



Lübecker Gesundheitsbericht

2024/2025

Berichte zur Gesundheit und zur
Gesundheitsversorgung der
Lübecker Bevölkerung

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



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

den Gesundheitsämtern als Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes obliegen zahlreiche Aufgaben. Zu den bekanntesten zählen spätestens seit der Corona-Pandemie die Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Die Beiträge zur Tuberkulose und zum Masernschutzgesetz widmen sich diesem Themenbereich. Weitere wesentliche Aufgaben des Gesundheitsamtes wie die Schuleingangsuntersuchungen oder die schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen wurden in vorherigen Gesundheitsberichten beschrieben und werden auch wieder Thema im nächsten Gesundheitsbericht sein.

Aus dem Bereich Soziale Sicherung und der kommunalen Statistikstelle kommt der Beitrag zum zukünftigen Pflegebedarf in der Hansestadt Lübeck. Die Alterung und zunehmende Singularisierung der Gesellschaft als Folge des demographischen Wandels wird sich nicht nur auf kommunaler Ebene als eine der großen Zukunftsaufgaben darstellen.

Zum Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes gehört unter anderem die Durchführung von Hygienekontrollen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Die Überwachung versorgungstechnischer Anlagen in medizinischen Einrichtungen obliegt dagegen dem Bereich Umwelt- Natur- und Verbraucherschutz. Auch hierzu ist ein Beitrag enthalten.

Zwei weitere Themen, die in den letzten Jahren immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit waren, sind die ärztliche Versorgungslage und die Situation der Krankenhäuser. Die haus- und fachärztliche Bedarfsplanung im Land ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenhausplanung wird durch das Ministerium für Justiz und Gesundheit wahrgenommen. Beide Fachplanungen werden in ihren Inhalten und Systematiken mit dem lokalen Bezug zur Hansestadt Lübeck dargestellt. Hinsichtlich der Krankenhausplanung Schleswig-Holsteins wird 2026/2027 mit einer überarbeiteten Krankenhausplanung gerechnet.

Ein kurzer Sachstandsbericht zur sozialpsychiatrischen Beratung von Zugewanderten zeigt auf, dass die Versorgung psychisch erkrankter Migrant:innen und Geflüchteter in der Hansestadt Lübeck guten Ansätzen folgt, aber weiterhin ausbaufähig bleibt.

Lübeck, im Dezember 2025

Dr. Julia Schiffner
Bereichsleitung

Impressum

Herausgeber: Hansestadt Lübeck
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Gesundheitsamt
Sophienstraße 2-8
23560 Lübeck

Beiträge: Gerhard Bender
Claudia Bentfeldt-Reichardt
Björn Broda
David Burger
Eric Jürk
Julia Schiffner

Erstellung: Dr. rer. nat. Gerhard Bender
Internet: www.luebeck.de/gesundheitsamt
Auflage: 20 gedruckte Exemplare

Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Quellenangabe

Beiträge

Ausgabe 2024/2025

Nr.	Thema	Seite
1	Bevölkerungs- und Pflegebedarfs- prognose 2025 – 2045 für die Han- sestadt Lübeck <i>D. Burger, G. Bender, E. Jürk</i>	4
2	Tuberkuloseüberwachung in der Hansestadt Lübeck <i>G. Bender, J. Schiffner</i>	11
3	Überwachung versorgungstechni- scher Anlagen in medizinischen Einrichtungen <i>C. Bentfeldt-Reichardt</i>	16
4	Sozialpsychiatrische Beratung von Zugewanderten <i>B. Broda</i>	20
5	Haus- und Fachärztliche Bedarfs- planung <i>G. Bender</i>	21
6	Krankenhausplanung in Schleswig- Holstein <i>G. Bender</i>	28
7	Masernschutz in der Hansestadt Lübeck <i>G. Bender</i>	36
8	Sonstiges	38

Bevölkerungs- und Pflegebedarfsprognose 2025 – 2045 für die Hansestadt Lübeck

Mit dem Vorliegen einer neuen Bevölkerungsprognose ergibt sich die Möglichkeit, die letzte Pflegebedarfsprognose 2017 bis 2030 zu aktualisieren.

Die neue Bevölkerungs- und Haushaltsprognose der kommunalen Statistikstelle für die Jahre 2025 bis 2045 zeigt, dass die Bevölkerung einerseits weiterwächst, andererseits jedoch zunehmend altert. Dies wird Auswirkungen auf den zukünftigen Pflegebedarf in der Hansestadt Lübeck haben. Es ist davon auszugehen, dass - trotz Priorisierung der ambulanten Pflege - der Bedarf an Pflegeplätzen bis 2045 um ca. 21 Prozent auf dann rd. 3.800 stationär Pflegebedürftige anwachsen wird. Entsprechend werden auch vermehrt Pflegekräfte benötigt, wobei das derzeitige Angebot an Pflegekräften schon nicht ausreicht, um die aktuelle Nachfrage der Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu decken. Ein weiteres Problemfeld tut sich bei Pflegekosten auf, wo in Zukunft mit steigenden Finanzbedarfen zu rechnen ist.

Infobox

Bevölkerungsprognosen sind oftmals Grundlagen weiterer Prognosen, wie z.B. Prognosen zum Wohnungsmarkt, zur Schulentwicklungsplanung oder zum zukünftigen Pflegebedarf.

Die kommunale Statistikstelle erstellt seit 1993 und seit 1995 in regelmäßigen Fünf-Jahres-Abständen Bevölkerungsprognosen für die Hansestadt Lübeck. Sie sind ein wesentliches Planungsinstrument der Schul-, Jugend- und Sozialplanung und unverzichtbares Element des kommunalen Wohnungsmarktberichtes.

Die Annahmen zum zukünftigen Pflegebedarf basieren auf den aktuellen altersspezifischen Pflegequoten, die in Bezug zur zukünftig zu erwartenden Altersstruktur gesetzt werden. Basis der Berechnungen ist die aktuellen Bevölkerungsprognose 2025 bis 2045.

Bevölkerungsprognose 2025 - 2045

Die Veröffentlichung der vorliegenden Prognose erfolgt zu einem Zeitpunkt, an dem zukünftige Entwicklungen der Wanderungsbewegungen aufgrund von Polykrisen (COVID-19, russischer Angriffskrieg auf die Ukraine, Klimakrise, Inflation und weitere geopolitische Konflikte) schwer vorherzusagen sind. In den Jahren 2022 bis 2024 hat das Zuzugsvolumen durch den Krieg in der Ukraine zugenommen, während es in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der Corona-Pandemie stark zurückgegangen ist. Die schwer abschätzbare Entwicklung der Wanderungsströme macht Vorhersagen zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung derzeit äußerst kompliziert

Tab. 1: Methodik

Ansatz	Deterministische Kohorten-Komponentenmethode
Software	SIKURS
Ausgangsbstand	Melderegisterbestand der Einwohner:innen mit Hauptwohnsitz zum 1.1.2025
Prognosehorizont	1.1.2025 bis 1.1.2045
Raumbezug	Gesamtstadt
Datengrundlagen	Bestands- und Bewegungsdaten aus dem Einwohnermelderegister, Sterbetafel des Landes Schleswig-Holstein
Geschlecht	männlich und weiblich
Bevölkerungsgruppen	Deutsche und ausländische Staatsangehörige
Altersjahrgänge	0 bis 99 geglättet mit einem Gleitfenster von 2 Jahren

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Bevölkerungsprognose 2025-2045

Der Ausgangswert der Prognose ist die kommunale Bevölkerungszahl zum 1. Januar 2025, basierend auf den Melderegisterdaten. Der Prognosezeitraum umfasst 20 Jahre und stellt die Bevölkerung Lübecks bis zum 1. Januar 2045 dar. Als Grundlage dient die Bevölkerung mit Hauptwohnung bzw. alleiniger Wohnung; Personen mit Nebenwohnung werden nicht berücksichtigt. Die vorliegende Prognose basiert auf altersspezifischen Daten der männlichen und weiblichen Bevölkerung, differenziert nach 100 Altersgruppen. Die Informationen zur Altersverteilung und die verwendeten Raten (Fertilität, Mortalität, Fortzüge und Zuzüge pro Altersjahrgang, Geschlecht und Staatsangehörigkeit) werden durch ein gleitendes Mittel geglättet, um zufallsbedingte Schwankungen in der Altersstruktur zu minimieren.

Tab. 2: Annahmen

Annahme	Zentrale Variable	Basisjahre
Fertilität	Fruchtbarkeitsrate von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren nach Altersjahr und Staatsangehörigkeit	2021-2024
Mortalität	Sterberate nach Altersjahr und Geschlecht (Sterbetafel SH); anwachsende Lebenserwartung bei Geburt von 2025 bis 45 bei Männern +3,5 u. Frauen +2,8 Jahre	2021-2023
Fortzüge	Fortzugsrate nach Altersjahr, Geschlecht und Staatsangehörigkeit	2020-2024
Zuzüge	a) Zuzugsrate nach Altersjahr, Geschlecht und Staatsangehörigkeit	a) 2020-2024
	b) Zuzugsvolumen 2025 als arithmetischer Mittelwert der 1. Zeitspanne, dann gleichmäßige Abnahme pro Jahr (linear interpoliert);	b) 2000-2024
	c) ab 2033 das arithmetische Mittel der 2. Zeitspanne	c) 1970-2024

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Bevölkerungsprognose 2025-2045

Während Fertilität, Mortalität und Fortzüge relative verlässlicher zu prognostizieren sind, ist die Zahl der zuziehenden Personen die am schwierigsten abzuschätzende Komponenten einer Bevölkerungsprognose.

Der Wanderungssaldo hängt einerseits vom Migrationspotenzial und -druck in den Herkunftsgebieten ab. Dieses Potenzial und der Druck können infolge politischer, wirtschaftlicher, demografischer und ökologischer Entwicklungen stark variieren. Andererseits wirken sich die wirtschaftliche Attraktivität und Stabilität Deutschlands und Lübecks, die deutsche Migrationspolitik sowie Beschlüsse auf Ebene der Europäischen Union, des Landes Schleswig-Holstein und der Hansestadt Lübeck aus. Je nach Lage können zudem internationale Abkommen zur Regulierung der Migrationsströme die Zu- oder Abwanderung beeinflussen.

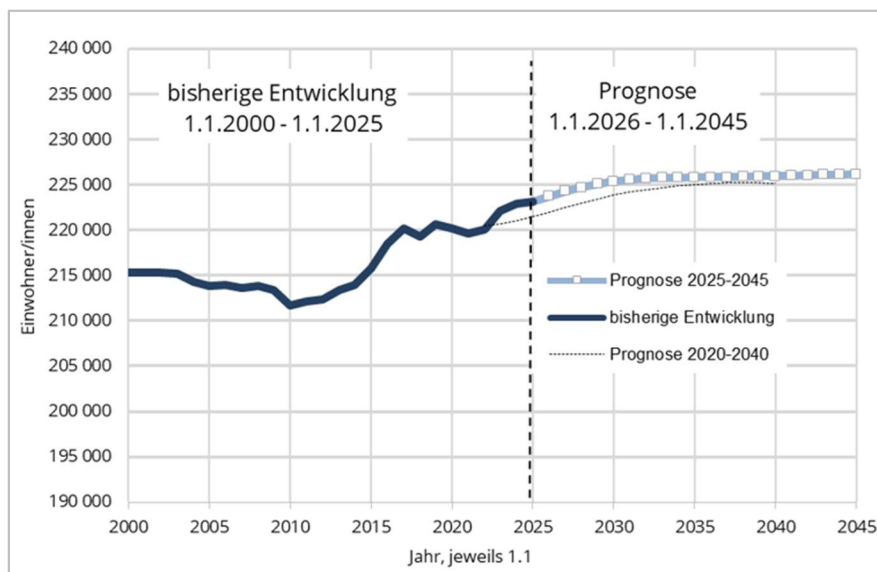
Die Kommunale Statistikstelle orientiert sich bei ihren Annahmen zur Entwicklung des jährlichen Außenwanderungssaldos an den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte sowie an der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante Szenario W2) des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS, 2022). In der mittleren Annahme W2 wird zunächst bis etwa 2033 von einer höheren Zuwanderung ausgegangen. Für die folgenden Jahre bis 2045 wird ein reduzierter Wanderungsgewinn erwartet, da davon ausgegangen wird, dass die Zuwanderung weiter abnimmt. Demgemäß wird aus dem Mittelwert der Zuwanderung von 2000 bis 2024 eine Zuwanderung von rund 12.250 Personen für 2025 angesetzt. Diese Zuwanderung fällt in der Annahme kontinuierlich bis 2033 ab. Der Trend ab 2033 orientiert sich darauffolgend am Mittelwert der Jahre 1970 bis 2024 mit durchschnittlich rund 11.750 zugewanderten Personen pro Jahr. Die Zuwanderung bleibt damit in den kommenden Jahren hoch, wird jedoch im Vergleich zur jüngeren Vergangenheit zurückgehen (s. Tab. 2). Wie sich eine zukünftige Rückwanderung ukrainischer Geflüchteter nach einem möglichen Kriegsende auswirken könnte, bleibt hierbei offen.

Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungszahl der Hansestadt Lübeck wird in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen. Basierend auf den Annahmen der Kommunalen Statistikstelle wird für das Jahr 2045 eine Bevölkerung von rund 226.200 Personen prognostiziert (etwa + 3.000 mehr als zu Beginn des Jahres 2025). Dies entspricht einem Bevölkerungswachstum von 1,4 Prozent über den gesamten Prognosezeitraum. Der Hauptfaktor für diese Entwicklung ist die positive Nettozuwanderung, die maßgeblich zur Bevölkerungszunahme beiträgt.

Abb. 1: Bisherige
Bevölkerungsentwicklung
2000 – 2025 und
Prognose 2026 – 2045

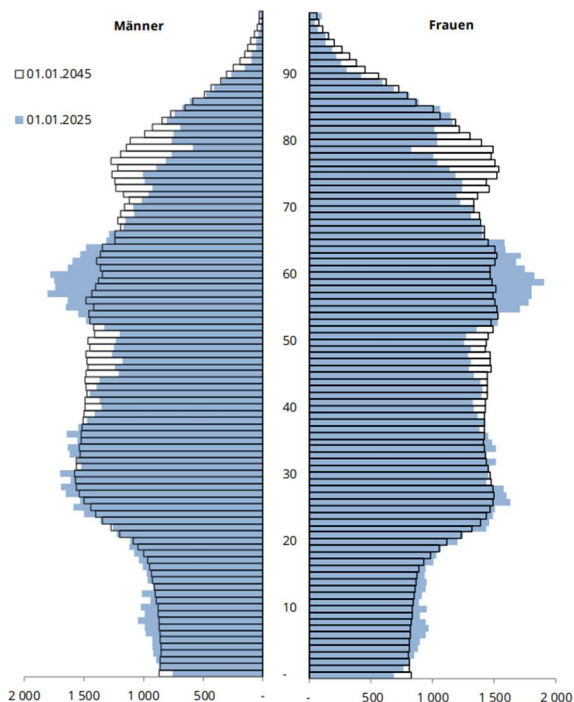
Quelle: Hansestadt Lübeck, 1.102.2,
Kommunale Statistikstelle (bis 2025
Melderegister; ab 2025 SIKURS)



Altersstruktur: Wachstum der über 67-jährigen und Schrumpfung der unter 20-jährigen

Das Bevölkerungswachstum bis 2045 resultiert vor allem in steigenden Zahlen der älteren Altersgruppen (67 Jahre und älter). In den nächsten Jahren werden die geburtenstarken Jahrgänge ca. 1960 bis ca. 1973 sukzessiv aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Bis 2045 wächst die Altersgruppe der über 67-jährigen um rund 9.145 Personen bzw. ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 20,7 Prozent auf 24,5 Prozent an.

Abb. 2: Altersstruktur der Hansestadt Lübeck 2024 und 2045 im Vergleich



Quelle: Hansestadt Lübeck, 1.102.2, Kommunale Statistikstelle (bis 2025 Melderegister; ab 2025 SIKURS)

Die Zahl der unter 20-jährigen sinkt um 2.455 Personen, wobei die Altersgruppe der 0 bis 2-jährigen aufgrund steigender Fertilitätsraten um 250 Kinder zunimmt. Die Altersgruppe der 20 bis 66-jährigen, d.h. die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter, nimmt um 2,6 Prozent leicht ab (- 3.655 Personen). Der demografische Wandel zeigt sich graphisch in der Abbildung generell durch eine breitere Spitze der Bevölkerungspyramide.

Haushalte

Die Bevölkerungsprognose beinhaltet auch Aussagen zur zahlenmäßigen Entwicklung der Privathaushalte. Da Daten zur Haushaltsstruktur im Melderegister primär nicht enthalten sind, müssen diese über ein gesondertes statistisches Haushaltsgenerierungsverfahren berechnet werden.

Die bisherige Entwicklung der Anzahl der Haushalte ist kontinuierlich gestiegen. Anfang 2005 lag die Gesamtzahl der Haushalte bei rund 115.100 und bis 2025 war ein Anstieg auf etwa 126.650 Haushalte zu verzeichnen, was einem Zuwachs von beinahe + 11.500 Haushalten entspricht. Nach 2025 wird sich der Anstieg fortsetzen, allerdings mit einer langsameren Wachstumsrate. Bis 2045 wird eine Haushaltszahl von etwa 129.700 prognostiziert. Das bedeutet einen Anstieg um rund 3.000 Haushalte zwischen 2025 und 2045.

Der relative Anteil der Einpersonenhaushalte gemessen an allen Haushalten steigt stetig. 2005 machten sie 49,7 Prozent der Haushalte aus (rund 57.200 Haushalte). Bis 2045 wird ihr Anteil auf 55,5 Prozent steigen (etwa 72.000 Haushalte). Der Anteil der Zweipersonenhaushalte bleibt relativ stabil, mit einem leichten absolutem Rückgang von unter 100 Haushalten. 2005 lag der relative Anteil bei 28 Prozent (ca. 32.300 Haushalte), während er 2045 bei 27,4 Prozent (ca. 35.600 Haushalte) erwartet wird.

Tab. 3: Haushalte nach Personenzahl 2005, 2025 und 2045

Kategorie	2005	2025	2045
1-Pers.-Hh.	57 218	68 579	72 017
in %	49,7	54,1	55,5
2-Pers.-Hh.	32 284	34 633	35 562
in %	28,0	27,3	27,4
≥3-Pers.-Hh.	25 630	23 442	22 093
in %	22,3	18,5	17,0
Hh. Insg.	115 132	126 654	129 672

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Bevölkerungsprognose 2025-2045

Drei- und Vierpersonenhaushalte zeigen langfristig bis 2045 einen deutlichen Rückgang. (s. Tab. 3).

Hinsichtlich der zukünftigen Pflegesituation ist die Entwicklung der Haushaltsstrukturen hinsichtlich der älteren Bevölkerung relevant. Es ist nicht nur davon auszugehen, dass eine wachsende Zahl älterer Menschen im

Alter allein leben werden, sondern auch das Verhältnis der Personen im erwerbsfähigen Alter zur Zahl der älteren Menschen, der sogenannte Altenquotient, wird sich verändern. Der Altenquotient setzt die Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren ins Verhältnis zur Bevölkerung von 18 bis unter 65 Jahre und weist bis 2045 eine steigende Tendenz auf.

Dies bedeutet, dass sich 2045 etwa zwei Personen in der mittleren Altersgruppe befinden, während sich eine Person in der Altersgruppe über 65 Jahre befindet, wohingegen das Verhältnis im Jahr 2005 noch ca. drei zu eins war.

Die Prognose des Pflegebedarfs

Liegen qualifizierte Aussagen zur zukünftigen Altersstruktur vor, lässt sich der zu erwartende Pflegebedarf über eine Status-Quo-Annahme der bestehenden Pflegequoten relativ einfach berechnen.

Hierzu wird die prognostizierte Altersstruktur der heute gültigen altersspezifischen Pflegequote gegenübergestellt, wobei jeder Altersjahrgang mit der entsprechenden altersspezifischen Pflegequote multipliziert wird.

