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. 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. 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.

[38] http://www.hebammenfuerdeutschland.de/hintergrundwissen

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen
	Kinderärztliche Versorgung 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. Mütterberatung – Baby-Begrüßungsprogramm 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. 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. 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. Stadtteileinrichtungen Die letzten Schritte der Versorgungskette stellen Stadtteileinrichtungen wie z. B. das Kinder- und Familienhilfezentrum Dringsheide, die Spiel-Werk-Stadt oder die Elternschulen in Billstedt, Horner Geest und Mümmelmannsberg 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 Hilfseinrichtungen vermitteln.

Titel:	Guter Start: „Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern“ & Mütterberatungsstellen
Ressourcen	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“). 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. 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. 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.
Lösungsansätze	Für die Inanspruchnahme der Leistungen ist es den Teilnehmern vor allem wichtig, die niederschwelligen 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. 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. 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.

Tabelle 17: Protokoll Guter Start: "Bedarfe für Babys, Kleinkinder und Eltern" & Mütterberatungsstellen

Titel:	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn	
Datum:	Donnerstag, 23.04.15, 17 – 19 Uhr	
Ort:	Büro Billenetz, Billstedter Hauptstraße 97 - 22117 Hamburg	
Teilnehmer:	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
Resümee	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. 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 Arztsitze 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. 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 unbekannten Behandlungshistorie jedoch nicht den qualitativen Standards eines Kinderarztes. Auch bei anderen Fachdisziplinen wie Orthopädie, Gynäkologie und Urologie sind die Stadtteile Billstedt und Horn unterversorgt.	

Titel:	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn
	Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation in Billstedt und Horn wurden einige Lösungsansätze ausgearbeitet. Um die Abwanderung der Arztsitze 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.
Diskussion	Sicherstellung der ärztlichen Versorgung 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 Arztsitze verkaufen. Da die Stadt Hamburg ein einziger Planungsbezirk ist, kann der „Umzug" eines Arztsitzes in einen „lukrativeren" Stadtteil nicht verhindert werden. Wenn der Käufer eines Arztsitzes 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 Arztsitzes 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. 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. 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. 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 Patientenklientel in Billstedt und

Titel:	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn
	Horn medizinisch anspruchsvoll, abwechslungsreich und interessant. Der Arbeitsalltag wird als spannend und zufriedenstellend wahrgenommen. Versorgungssituation der Kinder 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. 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. 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. 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 Gesundmeldungen für Kita-Kinder. Diese dürfen ausschließlich durch einen Arzt erfolgen und werden für den Besuch der Kita nach einer ansteckenden Erkrankung zwingend benötigt.
Ressourcen	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. Auch die Medizinischen Fachangestellten sind eine wichtige Ressource und können durch eine Zusatzqualifikation zu Hausbesuchen berechtigt werden. Hierdurch können Ärzte entlastet werden.
Lösungsansätze	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. Verhinderung der Abwanderung der Ärzte und des Verkaufs und Umzugs der Arztsitze durch eine kleinteiligere Bedarfsplanung Anwerbung neuer und junger Assistenz- und Weiterbildungsärzte in die akademischen Lehrpraxen durch eine positive Besetzung der ärztlichen Tätigkeit in Billstedt und Horn Finanzielle Anreize für die Niederlassung neuer Ärzte in Billstedt und Horn Kooperation mit der Universitätsklinik Eppendorf, wodurch Ärzte nach Billstedt und Horn vermittelt werden sollen

Titel:	Gesundheitsversorgung in Billstedt-Horn
	Entlastung der Ärzte durch Arzthelferinnen, die z. B. Hausbesuche übernehmen können Förderung von medizinischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund
Ergebnis	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 18: 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 19: Liste der Interviewpartner