



Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung

Abgeordnete Dagmar Zoschke (DIE LINKE)

Hilfe und Selbsthilfe im Umgang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt

Kleine Anfrage - KA 7/640

Vorbemerkung des Fragestellenden:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache.

Antwort der Landesregierung erstellt vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration

- 1. Wie hat sich die Anzahl von Herzinfarkten in Sachsen-Anhalt innerhalb der letzten 10 Jahre entwickelt? Bitte in Jahresscheiben und getrennt nach Alter, Geschlecht sowie Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.**

Hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankungen zeigt sich ein relativ stabiles Niveau, welches aber immer noch etwas höher liegt als der Bundesdurchschnitt. Auffällig ist die Mortalität. Nach einem signifikanten Rückgang bis 2012 bleibt sie im Zeitverlauf ebenfalls stabil auf dem erreichten Niveau. Allerdings liegt dies deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts.

Eine Übersicht ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Alter	Geschlecht	Jahr	Fälle		Fälle je 100.000 Einwohner 1)		Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) 2)	
			Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt
Alle Altersgruppen	Beide Geschlechter	2006	207.435	7.879	252	321	169	196
		2007	212.637	8.308	258	342	171	205
		2008	209.739	8.065	255	336	165	194
		2009	206.719	7.739	252	327	161	184
		2010	211.826	7.953	259	339	163	189
		2011	216.549	7.761	270	339	167	185
		2012	221.893	8.024	276	354	169	190
		2013	219.632	7.824	272	347	165	185
		2014	218.026	7.890	269	352	163	185
		2015	217.771	7.608	267	340	161	178
	Männlich	2006	130.402	4.906	323	409	252	298
		2007	133.963	5.084	333	428	254	304
		2008	132.922	4.991	330	425	246	292
		2009	131.688	4.725	328	408	240	271
		2010	136.103	4.964	339	432	243	283
		2011	139.731	4.846	357	434	252	278
		2012	143.379	5.078	365	458	254	284
		2013	143.388	5.032	363	457	250	281
		2014	143.514	5.166	362	471	246	284
		2015	144.076	4.854	359	441	243	266
	Weiblich	2006	77.030	2.973	183	237	97	110
		2007	78.674	3.224	187	260	97	122
		2008	76.816	3.074	183	251	94	112
		2009	75.031	3.014	180	249	91	109
		2010	75.715	2.989	182	250	91	110
		2011	76.816	2.915	187	249	92	104
		2012	78.512	2.946	191	254	94	108
		2013	76.244	2.792	185	243	90	101
		2014	74.512	2.724	180	238	88	98
		2015	73.695	2.754	178	242	86	100
Unter 65 Jahre	Beide Geschlechter	2006	67.262	2.524	101	132	87	100
		2007	68.629	2.671	104	143	88	108
		2008	66.361	2.403	101	131	85	97
		2009	65.920	2.343	101	130	83	94
		2010	69.067	2.484	106	140	86	100
		2011	71.140	2.486	112	144	88	99
		2012	74.729	2.622	117	153	90	103
		2013	74.466	2.584	117	152	89	101
		2014	74.969	2.624	117	156	88	102
		2015	74.844	2.557	116	152	87	100
	Männlich	2006	53.740	2.049	160	208	138	164
		2007	54.649	2.064	164	214	140	167
		2008	52.797	1.920	159	203	135	155
		2009	52.423	1.832	159	198	132	148
		2010	54.912	1.923	167	210	136	155
		2011	56.534	1.986	176	224	140	159
		2012	58.653	2.040	182	232	143	161
		2013	59.054	2.054	183	236	142	161
		2014	59.613	2.096	184	242	141	162
		2015	59.450	1.993	182	230	139	155