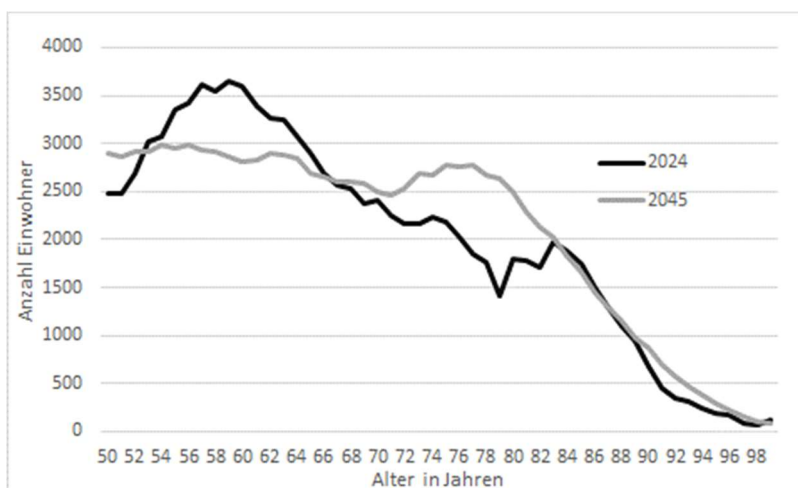


Abb. 3: Die Verschiebungen in der Altersstruktur 2025 bis 2045 bei den über 50-Jährigen

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle
Graphik: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

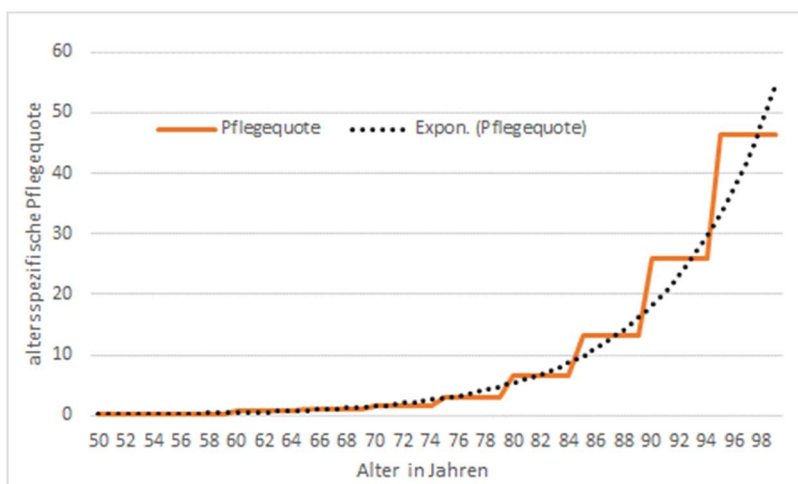
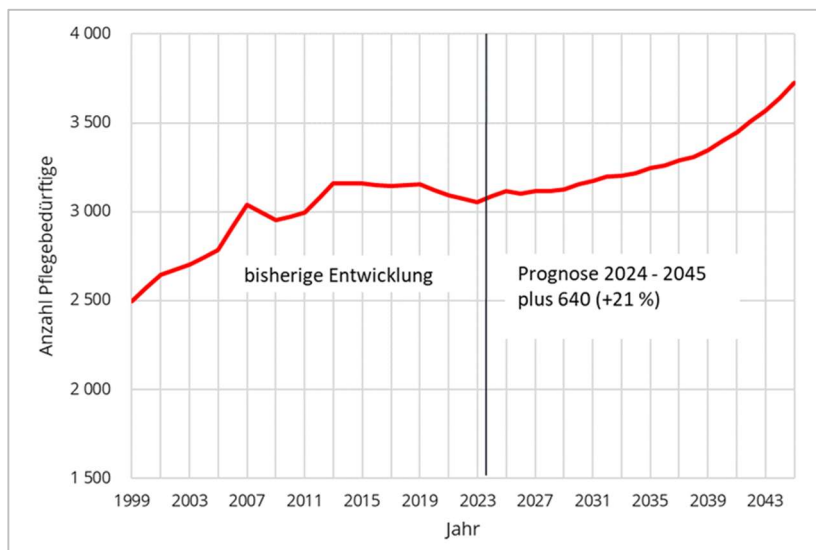


Abb. 4: Altersspezifische Pflegequoten im Jahr 2023 (Stationäre Pflege)

Quelle: Statistik Nord
Graphik: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Abb.5: Pflegebedürftige Personen in der stationären Pflege, bisheriger Entwicklung und Prognose bis 2045?



Graphik: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Prognose Stationäre Pflege

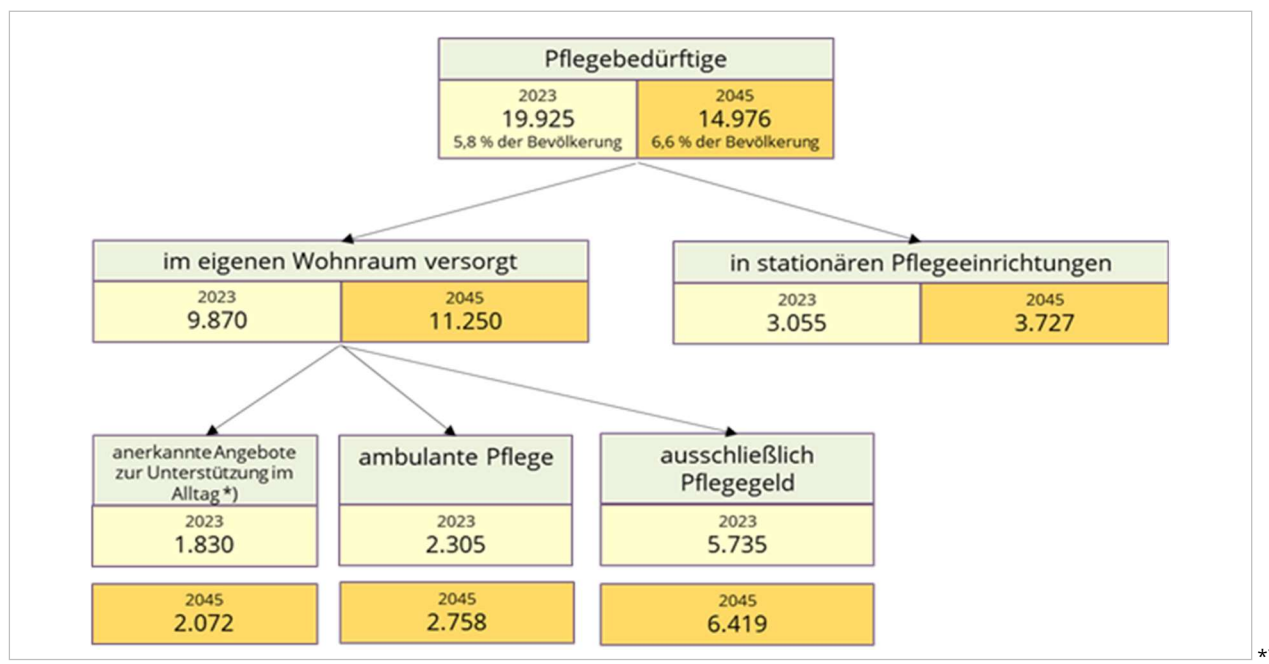
In der Summe ergibt sich für die stationäre Pflege folgende Entwicklung. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird von 2023 bis 2045 von rd. 3.000 auf ca. 3.700 Personen anwachsen, was einer Zunahme von ca. 21 Prozent entspricht.

Entsprechende Prognoseverfahren lassen sich aus den vorliegenden Daten ebenfalls für die ambulante Pflege und die Pflege über das Pflegegeld herleiten.

Prognose Ambulante Pflege

Anfang 2000 und bis ca. 2013 lag die Zahl der Pflegebedürftigen in der Ambulanten Pflege bei knapp über 1.000 Personen. Mit Einführung der Pflegegrade wurde die Pflegebedürftigkeit neu definiert und die Zahl der Pflegebedürftigen stieg dann bis 2019 auf über 2.000 Personen an. Von 2023 bis 2045 wird auch hier demographisch bedingt eine Zunahme von aktuell rd. 2.350 Pflegebedürftige auf ca. 2.750 Pflegebedürftige erwartet, entsprechend einer Zunahme um 18 Prozent.

Abb. 6: Prognose des Pflegebedarfs nach Pflegearten bis zum Jahr 2045 nach Pflegearten



Pflegegrad 1

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle und Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2023

Prognose Pflegegeld

Hinsichtlich des Pflegegeldes zeigt sich zahlenmäßig eine ähnliche Entwicklung wie bei der ambulanten Pflege. Wurden 1999 noch rd. 3.200 Pflegebedürftige mit Pflegegeld gezählt, waren es 2023 bereits rd. 5.700 und bis 2045 wird die Zahl wahrscheinlich auf ca. 6.400 Pflegebedürftige anwachsen.

Prognose Pflegegrad 1

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 wird sich bis 2045 auf rd. 2.100 Personen erhöhen. (s. Tab. 4)

Insgesamt ist bis 2045 mit rd. 15.000 Pflegebedürftigen zu rechnen (s. Tab. 4).

Wachsender Pflegekräftebedarf

Entsprechend der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen steigt auch der personelle Pflegebedarf.

Der Pflegekräftebedarf wird dabei durch drei Faktoren bestimmt:

Tab. 4: Pflegebedürftige insgesamt nach Pflegeart 1999, 2023 und Prognose 2045

Jahr	stationäre Pflege	ambulante Pflege	Pflegegeld	Pflegegrad 1	insg
1999	2 495	1 195	3 241	-	6 931
2023	3 055	2 305	5 735	1 830	12 925
2045	3 727	2 758	6 419	2 072	14 976

Quelle: Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle und Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik 2023

1. Jährlicher **Ersatzbedarf** durch jährliche Abgänge aus unterschiedlichsten Gründen wie Rentenbeginn, Kündigung, Berufswechsel, Wegbewerbungen, etc.
2. Aktueller **Zusatzbedarf** aufgrund des aktuellen Personalmangels

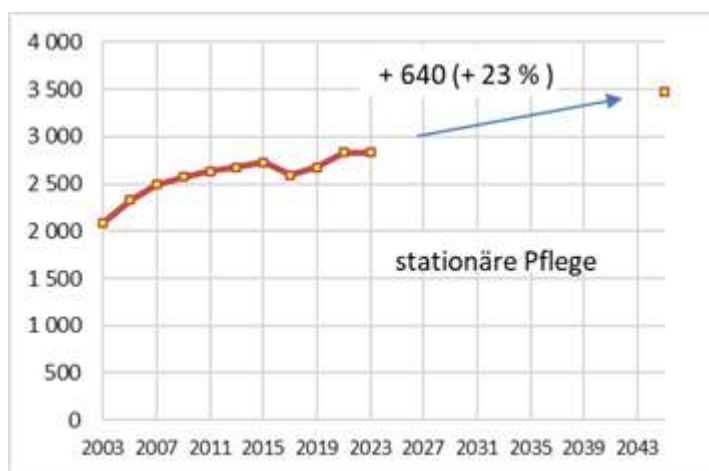


Abb. 7: Pflegepersonal in der Stationären Pflege 2003 bis 2023 und Erweiterungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels bis 2045

Graphik; Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

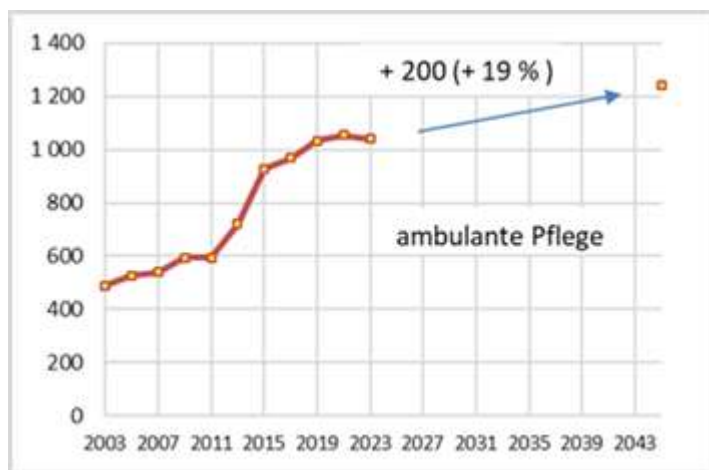


Abb. 8: Pflegepersonal in der Ambulanten Pflege 2003 bis 2023 und Erweiterungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels bis 2045

Graphik; Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

3. **Erweiterungsbedarf** aufgrund des demographischen Wandels

Wie viele Pflegekräfte jährlich in Rente gehen, ist von der Altersstruktur der Arbeitskräfte abhängig und aufgrund der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation ist hier in den nächsten Jahren mit erhöhten Abgangszahlen zu rechnen. Diese Abgänge sind durch die entsprechende Anzahl von Zugängen zu ersetzen.

Dies wird jedoch zunehmend schwierig, da der Personalmangel die Attraktivität der Pflege beeinträchtigt und Nachwuchsgewinnung sowie Mitarbeiter:innenbindung erschwert.

Was den aktuellen Zusatzbedarf angeht, ist hier ganz grob geschätzt von rd. 400 Personen auszugehen, die sich ergeben, wenn die bundesweiten Schätzungen auf die Einwohnerzahl Lübeck zurückgerechnet werden. Hier wären jedoch noch genauere Analysen zum aktuellen Zusatzbedarf erforderlich, die sich aus Analysen von Arbeitsmarktdaten ergeben müssten.

Hinsichtlich des Erweiterungsbedarfes ist aufgrund des demographischen Wandels (Alterung) von ca. weiteren 640 zusätzlich benötigten Pflegekräften in der stationären und 200 Pflegekräften in der ambulanten Pflege auszugehen (Abbildungen 6 und 7). Insgesamt (Zusatzbedarf und Erweiterungsbedarf) ergibt sich für 2045 somit die Zahl von rd. 4.700 zusätzlich benötigten Pflegekräften. Dies beinhaltet nicht den jährlichen Ersatzbedarf.

Auch hinsichtlich des Pflegegeldes ist mit steigenden Bedarfen zu rechnen. Das Pflegegeld kann ab Pflegegrad 2 beantragt werden und wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Dies sind in der Regel Familienangehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen.

Pflegende Angehörige können, falls vorhanden, der Lebensgefährte oder die Lebensgefährtin sein. Oftmals sind es jedoch auch die Kinder. Auch hier wird sich der demographische Wandel negativ auswirken, denn der Altenquotient, d.h. das Verhältnis der über 65-Jährigen zu den 18 bis 65-Jährigen wird ansteigen: kamen im Jahr

2025 auf hundert Personen im Alter von 18 bis 65 Jahre noch 37 ältere Personen, werden es 2045 bereits über 45 ältere Personen sein. Hinzu kommt die Singularisierung der Gesellschaft in Form einer steigenden Anzahl an Einpersonenhaushalten.

Fazit zum Fachkräftemangel

1. Die demographische Entwicklung sorgt für einen kontinuierlichen Anstieg der pflegebedürftigen Personen und damit der Nachfrage nach Pflegepersonal.
2. Das Angebot an Pflegekräften reicht schon derzeit nicht aus, um die Nachfrage der Kliniken und Einrichtungen zu decken.
3. Der allgegenwärtige Personalmangel beeinträchtigt die Attraktivität der Pflege und erschwert Nachwuchsgewinnung und Mitarbeiterbindung
4. In der Pflege steht eine Welle von Renteneintritten bevor.
5. Personalführung und Organisationsentwicklung werden immer anspruchsvoller.

Weiterführende Literatur

Hansestadt Lübeck (2025), Kommunale Statistikstelle, Statistisches Jahrbuch 2023-2025

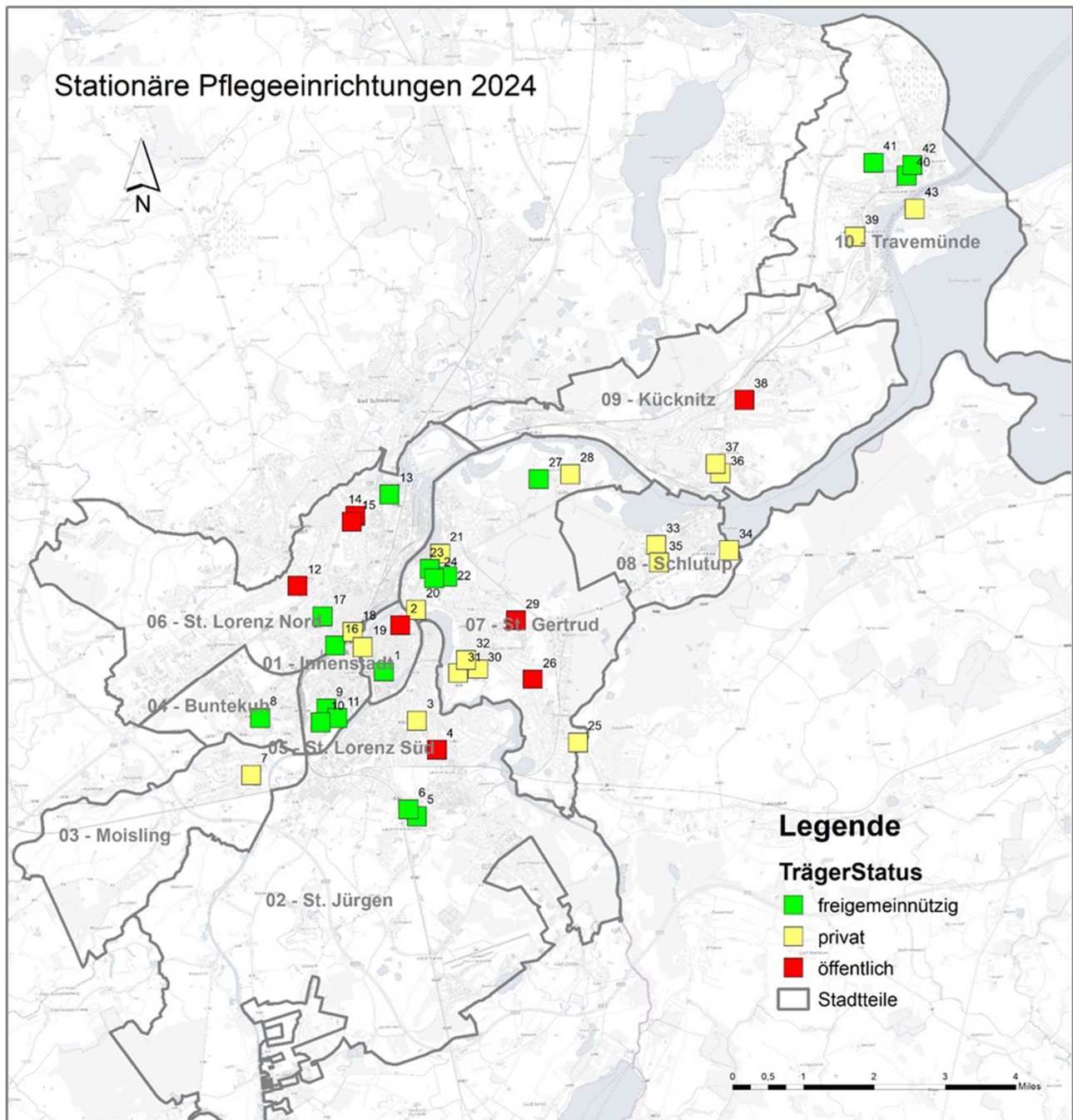
Hansestadt Lübeck (2026), Soziale Sicherung, Sozialkompass (Dashboard), [Sozialkompass - Rathaus](https://www.luebeck.de/de/rathaus/verwaltung/soziale-sicherung/sozialkompass/index.html), <https://www.luebeck.de/de/rathaus/verwaltung/soziale-sicherung/sozialkompass/index.html>

Hansestadt Lübeck (2025), Gesundheitsamt, Lübecker Gesundheitsberichte

Hansestadt Lübeck (2020): Soziale Sicherung, Pflegebedarfsplanung 2017 - 2030

Hilfe und Kontakt

Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt und Case-management in der Pflege, <https://www.luebeck.de/pflegestuetzpunkt>



01 - Innenstadt	05 - St. Lorenz Süd	07 - St. Gertrud	08 - Schlutup
1 Caritashaus Simeon	9 Katharina von Bora Betagtenhaus	20 Seniorenzentrum Traveblick	33 Curata Pflegeeinr. Lübeck GmbH
2 Heiligen-Geist-Hospital	10 Hospiz Rickers-Kock-Haus	21 Hanse-Residenz-Lübeck	34 CURA Seniorenzentrum Lübeck
	11 Pflegezentrum Travetal	22 APH Haus Nazareth -Allg. Bereich-	35 Sonnenhof GmbH
02 - St.Jürgen	06 - St. Lorenz Nord	23 Haus Nazareth + Villa Travemünde	09 - Kücknitz
3 Senioren-Residenz Mühlentor	12 Alten- und Pflegeheim Dornbreite	24 Haus am Stadtpark	36 Seniorenhaus Hinrichs Kasino
4 APH Elswigstraße	13 Haus am Tremser Teich	25 Priv. Alten- u. Pflegepension Rosenhof	37 Seniorenhaus Hinrichs Herrenwyk
5 AWO Servicehaus Hochschulstadteil	14 APH Am Behndkenhof Geront. Abt.	26 APH Dreifelderweg	38 Alten- und Pflegeheim Solmitzstraße
6 Hausgemeinschaft Carl-Gauß-Straße	15 APH Am Behndkenhof	27 DRK Senioren- und Pflegezentr. im Park	
	16 APH "Lotti-Tonello-Haus"	28 Senioren-Pension Schön	10 - Travemünde
03 - Moisling	17 Johanner Quartier	29 Alten- und Pflegeheim Prassekstraße	39 Seniorenzentrum Travemünde
7 Seniorenh. Hinrichs Moislinger Aue	18 Domicil Seniorenpf. Am Holst.	30 Senioren-Residenz Waldersee	40 Malteserstift Haus St. Birgitta
04 - Buntekuh	19 Domicil S. Am Holst. -Demenzber.-	31 DOMICIL Seniorenpflegeheim Marli	41 Pflegezentr. Trav. Am Dreilingsberg
8 Seniorenwohnsitz Quellenhof		32 DOMICIL S. Marli -Pfl. Demenz-	42 Malteserst. Hs. St.Birgitta - ger. Fachabt
			43 Rosenhof Seniorenwohnanlage

Kartographie: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Tuberkulose

Nach den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jedes Jahr etwa 10,6 Millionen Menschen an Tuberkulose. Etwa 1,3 Millionen Menschen sterben jährlich an Tuberkulose. In Deutschland besteht für die Tuberkulose eine gesetzliche Meldepflicht. Erkrankte Personen werden in der langwierigen medikamentösen Therapie vom örtlichen Gesundheitsamt betreut und unterstützt.

