



► Nr. VO/2022/10817
öffentlich

Lübeck, 26.01.2022

Bericht -öffentlich-

Verantwortliche Bereiche:
2.530 - Gesundheitsamt

Bearbeitung: Alexander Mischnik (E-Mail: alexander.mischnik@luebeck.de Telefon: 122-5300)

Gesundheitsbericht 2015 bis 2021

Beratungsfolge:

Datum	Gremium	Status	Zuständigkeit
07.02.2022	Senat	Nichtöffentlich	zur Senatsberatung
01.03.2022	Ausschuss für Soziales	Öffentlich	zur Kenntnisnahme
22.03.2022	Ausschuss für Umwelt, Sicherheit und Ordnung	Öffentlich	zur Kenntnisnahme
29.03.2022	Hauptausschuss	Öffentlich	zur Kenntnisnahme
31.03.2022	Bürgerschaft der Hansestadt Lübeck	Öffentlich	zur Kenntnisnahme

Anlass:

Gesundheitsberichterstattung gem. § 6 Gesundheitsdienstgesetz (GDG)

Bericht:

Der Bericht wurde im Vorwege folgenden Bereichen/Verwaltungsstellen zur Stellungnahme gegeben:

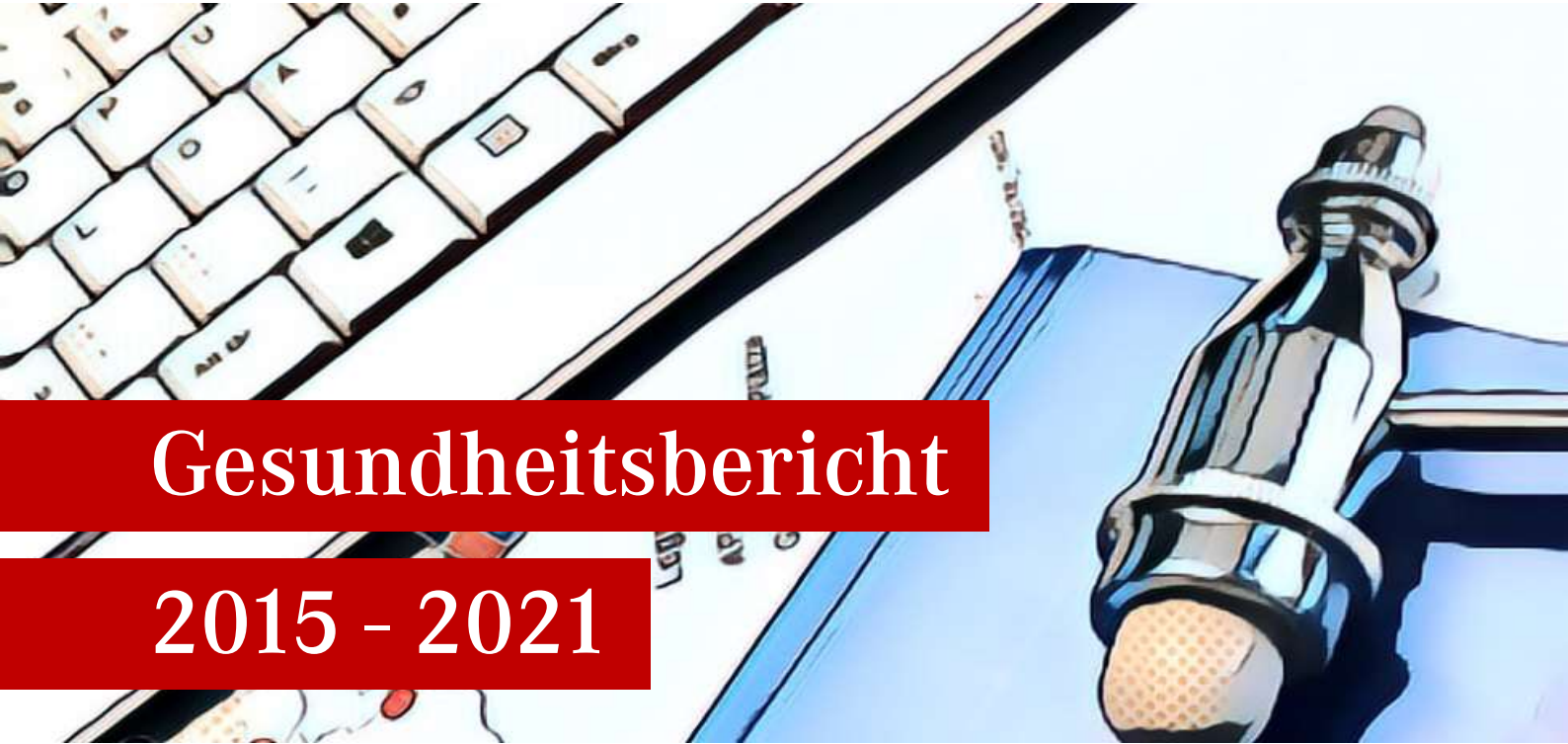
Zustimmend von der Stabsstelle Integration, Senior:innenbeirat, Beirat für Menschen mit Behinderung, Bereich Soziale Sicherung.

Anmerkungen vom Frauenbüro, Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz und vom Fachbereichscontrolling FB 4 wurden eingearbeitet.

Anlagen:

Gesundheitsbericht 2015 - 2021

Senator Sven Schindler



Gesundheitsbericht

2015 - 2021

Basisdaten zur Gesundheit und zur Gesundheitsversorgung der Lübecker Bevölkerung

Hansestadt Lübeck
Wirtschaft und Soziales
Gesundheitsamt
Gesundheitsberichterstattung
Sophienstraße 2-8 | 23560 Lübeck
(0451) 115
gesundheitsamt@luebeck.de
www.luebeck.de



Impressum

Herausgeber: Hansestadt Lübeck
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Gesundheitsamt
23539 Lübeck

Erstellung: Dr. rer. nat. Gerhard Bender
Judith Riese

Redaktion: Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Kfm. Alexander Mischnik (Bereichsleitung)
Julia Schiffner (stellv. Bereichsleitung, Infektionsschutz, Ärztin)
Dr. Silke Woelken-Weckmüller (STD-Beratung, Ärztin)
Nele Rindt (Zahnärztlicher Dienst, Ärztin)
Ulrike Tietz (Sozialpsychiatrischer Dienst, Ärztin)
Dr. med. Tomas Zenkl (Kinder- und jugendärztlicher Dienst)
Dr. rer. nat. Ron Pritzkeleit (Institut für Krebs epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck)
Dr. Elke Kruse (Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz)
David Burger (Kommunale Statistikstelle)

Druck: Druckerei Menne
Internet: www.gesundheit.luebeck.de
Auflage: 50 gedruckte Exemplare

Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Quellenangabe

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

seit zwei Jahren werden die Schlagzeilen in den Medien durch das Thema Corona geprägt. Ohne das Thema aus dem Fokus verlieren zu wollen, erinnert uns der nun vorliegende Gesundheitsbericht wieder daran, dass Prävention und Vorsorge elementare Bausteine einer allgemeinen Gesundheitsförderung sind. Diese dürfen nicht vernachlässigt werden, da die meisten Todesfälle auf Herz-Kreislaufkrankungen bzw. bösartige Neubildungen zurückzuführen sind.

Der Lübecker Gesundheitsbericht fügt sich ein in eine Reihe von Veröffentlichungen, die das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck seit Ende der 90er Jahre veröffentlicht hat. 1998 erschien erstmalig ein Basisgesundheitsbericht. Danach wurden themenspezifische Berichte veröffentlicht, wie der Kindergesundheitsbericht (2000), der Psychiatrieplan (2003), der SeniorInnen-Gesundheitsbericht (2004), der Gesundheitsbericht Mortalität und Todesursachen (2007). Aktualisierungen bzw. Fortschreibungen erfolgten im Jahre 2010 mit dem Kindergesundheitsbericht und 2012 mit dem Bericht zur Gesundheit der SeniorInnen. 2017 wurde diese themenspezifische Reihe um den Psychiatriebericht 2017 ergänzt.

Wissenschaftliche Neugier und die Vielfalt der gesundheitlichen Themen haben bewirkt, dass der Bericht umfangreicher geworden ist, wobei uns durchaus bewusst war, dass ein derartiger Bericht aufgrund der Komplexität der Themen viele Sachverhalte nur ansatzweise behandeln kann. Hier sei auf die weiterführenden Berichte von Land, Bund oder RKI verwiesen.

Auf eine umfassende Darstellung der Faktoren und Verhaltensweisen, die unsere Gesundheit beeinflussen,

wurde im kommunalen Gesundheitsbericht bewusst verzichtet. Die Analyse und das Aufzeigen von Gesetzmäßigkeiten und komplexen Wechselbeziehungen kann nicht Aufgabe eines kommunalen Gesundheitsberichtes sein und würde den Rahmen eines kommunalen Basisgesundheitsberichtes sicherlich sprengen. Hier sei auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder verwiesen.

Hinsichtlich einer kleinräumigen bzw. sozialraumorientierten Gesundheitsberichterstattung und Bedarfsabschätzung wurden zahlreiche Daten auch kleinräumig aufbereitet. Diverse kartographische Darstellungen visualisieren die dargestellten räumlichen Sachverhalte.

Einige der dargestellten Entwicklungen unterliegen jährlichen Schwankungen. Diese können zufällig bedingt sein und sind dementsprechend vorsichtig zu interpretieren. Sie sind das Ergebnis zu geringer Fallzahlen, weshalb die Daten mehrerer Jahre oftmals zusammenfassend betrachtet wurden, um so eine bessere Wertigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu erhalten.

Auf besonderes Interesse dürften angesichts der Corona-Pandemie auch die Ausführungen zum allgemeinen Infektionsgeschehen stoßen, ebenso - angesichts der aktuellen Diskussion zur Herdenimmunität - die Daten der Impfquoten der Lübecker Schülerinnen und Schüler hinsichtlich Masern, Mumps und Röteln.

Der Lübecker Gesundheitsbericht stellt viele Daten und Fakten zur gesundheitlichen Lage der Lübecker Bevölkerung zur Verfügung. Diese sollten im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung gesichtet und als Grundlageninformationen für weitere Projekte und Planungsvorhaben herangezogen werden.

Ich möchte an dieser Stelle ganz herzlich allen danken, die bei der Erstellung dieses Berichtes mitgewirkt haben.

Lübeck, im Januar 2022

Sven Schindler
Senator

Zeichenerklärung Tabellen

- = nichts vorhanden
- 0 = mehr als nichts, aber weniger als die Hälfte der kleinsten in der Tabelle dargestellten Einheit (abgerundeter Wert)
- .
- ... = Zahlenangaben lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor
- p = vorläufige Zahl
- r = berichtigte Zahl
- s = geschätzte Zahl
- X = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll
- / = Zahlenwert nicht sicher genug
- () = Zahlen haben eingeschränkte Aussagefähigkeit

Hinweis zu den Tabellen:

- dar. = darunter: diese Untergruppen bilden zusammen nur einen Teil der Obergruppe
- dav. = davon: diese Untergruppen ergeben in der Summe die ganze Obergruppe

Soweit nicht anders vermerkt, beziehen sich alle statistischen Angaben auf das Stadtgebiet bzw. die Bevölkerung der Hansestadt Lübeck.

Inhalt

Vorwort.....	3
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis.....	8
Verzeichnis der Karten	10
Abkürzungen	10
1 Einleitung	11
2 Demographische und ökonomische Rahmenbedingungen	12
2.1 Demographische Entwicklungen.....	12
2.1.1 Bevölkerungsentwicklung.....	12
2.1.2 Altersstruktur	16
2.1.3 Privathaushalte	17
2.1.4 Heterogenisierung.....	19
2.1.5 Bevölkerungsprognose	20
2.2 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen.....	22
2.2.1 Beschäftigte.....	22
2.2.2 Arbeitsmarkt.....	23
2.2.3 Soziale Sicherung.....	25
2.3 Demographie und Gesundheit	30
2.3.1 Einfluss des demographischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben	30
2.3.2 Einfluss des demographischen Wandels auf den Fachkräftebedarf	30
2.3.3 Krankheitsbilder einer älter werdenden Bevölkerung.....	31
3 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung.....	33
3.1 Lebenserwartung	33
3.2 Krankenhausdiagnosen.....	36
3.3 Todesursachen	39
3.3.1 Klassifikation	39
3.3.2 Die häufigsten Todesursachen	39
3.3.3 Kleinräumige Sterblichkeit.....	45
3.4 Krankheiten des Kreislaufsystems	51
3.5 Krebserkrankungen	58
3.6 Infektionskrankheiten	66
3.6.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten	66
3.6.2 Tuberkulose.....	68
3.6.3 Sexuell übertragbare Krankheiten	69
3.6.4 Impfpräventable Infektionen	71
3.6.5 Corona.....	76
3.6.6 Multiresistente Erreger (MRE)	80
3.6.7 Bakteriell und viral bedingte Durchfallerkrankungen	81
3.6.8 Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen	83
3.6.9 Weitere Infektionskrankheiten.....	84
3.7 Behinderungen.....	85
3.8 Psychische Gesundheit.....	90
3.9 Verletzungen	97
3.10 Krankmeldungen.....	100
4 Gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen	102
4.1 Kinder und Jugendliche.....	102

4.1.1 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen.....	102
4.1.2 Zahngesundheit im Kindergarten und bei Schüler/-innen	112
4.2 Männergesundheit.....	115
4.3 Migration und Gesundheit	116
4.4 Ältere Menschen.....	117
5 Einrichtungen des Gesundheitswesens	121
5.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen	121
5.2 Medizinische Versorgung	124
5.2.1 Bedarfsplanung für Hausärzte und Fachärzte.....	124
5.2.2 Stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung.....	130
5.2.3 Rehabilitationseinrichtungen	131
5.2.4 Hospiz- und Palliativversorgung	132
5.2.5 Rettungsdienst	134
5.3 Unterstützende Angebote im Alter	135
5.3.1 Wohnen im Alter	135
5.3.2 Wohnen mit Service.....	136
5.3.3 Häusliche Unfälle und Hausnotruf	137
5.3.4 Haushaltshilfen, Alltagshilfen und Mahlzeitendienste.....	138
5.3.5 Pflegestützpunkt.....	139
5.3.6 Beratungsstelle für Erwachsene und Senior:innen	139
5.3.7 Weitere Beratungsangebote zum Wohnen im Alter	140
5.4 Pflegerische Versorgung.....	141
5.4.1 Übersicht.....	141
5.4.2 Pflege durch Angehörige	144
5.4.3 Ambulante Pflegedienste.....	145
5.4.4 Teilstationäre Pflege	148
5.4.5 Stationäre Pflegeeinrichtungen	148
5.4.6 Hilfe zur Pflege	151
5.4.7 Beschäftigte in der Pflege	152
5.5 Apotheken	157
5.6 Das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck	160
5.7 Selbsthilfevereine, -gruppen und andere Angebote.....	166
6 Umwelt und Gesundheit	167
6.1 Belastungen durch die Umwelt	167
6.1.1 Überblick.....	167
6.1.2 Lärmbelastung	167
6.1.3 Luftbelastung	168
6.1.4 Strahlenbelastung.....	170
6.1.5 Schadstoffe im Innenraum	170
6.1.6 Wasserqualität	172
6.1.7 Bodenbelastung.....	173
6.1.8. Lichtverschmutzung	173
6.2 Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels.....	174
6.2.1 Hitze und Mortalität	174
6.2.2 Hitzeaktionsplan	177
6.2.3 Andere klimaassoziierte Ereignisse	179
7 Zusammenfassung und Ausblick	181
8 Literatur und Quellen:	183

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1: Geburten 1990 bis 2020 – ausgewählte Kennziffern.....	12
Tab. 2.2: Einwohner/-innen nach Altersgruppen 1980, 2000 und 2020.....	16
Tab. 2.3: Einwohner/-innen nach Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit 2007 - 2020.....	19
Tab. 2.4: Bevölkerungsbewegung 2000 bis 2020 und Prognose 2040.....	20
Tab. 2.5: Bevölkerung nach Altersgruppen 2020 und 2040.....	21
Tab. 2.6: Arbeitslose 2006 - 2020.....	24
Tab. 2.7: Empfänger/-innen von Leistungen nach Kap. 5.-9. SGB XII, 2006-2018.....	27
Tab. 2.8: Empfänger/-innen von laufenden Sozialleistungen zur Lebensführung.....	28
Tab. 2.9: Asylbegehrende nach Herkunftsland und Geschlecht am 31.03.2021.....	29
Tab. 2.10: Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Schleswig-Holstein 2007 und Prognose 2030 und 2050.....	31
Tab. 2.11: Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein 2007 und Prognose 2030 und 2050.....	32
Tab. 3.1: Fernere Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht.....	34
Tab. 3.2: Krankenhausdiagnosen 2010 – 2019.....	37
Tab. 3.3: Todesursachen 2000 - 2019.....	40
Tab. 3.4: Vorzeitige Sterbefälle (vor dem 65. Lebensjahr) für ausgewählte Jahre.....	42
Tab. 3.5: Todesursachen 2019 nach Kapiteln und Altersgruppen.....	42
Tab. 3.6: Vermeidbare Sterbefälle 2015 – 2019.....	44
Tab. 3.7: Kleinräumige Sterblichkeit nach Sozialbezirken – Durchschnitt der Jahre 2013 – 2015.....	46
Tab. 3.8: Mortalität, Pflegeeinrichtungen und Leistungsempfänger/-innen.....	48
Tab. 3.9: Herkunft der Einwohner/-innen an Standorten der Pflegeheime nach Stadtteilen - Stand 30.06.2018.....	50
Tab. 3.10: Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2003 - 2019.....	52
Tab. 3.11: Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2003 - 2019.....	53
Tab. 3.12: ICD-10 Code für ausgewählte Tumore und Tumorgruppen.....	58
Tab. 3.13: Infektionen in der Hansestadt Lübeck als Todesursache – jährlicher Durchschnitt der Jahre 2015-2019.....	67
Tab. 3.14: Infektionsmeldungen in Lübeck mit Impfpflicht durch die STIKO 2010 – Juni 2021.....	75
Tab. 3.15: Schwerbehinderte am 31.12.2019 nach Alter und Geschlecht.....	86
Tab. 3.16: Suizide in Schleswig-Holstein und in der Hansestadt Lübeck 2010 – 2019.....	99
Tab. 4.1: Sprachstörungen bei Lübecker Schulanfänger/-innen - Schuljahr 2018/2019.....	104
Tab. 4.2: Sehstörungen bei Lübecker Schulanfänger/-innen - Schuljahr 2018/2019.....	104
Tab. 4.3: Beurteilung des Körpergewichts nach Kromeyer - Schuljahr 2018/2019.....	105
Tab. 4.4: Abgefragte Merkmale zum Migrationshintergrund, Schuljahr 2018/.....	107
Tab. 4.5: Migrationshintergrund, Sprache und Körpergewicht, Schuljahr 2018/2019.....	108
Tab. 4.6: Vorlage des Impfbuches zu den Schuleingangsuntersuchungen.....	110
Tab. 4.7: Impfquoten der Kinder zum Schuljahr 2018/2019 – bei vorgelegtem Impfbuch.....	110
Tab. 4.8: Entwicklung der Impfquoten Schuljahr 2012/13 – 2017/18.....	111
Tab. 4.9: Sanierungsgrad der Gebisse bei 3-Jährigen in 2017/2018.....	113
Tab. 4.10: Sanierungsgrad und dmft-Index bei 6-Jährigen in 2017/18.....	114
Tab. 4.11: Sanierungsgrad und DMFT-Index bei 12-Jährigen in 2017/2018.....	114
Tab. 5.1: Krankenhauspersonal in der Hansestadt Lübeck am 31.12.2016.....	122
Tab. 5.2: Versorgungsquoten für Hausärztinnen und Hausärzte nach Planungsbereichen am 01.12.2020.....	125
Tab. 5.3: Planungsbereiche nach Arztgruppen 2019.....	126
Tab. 5.4: Versorgungsquoten 2018 nach Stadtteilen.....	127
Tab. 5.5: Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung 2020.....	129
Tab. 5.6: Fachabteilungen in den Krankenhäusern im Jahr 2016.....	131
Tab. 5.7: Einwohner/-innen am 31.12.2018 nach Haushaltstypen.....	135
Tab. 5.8: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Anbietern.....	136
Tab. 5.9: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Stadtteilen.....	137
Tab. 5.10: Pflegebedürftige nach Art der Pflegeleistung 1999 - 2019.....	141
Tab. 5.11: Pflegebedürftige 2019 nach Altersgruppen und Geschlecht.....	142
Tab. 5.12: Lübecker Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft 1999 - 2019.....	146
Tab. 5.13: Ambulante Pflegedienste nach Stadtteilen 2018.....	146
Tab. 5.14 Stationäre Pflegeeinrichtungen 2010 und 2018 nach Trägerschaft.....	149
Tab. 5.15: Stationäre Pflegeeinrichtungen 2004 – 2018 nach Größe.....	149
Tab. 5.16: Vollstationäre Pflegeplatzversorgung der über 75-Jährigen 2018 nach Stadtteilen.....	149
Tab. 5.17: Empfänger/-innen von Leistungen nach Kap. 5.-9. SGB XII (Hilfe in besonderen Lebenslagen).....	151
Tab. 5.18: Personal in der Pflege 2003 – 2019 in der Hansestadt Lübeck.....	152
Tab. 5.19: Personal in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen 2017 und 2019.....	153
Tab. 5.20: Apotheken nach Stadtteilen – Stand 30.06.2021.....	158
Tab. 5.21: Durchgeführte Testungen in der STI-Beratungsstelle 2013-2020.....	163
Tab. 6.1: Nitratwerte im Lübecker Raum.....	172

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1: Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 – 44 Jahre) 1990 -2020.....	13
Abb. 2.2: Durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau 1990 – 2020.....	13
Abb. 2.3: Geburtenwahrscheinlichkeit nach Alter der Frau 1990 und 2020.....	13
Abb. 2.4: Ein halbes Jahrhundert Geburtendefizit.....	14
Abb. 2.5: Natürliches Saldo und Wanderungssaldo 1970-2020.....	15
Abb. 2.6: Einwohner/-innen nach Haushaltstypen am 31.12.2019	17
Abb. 2.7: Alterspyramide Haushaltstypen am 31.12.2019	18
Abb. 2.8: Bevölkerungsprognose bis 2040	20
Abb. 2.9: Sozialversicherungspflichtige am Arbeitsort Lübeck nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung 2008 -2018.....	22
Abb. 2.10: Empfänger/-innen von ALG I und ALG II 2005-2020	23
Abb. 2.11: Bedarfsgemeinschaften 2005 – 2021	24
Abb. 2.12: Beziehher/-innen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerh. von Einrichtungen 2005 – 2020	25
Abb. 2.13: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2005 – 2020 außerhalb von Einrichtungen	26
Abb. 2.14: Asylbegehrende in Lübeck von 1988 bis 2020.....	29
Abb. 2.15: Unterbringungsfälle 2013-2021.....	29
Abb. 3.1: Lebenserwartung nach Geschlecht in der Hansestadt Lübeck 1991 – 2020.....	33
Abb. 3.2: Altersspezifische Sterberate (je 100 Einw.) nach Alter und Geschlecht.....	35
Abb. 3.3: Krankenhausfälle 2010 – 2019 mit Wohnort Lübeck.....	36
Abb. 3.4: Krankenhausdiagnosen nach Geschlecht in %.....	37
Abb. 3.5: Häufigste Todesursachen nach Krankheitskapiteln und Geschlecht.....	40
Abb. 3.6: Häufigste Todesursachen nach Krankheitsgruppen und Geschlecht.....	41
Abb. 3.7: Altersstandardisierte Sterberaten 1991 – 2017	43
Abb. 3.8: Säuglingssterblichkeit 1980 – 2019 in der Hansestadt Lübeck.....	45
Abb. 3.9: Zusammenhang zwischen Mortalität, Sozialen Status und Pflege.....	49
Abb. 3.10: Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kapitel IX), 2003-2019 nach Geschlecht	53
Abb. 3.11: Sterberaten aufgrund von koronaren Herzerkrankungen (I20-I25) 2003-2019 nach Geschlecht	54
Abb. 3.12: Sterberaten koronarer Herzkrankheiten (I20-I25) 2003 und 2016 - Männer.....	54
Abb. 3.13: Sterberaten koronarer Herzkrankheiten (I20-I25) 2003 und 2016 - Frauen	55
Abb. 3.14: Sterberaten aufgrund einer Herzinsuffizienz (I50) 2003 – 2019, nach Geschlecht.....	55
Abb. 3.15: Sterberaten aufgrund einer Herzinsuffizienz 2003 und 2016 nach Altersgruppen	56
Abb. 3.16: Sterbefälle aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung (I60-I69) 2003 – 2019 nach Geschlecht	57
Abb. 3.17: Sterberaten zerebrovaskulären Erkrankung (I60-I69) 2003 und 2016 nach Altersgruppen	57
Abb. 3.18: Mortalität der Krebserkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	60
Abb. 3.19: Krebsmortalität nach Altersgruppen und Geschlecht pro 100.000 Personen	60
Abb. 3.20: Die häufigsten Krebsneuerkrankungen (Inzidenz) in der Hansestadt Lübeck.....	61
Abb. 3.21: Die häufigsten Krebstodesursachen (Mortalität) in der Hansestadt Lübeck	62
Abb. 3.22: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität (ASR) von Brustkrebs (C50) 2000 – 2018 - Frauen.....	63
Abb. 3.23: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Lungenkrebs (C33-C34), 2000 – 2018.....	64
Abb. 3.24: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs (C18-C21), 2000 – 2018.....	65
Abb. 3.25: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Prostatakrebs (C61), 2000 – 2018.....	65
Abb. 3.26: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Bauspeicheldrüsenkrebs (C25), 2000 – 2018	65
Abb. 3.27: Meldeweg bei Infektionskrankheiten	67
Abb. 3.28: Gemeldete Infektionen mit Tuberkulose 2002 – 2020, je 100.000 Einwohner/innen im Vergleich.....	68
Abb. 3.29: Gemeldete Infektionen mit HIV 2001 – 2020 je 100.000 Einw. im Vergleich.....	69
Abb. 3.30: Gemeldete Infektionen mit Syphilis, 2001 – 2020 je 100.000 Einw. im Vergleich.....	70
Abb. 3.31: Gemeldete Infektionen mit Influenza, Saison 2000/01 – 2019/20 je 100.000 Einw. im Vergleich	72
Abb. 3.32: Gemeldete Infektionen mit dem Influenzavirus nach Kalenderwochen Saison 2017/18, Hansestadt Lübeck.....	73
Abb. 3.33: Covid-19-Inzidenz im Vergleich: Lübeck-Schleswig-Holstein-Bundesgebiet nach Kalenderwochen	77
Abb. 3.34: COVID-19-Krankheitsfälle im Krankenhauscluster Süd-Ost.....	77
Abb. 3.35: Monatliche Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19 in der Hansestadt Lübeck – Okt. 2020 bis Mai 2021 .	78
Abb. 3.36: Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19 in der Hansestadt Lübeck nach Alter – Stand 7.6.21	78
Abb. 3.37: Infektionen mit multiresistenten Bakterien (MRSA mit invasiver Infektion) 2009 – 2020	80
Abb. 3.38: Magen-Darm-Infektionen durch Noroviren und Rotaviren in der Hansestadt Lübeck 2004 - 2019	82
Abb. 3.39: Anzahl der bakteriell bedingten Magen-, Darm-Infektionen in der Hansestadt Lübeck 2004 -2018	82
Abb. 3.40: Schwerbehinderte 1999 – 2019 in der Hansestadt Lübeck.....	85
Abb. 3.41: Schwerbehinderte nach Altersgruppen 1999 und 2019.....	86
Abb. 3.42: Schwerbehinderte nach Art der Behinderung 1999 und 2019.....	87
Abb. 3.43: Schwerbehinderte nach Grad der Behinderung 1999 und 2019	88
Abb. 3.44: Die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland 2011 nach Geschlecht - 12- Monats-Prävalenz	92
Abb. 3.45: Psychische Erkrankungen in der stationären Versorgung 2006, 2012 u. 2018 in Lübeck nach Altersgruppen....	93

Abb. 3.46: Psychische Erkrankungsrate in der stationären Versorgung 2006, 2012 und 2018.....	93
Abb. 3.47: Erkrankungen der Lübecker Patienten/-innen in der stationären psychiatrischen Versorgung, 2012.....	94
Abb. 3.48: Unterbringungen nach PsychHG in der Hansestadt Lübeck 2000 – 2019.....	95
Abb. 3.49: Krankenhausdiagnosen, Kapitel XIX: Verletzungen und Vergiftungen in der Hansestadt Lübeck, 2004 – 2016 ..	98
Abb. 3.50: Todesfälle aufgrund von Verletzungen u.a. in der Hansestadt Lübeck 2003 - 2019.....	98
Abb. 3.51: Todesfälle aufgrund von Verletzungen u.a. in der Hansestadt Lübeck 2015 nach Altersgruppen	98
Abb. 3.52: Selbsttötungen in der Hansestadt Lübeck 2010 -2019 nach Geschlecht	99
Abb. 3.53: Anteil der Erkrankungen an den AU-Tagen 2017 in der Hansestadt Lübeck	100
Abb. 3.54: BKK-Krankenstand nach Altersgruppen 2018 im Bundesgebiet AU-Tage je beschäftigtes Mitglied.....	101
Abb. 4.1: Schuleingangsuntersuchungen	102
Abb. 4.2: Häufigste Befunde der Lübecker Schulanfänger/-innen nach Geschlecht.....	103
Abb. 4.3: Einteilung nach Kromeyer, hier beispielhaft für Jungen dargestellt.....	105
Abb. 4.4: Anteil übergewichtiger Kinder und Anteil Leistungsempfänger/-innen nach Stadtteilen 2017.....	106
Abb. 4.5: Kinder mit Migrationshintergrund Schuljahre 2017/2018 und 2018/2019	107
Abb. 4.6: Teilnahme an den U1 bis U9 Untersuchungen nach Migrationshintergrund Schuljahr 2018/2019	108
Abb. 4.7: Kita-Besuch nach Sprache Schuljahr 2018/2019	108
Abb. 4.8: Krocky mit Zahnmodell	113
Abb. 5.1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort Lübeck im Juni 2018.....	121
Abb. 5.2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen am Arbeitsort Lübeck 2012 – 2018.....	122
Abb. 5.3: Beschäftigte 2014 nach Wirtschaftssektoren.....	123
Abb. 5.4: Einsätze mit dem Rettungswagen 2003-2019.....	134
Abb. 5.5: Einsätze des Baby-ITW 2003-2019.....	134
Abb. 5.6: Pflegebedürftige 2019 nach Art und Grad der Pflege in der Hansestadt Lübeck.....	142
Abb. 5.7: Pflegebedürftige 2019 nach Alter und Art der Pflege in der Hansestadt Lübeck	142
Abb. 5.8: Empfänger/-innen von Pflegegeld 1999 – 2017 in der Hansestadt Lübeck.....	144
Abb. 5.9: Entwicklung des Pflegepotentials 1980 – 2018 und Prognose bis 2030 in der Hansestadt Lübeck.....	144
Abb. 5.10: Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege 1999 - 2019.....	146
Abb. 5.11: Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen 1999 – 2019 in der Hansestadt Lübeck.....	148
Abb. 5.12: Hilfeempfänger/-innen in stationären Pflegeeinrichtungen 2010 – 2021 in der Hansestadt Lübeck.....	151
Abb. 5.13: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege 2012 – 2018 in der Hansestadt Lübeck	153
Abb. 5.14: Bestand an Arbeitssuchenden und offenen Stellen für Altenpflegefachkräfte 2007- 2018.....	153
Abb. 5.15: Zu- und Abgänge der Stellen für Altenpflegefachkräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck	154
Abb. 5.16: Bestand an Arbeitssuchenden und offenen Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018.....	154
Abb. 5.17: Zu- und Abgänge in den Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck.....	154
Abb. 5.18: Mittlere Gehälter ausgewählter Berufsgruppen 2018 im Bundesgebiet.....	155
Abb. 5.19: Entwicklung der Bettenzahlen in den stationären Einrichtungen 2010-2021 in der Hansestadt Lübeck.....	156
Abb. 5.20: Auslastungsgrad in den vom MDK überprüften stationären Pflegeeinrichtungen 2010 – 2019.....	156
Abb. 5.21: Durchgeführte Belehrungen – Anzahl Bescheinigungen 2010 – 2020.....	161
Abb. 5.22: Durchgeführte Beratungsgespräche in der STI-Beratungsstelle 2004 – 2020	162
Abb. 6.1: Die häufigsten Lärmquellen im Bundesgebiet 2019.....	167
Abb. 6.2: Umgebungslärmkartierung an Schienenwegen von Eisenbahnen des Bundes.....	168
Abb. 6.3: Radonbelastung im Bundesgebiet.....	171
Abb. 6.4: Lichtverschmutzung, Ausschnitt Norddeutschland 2016.....	173
Abb. 6.5: Anteil der jährlichen Sterbefälle nach Monaten in der Hansestadt Lübeck.....	174
Abb. 6.6.: Monatliche Sommertage und Frosttage in der Hansestadt Lübeck 2012-2018	175
Abb. 6.7: Tägliche Durchschnittstemperatur u. Anzahl der Sterbefälle pro Tag in der Hansestadt Lübeck im Jahr 2015...	176
Abb. 6.8: Herz-Kreislaufbedingte Sterbefälle in der Hansestadt Lübeck im Jahre 2015 nach Altersgruppen u. Monaten ..	176
Abb. 6.9: Handy-Screenshot einer Hitzewarnung.....	177
Abb. 6.10: Planungshinweiskarte Stadtklima (Tagsituation), Stand 2016	178
Abb. 6.11: FSME-Risikogebiete in Deutschland 2019	180

Verzeichnis der Karten

Karte 2.1: Altersstruktur 2019.....	16
Karte 2.2: Mindestsicherungsquote 2017 nach Statistischen Bezirken	28
Karte 3.1: Rohe Sterberate 2015 nach Statistischen Bezirken	47
Karte 3.2: Einrichtungen der Eingliederungshilfe 2018.....	89
Karte 5.1: Planungsbereiche für die hausärztlichen Praxen in Schleswig-Holstein – Stand 2017	124
Karte 5.2: Standorte der Arztpraxen 2018.....	127
Karte 5.3: Standorte der Apotheken 2018.....	159

Abkürzungen

AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BEF	Befund (Schuleingangsuntersuchung)
Bq/m ³	Becquerel pro Kubikmeter
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
EHEC	Enterohämorrhagische <i>Escherichia coli</i>
Einw.	Einwohnerinnen und Einwohner
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GBE	Gesundheitsberichterstattung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HL	Hansestadt Lübeck
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
ICD-10	International Code of Disease (s.a. Seite 39)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MRSA	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
MHG	Migrationshintergrund
N/n	N=Anzahl in der Grundgesamtheit, n=Anzahl aus der Grundgesamtheit mit einer bestimmten Merkmalsausprägung (Stichprobe bzw. Teilmenge)
P	Perzentil (Schuleingangsuntersuchung), in Tabellen: vorläufige bzw. geschätzte Zahl
PsychHG	Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen
RKI	Robert-Koch-Institut
STI	Sexually Transmitted Infections (Sexuell übertragbare Infektionen)
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut
SurvNet	Fachsoftware für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Eingabe, Verwaltung, Übermittlung und Auswertung von Meldedaten
SurvStat	Öffentliche Software zur statistischen Auswertung von Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz
U1-U9	Früherkennungsuntersuchungen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsbehörde)
µg/m ³	Mikrogramm pro Kubikmeter

1 Einleitung

Die Beschreibung und Analyse des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung ist die Voraussetzung für eine frühzeitige Identifikation von Handlungsbedarfen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) kann als ein Instrument zur Ressourcensteuerung und zur Qualitätssicherung eingesetzt werden. Die GBE sollte eng mit anderen Berichtssystemen wie etwa der Sozialberichterstattung, demographischen Berichten oder Arbeitsmarktberichten verbunden sein.

Die GBE liefert zum einen Planungsdaten für Entscheidungen von Politik und Verwaltung, zum anderen unterstützt sie den Prozess öffentlicher Meinungsbildung durch Bereitstellung allgemein zugänglicher Informationen im Sinne einer zivilgesellschaftlichen Orientierung. Durch die interpretierende Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung analysiert die GBE Problemlagen und weist auf Handlungsbedarfe hin.

Die wichtigsten Datengrundlagen der kommunalen GBE sind:

- die amtliche Todesursachenstatistik,
- die Schuleingangsuntersuchungen und schulärztlichen Untersuchungen,
- die Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz,
- das Ärzteverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung oder etwa
- die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein.

Die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung ist eine recht junge Disziplin im Bereich des Gesundheitswesens und findet auf verschiedenen räumlichen Ebenen in unterschiedlicher Intensität statt.

GBE- Bund

Mit der regelmäßigen textlichen Berichterstattung in Form der Bundesgesundheitsberichte von 1998, 2006 und aktuell 2015, den Spezialberichten zu aktuellen Brennpunktthemen und mit eigenen Studien und Survey einerseits und der Einrichtung einer umfangreichen, interaktiven Gesundheitsdatenbank andererseits, haben sich in der GBE des Bundes zwei klar umrissene komplementäre Berichtszweige etabliert.

GBE-Land

Auf Länderebene hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 1991 einen Indikatorenatz für die GBE der Länder erarbeitet. Mittlerweile liegt dieser Indikatorenatz mit Stand 2003 in seiner dritten Fassung vor und umfasst immerhin 297 Standardindikatoren. Auf Länderebene wird die Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz zur GBE recht unterschiedlich umgesetzt. Während sich einige Länder recht stark an dem Indikatorenatz orientieren,

legen andere Länder den Schwerpunkt auf eine textliche Berichterstattung oder die Durchführung eigener Studien und Surveys. Manchmal wird die Gesundheitsberichterstattung auch mit der Sozial- oder Umweltberichterstattung verschmolzen und der GBE-Indikatorenatz entsprechend modifiziert, ebenso wie die Gesundheitsberichterstattung institutionell oftmals unterschiedlich angesiedelt ist.

Kommunale GBE

Auf kommunaler Ebene basiert die Gesundheitsberichterstattung auf § 6 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, wonach zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten von den Kreisen und kreisfreien Städten gesammelt und nach epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewertet werden. Die Daten sind in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten zusammen zu führen. Trotz dessen wird die kommunale GBE jedoch mit sehr unterschiedlicher Intensität und Methodik betrieben, denn soweit die Kreise und kreisfreien Städte zur Erhebung von Daten nicht in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden (§ 6 Absatz 1 Satz 2).

Bei einer innerstädtisch differenzierenden (kleinräumigen) GBE ergeben sich statistische Probleme: Je kleinräumiger desto geringer die Fallzahlen pro räumlicher Einheit. Es zeigen sich vermehrt instabile Daten bzw. Extremwerte. Die Daten sind damit schwer interpretierbar und unterliegen der Gefahr der Fehlinterpretation.

Über die Formulierung allgemeiner, räumlich nicht differenzierter Maßnahmen hinaus, ist es Ziel GBE, Stadtteile bzw. Bevölkerungsgruppen (z.B. hinsichtlich Alter – Geschlecht – Sozialstatus) mit erhöhtem Handlungsbedarf zu identifizieren, um Interventionen zielgerecht einsetzen zu können. Eine regelmäßige Fortschreibung der Daten sollte angestrebt werden.

GBE EU

Zuletzt, dies sei der Vollständigkeit halber erwähnt, gibt es auch noch einen europäischen Gesundheitsindikatorenatz – die European Core Health Indicators (ECHI). Die Kurzliste dieses Indikatorenatzes umfasst 88 Einzelindikatoren und soll die Vergleiche gesundheitsrelevanter Daten zwischen den EU-Mitgliedsstaaten ermöglichen. Da die Verfügbarkeit der Daten bei der Auswahl und Konzeption des Indikatorenatzes eine untergeordnete Rolle gespielt hat, sind die Mitgliedsstaaten jedoch in sehr unterschiedlichem Maße in der Lage, diese Indikatoren auch zu liefern.

2 Demographische und ökonomische Rahmenbedingungen

2.1 Demographische Entwicklungen

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung

Faktoren und Dimensionen des Demographischen Wandels

Die allgemeine Bevölkerungsentwicklung wird seit Jahrzehnten durch den demographischen Wandel geprägt.

Geburten, Sterbefälle und Wanderungen werden auch als die Faktoren des demographischen Wandels bezeichnet, da sie die Stärke der demographischen Entwicklungen quantitativ beeinflussen.

Dem gegenüber werden die Dimensionen des demographischen Wandels oftmals vereinfachend wie folgt beschrieben: Wir werden weniger, älter und bunter. Ergänzend könnte hinzugefügt werden, dass wir auch einsamer werden. Denn weniger Kinder und der allgemeine gesellschaftliche Wandel haben die Formen des Zusammenlebens verändert und werden diese auch weiterhin verändern. Hinsichtlich der ersten Dimension des demographischen Wandels – wir werden weniger – ist inzwischen eine differenziertere Betrachtung angezeigt, denn durch Zuwanderung sinken die Einwohnerzahlen oftmals nicht mehr, sondern stagnieren oder steigen z.T. sogar an. Den-

noch kann die Zuwanderung in der Regel nicht die sinkende Bevölkerungszahl aufhalten. dies gilt auch für Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (siehe auch S.17).

Geburten

Ende der 60er Jahre kam es mit dem sogenannten Pillenknick zu einer deutlichen Senkung der Geburtenzahlen. Seitdem liegt die durchschnittliche Kinderzahl in Deutschland bei rd. 1,4 Kindern je Frau. Rein rechnerisch würde dies bedeuten, dass jede Kindergeneration um ein Drittel kleiner wird, als ihre Elterngeneration.

Hinzu kommt, dass die geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre das reproduktionsfähige Alter (ca. 15-44 Jahre) inzwischen durchschritten haben und sich jetzt überwiegend in der Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen wiederfinden (s.a. Abb. 2.9 auf S.20). Als Folge dessen ist die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 44.596 im Jahre 1990 auf 39.547 im Jahre 2020 gesunken, entsprechend einer Abnahme um 11,3 Prozent (Abb. 2.1).

Tab. 2.1: Geburten 1990 bis 2020 – ausgewählte Kennziffern

Jahr	mittlere Bevölkerungszahl	Geburten	Geb. je 1000 Einw.	15-44 jährige Frauen	Geb. je 1000 Frauen im Alter 15-44 J.	TFR Kinder je Frau	Geb. mit ausl. Staatsangeh. in %	nicht-ehel. Geb. in %
1990	214 813	2 236	10,4	44 596	50,2	1,32	10,9	18,5
2000	215 297	2 075	9,6	43 344	47,9	1,37	12,8	30,5
2010	211 914	1 843	8,7	40 336	45,7	1,39	6,9	...
2015	217 162	1 918	8,8	39 178	49,0	1,40	10,6	40,0
2016	219 367	2 058	9,4	39 759	51,8	1,46	13,2	40,7
2017	219 733	1 986	9,0	39 522	50,3	1,41	13,8	41,0
2018	219 942	1 969	9,0	39 822	49,4	1,40	13,2	37,9
2019	220 434	1 915	8,7	39 779	48,1	1,35	13,0	38,3
2020	219 645	1 819	8,3	39 547	46,0	1,35	13,1	39,0

TFR = Totale Fruchtbarkeitsrate oder auch Summe der altersspezifischen Geburtenraten. Entspricht der durchschnittlichen Zahl an Kindern, die eine Frau im Verlaufe ihres Lebens zur Welt bringt.

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Tabelle: Gesundheitsamt

Abb. 2.1: Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 – 44 Jahre) 1990 -2020

Stand jeweils 31.12.

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

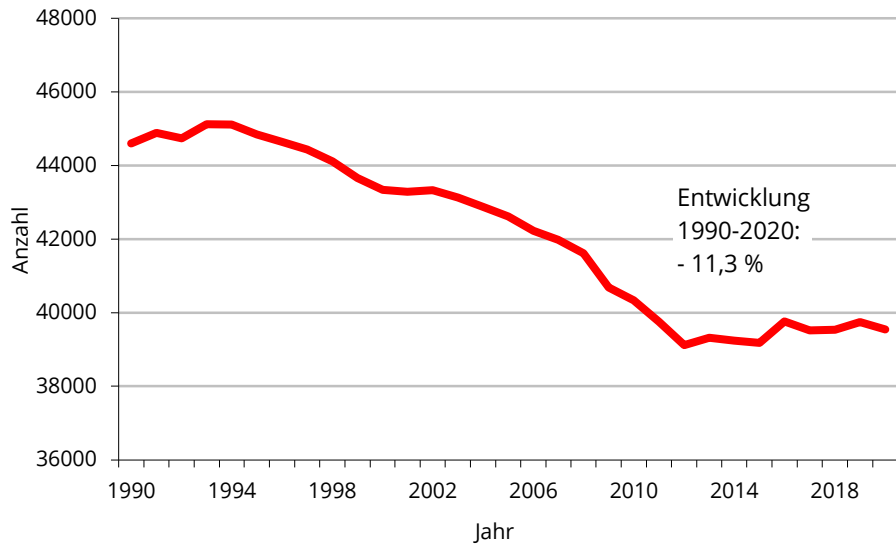


Abb. 2.2: Durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau 1990 – 2020

Anmerkung: 2,1 Kinder pro Frau wären rein rechnerisch für die Bestandserhaltung einer Bevölkerung notwendig

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

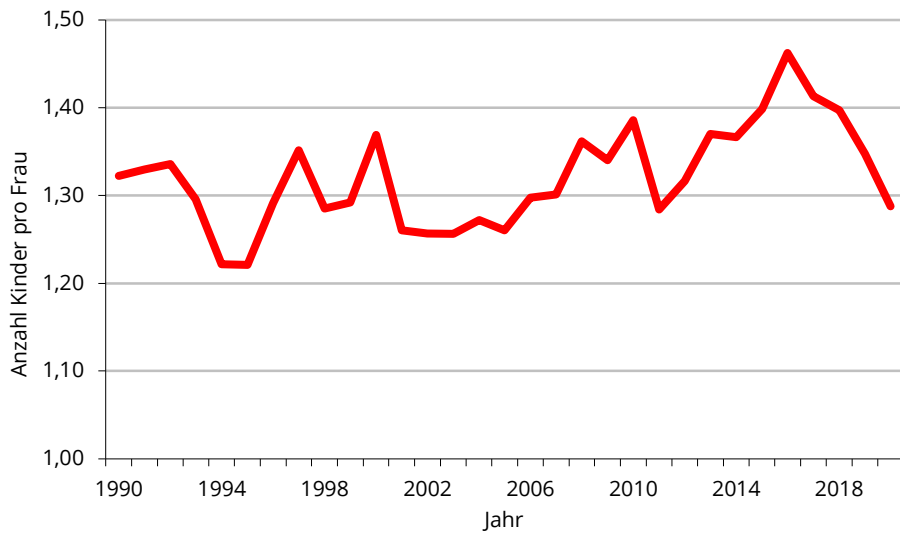


Abb. 2.3: Geburtenwahrscheinlichkeit nach Alter der Frau 1990 und 2020

Beispiel/Erläuterung: 0,1 entspricht einer Geburtenwahrscheinlichkeit von 10 Prozent, d.h. auf 100 Frauen des jeweiligen Alters kommen pro Jahr zehn Geburten

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

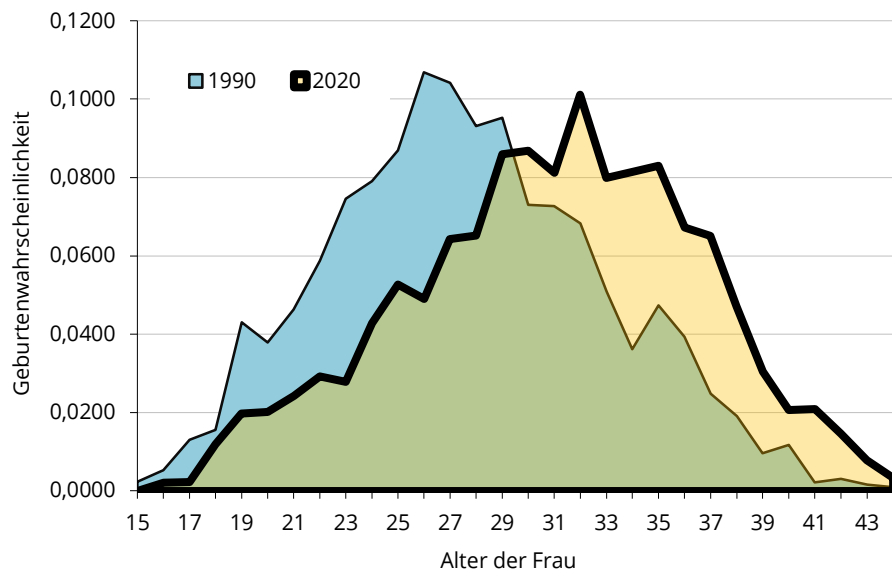


Tabelle 2.1 zeigt, dass die durchschnittliche Zahl der Geburten pro Frau (totale Fruchtbarkeitsrate, siehe Erläuterung Tab.2.1) in den letzten Jahren geringfügig angestiegen ist. Dies ist vorwiegend auf den höheren Anteil ausländischer Geburten zurückzuführen.

Zu beachten ist, dass nach dem Staatsangehörigkeitsgesetz Kinder ausländischer Eltern automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren rechtmäßig in Deutschland lebt und über ein unbefristetes Aufenthaltsrecht verfügt.

Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Lag die größte Geburtenwahrscheinlichkeit um 1990 noch bei rd. 27 Jahren, liegt es mittlerweile bei rd. 32 Jahren. Das Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt ist bei ausländischen Frauen deutlich geringer als bei deutschen Frauen und liegt bei ca. 23 Jahren.

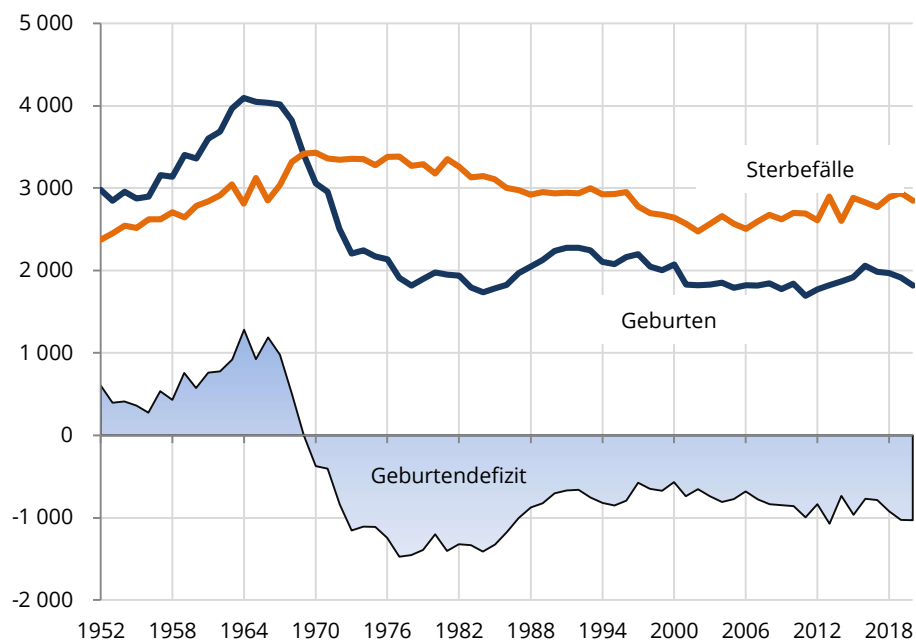
Sterbefälle

Seit dem Geburtenrückgang Ende der 60er Jahre sind die Geburtenzahlen deutlich niedriger als die Zahl der Sterbefälle (s. Abb.2.4). Aktuell kommen auf rd. 2000 Geburten pro Jahr fast 3.000 Sterbefälle. Für die demographische Grundgleichung ($\text{Bev. Jahresende} = \text{Bev. Jahresanfang} + \text{Geburten} - \text{Sterbefälle} + \text{Zuzüge} - \text{Wegzüge}$) bedeutet

dies, dass ein jährliches Geburtendefizit von rd. 800 bis 1.000 Personen durch ein positives Wanderungssaldo in derselben Höhe – also ca. 800 bis 1.000 mehr Zuzüge als Fortzüge – ausgeglichen werden müsste, um eine gleichbleibend hohe Einwohnerzahl zu garantieren.

Hinsichtlich einer älter werdenden Bevölkerung und auch hinsichtlich der gestiegenen Zuwanderungszahlen in den letzten Jahren stellt sich die Frage, inwieweit dieses über Jahrzehnte konstant bestehende Geburtendefizit auch in Zukunft Bestand haben wird. Inwieweit wird die Zuwanderung die Bevölkerung verjüngen und wird es dadurch auch zu einer Steigerung der Geburtenzahlen kommen? Der Blick auf die Wanderungsströme und die darauf basierende Bevölkerungsprognose der Hansestadt Lübeck gibt Antworten.

Abb. 2.4: Ein halbes Jahrhundert Geburtendefizit



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Wanderungen

Im Beobachtungszeitraum ab 1970 sind die Wanderungsströme durch vier Phasen gekennzeichnet.

Phase 1 (ca. 1970 – 1989):

Aufgrund der Stadt-Umland-Wanderungen gibt es Anfang der 70er Jahre bis Ende der 80er Jahre mehr Fortzüge als Zuzüge. In Kombination mit dem jährlichen Geburtendefizit sinken die Einwohnerzahlen im Durchschnitt um 2.000 Einwohner/-innen pro Jahr.

Phase 2 (1990 – 1993):

In den Jahren nach der innerdeutschen Grenzöffnung steigt die Bevölkerungszahl bedingt durch die Zuwanderung aus den östlichen Bundesländern und dem osteuropäischen Ausland an.

Phase 3 (1994 – 2009):

Dieser Anstieg war jedoch nur kurz, denn in den darauffolgenden Jahren sorgte das strukturelle Geburtendefizit mit dem Nachlassen der Wanderungsintensivität für stagnierende bzw. leicht abnehmende Einwohnerzahlen.

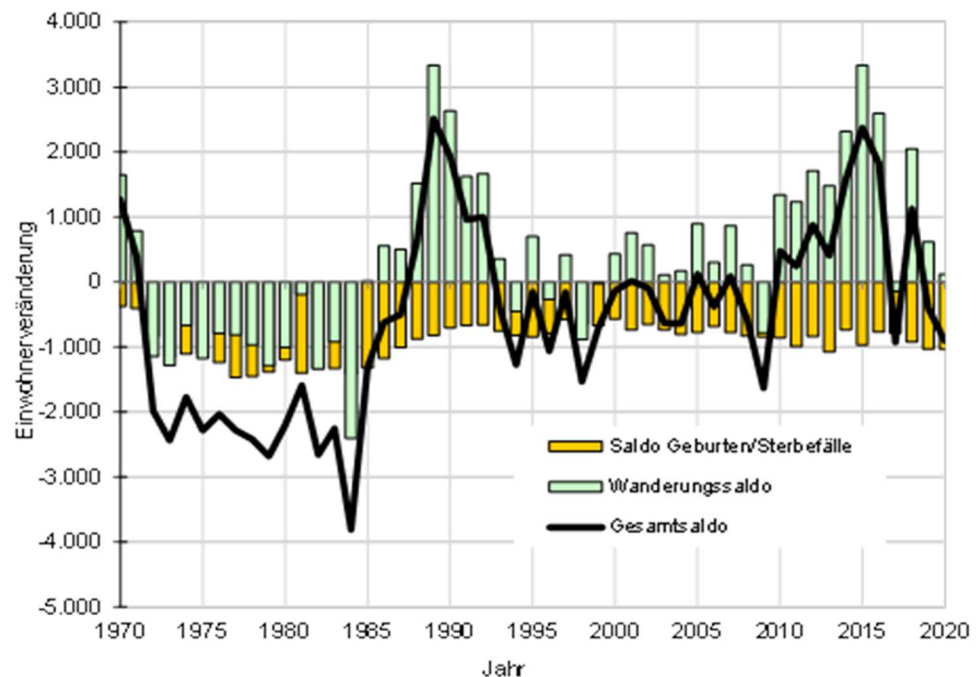
Im Gegensatz zur Entwicklung in den 70er und 80er Jahren ist die Wanderungsbilanz jedoch eher ausgeglichen, denn durch die Grenzöffnung ist eine kontinuierliche Ost-West-Wanderung hinzugekommen, wodurch sich die Herkunftsgebiete der Zuwanderungsströme auch grundsätzlich von denen der ersten Phase unterscheiden.

Phase 4 (2010 – 2020):

Steigende Zuwanderungszahlen aus dem Ausland und insbesondere die Flüchtlingszuwanderung aus dem Nahen Osten im Jahr 2015 lassen die Einwohnerzahlen wieder ansteigen.

Im Jahr 2017 kommt es zu einer deutlichen Beruhigung der Wanderungsströme. Erstmals seit 2009 ist die Wanderungsbilanz wieder im negativen Bereich. Im Jahr 2018 wurde zwar wieder ein positives Wanderungssaldo registriert, in den Jahren 2019 und 2020 waren die Salden jedoch wieder negativ, wobei die Ursachen in 2020 wahrscheinlich coronabedingt waren.

Abb. 2.5: Natürliches Saldo und Wanderungssaldo 1970-2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

2.1.2 Altersstruktur

Eine seit Jahrzehnten niedrige Geburtenziffer und eine ständig steigende Lebenserwartung führen zu einer Veränderung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen jüngerer und älterer Generation. Der Anteil der unter 18-Jährigen liegt mittlerweile bei nur noch 15 Prozent, während der Anteil der über 65-Jährigen bei 23 Prozent liegt.

Im Stadtteil Travemünde sind über 45 Prozent der Einwohner/-innen über 65 Jahre alt, was nur zum Teil auf das Vorhandensein von SeniorInnenheimen zurückzuführen ist. Der Anteil der unter 18-Jährigen liegt hier bei nur 9,2 Prozent. Innerstädtisch betrachtet nimmt dieser Stadtteil somit eine Sonderrolle ein.

Größere Abweichungen in der Altersstruktur im übrigen Stadtgebiet sind weitgehend auf die Standorte von SeniorInnenheimen zurückzuführen (s. Karte 2.1).

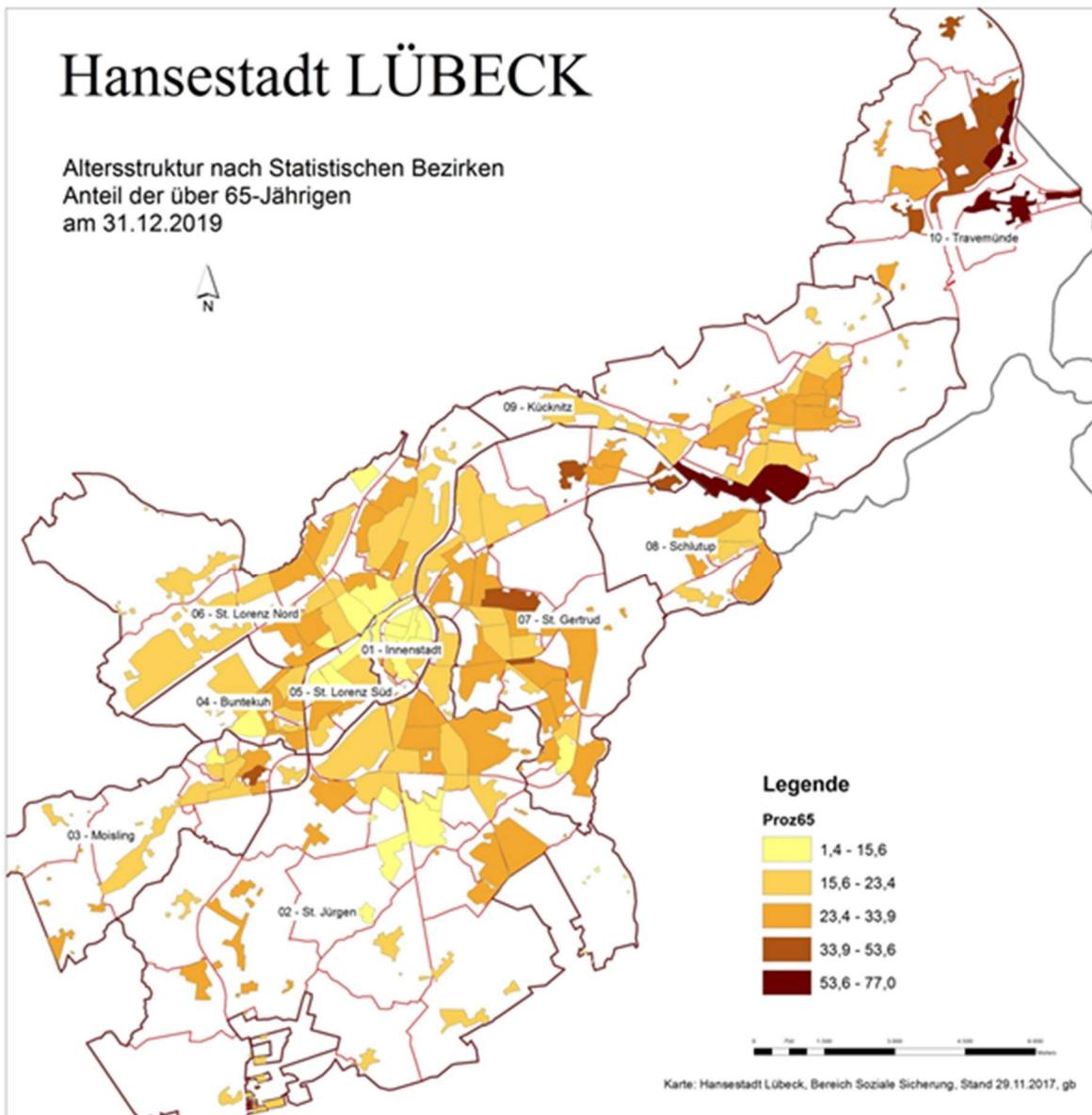
Tab. 2.2: Einwohner/-innen nach Altersgruppen 1980, 2000 und 2020 – jeweils 31.12.

Kategorie	1980	2000	2020
Einw. Insg.	230 316	215 267	219 645
0-17 Jahre	47 494	35 295	33 133
18-64 Jahre	137 813	137 873	135 747
65 Jahre u. ä.	45 009	42 099	50 765
in %	100,0	100,0	100,0
0-17 Jahre	20,6	16,4	15,1
18-64 Jahre	59,8	64,0	61,8
65 Jahre u. ä.	19,5	19,6	23,1
Jugendquotient	34,5	25,6	24,4
Altenquotient	32,7	30,5	37,4

Jugendquotient: Bevölkerung 0- 17 Jahre/Bevölkerung 18- 64 Jahre
 Altenquotient: Bevölkerung ab 65 Jahre/ Bevölkerung 18- 84 Jahre

Quelle: Hansestadt Lübeck, Statistische Nachrichten Nr. 41

Karte 2.1: Altersstruktur 2019



2.1.3 Privathaushalte

Haushaltsstruktur

Die Struktur der Privathaushalte, also die Art und Weise, wie wir zusammenwohnen, hat nicht nur Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, sondern auch für die Pflegesituation und Pflegebedarfe einer alternden Gesellschaft.

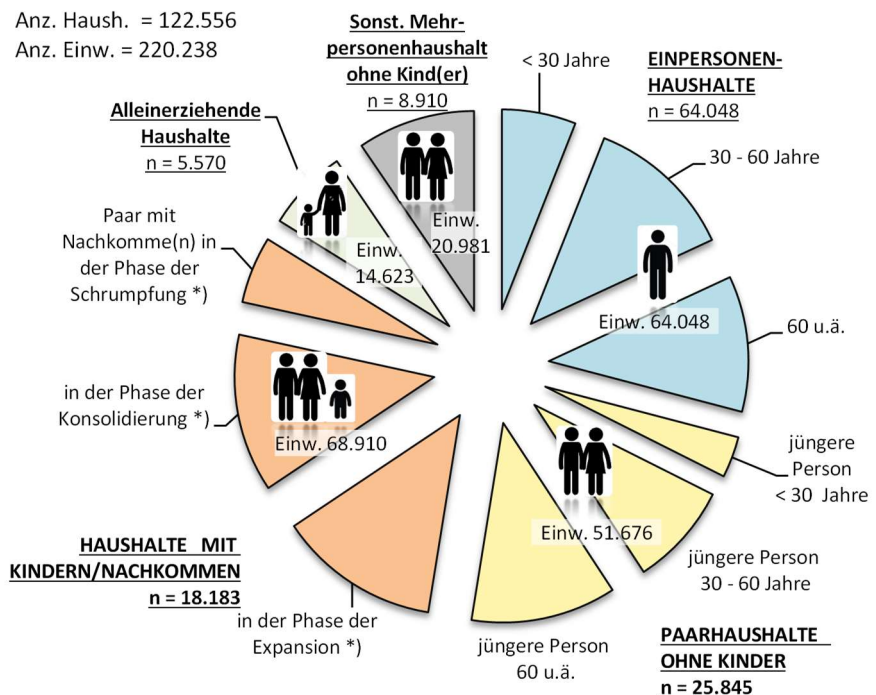
Mit dem gesellschaftlichen Wandel zu mehr Individualismus und Selbstbestimmtheit ist die Auflösung der traditionellen Familienstrukturen verbunden. Familien mit Kindern repräsentieren nicht mehr die Mehrheit der Bevölkerung. Nur noch rd. 38 Prozent der Einwohner/-innen leben in Eltern-Kind-Gemeinschaften. 29 Prozent der Einwohner/-innen leben in Single-Haushalten und 23 Prozent der Einwohner/-innen leben im Haushaltstyp Paar ohne Kinder (s.a. Abb. 2.6).

Das Singledasein hat je nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Ausprägungen. Nur wenige junge Menschen verlassen das Elternhaus, wenn sie über achtzehn sind. Rund 94 Prozent bleiben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zunächst dort erstmal wohnen. Männer führen in der Altersgruppe der 20-50-Jährigen häufiger ein Single-Dasein als Frauen.

Die zunehmende Singularisierung in der Gesellschaft trifft jedoch insbesondere ältere Menschen, da jene durch die altersbedingte Auflösung der sozialen Bindungen Gefahr laufen, den Anschluss an ihr gesellschaftliches Umfeld zu verlieren. Hierzu zählen das Ausscheiden aus dem Berufsleben, der Verlust des Ehepartners oder der Ehepartnerin, die nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit und die damit einhergehenden Einschränkungen der aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und nicht zuletzt die Erfahrung der allmählichen Ausdünnung der eigenen Generation bzw. der sozialen Bezugspersonen durch Sterbefälle.

14.623 Einwohner/-innen leben in 5.570 Alleinerziehenden Haushalten, entsprechend 4,5 Prozent aller Haushalte. Darunter sind rd. 900 Haushalte, in denen neben den Kindern/dem Kind noch mindestens eine weitere Person wohnt, die jedoch nicht Partnerin bzw. Partner ist. Rund 90 Prozent aller alleinerziehenden Bezugspersonen sind weiblich.

Abb. 2.6: Einwohner/-innen nach Haushaltstypen am 31.12.2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

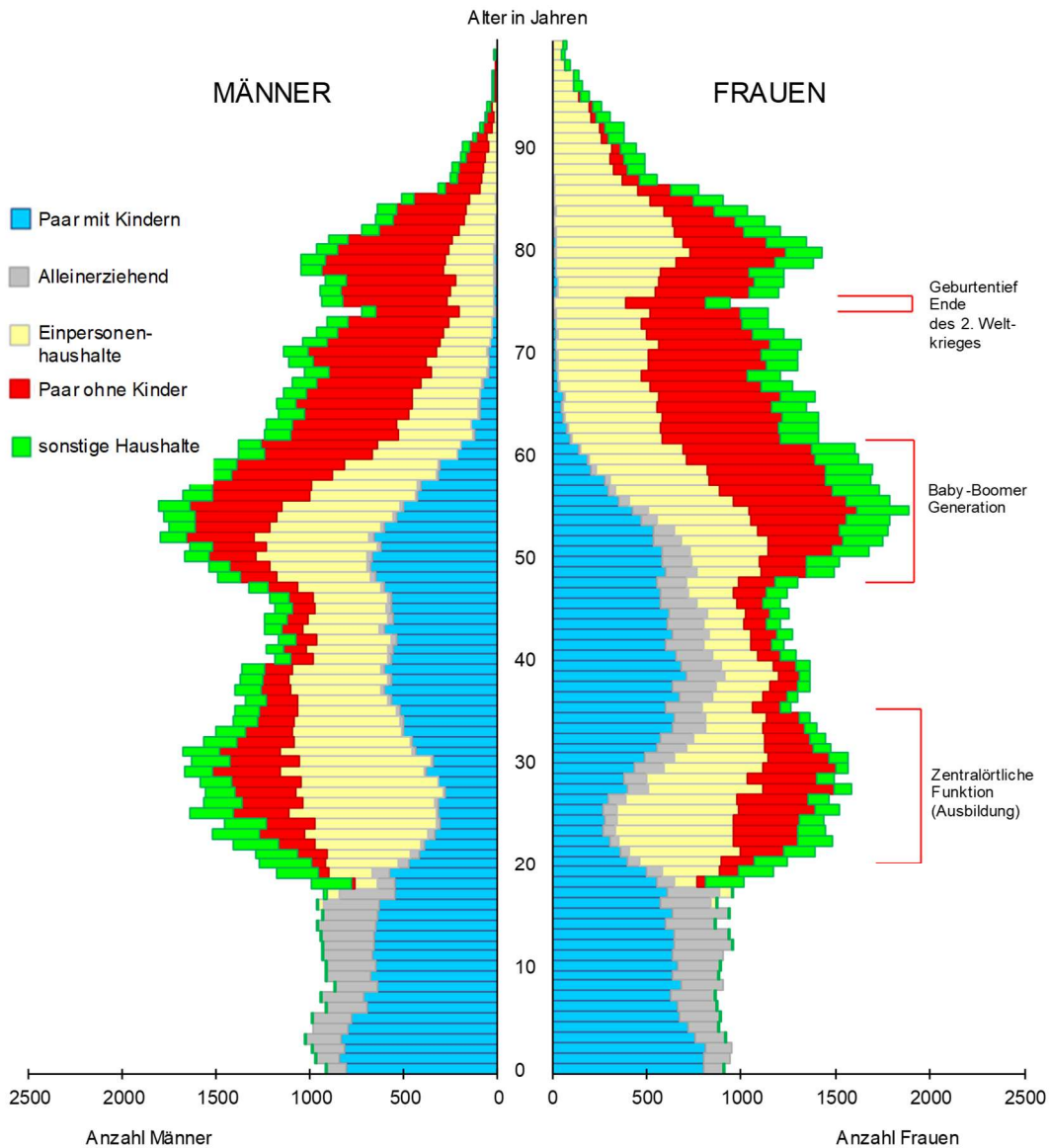
Definition der Haushaltstypen:

Phase der Expansion: mindestens ein Kind im Alter von unter 6 Jahren

Phase der Konsolidierung: mind. ein Kind im Alter von 6-17 Jahren, kein Kind unter 6 Jahre

Phase der Schrumpfung: mind. ein Nachfahre im Alter von 18 - 29 J., kein Kind unter 18 J.

Abb. 2.7: Alterspyramide Haushaltstypen am 31.12.2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Die Effekte einer zunehmenden Singularisierung im Alter treffen vornehmlich die Frauen. Aus Abbildung 2.7 ist ersichtlich, dass bereits ab Ende 50 der Frauenanteil in der Bevölkerung mit zunehmendem Alter stetig ansteigt. Liegt der Frauenanteil in der Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen noch bei 53 Prozent, erhöht dieser sich in der Altersgruppe der über 85-jährigen sogar auf 71 Prozent. Als Folge dessen steigt im Alter auch die Zahl weiblicher Single-Haushalte deutlich an.

Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit einer alternden Gesellschaft spielt der Trend zur Singularisierung eine tragende Rolle, denn die o.g. Entwicklungen wirken sich zunehmend ver hindernd auf die Pflegemöglichkeiten durch Familienangehörige aus. Für das Gesundheitswesen stellt diese Entwicklung insofern eine Herausforderung dar, da die fehlende familiäre Versorgung der Alleinlebenden im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit immer mehr durch kommerzielle Versorgungsleistungen ersetzt werden muss.

2.1.4 Heterogenisierung

INFOBOX!

Ausländer/-in

Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 GG sind, sind Ausländer/-innen. Dazu zählen auch Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche Staatsangehörige mit einer zusätzlichen ausländischen Staatsangehörigkeit zählen nicht als Ausländer/-innen.

Migrationshintergrund

Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen:

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer/-innen;
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;
3. (Spät-) Aussiedler/-innen;
4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Migration und Gesundheit

In den vergangenen Jahrzehnten sind viele Menschen nach Deutschland gekommen und auch zukünftig ist von einer mehr oder weniger hohen Zuwanderung auszugehen. Diese Zuwanderung stellt das Gesundheitssystem vor

besondere Herausforderungen. Zum einen sind sprachliche und kulturelle Barrieren hinderlich für eine optimale gesundheitliche Versorgung, zum anderen können Menschen mit Migrationshintergrund spezifische gesundheitsbezogene Risiken aufweisen. Aufgrund vielfältiger Einflüsse ist die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nicht einheitlich und daher ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich, die etwa die bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland oder die Situation in den Herkunftsländern der Migrantinnen und Migranten berücksichtigt.

Jede vierte Person hat einen Migrationshintergrund. Im Jahre 2007, als der Migrationshintergrund der Lübecker/-innen erstmalig aus dem Statistikverfahren MigraPro heraus ermittelt werden konnte, wurden in der Hansestadt Lübeck noch rd. 38.000 Personen mit Migrationshintergrund gezählt. Aktuell haben rd. 60.000 Personen einen Migrationshintergrund. Das sind rd. 27 Prozent der Einwohner/-innen. Von den Personen mit Migrationshintergrund haben rd. 26.000 - entsprechend rd. zwölf Prozent der Bevölkerung - keine deutsche Staatsangehörigkeit. (s. Tab.2.3).

Die Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung hat sich durch die Zuwanderung in den letzten Jahren wesentlich verändert. Die andauernden Kriege im Nahen Osten haben zu einem Anstieg der Flüchtlingszahlen aus den betroffenen Staaten geführt, wodurch viele Personen aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und Iran nach Deutschland gekommen sind. So bilden die Menschen aus Syrien mittlerweile die viertgrößte ausländische Bevölkerungsgruppe in Lübeck. Etwas unbemerkt davon hat sich schon seit den 90er Jahren - mit dem Fall der Mauer - eine vorwiegend wirtschaftlich begründete Zuwanderung aus dem osteuropäischen Raum etabliert, die sich insbesondere in der Zuwanderung aus Polen, Russland, Rumänien, Bulgarien und neuerdings auch aus Armenien ausdrückt.

Tab. 2.3: Einwohner/-innen nach Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit 2007 - 2020

Jahr ----- Stand 31.12.	Einw. insg.	darunter mit Migrationshintergrund			
		Anzahl	in % der Einw.	darunter Ausländer/-innen	
				Anzahl	in % der Einw.
2007	213 865	38 226	17,9	16 486	7,7
2010	212 115	40 023	18,9	14 640	6,9
2015	218 523	47 427	21,7	20 360	9,3
2016	220 221	49 928	22,7	22 456	10,2
2017	219 255	51 665	23,6	23 328	10,6
2018	220 629	53 402	24,2	24 349	11,0
2019	220 238	59 591	27,1	25 407	11,5
2020	219 645	59 746	27,2	25 824	11,8

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Statistikverfahren zur Ermittlung des Migrationshintergrundes (MigraPro), Tabelle: Gesundheitsamt

2.1.5 Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose der kommunalen Statistikstelle der Hansestadt Lübeck hat die Einwohnerzahl zum 1.1.2020 als Basis und bildet den Zeitraum bis zum Jahre 2040 ab. Die Prognose der Geburten/ Sterbefälle und Wanderungen basieren auf den Erfahrungs- und Durchschnittswerten der Jahre 2015 bis 2020.

Geburten und Sterbefälle lassen sich anhand der Altersstruktur einer Bevölkerung relativ gut abschätzen. Die Unsicherheiten einer Bevölkerungsprognose liegen jedoch zumeist in der Vorausschätzung der Zuwanderungen. Angesichts der demographischen Entwicklungen im Nahen Osten und in Afrika ist davon auszugehen, dass auch zukünftig ein starker Zuwanderungsdruck nach Europa bestehen wird.

Hinsichtlich der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Geburten/Sterbefälle) ist weiterhin mit einem negativen Saldo zu rechnen. Bei den Wanderungen wird im Durchschnitt der Jahre mit Wanderungsgewinnen zu rechnen sein. Dies wird in der Regel auch ausreichend sein, um das Geburtendefizit auszugleichen.

Im Ergebnis wird bis 2035 bzw. 2040 dann ein Zuwachs um ca. 5.000 Personen auf dann ca. 225 000 Personen erwartet. (siehe Tabelle 2.4)

Tendenziell wird die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter abnehmen, während die Zahl der Älteren ansteigen wird. Durch die Zuwanderung können die abnehmenden Einwohnerzahlen in den jüngeren Jahrgängen zum Teil ausgeglichen werden [Hansestadt Lübeck 2021, Statistische Nachrichten Nr. 42].

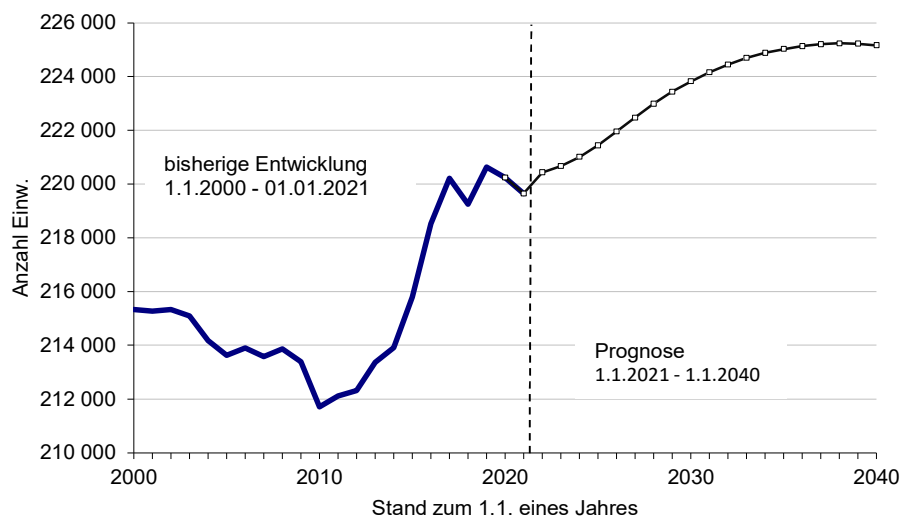
Tab. 2.4: Bevölkerungsbewegung 2000 bis 2020 und Prognose 2040

Jahr	Bevölk. am 1.1.	natürl. Bevölkerungsbewegung			Wanderungen			Gesamt- saldo 1)	
		Geburten	Sterbefälle	Saldo	Zuzüge	Fortzüge	Saldo		
bisherige Entwicklung	2010	211 716	1 843	2 701	- 858	11 390	10 053	1 337	396
	2015	215 800	1 918	2 882	- 964	13 919	10 584	3 335	2 723
	2016	218 523	2 058	2 827	- 769	14 893	12 297	2 596	1 698
	2017	220 221	1 986	2 769	- 783	10 385	10 551	- 166	- 966
	2018	219 255	1 969	2 890	- 921	12 464	10 413	2 051	1 374
	2019	220 629	1 915	2 941	- 1 026	11 961	11 342	619	- 391
	2020	220 236	1 819	2 849	- 1 030	10 665	10 544	121	- 591
Prognose	2021	219 645	1 950	3 015	- 1 065	12 400	10 546	1 854	789
	2025	221 439	2 029	2 948	- 919	12 500	11 067	1 433	514
	2030	223 819	2 069	2 859	- 790	12 275	11 150	1 125	335
	2035	225 024	2 082	2 771	- 689	11 900	11 102	798	109
	2040	225 161							

*) incl. Fortschreibungsfehler

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Bevölkerungsprognose 2020 – 2040

Abb. 2.8: Bevölkerungsprognose bis 2040



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Alterung und Fachkräftemangel

Auch für Lübeck zeigt sich, dass die Bevölkerung zunehmend älter wird und die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter in ca. fünf bis zehn Jahren zunehmend rückläufig sein wird, da dann die geburtenstarken Jahrgänge der heute ca. 47- bis 57-jährigen verstärkt ins Rentenalter eintreten werden. Der sich in vielen Bereichen schon deutlich abzeichnende Fachkräftemangel wird zunehmen und Auswirkungen auf die wirtschaftliche Produktivität und Leistungsfähigkeit des Staates haben.

Mit der Abnahme der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, wird die Zahl der Personen im Rentenalter entsprechend ansteigen (Tab. 2.3). Eine höhere Anzahl älterer Menschen wird auch die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen im Gesundheitswesen generell ansteigen lassen.

Über 85-Jährige

Der deutlich höchste medizinische und pflegerische Bedarf entsteht am Ende des Lebens. Insofern ist die zahlenmäßige Entwicklung der Gruppe der über 85-Jährigen ein guter Indikator für den künftigen Medizin- und Pflegebedarf einer älter werdenden Bevölkerung. Die Zahl der über 85-Jährigen wird bis 2030 von derzeit rd. 6.800 auf nahezu 9.000 Personen ansteigen. In Kombination mit der sinkenden Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ist in Zukunft generell auch ein zunehmender Fachkräftemangel in den Pflegeberufen zu befürchten. Das altengerechte Wohnen oder die Möglichkeiten zur ambulanten Pflege werden an Bedeutung zunehmen und der Gesundheitsbereich wird unter zunehmendem Effizienzdruck stehen.

Wohnortnahe Unterstützung

Um die häusliche Pflege zu organisieren und um für den wachsenden Personenkreis älterer Alleinlebender wohnungsnaher Betreuungsangebote vorhalten zu können, ist die kleinräumige Altersstruktur von Bedeutung. In der Karte 2.1 ist zu berücksichtigen, dass die Altersstruktur punktuell durch die Standorte der Seniorenheime beeinflusst ist. Vereinzelt höhere Anteile lassen sich zumeist aus den Standorten von Seniorenheimen erklären. Davon einmal abgesehen, setzt sich jedoch der Stadtteil Travemünde deutlich vom übrigen Stadtgebiet ab. Im Kapitel Gesundheitsversorgung wird das Thema der kleinräumigen Versorgungsstrukturen näher betrachtet.

Tab. 2.5: Bevölkerung nach Altersgruppen 2020 und 2040

Altersgruppe	2020		2040		+ / -
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
00-05	11 347	5,2	11 947	5,3	600
06-09	7 148	3,2	7 696	3,4	548
10-17	14 819	6,7	15 712	7,0	893
18-29	33 999	15,4	32 423	14,4	- 1 576
30-59	88 786	40,3	83 454	37,1	- 5 332
60-74	36 219	16,4	42 061	18,7	5 842
75 u. ä.	27 920	12,7	31 868	14,2	3 948
Gesamt	220 238	100,0	225 161	100,0	4 923

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunales Statistikstelle, Einwohnermelderegister, Tabelle: Gesundheitsamt

2.2 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

2.2.1 Beschäftigte

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist von besonderer Bedeutung, da über die Beitragszahlungen bestimmte soziale Leistungsansprüche wie zum Beispiel die Rentenansprüche oder die Ansprüche auf das Arbeitslosengeld I erworben werden. So sind etwa die steigenden Zahlen in der Grundsicherung im Alter auf fehlende Beitragszeiten im Lebensverlauf zurückzuführen. Zudem hängt die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems stark vom allgemeinen Beitragsaufkommen ab.

Aus Abb. 2.10 ist ersichtlich, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Hansestadt Lübeck seit 2004 von Jahr zu Jahr kontinuierlich ansteigt.

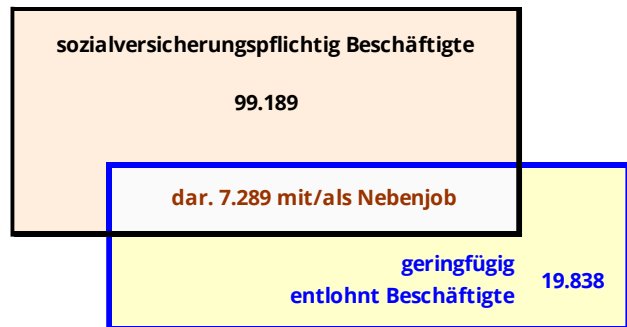
Teilzeit

Der Anstieg der Beschäftigtenzahlen ist allerdings zu einem Großteil auf die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. So stieg die Zahl der Teilzeitstellen von 2008 bis 2016 von 17.904 auf 29.064 an, während die Zahl der Vollzeitstellen in den Jahren 2012 und 2013 sogar rückläufig war. Diese Rückgänge waren zum Teil jedoch verfahrenstechnischer Natur und spiegelten nicht ganz die reale Entwicklung wider, da es 2011 zu einer Umstellung im Meldeverfahren kam, wodurch es 2012 und 2013 zu nachträglichen Korrekturen im Datenbestand kam. Seit 2013/2014 steigt die Zahl der Vollzeitstellen wieder an. Teilzeit ist Frauendomäne: ca. vier von fünf Teilzeitbeschäftigte sind Frauen.

Minijobs

Von den 99.189 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten haben rd. neun Prozent (7.289 Personen) zusätzlich eine geringfügig entlohnte Beschäftigung, den sogenannten Mini-Job (seit 1. Januar 2013 bis 450 EUR). 12.549 Personen sind ausschließlich geringfügig entlohnt beschäftigt. Die Gesamtzahl der sogenannten Minijobber/-innen beläuft sich somit auf 19.838 Personen (12.549 plus 7.289), wovon rd. 60 Prozent Frauen sind (Stand 31.03.2019).

Überblick:

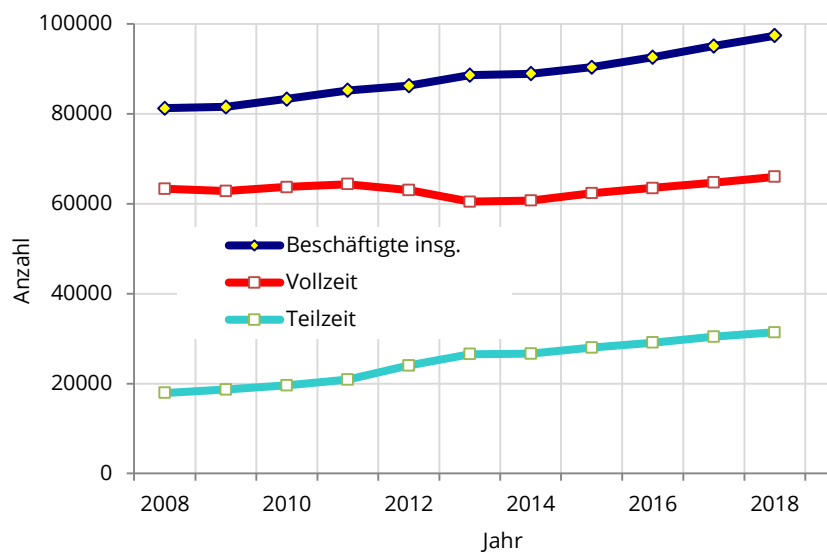


Beschäftigte insg:

111 738

Sozialv. Beschäftigte ohne Nebenjob:	91 900
Sozialv. Beschäftigte mit Nebenjob:	7 289
ausschließlich gering entlohnt Beschäftigte:	12 549

Abb. 2.9: Sozialversicherungspflichtige am Arbeitsort Lübeck nach Voll- und Teilzeitbeschäftigung 2008 -2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Reihe Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigungsstatistik, Graphik: Gesundheitsamt, Stand jeweils 30.06.20

2.2.2 Arbeitsmarkt

INFOBOX!

Arbeitslosengeld I (ALG I) und Arbeitslosengeld II (ALG II)

Seit 2005 wird zwischen dem Arbeitslosengeld I nach SGB III und dem Arbeitslosengeld II nach SGB II unterschieden.

Das Arbeitslosengeld I ist eine Versicherungsleistung. Anspruch auf Arbeitslosengeld I haben Arbeitnehmer/-innen, die arbeitslos sind, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und in den zwei Jahren vor Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 360 Tage in einer beitragspflichtigen Beschäftigung gestanden haben oder aus sonstigen Gründen wie z.B. Kindererziehungszeiten versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung waren.

Bedarfsgemeinschaften

Der Großteil der hilfebedürftigen Bevölkerung lebt von Grundsicherungsleistungen für Arbeitssuchende nach SGB II (Hartz IV = ALG II). Die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II dient der Existenzsicherung der erwerbsfähigen Bevölkerung und deren nichterwerbsfähigen Angehörigen bzw. Kinder.

Die Grundsicherung nach SGB II unterscheidet zwei Leistungsarten: das Arbeitslosengeld II für Erwerbsfähige und das Sozialgeld für Nichterwerbsfähige (zumeist Kinder).

Arbeitslosenquote

Spiegelbildlich zum Anstieg der Beschäftigtenzahlen ist die Arbeitslosigkeit zurückgegangen. So ist die Arbeitslosenquote gegenüber 2006 von damals 15,2 Prozent auf

7,1 Prozent im September 2019 gesunken. Die absolute Zahl der Arbeitslosen ist entsprechend von rd. 15.000 (2006) auf rd. 8.300 Personen im Jahr 2019 gesunken. Im Corona-Jahr 2020 sind die Arbeitslosenzahlen bis September 2020 wieder auf ca. 10.000 Arbeitslose angestiegen.

Arbeitslosengeld nach ALG I

Innerhalb von ALG I ist der Rückgang insbesondere auf die Frauen zurückzuführen: von 2006 bis 2015 sank die Zahl arbeitsloser Frauen von 1.737 auf 894. Bei den Männern ist die Arbeitslosigkeit nicht ganz so stark gesunken. Es ist zu vermuten, dass ein Großteil jener Frauen, die Arbeit gefunden haben, in Teilzeitbeschäftigung gegangen ist.

Durch die Neuregelung im Februar 2006 wurde die maximal mögliche Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I von bisher 32 auf 18 Monate reduziert. Hierdurch ist es gegenüber 2006 zu einer deutlichen Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit (mehr als ein Jahr Arbeitslosigkeit) im Bereich von ALG I gekommen. Seitdem verharrt die Langzeitarbeitslosigkeit innerhalb von ALG I bei rd. 200 Personen. Bei den Nichtdeutschen ist gegenüber 2012 ein Anstieg von 118 auf 199 Personen zu beobachten. Auch die Zahl der über 55-jährigen Arbeitslosen hat gegenüber 2012 wieder etwas zugenommen. Dagegen ist die Jugendarbeitslosigkeit gegenüber 2012 rückläufig (siehe Tab.2.5).

Arbeitslosengeld nach ALG II

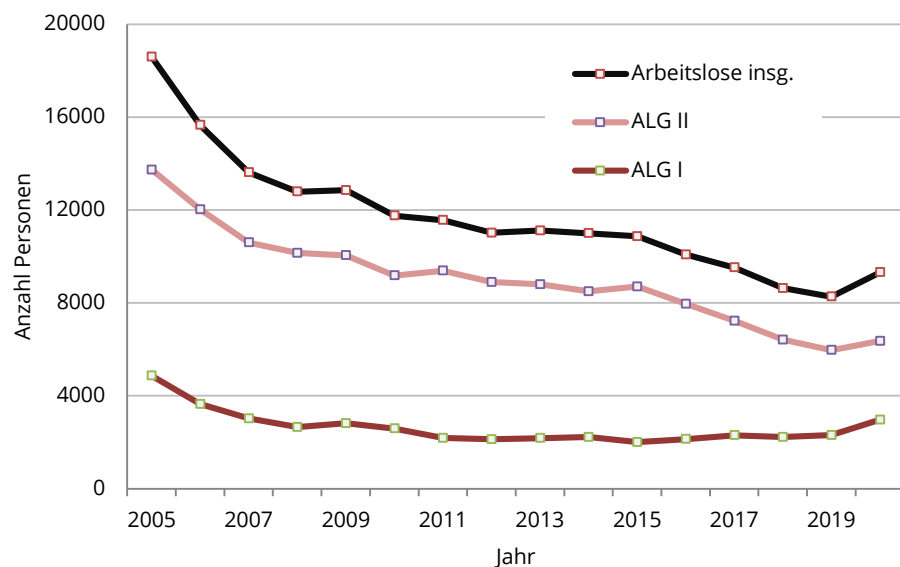
Auch die Zahl der ALG II - Bezieher/-innen ist seit der Einführung von Hartz IV generell rückläufig (siehe Abb. 2.15). Gegenüber der Zahl der ALG I - Empfänger/-innen ist die Zahl der ALG II - Empfänger/-innen nahezu viermal so hoch.

Fast die Hälfte aller ALG II Empfänger/-innen sind Langzeitarbeitslose, d.h. sind seit mehr als einem Jahr arbeitslos gemeldet sind. Rund 20 Prozent der ALG II Empfänger/-innen sucht eine Teilzeitbeschäftigung.

Abb. 2.10: Empfänger/-innen von ALG I und ALG II 2005-2020

Jahresdurchschnittswerte

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichte, Graphik: Gesundheitsamt HL



Tab. 2.6: Arbeitslose 2006 - 2020, Stand jeweils 30.6.

Kategorie	2006	2012	2015	2018	2019	2020
Arbeitslose insgesamt	14 810	10 777	10 600	8 625	8 261	9 959
Arbeitslosenquote	15,2	10,4	9,9	7,5	7,1	7,1
ALG I insgesamt	3 261	1 980	2 096	2 219	2 299	3 206
darunter 55 und älter	515	464	515	559	550	733
Langzeitarbeitslose	726	193	208	184	151	214
Schwerbehinderte	174	129	106	138	136	159
ALG II insgesamt	11 549	8 797	8 504	6 406	5 962	6 753
darunter 55 und älter	1 116	1 065	1 228	1 031	932	1 123
Langzeitarbeitslose	7 071	4 231	3 972	2 946	2 684	2 892
Schwerbehinderte	522	411	381	308	278	337

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichte, Graphik: Gesundheitsamt

Rechnet man zu den eigentlichen ALG II – Empfänger/-innen noch die Zahl der nicht erwerbsfähigen Angehörigen bzw. Kinder im Haushalt hinzu, gelangt man zur Zahl der Personen in den Bedarfsgemeinschaften.

Bedarfsgemeinschaften – ALG II und Sozialgeld

Die Zahl der Bedarfsgemeinschaften hatte ihren Höchststand im Jahr 2006 mit 16.910 bedürftigen Haushalten. Seitdem ist der Zahl der Bedarfsgemeinschaften mehr oder weniger kontinuierlich auf unter 15.000 Bedarfsgemeinschaften im Jahre 2021 gesunken (Abb. 2.12).

Die unterschiedlichen Armutsrisiken spiegeln sich in den Daten zu den Haushaltstypen wider. In hohem Maße armutsgefährdet sind Einpersonenhaushalte, da ihnen bei Niedrigeinkommen keine Kompensation durch andere Haushaltsmitglieder zur Verfügung steht. Folglich machen die Einpersonenhaushalte mit fast 59 Prozent auch den Großteil der Bedarfsgemeinschaften aus. Die zweitgrößte

Gruppe sind die Haushalte mit Kindern, da die Kinder einerseits den Bedarf im Haushalt erhöhen und andererseits die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit einschränken.

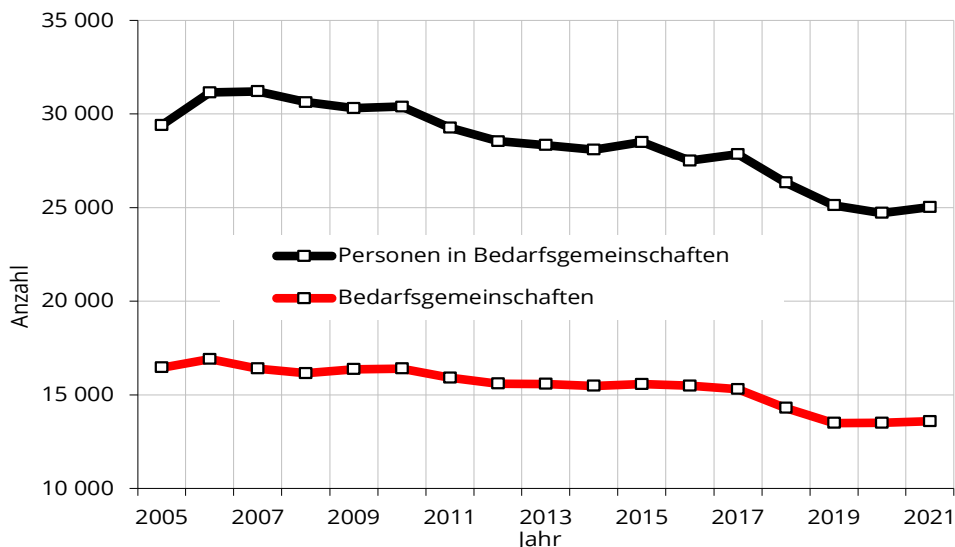
Bezogen auf die Gesamtzahl aller Haushalte sind rd. 13 Prozent aller Haushalte Bedarfsgemeinschaften. Die geringsten Anteile finden sich in Travemünde mit 4,7 Prozent sowie in St. Jürgen mit 6,6 Prozent aller Haushalte. In den Stadtteilen Moisling und Buntekuh ist der Anteil hilfebedürftiger Haushalte mit 24,3 bzw. 22,1 Prozent überproportional hoch (s.a. Hansestadt Lübeck 2021, Tab. 233).

Entsprechend der Abnahme der Zahl der Bedarfsgemeinschaften ist auch die Zahl der Personen in diesen Bedarfsgemeinschaften von über 31.000 (2006-bis 2010) auf rd. 25.000 Personen (seit 2019) gesunken.

Einem besonderen Armutsrisiko unterliegen hierbei die Haushalte von Alleinerziehenden (Daten hierzu, sind auf kommunaler Ebene leider nicht verfügbar).

Abb. 2.11: Bedarfsgemeinschaften 2005 – 2021

Stand jeweils 30.6.



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichte, Graphik: Gesundheitsamt

2.2.3 Soziale Sicherung

INFOBOX!

In der sozialen Sicherung wird zwischen den Leistungsarten

- der Hilfe zum Lebensunterhalt,
- der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- sowie der Hilfe in besonderen Lebenslagen unterschieden.

Hinzu kommen die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Wer nicht erwerbsfähig oder nicht dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Haushaltseinkommen, Vermögen) bestreiten kann, hat nach dem SGB XII (Kapitel 3) Anspruch auf Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU). Bei dem leistungsberechtigten Personenkreis außerhalb von Einrichtungen handelt es sich fast ausschließlich um vorübergehend Erwerbsunfähige - wie z. B. befristet erwerbsgeminderte Rentner/-innen - und längerfristig Erkrankte sowie deren in Einstandsgemeinschaft (vergleichbar Bedarfsgemeinschaften im SGB II) lebenden (Ehe-) Partner/-innen und Kinder unter 15 Jahren.

Gegenüber 2005 hat sich die Zahl der Bezieher/-innen von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) von rd. 450 auf rd. 950 im Jahr 2018 mehr als verdoppelt. Seit 2018 sind die Fallzahlen wieder rückläufig und lagen Ende 2020 bei knapp über 800 Personen.

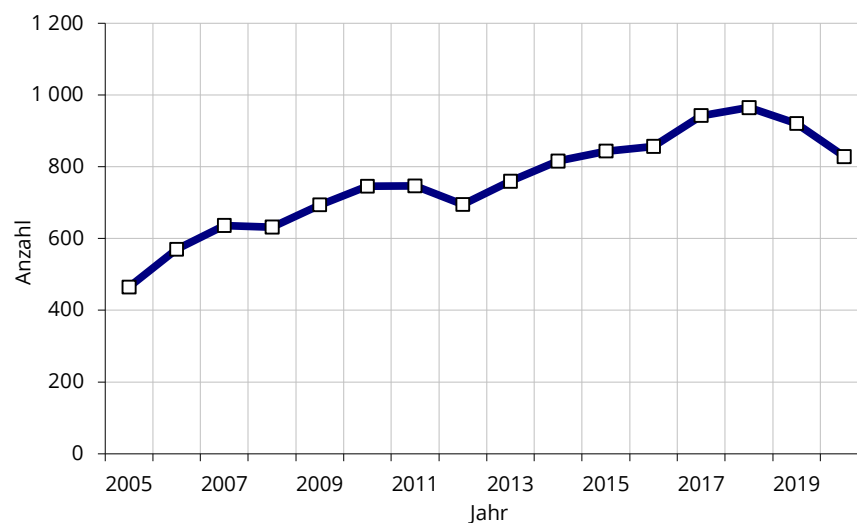
In den meisten Fällen handelt es sich um alleinstehende Personen im Erwachsenenalter, d.h. um eine(n) vorübergehend erwerbsgeminderten oder längerfristig erkrankten Hauptverdiener(in). 13 Prozent der HLU-Bezieher/-innen sind unter 18 Jahre alt. Der Frauen- und Männeranteil ist ungefähr gleich hoch. Von den 676 Haushaltsvorständen waren 349 Männer und 327 Frauen.

Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende im Januar 2005, die für die große Mehrheit der erwerbsfähigen bedürftigen Personen maßgeblich ist, kommt der HLU nun mehr eine nachrangige Funktion bei der Existenzsicherung zu. Infolge dessen ist die Zahl der Leistungsbezieher/-innen gegenüber der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auch relativ gering.

Abb. 2.12: Bezieher/-innen lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerh. von Einrichtungen 2005 – 2020

Stand jeweils 31.12.

Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Bereich Soziale Sicherung, Prosoz.-Auswertung, Graphik: Gesundheitsamt



INFOBOX!

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter wurde 2003 eingeführt, um vor Altersarmut zu bewahren. Anspruch auf Grundsicherung im Alter (Sozialhilfe) hat danach nur, wer das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht hat und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Haushaltseinkommen und Vermögen) bestreiten kann.

Wer wegen Krankheit dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) bestreiten kann, hat Anspruch auf Grundsicherung bei Erwerbsminderung. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung dienen der Existenzsicherung, dessen Umfang sich an dem gesetzlichen Existenzminimum orientiert.

Grundsicherung im Alter

Auch hinsichtlich der Grundsicherung im Alter ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen festzustellen: von rd. 1.600 im Jahre 2005 auf über 3.000 im Jahre 2020. Seit 2016 zeigte sich erstmalig seit langem kein wesentlicher weiterer Anstieg in den Fallzahlen.

Von den 3.151 Bezieher/-innen von Grundsicherung im Alter (Stand 2020) waren 1.742 (rd. 55 Prozent) Frauen. Gemessen an der Gesamtzahl der über 65-jährigen Bevölkerung ist die Grundsicherungsquote (Grundsicherungsbezieher/-innen je hundert Einwohner/-innen über 65 Jahre) zwischen 2005 und 2020 von rd. 3,5 auf rd. fünf Prozent angestiegen, d.h. jede/r zwanzigste Rentner/-in nimmt die Hilfe in Anspruch. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten in der Realität etwas höher liegt, da nicht alle Berechtigten aus verschiedenen Gründen einen Antrag auf Grundsicherung stellen. Die Quote ist für Frauen und Männern nahezu identisch. Innerhalb Lübecks schwanken die Grundsicherungsquoten zwischen rd. elf Prozent in Moisling und weniger als einem Prozent in den ländlichen Gebieten St. Jürgens.

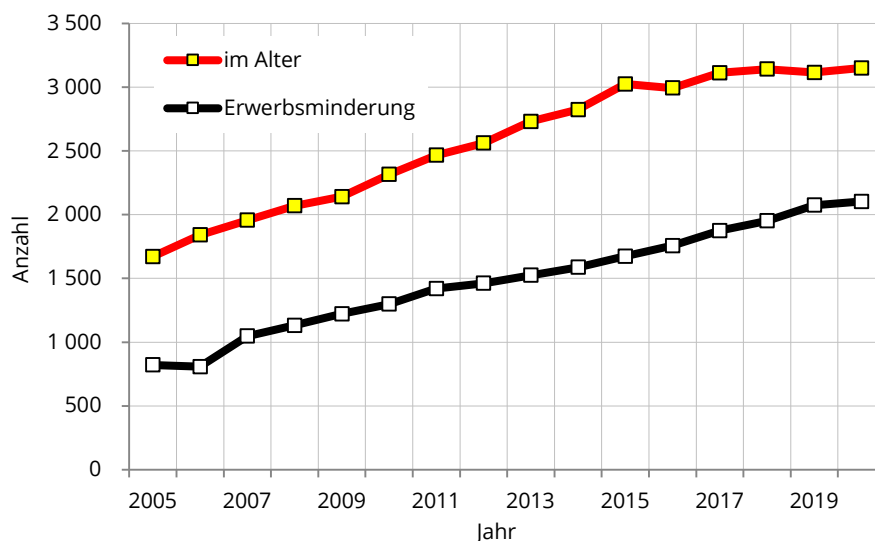
Grundsicherung bei Erwerbsminderung

Die Zahl der hilfebedürftigen erwerbsgeminderten Rentner/-innen ist von 2005 bis 2020 stetig angestiegen. Gegenüber 2005 haben sich die Fallzahlen mehr als verdoppelt – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Der Frauenanteil lag 2020 bei 46 Prozent.

Abb. 2.13: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2005 – 2020 außerhalb von Einrichtungen

Stand jeweils 31.12.

Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Bereich Soziale Sicherung, Prosoz-Auswertung, Graphik: Gesundheitsamt



INFOBOX!

Hilfe in besonderen Lebenslagen (5.-9. Kap SGBXII)

Die gesundheitliche Situation birgt ein hohes Armutspotential, das spätestens beim Auftreten der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommt. Denn Pflegebedürftige benötigen in der Regel professionelle Hilfe und die ist verhältnismäßig teuer. Auch unter Einbeziehung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung können die Kosten der Pflege von vielen Pflegebedürftigen nicht, nicht ausreichend oder nur für einen begrenzten Zeitraum aus eigenem Einkommen oder eventuell vorhandenem Vermögen getragen werden.

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen umfasst im Wesentlichen die

- Hilfe zur Pflege und
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Hilfe zur Pflege

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung in Deutschland zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können.

Die Fallzahlen sind von 2006 mit rd. 1.468 Hilfen auf rd. 2.391 Hilfen zum Jahresende 2016 angestiegen (siehe Tab. 2.8).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, das ab dem 1. Januar 2017 gilt, wurde ein grundlegend neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff erstellt. Fünf neue Pflegegrade werden die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen. Künftig erhalten alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Die Überleitung in die neuen Pflegegrade erfolgt automatisch.

Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes mit Wirkung zum 1.1.2017 kam es zu einem deutlichen Rückgang in der Zahl der Hilfeempfänger/-innen. Personen mit der bisherigen Pflegestufe 0 und 1 wurden in den neuen Pflegegrad 2 übernommen. Hatte die Pflegekasse in der Pflegestufe zu den Pflegekosten bisher nichts dazu bezahlt, wurden diese nun von der Pflegekasse übernommen, wodurch viele bisherige Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB XII aus dem Sozialhilfebezug fielen und zu Selbstzahlern wurden.

Eingliederungshilfen für behinderte Menschen

Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialleistung nach dem SGB XII. Sie soll Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen helfen, die Folgen ihrer Behinderung zu mildern und sich in die Gesellschaft einzugliedern. Die Eingliederungshilfen haben sich seit 2006 von rd. 2.521 auf 3.809 im Jahre 2016 erhöht (siehe Tab. 2.6). Mit der 2017 eingeführten Reform zur Teilhabe wird die Eingliederungshilfe durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen neu geregelt.

