



Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht



Impressum

Herausgeber: Hansestadt Lübeck - Der Bürgermeister
Gesundheitsamt
Sophienstraße 2 - 8
23539 Lübeck

Redaktion: Christa Nötzel,
Dr. Michael Hamschmidt
unter Mitarbeit von: Dr. Gerhard Bender, Abt. Statistik

Zusammenstellung,
Layout, Titelblatt: Christa Nötzel
Auskünfte: Tel. (0451) 122-5388 / 122-5330

Druck: Zentrale Vervielfältigungsstelle der Hansestadt Lübeck
Auflage: 500
Preis: 10,- EUR
Internet: <http://www.gesundheitsamt.luebeck.de>

Copyright: Nachdruck und Weiterverwendung des Textmaterials und der graphischen Darstellungen (auch auszugsweise) nur mit Quellenangabe und vorheriger Genehmigung des Herausgebers

Vorwort

Wir alle werden Tag für Tag älter. Zum Älterwerden gibt es keine Alternative. Was wir aber beeinflussen können, ist die Art des Älterwerdens, bestehend aus dem Anspruch, bis ins hohe Alter gesund und selbständig zu bleiben und möglichst lange an der Gesellschaft teilzuhaben.

Diesem Grundsatz zu folgen ist umso wichtiger, weil die Alterung der Lübecker Bevölkerung schon in wenigen Jahren, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer“ ins Rentenalter kommen, enorm ansteigen wird.

Zwar werden sich chronische Krankheiten im Alter nicht gänzlich vermeiden lassen. Allein das Ausmaß dieser Krankheiten und die damit verbundenen Behinderungen können durch frühzeitige Interventionen und Gesundheitspräventionen verringert werden und den Menschen im Alter zu mehr Lebensqualität verhelfen.

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 kommunale Gesundheitsberichterstattung, die in Schleswig-Holstein auf dem Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) basiert, stellt dafür die erforderlichen Informationen bereit.

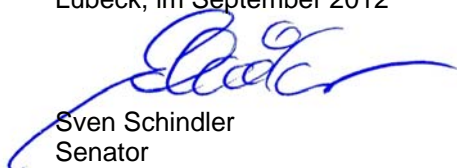
Darüber hinaus hat die Bürgerschaft der Hansestadt Lübeck mit Blick auf die eingesetzte und fortschreitende demografische Entwicklung im Jahre 2005 beschlossen, dass ein zukunftsorientiertes Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter* erstellt werden soll. Dieses Konzept, das die Bürgerschaft im Jahr 2008 zur Kenntnis genommen hat, umfasst die Handlungsfelder Wohnen, Infrastruktur, Gesundheit, Pflege, Teilhabe/Ehrenamt, Hilfen zur Alltagsbewältigung und Alter und Migration an deren konkreten Ausgestaltung die Gesundheitsberichterstattung fach- bzw. bereichsübergreifenden mitwirken soll.

Um deutlich zu machen, wie es derzeit um die Gesundheit der Lübecker Seniorinnen und Senioren steht, hat das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck jetzt den 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht von 2004 fortgeschrieben.

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 gehe davon aus, 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.

Allen, die zum Gelingen des 2. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes beigetragen haben, sei an dieser Stelle gedankt. Besonderer Dank gilt dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und dem AMEOS Klinikum, die die Grundlagen für den Datentransfer und die Datenauswertungen mit gestaltet haben, sowie dem Bereich Statistik und Wahlen der Hansestadt Lübeck, der den Entwicklungsprozess der Datenstrukturen im Gesundheitsamt konstruktiv begleitet hat.

Lübeck, im September 2012



Sven Schindler
Senator

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
2.	Allgemeine Lebensbedingungen	8
2.1.	Entwicklung der Lübecker Altenbevölkerung	8
2.2.	Altenbevölkerung in den Lübecker Stadtbezirken	10
2.3.	Senioren/innen mit Migrationshintergrund.....	13
2.4.	Allein lebende und verwitwete Senioren/innen	16
2.5.	Rentenversicherungseinkommen der Altenbevölkerung.....	20
2.6.	Altersarmut / Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflege.....	22
2.7.	Wohnen im Alter, Wohnformen und Wohnverhältnisse	26
2.8.	Resümee	29
3.	Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter	31
3.1.	Allgemeine Krankenhausanlässe	31
3.2.	Herz-Kreislauferkrankungen.....	36
3.3.	Krebserkrankungen	38
3.4.	Verletzungen und Vergiftungen.....	40
3.5.	Erkrankungen der Verdauungsorgane	43
3.6.	Psychiatrische Erkrankungen.....	46
3.7.	Behinderungen	49
3.8.	Pflegebedürftigkeit.....	54
3.9.	Resümee	59
4.	Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter	61
4.1.	Lebenserwartung und Sterblichkeit	61
4.2.	Häufigste Todesursachen bei älteren Menschen.....	65
4.3.	Herz-Kreislaufmortalität.....	67
4.4.	Krebsmortalität	70
4.5.	Resümee	73
5.	Gesundheitsversorgung und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote für ältere Menschen	75
5.1.	Niedergelasse Hausärzte/innen und Fachärzte/innen	75
5.2.	Ergo- und Physiotherapeuten/innen.....	78
5.3.	Ambulante Pflegedienste	79
5.4.	Geriatrische Klinik und Tagesklinik	81
5.5.	Gerontopsychiatrische Versorgung.....	83
5.6.	Pflegeheime.....	85
5.7.	Tagespflegeheime	87
5.8.	Pflegestützpunkte	88

5.9. Hospizeinrichtungen	90
5.10. Selbsthilfegruppen	92
5.11. Resümee	93
6. Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen	95
6.1 Hauptergebnisse	95
6.2 Schlussfolgerungen	96

1. Einleitung

Der demographische Wandel und die damit verbundene Zunahme älterer Menschen in unserer Bevölkerung schreiten voran. Nie zuvor erreichten so viele Menschen ein so hohes Alter wie heute. Ursache hierfür war und ist der lang andauernde gesellschaftliche Wohlstand, der den Menschen eine gute soziale Absicherung im Alter und bei Krankheit bescherte. Damit ist es zwar nicht vorbei – auch die heutigen Senioren/innen sind zumeist gut versorgt – aber immer mehr ältere Menschen geraten durch Armut und Isolation in prekäre Lebenslagen, die ihre Gesundheit beeinträchtigen und ihre Lebenserwartung verkürzen können.

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, die Politik und die (Fach-)Öffentlichkeit aktuell über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen im Kontext zu den sozialen und wirtschaftlichen Lebensverhältnissen zu informieren.

In dem hier vorliegenden 2. SeniorInnen-Gesundheitsbericht werden alle wesentlichen Daten und Fakten zur Gesundheit der Lübecker Senioren/innen aus dem 1. SeniorInnen-Gesundheitsbericht fortgeschrieben, kleinräumig analysiert und miteinander abgeglichen, um darzustellen, was sich wie, wo, und warum am Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen im Laufe der letzten 10 bzw. 12 Jahre verändert hat.

Der Bericht beginnt mit der Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen sich die Gesundheit der Senioren/innen in Lübeck realisiert. Um zu verdeutlichen, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht überall in Lübeck und nicht für alle Senioren/innen gleich sind, bzw. um Aussagen über den Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen in Abhängigkeit von ihrem Sozialstatus treffen zu können, werden die Sozialdaten kleinräumig nach Stadtbezirken analysiert. Grundlage für diese Untersuchungsmethode ist die sozialräumliche Segregation - die räumliche Trennung der Gesellschaftsschichten - die bewirkt, dass sich das Stadtgebiet in statushöhere und statusniedrigere Wohnquartiere aufteilt. Dabei werden sozialräumliche Unterschiede umso deutlicher, je mehr die soziale Ungleichheit zunimmt und sich die Gesellschaft spaltet.

Auf die Sozialhilfequoten der Senioren/innen (Anteil der Grundsicherungsempfänger/innen) in den Lübecker Stadtbezirken wird bei der Analyse der Verbreitung von Erkrankungen und der Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen innerhalb des Berichtes immer wieder Bezug genommen.

Den Schwerpunkt des 2. SeniorInnen-Gesundheitsberichts bilden die Untersuchungen zur allgemeinen gesundheitlichen Lage der Lübecker Senioren/innen. Anhand statistischer Auswertungen von Krankenhausbehandlungsdiagnosen und Todesbescheinigungen der Lübecker Senioren/innen aus den Jahren 1996, 2006, 2007 und 2008, sowie Pflege- und Behindertendaten aus den Jahren 1999 und 2009 bzw. 2001 und 2007 wird aufgezeigt, wie gesund bzw. krank die Lübecker Senioren/innen sind und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen dabei heute im Verhältnis zu damals im Vordergrund stehen.

Die Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung der Lübecker Senioren/innen bauen auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel auf. Mit den Darstellungen der gesundheitlichen Versorgungsangebote für Senioren/innen soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten den Senioren/innen bei dem Erhalt, der Förderung, der Verbesserung und der Wiederherstellung ihrer Gesundheit in einer Stadt wie Lübeck geboten werden um daraus Strategien abzuleiten, die helfen, die Versorgungsstrukturen in punkto Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention weiter zu optimieren. Eine wichtige Aufgabe hierbei liegt in der Vorbeugung oder Hinauszögerung des Eintritts von Alterserkrankungen, sowie der Bereitstellung bedarfsadäquater Versorgungsmöglichkeiten für die älteren und hochaltrige Senioren/innen.

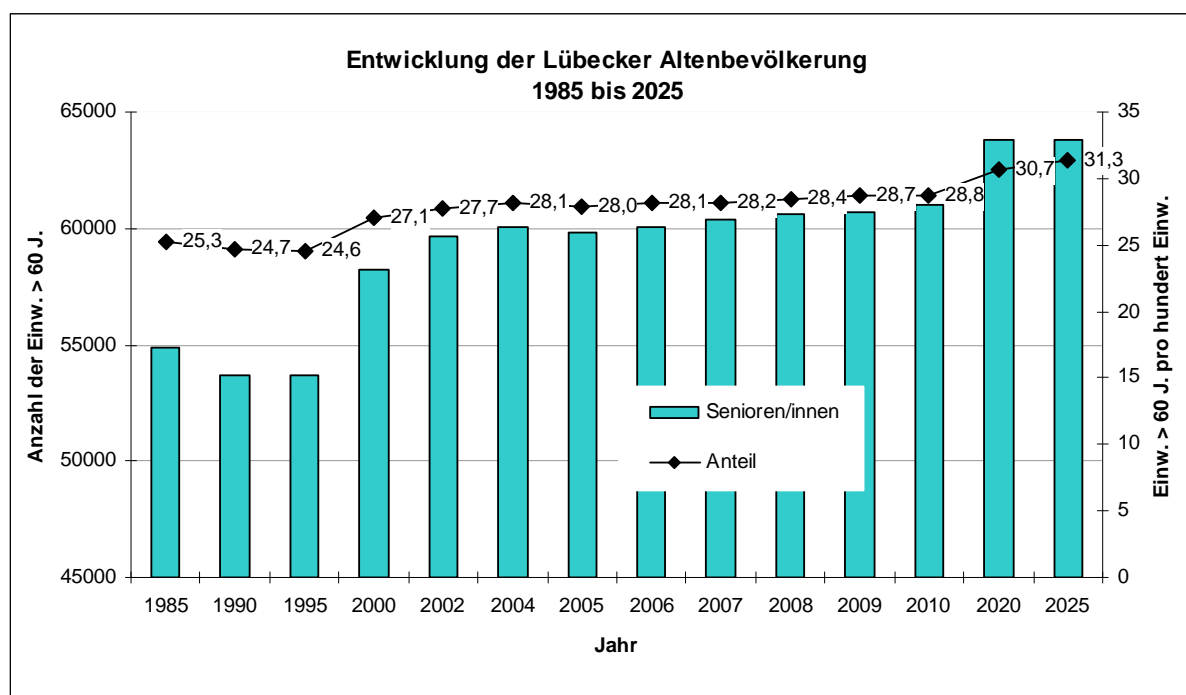
Der Bericht soll Grundlagen für die kommunale Gesundheitsplanung zur Verfügung stellen. Dafür werden abschließend alle wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und darauf bezogene Handlungsempfehlungen abgegeben. Wegen der Wechselwirkungen mit anderen Handlungsfeldern, die sich aus dem bereichsübergreifenden Prozess „Leben und Wohnen im Alter“ ableiten, wurden in diesem Bericht auch Handlungsempfehlungen aus dem Gesamtkonzept Leben und Wohnen im Alter ergänzend aufgenommen.

2. Allgemeine Lebensbedingungen

2.1. Entwicklung der Lübecker Altenbevölkerung

Die Alterung der Bevölkerung schreitet langsam voran. Das demografische Erscheinungsbild der Hansestadt Lübeck wird schon seit Jahrzehnten durch die ansteigende Zahl älterer Menschen geprägt. Ende des Jahrs 2010 lebten in Lübeck 212.121 Einwohner/innen, davon waren 61.026 (35.174 Frauen und 25.852 Männer) über 60 Jahre alt. Gegenüber 2002, dem Berichtsjahr des ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichts, hat die Altenbevölkerung anteilig um 1,7 % (941 Personen) auf 28,8 % zugenommen. In 2002 wurden in Lübeck lt. Melderegister 59.664 (35.550 Frauen und 24.114 Männer) Einw. > 60 J. registriert, machte der Anteil der Senioren/innen an der Gesamtbevölkerung 27,1 % aus. Zum Vergleich: In Schleswig-Holstein war die Altenbevölkerung in 2010 mit 27,6 % zwar immer noch anteilig kleiner als in der Hansestadt Lübeck, ist aber im gleichen Zeitraum um 10,3 % angewachsen.

Abb. 1



Datenquelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Logistik, Statistik und Wahlen, Melderegister und Bevölkerungsprognose 2010

Die letzten größeren Zuwächse der Lübecker Altenbevölkerung sind auf die Jahre 1995 bis 2002 zurück zu dotieren (s. Abb. 1). In diesem Zeitraum stieg der Anteil der Senioren/innen (Einw. > 60 J.) von 24,6 auf 27,7 % um 3,1 %. In absoluten Zahlen waren das 4.770 Personen mehr (s. Tab. 1).

Aufgrund der stetig steigenden Lebenserwartung und der seit Jahrzehnten sinkenden bzw. stagnierenden Geburtenraten ist mit einer weiteren Zunahme des Altenanteils in Lübeck zu rechnen, zumal ab ca. 2015 auch die große Gruppe der sog. „Babyboomer“, die zwischen 1955 und 1969 geboren wurde, vermehrt ins Seniorenalter kommt.

Bis 2025 wird der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Lübeck's um 1,5 % auf 31,3 % anwachsen (s. Abb. 1). Statt 61.026 Senioren/innen wie in 2010, werden in Lübeck dann 63.810 Einwohner/innen das 60. Lebensjahr überschritten haben.

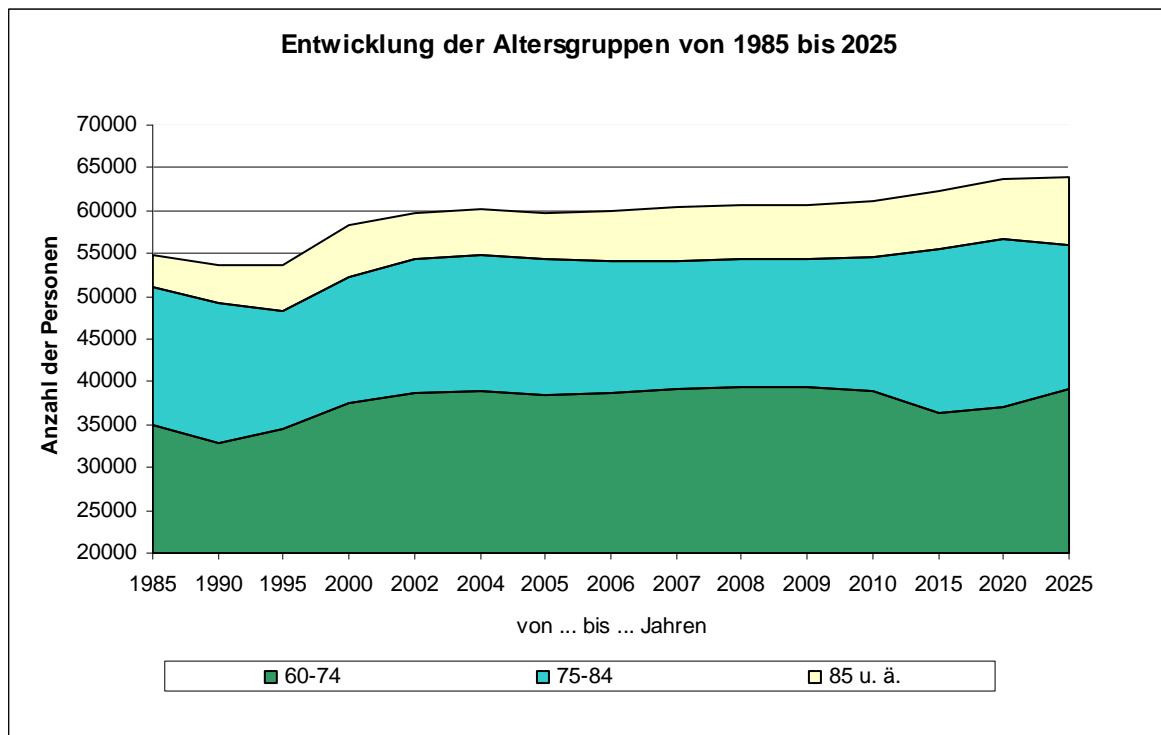
Abgesehen von der Gruppe der über 85-Jährigen, die um 20 % (1.311 Personen) zunimmt, erfolgt der Zuwachs hauptsächlich durch die steigende Zahl bei den 75- bis 84-Jährigen, die sich von 2010 bis 2025 um 8,6 % (1.333 Personen) vermehren (s. Abb. 2).

Tab. 1 Entwicklung der Altenbevölkerung nach Altersgruppen

Jahr	Einwohner insgesamt	Einwohner ü. 60 J.	davon im Alter von ... bis ... Jahren			
			60-64	65-74	75-84	85 u. ä.
bisherige Entwicklung						
1985	217068	54894	13343	21502	16138	3911
1990	217592	53673	12050	20837	16337	4449
1995	218543	53668	12135	22357	13863	5313
2000	215267	58241	16142	21477	14669	5953
2002	215165	59664	15954	22658	15666	5386
2004	213804	60085	14594	24257	16072	5162
2005	213983	59823	13219	25355	15712	5537
2006	213651	60034	12352	26415	15399	5868
2007	213865	60351	12122	26991	15083	6155
2008	213385	60648	11922	27565	14823	6338
2009	211716	60713	11916	27365	15087	6345
2010	212121	61026	12435	26532	15569	6490
Prognose						
2015	209953	62285	12603	23802	19024	6856
2020	207720	63784	13747	23347	19479	7211
2025	203633	63810	15021	24086	16902	7801

Datenquelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Logistik, Statistik und Wahlen, Melderegister und Bevölkerungsprognose 2010

Abb. 2



Datenquelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Logistik, Statistik und Wahlen, Melderegister und Bevölkerungsprognose 2010

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. Gemessen an der absoluten Zahl der über 60-Jährigen weisen die Stadtbezirke Hüntertor, Travemünde, Marli/Brandenbaum, Holstentor Nord und St. Lorenz Süd die größten Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke auf, während die Stadtbezirke Gr. Steinrade, Herrenwyk, Dänischburg, St. Jürgen Land und Schlutup nur über relativ kleine Altenbevölkerungen verfügen (siehe Tab. 2).

Tab. 2

Verteilung der Senioren/innen auf die Lübecker Stadtbezirke, 2010					
Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	2.429	18,2	Dornbreite	2.191	29,9
Hüntertor	7.866	29,5	Burgtor	3.007	38,7
Strecknitz	2.574	21,2	Marli/Brandenbaum	5.932	29,6
St. Jürgen-Land	1.018	26,5	Eichholz	2.362	31,4
Moisling	3.069	28,1	Karlshof	1.884	31,4
Buntekuh	3.131	29,8	Schlutup	1.770	30,5
St. Lorenz Süd	3.340	22,7	Dänischburg	1.268	30,1
Holstentor-Nord	5.001	24,4	Herrenwyk	965	24,1
Falkenfeld/Vorwerk	2.627	25,2	Kücknitz/Pöppendorf	2.958	30,6
Gr. Steinrade	778	25,0	Travemünde	6.856	50,6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

Aufgrund der Anzahl der über 60-jährigen Einwohner/innen (7.866) hat der Stadtbezirk Hüntertor zwar die mit Abstand größte Altenbevölkerung unter den Lübecker Stadtbezirken, mit einer Altenquote von 29,5 % liegt er aber "nur" auf dem elften Rang der Altenquotenskala der Lübecker Stadtbezirke. Der größte Anteil älterer Menschen findet sich in Travemünde. Hier ist jede/r zweite Einwohner/in (50,6 %) mehr als 60 Jahre alt (siehe Tab. 2).

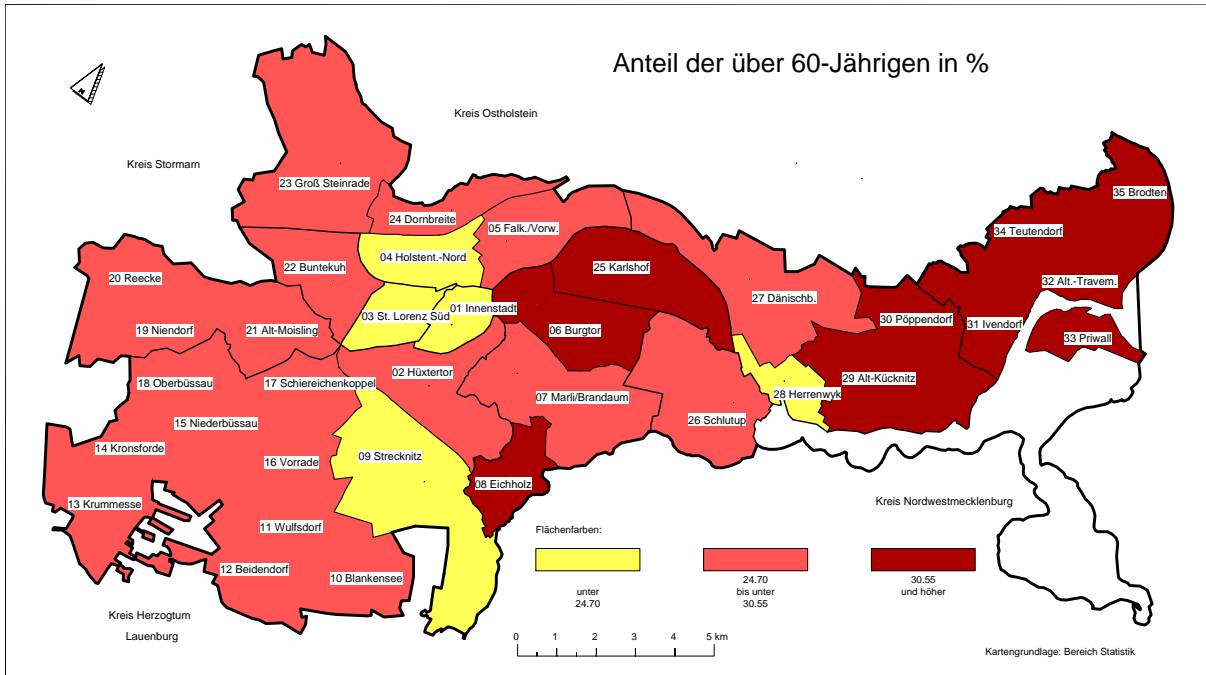
Dass Travemünde und andere Stadtbezirke eine im Vergleich zum städtischen Durchschnitt (28,8 %) höhere Altenquote von bis zu 50,6 % aufweisen, resultiert aus der Entwicklungsgeschichte der Lübecker Stadtbezirke und in zunehmendem Maße auch aus der Errichtung spezieller Wohnformen für ältere Menschen, sowie der pflegerischen Infrastruktur (z. B. Pflegeheime) die je nach Stadtbezirk unterschiedlich ist.

Unabhängig davon, welche Strukturen dafür jeweils ausschlaggebend waren bzw. sind, gehören neben Travemünde auch die Stadtbezirke Burgtor, Karlshof, Eichholz und Kücknitz/Pöppendorf zu den bevölkerungsältesten Stadtbezirken Lübecks, während Holstentor Nord, Herrenwyk, St. Lorenz Süd, Strecknitz und die Innenstadt zu den am wenigsten von älteren Menschen geprägten Stadtbezirken zählen (s. Abb. 3).

Die Altenbevölkerung der Lübecker Stadtbezirke unterscheidet sich nicht nur in Hinblick auf das Verhältnis zur Gesamtbevölkerung (Altenquote), sondern auch in Bezug auf sich selbst, da die Altenbevölkerungen je nach Stadtbezirk unterschiedliche Altersstrukturen aufweisen. In 2010 waren 63,9 % der Lübecker Altenbevölkerung zwischen 60 – und 74 Jahre alt, 25,5 % zählten zur Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen und 10,6 % hatten das 85. Lebensjahr bereits überschritten (s. Tab. 3).

Nur zum Vergleich: In 2002 lagen die Verhältnisse zwischen den Altersgruppen noch bei 64,7 % (60 – und 74 Jährige) bzw. 26,3 % (75- bis 84-Jährige) zu 9,0 (ü. 85-Jährige), was darauf hindeutet, dass die Altenbevölkerung Lübecks nicht nur größer, sondern auch älter geworden ist. Tatsächlich ist das Durchschnittsalter der Lübecker Senioren/innen von 71,5 Jahre in 2002, auf 73,0 Jahre in 2010 angestiegen.

Abb. 3



Quelle: Hansestadt Lübeck, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

Tab. 3 Altenbevölkerung in den Stadtbezirken nach Altersgruppen

Stadtbezirk	Einwohner/innen ü. 60 Jahre	davon im Alter von ... bis ... Jahren in %		
		60 - 74	75 - 84	85 u. ä.
Innenstadt	2.429	70,6	19,1	10,3
Hüxtertor	7.866	63,9	25,1	11,0
St. Lorenz Süd	3.340	63,7	24,2	12,0
Holstentor Nord	5.001	62,9	26,8	10,3
Falkenfeld/Vorwerk	2.627	68,1	23,2	8,8
Burgtor	3.007	61,3	23,8	14,9
Marli/Brandenbaum	5.932	61,4	27,2	11,4
Eichholz	2.362	60,3	27,1	12,6
Strecknitz	2.574	69,7	23,7	6,6
St. Jürgen Land	1.018	71,6	23,1	5,3
Moisling	3.069	64,8	27,5	7,7
Buntekuh	3.131	69,4	22,9	7,7
Groß Steinrade	778	67,7	25,1	7,2
Dornbreite	2.191	63,8	26,2	10,0
Karlshof	1.884	61,0	27,6	11,4
Schlutup	1.770	65,8	24,1	10,1
Dänischburg	1.268	71,6	22,4	6,0
Herrenwyk	965	61,6	27,2	11,3
Kücknitz/Pöppendorf	2.958	58,8	31,1	10,1
Travemünde	6.856	59,6	26,4	13,9
Gesamt	61.026	63,9	25,5	10,6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

Besonders alt, gemessen an dem sog. Greying-Index, der das Verhältnis zwischen den Hochaltrigen und den Senioren/innen (Anzahl der Einw. > 85 J. zur Anzahl der Einw. > 60 J.) angibt, sind die Stadtbezirke Travemünde mit 13,9 Einw. > 85 J. pro hundert Einw. > 60 J. , Eichholz mit 12,6 Einw. > 85 J. pro hundert Einw. > 60 J. und St. Lorenz Süd mit 12,0 Einw. > 85 J. pro hundert Einw. > 60 Jahre. In den Stadtbezirken St. Jürgen-Land, Strecknitz, Dänischburg sind hingegen gerade mal bis zu 6,6 % der dort wohnenden über 60-jährigen Senioren/innen älter als 85 Jahre (s. Tab.3).

2.3. Senioren/innen mit Migrationshintergrund

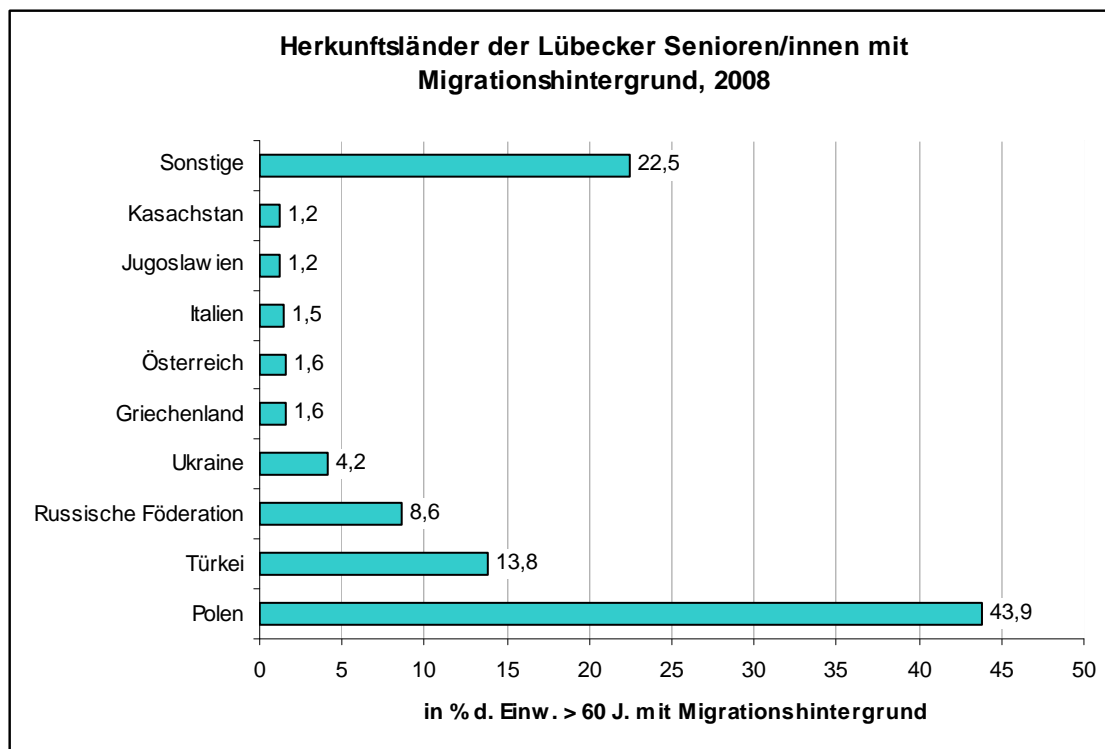
Bei den älteren Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Der Migrationsstatus einer Person wird hierbei aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen der Eltern bestimmt.

Nach den Ergebnissen des kommunalen Statistikverfahrens (MigraPro) zum Einwohnermelderegister zählten dazu in 2010 (Stand 31.12.) 8.487 Senioren/innen (4.554 Frauen und 3.933 Männer) bzw. 13,9 % der Lübecker Altenbevölkerung. Davon sind über die Hälfte (4.949 Personen) deutsche Aussiedler/innen und 11,1 % (938 Personen) haben per Einbürgerung die deutsche Staatsangehörigkeit erworben. Weniger als ein Drittel (2.600 Personen) der Altenbevölkerung mit Migrationshintergrund besitzt eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Ältere Migranten/innen gehören insgesamt gesehen zu den einkommensschwachen und durch ein niedrigeres 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).

Um die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern, werden in der Hansestadt Lübeck seit 2005 im Rahmen des MiMi-Projektes des Landes Schleswig-Holstein in zahlreiche Maßnahmen Mediatoren/innen mit Migrationshintergrund dazu befähigt, sich verantwortungsbewusst für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Landsleute einzusetzen.

Abb. 4

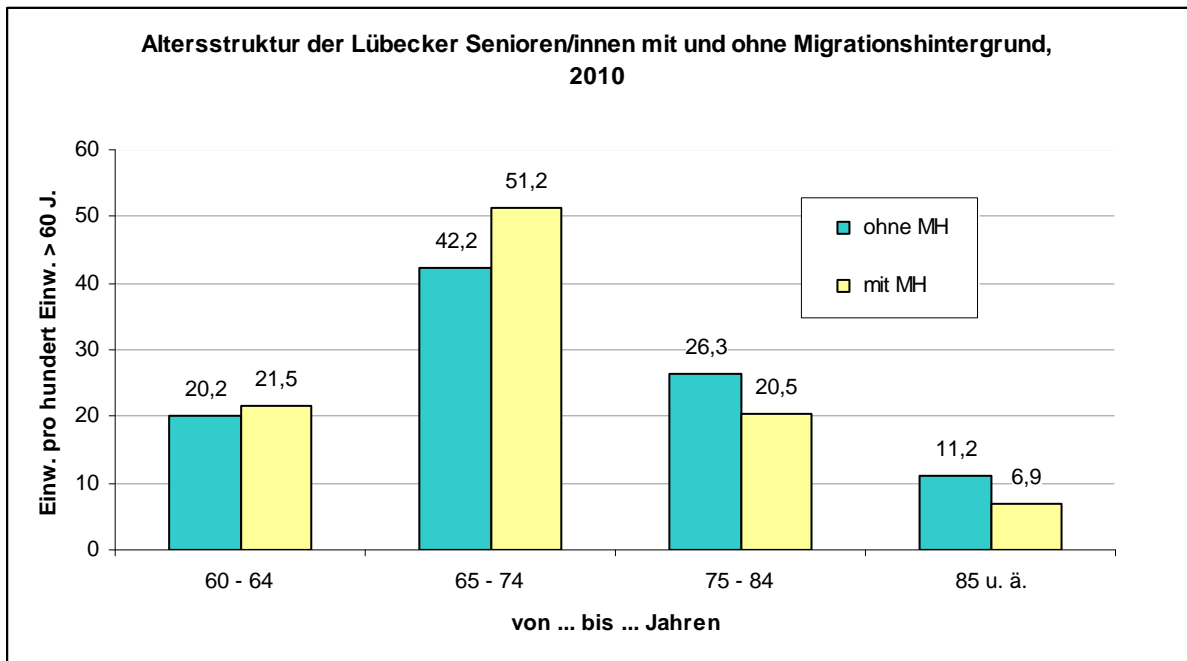


Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (MigraPro) Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2008

Die mit Abstand größte ethnische Bevölkerungsgruppe unter der Lübecker Altenbevölkerung bilden lt. Einwohnermelderegister 2008 die Migranten/innen mit polnischer Herkunft (43,9 %), die zumeist als Aussiedler/innen nach Lübeck immigriert sind, gefolgt von den Migranten/innen mit türkischer Herkunft (13,8 %) und den Migranten/innen aus Ländern der Russischen Föderation (8,6 %) und der Ukraine (4,2 %). Die anderen Migranten/innen gehören so vielen unterschiedlichen ethnischen Bevölkerungsgruppen an, dass sie hier einzeln nicht weiter dargestellt werden können (s. Abb. 4).

Wie heterogen die über 60-jährige Migrantenbevölkerung ist, zeigt sich nicht nur an der ethnischen Herkunft, sondern auch an dem Migrationsstatus. So besitzen von den 3.720 über 60-jährigen Migrant/innen mit polnischer Herkunft 3.527 Personen als 1. Staatsangehörigkeit die deutsche Staatsangehörigkeit, nur 148 Personen haben diesbezüglich die polnische Staatsangehörigkeit. Von den 1.170 über 60-jährigen Migranten/innen mit türkischer Herkunft sind hingegen 1.059 Personen in 1. Staatsangehörigkeit türkisch und werden damit statistisch zur ausländische Bevölkerung gezählt. Die Migranten/innen aus der Russischen Föderation und der Ukraine sind zu 19 bzw. 54 % in ihrer 1. Staatsangehörigkeit nicht deutsch. Diese letzten drei Bevölkerungsgruppen machen ca. 50 % der ausländischen Altenbevölkerung Lübecks aus.

Abb. 5



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (MigraPro) Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

Im Gegensatz zu den Senior/innen ohne Migrationshintergrund sind die Senior/innen mit Migrationshintergrund deutlich jünger. Das Durchschnittsalter der über 60-jährigen Lübecker Migranten/innen liegt aktuell (2010) bei 71,5 Jahren, das der über 60-jährigen Einheimischen bei 73,2 Jahren. Die Altersunterschiede lassen sich auch an den Altersstrukturen der Senior/innen mit und ohne Migrationshintergrund ablesen (siehe Abb. 5). Fast drei Viertel (72,7 %) der Migranten/innen sind zwischen 60 und 74 Jahre alt, bei den Senior/innen ohne Migrationshintergrund sind es lediglich knapp zwei Drittel (62,4 %). Der Anteil der „alten Alten“ (75 - 84-Jährige) an über 60-jährigen Migrantenbevölkerung beträgt 20,5 % und nur 6,9 % der Senior/innen mit Migrationshintergrund sind älter als 85 Jahre.

Mit einem Anteil von 13,9 % stellen die Senior/innen mit Migrationshintergrund zwar nur eine Minderheit in der Lübecker Altenbevölkerung, in einigen Stadtbezirken liegt die Migrantenquote der über 60-Jährigen jedoch weitaus höher. Der Anteil der Senior/innen mit Migrationshintergrund reicht von 7,6 % in Dänischburg bis 20,6 % in der Innenstadt (s. Tab. 4). In 8 der 20 Stadtbezirke liegt der Anteil der Senior/innen mit Migrationshintergrund über dem städtischen Durchschnitt, wobei die Senior/innen in der Innenstadt, Moisling, Herrenwyk, Falkenfeld/Vorwerk und St. Lorenz Süd mit zwischen 18,2 und 20,6 % besonders häufig einen Migrationshintergrund aufweisen (s. Abb. 6).

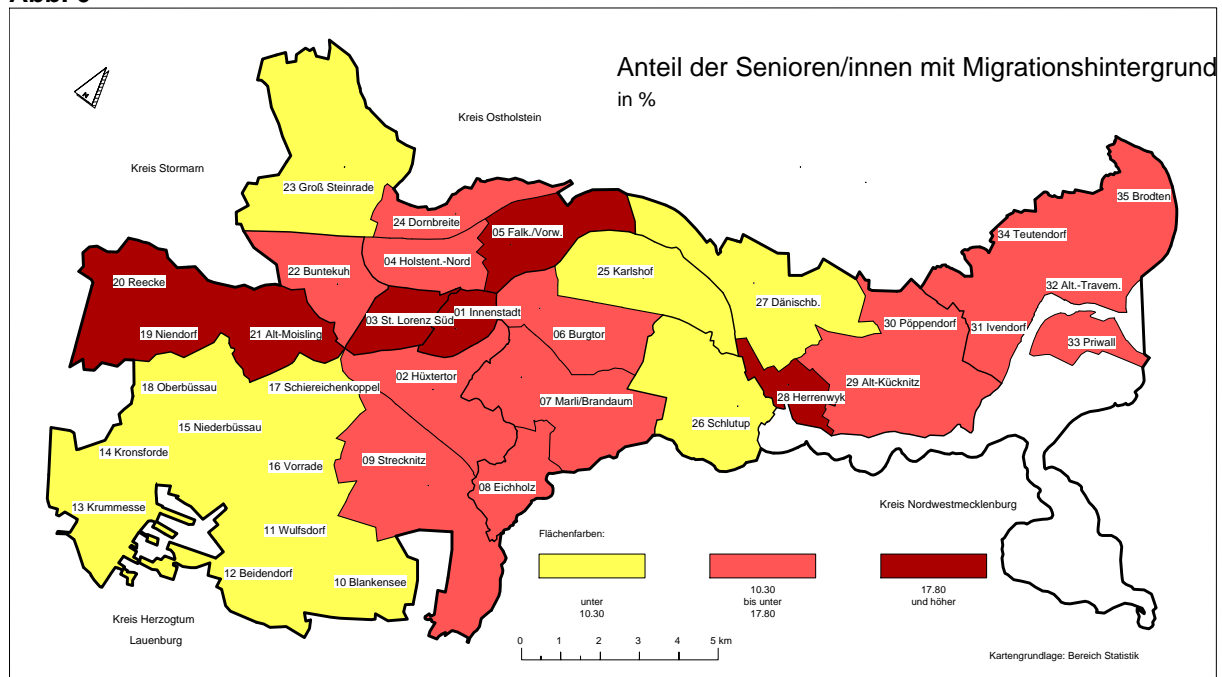
Tab.4

Verteilung der Senioren/innen mit Migrationshintergrund auf die Lübecker Stadtbezirke, 2010					
Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	501	20,6	Dornbreite	300	13,7
Hüxtertor	854	10,9	Burgtor	326	10,8
Strecknitz	290	11,3	Marli/Brandenbaum	782	13,2
St. Jürgen-Land	81	8,0	Eichholz	304	12,9
Moisling	630	20,5	Karlshof	185	9,8
Buntekuh	545	17,4	Schlutup	167	9,4
St. Lorenz Süd	608	18,2	Dänischburg	97	7,6
Holstentor-Nord	756	15,1	Herrenwyk	192	19,9
Falkenfeld/Vorwerk	478	18,2	Kücknitz/Pöppendorf	359	12,1
Gr. Steinrade	72	9,3	Travemünde	960	14,0

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (MigraPro) Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

Dass sich die Altenbevölkerung mit Migrationshintergrund vornehmlich auf bestimmte Stadtbezirke konzentriert, ist kein Zufall, sondern hängt mit den von ihnen in Anspruch genommenen Wohnungsbaustrukturen (dabei handelt es sich hauptsächlich um Sozialbauwohnungen) zusammen, deren Bestand in diesen Stadtbezirken besonders hoch ist (s. S. 48 ff, Armuts- und Sozialbericht, Hansestadt Lübeck, 2008).

Abb. 6



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (MigraPro) Einwohnermelderegister/Stand 31.12.2010

2.4. Allein lebende und verwitwete Senioren/innen

Der Trend zum Alleinleben im Alter nimmt ab. Immer mehr ältere Menschen leben in Gemeinschaft bzw. Paarhaushalten. Zwar war der Anteil der Senioren/innen die in Ein-Personen-Haushalten leben unter den Lübecker Senioren/innen in 2010 mit 34,8 % immer noch relativ hoch, gegenüber 2002, dem Berichtsjahr des ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes, aber um fast ein Prozent niedriger (35,7). Ein wesentlicher Grund hierfür ist in der abnehmenden Zahl der verwitweten Senioren/innen zu suchen, die zwischen 2002 und 2010 um 11,2 % von 17.123 auf 15.405 Personen geschrumpft ist (s. Abb. 8).

Ende des Jahres 2010 lebten in Lübeck 21.267 Senioren/innen (15.186 Frauen und 6.081 Männer) in Ein-Personen-Haushalten. Rund 70 % der allein lebenden Senioren/innen waren Frauen. In 2002 wurden bei den Lübecker Senioren/innen 21.142 Ein-Personen-Haushalte registriert.

Den größten Anteil der allein lebenden Lübecker Senioren/innen stellen die über 85-Jährigen, die zu 58,2 % in Ein-Personen-Haushalten leben, gefolgt von den 75- bis 84-Jährigen mit einer Alleinlebendenquote von 40,7 % und nur 28,6 % Ein-Personen-Haushalten bei den 60- bis 74-Jährigen.

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-Dasein nicht selbst gewählt haben, sondern durch den Tod des (Ehe-) Partners dazu gezwungen wurden.

Aus diesem Grunde, aber auch wegen ihres erhöhten Armutsrisikos und der ungesicherten Versorgung im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch das Fehlen einer im Haushalt lebenden familiären Bezugsperson, bedürfen die allein lebenden Senioren/innen der besonderen Aufmerksamkeit.

