



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
ZENTRUM FÜR BEVÖLKERUNGSMEDIZIN
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG



Wo drückt der Schuh in der Gesundheitsversorgung?

Eine demografiebezogene Bestandsaufnahme
für Lübeck

**Zentrum für Bevölkerungsmedizin
und Versorgungsforschung (ZBV)**

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Tel. +49 451 500-3856

Fax +49 451 500-5872

info@zbv.uni-luebeck.de

www.zbv.uni-luebeck.de

Wo drückt der Schuh in der Gesundheitsversorgung?

Eine demografiebezogene Bestandsaufnahme für Lübeck

Ergebnisse einer mehrphasigen qualitativen Studie
des Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV)
in Kooperation mit dem Wissenschaftsmanagement der Hansestadt Lübeck

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Fragestellung und Methode	11
3	Ergebnisse	13
3.1	Kommunikation im Gesundheitswesen	13
3.1.1	Kommunikation zwischen den Beteiligten der Versorgung	13
3.1.2	Kommunikation mit den Patienten	14
3.2	Versorgung bei Demenz	16
3.3	Versorgung bei Schwerhörigkeit	17
3.4	Medikation bei geriatrischen Patienten	17
3.5	Altengerechte Umwelt und Barrieren	17
3.6	Ressourcenknappheit in der Pflege	18
3.7	Strukturelle Probleme	19
3.8	Bürokratie	20
3.9	Mangel an Beistand	20
3.10	Datengrundlage für Prognose	21
4.	Bewertung und Ausblick	22
	Anhang	26

1 Einleitung

»Gesund werden und Gesund bleiben. Wie kann dies gelingen?« Die Frage betrifft jeden – ob jung oder alt. Jeder von uns ist – mal mehr, mal weniger – auf eine funktionierende Gesundheitsversorgung angewiesen: Auf gute und gut erreichbare Ärzte, auf sichere Medikamente und Impfungen, auf verständliche Information u.v.a.m. Doch was die Jungen ahnen, wissen die Alten schon längst: Die Frage nach der Qualität der Gesundheitsversorgung wird umso drängender, je älter man wird. Die Statistik gibt ihnen recht: Im Rahmen des Mikrozensus 2009 wurden Menschen aller Altersstufen gefragt, ob sie in den letzten vier Wochen krank oder durch einen Unfall verletzt waren. Von den bis unter 75-jährigen beantworteten 13,2% die Frage mit »ja«, von den Älteren (≥ 75 Jahre) jedoch 27,8%.¹ Auch aus Sicht derer, die für die Gesundheitsversorgung Verantwortung tragen, hat dieser Zusammenhang große Bedeutung. Denn nicht nur der einzelne Mensch altert, sondern auch unsere Gesellschaft. Für Lübeck wird ein Anstieg des Anteils der Hochaltrigen (≥ 80 Jahre) an der Bevölkerung von 6,3% auf 9,2% im Jahr 2030 erwartet.² Die Entwicklung ist zu einem guten Teil Folge der verbesserten medizinischen Versorgung – auch

in jüngeren Jahren. Ebenso ist sie jedoch die große Herausforderung. Wer sich mit Weitblick um die Gesundheit sorgt – um die eigene, die seiner Patienten oder die der Bevölkerung insgesamt – wird deswegen immer auch die Frage nach der Versorgung der Älteren stellen.

Wegen der großen Bedeutung des Themas Gesundheit sollte man annehmen, dass die umfassende Frage nach Verbesserungsbedarf bei der Gesundheitsversorgung oft gestellt wird. Dies ist – aus verschiedenen Gründen – nicht der Fall:

1. Begrenzte Ressourcen begünstigen die Beschäftigung mit naheliegenden und konkreten Problemen: »Wer bringt mich morgen zum Arzt?« – »Was muss ich für das Hörgerät zuzahlen?« oder »Welches Pflegeheim ist für meine Mutter geeignet?«; für den Arzt: »Warum nimmt der Patient das Medikament nicht so, wie ich es verordnet habe?« oder »Was muss ich schreiben, damit die Krankenkasse die Reha bewilligt?«; für das Krankenhaus: »Können wir es uns leisten, diesen Patienten, der keinen Versicherungsschutz hat, zu behandeln?«; für die

¹ Eigene Berechnung aufgrund der Daten des Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/KrankeUnfallverletzte.html.

² Raumordnungsprognose 2030, Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/UeberRaumb Beobachtung/Komponenten/-Raumordnungsprognose/Downloads/DL_uebersicht.html?nn=444934.

Kommune: »Reicht die Zahl der Pflegeplätze?« oder »Was tun gegen Tuberkulose?«; für die Pflegekraft: »Wer hilft Frau S., wenn ich ausfalle?« Gesundheit kommt in diesen Fragen nicht vor. Macht es überhaupt Sinn, die allumfassende Frage zu stellen?

2. Gesundheitsversorgung zum Thema zu machen impliziert, dass es ein Versorgungssystem gibt. Diese Annahme ist zumindest eine grobe Vereinfachung. Ein definiertes gesellschaftliches Gebilde, das für die Gesundheit der Bürger zuständig ist, ist Fiktion. Was es gibt, sind Angehörige, Pflegestützpunkte, einen ausufernd aktiven Gesetzgeber, Hausärzte, die keinen Nachfolger finden, Rund-um-die-Uhr-Pflegekräfte aus Osteuropa, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, gesetzliche Betreuer, Essen auf Rädern, Gesundheitsämter, den Gemeinsamen Bundesausschuss, Intensivstationen u.v.a.m. Diese Akteure arbeiten mit heterogenen Motiven, unterschiedlicher Verlässlichkeit und selten koordiniert. Über wen und was soll man sprechen, wenn man sich des Themas Gesundheitsversorgung annimmt?

3. Auch die Menschen, die auf Gesundheitsversorgung angewiesen sind, lassen sich kaum als Bevölkerungsgruppe mit bestimmten Eigenschaften und Bedürfnissen erfassen. Dies gilt auch, wenn wir auf die Älteren fokussieren. Wir können sie mit wissenschaftlich-epidemiologischen

Methoden charakterisieren, aber werden wir damit dem Einzelnen gerecht?

Die Gesundheitsversorgung in Lübeck zu problematisieren ist also ein schwieriges Unterfangen, und das Ergebnis wird immer fragmentarisch sein. Man sollte sich vergewissern, warum man sich die Mühe macht. Der Hauptgrund ist: Wir können nicht davon ausgehen, dass irgendein »Gesundheitsmarkt« die Nöte der Menschen zuverlässig sichtbar macht und bedarfsgerechte Leistungen hervorbringt. Im Kernbereich des Gesundheitssektors bestehen Festpreise, die nicht vom Leistungsempfänger, sondern von einem an der Krankenversorgung Unbeteiligten gezahlt werden. Anders als auf einem funktionierenden Markt kommt es typischerweise zu Unter- und Überversorgung. Außerhalb des Kernbereichs hingegen besteht ein unübersichtliches und fluktuierendes Angebot seitens behördlicher, kommerzieller und non-profit-Stellen, deren Leistungsfähigkeit und Motive der Bedürftige schwer einschätzen kann. Sich hier zurechtzufinden, fällt schon einem gesunden, jungen Menschen schwer. Dürfen wir dann hoffen, dass ein alter Mensch sich informiert, ein Angebot richtig bewerten und vertrauensvoll annehmen kann – auch wenn er beginnend dement, vereinsamt und schwerhörig ist? Oder können wir uns darauf verlassen, dass ein anderer zur Stelle ist, der das für ihn übernimmt? Und sollte dies so sein – bilden sich Angebote, die für den Bedürftigen überhaupt erkennbar und finanzierbar sind?

Die Hansestadt Lübeck und das Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV) an der Universität zu Lübeck stimmen darin überein, dass man nicht darauf warten darf, dass Versorgungsdefizite – was auch immer im Einzelnen darunter zu verstehen ist – sich von selbst zeigen. Es bedarf einer aktiven Nachforschung. Dabei lässt sich die beschriebene Unsicherheit, was denn unter der Gesundheitsversorgung (insbesondere für alte Menschen) zu verstehen ist, durchaus als Chance begreifen, die unterschiedliche Vorgehensweisen zulässt.

Einen möglichen Weg hat die Hansestadt mit ihrem Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht beschritten³, der im Jahr 2012 als Fortschreibung eines ersten Berichts aus 2004 vorgelegt wurde. Der Bericht enthält eine Fülle von Daten zur Soziodemographie⁴, Morbidität⁵ und Mortalität⁶ der Lübecker Senioren sowie zu ambulanten und stationären Versorgungsangeboten einschließlich Pflege, Hospiz und Selbsthilfe. Die Analyse vergleicht Stadtbezirke untereinander,

erfasst Veränderungen im Vergleich zum ersten SeniorInnen-Gesundheitsbericht und setzt Arztsitze in Beziehung zur Bedarfsplanung. Der Bericht konstatiert u.a. eine Zunahme der stationären Behandlungsfälle bei den Lübecker Senioren (über 60 Jahre) in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern von 17.431 im Jahr 1996 auf 24.415 im Jahr 2008 (+40,1%). Häufigster Einweisungsgrund waren zu beiden Zeitpunkten Diagnosen des Herz-Kreislaufsystems, die von 78,9 Behandlungen je 1000 Einwohner >60 Jahre auf 96,7 zugenommen haben (+22,6%). Zählt man nicht die Aufnahmen, sondern die Senioren, die wegen einer Diagnose aus dieser Gruppe (mindestens einmal) im jeweiligen Jahr stationär behandelt worden sind, ergibt sich eine deutlichere Zunahme der Quote von 29,7 je 1000 Einwohner >60 Jahre im Jahr 1996 auf 41,2 im Jahr 2006 um 38,7%.⁷

Solche Zahlen sind wichtig, da sie (bei verfeinerter Altersstandardisierung⁸) unter Berücksichtigung des demografischen Wandels Prognosen des zukünftigen Versorgungsbedarfs

³ www.luebeck.de/lvw_docs/forms/2/2_530/Gesundheitsbericht_SeniorInnen_2012.pdf.

