



Freie und Hansestadt Hamburg
Bezirksamt Altona
Jugend-, Gesundheits- und Umweltdezernat



1. Altonaer Gesundheitsbericht

Gesundheits- und Umweltamt
Bezirkliche Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber:

Bezirksamt Altona
Jugend-, Gesundheits- und Umweltdezernat
Gesundheits- und Umweltamt
Jessenstraße 19
22767 Hamburg
Tel.: 040 / 42811.2091

Autoren:

Mirjam Gryzewski
Kathrin Knorr
Gerd Stehr

Druck:

Druckerei JVA Fuhlsbüttel
Suhrenkamp 92
22335 Hamburg

Auflage:

500 Stück

Altona 2006

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	5
1. Gesundheitsberichterstattung – was ist das und wem nützt sie?	
1.1 Historische Aspekte.....	6
1.2 Definition von Gesundheitsberichterstattung	7
1.3 Rechtsgrundlage, Ziele und Aufgaben.....	7
2. Konzeption, Anspruch und Aussagekraft des Altonaer Gesundheitsberichtes	
2.1 Konzeption	8
2.2 Aussagekraft	9
2.3 Erfassung der Datenbasis	9
3. Der Bezirk Altona	12
3.1 Demographische und soziale Rahmenbedingungen	12
3.2 Zur Struktur des bezirklichen Gesundheitswesens	21
• Selbsthilfe	22
• Ambulante Versorgung	24
• Stationäre Versorgung	33
4. Zur gesundheitlichen Lage der Altonaer Bevölkerung	
4.1 Basisdaten in Altona	37
• Todesursachen nach Erkrankungsarten	38
• Todesursachen des Kreislaufsystems	39
• Krebserkrankungen	40
• Prostatakrebs	41
• Brustkrebs	42
• Lungenkrebs.....	42
4.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Risiken bei Kindern und Jugendlichen.....	43
• Ernährung	43
• Prävention und Vorsorge:.....	45
Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9	46
Impfungen	47
5. Bezirkliche Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention	51
5.1 Altona in Bewegung	51
5.2 Apfelklops & Co.	52
5.3 Moby Dick	53

5.4 Beteiligung an der Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Ich geh zur U und Du?	54
6. Zusammenfassung der gesundheitlichen Situation	57
7. Handlungsempfehlungen	58
7.1 Empfehlungen für den Einzelnen	58
• Prävention Herzinfarkt	58
• Prävention Schlaganfall	59
• Prävention Prostatakrebs	59
• Prävention Lungenkrebs	60
• Prävention Brustkrebs	60
7.2 Handlungsempfehlungen für die Akteure aus Gesundheitswesen und Politik.....	61
Glossar	62
Literaturverzeichnis	64

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Kapitel 1:

Abb.1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Kapitel 3.1:

Abb.2: Bevölkerung in Hamburg und Altona, 1987 – 2004

Abb.3: Geburten und Todesfälle in Hamburg und Altona, 2002 – 2004

Abb.4: Bevölkerung Altona nach Geschlecht und Nationalität, 2002 – 2004

Abb.5: Bevölkerung Altona nach Alter und Geschlecht, 2004

Abb.6: Bevölkerung Altona nach Alter und Stadtgebieten, 2004

Abb.7: Immigranten in Altona, 1987 – 2004

Abb.8: Deutsche und nicht-deutsche Bevölkerung Altona nach Alter und Geschlecht, 2004

Abb.9: Altersspezifische Anteile der Immigranten in der Bevölkerung Altonas, 2004

Abb.10: Soziale Lagen der Hamburger Stadtteile, 2001

Abb.11: Durchschnittseinkommen pro Person und Stadtteil, 1995

Abb.12: Arbeitslose in % der 15- bis unter 65-Jährigen, 1999 – 2004

Abb.13: Sozialhilfeempfänger nach Stadtteilen, 2004

Kapitel 3.2:

Abb.14: Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Altona, 1999 – 2004

Tab.1: Themenfelder der Selbsthilfegruppen in Altona, 2006

Tab.2: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2005

Tab.3: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-West, 2005

Tab.4: Zahnärzte nach Fachrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2005

Tab.5: Zahnärzte nach Fachrichtungen in Altona-West, 2005

Tab.6: Psychologen in Altona-Kerngebiet, 2006

Tab.7: Psychologen in Altona-West, 2006

Tab.8: Anzahl der Senioren und Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 2003

Tab. 9: Ambulante Pflegedienste in Altona-Kerngebiet, 2005

Tab.10: Ambulante Pflegedienste in Altona-West, 2005

Tab.11: Apotheken in Altona-Kerngebiet, 2004

Tab.12: Apotheken in Altona-West, 2004

Tab.13: Suchthilfeeinrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2005

Tab.14: Suchthilfeeinrichtungen in Altona-West, 2005

Tab.15: Krankenhäuser in Altona, 2006

Tab.16: Pflegeeinrichtungen in Altona, 2005

Tab.17: Bestand an stationären Pflegeplätzen in Altona, 2004

Kapitel 4.1:

Abb.15: Prozentuale Verteilung der Todesursachen in Altona, 2004

Abb.16: Verteilung der Todesursachen des Kreislaufsystems in Altona, 2004

Abb.17: Die 10 häufigsten Krebsneuerkrankungsraten in Altona und Hamburg pro 100.000 Männer, im Durchschnitt der Jahre 1999 – 2001 (altersstandardisiert an der Europabevölkerung)

Abb.18: Die 10 häufigsten Krebsneuerkrankungsraten in Altona und Hamburg pro 100.000 Frauen, im Durchschnitt der Jahre 1999 – 2001 (altersstandardisiert an der Europabevölkerung)

Tab.18: Anzahl der Verstorbenen an Herzinfarkt und Schlaganfall, 2003 und 2004

Kapitel 4.2

Abb.19: Einschüler nach Gewichtsklasse und Geschlecht, 2004/2005

Abb.20: Einschüler nach Gewichtsklasse und Nationalität, 2004/2005

Abb.21: Inanspruchnahme der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen in Altona und Hamburg, 2004/2005

Abb.22: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Altona nach Nationalität, 2004/2005

Abb.23: Durchimpfung der Einschüler in Hamburg und Altona, 2004/2005

Abb.24: Durchimpfung der Einschüler in Altona nach Nationalität, 2004/2005

Abb.25: Gebisszustände in den ersten und vierten Klassen, 2005/2006

Kapitel 5

Abb.26: Veränderung der Inanspruchnahme der Kinder-Früherkennungsuntersuchung

Aufgrund der besseren Lesbarkeit des Textes wird für diesen Bericht die männliche Personenform verwendet. Soweit nicht anders ausdrücklich benannt, schließt dies selbstverständlich weibliche Personen mit ein.

Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

auch für Altona gilt, dass ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung eine wesentliche Bedingung für persönliche, soziale und ökonomische Entwicklung ist. Gesund-Sein und Gesund-Bleiben gehören zur Lebensqualität und sind damit herausragende Bestandteile des täglichen Lebens.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Altona knüpft daran an. Im Einklang mit den anderen Gesundheitsakteuren im Bezirk und in der Stadt weiß sich unser Gesundheits- und Umweltamt dem Ziel verpflichtet, die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zu fördern und zu schützen. Im Spektrum seiner gesetzlichen Pflichtaufgaben hat es die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung wahrzunehmen.

Über die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung werden alle fünf Jahre gesundheitsrelevante Informationen zur Gesundheitslage und -versorgung den Bürgern, der Politik, den Behörden und den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und Menschen zugänglich gemacht.

Bezirkliche Gesundheitsberichterstattung ist die Grundlage für die Planung und Durchführung von gesundheitspolitischen Maßnahmen, welche Krankheiten verhüten und Gesundheit fördern sollen.

Das Gesundheits- und Umweltamt Altona richtete vor gut einem Jahr die Dienststelle Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement ein, deren Aufgabe die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung ist. Nachdem die Fachkräfte auf vorerst schmaler Datenbasis recherchiert und den Bericht gefertigt haben, freue ich mich, Ihnen nun den ersten Altonaer Gesundheitsbericht vorlegen zu können. Er soll Aufschlüsse zur Gesundheitslage und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung sowie zur Weiterentwicklung des bezirklichen Gesundheitswesens in Altona geben.

Der Altonaer Gesundheitsbericht enthält viele Anregungen und kann und soll Anstöße zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung im Bezirk vermitteln.

In diesem Sinne danke ich allen Beteiligten ausdrücklich für Ihre engagierte Mitwirkung und wünsche dem Bericht eine zahlreiche und interessierte Leserschaft.

Altona, im Oktober 2006



Hinnerk Fock
Bezirksamtsleiter Altona

1. Gesundheitsberichterstattung – was ist das und wem nützt sie?

1.1 Historische Aspekte

In den 80er Jahren wirkten drei Entwicklungen zusammen, die zur allmählichen Einrichtung einer zeitgemäßen Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf Bundes- und Landesebene führten:

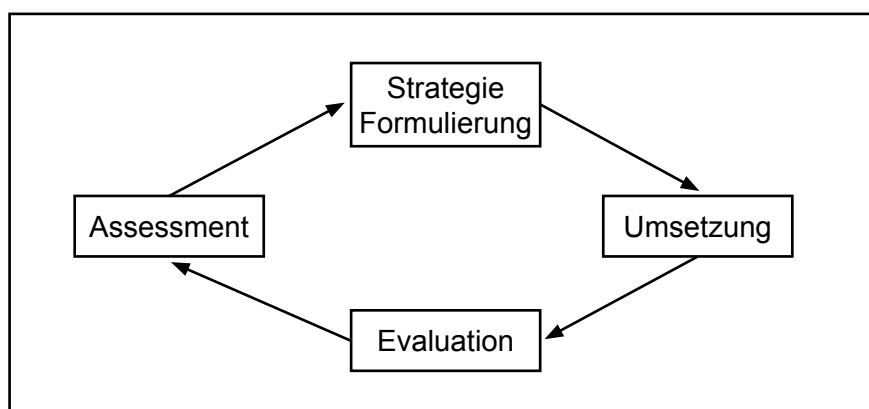
- die Diskussion um die Kosten und die Steuerung des Gesundheitswesens,
- die Renaissance des bevölkerungsmedizinischen Gedankens (Public Health) und die Bewegung für „Gesunde Städte/Regionen“,
- sowie das Unbehagen an der überkommenen Medizinalstatistik.

(zit. Kellerhof 1998: 15)

In den letzten zehn Jahren wurde die GBE in den meisten Bundesländern dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zugewiesen. Auf Landesebene wird diese Aufgabe von einem Landesgesundheitsamt oder von der obersten Gesundheitsbehörde wahrgenommen. Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter der Kreise oder Bezirke für die GBE verantwortlich.

GBE ist Bestandteil des so genannten gesundheitspolitischen Aktionszyklus und hier im Vorfeld des Assessments (Situationseinschätzung) zu verorten (siehe Abb.1). Aus der GBE resultierende Handlungsempfehlungen können auf die Agenda der verschiedenen politischen Gremien des Bezirks gesetzt werden (Strategieformulierung) und für die ansässigen Gesundheitseinrichtungen und -akteure handlungsweisend sein (Umsetzung). Um den Kreis zu schließen, sollte die Umsetzung der Maßnahmen abschließend auf Nutzen und Wirksamkeit beurteilt werden (Evaluation), deren Ergebnisse wieder in die nächste Situationseinschätzung (Assessment) einfließen.

Abb.1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus



Quelle: Rosenbrock 1995

Die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung soll also den Bürgern, der kommunalen Politik und den Gesundheitseinrichtungen nützen, indem sie durch ihren Sachverstand zur Förderung der Gesundheit und zur Verbesserung der bezirklichen Versorgungsstrukturen beiträgt.

1.2 Definition von Gesundheitsberichterstattung

In diesem Kontext sozialpolitischer Berichterstattung wird GBE wie folgt gefasst:

Gesundheitsberichterstattung ist Lagebeschreibung und Ermittlung von vordringlichen Handlungsbedarfen im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen. Gesundheitsberichterstattung zieht dazu gesundheitsbezogene Daten und Informationen heran, bewertet sie hinsichtlich ihrer Aussagekraft, analysiert sie mit wissenschaftlichen Methoden und stellt sie verdichtet und adressatenorientiert dar. Gesundheitsberichterstattung ist auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt.

(zit. Kellerhof 1998:18)

1.3 Rechtsgrundlage, Ziele und Aufgaben

Mit dem Inkrafttreten des Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (HmbGDG) vom 18. Juli 2001 sind Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung neue Pflichtaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Hamburger Bezirke sollen in fünfjährigen Abständen lokale bzw. bezirkliche Gesundheitsberichte erstellen (vgl. §§ 4 – 6 HmbGDG).

Ausgehend von dem Oberziel, zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung im Bezirk beizutragen, lassen sich folgende Unterziele ableiten:

- *Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen.*
- *Motivierung von Entscheidungsträgern und Bürgern zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung (Lobby-Förderung).*
- *Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.*

(zit. Kellerhof 1998:17)

Aus diesen Zielen leiten sich die konkreten Aufgaben wie zum Beispiel die Berichtskonzipierung, die Datenbeschaffung von den Datenhaltern, ihre Analyse und Auswertung sowie die Berichterstellung ab.

2. Konzeption, Anspruch und Aussagekraft des Altonaer Gesundheitsberichtes

2.1 Konzeption

Das Konzept dieses ersten Altonaer Gesundheitsberichts orientiert sich an Themenfeldern, die auch bundesweit für eine einheitliche und vergleichbare GBE maßgeblich sind:

- Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
- Bevölkerung und bevölkerungspolitische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Leistungen des Gesundheitswesens
- Beschäftigte des Gesundheitswesens
- Ausbildung im Gesundheitswesen
- Kosten
- Ausgaben und Finanzierung.

Angesichts der beschränkt vorhandenen und zum Teil nicht repräsentativen Datenbasis für den Bezirk Altona (siehe Punkt 2.2) war zu überlegen, welche der Themenfelder in diesem Gesundheitsbericht überhaupt dargestellt werden können. Unter Berücksichtigung aller Aspekte wurde sich für eine teilweise Darstellung dieser Themenfelder entschieden:

- Bevölkerung und soziale Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens:
Die Darstellung der aktuellen Bevölkerungsstatistik soll eine Übersicht über die Bevölkerungsstrukturen in Altona vermitteln. Die Beschreibung der sozialen Rahmenbedingungen soll mittelbare Hinweise zu den Lebenslagen der Altonaer Bevölkerung geben, die auch für die gesundheitliche Situation von Bedeutung sind (Kapitel 3.1).
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
Eine Kurzbeschreibung der Strukturen des bezirklichen Gesundheitswesens als erster Schritt für eine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Versorgung, die für die Entwicklung der bezirklichen Gesundheitsplanung und die Bestimmung von konkretisierten Gesundheitszielen bedeutsam ist (Kapitel 3.2).
- Gesundheitszustand:
Hier werden die häufigsten Todesursachen in Altona sowie die Neuerkrankungen an bestimmten Krebsarten vorgestellt, die in Altona bei Frauen und Männern die größte Rolle spielen (Kapitel 4.1).
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:
Zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Risiken wird hier ein Fokus auf die gesundheitliche Situation von Kindern gelegt. Dabei geht es um die Themen Ernährung, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen (Kapitel 4.2).

Angesichts bereits erkannter gesundheitlicher Problementwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit werden bezirkliche Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt, die zum Mitmachen motivieren sollen (Kapitel 5).

Dabei wird nicht der Anspruch verfolgt, nur repräsentative Daten zu veröffentlichen. Es geht vielmehr darum, mit dem ersten Altonaer Gesundheitsbericht einen Überblick zur Gesundheitslage im Bezirk zu geben, auf Problementwicklungen hinzuweisen und (gesundheits)politische Handlungsempfehlungen vorzulegen (Kapitel 6). Wie Professor Trojan formuliert: *Daten für Taten* zu liefern.

2.2 Aussagekraft

Ob auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene – die GBE wird auf allen Ebenen mit den gleichen, generellen Problemen konfrontiert. Trotz einer technologieaffinen und computergestützten Informationsgesellschaft ist die Datenbasis der GBE häufig noch unzulänglich. Es gibt keine umfassende Morbiditätsstatistik und generell kaum Mikrodaten, die kleinräumige bzw. lokale Gebiete beschreiben. Dies ist eines der Hauptprobleme der kommunalen GBE: wichtige Datenquellen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, wie z.B. der Gesundheitssurvey (vgl. RKI 1998) beruhen auf Stichprobenerhebungen, deren Ergebnisse zwar als repräsentativ für Deutschland gelten, dies aber nicht zwangsläufig für die regionale oder lokale Situation einer Bevölkerung gelten muss. Eigene Erhebungen im Rahmen der GBE fehlen somit weitestgehend. Deshalb greift die GBE oftmals auf schon vorhandene Datenbestände zurück, um diese retrospektiv als Indikatoren für bestimmte Themen zu verwenden. Dabei wird nicht immer deutlich, dass die Produktion der Daten entweder einem gänzlich anderen Erkenntnisinteresse folgen (etwas bei prozessproduzierten Daten der Krankenhäuser oder Krankenversicherungen) oder aber die Validität der Daten zweifelhaft ist (z.B. die abgeleitete Todesursachenstatistik aus den Todesbescheinigungen). Eine einheitliche, standardisierte Datenerfassung ist daher nicht gegeben. Die vorhandenen Daten können zudem keine Aussagen über Krankheitsursachen liefern, sondern nur zu Hypothesen bzw. Annahmen über Krankheits- und Todesursachen veranlassen.

Doch trotz der vielfältigen Probleme und defizitären Datenlage wird man versuchen, Gesundheitsberichte zu erstellen. Insbesondere für den Bezirk Altona gleicht die bezirkliche GBE einem Puzzle, dessen Ausgangsbild stark davon abhängt, welche Daten verfügbar sind. Jeder gesundheitsrelevante Indikator ist ein Puzzleteil, das von verschiedenen Datenhaltern stammt und zu einem großen Ganzen zusammengefügt werden muss. Allerdings kann momentan ein umfassendes Bild nicht beschrieben werden, da einige der Puzzleteile fehlen oder erst produziert werden müssen (z.B. regionale Behandlungsfallzahlen, zeitreihenbezogene Vergleiche der Kinder- und Jugendgesundheit über Daten des SÄD oder regionale Erkrankungshäufigkeiten). Letztendlich werden nicht alle Fragen beantwortet und sogar neue Fragen aufgeworfen werden. Doch genau dies soll der Anlass sein, den Fokus auf bestimmte Problemsituationen im Bezirk zu richten und gemeinsam mit den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens die gesundheitliche Lage der Altonaer Bevölkerung zu optimieren.

2.3 Erfassung der Datenbasis

Für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Altonaer Bevölkerung wurden, wie schon angedeutet, unterschiedliche Informationsquellen und Daten genutzt. Sie werden hier kurz aufgeführt:

Datenbasis demographische und soziale Rahmenbedingungen

Zur Beschreibung von demographischen Merkmalen der Einwohner Altonas wurden die Daten des Statistisches Amt Nord genutzt, insbesondere die Melderegister, statistische Jahrbücher und Stadtteildatenbanken. Die Beschreibung der sozialen Lage für die einzelnen Stadtteile Altonas basiert auf der GBE der (damaligen) hamburgischen Behörde für Wissenschaft und Gesundheit aus 2001.

Datenbasis Gesundheitswesen

Die Strukturbeschreibung des Altonaer Gesundheitswesens beruht auf verschiedenen Quellen. Für die Medizinalstatistik wurden insbesondere die Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Ärztekammer und des Gesundheitsamtes Altona mit seinen verschiedenen Abteilungen (z.B. Heimaufsicht, Medizinalberufe) genutzt. Für einige Versorgungsbereiche (z.B. Suchthilfe) wurden die entsprechenden Anbieter auch persönlich kontaktiert und um Information gebeten. Insgesamt kann diese bescheidene Beschreibung des bezirklichen Gesundheitswesens nur als grobe Übersichtsarbeit über die verschiedenen sozialen und gesundheitsbezogenen Leistungsanbieter dienen.

Datenbasis Mortalität

Hierzu wird die Todesursachenstatistik des Statistikamtes Nord 2004 mit vollständigen Angaben zur Mortalität und deren Ursachen herangezogen. Erfasst werden jährlich alle Gestorbenen mit dem Hauptwohnsitz in Altona. Basierend auf den Angaben des den Tod feststellenden Arztes erfolgt eine Verschlüsselung nach den Regeln der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, Revision 10). In Hamburg wird dies durch die Gesundheitsämter durchgeführt.

Datenbasis Krebserkrankungen

Die Verfügbarkeit von Daten über Erkrankungen ist generell sehr schwierig. Es sei denn, es bestehen gesetzliche Meldepflichten wie z.B. bei den Infektionskrankheiten.

1995 verpflichtete das Bundeskrebsregistergesetz alle Bundesländer ein Krebsregister einzurichten. Damit existiert zwar bis heute kein bundesweit arbeitendes Krebsregister, aber eine Reihe Landesregister, die teilweise, wie z.B. das Hamburger Krebsregister, eine lange Tradition haben. Bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts erschienen hier erste statistische Veröffentlichungen zu Krebssterbefällen. Um auch die Krebsneuerkrankungen und nicht mehr nur die Todesfälle zu analysieren, wurde in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts ein erstes eigenes Dokumentationssystem in Hamburg aufgebaut, woraus eines der ersten bevölkerungsbezogenen Krebsregister der Welt hervorging.

Die Aufgaben des Registers sind gesetzlich im Hamburgischen Krebsregistergesetz begründet. Eine wesentliche Aufgabe besteht in der Sammlung und Verbreitung von Daten über die Entstehung, das Auftreten und den Verlauf von bösartigen Neubildungen in Hamburg.

In aller Regel erfolgt die Meldung an das Hamburgische Krebsregister aufgrund einer dem Arzt gegenüber ausgesprochenen oder schriftlichen Einwilligung des Patienten (entgegen der immer wieder in der Öffentlichkeit vertretenen Ansicht besteht eine hohe Bereitschaft der Patienten, ihre Daten nach entsprechender Information für die Forschung zur Verfügung zu stellen).

Datenbasis gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Risiken bei Kindern und Jugendlichen

Hier werden Ergebnisse aus den Altonaer Schuleingangsuntersuchungen vorgestellt. Seit der Änderung des Hamburgischen Schulgesetzes im Sommer 2003 sollen alle schulpflichtigen Kinder in den Bezirken eine ärztliche Untersuchung vor Eintritt in die Schule erhalten (§ 34 (5) HmbSchG). Die Untersuchungsergebnisse werden vom schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Altona dokumentiert, anonymisiert und schließlich auch an die hamburgische Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) für überbezirkliche Analysen weitergegeben.

Die Schuleingangsuntersuchungen beziehen sich auf die in den bezirklichen Gesundheitsämtern vom Einwohnermeldeamt gemeldeten Kinder (für die Schuljahre 2004 und 2005 jeweils ca. 2200 schulpflichtige Kinder). Aufgrund einiger Anlaufschwierigkeiten konnten nicht alle gemeldeten Einschüler erreicht werden.

So wurden in Altona in 2004 und 2005 jeweils ca. 70% dieser Kinder untersucht und deren Gesundheitszustand in einer anonymisierten Dokumentation erfasst. Auf sie beziehen sich die Angaben und Ergebnisse in Kapitel 4.2. Die darin ausgesuchten Indikatoren wie BMI, Geschlecht, Nationalität, Impfstatus usw. können nur insoweit beschrieben werden, sofern diese Indikatoren vollständig dokumentiert wurden. Verzerrungen in der Ergebnisinterpretation aufgrund der nicht vollständigen Erfassung sind daher nicht auszuschließen. Beispielsweise konnten bei der Erfassung der Schutzimpfungen in Altona von allen untersuchten Kindern nur ca. 87% der Eltern einen Impfausweis vorlegen. Nur diese Kinder konnten bei den Auswertungen berücksichtigt werden. Ähnliches gilt für die Inanspruchnahme der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen.