Tab. 5

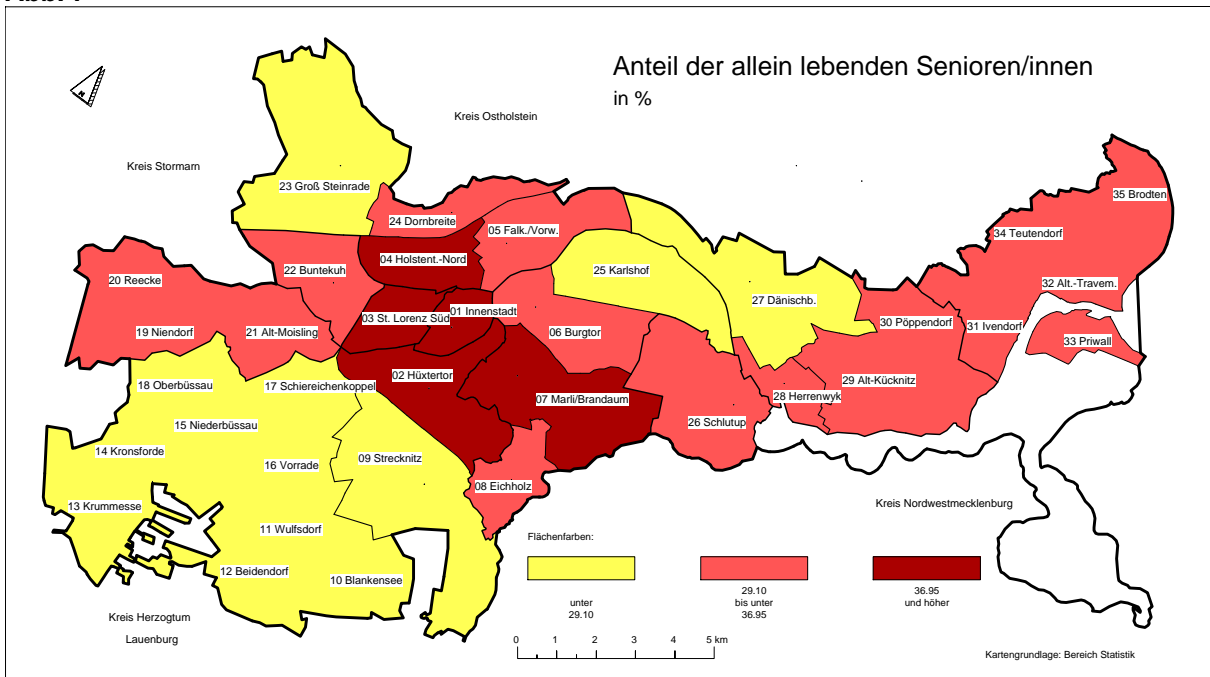
Verteilung der in Ein-Personen-Haushalten lebenden Senioren/innen auf die Lübecker Stadtbezirke, 2010					
Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	1168	48,1	Dornbreite	665	30,4
Hüxtertor	2971	37,8	Burgtor	1086	36,1
Strechnitz	662	25,7	Marli/Brandenbaum	2345	39,5
St. Jürgen-Land	175	17,2	Eichholz	773	32,7
Moisling	1017	33,1	Karlshof	546	29,0
Buntekuh	914	29,2	Schlutup	529	29,9
St. Lorenz Süd	1442	43,2	Dänischburg	257	20,3
Holstentor-Nord	1942	38,8	Herrenwyk	296	30,7
Falkenfeld/Vorwerk	882	33,6	Kücknitz/Pöppendorf	1018	34,4
Gr. Steinrade	163	21,0	Travemünde	2416	35,2

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (HHSTAT) Einwohnermelderegister

Der Anteil der in Ein-Personen-Haushalten lebenden Senioren/innen ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt, was u. a. auch auf die Einbeziehung der Bewohner/innen von Pflegeheimen als Ein-Personen-Haushalte, die sich je nach Standorten und Pflegeplatzkapazitäten der Pflegeheime ungleichmäßig über das Stadtgebiet verteilen, zurückzuführen ist. Abgesehen davon, dass sich der Anteil der in Ein-Personen-Haushalten lebenden Senioren/innen in den Stadtbezirken schätzungsweise bis zu ca. 50 % aus Bewohner/innen von Pflegeheimen zusammensetzen kann, variierte die Alleinlebendenquote der Lübecker Senioren/innen in 2010 zwischen 17,2 % in St. Jürgen-Land und 48,1 % in der Innenstadt (s. Tab. 5).

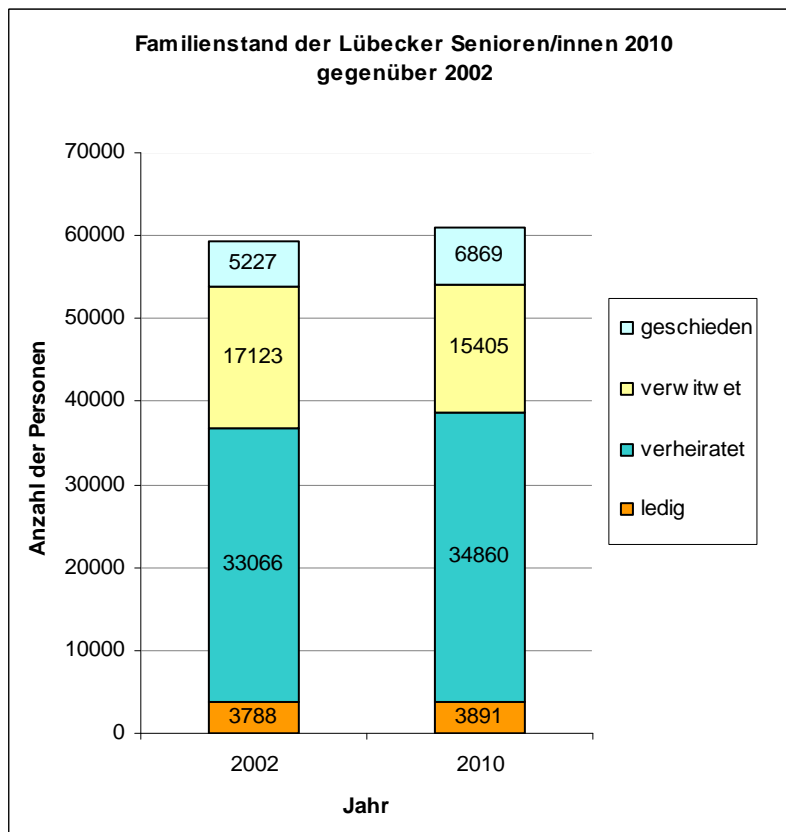
Die meisten in Ein-Personen-Haushalten lebenden Senioren/innen wohnen in der Innenstadt in St. Lorenz Süd, Marli/Brandenbaum, Holstentor Nord und Hüttertort. Die Alleinlebendenquote der Senioren/innen lag hier 2010 bei über 36,95 % (s. Abb. 7).

Abb. 7



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (HHSTAT) Einwohnermelderegister

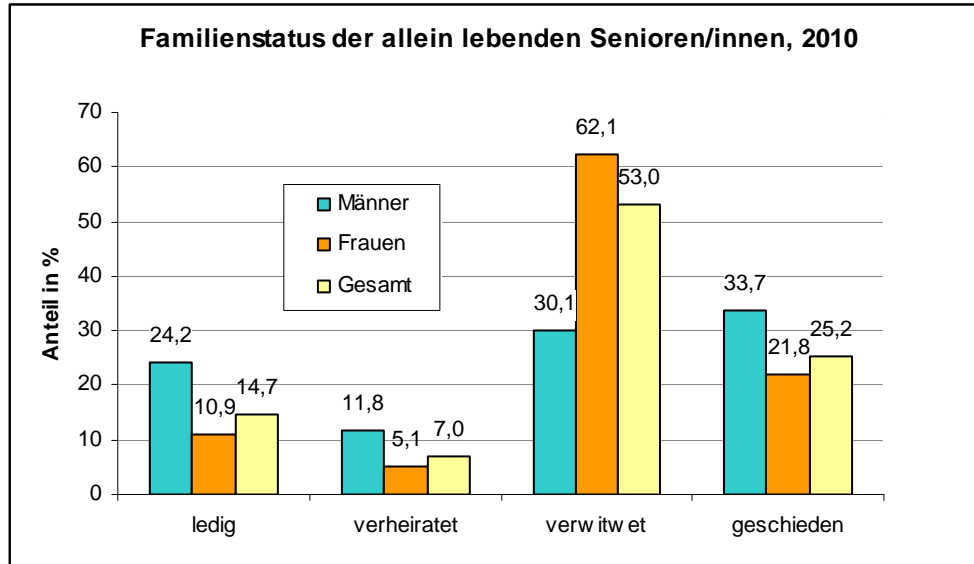
Abb. 8



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister

Die meisten Senioren/innen leben alleine, weil ihr/e Ehepartner/in verstorben ist. Von den 21.267 in Ein-Personen-Haushalten lebenden Senioren/innen (Melderegister/Stand 31.12.2010) sind 53 % (11.269 Personen) verwitwet. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der demographischen Nachwirkungen zweier Weltkriege handelt es sich dabei hauptsächlich um Frauen. Gegenüber dem Anteil der allein lebenden über 60-jährigen Männer von 30,1 % ist der Anteil der Witwen bei den allein lebenden über 60-jährigen Frauen mit 62,1 % mehr als doppelt so hoch (s. Abb. 9).

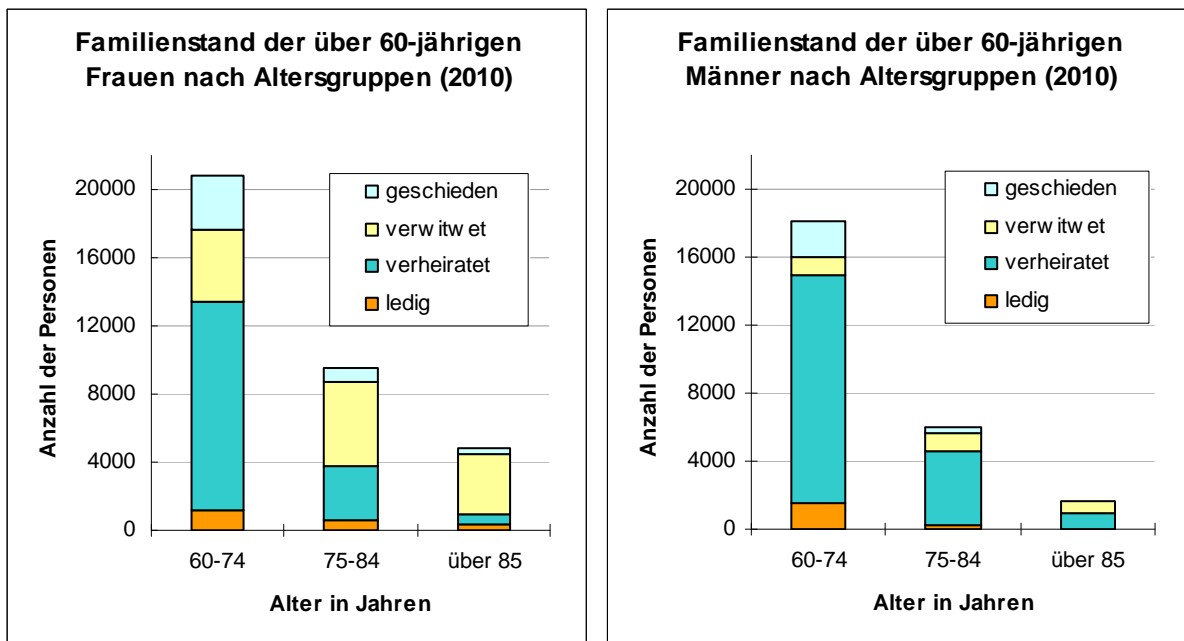
Abb. 9



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (HHSTAT) Einwohnermelderegister

Wie Abb. 10 zeigt, sind von den „jungen Alten“ (60-74-Jährige) nur relativ wenige Senioren/innen (20,3% der Frauen und 5,6 % der Männer) verwitwet. Bei der Altersgruppe der 75-84-Jährigen liegt der Anteil der Verwitweten bereits bei 52,1 % (Frauen) bzw. 16,5 % (Männer) und bei den Hochbetagten (über 85-Jährigen) sind drei Viertel der Frauen (74,5 %) und 36,2 % der Männer verwitwet.

Abb. 10



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister

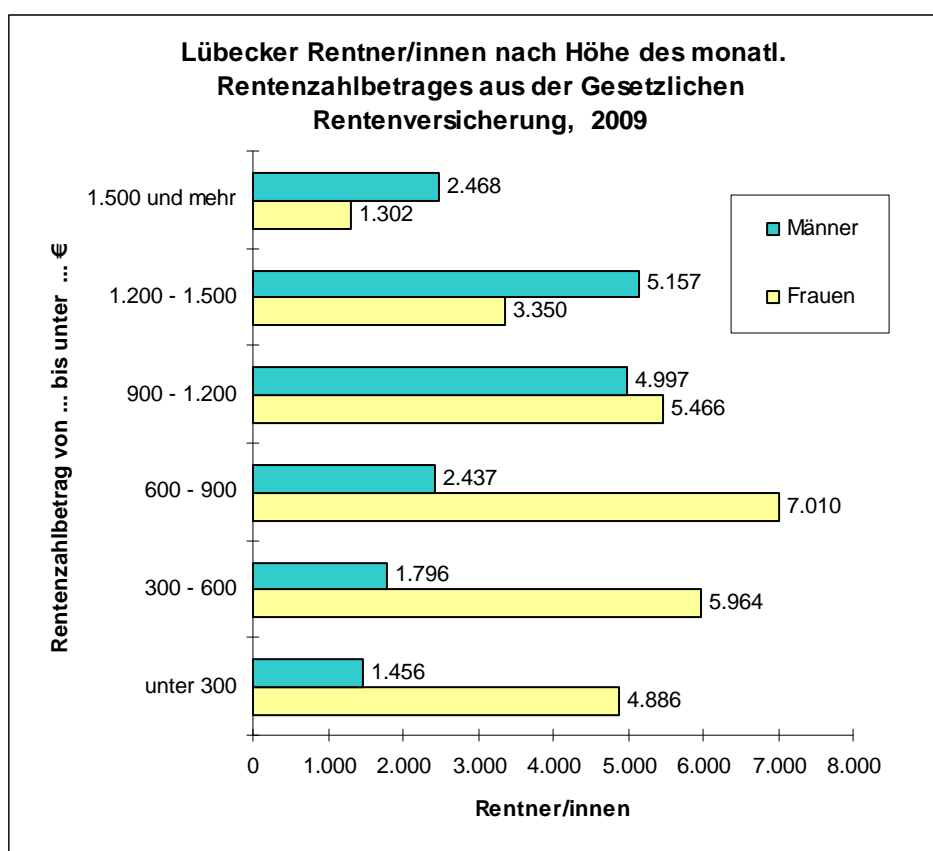
Mehr als jede/r Zehnte (11,3 %) der Lübecker Senioren/innen ist geschieden (s. Abb. 8). Gegenüber 2002 ist die Quote der geschiedenen Senioren/innen von 8,8 % um 2,4 Prozentpunkte in 2010 gestiegen. Bei den Ein-Personen-Haushalten der Senioren/innen sind über ein Viertel (25,2 %) durch Scheidung begründet (s. Abb. 9).

Besonders hoch ist die Geschiedenenquote mit 13,6 % bei den „jungen Alten“ (60-74-Jährige), insbesondere bei den Frauen mit 15 %, gegenüber 11,9 % bei den Männern. Zwar nimmt der Anteil der geschiedenen Senioren/innen mit zunehmendem Alter ab, bleibt aber für die Frauen bis ins hohe Alter (> 85 Jahre) noch von Bedeutung (s. Abb. 10).

2.5. Rentenversicherungseinkommen der Altenbevölkerung

Für die große Mehrheit der Senioren/innen (ca. 80 %) stellt die Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) die Haupteinkommensquelle dar (DIW Wochenbericht Nr. 25 2011). Wenn andere Einkommensarten wie z. B. Betriebsrenten, privates Vermögen in Form von Immobilien oder Lebensversicherungen fehlen muss der Lebensunterhalt allein aus dem Rentenversicherungseinkommen bestritten werden. In 2009 bezogen in Lübeck 46.289 Rentner/innen (18.311 Männer und 27.978 Frauen) - das sind 95 % der Lübecker Senioren/innen - eine Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung. Darunter befanden sich 11.466 Rentner/innen (986 Männer und 10.480 Frauen) mit einer Mehrfachrente (Versicherten- plus Witwenrente). Der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag belief sich bei den Frauen in 2009 auf 759 € und bei den Männern auf 1.050 €. Zum Vergleich: In 2005 umfasste der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag der Lübecker Rentner/innen 731 € bei den Frauen und 1.046 € bei den Männern.

Abb. 11

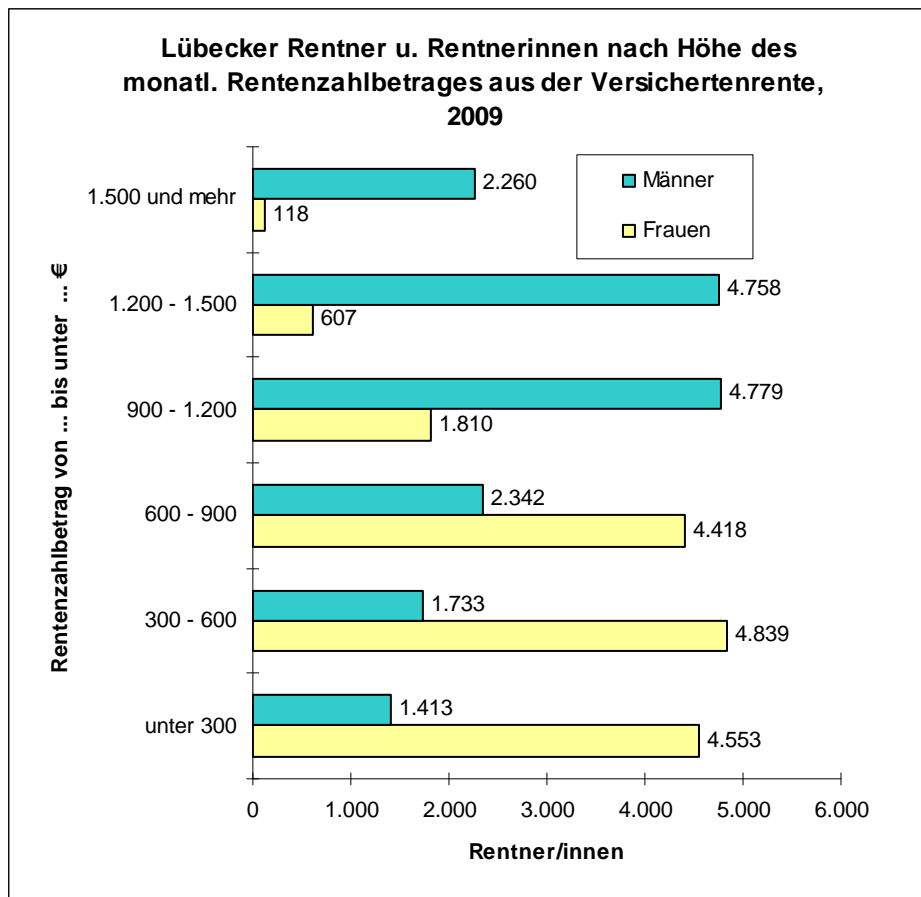


Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Sonderauswertung Rentenbestand 01.07.2009

Die Mehrheit der Lübecker Rentnerinnen 63,8 % verfügen über eine Rente (inkl. Witwenrente) von unter 900 €, während die Lübecker Rentner zu 68,9 % Gesamtrenten von über 900 € beziehen (s. Abb. 11).

Dass die weibliche Altenbevölkerung Lübecks beim Rentenbezug deutlich schlechter gestellt ist als die männliche Altenbevölkerung, resultiert aus der geringeren Versichertenrente der Frauen. Gegenüber der durchschnittlichen Versichertenrente der Lübecker Männer von 1.040 € betrug die durchschnittliche Versichertenrente der Lübecker Frauen im Jahre 2009 nur 559 €, ist allerdings im Vergleich zu 2005 um 28 € gestiegen. Frauen erhielten demnach eine halb so hohe und um rund 500 € pro Monat niedrigere Versichertenrente wie Männer. Bei den Lübecker Männern hingegen stagnierte der durchschnittliche Rentenzahlbetrag der Versichertenrente zwischen 2005 und 2009 bei 1.040 €.

Abb. 12



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Sonderauswertung Rentenbestand 01.07.2009

Entsprechend der Verteilung der in Abb. 12 dargestellten Rentenzahlbeträge erhielten in 2009 9.393 Frauen (57,5 %) eine Versichertenrente von weniger als 600 €. Bei den Lübecker Männern umfasste der Anteil nur 18,2 % (3.146 Männer). Hierbei ist anzumerken, dass eine Rente von weniger als 600 € deutlich unter dem Niveau der Grundsicherung im Alter von 676 € (Alleinstehende) liegt. Sofern die Niedrigrente nicht im Haushaltskontext durch den/die (Ehe-) Partner/in bzw. andere Einkünfte aufgefangen wird, haben die 9.393 Frauen und 3.146 Männer Anspruch auf Sozialhilfe nach SGB XII.

Die Zahl der Lübecker Rentner/innen mit Niedrigrenten wird sich in Zukunft noch erhöhen, da das Rentenniveau um 4 % schrittweise abgesenkt wird. Schon heute (2009) haben lt. Studie des Deutschen Institutes der Wirtschaft (DIW Wochenbericht Nr. 25 2011) z. B. die Neurentner (Männer) gegenüber den Bestandsrentnern in Westdeutschland rund 150 € weniger zur Verfügung.

2.6. Altersarmut / Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflege

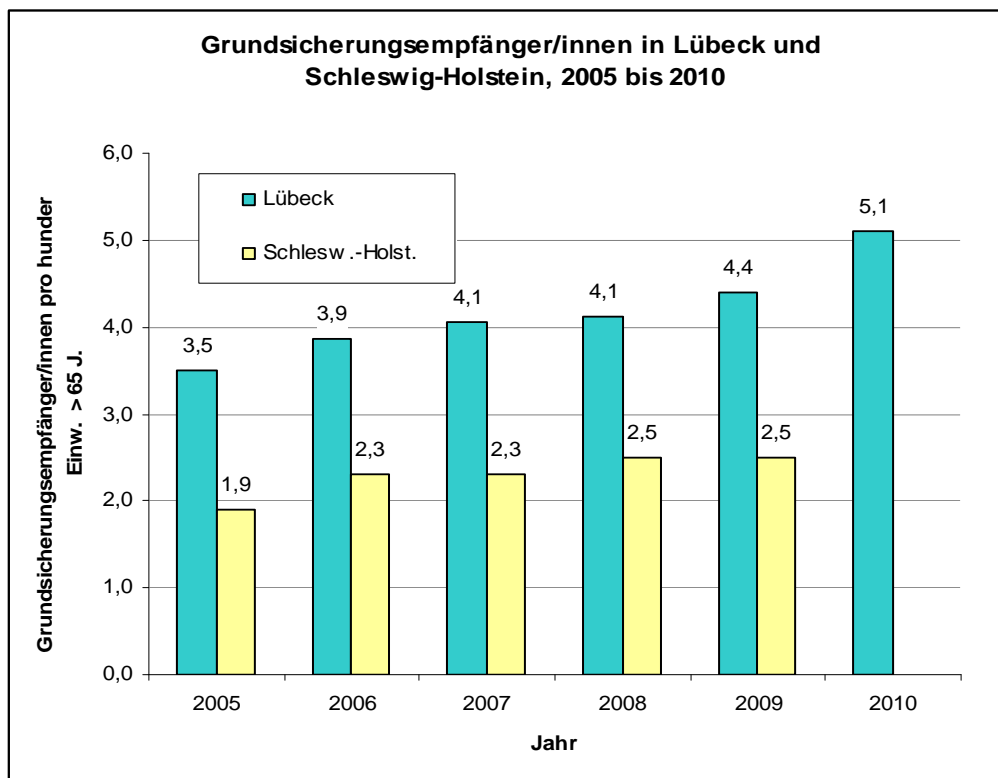
Das Einkommen gewährleistet oder begrenzt maßgeblich die Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmtheit und soziale und gesundheitliche Partizipation der Menschen. Sofern das Haushaltseinkommen das Niveau der Grundsicherung (SGB II bzw. SGB XII) unterschreitet sind die Menschen, insbesondere ältere Menschen hierbei oft dauerhaft auf das existenziell Notwendige der staatlichen Fürsorgeleistungen angewiesen. Eine ausreichende gesellschaftliche Teilhabe ist damit jedoch nicht unbedingt gewährleistet, da nicht alle relevanten Bedarfe in der Bedarfsberechnung berücksichtigt sind (DIW Wochenbericht Nr. 25 2011).

Armut stellt ältere Menschen vor besondere Herausforderungen. Im Gegensatz zu jüngeren Bevölkerungsgruppen schaffen es in Armut abgerutschte ältere Menschen nur selten, sich wieder aus ihr zu befreien, da ihre Aussichten auf zusätzliches Einkommen gering sind. Zwar kann die Armut durch Erwerbstätigkeit nach Beginn der Rentenphase unter Umständen zeitweilig abgemildert werden, nimmt aber im höheren Alter aufgrund von zunehmenden gesundheitlichen Problemen, die die Ausübung selbst einer geringfügigen Erwerbstätigkeit ausschließen können, wieder zu (DIW Wochenbericht Nr. 25 2011).

In 2010 lebten in Lübeck 2.480 Senioren/innen (1.488 Frauen und 922 Männer) über 65 Jahren von Grundsicherungsleistungen nach SGB XII, sprich Sozialhilfe. Damit waren ca. 5,1 % der Lübecker Senioren/innen über 65 Jahren nachweislich arm. Die Dunkelziffer der armen bzw. armutsgefährdeten Senioren/innen Lübecks liegt wahrscheinlich noch um ca. 3 % bis 4 % höher, weil nicht alle, obgleich sie arm bzw. bedürftig sind, Fürsorgeleistungen beanspruchen (s. S. 26 Armuts- u. Sozialbericht, Hansestadt Lübeck, 2008).

Im Verhältnis zu 2002, dem Berichtsjahr des ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes, ist der Anteil der Senioren/innen, die in Armut leben, auf mehr als das Doppelte (124 %) gestiegen. Damals waren 2,5 % (1.107 Personen) der Lübecker Senioren/innen arm bzw. bezogen Fürsorgeleistung nach dem BSHG.

Abb. 13



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Sozialhilfestatistik und Statistische Ämter des Bundes und Länder, Statistik der Empfänger/innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

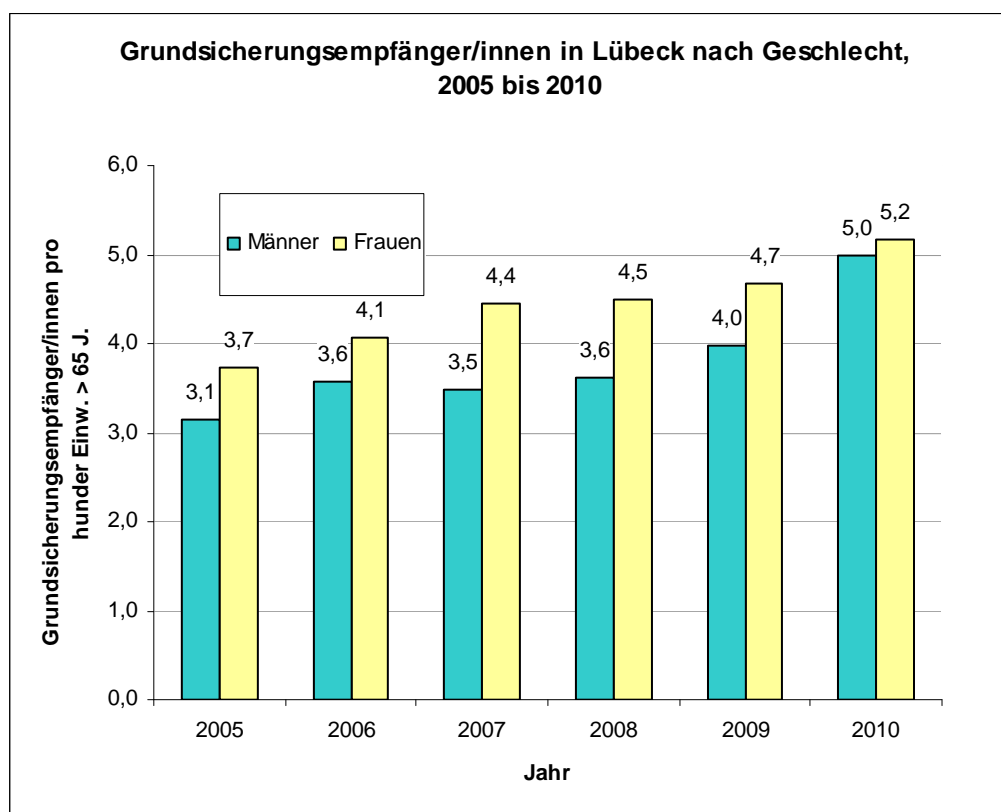
Nach Untersuchungen und Aussagen einschlägiger Studien wird eine weitere Steigerung der Altersarmut aufgrund veränderter Erwerbsbiografien im Niedrig-Lohn-Sektor prognostiziert.

Seit Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) im Jahre 2003 ist die Empfängerquote der Einw. > 65 J. nicht nur in Lübeck, sondern auch landesweit kontinuierlich gestiegen, war allerdings im Landesdurchschnitt stets deutlich niedriger (s. Abb. 13).

Ob diese Entwicklung einem Trend unterliegt oder den mit der Einführung der Grundsicherung bezweckten Abbau der versteckten Altersarmut widerspiegelt, – der Verzicht des Sozialamtes auf den Unterhaltsrückgriff der Kinder soll die Inanspruchnahme der Grundsicherung im Alter fördern - lässt sich heute noch nicht endgültig beurteilen.

Arm bzw. fürsorgebedürftig sind nach wie vor hauptsächlich die älteren Frauen, die - wie in Kapitel 2.5 bereits angedeutet – oft über keine ausreichenden Renteneinkünfte verfügen. In Abb. 14 zeigen sich die Auswirkungen einer für die Frauen seit Jahrzehnten bestehenden ungenügenden Altersvorsorge, die vor allem auf strukturelle Gründe, wie geringe Löhne, Teilzeitarbeit, prekären und geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse, sowie familiären Auszeiten (Kinderbetreuung, Pflege) zurückzuführen sind, wie auch der 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung aufzeigt. Mehr und mehr sind davon jetzt aber auch die Männer betroffen.

Abb. 14



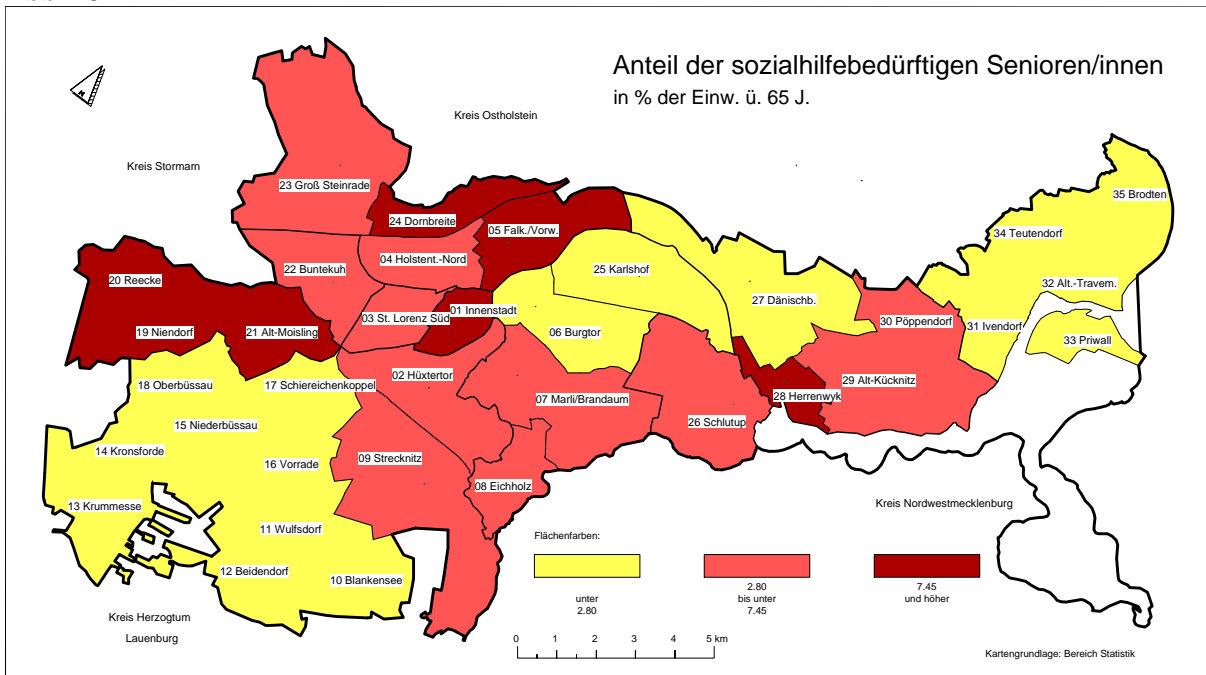
Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Sozialhilfestatistik und Statistische Ämter des Bundes und Länder, Statistik der Empfänger/innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, die Gesundheit der Senioren/innen im Kontext zu ihrer sozialen Umwelt zu untersuchen, um Maßnahmen zu benennen, die negative Einflüsse der Armut auf die Gesundheit der Senioren/innen abstellen bzw. lindern können.

Um Aussagen über die Zusammenhänge zwischen der Armut und der Gesundheit der Lübecker Senioren/innen treffen zu können, werden die Grundsicherungsdaten der Einwohner/innen > 65 J. in Form von Grundsicherungsquoten kleinräumig regionalisiert und mit den gesundheitlichen Diagnosedaten und Untersuchungsbefunden der Senioren/innen korreliert.

Grundlage für diese Untersuchungsmethode ist die sozialräumliche Segregation - die räumliche Trennung der Gesellschaftsschichten - die bewirkt, dass sich das Stadtgebiet in statushöhere und statusniedrigere Wohnquartiere aufteilt. Dabei werden sozialräumliche Unterschiede umso deutlicher, je mehr die soziale Ungleichheit zunimmt und sich die Gesellschaft spaltet.

Abb. 15



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Sozialhilfestatistik 2010

Hinsichtlich der Häufigkeit des Sozialhilfebezugs (Grundsicherung im Alter nach SGB XII) der Senioren/innen zeigen sich innerhalb Lübecks deutliche regionale Unterschiede. Je nach Stadtbezirk liegt die Grundsicherungsquote der über 65-jährigen Einwohner/innen zwischen 0,4 und 11,3 % (siehe Tab. 6). Gemäß der sozialräumlichen Segregation konzentriert sich das Armutproblem bei den Senioren/innen auf ganz bestimmte Stadtgebiete Lübecks, während andere davon quasi unberührt sind.

Tab. 6

Verteilung der Grundsicherungsempfänger/innen im Alter auf die Lübecker Stadtbezirke, 2010					
Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	186	10,5	Dornbreite	131	7,5
Hüxtertor	215	3,4	Burgtor	29	1,2
Strecknitz	64	3,2	Marli/Brandenbaum	301	6,3
St. Jürgen-Land	3	0,4	Eichholz	88	4,7
Moisling	277	11,3	Karlshof	37	2,4
Buntekuh	168	6,9	Schlutup	49	3,6
St. Lorenz Süd	190	7,4	Dänischburg	14	1,4
Holstentor-Nord	211	5,4	Herrenwyk	65	8,7
Falkenfeld/Vorwerk	170	8,3	Kücknitz/Pöppendorf	123	5,2
Gr. Steinrade	23	3,7	Travemünde	136	2,4

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Sozialhilfestatistik 2010

Mit über 7 Grundsicherungsempfänger/innen pro 100 Einw. > 65 J. gehören die Stadtbezirke Moisling, Dornbreite, Falkenfeld Vorwerk, Herrenwyk und die Innenstadt zu Lübecker Stadtbezirken mit der höchsten Altersarmut (s. Abb. 15). Aber auch in den Stadtbezirken St. Lorenz Süd, Buntekuh, Mar-

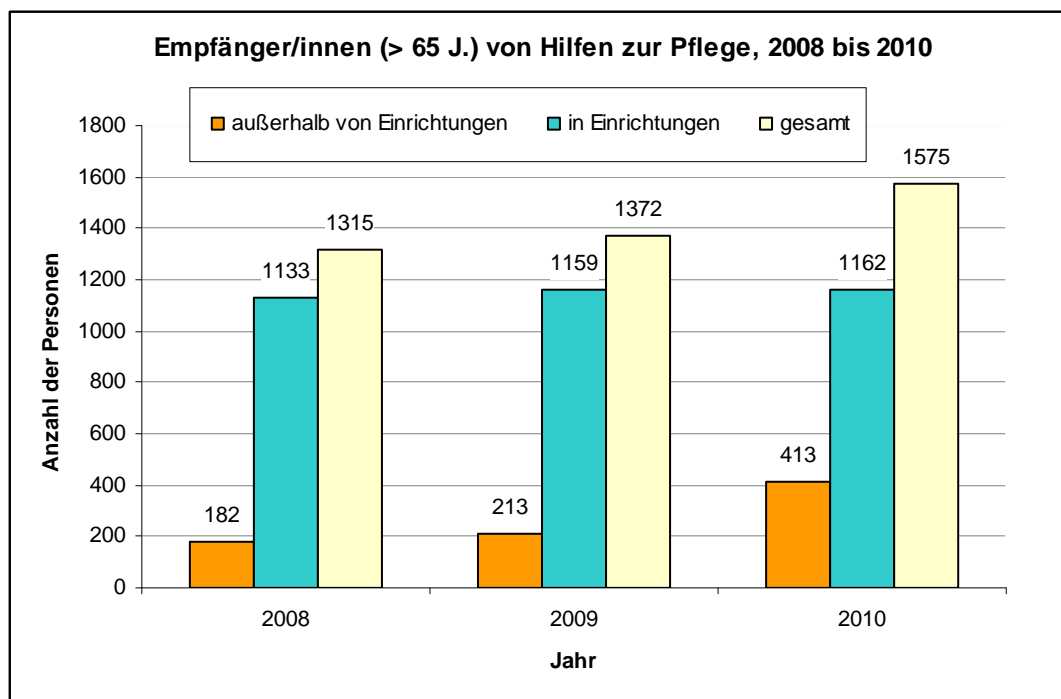
li/Brandenbaum, Holstentor Nord und Kücknitz/Pöppendorf leben überdurchschnittlich viele Senioren/innen (> 5,1 %) von Fürsorgeleistungen.

Vielerorts hat sich die Altersarmut in Lübeck nicht nur erhöht, sondern auch verfestigt. Moisling, Dornbreite, Herrenwyk und die Innenstadt z. B. zählten schon 2001 zu den Stadtbezirken mit den höchsten Sozialhilfequoten der Senioren/innen (s. Abb. 11, Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht 2004, S. 22).

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 (676 € bei Alleinstehende), 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 € 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 Pflegekosten übernimmt. Den anderen Teil muss der/die Pflegebedürftige aus eigenen Mitteln begleichen. Bei nicht ausreichenden finanziellen Ressourcen, die bei stationärer Pflege auch die Unterstützung durch Angehörige beinhaltet, wird der Kostenanteil des/der Pflegebedürftigen ergänzend bzw. vollständig vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Abb. 16



Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Sozialhilfestatistik

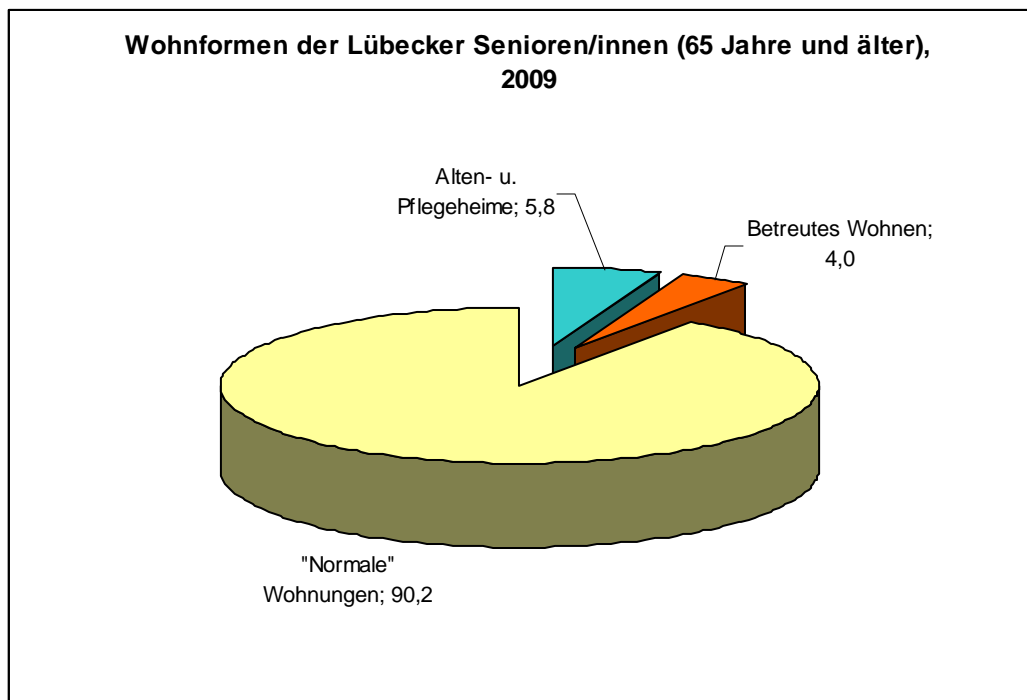
Zwischen 2008 und 2010 hat sich in Lübeck die Zahl der Senioren/innen, die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beziehen, von 1.133 Personen auf 1.162 Personen nur leicht erhöht. Mehr als verdoppelt (um 126 %) hat sich hingegen die Zahl der Senioren/innen, die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen beziehen. Wie viele von den Empfänger/innen der Hilfe zur Pflege ohnehin schon Grundsicherungsempfänger/innen waren, ist nicht bekannt. Die „Aufstockungsquote“ (Hilfe zur Pflege ergänzend zu Pflegeleistungen anderer Sozialversicherungsträger) lag lt. Sonderauswertung des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein in 2008 in Schleswig-Holstein bei 77 %. Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Lübecker Senioren/innen die Hilfe zur Pflege beziehen zwischen 2008 und 2010 um ca. 20 % auf 1.575 Personen (s. Abb. 16).

Dass immer mehr Senioren/innen Hilfe zur Pflege beziehen, kann als Indiz dafür gelten, dass die Alterseinkommen (z. B. Versicherungsrenten) der Lübecker Senioren/innen geschrumpft sind, während sich die Kosten für die Pflege kontinuierlich erhöhen.

2.7. Wohnen im Alter, Wohnformen und Wohnverhältnisse

Trotz einer erkennbaren Tendenz zu sog. neuer altersgerechter Wohnformen leben die meisten älteren Menschen in „normalen“ Wohnungen. Nur etwa 7 % der über 65-jährigen Bevölkerung Deutschlands lebten lt. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Wohnen im Alter, Forschung Heft 147) in 2008 in Sonderwohnformen, wie Heimen, Betreutes Wohnen, Altenwohnungen und anderen neuen alternativen Wohnformen.

Abb. 17



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister und Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2009

In Lübeck stellt sich die Wohnsituation der Senioren/innen aufgrund des hohen Anteils an Pflegeheimbewohner/innen etwas anders dar. Rund 6 % der Einwohner/innen über 65 Jahre leben lt. Pflegestatistik 2009 in Alten- und Pflegeheimen, schätzungsweise 4 % im Betreuten Wohnen. Hier ist jedoch zukünftig zu erwarten, dass diese Zahl ansteigen wird. 90 % Leben in „normalen Wohnungen“. Zu Hause bzw. in „normalen Wohnungen“ und Wohnungen des betreuten Wohnens lebt fast die Hälfte (49,1 %) der über 65-jährigen pflegebedürftigen Einwohner/innen Lübecks. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 69 % (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009) sind das allerdings deutlich weniger. Ob dieses auf eine unzureichende Wohnqualität der Wohnungen der Lübecker Senioren/innen bzw. fehlende altersgerechte Wohnungen zurückzuführen ist, oder andere Faktoren der pflegerischen Versorgung dafür ausschlaggebend sind, darüber liegen dem Gesundheitsamt keine aussagefähigen Daten vor.

Im Gesamtkonzept „Leben und Wohnen im Alter“ bildet das Handlungsfeld Wohnen/Infrastruktur einen Schwerpunkt, der sich mit alters- und generationengerechten Wohnsituation beschäftigt und auch den Fokus auf Wohnanforderungen bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung setzt. Durch Wohnraumanpassung und Unterstützung neuer altersgerechter Wohnungen soll es den Lübecker Senioren/innen ermöglicht werden, bezahlbaren Wohnraum zur Verfügung zu stellen, um möglichst lange und selbstbestimmt leben zu können.

Denn Wohnen ist für ältere Menschen 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. Dieses gilt natürlich umso mehr für die pflegebedürftigen Senioren/innen und die sie betreuenden Angehörigen.

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. Ausgehend von den Wohndaten der Lübecker Wohngeldempfängerhaushalte kann vermutet werden, dass die Qualität der Wohnungen der Lübecker Senioren/innen in Punkto Ausstattung mit Bad und Heizung relativ zufriedenstellend ist. Fast alle Wohnungen (98 %) der über 60-jährigen Wohngeldempfänger/innen verfügen über Bad und Heizung. Die durchschnittliche Wohnfläche der über 60-jährigen Wohngeldempfängerhaushalte lag in 2010 allerdings nur bei 52,63 qm. Um sich auch bei Mobilitätseinschränkungen mit Gehhilfen in der Wohnung bewegen zu können - so das Kuratorium Deutsche Altenhilfe – sollte bei einem Zwei-Personen-Seniorenhaushalt die Wohnungsgröße von 60 qm nicht unterschritten werden.

