

## Vorwort

Nach mehrjährigen Bemühungen um eine fundierte Datenlage, die die regionalen Gesundheitsverhältnisse in Lübeck realistisch widerspiegelt, erscheint nunmehr der erste Lübecker Gesundheitsbericht.

Mit der Veröffentlichung von regionalen Gesundheitsdaten werden zum einen Verpflichtungen gegenüber dem Gesunde-Städte-Netzwerk, in dem Lübeck seit 1989 Mitglied ist, eingelöst. Zum anderen wird damit auch eine neue Ära der kommunalen Berichterstattung eingeleitet, die nicht mehr nur Rechenschaft ablegen will, sondern die Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt über ihren Gesundheitszustand direkt informiert und damit zum eigenständigen Handeln auffordert.

Das gesundheitliche Wohlbefinden ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität. Viel wurde in den letzten Jahrzehnten in der Bundesrepublik unternommen, um die Gesundheit der Menschen zu fördern. Insbesondere der medizinische Fortschritt hat dazu beigetragen, daß der Gesundheitszustand der Bevölkerung gehalten bzw. verbessert werden konnte.

Trotzdem erkranken immer noch zu viele Menschen an lebensgefährlichen Krankheiten und versterben daran. Jede/r kennt aus Verwandtschaft, Kollegenkreis oder Nachbarschaft Betroffene und fragt sich, ob es sich dabei um einen schicksalhaften Einzelfall handelt oder ob es noch weitere Betroffene gibt. Wo liegen die Ursachen für die Erkrankungen, was kann dagegen unternommen werden? Diese Themen werden im Gesundheitsbericht behandelt.

Der Gesundheitsbericht verdeutlicht die unterschiedliche Verteilung von Erkrankungen innerhalb des Stadtgebietes und nimmt damit auch Bezug auf soziale Gesundheitsrisiken einzelner Stadtbezirke.

Für die Hansestadt Lübeck bedeutet dies, daß gesundheitlich benachteiligte Stadtbezirke zukünftig mehr in das gesundheitspolitische Blickfeld genommen werden müssen, indem präventive Maßnahmen zielgerichtet eingesetzt und bestehende Versorgungsangebote stärker an dem regionalen Bedarf der einzelnen Stadtbezirke ausgerichtet werden.

Bedanken möchte ich mich bei all denjenigen, die zum Gelingen des ersten Lübecker Gesundheitsberichts beigetragen haben. Besonderer Dank gilt Herrn Dr. Friedrich vom Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Medizinischen Universität zu Lübeck, der die Grundlagen für den Datentransfer und die Datenauswertung geschaffen hat und den Mitarbeitern des Bereichs Statistik und Wahlen der Hansestadt Lübeck, die den Entwicklungsprozeß der Datenstrukturen in jeder Phase konstruktiv begleitet haben, sowie den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, die in mühevoller Kleinarbeit das Rahmenwerk erstellt haben.

Lübeck, im Juni 1998

Dagmar Pohl-Laukamp  
Senatorin

# Inhaltsverzeichnis

- 1. Einleitung**
  
- 2. Soziodemographische und sozialökonomische Lebensbedingungen**
  - 2.1 Bevölkerungsstruktur
    - 2.1.1 Bevölkerungszahl und Einwohnerdichte
    - 2.1.2 Die ausländische Bevölkerung
    - 2.1.3 Die Kinder
    - 2.1.4 Die älteren Menschen
    - 2.1.5 Die Alleinlebenden
  - 2.2 Sozialstruktur
    - 2.2.1 Bildungsniveau und Stellung im Beruf
    - 2.2.2 Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit
    - 2.2.3 Wohnsituation
  
- 3. Gesundheitliche Lage**
  - 3.1 Morbidität
    - 3.1.1 Allgemeine Krankenhausanlässe
    - 3.1.2 Herz-Kreislaufkrankungen/ICD 390 - 459
    - 3.1.3 Krebserkrankungen/ICD 140 - 208 und 230 - 239
    - 3.1.4 Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen/ICD 800 - 999
    - 3.1.5 Erkrankung der Verdauungsorgane/ICD 520 - 579
  - 3.2 Mortalität
    - 3.2.1 Gesamtmortalität
    - 3.2.2 Haupttodesursachen
    - 3.2.3 Krebsmortalität/ICD 140 - 208 und 230 - 239
    - 3.2.4 Herz-Kreislaufmortalität/ICD 390 - 459
  
- 4. Gesundheitsversorgung**
  - 4.1 Ambulante Versorgung
    - 4.1.1 Niedergelassene Ärzte/innen und Gebietsärzte/innen
    - 4.1.2 Niedergelassene Zahnärzte/innen
  - 4.2 Versorgung in Einrichtungen
    - 4.2.1 Krankenhäuser und Fachabteilungen
    - 4.2.2 Alten- und Pflegeheime
    - 4.2.3 Versorgungsangebote für Behinderte
  - 4.3 Selbsthilfegruppen

## 1. Einleitung

In dem ersten Lübecker Gesundheitsbericht sind die wichtigsten derzeit verfügbaren Gesundheitsdaten Lübecks beschrieben. Darauf aufbauend werden im Laufe der nächsten Jahre weitere Gesundheitsberichte folgen, die durch Überprüfung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und Aufnahme neuer Datenbestände bzw. zusätzlicher Themenkomplexe das Gesamtbild der Gesundheitssituation in Lübeck immer mehr vervollständigen sollen.

Ziel der Erstellung von Gesundheitsberichten ist es, neben der Untersuchung und Darstellung der sozialen und gesundheitlichen Situation der Lübecker Bevölkerung Erkenntnisse zu gewinnen, um konkrete Empfehlungen für neue Zielsetzungen, Verbesserungen und Interventionen im Gesundheitssektor zu formulieren. Die Gesundheitsberichte sollen regionale Gesundheitsprobleme aufzeigen und damit Informations- und Entscheidungshilfen für das kommunalpolitische Handeln liefern.

Es sind insbesondere die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Gesundheitsverhältnisse einer Region prägen. Infolgedessen orientiert sich die Konzeption des ersten Lübecker Gesundheitsberichts, des sog. „Basisberichts“, an den demographischen und sozialökonomischen Lebensbedingungen und ihren, die gesundheitliche Situation beeinflussenden Faktoren. Daten zu gesundheitsrelevanten Faktoren der physikalischen Umwelt sollen zu einem späteren Zeitpunkt mit in die Berichterstattung einfließen.

Während die Beschreibungen der demographischen Lebensbedingungen in erster Linie den Bedarf der Gesundheitsversorgung erkennen lassen sollen, dienen die Darstellungen der Sozialstruktur hauptsächlich als Grundlage zur hypothetischen Klärung von unterschiedlichen Gesundheitsrisiken einzelner Bevölkerungsgruppen.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden die Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage der Lübecker Bevölkerung. Am Beispiel der bevölkerungsbezogenen anteiligen Verteilung von Krankheiten innerhalb des Stadtgebietes werden Gesundheitsprobleme regional lokalisiert und mittels Abgleich mit den wichtigsten Bevölkerungs- und Sozialstrukturdaten auf soziale Zusammenhänge hin überprüft.

Zudem wird großer Wert darauf gelegt, Untersuchungsergebnisse darzustellen, die den überregionalen Vergleich mit den Gesundheitsstandards anderer Städte oder Landkreise ermöglichen, um die Gesundheitsverhältnisse in Lübeck auch in dieser Hinsicht beurteilen zu können. Soweit die Datenlage dieses ermöglicht, werden - um Veränderungen der Gesundheitssituation einschätzen zu können - auch zeitliche Verläufe zur Morbidität und Mortalität der Lübecker Bevölkerung abgebildet.

Die Beschreibung der Gesundheitsversorgung dient hauptsächlich der Darstellung der Angebote des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems wie sie derzeit in Lübeck bestehen und für die Bürgerinnen und Bürger erreichbar sind. Unter Einbeziehung der Ergebnisse der Bevölkerungs- und Sozialstruktur wird dargestellt, wie bedarfsgerecht wichtige wohnungsnahe Versorgungsangebote auf das Lübecker Stadtgebiet verteilt sind.

Die Inhalte des vorliegenden Basisberichts wurden ganz wesentlich dadurch bestimmt, ob geeignete Daten zur Verfügung standen. Gesundheitsdaten unterliegen strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, werden oft dezentral erfaßt und sind deshalb für epidemiologische Auswertungen auf kommunaler Ebene nur schwer zugänglich. Um die Verbreitung von wichtigen Krankheiten darstellen zu können, mußten im Lübecker Gesundheitsamt neue Datentransferstrukturen aufgebaut werden. Andere gesundheitliche Problembereiche wie die Drogenabhängigkeit und psychische Erkrankungen konnten mangels aussagefähiger Daten (noch) nicht behandelt werden.

Gleichwohl sind mit den vorliegenden Gesundheitsdaten Möglichkeiten der Evaluation von Entwicklungen geschaffen, die den Prozeß der Gesundheitsplanung konstruktiv unterstützen.

## 2. Soziodemographische und sozialökonomische Lebensbedingungen

Die gesundheitliche Lage der Lübecker Bevölkerung und die Anforderungen an das Gesundheitswesen werden von den demographischen und sozialökonomischen Lebensbedingungen grundlegend beeinflusst.

So bestimmen z.B. die spezifischen Bevölkerungsstrukturen der Stadt, die sich aus den demographischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Nationalität etc. und ihrer regionalen Verteilung ergeben, den Bedarf in der Gesundheitsversorgung.

Die sozialökonomischen Strukturen, wie z.B. das Bildungsniveau und die berufliche Stellung, beeinflussen indirekt über die Verfügbarkeit von materiellen und sozialen Ressourcen die gesundheitlichen Chancen

Die Untersuchung der Rahmenbedingungen, unter denen sich die Gesundheit der Lübecker Bevölkerung realisiert, bildet die Basis zur Einschätzung und Beurteilung gesundheitlicher Standards sowohl nach außen, gegenüber anderen Regionen und Städten, als auch nach innen, im Vergleich der Stadtgebiete untereinander.

### 2.1 Bevölkerungsstruktur

Die Bevölkerungsstruktur einer Region/Stadt läßt sich nach unterschiedlichen Kriterien untersuchen und darstellen. Bezogen auf den regionalen Versorgungsbedarf von Bevölkerungsgruppen mit besonderen gesundheitlichen Belangen sind dieses in erster Linie alters- und nationalitätsspezifische Merkmale.

Daneben werden, um den gesundheitlichen Einfluß des Wohnumfeldes und des Lebensstils der Bevölkerung einzuschätzen, Indikatoren der Besiedlungs- und Wohnlage behandelt.

#### 2.1.1 Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte

Das Gebiet der Hansestadt Lübeck gliedert sich in 10 Stadtteile und 35 Stadtbezirke. Aus methodischen Gründen konzentriert sich die Berichterstattung auf die Stadtbezirke, deren Abgrenzungen und Bezeichnungen den folgenden Karten zu entnehmen sind.

Anfang des Jahres 1997 (Melderegister/Stand 31.12.96) lebten in Lübeck insgesamt 217.545 Menschen, davon waren 114.800 Mädchen/Frauen und 102.745 Jungen/Männer, die sich je nach Einwohnerzahl unterschiedlich stark auf die Stadtbezirke verteilten. Wie die **Abbildung 1.** zeigt, liegen die Besiedlungsschwerpunkte in den städtisch/industriell strukturierten Gebieten in und um die Innenstadt sowie am unteren Travelauf.

**Abb. 1: Einwohnerzahl in den Lübecker Stadtbezirken, 1996**

<b>Tab. 1 Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte in den Lübecker Stadtbezirken, '1996</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Einwohner Anzahl</b>	<b>Einwohner je km<sup>2</sup></b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Einwohner Anzahl</b>	<b>Einwohner je km<sup>2</sup></b>
Innenstadt	13 979	6131	Falkenfeld/Vorwerk	9 235	1537
Hüxtertor	27 752	3817	Gr. Steinrade	2 776	201
Strecknitz	8 400	659	Dornbreite	8 136	2187
Blankensee	810	113	Burgtor	7 719	1255
Wulfsdorf	402	106	Marli/Brandenbaum	19 401	2102
Beidendorf	115	33	Eichholz	8 599	2245
Krummesse	883	123	Karlshof	6 453	727
Kronsforde	545	205	Schlutup	6 094	727
Niederbüssau	666	106	Dänischburg	4 791	518
Vorrade	103	30	Herrenwyk	4 484	1916
Schiereichenkoppel	518	134	Alt-Kücknitz	10 807	1108
Oberbüssau	172	44	Pöppendorf	168	52
Niendorf	1 394	197	Ivendorf	284	80
Reecke	109	44	Alt-Travemünde	10 794	1578
Alt-Moisling	10 913	2805	Priwall	1 248	52
Buntekuh	12224	2510	Teutendorf	146	41
St. Lorenz Süd	16 115	5519	Brodten	134	39
Holstentor-Nord	21 176	4824	Hansestadt Lübeck	217 545	1016

Stand: 31.12.1996 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung)

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck (Hg.), Statistisches Jahrbuch 1996

Gemäß den Zahlen der **Tabelle 1** weist der Stadtbezirk Hüxtertor die meisten Einwohner Lübecks auf, gefolgt von den Stadtbezirken Holstentor Nord, Marli/Brandenbaum, St. Lorenz Süd und der Innenstadt.

Demgegenüber leben in den ländlich strukturierten Gebieten relativ wenige Menschen. Die Stadtbezirke Brodten, Teutendorf, Beidendorf, Reecke, und Vorrade bilden die fünf am schwächsten besiedelten Gebiete der Hansestadt Lübeck.

Einen Einfluß auf die Gesundheit übt jedoch nicht die absolute Einwohnerzahl eines Stadtbezirkes aus, sondern die Bevölkerungsdichte, das Verhältnis der Einwohnerzahl pro Stadtbezirksfläche.

Denn eine hohe Bevölkerungsdichte geht üblicherweise einher mit einer stärkeren Lärmbelastung, weniger wohnungsnahen Freizeit- und Erholungsflächen und aufgrund der vielgeschossigen Bebauung auch mit einer anonymisierten Wohnkultur, deren psychische und somatische Auswirkungen das gesundheitliche Wohlbefinden der Menschen beeinträchtigen können.

In dieser Hinsicht besonders stark betroffen sind die Einwohner der Innenstadt mit der für Lübecker Verhältnisse höchsten Bevölkerungsdichte von 6.131 Einwohner pro km<sup>2</sup> (siehe **Tabelle 1**). Die zweithöchste Bevölkerungsdichte weist der Stadtbezirk St. Lorenz Süd auf. Danach folgen die Stadtbezirke Holstentor Nord und Hüntertor. Auch in Alt-Moisling, Buntekuh, Eichholz, Marli/Brandenbaum und Dornbreite leben noch relativ viele Menschen auf engem Raum.

### **Abb. 2: Einwohner pro km<sup>2</sup> in den Lübecker Stadtbezirken, 1996**

Wie **Abbildung 2** zeigt, sind Stadtgebiete mit hoher Bevölkerungsdichte nicht unbedingt identisch mit Gebieten die eine hohe Einwohnerzahl aufweisen. Gemessen an der Anzahl der Einwohner des Stadtbezirkes Dornbreite mit 8.136 Menschen liegt die Einwohnerzahl des Stadtbezirkes Alt-Kücknitz (10.807) um ca. 2.500 höher. Trotzdem ist, bezogen auf die Größe des Stadtbezirks, nicht Alt-Kücknitz, sondern der Stadtbezirk Dornbreite mit 2.187 Einwohner/km<sup>2</sup> besonders dicht besiedelt.

Der Stadtteil Alt-Kücknitz hat eine Bevölkerungsdichte von "nur" 1.108 Einwohner/km<sup>2</sup> und liegt damit ebenso im Mittelfeld, wie z.B. die Stadtbezirke Alt-Travemünde, Herrenwyk, Falkenfeld/Vorwerk mit über 1.400 Einwohner/km<sup>2</sup> und die Stadtbezirke Burgtor, Schlutup, Karlshof, Blankensee, Kronsforde mit einer Einwohnerzahl pro km<sup>2</sup> zwischen 1.255 und 106.

Die geringste Bevölkerungsdichte findet sich erwartungsgemäß in den ländlichen Regionen der Stadt. Mit einer Einwohnerzahl von unter 40 pro km<sup>2</sup> stellt die Bevölkerungsdichte in den Stadtbezirken Vorrade, Wulfsdorf, Pöppendorf etc. keine gesundheitliche Belastung dar.

### **2.1.2 Die ausländische Bevölkerung**

Die Gesundheit der ausländischen Bevölkerung wird durch soziokulturelle Eigenschaften mitbestimmt. Entsprechend ihrer ethnischen und religiösen Zugehörigkeit sind die ausländischen Bevölkerungsgruppen zum Teil von kulturellen Verhaltensweisen und auch von Sprachproblemen geprägt, die den Zugang zu gesundheitlichen Versorgungssystemen erschweren und somit die gesundheitlichen Chancen verschlechtern können. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist die ausländische Bevölkerung daher gesondert zu betrachten.

#### **Abb.: 3 Ausländeranteil in den Lübecker Stadtbezirken, 1996, in %**

Bezogen auf die Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung weist das Statistische Amt der Hansestadt Lübeck für den 31.12.96 eine Zahl von 20.406 (9,4% der Gesamtbevölkerung) an ausländischen Einwohnern aus. Davon sind 7.295 Frauen, 8.178 Männer und 4.933 Kinder und Jugendliche. Den größten Anteil an der ausländischen Bevölkerung stellen die Türken mit 7.487 Personen, gefolgt von den Polen mit 1.692 Personen, den Griechen mit 746 Personen und den Bürgern aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 742 Personen. Ein gutes Drittel der in Lübeck lebenden ausländischen Bevölkerung ist unterschiedlichster ethnischer Herkunft (z.B. Dänen, Finnen, Libanesen, Russen, Chinesen, Rumänen, Schweizer und Letten). Bei der Verteilung der ausländischen Bevölkerung auf die Lübecker Stadtbezirke werden diese Gruppen zusammengefaßt, als Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, untersucht.

Wie **Abbildung 3** Ausländeranteil zeigt, gehören zu den Stadtbezirken die einen erhöhten Ausländeranteil (über 10,4%) aufweisen größtenteils städtisch/industrielle Arbeitergebiete, sieht man von dem erhöhten Anteil (45,6 %) in Blankensee ab, der sich hauptsächlich aus Spätaussiedlern und Bürgerkriegsflüchtlingen rekrutiert.

<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>
Innenstadt	2417	17,3	Falkenfeld/Vorwerk	718	7,8
Hüxtertor	1089	3,9	Gr. Steinrade	77	2,8
Strecknitz	488	5,8	Dornbreite	836	10,3
Blankensee	369	45,6	Burgtor	473	6,1
Wulfsdorf	10	2,5	Marli/Brandenbaum	1188	6,1
Beidendorf	2	1,7	Eichholz	886	10,3
Krummesse	11	1,2	Karlshof	349	5,4
Kronsforde	1	0,2	Schlutup	545	8,9
Niederbüssau	10	1,5	Dänischburg	217	4,5
Vorrade	0	0,0	Herrenwyk	758	16,9
Schiereichenkoppel	12	2,3	Alt-Kücknitz	1227	11,4
Oberbüssau	2	1,2	Pöppendorf	2	1,2
Niendorf	24	1,7	Ivendorf	30	10,6
Reecke	0	0,0	Alt-Travemünde	669	6,2
Alt-Moisling	1645	15,1	Priwall	82	6,6
Buntekuh	1691	13,8	Teutendorf	3	2,1
St. Lorenz Süd	2210	13,7	Brodten	5	3,7
Holstentor-Nord	2360	11,1	Hansestadt Lübeck	20406	9,4

Stand: 31.12.1996 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung)

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck (Hg.), Statistisches Jahrbuch 1996

Nach den Ergebnissen der **Tabelle 2** wohnen die meisten Ausländer in der Innenstadt, in den Stadtbezirken Holstentor-Nord und St. Lorenz Süd, gefolgt von Buntekuh und Alt-Moisling. Hier und in den Stadtbezirken Herrenwyk, Alt-Kücknitz und Eichholz ist mindestens jede/r zehnte Einwohner/in ausländischer Herkunft. Die Stadtbezirke Marli/Brandenbaum und Hüxtertor weisen zwar nur unterdurchschnittliche Anteilswerte auf, in ihnen wohnen aber mit zusammen 2277 Personen 11,2 % aller Ausländer. In dieser Hinsicht völlig unterrepräsentiert, nicht nur von den Anteilswerten, sondern auch von der absoluten Anzahl der ausländischen Wohnbevölkerung sind mit Ausnahme von Teutendorf (Ausländeranteil 10,6%) die ländlichen Lübecker Stadtgebiete wie z.B. Wulfsdorf, Beidendorf, Krummesse.



### 2.1.3 Die Kinder

Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten im Erwachsenenalter haben ihre Wurzel oft schon im Kindesalter. Um auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen von Kindern im persönlichen Lebensstil und im Umgang mit der Umwelt Einfluß zu nehmen, um gesundheitsfördernde Interventionen zu Problemfeldern z.B. der Fehlernährung, der mangelnden Bewegung und der Konfliktverarbeitung gezielt durchführen zu können, ist es wichtig zu wissen, wieviele Kinder räumlich verteilt in den Lübecker Stadtbezirken leben.

Anfang des Jahres 1997 wohnten in der Hansestadt Lübeck 29.844 Kinder im Alter von unter 15 Jahren. Gegenüber den 25.587 registrierten Kindern von 1987 (Volkszählung) entspricht dieses einer Steigerung um 16,6 %. Mit der Zunahme der Kinder veränderte sich auch der Anteil der Kinder an der Lübecker Bevölkerung. Betrug der Kinderanteil 1987 noch 12,2 %, so war er 1995 auf 13,7 % angewachsen. Zum Teil ist diese Entwicklung auf die hohe Sterberate der relativ alten Bevölkerung Lübecks zurückzuführen (die Anzahl der Geburten stieg in diesem Zeitraum kontinuierlich an). Aber auch die Zuwanderung von Spätaussiedlerfamilien, über deren Altersstruktur keine aussagefähigen Daten vorliegen, kann den Lübecker Kinderanteil positiv beeinflusst haben.

#### **Abb. 4: Anteil der 0- 14jährigen in den Lübecker Stadtbezirken, 1996, in %**

Betrachtet man die **Abbildung 4** so fällt auf, daß neben den ländlichen Stadtbezirken (z.B. Krummesse und Vorrade) auch Herrenwyk, Alt-Moisling und Buntekuh mit Kinderanteilen von 21,3, 17,8 und 17,5 % zu den kinderreichsten Lübecker Stadtbezirken gehören. In den Stadtbezirken St. Lorenz Süd, Schlutup, Eichholz und Dornbreite ist der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung mit 14,6 bis 16 % ebenfalls relativ hoch.

Demgegenüber weisen die Stadtbezirke Hüntertor, Holstentor-Nord, und Marli/Brandenbaum nur unterdurchschnittliche Kinderanteile auf, wenngleich gemessen an den absoluten Zahlen der **Tabelle 3** auf diesen Gebieten doch immerhin über ein Viertel (27,2 %) aller Lübecker Kinder leben.

<b>Tab. 3 Verteilung der 0-14jährigen Kinder auf die Lübecker Stadtbezirke, 1996</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>
Innenstadt	1525	10,9	Falkenfeld/Vorwerk	1266	13,7
Hüntertor	3110	11,2	Gr. Steinrade	341	12,3
Strechnitz	1366	16,3	Dornbreite	1299	16,0
Blankensee	182	22,5	Burgtor	923	12,0
Wulfsdorf	83	20,6	Marli/Brandenbaum	2460	12,7
Beidendorf	14	12,2	Eichholz	1358	15,8
Krummesse	225	25,5	Karlshof	874	13,5
Kronsforde	74	13,6	Schlutup	907	14,9
Niederbüssau	93	14,0	Dänischburg	698	14,6
Vorrade	18	17,5	Herrenwyk	965	21,5
Schiereichenkoppel	78	15,1	Alt-Kücknitz	1537	14,2
Oberbüssau	36	20,9	Pöppendorf	16	9,5
Niendorf	218	15,6	Ivendorf	46	16,2
Reecke	15	13,8	Alt-Travemünde	1057	9,8
Alt-Moisling	1914	17,5	Priwall	78	6,3
Buntekuh	2147	17,6	Teutendorf	14	9,6
St. Lorenz Süd	2356	14,6	Brodten	7	5,2
Holstentor-Nord	2536	12,0	Hansestadt Lübeck	29844	13,7

Stand: 31.12.1996 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung)

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck (Hg.), Statistisches Jahrbuch 1996

Eine Besonderheit in diesem Zusammenhang stellen die Anteilswerte der Stadtbezirke von Travemünde dar. Abgesehen von dem 16,2%igen Kinderanteil von Ivendorf, gehören diese Stadtbezirke zu den kinderärmsten Stadtgebieten Lübecks. Hier ist nurmehr jede/r zehnte Einwohner/in jünger als 15 Jahre alt.

## 2.1.4 Die älteren Menschen

Mit zunehmendem Alter steigt das Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko. Bezogen auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens sind damit spezifische Anforderungen verknüpft, die neben dem quantitativen Aspekt der altersbedingten Erkrankungshäufigkeit (Krankheitsfälle) auch die Erkrankungsart von älteren Menschen berücksichtigen müssen. Krankheit im Alter ist oft gleichbedeutend mit Multimorbidität, also dem gleichzeitigen Auftreten verschiedener Krankheiten und der Tendenz zum chronischen Verlauf. Um dem dauerhaften Behandlungs- und Pflegebedarf von älteren Menschen durch Schaffung und Ausbau wohnungsnaher gesundheitlicher Versorgungsstrukturen begegnen zu können ist es wichtig zu wissen, wieviele Menschen im Rentenalter in welchen Bezirken Lübecks leben.

Daß der Bedarf an seniorenspezifischen Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens grundsätzlich gegeben ist, läßt sich schon an dem 19%igen Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung Lübecks (der „Altenquote“) ablesen. Von den 217.545 Einwohnern Lübecks waren laut Melderegister Anfang des Jahres 1997 41.254 Personen (27.247 Frauen

und 14.108 Männer) älter als 65 Jahre. Bezieht man die 60-64jährigen mit ein, so liegt der Anteil der älteren Menschen an der Lübecker Bevölkerung sogar bei 24,9 %.

**Abb. 5: Anteil der über 65jährigen in den Lübecker Stadtbezirken, 1996, in %**

Wie die **Abbildung 5** zeigt, leben besonders viele ältere Menschen in den städtisch/industriell strukturierten Gebieten um die Innenstadt sowie am unteren Traveauflauf. Mehr als die Hälfte (53,6%) aller über 65jährigen Lübecker/innen wohnt in den bezeichneten Bezirken mit extrem hohen Altenanteilen (siehe **Tabelle 4**).

<b>Tab. 4 Verteilung der über 65jährigen Einwohner auf die Lübecker Stadtbezirken, '1996</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>
Innenstadt	1691	12,1	Falkenfeld/Vorwerk	1631	17,7
Hüxtertor	6216	22,4	Gr. Steinrade	525	18,9
Strecknitz	1238	14,7	Dornbreite	1384	17,0
Blankensee	66	8,1	Burgtor	1694	21,9
Wulfsdorf	44	10,9	Marli/Brandenbaum	4361	22,5
Beidendorf	17	14,8	Eichholz	1707	19,9
Krummesse	80	9,1	Karlshof	1415	21,9
Kronsförde	82	15,0	Schlutup	1131	18,6
Niederbüssau	102	15,3	Dänischburg	780	16,3
Vorrade	10	9,7	Herrenwyk	465	10,4
Schiereichenkoppel	85	16,4	Alt-Kücknitz	2352	21,8
Oberbüssau	16	9,3	Pöppendorf	26	15,5
Niendorf	193	13,8	Ivendorf	43	15,1
Reecke	19	17,4	Alt-Travemünde	3176	29,4
Alt-Moisling	1712	15,7	Priwall	658	52,7
Buntekuh	1669	13,7	Teutendorf	14	9,6
St. Lorenz Süd	2689	16,7	Brodten	18	13,4

Holstentor-Nord	3945	18,6	Hansestadt Lübeck	41254	19,0
-----------------	------	------	-------------------	-------	------

Stand: 31.12.1996 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung)

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck (Hg.), Statistisches Jahrbuch 1996

Abgesehen von dem hohen Altenanteil des Priwalls (52,7 %), der vor allem auf die BewohnerInnen einer Seniorenwohnanlage zurückzuführen ist, nimmt Alt-Travemünde mit einem Altenanteil von 29,4 % die Spitzenstellung unter den bevölkerungsältesten Lübecker Stadtbezirken ein. Auch in Marli/Brandenbaum, Hüntertor, Karlshof, Burgtor und Alt-Kücknitz sind mehr als 20 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre. In den Stadtbezirken Eichholz und Holstentor-Nord ist der Altenanteil nur geringfügig niedriger.

Der räumlichen Konzentration der älteren Generation steht die Verteilung der Kinder (siehe **Abbildung 4**) quasi spiegelbildlich gegenüber, so daß sich sogenannte "ältere" Stadtbezirke wie Hüntertor, Burgtor und Alt-Travemünde deutlich herausheben. Entsprechend dieser Verteilungsmuster gehören die ländlichen Gebiete, abgesehen von Bezirken mit alten Siedlungsstrukturen wie z.B. Gr. Steinrade, Beidendorf und Niederbüssau, vorwiegend zu den "jüngeren" Stadtbezirken. Der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung liegt hier regelmäßig (bis zu 16,4%) unter dem der Kinder.

### 2.1.5 Die Alleinlebenden

Mit dem gesellschaftlichen Wandel zu mehr Individualismus und Selbstbestimmtheit verbunden ist die Auflösung der traditionellen Familienstrukturen. Gerade in den Großstädten der Bundesrepublik leben daher immer mehr Menschen allein, was sich statistisch an der Zunahme der Ein-Personen-Haushalte nachweisen läßt. Während die Alleinlebenden der "jüngeren" Generation diese Lebensform oft selbst gewählt haben, sind die "älteren" Alleinlebenden häufig durch Scheidung und Verwitwung zum Alleinleben gezwungen. Das Alleinleben birgt die Gefahr der Vereinsamung und der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit insbesondere dann, wenn diese Lebensform unfreiwillig, als soziale Gegebenheit hingenommen werden muß.

Für das Gesundheitswesen stellt diese Entwicklung insofern eine Herausforderung dar, als die fehlende familiäre Versorgung der Alleinlebenden im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit immer mehr durch kommerzielle Versorgungsleistungen ersetzt werden muß. Außerdem sind zusätzliche psychosoziale Betreuungsangebote erforderlich.

Um die häusliche Pflege zu organisieren und um für den wachsenden Personenkreis älterer Alleinlebender wohnungsnaher Betreuungsangebote vorhalten zu können, muß untersucht werden, wie sich die Lebensform des Alleinlebens auf die Bevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken anteilig verteilt.

Angesichts der Verhältnisse der Volkszählung von 1970 - damals lebten nur 12,7 % der Einwohner in Ein-Personen-Haushalten gegenüber 20,8 % bei der nächsten Volkszählung im Jahre 1987 - ist auch für Lübeck ein Trend zum Alleinleben deutlich erkennbar.

**Abb. 6: Anteil der Ein-Personen-Haushalte an der Bevölkerung nach Stadtbezirken, 1987, in %**

Betrachtet man die **Abbildung 6** so fällt auf, daß die Ein-Personen-Haushalte zwischen den Lübecker Stadtbezirken deutlich unterschiedlich verteilt sind. Es zeigt sich, daß die Lebensform des Alleinlebens in den zentrurnahen Bezirken besonders stark verbreitet ist, wobei die Innenstadt mit 38,4 % den höchsten Anteil der Alleinlebenden aufweist (siehe **Tabelle 5**).

<b>Tab. 5 Anteil der Einwohner in 1-Personen-Haushalten an der Wohnbevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken, 1987</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>
Innenstadt	38,4	Niendorf	6,5	Karlshof	17,0
Hüxtertor	25,4	Reecke	7,7	Schlutup	13,1
Strecknitz	15,6	Alt-Moisling	14,4	Dänischburg	10,8
Blankensee	9,1	Buntekuh	11,7	Herrenwyk	9,1
Wulfsdorf	6,5	St. Lorenz Süd	27,1	Alt-Kücknitz	14,4
Beidendorf	9,7	Holstentor-Nord	27,3	Pöppendorf	12,2
Krummesse	7,4	Falkenfeld/Vorwerk	16,5	Ivendorf	12,5
Kronsförde	7,3	Gr. Steinrade	13,3	Alt-Travemünde	20,3
Niederbüssau	7,9	Dornbreite	12,0	Priwall	21,4
Vorrade	11,1	Burgtor	23,2	Teutendorf	9,0
Schiereichenkoppel	10,4	Marli/Brandenbaum	25,1	Brodten	12,1
Oberbüssau	3,1	Eichholz	14,9	Hansestadt Lübeck	20,8

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Gebäude- und Wohnungszählung 1987

Im Gegensatz zu dem hohen Alleinlebendenanteil in der Innenstadt und in St. Lorenz Süd, der hauptsächlich auf Alleinlebende der "jüngeren" Generation zurückzuführen ist, bezieht sich der hohe Anteil in den Stadtbezirken Hüntertor, Marli/Brandenbaum, Burgtor, Holstentor Nord, Alt-Travemünde und Priwall, vorwiegend auf ältere Menschen (vgl. **Abbildung 5** Anteil der über 65jährigen).