INFOBOX

Tuberkulose (TB) ist eine ansteckende bakterielle Infektion, die hauptsächlich die Lunge betrifft, aber auch andere Organe befallen kann. Sie wird durch das Bakterium *Mycobacterium tuberculosis*-Komplex verursacht. Die Übertragung erfolgt in der Regel über Tröpfchen von Erkrankten mit einer offenen Lungentuberkulose. Nur 5-10 % aller immunkompetenten Erwachsenen, die mit dem Bakterium *M. tuberculosis* infiziert werden, erkranken an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose.

Die Symptome einer Tuberkulose können Husten, Gewichtsverlust, Fieber, Nachtschweiß und Müdigkeit umfassen. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung sind entscheidend, um die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern und die Gesundheit der Patient:innen zu verbessern. Die Behandlung erfolgt in der Regel mit einer Kombination von Antibiotika über einen längeren Zeitraum, oft sechs Monate oder länger.

Krankheitsbild und Ansteckungshäufigkeit

Die Erkrankung beginnt in der Regel mit über Wochen andauernden unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Fieber, ungewolltem Gewichtsverlust und nächtlichem Schwitzen. Typischerweise ist als Organ die Lunge betroffen, was zu Husten führen kann. Des Weiteren können andere Organe wie Lymphknoten, Knochen, Gehirn befallen sein.

Tuberkulose-Bakterien werden über die Atemwege beim Sprechen, Husten und Niesen als feinste Tröpfchenkerne (sog. Aerosole) an die Luft abgegeben. Tuberkulose-Bakterien sind schwer übertragbar. Es muss ein längerer, intensiver Kontakt zu Erkrankten mit offener Lungentuberkulose stattfinden. Nur ca. jede 10. Ansteckung führt nachfolgend zu einer Erkrankung.

Erkrankte, die adäquat behandelt werden, sind nach ca. 14 Tagen nicht mehr ansteckend. Tuberkulose, die

Organe wie z.B. Knochen, Gelenke oder Lymphknoten betrifft, ist nicht ansteckend.

Verbreitung

Weltweit gehört die Tuberkulose neben HIV und Malaria zu den häufigsten Infektionskrankheiten. Nach Angaben der WHO ist es die häufigste zum Tode führende, jedoch therapierbare Infektionskrankheit. Rund ein Viertel der Weltbevölkerung ist mit einem Tuberkulose-Erreger infiziert, wobei besonders Regionen Asiens und Afrikas belastet sind, in denen Armut, Mangelernährung und unzureichende Wohnverhältnisse die wesentlichen begünstigenden Faktoren darstellen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jedes Jahr 10,6 Millionen Menschen an Tuberkulose, wovon fast eine halbe Million an einer multiresistenten Tuberkulose erkrankt, was für Betroffene als auch für das Gesundheitssystem eine erhebliche Belastung darstellt. Etwa 1,3 Millionen Menschen sterben pro Jahr an Tuberkulose [WHO, Stand 2023].

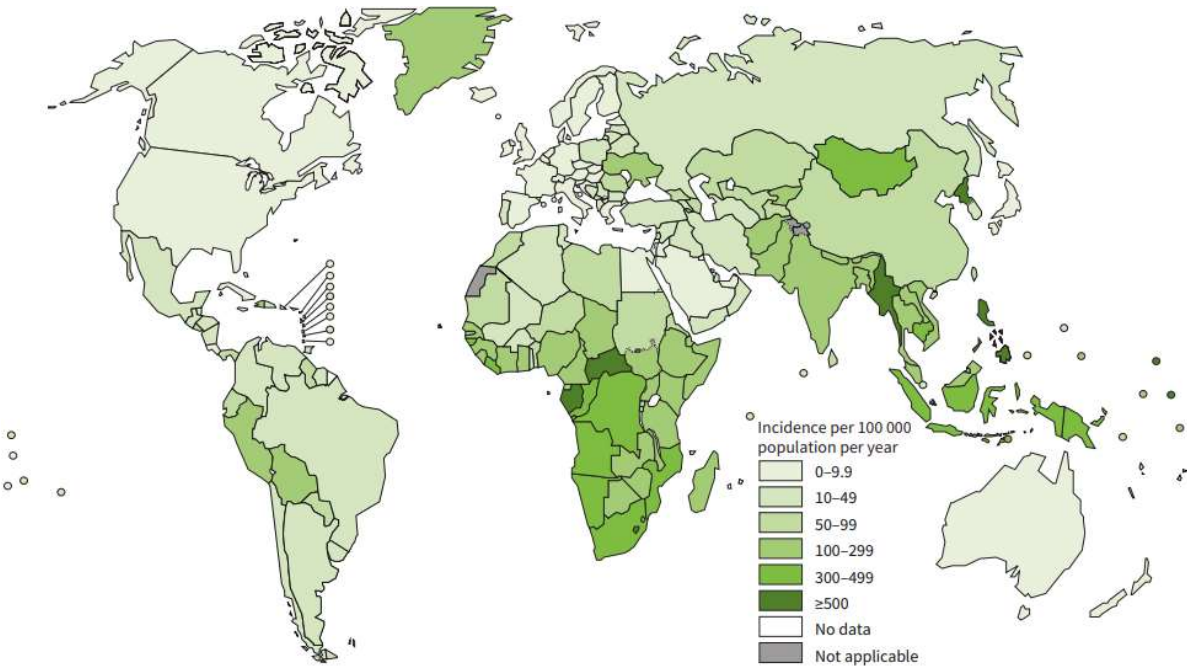
Zwei Drittel der weltweiten Fälle entfallen auf Indien, Indonesien, China, den Philippinen, Pakistan, Nigeria, Bangladesch und der Demokratischen Republik Kongo. Zum Teil finden sich hier geschätzte Inzidenzen von mehreren hundert Neuerkrankungen bis zu über 500 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner [RKI-Ratgeber Tuberkulose, Stand 14.03.2024].

Im Jahr 2022 wurden in den 30 Staaten der EU 36.179 Tuberkulose-Fälle gemeldet, was einer Inzidenz von 8 pro 100.000 Einwohnern entspricht. Die höchsten Inzidenzen wurden in Litauen (26,3) und in Rumänien (48,7) registriert [European Centre for Disease Prevention and Control 2024].

2024 wurden in Deutschland insgesamt 4.540 Tuberkulose-Fälle beim Robert Koch-Institut gemeldet (siehe Tabelle 1). Durch die Corona-Pandemie waren die Fallzahlen in den Jahren 2020 bis 2022 etwas rückläufig und sind seitdem wieder angestiegen (siehe Tabelle 1). 2024 wurden bundesweit 5,4 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner gezählt.

In Deutschland gehört die Tuberkulose damit zu den seltenen Erkrankungen. Die Inzidenzen in Schleswig-

Abb. 1: Geschätzte Tuberkuloseinzidenz 2023



Quelle: World Health Organization, Global tuberculosis report 2024, S. 9

Holstein sind etwas niedriger als im Bundesgebiet. Für das Jahr 2023 reichen die Spannweiten der Inzidenzen von 2,89 in Mecklenburg-Vorpommern bis 10,83 in Hamburg. Innerhalb Schleswig-Holsteins weisen die kreisfreien Städte in der Regel die höheren Werte auf [Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten 2024, S. 238 ff]

Impfempfehlung seit 1998 aufgehoben

Impfungen, wie der BCG-Impfstoff¹, können helfen, das Risiko einer schweren Form der Krankheit zu verringern. In Deutschland wird die BCG-Impfung gegen Tuberkulose von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut seit 1998 nicht mehr empfohlen. Zwar kann die Impfung bei Säuglingen und kleinen Kindern schwere und komplizierte Krankheitsverläufe verhindern, sie schützt jedoch nicht ausreichend vor einer Ansteckung oder einer Erkrankung mit Tuberkulose. Damit folgt die STIKO zudem dem Rat der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in Ländern mit einem Tuberkulose-Infektionsrisiko von unter 0,1 Prozent keine generelle Tuberkulose-Impfung durchzuführen.

Aufgrund der gesetzlichen Meldepflicht ist die Dunkelziffer zur Verbreitung der Tuberkulose in Deutschland

recht gering. Im Gegensatz zur Statistik der nicht meldepflichtigen Infektionen sind die Daten daher als realitätsnah zu betrachten.

Tab. 1: Neuerkrankungen an Tuberkulose 2015-2024

Melde-jahr	Bund		SH		HL	
	Anzahl	Inzi-denz	Anzahl	Inzi-denz	Anzahl	Inzi-denz
2015	5 970	7,3	125	4,4	11	5,1
2016	6 147	7,5	150	5,2	10	4,6
2017	5 731	6,9	144	5,0	10	4,6
2018	5 571	6,7	133	4,6	11	5,1
2019	4 899	5,9	130	4,5	6	2,8
2020	4 248	5,1	134	4,6	19	8,8
2021	3 998	4,8	124	4,2	7	3,2
2022	4 172	5,0	126	4,3	19	8,7
2023	4 571	5,4	117	4,0	16	7,3
2024	4 540	5,4	127	4,3	10	4,6

Quelle: RKI, Survstat-Auswertungen, Stand 29.01.2025

¹ Der Bacillus Calmette-Guérin (BCG) ist ein von den Franzosen Albert Calmette (1863–1933) und Camille Guérin (1872–1961) Anfang des 20. Jahrhunderts aus dem Wildtyp des Mykobakteriums Mycobacterium bovis durch dauernd wiederholte Fortzucht entwickeltes abgeschwächt-virulentes Bakterium, das in 173 Ländern

als Lebendimpfstoff gegen Tuberkulose verwendet wird. Der BCG-Impfstoff befindet sich auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation.

Meldepflicht und Betreuung erkrankter Personen

In Deutschland besteht für Tuberkulose nach dem Infektionsschutzgesetz Meldepflicht. Dies bedeutet, dass Ärzt:innen und mikrobiologische Labore eine Tuberkulose auf jeden Fall bei den Gesundheitsämtern melden müssen. An der Tuberkulose erkrankte Personen werden daher vom Gesundheitsamt kontaktiert.

Es wird zwischen einer offenen, also übertragbaren, und einer geschlossenen, nicht ansteckenden Tuberkulose unterschieden. Alle Personen mit einer offenen Tuberkulose werden vom Gesundheitsamt bei der medikamentösen Therapie, die mindestens ein halbes Jahr dauert, begleitet. Die Erkrankten müssen in der Regel über einen Zeitraum von zwei Monaten vier verschiedene Antibiotika einnehmen und dann für einen Zeitraum von ca. vier Monaten zwei verschiedene Antibiotika. Das Gesundheitsamt unterstützt die Erkrankten bei der Wahrnehmung ärztlicher Termine und in der Nachsorge. Außerdem ist eine augenärztliche Vorstellung wichtig und es erfolgen routinemäßig Blutentnahmen sowie Röntgenuntersuchungen.

Dabei ist wichtig, dass ein vertrauensvoller Kontakt entsteht, denn nur so kann die lange Therapie erfolgreich sein. Tuberkulose ist eine heilbare Erkrankung, die die aktive Mitarbeit und Eigenverantwortung der Erkrankten erfordert.

Ermittlung von Kontaktpersonen (Umgebungsuntersuchung)

Bei der Umgebungsuntersuchung sind aus epidemiologischer Sicht bei einer übertragbaren Krankheit generell folgende Aufgaben zu lösen:

- Fallfindung,
- Aufdeckung der Infektionsketten,
- Verhütung der Weiterverbreitung.

Dabei ist eine sorgfältige Auswahl der Kontaktpersonen notwendig, die sich nach Art und Dauer des Kontaktes richtet, um möglichst frisch Infizierte zu identifizieren und so den Nutzen einer anschließenden präventiven Therapie zu erhöhen und unnötige Testungen von Personen ohne Ansteckungsrisiko zu vermeiden.

Aus Tab. 2 sind die wesentlichen Fallzahlen zum Tuberkulosegeschehen in der Hansestadt Lübeck ersichtlich. So kam es im Jahr 2024 laut Tätigkeitsberichtes des Gesundheitsamtes zu zwölf Neuerkrankungen. 98 Kontaktpersonen wurden ermittelt und bei 60 erkrankten Personen galt es die Krankheitsverläufe zu beobachten. Es wurden 91 Quantiferontests durchgeführt und bei 20 Kontaktpersonen eine Röntgenuntersuchung der Lunge vorgenommen. Entscheidend sind bei den Quantiferontests die positiven Testergebnisse (n=19), da dadurch bisher unentdeckte Infektionen nachgewiesen werden konnten.

In den letzten vier Jahren (2021-2024) verstarben sechs Personen von insgesamt 57 neuerkrankten Personen. Die amtliche Todesursachenstatistik [Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein] listet für den obigen Zeitraum zwei Todesfälle als unmittelbare Todesursache bzw. als Folgezustand der Tuberkuloseerkrankung auf.

Tab. 2: TBC-Beobachtungen 2021 bis 2024

Kategorie	2021	2022	2023	2024
Neuerkrankungen	8	20	17	12
Kontaktpersonen	130	134	149	98
Verlaufsbeobachtungen	51	47	47	60
TBC-Beobachtungen insg. ¹⁾	189	201	213	170
Quantiferontests ²⁾	126	96	148	91
davon positiv	k.A.	k.A.	k.A.	19
Röntgen-Thorax bei KPs ³⁾	28	19	12	20
verstorb. IP/Neuerkrank.	1/8	4/20	2/17	0/12

Anmerkungen: 1) Stichtagsbezogen, 2) Röntgenuntersuchung der Lunge bei Kontaktpersonen, Angaben pro Jahr

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Interner Jahresbericht der Abt. Infektionsschutz

INFOBOX

Die IGRA-Testung (Quantiferon-Test)

Der Interferon-Gamma-release Assay (IGRA) ist eine immunologische Testmethode, die zur Labordiagnostik der Tuberkulose eingesetzt wird.

In der EU sind zurzeit zwei IGRA-Testsysteme zugelassen (Quantiferon und T-SPOT), die bereits einen Tag nach Ansetzen des Tests abgelesen werden können. Ein positives Testergebnis weist einen stattgehabten Kontakt mit dem Bakterium nach, sodass selbst erfolgreich therapierte Patienten noch nach Jahren ein positives Testergebnis haben können. Der Test dient also nicht dem Nachweis einer aktiven Tuberkulose. Der INGRA-Test ist dem Tuberkulin-Hauttest bezüglich Sensitivität und Spezifität überlegen.

Migration und Tuberkulose

Eine besondere Bedeutung für die Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland bzw. in Schleswig-Holstein liegt in der Migration von Personen nach Deutschland, die aus Ländern mit höheren Tuberkulose-Prävalenzen kommen. Die entsprechenden statistischen Auswertungen sind daher aussagekräftiger, wenn sie nicht auf der Staatsangehörigkeit, sondern auf dem Geburtsland basieren. Bundesweit sind ungefähr drei Viertel der Betroffenen außerhalb Deutschlands geboren [RKI Bericht

zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2022, S. 18-19]. So zählte das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck im Jahr 2024 elf TB-Indexfälle², von denen lediglich zwei in Deutschland geboren waren.

In der praktischen Arbeit zeigt sich die Tendenz, dass viele Erkrankte und ihre Fallkonstellationen immer komplexer in der Betreuung werden, da oftmals Sprachbarrieren und kulturelle Besonderheiten bestehen, weshalb einige Schritte mit Sprachmittler:innen begleitet werden müssen. Der Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit bleibt unentbehrlich für eine reibungslose Begleitung und Unterstützung von Erkrankten und Kontaktpersonen.

Epilog: Das Lübecker Impfunglück

Im Jahr 1930 kam es bei der Einführung der BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose in Lübeck zu einem Impfunglück. Es handelt sich um das größte Impfunglück des 20. Jahrhunderts. Insgesamt gab es 77 Todesopfer.

Albert Calmette und Camille Guérin hatten 1921 nach dreizehnjähriger Vorarbeit eine orale Tuberkulose-schutzimpfung entwickelt, mit der bis 1928 außerhalb Deutschlands bereits 150.000 Kinder geimpft worden waren. Der Leiter des Lübecker Gesundheitsamtes Ernst Altstaedt und der Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Georg Deycke entschlossen sich, aufgrund ihrer langjährigen Arbeit in der Tuberkulosefürsorge, die Impfung an Neugeborenen in Lübeck einzuführen.

Die 1929 aus Paris bezogene BCG-Kultur wurde von einer bakteriologisch nicht ausgebildeten Krankenschwester im Labor Deyckes zu Impfstoff verarbeitet. Es stellte sich später heraus, dass das Labor zur Impfstoffherstellung ungeeignet war, da eine eindeutige räumliche Trennung zwischen den Impfkulturen und den gleichzeitig dort verarbeiteten infektiösen Tuberkulosekulturen nicht möglich war. Die Impfung begannen im Februar 1930 und in fahrlässiger Weise unterließen es Deycke und Altstaedt im Tierexperiment nachzuprüfen, ob die Impfkultur während dieser sieben Monate mit virulenten Tuberkelbazillen kontaminiert worden war. In den folgenden zwei Monaten wurden 256 Neugeborene oral gegen Tuberkulose geimpft. Da beide Ärzte von der Unschädlichkeit der Impfung überzeugt waren, wurde lediglich eine Tuberkulinprobe nach sechs Monaten eingeplant, um die Wirksamkeit der Impfung festzustellen.

Am 17. April 1930 starb das erste Kind an Tuberkulose und als kurz darauf drei weitere Kinder starben, stoppte Deycke am 26. April die Impfungen. Insgesamt starben 77 Kinder infolge des kontaminierten Impfstoffes an einer ausgedehnten Tuberkulose. Weitere 131 Impflinge erkrankten. Aufgrund dieses Unglücks wurde die Einführung der BCG-Impfung in Deutschland bis nach dem Zweiten Weltkrieg verzögert.