Tab. 2.7: Empfänger/-innen von Leistungen nach Kap. 5.-9. SGB XII, 2006-2018

Jahr ----- jeweils 31.12.	insgesamt	und zwar					
		Ausl.	männlich	Einglie- derungs- hilfe	Hilfe zur Pflege	außer-	in
						halb von	Einrichtungen
2006	4 376	281	2 064	2 521	1 468	2 278	2 420
2010	5 427	359	2 537	3 222	2 008	1 969	3 470
2015	5 947	437	2 842	3 438	2 326	2 530	3 425
2016	6 365	483	3 121	3 809	2 391	2 841	3 538
2017	5 625	488	2 809	3 514	1 217	2 745	2 914
2018	5 242	414	2 554	2 969	1 404	2 061	3 214

Anmerkung: Hilfe in bes. Lebenslagen, regionale Zuordnung nach Sitz des Trägers, Stand jeweils 30.06. eines Jahres
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Stat. Ber. K I 1 - j, Teil 2

Leistungen zur lfd. Lebensführung (Mindestsicherungsquote)

Fasst man die in der folgenden Tabelle genannten Leistungsarten zusammen, erhält man die Empfänger/-innen von Sozialleistungen zur Sicherstellung der laufenden Lebensführung. In Bezug zur Einwohnerzahl errechnet sich

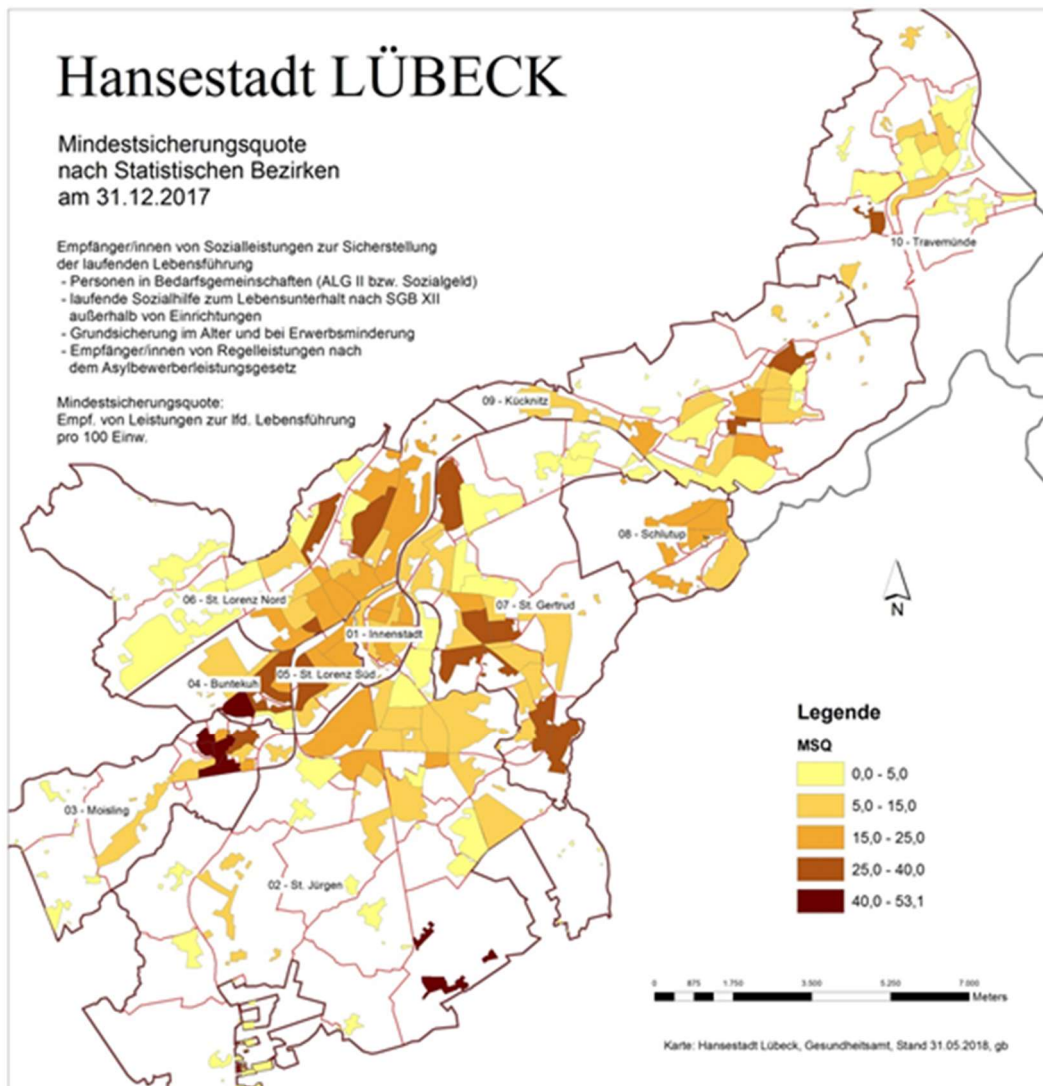
die sogenannte Mindestsicherungsquote. Diese ist in Karte 2.2 auf Ebene der 158 Statistischen Bezirke dargestellt und spiegelt die kleinräumigen sozialräumlichen Verhältnisse wider.

Tab. 2.8: Empfänger/-innen von laufenden Sozialleistungen zur Lebensführung

Leistungsart	2005	2010	2015	2018	2019
Hilfe zum Lebensunterhalt	465	746	844	965	921
Personen in Bedarfsgemeinschaften	30 292	29 143	27 886	25 348	25 124
Grundsicherung im Alter u. b. Erwerbsminderung	2 495	3 615	4 703	5 095	5 192
Leistungen n. dem Asylbewerberleistungsgesetz	76	206	3 032	1 367	1 307
Leistungsempfänger/innen insg.	33 328	33 710	36 465	32 775	32 544
Einwohner/innen	213 983	212 112	218 523	220 629	220 238
Mindestsicherungsquote	15,6	15,9	16,7	14,9	14,8

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung und Kommunale Statistikstelle

Karte 2.2: Mindestsicherungsquote 2017 nach Statistischen Bezirken



INFOBOX!

Asyl

Nach dem Asylgesetz (AsylG) können Ausländerinnen und Ausländer, die ihre Heimat verlassen haben, unter Berufung auf völkerrechtliche, humanitäre oder politische Gründe in Deutschland Asyl beantragen und Schutz suchen.

Die Geflüchteten haben dabei Anspruch auf existenzsichernde Leistungen zum Lebensunterhalt. Abhängig vom Aufenthaltsstatus und von der Erwerbsfähigkeit werden Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), SGB II oder SGB XII gezahlt. Auch die gesundheitliche Versorgung als Teil der sozialen Sicherung ist im Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. Im Wesentlichen beschränkt sich die Behandlung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände (siehe § 4 AsylbLG). Jedoch können im Einzelfall zusätzliche Leistungen gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist (z.B. Schwangerschaft). Durch die Zuerkennung eines Schutzstatus oder nach 15-monatigem Aufenthalt erhalten Leistungsberechtigte dann Zugang zu den regulären Gesundheitsleistungen.

Vergleicht man die aktuelle Zuwanderung mit der Zuwanderung um das Jahr 1992 herum, so zeigen sich wesentliche Unterschiede. Damals kamen rund dreiviertel der Asylbegehrenden aus Europa selbst, hier vor allem aus Ost- und Südosteuropa. Hier hatten die Kriege im zerfallenden Jugoslawien in den Jahren 1991 bis 1995 ihre Auswirkungen auf die Flüchtlingsströme nach Deutschland. Seit ca. 2014 ist nun wieder ein signifikanter Anstieg der Flüchtlingszahlen zu beobachten. Viele der Asylbegehrenden kommen nun aus den Kriegsgebieten im Nahen Osten.

Tab. 2.9: Asylbegehrende nach Herkunftsland und Geschlecht am 31.03.2021

Nationalität	Asyl-begehrende	davon	
		männlich	weiblich
Irak	292	193	99
Afghanistan	175	134	41
Armenien	166	82	84
Syrien	133	74	59
Russ. Föderation	145	70	75
Iran	105	67	38
Türkei	63	45	18
sonstige	270	143	127
insgesamt	1 349	808	541

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung

Die Quartalszahlen zum 31.03.2016 zeigten mit 3.261 Asylbegehrenden einen vorläufigen Höhepunkt. Aktuell ist die Zahl der Empfänger/-innen von Asylbewerberleistungen mit Stand zum 31.03.2021 auf 1.349 Personen gesunken.

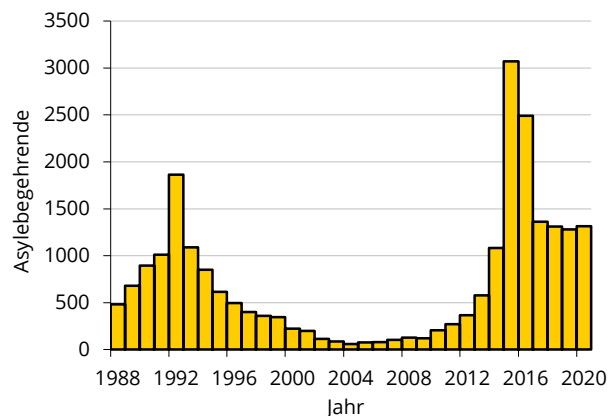
Die Gründe für den Rückgang sind im Wesentlichen:

- Ausreise (freiwillig bzw. durch Abschiebung)
- untergetaucht
- in den meisten Fällen die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis n. § 25 Abs. 2 AufenthG

Asylanträge aus Syrien, Iran oder Eritrea werden in der Regel positiv beschieden, Asylanträge aus dem ehemaligen Jugoslawien sind dagegen nahezu aussichtslos.

Die Rückgänge bei den Asylbewerberleistungsempfängern gegenüber dem Jahr 2016 bedeuten also nicht, dass diese Personen alle ausgewandert sind. In der statistischen Erfassung tauchen die Flüchtlinge zwar zunächst in der Asylbewerberleistungsstatistik auf. Mit der Anerkennung als Asylberechtigte (hier nach §25 Abs.2 AufenthG) sind diese Personen - im Falle der Arbeitslosigkeit - jedoch zukünftig in der Arbeitsmarktstatistik zu führen.

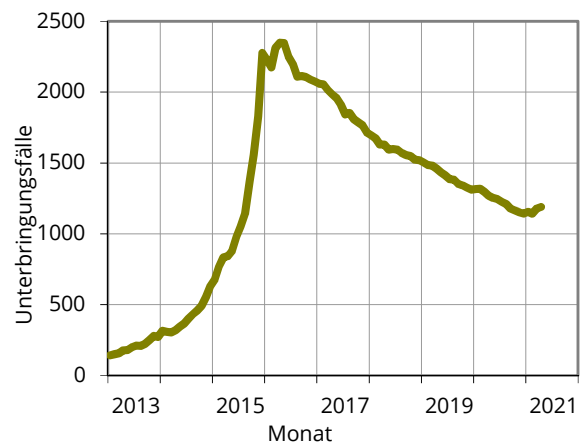
Abb. 2.14: Asylbegehrende in Lübeck von 1988 bis 2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung, Stand jeweils 31.12.

Neben den finanziellen Leistungen, der Versorgung mit Essen, Trinken und Kleidung sowie der medizinischen Grundversorgung ist die Unterbringung der Asylbegehrenden zu gewährleisten. Die Entwicklung der Unterbringungsfälle zeigte einen rasant wachsenden Bedarf im Jahre 2015. Gegenüber dem Höchststand Ende 2015 ist die Zahl der Unterbringungsfälle bis Anfang 2021 auf rd. 1.200 zurückgegangen.

Abb. 2.15: Unterbringungsfälle 2013-2021



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung

2.3 Demographie und Gesundheit

2.3.1 Einfluss des demographischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben

Die Baby-Boomer-Generation

Der demographische Wandel hat diverse Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, den Personalbedarf im Gesundheitswesen oder die Veränderungen in den Krankheitsbildern haben einen engen kausalen Bezug zur Altersstruktur einer Bevölkerung. Von besonderer Bedeutung ist die Baby-Boomer-Generation, d.h. die geburtenstarken Jahrgänge, die in den Jahren von ca. 1957 bis 1971 geboren worden sind.

Gesundheitsausgaben

Betrachtet man die gesamten Gesundheitsausgaben, so haben sich diese zwischen 1992 (160 Mrd. €) und 2016 (357 Mrd. €) mehr als verdoppelt (vgl. Statistisches Bundesamt 2018). Dies entspricht 4.330 Euro je Einwohner/-in. Für 2017 wird ein Anstieg der Gesundheitsausgaben um 4,9 Prozent auf 374,2 Milliarden EURO prognostiziert. Die hohe Wachstumsrate in 2017 ist auf das dritte Pflegestärkungsgesetz zurückzuführen, das am 1. Januar 2017 in Kraft trat.

Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) fällt die Steigerung in den Gesundheitsausgaben von 9,4 Prozent des BIP im Jahr 1992 auf 11,3 Prozent im Jahr 2016 jedoch deutlich gemäßigter aus. Zur Beurteilung der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Effekte auf der Einnahmen- und Ausgabenseite zu berücksichtigen. Zu den einnahmeseitigen Faktoren zählt die gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Lohnentwicklung, Arbeitslosigkeit) und politische Maßnahmen wie Steuerzuschuss, Beitragssatz oder Beitragsbemessungsgrenzen, aber auch die Entwicklung der Altersstruktur und hier insbesondere das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Rentnern. Auf der Ausgabenseite sind die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt die wesentlichen Faktoren. Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsausgaben ist in diverse Analysen dargestellt. So steigen die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben von rd. 1.000 Euro in jungen Jahren auf rd. 7.000 Euro im höheren Alter an.

Der relative Anteil des Anstiegs der oben beschriebenen Gesundheitsausgaben seit 1992 ist mit rd. 17 Prozent moderat ausgefallen. 32 Prozent sind auf die allgemeine Inflation zurückzuführen und zu rd. 50 Prozent auf diverse andere Faktoren wie z.B. dem medizinischen Fortschritt oder leistungsrechtliche Maßnahmen. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und dem Übergang der Baby-Boomer-Generation in das Ruhestandsalter sind größere Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu erwarten und der relative Anteil des demografischen Wandels dürfte zukünftig größer ausfallen.

2.3.2 Einfluss des demographischen Wandels auf den Fachkräftebedarf

Fachkräftemangel

Die größten Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind die Ärztinnen bzw. Ärzte und die Pflegekräfte. Auf diese soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Pflege: steigender Bedarf, aber weniger Arbeitskräfte

Der demographische Wandel wird in zweierlei Hinsicht Einfluss auf den Fachkräftemangel bzw. die Pflegebedürftigkeit nehmen. Zum einen wird sich die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und somit die Zahl der potentiell verfügbaren Arbeitskräfte durch den Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation ins Rentenalter verringern. Der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen und die Forderung nach mehr Personal wird in Konkurrenz stehen zum Personalbedarf in sämtlichen anderen Bereichen wie z.B. Polizei, Bundeswehr, in Justizvollzugsanstalten, in Kindertagesstätten oder in Schulen und Universitäten, ganz abgesehen von den Bedarfen in der Wirtschaft. Zum anderen kommt die Baby-Boomer-Generation selbst in ein Alter, in dem ein höherer Pflegebedarf zu erwarten ist. Nach einer Prognose der Bertelsmannstiftung ist davon auszugehen, dass bis 2030 rd. 500.000 Pflegekräfte fehlen werden und bis 2060 wird Bedarf von 1,4 Millionen Pflegekräften prognostiziert, was eine Verdoppelung der heutigen Zahl von Pflegekräften erfordern würde.

Eine neue Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft prognostiziert für das 2035 voraussichtlich vier Millionen Pflegebedürftige. 2015 waren rd. drei Millionen Menschen bundesweit pflegebedürftig. Derzeit kommen auf 100 bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete Stellen für Altenpfleger lediglich 22 arbeitslose Fachkräfte.

Ärztliche Versorgung

Die vertragsärztliche ambulante Versorgung in Deutschland gliedert sich in einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil. Während die Fachärztdichte zwischen 1999 und 2013 von 86 auf 107 Fachärztinnen und -ärzte je 100.000 Einwohner anstieg, sank die Hausärztdichte geringfügig von 66 auf 64 Hausärztinnen und -ärzte je 100.000 Einwohner/-innen ab. Die Verschiebung zum fachärztlichen Versorgungsangebot ist seit bereits 25 Jahren zu beobachten und ist Ausdruck einer weitergehenden Spezialisierung in der ärztlichen Berufsausbildung und auch Folge des medizinischen Fortschritts.

Regional gibt es deutliche Unterschiede in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wobei die städtischen Räume im Allgemeinen besser versorgt sind, als die ländlichen Räume (s. RKI 2015, S. 304 ff). Aufgabe der kassenärztlichen Bedarfsplanung ist es daher, der Überversorgung im

städtischen Raum und der Unterversorgung im ländlichen Raum zu begegnen, wobei es jedoch zunehmend schwieriger wird, freiwerdende Arztstellen im ländlichen Bereich, gerade bei Hausärzten, wieder zu besetzen.

Aber auch die Alterung der Ärzteschaft ist Teil des demographischen Wandels. Waren 1993 noch 8,8 Prozent der Vertragsärztinnen und Ärzte im Bundesgebiet über 60 Jahre alt, ist dieser Anteil bis 2010 auf 21,5 Prozent gestiegen. Der Frauenanteil stieg im gleichen Zeitraum von 29,3 Prozent auf 36,2 Prozent an. Hier machen mutterschaftsbedingte Ausfallzeiten aber auch generell veränderte Berufswünsche jünger Ärztinnen und Ärzte nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit geregelten Arbeitszeiten einen weiteren Faktor aus, mit Auswirkungen auf den ärztlichen Bedarf.

Unter anderem aufgrund dieser Nachwuchsproblematiken wird bereits für 2030 ein Fehlbedarf von bundesweit 165.000 Arztstellen errechnet. [s. Pricewaterhouse-Coopers AG, S. 35 ff].

2.3.3 Krankheitsbilder einer älter werdenden Bevölkerung

Prognose

Um einfache Vorhersagen treffen zu können, werden die heute alters- und geschlechtsspezifischen Krankheitsbilder auf die künftige Bevölkerung übertragen. Diese Status-Quo-Prognosen unterliegen jedoch Unsicherheiten, die heute noch nicht abgeschätzt werden können. Das Entstehen neuer Krankheitsbilder, neue Diagnoseverfahren oder neue Medikamente und die Nutzung neuer Präventionspotenziale können die zukünftigen Krankheitsbilder beeinflussen. Trotzdem lassen sich heute schon Entwicklungen

erkennen, mit deren Eintreten man in Zukunft rechnen muss, denn Fakt ist, dass das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter ansteigt.

Prognosen der Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, den beiden häufigsten Todesursachen, zeigen folgendes Bild für Schleswig-Holstein:

Herz-Kreislauf

Rund 43 Prozent aller Einwohner/-innen von Schleswig-Holstein hatten im Jahre 2007 eine Hypertonie. Bis 2030 wird die Zahl auf 1,33 Millionen steigen, entsprechend rd. 50 Prozent der Bevölkerung. Folgekrankheiten wie Herzinfarkt und Schlaganfall werden bis 2030 und darüber hinaus deutlich ansteigen.

Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen wird von 11.200 auf 16.100 bis zum Jahre 2030 zunehmen. Die jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen werden von 396 Personen auf 600 ansteigen. Bis 2050 wird eine weitere Zunahme auf 809 jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen prognostiziert.

Auch bei den Schlaganfällen wird mit Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 6.600 (2007) auf 9.900 (2030) ein deutlicher Zuwachs erwartet. Pro 100.000 Einwohner/-innen wird die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen von 232 (2007) auf 342 (2030) ansteigen und sich bis 2050 mit 447 jährlichen Neuerkrankungen ungefähr verdoppelt haben.

Entsprechende Steigerungsraten sind ebenfalls bei den Herzschrittmacherimplantationen zu erwarten.

Multipliziert man die Werte pro 100.000 Einwohner/-innen mit dem Faktor 2,2 würde man bei einer Einwohnerzahl von rd. 220.000 Einwohner/-innen rein rechnerisch die er-

Tab. 2.10: Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Schleswig-Holstein 2007 und Prognose 2030 und 2050

Krankheit	2007	Prognose 2030		Prognose 2050	
	Anzahl	Anzahl	Veränderung zu 2007 in %	Anzahl	Veränderung zu 2007 in %
Hypertonie					
Erkrankte Personen in Millionen	1,21	1,33	10	1,22	1
Erkrankte Personen / 100.000 Einwohner/innen	42 730	49 602	16	51 531	21
Herzinfarkt					
Jährliche Neuerkrankungen	11 200	16 100	43	19 200	71
Jährliche Neuerkrankungen / 100.000 Einw.	396	600	52	809	105
Schlaganfall					
Jährliche Neuerkrankungen	6 600	9 200	39	10 600	61
Jährliche Neuerkrankungen / 100.000 Einw.	232	342	48	447	93
Herzschrittmacherimplantationen					
Jährliche Herzschrittmacher-implatationen	3 500	5 100	43	5 900	67
Jährl. Herzs.-implatationen / 100.000 Einw.	125	189	52	250	101

Quelle: Fritz Beske Institut, Morbiditätsprognose 2050

warteten Zahlen für Lübeck erhalten. Diese Zahlen sind jedoch als Ungefähr-Werte zu interpretieren, da bereits die Zahlen für Schleswig-Holstein, ausgehend von Bundesdaten auf die Ebene von Bundesländern runtergerechnet worden sind.

Krebs

Auch bei den Krebserkrankungen ist aufgrund der Alterung der Gesellschaft mit steigenden Fallzahlen zu rechnen. Die Zahl jährlicher Neuerkrankungen wird bis 2030 um ca. 256 Prozent zunehmen, dann aber bis 2050 relativ stabil bleiben. Pro 100.000 Einwohner/-innen ist jedoch mit einer Zunahme von 577 (2007) auf 860 Fälle im Jahr 2050 zu rechnen.

Bis zum Jahr 2030 werden die jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen für Brustkrebs um 17 Prozent, für Prostatakrebs um 44 Prozent, für Darmkrebs um 39 Prozent und für Lungenkrebs um 34 Prozent zunehmen.

Fazit

Aufgrund einer älter werdenden Bevölkerung werden sich steigende Versorgungsbedarfe ergeben, denn auf der Angebotsseite stehen immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung. Das bedeutet tendenziell auch weniger Personal im Gesundheitswesen, d.h. weniger Ärztinnen bzw. Ärzte und weniger Pflegekräfte.

Auch hinsichtlich der zukünftigen Gesundheitsausgaben werden steigende Belastungen für die Bevölkerung in Deutschland zu erwarten sein.

Tab. 2.11: Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein 2007 und Prognose 2030 und 2050

Krankheit	2007	Prognose 2030		Prognose 2050	
	Erkrankungen	Erkrankungen	Veränderung zu 2007 in %	Erkrankungen	Veränderung zu 2007 in %
Krebs insgesamt					
Jährliche Neuerkrankungen	16 000	21 000	26	20 000	24
Jährliche Neuerkrankungen / 100 000 Einw.	577	766	33	860	49
Brustkrebs					
Jährliche Neuerkrankungen	2 100	2 300	11	2 100	0
Jährliche Neuerkrankungen / 100 000 Einw.	142	165	17	169	19
Prostatakrebs					
Jährliche Neuerkrankungen	2 300	3 100	35	3 000	31
Jährliche Neuerkrankungen / 100 000 Einw.	165	237	44	260	58
Darmkrebs					
Jährliche Neuerkrankungen	2 800	3 600	32	3 800	37
Jährliche Neuerkrankungen / 100 000 Einw.	98	136	39	160	64
Lungenkrebs					
Jährliche Neuerkrankungen	1 800	2 200	27	2 100	22
Jährliche Neuerkrankungen / 100 000 Einw.	62	83	34	90	46

Quelle: Fritz Beske Institut, Morbiditätsprognose 2050, Tabelle: Gesundheitsamt

3 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

3.1 Lebenserwartung

INFOBOX!

Die **durchschnittliche Lebenserwartung**, oder auch die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen ist ein zentraler Indikator zur Bewertung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung. Sie gibt die wahrscheinliche Anzahl der Jahre an, die ein neugeborenes Kind angesichts der aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse noch leben wird. Dabei wird angenommen, dass die gegenwärtigen altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten für das gesamte weitere Leben gelten. Sie sind eine Momentaufnahme und berücksichtigen nicht eine zukünftig eventuell steigende oder sinkende Lebenserwartung. Da dieses Maß unabhängig vom Altersaufbau einer Bevölkerung ist, ermöglicht es den Vergleich für unterschiedliche Zeitpunkte oder zwischen anderen Bevölkerungen bzw. Ländern. Aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung der Männer wird die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer und Frauen getrennt ausgewiesen.

Als **fernere Lebenserwartung** werden die Lebensjahre bezeichnet, die ab einem bestimmten Alter noch zu erwarten sind. Diese lässt sich für jedes Altersjahr und differenziert nach Geschlecht aus den Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes bzw. der Statistischen Landesämter ablesen.

Lebenserwartung im Bundesgebiet

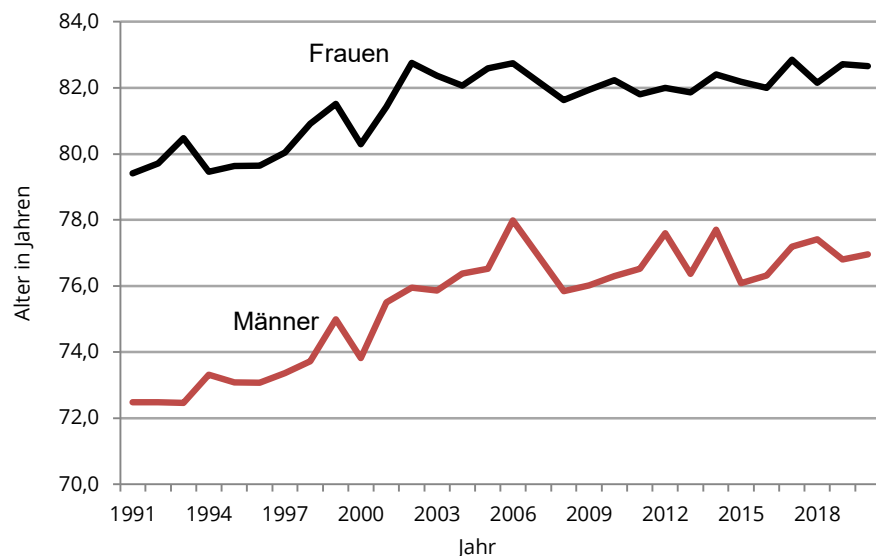
Seit Beginn der Aufzeichnung im Jahre 1871 ist die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland nahezu konstant angestiegen. So lag die Lebenserwartung im Jahre 1880 noch bei rd. 38 Jahren für Frauen und bei rd. 35 Jahren für Männer. Heute liegt die Lebenserwartung nach der aktuellen Sterbetafel 2014/2016 für Jungen bei 78,3 und für Mädchen bei 83,2 Jahren. Im Schnitt gewannen Frauen nach dem 2. Weltkrieg pro Jahrzehnt 2,4 und Männer 2,5 Lebensjahre dazu. Seit der Wiedervereinigung im Jahre 1990 stieg die Lebenserwartung bei Frauen um 3,7 und bei Männern um 5,3 Lebensjahre an. Die Geschlechterdifferenz hat sich grundsätzlich etwas verringert und liegt heute bei rd. fünf Jahren.

Lebenserwartung in Schleswig-Holstein

Je nach Bundesland kann die Lebenserwartung um ein bis zwei Jahre variieren. In Schleswig-Holstein liegt die Lebenserwartung mit 78,10 Jahren für Jungs und 83,13 Jahren für Mädchen geringfügig unter den bundesdeutschen Werten.

Unterhalb der Länderebene werden aufgrund der geringeren Fallzahlen und den damit verbundenen statistischen Schwankungen keine amtlichen Sterbetafeln erstellt. Selbst auf Länderebene werden zur Vermeidung der genannten Effekte die Fallzahlen jeweils nur für einen Zeitraum von drei Jahren zusammen berechnet.

Abb. 3.1: Lebenserwartung nach Geschlecht in der Hansestadt Lübeck 1991 – 2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Lebenserwartung im europäischen Vergleich

Nach Berechnungen des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) liegt Deutschland im oberen Mittelfeld der europäischen Staaten. Die höchste Lebenserwartung hatten Männer und Frauen in Schweden und in diversen Mittelmeerländern wie Spanien, Italien oder Griechenland. Die niedrigste Lebenserwartung wiesen Litauen, Lettland, Rumänien und Bulgarien auf [Eurostat 2018].

Lebenserwartung in Lübeck

In der Hansestadt Lübeck werden Berechnungen zur Lebenserwartung seit 1991 durchgeführt (siehe Abb. 3.1). Aus genannten Gründen (geringe Fallzahlen) unterliegen diese Daten statistischen Schwankungen und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Sowohl für Frauen als auch für Männer liegt die Lebenserwartung in Lübeck etwa um ein Jahr unter den Durchschnittswerten für Schleswig-Holstein.

Deutlich sind die jährlichen Schwankungen zu beobachten. Diese können statistisch bedingt rein zufällig sein oder auf reale Ursachen zurückzuführen sein. So wurde beispielsweise im Jahr 2013 eine erhöhte Zahl von Sterbefällen in den Monaten Februar, März und April registriert. Es ist zu vermuten, dass diese auf den langen Winter in diesem Jahr zurückzuführen sind. Insbesondere ältere Menschen sind hier gefährdet. Erkältungskrankheiten scheinen eine Hauptursache zu sein, aber auch Schlaganfälle und Herzinfarkte häufen sich bei niedrigen Temperaturen. Aber auch körperliche Verletzungen bei Schnee- und Eisglätte können eine Rolle spielen.

Auch bei Hitzewellen ist eine vermehrte Sterblichkeit zu beobachten. Von der Übersterblichkeit bei klimatischer Hitzebelastung sind vielfach kranke, ältere und gebrechliche Menschen betroffen. Oftmals wird eine darauffolgende Untersterblichkeit festgestellt, was darauf schließen lässt, dass ein Teil dieser Gruppe vermutlich ohnehin in absehbarer Zeit gestorben wäre. Zum Ausmaß dieses als Mortalitätsverlagerung bezeichneten Effekts, liegen jedoch widersprüchliche Analysen vor [Bundesgesundheitsblatt, 2019, Nr.5, S.565 ff].

Stagnation

Während in den 90er Jahren noch eine deutliche Steigerung der Lebenserwartung zu erkennen ist, zeigt sich seit ca. 2003 allerdings eine eher stagnierende Entwicklung (s. Abb. 3.1). Für Schleswig-Holstein oder im Bundesgebiet hingegen sind keine stagnierenden Entwicklungen zu beobachten. Hier steigt die Lebenserwartung - wenn auch langsam - kontinuierlich an.

Einfluss der sozialen Lage

Diverse Untersuchungen sprechen für einen erheblichen Einfluss des Einkommens auf die Lebenserwartung. Auswertungen von Daten des SOEP (Anmerkung: Das sozio-ökonomische Panel ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in Deutschland)

Tab. 3.1: Fernere Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht

Alter	männlich					weiblich				
	1991	2000	2010	2019	2020	1991	2000	2010	2019	2020
0	72,5	73,8	76,3	76,8	77,0	79,7	80,3	82,2	82,7	82,7
1	71,8	73,1	75,6	76,0	76,1	79,0	79,6	81,4	81,8	81,9
5	67,9	69,2	71,6	72,0	72,3	75,1	75,6	77,4	77,9	77,8
10	63,0	64,3	66,6	67,0	67,4	70,1	70,6	72,5	73,1	72,9
15	58,1	59,3	61,6	62,0	63,4	65,2	65,6	67,5	68,1	68,0
20	53,2	54,5	56,8	57,1	57,5	60,2	60,7	62,5	63,1	63,1
25	48,6	49,9	51,9	52,2	52,6	55,3	55,7	57,5	58,1	58,1
30	43,7	45,2	47,0	47,4	47,9	50,4	50,8	52,6	53,1	53,1
35	39,0	40,4	42,2	42,7	43,1	45,5	46,0	47,7	48,2	48,3
40	34,4	35,7	37,4	37,8	38,4	40,6	41,2	42,9	43,3	43,3
45	30,0	31,3	32,7	33,1	33,8	35,8	36,4	38,0	38,6	38,8
50	25,8	27,0	28,3	28,7	29,4	31,2	31,9	33,4	33,8	34,0
55	21,8	23,2	24,2	24,5	25,0	26,7	27,6	29,0	29,1	29,5
60	17,9	19,3	20,4	20,7	20,8	22,5	23,3	24,8	24,8	25,1
65	14,5	15,4	16,7	17,2	17,3	18,6	19,0	20,7	20,6	21,0
70	11,5	12,2	13,4	13,8	14,4	14,7	15,3	16,6	16,9	16,8
75	8,7	8,7	10,7	10,9	11,4	11,3	11,6	12,8	13,2	13,4
80	6,3	6,1	7,6	8,2	8,4	8,4	8,2	9,2	9,8	10,0
85	4,7	5,6	5,4	5,6	5,8	5,8	6,7	6,4	6,7	6,9
90	4,0	4,0	3,4	3,9	3,8	4,0	4,0	4,2	4,4	4,5
95	...	...	2,1	2,4	2,1	...	...	2,3	2,6	2,4

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen

zeigen, dass die Differenz der Lebenserwartung bei fünf Einkommensgruppen zwischen der niedrigsten und höchsten Gruppe für Frauen bei 8,4 Jahre und bei Männern sogar bei 10,8 Jahren liegt. Die Unterschiede sind zum Teil auf eine erhöhte psychische und physische Belastung im Lebenslauf zurückzuführen, als auch auf geringere materielle, kulturelle und soziale Ressourcen in den unteren Einkommensgruppen [Robert-Koch-Institut 2015, S. 22-23].

Fernere Lebenserwartung

Die in Tab. 3.1 dargestellten Zahlen für die Hansestadt Lübeck dienen aufgrund der jährlichen Schwankungen lediglich zur groben Einordnung. In der ersten Zeile findet sich die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Angaben in Fünfjahres-Schritten dargestellt. Für alle Altersstufen zeigt sich eine Zunahme in der Lebenserwartung seit 1991. So ist die Lebenserwartung bei den Männern seit 1991 von 72,5 auf 77,2 Jahre angestiegen und bei den Frauen von 79,7 auf 82,9 Jahre. Die Zunahme ist in allen dargestellten Altersgruppen zu beobachten.

So hatte etwa ein 65-jähriger Mann im Jahre 1991 noch eine fernere Lebenserwartung von ca. 14,5 Jahren. Heute ist diese fernere Lebenserwartung auf ca. 17,3 Jahre angestiegen.

Altersspezifische Sterberaten

Die auf der vorherigen Seite behandelte fernere Lebenserwartung gibt zwar ungefähr Auskunft darüber, wie alt eine Person eines bestimmten Alter im statistischen Durchschnitt noch wird, sie sagt aber nichts aus über die Wahrscheinlichkeiten das nächste Jahr oder die nächsten zehn Jahre zu überleben. Dies lässt sich über die alters- und geschlechtsspezifische Sterberate grob abschätzen. So stirbt

INFOBOX!

Altersspezifische Sterberate

Die altersspezifische Sterblichkeit gibt die Sterblichkeit nach Alter oder Altersgruppen wieder. Sie wird in der Regel nach Geschlecht differenziert und stellt die Zahl der jährlichen Sterbefälle auf 100.000 Einwohner/-innen dar.

In der unten dargestellten Abbildung ist die Zahl der Sterbefälle je 100 Einwohner/-innen eines Altersjahrgangs p.a. dargestellt.

z.B. bei den 60-jährigen eine Person von hundert pro Jahr, d.h. die Wahrscheinlichkeit in laufendem Jahr zu sterben liegt bei einem Prozent (Tab. 3.1). Mit 80 Jahren liegt die Sterbewahrscheinlichkeit bei ca. vier Prozent und steigert sich im hohen Alter auf über 50 Prozent.

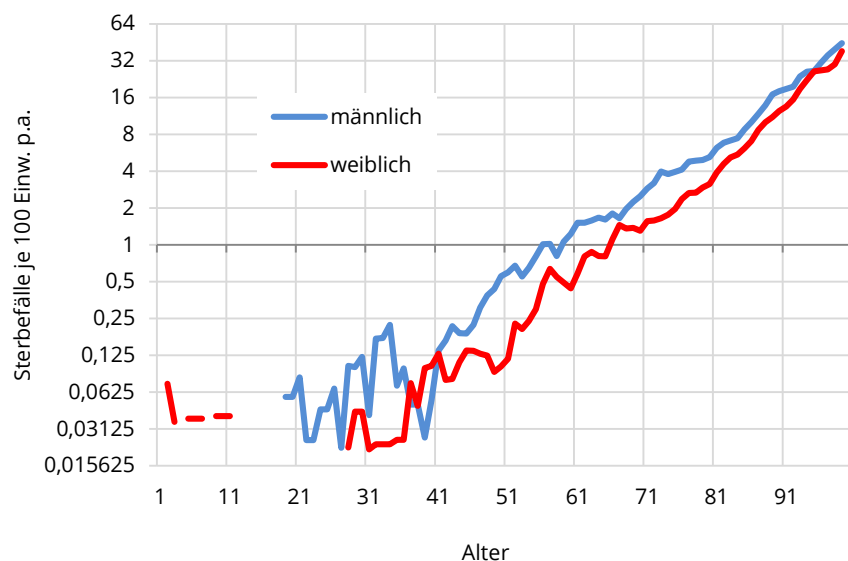
Die Sterblichkeit der Männer ist in allen Altersjahrgängen höher als die der Frauen. Bei insgesamt sehr geringer Sterblichkeit ist dies jedoch insbesondere in der Altersgruppe der 20 bis 50-jährigen der Fall, was ebenfalls durch die bundesweiten Fallzahlen belegt ist (s. GBE-Bund). Gründe für die höhere Sterblichkeit der Männer in dieser Altersgruppe sind das riskantere Verhalten (Unfälle) und eine höhere Suizidrate gegenüber den Frauen (s.a. Kap. 3.8 zur psychischen Gesundheit).

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Sterblichkeit sehr gering und aufgrund zu geringer Fallzahlen für Lübeck graphisch nicht darstellbar (s. Abb. 3.2). Ein Sonderfall ist die Betrachtung der Säuglingssterblichkeit, die in den folgenden Kapiteln erfolgt.

Abb. 3.2: Altersspezifische Sterberate (je 100 Einw.) nach Alter und Geschlecht

Logarithmische Skalierung, Basis =1, Drei-Jahres-Durchschnitte

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Graphik: Gesundheitsamt



3.2 Krankenhausdiagnosen

INFOBOX!

Diagnosestatistik

Bei der Diagnosestatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung. Befragt werden alle Krankenhäuser. Diese machen Angaben über alle Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung der Einrichtung entlassen wurden. Die Diagnosestatistik liefert wichtige Informationen über Nachfragevolumen und -struktur im Bereich der stationären Versorgung. Ihre Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Statistik bezieht sich ausschließlich auf Behandlungsfälle in Krankenhäusern. Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind also nicht berücksichtigt.

Die nachfolgend betrachteten Krankenhausdiagnosen beziehen sich auf Patienten mit Wohnort Lübeck. Die Meldungen der Krankenhäuser werden beim Statistikamt Nord zentral gesammelt und nach den Wohnorten der Patienten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein neu zugeordnet.

Zahl der Krankenhausfälle nimmt zu

Die Zahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Zwischen 2011 und 2017 sind die Fallzahlen von rd. 47.000 auf über 51.000 angestiegen, was eine Steigerung von fast neun Prozent entspricht. In 2018 und 2019 ging die Zahl der Behandlungsfälle gegenüber 2017 etwas zurück.

Stundenfälle sind in diesen Daten nicht enthalten, d.h. jene in den letzten Jahren zu beobachtende Entwicklung, das immer mehr Menschen mit relativ harmlosen Krankheiten die Notaufnahmen in Anspruch nehmen, ist hier nicht abgebildet. Die Aufnahme in den Krankenhäusern erfolgt hier in der Regel zudem durch die praktizierenden Haus- bzw. Fachärzte.

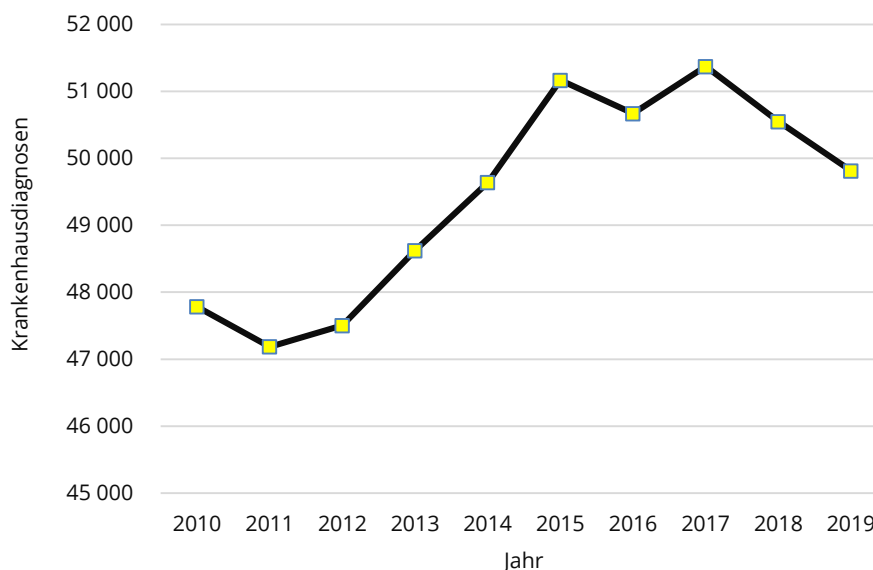
Die Zahl von rd. 50.000 Krankenhausdiagnosen enthält auch jene Fälle, in denen eine Person mehrmals pro Jahr im Krankenhaus behandelt worden. Der Rückschluss, dass bei rd. 50.000 Diagnosen und etwa 220.000 Einwohner/-innen rd. 23 Prozent der Lübecker/-innen demnach einmal pro Jahr im Krankenhaus behandelt worden sein müsste, ist somit nicht ganz korrekt. Allerdings liefert die Krankenhausdiagnosestatistik quantitative Aussagen zu den Erkrankungen; die das Gesundheitssystem beanspruchen und dementsprechende Bedarfe bzw. Kosten definieren.

Die häufigsten Krankenhausdiagnosen

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nicht nur die häufigste Todesursache, auch bei den Krankenhausdiagnosen standen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahr 2019 mit einem Anteil von 16,5 Prozent und über 8.000 Fällen an erster Stelle (siehe Tab. 3.2).

An zweiter Stelle der häufigsten Diagnosen folgen mit rd. 5.400 Fällen und einem Anteil von 10,8 Prozent Verletzungen und Vergiftungen.

Abb. 3.3: Krankenhausfälle 2010 – 2019 mit Wohnort Lübeck



Quelle: Statistik Nord, Krankenhausdiagnosestatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Tab. 3.2: Krankenhausdiagnosen 2010 – 2019

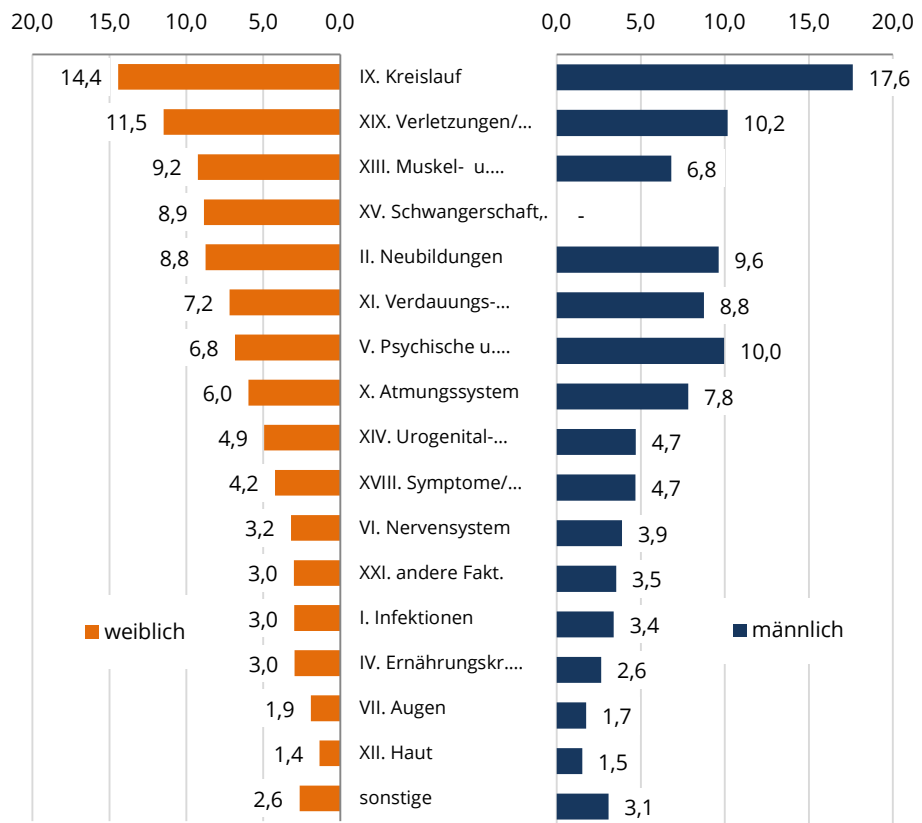
Krankheitskapitel nach ICD 10	2010	2015	2018	2019	
	Anzahl			in %	
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 148	1 576	1 614	1 527	3,1
II. Neubildungen	4 396	4 217	4 548	4 758	9,6
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe u.a.	360	307	297	309	0,6
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1 358	1 478	1 474	1 359	2,7
V. Psychische und Verhaltensstörungen	4 285	4 656	4 226	4 117	8,3
VI. Krankheiten des Nervensystems	1 418	1 791	1 835	1 706	3,4
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1 007	970	889	934	1,9
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	327	378	400	395	0,8
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	7 295	7 845	7 867	8 212	16,5
X. Krankheiten des Atmungssystems	3 292	3 554	3 604	3 150	6,3
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	4 419	4 343	3 946	3 987	8,0
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	653	780	746	684	1,4
XIII. Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	4 029	3 951	4 041	3 979	8,0
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2 513	2 366	2 474	2 490	5,0
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 156	2 365	2 380	2 298	4,6
XVI. Best. Zustände, Urspr. in der Perinatalperiode	668	729	642	543	1,1
XVII. Angeb. Fehlbild., Deformitäten u. Chromosomenanom	237	219	159	172	0,3
XVIII. Symptome/Laborbefunde, sonst nicht klass.	1 534	2 684	2 175	2 160	4,3
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u.a.	5 421	5 413	5 608	5 402	10,8
XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-
XXI. and. Fakt., die zur Inanspruchn. d. Gesundheitsw. führ. unbekannt	1 251	1 541	1 622	1 628	3,3
Gesamt	47 780	51 163	50 547	49 810	100,0

Quelle: Statistik Nord, Krankenhausdiagnosestatistik

Abb. 3.4: Krankenhausdiagnosen nach Geschlecht in %

Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2017 – 2019

Bezogen auf die Lübecker Wohnbevölkerung



Quelle: Statistik Nord, Krankenhausdiagnosestatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Neubildungen folgen mit 9,6 Prozent der Diagnosen an dritter Stelle, gefolgt von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (8,3 Prozent). Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und Krankheiten des Verdauungssystems machen jeweils acht Prozent der Krankenhausdiagnosen aus.

Hinsichtlich der geschlechtlichen Unterschiede sind die Krankenhausdiagnosen aufgrund des Anteils der Schwangerschaften nur bedingt vergleichbar. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen bei den Frauen mit rd. 2.300 Diagnosen im jährlichen Durchschnitt der Jahre 2017-2019 an vierter Stelle.

Deutliche Abweichungen zeigen sich bei den Krankheiten des Skelett- und Muskelsystems, die bei Frauen deutlich häufiger vorkommen als bei den Männern (rd. 2.603 zu rd. 1.700 Fällen). Die in der Todesursachenstatistik an zweiter Stelle stehenden Neubildungen werden im jährlichen Durchschnitt der Jahre 2017-2019 bei den Frauen rd. 2.300 mal und bei den Männern rd. 1.800 mal diagnostiziert (Abb. 3.4).

Unter Einbeziehung der Krankheitskapitel nach ICD 10 zeigt sich, dass die Zunahme um rd. 5.000 für diesen Zeitraum auf mehrere Krankheitskapitel (im Folgenden stichwortartig abgekürzt) verteilt. Kapitel XVII- Laborbefunde u.a., IX-Kreislauf, I-Infektionen und XV-Schwangerschaften sind hier vornehmlich zu nennen. Rund zwei Drittel der Krankheitskapitel zeigt sich nahezu unverändert, während lediglich II-Neubildungen, XI-Verdauungssystem und XVI-Perinatalperiode leicht rückläufig waren.

Die Kategorisierung der Krankenhausdiagnosen nach Krankheitskapiteln erlaubt nur sehr allgemeine Aussagen zur Morbidität der Bevölkerung und bietet lediglich eine erste Übersicht zur Einschätzung der Morbidität in der Gesamtbevölkerung. Die Krankenhausdiagnosen sind wie bereits erwähnt zudem nicht personenbezogen, sondern es handelt sich um Behandlungsfälle, wodurch Patienten unter Umständen mit mehreren Diagnosen pro Jahr vertreten sein können. Wünschenswert wären genauere, personenbasierte Summendaten zur Morbidität der Bevölkerung, die eigentlich nur über die Daten der Krankenkassen zu ermitteln wären.

Da die Krankheiten des Kreislaufsystems nicht nur bei den Krankenhausdiagnosen ganz oben stehen, sondern auch die häufigste Todesursache darstellen, sollen diese im Folgenden anhand der Todesursachenstatistik näher betrachtet werden. Daten zur Morbidität sind hier für Lübeck nicht verfügbar, sondern nur aus räumlich übergeordneten Datenquellen erhältlich.

Hinsichtlich der zweithäufigsten Todesursache, den Neubildungen, können die weiteren Betrachtungen dann auf Grundlage der umfangreichen Datenbestände aus dem Krebsregisters Schleswig-Holstein erfolgen, wodurch nicht nur Aussagen zur Mortalität, sondern auch zur Inzidenz und diesmal auch zur Prävalenz bzw. Morbidität geleistet werden können. Diese Daten erlauben auf Ebene der Kreisfreien Städte und der Landkreise in Schleswig-Holstein auch regionale Aussagen.

3.3 Todesursachen

3.3.1 Klassifikation

Kleinräumige Todesursachenstatistik

Die Todesursachen werden in Schleswig-Holstein auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in der Differenzierung nach Krankheitskapiteln, Altersgruppen und Geschlecht jährlich veröffentlicht. Grundlage sind die monatlichen Meldungen der nach Landesrecht für das Meldewesen zuständigen Stellen. Die Statistischen Landesämter können den Gesundheitsämtern die nach ICD-10 kodierten Sterbefälle für ihren Zuständigkeitsbereich zurück übermitteln. Für die Hansestadt Lübeck bestehen dadurch weitere Möglichkeiten zur statistischen Auswertung der Todesursachenstatistik, wie z.B. die Differenzierung nach Alter oder den 261 Krankheitsgruppen (s. Kapitel häufigste Todesursachen).

3.3.2 Die häufigsten Todesursachen

Die Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein weist die Todesursachen nach Krankheitskapiteln und Altersgruppen auf. Aktuell liegen die Daten bis zum Jahr 2015 vor. Von den im Jahr 2015 gestorbenen 2.860 Lübecker/-innen waren 2.412 Personen (84,3 Prozent) über 65 Jahre alt (s. a. Tabelle 3.4). Dies entspricht dem bundesweiten Durchschnitt.

Die häufigsten Todesursachen sind auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen, die im Jahr 2019 für rd. 34 Prozent der Todesfälle verantwortlich waren (Tab. 3.3). Danach folgen Krebserkrankungen mit 774 Todesfällen entsprechend rd. 27 Prozent der Todesfälle. Auf Krankheiten des Atmungssystems entfielen 222 Todesfälle (7,8 Prozent) und auf Verletzungen/Vergiftungen und andere äußere Ursachen 148 Todesfälle (5,2 Prozent).

INFOBOX!

ICD-10

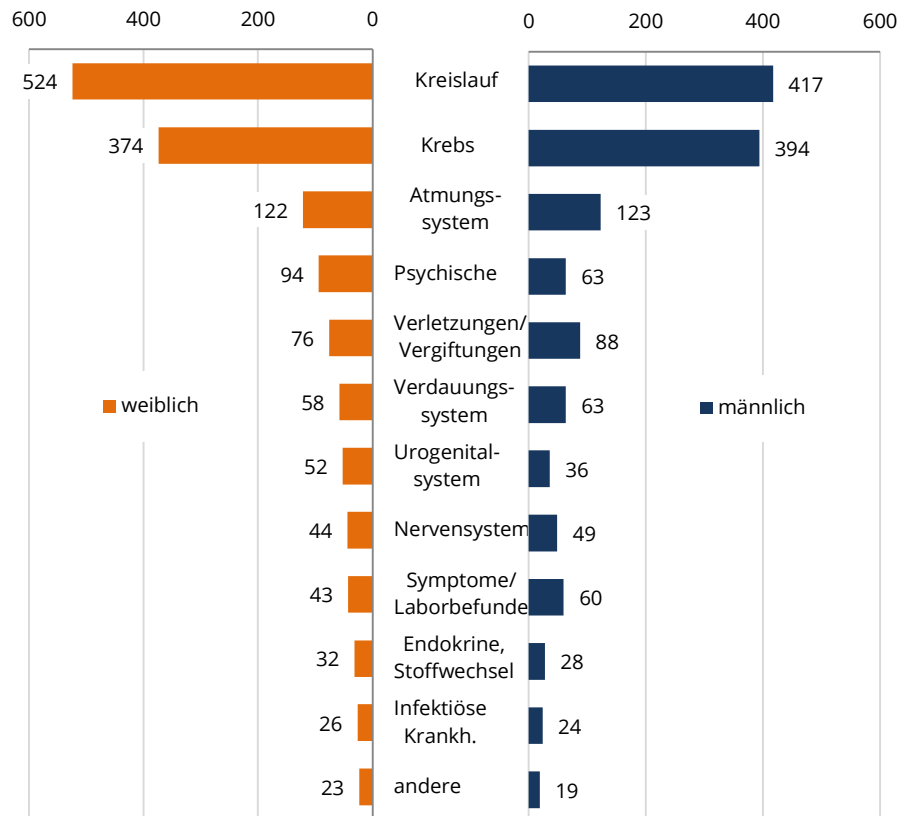
Seit dem 1. Januar 1998 wird in der Todesursachenstatistik das zum Tode führende Grundleiden nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – ICD-10 – verschlüsselt. Sie untergliedert sich in 2.037 dreistellige Krankheitsklassen (z.B. E10, primär insulinabhängiger Diabetes mellitus) bzw. 12.161 vierstellige Krankheitsklassen (z.B. E10.1, ... mit Ketoazidose). Gelegentlich finden sich fünfstellige Verfeinerungen.

Der Dreisteller wird zu 261 Krankheitsgruppen gruppiert (z.B. E10-E14, Diabetes mellitus), diese gliedert sich wiederum in 22 Krankheitskapitel (siehe Tabelle).

Kapitel	Notation	Bezeichnung
I	A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankh.
II	C00–D48	Neubildungen (beispielsweise Tumore u. Ä.)
III	D50–D89	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01–Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00–Z99	Faktoren, d. den Gesundheitszustand beeinflussen u. zur Inanspruchn. d. Gesundheitswesens führen
XXII	U00–U85	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Abb. 3.5: Häufigste Todesursachen nach Krankheitskapiteln und Geschlecht

In der Hansestadt Lübeck
Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2015 - 2019



Quelle: Statistik Nord, Stat. Ber. A IV-j, Graphik: Gesundheitsamt

Tab. 3.3: Todesursachen 2000 - 2019

Kapitel	Todesursache	A/%	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
insgesamt			2 629	2 567	2 651	2 860	2 773	2 752	2 933	2 842
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	Anz.	1 092	1 107	1 047	940	933	907	961	969
		in %	41,5	43,1	39,5	32,9	33,6	33,0	32,8	34,1
II	Neubildungen	Anz.	729	627	620	767	780	739	792	774
		in %	27,7	24,4	23,4	26,8	28,1	26,9	27,0	27,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	Anz.	198	238	273	303	203	229	252	222
		in %	7,5	9,3	10,3	10,6	7,3	8,3	8,6	7,8
XIX	Verletzungen/ Vergift. u.a. äußere Ursachen	Anz.	110	77	51	165	153	167	184	148
		in %	4,2	3,0	1,9	5,8	5,5	6,1	6,3	5,2
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	Anz.	161	106	105	141	133	123	119	98
		in %	6,1	4,1	4,0	4,9	4,8	4,5	4,1	3,4
	sonstige	Anz.	339	412	555	544	571	587	625	631
		in %	12,9	16,0	20,9	19,0	20,6	21,3	21,3	22,2

Quelle: Statistik Nord, Stat. Ber. A IV-j, Tabelle: Gesundheitsamt

Von den im Jahr 2019 insgesamt gestorbenen 2.842 Personen waren 1.442 weiblich und 1.400 männlich. Hinsichtlich der Krankheitshäufigkeiten zeigen sich gewisse geschlechtsspezifische Unterschiede. Krankheiten des Kreislaufsystems treten bei den Frauen häufiger auf, während die Männer häufiger an Krebs erkranken.

Krankheiten des Kreislaufsystems sind bei den Frauen für 36 Prozent der Todesfälle verantwortlich, rd. 25 Prozent

entfallen auf Krebserkrankungen und weitere rd. 10 Prozent entfallen auf Erkrankungen des Atmungssystems.

Bei den Männern sind rd. 30 Prozent der Todesfälle auf Erkrankungen des Kreislaufsystems, 29 Prozent auf Krebserkrankungen und 11 Prozent auf Erkrankungen des Atmungssystems zurückzuführen.

Da die Fallzahlen der Sterbefälle im statistischen Sinne nicht allzu hoch sind, können sie nicht nur bestimmten Ursachen, sondern auch rein zufallsbedingt jährlichen Schwankungen unterliegen. Dies umso mehr, je mehr differenzierend betrachtet wird und die Fallzahlen somit noch kleiner werden. Hier gibt der Vergleich mit zurückliegenden Jahren – unter Berücksichtigung anderer möglicher Einflussfaktoren - weiteren Aufschluss.

Die Entwicklung von 2000 bis 2015 (einige Jahr sind hier aus Platzgründen ausgeblendet, wurden in der Analyse jedoch berücksichtigt) zeigt die Bandbreite der zu erwartenden jährlichen zufallsbedingten Schwankungen auf. Ungefähr seit 2014 scheinen sich die Sterbefälle bei den Krankheiten des Kreislaufsystems hinsichtlich der absoluten Zahl bei rd. 940 pro Jahr und auch bei den relativen Zahlen mit rd. 33 Prozent zu stabilisieren.

Generell ist im Bundesgebiet - allerdings schon seit 15 Jahren - ein stetiger Rückgang bei den Herz-Kreislauserkrankungen zu beobachten. Diese Entwicklung wird auf Fortschritte in der Prävention und Therapie zurückgeführt [Bundesgesundheitsbericht 2015, S.38].

Krankheitsgruppen

Hinsichtlich der Todesursachen gibt es deutliche Geschlechterunterschiede. Weiteren Aufschluss gibt die zusätzliche Differenzierung nach den Krankheitsgruppen.

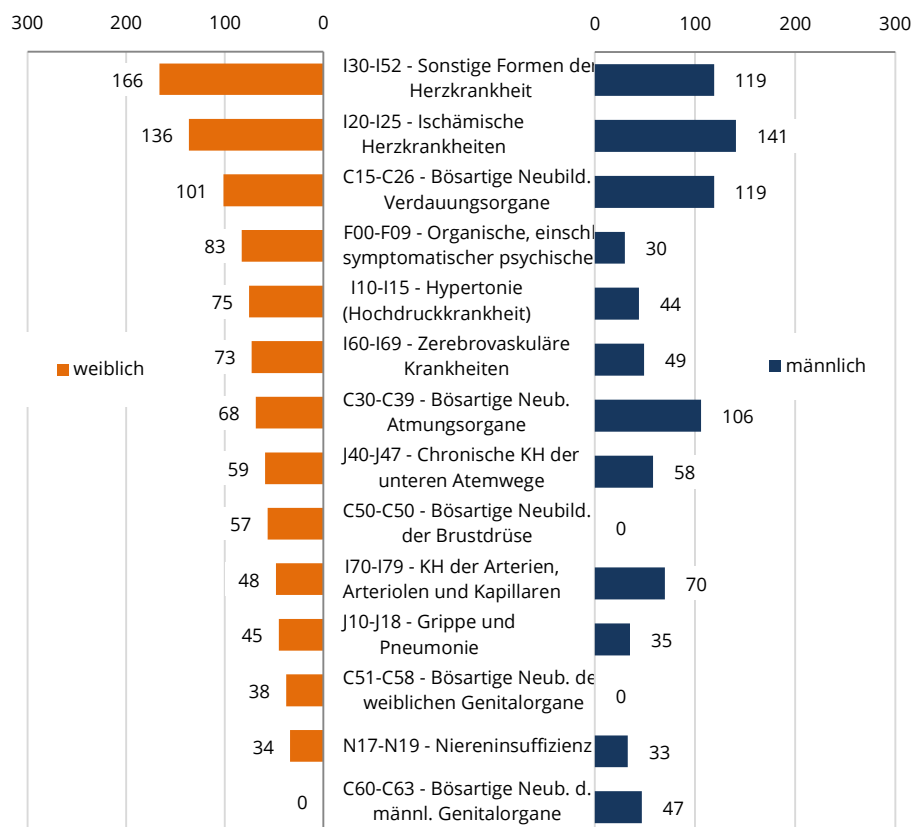
Demnach bilden ischämische und sonstige Formen der Herzkrankheit bei beiden Geschlechtern die häufigste Todesursache und auch die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane liegen zahlenmäßig auf gleichem Niveau, doch sind in den Jahren 2013 bis 2015 durchschnittlich 109 Männer gegenüber 63 Frauen pro Jahr an Lungenkrebs gestorben. Hinsichtlich der zerebrovaskulären Krankheiten sind die Frauen deutlich häufiger betroffen.

Bösartige Neubildungen der Brustdrüse sind für 4,3 Prozent der Todesfälle bei den Frauen verantwortlich und 3,5

Prozent der Todesfälle bei den Männern sind auf bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane zurückzuführen.

Abb. 3.6: Häufigste Todesursachen nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2015 - 2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Interne Verwaltungsregisterauswertung der Mortalitätsdaten, Graphik: Gesundheitsamt

Stichwortartige Erläuterungen:

Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25): Eine oft mit Schmerzen verbundene Minderdurchblutung oder ein vollständiger Durchblutungsausfall des Herzens, der zu einer Funktionsstörung führen kann.

Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52): Krankheiten des Herzbeutels, der Herzklappen, der Herzmuskulatur u.a..

Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69): Blutgefäße des Gehirns betreffend.

Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26): Speiseröhre, Magen, Dünn- u. Dickdarm, Leber, Galle, Bauspeicheldrüse u.a.

Pneumonie: Lungenentzündung

Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege, Grippe und Pneumonie machen 8,5 Prozent der Todesfälle bei den Männern aus und bei den Frauen sind es 7,8 Prozent.

Vorzeitige Sterbefälle (vor dem 65. Lebensjahr)

Anhand der Todesursachenstatistik lässt sich abschätzen, welche Bedeutung verschiedene Gesundheitsrisiken für die Sterblichkeit und auch für die vorzeitige Sterblichkeit (vor dem 65. Lebensjahr) haben. Die im Auftrag von Weltbank und Weltgesundheitsorganisation erstellte Studie „Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study“ lässt Rückschlüsse auf die Sterblichkeit Deutschlands für die Jahre 1990 und 2010 zu, wonach schlechte Ernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und das Rauchen als wichtigste Risikofaktoren für die vorzeitige Sterblichkeit genannt werden.

Aus Tabelle 3.4 ist ersichtlich, dass im Jahre 2019 insgesamt 434 Personen, d.h. rd. 15 Prozent vorzeitig gestorben

sind (aufgrund unterschiedlicher Datenquellen weichen die Zahlen gegenüber der Tabelle 3.5 geringfügig ab). Darunter waren 147 Krebserkrankungen und 75 Krankheiten des Kreislaufsystems. In der Altersgruppe der 15-45-jährigen sind Verletzungen/Vergiftungen u.a. mit 24 Sterbefällen die häufigste Todesursache.

Für den Zeitraum 2010 bis 2019 lag die Zahl der vorzeitigen Sterbefälle ziemlich konstant bei rd. 420 Fällen pro Jahr, entsprechen 15,6 Prozent aller Sterbefälle.

Für den dargestellten Zeitraum ab 1991 zeigt sich, dass die Zahl der Sterbefälle in Lübeck von rd. 1.500 je 100.000 Einwohner pro Jahr bis zur Jahrtausendwende auf ca. 1.000 bis 1.200 zurückgegangen ist. Wieder unterliegt die Sterblichkeit aufgrund der geringen Fallzahlen natürlichen, zufallsbedingten Schwankungen. Trotzdem ist zu erkennen, dass die Abnahme der Sterblichkeit seit der Jahrtausendwende nicht mehr die Dynamik der 90er Jahre hat.

Tab. 3.4: Vorzeitige Sterbefälle (vor dem 65. Lebensjahr) für ausgewählte Jahre

Jahr	Einwohnerzahl zum 30.06.	Sterbefälle insg.	Sterbefälle je 100.000 Einw.	dar. vorzeitige Sterbefälle		vorzeitige Sterbefälle weiblich	
				Anzahl	in % der Sterbefälle	Anzahl	in % der vorz. Sterbef.
1991	217 653	2 951	1 356	560	19,0	183	32,7
1995	218 522	2 928	1 340	565	19,3	198	35,0
2000	215 297	2 642	1 227	514	19,5	172	33,5
2010	212 003	2 701	1 274	424	15,7	157	37,0
2015	216 210	2 899	1 341	463	16,0	168	36,3
2018	219 956	2 933	1 333	419	14,3	169	40,3
2019	219 992	2 842	1 292	434	15,3	133	30,6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt und Kommunale Statistikstelle, Verwaltungsregisterauswertung, Tabelle: Gesundheitsamt

Tab. 3.5: Todesursachen 2019 nach Kapiteln und Altersgruppen

Kapitel	Todesursache	Gestorbene insg.	in %	davon nach Altersgruppen von ... bis ... Jahren				
				unter 6 J.	6 bis 14	15 bis 45	45 bis 65	65 und älter
insgesamt		2842	100,0	5	1	48	380	2408
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	969	34,1	-	-	7	87	875
II	Neubildungen	774	27,2	-	-	9	142	623
X	Krankheiten des Atmungssystems	222	7,8	-	-	0	21	201
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u.a.	148	5,2	-	-	8	26	114
V.	Psychische und Verhaltensstörungen	144	5,1	-	-	2	13	129
XVIII	Symptome u. abnorme klin. u. Laborbef.	119	4,2	5	1	13	34	66
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	109	3,8	-	-	2	4	103
VI	Krankheiten des Nervensystems	101	3,6	-	-	2	5	94
XIV	Krankheiten des Verdauungssystems	98	3,4	-	-	2	22	74
	übrige Todesursachen	158	5,6	-	-	3	26	129

Quelle: Statistik Nord, Stat. Ber. A IV-j, Tabelle: Gesundheitsamt

INFOBOX!

Altersstandardisierte Sterberate

Liegen unterschiedliche Altersstrukturen für Einwohner/-innen verschiedener Gebiete oder der Bevölkerung eines Gebietes über die Zeit hinweg vor, sind deren Mortalitäts- oder Morbiditätsraten nur beschränkt vergleichbar. Für regionale oder zeitliche Vergleiche ist daher eine Altersstandardisierung notwendig. Dabei werden die altersspezifischen Mortalitäts- oder Morbiditätsraten der Bezugsbevölkerung entsprechend dem Altersaufbau einer Standardbevölkerung gewichtet.

Nach einer Altersstandardisierung können Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen miteinander verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen kommt. Bei der Interpretation altersstandardisierter Morbiditäts- oder Mortalitätsraten ist zu beachten, dass sie keine realen, empirisch beobachtbaren, Angaben darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung dem Altersaufbau der Standardbevölkerung entspräche. Als Referenzpopulation wurde bei den folgenden Berechnungen die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2011 als Standardbevölkerung gewählt.

Für Lübeck liegt die standardisierte Sterberate für die Jahre 1991 bis 2017 vor. Dem gegenüber gestellt ist die altersstandardisierte Sterblichkeit für Schleswig-Holstein und Deutschland in den Jahren 1998 bis 2015. Aufgrund der größeren Fallzahlen fallen die jährlichen Schwankungen hier deutlich niedriger aus. Die Entwicklung der Sterblichkeit in Schleswig-Holstein vollzieht sich nahezu parallel zur Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland. In Schleswig-Holstein lag die Sterblichkeit in den letzten Jahren geringfügig über der bundesweiten Sterblichkeit.

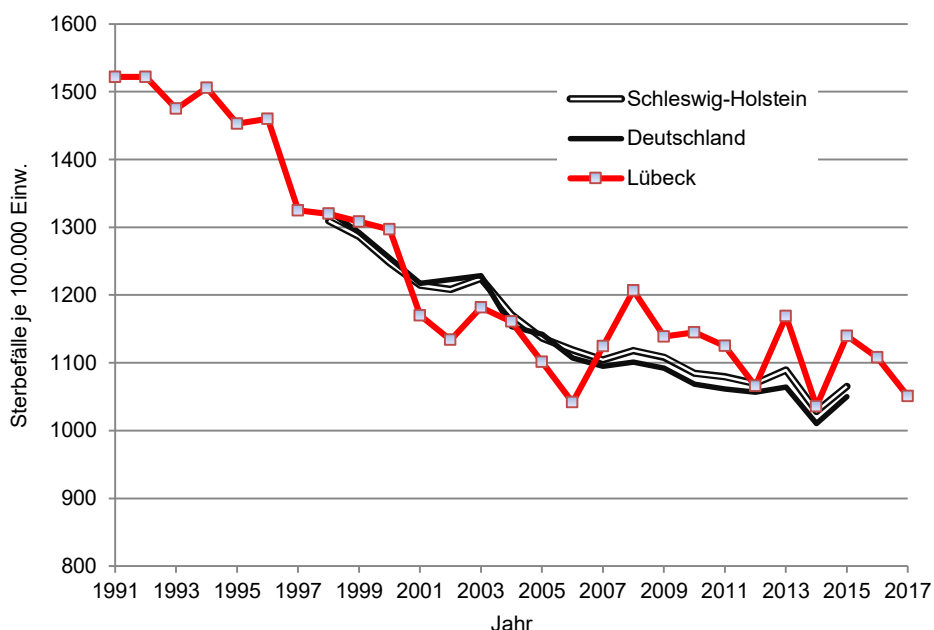
Wegen der geringeren Fallzahlen und den damit einhergehenden statistischen Schwankungen fällt der Kurvenverlauf für die Hansestadt Lübeck kantiger aus, als für Schleswig-Holstein oder dem Bundesgebiet.

Trotz dieser Schwankungen ist erkennbar, dass die altersstandardisierte Sterblichkeit in Lübeck in der Regel über der Sterblichkeit im Land oder im Bundesgebiet liegt. Diese höhere Sterblichkeit erklärt sich aufgrund der Altersstandardisierung also nicht aus dem höheren Anteil älterer Menschen in Lübeck gegenüber Land und Bund. Gründe sind möglicherweise im sozialen Status zu suchen, da Lübeck als Großstadt im überwiegend ländlichen Bundesland Schleswig-Holstein ein höheren Anteil Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status zurückzuführen ist.

Abb. 3.7: Altersstandardisierte Sterberaten 1991 – 2017

Sterbefälle je 100.000 Einwohner/-innen bezogen auf die Standardbevölkerung Deutschland 2011

Quelle: Daten für Lübeck, Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt; Daten für Schleswig-Holstein u. Deutschland: GBE-Bund, Graphik: Gesundheitsamt



INFOBOX!

Vermeidbare Sterbefälle

Die sogenannten vermeidbaren Sterbefälle hätten bei angemessener Prävention oder Therapie der Erkrankung vermieden werden können. Hierzu gibt es unterschiedliche Abgrenzungen bzgl. Alter, Geschlecht und Diagnose. Welche Diagnoselistung Anwendung findet, ist von vielen methodischen Überlegungen abhängig. International besteht eine Vielzahl von Definitionen zur vermeidbaren Sterblichkeit.

In Deutschland finden vor allem zwei Konzepte Anwendung:

1. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes benutzt eine Liste, die sich nach Vorschlägen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen richtet. Aufgrund der geringen Häufigkeiten sind nur wenige Diagnosen/Diagnosegruppen für eine Darstellung auf Kreisebene geeignet.
2. In der Gesundheitsberichterstattung des Landes entschied sich die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in der Konzeption des Indikators daher für eine andere Definition.

Nach der Diagnoseliste des Sachverständigenrates ergeben sich für die Hansestadt Lübeck im Jahr 2015 lediglich 27 vermeidbare Sterbefälle. Im Wesentlichen sind die vermeidbaren Sterbefälle durch die Säuglingssterblichkeit (11 Sterbefälle) und die zerebrovaskulären Krankheiten (ebenfalls 11 Sterbefälle) im Alter von 5-44 Jahren bedingt. Für die Jahre 2013 und 2014 wurden insg. 19 bzw. 23 vermeidbare Sterbefälle registriert. Es bestätigt sich somit, dass diese Systematik auf Kreisebene aufgrund der geringen Fallzahlen weniger geeignet ist.

Nach der zweiten Definition der Arbeitsgemeinschaft AOLG ergeben sich für Lübeck basierend auf den Jahren 2015 bis 2019 durchschnittlich rund 150 Sterbefälle pro Jahr. Im Durchschnitt dieser Jahre dominieren als Todesursachen Lungenkrebs, Krankheiten der Leber und ischämische Herzkrankheiten. Pro Jahr sterben zudem durchschnittlich ca. acht Menschen bei Verkehrsunfällen. Die perinatalen Sterbefälle belaufen sich auf ca. sieben Fälle pro Jahr. Die vermeidbaren Sterbefälle haben nach dieser Definition einen Anteil von rd. 5,4 Prozent an allen Sterbefällen. In den meisten Fällen handelt es sich bei den vermeidbaren Sterbefällen auch um vorzeitige Sterbefälle (vor dem 65. Lebensjahr). Krankheiten der Leber (bis 74 J.) und Verkehrstote gelten nur z.T. als vorzeitige Sterbefälle.

Tab. 3.6: Vermeidbare Sterbefälle 2015 – 2019

Krankheitsart	ICD 10	Bezugsbevölkerung nach Alter/Geschlecht	2015	2016	2017	2018	2019
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und der Lunge	C33 - C34	15 - 64/ insg.	42	36	53	45	45
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	C50	25 - 64/ weibl.	11	37	10	10	11
Bösartige Neubildung der Cervix Uteri	C53	15 - 64/ weibl.	1	5	6	3	2
Ischämische Herzkrankheit	I20 - I25	35 - 64/ insg.	36	30	24	21	39
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	I10 - I15	35 - 64/ insg.	3	3	2	2	6
	I60 - I69		11	11	5	11	7
Krankheiten der Leber	K70 - K77	15 - 74/ insg.	34	36	43	29	27
Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs	V01 - V99 (E-Systematik)	alle Altersgruppen	9	5	4	8	10
Perinatale Sterbefälle	A00 - T98	Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene	8	8	4	4	1
Insgesamt	-	-	155	171	151	133	148

Quelle: GBE-Bund, Liste der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

INFOBOX!

Säuglings- und Kindersterblichkeit

Mit der Säuglingssterblichkeit wird der Anteil der Kinder erfasst, die vor Erreichung des ersten Lebensjahres sterben. Die Kindersterblichkeit beziffert dagegen den Anteil der Kinder, die im Zeitraum der ersten fünf Lebensjahre sterben. Die Säuglingssterblichkeit ist somit Teil der Kindersterblichkeit. Sie wird jeweils auf 1.000 Geburten eines Jahrganges berechnet.

Eine hohe Säuglings- bzw. Kindersterblichkeit ist ein Kennzeichen von Unterentwicklung und demzufolge in Entwicklungsländern besonders häufig anzutreffen, wo die Mangelernährung zumeist Hauptursache der Kindersterblichkeit ist.

Wesentliche Faktoren, die die Säuglingssterblichkeit beeinflussen, sind in Deutschland die Qualität der Früherkennung, die Früherkennungsmaßnahmen, die medizinische Versorgung bei Risikozuständen während der Schwangerschaft, die Geburtshilfe und die Versorgung der Kinder im ersten Lebensjahr. Sterbefälle im ersten Lebensjahr zählen im statistischen Sinne zu den vermeidbaren Sterbefällen.

In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit seit den 90er Jahren von rd. sieben Fällen auf etwa 3,3 Fälle je 1.000 Lebendgeburten pro Jahr gesunken. Die Jungen weisen durchgehend ein höheres Sterberisiko auf als Mädchen.

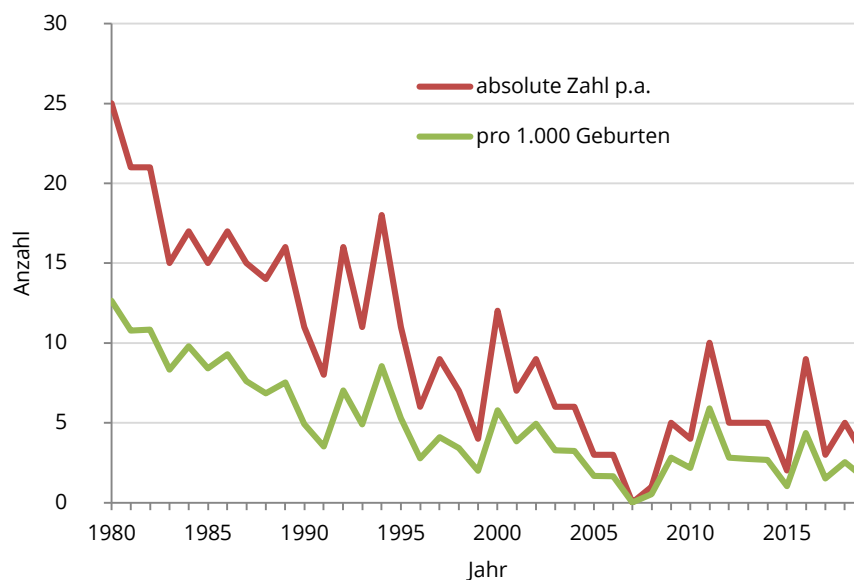
Die häufigsten Todesursachen sind ein zu niedriges Geburtsgewicht, plötzlicher Kindstod, Schädigung des Ungeborenen oder Neugeborenen durch Komplikationen der Schwangerschaft bzw. Geburt sowie angeborene Fehlbildungen.

Die Säuglingssterblichkeit in der Hansestadt Lübeck ist entsprechend der Entwicklung im Bundesgebiet von über zehn Fällen pro 1.000 Geburten Anfang der 80er Jahre auf rd. drei Fälle/1.000 Geburten pro Jahr gesunken (Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2017: 2,9 Fälle p.a.).

Auch hier unterliegen die jährlichen Fallzahlen zufallsbedingten Schwankungen und liegen für die jüngere Vergangenheit (hier ab Ende der 90er Jahre) zwischen Null und acht Fällen pro 1.000 Geburten (s. Abb. 3.8).

Die Weltgesundheitsorganisation hat für das Jahr 2020 in Europa eine Säuglingssterblichkeit von weniger als 20 - und wenn möglich weniger als 10 Kinder - je 1.000 Lebendgeburten als Zielwert vorgegeben.

Abb. 3.8: Säuglingssterblichkeit 1980 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



Vor Erreichung des ersten Lebensjahres

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

3.3.3 Kleinräumige Sterblichkeit

Statistische Problematik

Bei der kleinräumigen Betrachtung der Sterblichkeit taucht eine Reihe von Fragen auf. Zunächst geht es um die grundsätzliche Frage nach den kleinräumigen Unterschieden der Sterblichkeit. Lassen sich wesentliche Unterschiede feststellen, und wenn ja, inwieweit sind diese Daten valide und lassen sich diese für Folgejahre oder weiter zurückliegende Jahr bestätigen oder basieren die Ergebnisse aufgrund der geringeren Fallzahl auf zufällig bedingten jährlichen Schwankungen? Falls die Daten valide sind, wie lassen sie sich erklären? Wie wirken sich die unterschiedlichen Altersstrukturen, die sozialräumlichen Verhältnisse oder das Vorhandensein bzw. das Fehlen von Seniorenwohnanlagen auf die ermittelten Ergebnisse aus?

Wie lassen sich die kleinräumigen Gebietseinheiten hinsichtlich der sozialräumlichen Verhältnisse bilden, so dass sie in sich möglichst homogen und gegenüber den anderen Gebietseinheiten möglichst heterogen sind? Wie groß sind die Gebietseinheiten zu wählen, um eine ausreichend große Fallzahlen (hier Sterbefälle) auf sich zu beziehen, die valide Ergebnisse gewährleisten?

Räumliche Gliederung

Die Hansestadt Lübeck untergliedert sich in zehn Stadtteile, 35 Stadtbezirke und 158 Statistische Bezirke. Letztere untergliedern sich wiederum in 4.568 Baublöcke. Es folgen die Blockseiten und schließlich die Adressen.

Die zehn Stadtteile sind hinsichtlich Fläche und Einwohnerzahlen unterschiedlich groß. Die Einwohnerzahlen reichen von rd. 6.000 in Schlutup bis zu rd. 45.500 Einwohner in St. Jürgen. Für sozialräumliche Analysen sind die drei großen Stadtteile St. Jürgen, St. Gertrud und St. Lorenz Nord nicht geeignet, da kleinräumige Unterschiede in der Gesamtsumme nivelliert werden. Auf der nächsten räumlichen Ebene werden die großen Stadtteile zwar weiter untergliedert, jedoch war hier das Anliegen, in etwa gleich große Flächen zu schaffen, was gerade in ländlichen Bereichen zu Gebietseinheiten mit sehr geringen Einwohnerzahlen führte. Deshalb wurde bereits in den 90er Jahren zur sozialraumorientierten Analyse eine weitere räumliche Gebietsgliederung auf Basis der 35 Stadtbezirke eingeführt, wobei die größeren Stadtbezirke erhalten blieben, die Kleineren jedoch zusammengefasst worden sind. Die damit generierten 20 Sozialbezirke bilden daher seitdem in der Regel das räumliche Berechnungssystem für sozialräumliche Betrachtungen.

Tab. 3.7: Kleinräumige Sterblichkeit nach Sozialbezirken – Durchschnitt der Jahre 2013 – 2015

Kategorie	Einwohner	tatsächliche Zahl der Sterbefälle p.a.		erwartete Zahl der Sterbefälle p.a.	Altersstandardisierte Mortalitätsrate (SMR)	95 %-iges Konfidenzintervall	
		Anzahl	je 100.000 Einw.			untere Grenze	obere Grenze
Bezirk	3-Jahres-Durchschnitt 2013-2015						
01 - Innenstadt	13 614	131	965	109	1,20	1,01	1,43
02 - Hüxtertor	27 078	301	1 112	352	0,86	0,76	0,96
03 - St. Lorenz Süd	14 855	148	994	146	1,01	0,86	1,20
04 - Holstentor Nord	20 990	262	1 248	227	1,15	1,02	1,30
05 - Falkenfeld/Vorwerk	10 543	121	1 148	113	1,07	0,89	1,28
06 - Burgtor	7 835	163	2 076	148	1,10	0,94	1,28
07 - Marli/Brandenbaum	20 040	281	1 404	277	1,01	0,90	1,14
08 - Eichholz	7 395	124	1 677	109	1,13	0,95	1,36
09 - Strecknitz	13 645	95	699	119	0,80	0,65	0,98
10-18 - St. Jürgen Land	3 786	25	669	42	0,61	0,40	0,91
19-21 - Moising	10 261	158	1 537	128	1,23	1,05	1,44
22 - Buntekuh	10 773	129	1 201	128	1,01	0,85	1,20
23 - Groß Steinrade	3 405	21	617	32	0,65	0,41	1,01
24 - Dornbreite	7 365	102	1 380	98	1,04	0,85	1,27
25 - Karlshof	5 900	67	1 141	87	0,77	0,60	0,99
26 - Schlutup	5 832	87	1 486	77	1,13	0,91	1,40
27 - Dänischburg	4 271	41	968	49	0,85	0,62	1,17
28 - Herrenwyk	3 984	72	1 807	50	1,43	1,13	1,81
29-30 - Kücknitz/Pöppend.	9 789	145	1 485	136	1,07	0,90	1,26
31-35 - Travemünde	13 432	287	2 137	332	0,86	0,77	0,97
insg.	214 793	2 761	1 285	2 761	1,00	x	x

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Verwaltungsregisterauswertungen aus 2013 bis 2015

Die Grundgesamtheit

Zur Berechnung verlässlicher altersstandardisierter Raten ist eine Fallzahl von rd. 2.800 Sterbefällen pro Jahr im statistischen Sinne nicht ausreichend. Dies zeigte sich allein schon darin, dass die Ergebnisse für die einzelnen Jahre deutliche Schwankungen aufwiesen. Zur Stabilisierung der Daten wurden daher die Fallzahlen von drei Jahren (2013-2015) zusammengefasst. Insgesamt konnten somit rd. 8.300 Sterbefälle für die Untersuchung berücksichtigt werden.

SMR = Standardisierte Mortalitätsrate

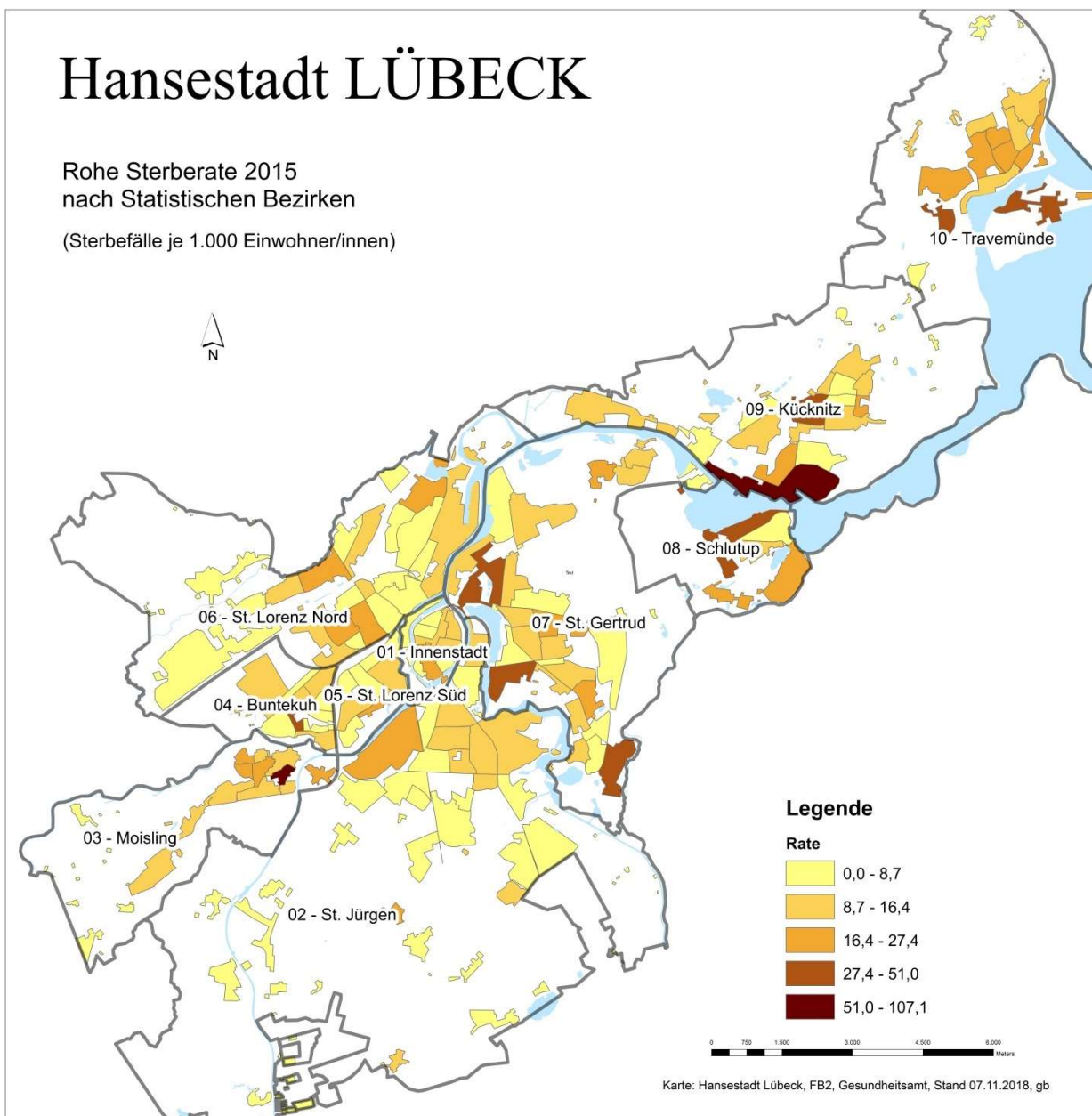
Zum kleinräumigen Vergleich wurde die standardisierte Mortalitätsrate berechnet. Unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung in den ein-

zelnen Sozialbezirken wurde berechnet, wie viele Sterbefälle dort auftreten würden, wenn dort das gleiche Sterberisiko vorläge wie in Lübeck insgesamt. Dieses ist die erwartete Fallzahl. Das Verhältnis aus der tatsächlich beobachteten Fallzahl und der erwarteten Fallzahl gibt an, ob das Sterberisiko in dem Sozialbezirk über dem Risiko von Lübeck insgesamt liegt (Wert > 1), genau dem Risiko Lübecks entspricht (Wert = 1) oder unter dem Gesamtrisiko Lübecks liegt (Wert < 1).

Zusätzlich zur Ermittlung der SMR wurde das 95 prozentige Konfidenzintervall bestimmt, d.h. im statistischen Sinne liegt der wahre Parameter in 95 Prozent der Fälle innerhalb der dargestellten Spannen und in fünf Prozent der Fälle nicht.

Wie ist die Tabelle 3.7 zu lesen? Für Travemünde (31-35) zeigt sich zum Beispiel folgendes Bild. Für den Zeitraum

Karte 3.1: Rohe Sterberate 2015 nach Statistischen Bezirken



2013 – 2015 gab es hier bei einer Einwohnerzahl von 13.432 Personen pro Jahr durchschnittlich 287 Sterbefälle. Das sind 2.137 Sterbefälle auf 100.000 Einwohner. Die Zahl der Sterbefälle pro 1.000 Einw. ist absolut gesehen aufgrund der älteren Bevölkerung in Travemünde etwas höher als in den anderen Bezirken. Unter Zugrundelegung der gesamtstädtischen Sterblichkeit würden wir hier jedoch statt 287 sogar 332 Sterbefälle erwarten, d.h. die Sterblichkeit ist hier - trotz der vergleichsweise hohen Fallzahlen - unterdurchschnittlich. Grund dürfte hier die relativ gute Versorgung und der hohe soziale Status des Stadtteils sein.

Im Ergebnis zeigt sich dagegen eine höhere Sterblichkeit etwa in den Sozialbezirken Innenstadt, Moisling und Herrenwyk. Unterdurchschnittlich ist die Sterblichkeit in Hüntertor, den ländlichen Bereichen von St. Jürgen und in Strecknitz und Karlshof. Die Erklärungen hierfür ergeben sich - ganz banal - aus den Standorten der Stationären Pflegeeinrichtungen bzw. resultieren wiederum aus der Sozialstruktur.

Den höchsten Anteil an Pflegeplätzen hat der Bezirk Herrenwyk mit 70 Pflegeplätzen pro 100 Hochbetagte (s. Tab. 3.8). Die altersstandardisierte Mortalitätsziffer ist hier mit 1,43 am höchsten. Bezirke, in denen es keine oder nur sehr wenige Pflegeplätze in Bezug zur Zahl der Hochbetagten gibt, weisen die geringste Mortalität auf, wie z. B. die ländlichen Gebiete in St. Jürgen (10-18). Bezirke mit hoher

bzw. niedriger Mortalität sind hierbei nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in Beziehung zueinander. Ältere Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zu Hause wohnen können oder wollen, ziehen aus den Bezirken, in denen es keine Pflegeeinrichtungen gibt weg und verringern somit die allgemeine Mortalität im Wegzugsgebiet und erhöhen diese im Zuzugsgebiet.

Ursachen

Die Mortalität, hier dargestellt mit der Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohner/-innen, korreliert eng mit der Altersstruktur in einem Statistischem Bezirk, die wiederum zum Teil auf die dortigen Standorte der Stationären Pflegeeinrichtungen zurückzuführen ist. Deutlich erkennbar ist auch die erhöhte Mortalität im Stadtteil Travemünde, die dort aufgrund der allgemein höheren Altersstruktur flächendeckend auftritt, allerdings – wie bereits erwähnt - niedriger ausfällt, als aufgrund der Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre.

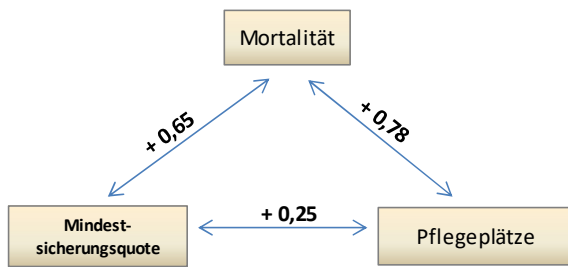
Die SMR korreliert eng mit der Zahl der Pflegeplätze (Korrelationskoeffizient = 0,78) als auch eng mit der Sozialstruktur (Korrelationskoeffizient = 0,65) (s. Abb. 3.9 auf S. 49). Als Indikator für den sozialen Status eines Wohngebietes findet hier die bereits im Kapitel 2 (s. Seite 28) erwähnte Mindestsicherungsquote Anwendung, welche die Zahl der Empfänger/-innen von Leistungen zur lfd. Lebensführung in Bezug zur Gesamtbevölkerung setzt.

Tab. 3.8: Mortalität, Pflegeeinrichtungen und Leistungsempfänger/-innen

Bezirk	Kategorie	Altersstandardisierte Mortalitätsziffer (SMR)	Pflegeplätze je 100 Einwohner/innen über 80 Jahre	Soziale Mindestsicherungsquote
01 - Innenstadt		1,204	36	16,2
02 - Hüntertor		0,855	7	8,1
03 - St. Lorenz Süd		1,015	30	21,5
04 - Holstentor Nord		1,154	35	19,8
05 - Falkenfeld/Vorwerk		1,066	32	23,7
06 - Burgtor		1,097	60	5,4
07 - Marli/Brandenbaum		1,014	24	19,4
08 - Eichholz		1,133	39	21,1
09 - Strecknitz		0,801	9	8,3
10-18 - St. Jürgen Land		0,606	0	6,9
19-21 - Moisling		1,231	16	31,6
22 - Buntekuh		1,010	25	29,4
23 - Groß Steinrade		0,646	0	2,8
24 - Dornbreite		1,040	13	17,1
25 - Karlshof		0,772	18	8,6
26 - Schlutup		1,132	46	15,1
27 - Dänischburg		0,851	0	8,5
28 - Herrenwyk		1,431	70	17,9
29-30 - Kücknitz/Pöppend.		1,065	13	21,7
31-35 - Travemünde		0,865	20	7,2
insg.		1	24	16,3

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Durchschnitt der Jahre 2013 - 2015

Abb. 3.9: Zusammenhang zwischen Mortalität, Sozialen Status und Pflege



Quelle: Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Infobox !

Korrelationskoeffizient

Der Korrelationskoeffizient ist ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Er kann Werte zwischen +1 (je mehr desto mehr) und -1 (je mehr desto weniger) annehmen. Bei dem Wert Null gibt es keinerlei Zusammenhänge. Der Korrelationskoeffizient beschreibt keine Kausalitäten. Werte bis ca. 0,3 werden als klein angesehen, bei Werten von 0,7 - 0,8 wird von hohen bzw. sehr hohen Korrelationen gesprochen.

Berechnung kleinräumiger Mortalität mit oder ohne Pflegeheime?

Sollte man nun die Bewohner/-innen der Stationären Pflegeeinrichtungen und die dazugehörige Mortalität aus den allgemeinen Einwohnerbestand herausrechnen, um so zu kleinräumigen Aussagen zur Mortalität zu gelangen, die über die Altersstandardisierung nicht nur die Effekte der unterschiedlichen Altersstrukturen, sondern auch die Effekte der Pflegeheime eliminieren? Hierzu müssten die Todesfälle mit Wohnheimadressen aus Statistik eliminiert werden. Statistisch und methodisch wäre diese Vorgehensweise leistbar. Aber wäre dies statistisch auch sinnvoll?

Welche Umzüge/Zuzüge verändern die kleinräumige Mortalität?

Findet ein Umzug innerhalb eines Wohnquartiers statt, hat dies keinen Einfluss auf die allgemeine Mortalität im Wohnquartier. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass das Vorhandensein eines Pflegeheimes im Wohnquartier, nicht automatisch die Sterblichkeit in diesem Wohnquartier erhöhen muss, wenn denn die Einwohner/-innen aus dem Wohnquartier selbst kommen. Hier stellt sich also die Frage, inwieweit die Bewohner/-innen eines Pflegeheimes aus der unmittelbaren Umgebung oder aus anderen Stadtteilen bzw. Gemeinden zugezogen sind. Dies wird je nach Art, Größe bzw. Zentralität des Pflegeheimes unterschiedlich sein, wobei in Zeiten knapper Pflegeplätze der

Idealfall einer wohnortnahen Pflegeunterbringung nicht mehr so häufig gegeben sein dürfte.

Jede/r dritte Pflegeheimbewohner/-in ist wohnortnah untergebracht

Tabelle 3.9 zeigt die Herkunft der Einwohner/-innen in Bezug auf die zehn Stadtteile der Hansestadt Lübeck. Analysen zum vorherigen Wohnort der Pflegeheimbewohner/-innen zeigen, dass 34,8 Prozent aller Einwohner/-innen ihren vorherigen Wohnsitz außerhalb Lübecks hatten. 30,9 Prozent kommen aus dem Stadtteil und die übrigen 34,3 Prozent kommen aus dem übrigen Stadtgebiet.

Jede dritte Person kommt von außerhalb

Innerstädtische Fortzüge in ein Pflegeheim senken die Mortalität im Wegzugsgebiet und erhöhen diese im Zugzugsgebiet. Auch dies ist in der Interpretation kleinräumige Mortalität zu berücksichtigen. Dies zeigt, dass man bei einer Herausrechnung der Bewohner/-innen von Pflegeheimen im Durchschnitt rd. 31 Prozent der Einwohner/-innen fälschlicherweise aus der Berechnung der Mortalität herausnehmen würde. Des Weiteren kommt erschwerend hinzu, dass nicht alle Einwohner/-innen am Standort eines Pflegeheimes auch pflegebedürftig sind und einen der dortigen Pflegeplätze beanspruchen. Einige Seniorenheime haben kombinierte Wohnangebote, wie betreutes Wohnen oder bieten ganz einfach nur seniorengerechtes Wohnen an, das sich nicht unbedingt auf eine Pflegebedürftigkeit bezieht, wie z. B. die Seniorenwohnanlage auf dem Priwall.

Meldeverhalten nicht immer zeitnah – aber menschlich verständlich

Eine weitere statistische Besonderheit in der Berechnung der kleinräumigen Mortalität zeigt sich im Meldeverhalten der Pflegeheimbewohner/-innen. Eine adressscharfe Gegenüberstellung der Zahl der Pflegeplätze bzw. der dort betreuten Personen und der Zahl der dort laut Melderegister wohnhaften Personen, zeigt zum Teil erhebliche Diskrepanzen, die hier aus Datenschutzgründen in Bezug auf einzelne Heime nur in der Summe dargestellt werden. Selbst bei einer nicht vollständigen Auslastung der Pflegeheime, zeigt sich in der Gegenüberstellung der Platzzahlen der Pflegeheime und der Zahl der an der dieser Adresse gemeldeten Personen, dass in den meisten Fällen deutlich weniger Personen melderechtlich registriert sind, als nach den Platzzahlen der Pflegeheime zu erwarten wäre. Im gesamtstädtischen Durchschnitt ist festzustellen, dass rd. ein Drittel aller Heimbewohner/-innen dort weder mit Haupt- bzw. noch Nebenwohnung gemeldet sind.

Wie kommt dies zustande? Eine Hauptursache wird sein, dass die Pflegeheimbewohner/-innen oftmals selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Eine Ummeldung muss daher von Angehörigen oder seitens des Pflegeheimes erfolgen. Solange es noch einen Partner oder eine Partnerin gibt, die noch in der alten Wohnung lebt, bleibt die Erreichbarkeit über Post oder Telefon zumindest relativ zeitnah erhalten. Auch bei sich kümmernden Angehörigen ist ggf.

Tab. 3.9: Herkunft der Einwohner/-innen an Standorten der Pflegeheime nach Stadtteilen - Stand 30.06.2018

Stadtteil	von außerhalb Lübecks		aus dem Stadtteil		aus anderen Stadtteilen		zusammen
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl
01 - Innenstadt	34	20,6	32	19,4	99	60,0	165
02 - St. Jürgen	67	18,2	129	35,0	173	46,9	369
03 - Moising	22	24,4	22	24,4	46	51,1	90
04 - Buntekuh	5	7,8	12	18,8	47	73,4	64
05 - St. Lorenz Süd	44	33,1	16	12,0	73	54,9	133
06 -St. Lorenz Nord	87	27,3	132	41,4	100	31,3	319
07 - St. Gertrud	274	29,9	304	33,2	337	36,8	915
08 - Schlutup	73	52,1	24	17,1	43	30,7	140
09 - Kücknitz	49	16,2	172	57,0	81	26,8	302
10 - Travemünde	469	64,3	153	21,0	107	14,7	729
Lübeck insgesamt	1 124	34,8	996	30,9	1 106	34,3	3 226

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Daten des Einwohnermelderegisters

eine täglich oder etwa wöchentliche Kontrolle der Posteingänge und ähnlichem in der alten Wohnung möglich, was zumindest eine postalische Ummeldung nicht erforderlich macht. Ein weiterer Faktor dürfte die anfangs gegebene Ungewissheit über die Dauer des Aufenthaltes sein, gerade im Falle einer Kurzzeitpflege, wo eine Rückkehr in die bisherige Wohnung noch angestrebt wird, was auch dazu führt, dass eine Ummeldung auf das jeweilige Seniorenheim zunächst erstmal nicht erfolgt. Eine Ummeldung durch das Pflegeheim dürfte möglicherweise aufgrund anderer Aufgabenprioritäten auch nicht immer gegeben sein.

Anders ist der Fall gelagert, wenn die bisherige Wohnung eine Mietwohnung ist, die laufende Kosten verursacht. In Kombination mit den Pflegekosten oder einer längerfristigen Prognose zum Verbleib im Pflegeheim, ist die Auflösung der bisherigen Wohnung aus ökonomischen Gründen oftmals erforderlich. Eine Anmeldung im Pflegeheim erscheint dann angebracht.

Da auch jedes Pflegeheim hinsichtlich der Angebote anders aufgestellt ist oder formal unterschiedlich agiert, gibt es für die einzelnen Pflegeheime durchaus stark abweichende Zahlen, was den Anteil der laut Melderegister gemeldeten Bewohner/-innen betrifft. Da einige Standorte nicht nur Pflegplätze vorhalten, sondern auch betreutes Wohnen oder nur als reine Seniorenwohnanlagen fungieren, ist an diesen Standorten die Zahl der gemeldeten Personen wesentlich höher als die Zahl der dort vorhandenen Pflegeplätze.

Im statistischen Sinne bleibt somit zunächst festzuhalten, dass die Korrelation zwischen Mortalität und Standorten der Pflegeheime wahrscheinlich noch stärker ausfallen würde, wenn alle Heimbewohner/-innen melderechtlich korrekt und zeitnah erfasst wären.

Kleinräumige Krebsmortalität

Beim Monitoring der kleinräumigen Krebssterblichkeit wird neben der Krebsinzidenz auch die entsprechende

Sterblichkeit auf Ebene der Stadtgebiete, -teile oder Ortsteile räumlich abgebildet. Das Ziel ist regionale Häufungen zu erkennen, vor allem bei Verdacht einer Häufung von Krebserkrankungsfällen und -sterblichkeiten in bestimmten Gegenden, wie z.B. im Umkreis von Sondermülldeponien. Ein passendes Beispiel wird ein angedachtes Monitoring rund um die Deponie in Niemark sein, wo zukünftig 1.410 Tonnen AKW-Bauschutt aus Brunsbüttel eingelagert werden sollen.

Jedoch stoßen Krebsanalysen statistisch an ihre Grenze je kleinräumiger das Monitoring stattfindet, da die Fallzahlen pro räumlicher Einheit kleiner werden. Infolgedessen zeigen sich vermehrt instabile Daten bzw. Extremwerte. Die Daten sind damit schwer interpretierbar und unterliegen der Gefahr der Fehlinterpretation. Auch die kleinräumige Altersstruktur z.B. auch durch Standorte von Alten-/Pflegeheimen verzerren gegebenenfalls die Ergebnisse der Krebssterblichkeit und machen ein derartiges Vorhaben statistisch betrachtet zu einer schwierigen Aufgabe.

Fazit

Die zu Beginn des Kapitels gestellte Frage, ob bei der Berechnung der kleinräumigen Mortalitätsziffern die Bevölkerung der Pflegeheime inklusiv der dort vorhandenen Mortalität rausgerechnet werden sollte, um eventuell Erklärungsmuster für kleinräumige Abweichungen in der Mortalität erschließen zu können, die nicht nur altersstandardisiert und somit unabhängig vom Altersaufbau der Bevölkerung, sondern auch unabhängig von eventuellen Pflegeheimstandorten zu interpretieren ist, muss verneint werden. Dies würde umfangreiche und komplexe Berechnungen in Bezug auf jedes einzelne Heim und jede Adresse und Herkunftsadresse erfordern und letztendlich nur aufzeigen, dass die altersunabhängige Mortalität stark vom sozialen Status eines Wohnquartieres abhängig ist.

3.4 Krankheiten des Kreislaufsystems

INFOBOX!

Koronare Herzkrankheit (ICD 10: I20-I25) und akuter Herzinfarkt (ICD 10: I21-I22)

Die koronare oder auch ischämische Herzkrankheit ist eine Erkrankung der Herzkranzgefäße, die zu meist durch Ablagerungen (Arteriosklerose) in den Gefäßwänden verursacht wird. Die Herzkranzgefäße (Koronararterien, Koronarien) sind die Blutgefäße, die direkt dem Herzen aufliegen und das pausenlos tätige Herzmuskelgewebe mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgen. Das Leitsymptom der ischämischen Herzkrankheit ist die Brustenge (Angina pectoris). Mit zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Begleiterscheinungen wie Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz sowie akuten, lebensbedrohlichen Komplikationen wie Herzinfarkt und plötzlicher Herztod.

Beim Herzinfarkt kommt es akut zu einer kritischen Verminderung der Durchblutung des Herzmuskels, was in den meisten Fällen durch den Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefäße aufgrund eines Blutgerinnsels verursacht wird. Ohne sofortige Behandlung, kommt es zum Absterben des betroffenen Herzmuskelgewebes.

Der Herzinfarkt kann bei den Geschlechtern unterschiedliche Symptome aufweisen: während bei Männern meistens heftige Schmerzen und starkes Engegefühl im Brustkorb vorliegen, treten bei Frauen eher unspezifische Symptome wie Luftnot, Übelkeit und Oberbauchschmerzen auf.

Herzinsuffizienz (I50)

Bei einer Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr so leistungsfähig wie ein gesundes Herz und kann deshalb das Gewebe des Körpers nicht mehr ausreichend mit Blut und damit mit Sauerstoff versorgen. Unterschieden wird nach dem betroffenen Herzbereich (linksseitig, rechtsseitig oder das ganze Herz betreffend), dem Verlauf (akut oder chronisch) und anhand der körperlichen Leistungsfähigkeit nach den vier Stadien der New York Heart Association (NYHA: keine Einschränkung, bei körperlicher Belastung, bei geringer körperlicher Belastung oder bereits im Ruhezustand).

Zudem wird zwischen einer systolischen (verminderte Pumpfähigkeit des Herzens) und einer diastolischen Herzinsuffizienz (die Herzkammern werden nicht mehr ausreichend mit Blut gefüllt) unterschieden.

Zu einer der häufigsten Ursachen für eine Herzinsuffizienz zählt die Verkalkung der Herzkranzgefäße. Allgemeine Symptome einer Herzinsuffizienz sind häufig verminderte Leistungsfähigkeit, Müdigkeit oder Appetitlosigkeit. Auch Herzrhythmusstörungen oder vermehrter Harndrang, vor allem nachts, können bei Herzinsuffizienz auftreten.

Schlaganfall (I64)

Innerhalb der zerebrovaskulären Krankheiten (ICD 10: I60-I69) stellt der Schlaganfall (I64) das wichtigste Krankheitsbild dar. Zentrales Merkmal ist eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen durch einen Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall) oder durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall). Etwa 80 Prozent der Schlaganfälle sind ischämische Schlaganfälle, die auf einen akuten Verschluss eines Hirngefäßes durch ein Blutgerinnsel zurückzuführen sind. Ursachen sind vor allem Arteriosklerose bedingte Verengungen oder Verschlüsse der Hals- oder Hirnschlagadern oder mit dem Blutstrom weitergeleitete Blutgerinnsel aus dem Herzen.

Medizinische Fachbegriffe:

Zerebrovaskulär:	Blutgefäße des Gehirns betreffend
Ischämisch:	schlecht bzw. nicht durchblutet
Koronar:	zu den Herzkranzgefäßen gehörend
Hämorrhagisch:	zu Blutung führend, mit Blutungen zusammenhängend

Häufigste Todesursache

Krankheiten des Kreislaufsystems sind immer noch die häufigste Todesursache bei Frauen als auch bei Männern, obwohl in den letzten Jahren ein steter Rückgang bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen ist. Diese Entwicklung wird auf Fortschritte bei Prävention und Therapie zurückgeführt.

Wesentliche Risikofaktoren sind Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und Diabetes. In den letzten Jahren ist bei beiden Geschlechtern die Häufigkeit des Rauchens zurückgegangen [Zeiger et al, 2017]. Zugleich werden Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen effektiver therapiert. Andererseits gibt es Hinweise auf eine Zunahme bei den Risikofaktoren Diabetes [Heidemann et al 2013] als auch bei Adipositas. [Schienkiewitz A 2017].