In Lübeck wohnen die Alleinlebenden vorzugsweise in dichtbesiedelten Stadtgebieten. Wie der Vergleich mit **Abbildung 2** (Bevölkerungsdichte in den Lübecker Stadtbezirken) zeigt, sind die Stadtgebiete mit extrem vielen Einwohnern in Ein-Personen-Haushalten weitgehend identisch mit denen, die eine hohe Bevölkerungsdichte aufweisen.

Unter Berücksichtigung dessen, daß eine hohe Bevölkerungsdichte kennzeichnend ist für eine anonymisierte Wohnkultur, ist der Aspekt der Vereinsamung von Alleinlebenden in den Stadtbezirken Hüntertor, Marli/Brandenbaum, Innenstadt, St. Lorenz Süd und Holstentor-Nord durchaus gegeben.

Wenige bzw. keine Probleme in dieser Hinsicht bestehen hingegen in den meisten ländlich strukturierten Stadtgebieten und in Herrenwyk. Der Anteil der Alleinlebenden an der Gesamtbevölkerung in diesen Stadtbezirken beträgt hier maximal 9,1 % (siehe **Tabelle 5**).

## 2.2 Sozialstruktur

Die soziale Lage der Menschen hat vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand und auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Allgemein gilt: Je niedriger der Sozialstatus einer Person bzw. einer Bevölkerungsgruppe ist, um so höher ist das Risiko für Erkrankungen und Sterblichkeit. Für die Beurteilung der Unterschiede bei den gesundheitlichen Chancen stellt die Untersuchung der Sozialstruktur nach schichtspezifischen Merkmalen wie Bildungsniveau und Stellung im Beruf die Grundlage dar. Die regionale Verteilung von Ausprägungen dieser Merkmale gibt Aufschluß über statushohe bzw. statusniedrige Stadtgebiete Lübecks.

Zusätzlich zur Schichtungsstruktur werden, um die gesundheitlichen Auswirkungen der unmittelbaren sozialökonomischen Lebensbedingungen einzuschätzen, Indikatoren der Deprivation und der Wohnqualität analysiert.

Für die räumlichen Analysen mußte größtenteils auf Daten der 87iger Volkszählung zurückgegriffen werden. Dies ist jedoch wegen der großen zeitlichen Konstanz der einkommensabhängigen Strukturen von Wohnquartieren relativ unerheblich. Gebiete sozialer Besserstellung und sog. soziale Brennpunkte bleiben, wie die 94iger Untersuchungsergebnisse des Berliner Sozialsstrukturatlases zeigen, in ihrer regionalen Ausprägung annähernd stabil. Keine Berücksichtigung finden hierbei größere Neubaugebiete nach 1987 wie z.B. in St. Lorenz Süd und Herrenwyk, die die Sozialstruktur verändert haben können.

### 2.2.1 Bildungsniveau und Stellung im Beruf

Der Gesundheitszustand der Menschen ist abhängig von ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit. So tragen Angehörige der unteren Schichten aufgrund ihrer ungünstigeren Arbeits- und

Reproduktionsbedingungen grundsätzlich wesentlich höhere Gesundheitsrisiken, während medizinische Versorgungsleistungen von Angehörigen der oberen Schichten vermehrt in Anspruch genommen werden.

Zusammen mit dem Berufsstatus stellt der Bildungsstatus einen wesentlichen Faktor zur Bestimmung der sozialen Schichtzugehörigkeit einer Person bzw. einer Bevölkerungsgruppe dar. Eine Kennziffer für das Bildungsniveau einer Region ist der Anteil der Personen mit Hauptschulabschluß an der erwerbsfähigen Bevölkerung. (Wobei gilt: Je niedriger der Anteil der Hauptschulabsolventen, um so höher der Anteil der Personen mit höherwertigen Schulabschlüssen, um so besser das allgemeine Bildungsniveau).

Gemessen an den 60,8 % Hauptschulabsolventen (diese Zahl beinhaltet auch Personen ohne Schulabschluß) des Bundesgebietes im Jahre 1987 (Volkszählung), weist Lübeck mit einem Hauptschulabsolventenanteil von 59,8 % ein relativ gutes Bildungsniveau auf. Bezogen auf den 57,5 %igen Anteil der Hauptschulabsolventen des Landes Schleswig-Holstein ist das Bildungsniveau in Lübeck etwas niedriger.

**Abb. 7: Anteil der Hauptschulabsolventen an der Bevölkerung nach Stadtbezirken, 1987, in %**

Innerhalb des Lübecker Stadtgebietes hingegen zeigen sich bei den Anteilswerten deutlichere Unterschiede (vgl. **Abbildung 7**). Der sog. Süden von Lübeck inklusive der Stadtbezirke Burgtor und Karlshof hat einen Hauptschulabsolventenanteil von höchstens 52,8 %, wobei die Stadtbezirke Vorrade und Burgtor mit nur 35,8 bzw. 36,6 % Hauptschulabsolventenanteil den höchsten Lübecker Bildungsstandard dokumentieren. Während hier also mindestens jede zweite Person im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 65 Jahren einen höherwertigen Schulabschluß aufweisen kann, ist es in den ausgewiesenen Stadtbezirken mit dem niedrigen Bildungsniveau oft nur jede Dritte (siehe **Tabelle 6**).

**Tab. 6 Anteil der Volks-, bzw. Hauptschüler an der erwerbsfähigen Bevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken, 1987**

Stadtbezirk	Anteil in %	Stadtbezirk	Anteil in %	Stadtbezirk	Anteil in %
Innenstadt	54,9	Niendorf	63,5	Karlshof	52,8
Hüxtertor	45,2	Reecke	50,6	Schlutup	67,6
Strecknitz	52,9	Alt-Moisling	76,5	Dänischburg	70,2
Blankensee	52,3	Buntekuh	65,7	Herrenwyk	78,8
Wulfsdorf	46,6	St. Lorenz Süd	62,9	Alt-Kücknitz	74,8
Beidendorf	51,3	Holstentor-Nord	62,3	Pöppendorf	62,0
Krummesse	57,4	Falkenfeld/Vorwerk	65,3	Ivendorf	55,0
Kronsforde	58,0	Gr. Steinrade	60,4	Alt-Travemünde	56,0
Niederbüssau	71,0	Dornbreite	65,0	Priwall	61,8
Vorrade	35,8	Burgtor	36,6	Teutendorf	55,8
Schiereichenkoppel	64,0	Marli/Brandenbaum	58,9	Brodten	55,0
Oberbüssau	63,4	Eichholz	64,3	Hansestadt Lübeck	59,8

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Volks- und Berufszählung 1987

Besonders problematisch ist die Situation in Herrenwyk, Dänischburg, Alt-Kücknitz und Alt-Moisling. In diesen Stadtbezirken haben nur ca 30 % der erwerbsfähigen Bevölkerung einen Bildungsabschluß oberhalb der Hauptschule.

Bei den Stadtgebieten mit hohem Anteil an Hauptschulabsolventen handelt es sich in der Regel um einwohnerstarke Stadtbezirke, womit sich das im Vergleich zum Land geringere Bildungsniveau der Gesamtstadt erklärt.

Ein weiterer Schichtungsindikator, der Aufschluß gibt über den überwiegenden Status der Bewohner eines Gebietes ist der Arbeiteranteil an der erwerbstätigen Bevölkerung.

**Abb. 8: Arbeiteranteil an der erwerbstätigen Bevölkerung nach Stadtbezirken, 1987, in %**



Betrachtet man die **Abbildung 8**, so fällt auf, daß die Stadtgebiete mit hohem Arbeiteranteil bis auf wenige Ausnahmen identisch sind mit Stadtgebieten mit hohem Hauptschulabsolventenanteil. Abgesehen davon, daß die Schulbildung auch in Lübeck einen gravierenden Einfluß auf die Stellung im Beruf hat, zeigen die Ergebnisse ziemlich deutlich, welche Stadtbezirke Lübecks aufgrund der Schichtungsfaktoren zu den statusniedrigen bzw. zu den statushohen Gebieten gehören.

Einen hohen Arbeiteranteil von über 43 % und einen Hauptschulabsolventenanteil von über 64 % weisen die Stadtbezirke Alt-Moisling, Buntekuh, Schlutup, Herrenwyk, Alt-Kücknitz, Dänischburg und Niederbüssau auf. Bei den Stadtbezirke Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, Niendorf und Pöppendorf ist entweder der eine oder andere Schichtungsfaktor hoch ausgeprägt.

**Tab. 7 Anteil der Arbeiter an der erwerbstätigen Bevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken, 1987**

Stadtbezirk	Anteil in %	Stadtbezirk	Anteil in %	Stadtbezirk	Anteil in %
Innenstadt	35,9	Niendorf	43,8	Karlshof	31,7
Hüxtertor	24,9	Reecke	24,4	Schlutup	46,0
Strecknitz	33,8	Alt-Moisling	56,2	Dänischburg	47,5
Blankensee	29,1	Buntekuh	43,7	Herrenwyk	62,9
Wulfsdorf	25,6	St. Lorenz Süd	40,5	Alt-Kücknitz	51,8
Beidendorf	34,6	Holstentor-Nord	39,6	Pöppendorf	45,3
Krummesse	38,1	Falkenfeld/Vorwerk	40,4	Ivendorf	35,9
Kronsforde	38,7	Gr. Steinrade	36,4	Alt-Travemünde	31,9
Niederbüssau	51,6	Dornbreite	40,4	Priwall	33,3
Vorrade	25,5	Burgtor	19,6	Teutendorf	32,8
Schiereichenkoppel	37,5	Marli/Brandenbaum	35,5	Brodten	34,2
Oberbüssau	36,0	Eichholz	43,5	Hansestadt Lübeck	37,9

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Volks- und Berufszählung 1987

Die höchsten Arbeiteranteile finden sich den Ergebnissen der **Tabelle 7** zufolge in Herrenwyk, Alt-Kücknitz, Alt-Moisling, und Niederbüssau, während die Stadtbezirke Burgtor und Hüxtertor nur Anteilswerte von unter 25 % aufweisen.

**Abb. 9: Anteil der Selbständigen und Beamten an der erwerbstätigen Bevölkerung nach Stadtbezirken, 1987, in %**

Daß es sich bei den Stadtbezirken Burgtor, Vorrade, Wulfsdorf, Blankensee, Reecke und Teutendorf um die statushöchsten im Stadtgebiet Lübecks handelt, wird auch im Vergleich mit dem Anteil der Selbständigen und Beamten deutlich (siehe **Abbildung 9**). Die Ergebnisse des Schichtungsindicators Anteil der Selbständigen und Beamten an der erwerbstätigen Bevölkerung von 1987 bestätigen nurmehr die Aussagen, die sich mittels der regionalen Analyse der Arbeiteranteile ergeben haben.

D.h. Stadtbezirke die wegen ihres hohen Arbeiteranteils zu den statusniedrigen Stadtbezirken gerechnet werden können, haben in aller Regel auch einen niedrigen Anteil an Selbständigen und Beamten, während statushohe Stadtbezirke nicht nur niedrige Arbeiteranteile, sondern auch hohe Selbständigen- und Beamtenanteile aufweisen.

Danach gehören Alt-Kücknitz, Schlutup, Herrenwyk, Dänischburg, Buntekuh, Alt-Moisling und Niendorf mit einem Arbeiteranteil von über 43 % und einem Selbständigen- und Beamtenanteil von unter 17 % zu den statusniedrigen Stadtbezirken und Burgtor, Vorrade, Wulfsdorf, Blankensee, Reecke und Teutendorf mit einem Arbeiteranteil von unter 32 % und einem Selbständigen- und Beamtenanteil von über 27 % zu den statushohen Stadtgebieten.

<b>Tab. 8 Anteil der Angestellten und der Selbständigen und Beamten an der erwerbstätigen Bevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken, 1987</b>					
<b>Berufsstatus</b>	<b>Selbständige/ Beamte</b>	<b>Angestellte</b>		<b>Selbständige/ Beamte</b>	<b>Angestellte</b>
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteile in %</b>	<b>Anteile in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteile in %</b>	<b>Anteile in %</b>
Innenstadt	18,7	44,5	Falkenfeld/Vorwerk	18,5	40,4
Hüxtertor	22,6	51,5	Gr. Steinrade	18,8	43,1
Strecknitz	20,6	44,6	Dornbreite	20,0	39,1
Blankensee	37,4	31,3	Burgtor	29,0	50,0
Wulfsdorf	26,8	44,5	Marli/Brandenbaum	20,9	42,9
Beidendorf	25,0	34,6	Eichholz	16,6	38,8
Krummesse	20,4	40,8	Karlshof	20,0	47,4

Kronsforde	19,2	40,2	Schlutup	16,2	36,8
Niederbüssau	16,9	30,0	Dänischburg	15,2	37,1
Vorrade	29,7	40,4	Herrenwyk	8,6	28,0
Schiereichenkoppel	17,7	42,7	Alt-Küeknitz	11,7	36,0
Oberbüssau	25,3	30,7	Pöppendorf	22,7	29,3
Niendorf	16,6	39,2	Ivendorf	25,7	34,2
Reecke	31,1	37,8	Alt-Travemünde	22,1	44,6
Alt-Moisling	10,8	32,6	Priwall	24,3	41,3
Buntekuh	14,1	41,7	Teutendorf	23,5	39,1
St. Lorenz Süd	15,8	43,2	Brodten	19,8	43,4
Holstentor-Nord	15,2	44,8	Hansestadt Lübeck	18,3	42,9

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Volks- und Berufszählung 1987

Eine Besonderheit in diesem Zusammenhang stellen die Stadtbezirke Hüntertor, Karlshof und Alt-Travemünde dar. Der geringe Arbeiteranteil (24,9, 31,7 bzw. 31,9 %) korreliert nicht mit einem hohen Selbständigen- und Beamtenanteil, sondern mit einem hohen Anteil von Angestellten an der erwerbstätigen Bevölkerung (siehe **Tabelle 8**). Gleichwohl können diese Stadtbezirke entsprechend der sozialen Rangordnung der Berufsgruppen den Gebieten der sozialen Besserstellung zugerechnet werden.

Die übrigen Stadtbezirke sind ihrem Status nach reine Mischgebiete, wobei - wie im Falle der Stadtbezirke St. Lorenz Süd und Holstentor-Nord - der "mittlere" Status nicht von dem Verhältnis Arbeiter- und Selbständigen- bzw. Beamtenanteile bestimmt wird, sondern eher von dem Verhältnis Arbeiter- und Angestelltenanteile.

### **2.2.2 Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit**

Der wirtschaftliche Strukturwandel bewirkt, daß im Industriesektor mehr Arbeitsplätze wegfallen, als im Dienstleistungssektor entstehen können. Eine Folge dieser Entwicklung ist die massenhafte Arbeitslosigkeit breiter Bevölkerungsschichten.

Arbeitslosigkeit ist ein sozialer Streßfaktor, der für die Betroffenen gravierende psychische und somatische Auswirkungen haben kann. Je nach Häufigkeit und Dauer der Arbeitslosigkeit stellen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Bluthochdruck und ein erhöhtes Risiko für eine Herzerkrankung ein. Englischen Studien zufolge haben Personen, die während ihres Erwerbslebens längere Zeit arbeitslos waren, sogar eine kürzere Lebenserwartung.

In welchem Umfang Lübeck bzw. die Lübecker Bevölkerung von den Problemen der Arbeitslosigkeit betroffen ist, läßt sich an den seit Ende 1992 wieder anwachsenden Arbeitslosenzahlen ablesen. Während die durchschnittliche Arbeitslosenquote 1992 noch 10,0 % betrug, stieg sie bis 1996 um ca. ein Drittel an und lag mit 13,7 % auch über dem schleswig-holsteinischen Landesniveau von 10,0 %. In konkreten Zahlen bedeutet das, daß im Jahresdurchschnitt 1996 12.797 Personen (7.903 Männer und 4.894 Frauen) in Lübeck arbeitslos gemeldet waren. Dabei ist anzumerken, daß der geringere Anteil von arbeitslosen Frauen möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß sich Frauen bei längerer Arbeitslosigkeit in den Haushalt zurückziehen, sich beim Arbeitsamt nicht mehr melden und deshalb in der Statistik nicht mehr erscheinen.

Die Arbeitslosigkeit bei den Arbeitern ist im Verhältnis zu den Angestellten überproportional hoch. Ende Juni 1996 lag die Arbeitslosenquote der Arbeiter bei 19,8 %, die der Angestellten "nur" bei 9,5 %.

Von Arbeitslosigkeit besonders stark betroffen ist zudem die ausländische Bevölkerung. Nach der amtlichen Arbeitslosenstatistik war in Lübeck im Juni 1996 ca. jede vierte ausländische Erwerbsperson (Arbeitslosenquote 26,2%) arbeitslos gemeldet.

Relativ große gesundheitliche Auswirkungen hat, wie oben erwähnt, die Dauer der Arbeitslosigkeit. Wie lange die in Lübeck 1996 registrierten Arbeitslosen durchschnittlich arbeitslos waren, ist jedoch nicht bekannt. In der Statistik des Arbeitsamtes werden lediglich die Zahlen der Langzeitarbeitslosen gesondert ausgewiesen.

Danach betrug die Zahl derjenigen, die in Lübeck im Juni 1996 länger als ein Jahr arbeitslos gemeldet waren (Langzeitarbeitslose) 3.841 Personen. Im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Arbeitslosen (12.368) bedeutet das, daß zu diesem Zeitpunkt ca. jede/r dritte Arbeitslose von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen war.

Um die gesundheitlichen Situation der (Langzeit-)Arbeitslosen besser beurteilen zu können und um gesundheitsfördernde Integrationsprogramme zu konzipieren, müssen die Arbeitslosendaten mit den Gesundheitsdaten regional auf der Ebene der Stadtbezirke in Beziehung gebracht werden.

Aufgrund der undifferenzierten Datenstrukturen der amtlichen Arbeitslosenstatistik muß wiederum auf die Volkszählungsdaten von 1987 zurückgegriffen werden, in der Annahme, daß sich die Arbeitslosigkeit 1995 regional ähnlich verteilt, wie die der Erwerbslosigkeit von 1987. Dazu ist anzumerken, daß die dargestellten Werte der Erwerbslosigkeit sich nicht auf die offiziell registrierten Arbeitslosenzahlen beziehen, sondern die Anteile der Erwerbslosen der jeweiligen Stadtbezirke bezeichnen.

Als erwerbslos gelten hierbei Personen, die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, sich aber um eine Arbeitsstelle bemühen; unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt gemeldet sind oder nicht. (Als arbeitslos gilt hingegen nur, wer beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet

ist, eine Beschäftigung für mindestens 3 Monate von mindestens 18 Stunden pro Woche anstrebt, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung steht und das 64. Lebensjahr noch nicht vollendete hat.) Die offiziell registrierte Arbeitslosigkeit deckt somit immer nur einen Ausschnitt der Erwerbslosigkeit, der "tatsächlichen Arbeitslosigkeit" ab.

**Abb. 10: Anteil der Erwerbslosen an der Erwerbsbevölkerung nach Stadtbezirken, 1987, in %**

Bei der Betrachtung der **Abbildung 10** zeigt sich, daß die Innenstadt, Alt-Moisling, Holstentor-Nord, St. Lorenz Süd, Buntekuh, Herrenwyk, Eichholz, Priwall und Alt-Kücknitz besonders hohe Anteile an Erwerbslosen aufweisen. Das Problem der Erwerbslosigkeit (1987) betrifft hier mindestens jede 7. Person im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahren (Erwerbslosenquote 14,2 und höher ).

Vergleicht man dazu **Abbildung 2** so fällt auf, daß die Stadtbezirke mit hoher Erwerbslosigkeit, ausgenommen Herrenwyk, Alt-Kücknitz und Priwall, Gebiete mit extrem hohen Bevölkerungsdichten bezeichnen, d.h. daß die psychischen Belastungen der Erwerbslosigkeit hier sehr häufig mit denen einer anonymisierten Wohnkultur zusammentreffen, ohne daß für die Betroffenen dieser Stadtbezirke Kompensationsmöglichkeiten (z.B. wohnungsnaher Freizeit- und Erholungsflächen) in ausreichendem Maße zur Verfügung stünden.

<b>Tab. 9 Anteil der Erwerbslosen an der Erwerbsbevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken, 1987</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>
Innenstadt	21,7	Niendorf	8,6	Karlshof	10,8
Hüxtertor	9,0	Reecke	13,3	Schlutup	9,9
Strecknitz	8,5	Alt-Moisling	21,8	Dänischburg	12,2
Blankensee	6,3	Buntekuh	16,7	Herrenwyk	15,7
Wulfsdorf	7,3	St. Lorenz Süd	16,8	Alt-Kücknitz	14,5

Beidendorf	3,7	Holstentor-Nord	17,3	Pöppendorf	10,7
Krummesse	7,0	Falkenfeld/Vorwerk	11,0	Ivendorf	10,3
Kronsforde	5,4	Gr. Steinrade	8,6	Alt-Travemünde	10,9
Niederbüssau	10,4	Dornbreite	11,1	Priwall	14,9
Vorrade	6,0	Burgtor	7,8	Teutendorf	4,7
Schiereichenkoppel	8,3	Marli/Brandenbaum	13,3	Brodten	6,6
Oberbüssau	11,8	Eichholz	15,8	Hansestadt Lübeck	14,1

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Volks- und Berufszählung 1987

Der Stadtbezirk Marli-Brandenbaum liegt mit einer Erwerbslosenquote von 13,3 % nur wenig niedriger. Durch das Zusammenwirken mit der hohen Bevölkerungsdichte können auch für die Betroffenen dieses Stadtbezirkes gesundheitsschädliche Einflüsse angenommen werden.

Von Erwerbslosigkeit deutlich geringer betroffen, ist die Bevölkerung im Stadtbezirk Burgtor und in den ländlichen Stadtbezirken süd-westlich und nord-östlich von Lübeck. Entsprechen den Zahlen der **Tabelle 9** weisen Krummesse, Kronsforde, Vorrade, Wulfsdorf, Beidendorf, Blankensee, Teutendorf Brodten und Burgtor unterdurchschnittliche Erwerbslosenquoten auf.

Neben der sozialen Deprivation und der gesundheitlichen Schlechterstellung ist Arbeitslosigkeit auch verbunden mit einer massiven materiellen Deprivation. Das Haushaltseinkommen der Arbeitslosen liegt in der Regel weit (ca. 50 %) unter dem Einkommen von Erwerbstätigenhaushalten.

Immer häufiger auch bildet die Arbeitslosigkeit die Ursache für die Sozialhilfebedürftigkeit, was durch die Ergebnisse des Lübecker Armutsberichts (1988) bestätigt wird. Danach stellt die Arbeitslosigkeit mit 33,9 % in Lübeck die Hauptursache für die Inanspruchnahme von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) dar. Weitere wesentliche Ursachen, die zur Verarmung, sprich zur Sozialhilfebedürftigkeit, führen, begründen sich durch unzureichende Versicherungs- und Versorgungsleistungen (z.B. geringe Altersrente), durch Krankheit, durch unzureichendes Erwerbseinkommen und besonders bei Alleinerziehenden durch den Unterhaltsausfall des Ernährers.

Es ist davon auszugehen, daß die negative Entwicklung auf dem Lübecker Arbeitsmarkt das Problem der Sozialhilfebedürftigkeit noch verstärkt hat. Der Anteil der Arbeitslosenhaushalte an den Sozialhilfeempfängerhaushalten betrug 1993 schon 38,5 %.

Abgesehen von den die Gesundheit beeinträchtigenden Ursachen der Sozialhilfebedürftigkeit stellt Armut an sich einen gesundheitsschädigenden Faktor dar. Das belegen u.a. neuere Studien über den Zusammenhang von Armut und Krankheit der Medizinischen Hochschule Hannover. Danach leben arme Menschen mit einem doppelt so hohen Krankheitsrisiko wie der Bevölkerungsdurchschnitt und müssen damit rechnen, früher zu sterben.

Krankmachend dabei wirkt nicht allein das mit Armut verbundene niedrige Einkommen bzw. der niedrige Lebensstandard, der sich in einer unzureichenden Ernährungsweise und Wohnsituation niederschlägt, sondern auch die Erfahrung, an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu sein, einer passiven Rolle und der sozialen Kontrolle unterworfen zu sein.

Wie sich das Problem der Armut bzw. der Sozialhilfebedürftigkeit in Lübeck darstellt, läßt sich aufgrund der undifferenzierten Sozialhilfestatistik (Empfänger die nur überbrückungsweise im Sozialhilfebezug stehen werden nicht gesondert ausgewiesen), nicht exakt bestimmen. Tatsache ist, daß die Zahl der Menschen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) benötigen, auch in Lübeck ständig zunimmt. Am Jahresende 1993 erhielten ca. 17.130 Menschen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Heime und Anstalten). Dies entsprach 7,8 % der Bevölkerung. Gegenüber dem Jahresende 1987 ist die Lübecker Empfängerzahl um ca. die Hälfte (46,7 %) gestiegen.

Von Sozialhilfebedürftigkeit besonders betroffen sind in Lübeck die Frauen sowie Kinder und Jugendliche. Die Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen betrug 1993 9.133 (7,9%), die der Männer 7.995 (7,7%). Bei den unter 18jährigen lag die Sozialhilfeempfängerquote mit 16,3

% deutlich höher, als in den übrigen Altersgruppen der Lübecker Bevölkerung. Zum Vergleich dazu betrug die Quote bei den 18 - 25jährigen 9,4 % und bei den 25-60jährigen 7,3 %. Ganz offensichtlich wirkt sich hier die Armut von Eltern bzw. Alleinerziehenden auf eine Vielzahl von Kindern aus, die schon in jungen Jahren mit den Problemen der Deprivation und der gesundheitlichen Schlechterstellung konfrontiert werden.

Um zu untersuchen, welche Einflüsse das Leben in Armut auf die Gesundheit der Betroffenen hat und um gesundheitsfördernde Angebote an sozialen Brennpunkten der Stadt zu konzipieren, müssen die verfügbaren Sozialhilfedaten mit den Gesundheitsdaten regional abgeglichen werden. Dazu ist es wichtig zu wissen, wie sich die Sozialhilfeempfänger/innen anteilmäßig auf die Bevölkerung der Lübecker Stadtbezirke verteilen. Gegenwärtig verfügt das Gesundheitsamt zwar über keine regionalisierte Sozialhilfeempfängerstatistik, anstatt dessen aber über eine regionalisierte "Sozialhilfeempfängerhaushaltestatistik", deren Werte auf den Zahlen des Sozialabrechnungsverfahrens und der Quartalsstatistik des Sozialamtes basieren und die räumliche Situation der Lübecker Sozialhilfebedürftigkeit aktuell und relativ genau belegen.

**Abb. 11: Anteil der Sozialhilfeempfängerhaushalte nach Stadtbezirken, 1995, in %**

Wie die **Abbildung 11** zeigt, konzentriert sich die Armut der Lübecker Bevölkerung hauptsächlich auf städtisch/industriell strukturierte Stadtgebiete. Den Anteilswerten zufolge bezieht in der Innenstadt, in Alt-Moisling, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Holstentor- Nord, Dornbreite, Eichholz und Herrenwyk fast bzw. mindestens jeder zehnte Haushalt Hilfe zum Lebensunterhalt, während dieses in den ländlich strukturierten Stadtgebieten höchstens auf jeden zwanzigsten Haushalt zutrifft.

<b>Tab. 10 Anteil der Sozialhilfeempfängerhaushalte an den Haushalten in den Lübecker Stadtbezirken, 1995</b>					
<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Stadtbezirk</b>	<b>Anteil in %</b>

Innenstadt	13,5	Niendorf	3,0	Karlshof	4,5
Hüxtertor	4,1	Reecke	0,0	Schlutup	5,9
Strecknitz	4,4	Alt-Moisling	16,4	Dänischburg	5,2
Blankensee	26,6	Buntekuh	15,5	Herrenwyk	10,5
Wulfsdorf	0,9	St. Lorenz Süd	10,8	Alt-Kücknitz	8,8
Beidendorf	0,0	Holstentor-Nord	9,8	Pöppendorf	1,9
Krummesse	3,8	Falkenfeld/Vorwerk	8,9	Ivendorf	4,4
Kronsforde	2,0	Gr. Steinrade	1,8	Alt-Travemünde	4,8
Niederbüssau	2,3	Dornbreite	12,8	Priwall	4,7
Vorrade	0,0	Burgtor	3,9	Teutendorf	0,0
Schiereichenkoppel	3,1	Marli/Brandenbaum	7,0	Brodten	4,6
Oberbüssau	0,0	Eichholz	12,6	Hansestadt Lübeck	8,6

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck, eigene Berechnungen auf der Grundlage des Sozialabrechnungsverfahrens, Stand: 15.09.1995 und der 3. Quartalsstatistik des Sozialamtes, Stand: 30.9.1995

Abgesehen von dem besonders hohen Anteil an Sozialhilfeempfängerhaushalten im Stadtbezirk Blankensee, der sich ganz wesentlich aus Personenhaushalten (Aussiedler und Emigranten) in Notunterkünften zusammensetzt, weisen die ländlich strukturierten Stadtgebiete Anteilswerte von maximal 4,4 % auf (vgl. hierzu **Tabelle 10**), wobei die Bevölkerung der Stadtbezirke Groß Steinrade, Reecke, Oberbüssau, Kronsforde, Vorrade, Wulfsdorf, Beidendorf, Pöppendorf und Teutendorf mit Anteilswerten von unter 2 % von den Problemen der Armut bzw. Sozialhilfebedürftigkeit so gut wie gar nicht betroffen ist.

Wie zu erwarten, sind die Stadtgebiete mit einer hohen Sozialhilfedichte quasi identisch mit Stadtgebieten mit hoher Erwerbslosigkeit und hohem Ausländeranteil (vgl. hierzu **Abbildung 10 und Abbildung 3**), womit die sozialen Brennpunkte der Stadt (Gebiete mit einer problematischen Sozialstruktur) recht genau lokalisiert werden.

Daß es sich bei der Sozialhilfebedürftigkeit sehr häufig um Haushalte handelt, in denen Kinder leben, wird am Beispiel der Stadtbezirke Alt-Moisling Buntekuh und Herrenwyk deutlich. Wie der Vergleich mit **Abbildung 4** zeigt, weisen diese Stadtbezirke nicht nur einen hohen Anteil von Sozialhilfeempfängerhaushalten auf, sondern auch einen hohen Kinderanteil.

### 2.2.3 Wohnsituation

Die Wohnbedingungen der Bevölkerung sind nicht durch den Bedarf bestimmt oder staatlich geregelt, sondern unterliegen ganz wesentlich den herrschenden Marktverhältnissen, wobei die Zahlungsfähigkeit und die Miet- bzw. Bodenpreise darüber entscheiden, welche Wohnstandards welchen Bevölkerungsgruppen zugänglich sind. Aufgrund einer hohen Preiselastizität bei der Wohnungsnachfrage sind insbesondere einkommensschwächere Haushalte gezwungen, sich in schlechteren Wohnungen niederzulassen.

Der Gesundheitszustand der Menschen ist, wie zahlreiche Untersuchungen seit dem Ende des letzten Jahrhunderts zeigen, stark abhängig von ihren Wohnbedingungen. Hierbei gilt: Je schlechter die Wohnqualität, desto schlechter ist im allgemeinen auch der Gesundheitszustand der betroffenen Bewohner. Von daher gehörten Wohnung und Wohnqualität immer schon zu den klassischen Gegenständen der öffentlichen Gesundheitsförderung.

Die Wohnqualität (die Güte oder Beschaffenheit einer Wohnung) setzt sich aus verschiedenen Kriterien zusammen. Dazu zählt neben der Wohnungsausstattung und der Wohnlage auch und besonders die Belegungsdichte (die Wohnfläche pro Bewohner).

Für die Beurteilung der Wohnqualität nach gesundheitlichen Standards bildet die Belegungsdichte sogar einen globalen Faktor. Denn wo viele Menschen auf wenig Raum zusammenleben müssen, entsteht Streß durch ungenügende Rückzugsmöglichkeiten. Zudem



können enge Wohnverhältnisse die Entstehung und Weiterverbreitung von Infektions- und Atemwegserkrankungen begünstigen.

Mit der regionalen Untersuchung der Bevölkerungsdichte sind die äußeren Bedingungen der Wohnsituation und die gesundheitlichen Belastungen des Wohnumfeldes in den Lübecker Stadtbezirken schon hinreichend dargestellt.

Um zu erfahren welche gesundheitlichen Auswirkungen auf die inneren Wohnungsbedingungen zurückzuführen sind, ob und in welchem Zusammenhang sie mit Belastungen des Wohnumfeldes und der Sozialstruktur stehen, müssen die Wohnbelegungsdaten und die Gesundheitsdaten aufeinander bezogen werden. Für die kleinräumige Analyse auf Stadtbezirksebene sind gegenwärtig nur die Daten der Gebäude- und Wohnungszählung von 1987 verfügbar. Dabei ist anzumerken, daß sich die derzeitigen Wohnbelegungsverhältnisse aufgrund der Entwicklung der Lübecker Bevölkerung (von 1987 bis 1994 ist die Zahl der Einwohner um ca. 5380 Personen gestiegen) und des Wohnungsbestandes (im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Wohnungen um 2322 Wohneinheiten gestiegen) in den einzelnen Stadtbezirken durchaus verändert haben können.