Ein Großteil der hier dargestellten Einschüler war zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 5 bis 6 Jahre, einige 7 Jahre alt. Circa ein Fünftel dieser Kinder war nicht-deutscher Nationalität. Der Anteil der Jungen überwog mit rund 53% gegenüber den Mädchen. Insgesamt sind die Ergebnisse mit dem Hinweis auf eine Untererfassung der tatsächlichen gesundheitlichen Situation der Kinder zu betrachten.

Die Ergebnisse zur Zahngesundheit der Altonaer Schüler stammen aus den Untersuchungen des Schuljahrgangs 2005/ 06 des Schulzahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Altona. Auf der Rechtsgrundlage des Hamburgischen Schulgesetzes (§ 34 (6) HmbSchG) sollen alle Schulkinder durch den Schulzahnarzt untersucht werden, auch die Durchführung von speziellen Zahnprophylaxen sind über die Sozialgesetzgebung festgeschrieben (§ 21 SGB V).

Von allen Schülern aus der ersten und vierten Klasse in Altona konnten jeweils ca. 80% durch den schulzahnärztlichen Dienst erreicht werden.

Datenbasis bezirkliche Initiativen zur Gesundheitsförderung Prävention

Hier werden exemplarische Projekte in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Altona vorgestellt, die zu dem Thema Ernährung & Bewegung bei Kindern und Jugendlichen arbeiten.

3. Der Bezirk Altona

*“Eine Stadt muss so angelegt sein,
dass sie ihren Menschen sowohl Sicherheit als auch Glück bietet.”
(Aristoteles, griechischer Philosoph 384-322 v. Chr.)*

Geographische Lage

Altona entstand im 16. Jahrhundert in der Grafschaft Holstein-Pinneberg um einen Krug (*veraltetes Wort für eine ländliche Gaststätte*) herum, der den Hamburgern „all to na“ – also „allzu nahe“ – vor ihrer Stadt lag. Es folgten 200 Jahre dänische Zeit bis in das 19. Jahrhundert. In der preußischen Zeit war Altona die größte Stadt Schleswig-Holsteins. Seit 1937 ist Altona Teil Hamburgs, seit 1949 als Bezirk in die Freie Hansestadt Hamburg eingemeindet.

Heute ist Altona der westlichste Bezirk Hamburgs mit rund 241 Tsd. Einwohnern und einer Fläche von 78,3 km². Altona grenzt im Süden und Osten an den Bezirk Hamburg-Mitte, im Nordosten an den Bezirk Eimsbüttel und im Norden und Westen an das Bundesland Schleswig-Holstein.

Der Bezirk besteht aus 13 Stadtteilen, die sich von der Bebauungs- und Bevölkerungsdichte (2003) in drei Klassen einteilen lassen:

- Große Bevölkerungsdichte: in den östlichen Stadtteilen Altona-Altstadt, Altona-Nord und Ottensen, die im Wesentlichen dem alten Stadtkern entsprechen, mit ca. 10 Tsd. bis 11 Tsd. Einwohner/km² (weitgehend Geschosswohnungsbau).
- Mittlere Bevölkerungsdichte: in den abseits der Elbe gelegenen Stadtteilen Bahrenfeld, Groß Flottbek, Iserbrook, Lurup, Osdorf wohnen zwischen 2 Tsd. bis 5 Tsd. Personen /km² (gemischte Bebauung).
- Niedrige Bevölkerungsdichte: in den westlichen Elbvororten Blankenese, Nienstedten, Othmarschen und Rissen, einschließlich des teilweise ländlichen Sülldorf mit knapp 900 bis 2 Tsd. Einwohner/km² (überwiegend Einzelhäuser und Villen).

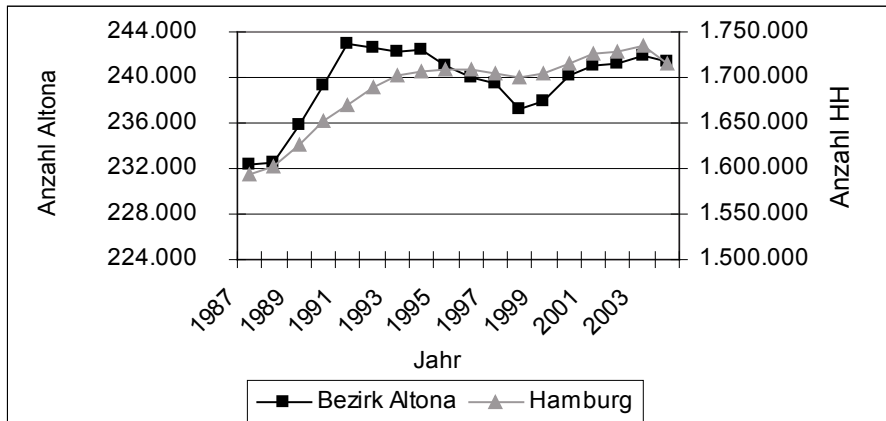
3.1 Demographische und soziale Rahmenbedingungen

Die in Altona lebende Bevölkerung lässt sich anhand bestimmter Merkmale beschreiben. Zu diesen Merkmalen gehören im Wesentlichen die verschiedenen Altersgruppen, Geschlecht, Nationalitäten, Geburten und Sterbefälle sowie die Zu- und Fortzüge. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese Merkmale in der Regel ständigen Veränderungsprozessen unterliegen und damit der Bevölkerungsstruktur im Zeitverlauf ein neues Gesicht geben.

Gegen Ende 2004 lebten in Altona insgesamt über 240 Tsd. Einwohner, davon rund 119 Tsd. Männer und knapp 126 Tsd. Frauen.

Innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte hat Altona einen Einwohnerzuwachs zu verzeichnen, der insbesondere auf Anfang der Neunziger Jahre zurückgeht. Danach war die Einwohnerzahl mit kleinen Schwankungen relativ konstant (vgl. Abb.2). Seit 1998 steigt die Bevölkerungszahl wieder kontinuierlich, 2005 mit insgesamt 5.314 Personen.

Abb.2: Bevölkerung in Hamburg und Altona, 1987 – 2004

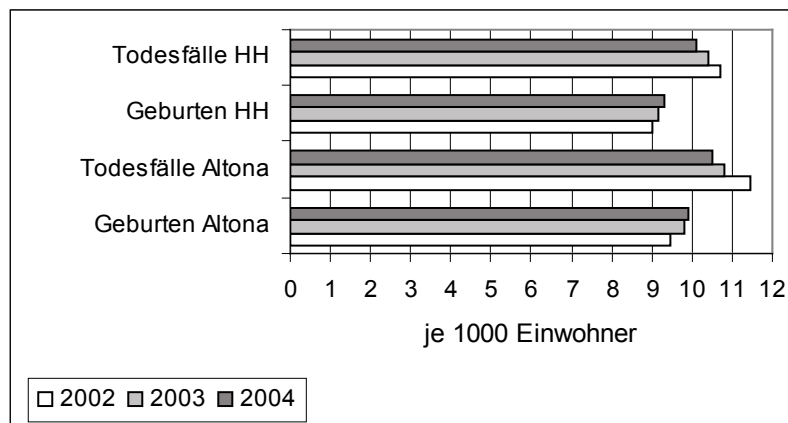


Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Geburten und Sterbefälle

In Altona werden, wie auch bundesweit, weniger Kinder geboren als es Verstorbene zu verzeichnen gibt. In 2004 kamen in Altona auf 1000 Einwohner knapp 10 Lebendgeburten und 11 Sterbefälle, damit entspricht Altona auch der hamburgischen Rate (vgl. Abb. 3).

Abb.3: Geburten und Todesfälle in Hamburg und Altona, 2002 – 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2005

Im Rückblick der letzten Jahre verzeichnet Altona eine leichte Annäherung zwischen Geburten und Sterbefälle, was hauptsächlich auf einen Rückgang der Todesfälle zurückzuführen ist. Während im Jahr 2000 noch 2.320 Lebendgeburten und 2.709 Sterbefälle verzeichnet wurden, waren es im Jahr 2004 schon 2.397 Lebendgeburten und nur 2.531 Sterbefälle. Dies entspricht einer Geburtensteigerung seit 2000 von rund 3% und eine Abnahme der Todesfälle von rund 7%.

Zu- und Fortzüge

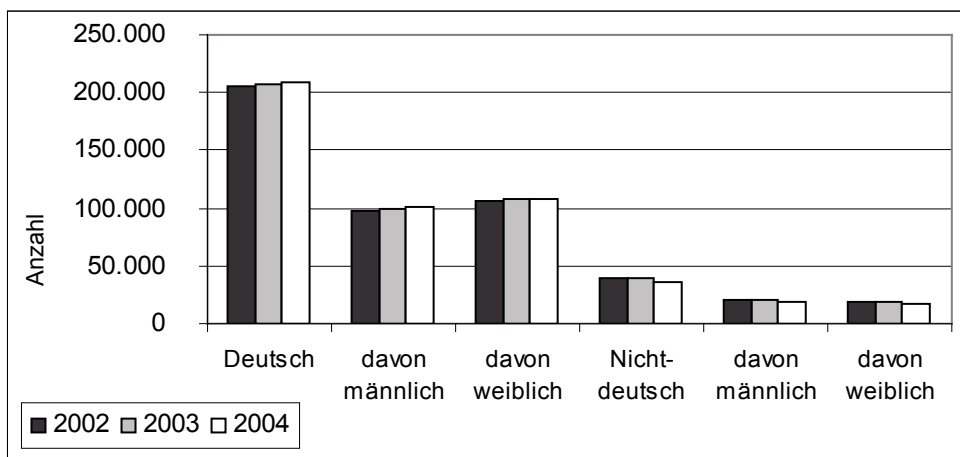
Die Entwicklung der Zu- und Fortzüge in Altona, einschließlich innerstädtischer Umzüge, verlaufen fast parallel; insgesamt ist jedoch ein Rückgang der Umzüge zu verzeichnen. In den letzten fünf Jahren hält sich diese Form der Bevölkerungsbewegung mit jeweils knapp 30 Tsd. Fort- und Zuzügen die Waage.

Geschlecht

In Altona leben insgesamt rund 125 Tsd. Frauen und 119 Tsd. Männer. Die weibliche Bevölkerung überwiegt auch in der Betrachtung der Zahlen für Hamburg: die Männer stellen knapp 49% (bzw. 850 Tsd. Personen) der Bevölkerung und Frauen 51% (bzw. 895 Tsd. Personen).

Das Geschlechterverhältnis verändert sich mit der Betrachtung verschiedener Altersgruppen und Nationalitäten. So überwiegt der Anteil der Frauen in der deutschen Bevölkerung Altonas, während es in der nicht-deutschen Bevölkerung etwas mehr Männern gibt (vgl. Abb.4).

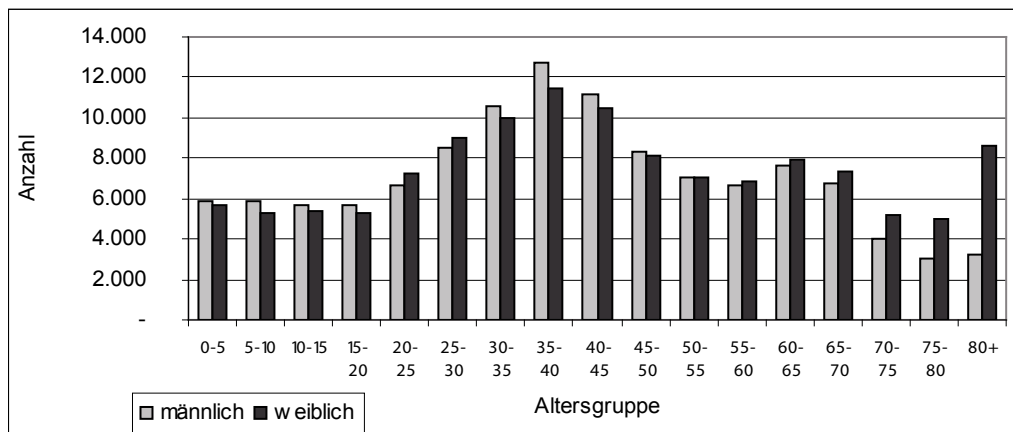
Abb.4: Bevölkerung Altona nach Geschlecht und Nationalität, 2002 – 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2005

Besonders deutlich wird das Geschlechterverhältnis in den einzelnen Altersgruppen. Während in den jüngeren Jahrgängen noch der männliche Anteil leicht überwiegt, kehrt sich dieses Verhältnis ab den mittleren Generationen um, so dass der Anteil der über 65-Jährigen mit knapp einem Drittel mehr Frauen besetzt ist. Dieses Phänomen erklärt sich dadurch, dass zum einen mehr Jungen als Mädchen geboren werden, zum anderen durch das höhere Sterberisiko der Männer (vgl. Abb.5)

Abb.5: Bevölkerung Altona nach Alter und Geschlecht, 2004



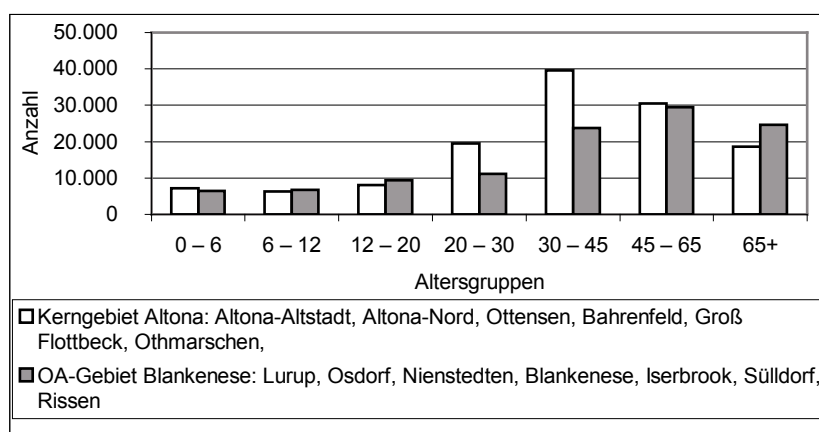
Quelle: Statistikamt Nord 2005

Altersgruppen

Die Verteilung der Altersgruppen in der Bevölkerung ist nicht nur das prägnanteste Merkmal der Bevölkerungsstruktur, sondern auch von großer gesellschaftspolitischer Bedeutung. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen sowie der Anteil an älteren Menschen bestimmen gesundheitspolitische Maßnahmen und Schwerpunkte der Gesundheitsversorgung. In Altona stellen die über 65-Jährigen einen Anteil von rund 17%, der Anteil an Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahre beläuft sich auf ca. 18%. Damit reicht Altona auch an den hamburgweiten Durchschnitt heran. Innerhalb der letzten rund 15 Jahren ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen im Verhältnis zur Einwohnerzahl Altonas leicht gestiegen (+1 %) und lag 2004 somit bei 16,5% (ca. 39.700 Personen). Der Anteil der über 65-Jährigen nahm im gleichen Zeitraum zuerst ab, seit 2000 wieder zu und lag 2004 bei rund 18% (ca. 43.300 Personen).

Innerhalb des Bezirks unterscheidet sich die Verteilung der Altersgruppen deutlich. Im Kerngebiet Altona und im Ortsamtgebiet Blankenese sind die Anteile der Altersgruppen bis zu den 20-Jährigen noch fast gleichstark vertreten. Erst ab einem Alter von über 20 Jahren zeigen sich deutliche Unterschiede: Im Kerngebiet Altona überwiegt der Anteil von Personen im erwerbsfähigen Alter, im Ortsamtgebiet Blankenese wohnen insbesondere Personen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben (vgl. Abb.6).

Abb.6: Bevölkerung Altona nach Alter und Stadtgebieten, 2004

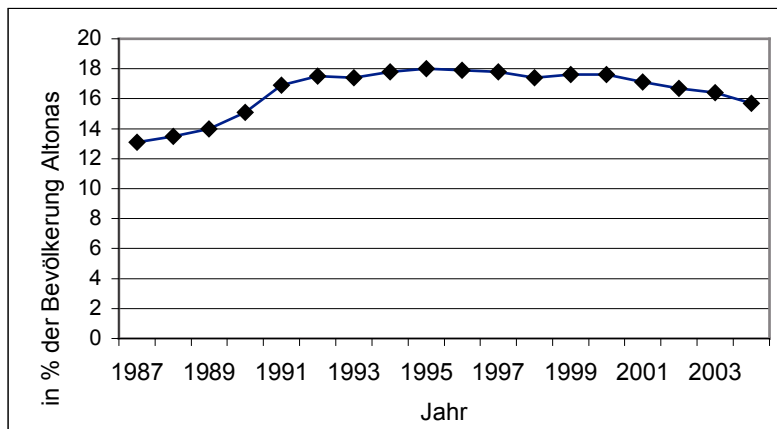


Quelle: Statistikamt Nord 2005

Nationalitäten

Neben Alter und Geschlecht sind die verschiedenen Nationalitäten der Einwohner Altonas ein weiteres Merkmal, das insbesondere das kulturelle und soziale Leben des Bezirks prägt. Zeitgleich mit dem Einwohnerzuwachs Anfang der Neunziger Jahre nahm auch der Anteil der der Immigranten im Bezirk zu und lag 2004 bei rund 16% (ca. 38.000 Personen). Tendenziell nimmt der Anteil der Immigranten im Bezirk Altona leicht ab und sank von 17,6% im Jahr 2000 auf 15,7% in 2004 (vgl. Abb.7).

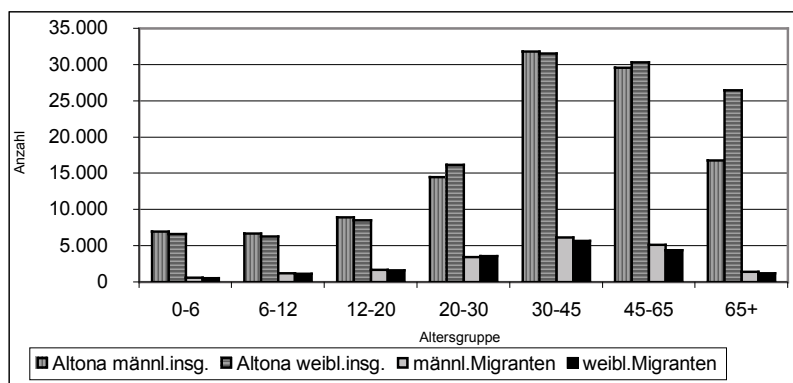
Abb.7: Immigranten in Altona, 1987 – 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Die nicht-deutschen Einwohner Altonas sind in der Altersgruppe von 20 – 65 Jahre mit ca. 18% (bzw. 28 Tsd. Personen) am stärksten in der Bevölkerung vertreten. Nur einen relativ kleinen Anteil stellen die über 65-jährigen Immigranten: Frauen und Männer zusammen rund 6% (bzw. 2.600 Personen) (vgl. Abb.8).

Abb.8: Deutsche und nicht-deutsche Bevölkerung Altona nach Alter und Geschlecht, 2004

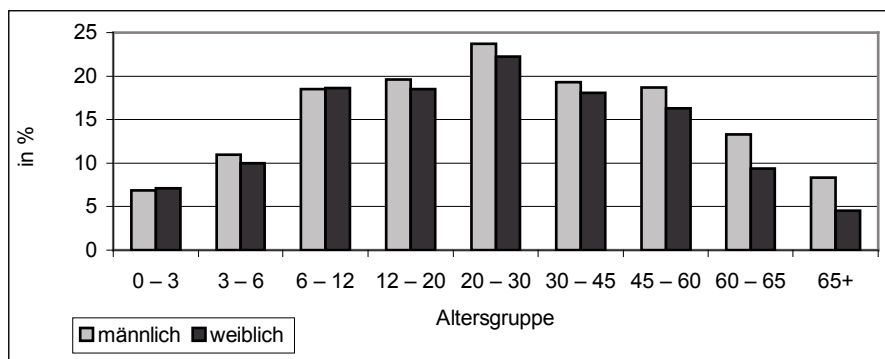


Quelle: Statistikamt Nord 2006

Der altersspezifische Anteil der Immigranten an der Altonaer Bevölkerung und das jeweilige Geschlechterverhältnis zeigt in Abbildung 9, mit welchen Anforderungen und Erwartungen das bezirkliche Gesundheitswesen zu rechnen hat. Da die meisten ausländischen Mitbürger sich v.a. in jüngeren Jahrgängen und in der

erwerbsfähigen Phase befinden, wird hier das gesundheitliche Versorgungssystem durch altersbedingte Erkrankungen und Multimorbidität kaum in Anspruch genommen. Insgesamt geht es hier eher um akute und kurzfristige Behandlungsfälle sowie die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen z.B. bei Kindern (vgl. Abb.9).

Abb.9: Altersspezifische Anteile der Immigranten in der Bevölkerung Altonas, 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

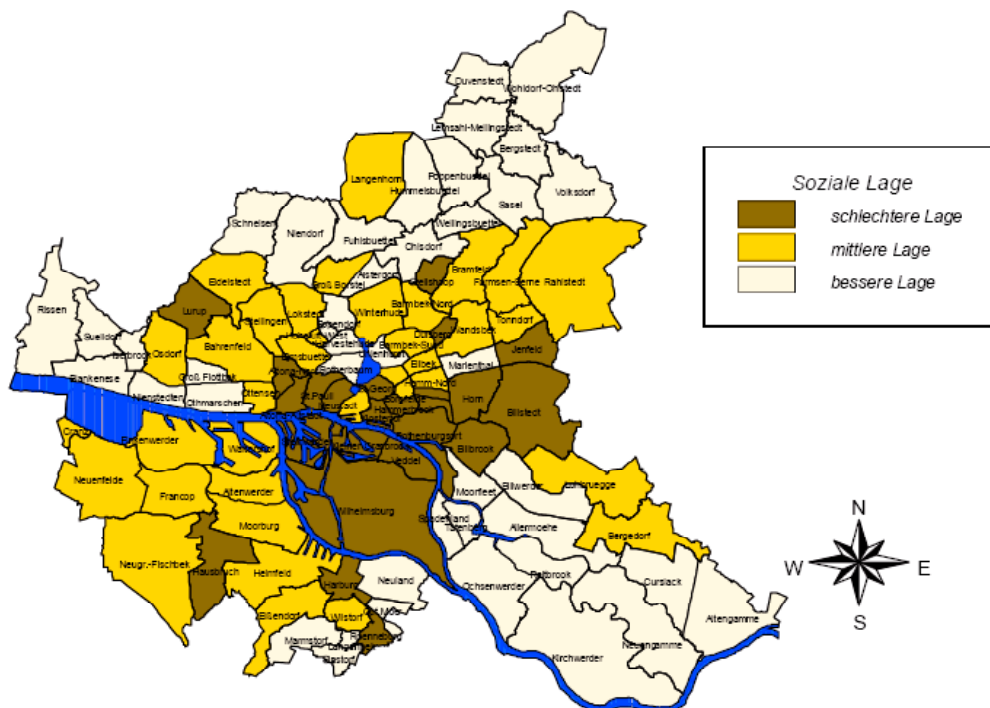
Soziale Lage

Neben diesem heterogenen Zusammenleben von Bevölkerungsgruppen aus den verschiedensten Nationen finden sich große Unterschiede in der sozialen Situation der Bevölkerung. Die soziale Lage ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen. Das Entstehen und Bewältigen von Krankheiten, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und auch die Sterblichkeit werden dadurch geprägt. Die soziale Lage wirkt sich über vielfältige Faktoren auf den Gesundheitszustand aus, dieser wiederum auf die soziale Lage (vgl. Mielck 2000). Zu den sozial benachteiligten Gruppen gehören Menschen, die eine niedrige Bildung, einen niedrigen beruflichen Status und/ oder ein niedriges Einkommen haben und damit auch ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Belastungen tragen (vgl. BZgA 2003).