Im Bereich der Schaffung von altengerechtem Wohnraum wurden in der Hansestadt Lübeck allein durch geförderte Modernisierungsvorhaben oder Neubauten seit 2006 insgesamt ca. 360 Wohnungen mit entsprechenden Zusatzdarlehen für die Zielgruppe erstellt. Derzeit befinden sich in Lübeck 3 mit Landesförderung geförderte Objekte in Bau:

Die GG Trave mbH errichtet im Rahmen eines Ersatzneubaus in Moisling insgesamt 63 Wohnungen, wovon 36 Wohnungen für ältere Menschen gefördert werden. Die Unternehmensgruppe Semmelhaack errichtet einen Erweiterungsbau zum vorhandenen Angebot an Pflegeplätzen und betreuten Wohnungen in Alt Herrenwyk mit insgesamt 60 Wohnungen, wovon 20 Wohnungen gefördert werden. Der Verbund Sozialtherapeutischer Einrichtungen errichtet 20 Wohnungen im Rahmen eines geförderten Wohnprojekts im Hochschulstadtteil. Zielgruppe sind insbesondere ältere psychisch behinderte Menschen beiderlei Geschlechts und Menschen, die schon länger in stationären Wohnheimen leben und den Übergang in eine eigene Wohnung nicht schaffen oder sich noch nicht zutrauen.

Die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten sind durch neue Instrumente in der Wohnungsbauförderung, wie das kommunale Förderbudget, gestärkt worden. Die in diesem Verfahren zugrunde liegenden Kriterien erhalten auch die für die Zielgruppe der Senior/innenhaushalte maßgeblichen Aspekte für die Schaffung bezahlbaren Wohnraums. Im Rahmen des kommunalen Förderbudgets 2001 bis 2014 hat insbesondere die GG Trave mbH eine Vielzahl von Bauvorhaben angemeldet. Die konkrete Planung hinsichtlich der Zielgruppen erfolgt in Abstimmung mit der Hansestadt Lübeck.

Die Flexibilisierung in der Wohnraumförderung bietet mit der Möglichkeit besonderer Kooperationen mit der Wohnwirtschaft ein weiteres Feld kommunaler Einflussnahme, insbesondere auch für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen. Davon wird in Lübeck auch im Sinne der älteren Menschen Gebrauch gemacht.

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.

Im Jahre 2010 (Stichtag 31.12.) haben in Lübeck 1.319 Seniorenhaushalte Wohngeld empfangen. Dabei sind die über 65-jährigen Grundsicherungsempfänger/innen, deren Kosten der Unterkunft mit berücksichtigt werden, nicht mit gezählt worden. Dass viele Senioren/innen zur wirtschaftlichen Sicherung auf Wohngeld angewiesen sind, lässt sich schon daran ablesen, dass fast ein Viertel (24 %) aller Lübecker Haushalte, die ein allgemeines Wohngeld erhalten, Seniorenhaushalte sind. Bezogen auf die Anzahl der Seniorenhaushalte umfasst die Wohngeldquote (Wohngeldempfängerhaushalte pro hundert Haushalte) in Lübeck in 2010 3,8 %. In 2009 lag die Wohngeldquote der Lübecker Seniorenhaushalte bei 3,6 %, in 2008 und 2007 bei 2,9 %.

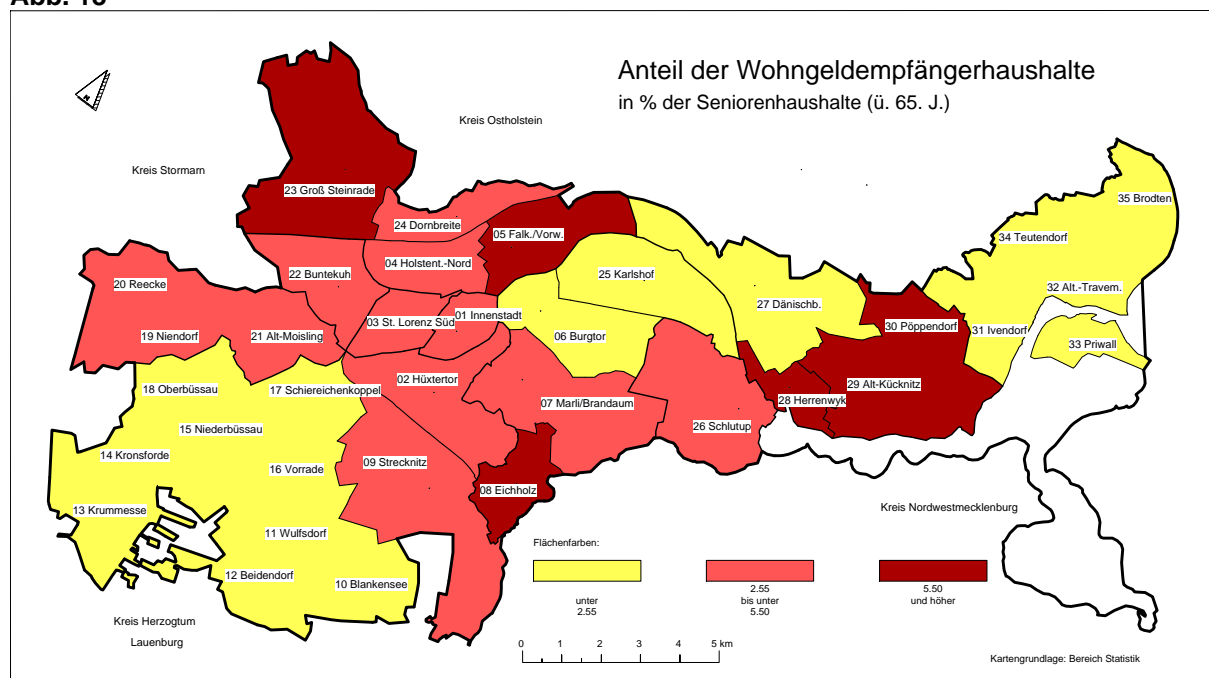
Tab. 7

Über 65-jährige Wohngeldempfänger/innen in den Lübecker Stadtbezirken, 2010					
Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	73	5,3	Dornbreite	36	3,0
Hüxtertor	128	2,8	Burgtor	28	1,5
Strecknitz	36	2,7	Marli/Brandenbaum	145	4,2
St. Jürgen-Land	7	1,4	Eichholz	75	5,7
Moisling	89	5,2	Karlshof	25	2,4
Buntekuh	78	4,6	Schlutup	38	4,0
St. Lorenz Süd	81	4,2	Dänischburg	11	1,7
Holstentor-Nord	96	3,3	Herrenwyk	31	6,1
Falkenfeld/Vorwerk	95	6,7	Kücknitz/Pöppendorf	110	6,6
Gr. Steinrade	41	10,2	Travemünde	96	2,4

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Wohngeldstatistik 2010

Je nach Stadtbezirk ist der Wohngeldbezug der Senioren/innen unterschiedlich ausgeprägt. Die Wohngeldquote der Senioren/innen (Wohngeldempfängerhaushalte pro hundert Haushalte) reicht von 1,4 % in St. Jürgen-Land bis 10,2 % in Gr. Steinrade (s. Tab. 7). In Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Kücknitz/Pöppendorf, Herrenwyk und Eichholz beziehen über 5,5 % der Seniorenhaushalte Wohngeld. Auch in Eichholz und der Innenstadt liegt die Wohngeldquote der Senioren/innen weit über dem städtischen Durchschnitt von 3,8 %.

Abb. 18



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Wohngeldstatistik 2010

Ausgesprochen niedrig (unter 2,5 %) ist die Wohngeldquote der Senioren/innen hingegen in Karlshof, Travemünde, Dänischburg, Burgtor und St. Jürgen-Land (s. Abb. 18).

Wohngeldempfänger/innen gelten zwar im Sinne von Hilfebedürftigkeit allgemein nicht als arm, sind aber gleichwohl armutsgefährdet. In Folge dessen besteht auch ein relativ starker Zusammenhang (Korrelationskoeffizient = 0,5) zwischen der regionalen Wohngeldquote und der regionalen Grundsicherungsquote der Senioren/innen (vgl. Tab. 6 u. Tab. 7).

2.8. Resümee

Die Altenbevölkerung Lübecks befindet sich im Wandel und das nicht nur in Bezug auf demographische Veränderungen, sondern auch in sozialer Hinsicht.

In den letzten 8 Jahren (zwischen 2002 und 2010) hat sich die Zahl der Senioren/innen (Einw. > 60 J.) um 2,8 % erhöht, und wird – so die Bevölkerungsprognose der Hansestadt Lübeck – bis 2025 nochmals um 4,6 % zunehmen. Hauptursachen hierfür sind die gestiegene Lebenserwartung sowie - hinsichtlich der weiteren Entwicklung - die ab 2015 nachwachsenden bevölkerungsstarken Jahrgänge der zwischen 1955 und 1960 Geborenen. Der Anteil der Senioren/innen an der Gesamtbevölkerung Lübecks, der derzeit (2010) bei 28,8 % liegt, wird sich bis 2025 auf 31,3 % erhöhen.

Die Altenbevölkerung wird nicht nur größer, sie wird auch immer älter. Das Durchschnittsalter der Lübecker Senioren/innen (Einw. > 60 J.) hat sich von 71,5 Jahren in 2002 auf 73 Jahre in 2010 erhöht. Während die Altersgruppen der 60- bis 74-Jährigen und der 75- bis 84-Jährigen nur mäßig zugenommen bzw. sogar abgenommen haben, erhöhte sich die Zahl der über 85-Jährigen zwischen 2002 und 2010 um 20,5 %.

Die Lübecker Senioren/innen sind zwar zu über 95 % deutscher Nationalität, gleichwohl haben viele von ihnen einen Migrationshintergrund. Der Anteil der Senioren/innen mit Migrationshintergrund (inkl. der Personen mit Ausländischer Staatsangehörigkeit) liegt derzeit (2010) bei 13,9 %. In 2007 hatten 11,9 % der Lübecker Senioren/innen einen Migrationshintergrund.

Bei den älteren Immigranten/innen Lübecks handelt es sich hauptsächlich (zu 43,9 %) um Personen mit polnischer Herkunft, die zumeist als Aussiedler/innen nach Lübeck gezogen sind. Die zweitgrößte Immigrantengruppe Lübecks stellen mit 13,8 % die Senioren/innen mit türkischer Herkunft. Insgesamt sind die Senioren/innen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt 1,7 Jahre jünger als die einheimische Bevölkerung Lübecks.

Parallel zu den demografischen Veränderungen, haben sich die sozialen Verhältnisse für viele Lübecker Senioren/innen verschlechtert. Die durchschnittlichen Versicherungsrenten der Lübecker Rentnerinnen sind trotz höherer Haushaltsausgaben (Inflationsrate) zwischen 2005 und 2009 nur um 28 € auf 559 € gestiegen, während sie bei den Lübecker Rentnern bei 1.040 € seit Jahren stagnieren. Zudem nimmt die Zahl der Rentner/innen, die eine Minirente von max. 600 € erhalten, kontinuierlich zu. Davon betroffen waren rund 10.000 Lübecker Frauen und rund 3.000 Lübecker Männer. Folglich beziehen auch immer mehr Lübecker Senioren/innen Leistungen der Grundsicherung im Alter. Statt 2,5 %, wie in 2002 - dem Berichtsjahr des ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes – sind heute (2010) mehr als doppelt so viele Lübecker Senioren/innen (5,1 % bzw. 2.480 Personen) auf Sozialhilfeleistungen (Grundsicherung im Alter) angewiesen.

Alleinlebende ältere Menschen sind besonders armutsgefährdet. Ca. 74 % der Grundsicherungsempfänger/innen (2010) leben in Ein-Personen-Haushalten. Insgesamt betrug der Anteil der allein lebenden Senioren/innen in Lübeck in 2010 34,8 % bzw. 21.267 Personen. Davon sind 53 % verwitwet und 25,2 % geschieden. Sofern das Haushaltseinkommen (i. d. R. die Versicherungs- u. Hinterbliebenenrente) das Niveau der Grundsicherung (SGB II bzw. SGB XII) unterschreitet, benötigen viele dieser Menschen oft dauerhaft staatliche Fürsorgeleistungen.

Das Armutsrisiko „Pflegebedürftigkeit“ erhöht die Zahl der Senioren/innen, die Sozialhilfeleistungen benötigen, noch zusätzlich: Wenn die Pflegekosten die Rente übersteigen und die Ersparnisse aufgebraucht sind, wird ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ zumeist unumgänglich. In 2010 bezogen 1.575 pflegebedürftige Senioren/innen vom Lübecker Sozialhilfeträger „Hilfe zur Pflege“. Gegenüber 2008 waren das ca. 20 % mehr Senioren/innen, die diese Art der Sozialhilfe in Anspruch nehmen mussten.

Die Lübecker Senioren/innen leben zu 90 % in „normalen Wohnungen“. In Sonderwohnformen wohnen bisher nur ca. 10 % der Lübecker Senioren/innen, wovon allein ca. 60 % Pflegeheimbewohner/innen sind. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels soll und muss auch die Wohnsituation der Lübecker Senioren/innen betrachtet werden. Ein differenziertes Angebot an alters- und generationengerechten Wohnmöglichkeiten sollte im Rahmen der Zielsetzungen der Sozial-, Alten- und Wohnungspolitik geschaffen werden, um den älteren und pflegebedürftigen Menschen – fast 50 % der

pflegebedürftigen Senioren/innen werden ambulant betreut - einen längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung zu gewährleisten.

Die in diesem Kapitel dargestellten sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen das Handlungsfeld Gesundheit betrachtet wird, bieten gleichzeitig eine Aktualisierung für die anderen Handlungsfelder im Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter*.

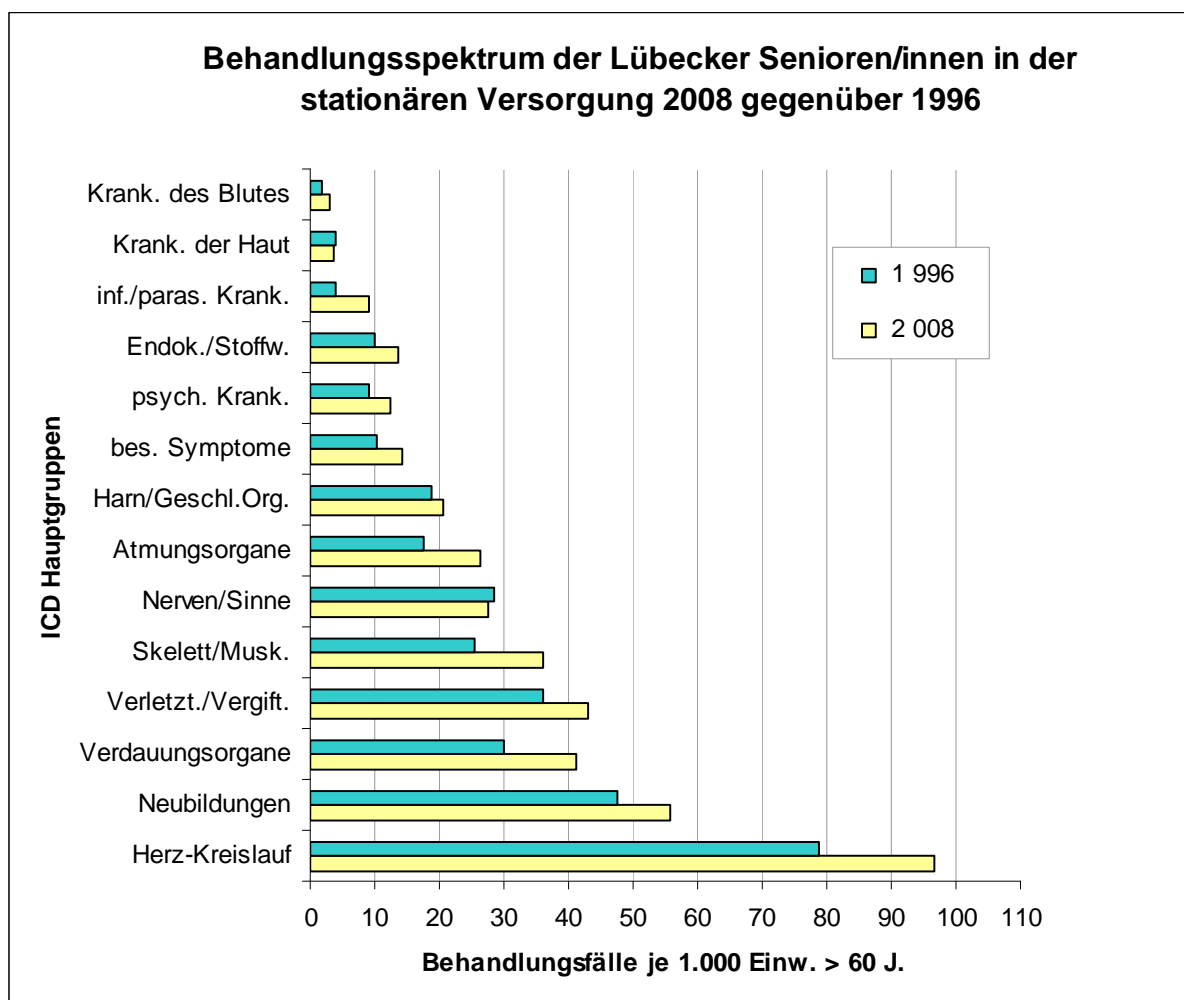
3. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Alter

3.1. Allgemeine Krankenhausanlässe

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung wird die Seniorenbevölkerung immer älter. Auch in Lübeck gibt es unter den Senioren/innen heute mehr alte und hochaltrige Menschen als je zuvor. Mit zunehmendem Alter steigt aber auch das Erkrankungsrisiko, so dass die Krankenhausbehandlungen der Senioren/innen zunehmen. Von den insgesamt 43.956 stationären Behandlungen der Lübecker Einwohner/innen in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern des Jahres 2008 entfielen 24.415 bzw. 55,5 % auf Personen (13.723 Frauen und 10.692 Männer) im Alter von über 60 Jahren. Gegenüber 1996, wo die Zahl der stationären Behandlungen der Lübecker Senioren/innen sich auf 17.431 (10.271 Frauen und 7.160 Männer) belief, der Anteil der Senioren/innen bei den Krankenhausbehandlungen nur 44,5 % umfasste, sind das 6.984 (40 %) stationäre Behandlungen mehr.

Die stationäre Behandlungsquote der Lübecker Senioren/innen lag in 2008 bei 403,6 Behandlungen je 1.000 Senioren/innen. In 1996 entfielen auf 1.000 Senioren/innen 317,5 Behandlungen.

Abb. 19



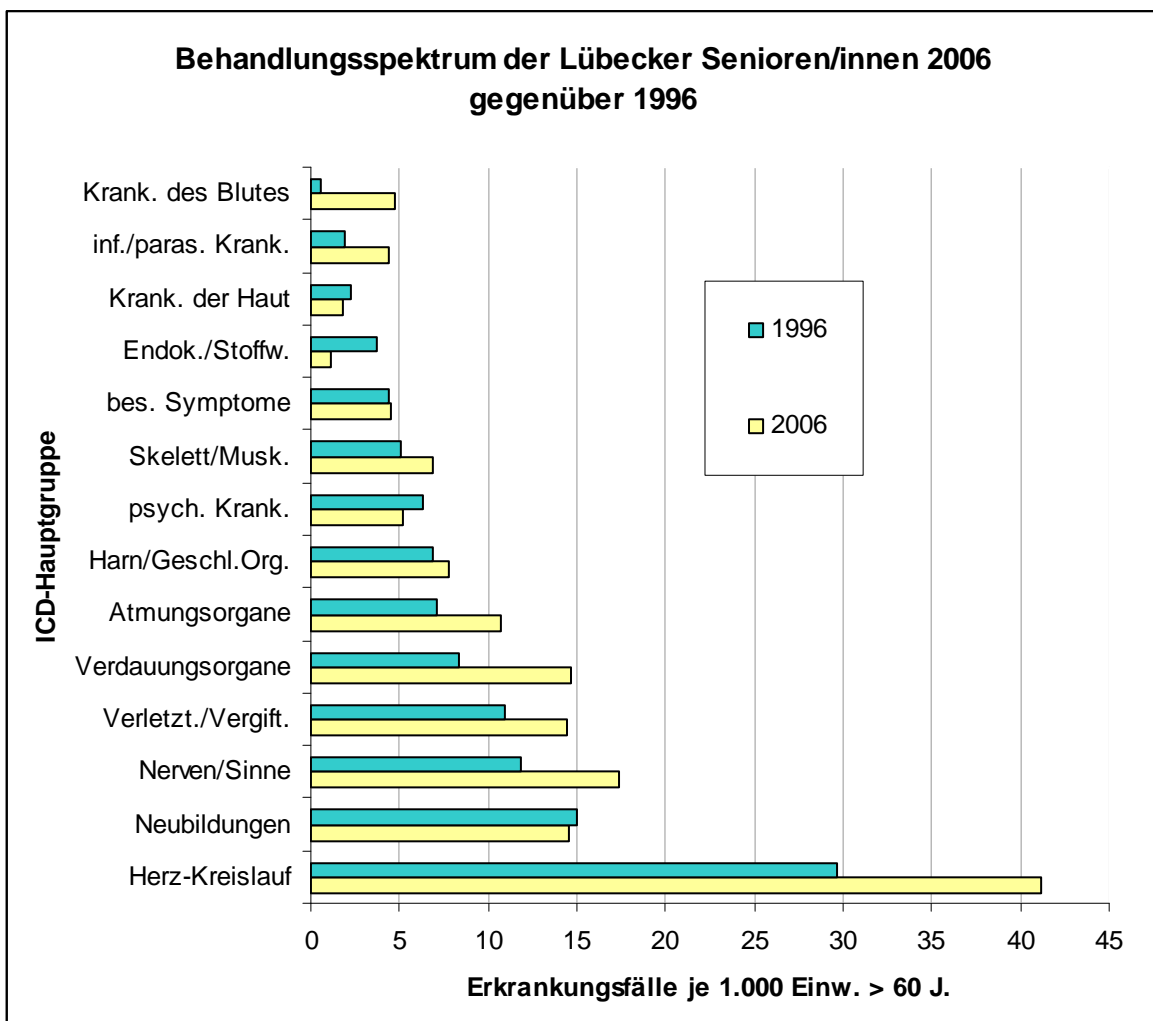
Datenquelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Wie die Zuordnung der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen in die Diagnosehauptgruppen der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) erkennen lässt, haben die Behandlungsfälle der Senioren/innen, abgesehen von Krankheiten der Nerven bzw. Sinne und der

Haut, bei allen Krankheiten zugenommen (siehe Abb. 19). Am häufigsten wurden die Lübecker Senioren/innen 2008, wie schon 1996, aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen stationär behandelt. Die stationäre Behandlungsquote der Herz-Kreislaferkrankungen umfasste in 2008 je 1.000 Einw. > 60 J. 96,7 Behandlungen, gegenüber 1996 mit 78,9 Behandlungen. An zweiter Stelle der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen stehen nach wie vor die Neubildungen (Krebserkrankungen), die sich je 1.000 Einw. > 60 J. von 47,5 Behandlungen in 1996 um 17,2 % auf 55,7 Behandlungen in 2008 erhöht haben. Zugenommen hat die stationäre Behandlungshäufigkeit der Lübecker Senioren/innen u. a. auch bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Skelett- und Muskelerkrankungen und den Erkrankungen der Verdauungsorgane, wobei letztere in 2008 an dritter Stelle der Häufigkeitsskala der Krankenhausbehandlungen der Senioren/innen rangierten.

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 Krankheit im Jahr und wird daher auch mehrfach erfasst – wurden die Behandlungsdaten krankheits- und personenbezogen selektiert. Für die Sekundäranalyse standen dem Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck die Behandlungsdaten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und der Fachklinik AMEOS, Neustadt/Lübeck des Jahres 2006 zur Verfügung, was ca. 70 % der Behandlungsfälle in der Diagnosestatistik des Statistischen Amtes für Hamburg abdeckt.

Abb. 20



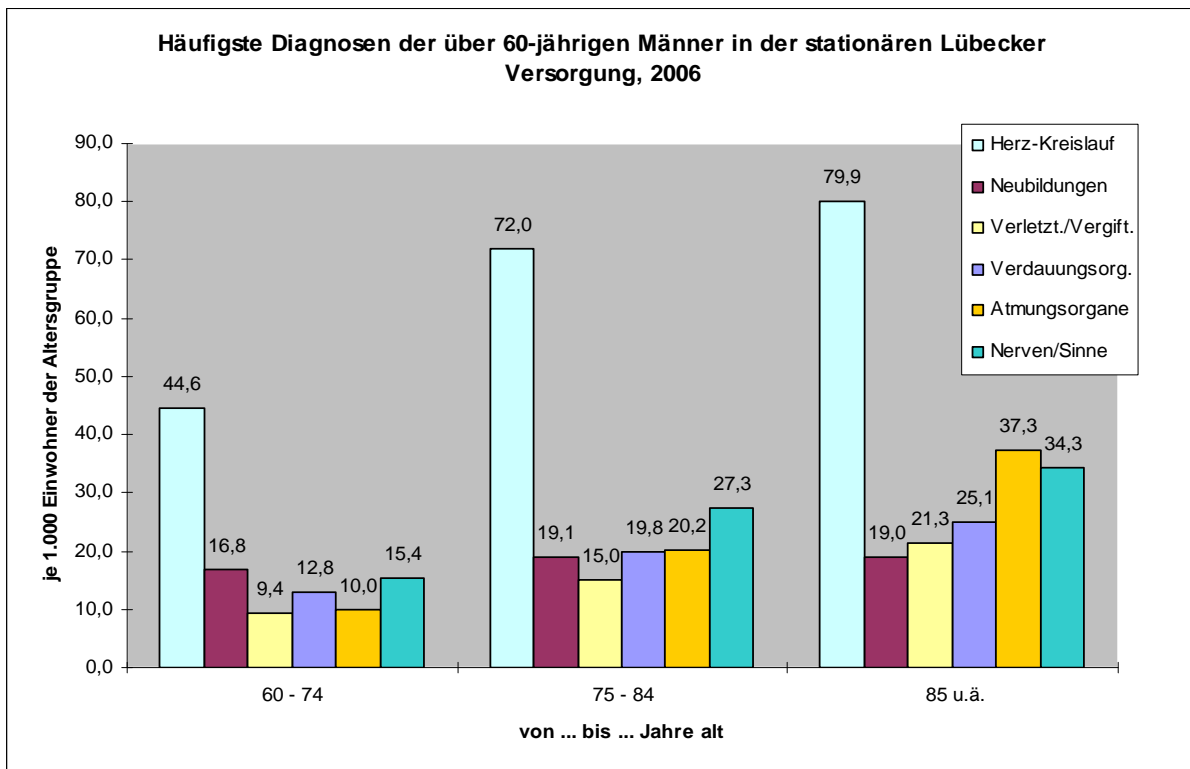
Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

Wie die Zunahme der stationären Erkrankungsfälle in Abb. 20 zeigen, müssen die Lübecker Senioren/innen nicht nur häufiger stationär behandelt werden, sondern sie erkranken offensichtlich auch häufiger. Im Verhältnis zu 1996 hat sich Krankenhauspatientenquote der Lübecker Senioren/innen bezogen auf die o. g. Kliniken von 114,4 auf 152 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2006 erhöht. Dazu hat insbesondere der Anstieg der Herz-Kreislaufferkrankungsfälle beigetragen (s. Abb. 20). Die stationäre Patientenquote der Herz-Kreislaufferkrankungen erhöhte sich von 29,7 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 1996 auf 41,2 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2006 um 38,6 %. Die Krebserkrankungen (Neubildungen) zählten 2006, wie schon 1995, zu den zweithäufigsten stationär versorgten Krankheiten der Lübecker Senioren/innen, wobei die Patientenquote mit 14,5 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2006 gegenüber 1996 (15,0 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J.) relativ konstant geblieben ist.

Zugenommen haben bei den Lübecker Senioren/innen vor allem aber auch die Krankheiten der Nerven und der Sinne, Verletzungen und Vergiftungen, sowie die Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane, wobei die Patientenquote bei den Krankheiten der Nerven und der Sinne um 47,4 % von 11,8 in 1996 auf 17,4 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2006 angestiegen ist. Bei den Verletzungen und Vergiftungen erhöhte sich die Patientenquote um 32,3 % von 10,9 auf 14,4 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J., bei den Krankheiten der Verdauungsorgane um 76 % von 8,4 auf 14,7 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. und bei den Krankheiten der Atmungsorgane um 49,4 % von 7,2 auf 10,7 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J.

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 in 2008 ca. 390 Krankenhausbehandlungen pro 1.000 Frauen > 60 J. entfielen, wiesen die älteren Lübecker Männer in 2008 eine Behandlungsrate von 422 Krankenhausbehandlungen pro 1.000 Männer > 60 J. auf. Bestätigt wird dieses durch den Vergleich der geschlechtsbezogenen Patientenquoten, also den Erkrankungsfällen der jeweiligen Population. In Bezug auf die Diagnosedaten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und der Fachklinik AMEOS, Neustadt war die Patientenquote der Männer mit 168 Erkrankungsfällen je 1.000 Männer > 60 J. gegenüber der der Frauen mit 141 Erkrankungsfällen je 1.000 Frauen > 60 J. in 2006 ebenfalls deutlich höher.

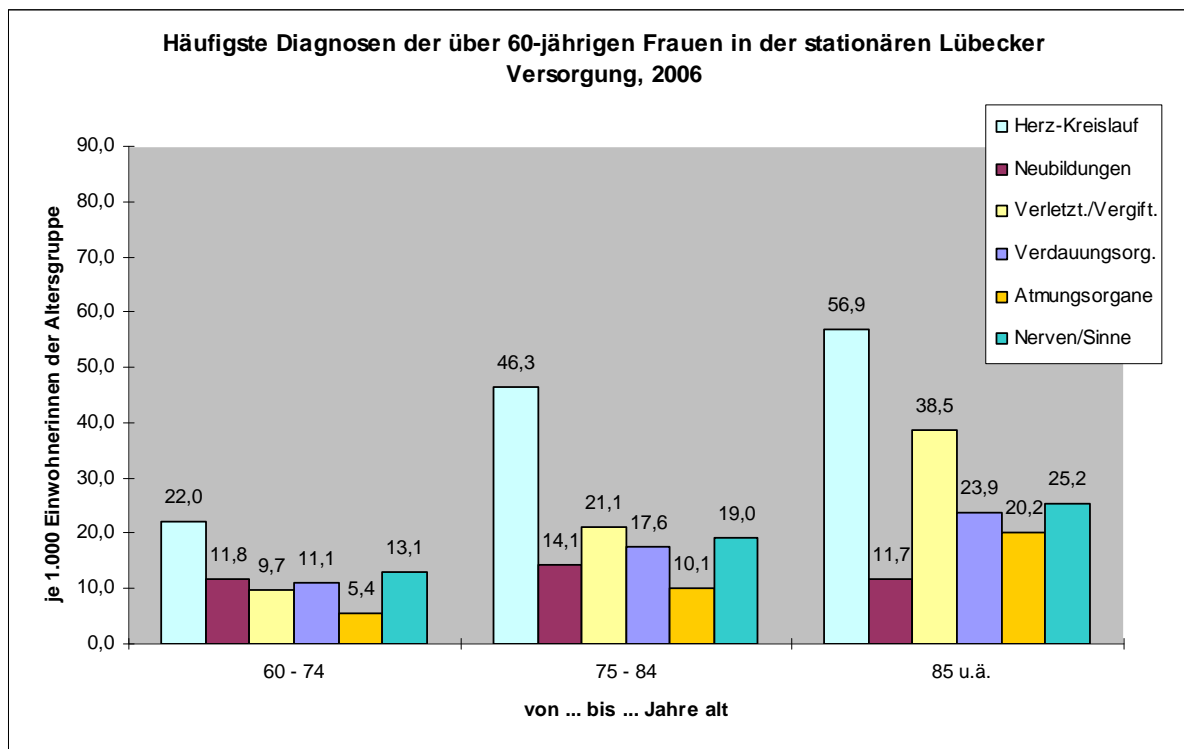
Abb. 21



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

Wird die Anzahl der Behandlungsfälle 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. 21 und 22). Mit zunehmendem Alter nimmt die Morbidität noch weiter zu, allerdings nicht nur bei den älteren Männern, sondern auch bei den älteren Frauen (s. Abb. 21 und 22). Eine Ausnahme bilden die Krebserkrankungen, die bei den über 85-jährigen Senioren/innen, gegenüber den 75- bis 84-jährigen Senioren/innen etwas rückläufig sind.

Abb. 22



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

Die höhere Morbidität der älteren Männer - bezogen auf die o. g. Diagnosehauptgruppen - wird besonders bei den Atmungsorgan- und den Herz-Kreislaufenerkrankungen ersichtlich. Mit 13,7 stationär behandelten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer lag die Patientenquote der Männer bei den Krankheiten der Atmungsorgane um 59 % über der der Frauen (8,6 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen). In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen war die Patientenquote der Männer (20,1 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer) diesbezüglich sogar fast doppelt so hoch, wie die der Frauen (10,1 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen). Bei den am häufigsten stationär behandelten Erkrankungen, den Herz-Kreislaufenerkrankungen, übertraf die Patientenquote der Männer (52,3 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer) die der Frauen (33,4 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen) um 57 %. Der geschlechtliche Unterschied in der Herz-Kreislaufmorbidity zeigt sich besonders in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen. Während in dieser Altersgruppe pro 1.000 Frauen 22,0 Erkrankungsfälle verzeichnet wurden, gab es bei den Männern 44,6 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer.

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 mit zunehmenden Alter sehr viel häufiger von Verletzungen betroffen (vgl. hierzu Abb. 21 und 22). Besonders deutlich wird der geschlechtliche Unterschied bei der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Mit 38,5 Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen war die Patientenquote der über 85-jährigen Frauen in 2006 um über 80 % höher als die der Männer dieser Altersgruppe (21,3 Verlet-

zungsfälle pro 1.000 Männer). Bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen betrug der Unterschied der verletzten Frauen gegenüber den verletzten Männern plus 40,9 %.

3.2. Herz-Kreislaferkrankungen

Die Herz-Kreislaferkrankungen stehen nach wie vor an vorderster Stelle bei den Krankheiten im Alter, wie die Krankenhausbehandlungen der Lübecker Seniorenbevölkerung der Jahre 2008 bzw. 2006 zeigen (s. Abb. 19). Ca. 24 % aller Krankenhausanlässe der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2008 bezogen sich auf Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 I00-I99). Ebenso hoch war der Anteil der Herz-Kreislaufbehandlungen bei den Lübecker Senioren/innen allerdings auch in 1996.

Bei den Herz-Kreislaferkrankungen im Alter- so die Analyse der stationären Herz-Kreislaufdiagnosen der Lübecker Senioren/innen, die im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck behandelt wurden – handelt es sich zum größten Teil (ca. 65 %) um Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße wie z. B. Herzinfarkte und Angina pectoris oder andere Herzkrankheiten wie z. B. Funktionsstörungen der Herzklappen (ICD-10 I20–I52). Eine relativ hohe Bedeutung haben aufgrund des im Alter ansteigenden Blutdrucks (Altershochdruck) auch die Krankheiten der hirnersorgenden Blutgefäße. Ca. 17 % der im Jahre 2006 wegen Herz-Kreislaferkrankungen stationär behandelten Lübecker Senioren/innen litten unter Schlaganfällen oder ähnlichen Erkrankungen der Hirngefäße (ICD-10 I60-I69).

Herz-Kreislaferkrankungen sind klassische Alterskrankheiten, die im Zuge der demografischen Alterung noch weiter zunehmen werden. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Lübecks (33,1 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen) war die Herz-Kreislaufbehandlungsquote der Lübecker Senioren/innen (96,7 Behandlungsfälle pro 1.000 Einwohner/innen) in 2008 fast dreimal so hoch. In 1996 lag die Herz-Kreislaufbehandlungsquote der Lübecker Senioren/innen noch bei 78,9 Behandlungsfällen pro 1.000 Einwohner/innen. 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 2006 lt. Analyse der Diagnosedaten des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck in allen Seniorenltergruppen über dem der älteren Frauen (vgl. Abb. 21 und 22). Am deutlichsten wird der geschlechtliche Unterschied bei den 60 – bis 74-Jährigen. Der Anteil der Männer lag in dieser Altersgruppe bei 44,6 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer, gegenüber dem der Frauen (22,0 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe) um ca. 103 % höher. Nur zum Vergleich: In 1996 machte der geschlechtliche Unterschied in dieser Altersgruppe 70 % aus.

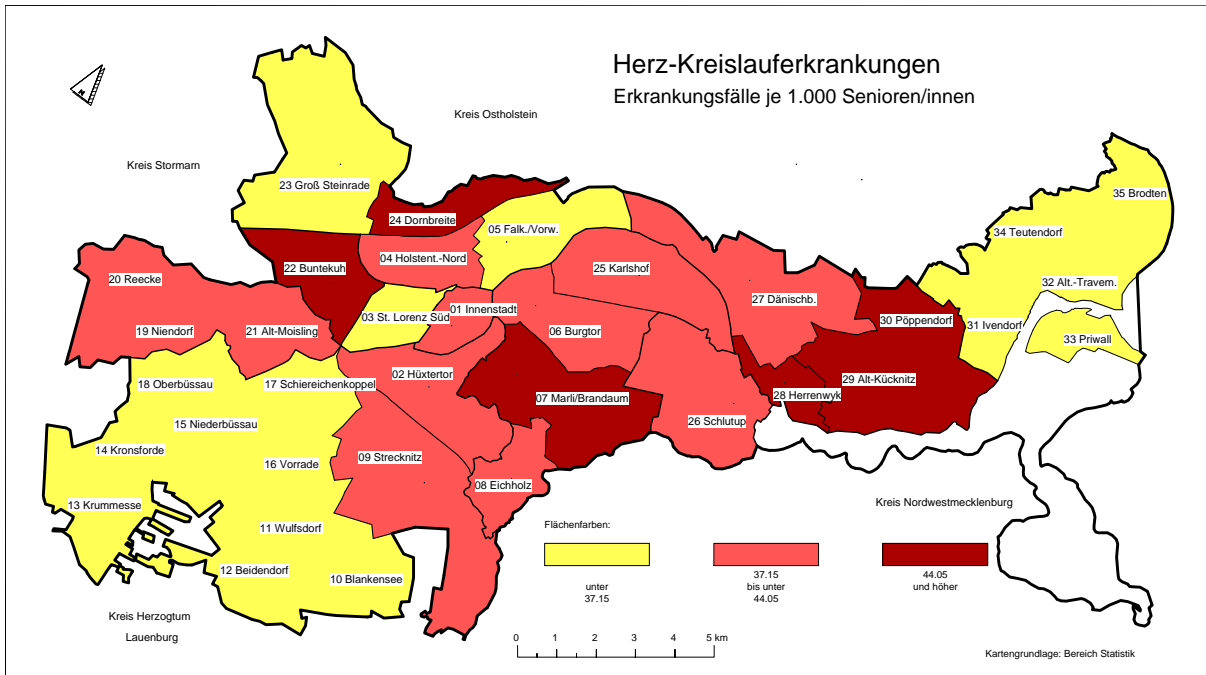
Tab. 8

Herz-Kreislaferkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	41,7	38,7	Dornbreite	55,5	46,5
Hüxtertor	55,9	32,2	Burgtor	45,6	33,8
Strecknitz	42,4	35,9	Marli/Brandenbaum	53,0	38,7
St. Jürgen-Land	9,0	0,0	Eichholz	54,1	31,8
Moisling	48,0	32,5	Karlshof	58,2	33,4
Buntekuh	53,8	42,9	Schlutup	49,4	30,6
St. Lorenz Süd	48,8	26,2	Dänischburg	51,0	28,4
Holstentor-Nord	52,9	37,1	Herrenwyk	72,1	31,9
Falkenfeld/Vorwerk	44,7	28,3	Kücknitz/Pöppendorf	60,2	39,3
Gr. Steinrade	35,4	28,1	Travemünde	53,6	23,5

Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

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 (s. Tab. 8). Bei der männlichen Altenbevölkerung verzeichnete der Stadtbezirk Herrenwyk mit 72,1 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer in 2006 die höchste Patientenquote. Die niedrigste Patientenquote der männlichen Altenbevölkerung wurde in St. Jürgen-Land gemessen (9,0 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer). Zum Vergleich: Im städtischen Durchschnitt entfielen auf 1.000 Männer 52,3 Erkrankungsfälle. Bei der weiblichen Altenbevölkerung, deren durchschnittliche Patientenquote in 2006 bezogen auf die o. g. Kliniken 33,4 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen umfasste, waren mit 46,5 Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen insbesondere die Frauen aus Dornbreite von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen.

Abb. 23



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

Insgesamt - die Erkrankungsfälle der Seniorinnen und Senioren zusammengenommen - finden sich die meisten Herz-Kreislaferkrankungen der Lübecker Senioren/innen hauptsächlich bei den Altenbevölkerungen von Dornbreite, Herrenwyk, Kücknitz/Pöppendorf, Buntekuh und Marli/Brandenbaum (s. Abb. 23). Die Patientenquote der stationär versorgten Senioren/innen lag in diesen Stadtbezirken 2006 zwischen 44,3 und 50,3 Erkrankungsfällen pro 1.000 Senioren/innen, während in St. Jürgen-Land, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, St. Lorenz Süd und Travemünde weniger als 37,2 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. gezählt wurden.

Vergleicht man die regionale Häufigkeitsverteilung der Herz-Kreislaferkrankungen der Senioren/innen von 2006 mit der Häufigkeitsverteilung von 1996, so fällt auf, dass die Stadtbezirke Herrenwyk, Kücknitz/Pöppendorf, Buntekuh und Dornbreite schon damals hohe bzw. erhöhte Patientenquoten aufwiesen und dass das Herz-Kreislaferkrankungsrisiko bei den Senioren/innen der Stadtbezirke St. Jürgen-Land, St. Lorenz Süd und Falkenfeld/Vorwerk am niedrigsten war und ist (vgl. Abb 18, Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht, 2004). Dass die Patientenquote in Marli/Brandenbaum im Gegensatz zu 1996 heute (2006) deutlich höher ausfällt, mag auf eine verstärkte Alterung der Altenbevölkerung und die gestiegene Anzahl von zugezogenen Pflegebedürftigen in Marli/Brandenbaum zurückzuführen sein.

Die Herz-Kreislaferkrankungen der Lübecker Senioren/innen haben offensichtlich auch einen sozialen Hintergrund. In Bezug auf die Armutsquoten der Stadtbezirke lässt sich zwar nur ein mäßiger Zusammenhang zu den Herz-Kreislaferkrankungen der Senioren/innen erkennen, allein die hohen Patientenquoten von Herrenwyk, Kücknitz/Pöppendorf, Dornbreite, Buntekuh und Marli/Brandenbaum - Stadtbezirke mit überdurchschnittlich hohen Armutsquoten (s. Tabellenanhang, Lübecker Armuts- und Sozialbericht, 2008) - deuten jedoch darauf hin, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen sind als sozialökonomisch bessergestellte Senioren/innen.

3.3. Krebserkrankungen

Krebserkrankungen, auch Neubildungen genannt, sind bei den Lübecker Senioren/innen die am zweithäufigsten diagnostizierten Erkrankungsarten, die einer stationären Behandlung bedürfen. Daran hat sich im Zeitverlauf nur wenig geändert. Wie schon 1996, entfielen auch 2008 ca. 14 % aller Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen auf die Behandlung von Krebserkrankungen (ICD-10 C00-D09 und D37-D48).

Allerdings sind die stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren/innen absolut (von 2.561 Behandlungen in 1996, auf 3.368 Behandlungen in 2008) und anteilig (von 47,5 Behandlungen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 1996, auf 55,7 Behandlungen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2008) gestiegen (s. Abb. 19), was - wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt - hauptsächlich auf demographische Ursachen zurückzuführen ist. Denn Krebs 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 zunehmenden Alter auf.

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 Krebsdiagnosen der Lübecker Senioren/innen, die 2006 im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck behandelt wurden – handelt es sich hauptsächlich um Brustkrebs (ICD-10 C50). Jede Fünfte (20 %) der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Seniorinnen des Jahres 2006 bezog sich auf diese Krebsform. Ca. 12 % der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Seniorinnen erfolgten aufgrund von Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (ICD-10 C51-C58) wie z. B. Gebärmutterkrebs. Relativ häufig leiden die älteren Lübecker Frauen auch an Krebserkrankungen der Verdauungsorgane (ICD-10 C15-C26) wie z. B. Darmkrebs. Ausgehend von der Gesamtzahl der wegen Krebserkrankungen stationär behandelten Lübecker Senioren/innen umfasste der Anteil der Krebserkrankungen der Verdauungsorgane bei den über 60-jährigen Lübecker Frauen in 2006 16 %. Bei den über 60-jährigen Männern war der Anteil der Krebserkrankungen der Verdauungsorgane mit 20 % 2006 jedoch noch höher.

