

Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht

Daten, Fakten und Einschätzungen
zur gesundheitlichen Lage
der Senioren/innen in Lübeck

Impressum

- Herausgeber: Hansestadt Lübeck - Der Bürgermeister
Gesundheitsamt
Sophienstraße 2 - 8
23560 Lübeck
- Redaktion: Christa Nötzel, Dr. Michael Hamschmidt,
Detlev Hinselmann, Walter Müller
- unter Mitarbeit von: Bereich Statistik u. Wahlen, Hansestadt Lübeck
Bereich Wohnen u. SeniorInnenangelegenheiten, Hansestadt Lübeck
Insitut für Medizinische Biometrie und Statistik des Universitäts-
klinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- Auskünfte: Tel: (0451) 122 5388 / 122 5320
Fax: (0451) 122 5390
- Internet: <http://www.luebeck.de>
- Druck: Zentrale Vervielfältigungsstelle der Hansestadt Lübeck
- Auflage: 500
- Preis: € 8,- zuzüglich Porto
- Copyright: Nachdruck und Weiterverwendung des Textmaterials und der
graphischen Darstellungen (auch auszugsweise) nur mit Quellen-
angabe und vorheriger Genehmigung des Herausgebers

Vorwort

Die Lübecker Bevölkerung wird immer älter. Mit der demographischen Veränderung ist die Gesundheitspolitik vor großen Herausforderungen gestellt.

Zwar ist das Altsein nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit Krankheit und Hilfsbedürftigkeit, allein die Zunahme der Zahl der älteren, insbesondere hochbetagten Menschen in der Gesellschaft gibt jedoch Anlass zur Sorge, ob die Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems zukünftig noch ausreichend sein wird.

Die Frage nach der Gesundheit im Alter ist von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung und soll auch auf kommunalpolitischer Ebene noch mehr Beachtung finden, wobei Ziel sein muss, die im Alter gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit zu verbringen und die Lebensqualität der Lübecker Seniorinnen und Senioren zu erhöhen.

Die Hansestadt Lübeck ist seit 1989 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk. Sie hat sich damit u. a. dazu verpflichtet, über die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger zu wachen und innerhalb ihrer Handlungsspielräume alles zu unternehmen, was dem Erhalt und der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zugute kommt. Die Gesundheitsberichterstattung soll dafür die erforderlichen Informationen bereitstellen.

Um deutlich zu machen, wie es um die Gesundheit der Lübecker Seniorinnen und Senioren steht, hat das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck jetzt einen SeniorInnen-Gesundheitsbericht verfasst, den ich Ihnen hiermit vorstelle.

Neben der Betrachtung einer Reihe wichtiger Themen zur Gesundheit von älteren Menschen geht der Bericht auch auf die sozialökonomischen Lebensbedingungen der Lübecker Seniorinnen und Senioren ein, und benennt Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsprävention und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsangebote. Ich hoffe, dass die Analysen und Einschätzungen ein breites öffentliches Interesse finden und zu weiterführenden Diskussionen über die gesundheitliche Lage der Seniorinnen und Senioren in Lübeck anregen.

Dafür, dass dieser Bericht möglich wurde, danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes und allen anderen, die zum Gelingen des SeniorInnen-Gesundheitsberichtes beigetragen haben. Besonderer Dank gilt dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, speziell den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Biometrie und Statistik, welche die Grundlagen für den Datentransfer und die Datenauswertungen geschaffen haben sowie dem Bereich Statistik und Wahlen der Hansestadt Lübeck, der den Entwicklungsprozess der Datenstrukturen im Gesundheitsamt konstruktiv begleitet hat.

Lübeck, im Juli 2004

Wolfgang Halbedel
Senator

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | Einleitung | 7 |
| 2. | Allgemeine Lebensbedingungen | |
| 2.1 | Entwicklung der Lübecker Altenbevölkerung | 9 |
| 2.2 | Altenbevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken | 11 |
| 2.3 | Ausländische Senioren/innen | 14 |
| 2.4 | Allein lebende und verwitwete Senioren/innen | 16 |
| 2.5 | Einkommenslage | 18 |
| 2.6 | Altersarmut | 21 |
| 2.7 | Armutrisiko Pflegebedürftigkeit | 23 |
| 2.8 | Wohnverhältnisse | 24 |
| | Resümee / Ausblick | 27 |
| 3. | Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter | |
| 3.1 | Ältere Menschen in der stationären Behandlung | |
| 3.1.1 | Allgemeine Krankenhausanlässe | 30 |
| 3.1.2 | Herz-Kreislaufkrankungen / ICD-9 390-459 | 34 |
| 3.1.3 | Krebserkrankungen / ICD-9 140-208 und 230-239 | 36 |
| 3.1.4 | Unfälle: Verletzungen und Vergiftungen / ICD-9 800-999 | 39 |
| 3.1.5 | Erkrankungen der Verdauungsorgane / ICD-9 520-579 | 42 |
| 3.1.6 | Erkrankungen der Atmungsorgane / ICD-9 460-519 | 45 |
| 3.1.7 | Psychiatrische Erkrankungen / ICD-9 290-319 | 47 |
| 3.2 | Behinderungen | |
| 3.2.1 | Ausmaß und Art der Behinderungen | 50 |
| 3.2.2 | Schwere und Ursache der Behinderungen | 52 |
| 3.3 | Pflegebedürftigkeit | |
| 3.3.1 | Ausmaß und Schwere der Pflegebedürftigkeit | 54 |
| 3.3.2 | Pflege begründende Erkrankungen | 56 |
| | Resümee / Ausblick | 58 |
| 4. | Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter | |
| 4.1 | Lebenserwartung und Sterblichkeit | 61 |
| 4.2 | Häufigste Todesursachen bei älteren Menschen | 65 |
| 4.2.1 | Herz-Kreislaufmortalität / ICD-9 390-459 | 67 |
| 4.2.2 | Krebsmortalität / ICD-9 140–208 und 230-239 | 70 |
| | Resümee / Ausblick | 73 |

| | | |
|------------|---|----|
| 5. | Gesundheitsversorgung und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote für ältere Menschen | |
| 5.1 | Ambulante Versorgung | |
| 5.1.1 | Hausärzte/innen und Fachärzte/innen | 75 |
| 5.1.2 | Zahnärzte/innen | 78 |
| 5.1.3 | Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen | 80 |
| 5.1.4 | Ambulante Pflegedienste | 81 |
| 5.2 | Versorgung in Einrichtungen | |
| 5.2.1 | Geriatrische Klinik | 82 |
| 5.2.2 | Gerontopsychiatrische Versorgung | 83 |
| 5.2.3 | Pflegeheime | 84 |
| 5.2.4 | Geriatrische Tagesklinik und Tagespflegeheim | 86 |
| 5.3 | Sonstige Einrichtungen | |
| 5.3.1 | Pflegeberatungsstelle | 88 |
| 5.3.2 | Sozialdienste der Krankenhäuser | 89 |
| 5.3.3 | Hospizeinrichtungen | 90 |
| 5.3.4 | Sonstige | 91 |
| | Resümee / Ausblick | 92 |
| 6. | Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen | 95 |

1. Einleitung

Der vorliegende SeniorInnen-Gesundheitsbericht der Hansestadt Lübeck beschreibt die gesundheitliche Lage der älteren Menschen in Lübeck. Er knüpft an die Tradition des Lübecker Basisgesundheitsberichtes und des Lübecker Kindergesundheitsberichtes an, die Bevölkerung umfangreich und aktuell über die bestehenden gesundheitlichen Verhältnisse in Lübeck zu informieren. Dazu wurden die wichtigsten derzeit verfügbaren Gesundheits- und Sozialdaten der Lübecker Senioren/innen „zum Sprechen gebracht“.

Ziel der Erstellung des SeniorInnen-Gesundheitsberichtes ist es, Erkenntnisse über Aspekte der gesundheitlichen Lage der Lübecker Senioren/innen zu sammeln, um konkrete Empfehlungen für neue Zielsetzungen, Verbesserungen und Interventionen im Gesundheitswesen zu formulieren. Außerdem soll der SeniorInnen-Gesundheitsbericht spezielle Gesundheitsprobleme der Lübecker Senioren/innen benennen und für das kommunalpolitische Handeln entsprechende Informations- und Entscheidungshilfen bereitstellen.

Um den Leser/innen einen Einblick in die bestehenden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu geben, unter denen sich die Gesundheit der Senioren/innen in Lübeck realisiert, beginnt der Bericht mit der Beschreibung der allgemeinen Lebensbedingungen der Lübecker Senioren/innen. Um zu verdeutlichen, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht überall in Lübeck und nicht für alle Senioren/innen gleich sind, bzw. um soziale Zusammenhänge bei der Interpretation der gesundheitlichen Untersuchungsergebnisse der Senioren/innen berücksichtigen zu können, werden die Sozialdaten - wo die Datenlage dies ermöglicht - kleinräumig nach Stadtbezirken analysiert. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Daten, die belegen, wie viele Senioren/innen wo in Lübeck von Sozialhilfe leben. Auf die Sozialhilfeempfängerdichte in den Lübecker Stadtbezirken wird bei der Analyse der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen und Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen innerhalb des Berichtes immer wieder Bezug genommen.

Den Schwerpunkt des vorliegenden SeniorInnen-Gesundheitsberichts bilden die Untersuchungen zur allgemeinen gesundheitlichen Lage der Lübecker Senioren/innen. Anhand statistischer Auswertungen von Krankenhausbehandlungsdiagnosen und Todesursachen der Lübecker Senioren/innen aus den Jahren 1996 bzw. 1997 bis 1999 und Behinderungs- und Pflegebedürftigkeitsbefunden der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2001 wird aufgezeigt, wie gesund bzw. krank die Lübecker Senioren/innen sind und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen dabei im Vordergrund stehen.

Bei der Darstellung einzelner Diagnosen bzw. Befunde wird großer Wert darauf gelegt, dass die Untersuchungsergebnisse vergleichbar sind mit denen der Gesamtheit der schleswig-holsteinischen Senioren/innen, um den Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen auch im Hinblick auf andere bzw. größere Seniorenpopulationen beurteilen zu können. Im Zuge der Entwicklung einer gemeinsamen kommunalen Gesundheitsberichterstattung der Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins sollen daran anschließend zukünftig auch interkommunale Vergleiche zur gesundheitlichen Lage der Senioren/innen der benachbarten Kreise Lübecks bzw. zu den anderen kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins erfolgen.

Die Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung der Lübecker Senioren/innen bauen auf den epidemiologischen Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel auf. Mit den Darstellungen der gesundheitlichen Versorgungsangebote für Senioren/innen soll gezeigt werden, welche Möglichkeiten den Senioren/innen bei dem Erhalt, der Förderung, der Verbesserung und der Wiederherstellung ihrer Gesundheit in Lübeck zur Verfügung stehen bzw. welche Grenzen ihnen das gesundheitliche Versorgungssystem dabei auferlegt. Um bestehende Versorgungsdefizite aufzudecken und beheben zu können werden die quantitativen Aspekte (wie z. B. die Anzahl der Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin) und die Strukturen der

Inanspruchnahme bzw. der Erreichbarkeit der gesundheitlichen Versorgungsangebote für Senioren/innen eingehend untersucht.

Die Inhalte des vorliegenden SeniorInnen-Gesundheitsberichtes wurden ganz wesentlich dadurch bestimmt, ob und in welcher Qualität zu bestimmten Themen Daten zur Verfügung standen. Gesundheitsdaten unterliegen in Deutschland strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, werden oft dezentral erfasst und sind deshalb für epidemiologische Auswertungen auf kommunaler Ebene nur schwer zugänglich. Um untersuchen zu können, in welchem Maße die Lübecker Senioren/innen von den im Bericht behandelten gesundheitlichen Einschränkungen und Krankheiten betroffen sind, mussten im Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck und den Lübecker Krankenhäusern umfangreiche neue Datenstrukturen eingerichtet werden. Für die Untersuchung anderer bedeutender Krankheiten von Senioren/innen, die hauptsächlich ambulant beim niedergelassenen Hausarzt/ärztin versorgt werden, wie z. B. Rheuma und Diabetes mellitus, bestehen solche datentechnischen Voraussetzungen (noch) nicht. Zumindest in dieser Hinsicht ist der Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht später noch zu vervollständigen.

Obwohl über die sozialen Ursachen und Zusammenhänge bedeutsamer Erkrankungen des Seniorenalters vorerst nur vage Aussagen getroffen werden können, liefern die vorliegenden Gesundheitsdaten der Lübecker Senioren/innen doch ausreichende Erkenntnisse darüber wo und in welchem Umfang Handlungsbedarf besteht, um den Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen nachhaltig zu verbessern.

2. Allgemeine Lebensbedingungen

Dass die alten Menschen in Deutschland und den anderen westlichen Industriestaaten heute oft gesünder sind und ein höheres Lebensalter erreichen als noch vor hundert Jahren, ist nicht allein den Fortschritten der Medizin zu verdanken, sondern auch und besonders der Verbesserung der Lebensbedingungen.

Die Lebensbedingungen bilden die Grundlage für die Gesundheit und ein gesundes Altern. In einer differenzierten Arbeitsgesellschaft waren und sind die Lebensbedingungen jedoch nicht für alle Menschen gleichermaßen zufriedenstellend. Je nach der sozialen Schichtzugehörigkeit und der damit verbundenen Verfügbarkeit materieller und sozialer Ressourcen werden die gesundheitlichen Chancen der Menschen unterschiedlich beeinflusst.

Zahlreiche empirische Studien belegen, dass Angehörige sozialökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von Krankheiten und anderen gesundheitlichen Einbußen betroffen sind als Angehörige sozialökonomisch bessergestellter Gruppen und dass die sozialökonomischen Gesundheitsunterschiede in den vergangenen Jahrzehnten, trotz der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen, eher zu- als abgenommen haben.

Obwohl sozialökonomische Gesundheitsunterschiede im höheren Lebensalter durch die höhere Frühsterblichkeit der benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur noch abgeschwächt zum Ausdruck kommen, soll versucht werden zu klären, ob zwischen dem Gesundheitszustand und dem Sozialstatus der Lübecker Senioren/innen Zusammenhänge sichtbar werden.

Dazu werden - gemäß dem sozialökologischen Theorieansatz, der besagt, dass die soziale Differenzierung auch zur räumlichen Differenzierung führt - Sozialdaten wie z. B. Sozialhilfe- und Wohngeldempfängerdaten nach Stadtbezirken aggregiert, miteinander ins Verhältnis gesetzt und mit gleichermaßen standardisierten Gesundheitsdaten abgeglichen.

Das Gebiet der Hansestadt Lübeck gliedert sich in 10 Stadtteile und 35 Stadtbezirke. Aus methodischen Gründen (so kleinräumig wie möglich) konzentriert sich die Berichterstattung auf die Stadtbezirke. Weil die Untersuchung von Häufigkeitsverteilungen jedoch eine statistische Mindestgröße der Gebietsbevölkerung der Stadtbezirke voraussetzt, mußten ländliche Stadtbezirke mit kleinen Einwohnerzahlen zusammengefaßt bzw. anderen Stadtbezirken angegliedert werden, so daß ein räumliches Untersuchungsschema von 20 Stadtbezirken entstand. Die Abgrenzungen und Bezeichnungen dieser Stadtbezirke sind den folgenden Karten zu entnehmen.

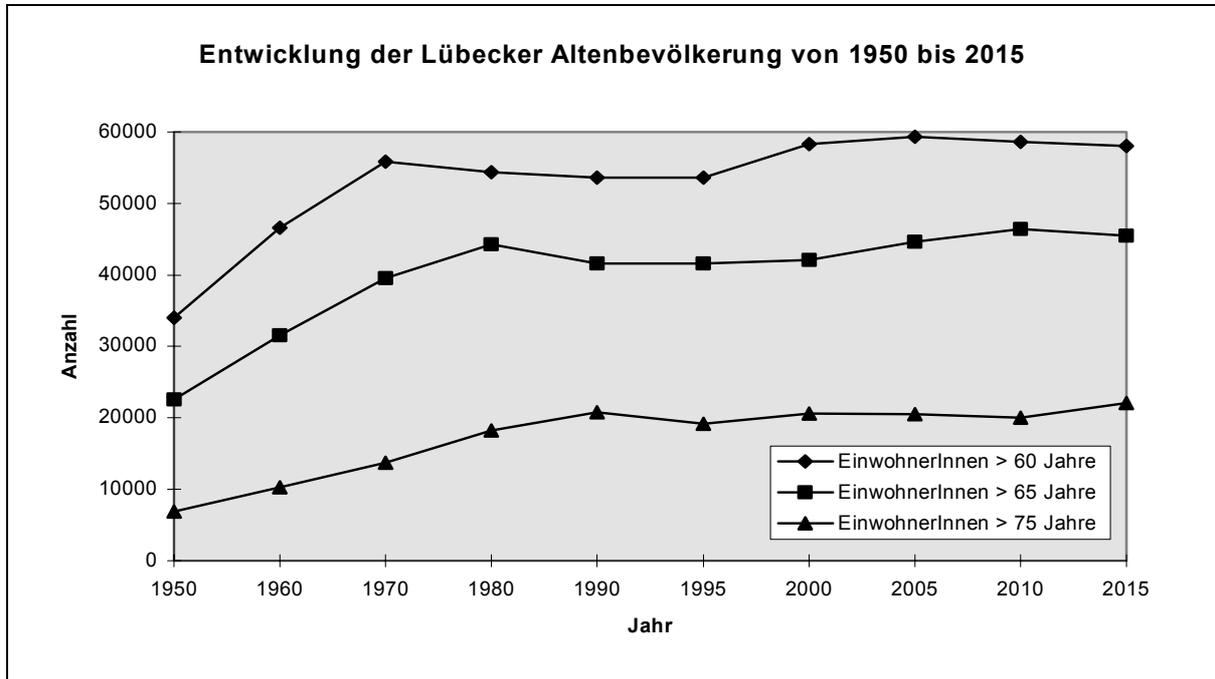
2.1 Entwicklung der Lübecker Altenbevölkerung

Die Hansestadt Lübeck ist die Stadt mit der größten Altenbevölkerung in Schleswig-Holstein. Anfang des Jahres 2004 lebten in Lübeck 214.338 Einwohner/innen, davon waren 59.887 oder 27,9 % über 60 Jahre alt. Davon wiederum waren 35.529 Frauen (59,3 %) und 24.358 Männer (40,7 %).

Die Lübecker Altenbevölkerung wird mittelfristig noch größer werden. Nach Zeiten der Stagnation von Anfang der 70-er bis Mitte der 90-er Jahre nimmt die Zahl der Lübecker Einwohner/innen im Alter von über 60 Jahren wieder deutlich zu. Von 1950 bis 2000 ist die Altenbevölkerung Lübecks insgesamt um mehr als 70 % gewachsen. Die Zahl der über 60-jährigen Einwohner/innen stieg in diesem Zeitraum von 34.006 auf 58.263 (siehe Abb. 1). Die stärksten Zuwächse hatte die Lübecker Altenbevölkerung in den 50-er und 60-er Jahren. Schon im Jahre 1970 erreichte die Lübecker Altenbevölkerung einen Spitzenwert von

55.838 Personen, der nur noch durch die Zunahmen der letzten fünf Jahre übertroffen wurde. Vom Jahre 1970 bis zum Jahre 2000 wuchs die Zahl der über 60-jährigen Lübecker/innen um ca. 4,3 %, ausgehend vom Bevölkerungsstand des Jahres 1995 nahm sie sogar um ca. 8,5 % (4.586 Personen) zu.

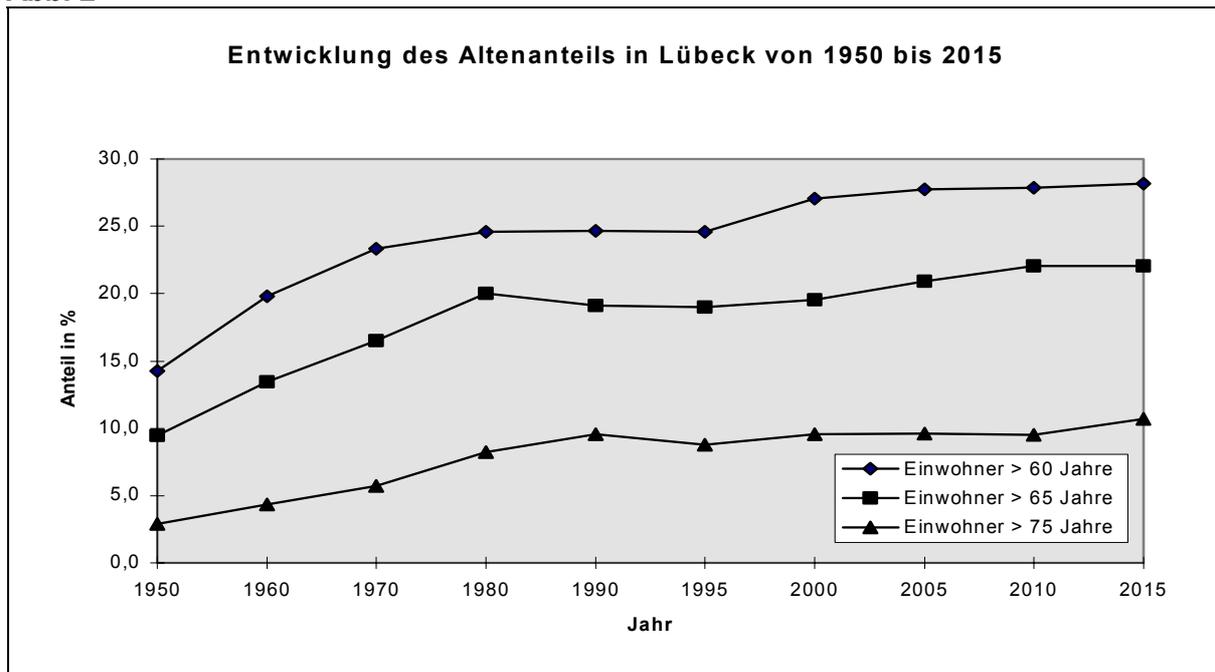
Abb. 1



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik, Fortschreibung, Melderegister, Bevölkerungsprognose,

In Zukunft wird die Altenbevölkerung Lübecks nochmals geringfügig anwachsen, um dann auf einem relativ hohem Niveau leicht abzunehmen. Nach den Ergebnissen der Lübecker Bevölkerungsprognose des Jahres 2001 des Bereiches Statistik und Wahlen der Hansestadt Lübeck steigt die Zahl der über 60-jährigen Einwohner/innen bis zum Jahr 2005 auf 59.912 und fällt bis zum Jahre 2015 auf 58.007 zurück.

Abb. 2



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik, Fortschreibung, Melderegister, Bevölkerungsprognose,

Nicht nur absolut, sondern auch prozentual - im Verhältnis zur jüngeren Bevölkerung Lübecks - gewinnt die Altenbevölkerung noch an Bedeutung. Der Altenanteil von derzeit 27,7 % kennzeichnet noch nicht das Ende des demographischen Alterungsprozesses in Lübeck. Mit Ausnahme der 80-er und frühen 90-er Jahre hat sich der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Lübecks kontinuierlich vergrößert und wird auch in den nächsten 10 bis 13 Jahren noch weiter anwachsen (siehe Abb. 1). Die stetig steigende Lebenserwartung und die seit Jahren sinkende bzw. gleichbleibende niedrige Geburtenrate bewirken, dass auch zukünftig immer mehr älteren Lübecker/innen immer weniger jüngeren Lübecker/innen gegenüber stehen werden. Entsprechend den Ergebnissen der Lübecker Bevölkerungsprognose wird sich der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Lübecks vom Jahre 2000 bis zum Jahre 2015 nochmals um ca. 1,1 % auf 28,2 % erhöhen und der Anteil der Jüngeren wird entsprechend sinken.

2.2 Altenbevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken

Die Größe der Altenbevölkerung in den Stadtbezirken leitet sich hauptsächlich aus der Zahl der Einwohner/innen der Stadtbezirke ab, denn in bevölkerungsreichen Stadtbezirken wohnen naturgemäß mehr ältere Menschen als in bevölkerungsarmen Stadtbezirken. Das zeigt sich besonders an den Stadtbezirken Hüntertor, Holstentor-Nord und Marli/Brandenbaum, die die höchsten Einwohnerzahlen und die größten Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke aufweisen, während Stadtbezirke mit niedrigen Einwohnerzahlen, wie z. B. Herrenwyk, Dänischburg und St. Jürgen Land nur relativ kleine Altenbevölkerungen haben (siehe Tab. 1). Wie stark die einzelnen Lübecker Stadtbezirke von älteren Menschen geprägt sind, lässt sich jedoch erst aus dem Verhältnis der Altenbevölkerung zur Gebietsbevölkerung der Stadtbezirke ablesen.

Tab.1

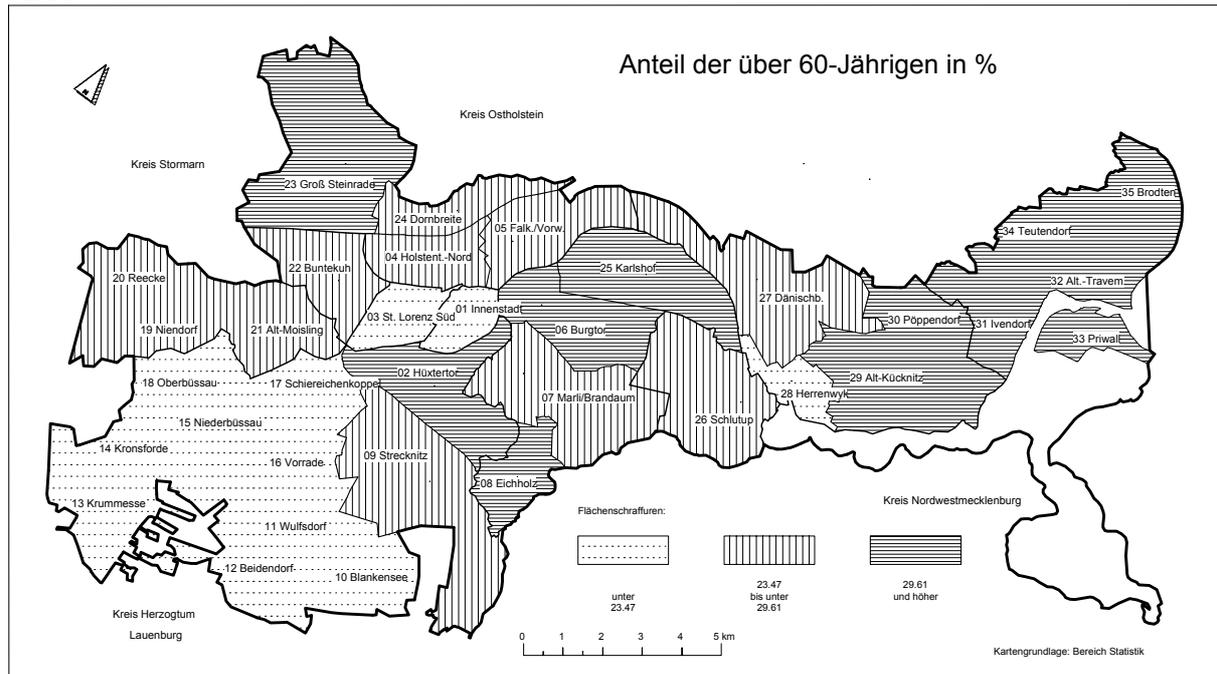
Verteilung der SeniorInnen auf die Lübecker Stadtbezirke, 2002

| Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % | Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % |
|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|
| Innenstadt | 2.310 | 17,2 | Dornbreite | 2.139 | 26,6 |
| Hüntertor | 7.953 | 30,0 | Burgtor | 2.669 | 35,7 |
| Strecknitz | 2.091 | 24,9 | Marli/Brandenbaum | 5.786 | 28,4 |
| St. Jürgen-Land | 904 | 21,8 | Eichholz | 2.474 | 30,8 |
| Moisling | 3.100 | 25,3 | Karlshof | 2.010 | 32,1 |
| Buntekuh | 2.998 | 26,1 | Schlutup | 1.661 | 28,1 |
| St. Lorenz Süd | 3.298 | 21,2 | Dänischburg | 1.276 | 28,3 |
| Holstentor-Nord | 5.150 | 25,5 | Herrenwyk | 877 | 20,6 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 2.621 | 24,0 | Kücknitz/Pöppendorf | 3.260 | 30,7 |
| Gr. Steinrade | 869 | 30,0 | Travemünde | 6.209 | 45,3 |

Quelle: Hansestadt Lübeck, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

Aufgrund der Anzahl der über 60-jährigen Einwohner/innen (7.953) hat der Stadtbezirk Hüntertor zwar die mit Abstand größte Altenbevölkerung unter den Lübecker Stadtbezirken, mit einem Altenanteil von 30,0 % liegt er aber "nur" auf dem siebten Rang der Altenanteils-skala der Lübecker Stadtbezirke. Der größte Anteil älterer Menschen findet sich in Travemünde. Hier ist bald jede/r zweite Einwohner/in (45,3 %) mehr als 60 Jahre alt (siehe Tab. 1). Dass Travemünde und andere Stadtbezirke einen im Vergleich zum städtischen Durchschnitt (27,7 %) höheren Altenanteil aufweisen, resultiert aus der Entwicklungsgeschichte der Lübecker Stadtbezirke und in zunehmendem Maße auch aus der Errichtung spezieller Wohnformen für ältere Menschen, wie am Beispiel der Pflegeplatzversorgung in den Lübecker Stadtbezirken noch zu zeigen sein wird.

Abb. 3



Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

Entsprechend der graphischen Darstellung der Verteilung der Anteilswerte der über 60-jährigen Bevölkerung gehören die Stadtbezirke Travemünde, Burgtor, Karlshof, Eichholz und Kücknitz/Pöppendorf zu den bevölkerungsältesten Stadtbezirken Lübecks, während die Stadtbezirke Falkenfeld/Vorwerk, St. Lorenz Süd, St. Jürgen-Land, Herrenwyk und die Innenstadt zu den am wenigsten von älteren Menschen geprägten Stadtbezirken Lübecks zählen. Von allen Lübecker Stadtbezirken weist die Innenstadt den geringsten Altenanteil (17,2 %) auf, und das, obwohl die Altenbevölkerung immerhin 2.310 Personen umfaßt.

Nun sind die Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke nicht nur unterschiedlich groß, sondern sie unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Altersstruktur, was bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Einschätzung des Versorgungsbedarfes der älteren Menschen in den einzelnen Stadtbezirken eine wichtige Rolle spielen kann.

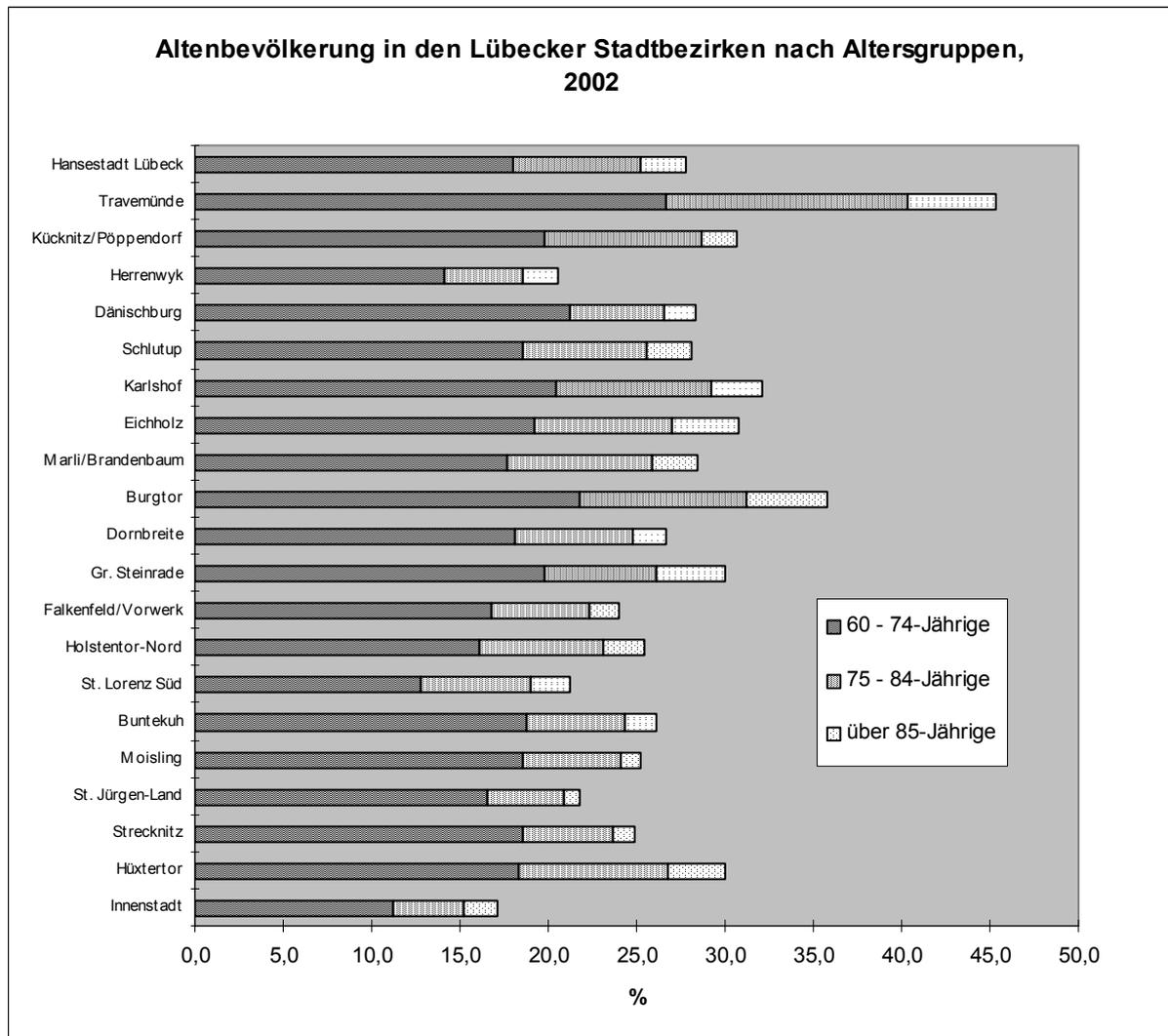
Im Allgemeinen ist die Altenbevölkerung Lübecks relativ "jung". Fast zwei Drittel (64,7 %) der älteren Lübecker/innen sind zwischen 60 - und 74 Jahre alt. Die sog. "alten Alten" (75 - 84-Jährige) stellen einen Anteil von 26,3 % und nur etwa jede/r Zehnte (9,0 %) ältere Lübecker/in gehört zur Altersgruppe der Hochbetagten (über 85-Jährige). Das Durchschnittsalter der Lübecker Senioren/innen lag im Jahre 2002 bei 71,5 Jahren.

In einigen Stadtbezirken sieht die Situation hingegen ganz anders aus (siehe Abb. 4). Travemünde z. B. hat nicht nur eine der größten Altenbevölkerungen (6.209 Personen) Lübecks, sondern auch eine überdurchschnittlich alte Altenbevölkerung. 30,1 % der älteren Menschen in Travemünde sind älter als 75 Jahre alt. Der Anteil der über 85-jährigen EinwohnerInnen an der Altenbevölkerung Travemündes liegt bei 11,0 %. Mit 72,7 Jahren ist das Durchschnittsalter der Altenbevölkerung von Travemünde das höchste in ganz Lübeck.

Auch die Altenbevölkerungen von St. Lorenz Süd, Huxtortor, Burgtor und Marii/Brandenbaum sind überdurchschnittlich alt, wobei sich die hohen Anteile "alter Alter" und Hochbetagter der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke St. Lorenz Süd und Burgtor ganz wesentlich aus PflegeheimbewohnerInnen zusammensetzen. Bei der Überalterung der Altenbevölkerung von Huxtortor und Marii/Brandenbaum handelt es sich hingegen mehrheitlich um über 75-Jährige, die in Privathaushalten leben. Die räumliche Verteilung der Pfl-

geeinrichtungen bzw. Pflegeplätze hat auf die Altersstruktur der Altenbevölkerung dieser Stadtbezirke nur einen geringen Einfluss.

Abb. 4



Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

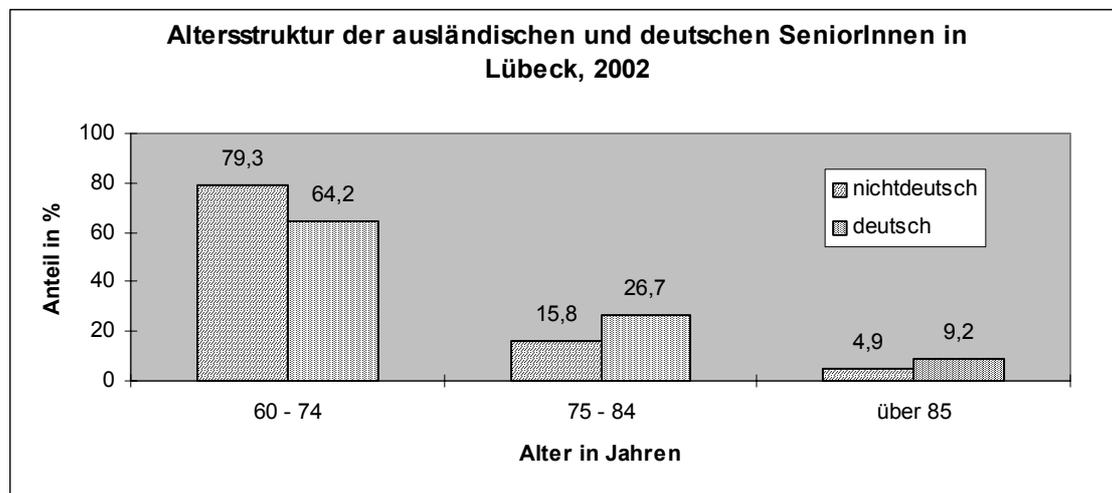
Besonders jung ist die Altenbevölkerung von Moising, Strecknitz, Dänischburg, Buntekuh und St. Jürgen Land. In diesen Stadtbezirken liegt das Durchschnittsalter der SeniorInnen (über 60-jährigen EinwohnerInnen) um mehr als 1,5 Jahre unter dem der Altenbevölkerung der Gesamtstadt (71,5 Jahre). Dementsprechend groß ist in diesen Stadtbezirken der Anteil der "jungen" Alten. Von den älteren Menschen in Moising, Strecknitz, Dänischburg, Buntekuh und St. Jürgen Land sind mindestens 72,0 % jünger als 75 Jahre alt und nur max. 21,2 % bzw. max. 6,8 % gehören den Altersgruppe der 75 - 84-Jährigen und den über 85-Jährigen an.

2.3 Ausländische Senioren/innen

Ältere Migranten/innen gehören insgesamt gesehen zu den einkommensschwachen und durch ein niedriges formales Bildungsniveau gekennzeichneten Bevölkerungsgruppen. Sie waren während ihres Arbeitslebens häufiger von Arbeitslosigkeit und starken körperlichen Arbeitsbelastungen betroffen und leben unter schlechteren Wohnbedingungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Hinzu kommt, dass ihnen ihre soziokulturellen Verhaltensweisen und Sprachprobleme den Zugang zu den gesundheitlichen Versorgungssystemen erschweren. Der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden ausländischen Einwohner/innen wird daher allgemein als schlecht eingeschätzt (zitiert aus dem dritten Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000).

Anfang des Jahres 2001 wohnten in der Hansestadt Lübeck 2.171 Senioren/innen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, davon waren 1.128 Männer (52 %) und 1.043 Frauen (48 %). Der Ausländeranteil der Altenbevölkerung liegt mit 3,6 % deutlich unter dem Ausländeranteil der Lübecker Gesamtbevölkerung von 8,4 %. Wie groß der Anteil der ausländischen Senioren/innen (ethnischen Migranten/innen) an der Altenbevölkerung Lübecks tatsächlich ist, ist aufgrund der steigender Zahl von Einbürgerungen ausländischer Einwohner/innen gegenwärtig nur schwer einschätzbar. Wahrscheinlich aber ist er um min. 2 - 3 % höher, als der, der sich auf der Basis der Daten zur 1. Staatsangehörigkeit ableitet. Die mit Abstand größte Bevölkerungsgruppe unter der ausländischen Altenbevölkerung Lübecks stellen die Türken (32,8 %), gefolgt von den Ukrainern (9,8 %), den Polen mit 8,8 % und den Bürger/innen der Russischen Föderation (5,1 %). Die anderen ausländischen SeniorInnen (43,4 %) gehören so vielen unterschiedlichen Nationalitäten an, dass sie hier nicht weiter aufgeführt werden können.

Abb. 5



Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

Im Gegensatz zu den deutschen Senior/innen sind die ausländischen Senior/innen deutlich jünger (siehe Abb. 5). Das Durchschnittsalter der ausländischen Senior/innen liegt bei 68,7 Jahren, das der deutschen bei 71,6 Jahren. Über zwei Drittel (79,3 %) der ausländischen Senior/innen sind zwischen 60 und 74 Jahre alt. Der Anteil der „alten Alten“ (75 - 84-Jährige) an der ausländischen Altenbevölkerung beträgt lediglich 15,8 % und nur 4,9 % der ausländischen Senior/innen sind älter als 85 Jahre, was mit dem relativ niedrigen Frauenanteil (48 %) der ausländischen Altenbevölkerung zusammenhängen mag.

Abgesehen von den bereits eingebürgerten „ausländischen Senior/innen“, deren genaue Zahl dem Gesundheitsamt nicht bekannt ist und die daher in die Berechnungen nicht einfließen konnten, stellen die ausländischen Senior/innen mit einem Anteil von 3,6 % eine relativ kleine Minderheit in der Lübecker Altenbevölkerung dar.

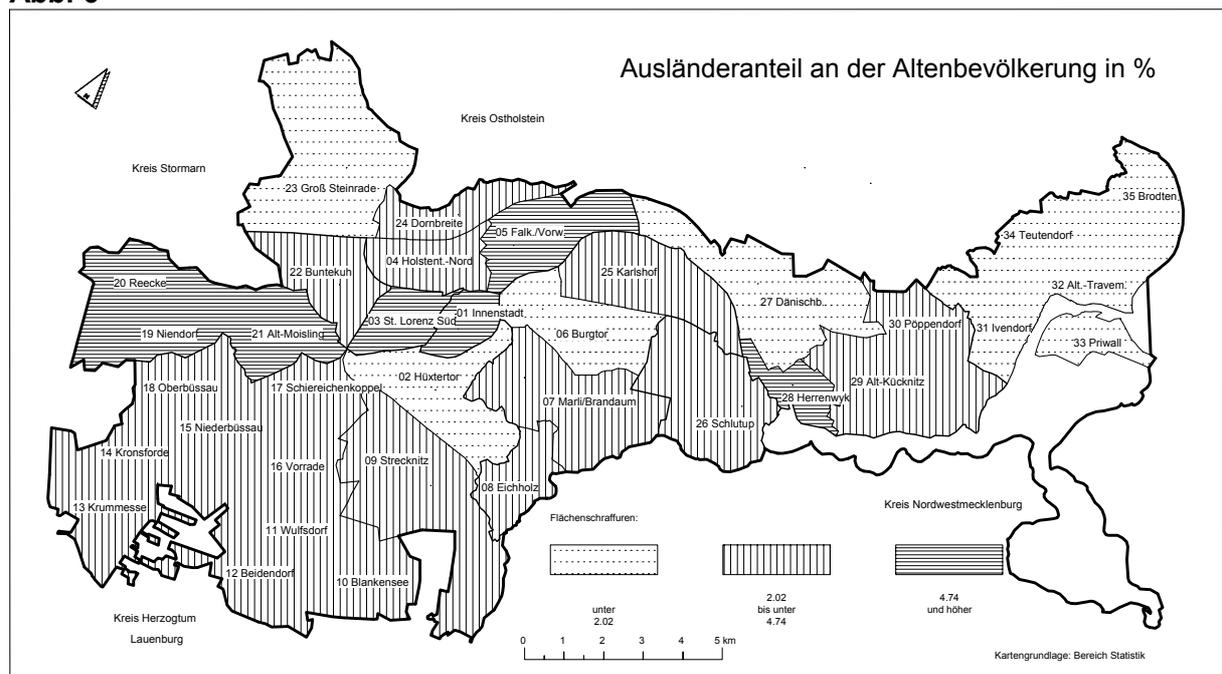
Tab. 2
Verteilung der ausländischen SeniorInnen auf die Lübecker Stadtbezirke, 2002

| Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % | Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % |
|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|
| Innenstadt | 221 | 10,9 | Dornbreite | 94 | 4,4 |
| Hüxtertor | 144 | 1,8 | Burgtor | 30 | 1,1 |
| Strecknitz | 47 | 2,2 | Marli/Brandenbaum | 143 | 2,5 |
| St. Jürgen-Land | 35 | 3,9 | Eichholz | 104 | 4,2 |
| Moisling | 239 | 7,7 | Karlshof | 45 | 2,2 |
| Buntekuh | 133 | 4,4 | Schlutup | 40 | 2,4 |
| St. Lorenz Süd | 180 | 5,5 | Dänischburg | 22 | 1,7 |
| Holstentor-Nord | 220 | 4,3 | Herrenwyk | 73 | 8,3 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 132 | 5,0 | Kücknitz/Pöppendorf | 124 | 3,8 |
| Gr. Steinrade | 7 | 0,8 | Travemünde | 108 | 1,7 |

Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

Noch kleinere Minderheiten bilden die ausländischen Senior/innen in Schlutup, Marli/Brandenbaum, Karlshof, Strecknitz, Dänischburg, Hüxtertor, Travemünde, Burgtor und Gr. Steinrade. Der Ausländeranteil der Altenbevölkerung liegt in diesen Stadtbezirken zwischen 0,8 und 2,5 %. Eine gewichtige Position haben die ausländischen Senior/innen hauptsächlich in der Innenstadt - wo ca. jede/r zehnte (10,9 %) der über 60-jährigen Einwohner/innen einer anderen Nationalität angehört - und in den Stadtbezirken Herrenwyk und Moisling mit 8,3 bzw. 7,7 % Ausländeranteil der Altenbevölkerung (siehe Tab. 2).

Abb. 6



Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

2.4 Allein lebende und verwitwete Senioren/innen

Die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen sind abhängig von ihrer sozialen Integration. Wo Kontakte und Kontaktmöglichkeiten zu Verwandten, Freunden, Nachbarn etc. fehlen und die Teilhabe an Kultur und Politik nicht besteht, drohen Isolation und Vereinsamung, die die psychische Gesundheit der älteren Menschen schwer belasten können. Zwar leiden auch zusammenlebende Senioren/innen manchmal unter Kontaktlosigkeit und Einsamkeit, für die alleinlebenden älteren Menschen dürfte das Risiko der sozialen Isolation und der Einsamkeit aber ungleich höher sein, zumal viele von ihnen das Single-Darsein nicht selbst gewählt haben, sondern durch den Tod des (Ehe-) Partners dazu gezwungen wurden.

Aus diesem Grunde, aber auch wegen der ungesicherten Versorgung im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch das Fehlen einer im Haushalt lebenden familialen Bezugsperson, sind die allein lebenden Senioren/innen gesondert zu betrachten.

Wie viele der Senioren/innen in Lübeck allein leben, ist nicht bekannt. Bekannt ist hingegen aber die Zahl derjenigen Senioren/innen, die in Ein-Personen-Haushalten wohnen. Um das Alleinleben älterer Menschen untersuchen zu können, wird die Zahl der Ein-Personen-Seniorenhaushalte mit der der allein lebenden Senioren/innen gleichgesetzt.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich der Trend zum Single-Darsein in Lübeck allgemein immer mehr verstärkt. Lebten 1970 nur 12,7 % der Lübecker Einwohner/innen in Ein-Personen-Haushalten, so waren es im Jahre 1987 bereits 20,8 %. Bis Anfang des Jahres 2002 ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte in Lübeck nochmals um 6,5 % auf 27,3 % angestiegen. Dazu haben neben anderen Bevölkerungsgruppen auch die allein lebenden Senioren/innen beigetragen. Denn die 58.826 Ein-Personen-Haushalte Lübecks (Stand 31.12.2001) begründen sich vorwiegend nicht auf allein lebende Erwachsene jüngeren und mittleren Alters, sondern besonders auf allein lebende Senioren/innen, wie der überdurchschnittliche Anteil der Ein-Personen-Haushalte der über 60-jährigen Bevölkerung von 35,7 % verdeutlicht.

Dass jede/r dritte Senior/in in Lübeck (35,7 %) zu den Alleinlebenden gezählt werden kann, gilt allerdings nur für die Gesamtstadt Lübeck. Nach Stadtbezirken differenziert, sind die Ein-Personen-Haushalte der Senioren/innen oft noch stärker verbreitet (siehe Tab. 3). Überdurchschnittlich viele allein lebende Senioren/innen gibt es in Eichholz, Marli/Brandenbaum, Burgtor, Holstentor Nord, Hüntertor und besonders in der Innenstadt. Das Spektrum der Anteile der Ein-Personen-Seniorenhaushalte dieser Stadtbezirke liegt zwischen 35,8 und 52,3 %.