Die hamburgische Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales¹ erstellte im Rahmen der landesbezogenen Gesundheitsberichterstattung einen Sozialindex (vgl. BAGS 2001). Darin wurden die 104 hamburgischen Stadtteile nach verschiedenen Sozialindikatoren (z.B. durchschnittliches Einkommen, Bildungsstand, Arbeitslosenrate) bewertet und auf solche Weise in Gruppen eingeteilt, dass je ein Viertel der hamburgischen Bevölkerung auf die privilegierten und die sozial schlechter gestellten Stadtteile entfiel. Die entsprechende Einordnung der Stadtteile nach sozialer Lage veranschaulicht Abb.10.

¹ Die hamburgischen Fachbehörden wurden im Zuge der Verwaltungsreform 2006 neu aufgeteilt. Das Ressort Gesundheit gehört nun zur neubenannten Behörde Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Abb. 10: Soziale Lagen der Hamburger Stadtteile, 2001



Quelle: BAGS 2001

Mit Fokus auf den Bezirk Altona ergibt sich folgende Einteilung nach sozialer Lage:

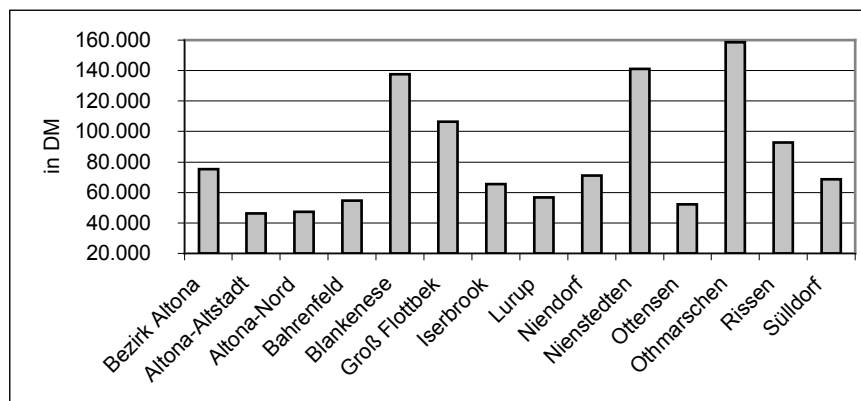
- Stadtteile mit guter sozialer Lage: Nienstedten, Blankenese, Rissen, Othmarschen, Sülldorf, Iserbrook, Groß Flottbek
- Stadtteile mit mittlerer sozialer Lage: Ottensen, Bahrenfeld, Osdorf
- Stadtteile mit schlechter sozialer Lage: Altona-Altstadt, Altona-Nord, Lurup

Diese Einteilung nach guter, mittlerer und schlechter soziale Lage beschreibt die betreffenden Stadtteile nur äußerst vereinfacht. In Altona-Altstadt leben außer sozial Benachteiligten auch sozial Privilegierte und in Blankenese außer Privilegierten auch sozial Benachteiligte. Die Einteilung gibt demnach nur an, welche soziale Gruppe in dem jeweiligen Stadtteil überwiegt und wie schwerwiegend die sozialen Probleme im Durchschnitt sind. Allerdings können über diesen Index keine Ursache-Wirkungsbeziehungen nachgewiesen werden, d.h. die Klärung der Frage, ob bestimmte soziale Probleme zu gesundheitlichen Einschränkungen führen oder ob gesundheitliche Einschränkungen schließlich soziale Probleme verursachen, ist mit Hilfe des Regionalvergleichs prinzipiell nicht möglich. Dennoch lassen sich mit Kenntnis der regionalen Besonderheiten Annahmen entwickeln, auf deren Grundlage z.B. gesundheitsfördernde Maßnahmen initiiert werden können (vgl. BAGS 2001).

Um die oben beschriebene Einteilung von guter, mittlerer und schlechter sozialer Lage für die einzelnen Stadtteile des Bezirks zu präzisieren, kann das Merkmal „Einkünfte“ pro Person betrachtet werden. Das Einkommen der Haushalte ist eines der wichtigsten Einflussgrößen auf die jeweilige soziale Lage.

Die letzten Berechnungen² des durchschnittlichen Einkommens pro lohn- und einkommenssteuerpflichtiger Person in Hamburg und seinen Stadtteilen stammen aus dem Jahr 1995. Da sich die soziale Lage in den einzelnen Stadtteilen sukzessive, also nicht in rasanten Schritten verändert, sind diese Zahlen trotz des langen Zeitraumes immer noch gute Anhaltspunkte, um sich die Einkommensverhältnisse in den einzelnen Stadtteilen vorzustellen. Das durchschnittliche Einkommen je steuerpflichtiger Person lag 1995 in Hamburg bei rund 65.600 DM. Für den Bezirk Altona lag das mittlere Einkommen 1995 pro Person bei rund 75.000 DM. Diese Summe weicht nach oben und nach unten bei der Betrachtung der mittleren Einkünfte in den einzelnen Stadtteile zum Teil stark ab. Weit über dem Hamburger und auch Altonaer Einkommensdurchschnitt liegen Stadtteile wie Blankenese, Groß Flottbek, Nienstedten und Othmarschen mit über 100.000 DM pro Jahr und Person. Einen deutlichen Gegensatz bilden dazu die Stadtteile Altona-Altstadt und -Nord, mit einem jährlichen Einkommen von rund 41.000 DM (vgl. Abb.11).

Abb.11: Durchschnittseinkommen pro Person und Stadtteil, 1995



Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Zur aktuellen Situation in den einzelnen Stadtteilen geben die Merkmale „Arbeit“ und „Sozialhilfe“ einen weiteren indirekten Hinweis auf die soziale Lage.

Arbeit

In Altona bewegte sich die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten³ (abhängig Beschäftigte) seit 1999 zwischen rund 70 und 75 Tsd. Personen (ca. 42 – 45%) und lag 2004 bei ca. 72 Tsd. Personen bzw. 44%. Der Anteil der Altonaer Arbeitslosen blieb im gleichen Zeitraum relativ konstant bei rund 7%.

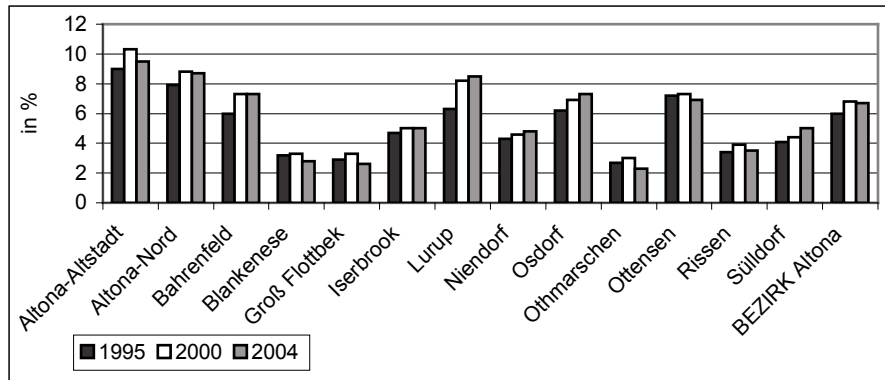
Mit Blick auf die verschiedenen Stadtteile gibt es dennoch große Unterschiede in Bezug auf die (Nicht-) Beschäftigungsverhältnisse. Arbeitslosigkeit ist ein relevanter Einflussfaktor auf die Gesundheit, insbesondere Langzeitarbeitslose leiden häufig unter psychosomatischen Beschwerden (vgl. Elkeles 1999). In Altona-Altstadt, Altona-Nord, Bahrenfeld, Lurup, Osdorf und Ottensen liegt der Anteil der Arbeitslosen an der erwerbs-

² Die *Einkünfte je Steuerpflichtigen* sind Ergebnisse der Lohn- und Einkommensteuerstatistik. Bei der Berechnung des Durchschnittswertes für Hamburg insgesamt wurden die Steuerfälle, die keinem Stadtteil zugeordnet werden konnten, mit einbezogen (vgl. Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile).

³ Die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit beruht auf den Meldungen der Arbeitgeber zur Kranken-, Renten-, Pflege- und/oder Arbeitslosenversicherung. Hier werden alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer (ca. 75-80% aller Erwerbstätigen) erfasst. Nicht berücksichtigt sind nicht sozialversicherungspflichtige Beamte, Selbständige, unbezahlt mithelfende Familienangehörige und Personen, die ausschließlich in so genannten Mini-Jobs tätig sind.

fähigen Bevölkerung⁴ (zwischen 15 – 65 Jahren) zwischen 7 bis 10%, während Blankenese, Groß Flottbek und Othmarschen einen Arbeitslosenanteil von rund 2 bis 3% aufzeigen (vgl. Abb.12).

Abb.12: Arbeitslose in % der 15- bis unter 65-Jährigen, 1999 – 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Sozialhilfe

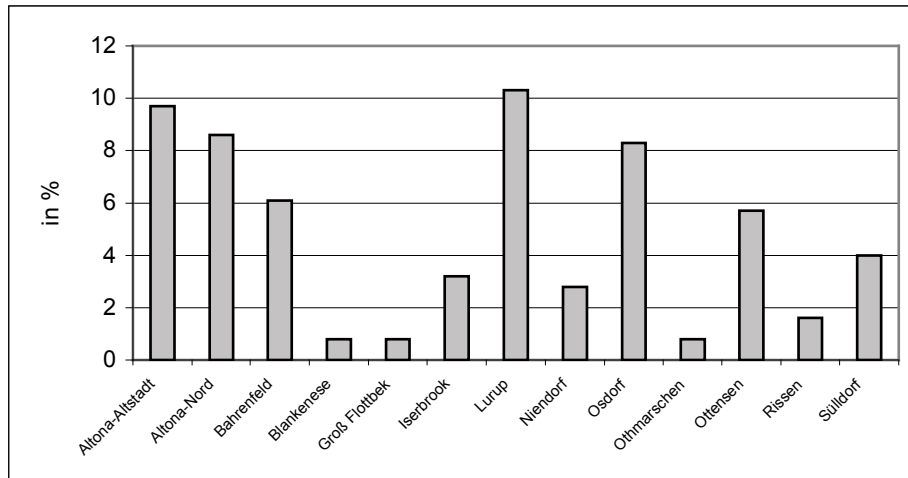
Auf der unteren Stufe der Einkommensverhältnisse stehen Menschen, die ihren Lebensunterhalt über Sozialhilfeleistungen⁵ bestreiten müssen. Die Zahl der Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen („Sozialhilfe im engeren Sinne“) kann interpretiert werden als die von staatlicher Seite „bekämpfte materielle Armut“. Am Jahresende 2004 wurden in Hamburg ca. 68 Tsd. Bedarfsgemeinschaften mit insgesamt rund 123 Tsd. Personen durch Sozialhilfe in Form der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen unterstützt. Dies entspricht rund 7% der Bevölkerung Hamburgs. Im Bezirk Altona bezogen 2004 ca. 14.700 Menschen Sozialhilfe. Dies entspricht rund 6% der Altonaer Bevölkerung. Seit 1995 nimmt die Zahl der Sozialhilfeempfänger im Bezirk Altona leicht ab, wobei diese Veränderungen auch durch gesetzliche Verschärfungen des Sozialhilferechts erklärt werden kann.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger variiert zwischen den verschiedenen Stadtteilen. Den größten Anteil stellen Altona-Altstadt, -Nord, Lurup und Osdorf mit Werten zwischen 8 bis 10%. Die niedrigsten Anteile haben Blankenese, Groß Flottbek, Rissen und Othmarschen mit 1 bis 2% (vgl. Abb. 13).

⁴ Üblicherweise werden Arbeitslosenquoten dargestellt, d.h. das Verhältnis von Arbeitslosen zu den Erwerbspersonen. Da aktuelle Erwerbspersonenzahlen für die Stadtteile nicht verfügbar sind, werden die Arbeitslosenzahlen ersatzweise auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren bezogen, d.h. auf Personen, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden (vgl. Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile).

⁵ Die Kennziffer „Sozialhilfeempfänger/innen in % der Bevölkerung“ wurde berechnet aus den Ergebnissen der amtlichen Sozialhilfestatistik und Angaben des Melderegisters, jeweils Stand 31.12.2004. Berücksichtigt sind ausschließlich die Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen inklusive der Grundversicherung. Die Änderungen des Sozialhilferechts („Hartz-Reform“), also die Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe zu ALG II, sowie die Auflösung und Eingliederung des BSHG in das neue SGB XII, sind hier noch nicht berücksichtigt. Die meisten Änderungen traten ab dem 01.01. 2005 in Kraft; durch die Reform ist die Vergleichbarkeit dieser Personengruppen vor und nach 2005 stark eingeschränkt.

Abb.13: Sozialhilfeempfänger nach Stadtteilen, 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Zusammenfassung

Der Bezirk Altona wird durch eine sehr unterschiedliche Bevölkerung geprägt. In diesem Bezirk leben nicht nur Arm und Reich nah nebeneinander, sondern auch die verschiedenen Kulturen und Lebenslagen geben den Altonaer Stadtteilen ein eigenes Gesicht.

All diese verschiedenen Zielgruppen und deren Lebensverhältnisse sind bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Programme zu berücksichtigen. Die soziale Lage und die Lebensbedingungen vor Ort nehmen Einfluss auf die individuellen Verhaltensweisen und umgekehrt. Beides zu berücksichtigen und zu fördern ist wohl eine der größten Herausforderungen für eine gesundheitsförderliche Lebenswelt.

3.2 Bezirkliches Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen und Regelungen, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist.

Es hat als Einrichtung sozialmedizinischen Austauschs die Form eines Gesundheitsmarktes, in dem Nachfrage und Angebot von Gesundheitsdienstleistungen wechselseitig wirken. Dabei spielen marktwirtschaftliche Konkurrenz- sowie gesundheitspolitische Steuerungsmechanismen eine bedeutende Rolle, die insbesondere soziale Zielsetzungen verfolgen. Die Hauptziele des Gesundheitswesens sind:

Zugang für alle, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen, Wirtschaftlichkeit sowie Zufriedenheit der Patienten und des Personals.

Um die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen zu differenzieren, wird hier nach zwei Ebenen unterschieden:

- Die informelle Versorgung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und -organisationen, die allen interessierten Personen offen stehen.
- Die professionelle Versorgung durch ausgebildetes Gesundheitspersonal und -einrichtungen. Der Zu-

gang ist i.d.R. indikationsgeleitet und unterliegt einer vielfältigen Sozialgesetzgebung, die das Spektrum an Versorgungsleistungen regelt. Dieses professionelle Gesundheitswesen lässt sich wiederum unterteilen in die

- ambulante Versorgung z.B. durch Arztpraxen
- stationäre Versorgung z.B. durch Krankenhäuser

Informelle Versorgung

Selbsthilfe

Die gesundheitliche Selbsthilfe hat sich neben der stationären und ambulanten Versorgung mittlerweile als wichtige Institution im Gesundheitswesen etabliert. Dies liegt nicht zuletzt an der Tatsache, dass chronische Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. Die Betroffenen schließen sich oftmals einer Selbsthilfegruppe an, um über Erfahrungs- und Informationsaustausch besser mit ihrer Erkrankung leben zu können. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist gering organisierte Zusammenschlüsse, die mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften wollen.

In Altona existiert mittlerweile ein breites Spektrum an Selbsthilfeangeboten. Selbsthilfegruppen können durch die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS)⁶ organisiert und unterstützt werden. Ferner berät KISS bei Neugründungen und vermittelt Hilfesuchende in bestehende Gruppen. Zu den Aufgabenbereichen von KISS gehören:

- Beratung und Unterstützung bei Neugründung von Selbsthilfegruppen.
- Organisatorische und inhaltliche Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen.
- Durchführung von Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen für Angehörige in helfenden Berufen.
- Veranstaltung von Treffen zum Erfahrungsaustausch für Gruppen und Mitglieder.
- Kostenlose Nutzung von Räumen in den Kontaktstellen für Gruppentreffen.
- Herausgabe einer Selbsthilfezeitung.
- KISS-Radio (einmal im Monat berichten Selbsthilfegruppen über ihre Arbeit).
- Kooperation mit professionellen Gesundheitsakteuren.

Die fachliche Steuerung sowie die Koordination und Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird in der Gesundheitsbehörde (BSG) durchgeführt.

In Altona existieren rund 80 unterschiedliche Themenfelder, zu denen sich Selbsthilfegruppen treffen. Die meisten Gruppen treffen sich im Bereich psychiatrischer Störungen, einschließlich der Suchtproblematik. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass gerade in diesem Problemfeld *professionelle* Hilfe nicht ausreicht bzw. der Leidensdruck für die Betroffenen und die Angehörigen so stark ist, dass sie sich in Selbsthilfegruppen organisieren. Danach folgen Selbsthilfegruppen im internistischen Bereich, Psychosomatik und psychosoziale Probleme.

⁶ KISS wurde zur Förderung von Selbsthilfegruppen gegründet und entstand 1981 im Rahmen eines Forschungsprojektes des Universitätskrankenhauses Eppendorf und wird seit 1984 aus Hamburger Haushaltsmitteln finanziert.

In den Stadtteilen Altonas stellt KISS für folgende Themenfelder bzw. Selbsthilfegruppen Räume zur Verfügung:

Tab.1: Themenfelder der Selbsthilfegruppen in Altona

Altona-Altstadt	Alkoholismus, Angehörige (Alkohol), Drogen, Essstörungen, Freizeitgruppe, Krebs, Männergruppe, Migration, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Sexualität, Sexueller Missbrauch, Spielsucht
Altona-Nord	Alkoholismus, Angehörige (Drogensucht), Angst/ Phobien, Agoraphobie, Aphasiker, Arbeitslosigkeit, Bi-Nationale Eltern, Krebs, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Nicht-rauchen, Osteoporose, Spielsucht, Stottern
Ottensen	AD(H)S Elterngruppe, Alkoholismus, Angehörige (Alkohol), Asperger, ARTS, Depression, Drogensucht, Fibromyalgie, Freizeitgruppe für Frührentner, Hepatitis, Hörgeschädigte, Kinderwunsch, Prostatakrebs, Manie-Depression, Psychiatrische Erkrankung, Rheuma, Schädel-Hirnverletzung, Sexueller Missbrauch, Spielsucht, Transidentität, Trauer, Trennung, Trichotillomanie, Turner-Syndrom
Bahrenfeld	Nichtstoffgebundene Suchtform, sexueller Missbrauch
Groß Flottbek	Wissensbörse
Othmarschen	Freizeitgruppe Gehörlose Menschen, Krebs, Knochenmarkkrebs, Organtransplantierte
Lurup	Alkoholismus, Arbeitslosigkeit, Rollstuhlfahrer
Osdorf	Alkoholismus, Spätaussiedler
Iserbrook	Alkoholismus, CED (Darmerkrankungen)
Blankenese	Alkoholismus, Angehörige (Alkohol), Allergie und Asthma, Mütter von erwachsenen Kindern (Bereich psych. Erkrankung)
Nienstedten	-
Rissen	Alkoholismus, Übergewicht
Sülldorf	Alkoholismus, Angehörige (Alkohol), CED (Darmerkrankungen), Krebs, Osteoporose, Stillgruppe

Quelle: KISS 2006

Professionelle Gesundheitsversorgung

Ambulante Versorgung

Das Spektrum der ambulanten Versorgung reicht über medizinische, therapeutische und pflegerische Dienste, die jeweils einer eigenen Sozialgesetzgebung unterliegen. Darin sind auch eigene Sicherstellungsverfahren formuliert, um das Versorgungsangebot an sozialen und gesundheitlichen Diensten für die Bevölkerung zu gewährleisten.

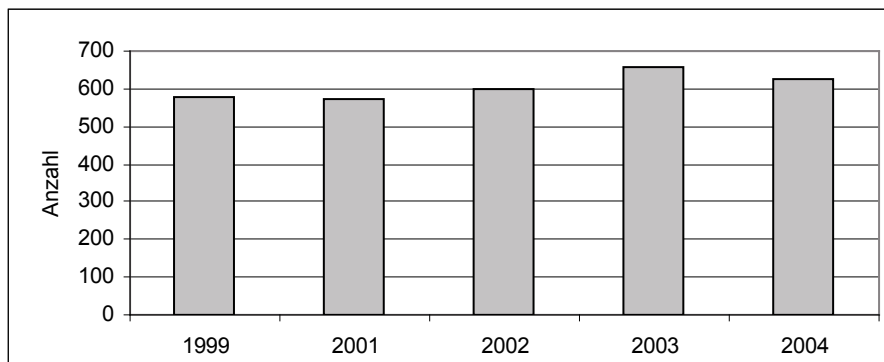
- **Medizinische Versorgung**

Ärzte

Bedarfspläne für die ambulante medizinische Versorgung sollen sicherstellen, dass über das Angebot an Ärzten verschiedener Fachrichtungen eine wohnortnahe, bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung gewährleistet ist, wie es im § 72 Sozialgesetzbuch V heißt. Dies dient der Erfüllung des so genannten Sicherstellungsauftrages, den der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen hat. Zu diesem Zweck legt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hamburg im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen maximalen Versorgungsgrad fest. Dieser Grad definiert, wie viele Ärzte für die ambulante Versorgung in Hamburg zur Verfügung stehen sollen. Im hausärztlichen Bereich entspricht ein Versorgungsgrad von 100% 1097 Ärzten. Die „Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte“ regeln, dass Neuzulassungen in diesem Fachbereich bei einem Versorgungsgrad von 110% gestoppt werden. Diese Überversorgung tritt in Hamburg im Moment bei 1207 Ärzten ein. In diesem Fall muss der „Zulassungsausschuss für Ärzte“ eine weitere Zulassung im entsprechenden Fachbereich ablehnen.

In Hamburg gibt es zurzeit in fast allen Arztgruppen eine ausreichende ambulante Versorgung mit Ärzten, weshalb sich zurzeit keine weiteren Ärzte niederlassen dürfen (vgl. KV Hamburg 2006). Die Zahl der Ärzte hat in Altona, als auch in Gesamt-Hamburg im Zeitverlauf stetig zugenommen, wie in Abbildung 14 zu erkennen ist:

Abb.14: Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Altona, 1999 – 2004



Quelle: Statistikamt Nord, 2006 – Stadtteilprofile

In den Stadtteilen Altonas sind derzeit über 400 Ärzte tätig⁷. Die größte Gruppe stellen die 185 Hausärzte, d.h. Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und Internisten. Danach folgt das Fachgebiet Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik sowie Frauenheilkunde mit jeweils rund 40 Ärzten (siehe Tab.2 und Tab.3).

Tab.2: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2006

Ärzte	Altstadt	Nord	Ottensen	Othmarschen	Groß Flottbek	Bahrenfeld	Insgesamt
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	14	2	8		1	1	26
Praktische Ärzte	9		1	1	2		13
Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik	7	1	7	7	1	1	24
Allgemeinmedizin	18	3	17	3	1	8	50
Innere Medizin	28	3	5	4	8	7	55
Orthopädie	4	1	1		5		11
Augenheilkunde	2		2	1	1		6
Hals/Nasen/ Ohrenheilkunde	2		4		3		9
Kinder- und Jugendmedizin	7		2	2	2		13
Chirurgie	1		2		3	1	7
Urologie	2		1		2		5
Kinder-/ Jugend-psychiatrie und -psychotherapie			1				1
(Diagnostische) Radiologie	4			1	1		6
Haut-/ Geschlechtskrankheit	1		1		1	2	5
Anästhesiologie	4				2		6
Gesichtschirurgie	2		1		1		4
Lungen-/ Bronchialheilkunde	1				1		2
Rehabilitative Medizin			1				1
Strahlentherapie	2	1					3
Laboratoriumsmedizin	3						3
Pathologie	4						4
Humangenetik	2						2
Ingesamt	117	11	54	19	35	20	256

Quelle: KV Hamburg 2006

⁷ Die Zahl der niedergelassenen Ärzte (ohne Psychologen) wurde anhand des Internetauftritts der Kassenärztlichen Vereinigung 2006 für die einzelnen Stadtteile ausgezählt. Da nicht alle Ärzte sich dort aufführen lassen, ist bei der Darstellung nach Stadtteilen mit einer leichten Untererfassung zu rechnen.