⁴ Beschreibung einer Bevölkerung nach statistischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Sozialstatus.

⁵ Krankheitshäufigkeit.

⁶ Sterblichkeit.

⁷ Für diese Auswertung standen Diagnosedaten des UKSH, Campus Lübeck, zur Verfügung.

⁸ Bei Altersstandardisierung werden Raten für Personen nach Altersklassen (vorzugsweise mit jährlicher Abstufung) errechnet. Auf dieser Grundlage lassen sich altersabhängige Kennzahlen einer Population (z.B. die Krankheitshäufigkeit) auf eine Population mit anderer Altersstruktur (z.B. dieselbe Population in 10, 20 oder 50 Jahren) umrechnen.

eine rationale Grundlage geben. Sie können aber zu Fehlinterpretationen verführen. So lässt sich aus den vorgenannten Zahlen allein nicht schlussfolgern, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein Problem darstellen, das intensiver angegangen werden muss, etwa im Sinne verstärkter Prävention. Bestätigt sich bei Standardisierung, dass die altersspezifischen Behandlungsraten zunehmen, ist als Ursache in Betracht zu ziehen, dass trotz unveränderter Morbidität verstärkt diagnostische und therapeutische Maßnahmen unter stationären Bedingungen durchgeführt werden. Im Fall der Herz-Kreislauf-Erkrankungen könnte dies z.B. auf Koronarinterventionen⁹ zutreffen. Bei deren Mengenzunahme werden medizinischer Fortschritt, möglicherweise auch ökonomische Anreize wirksam, z.B. eine Tendenz von Krankenhäusern, vergütungsorientierte Indikationen zu stellen, um nicht »vom Markt« gedrängt zu werden. Je nach den Umständen kann also eine angemessene oder eine Fehlversorgung vorliegen. Bei

Herzkatheteruntersuchungen legen nähere Analysen eine Überversorgung nahe.

Wichtige Einsichten vermittelt der Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht in Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Daten zum Sozialstatus. Lübecker Senioren aus sozial benachteiligten Stadtbezirken werden häufiger wegen Herz-Kreislauf- und psychiatrischen Erkrankungen im Krankenhaus behandelt als Bewohner anderer Bezirke. Verzerrungen durch Bezug auf unterschiedliche Zeitpunkte können insoweit nicht wirksam werden. Weitere ökologische Analysen legen nahe, dass der Status des Alleinlebens mit Altersarmut, aber auch mit einem erhöhten Verletzungsrisiko assoziiert ist. Aussagen über Ursächlichkeit in dem Sinne, dass die Beseitigung des einen Problems auch das andere löst, sind nicht zulässig. Aber die Zusammenhänge lassen ahnen, welchen Personen wir, wenn es um die Verbesserung der Gesundheit der Lübecker geht, besondere Aufmerksamkeit schenken sollten.

⁹ Sog. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen die Herzkranzgefäße in Durchleuchtung dargestellt und Engstellen geweitet werden (teilweise mit Stents).

2 Fragestellung und Methode

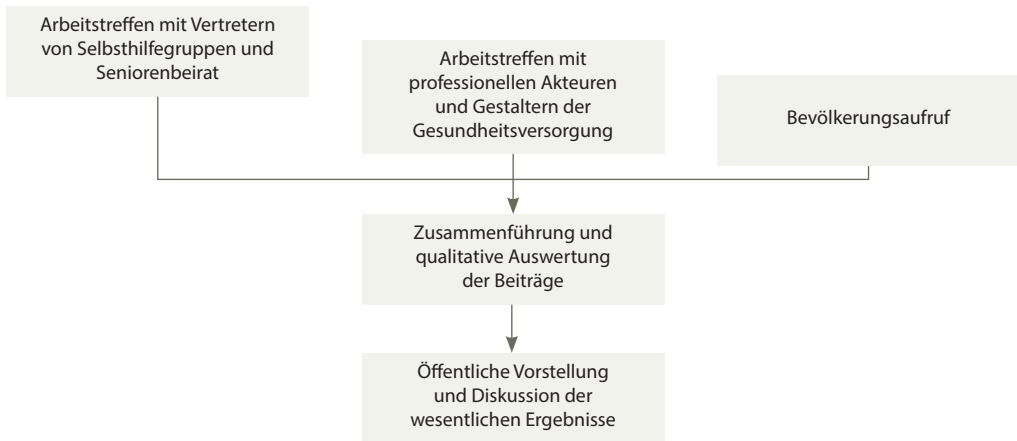
Das ZBV stellt in dieser Studie die Frage nach der Gesundheitsversorgung alter Menschen in Lübeck mit einer anderen Blickrichtung als der städtische Bericht. Unsere Untersuchung verzichtet auf die Nutzung von Routinedaten; dies nicht in erster Linie deswegen, weil deren Interpretation mit den aufgezeigten Schwierigkeiten verbunden ist. Vielmehr hat jede Untersuchung, die Merkmale vorgibt und ihre Ausprägungen zählt, den Nachteil, dass auch im Ergebnis Aussagen nur zu eben diesen Merkmalen möglich sind. Dies gilt nicht nur für die Nutzung von Sekundärdaten, sondern limitiert auch die Verwendung von Fragebögen. Weil Gesundheit und Krankheit und der Umgang mit diesen sehr individuell sind und weil das Zusammenwirken von Versorgungsbeteiligten komplex ist, eignet sich das Thema für einen qualitativen Forschungsansatz, der im Vergleich zur datengebundenen Forschung offener und flexibler ist. Als Methode, die ihre spezifische Stärke in der Generierung von Hypothesen hat, die bei Studienbeginn thematisch weitgehend unbestimmt sind, steht der qualitative Ansatz nicht in Konkurrenz zu quantitativen Methoden, sondern ergänzt diese.

Folgende Überlegungen waren bei der Konzeption der schließlich angewendeten Methode leitend:

1. Eine thematische Einengung auf bestimmte Aspekte der Gesundheitsversorgung in Lübeck sollte nicht erfolgen.
 2. Es sollten konstruktive und unbefangene Gruppengespräche motiviert werden.
 3. Es sollten Sichtweisen von Personen eingefangen werden, die als Gruppe eine große Zahl unterschiedlicher Rollen im Gesundheitssystem repräsentieren.
- Die Forderung zu 2) folgte in erster Linie dem Ziel, auch solche Standpunkte zu erfassen, die erst im Diskurs als bedeutsam empfunden und geäußert werden. Die Beteiligung von Patienten und anderen Betroffenen an Gesprächsrunden wurde als schwierig angesehen, weil maximale Gruppengröße und die Zahl der zu repräsentierenden Sichtweisen in gewissem Widerspruch stehen. Wir entschieden uns für die Einladung von Multiplikatoren aus dem Kreis der Selbsthilfegruppen und planten ergänzend einen Bevölkerungsaufbau, der sich an alle Lübecker richtet.

Realisiert wurde ein mehrphasiger Prozess.

1. Arbeitstreffen mit Vertretern von Lübecker Selbsthilfegruppen, Seniorenbeirat und Mitgliedern des ZBV am 24.01.2013 im Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum – (Teilnehmerliste im Anhang).
2. Arbeitstreffen mit professionellen Akteuren und Gestaltern der Gesundheitsversorgung in Lübeck (ärztliche Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Pflegestützpunkt, Politik und



Grafik: Projektstruktur

Verwaltung, Rechtspflege) und Mitgliedern des ZBV am 05.06.2013 im Multifunktionszentrum auf dem Wissenschaftscampus Lübeck (Teilnehmerliste im Anhang).

Die Auswahl der einzuladenden Teilnehmer an den Arbeitstreffen erfolgte einvernehmlich durch die Mitglieder eines Arbeitskreises (Wissenschaftsmanagement der Hansestadt, ZBV). In den Sitzungen wurde jeweils nach kurzer Einführung in das Thema durch Prof. Dr. Raspe, ZBV, und Dr. Willkomm, Geriatriezentrum/ZBV, (SHG-Treffen) bzw. Prof. Dr. Katalinic, ZBV, und Frau Kasimir, Wissenschaftsmanagement, (Profi-Treffen) die Leitfrage formuliert: »Wo sehen Sie Probleme der Gesundheitsversorgung alter Menschen in Lübeck?« Antworten wurden in Meta-plan-Technik gesammelt und induktiv geclustert (Beispiel im Anhang).

3. Bevölkerungsaufruf von Juli bis Dezember 2013 unter Nutzung verschiedener Kanäle (Aufruf in der örtlichen Presse, Verteilung von Flyern (Anhang) über Arztpraxen, Apotheken, Selbsthilfegruppen, Seniorenbeirat,

Pflegestützpunkt, Gesundheitsamt und Senioreneinrichtungen der Stadt, Websites (Apotheke am Behnhaus, »Hanse trifft Humboldt«, ZBV)). Für alle Angesprochenen bestand die Möglichkeit, sich anonym oder namentlich schriftlich (Brief, Fax, E-Mail oder Eingabe direkt auf der ZBV-Website) zu beteiligen. Anfragen zur Studie und zu Teilnahmemöglichkeiten wurden auch telefonisch entgegengenommen und beantwortet.