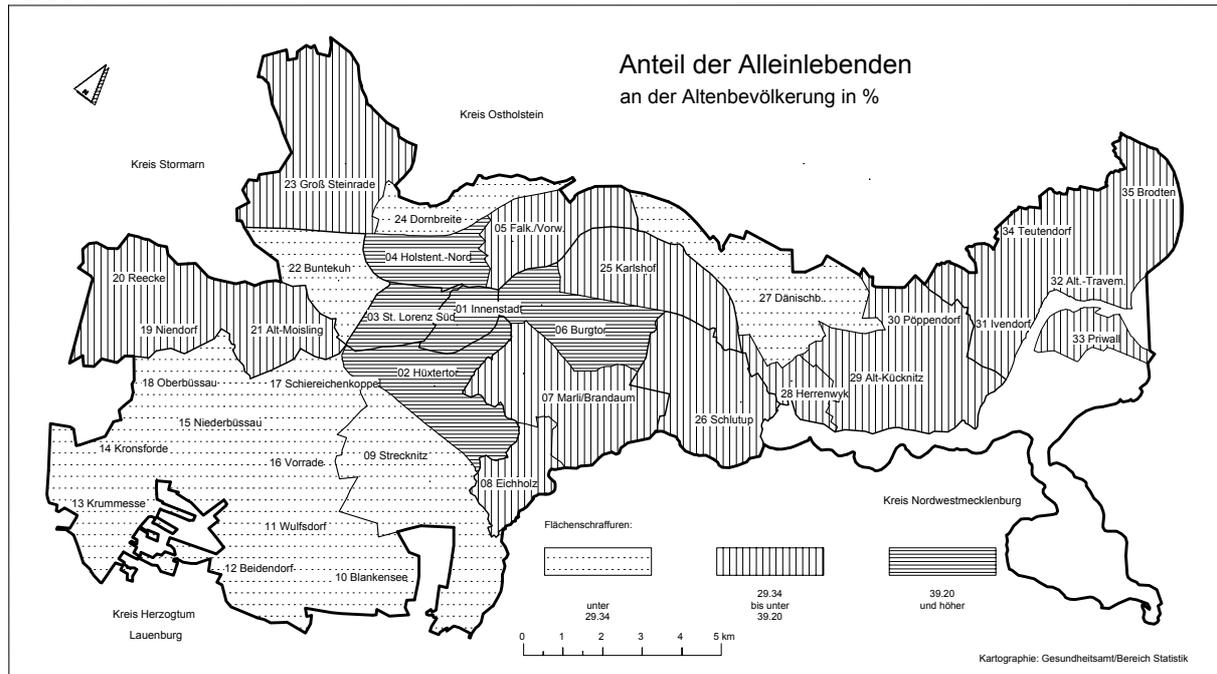
Tab. 3

Verteilung der in Ein-Personen-Haushalten lebenden SeniorInnen auf die Lübecker Stadtbezirke, 2001

| Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % | Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % |
|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|
| Innenstadt | 1186 | 52,3 | Dornbreite | 619 | 28,8 |
| Hüntertor | 3281 | 40,9 | Burgtor | 1018 | 39,3 |
| Strecknitz | 529 | 25,5 | Marli/Brandenbaum | 2280 | 39,1 |
| St. Jürgen-Land | 141 | 16,2 | Eichholz | 888 | 35,8 |
| Moisling | 910 | 29,4 | Karlshof | 601 | 30,2 |
| Buntekuh | 853 | 29,2 | Schlutup | 489 | 30,0 |
| St. Lorenz Süd | 1489 | 44,4 | Dänischburg | 250 | 19,6 |
| Holstentor-Nord | 2037 | 40,0 | Herrenwyk | 255 | 30,2 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 835 | 32,5 | Kücknitz/Pöppendorf | 1088 | 33,4 |
| Gr. Steinrade | 258 | 29,9 | Travemünde | 2127 | 34,8 |

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik, Melderegister/Haushaltegenerierungsverfahren 2001

Abb. 7



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Statistik, Melderegister/Haushalgenerierungsverfahren 2001

Der Anteil der allein lebenden Senioren/innen in den Stadtbezirken ist abhängig von den dort bestehenden Wohn- und Siedlungsstrukturen. Bei den vielen allein lebenden Senioren/innen in den Stadtbezirken Eichholz und Burgtor handelt es sich z. B. zu 30 bis 40 % um Bewohner/innen von Pflegeheimen. Von den allein lebenden Senioren/innen der Innenstadt, wie auch der anderen o.g. Stadtbezirke wohnen hingegen mindestens 80 % ausserhalb von Pflegeeinrichtungen.

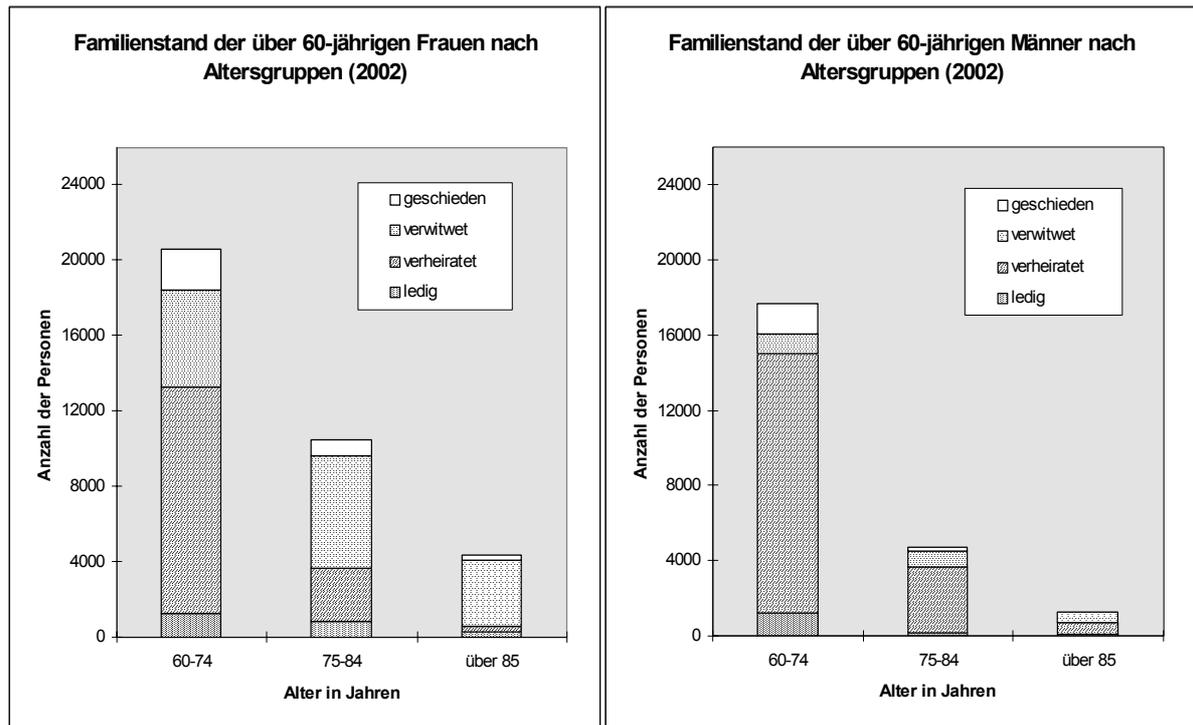
Relativ wenige allein lebende Senioren/innen finden sich in den Stadtbezirken St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Dornbreite und Buntekuh. Das Spektrum der Anteile der Ein-Personen-Seniorenhushalte dieser Stadtbezirke liegt zwischen 16,2 und 29,2 %.

Dass immer mehr zumeist jüngere Menschen allein leben, mag mit dem gesellschaftlichen Wandel zu mehr Individualismus und Selbstbestimmtheit zusammenhängen, von dem die ältere Generation aufgrund ihrer traditionellen Werthaltung jedoch weitestgehend unberührt geblieben ist. Bei dem Alleinleben der jetzigen Generation der Senioren/innen spielen die partnerschaftlichen Unabhängigkeitsbestrebungen noch keine besondere Rolle.

Die meisten Senioren/innen leben alleine, weil ihr/e Ehepartner/in verstorben ist. Von den 59.664 Lübecker Senioren/innen (Melderegister/Stand 31.12.2002) sind ca. 29 % verwitwet. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der demographischen Nachwirkungen zweier Weltkriege handelt es sich dabei hauptsächlich um Frauen (siehe Abb. 8). Gegenüber dem Anteil der Witwer bei den über 60-jährigen Männern von 10,5 % ist der Anteil der Witwen bei den über 60-jährigen Frauen mit 40,3 % fast viermal so hoch.

Wie Abb. 8 zeigt, sind von den „jungen Alten“ (60-74-Jährige) nur relativ wenige Senioren/innen (24,9 % der Frauen und 6,1 % der Männer) verwitwet. Bei der Altersgruppe der 75-84-Jährigen liegt der Anteil der Verwitweten bereits bei 57,5 % (Frauen) bzw. 18,3 % (Männer) und bei den Hochbetagten (über 85-Jährigen) sind mehr als drei Viertel der Frauen (79,9 %) und 41,6 % der Männer verwitwet.

Abb. 8



Quelle: Hansestadt Lübeck Bereich Statistik, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2002

Andere ehepartnerschaftliche Verhältnisse, die das Alleinleben begründen können, sind nur bei den jüngeren Altersgruppen der Altenbevölkerung bzw. bei den Frauen festzustellen. Von den 60-74-Jährigen ist ca. jede/r Zehnte (10,8 % der Frauen und 9,4 % der Männer) geschieden. Bei den über 85-Jährigen beträgt der Anteil der Geschiedenen hingegen nur noch 6,7 % (Frauen) bzw. 4,0 % (Männer). Der Anteil der ledigen Senioren/innen ist in der Altersgruppe der 60-74-Jährigen bei beiden Geschlechtern fast noch gleich (6,0 % Frauen und 6,9 % Männer). Von den 75-84-jährigen Frauen sind jedoch 8,4 % unverheiratet, während der Ledigenanteil der Männer dieser Altersgruppe nur 2,5 % beträgt. Selbst unter den über 85-jährigen Frauen finden sich noch relativ viele Ledige (7,0 %). Der Anteil der unverheirateten über 85-jährigen Männer liegt bei 2,8 %. Dass relativ viele von den über 75-jährigen Frauen unverheiratet geblieben sind, ist hauptsächlich auf den Frauenüberschuß bzw. die demographischen Nachwirkungen des 2. Weltkrieges zurückzuführen, in dem mehrheitlich viele Männer im heiratsfähigen Alter verstorben sind.

2.5 Einkommenslage

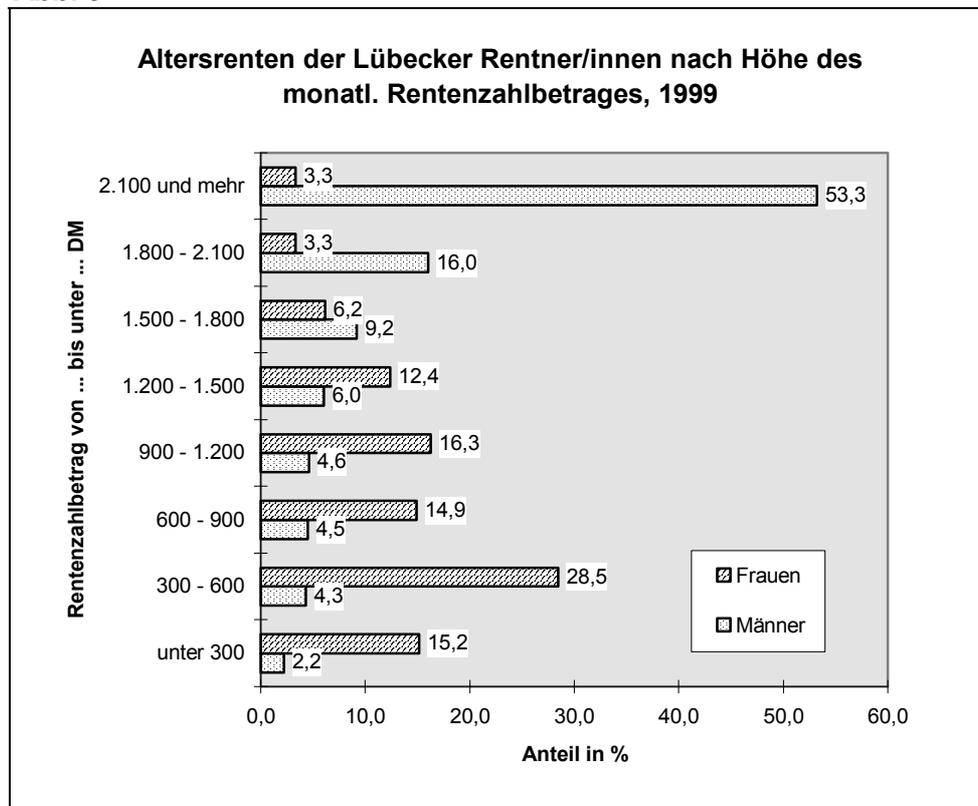
Das Einkommen gewährleistet oder begrenzt maßgeblich die Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmtheit und soziale und gesundheitliche Partizipation der Menschen. Insbesondere im Alter, wo Vitalität und Mobilität nachlassen und wo die Menschen nur noch wenige Möglichkeiten haben, ihre mit dem Alter steigenden finanziellen Bedarfe durch Anpassung und Eigenleistung zu kompensieren, kommt dem Einkommen bzw. der Einkommenslage eine zentrale Bedeutung zu.

Weil zum Zeitpunkt der Erhebung der Einkommensdaten (2001) noch die alte Währung gegolten hat, sind alle Einkommensangaben im Bericht in DM ausgewiesen.

Die Haupteinkommensquellen im Alter sind die gesetzliche Rentenversicherung und die Beamtenpensionskasse. Von den über 65-jährigen Lübecker Einwohnern/innen des Jahres 1999 bezogen 87,9 % eine Altersrente und schätzungsweise 8,3 % der Lübecker Senioren/innen dieser Altersgruppe erhielten ein Ruhegehalt nach dem Beamtenversorgungsgesetz. Der Anteil der Bezieher/innen von Witwer/enrenten - eine Rentenart die fast ausschließlich Frauen beziehen (96 % der Witwer/enrenten sind Witwenrenten) - lag im Jahre 1999 bei 33 %. Von den über 65-jährigen Seniorinnen Lübecks bezog im Jahre 1999 ca. jede Zweite (49,1 %) eine Witwenrente. Wie viele Lübecker Senioren/innen ihren Lebensunterhalt hauptsächlich oder ausschließlich durch eine Witwer/enrente bestreiten, ist nicht bekannt. Den Berechnungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Folge erhielten im Jahre 2001 26,3 % der Lübecker Bezieher und Bezieherinnen von Altersrenten zusätzlich eine Witwer/enrente. Bei den Bezieherinnen lag der Anteil derjenigen, die neben ihrer Altersrente noch eine Witwenrente bezogen, bei 38,6 %.

Angesichts einer durchschnittlichen Gesamtrente (Versicherten- und Witwer/enrente) der Lübecker Rentner/innen von 1.388,- DM (Frauen) und 2.067,- DM (Männer) im Jahre 2001 - die durchschnittliche Gesamtrente der Rentner/innen lag in Schleswig-Holstein im Jahre 2001 bei 1.277,- DM (Frauen) und 1.984,- DM (Männer) - kann die Einkommenslage der Lübecker Altenbevölkerung insgesamt als relativ zufriedenstellend angesehen werden. Dass die weibliche Altenbevölkerung Lübecks beim Rentenbezug deutlich schlechter gestellt ist als die männliche Altenbevölkerung, resultiert aus der geringeren Altersrente der Frauen. Gegenüber der durchschnittlichen Altersrente der Lübecker Männer von 2.061,- DM betrug die durchschnittliche Altersrente der Lübecker Frauen im Jahre 2001 nur 993,- DM.

Abb. 9



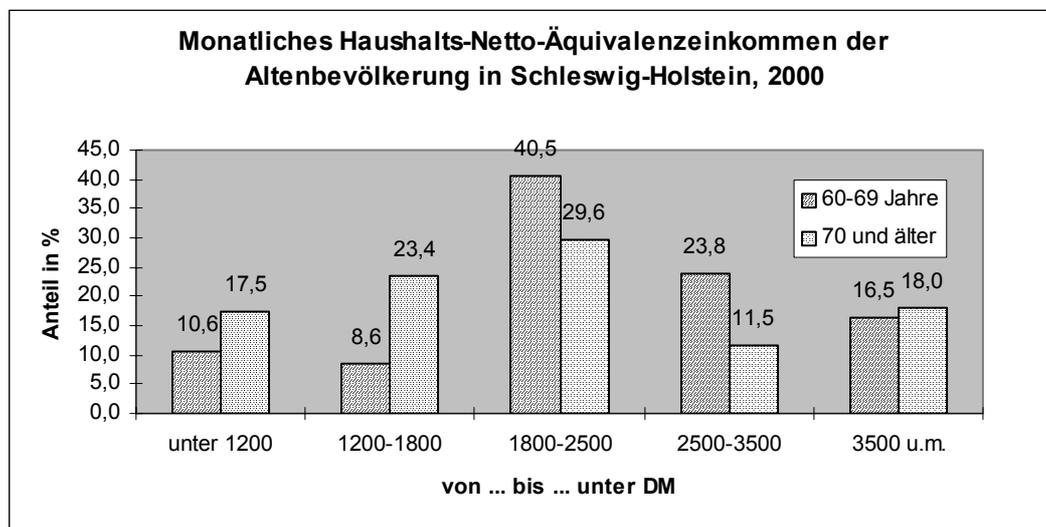
Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Sonderauswertung Rentenbestand 31.12.1999

Wie die Anteile der Rentenbezieher/innen des Jahres 1999 nach der Höhe des Rentenzahlbetrages in Abb. 9 zeigen, verfügt der Großteil der Lübecker Rentnerinnen (58,6 %) nur über eine Altersrente von weniger als 900,- DM pro Monat. Von den Rentnern haben nur

11 % eine Altersrente, die unter 900,- DM liegt. Während die Lübecker Rentnerinnen zu meist nur niedrige Altersrenten beziehen, verfügen die Lübecker Rentner hauptsächlich über höhere Altersrenten. Über die Hälfte der Lübecker Rentner (53,3 %) bezieht eine Altersrente von über 2.100,- DM und weitere 16 % der Rentner haben eine Rente von mindestens 1.800,-DM. Frauen sind in den höheren Rentenstufen kaum noch vertreten. Der Anteil der Lübecker Rentnerinnen, die über 1.800,- DM Rente beziehen, belief sich im Jahre 1999 auf nur 6,6 %.

Allein anhand der Renten bzw. Altersrenten ist die Einkommenslage der Lübecker Altenbevölkerung nur unzureichend zu klären, da andere Einkommensarten wie z. B. Pensionen, Hinterbliebenenrenten, Betriebsrenten, Einkünfte aus Vermietungen, Zinserträgen und Lebensversicherungen diesbezüglich auch eine wichtige Rolle spielen. Weil auf kommunaler Ebene zu dem Pro-Kopfeinkommen der Altenbevölkerung keine Daten vorliegen, kann die Einkommenslage der Lübecker Altenbevölkerung nur mittels der Einkommensstrukturen der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins dargestellt werden.

Abb. 10



Quelle: DIW Berlin SOEP 2000, Sonderauswertung P. Krause

Bei den Angaben zum Haushalts-Netto-Äquivalenzeinkommen der Altenbevölkerung in Abb. 10 handelt es sich nicht um reine Pro-Kopfeinkommen, sondern um bedarfsgewichtetes Pro-Kopfeinkommen, die unterstellen, dass alle Senioren/innen in Ein-Personen-Haushalten leben.

Ausgehend davon, dass die Einkommenssituation der Lübecker Altenbevölkerung mit der, der schleswig-holsteinischen Altenbevölkerung relativ identisch ist, hatte die Mehrzahl der Lübecker Senioren/innen (80,8 % der 60- bis 69-Jährigen und 59,1 % der über 70-Jährigen) im Jahre 2000 ein Einkommen von mehr als 1.800,- DM pro Monat zur Verfügung. Wie Abb. 10 zeigt, sind die älteren Senioren/innen (über 70-Jährigen) insgesamt finanziell schlechter gestellt als die jüngeren Senioren/innen (60- bis 69-Jährigen). Fast jede/r fünfte über 70-jährige Senior/in (17,5 %) musste im Jahre 2000 mit einem Einkommen von weniger als 1.200,- DM auskommen. Von den 60- bis 69-Jährigen hatten nur 10,6 % ein Niedrigeinkommen (unter 1.200,- DM). Auch in der zweit niedrigsten Einkommensstufe 1.200,- bis 1.800,- DM sind die älteren Senioren/innen häufiger vertreten als die jüngeren Senioren/innen. Mit einem Einkommen zwischen 1.200,- DM und 1.800,- DM mussten sich im Jahre 2000 nur 8,6 % der 60- bis 69-jährigen Senioren/innen bescheiden. Bei den über 70-jährigen Senioren/innen war der Anteil der Bezieher/innen der Einkommensstufe (1.200,- DM bis 1.800,- DM) fast drei mal so hoch (ca. 23,4 %). Außer bei der Ein-

kommenssstufe (3.500,- DM und mehr) sind die älteren Senioren/innen in den höheren Einkommensstufen seltener vertreten als die jüngeren Senioren/innen. Der Anteil der über 70-Jährigen, die über ein Einkommen von mehr als 3.500,- DM verfügen, war im Jahre 2000 mit 18,0 % etwas höher als der der 60- bis 69-Jährigen (16,5 %).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Einkommen bei den älteren Senioren/innen gleichmäßiger verteilt sind als bei den jüngeren Senioren/innen, mit anderen Worten, es gibt unter den über 70-Jährigen ebenso viele einkommensschwache, wie einkommensstarke Senioren/innen, während bei den 60- bis 69-jährigen diesbezüglich ein Ungleichgewicht zugunsten der Einkommensstarken besteht. Die meisten Senioren/innen, insbesondere die jüngeren Senioren/innen, verfügen über ein relativ gutes Einkommen (1.800,- DM und mehr).

Allerdings gibt es gerade unter den über 70-jährigen Senioren/innen auch viele Bezieher/innen (17,5 %) von Niedrigeinkommen (unter 1.200,-DM). Im Hinblick darauf, dass die über 70-jährigen Senioren/innen die zahlenmäßig größere Bevölkerungsgruppe der Lübecker Senioren/innen bilden, wiegt der relativ hohe Anteil der Bezieher/innen von Niedrigeinkommen dieser Altersgruppe doppelt schwer. Bezogen auf die Zahl der über 70-jährigen Lübecker Einwohner/innen hatten im Jahre 2000 ca. 5.400 über 70-jährige Lübecker Senioren/innen ein Einkommen von weniger als 1.200,- DM zur Verfügung. Dabei handelte es sich hauptsächlich um Frauen, denn zwei Drittel der Lübecker Einwohner/innen der Altersgruppe der über 70-Jährigen sind weiblichen Geschlechts.

2.6 Altersarmut

Gemäß der Definition der Europäischen Union zählt als arm, wer in einem Haushalt lebt, dessen Äquivalenzeinkommen weniger als 50 % des Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung beträgt. In Schleswig-Holstein betrug das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen der Senioren/innen im Jahre 2000 2.504,- DM. Die Armutsgrenze lag demnach bei 1.251,- DM.

Wie viele der Lübecker Senioren/innen diesbezüglich als arm zu gelten hatten, kann nicht genau beziffert werden. Ausgehend von der Verteilung des Haushalts-Netto-Äquivalenzeinkommen der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins dürften im Jahre 2000 schätzungsweise ca. 9,0 % der Lübecker Senioren/innen von Armut betroffen gewesen sein, weil ihre Einkommen unterhalb der Armutsgrenze lagen.

Nach der allgemeinen Auffassung gelten jedoch nicht die Menschen bzw. Senioren/innen als arm, die über weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Gesamteinkommens verfügen, sondern nur die, die sozialhilfebedürftig sind. Wie viele der Lübecker Senioren/innen aufgrund ihrer geringen Einkommen zum Bezug von Leistungen nach dem BSHG berechtigt sind, ist nicht bekannt. Bekannt ist lediglich die Zahl der Senioren/innen, die Sozialhilfeleistungen beanspruchen. Im Jahre 2001 (Stichtag 30.06.2001) bezogen 1.869 der über 60-jährigen Lübecker Einwohner/innen (1.177 Frauen und 692 Männer) außerhalb von Einrichtungen Sozialhilfeleistungen. Die Sozialhilfeempfängerquote der Lübecker Senioren/innen belief sich im Jahre 2001 auf 3,2 % und war damit wesentlich niedriger als die aller anderen Altersgruppen der Lübecker Bevölkerung. Zum Vergleich dazu, lag die Sozialhilfeempfängerquote der Lübecker Kinder im Jahre 2001 bei 16,7 %.

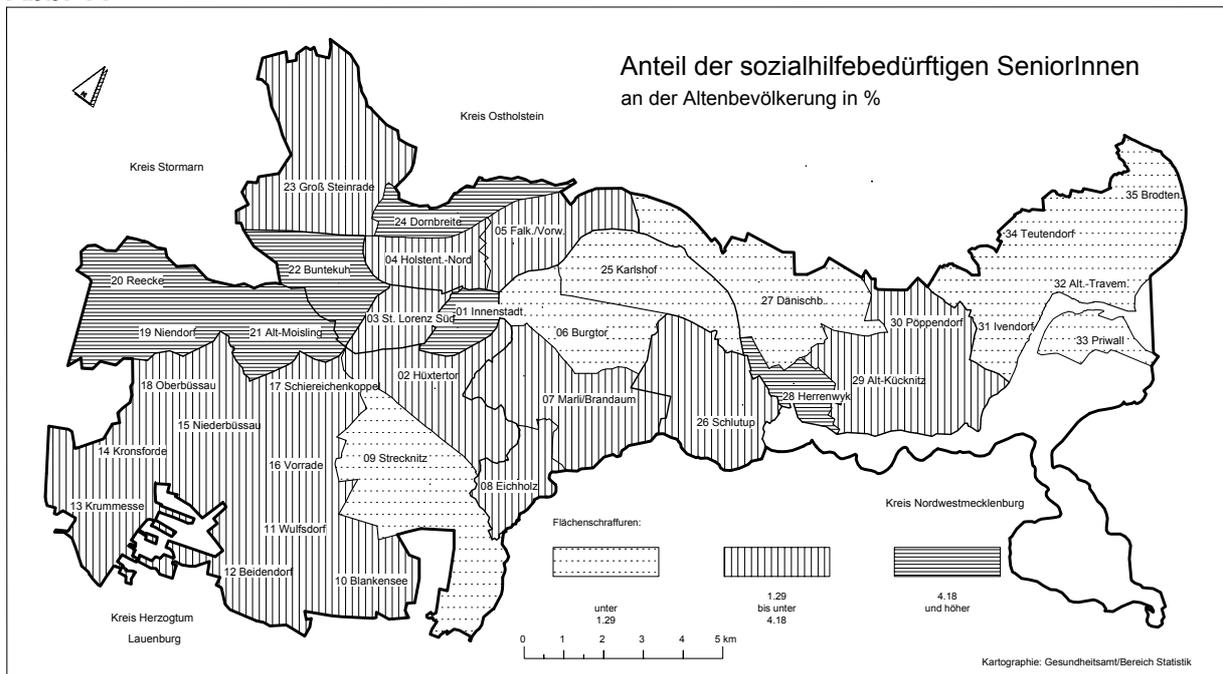
Allein anhand der Sozialhilfeempfängerquote der Senioren/innen ist das wahre Ausmaß der Altersarmut jedoch zu niedrig bemessen. Es ist zu vermuten, dass der Anteil der sozialhilfebedürftigen Lübecker Senioren/innen um einige Prozente höher ist, als der der registrierten Sozialhilfeempfänger/innen.

Denn gerade ältere Menschen machen von den ihnen zustehenden Sozialhilfeansprüchen häufig keinen Gebrauch, da sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten und / oder moralische Vorbehalte gegenüber bedürftigkeitsbezogenen Transferleistungen haben. Die zum 1. Januar 2003 eingeführte Grundsicherung für bedürftige Menschen ab 65 Jahren und für dauerhaft voll Erwerbsgeminderte, die die Unterhaltspflicht der Kinder weitestgehend aufhebt, soll dem Anspruchsverzicht der Senioren/innen auf das Existenzminimum (Sozialhilfe) entgegenwirken. Aussagefähige Daten über die Bezieher/innen von Leistungen der Grundsicherung liegen dem Gesundheitsamt gegenwärtig noch nicht vor.

Aufgabe des SeniorInnengesundheitsberichtes ist es, die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit der älteren Menschen aufzudecken und Maßnahmen zu benennen, die der Verbesserung des Gesundheitszustandes sozial benachteiligter Senioren/innen dienen können. Für die Untersuchung von sozialökonomischen Unterschieden in der Lübecker Altenbevölkerung stehen dem Gesundheitsamt bislang nur die Sozialhilfeempfängerdaten zur Verfügung.

Obwohl die Sozialhilfeempfängerdaten das Ausmaß der Altersarmut nicht vollständig erfassen - die Sozialhilfeempfängerdaten stellen so zu sagen nur die Spitze des „Eisberges“ der Altersarmut dar, sind die Sozialhilfeempfängerdaten bezüglich der Darstellung der Verbreitung der Altersarmut von großer Wichtigkeit. Auf die nachfolgende Darstellung der räumlichen Verteilung von sozialhilfebeziehenden Senioren/innen (nachfolgend sozialhilfebedürftige Senioren/innen genannt) auf die Lübecker Stadtbezirke wird bei der Berichterstattung immer wieder Bezug genommen, um gesundheitliche Unterschiede mit sozialen Unterschieden abzugleichen.

Abb. 11



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Sozialhilfegewährung (Stand 30.06.2001)

Hinsichtlich der Häufigkeit des Sozialhilfebezugs der Senioren/innen nach Stadtbezirken zeigen sich deutliche Unterschiede. Je nach Stadtbezirk liegt der Sozialhilfeempfängeranteil der über 60-jährigen Einwohner/innen zwischen 0,8 und 8,2 % (siehe Tab. 4). Wie bei anderen Bevölkerungsgruppen (z. B. Kindern) konzentriert sich das Armutsproblem auch bei den Senioren/innen auf ganz bestimmte Stadtgebiete Lübecks, während andere davon quasi unberührt sind.

Tab. 4**Sozialhilfebedürftige SeniorInnen in den Lübecker Stadtbezirken, 2001**

| Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % | Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % |
|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|
| Innenstadt | 187 | 8,2 | Dornbreite | 102 | 4,8 |
| Hüxtertor | 151 | 1,9 | Burgtor | 21 | 0,8 |
| Strecknitz | 23 | 1,1 | Marli/Brandenbaum | 198 | 3,4 |
| St. Jürgen-Land | 21 | 2,5 | Eichholz | 77 | 3,1 |
| Moisling | 246 | 8,1 | Karlshof | 17 | 0,9 |
| Buntekuh | 120 | 4,2 | Schlutup | 22 | 1,4 |
| St. Lorenz Süd | 140 | 4,2 | Dänischburg | 10 | 0,8 |
| Holstentor-Nord | 158 | 3,1 | Herrenwyk | 37 | 4,5 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 102 | 4,1 | Kücknitz/Pöppendorf | 86 | 2,6 |
| Gr. Steinrade | 29 | 3,4 | Travemünde | 73 | 1,2 |

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Sozialhilfegewährung (Stand 30.06.2001)

Wie den Zahlen in Tab. 4 zu entnehmen ist, ist der Anteil der sozialhilfebedürftigen Senioren/innen in der Innenstadt und in Moisling mit 8,2 bzw. 8,1 % am höchsten. Auch in den Stadtbezirken Dornbreite, Herrenwyk, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Falkenfeld/Vorwerk, Marli/Brandenbaum und Gr. Steinrade leben überdurchschnittlich viele (mehr als 3,2 %) Senioren/innen von Sozialhilfeleistungen.

Hingegen sind die Senioren/innen aus Dänischburg, Burgtor, Karlshof, Strecknitz und Travemünde auf Sozialhilfeleistungen am wenigsten angewiesen. Der Anteil der sozialhilfebedürftigen Senioren/innen dieser Stadtbezirke liegt bei ca. 1 %.

2.7 Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit

In Armut geraten die Senioren/innen nicht nur durch ein zu geringes Einkommen, das unterhalb dessen liegt, was zur Aufrechterhaltung des Lebensunterhalts in einem Privathaushalt notwendig ist, sondern auch dadurch, dass sie pflegebedürftig werden und in ein Pflegeheim umziehen müssen. Aufgrund der relativ hohen Heimentgelte können dann selbst Senioren/innen mit einem guten Einkommen von z. B. 1.250,- EUR von Armut betroffen sein.

Entgegen der weit verbreiteten Annahme fängt die Pflegeversicherung das Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit nämlich nicht vollständig auf, sie verringert es lediglich, indem sie einen Teil der Heimkosten übernimmt. Den anderen Teil muss der/die Pflegebedürftige aus eigenen Mitteln begleichen. Bei nicht ausreichenden finanziellen Ressourcen, die auch die Unterstützung durch Angehörige beinhaltet, wird der Kostenanteil des/der Pflegebedürftigen ergänzend bzw. vollständig vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Das gegenüber anderen Altersgruppen günstige Bild von der geringen Armutsverbreitung unter der Lübecker Altenbevölkerung relativiert sich, rechnet man der Zahl der Senioren/innen, die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen beziehen, die Zahl derjenigen, die Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen erhalten, hinzu. Zusammen mit den Sozialhilfeempfänger/innen, die Hilfe zur stationären Pflege (ca. 1.180 Personen) erhielten, betrug der Anteil der sozialhilfebedürftigen Lübecker Senioren/innen im Jahre 2001 insgesamt 5,2 %.

Angesichts dessen, dass ca. 80 % der Lübecker Pflegeheimbewohner/innen weiblichen Geschlechts sind und wegen des niedrigeren Rentenbezuges der Lübecker Rentnerinnen,

kann darauf geschlossen werden, dass es sich bei den Sozialhilfeempfänger/innen in den Lübecker Pflegeheimen zu einem hohen Anteil um Frauen handelt.

Damit die stationäre Pflegebedürftigkeit für die älteren Menschen, insbesondere für die älteren Frauen, nicht zur „Armutsfalle“ ersten Ranges gerät - schon heute liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen in den Lübecker Pflegeheimen bei ca. 50 % - müssen die Leistungssätze der Pflegeversicherung den Heimentgelten dringend angepasst werden.

2.8 Wohnverhältnisse

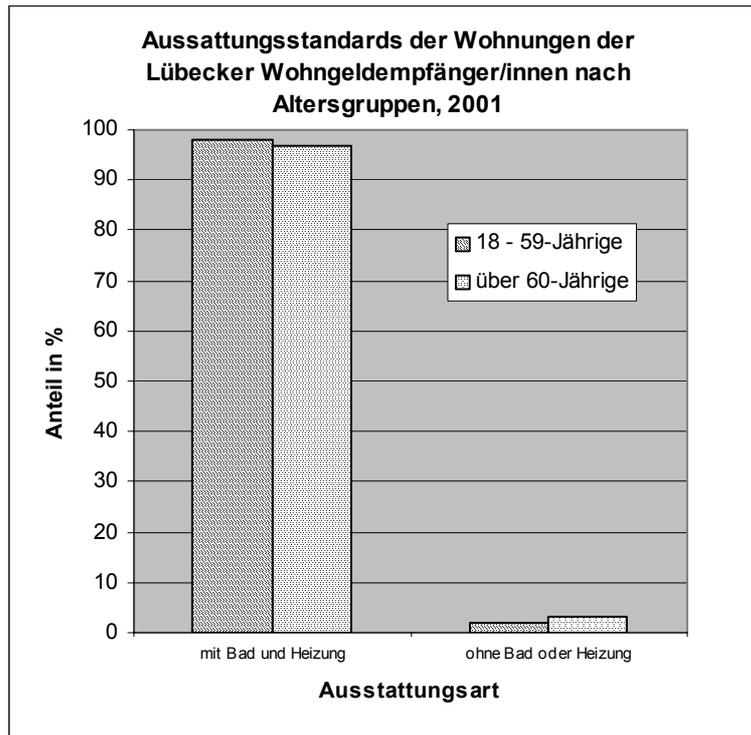
Wohnen ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebenssituation. Mit dem Wegfall der beruflichen Tätigkeit und/oder durch gesundheitliche Defizite gewinnt das Wohnen im Alter zusätzlich an Bedeutung. Die Wohnung ist für ältere Menschen nicht nur ein sozialer Rückzugsbereich, sondern wird – vor allem bei gesundheitlichen Einschränkungen – auch zum Lebensmittelpunkt. Studien zur Wohnsituation belegen, dass 80 % der alltäglichen Aktivitäten der über 65-jährigen Senioren/innen in den eigenen vier Wänden stattfinden.

Die Wohnbedingungen sind mit entscheidend für den Gesundheitszustand der Menschen, der - laut zahlreichen Hygieneuntersuchungen - um so schlechter ist, je schlechter die Wohnqualität der Wohnungen ist, in denen sie leben. Bei älteren, gesundheitlich eingeschränkten Menschen entscheiden die Wohnbedingungen oftmals auch darüber, ob sie im Falle der Pflegebedürftigkeit ihre Selbständigkeit bewahren können oder vorzeitig in ein Pflegeheim umziehen müssen.

Die Wohnqualität (die Güte und Beschaffenheit einer Wohnung) setzt sich im wesentlichen aus der Wohnungsausstattung, der Wohnungsgröße und der Wohnlage bzw. dem Wohnumfeld zusammen. Für ältere Menschen ist außerdem auch die Erreichbarkeit (Barrierefreiheit) der Wohnung von Bedeutung. Aufgrund der Datenlage können dazu jedoch keine Aussagen getroffen werden. Hinsichtlich der Wohnungsausstattung und der Wohnungsgröße hat sich die Wohnqualität auch in Lübeck allgemein immer weiter verbessert. Im Jahre 1987 – so die Untersuchungsergebnisse der Wohndaten der letzten Volkszählung – waren 94 % aller Lübecker Wohnungen mit Bad und WC ausgestattet. Die durchschnittliche Wohnungsgröße betrug in Lübeck seinerzeit ca. 70 qm. Durch Neubau und Sanierung sind die Wohnstandards der Wohnungen der Lübecker Bevölkerung weiter angestiegen. Gemäß den Wohndaten der Lübecker Wohngeldempfänger des Jahres 2001 verfügen ca. 97,8 % der mit Wohngeld bezuschussten Lübecker Wohnungen über ein Bad und eine Sammelheizung. Nur ca. 1,6 % der Wohnungen der Wohngeldempfänger/innen besitzen keine Sammelheizung und ca. 0,6 % sind ohne Bad.

In wie fern die Wohnbedingungen der Wohngeldempfänger/innen auf die der Gesamtbevölkerung Lübecks - auch die der Wohneigentümer/innen übertragbar sind - kann aufgrund der Datenlage nicht konkret beantwortet werden. Es ist aber zu vermuten, dass die Ausstattungsstandards der Wohnungen der Nicht-Wohngeldempfänger/innen, insbesondere die der Wohneigentümer/innen eher höher sind als die der Wohnungen der Wohngeldempfänger/innen.

Kann die Wohnqualität, bezüglich der Ausstattung der Wohnungen der Lübecker Bevölkerung allgemein als zufriedenstellend angesehen werden, so gilt dies für die Wohnungen der Senioren/innen manchmal nur in eingeschränktem Maße. Wie die Untersuchungsergebnisse der Wohndaten der Lübecker Wohngeldempfänger/innen des Jahres 2001 zeigen, ist der Ausstattungsstandard der Wohnungen der über 60-jährigen Wohngeldempfänger/innen durchschnittlich etwas niedriger als der der Wohnungen der jüngeren Wohngeldempfänger/innen (siehe Abb.12).

Abb. 12

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Wohnen und SeniorInnenangelegenheiten

Während 98,1 % der Wohnungen der 18 – 59-jährigen Wohngeldempfänger/innen über Bad und Heizung verfügen, sind die Wohnungen der über 60-jährigen Wohngeldempfänger/innen zu 97 % mit Bad und Heizung ausgestattet.

Hinsichtlich der Wohnungsgröße – so die Untersuchungsergebnisse der Wohndaten der Wohngeldempfänger/innen - gibt es offensichtlich stärkere Unterschiede zwischen den Wohnbedingungen der Senioren/innen und den Wohnungen der jüngeren Bevölkerung. Mit einer durchschnittlichen Wohnfläche von 51,27 qm sind die Wohnungen der über 60-jährigen Wohngeldempfänger/innen kleiner als die der 18 – 59-jährigen Wohngeldempfänger/innen, die eine durchschnittliche Wohnfläche von 58,88 qm aufweisen.

Für die Wohnqualität ist aber nicht so sehr die Wohnungsgröße entscheidend, sondern hauptsächlich die Wohnbelegungsdichte (die Wohnfläche pro Bewohner/in). Wie die Untersuchungen der Wohndaten der Wohngeldempfänger/innen offenbaren, sind die Senioren/innen, gemessen an dem, was der einzelnen Person an Wohnfläche in der Wohnung zur Verfügung steht, gegenüber den jüngeren Bevölkerungsgruppen häufig wesentlich besser gestellt. Im Gegensatz zu den 18 – 59-jährigen Wohngeldempfänger/innen, die im Durchschnitt 25,37 qm Wohnfläche pro Person bewohnen, bewohnen die über 60-Jährigen im Durchschnitt 40,69 qm Wohnfläche pro Person. Ein wesentlicher Grund hierfür mag in der abnehmenden Personenzahl (Auszug der Kinder, Tod des Ehepartners) der Seniorenhaushalte liegen.

Eine gute Wohnqualität hat ihren Preis, den zu zahlen viele Lübecker Senioren/innen nicht in der Lage sind. Bei Unterschreitung eines bestimmten Haushaltseinkommens wird zur wirtschaftlichen Sicherung von den Wohngeldstellen der Kommunen auf Antrag Wohngeld als Zuschuss zu den Wohnkosten gewährt.

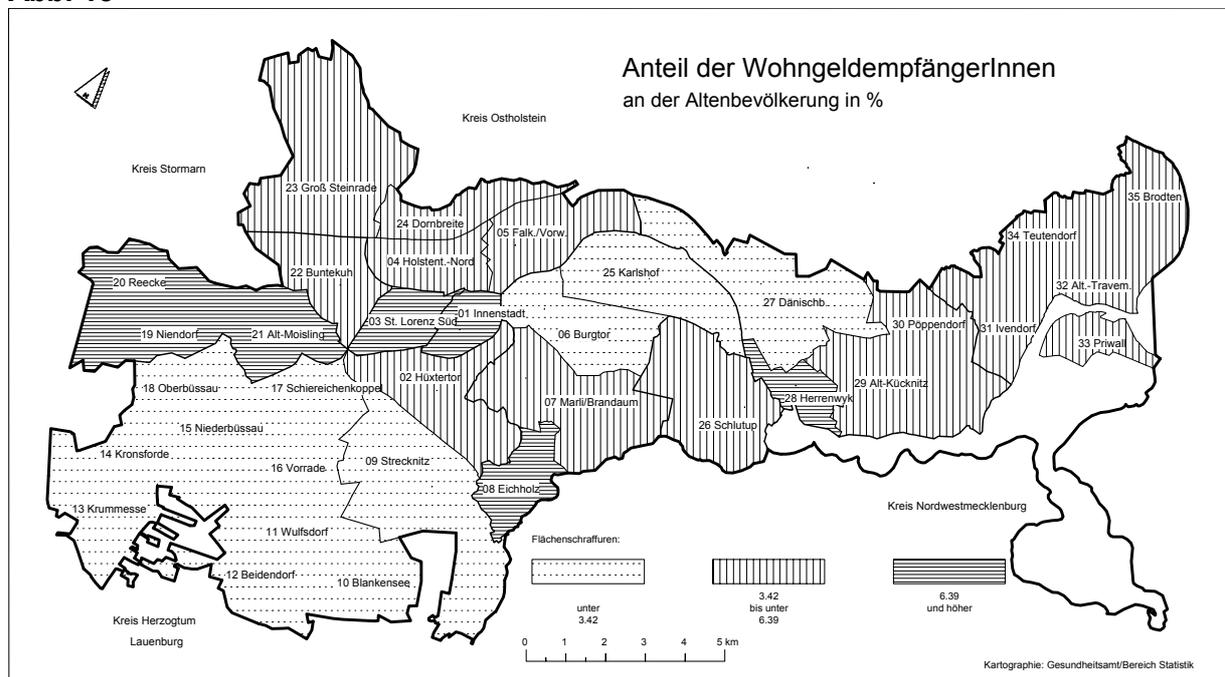
Tab. 5
Über 60-jährige WohngeldempfängerInnen in den Lübecker Stadtbezirken, 2001

| Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % | Stadtbezirk | Anzahl | Anteil in % |
|--------------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|
| Innenstadt | 145 | 6,4 | Dornbreite | 113 | 5,3 |
| Hüxtertor | 311 | 3,9 | Burgtor | 56 | 2,2 |
| Strecknitz | 68 | 3,3 | Marli/Brandenbaum | 330 | 5,7 |
| St. Jürgen-Land | 5 | 0,6 | Eichholz | 163 | 6,6 |
| Moisling | 234 | 7,6 | Karlshof | 52 | 2,6 |
| Buntekuh | 167 | 5,7 | Schlutup | 61 | 3,7 |
| St. Lorenz Süd | 246 | 7,3 | Dänischburg | 13 | 1,0 |
| Holstentor-Nord | 243 | 4,8 | Herrenwyk | 59 | 7,0 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 158 | 6,2 | Kücknitz/Pöppendorf | 208 | 6,4 |
| Gr. Steinrade | 55 | 6,4 | Travemünde | 219 | 3,6 |

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Wohnen und SeniorInnenangelegenheiten (Stand 19.12.2001)

Im Jahre 2001 (Stichtag 19.12.2001) haben in Lübeck 2.248 Seniorenhaushalte Wohngeld empfangen. Dabei sind die über 60-jährigen Sozialhilfeempfänger/innen, die ein pauschaliertes Wohngeld erhalten haben, nicht mit gezählt worden. Dass viele Senioren/innen zur wirtschaftlichen Sicherung auf Wohngeld angewiesen sind, lässt sich schon daran ablesen, dass über ein Viertel (27,9 %) aller Lübecker Haushalte, die ein allgemeines Wohngeld erhalten, Seniorenhaushalte sind. Bezogen auf die in den Wohngeldempfangshaushalten lebenden Personen umfasst die Anzahl der Senioren/innen, deren Wohnkosten mit allgemeinem Wohngeld bezuschusst wird, ca. 2.900 Personen, d.h. 4,9 % der Lübecker Senioren/innen sind Wohngeldempfänger/innen.

Abb. 13



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Wohnen und SeniorInnenangelegenheiten (Stand 19.12.2001)

Hinsichtlich der Häufigkeit des Wohngeldbezuges der Senioren/innen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken. Wie den Zahlen in Tab. 5 zu entnehmen ist, liegt der Anteil der Wohngeldempfänger/innen an der Seniorenbevölkerung je nach Stadtbezirk zwischen 0,6 und 7,6 %. Am höchsten ist der Wohngeldempfangsanteil der Senioren/innen in den Stadtbezirken Moisling (7,6 %), St. Lorenz Süd (7,3 %), Herrenwyk (7,0), Eichholz (6,6 %) und der Innenstadt bzw. Kücknitz/Pöppendorf und Gr. Steinrade mit 6,4 %.

Ausgesprochen gering ist der Anteil der Wohngeldempfänger/innen hingegen bei den Senioren/innen in Dänischburg, Karlshof, Burgtor, Strecknitz und St. Jürgen-Land (siehe Abb. 13).

Die stadtbezirksbezogenen Anteile der Wohngeldempfänger/innen der Senioren/innen korreliert mit dem Anteil der über 60-jährigen Sozialhilfeempfänger/innen, womit die Aussagen über die regionalen Unterschiede der sozioökonomischen Verhältnisse der Senioren/innen, die im Kapitel 2.6 Altersarmut dargestellt sind, bestätigt werden.

Resümee/Ausblick

Durch die Beschreibung der Lebensbedingungen der Lübecker Senioren/innen, deren Bevölkerungsanteil (27,9 %) sich in den nächsten 12 Jahren schon wegen der steigenden Lebenserwartung weiter erhöhen wird, konnte gezeigt werden, dass das unmittelbare Lebensumfeld in Zusammenhang mit den altersbedingten Vitalitäts- und Leistungseinschränkungen der Senioren/innen Einfluss nehmen kann auf ihr gesundheitliches Wohlergehen. Besonders hervorzuheben sind hierbei die allein lebenden bzw. verwitweten Senioren/innen und die einkommensschwachen bzw. sozialhilfebedürftigen Senioren/innen. Sie alle sind auf Grund ihrer familiären- und/oder sozialsituativen Lebenslagen besonderen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, an denen sie selbst kaum etwas verändern können und die möglicherweise ihre gesundheitlichen Chancen vorzeitig und zusätzlich reduzieren.