Tab.3: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-West, 2006

Ärzte	Lurup	Osdorf	Nienstedten	Iserbrook	Blankenese	Sülldorf	Rissen	Insgesamt
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	2	3	1	2	4		1	13
Praktische Ärzte	2	2	1	2	5		2	14
Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik	1	3	1	1	5	2	3	16
Allgemeinmedizin	6	7	1		4	3	1	22
Innere Medizin	5	7	2	2	8	1	6	31
Orthopädie		2	2		4		1	9
Augenheilkunde	1	3	3		3		1	11
Hals/Nasen/ Ohrenheilkunde		2		2	3		1	8
Kinder- und Jugendme- dizin	2	3		1	3		1	10
Chirurgie	1	3			1			5
Urologie		2			1			3
Kinder- / Jugend-psychia- trie und -psychotherapie					2		1	3
(Diagnostische) Radiolo- gie					2			2
Haut-/ Geschlechtskrank- heiten		1			1			2
Anästhesiologie			1	1				2
Insgesamt	20	38	12	11	46	6	18	151

Quelle: KV Hamburg 2006

Zahnärzte

Die zahnmedizinische Versorgung wird in Altona von über 190 Zahnärzten erbracht. Die Bedarfsplanung über die Niederlassung der zahnärztlichen Praxen in Hamburg regelt ein Zulassungsausschuss mit Vertretern aus Krankenkassen und Zahnärztekammer. Dieser Ausschuss darf nur so viele Zulassungen erteilen, bis die festgelegte Höchstgrenze an Zahnärzten erreicht ist. Eine Überversorgung tritt ab einem Versorgungsgrad von 110 % ein. In Altona liegt der zahnärztliche Versorgungsgrad der Bevölkerung zurzeit bei 102%.

Tab.4: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2006

Zahnärzte	Altstadt	Nord	Ottensen	Othmarschen	Groß Flottbek	Bahrenfeld	Insgesamt
	30	6	39	5	17	19	116

Quelle: Zahnärztekammer Hamburg 2006

Tab.5: Ärzte nach Fachrichtungen in Altona-West, 2006

Zahnärzte	Lurup	Osdorf	Nienstedten	Iserbrook	Blankenese	Sülldorf	Rissen	Insgesamt
	15	15	5	6	20	6	10	77

Quelle: Zahnärztekammer Hamburg 2006

- **Therapeutische Versorgung**

Neben der medizinischen Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte gibt es in Altona auch eine große Anzahl an therapeutischen Dienstleistungen. Diese werden u.a. von Psychologen und Medizinalfachkräften angeboten. Medizinalfachkräfte sind medizinisch ausgebildete Personen aus dem Spektrum der Heilberufe, die in spezifischen Bereichen der Gesundheitshilfe und Prävention berufstätig sind.

Psychologen

Psychologen leisten einen wichtigen Versorgungsbeitrag im Bereich der psychischen Gesundheit, wofür sie eine spezielle Ausbildung absolvieren. Insgesamt bieten 200 Psychologen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche verschiedene Formen der Psychotherapie in Altona an (vgl.psych-info.de). Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten wird seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 durch die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen festgelegt.

Tab.6: Psychologen in Altona-Kerngebiet, 2006

Psychologen	Altona-Altstadt	Altona-Nord	Ottensen	Othmarschen	Groß Flottbek	Bahrenfeld	Insgesamt
Psychotherapie für Erwachsene	45	14	51	13	8	8	139
Psychotherapie für Kinder	8	5	6	3			22

Quelle: Psychotherapeutenkammer Hamburg 2006

Tab.7: Psychologen in Altona-West, 2006

Psychologen	Lurup	Osdorf	Nienstedten	Iserbrook	Sülldorf	Blankenese/ Rissen	Insgesamt
Psychotherapie für Erwachsene	1	4	2	2	1	23	33
Psychotherapie für Kinder		1	1			4	6

Quelle: Psychotherapeutenkammer Hamburg 2006

Hebammen

Hebammen sind die Fachfrauen für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Hebammenhilfe umfasst die Betreuung in der Vorsorge, die Geburt, die Nachsorge, sämtliche Fragen zum Stillen, der Babypflege, sowie die Begleitung in der Phase der Rückbildung.

Die Altona wirkenden Hebammen sind nicht genau zu quantifizieren, weil viele hauptberuflich in Kliniken angestellt sind und nebenamtlich freiberuflich tätig sind. Viele der Hebammen arbeiten im Geburtshaus Hamburg e.V. in Altona-Ottensen.

Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 66 freiberufliche Hebammen gemeldet (GU 31/35, 2006). Rechtsgrundlage ist § 19 HmbGDG, der die Selbständigen zur Meldung ihrer Tätigkeit verpflichtet.

Heilpraktiker

Heilpraktiker befassen sich mit der Erkennung (Diagnostik) und Heilung (Therapie) von Krankheiten. Für Heilpraktiker sind Krankheiten vor allem Störungen des seelischen und körperlichen Gesamtsystems. Die Heilung soll durch die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte erreicht werden. Dabei wenden sie Therapieverfahren an, die grundsätzlich aus der Natur- und Volksheilkunde übernommen sind, z.B. Akupunktur, Chiropraktik und Homöopathie. In der Regel arbeiten Heilpraktiker in selbstständiger Tätigkeit in eigenen Praxisräumen. Bei dem Ausbildungsgang Heilpraktiker handelt es sich um eine nicht geregelte schulische Ausbildung an privaten Bildungseinrichtungen. Die Ausbildung bereitet auf die so genannte amtsärztliche Überprüfung vor, der man sich unterziehen muss, um den Beruf ausüben zu dürfen. Die Prüfung findet bei dem zuständigen Gesundheitsamt statt. Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 300 Heilpraktiker gemeldet (GU 31/35, 2006).

Ergotherapeuten, Physiotherapeuten/Krankengymnasten

Ergotherapeuten sollen körperliche Funktionsstörungen durch gezielte Maßnahmen auf ein Minimum beschränken. Ziel der Ergotherapie ist es, individuelle Handlungskompetenz zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten, die zur Selbstständigkeit und zur eigenverantwortlichen Bewältigung des täglichen Lebens und Berufs führen. Die Ergotherapie ist ein ärztlich zu verordnendes Heilmittel und ist somit ein unverzichtbarer Bestandteil eines interdisziplinären Teams in der Rehabilitation kranker und behinderter Menschen. Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 54 Ergotherapeuten gemeldet (GU 31/35, 2006).

Auch die Physiotherapeuten arbeiten gemeinsam mit dem Patienten daran, gesundheitliche Einschränkungen vorzubeugen sowie Funktionen und Fähigkeiten zu erhalten, wiederherzustellen und zu verbessern. Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 280 Physiotherapeuten /Krankengymnasten gemeldet (GU 31/35, 2006).

Logopäden, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / Sprachtherapeuten

Aufgabe dieser Berufsgruppe ist es, durch eine gezielte Behandlung die Kommunikationsfähigkeit von Patienten aller Altersstufen (Säuglinge, Vorschul- und Schulkinder, Jugendliche und Erwachsene) aufzubauen, zu verbessern oder wiederherzustellen. Im Rahmen der Früherkennung nehmen auch präventive Maßnahmen einen immer größeren Raum ein. Sie arbeiten vorwiegend in Sprach-, Stimm- und Atemtherapiepraxen, in Frühförderungs- und Heilpädagogikeinrichtungen, HNO-Abteilungen von Kliniken sowie in Praxen von HNO-Ärzten und Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 35 Logopäden, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / Sprachtherapeuten gemeldet (GU 31/35, 2006).

Masseure / medizinische Bademeister

Die Tätigkeit des Masseurs oder medizinischen Bademeisters ist auf die Anwendung geeigneter Verfahren der physikalischen Therapie gerichtet. Diese sollen als Hilfe zur Heilung und Linderung, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zu gesundheitsförderndem Verhalten und

zum Kurerfolg dienen. Der Einsatz kann in Krankenhäusern, Instituten, ambulanten Rehabilitationszentren, physiotherapeutischen Praxen, Kureinrichtungen, Sportvereinen, Arztpraxen, medizinischen Badeanstalten erfolgen. Darüber hinaus ist eine selbstständige Tätigkeit in eigener Praxis möglich.

Beim Gesundheits- und Umweltamt Altona sind derzeit 22 Masseur/ medizinische Bademeister gemeldet (GU 31/35, 2006).

- **Pflegerische Versorgung**

Die Pflege kranker und meist älterer Menschen wird über eine Vielzahl an Pflegediensten und -einrichtungen gewährleistet. Der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsorientierte und adäquate pflegerische Versorgung obliegt laut § 67 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) den Pflegeversicherungen. Zugleich sind die Bundesländer gemäß § 9 SGB XI für die Vorhaltung und Schaffung einer ambulanten, teilstationären und vollstationären pflegerischen Infrastruktur verantwortlich, weshalb die meisten Länder eigene Landespflegegesetze erlassen haben (z.B. Hamburgisches Landespflegegesetzes).

Trotz der umfangreichen Regelungen für den Versorgungsbereich Pflege hat der Gesetzgeber auf eine verbindliche Bedarfsplanung an Einrichtungen und Pflegeanbieter verzichtet. Anders als im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung soll dieser Verzicht einen intensiveren Wettbewerb zwischen den Pflegeanbietern anregen. Dennoch gibt es in vielen Bundesländern oder Großstädten eine Rahmenplanung für die pflegerische Infrastruktur. In Hamburg werden die Versorgungsstrukturen der ambulanten und teil-/ stationären Pflegedienste durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz sowie den Landespflegeausschuss⁸ bewertet, um zukünftige Versorgungs- und Handlungsbereiche zu benennen (vgl. BSF 2005).

- **Ambulante Pflegedienste**

Grundlage für die Aussagen über Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ist vor allem die amtliche Pflegestatistik. Im Jahr 2003 gab es in Altona rund 4.000 Pflegebedürftige (siehe Tab.8). Darüber hinaus gibt es eine große Anzahl an Personen, die in der eigenen Wohnung leben und sich nicht oder nicht mehr vollständig selbst versorgen können, ohne bereits pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu sein (Hilfebedürftige). Diese Anzahl an Hilfsbedürftigen kann nur geschätzt werden und lag im Jahr 2003 in Altona bei etwa bei 8.500 Personen (vgl. BSF 2005).

Pflegebedürftige werden ausschließlich von Angehörigen oder (selten) anderen Pflegepersonen versorgt und erhalten Pflegegeld; bei den übrigen ist ein ambulanter Dienst an der Pflege beteiligt oder hat sie vollständig übernommen. Hier tritt die Pflegeversicherung mit Sachleistungen ein.

Tab.8: Anzahl der Senioren und der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 2003

	Bevölkerung 60+	Bevölkerung 80+	Hilfebedürftige	Pflegebedürftige
Kerngebiet Altona	25.906	5.235	4.000	1.900
Ortsamt Blankenese	32.783	6.395	4.500	2.100
Bezirk Altona	58.689	11.630	8.500	4.000
Hamburg gesamt	420.120	79.293	61.400	28.800

Quelle: BSF 2005; Pflegebedürftigkeit auf Basis der Bevölkerung nach Melderegister 2003 (bereinigt um Heimbewohner) und der Pflegestatistik 2003; Hilfebedürftigkeit: gleiche Bevölkerung, Prävalenzraten nach Schneekloth 2003

8 Der Landespflegeausschuss wird nach § 92 SGB XI gebildet und hat insbesondere die Aufgabe, über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen zu beraten. Er setzt sich aus Mitgliedern der verschiedenen Einrichtungsträgern, Pflege- und Krankenversicherungen, zuständigen Fachbehörden und Seniorenbeirat zusammen.

In Hamburg gibt es eine ausreichende Anzahl von ambulanten Pflegediensten; für Hamburg insgesamt rund 380 ambulante Dienste. In Altona sind zurzeit 37 ambulante Dienste im Einsatz, allerdings nicht nur im Bezirk Altona, sondern etliche Pflegedienste sind auch bezirksübergreifend tätig.

Tab.9: Ambulante Pflegedienste in Altona-Kerngebiet, 2005

Träger/ Stadtteil	Altona Altstadt	Altona-Nord	Ottensen	Othmarschen	Groß Flottbek	Bahrenfeld	Insgesamt
Freigemeinnützig oder kommunal			1	1	1		3
Privat	5	2	3		4		14
Insgesamt	5	2	4	1	5	0	17

Quelle: Ärztekammer Hamburg 2006

Tab.10: Ambulante Pflegedienste in Altona-West, 2005

Träger/ Stadtteil	Lurup	Osdorf	Nienstedten	Iserbrook	Sülldorf	Blankenese/Rissen	Insgesamt
Freigemeinnützig oder kommunal	1					1	1
Privat	7	3	1	4	2	2	19
Insgesamt	8	3	1	4	2	3	20

Quelle: Ärztekammer Hamburg 2006

- **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Das Gesundheits- und Umweltamt Altona als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfüllt wichtige staatliche Aufgaben im Bezirk auf der Grundlage bestehender Gesundheitsgesetze, welche die Gesundheit der Altonaer Bevölkerung erhalten, fördern und wiederherstellen sollen.

Es werden Dienstleistungen aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfen und Gesundheitsschutz angeboten.

Zur **kommunalen Gesundheitsförderung** gehört unter anderem die Anregung und Koordinierung von präventiven Gesundheitsmaßnahmen (z.B. Altonaer Gesundheits- und Umweltgespräche, Koordinierung der Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz, Projekt: Altona in Bewegung mit Initiativen zur gesunden Ernährung und Bewegung).

Gesundheitshilfen werden wohnortnah durch die **Mütterberatungsstellen** angeboten. Eltern von Säuglingen und Kleinkindern können sich zu Fragen der Pflege und Ernährung (Stillförderung) beraten lassen. Die Babymassage erfreut sich großer Beliebtheit. Der **schulärztliche Dienst** begleitet Schüler von der ersten schulärztlichen Untersuchung vor der Einschulung bis zur Schulentlassung. Die **Schulzahnärzte** sind in der Rachitis- und Kariesprophylaxe aktiv, um gesundheitlichen Gefährdungen vorbeugen zu können. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden individuelle Hilfestellungen gegeben. Seelisch erkrankte Kinder, Jugendliche und Erwachsene erhalten beim **Jugendpsychiatrischen Dienst** und **Sozialpsychiatrischen Dienst** Information, Beratung und weitergehende Hilfen. Im gegebenen Fall erfolgen Begutachtungen für andere hilfegebende Stellen. Körperbehinderte Menschen erhalten bei der **Beratungsstelle für körperbehinderte Menschen** Rat und Hilfe.

Die **Abteilung für Seuchenbekämpfung, Gesundheitsschutz und Medizinalwesen** nimmt die Aufgaben des Infektionsschutzes durch Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten und des Gesundheitsschutzes durch Kontrolle der medizinischen Einrichtungen und der Gemeinschaftseinrichtungen im Bezirk Altona bezüglich der Einhaltung der Hygiene wahr.

Insgesamt arbeiten im Gesundheitsamt Altona 50 Mitarbeiter in den unterschiedlichsten Berufsgruppen.

- **Krankenkassen**

Die Krankenversicherung bietet finanziellen Schutz bei Krankheit und Mutterschaft. Die Leistungen gelten auch für Ehepartner und Kinder des Versicherten, wenn diese keine oder nur geringfügige eigene Einkünfte haben. Die Versicherten können zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen: Allgemeine Ortskrankenkassen, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen. Die Krankenkassen unterscheiden sich geringfügig in der Höhe der Beiträge und der Leistungen. Der Grundumfang der Leistungen ist gesetzlich festgelegt. Pflichtversichert sind alle Arbeitnehmer bis zu einem bestimmten Einkommen. Ab einem bestimmten höheren Einkommen ist die Mitgliedschaft der gesetzlichen Krankenkassen freiwillig, alternativ kann man sich privat versichern. Der Leistungskatalog ist für alle Versicherten einheitlich und die Leistungsgewährung erfolgt nach dem medizinischen Bedarf. Die Mittel werden entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder aufgebracht. Im Bezirk Altona haben drei Krankenkassen in Altona-Kerngebiet Filialen eingerichtet.

- **Arzneimittelversorgung**

Die Versorgung der Altonaer Bevölkerung mit Arzneimitteln obliegt nach dem Apothekengesetz den Apotheken, die diese besorgen und verkaufen. Insgesamt gibt es in Altona 66 Apotheken.

Tab.11: Apotheken in Altona-Kerngebiet, 2004

Altona-Altstadt	Altona-Nord	Ottensen	Othmarschen	Groß Flottbek	Bahrenfeld	Insgesamt
14	3	11	1	5	6	40

Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

Tab.12: Apotheken in Altona-West, 2004

Lurup	Osdorf	Nienstedten	Iserbrook	Blankenese	Sülldorf	Rissen	Insgesamt
5	6	2	2	5	2	4	26

Quelle: Statistikamt Nord 2006, Stadtteilprofile

• **Einrichtungen der Suchthilfe**

Suchthilfeeinrichtungen vermitteln Angebote, die Menschen mit Suchtproblemen, ihren Angehörigen, Freunden und Kollegen Information, Beratung, ambulante Hilfen und Behandlung bieten sollen. In Altona besteht ein zielgruppenbezogenes, differenziertes Suchthilfesystem mit spezifischen Hilfen:

Zielgruppe\Hilfeform	Beratung	ambulante Hilfen	Behandlung
Suchtmittelübergreifende Hilfen	X	X	X
Hilfen für Alkohol- und Medikamentenabhängige	X	X	X
Hilfen für Drogenabhängige	X	X	X
Hilfen bei Essstörungen		X	
Hilfen für Spielerinnen und Spieler	X		
Weitere Einrichtungen zur Suchthilfe und Suchtprävention	Suchthilfe	Suchtprävention X	

Quelle: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. 2005

Im Bereich der suchtmittelübergreifenden Hilfen sind in Altona-Kerngebiet eine Selbsthilfegruppe, zwei ambulante und eine stationäre Einrichtung vorhanden.

Die Hilfen alkohol- und medikamentenabhängige Menschen verteilen sich auf drei Selbsthilfeeinrichtungen in Altona-Kerngebiet, zwei ambulante und eine stationäre Einrichtung in Altona-West.

Die Hilfen für drogenabhängige Menschen konzentrieren sich auf Altona-Kerngebiet mit einer Selbsthilfeeinrichtung, vier ambulanten und sechs stationären Einrichtungen. In Altona-West existiert eine stationäre Einrichtung.

Für von Essstörungen betroffene Menschen stehen in Altona-Kerngebiet zwei ambulante Hilfeinrichtungen zur Verfügung.

Spielerinnen bzw. Spieler erhalten Hilfe in einer ambulanten Hilfeinrichtung in Altona-West.

In Altona-Kerngebiet finden sich drei suchtpreventive Einrichtungen. Siehe hierzu die nachstehenden Tabellen.

Tab. 13: Suchthilfeeinrichtungen in Altona-Kerngebiet, 2005

	Suchtmittel- übergreifende Hilfen	Hilfen für Alkohol- und Medikamenten- abhängige	Hilfen für Dro- genabhängige	Hilfen bei Ess- störungen	weitere Einrichtungen zur Suchthilfe
Altona-Altstadt	2	1	4	2	1
Altona-Nord		2	4		1
Ottensen	1		1		1
Bahrenfeld	1		2		
Groß Flottbek					
Othmarschen					
Insgesamt	4	3	11	2	3

Quelle: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. 2005

Tab.14: Suchthilfeeinrichtungen in Altona-West, 2005

	Hilfen für Alkohol- und Medikamenten-abhängige	Hilfen für Drogen-abhängige	Hilfen bei Essstörungen	Hilfen für Spieler
Lurup	2			1
Osdorf				
Iserbrook				
Blankenese		1		
Nienstedten				
Rissen	1		1	
Sülldorf				
Insgesamt	3	1	1	1

Quelle: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. 2005

Stationäre Versorgungseinrichtungen

Zu den stationären Versorgungseinrichtungen zählen hier die Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, die nachfolgend für Altona dargestellt werden.

- **Krankenhäuser**

Die Sicherstellung und Bedarfsplanung der Krankenhausversorgung obliegt den Bundesländern. In Hamburg sind an der Krankenhausplanung die Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V., die Verbände der Ersatzkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die BSG als Planungsbehörde beteiligt. In dieser Planungsrunde wird beschlossen, welche Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Die Aufnahme der Krankenhäuser in den Krankenhausversorgungsplan („Plankrankenhaus“) sichert den Häusern eine gewisse finanzielle Sicherheit, da sie dann dual finanziert werden, d.h. zwei Kostenträger teilen sich die Ausgaben für die stationäre Versorgung. Die Finanzierung baulicher und ausstattungsbezogener Kosten erfolgt über die Länder (in Hamburg über den Haushalt der Hamburg); die Behandlungskosten werden von den Krankenkassen getragen.

Im Bezirk Altona 2006 sind sechs Krankenhäuser angesiedelt, davon vier in Altona-Kerngebiet und zwei in Altona-West.

Tab.15: Krankenhäuser in Altona, 2006

	Krankenhaus- name	Krankenhaus- träger	Plan- kranken- haus	Betten	Versorgungsstufe / Teilnahme an der Not- u. Unfallver- sorgung 2005/06
Altona-Altstadt	Endo-Klinik Spezialklinik für Kno- chen- und Gelenkchirurgie	Privat	ja	250	keine Teilnahme
Ottensen	Altonaer Kinderkran- kenhaus	Gemeinnützige GmbH	ja	200, davon 188 stationär, 12 teilsta- tionär	Teilnahme
Ottensen	Asklepios Klinik Altona	Privat	ja	922	Teilnahme
Othmarschen	Klinik Dr. Guth	Privat	ja	126	keine Teilnahme
Rissen	Asklepios Westklini- kum Hamburg	Privat	ja	454 und 78 Tages- klinikplätze	Teilnahme
Blankenese	Tabea im Artemed- Klinik-verbund	Privat	ja	110	keine Teilnahme

Quelle: Ärztekammer Hamburg 2006

- **Pflegeeinrichtungen**

Stationäre Pflege wird in Altenwohneinrichtungen und/ oder Pflegeheimen erbracht. Hier wird Hilfe- und Pflegebedürftigen dauerhaft oder zwischenzeitlich (Kurzzeitpflege) Unterkunft, Verpflegung, Pflege und soziale Betreuung angeboten. Das so genannte „betreute Wohnen“ in Altenwohneinrichtungen ist eine Wohnform für ältere Menschen, die sich größtenteils noch selbstständig versorgen können und nicht pflegebedürftig sind. Hier wird i.d.R. eine Kombination von gemietetem Wohnraum mit verschiedenen sozialen und hauswirtschaftlichen Serviceleistungen angeboten.

Die Bedarfsplanung der Alten- und Pflegeeinrichtungen unterliegt der Pflegeversicherung als auch den Bundesländern (Siehe oben „Pflegerische Versorgung“).

Insgesamt sind im Bezirk Altona 34 Pflegeeinrichtungen mit 3.209 Plätzen angesiedelt (Stand 2005). Diesen Einrichtungen sind zum Teil betreute Wohnformen angeschlossen; einige bestehen jedoch ohne Anschluss an stationäre Pflegeheime; insgesamt gibt es 13 betreute Wohnmöglichkeiten in Altona. Zusätzlich gibt es zwei Sterbehospize mit insgesamt 32 Plätzen sowie eine Tagespflegeeinrichtung in Ottensen mit 20 Tagesplätzen.