Aussagen zur Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Gesundheit in Deutschland aktuell (GEAD 2009 und GEDA 2010) und dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98) gewinnen. Demnach wird der Anteil der Personen bei denen eine Durchblutungsstörung am Herzen oder ein Herzinfarkt diagnostiziert wurde für Frauen bei 6,6 Prozent und bei Männern bei 9,6 Prozent. Beim Schlaganfall liegt die Prävalenz im Bundesdurchschnitt bei 2,5 Prozent, wobei zwischen Frauen (2,4 Prozent) und Männern (2,6 Prozent) keine wesentlichen Unterschiede bestehen.

Hansestadt Lübeck

Daten zur Mortalität liegen mit der bereits erwähnten kommunalen Mortalitätsstatistik des Gesundheitsamtes auch für Lübeck vor (siehe Tabelle 3.10). Rund ein Drittel aller Todesfälle waren in den letzten Jahren auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück zu führen. Zehn Jahre zuvor waren es noch über 40 Prozent aller Todesfälle und im Jahre 2003 sogar noch 45,7 Prozent aller Todesfälle. In den Jahren 2013 bis 2019 ist die Anzahl der Sterbefälle pro hunderttausend Einwohner/-innen von 502 auf 440 gesunken.

Zur sinkende Häufigkeit der Todesfälle tragen zwei Entwicklungen bei: Zum einen zeigt sich ein geändertes Gesundheitsverhalten der Bevölkerung beim Rauchen [Lampert u.a. 2013 und Robert-Koch-Institut 2012], zum anderen findet zunehmend eine verbesserte Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen statt, die als maßgebliche Risikofaktoren gelten [Prugger u.a. 2012].

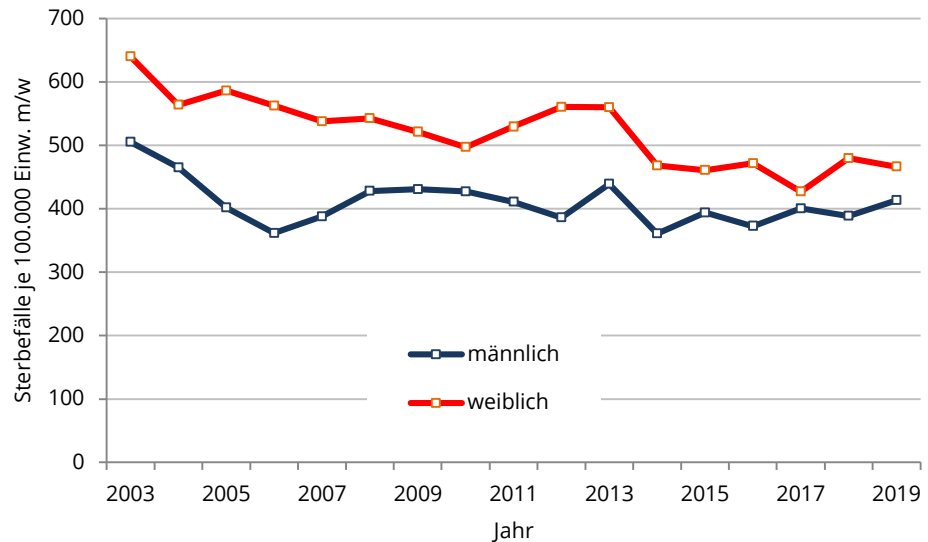
Vor dem Hintergrund der Tabelle 3.11 soll im Folgenden exemplarisch auf die koronaren Herzerkrankungen (I20-I25), die Herzinsuffizienz (I50) und die zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I69) eingegangen werden.

Tab. 3.10: Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2003 - 2019

Jahr	Einwohner/innen	Sterbefälle insg.	Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
			Anzahl	in % aller Sterbefälle (Spalte 2)	auf 100.000 Einw .
2003	214 338	2 702	1 235	45,7	576
2004	213 804	2 644	1 105	41,8	517
2005	213 983	2 573	1 067	41,5	499
2006	213 651	2 505	998	39,8	467
2007	213 865	2 596	997	38,4	466
2008	213 385	2 603	1 041	40,0	488
2009	211 716	2 623	1 013	38,6	478
2010	212 112	2 651	984	37,1	464
2011	212 305	2 697	1 004	37,2	473
2012	213 368	2 634	1 018	38,6	477
2013	213 922	2 796	1 074	38,4	502
2014	215 800	2 605	899	34,5	417
2015	218 523	2 859	936	32,7	428
2016	220 221	2 773	933	33,6	424
2017	219 255	2 752	907	33,0	414
2018	220 629	2 923	961	32,9	436
2019	219 992	2 842	969	34,1	440

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle und Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Abb. 3.10: Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kapitel IX), 2003-2019 nach Geschlecht



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Tab. 3.11: Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2003 - 2019

Gruppe	Klasse	2003	2005	2010	2015	2017	2018	2019
Gestorbene insg.		2 702	2 573	2 632	2 859	2 752	2 923	2 842
darunter Herz-Kreislaufferkrankungen		1 235	1 063	983	936	907	961	969
in % aller Todesfälle		45,7	41,3	37,3	32,7	33,0	32,9	34,1
dar. Krankheitsgruppen u. dar. Krankheitsklassen (3-Steller)								
I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	35	56	42	84	90	113	136
dar.	I11 Hypertensive Herzkrankheit	26	18	17	39	37	29	12
I20-I25	Koronare Herzkrankheiten	559	401	292	334	292	312	256
dar.	I21 Akuter Myokardinfarkt	269	155	133	127	103	93	42
	I25 Chronische koronare Herzkrankheit	261	234	159	203	186	218	211
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	299	333	399	272	243	276	303
dar.	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankh.	6	12	11	26	37	35	38
	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	16	35	43	42	33	54	38
	I50 Herzinsuffizienz	221	236	248	118	93	118	148
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	186	123	109	128	137	129	105
dar.	I63 Hirninfarkt	26	14	27	42	37	49	41
	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bez.	87	67	48	29	20	16	8
	I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	26	12	0	32	41	33	32
I70-I79	KH der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	94	106	106	84	97	87	131
dar.	I70 Atherosklerose	70	72	69	42	42	42	88

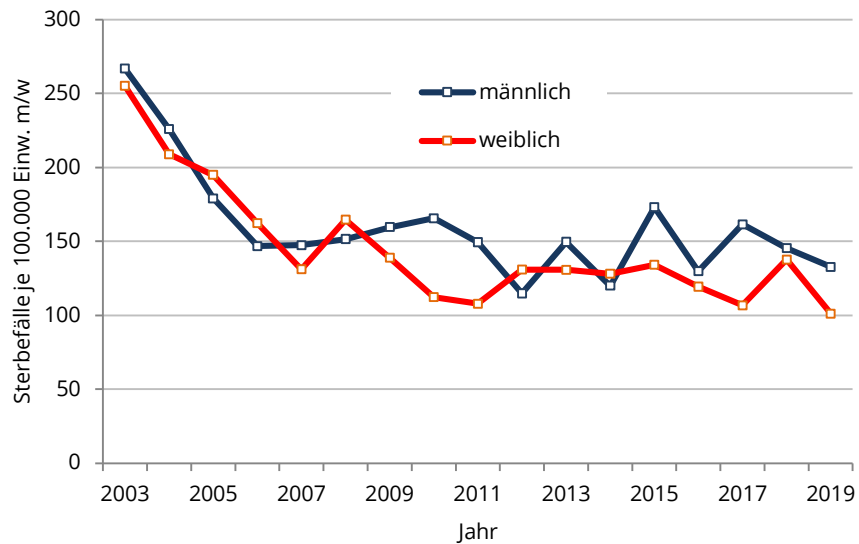
Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Koronare Herzerkrankungen (I20-I25)

In der Betrachtung nach Krankheitsklassen (ICD 10 3-Steller) ist die chronisch ischämische (koronare) Herzerkrankung (I25, siehe auch Tabelle 3.11) die häufigste Todesursache in Deutschland. Auch in der Hansestadt Lübeck ist dies mit rd. 200 Sterbefällen pro Jahr die häufigste Todesursache. Ebenfalls aus der Krankheitsgruppe der Koronaren Herzkrankheiten (I20-I25) folgt der akute Herzinfarkt (I21) an fünfter Stelle mit rd. 100 Sterbefällen pro Jahr, wobei 2019 nur 42 Todesfälle zu verzeichnen waren.

Die Zahl der Todesfälle aufgrund koronarer Herzerkrankungen sind insbesondere Anfang der 2000er Jahre deutlich zurückgegangen. Waren es 2003 noch jährlich rd. 250 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner/-innen, so ist dieser Wert seit 2006 auf rd. 150 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner/-innen gesunken und lag im Durchschnitt der letzten Jahre sogar eher noch darunter (siehe Abb. 3.11).

Abb. 3.11: Sterberaten aufgrund von koronaren Herzkrankungen (I20-I25) 2003-2019 nach Geschlecht



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

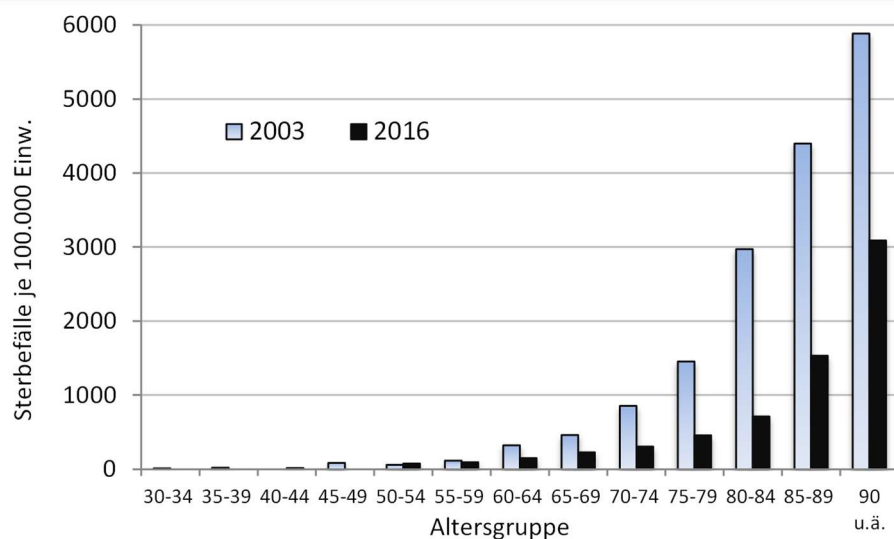
Auch wenn die Sterberaten aufgrund der geringen Fallzahlen gewissen jährlichen Schwankungen unterliegen können, zeigt ein Vergleich der Daten von 2016 gegenüber dem Jahr 2003 einen deutlichen Rückgang in der Sterblichkeit bei Männern (Abb.3.12) als auch bei Frauen (Abb. 3.13).

Der Rückgang der Sterblichkeit zeigt sich in allen Altersgruppen. Generell ist die Sterblichkeit im Bundesgebiet bei Männern etwas höher als bei Frauen, wobei diese bundesweit etwa um das 1,5-fache höher liegt als bei Frauen [Deutscher Herzbericht 2019]. Insbesondere für das Jahr 2003 zeigen sich bei den Männern deutlich höhere Sterberaten als bei den Frauen. Für 2016 ist eine gewisse Annäherung in der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit festzustellen.

Akutbehandlung

Beim Herzinfarkt ist eine Akutbehandlung zur Wiederherstellung der Durchblutung am Herzen innerhalb der ersten sechs Stunden nach Schmerzbeginn entscheidend für die Prognose des Krankheitsverlaufs. Da „jede Minute zählt“ ist bei einem Verdacht auf Herzinfarkt umgehend der Rettungsdienst zu benachrichtigen.

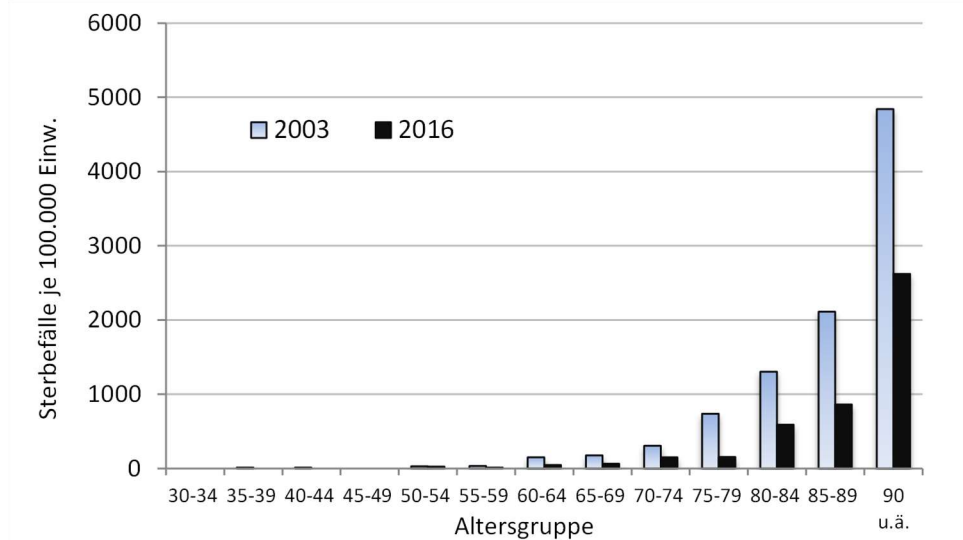
Abb. 3.12: Sterberaten koronarer Herzkrankheiten (I20-I25) 2003 und 2016 - Männer -



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Abb. 3.13: Sterberaten koronarer Herzkrankheiten (I20-I25) 2003 und 2016 - Frauen -

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik



Herzinsuffizienz

Je älter eine Gesellschaft ist, umso mehr Menschen haben Probleme mit dem Herzen. Bei Patienten im Krankenhaus ist die Herzinsuffizienz die häufigste Einzeldiagnose. Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft steigt die Zahl der Fälle seit Jahren an. Langjähriger Bluthochdruck, Herzinfarkt, Diabetes und arteriosklerotische Verengungen der herzversorgenden Gefäße gehen der Herzinsuffizienz oftmals voraus. „Wenn es gelingt, diese Erkrankungen konsequent zu behandeln oder noch besser deren Entstehung durch Prävention zu vermeiden, hätte die Herzschwäche sehr schnell ihren Schrecken verloren.“ [Deutscher Herzbericht 2018]

Die steigende Lebenserwartung bzw. die Fortschritte in der Herzmedizin führen dazu, dass immer mehr Menschen andere Herzkrankheiten überleben und im höheren Alter an einer Herzschwäche erkranken. Zwischen 1995 und 2016 ist es bundesweit zu einer Verdoppelung der Krankenhausdiagnosen gekommen.

Da sich allerdings auch die Behandlungsmöglichkeiten verbessert haben, ist die Zahl der Gestorbenen mit Herzinsuffizienz als Todesursache in den vergangenen Jahren kontinuierlich gefallen. So ist die Zahl der Gestorbenen im Bundesgebiet mit Todesursache Herzinsuffizienz in den vergangenen Jahrzehnten von 65.377 im Jahr 1990 auf 47.414 im Jahr 2015 gefallen. Die Zunahme bei den Diagnosen mit Herzinsuffizienz ist somit paradoxerweise ein Beleg für die anderen positiven Entwicklungen in der Herzmedizin.

Abb. 3.14: Sterberaten aufgrund einer Herzinsuffizienz (I50) 2003 - 2019, nach Geschlecht in der Hansestadt Lübeck

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

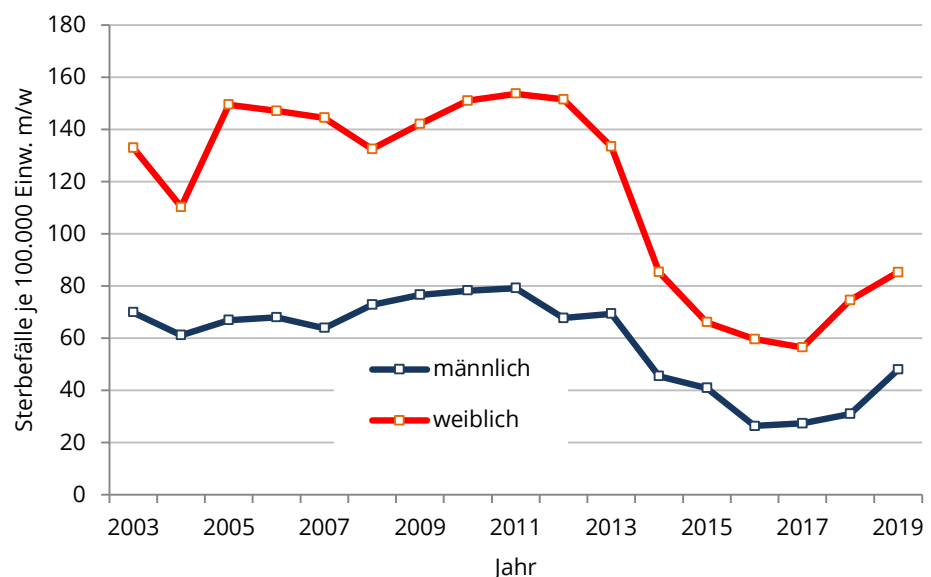
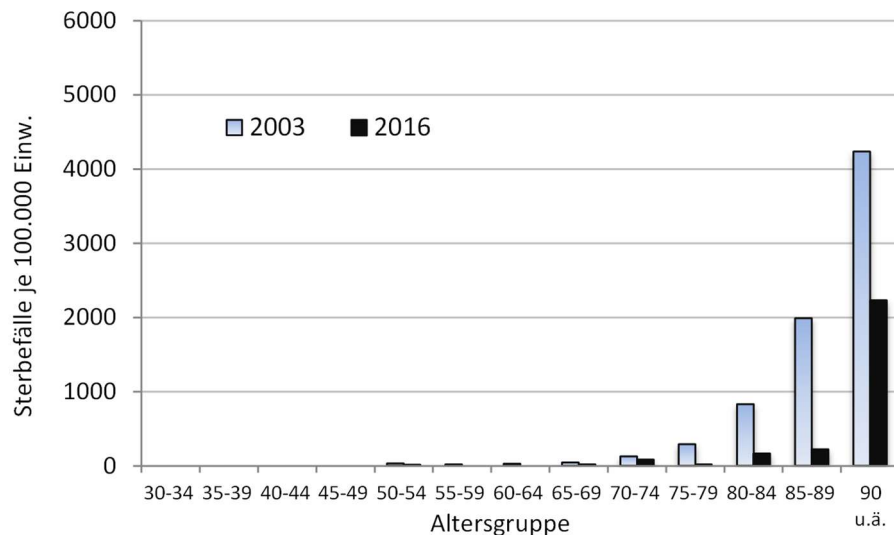


Abb. 3.15: Sterberaten aufgrund einer Herzinsuffizienz 2003 und 2016 nach Altersgruppen



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Auch in der Hansestadt Lübeck wurden im Jahr 2003 noch 221 Sterbefälle mit der Todesursache Herzinsuffizienz gezählt. Besonders seit 2014 sind die Fallzahlen bei Frauen als auch bei Männern deutlich gesunken, so dass im Jahr 2017 insg. nur noch 93 Fälle registriert wurden. Da der Frauenanteil in den höheren Altersjahrgängen größer ist und die Zahl der Todesfälle aufgrund einer Herzinsuffizienz mit steigendem Alter zunehmen, fallen die Zahlen bei den Frauen deutlich höher aus. Altersstandardisiert zeigt sich dagegen eher eine etwas höhere Sterblichkeit bei den Männern (ohne Abbildung).

Die Sterbeziffer bei Herzinsuffizienz nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen ab der Altersgruppe der 80-84-Jährigen zu und erreicht ihren Höchstwert in der Altersgruppe der über 90-Jährigen.

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

(I60-I69) Innerhalb der Herz-Kreislaufkrankungen stellen die zerebrovaskulären Erkrankungen in der Hansestadt Lübeck mit rd. 130 Todesfällen pro Jahr (Jahresdurchschnitt 2015-2019) die dritthäufigste Todesursache dar (s.a. Tab. 3.11). Frauen sind mit rd. 70 Sterbefällen je 100.000 Einwohnerinnen etwas stärker betroffen als Männer mit rd. 40 Sterbefällen je 100.000 Einwohner (s. Abb. 3.16). Dies ist vor allem wiederum durch die höhere Zahl von Frauen in den höheren Altersgruppen zu erklären.

Innerhalb der zerebrovaskulären Krankheiten sind die Fallzahlen für den Schlaganfall (I64) von 67 Todesfällen im Jahr 2005 auf 20 Todesfälle im Jahr 2016 deutlich gesunken, wobei allerdings die Fallzahlen bezogen auf die Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (I69) in gleicher Größenordnung angestiegen sind (siehe Tab. 3.11). Die Ursachen liegen möglicherweise in einer verbesserten Akutversorgung begründet. Inwieweit die niedrigen Werte für 2018 und 2019 zufallsbedingt waren, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

Akutbehandlung

Auch beim Schlaganfall zählt jede Minute um möglichst viele Hirnfunktionen zu retten. Der Schlaganfall ist eine Hauptursache von Behinderung im Erwachsenenalter. Welche Bedeutung der Zeitfaktor hat, zeigen die seit 2015 deutschlandweit geltenden offiziellen Qualitätsmaßstäbe, an denen die Effizienz der Versorgungskette einer Klinik gemessen wird: spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme der Klinik sollte der Patient von einem Arzt untersucht werden.

In der Akutbehandlung von Herzinfarkt oder Schlaganfall werden medikamentöse oder invasive Eingriffe zur Wiederherstellung der Durchblutung des Herzens bzw. des Gehirns mit messbarem Erfolg eingesetzt. Eine zeitgemäße Akutversorgung geschieht heute in spezialisierten Kliniken.

Abb. 3.16: Sterbefälle aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung (I60-I69) 2003 – 2019 nach Geschlecht

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

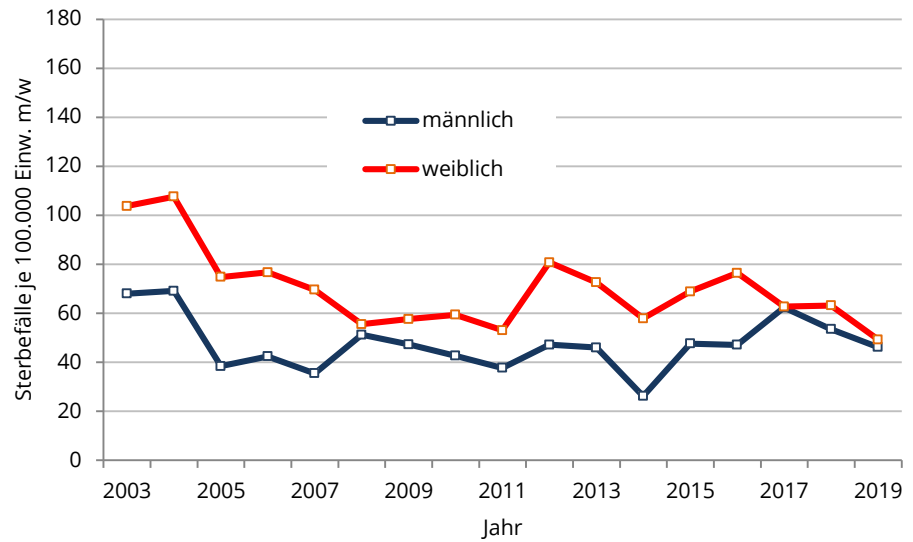
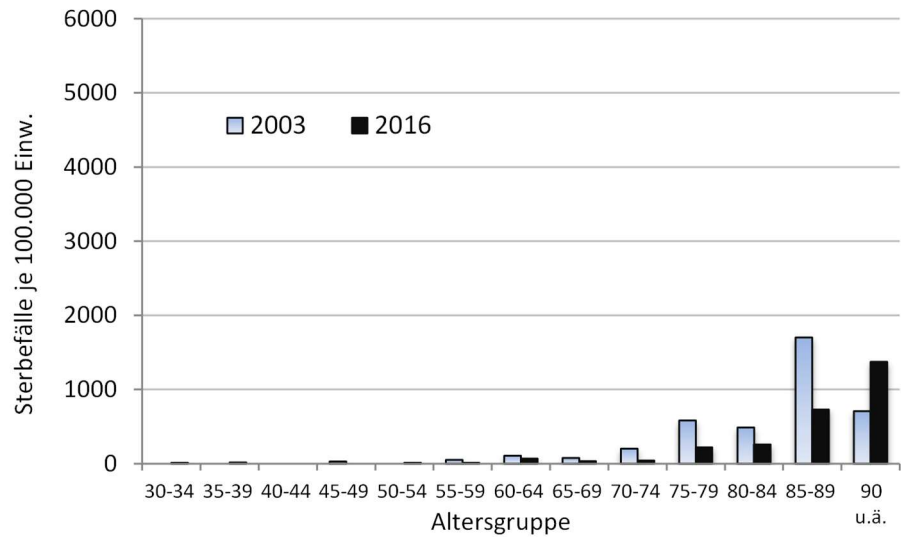


Abb. 3.17: Sterberaten zerebrovaskulären Erkrankung (I60-I69) 2003 und 2016 nach Altersgruppen

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik



Anmerkung: zu Vergleichszwecken sind die Abb. 3.14 und 3.16 im gleichen Skalenmaßstab dargestellt.

3.5 Krebserkrankungen

INFOBOX!

Die Krebsarten unterscheiden sich teilweise stark voneinander: In ihrer Entstehung, in ihren Ursachen, in der Häufigkeit, in den Behandlungsmöglichkeiten, in der Neigung Metastasen zu bilden und in ihrer Prognose. Krebs ist eine Erkrankung, die den genetischen Reparaturmechanismus betrifft. In der Erbsubstanz von gesunden Körperzellen kommt es zu Veränderungen, die nicht mehr repariert werden können. Mit wenigen Ausnahmen steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Alter stark an, denn je älter ein Mensch wird, desto anfälliger wird das Reparatursystem der Gene. Damit ist das Altern der wesentliche Risikofaktor für Krebs.

Etwa die Hälfte aller Männer und rund 40 Prozent aller Frauen müssen damit rechnen, im Laufe ihres Lebens (genaugenommen bis zum 75. Lebensjahr) mit einer Krebsdiagnose konfrontiert zu werden. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache und rd. ein Viertel aller Todesfälle sind auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

Inzidenz und Prävalenz

Als Inzidenz werden die Neuerkrankungen bezeichnet, wobei Wiedererkrankungen (Rezidive) und Metastasen nicht gezählt werden. Die Zahl der Neuerkrankungen ist von der Bevölkerungszahl abhängig und wird daher als Neuerkrankungsrate auf 100.000 Personen in einem bestimmten Zeitraum bezogen und kann auch als Erkrankungswahrscheinlichkeit interpretiert werden (= rohe Inzidenzrate). Da die Inzidenz vom Altersaufbau einer Bevölkerung abhängig ist, wird zu Vergleichszwecken die altersstandardisierte Inzidenzrate (ASR) verwendet. Diese Maßzahl ist eine „künstliche“ Inzidenzrate, die den Einfluss abweichender Altersstrukturen auf die Erkrankungshäufigkeit eliminiert, und die erwartete Häufigkeit einer Erkrankung in Bezug auf eine Standardbevölkerung (Modellbevölkerung) berechnet und somit vergleichbar macht.

Die Prävalenz gibt die Zahl der erkrankten Personen wieder, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der Diagnose noch leben. Häufig findet die 1-Jahres- oder 5-Jahres-Prävalenz Anwendung. In der Epidemiologie ist die Prävalenz damit eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit bzw. für den Anteil der Erkrankten in einer Bevölkerung. Die absolute Überlebensrate gibt hierbei an, wie viele Personen zum Messzeitpunkt (z.B. zehn Jahre nach der Diagnose) noch leben. Bei der relativen Überlebensrate wird zudem die allgemeine Sterblichkeit berücksichtigt. Die absolute Überlebensrate wird einer erwarteten Überlebensrate gegenübergestellt.

Nach einer umfangreichen auf einer weltweiten Datenbasis basierenden Studie der Krebsforscher Tomasetti und Vogelstein beruhen Krebserkrankungen in nahezu zwei von drei Fällen auf blankem Zufall, auf Kopierfehler der genetischen Information bei der Zellteilung, d.h. Krebs ist oftmals ein schicksalhaftes Ereignis, an dem der Kranke völlig unschuldig ist. Dies impliziert jedoch nicht die Abkehr von einem gesunden Lebensstil, denn annähernd 40 Prozent aller Krebskrankheiten können durch einen gesunden Lebensstil und das Vermeiden schädlicher Umweltbedingungen vermieden werden. Zudem sind die Einflüsse von Erbgut, Umwelt und Zufall je nach Tumor unterschiedlich groß. Beim Lungenkrebs sind 65 Prozent der kreberzeugenden Mutationen auf den Lebensstil, vor allem das Rauchen, zurückzuführen, die restlichen 35 Prozent sind zufallsbedingt. Beim Prostata- oder beim Knochenkrebs und bei Hirntumoren dagegen sind mehr als 95 Prozent der krankmachenden genetischen Veränderungen Ergebnis zufälliger Kopierfehler. [Tomasetti, Vogelstein 2017]

Bei jenen Tumorarten, bei denen der Lebensstil eine wichtige Rolle spielt, sollte man Tipps zur Vorbeugung geben. Bei den anderen Tumoren, die vor allem vom Zufall abhängen, ist dagegen eine gute Früherkennung entscheidend für die Prognose der Erkrankung.

Tab. 3.12: ICD-10 Code für ausgewählte Tumore und Tumorgruppen

ICD-10-Code	Bezeichnung
C00-C14	Mund und Rachen
C15	Speiseröhre
C16	Magen
C18-C21	Darm und Rektum
C22	Leber
C25	Bauspeicheldrüse
C32	Kehlkopf
C33-C34	Lunge
C43	Malignes Melanom der Haut
C44	Sonstige Haut
C50	Brust
C51	Vulva
C53	Gebärmutterhals
C54-C55	Gebärmutterkörper
C56	Eierstock
C61	Prostata
C62	Hoden
C64	Niere
C67, D09.0, D414	Harnblase
C70-C72	Gehirn und zentrales Nervensystem
C73	Schilddrüse
C81	Hodgkin-Lymphom
C82-C86	Non-Hodgkin-Lymphome
C88, C90	Immunproliferative u. plasmazell. Krankh.
C91-C95	Leukämien

Das Krebsregister Schleswig-Holstein

Umfangreiche Daten und Analysen zu den Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein werden durch das Krebsregister Schleswig-Holstein bereitgestellt. Im epidemiologischen Krebsregister werden seit dem Jahr 1998 Inzidenz, Prävalenz und Mortalität der Krebserkrankungen nach Alter, Geschlecht und Tumorarten erfasst und analysiert. Die Daten sind für Landkreise und die kreisfreien Städte auch regional verfügbar. Die folgenden Darstellungen basieren weitgehend auf der Datenbank des epidemiologischen Krebsregisters.

Das Krebsregister ist insbesondere aus Datenschutzgründen in drei Organisationseinheiten aufgeteilt. Die bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein angesiedelte Vertrauensstelle dient als Kontaktstelle für die meldenden Ärzte und die personenbezogenen Daten speichert, während die Registerstelle, das Institut für Krebs Epidemiologie an der Universität zu Lübeck nur die pseudonymisierten klinischen Daten zur Speicherung und Auswertung erhält. Die Koordinierungsstelle als dritte Organisationseinheit befindet sich im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Krebsregistergesetzes im Mai 2016 wurde das epidemiologische Krebsregister um eine klinische Komponente erweitert, die den kompletten Verlauf einer Krebserkrankung von der Diagnose über Art und Umfang durchgeführter Therapien bis hin zu deren Ergebnissen abbilden soll. Erfolgreiche Behandlungsmethoden sollen dadurch schneller erkannt und angewendet werden. Die ausgewerteten Daten sollen an die behandelnden Ärzte zurückgemeldet werden. Für Wissenschaft und Forschung bieten sich zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten auf Basis eines bundeseinheitlichen Datensatzes.

Situation in Schleswig-Holstein

Im Zeitraum von 2012 bis 2014 gab es in Schleswig-Holstein im Durchschnitt rund 19.500 neue Krebserkrankungen und rd. 8.200 Krebssterbefälle pro Jahr. Fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose lebten noch rd. 70 Prozent der Frauen und rd. 65 Prozent der Männer. Rund 100.000 Krebspatienten leben in Schleswig-Holstein (10-Jahres Prävalenz). Das sind rd. 3,5 Prozent der Bevölkerung, womit rund jeder Dreißigste in den letzten zehn Jahren von einer Krebserkrankung betroffen war. (Institut für Krebs Epidemiologie 2017, S. 9)

Das mittlere Erkrankungsalter liegt in Schleswig-Holstein bei etwa 70 Jahren. Etwa 51 Prozent der Männer, und 43 Prozent der Frauen müssen damit rechnen im Laufe ihres Lebens an Krebs zu erkranken (Lebenszeitinzidenz). Die Wahrscheinlichkeit vor dem 75. Lebensjahr an Krebs zu erkranken liegt bei Männern bei 39 Prozent und bei Frauen bei 32 Prozent (Institut für Krebs Epidemiologie 2017, S. 25)

Das mittlere Sterbealter der an Krebs verstorbenen Personen beträgt 74 Jahre für Männer und 75 Jahre für Frauen.

Entwicklung Inzidenz

Zwischen 2000 und 2015 ist die Zahl der Krebsneuerkrankungen bei Männern von jährlich 8.765 um 16 Prozent auf 10.204 angestiegen und bei den Frauen von 8.814 um fünf Prozent auf 9.246. Entscheidende Ursache hierfür war die Zunahme des Anteils älterer Menschen, die bei Männern stärker ausgeprägt war als bei Frauen. Die Entwicklung der altersstandardisierten Erkrankungsrate zeigt, dass es ohne diese Veränderungen bei Männern zu keinem, bei Frauen zu einem leichten Anstieg der Erkrankungszahlen um etwa sieben Prozent gekommen wäre. Letzterer erklärt sich zu einem wesentlichen Teil durch die Zunahme der Neuerkrankungen beim Brustkrebs, bedingt durch die Einführung des Mammographie-Screenings zwischen 2005 und 2009.

Entwicklung Mortalität

Ähnlich ist die Entwicklung hinsichtlich der Mortalität. Auch hier zeigt sich bei der Zahl der Sterbefälle eine altersbedingte Zunahme, während die altersstandardisierte Mortalitätsrate, also die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben eher rückläufig ist.

So ist der Zahl der jährlichen Sterbefälle durch Krebs bei den Männern in den Jahren 2000 bis 2015 von 3.782 auf 4.702 angestiegen, was einer Steigerung um 24 Prozent entspricht. Bei den Frauen stieg die Zahl der jährlichen Sterbefälle im gleichen Zeitraum von 3.649 auf 4.036 an, entsprechend einer Zunahme um rd. elf Prozent.

Die altersstandardisierte Entwicklung der Sterbefälle zwischen 2000 und 2015 zeigt bei den Männern dagegen einen Rückgang der altersstandardisierten Sterblichkeitsrate von 232,9 auf 199,9 und bei den Frauen einen Rückgang von 152,4 auf 139,0. Je nach Tumorart zeigen sich hier jedoch unterschiedliche Entwicklungen. Vorsorge, Früherkennung und verbesserte Behandlungsmethoden bewirkten einen Rückgang der altersstandardisierten Mortalität etwa bei Magen- und Darmkrebs und bis ca. 2006 auch beim Prostatakrebs. Bauspeicheldrüsen- und Speiseröhrenkrebs zeigen dagegen eher noch eine steigende Mortalität. Genauere Daten zum Schleswig-holsteinischen Krebsgeschehen sind über das Krebsregister Schleswig-Holstein online oder über die Publikationen des Instituts für Krebs Epidemiologie erhältlich und würden den Rahmen eines kommunalen Gesundheitsberichtes sprengen.

Lübeck im Vergleich zum Land

Die für das Land Schleswig-Holstein aufgezeigten Regelmäßigkeiten zur Inzidenz, Prävalenz und Mortalität der Krebserkrankungen gelten zudem weitgehend auch für die Hansestadt Lübeck. Geringere Abweichungen sind überwiegend der geringen Fallzahl geschuldet und sollten nicht zu voreiligen Interpretationen verführen.

Abbildung 3.18 zeigt die Krebsmortalität nach Altersgruppen und Geschlecht. In der Altersgruppe von 50- bis 84-Jährigen sind die Fallzahlen bei den Männern höher als bei den Frauen. In den höheren Altersgruppen nimmt die Zahl der Erkrankungen entsprechend der Anzahl der Einwohner/-innen ab. Ab 85 Jahre sind die Fallzahlen der Frauen höher als bei den Männern, da in diesen Altersgruppen

der Frauenanteil überwiegt (siehe auch Alterspyramide auf S. 20, Abb. 2.9).

Männer unterliegen einem höheren Krebsrisiko als Frauen

Bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner/-innen einer Altersgruppe zeigt sich eine mit dem Alter zunehmende Krebshäufigkeit (Abb. 3.18), wobei Männern gegenüber den Frauen eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit aufweisen (Abb. 3.19). Die Ursachen dafür dürfte auf die im Allgemeinen ungesündere Lebensweise der Männer

zurückzuführen sein (wie Rauchen, Alkohol oder Schadstoffexposition am Arbeitsplatz).

Früherkennung

Die geschlechtsspezifischen Krebsrisiken spiegeln sich jedoch nicht in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen wieder, da nur rd. 40 Prozent der Männer aber rd. 67 Prozent der Frauen die Angebote zur Krebsfrüherkennung in Anspruch nehmen [Robert-Koch-Institut, 2013].

Abb. 3.18: Mortalität der Krebserkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht

in der Hansestadt Lübeck

jährlicher Durchschnitt der Jahre 2013-2015

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Statistik der Todesursachen, Graphik: Gesundheitsamt

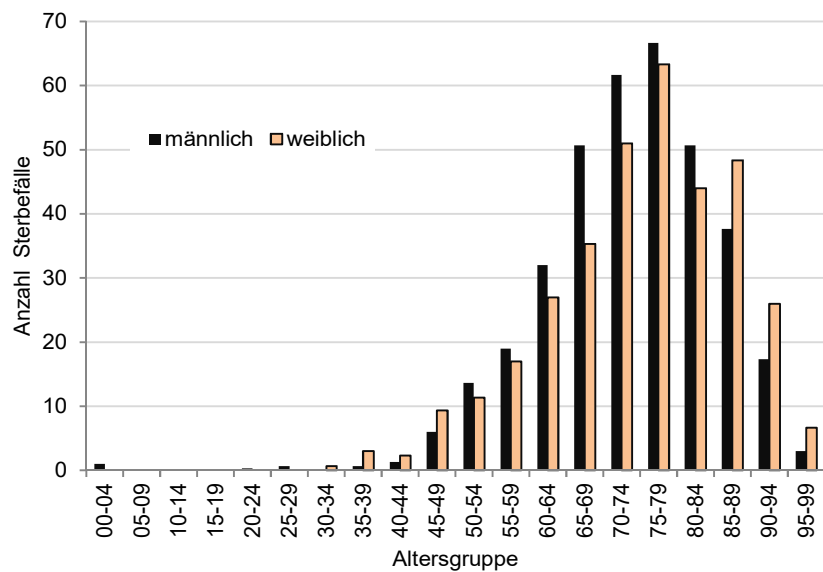
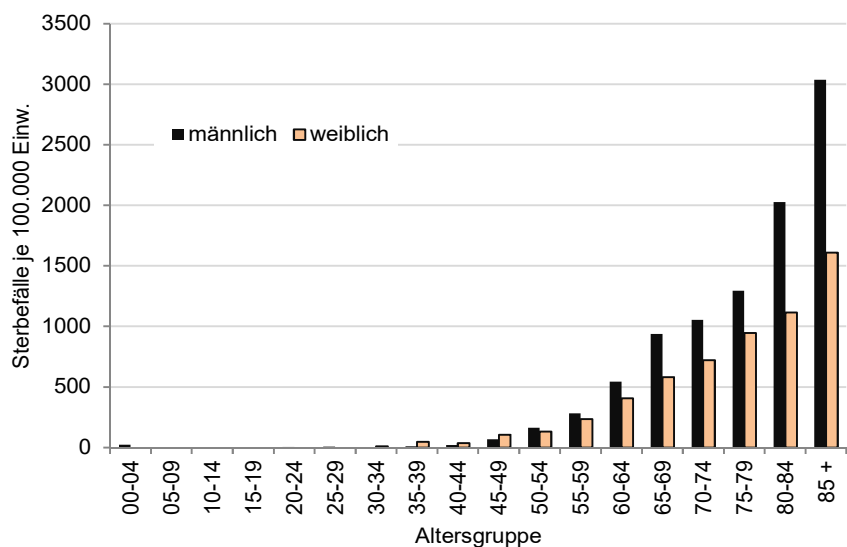


Abb. 3.19: Krebsmortalität nach Altersgruppen und Geschlecht pro 100.000 Personen

in der Hansestadt Lübeck

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Statistik der Todesursachen, Graphik: Gesundheitsamt



Die Krebsfrüherkennungsmaßnahmen beziehen sich laut der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Bundesausschusses (oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland)

- bei Frauen und Männern auf die Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren,
- bei Frauen auf die Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres und
- bei Männern auf die Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren.

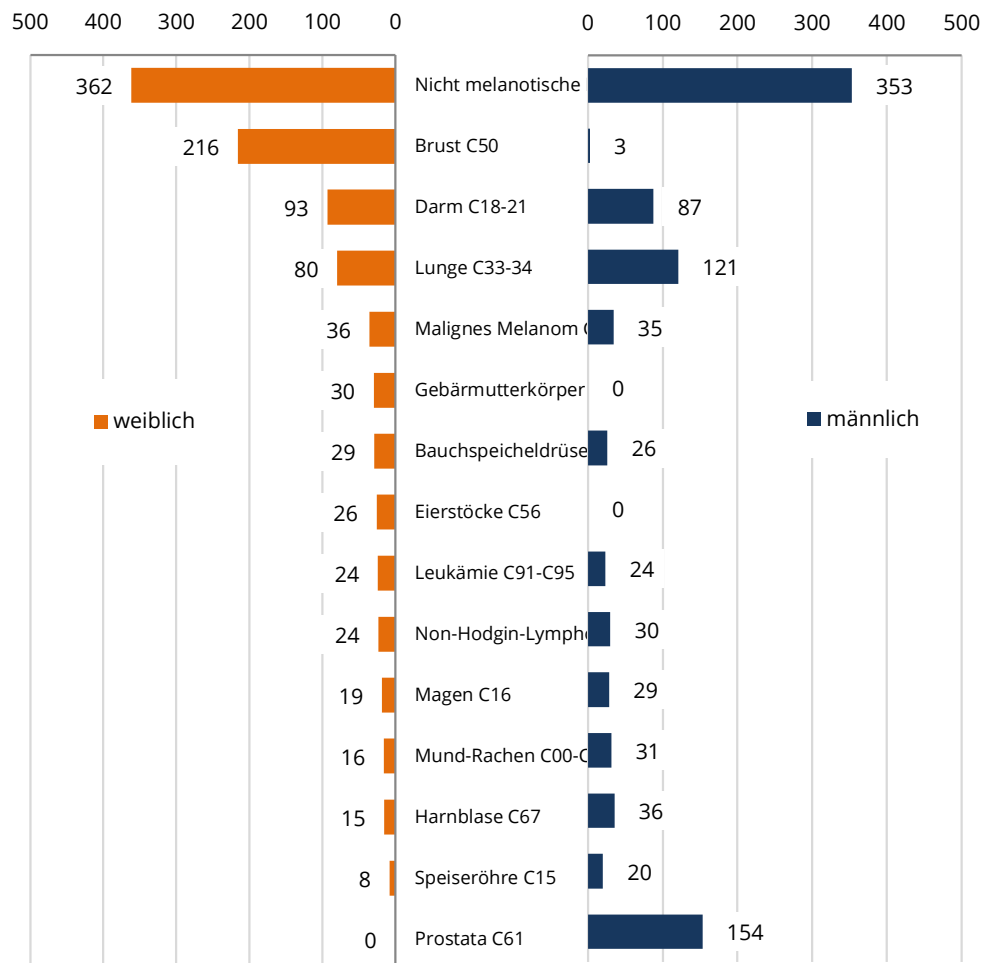
INFOBOX!

Weißer Hautkrebs

In den Krebsstatistiken taucht die mit Abstand häufigste Tumorart meist gar nicht auf. Zum weißen Hautkrebs werden alle nicht-melanotischen Hautkrebsformen zusammengefasst. Dazu gehören das Basalzellkarzinom und das Plattenepithel-Karzinom (auch Spinaliom genannt). Obwohl das Basalzellkarzinom nur in ganz seltenen Fällen Metastasen bildet handelt es sich nicht um eine gutartige Erkrankung, denn der Tumor wächst in das umliegende Gewebe hinein und zerstört dabei nicht nur die Haut, sondern kann auch in Knorpel und Knochen hineinwachsen. Beim Spinaliom kommen zwar etwas häufiger Metastasen vor, doch auch hier ist die Prognose im Allgemeinen gut.

Der wichtigste Risikofaktor für beide Tumorarten ist die über Jahrzehnte hinweg gesammelte UV-Strahlenbelastung, d.h. exponierte Bereiche wie Gesicht, Nase, Ohren etc. sind besonders gefährdet. Beide Hautkrebsformen treten vor allem im höheren Lebensalter auf.

Abb. 3.20: Die häufigsten Krebsneuerkrankungen (Inzidenz) in der Hansestadt Lübeck jährlicher Durchschnitt der Jahre 2013-2018



Quelle: Krebsregister Schleswig-Holstein, Institut für Krebspidemiologie e.V., Graphik: Gesundheitsamt

Häufigste Neuerkrankungen

Da es mehr als 100 verschiedene Tumorarten gibt (ICD 10: C00 - D48), die hinsichtlich Inzidenz, Prävalenz und Mortalität erhebliche Unterschiede aufzeigen, seien im Folgenden lediglich die Häufigsten kurz dargestellt.

Die mit Abstand häufigsten Krebsneuerkrankungen fallen auf den sogenannten „weißen Hautkrebs“ (ICD 10: C44, siehe Abb 3.20, hier unter „nicht-melanotische Hauttumoren“ dargestellt). Dieser Tumor macht zwar bundesweit 25 bis 28 Prozent aller Krebserkrankungen aus (hier 32,4 Prozent bei Frauen und 32,3 Prozent bei Männern), der Anteil an der Krebssterblichkeit insgesamt liegt jedoch nur bei 0,3 Prozent. Dem international üblichen Vorgehen folgend wird der „epitheliale Hautkrebs“ aufgrund der hervorragenden Prognose der nicht-melanotischen Hauttumoren daher in der weiteren Betrachtung zur Mortalität nicht berücksichtigt.

Im jährlichen Durchschnitt der Jahre 2013 bis 2018 ist die häufigste bösartige Krebsneuerkrankung bei den Frauen der Brustkrebs (n=216) entsprechend rd. 32 Prozent aller Krebsneuerkrankungen, gefolgt vom Darmkrebs (n=93, 8,1 Prozent) und dem Lungenkrebs (n=80, 6,0 Prozent).

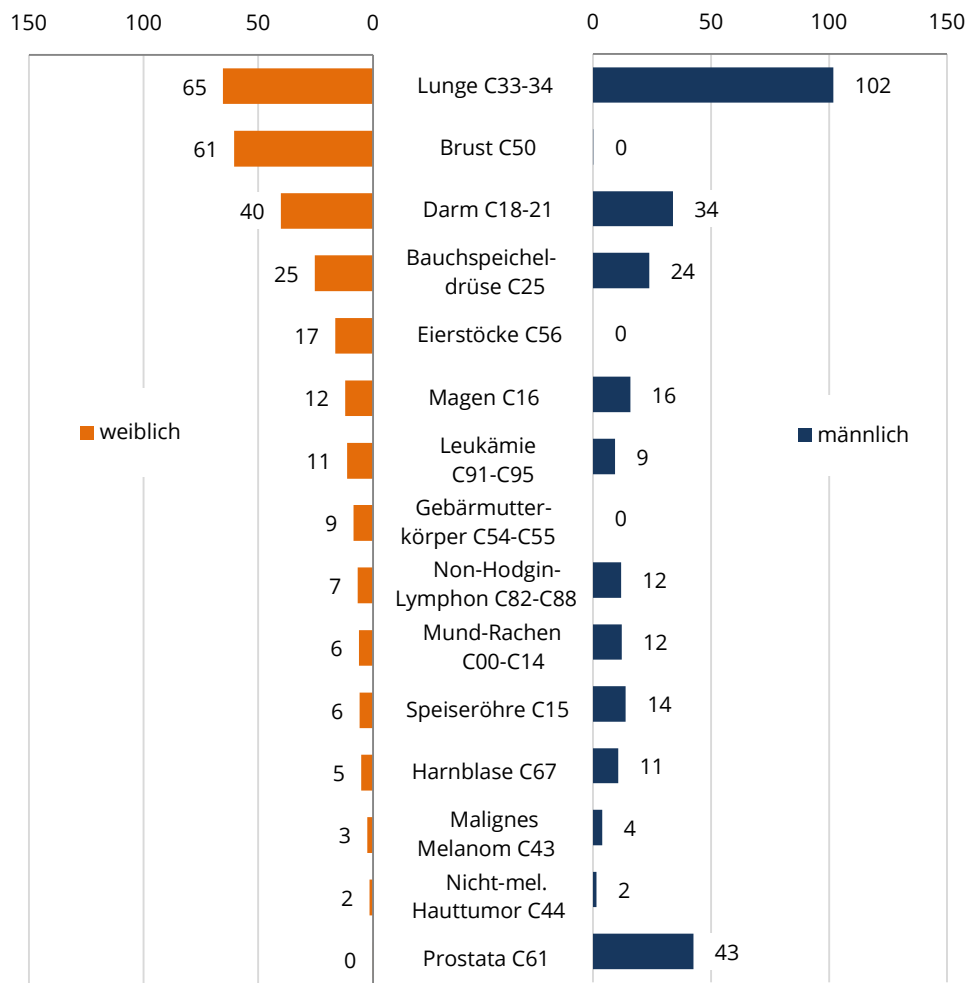
Bei den Männern liegt das Prostatakarzinom an erster Stelle (n=154, 13,0 Prozent), danach folgt Lungenkrebs (n=121, 10,5 Prozent), Darmkrebs (n=87, 7,5 Prozent) und Krebs der Harnblase (n=36, 6,1 Prozent).

Häufigste Todesursachen

Nicht nur bei den Neuerkrankungen, sondern auch bei den Todesursachen steht der Brustkrebs bei den Frauen an erster Stelle. Pro Jahr starben im jährlichen Durchschnitt der Jahre 2013-2018 rd. 65 Frauen in Lübeck an Brustkrebs, entsprechend 18,4 Prozent aller Krebssterbefälle. Insgesamt sind 4,5 Prozent aller weiblichen Todesfälle pro Jahr auf Brustkrebs zurückzuführen, d.h. fast jeder 20. Todesfall bei den Frauen ist darauf zurückzuführen.

Bei den Männern ist der Lungenkrebs mit durchschnittlich 102 Fällen pro Jahr die tödlichste Krebserkrankung. Er macht ca. ein Drittel aller Krebssterbefälle aus und ist insgesamt für jeden 14 Todesfall bei den Männern verantwortlich. Prostata-Krebs folgt mit 43 Sterbefällen und Darmkrebs mit 34 Sterbefällen pro Jahr.

Abb. 3.21: Die häufigsten Krebstodesursachen (Mortalität) in der Hansestadt Lübeck
jährlicher Durchschnitt der Jahre 2013-2018



Quelle: Krebsregister Schleswig-Holstein, Institut für Krebsepidemiologie e.V.,
Graphik: Gesundheitsamt

INFOBOX!

Verhältnis Mortalität zu Inzidenz

Aus der Gegenüberstellung von Mortalität und Inzidenz (M/I) lässt sich die Schwere und Therapierbarkeit einer Krebserkrankung grob abschätzen. Zwar werden die in einem Zeitraum verstorbenen Personen in Beziehung gesetzt zu jenen Personen, die in demselben Zeitraum neu erkrankt sind, womit zwei nur teilweise identische Bevölkerungsgruppen in Bezug zueinander gesetzt werden und mögliche zeitliche Faktoren unberücksichtigt bleiben. Jedoch kann diese Maß zur groben Orientierung dienen. Ist die jährliche Mortalität bezogen auf eine altersstandardisierte Bevölkerung annähernd so hoch wie die Rate der jährlichen Neuerkrankungen ist von einer sehr tödlichen Krankheit auszugehen. Liegen die Fallzahlen der Mortalität deutlich unterhalb der Inzidenz, ist eine hohe Heilungsrate gegeben.

Für die häufigsten Tumorarten (Abb.3.21) wie Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Bauspeicheldrüsen- und Prostatakrebs sind Inzidenz und Mortalität für den Zeitraum 2000 bis 2018 dargestellt. Alle sind auf die europäische Standardbevölkerung bezogen, um einerseits den Einfluss der Altersstruktur auszuklammern, andererseits um den Vergleich mit den Analysen des Krebsregisters und somit zu den Landesdaten zu gewährleisten.

Brustkrebs (C 50)

Die bei den Frauen häufigste Todesursache bei Krebserkrankungen ist der Brustkrebs. Im Zeitraum 2013 bis 2018 gab es in Lübeck jährlich durchschnittlich 60 Todesfälle. Umgerechnet auf die europäische Standardbevölkerung

sind dies ungefähr 29 Todesfälle pro Jahr. Die Mortalitätsrate zeigt über die Jahre hinweg kaum Veränderungen (siehe Abb. 3.22).

Die Zahl der Neuerkrankungen - ebenfalls bezogen auf die europäische Standardbevölkerung - liegt bei rd. 120 bis 140 Fällen pro Jahr mit sinkender Tendenz. Mit der Einführung des Mammographie-Screenings in Schleswig-Holstein ab 2008 stieg die Inzidenzrate erwartungsgemäß an. Danach ist die Inzidenzrate wieder auf das Niveau wie vor der Einführung des Mammographie Screenings gesunken. Für das Jahr 2017 und 2018 wurde die bisher niedrigsten Inzidenzraten verzeichnet. Das Verhältnis Mortalität zu Inzidenz beträgt 0,20 im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2017.

Bei früher Diagnose des Tumors sind die Prognosen recht günstig. Die absolute 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Frauen bei 82 Prozent. In seltenen Fällen können auch Männer an Brustkrebs erkranken.

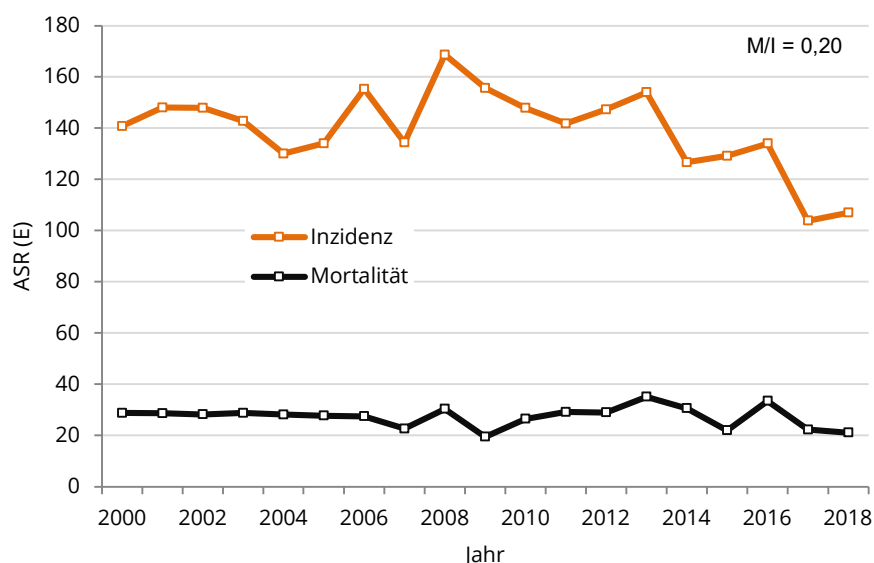
Lunge (C33-C34)

Lungenkrebs gehört bei Männern und Frauen zu den drei am häufigsten diagnostizierten Krebsarten. Die absolute 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 22 (Frauen) bzw. 18 Prozent (Männer). Die Prognose ist durch den hohen Anteil spät diagnostizierte und bereits metastasierte Tumore gekennzeichnet. Die Zahl der Neuerkrankungen und der Todesfälle war in 2015 nahezu gleich hoch. In Schleswig-Holstein ist das Erkrankungsrisiko für Männer stetig gesunken, während es bei den Frauen leicht angestiegen ist. Ähnliche Entwicklungen sind für Lübeck zu beobachten, wobei das Erkrankungsrisiko in den Jahren 2011 bis 2013 etwas höher lag (Abb. 3.23).

Das Erkrankungsrisiko und die Mortalitätsrate ist für Frauen deutlich niedriger als bei den Männern.

Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist mit deutlichem Abstand das Rauchen. Aber auch Asbest, Radon (siehe auch

Abb. 3.22: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität (ASR) von Brustkrebs (C50) 2000 – 2018 - Frauen



Quelle: Krebsregister Schleswig-Holstein, Institut für Krebsepidemiologie e.V., Datenabfrage 29.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

ASR (E): Altersstandardisierte Rate bezogen auf 100.000 Frauen der Europäischen Standardbevölkerung
Anmerk.: M/I = jährlicher Durchschnitt der Jahre 2000-2018

Kapitel Umwelteinflüsse) und andere Schadstoffe wie auch Vireninfektionen zählen zu den Risikofaktoren. Demographiebedingt ist die Mortalität bei den Männern von 84 Fällen im Jahr 2004 auf 107 Fälle im Jahr 2015 angestiegen, bei den Frauen für den gleichen Zeitraum von 40 auf 66 Fälle.

Darm und Rektum (C18-C21)

Auch der Darmkrebs gehört wie der Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern zu den drei häufigsten Krebsdiagnosen. Die absolute 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 56 (Frauen) bzw. 54 (Männer) Prozent. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate, die die Mortalität durch andere Todesursachen herausrechnet, liegt jedoch mit 68 (Frauen) bzw. 65 (Männer) Prozent deutlich höher. Risikofaktoren sind Übergewicht, Tabakkonsum, zu viel tierische Fette und rotes Fleisch, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder Darmpolypen. Im Rahmen der Früherkennungskoloskopie können Darmkrebskrankungen verhindert werden. Die Inzidenz ist in den letzten Jahren rückläufig, wobei sie in den letzten Jahren eher konstant blieb. Die Mortalitätsrate war annähernd konstant.

Die Mortalitätsrate und die Inzidenzrate der Frauen ist gegenüber den Männern etwas niedriger (Abb. 3.24).

Prostata (C 61)

Prostatakrebs ist bei den Männern die am häufigsten diagnostizierte bösartige Tumorerkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache. Sowohl die Neuerkrankungsrate als auch die Zahl der Neuerkrankungen sind seit 2002 kontinuierlich gesunken. Die Mortalitätsrate ist relativ konstant geblieben, während die Fallzahl der Mortalität demographiebedingt von 34 Fällen im Jahr 2000 auf 45 Fälle im Jahr 2015 angestiegen sind.

Die absolute 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 80 Prozent, während die relative 5-Jahres-Überlebensrate deutlich höher bei 95 Prozent liegt, was darauf hindeutet, dass ein großer

Teil der Patienten aufgrund des höheren Alters vorher an anderen Krankheiten gestorben ist.

Zu den Risikofaktoren ist relativ wenig bekannt. Der Einfluss des Geschlechtshormons Testosteron ist bekannt aber wenig beeinflussbar. Im fortgeschrittenen Stadium treten Blasenentleerungsstörungen auf (Abb. 3.25).

Bauchspeicheldrüse (C25)

Zu den etwas seltener vorkommenden aber gefährlichsten Tumorerkrankungen zählt der Bauchspeicheldrüsenkrebs. Aufgrund der äußerst schlechten Prognose unterscheiden sich Inzidenz- und Mortalitätsraten kaum voneinander (Abb. 3.26).

Die jährlichen Fallzahlen sind relativ konstant geblieben und lagen in den letzten Jahren bei durchschnittlich 20 (Männer) bzw. bei durchschnittlich 24 Erkrankungen (Frauen) pro Jahr

Mit einer absoluten 5-Jahres-Überlebensrate von elf Prozent (für beide Geschlechter) bzw. einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 13 Prozent (ebenfalls beide Geschlechter) weist dieser Tumor die schlechteste Prognose aller Krebserkrankungen auf.

Zu den Risikofaktoren zählen Tabak- und Alkoholkonsum, Diabetes mellitus Typ II und chronische Entzündungen (Pankreatitis).

Detailliertere Analysen zu den hier exemplarisch und nur kurz dargestellten Krebserkrankungen sowie weitere Daten zu den hier nicht dargestellten Tumorarten finden sich in den Veröffentlichungen des Krebsregisters Schleswig-Holstein.

Abb. 3.23: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Lungenkrebs (C33-C34), 2000 – 2018

in der Hansestadt Lübeck

Anmerk.: M/I = Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2000-2018

Quelle: Krebsregister Schl.-Holst., Institut für Krebsepidemiologie e.V., Datenabfrage 29.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

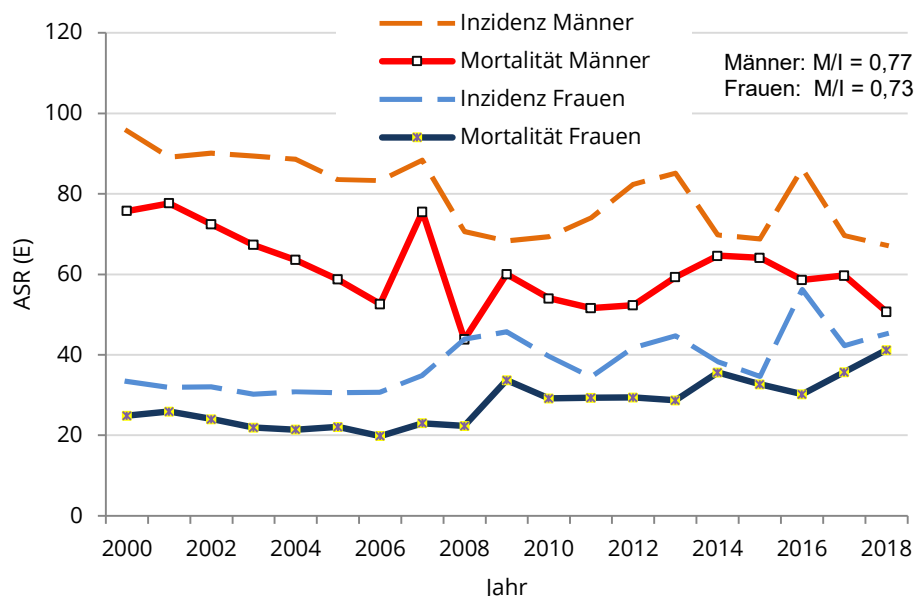


Abb. 3.24: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs (C18-C21), 2000 – 2018

in der Hansestadt Lübeck

Anmerk.: M/I = Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2000-2018

Quelle: Krebsregister Schl.-Holst., Institut für Krebsepidemiologie e.V., Datenabfrage 29.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

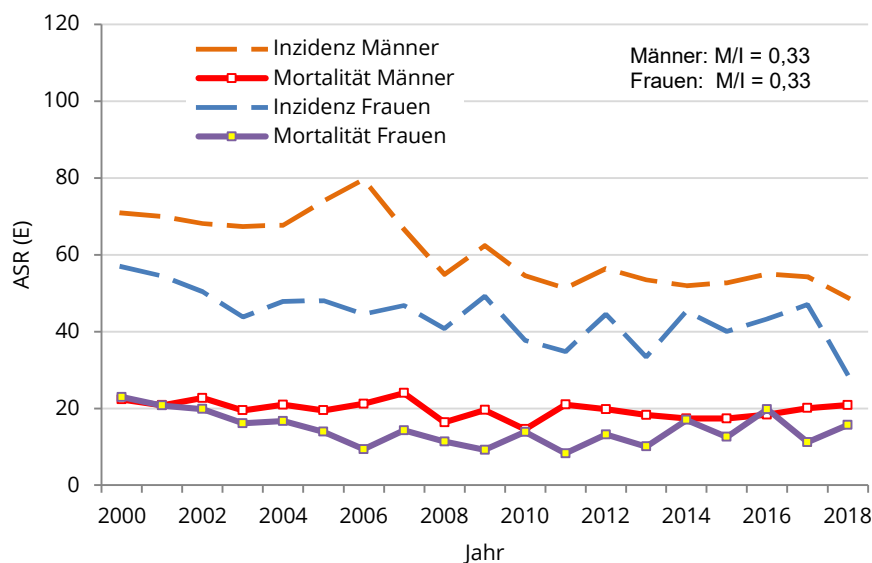


Abb. 3.25: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Prostatakrebs (C61), 2000 – 2018

in der Hansestadt Lübeck

Anmerk.: M/I = Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2000-2018

Quelle: Krebsregister Schl.-Holst., Institut für Krebsepidemiologie e.V., Datenabfrage 29.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

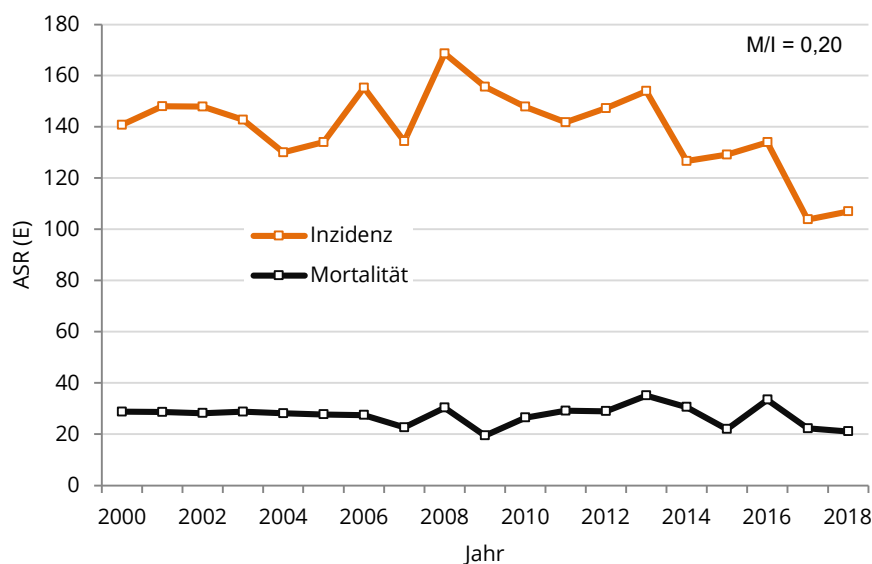
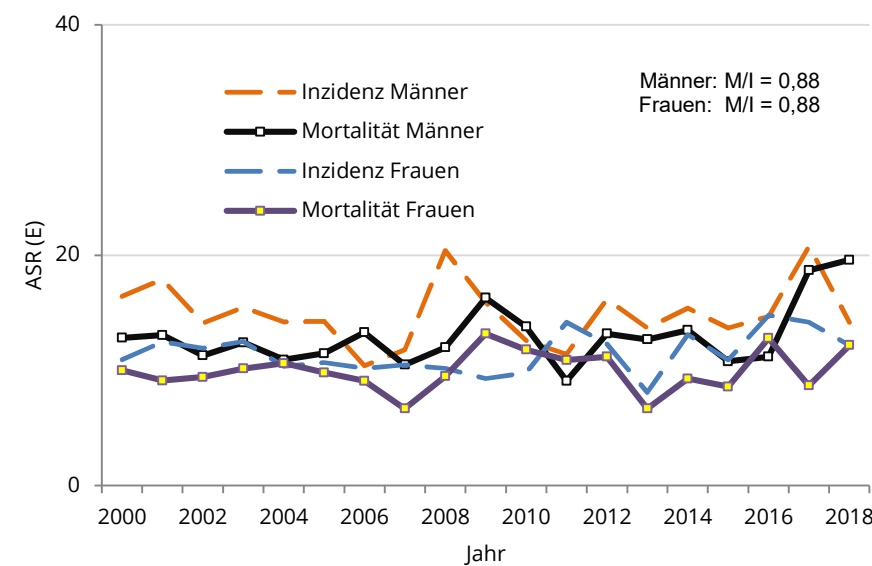


Abb. 3.26: Altersstandardisierte Inzidenz und Mortalität von Bauspeicheldrüsenkrebs (C25), 2000 – 2018

in der Hansestadt Lübeck

Anmerk.: M/I = Jährlicher Durchschnitt der Jahre 2000-2018

Quelle: Krebsregister Schl.-Holst., Institut für Krebsepidemiologie e.V., Datenabfrage 29.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt



3.6 Infektionskrankheiten

3.6.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

INFOBOX!

Infektionen

Infektionskrankheiten werden durch Mikroorganismen ausgelöst, die in einen menschlichen oder tierischen Organismus eindringen und sich dort vermehren. Die häufigsten Auslöser von Infektionskrankheiten sind Bakterien und Viren, aber auch einzellige Lebewesen, Pilze und Würmer können Infektionskrankheiten verursachen.

Nach Angaben der WHO finden sich weltweit drei Infektionskrankheiten unter den zehn häufigsten Todesursachen: Atemwegserkrankungen wie Erkältung, Grippe oder Lungenentzündung (Rang 3), Durchfallerkrankungen (Rang 5) und HIV/AIDS (Rang 6). Infektionskrankheiten sind für insgesamt rund 40 Prozent aller weltweiten Todesfälle verantwortlich. Während in westlichen Nationen nicht-übertragbare Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache eindeutig dominieren, sterben in Entwicklungsländern mehr Menschen durch Infektionserkrankungen. In den hochentwickelten Ländern konnten Infektionskrankheiten durch Impfungen, Hygiene und verbesserte Lebensbedingungen zurückgedrängt werden. Mit der Entdeckung der Antibiotika ging die in der Vergangenheit weit verbreitete Angst vor Infektionskrankheiten größtenteils verloren. Seit einigen Jahren wird die Behandlung von Infektionskrankheiten jedoch durch resistente Erreger zunehmend erschwert.

Datenqualität

Infektionskrankheiten können nur erfasst werden, wenn sie in niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien erkannt und gemeldet werden. Wenn infizierte Personen z.B. wegen milder Verläufe keinen Arzt aufsuchen, der Arzt keine Diagnostik durch ein Labor veranlasst oder nach der Diagnose keine Meldung erfolgt, werden diese Fälle nicht im Meldesystem erfasst. Die Untererfassung kann je nach Meldeweg oder Infektion unterschiedlich erfolgen. Die dargestellten Fallzahlen bilden somit nicht alle Neuinfektionen ab, sondern sind als gemeldete Fälle zu interpretieren.

Infektionsschutzgesetz

Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 01.01.2001 wurde die Erfassung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten in Deutschland auf eine neue Basis gestellt und grundlegend modernisiert. Das IfSG regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind.

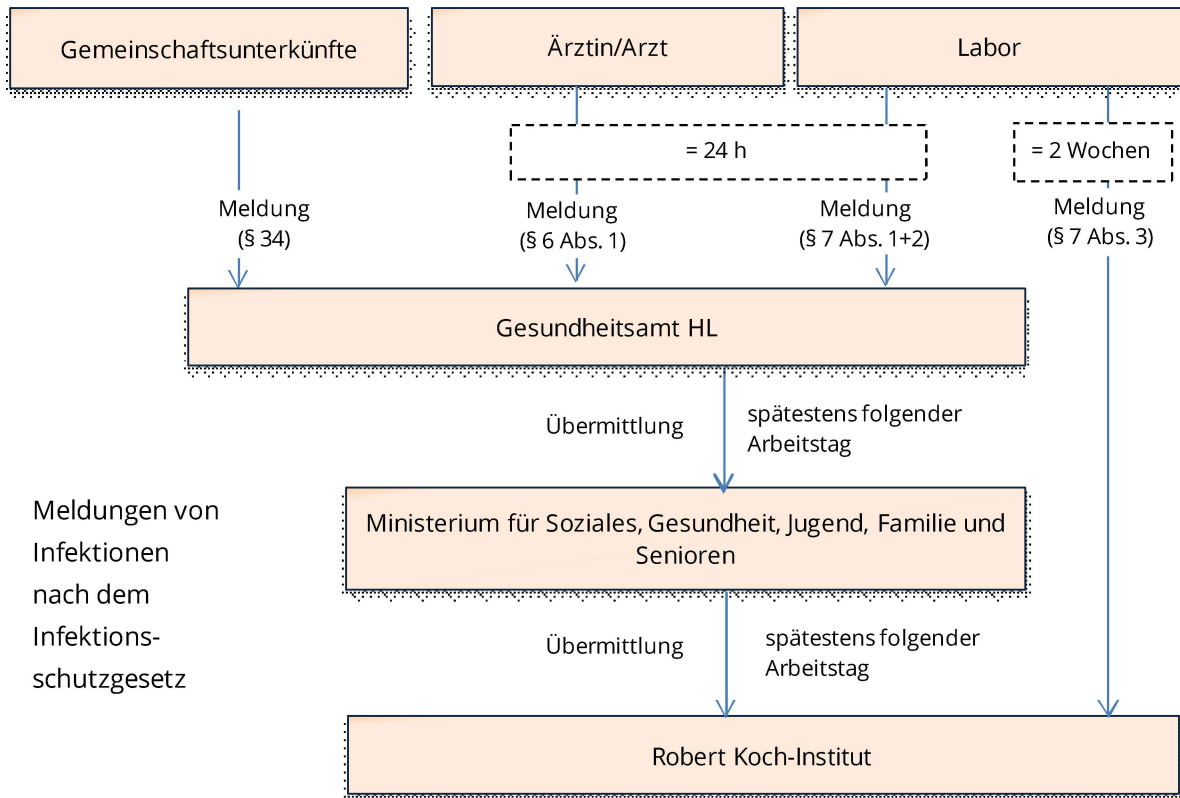
Die Meldepflicht dient der Überwachung übertragbarer Infektionen. Diese werden von Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Heilpraktiker/-innen, Leiter/-innen von Gemeinschaftseinrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten, Heimen, aber ggfs. auch von Tierärztinnen/Tierärzten oder den verantwortlichen Personen im Luft- bzw. Schiffsverkehr an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet. Nachgewiesene Infektionserreger werden durch die Untersuchungslabore übermittelt.

Bestimmte Infektionen müssen innerhalb von 24 Stunden vom Arzt bzw. der Ärztin namentlich an das örtliche Gesundheitsamt gemeldet werden. Vom Gesundheitsamt werden diese dann nicht-namentlich über das zuständige Landesamt (in Schleswig-Holstein das Sozialministerium in Kiel) an das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin weitergeleitet. Nachweise von HIV und Syphilis erfolgen nicht-namentlich direkt an das RKI. Bestimmte Infektionen wie z.B. Kopfläuse in Gemeinschaftseinrichtungen sind wiederum nur gegenüber dem örtlichen Gesundheitsamt meldepflichtig (siehe auch Abb. 3.27).

Ältere Menschen und Kinder sowie Personen mit geschwächtem Immunsystem sind durch Infektionskrankheiten besonders gefährdet. Von den im Jahre 2015 an Infektionskrankheiten verstorbenen Personen waren etwa 90 Prozent über 60 Jahre alt. Die Mortalität steigt mit zunehmendem Alter deutlich an.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf ausgewählte Infektionskrankheiten, die aufgrund ihrer Schwere, Häufigkeit oder Vermeidbarkeit eine hohe Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung haben.

Abb. 3.27: Meldeweg bei Infektionskrankheiten



Graphik: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Tab. 3.13: Infektionen in der Hansestadt Lübeck als Todesursache – jährlicher Durchschnitt der Jahre 2015-2019

Todesursache	nach Altersgruppen				insgesamt
	0 - 59	60 - 69	70 - 79	80 u.ä.	
A41 Sonstige Sepsis	2	1	5	6	14
B99 Sonstige Infektionskrankheiten	-	-	-	7	7
A40 Streptokokkensepsis	1	2	2	3	7
A04 Sonstige bakterielle Darminfektionen	-	-	1	3	5
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1	1	-	3	5
B18 Chronische Virushepatitis	1	-	-	1	2
A08 Virusbedingte und sonstige näher bez. Darminfektionen	-	-	-	1	2
A46 Erysipel (Wundrose)	-	-	-	1	2
A81 Atypische Virus-Infektionen des ZNS	-	-	-	-	1
B20 Infektiöse und parasitäre KH infolge HIV-KH	1	-	-	-	1
A15 Tuberkulose der Atmungsorgane, bakt./histologisch gesichert	-	-	-	-	1
sonstige	1	-	1	-	4
Gesamt	6	6	12	27	50

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

3.6.2 Tuberkulose

INFOBOX!

Tuberkulose (ICD 10: A15 - A19)

Zum Teil bedingt durch die Flüchtlingszuwanderung ist die Zahl der registrierten Tbc-Fälle nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) bundesweit von 5.426 im Jahr 2014 auf 5.837 (2015) und 5.959 (2016) angestiegen. Im Jahr 2017 ging die Zahl auf 5.486 leicht zurück. Drei Viertel der Tbc-Patienten, die 2016 in Deutschland registriert wurden, kamen aus dem Ausland - vor allem aus Somalia, Eritrea, Afghanistan, Syrien und Rumänien. Nicht alle registrierten TBC-Fälle sind jedoch auch ansteckend.

Weltweit sterben nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich fast zwei Millionen Menschen an den Folgen einer Tbc-Erkrankung. Mehr als zehn Millionen infizieren sich jährlich weltweit neu mit dem gefährlichen Erreger.

in der Hansestadt Lübeck geben diese Entwicklung auf örtlicher Ebene aufgrund der geringen Fallzahlen und der damit einhergehenden statistischen Schwankungen nur bedingt wieder. Im Jahr 2018 wurden in der Hansestadt Lübeck mit Stand bis Mitte Dezember 12 Infektionen bekannt, entsprechend 5,6 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen. Im Jahr 2020 kam es in Lübeck zu einer Zunahme der registrierten Erkrankungen, die als zufallsbedingt anzusehen ist (siehe Abb. 3.28).

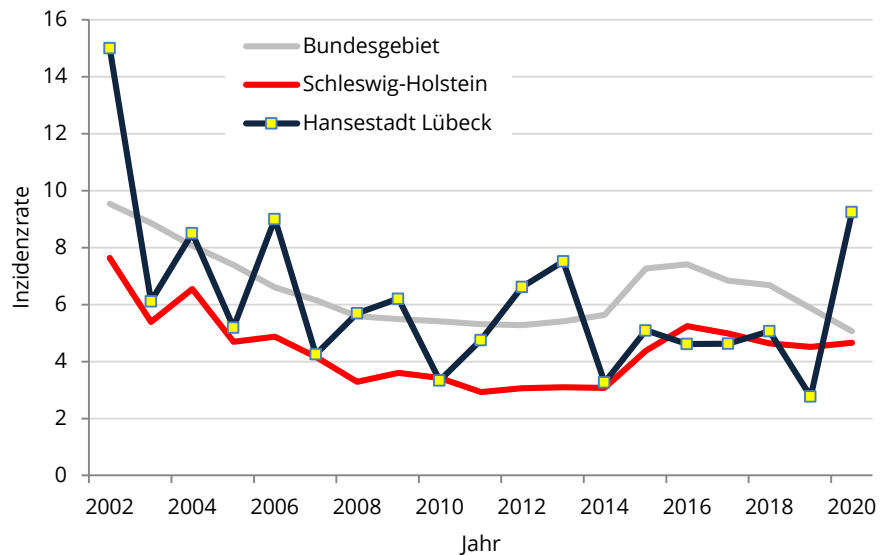
Tuberkulosemeldungen haben vor Ort eine besondere Relevanz, da es Aufgabe des Gesundheitsamtes ist, Krankheitsfälle und mögliche Kontaktpersonen zu identifizieren, um eine Verbreitung der Infektion zu vermeiden. Im Gegensatz zu Meldungen anderer Infektionen sind Tuberkulosemeldungen daher mit einem großen Arbeitsaufwand für die örtlichen Gesundheitsämter verbunden. In den Jahren 2014 und 2015 gab es je einen dokumentierten Todesfall durch Tuberkulose. Neuere Daten sind aktuell noch nicht verfügbar.

Anmerkung:

Die ungefähren Fallzahlen für die Hansestadt Lübeck lassen sich schnell herleiten, indem man die Werte mit 2,2 multipliziert. So sind die Fallzahlen nicht auf 100.000 sondern auf 220.000 Personen (Einwohnerzahl Lübecks) bezogen. Entsprechend ließen sich die Fallzahlen natürlich auch anhand der Einwohnerzahlen Schleswig-Holsteins oder Deutschlands herleiten.

Aus Abb. 3.28 ist der Anstieg der Tuberkuloseinfektionen in den Jahren 2015 und 2016 sowohl bundesweit als auch für Schleswig-Holstein erkennbar. Die Zahl der Infektionen

Abb. 3.28: Gemeldete Infektionen mit Tuberkulose 2002 – 2020, je 100.000 Einwohner/innen im Vergleich



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 16.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

3.6.3 Sexuell übertragbare Krankheiten

INFOBOX!

HIV / AIDS (ICD 10: B20 - B24)

HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) ist ein Virus, das zu einer menschlichen Abwehrschwäche führt, so dass der Körper eindringende Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen kann. Unbehandelt treten als Folge bestimmte lebensbedrohliche Erkrankungen auf, wie zum Beispiel eine schwere Lungenentzündung. In diesen Fällen wird von Aids gesprochen.

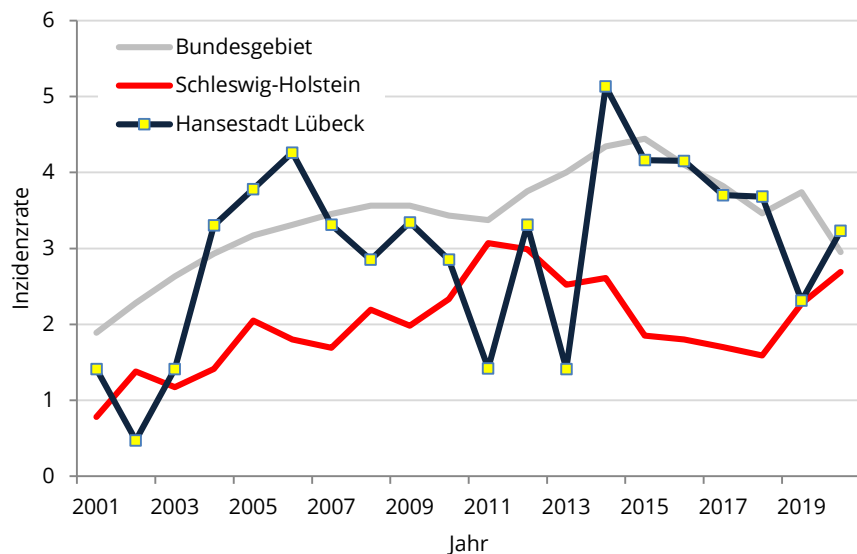
Mittlerweile gibt es sehr wirkungsvolle Medikamente gegen HIV, die die Vermehrung des Virus verhindern. Eine gänzliche Entfernung (Elimination) des Virus aus dem Körper ist jedoch noch nicht möglich. Dank dieser Medikamente können die meisten HIV-infizierten Menschen heute mit dem Virus leben, ohne das Vollbild der Erkrankung zu entwickeln. Die Medikamente müssen lebenslang eingenommen werden. Nach Schätzungen des RKI lebten Ende 2018 etwa 87.000 Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland.

Ca. 2.400 HIV-Infektionen werden jährlich im Bundesgebiet diagnostiziert. In Schleswig-Holstein sind es rd. 50 Personen pro Jahr. Die Inzidenzrate liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (siehe Abb. 3.19).

In der Hansestadt Lübeck sind 51 Personen in den Jahren 2014 – 2019 mit HIV infiziert worden, was einer durchschnittlichen Inzidenzrate von rd. vier Personen je 100.000 Einwohner/-innen entspricht. Wie viele Personen in Lübeck mit HIV leben kann nur annähernd geschätzt werden, da es keine Meldepflicht gibt. Würde man die bundesweiten Anteile auch für Lübeck zugrunde legen, ist von ca. 200 bis 250 Personen auszugehen.

Von den 121 seit 2001 registrierten HIV-Meldungen für Lübeck entfallen 87 Prozent auf Männer. Die Übertragung erfolgt zur Hälfte durch homosexuelle Kontakte, in 20 Prozent der Fälle durch heterosexuelle Kontakte. In 30 Prozent der Fälle wurde der Übertragungsweg nicht erhoben. Das Alter der neuerkrankten Personen liegt zumeist zwischen 20 und 60 Jahren. In 2015 waren drei Todesfälle auf HIV zurückzuführen (siehe auch Tab. 3.13 auf S.67).

Abb. 3.29: Gemeldete Infektionen mit HIV 2001 – 2020 je 100.000 Einw. im Vergleich



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 18.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

INFOBOX!

Syphilis

Oftmals verläuft die Syphilis ohne erkennbare Symptome. In ca. 50 Prozent der Fälle tritt meist wenige Tage oder Wochen nach der Ansteckung ein schmerzloses Geschwür am Ort der Infektion, zum Beispiel am Penis auf. Unbehandelt können weitere Anzeichen folgen wie Fieber, Müdigkeit, Kopf-, Gelenk- oder Muskelschmerzen und geschwollene Lymphknoten, bis hin zu Hautveränderungen. Jahre nach der Infektion sind etwa Schädigungen des Gehirns und der Blutgefäße möglich. Bislang wird Syphilis nur bei einem Bruchteil der Patienten frühzeitig erkannt. Die Syphilis ist durch Antibiotika heilbar.

Bundesweiter Anstieg der Fallzahlen

Bereits seit 2010 ist in Deutschland wieder ein kontinuierlicher Anstieg der Syphilis-Erkrankungen zu beobachten. Betroffen sind häufig homosexuelle Männer. In den 80er Jahren war die bakterielle Infektion mit der Ausbreitung von HIV/Aids und daraus resultierendem Safer Sex zurückgedrängt worden.

Seit die HIV-Infektion gut behandelbar ist und die HIV-Infizierten unter Therapie nicht mehr ansteckend sind, ist zu vermuten, dass die Rückkehr der Syphilis mit einem häufigeren Kondom-Verzicht beim Sex unter Männern in Verbindung steht.

Überwiegend Männer betroffen

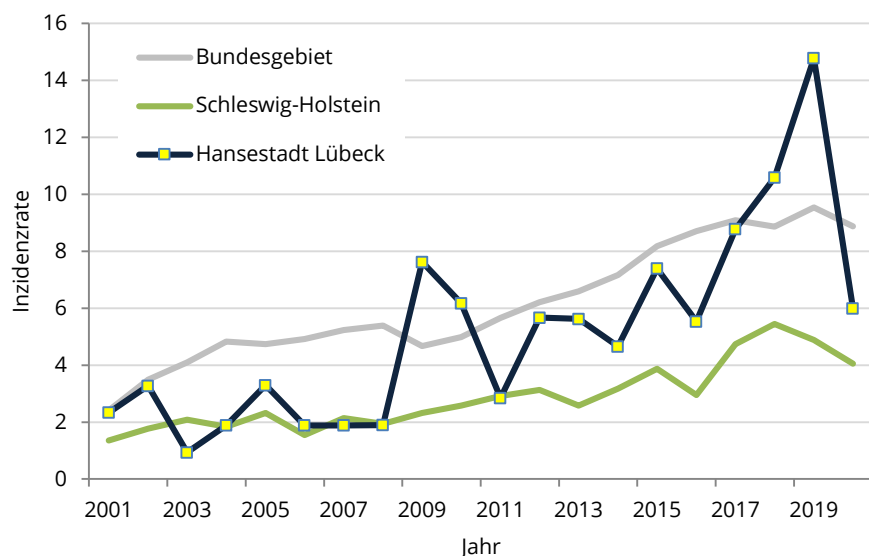
Seit 2001 sind in der Hansestadt Lübeck insgesamt 206 Personen an Syphilis erkrankt. 194 davon waren männlich und lediglich zwölf weiblich. Im Jahr 2019 sind 32 Personen erkrankt, was einer Inzidenzrate von 14,7 je 100.000 Einwohner/-innen entspricht. Die Neuerkrankungsrate ist etwa doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. Die Infektionen beziehen sich im Wesentlichen auf die Bevölkerungsgruppe der ca. 20 – 64-Jährigen, d.h. vornehmlich auf die sexuell aktiven Altersgruppen. Die Übertragung erfolgt überwiegend durch homosexuelle Kontakte (116 gemeldete Fälle seit 2001) und weniger durch heterosexuelle Kontakte (21 gemeldete Fälle seit 2001). In weiteren 64 Fällen ist der Übertragungsweg nicht dokumentiert.

Chlamydien

Ebenfalls zu den sexuell übertragbaren Krankheiten zählen die Chlamydien. Diese Infektion verläuft meistens symptomlos und bleibt daher häufig unerkannt. Die Krankheit ist nicht meldepflichtig, gehört aber bei schwangeren Frauen zur Vorsorgeuntersuchung. Studien belegen eine Chlamydieninfektion bei 4,5 Prozent der sexuell aktiven 17- bis 19-jährigen Frauen und bei 4,9 Prozent der 25- bis 29-jährigen Männer (RKI 2013). Chlamydien können sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu Unfruchtbarkeit führen.

Abb. 3.30: Gemeldete Infektionen mit Syphilis, 2001 – 2020 je 100.000 Einw. im Vergleich

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 18.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt



3.6.4 Impfpräventable Infektionen

INFOBOX!

Datengrundlage

Die Impfsituation in Deutschland lässt sich angesichts der zurzeit verfügbaren Datenquellen nur unvollständig abbilden. So ist eine bundesweite und kontinuierliche Überwachung (Surveillance) von Impfquoten nach dem Infektionsschutzgesetz ausschließlich bei Kindern im Einschulungsalter durch die Schuleingangsuntersuchungen gewährleistet. Die Überwachung von Infektionskrankheiten in Deutschland beruht daneben im Wesentlichen auf der bundesweiten Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes. Hier können jedoch nicht alle Erkrankungszahlen vollständig erfasst werden, womit die gemeldeten Infektionszahlen deutlich unterhalb der tatsächlichen Infektionszahlen liegen und im weiteren Verlauf durch Schätzverfahren zu korrigieren sind.

Ein Projekt des RKI zur Schließung dieser Datenlücke ist das Projekt KV-Impfsurveillance. Hierzu werden von allen 17 kassenärztlichen Vereinigungen anonymisierte Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte zu Impfleistungen, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen und Diagnosen impräventabler Infektionen an das RKI übermittelt. Über VacMap, einer interaktiven Deutschlandkarte zum Impfmonitoring können bundesweit bis auf regionaler Ebene der Kreis und kreisfreien Städte Impfquoten zu Masern und Rotaviren abgerufen werden (<http://www.vacmap.de>).

Herdenimmunität

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen, die der Medizin zur Verfügung stehen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, unerwünschte Nebenwirkungen werden nur selten beobachtet. Unmittelbarer Zweck der Impfung ist es, die geimpfte Person vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei bestimmten Krankheitserregern ist es darüber hinaus das Ziel, diese durch Erreichen hoher Impfquoten regional zu eliminieren oder bestenfalls sogar weltweit auszurotten. Die sogenannte Herdenimmunität einer Gemeinschaft, dient dazu, auch jene Personen zu schützen, die nicht geimpft werden können.

Wichtig ist es dabei, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) frühzeitig zu beginnen und ohne Verzögerungen zeitgerecht abzuschließen. Regelmäßige Auffrischungen stellen sicher, dass der Impfschutz erhalten bleibt und ggfs. ein Impfschutz gegen weitere impfpräventable Infektionen aufgebaut wird.

Impfpräventable Infektionen

Zu den impfpräventablen Infektionen - d.h. jene Infektionen, die mittels Standardimpfungen vermieden werden können - und für die laut Impfkalender der STIKO eine Impfung empfohlen wird, gehören:

- Rotaviren
- Tetanus
- Diphtherie
- Keuchhusten (Pertussis)
- Hib (*H. influenzae* Typ b)
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Meningokokken C
- Masern
- Mumps, Röteln
- Varizellen
- HPV (humane Papillomviren)
- Herpes zoster und
- Influenza (Grippe).

(Quelle: RKI, Impfkalender 2020/2021)

Influenza – Allgemeines und Impfeempfehlungen

Die Influenza (Grippe) gehört zwar zu den impfpräventablen Infektionen, es wird für sie jedoch keine allgemein verbindliche Impfeempfehlung ausgesprochen. Die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beziehen sich auf Menschen ab 60 Jahre, chronische Kranke jeden Alters, Schwangere sowie Bewohner von Alten und Pflegeheimen. Auch für Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind oder mit vielen Menschen Kontakt haben, wird eine Gruppenschutzimpfung empfohlen. Auch für medizinisches Personal und für Personal in Gemeinschaftseinrichtungen (APH, Kita etc.) wird zum Schutz der Patienten und Mitarbeiter/innen eindringlich eine Impfung empfohlen.

Influenza (Grippe) gehört neben dem Norovirus (nicht impfpräventabler Virus) und *Campylobacter* (bakterielle Durchfallerkrankung) zu den am häufigsten vorkommenden Infektionskrankheiten. Sie tritt regelmäßig in den Wintermonaten auf und beginnt meist zum Ende eines Jahres, um dann bis Anfang April wieder auszuklingen.

Besonders intensiv fiel die Grippewelle zur Saison 2017/18 aus. Es war mit Abstand die größte Grippewelle, seit das RKI im Jahr 2001 die systematische Erfassung einführte.

Die laborbestätigten Fälle, die über das Infektionsschutzgesetz an das RKI übermittelt werden (bundesweit rd. 350.000 Fälle, entsprechend 425 Fälle je 100.000 Einwohner/-innen), geben nur einen Bruchteil der realen Infektionen wieder (siehe Abb. 3.31). Das RKI schätzt die Zahl der Influenza-bedingten Arztbesuche für die Saison 2017/18 auf rd. neun Millionen ein. (95 prozentiges Konfidenzintervall 8.000.000 – 10.000.000). Die Inzidenzrate zeigt bei den Grippewellen keine großen regionalen Besonderheiten auf, sondern verdeutlicht, dass die Lübecker/-innen regelmäßig genauso betroffen sind wie die Schleswig-Holsteiner oder die übrigen Bundesbürger (Abb. 3.21).

Die Grippewelle 2017/18

Die Grippewelle der Saison 2017/18 begann bundesweit in der 52. Kalenderwoche und endet mit der 14. KW Anfang April. Der Höhepunkt der Grippewelle fiel auf die 8. bis 10. KW 2018. Abb. 3.32 zeigt die zeitliche Entwicklung in der Hansestadt Lübeck. Dargestellt sind hier die absoluten Fallzahlen. Durch die Corona-Schutzmaßnahmen wurden im Winter 2020/21 kaum Grippe-Fälle registriert. Im Land Schleswig-Holstein wurden im ersten Halbjahr 2021 lediglich sechs Grippe-Fälle registriert. In Lübeck wurde ein Grippefall gezählt.

Todesfälle durch Influenza

Die Zahl der durch Influenza bedingten Todesfälle ist eine wichtige Größe für die Beurteilung der Krankheitslast durch schwer verlaufende Influenza-Infektionen. Auch diese Größe ist nur schwer zu ermitteln, da die Influenza als Todesursache häufig nicht auf dem Totenschein vermerkt wird, sondern sich eher in anderen Todesursachen

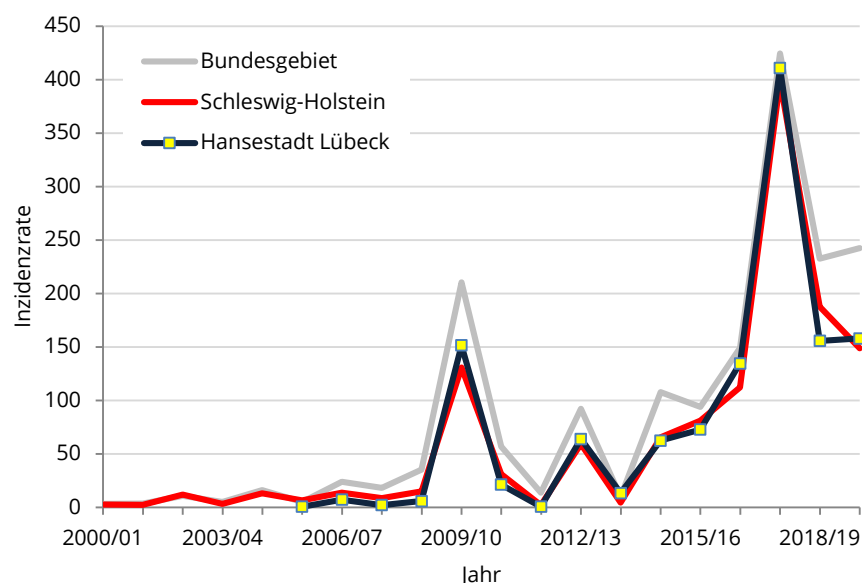
wie z.B. Pneumonie, respiratorisches Versagen (die Atmung betreffend) bzw. Atemwegsinfektionen verbergen kann.

Zur Ermittlung der Mortalität der Influenza wären daher Schätzverfahren notwendig, die die allgemeine Mortalität zeitlich in Beziehung zum Auftreten von Influenzawellen setzen. Eine üblicherweise über die vorhandene Hintergrundmortalität ansteigende Sterblichkeit wird der Influenza zugeschrieben und kann so mittels statistischer Verfahren geschätzt werden und wird als Exzess-Mortalität bezeichnet.

Die Schätzungen dieser Mortalität zeigten in der Vergangenheit starke jährliche Schwankungen. So wurden für die Saison 2016/17 bundesweit ca. 22.900 Todesfälle durch Influenza geschätzt bei 722 laborbestätigten Todesfällen gemäß Infektionsschutzgesetz. 2015/16 wurden demgegenüber nur 237 laborbestätigte Todesfälle gemeldet, eine influenza-assoziierte Mortalität konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, da die Gesamtmortalität im erwarteten Rahmen blieb. Für 2017/18 wurden bundesweit 1.674 laborbestätigte Todesfälle registriert. Die Schätzung der influenza-assoziierten Mortalität liegt noch nicht vor.

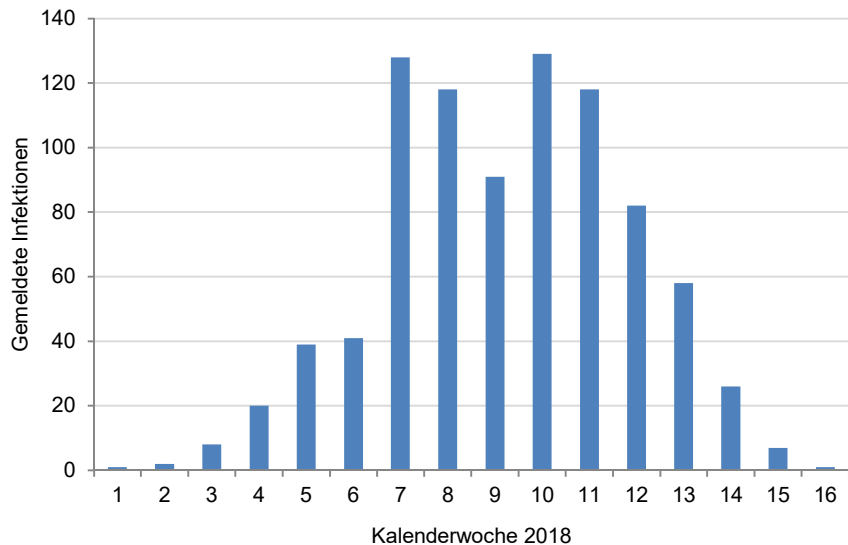
Die Stadt Berlin hat zusammen mit dem RKI ein Mortalitätsprojekt (Mortalitätssurveillance) etabliert und für die Saison 2017/18 etwa 1.100 Exzess-Todesfälle geschätzt. Dies entspricht einer Mortalität von 32 pro 100.000 Einwohner. Legt man dieses Verhältnis in der Hansestadt Lübeck zugrunde, würden sich bei einer Einwohnerzahl von rd. 220.000 ca. 74 influenza-assoziierte Todesfälle für die Saison ergeben, wobei die tatsächliche Zahl noch höher liegen würde, da Lübeck gegenüber Berlin eine ältere Bevölkerung aufweist und die Übersterblichkeit sich hauptsächlich auf die Gruppe der über 65-jährigen bezieht.

Abb. 3.31: Gemeldete Infektionen mit Influenza, Saison 2000/01 – 2019/20 je 100.000 Einw. im Vergleich



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survs-tat.rki.de>, Abfragedatum: 18.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 3.32: Gemeldete Infektionen mit dem Influenzavirus nach Kalenderwochen Saison 2017/18, Hansestadt Lübeck



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 18.12.2018, Graphik: Gesundheitsamt

Influenza A-Virus H1N1

Während einer Grippewelle in Mexiko im April 2009 tauchte erstmalig eine Variante des Influenza A-Virus H1N1 ein, der umgangssprachlich auch als Schweinegrippe bezeichnet wurde. Am 11. Juni 2009 erklärte die Who die „neue Grippe zur“ Pandemie (weltweite Epidemie) und ab dem 26. Oktober konnte man sich in Deutschland gegen die Schweinegrippe impfen lassen, was seitdem jährlich über die normale Gripeschutzimpfung erfolgt.

Tetanus (Wundstarrkrampf)

Tetanus -Erkrankungen sind aufgrund einer hohen Impfquote recht selten geworden. In den letzten Jahren wurden in der Hansestadt Lübeck keine Erkrankungen gemeldet. Trotzdem ist hier der Impfschutz aufrecht zu erhalten, da der Erreger permanent in der Erde vorhanden ist und bereits durch kleine Wunden bzw. Bagatellverletzungen eindringen kann. Für Tetanus wird alle zehn Jahre eine Auffrischung empfohlen. 10 – 20 Prozent der Patienten versterben trotz intensivmedizinischer Betreuung zumeist an Herzversagen oder Atemnot. Eine Tetanus-Erkrankung verläuft unbehandelt immer tödlich.

Diphtherie

Diphtherie wird durch das Bakterium *Corynebacterium diphtheriae* ausgelöst. Es bildet im Körper ein Gift, das sogenannte Diphtherie-Toxin. Dieses schädigt die Schleimhäute und zerstört die Körperzellen. Die Diphtherie führt unbehandelt durch Anschwellen der Atemwege und Beläge zum Tode. Auch bei der Diphtherie werden in Deutschland hohe Impfquoten erzielt. Dennoch ist die Impfung gegen Diphtherie wichtig, denn in anderen Ländern und vor allem in Osteuropa ist sie noch stark verbreitet. Anfang der 90er Jahre kam es in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion aufgrund der zusammenbrechenden Gesellschaftsstruktur und damit auch des Gesundheitswesens zu einem Ausbruch mit 150.000 Erkrankungen und mehr als 4.000 Toten. Für die Hansestadt Lübeck sind keine Erkrankungen dokumentiert.

Pertussis (Keuchhusten)

Im Rahmen der Grundimmunisierung gegen Keuchhusten werden Säuglinge üblicherweise mit einem Sechsfachimpfstoff geimpft. Bei dieser Impfung wird außer gegen Keuchhusten gleichzeitig gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Hepatitis B, Hib (*Haemophilus influenzae Typ b*) und Polio (Kinderlähmung) geimpft.

Die Fälle von Keuchhusten sind in den letzten Jahren wieder angestiegen. Für die Jahre 2016 bis 2018 wurden in der Hansestadt Lübeck vermehrt Keuchhustenfälle gemeldet (s. Tab. 3.14, S. 75). Die meisten bestätigten Fälle wurden in der Altersgruppe der 5 – 19-Jährigen nachgewiesen. Erst seit 2017 wird eine zusätzliche Auffrischungsimpfung von der STIKO für Erwachsene empfohlen, da man festgestellt hat, dass die Antikörper gegen Pertussistoxin nicht ein Leben lang persistieren. Bei bestehenden Impflücken und Pertussisausbrüchen ist zusätzlich im Rahmen einer sogenannten „Rettungsring- oder Kohortenstrategie“ eine Impfung für Haushalts- und Familienangehörige vor der Geburt eines Kindes dringend zu empfehlen.

Hib (*Haemophilus influenzae*)

Da gegen Hib im Rahmen der Grundimmunisierung geimpft wird, kommt diese gefährliche Erkrankung heute nur noch selten vor. Schwere Erkrankungen können zu einer Hirnhautentzündung, zu einer Kehlkopfentzündung mit Erstickten oder zu einer Lungenentzündung führen. Die Erkrankung kann mit Antibiotika behandelt werden.

Poliomyelitis

Obwohl die Kinderlähmung in ganz Europa und auf dem amerikanischen Kontinent zwar als eliminiert gilt, ist es auch heute noch wichtig, dass weiterhin gegen Poliomyelitis geimpft wird. Da die Kinderlähmung in Teilen Asiens und Afrikas weiterhin vorkommt, kann sie durch Reisende nach Deutschland gelangen. Würde sie auf eine weitgehend ungeimpfte Bevölkerung treffen, wäre eine erneute

Ausbreitung möglich. Dies wird mit einer hohen Impfquote in der Gesamtbevölkerung verhindert.

Hepatitis B

Bereits seit 1995 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) eine Hepatitis B-Impfung für Säuglinge und Kleinkinder sowie Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, falls vorher nicht geimpft wurde. Die Empfehlung der STIKO bezieht sich auch auf Risikogruppen wie medizinisches Personal, Dialyse-Patienten, männliche Homosexuelle, Drogensüchtige und Sexarbeiter/-innen. Zusätzlich wird vor größeren Operationen, bei denen Blutübertragungen wahrscheinlich sind, eine Hepatitis B-Impfung empfohlen.

Ein wichtiger Übertragungsweg der Hepatitis-B-Viren ist der Geschlechtsverkehr, da die Hepatitis-B-Viren sich im Blut oder auch in anderen Körperflüssigkeiten finden. Trotzdem werden schon Säuglinge dagegen geimpft, da Kinderärzte und Gesundheitsämter die Jugendlichen später nicht mehr erreichen (RKI 2018). In Deutschland sind etwa 300.000 – 650.000 Menschen chronisch infiziert, also rd. 0,4 bis 0,8 Prozent der Bevölkerung. Umgerechnet auf eine Stadt der Größe Lübecks wären dies ca. 800 bis 1.700 Personen. Seit 2015 ist bundesweit und auch in Schleswig-Holstein ein Anstieg der Infektionen zu verzeichnen. In den Jahren 2019 und 2020 war die Zahl der Hepatitis B Fälle mit 24 und 33 Meldungen deutlich höher, als in den Vorjahren (siehe Tab. 3.14).

Pneumokokken

Pneumokokken sind die häufigsten Erreger schwer verlaufender Infektionen durch Bakterien. Sie verursachen Erkrankungen, wie Hirnhaut-, Lungen- oder Mittelohrentzündungen. Besonders Säuglinge und Kleinkinder sind durch eine Infektion mit Pneumokokken gefährdet. Bei zwei bis zehn Prozent der Erkrankten verläuft die Erkrankung tödlich, bei etwa 15 Prozent entstehen bleibende Folgeschäden.

Aufgrund der Schwere der Erkrankung, der häufigen Komplikationen und der hohen Sterblichkeit, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) seit Juli 2006 die Impfung gegen Pneumokokken für alle Kinder ab dem vollendeten zweiten Lebensmonat.

Meningokokken

Meningokokken treten in der Hansestadt Lübeck mit durchschnittlich null bis drei gemeldeten Fällen pro Jahr relativ selten auf (s. Tab. 3.14). Meningokokken sind eine gefährliche Infektion und können eine bakterielle Hirnhautentzündung oder eine Blutvergiftung auslösen. Kinder unter fünf Jahren und Jugendliche zählen zu den besonderen Risikogruppen. Eine Blutvergiftung durch Meningokokken (Meningokokken-Sepsis) verläuft oft sehr schwer mit hoher Sterblichkeit. Spätfolgen können schwere Organschäden und ein durch verminderte Durchblutung so ausgeprägter Gewebeerfall einzelner Gliedmaßen sein, dass eine Amputation eines Körperteils notwendig ist.

Masern

2017 wurden im Bundesgebiet 1.037 Masern-Infektionen gemeldet, wobei die jährlichen Schwankungen von 186 Fällen im Jahr 2012 bis zu 2.604 Fällen im Jahr 2015 reichen können. In der Hansestadt Lübeck wurde in 2017 kein Fall gemeldet, in 2018 tauchten drei Fälle auf und 2019 und 2020 waren es jeweils vier bestätigte Fälle (s. Tab. 3.14).

Die KV-Impfsurveillance weist hinsichtlich der Hansestadt Lübeck für die Erste Masernimpfung eine Impfquote von 96,1 Prozent (Bundesdurchschnitt 95,6 Prozent) und für die Zweite Masernimpfung eine Quote von 80,6 Prozent (Bundesdurchschnitt 73,9 Prozent) auf. Die erste Masernimpfung sollte zwischen dem 11. und 14. Lebensmonat erfolgen, die zweite Masernimpfung sollte mit 23 Monaten stattfinden, um einen frühzeitigen Impfschutz aufzubauen. Die zweite Impfung ist keine Auffrischung, sondern nötig für einen sicheren und kompletten Impfschutz. Gegen Masern wird üblicherweise in Kombination zusammen mit Mumps, Röteln und ggf. Windpocken geimpft.