Nach einer 76 Tage langen Gerichtsverhandlung wurde Georg Deycke im sogenannten Calmette-Prozeß im Februar 1932 wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt. Deycke war nicht haftfähig. Er verließ Lübeck und verstarb fünf Jahre später im Alter von 73 Jahren. Altstaedt wurde wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung zu 15 Monaten Gefängnis verurteilt. Altstaedt konnte die Justizvollzugsanstalt Lübeck nach sieben Monaten wieder verlassen.

Das in jeglicher Hinsicht sehr tragische Lübecker Impfunglück hatte in der medizinrechtlichen Geschichte weitreichende Folgen. Es gilt als Geburtsstunde für die Entwicklung des ärztlichen Berufsrechtes in Deutschland. Das Lübecker Impfunglück war somit gewissermaßen der Beginn des modernen Medizinrecht, wie es bis heute Anwendung findet. Dies betrifft alle rechtlichen Regelungen, die die Entwicklung, Herstellung, Anwendung medizinischer Güter, Dienstleistungen und Forschung in diesem Bereich betreffen.

Auf dem Vorwerker Friedhof befindet sich ein gesondert gestaltetes Gräberfeld mit den Grabplatten der Unglücksopfer.

Literatur

European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc): Tuberculosis. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm 2024.

Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt: Interner Jahresbericht der Abteilung Infektionsschutz, S.11.

Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt: Internetseite des Gesundheitsamtes <https://www.luebeck.de/de/rathausverwaltung/gesundheitsamt/infektionsschutz/tuberkuloseberatung.html>. Zugriff: 29.01.2025

Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten: Infektionsepidemiologischer Bericht über meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2023. Band 23. Kiel 2024.

Julius Edelhoff: Der Calmette-Prozess. In: Der Wagen 1984, S. 62–68.

Eckart Roloff: Das Lübecker Impfunglück von 1930. Ein Lehrstück der Medizingeschichte. In: Naturwissenschaftliche Rundschau, Nr. 819 (September 2016), S. 461–463.

Hanna Elisabeth Jonas, Das Lübecker Impfunglück von 1930 in der Wahrnehmung von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, Dissertation, Lübeck, 2017

Robert-Koch-Institut (RKI): Tuberkulose. RKI-Ratgeber. <https://www.rki.de>, Zugriff 29.01.25

Robert-Koch-Institut (RKI): RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2022.

² Als Indexperson bezeichnet man in der Epidemiologie jene Person, von der die Ausbreitung einer Krankheit ihren gesicherten oder mutmaßlichen Ausgang genommen hat.

Überwachung versorgungstechnischer Anlagen in medizinischen Einrichtungen

Die infektionshygienische Überwachung der Krankenhäuser und anderer medizinischer Einrichtungen erfolgt nach § 36 des Infektionsschutzgesetzes und wird federführend durch das Gesundheitsamt umgesetzt. Neben den allgemeinen hygienischen Anforderungen müssen auch die komplexen technischen Versorgungseinrichtungen kontrolliert werden. Diese Aufgabe liegt in Lübeck beim gesundheitlichen Umweltschutz. Zur hygienisch relevanten Gebäudetechnik zählen die Trinkwasserversorgungsanlagen und die Raumluftechnischen Anlagen (Klimaanlagen).

Die rechtliche Grundlage bilden neben dem Infektionsschutzgesetz die Trinkwasserverordnung, die „Medizinische Infektionspräventionsverordnung“, die „Landesverordnung über die Prüfung technischer Anlagen nach dem Bauordnungsrecht“, der „Erlass des Landes zur infektionshygienischen Überwachung“ sowie mehrere Empfehlungen des Umweltbundesamtes, der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI und der deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene.

Zur Überprüfung der technischen und hygienischen Voraussetzungen werden die folgenden technischen Regelwerke herangezogen:

- DIN 1988-100 Technische Regeln für Trinkwasser-Installation – Schutz des Trinkwassers, Erhaltung der Trinkwassergüte
- DIN 1988-500 Technische Regeln für Trinkwasser-Installation- Druckerhöhungsanlagen
- DIN 1988-600 Technische Regeln für Trinkwasser-Installation, Trinkwasser-Installation in Verbindung mit Feuerlöscher- und Brandschutzanlagen
- DIN EN 1717 Schutz des Trinkwassers vor Verunreinigungen in Trinkwasser-Installationen und allgemeine Anforderungen an Sicherungseinrichtungen zu Verhütung von Trinkwasserverunreinigungen durch Rückfließen
- DIN EN 14652 Anlagen zur Behandlung von Trinkwasser innerhalb von Gebäuden- Membranfilteranlagen – Anforderungen an Ausführung, Sicherheit und Prüfung
- VDI 6023 Hygiene in Trinkwasser-Installationen- Anforderungen an Planung, Ausführung, Betrieb und Instandhaltung

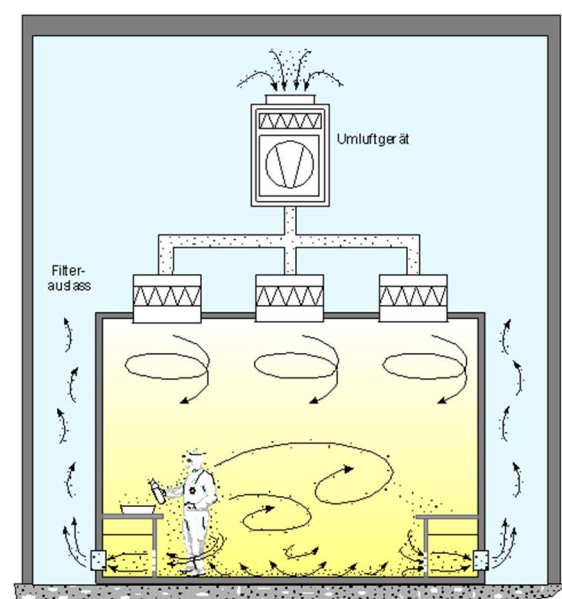
- VDI 6023 Hygiene in Trinkwasser-Installationen, Gefährdungsanalyse
- DIN 1946-4 Raumluftechnische Anlagen in Gebäuden und Räumen des Gesundheitswesens
- VDI 6022 Teil 1 Hygieneanforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte

Raumluftechnische Anlagen

In Krankenhäusern sorgen Raumluftechnische (RLT) Anlagen in den verschiedenen medizinischen Bereichen für die erforderliche Luftqualität. So werden neben einfachen Untersuchungsräumen auch Intensivstationen und mit besonders hohen hygienischen Ansprüchen die OP-Säle durch mechanische Belüftung versorgt.

Aufgabe der Lüftungsanlagen in OP-Abteilungen ist neben einer ausreichenden Zuführung von Frischluft die Abführung von Wärme-, Feuchte- und Schadstofflasten. Die Herstellung einer möglichst keimarmen Umgebung stellt jedoch die Hauptaufgabe der Raumluftechnischen Anlagen im OP dar. Dieses wird je nach Anspruch an die Keimarmut für eine Operation durch zwei verschiedene Belüftungssysteme erreicht. In OP-Sälen der Raumklasse Ib wird eine turbulente Verdrängungsströmung eingesetzt.

Abb. 1: Turbulente Verdrängungsströmung

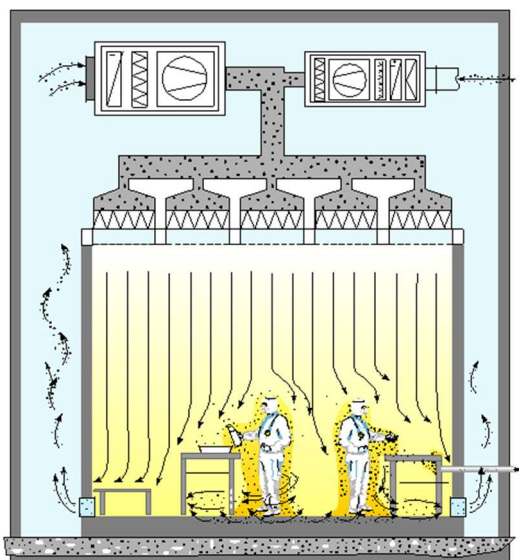


Quelle: Wikipedia, Rudolf Simon, M+W Group GmbH, Stuttgart

Hierbei wird dreifach gefilterte Zuluft in der Regel über Zuluftauslässe im Deckenbereich oder im oberen Wandbereich relativ ungerichtet in den Raum eingebracht. Die Luft verteilt sich im Raum und wird im unteren Wandbereich abgeführt. Durch die anwesenden Personen und durch deren Tätigkeit eingebrachte Partikel sowie Keime werden verdünnt und mit der Abluft abgeführt. Durch eine positive Luftbilanz (es wird mehr Luft in den Raum eingebracht als abgeführt) entsteht ein Überdruck im OP-Saal und ein Eintrag von Verunreinigungen aus angrenzenden Räumen oder Fluren wird verhindert.

In OP-Sälen der Raumklasse Ia für Operationen mit einem besonders hohen Anspruch an die Keimarmut (wie z.B. Transplantationen, Herz-/Gefäßchirurgie) wird mit einer turbulenzarmen Verdrängungsströmung belüftet

Abb. 2: Turbulenzarme Verdrängungsströmung



Quelle: Wikipedia, Rudolf Simon, M+W Group GmbH, Stuttgart

Über eine großflächige Lüftungsdecke wird ähnlich einem Wasserfall eine gerichtete laminare Strömung von der OP-Decke zum OP Tisch erzeugt. Dadurch entsteht direkt am und um den OP-Tisch ein Schutzbereich, der einen Keimeintrag von außen verhindert. Dieser Schutzbereich muss so groß bemessen sein, dass auch Instrumententische mit offenliegenden Sterilgütern sowie das steril eingekleidete OP-Team miterfasst werden. Die Abluft wird in Fußbodennähe in der Regel in allen vier Raumecken abgeführt. Zur Aufrechterhaltung der laminaren Strömung ist ein großer Zuluftvolumenstrom von mehreren tausend Kubikmetern Luft pro Stunde erforderlich. Darüber hinaus muss die zugeführte Luft min. 0,5-1°C kälter sein als die Raumtemperatur im OP-Saal. Auch hier wird wie bei der turbulenten Verdrängungsströmung mit einer positiven Luftbilanz belüftet, um einen Partikeleintrag von Nebenräumen oder Fluren zu verhindern.

Die Funktionsfähigkeit der Raumlufthechnischen Anlage ist sowohl bei Inbetriebnahme als auch jährlich wiederkehrend durch den Betreiber entsprechend der DIN 1946 Teil 4 und ggf. zusätzlich durch die VDI 6022 nachzuweisen.

Für OP-Räume der Raumklasse Ib ist hier insbesondere der Recoverytest zu benennen. Hierbei wird eine vorgegebene Partikelkonzentration in den OP eingebracht und die Zeit bestimmt, die benötigt wird um 99% dieser Partikel aus dem OP zu entfernen.

Bei OP-Räumen der Raumklasse Ia wird der sogenannte Schutzgrad bestimmt. Hierzu werden innerhalb und außerhalb des Schutzbereiches gezielt Partikel eingebracht. Der Einfluss durch das OP-Personal wird durch beheizbare Dummies nachgestellt (siehe Bild). Auch das Einschwenken der OP-Leuchten wird hierbei erfasst.

Abb. 3: Recoverytest im OP-Saal



Quelle: Bentfeldt

Darüber hinaus werden an ausgewählten Stellen in den Kanälen sogenannte Abklatschproben entnommen, um festzustellen, ob sich dort Bakterien oder Pilze befinden.

In den Intensivstationen werden die Raumlufthechnischen Anlagen in der Regel zum Schutz der Patient:innen oder auch zum Schutz der Umgebung eingesetzt. So werden Patienten, die infektionsgefährdet sind, in Räumen mit einer positiven Luftbilanz untergebracht, um sie mit Hilfe des Überdrucks im Raum vor gefährlichen Erregern zu schützen. Auf der anderen Seite werden infektiöse Patient:innen, von denen Keime ausgehen können, in Zimmern mit einer negativen Luftbilanz (Unterdruck) versorgt.

Besonders hohe Anforderungen bestehen z.B. an die Raumlufthechnischen Anlagen für die Versorgung von Brandverletzten. Hier sind je nach Schwere der Verbrennung eine hohe Raumtemperatur und hohe Luftfeuchtigkeit erforderlich, um das Austrocknen und Auskühlen der Patient:innen zu verhindern.

Der größte Teil der Raumlufthechnischen Anlagen bleibt aber dem Patient:innen verborgen und befindet sich in den Technikzentralen der Krankenhäuser.

Abb. 4: Raumluftechnische Anlage eines Krankenhauses



Quelle: hydorclean GmbH

Trinkwasser

Die Anforderungen an das Trinkwasser im Krankenhaus gehen aufgrund des Patient:innenschutzes teilweise über die Anforderungen im häuslichen Bereich hinaus. So dürfen nach Empfehlung des Umweltbundesamtes zur „*Periodischen Untersuchung auf Legionellen in zentralen Erwärmungsanlagen der Hausinstallation*“ in Hochrisikobereichen von Krankenhäusern keine Legionellen nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu sind im häuslichen Bereich bis zu 100KBE (Keimbildende Einheiten) in 100ml Trinkwasser tolerabel.

Mit den erhöhten Anforderungen will man der geschwächten Immunlage der Patient:innen Rechnung tragen. Zu den Hochrisikobereichen zählen Intensivstationen, Stationen für Frühgeborene und Bereiche, die der Behandlung von Krebspatient:innen dienen. Viele Krankenhäuser statten sämtliche Zapfstellen in Hochrisikobereichen vorsorglich mit endständigen Filtern aus, um eine Patient:innengefährdung auszuschließen. Aufgrund der großen Anzahl an Menschen, die im Krankenhaus mit Trinkwasser, sowohl Kalt- als auch Warmwasser versorgt werden müssen, handelt es sich in der Regel um große, weitverzweigte Leitungssysteme. Allein die größte Lübecker Klinik verbraucht ca. 200.000 m³ Wasser pro Jahr.

Der hygienisch einwandfreie Betrieb dieser Anlage ist mit großem Aufwand für die Betreiber verbunden. So sind große Teile der Anlagen mit einer Gebäudeleittechnik ausgestattet, die die Temperaturen im Warmwassersystem elektronisch überwachen. Bei endständigen Zapfstellen, die nur unregelmäßig genutzt werden, wird durch automatische oder manuelle Spülungen die Trinkwasserqualität gewährleistet. Hierzu werden in den Häusern umfangreiche Spülpläne aufgestellt.

Auf der Grundlage der Pläne, soweit vorhanden, ansonsten anhand der Kenntnisse des technischen Personals vor Ort bzw. unter Berücksichtigung

der üblichen Anordnung von Zapfstellen (horizontale/vertikale Verteilung des Wassers in einem Gebäude) werden die Probenahmestellen in einem Krankenhaus festgelegt. Hier sind dann jährlich, teilweise halbjährlich (Hochrisikobereiche) Trinkwasserproben zu entnehmen und zu untersuchen.

Zeigen sich bei der Untersuchung des Trinkwassers hygienische Auffälligkeiten, werden durch den Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz je nach Ausmaß und Schwere der Verkeimung Maßnahmen zur Sanierung festgelegt. Hierzu zählen zunächst Spülungen oder das Anbringen von endständigen Filtern. Es können aber auch umfangreiche technische Maßnahmen erforderlich sein.

Abb. 5: Warmwasserverteiler



Quelle: Wikipedia

Eine Nachuntersuchung erfolgt dann im Abstand von 4 Wochen bzw. einem ¼ Jahr. Sofern nach zwei Trinkwasseruntersuchungen keine Beanstandungen mehr vorliegen, wird zum normalen Probenahmezyklus zurückgekehrt.

Aktuelle Situation in Lübeck

Raumluftechnische Anlagen

Zurzeit befinden sich ca. 90 Raumluftechnische Anlagen/Teilanlagen der Raumklasse I (OP und Intensivstationen) in der Überwachung des Bereichs Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz. Insgesamt 60 % dieser Anlagen befinden sich in den Lübecker Krankenhäusern (UKSH, Sana, Praxisklinik Travemünde), wobei der überwiegende Anteil dieser RLT-Anlagen auf dem Lübecker Campus des UKSH liegt. Die restlichen 40% stellen die Versorgung in den ambulanten OP-Zentren und OP-Praxen sicher.

Darüber hinaus befinden sich ca. 320 weitere Anlagen der Raumklasse II in den medizinischen stationären Einrichtungen.

Bis 2021 wurden durch den Bereich Umwelt-, Natur- und Verbraucherschutz nur anlassbezogene Überprüfungen der Raumluftechnischen Anlagen durchgeführt.

Auslöser waren zum einen hygienische Begehungen nach dem Infektionsschutzgesetz, die unter Federführung des Gesundheitsamtes stattfanden. Den größten Anteil stellten aber bis dahin oft Neu- oder Umbauten dar. Die Verantwortung für die regelmäßig zu veranlassenden hygienisch-technischen Kontrollen der Anlagen lag ausschließlich beim Betreiber.

Die Betreiberverantwortung ist auch heute noch gegeben, durch den „Erlass zur infektionshygienischen Überwachung gemäß §§23 Absatz 6 Satz 1 und 36 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz in Schleswig-Holstein“ sind die Gesundheitsbehörden aber verpflichtet worden, jährliche Regelüberwachungen zu realisieren.

Zu Beginn der Überwachungspflicht ist daher eine Datenerhebung erfolgt. Diese beinhaltet die Aufnahme

- der vorhandenen Anlagen mit Angabe der versorgten Räume,
- des erforderlichen Prüfumfangs nach DIN 1946-4 und VDI 6022,
- eine Zusammenstellung der bereits vorliegenden Prüfunterlagen
- sowie Festlegung der Prüfungsintervalle für die einzelnen technischen Prüfungen.

Der Erlass sieht zwar die jährliche Überprüfung der Anlage vor, dieses deckt sich z.B. auch mit der technischen Prüfung der Strömungsrichtung, aber der Recoverytest und die Dichtsitzprüfung der endständigen Filter ist nur alle 24 Monate zu überprüfen. Die wiederkehrende technische Prüfung nach DIN 1946-4 sowie die technische Prüfung nach Prüf-Verordnung des Landes hat nur alle 3 Jahre zu erfolgen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Anlagen nach der gültigen DIN/VDI des jeweiligen Baujahres überprüft werden müssen. Bei der DIN 1946-4 kommen somit alleine drei verschiedene Versionen zur Anwendung.

Trinkwasserversorgungsanlagen

In den Lübecker Krankenhäusern befinden sich rund 1.500 Trinkwasser-Probenahmestellen. Im Jahr werden dort mehr als 1.000 Proben entnommen und bakteriologisch sowie auf Legionellen untersucht. Untersuchungen auf andere Parameter sind derzeit nicht erforderlich, da der Aufbau der Trinkwasserversorgungsanlagen bekannt ist und Proben aus den Vorjahren keinen weiteren Untersuchungsbedarf ergeben haben. Sofern sich im Rahmen der Untersuchung Auffälligkeiten ergeben, werden technische Maßnahmen zu deren Sanierung eingeleitet. Bis zum Abschluss der Arbeiten werden die Zapfstellen mit endständigen Filtern versehen, um die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten.

Tabelle				
Art der Einrichtung, in der sich die Wasserversorgungsanlage befindet	Werte für Legionellen (KBE/100 ml)	Maßnahmen	Weitergehende Untersuchung	Untersuchungsintervall
Krankenhäuser sowie andere medizinische und Pflegeeinrichtungen (entspr. 2.1–2.2) – Hochrisikobereiche	• Zielwert 0 • Gefahrenwert ≥ 1	Nutzungseinschränkung oder endständige Filtration	unverzüglich ^b	nach einem halben Jahr ^a
Krankenhäuser sowie andere medizinische und Pflegeeinrichtungen (entspr. 2.1–2.2) – Normalbereiche	• Zielwert <100 • Prüfwert ≥ 100 • Maßnahmewert >1000 • Gefahrenwert >10.000	keine keine Sanierungsmaßnahmen umgehend, Umfang in Abhängigkeit von weitergehenden Untersuchungen Gefahrenabwehr unverzüglich Meldung an das Gesundheitsamt ^{b, c}	keine innerhalb von 4 Wochen umgehend umgehend	1 Jahr
Übrige Bereiche (entspr. 2.3–2.7)	• Zielwert <100 • Prüfwert ≥ 100 • Maßnahmewert >1000 • Gefahrenwert >10.000	keine keine Sanierungserfordernis in Abhängigkeit von weitergehenden Untersuchungen Gefahrenabwehr unverzüglich	keine innerhalb von 4 Wochen umgehend umgehend	1 Jahr ^d

^a Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes [10].