Abgesehen von den am häufigsten auftretenden Krebserkrankungen der Verdauungsorgane leiden die älteren Männer hauptsächlich an Krebserkrankungen der Atmungsorgane (ICD-10 C30-C39). Ca. 18 % der im Lübecker Universitätsklinikum stationären behandelten Krebserkrankungen der über 60-jährigen Lübecker Männer des Jahres 2006 bezogen sich auf Krebserkrankungen der Atmungsorgane, allein 82 % davon auf Krebserkrankungen der Bronchien und der Lunge (ICD-10 C34). Noch vor den Krebserkrankungen der Genitalorgane (z. B. Prostatakrebs), auf die sich 8 % der stationären Krebsbehandlungen der älteren Lübecker Männer bezogen, stellte der Hautkrebs die dritthäufigste Krebsform bei den über 60-jährigen Männern dar. Der Anteil der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren, die an Melanomen und sonstigen Hautkrebsarten (ICD-10 C43-C44) erkrankt waren, lag bei ca. 12 %. Mit ca. 11 % war der Anteil Hautkrebskrankungen bei den über 60-jährigen Frauen jedoch nur unwesentlich niedriger.

Insgesamt leiden die älteren Männer häufiger unter Krebserkrankungen als die älteren Frauen. Die personenbezogene Analyse der stationären Krebsbehandlungen der Lübecker Senioren/innen, die 2006 im Lübecker Universitätsklinikum behandelt wurden, ergab für die über 60-jährigen Männer eine Patientenquote von 17 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer. Bei den über 60-jährigen Frauen betrug die Patientenquote 12,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen. Je nach Altersgruppe nimmt der geschlechtliche Unterschied bei der Krebsmorbidity zwischen Männern und Frauen ab bzw. zu (vgl. Abb. 21 und 22). Bei der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen liegt der Anteil der krebserkrankten Männer (16,8 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer) um ca. 42 % über dem der Frauen (11,8 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen). Bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beträgt der Abstand der Männer ca. 35 % (19 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer gegenüber 14 Erkrankungsfällen 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 (11,7 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen) ist die Krebsmorbidity bei den über 85-jährigen Männern (19 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer) um fast 2/3 Drittel (62,7%) höher.

Die anteilig meisten Krebserkrankungen der älteren Männer wurden im Stadtbezirk Buntekuh registriert (26,9 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer > 60 J.), gefolgt von Marli/Brandenbaum mit 24,3 Er-

krankungsfällen pro 1.000 Männer > 60 J.). Die bei den älteren Männern niedrigste Patientenquote der Krebserkrankungen findet sich im Stadtbezirk Gr. Steinrade (5,1 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer > 60 J.). Bei der Krebsmorbidity der älteren Frauen stehen die Stadtbezirke Holstentor Nord und Dornbreite mit über 18 Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen > 60 J.) an vorderster Stelle (s. Tab. 9).

Tab. 9

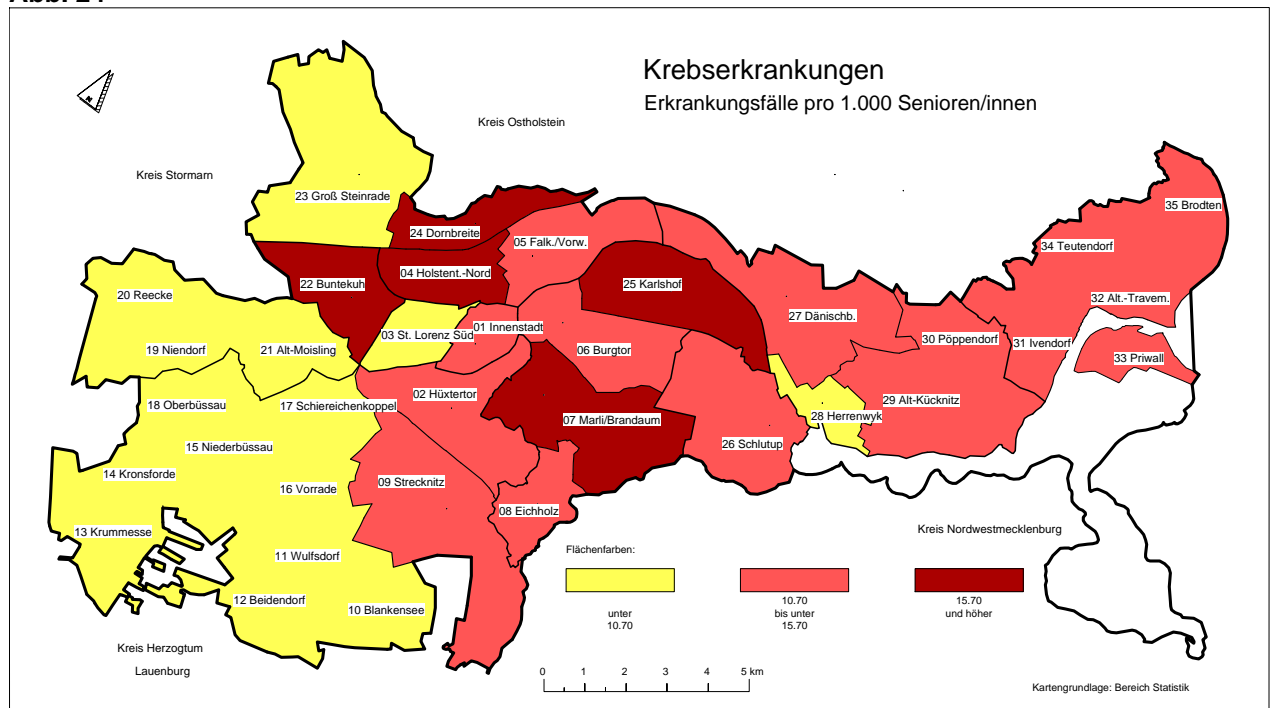
Krebserkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 2006					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	18,4	12,4	Dornbreite	18,5	18,4
Hüxtertor	22,6	11,3	Burgtor	12,7	13,7
Strecknitz	14,5	15,0	Marli/Brandenbaum	24,3	13,1
St. Jürgen-Land	6,8	10,0	Eichholz	11,0	10,9
Moisling	10,2	10,6	Karlschhof	15,8	15,8
Buntekuh	26,9	12,0	Schlutup	16,5	12,7
St. Lorenz Süd	12,2	8,4	Dänischburg	16,5	12,0
Holstentor-Nord	16,5	18,9	Herrenwyk	10,3	4,0
Falkenfeld/Vorwerk	16,1	10,1	Kücknitz/Pöppendorf	16,0	13,5
Gr. Steinrade	5,1	4,0	Travemünde	17,5	10,6

Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Regionalisiert nach Stadtbezirken ergeben sich bei der Krebsmorbidity der Lübecker Senioren/innen (Erkrankungsfälle der Frauen und Männer insgesamt) große Unterschiede. Das Spektrum der Patientenquote reicht von 4,5 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in Gr. Steinrade bis zu 18,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. in Buntekuh und Dornbreite.

Im interregionalen Vergleich zeigt sich, dass in 2006 insbesondere - außer den Senioren/innen aus Buntekuh und Dornbreite - auch die Senioren/innen aus Holstentor Nord, Marli/Brandenbaum und Karlschhof von Krebserkrankungen betroffen waren. Je 1.000 Einw. > 60 J. wurden in diesen Stadtbezirken über 15,7 Erkrankungsfälle registriert. Am wenigsten verbreitet waren - gemessen an den stationären Behandlungsdaten des Lübecker Universitätsklinikums des Jahres 2006 - die Krebserkrankungen bei den Senioren/innen aus Gr. Steinrade, Herrenwyk, St. Jürgen-Land, St. Lorenz Süd und Moisling, mit weniger als 10,7 Erkrankungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. (s. Abb. 24).

Abb. 24



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

3.4. Verletzungen und Vergiftungen

Die ICD-Hauptgruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ (ICD-10 S00-T98) 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.

Wie 1996, erfolgten in 2008 rund 11 % der stationären Behandlungen der Lübecker Senioren/innen auf Grund von Verletzungen und Vergiftungen. Im Verhältnis zu 1996 hat die Zahl der stationär behandelten Verletzungen und Vergiftungen bei den Lübecker Senioren/innen in 2008 jedoch absolut (mit 2.608 Behandlungen in 2008, gegenüber 1.952 Behandlungen in 1996) und anteilig (mit 43,1 Behandlungen pro 1.000 Senioren/innen, gegenüber 36,2 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen in 1996) deutlich zugenommen. Dieser Anstieg ist zumindest teilweise der demografischen Alterung geschuldet, denn mit zunehmendem Alter steigt bei älteren Menschen auch die Verletzungsgefahr.

Bei Senioren/innen haben Unfälle zumeist Knochenbrüche zur Folge. Ca 53,4 % der im Lübecker Universitätsklinikum stationär versorgten Verletzungen und Vergiftungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 bezogen sich auf Knochen- bzw. Schädelfrakturen. An vorderster Stelle bei den Frakturen älterer Menschen stehen der Oberschenkel- und der Oberschenkelhalsbruch (ICD-10 S72). Ca. 36 % der stationär versorgten Frakturen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 erfolgten aufgrund von Knochenbrüchen des Oberschenkels- und des Oberschenkelhalses. Der Anteil der Schulter- und Armbrüche (ICD-10 S42 u. S52) an den Frakturen betrug ca. 21 %, gefolgt von Frakturen der Wirbelsäule, der Rippen und des Beckens (ICD-10 S22 u. S32), die ca. 20 % der stationär versorgten Frakturen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 ausmachten.

Andere Verletzungen wie z. B. Beinverstauchungen, Gehirnerschütterung, Prellungen und Verstauchungen kommen bei älteren Menschen (in der stationären Versorgung) hingegen relativ seltener vor. Der Anteil dieser Diagnosen an den im Lübecker Universitätsklinikum stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen der Senioren/innen lag 2006 bei 21,7 %.

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 2006 machte 3,7 % aus.

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 (53,4 %) an den stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen der Senioren/innen des Jahres 2006 verdeutlicht, sondern auch wesentlich häufiger. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Lübecks, auf die im Jahre 2006 pro 1.000 Einwohner/innen ca. 10 stationär versorgte Verletzungs- und Vergiftungsfälle des Lübecker Universitätsklinikums entfielen, war der Anteil bei der Lübecker Altenbevölkerung mit ca. 14 stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen 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 bereits erwähnt, sind die älteren Frauen häufiger von Unfallverletzungen betroffen. Gegenüber den über 60-jährigen Männern, auf die im Jahre 2006 ca. 11 stationär versorgte Verletzungs- und Vergiftungsfälle pro 1.000 Männer entfielen, lag die Verletzungs- und Vergiftungsquote bei den über 60-jährigen Frauen bei ca. 16 stationär versorgten Verletzungs- und Vergiftungsfällen pro

1.000 Frauen. Am höchsten ist der geschlechtliche Unterschied bei der Altersgruppe der 75 bis 84-Jährigen (21 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer, zu 39 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 zunehmendem 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 Osteoporosemorbidity bei älteren Frauen, wodurch schon bei kleineren Stürzen schwere Frakturen verursacht werden können.

Mit zunehmendem Alter wird das Unfall- und Verletzungsrisiko bei beiden Geschlechtern immer höher (s. Abb. 21 u. 22). Bei den älteren Frauen steigt die Patientenquote von 9,6 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen auf 21,0 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 38,5 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 (9,4 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer) auf den der über 85-Jährigen (21,3 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Männer) um mehr als das Doppelte.

Bezogen auf die Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke ist die Unfall- bzw. Verletzungsrate bei den älteren Frauen im Stadtbezirk Schlutup am höchsten und in St. Jürgen-Land am niedrigsten (s. Tab. 10). Mit 28,5 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Frauen lag die stationäre Patientenquote der älteren Frauen aus dem Stadtbezirk Schlutup in 2006 um ca. 25 % über dem städtischen Durchschnitt (16,6 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Frauen). Die Patientenquote der Seniorinnen aus St. Jürgen-Land (6,0 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Frauen) war im Vergleich zum städtischen Durchschnitt um 64 % niedriger. Bei den älteren Männern sind ebenfalls hauptsächlich die Senioren aus der Innenstadt von Unfällen bzw. Verletzungen betroffen. Mit 20,4 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Männer war die stationäre Patientenquote der älteren Männer in 2006 fast doppelt so hoch wie bei den älteren Lübecker Männern mit insgesamt 11,2 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Männer. Die wenigsten Unfälle bzw. Verletzungen finden sich bei den älteren Männern in St. Jürgen-Land. Mit 4,5 stationär versorgten Verletzungsfällen pro 1.000 Männer war die Patientenquote der männlichen Altenbevölkerung Lübecks hier in 2006 am niedrigsten.

Tab. 10

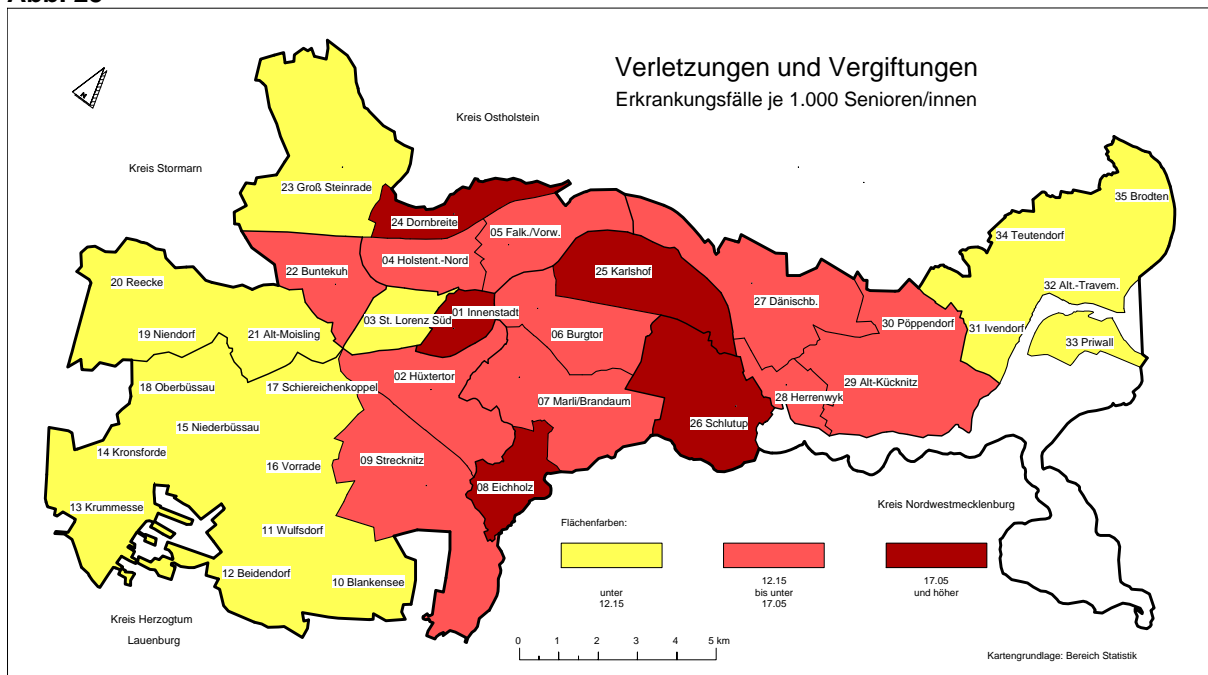
Verletzungen u. Vergiftungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	20,4	20,9	Dornbreite	12,0	22,4
Hüxtertor	11,7	19,0	Burgtor	12,0	20,6
Strecknitz	13,4	16,7	Marli/Brandenbaum	14,3	17,3
St. Jürgen-Land	4,5	6,0	Eichholz	15,0	18,8
Moisling	8,7	14,0	Karlshof	17,0	21,1
Buntekuh	9,7	15,5	Schlutup	8,2	28,5
St. Lorenz Süd	6,1	13,6	Dänischburg	16,5	9,0
Holstentor-Nord	13,6	15,6	Herrenwyk	7,7	23,9
Falkenfeld/Vorwerk	6,3	17,5	Kücknitz/Pöppendorf	12,2	15,6
Gr. Steinrade	5,1	12,0	Travemünde	5,4	8,5

Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Innerhalb des Stadtgebietes variieren die Verletzungs- und Vergiftungsquoten der Lübecker Senioren/innen (Verletzungsfälle der Frauen und Männer insgesamt) zwischen 20,7 und 7,3 Verletzungs- und Vergiftungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. Am meisten Verletzungen- und Vergiftungen erleiden – so die Analyse der Diagnosedaten 2006 des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck – die Senioren/innen aus der Innenstadt, Schlutup, Karlshof, Dornbreite und Eichholz mit Patientenquoten von über 17 Verletzungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 Jahre. Die wenigsten Verletzungen und Vergiftungen verzeichneten in 2006 die Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Travemünde, Gr. Stein-

rade, St. Lorenz Süd und Moisling. Die stationäre Patientenquote umfasste hier max. 12 Verletzungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 Jahre (s. Abb. 25).

Abb. 25



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Aus dem Vergleich (Korrelationsanalyse) der stadtbezirksbezogenen Armutsquotenquoten der Lübecker Altenbevölkerung mit den stadtbezirksbezogenen Verletzungsraten der Lübecker Altenbevölkerung lässt sich – wie damals (s. Lübecker SeniorInnen Gesundheitsbericht 2004, S. 41) - kein wesentlicher Zusammenhang ableiten, der dafür sprechen könnte, dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger von Unfällen bzw. Verletzungen betroffen sind als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen.

Ein etwas stärkerer Zusammenhang – so die Korrelationsanalyse - besteht hingegen zur Einperson-Haushaltequote der Senioren/innen. Dass das Alleinleben der Senioren/innen mit einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko einher geht (weil z. B. struzkritische Tätigkeiten im Haushalt weniger leicht an andere abgegeben werden können), wurde bereits im Lübecker SeniorInnen Gesundheitsbericht 2004 dargestellt und kann mittels der Analyse der stationären Verletzungsdaten der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 nochmals bestätigt werden. In den Lübecker Stadtbezirken mit den meisten alleinlebenden Senioren/innen (Innenstadt, Hüxtertor, Holstentor-Nord, St. Lorenz Süd und Marli/Brandenbaum) war der Anteil der stationär versorgten Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen in 2006, abgesehen von St. Lorenz Süd, überdurchschnittlich hoch (über 14,4 stationär versorgte Verletzungsfälle pro 1.000 Senioren/innen).

3.5. Erkrankungen der Verdauungsorgane

Auch die Erkrankungen der Verdauungsorgane werden bei den Lübecker Senioren/innen immer häufiger. Bei den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 1996 standen die Verdauungsorganerkrankungen mit 29,9 Behandlungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. erst an vierter Stelle, während sie in 2008 (mit 41,1 Behandlungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J.) bereits auf den dritten Rang vorgerückt sind (s. Abb. 19). Jede zehnte Behandlung (10,1 %) der über 60-jährigen Lübecker Krankenhauspatienten/innen des Jahres 2008 erfolgte aufgrund einer Erkrankung der Verdauungsorgane (ICD-10 K00-K93). In 1996 lag der Anteil der Verdauungsorganerkrankungen an den Krankenhausbehandlungen der Lübecker Senioren/innen bei 9,3 %. Absolut ist die Zahl der stationären Behandlungen der Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen jedoch um 54 % von 1.613 Behandlungen in 1996, auf 2.485 Behandlungen in 2008 angestiegen.

Wie bei den meisten anderen Erkrankungsarten, so sind auch bei den Verdauungsorganerkrankungen hauptsächlich die älteren Menschen betroffen. Gegenüber der Behandlungsquote der Gesamtbevölkerung Lübecks von 20,6 Behandlungsfällen war die Behandlungsquote bei den Senioren/innen mit 41,1 Behandlungen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2008 mehr als doppelt so hoch.

Die Ursachen für die Erkrankungen der Verdauungsorgane sind allgemein sehr vielschichtig. Einige Verdauungsorganerkrankungen der Senioren/innen, wie z. B. Magengeschwüre, Leberzirrhose und Gallensteinerkrankungen 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 Verdauungsorgane der Senioren/innen ist auf altersbedingte Veränderungen bzw. Abnahmen der Sekretionen der Speicheldrüsen, des Magens und Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Auch arteriosklerotische Veränderungen an den Eingeweiden und das Nachlassen der Elastizität 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 Darm- und Bauchfellerkrankungen. Fast die Hälfte (47,0 %, bei den Frauen 46,9, bei den Männern 47,3) der 882 stationär versorgten verdauungsorganerkrankten Senioren/innen des Lübecker Universitätsklinikums bezogen sich 2006 auf die Behandlung dieser Organe (ICD-10 K35-K67).

Erkrankungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse sind - gemessen an den Diagnosedaten 2006 des Lübecker Universitätsklinikums - die zweithäufigsten Verdauungsorganerkrankungen bei älteren Menschen. Der Anteil (ICD-10 K70-K86) an den stationär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen betrug 2006 20,5 % (22,5 % bei den Frauen, 17,8 % bei den Männern).

An dritter Stelle der Häufigkeit von Verdauungsorganerkrankungen von älteren Menschen stehen Erkrankungen des Magens, der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms. Ca. 17 % (15 % bei den Frauen und 20 % bei den Männern) der 2006 im Lübecker Universitätsklinikum stationär versorgten Verdauungsorganerkrankungen der Lübecker Senioren/innen entfielen auf die Diagnosegruppe ICD-10 K20-K31 (Krankheiten des Magens, der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms).

Besonders häufig leiden ältere Menschen (vorwiegend Männer) auch unter Leisten- bzw. Eingeweidebrüchen. Jeder Zehnte (11,6 %) der wegen Verdauungsorganerkrankung stationären behandelten Lübecker Männer > 60 J. des Jahres 2006 erfolgte aufgrund eines Leisten- bzw. Eingeweidebrüches. Bei den Lübecker Seniorinnen betrug der Anteil der Leisten- bzw. Eingeweidebrüche ca. 7 %.

Aber 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 2006 in allen Altersgruppen um mindestens 15 % über dem der Seniorinnen (vgl. Abb. 21 und 22). Die Patientenquote der älteren Männer umfasste in 2006 15 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer, die der älteren Frauen lag bei 14 stationär versorgten Erkrankungsfällen 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 in Lübecker Universitätsklinik stationär versorgten Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 lag der Anteil der Erkrankungsfälle bei den über 85-jährigen Männern um ca. 96 % über dem der 60- bis 74-jährigen Männer. Bei den über 85-jährigen

Frauen war der Anteil der stationär versorgten Erkrankungsfälle sogar um ca. 115 % höher als der der Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen Frauen.

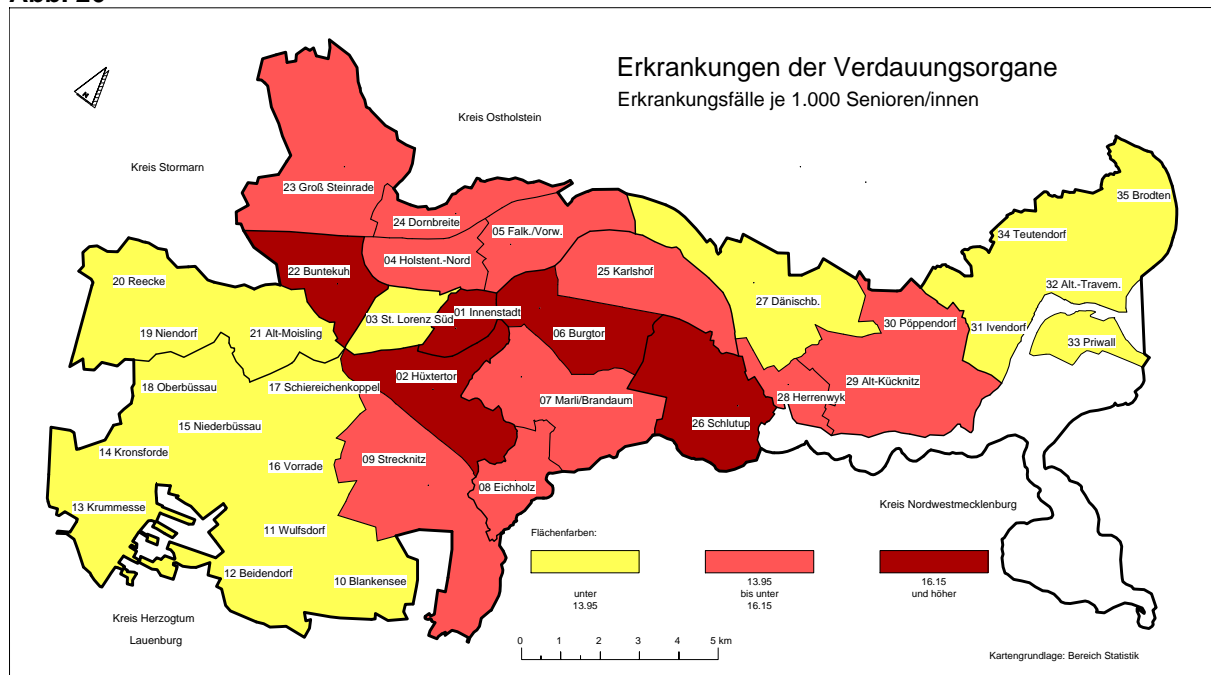
Tab. 11

Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	18,4	19,4	Dornbreite	10,9	18,4
Hüxtertor	16,6	17,2	Burgtor	12,0	19,5
Strecknitz	12,4	16,7	Marli/Brandenbaum	13,9	17,0
St. Jürgen-Land	4,5	6,0	Eichholz	17,0	13,0
Moisling	10,2	9,0	Karlshof	18,2	13,2
Buntekuh	18,7	17,2	Schlutup	27,5	16,9
St. Lorenz Süd	19,1	9,4	Dänischburg	14,8	7,5
Holstentor-Nord	12,6	18,5	Herrenwyk	25,7	6,0
Falkenfeld/Vorwerk	19,7	10,8	Kücknitz/Pöppendorf	16,0	14,0
Gr. Steinrade	12,7	18,0	Travemünde	8,1	8,8

Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Unterschieden nach Stadtbezirken weisen die älteren Männer aus dem Stadtbezirk Schlutup die meisten Verdauungsorganerkrankungen unter der männlichen Altenbevölkerung Lübecks auf (siehe Tab. 11). Mit 27,5 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer lag die Patientenquote der älteren Männer aus dem Stadtbezirk Schlutup in 2006 um ca. 83 % über dem städtischen Durchschnitt (15 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer). Bei den älteren Frauen sind insbesondere die Frauen aus dem Stadtbezirk Burgtor von Verdauungsorganerkrankungen betroffen (siehe Tab. 11). Im Verhältnis zur Patientenquote der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks (14,2 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen) war die der älteren Frauen aus Burgtor (19,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen) 2006 um ca. 34 % höher. Die wenigsten Verdauungsorganerkrankungen finden sich, bezogen auf die männliche Altenbevölkerung, im Stadtteil St. Jürgen-Land (4,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer). Auch bezogen auf die weibliche Altenbevölkerung Lübecks waren die Frauen aus St. Jürgen-Land am wenigsten betroffen (6,0 Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen).

Abb. 26



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Werden die stationären Verdauungsorganerkrankungsfälle der Männer und Frauen zusammengefasst, variieren die Patientenquoten der Stadtbezirke zwischen 5,3 und 21,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Ein. > 60 Jahren. Nach Häufigkeitsstufen geordnet weisen außer der Altenbevölkerung des Stadtbezirkes Schlutup auch die Altenbevölkerungen von Burgtor, Hüntertor, Buntekuh und der Innenstadt erhöhte Patientenquoten bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane auf (siehe Abb. 26). Der Anteil der im Lübecker Universitätsklinikum stationär versorgten Senioren/innen dieser Stadtbezirke umfasste im Jahre 2006 mehr als 16,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 Jahre, wobei der erhöhte Anteil der Erkrankungsfälle der Altenbevölkerung von Burgtor, und Schlutup auch auf das höhere Erkrankungsrisiko der überdurchschnittlich alten Altenbevölkerung zurückzuführen ist.

Am wenigsten verbreitet sind Verdauungsorganerkrankungen - ausgehend von den stationären Behandlungsdaten der Lübecker Universitätsklinik 2006 – bei den Senioren/innen der Stadtbezirke St. Jürgen Land, Travemünde, Moisling, Dänischburg und St. Lorenz Süd. Der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen lag in diesen Stadtbezirken seinerzeit unter 13,9 Behandlungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 Jahre. Im städtischen Durchschnitt (Gesamtstadt) lag der Anteil der stationär behandelten Senioren/innen im Jahre 2006 bei 14,7 Behandlungsfällen pro 1.000 Senioren/innen.

3.6. Psychiatrische Erkrankungen

Mit der höheren Lebenserwartung, besonders bei den Hochbetagten, kommt den psychiatrischen Erkrankungen, zu denen auch dementielle Erkrankungen zählen, eine für die Altenbevölkerung wachsende Bedeutung zu. Das zeigt sich u. a. auch bei den stationären psychiatrischen Behandlungen der Lübecker Senioren/innen, deren Zahlen sich zwischen 1996 und 2008 von 498 auf 792 um über 50 % erhöht haben. Die stationäre psychiatrische Behandlungsquote der Lübecker Senioren/innen stieg von 9,2 Behandlungsfällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 1996, auf 12,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2008 an.

Untersuchungen zur Folge, leiden ältere Menschen insgesamt gesehen aber nur unwesentlich häufiger an psychischen Störungen als jüngere Erwachsene. Ausgehend von den stationären Krankenhausbehandlungen der Lübecker Bevölkerung des Jahres 2008 war die Behandlungsquote der psychiatrischen Erkrankungen bei den Senioren/innen (12,4 Behandlungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J.) sogar niedriger als die der Gesamtbevölkerung Lübecks (19,3 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-10 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 (ausschließlich stationäre Behandlungsdaten) hier nicht konkret ermittelt werden kann - bestehen große Unterschiede im Krankheitsspektrum. Bei den psychiatrischen Erkrankungen älterer Menschen handelt es sich – so die Analyse der Diagnosedaten 2006 des Lübecker Universitätsklinikums und der AMEOS Fachklinik Neustadt/Lübeck – zu ca. 27 % um organische Hirnkrankheiten und Hirnfunktionsstörungen (z. B. senile Demenz, Hirnorganisches Psychosyndrom). Ca. die Hälfte der psychiatrischen Erkrankungen der älteren Menschen sind psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne, wie z. B. Depressionen und Schizophrenien. Der Anteil der „nichtorganischen Psychosen“ (ICD-10 F20-F39) an den stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen umfasste im Jahre 2006 45 %.

Auffallend häufig leiden ältere Menschen - zu 60 % handelt es sich dabei um Männer - auch an alkohol- bzw. medikamentenbedingten psychiatrischen Erkrankungen. Jede Zehnte (11,3 %) stationär versorgte psychiatrische Erkrankung der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2006 erfolgte auf Grund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19).

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 ein Großteil der psychiatrischen Erkrankungen der älteren Menschen („organische Psychosen“ bzw. dementielle Erkrankungen) hauptsächlich auf altersbedingte organische Abbauprozesse zurückzuführen.

Insgesamt, unabhängig von den Klassifikationen der psychiatrischen Krankheiten, bestehen geschlechtliche bzw. altersspezifische Unterschiede, so die Analyse der Diagnosedaten 2006 des Lübecker Universitätsklinikums und der AMEOS Fachklinik Neustadt/Lübeck. Zwar leiden ältere Männer (> 60 J.) insgesamt (alle Diagnosen zusammengenommen) etwas häufiger unter psychiatrischen Erkrankungen als ältere Frauen - die Patientenquote der stationär versorgten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Senioren lag mit 5,3 Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer in 2006 durchschnittlich um ca. 6 % über der der Lübecker Seniorinnen (5,0 stationär versorgte Behandlungsfälle pro 1.000 Frauen) - im Laufe des Alters nehmen die psychiatrischen Erkrankungen – vorwiegend auf Grund der Zunahme von demenziellen Erkrankungen – hauptsächlich aber nur bei den älteren Frauen noch weiter zu. Mit 8,5 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen war die Patientenquote der Frauen > 85 J. gegenüber der der Frauen von 60 bis 74 J. in 2006 mehr als doppelt so hoch. Die Patientenquote der Männer > 85 J. lag mit 5,3 psychiatrischen Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer hingegen in etwa gleichauf mit der der Männer von 60 bis 74 J. (5,1 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer).

Tab. 12

Psychiatrische Erkrankungen in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 SeniorInnen, 2006					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	10,7	6,2	Dornbreite	3,3	11,2
Hüxtertor	5,0	4,7	Burgtor	3,7	5,7
Strecknitz	5,2	5,0	Marli/Brandenbaum	5,2	4,7
St. Jürgen-Land	0,0	2,0	Eichholz	8,0	4,3
Moisling	3,9	6,2	Karlshof	2,4	2,6
Buntekuh	2,2	2,9	Schlutup	2,7	7,4
St. Lorenz Süd	2,3	3,1	Dänischburg	3,3	4,5
Holstentor-Nord	8,7	6,3	Herrenwyk	0,0	12,0
Falkenfeld/Vorwerk	9,8	3,4	Kücknitz/Pöppendorf	3,0	6,5
Gr. Steinrade	10,1	6,0	Travemünde	4,3	5,7

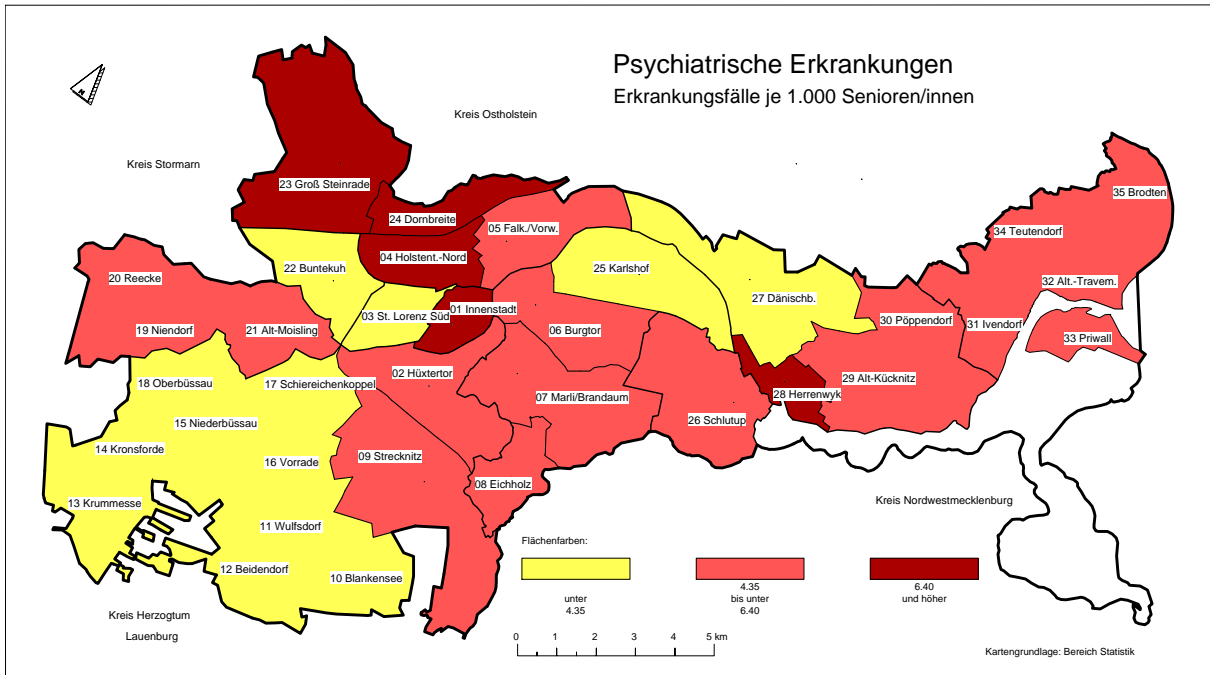
Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

Unterschieden nach Stadtbezirken, weisen - abgesehen von der männlichen Altenbevölkerung aus Gr. Steinrade, deren hohe Patientenquote 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 (s. Tab. 12). Mit 10,7 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer > 60 J. waren die älteren Männer aus der Innenstadt in 2006 etwa doppelt so häufig psychiatrisch erkrankt, wie durchschnittlich insgesamt die älteren Männer Lübecks (5,1 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Männer). Die wenigsten psychiatrischen Erkrankungen finden sich, abgesehen von den älteren Männern aus St. Jürgen-Land und Herrenwyk, die in 2006 keine stationär versorgten Erkrankungsfälle verzeichneten, bei den älteren Männern in Buntekuh und St. Lorenz Süd mit nur 2,2 bzw. 2,3 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Männer > 60 Jahren.

Bei den älteren Frauen waren in 2006 die psychiatrischen Erkrankungen in Herrenwyk und Dornbreite am häufigsten verbreitet. Gegenüber dem städtischen Durchschnitt (5,3 stationär versorgte Erkrankungsfälle pro 1.000 Frauen > 60 J.) waren die Patientenquote der älteren Frauen aus Herrenwyk und Dornbreite mit 12 bzw. 11,2 stationär versorgte Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen > 60 J. in 2006 um mehr als das Doppelte (126 %) höher als im städtischen Durchschnitt. Dagegen traten im Jahre 2006 bei den älteren Frauen aus St. Jürgen-Land und Karlshof 2006 die wenigsten psychiatrischen Erkrankungen (2,0 bzw. 2,6 stationär versorgten Erkrankungsfällen pro 1.000 Frauen) auf.

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 Herrenwyk, Dornbreite, Gr. Steinrade, Holstentor Nord und der Innenstadt am häufigsten erkranken (s. Abb. 27). Der Anteil der stationär versorgten Senioren/innen betrug hier im Jahre 2006 mehr als 6,4 Erkrankungsfälle pro 1.000 Senioren/innen, wobei die vielen psychiatrischen Erkrankungen in Herrenwyk 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 St. Jürgen-Land, Karlshof, Buntekuh, St. Lorenz Süd und Dänischburg. Die Patientenquote der in der Lübecker Universitätsklinik und der AMEOS Fachklinik Neustadt/Lübeck in 2006 stationär versorgten Senioren/innen belief sich hier maximal auf 4,4 Erkrankungsfälle pro 1.000 Senioren/innen.

Abb. 27



Datenquelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und AMEOS Fachklinik, Neustadt

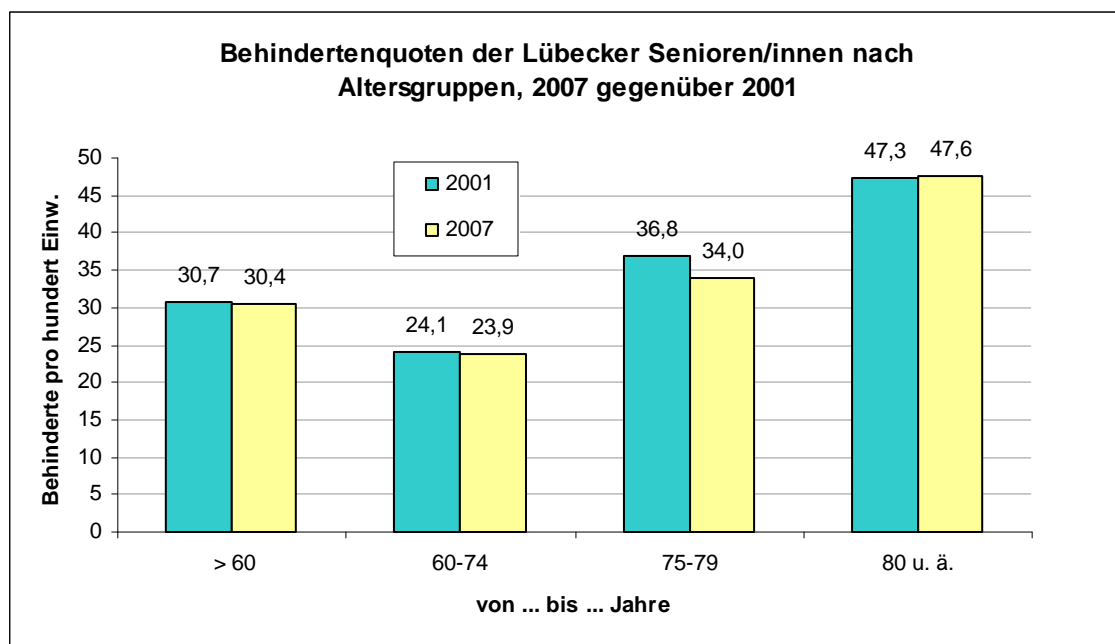
Beim Vergleich der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfedichte der Lübecker Altenbevölkerung (Grundsicherungsempfänger/innen SGB XII in % der Einw.> 65 J.) mit der stadtbezirksbezogenen Patientenquote der psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Altenbevölkerung (Korrelationsanalyse), zeigt sich ein mäßiger Zusammenhang ($r = 0,5$), der besagt, dass bei dem psychiatrischen Erkrankungsrisiko gewisse soziale Unterschiede bestehen. Allein die Tatsache, dass keiner der Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte eine niedrige Patientenquote aufweist, mag darauf hindeuten dass sozialökonomisch schlechter gestellte Senioren/innen häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sein können als sozialökonomisch besser gestellte Senioren/innen.

3.7. Behinderungen

Entsprechend der im Alter zunehmenden Morbidität sind die Behinderungen in der Altenbevölkerung besonders stark verbreitet. Von den in Lübeck lebenden 25.616 Schwerbehinderten im Jahre 2007 (Stichtag 31.12.) waren 18.326 (8.211 Männer und 10.115 Frauen) oder 71,5 % über 60 Jahre alt. Im Zeitverlauf von sechs Jahren ist die Behindertenquote der Lübecker Senioren/innen mit 30,4 Behinderten pro 100 Einw. > 60 J. in 2007, zu 30,7 Behinderten pro 100 Einw. > 60 J. in 2001 relativ konstant geblieben (s. Abb. 28). Zum Vergleich: Mit 4,7 % Behinderten pro 100 Einw. < 60 J. war die Behindertenquote der unter 60-jährigen Bevölkerung Lübecks in 2007, wie schon in 2001 um das Fünfeinhalbfache niedriger.

Sind die Senioren/innen schon wesentlich häufiger von Behinderungen betroffen als die jüngeren Menschen, so gilt dieses erst recht für die alten und sehr alten Senioren/innen. Wie die Behindertenquoten der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2007 in Abb. 28 zeigen, nimmt der Anteil der Behinderten mit steigendem Alter von 23,9 % bei den 60- bis 74-Jährigen, über 34,0 % bei den 75- bis 79-Jährigen, bis auf 47,6 % bei den über 80-Jährigen kontinuierlich zu. Im Verhältnis zu 2001 ist die Behindertenquote bei den 75- bis 79-Jährigen in 2007 von 36,8 auf 34,0 Behinderte pro 1.000 Einw. dieser Altersgruppe leicht geschrumpft. In allen anderen Altersgruppen stagnieren die Behinderungsquoten (s. Abb. 28).

Abb. 28

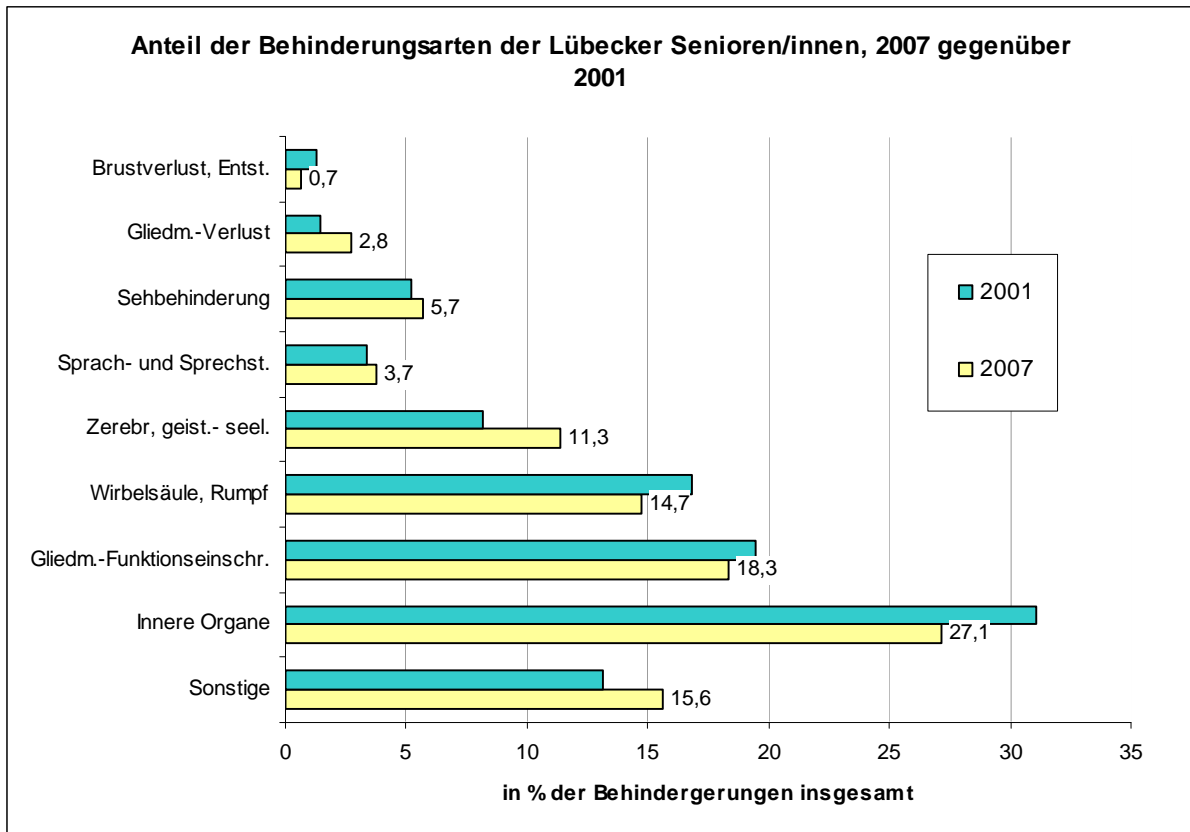


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007u. 2001

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 ist um ca. 4 Prozentpunkte von ca. 31 % in 2001 auf 27,1 % zurückgegangen. Im Verhältnis zu anderen Behinderungsarten haben bei den Lübecker Senioren/innen auch die Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen, der Wirbelsäule und des Rumpfes - deren Anteile statt 19,5 bzw. 16,8 % in 2001, jetzt (2007) 18,3 bzw. 14,7 % umfassen – abgenommen. Zugenommen haben hingegen die zerebralen

und geistig-seelischen Behinderungen deren Anteil zwischen 2001 und 2007 von 8,2 auf 11,3 % angestiegen ist (s. Abb. 29).