**Abb. 12: Wohnfläche pro Person nach Stadtbezirken, 1987, in m<sup>2</sup>**

Gemessen an dem Durchschnittswert von Hamburg mit 34 m<sup>2</sup> pro Person weichen die Wohnbelegungsverhältnisse in Lübeck mit ca. 33 m<sup>2</sup> pro Person nur unwesentlich ab. Innerhalb der Stadt zeigen sich allerdings deutlichere Unterschiede. Wie den Werten von **Abbildung 12** zu entnehmen ist, gehören einige ländlich strukturierte Stadtbezirke, Alt-Travemünde, Burgtor und Huxtertor zu den Gebieten mit besonders zufriedenstellenden Wohnbelegungsverhältnissen. Im Durchschnitt verfügt hier jede/r Bewohner/in über mindestens 35,85 Wohnquadratmeter, während die Bewohner in Alt-Moisling, Buntekuh, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, Strecknitz, Eichholz, Schlutup, Herrenwyk und Alt-Kücknitz maximal 31,85 m<sup>2</sup> bewohnen.

**Tab. 11 Anteil der Wohnfläche (m<sup>2</sup>) pro Person in den Lübecker Stadtbezirken, 1987**

Stadtbezirk	m <sup>2</sup> /Person	Stadtbezirk	m <sup>2</sup> /Person	Stadtbezirk	m <sup>2</sup> /Person
Innenstadt	35,79	Niendorf	35,48	Karlshof	35,81
Hüxtertor	37,26	Reecke	39,54	Schlutup	31,70
Strecknitz	31,58	Alt-Moisling	27,43	Dänischburg	32,31
Blankensee	34,77	Buntekuh	28,74	Herrenwyk	26,41
Wulfsdorf	36,31	St. Lorenz Süd	32,60	Alt-Kücknitz	28,52
Beidendorf	35,65	Holstentor-Nord	33,11	Pöppendorf	35,63
Krummesse	33,76	Falkenfeld/Vorwerk	31,25	Ivendorf	35,86
Kronsforde	35,38	Gr. Steinrade	35,25	Alt-Travemünde	36,59
Niederbüssau	34,14	Dornbreite	30,62	Priwall	32,70
Vorrade	38,29	Burgtor	40,09	Teutendorf	41,40
Schiereichenkoppel	34,73	Marli/Brandenbaum	33,29	Brodten	34,71
Oberbüssau	36,29	Eichholz	29,28	Hansestadt Lübeck	33,12

Quelle: Statistisches Amt der Hansestadt Lübeck, Gebäude- und Wohnungszählung 1987

Besonders enge Wohnverhältnisse bestehen in Herrenwyk und Alt-Moisling. Den Werten der **Tabelle 11** zufolge verbleiben den Bewohnern von Wohnungen dieser Stadtbezirke oft weniger als 26,41 m<sup>2</sup> Wohnfläche pro Person, wobei sich die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen vermehrt auf den Gesundheitszustand von Kindern auswirken können (Vgl. hierzu den Anteil der 0-14-jährigen in **Tabelle 3**).

Bei dem Vergleich mit **Abbildung 2** fällt auf, daß Alt-Moisling, Buntekuh, Dornbreite und Eichholz zusätzlich zu den engen Wohnverhältnissen auch hohe Bevölkerungsdichten aufweisen. Für die Bewohner dieser Stadtteile bedeutet das, daß sich die psychischen Belastungen des Wohnumfeldes in den engen Wohnraumverhältnissen noch fortsetzen und daß sie die psychischen Belastungen der engen Wohnraumverhältnisse im Wohnumfeld nicht kompensieren können. Wohnbedingungen und Gesundheitszustand stehen hier in einem relativ engem Zusammenhang.

Im Übrigen gehen unbefriedigende Wohnbelegungsverhältnisse einher mit niedrigem Sozialstatus - die städtisch strukturierten Stadtbezirke mit geringer Wohnfläche pro Person sind ziemlich identisch mit den Gebieten mit hohem Arbeiteranteil (vgl. hierzu **Abbildung 8**) - und sozialer und materieller Deprivation - Gebiete mit hoher Erwerbslosigkeit und hoher Sozialhilfedichte weisen in der Regel auch eine hohe Wohnbelegungsdichte auf (vgl. hierzu **Abbildung 10 und 11**) -.

Das Zusammenwirken unterschiedliche Belastungsfaktoren hat zur Folge, daß sich die daraus resultierenden gesundheitlichen Auswirkungen schwer einer bestimmten Ursache zurechnen lassen (gesundheitliche Einschränkungen können sowohl auf die Wohnbedingungen als auch auf Faktoren anderer Lebensbereiche rekurrieren). Das gemeinsame Auftreten dieser Belastungsfaktoren kennzeichnet aber den Grad der gesundheitlichen Belastungen in den Stadtgebieten.

In dieser Hinsicht besonders betroffen ist die Bevölkerung von Alt-Moisling, Buntekuh und Herrenwyk. Gemäß den Werten der **Tabellen 9 und 10** weisen diese Stadtbezirke neben der hohen Wohnbelegungsdichte auch eine hohe Erwerbslosen- und Sozialhilfeempfängerdichte auf.

## Resümee/Ausblick

Soweit die Untersuchungen zu den soziodemographischen und sozialökonomischen Lebensbedingungen der Lübecker Bevölkerung.

Es konnte gezeigt werden, daß hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen regionale Unterschiede bestehen zwischen den städtisch-industriellen und ländlichen Stadtbezirken Lübecks, daß es entsprechend dem regionalen Altersaufbau bzw. der Siedlungsstruktur sog. junge und alte Stadtbezirke gibt, welche Profile die Stadtbezirke aufgrund der bestehenden Sozialstruktur aufweisen und wo die sozialen Brennpunkte Lübecks liegen.

Es bleibt darzustellen, wie sich diese Verhältnisse in den Untersuchungsergebnissen zur gesundheitlichen Lage ausdrücken und welche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Lübecker Bevölkerung damit verbunden sind (siehe folgende Kapitel).

### **3. Gesundheitliche Lage**

Den zentralen Bestandteil einer jeden Gesundheitsberichterstattung bildet die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Mit der Erfassung einschlägiger Indikatoren der Sterblichkeit und der Erkrankungshäufigkeit soll der derzeitige Gesundheitszustand der Lübecker Bevölkerung beurteilt werden. Als Meßkriterien werden dazu die von der WHO formulierten Gesundheitsziele herangezogen.

Gleichzeitig dienen die bevölkerungsbezogenen Untersuchungen einzelner Krankheiten der Klärung möglicher Zusammenhänge zwischen dem Sozial- und Gesundheitsstatus sowie der Definition von Hypothesen.

#### **3.1 Morbidität**

Im Gegensatz zur Sterblichkeit deren Dokumentation durch die gesetzlich geregelte Datenerfassung (Todesbescheinigung) gesichert ist, stehen Daten, die die Häufigkeit und Schwere der wichtigsten Krankheiten auf kommunaler Ebene belegen, in Deutschland generell nicht zur Verfügung. Zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sind diese Daten jedoch unverzichtbar.

Aus diesem Grund hat sich das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck entschieden, Datenbestände der Krankenhäuser für epidemiologische Zwecke umzustrukturieren, so daß erstmals Krankheitshäufigkeitsverteilungen zwischen einzelnen Stadtbezirken untersucht werden konnten.

Zur Untersuchung von Häufigkeitsverteilungen, die eine statistische Mindestgröße der Gebietsbevölkerungen der Stadtbezirke voraussetzen, wurden ländliche Stadtbezirke mit kleinen Einwohnerzahlen zusammengefaßt bzw. anderen Stadtbezirken angeliedert. Bei den Untersuchungsgebieten St. Jürgen-Land, Moisling, Alt-Kücknitz/Pöppendorf und Travemünde ist daher auch von einer gegenüber den im Kapitel 2 dargestellten Anteilswerten veränderten Bevölkerungs- und Sozialstruktur auszugehen; d.h. Vergleiche mit den Untersuchungsergebnissen der Bevölkerungs- und Sozialstruktur sind in diesen Fällen nur bedingt möglich.

Zudem muß darauf hingewiesen werden, daß dem Gesundheitsamt aus technischen und datenschutzrechtlichen Gründen nur etwa 80% der Diagnosedaten des Jahres 1995 übermittelt wurden, so daß die Untersuchungsmöglichkeiten und die Gültigkeit aller darauf basierenden Ergebnisse als einschränkt bewertet werden müssen. Insbesondere gilt dieses für die psychiatrischen Krankheiten (bevölkerungsbezogene Daten zur Untersuchung regionaler Häufigkeitsverteilung werden erst seit 1996 erfaßt und liegen dem Gesundheitsamt noch nicht vor).

Gleichwohl ist mit der Sekundäranalyse der Diagnosedateien der Lübecker Krankenhäuser ein erster Schritt getan, der - sofern das Daten-Übermittlungsverfahren durch gesetzliche Strukturen vereinfacht wird - umfangreiche Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Lübecker Bevölkerung ermöglicht.

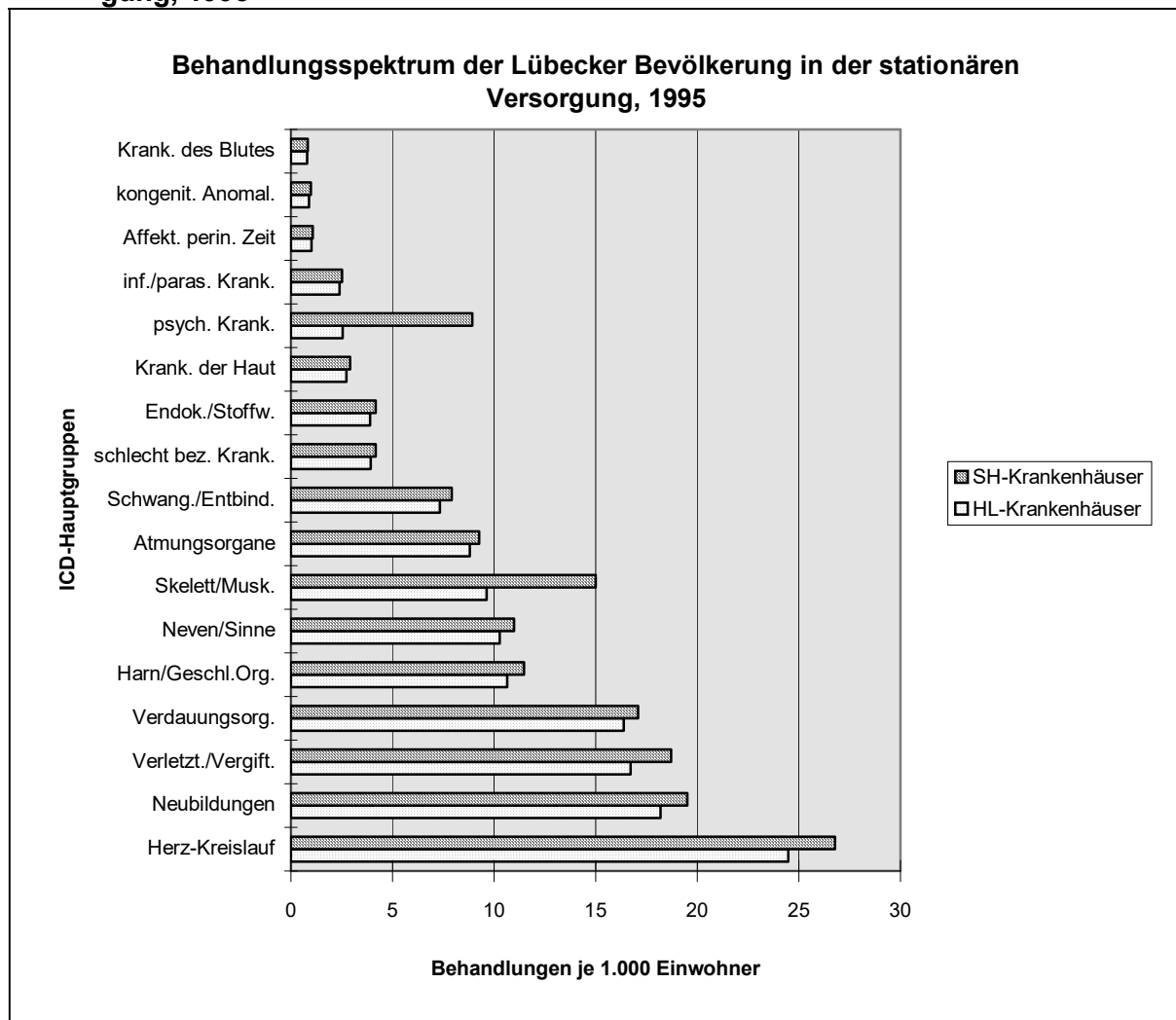
##### **3.1.1 Allgemeine Anlässe für Krankenhausbehandlungen**

Die Schwere einer Krankheit läßt sich neben der damit verbundenen Einschränkung der Lebensqualität und der Lebensdauer auch an der Behandlungsart ermessen. Eine stationäre

Krankenhausbehandlung kann daher als ein Indikator für eine bedeutsame Krankheit angesehen werden.

Im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung und der Krankenhausstatistikverordnung werden bei den Krankenhäusern Diagnosedateien über Krankenhausbehandlungen gepflegt, deren Daten Aufschlüsse über das Krankheitsgeschehen der Lübecker Bevölkerung geben.

**Abb. 13: Behandlungsspektrum der Lübecker Bevölkerung in der stationären Versorgung, 1995**



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Diagnosestatistik, 1995

**Abbildung 13** ordnet die stationären Behandlungen der Lübecker Einwohner/innen im Jahr 1995 den 17 Diagnosehauptgruppen der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) zu. Um die Bedeutung bestimmter Krankheiten herauszustellen und um das Ausmaß der Erkrankungshäufigkeiten einzuschätzen, werden die stationären Behandlungen der Lübecker Bevölkerung nur in Lübecker Krankenhäusern und in allen schleswig-holsteinischen Krankenhäusern gegenübergestellt.

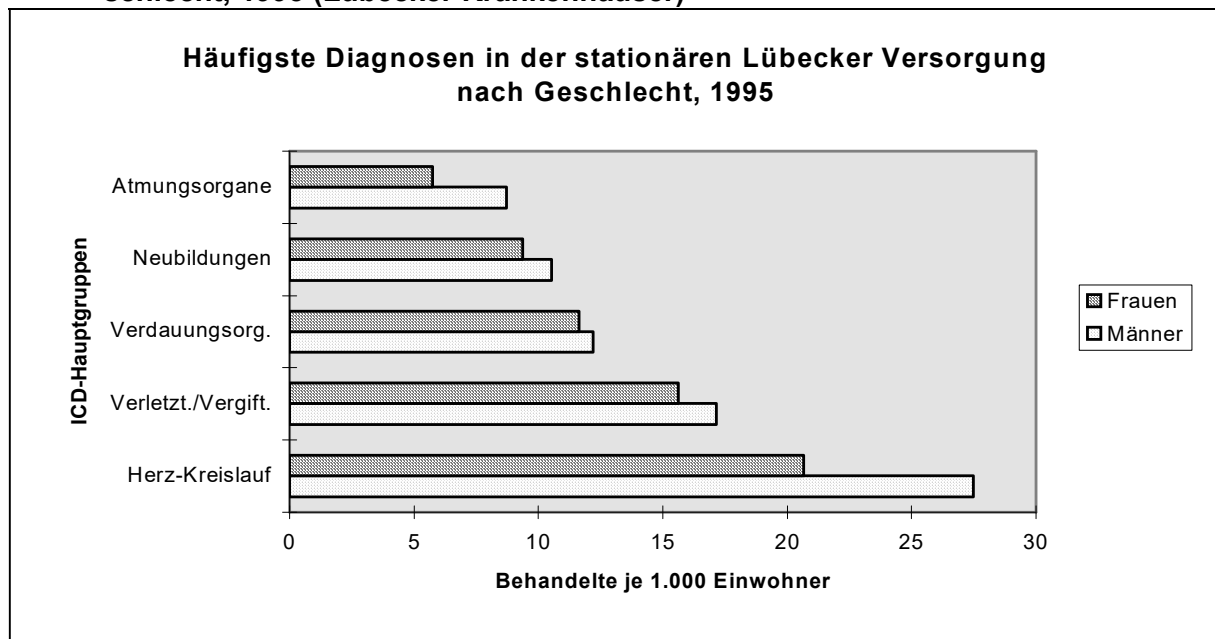
Schon an den Häufigkeitsquoten des Behandlungsspektrums der Lübecker Krankenhäuser läßt sich ablesen, daß die Herz-Kreislaferkrankungen zu den wichtigsten Krankheiten in der Bevölkerung zählen. Insgesamt 5.348 (ca. 24,5 Behandlungen pro 1.000 Einwohner/innen im Jahr 1995) der regionalen stationären Behandlungen der Lübecker/innen sind auf diese Erkrankungsgruppe zurückzuführen. An zweiter Stelle in der Häufigkeitsskala der stationären Behandlungen von Lübecker/innen in Lübecker Krankenhäusern stehen die Krebserkrankungen (bösartigen Neubildungen) mit 3.977 Behandlungen bzw. 18 Behandlungen pro

1.000 Einwohner/innen, gefolgt von den Verletzungen und Vergiftungen (3.655 Behandlungen) und den Krankheiten der Verdauungsorgane (3.577 Behandlungen).

Bezieht man die stationären Behandlungen der Lübecker/innen außerhalb Lübecks mit ein, so fällt der relativ große Anteil der Krankenhausanlässe in den Diagnosegruppen der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (3.278 Behandlungen) und der psychiatrischen Krankheiten (1.952 Behandlungen) auf.

Um zu diesen wichtigen Erkrankungen, die zu einem erheblichen Teil in schleswig-holsteinischen Versorgungseinrichtungen außerhalb Lübecks behandelt werden, bevölkerungsbezogene Untersuchungen durchführen zu können, müssen dem Gesundheitsamt auch von dort differenziertere Daten zur Verfügung gestellt werden.

**Abb. 14: Häufigste Diagnosen in der stationären Lübecker Versorgung nach Geschlecht, 1995 (Lübecker Krankenhäuser)**



Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

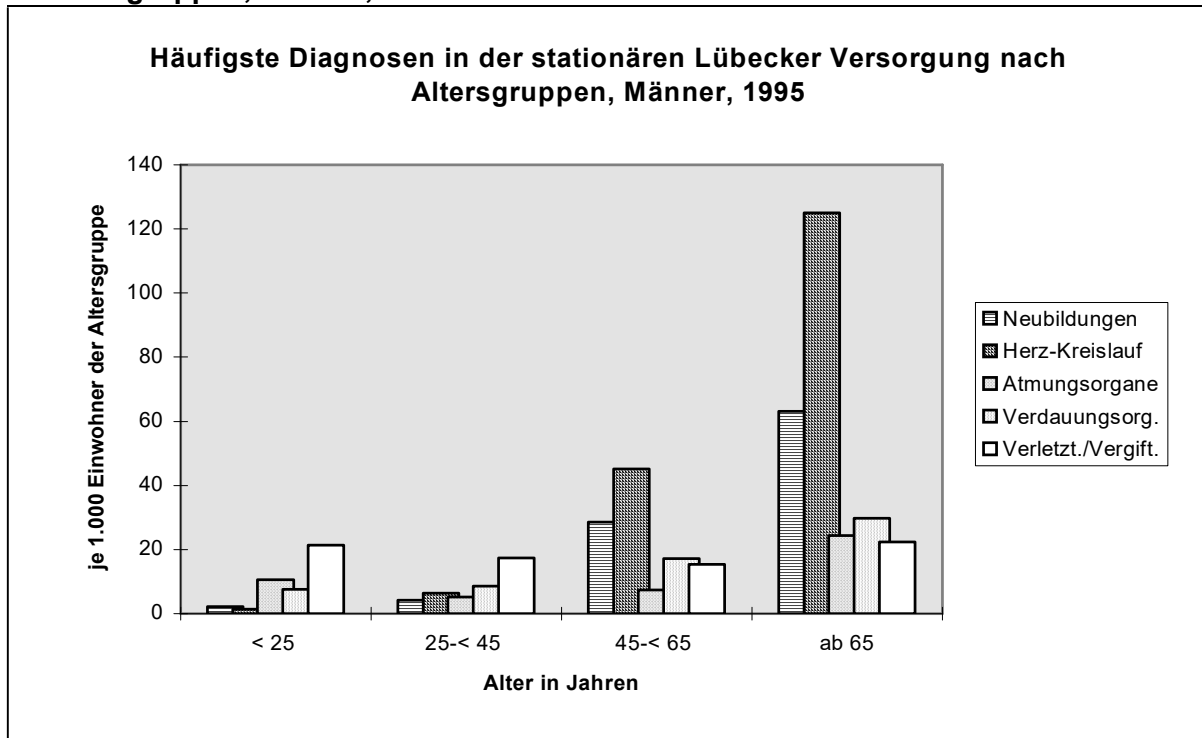
Wird die Diagnosestatistik der wesentlichen Krankheiten (Diagnosedaten MUL/AfK) um die Anzahl der Mehrfachbehandlungen bereinigt und nach dem Geschlecht aufgegliedert, so zeigen sich (siehe **Abbildung 14**) z.T. deutliche Unterschiede in der geschlechtsbezogenen Erkrankungshäufigkeit.

Gemessen an der männlichen Bevölkerung Lübecks war der Anteil der Männer, die 1995 stationär behandelt wurden, in den abgebildeten Diagnosehauptgruppen generell höher als der Anteil der Frauen (gemessen an der weiblichen Bevölkerung). Am deutlichsten wird dieses bei den Herz-Kreislaferkrankungen. Der Anteil der Lübecker Männer mit der Behandlungsdiagnose ICD 390 - 459 (Krankheiten des Kreislaufsystems) übersteigt den Anteil der Lübecker Frauen um ca. 35 %. Weitere nennenswerte Unterschiede finden sich bei den Krankheiten der Atmungsorgane und den Verletzungen und Vergiftungen. Auch hiervon sind Männer offensichtlich häufiger betroffen als Frauen.

Als weiteres wichtiges Ergebnis der Sekundäranalyse zeigt sich in der Gewichtigkeitsskala eine veränderte Rangfolge der Diagnosehauptgruppen. Um die Anzahl der Mehrfachbehandlungen bereinigt, weisen die bevölkerungsbezogenen Diagnosedaten den bösartigen Neubildungen nur noch den vierten Rang zu. Dieses bedeutet nicht, daß es sich beim Krebs nicht um eine wichtige Krankheit handelt, sondern daß Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten der Verdauungsorgane in der Bevölkerung relativ häufiger auftreten.

Zur Analyse der Krankenhausbehandlungsdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht mußte aus technischen Gründen auf die (unbereinigten) Diagnosedateien der Medizinischen Universität Lübeck (MUL) und des Amtes für Krankenanstalten Lübeck (AfK) zurückgegriffen werden. Dadurch begründen sich mögliche Abweichungen zu den geschlechtsbezogenen Häufigkeitsverteilungsergebnissen in **Abbildung 14**.

**Abb. 15: Häufigste Diagnosen in der stationären Lübecker Versorgung nach Altersgruppen, Männer, 1995**



Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

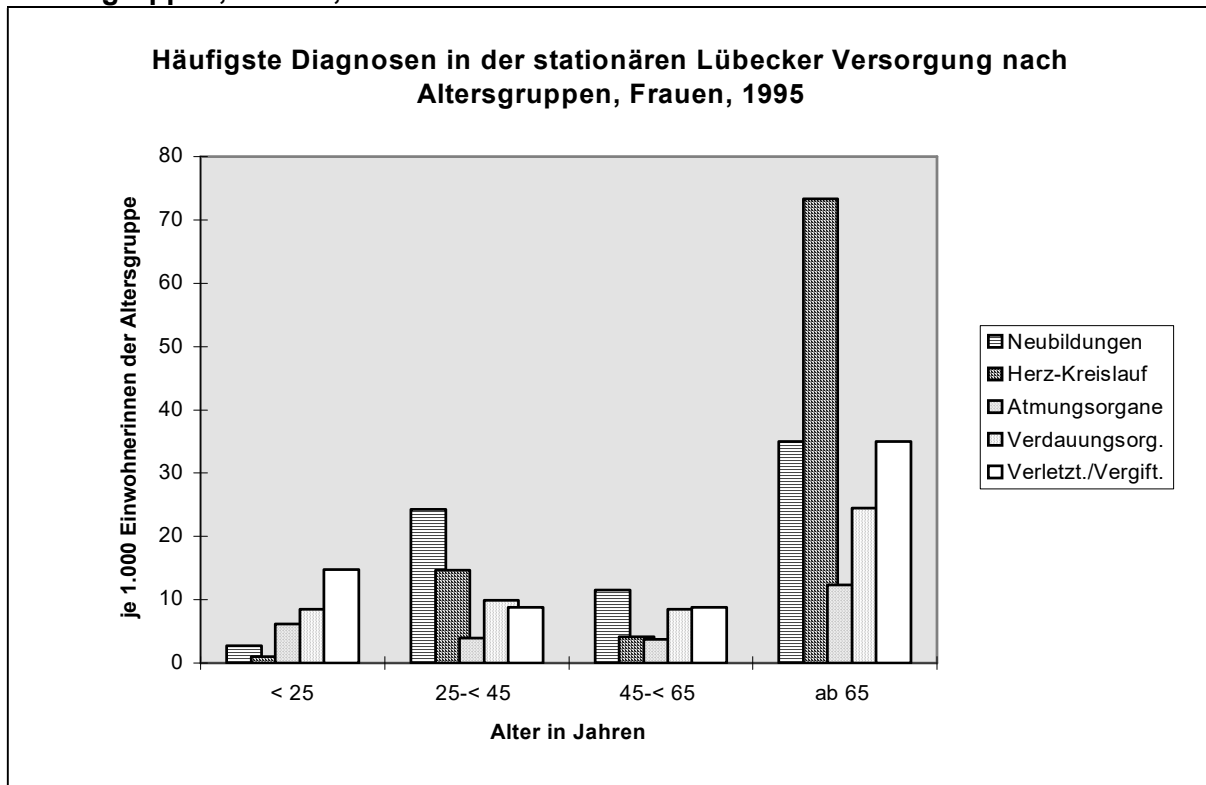
Ordnet man die 1995er Krankenhausbehandlungen der Lübecker Männer nach Altersgruppen (siehe **Abbildung 15**), so zeigt sich hinsichtlich der Häufigkeit und der Art der Diagnose eine starke Altersabhängigkeit. Mit zunehmenden Alter nimmt der Anteil der stationären Behandlungen der Männer in fast allen Diagnosegruppen zu.

Besonders deutlich wird dieses wiederum bei den Herz-Kreislaufkrankungen und den Krebserkrankungen (Neubildungen). Beträgt der Häufigkeitsanteil der stationären Herz-Kreislaufbehandlungen in der Altersgruppe der 25- bis 45jährigen noch ca. 6 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner der geschlechtlichen Altersgruppe, so steigt er bei den 45- bis 65jährigen auf ca. 45 Behandlungsfälle und bei den über 65jährigen auf ca. 125 Behandlungsfälle an. Ähnlich ist die Situation bei den Krebserkrankungen. Bei den 25- bis 45jährigen Männer kommen auf 1.000 Einwohner der geschlechtlichen Altersgruppe ca. 4 Behandlungsfälle, während sich der Anteil der stationären Krebsbehandlungen der 45- bis 65jährigen Männer mit ca. 28 Behandlungsfällen dementsprechend verachtfacht. Von dieser Krankheit am häufigsten betroffen sind jedoch die älteren Männer ab 65 Jahre mit einem Anteil von ca. 63 Behandlungsfällen je 1.000 Einwohner der Bezugsgruppe.

Eingeschränkt gilt diese altersbezogene Rangfolge der Häufigkeitsanteile auch für die Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane. Auch hier weist die Altersgruppe der über 65jährigen Männer mit ca. 24 bzw. ca. 30 Behandlungsfällen je 1.000 Einwohner der Bezugsgruppe den höchsten Anteil der Altersgruppen auf. Mit Ausnahme des erhöhten Anteils der Behandlungsfälle der unter 25jährigen Männer in der Diagnosegruppe Krankheiten der Atmungsorgane ist der altersabhängige Anstieg der Erkrankungen in den Behandlungshäufigkeiten mehr oder weniger deutlich ausgeprägt.

Im Gegensatz dazu sind die Behandlungshäufigkeiten der Männer bei Verletzungen und Vergiftungen altersunabhängig d.h., eine mit dem Alter eindeutig zunehmende Häufigkeit ist nicht erkennbar, wenngleich die Altersgruppe der über 65jährigen Männer mit ca. 22 Behandlungsfällen je 1.000 Einwohner der Bezugsgruppe den höchsten Anteil der Altersgruppen aufweist.

**Abb. 16: Häufigste Diagnosen in der stationären Lübecker Versorgung nach Altersgruppen, Frauen, 1995**



Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Nach Altersgruppen differenziert (siehe **Abbildung 16**) zeigen sich bei den älteren Lübecker Frauen (ab 65 Jahre) ebenso wie bei den älteren Lübecker Männern die größten Behandlungshäufigkeiten, allerdings mit dem Unterschied, daß die über 65jährigen Frauen relativ weniger erkranken bzw. behandelt werden müssen, als ihre männlichen Altersgenossen. Der Behandlungsanteil der über 65jährigen Frauen beträgt bei den Herz-Kreislaufenerkrankungen ca. 73 Behandlungen pro 1.000 Einwohnerinnen der geschlechtlichen Altersgruppe gegenüber 125 Behandlungsfällen bei den Männern und bei den Krebserkrankungen (Neubildungen) ca. 35 Behandlungen pro 1.000 Einwohnerinnen der Bezugsgruppe gegenüber 63 Behandlungsfällen bei den Männern. Eine Ausnahme in der Behandlungshäufigkeit sowohl gegenüber den Männern der Vergleichsgruppe als auch gegenüber den übrigen Altersgruppen der Frauen bildet der relativ hohe Anteil der Verletzungen und Vergiftungen der über 65jährigen Frauen mit ca. 35 Behandlungen je 1.000 Einwohnerinnen der Bezugsgruppe. Zu berücksichtigen ist ferner, daß Frauen der Altersgruppe der 25- bis 45jährigen häufiger an Krebs erkranken bzw. behandelt werden als Männer der Vergleichsgruppe. Mit ca. 24 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohnerinnen der geschlechtlichen Altersgruppe ist der Anteil der jüngeren Lübecker Frauen sechsmal höher als der der Männer (ca. 4 Behandlungsfälle). Bei den Männern steigt die Rate der Krebsbehandlungen erst in der Altersgruppe der 45- bis 65jährigen rapide an (ca. 28 Behandlungsfälle), während sie bei den Frauen gleichen Alters wieder absinkt (ca. 12 Behandlungsfälle).



Der nicht linear altersabhängige Steigerungsverlauf der Krebsbehandlungsraten der Frauen, der sich mehr oder weniger stark auch bei den Behandlungsraten der übrigen Diagnosegruppen wiederfindet (vergleiche **Abbildung 16**, Altersgruppen 25 -< 45, 45 - < 65), bedarf noch eingehenderer epidemiologischer Untersuchungen.

Von Bedeutung für die kleinräumige Analyse der regionalen Häufigkeitsverteilungen der Erkrankungen ist die Aussage, daß die älteren Frauen und Männer den Großteil (über 65jährige Frauen ca. 55 %, über 65jährige Männer ca. 38,5 %) aller stationären Behandlungen der genannten Diagnosehauptgruppen auf sich vereinen.

### **3.1.2 Herz-Kreislaufkrankungen / ICD-9 390 - 459**

Bei den stationären Behandlungen stehen die Herz-Kreislaufkrankungen allgemein an erster Stelle (vgl. z.B. Krankenhausdiagnosedaten der Städte Hamburg und Berlin). Wie eingangs an den Quoten des Spektrums der stationär behandelten Erkrankungen des Jahres 1995 ersichtlich, sind die Herz-Kreislaufkrankungen mit ca. 24,5 Behandlungen pro 1.000 Einwohner/innen auch in der Lübecker Bevölkerung am weitesten verbreitet. Nach Geschlecht und Alter unterschieden, sind die Männer der Altersgruppen der 45- bis 65jährigen relativ häufiger betroffen. Bei den Frauen sind es besonders die 25- bis 45jährigen, sieht man von dem hohen altersbedingten Anteil der über 65jährigen beider Geschlechter ab.

Woraus sich diese geschlechtsbezogenen Unterschiede begründen, ist nicht bekannt. Bekannt ist hingegen, daß ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, falsche Ernährung, mangelhafte Bewegung, aber auch Hektik und Streß Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems begünstigen und daß einige dieser Krankheiten - z.B. der Myokardinfarkt - bei Bevölkerungsgruppen der unteren sozialen Schichten häufiger auftreten als bei höheren sozialökonomischen Schichten. Daß die über 45jährigen Männer ein vergleichsweise höheres Krankheitsrisiko haben als die Frauen, ist zum Teil auf den auch nach den Wechseljahren noch nachwirkenden Schutzeffekt der Östrogene zurückzuführen.

Um das Krankheitsrisiko der unterschiedlichen sozialen Schichten Lübecks beurteilen zu können, um zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit durchzuführen und um spezielle woh-

nungsnahe Behandlungsangebote zu konzipieren, ist es wichtig zu wissen, wie sich die Herz-Kreislaufkrankungen der Lübecker/innen anteilig über das Stadtgebiet verteilen.

**Abb. 17: Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen in der stationären Versorgung bei Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Betrachtet man in **Abbildung 17** die regionalen Anteile der an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems behandelten Lübecker Frauen, so fällt auf, daß die Behandlungsraten in Travemünde, Alt-Kücknitz/Pöppendorf, Marli/Brandenbaum, Strecknitz und Groß Steinrade mit über 23,75 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohnerinnen besonders hoch sind, während die Frauen in der Innenstadt, Herrenwyk, St Lorenz Süd, Falkenfeld/Vorwerk und den ländlich strukturierten Stadtbezirken St. Jürgens relativ seltener am Herz-Kreislaufsystem erkranken.