Im Rahmen der Auswertung wurde eine Bildung von Themenblöcken angestrebt, die die Beiträge aus allen Phasen unter übergeordneten Gesichtspunkten gruppiert. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, die in den Arbeitstreffen gewählten divergierenden Clusterungen zu modifizieren. Die schließliche Einteilung wurde in einer Sitzung der projektbeteiligten ZBV-Mitglieder konsentiert. Auf dieser Grundlage wurden in gleicher Sitzung die Themen identifiziert, die aufgrund der Resonanz besondere Aufmerksamkeit verdienen und im Rahmen einer öffentlichen Abschlussveranstaltung diskutiert werden sollten.

3 Ergebnisse

Ein Beispiel für die in den Arbeitstreffen erarbeiteten Metaplanwände ist im Anhang wiedergegeben. Im Rahmen des Bevölkerungsaufrufs gingen uns 18 namentliche Beiträge zu, anonyme Mitteilungen gab es nicht. Die Darstellung innerhalb jedes Themenblocks fasst zunächst die Stichpunkte der Arbeitstreffen zusammen. Aus den Rückläufen des Bevölkerungsaufrufs werden jeweils solche Passagen zitiert, die entweder zusätzliche Gesichtspunkte enthalten oder in den Arbeitstreffen genannten Punkte besonders einprägsam veranschaulichen.

3.1 Kommunikation im Gesundheitswesen

Zahlreiche Stimmen thematisierten Facetten des Informationsaustauschs im Gesundheitswesen. Unterscheiden lassen sich dabei die Kommunikationsbeziehungen der Leistungserbringer (3.1.1) untereinander von der Kommunikation mit dem Patienten (3.1.2).

3.1.1 Kommunikation zwischen den Beteiligten der Versorgung

Von verschiedenen Seiten wurde betont, dass es beim Übergang der Patienten zwischen den Sektoren (ambulant/stationär) sowie wechselnder Zuständigkeit innerhalb eines Sektors zu Brüchen in der Versorgung komme. Die Abstimmung zwischen Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst und Klinik) wurde als verbesserungsbedürftig angesehen. Entlassungen aus der

stationären Versorgung seien teilweise nicht ausreichend vorbereitet (siehe dazu auch unten 3.7). Medikamentenumstellungen seien nicht immer nachvollziehbar erläutert, z.T. auch nicht sachgerecht. Unnötige Patientenwege würden erzwungen. Als mögliche strukturelle Gründe wurden in diesem Zusammenhang genannt: Personalmangel, fehlende oder noch nicht ausreichend genutzte Möglichkeiten der technischen Kommunikation, Belange des Datenschutzes, unzureichende Vernetzung.

Der Austausch der Leistungserbringer mit den Beratungsstellen für Senioren und Selbsthilfegruppen sei nicht optimal, die Weiterleitung der Patienten ausbaufähig. Auch die Zusammenarbeit von KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) mit den einzelnen Gruppen sei verbesserungswürdig.

Eine Bürgerin schreibt:

»Ich habe keine Lust, Briefträgerin in Sachen Infos von einem Arzt zum anderen zu sein. Arztbriefe werden nicht gelesen. Dafür wurde ich gebeten, die Inhalte selbst zu referieren, was im Zustand nach einer Krebs-OP nicht erfreulich war.«

Ein Spezialproblem im Zusammenhang mit der Überleitung zwischen den Sektoren beschreibt eine Seniorin:

»Ich bin DAK-Patientin, habe aber eine Zusatzversicherung, wenn ich ins Krankenhaus

komme. Nach einem Aufenthalt in der Klinik wurde ich Freitagmittag entlassen, als die Sprechstunde meines Hausarztes schon geschlossen war. Die Medikamente, die mir verschrieben wurden, galten nur für Privatpatienten. Die Apotheke weigerte sich, mir die analogen von der Krankenkasse genehmigten Arzneien herauszugeben, da ich ja außerhalb des Krankenhauses gesetzlich versichert bin. Da ich aber auf die Medikamente angewiesen war, musste ich die anfallenden Gebühren selbst bezahlen, was in diesem Fall EUR 110,00 ausmachte.»

3.1.2 Kommunikation mit den Patienten

Zahlreiche Anmerkungen bezogen sich auf die Kommunikation innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung. In diesem Zusammenhang wurde bemängelt, dass Arzt oder Ärztin (z.B. im Zusammenhang mit der Mitteilung von Diagnosen) nicht immer die notwendige Empathie und Sensibilität zeigten. Die Aufklärung sei oft unzureichend. Patient oder Patientin würden sich teilweise nicht ernst genommen fühlen. Bestimmte Diagnosen (z.B. Fibromyalgie) seien mit Stigmatisierung verbunden. Auch von Seiten des Pflegepersonals erführe der Patient oft nicht die notwendige Zuwendung. Patienten, die an Studien teilgenommen hätten, seien oft enttäuscht, wenn sie von Ergebnissen nichts erführen.

Folgende Hemmnisse für eine gelungene Kommunikation mit dem alten Patienten

wurden genannt: »Barrieren im Kopf« wie Scheu vor Arzt und Krankenhaus könnten zur Folge haben, dass ein Kontakt mit Helfern gar nicht erst zustande komme. Das Gespräch mit dem alten Patienten sei oft durch dessen kognitive Einschränkungen (z.B. infolge von Demenz) und Schwerhörigkeit erheblich erschwert. Ausreichend Zeit stehe wegen begrenzter personeller Ressourcen nicht zur Verfügung. Besonders schwierig sei der Umgang mit Patienten, die sich selbst nicht mehr selbstbestimmt äußern könnten. Hier sein man z.T. auf indirekte Äußerungen angewiesen (Mimik, Schmerzverhalten).

Mangels unklarer Einwilligungsfähigkeit oder eindeutiger rechtlicher Vorsorge (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) bleibe in solchen Fällen oft auch die Verbindlichkeit von direkten oder indirekten Patientenwünschen offen. Erhebliche, altersunspezifische Schwierigkeiten für die Kommunikation wurden im Zusammenhang mit der Betreuung von Migranten berichtet, die zudem oft psychisch belastet sein. Nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren könnten das Gespräch behindern.

Eine Bürgerin beklagt:

»Dann ging ich mit 4-5 dringenden gesammelten Fragen (als chronisch schwer kranke Person) [...] hin und kam gerade mal dazu eine Frage beim Arzt zu klären, dann war er bereits wieder auf dem Sprung, stand auf und ging weg (Wartezimmer voll).«

Ähnliche Erfahrungen berichtet ein Bürger im Zusammenhang mit einer stationären Herzuntersuchung:

»Einen Tag später Abschlussgespräch mit dem Arzt: »Ja, sieht nicht besonders gut aus, ich empfehle Ihnen die Einpflanzung eines Defibrillators.« – »Aber ich bitte Sie, den habe ich doch schon seit vielen Jahren.« – »Ach so, das wusste ich nicht.« Und dabei hatte ich alle notwendigen Unterlagen fein säuberlich kopiert und dem Stationspersonal übergeben. [...] Im Fragebogen hatte ich auch noch Beschwerden angegeben, von denen ich der Auffassung bin, sie hängen mit meinem geschwächten Herz zusammen und wollte einen ärztlichen Rat wissen. Hat den Arzt überhaupt nicht interessiert.«

Ein 92-jähriger Bürger hat die Erfahrung gemacht,

»... dass sich Ältere wegen ihrer vielen »Wehwehchen« vor dem Besuch ihres Hausarztes auf das Dringlichste konzentrieren bzw. geistig vorbereiten sollten (soweit sie dazu noch fähig sind). An der erforderlichen Zeit und Geduld des Doktors hapert es meistens zumindest bei Kassenpatienten; die Abarbeitung der aufgestauten Probleme wird z.B. unterbunden mit der Bemerkung, dass noch andere warten oder dass noch Hausbesuche anstehen. Dabei muss der Patient durchaus kein Drönbütel sein, der den Arztbesuch als willkommene Abwechslung ansieht.«

Eine Bürgerin, die mit einer Angehörigen wegen Verdachts auf eine lebensbedrohliche allergische Reaktion ins Krankenhaus fuhr, beklagt sich:

»In der Notaufnahme hat man uns gar nicht ernst genommen.«

Eine Bürgerin berichtet von Erfahrungen im Zusammenhang mit der Diagnose eines Glioblastoms¹⁰ bei ihrem Mann:

»Mein Mann und ich fühlten uns nach dieser Diagnose sehr allein gelassen. Zumal die Mitteilung dieser furchtbaren Diagnose häppchenweise und unkoordiniert erfolgte. Es hatte den Anschein, dass keiner der behandelnden Ärzte wirklich zuständig war für die Mitteilung des Ergebnisses. Dabei will ich keinem einen Vorwurf machen. Die Ärzte waren/sind bis auf wenige Ausnahmen jede/r für sich sehr nett. Ich vermute vielmehr, es gibt für diese Art von Gespräch keine etablierte, strukturierte Vorgehensweise.«

Eine Bürgerin schreibt über die Kommunikation der Ärzte mit ihrer Mutter:

»Wenn ich meine 90-jährige Mutter (hört ein bisschen schwer) zu Ärzten begleite, wenden sich die behandelnden Ärzte immer an mich. Ich erlaube mir dann den Hinweis, dass nicht ich ihre »Kundin« bin, sondern meine Mutter. Ergebnis: In den nächsten 2-3 Minuten redet der Arzt mit meiner Mutter – dann wieder mit mir.«

¹⁰ Bösartiger, aggressiver Hirntumor. Nur 12 % der Betroffenen überleben zwei Jahre nach Diagnosestellung (Leitlinie Gliome der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Stand 09/2011, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-099l_S2k_Gliome_2011-09_01.pdf).