Abb. 29



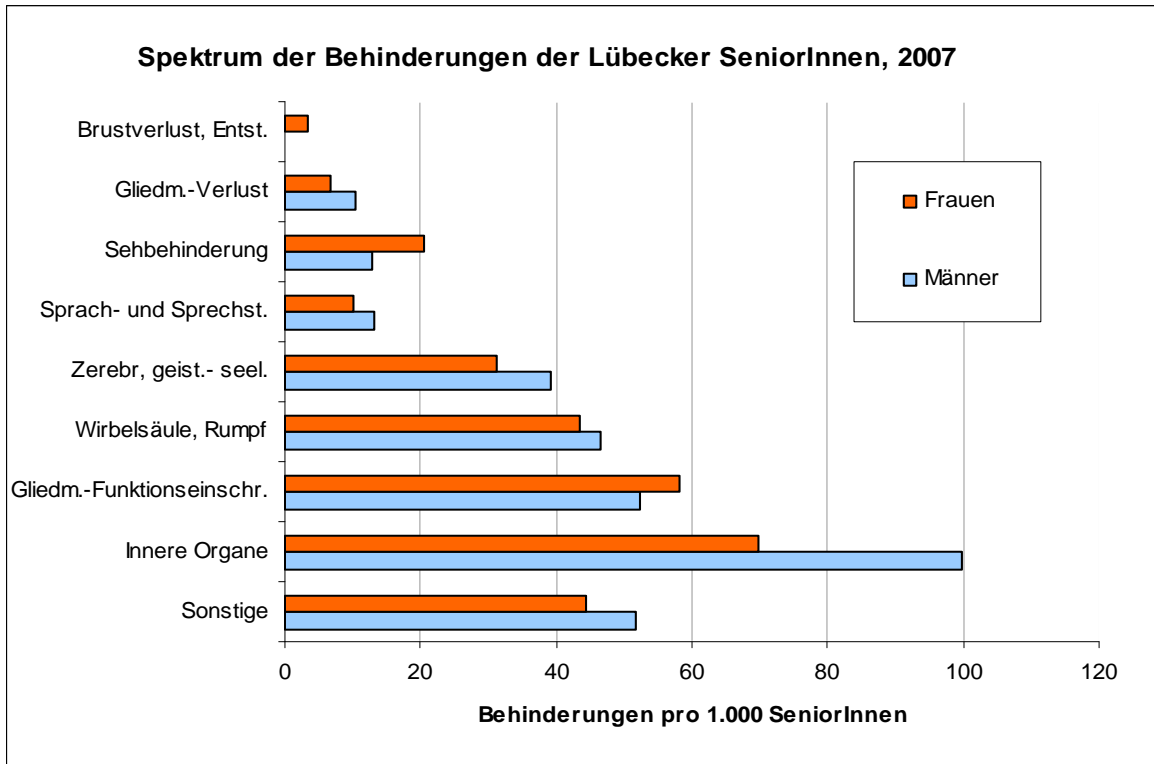
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007u. 2001

Wie schon 2001 sind die älteren Lübecker Männer von Behinderungen immer noch häufiger betroffen als die älteren Lübecker Frauen. Gegenüber den älteren Lübecker Frauen (287,4 Behinderte pro 1.000 Frauen > 60 J.) lag der Behindertenanteil bei den älteren Lübecker Männern (326,4 Behinderte pro 1.000 Männer > 60 J.) im Jahre 2007 insgesamt um ca. 13 % höher.

Gemäß der Häufigkeitsverteilung der Behinderungsarten der Lübecker Senioren/innen in Abb. 29 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 (69,8 Behinderte pro 1.000 Frauen > 60 J.), ist bei den älteren Männern (99,8 Behinderte pro 1.000 Männer > 60 J.) – u. a. aufgrund der höheren Herz-Kreislaufmorbidity der männlichen Altenbevölkerung - besonders stark ausgeprägt (vgl. hierzu Abb. 21 u. 22 Krankenhausdiagnosen).

Weitere größere geschlechtliche Unterschiede hinsichtlich der Behinderungsarten bestehen bei den zerebralen - und den geistig-seelischen Behinderungen, deren Quote bei den Männern (39,1 Behinderungen pro 1.000 Männer > 60 J.) um 25 % über der der Frauen (31,1 Behinderungen pro 1.000 Frauen > 60 J.) liegt. Bei den Sehbehinderungen übertrifft die Quote der Frauen mit 20,6 Behinderungen pro 1.000 Frauen > 60 J. die der Männer (12,8 Behinderungen pro 1.000 Männer > 60 J.) um ca. 60 %. Ebenso verhält es sich bei Gliedmaßen-Funktionseinschränkungen, von denen die älteren Frauen um ca. 11 % häufiger betroffen sind als die älteren Männer. Bei den älteren Frauen kommen zudem noch die Einschränkungen durch den Verlust der Brust bzw. beider Brüste, die größtenteils tumorbedingt sind, mit einer Quote von 3,3 Behinderungen pro 1.000 Frauen > 60 J. zum Tragen (s. Abb. 30).

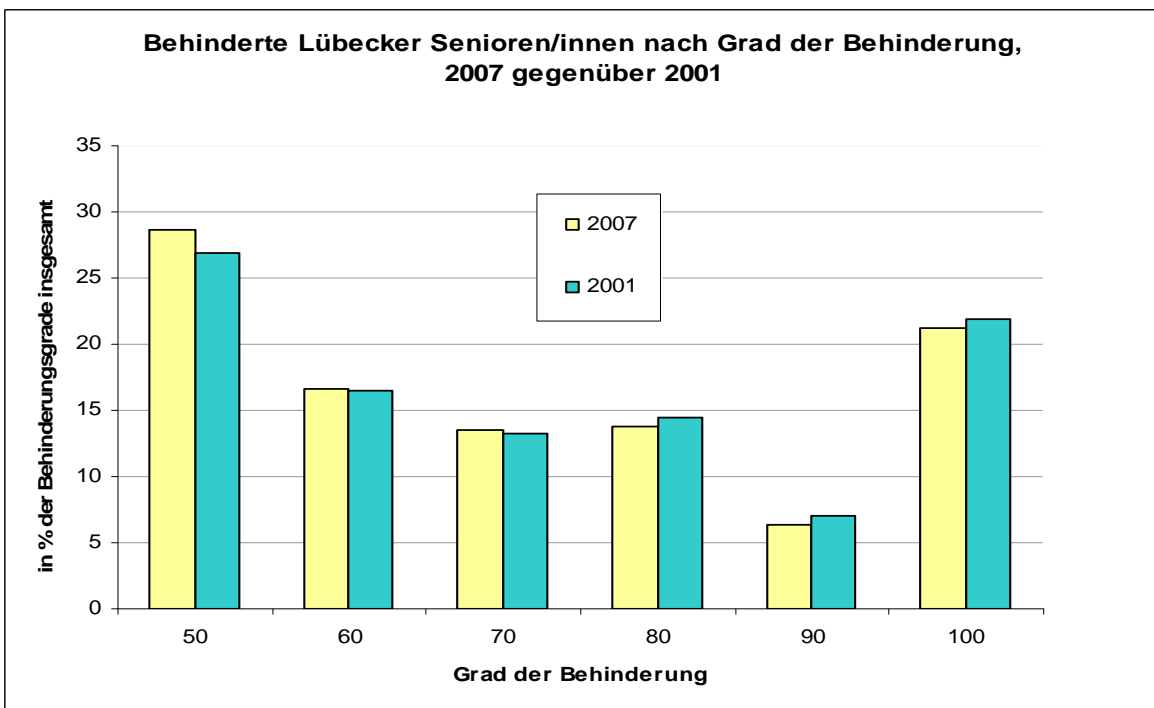
Abb. 30



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007

Mit den Verschiebungen innerhalb des Spektrums der Behinderungsarten (z. B. mehr zerebrale und geistig-seelische Behinderungen und weniger Behinderungen auf Grund von Funktionseinschränkungen der inneren Organe bzw. Organsysteme) zwischen 2001 und 2007 hat sich offenbar auch etwas an den Ausprägungen der Behinderungen der Senioren/innen geändert.

Abb. 31

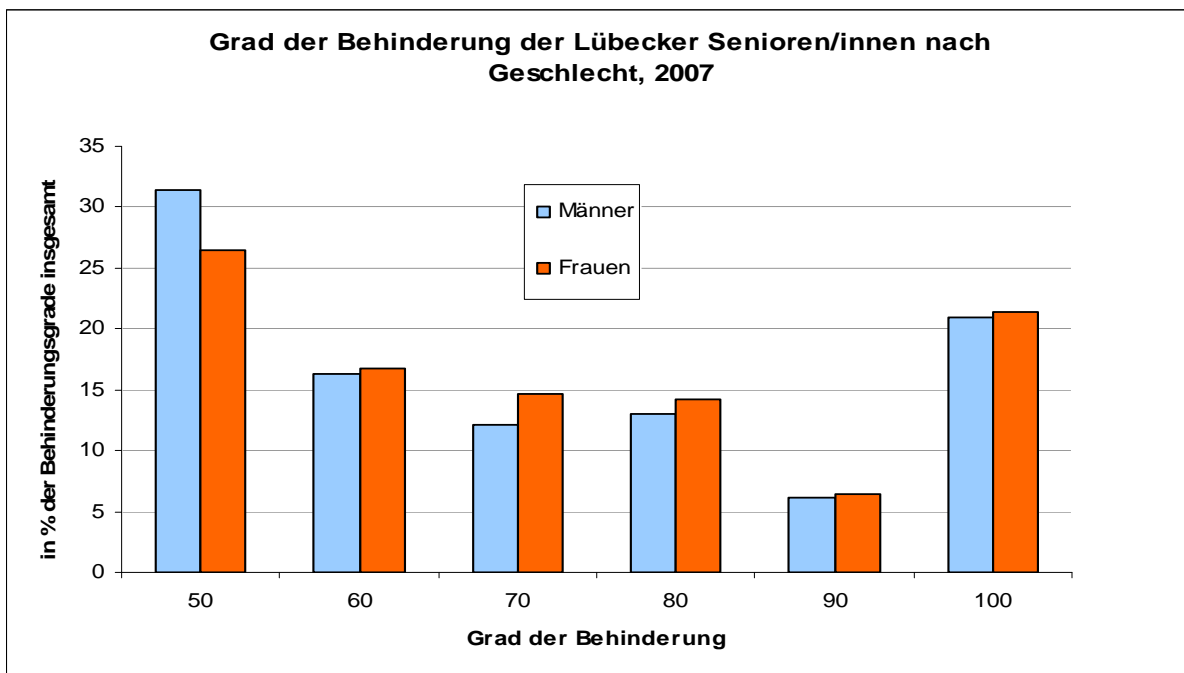


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007

Zwar haben nach wie vor mehr als zwei Fünftel der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen (43,4 % in 2001, 41,2 % in 2007) einen „Grad der Behinderung“ (GdB) zwischen 80 und 100, insgesamt ist in diesen höheren Stufen aber eine leicht abnehmende Tendenz erkennbar, während die Stufen mit einem „Grad der Behinderung“ (GdB) zwischen 50 und 70 anteilig zunehmen (s. Abb. 31).

Entsprechend der Häufigkeitsverteilung der Behinderungsgrade in Abb. 31 wiesen in 2007 28,7 % der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen einen „Grad der Behinderung von 50 auf, gegenüber 26,9 % in 2001. Bei den Männern lag der Anteil in dieser Stufe der Einschränkungen (GdB 50) in 2007 bei 31,4 %, bei den Frauen betrug der Anteil 26,5 % (s. Abb. 32). In allen anderen Stufen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, was darauf schließen lässt, dass die Frauen entsprechend der Behinderungsquote von 287,4 Behinderte pro 1.000 Frauen > 60 J. zwar etwas seltener, dafür aber häufiger schwerer behindert sind als die Männer (326,4 Behinderte pro 1.000 Männer > 60 J.). Zum Teil ist dieses auf das höhere Alter bzw. die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen.

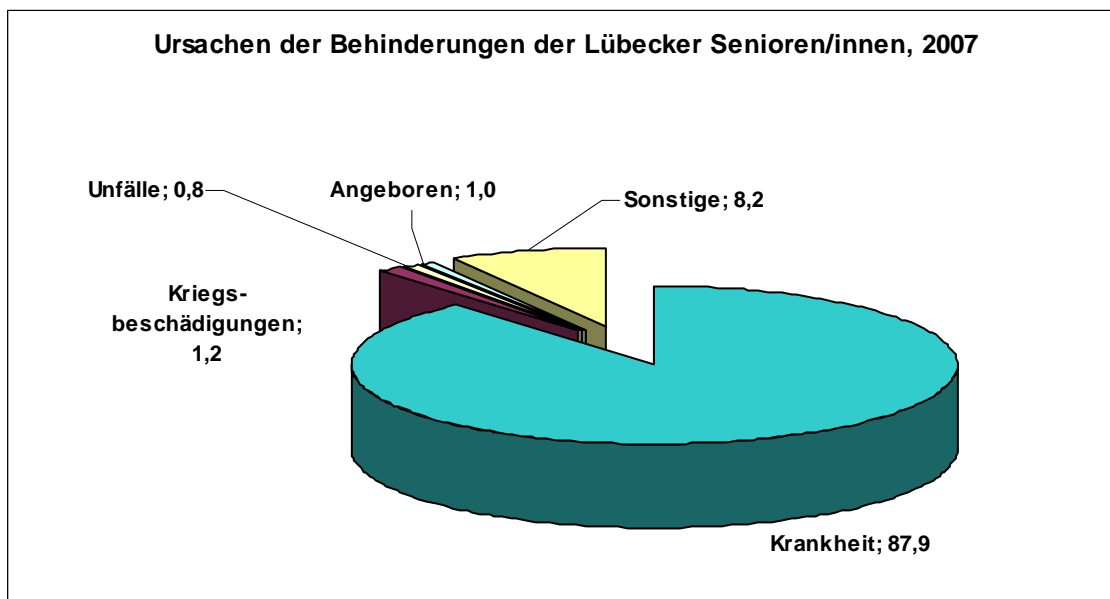
Abb. 32



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007

In 2007 hatten 16,8 % der schwerbehinderten Lübecker Frauen > 60 J. einen GdB von 60, 14,6 % einen GdB von 70, 14,2 % einen GdB von 80, 6,4 % einen GdB von 90 und bei 21,4 % der schwerbehinderten Lübecker Frauen > 60 J. wurde in 2007 ein Grad der Behinderung von 100 festgestellt. Die schwerbehinderten Lübecker Männer > 60 J. wiesen zu 16,4 % einen GdB von 60 auf, zu 12,1 % einen GdB von 70, zu 13,1 % einen GdB von 80, zu 6,2 % einen GdB von 90, und zu 20,9 % einen Grad der Behinderung von 100 auf (s. Abb. 32).

Abb. 33



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Schwerbehindertenstatistik 2007

Die Behinderungen der älteren Menschen sind, wie schon 2001, größtenteils krankheitsbedingt. Bei ungefähr neun von zehn schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen (88 %) des Jahres 2007 bildete eine Krankheit bzw. mehrere Krankheiten die Ursache für die Behinderung. In 2001 belief sich der Anteil auf 87,4 %. Behinderungen die durch Unfälle entstanden sind, unter die auch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entfallen, waren nur bei 0,8 % der schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen ausschlaggebend. 2001 lag der Anteil der Unfälle bei 1 %. Fast genauso gering ist auch der Anteil der schwerbehinderten Senioren/innen mit angeborenen Behinderungen, die sowohl 2007 als auch 2001 1 % der Ursachen der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen ausmachten. Der Anteil der Kriegsbeschädigungen (2,4 %), eine Behinderungsursache von der fast ausschließlich nur Männer (91 %) betroffen sind, ist von 2,4 % in 2001, auf 1,2 % in 2007 geschrumpft und wird entsprechend des Generationswechsels ständig weiter abnehmen. Bei ca. 8 % der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen des Jahres 2007 ist die Ursache, wie schon 2001, ungeklärt (s. Abb. 33).

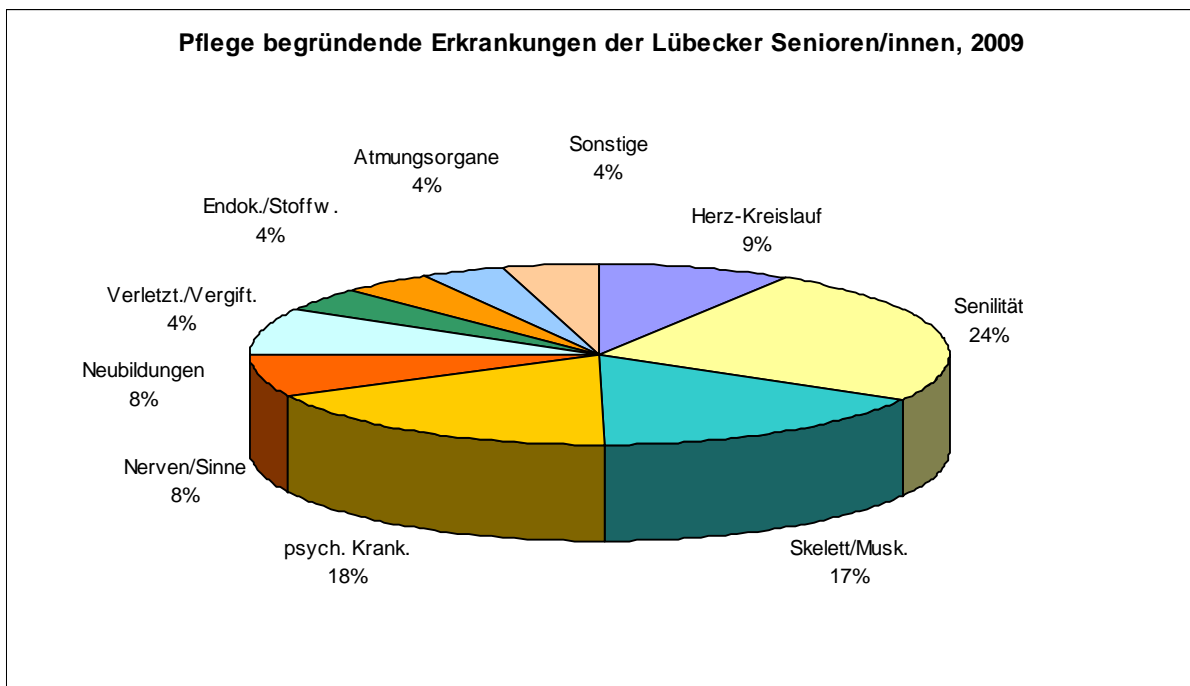
Schon an dem hohen Anteil der Behinderten (30,4 Behinderte pro 100 Einw. > 60 J.) lässt sich erkennen, dass die Lübecker Senioren/innen funktional bzw. gesundheitlich relativ stark eingeschränkt sind, handelt es sich dabei doch ausschließlich um Schwerbehinderte, deren Behinderungsgrad (GdB) mehr als 50 beträgt. Wie viele sog. alltagsbehinderte Senioren/innen (GdB < 50) in Lübeck leben und welchen Behinderungsgrad sie haben, wird statistisch nicht erfasst. Tatsächlich wird die Zahl der Behinderten absolut und anteilig weit über das Ausmaß der registrierten Schwerbehinderten hinausgehen.

3.8. Pflegebedürftigkeit

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

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.

Abb. 34

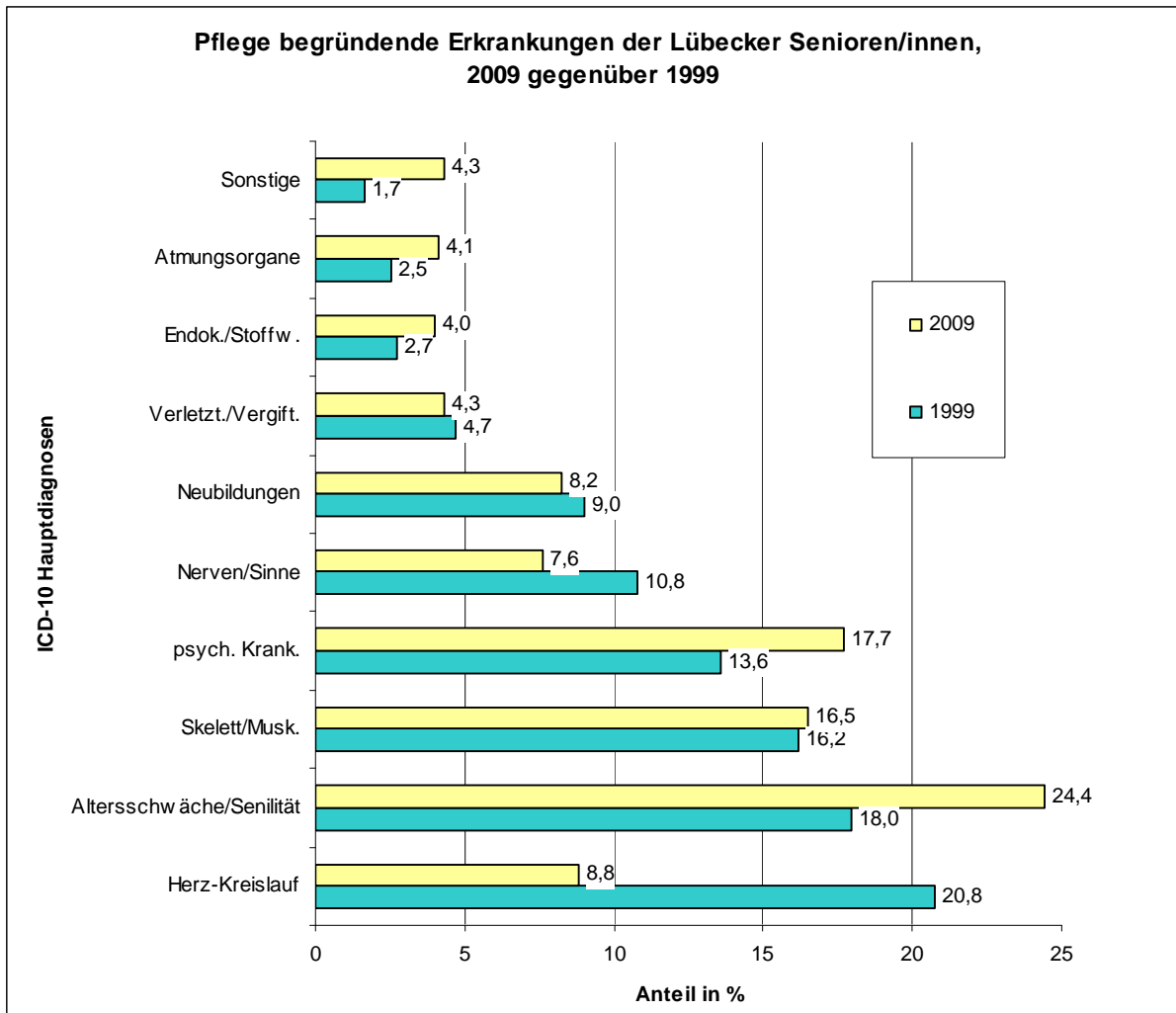


Quelle: MDK Schleswig-Holstein, Begutachtungsdiagnosen 2009

Die mit der Lebensverlängerung im Alter zunehmenden psychiatrischen Erkrankungen in der Seniorenbevölkerung spiegeln sich letztendlich auch in dem Diagnosespektrum der Pflegebedürftigkeit wieder. Abgesehen von der ICD-10-Diagnose „Senilität“ ehem. „Altersschwäche“ (ICD-9) stehen die psychiatrischen Erkrankungen mit 17,7 % an vorderster Stelle bei den Pflege begründenden Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen. In 1999 umfasste der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen bei den über 60-jährigen pflegebedürftigen Lübecker/innen – so die Analyse der Begutachtungsdiagnosen des MDK Schleswig-Holstein von 1999 und 2009 – erst 13,6 % (s. Abb. 34). Die Zunahme bei der Senilität als Pflege begründende Diagnose, deren Anteil zwischen 1999 und 2009 von 18,0 auf 24,4 % gestiegen ist, ist ebenfalls hauptsächlich auf Alterung der Altenbevölkerung zurückzuführen.

Der Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen an den Pflege begründenden Diagnosen hat sich in 2009 drastisch auf 8,8 % reduziert. 1999 standen die Herz-Kreislaferkrankungen mit einem Anteil von 20,8 % bei den Pflege begründenden Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen noch an erster Stelle. Dagegen haben die Krankheiten des Skeletts und der Muskel ihren Stellenwert unter den Pflege begründenden Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen mit einem Anteil von 16,5 % (2009) bzw. 16,2 % (1999) behauptet. Dass sich das Spektrum der Pflege begründenden Erkrankungen verändert hat, wird u. a. auch an der Abnahme der Krankheiten der Nerven und Sinne und der Neubildungen, sowie der Zunahmen der Atmungsorgan- und Stoffwechselerkrankungen deutlich (s. Abb. 35).

Abb. 35



Quelle: MDK Schleswig-Holstein, Begutachtungsdagnosen 1999 u. 2009

Insgesamt gesehen sind die Lübecker Senioren/innen heute (2009) aber nicht pflegebedürftiger als damals. Gemessen an den Daten der Bundespflegestatistik, die zweijährlich alle Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung auf Kreisebene erfasst, hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Senioren/innen absolut und proportional kaum verändert. Von der Bundesregierung wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden (Zeitpunkt steht noch nicht fest). In diesem Zusammenhang könnte sich die Zahl der Pflegebedürftigen erhöhen.

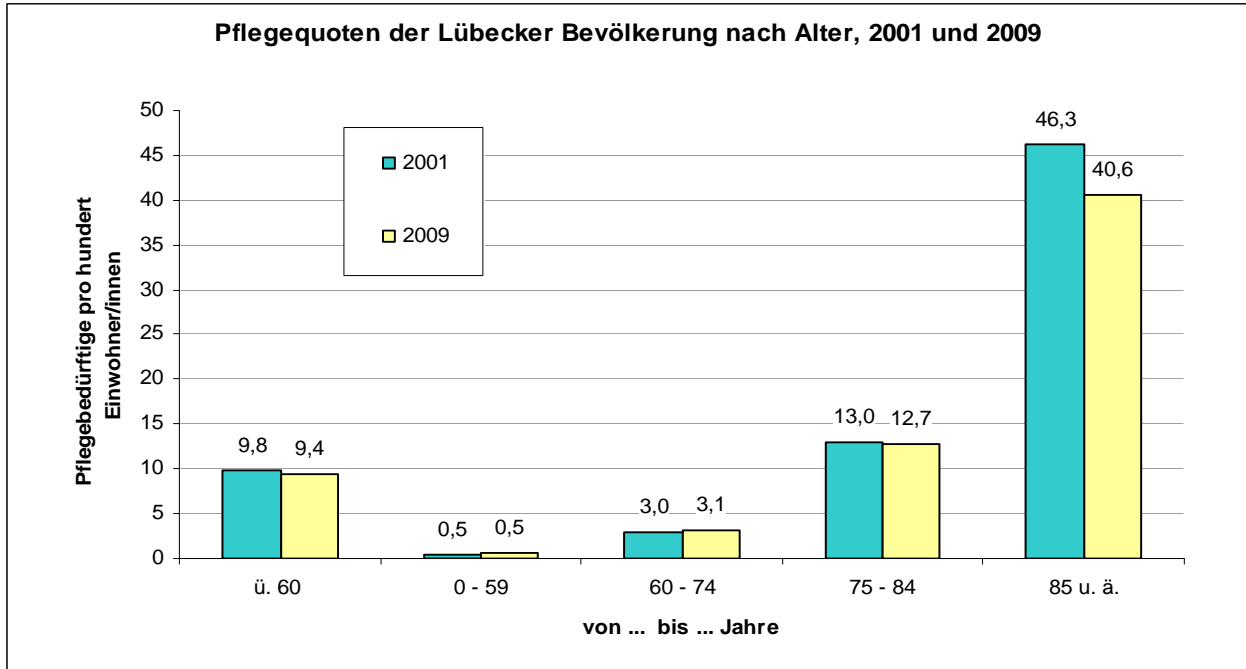
Ende des Jahres 2009 (Stand 15.12.) waren - im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes - in Lübeck 6.531 Menschen pflegebedürftig, davon waren 5.702 Personen (1.668 Männer und 4.034 Frauen) oder 87,3 % über 60 Jahre alt. In 2001 umfasste die Zahl der pflegebedürftigen Senioren/innen 5.790 Personen (1.580 Männer und 4.210 Frauen). Die Pflegequote der über 60-jährigen Bevölkerung Lübecks lag im Jahre 2009 bei ca. 9,4 %, gegenüber 9,8 % in 2001. Mit 11,5 Pflegebedürftigen pro hundert Einw. > 60 J. war die Pflegequote der weiblichen Altenbevölkerung in 2009 um fast doppelt so hoch wie die der männlichen mit 6,5 Pflegebedürftigen pro hundert Einw. > 60 Jahren.

Das Pflegebedürftigkeitsrisiko nimmt mit dem Alter zu und zwar besonders ab dem 75. Lebensjahr. Wie Abb. 36 zeigt, sind die sog. „jungen Alten“ (die 60- bis 74-Jährigen) nur zu 3,1 % pflegebedürftig. Bei den 75- bis 84-Jährigen vervierfacht sich die Pflegequote dann auf 12,7 %, während sie bei den über 85-Jährigen auf 40,6 % ansteigt. In 2001 lag die Pflegequote der über 85-Jährigen sogar bei 46,3 % (s. Abb. 36).

Ausschlaggebend hierfür ist das erhöhte Pflegebedürftigkeitsrisiko der weiblichen Altenbevölkerung. Die Pflegequoten der Frauen sind in den Altersgruppen der 75- bis 84-Jährigen und der über 85-

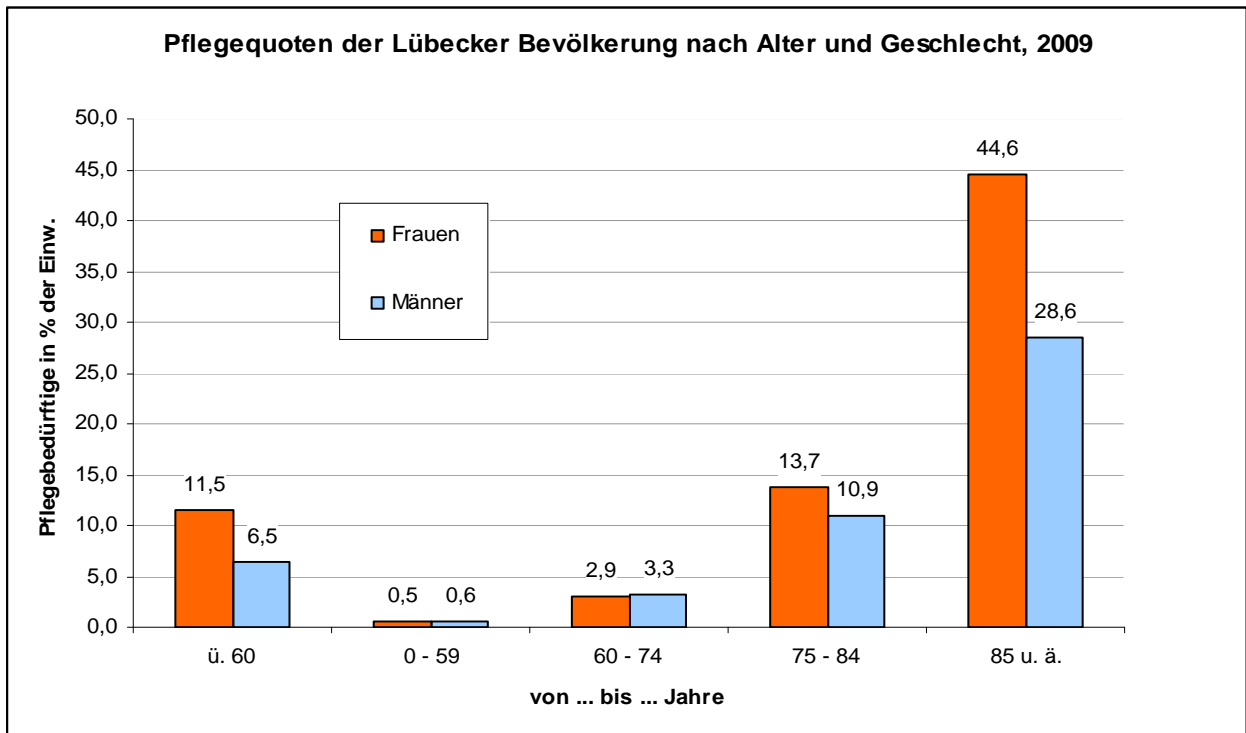
Jährigen um 25 % bzw. 56 % höher als die der Männer (s. Abb. 36). Die starke Betroffenheit der Frauen kann auf die mit Erkrankungen und Funktionseinschränkungen einhergehende längere Lebenszeit sowie durch soziale Faktoren wie Familienstand und Haushaltsform zurückzuführen sein. Im Gegensatz zu den Männern sind die Frauen dieser Altersgruppen zumeist verwitwet bzw. leben allein (s. Abb. 10).

Abb. 36



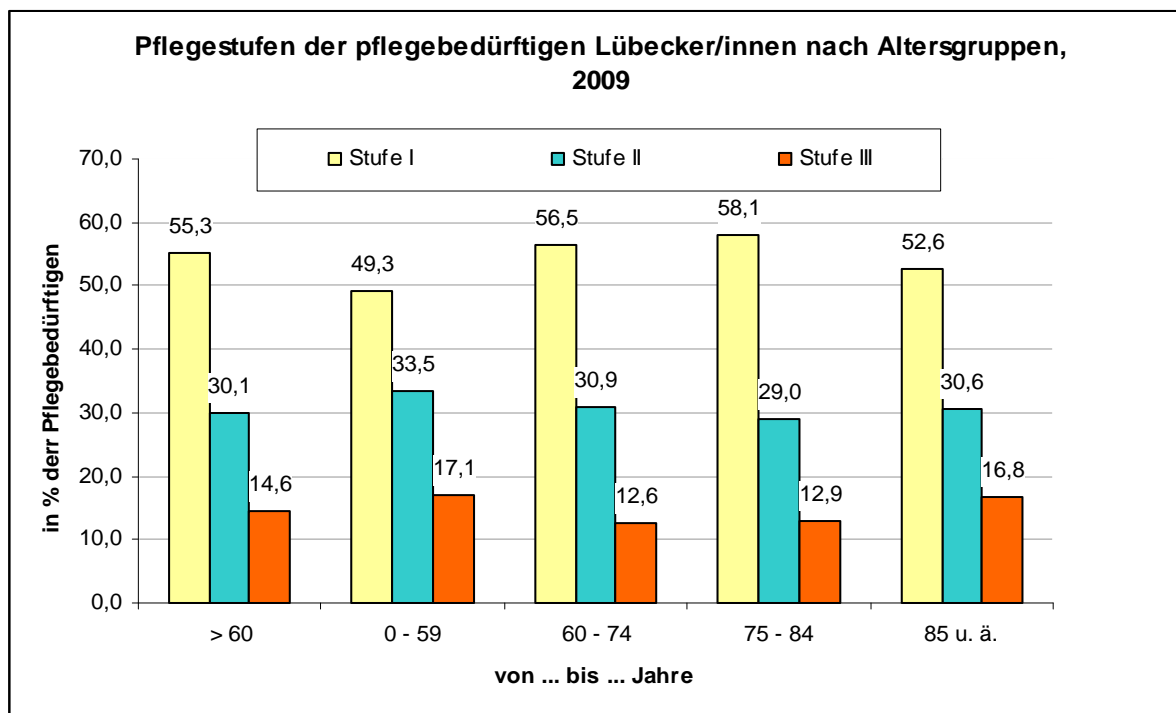
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2001 u. 2009

Abb. 37



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2009

Abb. 38



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2009

Die Pflegebedürftigen sind unterschiedlich stark 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 Daten der Pflegestatistik 2009 des Statistischen Amtes für Hamburg u. Schleswig-Holstein sind zwar relativ viele (9,4%) der Lübecker 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 (s. Abb. 38).

Rund 55 % der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen des Jahres 2009 beanspruchten Hilfeleistungen der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit). Hilfeleistungen der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) erhielten ca. 30 % der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen und nur 14,6 % hatten gesundheitliche Einschränkungen die zu Hilfeleistungen der Pflegestufe III oder III HF (Schwerstpflegebedürftigkeit) berechtigten.

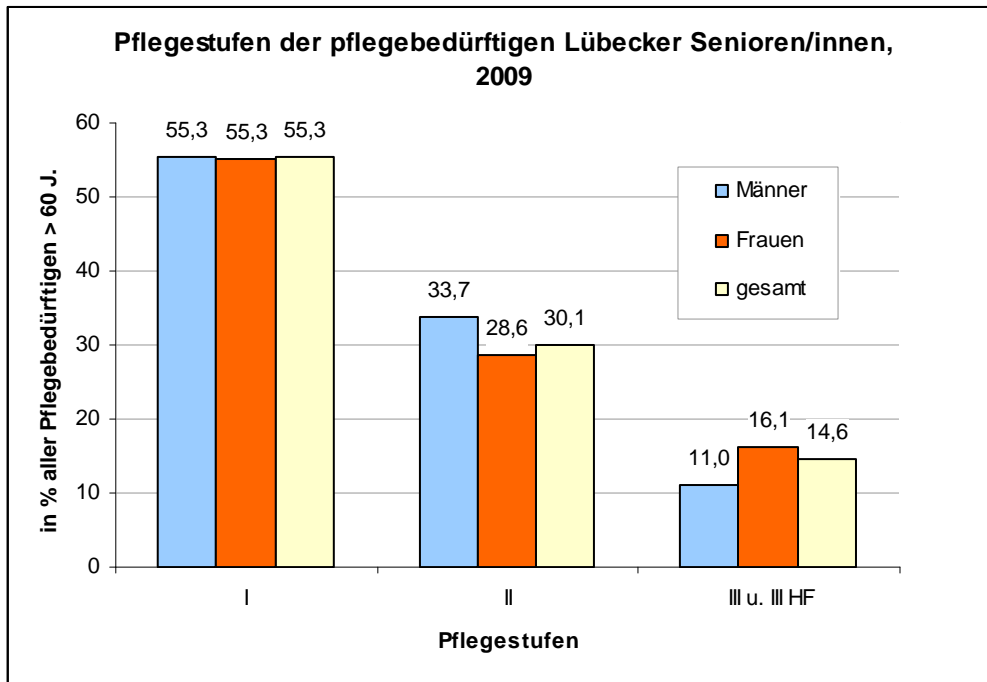
Hinsichtlich des Alters bestehen dabei keine großen Unterschiede. Der Anteil in der Pflegestufe III variiert zwischen 12,6 % bei den 60- bis 74-Jährigen und 16,8 % bei den über 85-Jährigen. In der Pflegestufe II lag der Anteil der 75- bis 84-Jährigen in 2009 nur 1,6 % unter dem der 85-Jährigen, während die sog. „jungen Alten“, die 60- bis 74-Jährigen mit 30,9 % den größten Anteil in der Pflegestufe II stellten (s. Abb. 38).

Hingegen ist der geschlechtliche Unterschied in den Pflegestufen II und III etwas signifikanter. Gemäß den Daten der Pflegestatistik 2009 des Statistischen Amtes für Hamburg u. Schleswig-Holstein waren die pflegebedürftigen Lübecker Frauen > 60 J. zwar etwas seltener schwerpflegebedürftig als die pflegebedürftigen Lübecker Männer (Pflegestufe II: Anteil der Frauen 28,6 %, Anteil der Männer 33,7 %) dafür aber etwas häufiger schwerstpflegebedürftig. Im Verhältnis zu dem Anteil der Männer mit der Pflegestufe III oder III HF (11,0 %) umfasste der Anteil der Frauen mit der Pflegestufe III und III HF im Jahre 2009 16,1 % (s. Abb. 39).

Verglichen mit den Einstufungen von 2001 ist der Anteil in der Pflegestufe II zugunsten der Pflegestufe I um ca. 5 % zurückgegangen, so dass davon auszugehen ist, dass die pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen heute (2009) insgesamt etwas weniger gesundheitlich eingeschränkt bzw. pflegebe-

dürftig sind als damals. Eine Ausnahme bildet der Anteil in der Pflegestufe III der mit 14,6 % gegenüber 2001 (14,0 %) leicht angestiegen ist.

Abb. 39



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2009

So lange der zunehmende Alterungsprozess der Bevölkerung andauert wird der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) nicht zurückgehen, sondern bestenfalls konstant bleiben.

3.9 Resümee

Mit der zunehmenden Alterung der Seniorenbevölkerung Lübecks wandelt sich auch das Krankheitsgeschehen. Allgemein und in bestimmten Bereichen weisen die Lübecker Senioren/innen immer mehr altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf.

Deutlich wird dieses an der Zunahme der stationär behandelten Erkrankungsfälle in speziellen ICD-Hauptdiagnosegruppen. In 2006 ist die Patientenquote der Lübecker Senioren/innen bei den Herz-Kreislaufkrankungen gegenüber 1996 - so die Analyse der stationären Krankenhausbehandlungsdiagnosen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck – um fast 40 % von 29,7 Erkrankungsfällen auf 41,2 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. gestiegen. Auch bei den Krankheiten der Nerven und der Sinne, den Verletzungen und Vergiftungen, sowie den Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane macht sich das zunehmende Erkrankungsrisiko der alternden Altenbevölkerung bemerkbar. Bei den Krankheiten der Nerven und der Sinne erhöhte sich die Patientenquote der Senioren/innen um 47,4 %, bei den Verletzungen und Vergiftungen um 32,3 %, bei den Krankheiten der Verdauungsorgane um 76 % und bei den Krankheiten der Atmungsorgane um 49,4 %.

Insgesamt hat sich die stationäre Patientenquote der Lübecker Senioren/innen bezogen auf die o. g. Klinik gegenüber 1996 in 2006 um rund 33 % von 114,4 auf 152 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. erhöht. 2008 mussten absolut betrachtet mehr Frauen (13.723) als Männer (10.692) über 60 Jahren behandelt werden. Dass die Lübecker Senioren/innen immer häufiger schwer erkranken, lässt sich auch an der um 27 % gestiegenen allg. Krankenhausbehandlungsquote (Behandlungen pro 1.000 Einw. > 60 J.) ablesen. Die stationäre Behandlungsquote der Lübecker Senioren/innen lag in 2008 bei 403,6 Behandlungen je 1.000 Senioren/innen. In 1996 entfielen auf 1.000 Senioren/innen 317,5 Krankenhausbehandlungen.

Nach wie vor sind die älteren Lübecker Männer - gemessen an den Krankenhausbehandlungen - häufiger von Erkrankungen betroffen als die älteren Lübecker Frauen. Mit 168 Erkrankungsfällen je 1.000 Männer > 60 J. war die Patientenquote der Männer in 2006 gegenüber der der Frauen mit 141 Erkrankungsfällen je 1.000 Frauen > 60 J. um 19 % höher.

Die höhere Morbidität der älteren Lübecker Männer trifft -abgesehen von den Verletzungen und Vergiftungen - auf alle stationär behandelten Erkrankungsarten zu. Insbesondere aber bei den Atmungsorgan- und den Herz-Kreislaufkrankungen weisen die älteren Lübecker Männer deutlich (ü. 50 %) mehr Erkrankungsfälle auf als die älteren Lübecker Frauen.