Tab.16: Pflegeeinrichtungen in Altona, 2005

	Alten-Pflegeheime	davon zum Teil Betreute Wohnformen	Tagespflege (T) Hospiz (H)
Rissen	4	4	
Sülldorf			
Iserbrook	2		
Blankenese		1	
Lurup	5	1	
Osdorf	2	1	
Nienstedten	4	1	
Bahrenfeld	4	1	
Groß Flottbek	2		
Othmarschen	5		1 H
Ottensen	2	3	1 T
Altona-Nord			1 H
Altona-Altstadt	2	1	
Insgesamt	32	13	

Quelle: GU Altona, Heimaufsicht 2004/ 05

Um die Platzausstattung in den Bezirks- und Ortsamtsbereichen zu vergleichen, kann die Ausstattung mit dem Hamburger Durchschnitt bezogen auf die 80jährige und ältere Bevölkerung herangezogen werden. Die höchste Pflegeplatzdichte findet sich im Kerngebiet Altona mit 135%; im Ortsamtgebiet Blankenese sind es 125% (vgl. BSF 2005). Im Bezirksvergleich zeigten nur Altona und der Bezirk Wandsbek so eine hohe Bettendichte (vgl. BAGS 2001).

Tab.17: Bestand an stationären Plätzen nach Kern- und Ortsamtsgebieten, 2004

	Bettenbestand 2004	Bevölkerung 2003 80+	Erreichung des Hamburg Durchschnitts
Kerngebiet Altona	1.344	5.235	135%
Ortsamt Blankenese	1.520	6.395	125%
Bezirk Altona	2.864	11.630	129%
Hamburg Gesamt	15.113	79.293	100%

Quelle: BSF 2005

Behinderteneinrichtungen

In Altona gibt es acht freigemeinnützige und private Einrichtungsträger, die 22 Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung unterhalten. Drei dieser Träger sind für mehrere Wohngruppen im Bereich Altona zuständig.

Die Wohngruppen sind in normale Wohnhäuser integriert, in denen zwischen 8 bis 20 Menschen mit Behinderung leben. Die Wohngruppen haben alle noch einen stationären Bezug. Bis 2010 ist für Hamburg geplant, ca. 1/3 der Bewohner in ambulant unterstützten Wohngemeinschaften unterzubringen. Von diesem Umwandlungsprozess werden in Altona ca. 35 Menschen mit Behinderung betroffen sein.

- **Rehabilitationseinrichtungen**

Rehabilitation (lat.: *rehabilitatio* Wiederherstellung) bedeutet im Gesundheitswesen das Wiedereingliedern in den Alltag oder das berufliche Leben. Es werden grundsätzlich drei Arten der Rehabilitation unterschieden:

Die medizinische Rehabilitation versucht, einen die Erwerbsfähigkeit bedrohenden oder (z.B. durch Unfall) entstandenen Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu mildern oder Folgen zu beseitigen. Medizinische Rehabilitation gibt es aber auch für Menschen, die nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen (z.B. Kinder oder Rentner).

Die berufliche Rehabilitation folgt dem Grundprinzip „Rehabilitation vor Rente“ und versucht, durch verschiedene Beschäftigungsmaßnahmen die Betroffenen wieder in den beruflichen Alltag zu integrieren (z. B. durch Umschulungen, Arbeitsplatzanpassungen).

Die soziale Rehabilitation umfasst sämtliche Leistungen zur Teilhabe am sozialen Leben. Diese können beispielsweise eine Wohnungsanpassung oder eine Haushaltshilfe sein.

Es gibt in Deutschland insgesamt sieben Rehabilitationsträger (Leistungsträger). Die größte Bedeutung haben die gesetzlichen Rentenversicherungsträger, die gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallversicherungen.

Die Rehabilitationsträger haben zu gewährleisten, dass – fachlich und regional – eine erforderliche Zahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen zur Verfügung steht (§ 19 SGB IX). Diese Einrichtungen müssen auch den Anforderungen an Barrierefreiheit entsprechen, die z.B. beim barrierefreien Bauen zu beachten sind.

Im Bezirk Altona konnten zwei private Rehabilitationseinrichtungen in Altona-Kerngebiet ermittelt werden. Zusätzlich gibt es eigene Rehabilitationsabteilungen in den Altonaer Krankenhäusern.

Zusammenfassung

Das strukturelle Angebot mit verschiedenen Leistungen der Gesundheitsversorgung im Bezirk Altona ist ausreichend differenziert. Insbesondere im Kerngebiet Altonas konzentriert sich die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, aber auch in Altona West ist eine Grundversorgung sichergestellt.

4. Zur gesundheitlichen Situation der Altonaer Bevölkerung

4.1 Gesundheitliche Basisdaten

Gesundheitliche Basisdaten liefern Informationen über Mortalität (Sterblichkeit) und Morbidität (Erkrankungen) in der Bevölkerung. Meistens beruht diese Beschreibung der gesundheitlichen Situation auf dem extremsten „Krankheitsmaß“, der Statistik der Todesursachen. Diese Todesursachenstatistik unterliegt einer amtlichen Regelung und ist bundesweit verfügbar. Prinzipiell lassen Todesursachenstatistiken Rückschlüsse auf Krankheiten zu, gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft der Daten durch verschiedene Einschränkungen geschmälert werden; beispielsweise bleiben multiple Erkrankungen und Vorstufen tödlicher Erkrankungen der Todesursachenstatistik verborgen (vgl. Schwartz et al. 2004).

Sichere Erkenntnisse über das tatsächliche Ausmaß der Erkrankungen in der Bevölkerung stammen daher aus groß angelegten Bevölkerungsuntersuchungen. Diese Untersuchungen stehen repräsentativ für die gesamte deutsche Bevölkerung und sind nützliche Anhaltspunkte für die bundesweite Einschätzung von Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen, sie können aber von der tatsächlichen Erkrankungssituation einzelner Bevölkerungsgruppen in einem bestimmten Ort völlig abweichen.

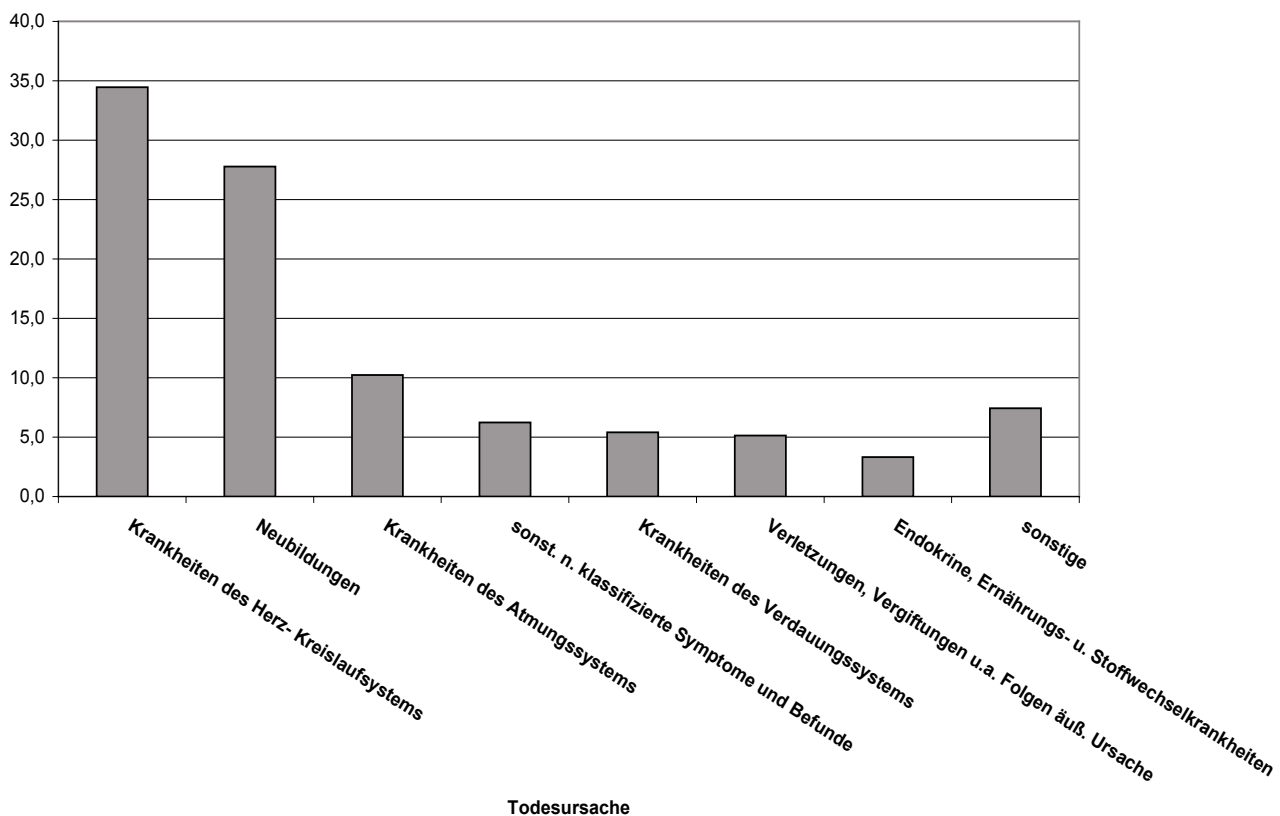
Neben diesen Studienergebnissen liefern meldepflichtige amtliche Erkrankungsregister (z.B. für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV/ AIDS) und freiwillige Register wie z.B. die Landes-Krebsregister wichtige Kennzahlen zu Häufigkeiten und Neuerkrankungen.

Die folgende Berichterstattung über die gesundheitliche Situation in der Altonaer Bevölkerung stützt sich auf die momentan verfügbaren Datenquellen, die das Ausmaß bestimmter Erkrankungen im Bezirk wiedergeben. Dies sind in diesem ersten Gesundheitsbericht zunächst Angaben zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen sowie erste Angaben zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen durch den Schulärztlichen Dienst festgestellt wurden. Weitere wichtige Hinweise über Erkrankungshäufigkeiten, Behandlungs- und Todesfälle können auch im Gesundheitsbericht für Gesamthamburg nachgeschlagen werden (vgl. BAGS 2001).

Todesursachen nach Erkrankungsarten

Im Vergleich zum Beginn des letzten Jahrhunderts, als die Menschen häufig an Infektionskrankheiten starben, hat sich in Deutschland das Spektrum der Todesursachen erheblich verändert. Mit dem Aufbau und der Entwicklung von sanitären/hygienischen Infrastrukturen, dem medizinischen Fortschritt sowie dem verbesserten Bildungs- und Ernährungszustand der Bevölkerung stellen Infektionskrankheiten heutzutage eine nebensächliche Bedrohung dar. Allerdings sind andere gesundheitliche Risiken entstanden. Die so genannten Zivilisationskrankheiten wie Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes mellitus) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz) sind verantwortlich für die meisten aller Todesfälle – dies zeigt sich auch für Altona. Die folgende Abbildung 15 zeigt die Todesursachen in Altona nach der Art der Erkrankung.

Abb. 15: prozentuale Verteilung der Todesursachen in Altona 2004 (n = 2531)



Quelle: Statistikamt Nord 2005 (eigene Berechnungen)

Unter „sonstige“ sind die Infektionskrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten der Haut und Unterhaut, des Muskel- und Skelettsystems, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Urogenitalsystems und bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, zusammengefasst.

Wie in Abb. 15 zu erkennen, stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit knapp 35 % und bösartige Neubildungen mit ca. 28 % die beiden häufigsten Todesursachen dar. Mit etwas Abstand folgen dann Atemwegserkrankungen mit ca. 10 % und andere Todesursachen wie z.B. Unfälle mit rund 5 %.

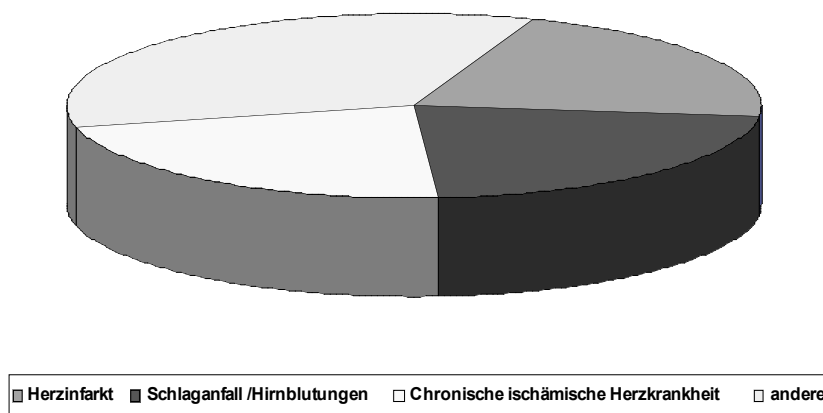
Die beiden häufigsten Todesursachen werden im folgenden Teil genauer dargestellt.

Todesursachen des Kreislaufsystems in Altona

Im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt die chronische ischämische Herzkrankheit den größten Anteil ein (ca. 22 %). Unter dieser Diagnose werden verschiedene Erkrankungen (z.B. Koronarsklerose, sklerotisches Gefäßleiden, koronare Herzerkrankung) zusammengefasst.

Als Einzeldiagnose steht der akute und rezidivierende Myokardinfarkt (Herzinfarkt) an erster Stelle als Todesursache (knapp 21 %). Bei den ebenfalls zu dieser Indikationsgruppe gehörenden Erkrankungen des zerebrovasculären Systems bestimmt der Schlaganfall (inkl. Hirninfarkt) mit 22 % in Altona das Geschehen (siehe Abb. 16).

Abb.16: Verteilung der Todesursachen des Kreislaufsystems in Altona, 2004



Quelle: Statistikamt Nord 2005 (eigene Berechnungen)

Der Schlaganfall stellt in Europa die häufigste Ursache für eine Langzeitbehinderung dar. Es wird angenommen, dass in Deutschland ca. 250.000 Personen jährlich an einem Schlaganfall neu erkranken und ca. 1 Million Menschen mit den Folgen eines Schlaganfalls leben (vgl. Schröter 2006). In Altona ist der Schlaganfall neben dem Herzinfarkt eine der Haupttodesursachen (siehe Tab.18). Bezogen auf alle Todesfälle aus den Jahren 2003 und 2004 lassen sich die Anteile von Herzinfarkt- und Schlaganfallverstorbenen wie folgt darstellen:

Tab.18: Anzahl der Verstorbenen an Herzinfarkt und Schlaganfall, 2003 und 2004

	2003		2004	
	Anzahl der Gestorbenen	Anteil in %	Anzahl der Gestorbenen	Anteil in %
Gesamt verstorben	2615		2531	
Herzinfarkt	204	7,8	186	7,3
Schlaganfall / Hirnblutungen	213	8,1	193	7,6

Quelle: Statistikamt Nord 2005

Krebserkrankungen

Krebs ist die allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind. Diese Zellen können das umliegende gesunde Gewebe verdrängen oder zerstören und Metastasen ausbilden. Insgesamt gibt es über 100 verschiedene Arten einer Krebserkrankung.

Die meisten Krebserkrankungen nehmen an Häufigkeit im Alter deutlich zu, so dass man Krebs auch als eine degenerative Alterserkrankung des Zellwachstums ansehen kann.

Epidemiologie der Krebserkrankungen

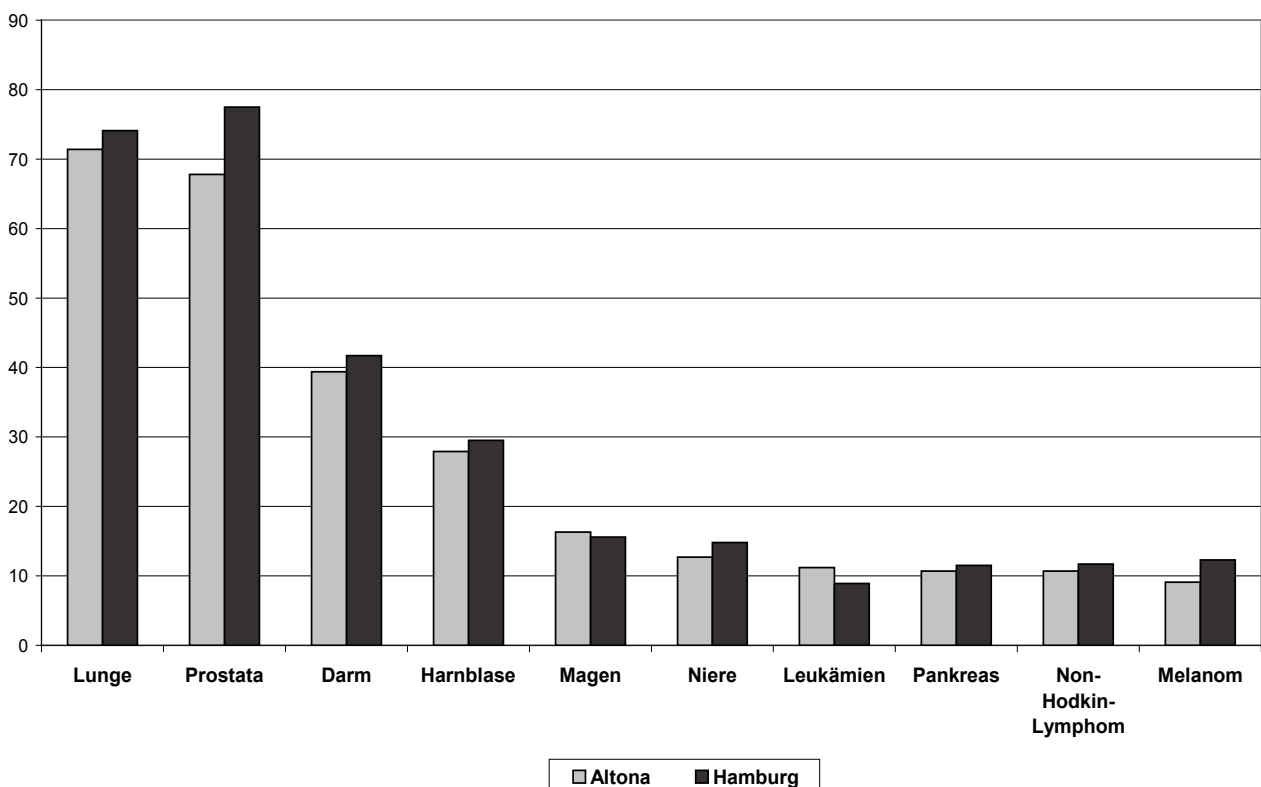
Da die Krebsregistrierung in Deutschland noch nicht flächendeckend besteht, kann die Zahl der jährlichen Krebserkrankungen weiterhin nur geschätzt werden. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs (Inzidenz) in Deutschland schätzt das Robert-Koch-Institut (RKI) für das Jahr 2002 auf ca. 424.250 Fälle (davon rund 218.250 Männer und 206.000 Frauen).

Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer und Frauen bei etwa 69 Jahren.

Über die standardisierten Daten des Hamburgischen Krebsregisters lassen sich regionale Vergleiche anstellen.

Die folgende Abbildung 17 veranschaulicht die häufigsten Krebsneuerkrankungen für Männer in Altona im Vergleich zu Gesamt-Hamburg. Prostatakrebs ist in Hamburg die häufigste Neuerkrankung bei Männern, dicht gefolgt von Lungenkrebs. Mit etwas Abstand folgen bösartige Karzinome des Gastrointestinal- und Urogenitaltraktes.

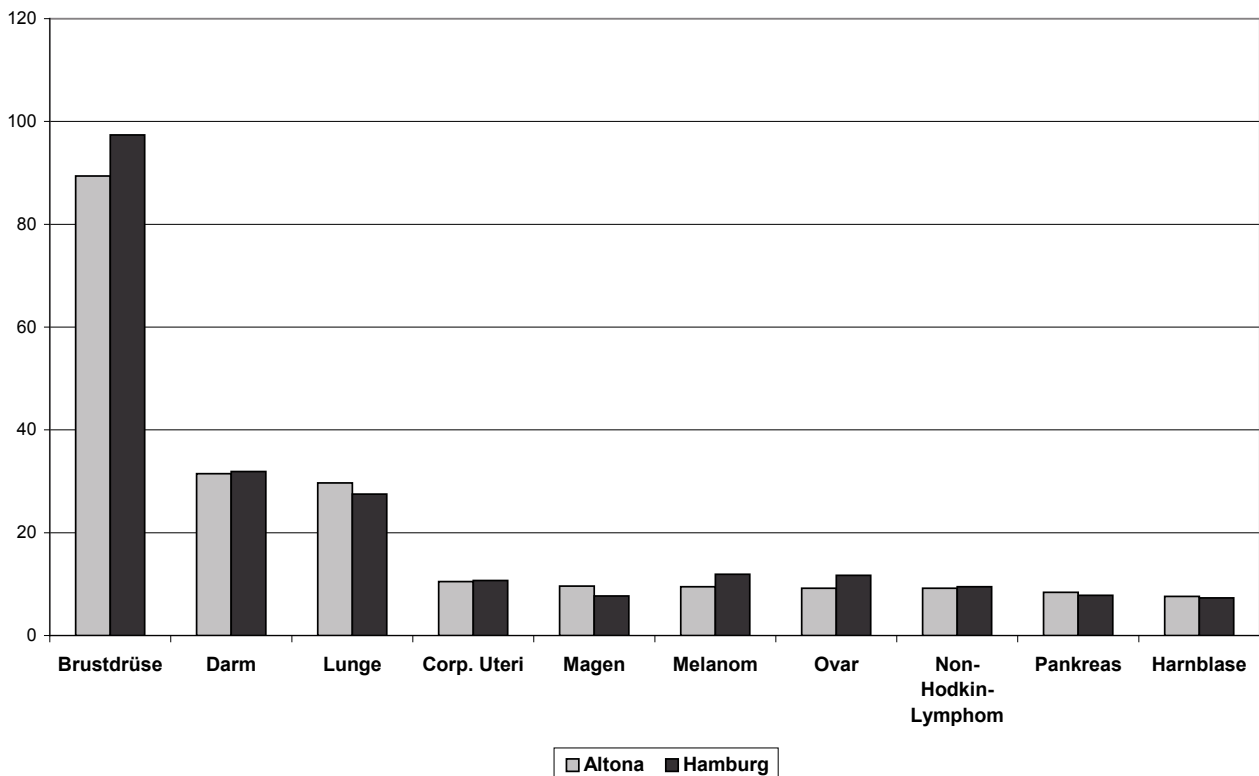
Abb.17: Die 10 häufigsten Krebsneuerkrankungen in Altona und Hamburg pro 100.000 Männer, im Durchschnitt der Jahre 1999-2001 (altersstandardisiert an der Europabevölkerung)



Quelle: Hamburgisches Krebsregister 2004

Bei der Betrachtung der 10 häufigsten Krebsneuerkrankungen bei den Frauen sind andere Krebsarten von Bedeutung. An erster Stelle steht hier der Brustkrebs, sowohl in Altona als auch in Gesamt-Hamburg. Erst mit einigem Abstand folgen Krebsneuerkrankungen des Darms, der Lunge und der Gebärmutter (vgl. Abb.18)

Abb. 18: Die 10 häufigsten Krebsneuerkrankungen in Altona und Hamburg pro 100.000 Frauen, im Durchschnitt der Jahre 1999-2001 (altersstandardisiert an der Europabevölkerung)



Quelle: Hamburgisches Krebsregister 2004

Aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede wird im Folgenden die bundesweite Situation der relevantesten Krebsarten bei Männern und Frauen näher dargestellt.

Epidemiologie des Prostatakrebs

Prostatakrebs in Deutschland: In Deutschland werden derzeit jährlich etwa 48.650 Prostatakarzinome diagnostiziert. So ist die Prostata mit 22,3% die häufigste Lokalisation bösartiger Neubildungen beim Mann geworden. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwas über 70 Jahren, etwa 2 Jahre höher als für Krebs insgesamt. Erste Erkrankungen treten kaum vor dem 50. Lebensjahr auf (vgl. GEKiD 2006).

Situation in Hamburg: Dem Hamburgischen Krebsregister wurden durchschnittlich jährlich 762 Neuerkrankungen gemeldet. Das Prostatakarzinom gilt als die insgesamt häufigste Neuerkrankung bei Männern in Hamburg und hat damit den Lungenkrebs, der in den Jahren 1995 – 1997 die häufigste Krebslokalisierung bei Männern war, abgelöst (vgl. Abb.17).