^b Maßnahmen unter Information des zuständigen Gesundheitsamtes und in Abstimmung mit einem vom Gesundheitsamt empfohlenen Hygiene-Institut (siehe 5.).

^c siehe auch 4.4 und 5.

^d Werden bei Nachuntersuchungen im jährlichen Abstand weniger als 100 Legionellen in 100 ml in allen Wasserproben nachgewiesen, kann das Untersuchungsintervall auf maximal 3 Jahre ausgedehnt werden.

Sozialpsychiatrische Beratung von Zugewanderten

Migration und Flucht im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes

Psychische Belastungen und Beeinträchtigungen können Menschen jeden Alters treffen. Migrant:innen und Geflüchtete sind hier keine Ausnahme und stellen den Sozialpsychiatrischen Dienst vor spezielle Herausforderungen, die es in der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen gilt, um adäquate Hilfe zu leisten und geeignete unterstützende Maßnahmen zu installieren.

Wichtig in der Beratung und Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte ist ein transkultureller Ansatz, welcher eine migrationssensible Beratung vorhält und sich von Stereotypen und formalen Wissensansätzen löst, um einen zielgerichteten Hilfebedarf unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Klient:innen zu ermitteln.

Migrant:innen mit Fluchterfahrungen und/oder Traumata unterliegen zudem noch Migrationsstressoren, welche es in der psychosozialen Arbeit zu berücksichtigen gilt. Diese sind z.B.

- die Sprachbarriere
- der Aufenthaltstitel/-status
- der Familiennachzug
- das Anerkennungsverfahren für die Aufnahme einer Arbeit
- die Wohnverpflichtung (hier Gemeinschaftsunterkunft)
- ein kulturell geprägtes Krankheits- und Heilungskonzept

Diese zusätzlichen Belastungen sind neben den psychischen Erkrankungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung, Depression, etc.) nicht zu vernachlässigende Faktoren, welche einen wesentlichen Einfluss auf sozial- und psychotherapeutische Maßnahmen haben. So gehen z.B. benannte psychische Störungen mit Schlafstörungen und Defiziten in der Konzentration einher, was wiederum das Erlernen von Sprache, wie das Lernen im Allgemeinen erheblich erschweren.

Doch auch der Sozialpsychiatrische Dienst im Gesundheitsamt steht hier vor Herausforderungen im Hilfesystem. Während zu buchende Sprachmittlungen zwar verfügbar sind, hält die Trägerlandschaft für psychisch erkrankte Menschen mit Migrationsgeschichte aktuell leider nur Assistenzleistungen nach §78 SGB IX, hier ambulanter Betreuung, vor. Psychiatrische tagesstrukturierte Maßnahmen bzw. psychiatrische Wohneinrichtungen bleiben Erkrankten mit Migrationsgeschichte auf Grund der Sprachbarriere und der damit nicht umsetzbaren therapeutischen Angeboten in diesen Einrichtungen verwehrt.

Ein Lichtblick ist hier aktuell das durch die Brücke gGmbH Lübeck und Ostholstein eröffnete Zentrum für kulturelle und psychosoziale Integration mit der Hansestadt Lübeck als Kooperationspartner. Dieses Zentrum richtet sich an Drittstaatler:innen mit psychischen Belastungen und Beeinträchtigungen und ist ein durch die EU gefördertes Projekt (AMIF) mit einer Laufzeit über drei Jahre. Neben der Versorgung der Klient:innen soll das Projekt auch im Netzwerk des Lübecker Hilfesystems die Zugangshürden herab setzen und für eine sozio-kulturelle Öffnung werben.

Abschließend ist anzuführen, dass die Versorgung psychisch erkrankter Migrant:innen und Geflüchteter in der Hansestadt Lübeck guten Ansätzen folgt, aber weiterhin ausbaufähig bleibt. Zugangshürden sollten perspektivisch weiter minimiert und die soziokulturelle Öffnung bei Trägern und niedergelassenen Psychotherapeut:innen weiter gefördert werden. Hierfür arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Migration und Ehrenamt gerade an der Umsetzung. Durch die Netzwerkarbeit, durch regelmäßig stattfindende Arbeitskreise, Fachaustausche, Fortbildungen etc. bleibt die interdisziplinäre Arbeit in dem Feld dynamisch und entwickelt sich weiter.

Die Arbeit in diesem Bereich zeigt sich daher auf verschiedenen Ebenen sehr umfangreich und auch herausfordernd. Dennoch bleibt die Begleitung und Beratung von Klient:innen und Fachkräften ein sehr wichtiger Baustein im Netzwerk der Sozialpsychiatrie, der auch trotz politischer wie gesellschaftlicher Schwankungen relevant in der Versorgung der Adressat:innen bleibt.

Haus- und fachärztliche Bedarfsplanung

Die landesweite Bedarfsplanung für Ärztinnen und Ärzte*) ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sie wurde Mitte der 90er Jahre eingeführt, um eine flächendeckende wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden.

Bedarfsplan

Der Bedarfsplan für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wird von der KVSH im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Schleswig-Holstein aufgestellt und durch die Landesaufsicht geprüft.

Der paritätisch besetzte Landesausschuss – bestehend aus KVSH, den Landesverbänden der Krankenkassen und

den Ersatzkassen Schleswig-Holsteins – überprüft regelmäßig, ob die Voraussetzungen für die Zulassungsbeschränkungen weiterbestehen, ob neue Sperrungen anzuordnen sind oder ob Planungsbereiche wieder für neue Stellen geöffnet werden können.

Vorrangiges Ziel der Bedarfsplanung ist es sicherzustellen, dass die Einwohner/-innen Schleswig-Holsteins eine Hausärztin in der Nähe des Wohnortes auffinden und Fachärzte in zumutbarer Entfernung aufsuchen können.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten in der Bedarfsplanung unterschiedlich große Planungsbereiche. Hausärzte werden dabei kleinräumiger, spezialisierte Fachärzte großflächiger geplant, wobei die allgemeinen Verhältniszahlen (Einwohner/-innen pro Arzt/Ärztin) zentrales Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung sind und definieren, ab wann ein Planungsbereich gesperrt wird. Dies ist

Tab. 1: Planungsbereiche und Einwohnerzahlen für die Hansestadt Lübeck nach Arztgruppen 2024

Versorgungsebene	Planungsbereiche in SH	Arztgruppe	Einwohner/-innen am 31.12.2022	Anzahl Ärzt:innen 05.04.2024	Einwohner/-innen je Arzt	Versorgungsgrad	gesperrt
Hausärztliche Versorgung	25 Mittelbereiche (Lübeck u. Umlandgemeinden)	Hausärzte	299 621	209,5	1 430	110,1	ja
Allgemeine fachärztliche Versorgung	13 Kreisregionen (auf Basis der Landkreise und kreisfreie Städte, bis auf: Flensburg mit LK Schl.-Flensburg und Stadt NMS mit LK RD-Eckernf.)	Augenärzte	218 095	23,0	9 482	129,3	ja
		Chirurgen u. Orthopäden	218 095	41,0	5 319	170,2	ja
		Frauenärzte	113 372	35,0	3 239	116,3	ja
		HNO-Ärzte	218 095	15,0	14 540	117,8	ja
		Hautärzte	218 095	17,0	12 829	164,0	ja
		Kinderärzte	33 192	21,5	1 544	126,3	ja
		Nervenärzte	218 095	25,1	8 699	153,9	ja
		Psychotherapeuten	218 095	111,9	1 948	159,9	ja
		Urologen	218 095	11,0	19 827	134,3	ja
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	5 Raumordnungsregionen (für Lübeck = SH Ost)	Anästhesisten	421 701	20,0	21 085	119,1	ja
		Kinder- u. Jugendpsychiater	62 639	10,0	6 264	229,5	ja
		Radiologen	421 701	18,5	22 795	116,7	ja
Gesonderte fachärztliche Versorgung	1 KV-Region (Land SH)	Humangenetiker	2 953 270	6,0	492 212	118,3	ja
		Laborärzte	2 953 270	42,5	69 489	136,2	ja
		Neurochirurgen	2 953 270	22,3	132 731	113,0	ja
		Nuklearmediziner	2 953 270	26,3	112 506	96,5	nein
		Pathologen	2 953 270	34,3	86 227	127,8	ja
		Physikalische u. Reh.-Med.	2 953 270	20,0	147 664	107,4	nein
		Strahlentherapeuten	2 953 270	22,5	131 256	117,5	ja
		Transfusionsmediziner	2 953 270	3,0	984 423	126,2	ja

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

*) Aus Gründen der Lesbarkeit wird stellenweise das generische Maskulinum verwendet. Soweit die Bezeichnung „Ärzte“ verwendet wird, sind sowohl männliche als auch weibliche Ärzte gemeint. Entsprechendes gilt für die Facharztbezeichnungen.

der Fall, wenn der Versorgungsgrad um zehn Prozent überschritten ist (Versorgungsgrad größer 110, siehe Tab. 1 und 2). Die für alle so weit einheitliche Verhältniszahl wird durch einen Demographiefaktor modifiziert. Für Lübeck ergibt sich aufgrund der älteren Bevölkerung die etwas niedrigere Verhältniszahl von 1.575 Einwohner/-innen pro Arzt. Im Hamburger Umland, wie z.B. in Ahrensburg (1.818), Pinneberg (1.754), Reinbek (1.735) und Norderstedt (1.717) ergeben sich aufgrund der Pendlerverflechtungen höhere Verhältniszahlen, da die Einwohner/-innen vermehrt ärztliche Dienstleistungen im Hamburger Innenstadtbereich in Anspruch nehmen.

Hausärztliche Bedarfsplanung

Bundesweit wurde die Verhältniszahl für die 882 Mittelbereiche mit 1.607 Einwohner/-innen pro Arzt/Ärztin vorgegeben. In Schleswig-Holstein wurde die Verhältniszahl auf 1.616 Einwohner/-innen erhöht.

In Schleswig-Holstein wurden die Quoten für die hausärztliche Bedarfsplanung über 25 Jahre auf Basis der elf Landkreise und der vier kreisfreien Städte berechnet. Für die aktuelle Facharztplanung ist Schleswig-Holstein in 26 Planungsbereiche unterteilt. Der Planungsbereich der kreisfreien Stadt Lübeck beinhaltet die Gemeinden Ahrensböök, Bad Schwartau, Ratekau, Scharbeutz, Stockelsdorf und Timmendorfer Strand mit rd. 299.621 Einwohner/-innen (s.a. Tab. 2).

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung höchst unterschiedliche Bevölkerungszahlen aufweisen, da der Zuschnitt der Planungsbereiche auf Basis von Wegedistanzen erfolgte und die Planungsbereiche somit hinsichtlich der Fläche in etwa gleich groß geschnitten sind. Dicht bevölkerte Gebiete wie die Planungsbereichen der kreisfreien Städte oder Norderstedt bzw. Ahrensburg weisen daher höhere Bevölkerungszahlen auf.

Zur Beurteilung des Ausmaßes einer eventuellen Unter- bzw. Überversorgung ist daher neben dem Blick auf den Versorgungs-

grad auch die Differenz zwischen den vorhandenen Arztstellen und dem Sollzustand (etwa um die 100 Prozent) bedeutsam.

Die höchste Überversorgung zeigt sich im Planungsbereich Westerland mit über 185 Prozent, womit hier fast doppelt so viele Arztstellen sind wie eigentlich erforderlich wären. Die höchste Unterversorgung findet sich im Planungsbereich Husum, wo mindestens fünf Planstellen zu besetzen wären.

Der Planungsbereich Lübeck und alle in der Tabelle darüber aufgelisteten Planungsbereiche sind für weitere Zulassungen zur ambulanten Versorgung gesperrt.

Tab. 2: Hausärztliche Versorgungsquoten in Schleswig-Holstein nach Planungsbereichen am 05.04.2024

Planungs- bereich	EW im Planungs- bereich 31.12. 2022	ange- passte Verhält- niszahl (+)	Anzahl		Versor- gungs- grad	gesperrt	Nieder- lassungen	
			bei 100 %	am 05. 04. 2024			bis zur Sperr-	oberh. Sperr-
Westerland	30 825	1 648	18,7	34,6	185,0	ja	-	14,0
Tönning	16 385	1 566	10,5	15,0	143,4	ja	-	3,0
Kappeln	22 569	1 566	14,4	17,0	118,0	ja	-	1,0
Plön	36 963	1 552	23,8	28,0	117,6	ja	-	1,5
Ahrensburg	115 213	1 818	63,4	73,3	115,6	ja	-	3,5
Ratzeburg	36 981	1 613	22,9	26,5	115,6	ja	-	1,0
Oldenb. (Holst.)	51 585	1 517	34,0	39,0	114,7	ja	-	1,5
Bad Segeb./W.	57 614	1 651	34,9	39,0	111,8	ja	-	0,5
Neustadt	33 991	1 456	23,3	26,0	111,4	ja	-	-
Flensburg	183 861	1 706	107,8	119,8	111,1	ja	-	1,0
Wedel	34 538	1 665	20,7	23,0	110,9	ja	-	-
Bad Oldesloe	57 167	1 689	33,8	37,5	110,7	ja	-	-
Eutin	33 078	1 542	21,5	23,8	110,7	ja	-	-
Heide	69 989	1 557	45,0	49,8	110,7	ja	-	-
Eckernförde	55 916	1 596	35,0	38,8	110,6	ja	-	-
Pinneberg	118 901	1 754	67,8	75,0	110,6	ja	-	-
Rendsburg	85 136	1 608	52,9	58,5	110,5	ja	-	-
Kiel	412 584	1 683	245,1	270,3	110,2	ja	-	0,5
Lübeck	299 621	1 575	190,2	209,5	110,1	ja	-	-
Reinb./Gl./W.	82 607	1 735	47,6	52,0	109,2	nein	0,5	-
Brunsbüttel	42 981	1 570	27,4	29,5	107,8	nein	1,0	-
Schleswig	92 158	1 614	57,1	61,0	106,8	nein	2,0	-
Mölln	57 197	1 639	34,9	37,3	106,7	nein	1,5	-
Norderstedt	129 939	1 717	75,7	79,3	104,7	nein	4,0	-
Niebüll	40 549	1 689	24,0	25,0	104,1	nein	1,5	-
Neumünster	202 244	1 647	122,8	126,4	102,9	nein	9,0	-
Elmshorn	172 156	1 667	103,3	103,5	100,2	nein	10,5	-
Itzehoe	105 536	1 603	65,8	65,8	99,9	nein	7,0	-
Kaltenkirchen	74 172	1 668	44,5	42,0	94,5	nein	7,0	-
Geesthacht	95 995	1 681	57,1	52,8	92,4	nein	10,5	-
Meldorf	23 535	1 648	14,3	13,0	91,0	nein	3,0	-
Husum	81 284	1 665	48,8	43,0	88,1	nein	11,0	-

+) allgemeine Verhältniszahl im Planungsraum: 1.616

*) Bad Segeberg/Wahlstedt

Σ 68,5 27,5

**) Reinbek/Glinde/Wentorf

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)

Allg. fachärztliche Versorgung

Die allgemeine fachärztliche Versorgungsplanung in Schleswig-Holstein erfolgt in 13 Kreisregionen, die bis auf Flensburg und Neumünster, welche jeweils um einen Landkreis erweitert wurden, mit den jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte übereinstimmen (s. Tabelle 1).

Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung zählen die in der Tabelle aufgelisteten Arztgruppen, die alle für weitere Niederlassungen im Planungsbereich gesperrt sind. Hinsichtlich der Frauenärzte ist die weibliche Einwohnerzahl die Bezugsgröße (113.372) und hinsichtlich der Kinderärzte sind es die unter 18-Jährigen (33.192).

Zur fachärztlichen Versorgung gehören die in der Tabelle 1 dargestellten Facharztgruppen.

INFOBOX!

Psychiater-Psychologe-Neurologe-Psychotherapeuten (m/w)

Was sind die Unterschiede?

Die Bezeichnungen Psychologe, Psychotherapeut und Psychiater werden oft synonym benutzt. Es bestehen jedoch einige Unterschiede.

Ein **Psychiater** ist ein Facharzt für Psychiatrie (und Psychotherapie) und hat nach dem Medizinstudium eine Facharztprüfung für Psychiatrie und Psychotherapie absolviert. Psychiater können auf Antrag bei der Krankenkasse auch als ärztliche Psychotherapeuten arbeiten.

Ein **Psychologe** hat mindestens fünf Jahre Psychologie studiert und kennt sich mit den Grundlagen der Diagnostik und der Psychotherapie aus. Psychologen können in der Personalwirtschaft, dem Marketing oder etwa auch als Schulpsychologen tätig sein. Über eine zusätzliche mehrjährige Therapeuten-Ausbildung zum Psychotherapeuten können nach Antrag auf Approbation auch Patienten mit psychischen Problemen behandelt werden.

Neurologen befassen sich eher mit körperlichen Störungen des Nervensystems und weniger mit seelischen Erkrankungen. Es gibt auch Fachärzte, die sowohl Neurologen als auch Psychiater sind. Sie können also sowohl körperliche als auch seelische Erkrankungen behandeln.

Medikamente können nur von Ärzten verschrieben werden, also von Psychiatern oder Neurologen. Psychologen ohne ärztliche Ausbildung haben dazu keine Berechtigung.

Tab. 3: Berechnung des Versorgungsgrades in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für die Hansestadt Lübeck – Stand 05.04.2024

Fachgebiet	Anzahl Ärzt- innen und Ärzte	Soll- zahl bei 100 %	Zahl bei 110 %	Versor- gungs- grad	Ärzt- innen und Ärzte ober- halb Sperr- grenze
Augenärzte	23,0	17,8	19,6	129,3	3,0
Chirurgen/ Orthopäden	41,0	24,1	26,5	170,2	14,0
Frauenärzte	35,0	30,1	33,1	116,3	1,5
Hautärzte	17,0	10,4	11,4	164,0	5,5
HNO-Ärzte	15,0	12,7	14,0	117,8	0,5
Kinder- und Jugendärzte	21,5	17,0	18,7	126,3	2,5
Nervenärzte	25,1	16,3	17,9	153,9	7,0
Psycho- therapeuten	111,9	70,0	77,0	159,9	34,5
Urologen	11,0	8,2	9,0	134,3	1,5

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Der Planungsbereich für die Hansestadt Lübeck ist mit dem Stadtgebiet der Hansestadt Lübeck identisch.

Mit rund 112 Stellen bilden die Psychotherapeuten hier die größte Facharztgruppe.

Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten werden in der Bedarfsplanung der „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“ zugerechnet. Die Planungsbereiche für diese Versorgungsebene sind jeweils die Kreise bzw. kreisfreien Städte.

Der Versorgungsgrad liegt bei 160 Prozent. Damit ist der Planungsbereich für weitere Zulassungen dieser Arztgruppe gesperrt, da hier die 110 Prozent deutlich überschritten sind.

Augenärztinnen/Augenärzte

Mit Stand zum 05.04.2024 gab es in der Hansestadt 23 vollzeitäquivalente Stellen. Die Sollzahl liegt bei 17,78, womit sich eine 129 prozentige Überversorgung ergibt. Im Durchschnitt kommen auf einen Arzt bzw. eine Ärztin 6.080 Behandlungsfälle pro Jahr.

Die meisten Augenärzte und Augenärztinnen sind mittlerweile in Gemeinschaftspraxen tätig, wie z.B. in der Falkenstraße, Am Markt oder im Hochschulstadtteil.

Chirurgen und Orthopäden

41 vollzeitäquivalente Stellen ergeben rechnerisch einen Versorgungsgrad ca. 170 Prozent. 14 Stellen sind oberhalb der Sperrgrenze. Auf eine Stelle kommen 4.168 Behandlungsfälle.