	Weiblich	2006	13.521	475	41	51	35	37
		2007	13.980	607	43	67	36	49
		2008	13.564	483	42	54	35	39
		2009	13.497	511	42	59	34	41
		2010	14.155	561	44	65	35	45
		2011	14.606	500	46	59	36	40
		2012	16.074	582	51	70	39	46
		2013	15.412	530	49	64	36	41
		2014	15.356	528	49	65	36	41
		2015	15.394	564	48	69	36	44
65 Jahre und älter	Beide Geschlechter	2006	140.173	5.355	872	987	838	970
		2007	144.008	5.637	878	1.017	838	992
		2008	143.378	5.662	863	1.008	820	976
		2009	140.799	5.396	838	951	787	907
		2010	142.759	5.469	846	963	787	910
		2011	145.409	5.275	876	946	805	878
		2012	147.164	5.402	883	973	806	887
		2013	145.166	5.240	865	944	786	861
		2014	143.057	5.266	843	946	765	860
		2015	142.927	5.051	831	899	754	812
	Männlich	2006	76.662	2.857	1.148	1.321	1.169	1.380
		2007	79.314	3.020	1.154	1.353	1.171	1.415
		2008	80.125	3.071	1.142	1.347	1.149	1.402
		2009	79.265	2.893	1.110	1.247	1.106	1.270
		2010	81.191	3.041	1.128	1.304	1.108	1.324
		2011	83.197	2.860	1.180	1.246	1.153	1.242
		2012	84.726	3.038	1.191	1.325	1.152	1.283
		2013	84.334	2.978	1.171	1.294	1.125	1.254
		2014	83.901	3.070	1.147	1.325	1.096	1.272
		2015	84.626	2.861	1.137	1.218	1.084	1.163
	Weiblich	2006	63.509	2.498	675	766	597	701
		2007	64.694	2.617	679	790	594	717
		2008	63.252	2.591	658	776	574	701
		2009	61.534	2.503	636	746	547	653
		2010	61.560	2.428	637	726	541	633
		2011	62.210	2.415	652	736	545	626
		2012	62.438	2.364	654	725	545	609
		2013	60.832	2.262	635	697	525	586
		2014	59.156	2.196	613	676	507	560
		2015	58.301	2.190	598	670	495	553

Quelle(n):

Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

1) Bei der Angabe „Fälle je 100.000 Einwohner“ werden die registrierten Fälle in einer bestimmten Region einheitlich auf 100.000 Einwohner berechnet. Die Angabe besagt, wie viele Fälle es wären, wenn in der Region genau 100.000 Einwohner leben würden. Damit ist ein Vergleich zwischen unterschiedlich bevölkerungsstarken Regionen möglich. Die jeweilige Altersstruktur der Bevölkerung ist dabei allerdings noch nicht berücksichtigt. In der Regel ist daher auch eine Altersstandardisierung notwendig, da das Alter bei fast allen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielt.

2) Bei der Altersstandardisierung werden die erfassten Erkrankungs- oder Sterberaten auf eine (fiktive) Vergleichsbevölkerung mit definierter Altersstruktur umgerechnet. Nach einer Altersstandardisierung können Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen miteinander verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund differierender Altersstrukturen kommt. Es ist zu beachten, dass altersstandardisierte Zahlen keine realen im Sinne von tatsächlich beobachtbaren Fällen darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche und somit altersstrukturbedingte Effekte keine Rolle spielten.

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser infolge akuten Myokardinfarktes (I21) für alle Altersgruppen zeigen für Deutschland und Sachsen-Anhalt in den Jahren 2006 bis 2015 einen ähnlichen und stabilen Verlauf. Die altersstandardisierten Werte der Männer liegen jeweils über den Werten der Frauen. Die Werte beider Geschlechter

sind in Sachsen-Anhalt etwas höher als die Deutschlandwerte. Auf wesentlich höherem Wertenniveau ist dies auch der Verlauf bei den 65-Jährigen und älter.

Eine Zuordnung der Daten nach Landkreisen und kreisfreien Städten liegt nicht vor.

2. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung hinsichtlich der Zeiträume vor, die zwischen einem akuten Herzinfarkt und seiner Behandlung liegen? Wie haben sich die entsprechenden Rettungseinsätze innerhalb der letzten 10 Jahre entwickelt? Bitte in Jahresscheiben und getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.

Mit den Trägern des Rettungsdienstes ist übereinstimmend festzustellen, dass es seitens der Leitstellen in Sachsen-Anhalt keine Datenbanken gibt, aus denen sich gesicherte Erkenntnisse hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung bzw. des Zeitfensters bis zur klinischen Behandlung ergeben.

Die tatsächliche Anzahl bestätigter Herzinfarktpatienten kann nicht benannt werden, da im Rahmen der Leitstellenerfassung lediglich eine Verdachtsdiagnose erfolgt. Es geschieht keine Rückkoppelung durch die behandelnden Krankenhäuser/Kliniken. Des Weiteren besteht die Problematik, dass ein Infarktgeschehen vom Patienten (Anrufer) oftmals nicht immer als ein solches Krankheitsbild wahrgenommen und dargestellt wird (z. B. atypische Symptomatik).

Darüber hinaus wird u. a. ein Einsatz nicht digital, sondern als DIVI-Protokoll (bundes einheitliches Notarztprotokoll der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) in Papierform dokumentiert. Damit ist es nicht möglich, IT-gestützte Aussagen zu spezifischen Fallzahlen in Bezug auf Krankheitsbilder sowie die Zeiträume zwischen den Notfällen und der klinischen Behandlung zu treffen.

Die empirische Erfassung der Leitstellen basiert lediglich auf Verdachtsdiagnosen; eine gesicherte Diagnose ist aber erst aufgrund einer speziellen Diagnostik in den Notaufnahmen der Krankenhäuser/Kliniken möglich.

Mit dem Regionalen Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA), das am 1. Juli 2013 mit dem Ziel, langfristig und nachhaltig die Herzinfarktsterblichkeit im Land zu senken, eingerichtet wurde, können jedoch - bezogen auf eine städtische (Stadt Halle) und eine ländliche (Altmark) Wohnbevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt - erste Aussagen hinsichtlich der Zeiträume, die zwischen einem akuten Herzinfarkt und seiner Behandlung liegen, getätigt werden. So vergehen vom Eingang des Notrufes bis zur Ankunft der Bodenrettung (NEF und/ oder RTW) beim Patienten in Halle sieben Minuten und in der Altmark neun Minuten. Die Behandlung beim Patienten dauert in Halle 22 Minuten und in der Altmark 17 Minuten. Von der Abfahrt beim Patienten bis zur Übergabe des Patienten an das erste Krankenhaus vergehen in Halle 11, in der Altmark 19 Minuten.

Die Daten vom Symptombeginn bis zum Ausrücken des Notarztes bzw. bis zum Betätigen des Notrufes sind noch nicht final ausgewertet. Die Datenbasis in der Altmark ist geringer als in Halle.

Bezüglich der Patienten mit einem schweren Herzinfarkt (STEMI) in Halle beträgt die mediane (mittlere) Door to Ballon-Zeit, d. h. die Zeit vom Passieren der Krankenhaustür bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes, bei Männern 45 Minuten und bei Frauen 50 Minuten, in der Altmark hingegen sowohl bei den Männern als auch den Frauen 106 Minuten.

- 3. Welche Behandlungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote stehen den Patient/inn/en in Sachsen-Anhalt nach ihrem Herzinfarkt zur Verfügung? Bitte getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.**
- 4. Welche Behandlungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote stehen den Patient/inn/en weiterer Herz-Kreislaferkrankungen, wie z. B. Bluthochdruck, Brady- oder Tachykardie, usw. zur Verfügung? Bitte getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.**

Die vertragsärztliche Versorgung, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Herzinfarkt oder einer Herz-Kreislaferkrankung wie z. B. Bluthochdruck, Brady- oder Tachykardie erfolgt in Sachsen-Anhalt durch Hausärzte und - je nach medizinischer Behandlungsnotwendigkeit - durch Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten.