Dass bei dem Erkrankungsrisiko der Senioren/innen auch soziale Faktoren eine Rolle spielen können, kann zumindest für die Herz-Kreislaufkrankungen und die psychiatrischen Erkrankungen nicht ausgeschlossen werden. Da keiner der Lübecker Stadtbezirke mit einer überdurchschnittlich hohen Armutsquote der Altenbevölkerung bei diesen Krankheiten eine niedrige Erkrankungsquote aufweist, kann davon ausgegangen werden, dass die sozialökonomisch schlechter gestellten Lübecker Senioren/innen daran häufiger erkranken als die sozialökonomisch besser gestellten Lübecker Senioren/innen

Für die Verletzungen und Vergiftungen der Senioren/innen, die dritthäufigste stationär behandelte Diagnosegruppe der über 60-jährigen Lübecker/innen, ist zudem auch die häusliche bzw. familiäre Lebenssituation und hier speziell das Alleinleben in einem Einpersonenhaushalt mitverantwortlich. Das erhöhte Verletzungsrisiko der allein lebenden Lübecker Senioren/innen (v. a. Frauen) wurde bereits im ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht nachgewiesen und kann hier mittels erneuter regionaler Datenanalyse der Krankenhausdiagnosen der Lübecker Senioren/innen nochmals bestätigt werden.

Auf die Behindertenquote hat sich die zunehmende Alterung bzw. Morbidität der Lübecker Senioren/innen rein quantitativ bisher noch nicht ausgewirkt. Nach wie vor sind ca. 30 % der über 60-jährigen Lübecker/innen - in 2007 waren das 18.326 Personen - schwerbehindert. Erste Anzeichen für ein verändertes Krankheitsgeschehen in der Altenbevölkerung zeigen sich aber bei der Betrachtung der Arten der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen. Neben den Behinderungen aufgrund von Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen und Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen, der Wirbelsäule und des Rumpfes, die bei den Lübecker Senioren/innen immer noch den Hauptanteil an den Behinderungsarten stellen, geraten jetzt mehr den je auch Behinderungen aufgrund von zereb-

ralen Störungen, geistig-seelischen Einschränkungen, Sprach- und Sprechstörungen und Sehbehinderungen mit in den Fokus der Behinderungen der Lübecker Senioren/innen. Männer sind häufiger als Frauen von Behinderungen betroffen, Frauen sind allerdings – vermutlich aufgrund des höheren Alters – häufiger schwerer behindert.

Weitere Aspekte, die auf die demografische Alterung im Krankheitsgeschehen der Lübecker Seniorenbevölkerung hindeuten, lassen sich auch aus den Daten zur Pflegebedürftigkeit der Lübecker Senioren/innen entnehmen. Frauen stellen einen Großteil (70 %) der Pflegebedürftigen in Lübeck. 11,5 Frauen pro hundert Frauen > 60 J. und 6,5 Männer pro hundert Männer > 60 J. waren in 2009 pflegebedürftig. Die Pflegequote der Frauen war damit fast doppelt so hoch wie die der Männer. Bei den über 75-Jährigen war das Pflegebedürftigkeitsrisiko der Frauen sogar noch weitaus höher als das der Männer. Zudem sind Frauen auch häufiger schwerstpflegebedürftig. Zwar ist die Pflegebedürftigkeit der Lübecker Senioren/innen nicht weiter angestiegen - mit 9,4 % lag die Pflegequote der über 60-jährigen Einwohner/innen Lübecks (insgesamt) in 2009 sogar noch leicht unter der von 2001 (9,8 %) -, das Spektrum der Pflege begründenden Erkrankungen hat sich aber im Zeitverlauf deutlich gewandelt. Wurden die Lübecker Senioren/innen damals d. h. 1999 noch hauptsächlich wegen Herz-Kreislaufkrankungen pflegebedürftig, so leiden sie heute (2009) in erster Linie unter Altersschwäche bzw. Senilität. Zudem haben auch die psychiatrischen Erkrankungen bei den pflegebedürftigen Senioren/innen stark zugenommen und bilden jetzt - noch vor den Skelett- und Muskelerkrankungen - die zweithäufigsten Erkrankungen, die bei den Lübecker Senioren/innen zur Pflegebedürftigkeit führen.

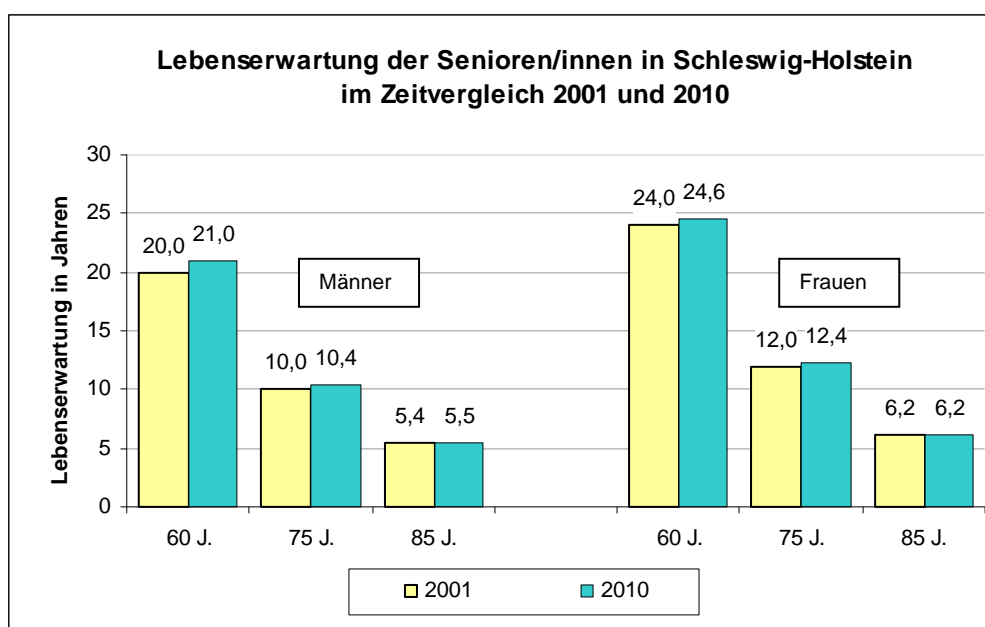
4. Sterblichkeit und Sterberisiko im Alter

4.1. Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die Lübecker Seniorenbevölkerung wird zunehmend älter. Das Durchschnittsalter der über 60-jährigen Einwohner/innen liegt derzeit (2010) bei 73 Jahren, gegenüber 71,5 Jahren in 2002, dem Berichtsjahr des 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichts. Hauptursache hierfür ist die bei den älteren Menschen gestiegene Lebenserwartung.

In den letzten Jahrzehnten vor der Jahrtausendwende hat sich die Lebenserwartung der Senioren/innen in Schleswig-Holstein stetig erhöht und ist jetzt nochmals weiter angestiegen. Wie Abb. 40 zeigt, hat die durchschnittliche Lebenserwartung bei den 60-jährigen schleswig-holsteinischen Männern zwischen 2001 und 2010 um ein weiteres Lebensjahr zugenommen. Die 60-jährigen schleswig-holsteinischen Männer werden heute durchschnittlich 81 Jahre alt. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen schleswig-holsteinischen Frauen erhöhte sich von 84 Lebensjahren im Jahre 2001 um 0,6 Lebensjahre auf 84,6 Lebensjahre (2010).

Abb. 40



Quelle: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Todesursachenstatistik u. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und Statistikamt Nord, Sterbetafel 2008/2010

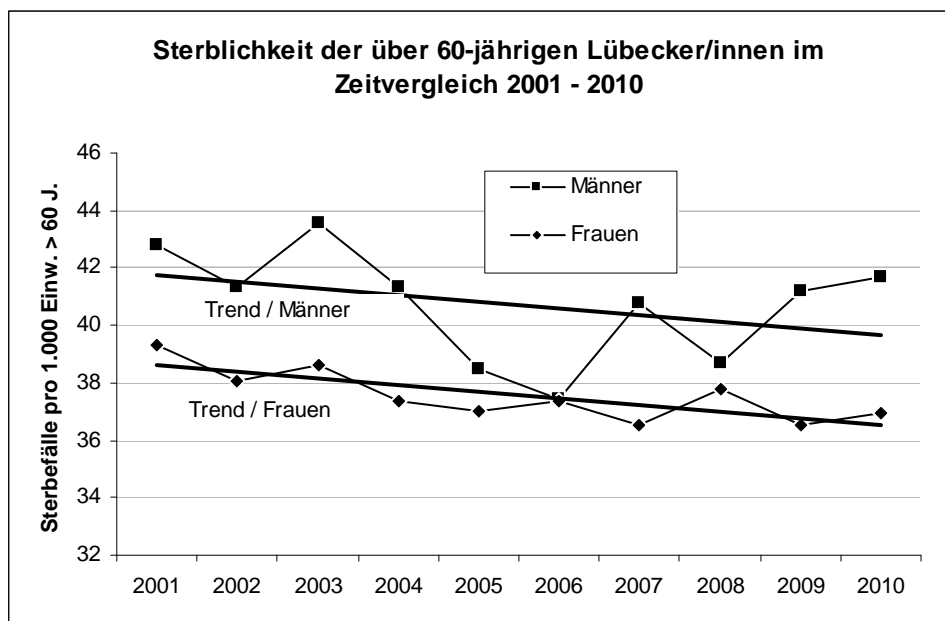
Aber nicht nur die 60-Jährigen, sondern auch die älteren Senioren/innen können heute (2010) auf noch mehr Lebensjahre zählen. Im Verhältnis zu der durchschnittlichen Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Senioren/innen des Jahres 2001 ist die durchschnittliche Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Senioren/innen des Jahres 2010 bei beiden Geschlechtern um ca. 0,4 Lebensjahre angestiegen. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 75-jährigen schleswig-holsteinischen Männer liegt heute bei 85,4 Lebensjahren, die der schleswig-holsteinischen Frauen beträgt 87,4 Jahre. Bei den 85-jährigen Senioren/innen ergeben sich bei der Lebenserwartung allerdings keine nennenswerten Zugewinne mehr (s. Abb. 40). Offensichtlich wird beim Lebensverlängerungsprozess im hohen Alter eine natürliche Grenze erreicht, die kaum mehr zu überschreiten ist.

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 2001 bis 2010 ist der Anteil der Sterbefälle bei den über 60-jährigen Lübecker/innen um 5,2 % gesunken. Während im Jahre 2001 ca. 41 von 1.000 über 60-jährigen Lübe-

cker/innen verstarben, lag die Sterberate dieser Altersgruppe im Jahre 2010 bei ca. 39 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen. Die niedrigste Sterberate verzeichneten die Lübecker Senioren/innen im Jahre 2006 mit 37 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen. Zur Erinnerung: Schon vorher - zwischen 1985 und 2001 - ist die Sterberate der über 60-jährigen Einwohner/innen Lübecks um 21 % von 51 auf 41 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen geschrumpft (s. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht 2004).

Tendenziell sinkt die Sterblichkeit bei den älteren Frauen und älteren Männern Lübecks gleichermaßen, der geschlechtliche Unterschied bleibt hierbei jedoch bestehen. Zwar ist die Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Männer zwischen 2005 und 2006 stark gesunken und hat sich der Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Frauen mit 37,4 Sterbefällen pro 1.000 Einwohner/innen in 2006 angeglichen, ist aber danach bis 2010 wieder überproportional auf 41,7 Sterbefälle pro 1.000 Männer > 60 J. zu 37,0 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. angestiegen (siehe Abb. 41).

Abb. 41



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Statistik der Sterbefälle

Aber nicht nur in geschlechtlicher Hinsicht, sondern auch auf regionaler Ebene unterscheidet sich die Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen voneinander.

Tab. 13

Sterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006 - 2008

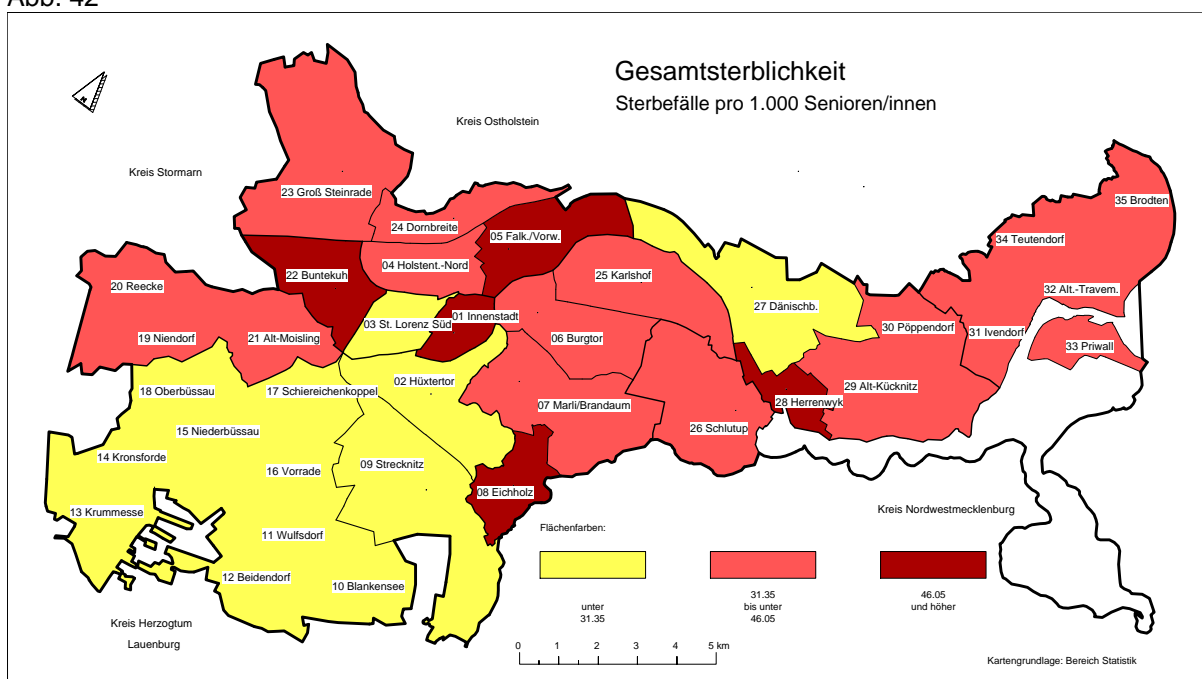
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	46,5	48,2	Dornbreite	33,7	39,1
Hüxtertor	29,6	27,1	Burgtor	45,0	45,1
Strecknitz	31,0	30,5	Marli/Brandenbaum	40,0	31,7
St. Jürgen-Land	18,0	23,0	Eichholz	45,7	53,0
Moisling	38,3	26,7	Karlshof	33,6	34,4
Buntekuh	51,1	51,9	Schlutup	40,8	45,4
St. Lorenz Süd	34,8	29,2	Dänischburg	29,9	26,4
Holstentor-Nord	44,3	38,8	Herrenwyk	44,2	52,9
Falkenfeld/Vorwerk	51,6	43,9	Kücknitz/Pöppendorf	39,0	40,4
Gr. Steinrade	30,0	53,5	Travemünde	34,4	33,9

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Alterstandardisiert bezogen auf den Altersaufbau der Altenbevölkerungen Lübecks war die Sterblichkeit bei den älteren Frauen im Stadtbezirk Gr. Steinrade zwischen 2006 und 2008 am höchsten und in St. Jürgen-Land am niedrigsten. Mit durchschnittlich jährlich 53,5 Sterbefällen pro 1.000 Frauen lag die Sterberate der älteren Frauen aus Gr. Steinrade in den Jahren 2006 – 2008 um ca. 45 % über dem städtischen Durchschnitt von durchschnittlich jährlich 36,9 Sterbefällen pro 1.000 Frauen (s. Tab. 13). Die Sterberate der Seniorinnen aus St. Jürgen-Land war im Vergleich zum städtischen Durchschnitt zwischen 2006 und 2008 mit durchschnittlich jährlich 23,0 Sterbefällen pro 1.000 Frauen um 38 % niedriger.

Auch bei der Sterblichkeit der älteren Männer zeigen sich große regionale Unterschiede. Das Spektrum der durchschnittlichen jährlichen Sterberate der Männer > 60 J. reicht von 18,0 Sterbefällen pro 1.000 Männer in St. Jürgen-Land bis zu 51,6 Sterbefälle pro 1.000 Männer in Falkenfeld/Vorwerk. Gemessen an der durchschnittlichen Sterberate der männlichen Altenbevölkerung Lübecks (38,4 Sterbefälle pro 1.000 Männer) war die durchschnittliche jährliche Sterberate der älteren Männer aus St. Jürgen-Land in den Jahren 2006 – 2008 um 53 % niedriger und die der älteren Männer aus Falkenfeld/Vorwerk um 34 % höher (s. Tab. 13).

Abb. 42



Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, 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 die Altenbevölkerungen von Buntekuh, Falkenfeld/Vorwerk, Gr. Steinrade Eichholz und der Innenstadt- u. a. bedingt durch vermehrte Sterbefälle aus Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) - die höchste Sterblichkeit aufweisen (s. Tab. 14). Im Durchschnitt der Jahre 2006 – 2008 verstarben hier jährlich mindestens 23 % mehr ältere Menschen als durchschnittlich in allen Lübecker Stadtbezirken. Die durchschnittliche jährliche Sterberate der Jahre 2006 – 2008 der Altenbevölkerungen dieser Stadtbezirke lag zwischen 47,2 und 51,7 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J., während die durchschnittliche jährliche Sterberate der Altenbevölkerung Lübecks im gleichen Zeitraum insgesamt nur 37,5 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. umfasste. Die niedrigsten Sterblichkeiten der über 60-jährigen Einwohner/innen Lübecks finden sich bei den Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Hüxtertor, Dänischburg, Strecknitz und St. Lorenz Süd (s. Abb. 42). Die durchschnittliche jährliche Sterberate der Altenbevölkerung der Jahre 2006 – 2008 lag hier maximal bei 31,2 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. und war damit um mindestens 17 % niedriger als die der Lübecker Altenbevölkerung insgesamt (37,5 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J.).

Aus dem Vergleich (Korrelationsanalyse) der stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequote der Lübecker Altenbevölkerung und den stadtbezirksbezogenen Sterberaten der Lübecker Altenbevölkerung lässt sich kein wesentlicher Zusammenhang ($r = 0,4$) ableiten, der auf ein erhöhtes Sterberisiko bei den sozialökonomisch schlechter gestellten Senioren/innen schließen lässt. Zwar ist die Sterberate der Altenbevölkerung in den fünf Lübecker Stadtbezirken mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte erhöht, gleiches trifft aber auch auf Stadtbezirke mit einer niedrigeren 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 (vgl. Abb. 15 und Abb. 42). Um Teilaspekte der Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen (z. B. soziale Zusammenhänge) genauer untersuchen zu können, müssen die Datenstrukturen und die Auswertungssoftware der Todesbescheinigungen (z. B. die regionale Zuordnung der Heimsterbefälle) noch weiter ausgebaut werden.

Exkurs / Heimsterblichkeit

Von den über 60-jährigen Sterbefällen der Jahren 2006, 2007 und 2008 bezogen sich durchschnittlich 36,8 % auf die Pflegeheimbewohner/innen der Lübecker Pflegeheime. Im Gegensatz zur „normalen“ Wohnbevölkerung ist die Sterblichkeit bei den Pflegeheimbewohner/innen ungleich höher. Die Sterberate der Senioren/innen in den Lübecker Pflegeheimen (Sterbefälle > 60 J. pro hundert Pflegeplätze) lag z. B. in 2007 bei 24,8 %. Zum Vergleich: Insgesamt belief sich die Sterberate bei den Lübecker Senioren/innen in 2007 auf 3,7 % bzw. 37,3 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 Jahre.

Daher hat die Heimsterblichkeit (Sterbefälle der Pflegeheimbewohner/innen) je nach Anzahl der Pflegeheime bzw. Pflegeplätze in den Stadtbezirken einen mehr oder minder großen Anteil an den regionalen Sterberaten der Altenbevölkerungen insgesamt.

Tab. 14

Durchschnittliche Heimsterblichkeit der Senioren/innen in den Lübecker Stadtbezirken, 2006 - 2008					
Stadtbezirk	Sterbefälle pro Jahr	pro 1.000 Einw.	Stadtbezirk	Sterbefälle pro Jahr	pro 1.000 Einw.
Innenstadt	39	16,2	Dornbreite	28	13,0
Hüxtertor	64	8,1	Burgtor	92	31,7
Strecknitz	5	6,4	Marli/Brandenbaum	74	12,4
St. Jürgen-Land	0	0,0	Eichholz	76	32,0
Moisling	0	0,0	Karlshof	27	13,8
Buntekuh	62	20,0	Schlutup	31	18,2
St. Lorenz Süd	32	9,8	Dänischburg	0	0,0
Holstentor-Nord	73	14,3	Herrenwyk	26	29,5
Falkenfeld/Vorwerk	49	18,7	Kücknitz/Pöppendorf	44	14,1
Gr. Steinrade	11	12,6	Travemünde	102	15,5

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Besonders hoch ist die Heimsterblichkeit bzw. der Anteil Pflegeheimsterbefälle an der Gesamtsterblichkeit der Altenbevölkerung in Eichholz, Burgtor, Herrenwyk und Buntekuh (s. Tab. 14). So gesehen ist die erhöhte Gesamtsterblichkeit der Altenbevölkerung dieser Stadtbezirke (s. Abb. 42) zu einem Großteil auf die dort bestehenden Pflegeinfrastruktur zurückzuführen und nicht allein auf soziale Ursachen. Im Umkehrschluss muss die erhöhte Sterblichkeit der Moislinger Altenbevölkerung und der Altenbevölkerung von Marli/Brandenbaum, die keine oder wenige Heimsterbefälle aufweisen als sozial problematisch gedeutet werden, da hier auch die Sozialhilfequote der Altenbevölkerung überdurchschnittlich hoch ist (s. Abb. 15).

4.2. Häufigste Todesursachen bei älteren Menschen

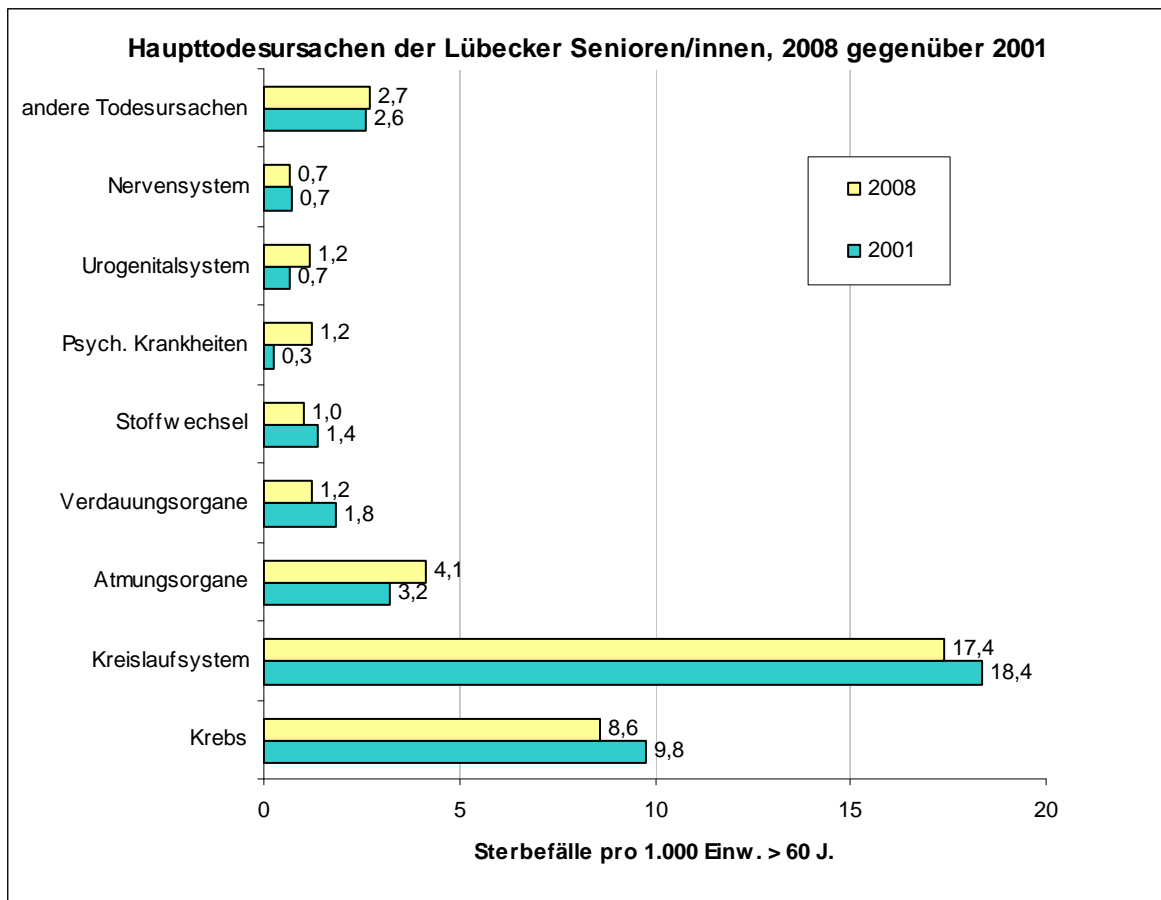
Im Zuge der Überwindung ehemals lebensbedrohlicher Krankheiten und Krankheitsprozesse bzw. deren verbesserten Behandlungsmöglichkeiten seit ca. Mitte des 20. Jahrhunderts versterben die älteren Menschen fast ausschließlich nur noch an chronisch degenerativen Krankheiten. Im Vordergrund stehen dabei hauptsächlich die Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs (Neubildungen), die auch die meisten Krankenhausbehandlungen älterer Menschen auf sich vereinen (s. Abb. 19).

Nach wie vor werden die meisten Sterbefälle der Lübecker Senioren/innen durch Herz-Kreislaufkrankungen verursacht. Im Gegensatz zu 2001 - dem Berichtsjahr des 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes – wo auf 1.000 Einw. > 60 J. 18,4 Herz-Kreislaufsterbefälle entfielen, ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen in 2008 mit 17,4 Herz-Kreislaufsterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. jedoch zurückgegangen (s. Abb. 43).

Auch die Krebssterblichkeit, die zweithäufigste Todesursache bei älteren Menschen, war bei den Lübecker Senioren/innen mit 8,6 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2008 gegenüber 9,8 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2001 leicht rückläufig (s. Abb. 43).

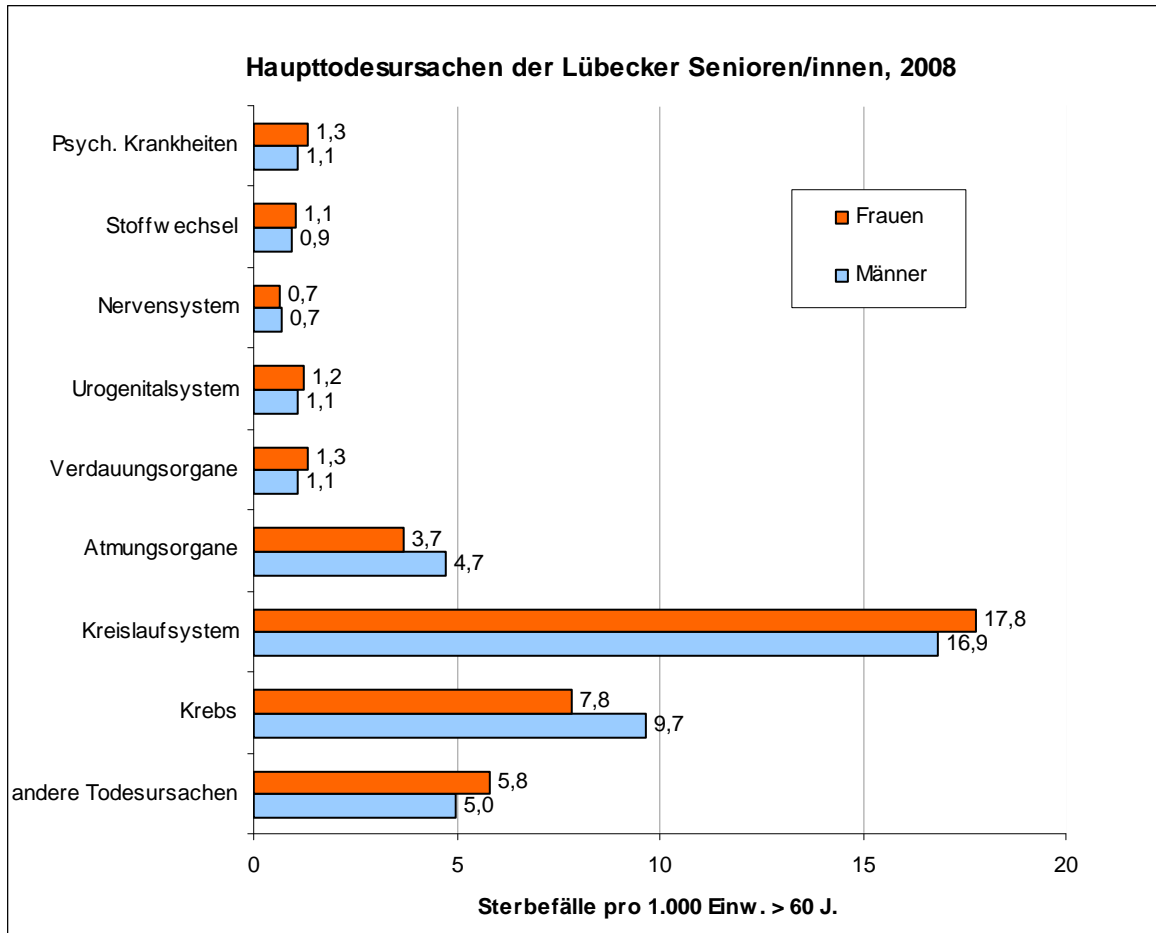
Abgesehen von den Krankheiten der Verdauungsorgane, des Nervensystems und des Stoffwechsels, bei denen die Sterblichkeit ebenfalls abgenommen hat, versterben die älteren Menschen häufiger an Krankheiten der Atmungsorgane, des Urogenitalsystems und auch an psychiatrischen Krankheiten (s. Abb. 43). Bei den Psychiatrischen Krankheiten war die Sterberate der Lübecker Senioren/innen in 2008 um das Dreifache höher als in 2001.

Abb. 43



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Todesursachenstatistik 2001 u. 2008

Abb. 44



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg u. Schleswig-Holstein, Todesursachenstatistik 2001 u. 2008

Insgesamt war die Sterblichkeit (Gesamtsterblichkeit) bei den älteren Frauen Lübecks in 2008 mit 37,8 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. etwas geringer als bei den älteren Männern mit 38,7 Sterbefällen pro 1.000 Männer > 60 Jahren. In den meisten todesursächlichen Krankheitsgruppen lag die Sterblichkeit der älteren Frauen in 2008 jedoch über der der älteren Männern, was u. a. auf das höhere Durchschnittsalter der weiblichen Altenbevölkerung und das damit verbundene höhere Sterberisiko bei bestimmten Krankheiten zurückzuführen ist.

Am deutlichsten wird dieser Zusammenhang bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit, der häufigsten Todesursache bei älteren Menschen, die, wie noch zu zeigen ist, im höheren Alter stark zunimmt. Von den in 2008 registrierten 2.310 Sterbefällen der Lübecker Senioren/innen bezogen sich 45,5 % auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Mit 17,8 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. war hier die Sterblichkeit bei den älteren Frauen um ca. 5 % höher als bei den älteren Männern mit 16,9 Sterbefällen pro 1.000 Männer (s. Abb. 44).

An der zweithäufigsten Todesursache der älteren Menschen, der Krebssterblichkeit, versterben hingegen anteilig häufiger mehr Männer als Frauen. Ca. 22,5 % der in 2008 verstobenen Lübecker Senioren/innen verstarben an einer Krebserkrankung, wobei der Anteil der Krebssterbefälle bei den älteren Männern mit 9,7 Sterbefällen pro 1.000 Männer um ca. 24 % höher war als bei den älteren Frauen (7,8 Sterbefälle pro 1.000 Frauen).

Mit Abstand seltener, gleichwohl aber relativ häufig, führen auch Erkrankungen der Atmungsorgane bei älteren Menschen zum Tode. Im Jahre 2008 machten die durch Atmungsorganerkrankungen verursachten Sterbefälle ca. 10,8 % aller Sterbefälle der Lübecker Senioren/innen aus. Auch von dieser Todesursache ist die männliche Altenbevölkerung stärker betroffen als die weibliche Altenbevölkerung. Der Anteil der durch Atmungsorganerkrankungen verstorbenen über 60-jährigen Lübecker Männer umfasste im Jahre 2008 ca. 5 Sterbefälle pro 1.000 Männer, der der über 60-jährigen Lübecker Frauen belief sich auf 3,7 Sterbefälle pro 1.000 Frauen.

4.3. Herz-Kreislaufmortalität

Nach wie vor versterben die meisten älteren Menschen in Folge einer Herz-Kreislaferkrankung. Der Anteil der Herz-Kreislaferkrankungen an den Todesursachen der Lübecker Altenbevölkerung lag im Jahre 2008 bei 45,5 %, in 2001 waren es 47,3 %. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Sterbefälle durch Herzinfarkte und andere ischämische Herzkrankheiten (32,4 %), zerebrovaskuläre Krankheiten, wie z. B. Schlaganfälle (10,7 %), Herzinsuffizienzen (22,1 %) und Krankheiten der Arterien, wie z. B. arterielle Embolien und Thrombose (11,5 %).

Nicht nur in 2008 sondern auch davor, in 2006 und 2007, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei der weiblichen Altenbevölkerung gegenüber der der männlichen Altenbevölkerung deutlich erhöht. Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2008 verzeichneten die über 60-jährigen Lübecker Seniorinnen jährlich 17 Sterbefälle pro 1.000 Frauen, während die über 60-jährigen Lübecker Senioren eine Herz-Kreislaufsterberate von 14,5 Sterbefällen pro 1.000 Männer aufwiesen. Die vergleichsweise hohe Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Seniorinnen 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 im höheren Alter zunimmt, lässt sich an den altersgruppenbezogenen jahresdurchschnittlichen Herz-Kreislaufsterberaten der Lübecker Altenbevölkerung 2006 – 2008 in Tab. 15 ablesen.

Tab. 15
Herz-Kreislaufsterbefälle pro 1.000 Senioren/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006- 2008

Alter von ... bis ... Jahren	Frauen	Männer	gesamt
60 - 74	2,6	6,1	4,2
75 - 84	18,3	26,4	21,2
85 u. mehr	79,0	76,1	78,3
60 u. mehr	17,0	14,5	16,0

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Bei den älteren Frauen steigt die Sterberate von 2,6 Sterbefällen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen um mehr als das 30-fache auf 79,0 Sterbefälle pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Bei den älteren Männern erhöht sich die Sterberate zwischen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen (6,1 Sterbefälle pro 1.000 Männer) und der der über 85-Jährigen um mehr als das 12-fache, ist aber in den jüngeren Altersgruppen, insbesondere bei den 60 bis 74-Jährigen, deutlich höher als bei den älteren Frauen (s. Tab. 15).

Tab. 16

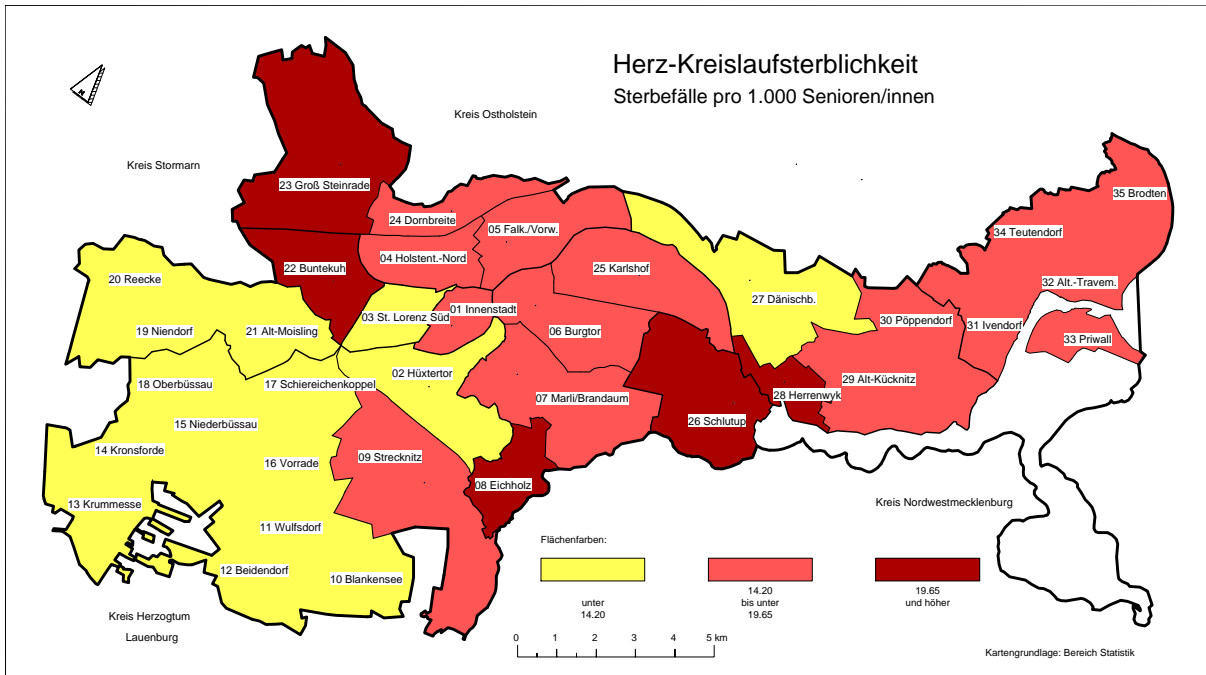
Herz-Kreislaufsterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006 - 2008					
Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	16,9	20,2	Dornbreite	9,6	17,8
Hüxtertor	11,2	11,7	Burgtor	17,3	19,6
Strechnitz	12,2	20,3	Marli/Brandenbaum	14,9	15,6
St. Jürgen-Land	13,0	14,0	Eichholz	19,6	23,5
Moisling	11,3	6,9	Karlshof	11,5	18,3
Buntekuh	16,5	24,1	Schlutup	21,4	23,4
St. Lorenz Süd	10,2	14,0	Dänischburg	11,1	11,8
Holstentor-Nord	17,0	18,6	Herrenwyk	17,4	22,1
Falkenfeld/Vorwerk	18,9	19,2	Kücknitz/Pöppendorf	15,9	17,4
Gr. Steinrade	9,8	26,4	Travemünde	13,4	15,5

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Die in Tab. 15 dargestellten durchschnittlichen jährlichen Sterberaten der Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen der Jahre 2006 – 2008 beziehen sich auf die Altenbevölkerung der Gesamtstadt Lübecks. Wie der Vergleich der alterstandardisierten durchschnittlichen jährlichen Sterberaten der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke in Tab. 16 zeigt, bestehen jedoch starke regionale Unterschiede bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit der älteren Lübecker Männer und Frauen.

Bei den älteren Männern Lübecks variiert die durchschnittliche jährliche Sterberate (2006 bis 2008) zwischen 9,6 Sterbefälle pro 1.000 Männer > 60 J. in Dornbreite und 21,4 Sterbefällen pro 1.000 Männer > 60 J. in Schlutup. Gemessen am städtischen Durchschnitt von 14,5 Sterbefällen pro 1.000 Männer > 60 J. war die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den älteren Männern aus Schlutup zwischen 2006 und 2008 durchschnittlich jährlich um ca. 47 % höher und bei den älteren Männern aus Dornbreite um durchschnittlich jährlich ca. 34 % niedriger. Bei den älteren Lübecker Frauen waren zwischen 2006 und 2008 hauptsächlich die Frauen aus Gr. Steinrade von Herz-Kreislaufsterbefällen betroffen. Mit durchschnittlich jährlich 26,4 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. lag die Sterberate der Frauen aus Gr. Steinrade um 55 % über der der älteren Frauen Lübecks insgesamt (17 Sterbefälle pro 1.000 Frauen > 60 J.). Am niedrigsten war die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den Frauen aus Moisling. Die durchschnittliche jährliche Sterberate der älteren Frauen aus Moisling umfasste zwischen 2006 und 2008 6,9 Sterbefälle pro 1.000 Frauen > 60 J. und lag damit um 59 % unter der durchschnittlichen jährlichen Sterberate der älteren Lübecker Frauen insgesamt.

Abb. 45



Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Insgesamt – die Sterbefälle der Senioren und Seniorinnen zusammengefasst – finden sich die meisten Herz-Kreislaufsterbefälle der Lübecker Senioren/innen bei den Altenbevölkerungen von Eichholz, Schlutup, Buntekuh, Herrenwyk und Gr. Steinrade (s. Abb. 45). Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2008 verstarben in diesen Stadtbezirken pro 1.000 Senioren jährlich mehr als ca. 20 Senioren/innen an Herz-Kreislaufkrankungen, wobei die hohe Herz-Kreislaufsterblichkeit wahrscheinlich auf vermehrte Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen ist (s. Tab. 14). Gegenüber der Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung Lübecks insgesamt, von durchschnittlich jährlich 16 Sterbefällen pro 1.000 Senioren/innen der Jahre 2006 bis 2008, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit in den genannten Stadtbezirken mindestens rund 26 % höher.

Die geringste Herz-Kreislaufsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen verzeichnen die Senioren/innen aus den Stadtbezirken St. Jürgen Land, Hüxtertor, St. Lorenz Süd, Moisling und Dänischburg (s. Abb. 45). Die durchschnittliche jährliche Herz-Kreislaufsterberate umfasste hier zwischen 2006 und 2008 max. ca. 14 Sterbefälle pro 1.000 Senioren/innen. Im Verhältnis zur Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung Lübecks insgesamt von durchschnittlich jährlich 16 Sterbefällen pro 1.000 Senio-

ren/innen in den Jahren 2006 bis 2008, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit in diesen Stadtbezirken um mindestens rund 12 % niedriger. Zum Vergleich: Auch in den Jahren 1997 bis 1999 wiesen die Altenbevölkerungen von Gr. Steinrade, Eichholz und Schlutup eine erhöhte Herz-Kreislaufsterblichkeit auf, während die Senioren/innen aus St. Jürgen Land, Hüntertor, St. Lorenz Süd, Moisling und Dänischburg schon damals relativ seltener an Herz-Kreislaufkrankungen verstarben (s. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht 2004).

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 auch auf drei der fünf Stadtbezirke mit einer relativ niedrigen Sozialhilfedichte zu (vgl. Abb. 15 und Abb. 45).

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.

4.4. Krebsmortalität

Am zweithäufigsten versterben die älteren Menschen an Krebserkrankungen. Wenngleich die Krebssterblichkeit bei den Lübecker Senioren/innen zwischen 2001 und 2008 rückläufig war, behalten die Krebserkrankungen (Neubildungen) gegenüber anderen Todesursachen bei älteren Menschen Lübecks nach wie vor eine hohe Bedeutung (s. Abb. 43).

Von den im Jahre 2008 verstorbenen Lübecker Senioren/innen verstarb fast jede/r Vierte (22,5 %) an einer Krebserkrankung, wobei es sich bezogen auf die Männer hauptsächlich um Sterbefälle aufgrund von Krebs der Atmungsorgane wie z. B. Lungenkrebs (23,2 %), Krebs der Verdauungsorgane wie z. B. Darmkrebs (22,8 %) sowie Krebs der Genitalorgane wie z. B. Prostatakrebs (12,7 %) und bezogen auf die Frauen hauptsächlich um Sterbefälle aufgrund von Krebs der Verdauungsorgane (28,6 %), Brustdrüsenkrebs (18,1 %), Krebs der Atmungsorgane (14,3 %) und Krebs der Genitalorgane wie z. B. Gebärmutterkrebs (10,0 %) handelte.

Auch die Krebssterblichkeit nimmt im höheren Alter zu. Bei den älteren Frauen steigt die durchschnittliche jährliche Sterberate der Jahre 2006 bis 2008 von 4,3 Sterbefällen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen um ca. das 3-fache auf 13,9 Sterbefälle pro 1.000 Frauen der Altersgruppe der über 85-Jährigen. Bei den älteren Männern erhöht sich die durchschnittliche jährliche Sterberate der Jahre 2006 bis 2008 zwischen der Altersgruppe der 60 bis 74-Jährigen (8,0 Sterbefälle pro 1.000 Männer) und der der über 85-Jährigen (24,6 Sterbefälle pro 1.000 Männer) ebenfalls um ca. das 3-fache (s. Tab. 17).

