



# Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg

Berichte und Analysen  
zur Gesundheit

## IMPRESSUM

### Kurzbericht Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg

**Herausgeber:** Freie und Hansestadt Hamburg  
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und  
Verbraucherschutz (BSG)  
Amt für Gesundheit u. Verbraucherschutz  
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung  
und Gesundheitsförderung  
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Stand: Mai 2009

**Verantwortlich:** Uwe Saier

**Titelphoto:** © Walter-Reich, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)

© 2009, Alle Rechte vorbehalten

**Bezug:** Sie erhalten den Bericht kostenlos unter  
☎ (040) 428 37 - 1999  
[brigitte.krueger@bsg.hamburg.de](mailto:brigitte.krueger@bsg.hamburg.de)

Das Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz  
im Internet:  
[www.gesundheit.hamburg.de](http://www.gesundheit.hamburg.de)

### **Anmerkung zur Verteilung:**

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

## Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg





## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesundheit braucht Orientierung. Berichte und Analysen zur gesundheitlichen Lage erleichtern diese Orientierung und geben wichtige Hinweise für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen. Vor diesem Hintergrund bin ich froh, dass Hamburg auf eine bewährte Gesundheitsberichterstattung bauen kann.

Der vorliegende Gesundheitsbericht „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“ bietet zahlreiche Daten und Informationen, die für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage in Hamburg hilfreich sind.

Der Bericht beschreibt die demografische Entwicklung, Krankheitshäufigkeiten, die Entwicklung der Sterblichkeit sowie die gesundheitliche Versorgung in Hamburg.

Die in Augenschein genommenen Sachverhalte wie z. B. die Lebenserwartung, die Säuglingssterblichkeit oder die vorzeitige Sterblichkeit haben eine bundesweite und auch internationale Bedeutung als sogenannte Gesundheitsindikatoren.

In Zahlen ausgedrückt zeigen diese für Hamburg erfreuliche Entwicklungen: Die Lebenserwartung hat sich weiter erhöht - die Säuglingssterblichkeit und die vorzeitige Sterblichkeit gingen zurück. Gleichzeitig eröffnen sich auch Perspektiven für gezielte Gesundheitsförderung und Prävention.

Deutlich wird auch: Hamburg hat ein gut ausgebautes Versorgungssystem, das eine hohe medizinische Behandlungsqualität garantiert. Positive Gesundheitseffekte lassen sich maßgeblich durch ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und fundiertes Gesundheitswissen erzielen. Auf einen einfachen Nenner gebracht: Je weniger gesundheitsriskant sich die Menschen verhalten, desto besser ist ihre Lebensqualität. In diesem Sinne wünsche ich eine inspirierende Lektüre.

A handwritten signature in blue ink that reads "Dietrich Wersich".

Dietrich Wersich

Präses der Behörde für Soziales, Familie,  
Gesundheit und Verbraucherschutz

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	7
<b>2. Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung</b> (u. a. Geburten - Bevölkerung nach Alter und Geschlecht - Bevölkerungsentwicklung - Bevölkerungswanderungen - Prognosen)	8
<b>3. Lebenserwartung und Sterblichkeit</b> (u. a. Säuglingssterblichkeit - vorzeitige Sterblichkeit, vermeidbare Sterbefälle - Todesursachen)	12
<b>4. Krankheitshäufigkeit und Krankheitsbehandlungen</b> (u. a. ambulante Behandlungen - Krebsneuerkrankungen - Infektionskrankheiten - Krankenhausbehandlungen - Verweildauer in Krankenhäusern - ambulantes Operieren)	18
<b>5. Ambulante und stationäre Ressourcen</b> (u. a. ambulante Versorgung - stationäre Versorgung - Krankenhausdichte - Betten in der stationären Versorgung - personelle Ausstattung in Krankenhäusern - weitere Versorgungsangebote - Apotheken)	26
<b>6. Schlussbetrachtungen</b>	33
<b>Literatur- und Quellennachweise</b>	34

## 1. Einleitung

**„Statistik ist die einzige Wissenschaft, bei der verschiedene Experten aus denselben Zahlen unterschiedliche Schlüsse ziehen können...“**

Evan Esar  
amerikan. Humorist  
1899 - 1995

In Zeiten, in der die Menschen verstärkt mit Informationen aus verschiedenen Bereichen versorgt werden, braucht es umso dringender verlässliche und zielgerichtete Orientierungen. Dieser Aufgabe hat sich für den Gesundheitsbereich auch die Gesundheitsberichterstattung verschrieben.

Gesundheitsbezogene Orientierungsdaten werden von Expertinnen und Experten zunehmend nachgefragt. Sie besitzen einen hohen Stellenwert, um Abwägungsprozesse zu erleichtern.

Die verstärkte Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Daten führt aber auch zu mittlerweile zahlreichen Informationsangeboten und kann zu widersprüchlichen Inhalten und Ergebnissen führen. Vor diesem Hintergrund sind die mahnenden Worte einiger Fachleute, die in diesem Zusammenhang von der Gefahr der „Informationsassymetrie“ reden, durchaus berechtigt.

Der notwendige Anspruch „Priorisierung braucht Orientierung“ ist nur dann einzulösen, wenn die Daten und Informationen verständlich, nachvollziehbar und aus ihnen bestimmte Schlussfolgerungen und Empfehlungen abzuleiten sind.

Um diese berechtigten Forderungen einzulösen, ist ein konzeptioneller Rahmen erforderlich, der die Nutzung und Bewertung gesundheitsbezogener Daten und Informationen und das Berichtswesen strukturiert.

Die Gesundheitsberichterstattung des Hamburger Senates folgt einem lebensphasenbezogenen Ansatz. Sie orientiert sich an den altersbezogenen Lebensabschnitten der Menschen.

Diesem Ansatz folgend, wurden bereits Berichte zur Kindergesundheit in Hamburg veröffentlicht (vgl. auch BSG 2007c) - weitere Berichte zur Gesundheit rund um die Geburt, zur Gesundheit im mittleren Lebensalter und zur Gesundheit älterer Menschen sind geplant und werden in den kommenden Jahren veröffentlicht.

Diese lebensphasenbezogenen Gesundheitsberichte werden handlungsorientiert verfasst, sie sprechen Empfehlungen aus, d. h. sie dienen auch dazu, Ansatzpunkte für gezielte Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit aufzuzeigen und zu initiieren.

Darüber hinaus besteht aus einer lebensphasenübergreifenden Perspektive weiterer, ergänzender Informationsbedarf zur gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Versorgung in Hamburg. Diesem Erfordernis trägt der vorliegende Gesundheitsbericht „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“ Rechnung. Er dient damit als Klammer für die lebensphasenbezogenen Berichte.

Behandelt werden in vier Abschnitten die Themen Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung, Lebenserwartung und Sterblichkeit, Krankheitshäufigkeiten, Krankheitsbehandlungen sowie ambulante und stationäre Ressourcen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“ hat einen überblicksartigen Charakter. Aus diesem Grund ist es schwieriger, die begründete Forderung nach Handlungsorientierung im großen Stil einzulösen. Dennoch wird der Blickwinkel, gezielt nach Ansatzpunkten für die Förderung und den Erhalt von Gesundheit sowie die Vermeidung von Krankheiten zu suchen, nicht aus den Augen verloren.

Demzufolge werden den Themenfeldern vorzeitige Sterblichkeit (Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) und den sogenannten vermeidbaren Sterbefällen eine besondere Bedeutung zugemessen. Diese sind als sogenannte gesundheitsbezogene Basisindikatoren besonders geeignet, Präventionspotenziale aufzeigen.

## 2. Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung

„Der Mensch ist ein geborenes Kind... seine höchste Gabe ist die Gabe des Wachsens...“

Rabindranâth Tagore

ind.-bengal. Dichter u. Philosoph, 1913 Nobelpreis für Literatur, 1861 - 1941

In der jüngsten Vergangenheit wurde folgende Meldung immer wieder - in sprachlich leicht modifizierter Form - über die Medien verbreitet: „Deutschland vergreist: Die Zahl älterer Bürgerinnen und Bürger in Deutschland wächst von Jahr zu Jahr.“ Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang vom demografischen Wandel.

Diese Informationen werden durch Zahlen europäischer Statistiker (EUROSTAT) gestützt. Sie prognostizieren für Deutschland einen höheren Anteil alter und hochbetagter Menschen als in anderen europäischen Ländern. In den kommenden 25 Jahren - so die Studie - wird etwa jede/r dritte deutsche Einwohnerin bzw. Einwohner ein Alter von 65 oder mehr Jahren haben.

Eine gesunde Bevölkerung ist u. a. von zwei Sachverhalten abhängig: Die Bevölkerung sollte sich gesundheitsbewusst und gesundheitsfördernd verhalten - Gesundheitseinrichtungen und -Akteure setzen sich tatkräftig für die Gesundheit der Bevölkerung ein.

Neben der Bedeutung für die Lebenserwartung und die Lebensqualität wird die Gesundheit der Menschen auch als soziales Kapital eingestuft und bewertet.

Richtig ist: Eine gesunde Bevölkerung ist produktiver und verursacht darüber hinaus weniger Krankheitskosten.

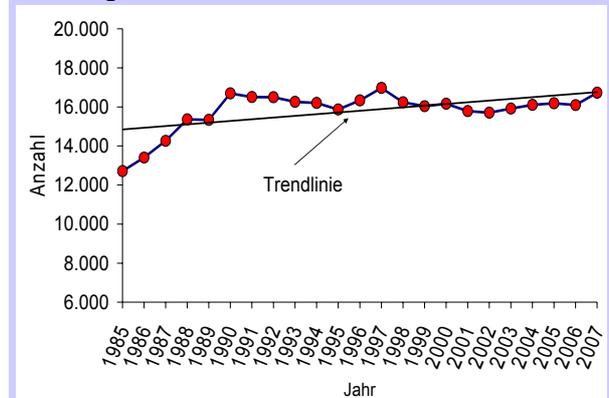
Die Geburtenentwicklung, der Bevölkerungsstand, die jeweilige Alterszusammensetzung und die Bevölkerungsentwicklung - die sogenannten demografischen Faktoren - sind wichtige Hintergrundinformationen. Sie ermöglichen es, den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und die in Anspruch genommenen Hilfen einzuordnen.

### Geburten

Die Geburt eines Kindes ist im Normalfall für die Eltern ein freudiges Ereignis. Die Geburtenzahl hat darüber hinaus auch maßgeblichen Einfluss auf die Altersstruktur der Bevölkerung.

Im Jahr 2007 wurden in Hamburg 16.727 Säuglinge<sup>1</sup> lebend geboren. Ab dem Jahr 2002 zeigt sich für Hamburg wieder ein leichter Anstieg bei den Geburtenzahlen (vgl. Abb. 2.1).

Abb. 2.1: Entwicklung der Lebendgeburten; Hamburg 1985 bis 2007



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

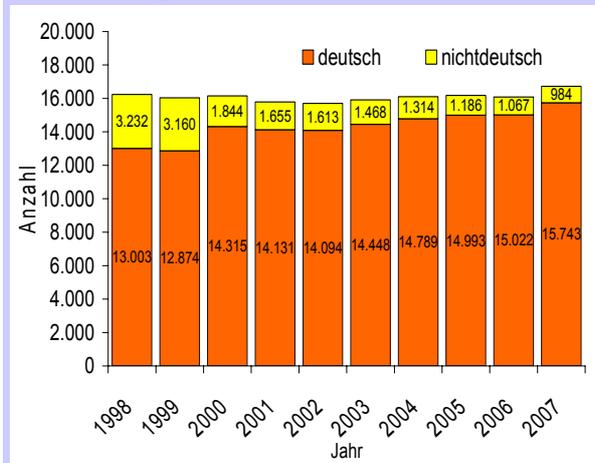
Der Anteil der Hamburger Säuglinge ohne deutsche Staatsangehörigkeit sank seit dem Jahr 1999 von ca. 20 Prozent auf mittlerweile nur noch 6 Prozent nahezu stetig. Dies liegt nachweislich am Inkrafttreten der Staatsbürgerschaftsreform<sup>2</sup> im Jahr 2000.

Die Entwicklung der Lebendgeburten nach Staatsangehörigkeit zeigt Abb. 2.2.

<sup>1</sup> Angaben zu Geburten beziehen sich auf Lebendgeborene von Müttern mit Wohnsitz in Hamburg.

<sup>2</sup> Nach dem sogenannten „jus soli“ wird durch Geburt im Inland ein Kind Deutscher, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt seit 8 Jahren seinen gewöhnlichen rechtmäßigen Aufenthalt in Deutschland hat und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt (§4 Abs. 3 StAG). Kinder, die auf diese Weise die deutsche Staatsangehörigkeit erwerben, haben in der Regel mindestens eine weitere Staatsbürgerschaft. Zwischen dem 18. und 23. Lebensjahr müssen sie gegenüber der Staatsbürgerschaftsbehörde erklären, ob sie die deutsche Staatsangehörigkeit behalten wollen oder die andere Staatsangehörigkeit vorziehen (Erklärungspflicht).

**Abb. 2.2: Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit; Hamburg 1998 bis 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigenen Berechnungen

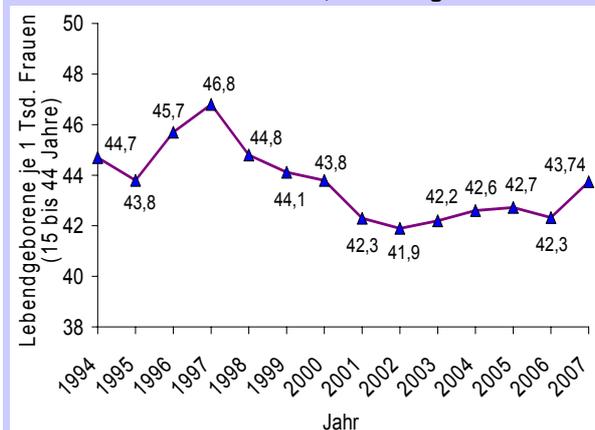
Eine weitere bedeutsame, immer wieder im Zusammenhang mit der Geburtenentwicklung diskutierte Messgröße ist die sogenannte Fertilitäts- oder auch Fruchtbarkeitsrate. Diese Kennzahl gibt an, wie viele Lebendgeburt je Tausend Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren zu verzeichnen waren. Sie spiegelt damit in gewisser Weise auch den Wunsch und die Bereitschaft der Menschen wider, sich für ein Leben mit Kindern zu entscheiden.

Die Entwicklung zeigt:

Nach Anstiegen Mitte der 1990er Jahre ging die Fruchtbarkeitsrate seit 1997 bis ins Jahr 2002 stetig zurück.

Seit 2002 sind mit Ausnahme des Jahres 2006 jedoch wieder steigende Raten zu verzeichnen (vgl. Abb. 2.3).