Soziale Unterschiede als Ursache dieser unterschiedlichen Erkrankungsrisiken bei Frauen sind nicht erkennbar, denn Stadtbezirke mit niedrigerem Sozialstatus wie z.B. die Innenstadt und Buntekuh weisen gegenüber statushöheren Stadtbezirken wie z.B. Burgtor und Hüntertor keine signifikant abweichenden Behandlungsraten auf. Vielmehr ist die hohe Behandlungsrate in den ausgewiesenen Stadtbezirken durch deren relativ ältere Gebietsbevölkerung bedingt, wenn (wie in Abbildung 16 belegt) gilt, daß die Behandlungshäufigkeit der Frauen mit Zunahme des Alters steigt. Eine Ausnahme in dieser Hinsicht stellt die erhöhte Herz-Kreislaufbehandlungsrate der Frauen in Strecknitz dar, ein Stadtbezirk der nicht zu den sog. „älteren“ Lübecker Stadtbezirken zählt (vgl. hierzu Abbildung 5). Die möglichen Ursachen hierfür können nur in differenzierteren Wiederholungs-Untersuchungen geklärt werden.

**Abb. 18: Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen in der stationären Versorgung bei Männern in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Abweichend von den regionalen Krankheitsrisiken der Lübecker Frauen stellt sich die Situation für die Lübecker Männer dar. Wie anfangs erwähnt, liegen die Behandlungs- bzw. Erkrankungsraten des Herzkreislaufsystems bei den Männern deutlich höher. Die Spanne der regionalen Behandlungsraten der Männer reicht von 20,2 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer in Falkenfeld/Vorwerk bis zu 42,3 Behandlungsfällen in Travemünde.

Entsprechend den Zahlen in **Abbildung 18**, ist das Herz-Kreislaferkrankungsrisiko der Männer in den Stadtbezirken Travemünde, Alt-Kücknitz/Pöppendorf, Karlshof, Strecknitz und Dornbreite am höchsten und in Herrenwyk, Dänischburg, Falkenfeld/Vorwerk, St.Lorenz Süd und den ländlich strukturierten Gebieten St. Jürgens am niedrigsten. Wie bei den regionalen Behandlungsraten der Frauen sind auch bei den Männern keine sozialen Unterschiede im Krankheitsrisiko erkennbar. Die höheren Erkrankungsraten der Männer der ausgewiesenen Gebiete sind bis auf Dornbreite und Strecknitz auf die relativ ältere Gebietsbevölkerung dieser Stadtbezirke und deren höheres Erkrankungsrisiko zurückzuführen.

Gleichwohl bleibt zu klären, warum gerade in Strecknitz relativ viele Männer und Frauen (30,9 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer und 24,0 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen), in Dornbreite relativ viele Männer (31,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer) und in Groß Steinrade relativ viele Frauen (30,9 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) am Herz-Kreislaufsystem behandelt werden mußten.

### 3.1.3 Krebserkrankungen / ICD-9 140 - 208 und 230 - 239

Krebserkrankungen, in der Fachterminologie „bösartige Neubildungen“ genannt, zählen allgemein zu den schwersten Krankheiten unserer zivilisatorischen Industriegesellschaft. In der Bevölkerung werden Krebserkrankungen in der Regel als bedrohlich empfunden, infolgedessen ist das öffentliche Interesse an Informationen über die Ursachen und die Verbreitung dieser Krankheit relativ groß.

Die gesellschaftliche Bedeutung der Krebserkrankungen findet sich in zahlreichen Maßnahmen zur Krebsbekämpfung wieder und ist auch in den Zielen der Resolution der WHO vom 6. Juni 1990 verankert, die besagen, daß die Sterblichkeit aufgrund von Krebskrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren bis zum Jahr 2000 um mindestens 15 Prozent gefallen sein muß, und daß sich die Lebensqualität aller Menschen mit Krebs bis dahin wesentlich verbessert haben soll.

Die regionalen Lübecker Untersuchungen der Krebserkrankungen am Beispiel der Krankenhausbehandlungen des Jahres 1995 sind somit nicht nur Instrumente zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, sondern können auch als ein Beitrag/Grundlage zur Erreichung dieser Ziele gelten, insofern daß sie die wissenschaftlichen Studien des schleswig-holsteinischen Krebsregisters unterstützen.

Wie eingangs an dem Behandlungsspektrum der Lübecker Bevölkerung in der stationären Versorgung 1995 ersichtlich, stehen die Krebserkrankungen in Lübeck mit 3.977 Behandlungen bzw. 18 Behandlungen pro 1.000 Einwohner an zweiter Stelle der stationär behandelten Krankheiten, was nicht nur mit der Verbreitung sondern auch mit der Schwere dieser Krankheit zusammenhängt, die oft mehrmals innerhalb eines Jahres stationär behandelt werden muß. Auf die Zahl der Patienten bezogen verringern sich die Krebsbehandlungen in Lübeck für das Jahr 1995 um ca. ein Drittel auf 2.167 Fälle, wobei zu berücksichtigen ist, daß hier die Daten der Lübecker Beleg-Krankenhäuser und der Behandlungen außerhalb Lübecks (noch) nicht enthalten sind.

Nach Geschlecht und Alter unterschieden sind in Lübeck besonders die über 65jährigen Männer und Frauen von Krebserkrankungen betroffen, wobei Männer (siehe **Abbildungen 15 und 16**) fast doppelt so häufig erkranken bzw. behandelt werden wie Frauen dieser Altersgruppe. Die Lübecker Frauen erkranken relativ häufiger im Alter zwischen 25 und 45 Jahren an Krebs, die Behandlungsrate liegt bei 24,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohnerinnen der geschlechtlichen Altersgruppe (siehe **Abbildung 16**). Hingegen ist die Krebsbehandlungsrate bei den Lübecker Männern (siehe **Abbildung 15**) erst in der Altersgruppe der 45- bis 65jährigen erhöht, die Behandlungsrate liegt bei 28,5 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohner der geschlechtlichen Altersgruppe.

Woraus sich diese Verhältnisse begründen, ist nur unter Berücksichtigung der Lokalisation der Neubildungen zum Teil erklärbar, denn die Ursachen für Krebserkrankungen sind vielfältig und oft nicht eindeutig wissenschaftlich erforscht. Allgemein werden genetische Veranlagungen, Virusinfektionen und gesundheitsschädliches Verhalten wie z.B. Zigaretten- und Alkoholkonsum vermutet, deren Wirkungen durch umwelttoxische Einflüsse verstärkt werden.

Lungenkrebs (Bronchialkarzinom), dessen Entstehung durch Zigarettenkonsum wesentlich gefördert wird, ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Das Robert-Koch-Institut geht von einer geschätzten Zahl von 28.900 neuerkrankten Männern für das Jahr 1995 aus. Die geschätzte Zahl der neu an Lungenkrebs erkrankten Frauen hingegen

beträgt 8.100, allerdings mit steigender Tendenz aufgrund des zunehmenden Raucherinnenanteils in der weiblichen Bevölkerung.

Nach Lokalisationen differenziert, erkranken Frauen hauptsächlich an Brustdrüsenkrebs, und das offenbar schon in relativ jungen Jahren. Man rechnet hierbei für das Jahr 1995 mit 42.700 Neuerkrankungen in Deutschland. Die genauen Ursachen für die Entstehung des Brustdrüsenkrebses sind nicht bekannt. Angenommen wird, daß u.a. Übergewicht und die Einnahme von Östrogenpräparaten Neubildungen der Brustdrüse fördern.

An zweiter Stelle der Erkrankungshäufigkeit steht bei beiden Geschlechtern der Darmkrebs. Bei Frauen beträgt die geschätzte Zahl für 1995 28.800 Neuerkrankungen, bei Männern 23.000 Neuerkrankungen. Hierzu gibt es bezüglich der Ursachen nur die Vermutung, daß ballstoffarme Ernährung durch die längere Darmpassagezeit das Entstehen von Darmkrebs fördert.

Betrachtet man nun das Krebskrankheitsgeschehen in Lübeck nach regionalen Gesichtspunkten, so zeigen sich deutliche Unterschiede in der Behandlungshäufigkeit.

**Abb. 19: Anteil der Krebserkrankungen in der stationären Versorgung bei Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Wie **Abbildung 19** zeigt, ist der Anteil der an Krebs behandelten Frauen in Travemünde, Alt-Kücknitz/Pöppendorf, Burgtor, Holstentor-Nord und Dornbreite überdurchschnittlich hoch (10,55 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen). Bei Travemünde, Alt-Kücknitz/Pöppendorf und Burgtor ist die Behandlungshäufigkeit - wie schon bei den Herz-Kreislaufbehandlungsraten - mit dem hohen Krankheitsrisiko der relativ alten Gebietsbevölkerung erklärbar, was für die Stadtbezirke Dornbreite und Holstentor-Nord jedoch nicht im gleichen Maße zutrifft. Differenziertere Zeitreihenuntersuchungen nach geschlechtlichen Altersklassen könnten Aufschluß darüber geben, ob altersunabhängige Krankheitsrisiken in diesen Stadtgebieten bestehen oder ob es sich bei den Untersuchungsergebnissen um Zufallsprodukte der Datenbasis eines Jahres handelt.

Im übrigen geben die Häufigkeitsverteilungswerte der Frauen keinen Hinweis darauf, daß Angehörige niedrigerer sozialer Schichten vermehrt an Krebs erkranken. Im Gegensatz zu den statushohen Stadtbezirken wie Travemünde, Huxtertor und Burgtor sind die Krebsbehandlungsraten bei Frauen der statusniedrigeren Stadtbezirke wie Schlutup und Moisling nicht höher bzw. sogar niedriger.

**Abb. 20: Anteil der Krebserkrankungen in der stationären Versorgung bei Männern in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Wesentlich anders verhält sich die Situation bei der männlichen Bevölkerung Lübecks. Hier ist ein sozialer Faktor des Krankheitsrisikos nicht sicher auszuschließen. Vergleicht man die regionale Verteilung der Krebsbehandlungsraten der Männer in **Abbildung 20** mit den Arbeiteranteilen der Stadtbezirke in **Abbildung 9**, so zeigen sich bei Moisling, Alt-Kücknitz/Pöppendorf und Schlutup übereinstimmend hohe Werte. Daß die Behandlungsraten von Herrenwyk, Dänischburg und Buntekuh - ebenfalls Stadtbezirke mit hohem Arbeiteranteil - niedriger sind, kann aus der relativ jüngeren Bevölkerung dieser Stadtbezirke und deren altersbedingt geringerem Krankheitsrisiko resultieren.

Genauere Aussagen zu den sozialen Zusammenhängen der Krebserkrankungen und den bestehenden alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden können nur aufgrund einer exakten Datenlage, wie sie das Krebsregister zukünftig bietet wird, getroffen werden. Die kleinräumige regionale Analyse der stationären Krebsbehandlungen eröffnet erste Einblicke in das regionale Krankheitsgeschehen. Untersuchungen, die z.B. das Phänomen der höheren Krebsbehandlungsraten der älteren Lübecker Männer klären, können folgen, sobald die Datenlage des Krebsregisters dies ermöglicht (etwa im Jahr 2000).

Zu fragen bleibt, wie stationäre Krebsbehandlungsraten von z.B. 11,45 Behandlungsfällen je 1.000 Männer - die nicht identisch sind mit Prävalenz- und Inzidenzraten - überregional zu beurteilen sind. Da dem Lübecker Gesundheitsamt keine vergleichbaren Studien vorliegen, können Aussagen zur Höhe des Krebskrankheitsrisikos der Lübecker Bevölkerung gegen-

über der Bevölkerung anderer Kommunen erst getroffen werden, wenn dort ähnliche Untersuchungen durchgeführt worden sind.

### 3.1.4 Unfälle: Verletzungen und Vergiftungen / ICD-9 800 - 999

Mit der ICD-Hauptgruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ wird das breite Spektrum der stationär behandelten Schäden von Unfällen angesprochen, als da sind Knochenbrüche, Verrenkungen und Verstauchungen der Gelenke, Muskelzerrungen, innere Verletzungen der Organe und des Gehirns, offene Wunden der Extremitäten und des Kopfes, Hautverletzungen, Prellungen, Quetschungen, Verbrennungen sowie Vergiftungen durch Medikamente, Alkohol und andere toxisch wirkende Substanzen, wie z.B. Erdölprodukte, um nur die wesentlichen zu nennen. Der Großteil der Behandlungsfälle der ICD-Hauptgruppe 900 - 800 betrifft die Verletzungen. Nur ca. 3,6 % davon können der Kategorie Vergiftungen zugeordnet werden.

Unfälle sind stark verhaltensbedingt, auch wenn die Umweltbedingungen - z.B. Arbeitsschutzbestimmungen und Verkehrssicherheitsmaßnahmen bzw. deren Anwendung und Einhaltung - durchaus verbesserungswürdig sind. Die Menschen müssen lernen, ihr Verhalten den Gegebenheiten anzupassen, besonders im Heim- und Freizeitbereich, wo sich über 50 % aller Unfälle ereignen.

Denn abgesehen von den gesundheitlichen Einschränkungen für die Betroffenen, entstehen durch Unfälle auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Für das Jahr 1990 beliefen sich die geschätzten Kosten allein für die Arbeits- und Wegeunfälle in Deutschland auf 37,0 Mrd. DM.

Daß Verhaltensänderungen im Umgang mit der technischen Umwelt besonders bei der männlichen Bevölkerung angezeigt sind, belegen Untersuchungen zur Unfallmortalität, wonach männliche Individuen mit Ausnahme der über 65 Jahre alten Personen ein höheres Unfallrisiko haben als weibliche.

Nach Geschlecht und Altersgruppen unterschieden finden sich diese Verhältnisse auch in den Behandlungsraten der Lübecker Bevölkerung wieder (siehe **Abbildung 15** und **Abbildung 16**). In jeder männlichen Altersgruppe, ausgenommen die über 65jährigen, ist der Behandlungsanteil aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen gegenüber den weiblichen Altersgruppen um bis zu ca. 50% höher, während der Behandlungsanteil der älteren Frauen mit ca. 35 Behandlungsfällen je 1.000 Einwohnerinnen der geschlechtlichen Altersgruppe den der älteren Männer (ca. 29,8 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner der geschlechtlichen Altersgruppe) übersteigt.

Daß Menschen über 65 Jahren häufiger verunfallen, wird mit der im Alter auftretenden Osteoporose begründet, die zusätzlich zu den anderen altersbedingten Einflußfaktoren wie ein allgemein schlechterer Gesundheitszustand, Funktionseinschränkungen und chronische Erkrankungen das Unfallrisiko noch erhöhen. Ebenso zu berücksichtigen sind nicht altersgerechte Wohnverhältnisse, die in diesem Zusammenhang einen erheblichen Einfluß ausüben. Die erhöhte Unfallhäufigkeit speziell der über 65jährigen Frauen ist zum einen in ihrer, verglichen mit den gleichaltrigen Männern, besseren Mobilität begründet. Zum anderen spielt hierbei der hohe Anteil alleinlebender Frauen dieser Altersgruppe eine Rolle, die - um ihre Versorgung (Einkauf) sicherzustellen - darauf angewiesen sind, ihre Wohnung zu verlassen.

Um das Unfallrisiko der Lübecker Bevölkerung nach sozialen Kriterien beurteilen zu können, um zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit zur Unfallprävention durchzuführen und um ge-

fährliche Umwelt- bzw. Lebensbedingungen zu verbessern, muß untersucht werden, wie sich Verletzungen- und Vergiftungen regional über das Stadtgebiet verteilen. Denn obwohl Unfälle viele Ursachen haben können, sind sie prinzipiell doch zu einem großen Teil vermeidbar. Notwendig ist hierfür zum einen, daß sich die Menschen die Folgen ihres Handelns bzw. Nichthandelns bewußt machen, zum anderen, daß Situationen eines kollektiven „unvernünftigen“ Handelns identifiziert und gezielt präventiv angegangen werden.

**Abb. 21: Anteil der verletzten und vergifteten Frauen in der stationären Versorgung nach Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck

Ungefähr die Hälfte der 3.888 stationär behandelten Verletzungen und Vergiftungen des Jahres 1995 entfallen auf die weibliche Bevölkerung Lübecks. Entsprechend den bevölkerungsbezogenen Anteilswerten in den Stadtbezirken (siehe **Abbildung 21**) zeigen sich regionale Verteilungsunterschiede in der Bandbreite von 10,3 bis 21,6 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohnerinnen, d.h. daß das regionale Unfallrisiko der Frauen in den Lübecker Stadtbezirken recht unterschiedlich ist.

Häufiger als in anderen Stadtbezirken verunfallen Frauen in Eichholz, Karlshof, Schlutup Herrenwyk und Travemünde. Mit ca. 21,6 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohnerinnen ist die Behandlungsrate aufgrund von Verletzungen oder Vergiftungen in Travemünde am höchsten, was mit dem erhöhten Unfallrisiko älterer Personen, speziell älterer Frauen, bzw. deren hohen Bevölkerungsanteil zusammenhängen kann und was auch die erhöhte Verletzungs- bzw. Vergiftungsrate der Frauen in Karlshof und Eichholz erklärt. Allein der Altersfaktor kann jedoch die Unfallhäufigkeiten der Lübecker Frauen nicht begründen, wenn „alte“ Stadtbezirke wie Hüntertor und Marli/Brandenbaum niedrigere Verletzungs- und Vergiftungsraten aufweisen und der „junge“ Stadtbezirk Herrenwyk eine relativ hohe Rate verunfallter Frauen verzeichnet.



Die Ursachen für Unfälle der weiblichen Bevölkerung Lübecks sind offensichtlich vielschichtiger. Wohl auch deswegen sind soziale Unterschiede im Unfallrisiko der Lübecker Frauen so schwer auszumachen, wenngleich keiner der statusniedrigeren Stadtbezirke Lübecks (vergleiche **Abbildung 8** und **9** mit **Abbildung 21**) eine besonders niedrige Verletzungsrate der Frauen aufzuweisen hat. Statushöhere Stadtbezirke stehen diesbezüglich jedoch nicht besser da.

**Abb. 22: Anteil der verletzten und vergifteten Männer in der stationären Versorgung nach Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck

Im Vergleich zu den regionalen Häufigkeitswerten der Lübecker Frauen ist die soziale Komponente der Verletzungen und Vergiftungen bei den Lübecker Männern schon deutlicher ausgeprägt. Wie **Abbildung 22** zeigt, weisen die statusniedrigen Stadtbezirke - ausgenommen Moisling und Schlutup, deren Raten leicht niedriger sind - die höchsten Verletzungs- und Vergiftungswerte auf, obwohl deren relativ junge Gebietsbevölkerung nicht zu den klassischen Unfallrisikogruppen zählt.

Im Gegensatz dazu verunfallen die Männer in den statushöheren Stadtbezirken relativ selten. Der Häufigkeitsunterschied zwischen z.B. St. Jürgen-Land und Buntekuh beträgt ca. 10 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner. Zu berücksichtigen ist auch die erhöhte Verletzungs- und Vergiftungsrate der männlichen Bevölkerung der Innenstadt, die ebenfalls nicht hauptsächlich aus dem hohen Unfallrisiko einer alten Gebietsbevölkerung resultiert, sondern auf ein gefährliches Umweltverhalten und /oder schwierige Umweltbedingungen der Innenstadtbewohner schließen läßt.

Im übrigen gilt wie für die vorangegangenen Gesundheitsthemen, daß die Ursachen und Zusammenhänge des Krankheits- bzw. Unfallgeschehens hier nur grob dargestellt werden

können und daß zwecks präziser Aussagen umfangreichere Untersuchungen unter Einbeziehung einschlägiger Datenquellen (Polizei und Unfallambulanzen) notwendig sind.

### **3.1.5 Erkrankungen der Verdauungsorgane / ICD-9 520 - 579**

Zum Thema Erkrankungen der Verdauungsorgane gibt es in Deutschland bisher nur wenige Daten und keine epidemiologischen Untersuchungen. In den Gesundheitsberichten anderer Städte aber auch der Bundesländer wird dieses Kapitel - wenn überhaupt - nur nachrangig behandelt.

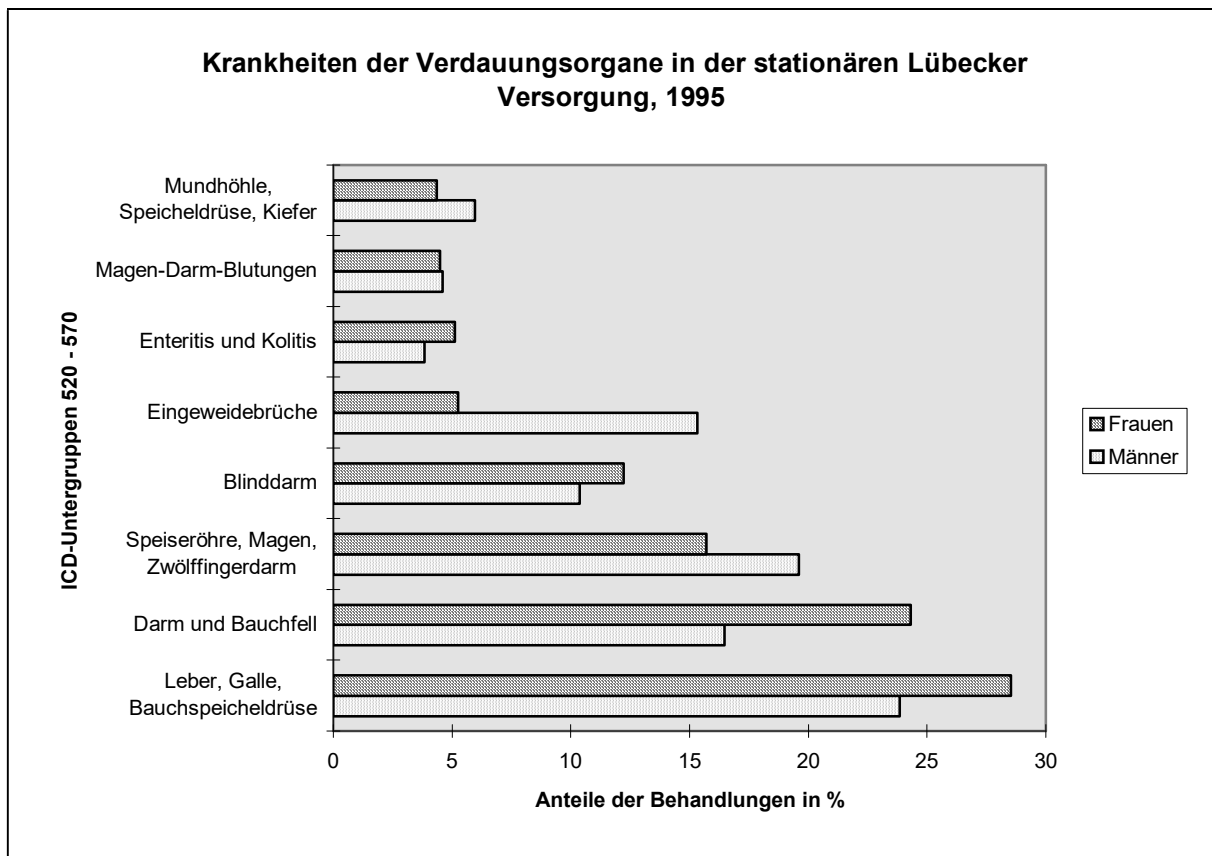
Dabei haben die Erkrankungen der Verdauungsorgane in der Bevölkerung einen gewichtigen Stellenwert, wie die hohen Behandlungszahlen in der stationären Versorgung belegen. Von den 35.600 Krankenhausbehandlungen der Lübecker Bevölkerung im Jahre 1995 entfallen ca. 10% (3737 Behandlungen) auf die entsprechende ICD-Hauptgruppe 520 - 579.

Gemessen an der Anzahl der Patienten nehmen die Erkrankungen der Verdauungsorgane in Lübeck sogar den dritten Platz in der Häufigkeitsskala der stationär behandelten Erkrankungen ein (siehe **Abbildung 14**).

Wie stark die Erkrankungen der Verdauungsorgane verbreitet sind, zeigen letztendlich auch die lokalisierten Krebserkrankungszahlen des Robert-Koch-Instituts, wonach in erster Linie gleichermaßen oft bei Männern und Frauen die Verdauungsorgane betroffen sind.

Selbstverständlich muß aus medizinischer Sicht zwischen Krebserkrankung und Erkrankung der Verdauungsorgane unterschieden werden, wenngleich die Krankheitsursachen identisch sein können (z.B. gesundheitsschädliches Verhalten, genetische Veranlagung und umwelt-toxische Einflüsse).

#### **Abb. 23: Krankheiten der Verdauungsorgane in der stationären Lübecker Versorgung, 1995**



Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck, 1995

Welche Erkrankungen aber sind gemeint, wenn von Erkrankungen der Verdauungsorgane in der stationären Behandlung gesprochen wird? Differenziert nach ICD-Untergruppen (siehe **Abbildung 23**) weisen die Behandlungsdaten der Lübecker Patienten hauptsächlich auf Erkrankungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse hin. Ca. 28,5 % der Diagnosen der Frauen und 23,8 % der Diagnosen der Männer der ICD-Hauptgruppe 520 - 579 entfallen auf die Behandlung dieser Organe. An zweiter Stelle (ca. 24,3 % der Verdauungsorganerkrankungen), häufiger als bei den Männern (ca. 16,5 %), stehen bei den Lübecker Frauen die Behandlungen von Darm- und Bauchfellerkrankungen.

Hingegen werden die Lübecker Männer öfter wegen Erkrankungen des Magens, der Speiseröhre und des Zwölffingerdarmes behandelt. Von den 1409 Diagnosen der Männer der entsprechenden ICD-Hauptgruppe entfallen ca. 19,6 % auf die Behandlung dieses Teils des Verdauungsapparates.

Ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle spielen in der stationären Behandlung von Verdauungsorganerkrankungen die Eingeweidebrüche, an denen aufgrund physiologischer Gegebenheiten vorwiegend Männer erkranken (ca. 15,3 % der ICD-Hauptgruppe).

Die unterschiedlichen Krankheiten des Verdauungsapparates bezeichnen ein breites Feld von Ursachen, die aus konzeptionellen Gründen hier nicht im einzelnen (Wechselwirkung von Expositionen und Dispositionen) erläutert werden können. Nur soviel sei erwähnt, viele der oben bezeichneten Erkrankungen (z.B. Magengeschwür, Leberzirrhose und Gallensteinkrankheit) können als Folgen eines weitverbreiteten Lebensstils gelten, der durch Fehl-, Mangel- und Überernährung, Hektik und Streß, Bewegungsmangel und oft auch durch erhöhten Alkoholkonsum gekennzeichnet ist.

**Abb. 24: Anteil der Verdauungsorganerkrankungen in der stationären Versorgung bei Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck

Betrachtet man in **Abbildung 24** die regionalen Behandlungshäufigkeiten der von Verdauungsorgankrankheiten betroffenen Lübecker Frauen nach sozialen Aspekten, so sind offensichtlich keine Unterschiede zwischen statushohen und statusniedrigeren Stadtbezirken erkennbar, wenngleich die Stadtbezirke mit hohem Arbeiteranteil - ausgenommen Schlutup - keine besonders niedrigen Behandlungsraten (unter 10,15 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohnerinnen) aufweisen. Wie **Abbildung 16** zeigt, sind Verdauungsorganerkrankungen bei den Lübecker Frauen zwar in allen Altersgruppen zu verzeichnen, den Großteil der Behandlungsfälle stellen jedoch die älteren Frauen, womit sich die erhöhten Behandlungsraten (mehr als 12,10 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohnerinnen) der „alten“ Stadtbezirke Alt-Kücknitz/Pöppendorf, Karlshof, Groß Steinrade und besonders die ca. 22,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohnerinnen von Travemünde erklären lassen.

**Abb. 25: Anteil der Verdauungsorganerkrankungen in der stationären Versorgung bei Männern in den Lübecker Stadtbezirken, 1995**

Quelle: Diagnosedaten der MUL und des AfK Lübeck

Auch bei den regionalisierten Behandlungshäufigkeitsergebnissen der Lübecker Männer (siehe **Abbildung 25**) spielt der Altersfaktor eine wesentliche Rolle, d.h. daß sämtliche Stadtbezirke mit einer älteren Gebietsbevölkerung - ausgenommen Hüntertor und Eichholz - einen erhöhten Behandlungsanteil (mehr als 10,75 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner) aufweisen. Mit ca. 25,5 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohner ist der Behandlungsanteil der von Erkrankungen der Verdauungsorgane betroffenen Lübecker Männer in Travemünde besonders hoch.

Warum aber auch relativ viele Männer aus Moisling, Buntekuh und Dornbreite an Verdauungsorganerkrankungen leiden bzw. behandelt werden mußten, läßt sich aufgrund der undifferenzierten Datenlage noch nicht bestimmen. Allein der Altersfaktor scheint jedoch nicht entscheidend zu sein, handelt es sich bei Moisling, Buntekuh und Dornbreite doch um relativ „junge“ Stadtbezirke/teile, d.h. daß das Krankheitsrisiko dort aufgrund der Alterstruktur der Gebietsbevölkerung eher kleiner ist. Ebenso bleibt zu klären, warum der Behandlungsanteil der Männer in den „alten“ Stadtbezirken Hüntertor und Eichholz relativ gering ist (unter 10,75 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner).

### **3.2 Mortalität**

Die Mortalität oder Sterblichkeit beschreibt die Veränderung einer Bevölkerung durch das Ereignis des Sterbens. Allein die Tatsache, daß Teile einer Bevölkerung im Zeitverlauf versterben, besagt jedoch nicht sehr viel über die Lebensbedingungen in einer Region und kann nicht allein Gegenstand der Lübecker Untersuchung zur Sterblichkeit sein.

Vielmehr gilt es zu ermitteln, welche Menschen (Frauen oder Männer) woran (an welchen Todesursachen) und wann (in welchem Alter) in Lübeck verstorben sind, um dann durch Vergleiche innerhalb des Stadtgebietes und mit anderen Regionen die gesundheitliche Lage der Lübecker Bevölkerung beurteilen zu können.

Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und dem Sterberisiko der Menschen lassen sich räumlich im Abgleich mit den Sozialindikatoren untersuchen, insofern spielt das Wohngebiet/der Stadtbezirk, in dem die verstorbenen Menschen gelebt haben, eine entscheidende Rolle bei der Formulierung entsprechender Hypothesen.

Anders als bei der kommunalen Morbidität kann die Datenlage zur Untersuchung der kommunalen Mortalität durch die amtliche Registrierung der Todesbescheinigungen als relativ sicher eingeschätzt werden, wenngleich die Erfassungsstrukturen verbesserungsbedürftig sind, wie im einzelnen noch aufzuzeigen ist. Mit der epidemiologischen Untersuchung des kommunalen Sterbegeschehens wird auch in Lübeck sogenanntes Neuland betreten, d.h. daß die angewandten Untersuchungsmethoden weiter präzisiert werden müssen, um noch validere Ergebnisse über soziale Einflußfaktoren zu erhalten.

Durch die eigenständige Erfassung der Todesbescheinigungen und eine spezielle EDV-Software der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUL) ist das Lübecker Gesundheitsamt erstmals in der Lage, selbständig differenzierte, kleinräumige Untersuchungen zur Mortalität in Lübeck durchzuführen. Die Untersuchungen der geschlechtsspezifischen Gesamtsterblichkeit und der Todesursachen hingegen basieren auf aggregierten Mortalitätsdaten des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein. Zur Altersstandardisierung der regionalen Sterblichkeit im Zeitverlauf wurde die bundesrepublikanische Standardbevölkerung von 1987 verwendet, auch um Vergleiche zu den Sterberaten der Hansestadt Hamburg herstellen zu können. Die altersstandardisierten Sterberaten der Stadtbezirke hingegen beziehen sich auf die durchschnittliche Lübecker Gesamtbevölkerung der Jahre 1994 - 1996. Dazu wurden dem Gesundheitsamt die alters- und geschlechtsbezogenen Gebietsbevölkerungsdaten aus dem Melderegister des Statistischen Amtes der Hansestadt Lübeck zu Verfügung gestellt.

#### **3.2.1 Gesamtmortalität**

Die Gesamtmortalität bezeichnet die Sterblichkeit an allen Todesursachen zusammengekommen und gilt als eines der umfassendsten Kennzeichen der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Sie ist das lebensgeschichtliche Resultat aller Einflüsse, die das Leben verlängern oder verkürzen und verweist insofern auch auf die Qualität der Lebensbedingungen in einer Region, einer Stadt oder einem Land. Nicht zufällig sind deswegen die räumlichen Untersuchungsstrukturen bei der Gesamtmortalität auch am weitesten entwickelt, gilt es doch, zielgerichtet Maßnahmen zu ergreifen, die die Gesundheitsrisiken der Bevölkerung reduzieren, um einen Qualitätsabfall gegenüber anderen Regionen zu verhindern.