Sie teilt außerdem folgende Erfahrung eines Arztkontakts mit:

»Nach Schilderung von immer wiederkehrenden, jedoch auch zeitlich begrenzten Beschwerden (Fuß) genügte ein kurzer Blick, dann wurde mir geraten, Ibuprophen 400 zu kaufen und einzunehmen mit der Bemerkung: ›Die gibt es gerade bei der Apotheke Pinguin für 50 Cent.« Erst als ich die Praxis verlassen hatte, fragte ich mich: ›Was war denn jetzt gerade das?‹ Ich war so ›perplex‹, dass ich in dem Moment leider gar nicht reagieren konnte.«

3.2 Versorgung bei Demenz

Krankheitsspezifische Probleme wurden im Bereich der Versorgung demenzkranker Menschen benannt. Aufgrund der auf Patientenseite fehlenden Fähigkeit zum Selbstmanagement komme den professionellen und sonstigen Helfern hier eine besondere Verantwortung zu. Nicht immer gebe es Angehörige, die willens und in der Lage seien, diese Koordination umfassend zu übernehmen. Überforderung resultiere im schlimmsten Fall in häuslicher Gewalt. Insoweit seien konkrete Angebote notwendig, die pflegende Angehörige physisch und psychisch unterstützen. Mit ähnlicher Stoßrichtung wurde eine »ganzheitliche Betreuung von Betroffenen und Angehörigen« gefordert. Bei der sozialversicherungsrechtlichen Feststellung

der Pflegebedürftigkeit werde der demenzbedingte Betreuungsbedarf noch nicht ausreichend berücksichtigt. Schließlich wurde vorgebracht, dass es in den Akutkrankenhäusern an Stationen fehle, die personell und fachlich ausreichend ausgestattet seien, um den Bedürfnissen demenzkranker Menschen gerecht zu werden.

Eine Pädagogin aus dem Selbsthilfebereich schreibt:

»Wir als Selbsthilfe Demenz sind zurzeit an einem Punkt angelangt, an dem sich eine Mischung aus Verzweiflung und Resignation breit macht. [...] Alter, Demenz und Armut sind unbearbeitete Themen. Demenz und Obdachlosigkeit? Demenz und Gewalt nimmt zu und korreliert mit einer Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft. Gewalttätige Angehörige, gewalttätige Pfleger (auch im Krankenhaus!), Gewalt durch Psychopharmaka/Neuroleptika, gehäuft Fixierungen. Wer beobachtet diese Entwicklung und wer greift ein? [...] Stationäre und ambulante Pflege versinkt im Chaos. Trotzdem verteilt der MDK fleißig gute bis sehr gute Noten. Sinnfindung im Alter, bei chronischen Erkrankungen, Demenz. Es gibt kaum lebbare Angebote und wenn, werden sie nach einer Modellphase abgewickelt. § 87b-Kräfte¹¹ beginnen oft sehr motiviert, werden in den Einrichtungen ausgegrenzt, extra Frühstückszeiten, kein Kontakt zur Pflege.«

¹¹ Gemäß § 87 b SGB XI aus Vergütungszuschlägen der Pflegekasse finanzierte Mitarbeiter in Pflegeheimen, die Demenzkranke in Kooperation mit den regulären Pflegekräften zusätzlich betreuen und aktivieren (z.B. >

3.3 Versorgung bei Schwerhörigkeit

Mehrfach wurden Unzulänglichkeiten bei der Versorgung Schwerhöriger thematisiert. Häufig würde die Diagnose zu spät gestellt. Zur Behebung der Unterversorgung sei ein Screening (Hörtest) für alle Menschen ab 70 Jahre sinnvoll. Im Fall einer Verordnung sei die Beratung durch den Akustiker vielfach eher gewinnorientiert als am Patientennutzen ausgerichtet. Dadurch erhielten Betroffene oft nicht die für sie geeignetsten Hörhilfen, würden aber mit hohen Zuzahlungen belastet.

3.4 Medikation bei geriatrischen Patienten

Alte Menschen haben oft mehrere chronische Krankheiten. Die Verordnung mehrerer gleichzeitig einzunehmender Medikamente einerseits und altersbedingte Veränderungen bei der Verstoffwechselung der Wirkstoffe andererseits stellen erhöhte Anforderungen an das ärztliche Medikamentenmanagement. Patientenseitig ist die notwendige Mitarbeit oft durch altersbedingte Einschränkungen gefährdet. Bezogen auf diese Situation wurde kritisiert, dass oft zu viele Medikamente verordnet würden. Rehabilitation und alternative Therapien könnten den Bedarf verringern. Wechselwirkungen und Indikations Einschränkungen für alte Menschen

(PRISCUS-Liste) würden nicht ausreichend berücksichtigt, Umstellungen der Medikation (z.B. anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes, s.o. 3.1.1) erfolgten zum Teil ohne ausreichende Berücksichtigung der individuellen Situation. Unsachgemäße Medikation sei nicht selten die Ursache von psychischen Beeinträchtigungen bis hin zur Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung. Mitunter könne sich die Medikamentenaustauschpflicht aufgrund von Rabattverträgen nachteilig auswirken. Bei Altersarmut könne die notwendige Medikation auch an Zuzahlungen scheitern. Aus Patientensicht wurde die Gestaltung von Beipackzetteln kritisiert (Schriftgröße, Verständlichkeit).

3.5 Altengerechte Umwelt und Barrieren

Es sind sehr unterschiedliche Bedingungen, die den städtischen Raum zu einer gesundheitsförderlichen Umwelt machen. Aus Sicht des alten, typischerweise mobilitätseingeschränkten Menschen gehört dazu die wohnortnahe Verfügbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Insoweit wurde – zumeist ohne nähere Spezifikation – bemängelt, dass es teilweise an gut erreichbaren Hausarztpraxen, Fachärzten, Angeboten der geriatrischen Versorgung sowie Apotheken fehle. Besonders betroffen seien Migranten, die auf muttersprachliche Hilfe angewiesen sind. Weitere Einschränkungen ergäben sich daraus, dass

nicht alle Arztpraxen barrierefrei seien. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass auch die persönliche Unterstützung des alten Patienten (Gehen, Aus- und Ankleiden), die (z.B. infolge Personalmangels) nicht geleistet werde, als Barriere wirke. Bei Fachärzten (insbesondere Schmerzpraxen) wurden lange Wartezeiten bei der Terminvergabe bemängelt, Kassenpatienten würden dabei benachteiligt. Unzureichende Kapazitäten für Hausbesuche und Engpässe beim ärztlichen Notdienst wurden ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt.

Eine größere Zahl von Aspekten bezog sich auf die Bedingungen der Teilhabe am sonstigen sozialen Leben als Grundbedingung für ein physisches und psychisches Wohlbefinden. Ein Hauptproblem vieler alter Menschen seien Vereinsamung und Armut. Um dem entgegenzuwirken, müssten Wohnquartiere seniorenfreundlich, d.h. lebendig und barrierefrei gestaltet werden. Es fehle an erprobten Wohnkonzepten für Senioren. Auch das kulturelle Angebot nehme noch zu oft nicht genug Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse alter, auch demenzkranker Menschen; für diese seien z.B. geführte Museumsgänge sinnvoll. Neben baulicher Barrierefreiheit könnten technische Hörhilfen in öffentlichen Gebäuden (Kino, Theater u.Ä.) die gesellschaftliche Teilhabe verbessern.

Eine Seniorin, deren Ehemann auf den Rollstuhl angewiesen ist, schreibt:

»Ein Mangel sind die nicht abgesenkten Bordsteine bei den Fußgängerüberwegen. Ich muss immer mit dem Rollstuhl Slalom fahren und beim Fahrradweg die Absenkung benutzen mit dem Rollstuhl, wenn mein Mann mit unterwegs ist. Mir fällt das Hereinheben des Rollstuhls ins Auto schon sehr schwer. Beim Bus muss ich auch die Klappe herausheben. Es gibt aber auch da hilfsbereite Mitmenschen manchmal.«

3.6 Ressourcenknappheit in der Pflege

Mehrere Stimmen thematisierten Personalmangel in der in der Pflege. Mangelnde Zuwendung durch Pflegekräfte als Kritikpunkt wurde bereits oben im Zusammenhang mit der Kommunikation (3.1.2) aufgeführt. Auch Defizite bei der Aus- und Weiterbildung können als Form der Ressourcenknappheit aufgefasst werden. Insoweit wurde bemängelt, dass nicht alle Klinikmitarbeiter ausreichend geriatrisch geschult seien (z.B. bezüglich der Flüssigkeitsaufnahme bei Demenzkranken). Personalmangel einerseits und fachliche Überforderung andererseits führten dazu, dass das Klinikpersonal überlastet und nervös agiere. Es entstehe eine Atmosphäre, die Komplikationen (z.B. Delir¹²) provoziere und den Behandlungserfolg gefährde.

¹² Komplexes, oft in Zusammenhang mit Demenz auftretendes Störungsbild, das typischerweise mit Verwirrtheit und Unruhe einhergeht.