**Abb. 2.3: Fruchtbarkeitsrate; Hamburg 1994 bis 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

### Bevölkerungstand und Bevölkerungsstruktur

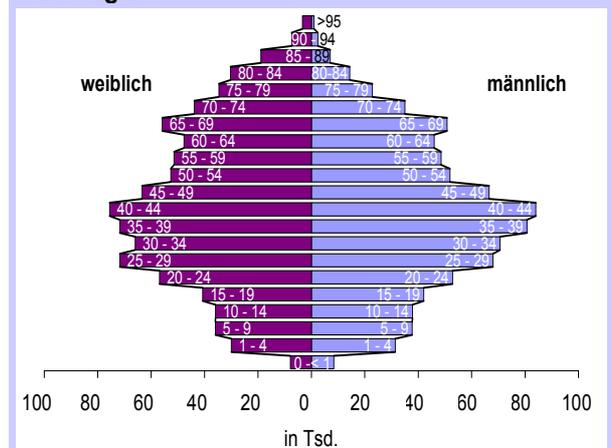
Für den Status-Quo und die Veränderungen des Bevölkerungsstandes gibt es drei wesentliche Bestimmungsgrößen

- das Geburtenniveau,
- die Zu- oder Abwanderung,
- die Sterblichkeit (vgl. Kapitel 3).

Im Jahr 2007 lebten durchschnittlich über 1,76 Mio. Menschen (ca. 901 Tsd. weiblich und ca. 860 Tsd. männlich) in Hamburg.

Über die sogenannte Alterspyramide wird der Überschuss der weiblichen Bevölkerung in älteren Jahrgängen deutlich (vgl. Abb. 2.4). Ein Grund dafür ist: Frauen haben gegenüber den Männern eine um etwa fünf Jahre höhere Lebenserwartung (vgl. auch Kapitel 3).

**Abb. 2.4: Alterspyramide der Bevölkerung; Hamburg 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

Nur bis zum Alter von 50 Jahren gibt es - mit Ausnahme der Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen - mehr Männer als Frauen.

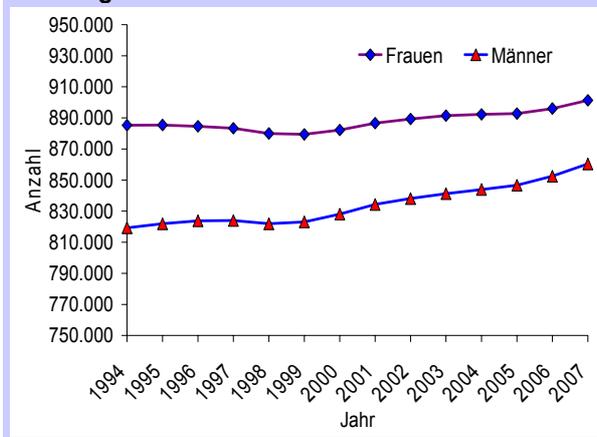
In den höheren Altersgruppen dominieren zahlenmäßig deutlich die Frauen.

### Bevölkerungsentwicklung

**Seit dem Jahr 1999 nimmt die Bevölkerung in Hamburg leicht, aber stetig zu.**

Im Vergleich der Geschlechter sind die Anstiege bei den Männern ausgeprägter als bei den Frauen (vgl. Abb. 2.5).

**Abb. 2.5: Bevölkerungsentwicklung; Hamburg 1994 bis 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

**Altersstruktur**

Neben der Bevölkerungszahl ist insbesondere die Altersstruktur einer Bevölkerung für die Planung und den Bestand von Gesundheitsangeboten von Interesse. Wie verteilen sich junge und alte Menschen auf das Hamburger Stadtgebiet? Hierüber geben der Alters- und Jugendquotient Auskunft.

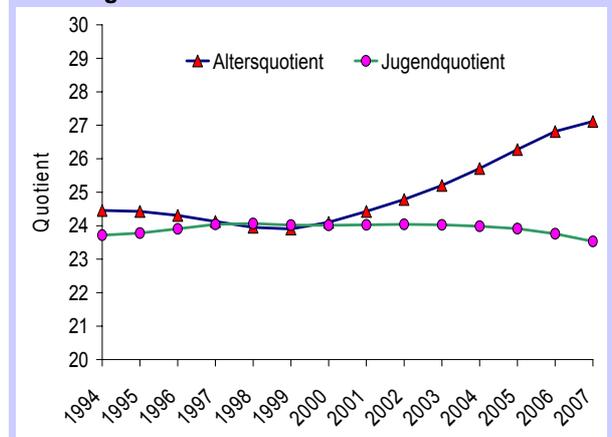
Der Altersquotient berechnet sich aus dem Verhältnis zwischen der Bevölkerung ab 65 Jahren und jener im Alter 15 bis 64 Jahren (sogenannte erwerbsfähige Bevölkerung).

Der Altersquotient wiederum steht in Verbindung zum Jugendquotienten, der sich aus dem Verhältnis der unter 18-Jährigen zu den 18 bis 64-jährigen Menschen bestimmen lässt.

Eine Zunahme des Altersquotienten kann zum einen auf niedrige Fruchtbarkeitsraten zurückzuführen sein. Diese verursachen einen geringeren Bevölkerungsanteil in den jüngeren Altersklassen. Zum anderen kann die Erhöhung des Altersquotienten aber mit der Zunahme der älteren Bevölkerung und der steigenden Lebenserwartung zusammenhängen.

Nachdem im Jahr 2000 der Jugendquotient und der Altersquotient nahezu auf gleichem Niveau lagen, geht die Schere seitdem stark auseinander. Der Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren an der erwerbsfähigen Bevölkerung ist seitdem stetig und deutlich ermittelbar angestiegen (vgl. Abb. 2.6).

**Abb. 2.6: Alters- und Jugendquotient; Hamburg 1994 bis 2007**



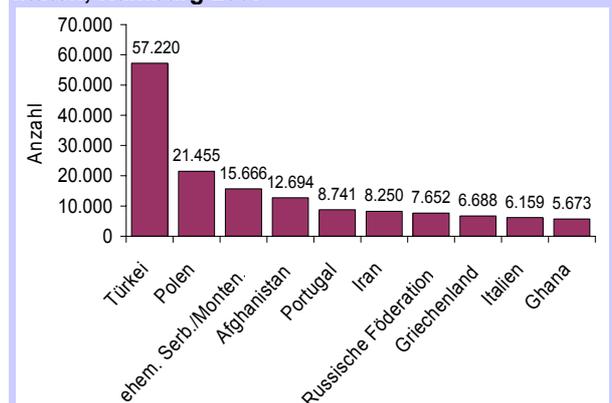
Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

**Nichtdeutsche Bevölkerung**

Im Jahr 2007 lebten in Hamburg nahezu 258 Tsd. nichtdeutsche Mitbürgerinnen und Mitbürger. Dies entspricht einem Anteil von ca. 15 Prozent an der Gesamtbevölkerung.

Insgesamt leben über 180 verschiedene Nationalitäten in Hamburg. Der deutlich stärkste Anteil mit ca. 57 Tsd. Einwohnerinnen und Einwohner entfällt auf türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger (vgl. Abb. 2.7).

**Abb. 2.7: Nichtdeutsche Bevölkerung nach Nationalitäten; Hamburg 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

**Bevölkerungsprognosen**

Deutschlandweit werden unterschiedliche Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung der Regionen angestellt. Während beispielsweise für Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt weiter rückläufige Bevölkerungszahlen vorausgesagt werden, wird für einige westdeutsche Großstädte wie Hamburg,

München oder Stuttgart ein Bevölkerungsanstieg projiziert (Bertelsmann-Stiftung 2008).

Die 10. Bevölkerungsvorausschätzung des Hamburger Basisdatenausschusses prognostiziert für Hamburg eine Einwohnerzahl von ca. 1,814 Mio. im Jahre 2020. Dies entspricht einem Anstieg um 4,9 Prozent (ca. 85 Tsd. Personen) seit 2002, dem Basisjahr der Prognose (vgl. Tab. 2.1).

<b>Tab. 2.1 Bevölkerungsprognose (mittlere Variante); Hamburg 2002 bis 2020</b>	
<b>Datum</b>	<b>Einwohner</b>
31. Dezember 2002	1.728.806
31. Dezember 2005	1.743.627
31. Dezember 2010	1.788.200
31. Dezember 2015	1.805.500
31. Dezember 2020	1.813.900
<b>Quelle: Statistik Amt Nord</b>	

### **Wanderungen**

Neben der Fertilität und der Sterblichkeit sind die jeweiligen Wanderungsbewegungen

(Zu- und Fortzüge) in einer Region die dritte gewichtige Einflussgröße für die Bevölkerungsentwicklung.

Wanderung bedeutet in diesem Zusammenhang die Änderung des Wohnsitzes, wobei im Falle Hamburgs bei Zu- oder Fortzügen die Stadt- bzw. Landesgrenze überschritten wird.

Die Entscheidung für einen Zu- oder Fortzug in eine bzw. aus einer Region kann ausbildungs- oder arbeitsplatzbedingt sein. Auch eine angestrebte Verbesserung der Wohn- oder Lebenssituation begründet Umzüge.

Für das Jahr 2007 waren in Hamburg insgesamt 82.103 Zuzüge und 65.324 Fortzüge zu verzeichnen. Daraus ergibt sich ein Wanderungssaldo von plus 16.779.

Seit 1999 sind für Hamburg durchgehend positive Wanderungssalden dokumentierbar. Diese haben den größten Einfluss auf die positive Bevölkerungsentwicklung in Hamburg (vgl. auch Abb. 2.5).

### 3. Lebenserwartung und Sterblichkeit

**„Der Tod ist nichts anderes als eine Opfergabe an die Zeit...“**

Truman Capote  
amerikanischer Schriftsteller, 1924 - 1984

Für die Bevölkerungsentwicklung ist die Sterblichkeit ein wichtiger Faktor. Mit der Sterblichkeit schicksalhaft verbunden sind die natürliche Alterung des Menschen und das Auftreten von Krankheiten und Funktionsstörungen.

Die größte Betroffenheit erzeugen Sterbefälle, die plötzlich und früher als erwartet eintreten. An erster Stelle sind Säuglingssterbefälle zu nennen. Auch weitere Sterbefälle, die potenziell vermeidbar gewesen wären, gehören dazu: Diese liefern Ansatzpunkte für gezielte Gesundheitsförderung und Prävention.

#### Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung ist ein bedeutender Gradmesser für eine gesundheitsbewusste Lebensführung, die Qualität des gesundheitsbezogenen Versorgungssystems und die Lebensqualität.

Die Lebenserwartung beschreibt die durchschnittlich zu erwartende Zeitspanne, die einem Menschen ab einem gegebenen Zeitpunkt (zumeist von der Geburt) bis zum Tod verbleibt - sie beschreibt somit die mittlere Lebensdauer.

Die Lebenserwartung in Deutschland nahm in den vergangenen hundert Jahren deutlich zu. Fortschritte in den Bereichen Gesundheitswesen, Hygiene, Ernährung, Wohnsituation und Arbeitsbedingungen sowie gestiegener Wohlstand begründen diese Entwicklung.

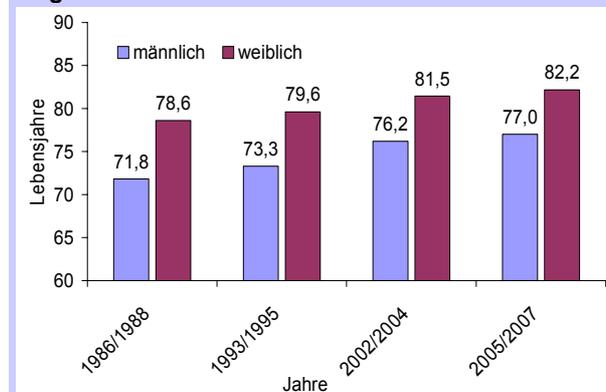
**Aktuell haben männlich Neugeborene in Deutschland statistisch gesehen bei Geburt noch mit weiteren 77 Lebensjahren zu rechnen - weiblich Neugeborene mit 82 Jahren.**

Als Ursachen für die geringere Lebenserwartung der männlich Neugeborenen werden

das geringere Gesundheitsbewusstsein und das gesundheitsriskantere Verhalten und die potenziell höheren Gesundheitsgefährdungen in den für Männer typischen Berufen genannt.

In Hamburg liegt die Lebenserwartung bei Geburt für beide Geschlechter auf bundesdeutschem Niveau. Im Blick zurück zeigt sich: Die Lebenserwartung in Hamburg stieg bei männlich Neugeborenen in den letzten 20 Jahren um ca. 5 Jahre und bei weiblich Neugeborenen um über 3 Jahre (vgl. Abb. 3.1).

**Abb. 3.1: Lebenserwartung in Hamburg im Zeitvergleich**



Quelle: StBA 2009; GBE des Bundes

#### Säuglingssterblichkeit

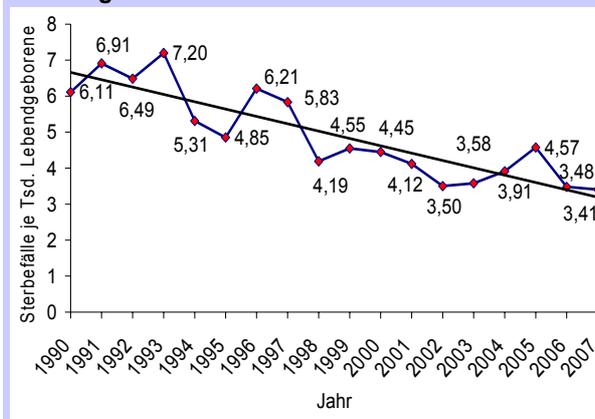
Der Verlust eines Neugeborenen, des eigenen Kindes gehört für die Eltern, Angehörige und Freunde zu den traurigsten Erfahrungen ihres Lebens.

Andererseits gilt die Säuglingssterblichkeit auch als sensible und aussagefähige Richtschnur und als Gradmesser für die Qualität der medizinischen Versorgung und damit als Indikator für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems einer Region.

Die Säuglingssterblichkeit in Hamburg geht, trotz einiger jahresbezogener Schwankungen, erfreulicherweise seit Mitte der 1970er Jahre zurück (vgl. Abb. 3.2).

Zu dieser positiven Entwicklung haben viele Einflüsse beigetragen. Die gut ausgebaute, fachlich qualifizierte Geburtsmedizin in Hamburg ist ein Faktor (vgl. BSG 2007b). Weiterhin spielen auch das verbesserte Gesundheitswissen und das Gesundheitsverhalten der Menschen eine Rolle.