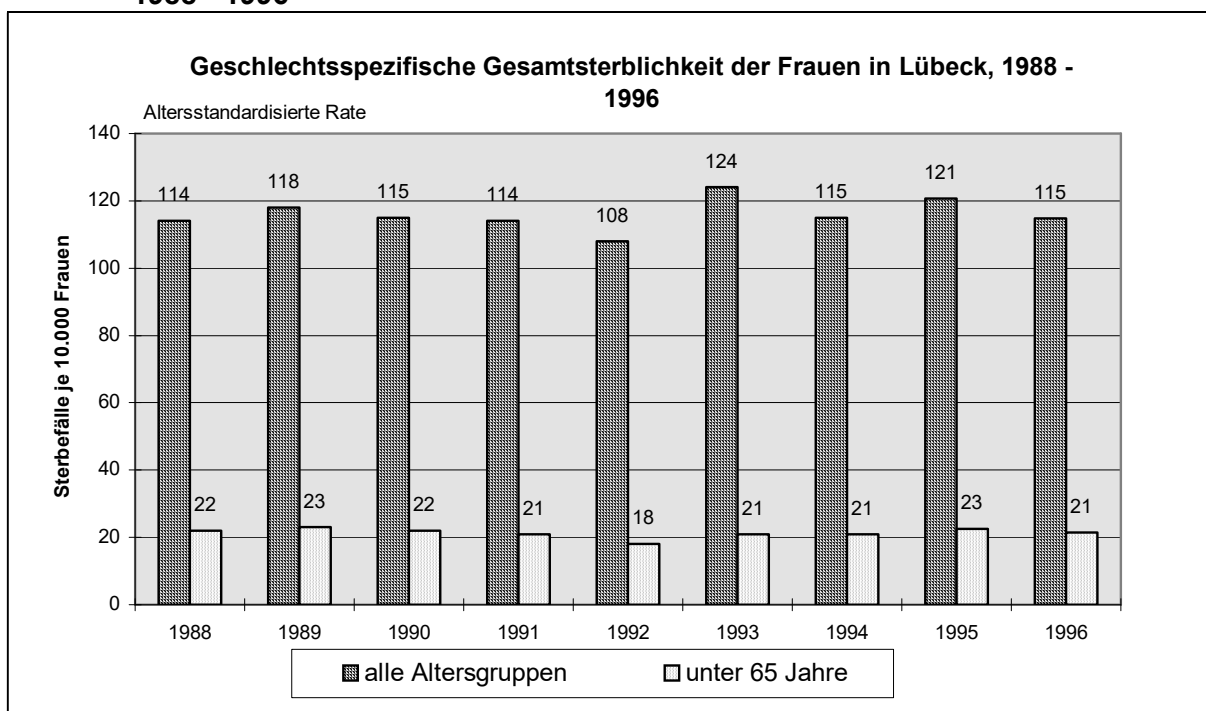
Von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung ist die Einflußnahme auf die Sterblichkeit der Bevölkerung unterhalb des Rentenalters, weil Sterbefälle in jüngeren Jahren (unter 65 Jahren) allgemein als vermeidbare Sterbefälle gelten, d.h. daß sie durch spezielle Vorsorge- bzw. Versorgungsmaßnahmen hätten vermieden werden können.

Legt man die letzten 20 Jahre zu Grunde, so versterben im Durchschnitt in Lübeck jährlich ca. 3.000 Menschen, wobei anzumerken ist, daß diese Zahl seit 1987 ständig unterschritten

wird. 1996 verzeichnete das Statistische Landesamt Schleswig-Holstein für Lübeck 2.936 Sterbefälle (1.597 Frauen und 1.339 Männer). Daß der Anteil der verstorbenen Frauen trotz längerer weiblicher Lebenserwartung soviel höher ist, als der der Männer (78,65 Jahre gegenüber 72,47 Jahre), liegt daran, daß es in der älteren Bevölkerung Lübecks mit einem besonders hohen Sterberisiko (jenseits des statistischen Lebenserwartungsalters) mehr Frauen als Männer gibt.

564 Lübeckerinnen und Lübecker sind 1996 verstorben, bevor sie das 65ste Lebensjahr vollendet hatten. Bezogen auf die Gesamtheit der Sterbefälle sind das ca. 20%. Auch die Anzahl der Sterbefälle unter 65 Jahren ist seit 1988 (Untersuchungsbeginn) relativ gleichbleibend (z.B: 1988 558 Sterbefälle; 1991 577 Sterbefälle; 1994 582 Sterbefälle). Einen genaueren Überblick über die Entwicklung der Lübecker Gesamtsterblichkeit auch der unter 65-Jährigen geben die nachfolgenden Abbildungen.

**Abb. 26: Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit der Frauen in Lübeck, 1988 - 1996**



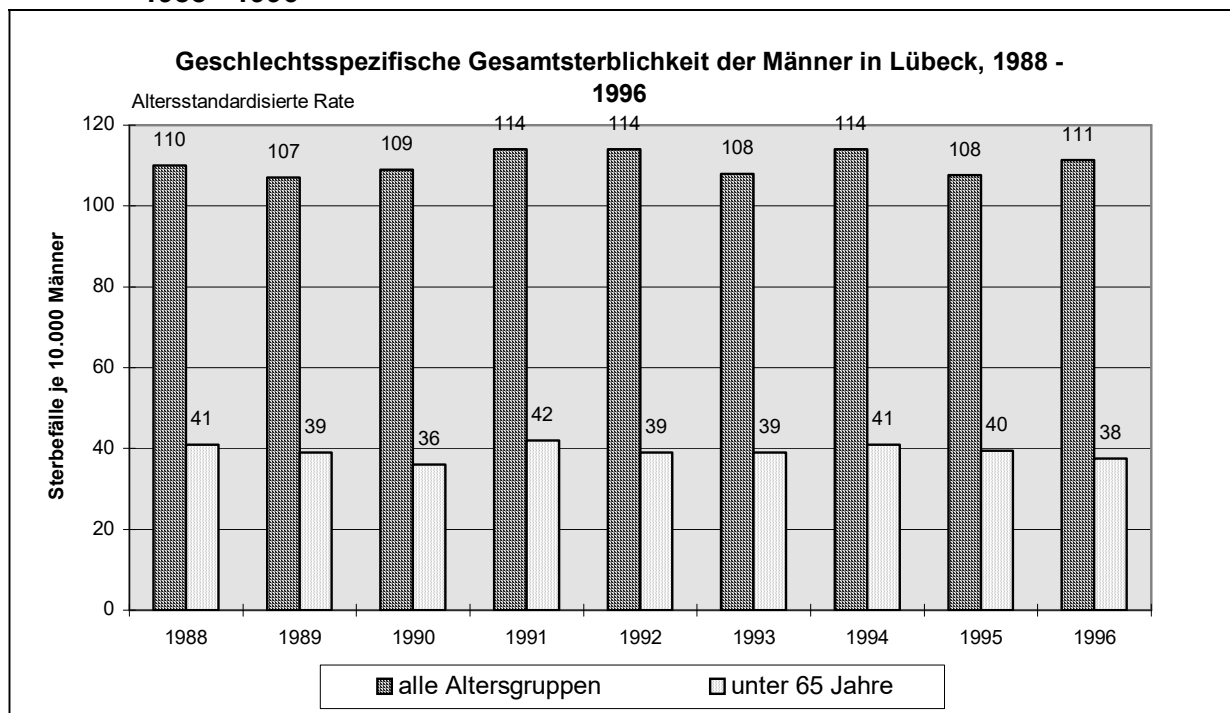
Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Bevölkerungsstatistik 1988 - 1996

Bei der Entwicklung der Sterblichkeit der Lübecker Frauen in **Abbildung 26** zeigen sich uneinheitliche Tendenzen. Von 1989 an nehmen die Sterberaten der Frauen kontinuierlich ab und erreichen im Jahre 1992 den niedrigsten Wert (108 Sterbefälle je 10.000 Frauen), um dann im nachfolgenden Jahr 1993 stark anzusteigen (124 Sterbefälle je 10.000 Frauen) und auf einem erhöhten Niveau zu verbleiben. Insofern markiert das Jahr 1993 eine Wendemarke in der Sterblichkeit der Lübecker Frauen. Es gibt keine konkreten Hinweise, warum die Sterbefälle bei den Frauen wieder zugenommen haben. Aufschlüsse hierüber ließen sich eventuell durch Längsschnittuntersuchungen der Haupttodesursachendaten ermitteln.

Vergleiche mit den Sterberaten der Frauen der Hansestadt Hamburg von 1988 und 1989 besagen allerdings, daß sich die Sterblichkeit der Lübecker Frauen von der der Hamburger Frauen nur unwesentlich unterscheidet. 1988 betrug die Sterberate der Hamburger Frauen 113 Sterbefälle je 10.000 Frauen gegenüber 114 Sterbefällen je 10.000 Frauen in Lübeck. Im Jahre 1989 war das Verhältnis 113 in Hamburg zu 118 in Lübeck. Weitere Vergleiche lassen sich nicht aufzeigen, weil dem Lübecker Gesundheitsamt keine aktuelleren Ergebnisse aus Hamburg vorliegen.

Trotzdem läßt schon der Vergleich von zwei gleichartig altersstandardisierten Jahressterberaten darauf schließen, daß das Niveau der gesundheitlichen Lage der Frauen in beiden Städten relativ gleich war. Noch deutlicher wird das bei der Gegenüberstellung der Sterberaten der unter 65-jährigen Frauen. Mit 22 Sterbefällen je 10.000 Frauen war die Sterberate 1988 in beiden Städten identisch. Betrug die Sterberate der frühverstorbenen Frauen 1989 in Hamburg ebenfalls 22 Sterbefälle je 10.000 Frauen, so verstarben in Lübeck im gleichen Jahr 23 Frauen unter 65 Jahren. Wie die Werte in **Abbildung 26** zeigen hat sich die Sterblichkeit der unter 65jährigen Frauen in Lübeck nicht wesentlich verändert, mit Ausnahme des Jahres 1991 beträgt die Sterberate der frühverstorbenen Lübecker Frauen immer etwas mehr als 20 Sterbefälle je 10.000 Frauen.

**Abb. 27: Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit der Männer in Lübeck, 1988 - 1996**



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Bevölkerungsstatistik 1988 - 1996

Betrachtet man in **Abbildung 27** die Sterberaten der männlichen Bevölkerung Lübecks im Zeitverlauf der Jahre 1988 bis 1996, so lassen sich auch hier keine eindeutigen Tendenzen der Entwicklung erkennen. Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit der Männer steigt und sinkt unregelmäßig in einem Intervall von 107 bis 114 Sterbefällen je 10.000 Männer. Im Jahre 1996 betrug die Sterberate der Männer 111 Sterbefälle je 10.000 Männer und lag damit ca. 3,5% unter der der Frauen. Daß die Sterblichkeit der Männer auch generell niedriger ist als die der Frauen, liegt an dem anfangs beschriebenen, geschlechtlich unterschiedlichen Altersaufbau der Bevölkerung und trifft im übrigen nicht nur auf Lübeck zu, sondern ist kennzeichnend für die Bevölkerung der gesamten Bundesrepublik, wo ältere Männer gegenüber älteren Frauen mit einem höheren Sterberisiko unterrepräsentiert sind.

Der Vergleich der Sterberaten der Lübecker Männer der Jahre 1988 und 1989 mit den entsprechenden Sterberaten der Hamburger Männer besagt, daß in beiden Städten relativ gleiche Verhältnisse vorlagen. Nicht nur war auch in Hamburg die Sterblichkeit der Männer in diesem Zeitraum gegenüber der der Frauen niedriger, sondern sie erreichte mit 111 Sterbefällen je 10.000 Männer in 1988 und 1989 auch ein ähnliches Niveau wie in Lübeck (110 und 107 Sterbefälle je 10.000 Männer).

Signifikant ist der geschlechtliche Unterschied der Sterblichkeit bei den unter 65-Jährigen. Bezogen auf die Sterberaten der Frauen in **Abbildung 26** ist die Sterblichkeit der frühver-



storbenen Männer über den gesamten Zeitverlauf in Lübeck fast doppelt so hoch, was wiederum keine regionale Besonderheit darstellt, wenn man die Hamburger Sterberaten der unter 65jährigen Männer von 1988 und 1989 heranzieht, die relativ gleiche Verhältnisse (42 Sterbefälle/Männer zu 22 Sterbefällen/Frauen bzw. 41 Sterbefälle/Männer zu 22 Sterbefällen/Frauen) bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit aufweisen.

Warum die Sterblichkeit unterhalb des Rentenalters bei den Männern soviel höher ist, darüber gibt das Kapitel Todesursachen Aufschluß, das lebensgefährliche Erkrankungen und Unfälle beschreibt, von denen Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Erste Hinweise für ein erhöhtes Sterberisiko bei Männern lassen sich schon aus den Untersuchungsergebnissen zur Morbidität ableiten, wonach Männer in allen wesentlichen ICD-Hauptgruppen deutlich häufiger erkranken bzw. stationär behandelt werden müssen, als Frauen.

Es ist allgemein bekannt, daß sich die Sterblichkeit der Bevölkerung auch regional unterscheidet. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die niedrigere Lebenserwartung in den Entwicklungsländern gegenüber der relativ hohen in den Industrieländern.

Wie gesehen weichen die Sterberaten von Hamburg und Lübeck nur unwesentlich voneinander ab, was auf ähnliche Lebensbedingungen der Bevölkerungen dieser Städte schließen läßt, aber nichts über das Sterberisiko der unterschiedlichen sozialen Bevölkerungsschichten in Lübeck besagt. Um zu ermitteln ob der Sozialstatus auf die Sterblichkeit der Lübecker einen Einfluß hat, müssen die Mortalitätsdaten noch differenzierter, d.h. kleinräumig regional untersucht werden. Dazu werden in diesem Bericht die Sterbefälle aller Lübecker Altersklassen herangezogen. Für die Untersuchung der Sterblichkeit der unter 65jährigen in den Lübecker Stadtbezirken ist der Datenumfang (Anzahl der Sterbefälle der Jahre 1994 bis 1996) noch zu gering, um daraus valide Häufigkeitsverteilungsergebnisse ableiten zu können.

**Abb. 28: Durchschnittliche Gesamtmortalität der Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1994 - 1996**

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996  
Entsprechend den Quartilswerten der Sterberaten in **Abbildung 28**, zeigen sich bei der kleinräumigen Analyse der Sterblichkeit der Frauen (altersstandardisiert mit der gesamtstädt-

tischen weiblichen Durchschnittsbevölkerung Lübecks von 1994 - 1996) deutliche regionale Unterschiede. Eine erhöhte Sterblichkeit der Frauen (über 19,15 Sterbefälle je 1.000 Frauen) findet sich danach in Eichholz, Burgtor, Innenstadt, Buntekuh und im Stadtbezirk Groß Steinrade, der mit ca. 35 Sterbefällen je 1.000 Frauen, die höchste regionale Frauensterberate Lübecks verzeichnet.

Demgegenüber ist die Sterblichkeit der Frauen in Moisling, St. Jürgen-Land, Hüntertor, Dänischburg und Travemünde relativ niedrig. Durchschnittlich versterben hier pro Jahr weniger als 10,63 Frauen pro 1.000 Einwohnerinnen, was nicht per se mit günstigeren Lebensbedingungen der Frauen in diesen Stadtbezirken zusammenhängt, sondern auch auf eine Wohnbevölkerung mit einem relativ normalen Sterberisiko hinweist. Denn, daß die Sterberaten der Frauen in o.g. Stadtbezirken so viel höher sind als in den übrigen Stadtbezirken Lübecks, resultiert zumindest teilweise aus der großen Anzahl der dort etablierten Pflegeheime für Schwerkranke mit hohem Sterberisiko bzw. der durch die vielen Sterbefälle bedingten hohen Bewohnerfluktuation dieser Heime.

Am deutlichsten wird der sog. „Heimeffekt“, dessen Problematik bei der räumlichen Analyse der Sterblichkeit schon im Gesundheitsbericht der Hansestadt Bremen erwähnt wird, an der Pflegeplatzversorgungsdichte in den Lübecker Stadtbezirken. Vergleiche mit den Werten der Versorgungsdichte (Anzahl der Pflegeplätze je 1.000 Einwohner) in **Abbildung 46** im Kapitel Gesundheitsversorgung zeigen, daß es in den Lübecker Stadtbezirken, in denen die Sterblichkeit der Frauen besonders hoch ist, auch besonders viele Pflegeplätze bzw. Heimbewohner/innen gibt.

Durch den Einfluß des Heimeffektes auf die Sterberaten der Stadtbezirke sind soziale Faktoren der Sterblichkeit der Lübecker Frauen nur schwer nachzuweisen und können hier nicht weiter analysiert werden. Das Lübecker Gesundheitsamt ist aber bemüht, mittels veränderter Datenerfassungsstrukturen und Weiterentwicklung der Untersuchungsmethoden dazu beizutragen, zukünftig mögliche Zusammenhänge zwischen dem Sozialstatus und dem Sterberisiko der Frauen aufzuklären.

Daß die Sterberaten der Frauen in den Lübecker Stadtbezirken zudem von denen der Gesamtstadt in **Abbildung 26** abweichen, besagt jedoch nichts über eine veränderte gesundheitliche Lage der weiblichen Bevölkerung, sondern ist auf die unterschiedlichen Standardisierungsmethoden (bundesrepublikanische Standardbevölkerung 1987 bzw. durchschnittliche Lübecker Gesamtbevölkerung 1994 - 1996) zurückzuführen. Ein Vergleich mit anderen großräumigen, altersstandardisierten Sterberaten, wie denen der Hansestadt Hamburg, ist insofern nur bedingt zulässig.

## bezirken, 1994 - 1996

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Im Vergleich zur Sterblichkeit der Frauen stellt sich die Situation für die Lübecker Männer etwas anders dar. Wie oben beschrieben ist die Gesamtsterblichkeit (Sterbefälle aller Altersklassen) der Männer geringer als bei den Lübecker Frauen, dafür versterben aber fast doppelt so viele Männer vor Vollendung des 65sten Lebensjahres. Der Anteil der Sterbefälle der Männer unter 65 Jahren an allen männlichen Sterbefällen betrug in Lübeck 1996 27,8 %, d.h. daß jeder vierte Lübecker unterhalb dieser Altersgrenze verstirbt. Bei den Frauen beträgt der Anteil der Sterbefälle unter 65 Jahren hingegen nur 12 %. Bezogen auf die Sterberaten der Männer in den Lübecker Stadtbezirken spielt die Heimsterblichkeit daher eine geringere Rolle, wenn man davon ausgeht, daß das durchschnittliche Sterbealter von Heimwohnern eher höher ist.

Bei der räumlichen Verteilung der Sterbefälle der Männer auf das Lübecker Stadtgebiet in **Abbildung 29** zeigen sich gegenüber der regionalen Sterblichkeit der Lübecker Frauen nur geringe Abweichungen. Wie bei den Frauen versterben relativ viele Männer in den Stadtbezirken Burgtor, Eichholz und Groß Steinrade, was auf die große Anzahl der Heimsterbefälle zurückzuführen ist. Erhöht (über 14,68 Sterbefällen je 1.000 Männer) ist die Sterberate der Männer auch in Falkenfeld/Vorwerk und Dornbreite. Während sich die Männersterblichkeit in Falkenfeld/Vorwerk ebenfalls aus dem Einfluß des Heimeffektes ableiten läßt, kann dieser Erklärungsfaktor nicht gleichermaßen für die erhöhte Sterblichkeit der Männer in Dornbreite herangezogen werden.

Wie **Abbildung 46** zeigt, ist die Versorgungsdichte mit Pflegeplätzen in Dornbreite eher niedrig, d.h. daß die Sterblichkeit der Männer in Dornbreite bezogen auf die Lübecker Verhältnisse überproportional hoch ist. Besonders niedrig - wie bei den Lübecker Frauen - ist die Sterblichkeit der Männer in St. Jürgen-Land und Dänischburg sowie in Marli/Brandenbaum, St. Lorenz Süd und Herrenwyk. Durchschnittlich versterben in diesen Stadtbezirken pro Jahr weniger als 10,47 Männer je 1.000 Einwohner.

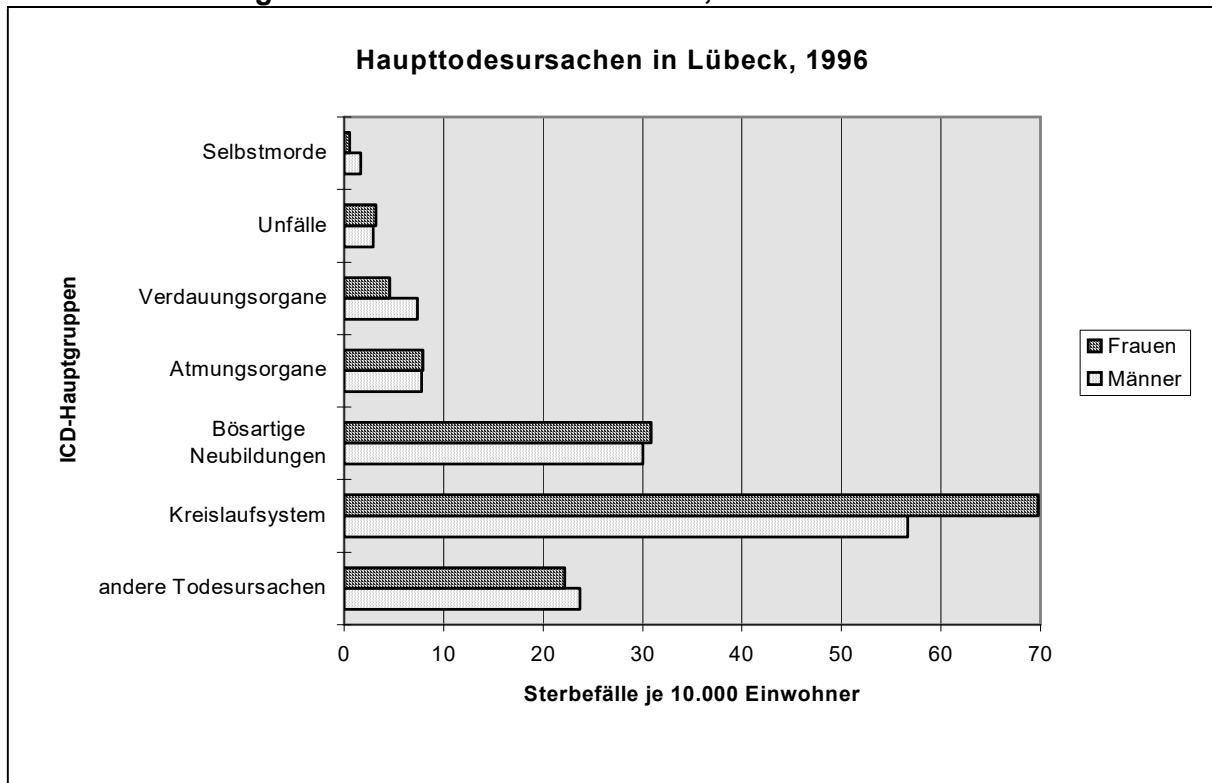
Warum das so ist und warum demgegenüber die Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung in Moisling, Huxtertor und Travemünde wiederum höher ist, als die der Frauen läßt sich gegenwärtig nicht näher analysieren. Soziale Unterschiede als Ursache der unterschiedlichen Sterblichkeit bei Männern sind jedoch nicht erkennbar, wenn statushöhere Stadtbezirke wie Huxtertor, Karlshof und Burgtor höhere Sterberaten verzeichnen, als z.B. Dänischburg, Marli/Brandenbaum und Herrenwyk.

Folgeuntersuchungen zur Mortalität in Lübeck, insbesondere zur Frühsterblichkeit der unter 65jährigen, werden zeigen, ob auch für die Lübecker Bevölkerung zutrifft was allgemein gilt: Je niedriger der Sozialstatus einer Person bzw. einer Bevölkerungsgruppe ist, um so höher ist das Risiko für Erkrankung und Sterblichkeit. Mit den vorliegenden Ergebnissen der regionalisierten Gesamtsterblichkeit kann diese Hypothese nicht bestätigt werden.

### 3.2.2 Haupttodesursachen

Im Zuge des sozialen Fortschritts, der der Bevölkerung der Bundesrepublik u.a. eine flächendeckende medizinische Versorgung garantiert, hat sich nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen erhöht, sondern auch das Spektrum der Todesursachen verändert. Starben früher viele Menschen - wie heute noch in den Entwicklungsländern - relativ jung an Infektionskrankheiten, so sind gegenwärtig die meisten Sterbefälle durch im Alter auftretende chronische Krankheiten verursacht.

**Abb. 30: Die häufigsten Todesursachen in Lübeck, 1996**



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Todesursachenstatistik 1996

Um die allgemeine Sterblichkeit einzelner Todesursachen mit der Frühsterblichkeit (Sterberate der unter 65-Jährigen) vergleichen zu können, ordnet **Abbildung 30** die 2.936 Sterbefälle der Lübecker Einwohner/innen im Jahr 1996 den ICD-Hauptgruppen zu, in denen mindestens 4 geschlechtsbezogene Sterbefälle von Frühverstorbenen zu verzeichnen waren.

Schon auf den ersten Blick wird deutlich, daß die Krankheiten des Kreislaufsystems die meisten Sterbefälle verursachen, was allerdings nicht verwundern darf, da im höheren Alter ein Herz-Kreislaufversagen oft als Todesursache angenommen und auf dem Totenschein vermerkt wird, obgleich dem Tod möglicherweise eine andere Krankheit zugrunde lag. Eine Übergewichtung dieser Todesursache, auch in den nachfolgenden Analysen, ist daher wahrscheinlich.

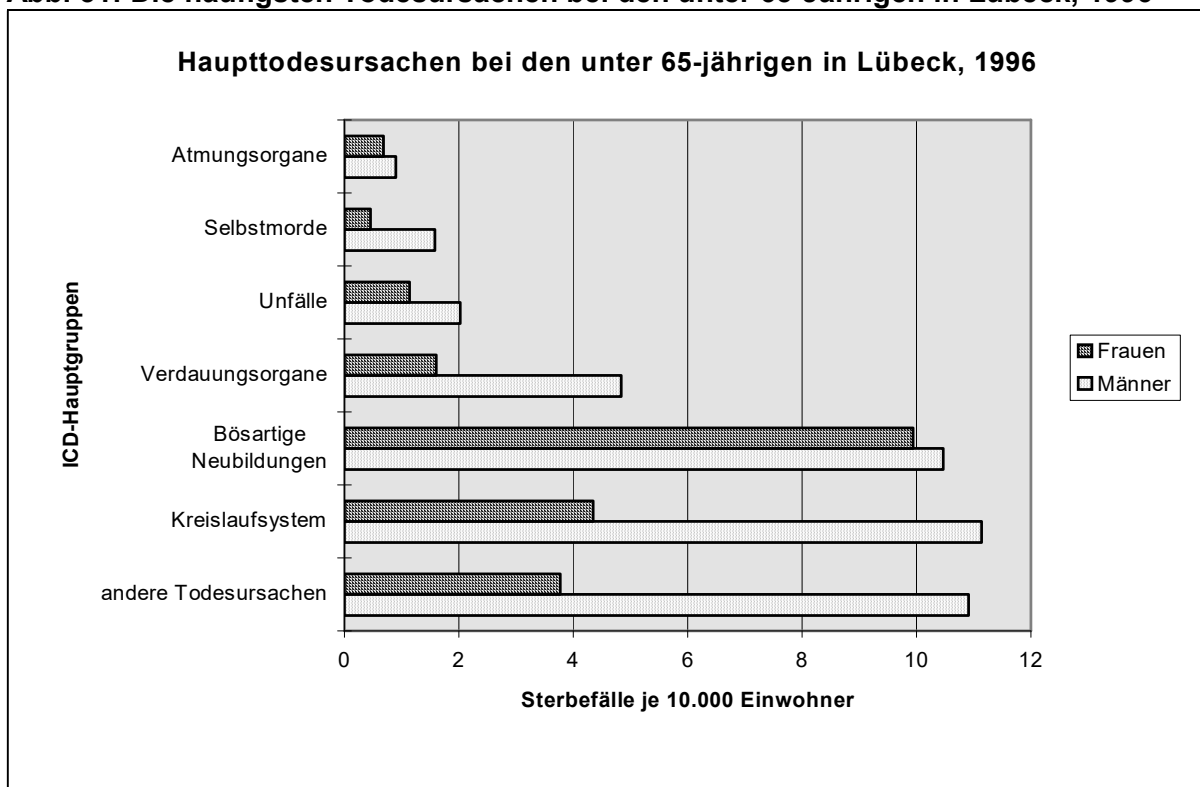
Gleichwohl ist davon auszugehen, daß Krankheiten des Kreislaufsystems als Todesursache bei der allgemeinen Sterblichkeit an erster Stelle stehen. Mit ca. 70 Sterbefällen je 10.000 Frauen ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Frauen höher als die der Männer (ca. 57 Sterbefälle je 10.000 Männer), was wiederum auf den höheren Anteil älterer Frauen in der Bevölkerung zurückzuführen ist und in dieser Hinsicht keine gesundheitlichen Unterschiede der Geschlechter markiert.

Die zweitwichtigste Todesursache, nicht nur in Lübeck sondern z.B. auch in Hamburg, Dresden, Berlin und Bremen, ist Krebs (bösartige Neubildungen), eine Krankheitsart, die proportional zum Alter einer Bevölkerung zunimmt, so daß in einer relativ alten Bevölkerung, wie der von Lübeck, die Menschen vermehrt auch an dieser Krankheitsart versterben. Wie **Abbildung 30** zeigt, ist die Krebssterberate der Lübecker Frauen des Jahres 1996 mit 30,83 Sterbefällen je 10.000 Frauen fast genauso hoch wie die der Männer (30,02 Sterbefälle je 10.000 Männer).

Geschlechtliche Unterschiede der allgemeinen Sterblichkeit sind auch bei den Todesursachen bezüglich der Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane, der Unfälle und Selbstmorde nur sehr schwer erkennbar, zumal den Berechnungen deutlich kleinere Zahlen (Sterbefälle) zugrunde liegen. Die vorliegende Analyse der Sterblichkeit an einzelnen Todesursachen eröffnet erste Einblicke in das Sterbgeschehen in Lübeck, weitere Erklärungszusammenhänge lassen sich daraus zunächst nicht ableiten.

Nicht nur wegen des sozialen Aspekts der vielen entgangenen Lebensjahre, sondern auch weil die Reliabilität der Todesursachenstatistik bei den frühverstorbenen Menschen relativ gut ist, kommt den Todesfällen unter 65 Jahren eine besondere Bedeutung zu. Daß die Altersgrenze der Frühverstorbenen der des gesetzlichen Rentenalters entspricht, ist nicht absichtlich gewählt, sondern resultiert aus den Untersuchungsmethoden.

**Abb. 31: Die häufigsten Todesursachen bei den unter 65-Jährigen in Lübeck, 1996**



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Todesursachenstatistik 1996

Gegenüber der allgemeinen Sterblichkeit an einzelnen Todesursachen zeigen sich bei den Frühverstorbenen in **Abbildung 31** deutliche geschlechtliche Unterschiede. Danach versterben unterhalb der Altersgrenze von 65 Jahren an allen Todesursachen generell mehr Männer als Frauen. Die höhere Sterblichkeit der „jüngeren“ männlichen Bevölkerung, auf die schon im im Kapitel 3.2.1 Gesamt mortalität hingewiesen wurde, resultiert hauptsächlich aus den vielen Sterbefällen aufgrund von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Die Sterberate der unter 65jährigen Männer ist bei den Herz-Kreislaufferkrankungen gegenüber der der Frauen mehr als doppelt so hoch (11,14 Sterbefälle je 10.000 Männer der Altersgruppe ge-

genüber 4,34 Sterbefällen je 10.000 Frauen). Wesentlich häufiger als Frauen versterben „jüngere“ Männer in Lübeck auch an den Folgen von Unfällen, an Krankheiten der Verdauungsorgane und durch Selbsttötung.

Mit ca. 10 Sterbefällen je 10.000 Frauen der unter 65-Jährigen ist Krebs die Haupttodesursache bei den jüngeren Lübecker Frauen. Daß Frauen in jungen Jahren relativ häufig an Krebs erkranken und daran auch versterben, darauf weisen auch die Analysen der Krankenhausdiagnosen von 1995 hin (siehe **Abbildung 16**). Mit Ausnahme der Herz-Kreislaufkrankungen, auf die ca. 4 Sterbefälle je 10.000 Frauen der Altersgruppe entfallen, sind im Spektrum der Todesursachen bei den Frauen keine weiteren „größeren“ Sterberaten zu verzeichnen.

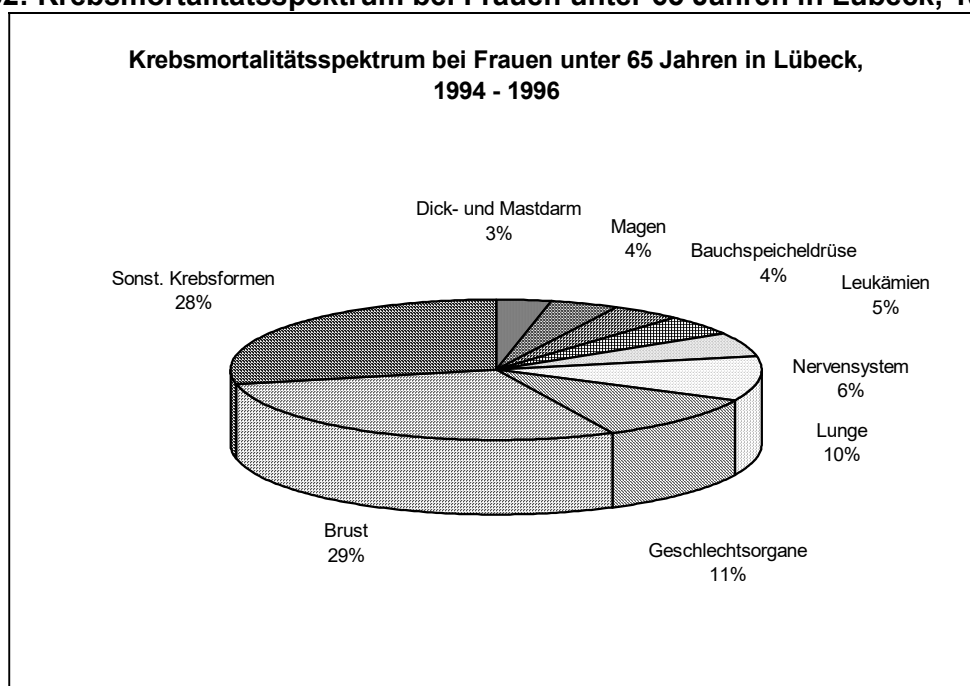
Die Kategorie „andere Todesursachen“, an denen vorwiegend Männer „jüngeren“ Alters versterben, umfaßt alle übrigen lebensgefährlichen Krankheiten des ICD wie z.B. infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.