Eine Bürgerin berichtet vom Krankenhaus-aufenthalt ihrer Mutter, die wegen eines Aneurysmas¹³ im Kopf operiert worden war:

»Zu besonders turbulenten Zeiten konnte das Personal die notwendigen Tabletten nicht unter Aufsicht verabreichen, da anscheinend zu wenig Zeit dafür und zu viel Arbeit vorhanden war. So wurden die Tabletten meiner Mutter an den Nachttisch gestellt, diese hat sie jedoch unter der Bettdecke versteckt. Wie sich herausstellte, handelte es sich dabei um wichtige Tabletten, die den Hirndruck nach einer solchen Operation niedrig halten sollen.«

Eine Bürgerin zitiert die Äußerung eines entmutigten Pflegers, der sich für die Dauer seiner Pflegeeinsätze rechtfertigen muss:

»Reden nützt ja doch nichts, danach wird alles noch schlimmer; ich stehe im Visier der Pflege-Fahndung.«

3.7 Strukturelle Probleme

Einige Anmerkungen machten strukturelle, zumeist auf normativer Ebene liegende Schwächen der Gesundheitsversorgung geltend. So setze das Vergütungssystem, das nicht konsequent an den therapeutischen Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet sei, falsche Leistungsanreize. Die Fokussierung auf Pharmakotherapie wurde erwähnt (s.o. 3.4). Verfrühte Entlassungen aus der

stationären Behandlung lassen sich ebenfalls als Folgen eines strukturellen (Finanzierungs-)Problem auffassen. Alte Menschen seien in besonderer Weise von der unzureichenden Vergütung von Hausbesuchen und ärztlichen Gesprächen betroffen. Weiter wurde bezweifelt, dass der Grundsatz «ambulant vor stationär» in allen Fällen sachgerechte Entscheidungen fördere. Die Möglichkeit eines direkten, ambulanten Zugangs zur Klinik wurde gefordert. In Einzelfällen scheitere eine notwendige Behandlung am Fehlen eines legalen Aufenthaltsstatus (Stichwort »Anonymer Krankenschein«). Im Treffen mit Vertretern der Selbsthilfe wurde eine unzureichende finanzielle Unterstützung der Gruppenarbeit beklagt. Ein Diskussionsbeitrag bezog sich auf die nicht seltene Situation, dass ein Patient vom Erfolg einer Behandlung enttäuscht ist oder sich gar geschädigt fühlt. In solchen Fällen wisse dieser oft nicht, an wen er sich wenden könne. In Krankenhäusern könnten dazu Ombudsleute installiert werden.

Eine Seniorin schildert Erfahrungen im Zusammenhang mit einer aus ihrer Sicht verfrühten Entlassung ihres Mannes aus der stationären Behandlung:

»Am [Montag] wurde mein Mann [...] operiert. Es wurde mir gesagt, am Freitag [...] kann er wieder nach Hause. Am [Donnerstag] bekam

¹³ Aussackung eines Blutgefäßes. Gefürchtete lebensbedrohliche Komplikation ist das Reißen des Gefäßes.

ich einen Anruf, er wird mit dem Krankenwagen nach Hause gebracht. Dann zog man ihm den Bauchkatheter. Ihm war nicht wohl dabei. Am nächsten Morgen, die erste Nacht zu Hause, klagte er über große Schmerzen [...] Wir sind dann insgesamt 5× mit dem Krankenwagen zum [Facharzt]. Bis heute hat er Schmerzen. Meine Meinung dazu: Wäre er noch im Krankenhaus geblieben, hätte man dieses Ergebnis gleich gesehen und anders handeln können.«

3.8 Bürokratie

Mehrfach wurde ausdrücklich oder sinngemäß ein Zuviel an Bürokratie beklagt. Betroffenen seien besonders psychisch kranke Menschen. Neben langen Wartezeiten gebe es komplizierte Anträge und Verfahren bei der Inanspruchnahme von speziellen Angeboten. Auch im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung wurden bürokratische Hürden beklagt. Eine Meinung kritisierte die Genehmigungspraxis der Krankenkassen pauschal.

Ein 88 Jahre alter Mann berichtet, dass er dauerhaft Augentropfen nehmen muss. Sein Hausarzt rezeptiere nur 3 Fläschchen pro Quartal, was für den Patienten jedoch nicht immer ausreiche, da wegen zitternder Hände oft etwas von den Tropfen verloren gehe. Auf seine Bitte um eine zusätzliche Verordnung noch im alten Quartal:

»Beide Augenärzte erklärten ihre Weigerung, ein neues Rezept auszustellen damit, dass hier ein entsprechendes Verbot der Krankenkasse

besteht. Die Krankenkasse [...] erklärt jedoch, dass ein derartiges Verbot nicht besteht. Der Arzt könne jederzeit ein neues Rezept ausstellen, wenn dies erforderlich ist. Darauf der Arzt: »Das will ich schriftlich haben«. Darauf die Kasse: »Das ist nicht erforderlich«. Und das ist mein PROBLEM.«

Eine Bürgerin berichtete über Frustration in der Pflege:

»Viele gute Pflegeleute suchen sich andere Wirkungsorte, weil sie mit den einfachsten Verbesserungsvorschlägen in der Bürokratiefalle landen.«

3.9 Mangel an Beistand

Ein letzter Problembereich liegt zu den vorgenannten gewissermaßen quer. Er weist – mit unterschiedlicher Intensität – Bezüge zu verschiedenen der vorgenannten Bereiche auf, verdient jedoch eine selbstständige Erwähnung, da das Symptom (die Art, wie der Mangel sich äußert) eine eigene Typizität hat. Es lässt sich als Verzweiflung charakterisieren, die aus einem Gefühl der Überforderung und des Alleingelassenseins resultiert, oft nach zahlreichen Kontakten mit »verantwortlichen Stellen«.

Ein Bürger, der krankheitsbedingt auf eine barrierefreie Wohnung angewiesen ist, schreibt:

»Vielleicht habe ich ja die richtige Beratungsstelle oder das Amt übersehen, die solche Fälle

wie mich bearbeiten. [...] Ich habe MS [=Multiple Sklerose, Anm. der Verfasser], 70% Behinderung und bin gehbehindert. Ich wohne im 3. Stock. Dies ist ein Hilferuf, ich bin verzweifelt und ich weiß nicht weiter.«

Eine Angehörige eines psychisch kranken Menschen schreibt:

»Sehr viele Jahre bin ich in der Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch Kranker und wir stellen übereinstimmend fest, dass wir von außen keine Hilfe erfahren! Für geistig Behinderte wird viel getan, aber die psychisch Kranken sind eine absolute Randgruppe. Wir als Angehörige sind alle durch die schwere Belastung körperlich krank. [...] Ich fühle mich völlig allein gelassen und vielen anderen geht es ebenso.«

Stellvertretend für Angehörige von Demenzkranken schreibt eine Bürgerin:

»Angehörige leben teilweise mit 2-3 Demenzkranken in der Familie (Mutter, Vater, Schwiegermutter) und haben noch Beruf und heranwachsende Kinder zu meistern. Der Zusammenbruch ist vorprogrammiert. Hilfsangebote müssen im Quartier um die Ecke zu finden sein. Nachbarschaftstreff, Gemeinden müssen ihre Türen und Herzen öffnen.«

Eine Bürgerin¹⁴ berichtet von Erfahrungen im Zusammenhang mit der Diagnose eines Glioblastoms bei ihrem Mann:

»Außerdem war ich als Ehefrau sehr auf mich allein gestellt. Ich musste mit der Diagnose klar kommen, zusätzlich meinen Mann stützen [...]. Es wäre schön gewesen, gleich in der Klinik eine Psychotherapeutin zur Seite gestellt zu bekommen. Es lagen zwar Infoblätter mit Telefonnummer aus, aber die Hürde war damals zu hoch für mich. Und als ich dann irgendwann doch dort anrief, erreichte ich niemanden. In meiner damaligen psychischen Verfassung war ich nicht in der Lage, hartnäckig immer wieder die Telefonnummer anzuwählen, um ein Gespräch zu bekommen. So blieb ich erneut mehr oder weniger allein.«

3.10 Datengrundlage für Prognose

Aus Sicht der Verwaltung wurde beklagt, dass zukunftsgerichtete Entscheidungen oft auf einer unsicheren Datengrundlage getroffen werden müssten. Morbidität und Versorgungsbedarf seien nur schwer abschätzbar. Es fehle ein koordiniertes Berichtswesen mit Monitorfunktion.

¹⁴ Gleiche Person wie oben 3.1.2.

4. Bewertung und Ausblick

Was lässt aus den Ergebnissen unserer Untersuchung schlussfolgern? Welche Problemfelder sind zu bearbeiten, damit die Lübecker bei guter Gesundheit älter werden können?