Situation in Altona: In Altona liegt die jährliche Neuerkrankungsrate bei rund 68 Fällen pro 100.000 Männer und ist damit etwas niedriger als in den meisten anderen Bezirken.

Epidemiologie des Brustkrebs

Brustkrebs in Deutschland: In Deutschland erkranken jährlich über 55.100 Frauen an Brustkrebs. Davon betrifft deutlich mehr als ein Drittel (40%) das Alter unter 60 Jahren (vgl. GEKiD 2006).

Situation in Hamburg: Dem Hamburgischen Krebsregister wurden jährlich durchschnittlich 1.133 Neuerkrankungen bei Frauen gemeldet. Damit ist Brustkrebs auch in Hamburg die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.

Im Regionalvergleich auf Bezirksebene verteilen sich die gemeldeten Erkrankungen folgendermaßen: Altona liegt mit einer altersstandardisierten Inzidenzrate von rund 90 Fällen pro 100.000 Einwohner im Durchschnitt, die wenigsten Erkrankungen werden aus Bergedorf bekannt. Bei den Frauen stimmen die Hamburger Verhältnisse mit den Altonaer Verhältnissen überein: Brustkrebs ist die häufigste Neuerkrankung (vgl. Abb.18).

Das Krebsregister berichtet für ganz Hamburg auch von 9 Neuerkrankungen an Brustkrebs bei Männern!

Epidemiologie des Lungenkrebs

Lungenkrebs in Deutschland: In Deutschland erkranken nach Schätzung des RKI jährlich (2002) ca. 32.500 Männer und ca. 12.450 Frauen. Vermutlich aufgrund veränderter Rauchgewohnheiten ist die Anzahl bei Männern seit einigen Jahren rückläufig, bei Frauen hingegen weiterhin ansteigend (vgl. GEKiD 2006).

Situation in Hamburg: Dem Hamburgischen Krebsregister wurden jährlich (1999-2001) durchschnittlich 714 Neuerkrankungen bei Männern und 351 bei Frauen gemeldet. Damit ist Lungenkrebs in Hamburg bei Männern die zweithäufigste bösartige Neubildung, bei Frauen die dritthäufigste. Die Rate der Neuerkrankungen für Hamburg liegt über dem Bundesdurchschnitt, insbesondere für Frauen.

Situation in Altona: Entgegen der hamburgischen Situation erkrankten die meisten Männer in Altona nicht an Prostatakrebs, sondern an Lungenkrebs. Die Neuerkrankungsrate in Altona für Lungenkrebs lag im Zeitraum 1999 – 2001 bei rund 71 Fällen pro 100.000 Männer.

Bei Frauen ist in Altona wie auch hamburgweit Lungenkrebs die dritthäufigste Erkrankung. Die Neuerkrankungsrate im Zeitraum 1999 – 2001 bei rund 30 Fällen pro 100.000 Frauen (vgl. Abb. 17 und 18).

4.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Risiken bei Kindern und Jugendlichen

Die Gesundheit der Bevölkerung wird sowohl durch biologische, genetische und soziale Determinanten als auch durch Lebensstile und Verhaltensweisen geprägt. Zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zählen insbesondere Einstellungen und Umgang mit Themen wie Ruhe, Schlaf, Ernährung, Bewegung und Sexualität. Unter gesundheitsschädigenden oder riskanten Verhaltensweisen werden z.B. Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel verstanden, die zugleich als Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Krankheiten stark erhöhen. Werden riskante Verhaltensweisen schon im Kindes- und Jugendalter gelebt und erlernt, kann dies nicht nur zu akuten Entwicklungsstörungen führen, sondern zugleich Gesundheitsrisiken für das spätere Erwachsenenalter darstellen – mit weitreichenden Auswirkungen und Folgeschäden für die gesamte Gesellschaft. Präventionspotentiale sind deshalb insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu identifizieren und zu nutzen (siehe dazu Kapitel 5).

In diesem ersten Gesundheitsbericht werden zunächst die zwei Verhaltensweisen *Ernährung* und Inanspruchnahme von *Vorsorgeuntersuchungen* vorgestellt, die einen Ausschnitt der bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheit präsentieren.

Ernährung

Die Ernährung ist für den Körper ein essentieller Energielieferant und spielt so eine entscheidende Rolle beim Erhalt der Leistungsfähigkeit sowie wie bei der Vorbeugung und dem Verlauf einer Vielzahl von Krankheiten. Auswahl und Umgang mit Lebensmitteln spielen dabei eine wichtige Rolle, denn Nahrung kann ein Übertragungsweg für Krankheitserreger (z.B. Salmonellen) und Schadstoffe (z.B. Pestizide) sein. Auch ein Übermaß an Nahrung kann zu Krankheiten führen, insbesondere zu Wohlstandskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes mellitus, Hypertonie und anderen Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebs. In der Beziehung zwischen Ernährung und Gesundheit spielen auch psychosoziale Faktoren eine Rolle. Die Bedeutung des Essens reicht dabei von purem Genuss, spiritueller Bedeutung des Essens (Fasten) oder sozialkompensatorischer Bedeutung („Frust-Essen“) bis hin zu Suchterscheinungen (z.B. Magersucht, Alkoholismus). Das Ernährungsverhalten kann somit auch krankhafte Züge annehmen bzw. als Symptom einer Krankheit gesehen werden.

Das Kindes- und Jugendalter ist mitentscheidend und prägend für die Ausbildung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. So wird auch das Ernährungsverhalten in dieser Altersspanne erlernt und mit zunehmendem Alter gefestigt. Untersuchungsergebnisse kommen zu dem Schluss, dass ein großer Teil übergewichtiger Kinder auch im Erwachsenenalter übergewichtig bleibt, wobei sich Unterschiede zwischen Alter, Geschlecht und sozialer Schicht zeigen (vgl. RKI 2004:71,98).

Über das Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen gibt es wenige repräsentative Untersuchungen. Eine Studie⁹, die sich diesem Thema annahm, untersuchte die Nahrungszufuhr bei Kindern im Hinblick auf Eiweiß-, Fett- und Zuckerverzehr. Ein Ergebnis aus dieser Studie ist, dass bei Kindern bis zum Alter von 2 bis 3 Jahren auf eine gesunde Ernährung geachtet wird. Danach nimmt die eher ungünstige Nahrungszufuhr wie bei den Erwachsenen zu, d.h. Fett- und Zuckerkonsum steigen zu Lasten der günstigen Nahrungsmittel wie Kartoffeln, Reis und anderen Vollkornprodukten. Auch die täglich aufgenommene Trinkmenge war bei Kindern und Jugendlichen zu niedrig. (vgl. RKI 2004:71).

9 DONALD-Studie des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund, 1999

Im Jahr 1995/1996 wurden Schulkinder aus der 3. und 4. Klasse in 18 Altonaer Grundschulen zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt. (vgl. BAGS 2001). Die Schüler kamen zur Hälfte aus so genannten „sozialen Brennpunktschulen“ (sBS), so dass die Ergebnisse auch vor dem Hintergrund der sozialen Lage der Schule betrachtet werden können. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass ein relativ hoher Anteil der Kinder ein gesundes Frühstück zu Hause bekam, ein gesundes Pausenbrot mitnahm oder, falls es in der Schule angeboten wurde, dort gesunde Nahrungsmittel kaufte. Unter Berücksichtigung der sozialen Lage war jedoch der Anteil der Kinder aus sBS, die selten oder gar nicht zu Hause frühstücken fast dreimal so hoch (37%). Sie nahmen weniger gesundes Essen zu sich (71%) als die anderen Schulkinder (79%) und sie bekamen eher ungesunde Pausenbrote von zu Hause mit (zucker- und fettlastig). Außerdem kauften Schüler aus sBS sich häufiger (60%) ihr Essen auf dem Schulweg oder in der Schule als die anderen Schüler (44%) (vgl. BAGS 2001). Diese Ergebnisse sind trotz des relativ langen Zeitraums noch insofern von Bedeutung, dass die Schulen bis heute und auch zukünftig einen wichtigen Auftrag in Bezug auf das Nahrungsangebot in den Schulen zu erfüllen haben.

Eine Umfrage¹⁰ an 43 verschiedenen Schulen aus dem Bezirk Altona in 2004 beleuchtete die Verpflegungssituation in den Schulen genauer. Die bis dato angebotene Verpflegung in den Schulen bestand vorwiegend in Form eines Schulkioskes (in 19 Schulen bzw. 44%) mit breitem Sortiment wie z.B. belegten Brötchen, Säften, Milch, Tee, Süßigkeiten und anderen kleinen Snacks.

In mehr als der Hälfte der befragten Schulen (24 Schulen bzw. 56%) wurde ein Schulfrühstück angeboten, dies überwiegend in den Klassenstufen 1 bis 4. In diesen Schulen wird das Frühstücksangebot dann auch eher regelmäßig ausgerichtet (ca. 67%) gegenüber einer einmaligen Frühstücksaktion (25%). Knapp 40% (bzw. 17 Schulen) boten auch einen Mittagstisch für die Kinder an. Dieses Ergebnis dürfte sich mittlerweile aufgrund der Umstellung vieler Schulen auf Ganztagesbetreuung um einiges gesteigert haben.

Mehr als die Hälfte der befragten Schulen meldeten einen Bedarf an gesundheitsförderlichen Angeboten. Hierzu wurden vor allem Themen wie Ernährung, Bewegungs- und Sportangebote angegeben, zu denen die Schulen sich mehr Information, Aufklärung und/ oder Aktionen wünschen. Zudem lässt sich der Bedarf der Schulen auch nach der sozialen Lage differenzieren. Schulen, die in sozial guten Stadtteilen stehen (siehe auch Kapitel 3.1), zeigten weniger Bedarf an gesundheitsförderlichen Aktivitäten (rund 36%) als Schulen aus sozial schlechter oder mittlerer Lage (ca.60%).

Das Ernährungsverhalten hat einen bedeutenden Einfluss auf das Körpergewicht und die gesundheitliche Situation. Insbesondere Übergewicht wird als ein gesundheitlicher Risikofaktor verstanden das, wenn es ein bestimmtes Maß überschreitet, auch als Adipositas (Fettleibigkeit) bezeichnet und als Krankheit eingestuft wird.

Zur Beurteilung des Ernährungszustandes der Hamburger Schulkinder werden hier die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005 dargestellt. Hier wird jedes einzuschulende Kind aufgrund seines Gewichtes unter Berücksichtigung seiner Körpergröße (BMI)¹¹ in eine der folgenden Kategorien eingeteilt: Normalgewicht, Untergewicht, Übergewicht (inkl. Fettleibigkeit bzw. Adipositas).

Aus den Untersuchungsergebnissen des Schulärztlichen Dienstes 2004/2005 sind in Hamburg insgesamt 12,1% der männlichen Schulkinder und 11,5% der weiblichen Schulkinder als leicht bis schwer übergewich-

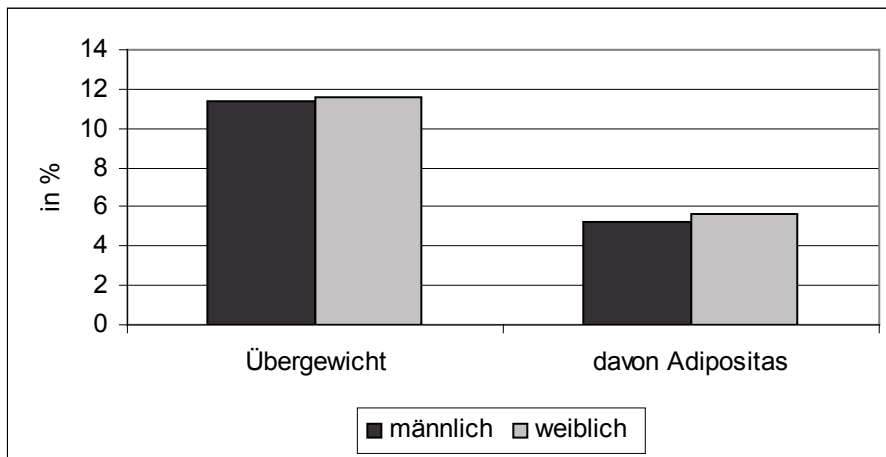
10 die Umfrage wurde vom Gesundheits- und Umweltamt Altona im Sommer 2004 durchgeführt. Von allen 67 Schulen aus Altona haben sich 43 an der Umfrage beteiligt, davon hauptsächlich Grundschulen, aber auch Haupt-, Gesamt-, Realschule, Gymnasium, Berufsschulen, Förderschulen oder eine Schule für Behinderte

11 Body Mass Index (= Körpergewicht kg geteilt / durch Körperlänge m²) liefert nicht nur bei Erwachsenen ein gutes Maß für die Gesamt-Körper-Fettmasse, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen und wird deshalb zur Definition von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlen. Als Maßstab für Übergewicht und Adipositas wird der alters- und geschlechtsspezifische 90%- bzw. 97%-Perzentilwert verwendet (vgl. deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 2002).

tig einzuschätzen. Der Anteil übergewichtiger einzuschulender Kinder in Hamburg hat in den letzten zehn Jahren bei den Mädchen um rund 2% und bei den Jungen um rund 3% zugenommen (vgl. BSG 2006).

Auch für die Altonaer Einschüler zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit als normalgewichtig einzustufen ist. Allerdings sind 11,4% der Jungen übergewichtig, ebenso 11,6% der Mädchen. Davon gelten als adipös 5,2% der Schüler und 5,6% der Schülerinnen (vgl. Abb.19).

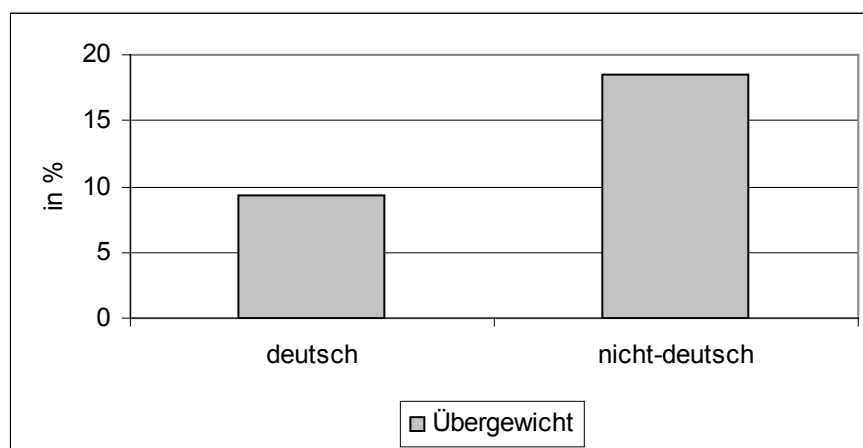
Abb.19: Einschüler nach Gewichtsklasse und Geschlecht 2004/2005



Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Doch nicht nur zwischen den Geschlechtern zeigen sich Unterschiede, sondern auch nach der Staatsangehörigkeit der Kinder. Nicht-deutsche Kinder sind mit einem Anteil von insgesamt 18,5% im Vergleich zu deutschen Kindern mit 9,3% doppelt so häufig von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen (vgl. Abb.20).

Abb.20: Übergewichtige Einschüler nach Nationalität, 2004/2005



Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Prävention und Vorsorge

Die Vorsorge für Kinder und Jugendliche umfasst alle Maßnahmen und Untersuchungen, um gesundheitsrelevante Risikofaktoren zu erkennen, zu minimieren oder generell vorzubeugen. Dazu zählen die Schwangerenvorsorge, die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1 – U9) sowie verschiedene Impfungen; im weiteren

Sinne auch sozialpädiatrische, sozialmedizinische und pädagogische Maßnahmen wie zahnmedizinische Prophylaxen, Eltern- und Mütterberatungen oder Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen.

Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen leisten einen wichtigen Beitrag zur sekundären Prävention und der Entdeckung von Risikofaktoren. Die Untersuchungen zielen darauf ab, Anomalien und Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. In Deutschland zählt ein bundesweites Früherkennungsprogramm für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Programm umfasst neun Untersuchungen (U1 bis U9)¹², die bis zum 6. Lebensjahr in Anspruch genommen werden sollten. Dabei werden beispielsweise Größe und Gewicht kontrolliert, Hör- und Sehtests durchgeführt, die Reaktion auf die Umgebung getestet, die Körperkoordination und die Sprachentwicklung beurteilt. Im Weiteren wird der Impfstatus erhoben und alle notwendigen Schutzimpfungen angeboten.

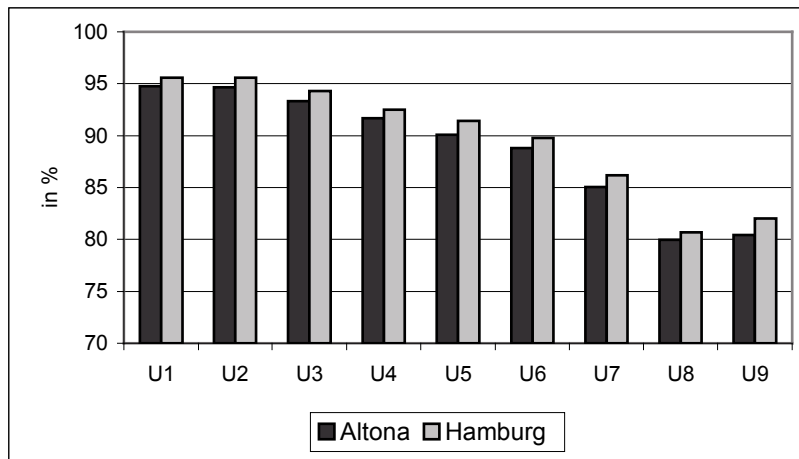
Die Zeiträume der Untersuchungen sind auf wichtige Entwicklungsetappen des Kindes abgestimmt. Sofort nach der Geburt findet die U1 statt, die U2 wird bis zum 10. Lebensstag durchgeführt. Es folgen die Untersuchungen U3 bis U6, die jeweils in dreimonatigen Abständen im ersten Lebensjahr durchgeführt werden. Die U7 ist eine Untersuchung am Ende des zweiten Lebensjahres, die U8 am Ende des vierten Lebensjahres und schließlich die U9 für die 5-Jährigen. Ergebnisse der Untersuchungen bis zum 6. Lebensjahr werden im Vorsorgeheft dokumentiert, das bei den Eltern verbleibt und zu den jeweils anstehenden Untersuchungen vorgelegt werden soll.

Das Früherkennungsprogramm für Kinder findet in Deutschland eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Jedoch sinkt die Untersuchungsbeteiligung mit zunehmendem Alter der Kinder bundesweit, so dass die U8 und die U9 meist nur noch eine Teilnehmerate von rund 80% erreicht (vgl. RKI 2004: 164). Diese nachlassende Teilnahme hängt häufig mit fehlenden Informationen über den Nutzen dieser Untersuchungen zusammen oder aufgrund der größer werdenden Zeitabstände geraten die Termine in Vergessenheit.

Auch in Altona sinkt die Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder. Die U1 und U2 wird noch von knapp 95% der Eltern genutzt. Diese beiden Untersuchungen finden kurz nach der Geburt und damit meistens in den geburtsklinischen Abteilungen der Krankenhäuser statt, so dass der Zugang bzw. die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen sehr erleichtert wird. Bei den späteren Untersuchungen, die i.d.R. von Kinderärzten durchgeführten werden, sinkt die Teilnahme stetig; bei der U8 und U9 sind es nur noch rund 80%. In Altona liegt die Inanspruchnahme der einzelnen Untersuchungen etwas unter dem Hamburger Durchschnitt (vgl. Abb.21).

¹² Seit 1997 ist eine zehnte Untersuchung (J1) für die Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen Kinder und Jugendlichen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden. Diese können aber aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt werden.

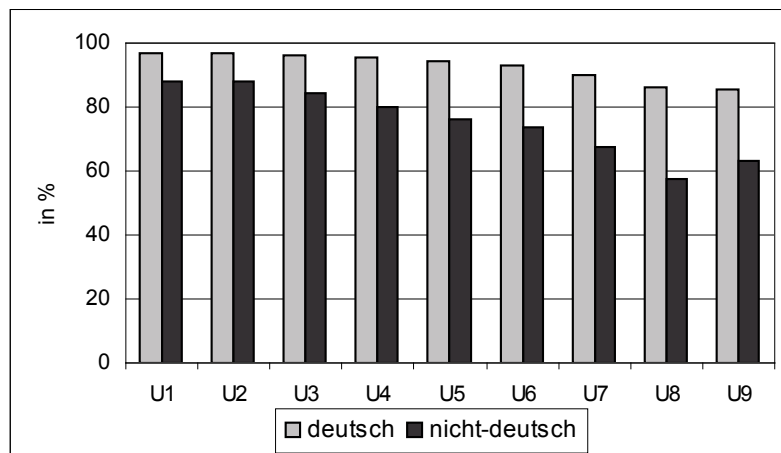
Abb. 21: Inanspruchnahme der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen in Altona und Hamburg 2004/2005



Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Eine weitere Besonderheit betrifft auch die verschiedenen Nationalitäten im Bezirk. So nehmen Kinder von nicht-deutschen Eltern die Früherkennungsuntersuchungen deutlich weniger wahr als Deutsche. Mögliche Gründe dafür sind, dass nicht-deutsche Eltern schlechter über den Nutzen dieser Untersuchungen informiert sind, wobei Sprach- oder Verständigungsschwierigkeiten wahrscheinlich einen wichtigen Hemmnisfaktor darstellen (vgl. Abb. 22).

Abb.22: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Altona nach Nationalität, 2004/2005



Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Impfungen

Die Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Sie schützen nicht nur die geimpfte Person, sondern bei entsprechend hoher Durchimpfung der Bevölkerung wird auch ein Kollektivschutz erreicht. Dies ist besonders für Personen, bei denen aus medizinischen Gründen eine Impfung nicht durchgeführt werden kann, von Bedeutung.

Die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen ist in Deutschland freiwillig. Für Kinder werden Impfungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen angeboten und gehören zum Leistungsspektrum aller Krankenversicherungen dazu. Die zur Verfügung stehenden Impfstoffe sind gut verträglich und verursachen nur noch selten unerwünschte Nebenwirkungen.

Für Kinder und Jugendliche werden prinzipiell Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Pertussis („Keuchhusten“), Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B, Poliomyelitis („Kinderlähmung“), sowie gegen Masern, Mumps und Röteln von der ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO, 2005) empfohlen. Kinder mit bestimmten Erkrankungsrisiken sollten weitere Impfungen wie z.B. gegen Windpocken oder Pneumokokken erhalten.

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angestrebte Ziel, die Masern auszurotten, wird auch für Hamburg übernommen. Dazu müssen über 90% der Kinder in der Bevölkerung mindestens zweimal gegen Masern geimpft sein. Ein erfolgreiches Beispiel, dass dieses Ziel erreicht werden kann, zeigen die Schutzimpfungen gegen Kinderlähmung. So ist Europa seit 2002 frei von Kinderlähmung.

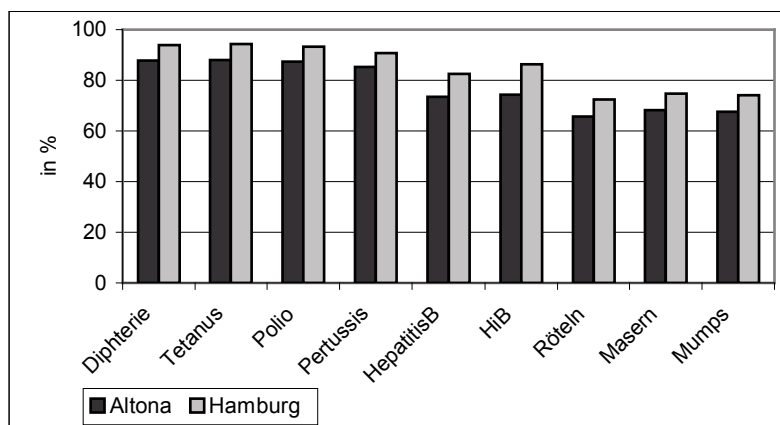
Obwohl in Deutschland wichtige Voraussetzungen geschaffen sind, um eine hohe Durchimpfung in der Bevölkerung zu erreichen, werden etliche der angebotenen Impfungen nur mäßig in Anspruch genommen. Bei Kleinkindern existieren häufig große Impflücken und häufig wird zu spät geimpft (vgl. RKI 2004:173). Hier spielt vor allem die Aufklärung der Eltern eine entscheidende Rolle.