### 3.2.3 Krebsmortalität/ICD-9 140 - 208 und 230 - 239

Wie gesehen, stellt Krebs (bösartige Neubildungen) neben den Herz-Kreislaufkrankungen auch in Lübeck die wichtigste Todesursache dar. Fast jeder dritte Sterbefall (31,9 %) der unter 65-Jährigen im Jahre 1996 beruhte auf einer Krebserkrankung. Der Anteil der Krebssterbefälle an der allgemeinen Sterblichkeit (alle Altersklassen) hingegen betrug in diesem Zeitraum 22,6 %.

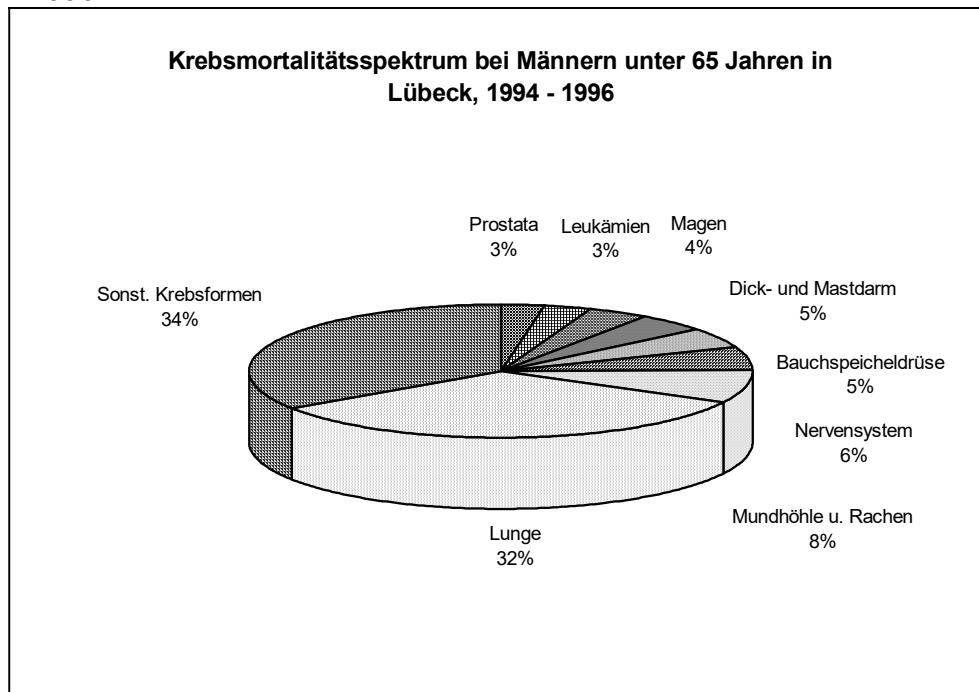
Unterscheidet man die Krebssterblichkeit weiter nach der Art der Krebserkrankung bzw. nach den Lokalisationen der bösartigen Neubildungen so wird offenbar, daß die Krebssterblichkeit der Frauen hauptsächlich auf Krebserkrankungen der Brustdrüsen und die der Männer hauptsächlich auf Krebserkrankungen der Lunge zurückzuführen ist.

**Abb. 32: Krebsmortalitätsspektrum bei Frauen unter 65 Jahren in Lübeck, 1994 - 1996**



Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

**Abb. 33: Krebsmortalitätsspektrum bei Männern unter 65 Jahren in Lübeck, 1994 - 1996**



Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Wie die **Abbildungen 32 und 33** zeigen, sind 29 von hundert Krebssterbefällen der Frauen unter 65 Jahren durch Brustkrebs verursacht, und fast ein Drittel (32 %) der an Krebs verstorbenen unter 65jährigen Männer hatte eine Lungenkrebserkrankung.

Daß für diese Analyse nur die Mortalitätsdaten der Frühverstorbenen herangezogen wurden, stellt keine Bevorzugung dieser Altersgruppe dar, sondern gründet sich auf die höhere Reliabilität (Verlässlichkeit) der Todesursachendiagnosen bei jüngeren Menschen. Weil sich die Krebsformen in den anderen Altersgruppen anteilig nur unwesentlich unterscheiden, läßt sich das Verteilungsspektrum mit einigen Abweichungen auch auf die Gesamtheit der Krebssterbefälle übertragen.

Bei der Krebsmortalität der Lübecker Frauen von großer Bedeutung sind demnach auch die Tumoren der Gebärmutter und der Eierstöcke (11 %), der Lunge (10 %) und des Nervensystems (6 %). Mehr als ein Viertel aller Krebssterbefälle der Frauen unter 65 Jahren (siehe **Abbildung 32**) entfallen auf diese Krebsformen. Mit 5% der Krebssterbefälle der unter 65jährigen Frauen liegt der sog. Blutkrebs (Leukämie) zwar über den einzelnen Krebsformen der Verdauungsorgane (Bauchspeicheldrüse, Dick- und Mastdarm, Magen), insgesamt aber verursachten die Krebserkrankungen der Verdauungsorgane bei den Lübecker Frauen unter 65 Jahren 11 % aller Krebssterbefälle.

Die Krebssterblichkeit der Lübecker Männer resultiert neben dem Lungenkrebs zu einem großen Teil aus Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse, des Dick- und Mastdarms und des Magens. Ungefähr 14 % der Krebssterbefälle der Männer unter 65 Jahren sind auf Krebserkrankungen dieser Verdauungsorgane zurückzuführen (siehe **Abbildung 33**). Auffällig ist bei den Männern der relativ hohe Anteil der Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens, die zum großen Teil auf Alkohol- und Tabakkonsum zurückführen lassen. Mit 8 % aller Krebssterbefälle steht die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen dieser Organe bei den unter 65jährigen Lübecker Männern an zweiter Stelle. Ca. 6 % der Krebs-



sterbefälle der Männer so wie der Frauen sind den Untersuchungsergebnissen zufolge von Krebserkrankungen des Nervensystems (z.B. Gehirntumoren) verursacht.

Auf die hohe soziale Bedeutung der Krebserkrankungen und auf die Zielsetzung der WHO, die ihre Mitgliedsstaaten dazu auffordert, in ihren Ländern dafür Sorge zu tragen, daß die Krebssterblichkeit bis zum Jahre 2000 um mindestens 15 % sinkt, wurde schon im Kapitel 3.1.3 hingewiesen. Sollte dieses Ziel eingehalten werden, dann dürften - gemessen an der Krebssterblichkeit von 1990 - im Jahre 2000 nur noch 7,8 Menschen je 10.000 Einwohner (der unter 65-Jährigen) bzw. 27,89 Menschen je 10.000 Einwohner (aller Altersklassen) an einer Krebserkrankung in Lübeck versterben. Hinsichtlich der Krebssterberaten von 1996 (siehe **Abbildung 30**) läßt sich in Lübeck zwar ein leichter Rückgang bei der Sterblichkeit an Krebserkrankungen erkennen - die Krebssterberate betrug 1990 bei den Männern noch 34,04 Sterbefälle je 10.000 Männer und bei den Frauen 31,73 Sterbefälle je 10.000 Frauen - , eine entscheidende Verbesserung ist jedoch nicht feststellbar.

Je weniger also die überregionalen, konventionellen Maßnahmen (z.B. Screening-Tests) bei der Krebsbekämpfung greifen, um so wichtiger ist es, das Problem der Krebssterblichkeit bzw. der Krebserkrankungen auch kleinräumig regional zu untersuchen, damit mögliche lokale Ursachen aufgeklärt und kommunale Handlungskonzepte abgeleitet werden können.

Mit den Untersuchungen der Mortalitätsdaten (Todesbescheinigungen) hat sich das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck die Aufgabe gestellt dazu beizutragen, auf kommunaler Ebene zu erreichen, was bundesweit nur bedingt möglich ist: Die Aufdeckung wesentlicher krebsbegünstigender, ortsgebundener Faktoren und damit auf lange Sicht die Reduzierung der Krebserkrankungen und der Sterblichkeit an Krebs.

Ein erster Schritt zur kommunalen Krebsbekämpfung besteht darin zu prüfen, ob innerhalb des Stadtgebietes regionale Unterschiede in der Krebssterblichkeit bestehen und mit welchen sozialen Faktoren die Werte der Sterberaten korrelieren. Weil die Zahlen (erfaßte Sterbefälle) der unter 65-Jährigen für die Untersuchungsmethode noch zu gering sind (Daten von 3 Jahren), muß dazu wieder auf die etwas unzuverlässigeren Todesursachendaten der Gesamtbevölkerung zurückgegriffen werden. Ungenauigkeiten in den Ergebnissen, insbesondere durch den Einfluß des Heimeffektes, sind von daher nicht auszuschließen.

**Abb. 34: Durchschnittliche Krebssterblichkeit der Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1994 - 1996**

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Entsprechend den bevölkerungsbezogenen Anteilswerten in **Abbildung 34** versterben in den Stadtbezirken Moisling, St. Jürgen-Land, Strecknitz, Hüxtertor und Dänischburg relativ wenige Frauen an Krebs. Mit 2,07 Sterbefällen je 1.000 Frauen ist die Krebssterblichkeit der Lübecker Frauen in St. Jürgen-Land am geringsten.

Demgegenüber sind die Krebssterberaten der Frauen in Groß Steinrade, Dornbreite, der Innenstadt, Karlshof und Herrenwyk ca. 28 % höher, wobei der Stadtbezirk Herrenwyk die höchste Krebssterblichkeit der Lübecker Frauen verzeichnet. Hier sind in den Jahren 1994 - 1996 von 1.000 Frauen durchschnittlich ca. 5,51 Frauen an Krebs verstorben.

Während die erhöhten Krebssterberaten der Frauen von Groß Steinrade, Karlshof und der Innenstadt zum Teil auf den großen Anteil an Heimpflegeplätzen bzw. die Heimsterblichkeit zurückzuführen sind (siehe **Abbildung 46**), begründet sich die Krebssterblichkeit der Frauen in Dornbreite und Herrenwyk in anderen, nicht bekannten Ursachen,

Unter Berücksichtigung dessen, daß die Gesamtsterblichkeit der Frauen in diesen Stadtbezirken ansonsten relativ niedrig ist, die Sterbefälle der Frauen also vermehrt aus der Krebsmortalität resultieren, sind regionale Querschnittsuntersuchungen zur Krebssterblichkeit der Lübecker Frauen insbesondere für Herrenwyk und Dornbreite angezeigt.

**Abb. 35: Durchschnittliche Krebssterblichkeit der Männer in den Lübecker Stadtbezirken, 1994 - 1996**

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Betrachtet man in **Abbildung 35** die regionale Krebssterblichkeit der Männer, so fallen besonders die erhöhten Mortalitätsraten von Moisling, Dänischburg und Dornbreite ins Gewicht. Im Durchschnitt sind hier jährlich ca. 4 Männer je 1.000 Einwohner an Krebs verstorben. Daß in diesen Stadtbezirken vermehrt Männer aus anderen Stadtbezirken zugezogen und in Pflegeheimen an Krebs verstorben sind, ist aufgrund des niedrigen Pflegeplatzangebotes in Moisling, Dänischburg und Dornbreite (siehe **Abbildung 46**) eher unwahrscheinlich. Unter Berücksichtigung der relativ wenigen Gesamtsterbefälle von Männern in Moisling und Dänischburg (siehe **Abbildung 29**) kann man davon ausgehen, daß die Krebssterblichkeit der Lübecker Männer in diesen Stadtbezirken am höchsten ist. Die Krebssterberate der Männer beträgt in Moisling und Dänischburg 3,76 Sterbefälle je 1.000 Einwohner. Höhere Krebssterberaten der Männer sind zwar auch für Groß Steinrade, Burgtor und Eichholz statistisch nachweisbar, ein regionaler Unterschied zu der Krebssterblichkeit der Männer in anderen Lübecker Stadtbezirken ist jedoch aufgrund des Heimeffektes nicht erkennbar. Am niedrigsten ist die regionale Krebssterblichkeit der Lübecker Männer in Travemünde, St. Jürgen-Land, Hüntertor, Marli/Brandenbaum und Herrenwyk (einem Stadtbezirk übrigens, in dem die Krebssterblichkeit der Frauen besonders hoch ist). Durchschnittlich sind hier je 1.000 Männer weniger als 3 Männer an Krebs verstorben. In St. Jürgen-Land beträgt die Krebssterberate der Männer sogar nur 2 Sterbefälle je 1.000 Männer. Differenziertere Querschnittsuntersuchungen zur Krebssterblichkeit der Lübecker Männer sollten sich daher in erster Linie auf die Stadtbezirke Dänischburg und Moisling konzentrieren sowie auf den Stadtbezirk Dornbreite, der für beide Geschlechter überdurchschnittliche Krebssterberaten verzeichnet.

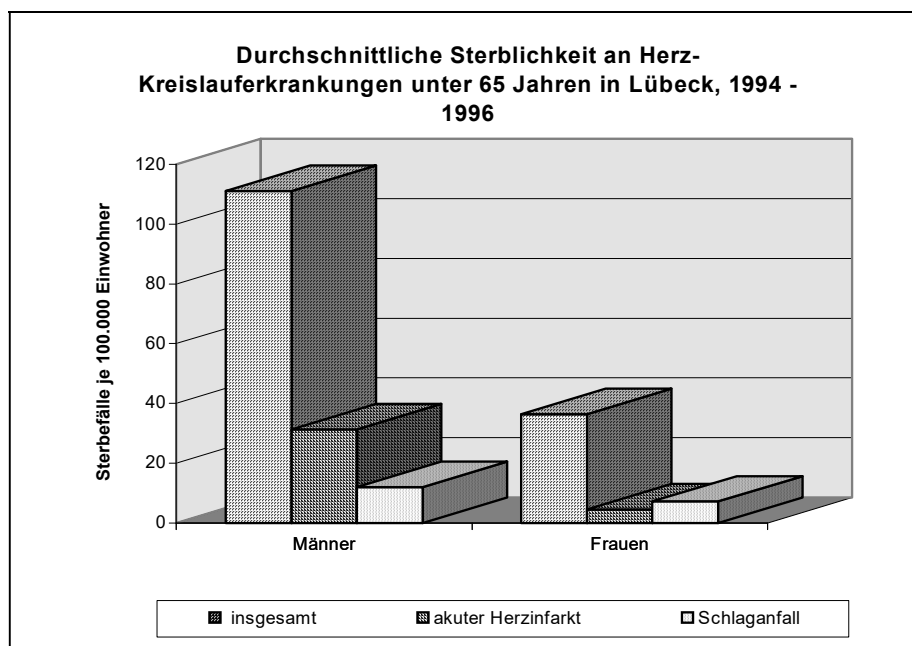
### 3.2.4 Herz-Kreislaufmortalität/ICD-9 390 - 459

Nicht nur bei den Erkrankungen, die in Krankenhäusern behandelt werden, sondern erst recht bei den Erkrankungen, die zum Tode führen, nehmen die Herz-Kreislaufkrankheiten eine führende Rolle ein. Von den Lübeckerinnen und Lübeckern, die in 1996 verstorben

sind, verstarben ca. 47 % infolge einer Herz-Kreislaufferkrankung. Die allgemeine Herz-Kreislaufsterblichkeit ist bei den Frauen höher als bei den Männern (siehe hierzu **Abbildung 30**). Bei der Frühsterblichkeit (der Sterblichkeit der Bevölkerung unter 65 Jahren) hingegen ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den Männern höher (siehe hierzu **Abbildung 31**).

In die Kategorie Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD 390 - 459) fallen sehr unterschiedliche Erkrankungen wie zum Beispiel auch die Erkrankungen des Lungenkreislaufs, die 1989 über 20 % der Herz-Kreislauf-Sterbefälle in Deutschland verursacht haben. Eine besondere Bedeutung - nicht nur wegen der häufigen Todesfälle sondern auch, weil daran relativ junge Menschen erkranken und versterben - kommt jedoch den ischämischen Herzkrankheiten, speziell dem Myokardinfarkt (Herzinfarkt) zu.

**Abb. 36: Durchschnittliche Sterblichkeit an Herz-Kreislaufferkrankungen unter 65 Jahren in Lübeck, 1994 - 1996**



Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996  
 Analysiert man die Lübecker Sterbedaten der unter 65-Jährigen von 1994 bis 1996 nach den zwei häufigsten Herz-Kreislauf-Todesursachen Herzinfarkt (ICD 410 - 411) und Schlaganfall (ICD 431 - 436), so wird deutlich, daß der Herzinfarkt als Todesursache auch in Lübeck bei den jüngeren Männern eine herausragende Rolle spielt.

Wie **Abbildung 36** zeigt, sterben jährlich 31 Männer unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner an den Folgen eines akuten Herzinfarktes. Bezogen auf die Gesamtheit der Hauptdiagnosegruppe ICD 390 - 459 sind das etwa ein Drittel aller Todesfälle. Demgegenüber ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit der jüngeren Lübecker Frauen insgesamt und auch beim Herzinfarkt relativ niedrig. Die Durchschnittswerte der Herz-Kreislaufsterbezahlen von 1994 - 1996 besagen, daß die unter 65jährigen Lübecker Frauen eher noch an den Folgen eines Schlaganfalls (7 Sterbefälle je 100.000 Frauen) versterben, als an einem Herzinfarkt (5 Sterbefälle je 100.000 Frauen). Von Herz-Kreislaufferkrankungen, auch mit Todesfolge, sind in Lübeck vermehrt ältere Frauen betroffen.

Allgemein kommt der Reduzierung der Herz-Kreislaufferkrankungen bzw. -sterblichkeit ein hoher Stellenwert zu, der auch in den Zielen der Resolution der WHO vom Juni 1990 manifestiert ist. Würde die Zielsetzung - die Absenkung der Herz-Kreislaufsterblichkeit um mindestens 15 % bei den unter 65-Jährigen -, zu der sich die Mitgliedsstaaten für ihre Länder bekannt haben, erreicht werden, dann dürften in Lübeck - gemessen an der Herz-

Kreislaufsterblichkeit von 1990 - im Jahre 2000 nur noch 10,1 Männer und 3,6 Frauen je 10.000 Einwohner dieser Altersgruppen an Herz-Kreislaferkrankungen versterben.

Hinsichtlich der Herz-Kreislaufsterberaten von 1996 (11,1 Sterbefälle je 10.000 Männer und 4,3 Sterbefälle je 10.000 Frauen) läßt sich zwar ein leichter Rückgang bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit der jüngeren Männer feststellen - die entsprechende Sterberate betrug 1990 noch 11,8 Sterbefälle je 10.000 Männer -, ein stabiler positiver Trend ist jedoch nicht erkennbar, zumal die Herz-Kreislaufsterberate der Frauen im Jahre 1996 (4,3 Sterbefälle je 10.000 Frauen) gegenüber 1990 (4,2 Sterbefälle je 10.000 Frauen) wieder leicht angestiegen ist.

Daß die Sterblichkeit bei den Herz-Kreislaferkrankungen nicht so stark rückläufig ist wie gefordert wurde, hat viel damit zu tun, daß die Menschen nicht bereit sind, ihren Lebensstil zu ändern. Denn Herz-Kreislaferkrankungen sind stark verhaltensabhängig, d.h. falsche Ernährungsgewohnheiten, Tabakkonsum und Bewegungsmangel begünstigen das Entstehen dieser Krankheiten. Denkbar ist sogar, daß der Rückgang der Herz-Kreislaufsterblichkeit, der seit Ende der 70iger Jahre allgemein für die alten Bundesländer verzeichnet wurde, allein aus der verbesserten kurativen Versorgung resultiert und nicht wie erwartet durch die Umstellung von Lebens- und Verzehrsgewohnheiten größerer Bevölkerungsgruppen entstanden ist.

Schon deshalb ist es dringend geboten, zielgerichtete präventive Maßnahmen zur Bekämpfung der Herz-Kreislaferkrankungen auch auf kommunaler Ebene zu ergreifen. Um Aufschluß darüber zu erhalten, welche sozialen Bevölkerungsschichten in Lübeck primär von diesen Erkrankungen betroffen sind, an welche Zielgruppen mögliche Aufklärungs- und Versorgungsangebote zu richten sind, müssen die regionalen Verhältnisse, die Häufigkeitsverteilungen von Herz-Kreislaferkrankungen innerhalb des Stadtgebietes, eingehend untersucht werden.

Dazu bilden die Mortalitätsdaten (Todesbescheinigungen) eine relativ sichere Untersuchungsgrundlage, wenngleich das Krankheitsgeschehen damit nur in seiner endgültigen Form (Anzahl der Sterbefälle) dargestellt wird. Aufgrund der zu geringen Zahlen (erfaßte Sterbefälle) der unter 65-Jährigen, kann derzeit lediglich die Herz-Kreislauf-Mortalität der Gesamtbevölkerung kleinräumig untersucht werden. Ungenauigkeiten in den Ergebnissen aufgrund der unterstrukturierten Datenlage zur allgemeinen Sterblichkeit (z.B. Heimeffekt) sind dabei nicht auszuschließen.

**Abb. 37: Durchschnittliche Herz-Kreislauf-Mortalität der Frauen in den Lübecker Stadtbezirken, 1994 - 1996**

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Betrachtet man in **Abbildung 37** die regionale Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Frauen, so weisen die Stadtbezirke mit hoher Pflegeplatzversorgungsdichte - nämlich Groß Steinrade, Eichholz, Buntekuh, die Innenstadt und Falkenfeld/Vorwerk - auch die höchsten Sterberaten der Frauen auf (siehe **Abbildung 46**). Durchschnittlich versterben hier jährlich mehr als 9 Frauen je 1.000 Einwohnerinnen an Herz-Kreislaufkrankungen.

Zu dem regionalen Betroffenheitsgrad der weiblichen Bevölkerung von Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache läßt sich aufgrund der Heimsterblichkeit in diesen Stadtbezirken nur soviel aussagen, daß vermutet werden kann, daß das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung bzw. -sterblichkeit nicht höher ist als in den übrigen Lübecker Stadtbezirken. Nachfolgende Untersuchungen, die den Faktor Heimsterblichkeit eliminieren, werden zeigen, ob und in wieweit die Sterberaten voneinander abweichen.

Relativ selten (unter 5,24 Sterbefällen je 1.000 Frauen) hingegen versterben Frauen an Herz-Kreislaufkrankungen in Huxtortor, Marli/Brandenbaum, Holstentor Nord, Dänischburg und Travemünde, wobei der Stadtbezirk Travemünde die niedrigste Herz-Kreislaufsterberate der Frauen (4,68 Sterbefälle je 1.000 Frauen) verzeichnet.

Soziale Unterschiede der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen lassen sich bei den Lübecker Frauen nicht erkennen. Allerdings weisen die Stadtbezirke mit hohem Arbeiteranteil (vgl. hierzu **Abbildung 8**), ausgenommen Dänischburg, auch keine besonders niedrigen Sterberaten der Frauen auf, was bei den statushöheren Stadtbezirken (vgl. hierzu **Abbildung 9**) eher zutrifft.

**Abb. 38: Durchschnittliche Herz-Kreislauf-Mortalität der Männer in den Lübecker Stadtbezirken, 1994 - 1996**

Quelle: Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck, Todesbescheinigungen 1994 - 1996

Bei den Lübecker Männern (siehe **Abbildung 38**) ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen in Groß Steinrade, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, der Innenstadt und Burgtor mit über 6,18 Sterbefällen je 1.000 Einwohner am höchsten. Wie bei der räumlichen Analyse der Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Frauen werden durch das Verfahren vornehmlich Stadtgebiete ausgewiesen, die über eine hohe Pflegeplatzversorgungsdichte verfügen (siehe **Abbildung 46**), so daß vermutet werden kann, daß die eigentliche Herz-Kreislaufsterberate der Männer (ohne die Sterbefälle der Pflegeheime) auch in diesen Stadtbezirken wesentlich niedriger liegt. Eine Ausnahme bildet dabei der Stadtbezirk Dornbreite, der trotz niedriger Pflegeplatzversorgungsdichte (0,9 Pflegeplätze je 100 Einwohner) eine relativ hohe Herz-Kreislaufsterberate (6,71 Sterbefälle je 1.000 Männer) aufweist.

Am niedrigsten (unter 4,44 Sterbefälle je 1.000 Männer) ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Männer in Herrenwyk, Dänischburg, Marli/Brandenbaum, St.Lorenz Süd und St. Jürgen Land. Weil es sich bei diesen Stadtbezirken sowohl um statushöhere als auch um statusniedrigere Stadtgebiete handelt, lassen sich soziale Unterschiede bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Männer nicht bestätigen. Gegen die Annahme, daß Männer aus sozial-ökonomisch schlechter gestellten Stadtbezirken Lübecks häufiger an Herz-Kreislaufkrankungen versterben, spricht z.B. auch die Tatsache, daß die Sterberate in Moisling noch niedriger ist (4,45 Sterbefälle je 1.000 Männer), als in dem sozial-ökonomisch besser gestellten Stadtbezirk Huxtortor (4,69 Sterbefälle je 1.000 Männer).

Mit diesen Feststellungen, kann jedoch nicht widerlegt werden, was wissenschaftlich bewiesen wurde, nämlich, daß Männer der unteren sozialen Schichten relativ häufiger an Herz-Kreislaufkrankungen versterben. vielmehr gilt es zu erkennen, daß die Verhältnisse nicht ohne weiteres regional übertragbar sind und daß an den Untersuchungsmethoden noch weiter gearbeitet werden muß, um bei den sozialen Einflußfaktoren zu validen Ergebnissen zu kommen.

**Resümee/Ausblick**

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse geben einen ersten Einblick in die gesundheitliche Lage der Lübecker Bevölkerung. Im Vergleich mit den Mortalitätsraten der Freien und Hansestadt Hamburg wird gezeigt, daß sich die Sterblichkeit der Lübecker Bevölkerung von der der Hamburger Bevölkerung nicht wesentlich unterscheidet, was auf gleichwertige Lebensbedingungen in diesen Städten schließen läßt.

Hingegen werden zwischen den einzelnen Lübecker Stadtgebieten deutliche Unterschiede im Erkrankungs- und Sterberisiko sichtbar. Zum Großteil sind die abweichenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten einzelner Stadtbezirke aber auf regionale Besonderheiten - wie alte Gebietsbevölkerungen bzw. einen hohen Versorgungsgrad mit Pflegeplätzen - zurückzuführen, deren Einfluß auf die Ergebnisse aufgrund der statistischen Untersuchungsmethoden nicht ausgeschlossen werden konnte.

Unabhängig davon werden für die Stadtbezirke Strecknitz, Dornbreite, Holstentor-Nord, Moisling, Alt Kücknitz/Pöppendorf, Schlutup und Buntekuh hinsichtlich einzelner Krankheitsarten erhöhte Raten ausgewiesen. Am Beispiel der erhöhten Krebserkrankungsraten und der Verletzungsraten der Männer aus statusniedrigen Stadtbezirken, wird der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsrisiko und der sozialen Lage der Bevölkerung ersichtlich.

Weitere wichtige Befunde, die nicht aus den o.g. regionalen Besonderheiten der Stadtbezirke resultieren, stellen die abweichenden Mortalitätsraten der Männer bzw. Frauen aus Moisling, Dänischburg, Herrenwyk und Dornbreite dar. Ob die gesundheitliche Lage der Bevölkerungen dieser Stadtgebiete hinsichtlich des Sterberisikos an einzelnen Krankheiten tatsächlich schlechter ist als die der Bevölkerung anderer Stadtbezirke, läßt sich daraus jedoch noch nicht ableiten. Erst zukünftige Wiederholungsuntersuchungen werden zeigen, ob sich die Ergebnisse der jetzigen Untersuchungen bestätigen, oder ob es sich bei den unterschiedlichen Sterberaten der Bevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke um Zufallsprodukte der Datenbasis (Todesbescheinigungen) von drei Jahrgängen (1994, 1995, 1996) handelt. Gleiches gilt für die unterschiedlichen Erkrankungsrisiken der Bevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke, deren Ergebnisse aus der Datenbasis (Krankenhausdiagnosen) nur eines Jahres (1995) resultieren. Die Überprüfung der Untersuchungsergebnisse ist insbesondere für den Stadtbezirk Dornbreite angezeigt, dessen Bevölkerung gegenüber Bevölkerungen anderer Stadtbezirke sowohl bei der Morbidität als auch bei der Mortalität relativ häufig erhöhte Raten aufweist.

Insofern stellen die jetzt vorgelegten kleinräumigen Untersuchungen lediglich die Grundlage für weitere Untersuchungen dar und können noch nicht als gesicherte Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage der Bevölkerungen in den Stadtbezirken gelten. Ein Rückschluß auf mögliche Ursachen ist deshalb gegenwärtig noch nicht möglich.

Bezüglich der Morbidität der Lübecker Bevölkerung wird gezeigt, daß - gemessen an der geschlechtsbezogenen Einwohnerzahl - die Lübecker Männer allgemein an schweren Krankheiten häufiger erkranken bzw. stationär behandelt werden müssen als die Lübecker Frauen. So übersteigt bei den Herz-Kreislaufkrankungen der Anteil der Lübecker Männer den der Lübecker Frauen um ca. 35 %.

Hinsichtlich der Verletzungen und Vergiftungen ergeben sich für die männliche Bevölkerung Lübecks (ausgenommen die über 65-Jährigen) sogar um bis zu 50 % höhere Behandlungsanteile als für die Lübecker Frauen. Diesbezüglich erhöht sind die Verletzungsraten der Männer besonders in den statusniedrigen Stadtbezirken.

Als Ausnahme von diesem geschlechtsbezogenen Trend wird bei der Altersgruppe der 25- bis 45-Jährigen allerdings bei den Lübecker Frauen gegenüber den Lübecker Männern ein sechsmal höherer Krebsbehandlungsanteil festgestellt.

Bei den Untersuchungen der Mortalität der Lübecker Bevölkerung zeigt sich, daß die Gesamtsterblichkeit der Lübecker Männer allgemein zwar niedriger ist, als die der Lübecker Frauen, bezogen auf die Frühsterblichkeit (Sterblichkeit der unter 65-Jährigen) ist das Sterberisiko der Männer gegenüber den Frauen aber doppelt so hoch. Die geschlechtsbezogene



Analyse der häufigsten Todesursachen der unter 65-Jährigen zeigt, daß jüngere Männer in Lübeck hauptsächlich an Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs versterben. Bei der Krebsmortalität der unter 65jährigen Lübecker Männer stellt der Lungenkrebs die Haupttodesursache dar. Die Krebssterblichkeit der jüngeren Lübecker Frauen resultiert zu über einem Drittel aus Krebserkrankungen der Brustdrüsen und der Geschlechtsorgane. Die Frühsterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen betrifft in Lübeck im wesentlichen die männliche Bevölkerung. So versterben an den Folgen eines akuten Herzinfarktes jüngere Lübecker Männer sechsmal häufiger als Lübecker Frauen der Altersgruppe unter 65 Jahren.

Auch diese Ergebnisse können aufgrund der Datenlage noch nicht als gesicherte Erkenntnisse gewertet werden, sondern müssen erst mittels Zeitreihenuntersuchungen bestätigt werden. Gleichwohl sieht sich das Gesundheitsamt verpflichtet die Untersuchungsergebnisse zwecks kritischer Betrachtung jetzt schon einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, um in der Bevölkerung das Bewußtsein für die Bedeutung gesunder Lebensverhältnisse zu schärfen. Genauso muß bei den politisch Verantwortlichen die Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitsbezogener Präventionsmaßnahmen geweckt werden, die das Entstehen lebensgefährlicher Erkrankungen verhindern bzw. eindämmen sollen, damit die Ziele der WHO erreicht werden können.

Zur Qualität der gesundheitlichen Lage der Lübecker Bevölkerung sind mangels Vergleichsdaten aus anderen Städte mit ähnlichen sozialökonomischen Strukturen gegenwärtig keine weiteren Aussagen möglich, so daß nur mehr aufzuzeigen bleibt, wie sich hinsichtlich der dargestellten Verhältnisse die gesundheitliche Versorgung der Lübecker Bevölkerung gestaltet.

## **4. Gesundheitsversorgung**

Nach dem von der WHO definierten Ziel der primären Gesundheitsversorgung sollen die Mitgliedstaaten in ihren Ländern dafür Sorge tragen, daß bis zum Jahre 2000 durch eine Reihe von gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Leistungen sowie durch Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien, und Bevölkerungsgruppen, der grundlegende Bedarf der Bevölkerung an gesundheitlichen Versorgungsleistungen gedeckt ist.

Um beurteilen zu können, wie sich die gesundheitliche Versorgungssituation der Lübecker Bevölkerung darstellt und welche regionalen bzw. sozialen Einflüsse bei der primären Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen, werden in diesem Kapitel ausgewählte Bereiche der Gesundheitsversorgung beschrieben. Dabei handelt es sich im wesentlichen um die professionell geführten Einrichtungen des medizinischen Versorgungssystems, der ambulanten ärztlichen Versorgung und der stationären Krankenhausversorgung. Für die Darstellung des Versorgungsangebotes für Behinderte und der Versorgungssituation der alten und pflegebedürftigen Bevölkerung Lübecks werden hauptsächlich Leistungsbereiche der sozial orientierten Gesundheitsversorgungseinrichtungen abgebildet.