2014/2015 wurde als Fortschreibung des Nationalen Impfplans der „Nationale Aktionsplan 2015 - 2020“ zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ erstellt, der eine neue Bestandsaufnahme vornimmt und die nationalen strategischen und operationalisierbare Ziele erneuert. Ein messbares Ziel ist u.a. die Steigerung der Impfquote für die 1. und 2. MMR-Impfung (Masern-Mumps-Röteln) bei Kindern und Jugendlichen in allen Regionen der Bundesrepublik auf 95 Prozent. Masern schwächen vorübergehend das Immunsystem und können so zu weiteren Komplikationen führen. Bei 2-3 Erkrankten pro 10.000 bleiben schwere Folgeschäden, wie geistige Behinderung oder Lähmungen.

Röteln

Die jährlichen Fallzahlen für Röteln beliefen sich bundesweit bis 2012 auf durchschnittlich 20 Fälle pro Jahr. Seit 2013 werden im Jahresdurchschnitt 2013-2017 ca. 192 Fälle pro Jahr gemeldet. Für die Hansestadt Lübeck sind vor 2012 keine Röteln-Fälle dokumentiert. Seit 2013 gibt es jedoch auch hier rd. 2-4 Fälle pro Jahr. Die Erkrankung verläuft meistens harmlos, schwere Erkrankungen kommen nur sehr selten vor.

Windpocken

Windpocken sind besonders infektiös und werden extrem schnell übertragen, woher auch der Name kommt. Symptome sind Fieber und Hautausschlag mit Bläschenbildung. Auch hier wird eine frühzeitige Impfung empfohlen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen verläuft die Erkrankung schwerer als bei Kindern. Aus einer Erkrankung kann sich auch eine Gürtelrose entwickeln (Herpes Zoster-Impfung).

Tab. 3.14: Infektionsmeldungen in Lübeck mit Impfpflicht durch die STIKO 2010 – Juni 2021

Infektion	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tetanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtherie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Keuchhusten	-	-	-	2	15	14	32	61	53	18	12	3
Hib	-	1	4	2	4	3	2	5	1	7	4	1
Kinderlähmung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis B	2	2	3	4	3	13	8	7	8	24	33	3
Pneumokokken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rotaviren	66	118	82	145	67	55	133	66	30	55	17	13
Meningokokken	2	2	3	3	-	1	2	2	1	2	-	-
Masern	-	5	1	-	-	3	1	-	3	4	4	1
Mumps	-	-	-	3	7	7	3	4	6	10	4	1
Röteln	-	-	-	4	2	4	3	4	1	6	3	3
Windpocken	-	-	-	7	54	55	58	58	47	49	53	-
Influenza	7	45	3	138	26	148	145	284	874	341	327	1

Anmerkung:

Nicht dargestellt sind hier die HPV-Infektionen (Humane Papilloviren). Für diese gibt es zwar eine Impfpflicht, sie sind jedoch nicht meldepflichtig.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 18.06.2021, Tabelle: Gesundheitsamt

Humane Papillomaviren (HPV)

Die meisten HPV-Infektionen verlaufen ohne Krankheitszeichen. Vom Erreger gibt es etwa 200 verschiedenen Typen. Gebärmutterhalskrebs wird fast ausschließlich durch HPV verursacht. Die STIKO empfiehlt die Impfung seit 2007 für Mädchen und seit 2008 auch für Jungen.

FSME

Die „Frühsommer-Meningoenzephalitis ist eine Gehirn-, Gehirnhaut- oder Rückenmarkentzündung, die durch Viren verursacht wird. Die Viren werden durch den Stich von Zecken auf den Menschen übertragen. Die FSME-Risikogebiete liegen im Süden Deutschlands, und beziehen sich vornehmlich auf die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und weniger auch Hessen. FSME-Meldungen für Schleswig-Holstein finden sich im niedrigen einstelligen Bereich. In Lübeck gab es im Jahre 2006 und 2014 jeweils einen Nachweis.

Andere

Die ebenfalls impfpräventablen Rotaviren werden im noch folgenden Kapitel zu den viral bedingten Durchfallerkrankungen behandelt.

Das Spektrum impfpräventabler und meldepflichtiger Erreger ist mit den bisher erwähnten Erregern jedoch noch nicht abgedeckt.

Nach § 6 Absatz 1 IfSG (Arztmeldepflicht) sind u.a. (incl. bereits genannter Erreger) meldepflichtig: Diphtherie, akute Virushepatitis A und B, Masern, Meningokokken-Meningitis oder –Sepsis, Mumps, Pertussis, Poliomyelitis, Röteln einschließlich Rötelnembryopathie, Tollwut und Varizellen.

Nach § 7 Absatz 1 IfSG (Labormeldepflicht) sind u.a. folgende Erregernachweise meldepflichtig: Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Corynebacterium diphtheriae, FSME-Virus, Haemophilus influenzae, Hepatitis-A-Virus, Hepatitis-B-Virus, Influenzaviren, Masernvirus, Mumpsvirus, Neisseria meningitidis, Poliovirus, Rabiesvirus, Rotavirus, Rubellavirus und Varizella-Zoster-Virus.

3.6.5 Corona

INFOBOX!

COVID-19:

Durch SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung.

SARS-CoV-2:

Ein neues Beta-Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser von COVID-19 identifiziert wurde.

DIVI-Intensivregister:

Das Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) wurde im Frühjahr 2020 gemeinsam mit dem RKI aufgebaut und erfasst täglich die freien und belegten Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin von etwa 1.300 Akut-Krankenhäuser in Deutschland. Seit dem 16.04.2020 ist die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend. Zum Krankenhauscluster Süd-Ost im südöstlichen Schleswig-Holstein gehören die örtlichen Krankenhäuser Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und die Sana-Klinik, ergänzt um die regionalen Klinik-Kapazitäten mit neun weiteren Kliniken.

ECMO:

Bei der extrakorporalen Membran-Oxygenierung (ECMO) wird das venöse Blut (zurück zum Herzen führend, sauerstoffarm) außerhalb des Körpers in einer Maschine mit Sauerstoff angereichert und dann ins arterielle Blutgefäßsystem zurückgeleitet. Das Verfahren funktioniert also vergleichbar zu einer externen Lunge. Bei der herkömmlichen künstlichen Beatmung wird die Luft dagegen in die Lungen gepumpt.

7-Tage-Inzidenz:

Zahl der Neuerkrankungen pro Woche auf 100.000 Einwohner/innen.

Erstes Auftreten

Im Dezember 2019 registrierten die chinesischen Gesundheitsbehörden erste Infektionen mit einer unbekanntem Lungenkrankheit. Am 9. Januar 2020 wird der SARS-CoV-2 - Erreger identifiziert, der die Krankheit COVID-19 verursacht. Am 22. Januar riegeln die chinesischen Behörden die Großstadt Wuhan ab und zwei Tage später wird das Virus erstmals in Frankreich nachgewiesen. Am 27. Januar bestätigt das bayerische Gesundheitsministerium den ersten Fall in Deutschland.

Erste Welle

Am Freitagmorgen des 13. März 2020 werden die Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein in den Krisenmodus versetzt. Das Land Schleswig-Holstein verfügt eine landesweite Schulschließung, die ab dem 16. März gelten soll.

Eine Notbetreuung wurde in der Folge für Kinder, deren Eltern in systemrelevanten Berufen arbeiten, eingerichtet. Ab dem 15. März 2020 mussten Vergnügungs-, Sport- und Freizeitanlagen in Schleswig-Holstein schließen. Der Betrieb von Hotels und Gaststätten war unter Auflagen weiterhin erlaubt. Am 19. März wurde ein landesweites Tourismusverbot verhängt, das zunächst bis zum 19. April befristet war. Personen ohne Erstwohnsitz in Schleswig-Holstein wurden aufgefordert, das Bundesland zu verlassen. Auch private Veranstaltungen durften nicht stattfinden. Die Maßnahmen sollten dabei helfen, die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen. Am 29. April 2020 beschloss die Bundesregierung die Maskenpflicht in allen Bundesländern für Geschäfte und Fahrten mit dem ÖPNV. Fünf Tage später traten unter der Einhaltung der Hygienevorschriften die ersten Lockerungen in Kraft.

Der erste Corona-Lockdown in Deutschland endete mit den ersten Lockerungen nach sieben Wochen am 4. Mai 2020. Während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020, wurde im Vergleich zu heute nur wenig auf SARS-CoV-2 getestet.

Nach der ersten Welle im März 2020 sanken die Fallzahlen und bewegten sich im Mai 2020 nahezu bei null. Einige Gemeinden bezeichneten sich zu diesem Zeitpunkt bereits als coronafrei, was sich im nachhinein als etwas voreilig herausstellen sollte.

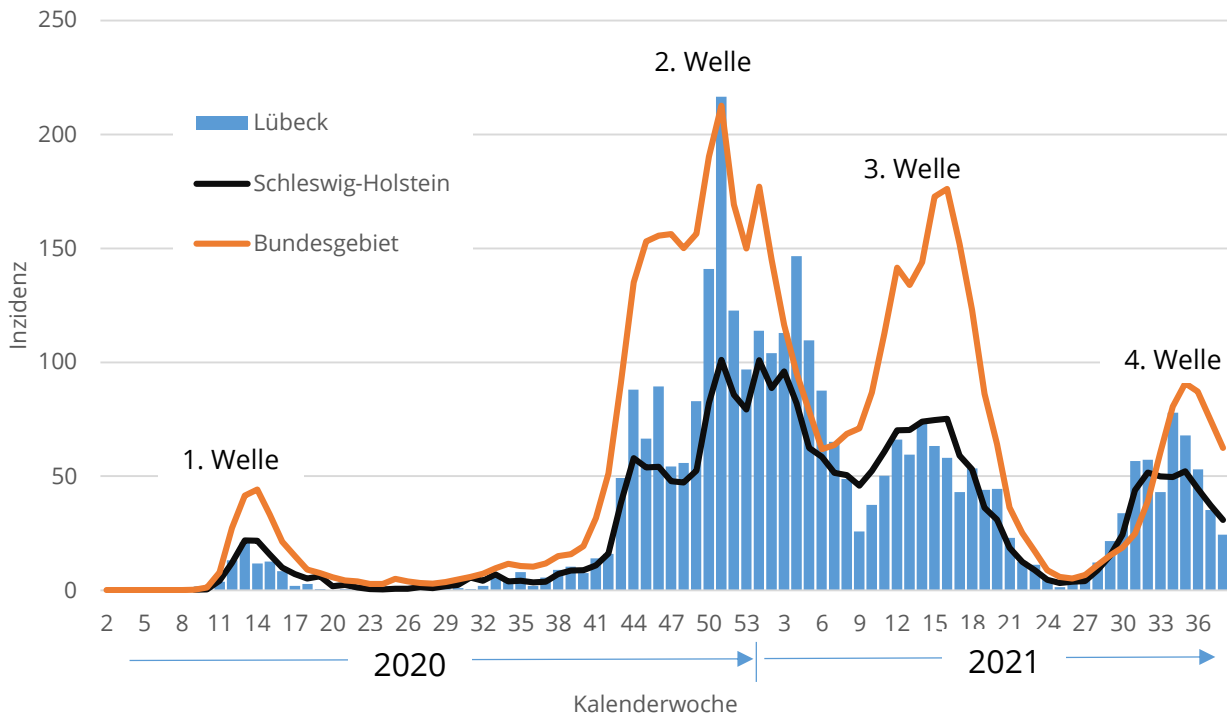
Zweite Welle

Nach der Beruhigung der Fallzahlen im Sommer kam es im Herbst zu einem Wiederanstieg der Infektionszahlen. Betroffen waren vor allem die älteren Bevölkerungsgruppen. Das am 27. März 2020 in Kraft getretene Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde am 18. November 2020 angepasst und konkretisiert. Wegen der anhaltend hohen Corona-Infektionszahlen wurde das öffentliche Leben ab dem 16. Dezember drastisch heruntergefahren. Die Präsenzpflicht in Schulen wurde aufgehoben und für Weihnachten und Silvester galten Einschränkungen. Auch die meisten Geschäfte mussten wie bereits im Frühjahr wieder schließen. Die bundesweite 7-Tage-Inzidenz stieg kurzfristig auf über 200/100.000 Einwohner/-innen an. Im Januar gingen die Fallzahlen dann wieder zurück und sanken auf unter 100/100.000 Einwohner/-innen.

Dritte Welle

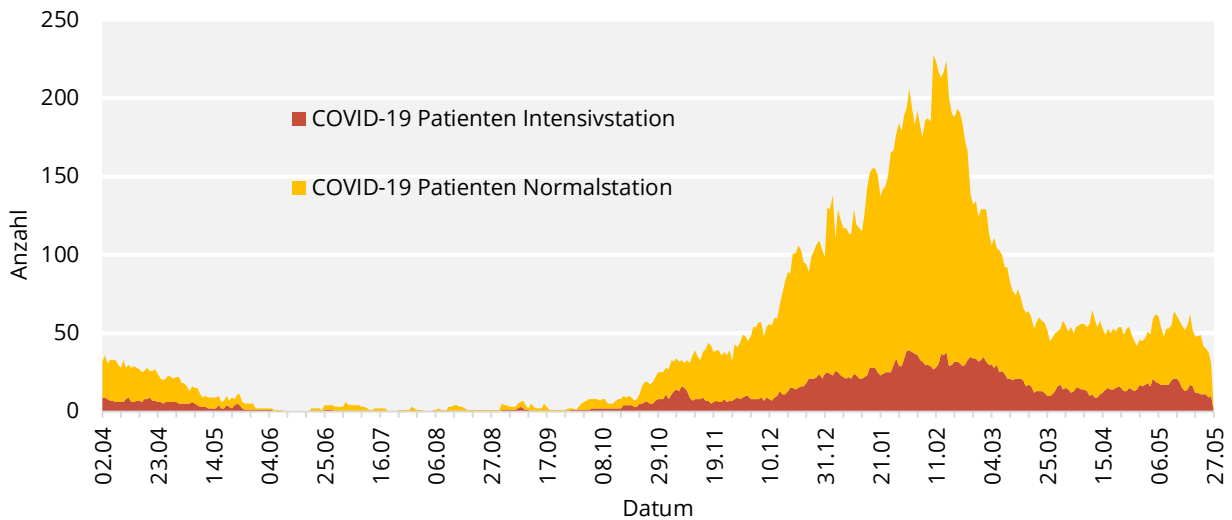
Seit Februar 2021 stiegen die Zahlen der neu hinzukommenden positiven SARS-CoV-2-Nachweise bis Ende April erneut an und dementsprechend auch die 7-Tage-Inzidenz. Diese dritte Infektionswelle betraf nun überwiegend die Altersgruppen der unter 65-Jährigen. Die Altersgruppen mit der höchsten Letalität waren durch die seit Ende Dezember 2020 möglichen Impfungen zunehmend immunisiert, so dass wesentlich weniger Todesopfer über 80 Jahre zu beklagen waren als während der zweiten Welle.

Abb. 3.33: Covid-19-Inzidenz im Vergleich: Lübeck-Schleswig-Holstein-Bundesgebiet nach Kalenderwochen



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 27.09.2021, Graphik: HL, Gesundheitsamt

Abb. 3.34: COVID-19-Krankheitsfälle im Krankenhauscluster Süd-Ost



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, DIVI-Intensivregister

Vierte Welle

Im Sommer 2021 gingen die Infektionszahlen deutlich zurück, sollten jedoch Ende Juli mit dem Beginn der vierten Welle wieder ansteigen (Abb. 3.33). Diese fiel jedoch deutlich niedriger als die zweite oder dritte Welle aus und betraf nun vorwiegend jüngere als auch ungeimpfte Bevölkerungsgruppen.

Bettenkapazitäten

Bundesweit werden die Daten zu den Bettenkapazitäten im DIVI-Intensivbettenregister gemeldet, welches Daten aus rd. 1.300 Akutkrankenhäusern enthält. In dem Krankenhauscluster standen bereits seit Anfang April 2020 durchgehend rd. 380 Beatmungsplätze zur Verfügung. Davon waren rund 200 Betten frei, wobei dazu auch der Bettenbestand in Reserve zählt, der innerhalb von sieben Ta-

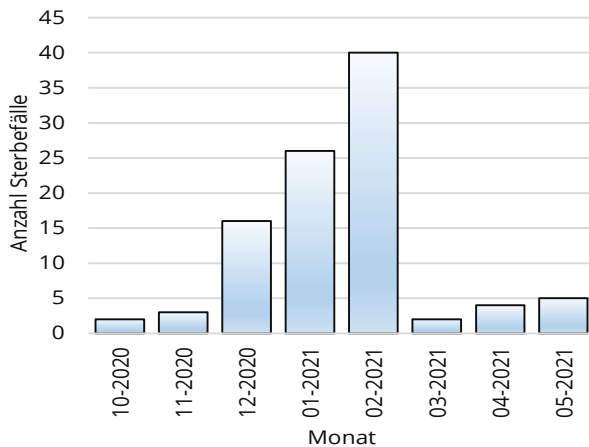
gen zusätzlich zur Verfügung hätte stehen können. Zusätzlich werden im UKSH sechs ECMO-Plätze vorgehalten. Diese kamen in unterschiedlichen Maße zum Einsatz.

Die Zahl der COVID-19-Erkrankungen, die stationär im Krankenhaus behandelt werden mussten, stieg seit Ende Oktober kontinuierlich an und erreichte im Februar mit über 200 Behandlungsfällen im Cluster Süd-Ost einen vorläufigen Höhepunkt. Von ca. Mitte Dezember 2020 bis ca. Mitte März 2021 waren die Intensivstationen durchgehend mit rd. 25 COVID-Fällen belegt (Abb. 3.34).

Sterbefälle

Insgesamt wurden seit Beginn der COVID-Pandemie 99 Sterbefälle in der Hansestadt Lübeck gezählt, die im Zusammenhang mit COVID-19 standen (Abb. 3.35). Während zur ersten Welle lediglich ein Sterbefall registriert wurde, stiegen die Fallzahlen zur zweiten und dritten Welle deutlich an. Im Februar 2021 erreichten die Fallzahl mit 40 Sterbefällen im Zusammenhang mit COVID-19 einen Höchststand.

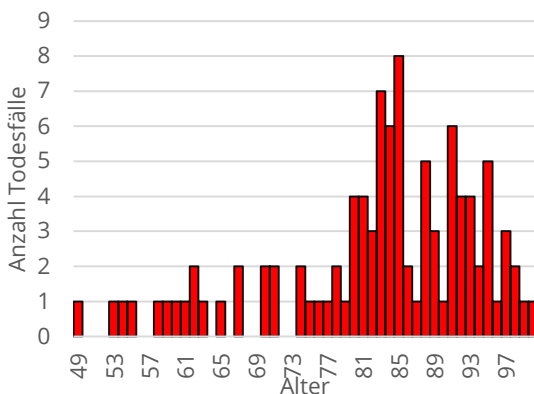
Abb. 3.35: Monatliche Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19 in der Hansestadt L. – Okt. 2020 bis Mai 2021



Quelle: RKI, Survnet-Abfrage, Stand 07.06.2021, Graphik: HL GA

In der Differenzierung nach Geschlecht ergaben sich keine wesentlichen Auffälligkeiten: 47 waren Frauen und 52 Todesfälle entfielen auf Männer:

Abb. 3.36: Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19 in der Hansestadt Lübeck nach Alter – Stand 7.6.21



Quelle: RKI, Survnet-Abfrage, Stand 07.06.2021, Graphik: HL GA

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag bei rd. 82 Jahren und rd. drei Viertel der Verstorbenen waren über 80 Jahre alt.

Kleinräumige Fallzahlen

Bereits die ersten kartographischen Darstellungen zu Beginn der Pandemie mit geringen Fallzahlen zeigten auf, dass die üblichen täglichen Bewegungsmuster (Wohnen-Arbeiten-Einkaufen-Freizeit) als auch Reisen innerhalb kürzester Zeit für eine weitgehende Verteilung der COVID-19-Fälle im gesamten Stadtgebiet sorgten. Im zeitlichen Verlauf zeigten sich wiederholt diverse räumliche Konzentrationen in den Stadtteilen. Deren Interpretation ist jedoch vorsichtig anzugehen und kann nur im Zusammenhang mit dem ursprünglichen, alle erfassten Merkmalen enthaltenden Datenbestand erfolgen. Durch die Beschränkung auf den Wohnort der Personen sind z.B. arbeitsplatzbezogene Infektionsketten nicht zu erkennen.

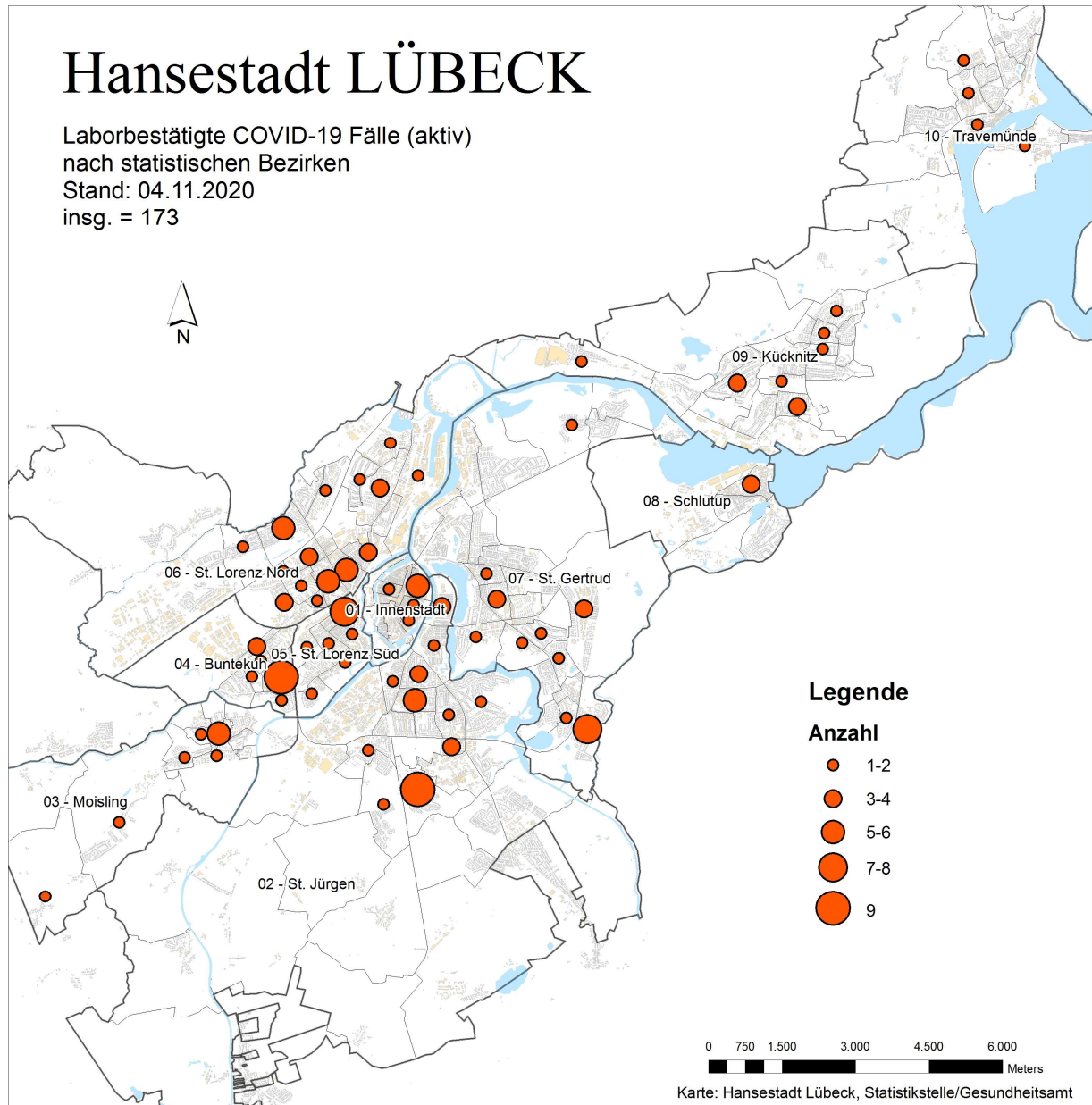
Es ist zu beachten, dass sich die Fallzahlen in den erzeugten thematischen Karten auf bestätigte COVID-19-Erkrankungen beziehen. Gehen die Fallzahlen nun zurück bzw. in einigen Gebietseinheiten sogar gänzlich, wächst bei einer Veröffentlichung der Daten die Gefahr einer Fehlinterpretation in der Bevölkerung. Bürgerinnen und Bürger, die für den eigenen Wohnort die Fallzahl „Null“ lesen, könnten sich in falscher Sicherheit wiegen und aufhören, die bestehenden Regeln und Empfehlungen einzuhalten. Es ist daher darauf hinzuweisen, dass das Virus auch in diesen Gebieten weiterhin eine Gefahr darstellen kann.

(Statistisches) Fazit

Mit der Corona-Pandemie rückten nicht nur die eigentlichen Infektionszahlen ins öffentliche Blickfeld, sondern auch weitere Gesundheitsdaten, wie die Kapazitätsberechnungen für die Intensivmedizin, die Personalsituation in den Krankenhäusern und mit der Betrachtung gefährdeter Bevölkerungsgruppen vor allem auch die Personalsituation in den Pflegeheimen.

Mit dem Vorliegen der amtlichen Statistiken des Statistischen Landesamtes, die nach Meldung aller Daten und anschließender Aufbereitung der Daten zeitverzögert erscheinen, wird sich ein weiteres Aufgabenfeld für die Kommunalstatistik auftun. In der nachträglichen Analyse der amtlichen Veröffentlichungsreihen wird es darum gehen, die Auswirkungen der Corona-Krise hinsichtlich der demographischen, gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung zu sichten und bezüglich der eigenen Kommune zu analysieren.

Karte. 3: Kleinräumige Verteilung von COVID-19-Fällen im Stadtgebiet nach dem Wohnort



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

3.6.6 Multiresistente Erreger (MRE)

MRSA

MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) sind Bakterien und kommen auf der Haut und den Schleimhäuten von vielen gesunden Menschen vor. Wie andere Staphylokokken siedelt MRSA häufig auf der Haut sowie den Schleimhäuten der oberen Atemwege. Bei gesunden Menschen, die mit MRSA besiedelt sind, kann eine Erkrankung ausbrechen, wenn das Immunsystem geschwächt ist und die Bakterien z.B. über Wunden einen Weg in den Körper finden. Eine Ansteckung kann von Mensch zu Mensch oder durch verunreinigte Gegenstände wie Türklinken, Handläufe etc. erfolgen. Auch eine Übertragung durch besiedelte Tiere ist möglich.

Diese Bakterien sind typischerweise gegen die Antibiotika Methicillin (nicht mehr im Handel) und Oxacillin resistent. Es gibt nur noch wenige sogenannte Reserve-Antibiotika, mit dem eine MRSA-Erkrankung wirksam behandelt werden kann. Anhand von Labortest lässt sich herausfinden, welche Antibiotika zur Therapie eingesetzt werden können.

Risikogruppen sind Krankenhauspatienten, chronisch Pflegebedürftige, Dialysepatienten, Diabetiker, Patienten mit Kathetern oder auch Menschen mit Hautverletzungen oder chronischen Wunden.

Erkrankungen durch MRSA können in Form von eitrigen Haut- oder Weichteilentzündungen auftreten, aber auch Lungenentzündungen oder Blutvergiftungen sind möglich.

Durch die kommerzielle Nutztierhaltung hat sich in den letzten Jahren eine neue Infektionsquelle für Menschen herausgebildet.

In 2012 gab es im Bundesgebiet rd. 4.500 MRSA-Meldungen nach dem IfSG (5,6 Meldungen je 100.000 Einw. siehe auch Abb. 3.38). Da nur schwere Krankheitsverläufe mel-

depflichtig sind, dürfte die Dunkelziffer weitaus höher ausfallen. In den letzten Jahren sind die Fallzahlen durch erhöhte Aufmerksamkeit und erhöhte Hygienevorschriften zwar etwas gesunken, trotzdem ist der Erreger weiterhin ein Problem in den Krankenhäusern. In der Statistik taucht der Erreger erstmalig 2009 auf.

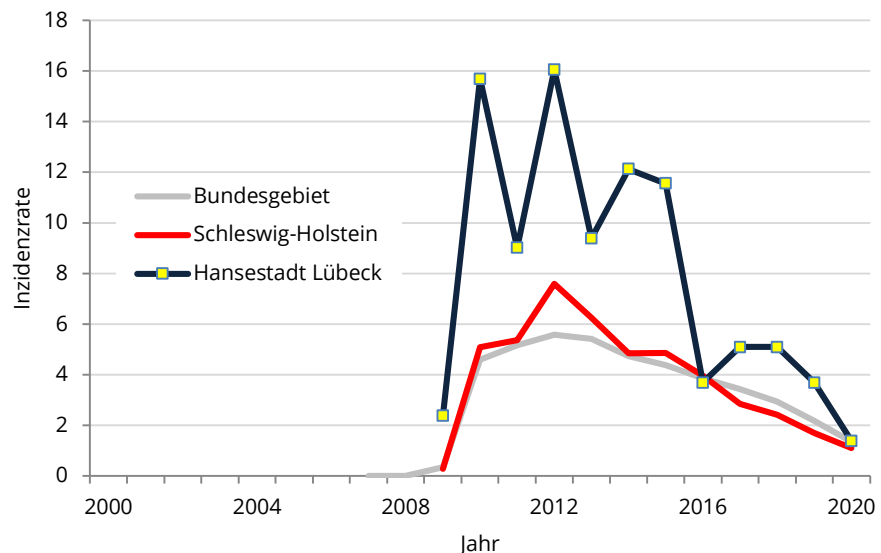
MRGN

Multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN-Bakterien) ist eine Sammelbezeichnung für eine große Gruppe verschiedener Bakterien, die als Gemeinsamkeit eine Resistenz gegenüber häufig eingesetzte Antibiotika aufweisen. Der Abkürzung MRGN wird in der Regel eine Zahl vorgestellt, die die Anzahl der Antibiotikaklassen bezeichnet, gegen die das jeweilige Bakterium resistent ist. Unterschieden werden die Bakterien nach 3MRGN und 4MRGN, da die Resistenzen gegen eine oder zwei Antibiotikaklassen zwar sehr häufig, aber unkritisch sind und diese auch nicht als multiresistent gelten.

Resistente Bakterien treten besonders dort häufig auf, wo viele Antibiotika eingesetzt werden. In den letzten Jahren sind sie aber zunehmend ein Problem bei der Behandlung von Krankenhauspatienten geworden. Je nach Bakteriengruppe finden sich die Keime im Magen-Darm-Trakt oder auf der Haut, seltener im Nasen-Rachenraum, im Analbereich oder in bzw. auf rohen Lebensmitteln. Rund fünf Prozent der Bevölkerung sind Träger von MRGN-Bakterien, die bei gesunden Menschen kein Problem darstellen, da ein gesundes Immunsystem vor einer Erkrankung schützt. Eine Behandlung wird nur erforderlich, wenn Bakterien z.B. von der Haut oder aus dem Darm über Wunden in die Blutbahn eindringen und eine MRGN-Infektion auslösen.

Die Bakterien könne durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen werden oder auch über Gegenstände und Lebensmittel. Eine Übertragung ist auch durch den Kontakt mit Tieren möglich.

Abb. 3.37: Infektionen mit multiresistenten Bakterien (MRSA mit invasiver Infektion) 2009 – 2020 je 100.000 Einw. im Vergleich



Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 18.06.2021, Graphik: Gesundheitsamt

Hat sich eine MRGN-Infektion entwickelt, können Fieber, Wundinfektionen und Entzündungen der Harn- oder Atemwege auftreten, je nachdem, wo die Infektion im Körper auftritt. Auch eine Sepsis, bei der Bakterien in die Blutbahn ausgeschwemmt werden, ist gefürchtet. Infektionen mit MRGN-Bakterien verlaufen häufig langwierig und können mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden sein.

Besteht eine Besiedlung oder Infektion bei einem Krankenhausaufenthalt, sind besondere Hygienemaßnahmen zu ergreifen, um Krankenhauspersonal, Patientinnen/Patienten oder Besucher/-innen vor Übertragungen zu schützen [s. a. Pfennigwerth 2018].

3.6.7 Bakteriell und viral bedingte Durchfallerkrankungen

INFOBOX!

Durchfallerkrankungen

Durchfall (Diarrhöe) kann ein Symptom vieler Erkrankungen sein, wie z.B. Infektionen, Nahrungsmittelvergiftungen, chronischen Darmerkrankungen oder bis hin zu (seltener) Tumoren. Bei Nahrungsmittelvergiftungen sind nicht die Bakterien selbst der Auslöser, sondern ein durch die Bakterien gebildetes Gift, welches sich auch durch Erhitzen nicht zerstören lässt.

Der häufigste Auslöser einer Diarrhöe sind jedoch Bakterien und Viren, die zu einer Gastroenteritis führen. Für viele Durchfallerreger besteht in Deutschland eine Meldepflicht.

Viral bedingt:

Infektiöse Durchfälle, oft begleitet von Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und leicht erhöhter Körpertemperatur sind zumeist auf Viren, hier insbesondere Rota- oder Noroviren zurückzuführen.

Noroviren

Noroviren sind hochansteckend, weshalb es häufig zu größeren Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Pflegeheimen oder Krankenhäuser kommt. Die Erkrankungen erfolgen meist in den Monaten Oktober bis März. Besonders häufig sind Kinder unter fünf Jahren sowie Seniorinnen und Senioren über 70 Jahren betroffen. Typisch ist neben der Diarrhoe das schwallartige Erbrechen.

Rotaviren

Bei Kleinkindern sind Rotaviren eine der häufigsten Ursachen für Magen-Darmerkrankungen. Da sie ebenfalls hochansteckend sind, haben fast alle Kinder bis zum Alter von fünf Jahren bereits eine Infektion erfahren. Die Krankheitsfälle häufen sich zwischen Februar und April. Für Säuglinge besteht eine Impfeempfehlung. Diese erfolgt als eine mehrfache Schluckimpfung, die spätestens bis zum Alter von 24 bzw. 32 Wochen abgeschlossen sein sollte.

Bakteriell bedingt

Bakterielle Durchfallerkrankungen treten generell seltener auf als virusbedingte Durchfälle. Das Krankheitsbild ist jedoch oftmals schwerer. Bakterien sind in unseren Breiten-graden die häufigsten Erreger infektiöser Darmerkrankungen mit Brechdurchfällen, Bauchkrämpfen und Fieber.

Campylobacter

Zahlenmäßig am häufigsten vorkommend sind hier zunächst die *Campylobacter*infektionen zu nennen. Die Infektionen treten das ganze Jahr über auf, wobei es zu Beginn Grillsaison zu einer leichten Häufung der Fälle kommt. Hauptursache dafür ist das fehlende Händewaschen nach dem Kontakt mit rohem Fleisch bzw. das unvollständige Durcheinhitzen des Fleisches. Laut RKI sind die meisten bakteriellen Durchfallerkrankungen auf *Campylobacter* zurückzuführen. Nach einer Untersuchung des Bundesamtes für Verbraucherschutz im Jahre 2017 enthielten 51,8 Prozent der untersuchten Hähnchenfleischproben *Campylobacter*. 2011 waren es noch 30,6 Prozent. Unmittelbar bei den Schlachthöfen waren sogar 78,8 Prozent der Masthähnchen besiedelt, gegenüber 40,9 Prozent im Jahre 2011. Schon wenige Bakterien können eine Infektion hervorrufen, weshalb bei der Verarbeitung höchste Hygiene erforderlich ist, um eine Kreuzkontamination zu vermeiden.

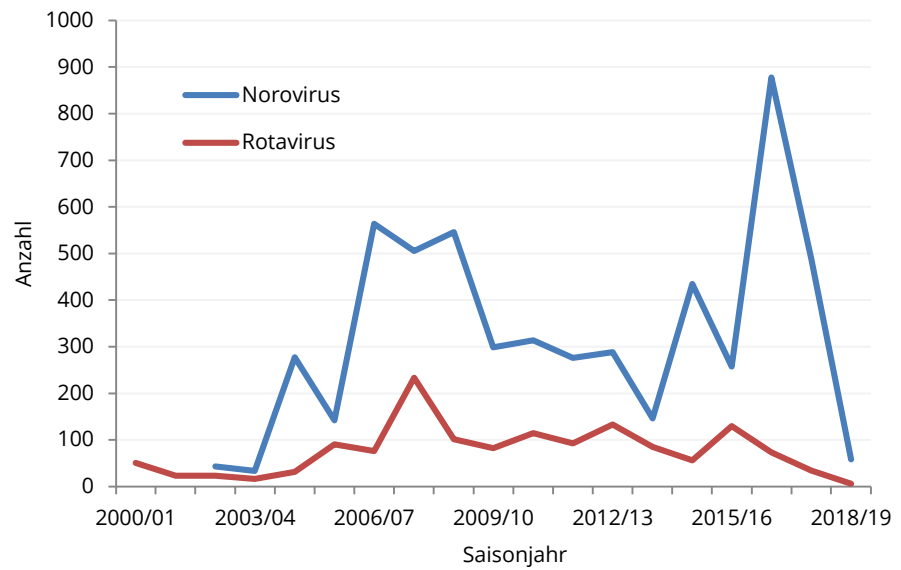
Salmonellen

Meist entwickeln sich die Symptome Stunden bis Tage nach dem Verzehr von infizierten Speisen, z. B. rohen oder nur weich gekochten Eiern und Eierspeisen, rohem oder nicht ausreichend erhitztem Geflügel, Muscheln oder Hackfleisch. Auch in tiefgekühlten Nahrungsmitteln können die Erreger überleben, sterben aber bei ausreichend langem Erhitzen (mindestens 10 Minuten) bei mindestens 70 °C ab, oder bei einer Stunde über 50 °C.

In den letzten Jahren ist bundesweit ein gewisser Rückgang der bakteriellen Verunreinigungen zu beobachten. Es wird vermutet, dass dies auf konsequent durchgeführte Bekämpfungsprogramme in Tierbeständen und auf eine bessere Schlachthofhygiene zurückzuführen ist. Massentierhaltung begünstigt die Übertragung der Salmonellen, wobei die massenhafte Zugabe von Antibiotika z.T. gefährliche, gegen Antibiotika resistente Stämme hervorgebracht hat.

Abb. 3.38: Magen-Darm-Infektionen durch Noroviren und Rotaviren in der Hansestadt Lübeck 2004 - 2019

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 21.12.2018, Graphik: Gesundheitsamt

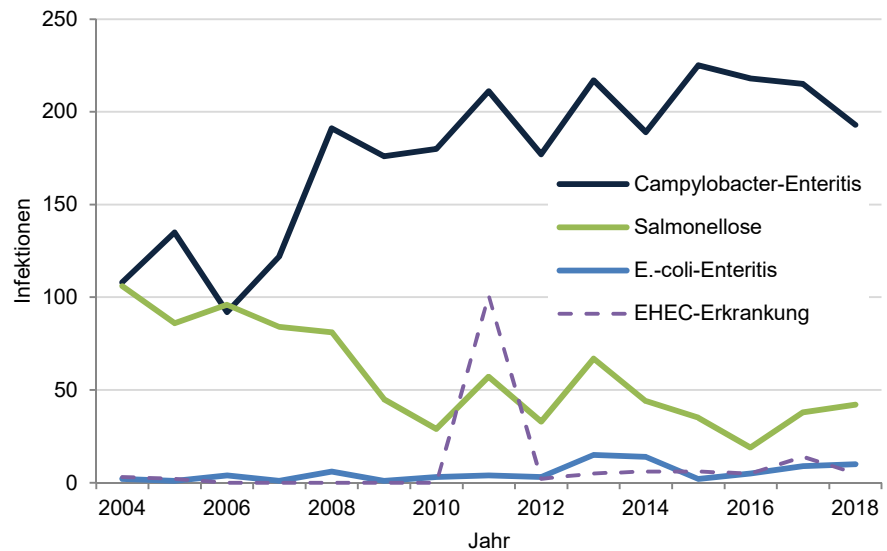


Anmerkung:

Im Gegensatz zu den bisherigen Abbildungen der Infektionskrankheiten sind hier nicht die Inzidenzraten (Neuerkrankungen je 100.000 Einw.), sondern die absoluten Fallzahlen dargestellt. Die ungefähre Inzidenzrate erhält man (umgekehrt zum Verfahren auf S. 65), indem man die Fallzahlen durch 2,2 teilt (Einwohnerzahl Lübecks 220.000 in Bezug zu 100.000). Im Vergleich zum Land bzw. dem Bundesgebiet zeigen sich beim Norovirus und beim Rotavirus keine wesentlichen Abweichungen in der Inzidenz.

Abb. 3.39: Anzahl der bakteriell bedingten Magen-, Darm-Infektionen in der Hansestadt Lübeck 2004 -2018

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 21.12.2018, Graphik: Gesundheitsamt



EHEC 2011

EHEC (enterohämorrhagische *Escherichia coli*) ist ein krankheitsauslösender Stamm des Darmbakteriums *Escherichia coli* („E. coli“). Im Jahr 2011 hatten sich bundesweit 3.842 Menschen mit dem Darmkeim EHEC angesteckt. 855 davon entwickelten das sogenannte hämolytisch-urämische Syndrom (HUS), eine lebensgefährliche Komplikation. 53 Menschen starben an den Folgen der Infektion. Nahezu alle betroffenen Personen lebten in Norddeutschland oder hielten sich dort im April und Mai 2011 auf. Eine Spur führte nach Lübeck, nachdem 17 infizierte Personen vorher im selben Restaurant gegessen hatten [RKI 2011].

Auch nach Abklingen der Epidemie sind Neuerkrankungen grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2018 gab es in Schleswig-Holstein jährlich napp über 100 EHEC-Erkrankungen und daraus resultierend ca. vier HUS-Erkrankungen pro Jahr. 26 HUS-Erkrankungen wurden 2011 in Lübeck gezählt, 2014 gab es zwei Erkrankungen und in 2015 eine Erkrankung [RKI 2018, SurvStat].

E.-Coli (*Escherichia coli*)

Die Übertragung der Keime erfolgt hauptsächlich über den Verzehr von rohem Rinderhack, Mettwurst, Salami und Rohmilch. Es können allerdings auch pflanzliche Produkte, welche auf mit Rindergülle gedüngten Äckern angepflanzt wurden, befallen sein. E.-coli gilt außerhalb des Darmtraktes als Indikatorbakterium für eine fäkale Verunreinigung von Lebensmittel oder Wasser. Wenn der Keim aus dem Magen-Darm-Bereich in andere Körperregionen gelangt, wirkt er krankmachend. Auch hier gilt gründliches Händewaschen als vorbeugendes Mittel der ersten Wahl. Nachgewiesene Infektionen bewegen sich in der Hansestadt Lübeck im jährlichen Durchschnitt im einstelligen Bereich.

3.6.8 Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen

INFOBOX!

Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern können sich Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten, da sich hier viele Menschen auf engem Raum befinden. Gemeinschaftseinrichtungen unterliegen nach den §§ 33-36 Infektionsschutzgesetz daher besonderen gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten. Zu den Gemeinschaftseinrichtungen zählen nach § 33 Einrichtungen, in den überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden. Hierzu zählen insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kitas, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

In § 34 wird aufgelistet, bei welchen ansteckenden Krankheiten jemand im Erkrankungsfall oder bei Verdacht eine Gemeinschaftseinrichtung solange nicht besuchen darf, bis nach ärztlichem Urteil keine Ansteckungsgefahr mehr gegeben ist. Das betrifft zum Beispiel Masern, Mumps, Keuchhusten, Scharlach und Windpocken und gilt auch bei Kopflausbefall und Krätze. Die in § 34 gelisteten Infektionen oder Verlausungen sind dem zuständigen Gesundheitsamt bei Erkrankung oder dem Verdacht auf Erkrankung zu melden. Personen, die in diesen Gemeinschaftseinrichtungen „Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort Betreuten haben, sind vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach § 34 zu belehren.“ (§ 35 IfSG)

Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sowie Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderte oder pflegebedürftiger Menschen, Obdachlosenunterkünfte, Asylbewerbergemeinschaftsunterkünfte oder Justizvollzugsanstalten müssen zudem in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektiionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Skabies und Kopfläuse sind - neben anderen Infektionen - in Gemeinschaftseinrichtungen meldepflichtig.

Kopfläuse

Kopflausbefall tritt typischerweise in betreuten Einrichtungen, Kindergärten oder Schulen auf. Bei Epidemien in Kindergärten oder Schulklassen können 30 Prozent und mehr aller Kinder betroffen sein. Für Deutschland wurde eine Inzidenz von 600 bis 1000 Neuerkrankungen pro 10.000 Kinder pro Jahr ermittelt. Damit bilden Kopfläuse den häufigsten parasitären Befall im Kindesalter. Kopfläuse gelten genau genommen nicht als Infektion, da sie nicht in den Körper eindringen. Der typische Übertragungsweg ist der enge Kopfkontakt mit einer Person, die von Kopfläusen befallen ist. Es wird vermutet, dass nahezu alle Neuerkrankungen über diesen Weg erfolgen. Schlechte Körperhygiene ist keine Ursache für Kopflausbefall. Auf gemeinsam genutzten Kopfkissen, Handtüchern oder Kämmen haben sich in umfangreichen Untersuchungen keine Kopfläuse gefunden, womit diese als Übertragungsweg zweitrangig sind. Im Jahre 2018 gab es in der Hansestadt Lübeck insgesamt 215 Meldungen zum Kopflausbefall. Über 80 Prozent davon entfielen auf Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG. Die Gemeinschaftseinrichtung kann erst dann wieder besucht werden, wenn keine Ansteckungsgefahr mehr besteht oder bei Kopfläusen keine Weiterverbreitung mehr zu befürchten ist. Nach einem ersten Befall ist hierzu nur ein Nachweis durch die Eltern erforderlich, bei einem zweiten Befall wird ein ärztliches Attest benötigt.

Skabies

In der Regel wird die Skabies (Krätze) durch direkten Haut-zu-Haut-Kontakt übertragen. Da sich Krätzmilben nur langsam bewegen und sich an Geruch- und Temperatur orientieren, setzt eine Übertragung einen längeren Haut-zu-Haut-Kontakt von etwa fünf bis 10 Minuten voraus. Handschütteln, Begrüßungsküsse, Umarmungen, von Patienten mit gewöhnlicher Skabies sind daher ohne Risiko. Personen, die sich bei einem Patienten mit gewöhnlicher Skabies anstecken können, sind demnach in der Regel Familienmitglieder, Paare oder z.B. pflegende Personen. Die Skabies kommt weltweit vor und betrifft Personen jeden Alters.

Das RKI vermutet bei Migranten eine höhere Prävalenz als in der hiesigen Bevölkerung, da Asylsuchende erstens häufig aus Ländern mit einer höheren Skabies-Prävalenz kommen, zweitens die Verhältnisse auf der Flucht das Risiko oder Übertragung erhöhen und drittens ist der Anteil an Kindern und Jugendliche höher, die eine besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe darstellen. Das Risiko von Skabies-Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften ist jedoch relativ gering, da für die Übertragung ein intensiver Hautkontakt gegeben sein muss und dieser sich in der Regel auf die eigene Familie beschränkt.

Im Jahr 2018 wurden in der Hansestadt Lübeck 221 Skabies-Fälle gemeldet. Davon wurden 72 Prozent in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 registriert (Kitas und Schulen etc.) und 22 Prozent in Gemeinschaftseinrichtungen nach §36 (Pflegeheime, Obdachlosenheime, Asylunterkünfte etc.).

Fazit

Die Infektionsvermeidung in Gemeinschaftseinrichtungen, vor allem in Alten- und Pflegeheimen, wird eine weitere Hauptaufgabe des Infektionsschutzes sein. Dies beinhaltet die korrekte Umsetzung der Hygienepläne, vor allem während der Saison für Magen-Darm-Infektionen und in der Influenzasaison. Eine ausreichende personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen ist Voraussetzung, um den Gefahren einer mangelhaften Hygiene zu begegnen.

3.6.9 Weitere Infektionskrankheiten

Die hier kurz dargestellten Infektionskrankheiten geben leider nur einen sehr kleinen Ausschnitt des Spektrums aller möglichen Infektionskrankheiten wieder. Diese alle aufzulisten, zu quantifizieren, ihr Vorkommen, die Häufigkeit und Ansteckungswege darzulegen, würde den Umfang eines kommunalen Gesundheitsberichtes unmaßig erweitern. Es sei daher auf die zahlreichen Informationen zu den Infektionskrankheiten verwiesen, wie sie sich zum Beispiel finden auf den Seiten des hier häufig zitierten Robert Koch Instituts, auf den Seiten des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (www.infektionsschutz.de), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bzw. vielen weiteren Anbietern.

3.7 Behinderungen

INFOBOX:

Behinderungen

"Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung zu erwarten ist." (§ 2 des SGB IX)

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden (20 - 100) abgestuft festgestellt.

Als schwerbehinderte Menschen gelten Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 oder mehr zuerkannt worden ist.

Seit 1985 wird alle zwei Jahre eine Bundestatistik über schwerbehinderte Menschen durchgeführt. Auskunftspflichtig sind nach §131 SGB IX die Versorgungsämter und die im Rahmen der Versorgungsverwaltung errichteten versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen. Die Statistik enthält die Zahl der schwerbehinderten Menschen in der Untergliederung nach Altersgruppen, Geschlecht, Art und Ursachen sowie dem Grad der Behinderung.

Bundesweit waren am 31.12.2019 insgesamt 7,9 Mill. Menschen als Schwerbehinderte mit gültigem Ausweis amtlich anerkannt. Dies entspricht 9,5 Prozent der Bevölkerung. Zum gleichen Stichtag wurden in Schleswig-Holstein 269.000 Schwerbehinderte gezählt. Der Anteil entspricht mit 9,3 Prozent dem Bundesdurchschnitt. In der Hansestadt Lübeck waren 2019 insgesamt 25.133 Schwerbehinderte anerkannt (Abb. 3.40). Der Anteil liegt mit 11,4 Prozent deutlich über dem Landes- und Bundesdurchschnitt, was sich aus der zentralörtlichen Funktion Lübecks und dem überproportionalen Vorhandensein entsprechender Hilfeinrichtungen erklären lässt.

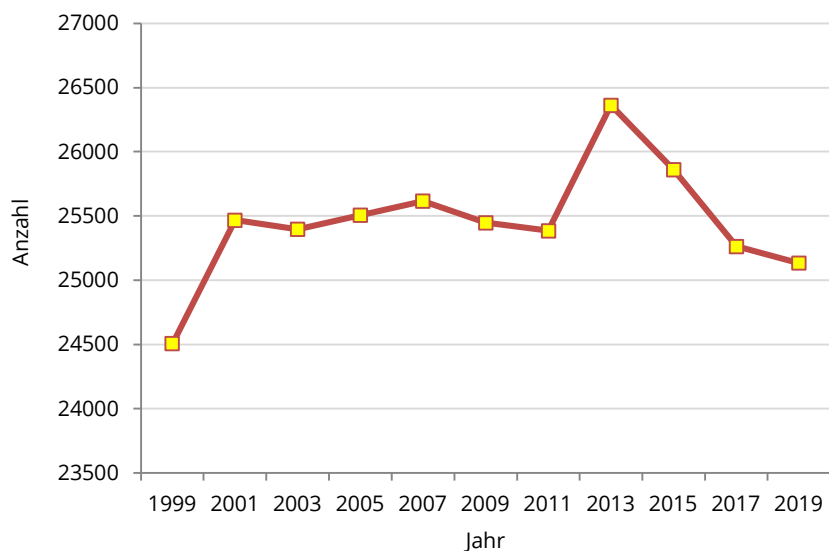
Alter der Schwerbehinderten

Behinderungen entstehen fast ausschließlich durch Krankheiten und Unfälle und nehmen mit dem Lebensalter zu. Es handelt es sich bei den schwerbehinderten Menschen mehrheitlich um Personen im Rentenalter. Insgesamt sind 12 Prozent der Frauen und 10,8 Prozent der Männer schwerbehindert (Tab. 3.15).

In der Altersgruppe der 18-24-Jährigen liegt der Anteil der Schwerbehinderten noch bei 2,5 Prozent, bei den 45-54-Jährigen beträgt der Anteil 8,3 Prozent und steigert sich bei den über 65-Jährigen auf 29,5 Prozent.

Die hohe Anzahl der weiblichen Schwerbehinderten (8.572) bei den über 65-Jährigen erklärt sich aus der höheren Zahl der Frauen in diesem Alter (29.299). Prozentual gesehen, fällt der Anteil hier mit 29,3 Prozent sogar noch etwas niedriger aus als bei den Männern mit 29,9 Prozent.

Abb. 3.40: Schwerbehinderte 1999 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



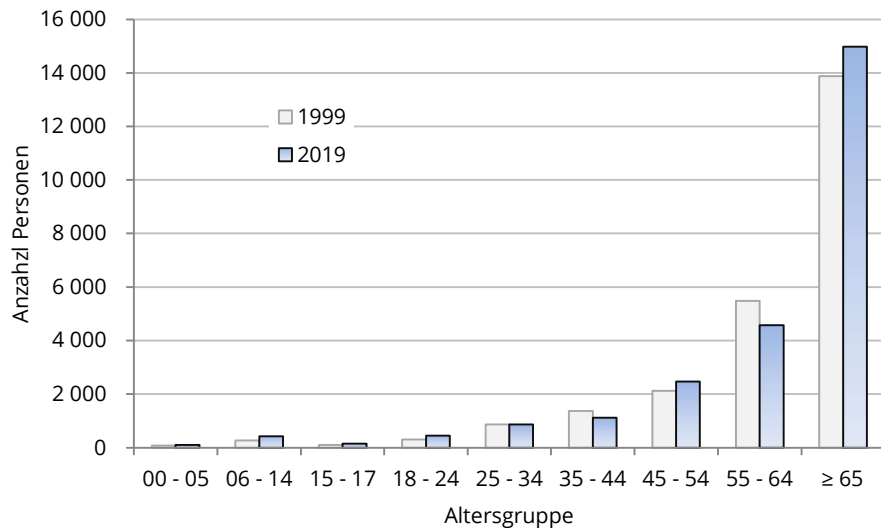
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Tab. 3.15: Schwerbehinderte am 31.12.2019 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Einwohner/innen			männlich			weiblich		
	insg.	mit Behinderung		insg.	mit Behinderung		insg.	mit Behinderung	
	Anzahl	in %		Anzahl	in %		Anzahl	in %	
00 - 03	7 349	47	0,6	3 730	26	0,7	3 619	21	0,6
04 - 05	3 809	58	1,5	2 007	38	1,9	1 802	20	1,1
06 - 14	16 424	422	2,6	8 359	289	3,5	8 065	133	1,6
15 - 17	5 551	154	2,8	2 878	92	3,2	2 673	62	2,3
18 - 24	17 978	445	2,5	8 888	254	2,9	9 090	191	2,1
25 - 34	30 497	872	2,9	15 713	492	3,1	14 784	380	2,6
35 - 44	25 992	1 120	4,3	12 992	530	4,1	13 000	590	4,5
45 - 54	29 883	2 466	8,3	14 899	1 118	7,5	14 984	1 348	9,0
55 - 59	17 266	2 087	12,1	8 451	1 033	12,2	8 815	1 054	12,0
60 - 61	6 109	974	15,9	2 885	466	16,2	3 224	508	15,8
62 - 64	8 022	1 507	18,8	3 814	734	19,2	4 208	773	18,4
65 u.ä.	50 765	14 981	29,5	21 466	6 409	29,9	29 299	8 572	29,3
insg.	219 645	25 133	11,4	106 082	11 481	10,8	113 563	13 652	12,0

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik
Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 3.41: Schwerbehinderte nach Altersgruppen 1999 und 2019

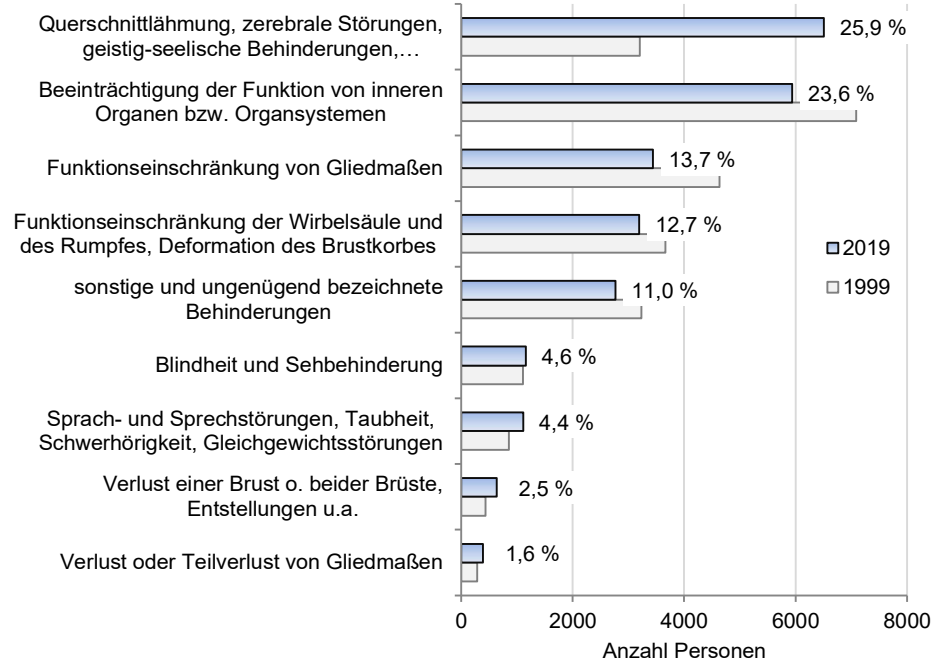


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Für die Altersgruppe der über 65-jährigen ist in der veröffentlichten Landestatistik leider keine weitere Differenzierung gegeben. Bundesstatistiken zeigen jedoch, dass der Anteil der Schwerbehinderten bis zum 65. Lebensjahr auf ca. 20 Prozent ansteigt und dann bis zum 75. Lebensjahr auf diesem Niveau bleibt. Erst danach steigt der Anteil der Schwerbehinderten wieder an.

Abb. 3.42: Schwerbehinderte nach Art der Behinderung 1999 und 2019

1999: n= 24.506, 2019: n= 25.133



Quelle: Statistik Nord, Schwerbehindertenstatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Ursachen der Behinderung

Behinderungen können viele Ursachen haben. In den allermeisten Fällen ist eine Erkrankung Ursache der Behinderung. Bundesweit war dies in 89 Prozent der Fälle gegeben. Angeborene Behinderung (3,3 Prozent) oder Unfälle (Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle, häusliche Unfälle und andere nicht bezeichnete Unfälle, 1,4 Prozent) spielen eine deutlich geringere Rolle (alle Angaben gelten für das Jahr 2019).

Art der Behinderung

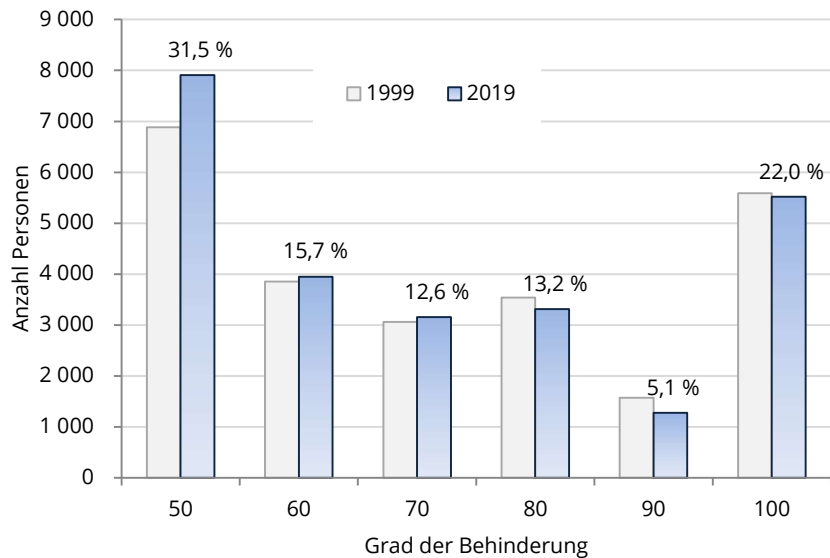
25,9 Prozent aller Schwerbehinderungen entfallen auf die Gruppe Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen und Suchtkrankheiten, wobei Querschnittslähmungen und Suchtkrankheiten hier nur den kleineren Teil ausmachen. Gegenüber dem Jahr 1999 zeigt sich eine Verdoppelung der Fallzahlen in dieser Gruppe. Da aber die Diagnosen psychischer Erkrankungen generell – und nicht nur als Ursache von Schwerbehinderung – in den letzten Jahren rasant und kontinuierlich angestiegen sind, wird vermutet, dass die Gründe für die Zunahme auch in einer verbesserten Entdeckungsrate oder eine gelungene Enttabuisierung psychischer Leiden liegen könnten.

Am zweithäufigsten war mit 23,6 Prozent die Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen betroffen. Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen bestanden bei 13,7 Prozent der Schwerbehinderten. Danach folgen Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformation des Brustkorbes mit 12,7 Prozent. Blindheit und Sehbehinderung (4,6 Prozent) und Sprach- und Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen (4,4 Prozent) sind dagegen schon mit geringeren Anteilen gelistet. Bei 11 Prozent der Behinderten war die Art der Behinderung unbekannt oder ungenügend bezeichnet.

Grad der Behinderung

Bei knapp einem Viertel der Schwerbehinderten (22 Prozent) wurde der höchste Grad der Behinderung (GdB = 100) festgestellt (Abb. 3.43). Dies ist z.B. der Fall, wenn bei einer Herzerkrankung die Leistungsfähigkeit schon im Ruhezustand eingeschränkt ist. Tritt die Leistungseinschränkung bei leichter Belastung auf, entspricht dies einem Grad von 50 bis 70. Die Leistungseinschränkung bei mittelschwerer Belastung entspricht einem GdB von 20-40.

Abb. 3.43: Schwerbehinderte nach Grad der Behinderung 1999 und 2019



Quelle: Statistik Nord, Schwerbehinder-
tenstatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Grundsicherung bei Erwerbsminderung

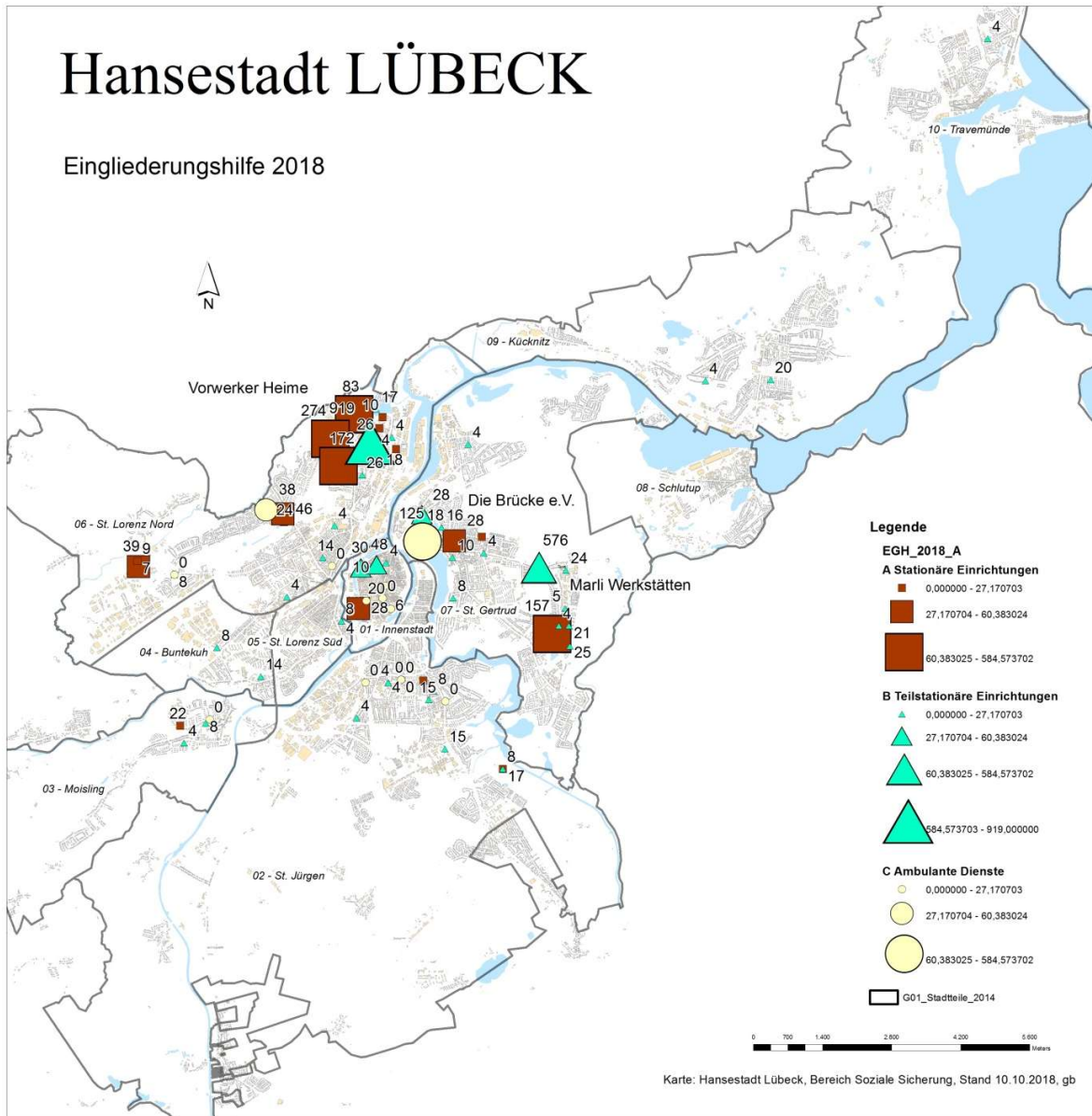
Wer aufgrund seiner Behinderung nicht erwerbsfähig ist, ist in der Regel auf Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Ende 2017 bezogen in Lübeck rd. 1.900 erwerbsgeminderte Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die zumeist auch schwerbehindert sind, Mindestsicherungsleistungen nach SGB XII (siehe auch Kapitel 2.3.3 Soziale Sicherung, Abb. 2.15, S. 25).

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Die Eingliederungshilfe ist zurzeit noch eine Sozialleistung nach dem SGB XII. Sie soll Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen helfen, die Folgen ihrer Behinderung zu mildern und sich in die Gesellschaft einzugliedern. Die Fallzahlen zur Eingliederungshilfen haben sich in der Hansestadt Lübeck in den letzten Jahren zunächst deutlich erhöht: von rd. 2.521 im Jahre 2006 haben sich die Zahlen auf 3.809 im Jahre 2016 erhöht, fallen derzeit jedoch wieder ab auf 2.969 im Jahr 2018 (siehe auch Tab. 2.6, S. 27).

Mit der 2017 eingeführten Reform zur Teilhabe wurde die Eingliederungshilfe durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen neu geregelt. Bis 2020 sollen die Bestimmungen zur Eingliederungshilfe vom SGB XII vollständig in das SGB IX überführt werden, da Behinderte nicht als Sozialfälle behandelt werden sollen, mit denen sich das SGB XII im Allgemeinen befasst. Die Eingliederungshilfe umfasst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Karte 3.2: Einrichtungen der Eingliederungshilfe 2018



Träger der Eingliederungshilfe

In der Hansestadt Lübeck übernimmt die Vorwerker Diakonie zahlreiche Aufgaben im sozialen Bereich. Im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich werden nicht nur Hilfen für Menschen mit Behinderung angeboten, sondern auch Hilfen für Menschen im Alter, für psychisch Kranke, für Suchtkranke oder speziell auch für Kinder und Jugendliche. Ein weiterer wichtiger Anbieter ist die Marli GmbH, die u.a. die Werkstätten für Behinderte betreibt oder Brücke e.V., die diverse Angebote für Menschen mit seelischen und psychischen Erkrankungen vorhält. Viele weitere, zum Teil auch kleinere und spezialisierte Träger ergänzen die Angebote.

3.8 Psychische Gesundheit

INFOBOX!

Psychische Störungen

Zum Begriff der psychischen Störung existiert keine einheitliche Definition, da sich psychische Auffälligkeiten wie andere Störungsbilder auch durch eine Vielzahl von Merkmalen auszeichnen und es daher schwerfällt, die für die psychischen Störungen charakteristischen Merkmale von vornherein festzulegen. Manche Definitionsversuche sind daher sehr umfangreich in ihrem Bemühen, möglichst vielen Aspekten Rechnung zu tragen.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM der American Psychiatric Association (APA) wird beispielsweise „jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (...) oder einer Beeinträchtigung (...) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden.“

Die Weltgesundheitsbehörde WHO legt hinsichtlich der Psychischen und Verhaltensstörungen folgende internationale Definition und Klassifikation (ICD-10) zugrunde:

- F00-F09: Organische, einschließlich symptomatische psychischer Störungen
- F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39: Affektive Störungen
- F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79: Intelligenzminderung
- F80-F89: Entwicklungsstörungen
- F90-F98: Verhaltens- u. emotionale Stör. mit Beginn in der Kindheit u. Jugend
- F99: Nicht näher bezeichnete Störungen

Was ist was? - Kurz erklärt.

Angststörung: Bei einer generalisierten Angststörung (GAS) fürchten sich die Betroffenen nicht vor bestimmten Dingen oder Situationen, sondern ängstigen sich vor allem

Möglichen. Sie ist psychisch sehr belastend und kann verschiedene körperliche Symptome wie Benommenheit, Muskelverspannungen oder Herzrasen verursachen.

Alkoholstörung: Bei den psychischen Störungen, die durch einen überhöhten Alkoholkonsum zustande kommen, wird zwischen einem Alkoholmissbrauch (schädlichem Gebrauch von Alkohol) und einer Alkoholabhängigkeit unterschieden.

Nach dem „Diagnostischen und Statistischen Manual für mentale Erkrankungen“ (DSM-IV-TR) wird von einem Alkoholmissbrauch gesprochen, wenn der Alkoholkonsum zu ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigungen führt. Dabei muss mindestens einer der folgenden Punkte gegeben sein:

- Vernachlässigung von Verpflichtungen (z.B. Schule oder Arbeit)
- körperlichen Gefährdungen (z.B. Fahrweise)
- zwischenmenschliche Probleme
- wiederholte Probleme mit dem Gesetz

Bei einer Alkoholabhängigkeit sind nach ICD-10 mindestens drei der folgenden Auflistungen erfüllt:

- starkes Verlangen, Alkohol zu trinken
- verminderte Kontrolle darüber, wann man mit dem Trinken beginnt und wieder aufhört und verminderte Kontrolle über die Menge, die man trinkt.
- Toleranzentwicklung – d.h. es muss immer mehr Alkohol getrunken werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen.
- körperliche Entzugserscheinungen, wenn kein Alkohol oder weniger Alkohol als sonst getrunken wird.
- Einengung auf den Konsum von Alkohol – d.h. der Betroffene vernachlässigt andere Beschäftigungen oder gibt diese ganz auf. Dies können angenehme Beschäftigungen (zum Beispiel Hobbies) oder auch Verpflichtungen sein.
- Weitertrinken trotz schädlicher Folgen

Unipolare Depression: Psychische Störung, bei der die Betroffenen über einen längeren Zeitraum eine deutlich gedrückte Stimmung, Desinteresse oder Antriebsschwäche zeigen. Im Unterschied zur bipolaren Störung fehlen die manischen Phasen.

Bipolare Störung: Manisch-depressive Erkrankungen mit ausgeprägten Schwankungen im Antrieb, Denken und in der Stimmungslage.

Zwangsstörung: Es besteht ein innerer Zwang oder Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun. Von einer Zwangserkrankung oder Zwangsstörung spricht man erst, wenn sich derartige Verhaltensweisen andauernd wiederholen und ein solches Ausmaß annehmen, dass der Betroffene daran leidet und/oder der Alltag beeinträchtigt ist.

Somatoforme Störungen: Körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.

Psychotische Störung: Unter dem Begriff „Psychosen“ wird eine Reihe von psychischen Störungen zusammengefasst, bei denen der Betroffene (in vielen Fällen auch nur vorübergehend) den Bezug zur Realität in unterschiedlichem Ausmaß verliert. Das Denken und Fühlen sowie die Wahrnehmung von sich selbst oder anderen sind verändert. Eine häufige und schwere Form ist die Schizophrenie. Betroffene entwickeln Wahnideen und leiden unter Halluzinationen, unlogischen Denken oder Verfolgungswahn.

Posttraumatische Störung (PTBS): Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine verzögerte psychische Reaktion auf ein extrem belastendes Ereignis, eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes. Nach Vergewaltigung, anderen Gewaltverbrechen und Kriegstraumata erkranken bis zu einem Drittel der Betroffenen an einer PTBS. Naturkatastrophen, Brände, Verkehrsunfälle und akute körperliche Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkt oder eine Krebserkrankung können ebenfalls eine Posttraumatische Belastungsstörung auslösen, das relative Risiko an einer PTBS zu erkranken, ist in diesen Fällen jedoch deutlich niedriger.

Typisch für die PTBS sind Symptome des Wiedererlebens, die sich tagsüber in Form von Erinnerungen, Tagträumen oder Flashbacks, nachts in Form von Angstträumen aufdrängen. Das Gegenstück dazu sind die Vermeidungssymptome, die meistens parallel zu den Symptomen des Wiedererlebens auftreten: emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung und anderen Menschen.

Medikamentenmissbrauch: Von einem Medikamentenmissbrauch nach ICD-10 wird gesprochen, wenn eine Substanz nicht mehr bestimmungsgemäß eingenommen und der Konsum trotz psychischer, körperlicher oder sozialer Folgeschäden fortgesetzt wird.

Anorexia Nervosa: Die Essstörung Anorexia Nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen. „Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (Medikamente zur Entwässerung).“ (ICD-10)

Gesellschaftlicher Wandel

Der sozioökonomische Wandel in der modernen Dienstleistungsgesellschaft, angefangen von der Globalisierung der Märkte, der Flexibilisierung der Berufs- und Arbeitswelt bis zur Auflösung traditioneller Familienstrukturen und der damit einhergehenden Singularisierung der Menschen bleiben nicht ohne Folgen für die seelische Gesundheit der Menschen. Der schnelle gesellschaftliche Wandel

erfordert eine hohe Anpassungsleistung an die sich ändernden Arbeits- und Sozialbeziehungen und soziale und kommunikative Kompetenzen gewinnen eine immer höhere Bedeutung.

Psychische Erkrankungen haben in der Vergangenheit eine stärkere Wahrnehmung in der Öffentlichkeit erfahren. So sind nicht nur die Diagnosen hinsichtlich Demenz im Alter deutlich angestiegen, auch ihre Bedeutung bei Krankschreibungen und Frühberentungen hat deutlich zugenommen.

Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen verursachen deutlich mehr Ausfalltage als andere Diagnosen. Ebenso haben psychische Störungen als Ursache krankheitsbedingter Behinderungen in den letzten Jahren überproportional zugenommen.

Datenbasis

Bundesweite Daten zur psychischen Gesundheit lassen sich aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, 2008-2011) gewinnen, genauer genommen aus dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“. DEGS1 enthält zwar eine Reihe von Indikatoren mit Relevanz für die psychische Gesundheit, ermöglicht aber keine differenzierte klinische Charakteristik von psychischen Störungen nach den Kriterien etablierter Diagnosesysteme. Dies ist eine vorrangige Aufgabe des DEGS1-MH Moduls „Psychische Gesundheit“.

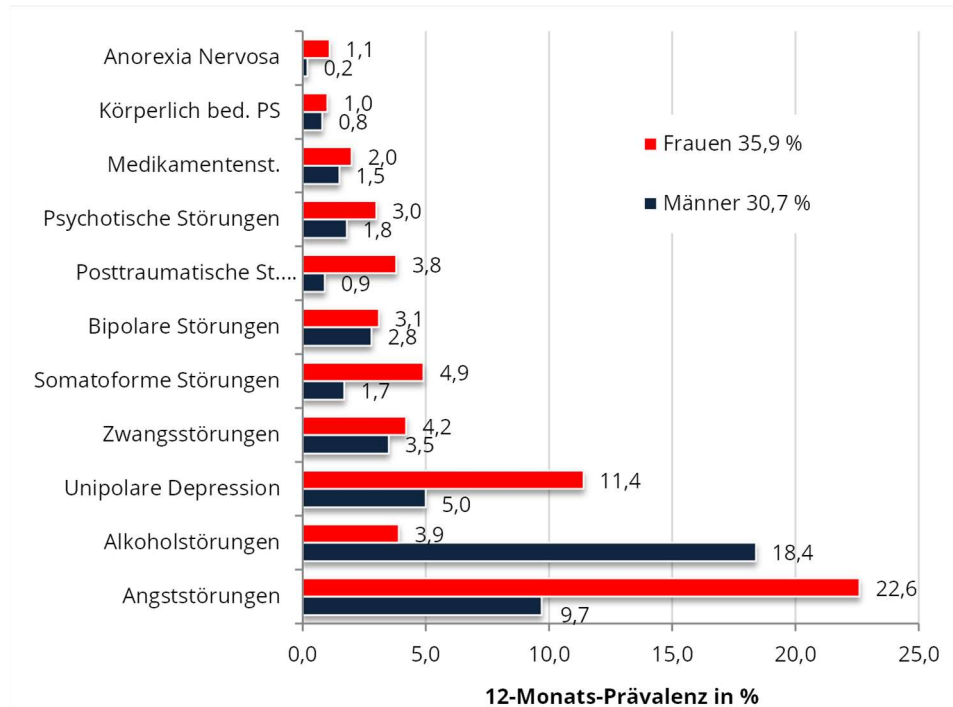
Zudem geben Daten der gesetzlichen Krankenkassen zu den Krankschreibungen und die Statistik der Krankenhausdiagnosen Auskunft über die psychische Gesundheit. Der Lübecker Psychiatriebericht basierte zudem auf Sonderauswertungen Lübecker Psychiatrieeinrichtungen.

Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie (ICD 10: F00-F99)

Wesentliche Ergebnisse der Studie sind:

- Im 12-Monatszeitraum vor der Untersuchung litten 33,3 Prozent der Bevölkerung unter einer oder mehreren psychischen Störungen.
- Bei den Frauen ist der Anteil mit 35,9 Prozent etwas höher als bei den Männern mit 30,7 Prozent.
- Die Diagnosespektren sind sehr unterschiedlich. Bei den Männern überwiegen Substanzstörungen, Angststörungen und Depressionen, während bei den Frauen Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen am häufigsten vorkommen.
- Die höchste Prävalenzrate zeigt sich in der Altersgruppe der 18-34-Jährigen (45 Prozent).
- Mit zunehmendem Alter wird eine ansteigende Komorbidität diagnostiziert.
- Im internationalen Vergleich zeigt sich eine ähnliche Gesamtprävalenz wie in der EU (EU: 38,2%) oder den USA. Gegenüber dem Bundesgesundheits-survey von 1998 sind die Werte etwas angestiegen.

Abb. 3.44: Die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland 2011 nach Geschlecht - 12-Monats-Prävalenz



Quelle: RKI, DEGS, Zusatzuntersuchung DEGS1-MH „Psychische Gesundheit, Graphik: Gesundheitsamt

Für die Hansestadt Lübeck liegen aus dem Psychiatriebereich 2017 Sonderauswertungen der Lübecker Kliniken für die Jahre 2006 und 2012 vor. Von insg. 43.248 Behandlungsfällen im Jahre 2006 waren demnach 3.785 auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (ICD F00 – F99). Die psychischen Erkrankungen hatten damit einen Anteil von 8,8 Prozent an allen Behandlungsfällen. Im Jahr 2012 wurden 4.140 psychische Erkrankungsfälle gezählt. Da jedoch auch die Erkrankungsfälle insgesamt auf 46.512 angestiegen waren, blieb der prozentuale Anteil der psychischen Erkrankungen mit 8,9 Prozent nahezu unverändert. Die meisten Behandlungsfälle entfielen im Jahr auf die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen, die im Jahre 2006 ungefähr die Einwohner/-innen der geburtenstarken Jahrgänge widerspiegelt. 2012 hatten sich die höchsten Fallzahlen auf die Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen verschoben, was mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge zu erklären ist (siehe Abb. 3.45). Für 2018 ist eine weitere Verlagerung der Maximalwerte ersichtlich.

Dass die geburtenstarken Jahrgänge tendenziell die meisten Behandlungsfälle haben mag trivial erscheinen, doch auch hinsichtlich der relativen Zahlen weist diese Bevölkerungsgruppe die höchsten Raten auf (Abb.3.46).

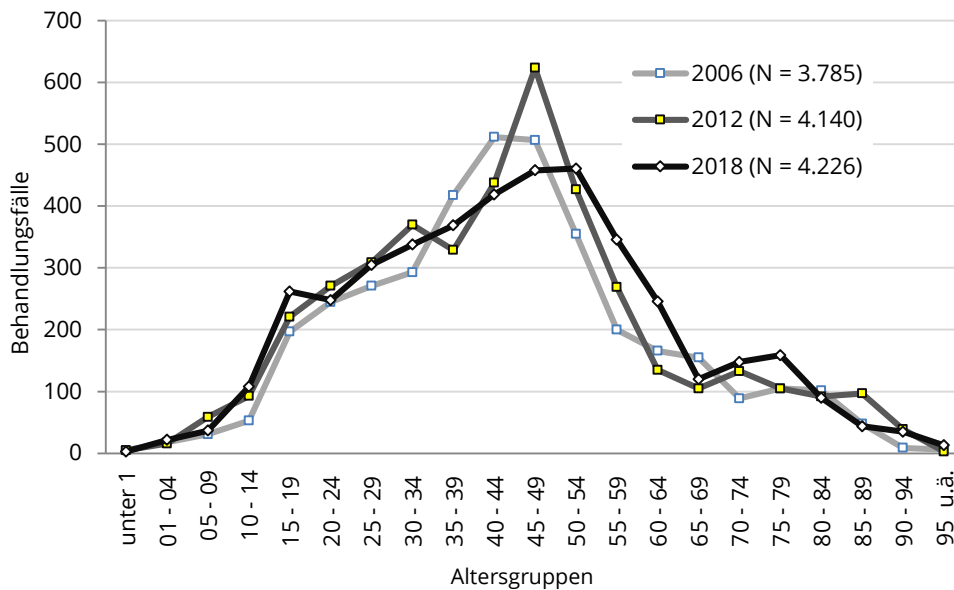
Die Zahl der Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner/-innen nach Altersgruppen hat sich gegenüber 2006 nicht wesentlich verändert, wobei mit dem Erwachsenwerden die Probleme beginnen: Von der Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen steigt die Zahl der Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner/-innen bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen kontinuierlich an. Die Gründe für die stärkere Belastung letztgenannter Altersgruppe sind zunächst spekulativer Art: ob Arbeitslosigkeit bzw. Überlastung durch den Beruf sei hier zunächst mal dahingestellt. Zu beobachten ist jedoch, dass mit dem Beginn des Vorruhestandsalters bzw.

des Rentenalters die psychischen Belastungen deutlich zurückgehen.

Eine wesentliche Veränderung hat sich im Gegensatz zu allen anderen Altersgruppen bei den über 85-Jährigen ergeben. Hier haben sich die Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner/-innen gegenüber 2006 nahezu verdoppelt. Dies mag auf die zunehmende Sensibilisierung zum Thema Demenz nicht nur bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern auch der Angehörigen zurückzuführen sein. Auch mit den ab 2017 neu geltenden gesetzlichen Regelungen soll die Diagnose Altersdemenz stärkere Berücksichtigung in der Beurteilung des Pflegeaufwandes finden.

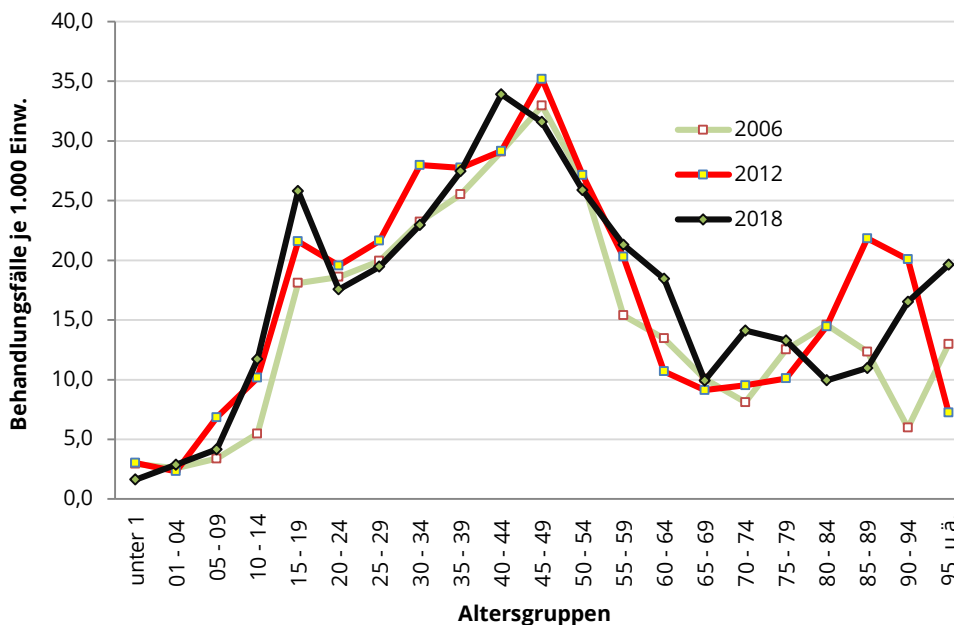
Ein Großteil der psychiatrischen Behandlungen der Lübecker Patienten/-innen - so die Analyse der Diagnosedaten der für die Lübecker Bevölkerung maßgeblichen stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen - bezieht sich auf Suchterkrankungen. Mehr als jeder dritten psychiatrischen Krankenhausbehandlung (35,8 Prozent) der psychiatrisch stationär versorgten Lübecker Patienten des Jahres 2012 lag eine Suchterkrankung zu Grunde. Fast ein Viertel (23,4 Prozent) der 2.800 stationär versorgten psychiatrischen Lübecker Patienten/-innen der o. g. Einrichtungen litt unter Depressionen. Der Anteil der Behandlungen wegen schizophrener und paranoider Psychosen belief sich auf 14,6 Prozent.

Abb. 3.45: Psychische Erkrankungen in der stationären Versorgung 2006, 2012 u. 2018 in Lübeck nach Altersgruppen



Quelle: Statistik-Nord; Krankenhausdiagnosestatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 3.46: Psychische Erkrankungsrate in der stationären Versorgung 2006, 2012 und 2018 in der Hansestadt Lübeck nach Altersgruppen



Je 1.000 Einwohner/innen der jeweiligen Altersgruppe

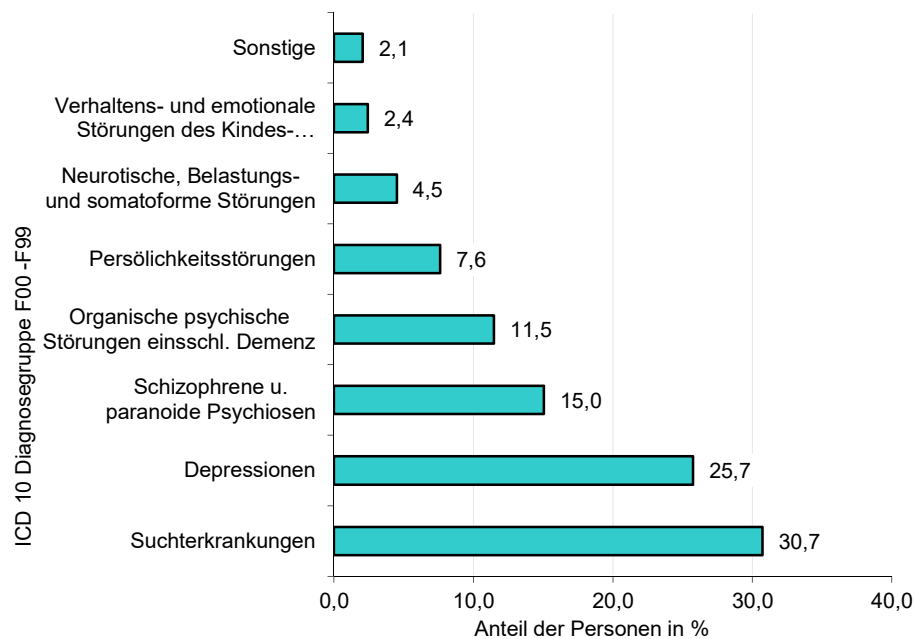
Quelle: Statistik-Nord; Krankenhausdiagnosestatistik, Graphik: Gesundheitsamt

Bei 7,6 Prozent der stationär versorgten psychiatrischen Lübecker Patienten/-innen wurden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Auf organische psychische Störungen einschließlich Demenzen, die mit der Alterung der Bevölkerung zunehmen, entfielen 11,5 Prozent der stationären psychiatrischen Behandlungen Lübecker Patienten/-innen (s. Abb. 3.47).

Psychische Störungen sind langwierig und schwer zu therapierende Erkrankungen. Mit einer Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres ist es daher meistens nicht getan. Patienten/-innen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie z. B. Suchterkrankungen benötigen oft zwei, drei und mehr stationäre Behandlungen pro Jahr. Die Darstellung der Behandlungshäufigkeiten der Lübecker Bevölkerung gibt daher nur bedingt Aufschluss darüber, wie verbreitet die psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung tatsächlich sind.

Um festzustellen wie viele Lübecker/-innen wegen psychischer Erkrankungen stationär behandelt wurden, wurden die Behandlungsdaten personenbezogen selektiert. Für die personenbezogenen Analysen standen dem Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck die aggregierten Behandlungsdaten des Zentrums für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, der Fachklinik AMEOS, Neustadt/Lübeck und der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Vorwerker Diakonie des Jahres 2012 zur Verfügung. Zusammen decken diese Daten ca. 70 Prozent der Behandlungsfälle in der Diagnosestatistik des Statistischen Amtes für Hamburg ab.

Abb. 3.47: Erkrankungen der Lübecker Patienten/-innen in der stationären psychiatrischen Versorgung, 2012



Quelle: Diagnosedaten des Zentrums für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, AMEOS Fachklinik, Neustadt/Lübeck und der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Vorwerker Diakonie, Graphik: Gesundheitsamt

Selektiert nach Personenfällen gewinnen insbesondere die Diagnosen „Depressionen“ und „Organische psychische Störungen einschließlich Demenz“ an Bedeutung, während sich die Anteile der Suchterkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen deutlich reduzieren. Insgesamt gesehen bleibt die anteilige Rangfolge der psychischen Erkrankungsarten auch bezogen auf die Personenfälle bzw. Patientenfälle jedoch weitestgehend bestehen

Unterbringungen nach PsychHG

Nicht immer erfolgen stationäre psychiatrische Behandlungen mittels der Einwilligung psychisch hilfebedürftiger Menschen, sondern auch durch Zwangseinweisungen nach dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG), die medizinisch gesehen in den Aufgabenbereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes fallen. Rund 23 Prozent der stationären psychiatrischen Behandlungen von Lübecker Patienten/-innen des Jahres 2012 wurden durch Unterbringungen veranlasst.

Die sofortige Unterbringung (Zwangseinweisung) von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nur bei Gefahr in Verzug möglich. Das ist dann gegeben, wenn eine akute Selbstgefährdung vorliegt oder andere Menschen und Rechtsgüter gefährdet sind. So gibt es z. B. auch Kranke, die zu ihrem eigenen Schutz in die geschlossene Abteilung eines Fachkrankenhauses eingewiesen werden. Die Unterbringung erfolgt durch die örtliche Ordnungsbehörde (Gesundheitsamt). Dabei muss eine in der Psychiatrie erfahrene Ärztin bzw. ein Arzt beteiligt sein sowie ein richterlicher Beschluss vom Amtsgericht erwirkt werden.

Ein weiterer Grund für eine Unterbringung liegt vor, wenn ein Mensch zu einer Einwilligung nicht fähig ist und vorherige Gründe der erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung zutreffen. Eine Unterbringung nach dem BGB bei erheblicher Selbstgefährdung und mittels eines gesetzlich

bestellten Betreuers ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts / Amtsgerichts zulässig.

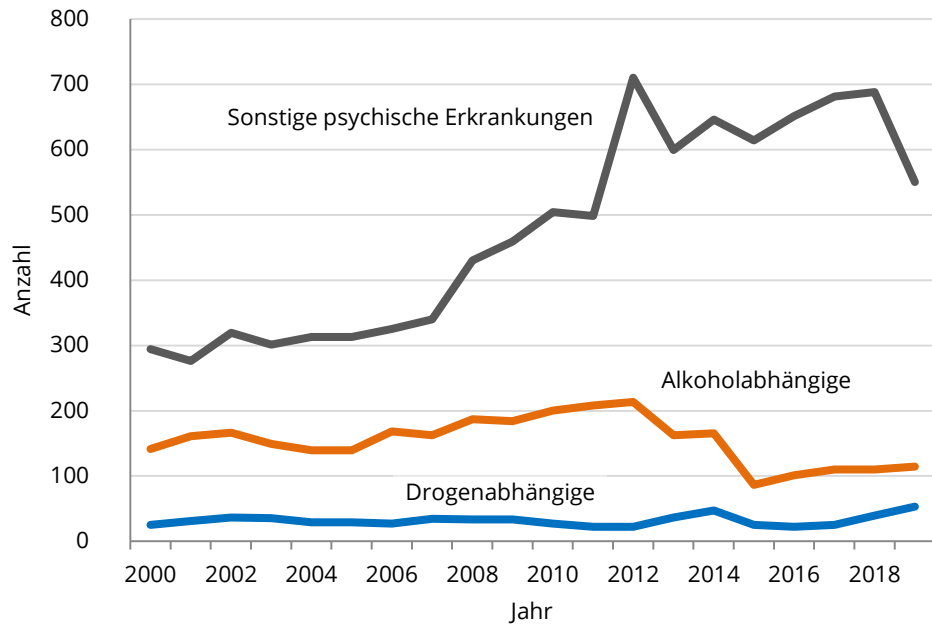
Wie aus Abb. 3.48 ersichtlich, nimmt die Anzahl der Unterbringungen tendenziell ständig zu. Im Verhältnis zu 2004 hat sich die Anzahl der Unterbringungen in 2017 mehr als verdoppelt. Dies ist hauptsächlich auf die gestiegenen Zahlen an Unterbringungen aufgrund allgemeiner psychischer Erkrankungen zurückzuführen. Die Zahl der Unterbringungen aufgrund von Drogenkonsums lag im Durchschnitt der vergangenen Jahre relativ konstant bei rd. 30 Fällen pro Jahr, wobei die Frauen mit rd. fünf Fällen pro Jahr unterdurchschnittlich vertreten sind.

Die Zahl der Unterbringungen aufgrund von Alkoholkonsum schwankt zwischen 100 und 200 Fällen pro Jahr, wobei seit 2013 ein gewisser Rückgang zu verzeichnen ist. In den Jahren 2015 bis 2017 wurden nur noch rd. 100 Unterbringungen aufgrund von Alkohol vollzogen. Der Frauenanteil ist hier gegenüber den Männern leicht unterdurchschnittlich und lag hier im Schnitt der letzten zehn Jahre bei rd. 46 Prozent

Fazit aus dem Psychiatriebericht 2017

Nicht nur der aktuelle Landespsychiatriebericht für Schleswig-Holstein konstatiert in seiner Zusammenfassung, dass psychische Beeinträchtigungen erheblich an Bedeutung zugenommen haben. Als Ursache für Arbeitsunfähigkeitszeiten liegen psychische Erkrankungen landesweit an zweiter Stelle hinter den Krankheiten des Muskel-Skelettsystems. Auch der vorliegende Lübecker Psychiatriebericht bestätigt anhand diverser Zahlen die Zunahme psychischer Krankheiten und zwar nicht nur bei den Erwachsenen, sondern mehr oder weniger in nahezu allen Alters- und Bevölkerungsgruppen.

Abb. 3.48: Unterbringungen nach PsychHG in der Hansestadt Lübeck 2000 – 2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Graphik: Gesundheitsamt

Hier zeigt sich, dass Alter, Geschlecht und sozialer Status relevante Faktoren hinsichtlich der Belastung mit psychischen Störungen sind. Die Lübecker Zahlen zur stationären Versorgung zeigen auf, dass Männer tendenziell häufiger als Frauen betroffen sind, Jugendliche häufiger als Kinder, ältere Senioren häufiger als jüngere Senioren und Personen im erwerbsfähigem Alter generell häufiger betroffen sind als die übrigen Altersgruppen unter 18 oder über 65 Jahren.

Die zahlenmäßige Entwicklung der psychiatrischen Erkrankungen lässt sich nicht nur in den Diagnosen der stationären Behandlungen oder in der Statistik der Arbeitsunfähigkeitszeiten abbilden. Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind im Bundesgebiet und auch in Schleswig-Holstein deutlich angestiegen. An diesem Thema zeigt sich jedoch, dass Investitionen in die Behandlung psychischer Erkrankungen ein hohes Präventionspotential hinsichtlich der Verluste an Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. Sind Menschen längerfristig durch eine psychische Erkrankung beeinträchtigt, kann eine seelische Behinderung entstehen, die Alltagsbewältigung, Erwerbsfähigkeit und soziale Integration erheblich beeinträchtigen kann. In Schleswig-Holstein hat sich die Zahl der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung aufgrund eines psychischen Leidens von 2003 bis 2015 mehr als verdoppelt. Hierbei ist insbesondere die Anzahl jener Menschen gestiegen, die aufgrund einer Neurose, einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung die Anerkennung als Schwerstbehinderte erhielten. Die wachsende Anzahl älterer Menschen und die damit einhergehende Sensibilisierung der Gesellschaft hinsichtlich des Themas Demenz bedingt eine entsprechende Steigerung der Behandlungsfälle und lenkt den Focus auf die zukünftigen Herausforderungen an die medizinische Versorgung und an die finanziellen bzw. personellen Bedarfe der sozialen Sicherungssysteme.

Psychische Störungen erhalten heute mehr Aufmerksamkeit und werden von den Ärztinnen und Ärzten seltener übersehen, jedoch können die vorliegenden Daten keine Auskunft über die Angemessenheit und Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten geben. Die näher zu quantifizierenden Aussagen zu den Wartezeiten bei Psychiatern und Psychotherapeuten scheinen einen höheren Bedarf zu belegen. Inwieweit die neue Psychiatrierichtlinie zumindest den Zeitraum bis zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit bzw. zur Frage der weiteren Vorgehensweise reduzieren kann, bleibt abzuwarten. Hinsichtlich der Kliniken bietet die erreichte Angebotsstruktur in der Hansestadt Lübeck ein sehr differenziertes, leistungsstarkes und wohnortnahes System der Hilfen. Mit der Errichtung des Trauma-Zentrums für Migranten/-innen und Asylsuchende wurde zeitnah ein Angebot für diesen speziellen Bedarf geschaffen.

Da die primärärztliche Versorgung weiterhin die Hauptlast der Versorgung im psychiatrischen Bereich tragen wird, sollten die Hausärztinnen und Hausärzte durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen weiterhin qualifiziert werden, so dass Sie auch in Zukunft in Zusammenarbeit mit den Fachärztinnen, Fachärzten und den Fachkliniken in die Lage versetzt werden, den steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Für die psychisch erkrankten älteren Menschen mit in erster Linie dementiellen und depressiven Störungen ist ein Netzwerk von aufsuchenden psychiatrischen Diensten und altersmedizinischen Zentren auf ambulanter und stationärer Ebene mit einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen wie etwa Geriatrie und Gerontopsychiatrie vorzuhalten. Die bereits bestehenden Strukturen werden zukünftig stärker auf gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten auszurichten sein.

Suchthilfeplan Lübeck

Der Begriff der Sucht umfasst zweierlei klinische Diagnoseformen: den „Missbrauch“ psychoaktiver Substanzen und die „Abhängigkeit“. Letztere wird für gewöhnlich direkt mit dem Suchtbegriff in Verbindung gebracht. Zur Sucht werden jedoch neben den Abhängigkeitserkrankungen alle risikoreichen, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen, die Suchtmittel (legal und illegal) betreffen sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (bspw. Glücksspiel, exzessive Internetnutzung), gezählt.

Die Prävention von Sucht ist ein wesentlicher Bestandteil eines komplexen und ganzheitlich ausgerichteten Präventionskonzeptes. Zwar zeigen deutschlandweite statistische Analysen, dass bereits etwaige Verbesserungen im Konsumverhalten durch verschiedene Programme vorliegen, jedoch sind die Fortführung bestehender Programme und weitere Präventionen notwendig. Trotz der bereits erzielten Erfolge sind die Folgen der Sucht nicht zu unterschätzen und weiterer Handlungsbedarf ist dringend geboten.

Die Hansestadt Lübeck verfolgt im Zuge dessen die Strategie eines Suchthilfeplans, auch vor dem Hintergrund des aktuellen Umsetzungskonzeptes der Sicherheitspartnerschaft der Hansestadt und der Polizeidirektion Lübeck zur nachhaltigen Auflösung der „Offenen Drogenszene“. Ziel ist ein zeitgemäßes Konzept der Suchthilfe, um Betroffenen (und Angehörigen) adäquate Hilfe anbieten zu können, suchtbezogene Gesundheitsstörungen und Todesfälle zu verringern/vermeiden und den volkswirtschaftliche Schäden zu senken.

Zunächst soll der Suchthilfeplan Auskunft über den Ist-Zustand in Lübeck geben. Dazu wurde als Ausgangssituation die Anzahl der Betroffenen mit Abhängigkeiten ermittelt. Die Zahlen für Lübeck entsprechen jedoch nicht einer direkten Zählung der Betroffenen in der Hansestadt. Vielmehr wurden sie berechnet aus den Zahlen, die für Deutschland vorliegen, und es wird dabei angenommen, dass Lübeck Betroffenzahlen gemäß dem Durchschnitt der deutschen Bevölkerung aufweist. Wichtig ist hierbei zu wissen, dass statistisch die Hauptdrogen erfasst werden, in der Realität aber überwiegend Mehrfachkonsum verschiedener Substanzen vorkommt. Außerdem stellen die benannten Zahlen eher eine Unterschätzung dar, aufgrund der Einschränkung der Betroffenzahlen auf die Gruppe der 18–64-Jährigen.

Hilfsangebote in Lübeck

Die Suchthilfestelle der Stadt Lübeck fördert die strukturelle Zusammenarbeit aller Leistungsträger und Leistungserbringer, sowie der Krankenkassen und Versicherungsträger und der Selbsthilfegruppen zur Bekämpfung des illegalen und legalen Drogenkonsums und zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung und Heilung süchtiger Menschen.

Konkrete Hilfen können innerhalb der Vielzahl an spezifischen Angeboten aus einem breitem Netzwerk gefunden werden. Direkt Betroffene, Angehörige und vor allem auch Eltern können sich an diese Stellen wenden, welche auch auf Abhängigkeiten von bestimmten Suchtmitteln beziehungsweise auf verhaltensbezogene Süchte (zum Beispiel Glücksspielsucht, Internetsucht) spezialisiert sind.

Weitere Informationen können Sie dem Suchthilfeplan entnehmen.

3.9 Verletzungen

INFOBOX!

Verletzungen und Vergiftungen ICD 10: S00-T98

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation sind Verletzungen ein physischer Schaden, der entsteht, wenn der menschlichen Körper plötzlich Energie in einem Ausmaß ausgesetzt, das die Schwelle der physiologischen Toleranz überschreitet, oder als Ergebnis eines Mangels an einer oder mehreren lebensnotwendigen Substanzen, wie beispielsweise Sauerstoff.

Es wird unterschieden nach

- unbeabsichtigten Verletzungen durch Unfälle und
- beabsichtigte Verletzungen durch Gewalt anderer (wie Misshandlungen oder tatsächl. Auseinandersetzungen) oder durch absichtliche Selbstverletzungen.

Nach ICD 10 handelt es sich um die Verschlüsselungen S00-T98 (siehe auch S. 40, Klassifikationen). In der Todesursachenstatistik erfolgt im Kapitel XIX Verletzungen und Vergiftungen eine zusätzliche Verschlüsselung, der folgende Differenzierung zu Grunde liegt:

V01-X59 Unfälle (V01-V99 Transportmittelunfälle, W00-W19 Stürze)

X60-X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung

X85-Y09 Tätlicher Angriff

Y10-Y34 Unbestimmtes Ereignis

Y40-Y84 Komplikationen bei med./chir. Eingriffen

Y85-Y98 Sonstiges

Krankenhausdiagnosen, Verletzungen u.a.

Verletzungen und Vergiftungen stehen bei den Krankenhausdiagnosen hinter den Kreislaufkrankungen an zweiter Stelle (s. Seite 49). Krankenhausbehandlungen aufgrund von Verletzungen sind bei älteren Menschen deutlich häufiger. Ab einem Alter von 70 Jahren steigen die Fallzahlen deutlich an. Im Alter von 5- 19 Jahren sind Verletzungen der häufigste Grund für eine Krankenhausaufnahme [RKI 2015, S.125].

Insgesamt hat die Zahl der Krankenhausdiagnosen zwischen 2004 und 2016 mit einer Steigerung von rd. 4.300 Fällen auf rd. 5.500 Fälle um ca. 30 Prozent zugenommen. Da die Zahlen aller Krankenhausdiagnosen ebenfalls um ca. 30 Prozent angestiegen, ist der prozentuale Anteil der Verletzungen an allen Krankenhausdiagnosen mit ca. elf Prozent im genannten Zeitraum annähernd konstant geblieben.

Todesfälle

Verletzungen und Unfälle können tödlich verlaufen und deren Zahl hat in der Hansestadt Lübeck in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Nach einem Tiefstand im Jahre 2008 mit lediglich 38 Todesfällen ist seit 2013 ein rapider Anstieg auf rd. 160 Todesfälle pro Jahr in den Jahren 2015 und 2016 zu registrieren.

Die Anzahl älterer Menschen (über 65 Jahre) ist seit 2003 kontinuierlich von rd. 44.500 auf rd. 50.200 bis 2016 angestiegen. Der Rückgang der Todesfälle zwischen 2003 bis 2007 erfolgte also trotz einer älter werdenden Bevölkerung und auch der rapide Anstieg seit 2013 ist mit dem Zuwachs der älteren Bevölkerung von rd. 49.000 auf rd. 50.200 bis 2016 allein nicht zu erklären. Auch der Fokus auf die über 70-Jährigen kann die Zunahme nicht hinreichend erklären.

Nicht nur die Krankenhausbehandlungen, auch die Todesfälle aufgrund von Verletzungen nehmen ab dem 70. Lebensjahr deutlich zu. Männer sind zumeist häufiger betroffen als Frauen. Die höheren Fallzahlen bei den über 80-jährigen Frauen erklären sich aus dem Frauenüberschuss in den höheren Altersjahrgängen.

In der Todesursachenstatistik lassen die Verletzungen/Vergiftungen bei Bedarf noch weiter ausdifferenzieren, im Gegensatz zur Statistik der Krankenhausdiagnosen, für die nur die Gesamtzahlen auf Ebene der Krankheitskapitel vorliegen.

Unfallverletzungen (ICD 10: V01-X59)

Von den 163 Todesfällen im Jahr 2015 waren rund die Hälfte (83) eine Folge von Unfällen. Davon verstarben die meisten als Folge des Unfalls in der Klinik (58), dreizehn verstarben zu Hause und 14 im Heim. Unter den 83 Unfällen waren neun Verkehrsunfälle (sieben verstarben in der Klinik und zwei am Unfallort). Hier ist beachten, dass sich die Zahlen auf die Lübecker Bevölkerung. Also auch Verkehrsunfälle außerhalb des Stadtgebietes werden mitgezählt, wenn Lübecker/-innen betroffen waren.

Häufig werden die Gefahren im eigenen Haushalt unterschätzt. So wurden aufgrund von Stürzen 70 Todesfälle im Jahr 2015 registriert. Todesfälle durch Stürze im Haushalt (70) traten somit zumindest im Jahr 2015 häufiger auf, als etwa Todesfälle durch Darmkrebs (64) oder Bauspeicheldrüsenkrebs (38).

Tätliche Angriffe

Todesfälle aufgrund von Verletzungen durch tätliche Angriffe wurden in 2015 nicht registriert. Im Jahr 2014 gab es jedoch vier Fälle. In allen Fällen war die Wohnung auch der Todesort.

Femizid-Fälle

In Deutschland gibt es im Durchschnitt jeden Tag einen polizeilich registrierten Tötungsversuch an einer Frau. Jeden dritten Tag stirbt eine Frau durch die Hand ihres Partners oder Ex-Partners. Im Jahr 2020 wurden 139 Fälle registriert.