Darüber hinaus werden - soweit notwendig - über ärztliche Verordnungen Heil- bzw. Hilfsmittel erbracht (z. B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie oder z. B. Rollstühle, Inkontinenzartikel über die Sanitätshäuser). Außerdem erhalten Patientinnen und Patienten aufgrund entsprechender Verordnungen Arzneimittel sowie notwendige Krankenhausbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen.

Nach akutstationären Aufenthalten kann aus medizinischer Sicht eine Anschlussrehabilitation verordnet und eingeleitet werden. Bei Zustand nach Herzinfarkt ist dies grundsätzlich der Fall, wobei es hingegen bei Herz-Kreislaferkrankungen individueller gesehen wird. In beiden Fällen spielt der Krankheitsverlauf bzw. -zustand eine wichtige Rolle. Hier kann nur der behandelnde Arzt die Einschätzung vornehmen. Es gibt die Möglichkeit der stationären, aber auch der ambulanten Rehabilitation. Weiterhin kann der Hausarzt Reha-Sport verordnen.

Die Diagnostik und Behandlung der vorgenannten Erkrankungen im stationären Bereich erfolgt vornehmlich im Fachgebiet Innere Medizin, über das ein großer Teil der Krankenhäuser verfügt. In Sachsen-Anhalt haben verschiedene Krankenhäuser im Rahmen der Inneren Medizin zudem einen Planungsschwerpunkt Kardiologie und/oder verfügen über einen Linksherzkathetermessplatz (LHM).

Diese Angebote werden an folgenden Krankenhäusern vorgehalten:

Landkreis / Kreisfreie Stadt Krankenhaus	Fachabt. Innere Medizin	Schwer- punkt Kardiologie	LHM
Altmarkkreis Salzwedel			
Altmark-Klinikum gGmbH	X		
Stendal			
Agaplesion Diakoniekrankenhaus Seehausen gGmbH	X		
KMG Klinikum Havelberg GmbH	X		
Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal gGmbH	X	X	2
Magdeburg			
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.	X	X	2
Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH	X		2
Klinikum Magdeburg gGmbH	X	X	1
Jerichower Land			
HELIOS Klinik Vogelsang-Gommern GmbH	X		
Lungenklinik Lostau gGmbH	X		
HELIOS Klinik Jerichower Land GmbH	X		
Börde			
HELIOS BördeKlinik GmbH	X		1
AMEOS Klinikum Haldensleben, Somatik	X		1
Salzlandkreis			
AMEOS Klinikum Schönebeck GmbH	X		1
AWO Krankenhaus Calbe	X		
AMEOS Klinikum Aschersleben-Staßfurt GmbH	X		1
AMEOS Klinikum Bernburg GmbH	X		
Harz			
AMEOS Klinikum Halberstadt GmbH	X	X	1
Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben GmbH	X	X	2
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH	X		
Lungenklinik Ballenstedt/ Harz gGmbH	X		
Mansfeld-Südharz			
HELIOS Kliniken Mansfeld-Südharz GmbH	X		1

Landkreis / Kreisfreie Stadt Krankenhaus	Fachabt. Innere Medizin	Schwer- punkt Kardiologie	LHM
Halle			
Universitätsklinikum Halle (Saale)	X	X	3
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH	X	X	1
Diakoniekrankenhaus Halle	X		
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost	X		
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH	X	X	1
Saalekreis			
Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis GmbH	X	X	2
Burgenlandkreis			
Klinikum Burgenlandkreis GmbH	X		
Asklepios Kliniken Weißenfels-Hohenmölsen GmbH	X	X	1
Anhalt-Bitterfeld			
Gesundheitszentrum Bitterfeld/ Wolfen gGmbH	X		1
HELIOS Klinik Köthen GmbH	X		2
HELIOS Klinik Zerbst/ Anhalt GmbH	X		
Wittenberg			
Evangelisches Krankenhaus Paul-Gerhardt Stift Wittenberg	X	X	1
MediClin Herzzentrum Coswig	X	X	3
Dessau-Roßlau			
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH	X		
Städtisches Klinikum Dessau	X	X	1

Die Daten stammen aus dem Krankenhausplan 2014 sowie aus den Angaben der Krankenhäuser zur Krankenhausstatistik 2015.