Das gesamte Spektrum der Lübecker Gesundheitsversorgung, zu dem u.a. auch das Leistungsangebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsamt) zählt, wird in einem nachfolgenden Bericht behandelt.

### **4.1 Ambulante ärztliche Versorgung**

Die ambulante ärztliche Versorgung beinhaltet die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Allgemeinärzte und praktische Ärzte, Gebietsärzte und Zahnärzte. Ebenso werden auch die Werks- bzw. Betriebsärzte, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Krankenhausunfallambulanzen und die Polikliniken zur ambulanten ärztlichen Versorgung gezählt.

Für die Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Lübecker Bevölkerung werden die Daten der Ärztestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der Zahnärztestatistik der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und der Ärztestatistik des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein verwendet. Um den Bedarf der ambulanten ärztlichen Versorgung beurteilen zu können, müssen die Daten des Bedarfsplans der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein herangezogen werden. Zur ambulanten Pflege können aufgrund der derzeitigen Datenlage noch keine Aussagen gemacht werden

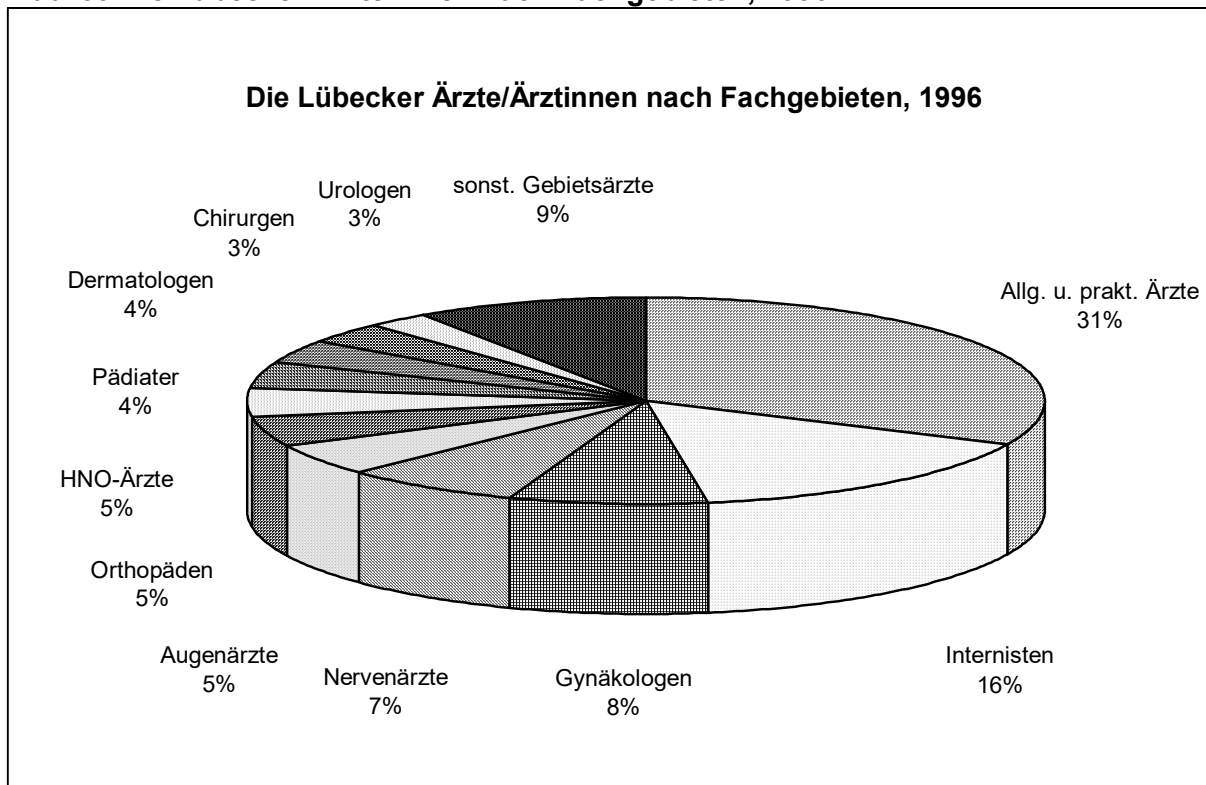
#### **4.1.1 Niedergelassene Ärzte/innen und Gebietsärzte/innen**

Entsprechend den Angaben des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein ist die Anzahl der niedergelassenen Ärzte/innen (Praxisinhaber) in Lübeck in den letzten zwanzig Jahren ständig gestiegen. Während 1975 lediglich 271 Ärzte/innen ambulant praktizierten, waren es 1985 bereits 330 Ärzte/innen. Von 1990 bis 1995 nahm die Zahl der Praxisinhaber/innen in Lübeck nochmals um 22,8% zu.

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Lübecker Bevölkerung bemühen sich gegenwärtig (Stand 31.12.1996) ca. 440 niedergelassene Ärzte/innen. Über die Hälfte (ca. 51 %) von ihnen sind laut Ärztestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein in der hausärztlichen Ver-

sorgung (Allgemeinmediziner, Prakt. Ärzte, Internisten und Pädiater) tätig (siehe **Abbildung 39**).

**Abb. 39 Die Lübecker Ärzte/Ärztinnen nach Fachgebieten, 1996**



Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 1996

Wie **Abbildung 39** zu entnehmen ist, stellen die Gynäkologen/innen und Nervenärzte/innen mit 8 bzw. 7 % in Lübeck nach den Hausärzten/innen die zweitgrößte Gruppe der niedergelassenen Ärzte/innen, gefolgt von den Augenärzten/innen, den Orthopäden/innen und den Hals-, Nasen-, Ohrenärzten/innen, die mit jeweils 5 % an der ambulanten ärztlichen Versorgung der Lübecker Bevölkerung beteiligt sind.

Allein die Anzahl der niedergelassenen Ärzte/innen besagt noch nichts über die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung in Lübeck, bei der auch der Bedarf berücksichtigt werden muß. Das heißt zunächst einmal, für wieviele Einwohner stehen wieviele Ärzte zur Verfügung und weiter, wie sind die Arztpraxen räumlich verteilt (erreichbar). Auf die Notwendigkeit eines wohnungsnahen Versorgungsangebotes für die relativ alte Bevölkerung Lübecks (hoher Anteil an Einwohnern über 65 Jahren) wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer, die für die unterschiedlichen Planungsregionen (z.B. Kernstädte, normalverdichtete Kreise, ländliche Kreise) regelmäßige Bedarfsplanungen durchführen. Nach dem Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vom 31.12.1996 ist die Lübecker Bevölkerung mit der bestehenden Anzahl an niedergelassenen Ärzten/innen und Gebietsärzten/innen ausreichend versorgt. Entsprechend den Sollzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung (Verhältniszahlen von Einwohnern und Arztgruppen) ergeben sich für alle Fachbereiche Versorgungsgrade von über 100 %. Am besten versorgt ist die Lübecker Bevölkerung danach mit Ärzten/innen für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (154,5 %) und Chirurgie (152,2 %). Im Bereich der Pädiatrie (Kinderheilkunde) und der Gynäkologie ist der Versorgungsgrad mit 112,2 % bzw. 113,7 % am niedrigsten (liegt aber noch über den Sollzahlen). Unter Berücksichtigung dessen, daß die in Lübeck niedergelassenen Ärzte/innen auch den Bedarf der umliegenden Gemeinden (z.B. Bad Schwartau und Stockelsdorf) zu einem Teil abdecken, relativiert sich die augenscheinlich günstige Versorgungssituation der Lübecker Bevölkerung. Im Vergleich zu Kiel, das die Bevölkerung der

umliegenden Gemeinden durch Einbeziehung in seine Bedarfsplanung berücksichtigt und bis auf die Arztgruppen Frauenärzte/innen, HNO-Ärzte/innen und Nervenärzte/innen noch höhere Versorgungsgrade aufweist als Lübeck, stehen der Lübecker Bevölkerung weniger Ärzte/innen und Gebietsärzte/innen zur Verfügung, als der Bedarfsplan suggeriert.

Obwohl die Versorgung der Lübecker Bevölkerung mit niedergelassenen Ärzten/innen und Gebietsärzten/innen trotzdem als insgesamt als zufriedenstellend beurteilt werden kann, bleibt doch zu prüfen, ob dies auch auf die gleichmäßige regionale Versorgung in den Stadtbezirken zutrifft. Daß bestimmte Gebietsärzte/innen (z.B. Urologie) ihre Praxen nicht in jedem Stadtbezirk einrichten, sondern sich entsprechend des gebietsräumlichen Bedarfs verkehrszentral niederlassen, um möglichst für alle Einwohner/innen Lübecks erreichbar zu sein, liegt an dem fachspezifischen Versorgungsangebot dieser Ärzte/innen und wird bei der nachfolgenden Untersuchung insofern berücksichtigt, als diese Gebietsärzte/innen bei der Ermittlung der Arztdichte in den Lübecker Stadtbezirken nicht mitgezählt werden.

Kleinräumig regional untersucht wird lediglich das hausärztliche Versorgungsangebot (Prakt. Ärzte/innen, Allgemeinmediziner/innen, Internisten/innen und Kinderärzte/innen), das sich prinzipiell an alle Einwohner/innen richtet und zwecks Bedarfsgerechtigkeit in jedem Stadtbezirk Lübecks ausreichend vorhanden sein sollte.

#### **Abb. 40: Hausarztdichte in den Lübecker Stadtbezirken, 1996**

Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 1996

An der Arztdichte in den einzelnen Stadtbezirken wird deutlich, daß das hausärztliche Versorgungsangebot in Lübeck zentralräumlich strukturiert ist. Relativ gut versorgt ist danach die Bevölkerung der Innenstadt und der Stadtbezirke Hüntertor, Marli/Brandenbaum, Burgtor und Buntekuh. Mit 42 Ärzten/innen pro 10.000 Einwohner weist die Innenstadt mit Abstand die höchste hausärztliche Versorgungsdichte auf. In den anderen „gutversorgten“ Stadtbezirken ist die Versorgungsdichte schon nicht einmal mehr halb so hoch. Auf 10.000 Einwohner in Marli/Brandenbaum kommen lediglich 10 Ärzte/innen. Alle übrigen Stadtbezirke liegen unter dem Lübecker Versorgungsdurchschnitt von 10,43 Hausärzten/innen pro 10.000 Einwohner. Besonders problematisch ist die hausärztliche Versorgung an der Peripherie der

Stadt. Für die Bevölkerung von Dornbreite stehen nur noch 2 Ärzte/innen pro 10.000 Einwohner zur Verfügung. In Herrenwyk existiert kein hausärztliche Versorgungsangebot. Bei ihrer zentralräumlichen Niederlassungstendenz gehen die Lübecker Ärzte/innen offensichtlich von einer hohen Mobilitätsbereitschaft der Bevölkerung (ihrer Patienten/innen) aus, die sich nicht nur auf die verhältnismäßig „jungen“ Stadtbezirke (z.B. Moisling) bezieht, sondern auch von der Bevölkerung „alter“ Stadtbezirke (z.B. Travemünde) erwartet wird. Eine wohnungsnahе Gesundheitsversorgung der Lübecker Bevölkerung ist mit der Konzentration des hausärztlichen Versorgungsangebotes auf nur wenige möglichst zentrale bzw. zentrumnahe Standorte nicht gegeben, zumal wenn dadurch - wie im Stadtbezirk Eichholz, in dem viele ältere Menschen leben (der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung beträgt 19,9 %) - pro 10.000 Einwohner nur 2 Ärzte/innen zur Verfügung stehen und die Mobilität der Bevölkerung quasi erzwungen wird.

Die Annahme, daß der Sozialstatus der Stadtbezirke bei den Niederlassungsentscheidungen der Ärzte/innen in Lübeck eine wichtige Rolle spielen könnte, (daß sozialökonomisch schlechtergestellte Stadtbezirke bei der ambulanten ärztlichen Versorgung gegenüber Stadtbezirken mit höherem Sozialstatus benachteiligt werden), läßt sich aus den Untersuchungsergebnissen nicht bestätigen. Gegen eine Benachteiligung statusniedriger Stadtbezirke spricht z.B., daß die hausärztliche Versorgung in Alt Kücknitz/Pöppendorf (10 Ärzte/Ärztinnen pro 10.000 Einwohner) besser ist, als in Travemünde (9 Ärzte/Ärztinnen pro 10.000 Einwohner).

#### **4.1.2 Niedergelassene Zahnärzte/innen**

Zusammen mit den Allgemeinärzten/innen und den praktischen Ärzten/innen stellen die Zahnärzte/innen die primärärztliche Grundversorgung der Bevölkerung. Inklusiv der Ärzte/innen, die in Lübeck als Allgemeinärzte/innen und praktischen Ärzte/innen praktizieren, ergibt sich damit ein Anteil von 50 % in der Grundversorgung tätige Ärzte/innen und Zahnärzten/innen.

Nach den Angaben der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ist die Anzahl der Praxisinhaber/innen in Lübeck in den letzten sechs Jahren um ca. 15,07 % gestiegen, d.h. daß hier statt 146 Zahnärzten/innen im Jahre 1991, gegenwärtig (Stand 31.12.1997) 168 Zahnärzte/innen selbständig praktizieren. Ob damit der Bedarf der Lübecker Bevölkerung an zahnärztlicher Versorgung gedeckt ist, läßt sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten und Sollzahlen nicht beantworten. Die Daten der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein besagen allerdings, daß pro 1.296 Einwohner in Lübeck gegenwärtig ein/e Zahnarzt/Zahnärztin zur Verfügung steht und daß die zahnärztliche Versorgung in Lübeck in der Vergangenheit besser war, als z.B. in Hamburg. Denn während die Zahnarztichte in Hamburg 1990 ein/e Zahnarzt/Zahnärztin pro 1.619,96 Einwohner betrug, mußte in Lübeck im Jahre 1991 ein/e Zahnarzt/Zahnärztin nur 1.477,94 Einwohner versorgen.

Auch bei der zahnärztlichen Versorgung richtet sich das Interesse auf die gebietsräumlichen Strukturen des Versorgungsangebotes. Denn die Verteilung der Zahnarztpraxen über das Stadtgebiet ist um so befriedigender, je gleichmäßiger die Bevölkerungen der Stadtbezirke versorgt werden. Um die räumlichen Unterschiede der zahnärztlichen Versorgung zu ver-

deutlichen, wird bei der Ermittlung der Zahnärztdichte, die Einwohnerzahl statt der Zahnarztzahl konstant gehalten.

**Abb. 41: Zahnärztdichte in den Lübecker Stadtbezirken, 1996**

Quelle: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Zahnärztestatistik 1996

Wie **Abbildung 41** zeigt, ist in Lübeck auch das zahnärztliche Versorgungsangebot relativ zentralräumlich strukturiert. Die höchste zahnärztliche Versorgung findet sich in der Innenstadt. Auf 10.000 Einwohner kommen hier rund 27 Zahnärzte/innen. In den Stadtbezirken Hüntertor, Holstentor-Nord, Burgtor, Kücknitz/Pöppendorf und Buntekuh stehen pro 10.000 Einwohner immerhin noch mehr als 8 Zahnärzte/innen zur Verfügung, wobei die Kücknitzer Zahnärzte/innen offensichtlich auch die Einwohner von Herrenwyk und Dänischburg mit versorgen, in deren Stadtbezirk kein zahnärztliches Versorgungsangebot besteht. Ohne zahnärztliche Versorgung sind auch die Stadtbezirke St. Jürgen-Land, Strecknitz und Groß Steinrade. Stärker noch als bei der hausärztlichen Versorgung (pro 10.000 Einwohner ca. 2 Ärzte/innen) sind die Einwohner dieser Stadtbezirke auf das zahnärztliche Versorgungsangebot anderer Stadtbezirke (z.B. der Innenstadt) angewiesen.

Durchschnittlich stehen pro 10.000 Lübecker Einwohner/innen ca. 8 Zahnärzte/innen zur Verfügung. Außer den „gutversorgten“ Stadtbezirken (in der Karte dunkelschraffiert) weisen nur noch Buntekuh und Marli/Brandenbaum eine zufriedenstellende Zahnärztdichte (ca. 8 Zahnärzte/innen pro 10.000 Einwohner) auf. Wie die Ärzte/innen der hausärztlichen Versorgung erwarten die niedergelassenen Zahnärzte/innen von den ihren Patienten/innen eine hohe Mobilitätsbereitschaft, und das um so mehr, je weiter entfernt sie von Zentrum der Stadt wohnen.

Daß in Lübeck statusniedrigere Stadtbezirke gegenüber statushöheren Stadtbezirken bei der zahnärztlichen Versorgung benachteiligt sein könnten, läßt sich mit den Untersuchungsergebnissen nicht belegen. Stadtgebiete mit relativ hohem Arbeiteranteil (Kücknitz/Pöppendorf und Holstentor-Nord) sind gleichermaßen zahnärztlich versorgt wie Stadtgebiete mit niedrigem Arbeiteranteil (Burgtor und Hüntertor).

## **4.2 Versorgung in Einrichtungen**

Nach klassischer Einteilung bildet die stationäre Versorgung der Krankenhäuser einen eigenständigen Bereich in der Gesundheitsversorgung. Da es hier aber auch darum geht, das stationäre Leistungsangebot der Lübecker Gesundheitsversorgung von dem ambulanten abzugrenzen bzw. Gemeinsamkeiten der Versorgungsart herauszustellen, wird die Versorgung der Krankenhäuser zusammen mit der Versorgung der Alten- und Pflegeheime, sowie den stationären Versorgungsangeboten für Behinderte unter dem Aspekt „Versorgungen in Einrichtungen“ behandelt.

Zur Darstellung der stationären Versorgung der Krankenhäuser stehen dem Gesundheitsamt die Daten des Krankenhausplans und der Krankenhausstatistik des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein zur Verfügung. Für die Beschreibung des Versorgungsangebotes der Alten- und Pflegeheime werden die Daten der Heimstatistik des Ordnungsamtes verwendet. Die Daten des Versorgungsangebotes für Behinderte wurden in den Fachbereichen Behindertenhilfen der Hansestadt Lübeck aufgestellt und mit den Daten aus dem Behindertenführer des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein ergänzt.

### **4.2.1 Krankenhäuser und Fachabteilungen**

Die stationäre Versorgung der Krankenhäuser stellt neben der ambulanten medizinischen Versorgung der niedergelassenen Ärzte/innen, die zweite Säule im professionellen medizinischen Versorgungssystem der Bundesrepublik dar. Welche medizinischen Versorgungsleistungen (Fachabteilungen) in welchem Umfang (Bettenanzahl), wo (Krankenhausstandort) und wie (Versorgungsstufe) vorgehalten werden müssen, regelt ganz wesentlich der Krankenhausplan eines Bundeslandes.

**Abb. 42: Die Lübecker Krankenhäuser in den Versorgungsstufen des Krankenhausplans, 1990**

Quelle: Krankenhausplan des Landes Schleswig- Holstein, 1990

Nach den Planungsgrundsätzen des Krankenhausplans des Landes Schleswig-Holstein lassen sich die Lübecker Krankenhäuser in die vier Versorgungsstufen begrenzte Regelversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Zentralversorgung einteilen (siehe **Abbildung 42**). Zudem verfügt Lübeck über zwei Fachkrankenhäuser, die keiner Versorgungsstufe zugeordnet sind, weil diese Krankenhäuser nur Patienten/Innen mit bestimmten Krankheiten aufnehmen.

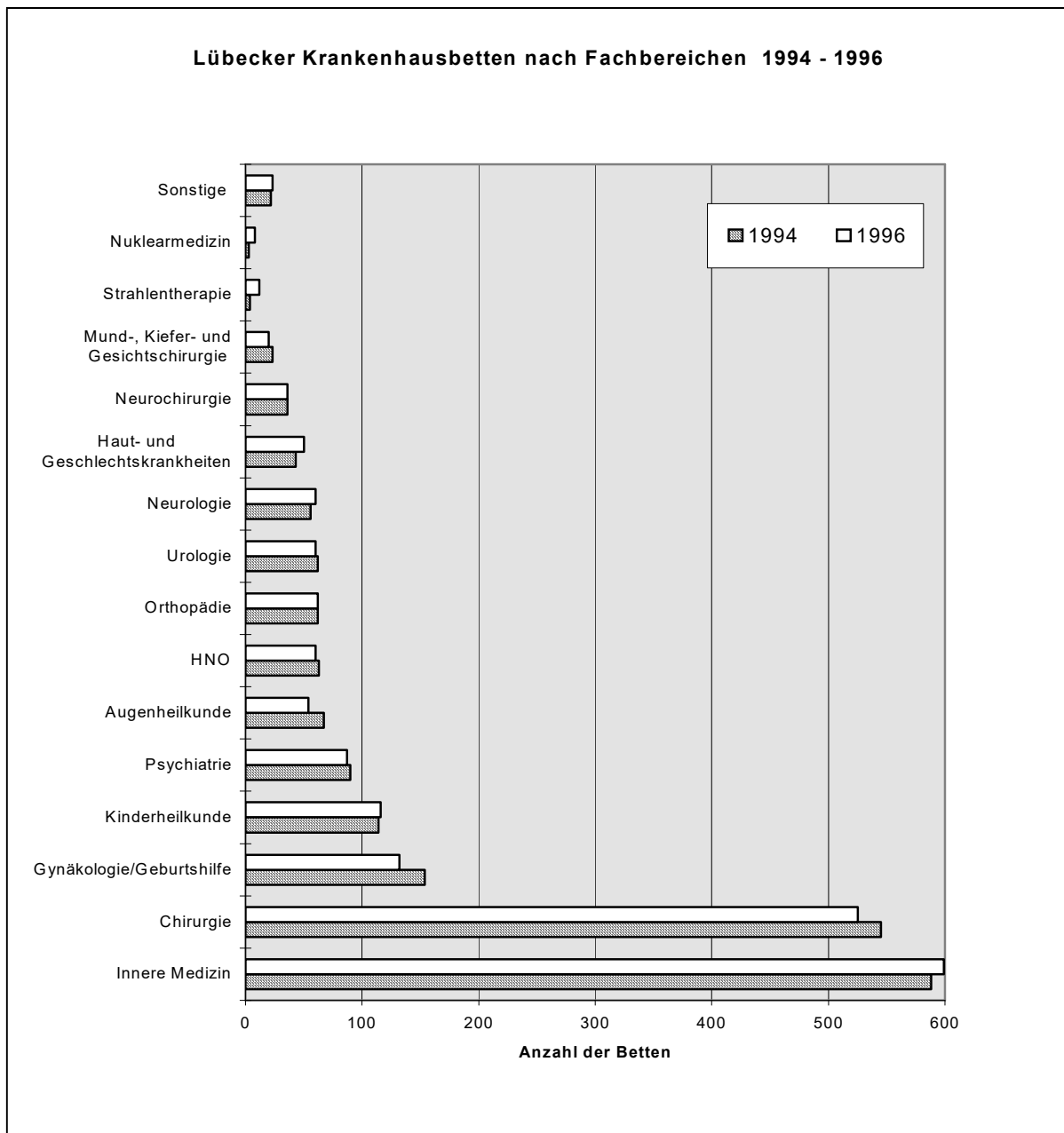
Obwohl die städtischen Krankenhäuser Priwall und Süd über keine Fachabteilungen für Gynäkologie/Geburtshilfe bzw. Pädiatrie und Neonatologie verfügen, werden sie aufgrund ihres umfangreichen fachmedizinischen Versorgungsangebotes trotzdem in entsprechend hohe Versorgungsstufen eingeordnet. Die Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe sind in Lübeck traditionell im Kinikum der Medizinischen Universität (ehemals Krankenhaus Ost) und in den Belegkrankenhäusern angesiedelt. Weil der fachspezifische Versorgungsbedarf durch diese Krankenhäuser hinreichend gedeckt ist, erübrigt sich die Bereitstellung eines entsprechenden Versorgungsangebotes durch die städtischen Krankenhäuser.

Alle Lübecker Krankenhäuser verfügen über die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie, die quasi die Grundlage eines jeden Krankenhauses bilden. Je nach Versorgungsauftrag des Krankenhauses sind diesem Mindeststandard zusätzliche Fachabteilungen angegliedert. So besitzt das städtische Krankenhaus Priwall noch die Fachabteilung Orthopädie und das Krankenhaus Süd hat eine Fachabteilung für Urologie. Das Belegkrankenhaus Rotes Kreuz verfügt - wenn auch nicht hauptamtlich geleitet - zusätzlich zur Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe über die Fachabteilungen HNO-Heilkunde und Urologie, während das Marienkrankenhaus außerdem noch eine Fachabteilung für Augenheilkunde besitzt.

Das umfangreichste Versorgungsangebot stellt entsprechend seinem Auftrag das Kinikum der Medizinischen Universität. Als Krankenhaus der Zentralversorgung verfügt es über alle Fachabteilungen einer hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtung. Zusätzlich zu den in **Abbildung 42** dargestellten Fachabteilungen der Zentralversorgung unterhält das Kinikum der Medizinischen Universität noch eine Klinik für Kinderchirurgie, eine Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine Poliklinik für Rheumatologie.



**Abb. 43 : Lübecker Krankenhausbetten nach Fachbereichen 1994 und 1996**



Quelle: Sozialministerium Schleswig-Holstein, Krankenhausstatistik 1996

**Abbildung 43** ordnet die Krankenhausbetten dem fachmedizinischen Versorgungsspektrum der Lübecker Krankenhäuser zu. Nach der Anzahl der Betten, bilden die Fachbereiche Innere Medizin und Chirurgie den Schwerpunkt im stationären Versorgungsangebot der Lübecker Krankenhäuser. Ca. 59 % aller Lübecker Krankenhausbetten entfallen auf diese beiden Fachbereiche.

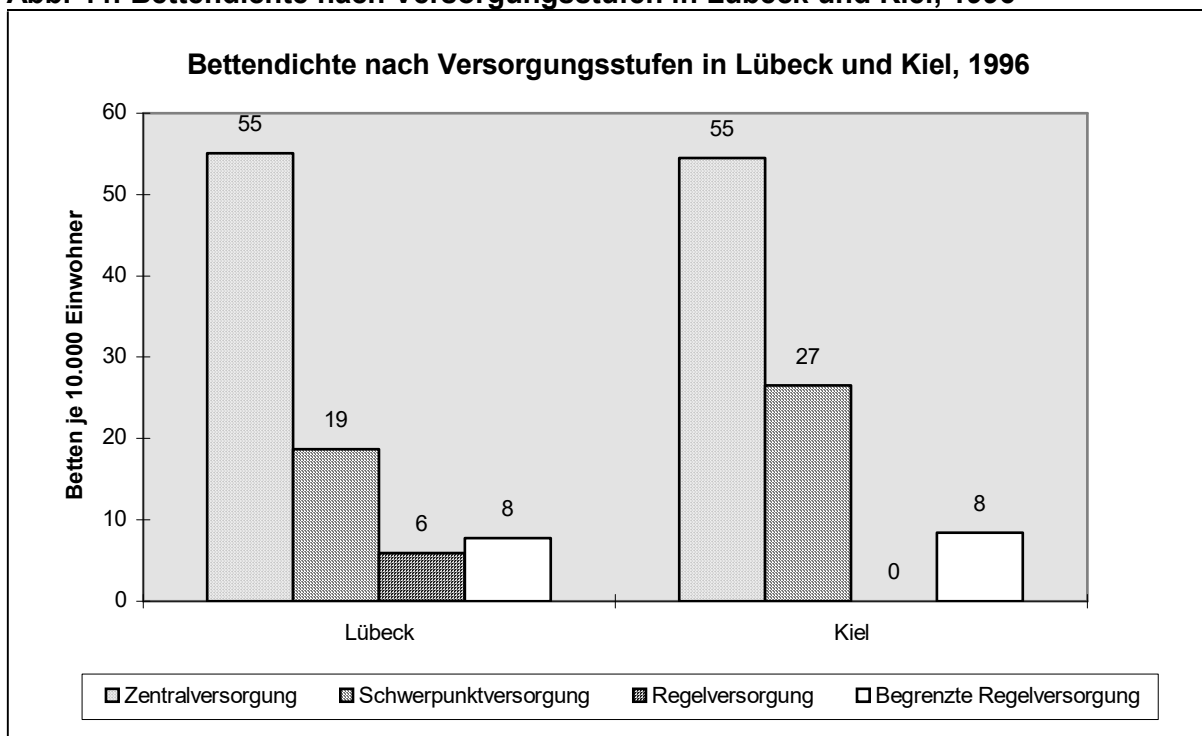
Seit 1994 ist für Lübeck ein leichter Bettenrückgang (ca. 1,5 %) zu verzeichnen, der insbesondere die Fachbereiche Chirurgie (minus 20 Betten) und Gynäkologie/Geburtshilfe (minus 22 Betten) betrifft. Hingegen ist das stationäre Versorgungsangebot der Inneren Medizin im Zeitraum 1994 bis 1996 noch ausgebaut worden. Zu den 588 Betten dieses Fachbereichs im Jahre 1994 kamen 1996 noch 11 hinzu.

Wegen der zu niedrigen Auslastung wurden im Fachbereich Augenheilkunde 1996 ca. 20 % der Betten des Jahres 1994 gestrichen. Weitere Bettenrückgänge sind für die Fachbereiche Psychiatrie, HNO, Urologie und Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie zu verzeichnen.

Aufgrund der abnehmenden durchschnittlichen Krankenhausverweildauer ist trotz Verringerung des stationären Versorgungsangebotes einzelner medizinischer Fachbereiche davon

auszugehen, daß der Versorgungsbedarf der Lübecker Bevölkerung hinreichend gedeckt ist. Dafür sprechen u.a. auch die Auslastungsgrade der in den einzelnen Fachabteilungen der Lübecker Krankenhäuser vorhandenen Betten. Bis auf den Fachbereich Orthopädie des städtischen Krankenhaus Priwall, der laut Krankenhausstatistik von 1996 einen Bettenauslastungsgrad von 101,6 % aufweist und den Fachbereich Urologie des Klinikums der Medizinischen Universität, dessen Bettenauslastungsgrad fast 100 % beträgt, sind in Lübeck keine größeren stationären Versorgungsengpässe zu erkennen.

**Abb. 44: Bettendichte nach Versorgungsstufen in Lübeck und Kiel, 1996**



Quelle: Sozialministerium Schleswig-Holstein, Krankenhausstatistik 1996

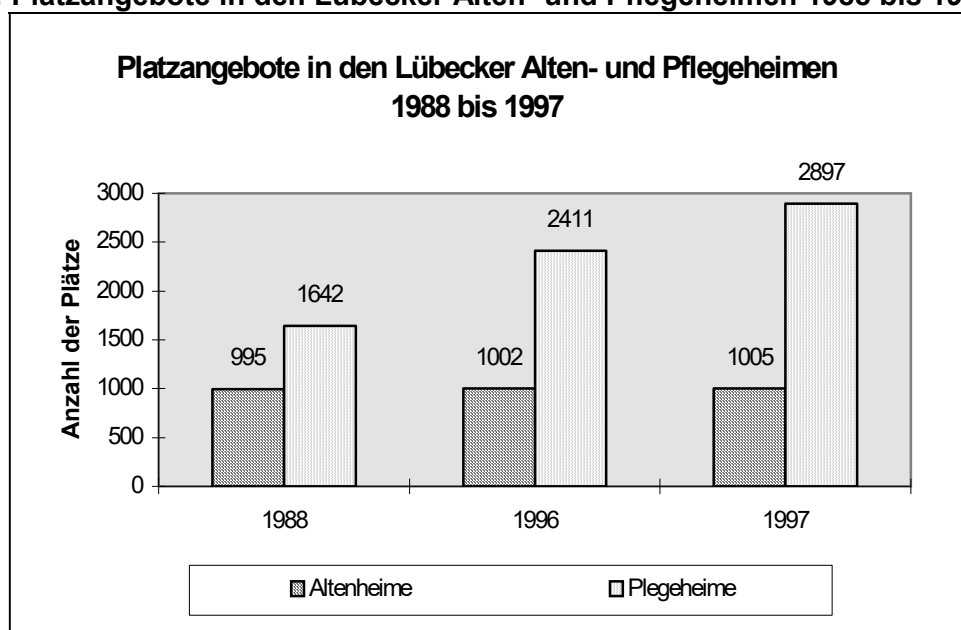
Bezogen auf die Bettendichte der unterschiedlichen Versorgungsstufen stellt sich für die Lübecker Bevölkerung eine ähnliche Versorgungssituation mit Krankenhausbetten dar, wie für die Kieler Bevölkerung. Wie **Abbildung 44** zeigt, stehen den Lübeckern und Kielern in der Zentralversorgung pro 10.000 Einwohner ca. 55 Krankenhausbetten zur Verfügung, wobei die Zentral- und Schwerpunktversorgung nicht nur den Versorgungsbedarf der jeweiligen Städte, sondern auch der umliegenden Gemeinden und Landkreise abdeckt.

Im Vergleich zu Kiel sind die Lübecker bei der Schwerpunktversorgung relativ benachteiligt, denn während die Kieler in der Schwerpunktversorgung über ca. 27 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner verfügen, hat die Stadt Lübeck in diesem Bereich nur 19 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner vorzuweisen. Ausgeglichen wird dieses Ungleichverhältnis der stationären Versorgung der Bevölkerung zum Teil durch die nur in Lübeck vorgehaltene Regelversorgung. Mit 6 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner trägt das städtische Krankenhaus Priwall dazu bei, daß das stationäre Versorgungsangebot in Lübeck annähernd so hoch ist wie in Kiel.