Frühe Antworten begegnen einer Einschränkung, die durch die Methode der Erhebung bedingt ist: Wir haben eingeladen, Sorgen mitzuteilen und viele haben die Einladung angenommen. Dies gilt besonders für die Arbeitstreffen, in denen Vertreter von Selbsthilfegruppen und andere Akteure und Gestalter des Gesundheitssystems wichtige Aspekte aufgezeigt haben. Für diesen Personenkreis dürfen wir annehmen, ein repräsentatives Meinungsbild eingefangen zu haben. Für die Gruppe der Betroffenen selbst gilt dies nicht. Nur einer Minderheit der Lübecker Senioren ist Mitglied in Selbsthilfegruppen. Deren Angebot, das auf ein *selbsttätiges* Heraustreten der Betroffenen aus emotionaler Isolation gerichtet ist, empfindet nicht jeder für sich als geeignet und typische Probleme der Gesundheitsversorgung lassen sich auch in der Gemeinschaft mit anderen nicht bewältigen oder kompensieren.¹⁵ Die umso bedeutsamere Resonanz auf den allgemeinen Bevölkerungsaufruf hingegen blieb – trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit – gering. Der Befund lässt zwei Interpretationen zu: 1. Die

Nichtteilnehmer sind mit der Situation der Gesundheitsversorgung in Lübeck zufrieden oder haben keine Meinung dazu (der Schuh drückt nicht) oder 2. Die Nichtteilnehmer empfinden Defizite, es fehlte ihnen jedoch die Motivation, sich mitzuteilen. Sicher trifft beides zu – nur eben für unterschiedliche Nichtteilnehmer. Vor dem Hintergrund der Fragestellung ist 2. Konstellation von größerer Bedeutung. Denn je kränker ein Mensch, desto eher wird er Lücken in der Gesundheitsversorgung feststellen. Je kränker er ist, desto geringer ist allerdings auch die Wahrscheinlichkeit, dass er sich eigeninitiativ an einer Bevölkerungsumfrage beteiligt, zumal wenn ein psychisches Leiden oder eine Demenz vorliegen. Ist der Betroffenen einsam oder gibt es im persönlichen Umfeld Überforderung, Scham oder Resignation, dann sinkt zudem die Chance, dass ein Angehöriger Missstände mitteilt. Wir müssen also davon ausgehen, dass die eingesammelten Stimmen aus der Bevölkerung die dort empfundenen Probleme der Gesundheitsversorgung nicht vollständig widerspiegeln. Und wir sind damit im Rahmen dieser Untersuchung – wie auch im sonstigen gesellschaftlichen Diskurs – darauf angewiesen, dass Akteure des Gesundheitswesens die Interessen dieser Betroffenen uneigennützig vertreten.

¹⁵ Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 05/2013, S. 12 ff. Der Medizinsoziologe Trojan wird mit den Worten zitiert »Das Potenzial für Selbsthilfe ist dort am kleinsten, wo es am meisten gebraucht wird.«

Wir haben uns nicht die Aufgabe gestellt, die gesammelten Stellungnahmen im Einzelnen zu hinterfragen oder gar Empfehlungen zu geben, wie identifizierte Probleme zu lösen sind. Aufgrund der Vielzahl der genannten Aspekte wäre dies mit wissenschaftlichem Anspruch nicht zu leisten. Folgende Perspektiven verbinden sich mit dieser Studie:

1) Wenige der benannten Probleme sind ohne großen Aufwand anzugehen und zu lösen. Um ein für den Bereich der Forschung relevantes Beispiel zu nennen: Die Teilnahme an einer klinischen Studie kann durchaus belasten, bedeutet dies doch z.B. viel schwerverständliches Informationsmaterial zu lesen, zahlreiche Untersuchungstermine wahrzunehmen und besonders gewissenhaft Medikamente zu nehmen, von denen man u.U. noch nicht einmal weiß, ob sie überhaupt einen Wirkstoff enthalten oder Placebos sind. Forscher machen sich nicht immer ausreichend bewusst, dass Probanden ein berechtigtes Interesse daran haben, über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden.¹⁶ Der im Arbeitstreffen mit den Selbsthilfegruppen gegebene Hinweis (s.o. 3.1.2) erinnert uns daran. Die Umsetzung erfordert – im Vergleich zum Gesamtaufwand einer Studie – wenig Aufwand. Andere Akteure könnten für ihren Bereich ähnliche Punkte finden.

2) Die meisten der aufgezeigten Probleme haben eine andere Größenordnung. Sie sind nicht ad hoc lösbar sondern erfordern Investitionen oder Lernprozesse, die nur mit koordinierten Kräften zu leisten sind. Als solche Problemfelder haben wir unter Berücksichtigung der Zahl der Nennungen drei Themenblöcke priorisiert:

1. **Kommunikation im Gesundheitswesen.**

Ursächlich lassen sich viele Probleme in diesem Bereich den in der Ergebnisdarstellung unterschiedenen Beziehungen – Kommunikation über den Patienten einerseits und Kommunikation mit dem Patienten andererseits – zuordnen. Dies gilt etwa für technische Detailfragen der Befundübermittlung hier und Erfordernisse einer empathischen Gesprächsführung dort. Die von den Betroffenen mitgeteilten Erfahrungen machen jedoch auch deutlich, dass vielfach Wechselwirkungen zwischen den Sphären bestehen: Informationsverluste innerhalb des Systems (z.B. Flüchtigkeiten beim Lesen von Arztbriefen) belasten das Vertrauensverhältnis zum Patienten. Auf der anderen Seite ist die Qualität des Informationsaustauschs zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Angaben abhängig, die der Patient macht und die wahrgenommen werden müssen. Insofern

¹⁶ Die aktuelle, im Oktober 2013 in Fortaleza, Brasilien, verabschiedete Fassung der Deklaration von Helsinki sieht dazu vor: »All medical research subjects should be given the option of being informed about the general outcome and results of the study.« (=Teilnehmer von medizinischen Studien sollten auf ihren Wunsch über die Ergebnisse informiert werden).

ist es sinnvoll, nicht nur Einzelelemente des Informationsaustauschs zu verbessern, sondern Grundbedingungen einer an den Bedürfnissen des Patienten orientierten Kommunikationskultur zu diskutieren. Einen zukunftsweisenden Beitrag leistet die Einrichtung eines fachbereichsübergreifenden Lehrschwerpunkts »Kommunikation« an der Universität zu Lübeck.

2. **Versorgung bei Demenz.** Infolge des demografischen Wandels stellt die Alterskrankheit Demenz eine zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem der Zukunft dar. Lübeck wird von dieser Entwicklung vermutlich etwas stärker betroffen sein als Deutschland insgesamt. Während bundesweit der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung bis 2030 auf geschätzt 8,3% steigen wird, wird für Lübeck ein Anstieg auf 9,2% erwartet.¹⁷ Mehr als bei jeder anderen Krankheit reichen die Folgen über den Kernbereich der medizinischen Versorgung hinaus und erfordern Anpassungen und Rücksichtnahme in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Die Ergebnisse unserer Erhebung belegen, dass der erhöhte Betreuungs- und Unterstützungsbedarf bereits jetzt viele Angehörige an ihre Grenzen bringt. Die Lockerung familiärer

Bindungen und zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen könnten das Problem verschärfen. Damit sind zwei wesentliche Herausforderungen bestimmt: Zum einen quantitative und qualitative Verbesserungen der demenzspezifischen Versorgungsangebote. Zum anderen die Stärkung von Funktionen im Bereich des Fallmanagements. Das Leben mit und für einen Demenzkranken zu organisieren heißt, sich in einem Dschungel von Hilfsangeboten mit teilweise bürokratischen Zugangshürden zurechtzufinden. Pflegestützpunkte können dabei helfen. Die Hilfe beruht jedoch selten auf einer genauen Kenntnis der persönlichen Situation und ist im Wesentlichen beratend. Nicht alle Angehörigen haben aber die Ressourcen, Beratungsbedarf zu erkennen, konkrete Unterstützung einzufordern und Empfehlungen umzusetzen. In solchen Fällen fehlt ein Anwalt, der sich persönlich einsetzt und Verantwortung übernimmt. Ein Ziel könnte sein, ehrenamtliches Engagement in diesem Tätigkeitsfeld zu fördern.

3. **Altengerechte Umwelt und Barrieren.**

Der dritte Themenblock ist der komplexeste. Er berührt Aspekte der Gesundheitsversorgung, stellt aber letztlich an die Kommunalpolitik insgesamt die Frage, wie sie

¹⁷ Raumordnungsprognose 2030, Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung.
www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/UeberRaumb Beobachtung/Komponenten/-Raumordnungsprognose/Downloads/DL_uebersicht.html?nn=444934.

den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung Rechnung trägt. Mit dem Gesamtkonzept »Leben und Wohnen im Alter« hat die Hansestadt dem Veränderungsprozess 2005 eine auf Dauer angelegte Struktur gegeben. Die Akteure des Netzwerks und Mitglieder des ZBV sollten prüfen, ob der Prozess durch wissenschaftlich begleitete Projekte neue Impulse erhalten kann.

Mit Unterstützung dieser Erhebung hat die Hansestadt bekräftigt, dass sie ein offenes Ohr für Sorgen rund um die Gesundheitsversorgung alter Menschen hat. Die öffentliche Abschlussveranstaltung wird Gelegenheit geben, die Ergebnisse zu diskutieren, bereits bestehende Initiativen vorzustellen und Ideen zu entwickeln, was noch getan werden kann. Perspektivisch sollte auf einer höheren Ebene durchaus kritisch gefragt werden, inwieweit die mit dem Zukunftsforum ausgesprochene Einladung gerade auch von den Bürgern angenommen wurde. Bei guter Resonanz sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie das Potenzial des bürgerschaftlichen Engagements auch in Zukunft genutzt werden kann. Ein Weg könnte die Installation einer Gesundheitskonferenz mit Bürgerbeteiligung sein. Einschlägige Erfahrungen anderer Städte können etwa über das Gesunde Städte-Netzwerk einfließen. Eine weitere Option

könnte ein Internet-Gesundheitsportal für Lübeck sein, das zentral hilfreiche Angebote in der Hansestadt nachweist und verlinkt. Unsere Datenerhebung ist als Ausgangspunkt für die Bestimmung sinnvoller Inhalte und Verweise geeignet. Technisch könnte die Nutzung der Portalseite bei geeigneter Struktur Hinweise auf veränderte Problemlagen geben.

Die Mitglieder des Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung können mit unterschiedlichsten Kompetenzen solche und ähnliche kommunale Vorhaben wissenschaftlich begleiten. Darüber hinaus stellen die Ergebnisse der Erhebung eine Diskussionsgrundlage für weitere ZBV-Forschungsprojekte dar. Fragen zu den Themen Demenz und barrierefreie Umwelt werden bereits jetzt von ZBV-Mitgliedern bearbeitet (Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck bzw. Institut für Angewandte Bauforschung, Fachhochschule Lübeck). Aspekte der Kommunikation mit Einschluss der Schnittstellenproblematik fallen in das Forschungsgebiet des Instituts für Allgemeinmedizin.