Abb. 3.49: Krankenhausdiagnosen, Kapitel XIX: Verletzungen und Vergiftungen in der Hansestadt Lübeck, 2004 - 2016

Quelle: Statistik Nord, Krankenhausdiagnosen 2004 - 2016, Graphik: Gesundheitsamt

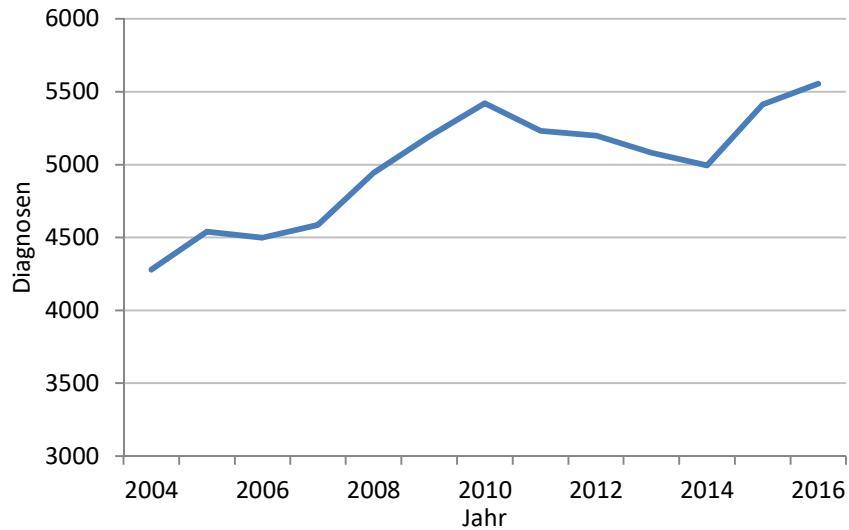


Abb. 3.50: Todesfälle aufgrund von Verletzungen u.a. in der Hansestadt Lübeck 2003 - 2019

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik 2003-2015, Graphik: Gesundheitsamt

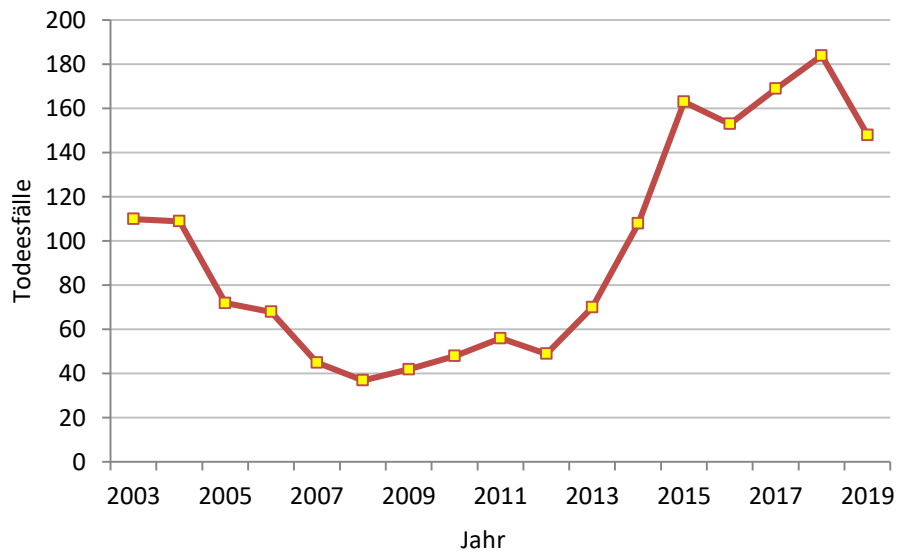
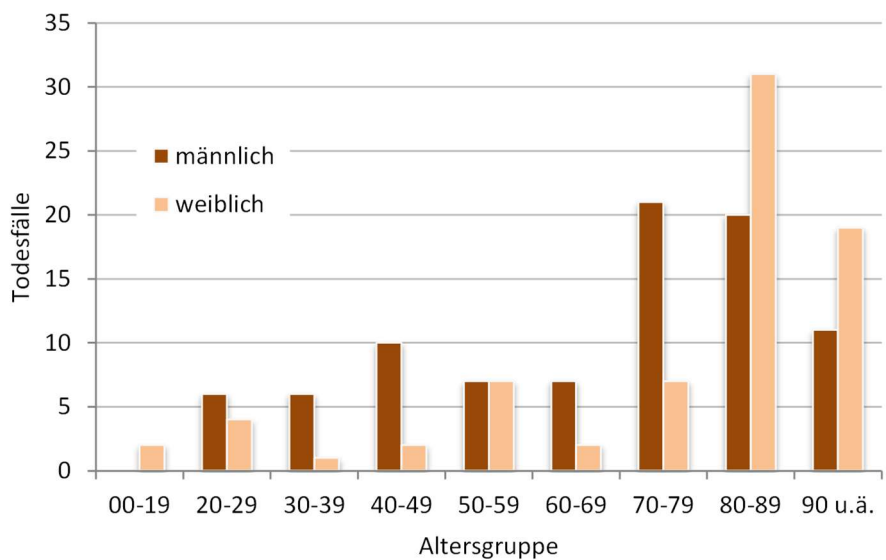


Abb. 3.51: Todesfälle aufgrund von Verletzungen u.a. in der Hansestadt Lübeck 2015 nach Altersgruppen

n=163

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik 2015, Graphik: Gesundheitsamt



Nach Angaben des Bundeskriminalamtes, welches die Daten seit 2015 erfasst, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Für die Hansestadt Lübeck liegen keine Zahlen vor.

Absichtliche Selbstverletzungen

ICD 10: X60-X84

In Deutschland nehmen sich pro Jahr ca. 10.000 Menschen das Leben, wobei zu vermuten ist, dass die tatsächliche Zahl der Suizide erheblich höher liegt. Man kann davon ausgehen, dass sich auch unter den Verkehrstoten, Drogentoten, akzidentiellen Intoxikationen nicht erkannte Suizidfälle verbergen.

Die Zahl der Selbsttötungen übersteigt demnach die der jährlichen Verkehrstoten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 35-jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen.

Die offizielle Zahl der Suizide ist im Bundesgebiet seit 2005 annähernd konstant geblieben. Sie schwankt zwischen rd. 7.000 und 7.500. Die Rate lag in den letzten Jahren bei rd. 12 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen.

Dem gegenüber zeigt sich in Schleswig-Holstein seit 2005 - vom Jahr 2008 abgesehen, als einmalig überdurchschnittliche Fallzahlen zu beobachten waren - eine Zunahme der Fallzahlen. Wurden 2008, 2009 und 2010 noch jeweils 219 Selbsttötungen gezählt, waren es 2015 beinahe schon doppelt so viele. Die Gründe hierfür liegen zum Teil in einer älter werdenden Bevölkerung. Chronische Krankheiten, zunehmende Vereinsamung oder der Tod von Angehörigen bzw. des Lebenspartners/der Lebenspartnerin können hier eine Rolle spielen.

Für die Hansestadt Lübeck lassen sich die Zahlen nach dem Alter differenzieren. Demnach wurden über die Hälfte der Selbsttötungen von Personen verübt, die älter als 55 Jahre waren. Dies obwohl diese Altersgruppen zahlenmäßig weitaus geringer ausfallen, als die geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre. Für eine detaillierte altersspezifische Ratenberechnung sind die Fallzahlen jedoch nicht ausreichend. Betrachtet man jedoch stark zusammengefasst einmal die Altersgruppe der 18-64-Jährigen und jene der über 64-Jährigen, so entfallen auf die erstgenannte Altersgruppe 17 Fälle je 100.000 Einwohner/-innen und auf die Altersgruppe der über 64-Jährigen 24 Fälle je 100.000 Einwohner/-innen.

Tab. 3.16: Suizide in Schleswig-Holstein und in der Hansestadt Lübeck 2010 – 2019

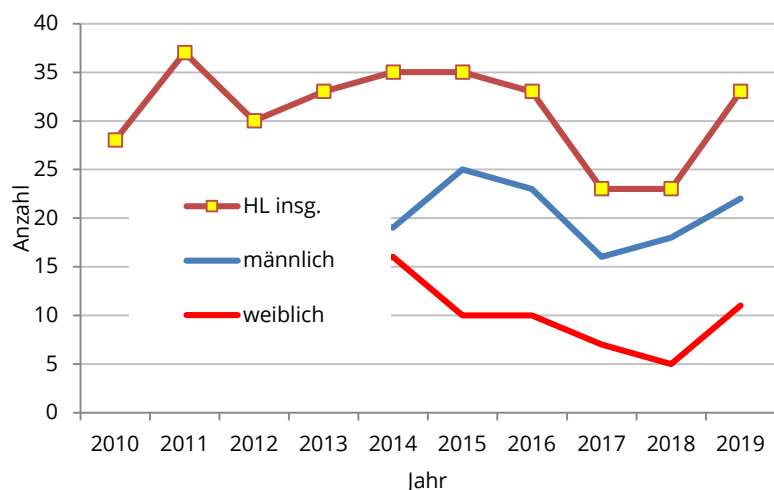
Jahr	Schleswig-Holstein			Hansestadt Lübeck				
	Todesfälle	Einw.	Rate je 100.000 Einw.	Todesfälle	Einw.	Rate je 100.000 Einw.	davon	
							männl.	weibl.
2010	219	2 834 259	7,7	28	212 112	13,2	.	.
2011	235	2 802 266	8,4	37	212 305	17,4	.	.
2012	366	2 806 531	13,0	30	213 368	14,1	.	.
2013	375	2 815 955	13,3	33	213 922	15,4	20	14
2014	379	2 830 864	13,4	35	215 800	16,2	19	16
2015	401	2 858 714	14,0	35	218 523	16,0	25	10
2016	408	2 881 926	14,2	33	220 211	15,0	23	10
2017	376	2 889 821	13,0	23	219 255	10,5	16	7
2018	...	2 896 712	...	23	220 629	10,4	18	5
2019	...	2 903 773	...	33	220 238	15,0	22	11

Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik und Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Abb. 3.52: Selbsttötungen in der Hansestadt Lübeck 2010 -2019 nach Geschlecht

ICD 10: X60-X84

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Graphik: Gesundheitsamt



3.10 Krankmeldungen

INFOBOX!

Versicherungspflicht

In Deutschland besteht eine Krankenversicherungspflicht. Je nachdem, welche Voraussetzungen erfüllt sind, besteht die Möglichkeit, sich freiwillig gesetzlich zu versichern oder eine private Krankenversicherung zu wählen. Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse können ihre Kinder und Ehegatten oder Partner in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft kostenfrei mitversichern.

Eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht grundsätzlich für alle Arbeitnehmer/innen, deren Bruttoarbeitsentgelt die aktuell geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) nicht übersteigt. Für das Jahr 2019 betragen diese 60.750 Euro oder 5.063 Euro pro Monat.

Nach den Ergebnissen aus dem Mikrozensus 2015 sind 88 Prozent der Einwohner/-innen in der gesetzlichen Krankenversicherung und zwölf Prozent privat versichert. Rund 59 Prozent der privat versicherten Personen sind Männer. Von den in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen sind rd. 25 Prozent als Familienangehörige mitversichert.

Die größten Krankenkassen

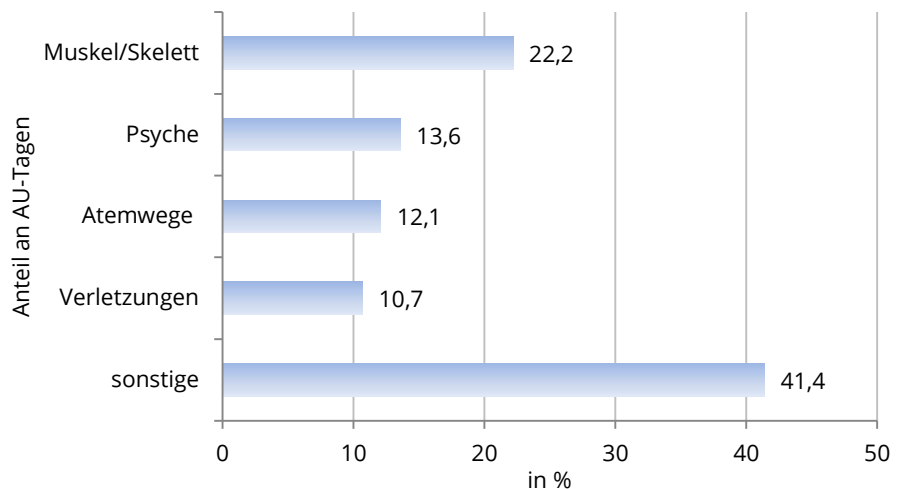
Mit rund 10,6 Millionen Versicherten ist die Techniker Krankenkasse (TK) die größte Krankenkasse in Deutschland (Stand 1.6.2019). Es folgen die Barmer mit rd. 9,1 Millionen (Stand 1.7.2019) und die DAK Gesundheit mit rd. 5,7 Millionen Versicherten (Stand 1.5.2019). Als regionale Krankenkassen folgen die AOK Bayern mit rd. 4,6 Millionen Versicherten und die AOK Baden-Württemberg mit rd. 4,4 Millionen Versicherten. In Norddeutschland gehört die AOK Nordwest mit rd. 2,9 Millionen Mitgliedern zu den größeren Krankenkassen. Die AOK Nordwest ist 2010 aus einer Fusion der AOK Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein entstanden.

Fallstudie 1:

Krankenstände AOK-Nordwest

Für die Krankenkassenmitglieder der AOK Nordwest liegen Daten zu den Krankenständen für das Jahr 2017 vor, die exemplarisch für Daten anderer Krankenkasse herangezogen werden. Demnach weisen die Mitglieder in der Hansestadt Lübeck einen Krankenstand von 5,5 Prozent auf. Dieser Krankenstand weicht nicht wesentlich von den Krankenständen in den benachbarten Kreisen ab. Pro Krankheitsfall fallen im Durchschnitt 11,4 Krankentage pro Jahr an. Pro Arbeitnehmer/-in fallen im Durchschnitt 20,2 arbeitsunfähige Tage (AU-Tage) pro Jahr an. Den höchsten Anteil an den AU-Tagen haben hierbei Muskel-/Skeletterkrankungen (22,2 Prozent) sowie psychische Erkrankungen (13,6 Prozent). Es folgen Atemwegserkrankungen mit 12,1 Prozent und Verletzungen mit 10,7 Prozent.

Abb. 3.53: Anteil der Erkrankungen an den AU-Tagen 2017 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: AOK Nordwest, Gesundheitsreport, Graphik: Gesundheitsamt

Fallstudie 2:

Krankenstände der BKK im Bundesgebiet

Eine weitere Statistik, die hier beispielhaft dargestellt werden soll, resultiert aus den monatlichen Meldungen von Betriebskrankenkassen im BKK Dachverband [BKK Dachverband 2019]. Für diese Statistik werden die monatlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen inklusive der AU-Zeiten für Heilverfahren und Krankenhausaufenthalte für die erwerbstätigen BKK-Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Bundesländern, Krankheitsarten, Altersgruppen und Geschlecht ermittelt.

Für das Berichtsjahr 2018 lag der Bundesdurchschnitt bei 4,7 Arbeitsunfähigkeitstagen je beschäftigtem BKK-Mitglied. Überdurchschnittlich hoch waren die Krankenstände in den Wirtschaftsgruppen Abfallbeseitigung (7,0 AU-Tage), Verkehr (6,3) und in der Post- und Telekommunikation (5,8) und unterdurchschnittlich in den Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen (2,7) und Verlage/Medien (2,82). Ähnliche Werte zeigten sich auch für 2016 und 2017.

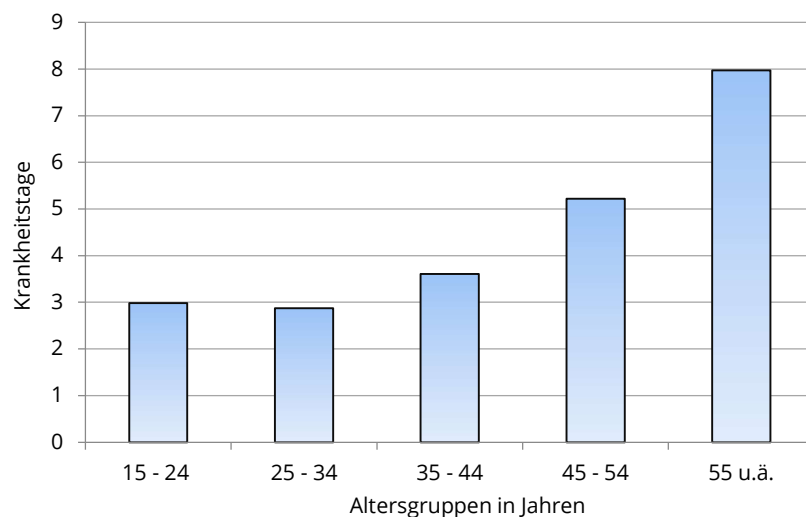
Die Sicht auf die Bundesländer zeigt überdurchschnittliche Krankenstände in Sachsen-Anhalt (6,3), Thüringen (6,2), Brandenburg (6,2) und Mecklenburg-Vorpommern (6,0). Hamburg (3,9) und Baden-Württemberg (4,0) weisen unterdurchschnittliche Krankenstände auf. Die Krankenstände der Frauen (4,8) liegen im Allgemeinen geringfügig über jenen der Männer (4,6).

Nach Berufsgruppen zeigen sich höherer Krankenstände in einigen Berufsgruppen des Verarbeitenden Gewerbes wie z.B. der Rohstoffgewinnung (6,4 AU-Tage) oder z.B. der Kunststoffherstellung (6,3). Am niedrigsten sind die Krankenstände bei lehrenden bzw. ausbildenden Berufen (2,7) sowie der Informations- und Kommunikationstechnologie (2,5).

Mit 4,5 AU-Tagen entspricht der Krankenstand in den medizinischen Gesundheitsberufen in etwa dem Bundesdurchschnitt für 2018 (4,7 AU-Tage, s.a. oben). In den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen wie der Gesundheitspflege, der Körperpflege, den Wellnessberufen und der Medizintechnik ist der Krankenstand mit 5,8 AU-Tagen überdurchschnittlich hoch. In der Reduzierung auf die pflegerische Berufsgruppe dürfte der Krankenstand wahrscheinlich noch höher ausfallen. Zahlen liegen hierzu aktuell nicht vor.

Abb. 3.42 zeigt die Entwicklung der Krankenstände mit zunehmendem Alter. Ab ca. dem 40. Lebensjahr nimmt die Zahl der AU-Tage zu. Die Krankendiagnosen beziehen sich vorrangig auf das Muskel-/Skelettsystem (1,1 AU-Tage) und das Atmungssystem (0,8 AU-Tage). Letztere sind in den Wintermonaten Januar bis März deutlich erhöht. Danach folgen psychische Erkrankungen (0,68) und Verletzungen (0,54), womit sich ein ähnliches Bild zeigt wie in der AOK-Statistik (s. Abb. 3.41).

Abb. 3.54: BKK-Krankenstand nach Altersgruppen 2018 im Bundesgebiet
AU-Tage je beschäftigtes Mitglied



Quelle: BKK-Jahresbericht 2018, Gesundheitsreport, Graphik: Gesundheitsamt

4 Gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen

4.1 Kinder und Jugendliche

4.1.1 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

INFOBOX!

Schuleingangsuntersuchungen

Für jedes Kind in Schleswig-Holstein ist eine Schuleingangsuntersuchung vorgesehen. Zur Schuleingangsuntersuchung werden alle Kinder eines Jahrgangs eingeladen, die bis zum 30. Juni des aktuellen Jahres das 5. Lebensjahr vollendet haben und damit im nächsten Jahr schulpflichtig (ab 6 Jahren) werden. Jüngere Kinder können auf Antrag vorzeitig eingeschult (und untersucht) werden.

Trotz der oft zeitlichen Nähe zu den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 ist die SEU keine Wiederholung der U9, sondern verfolgt gänzlich unterschiedliche Ziele. Während die U9 der Früherkennung von Krankheiten dient, soll die SEU feststellen, ob ein Kind den Anforderungen des Schulalltags körperlich und seelisch gewachsen ist.

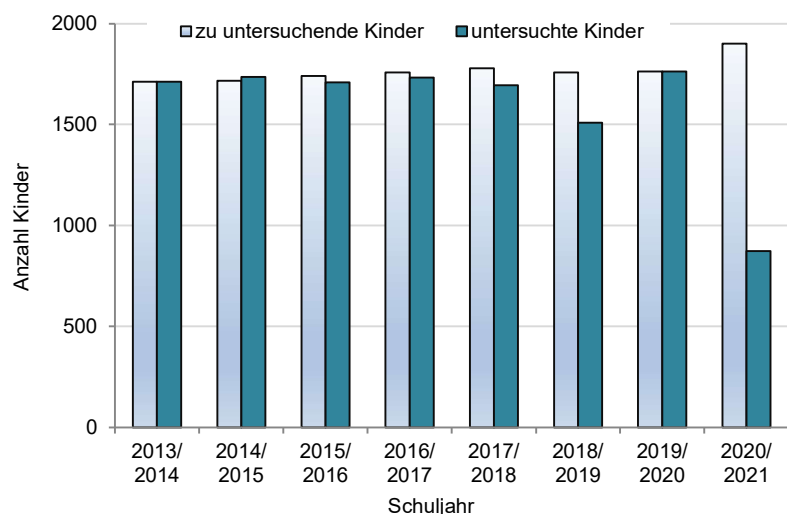
Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein werden in einem jährlichen Bericht dokumentiert. Die Schuleingangsuntersuchungsberichte differenzieren die Ergebnisse regional nach Landkreisen und den kreisfreien Städten.

Im Kindes- und Jugendalter bilden sich wesentliche gesundheitsrelevante Verhaltensweisen heraus, die für das Erwachsenenalter bestimmend sind. Viele Gesundheitsstörungen in jungen Lebensjahren werden zu Risikofaktoren für schwerwiegende Erkrankungen im späteren Leben. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist deshalb eine vorrangige Aufgabe von weitreichender Bedeutung.

Die Schuleingangsuntersuchungen für das jeweilige Schuljahr beginnen ungefähr ein dreiviertel Jahr vorher. In der Regel beginnen sie im November des Vorjahres und sollen bis zum Juni abgeschlossen sein. In den letzten Jahren wurden jeweils über 1.700 Kinder pro Schuljahr untersucht. Für das Schuljahr 2018/2019 konnten in Lübeck jedoch nur rd. 1.500 Kinder untersucht werden, da es kurzfristig zu einem erheblichen Personalmangel hinsichtlich der Schulärztinnen und Schulärzte im Gesundheitsamt gekommen ist. Diesbezüglich stellte Lübeck keinen Einzelfall dar. In einem benachbarten Landkreis konnten sogar nur knapp die Hälfte der zukünftigen Erstklässler untersucht

Abb. 4.1: Schuleingangsuntersuchungen

Schuljahr 2013/2014 - 2020/2021

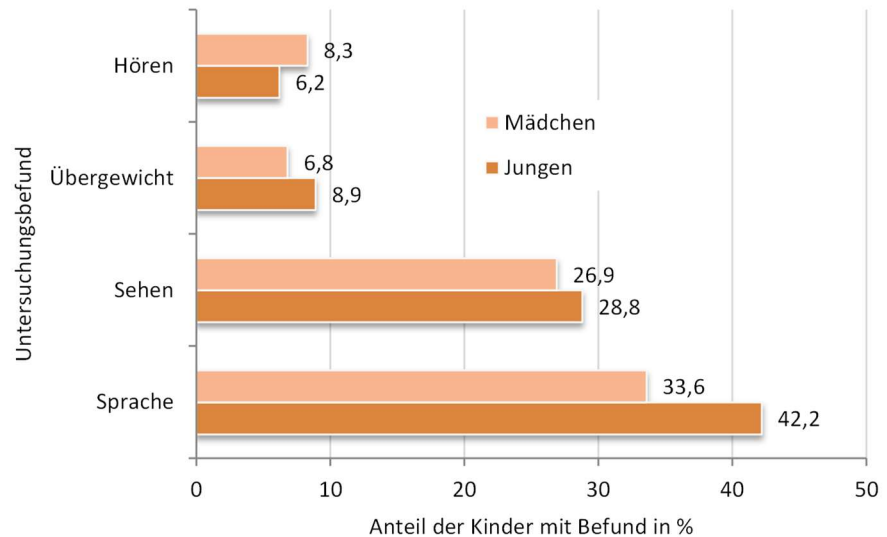


Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Statistik der Schuleingangsuntersuchungen, Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 4.2: Häufigste Befunde der Lübecker Schulanfänger/-innen nach Geschlecht

Schuljahr 2018/2019

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019, Graphik: Gesundheitsamt



werden. Ein Grund für den Personalmangel dürfte in der besseren Bezahlung in den Krankenhäusern liegen.

Relevante Befunde

In den Schuleingangsuntersuchungen wird ein breites Spektrum an Untersuchungsbefunden ermittelt. Im Folgenden werden daher nur jene Befunde behandelt, die auf Grund der Häufigkeit ihres Auftretens eine bestimmte epidemiologische oder gesundheitspolitische Relevanz besitzen.

Die in den Schuleingangsuntersuchungen festgestellten Befunde können schon bekannt sein oder werden erstmalig diagnostiziert. Von allen gesundheitlichen Befunden, die bei den 1.510 untersuchten Kindern für das Schuljahr 2018/2019 festgestellt wurden, sind insbesondere Seh- und Sprachstörungen hervorzuheben.

Wie die obige Abbildung zeigt, werden bereits bei ungefähr jedem dritten Kind Sprachstörungen diagnostiziert, bei Jungen etwas häufiger als bei Mädchen. Daneben liegen bei rd. 28 Prozent der Kinder Sehstörungen vor. An dritter Stelle der Befunde der gesundheitlichen Störungen steht die Übergewichtigkeit (Adipositas), ein negatives Wohlstandsphänomen, das schon seit längerem auch auf Kinder zutrifft, denn schon 1998 waren wie heute rd. acht Prozent der Kinder übergewichtig. Befunde zum Hören werden bei 7,2 Prozent der Kinder diagnostiziert.

Sprachstörungen und Sprachvermögen

Die Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten bildet einen Schwerpunkt der Schuleingangsuntersuchungen, da diese Kompetenzen in der Schule von besonderer Bedeutung sind. Bei unzureichenden Sprachkompetenzen oder Sprachentwicklungsverzögerungen besteht das Risiko, dass die Aufgaben in der Schule nicht mehr bewältigt werden könne und zusätzliche Problematiken hinzukommen. Zur Analyse des Sprachvermögens wird ein standardisiertes Screening-Verfahren unter Berücksichtigung der Deutsch-

Kenntnisse angewandt. Sollte ein Kind nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, wird das Verfahren nicht eingesetzt.

Insgesamt wurden bei rd. 38 Prozent der Kinder (N=1.510) Sprachstörungen oder Sprachvermögensstörungen festgestellt, wobei Jungs etwas häufiger betroffen waren. In 88 Fällen wurden diese erstmalig diagnostiziert. (s. Tab. 4.1)

Von den 651 untersuchten Kindern mit Migrationshintergrund hatten 69 (entsprechend 4,5 Prozent aller Kinder) keine ausreichenden Deutschkenntnisse, d.h. nicht verständlich oder nur rudimentär vorhanden und bei weiteren 94 Kindern waren die Sprachkenntnisse nicht beurteilbar. In 66 Fällen wurde der Besuch einer DAZ-Klasse empfohlen. Von allen untersuchten Kindern (N=1.510, also mit und ohne Migrationshintergrund) zeigten 92 Prozent eine ausreichende Kompetenz in der Unterrichtssprache. Eine Korrelation der Sprachkompetenz vor dem Bildungshintergrund der Eltern und der Migrationsbiografie ist nachweisbar. Dort wo beide Elternteile eine Migrationsbiografie haben besteht ein besonders hohes Risiko für mangelnde Sprachkompetenz (s.a. Ministerium für Soziales... des Landes SH, 2016, S.62).

Sehstörungen

Auch der Untersuchung des Sehvermögens kommt im Hinblick auf den Schulbesuch eine besondere Rolle zu. Eine Fehlsichtigkeit, die nicht durch Sehhilfen korrigiert wird, kann zu einer erheblichen Einschränkung des Lernvermögens führen. Bei rd. 28 Prozent der Kinder (N=1.510) bestehen Einschränkungen im Sehvermögen und in 160 Fällen (10,6 Prozent) wurden die auffälligen Befunde durch die Schuleingangsuntersuchung erstmalig festgestellt (s. a. Tab. 4.2).

Tab. 4.1: Sprachstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen - Schuljahr 2018/2019

Sprachstörung und Sprachvermögen	Geschlecht		
	Jungen	Mädchen	Gesamt
keine Angaben	431	469	900
Befund liegt vor, keine Arztüberweisung erforderlich	140	104	244
Befund liegt vor, Behandlung ausr. bzw. bereits eingeleitet	146	97	243
Befund liegt vor, der erstm. o. erneut einer Arztüberweisung bedarf	46	42	88
Die Untersuchung konnte nicht o. nicht standardisiert erfolgen	23	12	35
Gesamt	786	724	1 510
Anteil Kinder mit Befund in %	42,2	33,6	38,1

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

Tab. 4.2: Sehstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen - Schuljahr 2018/2019

Untersuchungsbefund Sehen (BEF 11)	Geschlecht		
	Jungen	Mädchen	Gesamt
keine Angaben	546	522	1 068
Befund liegt vor, keine Arztüberweisung erforderlich	19	32	51
Befund liegt vor, Behandl. ausreichend bzw. ber. eingeleitet	121	87	208
Befund liegt vor, der erstm. o. erneut einer Arztüberweisung bedarf	85	75	160
Befund liegt vor, mit erheb. Leistungsbeeintr. des Kindes	1	1	2
Die Unters. konnte nicht o. nicht standardisiert erfolgen	14	7	21
zusammen	786	724	1 510
Anteil Kinder mit Befund in %	28,8	26,9	27,9

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

INFOBOX!

Bodymaßindex und Kromeyer

Erste Anhaltspunkte zum Körpergewicht liefert der Bodymaßindex (BMI). Er berechnet sich nach der Formel Körpergewicht (in kg) geteilt durch Größe (in m) zum Quadrat. Nach der BMI-Klassifizierung der WHO gilt folgende Einteilung:

- 18,5 – 24,9: Normalgewicht
- 25,0 – 29,9: Übergewicht
- 30,0 u. m.: Adipositas (Fettleibigkeit)

Der BMI erlaubt nur eine grobe Einschätzung, da eine hohe Muskelmasse zu einem höheren BMI führt. Auch sagt der BMI nichts über die Verteilung des Körperfettes aus, da insbesondere zu viel Bauchfett als gesundheitliches Risiko angesehen wird.

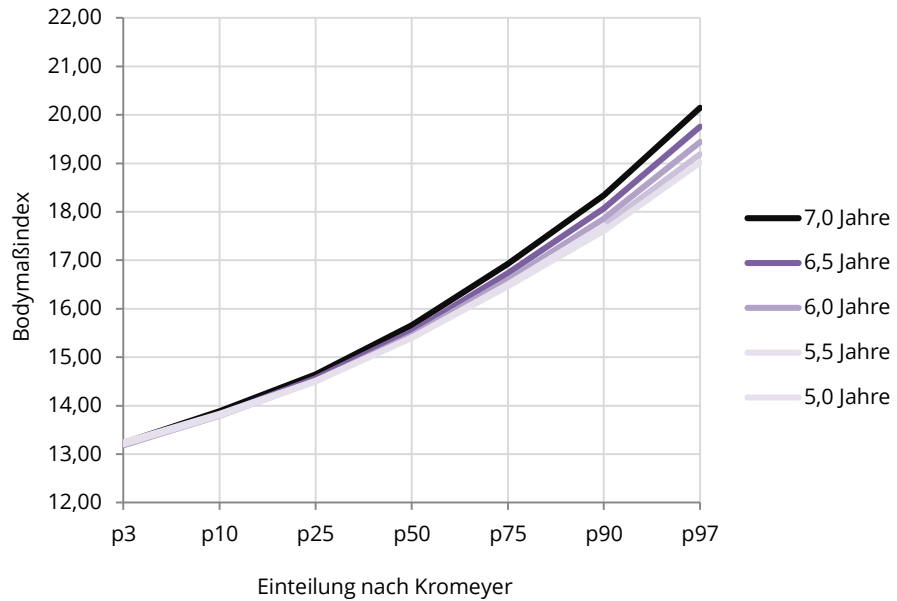
Bei den Schuleingangsuntersuchungen erfolgt die Bewertung des BMI anhand der Referenzwerten der Deutschen Adipositasgesellschaft aus dem Jahr 2000, basierend auf den Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild. Unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter gelten Kinder mit einem BMI, der zwischen 90. und 97. Perzentile liegt als Übergewichtig. Kindern mit einem Befund über der 97. Perzentile gelten als adipös, was als Befund mit Krankheitswert interpretiert wird. Dies spiegelt sich auch im Leistungskatalog der Krankenkassen wieder, die hier Rehabilitationsmaßnahmen nach §43 SGB V gewähren.

Übergewicht

Schon seit längerer Zeit beobachten die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, dass viele Kinder ein für ihre Körpergröße zu hohes Gewicht aufweisen.

Weil sich Fettzellen auch durch Diäten später nur schwer reduzieren lassen, besteht für übergewichtige Kinder die Gefahr, lebenslang übergewichtig zu bleiben. Übergewicht ist nur zu einem sehr geringen Prozentsatz genetisch bedingt. Das überhöhte Übergewichtsrisiko von Kindern mit mindestens einem übergewichtigen Elternteil ist hauptsächlich auf die vermittelten Essgewohnheiten durch die Eltern zurückzuführen.

Abb. 4.3: Einteilung nach Kromeyer, hier beispielhaft für Jungen dargestellt



Quelle: Kromeyer-Hausschild, Graphik: Gesundheitsamt

Neben den bekannten Ursachen wie Über- bzw. Fehlernährung und Bewegungsmangel, die das Missverhältnis zwischen Nahrungsaufnahme und Kalorienverbrauch grundsätzlich erhöhen, spielen vermehrt auch psychische Probleme eine Rolle, wenn Kinder zu Übergewicht neigen. Auch familiäre Spannungen und Konflikte können dazu beitragen, dass Kinder versuchen, psychische Belastungen mit Naschen zu kompensieren (Kummerspeck).

Typische Folgeerkrankungen von Übergewicht sind Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, bedingt durch die ständige Erhöhung des Blutdrucks und der Blutfette, die Entgleisung des Zuckerstoffwechsels in Richtung einer Zuckererkrankung und auch psychische Störungen, womit sich die Kausalkette von Ursache und Wirkung wieder

schließt [Kindergesundheitsbericht der Hansestadt Lübeck, 2000, S. 34 ff].

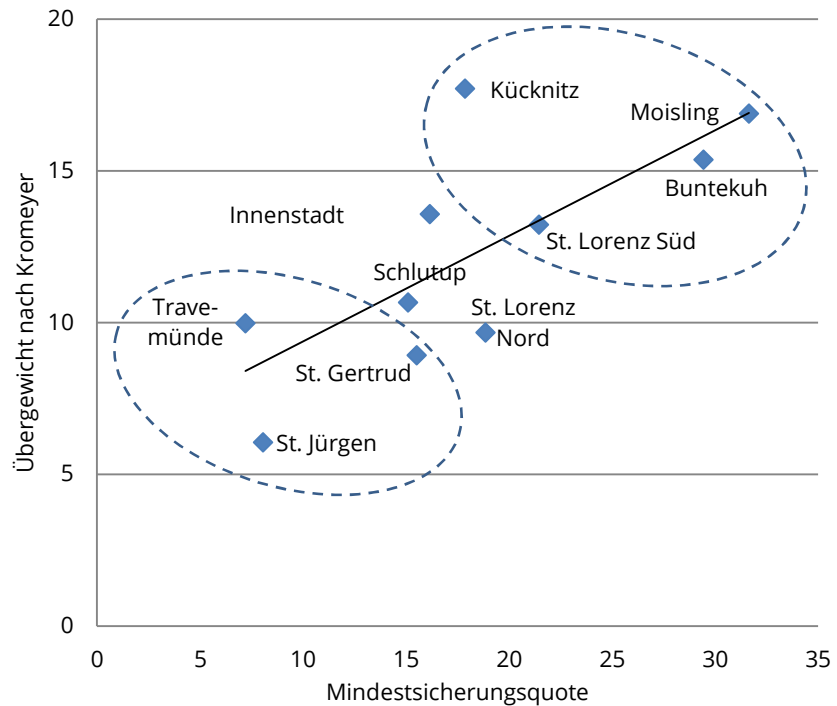
Zur erfolgreichen Behandlung von Übergewicht bei Kindern kommt es weniger auf besondere Diäten an, sondern auf eine gemäßigte aber nachhaltige Umstellung der Essgewohnheiten in der Familie. Zusätzlich muss sichergestellt werden, dass sich die Kinder ausreichend bewegen. Spielerische Aktivitäten im Freien, Ausdauersportarten, Radfahren und Sporttraining im Verein können diesbezüglich hilfreich sein. Bei Kindern mit starken Gewichtsproblemen (Adipositas) sind Gruppentherapien ratsam, bei denen unter fachlicher Anleitung ein verändertes Essverhalten in Kombination mit sinnvollem Spiel und Sport in der Freizeit eingeübt wird.

Tab. 4.3: Beurteilung des Körpergewichts nach Kromeyer - Schuljahr 2018/2019

Perzentile/ Einteilung nach Kromeyer	Geschlecht		
	Jungen	Mädchen	Gesamt
< P3 (Stark untergewichtig)	111	73	184
P3 < P10 (untergewichtig)	56	53	109
P10 < P25	118	119	237
P25 < P50 (M)	152	174	326
P50 < P75	165	153	318
P75 < P90	85	72	157
P90 < P97 (übergewichtig)	45	46	91
> P97 (adipös)	54	34	88
Gesamt	786	724	1 510
übergewichtig in % aller Kinder	12,6	11,0	11,9
darunter adipös in % aller Kinder	6,9	4,7	5,8

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

Abb. 4.4: Anteil übergewichtiger Kinder und Anteil Leistungsempfänger/-innen nach Stadtteilen 2017



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden die Kinder sowohl gemessen als auch gewogen. Wird bei einem Kind ein Körpergewicht festgestellt, das über der 90. Perzentile der altersbezogenen Größen-Gewichtsverteilung liegt, so gilt es als übergewichtig. Bei den 1.510 untersuchten Kindern des Schuljahres 2017/2018 waren insg. 179 Kinder übergewichtig, entsprechend 11,9 Prozent aller Kinder. Fast die Hälfte davon (N=88) waren sogar adipös, entsprechend 5,8 Prozent aller untersuchten Kinder. Bei den Jungen war der Anteil übergewichtiger Kinder mit 12,6 Prozent etwas höher als bei den Mädchen mit 11,0 Prozent. Bei rund der Hälfte der Kinder wurde zum ersten Mal eine Übergewichtigkeit diagnostiziert.

Im voran gegangenen Schuljahr 2017/2018 lag der Anteil übergewichtiger Kinder mit 12,9 Prozent noch etwas höher und noch ein Jahr davor lag der Anteil bei 10,7 Prozent. Auch im weiteren zeitlichen Rückblick zeigen sich recht konstante Werte, die so im Durchschnitt um die zwölf Prozent schwanken.

Übergewicht und Sozialstruktur

Dass Übergewicht, genauso wie Kreislauferkrankungen, Krebs und Diabetes auch eine Frage der sozialen Ungleichheit sind, ist schon seit längerem bekannt. Dies lässt sich auch anhand der Lübecker Daten belegen. So finden sich in den Stadtteilen mit einem hohen Anteil Transferleistungsempfänger/-innen - hier anhand der Mindestsicherungsquote dargestellt - auch höhere Anteile übergewichtiger Kinder. Stadtteile mit einer hohen Mindestsicherungsquote wie Buntekuh, Moising oder bedingt auch noch Kücknitz und St. Lorenz Süd stehen den Stadtteilen mit einer geringen Mindestsicherungsquote wie Travemünde, St. Jürgen und St. Gertrud gegenüber (s. Abb. 4.4).

Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wird aus der Schuleingangsuntersuchung heraus nicht explizit abgefragt bzw. ermittelt, obwohl diverse Merkmale zum Migrationshintergrund abgefragt werden. Die höchsten Anteile zum Migrationshintergrund zeigen sich hierbei hinsichtlich des Geburtslandes des Vaters. Unter Berücksichtigung aller Merkmale wurde für jedes Kind im Einzelnen nun der Migrationshintergrund ermittelt, wobei das Vorliegen eines Merkmales mit Migrationshintergrund für die Zuordnung ausreichend war. Eine derartige Ermittlung des Migrationshintergrundes wurde daher in der zu Grunde liegende Datenbank für jedes Kind im Einzelnen durchgeführt.

Im Ergebnis zeigte sich, dass 633 Kinder entsprechend 41,9 Prozent einen Migrationshintergrund hatten. Diese Zahl deckt sich im Wesentlichen auch mit den Daten des Melderegisters, wonach ca. 40 Prozent der Kinder im einschulungsfähigem Alter (Stand 30.6.2019) einen Migrationshintergrund haben.

Übergewicht und Migrationshintergrund

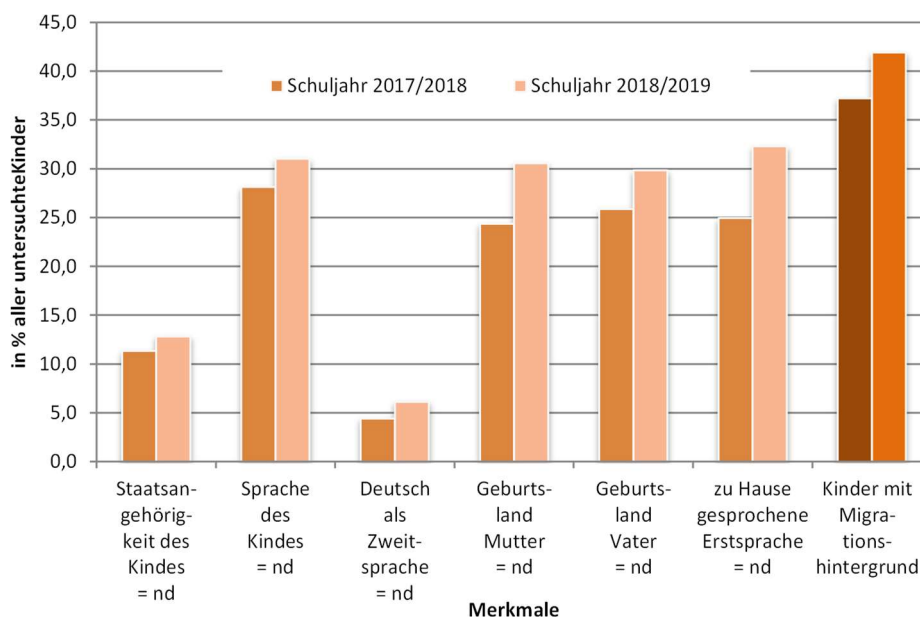
Insgesamt waren zum Schuljahr 2018/2019 rd. zwölf Prozent der Kinder übergewichtig, darunter waren rd. die Hälfte (n=88) adipös (s. Tab. 4.4). Bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind 14,1 Prozent übergewichtig gegenüber 10,1 Prozent bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Die Anteile der adipösen Kinder liegen bei den Kindern mit Migrationshintergrund bei 6,9 Prozent und bei den Kindern ohne Migrationshintergrund bei 5,0 Prozent. Deutlicher werden die Unterschiede, wenn man sich allein auf das Merkmal Sprache bezieht. Bei den Kindern, die im Elternhaus überwiegend nicht deutsch sprechen, sind sogar 16,0 Prozent übergewichtig (n=68) und davon über die Hälfte (n=38) adipös, entsprechend 8,9 Prozent der nicht deutschsprachigen Kinder.

Tab. 4.4: Abgefragte Merkmale zum Migrationshintergrund, Schuljahr 2018/2019

Merkmal	Eigenschaft	Anzahl	in %
Staatsangehörigkeit des Kindes	nichtdeutsch	194	12,8
Sprache des Kindes	nichtdeutsch oder zweisprachig	469	31,1
Deutsch als Zweitsprache	Empfehlung DAZ-Klasse	93	6,2
Geburtsland Mutter	nichtdeutsch	462	30,6
Geburtsland Vater	nichtdeutsch	451	29,9
zu Hause gesprochene Erstsprache	nichtdeutsch	488	32,3
Kinder mit Migrationshintergrund nach o.g. Merkmalen		633	41,9

Quelle: Hansestadt Lübeck, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

Abb. 4.5: Kinder mit Migrationshintergrund Schuljahre 2017/2018 und 2018/2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Statistik der Schuleingangsuntersuchungen, Graphik: Gesundheitsamt

Anmerkung:

nd = nichtdeutsch

Schuljahr 2018/2019: Kinder mit Migrationshintergrund, n=633, alle Kinder N=1.710

Schuljahr 2017/2018: Kinder mit Migrationshintergrund, n=562, alle Kinder N=1.510

Teilnahme an U1-U9

Auch hinsichtlich der Teilnahme an den U1-U9 Untersuchungen, die von den Kinderärztinnen und Kinderärzten durchgeführt werden, zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich des Migrationshintergrundes. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund findet sich durchgehend eine ungefähr 95-prozentige Teilnahme an den U1-U9 Untersuchungen, während diese bei den Kindern mit Migrationshintergrund nur bei 70 bis 80 Prozent liegt, wobei die Quote sinkt, je länger die Untersuchung zurückliegt. Dies erklärt sich zum Teil aus der kürzeren Aufenthaltsdauer in Deutschland für die Kinder mit Migrationshintergrund. Die Werte fallen noch schlechter aus, wenn der Fokus allein auf die Gruppe der nicht Deutsch sprechenden Kinder gelegt wird. Hier liegen die Teilnahmequoten für die länger zurückliegenden Untersuchungen (hier U1 bis U4) gerade mal bei 60 Prozent, was hier auf die erst vor kurzem zugewanderten Kinder zurückzuführen ist.

Besuch einer Kita

15 Prozent der Kinder (n=73), die zu Hause nicht Deutsch sprechen (N=488), haben vor dem Schulbesuch keine Kita besucht. Bei den deutschsprachigen Kindern ist der Anteil der Kinder ohne Kita-Besuch gerade mal halb so hoch (7,5 Prozent). Auch hinsichtlich der Dauer des Kita-Besuchs zeigen sich Unterschiede zwischen deutschsprachigen und nicht deutschsprachigen Kindern.

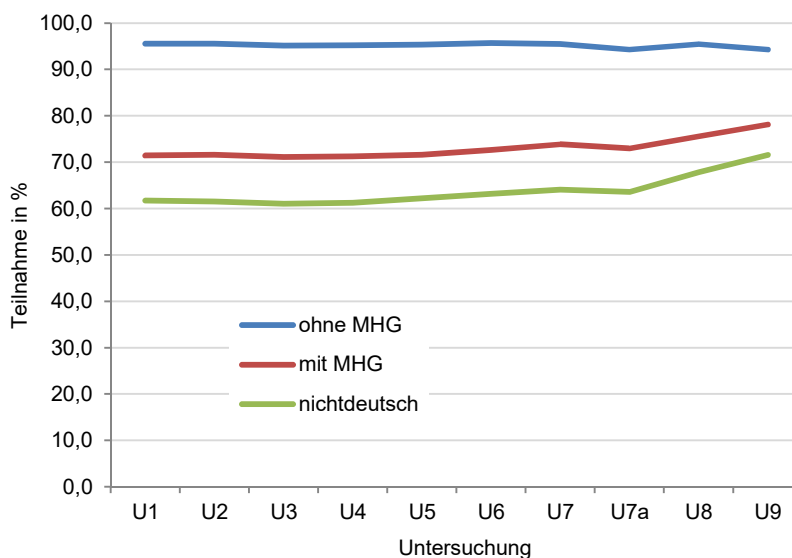
Zu dazu abweichenden Ergebnissen kommt das Schulamt der Hansestadt Lübeck. Bei den jährlichen Anmeldegesprächen zur Einschulung der Kinder (N=1.804) wird regelmäßig der Kitabesuch des Kindes abgefragt. Laut Erhebung des Schulamtes zum Schuljahr 2020/21 besuchten drei Prozent der Kinder dieses Einschulungsjahrgangs keine Kita, 33 der insgesamt 47 Kinder hatten einen Migrationshintergrund. Informationen zur Kindertagesbetreuung werden Familien frühzeitig angeboten. Zusätzlich zum Familienservice der Hansestadt Lübeck unterstützt das Projekt Kita-Einstieg im Rahmen eines Bundesprogramms insbesondere Familien mit Migrationshintergrund.

Tab. 4.5: Migrationshintergrund, Sprache und Körpergewicht, Schuljahr 2018/2019

Sprache	Perzentile/ Einteilung nach Kromeyer	ohne Migrations- hintergrund	mit Migrationshintergrund		zusammen
			insg.	dar. Sprache nichtdeutsch	
	< P3 (Stark untergewichtig)	104	80	50	184
	P3 < P10 (untergewichtig)	69	40	26	109
	P10 < P25	133	104	65	237
	P25 < P50 (M)	193	133	88	326
	P50 < P75	176	142	90	318
	P75 < P90	97	60	39	157
	P90 < P97 (übergewichtig)	44	47	30	91
	> P97 (adipös)	43	45	38	88
	Gesamt	859	651	426	1 510
	übergewichtig in % aller Kinder	10,1	14,1	16,0	11,9
	dar. adipös in % aller Kinder	5,0	6,9	8,9	5,8

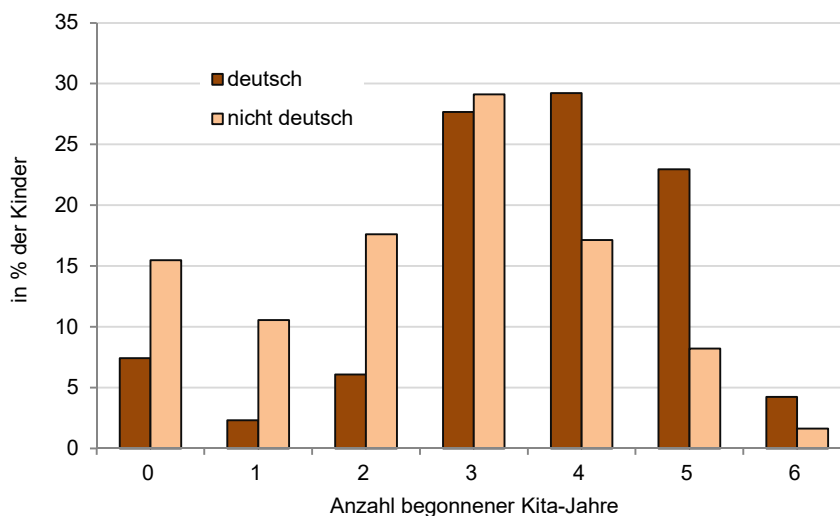
Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen

Abb. 4.6: Teilnahme an den U1 bis U9 Untersuchungen nach Migrationshintergrund Schuljahr 2018/2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 4.7: Kita-Besuch nach Sprache Schuljahr 2018/2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Die integrierte Sprachbildung ist Bestandteil des Bildungsauftrages in der Kindertagesbetreuung. Das Bundesprogramm Sprach-Kitas unterstützt Kitas, die von einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern mit besonderem sprachlichem Förderbedarf besucht werden. Aus Lübeck nehmen aktuell 19 Kitas von stadtweit 131 teil. Die Teams werden durch zusätzliche Fachkräfte mit Expertise im Bereich sprachliche Bildung verstärkt, die direkt in der Kita tätig sind. Diese beraten, begleiten und unterstützen die Kita-Teams und sichern prozessbegleitend die Qualitätsentwicklung.“

Familie

Bezüglich der Familienverhältnisse zeigen sich bei den nicht deutschsprachigen Kindern noch eher die traditionellen Familienstrukturen: Rund dreiviertel der Kinder wachsen bei Ihren leiblichen Eltern auf. Bei den deutschsprachigen Kindern sind es 72 Prozent gegenüber 86 Prozent bei den nicht deutschsprachigen Kindern. Daneben ist der Anteil der Alleinerziehenden bei den deutschsprachigen Kindern mit rd. 22 Prozent ca. doppelt so hoch wie bei den nicht deutschsprachigen Kindern mit rd. elf Prozent.

Zahl der Geschwister

Zwei Drittel aller Kinder wachsen mit einem oder zwei Geschwistern in der Familie auf. 13 Prozent der Kinder haben sogar drei und mehr Geschwister, wogegen rd. 20 Prozent der Kinder als Einzelkinder (zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung) aufwachsen. Von insgesamt 264 erfassten Einzelkindern wachsen rd. zwei Drittel bei den leiblichen Eltern auf, ein Drittel entfällt auf die alleinerziehenden Haushalte. Bei den nicht deutschsprachigen Kindern ist die Zahl der Geschwister ein wenig höher als bei den deutschsprachigen Kindern.

Impfquoten

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass sich ein Großteil der Eltern in Deutschland heutzutage dafür entscheiden, ihr Kind impfen zu lassen. Über 90 Prozent der Erstklässler hatten 2016 nach Angaben des RKI in Deutschland wesentliche Grundimpfungen erhalten. Vielen Eltern fällt die Entscheidung für Impfungen jedoch keineswegs leicht, da die Frage nach der Bedrohlichkeit der Krankheiten gestellt wird und Berichte über Nebenwirkungen von Impfungen für zusätzliche Verunsicherungen sorgen.

Wenn die Impfquote in einer Bevölkerung hoch ist, treten die Krankheiten seltener auf, geraten in Vergessenheit und werden damit als harmlos eingestuft. Die möglichen Nebenwirkungen einer Impfung werden dann kritischer gesehen. Infektionskrankheiten, wie z.B. Masern, Keuchhusten oder Mumps sind aber alles andere als harmlos. Sie sind hochansteckend, können sich sehr schnell ausbreiten und schwere Folgen haben. Um eine weite Ausbreitung in der Bevölkerung zu verhindern, ist es daher wichtig, dass möglichst viele Kinder geimpft sind.

Herdenimmunität

Durch Impfungen schützt man sich zunächst selbst vor den ansteckenden Krankheiten. Doch es gibt auch Menschen, die sich nicht impfen lassen können. So sind z.B. Babys für manche Impfungen noch zu jung, während andere Menschen aufgrund einer chronischen Erkrankung die eine oder andere Impfung nicht bekommen können. Diese Personen sind darauf angewiesen, dass die Menschen in ihrem Umfeld geimpft sind und ihnen Schutz vor der Ausbreitung und Ansteckung mit der Krankheit bieten. Man spricht dann von Herdenimmunität. Der eigene Impfschutz trägt also gleichzeitig zum Schutz der Gemeinschaft bei.

Viele Erkrankungen, die in Deutschland nur noch selten vorkommen, sind in anderen Teilen der Welt noch immer verbreitet. Daher ist es auch heute noch wichtig, dass weiterhin geimpft wird, um ein Einschleppen dieser Krankheiten zu verhindern. Sollten infizierte Reisende nach Deutschland gelangen und auf eine weitgehend ungeimpfte Bevölkerung treffen, wäre eine erneute Ausbreitung möglich. Um einen Ausbruch in Deutschland zu verhindern, wird daher mit einer hohen Impfquote in der Gesamtbevölkerung die Herdenimmunität aufrechtgehalten.

Je nach Krankheit werden unterschiedliche Schwellenwerte für eine Herdenimmunität zu Grunde gelegt, die von der Reproduktionsrate des Erregers abhängig ist. In der Regel wird eine Impfquote von durchschnittlich 95 Prozent angestrebt.

Impfempfehlungen der STIKO

In Deutschland empfiehlt ein unabhängiges Gremium aus Experten und Expertinnen, die Ständige Impfkommission (STIKO), welche Impfungen in welchem Lebensalter sinnvoll sind, um sich vor Infektionskrankheiten zu schützen. Die meisten Impfungen werden im frühen Kindesalter durchgeführt. Aber auch für Jugendliche und Erwachsene gibt es Impftermine, die eingehalten werden sollten.

Für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Kinderlähmung und Hepatitis B werden jeweils vier Impfungen als abgeschlossene Grundimmunisierung der Kinder definiert, wenn hierfür Kombinationsimpfstoffe verwendet wurden (was überwiegend der Fall ist). Für Hib, Kinderlähmung und Hepatitis B können ggfs. auch drei Impfungen als vollständig gelten (bei Verwendung monovalenter Impfstoffe).

Die Pneumokokkenimpfung ist von der STIKO nur bis zum Ende des zweiten Lebensjahrs empfohlen. Für eine vollständige Pneumokokken-Impfserie sind in Abhängigkeit vom Alter bei Erstimpfung eine bis vier Impfungen notwendig; alternativ wird die Gabe von mindestens zwei Impfstoffdosen ohne Berücksichtigung des Alters als vollständige Impfserie gewertet.

- Die Rotavirusimpfung ist je nach Impfstoff mit zwei bzw. drei Impfungen vollständig
- Bei der Impfung gegen Meningokokken C ist eine Impfung ausreichend.
- Masern, Mumps, Röteln und Windpocken werden nach zwei Impfungen als vollständig angesehen.

Der Impfausweis (Impfheft)

Der Nachweis eines Impfschutzes wird in der Regel durch die Vorlage des Impfheftes belegt. Nicht in jedem Fall wird zur Schuleingangsuntersuchung jedoch ein Impfheft vorgelegt. Dies kann verschiedene Gründe haben: er wurde vergessen, das Einladungsschreiben wurde nicht gänzlich gelesen bzw. nicht verstanden oder es gibt gar kein Impfheft.

Bei den letzten Schuleingangsuntersuchungen (siehe Tab. 4.6) lag die Quote der nicht vorgelegten Impfhefte zwischen 9,2 und 13,2 Prozent, wobei diese bei nicht-deutschsprachigen Kinder im Allgemeine etwas höher liegt, was insbesondere auf die erst kürzlich aus dem Ausland zugezogenen Kindern zurückzuführen ist.

Statistische Problematik in der Berechnung der Impfquoten

Fehlende Impfnachweise sind insofern problematisch, da hierdurch eine statistisch exakte Ermittlung der Impfquote nicht mehr möglich ist, da für die Kinder ohne Impfheft

nur Vermutungen zur Impfquote angestellt werden können. Die Berechnung der Impfquote unterliegt daher einer gewissen Ungenauigkeit. Würde man die Impfquote lediglich anhand der dokumentierten Impfungen berechnen, läge die Impfquote im Allgemeinen eher bei 80 Prozent als bei über 90 Prozent. Hier würde man jedoch unterstellen, dass bei Nichtvorliegen des Impfheftes auch keine Impfung erfolgt ist. Das Gegenteil ist jedoch eher der Fall, denn zumeist ist eine Impfung erfolgt, wobei deren Dokumentation jedoch aktuell nicht verfügbar ist. Die bundesweite Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zielt genau auf diesen Sachverhalt ab. Zu unterstellen, dass sich die beiden Gruppen (vorgelegt/nicht vorgelegt) im Impfverhalten nicht unterscheiden, wäre jedoch vermutlich ebenso falsch.

Wahre Impfquote niedriger als vermutet

Es wird daher generell davon auszugehen, dass die wahre Impfquote einige wenige Prozentpunkte unterhalb jener

Tab. 4.6: Vorlage des Impfheftes zu den Schuleingangsuntersuchungen

Schuljahr	unter-suchte Kinder	davon Impfheft...			
		vorgelegt		nicht vorgelegt	
		Anzahl		in %	
2012 / 2013	1 713	1 517	196	11,4	
2013 / 2014	1 736	1 506	230	13,2	
2014 / 2015	1 709	1 528	181	10,6	
2015 / 2016	1 732	1 573	159	9,2	
2016 / 2017	1 695	1 478	217	12,8	
2017 / 2018	1 510	1 368	142	9,4	
2018 / 2019	...	...	...	...

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen

Tab. 4.7: Impfquoten der Kinder zum Schuljahr 2018/2019 – bei vorgelegtem Impfheft

Art der Impfung	Kinder insg.	davon mit ... Impfungen							Bewertung in %			
		0	1	2	3	4	5	6	keine Impfung	unzureichend	ok	
6-fach-Impfung	Tetanus	1368	15	27	14	55	686	567	4	1,1	7,0	91,9
	Diphtherie	1368	29	31	16	38	684	567	3	2,1	6,2	91,7
	Keuchhusten	1368	36	30	14	35	684	566	3	2,6	5,8	91,6
	Hib	1368	77	19	8	42	1197	25	0	5,6	5,0	89,3
	Kinderlähmung	1368	48	19	9	53	1220	17	2	3,5	5,9	90,6
	Hepatitis B	1368	84	24	12	62	1168	16	2	6,1	7,2	86,7
3-fach Impf	Pneumokokken	1368	142	57	24	83	1057	4	1	10,4	12,0	77,6
	Meningokokken C	1368	113	1179	19	34	23	0	0	8,3	0,0	91,7
	Masern	1368	44	48	1259	8	8	1	0	3,2	3,5	93,3
	Mumps	1368	46	47	1267	7	0	1	0	3,4	3,4	93,2
Windpocken	1368	46	47	1267	7	0	1	0	3,4	3,4	93,2	
Windpocken	1368	108	58	1192	6	3	1	0	7,9	4,2	87,9	

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Impfquote liegt, die anhand der vorlegten Impfhefte berechnet wurde. Aktuelle Zahlen der Krankenkasse Barmer belegen, dass die Impfquoten sogar deutlich niedriger liegen. Demnach liegen die Impfquoten bei Kindern im Einschulungsalter bei den 13 am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten generell unter 90 Prozent.

Impfquote anhand vorgelegter Impfhefte

Legt man die Berechnungsweise anhand vorgelegter Impfhefte zugrunde, ergeben sich die in der Tabelle 4.7 dargestellten Werte. Da Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Hib, Kinderlähmung und Hepatitis B zusammen als 6-fach-Impfung verabreicht werden ergeben sich hier annähernd die gleichen Impfquoten (86,7 bis 91,9 Prozent). Die Unterschiede können sich aus unterschiedlichen länderspezifischen Impfeempfehlungen hinsichtlich der zugewanderten Kinder ergeben. Die Impfquoten der nicht deutschsprachigen Kinder liegen hier zwischen 73,7 Prozent für Hepatitis und bis 80,9 Prozent für Tetanus.

Auch bei Masern, Mumps und Röteln erfolgt eine 3-fach-Impfung, wobei die Impfquoten hier noch identisch sind (93,2-93,3 Prozent). Die Impfquoten der nicht deutschsprachigen Kinder liegen bei 86,8 Prozent für Mumps und Röteln und 87,2 Prozent für Masern.

Bei Pneumokokken wird insgesamt nur eine Impfquote von 77,6 Prozent erreicht. Diese wird von der Ständigen Impfkommission seit Juli 2006 empfohlen. 63,5 Prozent der nicht deutschsprachigen Kinder sind gegen Pneumokokken geimpft.

Die mit Abstand niedrigste Impfquote ist mit 30,2 Prozent bei den Rotaviren gegeben, da die Impfeempfehlung zu den Rotaviren noch relativ neu ist. Die Ständige Impfkommission empfiehlt die Schluckimpfung gegen Rotaviren seit Juli 2013 für alle Säuglinge ab dem Alter von 6 Wochen. Bei den nicht deutschsprachigen Kindern sind lediglich 9,5 Prozent der Kinder gegen Rotaviren geimpft.

Zeitverlauf

Im zeitlichen Rückblick zeigt sich ein uneinheitliches Bild in der Entwicklung der Impfquoten. Hinsichtlich der 6-fach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie etc. sind die Impfquoten ca. um zwei bis drei Prozentpunkte gesunken, wobei 2017/18 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten ist. Die Impfquote bei Pneumokokken ist nahezu unverändert, bei Meningokokken C ist die Impfquote dagegen etwas angestiegen. Bei der 3-fach-Impfung Masern/Mumps/Röteln ist die jährliche Impfquote von jährlichen Schwankungen abgesehen unverändert geblieben. Gleiches gilt für die Windpockenimpfung.

Einführung der Impfpflicht für Masern

Am 17.07.2019 wurde im Bundeskabinett das Maserenschutzgesetz beschlossen. Das Gesetz sieht vor, dass alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr beim Eintritt in den Kindergarten, die Kindertagespflege oder in die Schule die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Masern-Impfungen vorweisen müssen. Auch bei der Betreuung durch eine Tagesmutter muss ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen.

Gleiches gilt für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen tätig sind wie Erzieher/-innen, Lehrer/-innen, Tagespflegepersonen oder medizinisches Personal, soweit diese Personen nach 1970 geboren sind. Auch Asylbewerber und Flüchtlinge müssen den Impfschutz vier Wochen nach Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft nachweisen.

Der Nachweis kann durch den Impfausweis oder ein ärztliches Zeugnis über eine ausreichende Immunität nachgewiesen werden. Die Immunität wird durch einen Bluttest (sogenannte Titerbestimmung) festgestellt.

Das Gesetz ist zum 01.03.2020 in Kraft getreten.

Tab. 4.8: Entwicklung der Impfquoten Schuljahr 2012/13 – 2017/18

Kategorie		2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Tetanus	6-fach-Impfung	93,9	94,1	91,5	91,2	90,9	91,9
Diphtherie		93,7	94,1	91,1	91,2	90,7	91,7
Keuchhusten		93,5	94,0	91,0	91,0	90,7	91,6
Hib		92,6	93,1	89,7	89,3	89,0	89,3
Kinderlähmung		93,3	93,6	90,5	90,4	90,1	90,6
Hepatitis B		90,0	91,2	86,5	85,5	85,8	86,7
Pneumokokken	3-fach I.	71,7	77,8	76,8	78,8	79,8	77,6
Rotaviren		0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	30,2
Meningokokken C		84,0	89,6	88,2	87,7	88,5	91,7
Masern		92,0	92,2	89,9	90,5	90,8	93,3
Mumps		91,6	91,9	89,7	90,4	90,7	93,2
Röteln		91,6	91,8	89,7	90,4	90,7	93,2
Windpocken		82,3	86,7	87,4	87,3	87,2	87,9

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

4.1.2 Zahngesundheit im Kindergarten und bei Schüler/-innen

INFOBOX!

Wie war das nochmal?

Milchzähne: Im Ober- und Unterkiefer brechen in der Regel bis zum Alter von 2,5 Jahren jeweils 4 Schneide-, 2 x1 Eck- und 2x2 Backenzähne durch. Insgesamt ergibt das 20 Milchzähne.

Bleibende Zähne: Im Alter von etwa 6 Jahren brechen hinter den 20 Milchzähnen die ersten bleibenden großen Backenzähne durch. Bis zum Alter von 12 Jahren werden alle Milchzähne durch bleibende Zähne ersetzt und die zweiten großen Backenzähne brechen ebenfalls durch. Mit 28 Zähnen ist das Erwachsenengebiss dann vollständig. 4 Weisheitszähne brechen gegebenenfalls erst später durch.

Der dmf-t- bzw. DMF-T- Index dient weltweit zur Messung und Vergleichbarkeit der Zahngesundheit, Klein- bzw. Großschreibung steht für Milch- bzw. bleibendes Gebiss. Im Einzelnen bedeutet

d/D = decayed (zerstört)

m/M = missing (fehlend wegen Karies)

f/F = filled (mit einer Zahnfüllung versorgt/-saniert)

t/T = teeth (Zähne)

Für diesen Index wird die Anzahl der kariösen, sanierten oder entfernten Zähne addiert. Je höher der dmf-t/DMF-T- Index, desto schlechter das Gebiss.

Beispiel A:

Ein komplett kariöses Milchgebiss hat einen dmf-t Wert von 20. Ein naturgesundes Gebiss einen Wert von 0.

Beispiel B:

Wurden zwei Milchzähne aufgrund von Karies entfernt, bedeutet dies einen dmf-t von 2.

Beispiel C

2 kariöse und 1 gefüllter bleibender Zahn ergeben einen DMF-T Wert von 3.

Schulzahnärztliche Untersuchungen

Seit dem Schuljahr 1952/53 werden an den Lübecker Schulen und Kindergärten zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt. In den ersten Jahren gab es ausschließlich vom Gesundheitsamt beauftragte Zahnärzte und Zahnärztinnen, die hauptberuflich in freier Praxis tätig waren.

Eine landesweite gesetzliche Regelung der Schulzahn-pflege erfolgte erstmals mit dem Jugendzahnpflegegesetz

vom 24.10.1966. Seitdem gibt es am Gesundheitsamt Lübeck einen hauptamtlich besetzten Zahnärztlichen Dienst, anfangs noch in Verbindung mit einer von der Hansestadt Lübeck finanzierten kieferorthopädischen Praxis, da kieferorthopädische Behandlungen noch nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten.

Seit dem 01.01.2002 ist im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Schleswig-Holstein (Gesundheitsdienstgesetz – GDG) festgelegt, „dass die Kreise und kreisfreien Städte die Durchführung ... von regelmäßigen Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Kindertagesstätten und Schulen ... sicherzustellen haben“. Der Zahnärztliche Dienst konzentriert sich dabei vorrangig auf die Grundschulen, Gemeinschaftsschulen und Förderzentren sowie auf die Kindertagesstätten.

Die Zahngesundheit hat sich verbessert – aber nicht bei allen...

Die Karies gehört bei Kindern und Jugendlichen immer noch zu den häufigsten Krankheiten. Einer möglichst flächendeckenden Prävention kommt deshalb besondere Bedeutung zu, um gefährdete Zähne durch eine frühzeitige Behandlung in ihrer Funktion zu erhalten und auch die Entstehung von schmerzhaften entzündlichen Prozessen zu verhindern.

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit behandlungsdürftigen Zähnen hat insgesamt in den vergangenen Jahrzehnten deutlich abgenommen. Dabei konzentriert sich die Kariesproblematik aber bundesweit in fast allen Altersgruppen weiterhin auf eine relativ kleine Zahl von Betroffenen, denn ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen haben ca. 80 % aller erkrankten Zähne!

Unter Einbeziehung der Eltern, Erziehungsberechtigten, Lehrerschaft und Mitarbeiter/-innen in den Kindertageseinrichtungen wird individuell nach Lösungen gesucht, betroffene Kinder und Jugendliche zu einer besseren Mundgesundheit zu verhelfen. Die Probleme der Familien sind unterschiedlich und reichen von Problemen bei der Kostenübernahme, über Hilflosigkeit der Eltern bei „behandlungsunwilligen“ Kindern bis hin zu generell mangelnder Fürsorge. Bei sehr umfangreichem Therapiebedarf, Kleinkindern und auch sehr negativen Zahnarzt Erfahrungen sind Behandlungen in Narkose oder Sedierung erforderlich und sinnvoll. Grundsätzlich steht für den Zahnärztlichen Dienst aber die Hinführung zu einer regelmäßigen Kontrolle und Behandlung bei den niedergelassenen Zahnärzten und –ärztinnen im Vordergrund. In gravierenden Fällen mit besonderer sozialer Problematik erfolgt oft eine enge Zusammenarbeit mit dem Lübecker Jugendamt.

Prophylaxe und Gesundheitserziehung

Das Prophylaxeangebot besteht aus theoretischen Unterrichtseinheiten, praktischen Zahnputzübungen und in einigen Bereichen auch regelmäßigen Fluoridanwendungen (bis zu 6mal jährlich). Motivation, Wissensvermittlung, Verbesserung der motorischen Fähigkeiten und auch eine

richtige Ernährung stehen im Mittelpunkt und sind wichtige Bausteine der Kariesprävention und Gesundheitserziehung und lassen sich thematisch problemlos in den Kindergartenalltag und Unterricht integrieren. Die Mitarbeiterinnen sind durch regelmäßige Besuche gut bekannt und gern gesehen. Die Betreuungshäufigkeit der einzelnen Kitas und Schulen ist unterschiedlich und richtet sich grundsätzlich nach dem Bedarf der Einrichtung. Im Schuljahr 2018/19 wurden 123 Kindergärten und 38 Grundschulen besucht, in denen rund 5500 und 7200 Kinder erreicht wurden. Weitere Angebote in dem Jahr richteten sich an Gemeinschafts- und Förderschulen (Klasse 5-10) mit rund 2.100 teilnehmenden Schülern. Darüber hinaus gibt es weitere Aktionen z.B. zum jährlichen Tag der Zahngesundheit, das „Krocky Mobil“, „Wir putzen Zähne“ des LAJ, der Schulprämienwettbewerb für Grundschüler/-innen und Elterninformationstische, die ebenfalls begleitet werden.

Abb. 4.8: Krocky mit Zahnmodell



Foto: Gesundheitsamt, N. Rindt

Datenquelle liefert wichtige Ergebnisse

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen werden aber nicht nur zur Beurteilung des Behandlungsbedarfes mit entsprechenden Elternmitteilungen genutzt, sondern auch zur Dokumentation und Analyse epidemiologischer Entwicklungen der Zahngesundheit. Diese Belange der Gesundheitsberichterstattung sind ebenfalls im GDG geregelt. Die nahezu flächendeckende, aufsuchende Leistung vor Ort in den Einrichtungen ermöglicht besonders repräsentative Auswertungen, da im Gegensatz hierzu bei Studien in Zahnarztpraxen oft eher Patienten mit überdurchschnittlich gutem Vorsorgeverhalten, bei Studien an Universitätskrankenhäusern dagegen vor allem die Kinder und Jugendlichen mit besonders schweren Krankheitsbildern erfasst werden.

Die bundesweite DAJ-Studien

Seit 2004 werden im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) bundesweit regelmäßige Querschnittsuntersuchungen zur Gruppenprophylaxe durchgeführt. In den epidemiologischen Begleituntersuchungen wird die Kariesprävalenz der Kinder in Kindertagesstätten und Schulen erfasst. Für den aktuell vorliegenden Untersuchungszeitraum 2015/16 wurden dazu bundesweit 6- bis 7-Jährige in der 1. Klasse und 12-Jährige in der 6. Klasse untersucht. Nach eigenem Ermessen des

öffentlichen Gesundheitsdienstes konnten für zehn Bundesländer (inkl. Schleswig-Holstein) erstmalig auch die Daten der 3-Jährigen in den Kitas erfasst werden.

DAJ-Studie: 3-Jährige (Kindergarten)

Die 3-Jährigen in Kindertagesstätten wiesen eine mittlere Karieserfahrung von 0,5 dmf-t auf, wobei 86 Prozent kariessfrei (dmf-t = 0) waren. Die mittlere Karieserfahrung der Kinder mit Karieserfahrung (Kinder mit dmf-t > 0) betrug bereits 3,6 dmf-t. Zudem waren etwa drei Viertel der kariösen Milchzähne nicht saniert [Team DAJ, 2017].

Lübecker Ergebnisse im Vergleich (3-Jährige)

Im Vergleich zur DAJ-Studie wiesen die 990 untersuchten Lübecker Kinder geringfügig bessere Werte auf. So lag die mittlere Karieserfahrung mit 0,3 dmf-t gegenüber 0,5 dmf-t etwas niedriger und der Anteil der kariessfreien Kinder war mit 89 Prozent (DAJ-Studie 86 Prozent) ebenfalls leicht höher. 8,5 % der untersuchten Kinder hatten behandlungsbedürftige Milchzähne, 2,4 % waren „saniert“, also aktuell ohne kariöse Zähne, aber mit intakten Füllungen versorgt oder sogar schon mit kariesbedingten Zahnverlusten. Die mittlere Karieserfahrung der Kinder mit Karieserfahrung (Kinder mit dmf-t > 0) lag bei 2,9 dmf-t. Auch hier waren etwa drei Viertel der kariösen Gebisse nicht saniert.

Der Durchschnittswert einer Behandlungsbedürftigkeit von unter 9 % mag auf den ersten Blick nach einer eher geringen Quote aussehen. In der Altersgruppe der 3-Jährigen zählt aber nach der derzeit bundesweit gültigen Einstufung der DAJ jedes Kind mit einem kariösen oder sanierten Gebiss bereits zur „Gruppe mit erhöhtem Kariesrisiko“. Die meisten Kinder in dieser Altersgruppe müssen aufwändig in Narkose bzw. unter Sedierung behandelt werden – mit entsprechenden Risiken und Belastungen für den Gesamtorganismus. Außerdem lässt sich aus der Schnelligkeit der Kariesentwicklung das Folgerisiko für die nächsten Jahre ableiten, denn die betroffenen Zähne befinden sich ja erst seit ca. zwei Jahren in der Mundhöhle.

Tab. 4.9: Sanierungsgrad der Gebisse bei 3-Jährigen in 2017/2018

Sanierungsgrad	Anz. Kinder	in %	dmf-t
Naturgesund	882	89,1	0,0
Saniert	24	2,4	3,2
Behandlungsbedürftig	84	8,5	2,8
Gesamt	990	100,0	2,9

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendzahnärztliche Untersuchung

DAJ-Studie: 6-Jährige (Schulanfänger/-innen)

Bundesweit wiesen die 6- bis 7-Jährigen (Untersuchungsreihe in der 1. Klasse) eine mittlere Karieserfahrung von 1,7 dmf-t auf, wobei etwa 56 Prozent auf Defektniveau kariessfrei (dmf-t = 0) waren. Ca. 43 Prozent der kariösen Milchzähne waren nicht saniert [Team DAJ, 2017].

Lübeck im Vergleich (6-Jährige)

Bei den in der Hansestadt Lübeck zum Schuljahr 2017/18 untersuchten 853 Schulanfängern lag die mittlere Karieserfahrung ebenfalls bei 1,7 dmf-t. Der Anteil der kariesfreien Kinder entsprach mit 55 Prozent ebenfalls den Werten aus der Bundesstudie (56 Prozent). Der Anteil nicht sanierter Zähne lag mit 61 Prozent jedoch deutlich höher als in der DAJ-Studie.

Tab. 4.10: Sanierungsgrad und dmf-t-Index bei 6-Jährigen in 2017/18

Sanierungsgrad	Anz. Kinder	in %	dmf-t
Naturgesund	472	55,3	0,0
Saniert	150	17,6	2,8
Behandlungsbedürftig	231	27,1	4,3
Gesamt	853	100,0	1,7

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendzahnärztliche Untersuchung

Sozialer Status und Zahngesundheit

Untersuchungen zur Mundgesundheit weisen dem sozioökonomischen Status eine wesentliche Rolle zu. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus haben zu einem großen Anteil kariesfreie Zähne und niedrigere dmf-t-Werte. Je niedriger der soziale Status einer Familie, desto höher ist zudem der Anteil der Kinder mit unzureichender Zahnpflegefrequenz und geringer Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen [Knopf et al, 2008].

DaZ-Kinder und Migrationshintergrund

Deutlich zeigt sich die Rolle des sozialen Status bei den Kindern in einer DaZ-Klasse (Deutsch als Zweitsprache). Bei den 54 untersuchten Kindern lag die mittlere Karieserfahrung bei 4,6 dmf-t. Nur 24 Prozent der Kinder hatten kariesfreie Zähne. Ohne die DaZ-Kinder ergibt sich für die übrigen Kinder eine mittlere Karieserfahrung von 1,6 dmf-t. Darüber hinaus gibt es aber an Grundschulen noch eine hohe Zahl von Kindern mit Migrationshintergrund, die sich durch eine Teilintegration oder vollständige Zuordnung zu den Regelklassen nicht getrennt auswerten lassen.

Stadtteile

Der Einfluss des sozialen Status auf die Zahngesundheit zeigt sich auch bei den stadtteilbezogenen Daten, die für den Stadtteil Moisling etwa einen dmf-t von 2,7 ausweisen. Insgesamt sind die Fallzahlen hier jedoch zu gering (43 bis 408 Kinder pro Stadtteil), um verlässliche Aussagen treffen zu können, da sie durch einige wenige Extremfälle, die mehr oder weniger zufällig auftreten, erheblich im Gesamtwert beeinflussbar sind.

DAJ-Studie: 12-Jährige

Die 12-Jährigen in der 6. Klasse wiesen eine mittlere Karieserfahrung von 0,4 DMFT auf, wobei 79 Prozent kariesfrei

(DMF-T = 0) waren. Die mittlere Karieserfahrung der Kinder mit Karieserfahrung (Kinder mit DMF-T > 0) betrug bereits 2,1 DMF-T. Hier waren rd. 30 Prozent der kariösen bleibenden Zähne nicht saniert [Team DAJ, 2017].

Lübeck im Vergleich (12-Jährige)

Bei den 708 in Lübeck untersuchten 12-Jährigen zeigen sich insgesamt etwas schlechtere Werte im Vergleich zur DAJ-Studie. In dieser Altersgruppe fand keine flächendeckende Befundung statt. Lübecker Gymnasien, deren Schüler/-innen in der Regel eine gute Zahngesundheit aufweisen, wurden in dem Zeitraum nicht untersucht.

Die mittlere Karieserfahrung liegt mit 0,6 DMF-T gegenüber 0,4 DMF-T der DAJ-Studie daher etwas höher. 73 Prozent der untersuchten Schüler/-innen hatten ein naturgesundes Gebiss, wobei noch vorhandene Milchzähne nicht mitgezählt wurden. Rd.17 Prozent hatten sanierte Zähne, während neun Prozent ein behandlungsbedürftiges Gebiss hatten.

Tab. 4.11: Sanierungsgrad und DMF-T-Index bei 12-Jährigen in 2017/2018

Sanierungsgrad	Anz. Kinder	in %	DMF-T
Naturgesund *)	520	73,4	0,0
Saniert	124	17,5	2,1
Behandlungsbedürftig	64	9,0	3,0
Gesamt	708	100,0	0,6

*) ohne Milchzähne

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendzahnärztliche Untersuchung

Der bessere DMF-T-Wert bei den 12-Jährigen im Vergleich zum dmf-t-Wert der 6-Jährigen erklärt sich im Übrigen aus der Entwicklungsphase bzw. dem Alter des Gebisses (bei den 12-Jährigen sind die Zähne noch sehr jung) und der insgesamt höheren Anzahl an Zähnen.

Fazit

Die Lübecker Ergebnisse zur Zahngesundheit entsprechen weitgehend dem bundesweiten Durchschnitt. Als Großstadt mit rd. 220.000 Einwohner/-innen positioniert sich die Hansestadt Lübeck ungefähr in der Mitte einer Land-Großstadt-Metropolen-Skala als Spiegelbild der sozialen Polarisation der Karies unter Zugrundelegung einer Konzentration sozialer Probleme in größeren Städten und der damit korrelierenden Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen.

Bundesweit haben fast 80 Prozent der 12-jährigen Sechstklässler kariesfreie bleibende Gebisse. Damit liegt Deutschland zusammen mit Dänemark in dieser Altersklasse international an der Spitze. Karies an Milchzähnen tritt jedoch früh auf, ist noch zu weit verbreitet und unterliegt zudem einer sozialen Polarisation.

4.2 Männergesundheit

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Im Alltag verhalten sich Männer oft weniger gesundheitsbewusst als Frauen. Traditionelle Männerrollen verhindern eher eine Achtsamkeit und Aufmerksamkeit für den eigenen Körper und begünstigen die Bereitschaft, Risiken einzugehen. Männer achten weniger auf den eigenen Gesundheitszustand und nehmen seltener an Angeboten zur Gesundheitsförderung teil, die Ernährung ist oft weniger gesund, der Alkoholkonsum ist häufiger riskant.

Was sich wie eine Aufzählung diverser Vorurteile anhört, ist jedoch durch zahlreiche Studien belegt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen auch bei psychischen Erkrankungen. Zwar werden starke Stressbelastungen oder Depressionen bei Männern in Deutschland seltener diagnostiziert als bei Frauen, doch rund drei Viertel aller vollendeten Suizide entfallen auf Männer. Fast jeder 50. Todesfall eines Mannes ist eine Selbsttötung. Leistungsdruck, ständige Erreichbarkeit und soziale Krisen sind häufige Ursachen dafür.

Lebenserwartung kein Naturgesetz

Frauen haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83 Jahren, Männer dagegen von ungefähr 78 Jahren. Laut Statistischen Bundesamt waren die häufigsten Todesursachen in 2019 die krankhaften Veränderungen der Herzkranzgefäße (8,7 Prozent), Lungen- und Bronchialkrebs (6,6 Prozent) sowie Herzinfarkt (6,3 Prozent), bei diesen Todesursachen lag der Frauenanteil deutlich niedriger.

Der Blick auf die europäischen Länder, wo der Unterschied in der Lebenserwartung gegenüber den Frauen zwischen drei (Schweiz oder Island) und mehr als zehn Lebensjahren (Belarus und Russland) niedriger liegt, deutet darauf hin, dass die Ursachen weniger genetische Gründe haben, sondern eher auf die Lebensumstände zurückzuführen sind, denn es ist kaum anzunehmen, dass sich die Gene der Schweizer derart fundamental von den russischen unterscheiden. Überall ist die Lebenserwartung der Männer jedoch niedriger als die der Frauen.

Arbeitswelt

Die historische und arbeitspolitische Perspektive zeigt, dass Männer bis ins 19. Jahrhundert eine mindestens um ein Jahr höhere Lebenserwartung hatten, was jedoch an der hohen Müttersterblichkeit lag.

In der industriellen Arbeitswelt waren Arbeitsunfälle und gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen an der Tagesordnung. Mit dem Ende des Industriezeitalters und der sich etablierenden Dienstleistungsgesellschaft ging zwar auch die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle zurück und belief sich nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 2019 bundesweit auf nur noch 507 Fälle, doch waren 95 Prozent der tödlich Verunglückten Männer.

Dies deutet darauf hin, dass auch heute noch Männer überproportional in Branchen mit hohen Gesundheitsrisiken tätig sind. In seinem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer weist das RKI darauf hin, dass Männer doppelt so häufig wie Frauen in Berufen mit hohem Gesundheitsrisiko arbeiten.

Traditionelles Männerbild und Vorsorge

Hinzu kommt ein Männerbild, das sich über den Beruf definiert. Das klassische Bild des Mannes, der fixiert auf die Erwerbstätigkeit für Geld sorgt, Bildung ermöglicht und die Familie unterhält, ist in der Gesellschaft noch weit verbreitet. Der Mann hat die an ihn gestellten Forderungen vom Arbeitgeber, von der Ehefrau, von den Kindern oder der Schwiegermutter zu erfüllen oder nimmt diese vermeintlich vorweg und stellt sich, sein Geld und seine Arbeitskraft zur Verfügung. Für Selbstfürsorge und das Kümmern um sich selbst, ist hier kaum Platz [RUHL 2021].

Laut dem Männergesundheitsbericht 2020 suchen über 90 Prozent der Frauen aber nur gut 83 Prozent der Männer pro Jahr eine Arztpraxis auf. Früherkennung findet für Männer erst wieder jenseits der 40 statt.

Bewältigungsstrategien

Doch wie gehen die Männer mit diesem Erwartungsdruck um? Hier zählen TV, Computer, Fast Food, Alkohol und Zigaretten zu den gängigen Bewältigungsstrategien, die zudem meist im Sitzen ausgeführt werden.

Rauchen und Alkohol

Männer rauchen häufiger als Frauen. Laut Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 rauchen in Deutschland 26 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen. Insgesamt sterben in Deutschland jährlich 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Lungen- und Bronchialkrebs, eine der häufigsten Todesursachen bei Männern (siehe auch S. 46, Abb. 3.5 und S.68, Abb. 3.12) hängt erwiesenermaßen mit dem Rauchen zusammen.

Eine Studie der Erasmus-Universitätsklinik in Rotterdam schätzt, dass Männer durch das Rauchen sieben Jahre an Lebenserwartung einbüßen. Daneben sind über 75.000 Todesfälle in Deutschland auf den Alkohol zurückzuführen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sind 140 Gramm Alkohol pro Woche für Männer gesundheitsgefährdend, dies entspricht einer Menge von 3,5 Litern Bier oder zwei Litern Wein, wohlgernekt pro Woche. Für Männer verkürzt das die Lebenserwartung um etwa drei Jahre.

Sport und Arbeitswelt

Dauerndes Sitzen, am Büroarbeitsplatz oder zu Hause auf dem Sofa führt zu Muskel- und Skeletterkrankungen. Die Durchblutung wird eingeschränkt und die Risiken für Herz-Kreislauferkrankungen steigen. Obwohl die Männer zu meist sportbegeistert sind, sinken die Aktivitäten mit zunehmendem Lebensalter. Wer nach zehn Stunden Arbeit incl. Fahrzeit nach Hause kommt, geht weniger ins Fitnessstudio, sondern will den Abend vielleicht eher mit Frau und Kind zu Hause verbringen. Zu wenig Sport und Bewegung verkürzen die Lebenserwartung um circa 2,5 Jahre

Kommt eine falsche Ernährung mit zu viel Fleisch und Zucker hinzu, verkürzt sich die Lebenserwartung um weitere zwei Jahre.

4.3 Migration und Gesundheit

Definitionen und Datenquellen

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine einheitliche und leicht zu definierende Gruppe. Sie kommen aus verschiedenen Herkunftsländern oder sind bereits in Deutschland zur Welt gekommen, entstammen aber einer zugewanderten Familie. Diejenigen, die selbst migriert sind, hatten ganz unterschiedliche Motive für die Migration. Schließlich unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund auch noch hinsichtlich ihres Rechtsstatus und damit ihrer Repräsentanz in amtlichen und sonstigen gesundheitsbezogenen Statistiken.

Aktuell leben in Deutschland rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund.

Flucht, soziale Lage und Gesundheit

Einige Flüchtlinge und Asylsuchende aus Konflikt- und Kriegsgebieten haben vor ihrer Flucht in ihren Heimatländern Kriegserfahrungen, politische Verfolgung, Folter, Überfälle und sexuelle Übergriffe erlebt. Zu diesen traumatisierenden Erlebnissen in den Herkunftsländern kommt der lange Weg der Flucht. Da Asylsuchende und Flüchtlinge mehrere Transitländer durchqueren müssen, sind sie häufig Monate oder sogar Jahre unterwegs. Neben der Bedrohung des eigenen Lebens erleben einige den Verlust von Angehörigen oder werden Augenzeugen vom Tod anderer Flüchtenden. Unbegleitete Minderjährige sind besonders von Überfällen und sexuellen Übergriffen auf der Flucht bedroht.

In den Jahren 2015 und 2016 haben in Deutschland insgesamt mehr als eine Million Menschen Asyl beantragt. Dies wiederum stellt die bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung vor große Herausforderungen.

Zugang zum Gesundheitswesen

Generell haben Asylsuchende spätestens nach einem Aufenthalt von 15 Monaten Anspruch auf den vollen Leistungsumfang und erhalten bei einer gesetzlichen Krankenversicherung eine elektronische Gesundheitskarte nach SGB XII. Es besteht damit aber keine echte Mitgliedschaft in der Krankenversicherung, da das zuständige Sozialamt der Krankenversicherung die Behandlungskosten nach § 264 des SGB V zuzüglich einer fünfprozentigen Verwaltungspauschale erstattet.

Der Zugang zum Gesundheitswesen ist jedoch je nach Bundesland unterschiedlich geregelt.

In Schleswig-Holstein ist der Zugang zum Gesundheitswesen über die Gesundheitskarte und standardisierte Abrechnungsverfahren formal geregelt und funktioniert in

der Regel gut. Beim faktischen Zugang zu Beratung und Leistungen bestehen jedoch noch Barrieren.

Gesundheit in Gemeinschaftseinrichtungen

Eine Analyse der Meldedaten zu Ausbrüchen von Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz in Gemeinschaftsunterkünften von Asylsuchenden im Zeitraum von 2004 bis 2014 zeigte eine steigende Anzahl an Ausbrüchen über diesen Zeitraum. Im beobachteten Zeitraum wurden insgesamt 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende gemäß Infektionsschutzgesetz übermittelt. Hierbei traten Windpocken am häufigsten auf (29 Prozent), gefolgt von Skabies (18 Prozent), Masern (12 Prozent), Tuberkulose und Rotavirus-Gastroenteritis (acht Prozent) sowie anderen Krankheiten (< fünf Prozent). Eine Ausbreitung der Ausbrüche über die Gemeinschaftsunterkünfte hinaus wurde nur in Einzelfällen beschrieben. Durch frühzeitige Impfungen, Aufklärungen und Hygienemaßnahmen wäre der überwiegende Anteil dieser Ausbrüche vermeidbar gewesen.

Infektionen

Bei den übertragbaren Krankheiten herrscht eine allgemeine Annahme nach welcher Migration oftmals in Verbindung mit Infektionskrankheiten gebracht wird, die dann an die Bevölkerung der Aufnahmeländer übertragen werden. Jedoch wird diese Annahme widerlegt unter anderem durch einen Bericht der WHO über die Gesundheit vertriebener Personen in der Europäischen Region [World Health Organization 2019].

Der Bericht der WHO verdeutlicht, dass der Migrationsprozess selbst ein höheres Risiko für eine Ansteckung an Infektionskrankheiten birgt. Ein wesentlicher Anteil der Migranten und Flüchtlinge, die HIV-positiv sind, hat sich demnach erst nach ihrer Ankunft in Europa infiziert. Jedoch sind Menschen mit Migrationshintergrund bei den Meldungen der HIV-Neuerkrankungen an das Robert-Koch-Institut überrepräsentiert. Etwa ein Viertel der Neuinfektionen in Deutschland entfällt auf Personen mit einem anderen Herkunftsland.

Der Anteil der Flüchtlinge und Migranten an den Tuberkulosefällen fällt je nach Aufnahmeland stark unterschiedlich aus – in Abhängigkeit von der Prävalenz der Tuberkulose in der dortigen Bevölkerung. Die Neuerkrankungsrate für Tuberkulose ist bei nichtdeutschen Personen im Vergleich zu Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit um den Faktor 9,4 erhöht [Gesundheitsmonitoring des RKI, Stand: 2015].

Posttraumatische Belastungsstörungen

Studien zur psychischen Gesundheit haben ergeben, dass Flüchtlinge und Migrantinnen bzw. Migranten häufiger an Depressionen, psychosomatischen Erkrankungen und Angstzuständen als die übrige Bevölkerung leiden. Zudem gibt es Hinweise, dass eine schlechtere psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund stark durch einen niedrigeren Sozialstatus mitbedingt ist.

Vor allem im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen leiden die Betroffenen noch langfristig unter möglichen psychologischen Folgen und können auch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist definiert als »Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde« (ICD-10: F43.1 und »Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen« DSM-IV: 309.81). Laut einem Bericht der Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) kommen posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen mit jeweils 50 Prozent am häufigsten bei traumatisierten Flüchtlingen vor (oft leiden die Betroffenen unter beidem). Auch Flüchtlingskinder seien von psychischen Erkrankungen aufgrund traumatischer Erlebnisse betroffen, heißt es in dem Papier. Jedes fünfte sei an einer posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt [Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2020].

Fazit

Die stark gestiegene Zuwanderung von Asylsuchenden stellt das Gesundheitssystem in Deutschland vor große Herausforderungen. Viele Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Gesundheitsleistungen bei gegebenem Bedarf aufgrund sprachlicher und kultureller Probleme oder infolge von Diskriminierungserfahrungen seltener in Anspruch. Erste Ergebnisse legen einen besonderen Versorgungsbedarf in Bezug auf psychische und chronische Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien nahe.

Weitgehende Einigkeit besteht darin, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission bei Asylsuchenden zeitnah umzusetzen. Hier gibt es Hinweise, dass potenzielle Hindernisse in großen Erstaufnahmeeinrichtungen aufgrund von Personalmangel und Sprachbarrieren bestehen.

Es besteht offenbar ein hoher Informationsbedarf bei Asylsuchenden in Bezug auf Themen wie Impfen und Schwangerschaft. Aus Sicht der Gesundheitsämter sind Informationsmaterialien zu Themen wie Orientierung im Gesundheitswesen, lokale Anlaufstellen zu Gesundheitsfragen, impfpräventable Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Ernährung während der Schwangerschaft/Stillzeit, Zahnhygiene bei Kindern, psychischen Erkrankungen, Suchtverhalten sowie Tuberkulose relevant.

Ein erhöhter Handlungsbedarf besteht nach Auffassung vieler Beobachter/-innen im Bereich der psychischen Gesundheit. Ein sehr hoher Bedarf trafe danach auf wenig entwickelte Versorgungsstrukturen. Als problematisch wird das Fehlen sprachlich und kulturell validierter Screening Instrumente gesehen. Zudem sei aufgrund des AsylbLG der Zugang zu Behandlungen erschwert. Bewilligte Therapien würden durch fehlende Fachkräfte und überlastete Behandlungsstrukturen sowie die unklare Kostenübernahme von Leistungen wie Sprachmittlung zusätzlich erschwert.

4.4 Ältere Menschen

Bis zum Jahr 2050 werden circa 23 Millionen Menschen im Alter über 65 in Deutschland leben. In einer älter werdenden Bevölkerung spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle, da Gesundheit auch im höheren Alter die Voraussetzung für Selbstständigkeit und aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist. Angesichts steigender Lebenserwartung ist es das Ziel, die gewonnenen Lebensjahre bei möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität zu erleben. Hierbei ist es wichtig, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können und dass sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen können.

Krankheiten im Alter

Inkontinenz

Damit die Blase ihre Funktion richtig erfüllen kann, müssen Blasenmuskel, Schließmuskel, Beckenbodenmuskulatur, steuernde Nerven sowie Zentren in Gehirn und Rückenmark ungehindert und aufeinander abgestimmt interagieren. Ist dieses optimal koordinierte System in seiner Funktionsweise gestört, führt dies zu Problemen.

Kommt es zu ungewolltem Harn- oder Stuhlverlust, spricht man von Inkontinenz bzw. von Blasen- oder Darmschwäche. Dabei kann der Betroffene also nicht mehr selbstständig über Blasen- oder Darmentleerung entscheiden. In Deutschland sind rund 9 Millionen Menschen von Inkontinenz betroffen. Die Ursachen dafür können vielfältig sein. Steckt eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur dahinter, hilft meist schon gezieltes Training. Die Schwäche von Blase oder Darm kann jedoch auch ernste Ursachen haben.

Oftmals trauen sich Betroffene nicht darüber zu sprechen oder ärztliche Hilfe aufzusuchen. Jedoch sind die Prognosen für die Heilung einer möglichen Erkrankung oder eine deutliche Besserung der Symptomatik vielversprechender, je eher man einen Arzt aufsucht.

Demenz

Die Demenz bezeichnet eine anhaltende oder fortschreitende Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Hirnleistungen. Es liegen unterschiedliche Ursachen dafür vor und die Erkrankung tritt in verschiedenen Formen auf. Jedoch geht trotz der unterschiedlichen Formen bei allen langfristig die geistige Leistungsfähigkeit verloren. Weitere Symptome und der genaue Verlauf variieren je nach Demenzform.

Betroffen sind hauptsächlich Menschen über 65 Jahren. Die meisten Demenz-Patienten sind Frauen, weil diese im Schnitt älter werden als Männer.

Die Ursache für primäre Demenzen (wie Alzheimer) sind eigenständige Erkrankungen, bei denen nach und nach Nervenzellen im Gehirn absterben - der genaue Grund dafür ist unbekannt. Sekundäre Demenzen sind beispielsweise die Folge anderer Erkrankungen (wie Alkoholsucht,

Stoffwechselstörungen, Entzündungen) oder von Medikamenten.

Primäre Demenzen sind nicht heilbar. Die richtige Behandlung kann jedoch den Verlauf verzögern. Sekundäre Demenzen lassen sich manchmal lindern, wenn die Ursache frühzeitig erkannt und behandelt wird.

Morbus Alzheimer

Morbus Alzheimer – besser bekannt als die Alzheimer-Krankheit - ist eine Form der Demenz. Sie tritt üblicherweise zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf und die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt etwa 8 Jahre bis zum Tod.

Die genaue Ursache der Alzheimer-Krankheit ist zurzeit noch unbekannt. Man weiß nur, dass es zu Eiweißablagerungen im Gehirn kommt und das Gehirn bis zu 20% schrumpfen kann.

Die Alzheimer-Krankheit verläuft in drei verschiedenen Phasen und ist chronisch progredient. Am Anfang geht sie mit einem Abbau des Gedächtnisses/Amnesie sowie kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten einher. Betroffene sind in ihrer Merkfähigkeit und der Orientierung gestört. Im weiteren Verlauf treten der Verlust praktischer Fähigkeiten auf (Ankleiden, Schuhe binden) sowie fehlendes Sprachverständnis auf. Auch eine mangelnde Interpretationsfähigkeit wahrgenommener Informationen und eine Überforderung beim Treffen von Entscheidungen ist typisch. Zuletzt sind Erkrankte oftmals bettlägerig, apathisch, inkontinent und leiden unter Sprechstörungen. Die Persönlichkeitsstruktur bleibt auch mit fortschreitender Erkrankung über einen langen Zeitraum erhalten.

Trotz intensiver Forschung ist die Alzheimer-Krankheit unheilbar. Daher bezieht sich die gängige Therapie auf die Linderung der Symptome. Einige Medikamente konnten jedoch schon in klinischen Studien eine Verbesserung der Symptomatik (besonders der Merkfähigkeit) zeigen. Ebenso intensiv erforscht sind Bluttests um das Alzheimer-Risiko zu ermitteln. Diese zeigten schon erste Erfolge, allerdings ist der Test noch nicht treffsicher genug für eine Frühdiagnose.

Dysphagie / Schluckstörung

Eine Dysphagie ist eine Störung des Schluckaktes, die eine oder mehrere Phasen des Schluckvorgangs betreffen kann. Diese Störung tritt in der Regel als Symptom bei einer Krankheit auf z.B. nach einem Schlaganfall und ist keine eigenständige Erkrankung. Ältere Menschen sind besonders häufig davon betroffen. Dauert eine Dysphagie längere Zeit an, sind die Folgen oft schwerwiegend.

Eine Dysphagie kann zwei Gründe zur Ursache haben. Entweder kommt es zur Schluckstörung durch eine gestörte neuronale Steuerung oder aufgrund mechanischer Ursachen. Ebenso können einer Dysphagie psychische Ursachen zugrunde liegen.

Schwerhörigkeit

Im höheren Lebensalter verschlechtern sich die Leistungen aller Sinne und dann tritt bei den meisten Menschen eine Schwerhörigkeit auf. Grundsätzlich ist die schleichende Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) ein ganz natürlicher Prozess, der bei fast jedem Menschen ab dem fünften Lebensjahrzehnt einsetzt. Beschleunigt wird die Schwerhörigkeit durch Lärmbelastungen, Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes, bestimmte Medikamente oder Gifte wie Nikotin.

Morbus Parkinson

Morbus Parkinson zählt zu den häufigsten Erkrankungen des Nervensystems, bei der vor allem die Beweglichkeit und der Bewegungsablauf gestört sind. Kennzeichnend für Parkinson ist ein stetiger Verlust von Nervenzellen im Gehirn. Darauf folgen typische Symptome wie Zittern, das in Ruhe auftritt, versteifte Muskeln, eine gestörte Stabilität der Körperhaltung und verlangsamte Bewegungen. Die Ausprägung der Symptome kann unterschiedlich stark sein und meist machen sie sich erst in späteren Stadien von Morbus Parkinson bemerkbar. In seltenen Fällen treten sie bereits zu Beginn der Erkrankung auf.

Weitere mögliche Symptome eines fortgeschrittenen Morbus Parkinson sind zum Beispiel zunehmender Speichelfluss, seltenere Schluckbewegungen, Blasenschwäche, Sehstörungen, Geruchsstörungen und Schluckstörungen.

Schlaganfall

Ein Schlaganfall tritt plötzlich auf und verschiedenste Faktoren können zu seiner Entstehung beitragen. Manche dieser Schlaganfall-Risikofaktoren lassen sich jedoch nicht beeinflussen. Dazu zählt das Alter: Das Risiko für einen Schlaganfall nimmt mit den Lebensjahren zu.

Ein Schlaganfall kann massive und langfristige Folgen haben. Die häufigste Schlaganfall-Ursache (mit rd. 80%) ist eine Durchblutungsstörung im Gehirn aufgrund einer Arteriosklerose (Arterienverkalkung). Als unmittelbare Folge wird das Gehirngewebe plötzlich nur noch wenig oder gar nicht mehr durchblutet, erhält also weniger oder gar keinen Sauerstoff mehr. Dadurch sterben Zellen ab und rund 70 Prozent der Schlaganfall-Patienten leiden an Langzeitfolgen wie z. B. Sprachstörungen oder halbseitiger Lähmung nach einem Apoplex. Die rasche Hilfe und Behandlung nach einem Schlaganfall ist deshalb so wichtig, um schnell reagieren zu können und die Durchblutungsstörung oder Blutung zu stoppen. Je mehr Zeit vergeht, d. h. je länger Gehirngewebe ohne Sauerstoff bleibt, desto gravierender können die Folgen eines Schlaganfalls sein.

Dekubitus

Ein Dekubitus – umgangssprachlich oft „Wundliegen“ genannt – ist eine schlecht und langsam heilende Wunde, bei der zunächst nur die oberste Hautschicht betroffen ist, jedoch im weiteren Verlauf auch tiefere Hautschichten geschädigt werden. Von einem Dekubitus betroffen sind oftmals Personen, die aufgrund von hohem Alter, Lähmungen oder schwerer Krankheit pflegebedürftig und bettlägerig sind. Mitunter kann es aufgrund der Tiefe der Wunde sogar einen lebensbedrohlichen Zustand annehmen.

Die Ursache für diese Hautschädigung ist eine nicht physiologische hohe Druckeinwirkung auf alle Gewebsschichten, einschließlich der Blutgefäße. Immobilität ist daher der größte Risikofaktor. Allerdings spielt auch das Alter eine wesentliche Rolle, da die Haut älterer Menschen eine erhebliche Veränderung in ihrer Struktur aufweist und verletzlicher ist. Ältere Menschen leiden zudem oft an diversen Grunderkrankungen, die sich negativ auf die Dekubitusentstehung auswirken. Und auch die mit dem Alter einhergehende Verringerung des Allgemeinzustands und die geringen Trinkmengen älterer Menschen, aufgrund des nachlassenden Durstempfindens, steigern das Risiko für einen Dekubitus.

Diabetes Typ II (Altersdiabetes)

Diabetes mellitus, umgangssprachlich auch Zuckerkrankheit genannt, ist eine chronische Erkrankung des Stoffwechsels, bei welcher der Blutzuckerspiegel dauerhaft erhöht ist. Die Erkrankung kann in verschiedenen Formen auftreten, z.B. Typ I und Typ II. Ältere Menschen sind besonders häufig von Diabetes Typ II betroffen, der aus diesem Grund auch als Altersdiabetes bezeichnet wird. Er gehört zu den häufigsten Alterskrankheiten. Grund für die Diabetes Typ 2 Erkrankung ist eine Insulinresistenz. Dabei wird das Insulin vom Körper zwar noch gebildet, allerdings reagieren die Körperzellen nicht mehr optimal darauf. So kommt es zu Beginn noch zu einer Überproduktion an Insulin, bis die Bauchspeicheldrüse erschöpft ist und die Insulinproduktion stark zurückgefahren wird.

Anders als Typ I ist Diabetes Typ II nicht auf eine körpereigene Reaktion zurückzuführen, sondern wird vor allem durch einen ungesunden Lebensstil verursacht. So zählen zu den Risikofaktoren eine unausgewogene, fettige Ernährung, Übergewicht sowie ein Mangel an Bewegung. Dies alles führt zu einer Erhöhung des Glukosespiegels im Blut, wodurch die Entstehung von Diabetes Typ II gefördert wird. Aber auch mit dem Alter steigt das Risiko einer Erkrankung.

Ein Typ-2-Diabetes sollte (ebenso wieder der Typ-1-Diabetes) ärztlich behandelt und regelmäßig kontrolliert werden. Ein kompetenter Umgang mit der Krankheit und eine Änderung des Lebensstils sind unerlässlich, um die teilweise gravierenden Folgeschäden zu vermeiden.

Altersbedingte Erkrankungen der Augen

Mit zunehmenden Alter durchläuft das gesunde Auge zahlreiche Veränderungen. Zum Beispiel wird die Linse weniger verformbar und kann sich dadurch schlechter an Nah- und Fernsicht anpassen. Die Pupille kann sich nicht mehr so schnell weiten und verengen, wodurch die Anpassung an andere Lichtverhältnisse bei älteren Menschen etwas länger dauern kann. Außerdem ist die Tränenproduktion eingeschränkt, wodurch es vermehrt zu trockenen, gereizten Augen kommt.

Die häufigsten Augenerkrankungen im Alter sind:

- Altersweitsichtigkeit
- Makuladegeneration
- Diabetische Retinopathie
- Grauer Star
- Grüner Star

Eine jährliche Untersuchung des Augenhintergrundes beim Augenarzt ist ab dem 60. Lebensjahr zu empfehlen. Diese Untersuchung geht schnell und ist nicht schmerzhaft. Diabetiker sollten jedoch ab Stellung der Diagnose alle zwei Jahre zur augenärztlichen Vorsorge gehen, da bei ihnen das Risiko für Augenerkrankungen deutlich höher ist. Auch Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Bluthochdruck, sollten ab und zu ihren Augenarzt aufsuchen, da die kleinen Gefäße geschädigt werden können. Hier kann der Hausarzt am besten beraten.

Erkrankungen des Bewegungsapparates

Erkrankungen des Bewegungsapparats (muskuloskeletale Erkrankungen) gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Dabei sind sowohl Knochen und Gelenke als auch Muskeln und Bindegewebe betroffen. Am häufigsten treten rheumatische Gelenk- und Muskelerkrankungen und die Osteoporose auf.

Klassische Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates im Alter sind:

- Rückenschmerzen
- Arthrose
- Arthritis
- Osteoporose

Die genauen Ursachen können, je nach Art der Erkrankung, ganz unterschiedlich sein, jedoch sind alle auf die altersbedingten Veränderungen der Knochen-, Gelenks-, Muskel- und Bindegewebestrukturen zurückzuführen.

Bei den Knochen kommt es zu einer altersbedingten Abnahme des Kalziumgehalts, wodurch diese instabiler, brüchiger und weniger belastbar werden. Das betrifft insbesondere die Knochen der Wirbelkörper und des Beckens.