Frauenärztinnen/Frauenärzte

35 Stellen für Frauenärzte gibt es in der Hansestadt Lübeck. Mit lediglich 1,5 Stellen oberhalb der Sperrgrenze ergibt sich eine geringfügige Überversorgung von 116 Prozent.

Kinderärztinnen und Kinderärzte

Für die rd. 33.000 Kinder und Jugendliche in der Hansestadt Lübeck sind 21,5 vollzeitäquivalente Stellen verfügbar. 2,5 Stellen sind oberhalb der Sperrgrenze und ergeben damit eine Überversorgung von 126 Prozent.

Übrige Fachärztinnen und Fachärzte

Für die übrigen Fachärzte und Fachärztinnen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird ebenfalls eine Überversorgung ausgewiesen: hierzu zählen Hautärzte (166,7) HNO-Ärzte (124,0), Kinder- und Jugendärzte (133,5), Nervenärzte (156,9) und Urologen (137,2).

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist Schleswig-Holstein in fünf Planungsregionen untergliedert. Zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung zählen Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, und die Radiologen(m/w). Eine Unterversorgung ist auf Ebene der Raumordnungsregionen nicht gegeben. Die Lübeck betreffende Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Ost umfasst 421.701 Einwohner/-innen.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Die gesonderte fachärztliche Versorgung bezieht sich auf die KV-Region Schleswig-Holstein (Anmerkung: KV=Kassenärztliche Vereinigung) und hat die Bevölkerung Schleswig-Holsteins als Grundlage. Nuklearmediziner, Neurochirurgen, Laborärzte, Pathologen, Transfusionsmediziner u.a. zählen zur gesonderten fachärztlichen Versorgung. Raumbezugsebene ist das Bundesland Schleswig-Holstein. Bei den Nuklearmediziner/-in-

nen besteht eine 102,5 prozentige Versorgung, es können allerdings noch zwei weitere Stellen (bis 110 Prozent) besetzt werden.

Regionaler Ärztemangel in Schleswig-Holstein

Laut Statistischem Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein gab es im Jahr 2020 insgesamt 13.724 Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein, was einem leichten Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren entspricht. Dennoch besteht weiterhin ein Mangel an Hausärzten und Fachärzten, insbesondere in ländlichen Regionen. Dies führt zu längeren Wartezeiten für Patienten und einer unzureichenden medizinischen Versorgung. Viele Hausärzte gehen in den Ruhestand, ohne dass genügend Nachwuchs vorhanden ist, um sie zu ersetzen.

Die Attraktivität des ländlichen Raums für junge Ärzte ist gering, da sie oft bessere Arbeitsbedingungen und Karrieremöglichkeiten in städtischen Gebieten finden. Die Landesregierung von Schleswig-Holstein bemüht sich um Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung, wie die Förderung von Medizinstudierenden, die sich verpflichten, nach ihrem Studium in ländlichen Regionen zu arbeiten. Dennoch bleibt der Ärztemangel eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem in Schleswig-Holstein.

Der demographische Wandel in der Ärzteschaft

Der demographische Wandel in der Ärzteschaft wird durch mehrere Faktoren beeinflusst:

- Ein signifikanter Anteil der Ärzte nähert sich dem Rentenalter, was zu einem potenziellen Mangel an Ärztinnen und Ärzten führen kann. Viele Ärzte gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand, was den Druck auf das Gesundheitssystem erhöht.
- Nachwuchsmangel: Es gibt Schwierigkeiten, genügend junge Ärzte auszubilden und in den Beruf zu integrieren, um die Lücken zu füllen, die durch den Ruhestand älterer Ärzte entstehen.
- Veränderung der Geschlechterverteilung: Es gibt einen zunehmenden Anteil von Frauen in der Ärzteschaft, insbesondere in jüngeren Jahrgängen. Dies kann Auswirkungen auf Arbeitszeitmodelle und die Organisation von Arbeitsplätzen haben, da Frauen häufiger in Teilzeit arbeiten.
- Regionaler Unterschied: In ländlichen Gebieten ist der Ärztemangel oft ausgeprägter als in städtischen Regionen, da junge Ärztinnen und Ärzte häufig städtische Gebiete bevorzugen, was zu einer ungleichen Verteilung der medizinischen Versorgung führt.

- Internationalisierung: Es gibt eine zunehmende Zahl von Ärzten, die aus dem Ausland kommen, um in Deutschland zu arbeiten. Dies kann helfen, den Mangel zu lindern, bringt aber auch Herausforderungen in Bezug auf Sprachbarrieren und die Anerkennung von Qualifikationen mit sich. Zumeist kamen die Ärzte aus Ländern außerhalb der EU. Die beliebtesten Zielländer für auswandernde Ärztinnen und Ärzte waren, wie in den Vorjahren, die Schweiz und Österreich.

Im Land Schleswig-Holstein sind ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre, in der Hansestadt Lübeck sind es mit 30,2 Prozent nur unwesentlich weniger (s. Tab 3). Es ist somit absehbar, dass sich insbesondere auf dem Land mit einer weiteren Verschlechterung der Versorgungssituation zu rechnen ist. In der Hansestadt Lübeck liegt das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte bei 54,2 Jahre, für Schleswig-Holstein sind es 54,6 Jahre. Der Frauenanteil beträgt 50,6 Prozent.

Tab. 4: Altersstruktur der in der Hansestadt Lübeck tätigen Hausärzte und Hausärztinnen im Vergleich zum Land Schleswig-Holstein 2024

Altersgruppe	Hansestadt Lübeck		Schleswig-Holstein	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter 55	74	43,8	992	48,3
55 - 59	44	26,0	374	18,2
60 - 64	34	20,1	372	18,1
65 u.ä.	17	10,1	314	15,3
insg.	169	100	2 052	100,0

Stand 05.04.2024

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

In den letzten 12 Jahren ist die Zahl der Hausarztstellen nahezu unverändert geblieben:

- September 2012: 149,4
- April 2018: 146,8
- Oktober 2021: 148,8
- Juni 2024: 154,0

Kleinräumige Betrachtung nach Stadtteilen

Hinsichtlich einer kleinräumigen Betrachtung der Arztpraxen nach Stadtteilen ist zu beachten, dass diese nicht Gegenstand der Bedarfsplanung ist. Besteht für das Planungsgebiet insgesamt eine ausreichende Versorgung, spielen kleinräumige Versorgungsengpässe auf Ebene der Stadtteile oder Wohnquartiere keine Rolle. Trotzdem sind die innerstädtischen Verhältnisse von kommunalem Interesse, da sie den Zugang zur ärztlichen Versorgung in den Stadtteilen widerspiegeln.

In der Standortwahl ist grundsätzlich zwischen unternehmerischen und privaten Standortfaktoren zu unterscheiden:

Zu den unternehmerischen Standortfaktoren zählen

- ökonomische Tragfähigkeit (Raummieten, Größe der Räume etc.)
- Patientenanzahl
- Anzahl wohlhabender Patienten (Privatversicherte)
- Verfügbare kassenärztliche Zulassung
- Konkurrenz zu anderen Ärzten in der näheren Umgebung
- Facharztsammlung vor Ort
- Räumliche Nähe zu einer Klinik

Die privaten Standortfaktoren wie Verwandte und Freunde, landschaftliche Attraktivität, Sportstätten, Gastronomie etc. sind auf kleinräumiger Ebene weniger relevant, da diese hier relativ eng bei einander liegen und dürften eher auf dem Lande mit den dort größeren Entfernungen eine Rolle spielen.

Dass es aufgrund der Standortfaktoren zu einer Benachteiligung der eher sozial schwachen Stadtteile wie Moisling, Buntekuh oder Kücknitz kommen könnte, lässt sich anhand der Zahlen jedoch nicht belegen. Zwar zeigt sich in Buntekuh eine relativ schlechte Versorgungsquote, in Moisling ist sie jedoch mit 48 Hausärzten relativ gut. Die beste Versorgungsquote zeigt sich aufgrund der Arbeitsplatz- und Einkaufssituation in der Innenstadt. Ebenso weist Travemünde wohl aufgrund der allgemeinen Attraktivität und Nähe zur Ostsee und des hohen Anteils älterer Menschen eine gute Versorgungsquote auf.

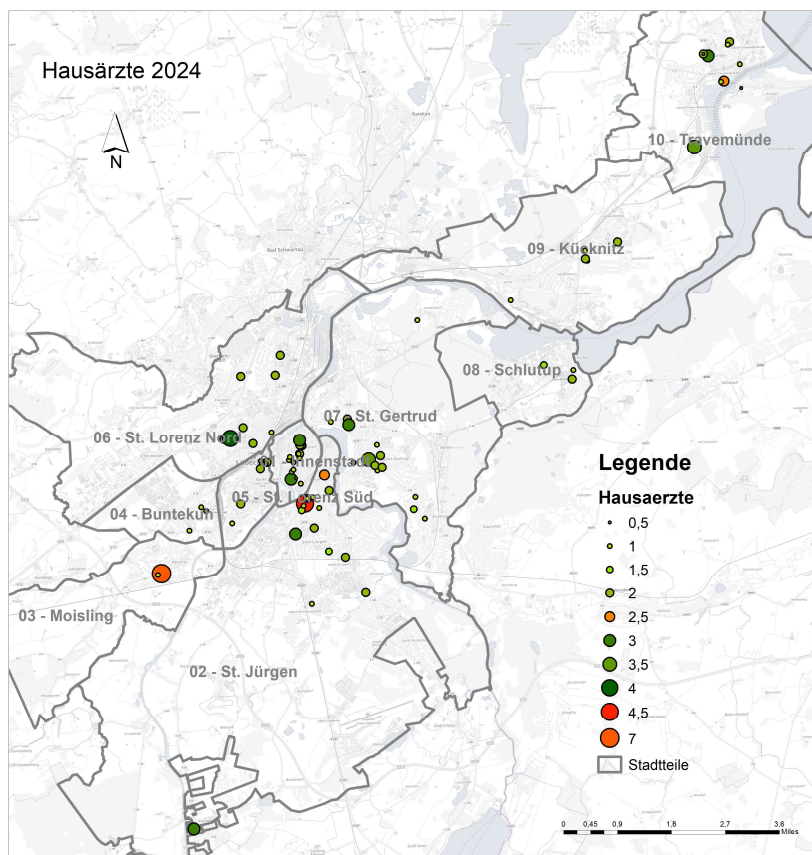
Tab. 5: Versorgungsquoten nach Stadtteilen Juni 2024

Stadtteil	Anzahl Einw.	Hausärzte	Quote Einw./Arzt
01 - Innenstadt	14 290	24	608
02 - St. Jürgen	45 978	31	1 483
03 - Moisling	11 058	10	1 106
04 - Buntekuh	11 683	3	3 894
05 - St. Lorenz Süd	15 779	14	1 127
06 - St. Lorenz Nord	43 870	18	2 437
07 - St. Gertrud	42 334	23	1 841
08 - Schlutup	5 698	5	1 266
09 - Kücknitz	18 673	10	1 867
10 - Travemünde	13 564	17	798
Gesamt	222 927	154	1 448

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Definition Hausärztin/Hausarzt: Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Kinderarzt, Hausarzt für Inneres und Allgemeinmedizin

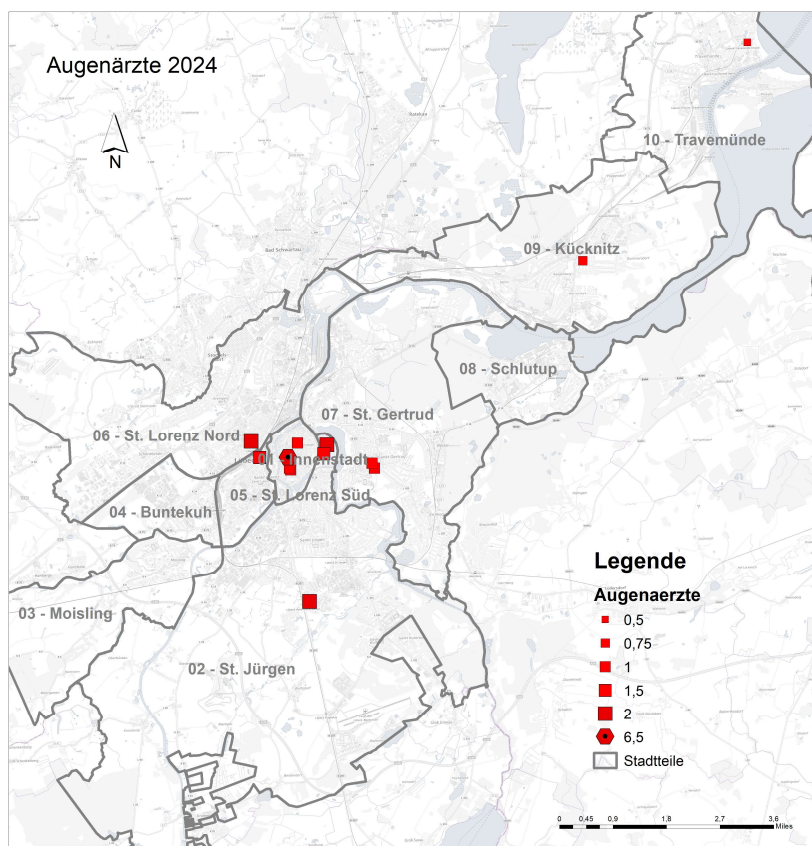
Im Folgenden sind die Praxenstandorte von vier ausgewählten Facharztgruppen exemplarisch in der kleinräumigen Verteilung im Stadtgebiet dargestellt.



Karte 1:
Standorte der Praxen von
Hausärzten/Hausärztinnen

Quelle:
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-
Holstein und Gesundheitsamt der Hanse-
stadt Lübeck (Geokoordinaten/Kartogra-
phie)

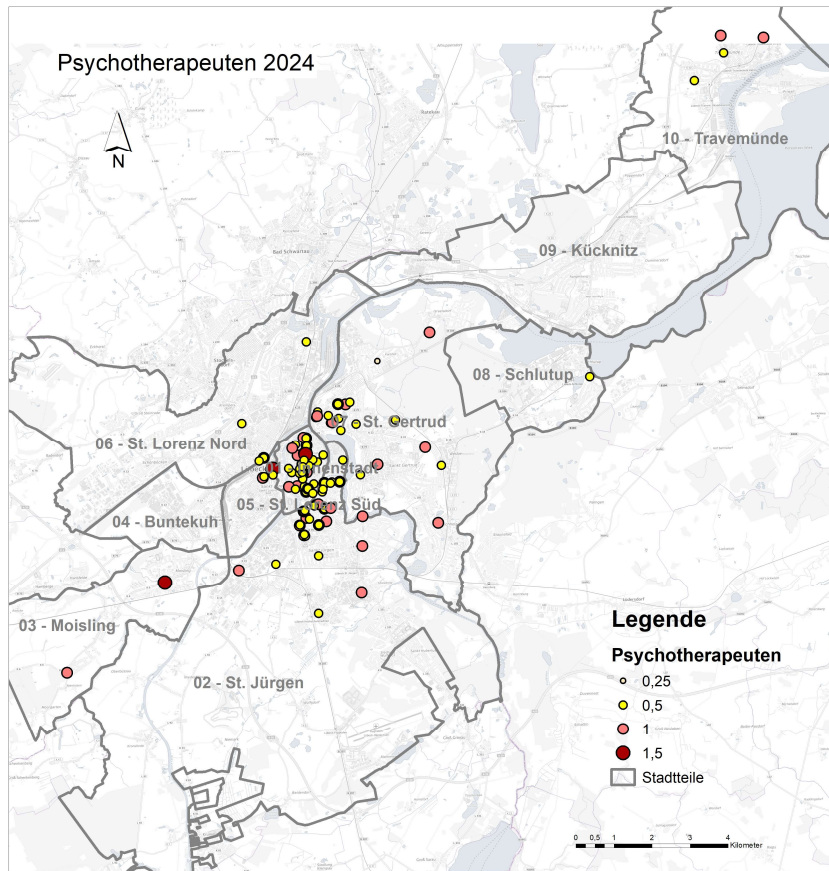
Stand Juni 2024



Karte 2:
Standorte der Praxen von
Augenärzten/Augenärztinnen

Quelle:
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-
Holstein und Gesundheitsamt der Hanse-
stadt Lübeck (Geokoordinaten/Kartogra-
phie)

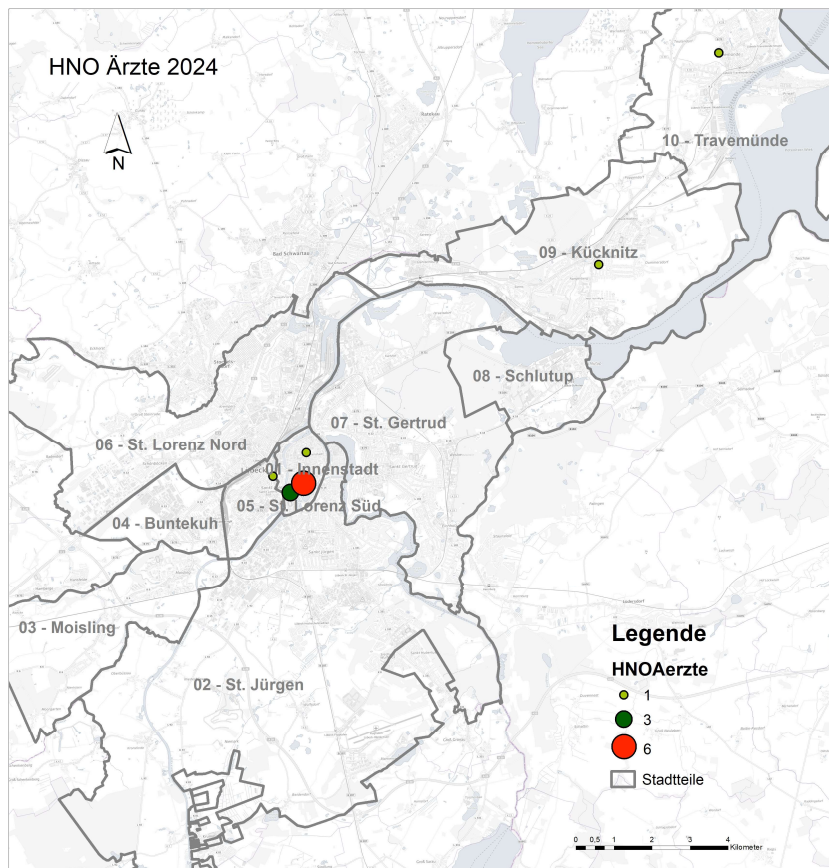
Stand Juni 2024



Karte 3:

Standorte der Praxen von
Psychotherapeuten/
Psychotherapeutinnen

Quelle:
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein und Gesund-
heitsamt der Hansestadt Lübeck
(Geokoordinaten/Kartographie)



Karte 4:

Standorte der Praxen von
HNO-Ärzten/HNO-Ärztinnen

Quelle:
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein und Gesund-
heitsamt der Hansestadt Lübeck
(Geokoordinaten/Kartographie)

Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein

Der Schleswig-Holsteinische Krankenhausplan 2017 legt insbesondere auf Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Rahmen für das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern fest und verfolgt das Ziel, die Krankenhausversorgung weiterhinauf hohem Niveau zu gewährleisten und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung die Versorgung in der Fläche ausgewogen sicherstellen können.

Rechtsgrundlagen

Die rechtlichen Grundlagen der Krankenhausplanung basieren auf den krankenhausrrechtlichen Regelungen des Bundes, den Landeskrankenhausesetzen und der Rechtsprechung zur Krankenhausplanung.

Bundesrecht:

- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Das KHG hat den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine hochwertige, patient:innen- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Nach § 198 SGB V dürfen Krankenkassen für ihre Versicherten Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, die in dem Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser). Im Rahmen des SGB V wird es den Krankenhäusern ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe durchzuführen.

- Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Das KHSG ergänzt die vom KHG vorgegebenen Grundsätze um das Ziel einer qualitativ hochwertigen sowie patient:innengerechten Versorgung. Hierzu sind Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind.

Landesrecht:

- Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)

Die in Schleswig-Holstein spezifisch geltenden Regelungen sind im AG-KHG enthalten. Demnach hat das Gesundheitsministerium den Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein aufzustellen und spätestens nach Ablauf von sechs Jahren fortzuschreiben. In dem Krankenhausplan sind die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Krankenhäuser aufzunehmen. Das Land sowie die Kreise und kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel für die im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser. Die Krankenkassen haben Krankenhausbehandlungen für ihre Versicherten in allen im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zu gewährleisten.