Hierzu nochmals die wesentlichen Daten. In Lübeck leben 35,7 % oder 21.142 Senioren/innen allein in sog. Ein-Personen-Haushalten. Dabei handelt es sich zu meist um verwitwete Frauen. Von den 18.760 verwitweten Senioren/innen - das sind 29 % aller Lübecker Senioren/innen - sind 85,1 % Frauen und 14,9 % Männer. Je älter die Senioren/innen sind, um so größer ist der Anteil der Verwitweten. Von den über 85-jährigen Frauen sind vier von fünf Frauen (79,9 %) Witwen. Von den 60-74-jährigen Frauen sind „nur“ 24,9 % verwitwet.

Die Sozialhilfedichte liegt in Lübeck bei ca. 7,1 % (Stand 30.06.2001). Gemessen daran ist der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen bei den Lübecker Senioren/innen mit 3,2 % relativ niedrig. In Lübeck leben ca. 1.870 Senioren/innen von der Sozialhilfe. Die mit Abstand höchsten Anteile an sozialhilfebedürftigen Senioren/innen finden sich in den Stadtbezirken Innenstadt und Moisling 8,2 bzw. 8,1 %. Von Armut betroffen sind allerdings wesentlich mehr ältere Lübecker/innen als diese Zahlen vorgeben, denn von dem Anspruch auf Sozialhilfe machen gerade ältere Menschen häufig keinen Gebrauch oder aber sie beziehen Sozialhilfe, weil sie die Pflegeheimkosten nicht aufbringen können. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen in den Lübecker Pflegeheimen liegt bei ca. 47 %, davon sind ca. 1.180 Personen über 60 Jahre alt. Berechnungen über das Äquivalenzeinkommen von schleswig-holsteinischen Seniorenhaushalten zur Folge, dürften schätzungsweise ca. 9,0 % der Lübecker Senioren/innen (über 60-Jährige) mit ihrem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegen, wobei der Anteil bei den über 70-Jährigen ca. 17,5 % umfasst.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Wohnbedingungen die Gesundheit und die gesundheitlichen bzw. pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten entscheidend beeinflussen können. Beengte Wohnverhältnisse und/oder unzureichend ausgestattete Wohnungen, die sich bei älteren Menschen nicht nur nachteilig auf die Gesundheit, sondern auch auf die Aufrechterhaltung des eigenen Haushaltes auswirken können, konnten bei den Lübecker Senioren/innen nur im geringen Umfang nachgewiesen werden. Gemessen an den Wohn-daten der Lübecker Wohngeldempfänger/innen verfügen die Lübecker Senioren/innen in ihren Wohnungen durchschnittlich über ca. 40,7 m² Wohnfläche pro Person. Im Verhältnis dazu stehen den jüngeren Lübecker Bevölkerungsgruppen in ihren Wohnungen durchschnittlich nur ca. 25,4 m² Wohnfläche zu Verfügung. Bei den Ausstattungsstandards der

Wohnungen hingegen, sind die Senioren/innen verhältnismäßig schlechter gestellt. Ca. 3 % der Wohnungen der über 60-jährigen Wohngeldempfänger/innen haben entweder kein Bad oder keine Heizung. Auf die Wohnungen der jüngeren Wohngeldempfänger/innen trifft dieses nur zu 1,9 % zu.

Hinsichtlich der besonderen Wohnbedürfnisse von älteren Menschen - Stichwort: alten- und behindertengerechtes Wohnen - sollten die dargestellten Wohnverhältnisse der Lübecker Senioren/innen nicht pauschal als zufriedenstellend eingeschätzt werden. Wohndaten, die die Wohnverhältnisse der Lübecker Senioren/innen ausführlicher, auch und besonders im Hinblick auf wohnungsbezogene Unfallrisiken wie z. B. unsichere Zugänge und Treppen und unzureichende Bewegungsflächen beschreiben könnten, liegen dem Gesundheitsamt noch nicht vor.

Auch wenn die Faktenlage bei den Wohnverhältnissen der Senioren/innen noch ergänzungswürdig ist, soll dargestellt werden, welche konkreten gesundheitlichen Folgen mit den beschriebenen Lebensbedingungen der Lübecker Senioren/innen verbunden sind. Ob und wie sich die materiellen Einschränkungen und psychosozialen Belastungen auf den Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen auswirken, darüber soll im folgenden Kapitel anhand der Analysen der Gesundheitsdaten berichtet werden.

3. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter

Mit zunehmendem Alter steigt das Krankheitsrisiko, wenngleich Alter nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden sein muss. Krankheit im Alter, das ist oft gleichbedeutend mit Multimorbidität, dem gleichzeitigen Bestehen von mehreren Krankheiten, wobei es sich dabei zumeist um chronische Krankheiten mit progredientem Verlauf (fortschreitende Verschlimmerung) handelt, die zu Behinderungen und Pflegebedürftigkeit führen können.

Wie sehr die Lübecker Senioren/innen von Vielfacherkrankungen (Multimorbidität) betroffen sind, läßt sich aus den dem Gesundheitsamt vorliegenden Gesundheitsdaten der Lübecker Senioren/innen nicht ermitteln. Auch über die absolute Zahl der erkrankten Senioren/innen kann auf kommunaler Ebene in Deutschland wegen des Fehlens ambulanter Behandlungsdaten der niedergelassenen Ärzte keine Aussage getroffen werden.

Aufgrund der Datenbestände des Gesundheitsamtes können deshalb vorerst nur relevante Teilaspekte der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen wie Krankenhausbehandlungen, Behinderungen und Pflegebedürftigkeiten untersucht werden. Obwohl es dabei an Vollständigkeit mangelt, geben die Untersuchungen der Behandlungsdaten der Krankenhäuser, der Behindertendaten der Versorgungsanstalt und der Pflegedaten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) genügend Aufschluß darüber, an welchen Erkrankungen die Lübecker Senioren/innen besonders leiden und wie häufig sie davon betroffen sind. Auch die Unterschiede im Krankheitsrisiko der Senioren/innen innerhalb des Lübecker Stadtgebietes und ihre möglichen sozialen Ursachen können damit näher beleuchtet werden.

Ein Großteil der Erkrankungen im Alter sind auf gesundheitsschädigende Einflüsse im Lebenslauf - die oftmals schon weit zurückliegen - zurückzuführen. Untersuchungsergebnisse zu sozialökonomischen Zusammenhängen bei Erkrankungen im Alter anhand des Abgleiches von aktuellen Gesundheits- und Sozialdaten sind deshalb nur eingeschränkt aussagefähig.

3.1 Ältere Menschen in der stationären Behandlung

Die Schwere einer Krankheit läßt sich neben den damit verbundenen Einschränkungen auch an der Behandlungsart ermesen. Krankheiten, die eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen, können daher als besonders bedeutsam angesehen werden. Dieses gilt auch und besonders bei den Krankenhausanlässen von Senioren/innen, die auf das Verlusterlebnis der vertrauten Umgebung bei Krankenhausaufenthalten nicht selten mit neuen Gesundheitsproblemen reagieren.

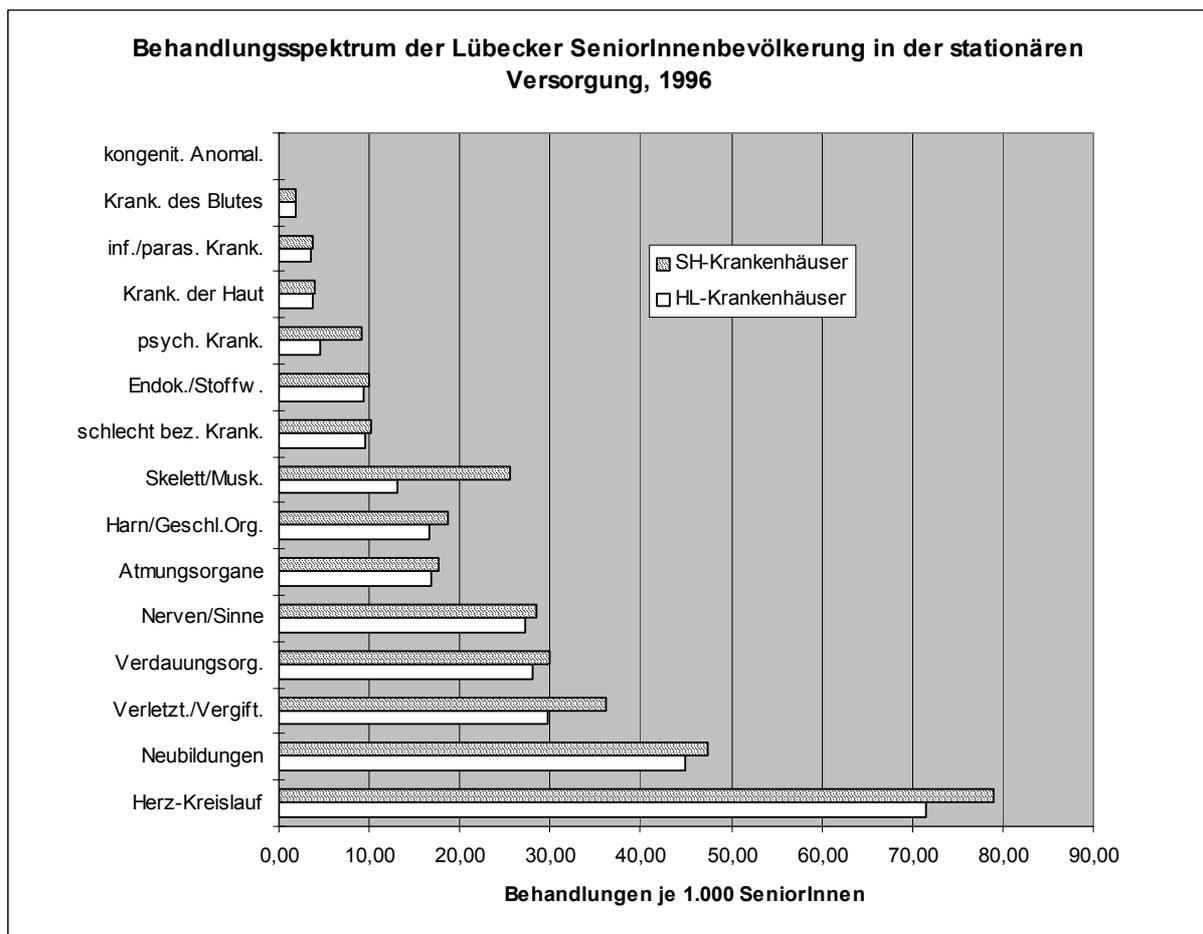
Für regionale Untersuchungen der Krankenhausbehandlungen von Senioren/innen bzw. anderer Bevölkerungsgruppen liegen in Deutschland generell noch keine Datenstrukturen vor. Die im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung und der Krankenhausstatistikverordnung erfassten Behandlungsdiagnosen der Lübecker Krankenhauspatienten/innen werden dem Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck nur ausnahmsweise und auf besonderen Antrag hin übermittelt. Aufgrund des hohen Aufwandes bei der Datenaufbereitung konnten für die Beschreibungen der Krankheiten der Senioren/innen in der stationären Versorgung lediglich die Behandlungsdaten des Jahres 1996 ausgewertet werden. Die nachfolgenden Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des Behandlungsgeschehens eines Jahrganges zu interpretieren. Um validere Erkenntnisse über die Verbreitung einzelner Krankheiten der Senioren/innen zu erhalten sollen zukünftig noch weitere Behandlungsjahrgänge der Lübecker Krankenhäuser analysiert werden.

Aufgrund der Vielfältigkeit der Krankenhausanlässe und zu geringer Fallzahlen bei einigen Erkrankungsarten können im SeniorInnen-Gesundheitsbericht nicht alle Krankheiten der Senioren/innen differenziert dargestellt werden, sondern müssen zusammengefasst nach Diagnosehauptgruppen analysiert werden. Aus dem Spektrum der Behandlungsdiagnosen sollen jedoch die Erkrankungen von Senioren/innen speziell erwähnt werden, die aufgrund der Häufigkeit ihres Vorkommens und/oder wegen ihres sozialen Bezuges epidemiologisch oder gesundheitspolitisch relevant sein könnten.

3.1.1 Allgemeine Krankenhausanlässe

Wegen des erhöhten Erkrankungsrisikos im Alter müssen sich ältere Menschen häufiger einer Krankenhausbehandlung unterziehen als andere Altersgruppen. Von den insgesamt 39.163 stationären Lübecker Behandlungen des Jahres 1996 bezogen sich 17.431 oder 44,5 % auf Personen (10.271 Frauen und 7.160 Männer) im Alter von über 60 Jahren. Davon wurden die meisten (15.173) in Lübecker Einrichtungen behandelt. Ca. 13 % der stationären Behandlungsfälle der Lübecker Senioren/innen wurden in anderen Krankenhäusern Schleswig-Holsteins versorgt.

Abb. 14



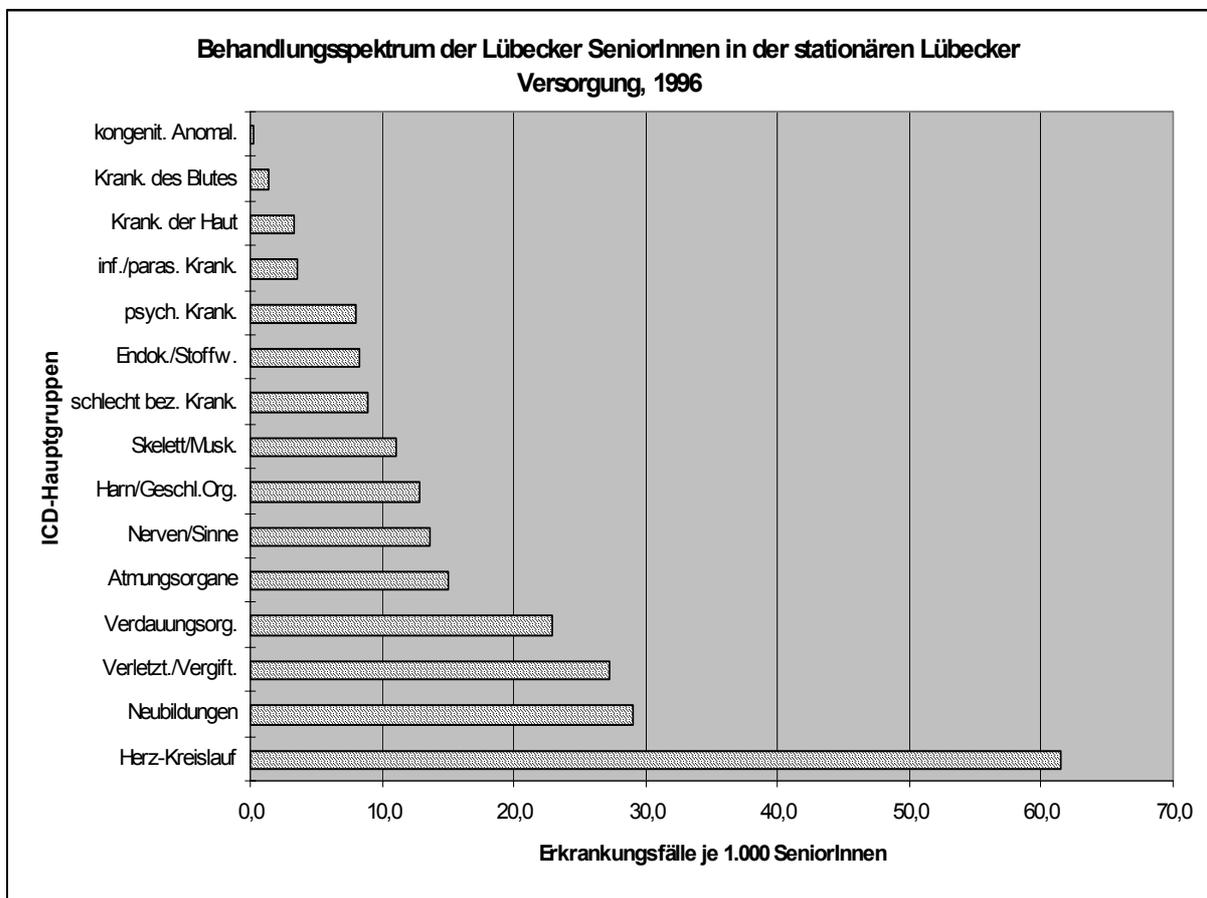
Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Diagnosestatistik 1996

Wie die Zuordnung der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen in die Diagnosehauptgruppen der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-9) zeigt, werden die Lübecker Senioren/innen am häufigsten aufgrund von Herz-

Kreislaufkrankungen behandelt. An zweiter Stelle der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen stehen die Neubildungen (Krebserkrankungen), gefolgt von den Verletzungen, den Erkrankungen der Verdauungsorgane, den Erkrankungen des Nervensystems und den Skelett- und Muskelerkrankungen, wobei letztere nur zu einem relativ geringen Teil (ca. 51 %) in Lübecker Krankenhäusern versorgt werden (siehe Abb. 14).

Da die Darstellung der Behandlungshäufigkeiten der Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen nur bedingt Aufschluß darüber gibt, wie viele Senioren/innen stationär behandelt wurden und wie verbreitet bestimmte Erkrankungsarten tatsächlich sind - denn die Behandlungen der chronologisch geführten Diagnosedateien beziehen sich nicht immer auf unterschiedliche Patienten, je nach Art der Erkrankung bedarf ein/e Patient/in u.U. mehr als nur eine stationäre Behandlung pro Jahr und wird daher auch mehrfach erfasst – wurden die Behandlungsdaten des Jahres 1996 personenbezogen selektiert. Für die Sekundäranalyse der Behandlungsdaten standen dem Gesundheitsamt ca. 95 % der in der Diagnosestatistik des Statistischen Landesamtes ausgewiesenen Behandlungsfälle von Lübecker Senioren/innen in Lübecker Einrichtungen als Datensätze zur Verfügung.

Abb. 15



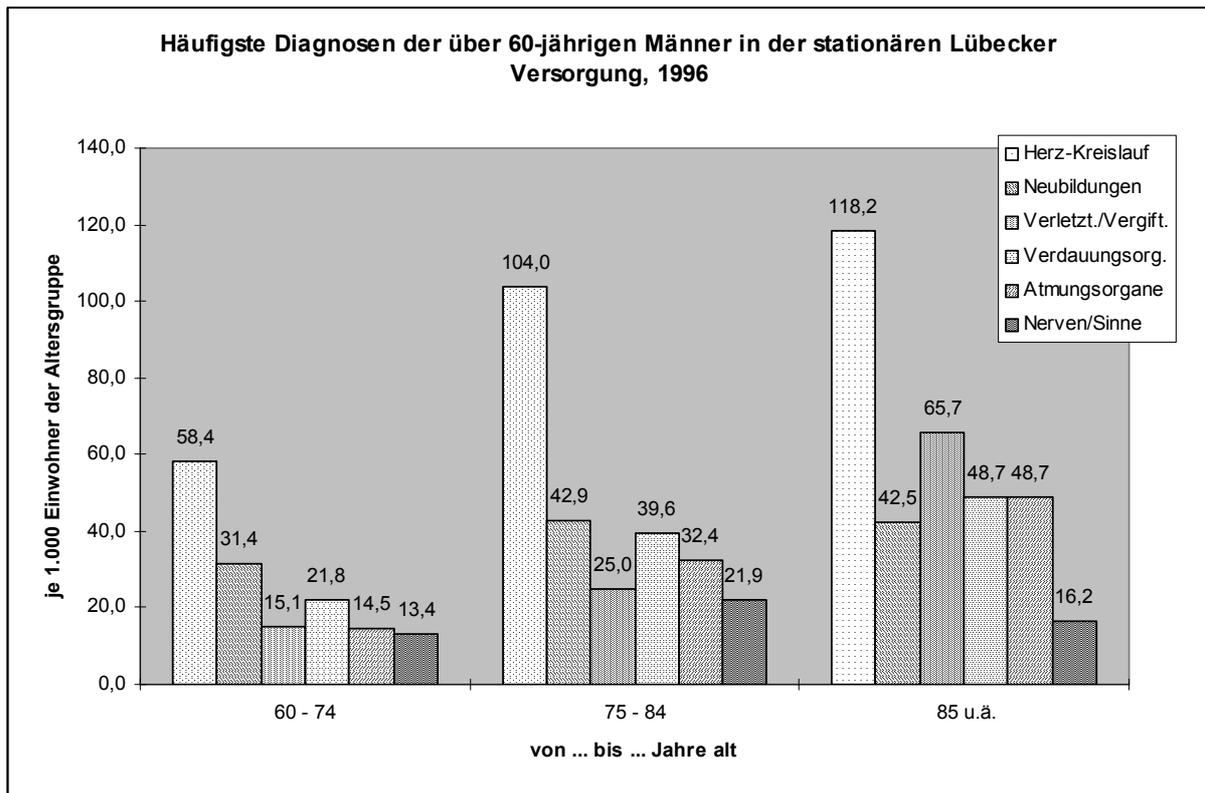
Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Wie der Vergleich der Erkrankungsdaten in Abb. 15 mit den Behandlungsdaten in Abb. 14 erkennen läßt, sind die Lübecker Senioren/innen von bestimmten Erkrankungen nicht so stark betroffen, wie die Behandlungsdaten der stationären Versorgung vorgeben. Bei den Krebserkrankungen z. B. reduziert sich der Anteil nach der personenbezogenen Selektion der Behandlungsdaten von 45 stationär versorgten Behandlungsfällen auf 29 Erkrankungsfälle pro 1.000 Senioren/innen. In der Rangfolge der Erkrankungen, gestaffelt nach Häufigkeit der Erkrankungsfälle, ändert sich nach der personenbezogenen Selektion der Behand

lungsdaten jedoch relativ wenig. Nach wie vor stehen die Herz-Kreislaferkrankungen an vorderster Stelle bei den stationär behandelten Erkrankungen der Lübecker Seniorenbevölkerung. Bezogen auf die Seniorenbevölkerung des Jahres 1996 belief sich der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen bei den Herz-Kreislaferkrankungen auf 61,5 Erkrankungsfälle je 1.000 Senioren/innen. Auch die Krebserkrankungen (Neubildungen) behalten ihre Bedeutung bei der Morbidität im Alter, wenngleich auf niedrigerem Niveau (29 Erkrankungsfälle je 1.000 Senioren/innen). Eine Verschiebung hinsichtlich der Betroffenheit besteht nur zwischen den Erkrankungen der Atmungsorgane und den Erkrankungen der Nerven und Sinne, wobei die Lübecker Senioren/innen auch von diesen Erkrankungen seltener betroffen sind als die stationären Behandlungszahlen dieser Erkrankungen (Mehrfachbehandlungen) vorgeben.

Das Erkrankungsrisiko der Senioren/innen variiert je nach Geschlecht und Alter der Senioren/innen. Dass die älteren Lübecker Männer häufiger von schweren Erkrankungen betroffen sind als die älteren Lübecker Frauen, lässt sich schon an den höheren stationären Behandlungsraten der männlichen Seniorenbevölkerung Lübecks ablesen. Im Gegensatz zu den älteren Lübecker Frauen, auf die ca. 304 Krankenhausbehandlungen pro 1.000 über 60-jährige Frauen entfallen, weisen die älteren Lübecker Männer eine Behandlungsrate von 356 Krankenhausbehandlungen pro 1.000 über 60-jährige Männer auf.

Abb. 16

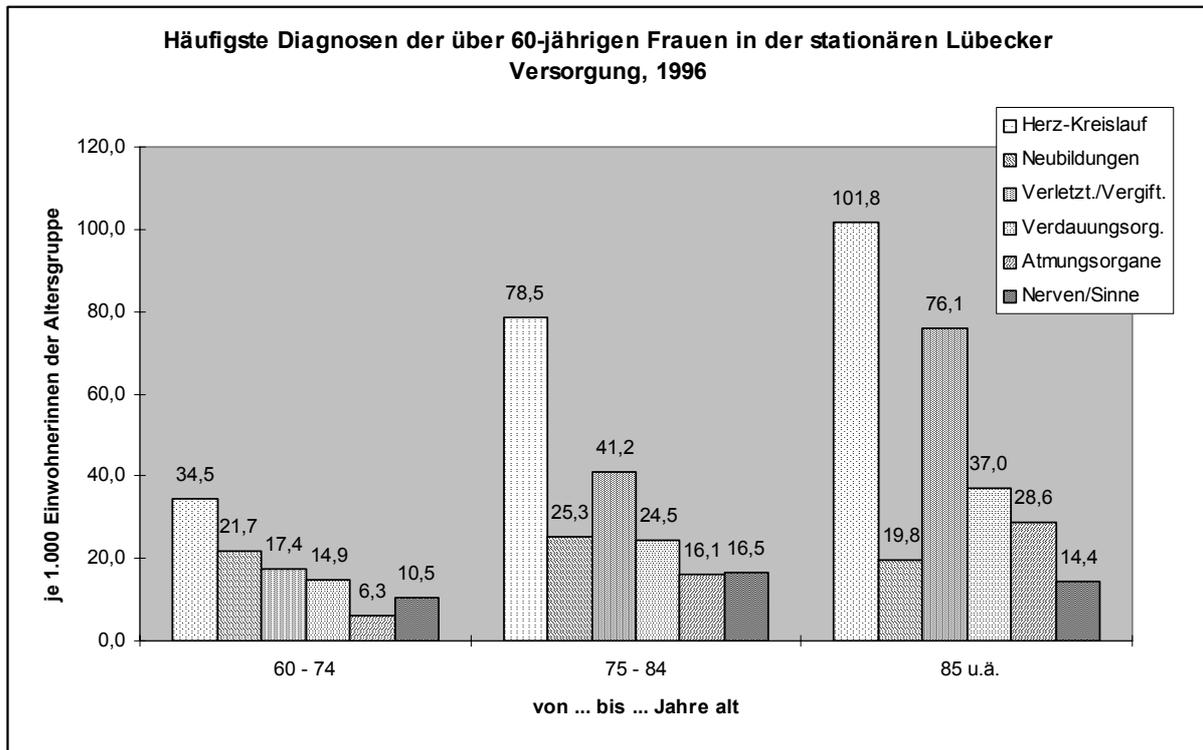


Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Wird die Anzahl der Behandlungen der sechs häufigsten Krankenhausdiagnosehauptgruppen der Lübecker Senioren/innen personenbezogen reduziert, nach Geschlecht und Alter unterteilt und ins Verhältnis zu den entsprechenden Seniorenpopulationen gesetzt, wird deutlich, dass die höhere Morbidität der älteren Lübecker Männer auf alle stationär behandelten Erkrankungsarten - abgesehen von den Verletzungen und Vergiftungen – zutrifft (vgl. hierzu Abb. 16 und 17). Mit zunehmendem Alter nimmt die Morbidität noch weiter zu, allerdings nicht nur bei den älteren Männern, sondern auch bei den älteren Frauen (siehe Abb. 16 und 17). Eine Ausnahme bilden die Krebserkrankungen und die Erkrankungen der

Nerven und der Sinne, die bei den über 85-jährigen Senioren/innen, gegenüber den 75- bis 84-jährigen Senioren/innen etwas rückläufig sind.

Abb. 17



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Die höhere Morbidität der älteren Männer in allen Diagnosehauptgruppen wird besonders bei den Atmungsorganerkrankungen der 60- bis 74-jährigen Männer und den Krebserkrankungen (Neubildungen) der über 85-jährigen Männer ersichtlich. Mit 14,5 stationär behandelten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer liegt der Anteil der 60- bis 74-jährigen Männer bei den Krankheiten der Atmungsorgane um 130 % über dem der Frauen der entsprechenden Altersgruppe (6,3 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen). Der Anteil der an Krebs erkrankten über 85-jährigen Männer (42,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer) ist um 115 % höher als der, der über 85-jährigen Frauen (19,8 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen).

Etwas anders sind die geschlechtlichen Unterschiede - wie oben schon erwähnt - bei den Verletzungen und Vergiftungen, wobei die Vergiftungen mit einem Anteil von 2,7 % aller Erkrankungsfälle dieser Diagnosehauptgruppe nur eine relativ geringe Rolle spielen. Im Verhältnis zu den älteren Männern sind die älteren Frauen sehr viel häufiger von Verletzungen betroffen (vgl. hierzu Abb. 16 und 17). Besonders deutlich wird der geschlechtliche Unterschied bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen. Mit 41,2 Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen ist der Anteil der verletzten 75- bis 84-jährigen Frauen um fast 65 % höher als der der Männer dieser Altersgruppe (25 Verletzungsfälle pro 1.000 Männer). Bei der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen und der Altersgruppe der über 85-Jährigen beträgt der Unterschied der verletzten Frauen gegenüber den verletzten Männern plus 15 bzw. plus 16 %.

3.1.2 Herz-Kreislaferkrankungen / ICD-9 390-459

Die Herz-Kreislaferkrankungen stehen an vorderster Stelle bei den Krankheiten im Alter. Das gilt auch und besonders für die Krankenhausmorbidity der Lübecker Seniorenbevölkerung. Ca. 24 % aller Krankenhausanlässe der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 bezogen sich auf Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9 390-459). Bei den Herz-Kreislaferkrankungen im Alter – so die Analyse der stationären Herz-Kreislaufbehandlungen der Lübecker Senioren/innen – handelt es sich zum größten Teil (ca. 58 %) um Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße wie z. B. Herzinfarkte und Angina pectoris oder andere Herzkrankheiten wie z. B. Funktionsstörungen der Herzklappen (ICD-9 410–429). Eine relativ hohe Bedeutung haben aufgrund des im Alter ansteigenden Blutdrucks (Altershochdruck) auch die Krankheiten der hirnversorgenden Blutgefäße. Ca. 22 % der im Jahre 1996 wegen Herz-Kreislaferkrankungen stationär behandelten Lübecker Senioren/innen litten unter Schlaganfällen oder ähnlichen Erkrankungen der Hirngefäße (ICD-9 430-438).

Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Lübecks (24,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen) ist die Herz-Kreislaferkrankungsrate der Lübecker Senioren/innen (61,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen) mehr als doppelt so hoch (255 %). Dass ältere Menschen häufiger als jüngere Altersgruppen von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen sind liegt nicht so sehr bzw. nicht allein an den dafür ursächlichen Risikofaktoren wie z. B. Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel, sondern auch an dem mit dem Alter zunehmenden Funktionsverlust des Herzmuskels und anderen altersbedingten Abbauerscheinungen des Körpers.

Bei der männlichen Seniorenbevölkerung sind die Herz-Kreislaferkrankungen - wie schon erwähnt – besonders verbreitet. Der Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen der älteren Männer lag 1996 in allen Seniorenaltersgruppen über dem der älteren Frauen (vgl. Abb. 16 und 17). Am deutlichsten wird der geschlechtliche Unterschied bei den 60 – bis 74-Jährigen. Der Anteil der Männer liegt hier zwar „nur“ bei 58,4 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer dieser Altersgruppe, gegenüber dem der Frauen (34,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe) ist er aber um ca. 70 % höher.

Werden die stationär behandelten Herz-Kreislaferkrankungen den Seniorenbevölkerungen der Stadtbezirke zugeordnet, zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in der Inzidenz, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (siehe Tab. 6).

Tab. 6

Herz-Kreislaferkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1996

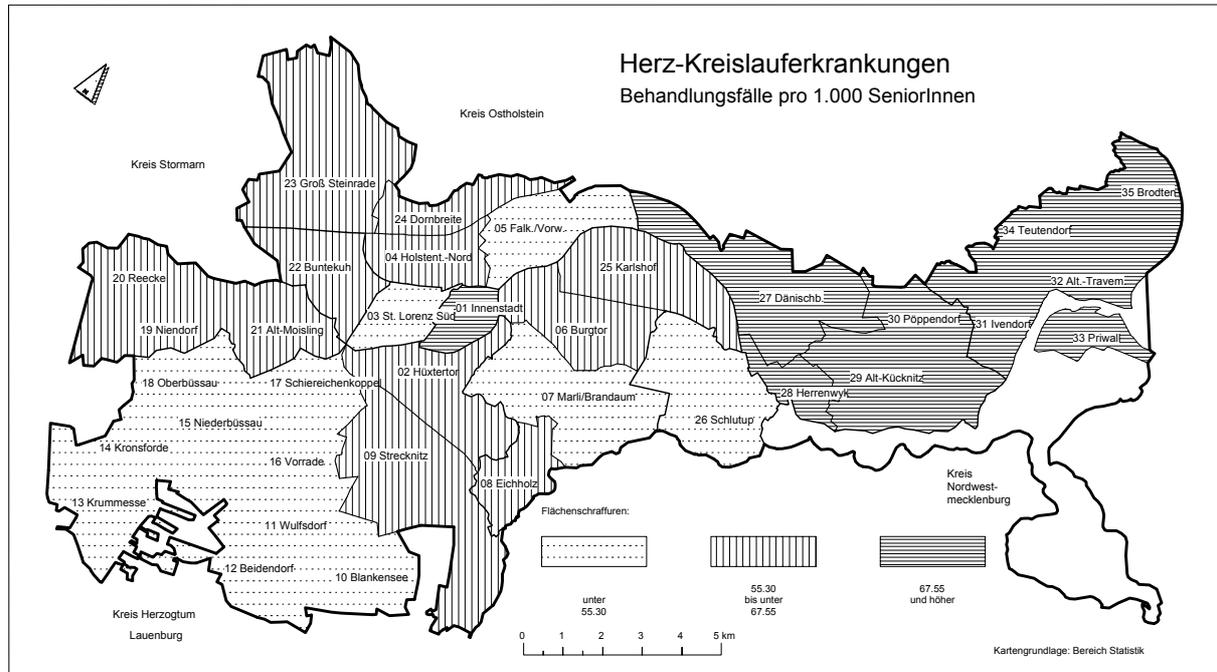
| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 63,1 | 71,3 | Dornbreite | 81,7 | 52,8 |
| Hüxtertor | 72,7 | 48,3 | Burgtor | 76,2 | 59,3 |
| Strecknitz | 78,3 | 58,1 | Marli/Brandenbaum | 56,9 | 52,0 |
| St. Jürgen-Land | 34,4 | 29,3 | Eichholz | 73,3 | 50,4 |
| Moisling | 83,7 | 40,5 | Karlshof | 65,2 | 67,8 |
| Buntekuh | 61,7 | 51,1 | Schlutup | 51,9 | 37,0 |
| St. Lorenz Süd | 57,8 | 53,7 | Dänischburg | 76,3 | 67,1 |
| Holstentor-Nord | 69,8 | 50,2 | Herrenwyk | 92,8 | 77,6 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 51,7 | 40,7 | Kücknitz/Pöppendorf | 95,4 | 71,0 |
| Gr. Steinrade | 55,5 | 61,7 | Travemünde | 94,8 | 74,1 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Bezogen auf die männliche Altenbevölkerung ist die Inzidenzrate der Herz-Kreislaferkrankungen mit 95,4 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer in Kück-

Kücknitz/Pöppendorf am höchsten und mit 34,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer in St. Jürgen-Land am niedrigsten. Bei der weiblichen Altenbevölkerung sind insbesondere die Frauen aus Herrenwyk betroffen. Mit 77,6 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen war der Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen der über 60-jährigen Frauen aus Herrenwyk im Jahre 1996 der höchste im gesamten Lübecker Stadtgebiet. Die wenigsten Herz-Kreislaferkrankungen weisen die älteren Frauen aus St. Jürgen-Land auf. Der Anteil der stationär behandelten Herz-Kreislaferkrankungen der über 60-jährigen Frauen aus St. Jürgen-Land lag 1996 bei 29,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen.

Abb. 18



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Werden die Behandlungsfälle der Seniorinnen und Senioren zusammengefasst – was zur Steigerung der Validität der räumlichen Analyse aufgrund der geringen Anzahl der Krankenhausbehandlungsdaten geboten ist – dann verteilen sich die Herz-Kreislaferkrankungen der Lübecker Senioren/innen hauptsächlich auf die Altenbevölkerungen der nordöstlich gelegenen Stadtbezirke und der Innenstadt Lübecks. Wie den Anteilswerten in Abb. 18 zu entnehmen ist, sind außer den Seniorinnen bzw. Senioren aus Kücknitz/Pöppendorf, Herrenwyk und der Innenstadt auch die Seniorinnen und Senioren aus Dänischburg und Travemünde vermehrt von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen. Die Inzidenzrate der stationär versorgten Senioren/innen lag hier 1996 insgesamt zwischen 68,3 und 84,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen, wobei die vielen Herz-Kreislaferkrankungen in Travemünde hauptsächlich auf die überdurchschnittlich alte Altenbevölkerung zurückzuführen sind.

Am wenigsten verbreitet sind Herz-Kreislaferkrankungen bei den Senioren/innen in St. Lorenz Süd, Marli/Brandenbaum, Falkenfeld/Vorwerk, Schlutup und St. Jürgen-Land. Die Inzidenzrate der stationär versorgten Senioren/innen betrug hier 1996 höchstens 55,3 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Vergleicht man die Häufigkeit der Herz-Kreislaferkrankungen der Senioren/innen mit der Sozialhilfedichte der Stadtbezirke so lässt sich ein mäßiger Zusammenhang zwischen den beiden Variablen erkennen. In den Stadtbezirken mit einem hohen Anteil Herz-Kreislaferkrankter Senioren/innen ist die Sozialhilfedichte im Verhältnis zu anderen Stadtbezirken zumeist zwar eher niedriger (vgl. hierzu Abb. 11), allein die hohen Inzidenzraten der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Herrenwyk und Innenstadt weisen jedoch darauf hin, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen offensichtlich häufiger von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen sind als sozialökonomisch bessergestellte Senioren/innen.

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

Krebs, auch Neubildungen genannt; ist eine altersabhängige Erkrankung. Abgesehen von einigen speziellen Krebsformen (wie z. B. Brustkrebs bei Frauen), von denen auch jüngere Menschen betroffen sein können, treten die meisten Krebserkrankungen vermehrt erst im höheren Alter auf. Bei der Krankenhausmorbidity der Senioren/innen stehen die Krebserkrankungen deshalb an zweiter Stelle. Von den 17.431 Krankenhausanlässen der Lübecker Senioren/innen im Jahre 1996 dienten ca. 14 % der Behandlung von Neubildungen (ICD-9 140-208 und 230-239).

Das Spektrum der Krebsformen der älteren Menschen ist breit gestreut. Je nach Geschlecht treten unterschiedliche Krebserkrankungen besonders häufig in Erscheinung. Bei den Krebserkrankungen der älteren Frauen – so die Analyse der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Seniorinnen – handelt es sich hauptsächlich um Brustkrebs (ICD-9 174). Jede fünfte (21 %) der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Seniorinnen des Jahres 1996 bezog sich auf diese Krebsform. Ca. 15 % der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Seniorinnen erfolgten aufgrund von Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (ICD-9 179-184) wie z. B. Gebärmutterkrebs. Häufiger noch als ältere Männer leiden die älteren Frauen auch an Darmkrebs (ICD-9 153-154). Ausgehend von der Gesamtzahl der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 umfaßten die Darmkrebsbehandlungen der Seniorinnen 17 %. Bei den Lübecker Senioren lag der Anteil der Darmkrebsbehandlungen seinerzeit bei 14 %.

Im Gegensatz zu den älteren Frauen erkranken ältere Männer hauptsächlich an Lungenkrebs (ICD-9 162-163). Ca. 19 % der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren des Jahres 1996 bezogen sich auf Krebserkrankungen der Lunge (inkl. Luftröhre, Bronchien). Nach dem Darmkrebs (ICD-9 153-154), auf den sich im Jahre 1996 14 % aller stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren bezogen, ist der Harnblasenkrebs die dritt häufigste Krebsform bei den älteren Männer. Der Anteil der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren, die an Harnblasenkrebs (ICD-9 188) erkrankt waren, lag 1996 bei ca. 12 %. Relativ häufig erkranken ältere Männer auch an Prostatakrebs. Jede zehnte (10 %) der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren erfolgte aufgrund einer Krebserkrankung der Prostata (ICD-9 115).

Insgesamt leiden die älteren Männer häufiger unter Krebserkrankungen als die älteren Frauen. Die personenbezogene Analyse der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 erbrachte für die über 60-jährigen Männer eine Inzidenzrate von 34,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer dieser Altersgruppe. Bei den über 60-jährigen Frauen betrug die Inzidenzrate 22,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen. Mit zunehmendem Alter nimmt der geschlechtliche Unterschied bei der Krebsmorbidity zwischen Männern und Frauen proportional zu (vgl. Abb. 16 und 17). Bei der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen liegt der Anteil der krebserkrankten Männer (31,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer) um ca. 45 % höher als der der Frauen (21,7 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen). Bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beträgt der Abstand der Männer ca. 70 % (42,9 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer gegenüber 25,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen). Am höchsten ist der geschlechtliche Unterschied bei der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Im Verhältnis zu den über 85-jährigen Frauen (19,8 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) sind die über 85-jährigen Männer (42,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer) mehr als doppelt so häufig (115 %) von Krebserkrankungen betroffen.

Die dargestellten Inzidenzraten der Krebsmorbidity der Lübecker Senioren/innen beziehen sich auf die Altenbevölkerung der Gesamtstadt Lübecks. Wie der Vergleich der Inzidenzraten der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke in Tab. 7 zeigt, bestehen jedoch starke regionale Unterschiede bei der Krebsmorbidity der älteren Lübecker Männer und Frauen .

Tab. 7

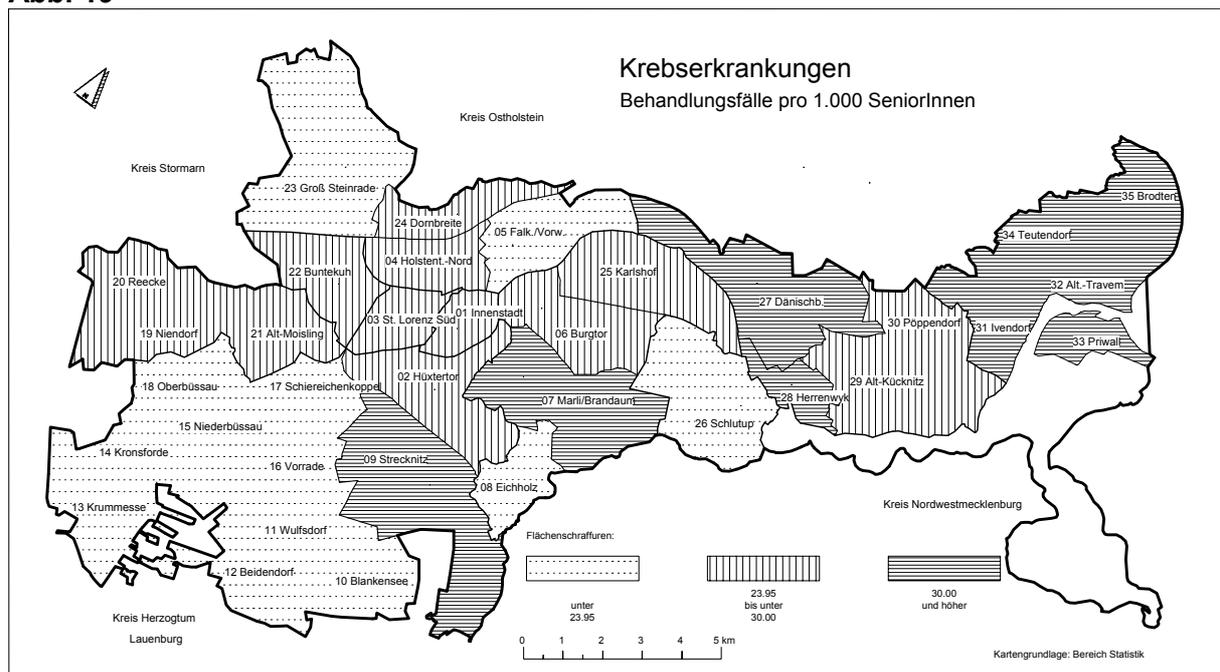
Krebserkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1996

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 28,6 | 23,1 | Dornbreite | 37,5 | 22,9 |
| Hüxtertor | 28,2 | 22,0 | Burgtor | 34,3 | 20,5 |
| Strecknitz | 31,1 | 34,1 | Marli/Brandenbaum | 42,3 | 23,6 |
| St. Jürgen-Land | 12,5 | 12,2 | Eichholz | 30,0 | 17,3 |
| Moisling | 27,9 | 25,2 | Karlshof | 29,1 | 26,4 |
| Buntekuh | 31,8 | 20,1 | Schlutup | 24,2 | 14,6 |
| St. Lorenz Süd | 44,7 | 20,9 | Dänischburg | 54,2 | 14,4 |
| Holstentor-Nord | 33,8 | 25,0 | Herrenwyk | 41,2 | 26,8 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 38,8 | 14,3 | Kücknitz/Pöppendorf | 36,7 | 25,6 |
| Gr. Steinrade | 29,4 | 7,4 | Travemünde | 38,1 | 25,9 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Gemäß der Angaben in Tab. 7, ist die Krebsmorbidität der älteren Männer im Stadtbezirk Dänischburg die mit Abstand höchste im gesamten Stadtgebiet Lübecks. Mit 54,2 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer lag die Inzidenzrate der Senioren aus Dänischburg im Jahre 1996 um 58 % über dem städtischen Durchschnitt (34,3 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Die geringste Krebsmorbidität der älteren Männer findet sich im Stadtbezirk St. Jürgen-Land (12,2 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Bezogen auf die weibliche Altenbevölkerung der Stadtbezirke weisen die älteren Frauen aus dem Stadtbezirk Strecknitz die höchste Inzidenzrate auf. Mit 34,1 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen war der Anteil der krebserkrankten älteren Frauen aus Strecknitz ca. 52 % höher als der städtische Durchschnitt und lag noch über dem der älteren Männer dieses Stadtbezirkes (31,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Absolut gering ist dagegen die Krebsmorbidität der älteren Frauen aus Gr. Steinrade. Mit 7,4 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen war die Inzidenzrate der älteren Frauen aus Gr. Steinrade - bezogen auf stationär behandelten Krebserkrankungen der Lübecker Seniorinnen des Jahres 1996 - die niedrigste aller Lübecker Stadtbezirke.

Abb. 19



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Werden die stationär behandelten Krebserkrankungsfälle der Männer und Frauen zusammengefasst – um die Validität der Ergebnisse der kleinräumigen Analyse zu steigern – sind neben den Altenbevölkerungen von Dänischburg und Strecknitz, auch die Altenbevölkerungen von Marli/Brandenbaum, Herrenwyk und Travemünde vermehrt von Krebserkrankungen betroffen (siehe Abb. 19). Der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen dieser Stadtbezirke betrug im Jahre 1996 mehr als 30 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen, wobei der erhöhte Anteil der Behandlungsfälle der Altenbevölkerung von Travemünde auch auf das höhere Erkrankungsrisiko der überdurchschnittlich alten Altenbevölkerungen dieser Stadtbezirke zurückzuführen ist. Am wenigsten verbreitet sind Krebserkrankungen – legt man die stationären Krebsbehandlungsdaten des Jahres 1996 zu Grunde – bei den Senioren/innen der Stadtbezirke Gr. Steinrade, St. Jürgen-Land, Eichholz, Schlutup und Falkenfeld/Vorwerk. Der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen lag in diesen Stadtbezirken seinerzeit unter 24 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen. Im Durchschnitt (Gesamtstadt) betrug Anteil der stationär behandelten Senioren/innen 29 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Bei dem Vergleich der Verbreitung der Krebserkrankungen der Lübecker Senioren/innen mit der Sozialhilfedichte der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke sind auf den ersten Blick keine wesentlichen Zusammenhänge erkennbar (vgl. hierzu Abb. 11). Abgesehen von dem Stadtbezirk Herrenwyk handelt es sich bei den Stadtbezirken mit einer hohen Inzidenzrate (30 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) hauptsächlich um Stadtbezirke mit einer geringen Sozialhilfedichte. Allein die Tatsache, dass keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Inzidenzrate aufweist, deutet aber darauf hin, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen vermehrt von Krebserkrankungen betroffen sein können.

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Krebserkrankungen der Lübecker Senioren/innen aus der Datenbasis (Krankenhausentlassungsdiagnosen) nur eines Jahres resultieren (1996). Wie sich die Krebserkrankungen auf die Lübecker Altenbevölkerung tatsächlich verbreiten und welche sozialen Zusammenhänge bei den Krebserkrankungen der Senioren/innen bestehen, ist damit nicht eindeutig geklärt. Die kleinräumige Analyse der stationär behandelten Krebserkrankungen der Lübecker Senioren/innen eröffnet erste Einblicke in das regionale Krankheitsgeschehen der Lübecker Altenbevölkerung. Genauere Aussagen zu Einzelaspekten der Krebserkrankungen der Lübecker Senioren/innen (z. B. regionale Inzidenzraten) können nur mit einer umfangreichen und exakten Datenlage, wie sie z. B. das schleswig-holsteinische Krebsregister bieten kann, getroffen werden.

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

Die ICD-Hauptgruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ beschreibt das breite Spektrum der Schäden von Unfällen, wie: Knochenbrüche, Verrenkungen und Verstauchungen der Gelenke, 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 toxische Substanzen, um nur einige zu nennen.