Bei den Gelenken wird mit steigenden Lebensjahren die schützende Knorpelschicht dünner und verliert an Elastizität. Dadurch nimmt die Beweglichkeit des Gelenks ab und es können Schmerzen im Gelenk auftreten.

Auch die Muskeln verändern sich, indem sie an Masse verlieren (jährlich etwa um 0,5 Prozent). Die fehlende Masse wird in der Regel durch Fettgewebe ersetzt. Der Kraftverlust verteilt sich nicht auf alle Muskelgruppen gleich stark. Besonders betroffen ist häufig der Muskel, der den Fuß anhebt. Dadurch kommt es in höherem Alter oft zu häufigem Stolpern.

Und auch das stützende Bindegewebe (Sehnen, Bänder) verliert an Elastizität. Dadurch wird die Beweglichkeit weiter eingeschränkt.

Depression im Alter

Depressionen im Alter beschreiben psychische Störungen oder depressive Verstimmungen, die bei Menschen ab einem Alter von 65 Jahren auftreten und gehören neben Demenzerkrankungen zu den häufigsten psychischen Krankheiten im späteren Lebensalter.

Ab einem Alter von über sechzig Jahren nimmt die Wahrscheinlichkeit, unter depressiven Episoden zu leiden, drastisch zu. Der Grund dafür ist oft, dass zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr die meisten Menschen mit einem radikalen Umbruch ihrer Lebensgewohnheiten konfrontiert werden (Ende der beruflichen Tätigkeit, Renteneintritt). Nicht selten kommt es dadurch zu einem Rückzug, zu Resignation oder Verstimmungen, die dann langsam fortschreitend in eine Depression münden.

Auch die nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit spielt eine wesentliche Rolle. Im Gegensatz zu jüngeren Erwachsenen beklagen ältere Menschen nicht selten in erster Linie begleitende körperliche Symptome, die die psychischen Probleme zusätzlich verstärken. Es zeigt sich eine deutlich höhere Anfälligkeit bei älteren Menschen, die unter Behinderungen oder Krankheiten leiden (40% der über 65-Jährigen, die in Alters- oder Pflegeheimen sowie betreuten Wohngemeinschaften leben sind von depressiven Verstimmungen betroffen sind).

Das große Problem daran ist, dass depressive Störungen in späteren Lebensphasen von Ärzten und der Gesellschaft oft als normale und typische Begleiterscheinungen des Älterwerdens angesehen werden, weshalb nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen adäquat behandelt

wird. In extremen Fällen führt eine Depression im Alter sogar zu Suizidversuchen oder einem totalen Rückzug aus allen sozialen Kontakten.

Multimorbidität

Umso älter der Mensch wird, desto wahrscheinlicher ist es an mehreren Erkrankungen gleichzeitig zu leiden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir dank gesteigerter Lebenserwartung immer älter werden, stellt Multimorbidität eine besondere Herausforderung bei der gesundheitlichen Versorgung dar. Bereits knapp 62 Prozent der Menschen über 65 sind multimorbid (74% der 70- bis 75-Jährigen und 80% der 76- bis 81-Jährigen). Das heißt, sie erfüllen das medizinische Kriterium, an mindestens drei chronischen Krankheiten gleichzeitig erkrankt zu sein.

Die Multimorbidität geht zumeist einer mit einer Verschlechterung des Gesundheits- und Funktionszustandes, der erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, dem Verlust an Lebensqualität und der Selbstbestimmtheit (Autonomie) sowie erhöhter Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit einher.

Bei der Therapie muss jede der einzelnen Erkrankungen separat behandelt werden als auch im Zusammenspiel und Kontext mit den anderen Erkrankungen. Ebenso verhält es sich mit den Medikamenten; auch diese können sich gegenseitig beeinflussen. Das heißt der Arzt muss sowohl die einzelnen Krankheiten im Blick haben, zugleich aber auch die Triade, das Quartett oder sogar das Quintett.

In den nächsten Jahren ist eine weitere Erforschung des Phänomens der Multimorbidität von hoher Bedeutung, weil die Anzahl der Betroffenen durch die Zunahme der Älteren in der Bevölkerung steigt und zudem die Lebenserwartung immer länger sein wird. Umso wichtiger ist daher auch die gezielte Gesundheitsförderung älterer Menschen. Mit gezielter Prävention können die Entstehung einzelner Krankheiten verhindert oder verzögert und die Lebensqualität im Alter erhöht werden. Diese Maßnahmen müssen allerdings auf das Geschlecht, das Alter und die Vorerkrankungen abgestimmt werden, um wirksam zu sein.

5 Einrichtungen des Gesundheitswesens

5.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Gesundheitspersonal

Die Gesundheitspersonalrechnung ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen zur Ermittlung der Beschäftigten zusammenführt. Hierzu zählen beispielsweise die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit, der Mikrozensus und die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und die Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Obwohl die Daten nur für das Bundesgebiet insgesamt vorliegen und nicht regionalisierbar sind und somit nicht auf Kreisebene verfügbar sind, seien sie hier erwähnt, da die zu Grunde liegende Systematisierung und die quantitative Zuordnung der Beschäftigtenzahlen auch für die kommunale Sichtweise von Interesse sind.

Die Gesundheitspersonalrechnung umfasst die folgenden Berufsgruppen:

Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen all diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Zum einen sind dies Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, zum anderen sind dies medizinische Fachangestellte, zahnmedizinische Fachangestellte, Diätassistentinnen und Diätassistenten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Hebammen und Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen/-helfer, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Masseurinnen und Masseur, medizinische Bademeisterinnen und medizinische Bademeister, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten sowie Beschäftigte in therapeutischen Berufen a.n.g. (= anderweitig nicht genannt). Sie werden unter dem Begriff übrige Gesundheitsdienstberufe zusammengefasst.

Unter den sozialen Berufen werden Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger verstanden.

Die Gesundheitshandwerkerinnen und Gesundheitshandwerker setzen sich aus Augenoptikerinnen und Augenoptikern, Orthopädiemechanikerinnen und Orthopädiemechanikern, Zahntechnikerinnen und Zahntechnikern und sonstigen Gesundheitshandwerkerinnen und Gesundheitshandwerkern wie Hörgeräteakustikerinnen und Hörgeräteakustikern und Orthopädieschuhmacherinnen und Orthopädieschuhmachern zusammen.

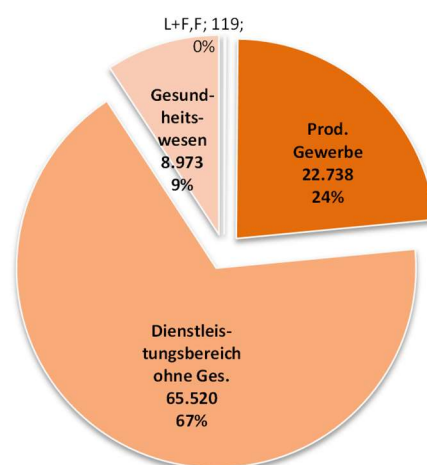
Die sonstigen Gesundheitsfachberufe werden von Gesundheitsingenieurinnen und Gesundheitsingenieuren, Gesundheitstechnikerinnen und Gesundheitstechnikern, Pharmakantinnen und Pharmakanten, pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten sowie den gesundheitssichernden Berufen, z.B. Desinfektorinnen und Desinfektoren und Gesundheitsaufseherinnen und Gesundheitsaufsehern gebildet.

Zu einer fünften Gruppe, den so genannten anderen Berufen im Gesundheitswesen, werden all diejenigen Berufe im Gesundheitswesen zusammengefasst, die nicht einer der bereits genannten Berufsgruppen zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken und Handwerker/-innen, deren Arbeitgeber/-innen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

Rd. 9.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen

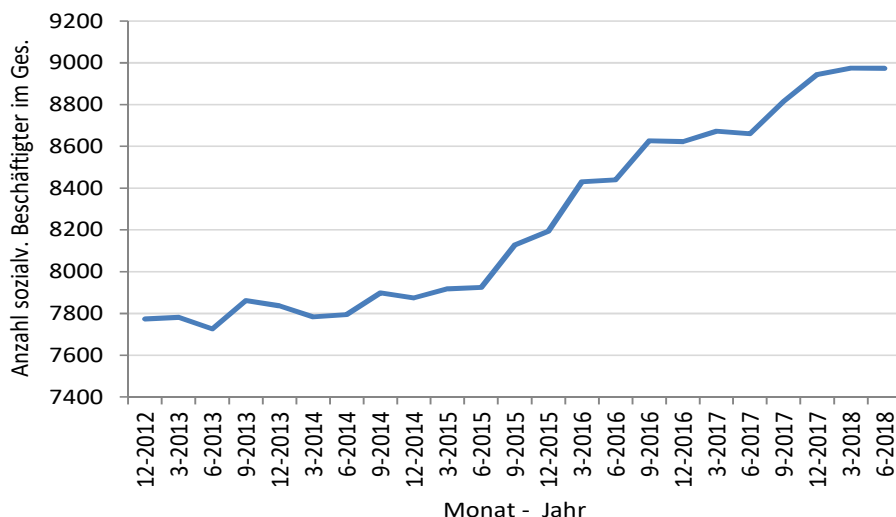
Nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes waren im Juni 2018 von den insg. 97.350 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort Lübeck 8.973 Personen im Gesundheitswesen tätig, entsprechend rd. neun Prozent aller Beschäftigten. Enthalten sind hier die Beschäftigten in Krankenhäusern, Arztpraxen, Massagepraxen etc. Nicht enthalten sind die Beschäftigten in der Pflege und im Sozialwesen.

Abb. 5.1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort Lübeck im Juni 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Regionalreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Graphik: Gesundheitsamt

Abb. 5.2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen am Arbeitsort Lübeck 2012 – 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Regionalreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Graphik: Gesundheitsamt

Tab. 5.1: Krankenhauspersonal in der Hansestadt Lübeck am 31.12.2016

Personalgruppe ¹	Insgesamt	davon		Frauenanteil in %	darunter Teilzeitbeschäftigte		Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt
		Männer	Frauen		Anzahl	in %	
	Anzahl						
Hauptamtliches ärztliches Personal	1 130	525	605	53,5	275	24,3	915
Nichtärztliches Personal ²	5 284	971	4 313	81,6	2 652	50,2	3 613
davon							
Pflegedienst	2 155	347	1 808	83,9	1 061	49,2	1 333
medizinisch-technischer Dienst ³	1 368	241	1 127	82,4	668	48,8	1 045
Funktionsdienst ⁴	706	114	592	83,9	317	44,9	589
klinisches Hauspersonal	35	-	35	100,0	28	80,0	29
Wirtschafts- und Versorgungsdienst ⁵	17	4	13	76,5	10	58,8	11
Technischer Dienst	36	35	1	2,8	6	16,7	30
Verwaltungsdienst	576	122	454	78,8	258	44,8	456
Sonderdienste	99	15	84	84,8	42	42,4	78
sonstiges nichtärztliches Personal	292	93	199	68,2	262	89,7	42
Krankenhauspersonal insgesamt	6 414	1 496	4 918	76,7	2 927	45,6	4 528

1 ohne Personal der Ausbildungsstätten, ohne nebenamtliche Ärztinnen/Ärzte und ohne Zahnärztinnen/-ärzte

2 nichtärztliches Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhaus

3 z. B. medizinisch-technische Assistenten, Radiologieassistenten, Laboratoriumsassistenten, Apothekenpersonal, Krankengymnasten, Masseure, Psychologen, Sozialarbeiter

4 z. B. Personal im Operationsdienst, in der Anästhesie, in der Ambulanz und im Krankentransport, Hebammen

5 z. B. Personal der Küchen und Wäschereien

Quelle: Statistik-Nord, Krankenhausgrundstatistik 2016

Gegenüber 2014 ist die Zahl der Beschäftigten um über 15 Prozent gestiegen. Im bundesweiten Trend zeigt sich dagegen nur eine Steigerung um ca. acht Prozent (2,26 Mill. Beschäftigte in 2014 zu 2,45 Mill. Beschäftigte in 2018). Hauptursache für den überproportionalen Anstieg in Lübeck dürfte eine Zunahme der Beschäftigtenzahlen beim Krankenhauspersonal sein.

Die Krankenhausgrundstatistik liegt hier für das Jahr 2016 vor. Demnach waren in den Krankenhäusern der Hanse-

stadt Lübeck im Jahresdurchschnitt rund 4.500 Vollzeitkräfte beschäftigt. Hinsichtlich der Personenzahl wurden zum Jahresende 6.414 Beschäftigte gezählt. Hiervon zählten 1.130 Personen zum ärztlichen Personal und 5.284 zum nichtärztlichen Personal. Der Frauenanteil ist mit insg. 77 Prozent überdurchschnittlich hoch. Vom ärztlichen Personal sind rd. 54 Prozent Frauen.

Die Hälfte (50,2 Prozent) des nichtärztlichen Krankenhauspersonals arbeitet in Teilzeit. Beim ärztlichen Personal arbeitet rd. ein Viertel (24,3 Prozent) in Teilzeit.

Gesundheitswirtschaft größter Wirtschaftssektor mit über 16.000 Beschäftigten

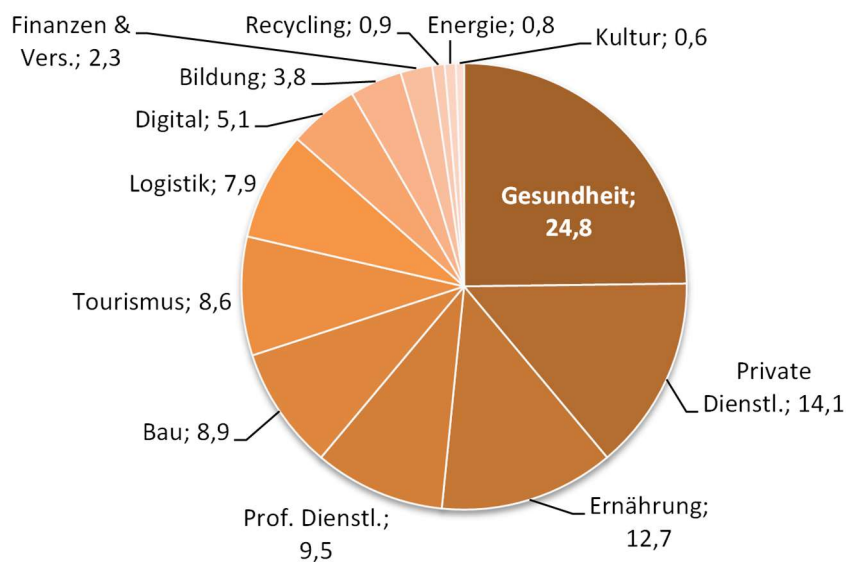
Einen umfassenderen Blick auf die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens für die Hansestadt Lübeck ergibt sich, wenn auch jene Wirtschaftszweige Berücksichtigung finden, die im weiteren Sinne in der Gesundheitswirtschaft tätig sind, wie z.B. Unternehmen im produzierenden Gewerbe.

Schon früher war die Gesundheitswirtschaft in der Hansestadt Lübeck stark vertreten. Heute werden die kommunalen und regionalen Gesundheitsdienstleistungen von der Arztpraxis, übers Universitätsklinikum bis zur Seniorenresidenz ergänzt durch überregional agierende Unternehmen, die in der Medizintechnik oder in der Biotechnologie tätig sind. Rechnet man noch Laboratorien, Großhandel, Apotheken, Krankenversicherungen etc. hinzu, erhält man

mit dem statistischen Verfahren der Clusteranalyse das sogenannte strukturelle Branchencluster. (Bjarne 2018, S.8). Zusammengerechnet waren in diesen Bereichen im Jahre 2014 über 16.000 Personen beschäftigt

Bei der Betrachtung der einzelnen Branchencluster zeigte sich, dass die Gesundheitswirtschaft mit 24,8 Prozent der Beschäftigten der größte Wirtschaftssektor in der Region ist. Es folgen mit 14,1 Prozent die privaten Dienstleistungen und mit 12,7 Prozent die Ernährungswirtschaft. Professionelle Dienstleistungen und der Bau folgen mit 9,5 bzw. 8,9 Prozent. An sechster Stelle steht der Tourismus mit 8,6 Prozent der Beschäftigten, was im Vergleich zum Bundesdurchschnitt jedoch noch überdurchschnittlich ist. (Bjarne 2018, S.8)

Abb. 5.3: Beschäftigte 2014 nach Wirtschaftssektoren



Quelle: Meyn B. (2018): Analyse der beschäftigungsrelevanten Cluster am Wirtschaftsstandort Lübeck, Fachhochschule Lübeck, Graphik: Gesundheitsamt

Cluster Gesundheitswirtschaft auf Basis der Klassifikation der Wirtschaftszweige (2008) – 5-Steller

21100 Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen,
 21200 Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen
 26600 Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten
 32501 Herstellung von medizintechnischen Apparaten und Materialien a. n. g.
 32502 Herstellung von orthopädischen Erzeugnissen
 32503 Zahntechnische Laboratorien
 46184 Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erz., med. und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf,
 46461 Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen
 46462 Großhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln, Dental- und Laborbedarf
 47730 Apotheken
 47740 Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln
 47781 Augenoptiker
 65121 Krankenversicherungen

72110 Forschung und Entwicklung im Bereich Biotechnologie
 86101 Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)
 86102 Hochschulkliniken
 86103 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
 86210 Arztpraxen für Allgemeinmedizin
 86220 Facharztpraxen
 86230 Zahnarztpraxen
 86901 Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
 86902 Massagepraxen, Krankengymnastikpraxen, Praxen von med. Bademeisterinnen und Bademeister
 86903 Heilpraktikerpraxen
 86909 Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen
 87100 Pflegeheime
 87200 Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
 87300 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
 87900 Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
 88101 Ambulante soziale Dienste
 88102 Sonstige soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderteter

5.2 Medizinische Versorgung

5.2.1 Bedarfsplanung für Hausärzte und Fachärzte

Allgemeines

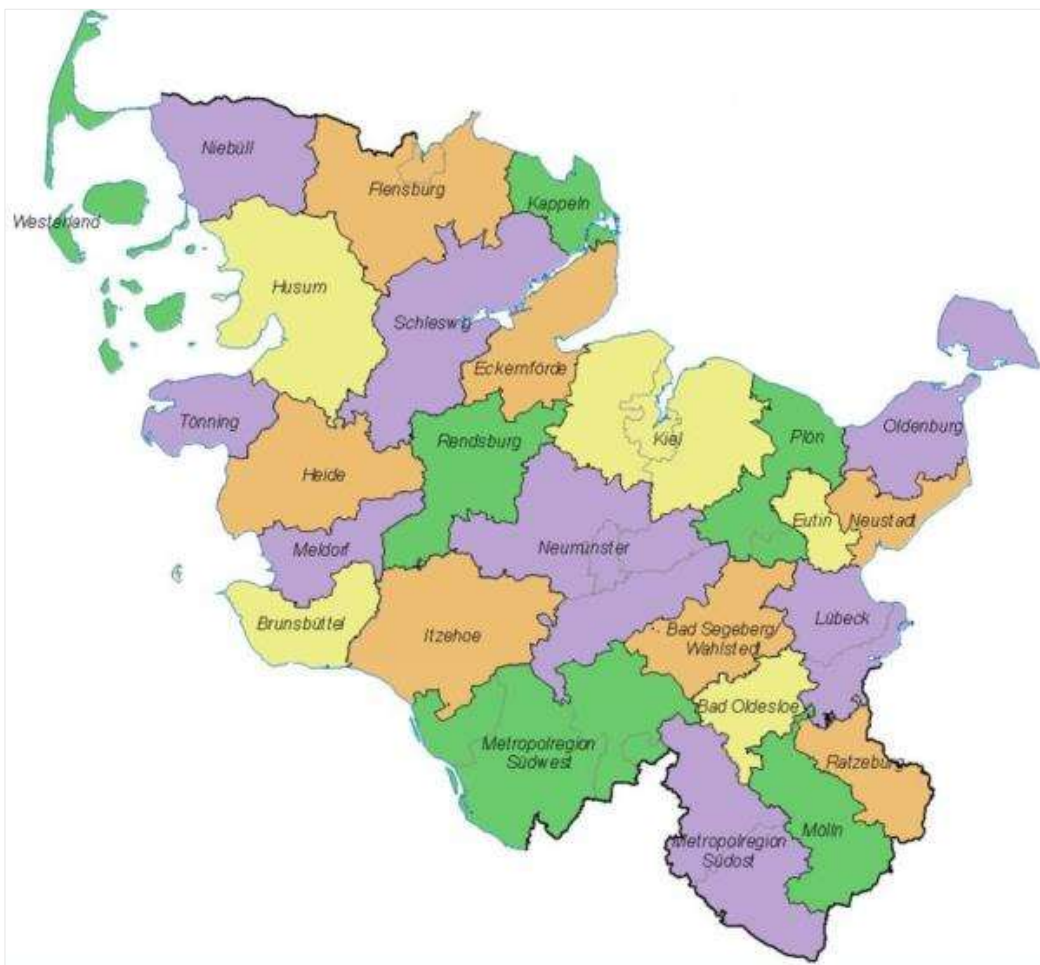
Die Bedarfsplanung für Ärztinnen und Ärzte ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sie wurde Mitte der 90er Jahre eingeführt, um eine flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden. Die Bedarfsplanung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden den paritätisch besetzten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Das Gremium fasst auf der Grundlage des Bedarfsplans Beschlüsse über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung bzw. über Unter- und Überversorgung und ordnet Zulassungsbeschränkungen an.

Der Landesausschuss überprüft regelmäßig, ob die Voraussetzungen für diese Zulassungsbeschränkungen weiterbestehen, ob neue Sperrungen einzuordnen sind oder ob Planungsbereiche wieder für neue Stellen geöffnet werden können.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten in der Bedarfsplanung unterschiedlich große Planungsbereiche. Hausärzte werden kleinräumiger, spezialisierte Fachärzte großflächiger geplant. Die Allgemeinen Verhältniszahlen (Einwohner/-innen pro Ärztin/Arzt) sind zentrales Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung und definieren ab wann ein Planungsbereich gesperrt wird. Dies ist der Fall, wenn der Versorgungsgrad um zehn Prozent überschritten. Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz (2015) definieren die Verhältniszahlen auch, ab wann Arztsitze abgebaut werden sollen (Überschreiten der Allgemeinen Verhältniszahl um 40 Prozent).

Karte 5.1: Planungsbereiche für die hausärztlichen Praxen in Schleswig-Holstein – Stand 2017



Anmerkung: Die Metropolregion Südwest und Südost sind mittlerweile in acht Planungsbereiche untergliedert.

Graphik: KVSH Schleswig-Holstein

Tab. 5.2: Versorgungsquoten für Hausärztinnen und Hausärzte nach Planungsbereichen am 01.12.2020

Planungsbereich	EW im Planungsbereich	Ärzte	Versorgungsgrad	gesperrt	Niederlassungen	
					bis zur Sperrung	oberh. Sperrung
Westerland	30.025	37,3	206,1	ja	-	17,0
Tönning	16.357	14,0	133,6	ja	-	2,0
Plön	36.368	28,5	121,8	ja	-	2,5
Mölln	55.583	37,0	119,4	ja	-	0,0
Ahrensburg	113.295	74,9	119,3	ja	-	5,5
Neustadt	33.411	26,5	118,3	ja	-	1,5
Oldenburg	50.274	39,0	117,7	ja	-	2,5
Ratzeburg	36.576	26,5	117,7	ja	-	1,5
Kappeln	22.216	16,7	117,5	ja	-	1,0
Schleswig	90.538	64,0	115,6	ja	-	3,0
Bad Segeb./W.	56.076	39,0	115,4	ja	-	1,5
Wedel	33.708	23,0	115,2	ja	-	1,0
Niebüll	39.738	27,0	113,6	ja	-	0,5
Brunsbüttel	42.299	30,0	113,5	ja	-	0,5
Bad Oldesloe	56.294	37,0	113,2	ja	-	1,0
Kiel	408.790	272,3	112,2	ja	-	5,0

Planungsbereich	EW im Planungsbereich	Ärzte	Versorgungsgrad	gesperrt	Niederlassungen	
					bis zur Sperrung	oberh. Sperrung
Eckernförde	55.276	37,8	111,9	ja	-	0,5
Eutin	32.925	23,5	110,9	ja	-	0,0
Lübeck	297.070	206,3	110,7	ja	-	1,0
Norderstedt	125.982	80,0	110,6	ja	-	0,0
Rendsburg	83.099	57,0	110,5	ja	-	0,0
Heide	69.030	46,8	110,4	ja	-	0,0
Flensburg	178.566	115,7	109,4	nein	1,0	-
Reinb./Gl./W.	81.521	50,5	108,4	nein	1,0	-
Pinneberg	117.187	71,5	107,6	nein	2,0	-
Neumünster	200.417	128,0	105,9	nein	5,0	-
Itzehoe	104.146	67,8	104,9	nein	3,5	-
Elmshorn	169.438	105,0	104,4	nein	6,0	-
Meldorf	23.170	14,0	99,5	nein	1,5	-
Kaltenkirchen	72.146	41,0	96,8	nein	6,0	-
Husum	79.831	44,0	93,3	nein	8,0	-
Geesthacht	92.421	47,8	86,4	nein	13,5	-

Quelle: KVSH Schleswig-Holstein

Bedarfsplanung Hausärztinnen/Hausärzte

Vorrangiges Ziel der Bedarfsplanung ist es sicherzustellen, dass die Einwohner/-innen Schleswig-Holsteins auch in Zukunft einen Hausarzt in der Nähe ihres Wohnortes auffinden und Fachärzte in zumutbarer Entfernung aufsuchen können.

In Schleswig-Holstein wurden die Quoten für die hausärztliche Bedarfsplanung über 25 Jahre auf Basis der elf Landkreise und der vier kreisfreien Städte berechnet. Die aktuelle Variante unterteilt Schleswig-Holstein in 26 Planungsbereiche, die auf den Mittelbereichen der amtlichen Raumordnung basieren. Aufgrund der vergleichsweise geringen Einwohnerzahl wurde der Planungsbereich der kreisfreien Stadt Lübeck im nördlichen Umland um die Gemeinden Bad Schwartau und Stockelsdorf vergrößert und umfasst nun statt bisher rd. 220.000 fast 300.000 Einwohner/-innen. In Schleswig-Holstein wurde die Verhältniszahl (Zahl der Einwohner/-innen pro Arzt/Ärztin) auf 1.671 festgesetzt. In zwei Planungsbereichen in der Metropolregion Hamburg liegt die Verhältniszahl aufgrund der Pendlerverflechtungen etwas höher. Hier nehmen die Einwohner/-innen vermehrt ärztliche Dienstleistungen im Hamburger Innenstadtbereich in Anspruch.

Diese für alle soweit einheitliche Verhältniszahl wird durch einen Demographiefaktor modifiziert. Für das Lübecker Planungsgebiet ergibt sich eine angepasste Verhältniszahl von 1.609 Einwohner/-innen, die Ergebnis einer etwas älteren Bevölkerung ist.

Nach der Bedarfsplanung mit Beschlussfassung vom 01.12.2020 gibt es im Planungsbereich Lübeck insg. 206,3

Arztstellen. Legt man die Verhältniszahl von 1.609 Einwohner/-innen pro Ärztin/Arzt zugrunde, wären im Planungsbereich bei einer Einwohnerzahl von 297.070 Personen rd. 186 Arztstellen für eine 100 prozentige Versorgung erforderlich. Da die tatsächliche Zahl darüber liegt, ergibt sich jedoch ein Versorgungsgrad von 110,7 Prozent.

Eine Überversorgung ist laut Definition dann gegeben, wenn der Versorgungsgrad über 110 Prozent liegt. Da Lübeck hier knapp darüber liegt, ist der Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt.

Im Vergleich zu den übrigen Planungsbereichen in Schleswig-Holstein liegt der Planungsbereich Lübeck mit dem genannten Versorgungsgrad im Mittelfeld (siehe Tab. 5.2). Den höchsten Versorgungsgrad hat der Planungsbereich Westerland mit einem Versorgungsgrad von 206,1 Prozent, wo 17 Ärztinnen/Ärzte oberhalb der Sperrgrenze sind.

Deutlich unterversorgt ist dagegen der Planungsbereich Geesthacht mit einem Versorgungsgrad von 86,4 Prozent. Hier könnten sich noch 13,5 Arztstellen bis zu einer möglichen Sperrung hinzukommen.

Kreisfreie Stadt Lübeck

Die primärärztliche Versorgung spielt eine wichtige Rolle, da viele Menschen neben der medizinischen Versorgung auch seelische Beratungshilfen benötigen, die sie häufig nur noch von ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin bekommen. Die Hausarztpraxen stellen zusammen mit den Apotheken die erste medizinische Anlaufstelle vor Ort dar.

In den Jahren 2006 bis 2012 ist die Zahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte von 230 auf rd. 200 zurückgegangen. In 2016 gab es nach Angaben der Kassenärztlichen

Tab. 5.3: Planungsbereiche nach Arztgruppen 2019

Versorgungsebene	Arztgruppe	Planungsbereiche In SH	Einwohner- /innen je Arzt
Hausärztliche Versorgung	Hausärzte	25 Mittelbereiche (Lübeck u. Umlandgemeinden)	1 609
Allgemeine fachärztliche Versorgung	Augenärzte	13 Kreisregionen (Landkreise und kreisfreie Städte, Flensburg mit LK Schl.-Flensburg zusammen und Stadt NMS mit LK RD-Eckernf.) (Lübeck, Typ 1 = stark mitversorgend)	12 463
	Chirurgen und Orthopäden		9 071
	Frauenärzte		3 853
	HNO-Ärzte		17 371
	Hautärzte		21 205
	Kinderärzte		2 043
	Nervenärzte		13 454
	Psychotherapeuten Urologen		3 171 26 206
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Anästhesisten	5 Raumordnungsregionen (SH Ost)	45 974
	Fachinternisten		14 437
	Kinder- und Jugendpsychiater		16 895
	Radiologen		48 688
Gesonderte fachärztliche Versorgung	PRM-Mediziner	1 KV-Region (Land SH)	152 775
	Nuklearmediziner		105 788
	Strahlentherapeuten		151 557
	Neurochirurgen		143 612
	Humangenetiker		564 074
	Laborärzte		92 104
	Pathologen		108 676
	Transfusionsmediziner		1 198 806

Letzte Aktualisierung: 05.07.2019

Quelle: Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss

Vereinigung 189 Hausärzte/Hausärztinnen in der Hansestadt Lübeck. Je nach Wohnlage zeigen sich deutliche Unterschiede in der hausärztlichen Versorgungsquote.

Entsprechend der Niederlassungsgewohnheiten vieler freipraktizierender Ärzte/Ärztinnen, ihre Praxis dort einzurichten, wo sie von möglichst vielen Einwohner/-innen auch verkehrstechnisch günstig erreicht werden können, konzentriert sich das hausärztliche Versorgungsangebot hauptsächlich auf die Innenstadt und die innen-stadtnahen Subzentren. (siehe Karte 5.2). In Groß Steinrade und Dänischburg gibt es keine Hausarztpraxen.

Standortfaktoren

Hinsichtlich der Standortwahl ist grundsätzlich zwischen unternehmerischen und privaten Standortfaktoren zu unterscheiden.

Zu den unternehmerischen Standortfaktoren zählen:

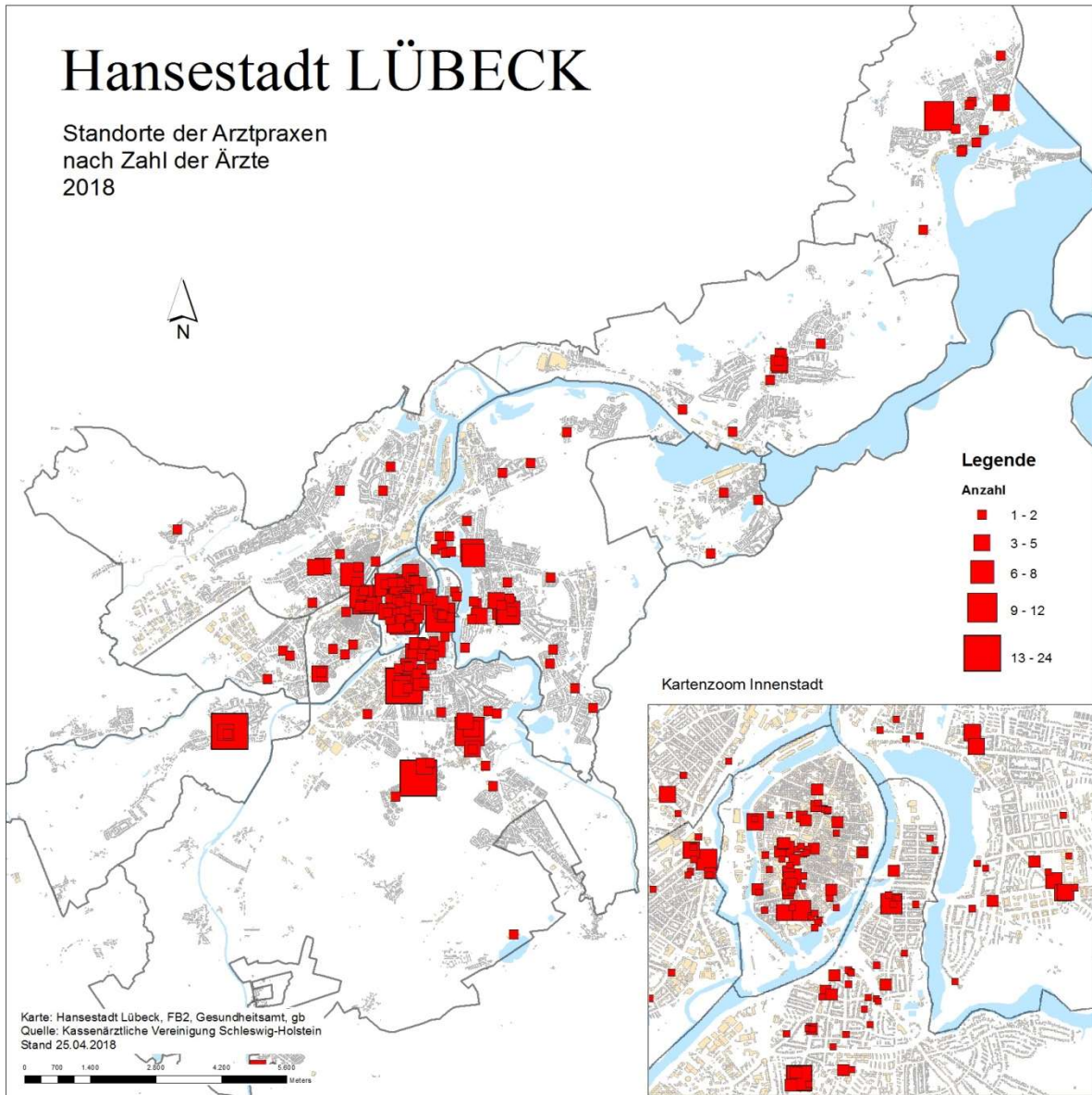
- Ökonomische Tragfähigkeit
- Patientenanzahl
- Wohlhabende Patienten
- Verfügbare kassenärztliche Zulassung

- Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung
- Facharzt-Ansammlung vor Ort
- Räumliche Nähe zu einer Klinik

Zu den privaten Standortfaktoren zählen

- Verwandte und Freunde
- Zentren-Erreichbarkeit
- Landschaftliche Attraktivität
- Einkaufsmöglichkeiten
- Medizinische Versorgung
- Bildungseinrichtungen
- Kulturelles Angebot
- Sportstätten
- Gastronomie

Die Standortfaktoren werden dann relevant, wenn es zu einer regionalen Unter- bzw. Überversorgung mit Arztstellen kommt. Hier gilt es Modell zu entwickeln, die einer regionalen Unterversorgung entgegenwirken können, d.h. die Standortfaktoren sind so zu verändern, dass in der Summe der Abwägungen eine Entscheidung für den Standort getroffen werden kann. Regionale Arztzentren und Gemeinschaftspraxen könnten hier einen Lösungsweg vorgeben.



Kleinräumige Versorgungsquote Hausärzte

Hinsichtlich einer kleinräumigen Bedarfsplanung innerhalb der Planungsgebiete ist jedoch zu beachten, dass sich die Bedarfsplanung jeweils auf das gesamte Planungsgebiet bezieht. Besteht für das Planungsgebiet insgesamt eine ausreichende Versorgung, spielen kleinräumige Versorgungsengpässe auf Wohnquartiersebene weniger eine Rolle. Hier existieren zudem keine festen Vorgaben, doch dürften Entfernungen von ca. 2 km in städtischen Gebieten oder ca. 10 km in ländlichen Gebieten als zumutbar gelten.

Eine Benachteiligung sozial schwacher Wohnquartiere ist - kleinräumig betrachtet - statistisch nicht nachweisbar. Zwar zeigt Buntekuh eine relativ schlechte Versorgungsquote, in Moisling ist sie dagegen mit 48 Hausärzten recht gut.

Tab. 5.4: Versorgungsquoten 2018 nach Stadtteilen

Stadtteil	Anzahl Einw.	Hausärzte	Quote Einw./Arzt
01 - Innenstadt	14 062	27	521
02 - St. Jürgen	45 418	48	946
03 - Moisling	10 823	14	773
04 - Buntekuh	11 100	3	3 700
05 - St. Lorenz Süd	15 426	15	1 028
06 - St. Lorenz Nord	43 491	19	2 289
07 - St. Gertrud	41 596	35	1 188
08 - Schlutup	5 862	5	1 172
09 - Kücknitz	18 691	10	1 869
10 - Travemünde	13 487	15	899
Gesamt	219 956	191	1 152

Quelle: KVSH und Gesundheitsamt HL

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Zur fachärztlichen Versorgung (m/w) gehören die folgenden Fachgebiete:

- Augenärzte
- Chirurgen und Orthopäden
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Neurologen
- Psychotherapeuten
- Urologen

Der Planungsbereich umfasst das Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck.

Mit rund 114 Stellen bilden die Psychotherapeuten die größte Facharztgruppe.

Psychotherapeuten

INFOBOX!

Psychiater-Psychologe-Neurologe-Psychotherapeuten (m/w)

Was sind die Unterschiede?

Die Bezeichnungen Psychologe, Psychotherapeut und Psychiater werden oft synonym benutzt. Es bestehen jedoch einige Unterschiede.

Ein Psychiater ist ein Facharzt für Psychiatrie (und Psychotherapie) und hat nach dem Medizinstudium eine Facharztprüfung für Psychiatrie und Psychotherapie absolviert. Psychiater können auf Antrag bei der Krankenkasse auch als ärztliche Psychotherapeuten arbeiten.

Ein Psychologe hat mindestens fünf Jahre Psychologie studiert und kennt sich mit den Grundlagen der Diagnostik und der Psychotherapie aus. Psychologen können in der Personalwirtschaft, dem Marketing oder etwa auch als Schulpsychologen tätig sein. Über eine zusätzliche mehrjährige Therapeuten-Ausbildung zum Psychotherapeuten können nach Antrag auf Approbation auch Patienten mit psychischen Problemen behandelt werden.

Neurologen befassen sich eher mit körperlichen Störungen des Nervensystems und weniger mit seelischen Erkrankungen. Es gibt auch Fachärzte, die sowohl Neurologen als auch Psychiater sind. Sie können also sowohl körperliche als auch seelische Erkrankungen behandeln.

Medikamente können nur von Ärzten verschrieben werden, also von Psychiatern oder Neurologen. Psychologen ohne ärztliche Ausbildung haben dazu keine Berechtigung.

Der Versorgungsgrad beträgt 164,1 Prozent. Damit ist der Planungsbereich für weitere Zulassungen (über die bestehenden hinaus) dieser Arztgruppe gesperrt, da der Gesetzgeber im SGB V festgelegt hat, dass ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent eine Überversorgung herrscht, die eine Zulassungssperre nach sich zieht.

Die Psychotherapeuten werden in der Bedarfsplanung der „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“ zugerechnet. Die Planungsbereiche für diese Versorgungsebene sind jeweils die Kreise bzw. kreisfreien Städte.

Die Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung

Neue Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung soll die Reform der Bedarfsplanung schaffen, die der Gemeinsame Bundesausschuss am 16.05.2019 beschlossen hat und die nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit zum 30. Juni 2019 in Kraft treten soll. Bundesweit sollen damit rund 3.500 zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen geschaffen werden. Den größten Zuwachs erhalten die Hausärzte mit rund 1.500 neuen Sitzen, Psychotherapeuten mit rund 800, Nervenärzte mit rund 480 und Kinder- und Jugendmediziner rund 400 neue Sitzen.

Augenärztinnen/Augenärzte

Mit Stand zum 1.12.2020 gab es in der Hansestadt 23 vollzeitäquivalente Stellen. Die Sollzahl liegt bei 17,44, womit sich eine 131 prozentige Überversorgung ergibt. Im Durchschnitt kommen auf einen Arzt bzw. eine Ärztin 6.289 Behandlungsfälle pro Jahr.

Die meisten Augenärzte und Augenärztinnen sind mittlerweile in Gemeinschaftspraxen tätig, wie z.B. in der Falkenstraße, Am Markt oder im Hochschulstadtteil.

Chirurgen und Orthopäden

40 vollzeitäquivalente Stellen ergeben rechnerisch einen Versorgungsgrad ca. 169 Prozent. 13,5 Stellen sind oberhalb der Sperrgrenze. Auf eine Stelle kommen 3.871 Behandlungsfälle.

Frauenärztinnen/Frauenärzte

35 Stellen, für Frauenärzte gibt es in der Hansestadt Lübeck. Mit lediglich zwei Stellen oberhalb der Sperrgrenze ergibt sich eine geringfügige Überversorgung von 118 Prozent.

Übrige Fachärztinnen und Fachärzte

Für die übrigen Fachärzte und Fachärztinnen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird ebenfalls eine Überversorgung ausgewiesen: hierzu zählen Hautärzte (166,7) HNO-Ärzte (124,0), Kinder- und Jugendärzte (133,5), Nervenärzte (156,9) und Urologen (137,2).

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf räumlicher Ebene der fünf Raumordnungsregion zählen Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, und die Radiologen(m/w). Eine Unterversorgung ist auf Ebene der Raumordnungsregionen nicht gegeben.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Nuklearmediziner, Neurochirurgen, Laborärzte, Pathologen, Transfusionsmediziner u.a. zählen zur gesonderten fachärztlichen Versorgung. Raumbezugsebene ist das Bundesland Schleswig-Holstein. Bei den Nuklearmediziner/-innen besteht eine 102,5 prozentige Versorgung, es können allerdings noch zwei weitere Stellen (bis 110 Prozent) besetzt werden.

Regionaler Ärztemangel bei Hausärzten

Für den in aller Munde herrschenden Ärztemangel gibt es diverse Gründe. Zum einen kann dieser durch neue Arbeitszeitmodelle begründet sein, da zahlreiche Ärztinnen und Ärzte das Teilzeitmodell bevorzugen. Der Trend zur Teilzeitarbeit hält an, gewinnt immer weiter an Beliebtheit und selbst wenn genügend Ärzte zur Verfügung stünden, sinkt die Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden.

Zum anderen ging die Zahl des ärztlichen Nachwuchses während der Corona-Pandemie zurück. Bei den jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem Inland, die sich erstmalig bei einer (Landes-)Ärztammer anmeldeten, verzeichnet die Statistik im Jahr 2020 einen Rückgang um 1,1 Prozent.

Auch die Folgen des steigenden Durchschnittsalters der Ärzteschaft und des demografischen Wandels sind fortan zu bewältigen. So bestätigen die aktuell erfassten Zahlen die Tendenz zur Stagnation des Anteils der Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre (19,1%; Vorjahr: 18,9%). Der Anteil der

berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, steigt kontinuierlich an. Knapp 8,2% der Ärzte (Vorjahr: 8,0%) erreichten bereits das 66. Lebensjahr und somit das Renteneintrittsalter. 12,6% aller berufstätigen Ärzte (Vorjahr: 12,2%) sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. Der Anteil der Ärzte, die sich mittlerweile im Ruhestand befinden, stieg im Vergleich zum Vorjahr um vier Prozent an.

Für etwas Entlastung konnte jedoch die Zuwanderung aus dem Ausland sorgen. So ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 um 6,8 Prozent (Vorjahr: +7,9%) auf rund 56.000 Personen gestiegen. Treibende Kraft waren dabei Ärzte aus Ländern außerhalb der EU. Bei den Ärzten aus EU-Ländern war ein Plus von lediglich 1,5 Prozent zu verzeichnen. Ebenfalls vorteilhaft wirkt sich der deutliche Rückgang der ins Ausland abwandernden Ärztinnen und Ärzte aus. Die beliebtesten Zielländer waren, wie in den Vorjahren, die Schweiz und Österreich.

Und auch der Standort ist oftmals ausschlaggebend, wie bereits einige Seiten zuvor erwähnt. Strukturschwache Regionen und niedrige Besiedlung sind weniger attraktiv für Ärzte um sich niederzulassen. Die Hansestadt Lübeck leidet wie alle Städte zwar aktuell nicht unter einem Mangel an Ärzten, jedoch ist der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in einigen ländlichen Regionen Problem, das direkt mit dem Bevölkerungsrückgang zusammenhängt.

Fazit

Regionen der Überversorgung stehen Regionen der Unterversorgung gegenüber. Es herrscht kein allgemeiner Ärzten-/Ärztinnenmangel, lediglich die Verteilung der Ärztinnen/Ärzte ist nicht immer auf die Bedarfe ausgerichtet.

Tab. 5.5: Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung 2020

Art	Fachgebiet	Anzahl Ärzte	Sollzahl	Versorgungsgrad	Anz. Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Anz. Behandlungsfälle pro Jahr u. Arzt
Hausärztliche Versorgung						
	Hausärzte	206,3	186,4	110,7	1,0	4 156
Allgemeine fachärztliche Versorgung						
	Augenärzte	23,0	17,4	131,9	3,5	6 289
	Chirurgen und Orthopäden	38,0	23,8	159,8	11,5	4 070
	Frauenärzte	35,0	29,6	118,2	2,0	4 285
	Hautärzte	17,0	10,2	166,7	5,5	5 623
	HNO-Ärzte	15,5	12,5	124,0	1,5	5 524
	Kinder- und Jugendärzte	22,0	16,5	133,5	3,5	4 814
	Nervenärzte	25,1	16,0	156,9	7,0	2 998
	Psychotherapeuten	113,6	68,6	165,7	38,0	271
	Urologen	11,0	8,0	137,2	2,0	4 567

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bedarfsplanung 2020

5.2.2 Stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung

INFOBOX!

Sana-Kliniken

Die Sana Kliniken AG ist eine private Krankenhausgruppe und betreibt bundesweit 52 Krankenhäuser. Das Unternehmen beschäftigt rd. 32.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 25 Unternehmen der privaten Krankenversicherungen bilden als Aktionäre die alleinigen Eigentümer der nicht börsennotierten AG. Nach den Helios und Asklepios Kliniken sind die Sana Kliniken die drittgrößte private Klinikgruppe in Deutschland.

AMEOS Gruppe

Die AMEOS-Gruppe mit Sitz in Zürich ist ein Gesundheitsdienstleister im deutschsprachigen Raum und betreibt in Deutschland, Österreich und der Schweiz insg. 78 Einrichtungen an 42 Standorten und beschäftigt rd. 13.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Unternehmen ist eine private Klinikgruppe und ist mehrheitlich im Besitz des US-amerikanischen Private Equity-Investors Carlyle Group. Die AMEOS Gruppe belegt den sechsten Platz im bundesdeutschen Ranking der Klinikgruppen.

Die Hansestadt Lübeck verfügt mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) und den Sana Kliniken Lübeck über zwei größere Krankenhäuser, die der Allgemeinversorgung dienen. Daneben sind noch das als Belegkrankenhaus geführte Marien-Krankenhaus Lübeck und das geriatrische Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck zu nennen.

UKSH Campus

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) gilt mit mehr als 13.000 Mitarbeiter/-innen in 80 Kliniken und Instituten als eines der größten Zentren der Universitätsmedizin. Das UKSH wird als eine Anstalt des öffentlichen Rechts in der Trägerschaft des Landes Schleswig-Holstein an den Standorten Kiel und Lübeck geführt. Der Campus Lübeck verfügt über 1.049 Betten und behandelt pro Jahr rd. 55.000 vollstationäre Fälle, 143.000 Fälle ambulant und 1.173 Fälle teilstationär. Das Personal umfasst 577 ärztliche Vollkräfte, 954 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, 144 Kinderkrankenpfleger/-innen und 104 Pflegeassistenten/-innen (Vollzeitäquivalente) [UKSH, Qualitätsbericht 2017].

Sana Kliniken

Lübeck Die Sana Kliniken verfügen mit dem Hauptstandort der Sana Klinik Lübeck in St. Jürgen und der kleineren Sana Praxisklinik Travemünde über zwei Standorte in der Hansestadt Lübeck. Die Klinik umfasst 14 Fachbereiche und behandelt pro Jahr rd. 20.000 stationäre Fälle und weitere 13.000 ambulante Fälle. Von den 842 Mitarbeiter/-innen sind 186 Ärzte, 351 im Pflegebereich und 233 im Medizinisch-Technischen oder Funktionsdienst und weitere 67 Mitarbeiter/-innen in der Verwaltung tätig. Die Sana Kliniken Lübeck gehören zur Klinikgruppe Sana Kliniken AG. Die Hansestadt Lübeck ist als Gesellschafter mit fünf Prozent an den Sana Kliniken Lübeck beteiligt [Sana Kliniken Lübeck, 2019].

Marien-Krankenhaus Lübeck

Das Marien-Krankenhaus in der Lübecker Innenstadt ist ein Belegkrankenhaus mit den Fachabteilungen Chirurgie, Geburtshilfe/Frauenheilkunde, HNO, Innere Medizin, Urologie und Anästhesie. Es umfasst 120 Betten (52 Planbetten), fünf OP-Säle und vier Kreißsäle. Im Jahr 2018 wurden 5.846 Patienten stationär und 1.080 Patienten ambulant behandelt. Das Personal umfasst 45 Belegärztinnen und Belegärzte sowie weitere 200 Mitarbeiter/-innen. Das Einzugsgebiet umfasst die benachbarten Kreise in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. 2018 wurden im Marien-Krankenhaus 1.490 Kinder zur Welt gebracht. Das Krankenhaus wird als gemeinnützige GmbH geführt [Marien-Krankenhaus Lübeck 2019].

Krankenhaus Rotes Kreuz

Die Klinik für Geriatrie im Stadtteil St. Gertrud wird von der DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V. und der Ameos Gruppe betrieben und versorgt mit 36 Ärztinnen und Ärzten sowie ca. 400 Pflegekräften jährlich rd. 4.000 Patienten. Es gibt ein stationäres, tagesklinisches und ambulantes Angebot:

Im geriatrischen Krankenhaus werden Patienten über 65 Jahre stationär aufgenommen, die nach einer akuten Erkrankung oder OP noch nicht selbständig in die häusliche Umgebung zurückkehren können. Zudem werden Patienten aufgenommen, die durch altersbedingten Funktionsabbau oder chronischer Erkrankung in der Alltagskompetenz und selbständigen Lebensführung eingeschränkt sind.

In der Tagesklinik werden jene Patienten versorgt, bei denen ambulant angebotene Therapien nicht ausreichend sind, eine medizinische Versorgung rund um die Uhr jedoch nicht erforderlich ist. Die Patienten werden morgens abgeholt, tagsüber durchgehend betreut und nachmittags wieder nach Hause gebracht.

In der ambulanten Versorgung finden mehrmals wöchentlich Therapien in einem Zeitrahmen von etwa zwei Stunden statt, wobei die medizinische Behandlung in den Händen des Hausarztes verbleibt.

Der Sozialdienst der Klinik kümmert sich um die persönlichen und sozialen Fragen der Patienten in Hinblick auf Hilfsmöglichkeiten und Perspektiven.

AMEOS Klinik in Lübeck

Das AMEOS Klinikum Lübeck liegt südlich der Innenstadt in der Nähe des Geländes der SANA Kliniken. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie stehen 66 Betten für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zur Verfügung. In zwei Stationen erfolgt die Basisversorgung, während in einer dritten Station gerontopsychiatrische Erkrankungen behandelt werden. Eine Tagesklinik und eine Institutsambulanz ergänzen das Versorgungsangebot.

In der Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen werden drogen-, alkohol- und medikamentenabhängige Patienten behandelt.

Im AMEOS Reha Klinikum Lübeck werden gezielte Hilfen für Menschen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit angeboten. Es verfügt über 60 Betten und bietet vier ganztägige ambulante Behandlungsplätze an. Es befindet sich im selben Gebäude wie die Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen.

Das Adaptionshaus im Stadtteil Buntekuh soll die Patienten nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf ein eigenständiges Leben vorbereiten und bietet Unterstützung bei der Wohnungssuche und bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Vorwerker Fachklinik

Die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie im Stadtteil St. Lorenz Nord deckt mit den ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot nicht nur für Lübeck, sondern auch für die angrenzenden Kreise ab. Das Haupthaus verfügt über 47 stationäre

Plätze auf sechs Stationen. Pro Jahr werden rd. 400 Patienten im Alter von sieben bis achtzehn Jahren behandelt.

Die Brücke Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Tagesklinik verfügt über 27 Behandlungsplätze. Die Patienten/-innen werden tagsüber behandelt und verbringen die restliche Zeit einschließlich der Wochenenden zu Hause, wodurch der Erhalt des Lebensalltages und die soziale Einbindung gewährleistet werden sollen.

Lübeck insg.

Für das Jahr 2016 liegen Daten in der Summe für alle Krankenhäuser in der Hansestadt Lübeck vor. Demnach wurden in den 38 Fachabteilungen der Krankenhäuser insgesamt rd. 84.000 Patienten stationär behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 7,1 Tage. In den psychiatrischen Fachabteilungen liegt die durchschnittliche Verweildauer bei rd. 25 Tagen. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag im Jahr 2016 bei rd. 83 Prozent.

5.2.3 Rehabilitationseinrichtungen

Größere Kliniken im Umland

Mit dem Ameos Reha Klinikum auf dem Gelände der Sana-Klinik, dem Reha-Zentrum auf dem Gelände des UKSH, den therapeutischen Einrichtungen der BRÜ-CKE oder etwa dem am Bahnhof gelegenen orthopädischen ambulanten Vamed-Rehazentrum gibt es zwar einige Reha-Einrichtungen in der Hansestadt Lübeck, die größeren Reha-Kliniken finden sich jedoch im Umland der Hansestadt.

Tab. 5.6: Fachabteilungen in den Krankenhäusern im Jahr 2016

Bezeichnung der Fachabteilung	Fachabteilungen	Betten	Stationär behandelte Patientinnen/ Patienten ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen ²⁾	Durchschnittliche Bettenauslastung in %
Innere Medizin	3	525	26 666	6,2	86,4
Chirurgie	3	301	13 223	7,3	87,6
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	2	101	7 189	3,5	67,7
Neurologie	2	97	5 003	6,1	86,6
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2	56	4 789	3,0	69,7
Kinder- und Jugendmedizin	1	91	3 809	6,9	79,0
Psychiatrische Fachabteilungen	5	270	3 486	24,6	86,8
Augenheilkunde	3	45	3 426	2,7	57,0
Urologie	3	44	3 410	4,0	83,7
Neurochirurgie	1	44	1 921	8,0	95,0
Orthopädie	2	32	1 226	6,7	70,3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	20	1 128	5,2	80,7
Insgesamt	28	1 983	83 758	7,1	82,5

1) Da ein Patient während eines Klinikaufenthalts mehrere Fachabteilungen durchlaufen kann, liegt die Summe der fachabteilungsbezogenen Patientenzahlen regelmäßig über der krankenhausesbezogenen Gesamtzahl der Patienten.

2) einschließlich Stundenfälle

Quelle: Statistikamt Nord; Krankenhaus-Grundstatistik BJ 2016.

Hierzu zählen z.B. die Schön-Klinik in Neustadt, die Curschmann-Klinik im Timmendorfer Strand, die Curtius Klinik in Bad Malente, die Klinik Föhrenkamp in Mölln, die Rehaklinik in Bad Segeberg oder etwa das Klinikum Bad Bramstedt, um nur einige der Reha-Kliniken im näheren Umkreis von Lübeck zu nennen.

5.2.4 Hospiz- und Palliativversorgung

Einführung

Der überraschende und plötzliche Tod im Alter, bei bis dahin völlig unversehrter Gesundheit, ist eher die Ausnahme. Die meisten älteren Menschen versterben an schweren chronischen Erkrankungen, wobei sich das nahende Lebensende oftmals schon Monate vorher ankündigt. Um den Sterbenden ein Sterben in Würde zu ermöglichen, um sie und ihre Angehörigen psychisch und seelisch zu entlasten und zu unterstützen, wurden in den 90er Jahren überall in Deutschland ambulante und stationäre Hospize eingerichtet

Ist eine Versorgung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich, eine Pflege zu Hause oder im Pflegeheim nicht ausreichend, kann der behandelnde Arzt die Hospizpflege bei der Krankenkasse beantragen. Die Kriterien sind das Vorliegen einer fortschreitenden bzw. bereits weit fortgeschrittenen Erkrankung, wobei die Lebenserwartung voraussichtlich auf einige Wochen bzw. wenige Monate begrenzt ist, die Heilung ausgeschlossen ist und eine beschwerdelindernde Behandlung erforderlich und vom Gast erwünscht ist.

Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V.

Der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. ist die Dachorganisation und Stimme der Hospiz- und Palliativarbeit in Schleswig-Holstein. Der Verband vertritt die Interessen der Hospiz- und Palliativarbeit gegenüber Gesellschaft, Politik und Kostenträgern und informiert und berät seine Mitglieder, sichert den Erfahrungsaustausch und bietet organisatorische und inhaltliche Hilfestellungen an. Folgende Lübecker Einrichtungen sind Mitglied:

Ambulante Hospizdienste:

- Lübecker Hospizbewegung e.V.
- Gemeinsam GEHEN Lübecks ambulanter & kultursensibler Hospizdienst
- Horizonte e.V.

Palliativ Care Teams

- Palliativnetz-Travebogen

Stationäre Hospize:

- Hospiz Rickers-Kock-Haus (Vorwerker Diakonie)

Palliativstationen

- Interdisziplinäre Palliativstation UK SH, Campus Lübeck
- Palliativstation in der Sana-Klinik

Ambulante Kinder- und Jugendhospize

- Kinderhospizverein „Die Muschel“

Lübecker Hospizbewegung e.V.

Die Lübecker Hospizbewegung ist ein ambulanter Hospizdienst, der seit 1992 in Lübeck und Umgebung Beratung und Unterstützung für Schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörigen anbietet. Neben zwei in der Verwaltung hauptamtlich Beschäftigten wird der Verein durch ehrenamtlich tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getragen. Der Verein arbeitet eng zusammen mit den Stationen des UKSH und der Sana Kliniken, dem stationären Hospiz Rickers-Kock-Haus sowie mit dem Palliativ-Care-Team vom Travebogen.

Jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat findet ein offenes Trauercafé in den Räumen der Geschäftsstelle statt. Daneben werden für ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen Gruppenabende und die Qualifikierungskurse zur Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden angeboten.

Horizonte e.V.

Der gemeinnützige Verein wurde 2006 gegründet, um die Entwicklung und Vernetzung der ambulanten Palliativversorgung in der Region Lübeck zu fördern. Ende 2009 konnte mit der Einrichtung eines Palliative Care Teams auch in der Region Lübeck und mit der Gründung der gemeinnützigen Palliativnetz Travebogen GmbH die ersten großen Ziele des Vereins verwirklicht werden.

Seitdem fördert der Verein die Weiterentwicklung der ambulanten Palliativversorgung und unterstützt die Arbeit des Palliativnetzes in Bereichen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden, wie etwa die Mitfinanzierung von Sitzwachen und psychotherapeutischer Begleitung sowie die Hilfe bei der Beschaffung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten und Hilfsmitteln. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Unterstützung der Fortbildung der Mitarbeiter/-innen der verschiedenen in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen und die Organisation von allgemeinbildenden Fortbildungsveranstaltungen in Lübeck. [Horizonte e.V. 2019]

Palliativnetz Travebogen

Das Palliativnetz Travebogen untergliedert sich in vier Palliativ Care Teams (PCT), die sich um die palliative Versorgung in Lübeck, Bad Segeberg und Storman (Team West, Nord, Süd und Ost) kümmern. Weitere regionale Palliativnetzwerke finden sich im übrigen Schleswig-Holstein.

Die Mitarbeiterinnen sind Palliativmediziner/-innen, Physiotherapeut/-innen, Sozialarbeiter/-innen und spezialisierte Pflegefachkräfte. Sie ergänzen und koordinieren die bestehenden Hilfssysteme wie z.B. in Pflegeheimen oder die ehrenamtliche Hospizversorgung.

Immer am dritten Donnerstag eines Monats findet ein „Death Café“ statt. Es ist eine offene Gesprächsrunde, bietet aber keine professionelle Trauerbegleitung. Die Idee stammt vom Schweizer Soziologen Bernard Crettaz, der erstmals 2004 zum „Café mortel“ einlud. Der Brite Jon Underwood hat es sechs Jahre später zu einer Art sozialem Franchise-Unternehmen weiterentwickelt. Mittlerweile gibt es rd. 5.000 Death-Cafés in rd. 50 Ländern.

Gemeinsam Gehen

Der ambulante und kultursensible Hospizdienst wurde vom Verein für sozialpädagogische Projekte Sprungtuch e.V. gegründet. In 2019 wurde erstmalig ein Befähigungskurs zur Sterbebegleitung angeboten. Der Hospizdienst bietet Beratung und Unterstützung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen begleiten zu Haus, in stationären oder teilstationären Einrichtungen.

Hospiz Rickers-Kock-Haus

Neben den ambulanten Hospizdiensten gibt es seit 1999 mit dem Rickers-Kock-Haus der Vorwerker Diakonie auch eine stationäre Einrichtung mit sieben Betten zur ganzheitlichen Versorgung und schmerztherapeutischen Behandlung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Das Team des Rickers-Kock-Hauses besteht aus Pflegefachkräften, ehrenamtlichen Hospiz- und Sterbebegleitern, einer Sozialarbeiterin, einer Seelsorgerin, haupt- und ehrenamtlichen Servicekräften sowie den Mitarbeiter/-innen der Verwaltung. Pro Jahr werden rd. 100 Patientinnen und Patienten betreut.

Palliativstation UKSH, Campus Lübeck

Die Palliativstation befindet sich im Zentralklinikum und verfügt über acht Betten. Angehörige können auf Wunsch mit übernachten. Ziel der Behandlung ist es, die Patientinnen und Patienten so weit zu stabilisieren, dass eine Entlassung ins gewohnte Umfeld möglich ist. Sollte eine ambulante Versorgung nach dem Aufenthalt auf der Palliativstation nicht länger möglich sein, wird die Weiterversorgung in einem Hospiz oder Pflegeheim koordiniert. Der palliativmedizinische Konsildienst berät Patienten, Angehörige und die betreuenden Stationsteams zu Fragen der Symptomkontrolle bei Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Angst. Physiotherapie, Gesprächsangebote durch Psychologen und Seelsorger sowie Sozialberatung und die Organisation der ambulanten Weiterversorgung gehören zum Angebot.

Palliativstation in der Sana-Klinik

Die Palliativstation besteht aus neun Einzelzimmern und einem Wohnzimmer für Begegnungen zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Auch hier können Angehörige und Freunde auch im Patientenzimmer auf der Palliativstation mit übernachten. Nach Abschluss der Behandlung erfolgt auf Wunsch die Entlassung nach Hause oder in eine geeignete Pflegeeinrichtung wie beispielsweise in ein Hospiz. Seit 2016 gibt es einen palliativen Konsildienst, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, einer Sozialarbeiterin, einer Psychologin, einem Seelsorger, einer Physiotherapeutin und einer Teamassistentin. Der „Förderverein Palliativmedizin e.V.“ unterstützt die Arbeit der Palliativmedizin in den Sana Kliniken.

Kinderhospizverein „Die Muschel e.V.“

Der ambulante Kinder- und Jugendhospizdienst „Die Muschel“ wurde 2006 in Bad Segeberg gegründet und ist seit 2010 auch in Lübeck tätig. Im Mittelpunkt der ambulanten

Kinderhospizarbeit stehen Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien. Aber auch Kinder in Familien mit einer erkrankten Mutter oder einem erkrankten Vater nehmen einen Großteil der Trauerarbeit ein. Im Jahr 2018 standen dem Hospizverein 72 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Darunter waren 51 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, acht Honorarkräfte, die in Familien eingesetzt werden, für Fortbildungen oder die Befähigungsseminare. Diese umfassen 80 bis 100 Stunden, sind auf eineinhalb Jahre verteilt und finden in Bad Segeberg und in Lübeck statt. Vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im hauptamtlichen Bereich tätig. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 29 Familien betreut.

Neues Hospiz- und Palliativzentrum in Planung

Im Jahr 2019 konkretisieren sich die Pläne für den Bau eines neuen Hospiz- und Palliativzentrum auf Marli. Darauf hatten sich das Palliativnetz Travebogen, die Vorwerker Diakonie, die Lübecker Hospizbewegung und der Kinderhospizverein „Die Muschel e.V.“ im Januar 2019 im „letter of intent“ geeinigt. Auch die Universität zu Lübeck und die Krebsgesellschaft Schleswig-Holstein wollen sich daran beteiligen. Das Großprojekt soll in drei bis fünf Jahren realisiert werden.

Die CHARTA

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ist vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative entstanden, die auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 als die Budapest Commitments vereinbart wurden. Ziel war es, die Betreuung in den folgenden fünf Bereichen (Leitsätzen) zu verbessern:

- Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation,
- Bedürfnisse der Betroffenen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Entwicklungsperspektiven und Fortbildung
- Europäische und internationale Dimension

In Deutschland übernahmen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) im Jahr 2008 die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess.

Hospiz- und Palliativwochen

Die Aktionswochen starteten am 12. Oktober 2019 (gleichzeitig auch Welthospiztag) zum sechsten Mal mit einem Gottesdienst. Bis zum 25. Oktober folgten diverse Informationsveranstaltungen, Vorträge, Filmvorführungen, Theateraufführungen oder ein Tag der offenen Tür. Die Aktionswochen werden von den o.g. Organisationen, UKSH, Sana Kliniken sowie vielen weiteren Organisationen und Partnerfirmen durchgeführt und unterstützt.

5.2.5 Rettungsdienst

INFOBOX!

RTW

Die Fahrzeuge mit den meisten Einsätzen sind die Rettungswagen der Feuerwehr Lübeck. Der RTW ist umfangreich ausgerüstet und dient der Versorgung, Überwachung und dem Transport von Notfallpatienten.

Baby-ITW

Der Baby-Notarztwagen oder genauer gesagt der Babyintensivnotarztwagen (Baby-ITW) ist ein speziell für die Rettung von Neu- und Frühgeborenen konzipiertes Fahrzeug. Durch die Ausstattung mit einem Inkubator kann ein schonender und fachgerechter Transport stattfinden. Die Besetzung setzt sich zusammen aus Rettungsdienstpersonal der Lübecker Feuerwehr sowie einem Kinderarzt und einer Pflegeintensivkraft vom UKSH

NEF

Das Notarztzubringerfahrzeug (NEF) dient der praktischen Versorgung von Patienten, deren ärztliche Behandlung noch vor dem Transport ins Krankenhaus erforderlich ist. Das NEF fährt immer im Rendez-Vous-System mit einem RTW.

Weitere Fahrzeuge

Weitere Fahrzeuge sind z.B. das Tanklöschfahrzeug, der Drehleiterwagen oder das Hilfeleistungslöschfahrzeug.

(Quelle: Feuerwehr Lübeck)

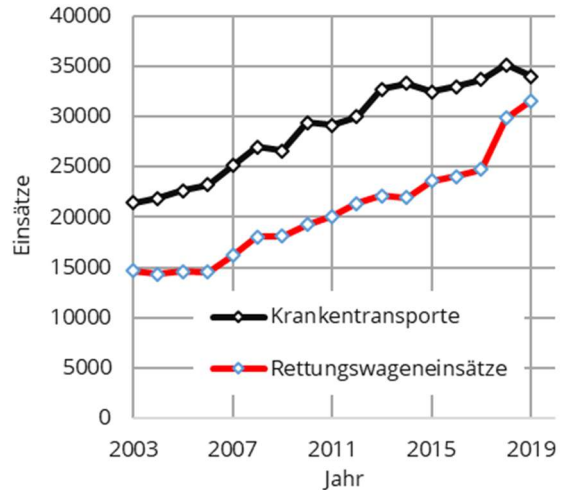
Notfallrettung und Krankentransport sind Aufgaben des Lübecker Rettungsdienstes. Für die jährlich ca. 64.000 anfallenden Einsätze sind bis zu 17 Rettungswagen, zwei Notarzteinsatzfahrzeuge und 19 Krankentransportwagen in Lübeck im Einsatz. Die Lübecker Feuerwehr ist zuständig für Brandbekämpfung, Rettungsdienst, Technische Hilfeleistung bei Unfällen und den Katastrophenschutz. Rund um die Uhr sorgen ca. 450 hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und rund 800 ehrenamtliche Helfer/-innen für schnelle Hilfe im Lübecker Stadtgebiet.

Im Rettungsdienst wirken neben der Berufsfeuerwehr auch der Arbeiter-Samariter-Bund, das Deutsche Rote Kreuz und die Johanniter Unfallhilfe mit.

Im Jahr 2019 wurden über 31.000 Einsätze mit dem Rettungswagen (RTW) durchgeführt, was im Durchschnitt 86 Einsätzen pro Tag entspricht. Gegenüber 2003 als noch rd. 15.000 Einsätze pro Jahr gezählt wurden, hat sich die Zahl der Einsätze mehr als verdoppelt.

Eine ähnliche verlaufende Zunahme ist bei den Krankentransporten zu verzeichnen. Diese steigerten sich von rd. 20.000 Transporten im Jahr 2003 auf rd. 35.000 Transporten im Jahr 2019. Dies entspricht im Durchschnitt rd. 93 Transporten pro Tag. Jährlich sind über 2.000 Fehlfahrten im Rettungsdienst zu verzeichnen.

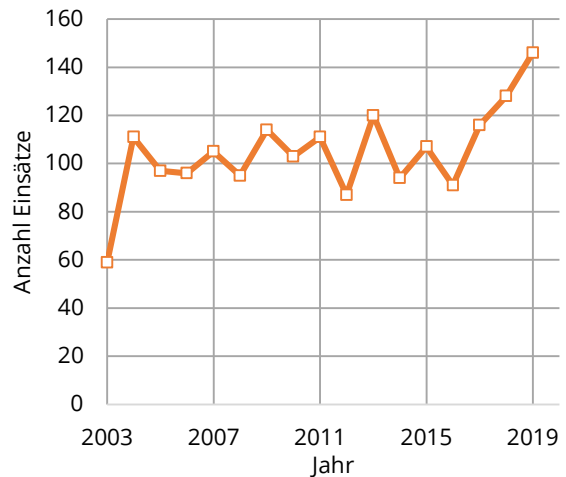
Abb. 5.4: Einsätze mit dem Rettungswagen 2003-2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Feuerwehr

Im jährlichen Durchschnitt kommt der Baby-ITW rund hundertmal pro Jahr zum Einsatz – mit steigender Tendenz in den letzten Jahren.

Abb. 5.5: Einsätze des Baby-ITW 2003-2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Feuerwehr

In der Hansestadt Lübeck unterhält die Feuerwehr vier Feuer- und Rettungswachen mit hauptamtlichen Rettungskräften sowie 22 Gerätehäuser mit ehrenamtlichen Kräften der Freiwilligen Feuerwehr.

Die Einsatzstatistik der Feuerwehr unterscheidet zwischen Einsätzen, die sich auf Personen beziehen (Person in Wasser, hilflose Person etc.) und Umweltschutzeinsätzen. Zu letzteren zählen Einsätze wegen Sturm, Stark-Regen, Hochwasser oder Gefahrguteinsatz.

5.3 Unterstützende Angebote im Alter

5.3.1 Wohnen im Alter

Gesundheit im Alter

Bis zum Jahr 2050 werden ca. 23 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren in Deutschland wohnen. In einer älter werdenden Bevölkerung spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle, da Gesundheit auch im höheren Alter die Voraussetzung für Selbständigkeit und aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist. Angesichts einer steigenden Lebenserwartung ist es das Ziel, die gewonnenen Lebensjahre bei möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität zu erleben. Hierbei ist es wichtig, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können, so dass sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen können.

Aktuelle Wohnsituation älterer Menschen

Ältere Menschen möchten möglichst lange und selbstbestimmt in der eigenen Wohnung im vertrauten Wohnumfeld wohnen bleiben. In der Realität ist es heute so, dass ca. 91 Prozent aller Menschen über 65 Jahre in ihrer bisherigen Wohnung wohnen und nur ca. neun Prozent in sogenannten anderen Wohnformen leben. Zu diesen Wohnformen gehören z.B. das betreute Wohnen oder das Wohnen mit Service, Wohnprojekte und Wohngemeinschaften und das Wohnen in einer stationären Einrichtung. Selbst bei Pflegebedürftigkeit bleiben ca. 2/3 der Menschen über 65

Jahre in der bisherigen Wohnung. Nur ein Drittel geht bei Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Einrichtung.

Wohngemeinschaften

Während die jetzige Generation der älteren Menschen (ab ca. 75 Jahre) noch verstärkt nach Möglichkeiten des betreuten Wohnens oder des Wohnens mit Service fragt, fragen jüngere Ältere (ab ca. 60 Jahren) vermehrt nach Wohngemeinschaften / Wohnprojekten. Deutlich wird dies bei den Nachfragen, dass es hierbei nicht um die Absicherung von pflegerischen Leistungen, sondern vielmehr um Gemeinschaft und insbesondere um Vermeidung von Einsamkeit geht. Auch die Bezahlbarkeit der Wohnung und des aktiven Lebens spielen eine große Rolle. Wohnen in einer Wohngemeinschaft oder in einem Projekt wird in aller Regel als günstiger angesehen als eine eigene Wohnung zu mieten.

Der Seniorenbeirat der Hansestadt Lübeck hat sich dieses Themas im Jahr 2018 schwerpunktmäßig angenommen und bereits Gespräche mit Wohnungsunternehmen aufgenommen. Es wird derzeit diskutiert und geprüft ob und inwieweit im vorhandenen Wohnungsbau Wohngemeinschaften realisiert werden können oder ob auch im Rahmen von Modellprojekten – ggf. auch mit Fördermitteln – Wohnungsbau für Wohngemeinschaften bzw. Wohnprojekte realisiert werden kann.

Barrierefreies Wohnen

Eine konkrete Datenerhebung über barrierefreien, mindestens aber barriere reduzierten Wohnungsbestand in der Hansestadt Lübeck gibt es derzeit nicht. Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung hat im

Tab. 5.7: Einwohner/-innen am 31.12.2018 nach Haushaltstypen

Altersgruppe	Einpersonenhaushalt		Paar/Ehepaar ohne Kinder	Paar/Ehepaar mit Kinder	sonstige Haushalte u. Alleinerz.	Gesamt
	Anzahl	in %					Anzahl
alle Einw.	64 048	29,1	51 676	68 910	35 604	220 238
darunter						
60 u.ä.	24 204	37,7	28 591	2 496	8 848	64 139
davon						
60-64	4 584	33,7	6 047	1 214	1 751	13 596
65-69	4 031	33,4	5 924	553	1 549	12 057
70-74	3 538	33,5	5 421	278	1 329	10 566
75-79	4 168	36,6	5 509	214	1 490	11 381
80-84	4 003	42,1	3 968	145	1 399	9 515
85-89	2 193	51,0	1 287	62	755	4 297
90 u.ä.	1 687	61,9	435	30	575	2 727

Def. sonstige Haushalte: Mehrpersonenhaushalte, oftmals mit Familienangehörigen wie z.B. erwachsenen Nachkommen, Geschwistern oder Großeltern etc., z.T. auch Wohngemeinschaften, bei gleicher Adresse auch mit mehreren Haushalten möglich.

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Tab. Gesundheitsamt

Jahr 2011 eine Datenerhebung zur Ermittlung des vorhandenen barrierefreien bzw. barrieregeduzierten Wohnungsbestand in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt und in der Schriftenreihe Forschungen im Heft 147, Berlin 2011 mit dem Titel „Wohnen im Alter – Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf“ veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt waren lediglich sieben Prozent des vorhandenen Wohnungsbestandes als barrierefrei bzw. -reduziert einzustufen.

Es wird davon ausgegangen, dass dieser Prozentsatz ungefähr auch für den Lübecker Wohnungsbestand Gültigkeit hat. Selbst wenn bei aktuellen Neubauvorhaben eine Barrieregeduzierung anteilig geplant und umgesetzt wird, ist noch ein erheblicher Nachholbedarf, insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Anteils der älter werdenden Menschen mit gleichzeitig steigender Lebenserwartung erkennbar.

5.3.2 Wohnen mit Service

Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen

Viele ältere Menschen können und wollen noch weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben und brauchen nur hin und wieder ein wenig Unterstützung. Für diese Menschen ist das „Betreute Wohnen“ ideal. Es können Einschränkungen in der allgemeinen Mobilität und der persönlichen Lebensführung bestehen, ohne dass jedoch bereits eine Pflegebedürftigkeit gegeben ist.

Die Anbieter

Je nach Anbieter werden diverse Grundleistungen angeboten, die durch Wahlleistungen ergänzt werden können. Zum Teil sind in den Grundleistungen z.B. ein tägliches Mittagessen oder eine wöchentliche Wohnungsreinigung enthalten, zum Teil können derartige Angebote über die Wahlleistungen hinzugebucht werden.

Rosenhof Travemünde

Der größte Anbieter für Betreutes Wohnen bzw. Wohnen mit Service ist der Rosenhof Travemünde, der insgesamt 409 Wohnungen mit Anbindung an eine Pflegeeinrichtung anbietet. Die Wohnungen haben ein bis drei Zimmer und verfügen über 33 bis 114 Quadratmeter. Bei Belegung mit einer Person liegen die Kosten zwischen rd. 1.500 und 4.300 Euro. Bei Belegung mit einer zweiten Person fallen rd. 700 EUR zusätzlich an.

In diesem Betrag sind anteilige Betriebskosten und alle Grundleistungen bis auf den persönlichen Stromverbrauch und die Telefonkosten enthalten. Zu den Grundleistungen zählen z.B. ein tägliches Mittagessen, die wöchentliche Reinigung des Apartments, der haustechnische Service oder etwa die 24-Stunden-Rufbereitschaft des hauseigenen Pflegedienstes. Wahlweise können z.B. das Frühstück- und Abendessen-Buffer oder z.B. ein Tiefgaragenstellplatz hinzugebucht werden.

Vorwerker Diakonie

Der zweitgrößte Anbieter, die Vorwerker Diakonie, betreut 376 Wohnungen in diversen Wohnanlagen im Stadtgebiet, die durch unterschiedliche Eigentümer vermietet werden. Hierzu zählen die Vonovia Grundstücksgesellschaft, die BIG-Verwaltung, die Vorwerker Dienste und eine Eigentümergemeinschaft. Die meisten Wohnungen (351 von 376) sind ohne Anbindung an eine Pflegeeinrichtung. Die Netto-Kalmmieten reichen hier von rd. fünf Euro/qm mit Wohnberechtigungsschein bis zu zwölf Euro/qm. Die Servicepauschale für eine Person beträgt 79 bzw. 95 Euro pro Person und liegt für zwei Personen zwischen rd. 119 Euro und rd. 143 Euro. Die Grundleistungen beinhalten u.a. einen 24-Stunden-Hausnotruf, die Sicherstellung der medizinischen Pflege bei Erkrankung, Vermittlung weiterer Hilfen und die Unterstützung bei sozialen und kulturellen Angeboten. Je nach Wohnanlage können weitere Wahlleistungen hinzugebucht werden.

Tab. 5.8: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Anbietern

Anbieter	Wohnungen insg.	davon ... Anbindung an eine Pflegeeinrichtung	
		mit	ohne
AWO Servicehaus Lübeck im Hochschulstadtteil	186	186	-
Grundstücksgesellschaft Lübeck	81	81	-
Hanse-Residenz Lübeck GmbH	132	132	-
HL SeniorInnenrichtungen	326	326	-
Rosenhof Travemünde	409	409	-
Seniorenhaus Hinrichs	127	127	-
Seniorenwohnanlage am Vogelsang GmbH	15	-	15
Seniorenzentrum Travemünde	14	14	-
Vorwerker Diakonie	376	25	351
Johanniter	159	-	159
Gesamtergebnis	1 825	1 300	525

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

Hansestadt Lübeck

Der drittgrößte Anbieter für betreutes Wohnen ist die Hansestadt Lübeck, deren 326 Wohnungen an die städtischen SeniorInneneinrichtungen angebunden sind. Die Kaltmieten der 1-, 1½- bzw. 2-Zimmer-Wohnungen liegen zwischen 215 und 440 Euro. An Betreuungskosten kommen 90 Euro pro Person bzw. 135 Euro für zwei Personen hinzu. Die Betreuungsleistungen beinhalten regelmäßige Sprechstunden und Hilfe bei Behördengängen und die Notrufanlage mit Verbindung zur Pflegeeinrichtung, so dass eine schnelle Hilfeleistung vor Ort gewährleistet ist. Durch die Anbindung an eine SeniorInneneinrichtung besteht die Möglichkeit zur Teilnahme am Kulturprogramm, Ausflügen oder zur Nutzung der Serviceeinrichtungen wie Friseur, Kiosk oder gegen Entgelt auch der Fußpflege.

Tab. 5.9: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Stadtteilen

Stadtteil	Wohnungen insgesamt	davon ... Anbindung an eine Pflegeeinrichtung	
		mit	ohne
01 - Innenstadt	-	-	-
02 - St. Jürgen	303	246	57
03 - Moisling	108	-	108
04 - Buntekuh	-	-	-
05 - St. Lorenz S.	103	10	93
06 - St. Lorenz N.	258	165	93
07 - St. Gertrud	208	193	15
08 - Schlutup	-	-	-
09 - Kücknitz	248	248	-
10 - Travemünde	597	438	159
Lübeck insg.	1 825	1 300	525

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

Andere

Das AWO Servicehaus Lübeck im Hochschulstadtteile bietet 93 öffentlich geförderte Wohnungen an, für die ein Wohnungsberechtigungsschein erforderlich ist. Die Kaltmiete für die 44 bis 64 qm großen Zweizimmerwohnungen beträgt 5,10 Euro/qm. Weitere 86 Wohnungen werden für eine Inklusivmiete von 11,50 Euro/qm angeboten. Die Servicepauschale für verschiedene Grundleistungen (24-Stunden-Notruf, Beratung und Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten oder bei der Wohnraumanpassung etc.) liegt zwischen 85 und 150 Euro monatlich pro Haushalt. Auch hier können Wahlleistungen wie Essenslieferungen oder Wohnungsreinigung hinzugebucht werden.

Weitere Anbieter für Betreutes Wohnen mit Anbindung an eine Pflegeeinrichtung sind die Hanse-Residenz Lübeck GmbH, das Seniorenhaus Hinrichs und die Grundstücksgesellschaft Trave mbH. Die Johanniter betreuen zudem 159 Wohnungen ohne Anbindung an eine Senioreneinrichtung (s.Tab. 5.8).

5.3.3 Häusliche Unfälle und Hausnotruf

Häusliche Unfälle

Im höheren Alter steigt das Risiko eines häuslichen Unfalls, denn ältere Menschen stürzen häufig durch Schwindel, Gangunsicherheit oder die Nebenwirkungen von Medikamenten. Hinzu kommen Gleichgewichtsprobleme oder eine verminderte Reaktionsfähigkeit. Besonders häufig stürzen Patienten mit Risikoeerkrankungen wie Demenz, Hypertonie, Morbus Parkinson oder Arthritis und immobile Menschen. Schon ein normalerweise harmloser Sturz, wie etwa über eine Treppenstufe oder einen Teppichvorleger kann zum Bruch des Knochens führen. Besonders Oberschenkelhalsfrakturen oder Handgelenkbrüche sind keine Seltenheit. Statistisch valide Angaben zur Häufigkeit von häuslichen Stürzen liegen nicht vor, da ein Teil der Stürze auch glimpflich verläuft und somit nicht gemeldet oder irgendwie anders aktenkundig wird.

Laut der Mortalitätsstatistik der Hansestadt Lübeck verstarben im Jahre 2015 jedoch etwa 70 Personen aufgrund von Stürzen, wovon die meisten im Allgemeinen im häuslichen Umfeld erfolgen. So verstarben im Jahr 2015 dreizehn Personen vor Ort im eigenen Haushalt. Stürze sind daher in etwa genauso gefährlich wie Darmkrebs und führen häufiger zum Tode als etwa Bauspeicheldrüsenkrebs. Problematisch ist diesbezüglich auch die hohe Zahl der Singlehaushalte. Da ältere Menschen oftmals allein leben, werden sie bei Unfällen vielfach zu spät gefunden.

Doch deshalb sollte das selbständige Leben im eigenen Haushalt nicht gleich unmöglich werden. Ein Hausnotrufsystem bietet Seniorinnen und Senioren schnelle Hilfe in Notfällen bei häuslichen Stürzen oder wenn sie aus eigener Kraft nicht mehr aufstehen können.

Hausnotruf

Die Hausnotruf-Anlage wird an eine Telefondose und eine Steckdose angeschlossen. Der Sender kann als Medaillon oder am Handgelenk getragen werden. Das Gerät funktioniert als Freisprechanlage. Bei einem Notruf tauchen die Teilnehmerdaten beim Dienstleister im Display auf, so dass sofort eine eindeutige Identifizierung der anrufenden Person gewährleistet ist, auch wenn diese nichts sagen sollte. Bei einer Alarmierung werden die vom Kunden benannten Kontaktpersonen benachrichtigt bzw. sofern erforderlich der Pflegedienst, der Hausarzt/die Hausärztin oder der Rettungsdienst.

Können telefonisch keine Kontaktpersonen erreicht werden, wird der Einsatzdienst vom Hausnotruf geschickt. Da Schlüssel hinterlegt sind, müssen ggfs. keine Türen aufgebrochen werden. Der Hausnotruf ist durchgehend rund um die Uhr gewährleistet. Auf Wunsch kann auch eine Tagemeldung vereinbart werden. Bleibt das Signal länger als vereinbart aus, nimmt die Hausnotrufzentrale automatisch Kontakt auf. Dadurch wird vermieden, dass Menschen über einen längeren Zeitraum auf Hilfe warten müssen.

Weitere technische Ergänzungen sind ggfs.

- zusätzliche Handsender, wenn z.B. mehrere Personen im Haushalt wohnen,
- ein Lagesensor, der z.B. einen Sturz aufgrund der Position allein erkennen kann und selbstständig einen Alarm auslösen kann,
- ein Funk-Feuermelder gibt bei Rauchalarm die Meldung an die Hausnotruf-Zentrale weiter, die umgehend die Feuerwehr alarmiert
- der Mobilnotruf, der es im Notfall ermöglicht, einen Kunden außerhalb des Hauses zu lokalisieren

Die Grundleistungen einer Hausnotrufanlage werden für Personen, die mindestens Pflegegrad 1 haben, auf Antrag von der Pflegekasse übernommen. Die Kosten liegen je nach Vertragsumfang ungefähr zwischen 20 und 40 EUR pro Monat.

In der Hansestadt Lübeck gab es Ende 2019 acht Anbieter. Der Hausnotruf wird von gemeinnützigen und privaten Unternehmen angeboten. Hierbei muss der Dienstleister nicht unbedingt vor Ort ansässig sein, da der Anbieter im Bedarfsfall die Angehörigen, die Nachbarn, den zuständigen Pflegedienst oder bei akuter Gefahr zeitgleich den örtlichen Rettungsdienst informiert.

Listen zu den Anbietern werden vom kommunalen Pflegestützpunkt erstellt und im Internet aktuell zur Verfügung gestellt.

5.3.4 Haushaltshilfen, Alltagshilfen und Mahlzeitendienste

Haushaltshilfen

Haushaltshilfen ermöglichen es älteren Menschen bis ins hohe Alter selbstbestimmt zu leben. Laut einer Forsa-Studie aus dem Jahre 2019, die im Auftrag der Mini-Job-Zentrale erstellt wurde, ist bereits jeder Fünfte über 65 Jahre alt und davon lassen sich rd. 40 Prozent regelmäßig im Haushalt helfen. Bei mehr als die Hälfte von Ihnen (53 Prozent) übernimmt das eine bezahlte Haushaltshilfe. 51 Prozent lassen sich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten helfen, wobei die Hilfe von Familienangehörigen jedoch immer häufiger an Haushaltshilfen delegiert wird, da die erwachsenen Kinder entweder beruflich zu sehr eingespannt sind oder zu weit entfernt leben. Die typischen Arbeiten, die von Haushaltshilfen übernommen werden, sind das Reinigen der Wohnung und das Waschen und Bügeln der Wäsche.

In der Hansestadt Lübeck erhielten im Rahmen von SGB XII Ende 2019 rd. 500 Personen finanzielle Zuschüsse zur Haushaltshilfe. Die Gesamtzahl der in Lübeck privat finanzierten und beschäftigten Haushaltshilfen ist deutlich höher.

Alltagshilfen

In Ergänzung dazu stehen die Alltagshilfen. Diese Dienstleistungen werden in der Regel etwas teurer vergütet und umfassen die Erledigung von Einkäufen, die Hilfe bei Behördengängen, Gespräche mit den Angehörigen oder die gemeinsame Freizeitgestaltung. Hierzu zählen etwa die Organisation von Familienfeiern, das Vorlesen aus Zeitungen oder Büchern bzw. Brettspiele oder Kartenspiele. Natürlich werden auch - wenn gewünscht - Haushaltshilfen vermittelt.

Anfang 2019 gab es in der Hansestadt Lübeck 23 Anbieter für Haushalts- bzw. Alltagshilfen. Zumeist werden Haushalts- und Alltagshilfen zusammen angeboten, manche Anbieter haben ihren Schwerpunkt jedoch allein in den Alltagshilfen.

Mahlzeitendienste

Wenn schon das Einkufen im Alter eine Herausforderung ist, so gilt dies noch mehr für das tägliche Zubereiten einer gesunden Mahlzeit. Eine gute Lösung ist hier das Essen auf Rädern, d.h. die Belieferung durch einen Mahlzeitendienst. In der Hansestadt Lübeck gibt es sechs Mahlzeitendienste (Stand Januar 2019), wobei fünf davon warmes Essen liefern, bei einem muss das Essen erhitzt werden. Zwei Mahlzeitendienste liefern von Montag bis Freitag, die übrigen das ganze Jahr über. Die Preise für ein Essen liegen ungefähr bei sechs bis acht EUR. Das Angebot reicht von normaler Vollkost, über vegetarische Kost bis hin zu Menüs für Dialysepatienten oder Allergiker. Mahlzeitendienste haben zudem eine soziale Funktion, da den Senioren und Seniorinnen auf diese Weise die Möglichkeit gegeben wird, Kontakt zu anderen Personen zu pflegen.

Auch die Listen der Anbieter von Alltags- und Haushaltshilfen sowie von Mahlzeitendiensten werden seitens des kommunalen Pflegestützpunktes im Internet bereitgestellt und aktuell gehalten.

5.3.5 Pflegestützpunkt

INFOBOX!

Pflegestützpunkt

Auszug aus der Präambel des Landesrahmenvertrages:

„Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten errichten die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und die Kreise und kreisfreien Städte in gemeinsamer Trägerschaft Pflegestützpunkte im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des § 92 c SGB XI in Schleswig-Holstein. Die Vorhaltung dieses Beratungsangebotes im direkten Alltagsgeschehen konfrontiert Menschen früher als gewöhnlich mit dem Themenfeld und schafft somit einen niedrigschwelligen Zugang auch mit einer präventiven Wirkung zur Pflegebedürftigkeit. Durch die Einbindung der Pflegestützpunkte in die Kreise und kreisfreien Städte können Angebote vor Ort auf die Bedarfe der Menschen ausgerichtet werden. Unterstützung, Betreuung und Pflege werden verstärkt wohnortnah angeboten und können einen Umzug in die stationäre Versorgung verhindern bzw. weitgehend verzögern. Damit wird der Grundsatz der ambulanten Versorgung vor der stationären Unterbringung unterstützt.“

Die Beratungsleistungen

Pflegestützpunkte gibt es inzwischen in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten individuell, neutral und kostenfrei. Eine Beratung kann im Pflegestützpunkt selber, am Telefon oder aber auch während eines Hausbesuches stattfinden.

Für Pflegebedürftige und ihre Zugehörigen sowie von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind die Pflegestützpunkte zentrale Anlaufstellen, in denen sie kompetente Auskünfte und Beratung zu allen pflegerelevanten Themen erhalten.

Die Pflegestützpunkte werden von den Pflege- und Krankenkassen, dem zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt und dem Land Schleswig-Holstein finanziert. Die Grundlage hierfür ist der „Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein“ aus dem Jahr 2009. Dieser befindet sich zur Zeit in der Überarbeitung.

Wenn ein Mensch und seine Zugehörigen in einer Pflegesituation Hilfe benötigen, stellen sich viele Fragen: Wer unterstützt mich im Alltag? Wie kann ich mein bisheriges Leben in vertrauter Atmosphäre weiterleben? Wo bekomme ich Hilfsmittel? Wie kann ich mein Wohnumfeld an die veränderten Bedürfnisse anpassen? Welche Anträge muss ich stellen? Auf diese und andere Fragen erhalten Ratsuchende im Pflegestützpunkt eine Antwort.

Der Lübecker Pflegestützpunkt

Im Pflegestützpunkt in der Hansestadt Lübeck arbeiten zwei sozialpädagogische Fachkräfte sowie eine Verwaltungsangestellte. Die Beratungsstelle ist dem Bereich Soziale Sicherung zugeordnet und befindet sich im Verwaltungszentrum Mühlenort. Es besteht eine gute Busanbindung und die Räumlichkeiten sind auch mit einem Rollstuhl gut zu erreichen (Behindertenparkplatz vor der Tür, Rampe vor dem Eingang, elektrische Türöffnung, Behindertentoilette).

An vier Tagen in der Woche können die Ratsuchenden die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes auch ohne vorherige Terminabsprache aufsuchen. Ansonsten werden telefonisch oder schriftlich Beratungstermine im Pflegestützpunkt oder im Wohnumfeld der Betroffenen vereinbart.

Jeweils einmal im Monat werden Außensprechstunden in Travemünde im Gesellschaftshaus des gemeinnützigen Vereins zu Travemünde und am Kolberger Platz in der Wohnberatungsstelle angeboten. Ebenfalls einmal im Monat findet in Kooperation mit dem Mehrgenerationenhaus Eichholz ein Frühstück für pflegende Angehörige statt.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt ist die Öffentlichkeitsarbeit. Es werden regelmäßig unterschiedliche Fachvorträge zum Themenspektrum Pflege angeboten. Zudem werden gemeinsam mit der Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung seit dem Jahr 2004 jährlich die Lübecker Alzheimerstage organisiert.

Im Jahr 2018 fanden insgesamt ca. 2.800 Beratungs- und Informationsgespräche mit Pflegebedürftigen, ihren Zugehörigen und sonstigen Interessierten statt. Der überwiegende Teil der Beratungen wurde telefonisch durchgeführt (ca. 2.000 Gespräche), ca. 600 Ratsuchende kamen in die Sprechstunde und ca. 200 Beratungen fanden während eines Hausbesuches statt.

Die Beratungsgespräche werden überwiegend von Frauen wahrgenommen, die im Schnitt 60 Prozent der Ratsuchenden ausmachen.

5.3.6 Beratungsstelle für Erwachsene und Senior:innen

Die Beratungsstelle ist ein sozialpädagogisches Team innerhalb des Bereiches Soziale Sicherung der Hansestadt Lübeck. Die Beratungsstelle ist eine erste Anlaufstelle für Erwachsene ohne minderjährige Kinder, die Beratung und Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen benötigen. Gleichmaßen steht die Beratungsstelle für Angehörige, Nachbarn und Institutionen im nahen Umfeld zur Verfügung.

Das kostenlose Angebot erfolgt in Form von telefonischen oder persönlichen Beratungsgesprächen. Diese finden entweder in der Beratungsstelle oder bei Bedarf auch in der häuslichen Umgebung statt.

Beratungsspektrum richtet sich an Erwachsene jeden Alters. Dies können sowohl junge Erwachsene sein, die gerade lernen, ein selbständiges Leben zu führen, als auch ein hochbetagter oder kranker Mensch, der möglichst

lange in seiner eigenen Häuslichkeit leben möchte. Im Rahmen der Selbsthilfe werden individuelle Lösungen erarbeitet. Bei Bedarf bietet die Beratungsstelle Unterstützung in der Organisation geeigneter Hilfen.

Die Beratungsstelle hilft bei

- Überwindung von Vereinsamung,
- Bewältigung des Alltags bzw. persönlicher und finanzieller Notlagen,
- Entwicklung von Perspektiven für die weitere Lebensplanung und
- nach Möglichkeit bei der Vermeidung gesetzlicher Betreuungen oder Pflegeheimaufenthalten.

Hinsichtlich der ambulanten und stationären Hilfen werden diverse Hilfsangebote vermittelt wie Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Pflegedienste, Hausnotrufsysteme, Besuchsdienste. Auch bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen bietet die Beratungsstelle Hilfe an.

Ebenfalls geklärt werden ggf. Fragen der finanziellen Absicherung. Die Beratungsstelle dient daneben als Wegweiser zu weiteren Diensten bzw. Einrichtungen wie

- Pflegestützpunkt,
- Schuldnerberatung,
- Betreuungsbehörde,
- Unterkunftssicherung,
- Grundsicherung bzw.
- Sozialhilfe.

Der Bereich Soziale Sicherung der Hansestadt Lübeck bietet mit der Beratungsstelle für Erwachsene und Senioren sowie dem Pflegestützpunkt somit zwei Anlaufstellen, in denen zu Fragen und Möglichkeiten von Wohnformen und Wohnmöglichkeiten und der Finanzierbarkeit unabhängig und neutral beraten wird.

5.3.7 Weitere Beratungsangebote zum Wohnen im Alter

Wohnberechtigungsschein

Ebenfalls im Bereich Soziale Sicherung, ist eine Anlaufstelle vorhanden, die die Voraussetzungen für einen Wohnberechtigungsschein prüft und eine Vermittlung in eine – mit öffentlichen Mitteln – geförderte Wohnung unterstützt.

Wohnberatung

Eine weitere Anlaufstelle, speziell für die Beratung zu Wohnraumanpassungen in der bisherigen Wohnung, bieten die Grundstücks-Gesellschaft TRAVE mbH, der Lübecker Bauverein eG und die Neue Lübecker Norddeutsche Baugenossenschaft eG in Kooperation mit der Hansestadt Lübeck, dem Mieterverein Lübeck e.V. und dem Haus- und Grundbesitzerverein Lübeck e.V. allen Lübecker/-innen in der Wohnberatung „Wohnen im Alter“ - unabhängig von einer Mitgliedschaft zu diesen Unternehmen - an.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung des Vereins zur Förderung der Teilhabe in Lübeck berät Menschen bei drohender oder bestehender Behinderung und deren Angehörige. Dies erfolgt unabhängig vom Leistungserbringer und Kostenträger und findet ergänzend zu anderen Beratungsangeboten statt. Das Ziel ist die Förderung und Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung und Selbstvertretung.

Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (KIWA)

Die Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter bietet eine neutrale, landesweite Beratung zur Förderung und Unterstützung innovativer und besonderer Wohn-Pflegeformen im Alter. Ziel ist es, „Angebotsvielfalt und Qualität des Wohnens im Alter mit Unterstützungsbedarf in Schleswig-Holstein zu stärken und weiter zu entwickeln“. Die KIWA bietet neue digitale, ortsunabhängige Beratungsangebote ergänzend zu persönlichen Emails und Telefonaten. Am Projekt des Forums Pflege Landschaft ist die AWO beteiligt, Es wird durch das Land Schleswig-Holstein gefördert.

5.4 Pflegerische Versorgung

5.4.1 Übersicht

INFOBOX!

Selbstbestimmung

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ (SGB XI, §2)

Vorrang der häuslichen Pflege

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ (SGB XI, §3)

Grundsätzlich gibt es zwei Grundformen der Pflege: die häusliche Pflege und die stationäre Pflege im Pflegeheim. Dazwischen gibt es jedoch zahlreiche Varianten in der Pflege. Grundsätzlich soll das Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglicht werden, weshalb die ambulante vor der stationären Pflege so weit wie möglich zu bevorzugen ist.

Rund 10.000 Pflegebedürftige

Ende 2015 gab es in der Hansestadt Lübeck noch 7.755 anerkannte Pflegebedürftige. Im Rahmen der Umstellung auf die Pflegegrade stieg die Zahl der Pflegebedürftigen bis Ende 2017 auf 8.521 an (s. Tab. 5.10). Die starke Zunahme um rd. zehn Prozent ist zum größten Teil auf den erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem 1.1.2017 zurückzuführen. Dies führte zu einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflege durch Angehörige und in der ambulanten Pflege, während die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege nahezu unverändert blieb, wobei anzumerken ist, dass sich die genannten Zuwächse auch schon in den Jahren davor zeigten und somit möglicherweise nicht allein auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zurückzuführen sind (siehe Tabelle 5.10). Eine weitere Änderung in der Zählungssystematik führte dann 2019 erneut zu einer höheren Zahl an Pflegebedürftigen, da nun der seit 2017 eingeführte erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflegestatistik aufgenommen wurde. Dies zeigt sich im Pflegegrad 1, wo die Zahl der Pflegebedürftigen von 176 im Jahre 2017 auf 890 im Jahre 2019 anstieg. Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff hat dazu beigetragen, dass bereits zuvor geleistete Pflege nun auch in der Statistik sichtbar wurde,

Von den 10.223 anerkannten Pflegebedürftigen werden 6.461 zu Hause versorgt. Dies entspricht 63,2 Prozent aller Pflegebedürftigen. Bundesweit liegt dieser Anteil mit 76 Prozent deutlich höher.

Von den 6.461 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen werden 2.229 (also rund ein Drittel) durch ambulante Pflegedienste versorgt und 4.232 (rd. zwei Drittel) durch Angehörige versorgt. Ende 2019 gab es in der Hansestadt hier-

Tab. 5.10: Pflegebedürftige nach Art der Pflegeleistung 1999 - 2019

Jahr ----- jeweils 31.12.	insg.	davon							
		ambulante Pflege ²⁾		vollstationäre Pflege		Pflegegeld ³⁾		Pflegegrad 1 ⁴⁾	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1999	6 931	1 195	17,2	2 495	36,0	3 241	46,8	-	-
2009	6 531	1 056	16,2	2 952	45,2	2 523	38,6	-	-
2015	7 755	1 455	18,8	3 158	40,7	3 142	40,5	-	-
2017 ¹⁾	8 521	1 747	20,5	3 146	36,9	3 628	42,6	-	-
2019	10 223	2 229	21,8	3 154	30,9	4 232	41,4	599	5,9

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik

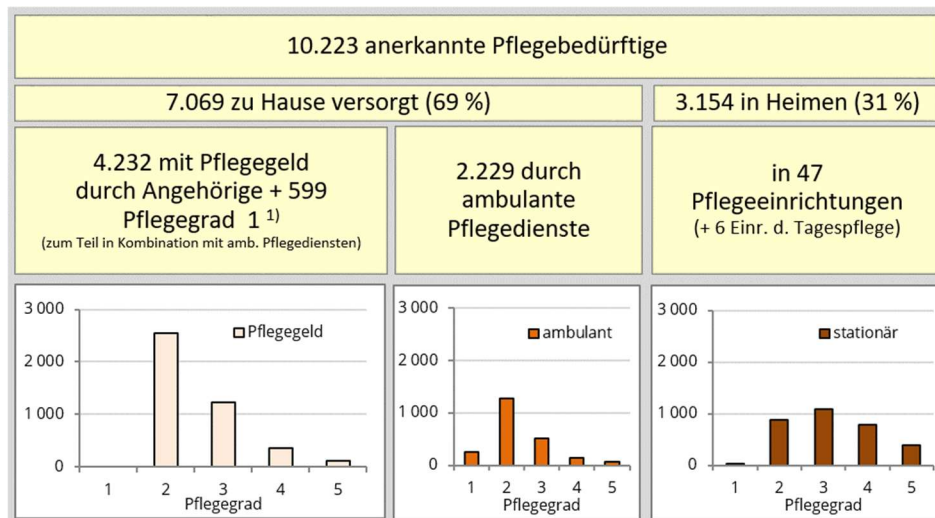
1) ab 2017 Einführung der Pflegegrade

2) Ab 2019 einschließlich durch ambulante Betreuungsdienste versorgte Pflegebedürftige. Sofern Pflegebedürftige Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes und z.B. parallel eines ambulanten Betreuungsdienstes erhalten, kann es zu Doppelzählungen kommen.

3) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Stichtag: 31.12.2019. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. bei der ambulanten Pflege erfasst.

4) Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 - mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime.

Abb. 5.6: Pflegebedürftige 2019 nach Art und Grad der Pflege in der Hansestadt Lübeck



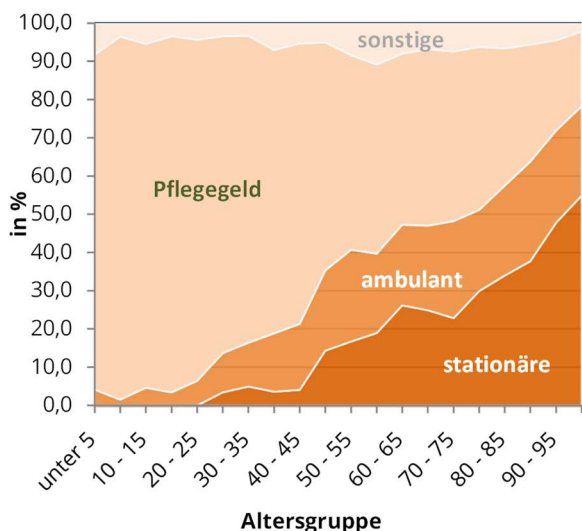
Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst. Einschließlich Personen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich teilstationärer Pflege.

für 38 Pflegedienste (s.a. Kap. Ambulante Pflege). Die stationäre Versorgung erfolgte mit Stand Ende 2019 durch nur noch 44 stationäre Einrichtungen, da zwischen 2017 und 2019 drei Einrichtungen geschlossen wurden. Hinzu kommen sechs Einrichtungen der Tagespflege.

Mit zunehmendem Alter steigt in der Regel auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung. Der Pflegeanteil durch Angehörige ist im höheren Alter deutlich geringer, was nicht nur auf den im Allgemeinen höheren Grad der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen ist, sondern zum Teil auch auf den Tod des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin.

Abb. 5.7: Pflegebedürftige 2019 nach Alter und Art der Pflege in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Rd. 700 Pflegebedürftige unter 20 Jahren

Zwar steigt die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter generell an und der Großteil der Pflegebedürftigen findet sich in den höheren Altersstufen, doch sollte darüber nicht vergessen werden, dass es auch pflegebedürftige Kinder- und Jugendliche gibt. Diese werden fast ausschließlich ambulant bzw. durch pflegende Angehörige versorgt. Von den rd. 700 unter 20-Jährigen haben 252 den Pflegegrad 2 und 259 den Pflegegrad 3. Weitere 97 haben den Pflegegrad 4 und 44 den Pflegegrad 5. Der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen ist in dieser Altersgruppe (bis 19 Jahre) mit rd. 32 Prozent unterdurchschnittlich.

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen

Von den 10.223 anerkannten Pflegebedürftigen sind 6.258 Frauen, entsprechend 61,2 Prozent aller Pflegebedürftigen, was auf die höhere Lebenserwartung bzw. dem höheren Frauenanteil in den höheren Altersjahrgängen zurückzuführen.

Tab. 5.11: Pflegebedürftige 2019 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Einw.	Pflegebedürftige		davon		weibl. In % v. Sp. 2
		Anzahl	in % v. Sp. 1	männl.	weibl.	
	1	2	3	4	5	6
00-09	18 495	298	1,6	202	96	32,2
10-19	19 180	384	2,0	261	123	32,0
20-49	84 129	521	0,6	274	247	47,4
50-59	34 295	489	1,4	220	269	55,0
60-69	25 653	886	3,5	417	469	52,9
70-79	21 947	2 122	9,7	888	1 234	58,2
80-89	13 812	3 686	26,7	1 268	2 418	65,6
90 u.ä.	2 727	1 837	67,4	435	1 402	76,3
Gesamt	220 238	10 223	4,6	3 965	6 258	61,2

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik 2019

Weitere Formen der Pflege

Neben der grundsätzlichen Differenzierung nach Pflegegeld, ambulanter und stationärer Pflege gibt es darauf aufbauend weitere Formen der Pflege, die die jeweils individuellen Bedarfe zielgerichtet abdecken sollen. Im Rahmen der Altenpflege zu Hause können neben der allgemeinen ambulanten Pflege folgende Betreuungs- und Pflegeformen Anwendung finden bzw. ergänzt werden:

- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege,
- Tages- und Nachtpflege,
- Intensivpflege,
- Palliativpflege,
- 24-Stunden-Betreuung
- andere niedrighschwellige Betreuungsangebote

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege gilt für Pflegebedürftige, die für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, zum Beispiel in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder wenn die häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich ist oder ausreicht. Die Kurzzeitpflege ist auf eine Dauer von 56 Tagen im Jahr beschränkt. Für diese Zeit übernehmen die Pflegekassen die Kosten einer stationären Unterbringung. Die Kurzzeitpflege kann zusätzlich mit der Verhinderungspflege (s.u.) kombiniert werden. Im Gegensatz zur Verhinderungspflege ist eine Kurzzeitpflege zu Hause nicht möglich.