Impfsituation in Altona

Der Anteil der Altonaer Einschüler, der alle empfohlenen Impfungen bei den Schuleingangsuntersuchungen erhalten hatte, ist zwar insgesamt zufriedenstellend, liegt aber unter dem Hamburger Durchschnitt.

Der Anteil der Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und Pertussis liegt bei über 90%. Der vollständige Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln wurde bei etwa 70% der Kinder festgestellt, d.h. die notwendige 2. Impfung für den vollständigen Impfschutz wurde bei etlichen Kindern zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht durchgeführt (vgl. Abb.23).

Abb.23: Vollständige Durchimpfung der Einschüler in Hamburg und Altona, 2004/2005



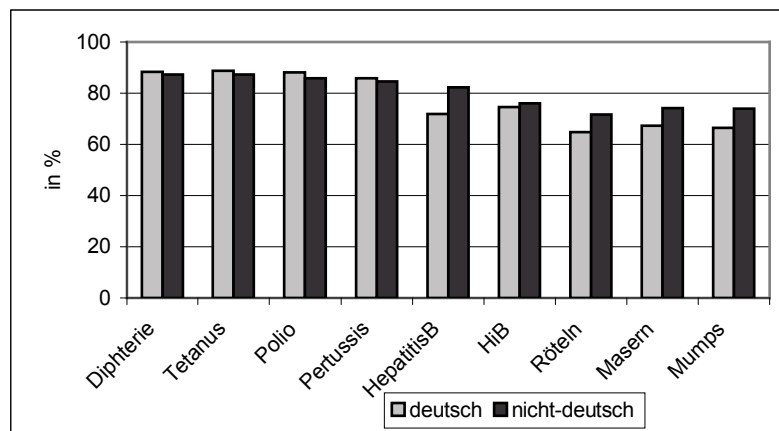
Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln ist trotz steigender Tendenz noch unzureichend für eine komplette Ausrottung. Die Akzeptanz dieser drei Schutzimpfungen in der Bevölkerung ist sehr unterschiedlich. Rötelnimpfungen werden von den Eltern häufiger bei Mädchen als bei Jungen akzeptiert, obwohl ein hoher Bevölkerungsschutz gegen die Röteln-Embryopathie eine hohe, gleichgeschlechtliche Impfquote

voraussetzt (vgl. RKI 2004:173). Auch die Masernimpfung wird vermutlich von vielen Eltern als harmlose Kinderkrankheit betrachtet und die Gefahr von cerebralen Folgeschäden oftmals unterschätzt. In Altona liegt der Anteil der vollständig geimpften Kinder für Masern, Mumps und Röteln bei etwa 70%.

Auch gibt es leichte Unterschiede zwischen den Nationalitäten bei der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen. Während die Anteile der Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und Pertussis bei deutschen und nicht-deutschen Kindern bei über 90% liegen, zeigen die nicht-deutschen Kinder bei den anderen fünf Impfungen einen leichten Vorsprung. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass deutsche Eltern eher zu den Impfkritikern gehören, als nicht-deutsche Eltern und entsprechende Impfungen ablehnen (vgl. Abb.24).

Abb.24: Durchimpfung der Einschüler in Altona nach Nationalität, 2004/2005



Quelle: SÄD 2004/2005 zusammengefasst

Zahngesundheit

Der Anteil naturgesunder Gebisse hat bei den Hamburger Schülern in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Dies zeigt sich durch die Reihenuntersuchungen, die durch die Schulzahnärzte in Hamburger Schulen durchgeführt werden. Einfluss auf die Zahngesundheit haben Ernährungsweise, Mundhygiene und die Versorgung der Zähne mit Fluoriden. Dabei wird vermutet, dass diese Verhaltensmerkmale unterschiedlich nach sozialer Lage ausgeprägt sind im Sinne einer Benachteiligung der Familien mit niedrigem Bildungsniveau. Insgesamt hängt die Zahngesundheit ganz entscheidend von der Qualität gruppenprophylaktischer Interventionen ab (vgl. BAGS 2001).

Insgesamt wurden im Schuljahr 2005/2006 in Altona durch den Schulzahnärztlichen Dienst 8.495 Kinder untersucht, davon waren 1.841 in der 1. Klasse und 1.688 Kinder in der 4. Klasse.

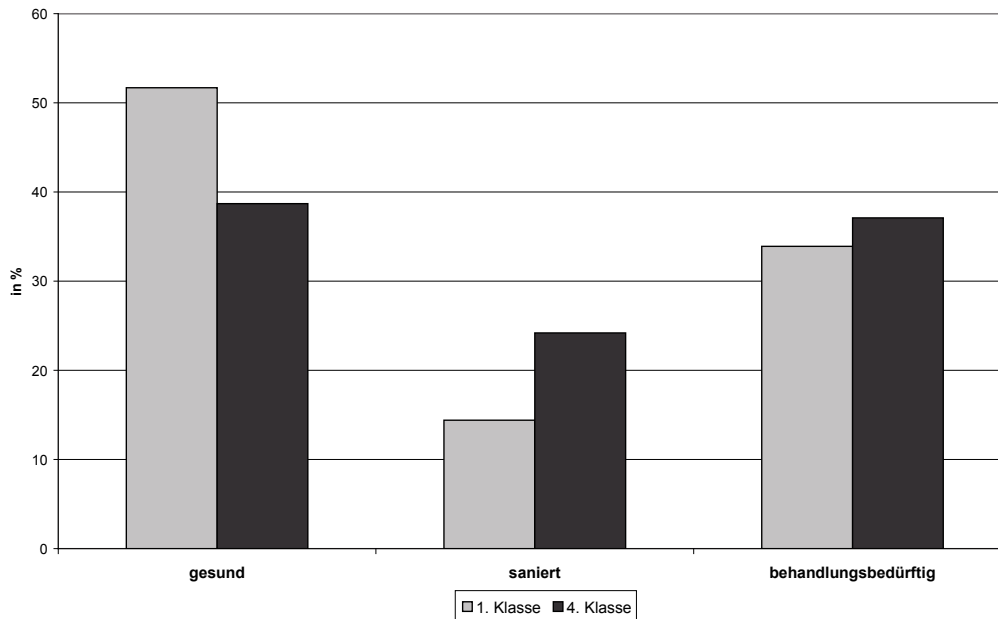
Im Schuljahr 2005/2006 waren die Gesamt-Gebisse (Milchzähne und bleibende Zähne) der Kinder aus den 1. Klassen mit knapp 52% naturgesund. Bei den Gebissen der Viertklässler sinkt dieser Anteil auf rund 39% - diese Zahl unterscheidet sich von Gesamt-Hamburg aufgrund der Zusammenfassung von bleibenden Gebissen und Milchgebissen und liegt deshalb unter dem Hamburger Durchschnitt.

Der Anteil der sanierten Gebisse bei Altonaer Erstklässlern lag in 2005/2006 bei etwa 14%, in den Altonaer 4. Klassen bei 24%.

In Altona sind die Gebisse der Kinder in den 1. Klassen des Jahrgangs 2005/06 mit rund 34% als behandlungsbedürftig anzusehen, in den 4. Klassen lag dieser Anteil bei rund 37% (vgl. Abb.25).

Insgesamt wurden im Schuljahr 2005/2006 durch den Schulzahnärztlichen Dienst 8495 Kinder untersucht, davon waren 1841 in der 1. Klasse und 1688 Kinder in der 4. Klasse.

Abb.25: Gesamt-Gebisszustände in den ersten und vierten Klassen; Schuljahr 2005/06



Quelle: Schulzahnärztliche Dokumentation 2005/06

Die notwendigen weiteren Verbesserungen der kindlichen Zahngesundheit werden sich vor allem durch verstärkte präventive Aktivitäten erreichen lassen. Das Kariesrisikoprogramm des schulzahnärztlichen Dienstes will an diesem Punkt ansetzen und Kinder erreichen, die bisher nicht ausreichend zahnärztlich betreut wurden. Dies erfolgt in Zusammenarbeit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. mit den bezirklichen Gesundheitsämtern.

Die Betreuung der Kinder in den ersten bis vierten Schulklassen durch die schulzahnärztlichen Dienste der Bezirke wird durch aufsuchende Tätigkeit in den Schulen organisiert. Der Schwerpunkt aller Aktivitäten liegt auf Prävention und Gesundheitserziehung. Hinzu kommt ein zusätzliches Angebot für Kinder mit besonderem Kariesrisiko, denen vierteljährlich ein Fluorid-Schutzlack auf die Zähne als lokale Schmelzhärtungsmaßnahme aufgetragen wird. Um den Kindern einen regelmäßigen Zahnarztbesuch vertraut zu machen, wird ebenso eine Zusammenarbeit mit dem behandelnden Zahnarzt angestrebt. Dieses Programm wurde in Altona im Schuljahr 2003/04 begonnen und hat mittlerweile 678 Kinder erreicht.

5. Bezirkliche Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention

*Wenn wir jedem Individuum
das richtige Maß
an Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten,
hätten wir den sichersten Weg
zur Gesundheit gefunden.
Hippokrates (460-370 v.Chr.)*

Im Laufe der Zeit haben sich verschiedene Modelle und Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, die zumindest alle die Sichtweise teilen, dass es nicht nur um die Vermeidung von Risikofaktoren geht, sondern auch um die Stärkung der persönlichen Kompetenzen. So versuchen Programme zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen diese in ihrer Persönlichkeitsentwicklung so zu fördern, dass sie ein positives Selbstbild von sich und ihrer Gesundheit erlangen, während Programme der Prävention vor allem auf Aufklärung und Information über verschiedene Risikofaktoren setzen. Der Erfolg beider Ansätze liegt jedoch langfristig darin, dass neben diesen verhaltensbezogenen Maßnahmen auch die jeweiligen Umweltbedingungen (z.B. soziale Lage, Wohn- und Arbeitsplatzverhältnisse) einbezogen werden, die ein gesundheitsförderliches Leben unterstützen.

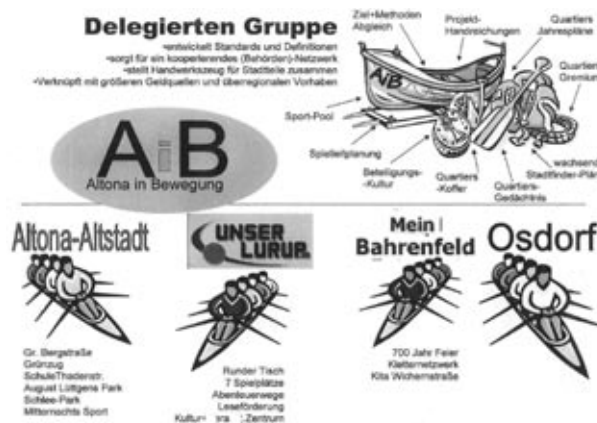
In diesem Kapitel werden verschiedene präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen aus dem Bezirk Altona vorgestellt, die sowohl verhaltensbezogene als auch umwelt- oder verhältnisbezogene Veränderungen bewirken wollen. Diese Maßnahmen wurden für Kinder und Jugendliche initiiert, da diese Zielgruppe noch über ein großes Gesundheitspotential verfügt und diese Kinder die Erwachsenen der Zukunft darstellen.

5.1 Projekt: Altona in Bewegung

Das Projekt „Altona in Bewegung“ entstand aus dem Auftrag der Bezirksversammlung des Bezirksamtes Altona und wurde 2005 ins Leben gerufen. Über das Gesundheits- und Umweltamt Altona, das sich als Projektkoordinator versteht, wurden verschiedene Kooperationspartner wie Kindertagesstätten, Schulen, Jugendhilfeträger und Sportvereine gewonnen. Die Wahrnehmungen und Erfahrungen in den Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereinen, Jugend- und Sozialeinrichtungen in den Altonaer Stadtteilen belegten, dass Übergewichtigkeit, Adipositas und sozial desintegrative Prozesse insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zunehmen. Als wesentliche Ursachen wurden Fehlernährungen, Bewegungsmangel und fehlende Bewegungsräume erkannt. Diese Projektgruppe sollte ein Handlungskonzept entwickeln, wie die Bewegungssituation in Altona verbessert werden kann. Zentrales Ziel ist es, gesunde Ernährung und vor allem mehr Bewegung bei allen Altersgruppen im Bezirk zu fördern.

Die kooperierende Universität Hamburg, vertreten durch Herrn Prof. Dr. Dietrich vom Fachbereich Bewegungswissenschaften, entwickelte Definitionen und Kriterien zur Erschließung von Bewegungsräumen. Die Bestandsaufnahme vorhandener Bewegungsräume ergab, dass für den Bezirk Altona insgesamt 112 Spielplätze (420.346 qm) und 223 Grünanlagen (6.851.066 qm) sowie 19 Sportplätze (498.843 qm) ausgewiesen sind (Gründatei der BSU). Viele der Flächen bieten unterschiedliche Nutzungs-/ Bewegungsraumqualitäten oder sind in differierenden räumlichen Zusammenhängen zu sehen. Trotz der Vielzahl von Grünanlagen, Spielplätzen, Kleingärten und Sportplätzen, Schulhöfen, die zum Teil mit öffentlichen Nutzungsrechten belegt sind, werden viele öffentliche Bewegungsräume von den Altonaern kaum bzw. nicht genutzt.

Es wurde aufgezeigt, dass zur Realisierung der Maßnahmen kommunalpolitische und finanzielle Unterstützung erforderlich ist. Im Bewusstsein notwendiger Eigeninitiative verständigten sich die Projektmitglieder auf einen Finanzierungsmix aus Eigen- und Fremdmitteln. Das Projekt stellte einen Sammelantrag auf Bezirkssondermittel für ihre in 2006 geplanten Projekte, der positiv vom Gesundheits- und Umweltausschuss mit 4.600 € beschieden wurde. Das Gesundheits- und Umweltamt Altona förderte das Projekt mit 2.000 € in 2005, so dass Konzeptentwicklungen und erste Kooperationsprojekte umgesetzt werden konnten. Im Februar 2006 organisierte das Projekt einen Planungsworkshop, in dem am Selbstverständnis, der Organisationsform und der Fortentwicklung kooperativer Projektaktivitäten gearbeitet wurde.



Im April 2006 fand ein Altonaer Gesundheits- und Umweltgespräch zum Thema: „Gesund durch Bewegung – für eine neue Bewegungskultur in Altona“ statt. Erste Ideen sind z.B.: Bewegungsaktionen in den Schulen im Rahmen der Projektwochen, Altonaer Bewegungstage, kooperative Aktionen mit Wohnungsgesellschaften (z.B. GWG/SAGA), Wiederbelebung der Trimm-Dich-Aktionen, Altonaer Staffelläufe, bewegungsorientierte Stadtteilstefte vor und nach den Sommerferien.

5.2 Apfelklops & Co: die Kinderliedertour der BZgA

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) präsentierte die Kinderliedertour der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Apfelklops & Co“. Diese Kampagne ist ein Musical zu gesunder Ernährung und Bewegungsförderung für Kinder ab sechs Jahren, das sich seit 2001 auf bundesweiter Tour befindet. Dabei arbeitete die BZgA eng mit Kooperationspartnern (Gesundheits- und Umweltamt Altona, HAG, Büro für Suchtprävention) zusammen. Die BZgA geht mit dieser Verzahnung neue Wege, Kinder und Erwachsene über gesunde Ernährung und Bewegung zu informieren.



Man ist, was man isst... Essen ist Ausdruck des sozialen Status, aber auch und vor allem Gesundheit und Wohlbefinden hängen von der Qualität und Form der Ernährung ab.

... **und wie man isst!** Heute bestimmen in unserem Kulturkreis weniger die Fastengebote als vielmehr die Einsicht in gesundheitliche Zusammenhänge eventuelle Bestrebungen zur Mäßigung. Gleichzeitig dominieren die Hektik und damit Fertignahrung und Fast-Food unseren Alltag.

Esskultur und Geschmack: Essen hat Einfluss auf Emotionen. Sättigung verschafft z.B. Wohlgefühl und Entspannung. Vertrautes, auch vertrauter Geschmack trägt zur persönlichen Identität und zur Sicherheit bei. Im menschlichen Gehirn werden diese Gefühle mit bestimmten Gerichten und Geschmacksrichtungen verknüpft. Diese Geschmacksprägungen beginnen bereits mit der Aufnahme von Aromastoffen im Mutterleib, gehen weiter über das Stillen und schließlich ist die familiäre Esskultur von prägender Bedeutung. Die Gerüche, Geschmäcker und Speisen der Kindheit sind untrennbar mit Gefühlen der Kindheit verbunden. Wenn Geschmack und Akzeptanz früh und durch Erfahrung festgelegt worden sind, wird dieser erreichte Entwicklungsstand „geschmackskonservativ“ bezeichnet. Der Mensch sucht und isst dann meist nur noch vertraute und bekannte Geschmacksrichtungen. Es darf deshalb nicht verwundern, wenn Kinder zum (einmal erlernten) Vertrauten greifen. Man kann von Kindern nicht erwarten, dass sie von sich aus ihr Geschmackspektrum erweitern.

Eingebettet in eine spannende Geschichte mit Liedern im Stil einer Revue wurden die Themen Essen, Dick- und Dünnsein, körperliches Wohlbefinden, Spaß an Bewegung, Selbstwertgefühl und Werbung aufbereitet. Kinderlieder eignen sich hervorragend, gesundheitsfördernde Botschaften anregend und unterhaltsam zu vermitteln.

Ziel war es, die Kinder durch aktives Mitmachen an der Show für diese Themen zu sensibilisieren und einen positiven Umgang mit dem eigenen Körper zu ermöglichen.

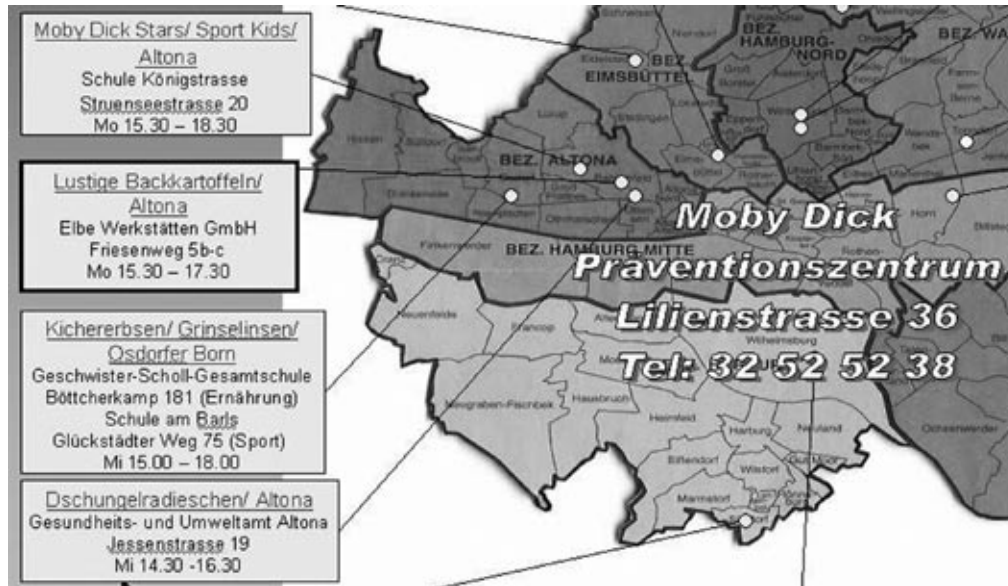


Das Gesundheits- und Umweltamt sah in dieser Veranstaltung eine hervorragende Gelegenheit, über diese Form der Öffentlichkeitsarbeit 1100 Kinder unseres Bezirkes an gesundheitsbewusstes Verhalten heranzuführen und dieses zu stärken.

5.3 “Gesunde Kinder – zufriedene Eltern” – ein Kooperationsprojekt von Moby Dick und dem Gesundheits- und Umweltamt Altona zur Begegnung von Übergewichtigkeit und Adipositas bei Altonaer Kindern und Jugendlichen

Im Bezirk Altona leben knapp 40 000 Kinder und Jugendliche, welches einem Sechstel der Gesamtbevölkerung entspricht. Während 1977 nur 4% der Kinder übergewichtig waren, sind es heute fast 20% oder 8.000 Kinder: Jedes fünfte Kind und jeder 3. Jugendliche schleppt zuviel Gewicht mit sich herum. Aufgrund

dieser erschreckenden Datenlage begann das Gesundheits- und Umweltamt Altona eine Kooperation mit der Organisation „Moby Dick“, die Gesundheitsprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 5 – 7 Jahren und deren Eltern in Gruppen anbietet. Im Bezirk Altona gibt es bereits 6 von insgesamt 20 Gruppen in Hamburg.



Ein Jahr lang treffen sich Eltern und Kinder in der Gruppe „Dschungelradieschen“ wöchentlich für 2 Stunden. Es wechseln die Themenbereiche Ernährung, Sport und Psychosoziales. Die Elternarbeit erfolgt in Form von Gruppenarbeit oder Einzelgesprächen. Die Kinder setzen sich mit der Ernährung spielerisch auseinander, da aufgrund ihres Alters eine Reflektion des eigenen Verhaltens noch nicht möglich ist. Ökotrophologen, Bewegungstherapeuten sowie Sozialpädagogen/Psychologen begleiten die Gruppe.

Aufgrund der Erfahrung zum Thema „Gesunde Ernährung“ werden zusätzlich zu den Ernährungskursen in Lehrküchen Altonaer Schulen auch Bewegungsprogramme von „Moby Dick“ im Gesundheits- und Umweltamt Altona angeboten.

Die Ergebnisse werden nach einem Jahr ausgewertet.

Exemplarisch sei hier David vorgestellt.

David ist 7 Jahre und hat fast ein Jahr an dem Modellversuch teilgenommen. Zu Beginn der Maßnahme war er 1,21 m groß und lag mit seinem Gewicht deutlich über der 99,5 Perzentile. Er hatte aufgrund seiner vielen Abnehmversuche resigniert und schämte sich wegen seines Gewichtes. Nach 6 Monaten war bereits eine Gewichtsreduktion zu beobachten und nach fast einem Jahr hat sein BMI die 97. Perzentile erreicht. Heute hat David Spaß an Bewegung, da sie ihm leichter fällt. Die Familie achtet insgesamt mehr auf die Ernährung, und David geht selbstbewusster mit seinem Gewicht um.

Hierdurch gelingt es, bei zwei Dritteln aller Kinder mit Übergewicht den BMI-Wert zu senken und das Gewicht nachhaltig zu stabilisieren. Eine frühzeitige Behandlung des Übergewichtes zeigt, dass eine Gewichtsreduktion sowie eine Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens erreicht werden kann.

5.4 BZgA: Ich geh zur U – und du?

Sozial benachteiligte Menschen nehmen die gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsangebote in geringerem Maße wahr als sozial besser gestellte. Dies gilt für Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check, aber auch für die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sowie den klassischen Vorsorgebereich: die Impfungen. Als mögliche Gründe sind unzureichendes Wissen hinsichtlich der Angebote, Scheu vor der Diagnostik oder kulturelle Vorbehalte bei nicht-deutschen Bevölkerungsgruppen zu nennen.



Um die Beteiligungsraten (insbesondere ab der U7) zu steigern, startete im Jahr 2005 die Kampagne der BZgA „Ich geh`zur U! Und Du?“.