Bei Senioren/innen haben Unfälle zumeist Knochenbrüche zur Folge. Ca. 61,4 % der 1.605 stationär versorgten Verletzungen und Vergiftungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 bezogen sich auf Knochen- bzw. Schädelfrakturen (ICD-9 800-829). An vorderster Stelle bei den Frakturen älterer Menschen stehen der Oberschenkel- und der Oberschenkelhalsbruch (ICD-9 820-821). Ca. 36 % der stationär versorgten Frakturen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 erfolgten aufgrund von Frakturen des Oberschenkels- und des Oberschenkelhalses. Der Anteil der Armbrüche (ICD-9 812-813) an den Frakturen betrug ca. 22 %, gefolgt von Frakturen der Wirbelsäule, der Rippen und des Beckens (ICD-9 805-808), die ca. 19 % der stationär versorgten Frakturen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 ausmachten.

Andere Verletzungen wie z. B. Beinverstauchungen und Gehirnerschütterung kommen bei älteren Menschen (in der stationären Versorgung) hingegen relativ seltener vor. Der Anteil der Diagnosen ICD-9 830-869 (innere Verletzungen ohne Frakturen) an den stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen lag 1996 bei 12 %.

Bei den äußeren Verletzungen der Senioren/innen - deren Anteil im Jahre 1996 16,2 % der stationär versorgten Verletzungen- und Vergiftungen ausmachte - handelt es sich hauptsächlich (ca. 57 %) um Prellungen (ICD-9 920-924). Verletzungen mit offenen Wunden (ICD-9 970-997) hatten einen Anteil von 26 %.

Vergiftungen spielen im Hinblick auf die Häufigkeit der Unfallfolgen von Senioren/innen eine eher untergeordnete Rolle. Der Anteil der Vergiftungsfälle an allen stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen der Senioren/innen des Jahres 1996 umfaßte 2,7 % und lag damit unter dem der Lübecker Gesamtbevölkerung von 3,8 %.

Bei älteren Menschen sind Unfallverletzungen aufgrund der erhöhten Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) und anderer altersbedingter organischer Abbauerscheinungen nicht nur schwerwiegender, wie der hohe Anteil der Schädel- und Knochenfrakturen (61,4 %) an den stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen der Senioren/innen des Jahres 1996 verdeutlicht, sondern auch wesentlich häufiger. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Lübecks, auf die im Jahre 1996 pro 1.000 Einwohner/innen ca. 21 stationär versorgte Verletzungs- und Vergiftungsfälle entfielen, war der Anteil bei der Lübecker Altenbevölkerung mit ca. 27 stationär versorgte Verletzungs- und Vergiftungsfälle pro 1.000 über 60-jährige Einwohner/innen deutlich höher.

Dass ältere Menschen häufiger verunfallen – zumeist handelt es sich dabei um Stürze – ist nicht nur auf äußere Umstände (z. B. unfallgefährdende Wohn-, Straßenverkehrs- und Umweltverhältnisse) zurückzuführen, sondern hängt auch mit der eingeschränkten gesundheitlichen Konstitution vieler älterer Menschen zusammen. Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, Gleichgewichtsstörungen oder verminderte Beweglichkeit, die im Alter stark zunehmen, erhöhen das Unfallrisiko grundsätzlich. Dazu kommt die bei älteren Menschen vermehrte Einnahme von Medikamenten. Insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie bestimmte Antidepressiva setzen das Reaktionsvermögen herab und verstärken das Unfallrisiko im Alter noch zusätzlich.

Wie im Kapitel 3.1.1 bereits erwähnt, sind die älteren Frauen häufiger von Unfallverletzungen betroffen. Gegenüber den über 60-jährigen Männern, auf die im Jahre 1996 ca. 20 stationär versorgte Verletzungs- und Vergiftungsfälle pro 1.000 Männer entfielen, lag die Verletzungs- und Vergiftungsquote bei den über 60-jährigen Frauen bei ca. 31 stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen pro 1.000 Frauen. Am höchsten ist der geschlechtliche Unterschied bei der Altersgruppe der 75 bis 84-Jährigen (25 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer, zu 41 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Frauen). Das erhöhte Unfall- und Verletzungsrisiko der älteren Frauen begründet sich hauptsächlich aus den geschlechtsbezogenen höheren Tätigkeitsanforderungen der Frauen im Haushalt, denen sie mit zunehmenden Alter kaum mehr gewachsen sind – 60 % der Unfälle aller Frauen ereignen sich im Haus-, bzw. in der häuslichen Umgebung, bei den Männern sind es dagegen nur 45 % - und der höheren Osteoporosemorbidität bei älteren Frauen, wodurch schon bei kleineren Stürzen schwere Frakturen verursacht werden können.

Mit zunehmenden Alter wird das Unfall- und Verletzungsrisiko bei beiden Geschlechtern immer höher (siehe Abb. 16 u. 17). Bei den älteren Frauen steigt die Inzidenzrate von 17,4 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen auf 41,2 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 75 bis 84-Jährigen und erreicht bei der Altersgruppe der über 85-Jährigen einen Anteil von 76,1 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Frauen. Auch bei den älteren Männern erhöht sich der Anteil der Verletzungen von dem der 60 bis 74-Jährigen (15,1 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer) auf den der über 85-Jährigen (65,7 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer) um mehr als das Vierfache .

Tab. 8
Verletzungen u. Vergiftungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1996

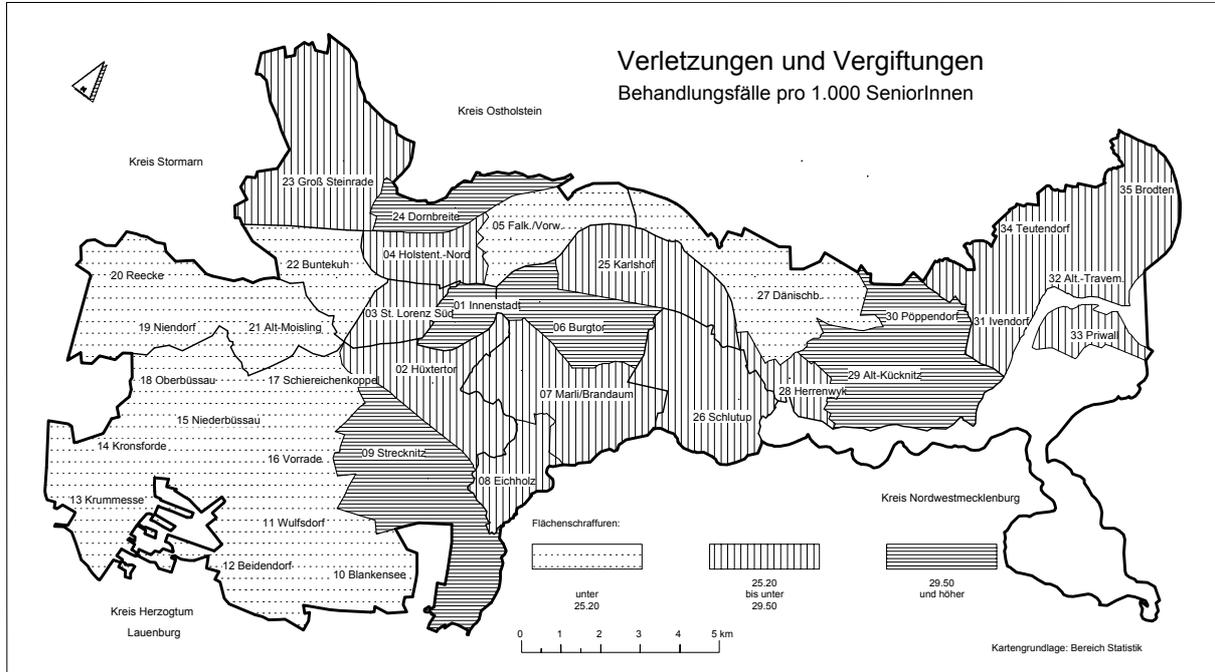
| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 31,0 | 41,9 | Dornbreite | 13,4 | 40,5 |
| Hüxtertor | 18,7 | 29,8 | Burgtor | 31,8 | 43,2 |
| Strecknitz | 20,3 | 38,1 | Marli/Brandenbaum | 18,3 | 30,6 |
| St. Jürgen-Land | 12,5 | 22,0 | Eichholz | 14,4 | 38,2 |
| Moisling | 12,1 | 18,4 | Karlshof | 33,3 | 24,6 |
| Buntekuh | 19,9 | 28,8 | Schlutup | 15,6 | 38,1 |
| St. Lorenz Süd | 14,9 | 30,6 | Dänischburg | 18,1 | 22,4 |
| Holstentor-Nord | 22,7 | 29,8 | Herrenwyk | 17,2 | 37,5 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 18,8 | 16,6 | Kücknitz/Pöppendorf | 32,6 | 30,3 |
| Gr. Steinrade | 22,8 | 27,2 | Travemünde | 18,0 | 33,9 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Bezogen auf die Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke ist die Unfall- bzw. Verletzungsrate bei den älteren Frauen im Stadtbezirk Burgtor am höchsten und in Falkenfeld/Vorwerk am niedrigsten (siehe Tab. 8). Mit 43,2 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen lag die Inzidenzrate der älteren Frauen aus dem Stadtbezirk Burgtor im Jahre 1996 um ca. 39 % über dem städtischen Durchschnitt (31 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen). Die Inzidenzrate der Seniorinnen aus Falkenfeld/Vorwerk (16,6 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen) war im Vergleich zum Städtischen Durchschnitt um fast die Hälfte (ca. 46 %) niedriger. Bei den älteren Männern sind insbesondere die Senioren aus Karlshof und Kücknitz/Pöppendorf von Unfällen bzw. Verletzungen betroffen. Mit 33,2 bzw. 32,6 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Männer lag die Inzidenzrate der älteren Männer im Jahre 1996 um ca. 67 % über der der älteren Lübecker Männer insgesamt (20 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000

Männer). Die wenigsten Unfälle bzw. Verletzungen finden sich bei den älteren Männern aus Moisling. Mit 12,1 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Männer war die Inzidenzrate der männlichen Altenbevölkerung Moislings die niedrigste im gesamten Stadtgebiet.

Abb. 20



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Werden die stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfälle der Männer und Frauen zusammengefasst – um die Validität der Ergebnisse der kleinräumigen Analyse zu erhöhen und sie mit den stadtbezirksbezogenen Ergebnissen der Sozialdaten abgleichen zu können – zeigt sich, dass von allen älteren Menschen Lübecks die Senioren/innen aus der Innenstadt, Burgtor, Kücknitz/Pöppendorf, Dornbreite und Strecknitz die meisten Unfälle bzw. Verletzungen erleiden. Die Inzidenzrate der stationär versorgten Senioren/innen lag hier 1996 insgesamt zwischen 30 und 39 Verletzungsfällen pro 1.000 Senioren/innen, wobei die vielen Verletzungen im Stadtbezirk Burgtor hauptsächlich auf die überdurchschnittlich alte Altenbevölkerung dieses Stadtbezirkes zurückzuführen sind. Die wenigsten Verletzungen verzeichnen die Senioren/innen St. Jürgen-Land, Moisling, Buntekuh, Falkenfeld/Vorwerk und Dänischburg. Die Inzidenzrate betrug hier 1996 höchstens 25 Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Aus dem Vergleich (Korrelationsanalyse) der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequoten der Lübecker Altenbevölkerung mit den stadtbezirksbezogenen Verletzungsraten der Lübecker Altenbevölkerung lässt sich kein wesentlicher Zusammenhang ableiten (vgl. Abb. 11 und Abb. 20) der dafür sprechen könnte, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger von Unfällen bzw. Verletzungen betroffen sind als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen. Abgesehen von den Stadtbezirken Dornbreite und der Innenstadt, die eine relativ hohe Sozialhilfedichte der Altenbevölkerung aufweisen, finden sich unter den Stadtbezirken mit den höchsten Verletzungsraten der Senioren/innen eher Stadtbezirke mit einer (besonders) geringen Sozialhilfedichte. Möglicherweise, sind sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen freizeitaktiver und daher auch unfallgefährdeter als sozialökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen.

Ein etwas stärkerer Zusammenhang – so die Korrelationsanalyse - besteht allerdings zum Indikator „Anteil der allein lebenden Senioren/innen“. Dass das Alleinleben der Senio-

ren /innen mit einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko einher geht (weil z. B. struzkri- tische Tätigkeiten im Haushalt weniger leicht an andere abgegeben werden können), wie Untersuchungen zur Unfallsterblichkeit der Hamburger Altenbevölkerung ergeben haben, scheint offenbar auch auf die Lübecker Senioren/innen zuzutreffen. In den Lübecker Stadt- bezirken mit den meisten allein lebenden Senioren/innen Huxtertor, Holstentor-Nord, St. Lorenz Süd, Innenstadt und Burgtor war der Anteil der stationär versorgten Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen zum Großteil überdurchschnittlich hoch (über 27,1 stationär ver- sorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) bzw. insgesamt nicht niedrig (vgl. Abb. 7 und Abb. 20).

3.1.5 Erkrankungen der Verdauungsorgane / ICD-9 520-579

Auch Erkrankungen an den Verdauungsorganen werden im Alter immer häufiger. Bei den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen stehen die Verdauungsorganer- krankungen an vierter Stelle. Fast jede zehnte Behandlung (9,3 %) der über 60-jährigen Lübecker Krankenhauspatienten/innen des Jahres 1996 erfolgte aufgrund einer Erkran- kung der Verdauungsorgane (ICD-9 520-579). Der Anteil der Verdauungsorganerkrankun- gen der Lübecker Altenbevölkerung lag seinerzeit bei ca. 30 stationär versorgten Behand- lungsfällen pro 1.000 Senioren/innen gegenüber ca. 18 stationär versorgten Behandlun- gsfällen pro 1.000 Einwohner der Lübecker Gesamtbevölkerung.

Die Ursachen für die Erkrankungen der Verdauungsorgane sind allgemein sehr vielschich- tig. Einige Verdauungsorganerkrankungen der Senioren/innen, wie z. B. Magengeschwüre, Leberzirrhose und Gallensteinkrankheiten können auch als Folge einer dauerhaften Fehl-, Mangel- und Überernährung, bzw. durch Hektik und Streß, Bewegungsmangel oder auch durch erhöhten Alkoholkonsum entstanden sein. Der Großteil der Erkrankungen der Ver- dauungsorgane der Senioren/innen ist auf altersbedingte Veränderungen bzw. Abnahmen der Sekretionen der Speicheldrüse, des Magens und Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Auch arteriosklerotische Veränderungen an den Eingeweiden und das Nachlassen der E- lastizität des Bandapparates sowie mangelhafte Beiss- und Kaufähigkeit spielen bei den Ursachen der Verdauungsorganerkrankungen im Alter eine Rolle.

Bei den Verdauungsorganerkrankungen älterer Menschen handelt es sich zumeist um Er- krankungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse. Fast ein Drittel (30,9 %) der 1.613 stationär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen bezogen sich 1996 auf die Behandlung dieser Organe (ICD-9 570-579). Darm- und Bauch- fellerkrankungen sind die zweit häufigsten Verdauungsorganerkrankungen bei älteren Menschen. Der Anteil der Darm- und Bauchfellerkrankungen (ICD-9 560-569) an den stati- onär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen betrug 1996 22,9 % (26 % bei den Frauen, 19 % bei den Männern). An dritter Stelle der Häufigkeit von Verdauungsorganerkrankungen von älteren Menschen stehen Erkrankungen des Magens, der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms. Ungefähr 18 % (18 % bei den Frauen und 17 % bei den Männern) der 1996 stationär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen entfielen auf die Diagnosegruppe ICD-9 530-537 (Krankheiten des Magens, der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms).

Besonders häufig leiden ältere Menschen (vorwiegend Männer) auch unter Leisten- bzw. Eingeweidebrüchen. Jede fünfte (21 %) der stationären Behandlungen der Verdauungsor- gane der Lübecker Senioren des Jahres 1996 erfolgte aufgrund eines Leisten- bzw. Eingeweidebruches. Bei den Lübecker Seniorinnen betrug der Anteil der Leisten- bzw. Eingeweidebrüche ca. 7 %.

Nicht nur Eingeweidebrüche, sondern auch viele andere Verdauungsorganerkrankungen sind bei den älteren Männern verbreiteter als bei den älteren Frauen. Der Anteil der stationär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren lag 1996 in allen Seniorenaltersgruppen um mindestens 32 % über dem der Seniorinnen (vgl. Abb. 16 und 17). Die Inzidenzrate bei allen älteren Männern betrug 27,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer, die aller älteren Frauen umfasste 20,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen. Am deutlichsten ist der geschlechtliche Unterschied bei den sog. „alten Alten“ (75- bis 84-Jährigen). Mit 39,6 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Männer war die Inzidenzrate der 75- bis 84-jährigen Männer im Jahre 1996 ca. 62 % höher als die der 75- bis 84-jährigen Frauen (24,5 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen).

Im Laufe des Alters nehmen Verdauungsorganerkrankungen sowohl bei den älteren Männern als auch bei den älteren Frauen noch weiter zu. Bezüglich der stationär versorgten Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 lag der Anteil der stationär versorgten Behandlungsfälle bei den über 85-jährigen Männern um ca. 123 % über dem der 60- bis 74-jährigen Männer. Bei den über 85-jährigen Frauen war der Anteil der stationär versorgten Behandlungsfälle um ca. 148 % höher als der der Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen Frauen.

Tab. 9
Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Lübecker Stadtbezirken
pro 1.000 SeniorInnen, 1996

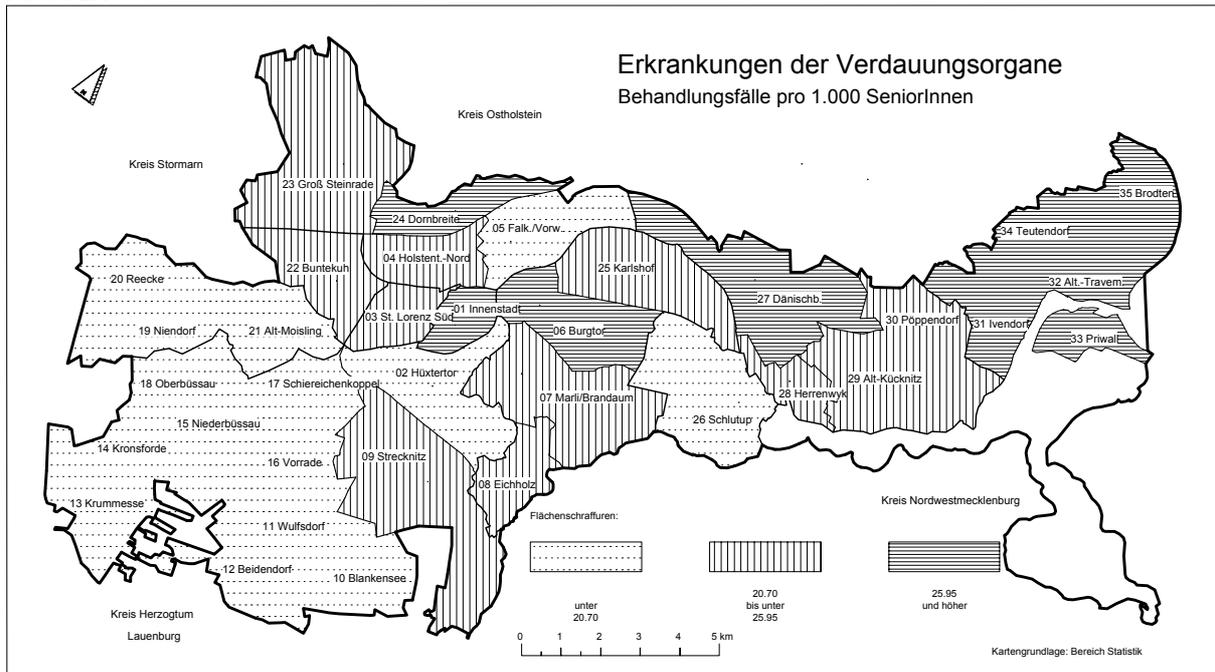
| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 31,0 | 23,1 | Dornbreite | 33,5 | 26,4 |
| Hüxtertor | 23,2 | 16,6 | Burgtor | 40,7 | 23,4 |
| Strecknitz | 32,4 | 21,1 | Marli/Brandenbaum | 32,9 | 18,3 |
| St. Jürgen-Land | 28,1 | 7,3 | Eichholz | 20,4 | 21,6 |
| Moisling | 30,7 | 13,5 | Karlshof | 22,2 | 27,3 |
| Buntekuh | 26,9 | 18,0 | Schlutup | 13,9 | 16,8 |
| St. Lorenz Süd | 22,8 | 21,3 | Dänischburg | 22,1 | 33,5 |
| Holstentor-Nord | 26,6 | 21,0 | Herrenwyk | 27,5 | 18,7 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 17,6 | 11,3 | Kücknitz/Pöppendorf | 24,5 | 23,0 |
| Gr. Steinrade | 26,1 | 17,3 | Travemünde | 30,9 | 26,6 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Unterschieden nach Stadtbezirken, weisen die älteren Männer aus dem Stadtbezirk Burgtor die meisten Verdauungsorganerkrankungen unter der männlichen Altenbevölkerung Lübecks auf (siehe Tab. 9). Mit 40,7 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Männer lag die Inzidenzrate der älteren Männer aus dem Stadtbezirk Burgtor im Jahre 1996 um ca. 50 % über dem städtischen Durchschnitt (27 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Bei den älteren Frauen sind insbesondere die Frauen aus Dänischburg von Erkrankungen der Verdauungsorgane betroffen (siehe Tab. 9). Im Verhältnis zur Inzidenzrate der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks (20,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) war die der älteren Frauen aus Dänischburg (33,5 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) 1996 um ca. 65 % höher. Die wenigsten Verdauungsorganerkrankungen finden sich, bezogen auf die männliche Altenbevölkerung, im Stadtteil Schlutup (13,9 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Männer). Bezogen auf die weibliche Altenbevölkerung waren die Frauen aus St. Jürgen-Land am geringsten betroffen (7,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen).

Werden die stationären Behandlungsfälle der Männer und Frauen zusammengefaßt, weisen - nach Häufigkeitsstufen geordnet - außer den Altenbevölkerungen des Stadtbezirkes Burgtor und Dänischburg auch die Altenbevölkerungen von Dornbreite, Travemünde und der Innenstadt erhöhte Inzidenzraten bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane auf (siehe Abb. 21). Der Anteil der stationär versorgten Senioren/innen dieser Stadtbezirke betrug im Jahre 1996 mehr als 26 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen, wobei der erhöhte Anteil der Behandlungsfälle der Altenbevölkerung von Burgtor und Travemünde auch auf das höhere Erkrankungsrisiko der überdurchschnittlich alten Altenbevölkerung dieser Stadtbezirke zurückzuführen ist.

Abb. 21



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Am wenigsten verbreitet sind Verdauungsorganerkrankungen - ausgehend von den stationären Behandlungsdaten des Jahres 1996 – bei den Senioren/innen der Stadtbezirke St. Jürgen Land, Strecknitz, Schlutup, Falkenfeld/Vorwerk und Moisling. Der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen lag in diesen Stadtbezirken seinerzeit unter 21 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen. Im städtischen Durchschnitt (Gesamtstadt) lag der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen im Jahre 1996 bei 23 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen.

Die Annahme, dass das Erkrankungsrisiko der Verdauungsorgane bei sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen möglicherweise höher ist, als bei sozialökonomisch besser gestellten Senioren/innen, kann, vergleicht man die stadtbezirksbezogene Sozialhilfedichte der Lübecker Altenbevölkerung mit den stadtbezirksbezogenen Inzidenzraten der Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Altenbevölkerung (Korrelationsanalyse), nicht bestätigt werden. Von den fünf Stadtbezirken mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte der Altenbevölkerung weisen nur zwei Stadtbezirke (Dornbreite und Innenstadt) erhöhte Erkrankungsraten ihrer Altenbevölkerungen auf. In den anderen Stadtbezirken mit einem relativ hohen Anteil an Sozialhilfeempfänger/innen an der Altenbevölkerung finden sich relativ wenige erkrankte Senioren/innen (vgl. Abb. 11 und 21). Auch die hohen Erkrankungsraten der Altenbevölkerungen von Travemünde, Burgtor und Dänischburg - alles Stadtbezirke mit einer niedrigen Sozialhilfedichte der Altenbevölkerung – sprechen eher dagegen, dass das Erkrankungsrisiko an Krankheiten der Verdauungsorgane vom Sozialstatus älterer Menschen abhängig ist.

3.1.6 Erkrankungen der Atmungsorgane / ICD-9 460-519

Die Atemwegserkrankungen zählen mit zu den schwersten Krankheiten im Alter; denn bei älteren Menschen verlaufen Atemwegserkrankungen zumeist chronisch und oftmals auch tödlich, wie die Todesursachenstatistik - bei der die Atemwegserkrankungen an dritter Stelle stehen - erkennen lässt. Wie viele der Lübecker Senioren/innen unter Atemwegserkrankungen leiden, kann nicht genau eingeschätzt werden. Ausgehend von den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 belief sich der Anteil der Erkrankten auf 15 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen. Bezogen auf alle im Krankenhaus behandelten Krankheiten der Lübecker Senioren/innen betrug der Anteil der Atemwegserkrankungen ca. 5,4 %.

Die Erkrankungen der Atmungsorgane bei älteren Menschen sind hauptsächlich auf die altersbedingte Verminderung der Leistungsreserven der Lunge, der zunehmenden bakteriellen Sensibilisierung und der im Alter abnehmenden Abwehrkräfte zurückzuführen. Aber auch Luftverschmutzungen, Rauch und Zigaretten, die die Atmungsorgane über längere Zeit geschädigt haben und sich oft erst im Alter bemerkbar machen, wie z. B. in Form einer chronischen Bronchitis – können als Ursache für Atemwegserkrankungen angesehen werden.

An vorderster Stelle bei den Atemwegserkrankungen der älteren Menschen - so die Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 - steht die Pneumonie (Lungenentzündung). Bei mehr als der Hälfte (50,8 %) der 951 stationär versorgten Atemwegserkrankungen der Lübecker Senioren/innen handelte es sich um Entzündungen der Lunge bzw. der Lunge und der Bronchien (ICD-9 480-486). Die chronische Bronchitis ist die im Alter zweit häufigste Atemwegserkrankung. Auf die Behandlung der chronischen Bronchitis (ICD-9 491) konzentrierte sich 1996 ca. ein Viertel (25,1 %) der stationär versorgten Atemorganerkrankungsfälle der Lübecker Senioren/innen. Zählt man die Behandlungen der akuten Bronchitis (ICD-9 466) hinzu, dann umfasste der Anteil der stationär versorgten Bronchitis-Erkrankungen 1996 ca. 30 %, wobei es sich, bezogen auf die Behandlungen der chronische Bronchitis, zu ca. 62 % um ältere Männer handelte.

Wie bei fast allen Krankheitsgruppen (ICD-Hauptgruppen) mit einer hohen Inzidenzrate der Altenbevölkerung, sind die älteren Männer auch von Krankheiten der Atmungsorgane stärker betroffen als die älteren Frauen. Gegenüber dem Anteil der stationär versorgten Atemwegserkrankungen der Seniorinnen von 11,9 Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen war der Anteil der Senioren (20,4 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer) 1996 um ca. 70 % höher (vgl. Abb. 16 und 17). Der größte geschlechtliche Unterschied bei der Verbreitung von Atemwegserkrankungen findet sich bei der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen. Der Anteil der Männer liegt hier zwar „nur“ bei 14,5 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer, gegenüber dem der Frauen (6,3 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe) ergibt sich jedoch ein Unterschied von über 130 %.

Die Atemwegserkrankungen nehmen im Alter kontinuierlich zu und zwar nicht nur bei den Männern, sondern auch bei den Frauen (siehe Abb. 16 und 17). Bei den älteren Männern – so die Krankenhausbehandlungsdaten der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 – erhöht sich die Inzidenzrate von 14,5 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen auf 48,7 Behandlungsfälle pro 1.000 Männer der Altersgruppe der über 85-Jährigen um mehr als das Zweifache (236 %). Bei den älteren Frauen steigt die Zahl der Behandlungsfälle zwischen der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen (6,3 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) und der Altersgruppe der über 85-Jährigen (28,6 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) um ca. das Dreieinhalbfache (354 %) an.

Bezüglich der männlichen Altenbevölkerung Lübecks sind - unterschieden nach Stadtbezirken - die Senioren aus dem Stadtbezirk Burgtor am häufigsten von Atemwegserkrankungen betroffen (siehe Tab. 10). Mit 35,6 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer lag die Inzidenzrate der über 60-jährigen Männer aus dem Stadtbezirk Burgtor 1996 um ca.

Tab. 10

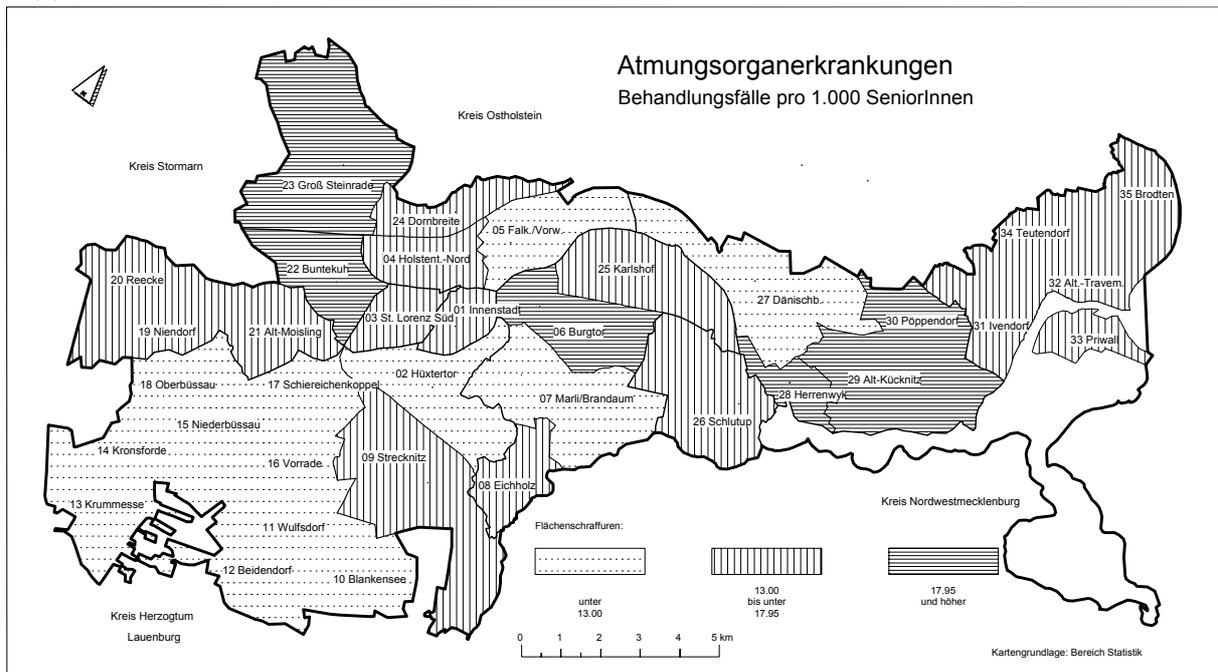
Atmungsorganerkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1996

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 21,4 | 14,7 | Dornbreite | 16,1 | 12,3 |
| Hüxtertor | 14,5 | 10,5 | Burgtor | 35,6 | 20,5 |
| Strecknitz | 21,6 | 13,0 | Marli/Brandenbaum | 15,6 | 10,8 |
| St. Jürgen-Land | 18,8 | 0,0 | Eichholz | 12,0 | 14,4 |
| Moising | 23,3 | 14,1 | Karlishof | 23,6 | 7,9 |
| Buntekuh | 23,9 | 18,7 | Schlutup | 17,3 | 11,2 |
| St. Lorenz Süd | 25,4 | 12,0 | Dänischburg | 12,0 | 8,0 |
| Holstentor-Nord | 21,0 | 9,9 | Herrenwyk | 30,9 | 8,0 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 10,6 | 6,0 | Kücknitz/Pöppendorf | 30,2 | 13,6 |
| Gr. Steinrade | 26,1 | 14,8 | Travemünde | 21,9 | 11,0 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

75 % über dem städtischen Durchschnitt (20,4 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer). Auch die Senioren aus Herrenwyk und Kücknitz weisen überdurchschnittlich viele Erkrankungsfälle der Atmungsorgane auf. Die Inzidenzrate der über 60-jährigen Männer dieser Stadtbezirke umfasste ca. 30 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer. Am wenigsten betroffen sind die Senioren aus dem Stadtbezirk Falkenfeld/Vorwerk. Der Anteil der Atemwegserkrankungen bei den älteren Männern aus Falkenfeld/Vorwerk lag 1996 bei 10,6 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer. Auch bei der weiblichen Altenbevölkerung sind die Atemwegserkrankungen im Stadtbezirk Burgtor am meisten verbreitet (siehe Tab. 10). Mit 20,5 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen war die Inzidenzrate der Seniorinnen aus dem Stadtbezirk Burgtor 1996 72 % höher als der städtische Durchschnitt (11,9 stationär versorgten Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen). Die niedrigste Inzidenzrate der weiblichen Altenbevölkerung findet sich – abgesehen vom Stadtbezirk St. Jürgen-Land, in dem 1996 überhaupt keine stationär versorgten Erkrankungsfälle auftraten – ebenso, wie bei der männlichen Altenbevölkerung, im Stadtbezirk Falkenfeld/Vorwerk (6,0 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen).

Abb. 22



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Bei der Zusammenfassung der stationär versorgten Erkrankungsfälle der Männer und Frauen weisen, nach Häufigkeit geordnet, auch die Senioren/innen aus den Stadtbezirken Buntekuh und Gr. Steinrade vermehrt Atemwegserkrankungen auf (siehe Abb. 22). Der Anteil der stationär versorgten Senioren/innen der Stadtbezirke Buntekuh, Gr. Steinrade, Kücknitz/Pöppendorf, Herrenwyk und Burgtor umfasste 1996 mehr als 17 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen, wobei die vielen Atemwegserkrankungen im Stadtbezirk Burgtor hauptsächlich auf die überdurchschnittlich alte Altenbevölkerung dieses Stadtbezirkes zurückzuführen sind. Am wenigsten verbreitet sind Atemwegserkrankungen bei den Senioren/innen in Dänischburg, Falkenfeld/Vorwerk, Marli/Brandenbaum, Huxtortor und St. Jürgen-Land. Die Inzidenzrate der stationär versorgten Senioren/innen betrug hier 1996 höchstens 13 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Werden die stadtbezirksbezogenen Inzidenzraten der Atemwegserkrankungen der Lübecker Altenbevölkerung mit der stadtbezirksbezogene Sozialhilfedichte der Lübecker Altenbevölkerung verglichen (Korrelationsanalyse), zeigt sich kein wesentlicher Zusammenhang zwischen den beiden Variablen (vgl. hierzu Abb. 11). Dass es keine sozialen Unterschiede bei den Atemwegserkrankungen in der Lübecker Altenbevölkerung gibt, lässt sich aufgrund des geringen Datenumfanges und des Einflusses des Altersfaktors auf die Stadtbezirksbezogenen Fallzahlen daraus jedoch nicht ableiten. Allein die Tatsache, dass keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Inzidenzrate aufweist und die Altenbevölkerung von Buntekuh und Herrenwyk besonders hohe Inzidenzraten verzeichnet, deutet schon darauf hin, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen vermehrt von Atemwegserkrankungen betroffen sein können.

Um genauere Aussagen zu Einzelaspekten der Verbreitung von Atemwegserkrankungen der Lübecker Senioren/innen (z. B. regionale Inzidenzraten) treffen zu können, ist das Gesundheitsamt bemüht die Datenlage und die Datenauswertungsstrukturen der Krankenhausentlassungsdiagnosen noch zu verbessern.

3.1.7 Psychiatrische Erkrankungen / ICD-9 290-319

Mit der Lebensverlängerung im Alter, besonders bei den Hochbetagten, kommt den psychiatrischen Erkrankungen, zu denen auch dementielle Erkrankungen zählen, eine für die Altenbevölkerung wachsende Bedeutung zu.

Untersuchungen zur Folge, leiden ältere Menschen insgesamt gesehen nur unwesentlich häufiger an psychischen Störungen als jüngere Erwachsene. Ausgehend von den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Bevölkerung des Jahres 1996 war der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen bei den Senioren/innen (9,2 Behandlungsfälle pro 1.000 über 60-jährige Einwohner/innen) sogar niedriger als der der Gesamtbevölkerung Lübecks (12,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen). Dabei sind allerdings viele der dementiellen Erkrankungen (z. B. Alzheimer-Krankheit, Zerebrale Arteriosklerose) der Lübecker Senioren/innen, die selten oder nie im Krankenhaus behandelt werden und/oder gemäß dem Klassifizierungsschemas des ICD-9 anderen Erkrankungsarten (Krankheiten des Nervensystems bzw. Krankheiten des Kreislaufsystems) zugeordnet werden, unberücksichtigt geblieben.

Abgesehen davon, wie stark verbreitet psychiatrischen Erkrankungen in der Altenbevölkerung tatsächlich sind – was aufgrund der Datenlage (Krankenhausentlassungsdiagnosen ICD-9) hier nicht konkret ermittelt werden kann - bestehen große Unterschiede im Krankheitsspektrum. Bei den psychiatrischen Erkrankungen älterer Menschen handelt es sich hauptsächlich um organische Hirnkrankheiten und Hirnfunktionsstörungen (z. B. senile

Demenz, Hirnorganisches Psychosyndrom). Weit mehr als ein Drittel (41 %) der 498 stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 bezogen sich auf die dafür entsprechende Diagnosegruppe „organische Psychosen“ (ICD-9 290-294). In der Gesamtbevölkerung lag der Anteil dagegen nur bei ca. 16 %. Ca. ein Viertel der psychiatrischen Erkrankungen der älteren Menschen sind psychiatrische Erkrankungen im engerem Sinne, wie z. B. Depressionen und Schizophrenien. Der Anteil der „nichtorganischen Psychosen“ (ICD-9 295-299) an den stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen umfasste im Jahre 1996 24,9 %.

Auffallend häufig leiden ältere Menschen, hauptsächlich Männer, auch an alkohol- bzw. medikamentenbedingten psychiatrischen Erkrankungen. Fast jede fünfte (18,3 %) stationär versorgte psychiatrische Erkrankung der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 (34 % bei den Männern und 7 % bei den Frauen) erfolgte auf Grund einer Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit (ICD-9 303-304). Werden die Behandlungsfälle des Alkohol- und Medikamentenmissbrauches (ICD-9 305) hinzugerechnet, erhöht sich der Anteil der durch Alkohol- und Medikamente verursachten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen auf 20,5 %.

So unterschiedlich, wie die Diagnosen der psychiatrischen Erkrankungen bei älteren Menschen sind, ist auch das Spektrum der Ursachen. Abgesehen von den klassischen psychiatrischen Erkrankungen bzw. „nichtorganische Psychosen“ und der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, die hauptsächlich genetische, psychologische und/oder soziale Ursachen haben und gleichermaßen auch in der jüngeren Erwachsenenbevölkerung vorhanden sind, ist der Großteil der psychiatrischen Erkrankungen der älteren Menschen („organische Psychosen“ bzw. dementielle Erkrankungen) hauptsächlich auf altersbedingte organische Abbauprozesse zurückzuführen.

Ausgehend von der Zahl der Krankenhausbehandlungen leiden ältere Männer insgesamt (alle Diagnosen zusammengenommen) etwas häufiger unter psychiatrischen Erkrankungen als ältere Frauen. Der Anteil der stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren (8,7 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer) lag im Jahre 1996 durchschnittlich um ca. 18 % über dem der Lübecker Seniorinnen (7,4 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen). Im Laufe des Alters nehmen die psychiatrischen Erkrankungen – vorwiegend auf Grund der Zunahme von demenziellen Erkrankungen – sowohl bei den älteren Männern als auch bei den älteren Frauen noch weiter zu. Mit 17,8 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Männer und 14 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen war die Inzidenzrate der über 85-jährigen Männer und Frauen gegenüber der der 60- bis 74-jährigen Männer und Frauen (7,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer und 5,3 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) 1996 bei beiden Geschlechtern um rund 150 % höher.

Tab. 11

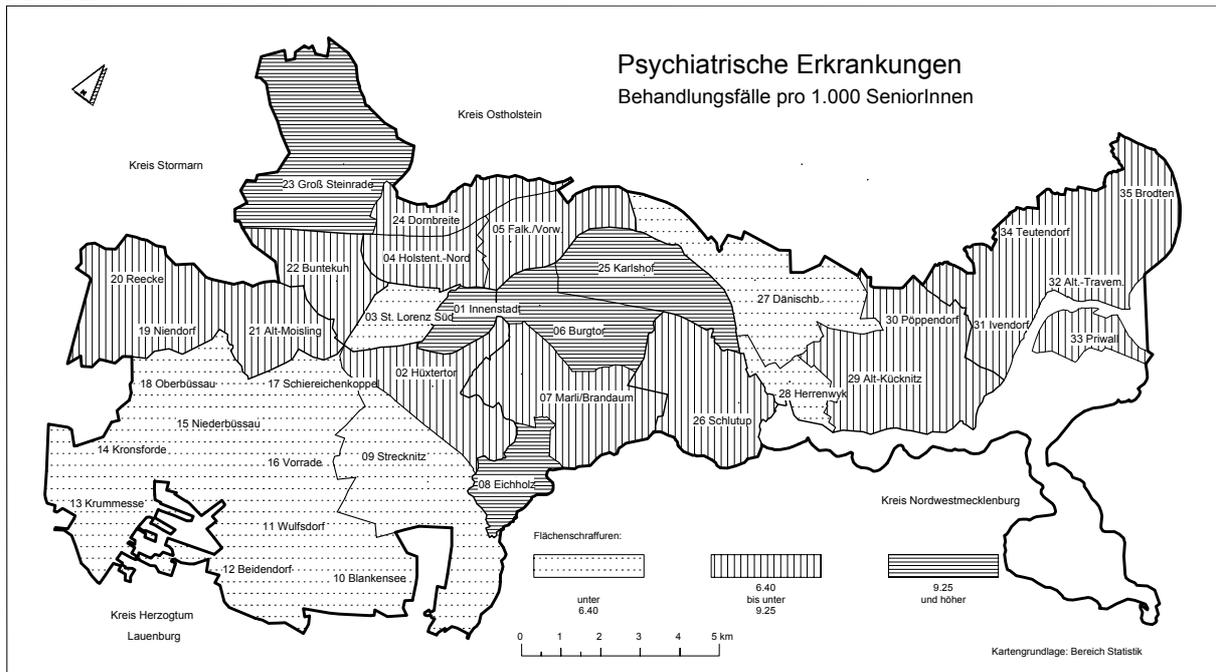
Psychiatrische Erkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1996

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 17,9 | 11,2 | Dornbreite | 6,7 | 9,7 |
| Hüxtertor | 6,9 | 6,5 | Burgtor | 14,0 | 9,5 |
| Strecknitz | 5,4 | 7,0 | Marli/Brandenbaum | 7,3 | 6,1 |
| St. Jürgen-Land | 0,0 | 0,0 | Eichholz | 10,8 | 8,6 |
| Moisling | 6,5 | 6,8 | Karlshof | 8,3 | 10,6 |
| Buntekuh | 11,9 | 5,0 | Schlutup | 6,9 | 7,9 |
| St. Lorenz Süd | 7,0 | 5,3 | Dänischburg | 6,0 | 3,2 |
| Holstentor-Nord | 5,0 | 8,4 | Herrenwyk | 6,9 | 2,7 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 9,4 | 8,3 | Kücknitz/Pöppendorf | 8,2 | 8,9 |
| Gr. Steinrade | 39,2 | 4,9 | Travemünde | 9,5 | 8,6 |

Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Unterschieden nach Stadtbezirken, weisen - abgesehen von der männlichen Altenbevölkerung aus Gr. Steinrade, deren hohe Inzidenzrate wahrscheinlich auf die spezielle Einwohnerstruktur (hoher Anteil von Pflegeheimbewohner/innen) dieses Stadtbezirkes zurückzuführen ist - die älteren Männer aus der Innenstadt die meisten psychiatrischen Erkrankungen unter der männlichen Altenbevölkerung Lübecks auf (siehe Tab. 11). Mit 17,9 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Männer war die Inzidenzrate der älteren Männer aus der Innenstadt im Jahre 1996 etwa doppelt so hoch wie der städtische Durchschnitt (8,7 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Die wenigsten psychiatrischen Erkrankungen finden sich, abgesehen von den älteren Männern aus St. Jürgen-Land, die im Jahre 1996 keine stationär versorgten Erkrankungsfälle verzeichneten, bei den älteren Männern aus dem Stadtbezirk Holstentor Nord (5 stationär versorgten Behandlungsfälle pro 1.000 Männer). Auch bei den älteren Frauen sind die psychiatrischen Erkrankungen in der Innenstadt am häufigsten verbreitet. Gegenüber dem städtischen Durchschnitt (7,4 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) war die Inzidenzrate der älteren Frauen aus der Innenstadt (11,2 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) im Jahre 1996 um ca. 50 % höher. Dagegen traten, abgesehen von den älteren Frauen aus St. Jürgen-Land, die im Jahre 1996 ebenfalls keine stationär versorgten Erkrankungsfälle verzeichneten, bei den älteren Frauen aus Herrenwyk 1996 die wenigsten psychiatrischen Erkrankungen (2,7 stationär versorgten Behandlungsfällen pro 1.000 Frauen) auf.

Abb. 23



Quelle: Diagnosedaten der MUL, des AfK Lübeck, des Rote Kreuz Krankenhauses und der Fachklinik Neustadt

Werden die stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Männer und Frauen zusammengefasst – um die Validität der Ergebnisse der kleinräumigen Analyse zu erhöhen – zeigt sich, dass von allen älteren Menschen Lübecks die Senioren/innen aus Eichholz, Karlshof, Burgtor, Gr. Steinrade und der Innenstadt am häufigsten erkranken (siehe Abb. 23). Der Anteil der stationär versorgten Senioren/innen betrug hier im Jahre 1996 mehr als 9 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen, wobei die vielen psychiatrischen Erkrankungen in Eichholz, Burgtor und Gr. Steinrade hauptsächlich auf die überdurchschnittlich alte Altenbevölkerung und/oder den überdurchschnittlich hohen Anteil von Pflegeheimbewohner/innen dieser Stadtbezirke zurückzuführen sind. Am wenigsten verbreitet sind psychiatrische Erkrankungen bei den Senioren/innen in Dänischburg, Herrenwyk, St. Lorenz Süd,

Strecknitz und St. Jürgen-Land. Die Anteil der stationär versorgten Senioren/innen umfaßte hier 1996 maximal 6,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Beim Vergleich der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfedichte der Lübecker Altenbevölkerung mit den stadtbezirksbezogenen Inzidenzraten der psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Altenbevölkerung (Korrelationsanalyse), zeigt sich kein wesentlicher Zusammenhang (vgl. hierzu Abb. 11), was nicht bedeuten soll, dass bei den psychiatrischen Erkrankungen keine sozialen Unterschiede bestehen. Allein die Tatsache, dass, abgesehen von Herrenwyk, keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Inzidenzrate aufweist, mag darauf hindeuten dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sein können als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen.

Wie für alle Erkrankungen mit einem relativ geringen epidemiologischem Verbreitungsgrad, so müssen auch für die psychiatrischen Erkrankungen - sollen Teilaspekte (z. B. soziale Zusammenhänge) genauer untersucht werden - die Datenlage und die Datenstrukturen der Krankenhausentlassungsdiagnosen noch weiter ausgebaut werden.

3.2 Behinderungen

Wie sich der Gesundheitszustand der Lübecker Altenbevölkerung darstellt, lässt sich auch an den Schwerbehindertendaten der Lübecker Senioren/innen ablesen. Zwar sind behinderte Menschen nicht gleichzusetzen mit „akut“ kranken oder unfallverletzten Menschen. Nach der Definition des Schwerbehindertengesetzes gelten Behinderungen als dauerhafte Funktionsbeeinträchtigungen, die auf einen „regelwidrigen körperlichen, geistigen und seelischen Zustand“ zurückzuführen sind. Allein die Tatsache, dass den Behinderungen älterer Menschen zumeist Krankheiten zu Grunde liegen, lässt aber darauf schließen, dass der Großteil der älteren Behinderten gesundheitlich stark beeinträchtigt ist und intensiver medizinischer Hilfe bedarf.