Laut Daten der AOK Nordwest gab es in Schleswig-Holstein (Stand Ende 2019) 1.658 Plätze für die Kurzzeitpflege, 112 davon in der Hansestadt Lübeck. Die Plätze sind jedoch knapp. Entsprechende Fördergelder, die das Leerstands-Risiko für die Heime bzw. Krankenhäuser mindern, könnten Abhilfe schaffen.

Verhinderungspflege

Verhinderungspflege soll es Pflegebedürftigen ermöglichen, weiterhin auch dann in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, wenn die Pflege durch Angehörige vorübergehend ausfällt. Dies kann der Fall sein, wenn für den pflegenden Angehörigen eine Operation geplant oder ein mehrwöchiger Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik geplant ist. Fällt die Pflegeperson überraschend aus, z.B. durch einen oder eine plötzliche Erkrankung, ist es vielleicht nicht möglich, innerhalb weniger Stunden eine verlässliche häusliche Pflege zu organisieren, kann der Pflegebedürftige auch in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege oder in einem Pflegeheim untergebracht werden.

Die Verhinderungspflege kann stellvertretend von Pflegehilfskräfte, Angehörigen, Verwandten, Nachbarn oder Freunde übernommen werden. Die Ersatzpflegepersonen können die Grundpflege (etwa Hilfe bei Körperpflege oder Ernährung) und Tätigkeiten der Haushaltsführung wie Reinigung, Abwaschen oder Einkaufen übernehmen.

Nicht dazu gehört die medizinische Behandlungspflege. Dies ist eine Leistung nach SGB V, die von einer examinierter Pflegekraft durchgeführt werden und deren Kosten daher von der Krankenkasse übernommen wird.

24-Stunden-Betreuung

Bei der 24-Std-Pflege bzw. Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu Hause lebt die betreuende Hilfskraft üblicherweise im Haus oder in der Wohnung zusammen mit dem Pflegebedürftigen und ist rund um die Uhr vor Ort.

Diese umfassende Pflege ist für viele Familien nicht finanzierbar, weshalb aus Kostengründen Pflegekräfte aus Osteuropa (z.B. Polen, Rumänien, Bulgarien, Ungarn, Slowakei, Tschechien, Slowenien) häufig bevorzugt werden, da der finanzielle Aufwand für osteuropäische Hilfskräfte immer noch erheblich geringer ist als für deutsches Pflegepersonal. Meistens handelt es sich hierbei um illegale Beschäftigungsverhältnisse.

Die Leistungen einer 24-Stunden-Pflege umfassen die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Putzen und Aufräumen der Wohnung sowie die Grundpflege. Hierzu zählen die Körperpflege (Waschen, Duschen, Kämmen etc.), Mund- und Zahnpflege, Toiletengang, Aus- und Anziehen und die Zubereitung und die Aufnahme der Nahrung.

Die medizinische Behandlungspflege, wie etwa Blutdruckmessen, Spritzen geben, Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen muss durch eine examinierte Pflegekraft durchgeführt werden. Die medizinische Behandlungspflege wird vom Arzt verordnet und ist eine Leistung der Krankenkassen. Ausländische Hilfskräfte, die für die Grundpflege eingestellt sind, sind in der Regel keine examinierten Pflegekräfte.

Stundenweise Betreuung

Eine stundenweise Betreuung kann in Form einer Haushaltshilfe bzw. der Alltagshilfe erfolgen.

5.4.2 Pflege durch Angehörige

Vor- und Nachteile

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen in Deutschland wird allein durch Angehörige betreut, versorgt und gepflegt. Pflegenden Angehörige bilden damit das Rückgrat der häuslichen Pflege.

Die Vorteile liegen für den Pflegebedürftigen im Verbleib in seinem gewohnten Umfeld. Die täglichen Routinen bleiben erhalten und die Person muss sich nicht umgewöhnen. Der tägliche Kontakt zur Familie fördert Gesundheit und Wohlbefinden. Die Pflege ist individuell auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen abgestimmt. Zudem sind die Kosten im Vergleich zur stationären Pflege häufig geringer.

Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich pflegende Angehörige selbst oft überfordern, denn die Pflege stellt oftmals eine hohe physische und psychische Belastung für die pflegenden Angehörigen dar, die mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden ist. Zum Teil sind Umbauten im Haushalt erforderlich, um die Barrierefreiheit zu gewährleisten. Bei höherer Pflegebedürftigkeit ist eine durchgehende Rund-um-die-Uhr-Betreuung oftmals nicht möglich bzw. auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten. Dies gilt insbesondere im Fall einer fortgeschrittenen Demenz.

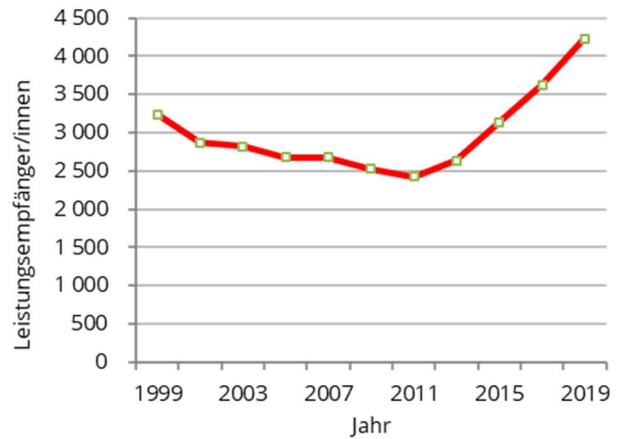
Sind die pflegenden Angehörigen berufstätig, hat dies in der Regel Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit. Unterbrechungen im beruflichen Fortkommen oder Rückgänge im Einkommen durch Reduzierung der Arbeitszeiten können das Ergebnis sein. Berufstätige pflegende Angehörige benötigen daher zunächst Unterstützung, um Beruf und Pflege vereinbaren zu können. Darüber hinaus ist die häusliche Pflege durch Angehörige durch Fachdienste und Leistungen aus der Pflegeversicherung zu ergänzen, damit pflegende Angehörige nicht selbst zu Pflegefällen werden, denn mit der demographisch bedingten Zunahme von langfristigem Hilfe- und Pflegebedarf wird die Überforderung privat pflegender Familienangehöriger zunehmend sichtbar.

Pflege zumeist durch Frauen

Von den Pflegenden sind ca. zwei Drittel Frauen und fast 40 Prozent der Pflegenden sind älter als 70 Jahre. Die meisten Pflegepersonen sind im Alter von 50 bis 70 Jahren. [Barmer Ersatzkasse, Pflegereport 2018, S. 114].

Seit 2011 ist die Zahl der Leistungsempfänger/-innen von Pflegegeld, d.h. jener Personenkreis, der durch Angehörige gepflegt wird, deutlich angestiegen (s. Abb. 5.6).

Abb. 5.8: Empfänger/-innen von Pflegegeld 1999 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

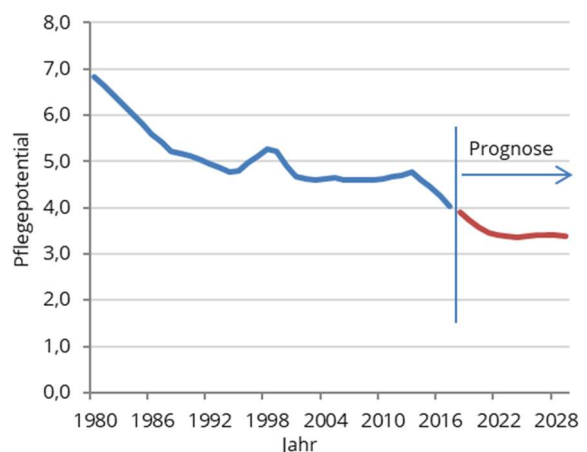
Pflegepotential

Das zahlenmäßige Verhältnis der pflegenden Generation zur pflegebedürftigen Generation wird sich durch die Alterung der Gesellschaft weiter verschlechtern. Rein rechnerisch lässt sich dies in einer statistischen Kennziffer abbilden.

Die Kennziffer Pflegepotential beschreibt das Verhältnis der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) zur nächsten Generation der 40 – 60-Jährigen.

Der Rückblick zeigt, dass sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren immer weiter zu Ungunsten der zu pflegenden Generation verschlechtert hat.

Abb. 5.9: Entwicklung des Pflegepotentials 1980 – 2018 und Prognose bis 2030 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Hinsichtlich einer kleinräumigen Verwendung dieser Kennziffer zeigt jedoch, dass diese Kennziffer hier weniger geeignet und schnell der Gefahr einer Fehlinterpretation unterliegt. So zeigt sich in der Innenstadt mit 7,5 Personen ein hohes Pflegepotential gegenüber dem Stadtteil Travemünde von nur 1,6 Personen auf eine Person im pflegebedürftigen Alter. Der Rückschluss, dass die Situation in der Innenstadt besser wäre als in Travemünde, würde

nicht den Realitäten entsprechen, da es in der Innenstadt sehr viele Einpersonenhaushalte gibt und die Zahl der Personen, die zur Pflege fähig wären, nicht unbedingt den pflegebedürftigen Haushalten zugeordnet sein dürfte.

Abgesehen von der Tatsache, dass die Standorte der Seniorenheime die Situation beeinflussen, berücksichtigt die Kennziffer nicht die möglichen Pflegefälle durch die Ehepartner. Zusätzlich wären also auch noch die Struktur der Privathaushalte und ihr Einfluss auf die Pflegesituation zu berücksichtigen. Ebenso ist die soziale Situation, d.h. die Altersarmut ein weiterer wichtiger Faktor zur Beurteilung kleinräumiger Pflegestrukturen oder Pflegeengpässe.

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Am 01. Januar 2015 ist das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden die bisherigen Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) weiterentwickelt und besser miteinander verzahnt.

Beschäftigte können im Bedarfsfall unterschiedliche berufliche Freistellungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen, um die Pflege eines nahen Angehörigen sicherzustellen.

Im Rahmen der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung können sie im akuten Notfall kurzfristig bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben, um das Wichtigste zu organisieren. Seit 2015 kann während dieser zehn Tage das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegeversicherung beantragt werden. Es beträgt ca. 90 Prozent des Nettolohns in dieser Zeit.

Wer eine längere Auszeit für die Pflege benötigt, kann sich für eine Dauer von bis zu einem halben Jahr freistellen lassen. Eine Lohnersatzleistung gibt es allerdings nicht. Das Gesetz gilt nur für Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Zusätzlich zur Pflegezeit gibt es noch das Familienpflegezeitgesetz. Es soll Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ermöglichen, befristet bis zu einer Dauer von 24 Monaten ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, wenn sie einen nahen Angehörigen pflegen. Das Gesetz gilt nur für Unternehmen mit mehr als 25 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Der entstehende Verdienstaufschlag kann zur Hälfte mit einem zinslosen Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) kompensiert werden. Allerdings sind an den Kredit einige Bedingungen geknüpft.

Vielen pflegenden Angehörigen ist die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aktuell nicht möglich, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu viele Unwegsamkeiten beinhalten. So sind die Anträge und Formulare nicht sehr nutzerfreundlich und die finanziellen Einbußen viel zu hoch.

5.4.3 Ambulante Pflegedienste

INFOBOX!

Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege nach §36 SGB XI

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

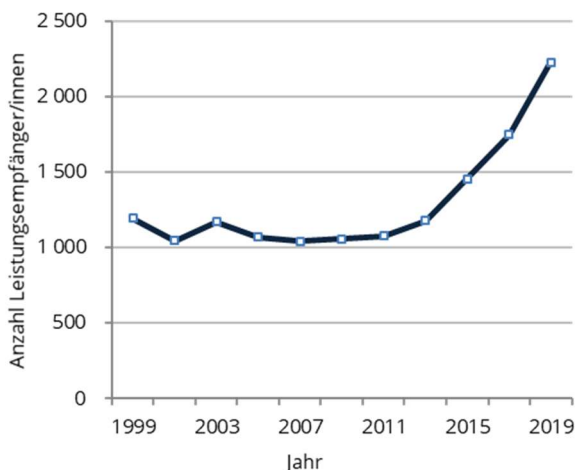
(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld.

Entwicklung

In der Hansestadt Lübeck gibt es aktuell (Stand Ende 2019) 40 ambulante Pflegedienste. Gegenüber Mitte der 2000er Jahre ist damit deutlicher Anstieg gegeben, als die Zahl der Pflegedienste noch bei 25 lag. Da die Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste jedoch von ihrer Anzahl, sondern von der Zahl der dort Beschäftigten abhängt, ist der Blick auf die Beschäftigtenzahlen erforderlich.

Angaben zur Zahl der in den Pflegediensten Beschäftigten ergeben sich aus der zweijährlich erscheinenden Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes. Hier zeigt sich eine äußerst negative Entwicklung was das Verhältnis von Beschäftigten zu Pflegebedürftigen angeht. Seit 2013 ist die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen von knapp 1.100 im Jahr 2011 auf fast 1.800 im Jahr 2017 angestiegen, die Zahl der Beschäftigten ist im gleichen Zeitraum zwar auch angestiegen (von 600 auf knapp 1.000), das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beschäftigten hat sich dabei jedoch von 1,66 auf 1,80 verschlechtert. Auffällig ist hierbei die Entwicklung von 2015 auf 2017. Die Zahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen hat sich um fast 400 Personen erhöht, die Zahl der Beschäftigten blieb dagegen fast unverändert.

Abb. 5.10: Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege 1999 - 2019



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Trägerschaft

Der Zuwachs in der Zahl der Pflegedienste ist auf die Zunahme bei den privatrechtlichen Pflegediensten zurückzuführen. Während die Zahl gemeinnütziger Pflegedienste im Wesentlichen unverändert blieb, hat sich die Zahl privatrechtlicher Pflegedienste nahezu verdoppelt. Im Mai 2019 wurden rd. dreiviertel aller Pflegedienste privatrechtlich betrieben.

Tab. 5.12: Lübecker Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft 1999 - 2019

Trägerschaft	1999	2004	2010	2019
gemeinnützig	12	10	8	11
privatrechtlich	16	14	20	30
insgesamt	28	24	28	41

Quelle: Hansestadt Lübeck, Pflegestützpunkt

Größe der Pflegedienste

Mit der Größe eines Pflegedienstes verbindet sich die Frage der wirtschaftlichen Existenz, da kleinere Pflegedienste mit geringer Personalzahl personelle Ausfälle aufgrund von Krankheit oder Kündigung nur schwer kompensieren können. Aufgrund der angespannten personellen Situation führen Personalausfälle heute immer öfters als Konsequenz zur Kündigung von Pflegeverträgen, da die Pflege durch den Pflegedienst nicht mehr gewährleistet werden kann. Aktuelle Zahlen zur Größe der ambulanten Pflegedienste liegen nicht vor. Nach einer Erhebung aus dem Jahr 2004 hatten 42 Prozent der Pflegedienste mehr als 60 Pflegebedürftige zu betreuen, 20 Prozent der Pflegedienste hatten weniger als 20 Pflegebedürftige.

Standorte

Nicht nur bei den stationären Einrichtungen, sondern auch bei den ambulanten Pflegediensten ist eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung anzustreben, zumal den Pflegediensten, nach deren eigenen Bekunden, zu

lange Wegstrecken zu den Haushalten der Pflegebedürftigen nicht ausreichend vergütet werden und auch der zeitliche Aufwand unter den Gesichtspunkten einer effizienten Versorgung der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen ist. Im Jahre 2004 (Pflegebedarfsplan 2004-2014, Bestandserhebung 2004) wurden rund zwei Drittel aller Absagen mit einer zu großen räumlichen Distanz begründet. Heute wird das Distanzproblem um das Problem des Fachkräftemangels ergänzt. Nach Aussagen des Pflegestützpunktes liegen die Absagen heute zumeist im Fachkräftemangel begründet.

Gegenüber dem Standortmuster aus dem Jahre 2002 zeigt sich heute eine gleichmäßigere Verteilung der Standorte über das Stadtgebiet (siehe Karte). Gab es 2002 noch zwei Stadtteile ohne Standorte, so finden sich heute in allen Stadtteilen Standorte der ambulanten Pflege. Trotzdem zeigen sich in der Relation zur älteren Bevölkerung noch deutliche Unterschiede. Mit drei Pflegediensten ist etwa die Altstadt bei einer relativen geringen Zahl älterer Menschen rein rechnerisch gesehen ganz gut versorgt (283 Einw. über 75 Jahre je Pflegedienst). Im Stadtteil Buntekuh entfallen auf den einen vorhandenen Pflegedienst dagegen 1.318 ältere Menschen.

Erschwerend für die Altstadt ist jedoch die Parksituation. Die effektive und zeitnahe Versorgung der Pflegebedürftigen wird durch die problematische Parkplatzsituation deutlich erschwert. Für Pflegebedürftige in der Altstadt, die auf der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst sind, wird daher auch häufig die Park- und Verkehrssituation als Ablehnungsgrund genannt.

Tab. 5.13: Ambulante Pflegedienste nach Stadtteilen 2018

Kennziffer	Stadtteil	Anzahl ambulanter Pflegedienste	Einw. ü.75 je amb. Pflegedienst (ohne Bev. in Pflegeheimen)
01	Innenstadt	3	283
02	St. Jürgen	8	636
03	Moisling	2	612
04	Buntekuh	1	1 318
05	St. Lorenz Süd	3	409
06	St. Lorenz Nord	8	545
07	St. Gertrud	6	884
08	Schlutup	1	650
09	Kücknitz	5	421
10	Travemünde	3	1 001
Hansestadt Lübeck		40	628

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt



Karte 5.3: Ambulante Pflegedienste 2018 nach Stadtteilen

01 - Innenstadt

- 1 BFS Lübeck Care GmbH
- 2 Braukmann Care Amb. Pflegedienst
- 3 Caritas Verb. Lübeck e.V. Amb. Pflege

02 - St. Jürgen

- 4 Dagmar Heidenreich Amb. Pflegeserv.
- 5 Pflegeservice Maxima
- 6 Krankenpflegedienst Daheim
- 7 Die Johanniter
- 8 ASB Häusliche Krankenpflege Lübeck
- 9 Manus Gesundheitshilfe e.V.
- 10 Rotkreuzschwestern ambulant
- 11 AWO Pfleged. Südholst.-Pflegeteam Lüb.

03 - Moisling

- 12 Pflegehilfe Aktiv
- 13 DHK-Die häusl. Krankenpfl. GmbH

04 - Buntekuh

- 14 Harmonie

05 - St. Lorenz Süd

- 15 Impuls - Kultursensibler Pflegedienst
- 16 Kranken- und Behindertenservice KBS
- 17 Mobile Dienste - amb., soz. Hilfsdienste

06 - St. Lorenz Nord

- 18 Ambulanter Pflegedienst Lichtblick
- 19 Häusliche Krankenpflege Rach
- 20 Palliativnetz Travebogen gGmbH
- 21 Amb. Pfl. Vorw. Diakonie Sozialst. Lübeck
- 22 Die Brücke - Sozialpsych. Fachpfleged.
- 23 Besser Leben Pflegedienst
- 24 Mobile Pflege Nord-Ost GmbH
- 25 Pflegeteam MediBalance

07 - St. Gertrud

- 26 Hanse-Residenz Amb. Pflegedienst
- 27 Pflegedienst Andrea Schalles
- 28 Pro Vita Ambulanter Pflegedienst
- 29 DHK Die häusliche Krankenpflege GmbH
- 30 Pflegedienst an der Trave
- 31 Marli Pflege GmbH Amb. Pflegedienst

08 - Schlutup

- 32 Pflegedienst Dr. med. Al-Bayati

09 - Kücknitz

- 33 Pflegedienst Dänischburg
- 34 SaB a Vita Pflegedienst
- 35 EMMA Ambulanter Pflegedienst
- 35 Vita, amb. Pflegedienst u. Seniorenservice
- 37 DRK Pflegedienst gGmbH

10 - Travemünde

- 38 Amb. Pfl. Vor. Diakonie Sozialstation Travem.
- 39 Ostsee-Möwen Ambulanter Pflegedienst
- 40 Rosenhof Seniorenwohnanlage Amb. Pfl.

Stockelsdorf

- 41 DRK Pflegeteam Süd
- 42 Lübecker Pflegedienst

Quelle: HL, Pflegestützpunkt

5.4.4 Teilstationäre Pflege

Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflege sind Leistungen der Pflegeversicherung und bilden eine Ergänzung zur häuslichen Pflege. Durch sie soll die häusliche Pflegesituation und damit das ambulante Pflegekonzept stabilisiert und gestärkt werden. Während die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernimmt, sind die Kosten für die Verpflegung privat zu tragen. Die An- und Abfahrten werden zumeist durch die Einrichtung organisiert.

Viele Berufstätige können ihre Angehörigen selbst nicht rund um die Uhr versorgen und benötigen daher geeignete Betreuungsangebote für den Tag. Wenn z.B. Hilfe beim Toilettengang benötigt wird, ist ein ambulanter Pflegedienst, der ein- oder zweimal am Tag vorbeischaut nicht mehr ausreichend. Hier bietet sich die Tagespflege an. Bei der Tagespflege halten sich die Pflegebedürftigen tagsüber in der Tagespfleeinrichtung auf und sind abends bzw. nachts wieder in ihrer bekannten Umgebung. Die Tagespflege bietet den Nutzern und Nutzerinnen eine individuelle Tagesstruktur mit pflegerischer Hilfe und einem Betreuungsangebot.

Die Pflegebedürftigen werden morgens zu Hause versorgt, gewaschen und angezogen – entweder vom ambulanten Pflegedienst oder den Angehörigen – und danach in die Einrichtung gebracht. Die Pflegebedürftigen erfahren tagsüber einen strukturierten Tagesablauf. Gegen 17:00 sind die Pflegebedürftigen zumeist wieder zu Haus und werden ggfs. vom ambulanten Pflegedienst bettfertig gemacht. Als teilstationäre Pflege ist die Tagespflege sozusagen das Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

Der pflegebedürftige Gast einer Tagespflege sollte jedoch transportfähig sein, d.h. nicht bettlägerig sein und sollte in der Lage sein, mehrere Stunden sitzend zu verbringen. Der Besuch im Rollstuhl stellt daher kein Problem dar.

Die Nachtpflege enthält die gleichen Leistungen wie die Tagespflege mit dem einzigen Unterschied der Betreuungszeiten. Die Nachtpflege kommt insbesondere bei Intensivpflege-Patienten wie z.B. bei Alzheimer-Patienten in Frage oder auch im Rahmen der Palliativpflege. Die Nachtpflege wird in Lübeck zurzeit allerdings nicht angeboten.

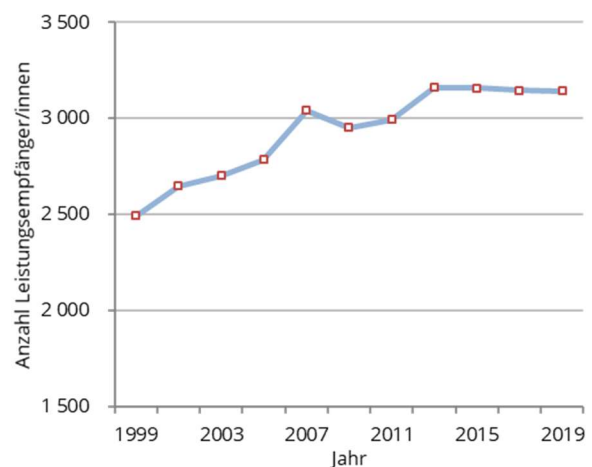
Einrichtungen mit Tagespflege

In der Hansestadt Lübeck gibt es sechs Einrichtungen der Tagespflege. Pro Einrichtung werden zwischen 12 und 18 Plätze vorgehalten. Die Auslastung lag im Durchschnitt des Jahres 2018 bei rd. 90 Prozent. Das Auslastungsgrade mit 100 Prozent in der Realität aus organisatorischen Gründen beim Bewohnerwechsel nicht möglich sind, sind Auslastungsgrade, die bei über 90 Prozent liegen – auch in Abhängigkeit von der Größe eines Heimes - bereits als kritisch zu betrachten. Die Tagespfleeinrichtungen werden privat bzw. von freigemeinnützigen Trägern betrieben.

5.4.5 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Mit einer älter werdenden Bevölkerung ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Lübeck in den letzten Jahren deutlich angestiegen. So ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Heimen von rd. 2.500 im Jahre 1999 auf rd. 3.200 im Jahre 2013 angestiegen (Tab. 5.1, S. 140). Seitdem stagnieren die Zahlen in der stationären Pflege, was zum Teil auf die vorrangige Inanspruchnahme der ambulanten Pflege zurückzuführen sein dürfte. Die Zahl der in der stationären Pflege Beschäftigten ist ebenfalls angestiegen, hat in 2017 jedoch einen Einbruch erlitten.

Abb. 5.11: Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen 1999 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Zahl städtischer Einrichtungen stagnierend

Die Zahl der Pflegeeinrichtungen ist insbesondere zwischen 1997 und 2010 von 29 auf 47 deutlich angestiegen. Bis Ende 2018 hat sich die Zahl der Pflegeeinrichtungen auf 53 erhöht, darunter befinden sich mittlerweile sechs Einrichtungen der Tagespflege.

Die Zuwächse sind auf neue Einrichtungen der gemeinnützigen und privaten Träger zurückzuführen. Die Zahl der gemeinnützigen Einrichtungen stieg gegenüber 1997 bis 2019 von zehn auf 22, die der privaten Träger von elf auf 22. Die Zahl städtischer Einrichtungen blieb nahezu unverändert. Zum Ende des Jahres 2018 wurde das Seniorenpflegeheim in der Schönböckener Straße geschlossen, womit die Zahl öffentlicher(städtischer) Heime wieder auf acht gesunken ist. 81 Heimplätze sind dadurch weggefallen.

Tab. 5.14 Stationäre Pflegeeinrichtungen 2010 und 2018 nach Trägerschaft

Träger-schaft	2010		2018	
	insge-samt	dar. Tages-pflege	insge-samt	dar. Tages-pflege
gemeinnützig	21	2	22	3
privat	17	-	22	3
öffentlich	9	-	9	-
insg.	47	2	53	6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflege-statistik

Trend zu größeren Einrichtungen

Im Jahr 2004 gab es fünf Heime mit einer Platzzahl von über 120 Plätzen. 2018 waren es bereits doppelt so viele. Auch die Zahl der Heime mit 81 bis 120 Plätzen hat sich im selben Zeitraum von zehn auf 23 mehr als verdoppelt. Die Zahl der kleineren Heime mit 41 bis 80 Plätzen hat sich dagegen von 15 auf sieben mehr als halbiert. Der Trend zu größeren Einheiten weist deutlich auf die ökonomischen Erfordernisse im Pflegebereich hin. Automatisch stellt sich hier die Frage, inwieweit die kleineren Heime hier zukünftig bestehen werden bzw. welche Spezialisierungen oder Besonderheiten hier erforderlich sind, um auch in Zukunft am Markt bestehen zu können.

Tab. 5.15: Stationäre Pflegeeinrichtungen 2004 – 2018 nach Größe

Pflege-plätze pro Einrichtung	2004		2018	
	Einricht-ungen	Pflege-plätze	Einricht-ungen	Pflege-plätze
bis 40	5	147	6	160
41 - 80	15	1 008	7	1 072
81 -120	10	1 001	23	1 460
121 u. mehr	5	842	10	998
k.-A.	-	-	1	-
insg.	35	2 998	47	3 690

Anmerkung: 2018 zzgl. 103 Plätzen in der Tages- und Nachtpflege

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflege-statistik

Wohnortnahe Pflegeplatzversorgung nach Stadtteilen

Laut den Zielen des Landespflegegesetzes soll bei den Planungsrichtlinien auch der Aspekt der wohnortnahen Versorgung berücksichtigt werden. Als Grundlage der kleinräumigen Betrachtung wurden die zehn Stadtteile der Hansestadt Lübeck gewählt. Diese sind zwar recht unterschiedlich groß, was Fläche oder Einwohnerzahl angeht, es sind jedoch die in der Bevölkerung bekannten Gebiete und damit auch Grundlage eines - wenn denn vorhandenen- gefühlten lokalen, kleinräumigen Zugehörigkeitsgefühls. Dies gilt insbesondere für die kleineren Stadtteile wie Innenstadt, Moisling, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Schlutup, Kücknitz und Travemünde. Dem stehen die größeren Stadtteile St. Lorenz Nord, St. Gertrud und St. Jürgen gegenüber, die ggfs. einer differenzierteren Sichtweise bedürfen.

Die Darstellung in Tabelle 5.16 zeigt dabei deutliche Unterschiede, die von 3,8 Prozent in St. Jürgen bis zu 25 Prozent in Schlutup reichen. Die Standorte und Kapazitäten der Pflegeheime ergeben sich aus der Karte auf Seite 150.

Tab. 5.16: Vollstationäre Pflegeplatzversorgung der über 75-Jährigen 2018 nach Stadtteilen

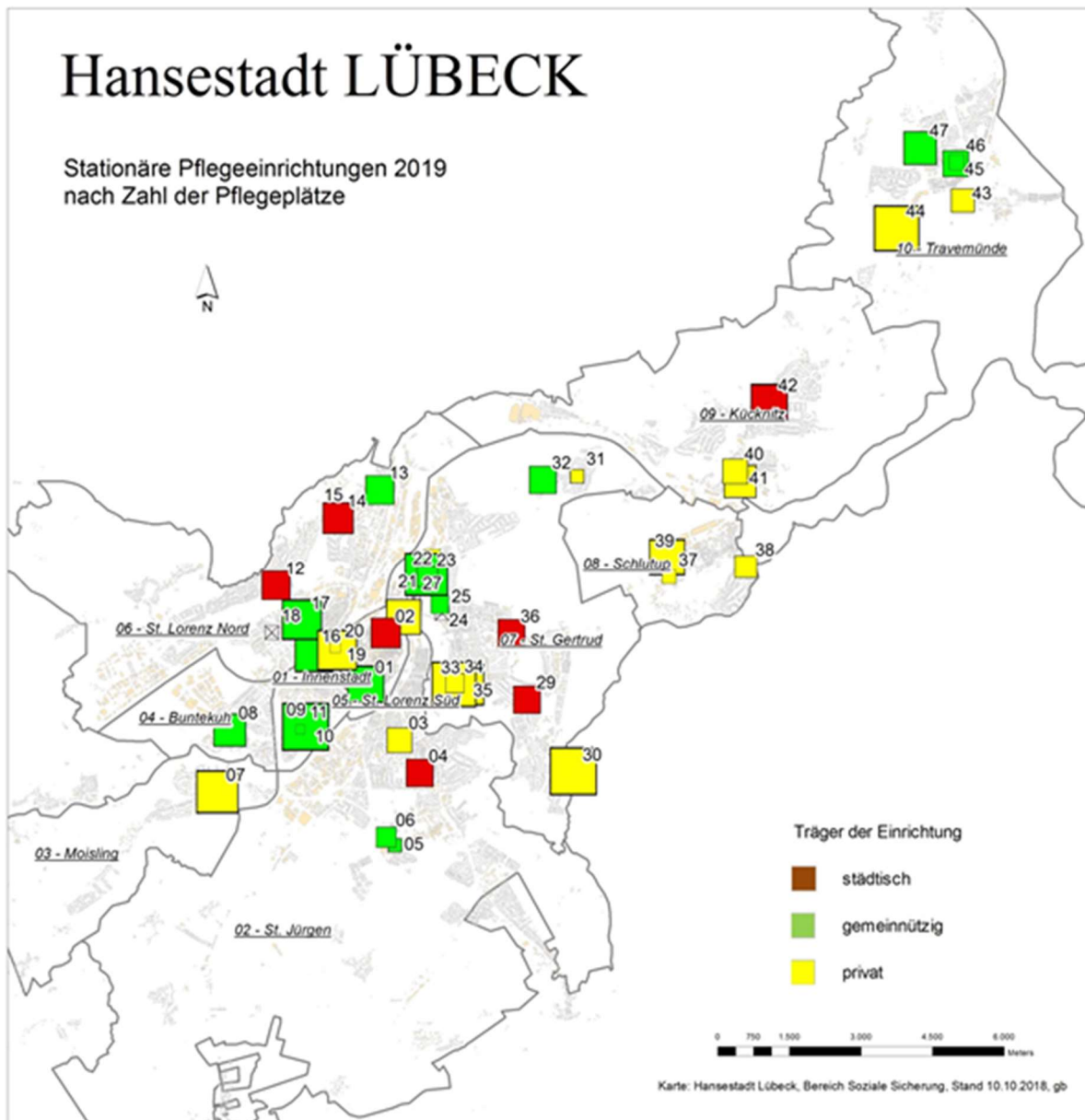
Stadtteil	Plätze	Einw. über 75 Jahre	Plätze pro 100 Einw. ü. 75 Jahre
01 - Innenstadt	185	998	18,5
02 - St. Jürgen	202	5 319	3,8
03 - Moisling	122	1 305	9,3
04 - Buntekuh	174	1 371	12,7
05 - St. Lorenz S.	245	1 418	17,3
06 - St. Lorenz N.	696	4 529	15,4
07 - St. Gertrud	1 203	6 098	19,7
08 - Schlutup	195	779	25,0
09 - Kücknitz	248	2 368	10,5
10 - Travemünde	420	3 669	11,4
insg.	3 690	27 854	13,2

Anmerkung: zzgl. 103 Plätzen in der Tages- und Nachtpflege

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung und Einwohner-melderegister

Hansestadt LÜBECK

Stationäre Pflegeeinrichtungen 2019
nach Zahl der Pflegeplätze



Karte 5.4: Stationäre Pflegeeinrichtungen 2019 nach Stadtteilen (ohne Einrichtungen der Tagespflege)

01 - Innenstadt

- 01 Alten- und Pflegeheim Haus Simeon
- 02 Heiligen-Geist-Hospital

02 - St. Jürgen

- 03 Senioren-Residenz Mühlentor
- 04 Alten- und Pflegeheim Elswigstraße
- 05 AWO Servicehaus Hochschulstadt.
- 06 Hausgemeinschaft Carl-Gauß-Str.

03 - Moisling

- 07 Seniorenh. Hinrichs Moislinger Aue

04 - Buntekuh

- 08 Seniorenwohnsitz Quellenhof

05 - St. Lorenz Süd

- 09 Katharina von Bora Betagtenhaus
- 10 Pflegezentrum Travetal
- 11 Hospiz Rickers-Kock-Haus

06 - St. Lorenz Nord

- 12 Alten- und Pflegeheim Haus Dornbreite
- 13 Haus am Tremser Teich
- 14 Alten- und Pflegeheim Am Behnckenhof
- 15 APH Am Behnckenhof Geront. Abteilung
- 16 Alten- und Pflegeheim "Lotti-Tonello-Haus"
- 17 Haus Lübeck
- 18 APH Schönböckener Str. (geschlossen)
- 19 Domicil Seniorenpf. Am Holstentor GmbH
- 20 Domicil Seniorenpf. - Demenzbereich

07 - St. Gertrud

- 21 APH Haus Nazareth -Allgemeiner Bereich-
- 22 H. Nazareth Wohnber. f. Menschen m. Dem.
- 23 Haus am Stadtpark
- 24 Erika-Gerstung-Haus
- 25 Erika-Gerstung-Haus 2 (geschlossen)
- 26 Hanse-Residenz-Lübeck
- 27 Senioren Residenz St. Gertrud (geschl.)
- 28 Seniorenresidenz Traveblick
- 29 Alten- und Pflegeheim Dreifelderweg
- 30 Priv. Alten- und Pflegepension Rosenhof
- 31 Senioren-Pension Schön

- 32 DRK Senioren- und Pflegezentrum Im Park
- 33 DOM ICIL Seniorenpflegeheim Marli
- 34 DOM ICIL Seniorenpf. -Pflegeber. Demenz-
- 35 Senioren-Residenz Waldersee
- 36 Alten- und Pflegeheim Prassekstraße

08 - Schlutup

- 37 Sonnenhof GmbH
- 38 CURA Seniorenzentrum Lübeck
- 39 APH Dr. med. Al-Bayati und Frau

09 - Kücknitz

- 40 Seniorenhaus Hinrichs Herrenwyk
- 41 Seniorenhaus Hinrichs Kasino
- 42 Alten- und Pflegeheim Solmitzstraße

10 - Travemünde

- 43 Rosenhof Seniorenwohnanlage
- 44 Seniorenzentrum Travemünde
- 45 Malteserstift Haus St. Birgitta
- 46 Malteserstift H. St. Birgitta - geront. Fachabt.
- 47 Pflegezentr. Travemünde Am Dreilingsberg

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt, Stand: Dezember 2019

5.4.6 Hilfe zur Pflege

Die gesundheitliche Situation birgt ein hohes Armutspotential, das spätestens beim Auftreten der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommt. Denn Pflegebedürftige benötigen in der Regel professionelle Hilfe und die ist verhältnismäßig teuer. Auch unter Einbeziehung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung können die Kosten der Pflege von vielen Pflegebedürftigen nicht, nicht ausreichend oder nur für einen begrenzten Zeitraum aus eigenem Einkommen oder eventuell vorhandenem Vermögen getragen werden.

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung in Deutschland zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Bundesweit beziehen rund ein Drittel der Heimbewohner/-innen Sozialhilfe, weil Vermögen und Einkommen nicht reichen, um die Eigenanteile zu bezahlen.

Die Hilfe zur Pflege gehört wie die Eingliederungshilfe zur Hilfe in besonderen Lebenslagen nach SGB XII (s. Tab. 6.4).

In Lübeck ist die Zahl der Hilfeempfänger/-innen zur Pflege insg. (ambulant, stationär und Pflegegeld) seit 2006 von rd. 1.500 auf rd. 2.400 Hilfen zum Jahresende 2016 deutlich angestiegen.

Tab. 5.17: Empfänger/-innen von Leistungen nach Kap. 5.-9. SGB XII (Hilfe in besonderen Lebenslagen)

Jahr, jeweils 31.12.	insg.	und zwar			
		Eingliederungshilfe	Hilfe zur Pflege	außerh. von Einrichtungen	in
2006	4 376	2 521	1 468	2 278	2 420
2007	4 987	2 954	1 659	1 625	3 379
2008	4 894	2 984	1 637	1 483	3 416
2009	5 132	3 193	1 705	1 652	3 494
2010	5 427	3 222	2 008	1 969	3 470
2011	5 550	3 336	2 016	2 006	3 560
2012	5 497	3 268	2 055	1 974	3 572
2013 p)	5 716	3 318	2 003	2 219	3 479
2014	5 934	3 367	2 391	2 500	3 451
2015	5 947	3 438	2 326	2 530	3 425
2016	6 365	3 809	2 391	2 841	3 538
2017	5 625	3 514	1 217	2 745	2 914

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Stat. Ber. K I 1 – j, Teil 2

Einführung der Pflegegerade führt zu sinkende Fallzahlen

Im Jahr 2017 kam es jedoch zu einem deutlichen Rückgang in der Zahl der Hilfeempfänger/-innen. Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes mit Wirkung zum 1.1.2017 wurden Personen mit der bisherigen Pflegestufe 0 und 1 in den neuen Pflegegrad 2 übernommen. Hatte die Pflegekasse in der Pflegestufe 0 zu den Pflegekosten bisher nichts dazu bezahlt, wurden diese nun von der Pflege-

kasse übernommen, wodurch viele bisherige Empfänger/-innen von Leistungen nach dem SGB XII aus dem Sozialhilfebezug fielen und zu Selbstzahlern wurden.

So wurden in Schleswig-Holstein zum Jahresende 2016 noch 13.061 Hilfeempfänger/-innen gezählt. Ende 2017 waren es nur noch 8.688, entsprechend einer Abnahme von rd. einem Drittel. In der Hansestadt Lübeck hatte sich die Zahl von 2.391 auf 1.217 sogar nahezu halbiert.

Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen

Bezieht man sich ausschließlich auf die Zahl der Hilfeempfänger/-innen zur Pflege in stationären Einrichtungen, so zeigt sich auch hier aufgrund der genannten Ursachen für das Jahr 2017 ein deutlicher Rückgang bis auf knapp unter 900 Hilfeempfänger/-innen (siehe Abb. 5.12).

Der seit 2010 kontinuierlich zu beobachtende Rückgang der Fallzahlen ist dagegen im Ausbau der ambulanten Hilfen begründet. Zusätzlich sind die Platzzahlen der Pflegeheime aktuell rückläufig. Mangels Pflegefachkräften können die Einrichtungen ihre (Betten-) Kapazitäten oftmals nicht voll ausschöpfen und erreichen daher keine volle Auslastung. Teilweise stehen Pflegeplätze auch im Zuge von Umbaumaßnahmen temporär nicht zur Verfügung.

Abb. 5.12: Hilfeempfänger/-innen in stationären Pflegeeinrichtungen 2010 – 2021 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung

Häusliche Pflege

Im Bereich der häuslichen Pflege erhalten ca. 650 Personen Hilfe zur Pflege nach SGB XII (Stand Ende 2019). Eine rückblickende Zeitreihendarstellung ist aufgrund methodischer, begrifflicher und statistischer Änderungen aktuell nicht leistbar.

5.4.7 Beschäftigte in der Pflege

Demographischer Wandel

Die Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Personen wird im Zuge der demographischen Alterung eine wachsende Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung einnehmen. Mit der steigenden Zahl älterer Menschen werden auch alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen zunehmen, womit die betroffenen Personen auf Hilfe und Pflege angewiesen sein werden. Gleichzeitig sinkt jedoch auch das Arbeitskräftepotential im erwerbsfähigen Alter. Die Prognosen gehen daher von einer wachsenden Versorgungslücke zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden aus (s. Kap. 2.4).

Bundesweiter Fachkräftemangel

Bundesweit waren Ende 2018 nach der Statistik der Bundesagentur rd. 24.000 Stellen unbesetzt. Die Neubesetzung einer Stelle dauerte im Durchschnitt rd. 183 Tage. Auf 100 freie Stellen kamen zuletzt nur 25 arbeitslose Fachkräfte [AOK-Bundesverband 2019, S. 24 ff].

Arbeitsmarkt

Zur Beschreibung der Situation auf dem Arbeitsmarkt wählt die Bundesagentur für Arbeit die Begriffe generell bewusst neutral: es wird nicht von Fachkräftemangel oder Fachkräftebedarf, sondern von Besetzungsproblemen und von Engpässen gesprochen. Die statistische Analyse kann nicht klären, ob für die Engpässe ein Mangel an Fachkräften oder andere Gründe, wie überhöhte betriebliche Ansprüche, unattraktive Arbeitsbedingungen oder falsche Suchstrategien, verantwortlich sind. Nichtsdestotrotz hat sich im allgemeinen Sprachgebrauch in Bezug zur Pflege der Begriff des Fachkräftemangels durchgesetzt, denn zu offensichtlich sind die aktuellen Defizite in der Pflege.

Hoher Frauenanteil und viel Teilzeitarbeit

In der Alten- und Krankenpflege sind sowohl Teilzeitbeschäftigungen als auch geringfügige Beschäftigungen weit verbreitet. Bundesweit liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bei 28 Prozent, in der Altenpflege ist der Anteil mit 56 Prozent etwas höher als bei der Krankenpflege mit 43 Prozent. Die Pflege ist eine Frauendomäne, denn in der Altenpflege sind 84 Prozent Frauen und in der Krankenpflege sind es immerhin noch 81 Prozent [Bundesagentur für Arbeit, 2018].

Vermehrt ausländische Fachkräfte

Zur Reduzierung des Fachkräftemangels in der Pflege wird zunehmend auf ausländische Fachkräfte gesetzt, auch wenn die Berufsankennung und die Sprachbarrieren zum Teil große Hürden darstellen. Im Zuge der europäischen Freizügigkeit hat sich die Zahl der beschäftigten EU-Ausländer/-innen deutlich erhöht. Darüber hinaus wurden

in den letzten Jahren im Rahmen des Projektes „Triple Win“ verstärkt Altenpfleger aus dem außereuropäischen Ausland angeworben.¹

Als Resultat ist der Anteil ausländischer Pflegekräfte bundesweit seit 2013 von sieben Prozent bis 2017 auf elf Prozent angestiegen.

Entsprechend der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege, hat sich auch die Zahl der in der ambulanten Pflege Beschäftigten erhöht (Tab. 5.18). So hat sich die Zahl der Beschäftigten von 490 im Jahre 2003 auf 968 im Jahre 2017 nahezu verdoppelt. In den stationären Pflegeeinrichtungen ist die Zahl der Beschäftigten von 2086 im Jahr 2003 auf 2.728 im Jahr 2015 angestiegen. Für 2017 waren die Zahlen erstmalig rückläufig und gingen auf 2.596 Beschäftigte zurück, dies bei in etwa gleichbleibenden Zahlen der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege.

Tab. 5.18: Personal in der Pflege 2003 – 2019 in der Hansestadt Lübeck

Jahr ----- jeweils 31.12.	insge- samt	davon in ...	
		ambulanten Pflegediensten	stationären Heimen
2003	2576	490	2086
2005	2854	526	2328
2007	3029	540	2489
2009	3170	595	2575
2011	3225	593	2632
2013	3398	721	2677
2015	3656	928	2728
2017	3564	968	2596
2019	3711	1033	2678

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik

Das Personal in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen setzt sich aus diversen Berufsgruppen zusammen. 867 staatlich anerkannten Altenpfleger/-innen, 236 staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/-innen, 262 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, 99 Krankenpflegehelfer/-innen und 27 Kinderkrankenpfleger/-innen bilden quasi die Basis im pflegerischen Personalstand der insgesamt 3.564 Beschäftigten im Jahr 2017.

Hinzu kommen 372 Beschäftigte aus sonstigen pflegerischen Berufen. Knapp über 200 Personen haben einen hauswirtschaftlichen Abschluss. Rund ein Drittel der Beschäftigten haben sonstige Berufsabschlüsse (867) oder keinen Berufsabschluss (389).

141 Personen befinden sich in der Ausbildung bzw. machen eine Umschulung, wobei der überwiegende Teil (126) in den stationären Einrichtungen zu finden ist. Die Zahlen in der Aufgliederung nach Berufsgruppen liegen erstmalig für das Jahr 2017 vor, so dass leider noch keine zeitlichen Vergleiche möglich sind.

¹ „Triple Win“ ist ein Projekt in Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zur nachhaltigen Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland. Siehe auch: <http://www.triple-win-pflegekräfte.de>

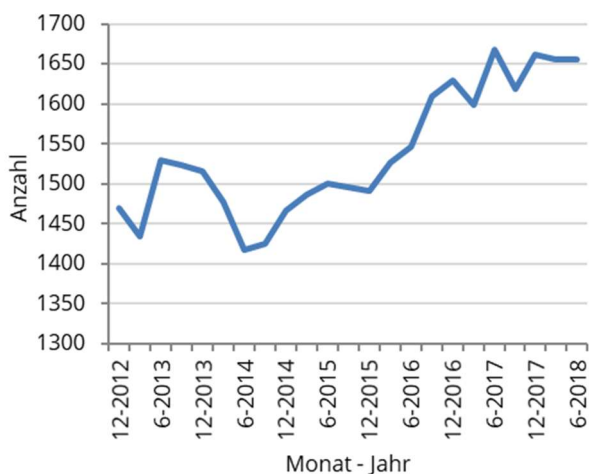
Tab. 5.19: Personal in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen 2017 und 2019 in der Hansestadt Lübeck

Höchster Berufsabschluss	2017	2019	+/-
Insgesamt	3 564	3 711	147
davon			
staatl. anerk. Altenpfleger/in	867	863	- 4
sonstiger Berufsabschluss	867	935	68
ohne Berufsabschluss	389	373	- 16
sonstiger pflegerischer Beruf	372	383	11
Gesundheits- u. Krankenpfl.	262	285	23
staatl. anerk. Altenpflegehelfer/in	236	263	27
sonst. hausw. Berufsabschl.	184	217	33
Auszubildende/r, (Um-)Schüler/in	141	165	24
Krankenpflegehelfer/in	99	74	- 25
Ergotherapeut/in	43	40	- 3
sonstige	99	103	4

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, Pflegestatistik 2019

Entsprechend der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen laut Pflegestatistik ist auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenhilfe angestiegen, und zwar von rd. 1.400 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2014 auf ca. 1.640 bis 2018, wobei diese Zahl seit Mitte 2017 konstant geblieben ist. Der Beschäftigtenzuwachs ist vermutlich überwiegend auf eine Zunahme der Teilzeitarbeit zurückzuführen, wenn man den Bundestrend zugrunde legt. Inwieweit der Zuwachs auf eine Zunahme der Beschäftigtenzahlen ohne deutsche Staatsangehörigkeit zurückzuführen, kann anhand der verfügbaren Daten nicht dargelegt werden.

Abb. 5.13: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege 2012 – 2018 in der Hansestadt Lübeck

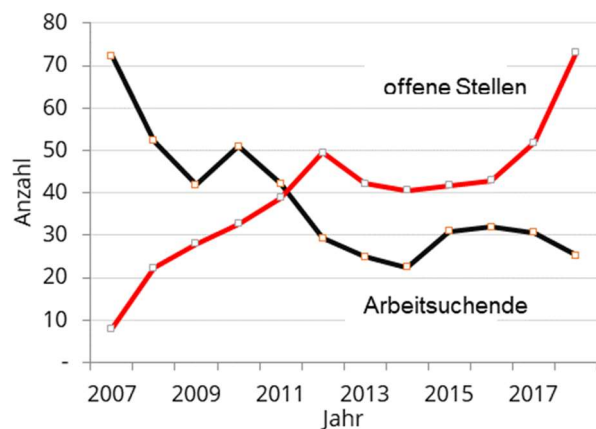


Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsuchende, Arbeitslose und gemeldete sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen insgesamt und darunter in der Berufsgruppe 821 Altenpflege in der Klassifikation der Berufe 2010 (Zielberuf), Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Altenpflegefachkräfte

Wie gestaltet sich jedoch das Verhältnis von Angebot und Nachfrage? Betrachtet man zunächst den Arbeitsmarkt für die Altenpflegefachkräfte, so zeigt sich in den letzten zehn Jahren ein deutlicher Zuwachs bei den offenen Stellen. Von unter zehn Stellen im Jahre 2007 sind die offenen Stellen für Altenpflegefachkräfte auf über 70 offene Stellen im Jahre 2018 angestiegen. Es ist nahezu eine Verzehnfachung der Fallzahlen! Ein erster Anstieg erfolgte zwischen 2007 auf 2012, ein zweiter sprunghafter Anstieg ist für die letzten beiden Jahre festzustellen. Im Gegenzug ist die Zahl der Arbeitssuchenden von rd. 70 im Jahre 2007 auf ungefähr 25 im Jahr 2008 gesunken. Im Jahr 2018 kamen so rein rechnerisch auf über 70 freie Stellen lediglich ca. 25 Arbeitssuchende.

Abb. 5.14: Bestand an Arbeitsuchenden und offenen Stellen für Altenpflegefachkräfte 2007- 2018 in Lübeck – Jahresdurchschnittswerte



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Graphik: HL, Soziale Sicherung

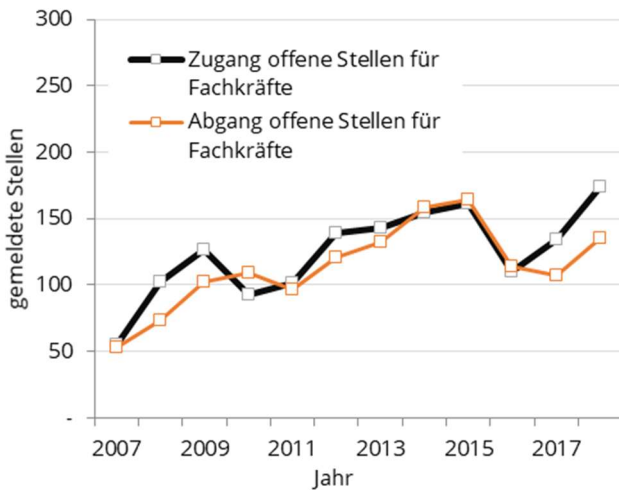
Die Gegenüberstellung von offenen Stellen zu Arbeitssuchenden sagt jedoch noch nichts über die Dynamik am Arbeitsmarkt aus. Hinter oftmals nur geringen Bestandsveränderungen können sich zahlenmäßig deutliche Bewegungen verbergen.

Die Statistik der Zu- und Abgänge zeigt eine deutliche wachsende Dynamik am Arbeitsmarkt für Altenpflegefachkräfte. Kamen im Jahr 2007 noch 50 neue Stellen pro Jahr hinzu bei einem gleichzeitigen Abgang offener Stellen in etwa der gleichen Höhe, was rein rechnerisch auf eine optimale Stellenvermittlung und auf einen funktionierenden Arbeitsmarkt hinweist, wurden in den Folgejahren deutlich mehr Stellen pro Jahr frei als auch deutlich mehr Stellen besetzt. Erfolgt dies in gleicher Höhe ist auch hier – wenn auch mit höherer Dynamik bzw. Fluktuation – immer noch ein funktionierender Arbeitsmarkt gegeben. Problematisch sind jedoch die Jahre, in denen mehr offene Stellen hinzukamen als abgingen. Dies hat jedes Mal zu einer Veränderung der Relation von offenen Stellen zu Arbeitssuchenden geführt und somit im steigendem Maße zu einer Verknappung der Arbeitskräfte am Arbeitsmarkt.

Lediglich im Jahr 2010 kam zu der Situation, dass die Zahl der Abgänge etwas über der Zahl der Zugänge lag, was einmalig eine kurzzeitige Entspannung am Arbeitsmarkt brachte.

Deutlich ist für die Jahre 2017 und 2018 zu erkennen, dass die Zugangszahlen an offenen Stellen deutlich über jener der Abgänge lag (Abb. 5.15), wodurch sich die Zahl der offenen Stellen im Bestand von ca. 40 auf über 70 nahezu verdoppelte (Abb. 5.14).

Abb. 5.15: Zu- und Abgänge der Stellen für Altenpflegefachkräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck



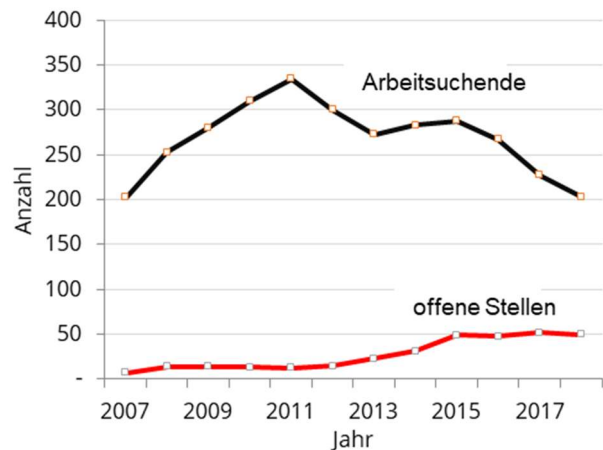
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost,

Altenpflegehilfskräfte

Anders sieht die Situation bei den Altenpflegehilfskräften aus. Zunächst ist die Zahl der Arbeitsuchenden mit 200 bis ca. 300 Personen im Jahresdurchschnitt deutlich höher. Die Zahl der offenen Stellen war bis 2012 mit 20 Stellen im Jahresdurchschnitt in Relation zur Zahl der Arbeitssuchenden sehr gering. Das heißt, bis dahin kamen auf zehn offene Stellen zeitweise über 300 Arbeitsuchende. Aktuell kommen auf 200 Arbeitsuchende 50 offene Stellen, d.h. rein rechnerisch kommen auf eine freie Stelle vier Bewerber/-innen.

Auch bei den Altenpflegehilfskräften zeigt sich wie bei den Altenpflegefachkräften eine Zunahme in der Dynamik der jährlichen Bewegungsdaten. Der jährliche Zugang bzw. Abgang für offene Stellen stieg von 50 im Jahre 2007 auf über 100 im Jahr 2018 an. Auffällig ist die Zunahme der Dynamik in den Jahren 2014 bis 2016 mit dem Maximum im Jahr 2015.

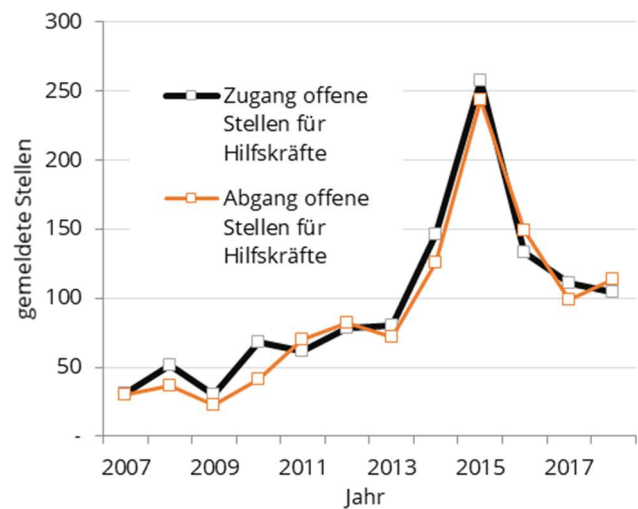
Abb. 5.16: Bestand an Arbeitsuchenden und offenen Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck – Jahresdurchschnittswerte.



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Möglichweise ist dies durch die Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes mit Wirkung zum 1.1.2015 begründet, dass u.a. eine Verbesserung der Personalausstattung durch eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels vorsah.

Abb. 5.17: Zu- und Abgänge in den Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Die Vergütungen in der Altenpflege

Insgesamt arbeiten rund 1,1 Millionen Menschen in Deutschland in der Altenpflege, die meisten allerdings nur im Nebenjob. Nur 200.000 sind sozialversicherungs-pflichtig und in Vollzeit angestellt. Das hat seinen Grund, denn Altenpflege ist sowohl physisch als auch psychisch harte Arbeit und trotzdem wird diese nur schlecht bezahlt.

Dies gilt insbesondere für die Helfer/-innen in der Altenpflege, denn die Pflege von Menschen ist aktuell der Pflege von Gebäuden gleichgestellt. So werden in der Gebäudereinigung 2.022 Euro gezahlt und in der Altenpflegehilfe nicht mal 20 Euro mehr (pro Monat).

Das Vergütungsniveau für Fachkräfte in der Altenpflege ist zwar deutlich höher und bewegt sich im Bereich der handwerklichen Berufe, fällt jedoch deutlich ab gegenüber Berufen wie Erzieher/-innen, Krankenschwestern/-pflegern oder Sozialarbeiter/-innen.

Eine Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit (BA) ergab, dass im Jahr 2018 fast zwei Drittel der vollzeitbeschäftigten Altenpflegehelfer in Deutschland unter der Niedriglohnschwelle lagen. Diese Schwelle ist mit 60 Prozent des durchschnittlichen Bruttomonatseinkommens definiert und belief sich im Jahr 2018 auf 2203 Euro pro Monat. Auch bei den in Vollzeit beschäftigten Altenpflegefachkräften erzielten 14,1 Prozent nur Gehälter unterhalb der Niedriglohnschwelle.

Der Bundestag befasste sich im Herbst 2019 mit einer besseren Entlohnung von Pflegekräften. Ziel ist ein Pflegelöhneverbesserungsgesetz, das die Grundlage für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag bilden soll. Offen ist noch, wie die auch durch höhere Löhne steigenden Kosten in der Pflege finanziert werden sollen.

Für Hilfskräfte in der Altenpflege liegt der Mindestlohn derzeit (2019) bei 11,05 Euro pro Stunde im Westen, im Osten sind es 10,55 Euro. Zum 1. Januar 2020 sollen es 11,35 Euro im Westen bzw. 10,85 Euro im Osten sein.

Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn beträgt (2019) 9,19 Euro in der Stunde. Zum 1. Januar 2022 steigt der Mindestlohn auf 9,85 EUR an und zum 1. Juli 2022 ist eine Anpassung auf 10,45 EUR geplant.

Bundesgesundheitsminister Spahn forderte für Pflegefachkräfte einen Mindestlohn von 14 Euro pro Stunde, womit eine Pflegefachkraft im Monat auf 2.500 Euro Brutto kommen würde.

Zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs

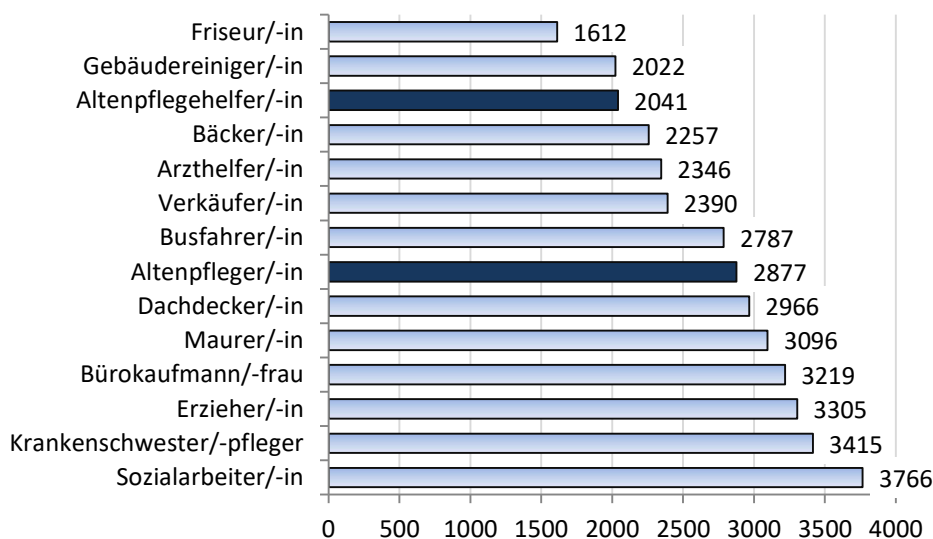
Allein ein kurzer Blick auf die Entwicklung der Altersstruktur lässt erahnen, dass die Pflegefallzahlen in Zukunft ansteigen werden.

Exakt lassen sich die Pflegefallzahlen jedoch nicht prognostizieren, denn die Entwicklung der Pflegeprävalenz hängt nicht nur von der Bevölkerungsalterung ab, deren Prognose ebenso gewissen Unwägbarkeiten unterliegt, sondern auch gesetzliche Änderungen oder z.B. das zukünftige Gesundheitsverhalten beeinflussen die zukünftigen Bedarfe in der Pflege.

Um die künftigen Pflegezahlen zu berechnen, werden die zu erwartenden altersspezifischen Pflegeprävalenzen auf die prognostizierten Altersgruppen einer zukünftigen Bevölkerung bezogen.

Eine Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs aus dem Jahre 2020 (siehe Pflegebedarfsplan der Hansestadt Lübeck) basierte noch auf der Pflegestatistik des Jahres 2017 und prognostizierte auf Grundlage der künftigen demographischen Entwicklung bis 2030 weitere Bedarfe in Höhe von 8,6 Prozent, die durch steigende Pflegebedarfe in der stationären Pflege und in der ambulanten Pflege begründet wurden. Inzwischen liegt die Pflegestatistik 2019 vor und es zeigt sich, dass die Prognose von 2020 aufgrund von Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden muss. Die grundsätzlich steigenden Bedarfe aufgrund der demographischen Entwicklung bleiben davon jedoch unberührt.

Abb. 5.18: Mittlere Gehälter ausgewählter Berufsgruppen 2018 im Bundesgebiet



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Entgeltatlas, Medianwerte

Handlungsbedarfe

Angesichts einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit stellt sich die Frage, inwieweit die vorhandenen Angebote ausreichen werden und welche konkreten Handlungsbedarfe ggfs. entstehen werden oder bereits bestehen.

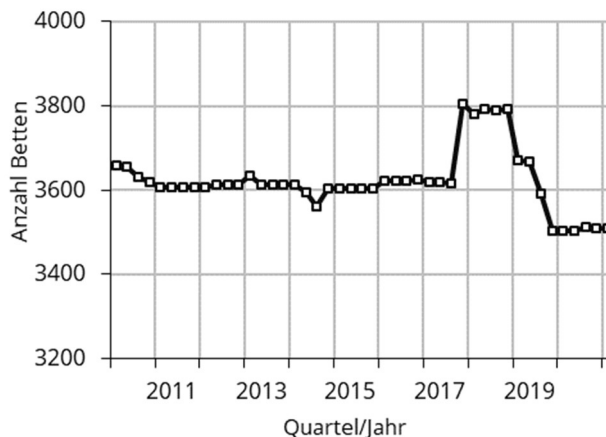
Die Gegenüberstellung der bestehenden Bettenangebote in den stationären Heimen mit der Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen ergibt zunächst ein falsches Bild: So wurden Ende 2017 aufgrund der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes 3.146 Pflegebedürftige in den stationären Einrichtungen gezählt. Dem standen ebenfalls Ende 2017 nach der internen Pflegestatistik des Bereiches Soziale Sicherung insg. 3.804 Pflegeplätze gegenüber. Trotzdem ermittelte der medizinische Dienst der Krankenkassen bei Überprüfungen der Einrichtungen für das vierte Quartale 2017 einen durchschnittlichen Auslastungsgrad von rd. 95 Prozent. In der Gegenüberstellung der o.g. Zahlen würde sich jedoch eine rein rechnerische Auslastung von lediglich 83 Prozent ergeben. Selbst nach Abzug der Tagespflegeplätze verbliebe eine größere Differenz. Diese Differenz ergibt sich aus den unbelegten Betten in den Einrichtungen, denn aufgrund der personellen Situation ist es in vielen Einrichtungen nicht möglich, alle Betten zu belegen. Teilweise sind sogar ganze Abteilungen nicht in Nutzung.

Nach Angaben der städtischen Senior:inneneinrichtungen lag die Auslastung der sieben kommunalen Heime im Herbst 2019 bei 99 Prozent. Im Jahr 2019 müssten pro Tag im Schnitt zehn Absagen erteilt werden. Die Wartezeiten für einen Platz können situationsbedingt bei mehreren Wochen liegen.

Bettenkapazitäten nicht ausgelastet

Unabhängig von diesen derzeit nicht nutzbaren freien Platzkapazitäten wird der Bedarf in der stationären Pflege um ca. 500 Plätze ansteigen, womit selbst unter Nutzung der jetzt vielleicht noch vorhandenen freien Betten- bzw. Raumkapazitäten (unter der Voraussetzung, dass das dafür benötigte Pflegepersonal gefunden wird), sehr schnell eine Grenze darüber hinaus erreicht werden kann, die eine Erweiterung der Bettenkapazitäten unbedingt erforderlich macht.

Abb. 5.19: Entwicklung der Bettenzahlen in den stationären Einrichtungen 2010-2021 in der Hansestadt Lübeck



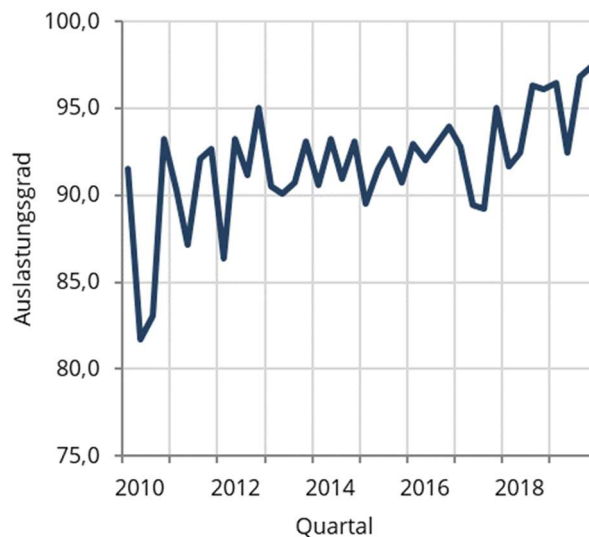
Quelle: HL, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflegebedarfsstatistik

Sinkende Bettenzahl und steigender Bedarf

Zudem ist zu befürchten, dass dieser Zustand inzwischen schon eingetreten sein könnte. So ist die Zahl der Betten (u.a. durch Heimschließungen) in den letzten Jahren von 3.802 auf 3.502 zurückgegangen ist (Abb. 5.19).

Egal ob zusätzliche Kapazitäten durch Anbauten oder Neubauten geschaffen werden, sind in beiden Fällen lange Vorlauf- und Planungszeiten erforderlich. Neue Kapazitäten werden nicht von heute auf morgen zu realisieren sein und bedürfen daher einer längerfristigen und vorausschauenden Planung.

Abb. 5.20: Auslastungsgrad in den vom MDK überprüften stationären Pflegeeinrichtungen 2010 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: MDK Prüfberichte, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

5.5 Apotheken

INFOBOX!

Aufgaben der Apotheken

Die öffentlichen Apotheken nehmen im System der Arzneimittelversorgung eine wesentliche Rolle in Deutschland ein. Neben Arzneimitteln und Medizinprodukten bieten Apotheken auch Nahrungsergänzungsmittel, kosmetische Erzeugnisse und weitere Waren mit gesundheitsförderndem Bezug an.

Gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) ist es der gesetzliche Auftrag des Apothekers und der Apotheke, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Daneben erfüllen Apotheken auch Gemeinwohlpflichten, wie z. B. den Nacht- und Notdienst oder die Anfertigung von Rezepturen. Zu den Aufgaben zählt zudem die Patientenberatung über mögliche Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten.

Apotheken im Strukturwandel

Arztpraxen und Apotheken garantieren im Zusammenspiel die wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und übernehmen somit eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem. Jedoch befinden sich die Apotheken in einem grundlegenden Strukturwandel, wodurch es in Deutschland immer weniger Apotheken gibt. Ende 2017 lag ihre Zahl bei 19.748 (2016: 20.023) und ist damit erstmals seit vielen Jahren unter 20.000 gesunken. Im Jahre 2008 gab es noch 21.602 öffentliche Apotheken in Deutschland. Nach Angaben des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) ist die flächendeckende Versorgung aktuell zwar nicht in Gefahr, doch könnte es zu Problemen kommen, wenn sich dieser Trend fortsetzt. Im Bundesgebiet kommen auf 100.000 Einwohner/-innen im Schnitt 24 Apotheken, womit Deutschland unter dem EU-Durchschnitt von 31 Betrieben liegt.

In Schleswig-Holstein sind nach Angaben der Apothekerkammer Schleswig-Holstein seit 2009 knapp 90 Apotheken verloren gegangen. Die Zahl ist von 740 auf 650 Betriebe mit Stand zum 31.12.2018 gesunken. Das Problem: Die Zahl der jungen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, die heute noch eine Perspektive in der Selbstständigkeit sehen, nimmt kontinuierlich ab. Hinzu kommt, dass sich viele Apothekerinnen und Apotheker dem Rentenalter nähern. Die Suche nach dem Nachwuchs gestaltet sich zunehmend schwierig. Bevorzugt werden mittlerweile sichere Angestelltenverhältnisse. Ein Trend, der auch für die Ärzteschaft festzustellen ist.

Notdienste

Durch die Notdienste wird die Versorgung mit Medikamenten in der Nacht, am Wochenende und an den Feiertagen gewährleistet. Im Raum Lübeck (incl. Bad Schwartau) stellen in der Regel jeweils drei Apotheken den

Notdienst sicher. Je nach Zahl der Apotheken in einem Versorgungsgebiet sind die Apotheken in unterschiedlicher Häufigkeit zum Notdienst verpflichtet.

Trend Filialisierung

Daneben schreitet die Filialisierung voran, wobei sich größere Verbünde immer stärker durchsetzen. So ist die Zahl der Apotheken mit einer Filiale zum ersten Mal leicht gesunken, dafür gibt es immer mehr Betriebe mit zwei oder drei Filialen. Auch die Zahl der Apotheken, die als sogenannte offene Handelsgesellschaften von mehreren Inhaberinnen bzw. Inhabern gemeinsam betrieben werden, wächst. Ende 2017 gab es bundesweit 709 solcher Betriebe (2016: 689). Auch dies scheint zu belegen, dass immer mehr Apotheken davor zurückschrecken, das finanzielle Risiko einer Selbstständigkeit alleine zu tragen.

Hinzu kommt ein gestiegener bürokratischer Aufwand. Auch der technische Aufwand sowie gesetzliche Vorgaben erhöhen zudem den Kostendruck auf die Apotheken vor Ort.

Zwar mehr Mitarbeiter/-Innen...

Trotz der sinkenden Apothekenzahl gab es im Bundesgebiet im Jahr 2017 mehr beschäftigte Apotheker/-innen in öffentlichen Apotheken (51.098) als im Vorjahr 2016 mit 50.123. Die steigende Mitarbeiterzahl weist sicherlich auf die Arbeitsverdichtung und den erhöhten Beratungsbedarf in der Apotheke hin.

Zum Stand 31.12.2018 waren in Schleswig-Holstein 3.570 Apotheker/-innen gemeldet. Davon waren u.a. 1.812 nicht berufstätig, 516 in Leitungsfunktion einer Apotheke und weitere 1.447 nichtselbständig tätig. Daneben waren 2.234 Pharmazeutisch-technische-Assistenten (PTA) und 1.054 Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) bei der Apothekerkammer Schleswig-Holstein registriert.

...aber weniger Gewinne

Im Jahr 2017 war das Betriebsergebnis einer durchschnittlichen Apotheke erstmals seit Jahren rückläufig. Zwar haben die Apotheken aufgrund einer teilweise besseren Vergütung insgesamt etwas mehr verdient, die steigenden Kosten konnte dieses Plus aber nicht auffangen.

Fachkräftemangel

Ein weiteres Problem ist, dass der Fachkräftemangel inzwischen auch bei den Apotheken angekommen ist. Nicht nur Apotheker/-innen sind vielerorts heißbegehrt, sondern zunehmend auch Pharmazeutisch-technische-Assistenten (PTA) und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA). Der Fachkräftemangel macht sich insbesondere in ländlichen Regionen bemerkbar. Nach Angaben der Apothekerkammer Schleswig-Holstein sind Apotheker/-innen und Pharmazeutisch-Technische Assistentinnen (PTA) zurzeit auch sehr gefragt in Laboren, in Unternehmen oder etwa auch bei der Bundeswehr.

Marktanteile im Versandhandel

Der allgemeine Trend im Handel, Produkte zunehmend im Internet zu kaufen, trifft auch die Apotheken. Der Versandhandel mit rezeptpflichtigen und -freien Medikamenten ist in Deutschland seit 2004 erlaubt (§ 43 Abs. 1 AMG, Arzneimittelgesetz). Die Onlineapotheke DocMorris versucht seit Jahren beharrlich, sich noch stärker im deutschen Apothekenmarkt zu etablieren. Auch Drogeriemärkte oder Internethandelsplattformen wie z.B. Amazon arbeiten daraufhin, in das Geschäft des Arzneimittelverkaufs einzusteigen. Der Marktanteil des Versandhandels mit rezeptfreien Medikamenten hat sich seitdem bis 2016 auf ca. 13 Prozent gesteigert, während der Anteil verschreibungspflichtiger Arzneimitteln mit 1,3 % noch deutlich niedriger ausfällt (ABDA 2017, S. 16). Der Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA 2018) erwartet beim Verkauf rezeptfreier Arzneimittel bis 2020 einen weiteren Anstieg des Umsatzes auf 17 % wobei ein vergleichbares Wachstum für verschreibungspflichtige Medikamente jedoch für unrealistisch gehalten wird.

Online-Handel gegen wohnortnahe Versorgung

Der zunehmende Konkurrenzdruck durch das Internet bzw. durch internationale Großkonzerne gefährden auch hier die die wohnortnahe Versorgung. Die nicht kostendeckend honorierten Beratungsleistungen werden durch den Online-Handel nicht erbracht, da dieser sich im Medikamentenverkauf auf die lukrativen Teilbereiche beschränkt. Die Verlierer dieses zu befürchtenden Konzentrationsprozesses dürften auf der Angebotsseite jene Apotheken und damit Arbeitsplätze sein, die bereits heute in einer schwierigen Lage sind und auf der Nachfrageseite werden es die älteren und weniger flexiblen Personen im Wohnquartier sein, die mit längeren Wegen bzw. schlechterer Beratung konfrontiert sein werden. Nicht zuletzt könnte die Schließung von Apotheken insbesondere in kleineren Orts- bzw. Stadtteilzentren Anlass für weitere Aufgaben im benachbarten Einzelhandel sein.

Apotheken in den Stadtteilen: Die wohnortnahe Versorgung

Durchschnittlich kommen in Deutschland auf 24 Apotheken 100.000 Einwohner/-innen. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit etwas unter dem Durchschnitt, der bei 31 Apotheken pro 100.000 Einwohner/-innen liegt (ABDA 2017, S. 12 f.).

Ende 2018 gab es im Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck 48 Apotheken. Dies wären anders gerechnet rd. 22 Apotheken auf 100.000 Einwohner/-innen, womit Lübeck geringfügig unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Im Durchschnitt kommen auf eine Apotheke rd. 4.600 Einwohner/-innen.

Zehn Apotheken gibt es alleine in der Innenstadt mit einer Einwohnerdichte von rd. 1.400 Einwohner/-innen pro Apotheke. Dies ist zum einen der hohen Zahl der Arztpraxen und zum anderen der allgemeinen Zentralität und damit Frequentierung der Innenstadt geschuldet. Unterdurchschnittlich schlecht fällt Versorgung in den Stadtteilen Moisling und St. Lorenz Nord aus. Hier kommen im Durch-

schnitt 11.000 Einwohner/-innen auf eine Apotheke. Jeweils nur eine Apotheke gibt es in den Stadtteilen Moisling und Schlutup.

Tab. 5.20: Apotheken nach Stadtteilen – Stand 30.06.2021

Stadtteil	Apotheken	Einw. am 30.6.21	Einw./ Apotheke
01 - Innenstadt	10	13 911	1 391
02 - St. Jürgen	11	45 291	4 117
03 - Moisling	1	10 872	10 872
04 - Buntekuh	3	11 068	3 689
05 - St. Lorenz S.	4	15 654	3 914
06 - St. Lorenz N.	3	43 031	14 344
07 - St. Gertrud	8	41 197	5 150
08 - Schlutup	1	5 753	5 753
09 - Kücknitz	4	18 439	4 610
10 - Travemünde	3	13 403	4 468
insg.	48	218 619	4 555

Quelle: Internet: www.apotheken.de und Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle und Gesundheitsamt

Standortfaktoren

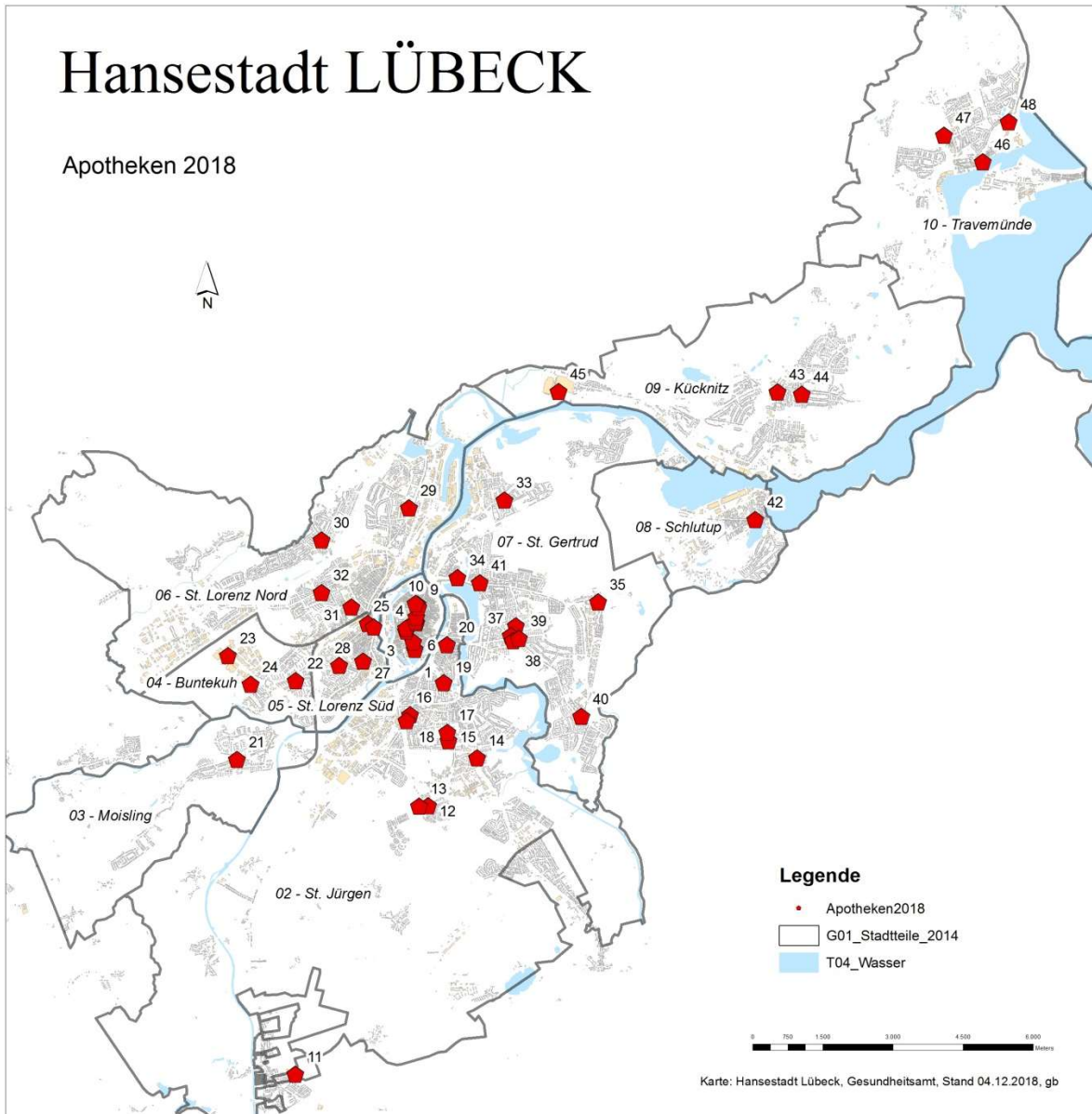
Der Blick auf das Verhältnis von Einwohnerzahl zur Zahl der Apotheken ist der Blick aus der Sicht des Kunden und reflektiert die Versorgungssituation der Bevölkerung.

Für die Wirtschaftlichkeit und Existenzsicherung eines Apothekenstandortes ist jedoch eine möglichst hohe Einwohnerzahl von Vorteil. Wichtig für die wirtschaftliche Existenz ist jedoch auch die Nähe zu Arztpraxen, die entscheidend für den Umsatz des rezeptpflichtigen Sortiments einer Apotheke sind. Die Frequentierung des Standortes durch Passanten ist ein weiterer Faktor. So gibt es auch Apotheken, die sich unabhängig von der Nähe einer Arztpraxis allein auf die Frequentierung bzw. dem Vorhandensein von Parkplätzen orientieren. Diese finden sich z.B. in den größeren Einkaufszentren am Stadtrand (siehe auch Karte Apothekenstandorte und Karte der Standorte von Arztpraxen).

Daneben ist das Vorhandensein von konkurrierenden Apotheken am Standort ein wesentlicher Faktor für die Höhe des jährlichen Umsatzes und damit für die Wirtschaftlichkeit einer Apotheke.

Hansestadt LÜBECK

Apotheken 2018



Karte: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Stand 04.12.2018, gb

Karte 5.3: Standorte der Apotheken 2018

01 - Innenstadt	03 - Moisling	35	Elefanten Ap. im Familia/Wesloe
01 Galenus- Apotheke	21 Paracelsius- Ap. Ges.- zentrum	36	Kant Apotheke
02 Pinguin- Apotheke Mühlenstraße		37	Apotheke am Kaufhof
03 Pegasus- Apotheke	04 - Buntekuh	38	Adler- Apotheke Marli
04 Kohlmarkt- Apotheke	22 Apotheke Buntekuh	39	Apotheke Am Kaufhof Schlut. Str.
05 Adler- Apotheke City	23 Apotheke im Citti- Park	40	Greif- Apotheke
06 Stadt- Apotheke	24 Paracelsius- Apotheke i. Plaza- C.	41	Buddenbrook- Apotheke
07 Pinguin- Apotheke Stadt			
08 Löwen- Apotheke	05 - St. Lorenz Süd	08 - Schlutup	
09 Apotheke am Behnhaus	25 Pinguin- Apotheke am HBF/ZOB	42	Trave- Apotheke
10 Phönix- Apotheke	26 Apotheke am Lindenplatz		
	27 Stern- Apotheke	09 - Kücknitz	
	28 Papageien- Apotheke	43	Post- Ap. Kücknitzer Hauptstr.
02 - St. Jürgen		44	Post- Apotheke
11 Wandels Apotheke EKZ Krummesse	06 - St. Lorenz Nord	45	Klindwort Apothek im LUV
12 Elefanten- Apoth. i. Hochschulstadt.	29 Bären- Apotheke		
13 Pinguin- Apotheke i. Hochschulstadt.	30 Nord- Apotheke	10 - Travemünde	
14 Elefanten- Apoth. am Klinik./Wirth C.	31 easyApotheke Ziegelstraße	46	Nordland- Apotheke
15 Apotheke Am Mönkhofer Weg	32 Neue Laurentius- Apotheke	47	Nordland- Ap. am Dreilingsberg
16 Vita- Apotheke OHG		48	Kur- Apotheke
17 Kahlhorst- Apotheke	07 - St. Gertrud		
18 Uhland- Apotheke	33 St. Stephanus- Apotheke		
19 St. Jürgen- Apotheke	34 St. Gertrud Apotheke		
20 Moltke- Apotheke			

5.6 Das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Sozialstaat hat die Aufgabe für die Gesundheit der Bevölkerung zu sorgen. Dieser Pflicht kommt der Staat durch die Gesundheitsämter nach. Je nach Bundesland finden sich abweichende Organisationsformen. Die Gesundheitsämter nehmen die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens regulierend und überwachend wahr. Die Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck sind im Wesentlichen:

Infektionsschutz:

- Hygieneüberwachung in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern, Schulen, Arztpraxen, öffentlichen Einrichtungen, Gesundheitsberufe u.a.)
- Infektionsmeldungen an das Gesundheitsamt und Verhinderung der Weiterverbreitung
- Impfwesen
- Tuberkuloseüberwachung
- Belehrungen im Umgang mit Lebensmitteln
- Hafenärztlicher Dienst
- Amtsärztlicher Dienst (Gutachten, Überprüfung von Todesbescheinigungen)
- Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit

Kinder und Jugendärztlicher Dienst:

- Schuleingangsuntersuchungen und Frühförderungsgutachten

Zahnärztlicher Dienst

- Zahnärztliche Untersuchungen in Kitas und Schulen

Sozialpsychiatrischer Dienst

- Alkohol- und Suchtberatung
- Hilfen nach dem Bundesteilhabegesetz

Weitere Aufgaben:

- Allgemeine gesundheitliche Informationen, Aufklärung, Beratung und Unterstützung gesundheitlicher Selbsthilfegruppen
- Überwachungen freiverkäuflicher Arzneimittel
- Kommunale Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderung
- Ordnungsrechtliches Bestattungswesen

Infektionsschutz

Der Schutz der Bevölkerung vor Infektionen und Epidemien ist eine Kernaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Bereich Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck berät die Bevölkerung, führt Belehrungen über den Umgang mit Lebensmitteln durch und nimmt die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz auf städtischer Ebene wahr.

Hygieneüberwachung in Einrichtungen

Ein besonderes Augenmerk bei der Überwachung meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten wird auf die Situation und Entwicklung in gemeinschaftlich genutzten Einrichtungen, wie z.B. Alten- und Pflegeheimen, Kindertageseinrichtungen oder Schulen, gelegt. Im Sinne des Infektionsschutzes ist es notwendig, die Möglichkeit zur Erhaltung der persönlichen Hygiene sicherzustellen. Ebenso werden in Krankenhäusern, Arztpraxen, Einrichtungen des ambulanten Operierens sehr konkrete Anforderungen an die Infektionshygiene gestellt. Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und überwacht entsprechende Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung der Hygienevorschriften.

Bei den infektionshygienischen Überwachungen werden nach den Vorgaben des Landesministeriums verschiedene Risikokategorien unterschieden:

A = höchste Risikogruppe, 1 x jährliche Begehung, z.B. Intensivstationen, ambulant operierende Praxen, Operationssäle etc.)

B = mittlere Risikokategorie, Begehung alle drei Jahre, z.B. Pflegeheime

C = niedrige Risikokategorie, Begehung alle fünf Jahre, wie z.B., Kita, Schule, Heilpraktiker etc.

Im Jahr 2018 konnten mit dem vorhandenen Personal 57 Begehungen durchgeführt werden. Nach den Vorgaben des Ministeriums wären pro Jahr jedoch rd. 350 Begehungen erforderlich. Aktuell ist die Personalsituation jedoch verbessert worden.

Infektionsmeldungen

Im Jahr 2018 wurden 3.665 Fallmeldungen durch das Gesundheitsamt erfasst. Die meisten Fälle werden für statistische und epidemiologische Zwecke an das Robert-Koch-Institut weitergeleitet. In vielen Fällen sind jedoch diverse Maßnahmen zur Gefahrenabwehr durch das Gesundheitsamt erforderlich. Hierzu zählt eine z.T. umfangreiche Ermittlungsarbeit zur Erfassung von Infektionsketten oder behördliche Anordnungen, wie die Erteilung beruflicher Tätigkeitsverbote oder von Betretungsverböten.

Tuberkulose

Das Sachgebiet Tuberkulose ist personell zwar nur eine kleine Einheit, leistet aber einen nicht unerheblichen Anteil für den Gesundheitsschutz der Lübecker Bevölkerung. Wie im allgemeinen Infektionsschutz auch, geht es dabei um die Verhinderung von Ansteckungsgefahren sowie um die aktive Fallfindung und die Prävention – nur eben im Zusammenhang mit Tuberkulose-Erkrankungen.

Arbeitsgrundlage ist das Infektionsschutzgesetz, nach dem Erkrankungen an Tuberkulose dem Gesundheitsamt gegenüber meldepflichtig sind. Jedes Jahr werden etwa 10 bis 12 Fälle angezeigt, wobei die vergleichsweise geringe Zahl nichts über den Umfang der damit verbundenen

Sachbearbeitung aussagt. Zu jedem gemeldeten Fall werden neben der Erkrankungsgeschichte und dem Verlauf alle Kontaktpersonen aus dem privaten und beruflichen Umfeld des Erkrankten ermittelt. Für alle Beteiligten besteht eine Auskunftspflicht. Bei besonders engen Kontakten zum Erkrankten, beispielsweise innerhalb der Familie oder unter Mitarbeitenden, werden diese Personen ins Gesundheitsamt eingeladen und mit einer einfachen Blutentnahme untersucht, die kostenlos ist. Diese Untersuchung ist nach dem Gesetz duldungspflichtig. Die Kompetenzen des Gesundheitsamtes gehen aber noch weiter: Es darf berufliche Tätigkeitsverbote aussprechen, Personen einer Beobachtung unterwerfen und sogar Zwangseinweisungen durchsetzen.

Die Tuberkulose ist mit Antibiotika, die mindestens über ein halbes Jahr eingenommen werden müssen, gut behandelbar. Währenddessen und nach Abschluss der Medikation sind Röntgenuntersuchungen verpflichtend. Das Gesundheitsamt ist für die Erkrankten und die Kontaktpersonen Dienstleister in Sachen Gesundheit und Ansprechpartner für alle mit dem Erkrankungsfall verbundenen Fragen.

Belehrungen über den Umgang mit Lebensmitteln

Wer mit Lebensmitteln arbeitet, trägt eine große Verantwortung für die Gesundheit seiner Konsumentinnen und Konsumenten, denn bestimmte ansteckende Krankheiten und Krankheitserreger können über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden. Durch den Verzehr von verunreinigten Lebensmitteln können Menschen an Lebensmittelinfektionen oder -vergiftungen schwer erkranken. In Gaststätten oder Gemeinschaftseinrichtungen kann davon eine große Anzahl von Menschen betroffen sein. Das Infektionsschutzgesetz sieht daher Regelungen vor, die das Risiko dieses Übertragungsweges minimieren sollen. Die Teilnahme an einer Belehrung über den Umgang mit Lebensmitteln und Hygiene, die durch die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte durchgeführt werden, ist daher gesetzlich vorgeschrieben.

Bei erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit, darf die Bescheinigung nicht älter als drei Monate sein. Der Arbeitgeber, der Personen beschäftigt, die mit Lebensmittel in Berührung kommen, hat diese nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren alle zwei Jahre zu belehren. Auch Personen, die sich regelmäßig in Küchen von Gaststätten oder sonstigen Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen aufhalten, müssen an einer Belehrung teilnehmen.

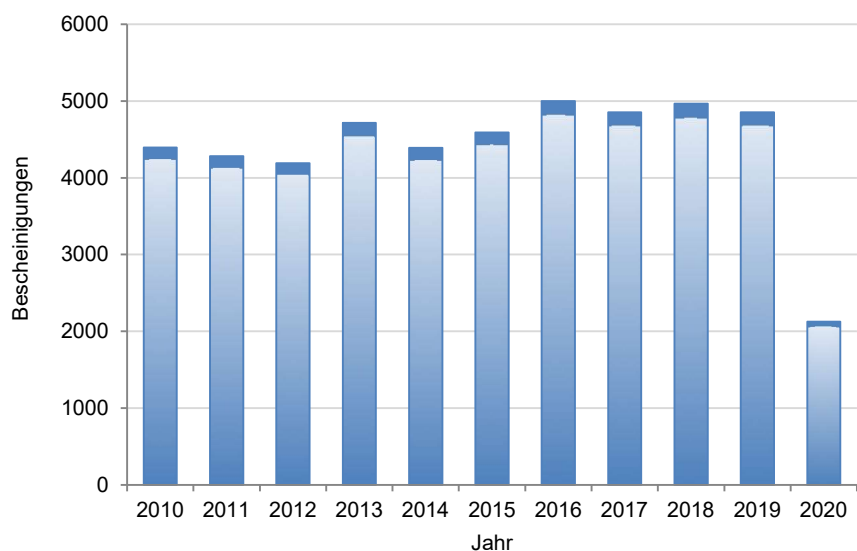
Das Infektionsschutzgesetz bestimmt, dass der genannte Personenkreis Tätigkeiten in der Gastronomie nicht ausüben darf, wenn Krankheitserscheinungen auftreten, die auf eine der folgenden Erkrankungen hinweisen oder wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt diese Erkrankung festgestellt hat:

- Akute infektiöse Gastroenteritis (plötzlich auftretender, ansteckender Durchfall), ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Rotaviren, Noroviren oder andere Durchfallerreger
- Cholera
- Typhus oder Paratyphus
- Hepatitis A oder E (Leberentzündung)
- Infizierte Wunden oder eine Hautkrankheit, bei denen die Möglichkeit besteht, dass Krankheitserreger über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden können.

Ein Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot im Lebensmittelbereich besteht außerdem, wenn die Untersuchung einer Stuhlprobe den Nachweis der folgenden Krankheitserreger ergeben hat:

- Salmonellen,
 - enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) oder
 - Cholerabakterien.
- Folgende Krankheitszeichen weisen auf die genannten Erkrankungen hin:

Abb. 5.21: Durchgeführte Belehrungen – Anzahl Bescheinigungen 2010 – 2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

- Durchfall (mindestens drei ungeformte Stühle in 24 Stunden)
- Übelkeit, Erbrechen oder Bauchschmerzen
- Shigellen,
- Fieber (Körpertemperatur $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)
- Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel
- Wunden oder offene Stellen von Hauterkrankungen können infiziert sein, wenn sie gerötet, schmierig belegt, nässend oder geschwollen sind.

Bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit - auch in einem anderen Betrieb - reicht nach Vorlage der Originalbescheinigung eine Folgebelehrung durch den Arbeitgeber im Sinne §43 Abs. 1 IfSG aus.

Das Gesundheitsamt führt pro Jahr rd. 170 Veranstaltungen durch und stellt jährlich nahezu 5.000 Bescheinigungen aus.

Hafenärztlicher Dienst

Die zentrale Aufgabe der hafenärztlichen Dienste nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) ist die Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben zur Seuchenabwehr, d.h. der Vermeidung von Entstehung und grenzüberschreitender Verbreitung von Infektionskrankheiten über die Häfen. Das Schiffshygiene-Zertifikat / Schiffshygiene-Kontroll-Zertifikat ist als Instrument geschaffen, um das Risiko internationaler Verbreitung von Krankheiten über internationale Schiffsreisen zu minimieren.

Die Aufgaben im Einzelnen sind:

- Die ärztliche Beratung der Schiffsleitungen, der medizinisch tätigen Schiffsoffiziere und der übrigen Besatzungsmitglieder zu Fragen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, der Hygiene und Krankenfürsorge (KVO 2007).

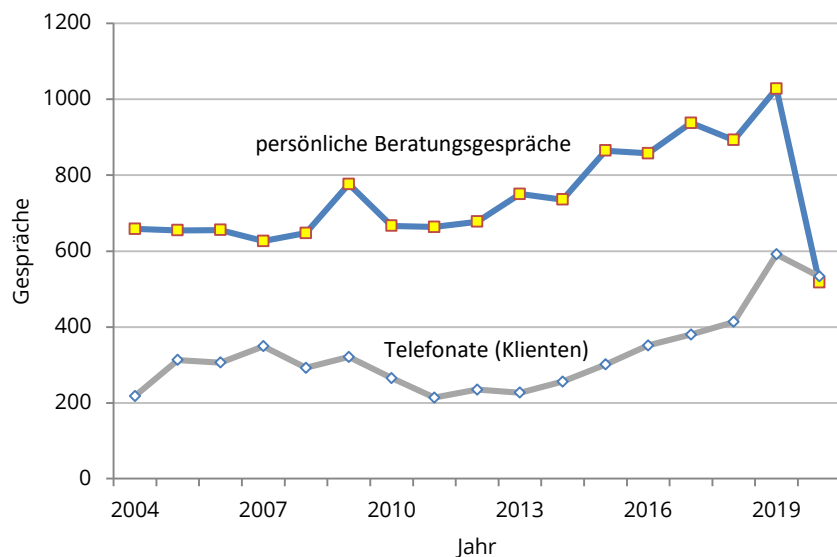
- Verhütung der Einschleppung von Infektionskrankheiten über Häfen und Flughäfen, u. a. durch die Prüfung der Seegesundheitserklärung einlaufender Schiffe. Inspektion und Zertifizierung der Schiffe zur Beurteilung der allgemeinen und Lebensmittelhygiene. Gegebenenfalls Beratung und Einleitung Gesundheitlicher Maßnahmen.
- Hygienische Überwachung der Schiffe und Umschlagsanlagen, Überprüfung der Abwasser- und Abfallbeseitigung.
- Einleitung und Kontrolle von Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen.
- Überprüfung und Zertifizierung der medizinischen Einrichtung an Bord und der Bordapotheke, einschließlich der Erste-Hilfe-Ausrüstung für den Transport gefährlicher Güter (MFAG).
- Prüfung und Zertifizierung des Trinkwassers (bakteriologisch und chemisch) und der Trinkwasserversorgungsanlagen auf Schiffen, Flugzeugen und im Hafen. Beratung bezüglich Sanierungs- und Präventionsmaßnahmen.

Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit und HIV

Die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes informiert zu sexuell übertragbaren Infektionen (sexual transmitted infections = STI) mit dem besonderen Schwerpunkt der HIV-Infektion. Im Anschluss an ein Beratungsgespräch können Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen erfolgen. Die Untersuchungen erfolgen anonym.

Bis 2010 wurden in der Beratungsstelle rd. 600 persönliche Gespräche und rd. 200 bis 300 telefonische Gespräche

Abb. 5.22: Durchgeführte Beratungsgespräche in der STI-Beratungsstelle 2004 – 2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, STI-Beratungsstelle

Tab. 5.21: Durchgeführte Testungen in der STI-Beratungsstelle 2013-2020

Jahr	serologisches Screening auf ...					Chlamy- dien und Gono- kokken	HIV- Schnell- test	Test- ungen insg.
	HIV	Syphilis	Hepa- titis A	Hepa- titis B	Hepa- titis C			
2013	355	120	0	79	47	89	6	696
2014	373	164	6	100	54	89	8	794
2015	406	187	22	182	100	152	11	1 060
2016	389	244	10	229	126	205	6	1 209
2017	438	286	55	263	128	221	21	1 412
2018	404	266	68	258	132	278	23	1 429
2019	473	382	108	264	186	527	39	1 979
2020	260	230	69	164	121	348	3	1 195

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, STI-Beratungsstelle

pro Jahr durchgeführt. Seitdem ist die Zahl der Beratungsgespräche und Telefonate deutlich angestiegen und 2019 wurden ca. 1.000 persönliche Gespräche und knapp 600 Telefonate dokumentiert (Abb. 5.20).

Bestimmte mediale Ereignisse, wie öffentliches Outing von Prominenten (z.B. in 2009) oder etwa die jährliche AIDS-Gala bzw. der Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember eines Jahres und Kampagnen wie „Kein AIDS für alle“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. führen zu vermehrtem Beratungsbedarf, der sich in den Beratungszahlen widerspiegelt.

Durch die öffentliche Aufklärung der Bevölkerung bezüglich weiterer sexuell übertragbarer Infektionen wie Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis oder Hepatitis B und C ist ein steigender Bedarf für Beratungen und Testungen entstanden. Dies hat gegenüber 2013 nahezu zu einer Verdreifachung der Untersuchungszahlen geführt (siehe Tab. 5.21). Rund zwei Drittel der Beratungsgespräche werden im jährlichen Durchschnitt von Männern wahrgenommen.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Bereiches Gesundheitsamt untersucht Kinder vom 1. bis zum vollendeten 17. Lebensjahr. Die Hauptaufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bestehen in der schulärztlichen Versorgung, Beratung der Kindertageseinrichtungen und der medizinischen Begutachtung für die Eingliederungsmaßnahmen. Neben den jährlich rd. 1.700 Schuleingangsuntersuchungen werden pro Jahr ca. 800 Frühfördergutachten erstellt.

Durchgeführt werden die verpflichtende Schuleingangsuntersuchung, die schulärztlichen Untersuchungen zum sonderpädagogischen Förderbedarf und der Schulfähigkeit sowie die Seiteneinsteigeruntersuchungen. Es werden die Begutachtungen zur Fragestellung einer (drohenden) Behinderung auf den Grundlagen der Sozialgesetzbücher für ambulante und (teil)stationäre Maßnahmen durchgeführt.

Seit dem Schuljahr 2015/2016 wird bei allen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien eine sogenannte Seiteneinsteigeruntersuchung durch. Dabei wird neben der Erhebung schulrelevanter Fertigkeiten

auch der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen untersucht. Notwendige medizinische Maßnahmen können damit eingeleitet und fehlende Schutzimpfungen direkt mit dem vorgehaltenen Impfangebot vorgenommen werden.

Zu den Schuleingangsuntersuchungen lädt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst die zukünftigen Einschüler/-innen eigenständig ein. Die Einladungen werden durch das Gesundheitsamt in dem Zeitraum Herbst bis zum Beginn der Sommerferien jeweils vier Wochen vor dem Untersuchungstermin an die Eltern bzw. Sorgeberechtigten gesandt. In der schulärztlichen Untersuchung wird die bereits in vielen Bundesländern etablierte Entwicklungsdiagnostik Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchung (SOPESS) durchgeführt. Diese seit 2012 eingeführte Diagnostik für die Schuleingangsuntersuchung dient der Feststellung des Entwicklungsstandes eines jeden Kindes und eines eventuellen Förderbedarfs, um im Sinne der Inklusion allen Kindern nach ihren individuellen Fähigkeiten einen gelungenen Schulstart und eine erfolgreiche Schullaufbahn zu ermöglichen.

Zahnärztlicher Dienst

Hauptaufgabe des Zahnärztlichen Dienstes sind die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen. Pro Jahr finden fast 15.000 Untersuchungen statt. Weitere Aufgaben sind die Steuerung und fachliche Aufsicht Gruppenprophylaxe durch die Mitarbeiterinnen der Kreisarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Lübeck e.V. sowie Schulungen von Multiplikatoren wie Erzieher/-innen, Lehrpersonal, Eltern und Erziehungsberechtigten. Weiter werden auf Anforderung zahnärztliche Gutachten für Behörden und andere Institutionen erstellt (siehe auch Kapitel 4.1.2. Zahngesundheit).

Amtsärztlicher Dienst/Gutachtenwesen

Der Amtsärztliche Dienst des Bereiches Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck erstellt Gutachten im Auftrag von anderen Behörden und Ämtern auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften. Geprüft werden zum Beispiel die Dienstfähigkeit von Beamten, Fragen von Beihilfestellen oder des Bereiches Soziale Sicherung und die Prüfungsfähigkeit von Prüfungskandidaten (wenn in einer Prüfungsordnung das amtsärztliche Zeugnis im Krankheitsfall vorgeschrieben ist). Weitere Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes ist die Durchführung der zweiten Leichenschau im Krematorium und die Überprüfung der Plausibilität von Todesbescheinigungen.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes berät und unterstützt Menschen, bei denen eine seelische Erkrankung, Behinderung oder Störung von erheblichem Ausmaß vorliegt. Pro Jahr werden nahezu 5.000 Beratungen, Telefonate bzw. Hausbesuche durchgeführt. Jährlich erfolgen zudem fast 800 Zwangseinweisungen nach PsychHG (siehe auch Kapitel 3.8 Psychische Gesundheit).

Die Beratungsstelle steht zudem für Angehörige, Freunde, Nachbarn und andere Personen zur Verfügung, welche im Kontakt zu psychisch erkrankten oder hiervon gefährdeten Menschen stehen. Ziel ist, Verständnis für psychisch kranke Menschen herbeizuführen und die Mitwirkung an der Hilfestellung der betroffenen Menschen zu gewährleisten. Dieses Angebot besteht für Lübecker Bürgerinnen und Bürger, sowie für hier ansässige betroffene Flüchtlinge. Die Hilfen sind kostenlos und absolut vertraulich.

Der psychosoziale Dienst untergliedert sich in die Beratungsstelle für psychisch Kranke und in die Beratungsstelle für Alkohol- und Suchtkranke.

Aufgaben der Beratungsstelle für psychisch Kranke sind:

- Sozialpädagogische Krisenabklärung mit Zuordnung der Zuständigkeiten.
- Beratende Unterstützung zur Integration in das bestehende Sozialversicherungssystem.
- Beratung zur Inanspruchnahme von Hilfestellungen (z.B. Eingliederung nach dem Bundesteilhabegesetz, Selbsthilfe, Rehabilitation).
- Krisenintervention zur freiwilligen Inanspruchnahme medizinischer Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Kliniken.
- Amtsärztliche Krisenabklärung zur Unterbringung in einer Klinik bei einer psychischen Erkrankung mit Gefahr im Verzug

Zusätzliche Aufgaben der Alkoholberatungsstelle sind:

- Unterstützung bei der Vorbereitung einer med. Rehabilitationsmaßnahme
- Verfassen des Sozialberichtes
- Koordination mit dem Leistungsträger
- Koordination mit der aufnehmenden Klinik
- Kontakte während des Reha-Aufenthaltes
- Gespräche mit den Bezugstherapeuten

Gesundheitsförderung

Lautet die Frage im Infektionsschutz „Was macht mich krank?“ ist es in der Gesundheitsförderung die Frage „Was hält mich gesund?“. Der Ansatz der Gesundheitsförderung ist somit auf die Stärkung der Gesundheit der Menschen gerichtet. Hauptaufgabe der kommunalen Gesundheitsförderung ist es z.B. auf Grundlage der kommunalen Gesundheitsberichterstattung thematische Schwerpunkte zu setzen und kommunale Gesundheitsprojekte zu entwickeln, zu fördern, zu unterstützen und zu vernetzen.

So war die Hansestadt Lübeck mit beteiligt der Fachtag zum Thema „Cannabis – legal highs“ im Dezember 2018 und der Organisation der Aktionswoche Alkohol „Weniger ist besser“ vom 18.05.2019 bis 26.05.2019. Das von der Caritas in Zusammenarbeit mit der Hansestadt Lübeck initiiert Pilotprojekt der präventiven Hausbesuche in Moisling wird seit April 2019 durchgeführt und soll noch bis Ende 2021 dauern. Mit finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen (AOK NordWest, Barmer, DAK Gesundheit, Mobil Betriebskrankenkasse, TK-Die Techniker, Salus BKK) wird das Projekt durch die geriatrische Abteilung des Marien-Krankenhaus evaluiert.

In 2021 wurde ein Projekt zur psychischen Gesundheit an Schulen gestartet. Unter dem Titel „Verrückt? Na und!“ sensibilisieren die Hansestadt Lübeck, Die Brücke Lübeck und Ostholstein sowie der Kinderbildung e.V. seit Juni 2021 junge Menschen in Lübecker Schulen für die seelische Gesundheit. Ziel ist es, Bewusstsein für eine frühzeitige Auseinandersetzung mit psychischer Gesundheit zu schaffen. Das bedeutet: Ängste und Vorurteile zum Thema psychische Krankheiten abzubauen, Zuversicht und Lösungswege in Krisen zu vermitteln und Wohlbefinden und Resilienz zu fördern.

Im Rahmen eines Projekttag sind zum einen Fachleute wie zum Beispiel Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen oder Psychiater:innen und zum anderen Menschen, die selbst eine psychische Krankheit erfahren und gemeistert haben, zu Gast bei Schüler:innen und Lehrkräften ab der 8. Klasse. Sie besuchen jeweils zu zweit Schulklassen, um sich mit ihnen und ihren Lehrkräften offen über die großen und kleinen Fragen zur psychischen Gesundheit auszutauschen. Es wird auch mit kreativen und spielerischen Methoden gearbeitet, sowohl in der Kleingruppe als auch im Klassenverband.