Anhang

Teilnehmer 1. Arbeitstreffen

(Vertreter von Selbsthilfegruppen und Seniorenbeirat/ZBV)

Herr Dr. Alisch, SHG Diabetiker Typ 2, Apotheke am Behnhaus
Herr Beckmann, Seniorenbeirat Lübeck
Frau Benthien, SHG Parkinson
Herr Benthien, SHG Parkinson
Frau Dogan, wissenschaftliche Koordinatorin, ZBV
Frau Dillschnitter, Doktorandin am ZBV
Herr Driessen, Seniorenbeirat Lübeck
Frau Eser, SHG Fibromyalgie/ Neurasthenie
Herr Jugert, Seniorenbeirat Lübeck
Frau Prof. Dr. Kasten, Sektion für Klinische und Molekulare Neurogenetik
an der Klinik für Neurologie, UKSH, Campus Lübeck, ZBV
Herr Prof. Dr. Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, ZBV
Frau Dr. Krupp, Forschungsgruppe Geriatrie
am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, ZBV
Frau Munck, Deutscher Schwerhörigenbund
Frau Ølgaard, Seniorenbeirat Lübeck
Herr Oldenburg, Seniorenbeirat Lübeck
Frau Raecke, SHG Demenz
Frau Reinberg, Seniorenbeirat Lübeck
Frau Rejzek, SHG Fibromyalgie Neumünster und Rheumaliga
Frau Rennfleisch, Seniorenbeirat Lübeck
Herr Prof. Dr. Schrader, Institut für Telematik, Universität zu Lübeck, ZBV
Herr Wahl, Herz Gesprächsgruppe und Schmerzlos e.V.
Herr Dr. Willkomm, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, ZBV
Frau Wörn, SHG Demenz, »Prinz Eisenherz«
Herr Zander, Seniorenbeirat Lübeck

Moderation:

Herr Prof. Dr. Dr. Raspe, Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin,
Universität zu Lübeck, ZBV

Teilnehmer 2. Arbeitstreffen (professionelle Akteure und Gestalter der Gesundheitsversorgung/ZBV)

Herr Baal, vdek-Landesvertretung der Ersatzkrankenkassen in Schleswig-Holstein
Frau Bade, Behindertenbeauftragte der Hansestadt Lübeck, Arbeitskreis ALS, Hospize
Herr Dr. Bender, Hansestadt Lübeck, Statistik
Frau Böhme, Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Frau Dogan, wissenschaftliche Koordinatorin, ZBV
Herr Dr. Federsel, Hausarzt, Piraten Partei
Herr Grose, BfL - Bürger für Lübeck, Mitglied im Sozialausschuss
Herr Dr. Hauschild, Berufsverband Orthopädie, Zusammenschluss Unfallchirurgen und Praxen
Frau Henke, Pflegestützpunkt Lübeck
Herr Dr. Hoffmann, Berufsverband HNO
Frau von Holt, B90/Die Grünen
Frau Dr. Horn, niedergelassene Urologin, Berufsverband der Urologie
Herr Dr. Dr. Hübner, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, ZBV
Frau Kasimir, Wissenschaftsmanagement Lübeck
Frau Prof. Dr. Kasten, Sektion für Klinische und Molekulare Neurogenetik
an der Klinik für Neurologie, UKSH, Campus Lübeck, ZBV
Herr Prof. Dr. Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, ZBV
Herr Kröger, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein
Frau Dr. Krupp, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, ZBV
Herr Prof. Dr. Laleik, Institut für Angewandte Bauforschung, Fachhochschule Lübeck, ZBV
Herr Langbehn, Die Partei
Frau Menorca, CDU, Sozialausschuss, Gesundheitsberichte
Frau Nötzel, Berichterstattung Versorgung der älteren Generation, Gesundheitsamt Lübeck,
Herr Peters, Bade & Kollegen, Rechtsanwälte und Notare
Herr Prof. Dr. Rehmann-Sutter, Professur für Ethik in den Biowissenschaften am Institut
für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck, ZBV
Herr Schmidt, Beauftragter für Flüchtlingsfragen
Herr Schmölke, Hansestadt Lübeck, Senioreneinrichtungen
Herr Prof. Dr. Schönweiler, Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, UKSH, Campus Lübeck, ZBV

Teilnehmer 2. Arbeitstreffen (professionelle Akteure und Gestalter der Gesundheitsversorgung/ZBV)

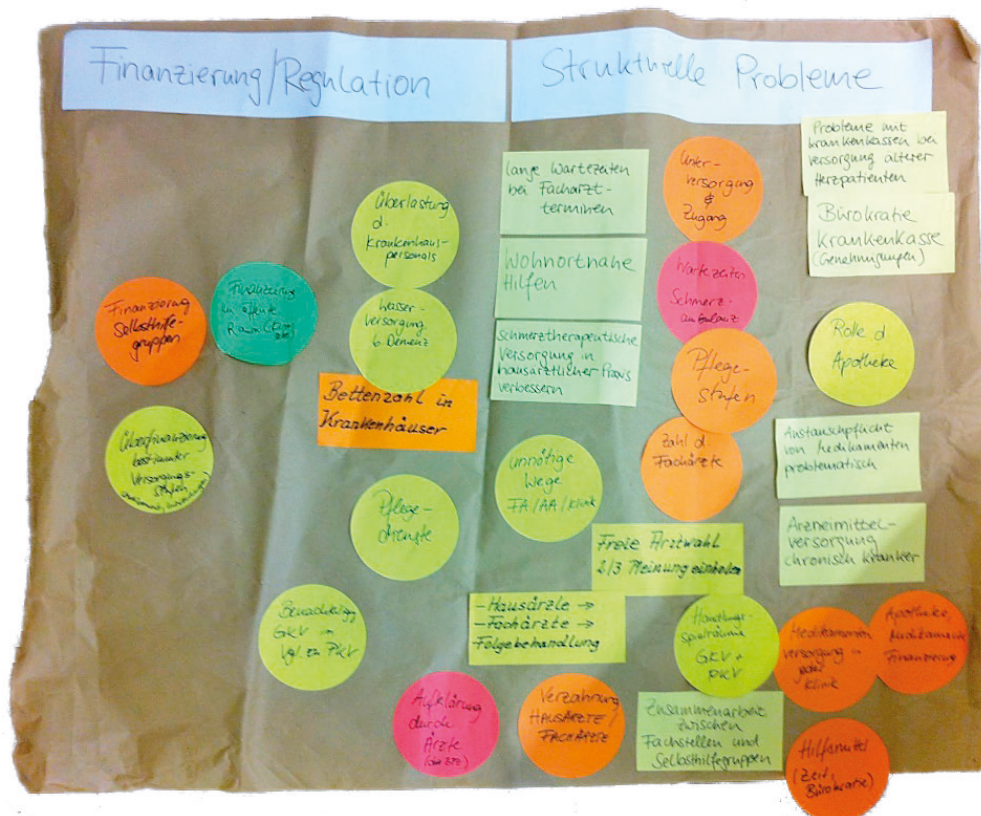
(Fortsetzung)

Herr Dr. Staiger, Hausarzt, stellvertretender Kreisleiter Ärztenetz Lübeck
Herr Dr. Sturm, Hausärzteverband Schleswig Holstein
Herr Prof. Dr. Träder, Institut für Allgemeinmedizin, Universität zu Lübeck, ZBV
Herr Dr. Willkomm, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, ZBV
Herr Wulf, Vorsitzender der Pflegekonferenz, Transferleistungen,
Amt für Soziale Sicherung

Moderation:

Herr Prof. Dr. Katalinic, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Universität zu Lübeck, Sprecher des ZBV

Beispiel Metaplanwand (1. Arbeitstreffen)



Bevölkerungsaufruf (Presse)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
ZENTRUM FÜR BEVÖLKERUNGSMEDIZIN
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG



Machen Sie mit!

Ihre Gesundheit in Lübeck – wo drückt der Schuh?

Ob wir selbst krank sind oder kranke Angehörige haben –
wir brauchen gute ärztliche Behandlung, gute Pflege
oder medizinische Hilfsmittel.

Haben wir das? Oder könnte man rund ums Thema Gesundheit
in Lübeck und Umgebung noch etwas verbessern?

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit: Ihre Probleme und Sorgen,
aber auch Anregungen und positiven Erfahrungen!

Schreiben Sie uns eine E-Mail,
einen Brief oder schicken Sie uns ein Fax.

Anschrift: Universität zu Lübeck
Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
Ratzeburger Allee 160 (Haus 50), 23562 Lübeck
E-Mail: info@zbv.uni-luebeck.de, **Fax:** 0451-500 54 55

Weitere Informationen zu unserem Zentrum finden Sie
unter www.zbv.uni-luebeck.de

Bevölkerungsaufruf (Flyer)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
ZENTRUM FÜR BEVÖLKERUNGSMEDIZIN
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG



ZBV

Machen Sie mit!

Ihre Gesundheit in Lübeck – wo drückt der Schuh?

Ob wir selbst krank sind oder kranke Angehörige haben – wir brauchen gute ärztliche Behandlung, gute Pflege oder medizinische Hilfsmittel.
Haben wir das? Oder könnte man rund ums Thema Gesundheit in Lübeck und Umgebung noch etwas verbessern?

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit: Ihre Probleme und Sorgen, aber auch Anregungen und positiven Erfahrungen!