Tab. 17

Krebssterbefälle pro 1.000 Senioren/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006 - 2008

Alter von ... bis unter ... Jahren	Frauen	Männer	gesamt
60 - 74	4,3	8,0	6,0
75 - 84	9,9	17,6	12,6
85 u. mehr	13,9	24,6	16,5
60 u. mehr	7,1	11,0	8,7

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Krebs ist eine zumeist tödlich verlaufende Erkrankung. Da die älteren Männer im Verhältnis zu den älteren Frauen häufiger an Krebs erkranken (s. Abb. 21 u. 22), versterben sie auch häufiger daran. Im Durchschnitt der Jahre 2006 – 2008 verzeichneten die älteren Lübecker Männer jährlich 11,0 Sterbefälle pro 1.000 Männer > 60 Jahre, während die älteren Lübecker Frauen eine durchschnittliche jährliche Krebssterberate von 7,1 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. aufwiesen. In allen Altersgruppen, insbesondere bei den „jungen Alten“, den 60 – 74-Jährigen, ist die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der älteren Männer Lübecks mindestens 76 % höher als die der älteren Lübecker Frauen (s. Tab. 17).

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 2006 – 2008 in Tab. 18 zeigt, weisen bezüglich der männlichen Altenbevölkerung Lübecks die älteren Männer aus Buntekuh die höchste Krebssterblichkeit unter den älteren Lübecker Männern auf. Mit durchschnittlich jährlich 15,6 Sterbefällen pro 1.000 Männer > 60 J. verstarben in Buntekuh zwischen 2006 und 2008 ca. 42 % mehr ältere Männer an Krebs als 2006 – 2008 jährlich durchschnittlich in Lübeck (11,0 Sterbefälle pro 1.000 Männer > 60 J.). Am wenigsten häufig versterben die älteren Männer - abgesehen von den älteren Männern aus St. Jürgen-Land, deren niedrige Krebssterblichkeit aus der sehr kleinen Population resultieren kann (Effekt der geringen Fallzahlen) – aus Kücknitz/Pöppendorf an Krebs. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der männlichen Altenbevölkerung aus Kücknitz/Pöppendorf war mit 8,1 Sterbefällen pro 1.000 Männer > 60 J. im Verhältnis zum städtischen Durchschnitt (11,0 Sterbefälle pro 1.000 Männer > 60 J.) in den Jahren 2006 – 2008 um ca. 26,4 % geringer.

Tab. 18

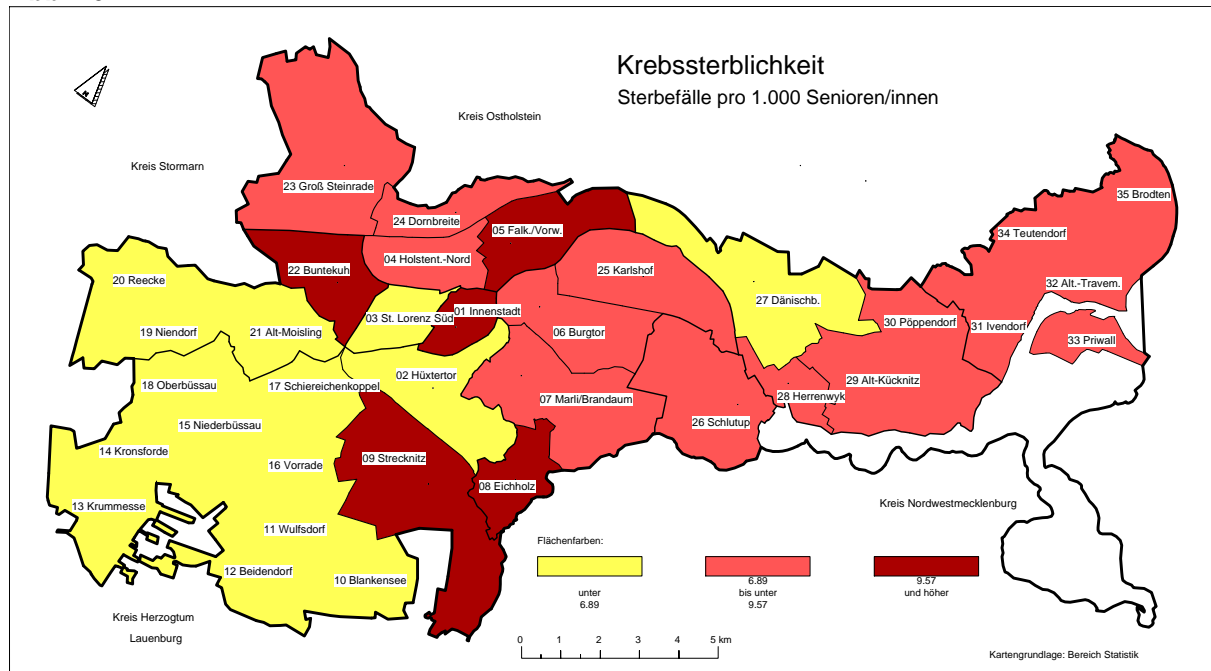
Krebssterblichkeit in den Lübecker Stadtbezirken pro 1.000 Senioren/innen, 2006 - 2008

Stadtbezirk	Männer	Frauen	Stadtbezirk	Männer	Frauen
Innenstadt	12,8	8,4	Dornbreite	10,5	7,1
Hüxtertor	9,7	3,9	Burgtor	10,7	8,2
Strecknitz	9,9	9,8	Marli/Brandenbaum	10,8	6,9
St. Jürgen-Land	0,7	3,9	Eichholz	11,4	8,9
Moisling	8,3	5,9	Karlshof	9,5	7,0
Buntekuh	15,6	8,3	Schlutup	8,6	5,6
St. Lorenz Süd	9,0	4,0	Dänischburg	8,5	4,2
Holstentor-Nord	10,8	7,9	Herrenwyk	10,2	7,9
Falkenfeld/Vorwerk	12,4	8,7	Kücknitz/Pöppendorf	8,1	8,4
Gr. Steinrade	8,8	5,6	Travemünde	10,4	6,2

Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Bezüglich der weiblichen Altenbevölkerung Lübecks weisen die älteren Frauen aus Strecknitz die höchste Krebssterblichkeit auf. Mit durchschnittlich jährlich 9,8 Sterbefällen pro 1.000 Frauen > 60 J. verstarben in Strecknitz zwischen 2006 und 2008 ca. 39 % mehr ältere Frauen an Krebs als in diesem Zeitraum jährlich durchschnittlich in Lübeck verstarben (7,1 Sterbefälle pro 1.000 Frauen > 60 J.). Die niedrigste Krebssterblichkeit unter den älteren Frauen Lübecks weisen die älteren Frauen aus St. Jürgen-Land und Hüxtertor auf. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der älteren Frauen aus St. Jürgen-Land und Hüxtertor umfasste zwischen 2006 und 2008 ca. 4 Sterbefälle pro 1.000 Frauen > 60 J. und war damit fast die Hälfte niedriger als die durchschnittliche jährliche Krebssterberate aller älteren Frauen Lübecks (7,1 Sterbefälle pro 1.000 Frauen > 60 J.).

Abb. 46



Quelle: Todesbescheinigungen 2006 – 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Insgesamt – die Sterbefälle der Seniorinnen und Senioren zusammengefasst – findet sich die meisten Krebssterbefälle anteilig zur jeweiligen Altenbevölkerung hauptsächlich bei den Senioren/innen von Buntekuh, der Innenstadt, Falkenfeld/Vorwerk, Eichholz und Strecknitz.

Im Durchschnitt der Jahre 2006 – 2008 verstarben in diesen Stadtbezirken jährlich mindestens ca. 14 % mehr ältere Menschen an Krebs als durchschnittlich in allen Lübecker Stadtbezirken. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Jahre 2006 – 2008 der Altenbevölkerung von Buntekuh, der Innenstadt, Falkenfeld/Vorwerk, Eichholz und Strecknitz lag zwischen 9,9 und 11,5 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J., während die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerung Lübecks im gleichen Zeitraum 8,7 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. 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 Buntekuh, der Innenstadt, Falkenfeld/Vorwerk und Eichholz wahrscheinlich auf die vielen Sterbefälle aus den dort ansässigen Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) zurückzuführen (s. Tab. 14).

Die niedrigsten Krebssterblichkeiten der Altenbevölkerungen aller Lübecker Stadtbezirke finden sich bei den Senioren/innen aus St. Jürgen-Land, Hüntertor, St. Lorenz Süd, Dänischburg und Moising. Die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerung der Jahre 2006 – 2008 umfasste in diesen Stadtbezirken maximal 7 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. und war damit mindestens ca. 21 % niedriger als die durchschnittliche jährliche Krebssterberate der Altenbevölkerungen der Lübecker Stadtbezirke insgesamt (8,7 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J.).

Im Abgleich (Korrelationsanalyse) mit den stadtbezirksbezogenen Sozialhilfequoten der Lübecker Altenbevölkerung 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 vier der fünf Stadtbezirke mit einer relativ hohen Sozialhilfedichte erhöht, gleiches trifft aber auch auf drei der fünf Altenbevölkerungen in den Stadtbezirken mit einer relativ niedrigen Sozialhilfedichte zu (s. Abb. 15).

4.5. Resümee

Die Seniorengeneration von heute (2010) kann auf ein noch höheres Lebensalter zählen als die von vor rund zehn Jahren. Im Verhältnis zu 2001 hat die Lebenserwartung bei den 60-jährigen Männern Schleswig-Holsteins um ein weiteres Lebensjahr zugenommen, so dass sie nunmehr (2010) durchschnittlich 81 Jahre alt werden können. Die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen schleswig-holsteinischen Frauen erhöhte sich von 84 Lebensjahren im Jahre 2001 um 0,6 Lebensjahre auf 84,6 Lebensjahre (2010).

Zurückzuführen ist diese Entwicklung auf die abnehmende Sterblichkeit der Altenbevölkerung Schleswig-Holsteins, also auch auf die abnehmende Sterblichkeit bei den Lübecker Senioren/innen. Obwohl die Lübecker Senioren/innen – wie in Kapitel 3. dargestellt - häufiger schwer erkranken, versterben sie seltener. Von 2001 bis 2010 ist die Sterberate der Lübecker Altenbevölkerung von jährlich ca. 41 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. auf ca. 39 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. gesunken. Nach wie vor versterben anteilig zur Bevölkerung mehr ältere Männer als Frauen. Tendenziell verringerte sich die Sterblichkeit bei den älteren Lübecker Männern zwar gleichermaßen wie bei den älteren Frauen Lübecks, der geschlechtliche Unterschied, der sich auch in der höheren Lebenserwartung der Frauen widerspiegelt, bleibt insgesamt jedoch bestehen. Die Sterberate der über 60-jährigen Lübecker Männer sank von 43 Sterbefällen pro 1.000 Männer in 2001 auf 41,7 Sterbefälle pro 1.000 Männer in 2010. Die Sterberate der über 60-jährigen Frauen verringerte sich von 39 Sterbefällen pro 1.000 Frauen in 2001 auf 37 Sterbefälle pro 1.000 Frauen in 2010.

Nach Stadtbezirken aufgeschlüsselt war die Sterblichkeit im Zeitraum 2006 bis 2008 bei den Senioren/innen aus Falkenfeld/Vorwerk, Buntekuh, Eichholz, Herrenwyk und der Innenstadt am höchsten. Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2008 verstarben hier jährlich 23 % mehr ältere Menschen als durchschnittlich in Lübeck insgesamt. In den Stadtbezirken St. Jürgen-Land, Hüntertor, Dänischburg, Strecknitz und St. Lorenz Süd war die Sterblichkeit bei den Senioren/innen hingegen um min. 17 % niedriger. Auffällig hierbei ist, dass die Sterblichkeit bei den Senioren/innen aus Falkenfeld/Vorwerk, Buntekuh, Eichholz, Herrenwyk und der Innenstadt auch in den 90er Jahren (1997 – 1999) schon höher war als insgesamt bei den Senioren/innen Lübecks. Als Beleg für einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. ein höheres Sterberisiko der Senioren/innen können die erhöhten Sterberaten dieser Stadtbezirke dennoch nicht gelten, da sich hierin auch vermehrt viele Sterbefälle aus den Pflegeheimen (Heimsterblichkeit) wiederfinden können. Mit durchschnittlich jährlich min. 16 Heimsterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. war die Heimsterblichkeit in diesen Stadtbezirken zwischen 2006 und 2008 jedenfalls überproportional hoch.

Auch und besonders bei der Herz-Kreislaufsterblichkeit, der häufigsten Todesursachen bei älteren Menschen, macht sich der Einfluss der Heimsterblichkeit regional bemerkbar, zumal – so die Analyse der Todesbescheinigungen 2006 bis 2008 - rund 48 % der Lübecker Pflegeheimbewohner/innen an Herz-Kreislaufkrankungen versterben. Die höchsten Herz-Kreislaufsterberaten finden sich bei den Senioren/innen aus Gr. Steinrade, Eichholz, Buntekuh, Schlutup und Herrenwyk. Im Durchschnitt der Jahre 2006 – 2008 war die Herz-Kreislaufsterberate der Altenbevölkerung dieser Stadtbezirke um mindestens ca. 23 % höher (19,7 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J.) als im städtischen Durchschnitt insgesamt (16,0 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J.). Insgesamt verursachten die Herz-Kreislaufkrankungen bei den Lübecker Senioren/innen in 2008 45,5 % aller Todesfälle. Im Verhältnis zu 2001 ist die Herz-Kreislaufsterberate von 18,4 auf 17,4 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. in 2008 gesunken.

Bei der Krebssterblichkeit – der zweithäufigsten Todesursache älterer Menschen (22,5 %) – weisen die Senioren/innen von Buntekuh, der Innenstadt, Falkenfeld/Vorwerk, Eichholz und Strecknitz die höchsten Sterberaten auf. Gegenüber der durchschnittlichen jährlichen Krebssterberate der Altenbevölkerung Lübecks von 8,7 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. verstarben in diesen Stadtbezirken in den Jahren 2006, 2007 und 2008 zwischen 9,0 und 32 % (9,6 bis 11,5 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J.) mehr ältere Menschen an Krebs. Insgesamt versterben die Lübecker Senioren/innen heute aber weniger häufig an Krebs als noch vor ca. 8 Jahren. Die Krebssterberate der Lübecker Senioren/innen, die 2001 noch 18,4 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 J. umfasste, hat sich in 2008 auf 17,4 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. verringert. Prozentual betrachtet sterben mehr Männer als Frauen an Krebs.

Im Zuge der abnehmenden Herz-Kreislauf- und Krebssterblichkeit bzw. der Sterblichkeit der Senioren/innen insgesamt gewinnen andere Krankheiten bei den Todesursachen von älteren Menschen mehr an Bedeutung. So hat sich z. B. die Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen bei den Psychiatrischen Krankheiten aufgrund der demografischen Alterung und Korrekturen bei den Beurteilungen von Krankheitsbildern (auf Bundesebene gibt es diesbezüglich ähnlich Veränderungen) von 2001 bis 2008 verdreifacht. Auch Krankheiten der Atmungsorgane und des Urogenitalsystems werden häufiger als Todesursachen bei den Lübecker Senioren/innen registriert.

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 Einw. >60 J.) durch den Einfluss der Heimsterblichkeit verfälscht sein kann. Bei der erhöhten Sterblichkeit (Gesamtsterblichkeit) der Moislinger Altenbevölkerung und der Altenbevölkerung von Marli/Brandenbaum, die keine oder wenige Heimsterbefälle aufweisen, wo aber überproportional viele Senioren/innen Sozialhilfe beziehen, kommen offensichtlich auch soziale Ursachen zum Tragen.

5. Gesundheitsversorgung und medizinisch-therapeutische Behandlungsangebote für ältere Menschen

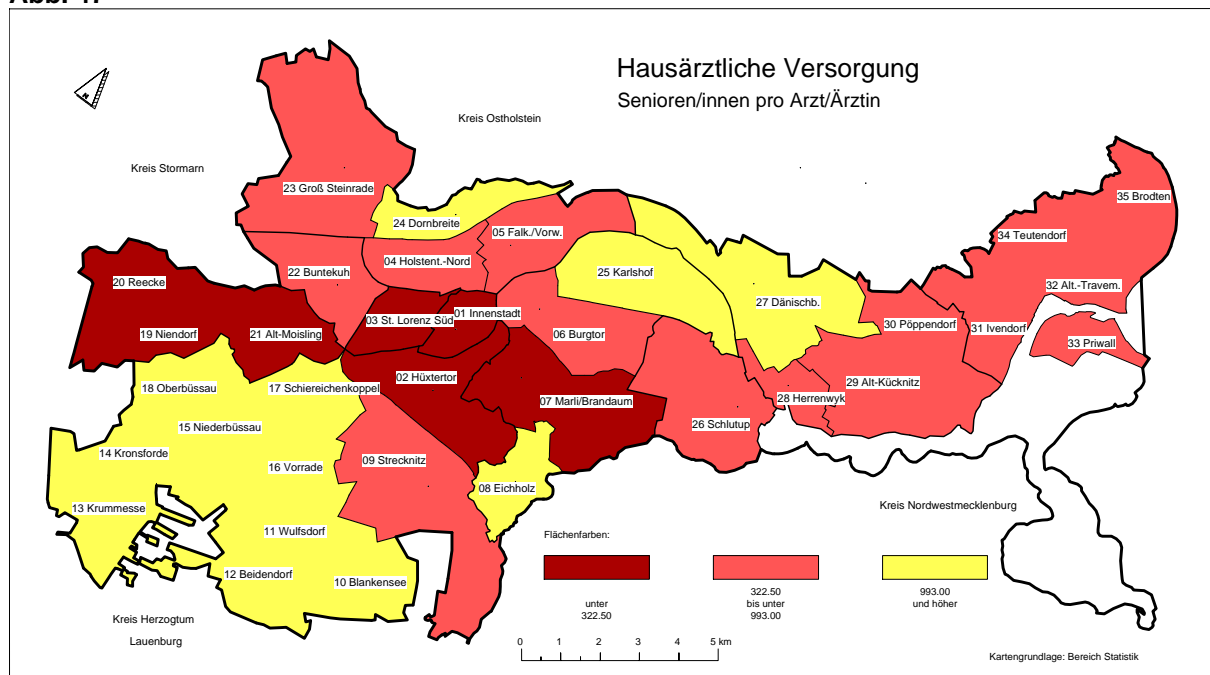
5.1. Niedergelasse Hausärzte/innen und Fachärzte/innen

In einer alternden Gesellschaft mit einer steigenden Anzahl degenerativ und chronisch erkrankter Menschen erlangt die regionale ambulante ärztliche Versorgung zunehmend mehr an Bedeutung. Besonders gefragt ist die primärärztliche bzw. hausärztliche Versorgung, bei der die ärztliche Betreuung der Patienten/innen in Diagnostik und Therapie unter Kenntnis ihres häuslichen und sozialen Umfeldes stattfindet. So führen Hausärzte/innen bei schweren Krankheiten regelmäßig Hausbesuche durch. Häufig kennt der/die Hausarzt/-ärztin auch die Lebens- und Krankheitsgeschichte des/der Patienten/in und kann bei psychischen Problemen und Konflikten, die gerade bei älteren Menschen oft unberücksichtigt bleiben, beratend eingreifen.

Nach den Angaben der Ärztestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein gibt es in Lübeck derzeit (Stand 31.10.2011) 485 niedergelassene Ärzte/innen. Fast die Hälfte (221) von ihnen – dabei kann es sich sowohl um Allgemeinmediziner/innen und praktische Ärzte/innen als auch um Internisten/innen und Kinderärzte/innen handeln - sind in der hausärztlichen Versorgung tätig 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 und somit auch über die Anzahl der niedergelassenen Hausärzten/innen Lübecks mitentscheidet. Gemäß den Versorgungsstandards der KVSH, ist die Lübecker Bevölkerung mit niedergelassenen Hausärzten/innen immer noch gut versorgt. Der Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung, der sich aus der Bemessungszahl von 1.565 Einwohner/innen pro Arzt/Ärztin ableitet, lag 2011 (Stand 31.12.) bei 110,3 %. In 2003 war der hausärztliche Versorgungsgrad mit 114,2 % jedoch etwas höher. Tatsächlich ist die Zahl der Hausärzte/innen – so die Analyse der Ärztestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holsteins – in Lübeck zwischen 2003 und 2011 von 237 auf 221 Hausärzte/innen geschrumpft. Deswegen, aber auch wegen der zunehmenden Zahl älterer Menschen, ist die Versorgungsquote der Lübecker Hausärzte/innen bei den Senioren/innen heute höher als damals. Entfielen in Lübeck auf eine/n Hausarzt/Hausärztin (ohne Kinderärzte) in 2003 noch ca. 277 Senioren/innen, so wurden in 2011 ca. 308 Senioren/innen von eine/n Hausarzt/Hausärztin versorgt.

Abb. 47



Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 2011

Entsprechend der Niederlassungspraxis vieler frei praktizierender Ärzte/innen, ihre Praxis dort einzurichten, wo sie von möglichst vielen Einwohner/innen verkehrsgünstig erreicht werden kann, konzentriert sich das hausärztliche Versorgungsangebot Lübecks hauptsächlich auf die Innenstadt und einige dicht besiedelte Stadtbezirke.

Wie die unterschiedlichen Versorgungsquoten (Senioren/innen pro Arzt/Ärztin) in Abb. 47 zeigen, sind die Senioren/innen dadurch in zentrumsfernen und weniger dicht besiedelten Stadtgebieten hausärztlich relativ schlechter versorgt. Während in der Innenstadt und den Stadtbezirken Hüntertor, Moisling, Marli/Brandenbaum und St. Lorenz Süd von einem/er Hausarzt/Hausärztin nur maximal ca. 322 Senioren/innen versorgt werden, muss ein/e Hausarzt/Hausärztin in St. Jürgen-Land, Dänischburg, Karlshof, Dornbreite und Eichholz bis zu sieben mal mehr Senioren/innen (1.020 bis 2.350 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin) versorgen. Bezogen auf den wohnungsnahen Versorgungsbedarf älterer Menschen sind die Senioren/innen aus Eichholz, Karlshof und St. Jürgen-Land besonders benachteiligt. Für die hausärztliche Versorgung steht den 2.350 Senioren/innen aus Eichholz und den 1.862 Senioren/innen aus Karlshof in ihrem Stadtbezirk nur ein/e Hausarzt/Hausärztin zur Verfügung. Die 1.020 Senioren/innen aus St. Jürgen-Land müssen zur hausärztlichen Versorgung in andere Stadtbezirke ausweichen, da sich in diesem ländlich geprägten Stadtbezirk bis heute kein/e Hausarzt/-ärztin niedergelassen hat.

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 mehr dezentralisiert werden, denn auch in den Stadtbezirken Falkenfeld/Vorwerk und Gr. Steinrade finden sich im Verhältnis zu der Anzahl der dort wohnenden Senioren/innen noch zu wenige Hausärzte/Hausärztinnen bzw. Hausarztpraxen. Mit über 700 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin ist der Versorgungsquote in diesen Stadtbezirken mehr als doppelt so hoch wie im städtischen Durchschnitt (308 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin).

Festzuhalten bleibt, dass sich der Rückgang bei den Hausärzten/innen bzw. die Schließung von Hausarztpraxen nicht in allen Stadtbezirken auf die Versorgungsqualität ausgewirkt hat. So hat z. B. die Abnahme von 45 auf 40 Hausarztpraxen in der Innenstadt, bezogen auf 2.507 Senioren/innen bzw. 13.370 Einw., keine negativen Folgen für die Versorgung der dort ansässigen Wohnbevölkerung. Problematisch allerdings ist es, wenn in Stadtbezirken wie Eichholz und Karlshof 3/4 bzw. 2/3 der Hausarztpraxen schließen und einer relativ großen Zahl älterer Menschen (2.350 bzw. 1.862 Personen) in ihrem Wohnumfeld nur noch ein/e Hausarzt/in zur Verfügung steht.

Das Gegenstück bzw. die Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung bildet die fachärztliche Versorgung. Über die Hälfte (264) der 485 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, denen auch die Altersstruktur der Wohnbevölkerung zu Grunde gelegt wird, beträgt der Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung (Stand 31.10.2011) in allen genannten Fachgebieten nach wie vor mehr als 100 %.

Besonders gut ist die fachärztliche Versorgung der Lübecker Bevölkerung und also auch die der Lübecker Senioren/innen in den Fachgebieten der Urologie (Versorgungsgrad 136,1%), der Nervenheilkunde (Versorgungsgrad 136,5 %) und der Orthopädie, wo sich der Versorgungsgrad zwischen 2003 und 2011 durch zwei zusätzliche Ärzte/innen von 125,7 auf 136,1 % gesteigert hat. 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. Mehr als die Hälfte (ca. 58 %) der ausgewählten Fachärzte/innen Lübecks (Orthopäden/innen, Urologen/innen, HNO-Ärzte/innen, Augenärzte/innen und Nervenärzte/innen) hat sich daher in Praxen in bzw. in der Nähe der Innenstadt niedergelassen, während die übrigen (42 %) hauptsächlich 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. Von den Altenbevölkerungen der Stadtbezirke Dänischburg, St. Jürgen-Land, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof, Eichholz, Schlutup, Moisling 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.

5.2. Ergo- und Physiotherapeuten/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 31.12.2011) 64 Physiotherapeuten/innen und 114 Krankengymnasten/innen, in insgesamt 89 Praxen. Abgesehen von ca. 20 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.

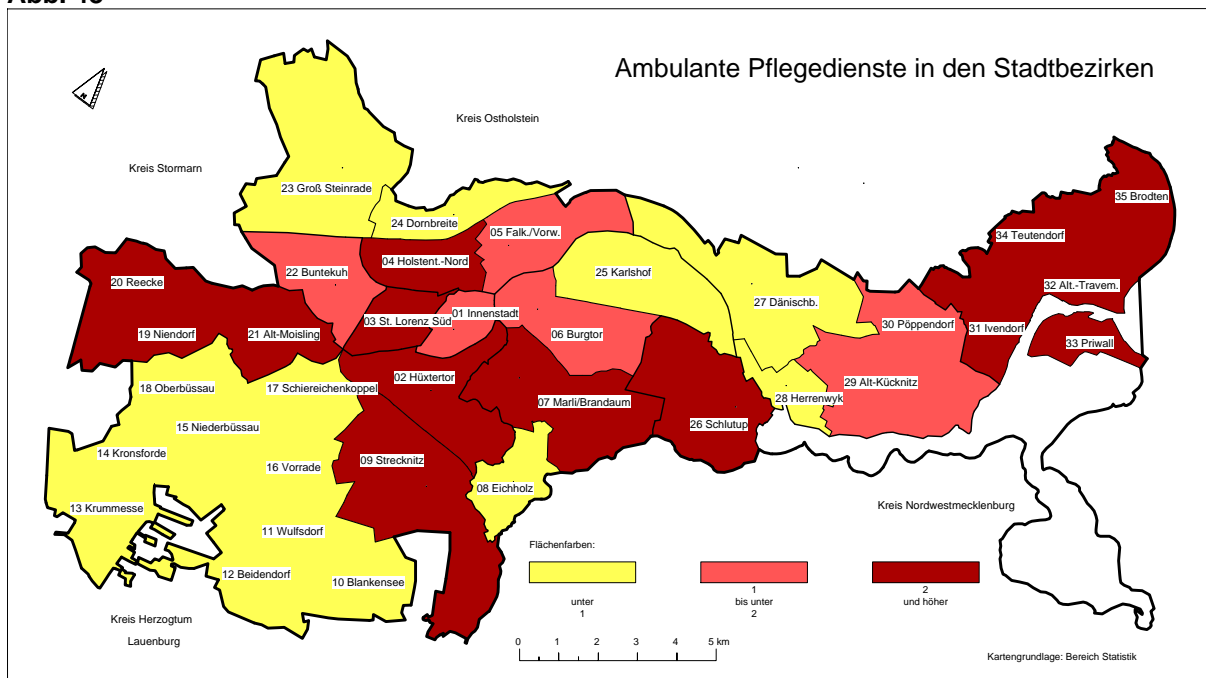
Das geriatrische Behandlungsspektrum der **Ergotherapie** umfasst in etwa die gleichen Indikationen wie das der Physiotherapie (siehe oben), ist zusätzlich aber auch auf psychiatrische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, Manien, Zwangs- und Angstneurosen, Eß-, Schlaf-, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, 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.

Viele Ergotherapeuten/innen arbeiten in stationären Einrichtungen wie Behinderten- und Pflegeheimen. Ambulant praktizierende Ergotherapeuten behandeln außer Kindern hauptsächlich ältere Menschen z. B. Schlaganfallpatienten/innen. Um die ambulante ergotherapeutische Behandlung der Lübecker Senioren/innen bemühen sich in Lübeck derzeit (Stand 31.12.2011) 31 Ergotherapeuten/innen in insgesamt 19 Praxen.

5.3. 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. 48



Nach den Angaben der Pflegeeinrichtungsstatistik des Pflegestützpunktes der Hansestadt Lübeck gibt es in Lübeck derzeit (Stand 29.08.2012) 29 ambulante Pflegedienste. Davon werden die meisten (17 Einrichtungen) privat-wirtschaftlich betrieben. In freigemeinnütziger Trägerschaft befinden sich 10 ambulante Pflegedienste.

Gegenüber 2004, dem Berichtsjahr des 1. SeniorInnen-Gesundheitsberichtes, hat sich die ambulante Pflegeinfrastruktur regional gewandelt, d. h. einige Pflegedienste haben ihren Betrieb bzw. ihren Standort aufgegeben und andere haben sich an anderen Standorten neu etabliert. Besonders profitiert haben davon die Stadtbezirke Moisling und Strecknitz, die damals keine ambulante Pflegeinfrastruktur aufwiesen und heute über 3 bzw. 2 ambulante Pflegedienste verfügen. Insgesamt ist die Zahl der ambulanten Pflegedienste von 24 auf 29 angestiegen.

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. Lt. Bundespflegestatistik wurden in 2009 (Stichtag 15.12.) in Lübeck 1.056 Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten versorgt. Damit entfielen auf einen ambulanten Pflegedienst (unabhängig von der personellen Größe der Einrichtung) ca. 41 Pflegebedürftige.

Dass das Angebot die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen übersteigt, ist aus wirtschaftlicher Hinsicht der Pflegedienstleister 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. 48 zeigen, konzentrieren sich die Standorte der ambulanten Pflegedienste Lübecks hauptsächlich um das städtische Zentrum und auf Travemünde.

5.4. Geriatrische Klinik und Tagesklinik

Das umfangreiche fachmedizinische Versorgungsangebot der Lübecker Akutkrankenhäuser Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Lübeck und Sana Kliniken Lübeck bietet den Lübecker Senioren/innen eine stationäre Akutversorgung für alle Erkrankungsarten. Für die speziell geriatrische Versorgung gibt es seit 2002 die Geriatrische Klinik und Tagesklinik am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum mit heute 144 vollstationären Betten bzw. 23 teilstationären Plätzen. Zusätzlich wird seit dem 1.4. 2010 ein umfassendes ambulantes Versorgungskonzept umgesetzt. 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 Gesundheitsfortschritten 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 zu meist um:

- Erkrankungen des Skelettsystems, wie Arthrose oder Osteoporose
- Frakturen, wie Oberschenkel- oder Oberschenkelhalsbruch
- Erkrankungen des Nervensystems, wie Polyneuropathie oder Morbus Parkinson
- Erkrankungen des Gefäßsystems, wie Schlaganfall oder Hirnblutung
- 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 2011 wurden in der Geriatrischen Klinik 2.500 Patienten/innen vollstationär versorgt. Die Belegungszeit in der stationären Geriatrie liegt nach wie vor im Durchschnitt bei ca. drei Wochen, bietet also ausreichend Zeit für eine intensive Behandlung zur Vorbereitung der Rückkehr ins eigene Zuhause.

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 Mitte der 19achtziger Jahre bestehende Geriatrische Tagesklinik des Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum verfügt über 23 Plätze und ist der stationären Geriatrischen Klinik 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.

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 2011 wurden in der Geriatrischen Tagesklinik des DRK-Therapiezentrum Lübeck/Marli 350 Patienten/innen versorgt. Die Nachfrage ist weiter steigend, die Tagesklinik stößt aufgrund der Nachfrage inzwischen räumlich an ihre Grenzen.

Eine weitere Versorgungsform stellt die ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV) dar. Im Therapie- und Bäderbereich der Geriatrischen Tagesklinik des Krankenhauses Rotes Kreuz, Lü-

beck werden ebenfalls rund 350 Patienten pro Jahr ambulant intensiv behandelt. Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme wird vom Hausarzt beantragt, bei Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse folgen rund 20 Therapietage werktags mit insgesamt über 40 Therapieeinheiten. Diese intensive ambulante Behandlung ist im Bundesgebiet bisher nur an wenigen Standorten verfügbar. Das Bundesland Schleswig-Holstein stellt hier einen Vorreiter dar; die meisten dieser Behandlungen werden am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck angeboten. Die Akzeptanz bei den geriatrischen Patienten ist hoch. Viele können so ein chronisches Schmerzleiden oder eine Gangstörung erfolgreich durch die ineinandergreifende Therapie des interdisziplinären Teams erfolgreich bewältigen.

5.5. Gerontopsychiatrische Versorgung

Durch die steigende Zahl altersbedingter Demenzerkrankungen aufgrund der Zunahme älterer und hochaltriger Menschen gewinnt die gerontopsychiatrische Versorgung stetig mehr an Bedeutung. Ursprünglich orientiert an dem Versorgungsbedarf alt gewordener psychisch kranker Menschen, konnte die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Gerontopsychiatrie mit dem sich wandelnden bzw. ansteigenden Versorgungsbedarf der alternden Altenbevölkerung nur mühsam Schritt halten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die klinisch-stationäre Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Lübecker Senioren/innen noch bis vor weniger Jahren nur außerhalb Lübecks, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in Neustadt erfolgte.

Zwischenzeitlich hat sich die klinische Versorgung der gerontopsychiatrischen Patienten/innen aus Lübeck jedoch deutlich verbessert. Mit der Übernahme der Fachklinik Neustadt durch das AMEOS Klinikum ist in Lübeck in 2005 im Stadtbezirk Hüstertor ein Gerontopsychiatrisches Zentrum mit einer Klinik und einer Tagesklinik entstanden.

Das vollstationäre Versorgungsangebot des AMEOS Klinikums Lübeck (24 Betten) richtet sich an Menschen im Alter ab ca. 60 Jahren, die an Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises leiden und nicht ambulant oder teilstationär behandelt werden können. Das teilstationäre Versorgungsangebot der Tagesklinik (18 Plätze) - ebenfalls konzipiert für psychiatrische Erkrankungen älterer Menschen - ermöglicht es den Patienten/innen bei gleichem Behandlungsspektrum wie in der vollstationären Versorgung, den Abend und die Nacht zu Hause zu verbringen.

Zusätzlich zur stationären und teilstationären Behandlung bietet das Gerontopsychiatrische Zentrum des AMEOS Klinikums Lübeck den gerontopsychiatrischen Patienten/innen auch eine ambulante Versorgung an. Die ambulante Behandlung umfasst eine ausführliche fachärztliche Diagnostik, ärztliche Einzelgespräche, medikamentöse Therapie, Psychotherapie, sozialpädagogische Beratung, sowie die Teilnahme an ergotherapeutischen Gruppentherapien.

Ziel des komplexen, auf den Einzelfall abgestimmten klinischen Versorgungsangebotes des AMEOS Klinikums ist es, gerontopsychiatrische Patienten/innen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu belassen bzw. bei notwendigen stationären Behandlungen den Patienten/innen eine rasche Rückkehr dorthin zu ermöglichen.

Sofern die häusliche Umgebung - und hier spielen auch die bestehenden Familienstrukturen eine entscheidende Rolle - den gerontopsychiatrischen Betreuungsanforderungen nicht gerecht werden kann, werden gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Pflegeheimen oder in dafür speziellen Wohngruppen versorgt. Die Gestaltung der Räumlichkeiten und die Tagesstrukturen der Pflegeheimstationen bzw. Wohngruppen, orientieren sich an Merkmalen eines gerontopsychiatrischen Konzeptes, das auf die speziellen Bedürfnisse dieser Bewohner/innen ausgerichtet ist.

Gemäß den Angaben des Pflegestützpunktes und Eigenerhebungen des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck stehen den Lübecker Senioren/innen in Lübeck (Stand 29.02.2012) in 14 Pflegeheimen 469 gerontopsychiatrische Pflegeplätze zur Verfügung. Davon befinden sich 72 Plätze (in 3 Pflegeheimen) in geschlossenen gerontopsychiatrischen Abteilungen. In 10 Pflegeheimen mit insg. 374 Plätzen erfolgt die pflegerische Versorgung mittels eines gerontopsychiatrischen Pflegekonzeptes. In einem Pflegeheim wird die gerontopsychiatrische Versorgung der Bewohner/innen durch 23 „eingestreute“ Plätze sichergestellt.

Alternativ dazu bestehen für die Lübecker Senioren/innen auch Versorgungsmöglichkeiten in den zwei Wohngruppen für chronisch psychisch kranke ältere Menschen der Brücke gGmbH Lübeck mit insg. 16 Wohnplätzen und einer privat organisierten Wohngruppe der Alzheimergesellschaft mit 9 Wohnplätzen.

Sofern die Wohnsituation der gerontopsychiatrisch erkrankten Senioren/innen geregelt ist, können sie das Tagespflegeangebot der Alzheimer Gesellschaft Lübeck in Anspruch nehmen. Dafür stehen ihnen in Lübeck in der Einrichtung „Memoritas“ und in Bad Schwartau in der Einrichtung in „Villa Humanitas“ 18 bzw. 14 Tagespflegeplätze zur Verfügung.

Hinzu kommen diverse andere Versorgungs- bzw. Betreuungsangebote für psychisch kranke ältere Menschen, wie z. B. die integrierte gerontopsychiatrische Tagesstätte der Brücke gGmbH Lübeck, die mit einem Angebot bestehend aus sozialpädagogischen, beschäftigungs-, freizeittherapeutischen,

pflegerischen und hauswirtschaftlichen Maßnahmen, den gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen helfen, ihre verbliebenen Kompetenzen zu erhalten bzw. weiterzuentwickeln. Ziel dieses Angebotes ist es, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und eine Heimunterbringung zu vermeiden bzw. hinauszuzögern.

Ob der stationäre gerontopsychiatrische Versorgungsbedarf der Lübecker Senioren/innen mit den in Lübeck bestehenden gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten gedeckt wird, dürfte angesichts der zunehmenden Verbreitung gerontopsychiatrischer Erkrankungen in der Altenbevölkerung – schätzungsweise ca. 2.120 Senioren/innen dürften in Lübeck allein schon von Demenzerkrankungen betroffen sein - und der abnehmenden Leistungsfähigkeit des ambulanten familiären Versorgungssystems - immer mehr Menschen sind im Alter auf sich selbst gestellt – kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

5.6. Pflegeheime

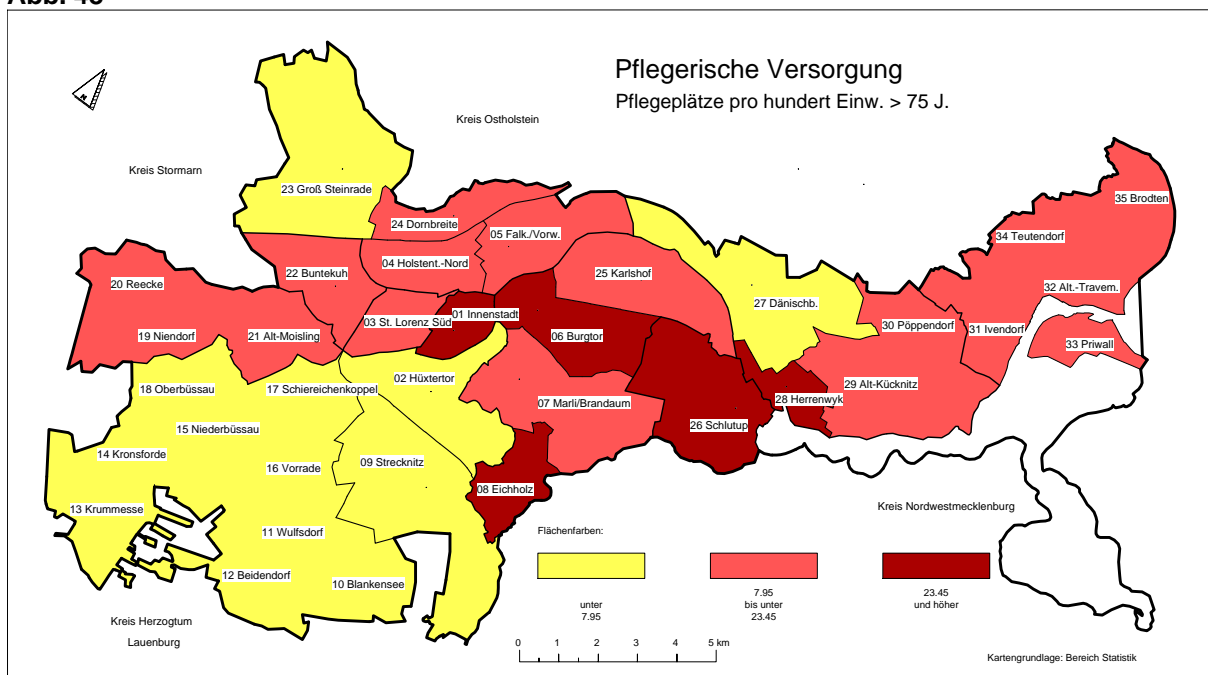
Wenn sich degenerative und chronische Erkrankungen im Laufe des Alters noch verschlimmern und der damit einhergehende Pflege- bzw. Hilfeaufwand steigt, geraten viele Senioren/innen und ihre pflegenden Angehörigen nicht selten an die Grenze ihrer physischen und seelischen Belastbarkeit. In solchen Fällen, insbesondere aber bei pflegebedürftigen Senioren/innen ohne Angehörige, kann die pflegerische Versorgung dann zumeist nur noch stationär in Pflegeheimen sichergestellt werden. Gegenüber der häuslichen Pflege hat die stationäre pflegerische Versorgung bei den Lübecker Senioren/innen noch an Bedeutung gewonnen. In 2009 (Stand 15.12.) wurden in Lübeck lt. Pflegestatistik ca. 49,7 % (2.809 Personen) der pflegebedürftigen Senioren/innen stationär in Pflegeheimen versorgt. In 2001 (Stand 15.12.) bedurften erst 44,5 % der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen einer stationären Versorgung.

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 des Pflegestützpunktes der Hansestadt Lübeck gibt es in Lübeck derzeit (Stand 31.12.2011) 40 Pflegeheime mit insgesamt 3.571 Plätzen. 16 Pflegeheime werden privatwirtschaftlich betrieben, ebenfalls 16 Pflegeheime stehen unter gemeinnütziger Trägerschaft und 8 Pflegeheime sind öffentliche Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen der Hansestadt Lübeck. Gegenüber 2004, dem Berichtsjahr des 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes, hat sich die Zahl der Pflegeheime um 5 und die Zahl der Pflegeplatzkapazitäten um 573 erhöht, was letztlich dann auch der versorgungsrelevanten Altersgruppe der über 75-Jährigen zu Gute kommt.

War das Lübecker Pflegeplatzangebot schon damals relativ zufriedenstellend – pro hundert Einw. > 75 J. standen 14,2 Pflegeplätze zur Verfügung - so hat sich die pflegerische Versorgung der Lübecker Senioren/innen in 2011 nochmals auf 15,7 Pflegeplätze pro hundert Einw. > 75 J. gesteigert.

Abb. 48



Quelle: Hansestadt Lübeck, Pflegestützpunkt, Pflegeangebotsübersicht, 2011

In Bezug auf die wohnortnahe pflegerische Versorgung, die Versorgung der Senioren/innen innerhalb ihres ansässigen Stadtbezirkes, hat sich die Entwicklung des Lübecker Pflegeplatzangebotes - abgesehen von Gr. Steinrade, wo zwei Pflegeheime mit insgesamt ca. 200 Pflegeplätzen geschlossen wurden - zumeist positiv ausgewirkt. Dieses gilt insbesondere für den bis 2004 unterversorgten Stadtbezirk Holstentor Nord, der 182 Pflegeplätze bzw. 2 Pflegeheime hinzugewinnen konnte und jetzt eine Versorgungsquote von 14 Pflegeplätzen pro hundert Einw. > 75 J. aufweist.

Nach wie vor bestehen bei der pflegerischen Versorgung der über 75-jährigen Einwohner/inne Lübecks jedoch gravierende regionale Unterschiede. In 2011 (31. 12.) lag die Versorgungsquote (Pflegeplätze pro hundert Einw. > 75 J.) in 11 der 20 Lübecker Stadtbezirke unter dem städtischen Durchschnitt von 15,7 Pflegeplätzen pro hundert Einw. > 75 Jahren. Darunter befinden sich die Stadtbezirke St. Jürgen-Land, Dänischburg und Gr. Steinrade, in denen keine Pflegeheime bzw. Pflegeplätze existieren. In Hüntertor und Strecknitz hat sich die pflegerische Versorgung zwar verbessert, gleichwohl sind die Senioren/innen dieser Stadtbezirke mit 7,1 bzw. 7,7 Plätzen pro hundert Einw. > 75 J. wohnortnah immer noch relativ unterversorgt.