Typische Themen sind: Leistungsdruck, Mobbing, Trennung der Eltern, Krankheit in der Familie, Süchte, Zukunftssorgen. Der Höhepunkt des Schultags ist stets der Austausch mit den persönlichen Expertinnen und Experten. Die Schüler/-innen erfahren, wie sich eine Depression oder eine Psychose anfühlen, wo es Hilfe gibt und was sie selbst, Freunde/Freundinnen, Eltern und Lehrkräften tun können. Die starke Wirkung des Projekttags entsteht insbesondere durch die Begegnung mit Menschen, die psychische Krisen gemeistert haben. Im Mittelpunkt stehen dabei immer die Genesung und Unterstützungsmöglichkeiten für die Jugendlichen.

Überwachung freiverkäuflicher Arzneimittel

Gewerbetreibende, die freiverkäuflichen Arzneimittel im Einzelhandel außerhalb von Apotheken anbieten, haben diese Tätigkeit dem Kreis oder der kreisfreien Stadt gemäß Arzneimittelgesetz (§ 67 AMG) anzuzeigen.

Für den Verkauf freiverkäuflicher Arzneimittel kommen insbesondere Drogerien, Reformhäuser, Sanitätshäuser, Warenhäuser, Lebensmittelgeschäfte, Discounter, Bioläden, Fitness- und Bodybuilding-Zentren, Bodyshops sowie Sexshops und Piercing- bzw. Tätowier-Studios in Frage. Kosmetik- und Fußpflegestudios, Heilpraktiker/-innen und Friseure bieten ebenfalls gelegentlich freiverkäufliche Arzneimittel an.

Neben der Anzeige der Tätigkeit nach § 67 AMG muss nach § 50 AMG für den Verkauf freiverkäuflicher Arzneimittel im Einzelhandel für jede Betriebsstelle mindestens eine Person vorhanden sein, welche die erforderliche Sachkenntnis besitzt, um eine umfassende Beratung des Endverbrauchers zu gewährleisten. Der Nachweis der Sachkenntnis ist durch eine Prüfung zu belegen, die bei der IHK-Lübeck zu erbringen ist.

Die Regelinspektionen finden grundsätzlich im Rahmen einer Vor-Ort-Besichtigung unangekündigt statt. Schwerpunkte der Inspektion sind die Überprüfung der Sachkenntnis und des Arzneimittelsortiments. Des Weiteren geht es um die Lagerung nach den Herstellerhinweisen, den hygienischen Zustand von Betriebs- und Geschäftsräumen, Anlagen und deren Umgebung. Im Rahmen der Inspektionen werden unter anderem die Mindesthaltbarkeitsdaten (MHD) sowie die Reinigungsdokumentationen und die Sachkundenachweise kontrolliert.

Ordnungsrechtliches Bestattungswesen

Der Zwang zur Bestattung menschlicher Leichen ist durch das Bestattungsgesetz Schleswig-Holstein festgelegt. Die Durchführung des Bestattungsgesetzes hat die Landesregierung u. a. den Bürgermeistern der Gemeinden als örtliche Ordnungsbehörden übertragen. Die Verpflichtung zur Bestattung einer Leiche ist im Erbrecht geregelt. Sofern danach ein Erbe vorhanden ist, muss dieser dafür sorgen, dass der Verstorbene eine standesgemäße Bestattung erhält. Dieser Verpflichtung kann man sich nicht entziehen, selbst wenn die Erbschaft nach den Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches ausgeschlagen wurde.

Auf Grund der gesellschaftlichen Veränderungen im Laufe der letzten Jahrzehnte bestehen vielfach nur noch wenige oder keine Kontakte von Angehörigen untereinander. In zunehmendem Maße versterben Personen, die entweder keine Angehörigen hatten oder deren Hinterbliebene keine oder nicht rechtzeitig Maßnahmen zur Bestattung der verstorbenen Person treffen. In diesen Fällen muss das Gesundheitsamt tätig werden.

Geringes Einkommen, fehlende Ersparnisse oder Schulden können Ursache dafür sein, dass die zur Bestattung verpflichteten Personen wirtschaftlich nicht in der Lage sind, die Kosten der Bestattung zu tragen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, dass die erforderlichen Kosten auf Antrag der Verpflichteten ganz oder teilweise aus Sozialhilfemitteln übernommen werden können.

Gesundheitsberichterstattung

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung dient der systematischen Darstellung und Analysen des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung der Lübecker Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen im Kontext zu ihren sozialen und wirtschaftlichen Lebensverhältnissen. Lokale Gesundheitsprobleme und Versorgungsdefizite sollen benannt, Bürger/-innen, Fachöffentlichkeit und Politik informiert und risikominderndes Gesundheitsverhalten gefördert werden. (siehe auch Einleitung bzw. Vorwort)

5.7 Selbsthilfevereine, -gruppen und andere Angebote

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsfolge und/oder auch psychischer Probleme richten. Geprägt durch Selbstverantwortung, Gleichberechtigung, Partizipation und Solidarität bieten sie Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung in besonderen Lebenslagen und geben Betroffenen und Angehörigen Halt und Perspektive. Die sozialpolitische Bedeutung von Selbsthilfeszusammenschlüssen als subsidiärer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung ist heute allgemein anerkannt.

In Deutschland haben sich laut NAKOS (nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) die Zahl der Selbsthilfegruppen in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Derzeit gibt es rund 70.000 bis 100.000 Gruppen, die sich mit insgesamt rund 1.000 unterschiedlichen Themen beschäftigen. Alleine in Lübeck sind für die Hansestadt 225 Selbsthilfegruppen in 33 Themenbereichen gelistet. Die Themen reichen von ADHS über Gewalt bis Wochenbettdepression. Zwei Drittel

bis drei Viertel der Selbsthilfegruppen beschäftigen sich mit Themenschwerpunkten in den Bereichen Erkrankung und Behinderung. Weitere Themen sind z.B. Leben im Alter, Gewalt oder Mobbing. Eine eindeutige Abgrenzung nach gesundheitsbezogenen, psychosozialen und sozialen Themen ist jedoch meist nicht möglich: In der Realität haben gesundheitliche Problemlagen oftmals auch psychosoziale oder soziale Auswirkungen und umgekehrt.

KISS Lübeck – Kontakt u. Informationsstelle f. Selbsthilfegruppen

Die Verbreitung und Förderung des Selbsthilfegedankens im sozialen und gesundheitlichen Bereich bei Betroffenen, deren Angehörigen, Professionelle und anderen Interessierten ist das Ziel der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS). Um dieses Ziel zu erreichen, werden kostenlose Leistungen angeboten rund um: Beratung und Information zu Fragen der Selbsthilfe, Kontakt- und Kooperationsvermittlung, Beratung und Unterstützung bei der Neugründung von Selbsthilfegruppen und einiges mehr.

Für das Jahr 2019 liegt eine Sonderauswertung der Erstkontakte bei der Kontakt- und Informationsstelle vor, wonach diese häufiger von Frauen (n=364, ca. 70 Prozent) als von Männern (n=156) kontaktiert wird [Hansestadt Lübeck 2020, Gendermonitoring, S.57]

6 Umwelt und Gesundheit

6.1 Belastungen durch die Umwelt

6.1.1 Überblick

Die möglichen Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit des Menschen können vielfältiger Art sein. Sauberes Trinkwasser, eine reine Luft und eine intakte Natur sind Grundlagen für ein gesundes Leben: Umweltprobleme sind demnach auch Gesundheitsprobleme. Die Bandbreite möglicher Probleme reicht vom Feinstaub in der Luft, der Radon-Belastung in Kellerräumen, dem Schimmel in Innenräumen über die Badewasserqualität bis hin zur allgemeinen Lärmbelastung etwa durch Straßenlärm oder durch Nachbarn.

Wie sich bestimmte Umwelteinflüsse konkret auf die Gesundheit auswirken und wie groß die jeweiligen Gefahren wirklich sind, lässt sich jedoch oftmals nicht genau feststellen. Schätzungen des Umweltbundesamtes gehen davon aus, dass im Bundesgebiet jährlich rd. 47.000 vorzeitige Todesfälle auf die Feinstaubbelastung zurückzuführen sind. Neben der sozialen Lage und dem individuellen Lebensstil zählt der Gesundheitsbericht des Bundes die Belastungen aus der Umwelt zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Lebenserwartung der Bürger/-innen.

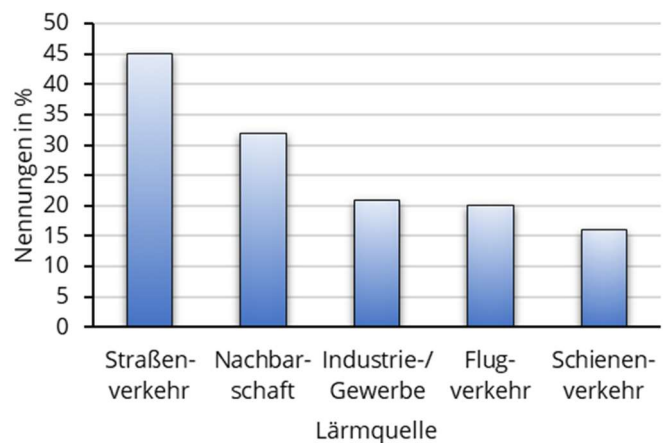
6.1.2 Lärmbelastung

In Abhängigkeit von der Tageszeit kann Lärm (=unerwünschter bzw. als störend empfundener Schall) unterschiedliche Reaktionen auslösen. Grundsätzlich gilt: Zu viel Lärm macht krank. Das haben verschiedene Studien, wie die der Weltgesundheitsorganisation gezeigt [World Health Organization 2011-2]. Jedes Jahr gehen EU-weit etwa 50.000 tödliche Herzinfarkte und 200.000 Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf das Konto von Lärm. Und auch Gehörschäden und psychische Beeinträchtigungen können Langzeitfolgen chronischer Lärmbelastung sein.

Keine nennenswerten Beeinträchtigungen sind zu erwarten, solange die Mittelungspegel innerhalb von Wohnungen nachts unter 25 dB(A) und tags unter 35 dB(A) liegen. Diese Bedingungen werden bei gekippten Fenstern erreicht, wenn die Außenpegel nachts unter 40 dB(A) und tags unter 50 dB(A) liegen. Tagsüber ist bei Mittelungspegeln über 55 dB(A) außerhalb des Hauses zunehmend mit Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens zu rechnen. Um die Gesundheit zu schützen, sollte ein Mittelungspegel von 65 dB(A) am Tage und 55 dB(A) in der Nacht nicht überschritten werden.

In der Hansestadt Lübeck wurde 2018 durch den Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz eine Fragebogenaktion zu den Lärmquellen im Stadtgebiet durchgeführt, an der 560 Personen teilgenommen haben. Es wurden damit Erkenntnisse gewonnen, welche Lärmquellen die Lübeckerinnen und Lübecker als besonders belastend empfinden. Die eingereichten Anregungen und Vorschläge wurden je nach Umsetzbarkeit und Finanzierbarkeit in die Fortschreibung des Lärmaktionsplans gemäß §47d Bundes Immissionsschutzgesetz (BImSchG) aufgenommen.

Abb. 6.1: Die häufigsten Lärmquellen im Bundesgebiet 2019



Anmerkung: Anteil der Nennungen mit äußerster, starker oder mittlerer Belastung.
Quelle: Umweltbundesamt 2019, Graphik: HL

Lärm durch Straßenverkehr

Der Straßenverkehr ist seit langem die dominierende Lärmquelle in Deutschland. Knapp dreiviertel der deutschen Bevölkerung fühlt sich durch Straßenverkehrslärm gestört oder belästigt.

Eine deutliche Minderung des Straßenverkehrslärms lässt sich nur durch eine Vielzahl aufeinander abgestimmter Einzelinstrumente erreichen: von der Fahrzeugtechnik über das Steuerrecht bis zur Verkehrsplanung. Zunächst soll Verkehr vermieden (z. B. „Stadt der kurzen Wege“, Abschaffung der Pendlerpauschale), dann auf umweltschonendere Verkehrsmittel (Fuß, Fahrrad, Bus, Straßenbahn, Bahn) verlagert, und erst zuletzt sollen die Lärmwirkungen durch technische Maßnahmen vermindert werden. Technische Minderungsmaßnahmen an der Lärmquelle wirken flächendeckend und haben insofern Vorrang vor nur lokal wirksamen Lärmschutzwänden, -wällen oder -fenstern. Instrumente zur Minderung der Geräuschemissionen zielen auf leisere Fahrzeuge und Fahrbahnbeläge ab.

Verschiedene Maßnahme zur Lärminderung des Straßenlärms bieten sich an:

- Lärminderung am KFZ,
- Emissionsgrenzwerte für Reifen,
- Lärmindernde Fahrbahnbeläge,
- Geschwindigkeitsbegrenzung,
- LKW-Fahrverbot,
- Verkehrsfluss,
- Abschirmung,
- Schallschutzfenster,
- Priorisierung ÖPNV

Nachbarschaftslärm

Dicht hinter dem Straßenverkehrslärm fühlen sich zudem knapp 60% der Deutschen durch Nachbarschaftslärm belastigt.

Nachbarschaftslärm bezeichnet Geräusche, die durch Tätigkeiten von Privatpersonen in der Nachbarschaft hervorgerufen werden und störend oder belästigend wirken. Hierzu gehören beispielsweise laut eingestellte Fernseher, eine Party, Heimwerkerarbeiten in der Wohnung oder im Garten oder auch der Betrieb von Fahrzeugen oder Rasenmäher auf privatem Gelände.

Industrie- und Gewerbelärm

Als Industrie- und Gewerbelärm wird sowohl der Lärm von großen Industriebetrieben als auch der von kleineren Handwerksbetrieben (z. B. Tischlereien, Schlossereien) bezeichnet. Der Begriff umfasst neben dem Lärm, der bei der Produktion entsteht, auch den Lärm von Straßen- und Schienenfahrzeugen auf dem Betriebs- oder Werks Gelände sowie den Lärm des Liefer- und Kundenverkehrs.

Lärm durch Flugverkehr

Wissenschaftliche Studien belegen verschiedene negative Auswirkungen von Fluglärm auf die menschliche Gesundheit und Lebensqualität. In vielen Fällen lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Intensität der Fluglärmbelastung sowie ihrer Dauer und Frequenz und ihren Auswirkungen feststellen.

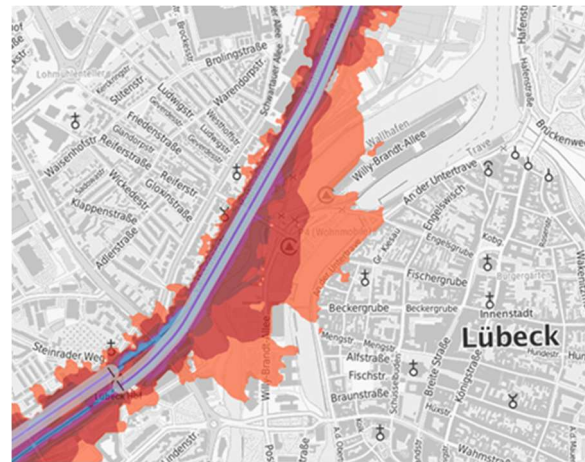
Der Gesetzgeber hat deshalb schon 1971 ein Gesetz zum Schutz gegen Fluglärm (FluLärmG) erlassen. Dieses Gesetz wurde 2007 grundlegend novelliert. Es sieht die Festsetzung von Lärmschutzbereichen an Verkehrsflughäfen, größeren Verkehrslandeplätzen und verschiedenen militärischen Flugplätzen vor.

Im Bereich des Lübecker Verkehrsflughafens verläuft der Lärmschutzbereich entsprechend der Einflugschneise ungefähr in west-östlicher Richtung [s.a. Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein 2021 a].

Lärm durch Schienenverkehr

In Deutschland sind 3,5 Millionen Menschen von Schienenverkehrslärm mit einer Lärmbelastung von >55 dB (A) betroffen. Für die Lärmkartierung gemäß § 47c BImSchG an Haupteisenbahnstrecken ist das Eisenbahn-Bundesamt (EBA) zuständig, ebenso wie für die Aufstellung eines bundesweiten Lärmaktionsplans für die Haupteisenbahnstrecken des Bundes mit über 30.000 Zugbewegungen pro Jahr.

Abb. 6.2: Umgebungslärmkartierung an Schienenwegen von Eisenbahnen des Bundes



Quelle: Kartendienst des Eisenbahn-Bundesamtes, <http://laermkartierung1.eisenbahn-bundesamt.de/mb3/app.php/application/eba>, Ausschnitt nordöstlich der Innenstadt, Stand 03.12.2018

6.1.3 Luftbelastung

Unsere Luftqualität hat sich in Deutschland, wie in den meisten Ländern Europas, in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Allerdings besteht weiterhin Potenzial zur weiteren Senkung der Belastung der Luftschadstoffe, um gesundheitliche Auswirkungen auszuschließen.

Durch die kontinuierliche Überwachung der Luftbelastung durch die lufthygienische Überwachung Schleswig-Holstein im Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume (LLUR) in Schleswig-Holstein sollen die Gesundheit der Menschen und die Vegetation geschützt werden. Dafür wird ein Netz aus Messstationen betrieben, an denen mit unterschiedlichen Methoden Luftschadstoffe gemessen und beurteilt werden.

In Lübeck wird an folgenden drei Standorten gemessen:

- Fackenburg Allee und Moisinger Allee (beide verkehrsexponiert)
- Maria-Goeppert-Straße (städtische Hintergrundbelastung)

Landesweit war die Grundbelastung der Luft durch Schadstoffe wie Stickstoffdioxid, Schwefeldioxid und Benzol relativ gering. Auch im städtischen Hintergrund wurden die Grenzwerte dieser Komponenten eingehalten.

Der Luftqualitätsindex ist ein wichtiger Parameter zur Einschätzung der Luftqualität, wenn es darum geht verschiedene Luftbelastungen gebündelt zu bewerten. Er zeigt im

Gründe wie gut die Luft insgesamt ist. Der Index errechnet sich aus den gemessenen Konzentrationen dreier Schadstoffe (Stickstoffdioxid, Feinstaub (PM₁₀) und Ozon), wobei die gesundheitlich kritischste der drei gemessenen Konzentrationen das Gesamtergebnis bestimmt. Wie der Luftqualitätsindex in Lübeck ist, kann auf der Seite des Umweltbundesamtes zeitgenau abgerufen werden (Umweltbundesamt 2021). Auf den Seiten der Landesregierung Schleswig-Holstein können u.a. zudem aktuelle Luftschadstoffdaten und Jahresauswertungen für Schleswig-Holstein eingesehen werden [Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume 2021 b].

Ozon (O₃)

Ozon ist ein Reizgas und wird in der Luft photochemisch aus Vorläufersubstanzen, zum Beispiel aus der Reaktion von Sauerstoff mit Stickoxiden aus dem Straßenverkehr unter Einwirkung von Sonnenlicht als gasförmiger, sekundärer Luftschadstoff gebildet. Sekundäre Schadstoffe sind Stoffe, die nicht direkt aus einer Quelle emittiert werden. Dies bedingt, dass Ozon durchaus nicht nur in Ballungszentren erhöht sein kann, sondern auch in ländlichen Regionen.

An Tagen mit hoher Ozonkonzentration leiden viele Menschen an Reizerscheinungen der Augen (Tränenreiz), Atemwegsbeschwerden (Husten) und Kopfschmerzen. Ihr Ausmaß wird primär durch die Aufenthaltsdauer in der ozonbelasteten Luft bestimmt. Besonders nach reger körperlicher Aktivität im Freien wurde bei Schulkindern und Erwachsenen eine verminderte Lungenfunktion sowie eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit festgestellt. Diese funktionellen Veränderungen und Beeinträchtigungen normalisierten sich im Allgemeinen spätestens 48 Stunden nach Expositionsende.

In Zeiten einer Hitzeperiode ist die Ozonbelastung besonders hoch. Klimamodelle prognostizieren, dass sich die gesundheitlichen Risiken von Phasen mit erhöhter sommerlicher Luftverschmutzung – unter anderem mit Ozon – im Zusammenwirken mit sommerlicher Hitze zukünftig erhöhen werden. Zudem wird vermutet, dass sich beide Einzelbelastungen in ihrer Kombinationswirkung verstärken können.

Der Informationsschwellenwert für Ozon von 180 µg/m³ wurde im Jahr 2018 an der Station Lübeck-St. Jürgen zweimal überschritten. Der Jahresmittelwert betrug 57 µg/m³. Die Alarmschwelle von 240 µg/m³ wurde nicht erreicht.

Die aktuell geltenden Zielwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit und der Vegetation werden somit eingehalten. Die langfristigen Ziele können jedoch nicht flächendeckend eingehalten werden, da die Jahresmittelwerte für Ozon kontinuierlich seit Beginn der Aufzeichnung 1984 steigen.

Feinstaub

Feinstaub hat eine immense Auswirkung auf unsere Gesundheit. Über die Atmung können die kleinen Partikel in den Körper gelangen und verschiedenste Reaktionen verursachen.

In Deutschland werden mittlerweile fast überall die aktuell gültigen Grenzwerte eingehalten, doch die Situation ist dennoch nicht zu unterschätzen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind bis zu 85 Prozent aller Stadtbewohner/-innen in Europa Feinstaubwerten ausgesetzt, die die WHO als schädlich für den Menschen erachtet.

In Schleswig-Holstein wurden die seit 2005 geltenden Grenzwerte für Feinstaub PM₁₀ (Feinstaub mit einem aerodynamischen Durchmesser von weniger als 10 Mikrometer) und die seit 2015 geltende Grenzwert für Feinstaub PM_{2,5} sicher eingehalten. Das geht aus der lufthygienischen Überwachung hervor, die an der Messstation Moislinger Allee in Lübeck gemessen wurden. Diese ergaben für 2020 im Jahresmittel 18 µg/m³ Feinstaub PM₁₀ und 2,5 µg/m³ für Feinstaub PM_{2,5}.

Zur Orientierung:

Der PM₁₀-Tagesmittelwert darf nicht öfter als 35-mal im Kalenderjahr 50 µg/m³ überschreiten. Der PM₁₀-Jahresmittelwert darf 40 µg/m³ nicht überschreiten. Der PM_{2,5}-Jahresmittelwert darf 25 µg/m³ nicht überschreiten

Stickstoffdioxid (NO₂)

Stickstoffdioxid entsteht überwiegend als gasförmiges Oxidationsprodukt aus Stickstoffmonoxid bei Verbrennungsprozessen. Eine der Hauptquellen von Stickstoffoxiden ist der Straßenverkehr, wodurch die Luftbelastung in Ballungsräumen und entlang von Hauptverkehrsstraßen und Autobahnen am höchsten sind.

Erhöhte Stickstoffdioxid-Konzentrationen sind vor allem für Asthmatiker ein Problem, da es zu einer Verengung der Bronchien kommen kann und in Folge dessen Allergene verstärkt wirken.

Im Jahr 2018 betrug das Stickstoffdioxid-Jahresmittel an der Lübecker Messstation Moislinger Allee 24 µg/m³. Die Messstation an der Fackenburger Allee erzielte ein Jahresmittelwert von 32 µg/m³. Damit liegen die Messungen unter dem geltenden Grenzwert von 40 µg/m³. Auch ist festgelegt, dass die Stundenmittelwerte nicht öfter als 18-mal im Jahr 200 µg/m³ überschreiten dürfen. In Lübeck wurde diese Schwelle an keinem Tag erreicht bzw. überschritten. Die Messstation in der Maria-Goeppert-Straße zur Messung der städtischen Hintergrundbelastung kam auf einen Jahresmittelwert von 14 µg/m³ [Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume 2019].

Schwefeldioxid (SO₂)

Schwefeldioxid entsteht überwiegend bei Verbrennungsvorgängen fossiler Energieträger wie Kohle und Öl durch Oxidation des im Brennstoff enthaltenen Schwefels.

Es reizt die Schleimhäute und kann zu Augenreizungen und Atemwegsproblemen führen.

Da die SO₂-Konzentrationen in Schleswig-Holstein sehr deutlich unter den geltenden Grenzwerten zum Schutz der menschlichen Gesundheit liegen, sind heute durch SO₂ verursachte Gesundheitsprobleme nicht mehr zu befürchten.

6.1.4 Strahlenbelastung

Strahlung bedeutet rein physikalisch, dass Energie in Form elektromagnetischer Wellen oder als schneller Teilchenstrom transportiert wird. Es gibt zahlreiche Strahlungsquellen, die auf uns einwirken. Die einen sind natürlichen Ursprungs und andere sind zivilisatorisch/künstlich erzeugte.

Die gesamte natürliche Strahlenbelastung in Deutschland oder genauer die effektive Dosis einer Einzelperson in Deutschland beträgt durchschnittlich 2,1 Millisievert im Jahr. Je nach Wohnort, Ernährungs- und Lebensgewohnheiten reicht sie von 1 Millisievert bis zu 10 Millisievert.

Auf die Frage, ob Strahlenbelastung allgemein gesundheitsschädigend ist, gibt es keine pauschale Antwort. Denn die verschiedenen Arten von Strahlung (Alpha-, Beta-, Gamma- und Röntgenstrahlung) wirken ganz unterschiedlich auf menschliche Organe und Gewebe. Die Wirkung hängt davon ab,

- um welche Strahlung es sich handelt,
- auf welches Gewebe die Strahlung trifft,
- wie lange man der Strahlung ausgesetzt ist,
- wie weit man von der Strahlungsquelle entfernt ist.

Grundsätzlich gilt allerdings, dass die ionisierende Strahlung Zellen und das umliegende Gewebe so verändern kann, dass diese ihre Funktion verlieren oder absterben.

UV-Strahlung

Der Mensch benötigt die UV-Strahlung der Sonne für das Wohlbefinden und auch zur Unterstützung der Gesundheit. Gleichzeitig kann eine übermäßige Exposition der Sonne auch gesundheitsschädigend wirken. Nicht nur in den besonders sonnenreichen Ländern, auch in Deutschland nimmt in der weißhäutigen Bevölkerung die Zahl der Neuerkrankungen an Hautkrebs seit Jahrzehnten gravierend zu. In Deutschland sind derzeit knapp 275.000 Menschen an Hautkrebs erkrankt; davon circa 40.000 in Schleswig-Holstein.

Zusätzlich birgt die menschengemachte Verdünnung des stratosphärischen Ozons in den mittleren und höheren Breiten seit Ende der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts die Gefahr, dass der UV-Anteil der Sonnenstrahlung zunimmt. Dadurch können Sonnenbrand und Hautveränderungen schneller entstehen.

Die solare elektromagnetische UV-Strahlung besteht aus Licht verschiedener Wellenlängen: UVA- UVB- und UVC-Strahlen:

UVA-Strahlen haben weniger Energie als die UVB-Strahlen, dringen aber tiefer bis in die Lederhaut ein. Die UVA-Strahlen sind gefährlicher, als man vor einigen Jahren noch dachte. Sie können in hohen Dosen auch Sonnenbrände auslösen und es gibt Anzeichen, dass sie für die Entstehung von schwarzem Hautkrebs (Melanome) mit verantwortlich sein könnten. Ihnen werden auch die sonnenbedingte Hautalterung (Photoaging) und das Auslösen bestimmter Allergien angelastet.

Die *UVB-Strahlung* hingegen hat auch positive Effekte auf die menschliche Gesundheit. Diese ist für die Bildung von Vitamin D3 in der Haut verantwortlich und beugt somit Rachitisbildung (Verformung von Knochen) vor. Allerdings besitzen diese Strahlen gleichzeitig auch die stärkste karcinogene Wirkung.

UVC-Strahlen sind besonders energiereich, jedoch werden sie von der Erdatmosphäre in den oberen Atmosphärenschichten vollständig ausgefiltert, so dass natürliche UV-C-Strahlung die Erdoberfläche nicht mehr erreicht.

Vor längerer Aktivität im Freien ist es ratsam, auf den Seiten des Deutschen Wetterdienstes den UV-Index zu prüfen. Dieser gibt Auskunft über die sonnenbrandwirksame UV-Strahlung (Deutscher Wetterdienst 2021).

Elektromagnetische Strahlung

Unter elektromagnetischen Feldern versteht man landläufig die elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Felder, die eine nichtionisierende Wirkung haben. Häufig wird dafür auch der von den Medien geprägte Begriff "Elektrosmog" verwendet.

Die Grenzwerte für elektromagnetische Felder sind durch bundeseinheitliche Gesetze geregelt. Mit der Novelle der 26. Verordnung zum Bundes-Immissionsschutzgesetz (Verordnung über elektromagnetische Felder, 26. BImSchV) wurden im August 2013 die Grenzwerte entsprechend der EU-Richtlinie und den Empfehlungen nationaler und internationaler Expertenkommissionen auf den gesamten Frequenzbereich von 0 Hertz bis 300 Gigahertz (GHz) erweitert.

Die in der Verantwortung stehenden Expertenkommissionen kommen bisher übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass unterhalb der Grenzwerte keine schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit nachgewiesen worden sind.

Die Bundesnetzagentur nimmt an bestimmten Punkten in Deutschland Messungen der Strahlung vor. Die Messwerte können eingesehen werden unter Bundesnetzagentur - Funkanlagen und elektromagnetische Felder. Dort können die Werte für Elektromagnetische Felder als auch die Strahlungswerte von SmallCells punktgenau für Lübeck entnommen werden.

Eine flächendeckende Messung der Strahlung wird durch die „viridas GmbH“ vorgenommen. Dort können genauere Strahlenwerte und die Qualität des Mobilfunkempfangs in Lübeck eingesehen werden

6.1.5 Schadstoffe im Innenraum

Lufthygienische Überwachung von Krankenhäusern

Während einer Operation ist die Sicherstellung der Asepsis (Zustand der Keimfreiheit) von enormer Bedeutung, um postoperative Infektionen im OP-Gebiet zu vermeiden. Erste Installationen von raumlufttechnischen Anlagen um 1960 sollten die Luft im OP fortan reinhalten. Jedoch ging das Konzept der Asepsis im OP lange nicht auf, da die Luft weiterhin nicht gelingend gefiltert werden konnte.

In den letzten Jahrzehnten wurden letzte Mängel beseitigt und es wurden nicht nur die Mängel an den RL-Techniken weiter bekämpft, sondern auch die baulichen Randbedingungen stark verbessert. Es entstanden Normen und Richtlinien zur hygienegerechten Planung, Ausführung und zum Betrieb von Raumlufttechnischen Anlagen. Seit 1999 ist in Deutschland das damit befasste Personal von zertifizierten Stellen auszubilden (VDI 6022).

Asbest

Asbest ist die Sammelbezeichnung für natürlich vorkommende, faserartige silikatische Minerale mit Faserdurchmessern bis herab zu 2 Mikrometern (1 Mikrometer entspricht einem Tausendstel Millimeter). Asbest ist chemisch sehr beständig, unempfindlich gegen Hitze und nicht brennbar. Er weist eine hohe Elastizität und Zugfestigkeit auf und lässt sich aufgrund seiner Bindefähigkeit mit anderen Materialien leicht zu Produkten verarbeiten. Wegen seiner besonderen Eigenschaften wurde Asbest seit etwa 1930 in einer Vielzahl von Produkten eingesetzt. Dazu zählen Platten für den Hochbau, Brems- und Kupplungsbeläge für Fahrzeuge, Dichtungen und Formmassen für hohe thermische oder chemische Belastungen.

Was damals nicht bekannt war: Asbest ist ein eindeutig krebserregender Stoff. Charakteristisch für Asbest ist seine Eigenschaft, sich in feine Fasern zu zerteilen, die sich der Länge nach weiter aufspalten und dadurch leicht eingeatmet werden können. Die eingeatmeten Fasern können langfristig in der Lunge verbleiben und das Gewebe reizen. Die Asbestose, das heißt, die Lungenverhärtung durch dabei entstehendes Narbengewebe, wurde bereits 1936 als Berufskrankheit anerkannt. Heute ist auch anerkannt, dass an Arbeitsplätzen mit hoher Freisetzungswahrscheinlichkeit von Asbestfasern, durch die Reizwirkung in der Lunge oder das Wandern der Fasern zum Brust- und Bauchfell, Lungenkrebs beziehungsweise ein Mesotheliom (Tumor des Lungen- oder Bauchfells) entstehen kann.

Die Zeit von der Asbest-Exposition, also dem Einatmen der Asbestfasern, bis zum Auftreten einer darauf zurückzuführenden Erkrankung (Latenzzeit) ist lang und kann bis zu etwa 30 Jahre betragen. Daraus und aus der langfristigen Verwendung von Asbest am Arbeitsplatz bis in die 1990er Jahre erklärt sich, dass die Zahl der Anträge auf Anerkennung einer durch Asbest verursachten Berufskrankheit nach wie vor einen hohen Anteil an den insgesamt bei den Unfallversicherungen eingehenden Anträgen hat.

Schimmel

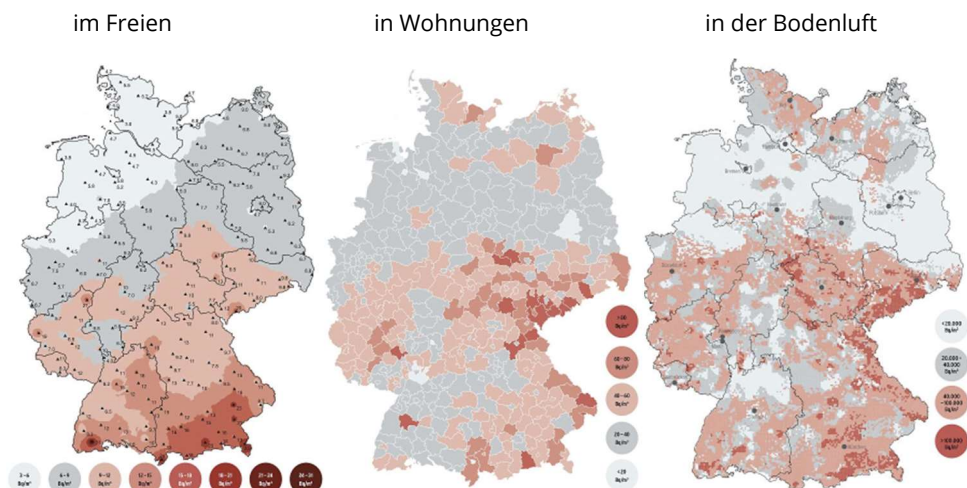
Zu den Schimmelpilzen werden Pilze gerechnet, die typische Pilzfäden und winzige, nur unter dem Mikroskop sichtbare Sporen ausbilden. Schimmelpilze gehören zu unserer natürlichen Umwelt. Sie sind an der Zersetzung von organischem Material beteiligt und spielen damit eine wichtige Rolle im Kreislauf der Natur. Die Sporen von Schimmelpilzen sind daher allgegenwärtig, unter anderem im Boden und in der Luft. Sie können Monate und Jahre auch bei Trockenheit überleben; wachsen können sie aber nur in feuchter Umgebung.

Von Schimmelpilzen kann eine Gesundheitsgefahr ausgehen, wenn die Sporen in großer Zahl eingeatmet werden. Grundsätzlich sind alle Schimmelpilze in der Lage, allergische Reaktionen wie beim Heuschnupfen (laufende Nase, Augenreizungen, Niesen) auszulösen. In einer feuchten, schimmigen Wohnung zu leben, geht mit einem erhöhten Risiko für Atemwegserkrankungen und Atemwegsinfektionen einher sowie mit einer Verstärkung einer ggf. vorhandenen Asthmaerkrankung.

Radon

Wenn im Erdreich Uran und Radium zerfallen, entsteht Radon. Von dort aus kann es auch in Innenräume gelangen, wenn das Gebäude z.B. gegenüber dem Erdreich nicht richtig abgedichtet ist. Radon ist nicht zu sehen, zu riechen oder zu schmecken. Es verursacht dem Bundesamt für Strahlenschutz zufolge rund fünf Prozent aller Todesfälle durch Lungenkrebs in Deutschland.

Abb. 6.3: Radonbelastung im Bundesgebiet



Quelle: Bundesamt für Strahlenschutz

Nach Rauchen stellt das radioaktive Gas Radon den zweitgrößten Risikofaktor für Lungenkrebs dar. Da es in verschiedenen Konzentrationen in der Erde enthalten ist, kann es überall in den Haushalten vorkommen.

Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, ist nach Angaben des Bundesamtes für Strahlenschutz umso größer, je mehr Radon in der Atemluft ist und je länger es eingeatmet wird. Wer über viele Jahre eine Konzentration von mindestens 100 Becquerels Radon pro Kubikmeter Raumluft in seiner Wohnung oder seinem Haus hat, hat dem Bundesamt zufolge ein um etwa 16 Prozent höheres Erkrankungsrisiko.

Bei den Messungen wird zwischen den Werten im Freien, in Innenräumen und im Boden unterschieden, wobei Letztere die höchsten Konzentrationen aufweisen.

In der Außenluft ist die Radon-Konzentration im Süden Deutschlands mit bis 31 Becquerel pro Kubikmeter am höchsten und erreicht entlang der Nordsee Minimalwerte von drei bis sechs Becquerel pro Kubikmeter.

In Innenräumen ist die bundesweite Verteilung etwas uneinheitlicher. Zum Teil wurden Werte um die 100 Becquerel pro Kubikmeter gemessen. Generell ist auch hier der Norden weniger betroffen.

In der Bodenluft werden mit Abstand die höchsten Messwerte erzielt. Während in der norddeutschen Tiefebene relativ niedrige Radon-Konzentrationen unterhalb von 20.000 Bq/m³ gemessen werden, kann die Konzentration in den meisten Mittelgebirgen, in Gegenden mit Gesteinsmoränen sowie im Alpenvorland dagegen höher ausfallen und zum Teil über 100.000 Bq/m³ liegen.

Ein Schwellenwert, unterhalb dessen das Gas mit Sicherheit ungefährlich ist, sei nicht bekannt. Bürger/-innen empfiehlt die Behörde, als Gegenmaßnahme regelmäßig zu lüften und undichte Stellen in Keller und Erdgeschoss abdichten zu lassen.

6.1.6 Wasserqualität

Trinkwasser

Leitungswasser gehört in Deutschland zu den am besten kontrollierten Lebensmitteln und die Wasserversorger garantieren eine gleichbleibende Qualität bis zum Wasserzähler.

In der Hansestadt gibt es 26 dezentrale Wasserwerke und 7 zentrale Wasserwerke, die in Kooperation mit den Hamburger Wasserwerken arbeiten. Die Brunnen, aus denen das Wasser gewonnen wird, sind bis zu 160 m tief. Eine dicke Tonschicht, die wie ein Deckel über den Wasservorkommen liegt, schützt das Wasser vor Umwelteinflüssen. Dem Wasser wird technisch reiner Sauerstoff hinzugeführt. Es wird über Filter geleitet, um u. a. Eisen und Mangan zu binden sowie Trübungen zu entfernen.

Das Lübecker Trinkwasser wird aus den drei Grundwasserwerken Kleinensee, Klein Disnack und Vorwerk aufbereitet. Zusätzlich liefert das Wasserwerk Großhansdorf Trinkwasser nach Lübeck. Aufgrund der guten Grundwas-

serqualität erfolgt die Aufbereitung ohne Zusatz von Chemikalien. Das Trinkwasser wird entsprechend der Europäischen Trinkwasserverordnung kontinuierlich kontrolliert. Zu den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsuntersuchungen, ausgeführt durch zertifizierte externe Labors, untersuchen die Mitarbeiter/-innen der Stadtwerke im eigenen Wasserlabor zusätzlich und fast täglich die Trinkwasserqualität. Die Stadtwerke Lübeck versorgen rund 130.000 Haushalte der Hansestadt mit Trinkwasser – rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr.

Nitrat

Der übermäßige Gebrauch von Dünger auf deutschen Feldern führt zu einer Belastung der Böden und des Grundwassers. Das kann ab einer Überschreitung der Grenzwerte gesundheitsschädigend sein.

Nitrat wird mitunter im Körper zu Nitrit umgewandelt, das für den Menschen, insbesondere für Säuglinge, schädlich sein kann. Sobald Nitrit ins Blut gelangt, verändert es den roten Blutfarbstoff, der dafür verantwortlich ist, dass Sauerstoff von der Lunge durch das Blut ins Gewebe transportiert wird. Unter Nitriteinwirkung funktioniert dieser Transport nicht mehr einwandfrei und die Gewebe bekommen „keine Luft“. Erwachsene müssen diesen Effekt des Nitrats aufs Blut weniger fürchten, da sie im Laufe des Lebens ein Enzym dagegen entwickeln.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat festgelegt, dass 3,7 Milligramm Nitrat pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag zulässig sind. Kinder ab drei Jahren sollten grundsätzlich nicht mehr als 93 Milligramm pro Tag aufnehmen.

Die Nitratwerte im Lübecker Raum werden an zwei Messstellen ermittelt.

Tab. 6.1: Nitratwerte im Lübecker Raum

Messstellenname	Lübeck-Moisling	Schwartau
Gewässername	Trave	Schwartau
Einzugsgebiet in km ²	878	209
gemittelte Jahresmittelwerte 2016-2018 in mg Nitrat/ Liter	14,38	17,33
Differenz zum Berichtszeitraum 2012-2015 in mg Nitrat/Liter	0,13	0,2

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Umwelt, Verbraucher- und Naturschutz

Überschreitet man ab und zu diese Grenzen, muss man nicht gleich gesundheitliche Auswirkungen befürchten. Problematisch ist es aber, wenn man regelmäßig erhöhte Nitratwerte über das Wasser und den Verzehr von Lebensmitteln aufnimmt. Das gilt allerdings für einen erwachsenen Menschen, nicht für einen Säugling. Für Säuglinge gilt ein Grenzwert in Höhe von 50 Milligramm Nitrat je Liter. Der sollte grundsätzlich nicht überschritten werden.

Daher liegt die Grenze in der EU-Grundwasserrichtlinie 2006/118/EG (GWRL) für Grundwasser europaweit einheitlich bei maximal 50 mg Nitrat je Liter und wurde in der deutschen Grundwasserverordnung (GrwV) als Schwellenwert in derselben Höhe verankert. Bei einem Wert von 37,5 mg Nitrat pro Liter sind zudem bereits Gegenmaßnahmen (also eine Trendumkehr) einzuleiten.

Badeseen

In Lübeck gibt es insgesamt sechs offizielle Badestellen, die während der Badesaison vom 1. Juni bis 15. September überwacht werden und deren Wasserqualität regelmäßig vom gesundheitlichen Umweltschutz der Hansestadt Lübeck überwacht werden. Hierzu werden die zwei Badestrände (Kurstrand und Priwall) und vier Flussbadeanstalten an der Wakenitz (Krähenteich, Falkenwiese, Marli und Kleiner See) fünfmal pro Jahr auf Ihre Wasserqualität untersucht.

Baden in der Trave

Das Baden in der Trave ist durch die „Landesverordnung über die Einschränkung des Gemeingebrauchs“ vom 14. Juli 1978 verboten. Dies gilt für die gesamte Trave inklusive ihrer Nebenarme im gesamten Stadtgebiet bis zur Mündung in die Ostsee, einschließlich der Pötenitzer Wiek. Im Vordergrund steht dabei der Sicherheitsaspekt, denn im Schleusenbereich, unterhalb von Brücken oder einer Hafeneinfahrt besteht ein unkalkulierbares Risiko für Badende. Auch das Verbot des Springens von Brücken, das zu Querschnittslähmungen oder sogar Todesfällen führen kann, ist dadurch begründet.

Eine zusätzliche Gesundheitsgefahr besteht nach starken Regenfällen, vor allem in den Bereichen, die im Mischsystem entwässert werden. Das bedeutet, dass Schmutz- und Regenwasser in einem Leitungssystem abgeleitet werden. Starkregen kann zu einer Überlastung des Systems führen, zum Beispiel im Bereich der Altstadtinsel. Sogenannte Mischwasserabschläge sorgen für eine Entlastung des Systems, indem sie überschüssiges Mischwasser i.d.R. nach einer Vorbehandlung verdünnt in die Trave einleiten.

Wer z.B. beim Paddeln unbeabsichtigt ins Wasser fällt, sollte sich anschließend abduschen, um die Gefahr einer Infektion zu vermeiden.

6.1.7 Bodenbelastung

Auswertungen zeigen, dass die Schadstoffgehalte in den Böden Schleswig-Holsteins landesweit im Vergleich zu den in der Bundes-Bodenschutz- und Altlastenverordnung genannten Werten und Anforderungen als eher gering einzustufen sind.

Zu den Bereichen mit höheren Stoffgehalten zählen in Schleswig-Holstein:

- Ehemalige und aktuelle Überflutungsgebiete im Bereich der Elbe und ihrer Zuflüsse
- der Bereich der Marsch mit tendenziell (gegenüber gesamt Schleswig-Holstein) erhöhten Gehalten an Arsen, Chrom und Nickel
- Siedlungsbereiche sowie die Umgebung von Großstädten
- Regionen in der Nähe größerer Emittenten wie z. B. der ehemaligen Metallhütte Lübeck.

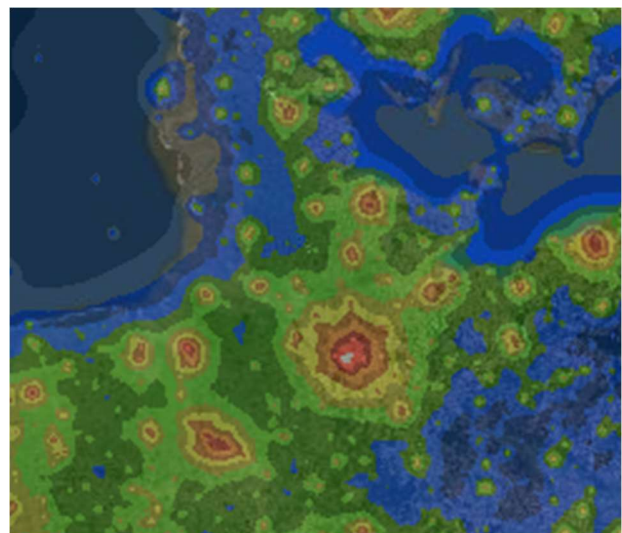
Das Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein, Abt. Geologie und Boden, hat vorliegenden Bodenuntersuchungen zur Charakterisierung ländlicher Hintergrundwerte ausgewertet, zusammengestellt, räumlich abgeschätzt und in Karten dargestellt. Damit liegen regionalisierte Hintergrundwerte für Schleswig-Holstein vor.

6.1.8. Lichtverschmutzung

Der Begriff der Lichtverschmutzung bezeichnet die Aufhellung des Nachthimmels durch künstliche Lichtquellen.

In Deutschland beträgt der jährliche Zuwachs der Lichtverschmutzung schätzungsweise sechs Prozent. Neben der unnötigen Energieverschwendung hat die Lichtverschmutzung zudem negative Auswirkungen auf Natur und Umwelt. Auch der menschliche Organismus ist gesundheitlich davon betroffen, denn zu viel künstliches Licht stört die innere Uhr des Menschen, indem es die Produktion des Schlafhormons Melatonin unterdrückt. Ruhe und Regulation werden dadurch maßgeblich beeinflusst und es können Schlafstörungen ausgelöst werden.

Abb: 6.4: Lichtverschmutzung, Ausschnitt Norddeutschland 2016



Quelle: University of Wisconsin, 2016

6.2 Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels

6.2.1 Hitze und Mortalität

Gesundheitliche Dimensionen des Klimawandels

Die Klimaveränderung wird große Auswirkungen auf die globale Gesundheit haben, denn neben Todesfällen durch extreme Wetterbedingungen und durch Luftverschmutzung werden sich vor allem Infektionskrankheiten, die schon jetzt die zweithäufigste Todesursache weltweit darstellen, weiter ausbreiten. Insbesondere vektorübertragene, also durch Tiere auf den Menschen übertragene Krankheiten sowie Zoonosen, also Krankheiten, bei denen eine Übertragung vom Tier auf den Menschen und umgekehrt möglich ist, werden extrem durch ein verändertes Klima beeinflusst. Derzeit treten die meisten dieser Infektionen in der Subsahara-Region auf, doch auch in Europa wird in Zukunft mit einer Zunahme zu rechnen sein. [BMU, 2020]

Hitzewellen und Mortalität

Hitzewellen stellen eine zunehmende Gesundheitsgefährdung für die Bevölkerung dar, denn aufgrund des Klimawandels kommt es in Deutschland zu häufigeren und auch längeren Hitzewellen. Besonders alte Menschen sind durch Herz- und Kreislauferkrankungen und krankheitsbedingten Störungen des Durstempfindens bei Hitze gefährdet.

Für den Rekordsommer 2018 (die Monate April bis August 2018 waren die heißesten seit Beginn der Wetteraufzeichnungen) gehen Experten von ca. 10.000 Hitzetoden im Bundesgebiet aus. Obwohl im Juli und August normalerweise relativ wenige Menschen sterben, wurde in den

Sommermonaten 2018 eine Zunahme der Sterblichkeit registriert. Die meisten Sterbefälle gibt es üblicherweise während der Grippephase im Winter (siehe Abb. 6.5). Auch in der Hansestadt kann dieses Verteilungsmuster der monatlichen Sterbefälle im langjährigen Mittel belegt werden.

Generell höhere Mortalität in den Wintermonaten

Wären die Todesfälle eines Jahres gleichmäßig über die Monate verteilt, würden jeweils 8,3 Prozent der jährlichen Todesfälle auf eine Monate entfallen (100 Prozent / 12 Monate, in der Graphik mit der Gleichverteilungslinie markiert). Unter Berücksichtigung der Anzahl der Tage pro Monat wären Werte zwischen 7,6 Prozent für den Februar und 8,5 Prozent für die Monate mit 31 Tagen relevant.

Deutlich zeigt sich jedoch eine erhöhte Sterblichkeit während der Grippewellen in den Wintermonaten Januar bis März, während die Sommermonate generell durch eine geringere Mortalität gekennzeichnet sind.

Hitzebedingte Todesfälle?

Eine Studie zur Schätzung hitzebedingter Todesfälle in Deutschland setzte den Verlauf der Mortalität in Bezug zu den Wochenmitteltemperaturen. Auf Basis von bundesweit erhobenen Daten wurde eine statistisch signifikant erhöhte Sterblichkeit (Übersterblichkeit) für die überdurchschnittlich heißen Sommer der Jahre 2003, 2006, 2010, 2013 und 2015 nachgewiesen [Becker et al. 2019]. Für den Jahrhundertssommer 2003 etwa wurde die Übersterblichkeit bundesweit auf ca. 7.000 Todesfällen geschätzt. Auch aktuelle Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass zwischen dem 23. Juli und dem 9. August 2018 in Deutschland über 8.000 Menschen mehr als im

Abb. 6.5: Anteil der jährlichen Sterbefälle nach Monaten in der Hansestadt Lübeck

Durchschnitt der Jahre 2012 – 2018

Quelle: Hansestadt Lübeck, Melderegisterdaten

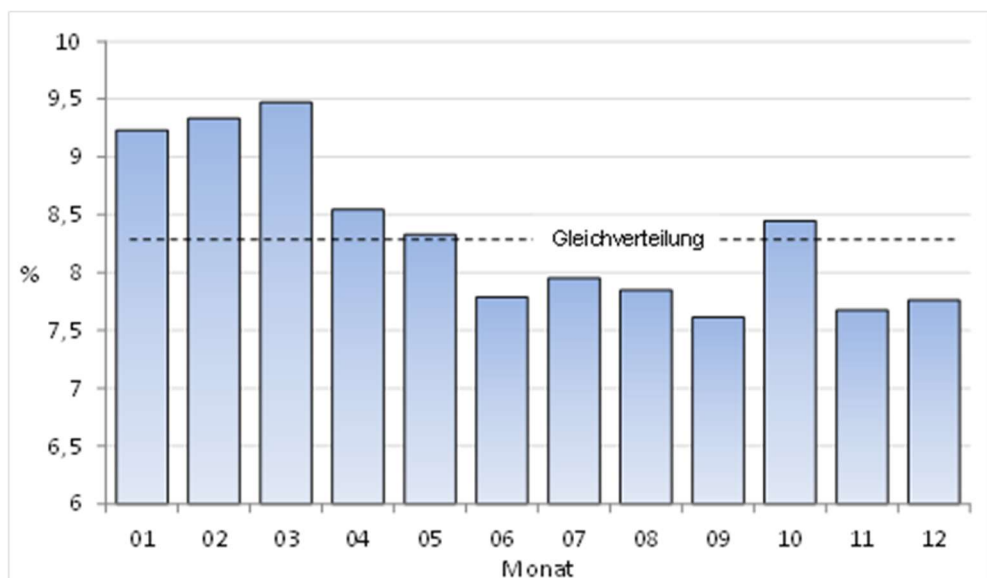
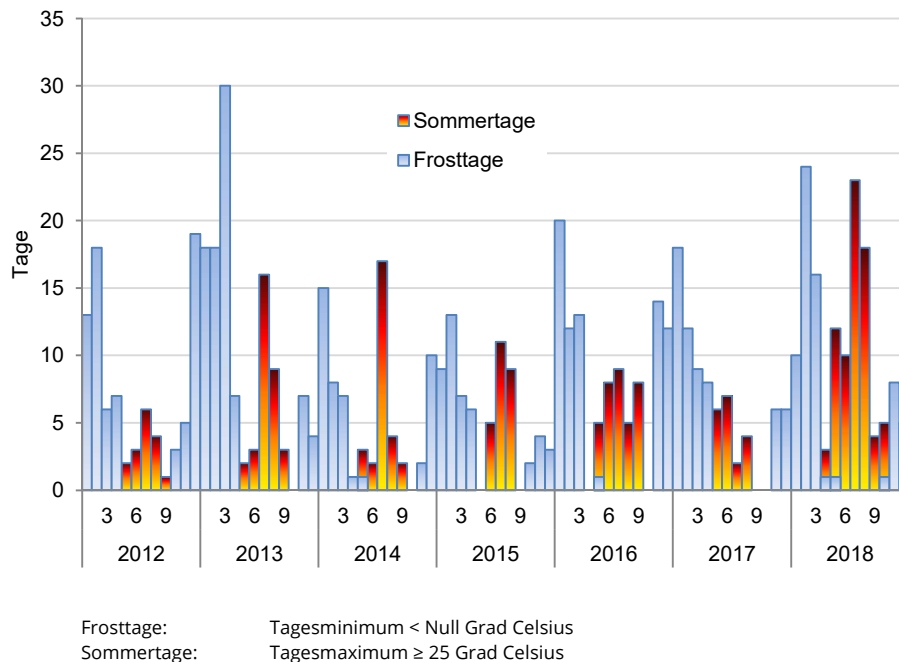


Abb. 6.6.: Monatliche Sommertage und Frosttage in der Hansestadt Lübeck 2012-2018



Quelle: luebecker-wetterservice.de

Vergleichszeitraum 2017 gestorben sind. Wie diese neuen Daten zu interpretieren sind, ist noch nicht klar, da die Datenbasis noch zu gering für endgültige Aussagen ist.

Manche Studien beschreiben im Anschluss an die Phase der Übersterblichkeit eine Phase der Untersterblichkeit, was darauf hindeutet, dass ein Teil der vorzeitig gestorbenen Personen vermutlich ohnehin in absehbarer Zeit gestorben wäre. Zum Ausmaß dieses Effektes gibt es widersprüchliche Aussagen. Manche Studien beschreiben die komplette Kompensation der Übersterblichkeit durch die anschließende Untersterblichkeit, während andere Studien eine anschließende Untersterblichkeit nur im geringen oder im moderaten Ausmaß feststellen konnten [Becker et al. 2019, S. 565].

Die regionale Differenzierung (Nord, Mitte, Süd) zeigt, dass die hitzebedingte Mortalität wahrscheinlich jedoch auch im Norden Deutschlands von Bedeutung ist. Denn trotz etwas kühleren Temperaturen, sind die zusätzlichen Todesfälle auch im Norden beobachtbar. So wurden in den Jahren 2003 und 2006 in der Altersgruppe 85+ ca. 113 bzw. ca. 123 hitzebedingten Todesfälle pro 100.000 Einwohner/-innen errechnet. Bei einem 95 %-Konfidenzintervall waren die Raten von etwa -60 bis 330 Fällen pro 100.000 Einwohner jedoch grenzsensitiv.

Legt man die o.g. genannten Mortalitätsraten in Bezug zur Zahl der Personen in der Altersgruppe 85+ in der Hansestadt Lübeck (n = 5.087) zugrunde, würde sich für den Sommer 2003 die Zahl von sechs hitzebedingten Todesfällen in der Hansestadt Lübeck ergeben. Auch hier würde die Spanne bei einem 95 %- Konfidenzintervall von nicht vorhanden bis ca. 17 hitzebedingten Todesfällen reichen.

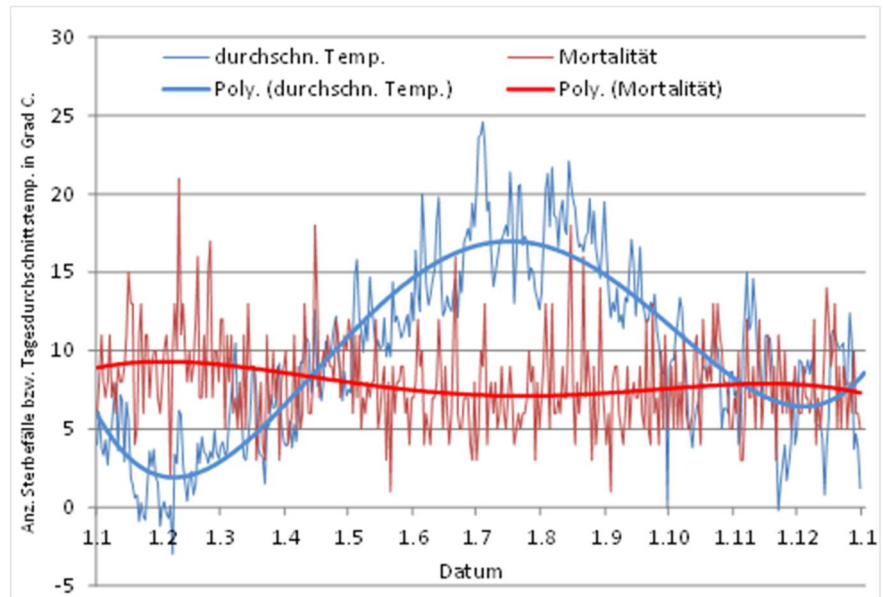
Die Studie zur Schätzung hitzebedingter Mortalität zeigt, dass die hitzebedingte Mortalität wahrscheinlich auch im

Norden von Deutschland von Bedeutung ist. Die Anwendung der für den Norden Deutschlands ermittelten Raten auf eine Großstadt wie Lübeck lässt hitzebedingte Sterbefälle im einstelligen bis in den niedrigen zweistelligen Bereich vermuten, wobei insbesondere die Gruppe der über 85-Jährigen betroffen ist.

Im Südwesten Deutschlands zeigten sich höhere hitzebedingte Mortalitätsraten. In der Großstadt Frankfurt am Main wurde im Sommer 2003 eine Übersterblichkeit mit ca. 200 Todesfällen verzeichnet [Heudorf, U., Meyer C., 2005].

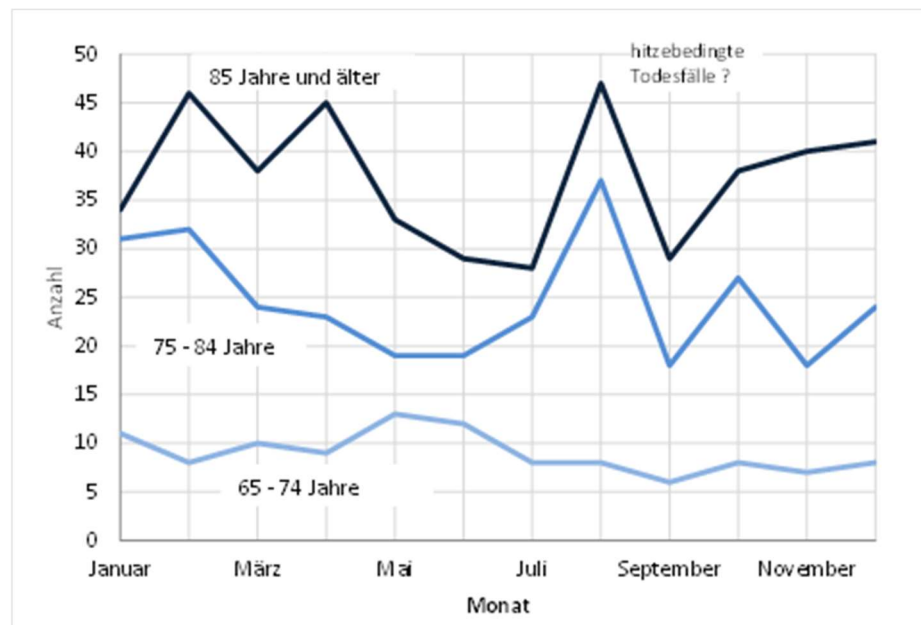
Die o.g. genannten Studien basieren auf Wochenmitteltemperaturen und den wöchentlichen Todesfällen, d.h. es wird der Effekt der Hitze auf die Mortalität in der gleichen Kalenderwoche untersucht. Ein weiterer Schritt wäre eine zeitnahe Analyse mit Hilfe der Verwendung von Tagesmitteltemperaturen und tagesgenauer Daten zur Mortalität. Für die Hansestadt Lübeck stehen derartige Mortalitätsdaten grundsätzlich aus zwei Datenquellen zur Verfügung: Statistische Analysen aus dem Melderegisters erlauben relativ zeitnah (nach einigen Monaten) Aussagen zum Alter, Geschlecht und Todestag. Interne Statistiken der Gesundheitsämter erlauben in Kombination mit der ICD10-Codierung der Statistischen Landesämter detaillierte Aussagen zur Todesursache, Geschlecht, Alter. Alle Daten ließen sich tagesgenau abgebildet werden. Die tagesgenauen Mortalitätsdaten wären dann mit Tagesmitteltemperaturen in Bezug zu setzen. Für die unten dargestellte Graphik wurden hierzu Daten einer nichtamtlichen lokalen Wetterstation verwendet. Die Daten beziehen auf das ebenfalls überdurchschnittlich heiße Jahr 2015, da für den letzten Rekordsommer 2018 noch nicht alle Daten vorliegen.

Abb. 6.7: Tägliche Durchschnittstemperatur u. Anzahl der Sterbefälle pro Tag in der Hansestadt Lübeck im Jahr 2015



Quelle Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt und luebecker-wetterservice.de

Abb. 6.8: Herz-Kreislaufbedingte Sterbefälle in der Hansestadt Lübeck im Jahre 2015 nach Altersgruppen u. Monaten



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, interne Todesursachenstatistik

Legt man den Fokus auf die Tage mit hohen Tagesmitteltemperaturen so zeigen sich hier oftmals Zusammenhänge mit einer erhöhten Tagesmortalität, aber halt nicht immer. Aufgrund der täglichen Schwankungen zeigt sich hier eine nur niedrige Korrelation.

Anders sieht es jedoch aus, wenn man die Todesfälle nach Monaten zusammenfasst und nur die Todesfälle betrachtet, die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind. Lenkt man dann noch den Fokus auf die ältere Bevölkerung, so zeigt sich hier doch eine statistisch signifikante Häufung für den Monat August. Dies sogar in einem Ausmaß, der die bisherigen Schätzungen im einstelligen Bereich deutlich zu übertreffen scheint, da im Monat August in der Altersgruppe 75-84 Jahre und 85+ ungefähr jeweils 15 Personen mehr als in den angrenzenden Monaten gestorben sind. Inwieweit diese erhöhte Mortalität jedoch ausschließlich hitzebedingt war, kann anhand der Datenlage nicht eindeutig belegt werden. In der Altersgruppe

65-74 ist eine erhöhte Mortalität für den Monat August nicht nachweisbar (Abb. 6.8). Zukünftige statistische Analysen sollten auf der Basis von Wochen erfolgen, da hier möglicherweise höhere Korrelationen nachweisbar sind.

Weitere Datenanalysen sind zur hitzebedingten Mortalität hier erforderlich, insbesondere auch im Hinblick auf den Rekordsommer 2018, für den die Daten noch analysiert werden müssen. Die bisher vorliegenden Daten lassen jedoch vermuten, dass hitzebedingte Mortalität auch im Norden Deutschlands von Bedeutung ist. Da aufgrund des Klimawandels mit weiteren Hitzewellen in den Sommermonaten zu rechnen ist, wird das Thema hitzebedingter Mortalität aber auch Morbidität zukünftig an Relevanz gewinnen.

Ein Zusammenhang zwischen Hitzewellen und der Morbidität konnte z.B. auch anhand von hitzeassoziierte Einweisungen (Hitzeerschöpfung, Exsikkose, Synkope, unklares

Fieber) über die Zahl der Rettungseinsätze belegt werden [Becker et. al. 2019, S. 565].

6.2.2 Hitzeaktionsplan

Im Jahr 2018 hat die Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe GAK (Gesundheitliche Anpassungen an die Folgen des Klimawandels) Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit herausgegeben. Es handelt sich hierbei um eine Art Masterplan für die kommunalen Behörden zur Entwicklung regional/lokal angepasster Hitzeaktionspläne. Ziel dieser Pläne ist es, mittels Verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen die Hitze und auch die UV-Exposition zu reduzieren, um hitze- und UV-bedingte Erkrankungen zu vermeiden und möglichen Todesfällen vorzubeugen [Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit 2017].

In Anlehnung an eine WHO-Leitlinie [WHO 2017] beziehen sich die Handlungsempfehlungen auf acht Kernelemente:

I: Zentrale Koordinierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auf Landesebene ist eine Zentrale Koordinierungsstelle einzurichten, die mit den kassenärztlichen Verbänden, den Krankenhausgesellschaften, der Landesärztekammer und Trägern öffentlicher Einrichtungen ein zentrales Netzwerk bildet. Die Zentrale Koordinierungsstelle steht in Verbindung mit den in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten einzurichtenden Dezentralen Koordinierungsstellen steht, deren Aufgabe die Erstellung eines Hitzeaktionsplanes mit Nennung konkreter Maßnahmen ist. Die dezentralen Koordinierungsstellen unterstützen einzelne Einrichtungen bei der Erstellung von Maßnahmenplänen (siehe Pkt. 6).

II: Nutzung des Hitzewarnsystems des Deutschen Wetterdienstes

Der Deutsche Wetterdienst hat seit zehn Jahren ein Hitzewarnsystem etabliert, das landkreisbezogen zwei Warnstufen ausgibt:

Hitzewarnstufe I: starke Wärmebelastung (gefühlte Temperatur an zwei Tagen über 32° C bei geringer nächtlicher Abkühlung) und

Hitzewarnstufe II: extreme Wärmebelastung (gefühlte Temperatur über 38 ° C am frühem Nachmittag)

Die Hitzewarnungen des DWD werden per Newsletter (www.dwd.de/newsletter) oder über Apps veröffentlicht.

Abb. 6.9: Handy-Screenshot einer Hitzewarnung



III: Information und Kommunikation

In der Kommunikation hitzeassoziiertes Gesundheitsinformationen ist zwischen der vorausschauenden Planung, die im Internet oder in Publikationen grundlegende Informationen vermittelt und der Kommunikation im Akutfall zu unterscheiden, bei der Personen und sensible Einrichtungen aktiv benachrichtigt bzw. informiert werden.

IV: Reduzierung der Hitze in Innenräumen

Die Hitze in Innenräumen kann durch kurzfristige Maßnahmen, wie Lüftung und Schattierung reduziert werden. Mittelfristige Maßnahmen sind etwa die Anbringung von Rollläden, Markisen oder Sonnensegeln. Wand- und Dachisolierungen schützen vor dem Aufheizen der Gebäude. Mikroklimatische Kühlungseffekte sind z.B. durch Dach- und Fassadenbegrünungen oder Laubbäume an Straßen, in Gärten oder Grünanlagen erzielt werden. Daneben sollte der Einbau von Klimaanlage in Krankenhäusern oder Senioreneinrichtungen in Betracht gezogen werden. Angesichts der jüngsten Hitzewelle in 2019 kommen nun auch aus der Politik erste Initiativen, Altenheime und Krankenhäuser bei der Ausstattung mit Klimaanlage zu unterstützen.

Für den privaten Bereich sollten Klimaanlage erst in Betracht gezogen werden, wenn andere bauliche und technische Maßnahmen ausgeschöpft sind, da Klimaanlage vor allem in Städten zu einer weiteren Aufheizung der Außenluft führen (siehe auch Punkt VII, Gebäudebezogene Maßnahmen).

V: Besondere Beobachtung von Risikogruppen

Insbesondere bei mehreren aufeinanderfolgenden Hitzetagen gilt es, Risikogruppen zu beachten, die aus verschiedenen Gründen besonders gefährdet oder besonders schutzbedürftig sind. Hierzu zählen u.a.:

- ältere Menschen
- isoliert lebende Menschen
- pflegebedürftige Menschen
- Menschen mit Erkrankungen
- Personen mit starkem Übergewicht
- Säuglinge und Kleinkinder
- Menschen mit Demenz

Zu berücksichtigen sind aber auch Menschen, die viel im Freien tätig sind und z.T. einer extreme Hitze- und UV-Belastung ausgesetzt sind. Auch Obdachlose bedürfen in Extremsituationen oftmals einer Betreuung.

VI: Vorbereitung der Gesundheits- und Sozialsysteme

Den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie die Schnittstelle zu den Hauptrisikogruppen, den alten und kranken Menschen, darstellen.

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollen wichtige Inhalte zum adäquaten Handeln bei Hitzeperioden vermitteln.

Maßnahmenpläne sollten für die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens entwickelt werden. Die Anpassung des Trinkverhaltens, der Ernährung, der Kleidung, der Medikation sind hier z.B. zu nennen.

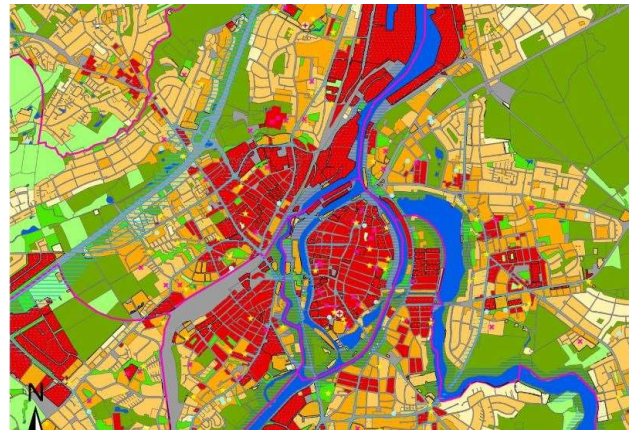
VII: Langfristige Stadtplanung und Bauwesen

Bei der Planung und Umsetzung bau- und stadtplanerische Maßnahmen sind die ganzjährigen klimatischen und regionalspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Neben den gebäudebezogenen Maßnahmen, z.B. Thermoglas, Belüftungstechnik, integrierte Lamellenjalousien, Verschattung von Dächern durch Gründächer sind stadt- und bauplanerische Maßnahmen möglich. Hier geht es z.B. um den Erhalt oder die Schaffung von Grünflächen bestenfalls mit kühlenden Verdunstungselementen, die Reduzierung des Versiegelungsgrades in der Stadt und die Einrichtung von großzügigen Schattenplätzen im öffentlichen Raum. Trinkwasserspender sollten in Gebäude und auch im öffentlichen Raum installiert werden.

Stadtplanerisch gilt es, Wohngebiete mit bioklimatischer Belastung zu ermitteln und Kaltluftleitbahnen zu schaffen oder freizuhalten. Der Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz hat diesbezüglich ein Klimaanpassungskonzept für die Hansestadt Lübeck entwickelt, das im September 2020 durch die Bürgerschaft beschlossen wurde. In diesem Konzept wird auch die Hitzebelastung thematisiert und es werden entsprechende Maßnahmen festgelegt.

Eine Planungshinweiskarte gibt bauplanerische Hinweise hinsichtlich der lokalklimatischen Funktionen von Grün- und Siedlungsflächen.

Abb. 6.10: Planungshinweiskarte Stadtklima (Tagsituation), Stand 2016



(Screenshot, hier ohne Maßstabsanzeige und Legende)

Quelle: Hansestadt Lübeck, Klimafunktionskarte

VIII: Monitoring und Evaluierung der Maßnahmen

Die WHO empfiehlt eine zeitnahe epidemiologische Beobachtung und eine Evaluation der Hitzeschutzmaßnahmen. Das Monitoring hat die Aufgabe, Hitzeereignisse und deren Folgen quantitativ zu erfassen und zu bewerten. Hierfür sind die Daten zeitnah zu erheben. Für eine Bewertung der Hitzeeffekte sind tagesgenaue Morbiditäts- und Mortalitätsdaten erforderlich (siehe Abb. 6.7).

Die erforderlichen Daten könnten von den Krankenhäusern, Rettungsdiensten oder Ärztliche Bereitschaftsdiensten stammen. Mortalitätsdaten könnten auf Landesebene vom Statistischen Landesamt bzw. in den kreisfreien Städten Schleswig-Holstein von den dort vorhandenen kommunalen Statistikstellen bereitgestellt werden. Weitere Mortalitätsdaten (mit der Codierung nach IDC 10) könnten ggfs. von den Kreisgesundheitsämtern bzw. den Gesundheitsämtern der kreisfreien Städte ermittelt werden (so weit hier personelle Kapazitäten vorliegen). Die tagesgenauen Wetterdaten wären aus dem Portal des DWD oder - wenn lokal vorhanden - möglicherweise auch über private Wetterstationen zu ermitteln.

Für eine Evaluation der Hitzeschutzmaßnahmen wären die tatsächlich erfolgten Maßnahmen zu dokumentieren.

Ein System zur Beobachtung hitzeassoziierten Morbidität in Echtzeit anhand rettungsdienstlicher Daten wurde z.B. in Frankfurt am Main etabliert.

Der Lübecker Hitzeaktionsplan (Stufe 1)

Anhand der Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen hat die Hansestadt Lübeck bereits im Frühjahr 2021 mit als eine der ersten Kommunen in Deutschland einen Hitzeaktionsplan erstellt. Dieser wurde in einem Kooperationsprojekt der Klimaleitstelle und des Gesundheitsamtes in enger Abstimmung mit dem Arbeitsschutz erstellt.

Um kurzfristig Handlungsempfehlungen umsetzen zu können, wurde dieser Plan zunächst als Stufe 1 bezeichnet. Er soll als Grundlage für die Erarbeitung eines vollständigen Hitzeaktionsplanes dienen, gemäß den oben dargestellten Handlungsempfehlungen des Bundesministeriums dienen.

Der Lübecker Hitzeaktionsplan (Stufe 1) beinhaltet zwei Aspekte: die Bestandsaufnahme und Analyse des Handlungsbedarfes innerhalb der Stadtverwaltung und die Erstellung eines Hitzeportals im Internet.

Der Lübecker Hitzeaktionsplan (Stufe 1) liegt aktuell (Oktober 2021) als Entwurf vor, während das Hitzeportal seit dem 1.06.2021 im Internet abrufbar ist.

6.2.3 Andere klimaassoziierte Ereignisse

Der Wandel unseres Klimas führt zu weiteren Umweltveränderungen, die unsere Gesundheit beeinflussen können. Dazu gehören z.B. das verlängerte Auftreten biologischer Allergene (zum Beispiel Pollen) und auch die zunehmende Verbreitung tierischer Krankheitsüberträger, sogenannten Vektoren, wie Zecken oder Stechmücken nimmt zu.

Monitoring von Pflanzen und Tierarten

Gemäß der europäischen Fauna-Flora-Habitatrichtlinie (FFH-RL) mit ihrem Schutzgebietsnetzwerk NATURA 2000 sowie ihren Artenschutzbestimmungen ist die Bewahrung, der Schutz und die Verbesserung der Vorkommen von wildlebenden Tieren, Pflanzen und natürlichen und naturnahen Lebensräume von gemeinschaftlichem Interesse. Auch das Verhalten, die Entwicklung und die Verbreitungsgebiete von Arten weltweit haben sich unter anderem auf Grund des Klimawandels verändert.

In Schleswig-Holstein werden mithilfe des Monitoring der Tier-, Pflanzenwelt und der Lebensräume die Handlungsbedarfe für den Erhalt und die Verbesserung der Erhaltungszustände identifiziert. Aber auch die Einwanderung fremder Arten werden registriert und verfolgt.

Allergien

Etwa 20-30 Prozent der Bevölkerung in Deutschland leiden unter Allergien. Allergien sind eine klassische Umweltkrankheit. Sie entstehen durch Aufnahme der Allergenträger aus der Umgebung. Vor allem der so genannte Heuschnupfen ist besonders häufig (allergische Reaktion auf Pollen, die zumeist von Windbestäubern z.B. Hasel, Birke, verschiedene Gräser). Durch die allergische Reaktion kann es auch zu asthmatischen Beschwerden kommen. Auch das Auftreten von Schimmelpilzen- und Hausstaubmilben können sich bedingt durch den Klimawandel und durch höhere Temperaturen häufen, wodurch diese Allergenexposition ebenso zunimmt.

Erhöhte Allergenexposition durch Ambrosia

Ambrosia kommt ursprünglich aus Nordamerika und ist eines der stärksten Allergene weltweit. In den vergangenen Jahren hat es sich auch in vielen Regionen Europas

stark ausgebreitet, so auch in Deutschland. Aufgrund der hohen Aggressivität der Pollen sind auch Menschen betroffen, die bislang keine Probleme mit Heuschnupfen hatten (rd. 8% der Erwachsenen sind gegen Ambrosia sensibilisiert lt. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz). Zudem verlängert Ambrosia durch die späte Blüte die Beschwerdesaison für Pollenallergiker bis in den Oktober hinein.

Fünf bis zehn der winzigen Pollen in einem Kubikmeter Luft reichen schon aus, um bei sensibilisierten Menschen heftige allergische Reaktionen auszulösen wie beispielsweise:

- Heuschnupfen
- Lichtempfindlichkeit
- Kopfschmerz
- Bindehautentzündung
- Atemnot
- schweres Asthma
- Kontaktdermatitis

Allergiker, bei denen eine Ambrosia-Allergie auftritt, können anschließend auch auf andere Pflanzen wie beispielsweise auf den gewöhnlichen Beifuß beziehungsweise auf Nahrungsmittel allergisch reagieren, zu denen zuvor keine Sensibilisierung vorlag (mögl. Kreuzreaktionen: Melonen, Bananen, Pfirsiche, Nektarinen, Äpfel, Gurken und Zucchini).

Tierische Allergene

Neben Pflanzen können auch wärmeliebende Tiere Auslöser von Allergien sein. Zu nennen ist vor allem der Eichenprozessionsspinner, ein Nachtfalter, der bei der Eiablage sonnige Lagen bevorzugt. Die Raupen des Eichenprozessionsspinners bilden feine, mit Widerhaken versehene Härchen aus. Kommt der Mensch mit ihnen in Berührung, kann es zu allergischen Reaktionen auf der Haut kommen, z.B. zu Juckreiz, Bläschen, Bindehautentzündung und bei Einatmung auch zu Entzündungen im Rachenbereich. In den letzten 10-15 Jahren hat sich der Eichenprozessionsspinner stark vermehrt, was mit dem Klimawandel in Verbindung gebracht wird.

Die infektiologische Perspektive

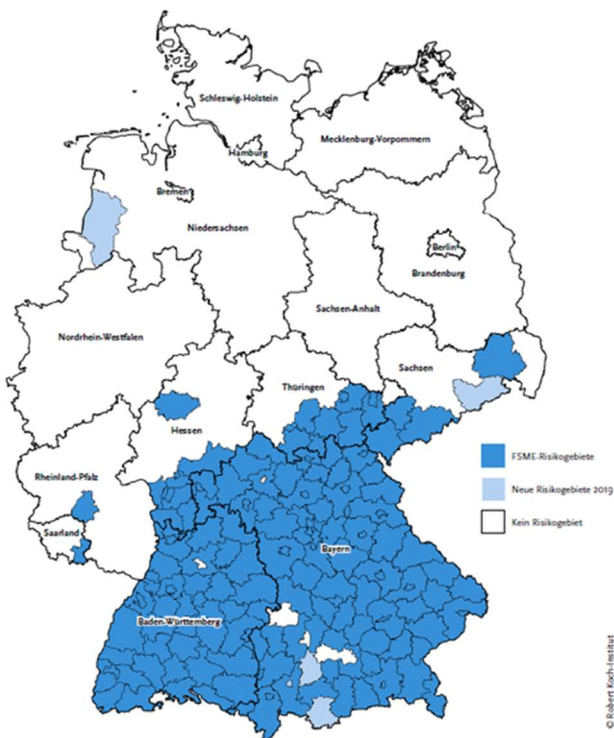
Durch Klimawandel, fortschreitende Globalisierung, individuelle Mobilität, internationalen Handel und Bevölkerungsfrequenzen gewinnen Infektionskrankheiten, die bisher in Mitteleuropa oder Deutschland nicht mehr oder noch nicht aufgetreten sind, zunehmend an Bedeutung. Zu diesen Infektionskrankheiten gehören solche, bei denen blutsaugende Tiere, vorwiegend Insekten (verschiedene Mückenarten) oder Zecken ein Glied im Infektionszyklus dieser Krankheiten sind. Eine Ausbreitung von Mückenarten, die in Deutschland bisher nicht oder nur begrenzt vorkommen, erscheint wahrscheinlich. Solche Mückenarten haben unter bestimmten ökologischen und epidemiologischen Bedingungen das Potential tropische Viren zu übertragen (z.B. Chikungunya-Virus, Dengue-Virus). Im Zusammenhang mit dem Klimawandel als einem Ko-

Faktor könnte sich bei in Deutschland bereits endemischen Infektionskrankheiten (z.B. der durch Nagetiere übertragene Hantavirus-Erkrankungen oder der durch Zecken übertragene Lyme-Borreliose) die geographische Verbreitung und die Durchseuchung der Vektoren bzw. Reserviertiere und damit auch die Krankheitsinzidenz beim Menschen verändern.

FSME-Verbreitung heimischer Zecken

Die Verbreitung von Zecken schreitet durch den Klimawandel in Deutschland weiter voran. Krankheitserreger wie Frühsommer-Meningoenzephalitis- (FSME-)Viren und Borrelien waren in Deutschland bisher vor allem im Süden und Osten verbreitet. Allerdings werden zunehmend auch im Norden Fälle registriert. Das Robert Koch-Institut stufte in 2019 mit dem niedersächsischen Emsland erstmals eine norddeutsche Region als FSME-Risikogebiet ein und auch Mecklenburg-Vorpommern registrierte nach zahlreichen Jahren ohne FSME-Meldungen zuletzt Fälle im zweistelligen Bereich.

Abb. 6.11: FSME-Risikogebiete in Deutschland 2019



Basis: gemeldete FSME-Erkrankungen 2002-2019

Quelle: Karte RKI, Ergänzungen Gesundheitsamt HL

Tropische Zecken erreichen Deutschland

In Deutschland heimische Zecken wie z.B. der Gemeine Holzbock mögen keine Hitze und sobald es ihnen zu warm wird, verkriechen sie sich lieber. Nun findet man allerdings auch immer häufiger Exemplare tropischer Zecken der Gattung Hyalomma, die sehr viel wärmeliebender sind. Die Tiere mit den auffällig gestreiften Beinen stammen aus den Trocken- und Halbtrockengebieten Afrikas, Asiens

und Südeuropas und werden unter anderem durch Zugvögel verbreitet. Sie sind ungefähr doppelt so groß wie der bei uns heimische Gemeine Holzbock.

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts in Berlin (RKI) finden sich diese Achtbeiner seit 2007 in Deutschland. Die Wissenschaft ist bisher davon ausgegangen, dass die tropischen Tiere sich bei uns nicht dauerhaft etablieren, da sie sich dank unserer kalten mitteleuropäischen Winter nicht vermehren können. Der Klimawandel könnte das nun jedoch ändern, wie aktuelle Forschungen nahelegen.

Die Hyalomma-Zecke kann gefährliche Krankheiten übertragen, die auch für den Menschen gefährlich sind (darunter das Krim-Kongo-Virus, das beim Menschen das schwere, bisweilen sogar tödliche Krim-Kongo-Hämorrhagische-Fieber (CCHF) verursacht). Allerdings trug laut RKI keines der insgesamt 19 untersuchten Exemplare, die im Jahr 2018 in Deutschland gefunden wurden, derartige Infektionserreger wie das Krim-Kongo-Virus in sich. Erstmals soll jedoch in 2019 ein Mensch in Deutschland durch den Stich einer tropischen Zecke an Fleckfieber erkrankt sein.

Stechmücken

Im Zuge der Klimaerwärmung begünstigen sich auch die Bedingungen zur Verbreitung von verschiedenen Stechmücken in Deutschland. Damit steigt auch die Gefahr, dass in Deutschland Arten vorkommen, die potente Überträger gefährlicher Krankheitserreger sind.

So könnten etwa Sandmücken bis Ende der 2060er Jahre ihr Verbreitungsgebiet in Frankreich und Deutschland deutlich ausweiten, berichten die Forscher weiter. Die Mücken können die Erreger der Leishmaniose übertragen und wurden in Deutschland bereits vereinzelt gefunden.

Jedoch können auch heimische Mückenarten Krankheiten übertragen. Bereits belegt wurde, dass einige in Deutschland heimische Arten das West-Nil-Virus oder das Usutu-Virus auf Vögel und andere Tiere, aber auch auf den Menschen übertragen können.

Exotische Mücken

Die asiatische Tigermücke als auch die asiatische Buschmücke wurden in den letzten Jahren verbreitet in Deutschland registriert. Nun hat sich die Mückenart Aedes Koreicus, eine dritte exotische Mückenart nun auch in Deutschland angesiedelt. Als Krankheitsüberträger können all diese Mückenarten für den Menschen gefährlich werden.

Die Asiatische Tigermücke ist z.B. ein Überträger für rund 20 Tropenkrankheiten. Dazu gehören das Chikungunya- und das Dengue-Fieber sowie das Zika-Virus. Seit Ende der 1980er-Jahre ist die aus dem asiatisch-pazifischen Raum stammende Stechmückenart in Südeuropa heimisch und wird über den globalen Reise- und Lkw-Verkehr aus Italien oder Frankreich nach Deutschland eingeschleppt. Schon kleinste Wasseransammlungen, zum Beispiel in Regentonnen oder Friedhofsvasen, reichen den Insekten, um ihre Eier abzulegen und sich fortzupflanzen.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Gesundheitsbericht weist anhand zahlreichen Daten auf diverse Aspekte zur Gesundheit der Lübecker Bevölkerung und des Lübecker Gesundheitssystem hin. In der Zusammenschau lassen sich übergreifende Entwicklungen erkennen, die für alle betrachtete Themen von Bedeutung sind, welche nicht nur das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in Lübeck, sondern in ganz Deutschland, wenn nicht sogar in Europa und darüber hinaus prägen: es sind die demographischen Veränderungen und der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit. Erkrankungshäufigkeit und Mortalität stehen in enger Beziehung zum sozialen Status und den Krankheitsbildern einer älter werdenden Bevölkerung.

Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems am häufigsten

Gemessen an den Tagen der Arbeitsunfähigkeit sind Störungen im Bereich des Muskel-Skelett-Apparates die häufigste Erkrankung bei den Lübeckerinnen und Lübeckern. Vor allem ab dem 40. Lebensjahr häufen sich die Fälle. Auch Erkrankungen des Atmungssystems sind eines der häufigsten Leiden in Lübeck dicht gefolgt von psychischen Erkrankungen und Verletzungen.

Herz-Kreislaufkrankungen sind Todesursache Nr. 1

Die häufigsten Todesursachen sind –bei Frauen als auch Männern– auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen, obwohl in den letzten Jahren ein steter Rückgang bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen ist. Auch die meisten Krankenhausaufenthalte sind dadurch begründet.

Die Rückgänge der Prävalenzen in diesem Bereich wird auf Fortschritte bei Prävention und Therapie zurückgeführt, denn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems lässt sich durch rechtzeitige Prävention reduzieren. Die gesundheitliche Ausgangslage eines jeden Einzelnen ausgehend von den beeinflussbaren Risikofaktoren kann mit zielgerichteten Angeboten in die richtige Richtung gelenkt werden und die Hansestadt sollte daher von Beginn an (bereits ab der Kita) Möglichkeiten gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung im Blick behalten

Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch

Störungen und Erkrankungen der Psyche rücken von Jahr zu Jahr mehr in den Fokus und nehmen an Bedeutung zu. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentung.

Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit ist ein sehr sensibles Thema. Erkrankungen, wie z.B. eine Depression, werden oftmals noch immer als Tabuthema behandelt und selten offen angesprochen. Um solche Erkrankungen der Psyche erst gar nicht entstehen zu lassen, sollten Belastungen bereits frühzeitig erkannt

und bestenfalls ausgeschaltet werden. Kinder und Jugendliche sollten frühzeitig lernen wie man mit Stress umgeht, Stressoren erkennt und sie ausgleicht.

Corona-Pandemie 2020

Der Chef der Weltgesundheitsorganisation, Tedros Adhanom Ghebreyesus, mahnte bereits: »Wir müssen lernen, aus der Pandemie zu lernen.«

Die Corona-Pandemie hat uns deutlich gezeigt, wo unser Gesundheitssystem an seine Grenzen stößt und hat die Schwächen wie unter einem Brennglas offengelegt.

Nun sollte im weiteren Verlauf und im Nachgang der Krise die gesundheitliche Versorgung überdacht werden und das Gesundheitssystem auf Basis von fortlaufender Digitalisierung, soliden Datengrundlagen, ineinandergreifenden Prozessen und unter Beachtung des ‚Faktors Mensch‘ auf neue Herausforderungen vorbereitet werden. Denn die Versorgungsstrukturen bestimmen über die Belastungsgrenzen in einer Krisensituation. Dazu gehört auch, den zuvor jahrelang ausgedünnten öffentlichen Gesundheitsdienst zu verstärken. Personell als auch technisch ist eine Aufrüstung erforderlich, um vor allem für zukünftige Krisen besser gewappnet zu sein.

Demographischer Wandel und die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung

Die Bevölkerung Lübecks wird zunehmend älter, wodurch es zu einer Verschiebung im Krankheitsspektrum kommt. Altersassoziierte Erkrankungen bekommen nach und nach mehr Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung, denn eine höhere Anzahl älterer Menschen verändert auch die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen im Gesundheitswesen.

Aufgrund einer älter werdenden Bevölkerung werden sich steigende Versorgungsbedarfe ergeben, während hingegen auf der Angebotsseite immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung stehen. Das bedeutet generell auch weniger Personal im Gesundheitswesen, d.h. weniger Ärztinnen bzw. Ärzte und weniger Pflegekräfte. Auch hinsichtlich der zukünftigen Gesundheitsausgaben werden steigende Belastungen für die Bevölkerung in Deutschland zu erwarten sein. Die Zahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wird in den kommenden Jahrzehnten auf 2 bis 3 Millionen steigen. Die Zahl der zu Pflegenden wird enorm steigen und Druck auf die pflegerische Versorgung ausüben.

Um gewappnet zu sein, muss es ein Umdenken in der Gesellschaft geben und nicht nur das Gesundheitswesen und alle anderen Leistungsanbieter müssen die Gesundheitsversorgung anpassen, sondern auch insbesondere die Kommunen. Teilweise können die Anstiege verschiedener Krankheiten z.B. Diabetes durch gezielte Präventionsmaßnahmen abgemildert werden.

Soziale Ungleichheit wächst

Soziale Gerechtigkeit im Bereich der Gesundheit rückt seit einiger Zeit immer mehr in den Fokus. Besonders die 'sozial Schwächeren' leiden oftmals unter Problemen des Gesundheitszustands, zeigen große Unterschiede in Morbidität und Mortalität auf und präventive Programme erreichen sie oftmals nicht.

Gesundheitliche Ungleichheiten manifestieren sich an fast allen Erkrankungen, sowohl körperlichen als auch psychischen. Dazu gehören insbesondere die am häufigsten auftretenden Krankheiten wie Herz- Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus, Magen- und Lungenkrebs sowie Depression und Angststörungen, aber auch die Zahngesundheit. Auch im Hinblick auf die Pandemie muss dem Thema mehr Aufmerksamkeit zukommen, denn soziale Ungleichheiten verstärken sich in Krisen- und Umbruchzeiten.

Zukünftig muss der Blick noch mehr auf diese vulnerablen Gruppen gerichtet werden, um gesundheitliche und soziale Benachteiligung abzubauen. Um ein Gelingen von Maßnahmen zu fördern, ist eine aktive Einbindung/Partizipation entsprechender Gruppen erforderlich.

Umwelteinflüsse werden stärker

Diverse Umweltaspekte haben einen größeren Einfluss auf unsere Gesundheit, als viele vermuten würden. Äußere Einflüsse, wie Luftverschmutzung, Lärm, Allergene und Strahlung, befördern pathogene Veränderungen und können je nach Dauer und Menge der Exposition krankmachen. In den letzten Jahren traten z.B. bereits deutliche Zunahmen von Allergien und steigende Zahlen beim Hautkrebs auf.

Die Grenzwerte von Schadstoffen in der Lübecker Umwelt werden zwar in der Regel eingehalten, doch der Trend der letzten Jahre und Jahrzehnte zeigt leider Tendenzen auf, dass z.B. Luftschadstoffe und deren Einflüsse weiter zunehmen werden.

Klimawandel

Der Klimawandel verstärkt zudem noch einige der bereits bestehenden Umweltveränderungen und schafft auch neue. Das beste Beispiel sind die Hitzewellen der letzten Jahre, welche Einfluss auf die Gesundheit aller haben und zudem auch erhöhte Mortalitätsraten mit sich bringen.

Umso wichtiger ist es, dass die Hansestadt Ihre Klimaschutzziele konsequent umsetzt und sich an die zu erwartenden Folgen des Klimawandels anpasst. Dazu gehört die Erstellung eines vollständigen Hitzeaktionsplans, der auf den Ergebnissen der 1. Stufe und des Hitzeportals der Hansestadt Lübeck aufbaut.

Von den Daten zu den Taten - Prävention und Gesundheitsförderung

Eine Vielzahl von Akteuren trägt auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zur Prävention und Gesundheitsförderung bei. Übergeordnetes Ziel ist die Erkrankungs- und Sterberisiken in der Bevölkerung zu vermindern und das gesundheitliche Wohlbefinden zu fördern. Zentrales Anliegen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz), das in weiten Teilen im Juli 2015 in Kraft trat, ist es, die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken.

Denn Prävention und Gesundheitsförderung muss heute als Querschnittsaufgaben angesehen werden, zu denen Akteure in allen Bereichen der Gesellschaft einen Beitrag leisten sollten. Für eine bevölkerungsweite Wirkung sollten die verschiedenen präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen daher so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sein und auf vielen Ebenen ansetzen. Mehrebenen-Interventionen, bei denen politisch-strukturelle Maßnahmen mit Beratungs- und Informationsangeboten, Öffentlichkeitsarbeit sowie der Koordination von Maßnahmen vor Ort kombiniert werden, gelten dabei als besonders erfolgversprechend.

8 Literatur und Quellen:

ABDA (2017): Die Apotheke. Zahlen, Daten, Fakten. 2017. Berlin.

Antao E-M, Wagner-Ahlf C (2018): Antibiotikaresistenz. Eine gesellschaftliche Herausforderung. In: Bundesgesundheitsblatt. Themenheft Antibiotikaresistenzen. Band 61, Heft 5, Mai 2018, S. 499-505.

Apothekerkammer Schleswig-Holstein (2018): Apotheken- und Personalverhältnisse, <https://www.apothekerkammer-schleswig-holstein.de/zahlen/>, Zugegriffen 12.09.2019

Becker C, Herrmann A, Haefeli W E, Rapp K, Lindemann U (2019): Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitliche Herausforderungen des Klimawandels. Bd. 62, Heft 5, S. 565-570. Bonn, Lange, Berlin, Köln.

Bender G, Burger D, Wagner R (2021): Covid-19-Monitoring: Statistik im Spannungsfeld der Akteure. In: Stadtforschung und Statistik, Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker, Schwerpunktthema Corona. Heft 1, 2021, Jg.34, S.46-51. Stuttgart.

Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?

Beske F (2016): Perspektiven des Gesundheitswesens. Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft. Unter Mitarbeit von Alexander Katalinic, Elke Peters und Ron Pritzkeleit. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Birmili W, Kolossa-Gehring M, Valtanen K, Debiak M, Salthammer T (2018): Schadstoffe im Innenraum – aktuelle Handlungsfelder. In: Bundesgesetzblatt. Themenheft Umwelt und Gesundheit. Band 61, Heft 6, Juni 2018, S. 656-666.

Blättner B, Janson D, Roth A, Grewe H A, Mücke H-G (2020): Gesundheitsschutz bei Hitzeextremen in Deutschland. Was wird in Ländern und Kommunen bisher unternommen? In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Stadt und Gesundheit. Bd. 36, Heft 8, S. 1013. Bonn, Langen, Berlin, Köln.

Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Reihe: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (Hrsg.)(2020): Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. aktualisierte Auflage. Berlin.

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017): Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (GAK).

Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (2017): Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Bericht 2016. Benchmarkingkreis Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Hamburg.

Deutscher Wetterdienst (2021): Wetter und Klima - [Wetter und Klima - Deutscher Wetterdienst - Leistungen - UV-Gefahrenindex \(dwd.de\)](https://www.dwd.de/DE/leistungen/uv_gefahrenindex.html), Zugegriffen 18.05.2021

Eurostat (2018): Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht. http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg_03_10, Zugegriffen 15.05.2018.

Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter M (2020): Systemrelevanz der Pflegeberufe in Zeiten von Corona – und darüber hinaus. In: Das Gesundheitswesen. 82. Jg., S. 373.

Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health. Monitoring.

Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.) (2012): Versorgungsprognose 2060. Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger. Kiel.

Gleich S, Viehöver S, Teipel A, Drubba S, Turlik V, Hirl B (2019): Todesbescheinigungen – eine unterschätzte Informationsquelle für Statistik, Rechtspflege, öffentliche Gesundheit und Wissenschaft. In: Bundesgesundheitsblatt. Leichenschau, Todesbescheinigung und Todesursachenstatistik: Stand und Perspektiven. Band 62, Heft 12, Dezember 2019, S. 1415-1421.

Hansestadt Lübeck (2021 a): Bevölkerung 2020. Demographische Struktur im Wandel. Statistische Nachrichten Nr. 41. Kommunale Statistikstelle. Lübeck.

Hansestadt Lübeck (2021 b): Bevölkerungsprognose 2040. Bevölkerungs- und haushaltsprognose 2020 – 2040. Statistische Nachrichten Nr. 42. Kommunale Statistikstelle Lübeck.

- Hansestadt Lübeck (2021 c): Hitzeaktionsplan Stufe 1. Abschlussbericht (Stand August 2021). Ein Kooperationsprojekt der Klimaleitstelle und des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2020 a): Klimaanpassungskonzept für die Hansestadt Lübeck. Kurzfassung. Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz. Klimaleitstelle. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2020 b): Gender-Monitoring. Frauenbüro. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2018 a): Lübeck – Stadt der lauten Wege? Auswertung einer Fragebogenaktion zum Umgebungslärm. Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz (UNV). Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2018 b): Integrationsmonitoring. Indikatoren zum Stand der Integration. Zwischenbericht 2016/2017. Fachbereich Wirtschaft und Soziales, Stabsstelle Integration. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2017 a): Armut- und Sozialbericht. Zwischenbericht 2015/2016. Fachbereich Wirtschaft und Soziales. Bereich Soziale Sicherung. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2017 b): Psychiatriebericht 2017. Lübecker Gesundheitsberichte. Gesundheitsamt. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2016) (Hrsg): Klimaanalyse für das Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck. GEO-NET Umweltconsulting GmbH. Hannover.
- Hansestadt Lübeck (2007): Lübecker Gesundheitsbericht. Mortalität und Todesursachen. Gesundheitsamt. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2000): Lübecker Kindergesundheitsbericht. Gesundheitsamt. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (1998): Stadt-Gesundheit. Basisgesundheitsbericht. Gesundheitsamt. Lübeck.
- Heidemann C et al (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:668–677, DOI 10.1007/s00103-012-1662-5, Online publiziert: 27. Mai 2013
- Heiden M an der, Muthers S, Niemann H, Buchholz U (2019): Schätzung hitzebedingter Todesfälle in Deutschland zwischen 2001 und 2015. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitliche Herausforderungen des Klimawandels. Bd. 62, Heft 5, S. 571-579. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Heinecke-Schmitt R, Jäcker-Cüppers M, Schreckenber D (2018): Verringerung der Lärmbelastung am Wohnort – Was wurde bisher erreicht? In: Bundesgesundheitsblatt. Themenheft Umwelt und Gesundheit. Band 61, Heft 6, Juni 2018, S. 637-644.
- Horizonte e.V. (2019): Verein zur Förderung und Vernetzung der ambulanten Palliativversorgung in Lübeck. <http://www.horizonte-luebeck.de>. Zugegriffen 01.10.2019.
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2015): Bedarfsplan 2015/2016 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Bad Segeberg.
- Kind, S (2018): Zukunft der Apotheken. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag. Themenprofil Nr. 24, September 2018.
- Knopf H, Rieck A, Schenk L (2008): Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(11): 1314-1320.
- Koller D, Wohlrab D, Sedlmeir G, Augustin J (2020): Geografische Ansätze in der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitsberichterstattung auf dem Weg in die Zukunft. Bd. 63, Heft 9, S. 1108-1117. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten (Landesmeldestelle) im Institut für Infektionsmedizin (Hrsg.) (2020): Infektionsepidemiologischer Bericht über Meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2020 Teil A: Coronavirus-Pandemie in Schleswig-Holstein im ersten Halbjahr 2020
- Krebsregister Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2021): Krebs in Schleswig-Holstein. Band 12, Inzidenz, Mortalität, Prävalenz und Überlebensraten in den Jahren 2015 bis 2017. Lübeck.
- Krebsregister Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2017): Krebs in Schleswig-Holstein. Band 11, Inzidenz und Mortalität in den Jahren 2012 – 2014. Lübeck.
- Krebsregister Schleswig-Holstein (2002): Untersuchung von Neuerkrankungen und Todesfällen an Krebs in der Hansestadt Lübeck durch das Krebsregister Schleswig-Holstein. Institut für Krebs Epidemiologie e.V.. Lübeck.
- Kühne A, Gilsdorf A (2016): Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59(5): 570-577

- Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56 (5/6): 802-808
- Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein (2021 a): Lärmschutz Verkehrsflughafen Lübeck-Blankensee. URL: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/L/Laermschutz/luebeckBlankensee.html> (Zugegriffen: 21.09.2021). Kiel.
- Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein (2021 b): Luftqualität in Schleswig-Holstein. URL: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/Themen/UmweltNatur/Luftqualitaet/luftqualitaet.html> (Zugegriffen: 21.09.2021). Kiel.
- Landesamt für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein (2019): Luftqualität in Schleswig-Holstein. Jahresübersicht 2018. Lufthygienische Überwachung Schleswig-Holstein. Kiel
- Matzarakis A, Muthers S, Graw K (2020): Thermische Belastung von Bewohnern in Städten bei Hitzewellen am Beispiel von Freiburg (Breisgau). In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Stadt und Gesundheit. Bd. 36, Heft 8, S. 1004. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003): Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Düsseldorf.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. Abteilung VIII 4 – Gesundheit (Hrsg.) (2016): Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Schuljahr 2015/2016. Kiel.
- OECD (2019): OECD Statistik, Employment, Expected number of years in retirement by sex. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54758>, Zugegriffen 02.08.2019
- Pfennigwerth (2018): Bericht des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Krankenhauserreger. Epid Bull 2019;31:289-294 | DOI 10.25646/6210.
- PricewaterhouseCoopers AG (2010) (Hrsg): Fachkräftemangel 2030. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt a.M.
- Prugger C, Heidrich J, Wellmann J et al. (2012): trends in cardiovascular risk factors among patients with coronar heart disease: results from the EUROASPIRE I, II and III surveys in the Münster region. Deutsches Ärzteblatt Int. 109 (17): 303-310.
- Robert Koch Institut (2019): Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung. In: Journal of Health Monitoring 1/2019. Berlin.
- Robert Koch Institut (2019): Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA – Concepts & Methods. In: Journal of Health Monitoring 1/2019. Berlin.
- Robert Koch Institut (2018 a): Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2017/18. Berlin.
- Robert Koch Institut (2018 b): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2017, Berlin.
- Robert Koch Institut (2017): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016, Berlin.
- Robert Koch Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, Berlin.
- Robert Koch Institut (2013 a): Ergebnisse der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Doppelheft Mai/Juni.
- Robert Koch Institut (2013 b): Inanspruchnahme von Krebsfrühuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013-05-27, doi: 10.1007/s00103-012-1655-4
- Robert Koch Institut (2012): Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Robert Koch Institut (2011): Abschließende Darstellung und Bewertung der epidemiologischen Erkenntnisse im EHEC O104:H4 Ausbruch, Deutschland 2011. Berlin.
- Robert Koch Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

- Rosenkötter N, Borrmann B, Arnold L, Böhm A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitsberichterstattung auf dem Weg in die Zukunft. Bd. 63, Heft 9, S. 1067-1075. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Ruhl, R. (2021): Woran die Kerle kranken. In: Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, S. 16-20. Berlin.
- Sana Kliniken Lübeck (2019): Über uns. Zahlen & Fakten. <https://www.sana-luebeck.de/ueber-uns/zahlen-fakten/> (Zugriff: 19.09.2019)
- Siebert H, Uphoff H, Grewe A (2019): Monitoring hitzebedingter Sterblichkeit in Hessen. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitliche Herausforderungen des Klimawandels. Bd. 62, Heft 5, S. 580-588. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Schienkiewitz A (2017): Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Journal of Health Monitoring · 2017 2(2) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025 Robert Koch-Institut, Berlin
- Somasundaram L, Geissler A et al (2018): Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. In: Das Gesundheitswesen. 80. Jahrgang, Juli 2018, S. 621-627. Stuttgart.
- Sprungtuch e.V. (2019): Gemeinsam Gehen – ambulanter und kultursensibler Hospizdienst. <https://www.gemeinsam-gehen-luebeck.de/> Zugegriffen: 01.10.2019
- Stahmeyer et. al. (2018): Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demographischen Wandels. Eine Analyse von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsblatt 2018, 61:432-441. Online publiziert.
- Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2020): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – von der Idee bis zur Version 2.0. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitsberichterstattung auf dem Weg in die Zukunft. Bd. 63, Heft 9, S. 1094-1098. Bonn, Langen, Berlin, Köln.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) (Hrsg): Demografischer Wandel. Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018): Gesundheitsausgaben. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>. Zugegriffen 26.07.2018
- Statistisches Bundesamt (2017-1): Personal - Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2015 in Deutschland nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017-2): Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein:
- Statistische Berichte A I 1 - j. Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht. Hamburg.
 - Statistische Berichte A IV 3 - j. Die Gestorbenen nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen in Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Statistische Berichte A IV 9 - j. Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und -patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Statistische Berichte K I 1 - j. Die Sozialhilfe in Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Statistische Berichte K I 13 - j Asylbewerberleistungen in Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Statistische Berichte K I 14 - j Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Statistische Berichte K II 8 - 2j/13. Pflegestatistik Schleswig-Holstein. Hamburg.
 - Schwerbehindertenstatistik. Hamburg.
- Tomasetti L, Vogelstein (2017): Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. In: Science, 2017, Mar 24, Vol. 355, Issue 6331, pp. 1330-1334.
- UKSH (2019): Qualitätsbericht 2017 – Campus Lübeck.
- Umweltbundesamt und RKI (2013): Klimawandel u. Gesundheit. Allgemeiner Rahmen zu Handlungsempfehlungen für Behörden und weitere Akteure in Deutschland. Berlin.
- Umweltbundesamt (2019): Themen verkehr/Lärm. Lärmbelästigung. <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/laermwirkung/laermbelaestigung>. Zugegriffen: 25.02.2021

Umweltbundesamt (2021 Luftqualität [Inhalte - Aktuelle Luftschadstoffdaten - schleswig-holstein.de](https://www.umweltbundesamt.de/inhalte-aktuelle-luftschadstoffdaten-schleswig-holstein.de) (schleswig-holstein.de). zugegriffen: 18.05.2021

World Health Organization (2011 a): Public health advice on preventing health effects of heat. New and updated information for different audiences, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf?ua=1

World Health Organization (2011 b): Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen.

World Health Organization (2019): Bericht über die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO, <https://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2019/migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health-than-host-populations-reveals-first-ever-who-report-on-the-health-of-displaced-people-in-europe> /Zugegriffen: 05.05.2021

Wothge J, Niemann H (2020): Gesundheitliche Auswirkungen von Umgebungslärm im urbanen Raum. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Stadt und Gesundheit. Bd. 36, Heft 8, S. 987. Bonn, Langen, Berlin, Köln.

Zeiger et al (2017): Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring – 2017 2(2), DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-030, Robert Koch-Institut, Berlin.

Ziese T, Prütz F, Rommel A, Reitzle L, Saß A (2020): Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert-Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz. Leitthema Gesundheitsberichterstattung auf dem Weg in die Zukunft. Bd. 63, Heft 9, S. 1057-1066. Bonn, Langen, Berlin, Köln.