**Abb. 3.2: Säuglingssterblichkeit; Hamburg 1990 bis 2007**



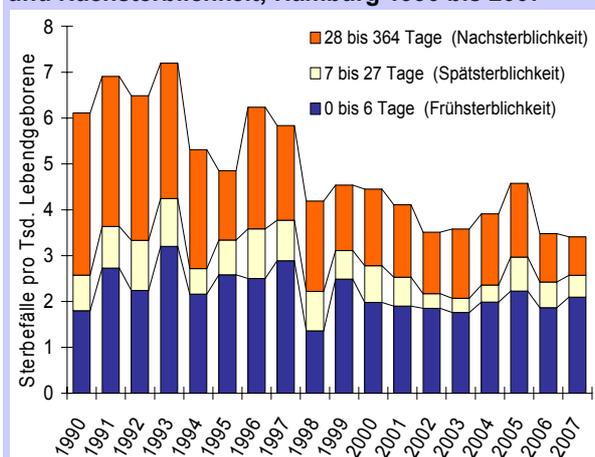
Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

**Im Jahr 2007 waren in Hamburg 57 Säuglingssterbefälle zu beklagen - dies entspricht einer Rate von 3,4 je 1.000 Lebendgeborenen.**

Bei der Säuglingssterblichkeit werden die Todesfälle im Alter 0 bis 27 Tagen (neonatale Sterblichkeit) und die Todesfälle im Alter 28 bis 364 Tagen (postneonatale Sterblichkeit oder Nachsterblichkeit) unterschieden. Die neonatale Sterblichkeit setzt sich wiederum aus der Frühsterblichkeit (Todesfälle im Alter 0 bis 6 Tage) und der Spätsterblichkeit (Todesfälle im Alter 7 bis 27 Tage) zusammen. Die Sterbefälle werden jeweils auf die Anzahl der Lebendgeborenen bezogen.

Die Entwicklung der Früh-, Spät und Nachsterblichkeit veranschaulicht Abb. 3.3.

**Abb. 3.3: Säuglingssterblichkeit nach Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit; Hamburg 1990 bis 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

Im Zeitverlauf zeigt sich: Die Frühsterblichkeit in den ersten sieben Tagen besitzt mit wachsendem Anteil mittlerweile die größte Bedeutung. Anfang der 1990er Jahre war dies noch die Nachsterblichkeit.

Über die Hälfte aller Säuglingssterbefälle (32) im Jahr 2007 waren auf gesundheitliche Störungen während der Schwangerschaft zurückzuführen. Ein Großteil dieser Fälle (27) hatte ihre Ursachen in verkürzter Schwangerschaftsdauer und verzögertem Wachstum des Säuglings. Zweithäufigste Ursache für Säuglingssterbefälle sind die angeborenen Fehlbildungen - 17 Fälle im Jahr 2007.

Erfreulich ist der Rückgang des Plötzlichen Säuglingstodes. 1990 verstarben in Hamburg am Plötzlichen Säuglingstod (Sudden Infant Death Syndrome; SIDS) noch 32 Kinder. 2007 waren noch 2 Sterbefälle zu verzeichnen.

Der nachhaltige Rückgang der SIDS-Fälle seit Mitte der neunziger Jahre ist nach Meinung vieler Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf gezielte Präventionskampagnen zurückzuführen. Eltern sind zunehmend besser über potenzielle Gefahren informiert und verhalten sich entsprechend. Die Säuglinge werden seltener zum Schlafen auf den Bauch gelegt. Ebenso spielt das größere Bewusstsein über die Gesundheitsgefährdung des Rauchens während der Schwangerschaft eine Rolle. In Hamburg zeigen sich mittlerweile die Erfolge gezielter Aufklärungsaktivitäten.

### Allgemeine Sterblichkeit

Die „allgemeine Sterblichkeit“ bezieht die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum. In die allgemeine Sterblichkeit gehen alle Faktoren ein, die das Leben verlängern oder verkürzen können. Dazu gehören u. a.:

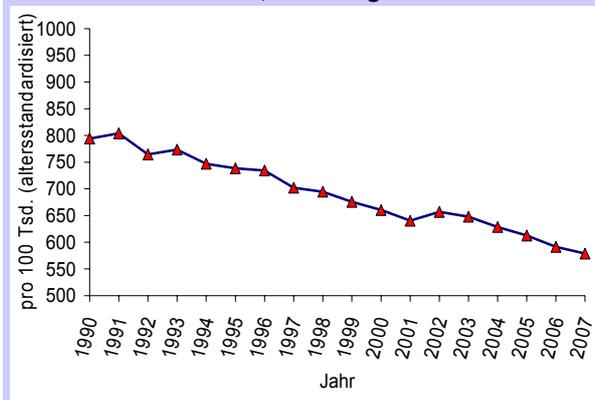
- Ökologische Einflüsse (insbesondere Umwelt, Naturkatastrophen),
- Sozioökonomische, politische und kulturelle Einflüsse (wie Arbeitsbedingungen, Ernährung),
- Medizinische Einflüsse (z. B. genetische Faktoren, Qualität medizinischer Versorgung, Impfungen, gesundheitliche Aufklärung, Hygienevorschriften etc.).

Die allgemeine Sterblichkeit besitzt eine nicht zu unterschätzende Aussagekraft für den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung. Die Sterblichkeitsursachen wie z.B. die Säuglingssterblichkeit fließen dabei ebenso mit ein wie die medizinische Versorgungsqualität.

Im Jahr 2007 verstarben 17.036 Menschen in Hamburg. Im Zeitverlauf zeigt sich eine erfreuliche Entwicklung (vgl. Abb. 3.4):

**Die Sterblichkeit in Hamburg geht seit 1990 nahezu stetig zurück.**

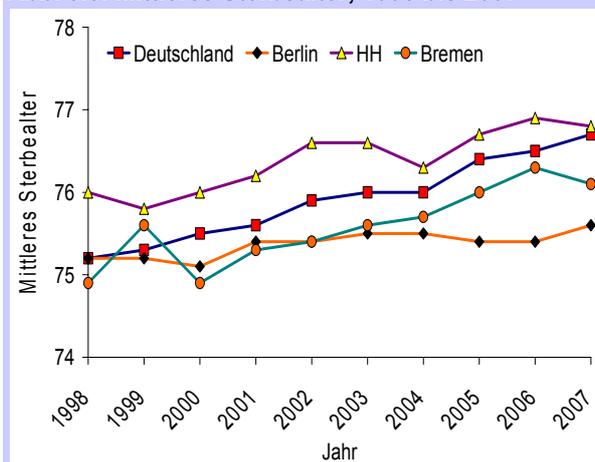
**Abb. 3.4: Sterblichkeit; Hamburg 1990 bis 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

Das mittlere Sterbealter lag in Hamburg im Jahr 2007 bei 76,9 Jahren. Im Vergleich zu den Stadtstaaten Bremen und Berlin aber auch zu Deutschland insgesamt lassen sich für Hamburg seit 1998 durchgehend höhere durchschnittliche Sterbealter dokumentieren (vgl. Abb. 3.5).

**Abb. 3.5: Mittleres Sterbealter; 1998 bis 2007**



Quelle: StBA 2009; GBE des Bundes

**Todesursachen**

Herz-Kreislauferkrankungen und bösartige Neubildungen (Krebs) sind - gefolgt von Erkrankungen der Atmungsorgane sowie Verletzungen - die häufigsten krankheitsbezogenen Diagnosegruppen, die zum Tod führen.

Die altersbereinigte Sterblichkeit der Männer ist bei fast allen Diagnosegruppen höher als die der Frauen.

Der größte Anteil an allen Todesursachen (über 7 Prozent) entfällt auf chronische Durchblutungsmängel des Herzens, die sogenannten chronisch ischämischen Herzkrankheiten. Diese führten im Jahr 2007 bei 1.210 Menschen in Hamburg zum Tod. An zweiter Stelle liegt der Lungenkrebs (1.114 Fälle) gefolgt vom Herzinfarkt (1.094 Fälle) und der Herzinsuffizienz (784 Fälle). In der Summe ist jeder vierte Todesfall in Hamburg auf eine dieser Todesursachen zurückzuführen.

Als Risikogruppen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten u. a. Raucherinnen und Raucher sowie Personen, die sich einseitig und fetthaltig ernähren, viel Stress oder erhöhte Cholesterinwerte haben, unter Bluthochdruck sowie unter Übergewicht oder Diabetes leiden.

Frauen sterben absolut gesehen häufiger als Männer an einer Krankheit des Herz-Kreislaufsystems. Dies liegt u. a. an der höheren Lebenserwartung.

**Vorzeitige Sterblichkeit**

Die „vorzeitige Sterblichkeit“ wird vielfach auch in „verlorenen Lebensjahren“ ausgedrückt - „Vorzeitig“ verstorben ist in diesem Zusammenhang definiert als Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr.

Die „vorzeitige Sterblichkeit“ gilt als wichtiger Indikator für Präventionspotenziale, da mit Blick auf die durchschnittliche Lebenserwartung der Tod vor dem 65. Lebensjahr eher nicht den Erwartungen entspricht.

**„Treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle in einem Alter auf, das deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt, ist dies ein Hinweis auf erhöhte Ge-**

**„sundheitsrisiken, die vermieden werden können“ (StBA 2008).**

Ebenso wie für die allgemeine Sterblichkeit zeigt sich bei der vorzeitigen Sterblichkeit für Hamburg ein deutlich positiver Trend: 1997 verstarben in Hamburg noch 4.005 Menschen (20,7 Prozent aller Sterbefälle) vor Erreichen des 65. Lebensjahres - 2007 waren es nur noch 2.974 (17,5 Prozent aller Sterbefälle).

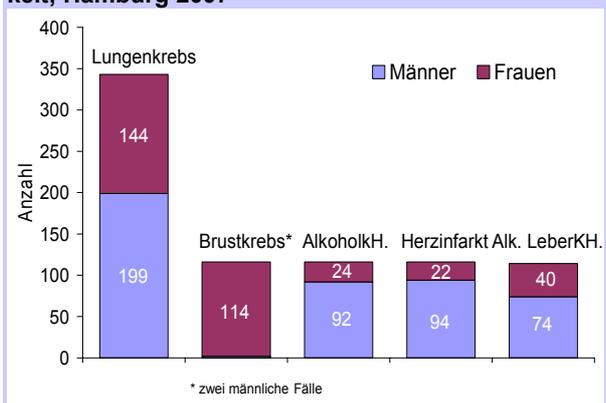
In verlorenen Lebensjahren ausgedrückt, bedeutet dies: Für das Jahr 1997 waren es noch 3.902 verlorene Lebensjahre je 100 Tsd. Einwohnerinnen bzw. Einwohner, 2007 nur noch 2.637.

Die größten Anteile verlorener Lebensjahre sind ursächlich auf die Diagnosegruppen Neubildungen (insbesondere Krebserkrankungen), Verletzungen und Vergiftungen (u.a. Verkehrsunfälle) sowie Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkte, Schlaganfälle) zu beziehen.

Die Bedeutung der vorzeitigen Sterblichkeit für die Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich u. a. über die Analyse der jeweiligen krankheitsbezogenen Diagnosen. Der weitaus größte Anteil vorzeitiger Sterbefälle entfällt auf Lungenkrebskrankungen. Diese sind bekanntermaßen größtenteils auf das Rauchen zurückzuführen (vgl. auch Kap. 4, Seite 20).

Weiter haben Brustkrebs, Alkoholkrankheiten (Missbrauch und Abhängigkeitserkrankungen), Herzinfarkte sowie die alkoholbezogene Lebererkrankungen (u. a. Leberzirrhose) eine größere Bedeutung (vgl. Abb. 3.6).

**Abb. 3.6: Diagnosen bei der vorzeitigen Sterblichkeit; Hamburg 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

Etwa jeder vierte vorzeitige Sterbefall lässt sich auf eine dieser Diagnosen beziehen. Mit Ausnahme des Brustkrebses sind Männer häufiger betroffen.

Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten setzt bei Männern offensichtlich frühzeitig ein; damit besitzen Männer im Alter unter 65 Jahren ein wesentlich höheres Risiko, an Herz-Kreislaufkrankungen zu sterben als Frauen.

Es gibt zahlreiche Ansatzpunkte die Gesundheit zu fördern. Dabei spielt die Lebenssituation der Menschen sicherlich eine Rolle. Sicher ist auch: Die positive Gestaltung des Gesundheitsverhaltens trägt maßgeblich dazu bei, vorzeitige Sterblichkeit zu verhindern.

Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu nachweisbaren Schutzeffekten für das Herz-Kreislaufsystem. Ebenso sind positive Gesundheitseffekte durch weitestgehenden Verzicht auf Suchtstoffe wie Tabak und Alkohol zu erzielen.

Als positive Wirkungen gesundheitsbewussten Verhaltens werden die Sterbezeitpunkte in ein höheres Alter verschoben - die Lebenserwartung (s. o.) wird erhöht.

**Vermeidbare Sterbefälle**

Als „vermeidbare Sterbefälle“ gelten Sterbefälle, die nach Stand der Wissenschaft mit entsprechenden präventiven Anstrengungen oder zielgerichteten Therapien mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert werden können.

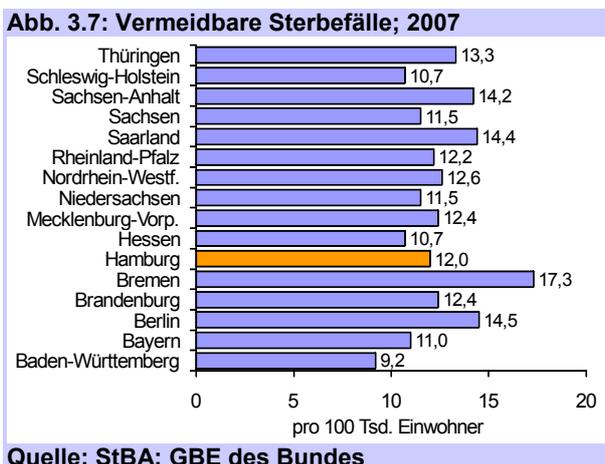
Demgemäß lassen sich aus der vermeidbaren Sterblichkeit und den darauf beziehbaren Diagnosen Hinweise über die Qualität der medizinischen Versorgung bzw. über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung gewinnen. Aus diesen Erkenntnissen wiederum kann auch ein erhöhter Bedarf an gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen abgeleitet werden.

Tab 3.1 liefert einen Überblick der vermeidbaren Krankheiten (Diagnosen) in den jeweiligen Altersbezügen. Diese Einteilung wurde von dem Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen vorgenommen.

Krankheitsarten	Alter
alle Krankheiten	unter 1
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberkulose</li> <li>• Folgezustände der Tuberkulose</li> </ul>	05-64 05-64
Neubildungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses (Cervix uteri)</li> <li>• Hodgkin-Krankheit (Lymphogranulomatose)</li> </ul>	05-64 05-34
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische rheumatische Herzkrankheiten</li> <li>• Bluthochdruck (Hypertonie)</li> <li>• Zerebrovaskuläre Krankheiten</li> </ul>	05-44 05-64 05-64
Krankheiten des Verdauungssystems <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheiten der Appendix</li> <li>• Gallensteine (Cholelithiasis)</li> <li>• Gallenblasenentzündungen (Cholezystitis)</li> <li>• sonstige Krankheiten der Gallenblase</li> <li>• sonstige Krankheiten der Gallenwege</li> </ul>	05-64 05-64 05-64 05-64 05-64
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	15-49

Gemäß dieser Einordnung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen liegt Hamburg bei den vermeidbaren Sterbefällen für das Jahr 2007 deutschlandweit im Mittelfeld.