Schreiben Sie uns eine E-Mail, einen Brief oder schicken Sie uns ein Fax.

Anschrift: Universität zu Lübeck
Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
Ratzeburger Allee 160 (Haus 50), 23562 Lübeck
E-Mail: info@zbv.uni-luebeck.de, Fax: 0451 500 5455

Informationen zu unserem Zentrum finden Sie unter www.zbv.uni-luebeck.de



HANSE
HUMBOLDT
WISSENSCHAFTSUNIVERSITÄT LÜBECK

IM FOCUS DAS LEBEN

Pressespiegel

LN vom 03.07.2013



Von OP über Gesundheitsamt bis Pflege: Die Lübecker Uni-Forscher – oben rechts: Semra Dogan (v. l.), Dr. Joachim Hüfner sowie Prof. Alexander Katalinic – möchten die Probleme der Versorgung in Lübeck ergründen.
Fotos: Hollinde, Rüdiger, Maxwitt, Neelken

Gesundheit in Lübeck: Forscher starten große Befragung

Uni-Wissenschaftler möchten Probleme in der Gesundheitsversorgung aufdecken. Bürger sollen dafür ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge einsenden.

Von Michael Hollinde

Sie möchten möglichst nah dran sein an den Bürgern, die Lübecker Uni-Forscher des Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung. „Das ist schließlich unser Auftrag“, erklärt Professor Alexander Katalinic, der Sprecher der Einrichtung. Das Thema der Wissenschaft ist meist die Gesundheit. So waren es es auch, die unter anderem vor über zehn Jahren die größte bisher dagewesene Rückenschmerz-Studie in Deutschland gestartet haben. Und die Ergebnisse haben vor allem in der Vorbeugung des Leidens Maßstäbe gesetzt. Jetzt stellen sie an alle Lübeckern und Lübecker die Frage: „Ihre Gesundheit – wo drückt der Schuh?“

„Das ist natürlich nicht auf die Fülle beschränkt, wir meinen das im übertragenen Sinne“, stellt die Zentrumsleiterin Semra Dogan klar. Und formuliert konkreter: „Wie steht es mit der Hilfe für kranke Menschen und ihre Angehörigen in Lübeck? Welche Erfahrungen machen Sie? Bekommen Sie,

was Sie brauchen? Was ließe sich aus Ihrer Sicht noch verbessern?“, so lauten die Forscher-Fragen an die Hansestädter. Per E-Mail, Brief und Fax können ob sofort Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge Richtung Universität geschickt werden. „Die Teilnahme an der Befragung erfolgt selbstverständlich anonym, persönliche Angaben können aber auf Wunsch hinzugefügt werden“, versichert Dogan.

Die Wissenschaftler haben dabei besonders die Belange älterer Menschen im Blick. „Schließlich ist der demografische Wandel, also die immer älter werdende Bevölkerung, auch das Thema des bundesweiten Wissenschaftsjahres“, erklärt Katalinic. So wird in Deutschland bereits im Jahr 2030 rund die Hälfte der Menschen älter sein als 50 Jahre. Jeder Dritte wird dann sogar schon seinen 65. Geburtstag hinter sich haben. „Das stellt uns vor besondere Herausforderungen“, so der Uni-Professor. Erste Grundlagen haben die Wissenschaftler des Zentrums in den vergangenen Wochen bereits auf Workshops bei Selbsthilfegruppen und dem Senio-

renbeirat sowie zusammen mit Experten für die Gesundheitsversorgung erhoben.

„Wir streben im ersten Schritt eine reine Bestandsaufnahme an, die ergebnsoffen ist. Wir wollen also erstmal nur den Status quo aufzeigen, ohne gleich Lösungen parat zu haben – diese Botschaft ist Semra Dogan wichtig. Dass nach den ersten Workshops schon einige Haupt-Problembereiche offenkundig wurden, verwundert aber nicht. So zeigt sich, dass die Kommunikation zwischen Patient, Arzt und

Klinik nicht immer reibungslos verläuft und auf den Wegen dazwischen häufig auch Informationen verloren gehen können“, erklärt Dr. Joachim Hüfner, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Zentrums. Der Gesichtspunkt „Schwierigkeiten bei der häuslichen Versorgung älterer Menschen“ sei ebenfalls häufig vorgebracht worden wie das Thema Barrierenfreiheit.

Die Untersuchung findet im Rahmen einer wissenschaftlichen Bestandsanalyse „Probleme der Gesundheitsversorgung in Lübeck“ statt und soll Ende 2013 abgeschlossen werden. Zudem ist sie Teil einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderter Initiative für die nachhaltige Entwicklung der Städte, die vom Wissenschaftsmanagement Lübeck als „Zukunftswerkstatt“ umgesetzt wird.

„Hier geht es darum, die Bürger in die Diskussion miteinzu beziehen und sie zu beteiligen. Deshalb werden wir im November auch alle als Zusatzangebot – zu einem Zukunftsforum einladen“, kündigt Alexander Katalinic an.

Die Adresse

Wer an der Studie teilnehmen möchte, schreibt bitte bis Anfang September an: Universität zu Lübeck, Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, 2. Hf. Semra Dogan, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50) 23562 Lübeck. E-Mail: info@zvm.uni-luebeck.de, Telefon: 0451/500 3856, Fax: 0451/500 5455, Info: www.zvm.uni-luebeck.de

Das Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung

Sprecher:

Prof. Dr. Alexander Katalinic,
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Stellvertretender Sprecher (Forschung und Methodologie):

Priv.-Doz. Dr. Hans Jürgen Rumpf,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKSH, Campus Lübeck

Stellvertretende Sprecherin (Versorgungspraxis):

Prof. Dr. Ute Thyen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, UKSH, Campus Lübeck

Wissenschaftliche Koordination:

Semra Dogan
Telefon 0451 500-3856
Fax 0451 500-5872
E-Mail semra.dogan@uksh.de

www.zbv.uni-luebeck.de

Mitgliedsinstitutionen

Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, UKSH, Campus Lübeck
www.uksh.de/phoniatrie-luebeck/index.html

Arbeitsgruppe Ambient Computing am Institut für Telematik, Universität zu Lübeck
www.ambient.uni-luebeck.de/

Arbeitsgruppe Ethik in der Onkologie, Medizinische Klinik I, UKSH, Campus Lübeck,
und Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck
www.zbv.uni-luebeck.de/index.php?id=46

Arbeitsgruppe Rehabilitationsforschung am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Universität zu Lübeck
http://www.sozialmedizin-luebeck.uk-sh.de/Forschungsbereiche_+Forschergruppen+und+Projekte/FB+IV+_+Rehabilitationsforschung.html

Arbeitsgruppe Sozialpädiatrie an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
UKSH, Campus Lübeck
www.kinderklinik-luebeck.de/sozialpaediatric

Arbeitsgruppe Versorgungsforschung in der Pädiatrischen Onkologie
an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
www.paedia.uni-luebeck.de

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) am Krankenhaus
Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum
www.geriatrie-luebeck.de/forschung_und_lehre.htm

Institut für Angewandte Bauforschung, Fachhochschule Lübeck
www.fh-luebeck.de/Inhalt/02_Studierende_Ch021/03_FB_Bauwesen/03_Labore_und_Institute/03_IfAB/index.html

Institut für Allgemeinmedizin, Universität zu Lübeck
www.zbv.uni-luebeck.de/index.php?id=31

Institut für Epidemiologie mit Biobank popgen
an der der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
www.epi.uni-kiel.de/de

Institut für Krebs Epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck
www.krebsregister-sh.de/

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, UKSH, Campus Lübeck
www.uksh.de/hygiene-luebeck/index.html

Institut für Multimediale und Interaktive Systeme, Universität zu Lübeck
www.imis.uni-luebeck.de/

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck
10.253.53.23/Sozialmedizin_Luebeck/index.html

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, UKSH, Campus Lübeck
www.uksh.de/anae-luebeck/Klinik+f%C3%BCr+An%C3%A4sthesiologie+_+L%C3%BCbeck.html

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, UKSH, Campus Lübeck
www.uksh.de/frauenklinik-luebeck/Frauenklinik+L%C3%BCbeck.html

Mitgliedsinstitutionen

(Fortsetzung)

Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und plastische Operationen,
UKSH, Campus Kiel

www.uksh.de/mkg-kiel/index.html

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKSH, Campus Lübeck

[/www.uksh.de/psychiatrie-luebeck/index.html](http://www.uksh.de/psychiatrie-luebeck/index.html)

Professur für Ethik in den Biowissenschaften am Institut für Medizingeschichte
und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck

www.imgwf.uni-luebeck.de/rehmann-sutter.html

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin
und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

www.pflegeforschung.uk-sh.de/index.htm

Sektion für Klinische und Molekulare Neurogenetik an der Klinik für Neurologie,
UKSH, Campus Lübeck

neurogenetics-luebeck.de

Sektion für Unfallchirurgie an der Klinik für Chirurgie des Stütz- und
Bewegungsapparates, UKSH, Campus Lübeck

www.uksh.de/unfallchirurgie-luebeck/

[Sektion+Unfallchirurgie+_+Luebeck.html](http://www.uksh.de/unfallchirurgie-luebeck/)

Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universität zu Lübeck

www.uksh.de/bevoelkerungsmedizin/index.html

Herausgeber

Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV)

der Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

© Lübeck 2013

Verfasser

Dr. Dr. Joachim Hübner

Prof. Dr. Alexander Katalinic

Redaktion

Semra Dogan

Gestaltung und Satz

Uli Schmidts, metonym

Druck

Druckhaus Menne, Lübeck