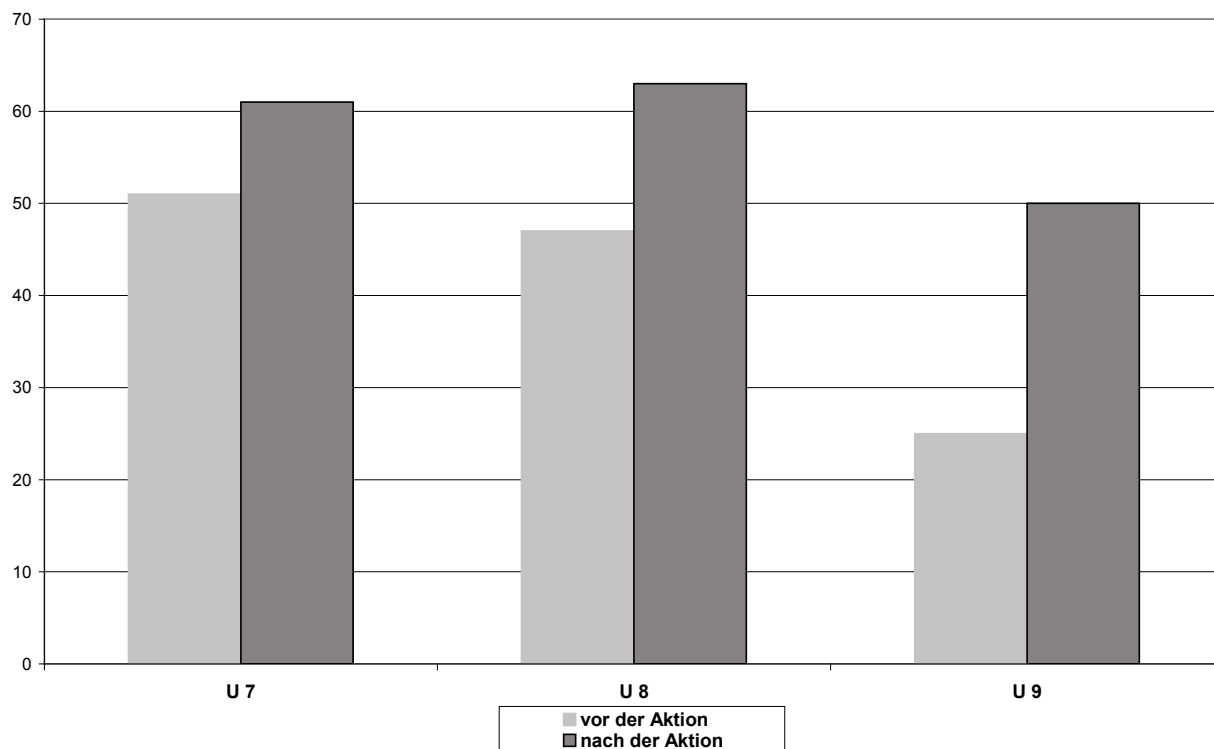
Das Gesundheits- und Umweltamt Altona führte von September 2005 bis Januar 2006 in Zusammenarbeit mit fünf Kindergärten in Lurup und Osdorf diese Aktion durch, um Eltern und Kinder an diese wichtigen Termine zu erinnern.



Von 300 in Frage kommenden Kindern aus den ausgesuchten Kindergärten in einem sozial benachteiligten Gebiet des Bezirkes Altona konnten folgende Ergebnisse dokumentiert werden:

Bei 118 Kindern waren die Vorsorgeuntersuchungen von U7 bis U9 bereits durchgeführt, bei den anderen 182 Kindern standen diese Untersuchungen noch aus. Deshalb wurden diese Kinder bzw. deren Eltern an die anstehenden oder fehlenden U's schriftlich oder persönlich erinnert. Die prozentuale Steigerung der Inanspruchnahme stellt sich nach Beendigung der Aktion folgendermaßen dar:

Abb. 26 prozentuale Veränderung der Inanspruchnahme der U7 – U9



Quelle: eigene Erhebungen, Gesundheits- und Umweltamt Altona, 2006

Trotz verschiedenster Probleme, die sich für die einzelnen Einrichtungen ergeben, wurde die flächendeckende Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (nicht nur im Rahmen des Erkennens von Misshandlung und Vernachlässigung) als ein wichtiges Instrument angesehen, um gesundheitliche „Defizite“ möglichst schnell und nachhaltig zu erkennen und diesen entgegenzusteuern. Damit sollen allen Kindern die gleichen Entwicklungschancen geboten werden.

6. Zusammenfassung der gesundheitlichen Situation

Die gesundheitliche Situation der Bevölkerung Altonas lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die **Herz-Kreislaufleiden**, insbesondere die Krankheiten Herzinfarkt und Schlaganfall, stellen die Todesursache Nummer eins im Bezirk Altona dar, gefolgt von den **Krebserkrankungen**. Für das Jahr 2004 sind die Neubildungen der Verdauungsorgane (z.B. Magen, Dickdarm, Dünndarm, Speiseröhre), gefolgt von denen der Atmungsorgane (z.B. Nasenhöhle, Mittelohr, Bronchien, Lunge) die häufigste Todesursache. Hier gibt es Übereinstimmungen mit der hamburg- und bundesweiten Todesursachenstatistik.
- Für die **Krebsneuerkrankungen** (des Zeitraums 1999-2001) ergab sich Folgendes: Männer erkranken häufiger an Krebs als Frauen. Abweichend von den hamburgischen Zahlen, in denen der Prostatakrebs die häufigste Neuerkrankung für die Männer darstellt, ist es in Altona der **Lungenkrebs**. Bei den Frauen ist in Übereinstimmung mit den hamburgischen Zahlen der **Brustkrebs** die häufigste Neuerkrankung.
- Der **Ernährungszustand** der untersuchten Einschüler ist größtenteils als normalgewichtig einzustufen, jedoch sind insgesamt etwa 11% dieser Kinder übergewichtig. Nicht-deutsche Kinder sind doppelt so häufig übergewichtig als deutsche Kinder.
- Die **Früherkennungsuntersuchungen** für Kinder werden mit steigendem Alter weniger wahrgenommen. Insbesondere ab der U7 sinkt der Teilnahmeanteil deutlich. Nicht-deutsche Kinder bzw. Eltern nehmen die Untersuchungen weniger wahr als Deutsche.
- Die **Durchimpfung** bei den Einschülern ist insgesamt zufriedenstellend, allerdings erreichen die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln noch nicht den empfohlenen Durchimpfungsgrad von 90%.

7. Die wichtigsten Handlungsempfehlungen auf einen Blick

Die Handlungsempfehlungen richten sich entsprechend der Zielsetzung des Berichts an zwei Adressatenkreise. Als erstes richten sich die Empfehlungen an die Einwohner des Bezirks Altona, um ihnen einen kurzen Informationsüberblick über die einzelnen Krankheitsbilder zu geben. Ausführliche Beratung und weitergehende Informationen zu den einzelnen Themen findet man z.B. in der Fachliteratur, Aufklärungsbroschüren des Gesundheitsamtes, bei entsprechenden Beratungsstellen und bei Ärzten.

Im Weiteren richten sich die Empfehlungen an die im Gesundheitswesen Tätigen vor Ort sowie an die gesundheits- und sozialpolitisch Verantwortlichen des Bezirks. Es werden hier Problem- und Versorgungsbereiche benannt, zu denen die Akteure im Gesundheitswesen weiter oder ergänzend tätig werden sollen. Dazu sind auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die meist einer gesetzlichen Grundlage oder einer politischen Mehrheit bedürfen, um vorangetrieben zu werden.

In Abschnitt 7.1 werden daher Empfehlungen für den Einzelnen, sprich für die Bewohner des Bezirks formuliert. In Abschnitt 7.2 werden Empfehlungen für die Institutionen, die im Gesundheitswesen Tätigen und die politischen Instanzen herausgegeben.

7.1 Empfehlungen für den Einzelnen

Prävention Herzinfarkt

Haupttrisikofaktoren für Herzinfarkte sind Alter, Nikotinkonsum, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Bluthochdruck sowie die genetische Veranlagung. Als weitere Faktoren kommen Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie starke psychische Belastungen in Betracht.

Ob der regelmäßige Konsum von *wenig* Alkohol das Herzinfarktisiko senkt, ist umstritten. Beim exzessiven Alkoholkonsum jedenfalls steigt das Risiko von Herzinfarkten und anderen schweren Erkrankungen.

Leitsymptom eines Herzinfarktes sind Schmerzen. Typisch ist ein starkes Druckgefühl hinter dem Brustbein bzw. Engegefühl im ganzen Brustkorb. Die Schmerzen können in die Arme, den Hals, die Schulter, den Oberbauch oder den Rücken ausstrahlen.

Oft tritt auch Atemnot, Angstgefühl, Blässe, Übelkeit, Erbrechen und Schweißneigung auf. Gelegentlich kollabieren die Patienten und bleiben bewusstlos. In vielen Fällen treten Stunden bis Tage vor dem eigentlichen Herzinfarkt schon Schmerzen auf. Sie sind eine Warnung, die unbedingt ernst genommen werden sollte.

Bei Frauen kann sich der Herzinfarkt ganz anders als bei Männern äußern. So klagen nur etwa ein Drittel der Frauen über Brustschmerzen. Ein großer Teil klagt über ungewöhnliche Müdigkeit, viele haben Schlafstörungen oder Kurzatmigkeit bzw. Magenbeschwerden.

Bislang ging man davon aus, dass die altbekannten Risikofaktoren für beide Geschlechter gelten. Die Gewichtung der jeweiligen Faktoren ist aber sehr unterschiedlich. Zum Beispiel setzt das Rauchen Frauengefäßen deutlich mehr zu als den männlichen; beim hohen Blutdruck verhält es sich umgekehrt (vgl. RKI 2006).

Vorbeugung gelingt durch die so weit wie mögliche Reduzierung der Risikofaktoren.

- Aufhören zu Rauchen
- Gesunde und fettarme Ernährung mit viel Gemüse
- Bei Übergewicht abnehmen
- Regelmäßige Bewegung
- Beachtung der optimalen Behandlung eines Diabetes mellitus, eines hohen Blutdrucks oder erhöhter Blutcholesterinwerte
- Zuverlässige Einnahme verordneter Medikamente.

Prävention Schlaganfall

Beim Schlaganfall kommt es typischerweise zu einem plötzlichen Auftreten von mehreren Symptomen. Oft gehen dem eigentlichen Schlaganfall kürzere Episoden mit ähnlicher Symptomatik voraus. So kann es zu kurzzeitigen Sprachstörungen, Gedächtnisverlusten, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Sehstörungen bis hin zu kurzen Taubheitsgefühlen einer Körperseite und Lähmungserscheinungen kommen.

Auch hier gilt, dass Frauen zum Teil ganz andere Symptome als Männer zeigen können. Männer zeigen mehr Gleichgewichtsstörungen und Lähmungserscheinungen, Frauen hingegen mehr Schmerzsymptome, wie Brustschmerzen, Kurzatmigkeit sowie Bewusstseinsstörungen und Desorientierung. Das kann zu Verzögerungen bei Diagnosestellung und Behandlungsbeginn führen, wenn Frauen nicht die traditionellen Symptome zeigen.

Eine effektive Schlaganfall-Vorbeugung kann das Risiko, eine solche Erkrankung zu erleiden, für jeden Einzelnen nachgewiesenermaßen reduzieren.

In Anbetracht der oft verbleibenden schweren Beeinträchtigungen muss versucht werden, einem Schlaganfall vorzubeugen. Hierzu ist die Kenntnis der Risikofaktoren notwendig. Die wichtigsten Risikofaktoren für den Schlaganfall sind:

- Koronare Herzkrankheit und Bluthochdruck
- Lebensalter und Vererbung
- Rauchen und Alkohol
- Fettstoffwechselstörungen
- Übergewicht und Diabetes mellitus
- Streß
- Gerinnungsstörungen.

Die Risiken und Möglichkeiten der Vermeidung sollten auch schon jüngere Personen kennen, da sie die schlaganfallgefährdeten Personen der nächsten Jahrzehnte sind. In einer Zeit, wo Bewegungsmangel und Übergewicht zunehmen, muss besonders für Verhaltensänderungen geworben werden. So sollte Spaß an Bewegung, ein normgerechtes Körpergewicht und eine ausgeglichene Ernährung empfohlen und vermittelt werden.

Prävention Prostatakrebs

Zu den Risikofaktoren des Prostatakrebses gehören steigendes Lebensalter bzw. der Alterungsprozess an sich wird als Hauptrisikofaktor bezeichnet. Nahe Verwandte von Prostatakrebspatienten erkranken häufiger als die übrige männliche Bevölkerung, was auf eine wesentliche Bedeutung genetischer Faktoren und erblicher Veranlagung hinweist. Darüber hinaus werden Einflüsse der Ernährung (fettreich, kalorienreich, vitaminarm) und der Umwelt diskutiert.

Früherkennung: Prostatakrebs ist im Anfangsstadium meist asymptomatisch. Erst spät kann es zu Blasenentleerungsstörungen, Blutbeimengungen im Urin oder Samenflüssigkeit und Schmerzen, mitunter zuerst in den Knochen, durch Metastasen kommen. Zur Früherkennung werden die so genannte digito-rektale Untersuchung (kurz „DER“: Austastung der Prostata durch den Enddarm) und der Nachweis von spezifischen Antigenen im Blut eingesetzt.

In Deutschland wird Männern ab 45 Jahren eine DER pro Jahr empfohlen und kostenfrei von den Krankenkassen angeboten.

Prävention Lungenkrebs

Der Lungenkrebs gehört zu den bösartigen Tumoren, für die der Hauptrisikofaktor seit langem belegt ist. Bis zu 90% der Lungenkrebserkrankungen bei Männern und bis zu 60% bei Frauen lassen sich auf das aktive Rauchen zurückführen. Das Erkrankungsrisiko hängt von der Intensität des Rauchens ab (Dauer, Menge, Inhalationstiefe, Teer-/Nikotinkonzentration etc.) und sinkt nach dessen Beendigung kontinuierlich, bleibt jedoch lebenslang größer als bei einem Nichtraucher. Ein erhöhtes Risiko liegt auch beim Passivrauchen vor. Die Exposition gegenüber verschiedenen Luftschadstoffen am Arbeitsplatz (z.B. Asbest) und in der Außenluft (z.B. Dieselruß) wirkt risikosteigernd, wobei sich die Effekte in der Kombination mit Tabakkonsum deutlich verstärken.

Früherkennung: Derzeit gibt es keine effektiven Früherkennungsmethoden für Lungenkrebs. Meist werden kleinere Tumoren eher zufällig bei Untersuchungen aus anderem Anlass entdeckt. Erst im fortgeschrittenen Stadium zeigen sich deutlichere Symptome wie beispielsweise blutiger Auswurf, Atemnot und rapider Gewichtsverlust. Grundsätzlich muss die Diagnose durch die Untersuchung einer Gewebeprobe gesichert werden.

Prävention Brustkrebs

Frauen, in deren naher Verwandtschaft Brustkrebserkrankungen aufgetreten sind, tragen ein erhöhtes Brustkrebsrisiko. Einige Genveränderungen, die risikosteigernd wirken, sind inzwischen bekannt. Eine frühe erste Regelblutung, später Beginn der Wechseljahre (Klimakterium) und Kinderlosigkeit bzw. ein höheres Alter bei der ersten Geburt, Hormonersatztherapie im Klimakterium sowie ionisierende Strahlung sind ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs assoziiert. Zusammenhänge mit kalorien- und fettreicher Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum werden vermutet.

Früherkennung: Veränderungen im Bereich von Brust und Achselhöhle wie z.B. Verhärtungen, Knoten, nicht heilende Wunden, Einziehungen der Haut, angeschwollene Lymphknoten oder Sekretionen aus der Brustdrüse gelten als tumorverdächtig und müssen ärztlich abgeklärt werden. Um Tumoren in einem möglichst frühen Stadium mit guten Therapiechancen zu entdecken, wird empfohlen, dass Frauen sich regelmäßig selbst abtasten und ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich eine kostenlose ärztliche Früherkennungsuntersuchung wahrnehmen. Zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr wird außerdem eine Mammographie empfohlen.

7.2 Handlungsempfehlungen für Akteure aus dem Gesundheitswesen und der Politik

Aus den zuvor dargestellten Ergebnissen ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- Kontinuierliche Aufklärungskampagnen hinsichtlich der Vermeidung oder Erkennung von Risikofaktoren für **Herzinfarkt und Schlaganfall** sowie Anleitungen zum „richtigen Handeln“ bei Infarkt und Schlaganfall sind grundlegende Maßnahmen der Intervention. Hierzu gehört auch die Vermittlung von Informationen zu den unterschiedlichen Symptomen dieser Krankheiten bei Männern und Frauen.
- Für die Inanspruchnahme aller Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur **Krebsfrüherkennung** und auch für die Vermeidung der Risikofaktoren als präventive Maßnahme muss zukünftig mehr geworben werden.
- Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, sollten die **Kinder-Früherkennungsuntersuchungen** möglichst verbindlich gestaltet werden. Der Zugang zur U1 - U9 sollte auch für nicht-deutsche Kinder erhöht werden. Dazu sind mehrsprachige Informationen für Eltern mit Migrationshintergrund notwendig, um Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten auszuräumen. Dies gilt ebenso für eine verbesserte Inanspruchnahme der empfohlen **Impfungen**, insbesondere für die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln.
- Um **Übergewicht bei Kindern** vorzubeugen oder zu reduzieren sollten mehrsprachige Angebote zur Ernährungsberatungen für Eltern und Kinder geschaffen werden. Hierzu eignen sich auch Schule und Kindergarten als Ort der Maßnahmen. Gleichzeitig sind auch Spiel- und Bewegungsräume für Kinder und Jugendliche zu schaffen und zu fördern. Für die Planung von verhaltens- wie verhältnisbezogenen Präventionsprogrammen ist es wichtig, nicht nur die Entwicklung und Verbreitung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen und dazugehörige Motive zu kennen, sondern auch zielgruppen- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Kinder und Jugendliche ihr Handeln nicht vorrangig am Primat Gesundheit ausrichten, sondern andere Wertorientierungen wie intensives Erleben, Spaß und Selbstentfaltung verfolgen.
- Aufbau und Verbesserung der Datenkonzeption und -erfassung für eine einheitliche und vergleichbare Datenbasis mit gesundheitsrelevanten Merkmalen für die weitere **Gesundheitsberichterstattung**.

Glossar

Adipositas	Fettleibigkeit (schweres Übergewicht; auch: Fettsucht)
Agoraphobie	Platzangst
Antigene	Stoffe, die die Bildung von Antikörpern anregen
Aphasie	Zentrale Sprachstörung nach weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung (z.B. nach Schlaganfall)
Corpus uteri	Gebärmutterkörper
Evaluation	Beschreibung, Analyse und Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten (Erfolgskontrolle)
Diabetes mellitus	Bezeichnung für eine Gruppe von Stoffwechselkrankheiten und beschreibt deren ursprüngliches Hauptsymptom: Ausscheidung von Zucker im Urin. Inzwischen ist es in der Fachsprache der Sammelbegriff für verschiedene Störungen des Stoffwechsels, deren Leitbefund eine Überzuckerung des Blutes ist.
Epidemiologie	Studium der Verbreitung und Ursachen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Populationen
Fibromyalgie	„Faser-Muskel-Schmerz“: eine chronische, nicht entzündliche Erkrankung, die sich durch Schmerzen in der Muskulatur charakterisiert und nicht psychisch bedingt ist
Immigration	Einwanderung, Zuwanderung
Intervention	Eingreifen; jegliche therapeutische Maßnahme
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe an einer bestimmten Krankheit während einer bestimmten Zeit
Karzinom	Krebserkrankung
koronare Herzerkrankung	Erkrankung der Herzkranzgefäße
Koronarsklerose	(Ablagerungen und Einengung) der Herzkranzgefäße
Mammographie	Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust
Metastasen	Absiedlung eines bösartigen Tumors oder eines Infektionsherdes
Mortalität	Sterblichkeit
Non-Hodkin-Lymphom	Krebserkrankungen des lymphatischen Gewebes
Osteoporose	Verminderung der Knochensubstanz und -struktur
Ovar	Eierstock
Pankreas	Bauchspeicheldrüse
Prävalenz	epidemiologische Kennzahl; sagt aus, wie viele Individuen einer bestimmten Population an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind
Prävention	vorbeugende Maßnahme
Prostata	Vorsteherdüse (kastaniengroße Drüse unter der Harnblase, die dem Blasengrund anliegt)

Rezidivierend	Wiederauftreten einer Krankheit nach Abheilung
Rötelnembryopathie	Fehlbildungssyndrom infolge einer Rötelninfektion des Embryos bei Erkrankung der Mutter an Röteln während der ersten drei Schwangerschaftsmonate
Survey	Epidemiologische Überblickstudie, in der zu bestehenden Fragekomplexen Einstellungen und Verhaltensweisen definierter Bevölkerungsgruppen erfasst werden
Trichotillomanie	Trichotillomanie gehört zum Spektrum der Zwangsstörungen, deren augenscheinlichstes Erscheinungsbild darin besteht, dass sich Betroffene die eigenen Haare ausreißen.
Turner-Syndrom	Chromosomenerkrankung, die nur Mädchen und Frauen betrifft; Hauptsymptom ist der Kleinwuchs mit einer durchschnittlichen Erwachsenengröße von 1,46 m
Validität	Gütekriterium für Testverfahren, das beschreibt, wie geeignet ein Verfahren zur Abbildung eines zu messenden Sachverhalts ist
zerebrovasculär	die Gehirngefäße betreffend

(siehe dazu auch Pschyrembel, 2002)

Literatur:

- **Ärztammer Hamburg; Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co (Hg.) 2006: Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg.** Norderstedt: Heuser & Co
- **Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Referat für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung 2001: Stadtdiagnose 2 - Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg.** Freie und Hansestadt Hamburg
- **Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Hamburgisches Krebsregister 2004: Hamburger Krebsdokumentation 1999-2001.** Freie und Hansestadt Hamburg
- **Behörde für Soziales und Familie (BSF), Referat Seniorenarbeit und Pflege 2005: Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010.** Freie und Hansestadt Hamburg
- **Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) 2006, Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung**
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2003: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Band 22, Köln: BZgA**
- **Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 2002: Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Leitlinie der DGfK.** Urban & Fischer
- **Elkeles T.1999: Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Sozialer Fortschritt 48 (6), S.150-155**
- **Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKiD) und das RKI 2006: Krebs in Deutschland. 5. aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken**
- **Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V., Büro für Suchtprävention 2005: Kursbuch Sucht.** Hamburg
- **Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hamburg 2006: www.kvhh.net**
- **Kellerhof Marco; Freigang Margit1998: Eine Gesundheitsberichterstattung muss her! Oder: wer macht was bis wann? In: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hg.): Praxis- handbuch Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe Band 18, Düsseldorf**
- **Mielck Andeas 2000: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber**
- **Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, de Gruyter 2002, Berlin, New York**
- **Psychotherapeutenkammer Hamburg 2006: www.psych-info.de**
- **Robert Koch-Institut (RKI) 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: RKI**
- **Robert Koch-Institut (RKI) 2004: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23, Berlin: RKI**
- **Robert Koch-Institut (RKI) 2006: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 33 Koronare Herzkrankheiten und akuter Myokardinfarkt, Berlin: RKI**
- **Rosenbrock Rolf 1995: Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen. Heft 57, Seite 140-144, Thieme-Verlag**
- **Schröter, Carsten 2006: Schlaganfall-Vorbeugung. Neurologische Abteilung der Klinik Hoher Meisner: Bad Sooden-Allendorf: www.schlaganfall-vorbeugung.de**
- **Schwartz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban u. Schwarzenberg**
- **Statistikamt Nord 2006: www.statistik-nord.de**
- **Zahnärztekammer und kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg 2006: www.zahnaerzte-hh.de**