Deutlich höhere Raten sind für die Stadtstaaten Bremen und Berlin sowie für die Flächenländer Saarland und Sachsen-Anhalt auszumachen. Die geringste Rate vermeidbarer Sterbefälle hat Baden-Württemberg (vgl. Abb. 3.7).

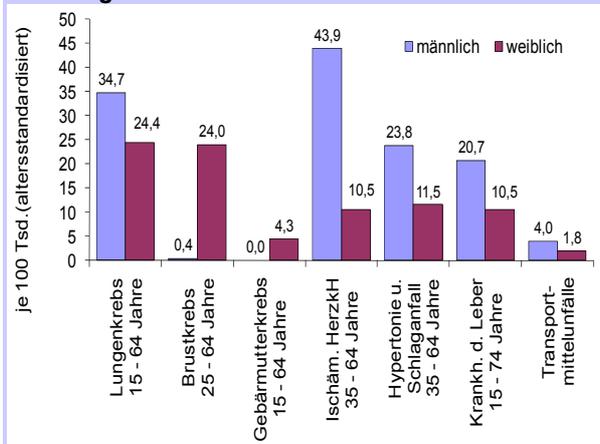


Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) klassifiziert in Teilen andere und weitere Krankheitsdiagnosen als potenziell vermeidbar (vgl. auch Holland 1991).

Dazu gehören u. a. der Lungenkrebs zwischen 15 und 64 Jahren, der Brustkrebs (Mammakarzinom) zwischen 25 und 64 Jahren, die ischämischen Herzkrankheiten zwischen 35 und 64 Jahren, die Krankheiten der Leber zwischen 15 und 74 sowie Bluthochdruck und Schlaganfälle zwischen 35 und 64 Jahren.

Nach dieser Einordnung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) sind die größten Vermeidungs- und Präventionspotenziale für die ischämischen Herzkrankheiten (hierunter fallen u. a. Herzinfarkte) im Alter zwischen 35-64 Jahren, den bösartigen Neubildungen an den Lungen im Alter zwischen 15 bis 64 Jahren, dem Bluthochdruck (Hypertonie) und den Schlaganfällen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren sowie den Krankheiten der Leber im Alter zwischen 15 und 74 Jahren auszumachen (vgl. Abb. 3.8).

**Abb. 3.8: Ausgewählte „Vermeidbare Sterbefälle“; Hamburg 2007**



Quelle: Statistik Amt Nord; eigene Berechnungen

Die größeren Präventionspotenziale sind bis auf den Brustkrebs - als typische Frauenkrankheit - durchgehend bei den Männern zu sehen.

Plakativ gesehen starben nach dieser Einteilung im Jahr 2007 in Hamburg jeden Monat „unnötig“ etwa

- 28 Menschen an Lungenkrebs,
- 20 Menschen an Leberkrankheiten,
- 16 Menschen an ischämischen Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkt),
- 14 Frauen an Brustkrebs,
- 10 Menschen an Bluthochdruck und Schlaganfall,
- 5 Menschen an Transportmittelunfällen (u. a. Verkehrsunfälle),
- 2 Frauen an Gebärmutterhalskrebs.

Die ausgewählten Todesursachen lassen sich klassifizieren als:

- primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise, z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose);
- sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung, z. B. Brustkrebs);
- tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten).

Wenn sowohl die präventiven als auch die kurativen Maßnahmen eingesetzt und vermehrt in Anspruch genommen würden, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen im Zeitvergleich zurückgehen oder zumindest nicht zunehmen würde.

Im Vergleich der letzten fünf Jahre zeigen sich positive Entwicklungen bei der vermeidbaren Sterblichkeit für die Männer bei den ischämischen Herzkrankheiten (Rückgang um nahezu ein Viertel) sowie den Leberkrankheiten (Rückgang um über 30 Prozent). Für die Frauen gibt es eine positive Entwicklung beim Brustkrebs. Problematischer gestaltet sich die Entwicklung für die Frauen beim Lungenkrebs. Seit dem Jahr 2003 ist absolut gesehen ein Anstieg von 27 Prozent festzustellen. Insbesondere die steigenden Sterbezahlen bei Frauen an Lungenkrebs geben Anlass zur Sorge. Diese spiegeln den gestiegenen Tabakkonsum bei Frauen wider.

## 4. Krankheitshäufigkeit und Krankheitsbehandlungen

**„Wie wertvoll die Gesundheit ist, erkennt man bereits daran, dass es sehr viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit gibt...“**

Ernst Ferstl  
österreichischer Lehrer, Dichter u. Aphoristiker

Um den Gesundheitszustand bewerten und Gesundheitsangebote besser planen zu können, sind gesundheitsbezogene Orientierungsdaten eine unverzichtbare Informationsquelle.

Verlässliche Angaben zur Krankheitshäufigkeit, der sogenannten Morbidität, sind bundesweit - und damit auch für Hamburg - jedoch schwer zu ermitteln. Dies liegt an den vielfach unzureichenden Datengrundlagen.

Die Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte gewährleisten, sind abrechnungsbezogen organisiert. Verlässliche Angaben zu ambulant durchgeführten Behandlungen getrennt nach Alter und Geschlecht sind demgemäß nicht möglich.

Ausnahmen stellen Krebserkrankungen und meldepflichtigen Erkrankungen dar. Für diese beiden Bereiche existieren verlässliche Zahlen über die jeweiligen Krebsregister sowie über die Meldezahlen nach dem Infektionsschutzgesetz.

Aussagen zur Morbidität im Krankenhaus werden erschwert, da es sich bei der Statistik, die das Leistungsgeschehen im Krankenhaus dokumentiert, um eine abrechnungsbezogene Fallstatistik handelt. Das heißt: Patientinnen und Patienten, die mehrmals im Jahr mit der gleichen Diagnose im Krankenhaus behandelt werden, gehen mit Ausnahme weniger Fälle auch mit mehreren diagnosebezogenen Fällen in diese Krankenhausdiagnosestatistik ein.

### Ambulante Behandlungen

Ambulante ärztliche Behandlungen werden mehrheitlich durch niedergelassene Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte durchgeführt (vgl. auch

Ausführungen in Kapitel 5).

Der Anspruch der Versicherten auf medizinische Versorgungsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird durch gesetzliche Regelungen konkretisiert, die im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) fest geschrieben sind.

Die medizinischen Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht veranlassen und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Es stellt sich die Frage: Welche Erkrankungen beanspruchen das ambulante Versorgungssystem am stärksten?

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) wurden in Hamburg im Jahr 2007 insgesamt über 11 Mio. Behandlungen<sup>3</sup> in Arztpraxen durchgeführt.

In den letzten zehn Jahren lag die Zahl der Behandlungen über alle Fachgebiete relativ konstant zwischen 11 und 12 Millionen Fällen.

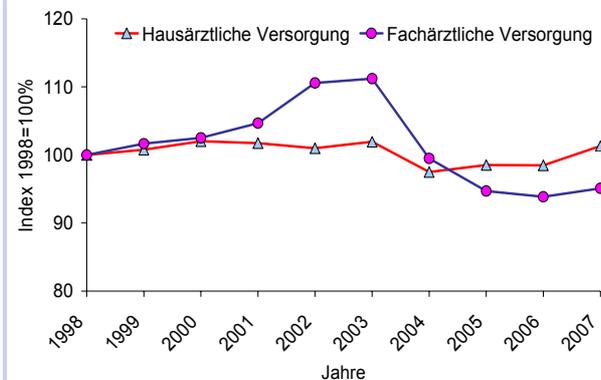
Für die hausärztliche Versorgung (Allgemeinärztliche Praxen, Fachpraxen innere Medizin und Kinderärztliche Praxen) zeigt sich:

**Nach dem Rückgang von 2003 auf 2004 stieg die Zahl der hausärztlichen Behandlungsfälle leicht an.**

Die Zahl der Behandlungsfälle in den Facharztpraxen hingegen ging seit dem Jahr 2003 bis zum Jahr 2005 deutlich zurück (vgl. Abb. 4.1).

<sup>3</sup> Ein „Behandlungsfall“ entsteht, wenn ein GKV-Mitglied in einem Quartal erstmals den betreffenden Arzt, die Ärztin aufsucht und die Krankenversicherungskarte eingelesen wird. Die Zahl der Kontakte kann höher sein als die der Fälle, weil viele Menschen im Laufe eines Quartals mehrfach die gleiche Ärztin/den gleichen Arzt aufsuchen.

**Abb. 4.1: Entwicklung der Behandlungsfälle in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung; Hamburg 1998 bis 2007 - prozentuale Veränderungen gegenüber dem Basisjahr 1998**

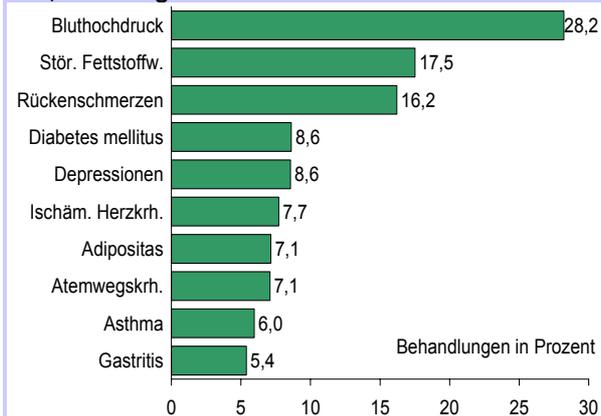


Quelle: KVH; eigene Berechnungen

Ein Grund für die rückläufigen Behandlungszahlen von 2003 auf 2004 liegt u. a. in der Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004.

Bluthochdruck, gefolgt von Störungen des Fettstoffwechsels (erhöhte Cholesterinwerte) sind die häufigsten in Hamburg im Jahr 2007 erfassten Diagnosen in Allgemeinärztlichen Praxen. Es folgen Rückenschmerzen, Diabetes mellitus und depressive Erkrankungen (vgl. Abb. 4.2)

**Abb. 4.2: Häufigste Diagnosen in Allgemeinarztpraxen; Hamburg 2007**



Quelle: KVH; eigene Berechnungen

Die Reihenfolge deckt sich zumindest für die ersten drei Positionen mit veröffentlichten Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Bei der Bewertung der Diagnosehäufigkeiten ist zu berücksichtigen: Zahlreiche Patientinnen und Patienten in Allgemeinarztpraxen

leiden nicht nur unter einer Krankheit. Die Ärztinnen und Ärzte geben bei ihren Abrechnungen daher bei den meisten Patientinnen und Patienten mehrere Diagnosen an. Von den oben genannten häufigsten Diagnosen werden daher viele gemeinsam auftreten.

### Krebsneuerkrankungen

In Hamburg erkrankten 2005/06 etwa 8.500 Personen pro Jahr an einer bösartigen Neubildung der Organe oder des blutbildenden Systems.

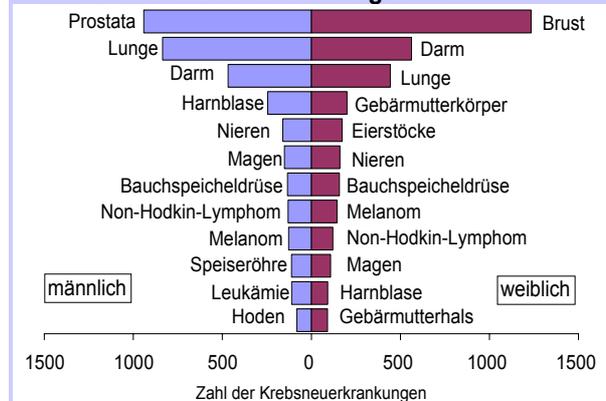
Männer sind mit 510 pro 100 Tsd. Einwohnern deutlich stärker betroffen als Frauen (470 pro 100 Tsd. Einwohnerinnen). Das mittlere Alter bei der Erstdiagnose liegt für beide Geschlechter bei 68 Jahren.

Die Erkrankungsrate insgesamt blieb in Hamburg in den letzten 10 Jahren auf nahezu unverändertem Niveau. Dieses liegt etwas unterhalb des für ganz Deutschland geschätzten Auftretens von Krebs in der Bevölkerung<sup>4</sup>.

Gleichzeitig sind für einzelne Organe unterschiedliche Zeittrends zu beobachten. So zeigten sich etwa sinkende Fallzahlen bei Magenkrebs und Zunahme bei Prostatakrebsdiagnosen.

Krebs tritt bei Männern am häufigsten in Prostata, Lunge und Darm auf, während bei Frauen in erster Linie Brust, danach Darm und Lunge betroffen sind (vgl. Abb. 4.3).

**Abb. 4.3: Häufigste Krebsneuerkrankungen; durchschnittliche Fallzahlen Hamburg 2005/2006**



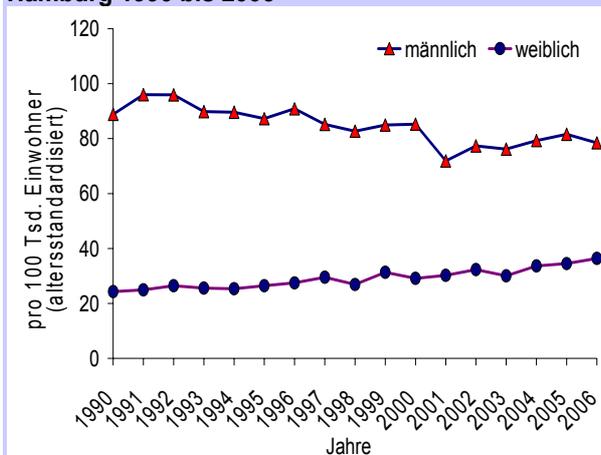
Quelle: Hamburgisches Krebsregister

<sup>4</sup> Für bestimmte Krebserkrankungen gibt es Hinweise leichte Untererfassungen aufgrund mangelnder Meldebeteiligungen der Ärztinnen und Ärzte. Somit ist der Vergleich vorsichtig zu bewerten.

Die Entstehung einer Krebserkrankung beruht in der Regel nicht auf einer einzigen Ursache, sondern auf einer Kombination verschiedener Einflüsse. Unter den vermeidbaren Risikofaktoren hat der Tabakkonsum eine überragende Bedeutung. So haben Studien aus Europa, Japan und den USA gezeigt, dass neun von zehn Lungenkrebsneuerkrankungen durch Rauchen verursacht werden.

In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die Rauchgewohnheiten verändert. Bei Männern ist der Konsum zurückgegangen, bei Frauen hingegen stieg er an. Entsprechend zeigen sich in Hamburg wie auch bundesweit und in den anderen europäischen Industrienationen seit den 1990er Jahren entsprechende Trends bei den Lungenkrebsneuerkrankungsraten (vgl. Abb. 4.4).

**Abb. 4.4: Lungenkrebsneuerkrankungsraten; Hamburg 1990 bis 2006**



Quelle: Hamburgisches Krebsregister

### Meldepflichtige Infektionserkrankungen

Infektionskrankheiten haben trotz verbesserter Hygienevorkehrungen und Vorsorgemöglichkeiten - insbesondere über einen gesteigerten Impfschutz - weiterhin eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Gesundheit.