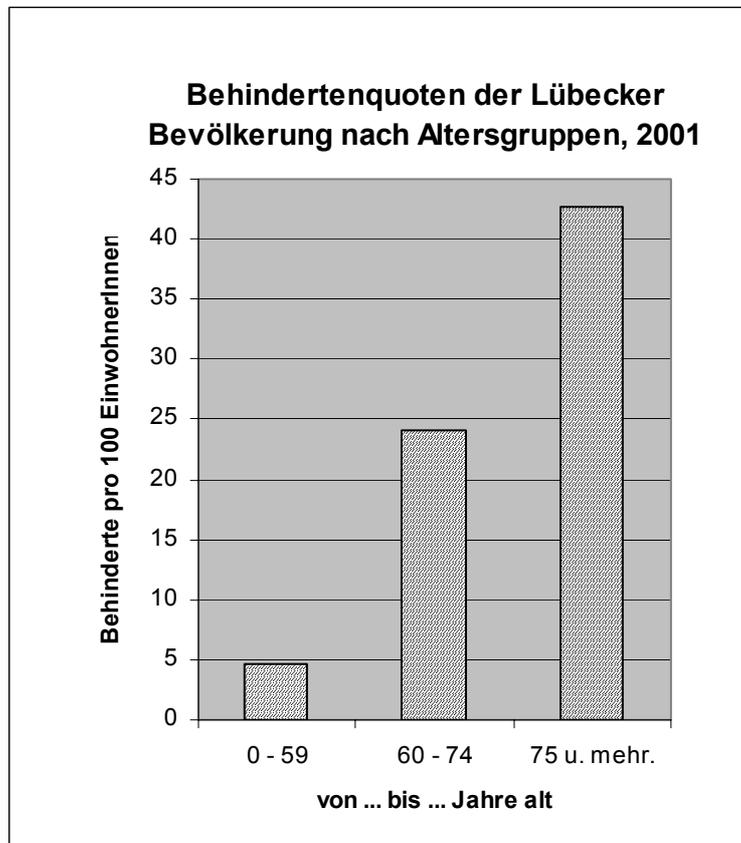
3.2.1 Ausmaß und Art der Behinderungen

Entsprechend der im Alter zunehmenden Morbidität sind die Behinderungen in der Altenbevölkerung besonders stark verbreitet. Von den in Lübeck lebenden 25.469 Schwerbehinderten des Jahres 2001 (Stichtag 31.12.2001) waren 18.187 oder 71,4 % über 60 Jahre alt. Davon wiederum waren 8.171 Männer (45 %) und 10.016 Frauen (55 %). Gemessen an der Zahl der über 60-jährigen Einwohner/innen Lübecks litt im Jahre 2001 fast jede/r dritte Lübecker Senior/in (30,7 %) an einer oder mehreren Behinderungen. Im Vergleich dazu war die Behindertenquote (4,7 %) der unter 60-jährigen Bevölkerung Lübecks um das Fünfeinhalbfache niedriger.

Sind ältere Menschen schon wesentlich häufiger von Behinderungen betroffen als jüngere Menschen, so gilt dieses erst recht für die alten und sehr alten Senioren/innen. Wie die Behindertenquoten der Lübecker Bevölkerung des Jahres 2001 in Abb. 24 zeigen, ist der

Anteil der Behinderten (42,7 %) bei den über 75-Jährigen noch um rund Zweidrittel höher als bei den 60- bis 74-Jährigen (24,1 %).

Abb. 24



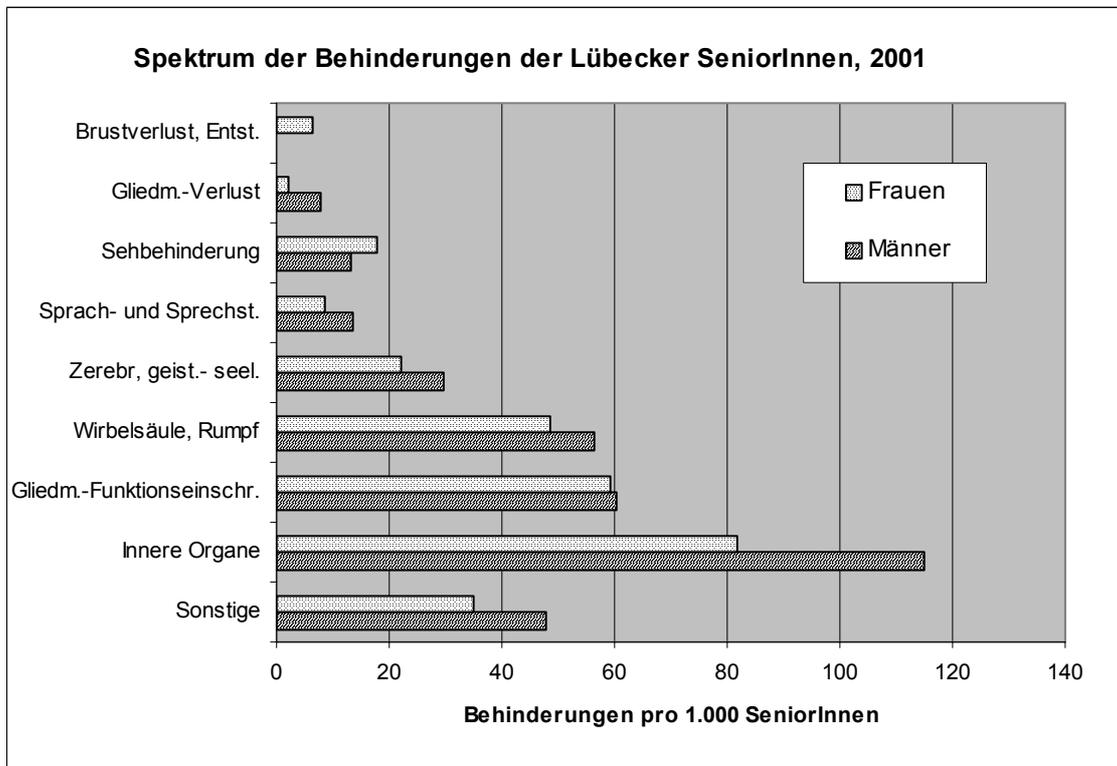
Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2001

Das Spektrum der Behinderungsarten der Lübecker Senioren/innen ist breit gestreut. Die Behinderungen der Lübecker Senioren/innen beinhalten sowohl den Verlust von Gliedmaßen, als auch Sprachstörungen, Blindheit und Querschnittslähmungen, um nur einige, allgemein bekannte Behinderungsarten zu nennen. Die meisten Behinderungen der Lübecker Senioren/innen beziehen sich jedoch auf Funktionseinschränkungen der inneren Organe bzw. Organsysteme (z. B. Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems), der Gliedmaßen (z. B. Beeinträchtigung der Beweglichkeit der Beine) und der Wirbelsäule bzw. des Rumpfes (z. B. Einschränkung der Stützfunktion des Rumpfes). Der Anteil der Organ- bzw. Organsystemeinschränkungen an den Behinderungen der Lübecker Senioren/innen umfaßte im Jahre 2001 ca. 31 %. Ungefähr ein Fünftel (19,5 %) der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen bezogen sich auf Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen und ca. 16,8 % waren mit Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes verbunden.

Abgesehen von Einschränkungen des Sehvermögens, sind die älteren Lübecker Männer von allen Behinderungsarten häufiger betroffen als die älteren Lübecker Frauen. Gegenüber den älteren Lübecker Frauen (282 Behinderte pro 1.000 Frauen) lag der Behindertenanteil bei den älteren Lübecker Männern (343,8 Behinderte pro 1.000 Männer) im Jahre 2001 insgesamt um ca. 20 % höher. Wie die Häufigkeitsverteilung der Behinderungsarten der Lübecker Senioren/innen in Abb. 25 zeigt, bezieht sich der höhere Behindertenanteil der älteren Männer hauptsächlich auf die „Funktionseinschränkungen der inneren Organe bzw. Organsysteme“. Diese, auch bei der weiblichen Altenbevölkerung häufigste Behinderungsart (81,9 Behinderte pro 1.000 Frauen), ist bei den älteren Männern (115,2 Behinderte

pro 1.000 Männer) – u.a. aufgrund der höheren Herz-Kreislaufmorbidity der männlichen Altenbevölkerung - besonders stark verbreitet.

Abb. 25



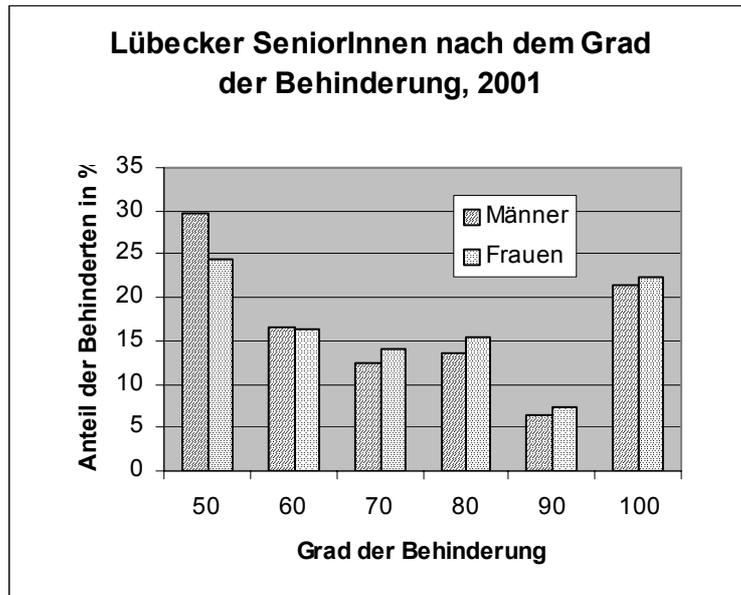
Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2001

Als weitere wichtige Behinderungsarten bei älteren Menschen sind neben den schon erwähnten Funktionseinschränkungen der inneren Organe bzw. Organsysteme, der Gliedmaßen und der Wirbelsäule bzw. des Rumpfes, noch die zerebralen (nervlichen), geistigen und seelischen Einschränkungen - an denen ca. 8 % der behinderten Lübecker SeniorInnen/innen leiden - und die Sprach- und Sehbehinderungen - von denen insgesamt ca. 9 % der älteren Lübecker Behinderten betroffen sind - zu nennen. Bei den älteren Frauen sind zudem auch die Einschränkungen durch den Verlust der Brust bzw. beider Brüste, die größtenteils tumorbedingt sind und 6,6 % der Behinderungsfälle der älteren Frauen ausmachen, von Bedeutung.

3.2.2 Schwere und Ursache der Behinderungen

Schon an dem hohen Anteil der Behinderten lässt sich erkennen, dass die Lübecker SeniorInnen/innen funktional bzw. gesundheitlich relativ stark eingeschränkt sind, handelt es sich dabei doch ausschließlich um Schwerbehinderte deren Behinderungsgrad (GdB) mehr als 50 beträgt. Wie viele behinderte (nicht-schwerbehinderte) SeniorInnen/innen in Lübeck leben und welchen Behinderungsgrad sie haben, wird statistisch nicht erfasst. Über die Schwere der Behinderungen der Lübecker SeniorInnen/innen, kann daher nur die Häufigkeitsverteilung der Behinderungsgrade der Schwerbehinderten Auskunft geben.

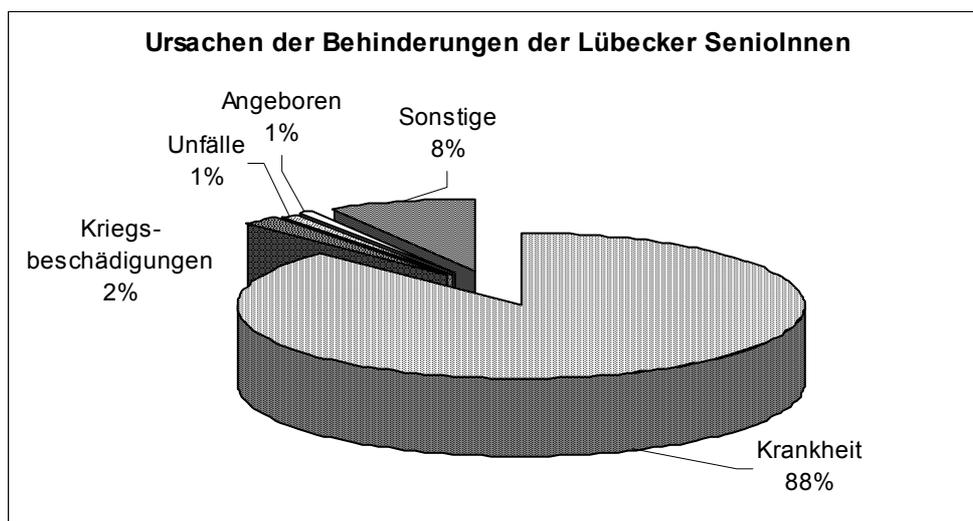
Abb. 26



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2001

Die meisten schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen (56,6 %) haben einen „Grad der Behinderung“ (GdB) von unter 80. Wie Abb. 26 zeigt, weisen ca. vier von zehn (26,9 %) der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen einen „Grad der Behinderung“ von 50 auf. Bei den Männern liegt der Anteil dieser Stufe der Einschränkungen (GdB 50) sogar bei 29,8%. Ca. 16,4 % der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen haben einen GdB von 60, ca. 13,3 % einen GdB von 70, ca. 14,5 % einen GdB von 80, ca. 7 % einen GdB von 90 und bei ca. 21,9 % der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen wurde ein Grad der Behinderung von 100 festgestellt. In den höheren Stufen des GdB ist der Anteil der Frauen gegenüber dem der Männer etwas höher (siehe Abb. 26), was darauf hinweist, dass die Lübecker Seniorinnen zwar seltener, gleichwohl aber schwerer behindert sind als die Lübecker Senioren.

Abb. 27



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2001

Die Behinderungen der älteren Menschen sind, wie schon erwähnt, größtenteils krankheitsbedingt. Bei ungefähr neun von zehn schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen (88

%) des Jahres 2001 bildete eine Krankheit bzw. mehrere Krankheiten die Ursache für die Behinderung. Behinderungen die durch Unfälle - unter denen auch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten subsumiert werden - entstanden sind, waren nur bei 1 % der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen ausschlaggebend. Fast genauso gering (1,1 %) ist auch der Anteil der schwerbehinderten Senioren/innen mit angeborenen Behinderungen und der Anteil der Kriegsbeschädigten (2,4 %), eine Behinderungsursache von der fast ausschließlich nur Männer (93 %) betroffen sind und deren Anteil entsprechend ständig weiter abnehmen wird. Bei ca. 8 % der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen ist die Ursache ungeklärt. Hinter der Ursachenkategorie „Sonstige“ verbergen sich sonstige, mehrere oder ungenügend bezeichnete Ursachen der Behinderung.

3.3 Pflegebedürftigkeit

Ein weiterer Indikator für den Gesundheitszustand der Altenbevölkerung ist die Pflegebedürftigkeit, denn der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen liegen, abgesehen von einigen Ausnahmen, zumeist schwere chronische Krankheiten zu Grunde.

Der Begriff Pflegebedürftigkeit ist mehrdimensional und vielschichtig. Ganz allgemein wird damit der persönliche, dauerhafte Bedarf an pflegerischer Hilfe zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen bezeichnet. Weil valide Daten zur Untersuchung der Pflegebedürftigkeit nur aus der Pflegeversicherungsstatistik zur Verfügung stehen, orientieren sich die nachfolgenden Darstellungen zur Pflegebedürftigkeit der Lübecker Senioren/innen jedoch nicht an der Allgemeindefinition der Pflegebedürftigkeit, sondern an dem, was die Pflegeversicherung unter Pflegebedürftigkeit versteht.

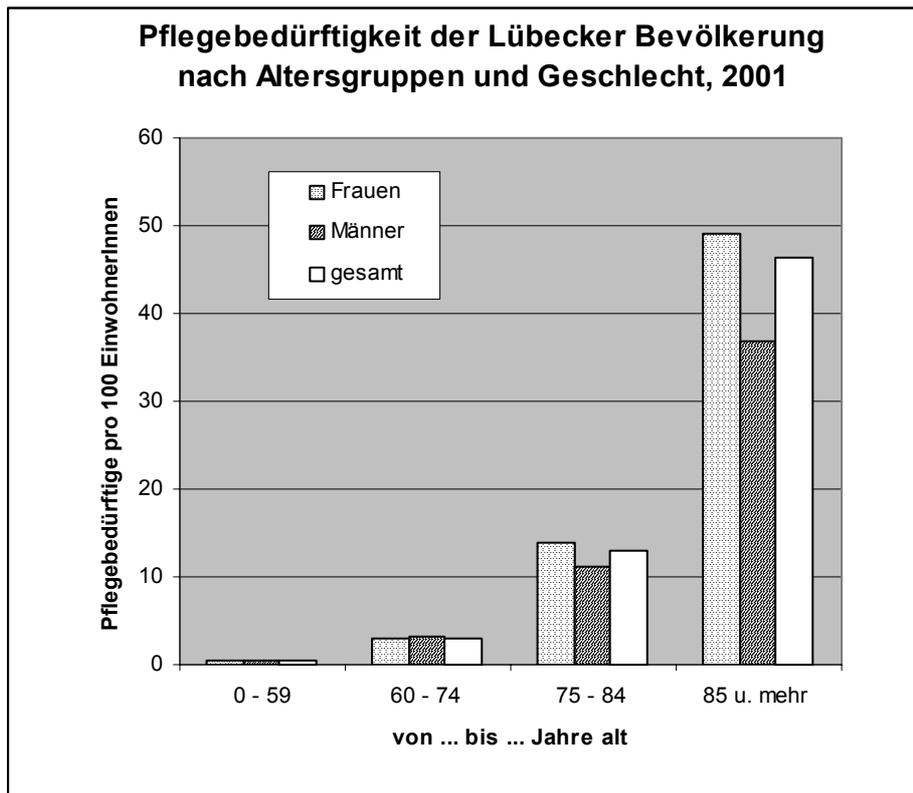
Nach § 14 SGB XI besteht Pflegebedürftigkeit, wenn eine Person wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

3.3.1 Ausmaß und Schwere der Pflegebedürftigkeit

Auch die Pflegebedürftigkeit ist - demographisch gesehen - stark altersabhängig. Ende des Jahres 2001 (Stand 15.12.2001) waren - im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes - in Lübeck 6.560 Menschen pflegebedürftig, davon waren 5.790 Personen (1.580 Männer und 4.210 Frauen) oder 88,3 % über 60 Jahre alt. Die Pflegebedürftigkeitsquote der unter 60-jährigen Bevölkerung Lübecks lag im Jahre 2001 bei ca. 0,5 %. In der Altenbevölkerung Lübecks war der Anteil der Pflegebedürftigen mit ca. 9,8 % (6,6 Pflegebedürftige pro 100 Männer und 11,9 Pflegebedürftige pro 100 Frauen) dagegen fast 19 mal höher, nicht aber wesentlich höher als der der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins mit 9,3 Pflegebedürftigen pro 100 über 60-jährige Einwohner/innen.

Dass hauptsächlich nur alte Menschen pflegebedürftig werden und wie stark das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmenden Alter ansteigt, läßt sich an den Pflegebedürftigkeitsquoten der Altersgruppen der Lübecker Bevölkerung ablesen.

Abb. 28



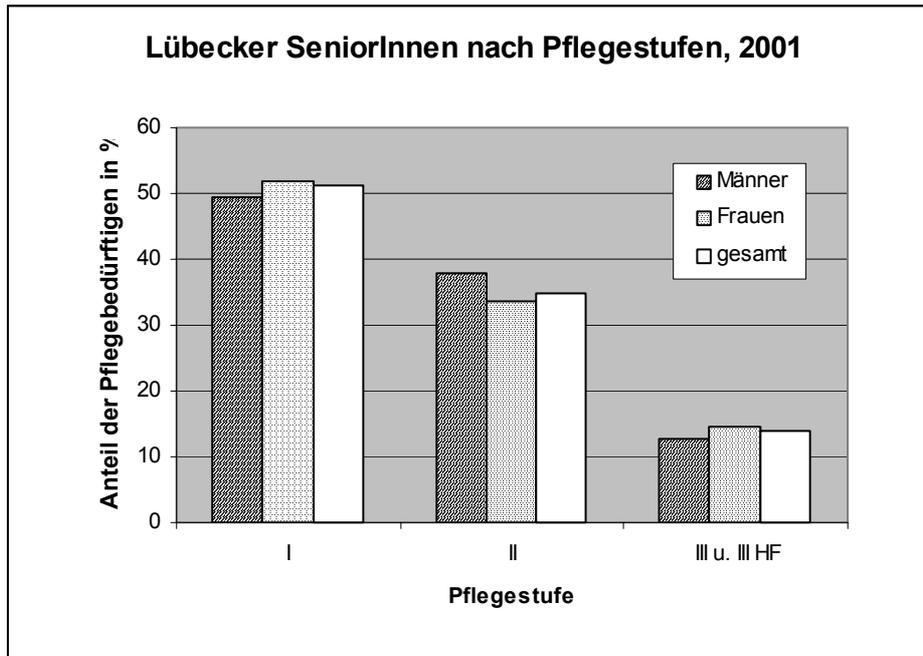
Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2001

Wie Abb. 28 zeigt, sind von den sog. „jungen Alten“ (60 – bis 74-Jährige) noch relativ wenige Senioren/innen pflegebedürftig. Insgesamt lag der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen Lübecker Senioren/innen im Jahre 2001 bei 3 %. Von den 60- bis 74-jährigen Lübecker Frauen waren 2,9 % pflegebedürftig. Bei den Lübecker Männern dieser Altersgruppe lag der Anteil der Pflegebedürftigen bei 3,2 %. Erst ab dem 75. Lebensjahr steigt das Pflegebedürftigkeitsrisiko stark an. Bei den sog. „alten Alten“ (75- bis 84-jährige) Lübecker Senioren/innen umfasste der Anteil der Pflegebedürftigen im Jahre 2001 13 % und von den „hochbetagten“ (über 85-jährigen) Lübecker Senioren/innen war ungefähr jede/r Zweite (46,3 %) pflegebedürftig, wobei die Frauen dieser Altersgruppen häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind als die Männer. Gegenüber den 75- bis 84-jährigen Männern (11,2 Pflegebedürftige pro 100 Männer) war der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 75- bis 84-jährigen Frauen mit 13,9 Pflegebedürftigen pro 100 Frauen um ca. 25 % höher. Bei der Altersgruppe der über 85-Jährigen übersteigt der Anteil der Frauen mit 49 Pflegebedürftige pro 100 Frauen den der Männer (36,9 Pflegebedürftige pro 100 Männer) sogar um fast 33 %. Dass die älteren Frauen in weit größerem Umfang pflegebedürftig sind als die älteren Männer, mag daher rühren, dass viele Männer unentgeltlich d.h. ohne Leistungsbezug der Pflegeversicherung von ihren Frauen gepflegt werden, umgekehrt die Frauen diese Dienste aufgrund ihrer Geschlechterrolle aber relativ seltener in Anspruch nehmen können. Auch die geringere Sterblichkeit der Frauen bzw. ihre höhere Lebenserwartung hat einen Einfluss auf den Anteil der Pflegebedürftigen in der weiblichen Altenbevölkerung, denn die Lebensverlängerung im hohen und höherem Alter wird nicht selten auch mit Pflegebedürftigkeit erkaufte.

Die Pflegebedürftigen sind nicht gleichermaßen gesundheitlich eingeschränkt bzw. pflegebedürftig. Je nach Grad des Hilfebedarfs bzw. der gesundheitlichen Einschränkung ordnet die Pflegeversicherung die Pflegebedürftigen den Pflegestufen I, II, III und III HF (Härtefall) zu. Gemäß den Zahlen der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein sind zwar relativ viele der Lübecker Senioren/innen (9,8 Pflegebedürftige pro 100

Senioren/innen) pflegebedürftig, doch die meisten von ihnen sind gesundheitlich nicht so stark eingeschränkt, dass sie zu den Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) und Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III und III HF) gerechnet werden können (siehe Abb. 29). Rund 51 % der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen des Jahres 2001 beanspruchten Hilfeleistungen der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit). Hilfeleistungen der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) erhielten ca. 35 % der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen und nur 14 % hatten gesundheitliche Einschränkungen die zu Hilfeleistungen der Pflegestufe III oder III HF (Schwerstpflegebedürftigkeit) berechtigten.

Abb. 29

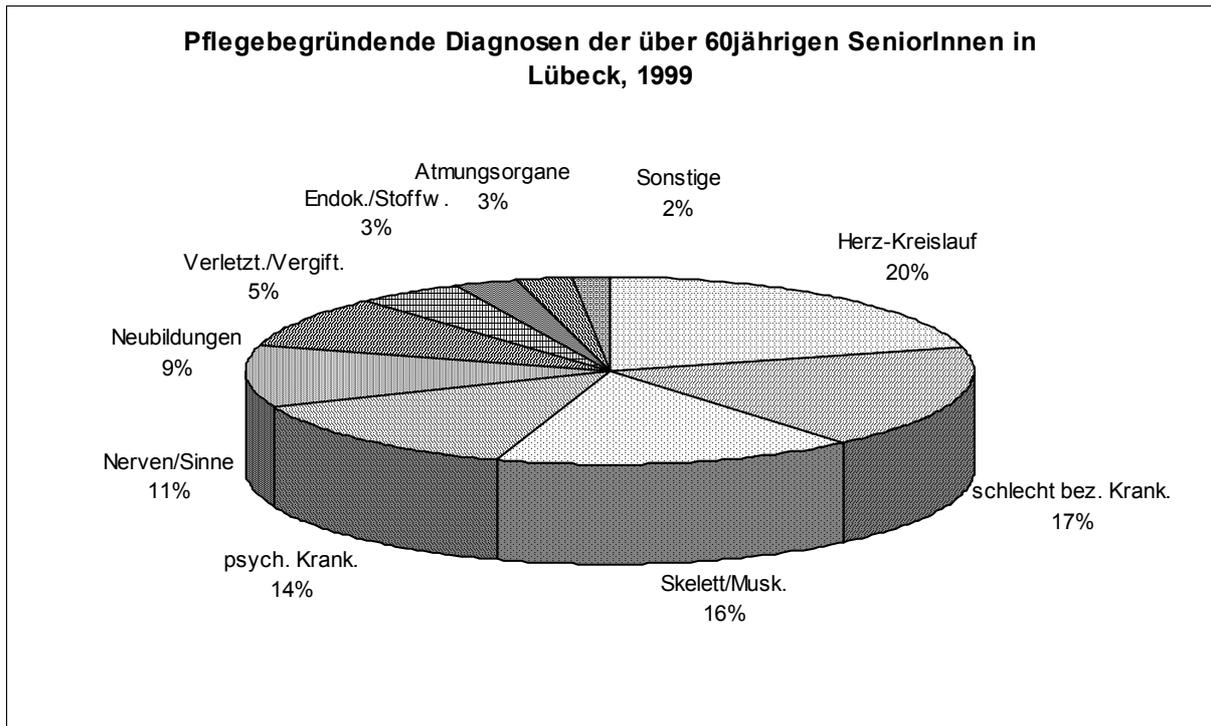


Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2001

Der geschlechtliche Unterschied bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit bzw. der Schwere der gesundheitlichen Einschränkungen ist relativ gering und besteht hauptsächlich nur in den höheren Pflegestufen (siehe Abb. 29). Danach waren die pflegebedürftigen Lübecker Seniorinnen im Jahre 2001 zwar etwas seltener schwerpflegebedürftig als die pflegebedürftigen Lübecker Senioren (Pflegestufe II: Anteil der Frauen 33,7 %, Anteil der Männer 37,8 %) dafür aber etwas häufiger schwerstpflegebedürftig. Im Verhältnis zu dem Anteil der Männer mit der Pflegestufe III oder III HF (12,7 %) umfasste der Anteil der Frauen mit der Pflegestufe III und III HF im Jahre 2001 14,2 %.

3.3.2 Pflege begründende Erkrankungen

Die meisten der Pflegebedürftigen, insbesondere der älteren Pflegebedürftigen sind nicht nur gesundheitlich eingeschränkt, sondern krank, wobei - weil das Krankheitsgeschehen im Alter ganz wesentlich durch Multimorbidität geprägt ist - über die Art und Häufigkeit ihrer Erkrankungen keine eindeutigen Aussagen getroffen werden können. Untersuchungen zur Morbidität von Pflegebedürftigen zur Folge, leiden 52 % der älteren Pflegebedürftigen unter vier und mehr Krankheiten gleichzeitig. Welche Erkrankungen bei älteren Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen, lässt sich aus den pflegebegründenden Diagnosen der Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherer (MDK) entnehmen.

Abb. 30

Quelle: Medizinischer Dienst der Krankenversicherer Schleswig-Holstein, Begutachtungsdaten 1999

Auch bei der Pflegebedürftigkeit der älteren Menschen stehen die Herz- Kreislauferkrankungen an vorderster Stelle (siehe Abb. 30). Bei einem Fünftel (25,4 % bei den Männern und 19 % bei den Frauen) der 1.907 Lübecker Senioren/innen, deren Pflegebedürftigkeit vom MDK – Schleswig-Holstein im Jahre 1999 erstmals begutachtet wurde, wurde die Pflegebedürftigkeit durch Herz- Kreislauferkrankungen begründet. Als zweit häufigste pflegebegründende Erkrankungen sind bei älteren Menschen Krankheiten des Skeletts und der Muskeln zu nennen, die bei 16 % (6,9 % der Männer und 19 % der Frauen) der untersuchten pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen des Jahres 1999 diagnostiziert wurden. Einen ähnlich hohen Anteil bilden die psychiatrischen Krankheiten und die Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, die bei knapp 14 % (13,4 % der Männer und 13,7 % der Frauen) bzw. 11 % (13 % der Männer und 10 % der Frauen) der untersuchten pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen ausschlaggebend waren.

Die Pflegebedürftigkeit der älteren Menschen resultiert nicht selten auch aus Krebserkrankungen. Fast jede/r zehnte untersuchte pflegebedürftige Lübecker Senior/in (9 %) des Jahres 1999 benötigte Pflege auf Grund einer Krebserkrankung (Neubildung).

Abgesehen von den Diagnosen der sog. „schlecht bezeichneten Krankheiten“ – unter die auch altersspezifische Affektionen wie „Altersschwäche“ und ähnliches fallen, die jedoch aufgrund der Datenlage nicht eingehender untersucht werden können - sind bei den pflegebegründenden Erkrankungen der älteren Menschen noch die Verletzungen und Vergiftungen relevant. Zwar stellten die Verletzungs- und Vergiftungsfälle bezogen auf alle pflegebegründenden Erkrankungsfälle nur einen Anteil von 5 %, absolut und insgesamt waren davon im Jahre 1999 aber immerhin 90 Lübecker Senioren/innen betroffen.

Resümee / Ausblick

Die vorliegenden Beschreibungen zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter geben einen ersten Einblick in das Krankheitsgeschehen der Lübecker Senioren/innen.

Schon aufgrund der hohen Krankenhausbehandlungsrate der Lübecker Senior/innen– auf 100 über 60-jährige Lübecker Einwohner/innen entfielen im Jahre 1996 32,4 Krankenhausbehandlungen und im Jahre 2001 38,7 Krankenhausbehandlungen - fällt es schwer, bei der Lübecker Altenbevölkerung allgemein von gesunden Senioren/innen zu sprechen, wenngleich, das sei vorab schon erwähnt, die Lübecker Senioren/innen - gemessen an der Krankenhausbehandlungsrate der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins von 38,1 Krankenhausbehandlungen pro 100 über 60-jährige Einwohner/innen im Jahre 2001 - auch nicht weniger gesund bzw. kranker sind als die Senioren/innen anderer Regionen bzw. Städte des Landes.

Dass relativ viele der Lübecker Senioren/innen gesundheitlich eingeschränkt bzw. krank sind, zeigt sich auch an der Behinderten- und Pflegebedürftigkeitsquote der Lübecker Altenbevölkerung. Von den über 60-jährigen Lübecker Einwohner/innen des Jahres 2001 litt fast jede/r Dritte (30,7 %) unter einer Behinderung und fast jede/r Zehnte (9,8 %) war pflegebedürftig, wobei der Anteil der pflegebedürftigen Senioren/innen in Lübeck - bedingt durch den Altersaufbau der Lübecker Altenbevölkerung - nur unwesentlich höher ist als in Schleswig-Holstein insgesamt (9,3 %).

Gesundheitlich einschränkt bzw. krank sind insbesondere die älteren Männer. Die Krankenhausbehandlungsrate der männlichen Altenbevölkerung Lübecks lag im Jahre 1996 mit 356 Behandlungsfällen pro 1.000 über 60-jährige Männer um ca. 17 % höher als die der weiblichen Altenbevölkerung (304 Behandlungsfälle pro 1.000 über 60-jährige Frauen) und auch bei den Behinderungen war der Anteil der Männer mit 344 Behinderte pro 1.000 über 60-jährige Männer im Jahre 2001 deutlich (ca. 20 %) höher als der der Frauen (282 Behinderte pro 1.000 über 60-jährige Frauen). „Pflegebedürftig krank“ sind die Lübecker Senioren allerdings seltener als die Lübecker Seniorinnen. Gegenüber den über 60-jährigen Frauen, von denen im Jahre 2001 ca. 11,9 % pflegebedürftig waren, war der Anteil der Pflegebedürftigen bei den über 60-jährigen Männern mit 6,6 % Pflegebedürftigen um ca. 45 % niedriger (Erklärungen hierzu, siehe S. 27).

Herz-Kreislaufkrankungen sind bei den Lübecker Senioren/innen die mit Abstand häufigsten Krankheiten. Die herausragende Stellung der Herz-Kreislaufkrankungen im Alter zieht sich wie ein roter Faden durch alle mit Krankheit befaßten Versorgungsarten. Bei den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 betrug der Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen ca. 24 %. Von den Behinderungen der Lübecker Senioren/innen bezogen sich im Jahre 2001 schätzungsweise 25 % auf Herz-Kreislauf-Einschränkungen (Anteil der Organ- bzw. Organsystemeinschränkungen insgesamt ca. 31 %) und bei der Pflegebedürftigkeit der Lübecker Senioren/innen waren die Herz-Kreislaufkrankungen im Jahre 2001 zu 20 % (pflegebegründend) beteiligt.

Von Herz-Kreislaufkrankungen sind speziell die Männer und allgemein die „hochbetagten“ (über 85-jährige) Senioren und Seniorinnen häufiger betroffen. Mit ca. 72 Behandlungsfällen pro 1.000 Männer war der Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen bei den Lübecker Senioren gegenüber den Lübecker Seniorinnen (ca. 55 Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) im Jahre 1996 um fast 30 % höher. Der Anteil der stationär behandelten Herz-Kreislaufkrankungen der über 85-jährigen Lübecker Senioren/innen umfasste im Jahre 1996 rund 106 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen. Im Vergleich dazu verzeichneten die 60- bis 74-jährigen Senioren/innen nur rund 45 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen. Die meisten stationär behandelten Herz-Kreislaufkrankungen der Lübecker Senioren/innen (68,3 bis 84,3 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) des Jahres 1996 fanden sich in den Stadtbezirken Kücknitz/Pöppendorf, Herrenwyk, Travemünde, Dänischburg und der Innenstadt.

Dass das Erkrankungsrisiko bei den Herz-Kreislaufkrankungen vom Sozialstatus abhängig ist, kann nicht ausgeschlossen werden. Da keiner der Stadtbezirke mit einer erhöhten Sozialhilfedichte der Altenbevölkerung eine niedrige Erkrankungsrate aufweist, kann davon ausgegangen werden, dass die sozialökonomisch schlechter gestellten Lübecker Senioren/innen häufiger (an Herz-Kreislaufkrankheiten) erkranken als die sozialökonomisch besser gestellten Lübecker Senioren/innen.

Gleiches gilt für die Krebserkrankungen (Neubildungen), die mit 14 % im Jahre 1996 zweit häufigsten stationär behandelten Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen. Zwar handelt es sich bei den Stadtbezirken mit den höchsten Krebsraten (über 30 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) Dänischburg, Strecknitz, Mali/Brandenbaum, Herrenwyk und Trave-
münde vorwiegend um Stadtbezirke mit einer geringen Sozialhilfedichte, allein die Tatsache, dass keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Krebsrate aufweist, deutet darauf hin, dass die sozialökonomisch schlechter gestellten Lübecker Senioren/innen vermehrt von Krebserkrankungen betroffen sein können.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Datenlage der Krankenhausentlassungsdiagnosen und also auch die Ergebnisse der Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren/innen keinesfalls als gesichert gelten können. Fundierte Aussagen zur Verbreitung von Krebserkrankungen in der Lübecker (Alten-)Bevölkerung können nur mittels der Daten des neugeschaffenen schleswig-holsteinischen Krebsregisters auf Postleitzahlebene (nicht auf Stadtbezirksebene) getroffen werden.

Bei den Verletzungen und Vergiftungen, die dritt häufigste stationär behandelte Diagnosegruppe der Lübecker Senioren/innen (11,2 %) und abgesehen von den Krankheiten des Skeletts und der Muskeln, die einzige stationär behandelte Erkrankungsart, von der die älteren Frauen deutlich häufiger betroffen sind als die älteren Männer, besteht offensichtlich ein Zusammenhang zur häuslichen bzw. familiären Lebenssituation der Senioren/innen. Anhand des Vergleiches zwischen den Anteilen der allein lebenden Senioren/innen und den Verletzungsraten der Senioren/innen in den Lübecker Stadtbezirken zeigt sich, dass allein lebende Senioren/innen ein höheres Verletzungsrisiko aufweisen als Senioren/innen die in häuslicher Gemeinschaft mit anderen leben. In den Lübecker Stadtbezirken mit den meisten allein lebenden Senioren/innen Huxtortor, Holstentor-Nord, St. Lorenz Süd, Innenstadt und Burgtor war der Anteil der stationär versorgten Verletzungsfälle im Jahre 1996 zum Großteil überdurchschnittlich hoch (über 27,1 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) bzw. insgesamt nicht niedrig.

Von psychiatrischen Erkrankungen sind ältere Menschen insgesamt nicht wesentlich häufiger betroffen als jüngere Erwachsene. Ausgehend von den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Bevölkerung des Jahres 1996 war der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen bei den Lübecker Senioren/innen (9,2 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen) sogar niedriger als in der Gesamtbevölkerung (12,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen).

Die psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen sind vorwiegend organisch bzw. altersbedingt. Ungefähr 41 % der stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 bezogen sich auf die Diagnosegruppe „organische Psychosen“ unter der u.a. auch senile Demenzen und Hirnorganische Psychosyndrome subsumiert sind. Dass die älteren Lübecker Männer (8,7 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner) insgesamt häufiger unter psychiatrischen Erkrankungen leiden als die älteren Lübecker Frauen (7,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen), ist hauptsächlich auf die vermehrten alkohol- bzw. medikamentenbedingten Erkrankungen in der männlichen Altenbevölkerung zurückzuführen. Ungefähr jeder dritte psychiatrisch erkrankte Lübecker Senior (34 %), der 1996 stationär behandelt wurde, litt an einer Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit. Bei den Lübecker Seniorinnen lag der Anteil der alkohol- bzw. medikamentenbedingten Erkrankungen dagegen bei ca. 7 %. Bezogen auf beide Geschlechter

belieft sich der Anteil auf 18,3 % d.h., dass fast jeder fünften stationär versorgten psychiatrischen Erkrankung der Lübecker Senioren/innen eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit – wobei die Alkoholabhängigkeit bei beiden Geschlechtern gleichermaßen drastisch überwiegt (Männer 94 %, Frauen 90 %) - zugrunde lag . Unter Hinzuzählung der Behandlungsfälle des Missbrauches von Alkohol- und Medikamenten machten die durch Alkohol und Medikamente verursachten psychiatrischen Erkrankungen sogar 20,5 % aller stationär versorgten psychiatrischen Behandlungsfälle der Lübecker Senioren/innen aus.

Über die sozialen Hintergründe der relativ hohen Verbreitung von durch Alkohol und Medikamente verursachten psychiatrischen Erkrankungen in der Lübecker Altenbevölkerung kann nur spekuliert werden, da aufgrund der unzureichenden Datenlage (Behandlungsfälle eines Jahres) keine aussagefähigen Ergebnisse für die Stadtbezirke produziert werden können. Dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen zumeist erhöhten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und psychosoziale Belastungen psychiatrische Erkrankungen begünstigen, steht außer Frage und muss vorerst als Erklärung für die Verbreitung der Alkohol- bzw. Suchtproblematik in der Lübecker Altenbevölkerung genügen.

4. Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter

Aufgrund der verbesserten Lebensbedingungen und des medizinischen Fortschritts ist das Sterberisiko in der Bevölkerung in den letzten 50 Jahren, besonders das der älteren Menschen, kontinuierlich gesunken. Das Sterbegeschehen konzentriert sich zunehmend mehr auf das hohe und höchste Lebensalter. Von den 2.305 im Jahre 2001 in Lübeck verstorbenen über 60-jährigen Menschen (87,6 % aller Todesfälle) waren 70,8 % älter als 75 Jahre und 40,3 % waren über 85 Jahre alt.

Dass die älteren Menschen heute länger leben, muss nicht bedeuten, dass sie auch gesünder sind als frühere Senioren Generationen. Die Krankenhausbehandlungs-, die Schwerbehinderten- und die Pflegebedürftigkeitsdaten der Lübecker Altenbevölkerung weisen darauf hin, dass das Alter zunehmend einhergeht mit langandauernden (chronischen) Erkrankungen, ohne dass damit ein früher Tod verbunden wäre. Bezüglich der Darstellung der gesundheitlichen Lage der älteren Menschen ist die Sterblichkeit (Gesamtsterblichkeit) im Alter daher nur sehr eingeschränkt aussagefähig.

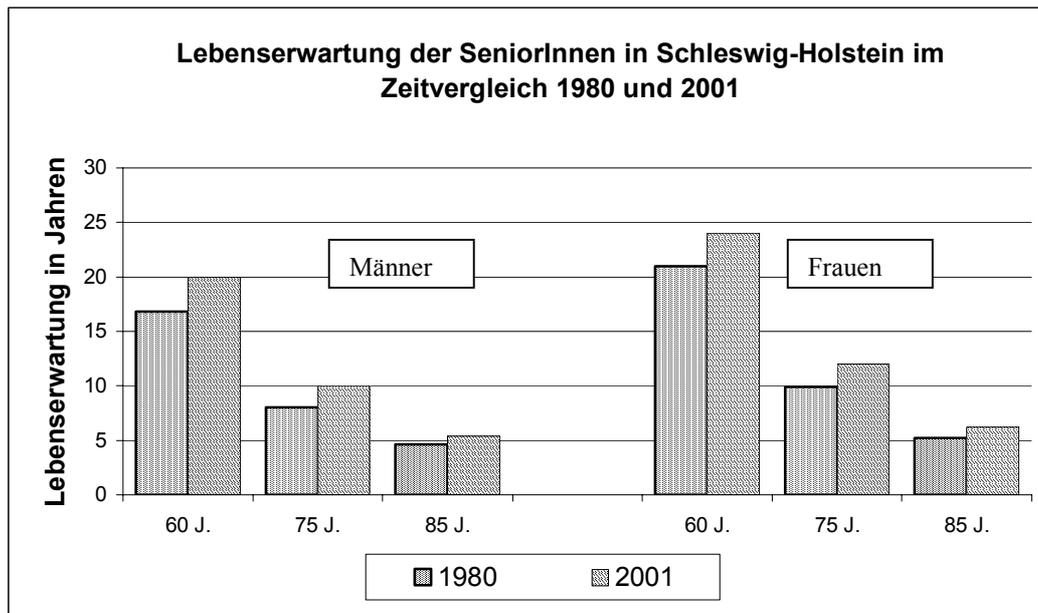
Um aus dem Sterbegeschehen im Alter Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen gewinnen zu können werden die Sterbedaten der Lübecker Altenbevölkerung nach Haupttodesursachen unterschieden. Mit der Untersuchung der Verbreitung der Herz-Kreislauf- und der Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen in den Lübecker Stadtbezirken sollen die Aussagen zur Herz-Kreislauf- und Krebsmorbidity der Lübecker Senioren/innen auch und besonders hinsichtlich der sozialen Ursachen überprüft werden.

Für die kleinräumige Analyse der Sterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung auf Stadtbezirksebene wurden die Daten der Todesbescheinigungen der Jahre 1997, 1998 und 1999 des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck verwendet. Der Sterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung nach Haupttodesursache basiert auf den Daten der Todesursachen- und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes. Auf Grund der unterschiedlichen Erfassungsstrukturen bzw. statistischen Verfahrensweisen der Systeme können bei den Ergebnissen zur Sterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung Abweichungen auftreten.

4.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die Lebenserwartung bezeichnet die Anzahl der Jahre, die ein Mensch in einem bestimmten Alter – auf Grund der bestehenden Sterbeverhältnisse in der Gesamtbevölkerung - voraussichtlich noch durchleben wird. Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2001 können die 60-jährigen Männer in Schleswig-Holstein im Durchschnitt noch mit 20 weiteren Lebensjahren rechnen. Bei den 60-jährigen Frauen in Schleswig-Holstein liegt die noch zu erwartende Lebenszeit sogar bei durchschnittlich 24 Lebensjahren. Vergleichszahlen zur Lebenserwartung der Lübecker Altenbevölkerung des Jahres 2001 liegen nicht vor, weil die jahrgangsbezogenen Berechnungen größere Populationen als die der Kommunen voraussetzen.

Abb. 31



Quelle: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Todesursachenstatistik u. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, 2003

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Lebenserwartung der älteren Menschen in vielen westlichen Industriestaaten deutlich erhöht. Wie Abb. 31 zeigt, ist die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen schleswig-holsteinischen Männer von 76,8 Lebensjahren im Jahre 1980 um 3,2 Lebensjahre auf 80 Lebensjahre im Jahre 2001 angestiegen. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen schleswig-holsteinischen Frauen erhöhte sich von 81 Lebensjahren im Jahre 1980 um 3 Lebensjahre auf 84 Lebensjahre (2001).

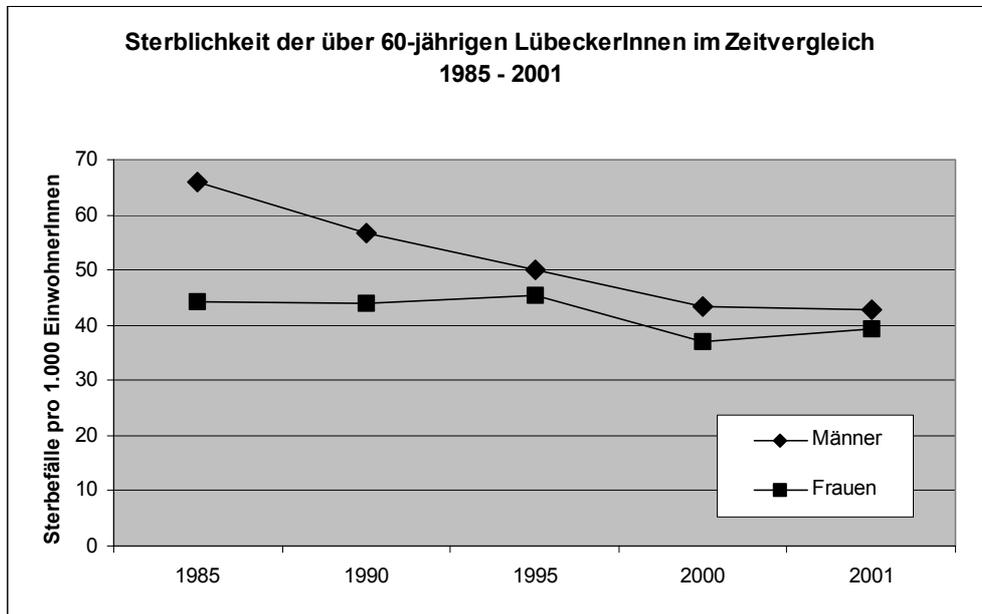
Auch die älteren und hochbetagten Senioren/innen können heute auf ein höheres Lebensalter zählen als noch vor rund zwanzig Jahren. Im Verhältnis zu der durchschnittlichen Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Senioren/innen des Jahres 1980 ist die durchschnittliche Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Senioren/innen des Jahres 2001 bei beiden Geschlechtern um ca. 2 Lebensjahre angestiegen. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Männer liegt heute (2001) bei 85 Lebensjahren, die der schleswig-holsteinischen Frauen beträgt 87 Jahre. Bei den 85-jährigen Senioren/innen aus Schleswig-Holstein erhöhte sich die durchschnittliche Lebenserwartung im gleichen Zeitraum bei den Männern um 0,8 Lebensjahre und um 1 Lebensjahr bei den Frauen. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 85-jährigen Männer aus Schleswig-Holstein liegt derzeit (2001) bei 90,4 Lebensjahren, die durchschnittliche Lebenserwartung der 85-jährigen schleswig-holsteinischen Frauen beträgt 91,2 Lebensjahre.

Dass die durchschnittliche fernere Lebenserwartung der schleswig-holsteinischen Senioren/innen weiter zunehmen konnte, ist auf die abnehmende Sterblichkeit der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins - also auch auf die abnehmende Sterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung - zurückzuführen. Im Zeitraum von 1985 bis 2001 ist der Anteil der Sterbefälle bei den über 60-jährigen Lübecker/innen um 21 % gesunken. Während im Jahre 1985 ca. 51 von 1.000 über 60-jährige Lübecker/innen verstarben, lag die Sterberate dieser Altersgruppe im Jahre 2001 nur noch bei ca. 41 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen.