Gültigkeitszeiträume des Krankenhausplanes

Anfang 2019 wurde eine Zwischenfortschreibung des Krankenhausplanes 2017 veröffentlicht. In der Sitzung des Landeskrankenhausausschusses vom 21.02.2023 wurde eine Verlängerung der Wirksamkeit des Krankenhausplanes 2017 in der Fassung der Fortschreibung 2019 beschlossen. Die Regelungen des Krankenhausplanes galten damit zunächst bis zum 31.12.2024 fort.

Zwischenzeitlich leitete die damalige Bundesregierung („Kabinett Scholz“) eine umfassende Krankenhausstrukturreform ein, die unmittelbaren Einfluss auf die Landesplanung nimmt. Um ein Auseinanderfallen der Bundesreform mit den landesplanerischen Rahmenbedingungen zu verhindern, beschlossen die an der Krankenhausplanung beteiligten den Krankenhausplan um ein weiteres Jahr bis zum 31.12.2025 zu verlängern.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHWG) am 12.12.2024 verkündete die neue Bundesregierung („Kabinett Merz“), dass eine praxistaugliche Überarbeitung des KHWG notwendig sei. Da das Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) voraussichtlich erst zum 31.03.2026 Inkrafttreten wird, ist eine weitere Verlängerung des Krankenhausplans erforderlich. Der Landeskrankenhausausschuss hat daher beschlossen, die Wirksamkeit des Krankenhausplans um ein weiteres Jahr bis zum 31.12.2026 zu verlängern.

- Landeskrankenhausgesetz

Innerhalb der Laufzeit des Krankenhausplanes ist die Erarbeitung eines Schleswig-Holsteinischen Landeskrankenhausgesetzes geplant, das das aktuelle AG-KHG ersetzen soll und insbesondere auch länderspezifische Qualitätsregelungen für Schleswig-Holstein enthalten soll.

Planungsgrundsätze

Das Bundesverwaltungsgericht hat für die Aufstellung von Krankenhausplänen nach § 6 KHG Grundsätze aufgestellt, wonach die Krankenhauspläne der Länder eine Krankenhauszielplanung, eine Bedarfsanalyse, eine Krankenhausanalyse und eine Versorgungsentscheidung enthalten müssen.

Ziele der Krankenhausplanung

Die Planungsbehörde ist im Rahmen der Vorschriften des KHG und des AG-KHG verpflichtet, ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger, qualitativ hochwertiger und wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser festzulegen.

Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse beschreibt den zu versorgenden Bedarf der Bevölkerung mit stationären und teilstationären Leistungen, die in Krankenhäuser erbracht werden und enthält zudem eine Bedarfsprognose.

Krankenhausanalyse

Die Krankenhausanalyse beschreibt die gegenwärtigen Ausstattungen und Einrichtungen in den Krankenhäusern unter Berücksichtigung von Standort, Fachrichtung und Bettenanzahl.

Auswahlentscheidung – Versorgungsentscheidung?

Aufgrund o.g. Analysen ist eine Versorgungsentscheidung zu treffen, die festlegt, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf versorgt werden soll. Die Versorgungsentscheidung erfolgt zweistufig. In der ersten Stufe werden die geeigneten Krankenhäuser ermittelt. Sollte die Anzahl der Betten die für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten nicht übersteigen, besteht keine Notwendigkeit zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern auszuwählen. Übersteigt die Zahl der vorhandenen Betten den benötigten Bedarf, muss auf der zweiten Stufe eine Auswahl zwischen den geeigneten Krankenhäusern getroffen werden. Wird ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, entsteht kein Anspruch auf Aufnahme aller Betten, sondern nur für die benötigten Betten, sodass auch nur für diesen Teil ein Anspruch auf Förderung besteht.

Planungsziele

Ziele der Krankenhausplanung ist die Sicherstellung einer umfassenden stationären Versorgung auch in der Fläche. Hierzu müssen Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Erreichbarkeit und Trägervielfalt berücksichtigt werden.

Die ländliche Struktur des Landes Schleswig-Holstein mit wenig größeren Städten erfordert eine sorgfältige Allokation der stationären Versorgungsangebote. Es ist darauf zu achten, dass der allgemeinen stationären Versorgung in ländlichen Gebieten nicht die für qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung notwendigen Fälle entzogen werden.

Versorgungsstruktur

Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser

Bei Allgemeinkrankenhäusern steht keine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund. Fachkrankenhäuser verfügen grundsätzlich nur über Versorgungsangebote eines Fachgebietes bzw. nehmen nur Kranke bestimmter Krankheitsarten auf. Bei Allgemeinkrankenhäusern wird nach vier Versorgungsstufen unterschieden:

1. **Begrenzte Regelversorgung**
Krankenhäuser mit begrenzter Regelversorgung erfüllen nicht alle an ein Krankenhaus der Regelversorgung zu stellenden Anforderungen. Sie sind tagsüber erstversorgende Anlaufpunkte mit internistischen und chirurgischen Angeboten und nicht immer hauptamtlich geführt. Sie sollen mit den Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen durch vertragliche Regelungen Netzwerke bilden, um eine optimale Betreuung und ggfs. zeitnahe Verlegung der Patient:innen zu gewährleisten. Auch wenn die genannten Anforderungen nicht erfüllt sind, können Belegkrankenhäuser die Versorgungsstufe „Begrenzte Regelversorgung“ erhalten.
2. **Regelversorgung**
Diese Stufe wird in größeren Krankenhäusern bereitgestellt, die über eine breitere Palette von Fachabteilungen und spezialisierten Ärzt:innen verfügen. Hier können komplexere medizinische Eingriffe und Behandlungen durchgeführt werden. Krankenhäuser der Regelversorgung haben je eine hauptamtlich geführte Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie und halten 24 Stunden täglich interdisziplinär und aufnahmebereit Intensivbetten vor. Sie haben eine hauptamtlich geleitete Anästhesie, eine radiologische Versorgung und eine für die Akutversorgung ausreichende Laborversorgung zur Verfügung.

Tab. 1: Kliniken in der Hansestadt Lübeck 2023

Name	Strasse	PLZ	Träger	Einrichtungstyp	Allgemeine Notfallversorgung	aufgestellte Betten
Krankenhäuser						
Holstentor Privatklinik GmbH	Untertrave	23552	privat	KHS ohne Vers.	keine Teiln.	3
Katholisches Marien-Krankenhaus Lübeck gGmbH	Parade	23552	freigem.	Plankrankenhaus	keine Teiln.	25
Institutsambulanz Lübeck (Vorw. Diakonie)	Fünffhausen	23552	freigem.	Plankrankenhaus	keine Teiln.	0
Fachklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Vor. Diakonie)	Triftstraße	23554	freigem.	Plankrankenhaus	keine Teiln.	50
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH - Lübeck	Ratzeburger Allee	23554	öffentl.	Plankrankenhaus	keine Teiln.	132
AMEOS Tagesklinik Lübeck	Krepelsdorfer Allee	23556	privat	Plankrankenhaus	keine Teiln.	0
Sana Klinik Lübeck Süd (Sana Kliniken Lübeck GmbH)	Kronsfordter Allee	23556	privat	Plankrankenhaus	erw. Notfallv.	400
AMEOS Klinikum Lübeck (Khs.-Gesellschaft Holstein mbH)	Kahlhorststraße	23560	privat	Plankrankenhaus	keine Teiln.	72
AMEOS Klinikum Lübeck (Klinika Lübeck GmbH)	Weidenweg	23562	privat	Plankrankenhaus	keine Teiln.	26
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck	Ratzeburger Allee	23562	öffentl.	Hochschulklinik	umfass. N.	954
Hanse-Klinik GmbH	St.-Jürgen Ring	23562	privat	KHS ohne Vers.	keine Teiln.	3
Tagesklinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der BRÜCKE	Spillerstraße	23564	freigem.	Plankrankenhaus	keine Teiln.	0
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck	Marlstraße	23564	privat	Plankrankenhaus	keine Teiln.	194
Sana Praxisklinik Travemünde (S. Kliniken Lübeck GmbH)	Am Dreilingsberg	23566	privat	Plankrankenhaus	keine Teiln.	27
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen						
AMEOS Reha Klinikum Lübeck	Weidenweg	23562	privat	Vors./Reha.	entfällt	86
Fachklinik f. Rehabilitation DO IT! (Therapiehilfe gGmbH)	Mecklenb. Landstr.	23570	freigem.	Vors./Reha.	entfällt	70

Abkürzungen:

freigem = freigemeinnützig, öffentl. = öffentlich, Vor. Diakonie = Vorwerker Diakonie, S. Kliniken = Sana Kliniken, keine Teiln. = keine Teilnahme, erw. Notfallv. = erweiterte Notfallversorgung, umfass. N. = umfassende Notfallversorgung, Vors./Reha = Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V/§ 111a SGB V

Quelle. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, Stand 31.12.2023

3. Schwerpunktversorgung

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sollen folgende hauptamtlich geleitete Abteilungen bzw. Versorgungsangebote anbieten:

- Innere Medizin
- Viszeral-(Bauchraum) und Gefäßchirurgie
- Unfallchirurgie/Orthopädie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Kinderheilkunde
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Histologie und Labor

Die Schwerpunktversorgung kann auch gemeinschaftlich durch mehrere Krankenhäuser in örtlicher Kooperation erbracht werden. Schwerpunktkrankenhäuser haben sich durch vertragliche Regelungen mit den Krankenhäusern der Regelversorgung und Zentren der Maximalversorgung zu vernetzen.

4. Maximalversorgung und Hochschulmedizin

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein erfüllt die Aufgabe der Maximalversorgung und hält für das

Land hoch spezialisierte Behandlungsangebote vor. Neben den bei den Schwerpunktkrankenhäusern genannten Fachabteilungen werden weitere Spezialgebiete angeboten wie z.B. Transplantationschirurgie, Nephrologie (Nierenkrankheiten), Thorax- und Herzchirurgie, Humangenetik sowie eigene Fachabteilungen in den Fachgebieten Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Strahlentherapie und Urologie.

Besondere Versorgungsschwerpunkte

1 Perinatal- und Neonatalversorgung

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2013 eine "Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen..." erlassen, deren Ziele die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen und die Sicherung der Struktur-, Prozess- und

Ziel:

„Durch die Übernahme der Qualitätsvorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die peri- und neonatologische Versorgung in Schleswig-Holstein soll bei Erhalt einer hohen Flächendeckung größtmögliche Qualitätssicherung erreicht werden.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, S.35

Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung einer flächendeckenden Versorgung, das heißt allerorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen ist. Das Versorgungskonzept der G-BA-Richtlinie umfasst vier Versorgungsstufen:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1 (uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2 (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen 1.250 Gramm)
- Versorgungsstufe III: perinataler Schwerpunkt (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen 1.500 Gramm)
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik (Entbindung reifer Neugeborener ohne vorhersehbare Komplikationen).

Im UKSH (Campus Lübeck) wird ein Perinatalzentrum Level 1 der Versorgungsstufe 1 vorgehalten. Landesweit gibt es neben Lübeck vier weitere Perinatalzentren der Versorgungsstufe I in Itzehoe, Heide, Flensburg und Kiel. Im Lübecker Umkreis finden sich Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV in Bad Segeberg, Henstedt-Ulzburg, Reinbek und Geesthacht. In Eutin befindet sich ein perinataler Schwerpunkt (Versorgungsstufe III).

2 Traumanetzwerk

Ziel:

„Durch einen strukturierten Verbund von qualifizierten Kliniken (Traumanetzwerk) soll jedem Schwerverletzten in Schleswig-Holstein rund um die Uhr die bestmögliche Versorgung nach einheitlichen Versorgungs- und Qualitätsstandards ermöglicht werden.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, S.36

Ein Traumazentrum ist eine spezialisierte Einrichtung innerhalb eines Krankenhauses, die auf die Behandlung von schwerverletzten Patient:innen fokussiert ist. Diese

Zentren sind darauf ausgelegt, eine umfassende und interdisziplinäre Versorgung von Patient:innen mit akuten Verletzungen, die häufig durch Unfälle, Stürze oder Gewalteinwirkungen verursacht werden, zu gewährleisten.

Die wichtigsten Merkmale eines Traumazentrums sind:

- Interdisziplinäres Team: In einem Traumazentrum arbeiten verschiedene Fachrichtungen zusammen, darunter Unfallchirurg:innen, Anästhesisten, Radiolog:innen, Intensivmediziner:innen und Physiotherapeut:innen, um eine ganzheitliche Versorgung zu bieten.
- Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit: Traumazentren sind in der Regel 24 Stunden am Tag erreichbar, um im Notfall sofortige Hilfe leisten zu können.
- Moderne Ausstattung: Diese Zentren verfügen über spezielle medizinische Geräte und Technologien, die für die Diagnose und Behandlung von Traumapatient:innen erforderlich sind.
- Qualitätsstandards: Traumazentren müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, um als solche anerkannt zu werden. Dazu gehören unter anderem die Anzahl der behandelten Patient:innen, die Qualifikation des Personals und die Verfügbarkeit von spezialisierten Behandlungsangeboten.

Traumazentren spielen eine entscheidende Rolle in der Notfallmedizin, da sie dazu beitragen, die Überlebensrate und die Genesungschancen von schwerverletzten Patient:innen zu verbessern.

Zum Traumanetzwerk Schleswig-Holstein gehören 13 Krankenhäuser an 15 Standorten. Es wurden drei Versorgungsstufen definiert, die durch spezielle Struktur- und Prozessmerkmale definiert sind. In Schleswig-Holstein sind dies

- 5 lokale Traumazentren,
- 5 regionale Zentren und
- 4 überregionale Zentren.

Die Zuordnung wird durch die Ausstattungsmerkmale der Standorte wie einen Hubschrauberplatz, einen Schockraum, einen Computertomographen und einen Notfall-OP sowie eine Blutbank bestimmt.

Im UKSH Campus Lübeck befindet sich ein überregionales Traumazentrum. Lokale Traumazentren befinden sich in Eutin und Neustadt. In Neumünster gibt es ein regionales Traumazentrum.

3 Geriatrische Versorgung

Ziel:

„Durch ein dreistufiges Angebot (akutstationär, teilstationär, ambulant) soll eine umfassende fallabschließende Versorgung der älteren schleswig-holsteinischen Menschen sichergestellt werden.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, S.37

Wesentliche Grundlage für die geriatrische Versorgung ist die Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2010. Das Geriatiekonzept für Schleswig-Holstein ist Bestandteil des Krankenhausplanes 2017.

3.1 Stationäre Geriatrie

Kernstück des geriatrischen Versorgungsverbundes ist die stationäre Geriatrie. Der Bereich ist gekennzeichnet durch den schwellenfreien Übergang aus andere akutmedizinischen Krankenhausabteilungen sowie der Direktaufnahme von Patient:innen nach Einweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Die Voraussetzungen für die Übernahme in eine stationäre Geriatrie bestehen, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- der Patient / die Patientin die typische geriatrische Multimorbidität aufweist und
- das Krankheitsbild nicht mit ambulanten oder teilstationären Mitteln ausreichend behandelt werden kann.

Für die stationäre Geriatrie ist die Vorhaltung mit allen Berufsgruppen nach OPS 8-550 (Operationen- und Prozedurenschlüssel) genannten Berufsgruppen Voraussetzung.

Geriatrische Tagesklinik

Die Indikationen für die Aufnahme in eine Tagesklinik bestehen, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- die typische geriatrische Multimorbidität aufweist und
- das Krankheitsbild mit ambulanten Mitteln nicht ausreichend zu behandeln ist und
- die medizinische Versorgung außerhalb der Tagesklinikzeiten gesichert ist (keine stationäre Aufnahme indiziert).

Die tagesklinische Versorgung findet im Verbund mit den stationären und ambulanten geriatrischen Angeboten statt.

Infobox: OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen. Das BfArM gibt den OPS im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus. Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V, im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 295 SGB V.

Der OPS ist in verschiedenen Fassungen und Formaten erhältlich und wird zurzeit jährlich überarbeitet. Die aktualisierte Version tritt zu Jahresbeginn in Kraft und ist bis Ende des Jahres gültig.

Seit dem 1. Januar 2024 ist der OPS in der Version 2024 anzuwenden.

3.2 Ambulante Geriatrie

Zur ambulanten Geriatrie zählen u.a. die

- geriatrische Heilmittelerbringung,
- geriatrische Institutsambulanzen und die
- geriatrisch-rehabilitative Versorgung

Die ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung wurde 2010 als dritte Säule der geriatrischen Versorgung eingeführt und vervollständigt das Konzept der abgestuften geriatrischen Versorgung innerhalb des Geriatrischen Versorgungsverbundes.

Indikationen für die Behandlung in der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation bestehen, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- die typische geriatrische Multimorbidität ausweist
- eine medizinische Indikation gemäß Rehabilitationsrichtlinie des G-BA besteht und
- das Krankheitsbild nicht ausreichend mit den örtlich vorhandenen ambulanten Mitteln im Sinne der vertragsärztlichen Heilmittelversorgung zu behandeln ist und
- der Patient / die Patientin in der Lage ist, eine kompakte interdisziplinäre Behandlung mit Pausen von maximal 30 min zu erhalten und
- das aktuelle Krankheitsbild ausreichend gesichert ist und
- die medizinische Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der AGRV gesichert ist.

Für eine kleine, gut abgrenzbare Gruppe von Patient:innen, überwiegend mit Schädigungen kognitiver Funktionen bzw. schwerer visueller Einschränkungen, kommt die ambulante mobile geriatrisch-rehabilitative Versorgung in Betracht, die in ihrem räumlichen Umfeld unter Beachtung der sozialen Kontextfaktoren behandelt werden.

Geriatrische Kompetenz in anderen Fachabteilungen und Steuerung geriatrischer Patient:innen

Die enge Verzahnung der Geriatrie mit den übrigen Fachabteilungen wird durch geriatrische Konsiliarleistungen (Beratungsleistungen) in nicht geriatrischen Fachabteilungen gewährleistet und dient der korrekten Zuordnung geriatrischer Patient:innen. Umgekehrt ist das Einbringen chirurgischer, psychiatrisch-neurologischer und internistischer Kompetenz in die Geriatrie ein wichtiger Bestandteil der Konsiliartätigkeit. Daneben soll zur Identifikation geriatrischer Patient:innen regelhaft ein geriatrisches Screening zu Beginn des stationären Aufenthaltes durchgeführt werden. Eine wesentliche Grundlage der Geriatrie bildet das Entlassungsmanagement. Die erfolgreiche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung ist ein Ziel des geriatrischen Konzeptes.

4 Palliativmedizinische Versorgung

Ziel:

„Kranken Menschen und ihren Angehörigen, die einer Palliativversorgung bedürfen, soll ein hohes Maß an Versorgungskontinuität gewährleistet werden, um dem unaufhaltsamen Fortschreiten der Erkrankung, den zunehmenden Beschwerden sowie psychosozialen und spirituellen Belastungen und dem fortschreitenden körperlichen Verfall begegnen zu können.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schl.-Holst., S.45

Schleswig-Holstein verfügt über ein dichtes ambulantes und stationäres palliatives Versorgungsnetz bestehend aus

- stationären Palliativstationen und Hospizen,
- ambulanten Hospiz- und Pflegedienste,
- spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) und
- niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

In der Hansestadt gibt es die Palliativstationen des UKSH und der Sana Kliniken. Auf Palliativstationen wird nur ein Teil der Schwerkranken und Sterbenden versorgt. Weitaus mehr schwer kranke und sterbende Menschen werden auf nicht-palliativen Stationen versorgt.

Daher ist in allen eine palliativmedizinische Basisversorgung z.B. durch Palliativ Care Teams erforderlich. Im Bedarfsfall müssen Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung erreichbar sein. Eine Aufnahme auf einer Palliativstation ist nur möglich, wenn eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erforderlich ist. In Hospizen werden hingegen Patient:innen betreut, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist.