5. Welche Rolle nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der gesundheitspolitischen Prävention in Sachsen-Anhalt ein? Welche Maßnahmen plant die Landesregierung zum Ausbau dieser Präventionsarbeit?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen in der gesundheitspolitischen Prävention in Sachsen-Anhalt einen sehr hohen Stellenwert ein. Für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirken bereits die drei Landesgesundheitsziele „gesundes Bewegungsverhalten“, „gesundes Ernährungsverhalten“ und „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“. Landesweite auf die Gesundheitsziele ausgerichtete Arbeitskreise und aktuell 55 Modellprojekte tragen dazu bei, das Gesundheitsbewusstsein weiter zu stärken. Für die Entwicklung nachhaltiger Präventionsstrategien und wei-

terhin der seit 1997 existierenden Landesgesundheitsziele bedarf es einer Kontinuität in der Ursachenforschung. Nach über drei Jahren Forschung kann das Regionale Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt RHESA hier bereits Anhaltspunkte aufzeigen:

- erste Ergebnisse sollen in der Praxis landesweit zu einer Verbesserung der Versorgung der Patienten und einer weiter sinkenden Sterberate führen,
- die wissenschaftlichen Erhebungen müssen die Optimierung einer flächendeckenden Infrastruktur zur stationären Behandlung von Herzinfarktpatienten bewirken,
- das RHESA soll zunehmend auch als Netzwerk für die teilnehmenden Kliniken dienen und einen Austausch untereinander bieten,
- mit dem RHESA als „Moderator“ lassen sich - gerade auch trägerübergreifend und eventueller Konkurrenz zum Trotz - zwischen den teilnehmenden Kliniken Verbesserungen zum landesweiten Patientenwohl erreichen,
- ein Verbesserungsbedarf im Rettungsdienstbereich der Altmark.

Die bislang erbrachten RHESA-Ergebnisse leisten einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitspolitischen Prävention in Sachsen-Anhalt. Deshalb hat die Landesregierung im März 2017 die weitere Finanzierung des RHESA aus Landesmitteln beschlossen.

6. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung zum Aufbau von Herzinfarkt-Selbsthilfegruppen oder anderer Selbsthilfegruppen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt vor?

Die Landesregierung verfügt über keine detaillierten Kenntnisse zum Aufbau von Herzinfarkt-Selbsthilfegruppen oder anderer Selbsthilfegruppen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt. Interessierte Bürgerinnen und Bürger können sich bei Bedarf an eine der im Land Sachsen-Anhalt vorhandenen 14 Selbsthilfekontaktstellen wenden, die entsprechende Beratung und Unterstützung bei der Neugründung von Selbsthilfegruppen bieten, z. B. bei der Suche nach geeigneten Räumen für die Gruppentreffen oder bei der Beantragung von Fördermitteln. Übersichten und Kontaktdaten von Selbsthilfekontaktstellen sind unter www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) und www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/ (Arbeitskreis Selbsthilfekontaktstellen Land Sachsen-Anhalt) verfügbar.

7. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung bezüglich Behandlungs- und Unterstützungsangeboten sowie der Präventionsarbeit aus anderen Bundesländern vor?

Die Landesregierung hat keine Kenntnisse zu Behandlungs- und Unterstützungsangeboten in anderen Bundesländern. Die Präventionsarbeit nimmt in den Bundesländern einen ähnlichen Stellenwert ein wie in Sachsen-Anhalt.