Einen wesentlichen Anteil am Rückgang der Sterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung hat die abnehmende Sterblichkeit der älteren Männer. Zwar lag die Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Männer mit 42,8 Sterbefällen pro 1.000 Einwohnern im Jahre 2001 noch

über der der über 60-jährigen Lübecker Frauen (39,3 Sterbefälle pro 1.000 Einwohner/innen), ist aber im Zeitverlauf von 1985 bis 2001 gegenüber der Sterberate der weiblichen Altenbevölkerung verhältnismäßig stärker gesunken (siehe Abb. 32).

Abb. 32



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Statistik der Sterbefälle

Tendenziell hat sich die Sterberate der männlichen Altenbevölkerung Lübecks der Sterberate der weiblichen Altenbevölkerung immer weiter angeglichen. Der Unterschied der Sterberaten zwischen den Geschlechtern ist von 21,8 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen bzw. 33 % im Jahre 1985 auf 3,5 Sterbefälle pro 1.000 Einwohner/innen bzw. 8 % im Jahre 2001 geschrumpft, wobei allerdings auch der Altersaufbau der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks, der die Sterblichkeit der Altersgruppe der über 60-jährigen Frauen weniger stark sinken lässt als die der Altersgruppe der über 60-jährigen Männern, eine Rolle spielt.

Aber nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch regional unterscheidet sich die Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen voneinander.

Tab. 12

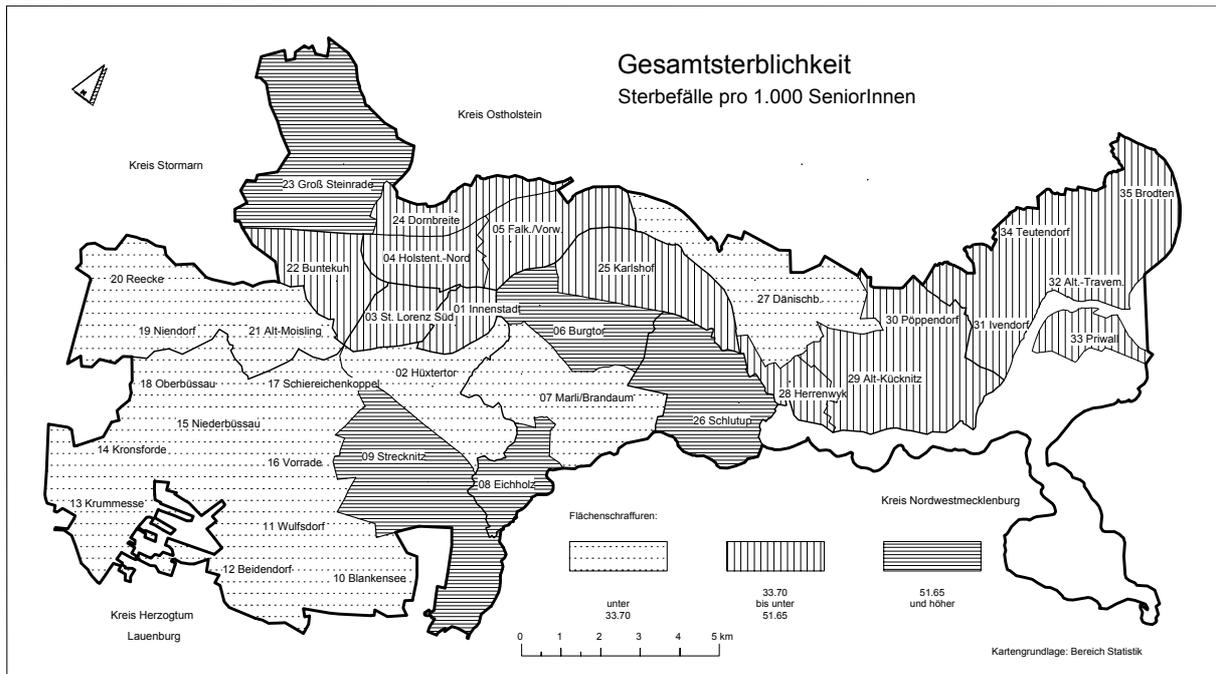
Sterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1997 - 1999

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 43,3 | 43,3 | Dornbreite | 45,5 | 40,9 |
| Hüxtertor | 36,0 | 26,0 | Burgtor | 55,9 | 51,6 |
| Strecknitz | 41,3 | 59,9 | Marli/Brandenbaum | 37,0 | 27,8 |
| St. Jürgen-Land | 33,5 | 19,2 | Eichholz | 58,3 | 62,7 |
| Moisling | 43,1 | 26,3 | Karlshof | 44,1 | 49,9 |
| Buntekuh | 43,6 | 54,1 | Schlutup | 41,6 | 60,0 |
| St. Lorenz Süd | 37,3 | 33,3 | Dänischburg | 40,0 | 23,8 |
| Holstentor-Nord | 40,5 | 32,0 | Herrenwyk | 50,7 | 51,4 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 55,1 | 46,0 | Kücknitz/Pöppendorf | 45,4 | 40,2 |
| Gr. Steinrade | 73,6 | 59,1 | Travemünde | 45,9 | 35,6 |

Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Alterstandardisiert bezogen auf den Altersaufbau der Altenbevölkerungen Lübecks ist die Sterblichkeit bei den älteren Frauen im Stadtbezirk Eichholz am höchsten und in St. Jürgen-Land am niedrigsten (siehe Tab. 12). Mit durchschnittlich jährlich 62,7 Sterbefällen pro 1.000 Frauen war die Sterberate der älteren Frauen aus Eichholz - bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) - in den Jahren 1997 – 1999 um ca. 66 % höher als im städtischen Durchschnitt (durchschnittlich/jährlich 37,8 Sterbefälle pro 1.000 Frauen). Die Sterberate der Seniorinnen aus St. Jürgen-Land (durchschnittlich jährlich 19,2 Sterbefälle pro 1.000 Frauen) war im Vergleich zum städtischen Durchschnitt um fast die Hälfte (49 %) niedriger. Auch bei den älteren Männern sind bedingt durch die Heimsterblichkeit – abgesehen von der männlichen Altenbevölkerung aus Gr. Steinrade, bei der sich die Heimsterblichkeit besonders stark auswirkt (höchste Pflegeplatzdichte Lübecks) - die älteren Männer aus Eichholz von einer besonders hohen Sterblichkeit betroffen (siehe Tab. 12). Mit durchschnittlich jährlich 58,3 Sterbefällen pro 1.000 Männer verstarben in Eichholz in den Jahren 1997 – 1999 34,3 % mehr ältere Männer als in Lübeck im Durchschnitt (durchschnittlich jährlich 43,4 Sterbefälle pro 1.000 Männer). Ebenso wie bei der weiblichen Altenbevölkerung war auch bei der männlichen Altenbevölkerung die Sterblichkeit in St. Jürgen-Land am geringsten. Gemessen an der durchschnittlichen Sterberate der männlichen Altenbevölkerung Lübecks war die durchschnittliche jährliche Sterberate der älteren Männer aus St. Jürgen-Land in den Jahren 1997 – 1999 um 22,8 % niedriger.

Abb. 33



Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

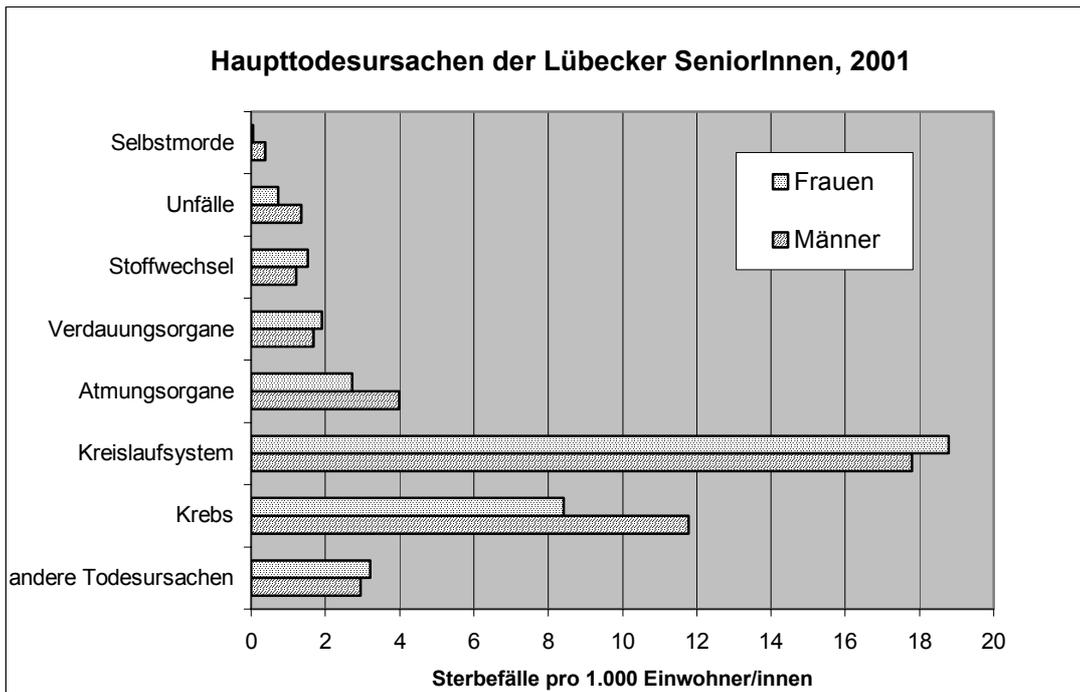
Werden die Sterbefälle der Männer und Frauen zusammengefasst - um die Validität der Ergebnisse der kleinräumigen Analyse zu erhöhen und sie mit den stadtbezirksbezogenen Sozialdaten abgleichen zu können – zeigt sich, dass von allen Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Lübecks die Altenbevölkerungen von Strecknitz, Burgtor, Schlutup, Gr. Steinrade und Eichholz - hauptsächlich bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) - die höchste Sterblichkeit aufweisen (siehe Abb. 33). Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 verstarben hier jährlich mindestens 29 % mehr ältere Menschen als durchschnittlich in allen Lübecker Stadtbezirken. Die durchschnittliche jährliche Sterberate der Jahre 1997 – 1999 der Altenbevölkerungen von Strecknitz, Burgtor, Schlutup, Gr. Steinrade und Eichholz lag zwischen 51,6 und 65,3 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen, während die durchschnittliche jährliche Sterberate der Altenbevölkerung Lübecks im glei-

chen Zeitraum insgesamt nur 40 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen umfasste. Wie bei der erhöhten Sterblichkeit der älteren Menschen – insbesondere der älteren Männer - aus Gr. Steinrade, so sind die erhöhten Sterberaten der älteren Menschen aus den Stadtbezirken Burgtor Schlutup und Eichholz teilweise auf die vielen Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen. Der erhöhten Sterblichkeit der Senioren/innen des Stadtbezirkes Strecknitz hingegen liegen wahrscheinlich andere Ursachen zu Grunde. Möglicherweise handelt es sich bei der Sterberate der Altenbevölkerung aus Strecknitz um einen statischen Ausreißer aufgrund der geringen Fallzahlen. Die niedrigsten Sterblichkeiten der älteren Menschen aller Lübecker Stadtbezirke finden sich bei den Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Hüntertor, Dänischburg, Marli/Brandenbaum und Moisling (siehe Abb. 33). Die durchschnittliche jährliche Sterberate der Altenbevölkerung der Jahre 1997 – 1999 lag hier maximal bei 33 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen und war damit um mindestens 18 % niedriger als die der Lübecker Altenbevölkerung insgesamt (40 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen).

Aus dem Vergleich (Korrelationsanalyse) der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequote der Lübecker Altenbevölkerung und den stadtbezirksbezogenen Sterberaten der Lübecker Altenbevölkerung lässt sich kein wesentlicher Zusammenhang ableiten (vgl. Abb. 11 und Abb. 33), der auf ein erhöhtes Sterberisiko bei den sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen schließen lässt. Zwar ist die Sterberate der Altenbevölkerung in vier der fünf Lübecker Stadtbezirken mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte etwas erhöht, gleiches trifft aber auch auf die Stadtbezirke mit einer relativ niedrigen Sozialhilfedichte zu, was wiederum nicht bedeuten soll, dass beim Sterberisiko zwischen sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen und sozialökonomisch besser gestellten Senioren/innen keine Unterschiede bestehen. Um Teilaspekte der Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen (z. B. soziale Zusammenhänge) genauer untersuchen zu können, müssen die Datenstrukturen der Todesbescheinigungen (z. B. die regionale Zuordnung der Heimsterbefälle) noch weiter ausgebaut werden.

4.2 Häufigste Todesursachen bei älteren Menschen

Dass sich die Sterblichkeit der heutigen Seniorengeneration verringern konnte, ist hauptsächlich auf die Überwindung ehemals lebensbedrohlicher Krankheiten und Krankheitsprozesse bzw. deren verbesserte medizinische Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen. Entgegen den Todesursachen der Seniorengeneration der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, wo bakterielle Infektionskrankheiten das Spektrum der Todesursachen bestimmten, versterben die älteren Menschen heute fast ausschließlich nur noch an chronisch degenerativen Krankheiten.

Abb. 34

Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Todesursachenstatistik 2001

Auch bei den Lübecker Senioren/innen sind die meisten Sterbefälle durch chronisch degenerative Krankheiten verursacht. Wie die todesursachenbezogenen Sterberaten der Lübecker Altenbevölkerungen in Abb. 34 zeigen, handelt es sich dabei in erster Linie um Herz-Kreislaufkrankungen wie z. B. Herzinfarkte, Herzinsuffizienzen und Schlaganfälle. Fast jede/r Zweite (47,3 %) der im Jahre 2001 verstorbenen Lübecker Senioren/innen verstarb an einer Herz-Kreislaufkrankung. Dass die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den über 60-jährigen Lübecker Frauen etwas höher ist als bei den über 60-jährigen Lübecker Männern - im Jahre 2001 umfasste die Herz-Kreislaufsterberate der weiblichen Altenbevölkerung 18,8 Sterbefälle pro 1.000 Frauen, die der männlichen Altenbevölkerung lag bei 17,8 Sterbefällen pro 1.000 Männer - ist nicht auf einen diesbezüglich allgemein schlechteren Gesundheitszustand der älteren Lübecker Frauen zurückzuführen, sondern auf das das Sterberisiko erhöhende höhere Durchschnittsalter der weiblichen Lübecker Altenbevölkerung.

Krebs (Neubildungen), eine der schwersten chronisch degenerativen Krankheiten, ist die bei älteren Menschen zweithäufigste Todesursache. Von den im Jahre 2001 verstorbenen Lübecker Senioren/innen verstarb jede/r Vierte (25,1 %) an einer Krebserkrankung, wobei der Anteil der Krebssterbefälle - unter Berücksichtigung des verhältnismäßig niedrigeren Durchschnittsalters der männlichen Altenbevölkerung Lübecks - bei den älteren Männern deutlich höher war (11,8 Sterbefälle pro 10.000 Männer) als bei den älteren Frauen (8,4 Sterbefälle pro 1.000 Frauen).

Mit Abstand seltener, gleichwohl aber relativ häufig, führen auch Erkrankungen der Atmungsorgane bei älteren Menschen zum Tode. Im Jahre 2001 machten die durch Atmungsorganerkrankungen verursachten Sterbefälle ca. 8 % aller Sterbefälle der Lübecker Senioren/innen aus. Auch von dieser Todesursache ist die männlichen Altenbevölkerung stärker betroffen als die weibliche Altenbevölkerung. Der Anteil der durch Atmungsorganerkrankungen verstorbenen über 60-jährigen Lübecker Männer umfasste im Jahre 2001 ca. 4 Sterbefälle pro 1.000 Männer, der der über 60-jährigen Lübecker Frauen belief sich auf 2,7 Sterbefälle pro 1.000 Frauen.

Als weitere im Alter oft tödlich verlaufende Erkrankungen sind neben den Erkrankungen der Verdauungsorgane - an denen 2001 ca. 4,7 % der verstorbenen über 60-jährigen Lübecker

Senioren/innen verstarben – auch die Stoffwechselerkrankungen (fast ausschließlich Diabetes mellitus) – die 2001 ca. 3,6 % der Sterbefälle der über 60-jährigen Lübecker Senioren/innen ausmachten – zu nennen.

Der Anteil der durch Unfälle verstorbenen Lübecker Senioren/innen an allen Sterbefällen der Lübecker Senioren/innen betrug im Jahre 2001 2,5 %. Die durch Suizid verursachten Sterbefälle umfassten 0,5 % der Sterbefälle der Lübecker Senioren/innen, wobei sich diese Todesursache hauptsächlich (zu 78,6 %) auf die männliche Altenbevölkerung beschränkt (siehe Abb.34).

4.2.1 Herz-Kreislaufmortalität / ICD-9 390-459

Wie bereits erwähnt, versterben die meisten älteren Menschen in Folge einer Herz-Kreislaferkrankung. Der Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen an den Todesursachen der Lübecker Altenbevölkerung lag im Jahre 2001 bei 47,3 %, wobei es sich hauptsächlich um Sterbefälle durch Herzinfarkte und andere ischämische Herzkrankheiten (43,7 %), zerebrovaskuläre Krankheiten, wie z. B. Schlaganfälle (19,1 %), Herzinsuffizienzen (18,2 %) und Krankheiten der Arterien, wie z. B. arterielle Embolien und Thrombose (8,9 %), handelte.

Insgesamt gesehen ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei der weiblichen Altenbevölkerung und der männlichen Altenbevölkerung ungefähr gleich hoch. Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 verzeichneten die über 60-jährigen Lübecker Seniorinnen jährlich 18,7 Sterbefälle pro 1.000 Frauen, während die über 60-jährigen Lübecker Senioren eine Herz-Kreislaufsterberate von 18,8 Sterbefällen pro 1.000 Männer aufwiesen. Die vergleichsweise hohe Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Seniorinnen – im Jahre 2001 betrug die Herz-Kreislaufsterberate der weibliche Altenbevölkerung 18,8 Sterbefälle pro 1.000 Frauen, die Herz-Kreislaufsterberate der männlichen Altenbevölkerung umfasste nur 17,8 Sterbefälle pro 1.000 Männer – ist aber nicht Ausdruck eines diesbezüglich schlechteren Gesundheitszustandes der älteren Lübecker Frauen, sondern ist auf das die Sterblichkeit beeinflussende höhere Durchschnittsalter der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks zurückzuführen.

Dass die Sterblichkeit an Herz-Kreislaferkrankungen altersabhängig ist und vorwiegend die männliche Altenbevölkerung betrifft, lässt sich an den altersgruppenbezogenen durchschnittlichen Herz-Kreislaufsterberaten der Lübecker Altenbevölkerung der Jahre 1997 – 1999 in Tab. 13 ablesen.

Tab. 13

Herz-Kreislaufsterbefälle pro 1.000 Lübecker SeniorInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, 1997-1999

| Alter von ... bis ... Jahren | Frauen | Männer | gesamt |
|---------------------------------|--------|--------|--------|
| 60 - 74 | 4,7 | 8,9 | 6,5 |
| 75 - 84 | 20,5 | 33,0 | 24,3 |
| 85 u. mehr | 72,6 | 81,9 | 74,8 |
| 60 u. mehr | 18,7 | 18,8 | 18,7 |

Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Mit zunehmenden Alter nimmt die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei beiden Geschlechtern immer weiter zu. Bei den älteren Frauen steigt die Sterberate von 4,7 Sterbefällen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen um mehr als das 14-fache auf 72,6 Sterbefälle pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Bei den älteren Männern erhöht sich die Sterberate der über 85-Jährigen (81,8 Sterbefälle pro 1.000 Männer) gegenüber den 60 bis 74-Jährigen (8,9 Sterbefälle pro 1.000 Männer) um das 8-fache, ist aber in allen Altersgruppen, insbesondere bei den 60 bis 74-Jährigen, deutlich höher als bei den älteren Frauen (siehe Tab. 13).

Die dargestellten durchschnittlichen jährlichen Sterberaten der Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen der Jahre 1997 – 1999 beziehen sich auf die Altenbevölkerung der Gesamtstadt Lübecks. Wie der Vergleich der alterstandardisierten durchschnittlichen jährlichen Sterberaten der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke in Tab. 14 zeigt, bestehen jedoch starke regionale Unterschiede bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit der älteren Lübecker Männer und Frauen.

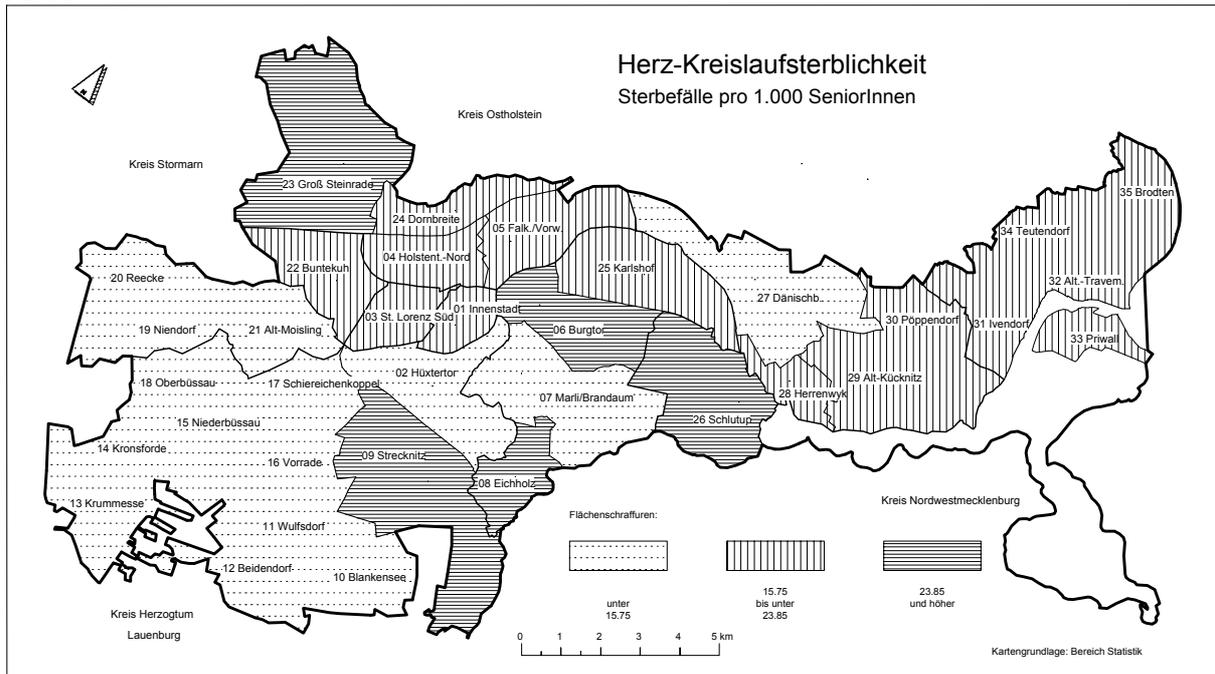
Tab. 14
Herz-Kreislaufsterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1997 - 1999

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 22,8 | 22,4 | Dornbreite | 20,7 | 20,2 |
| Hüxtertor | 14,5 | 12,7 | Burgtor | 23,6 | 24,6 |
| Strecknitz | 16,8 | 32,3 | Marli/Brandenbaum | 15,8 | 13,4 |
| St. Jürgen-Land | 14,2 | 8,6 | Eichholz | 20,6 | 30,7 |
| Moisling | 21,2 | 10,8 | Karlishof | 19,5 | 25,9 |
| Buntekuh | 22,9 | 22,9 | Schlutup | 16,7 | 31,0 |
| St. Lorenz Süd | 12,8 | 18,5 | Dänischburg | 18,0 | 13,3 |
| Holstentor-Nord | 19,1 | 14,4 | Herrenwyk | 15,0 | 21,8 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 22,2 | 21,5 | Kücknitz/Pöppendorf | 21,9 | 20,3 |
| Gr. Steinrade | 35,1 | 30,1 | Travemünde | 18,9 | 18,4 |

Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Bezüglich der älteren Männer Lübecks ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit – abgesehen von der männlichen Altenbevölkerung aus Gr. Steinrade, bei der sich die Heimsterblichkeit besonders stark auswirkt (höchste Pflegeplatzdichte Lübecks) – bei den älteren Männern aus dem Stadtbezirk Burgtor - ebenfalls bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen - am höchsten (siehe Tab. 14). Mit durchschnittlich jährlich 22,9 Sterbefällen pro 1.000 Männer verstarben hier zwischen 1997 und 1999 rund 20 % mehr ältere Männer an Herz-Kreislaferkrankungen als im Lübecker Durchschnitt insgesamt (18,8 Sterbefällen pro 1.000 Männer). Die niedrigste Herz-Kreislaufsterblichkeit verzeichnen die Senioren aus St. Lorenz Süd. Die durchschnittlich jährliche Sterberate der älteren Männer aus St. Lorenz Süd war, bezogen auf den städtischen Durchschnitt, zwischen 1997 und 1999 um fast ein Drittel geringer. Bei den älteren Lübecker Frauen sind insbesondere die Frauen aus Strecknitz von erhöhter Herz-Kreislaufsterblichkeit betroffen (siehe Tab. 14). Mit durchschnittlich jährlich 32,3 Sterbefällen pro 1.000 Frauen verstarben in Strecknitz zwischen 1997 und 1999 über zwei Drittel mehr ältere Frauen an Herz-Kreislaferkrankungen als 1997 – 1999 jährlich durchschnittlich in Lübeck verstarben (18,7 Sterbefälle pro 1.000 Frauen), wobei dieses wahrscheinlich auf den Effekt der kleinen Fallzahlen zurückzuführen ist. Am wenigsten versterben die Frauen aus St. Jürgen-Land an Herzkreislaferkrankungen. Die durchschnittliche jährliche Sterberate der älteren Frauen aus St. Jürgen-Land umfasste zwischen 1997 und 1999 8,6 Sterbefälle pro 1.000 Frauen und war damit um mehr als die Hälfte niedriger als die durchschnittlich jährliche Sterberate aller älteren Lübecker Frauen.

Abb. 35



Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Bei der Zusammenfassung der Sterbefälle der älteren Männer und älteren Frauen zeigt sich, dass neben den Senioren/innen aus den Stadtbezirken Burgtor, Strecknitz und Gr. Steinrade, auch die Senioren/innen aus den Stadtbezirken Eichholz und Schlutup eine relativ hohe Herz-Kreislaufsterblichkeit aufweisen (siehe Abb. 35). Im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 1999 verstarben in diesen Stadtbezirken pro 1.000 Senioren jährlich mehr als ca. 24 Senioren/innen an Herz-Kreislaufkrankungen, wobei die hohe Herz-Kreislaufsterblichkeit - außer bei den Senioren/innen aus Strecknitz, die statistisch begründet sein kann (Effekt der kleinen Fallzahlen) - wahrscheinlich auf vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen ist. Gegenüber der Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung Lübecks insgesamt, von durchschnittlich jährlich 18,7 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen der Jahre 1997 bis 1999, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit in den genannten Stadtbezirken mindestens rund 30 % höher.

Die geringste Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen verzeichnen die Senioren/innen aus den Stadtbezirken St. Jürgen Land, Hüxtertor, Marli/Brandenbaum, Moisling und Dänischburg (siehe Abb. 35). Die durchschnittlich jährliche Herz-Kreislaufsterberate umfasste hier zwischen 1997 und 1999 maximal ca. 15 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen. Im Verhältnis zur Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung Lübecks insgesamt, von durchschnittlich jährlich 18,7 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen in den Jahren 1997 bis 1999, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit in diesen Stadtbezirken um mindestens rund 18 % niedriger.

Aus dem Vergleich (Korrelationsanalyse) der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequoten der Lübecker Altenbevölkerung mit den stadtbezirksbezogenen Herz-Kreislaufsterberaten der Lübecker Altenbevölkerung lassen sich keine Zusammenhänge ableiten, die dafür sprechen könnten, dass bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen soziale Unterschiede bestehen. Zwar sind die Herz-Kreislaufsterberaten der Altenbevölkerungen in den Stadtbezirken mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte, außer in Moisling, etwas erhöht, gleiches trifft aber gleichermaßen bzw. verstärkt auch auf vier der fünf Stadtbezirke mit einer relativ niedrigen Sozialhilfedichte zu (vgl. Abb. 11 und Abb. 35).

Dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen bei den Herz-Kreislaufkrankungen kein höheres Sterberisiko haben als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen ist damit jedoch nicht belegt. Wie bereits erwähnt, werden die stadtbezirksbezogenen Sterberaten durch die Heimsterblichkeit mitbestimmt.

4.2.2 Krebsmortalität / ICD-9 140–208 und 230-239

Als altersabhängige, zumeist tödlich verlaufende Erkrankung ist Krebs (Neubildungen) die zweithäufigste Todesursache bei älteren Menschen. Von den im Jahre 2001 verstorbenen Lübecker Senioren/innen verstarb jede/r Vierte (25,1 %) an einer Krebserkrankung, wobei es sich bezogen auf die Männer hauptsächlich um Sterbefälle aufgrund von Krebs der Atmungsorgane wie z. B. Lungenkrebs (33,9 %), Krebs der Verdauungsorgane wie z. B. Magenkrebs (26,3 %) sowie Krebs der Genitalorgane wie z. B. Prostatakrebs (13,4 %) und bezogen auf die Frauen hauptsächlich um Sterbefälle aufgrund von Krebs der Verdauungsorgane (37,5 %), Brustdrüsenkrebs (14,4%) und Krebs der Genitalorgane wie z. B. Gebärmutterkrebs (11,2 %) handelte.

Im Verhältnis zu den älteren Frauen versterben die älteren Männer insgesamt häufiger an Krebs. Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 verzeichneten die über 60-jährigen Lübecker Senioren jährlich 12,4 Sterbefälle pro 1.000 Senioren, während die über 60-jährigen Lübecker Seniorinnen eine Krebssterberate von 8,3 Sterbefällen pro 1.000 Seniorinnen aufwiesen. Mit 11,8 Sterbefällen pro 1.000 Senioren war die Krebssterblichkeit im Jahre 2001 bei den Senioren Lübecks etwas niedriger, gleich wohl aber immer noch wesentlich höher als bei den Lübecker Seniorinnen (8,4 Sterbefälle pro 1.000 Seniorinnen).

Wie viel häufiger ältere Männer gegenüber älteren Frauen an Krebs versterben, zeigt sich auch an den altersgruppenbezogenen durchschnittlichen Krebssterberaten der Lübecker Altenbevölkerung der Jahre 1997 – 1999 in Tab. 15.

Tab. 15

Krebssterbefälle pro 1.000 SeniorInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, 1997-1999

| Alter von ... bis unter ... Jahren | Frauen | Männer | gesamt |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|
| 60 - 74 | 5,1 | 8,8 | 6,7 |
| 75 - 84 | 11,7 | 19,0 | 13,9 |
| 85 u. mehr | 14,4 | 31,7 | 18,5 |
| 60 u. mehr | 8,3 | 12,4 | 9,9 |

Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

In allen Altersgruppen - insbesondere bei den über 85-Jährigen - ist die Krebssterberate der älteren Männer deutlich höher als die der älteren Frauen (siehe Tab. 15). Sowohl bei den älteren Männern als auch bei den älteren Frauen nimmt die Krebssterblichkeit im Laufe des Alters immer weiter zu. Bei den älteren Männern steigt die Krebssterberate von 8,8 Sterbefällen pro 1.000 Männer der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen um das 2,6-fache auf 31,7 Sterbefälle pro 1.000 Männer der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Bei den über 85-jährigen Frauen (31,7 Sterbefälle pro 1.000 Frauen) erhöht sich die Krebssterberate gegenüber der Krebssterberate der Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen (5,1 Sterbefälle pro 1.000 Frauen) um das 1,8-fache (siehe Tab. 15).

Nicht überall in Lübeck versterben die älteren Menschen gleichermaßen häufig an Krebs. Wie der Vergleich der alterstandardisierten durchschnittlichen jährlichen Krebssterberaten der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke der Jahre 1997 – 1999 in Tab. 16 zeigt, weisen bezüglich der männlichen Altenbevölkerung Lübecks – abgesehen von der männlichen Altenbevölkerung aus Gr. Steinrade, bei der sich wahrscheinlich die Heimsterblichkeit auch in dieser Hinsicht besonders stark auswirkt - die älteren Männer aus Herrenwyk - ebenfalls bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) - die höchste Krebssterblichkeit unter den älteren Lübecker Männern auf. Da es sich bei der Herrenwyker Altenbevölkerung um eine sehr kleine Population han-

delt, kann die erhöhte Krebssterberate auch statistisch Ursachen haben (Effekt der geringen Fallzahlen).

Tab. 16

Krebssterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 1997 - 1999

| Stadtbezirk | Männer | Frauen | Stadtbezirk | Männer | Frauen |
|--------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| Innenstadt | 10,4 | 10,1 | Dornbreite | 11,9 | 8,7 |
| Hüxtertor | 12,5 | 7,1 | Burgtor | 14,2 | 10,0 |
| Strecknitz | 11,5 | 11,7 | Marli/Brandenbaum | 10,4 | 7,0 |
| St. Jürgen-Land | 12,9 | 4,0 | Eichholz | 16,9 | 11,9 |
| Moisling | 10,1 | 7,9 | Karlshof | 14,3 | 11,3 |
| Buntekuh | 8,2 | 10,8 | Schlutup | 10,7 | 9,9 |
| St. Lorenz Süd | 12,8 | 7,1 | Dänischburg | 13,3 | 7,2 |
| Holstentor-Nord | 10,0 | 7,5 | Herrenwyk | 18,9 | 13,2 |
| Falkenfeld/Vorwerk | 13,2 | 7,3 | Kücknitz/Pöppendorf | 11,7 | 8,0 |
| Gr. Steinrade | 20,1 | 7,0 | Travemünde | 14,7 | 8,1 |

Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Mit durchschnittlich jährlich 18,9 Sterbefällen pro 1.000 Männer verstarben in Herrenwyk zwischen 1997 und 1999 rund 50 % mehr ältere Männer an Krebs als 1997 – 1999 jährlich durchschnittlich in Lübeck verstarben (12,4 Sterbefällen pro 1.000 Männer). Am wenigsten häufig versterben die älteren Männer aus Buntekuh an Krebs. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der männlichen Altenbevölkerung aus Buntekuh (8,2 Sterbefälle pro 1.000 Männer) war im Verhältnis zum städtischen Durchschnitt (12,4 Sterbefälle pro 1.000 Männer) in den Jahren 1997 – 1999 um ca. ein Drittel geringer.

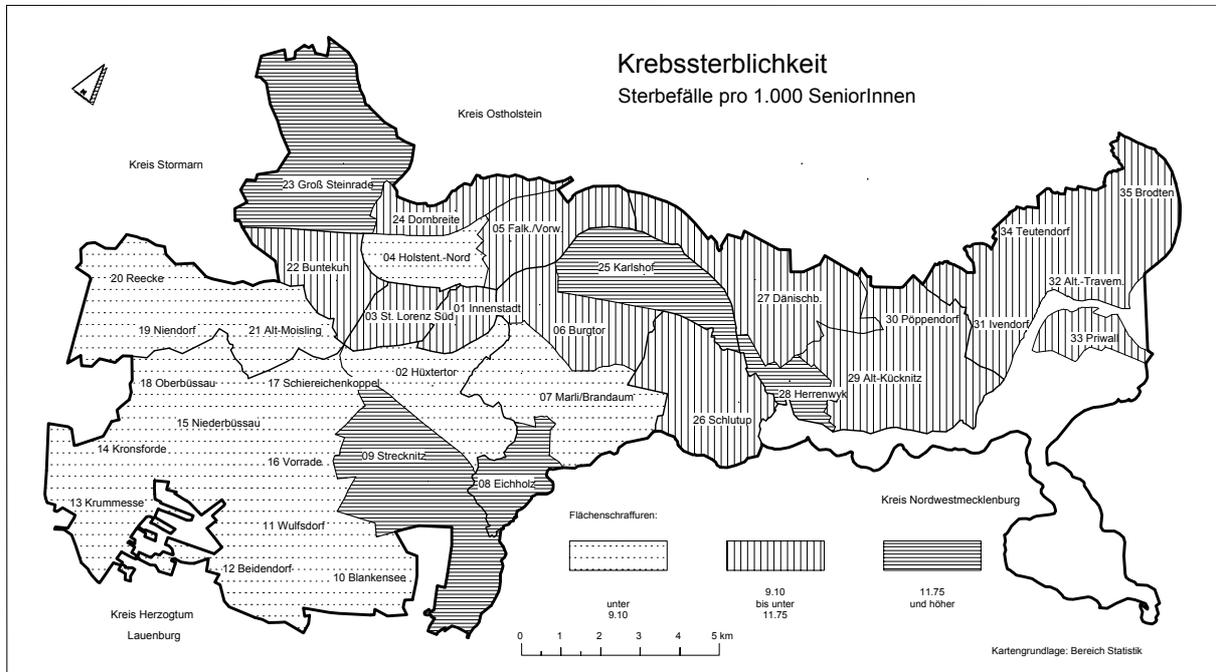
Auch bezüglich der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks ist die Krebssterblichkeit in Herrenwyk – wahrscheinlich bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) - am höchsten (siehe Tab 16). Mit durchschnittlich jährlich 13,2 Sterbefällen pro 1.000 Frauen verstarben in Herrenwyk zwischen 1997 und 1999 ca. 60 % mehr ältere Frauen an Krebs als in diesem Zeitraum jährlich durchschnittlich in Lübeck verstarben (8,3 Sterbefälle pro 1.000 Frauen). Die niedrigste Krebssterblichkeit unter den älteren Frauen Lübecks weisen die älteren Frauen aus St. Jürgen-Land auf. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der älteren Frauen aus St. Jürgen-Land umfasste zwischen 1997 und 1999 4 Sterbefälle pro 1.000 Frauen und war damit um mehr als die Hälfte niedriger als die durchschnittliche jährliche Krebssterberate aller älteren Frauen Lübecks (8,3 Sterbefälle pro 1.000 Frauen).

Werden die Krebssterbefälle der Männer und Frauen zusammengefasst – um die Validität der Ergebnisse der kleinräumigen Analyse zu erhöhen und sie mit den stadtbezirksbezogenen Sozialdaten abgleichen zu können – zeigt sich, dass neben den Altenbevölkerungen von Gr. Steinrade und Herrenwyk, die Altenbevölkerungen von Eichholz, Karlshof und Strecknitz die meisten Krebssterbefälle aufweisen (siehe Abb. 36).

Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 verstarben in diesen Stadtbezirken jährlich mindestens ca. 20 % mehr ältere Menschen an Krebs als durchschnittlich in allen Lübecker Stadtbezirken. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Jahre 1997 – 1999 der Altenbevölkerung von Strecknitz, Gr. Steinrade, Karlshof, Eichholz und Herrenwyk lag zwischen 11,8 und 15,7 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen, während die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerung Lübecks im gleichen Zeitraum nur 9,9 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen umfasste. Abgesehen von der erhöhten Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen von Strecknitz, die statistisch begründet sein kann (Effekt der geringen Fallzahlen), ist die erhöhte Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Her-

renwyk, Karlshof, Eichholz, und Gr. Steinrade wahrscheinlich auf die vielen Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen. Die erhöhte Krebssterberate der Altenbevölkerung von Herrenwyk kann - weil sie sich auf eine sehr kleine Population bezieht - außerdem auch noch statistisch Gründe haben (Effekt der geringen Fallzahlen).

Abb. 36



Quelle: Todesbescheinigungen 1997 – 1999, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Die niedrigsten Krebssterblichkeiten der Altenbevölkerungen aller Lübecker Stadtbezirke findet sich bei den Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Hüxtertor, Marli/Brandenbaum, Holstentor Nord und Moising. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerung der Jahre 1997 – 1999 umfasste in diesen Stadtbezirken maximal 9 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen und war damit mindestens ca. 10 % niedriger als die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke insgesamt (9,9 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen).

Bezogen auf die stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequoten der Lübecker Altenbevölkerung (Korrelationsanalyse) zeigen sich keine Zusammenhänge, die darauf schließen lassen, dass bei der Krebssterblichkeit der Lübecker Senioren/innen soziale Unterschiede bestehen. Zwar sind die Krebssterberaten der Altenbevölkerungen in drei der fünf Stadtbezirke mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte etwas bzw. besonders erhöht, gleiches trifft aber auch auf die fünf Altenbevölkerungen in den Stadtbezirken mit einer relativ niedrigen Sozialhilfedichte zu (vgl. Abb. 11 und Abb. 36). Dass die Krebssterblichkeit bei sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen und sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen relativ gleich ist, wird damit jedoch nicht belegt, weil der Blick auf die tatsächliche Rangfolge der Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen in den Lübecker Stadtbezirken durch den Einfluss der Heimsterblichkeit verstellt wird.

Resümee / Ausblick

Im Gegensatz zu früheren Seniorengenerationen versterben die heutigen Senioren/innen zunehmend häufiger erst im hohen und höchsten Lebensalter. In Folge dessen ist auch die Lebenserwartung der älteren Menschen heute höher. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen Männer Schleswig-Holsteins liegt derzeit (2001) bei 80 Lebensjahren, die Lebenserwartung der 75-jährigen Männer Schleswig-Holsteins umfasst durchschnittlich 85 Lebensjahre. Die 60-jährigen Frauen Schleswig-Holsteins können heute (2001) mit durchschnittlich 84 Lebensjahren rechnen, die 75-jährigen Frauen Schleswig-Holsteins durchschnittlich sogar mit 87 Lebensjahren. Vergleichszahlen speziell zur Lebenserwartung der Lübecker Bevölkerung bzw. Altenbevölkerung liegen dem Gesundheitsamt noch nicht vor.

Dass die Senioren/innen nicht mehr so früh versterben, wie noch vor rund 20 Jahren, verdeutlicht der Rückgang der Sterblichkeit in der Lübecker Altenbevölkerung. Im Zeitraum von 1985 bis 2001 ist die Sterberate der Lübecker Altenbevölkerung von jährlich ca. 51 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen um 21 % auf ca. 41 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen gesunken. Am gravierendsten ist der Rückgang bei der männlichen Altenbevölkerung. Umfasste die Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Männer 1985 noch ca. 60 Sterbefälle pro 1.000 Männer, so betrug sie im Jahre 2001 nur noch ca. 43 Sterbefälle pro 1.000 Männer. Ungeachtet des unterschiedlichen Altersaufbaus der Geschlechter gleicht sich die Sterblichkeit der männlichen Altenbevölkerung der Sterblichkeit der weiblichen Altenbevölkerung immer weiter an. Gegenüber der Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Frauen (39 Sterbefälle pro 1.000 Frauen) war die Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Männer (43 Sterbefälle pro 1.000 Männer) im Jahre 2001 um ca. 8 % höher. Im Jahre 1985 betrug der Unterschied zur Sterberate der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks noch ca. 33 %.

Unterschieden nach Stadtbezirken verzeichnen die Senioren/innen aus Gr. Steinrade, Eichholz, Burgtor, Schlutup und Strecknitz die meisten Sterbefälle. Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 gab es in diesen Stadtbezirken bezogen auf 1.000 Senioren/innen mindestens 12 Sterbefälle (29 %) mehr als durchschnittlich in Lübeck (40 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen). In den Stadtbezirken Dänischburg, Marli/Brandenbaum, Hüntertor, St. Jürgen-Land und Moisling war die Sterblichkeit der Senioren/innen zwischen 1997 und 1999 dagegen um mindestens 9 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen (18 %) niedriger.

Als Beleg für einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. eine höhere Sterblichkeit der Senioren/innen können die erhöhten Sterberaten der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke, wie die der Altenbevölkerungen aus Gr. Steinrade, Eichholz, Burgtor, Schlutup und Strecknitz jedoch nicht angesehen werden, weil die erhöhten Sterberaten der Altenbevölkerungen in den Stadtbezirken - abgesehen von Strecknitz, wo dieses statistische Ursachen (z. B. Effekt der geringen Fallzahlen) haben mag - auch auf vermehrte Sterbefälle aus den Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen sein können.

Das gilt auch und besonders in Bezug auf die Herz-Kreislaufsterblichkeit und die Krebssterblichkeit, die beiden häufigsten Todesursachen bei älteren Menschen. An Herz-Kreislaufkrankungen verstarben 47,3 % der in 2001 verstorbenen über 60-jährigen Einwohner/innen Lübecks. Ca. ein Viertel (25,1 %) der verstorbenen über 60-jährigen Lübecker Einwohner/innen des Jahres 2001 verstarb aufgrund einer Krebserkrankung.

Bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit zeigen sich bezogen auf die Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke gleiche Verhältnisse wie bei der Gesamtsterblichkeit (Sterbefälle aller Todesursachen). Die höchsten Herz-Kreislaufsterberaten finden sich bei den Senioren/innen aus den Stadtbezirken Gr. Steinrade, Eichholz, Burgtor, Schlutup und Strecknitz. Im Durchschnitt der Jahre 1997 – 1999 war die Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung dieser Stadtbezirke um mindestens ca. 30 % höher (23,5 Sterbefälle pro 1.000 Senio-

ren/innen) als im städtischen Durchschnitt insgesamt (18,7 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen).

Bei der Krebssterblichkeit der Lübecker Altenbevölkerung weisen - nach Stadtbezirken unterschieden - die Senioren/innen von Strecknitz, Gr. Steinrade, Karlshof, Eichholz und Herrenwyk die höchsten Sterberaten auf. Gegenüber der durchschnittlichen jährlichen Krebssterberate der Altenbevölkerung Lübecks von 9,9 Sterbefällen pro 1.000 über 60-jährige Einwohner/innen verstarben in diesen Stadtbezirken zwischen den Jahren 1997 und 1999 mindestens 20 % (11,8 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen) mehr ältere Menschen an Krebs.

Abgesehen von der erhöhten Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen von Strecknitz - die statistische begründet sein kann (Effekt der geringen Fallzahlen) - ist die erhöhte Krebssterblichkeit der Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Herrenwyk, Karlshof, Eichholz, und Gr. Steinrade wahrscheinlich auf vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen. Die erhöhte Krebssterblichkeit der Altenbevölkerung von Herrenwyk kann - weil sie sich auf eine sehr kleine Population bezieht - außerdem auch noch statistisch begründet sein (Effekt der geringen Fallzahlen).

Soziale Zusammenhänge, die auf ein erhöhtes Sterberisiko bei sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen schließen ließen, konnten bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit und der Krebssterblichkeit nicht festgestellt werden, da die Altenbevölkerungen in Stadtbezirken mit niedrigen Sozialhilfequoten nicht selten höhere Sterberaten aufweisen als die Altenbevölkerungen in Stadtbezirken mit niedrigen Sozialhilfequoten. Dass bei der Sterblichkeit der Altenbevölkerung keine sozialen Unterschiede bestehen, ist damit (Ergebnisse der Korrelationsanalyse) jedoch nicht belegt, da die Höhe der stadtbezirksbezogenen Sterberaten der Altenbevölkerungen (Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen) durch den Einfluss der Heimsterblichkeit verfälscht sein kann.

Um fundierte Aussagen zu Teilaspekten der Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen (z. B. soziale Zusammenhänge) machen zu können, müssen die Datenstrukturen der Todesbescheinigungen durch Erfassung der ehemaligen Wohnadressen verstorbener Pflegeheimbewohner/innen und die kleinräumigen Untersuchungsmethoden der Sterblichkeit durch regionale Zuordnung der Heimsterbefälle noch weiter ausgebaut werden.

Für nachfolgende Untersuchungen, die diesen Anforderungen genügen, stehen dem Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck keine ausreichenden Mittel zur Verfügung. Die Evaluation der stadtbezirksbezogenen Sterblichkeit der Altenbevölkerung Lübecks sollte deswegen mittels einer wissenschaftlichen Studie (z. B. im Rahmen einer Doktorarbeit) erfolgen. Für Untersuchungen zur Sterblichkeit im Alter ist die Altenbevölkerung Lübecks geradezu prädestiniert, da der Altenanteil Lübecks (ca. 28 %) einer der größten der Städte in Deutschland ist.

5. Gesundheitsversorgung und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote für ältere Menschen

Wie aus den vorherigen Kapiteln hervorgeht, haben die Lübecker Senioren/innen heute zwar ein längeres Leben zu erwarten, sind aber nicht weniger krank als früher. Für die Lübecker Bevölkerung, insbesondere die älteren Menschen Lübecks, ist der Status quo der Gesundheitsversorgung daher von großer Bedeutung. Ob die gesundheitliche Versorgung der Lübecker Senioren/innen derzeit zufriedenstellend geregelt ist, bzw. ob und wo noch zusätzlicher Verbesserungsbedarf besteht, soll anhand der Darstellung einzelner Segmente bzw. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen untersucht werden. Dabei spielen nicht nur quantitative Aspekte (z. B. Verhältnis: Einwohner/innen pro Arzt/Ärztin) sondern, auch die Möglichkeiten der Inanspruchnahme bzw. die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote eine Rolle.