Um ein Sterben in Würde zu ermöglichen und um die Angehörigen zu entlasten wurden in den 90er Jahren überall in Deutschland ambulante und stationäre Hospizdienste eingerichtet. So gibt es in Lübeck mit dem Rickers-Kock-Haus seit 1999 eine stationäre Einrichtung zur ganzheitlichen und schmerztherapeutischen Behandlung. Zu den ambulanten Hospizdiensten in Lübeck zählen die

- Lübecker Hospizbewegung e.V. Ambulanter Hospizdienst,
- GEMEINSAM GEHEN c/o Sprungtuch e.V.,
- Diakoniestation St. Lorenz / Hafen und
- Beratungsambulanz=Palliativnetz Travebogen gGmbH (mit SAPV-team).

Der Krankenhausplan sieht für Schleswig-Holstein neun palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheiten vor, die regionale Netzwerkstrukturen bilden sollen.

Die meisten Menschen wünschen sich, möglichst bis zum Lebensende selbstbestimmt zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung und im Kreis vertrauter Menschen bleiben zu können.

„An diesem Bedarf orientiert sich die Planung mit so viel aufsuchender häuslicher Versorgung wie möglich und so viel stationärer unterstützender Versorgung wie nötig in einem sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzwerk.“ [Krankenhausplan 2017, S. 48]

Weitere ausführliche Informationen zum Thema „Hospize und palliativmedizinische Versorgung in Schleswig-Holstein“ finden sich im Bericht der Landesregierung [Schleswig-Holsteinischer Landtag, 2014].

5 Schlaganfallversorgung

Die Schlaganfallerkrankung stellt eine der häufigsten Todesursachen sowie die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland dar. Die Behandlung des Schlaganfalls ist primär ein Zeitproblem. Bereits wenige Minuten nach einem Gefäßverschluss setzt durch die Unterversorgung mit Sauerstoff die Schädigung des Gehirns ein, was zu schweren dauerhaften Behinderungen führen kann.

Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist, dass die Patientinnen und Patienten in eine für

die Schlaganfallversorgung geeignete Krankenhaus gebracht werden. Hierzu hat ein Krankenhaus folgende Kriterien zu erfüllen:

- Das Krankenhaus hat eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie.
- Das Krankenhaus verfügt über eine zertifizierte Stroke Unit.
- Das Krankenhaus hält alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vor.
- Das Krankenhaus nimmt verpflichtend am Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung teil.

Ziel:

„Der Behandlungserfolg eines Schlaganfalls hängt entscheidend von der Zeitspanne zwischen Symptom- und Therapiebeginn ab. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall(verdacht) zu gewährleisten ist die Behandlung in Krankenhäusern, die spezialisierte interdisziplinäre Behandlungseinheiten (sogenannte „Stroke Units“) aufweisen, erforderlich.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schl.-Holst., S.49

Bei den Stroke Units wird zwischen regionalen und überregionalen Versorgungseinheiten unterschieden. In Schleswig-Holstein gibt es insgesamt zwölf zertifizierte Stroke Units, davon sind neun regional und drei überregional ausgerichtet. Wird eine Patientin bzw. ein Patient in einem nicht für die Schlaganfallversorgung ausgewiesenen Krankenhaus erstversorgt, ist zur Weiterbehandlung die Verlegung in ein ausgewiesenes Notfallkrankenhaus zu veranlassen. In der Hansestadt Lübeck befindet sich eine überregionale Stroke Unit im UKSH und eine regionale Stroke Unit in der Sana Klinik. Weitere regionale Stroke Units befinden sich in den Segeberger Kliniken sowie in der Schön Klinik Neustadt.

6 Onkologische Zentren

Bösartige Neubildungen sind eine der häufigsten Todesursachen und daher gesundheitspolitisch von besonderer Bedeutung. Ein erheblicher Teil der finanziellen Mittel der Krankenkasse geht in die Behandlung onkologischer Erkrankungen. Die medizinische Forschung steht unter einem hohen Erwartungsdruck.

Das UKSH ist im Rahmen der onkologischen Maximalversorgung Träger des akademischen Krebszentrums Nord. Durch die Verbindung von Patient:innenversorgung und wissenschaftlicher Forschung fließen neuartige Erkenntnisse und Entwicklungen in die Optimierung

Ziel:

„Durch die Benennung konkreter Anforderungsprofile für onkologische Zentren wird die Kooperation und der Informationsfluss zwischen den onkologischen Einrichtungen der Maximalversorgung mit der onkologischen Versorgung in der Fläche zwingend vorgegeben, um einen landesweit hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, S.50

der Therapien ein. Alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan als onkologische Zentren ausgewiesen sind, bilden in Schleswig-Holstein vier Zentren im Sinne von Netzwerken. Das UKSH Campus Lübeck bildet mit den angeschlossenen Krankenhäusern das Zentrum Süd.

7 Brustzentren

Ziel:

„Jede an Brustkrebs erkrankte Patientin und jeder Patient sollen eine zeitgemäße Versorgung erhalten können, die die bestmöglichen Heilungschancen gewährleistet und mit den geringstmöglichen Beeinträchtigungen verbunden ist.“

Quelle: Krankenhausplan 2017 des Landes Schl.-Holstein, S.51

Ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum erfüllt – entweder als einzelnes Krankenhaus (= Brustzentrum mit einem Standort) oder in vertraglich geregelter Kooperation mehrere Krankenhäuser (= Brustzentrum mit mehreren Standorten) – die aktuellen Qualitätsanforderungen nach SGB V sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Zurzeit gibt in Schleswig-Holstein 13 regionale Brustzentren.

Psychiatrische Versorgung

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie

Schleswig-Holstein verfügt über enges Netz stationärer und teilstationärer psychiatrischer Kliniken. In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es Angebote in diesen Versorgungssektoren. Stationäre Versorgung und tagesklinische Versorgung sind in der Regel mit einer psychiatrischen Institutsambulanz kombiniert.

In Schleswig-Holstein gibt es 19 Fachabteilungen für die Versorgung von Erwachsenen. Zwölf dieser Abteilungen befinden sich an Fachkrankenhäusern, die anderen sieben Fachabteilungen befinden sich an Allgemeinkrankenhäusern. In der Hansestadt werden 205 Planbetten

vorgehalten, die sich auf zwei Standorte der Ameos Kliniken und auf das Zentrum für Integrative Psychiatrie verteilen.

Infobox

Die Psychiatrische Versorgung umfasst die Versorgung in den Fachgebieten

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosom. Medizin u. Psychotherapie sowie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie

Psychiatrische Tageskliniken

Die 19 Psychiatrischen Fachabteilungen betreiben an 29 Standorten psychiatrische Tageskliniken (Stand 2015). Daneben gibt es sieben solitäre Tageskliniken in eigener Trägerschaft. Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein nutzen neben den Einrichtungen in Schleswig-Holstein auch die Krankenhäuser in Hamburg und umgekehrt, womit auch die Psychiatrie Teil der länderübergreifenden Zusammenarbeit in der Krankenhausplanung ist. In der Hansestadt wird dieses Versorgungsangebot durch die Brücke e.V., das Zentrum für Integrative Psychiatrie und die Ameostageskliniken bedient.

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Zur Verbesserung der flächendeckenden Versorgung wurde 2013 ein Konzept für die Psychosomatische Versorgung in der Region vorgelegt. Auf Basis dieses Konzeptes entstanden fünf Tageskliniken für Psychosomatik, die vorrangig an Kliniken angesiedelt worden sind, die nun möglichst beide Behandlungsbereiche (Psychiatrie und Psychosomatik) vorhalten sollen. Daneben wurden 20 Plätze der psychiatrischen Tagesklinik der ZIP gGmbH am Standort Kiel in eine psychosomatische Tagesklinik umgewandelt. Mit der bis dahin einzigen bestehenden Tagesklinik für Psychosomatik in Geesthacht wurde danach an sieben Standorten eine psychosomatische tagesklinische Behandlung angeboten.

Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie / Tageskliniken

Für die stationäre und tagesklinische Versorgung gibt es in Schleswig-Holstein mit den Standorten in Kiel, Lübeck, Elmshorn und Schleswig vier Kliniken mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotz des Aufbaus der tagesklinischen Versorgung ist eine angemessene Ausstattung mit vollstationären Betten für schwere Krisensituationen und die durchgehende Notfallversorgung unerlässlich. In der Hansestadt Lübeck bietet die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychoso-

matik und –psychotherapie mit den ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten das regionale Behandlungsangebot für Lübeck und die angrenzenden Landkreise Stormarn, Herzogtum-Lauenburg und Ostholstein. Es umfasst 47 stationäre Behandlungsplätze auf sechs Stationen und behandelt jährlich über 400 Patientinnen und Patienten im Alter von sieben bis achtzehn Jahren.

In Schleswig-Holstein betreiben acht Kliniken an zwölf Standorten psychiatrische Tageskliniken für Kinder und Jugendliche mit 150 Plätzen. Vier Kliniken haben keine stationäre Versorgung und betreiben ausschließlich eine Tagesklinik [Quelle: Krankenhausplan 2017, Stand 2015].

Bedarfsprognosen nach Fachabteilungen

Der Krankenhausplan beinhaltet eine Bedarfsprognose. Sie umfasst den gegenwärtig zu versorgenden Bedarf sowie eine Bedarfsprognose bis zum Jahr 2022. Statistische Datengrundlage der Bedarfsrechnung sind die Daten der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Schleswig-Holstein. Die Daten sind geschlechts- und altersspezifisch differenziert und berechnen auf Basis der zukünftig zu erwartenden Bevölkerungszahl und Altersstruktur die Bedarfe jeweils für die einzelnen medizinischen Fachabteilungen. Da der Prognosehorizont auf das Zieljahr 2022 gerichtet ist und somit nicht mehr aktuell ist, wird auf eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Bedarfsrechnung aus dem Krankenhausplan 2017 an dieser Stelle verzichtet.

Quellen:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (2017): Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (2014): Hospize und palliativmedizinische Versorgung in Schleswig-Holstein. Bericht der Landesregierung, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/2481.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024): OPS – Operation- und Prozedurschlüssel. Link: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/_node.html, Stand 12.80.2024.

Datenbanken zur Krankenhaussuche im Internet

<https://bundes-klinik-atlas.de>, Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit

<https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de>, Hrsg.: Deutsche Kranken TrustCenter und Informationsverarbeitung gmbH (DKTIG). Die DKTIG wird gemeinsam getragen von den 16 Landeskrankenhausgesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

<https://www.kliniken.de>, Hrsg.: VIVAI Software AG, unabhängiger Dienstleister, Kombination mit medizinischer Jobbörse.

Masernschutz in der Hansestadt Lübeck

Das Masernschutzgesetz ist ein Gesetz in Deutschland, das am 1. März 2020 in Kraft getreten ist. Es verpflichtet bestimmte Personengruppen, wie zum Beispiel Kinder in Kindertagesstätten, Schüler und medizinisches Personal, nachzuweisen, dass sie gegen Masern geimpft sind oder eine Immunität gegen Masern haben. Das Gesetz soll dazu beitragen, die Verbreitung von Masern einzudämmen und die Bevölkerung vor dieser hochansteckenden Krankheit zu schützen. Es sieht auch Bußgelder vor, wenn die Impfpflicht nicht eingehalten wird.

INFOBOX !

Masern sind eine hochansteckende Virusinfektion, die durch das Masernvirus verursacht wird. Die Krankheit äußert sich typischerweise durch Symptome wie hohes Fieber, Husten, Schnupfen, rote Augen (Konjunktivitis) und einen charakteristischen Hautausschlag, der in der Regel einige Tage nach den ersten Symptomen auftritt. Der Ausschlag beginnt oft im Gesicht und breitet sich dann über den Körper aus.

Masern werden hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion übertragen, wenn eine infizierte Person hustet oder niest. Die Krankheit kann ernsthafte Komplikationen verursachen, darunter Lungenentzündung, Gehirnentzündung (Enzephalitis) und in einigen Fällen sogar den Tod.

Die beste Möglichkeit sich vor Masern zu schützen, ist die Impfung. In vielen Ländern wird die Masernimpfung im Rahmen der Routineimpfungen für Kinder empfohlen.

Obwohl es einen seit Jahrzehnten verfügbaren und sicheren Impfstoff gibt, treten weltweit jährlich schätzungsweise zwei bis drei Millionen masernbedingte Todesfälle auf. Da der Mensch der einzige Wirt des Masernvirus und der Erreger antigenisch weitgehend stabil ist, wäre mit dem Impfstoff eine wirksame Prävention gegeben, die theoretisch eine weltweite Elimination der Masern möglich machen würde. Bereits seit dem Jahr 1984 verfolgen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel

der schrittweisen Eliminierung und schließlich weltweiten Ausrottung der Masern.

Um die Zirkulation von Masern zu verhindern, ist bei mindestens 95 Prozent der Bevölkerung Immunität erforderlich.

Innerhalb Europas sind die Impfquoten höchst unterschiedlich. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte Ungarn im Jahr 2023 mit 99 Prozent die höchste Impfquote und Rumänien mit 62 Prozent die niedrigste Impfquote. Deutschland lag mit 63 Prozent im Mittelfeld.

Tab. 1. Gemeldete Maserninfektionen in Deutschland, Schleswig-Holstein und Lübeck in den Jahren 2015 bis 2025

Melde-jahr	Bund		SH		HL	
	An-zahl	Inzi-denz	An-zahl	Inzi-denz	An-zahl	Inzi-denz
2015	2 605	3,2	55	1,9	3	1,4
2016	363	0,4	9	0,3	1	0,5
2017	1 033	1,3	15	0,5	-	-
2018	678	0,8	15	0,5	3	1,4
2019	595	0,7	14	0,5	4	1,9
2020	156	0,2	11	0,4	4	1,9
2021	57	0,1	4	0,1	1	0,5
2022	61	0,1	3	0,1	-	-
2023	139	0,2	2	0,1	1	0,5
2024	785	0,9	11	0,4	1	0,5
2025	283	0,3	2	0,1	-	-

*) Abfrage Stand 14.01.2026

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 02.06.2025

Das am 1.3.2020 in Kraft getretene Masernschutzgesetz regelt die Nachweispflicht eines ausreichenden Masernschutzes für nach dem 31.12.1970 geborene Personen, die mindestens 1 Jahr alt sind und

- in einer Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 Nr. 1 bis 3 IfSG betreut werden; zu diesen Einrichtungen zählen Kindertageseinrichtungen und Horte, bestimmte Formen der Kindertages-

pflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden,

- die bereits 4 Wochen in einem Kinderheim (Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 Nr. 4 IfSG) betreut werden oder in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Flüchtlinge oder Spätaussiedelnde (Einrichtung gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) untergebracht sind,
- die in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und ärztlichen Praxen oder in Gemeinschaftseinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften tätig sind.

Neben der vorgesehenen verpflichtenden Impfung gegen Masern für Personen in bestimmten Einrichtungen zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Steigerung der Impfquoten enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche weitere flankierende Maßnahmen, die insgesamt zu einer Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung beitragen sollen.

Wer keinen Nachweis vorlegt, darf weder in den betroffenen Einrichtungen betreut, noch in diesen tätig werden. Ausgenommen sind Personen, die einer gesetzlichen Schul- oder Unterbringungspflicht unterliegen. Kinder, die unter zwei Jahre alt sind, müssen mindestens eine Masern-Schutzimpfung (oder eine Immunität gegen Masern) nachweisen und können dann aufgenommen werden. Kinder unter einem Jahr können ohne Nachweis aufgenommen werden.

Bei Personen, die bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut werden oder tätig sind und bei Personen in Kinderheimen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber und Geflüchtete muss das Gesundheitsamt informiert werden und im Einzelfall entscheiden, ob Tätigkeits- oder Betretungsverbote ausgesprochen werden.

Das Masernschutzgesetz des Bundes verpflichtet Schülerinnen und Schüler sowie in Schulen tätige Personen dazu, einen Nachweis über einen bestehenden Masernschutz bei den Schulleitungen vorzulegen. Diese sind verpflichtet, die Erfüllung des Nachweises zu überprüfen und gegebenenfalls das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

Unabhängig davon kann das Gesundheitsamt jeweils im Einzelfall entscheiden, ob nach Ablauf einer angemessenen Frist Tätigkeits- oder Betretungsverbote ausgesprochen werden (außer bei schulpflichtigen Personen sowie im Falle eines Lieferengpasses der Impfstoffe) oder ob Geldbußen und gegebenenfalls Zwangsgelder ausgesprochen werden.

Urteil zum Masernschutzgesetz

In Schleswig-Holstein gab es verschiedene rechtliche Auseinandersetzungen und Urteile zu diesem Gesetz, insbesondere in Bezug auf die Auslegung und Anwendung der Impfpflicht. Ein wichtiges Urteil des Verwaltungsgerichts Schleswig-Holstein befasste sich mit der Frage, ob die Impfpflicht rechtmäßig ist und ob es Ausnahmen geben kann. Das Gericht bestätigte in der Regel die Rechtmäßigkeit des Gesetzes, da es dem Schutz der öffentlichen Gesundheit dient. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass individuelle medizinische Ausnahmen berücksichtigt werden müssen.

Nachdem es in den Jahren 2022 und 2023 noch höhere Fallzahlen in den Fallmeldungen gab (333 Schüler:innen in 2022 und 347 Bewohner:innen in 2023), hat sich die Situation im Jahr 2024 etwas beruhigt. Im Laufe des Jahres wurden 76 Schüler:innen und 72 Bewohner:innen von Gemeinschaftseinrichtungen gemeldet. Zum Jahresende 2024 gab es einen Bestand von 54 unerledigten Fällen. In 2025 sind die Fallzahlen bei den Schüler:innen mit 310 Fallmeldungen wieder erneut im höheren Bereich.

Tab. 2: Masern Fallmeldungen 2022-2025

Jahr	ungeimpfte			noch nicht abgeschlossene Fälle
	Schüler/-innen	Bewohner/-innen	Mitarbeiter/-innen	
2022	333	7	23	15
2023	42	347	0	27
2024	76	72	0	54
2025	310	10	0	206

Stand: 15.01.2025

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Die Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Lübeck ergaben bei den Jungen und Mädchen in den Jahren 2016-2020 Impfquoten, die ca. bei 93 Prozent lagen. Zum Schuljahr 2024/2025 lag die Impfquote erstmalig bei 98 Prozent (bei vorgelegten Impfpass). Eine vollständige Erfassung vorgenommener Impfungen ist nicht gänzlich möglich, da nicht alle durchgeführte Impfungen durch verlorene oder verlegte Impfnachweise immer vollständig nachweisbar sind. Die tatsächliche Impfquote dürfte daher sogar noch geringfügig höher ausfallen.

Quellen:

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG), zuletzt geändert durch Art. 12 des Gesetzes vom 10. September 2021 (BGBl. I S. 4147)

Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020

Mitteilungen

Termine/Sprechzeiten

Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit:

Di 9:00 – 12:00 Uhr und Do 14:00 – 17:00 Uhr, Termine außerhalb der Sprechzeiten sind nach Absprache möglich unter Tel. (0451) 122-5371 oder 5327

Welt-Aids-Tag: 01. Dezember

Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz

Vorherige Anmeldung unter (0451) 122-5315 oder 5316
Montags 11:00 Uhr, Donnerstags 14:00 Uhr und 16:00 Uhr,
Dauer ca. 1 Std.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Für Einschulungsuntersuchungen werden Termine zeitnah vom Gesundheitsamt vergeben.

Infektionsschutz

Impftermine vereinbaren Sie gerne mit uns unter der Telefonnummer 0451 122-5640

Gesundheitsberichte des Gesundheitsamtes im Internet

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Sie basiert auf nichtpersonenbezogene Daten und Analysen.

- [Lübecker Gesundheitsbericht 2023](#)
- [Gesundheitsbericht 2015 – 2021](#)
- [Psychiatriebericht 2017](#)
- [SeniorInnen Gesundheitsbericht 2012](#)
- [Kindergesundheitsbericht 2010](#)
- [Gesundheitsbericht Mortalität 2007](#)
- [Senioren Gesundheitsbericht 2004](#)
- [Basisgesundheitsbericht 1998](#)

Weitere Informationen zum Thema Gesundheitsberichterstattung

- [Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#)
- [Gesundheitsberichterstattung des Bundes \(vom Robert-Koch-Institut\)](#)
- [Schleswig-Holstein.de - Gesundheitsvorsorge - Gesundheitsberichte des Landes](#)