#### 4.2.2 Alten- und Pflegeheime

Die Versorgungssituation der älteren Menschen mit Wohn- und Pflegeplätzen hat sich in Lübeck in den letzten 10 Jahren stark gewandelt. Einerseits ist das Versorgungsangebot entsprechend dem demographischen Altersaufbau der Lübecker Bevölkerung (Zunahme der älteren Menschen) ständig ausgeweitet worden, andererseits sind neue Versorgungsarten (Seniorenwohnanlagen, betreute Altenwohnungen) entstanden, die die klassischen Versorgungseinrichtungen der Altenwohnheime zunehmend ersetzen.

**Abb. 45: Platzangebote in den Lübecker Alten- und Pflegeheimen 1988 bis 1997**



Quelle: Sozialamt Hansestadt Lübeck, Alten- und Pflegeheimübersicht, 1988 - 1996  
Ordnungsamt Hansestadt Lübeck, Heimstatistik, 1997

Während sich das Versorgungsangebot in den Lübecker Alten- und Pflegeheimen 1988 auf lediglich 2.637 Plätze belief, betrug die Anzahl der Heimplätze (ohne Behindertenheimplätze) im Jahre 1996 schon 3.413. Wie **Abbildung 45** zeigt, ist dieser Anstieg (ca. 30% ) hauptsächlich auf die Ausweitung des Pflegebereichs zurückzuführen.

Im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung wurden in Lübeck relativ viele Altenheimplätze in Pflegeheimplätze umgewandelt, wobei die Altenheimplätze wiederum durch andere Versorgungseinrichtungen (betreute Wohnanlagen) substituiert wurden. Besonders deutlich wird dieser Umwandlungsprozeß an der Anzahl der Heimplätze der Jahre 1996 und 1997. Betrug das Versorgungsangebot in den Lübecker Pflegeheimen 1996 noch 2.411 Plätze, so ist es binnen eines Jahres nochmals um 20 % auf 2.897 Pflegeheimplätze angestiegen. Daß die Anzahl der Altenheimplätze trotz Umwandlung nicht zurückgegangen, sondern mit 1.005 Heimplätzen im Jahre 1997 gegenüber 1.002 im Jahre 1996 relativ konstant geblieben ist, liegt an der Zunahme von Wohnplätzen/Appartements in betreuten Seniorenwohneinrichtungen, wie sie im Stadtbezirk Burgtor (165 Appartements) und in Travemünde (41 Appartements) neu entstanden sind.

Für die Versorgung der Lübecker Bevölkerung mit Altenheim- und Pflegeheimplätzen bedeuten die veränderten Angebotsverhältnisse, daß für 1.000 Einwohner über 65 Jahren gegenwärtig 70 Pflegeplätze und 24 Wohnplätze in Lübeck zur Verfügung stehen, wobei anzumerken ist, daß sich das Wohnangebot durch den Neubau einer Seniorenwohnanlage im Stadtbezirk Marli/Brandenbaum nochmals leicht erhöhen wird.

Selbst wenn das Versorgungsangebot aufgrund der bestehenden Anzahl an Alten- und Pflegeheimplätzen für die Lübecker Bevölkerung laut Lübecker Altenplan (1993) als insgesamt

befriedigend bewertet werden kann, so spielt es auch eine Rolle, wo - d.h. in welchem Stadtgebiet - die Pflege- und Wohnplätze zur Verfügung stehen. Denn anders als bei der stationären Versorgung im Krankenhaus handelt es sich bei der stationären Versorgung in Heimen oder Wohnanlagen nicht um einen vorübergehenden, sondern um einen dauerhaften Aufenthalt, der von dem einzelnen Menschen um so mehr Anpassungsleistung abfordert, je größer die räumliche Distanz des Heimes bzw. der Wohnanlage zu seinem vertrauten Wohngebiet ist. Um dem Bedarf an wohnungsnahen Pflege- und Wohnplätzen entgegen zu kommen, sollte das Versorgungsangebot dort vorgehalten werden, wo anteilig zur Gesamtbevölkerung viele ältere und pflegebedürftige Menschen leben.

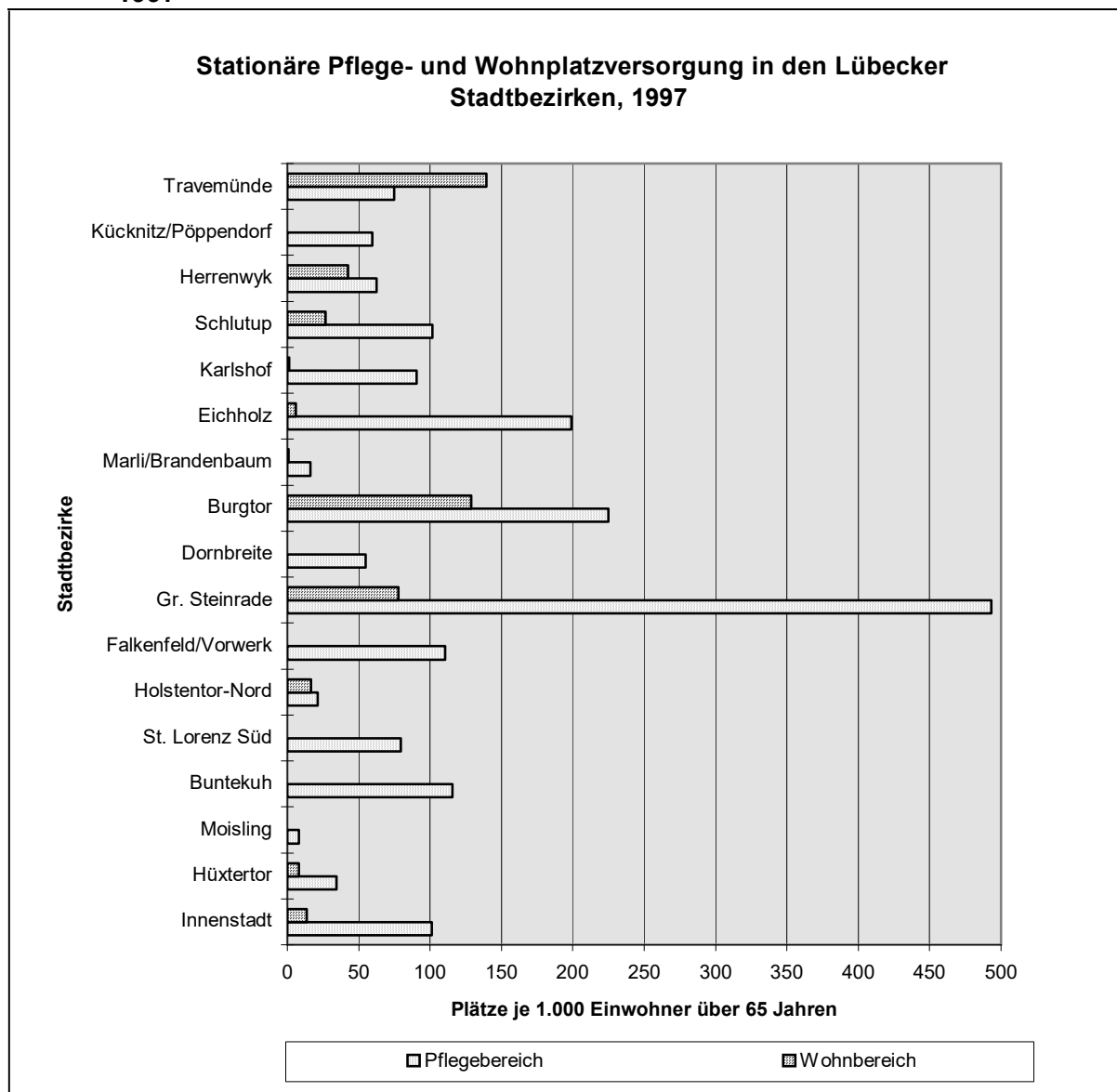
**Abb. 46: Pflegeplatzdichte in den Lübecker Stadtbezirken, 1997**

Quelle: Ordnungsamt Hansestadt Lübeck, Heimstatistik 1997

Wie **Abbildung 46** zeigt, ist das Pflegeplatzangebot in Lübeck relativ ungleich über das Stadtgebiet verteilt. Während für die ältere Bevölkerung in Strecknitz, Dänischburg und St. Jürgen-Land keine und in Moisling und Marli/Brandenbaum nur sehr wenige Pflegeplätze zur Verfügung stehen, weisen die Stadtbezirke Falkenfeld/Vorwerk, Buntekuh, Eichholz, Burgtor und Gr. Steinrade ein großes Pflegeplatzangebot auf. Mindestens jede/r zehnte Einwohner/in über 65 Jahre kann hier in einem Pflegeheim versorgt werden. In Gr. Steinrade, dem Stadtbezirk mit der höchsten Pflegeplatzdichte (493 Pflegeplätze je 1.000 Einwohner über 65 Jahren) ist das sogar für jeden zweiten älteren Menschen möglich. Relativ unterversorgt - bezogen auf die Pflegeplatzdichte der Gesamtstadt - sind die älteren Menschen auch in Herrenwyk, Kücknitz/Pöppendorf, Dornbreite, Hüntertor und Holstentor-Nord. In diesen Stadtbezirken stehen für 1.000 Einwohner über 65 Jahren weniger als 70 Pflegeplätze zu Verfügung, wobei das wohnungsnahes Versorgungsangebot in Holstentor Nord mit 21 Pflegeplätzen je 1.000 Einwohner über 65 Jahren besonders klein ausfällt. Im Falle der Pflegebedürftigkeit sind ältere Menschen aus den genannten Stadtbezirken zu einem großen Teil auf das Versorgungsangebot anderer Stadtbezirke (z.B. in Eichholz oder Gr. Steinrade) angewiesen, wenn eine ambulante Versorgung im Wohnbereich nicht mehr möglich ist. Einer wohnungsnahen gesundheitlichen Versorgung entsprechen die regionalen Verteilungsverhältnisse des

Lübecker Pflegeplatzangebotes nicht, zumal sich die großen Versorgungseinrichtungen häufig an der Peripherie der Hansestadt Lübeck etabliert haben.

**Abb. 47: Stationäre Pflege- und Wohnplatzversorgung in den Lübecker Stadtbezirken, 1997**



Quelle: Ordnungsamt Hansestadt Lübeck, Heimstatistik, 1997

Regional ungleich versorgt, ist die ältere Bevölkerung in Lübeck auch mit Altenheimplätzen bzw. betreuten Wohnplätzen. **Abbildung 47** verdeutlicht nochmals das Übergewicht an Pflegeplätzen gegenüber Plätzen im Wohnbereich von Heimen und Seniorenwohnanlagen, das sich außer in Travemünde, wo das Verhältnis umgekehrt ist, je nach Stadtbezirk unterschiedlich stark ausnimmt. Betrachtet man die regionalen Anteilswerte des Wohnbereichs, so fällt auf, daß es ein umfangreiches Versorgungsangebot in dieser Hinsicht nur in den Stadtbezirken Travemünde, Burgtor, Gr. Steinrade, Herrenwyk und Schlutup gibt. Durchschnittlich stehen in Lübeck für 1.000 Einwohner über 65 Jahre 24 Wohnplätze zur Verfügung, die hauptsächlich auf Wohneinrichtungen der genannten fünf Stadtbezirke zurückzuführen sind. In den anderen Stadtbezirken hingegen liegt der Anteil an Altenheim bzw. betreuten Wohnplätzen weit darunter. Die Stadtbezirke Kücknitz/Pöppendorf, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, St. Lorenz Süd, Buntekuh und Moisling halten überhaupt keine Wohnmöglichkeiten in Heimen oder Wohnanlagen vor. Dies gilt ebenso für die Stadtbezirke Dänischburg, Strecknitz und St. Jürgen-Land, denen es nicht nur an betreuten Wohnplätzen (Anzahl

= 0), sondern auch an Pflegeplätze (Anzahl = 0) mangelt und die deshalb in **Abbildung 47** nicht verzeichnet sind.

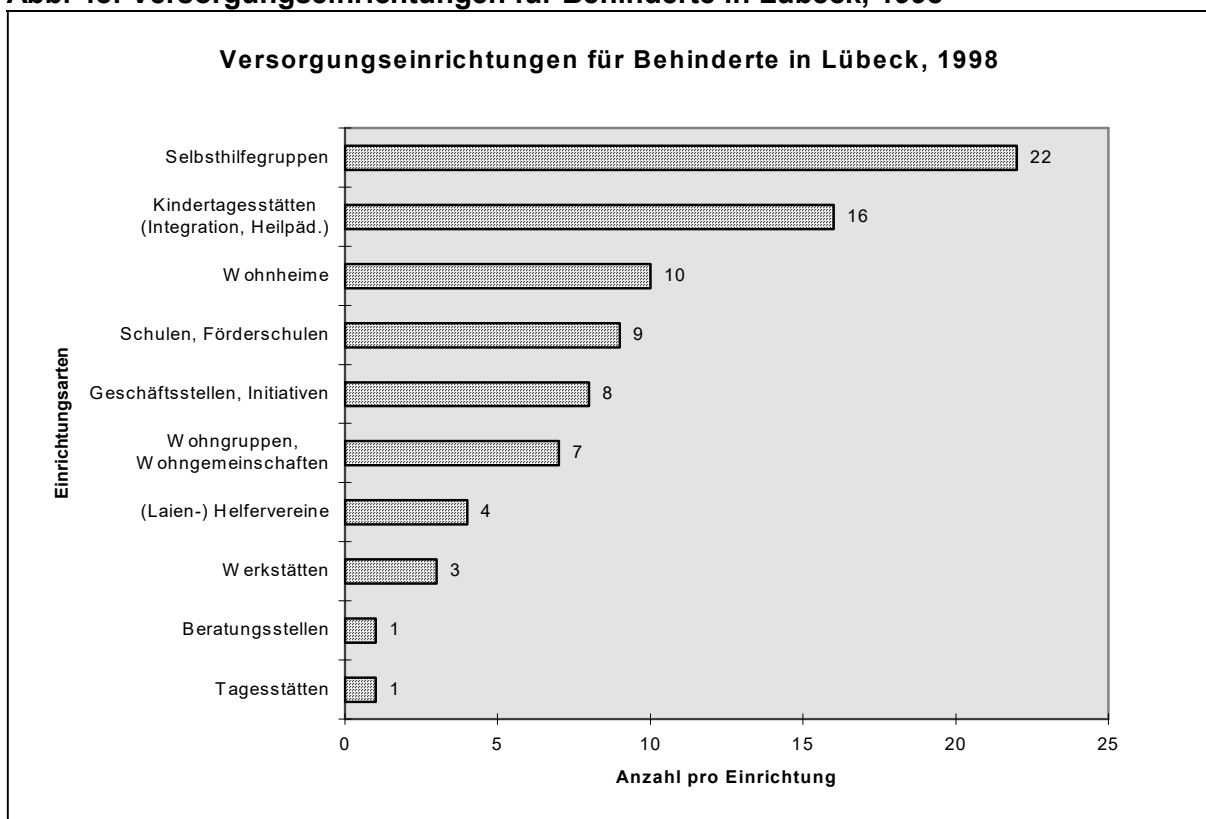
#### 4.2.3 Versorgungsangebote für Behinderte

Mit dem Versorgungsangebot für Behinderte sind Rehabilitationseinrichtungen gemeint, die dazu dienen, denjenigen Menschen zu helfen die körperlich, geistig und seelisch behindert sind. Ziel ist es diese Menschen zu befähigen ihre Behinderung oder deren Folgen zu überwinden oder ihre Fähigkeiten und Kräfte zu fördern, damit sie einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft finden.

Nach den Daten der Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein (Stand 31.12.1995) leben in Lübeck gegenwärtig ca. 23.873 Schwerbehinderte (12.328 Frauen und 11.545 Männer). Als schwerbehindert gelten Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 %. Weil in den Daten diejenigen Schwerbehinderten nicht enthalten sind, die keinen Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis gestellt haben, ist von einer noch größeren Anzahl schwerbehinderter Menschen Lübecks auszugehen. Bezogen auf den Anteil der Schwerbehinderten an der Wohnbevölkerung Schleswig-Holsteins von 7,1 % (1995) ist der Anteil der Schwerbehinderten an der Bevölkerung Lübecks mit ca. 10,9 % ohnehin schon besonders hoch.

An dieser Stelle soll allerdings lediglich ausgeführt werden mit welchem Versorgungsangebot dem Bedarf der Behinderten in Lübeck entsprochen wird. Die Frage, warum der Anteil der Behinderten in Lübeck über dem Landesdurchschnitt liegt, kann derzeit nicht beantwortet werden. Hierüber können nur spezielle Untersuchungen Auskunft geben.

**Abb. 48: Versorgungseinrichtungen für Behinderte in Lübeck, 1998**



Quelle: Fachbereich Behindertenhilfen Hansestadt Lübeck

Die beruflichen Eingliederungsmaßnahmen nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG), das alle größeren Betriebe verpflichtet, Arbeitsplätze für Schwerbehinderte zur Verfügung zu

stellen besitzen wegen ihrer hohen sozialintegrativen Funktion oberste Priorität aller Maßnahmen zur Behindertenförderung. Zusätzlich gibt es noch eine Reihe weiterer Rehabilitationsmaßnahmen/-einrichtungen die den Behinderten eine gesellschaftliche Gleichstellung ermöglichen sollen.

Nicht alle Einrichtungsarten der Behindertenrehabilitation sind auf kommunaler Ebene vertreten. Berufsbildungswerke - wie das „Bugenhagen Berufsbildungswerk“ in Timmendorfer Strand - haben einen überregionalen Charakter. Die Standorte und Kapazitäten der Berufsbildungswerke werden zwischen dem Bund und den Ländern abgestimmt.

Aber auch Lübeck besitzt berufliche Integrationseinrichtungen für behinderte Menschen, die wegen der Art oder der Schwere ihrer Behinderung nicht - oder noch nicht - auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Die größte Lübecker Organisation der in **Abbildung 48** dargestellten Werkstatteinrichtungen bilden die „Marli-Werkstätten“. Ungefähr 500 behinderte Menschen finden hier einen Arbeitsplatz oder erhalten die Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit, gefolgt von den Werkstätten für Behinderte (WfB) in den Vorwerker Heimen mit 440 Arbeitsplätzen und der Tremser Werkstatt mit 30 Arbeitsplätzen für Blinde und Sehbehinderte.

Geht man nach der Anzahl der staatlich geförderten Einrichtungen, dann liegt der Schwerpunkt der Behindertenversorgung im Erziehungs- und Bildungsbereich. Für behinderte Kinder und Jugendliche stehen in Lübeck 16 Kindertagesstätten mit 73 Plätzen, 1 Tagesstätte mit 30 Plätzen und 9 Schulen zur Verfügung (3 Förderschulen für geistig Behinderte mit 204 Plätzen, 1 Förderschule für Körperbehinderte mit 117 Plätzen, 1 Sprachheilgrundschule mit 187 Plätzen und 4 Schulen für Lernbehinderte mit 596 Plätzen). Ebenfalls zu erwähnen ist die Einrichtung der mobilen Frühförderung der Marli-Werkstätten, die dazu beitragen soll, daß bei Säuglingen und Kleinkindern drohende oder vorhandene Behinderungen so früh wie möglich abgebaut bzw. gemildert werden.

Das Wohnen zählt zu den Grundbedürfnissen des menschlichen Daseins. Daß behinderte Menschen aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen oft nicht mit den üblichen Wohnstandards leben können, sondern spezielle Wohnausstattungen bzw. Wohnformen bedürfen, ist allgemein anerkannt.

Je nach Art und Schwere ihrer Behinderungen stehen den behinderten Menschen in Lübeck dafür unterschiedliche Einrichtungen zur Verfügung. Die meisten Behinderten, vorwiegend ältere, körperlich behinderte Menschen, beanspruchen allerdings keine der in **Abbildung 48** aufgeführten Wohnformen, sondern werden im eigenen Haushalt mit pflegerischen und hauswirtschaftlichen Maßnahmen unterstützt. Für behinderte Menschen, die ihre tägliche Lebensführung nicht völlig selbständig meistern können, gleichwohl aber in einer eigenen Wohnung oder einem eigenen Zimmer in Wohngemeinschaften wohnen wollen, existiert zudem das Versorgungsangebot des „Betreuten Wohnens“.

Viele, vorwiegend ältere, geistig Behinderte sind jedoch auf das Betreuungsangebot einer vollstationären Einrichtung angewiesen, die die notwendigen Hilfen jederzeit, sowohl am Tag als auch nachts, sicherstellen kann. Um diesem Versorgungsbedarf, der sich hauptsächlich aus den Beschäftigten der Werkstätten für Behinderte rekrutiert, gerecht zu werden, stehen in Lübeck 10 Wohnheime mit 674 Plätzen zur Verfügung. Eine Mischform aus dem Angebot des „Betreuten Wohnens“ und des Wohnheims bilden die 7 teilstationär versorgten Behindertenwohngruppen der Marli-Werkstätten und der Vorwerker Heime in denen gegenwärtig ca. 80 behinderte Menschen leben.

Angesichts der Vielfalt der Problemlagen liegt es nahe, daß sich behinderte Menschen oder ihre Angehörigen auch in unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zusammenschließen, um mit anderen Betroffenen Informationen und Erfahrungen auszutauschen, die das Leben mit einer Behinderung erleichtern. Die Beratungsstelle im Bereich „Behindertenhilfen“ der Hansestadt Lübeck schätzt, daß es ungefähr 22 Selbsthilfegruppen/-einrichtungen von und für Behinderte in Lübeck gibt..



Mit den in **Abbildung 48** aufgeführten 8 Geschäftsstellen bzw. Initiativen sind Vereine und Verbände wie der Reichsbund, der Bund der Hirngeschädigten und der Verein zur Förderung körperbehinderter Kinder gemeint, die ihre behinderten Mitglieder u.a. auch mit professionellen Beratungsangeboten versorgen.

### **4.3 Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen**

Neben dem professionellen System der Gesundheitsversorgung gibt es noch zahlreiche Hilfesysteme, die sich um den Schutz, den Erhalt, die Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit der Bevölkerung bemühen. Weil die darin handelnden Personen in der Regel über keine medizinische Ausbildung verfügen, wird dieser gleichwohl sehr wichtige Teil der Gesundheitsversorgung auch als Laiensystem bezeichnet. Einen Bereich des Laiensystems bilden die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Sie haben das Ziel, sich oder anderen bei der Lebensbewältigung im Alltag trotz schwerer Krankheit zu helfen und zu unterstützen und sind primär an bestimmten Krankheitsbildern orientiert.

Selbsthilfegruppen sind lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich ohne professionelle Hilfe auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen oder psychischen Problemen richten, von denen entweder sie selbst oder ihre Angehörigen betroffen sind. Häufig bestehen die Selbsthilfegruppen in Form von Gesprächszirkeln die je nach Interessenslage und Bestandsdauer der Gruppe aus 6 bis 12 Personen besteht. Weil persönliche Probleme und Konflikte besser in kleinen als großen Gruppen bearbeitet bzw. besprochen werden können, sind größere Selbsthilfegruppen selten.

Gegenüber den Selbsthilfegruppen sind die Menschen in Selbsthilfeorganisationen relativ fest als Mitglieder in Vereinen und Verbänden zusammengeschlossen. Zum überwiegenden Teil haben sie sich bereits zu bundesweiten Organisationen mit Landes- und Ortsgruppen entwickelt. In Selbsthilfeorganisationen - wie z.B. dem „Sozialverband Reichsbund“ oder der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelkrankheiten“ - werden Mitglieder zu medizinischen, juristischen, sozialen und persönlichen Problemen individuell beraten und es findet eine Interessenvertretung für die Betroffenen statt.

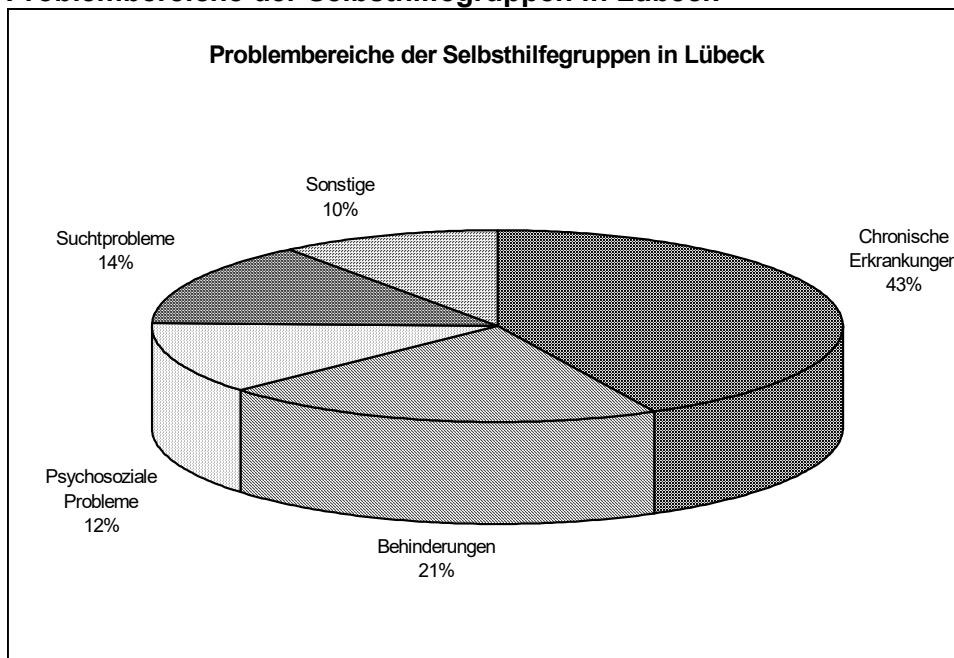
Die wichtige Rolle der Selbsthilfe zur Deckung des Bedarfs an gesundheitlichen Versorgungsleistungen wird schon in den Zielen der WHO ausdrücklich erwähnt. Auch in Lübeck haben sich die Selbsthilfeeinrichtungen zu einer wesentlichen und nicht mehr wegzudenkenden Ergänzung des professionellen Gesundheitsversorgungssystems entwickelt. Im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich betätigen sich in Lübeck gegenwärtig mehr als 110 Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen. 1990 wurden erst rund 60 Selbsthilfeeinrichtungen gezählt. Die Anzahlen der Personen, die in den einzelnen Selbsthilfeeinrichtungen mitarbeiten ist nur in etwa bekannt. Der Natur der Selbsthilfebewegung folgend sind diese auch laufenden Schwankungen und Veränderungen unterworfen. Folgt man den Schätzungen der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen im Gesundheitsamt (KISS), so dürften in Lübeck zwischen 2.000 bis 3.000 Bürger/innen im Selbsthilfebereich engagiert sein.

Zur Koordination und Unterstützung der Lübecker Selbsthilfeeinrichtungen hat das Gesundheitsamt bereits 1989 die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen geschaffen und mit einer vollen Planstelle für eine sozialpädagogischen Fachkraft ausgestattet. Hauptziel der Kontaktstelle ist die Verbreitung und Förderung des Selbsthilfegedankens bei den Betroffenen, deren Angehörigen und den Experten/innen. Die KISS informiert Interessierte, vermittelt Kontakte zu bestehenden Gruppen und berät bei der Gründung neuer Gruppen. Mittels Vorträgen, Veranstaltungen (z.B. Selbsthilfetage) und Veröffentlichungen (Selbsthilfezeitung, redaktionelle Beiträge in der Tages- und Stadtzeitung) unterstützt die KISS die Selbsthilfegruppen auch in der Öffentlichkeitsarbeit.

Betrachtet man in **Abbildung 49** das Spektrum der Problemfelder, denen sich die Selbsthilfeeinrichtungen widmen, so wird deutlich, daß die chronischen Erkrankungen am häufigsten vertreten sind (43 %).

Zu den bestehenden Selbsthilfeeinrichtungen dieses Problembereiches sind - entsprechend der Zunahme der chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung - im Laufe der letzten 10 Jahre noch weitere Gruppen und Organisationen zu speziellen Krankheitsbildern hinzugekommen.

**Abb. 49: Problembereiche der Selbsthilfegruppen in Lübeck**



Quelle: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen im Gesundheitsamt Lübeck

Je nachdem wie verbreitet eine chronische Krankheit ist, sind einige Krankheitsbilder auch mehrfach durch Selbsthilfeeinrichtungen vertreten. Um die alltägliche Daseinbewältigung z.B. von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen bemühen sich in Lübeck die „Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V.“, die „Eltern rheumakrankter Kinder und Jugendlicher“ und die Selbsthilfegruppe „Young Rheumies“. Selbstverständlich können hier nicht alle Selbsthilfeeinrichtungen benannt werden, nur soviel sei gesagt, daß in Lübeck fast zu jeder verbreiteten chronischen Erkrankung mindestens eine Gruppe oder Organisation besteht und über die KISS erreicht werden kann.

Ebenfalls relativ stark in Selbsthilfesystem organisiert sind die Menschen mit Behinderungen. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, existieren in Lübeck derzeit 22 Selbsthilfeeinrichtungen für Behinderte. Einige dieser Einrichtungen widmen sich speziellen Anliegen von Behinderten wie z.B. der Rollstuhl-Sportclub „Hanse Lübeck e.V.“, der sich hauptsächlich für die sportliche Betätigung von körperbehinderten Menschen im Rollstuhl einsetzt. Andere Behindertenselbsthilfeeinrichtungen wiederum richten ihre Gemeinschaftsinteressen an der Art der jeweiligen Behinderung aus. So gibt es z.B. Angebote für Stotterer, Legastheniker, Schwerhörige, Gehörlose und Blinde.

Die Behindertenselbsthilfegruppe „Eltern gegen Aussonderung behinderter Kinder“ verkörpert eine besondere Form des Selbsthilfedankens. Wie der Name bereits sagt, geht es diesen Angehörigen von behinderten Kindern hauptsächlich um das gesellschaftspolitische

Anliegen der Integration und erst in zweiter Linie um den Austausch individueller Hilfen für die Bewältigung von Problemen.

Von großer Bedeutung sind - angesichts der wachsenden Zahl von Drogenabhängigen (legale und illegale Drogen) - die Selbsthilfeeinrichtungen, die sich mit dem vielschichtigen Problemen der Suchtbewältigung auseinandersetzen. Im Bereich Suchtprobleme sind der KISS 15 Selbsthilfeeinrichtungen bekannt. Bis auf drei Ausnahmen befassen sich alle diese Selbsthilfeeinrichtungen direkt oder indirekt mit dem zahlenmäßig größten Problem des Alkoholabhängigkeit. Die anderen Selbsthilfeeinrichtungen widmen sich der Spiel- und Eßsucht von Menschen. Zu dem Thema Sucht hat das Gesundheitsamt einen Sonderbericht herausgegeben, der die Problematik dieser Erkrankung in Lübeck eingehend behandelt.

Nicht immer, aber immer häufiger, haben psychische Probleme auch einen sozialen Bezug wie z.B. bei einer Trennung oder Scheidung, bei Arbeitslosigkeit, bei einem familiären Sterbefall oder bei Opfern von Gewalttaten. Infolgedessen gibt in Lübeck nicht nur Selbsthilfeeinrichtungen zu psychischen Erkrankungen - bzw. bestimmter Formen psychischer Erkrankungen wie Angstneurosen und Depressionen - sondern eben auch Selbsthilfeeinrichtungen, die vorwiegend auf die Ursache der psychischen Erkrankung abstellen. Die Selbsthilfegruppe für vergewaltigte Frauen und Mädchen ist eine dieser Selbsthilfeeinrichtungen mit direktem sozialem Bezug, die Selbsthilfegruppe Väter in Trennung/Scheidung eine weitere.

Für die chronisch psychisch Kranken existieren in Lübeck zwei Selbsthilfeeinrichtungen, nämlich der „Landesverband Schl.-H. der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.“ und das „Selbsthilfezentrum für psychisch Kranke“. Auch zum Thema der psychischen Erkrankungen wurde vom Gesundheitsamt ein spezieller Bericht erstellt, der neben dem bestehenden Versorgungsangebot auch die notwendigen Ergänzungen und Veränderungen in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung beschreibt.

Bleiben noch die Selbsthilfeeinrichtungen, die sich nicht ohne weiteres in die o.g. Kategorien einordnen lassen, weil sich diese Vereinigungen hauptsächlich sozialen Problemfeldern widmen. Gleichwohl sind Selbsthilfeeinrichtungen wie z.B. der Deutsche Kinderschutzbund e.V. oder die Selbsthilfeorganisation Sozialhilfe Lübeck e.V. bezogen auf die präventive Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung, gilt es doch gesundheitsgefährdende Verhältnisse schon im Vorwege zu erkennen und mittels gemeinschaftlicher Anstrengung abzustellen.

## Quellenverzeichnis

- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Bevölkerungsentwicklung, Lübeck 1993
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Bevölkerungsprognose 1993 - 2008, Lübeck 1993
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Erwerbstätige und Beschäftigte in der Hansestadt Lübeck, Lübeck 1993
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Stadtteilprofile, Lübeck 1992
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Stadtteilprofile, Lübeck 1997
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 1994, Lübeck 1995.
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 1995, Lübeck 1996.
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 1996, Lübeck 1997.
- Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik und Wahlen, Straßen- und Wohnplatzverzeichnis, Lübeck 1987
- Hansestadt Lübeck, Sozialamt (Hrsg.), Armut in Lübeck, Lübeck 1991
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.), Behindertenführer, Kiel 1998
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.), Landesbehindertenplan, Kiel 1995
- Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin (Hrsg.), Sozialstrukturatlas Berlin, Berlin 1995
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), Stadtdiagnose, Hamburg 1992
- Freie Hansestadt Bremen, Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.), Gesundheitsbericht Bremen 1992, Bremen 1992