Einige Infektionskrankheiten und Krankheitserreger wie zum Beispiel Masern, Meningokokken und bestimmte Durchfallerreger unterliegen der gesetzlichen Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz. Ärztinnen und Ärzte sowie Labore müssen den Verdacht auf eine Erkrankung oder einen Todesfall durch meldepflichtige Infektionskrankheiten den zu-

ständigen Gesundheitsämtern anzeigen. Dort werden die Daten zusammengeführt, abgeglichen, dokumentiert und an die zuständigen Landes- und/oder Bundesbehörden gemeldet. In Hamburg ist dies das Zentrum für Infektionsepidemiologie am Institut für Hygiene und Umwelt (HU) der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Das Jahr 2007 war aus infektionsepidemiologischer Sicht wieder einmal ein Jahr der "Rekorde". Noch nie seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes wurden regional und überregional so viele Erregernachweise gemeldet und Erkrankungsfälle registriert. In diesem Jahr wurden in Hamburg insgesamt über 12 Tsd. Infektionsfälle gemeldet.

Der höchste Anteil an allen Infektionen entfällt mit nahezu 60 Prozent (ca. 7 Tsd. Fällen) auf Noroviruserkrankungen. Diese sind auch für den starken Anstieg der Infektionszahlen insgesamt verantwortlich (vgl. HU 2007).

Zudem gibt es häufiger Meldungen über weitere infektiöse Durchfallerkrankungen wie die Campylobacter-Enteritis (2.069 Fälle) oder über Rotaviren-Erkrankungen (1.166 Fälle) und Salmonellose (877 Fälle).

Im Vergleich zum Vorjahr (2006) wurden doppelt so viele Noroviruserkrankungen und nahezu ein Drittel mehr Campylobacteriosen registriert. Bei den Erkrankungen durch Rotaviren zeigt sich erstmals seit 2004 wieder ein rückläufiger Trend.

Von Infektionskrankheiten sind insbesondere Kinder und ältere Menschen häufig betroffen.

Ausführlichere Daten und Informationen zur Hamburger Situation - unter anderem zur regionalen Verteilung auf die Hamburger Bezirke, zu Übertragungswegen und zu den gesundheitlichen Beschwerden - finden sich in dem vom Institut für Hygiene und Umwelt der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz veröffentlichten epidemiologischen Bericht „Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg 2007“ (vgl. HU 2007).

## Krankenhausbehandlungen

Unter Krankenhausbehandlungen werden die unterschiedlichen Formen der medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus verstanden.

Neben dem vollstationären Krankenhausaufenthalt gewinnen ambulante und teilstationäre Behandlungen zunehmend an Bedeutung.

Notwendige Krankenhausbehandlungen müssen von der behandelnden niedergelassenen Ärztin oder dem behandelnden niedergelassenen Arzt verordnet werden. Ausnahmen sind akute Notfälle.

Versicherte haben einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (gem. § 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Diese Notwendigkeit besteht, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V).

Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung (§ 39 SGB V).

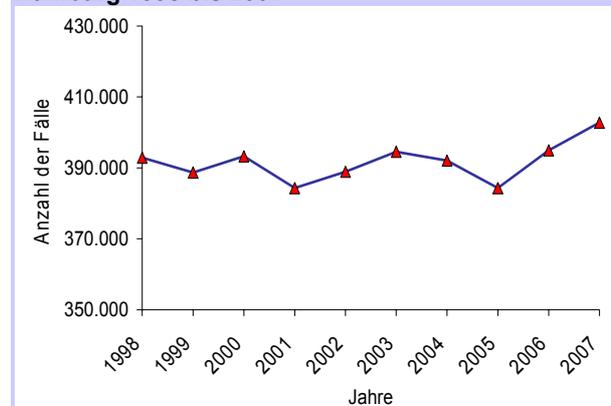
### Vollstationäre Krankenhausfälle

Die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle ist in Hamburg seit dem Jahr 1998 relativ konstant.

In den letzten zwei Jahren, seit dem Jahr 2006 sind jedoch wieder mehr Fälle zu verzeichnen (vgl. Abb. 4.5)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Vollstationäre Krankenhausfälle (Hamburger und Auswärtige) in allen Hamburger Krankenhäusern (Krankenhäuser mit und ohne Versorgungsvertrag).

**Abb. 4.5: Vollstationäre Krankenhausfälle; Hamburg 1998 bis 2007**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser

Der Rückgang der Fallzahlen in einzelnen Fachgebieten (Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Nuklearmedizin) - bedingt durch die Zunahme ambulanter Behandlungen - wird aufgehoben durch die Zunahme der Fallzahlen in den Fachgebieten, in denen sich die demografische Entwicklung, Veränderungen der Krankheitsbilder und strukturelle Veränderungen im Versorgungsangebot am deutlichsten abbilden: Geriatrie (Alterskunde), Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie.

Die Fallzahlenstiege ab dem Jahr 2005 und 2007 spiegeln auch den Rückgang der Belegungstage und die Veränderungen im Abrechnungssystem der stationären Leistungen durch die Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2003 wider. Die Vergütung erfolgt seitdem nicht mehr nach Tagespflegesätzen sondern nach Leistungen, d.h. der Anzahl der Fälle und deren Schweregrad.

### Krankenhausthäufigkeit

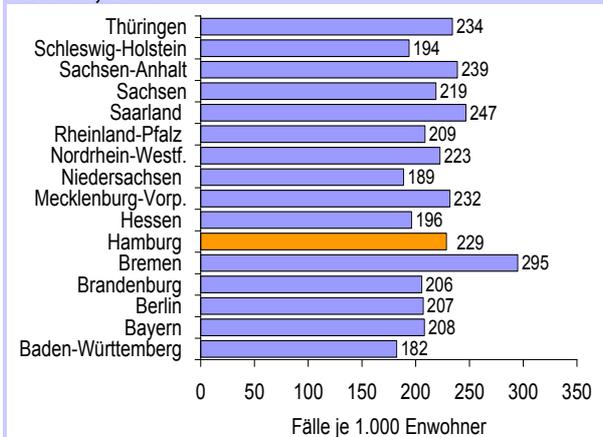
Eine Richtgröße zur Beschreibung der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlungen ist die Krankenhaushäufigkeit. Sie stellt die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle je Tsd. Einwohnerinnen und Einwohner dar und wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Die Alters- und die Geschlechtsstruktur der Bevölkerung, die Unfallhäufigkeit und die Krankheitshäufigkeit beeinflussen die Nachfrage. Die Zahl der vollstationären Betten (vgl. auch Kapitel 5) sowie Art, Umfang und die Qualität der Versorgungsangebote bestimmen das Angebot. Auch die Zahl der Ärztinnen und

Ärzte im niedergelassenen Bereich als Krankenhauseinweiser spielt eine Rolle (vgl. auch Abb. 5.2).

Die Krankenhaushäufigkeit ist ein Maß für die Inanspruchnahme der vollstationären Leistungen. Im regionalen Vergleich der Bundesländer ist sie auch ein Indikator für Patientenwanderungen<sup>6</sup>.

Bundesländer mit einem hohen Anteil der Inanspruchnahme durch die Nachbarländer verzeichnen in der Regel überdurchschnittlich hohe Fallzahlen. Demgegenüber liegen Bundesländer mit einer Patientenabwanderung in angrenzende Bundesländer in der Krankenhaushäufigkeit unter dem Durchschnitt. Dies zeigt sich zum Beispiel im Vergleich der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen (vgl. Abb. 4.6).

**Abb. 4.6: Krankenhaushäufigkeit in den Bundesländern; 2007**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser

Der relativ hohe Anteil an Fällen aus dem schleswig-holsteinischen und niedersächsischen Umland in den Hamburger Krankenhäusern spiegelt sich in der relativ niedrigen Krankenhaushäufigkeit in Schleswig-Holstein und Niedersachsen und den entsprechend hohen Zahlen in Hamburg wider.

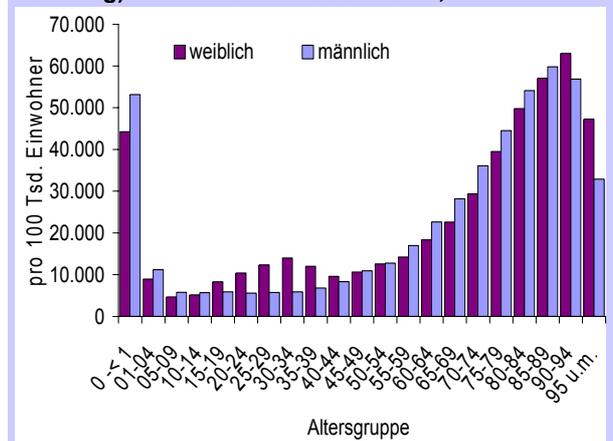
<sup>6</sup> Alle in dem betrachteten Bundesland behandelten Fälle (einschließlich der auswärtigen Fälle) sind bezogen auf die Wohnbevölkerung des betrachteten Bundeslandes.

### Krankenhaushäufigkeit nach Alter und Geschlecht

Über die dargestellten Zahlen aller in den Hamburger Krankenhäusern behandelten Fälle hinaus sind Aussagen zum Geschlecht, zum Alter und zu Diagnosen der in den Hamburger Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten möglich, die ihren Wohnort in Hamburg haben.

Abbildung 4.7 zeigt: Ohne Betrachtung der großen Gruppe der unter Einjährigen steigt die Zahl der Krankenhaushäufigkeit mit zunehmendem Alter. In der Gruppe der 15 bis 45-Jährigen und der Gruppe der über 90-Jährigen werden Frauen häufiger im Krankenhaus behandelt als Männer. Dies erklärt sich bei der ersten Altersgruppe aus Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Bei der Gruppe der über 90-Jährigen bewirken die höhere Lebenserwartung der Frauen und die mit steigendem Lebensalter zunehmenden Behandlungsnotwendigkeiten höhere Krankenhaushäufigkeiten.

**Abb. 4.7: Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Wohnort Hamburg) nach Alter und Geschlecht; 2007**

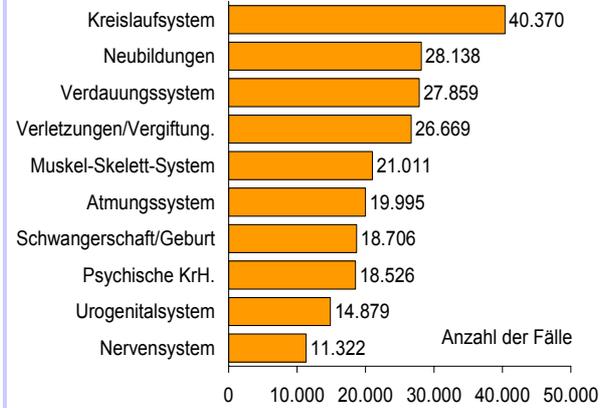


Quelle: Quelle: BSG; Krankenhausdiagnosestatistik

### Behandlungsursachen

Werden die Behandlungsansätze nach Diagnosekapiteln betrachtet, sind es in erster Linie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, gefolgt von insbesondere bösartigen Neubildungen (Krebs) mit über 20 Tsd. Fällen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich machen. An dritter und vierter Stelle der stationären Behandlungsnotwendigkeiten stehen die Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen (vgl. Abb. 4.8).

**Abb. 4.8: Behandlungsanlässe der vollstationären Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern; 2007 (Hamburger Patientinnen und Patienten nach Diagnosekapiteln)**



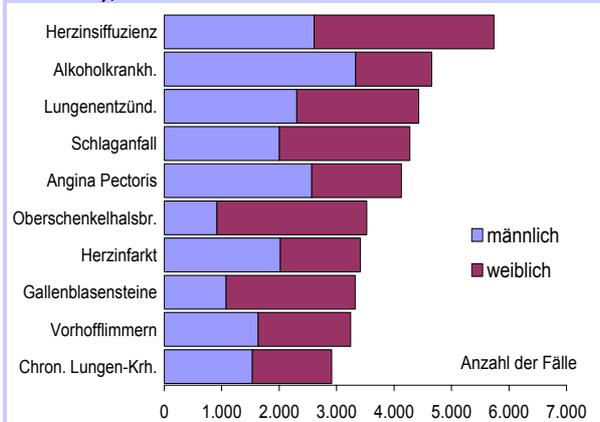
Quelle: BSG; Krankenhausdiagnosestatistik

Auf der Ebene der einzelnen Diagnosen zeigt sich (siehe Abb.4.9):

**Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Alkoholkrankheiten<sup>7</sup>, Lungenentzündungen, Schlaganfälle und Erkrankung der Herzkranzgefäße (Angina Pectoris) sind die fünf häufigsten Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt in den Hamburger Krankenhäusern erforderlich machen.**

Es folgen Oberschenkelhalsbrüche, Herzinfarkte und Gallenblasensteine (vgl. Abb. 4.9).

**Abb. 4.9: Die zehn häufigsten Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle (Hamburger Patientinnen und Patienten in den Hamburger Krankenhäusern); 2007**



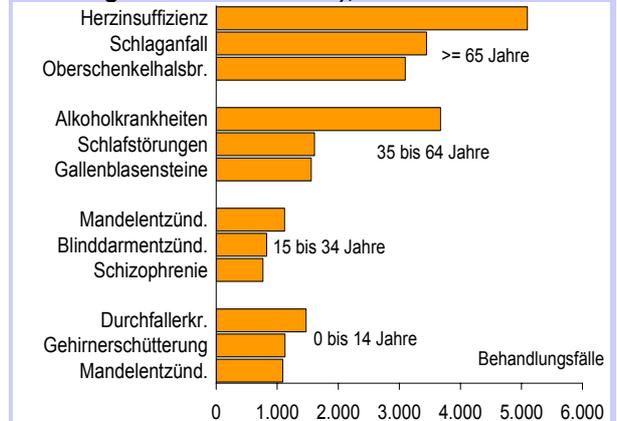
Quelle: BSG; Krankenhausdiagnosestatistik

<sup>7</sup> Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-Code F10). Hierunter fallen alle durch Alkohol verursachten Störungen bis hin zum akuten Rausch.

Frauen sind im Vergleich zu Männern deutlich häufiger wegen einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche), eines Oberschenkelhalsbrüches und eines Gallenblasensteinleidens in stationärer Behandlung. Männer werden dagegen vermehrt wegen alkoholbezogener Krankheiten, Angina Pectoris (Koronare Herzkrankheit) und eines Herzinfarktes in Krankenhäusern behandelt.

Bei über 65-Jährigen steht bereits die Herzinsuffizienz an erster Stelle. Danach folgen Schlaganfälle und Oberschenkelhalsbrüche. Bei Kindern sind Durchfallerkrankungen, Gehirnerschütterungen sowie Mandelentzündungen Hauptbehandlungsanlässe. Auffällig ist der hohe Anteil der Alkoholkrankheiten in der Gruppe der 35 bis 64-Jährigen (vgl. Abb. 4.10).