5.1 Ambulante Versorgung

Abgesehen von dem familiären Versorgungssystem, das im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit schätzungsweise 80 % der notwendigen Versorgungsleistungen aufbringt, richtet sich die ambulante Gesundheitsversorgung der älteren Menschen in erster Linie an der hausärztlichen Versorgung aus. Daneben sind bezüglich der vielen altersbedingten Erkrankungen der Senioren/innen auch spezielle fachärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgungsangebote von Bedeutung.

5.1.1 Hausärzte/innen und Fachärzte/innen

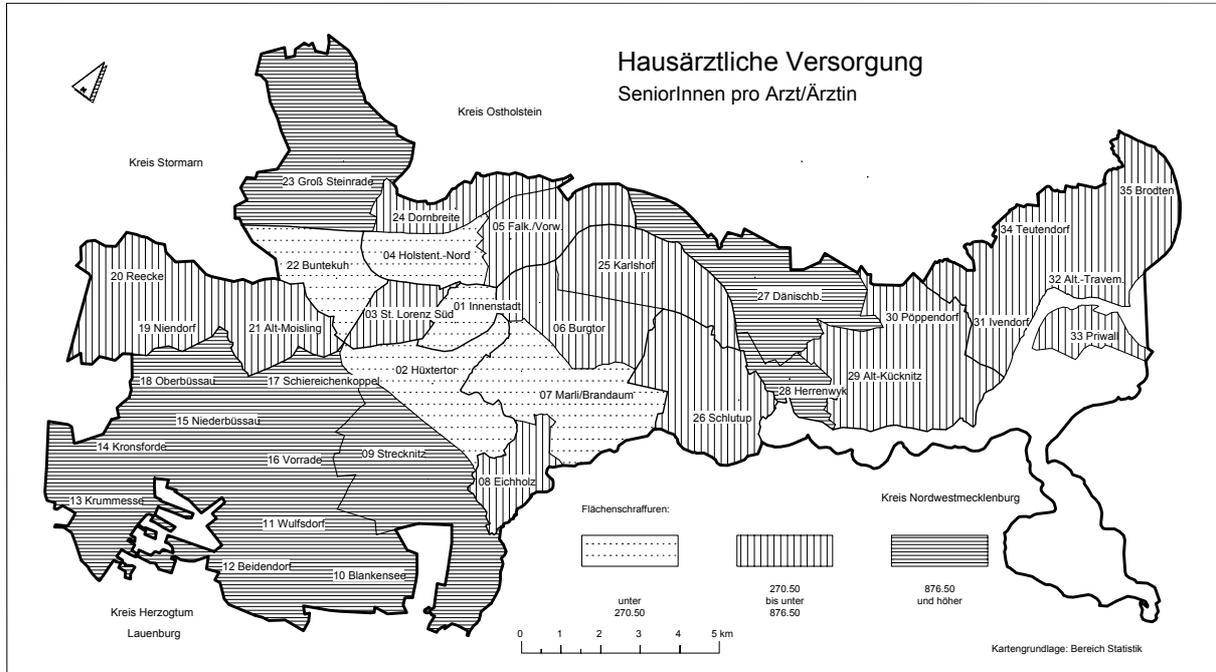
Nach den Angaben der Ärztestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein gibt es in Lübeck derzeit (Stand 31.12.2003) 493 niedergelassene Ärzte/innen. Fast die Hälfte (237) von ihnen – wobei es sich sowohl um Allgemeinmediziner/innen und praktische Ärzte/innen als auch um Internisten/innen und Kinderärzte/innen handelt - sind in der hausärztlichen bzw. primärärztlichen Versorgung tätig. Eine wesentliche Besonderheit der hausärztlichen Versorgung besteht darin, dass die ärztliche Betreuung der Patienten in Diagnostik und Therapie unter Kenntnis ihres häuslichen und sozialen Umfeldes erfolgt, was gerade bei chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen von größter Wichtigkeit ist.

Die Sicherstellung der Versorgung der Lübecker Bevölkerung mit Haus- und Fachärzten/innen (ambulante ärztliche Versorgung) obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), die dafür regelmäßige kassenärztliche Bedarfsplanungen durchführt. Nach den Versorgungsstandards des Planungsblattes zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades der KVSH vom 31.12.2003, ist die Lübecker Bevölkerung mit der bestehenden Anzahl an niedergelassenen Hausärzten/innen ausreichend versorgt. Der Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung, der sich aus der Bemessungszahl von 1.565 Einwohner/innen pro Arzt/Ärztin ableitet, liegt bei 114,2 %. Bezogen auf die Versorgung der Gesamtbevölkerung Lübecks entfallen auf eine/n Hausarzt/Hausärztin ca.

1.392 Einwohner/innen, bezogen auf die Versorgung der Altenbevölkerung entfallen auf eine/n Hausarzt/Hausärztin (ohne Kinderärzte) ca. 277 Senioren/innen.

Kann die hausärztliche Versorgung für die Altenbevölkerung Lübecks insgesamt als zufriedenstellend beurteilt werden, so gilt dieses nicht für die Altenbevölkerungen aller Lübecker Stadtbezirke gleichermaßen.

Abb. 37



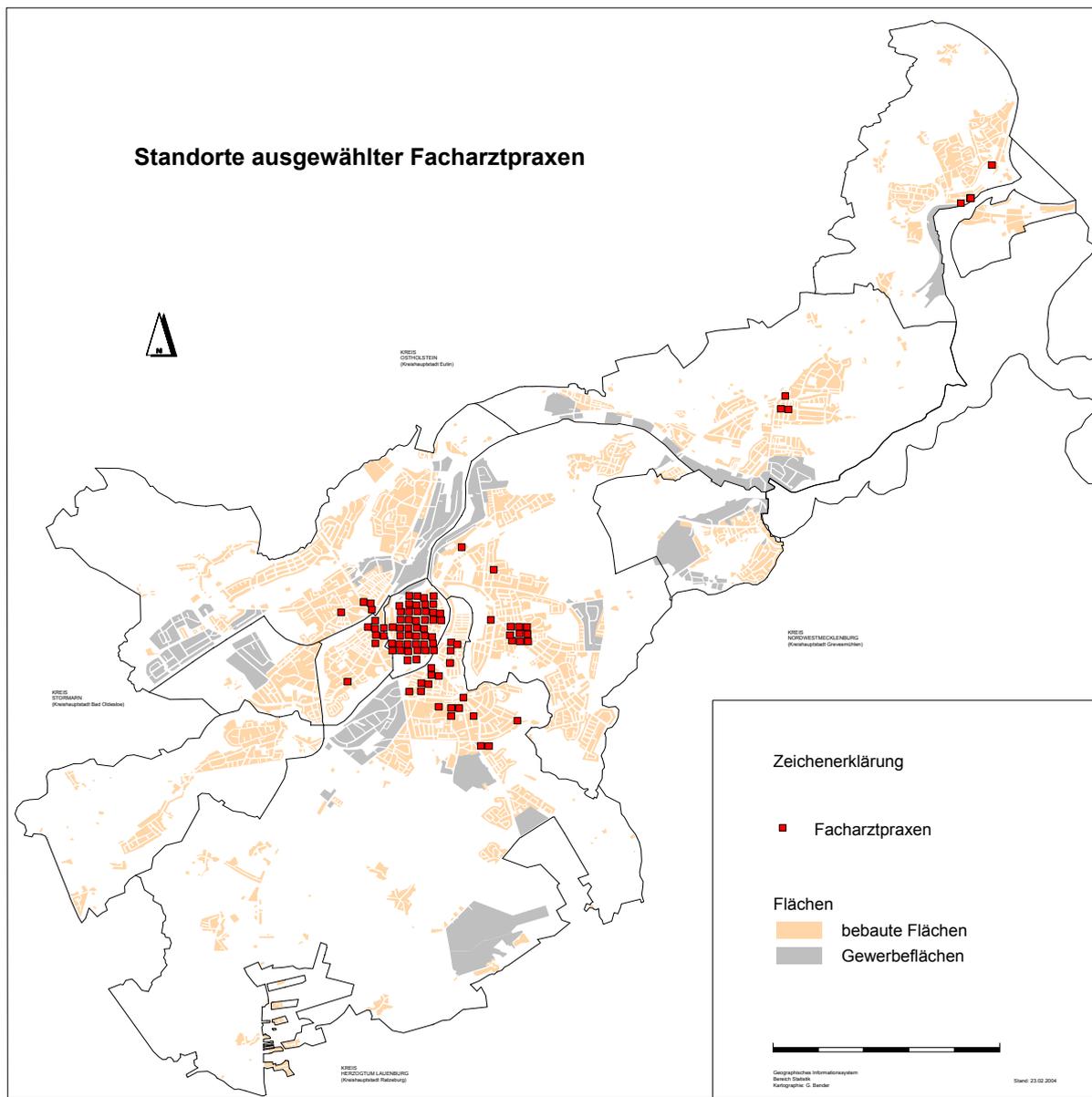
Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 2003

Wie die unterschiedlichen Verhältniszahlen der Senioren/innen pro Arzt/Ärztin (ohne Kinderärzte/innen) in Abb. 37 zeigen, sind die Senioren/innen in Stadtgebieten abseits des Stadtzentrums Lübecks i. d. R. hausärztlich relativ schlechter versorgt als die Senioren/innen aus Stadtgebieten in und nahe der Innenstadt. Während in der Innenstadt und den Stadtbezirken Hüntertor, Buntekuh, Marli/Brandenbaum und Holstentor Nord von einem/er Hausarzt/Hausärztin nur maximal ca. 270 Senioren/innen versorgt werden, muss ein/e Hausarzt/Hausärztin in St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Herrenwyk und Gr. Steinrade mehr als dreimal so viele Senioren/innen (876 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin) versorgen. Bezogen auf den wohnungsnahen Versorgungsbedarf älterer Menschen sind die Senioren/innen aus Dänischburg und Strecknitz besonders benachteiligt. Für die hausärztliche Versorgung steht den 1.275 Senioren/innen aus Dänischburg in ihrem Stadtbezirk nur ein/e Hausarzt/Hausärztin zu Verfügung. Die 2.147 Senioren/innen aus Strecknitz werden in ihrem Stadtbezirk von nur zwei Hausärzten/innen versorgt, so dass der Versorgungsanteil pro Hausarzt/Hausärztin hier mehr als 1.074 Senioren/innen umfasst.

Damit die älteren Menschen ärztlichen Rat und Hilfe ohne größere Hindernisse, wie z. B. lange Anfahrtswege, in Anspruch nehmen können, sollte die hausärztliche Versorgung in Lübeck noch weiter dezentralisiert werden, denn auch in den Stadtbezirken Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof und Eichholz finden sich im Verhältnis zu der Anzahl der dort wohnenden Senioren/innen noch zu wenige Hausärzte/Hausärztinnen bzw. Hausarztpraxen. Mit über 607 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin ist der Versorgungsanteil in diesen Stadtbezirken mehr als doppelt so hoch, wie im städtischen Durchschnitt (277 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin).

Das Gegenstück bzw. die Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung bildet die fachärztliche Versorgung. Über die Hälfte (256) der 493 niedergelassenen Ärzte/innen in Lübeck sind Fachärzte/innen. Entsprechend ihrer spezifisch fachlichen Ausbildung behandeln Fachärzte/innen - auch Gebietsärzte/innen genannt – nur bestimmte medizinische Gebiete. Bezogen auf die geriatrischen Krankheitsbilder älterer Menschen sind bei der Beurteilung der fachärztlichen Versorgung insbesondere die Orthopädie, die Urologie, die HNO-Heilkunde, die Augenheilkunde und die Nervenheilkunde von Bedeutung. Ausgehend von den Sollzahlen der Bedarfsplanung der KVSH (Stand 31.12.2003) – denen auch die Altersstruktur der Wohnbevölkerung zu Grunde gelegt wird - beträgt der Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung (Stand 31.12.2003) in allen genannten Fachgebieten mehr als 100 %.

Abb. 38



Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 2003

Besonders gut ist die fachärztliche Versorgung der Lübecker Bevölkerung und also auch die der Lübecker Senioren/innen in den Fachgebieten der Urologie (Versorgungsgrad 134,9 %), der Nervenheilkunde (Versorgungsgrad 131,3 %) und der Orthopädie (Versorgungsgrad 125,7 %). Im Hinblick darauf, dass der fachärztliche Bedarf der umliegenden

Gemeinden in Lübeck zum Teil mit abgedeckt wird, kann die fachärztliche Versorgung mit HNO-Ärzten/innen (Versorgungsgrad 116,1 %) und Augenärzten/innen (Versorgungsgrad 114,2 %) dagegen als weniger befriedigend angesehen werden.

Entsprechend ihres begrenzten speziellen fachlichen Versorgungsangebotes müssen Fachärzte/innen verkehrszentral für möglichst viele Einwohner/innen erreichbar sein. Das für die Altenbevölkerung bedeutsame fachärztliche Versorgungsangebot ist in Lübeck daher relativ zentralräumlich strukturiert. Wie Abb. 38 zu entnehmen ist, hat sich mehr als die Hälfte (ca. 58 %) der ausgewählten Fachärzte/innen Lübecks (Orthopäden/innen, Urologen/innen, HNO-Ärzte/innen, Augenärzte/innen und Nervenärzte/innen) in Praxen in bzw. in der Nähe der Innenstadt niedergelassen, während die übrigen (42 %) vornehmlich in den Stadtbezirken Hüntertor, Mali/Brandenbaum und St. Lorenz Süd praktizieren.

Ausgehend davon, dass ältere Menschen ärztliche Hilfe barrierefrei (ohne große Hindernisse, wie z. B. lange Anfahrtswege) erreichen müssen, ist die fachärztliche Versorgung der Altenbevölkerung nur in diesen Stadtbezirken und mit Einschränkung auch in Kücknitz, Travemünde, Holstentor-Nord, Burgtor und Strecknitz gewährleistet (siehe Abb. 38). Von den Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Dänischburg, St. Jürgen-Land, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof, Eichholz, Schlutup, Moising und Buntekuh wird - so sie denn fachärztlich versorgt werden müssen – eine hohe Mobilitätsbereitschaft abverlangt, was insbesondere bei orthopädischem Versorgungsbedarf zu Überforderungen bzw. Verzicht führen kann. Weil die Fahrkosten für den Arztbesuch, seit Anfang des Jahres 2004 i. d. R. von den Krankenkassen nicht mehr erstattet werden, viele Senioren/innen die Fahrkosten nicht selbst aufbringen wollen bzw. können, kann besonders die fachärztliche Versorgung der Senioren/innen aus den sog. Randgebieten Lübecks, gefährdet sein.

5.1.2 Zahnärzte/innen

Im Hinblick auf die mit dem Alter abnehmende Zahngesundheit - die u.a. einhergeht mit erhöhter Kariesanfälligkeit, vermehrten Zahnverlusten und zunehmenden prothetischem Behandlungsbedarf (z. B. Eingliederung und Anpassung von Teil- und Vollprothesen), ist die zahnärztliche Versorgungssituation der älteren Menschen von großer Bedeutung.

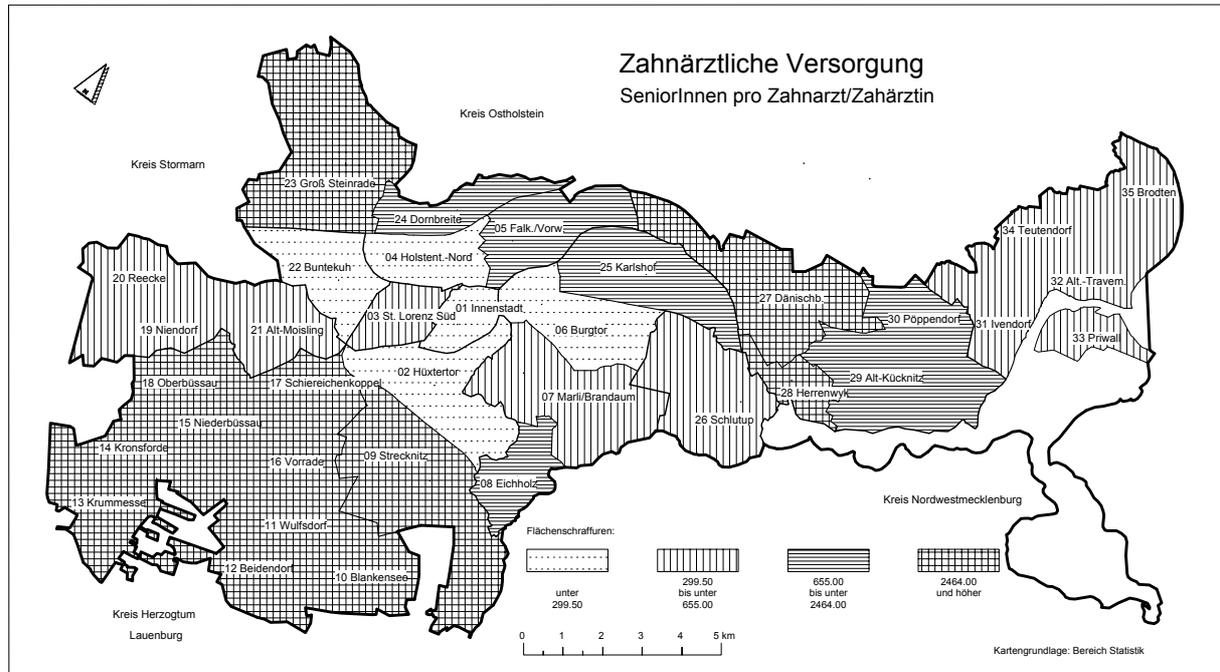
Um die zahnärztliche Versorgung der Lübecker Senioren/innen bzw. der Lübecker Bevölkerung bemühen sich nach Angaben der Zahnärztestatistik der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein derzeit (Stand 18.02.2004) 158 niedergelassene Zahnärzte/innen, was gemessen an den Versorgungsstandards der Bedarfsplanung der Kassen Zahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein allerdings nur einem Versorgungsgrad von 94,8 % entspricht. Verglichen mit den Versorgungsgraden der drei anderen kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins, die gemäß des Planungsblattes B (Stand 31.12.2003) der Zahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein alle mindestens 10 % über dem Sollwert (100 %) liegen, kann die zahnärztliche Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen bzw. der Bevölkerung in Lübeck derzeit nicht als befriedigend angesehen werden. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Lübecks, versorgt ein/e Zahnarzt/Zahnärztin durchschnittlich ca. 1.350 Einwohner/innen, bezogen auf die Altenbevölkerung versorgt ein/e Zahnarzt/Zahnärztin durchschnittlich ca. 379 Senioren/innen.

Wie sich die zahnärztliche Unterversorgung der Lübecker Bevölkerung speziell auf die zahnärztliche Versorgung der Senioren/innen auswirkt, ist nicht bekannt. Vermutet werden kann, dass das zu knappe zahnärztliche Versorgungsangebot zu langfristigen Terminabsprachen und langen Wartezeiten führt, denen gesundheitlich eingeschränkte und ältere

Menschen kaum oder nicht Folge leisten können und deswegen auf die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Behandlung vermehrt verzichten.

Besonders problematisch ist die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung für die Senioren/innen in den sog. Randgebieten Lübecks, wo es keine oder nur wenige niedergelassene Zahnärzte/innen gibt und lange Anfahrtswege den Zahnarztbesuch zusätzlich erschweren.

Abb. 39



Quelle: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Zahnärztestatistik 2004

Weil in ihrem Stadtbezirk kein zahnärztliches Versorgungsangebot besteht, sind davon hauptsächlich die Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Strecknitz, Herrenwyk, Dänischburg und Gr. Steinrade betroffen. In Abb. 39 ist das fehlende zahnärztliche Versorgungsangebot dieser Stadtbezirke mit über 2.464 Senioren/innen pro Zahnarzt/Zahnärztin gekennzeichnet. Unzureichend ist die zahnärztliche Versorgungssituation aber auch für die Senioren/innen aus Karlshof, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite und Kücknitz/Pöppendorf und Eichholz, wo von einem/er Zahnarzt/Zahnärztin oft mehr als doppelt so viele Senioren/innen versorgt werden müssen, wie durchschnittlich in Lübeck (379 Senioren/innen pro Zahnarzt/Zahnärztin). Im Stadtbezirk Eichholz, in dem nur eine Zahnarztpraxis besteht, werden pro Zahnarzt/Zahnärztin sogar 2.428 Senioren/innen versorgt.

Mit Ausnahme der Senioren/innen aus Schlutup, Travemünde und Moisling, wo das Verhältnis Senioren/innen pro Zahnarzt mit über 519 Senioren/innen pro Zahnarzt/Zahnärztin, ebenfalls über dem städtischen Durchschnitt liegt, kann die zahnärztliche Versorgungssituation der Senioren/innen aus den übrigen Stadtbezirken als relativ zufriedenstellend bezeichnet werden.

Gut bzw. sehr gut ist die zahnärztliche Versorgungssituation der Senioren/innen aus Holstentor-Nord, Burgtor, Hüxtertor, Buntekuh und der Innenstadt, wo ein Zahnarzt/Zahnärztin, weniger als 254 Senioren/innen zu versorgen hat. Zumindest hier dürfte das zahnärztliche Versorgungsangebot, sofern es nicht an jüngeren Patientengruppen ausgerichtet ist, auch für ältere und gesundheitlich eingeschränkte Menschen ausreichend erreichbar sein.

5.1.3 Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen

Bei einem Großteil der Erkrankungen älterer Menschen reicht die rein medizinische Behandlung durch den/die Hausarzt/Hausärztin bzw. den/die Facharzt/Fachärztin allein nicht aus. Degenerative und entzündliche Gelenkerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems sowie gerontopsychiatrische Erkrankungen können häufig nur mit Hilfe physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Anwendungen kuriert werden.

Der primäre Ansatzpunkt der **Physiotherapie** ist das Bewegungssystem und das Bewegungsverhalten, wobei gilt, die Bewegung zu ökonomisieren und einen Zustand von Schmerzfreiheit zu erreichen. Physiotherapeutische Techniken dienen aber auch der Beeinflussung von Funktionsstörungen der inneren Organe und der Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung. Dabei steht bei älteren Menschen hauptsächlich die Erhaltung des eigenständigen Lebens in der gewohnten Umgebung bei gleichzeitiger Vermeidung oder Besserung von Pflegebedürftigkeit im Vordergrund.

Bei älteren Menschen sind physiotherapeutische Anwendungen u.a. bei folgenden Indikationen angezeigt:

- Erkrankungen des Skelettsystems, wie Arthrose oder Osteoporose
- Frakturen, wie Oberschenkel(hals)- und Unterarmbrüche
- Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, wie Schulter-Arm Syndrom
- zerebrovaskulären Erkrankungen, wie Schlaganfall oder zerebrale Arteriosklerose
- Erkrankungen des Nervensystems, wie Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson

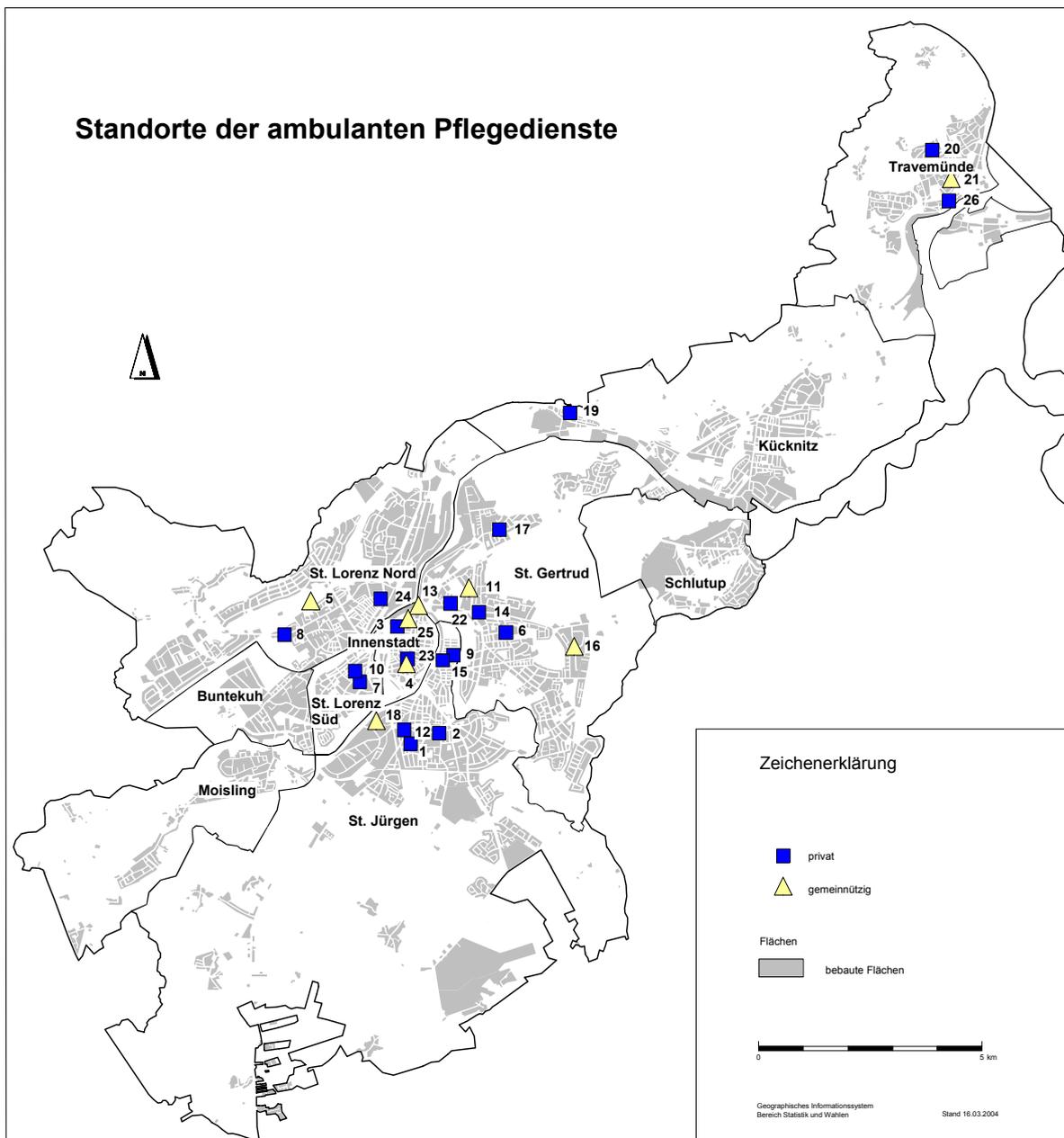
Um die ambulante physiotherapeutische Versorgung der Lübecker Bevölkerung bemühen sich in Lübeck gegenwärtig (Stand 31.01.2004) 29 Physiotherapeuten/innen und 77 Krankengymnasten/innen, in insgesamt 59 Praxen. Abgesehen von ca. 14 Physiotherapeuten/innen bzw. Krankengymnasten/innen, die sich auf die Behandlung pädiatrischer Erkrankungen spezialisiert haben, ist das physiotherapeutische Versorgungsangebot in Lübeck ganz wesentlich auf den Behandlungsbedarf der Altenbevölkerung zugeschnitten. Ungefähr 9 von 10 Lübecker Physiotherapeuten/innen bzw. Krankengymnasten/innen behandeln auch bzw. hauptsächlich ältere Menschen nach geriatrischen Behandlungsmethoden, zu denen u.a. auch Bewegungstherapien, Massagen, Kälte- und Wärmetherapien, Elektrotherapien und manuelle Therapien zählen können.

Das geriatrische Behandlungsspektrum der **Ergotherapie** umfasst in etwa die gleichen Indikationen wie das der Physiotherapie (siehe oben), ist zusätzlich aber auch auf psychiatrische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, Manien, Zwangs- und Angstneurosen, Eß-, Schlaf-, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, sowie Alkohol-, Drogen und Medikamentensüchte ausgerichtet. Ansatzpunkt der Ergotherapie ist das menschliche Handeln, beginnend bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Anziehen, Nahrungsaufnahme usw.). Funktionsstörungen, wie z. B. Koordinationsstörungen, Störungen der Grob- und Feinmotorik, Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen sollen durch Bewegung, Spiel und handwerkliches Tätigsein behoben bzw. verringert werden. Die Ergotherapie verfolgt eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, bei der auch die Angehörigen und andere Bezugspersonen einbezogen werden können. Der Beruf des/der Ergotherapeuten ist noch relativ jung. Ambulante ergotherapeutische Behandlungen wurden erstmals im Jahre 1980 (durch Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen) möglich. Noch immer arbeiten daher die meisten Ergotherapeuten/innen in stationären Einrichtungen wie Behinderten- und Pflegeheimen. Ambulant praktizierende Ergotherapeuten behandeln außer Kindern hauptsächlich ältere Menschen. Um die ambulante ergotherapeutische Behandlung der Lübecker Senioren/innen bemühen sich in Lübeck derzeit (Stand 31.01.2004) 19 Ergotherapeuten/innen in insgesamt 14 Praxen.

5.1.4 Ambulante Pflegedienste

Zunehmend wenige ältere Menschen verfügen noch über ein funktionierendes familiäres Versorgungssystem, das ihnen im Falle der Pflegebedürftigkeit im Haushalt ausreichende Hilfe gewährt, und müssen daher ganz oder teilweise die professionellen Dienstleistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen. Je nach Pflegebedarf, der sich auch an dem Grad der Pflegebedürftigkeit (z. B. Pflegestufe) ermisst, werden von den ambulanten Pflegediensten dabei sowohl pflegerische Leistungen als auch hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen übernommen. Ziel der pflegerischen Versorgung der ambulanten Pflegedienste ist es, den pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben im eigenen Haushalt zu ermöglichen, pflegende Angehörige zu entlasten und unnötige Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte zu vermeiden.

Abb. 40



Quelle: Hansestadt Lübeck, trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle, Pflegeeinrichtungsstatistik, 2004

Nach den Angaben der Pflegeeinrichtungsstatistik der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle der Hansestadt Lübeck gibt es in Lübeck derzeit (Stand 08.03.2004) 26 ambulante Pflegedienste (nicht mitgezählt sind dabei die einrichtungsbezogenen

lante Pflegedienste (nicht mitgezählt sind dabei die einrichtungsbezogenen Pflegedienste des betreuten Wohnens). Die meisten ambulanten Pflegedienste Lübecks (ca. 70 %) werden privat-wirtschaftlich betrieben. In freigemeinnütziger Trägerschaft befinden sich 8 ambulante Pflegedienste (siehe Abb. 40).

Ob der häusliche Pflegebedarf der älteren Menschen Lübecks mit dem bestehenden Pflegeangebot der ambulanten Pflegedienste gedeckt wird, ist angesichts fehlender Bemessungszahlen zu den Leistungskapazitäten der ambulanten Pflegedienste und zum Umfang der Nachfrage nach ambulanten Pflegedienstleistungen schwer einschätzbar. Dass das Angebot die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen übersteigt, ist aus wirtschaftlicher Hinsicht der Pflegedienstanbieter eher unwahrscheinlich, so dass davon auszugehen ist, dass dem aktuellen häuslichen Pflegebedarf älterer Menschen nicht immer bzw. nicht immer sofort entsprochen wird und sie behelfsweise auch anderweitig versorgt werden müssen.

Abgesehen von möglichen Versorgungsengpässen aufgrund des knapp bemessenen Versorgungsangebotes, kann die ambulante pflegerische Versorgung von älteren Menschen u.a. auch durch ihren Wohnort (z. B. Randlage) erschwert sein. Wie die Markierungen in Abb. 40 zeigen, konzentrieren sich die Standorte der ambulanten Pflegedienste Lübecks hauptsächlich in und um die städtischen Zentren Innenstadt und Travemünde. Weil lange Wegestrecken zu den Haushalten der Pflegebedürftigen für die Pflegedienste eher nachteilig sind (die Wegezeiten der ambulanten Pflegedienste werden nach Aussage der ambulanten Pflegedienste von den Pflegekassen nicht ausreichend vergütet), sind möglicherweise viele ältere Menschen, insbesondere in Buntekuh, Moisling, Eichholz und Kücknitz, wo keine ambulanten Pflegeeinrichtungen existieren, pflegerisch unterversorgt.

5.2 Versorgung in Einrichtungen

In dem Kapitel „Versorgung in Einrichtungen“ werden die wesentlichen medizinischen und rehabilitativen Einrichtungen beschrieben, die den Senioren/innen zur Wiederherstellung und Besserung ihrer Gesundheit in Lübeck staatlicherseits derzeit zur Verfügung stehen. In Bezug auf den besonderen (geriatrischen) Versorgungsbedarf älterer Menschen sind dabei neben den Krankenhäusern und Fachkliniken auch die Einrichtungen der stationären Pflege zu nennen.

5.2.1 Geriatrische Klinik

Das umfangreiche fachmedizinische Versorgungsangebot der Lübecker Akutkrankenhäuser Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Lübeck und Sana Kliniken Lübeck bietet den Lübecker Senioren/innen zwar eine stationäre Akutversorgung bei fast allen Erkrankungsarten, ist aber nicht auf den geriatrischen Versorgungsbedarf älterer Menschen eingestellt, deren Gesundheitsprozess durchschnittlich länger dauert und intensivere pflegerische und reaktivierende Betreuung in Anspruch nimmt als der von jüngeren Krankenhauspatienten/innen.

Um die Lübecker Senioren/innen ausreichend klinisch geriatrisch versorgen zu können, wurde in Lübeck im Jahre 2002 im DRK-Therapiezentrum Marli GmbH eine Geriatrische Klinik und Tagesklinik mit 54 vollstationären Betten bzw. 24 teilstationären Plätzen eingerichtet.

Oberstes Ziel der klinisch geriatrischen Behandlung ist die Erhaltung des eigenständigen Lebens in der gewohnten Umgebung bei gleichzeitiger Vermeidung oder Besserung der Pflegebedürftigkeit.

Dabei stehen den Senioren/innen neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auch rehabilitative therapeutische Versorgungsangebote der Physiotherapie, der physikalischen Therapie, der Ergotherapie und der Logopädie, sowie soziale und psychologische Betreuungsangebote zur Verfügung. Die klinisch geriatrische Versorgung ist individuell auf die persönlichen Bedürfnisse des/der älteren Patienten/in zugeschnitten. Für jede/n Patientin/en wird ein Behandlungsplan erstellt und mit den Gesundungsfortschritten entsprechend weiter entwickelt. Sollte sich bei einem/r Patienten/in Pflegebedarf einstellen, organisiert die Geriatrische Klinik auch die Überleitung in eine ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtung.

Bei den Indikationen der Patienten/innen der klinisch geriatrischen Versorgung handelt es sich zumeist um:

- Erkrankungen der hirnorganischen Gefäße, wie Schlaganfall oder Hirnblutung
- Erkrankungen des Skelettsystems, wie Arthrose oder Osteoporose
- Frakturen, wie Oberschenkel- oder Oberschenkelhalsbruch
- Erkrankungen des Nervensystems, wie Polyneuropathie oder Morbus Parkinson
- internistische Erkrankungen, wie Herzkranzgefäßverengung und Diabetes Mellitus

Wie wichtig die klinisch geriatrische Versorgung für die Lübecker Senioren/innen ist, lässt sich an der zunehmenden Zahl der Patienten/innen ablesen. Im Jahre 2003 wurden in der Geriatrischen Klinik des DRK-Therapiezentrum Marli 750 Patienten/innen vollstationär versorgt. Im Jahr 2004 werden es, bezogen auf den vollstationären Klinikbereich, wahrscheinlich mindestens noch 20 % mehr sein. Ob und wie das bestehende stationäre Versorgungsangebot der Geriatrischen Klinik dem wachsenden Versorgungsbedarf der Lübecker Senioren/innen zukünftig entsprechen kann, ist nicht allein abhängig von der Anzahl der Betten, sondern auch von der Belegungsdauer, die sich im Sinne des Erhalts der häuslichen Eigenständigkeit der Patienten/innen und der wirtschaftlichen Auslastung der Geriatrischen Klinik von durchschnittlich 26 auf 18 Tage reduziert hat.

5.2.2 Gerontopsychiatrische Versorgung

Mit der steigenden Zahl der altersbedingten Demenzerkrankungen aufgrund der Zunahme der älteren Altersgruppen der Bevölkerung, kommt der gerontopsychiatrischen Versorgung eine wachsende Bedeutung zu. Ursprünglich orientiert nur an dem Versorgungsbedarf altgewordener psychisch kranker Menschen, konnte die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Gerontopsychiatrie mit dem sich wandelnden bzw. ansteigenden Versorgungsbedarf der Altenbevölkerung allerdings nicht ausreichend Schritt halten.

Bezogen auf den klinisch-stationären Bereich wird die gerontopsychiatrische Versorgung der Lübecker Senioren/innen daher immer noch vorwiegend außerhalb Lübecks in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Neustadt sichergestellt. Die Psychatrium Gruppe mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Neustadt, die auch Senioren/innen anderer Kreise und kreisfreier Städte Schleswig-Holsteins zur Verfügung steht, umfasst 2 gerontopsychiatrische Stationen mit 52 Betten.

Mit der Umsetzung der beschlossenen Verlegung von 60 Betten von Neustadt nach Lübeck in Form der Schaffung einer spezialisierten gerontopsychiatrischen Station in der geplanten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Gelände der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, wird sich die klinisch gerontopsychiatrische Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen jedoch sehr bald verbessern.

Abgesehen von dem speziellen klinisch gerontopsychiatrischen Versorgungsangebot für ältere depressive Patienten/innen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein - Campus Lübeck, das ca. 10 Betten umfasst, besteht die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung in Lübeck im engeren Sinne derzeit nur aus dem gerontopsychiatrischen Versorgungsangebot der Lübecker Pflegeheime und einer Wohngruppe für chronisch psychisch kranke ältere Menschen der Brücke gGmbH Lübeck.

Gemäß den Angaben des Psychiatrieplanes der Hansestadt Lübeck stehen den Lübecker Senioren/innen in Lübeck (Stand 30.11.2002) in 4 Pflegeheimen mit geschlossenen gerontopsychiatrischen Abteilungen insgesamt 129 Plätze zur Verfügung. In 2 dieser Pflegeheime und 5 weiteren Lübecker Pflegeheimen, die keine geschlossenen Abteilungen haben und also auch keine genauen Platzzahlen ausweisen, erfolgt die pflegerische Versorgung mittels eines gerontopsychiatrischen Pflegekonzeptes.

Ob der stationäre gerontopsychiatrische Versorgungsbedarf der Lübecker Senioren/innen mit den in Lübeck bestehenden bzw. geplanten stationären gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten gedeckt werden kann, ist angesichts der Verbreitung gerontopsychiatrischer Erkrankungen in der Altenbevölkerung – in Lübeck dürften schätzungsweise ca. 11.000 Senioren/innen von psychischen Störungen betroffen sein - und der abnehmenden Leistungsfähigkeit des ambulanten familiären Versorgungssystems, ziemlich fraglich.

5.2.3 Pflegeheime

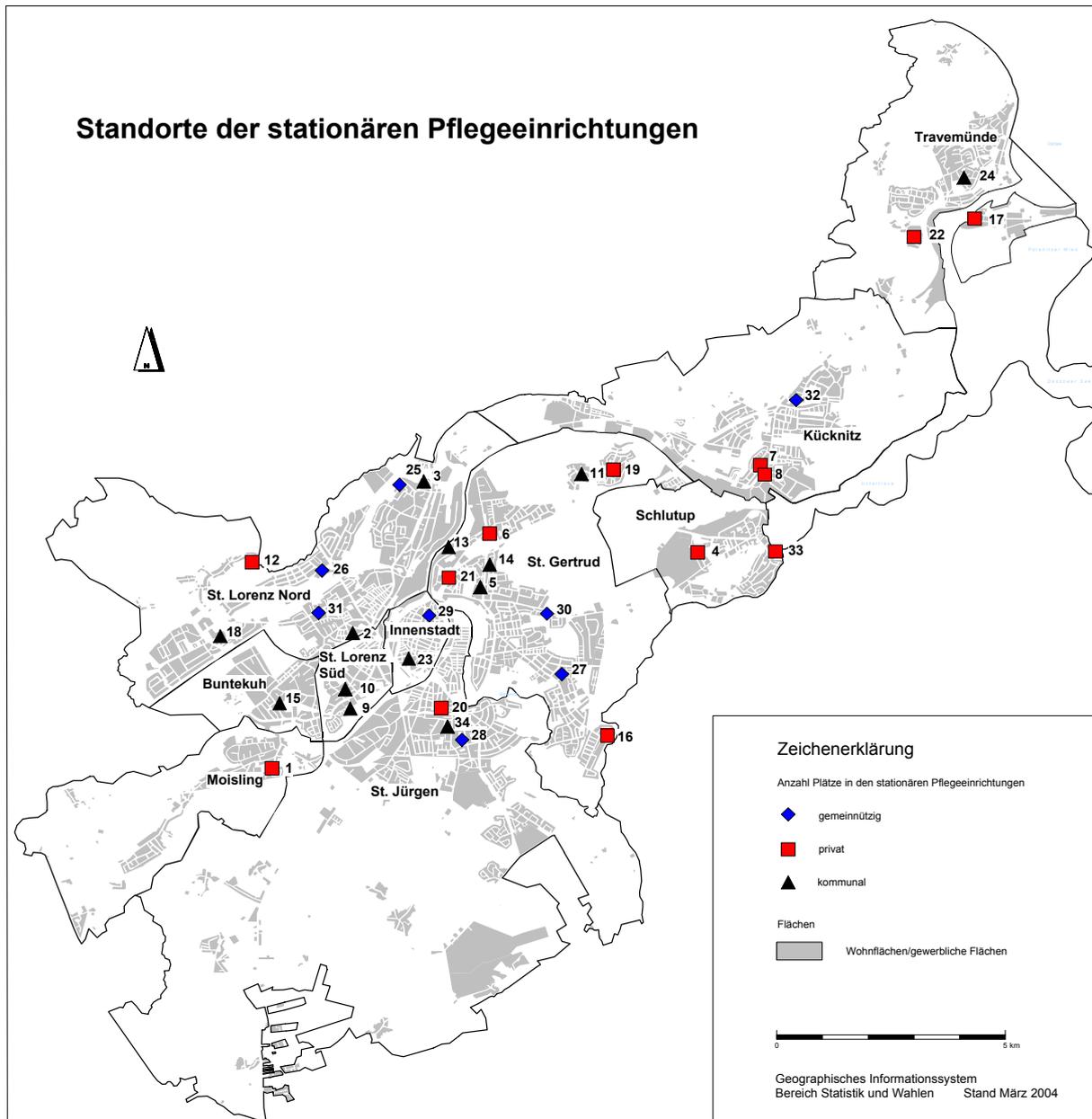
Die fortschreitende Verschlimmerung chronischer Erkrankungen und der damit verbundene höhere ambulante Pflege- bzw. Hilfeaufwand übersteigt nicht selten die Belastbarkeitsgrenze vieler Senioren/innen und ihrer (sofern überhaupt vorhanden) pflegenden Angehörigen, so dass ihre pflegerische Versorgung nur noch stationär in Pflegeheimen sichergestellt werden kann. Im Jahre 2001 (Stand 15.12.2001) wurden in Lübeck ca. 44,5 % der pflegebedürftigen Senioren/innen stationär in Pflegeheimen versorgt.

Pflegeheime (vollstationäre Pflegeeinrichtungen) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden. In Pflegeheimen werden den Pflegebedürftigen Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Pflege als Regelleistungen gewährt. Das Konzept der Pflegeheime zielt auf die Erhaltung und Verbesserung der körperlichen, sozialen und geistigen Kompetenz der Pflegebedürftigen. Die Pflegeleistungen in den Pflegeheimen sollen daher hauptsächlich durch ausgebildete Altenpfleger/innen und gerontologisch geschulte Fachkräfte sichergestellt werden. Zusätzlich zur pflegerischen Versorgung umfasst das Versorgungsangebot der Pflegeheime auch die therapeutischen Dienste der Ergo- und Bewegungstherapie, der Physiotherapie und der Sozialpädagogik.

Nach den Angaben der Pflegestatistik der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle der Hansestadt Lübeck gibt es in Lübeck derzeit (Stand 29.02.2004) 35 Pflegeheime mit insgesamt 2.970 Plätzen. 14 Pflegeheime werden privatwirtschaftlich betrieben, 13 Pflegeheime

stehen unter gemeinnütziger Trägerschaft und 8 Pflegeheime sind öffentliche Einrichtungen der Hansestadt Lübeck.

Abb. 41



Quelle: Hansestadt Lübeck, trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle, Pflegeeinrichtungsstatistik, 2004

Wie Abb. 41 zeigt, sind die Lübecker Pflegeheime relativ gleichmäßig über das gesamte Stadtgebiet Lübecks verteilt. Außer in den Stadtbezirken Dänischburg, Strecknitz und St. Jürgen-Land gibt es in allen Lübecker Stadtbezirken mindestens ein Pflegeheim. Ob mit der räumlichen Verteilung der Lübecker Pflegeheime auch die wohnortnahe Versorgung aller pflegebedürftigen Senioren/innen Lübecks gewährleistet ist, ist angesichts der unterschiedlichen Versorgungskapazitäten (Anzahl der Pflegeplätze) der Pflegeheime jedoch fraglich. Regional relativ gut versorgt sind hauptsächlich die Senioren/innen aus Gr. Steinrade, Marli/Brandenbaum, Herrenwyk und Eichholz. Den Senioren/innen dieser Stadtbezirke stehen mindestens ca. 12 Pflegeplätze pro 100 Senioren/innen zur Verfügung. Im Verhältnis zum städtischen Durchschnitt von 5 Pflegeplätzen pro 100 Senioren/innen ist die Pflegeplatzdichte hier um mindestens 140 % höher.

Mit stationären Pflegeplätzen regional unterversorgt sind derzeit (Stand 29.03.2004), abgesehen von den Senioren/innen aus den drei Stadtbezirken ohne stationäre Pflegeinfrastruktur, die Senioren/innen aus Moisling, Marli/Brandenbaum, Holstentor-Nord, Hüntertor und Kücknitz/Pöppendorf. Den Senioren/innen dieser Stadtbezirke stehen pro 100 Senioren/innen maximal ca. 3 Pflegeplätze zur Verfügung. Die Pflegeplatzdichte ist in diesen Stadtbezirken um bis zu 84 % (Moisling) niedriger als durchschnittlich in Lübeck.

Ist die Pflegeplatzversorgung der Lübecker Senioren/innen in einigen Stadtbezirken Lübecks auch noch verbesserungswürdig, so gilt dieses für die Senioren/innen Lübecks insgesamt nur in sehr eingeschränktem Maße. Nach der Prognoseberechnung der Pflegebedarfsplanung der Hansestadt Lübeck besteht in Lübeck für das Jahr 2004 ein vollstationärer Pflegebedarf für ca. 2.823 Personen. Weil nicht alle stationär pflegebedürftigen Lübecker/innen in Lübecker Pflegeheimen versorgt werden - erfahrungsgemäß werden bis zu ca. 23,5 % der stationär pflegebedürftigen Lübecker/innen in Pflegeheimen außerhalb Lübecks versorgt -, ist die Versorgung der stationär pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen mit dem bestehenden Versorgungsangebot der Lübecker Pflegeheime (2.970 Plätze) gegenwärtig ausreichend gewährleistet.

5.2.4 Geriatrische Tagesklinik und Tagespflegeheim

Geriatrische Tageskliniken sind klinisch rehabilitative Einrichtungen, die akut oder chronisch erkrankten älteren Menschen durch teilstationäre klinische (Nach-)Behandlung (tagsüber/werktags), einen frühzeitigen und schonenden Übergang in die eigene Häuslichkeit ermöglichen.

Die in Lübeck seit dem Jahre 2002 bestehende Geriatrische Tagesklinik des DRK-Therapiezentrum Marli verfügt über 24 Plätze und ist der Geriatrischen Klinik des Therapiezentrum angegliedert. Das Therapieangebot der Geriatrischen Tagesklinik gleicht dem der Geriatrischen Klinik. Neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung stehen den Patienten/innen der Tagesklinik auch die rehabilitativen therapeutischen Versorgungsangebote der Geriatrischen Klinik wie z. B. das der Physiotherapie, der Ergotherapie und Logopädie zur Verfügung (siehe Kapitel 5.2.1).

Oberstes Ziel der klinisch geriatrischen Behandlung der Tagesklinik ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Bereich. Die teilstationäre Behandlung (tagsüber/werktags) der Tagesklinik setzt neben der Transportfähigkeit, der Sitzstabilität und der Lernfähigkeit der Patienten/innen, auch die Sicherstellung ihrer Versorgung nachts und am Wochenende voraus. Zu den Indikationen der Patienten/innen der Geriatrischen Tagesklinik zählen u.a. Schlaganfall, Parkinsonsyndrom, Arthrosen und Durchblutungsstörungen. Im Jahre 2003 wurden in der Geriatrischen Tagesklinik des DRK-Therapiezentrum Marli 250 Patienten/innen versorgt. Für das Jahr 2004 kann von einer ebenso hohen Nachfrage (Patientenzahl) ausgegangen werden.

Tagespflegeheime sind Pflegeeinrichtungen, die pflegebedürftig erkrankte ältere Menschen im Sinne der „aktivierenden Pflege“ teilstationär (werktags/tagsüber) sozialpflegerisch versorgen.