Hingegen ist die pflegerische Versorgungssituation der Senioren/innen aus Eichholz, Schlutup, Herrenwyk, der Innenstadt und Burgtor ausgesprochen gut. Die pflegerischen Versorgungsquoten liegen hier zwischen 25,6 und 50 Plätzen pro hundert Einw. > 75 Jahre (s. Abb. 48).

Die beste Pflegeinfrastruktur Lübecks besitzt der Stadtbezirk Burgtor. Zwischen 2004 und 2011 sind hier noch weitere 182 Pflegeplätze entstanden, so dass pro hundert Einw. > 75 J. 50 Pflegeplätze zur Verfügung stehen.

Auch wenn die pflegerische Versorgung der Lübecker Senioren/innen in einigen Stadtbezirken Lübecks noch verbesserungswürdig erscheint, so gilt dieses nicht für Lübeck insgesamt. Gemäß der Daten der Bundespflegestatistik besteht in Lübeck seit 2005 ein Überangebot an vollstationärer Pflegeplätzen. In dem Berichtsjahr 2009 z. B. standen den 2.952 vollstationär pflegebedürftigen Lübecker/innen in Lübeck 3.630 Pflegeplätze zur Auswahl.

Künftige Bewohner wählen oft das Pflegeheim auch nach Kriterien, wie z. B. Aussehen und Größe der Anlage und des Zimmers (1-Bett-Zimmer?), erster Eindruck der Pflegedienstleitung und des Personals sowie nach Preis aus.

5.7. Tagespflegeheime

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 Selbständigkeit 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

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.

Für die tagespflegerische Versorgung stehen den Lübecker Senioren/innen gegenwärtig (Stand 31.12.2011) in Lübeck insg. 30 Plätze in 2 Tagespflegeheimen zur Verfügung. Gegenüber 2004, dem Berichtsjahr des 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes hat sich das Platzangebot in der Tagespflege in Lübeck um 100 % gesteigert. Aufgrund der Schließung des Tagespflegeheims der Vorwerker Diakonie (Ende des Jahres 2003) gab es in Lübeck von 2004 bis 2005 in diesem wichtigen Bestandteil der Pflegeinfrastruktur kein Angebot mehr. Deshalb waren die Lübecker Senioren/innen zwischenzeitlich auf die (Mit-)Versorgung in den Tagespflegeheimen der Nachbargemeinden Lübecks (z. B. Bad-Schwartau) angewiesen.

Das Tagespflegeheim „Memoritas“ der Alzheimer Gesellschaft Lübeck, das in 2005 im Stadtbezirk St. Lorenz Süd eröffnet wurde, weist 18 Plätze auf, die hauptsächlich der pflegerischen Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Senioren/innen dienen. Das Tagespflegeheim „Haus Lübeck“ der Norddeutschen Diakonie, im Stadtbezirk Holstentor Nord, das ebenfalls in 2005 eröffnet wurde, verfügt über 12 Plätze, die unabhängig von der Erkrankungsart von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden können.

Mit dem tagespflegerischen Angebot von 30 Plätzen ist der Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Lübecker Senioren/innen jedoch nicht zu decken. Nach Angabe des Pflegestützpunktes der Hansestadt Lübeck werden pflegebedürftige Lübecker/innen zwecks Tagesbetreuung nach wie vor auch in Einrichtungen der umliegenden Gemeinden vermittelt.

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 noch weitere 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.

5.8. Pflegestützpunkte

Der überwiegende 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.

Um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ausreichend zu informieren und ihnen die Entscheidung für eine ihren Bedürfnissen entsprechende pflegerische Versorgung zu erleichtern, wurden in Schleswig-Holstein im Rahmen eines Modellprojektes des Landes in neun Kreisen und kreisfreien Städten, trägerunabhängige Pflegeberatungsstellen eingerichtet. Die trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle der Hansestadt Lübeck wurde 2002 eröffnet.

Im Zuge der Pflegeversicherungsreform im Jahr 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) wurden die Kranken- und Pflegekassen mit dem Paragraphen 92c SGB XI in die Pflicht genommen, sog. Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung ihrer Versicherten einzurichten.

So wurde aus der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle der offizielle Pflegestützpunkt in der Hansestadt Lübeck. Das Mitarbeiterinnen-Team besteht aus zwei sozialpädagogischen Fachkräften und einer Verwaltungsangestellten.

Der Pflegestützpunkt wendet sich mit seinem Angebot sowohl an pflegebedürftige Menschen als auch an deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen. Die Mitarbeiterinnen informieren zu den Voraussetzungen und Leistungen der Pflegeversicherung, sie beraten neutral und unabhängig über die Hilfsmöglichkeiten bei der ambulanten Versorgung und geben Hinweise auf Anbieterstruktur und zur Finanzierung von beispielsweise ambulanten Pflegediensten, Haushaltshilfen, Hausnotrufsystemen und Mahlzeitendiensten. Das Gleiche gilt für die Angebote im stationären und teilstationären Bereich sowie für das „betreute“ Wohnen.

Beratungsinhalte sind vielfach die belastenden Situationen, 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 des Pflegestützpunktes ist auch die allg. Wohnraumberatung für Menschen, die schon pflegebedürftig oder die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. 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 im Pflegestützpunkt oder 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 des Pflegestützpunktes ist die Öffentlichkeitsarbeit. Es werden selbst organisierte Veranstaltungen und zielgruppenorientierte Fachvorträge zum Themenspektrum Pflege und altengerechte Wohnraumgestaltung angeboten.

Im Jahr 2011 fanden insgesamt 2050 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 stationären Pflegeeinrichtungen.

Der Pflegestützpunkt ist in den Bereich Soziale Sicherung im Verwaltungszentrum Mühlentor integriert. Es besteht eine gute Busanbindung und die Räumlichkeiten sind auch mit Rollstuhl gut zu erreichen (Behindertenparkplatz vor der Tür, Rampe vor dem Eingang, elektrischer Türöffner, Behinderten-Toilette).

Offene Sprechstunden finden an 3 Vormittagen und einem Nachmittag bis 18.00 Uhr statt. Für Lübecker Bürger/innen, die den Pflegestützpunkt nicht aufsuchen können, werden Hausbesuche angeboten.

Einmal monatlich findet an einem Vormittag eine Außensprechstunde in Travemünde statt. Des Weiteren bietet der Pflegestützpunkt in Kooperation mit dem Mehrgenerationenhaus Eichholz an jedem 3. Donnerstag im Monat ein Frühstück für pflegende Angehörige an.

5.9. Hospizeinrichtungen

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Erkrankungsrisiko, sondern auch das Risiko an Erkrankungen zu sterben. 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 2008 gestorben sind, starben 46 % in Krankenhäusern, 28 % in Pflegeheimen und nur 21 % starben 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. Ihre speziell ausgebildeten ehrenamtlichen Helfer/innen begleiten auf Wunsch Schwerstkranke und Sterbende, sowie deren Angehörige und Freunde. Dies geschieht zu Hause, in Pflegeeinrichtungen, im stationären Hospiz sowie in Krankenhäusern (vor allem auf den Palliativstationen und der Onkologie). Im Jahre 2011 haben ca. 50 Helfer/innen 130 Sterbende begleitet, wovon die meisten über 60 Jahre alt waren.

Besonders wichtig ist die Begleitung sterbender Bewohner/innen in Pflegeheimen, deren Angehörige sich nicht mehr kümmern können und die von den Pflegekräften diesbezüglich nur begrenzt betreut werden können. Ca. die Hälfte der von der Lübecker Hospizbewegung e.V. im Jahre 2011 begleiteten sterbenden Menschen waren Pflegeheimbewohner/innen.

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. Die Hospizdienste des stationären Hospizes, die sowohl der Befriedigung der körperlichen und sozialen als auch der psychischen und spirituellen Bedürfnisse sterbender Menschen dienen sollen und die Betreuung der An- und Zugehörigen mit einbezieht, werden von einem multidisziplinären Team aus den Bereichen Medizin, Pflege, Therapie und Ehrenamt erbracht. Im Hospiz Rickers-Kock-Haus arbeiten 12 Pflegefachkräfte (Vollzeit oder Teilzeit) sowie eine sozialpädagogische Fachkraft (Hospizleitung), eine Verwaltungskraft und eine Seelsorgerin. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch die Hausärzte und die Palliativmediziner des Palliativnetzes Travebogen. Ergänzt wird das hauptamtlich beschäftigte Hospiz-Team durch 20 ehrenamtliche Helfer/innen, die zum Teil aus der Lübecker Hospizbewegung e.V. kommen. Im Jahre 2011 wurden im Rickers-Kock-Haus Lübeck 105 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. nur (auf Antrag) möglich, wenn die erforderliche palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung im Heim nicht leistbar ist.

Zusätzlich bzw. ergänzend zu den Hospizversorgungen steht den Lübecker Senioren/innen auch eine ambulante Palliativversorgung zur Verfügung.

Palliativversorgung (Palliative-Care) bedeutet die Behandlung und Begleitung von Menschen mit unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung. Sie fördert die Betreuung des Kranken bis zuletzt zu Hause, versucht Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden und unterstützt An- und Zugehörige in der Bewältigung ihrer Aufgaben und Nöte.

Hierfür arbeiten spezialisierte Ärzte, Krankenpflegepersonal, ehrenamtliche Hospizbegleiter und andere Berufsgruppen multidisziplinär und koordiniert in einem Team (Palliative-Care-Team) zusammen. Gemeinsam verfolgen sie in ganzheitlichem Ansatz das Ziel, die Lebensqualität des Kranken auf allen Ebenen zu verbessern. Handlungsleitend sind hierbei die Wünsche der Patienten. Familie und andere Nahestehende werden mit einbezogen, unterstützt und bis über den Tod des Patienten hinaus begleitet.

Das Palliativnetz Travebogen gemeinnützige GmbH wurde 2009 gegründet, um die ambulante Palliativversorgung in Lübeck, Bad Segeberg und Stormarn auszubauen und sicherzustellen. Das Palliativnetz Travebogen wird durch die Fördervereine Horizonte e.V. und Palliativ-Care Region Segeberg Stormarn unterstützt und hat im Oktober 2009 einen Vertrag mit den Krankenkassen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) abgeschlossen.

5.10. Selbsthilfegruppen

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 Selbsthilfedanken 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, 2011) 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, ist die Selbsthilfegruppe „Prinz Eisenherz“ für Angehörige und Begleiter von Demenzerkrankten. Zwar richtet sich das Selbsthilfeinteresse dieser Selbsthilfegruppe hauptsächlich an die mittelbar Betroffenen, kommt indirekt - durch die gesundheitsfördernde Wirkung des kommunikativen Austausches in der Gruppe - aber auch der Gesundheit und dem Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Personen zu Gute, bei denen es sich zu meist um sehr alte und hochaltrige Senioren/innen handelt.

5.11. Resümee

Mit den sich verändernden medizinisch therapeutischen Anforderungen einer älter werdenden Seniorenbevölkerung konnte das Gesundheitsversorgungssystem bisher nur bedingt Schritt halten. Gleichwohl hat sich in der Gesundheitsversorgung der Lübecker Senioren/innen seit 2004, dem Berichtsjahr der 1. Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichts, einiges getan. Mehr denn je richten sich die Versorgungsstrukturen jetzt auch an den krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen des Alters aus, die sich heute wesentlich signifikanter darstellen, als noch vor rund zehn Jahren.

Am deutlichsten wird dieses an den Bereichen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie deren Versorgungsstrukturen immer weiter ausgebaut und ausdifferenziert wurden.

Für die speziell geriatrische Versorgung steht den Lübecker Senioren/innen in der Geriatrie Klinik und Tagesklinik am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum heute ein umfangreicheres Versorgungsangebot zur Verfügung als wie bei der Eröffnung in 2002. Während das teilstationäre Versorgungsangebot mit 23 Plätzen relativ konstant geblieben ist, hat sich vollstationäre Versorgungsangebot des Geriatriezentrums von 54 Betten auf 144 Betten deutlich erhöht. Zusätzlich zur voll- bzw. teilstationären Versorgung wird seit dem 1.4. 2010 ein umfassendes ambulantes Versorgungskonzept umgesetzt. Oberstes Ziel der klinisch geriatrischen Behandlung ist die Erhaltung des eigenständigen Lebens in der gewohnten Umgebung bei gleichzeitiger Vermeidung oder Besserung der Pflegebedürftigkeit.

Zur stationären Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen stehen den Lübecker Senioren/innen seit 2005 im AMEOS Klinikum Lübeck 24 Betten zur Verfügung. Ergänzend hinzukommen noch 18 Plätze in der Tagesklinik und eine ambulante Versorgung, die es den Patienten ermöglicht den Bezug zur Häuslichkeit weitestgehend aufrecht zu erhalten. Denn oberstes Ziel des differenzierten gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes ist es, die Patienten/innen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu belassen bzw. bei notwendigen stationären Behandlungen den Patienten/innen eine rasche Rückkehr dorthin zu ermöglichen.

Auch die pflegerische Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Senioren/innen wurde in Lübeck in den letzten zehn Jahren immer weiter ausgebaut. Derzeit stehen den Lübecker Senioren/innen in 14 der 40 Lübecker Pflegeheime ca. 470 gerontopsychiatrische Pflegeplätze zur Verfügung. Davon verfügen 3 Pflegeheime über eine geschlossene gerontopsychiatrische Abteilung. In 10 Pflegeheimen erfolgt die pflegerische Versorgung mittels eines gerontopsychiatrischen Pflegekonzeptes. Alternativ gibt es für die gerontopsychiatrisch erkrankten Lübecker Senioren/innen auch pflegerische Versorgungsmöglichkeiten in den Wohngruppen der Brücke gGmbH, Lübeck und einer privat organisierten Wohngruppe der Alzheimergesellschaft mit insgesamt 25 Wohnplätzen. In der Tagespflegeeinrichtung „Memoritas“ der Alzheimergesellschaft Lübeck können seit 2005 bis zu 18 gerontopsychiatrische Pflegebedürftige teilstationär versorgt werden.

Neue niedrigschwellige Angebote, wie z. B. das der integrierten gerontopsychiatrischen Tagesstätten, der Brücke gGmbH, Lübeck entlasten das gerontopsychiatrische Versorgungsangebot, indem sie darauf abzielen, Heimunterbringungen gerontopsychiatrischerkranker Menschen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern.

Mit der Alterung der Seniorenbevölkerung gewinnt die stationäre pflegerische Versorgung immer mehr an Bedeutung. Fast die Hälfte (49,7 %) der pflegebedürftigen Lübecker/innen wohnt in Pflegeheimen. In 2001 waren es erst 44,5 %.Trotzdem besteht in Lübeck noch ein Überangebot an Pflegeplätzen, haben die Pflegebedürftigen die Wahl zwischen verschiedenen Einrichtungen bzw. Versorgungsstandards. Derzeit (Stand 31.12.2011) gibt es in Lübeck 40 Pflegeheime mit insg. 3.571 Plätzen. Gegenüber 2004 hat sich die Zahl der Pflegeheime um 5 und die Zahl der Pflegeplatzkapazitäten um 573 erhöht. In Bezug auf die wohnortnahe Versorgung haben davon besonders die Senioren/innen aus Holstentor Nord davon profitiert, weil deren damals pflegerisch unterversorgter Stadtbezirk 2 Pflegeheime bzw. 182 Pflegeplätze hinzugewinnen konnte.

In der Tagespflege hat sich die Versorgungssituation für Lübecker Senioren/innen seit 2005 durch die Eröffnung zweier Tagespflegeheime in St. Lorenz Süd und Holstentor Nord mit insg. 30 Plätzen leicht entspannt, ist aber noch nicht zufriedenstellend geregelt. Da die Nachfrage das örtliche Angebot übersteigt, müssen einige pflegebedürftige Lübecker/innen in weit entfernt liegenden Einrichtungen der Nachbargemeinden z. B. Herrenburg und Bad Schwartau mit versorgt werden. 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 den Lübecker Senioren/innen möglichst wohnortnah zur Verfügung gestellt werden.

Auch bei der ambulanten pflegerischen Versorgung durch Pflegedienste kann die Inanspruchnahme 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 pauschal vergütet), sind möglicherweise viele ältere Menschen, insbesondere in Gr. Steinrade, Dornbreite, Eichholz, Karlshof, Herrenwyk, Dänischburg und St. Jürgen-Land, wo keine ambulanten Pflegeeinrichtungen existieren, pflegerisch weniger gut versorgt.

Zudem haben sich auch die hausärztlichen Versorgungsstrukturen für die Lübecker Senioren/innen nicht verbessert. Zwar liegt der hausärztliche Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung mit 110,3 % derzeit (2011) nur leicht unter dem des Jahres 2003 (114,2 %), jedoch ist die Zahl der frei praktizierenden Hausärzte/innen in Lübeck zwischen 2003 und 2011 von 237 auf 221 Hausärzte/innen geschrumpft. Negative Folgen des Rückgangs der hausärztlichen Praxen zeigen sich hauptsächlich in den Stadtbezirken Eichholz und Karlshof, für deren ansässige Wohnbevölkerung, mit einer großen Zahl von älteren Menschen (2.350 bzw. 1.862 Personen), jetzt nur mehr eine Hausarztpraxis im Stadtbezirk zur Verfügung steht. Abgesehen von den Senioren/innen aus Eichholz, Karlshof und St. Jürgen-Land deren hausärztliche Versorgungssituation besonders prekär ist, sind auch die Senioren/innen aus Falkenfeld/Vorwerk und Gr. Steinrade hausärztlich relativ unterversorgt. Mit über 700 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin ist der Versorgungsquote in diesen Stadtbezirken mehr als doppelt so hoch wie im städtischen Durchschnitt (308 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 (wieder) mehr 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, Huxtertor, Marli/Brandenbaum, St. Lorenz Süd und eingeschränkt auch für die Senioren/innen aus Kücknitz, 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.

6. Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen

6.1 Hauptergebnisse

Der allgemeine Gesundheitszustand der Lübecker Senioren/innen hat sich im Laufe von rund 10 Jahre deutlich verändert. Mehr denn je bestimmen chronisch degenerative, und hier insbesondere auch psychiatrische Erkrankungsbilder das Krankheitsgeschehen in der Lübecker Altenbevölkerung. Das zeigt sich nicht nur bei den Krankenhausanlässen der Senioren/innen, sondern auch bei den Todesursachen und an dem Spektrum der gesundheitlichen Einschränkungen der Pflegebedürftigen und Schwerbehinderten.

Indizien für die Ausbreitung chronisch degenerativer Erkrankungen bei den Lübecker Senioren/innen sind z. B.:

1. *Der Anstieg der Krankenhausbehandlungen bei den Lübecker Senioren/innen.* Die allg. Krankenhausbehandlungsquote der Lübecker Senioren/innen (Behandlungen pro 1.000 Einw. > 60 J.) hat sich in 2008 gegenüber 1996 um 27 % von 317,5 auf 403,6 Behandlungen je 1.000 Senioren/innen erhöht. Die personenbezogene Zahl der im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck behandelten Senioren/innen (Patientenquote) ist in diesem Zeitraum sogar um rund 33 % von 114,4 auf 152,0 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. angestiegen.
2. *Die Zunahme der stationär behandelten Herz-Kreislaufkrankungen bei den Lübecker Senioren/innen.* Gegenüber 1996 hat die Zahl der Senioren/innen, die wegen einer Herz-Kreislaufkrankung in 2008 im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck behandelt werden mussten, um fast 40 % von 29,7 Erkrankungsfällen auf 41,2 Erkrankungsfälle pro 1.000 Einw. > 60 J. zugenommen.
3. *Die gestiegene Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen bei den Krankheiten des psychiatrischen Formenkreises.* Zwar versterben die älteren Menschen Lübecks nur relativ selten an psychiatrischen Erkrankungen, im Verhältnis zu 2001 ist die psychiatrische Sterblichkeit der Lübecker Senioren/innen in 2008 aber von 0,3 auf 1,2 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. um das Dreifache angestiegen
4. *Die Zunahme von zerebralen und geistig-seelischen Behinderungen bei den schwerbehinderten Lübecker Senioren/innen.* Zwischen 2001 und 2007 hat sich der Anteil der schwerbehinderten Senioren/innen, die eine zerebrale und geistig-seelische Behinderung aufweisen um mehr als ein Drittel von 8,2 auf 11,3 % vergrößert.
5. *Der erhöhte Anteil psychiatrischer Krankheiten bei den pflegebedürftigen Senioren/innen.* Mit 17,7 % stehen die psychiatrischen Erkrankungen jetzt (2009) mit an vorderster Stelle bei den Pflege begründenden Erkrankungen der Lübecker Senioren/innen. In 1999 umfasste der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen bei den über 60-jährigen pflegebedürftigen Lübecker/innen erst 13,6 %.
6. *Der gestiegene Anteil der Senilität bei den Pflege begründenden Diagnosen der Lübecker Senioren/innen.* Zwischen 1999 und 2009 hat der Anteil der Senilität bzw. Alterschwäche als Pflege begründende Erkrankung bei den Lübecker Senioren/innen um über ein Drittel von 18,0 auf 24,4 % zugenommen.
7. *Die erhöhte Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den Lübecker Senioren/innen.* Die Herz-Kreislaufsterblichkeit, die mit 45,5 % häufigste Todesursache der Lübecker Senioren/innen in 2008, ist gegenüber 2001 zwar geringfügig von 18,4 auf 17,4 Sterbefälle pro 1.000 Einw. > 60 J. zurückgegangen, proportional zur Abnahme bei Gesamtsterblichkeit der Lübecker Senioren/innen mit 39 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 Jahren in 2008 gegenüber 41 Sterbefällen pro 1.000 Einw. > 60 Jahren in 2001 hat die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei den Lübecker Senioren/innen aber eher noch zugenommen.

Ursächlich für die veränderte Morbidität/Mortalität bei den Senioren/innen sind die demografische Alterung und die sich wandelnden Lebensbedingungen. Durch die gestiegene Lebenserwartung hat sich das Durchschnittsalter der Lübecker Senioren/innen (Einw. > 60 J.) von 71,5 Jahren in 2002 auf 73 Jahre in 2010 erhöht. Die Senioren/innen mit Migrationshintergrund, deren Anteil ca. 14 % der Lübecker Altenbevölkerung ausmacht, sind im Durchschnitt 1,7 Jahre jünger. Mehr denn je prägen daher sehr alte und hochaltrige Menschen das Bild der Altenbevölkerung Lübecks. Während die Zahl der Lübecker Senioren/innen zwischen 2002 und 2010 um insg. 2,8 % (von 59.664 auf 61.026 Personen) zunahm, wuchs die Zahl der über 85-Jährigen von 5.368 auf 6.490 Personen um mehr als ein Fünftel (20,5 %).

Abgesehen davon, dass ein höheres Alter ohnehin schon besondere gesundheitliche Risiken mit sich bringt, leiden viele ältere Menschen in Lübeck auch unter Armut und sozialer Isolation, die ihre Gesundheitsprobleme noch erschweren können. Die Zahl der Rentner/innen, die eine Minirente von max. 600 € erhalten nimmt kontinuierlich zu. In 2009 bezogen 12.538 Rentner/innen (9.392 Frauen und 3.146 Männer) eine Versichertenrente von unter 600 €. In 2005 gab es in Lübeck erst 11.870 Minirentner/innen. Folglich hat sich auch die Altersarmut bei den Lübecker Senioren/innen weiter ausbreitet. Statt 2,5 %, wie in 2002 - dem Berichtsjahr des ersten Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsberichtes – sind heute (2010) mehr als doppelt so viele Lübecker Senioren/innen (5,1 % bzw. 2.480 Personen) auf Sozialhilfeleistungen (Grundsicherung im Alter) angewiesen. Zudem macht das Alter viele Menschen einsam. In 2010 lebten rund 35 % der Lübecker Senioren/innen (21.267 Personen) allein, 70 % (15.186) davon waren Frauen, 53 % verwitwet und 25,2 % geschieden. Bei den Grundsicherungsempfänger/innen Lübecks lag der Anteil der Alleinlebenden in 2010 bei 74 %.

Der Gesundheitszustand der Senioren/innen resultiert aus den lebensgeschichtlichen Einflüssen und den sich wandelnden Lebensbedingungen. Dass das Leben unter Armutsverhältnissen und/oder Einsamkeit im Alter zu gesundheitlichen Einschränkungen führt, zeigt sich u. a. daran, dass die Lübecker Senioren/innen aus sozial benachteiligten Wohngebieten wegen Herz-Kreislaufkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen besonders häufig stationär behandelt werden müssen und dass die allein lebenden Lübecker Senioren/innen mehr Unfälle erleiden und im Krankenhaus behandelt werden müssen, als solche, die in Familie bzw. Gemeinschaft leben. In dem sozialschwachen Stadtbezirk Herrenwyk z. B. war der Anteil der älteren Patienten/innen die wegen einer Herz-Kreislaufkrankung stationär behandelt werden mussten in 2006 um 40 % höher als insgesamt in Lübeck und bei den psychiatrischen Erkrankungen der Senioren/innen wiesen alle Stadtbezirke mit einer hohen Sozialhilfedichte in 2006 eine erhöhte Patientenquote auf.

Dass das Verletzungsrisiko bei den alleinlebenden Senioren/innen besonders hoch ist, wird durch den überdurchschnittlichen Anteil der stationär versorgten Verletzungsfälle bei den über 60-Jährigen in den Stadtbezirken mit den meisten alleinlebenden Senioren/innen Lübecks, der Innenstadt, Hüntertor, Holstentor-Nord und Marli/Brandenbaum, verdeutlicht.

6.2 Schlussfolgerungen

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Gesundheitliche Einschränkungen bei älteren Menschen, die durch besondere Lebensbedingungen, wie z. B. Armutslagen und soziale Isolation entstehen, können nicht allein durch das Gesundheitssystem aufgefangen werden. Hierbei, aber auch in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung im Alter, wie z. B. der Behindertenförderung, bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtung. Hier sind insbesondere weitere Politikfelder, wie die Renten-, Wohnungsbau- und Sozialpolitik gefordert. Erste ganzheitliche Ansätze ergeben sich aus dem vorliegenden und in der Umsetzung befindlichen Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter*.

Bei der Bekämpfung der Armut, die eine der Hauptursachen dafür ist, dass sich chronische Krankheiten schon vor dem Rentenalter manifestieren, sind zusätzlich auch Elemente der Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik zu beteiligen, denn die kranken Erwerbstätigen von heute sind die erwerbsunfähigen bzw. armen Rentner/innen von morgen.

Auf kommunaler Ebene kann das bedeuten,

1. dass alle Bevölkerungsgruppen mittleren Alters, insbesondere aber die ältere Bevölkerung ab 55 Jahren, kontinuierlich über Möglichkeiten und Maßnahmen zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankungen aufgeklärt werden
2. dass die Krankenkassen ihre Mitglieder, auch und besonders die über 55-Jährigen, einmal im Jahr per Anschreiben auf die Leistungen der Vorsorgeuntersuchungen aufmerksam machen
3. dass die älteren Mitglieder der Krankenkassen, insbesondere die sozial Benachteiligten, wie z. B. die Minirentnern/innen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung ihrer Gesundheit kostenlos an Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Bewegung teilnehmen können
4. dass dazu von den gesetzlichen Krankenkassen gem. § 20 SGB V dauerhaft ein ausreichendes und flächendeckendes Angebot bereitgestellt wird, das von einem sozialen Träger inhaltlich ausgestaltet und koordiniert wird. In den Projektgebieten „Soziale Stadt“ kann die Koordinierungsfunktion vom Quartiersmanagement ausgeübt werden
5. Angesichts der Kumulation verschiedener verhältnis- und verhaltensbedingter Risikofaktoren stellen die älteren Migranten/innen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. In Stadtteilen mit hohen Anteilen älterer Migranten/innen sollten zusätzlich zu den spezifischen Maßnahmen wie z. B. Schwimm-, Bewegungs- und Yogakurse auch unspezifische Begegnungsangebote wie z. B. Frühstücks- und Frauentreffs noch mehr als bisher bereitgestellt werden. Zur näheren Ausgestaltung wären hier zunächst der Bedarf und die Nachfrage zu eruieren. Aus dem Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter* heraus wurden über Befragungen erste Daten erhoben; die Auswertung steht unmittelbar bevor
6. daneben sollten, um auch zurückgezogene und einsame ältere Menschen für den Erhalt und zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu mobilisieren, in allen Senioren-Single-Haushalten einmal im Jahr präventive Hausbesuche durchgeführt werden. Aufgrund einer Anfrage in der Bürgerschaftssitzung vom 30.05.2012 erfolgt z. Zt. aus dem Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter* heraus die Recherche nach vorhandenen Projekten und deren Erfolgen. Über die Ergebnisse wird gesondert berichtet
7. da allein lebende Senioren/innen auch besonders unfallgefährdet sind, sollte, um Unfallquellen im Haushalt zu eliminieren, mit dem präventiven Hausbesuch auch ein sog. „Senioren-Haushalts-Check“ verbunden werden
8. wegen der Unfallprävention und des Wunsches vieler älterer Menschen nach dauerhaftem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sollten die bestehenden Wohnverhältnisse der Lübecker Senioren/innen noch mehr als bisher alters- bzw. behindertengerecht um- und ausgebaut werden. Die Hansestadt Lübeck beteiligt sich aus dem Gesamtkonzept *Leben und Wohnen im Alter* heraus an einem landesweiten Modellvorhaben und baut im Rahmen eines Pilotmodells in Kooperation mit einem Wohnungsunternehmen eine Wohnberatung auf
9. bei Neubau- und Modernisierungsvorhaben sollte darauf hingewirkt werden, dass der Anteil der alters- bzw. behindertengerechten Wohnungen erhöht wird, da aufgrund der demographischen Entwicklung in den kommenden Jahren mit einer weiter steigenden Nachfrage zu rechnen ist
10. zudem sollten zwecks Vermeidung von Einsamkeit alternative Wohnformen wie Seniorenwohngemeinschaften und Seniorenhausgemeinschaften thematisiert und ggf. unterstützt werden, denn soziale Integration stellt einen wichtigen gesundheitsfördernden Faktor im Alter dar
11. damit ältere Menschen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung mobil und aktiv bleiben können, muss die Infrastruktur im Wohnquartier so ausgebaut werden, dass Ärzte, Apotheken, Einkaufsmöglichkeiten und Freizeistätten auf kurzen Wegen und barrierearm erreichbar sind
12. dass eine Pflegeinfrastrukturplanung etabliert wird, die sozialräumlich bzw. quartiersbezogen sowohl die gesundheitlichen Rahmenbedingungen als auch die Wohn- und Pflegesituationen sowie die Angebote in den Fokus nimmt und bereichs- und fachbereichsübergreifend agiert

13. dass das dafür vorhandene Zahlenmaterial und die Grundlagen optimiert und differenzierter dargestellt werden
14. der zunehmenden Zentralisierung der hausärztlichen Versorgung bzw. die Schließung von Hausarztpraxen an der städtischen Peripherie, die dazu geführt hat, dass immer mehr ältere Menschen wie z. B. in Eichholz und Karlshof in ihrem Wohnquartier/Stadtbezirk hausärztlich nicht mehr voll versorgt werden, sollte mit zielgerichteten Strukturfördermitteln bei der Standortwahl der Hausärzte entgegengewirkt werden
15. die gerontopsychiatrische Versorgung, die in Lübeck in den letzten acht Jahren im klinischen und pflegerischen Bereich bedarfsbezogen erweitert und vernetzt wurde, sollte, damit gerontopsychiatrische Patienten/innen möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, durch mehr niedrighschwellige Angebote, wie das der integrierten gerontopsychiatrischen Tagesstätte der Brücke gGmbH flankiert werden
16. damit pflegebedürftige gerontopsychiatrisch erkrankte Senioren/innen in quasi-häuslicher Umgebung leben können, müssen in Lübeck noch mehr Pflegeplätze in gerontopsychiatrischen Wohngruppen, wie die der Alzheimergesellschaft und der Brücke gGmbH geschaffen werden
17. Pflegende Angehörige, insbesondere ältere Personen, sind besonders gesundheitlich belastet. Um sie vor Überforderungen und Erkrankungen zu schützen, bedarf es in Lübeck dringend mehr Gesprächs- und Beratungsangebote, da diese offiziell derzeit nur durch einen Gesprächskreis der Alzheimergesellschaft, den Beratungsservice des Pflegestützpunktes der Hansestadt Lübeck, sowie einer Selbsthilfegruppe zur Verfügung gestellt werden
18. Veranstaltungen für Angehörige und Unterstützungsmöglichkeiten auch unter dem Fokus ‚Vereinbarkeit von Pflege und Beruf‘ sollten in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden und Größeren Arbeitsgebern konzipiert und angeboten werden
19. um pflegende Angehörige zu entlasten und die soziale Integration der Pflegebedürftigen zu fördern, sollte das Tagespflegeangebot, das in Lübeck derzeit nur 30 Pflegeplätze umfasst, weiter ausgebaut werden
20. rund 35 % der Lübecker Senioren/innen leben allein. Damit ältere Menschen nach ambulanten Operationen nicht allein zu Haus bleiben müssen, sollten Möglichkeiten der Kurzzeitpflege bzw. der nachsorgenden Hilfe forciert werden (u. a. könnte dafür wie z. B. in Flensburg an einem zentralen Standort ein Pflegehotel errichtet werden) das diesen niedrighschwelligen, kurzzeitigen Bedarf der pflegerischen Versorgung deckt.

1 – Bürgermeister
1.160 – Frauenbüro
 Zeichen: PS

Lübeck, den 23.07.2012
 Auskunft: Petra Schmittner
 Tel.: 122-1601; Fax: 122-1620
 e-Mail: petra.schmittner@luebeck.de

2. SeniorInnen-Gesundheitsbericht der Hansestadt Lübeck

hier: Stellungnahme des Frauenbüros

Das Frauenbüro begrüßt den vorliegenden 2. SeniorInnen-Gesundheitsbericht für die Hansestadt Lübeck, der erfreulicherweise - wie schon der erste Bericht (2004) - geschlechtsspezifische Zahlen aufweist und großteils auch entsprechend auswertet. Positiv ist vor allem der Versuch, die Gesundheitsdaten in Zusammenhang zu sozialen Hintergründen (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, soziale Lage, Stadtbezirke) zu stellen. Die prozentuale Darstellung der Daten verdeutlicht gut die Relationen; wir möchten jedoch anregen, in Zukunft ebenfalls, noch mehr als bisher, absolute Zahlen darzustellen, da diese manchmal andere Dimensionen verdeutlichen und so kommunale Entwicklungen und Bedarfe eher aufzeigen können.

Relevante Ergebnisse aus Sicht des Frauenbüros:

Viele Seniorinnen leben allein und mit Rente unter Grundsicherungsniveau

Der Bericht zeigt erneut, dass insbesondere ältere Frauen (15.186 / 70%) in Lübeck im Alter alleine leben und sehr viele mit einer Rente auskommen müssen, die kaum zum Leben reicht¹. Auch Sozialleistungen müssen ältere Frauen häufiger als Männer in Anspruch nehmen. Dies ist Folge der schlechteren Bezahlung, von beruflichen Ausfallzeiten (Betreuung und Pflege von Kindern und SeniorInnen²), Teilzeitarbeit und prekärer Beschäftigung von Frauen. Die Auswirkungen, die Alleine-Leben und finanzielle Engpässe auf die Gesundheit und die Teilhabe von SeniorInnen haben, werden im Bericht nur angedeutet.

Erhöhtes Unfall- und Verletzungsrisiko bei älteren Seniorinnen

Der Bericht weist darauf hin, dass auf allein lebende SeniorInnen besonders geachtet werden sollte, um Isolation und Vereinsamungen sowie Verletzungen vorzubeugen. Er beschreibt, dass bei den 60-74jährigen, insbesondere bei den über 85jährigen Seniorinnen ein stark erhöhtes Unfall- und Verletzungsrisiko (21 bzw. 38 pro 1.000 Frauen) besteht. Hier sind konkretere Vorschläge zur Prävention wünschenswert³.

Gründe für Differenz Diagnose/Todesursache bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen unklar

Warum Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Seniorinnen häufiger als bei Senioren zum Tod führen, sie aber seltener diagnostiziert werden, wird –außer mit einem Verweis auf das höhere Alter- im Bericht leider nicht erläutert. Einige Studien weisen darauf hin, dass die koronare Herzkrankheit (KHK) bei Frauen unzureichend diagnostiziert und therapiert werden und insbesondere die Frauen selbst hier mehr sensibilisiert werden sollten.

Keine Aussage zu Zahlen und zur Situation der pflegenden Angehörigen und Pflegekräfte

Der vorliegende Bericht empfiehlt, pflegende Angehörige zu entlasten, nennt jedoch im Berichtsteil keine Zahlen zu ihrem Anteil an den Pflegenden. Aus Sicht des Frauenbüros sollte im kommenden SeniorInnen-Gesundheitsbericht –auch im Hinblick auf eine weiter alternde Gesellschaft- zusätzlich zur Zahl der ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegedienste, Heime und Kliniken auch die Zahl der pflegenden Angehörigen sowie der professionellen Pflegefachkräfte, jeweils aufgesplittet nach Geschlecht, sowie der Betreuungs- bzw. Pflegeschlüssel (Personal/Betreute) dargestellt werden. Immerhin wird ein Großteil (70%) der häuslichen Pflege in Lübeck⁴ von pflegenden Angehörigen geleistet⁵, der überwiegende Teil von Frauen. Diese Zahl, so die Prognose, soll aufgrund des demographischen Wandels, zunehmender Mobilität und räumlicher Entfernung von Kindern sowie der zunehmende Er-

¹ Rund 10.000 Frauen erhalten eine (eigene) Rente, die unterhalb des Grundsicherungsniveaus (676 Euro) liegt.

² 2002 waren 73 % d. pflegenden Angehörigen Frauen, 1. Gleichstellungsbericht d. Bundesregierung (2012), S. 183

³ Ideen hierzu: www.uni-due.de/~gpd402/alt/texte/ml/UnfaelleSeniorenDresden.html.

⁴ 2009 bezogen lt. Statistik Nord, Pflegestatistik, in Lübeck 2.523 Personen Pflegegeld (ohne die, die zusätzlich ambulante Hilfe erhalten), d.h. diese wurden alleine durch pflegende Angehörige (p.A.) gepflegt; mehr als in Kiel (2.522), Flensburg (750) und Neumünster (991). 1.056 Personen wurden in Lübeck von ambulanten Pflegediensten betreut, 2.993 lebten in Pflegeheimen, S. 17, 21, 24; bundesweit werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen von p.A. versorgt, in Lübeck laut Pflegebedarfsplan 2004 73 % im Jahr 2001, siehe Fußnote 10.

⁵ das Gesetz über die Pflegeversicherung gibt häuslicher Pflege einen Vorrang und weist sie damit der Familie, de facto meist Frauen, zu. Vgl. 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2012), S. 68.

werbstätigkeit potenzieller (familiärer) Pflegepersonen in den kommenden Jahren um ca. 30%⁶ sinken. Diese Entwicklung, so der Bundesgleichstellungsbericht 2012, könnte gerade für pflegebedürftige Frauen eine (noch) stärkere Verweisung auf die stationäre Pflege bedeuten.

Für pflegende Angehörige spielen vor allem die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, arbeitsrechtliche Ansprüche, finanzielle⁷ und anderweitige Absicherungen eine Rolle bei der Entscheidung, ob ihnen eine Übernahme –auch von Teilen der Pflege– möglich ist. Hier gilt es, Unterstützungsmöglichkeiten für die Pflegenden zu befördern, auch damit die oben erwähnten finanzielle Folgen privater Pflege für die Pflegenden (und dann später auch entsprechende Sozialeistungen durch die Kommune) verringert werden. Der Fokus im Bereich der Pflege sollte allerdings –je nach Pflegebedarf– auf professionelle Lösungen, die von Angehörigen unterstützt werden, abzielen - und nicht umgekehrt⁸.

Entwicklung der ambulanten Pflege in Lübeck

Der Bericht zeigt auf, dass es gegenüber 2004 drei ambulante Pflegedienste mehr in Lübeck gibt, bemängelt aber zugleich, dass einige Stadtbezirke weniger gut versorgt sind. Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung ist auch aus Sicht des Frauenbüros zur Entlastung häuslicher Pflegekräfte wichtig. Laut Pflegebedarfsplan (2004) gab es im Jahr 2004 2.121 ambulant Pflegebedürftige, bereits damals wurden nirgendwo in Schleswig-Holstein Pflegebedürftige seltener von Pflegediensten betreut als in Lübeck, dies hat sich auch bis 2009 nicht verändert⁹. 2004 wurde der geringe Anteil ambulanter Pflege damit begründet, dass in Lübeck statt stationärer oder ambulanter Pflege „vermehrt Geldleistungen von pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen würden“ und die ambulante Pflege z.T. „unterfinanziert“ sei. Überprüft werden sollte, ob hohe Anteile familiärer Pflege in Lübeck Ausdruck des Mangels an finanzierbaren Alternativen¹⁰ sein könnten. Im Jahr 2004 prognostizierte der Pflegebedarfsplan für das Jahr 2014 eine Zahl von 2.113 ambulant Pflegebedürftigen¹¹, laut aktuellem SeniorInnengesundheitsbericht wurden 2009 in Lübeck 1.056 Pflegebedürftige ambulant versorgt. Die Differenz kommt dadurch zustande, dass der Pflegebedarfsplan auf der Hochrechnung einer Bestandserhebung aller Pflegeeinrichtungen basierte, bei der alle Gepflegten, auch Selbstzahlende sowie Personen mit Pflegestufe „O“ erfasst wurden. Um dem „realen“ Pflegebedarf näher zu kommen, wäre es sinnvoll in Zukunft Berichte¹² zu erstellen, die alle Gepflegten, nicht „nur“ die „LeistungsempfängerInnen“ darstellen.

Krankenkassen und Kommune: „Setting“-Ansätze mit zielgruppenspezifischen Angeboten

Der Bericht weist z.T. auf besondere gesundheitliche Risiken und Belastungen von Männern hin. Die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen im Anschluss an den Bericht sollte daher auch zielgruppenspezifische Angebote für Männer und Frauen beinhalten. Ausreichend Vorschläge für Präventionsprojekte liegen vor¹³. Der Präventionsbericht der GKV 2009 (Fokus: kommunaler Gesundheitsförderung) führt aus, dass die Krankenkassen gem. §20 (1) SGB V zu Leistungen der Primärprävention u.a. „Setting“-Ansätze in Kommunen fördern, 2008 erst 10% der Mittel an Stadtteile und Kommunen¹⁴ gingen und dieser Anteil ausgebaut werden soll. Die Hansestadt Lübeck könnte dieses Potenzial vermehrt nutzen, dabei präventive Angebote für ältere Frauen und Männer entwickeln und vorhandene lokale AkteurInnen in den Stadtteilen (z.B. die Frauenprojekte) mit einbeziehen.

i.A. Petra Schmittner

⁶ 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2012), S. 213.

⁷ Im 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2012) werden für Pflegenden Ausgleichsleistungen -nicht nur im Rentenrecht– empfohlen.

⁸ 27 % der überwiegend weiblichen Pflegepersonen geben ihre Erwerbstätigkeit auf, 24 % schränken sie ein, siehe Fußnote 6, S. 68; Frauen und Männer haben geringe Unterschiede bei den Präferenzen im Bezug auf die Betreuungsformen, beide nennen am häufigsten die Kombination „Pflegedienste + Angehörige“, für Frauen ist professionelle Pflege eher vorstellbar (ebd., S. 215).

⁹ Laut Pflegestatistik Schleswig-Holstein gab es 2009 nirgendwo in SH weniger von Pflegediensten ambulant betreute Pflegebedürftige (je 1000 Einwohner ab 65 Jahren) als in Lübeck, Lübeck: 19, Kiel: 24, Flensburg: 27, Neumünster: 59. Dafür gibt es die meisten in Pflegeheimen Betreuten, Lübeck: 59, Kiel: 44, Flensburg: 49, Neumünster: 58, siehe: www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/K_II_8_2j09.pdf, S. 17 und 21.

¹⁰ 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2012), S. 215

¹¹ Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplan 2004-2014, 2005, S. 30 bzw. 38

¹² Gute Beispiele: Pflegebericht Osnabrück 2006-2015), Frankfurt (Teilbericht II): Partizipative Altersplanung

¹³ Hilfreich für die Entwicklung von (geschlechtsspezifischen) Präventionsprojekten könnte u.a. sein: Bundesgesundheitsministerium, „Gesundheitliche Prävention bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte“, „Leitfaden Prävention der GKV“ sowie die Praxisbeispiele auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (u.a. Studie „Die jungen Alten“).

¹⁴ 10% aller kassengeförderten Setting-Projekte, GLV, Präventionsbericht 2009, siehe: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2010_2/100119_praeventionsbericht/09-11-4503_Praeventionsbericht_2009_gV_11291.pdf, S. 10.