**Abb. 4.10: Die drei häufigsten Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle nach Altersgruppen (Hamburger Patientinnen und Patienten in den Hamburger Krankenhäusern); 2007<sup>8</sup>**



Quelle: BSG; Krankenhausdiagnosestatistik

Zur besseren Vergleichbarkeit bleiben in Abb. 4.10 die schwangerschafts- und geburtsbezogenen Behandlungsfälle unberücksichtigt. In der Gesamtzahl der Fälle haben diese Diagnosen jedoch bei den 15 bis 34-jährigen Frauen die größte Bedeutung.

### Verweildauer im Krankenhaus

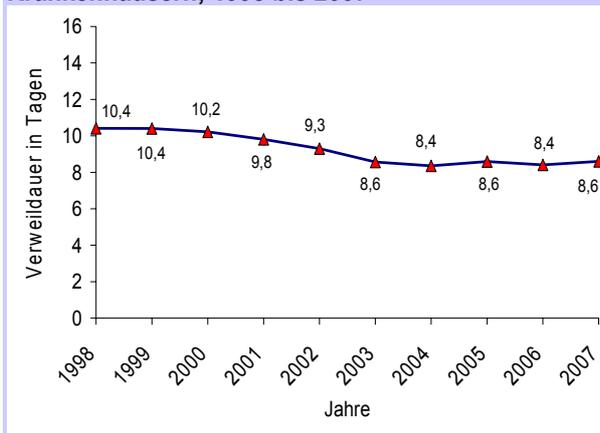
Die Verweildauer beschreibt die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in Tagen und ist eine wichtige Kennziffer zur Beschreibung der Ent-

<sup>8</sup> Ohne Schwangerschafts- bzw. geburtshilfliche Diagnosen

wicklung des vollstationären Versorgungsbereiches.

Die durchschnittliche Verweildauer in den Hamburger Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen (vgl. Abb. 4.11).

**Abb. 4.11: Mittlere Verweildauer<sup>9</sup> in Hamburger Krankenhäusern; 1998 bis 2007**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser

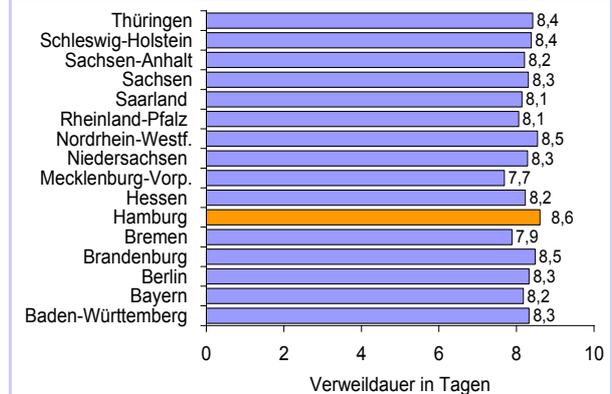
Dies ist zum einen auf Fortschritte in der medizinischen Behandlung, Therapie und Diagnostik und verbesserte Versorgungsstrukturen außerhalb des stationären Bereichs zurückzuführen. Darüber hinaus haben sich die veränderten Abrechnungsmodalitäten ausgewirkt. Dies zeigt sich insbesondere im Rückgang der Verweildauer im Jahr 2003 mit der Einführung des Fallpauschalensystems.

**Die mittlere Verweildauer in Hamburger Krankenhäusern ist seit dem Jahr 1998 bis zum Jahr 2004 stetig gesunken. Seit dem Jahr 2005 bleiben die durchschnittlich in Hamburger Krankenhäusern verbrachten Aufenthaltszeiten zwischen 8,4 bzw. 8,6 Tagen relativ konstant.**

Im Vergleich der einzelnen Bundesländer liegt die Verweildauer in Hamburg mit 8,6 Tagen über dem Bundesdurchschnitt (8,3 Tage) und erreichte im Jahr 2007 auch den höchsten Wert (vgl. Abb. 4.12).

<sup>9</sup> Bezug hier: Alle in den Hamburger Krankenhäusern behandelte Fälle unabhängig vom Wohnort.

**Abb. 4.12: Verweildauern in Bundesländern; 2007**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser

Dies weist auf den in den Hamburger Krankenhäusern aufgrund der Metropolfunktion höheren Anteil an Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenderen Erkrankungen und entsprechend längeren Verweildauern im Vergleich zu den anderen Bundesländern hin.

Bezogen auf die Diagnosen zeigt die Verweildauer ein differenziertes Bild:

Die höchsten durchschnittlichen Verweildauern nach Diagnosekapiteln weisen die psychischen Erkrankungen mit 19,6 Tagen auf. Die niedrigsten durchschnittlichen Verweildauern finden sich bei den Augenkrankheiten mit 3,7 Tagen und den Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt mit 4,1 Tagen<sup>10</sup>.

Von Interesse ist auch der Umfang der Inanspruchnahme vollstationärer Krankenhausleistungen durch bestimmte Krankheitsbilder. Hierzu wird vielfach neben der durchschnittlichen Verweildauer auch die Summe der Belegungstage einzelner Diagnosen betrachtet (Gesamtvolumen unter Berücksichtigung der Belegungstage und der Zahl der Fälle). Bei dieser Betrachtung steht wieder die Herzinsuffizienz mit 66.552 Belegungstagen im Jahr 2007 an erster Stelle. Es folgen der Oberschenkelhalsbruch mit über 66.178 Tagen und die Erkrankungen an Schizophrenie mit über 63.170 Tagen.

<sup>10</sup> Die Aussagen zur Verweildauer einzelner Diagnosen beziehen sich erneut auf die in den Hamburger Krankenhäusern behandelten Hamburger Fälle (Wohnort Hamburg).

### Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Fortschritte in der Medizin, moderne Operationstechniken und schonende Narkoseverfahren machen es möglich, eine Reihe von früher stationär durchgeführten Operationen heute ambulant durchzuführen.

Falls der Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten es zulässt, sollten stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Dann werden Operationen ambulant durchgeführt.

Es gibt zwei Vorteile: Die Patientin, der Patient kehrt bereits am Tag der Operation in ihre bzw. seine vertraute häusliche Umgebung zurück. Das Gesundheitswesen spart Kosten, die durch längere Krankenhausaufenthalte entstanden wären. Es gibt jedoch auch mögliche Risiken und Komplikationen, die durch fehlende Nachsorge entstehen können.

Anlässe für ambulante durchführbare operative Eingriffe sind z. B.: Leistenbruch, Nabelbruch, Wasserbruch (Hydrozele), Krampfadern (Varizen), Grauer Star (Katarakt), Krampfadernbruch (Varikozele), Kniespiegelung (Arthroskopie), Magenspiegelung, Metallentfernung, Knochenbrüche, Eingriffe an den Zähnen, HNO-Eingriffe sowie eine Reihe von gynäkologischen Eingriffen.

Ambulante Operationen im Krankenhaus werden seit 1993 mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes und der entsprechenden Regelung (§115b SGB V) ermöglicht.

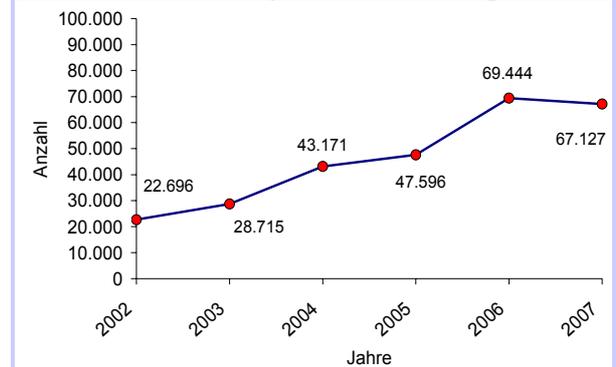
Zuvor waren diese Operationen auf die vertragsärztliche Versorgung über niedergelassene Arztpraxen, Belegärztinnen, -ärzte, ermächtigte Krankenhausärztinnen bzw. Krankenhausärzte beschränkt.

Seit 1.01.2004 gilt eine Vereinbarung, mit der neben einer deutlichen Erweiterung des Katalogs an ambulant durchführbaren Leistungen eine Gleichstellung der Krankenhäuser mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der entsprechenden Fachrichtungen in Hinblick auf die Vergütung festgelegt wurde.

Entsprechend stieg die Zahl ambulanter Operationen stark an<sup>11</sup> (vgl. Abb. 4.13).

<sup>11</sup> Überdurchschnittlich hoch ist die Steigerung im Jahr 2006. Die Gründe für diese Steigerung lassen

Abb. 4.13: Ambulante Operationen; Hamburg 2002-2007



Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser

Die Zahl der Hamburger Krankenhäuser, die ambulante Operationen anbieten, ist von 25 im Jahr 2002 auf 33 im Jahr 2007 gestiegen.

### Weitere Entwicklungen

Der demografische Wandel wird erheblichen Einfluss auf die Zahl der Krankenhausbehandlungen und das Diagnosespektrum haben.

Das Statistische Bundesamt hat über eine Modellrechnung die voraussichtliche Entwicklungen im Krankenhausbereich untersucht (StBA 2008b). Danach wird allein durch die Alterung der Gesellschaft die Zahl der Krankenhausfälle in Deutschland bis zum Jahr 2030 um etwa 12 Prozent steigen.

Es wird zu großen Unterschieden bei der Entwicklung der Krankenhausfälle nach einzelnen Diagnosegruppen kommen. Die Krankenhausfälle im Bereich Herz-Kreislaufkrankungen sowie den bösartigen Neubildungen werden weiter zunehmen (um 34 Prozent bzw. 21 Prozent). Die Zahl der Patientinnen, die aufgrund von Schwangerschaft und Wochenbett stationär versorgt werden müssen, könnte um über 22 Prozent abnehmen. Die Alterung der Gesellschaft wird auch die Kapazitäten betreffen, die in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser eingeplant werden müssen.

sich nicht eindeutig erklären. Zu beachten ist auch: Die Zahlen enthalten auch die in den Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag durchgeführten ambulanten Operationen, die aufgrund einer Vielzahl kleinerer Eingriffe (zum Beispiel in der Zahnheilkunde (Implantate) einen hohen Anteil ausmachen können.

## 5. Ambulante und stationäre Ressourcen

**„Arzt und Patient sind Partner.  
der eine stellt die Diagnose  
und der andere die Krankheit...“**

Werner Mitsch; dt. Aphoristiker

Ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote sollen eine an den medizinischen Bedürfnissen und Notwendigkeiten ausgerichtete medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger unter Maßgabe der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sicherstellen.

Die ambulante und psychotherapeutische Versorgung wird durch zugelassene Ärztinnen und Ärzten, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Zahnärztinnen und Zahnärzten geleistet.

Darüber hinaus sind weitere Gesundheitsberufe bspw. in der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie aber auch Hörgeräteakustik, Orthopädie und Zahntechnik an der Gesundheitsversorgung beteiligt.

Für die ambulante ärztliche Versorgung haben die Krankenkassen deutschlandweit im Jahr 2007 ca. 23,1 Milliarden Euro ausgegeben. Im Jahr 2006 waren es 22,2 Milliarden Euro.

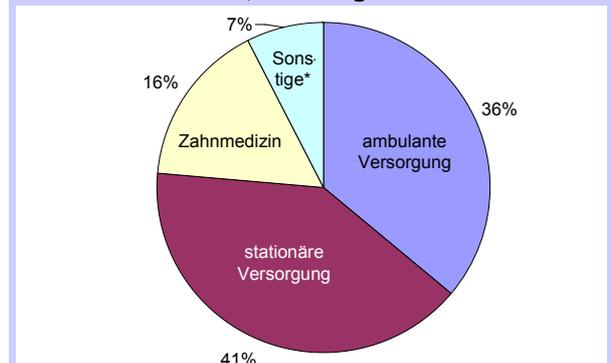
Demgegenüber stellen Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaft und Größe mit differenziertem Fächerspektrum die stationäre Versorgung sicher.

Die gesundheitliche Versorgung und Betreuung erfordert einen hohen Personaleinsatz: Im Jahr 2007 arbeiteten nahezu 48 Tsd. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Hamburg im Gesundheits- und Veterinärwesen. Dies entspricht einem Anteil von ca. sechs Prozent an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hamburg.

Insgesamt beteiligten sich im Jahr 2007 nahezu 10 Tsd. Ärztinnen und Ärzte in Hamburg an der medizinischen Versorgung.

41 Prozent der Beschäftigten arbeitete im stationären Bereich, 36 Prozent war ambulant in ärztlichen Praxen und 16 Prozent in zahnärztlichen Praxen tätig (vgl. Abb. 5.1).

**Abb. 5.1: Beschäftigungsanteile der Ärztinnen und Ärzte nach Sektoren; Hamburg 2007**



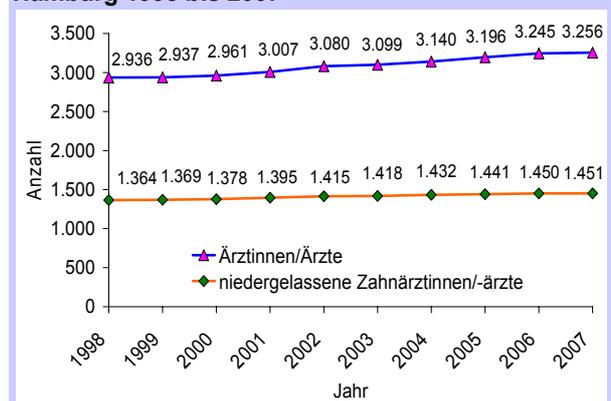
Quelle: StBA 2009; GBE des Bundes

### Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung in Hamburg wurde im Jahr 2007 über 3.256 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, 1.451 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 683 psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten sichergestellt.

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte blieb in den letzten zehn Jahren relativ konstant. Im zeitlichen Vergleich sind jeweils nur leichte Anstiege zu verzeichnen (vgl. Abb. 5.2).

**Abb. 5.2: Zahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzte; Hamburg 1998 bis 2007**

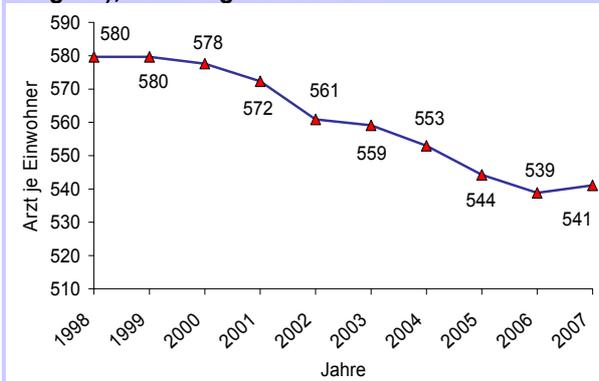


Quelle: StBA 2009; GBE des Bundes

Eine weitere Planungsgröße für die ambulante Versorgung ist die sogenannte Arztdichte. Diese Größe ist unter anderem für die Bedarfsplanung bedeutsam.

Die Vertragsarztdichte in Hamburg hat relativ stetig zugenommen. Im Jahr 2007 kamen 541 Einwohnerinnen bzw. Einwohner auf eine Ärztin bzw. ein Arzt (vgl. Abb. 5.3).

**Abb. 5.3: Einwohner pro Ärztin/Arzt (mit ärztlicher Tätigkeit); Hamburg 1998 bis 2007**



Quelle: StBA; eigene Berechnungen

Hamburg hat mit Berlin und Bremen die höchsten Arztdichten. Dies liegt auch an der Metropolfunktion Hamburgs. Hamburgs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln mit einem nicht geringen Anteil auch Menschen aus den benachbarten Bundesländern.

### Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung

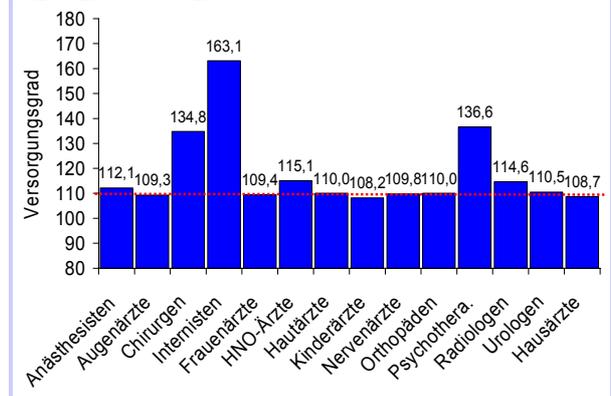
Bedarfspläne beschreiben wie viele Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in einer Versorgungsregion praktizieren sollten, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit ambulanten Leistungen zu ermöglichen.

Im Fall einer Überversorgung (ab 110 Prozent) dürfen die Medizinerinnen und Mediziner, die sich niederlassen wollen, grundsätzlich nur noch eine Praxis übernehmen bzw. betreiben, sofern eine andere Praxiseigentümerin oder ein anderer Praxiseigentümer seine Zulassung in der jeweiligen Planungsregion aufgibt.

Im Jahr 2007 wurde die Grenze der ambulanten Überversorgung zeitweise in sieben

von vierzehn medizinischen Fachrichtungen überschritten (vgl. Abb. 5.4).

**Abb. 5.4: Versorgungsgrad nach Fachrichtungen gemäß Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zum 1.10.2007**



Quelle: KVH

Deutlich überschritten wird die von der Kassenärztlichen Vereinigung anzuwendende Versorgungsgrenze von der inneren Medizin und den chirurgischen Praxen<sup>12</sup>.

### Kosten und Finanzierung der ambulanten Versorgung

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung unterliegt einer weitgehend unabhängigen Steuerung durch die Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen insbesondere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (über Richtlinien), den Bewertungsausschuss (über EBM<sup>13</sup>-Gebührenordnung) sowie durch Verträge auf Bundes- und Landesebene.

Die Krankenkassen entrichteten quartalsweise Gesamtvergütungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen - sogenannte Kopfpauschalen je Mitglied - und sonstige Vergütungen außerhalb des Budgets.

<sup>12</sup> In der Bedarfsplanungs-Gruppe „Psychotherapeuten (PT)“ sind neben ärztlichen auch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten enthalten. Zudem waren im Jahr 2007 gerade ärztliche PT noch nicht gesperrt (Mindestversorgungsanteil nach § 101 Abs. 4 SGB V a. F.).

<sup>13</sup> EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab.

Die Honorarabrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg erfolgte 2007 nach einem Verteilungsmaßstab, wonach Honorarkontingente für jede Arztgruppe und strikte Honorarbegrenzungen vorgesehen waren (sogenannte praxisbezogene Regelversorgungsvolumina).

Die Vergütung einzelner Leistungen in Euro (Punktwert) ergab sich im Wesentlichen erst nach Quartalsabrechnung und war abhängig von Leistungsmengen je Arztgruppe und Kas­senart. Ein insgesamt veränderter Leistungsbedarf hatte also unmittelbar Auswirkungen auf die Praxishonorare (Morbiditätsrisiko).

Ab dem Jahr 2009 wird sich das Vergütungssystem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, einen neuen EBM und neue Honorarverträge grundlegend ändern (Stich­worte: morbiditätsbezogene Gesamtvergütungen je Versicherten, regionale Euro-Gebührenordnung, Leistungen mit und ohne Mengenbegrenzung).

In Hamburg stand der Kassenärztliche Ver­einigung im Jahr 2007 Gesamtvergütungen in Höhe von rund 717 Mio. € zur Verfügung. Davon wurden rund 464 Mio. € an Fachärztinnen/Fachärzte, 200 Mio. € an haus­ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie 53 Mio. € an Psychotherapeutinnen und Psycho­therapeuten verteilt.

### **Stationäre Versorgung**

#### **Krankenhäuser**

Krankenhäuser bieten umfangreiche vollstationäre Leistungen, die durch verschiedene teilstationäre (Tageskliniken) und ambulante Versorgungsangebote ergänzt werden.

Zum Stichtag 1.1.2008 wurden auf Ham­burger Stadtgebiet 32 Krankenhäuser, die zur Versorgung der GKV-Versicherten berechtigt sind, betrieben. 30 Krankenhäuser sind in den Krankenhausplan 2010 der Freien und Hanse­stadt Hamburg<sup>14</sup> aufgenommen.

<sup>14</sup> Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) 2007b.

Weitere 19 Privatkliniken ohne Versor­gungsvertrag nach § 108 SGB V kommen hin­zu.

Ergänzend gibt es vier weitere Krankenhäu­ser mit spezialisierten Angeboten im schleswig­holsteinischen Umland, die mit einem Teil ihrer Bettenkapazitäten in den Hamburger Kranken­hausplan aufgenommen sind.

Die Zahl der Krankenhäuser in Hamburg hat sich seit dem Jahr 2000 durch mehrere Zu­ sammenschlüsse verringert.

Durch den Verkauf des ehemaligen Landes­betriebs Krankenhäuser (LBK) an die Asklepios Kliniken zum 1.1.2005 hat sich die Träger­ schaft maßgeblich verändert. Die Zahl privater Kliniken ohne Versorgungsvertrag hat sich verdoppelt.

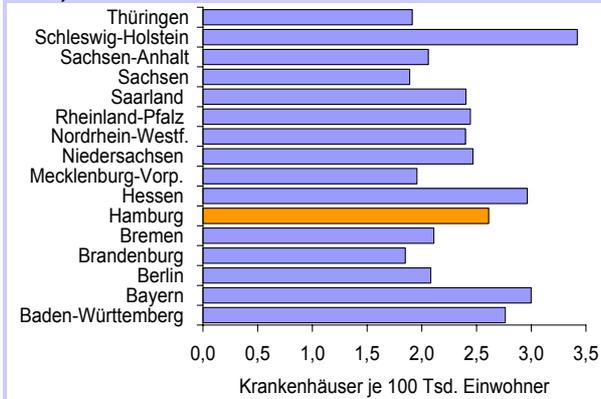
#### **Krankenhausdichte**

Mit den insgesamt 51 Krankenhäusern hat Hamburg eine Krankenhausdichte von 2,9 Krankenhäusern je 100 Tsd. Einwohnerinnen bzw. Einwohner<sup>15</sup>.

Im Bundesländervergleich liegt Hamburg mit 2,6 Krankenhäusern je 100 Tsd. Einwoh­nerinnen bzw. Einwohner im oberen Drittel (vgl. Abb. 5.5).

<sup>15</sup> Bei der Interpretation der Krankenhausdichte ist zu berücksichtigen: Die Zahl der Krankenhäuser wird auch bestimmt durch die Zahl der konzessionierten Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag, die als Krankenhaus in der Statistik wie alle anderen Krankenhäuser gezählt werden. Aufgrund geringer Bettenzahl und des speziellen Leistungsspektrums, das in der Regel nur auf eigene Rechnung der Pati­entinnen und Patienten abgerechnet werden kann, können diese Krankenhäuser nicht grundsätzlich mit dem Angebot der anderen Krankenhäuser gleichgesetzt werden. Statistisch ist keine Abgrenzung möglich. Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sind in der Statistik nicht enthalten.

**Abb. 5.5: Krankenhausedichte in den Bundesländern; 2007**



Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

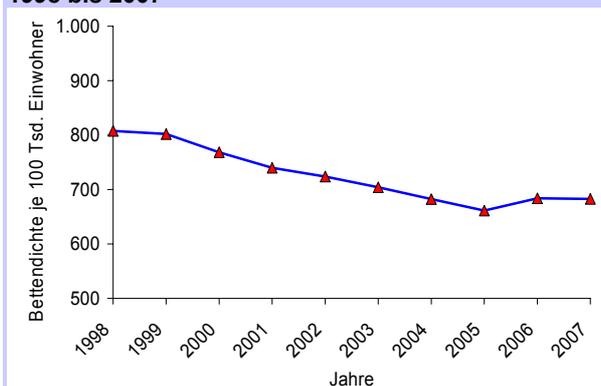
**Betten und Bettendichte**

Zum 1.1.2008 wurden auf Hamburger Stadtgebiet 11.645 Krankenhausbetten betrieben - 11.448 in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag, davon sind 10.885 Betten in den Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommen.

Die Zahl der Krankenhausbetten auf dem Hamburger Stadtgebiet wurde u. a. auf Grund des erheblichen Rückgangs der stationären Verweildauer seit Ende des Jahres 2000 bis zum Beginn des Jahres 2008 (Beginn des Hamburger Krankenhausplans 2010) um 2.130 Betten und damit rund 15 Prozent reduziert.

Die Bettendichte (vollstationäre Krankenhausbetten je 100 Tsd. Einw.; vgl. Abb. 5.6) ist eine Maßzahl für die Kapazitäten der vollstationären Krankenhausversorgung und die Patientenwanderungen zwischen Bundesländern.

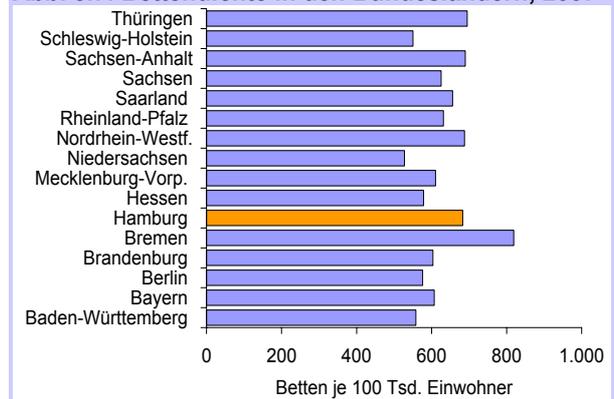
**Abb. 5.6: Bettendichte in Hamburg für die Jahre 1998 bis 2007**



Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

Bundesländer mit hoher Krankenhaushäufigkeit und hoher Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen durch benachbarte Bundesländer weisen folgerichtig entsprechend hohe Bettendichten auf. Aus diesem Grund lag die Bettendichte in Hamburg im Jahr 2007 mit 683 Betten je 100 Tsd. Einwohnerinnen bzw. Einwohnern auch über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 5.7).

**Abb. 5.7: Bettendichte in den Bundesländern; 2007**



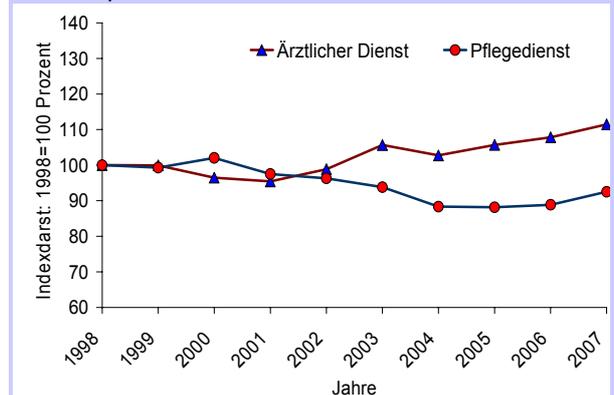
Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

**Personelle Ausstattung der Krankenhäuser**

Zum 31.12.2007 waren in den Hamburger Krankenhäusern 26.904 Personen beschäftigt. Darunter waren 19.550 Vollzeitkräfte, von denen 18,5 Prozent im ärztlichen Dienst und 39 Prozent im Pflegedienst arbeiteten.

Für die Berufsgruppen gibt es unterschiedliche Entwicklungen: Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist seit 2000 nahezu stetig gestiegen, die Zahl der Pflegekräfte hingegen ging bis zum Jahr 2005 zurück (vgl. Abb. 5.8).

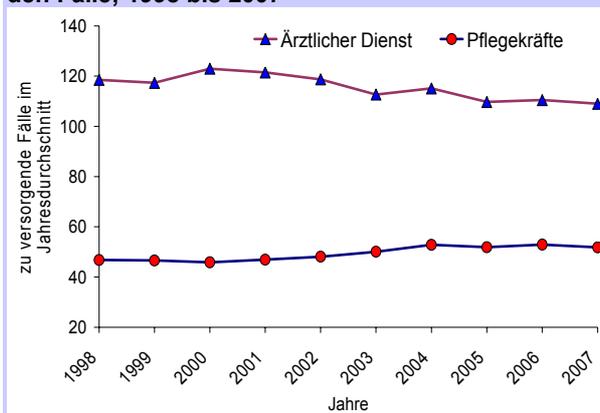
**Abb. 5.8: Vollzeitkräfte in Hamburger Krankenhäusern; 1998 bis 2007**



Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

Als weitere Richtgröße ist die Zahl der von Ärztinnen und Ärzten und von Pflegekräften zu versorgenden Fälle von Interesse. Passend zum Rückgang der Zahl der Pflegekräfte zeigt sich für Pflegekräfte bei relativ konstanter Fallzahlen ein leichter Anstieg durchschnittlich zu versorgender Fälle (vgl. Abb. 5.9).

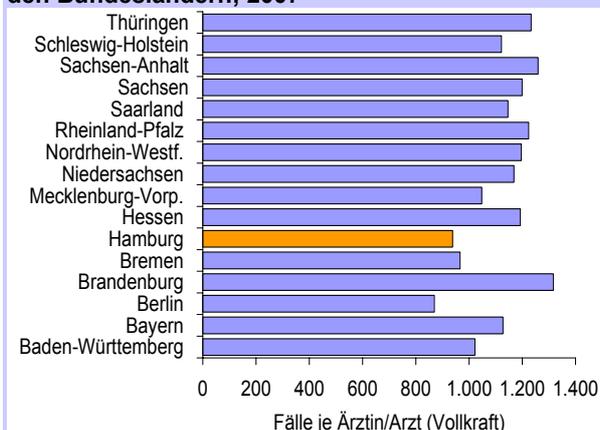
**Abb. 5.9: Zahl der durchschnittlich in Hamburger Krankenhäusern von Beschäftigten zu versorgenden Fälle; 1998 bis 2007**



Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

Die Zahl der durchschnittlich pro Vollkraft von den Ärztinnen und Ärzten zu versorgenden Fälle in Hamburg ist im Vergleich der Bundesländer ist - mit Ausnahme von Berlin - deutlich niedriger. Dies ist auf die große Zahl an Beschäftigten zurückzuführen, die durch das Universitätsklinikum u. a. über den Lehrbetrieb eingebunden sind. So erklärt sich ebenfalls der Wert für Berlin (vgl. Abb. 5.10).

**Abb. 5.10: Zahl der durchschnittlich vom Ärztlichen Dienst in Krankenhäusern zu versorgende Fälle in den Bundesländern; 2007**



Quelle: StBA, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1; eigene Berechnungen

### Leistungsangebote im Rahmen des § 116 b SGB V

Seit dem 1.4.2007 sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen des § 116 b SGB V berechtigt, bestimmte ambulante Behandlungen durchzuführen.

Voraussetzung hierfür ist ein Krankenhaus, das auf Antrag im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes unter weitgehender Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation hierzu bestimmt worden ist.

Der Katalog der möglichen ambulanten Leistungen umfasst bestimmte hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Dieser Katalog wird kontinuierlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ergänzt, der in speziellen Richtlinien die personellen und sächlichen Anforderungen an die Leistungserbringer, die Anforderungen an die Maßnahmen der Qualitätssicherung und die zu erbringende Mindestmenge darlegt.

Im Hamburg wurden im September 2007 die ersten Feststellungsbescheide erlassen, die geeignete Krankenhäuser zu dieser neuen Form der Leistungserbringung berechtigten.

Wegen der unklaren Finanzierung der in diesen Ambulanzen erbrachten Leistungen ist es zu erheblichen Verzögerungen bis zur Arbeitsaufnahme gekommen. Diese Verzögerungen sind auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht überwunden. So können auch Ambulanzen, die bereits in Betrieb gegangen sind, nur eingeschränkt tätig werden und z.B. keine Rezepte für die erforderliche Medikation ausstellen.

Die aktuelle Liste der in Hamburg zugelassenen Krankenhäuser, die Leistungsangebote im Rahmen des § 116 b SGB V erbringen, ist auf der Internetseite der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) unter nachfolgendem Link veröffentlicht ([www.hamburg.de/krankenhauus](http://www.hamburg.de/krankenhauus)).

### Kosten und Finanzierung der stationären Versorgung

In Deutschland werden die Krankenhäuser seit 1972 über ein duales System finanziert.

Investitionen - vor allem bauliche Maßnahmen - werden grundsätzlich von den Bundesländern auf der Grundlage einer Krankenhausplanung finanziert.

Die Kosten für Behandlungen werden durch die Patientinnen, die Patienten bzw. deren Krankenversicherungen getragen.

Die Betriebskosten (z.B. für Personal, Medikamente, Verpflegung, Heizung, Reinigung) wurden bis 2003 überwiegend durch „tagesgleiche Pflegesätze“, d.h. feste Beträge für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts einer Patientin, eines Patienten, finanziert.

Seit dem Jahr 2004 erfolgt die Vergütung unabhängig von Verweildauer auf Grundlage eines pauschalierten Entgeltsystems. Mit dem Systemwechsel auf Fallpauschalen strebt der Gesetzgeber mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Wettbewerb und Qualität in der Krankenhausversorgung an. Psychiatrische und psychosomatische Kliniken rechnen bisher noch tagesgleiche Pflegesätze ab. Auch hier soll ein pauschaliertes Entgeltsystem aufgebaut werden.

Im Jahr 2007 betragen die Gesamtkosten der Krankenhäuser für allgemeine stationäre Krankenhausleistungen in Deutschland rd. 60,5 Milliarden Euro und in Hamburg rd. 1,7 Milliarden Euro<sup>16</sup>. Die Durchschnittskosten je Fall lagen deutschlandweit bei 3.519 Euro und in Hamburg bei 4.236 Euro. Die höheren Durchschnittskosten je Fall in Hamburg sind wesentlich durch das spezielle, im Allgemeinen kostenintensivere Behandlungsspektrum des Universitätsklinikums beeinflusst (Sach- und Personalkosten). Dies bestätigt auch der Bundesländervergleich der Zahl der zu behandelnden Krankenhausfälle je Ärztin bzw. Arzt (vgl. Abb. 5.10), in dem Hamburg und auch Berlin die höchsten Personaldichten aufweisen.

---

<sup>16</sup> Gesamtkosten der Krankenhäuser bereinigt um sämtliche Kosten für nicht-stationäre Leistungen zzgl. der Aufwendungen für den Ausbildungsfond.

### Weitere Versorgungsangebote

#### Praxisnetze

Vernetzte Strukturen gewinnen im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Es gibt eine verstärkte Tendenz zur Bildung größerer und damit wirtschaftlich arbeitender Einheiten im Bereich der ambulanten Versorgung.

In den vergangenen Jahren haben sich bundesweit Ärztinnen und Ärzte verstärkt zu Praxisverbänden, Ärztenetzen oder ähnlichen Gemeinschaften und Verbänden zusammenschlossen.

Für den Begriff „Praxisnetz“ gibt es keine allgemeingültige Definition. Über Zusammenschlüsse von Arztpraxen hinaus sind auch Verbände mit Krankenhäusern oder anderen Leistungsanbietern wie Apotheken oder Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten möglich. Es gibt somit zahlreiche Möglichkeiten, ein Praxisnetz zu gründen. Diese reichen vom regelmäßigen, losen Treffen bis zu wirtschaftlich geführten Gesundheitsunternehmen.

Die Ziele sind klar gesteckt: Neben wirtschaftlichen Überlegungen erhoffen sich die Gesundheitsakteure eine bessere Versorgungsqualität - die Patientinnen und Patienten sollen vom Informationsaustausch der Ärztinnen und Ärzte profitieren. Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen sollen vermieden werden.

In Hamburg gibt es mittlerweile acht Praxisnetze.

#### Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung ist eine neue sektorenübergreifende Versorgungsform. Sie fördert die stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit einzelner Fachrichtungen und Sektoren (Hausärztinnen, -ärzte, Fachärztinnen, -ärzte, Krankenhäuser).

Gemäß Paragraph 140 SGB V wird es Leistungserbringern und Krankenkassen ermöglicht, auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur integrierten Versorgung zu schließen.

Die bessere Verzahnung des ambulanten

und stationären Sektors und die fachübergreifende Zusammenarbeit sind die wesentlichen Ansatzpunkte der Integrierten Versorgung.

Durch eine enge Kooperation der Ärztinnen und Ärzte mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen und über die direkte Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sollen mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen erreicht werden.

Indem Behandlungsabläufe optimiert, Behandlungszeiten verkürzt und Kapazitäten besser ausgelastet werden, besteht u. a. das Ziel die Kosten zu reduzieren.

Die derzeitige Vertragslandschaft der Integrierten Versorgung ist quantitativ und qualitativ schwer zu überblicken.

### **Medizinische Versorgungszentren**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist eine auf der Rechtsgrundlage von § 95 SGB V fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung.

In Medizinischen Versorgungszentren arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie andere Heilberufler unter einem Dach. So soll eine bedarfsgerechte Versorgung aus einer Hand ermöglicht werden.

Medizinische Versorgungszentren sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten quasi mit einer Gemeinschaftspraxis vergleichbar. Der Unterschied ist: Der Vertragspartner der zu behandelnden Person ist nicht die/der einzelne behandelnde Ärztin bzw. der Arzt, sondern das Medizinische Versorgungszentrum.

In Hamburg stieg die Zahl Medizinischer Versorgungszentren seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1. 1. 2004 von 9 auf 33 (Stand: Jan. 2009). Weitere Medizinische Versorgungszentren sind geplant.

Allgemeinärztinnen und -ärzte, Ärztinnen und Ärzte der Inneren Medizin und Gynäkologinnen/Gynäkologen sind als Fachgebiete in den Medizinischen Versorgungszentren am stärksten vertreten. Medizinische Versorgungszentren werden größtenteils von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten betrieben.

### **Apotheken**

Apotheken stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln rund um die Uhr sicher. Sie sind aber auch letzte Kontrollinstanz für Arzneimittel bei der Abgabe an Kunden.

Durch sachgerechte Information und Beratung über Arzneimittel können Apotheken die Akzeptanz von verordneten Arzneimitteln sowie die richtige Anwendung wesentlich verbessern. Zudem sind Apotheken an Informationen und Maßnahmen zur Abwehr von Arzneimittelrisiken beteiligt. Zunehmende Bedeutung gewinnt die Beratung bzgl. Selbstmedikation und Gesundheitsvorsorge.

Die Zahlen der Apotheken und der in Apotheken Beschäftigten blieben in den letzten zehn Jahren relativ konstant. Im Jahr 2008 gab es in Hamburg 459 öffentliche Apotheken mit insgesamt 3.553 Beschäftigten (davon 1.398 Apothekerinnen/Apotheker). Eine Apotheke versorgt umgerechnet ca. 3.800 Einwohnerinnen und Einwohner.

## 6. Schlussbetrachtungen

Zahlreiche wichtige Gesundheitsparameter haben sich für Hamburg nachhaltig verbessert.

**Die Lebenserwartung stieg deutlich an, die Sterblichkeit ging weiter zurück und es sind wieder steigende Geburtenzahlen zu vermelden.**

Bei der Sterblichkeit zeigen sich gleich mehrere positive Entwicklungen: Neben der Säuglingssterblichkeit gingen sowohl die Sterblichkeit insgesamt als auch die vorzeitige (vor dem 65. Lebensjahr) und die vermeidbare Sterblichkeit zurück (vgl. auch Kap. 3).

Die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem ist die zunehmende Alterung der Gesellschaft. Wegen der gestiegenen Lebenserwartung können die Menschen zwar mit einem langen Leben rechnen, die Frage, die sich jedoch stellt ist:

**Kann das längere Leben auch in Gesundheit und größtmöglicher Beschwerdefreiheit verbracht werden?**

Mit dem demografischen Wandel wird die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen gestellt. Krankheiten, die eher im Alter auftreten, wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, bösartige Neubildungen (Krebs) oder psychische und chronische Erkrankungen, werden weiter an Bedeutung gewinnen.

Ein zentraler Ansatzpunkt, um die Gesundheit zu verbessern, liegt in gezielten gesundheitsfördernden und präventiven Strategien und deren Umsetzung. Dies zeigt sich insbesondere für Erkrankungen, die häufig vorkommen und einen hohen Anteil an der Sterblichkeit haben und bei entsprechender Vorsorge und gesundheitsförderndem Wissen und Verhalten vermieden werden könnten. Dies betrifft u. a. den Lungenkrebs, Leber- und Gallenerkrankungen sowie Bluthochdruck und Verletzungen bzw. Vergiftungen.

Das Gesundheitsverhalten positiv zu gestalten, hierzu gehört u. a. sich gesund, fettarm zu ernähren, sich gesundheitsfördernd zu bewegen sowie möglichst nicht zu rauchen und wenig Alkohol zu trinken, trägt maßgeblich dazu bei, Erkrankungen sowie vorzeitige Sterblichkeit zu verhindern.

Mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung zeigt sich: Es wurden bereits einige Weichen gestellt. So wird durch neue medizinische Versorgungsformen, wie ambulante Operationen und sektorübergreifenden Versorgungsformen wie die Integrierte Versorgung die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zunehmend aufgehoben.

Die Möglichkeiten ganzheitlicher Behandlungsstrukturen wurden durch das Vertragsarztänderungsrecht verbessert. Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie ambulant tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte finden nunmehr die Möglichkeit, auch sektorübergreifend beschäftigt zu werden.

Nicht zuletzt sind seit dem 1.4.2007 zugelassene Krankenhäuser im Rahmen des § 116 b SGB V berechtigt, bestimmte hochspezialisierte Leistungen für Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen ambulant zu erbringen (vgl. auch Kap. 5).

Bilanzierend lässt sich sagen:

**Hamburg besitzt ein gut ausgebauten, flächendeckendes Versorgungssystem, das weit über seine Grenzen hinaus hochwertige medizinische Behandlungsqualität garantiert. Zukünftig werden immer mehr ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen eine angemessene Behandlung und Pflege benötigen. Auf diese Tatsache müssen sich die Gesundheitsakteure einstellen.**

### Literatur- und Quellennachweise

- AOK Bundesverband 2008: Zahlen und Fakten 2007/2008. Bonn.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2004: Gesundheitsmonitor Bayern. Die Gesundheit der Bevölkerung in Bayern im Überblick. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2006: Gesundheitsmonitor Bayern. Die Entwicklung der Lebenserwartung in Bayern. Erlangen.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2001: Stadtdiagnose 2. Zweiter Hamburger Gesundheitsbericht. Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz [BSG] 2007a: Hamburger Krebsdokumentation 2002-2004. Neuerkrankungen und Sterbefälle. Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz [BSG] 2007b: Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz [BSG] 2007c: Kindergeundheit in Hamburg. Berichte und Analysen zur Gesundheit. Hamburg.
- Bertelsmann-Stiftung 2008: Bevölkerungsprognose 2025- Daten und Fakten für rund 3.000 Kommunen. Pressemeldung 2008.
- Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg 2006: Basisdaten zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung. Nürnberg.
- Holland 1991: European Community Atlas of ‚Avoidable Death‘. Oxford – New York – Tokio.
- HU 2007: Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg 2007. Epidemiologischer Bericht. Institut für Hygiene und Umwelt der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz: Hamburg.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) 2003: ICD-10-GM 2004. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification 2004 - Stand 15 August 2003. Deutscher Ärzteverlag Köln.
- Klauber, J./Robra, B-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.) 2008: Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase?
- Klauber, J. / Robra, B-P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.) 2007: Krankenhaus-Report 2006. Krankenhausmarkt im Umbruch.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA) 2008b: Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheit in NRW, kurz und informativ Juni 2008.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA) 2008a: Vermeidbare Sterbefälle in Nordrhein-Westfalen. Gesundheit in NRW, kurz und informativ, Juli 2008.
- Meinlschmidt, G. Prof. Dr. 2007: Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007; veröffentlicht über Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (RKI) 2005: Schwerpunktbericht Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (RKI) 2006: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes (2. Erhebungswelle). Berlin.
- Robert-Koch-Institut (RKI) / Statistisches Bundesamt (StBA) 2006: Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Schneider, M., Hofmann, U., Krauss, T. 2007: Sparen Hausärzte Krankenhauskosten ein? Augsburg. Erreichbar über Internetadresse: [www.basys.de/aktuelles/hausarzt.php](http://www.basys.de/aktuelles/hausarzt.php).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008: Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2, 2008.
- Statistisches Bundesamt (StBA) 2008a: Nachhaltige Entwicklung in Deutschland. Indikatorenbericht 2008. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) 2008b: Pressekonzferenz 10. Dez. 2008 „Krankenhauslandschaft im Umbruch“. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (StBA) 2009: Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Internetplattform mit aktuellen Daten und Informationen. Erreichbar über Internetadresse: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VDAK) 2007: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007. Siegburg.