Ziel der Tagespflege ist die Aufrechterhaltung der relativen Selbstständigkeit pflegebedürftiger älterer Menschen im eigenen häuslichen Bereich. Erreicht wird dieses Ziel auch und besonders durch die Entlastung der pflegenden Angehörigen, die i. d. R. den Hauptteil der

häuslichen Pflegeleistungen erbringen. Um die teilstationäre Pflege in Tagespflegeheimen in Anspruch nehmen zu können, muss die Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich während der Nacht, am Morgen und am Abend und auch am Wochenende durch andere (Angehörige und/oder Pflegedienste) sichergestellt sein.

Die Maßnahmen der aktivierenden Pflege der Tagespflegeheime beinhalten:

- mobilisierende pflegerische Hilfen
- psychosoziale Beratung und Betreuung in Einzelgesprächen und Gesprächskreisen
- Verpflegung unter Berücksichtigung besonderer Kostformen
- soziale Betreuung, wie gemeinsame Aktivitäten, Gedächtnistraining und Beratung
- rehabilitierende Leistungen wie z. B. Ergotherapie und Krankengymnastik
- Pflegeplan in einem multiprofessionellen Team
- Fahrdienst

Für die tagespflegerische Versorgung der Lübecker Senioren/innen besteht gegenwärtig in Lübeck kein Angebot. Im Jahre 2003 standen den Lübecker Senioren/innen noch 18 Tagespflegeplätze im Tagespflegeheim der Vorwerker Diakonie zur Verfügung. Aufgrund der Schließung dieser Einrichtung (Ende des Jahres 2003) sind die Lübecker Senioren/innen derzeit auf die (Mit-)Versorgung der Tagespflegeheime der Nachbargemeinden Lübecks (z. B. Bad-Schwartau) angewiesen.

Die Tagespflege ist ein wichtiger Bestandteil der Pflegeinfrastruktur. Die Tagespflege schließt eine Lücke im ambulanten-stationären pflegerischen Versorgungssystem, indem sie den ambulant versorgten pflegebedürftigen Senioren/innen hilft, die stationäre Pflege zu vermeiden bzw. hinauszuzögern.

Wie wichtig die tagespflegerische Versorgung für die Altenbevölkerung einer Stadt wie Lübeck ist, lässt sich am Beispiel der Stadt Kiel ablesen. In Kiel gibt es derzeit 6 Tagespflegeheime mit insgesamt 118 Pflegeplätzen. Von 1999 bis 2001 ist die Anzahl der Tagespflegegäste in den Kieler Tagespflegeheimen um 40 % gestiegen.

Auch bei den Lübecker Senioren/innen besteht lt. Angabe der trägerunabhängigen Beratungsstelle der Hansestadt Lübeck nach wie vor ein hoher Bedarf an Tagespflegeplätzen. Um die pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen diesbezüglich nicht unterversorgt zu lassen - denn auch in den Nachbargemeinden Lübecks ist das Angebot an Tagespflegeplätzen relativ knapp bemessen – sollten in Lübeck umgehend wieder Tagespflegeheime mit ausreichenden Platzkapazitäten eingerichtet werden. Um lange Fahrzeiten zu den Tagespflegeheimen zu vermeiden bzw. die Inanspruchnahme der Tagespflege zu erleichtern, bedarf es einer flächendeckenden stadtteilbezogenen Angebotsstruktur mit nicht zu großen Einzugsbereichen.

5.3 Sonstige Einrichtungen

Neben den kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Einrichtungen beinhaltet das System der Gesundheitsversorgung noch weitere Institutionen bzw. Einrichtungen, die dem Erhalt, der Wiederherstellung oder der Verbesserung der Gesundheit von älteren Menschen dienen, und/oder dazu beitragen, dass sich die Lebenssituationen für die älteren Menschen trotz bleibender bzw. fortschreitender Erkrankung sozial bzw. human erträglich gestaltet. Auf kommunaler Ebene sind hierbei insbesondere die Sozialdienste der Krankenhäuser, die trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle der Hansestadt Lübeck sowie die Hospizeinrichtungen der Lübecker Hospizbewegung e.V. und der Vorwerker Diakonie zu nennen.

5.3.1 Pflegeberatungsstelle

Immer mehr ältere Menschen werden älter als 80 Jahre und erreichen damit ein Alter mit einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit. Die meisten Pflegebedürftigen trifft dieses Schicksal relativ unvorbereitet. Trotzdem müssen sie bzw. ihre Angehörigen oftmals sehr schnell entscheiden, wie und von wem sie versorgt werden wollen, und das, obwohl sie das breitgestreute Leistungsangebot der pflegerischen Versorgung kaum überblicken können.

Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ausreichend zu informieren und ihnen die Entscheidung für eine ihren Bedürfnissen entsprechende pflegerische Versorgung zu erleichtern – der größte Teil der Menschen hat den Wunsch, im Alter, bei Krankheit oder Behinderung möglichst lange ein selbständiges und selbstgestaltetes Leben zu Hause verbringen zu können und präferiert deswegen vorwiegend ambulante Versorgungsangebote – wurden in Schleswig-Holstein im Rahmen eines Modellprojektes des MSGV Schleswig-Holstein in neun Kreisen und kreisfreien Städten, darunter auch in Lübeck, trägerunabhängige Pflegeberatungsstellen eingerichtet.

Die trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle der Hansestadt Lübeck wurde im Januar 2002 eröffnet. Das Mitarbeiter/innen-Team der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle besteht aus zwei sozialpädagogischen Fachkräften und einer Verwaltungsangestellten. Die Pflegeberatung wendet sich mit ihrem Angebot sowohl an pflegebedürftige Menschen als auch an deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen. In der Beratungsstelle bekommen sie neutrale Informationen zu den Voraussetzungen und Leistungen der Pflegeversicherung und werden bei der Beratung konkret unterstützt. Sie werden aufgeklärt über die Hilfsmöglichkeiten bei der ambulanten Versorgung und erhalten Hinweise auf die Anbieterstruktur, Auswahlkriterien und zur Finanzierung von Haushaltshilfen, Pflegediensten, Hausnotrufsystemen und Mahlzeitendiensten. Das Gleiche gilt für die Angebote im stationären und teilstationären Bereich, wie Altenpflegeheime oder Tages- und Kurzzeitpflege sowie für das Betreute Wohnen.

Beratungsinhalt ist vielfach die belastende Situation, in der sich die Betroffenen selbst, aber vor allen Dingen ihre pflegenden Angehörigen befinden. Sie benötigen Unterstützung bei Überforderung, Ängsten und Unsicherheiten, die sich in der Pflegesituation ergeben. Es kann auch das Angebot einer Gesprächsgruppe für Angehörige wahrgenommen werden.

Konzeptioneller Bestandteil der Arbeit der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle ist auch die Wohnraumberatung. Ziel ist der Erhalt, die Förderung oder Verbesserung der Selbständigkeit im Alter durch die optimale Anpassung der Wohnverhältnisse an die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen. Die Wohnraumberatung findet vor allem im Wohnumfeld der Ratsuchenden statt. Anhand der gesundheitlichen Voraussetzungen, und

wenn möglich unter Hinzuziehung der Angehörigen, werden sämtliche Probleme in der Wohnung und dem Wohnumfeld betrachtet und gemeinsam Veränderungsmöglichkeiten durchgesprochen.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegeberatungsstelle ist die Öffentlichkeitsarbeit. Es werden selbst organisierte Veranstaltungen und zielgruppenorientierte Fachvorträge zum Themenspektrum Pflege und altengerechte Wohnraumgestaltung angeboten.

Im Jahr 2003 fanden insgesamt 1.771 Beratungs- und Informationsgespräche statt. Diese Kontakte reichten von einmaligen Beratungen bis zu mehrmaligen Folgeberatungen und Begleitungen bei der Organisation von Hilfen sowie der Weitergabe von Informationen über die Infrastruktur im Pflegebereich, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Finanzierung der Hilfen. Ebenfalls Kontakt aufgenommen wurde von ambulanten Diensten, Behörden sowie anderen Beratungsstellen und Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen.

5.3.2 Sozialdienste der Krankenhäuser

Stationär behandelte akute Erkrankungen, wie z. B. Schlaganfälle oder Oberschenkelhalsbrüche, bewirken bei den Patienten/innen, besonders bei den älteren Patienten/innen, häufig einschneidende Veränderungen in die bisherige Lebensweise, deren Regelungen sie bis zur Krankenhausentlassung oftmals nicht selbst bzw. ausreichend nachkommen können.

Damit die Patienten/innen nach, aber auch während ihres Krankenhausaufenthaltes entsprechend ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation ausreichend versorgt sind, um ihren Gesundungsprozess zu fördern und ihnen die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Lebens in gewohnter Umgebung zu ermöglichen, gibt es in allen Lübecker Krankenhäusern Sozialdienste.

Die Sozialdienste der Lübecker Krankenhäuser sind Beratungs- und Vernetzungseinrichtungen. Sie beraten im Hinblick auf rechtliche Ansprüche (z. B. nach dem Krankenversicherungs-, dem Pflegeversicherungs-, dem Schwerbehinderten- und dem Bundessozialhilfegesetz), leiten ambulante Hilfeleistungen (z. B. Hilfe im Haushalt und Hilfe zur Pflege) ein und vermitteln Betreuungen sowie Überleitungen in Reha-Kliniken, teilstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflege und Heime, um nur einige der wesentlichsten Betätigungsfelder der Sozialdienste der Krankenhäuser zu nennen.

Der Sozialdienst der Sana Kliniken (ehemals Krankenhaus Süd und Priwallkrankenhaus) besteht aus 3 Mitarbeiter/innen (1 Verwaltungsfachkraft und 2 Krankenschwestern). Im Sozialdienst der Geriatrischen Klinik des DRK-Therapiezentrum Marli sind 2 Sozialpädagoginnen/innen beschäftigt. Der somatische Bereich des Sozialdienstes des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, (ehemals Medizinische Universitätsklinik Lübeck) besteht aus 5 Sozialpädagogen/innen und 2 speziell qualifizierte Krankenschwestern, wobei letztere sich hauptsächlich mit der Überleitung von Patienten/innen in Pflegeeinrichtungen befassen. Im Sozialdienst der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Lübecker Schlaganfallhilfe und der Spezialambulanz des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, sind insgesamt 4 Sozialpädagogen/innen beschäftigt.

Wie wichtig die Leistungen der Sozialdienste gerade für ältere Krankenhauspatienten/innen sind, lässt sich an der Altersstruktur der vom Sozialdienst betreuten Krankenhauspatienten/innen des Sana Krankenhauses Süd ablesen. Von den in den letzten Jahren durchschnittlich jährlich betreuten 2.000 Patienten/innen waren ca. 80 % über 60 Jahre alt.

5.3.3 Hospizeinrichtungen

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Erkrankungsrisiko, sondern auch das Risiko an Erkrankungen zu versterben. Der überraschende und plötzliche Tod im Alter, bei bis dahin völlig unversehrter Gesundheit, ist eine seltene Ausnahme. Die meisten älteren Menschen versterben an schweren chronischen Erkrankungen. Das nahende Lebensende kündigt sich dabei oftmals schon viele Monate vorher an. Die wenigsten älteren Menschen versterben jedoch zu Hause. Von den Lübecker Senioren/innen, die im Jahre 1998 verstorben sind, verstarben 42 % in Krankenhäusern, 31 % in Pflegeheimen und nur 26 % verstarben in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung.

Um den Sterbenden ein Sterben in Würde zu ermöglichen, um sie und ihre Angehörigen beim Sterbeprozess psychisch und seelisch zu entlasten, wurden in den 90er Jahren überall in Deutschland ambulante und stationäre Hospize eingerichtet. Die Lübecker Hospizbewegung e.V., die im Jahre 1992 gegründet wurde, ist eine ambulante Hospizeinrichtung, deren Hospizdienste sowohl von Krankenhauspatienten/innen und Pflegeheimbewohner/innen als auch von Personen in Privatwohnungen in Anspruch genommen werden können. Die Lübecker Hospizbewegung e.V. beschäftigt 75 speziell geschulte ehrenamtliche Helfer/innen. Im Jahre 2003 haben die Helfer/innen der Lübecker Hospizbewegung e.V. in Lübeck 287 sterbende Menschen begleitet, wovon die meisten (ca. 80 %) über 60 Jahre alt waren.

Besonders wichtig ist die Sterbebegleitung für die sterbenden Bewohner/innen der Pflegeheime, deren isoliertes Dasein ohnehin psychosoziale Belastungen in sich birgt. Der mit Abstand größte Teil (70 %) der von der Lübecker Hospizbewegung e.V. im Jahre 2003 begleiteten sterbenden Menschen waren Pflegeheimbewohner/innen. In Krankenhäusern, wo die meisten älteren Menschen versterben (siehe oben), und Privatwohnungen wurden von der Lübecker Hospizbewegung e.V. im Jahre 2003 dagegen nur relativ wenige (42 bzw. 44) sterbende Menschen begleitet.

Neben den ambulanten Hospizdiensten der Lübecker Hospizbewegung e.V. stehen den sterbenden älteren Menschen seit der Gründung des Rickers-Kock-Hauses der Vorwerker Diakonie im Jahre 1999 in Lübeck auch stationäre Hospizdienste zur Verfügung.

Das stationäre Hospiz Rickers-Kock-Haus Lübeck verfügt über 7 Betten zur ganzheitlichen Versorgung und schmerztherapeutischen Behandlung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Im Gegensatz zum ambulanten Hospiz werden die Hospizdienste des stationären Hospizes, die sowohl der Befriedigung der körperlichen und sozialen als auch der psychischen und spirituellen Bedürfnisse sterbender Menschen dienen sollen, hauptsächlich von Pflegefachkräften erbracht. Das Rickers-Kock-Haus beschäftigt 11 Mitarbeiter/innen, worunter sich auch eine sozialpädagogische Fachkraft (Hospizleitung) und ein Seelsorger befinden. Ergänzt wird das regulär beschäftigte Hospiz-Team des Rickers-Kock-Hauses durch 20 ehrenamtliche Helfer/innen der Lübecker Hospizbewegung e.V. Im Jahre 2003 wurden im Rickers-Kock-Haus Lübeck 95 sterbende Menschen betreut, davon waren die meisten (ca. 65 %) Senioren/innen.

Nach § 39a SGB V haben nur Versicherte, die in ihrem ambulanten Umfeld nicht mehr versorgt werden können, Anspruch auf einen Zuschuss zur stationären bzw. teilstationären Versorgung in einem Hospiz. Für die Bewohner/innen von Pflegeheimen ist der Zugang zur stationären Hospizversorgung bzw. der Umzug in eine Hospizeinrichtung daher i. d. R. nicht möglich.

5.3.4 Sonstige

Gesundheitsförderung hat das Ziel, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. In diesem Sinne sind auch der Seniorenbeirat der Hansestadt Lübeck und die regionalen Selbsthilfegruppen wichtige Gesundheitseinrichtungen für ältere Menschen.

Der **Seniorenbeirat** der Hansestadt Lübeck vertritt die Belange der älteren Generation Lübecks in der Öffentlichkeit, bei den Gremien der Selbstverwaltung, den städtischen Fachbereichen und Eigenbetrieben sowie den städtischen Gesellschaften. Bei allen dort zu behandelnden Angelegenheiten, Entscheidungen und Beschlüssen, die die älteren Menschen betreffen, ist der Seniorenbeirat in beratender Form beteiligt.

Der Seniorenbeirat der Hansestadt Lübeck hat vier Arbeitskreise eingerichtet, in denen auch und besonders gesundheitsbezogene Aspekte der älteren Menschen Lübecks behandelt werden, wie am Beispiel des Arbeitskreises Betreutes Wohnen deutlich wird.

Arbeitskreis Betreutes Wohnen:

- Heimbeiräte der Alten- und Pflegeheime werden zu den Sitzungen dieses Arbeitskreises eingeladen, um die Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat zu fördern.
- der Arbeitskreis tagt auch in Alten- und Pflegeheimen. Aktuelle Probleme und Fragen werden mit den Heimleitungen und ggf. in Sitzungen mit den Bereichen des Sozialwesens oder auch dem Gesundheitsamt besprochen.
- bei Um- und Neubauten wird auf seniorenrechtliche Baugestaltung, wie barrierefreie Türen und Zugänge, bei Wohnungen auch auf den Sanitärbereich, Kochgelegenheiten usw. geachtet
- der Arbeitskreis informiert über Betreutes Wohnen, Pflegeversicherung, Unfallversicherungen und allgemeine Versicherungen.
- er vermittelt Fachreferenten für Sicherheitsfragen, z. B. Feuerschutz
- Betreuung ausländischer Mitbürger im Seniorenalter.

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. Selbsthilfeorganisationen wie Vereine und Verbände bieten ihren Mitgliedern über den gruppenbezogenen Erfahrungs- und Informationsaustausch hinaus, auch individuelle medizinische, juristische, soziale und persönliche Beratungsdienste an und vertreten sie bzw. ihre Interessen bei rechtlichen Auseinandersetzungen.

Koordiniert und unterstützt werden die Lübecker Selbsthilfeeinrichtungen durch die bereits seit 1989 bestehende Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen des Lübecker Gesundheitsamtes (KISS). Die KISS informiert Interessierte, vermittelt Kontakte zu bestehenden Gruppen und berät bei der Gründung neuer Gruppen. Mittels Vorträgen, Veranstaltungen (z. B. Selbsthilfetag) und Veröffentlichungen (Selbsthilfezeitung, redaktionelle Beiträge in der lokalen Tages- und Stadtzeitung) trägt die KISS dazu bei, den Selbsthilfegedanken in der Öffentlichkeit zu verbreiten, bei Betroffenen, deren Angehörigen und Experten/innen Interesse zu wecken und die Mitglieder der Selbsthilfeeinrichtungen in ihrem Handeln zu bestärken.

Die Durchsicht des von der KISS herausgegebenen Verzeichnisses der Selbsthilfegruppen im Raum Lübeck (Auflage, 2004) zeigt, dass „Alter und Gesundheit“ übergreifend kein gängiges Thema von Selbsthilfe ist und es trotz der vermehrten chronischen Erkrankungen im Alter diesbezüglich keine Selbsthilfegruppe speziell für ältere Betroffene gibt.

Gleichwohl dürfte es sich bei den Teilnehmer/innen vieler an chronischen Erkrankungsproblemen orientierter Selbsthilfegruppen auch bzw. hauptsächlich um ältere Menschen handeln. Zu denken ist dabei vor allem an die Teilnehmer/innen der Selbsthilfegruppen zur Nachsorge bei Krebserkrankungen, an die Osteoporose-Selbsthilfegruppe, die Rheuma-Liga und die Schlaganfall-Selbsthilfegruppe.

Eine weitere, besonders ältere Menschen betreffende Lübecker Selbsthilfeeinrichtung, war die Selbsthilfegruppe „Pflegerische Angehörige“, die sich Ende des Jahres 2003 leider aufgelöst hat. Zwar richtete sich das Selbsthilfeinteresse dieser Selbsthilfegruppe hauptsächlich an die mittelbar Betroffenen (Angehörige pflegebedürftiger Menschen), kam indirekt - durch die gesundheitsfördernde Wirkung des kommunikativen Austausches in der Gruppe - aber auch der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Pflegebedürftigen zu Gute, bei denen es sich (siehe Kapitel 3.3.1) zu fast 90 % um Senioren/innen handelt.

Resümee / Ausblick

Es konnte gezeigt werden, dass dem Schutz, dem Erhalt, der Wiederherstellung und der Besserung der Gesundheit der Lübecker Senioren/innen mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Versorgungsangeboten entsprochen wird, deren Bereitstellung den Bedürfnissen älterer Menschen allerdings nicht immer bzw. nicht ausreichend gerecht wird.

Bei der wohnortnahen Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit Hausärzten/innen fällt auf, dass die Senioren/innen aus den Stadtbezirken St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlishof und Eichholz deutlich schlechter versorgt sind, als die Senioren/innen der anderen Lübecker Stadtbezirke. Während in Lübeck im Durchschnitt von einem/r Hausarzt/Hausärztin nur 277 Senioren/innen versorgt werden, muss ein/e Hausarzt/Hausärztin in den o.g. Stadtbezirken mehr als doppelt und dreimal so viele Senioren/innen versorgen. Im Stadtbezirk Dänischburg versorgt ein/e Hausarzt/Hausärztin sogar 1.275 Senioren/innen. In Strecknitz, wo nur zwei Hausärzte/innen praktizieren, beträgt das Versorgungsverhältnis 1.074 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin. Damit alle älteren Menschen Lübecks ärztlichen Rat und Hilfe ohne große Hindernisse, wie z. B. lange Anfahrtswege und Wartezeiten in Anspruch nehmen können, sollte die hausärztliche Versorgung in Lübeck noch weiter dezentralisiert werden.

Gleiches gilt auch für die fachärztliche Versorgung, deren Erreichbarkeit bzw. Inanspruchnahme auf Grund der räumlichen Konzentration der Facharztpraxen Lübecks nur für die Senioren/innen aus der Innenstadt, Hüntertor, Marli/Brandenbaum, St. Lorenz Süd und eingeschränkt auch für die Senioren/innen aus Küchnitz, Travemünde, Holstentor-Nord, Burgtor und Strecknitz relativ unproblematisch ist. Von den Senioren/innen der übrigen Stadtbezirke Lübecks wird zwecks fachärztlichen Versorgungsbedarfes eine hohe Mobilitätsbereitschaft abverlangt. Um ihnen die Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlungen zu erleichtern, sollte, da mit der Dezentralisierung der fachärztlichen Versorgung mittelfristig nicht zu rechnen ist, von den Krankenkassen ein Fahrdienst eingerichtet werden, mindestens aber sollten ihnen die Fahrkosten zu den Facharztpraxen wieder erstattet werden.

Bei der zahnärztlichen Versorgung, die gemessen an den Versorgungsstandards der Bedarfsplanung der Zahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins in Lübeck nicht ausreichend vorhanden ist – der zahnärztliche Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung lag Anfang des Jahres 2004 bei 94,8 % - kann vermutet werden, dass gesundheitlich eingeschränkte und ältere Menschen, die den langen Terminabsprachen und Wartezeiten des knappen Versorgungsangebotes nicht bzw. kaum Folge leisten können, auf die Inanspruchnahme von zahnärztlicher Behandlungen verzichten. Besonders problematisch ist

die zahnärztliche Versorgung für die Senioren/innen in den sog. Randgebieten Lübecks. In St. Jürgen-Land, Strecknitz, Herrenwyk, Dänischburg und Gr. Steinrade besteht kein zahnärztliches Versorgungsangebot. Während in Lübeck durchschnittlich von einem/r Zahnarzt/Zahnärztin 379 Senioren/innen versorgt werden, sind es in Karlshof, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite und Kücknitz/Pöppendorf und Eichholz doppelt bis über sechsmal so viele Senioren/innen. Auch bei der zahnärztlichen Versorgung ist im Sinne des wohnortnahen Versorgungsbedarfs älterer Menschen eine weitere Dezentralisierung anzustreben.

Die Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit pflegerischen Einrichtungen stellt sich mit Ausnahme der Tagespflege relativ zufriedenstellend dar, wenngleich die Versorgungsstrukturen im Einzelnen noch verbesserungswürdig sind. Wie fast überall im Gesundheitswesen, ist auch in der Pflege das Versorgungsangebot aufgrund der Wirtschaftlichkeit knapp bemessen und kann dazu führen, dass nicht alle Senioren/innen gleichermaßen gut und sofort versorgt werden.

Bei der ambulanten pflegerischen Versorgung durch Pflegedienste kann die Inanspruchnahme zusätzlich auch durch die Wohnorte der Pflegebedürftigen erschwert sein. Die Standorte der ambulanten Pflegedienste Lübecks konzentrieren sich hauptsächlich in und um die städtischen Zentren Innenstadt und Travemünde. Weil lange Wegestrecken zu den Haushalten der Pflegebedürftigen für die Pflegedienste eher nachteilig sind (die Wegezeiten der Pflegedienste werden nach Aussage der ambulanten Pflegedienste nicht ausreichend vergütet), sind möglicherweise viele ältere Menschen, insbesondere in Buntekuh, Moisling, Eichholz und Kücknitz, wo keine ambulanten Pflegeeinrichtungen existieren, ambulant pflegerisch unterversorgt.

Auch bei der stationären pflegerischen Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit Pflegeplätzen, die gemäß der Pflegebedarfsplanung des Jahres 2004 insgesamt als ausreichend beurteilt werden kann (siehe Kapitel 5,2.3), gibt es regionale Unterschiede in bezug auf die Wohnorte der Senioren/innen. Während den Lübecker Senioren/innen im Durchschnitt 5 Pflegeplätze pro 100 Senioren/innen zur Verfügung stehen, verfügen die Senioren/innen in Moisling, Marli/Brandenbaum, Holstentor-Nord, Hüntertor und Kücknitz/Pöppendorf nur maximal über 3 Pflegeplätze pro 100 Senioren/innen. In den Stadtbezirken Dänischburg, Strecknitz und St. Jürgen-Land ist das Pflegeplatzangebot gleich Null. Um stationär pflegerisch versorgt zu werden, so ist zu vermuten, müssen viele Lübecker Senioren/innen nicht nur ihre Wohnung, sondern auch ihr gewohntes Wohnumfeld (Stadtbezirk, Stadtteil) verlassen. Auch im Sinne der Gesundheitsförderung der Senioren/innen sollte darauf hingewirkt werden, dass die wohnortnahe Versorgung bei der stationären pflegerischen Versorgung der Senioren/innen mit Pflegeplätzen zukünftig noch mehr Gewicht erhält.

Bei der Tagespflege ist die Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen besonders unzureichend. Da es in Lübeck seit der Schließung des einzigen Lübecker Tagespflegeheimes Ende des Jahres 2003 keine tagespflegerischen Versorgungsmöglichkeiten mehr gibt, sind die Lübecker Senioren/innen gänzlich auf die (Mit-)Versorgung der Tagespflegeheime der Nachbargemeinden angewiesen. Abgesehen davon, dass die Tagespflegeplätze dort knapp bemessen sind, wie die langen Wartelisten der Tagespflegeheime verdeutlichen, sind sie für viele Senioren/innen auf Grund der großen räumlichen Entfernungen auch kaum erreichbar. Die Tagespflege ist ein wichtiger Bestandteil der Pflegeinfrastruktur. Die Tagespflege schließt eine Lücke im ambulanten-stationären pflegerischen Versorgungssystem, indem sie den ambulant versorgten pflegebedürftigen Senioren/innen hilft, die stationäre Pflege zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und sollte auch den Lübecker Senioren/innen möglichst wohnortnah wieder zur Verfügung gestellt werden.

Positiv hervorzuheben ist der Versorgungsbeitrag der Geriatrischen Klinik und Tagesklinik des DRK-Therapiezentrum Marli, deren geriatrische Behandlungsstrukturen es den Lübecker Senioren/innen ermöglicht, bei schweren Erkrankungen so zu genesen, dass sie ihr eigenständiges Lebens in gewohnter Umgebung aufrecht erhalten können und Pflegebe-

dürftigkeit vermieden oder verbessert wird. Gerade in Zeiten knapper Behandlungsressourcen der Akutkrankenhäuser, die dazu beitragen, dass auch die älteren Patienten/innen immer früher entlassen werden, obwohl ihr Gesundheitsprozess durchschnittlich wesentlich länger dauert, gewinnt die klinisch geriatrische Versorgung immer mehr an Bedeutung und sollte dem zunehmenden Bedarf der Lübecker Altenbevölkerung noch entsprechend weiter ausgebaut werden.

Abschließend sei noch auf die gerontopsychiatrische Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen hingewiesen. Ursprünglich nur an dem Versorgungsbedarf von alt gewordenen psychisch kranken Menschen ausgerichtet, steht der wachsenden Zahl von demenziell erkrankten älteren Menschen auch in Lübeck gegenwärtig nur ein begrenztes gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot zur Verfügung. Abgesehen von ca. 10 Betten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, besteht die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung in Lübeck hauptsächlich nur aus den gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten (geschlossene Abteilung und/oder Pflegekonzept) einiger (9) Lübecker Pflegeheime und einer Wohngruppe für chronisch psychisch kranke ältere Menschen der Brücke gGmbH Lübeck. Mit der Umsetzung der beschlossenen Verlegung von 60 Betten von Neustadt nach Lübeck im Jahre 2005 in Form der Schaffung einer spezialisierten gerontopsychiatrischen Station mit 20 – 24 Betten in der geplanten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Gelände der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, und der Einrichtung einer angeschlossenen Tagesklinik, auch und besonders für gerontopsychiatrische Patienten/innen, wird sich die stationäre gerontopsychiatrische Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen jedoch sehr bald verbessern.

6. Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen

Die Hansestadt Lübeck ist eine Stadt mit einer großen Altenbevölkerung. Anfang des Jahres 2004 lebten in Lübeck 214.338 Einwohner/innen, davon waren 59.887 oder 27,9 % über 60 Jahre alt. Davon wiederum waren 35.529 Frauen (59,3 %) und 24.358 Männer (40,7 %). Nicht für alle Senioren/innen sind bzw. waren die Voraussetzungen für ein gesundes Altwerden gleich gut. Viele Lübecker Senioren/innen leben (ungewollt) allein und/oder sind sozial benachteiligt.

Über ein Drittel (35,7 %) der über 60-jährigen Lübecker/innen lebt in einem sog. Ein-Personen-Haushalt. Dabei handelt es sich zumeist um ältere und verwitwete Seniorinnen. Ca. 85 % der verwitweten Senioren/innen Lübecks sind Frauen. Von den über 85-jährigen Lübecker Frauen sind rund 80 % Witwen. Bei den 60-74-jährigen Frauen Lübecks ist nur jede Vierte (24,9 %) verwitwet. Das Problem des Alleinlebens im Alter konzentriert sich hauptsächlich auf die Stadtbezirke Holstentor-Nord, Innenstadt, Hüntertor, Burgtor und St. Lorenz Süd. Der Anteil der Senioren/innen in Ein-Personen-Haushalten ist hier um bis zu 46 % (52,3 % allein lebende Senioren/innen) höher als im städtischen Durchschnitt.

Nach den Berechnungen zum Äquivalenzeinkommen schleswig-holsteinischer Seniorenhaushalte dürften im Jahre 2000 schätzungsweise ca. 9 % der Lübecker Senioren/innen mit ihrem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze gelegen haben (ca. 10,6 % der 60- bis 69-jährigen - und ca. 17,5 % der über 70-jährigen Senioren/innen Schleswig-Holsteins verfügten im Jahre 2000 über weniger als 1.251,- DM). Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen unter den Lübecker Senioren/innen lag hingegen im Jahre 2001 nur bei 3,2 %, da, so ist zu vermuten, viele Senioren/innen von ihrem Anspruch auf Sozialhilfe keinen Gebrauch gemacht haben. Die meisten sozialhilfebedürftigen Senioren/innen finden sich in den Stadtbezirken Innenstadt, Moisling, Buntekuh, Dornbreite und Herrenwyk. Im Verhältnis zum städtischen Durchschnitt war der Anteil der sozialhilfebedürftigen Senioren/innen hier im Jahre 2001 um bis zu ca. 150 % (8,2 % Sozialhilfeempfänger/innen) höher.

Abgesehen von den gesundheitlich besonders belasteten Senioren/innen, kann der Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen ganz allgemein nicht als befriedigend angesehen werden.

Relativ viele der Lübecker Senioren/innen sind gesundheitlich eingeschränkt bzw. krank. Von den über 60-jährigen Lübecker Einwohner/innen des Jahres 2001 litt fast jede/r Dritte (30,7 %) unter einer Behinderung und fast jede/r Zehnte (9,8 %) war pflegebedürftig. Von den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Bevölkerung des Jahres 1996 waren 44,5 % Krankenhausbehandlungen von Personen im Alter von über 60 Jahren. Bezogen auf die Altenbevölkerung Lübecks entfielen auf 100 über 60-jährige Lübecker Einwohner/innen 32,4 Krankenhausbehandlungen. Im Jahre 2001 betrug die Krankenhausbehandlungsrate der Lübecker Altenbevölkerung sogar 38,7 Krankenhausbehandlungen pro 100 über 60-jährige Lübecker Einwohner/innen, war allerdings nicht wesentlich höher als die der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins des Jahres 2001 von 38,1 Krankenhausbehandlungen pro 100 über 60-jährigen Einwohner/innen.

Dass der Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen abhängig ist vom Sozialstatus bzw. dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger erkranken als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen, kann nicht ausgeschlossen werden. Von Herz-Kreislauferkrankungen, der mit Abstand häufigsten stationär behandelten Erkrankung von Senioren/innen (ca. 24 % der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 bezogen sich auf Herz-Kreislauferkrankungen) waren im Jahre 1996 insbesondere die Senioren/innen der Stadtbezirke Kücknitz/Pöppendorf, Herrenwyk, Travemünde, Dänischburg und der Innenstadt betroffen. Mit bis zu 84,3 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen lag der Anteil der stationär behandelten Herz-Kreislauferkrankungen der Senioren/innen dieser Stadtbezirke im Jahre 1996 um bis zu 37 % über dem städtischen Durchschnitt (61,5 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen).

Da es sich mit Ausnahme von Travemünde und Dänischburg dabei hauptsächlich um Stadtbezirke mit einer erhöhten bzw. hohen Sozialhilfedichte handelt und keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Inzidenzrate bei den Herz-Kreislaufkrankungen der Senioren/innen aufweist, kann vermutet werden, dass die sozialökonomisch schlechter gestellten Lübecker Senioren/innen häufiger von Herz-Kreislaufkrankungen betroffen sind als die sozialökonomisch bessergestellten Lübecker Senioren/innen.

Gleiches gilt auch für die Krebserkrankungen (Neubildungen), die mit 14 % zweit häufigsten stationär behandelten Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996. Zwar handelt es sich bei den Stadtbezirken mit den höchsten Krebsraten (über 30 Behandlungsfälle pro 1.000 Senioren/innen) Dänischburg, Strecknitz, Marli/Brandenbaum, Herrenwyk und Travemünde vorwiegend um Stadtbezirke mit einer geringen Sozialhilfedichte, allein die Tatsache, dass keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Krebsrate aufweist, deutet jedoch darauf hin, dass auch bei Krebserkrankungen sozialökonomisch schlechter gestellte Lübecker Senioren/innen vermehrt betroffen sein können.

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Datenlage der Krankenhausentlassungsdiagnosen und die darauf bezogenen Untersuchungsergebnisse wie z.B. die stadtbezirksbezogenen Inzidenzraten der stationär behandelten Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen der Lübecker Senioren/innen keinesfalls als gesichtet gelten können und dass die statistischen Grundlagen der sozialökologischen Gesundheitsberichterstattung noch weiter ausgebaut werden müssen, um fundierte Aussagen zu Teilaspekten (z.B. soziale Zusammenhänge) der Morbidität der Lübecker Altenbevölkerung treffen zu können.

Dass die Lübecker Senioren/innen relativ häufig erkranken bzw. stationär behandelt werden müssen, ist auch und besonders auf das im Alter erhöhte Unfall- und Verletzungsrisiko zurückzuführen. Bei den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 standen die Verletzungen und Vergiftungen mit 11,2 % an dritter Stelle. Abgesehen von den Krankheiten des Skeletts und der Muskeln, sind die Verletzungen und Vergiftungen die einzige stationär behandelte Erkrankungsart, von der die älteren Frauen Lübecks deutlich häufiger betroffen sind als die älteren Männer. Wie der Vergleich mit den Ein-Personenhaushalten der Senioren/innen der Lübecker Stadtbezirke zeigt, weisen die allein lebenden Senioren/innen ein höheres Verletzungsrisiko auf als die Senioren/innen, die in häuslicher Gemeinschaft leben.

Obwohl viele der Lübecker Senioren/innen gesundheitlich eingeschränkt bzw. krank sind, haben sie noch ein langes Leben zu erwarten. Vieles, wie z.B. der hohe Anteil der Organ- und Organsystemeinschränkungen (31 %) bei den Behinderungsarten der älteren Lübecker Senioren/innen, deutet darauf hin, dass lang andauernde (chronische) Erkrankungen im Alter noch an Bedeutung gewinnen, ohne dass damit ein früher Tod verbunden wäre. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen Männer Schleswig-Holstein liegt derzeit (2001) bei 80 Jahren, die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen Frauen Schleswig-Holsteins umfasst 84 Lebensjahre.

Auch wenn in Lübeck naturgemäß vorwiegend nur ältere Menschen versterben – von den 2.632 verstorbenen Lübecker Einwohner/innen des Jahres 2001 waren ca. 88 % 60 Jahre und älter – ist die Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen so niedrig wie nie zuvor. Gegenüber dem Jahr 1985 ist die Sterberate der Lübecker Altenbevölkerung um 21 % auf 41 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen gesunken. Besonders verbessert hat sich hauptsächlich die Lebenserwartung der älteren Lübecker Männer. Zwar liegt die Sterblichkeit der Lübecker Senioren mit 43 Sterbefällen pro 1.000 Senioren (2001) noch immer 8 % über der Sterblichkeit der Lübecker Seniorinnen von 39 Sterbefällen pro 1.000 Seniorinnen, ist aber gegenüber der Sterblichkeit der Lübecker Senioren des Jahres 1985 (60 Sterbefälle pro 1.000 Senioren) deutlich zurückgegangen.

Die meisten Lübecker Senioren/innen versterben an Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs. Bei fast der Hälfte (47,3 %) der verstorbenen Lübecker Senioren/innen des Jahres 2001 wurde der Tod durch Herz-Kreislaufkrankungen verursacht, bei einem weiteren Viertel (25,1 %) waren Krebserkrankungen die Todesursache. Auf Krankheiten der Atmungsorgane, die dritt häufigste Todesursache der Lübecker Senioren/innen, von denen die älteren Männer vermehrt betroffen sind (siehe hierzu auch Kapitel 3.1.6), bezogen sich dagegen „nur“ 8 % aller Sterbefälle der Senioren/innen Lübecks.

Auch bei der Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen bestehen hinsichtlich der Stadtbezirke Lübecks zum Teil große Unterschiede. Mit 23,5 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen war die Herz-Kreislaufsterblichkeit der Senioren/innen aus Gr. Steinrade, Eichholz, Burgtor, Schlutup und Strecknitz im Durchschnitt der Jahre 1997 –1999 um mindestens 30 % höher als durchschnittlich insgesamt in Lübeck (18,7 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen). Als Beleg für einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. ein höheres Sterberisiko der dort lebenden Senioren/innen können die erhöhten Sterberaten jedoch nicht angesehen werden, da die statistischen Abweichungen auch auf geringe Fallzahlen und/oder der vermehrten Sterbefälle aus Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen sein können.

Das Gleiche gilt auch für die erhöhte Krebssterblichkeit der Senioren/innen der Stadtbezirke Strecknitz, Gr. Steinrade, Karlshof, Eichholz und Herrenwyk, die gemessen an der durchschnittlichen Krebssterblichkeit der Lübecker Senioren/innen von durchschnittlich jährlich 9,9 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen der Jahre 1997 – 1999 um mindestens 20 % höher war.

Der Gesundheitszustand der Senioren/innen ist das Ergebnis lebensgeschichtlicher Einflüsse, die zwar das Leben verlängern, nicht aber auch unbedingt ein gesundes Altern ermöglichen. Im Hinblick auf die Gesundheit der nachwachsenden Generationen der Senioren/innen Lübecks wird es deshalb zunehmend wichtiger, neben der Entwicklung der Lebenserwartung auch die Entwicklung der „beschwerdefreien“ Jahre zu fördern und den chronischen Erkrankungen rechtzeitig, d.h. schon im Kindesalter, entgegen zu wirken.

Einer der wesentlichsten Risikofaktoren bei der Entstehung chronischer Erkrankungen - und hier seien insbesondere die Herz-Kreislaufkrankungen genannt - ist das Übergewicht, das bereits unter den Lübecker Kindern (ca. 8,3 % der Schulanfänger/innen) relativ stark verbreitet ist. Um den chronischen Erkrankungen im Alter vorzubeugen, muss in Bezug auf eine gesunde Ernährung noch mehr Aufklärung erfolgen. Außerdem müssen auch für Erwachsene mittleren und höheren Alters noch mehr Aktivitätsmöglichkeiten geschaffen werden, als sie gegenwärtig in Form von Breitensport und Fitness-Training teilweise bereits schon bestehen.

Dass das Alleinleben im Alter Gesundheitsrisiken in sich birgt, lässt sich nicht zuletzt auch an den vermehrten Unfällen allein lebender Senioren/innen ablesen. Sowohl für die nachwachsenden Generationen der Senioren/innen als auch für die bestehende Generation der Senioren/innen sollten schnellst möglich neue Wohnformen konzipiert werden, die es ihnen dauerhaft ermöglichen, z. B. auch mit jüngeren Menschen in häuslicher Gemeinschaft zu leben, um sich kulturell auszutauschen und, wenn nötig, auch helfen zu lassen.

Abgesehen von dem wichtigen Beitrag, den alternative familiäre Versorgungssysteme, wie generationsübergreifende Wohngemeinschaften, zur Gesundheit und dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Lübecker Senioren/innen leisten könnten, können auch einige Bereiche des professionellen Versorgungssystems noch mehr zur Gesunderhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit der Lübecker Senioren/innen beitragen.

Zu nennen ist hier in erster Linie die ärztliche Versorgung, die von den Senioren/innen aus den Lübecker Randgebieten, aufgrund der gebietsräumlichen Zentralisierung der Arztpraxen, häufig nur schwer in Anspruch genommen werden kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche bzw. primärärztliche Versorgung, die für alle älteren Menschen Lübecks ohne große Hindernisse wie lange Anfahrtswege und Wartezeiten erreich-

bar sein sollte. Damit die Senioren/innen bei Gesundheitsproblemen bzw. Krankheiten nicht auf ärztlichen Rat und Hilfe verzichten müssen und ihre Gesundheit gefährden, sollte die hausärztliche Versorgung in Lübeck noch weiter dezentralisiert werden. Ausgehend von dem Versorgungsverhältnis Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin besteht insbesondere bei den Senioren/innen der Stadtbezirke St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof und Eichholz noch zusätzlicher Bedarf an Hausärzten/innen bzw. Hausarztpraxen.

Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung der Lübecker Senioren/innen, wobei bezogen auf die geriatrischen Krankheitsbilder älter Menschen hauptsächlich die medizinischen Gebiete der Orthopädie, die Urologie, die HNO-Heilkunde, die Augenheilkunde und die Nervenheilkunde von Bedeutung sind, sollte für die zum Teil unterversorgten Senioren/innen der Stadtbezirke Dänischburg, St. Jürgen-Land, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof, Eichholz, Schlutup, Moisling und Buntekuh von den Krankenkassen ein Fahrdienst eingerichtet werden, da mittelfristig nicht mit einer Dezentralisierung der fachärztlichen Versorgungsstrukturen zu rechnen ist. Um den Senioren/innen die Inanspruchnahme notwendiger fachärztlicher Behandlungen zu erleichtern, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern bzw. zu erhalten, sollte den Senioren/innen mindestens aber wieder die Fahrkosten zu den Facharztpraxen erstattet werden.

Zwar hat die Kommunalpolitik diesbezüglich keine Entscheidungs- und Umsetzungskompetenzen, die obliegen allein der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins bzw. dem Bundesgesundheitsministerium und den Krankenkassen, sie kann aber auf bestehende Versorgungsmängel hinweisen.

Handlungsbedarf besteht außerdem darin, die pflegerischen Versorgungsstrukturen dem ambulanten Pflegebedarf der Lübecker Senioren/innen noch besser anzupassen, wie z. B. durch die Bereitstellung eines ausreichenden Angebotes an Tagespflegeplätzen, insbesondere bei der gerontopsychiatrischen Versorgung der Lübecker Senioren/innen. Aufgrund der Zunahme der älteren Altersgruppen an der Bevölkerung steigt auch in Lübeck die Zahl der dementiell Erkrankten. Zwar können Demenzerkrankungen generell nicht geheilt, wohl aber kann der Krankheitsprozess durch entsprechende gerontopsychiatrische Behandlungen aufgehalten bzw. verlangsamt werden. Abgesehen von ca. 10 Betten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, besteht die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung in Lübeck gegenwärtig hauptsächlich nur aus den gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten einiger Lübecker Pflegeheime. Durch die Einrichtung einer spezialisierten gerontopsychiatrischen Station mit ca. 20 bis 24 Betten in der geplanten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Gelände der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, im Jahre 2005 werden sich die klinisch-stationären Behandlungsmöglichkeiten für die gerontopsychiatrisch erkrankten Lübecker Senioren/innen zwar verbessern, ob das geplante klinische gerontopsychiatrische Versorgungsangebot ausreichen wird, um die stationäre Pflegebedürftigkeit gerontopsychiatrisch erkrankter Senioren/innen abzuwenden, bleibt angesichts des gestiegenen Versorgungsbedarfes der Lübecker Senioren/innen jedoch sehr fraglich. Damit möglichst viele Lübecker Senioren/innen auch bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen ihre häusliche Eigenständigkeit bewahren können und nicht zwecks gerontopsychiatrischer Versorgung in ein Pflegeheim umziehen müssen, sollten im klinischen Bereich von vornherein noch mehr Versorgungskapazitäten bereitgestellt werden und durch pflegerische Versorgungsangebote wie zum Beispiel gerontopsychiatrische Tagespflegeheime sinnvoll ergänzt werden.

Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung der Lübecker Altenbevölkerung wird von dem Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ im Rahmen der Psychiatrieplanung des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck gegenwärtig ein Konzept erarbeitet, auch und besonders um die Vernetzung und Koordinierung der gerontopsychiatrischen Einrichtungen und Dienste Lübecks aufeinander abzustimmen. Trotz des wichtigen Beitrages, den der Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ bei der Vernetzung und Koordinierung der Angebotsstrukturen bereit ist zu leisten, ist schon jetzt erkennbar, dass ohne die Einrichtung einer

Koordinationsstelle die Aufgabe der Koordination der komplexen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen nicht erfüllt werden kann. Um die in der Entwicklung befindlichen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen Lübecks zielgenau auf den gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarf der Lübecker Altenbevölkerung abzustimmen, sollte bei der Hansestadt Lübeck, zumindest befristet auf drei Jahre, eine Stelle für ein/e hauptamtliche/r Koordinator/in eingerichtet werden. Die Vermeidung der stationären Pflegebedürftigkeit, die dadurch erreicht werden kann, könnte die damit verbundenen Kosten auffangen.

Prioritätenliste der Handlungsempfehlungen

Prävention von Übergewicht zur Verminderung von Folgeerkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes mellitus im Alter

1. Mehr praktische Aufklärung der Bevölkerung in Bezug auf eine gesunde Ernährung (z. B. durch Einkaufs- und Kochkursangebote), auch geschlechtsspezifische Angebote bereitstellen
2. Bewegungs- und Fitnessangebote ausbauen und allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen kostenlos bzw. beitragsreduziert zur Verfügung stellen

Unfallprävention zur Vermeidung von Verletzungen und ihrer gesundheitlichen Folgen im Alter

3. Schaffung gemeinschaftlicher Wohnformen für allein lebende ältere Menschen mit quasi-familiären Versorgungsstrukturen (z. B. generationsübergreifende Wohngemeinschaften und betreute Wohnprojekte) und/oder externe Haushaltshilfen zur Unterstützung anbieten
4. Informationsangebote zum Thema Sicherheit und Unfallverhütung im Seniorenhaushalt
5. Überprüfung der Wohnungen der Senioren/innen auf Unfallgefahrenquellen durch einen sog. „Senioren-Haushalts-Check“ der Krankenkassen
6. Anpassung der bestehenden Wohnverhältnisse an die Bedürfnisse älterer Menschen durch Umbau bzw. Ausbau der Wohnungen und der Wohnungszugänge
7. Erweiterung des Anteils alters- bzw. behindertengerechter Wohnungen bei Neubebauungen
8. Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Maßnahmen zur Unfallverhütung im Seniorenalter

Verbesserung der Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Senioren/innen

9. Bedarfsgerechter Ausbau des gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes der geplanten Lübecker Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
10. Einrichtung eines Tagespflegeheimes mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt

11. Vernetzung bzw. Ergänzung des klinischen Versorgungsangebotes der Lübecker Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dem pflegerischen Betreuungsangebot der Tagespflege
12. Ausbau der ambulanten Versorgung ausgehend von einem gerontopsychiatrischen Zentrum
13. Umwidmung eines Anteils der Pflegeplätze der Lübecker Pflegeheime in gerontopsychiatrische Pflegeplätze inkl. der entsprechenden Versorgungsleistungen
14. Einrichtung einer Koordinationsstelle zur zielgenauen Abstimmung der klinischen und pflegerischen gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote auf den sich entwickelnden gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarf der Lübecker Altenbevölkerung

Wohnortnahe bzw. erreichbare haus- und fachärztliche Versorgung im Alter

14. Hausarztpraxen dezentralisieren, insbesondere Hausarztpraxen in die Stadtbezirke St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof und Eichholz verlegen
15. Facharztpraxen besser erreichbar machen durch Einrichtung eines Patientenfahrdienstes und/oder Erstattung der Fahrkosten



Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht

