

sozial bewegen

gesund leben

engagiert einmischen

gut arbeiten

# Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt

Bericht zur gesundheitlichen Lage,  
zum Arbeitsschutz und zur  
betrieblichen Gesundheitsförderung



*gesund leben*



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für  
Arbeit und Soziales

# VORWORT

---

Liebe Leserinnen und Leser,

Gesundheit ist ein hohes Gut. Insbesondere in der Arbeitswelt spielen Gesundheit und Leistungsfähigkeit entscheidende Rollen. Der vorliegende Landesgesundheitsbericht und die parallel laufende 6. Landesgesundheitskonferenz richten ihren Blick daher auf die gesundheitliche Lage der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt.

Gesundheit und Arbeit stehen in enger Verbindung. Arbeit kann unser persönliches Wohlbefinden und unsere Gesundheit nachhaltig beeinflussen – positiv und negativ. Gesunde Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nicht nur motivierter, sondern arbeiten auch effektiver. Belastungen und Stress in der Arbeitswelt können aber auch die Entstehung von Muskel- und Skeletterkrankungen, Störungen des Atmungssystems, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und von psychischen Beeinträchtigungen begünstigen. Zudem verändern sich die Arbeitsbedingungen durch den demografischen Wandel durch Flexibilisierung, Verdichtung von Arbeitsaufgaben, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schichtarbeit – mit Auswirkungen auf die Gesundheit.



Diesen Trends werden wir auf der 6. Landesgesundheitskonferenz nachgehen. Eine Diskussions- und Wissensbasis dazu liefert dieser Bericht. Er bewertet ausgewählte Daten zur Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung, zur Arbeitssicherheit und zum Arbeitsschutz in Sachsen-Anhalt sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Bericht stellt die aktuelle gesundheitliche Lage der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt dar. Darin werden folgende Trends erkennbar: immer mehr Menschen werden aufgrund psychischer Erkrankungen behandelt. Dagegen gehen die Behandlungszahlen aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen seit Jahren zurück. Dennoch liegt die Erkrankungszahl bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt nach wie vor höher als im Bundesdurchschnitt. Bei den Gründen für die hohe Betroffenheit in Sachsen-Anhalt können derzeit lediglich Vermutungen angestellt werden. Mit der Berücksichtigung herz-kreislauf-assoziierter Verhaltensweisen in den Gesundheitszielen sowie mit der Einrichtung eines Herzinfarktregisters werden die Grundlagen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und bei der Datenlage für eine Optimierung der Versorgungsstruktur gelegt.

Die Landesgesundheitskonferenz und dieser Bericht bieten eine Plattform für die Politik und Akteure der Arbeitswelt zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitswelten. Ziel muss es sein, Menschen auch gesundheitlich zu ermöglichen, bis zum Renteneintritt am Arbeitsleben teilzunehmen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und mir zahlreiche Empfehlungen von Ihnen zur weiteren Ausgestaltung des Politikfeldes Arbeit und Gesundheit.

A handwritten signature in black ink that reads "Norbert Bischoff". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Norbert Bischoff  
Minister für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt



# GESUNDHEIT DER ARBEITSFÄHIGEN BEVÖLKERUNG IN SACHSEN-ANHALT BERICHT ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE, ZUM ARBEITSSCHUTZ UND ZUR BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

---

**Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung**

**Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt**

Thomas Hering, Sophie Kreuzburg, Reinhard Nehring, Goetz Wahl

5

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen und assoziierte Diagnosen bei unter 65-jährigen in Sachsen-Anhalt**

**Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt**

Goetz Wahl, Kerstin Zeiske, Matthias Julien, Wieland K. Schulze

53

**Gesundheitsziele und Betriebliche Gesundheitsförderung für die arbeitsfähige Bevölkerung in Sachsen-Anhalt**

Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

107

**Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Sachsen-Anhalt 2013**

Günter Laux, Ulrich Bärenwald

131



# **Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Thomas Hering<sup>1</sup>, Sophie Kreuzburg<sup>2</sup>, Reinhard Nehring<sup>1</sup>, Goetz Wahl<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt

<sup>2</sup> Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Fakultät für Humanwissenschaften

<sup>3</sup> Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene



# INHALTSVERZEICHNIS

---

1. Inhaltsverzeichnis	7
2. Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	8
3. Einleitung	10
4. Methodische Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse	12
4.1 Was dieser Bericht kann	12
4.2 Was dieser Bericht nicht kann	13
5. Der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit – Eine Literaturübersicht	13
5.1 Methode	13
5.2 Ergebnis der Literaturrecherche	14
5.3 Studiendesigns	14
5.4 Kategorisierung der ausgewählten Studien	15
5.4.1 Besondere Anforderungs- und Belastungskonstellationen in - bestimmten Berufsgruppen	15
5.4.2 Stressoren am Arbeitsplatz	16
5.4.3 Interventionsprogramme	18
5.5 Zusammenfassung	18
6. Psychische Störungen – Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung	19
6.1 Häufige psychiatrische Krankenhaus-Diagnosen in Sachsen-Anhalt	19
6.2 Fallzahl psychischer Störungen in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt	22
6.3 Psychische Störungen in der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt	29
6.4 Vorzeitige Verrentungen aufgrund psychischer Störungen	33
6.5 Zusammenfassung	38
7. Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung im Kontext psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt	39
7.1 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt	39
7.2 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt	41
7.2.1 Versorgungsgrad in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt	41
7.2.2 Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Sachsen-Anhalt	41
7.2.3 Ambulante Behandlungsfälle von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt	42
7.3 Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen in Sachsen-Anhalt	42
7.4 Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren	43
7.5 Die stationäre psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt	44
7.6 Zusammenfassung	44
8. Schlussfolgerungen und erkennbare Handlungsfelder	45
8.1 Arbeit (Freizeit) und Gesundheit	45
8.2 Psychische Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung	45
8.3 Gesundheitsförderung und Prävention	47
8.4 Psychiatrische Versorgung	47
8.5 Datenlage	48
9. Literaturverzeichnis	49

# TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

Tabelle 1:	Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche	14
Tabelle 2:	Kategorien, zugeordnete Studien und Herkunftsland der Untersuchung	15
Tabelle 3:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	19
Tabelle 4:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	20
Tabelle 5:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	21
Tabelle 6:	Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland	22
Tabelle 7:	Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden	31
Tabelle 8:	Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden	32
Tabelle 9:	Entwicklung der Anzahl praktizierender Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland und Sachsen-Anhalt	43
Abbildung 1:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	23
Abbildung 2:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	24
Abbildung 3:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	25
Abbildung 4:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	25
Abbildung 5:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F31 „Bipolare affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	26
Abbildung 6:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	27
Abbildung 7:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	27
Abbildung 8:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	28
Abbildung 9:	Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011)	28
Abbildung 10:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	33

Abbildung 11:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	34
Abbildung 12:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	35
Abbildung 13:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	35
Abbildung 14:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F31 „Bipolare Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	36
Abbildung 15:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	36
Abbildung 16:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	37
Abbildung 17:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	38
Abbildung 18:	Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F43 „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011)	38
Abbildung 19:	Zunahme der Fallzahlen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von 2009 (100%) bis 2011	42
Abbildung 20:	Krankenhausbetten in der Psychiatrie nach Fachbereichen in Deutschland und Sachsen-Anhalt (Betten auf 100.000 Einwohner)	44

# EINLEITUNG

---

Die psychische Gesundheit ist nach wie vor Gegenstand der öffentlichen Diskussion und Wahrnehmung. Oft prägen dabei Meldungen über dramatische Zunahmen der Erkrankungszahlen und über immer mehr Betroffene das Medienbild. Auf wissenschaftlicher Ebene findet sich eine große Zahl an Arbeiten, in denen beispielsweise Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit in bestimmten Lebensphasen untersucht werden. Aber auch Arbeiten, in denen Maßnahmen analysiert werden, die psychische Gesundheit zu fördern, werden zahlreicher. Durch die Sozialversicherungsträger, überwiegend Krankenkassen, werden regelmäßig Berichte über die gesundheitliche Lage und auch zur psychischen Gesundheit ihrer Versicherten veröffentlicht (aktuell Barmer GEK, Bitzer, Grobe & Schwartz, 2013; Techniker Krankenkasse, Grobe, 2013). Die Länder und der Bund (Robert-Koch-Institut) erarbeiten darüber hinaus im Rahmen ihrer gesetzlichen Pflichten Gesundheitsberichte, die z.T. ebenfalls einen Schwerpunkt auf die psychische Gesundheit legen. Nicht zuletzt beziehen sich Meldungen zahlreicher Medien auf das Thema psychische Gesundheit und psychische Störungen. Auch in Sachsen-Anhalt wurde 2011 vom Statistischen Landesamt ein Sonderbericht zur psychischen Gesundheit vorgelegt (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2011). Tatsächlich weisen langfristig verfügbare Datenquellen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, zur ambulanten und zur stationären Versorgung im Zeitverlauf auf eine Zunahme der Diagnose- und Behandlungszahlen hin.

Die Arbeitswelt wird immer stärker auch in der Diskussion um die Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention und Früherkennung psychischer Störungen berücksichtigt. Jüngst wies die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in ihrem Magazin „Arbeit und Gesundheit“ darauf hin, dass es im Kontext psychischer Belastungen und Belastungsfolgen keinen Anlass zur Entwarnung gäbe. Nach wie vor seien die Anforderungen an die Beschäftigten (sehr/zu?) hoch (Becker, 2013). Dabei spielen gestern wie heute ständige Erreichbarkeit, eine hohe Arbeitsdichte, Überstunden, aber eben auch mangelnde Handlungsspielräume, wenig Rückmeldung, Intransparenz in der Führung und unzureichende Kommunikation entscheidende Rollen. Allerdings haben sich die Arbeitsbedingungen in vielen Branchen in den letzten Jahrzehnten auch verbessert. Arbeitspsychologische und arbeitsmedizinische Erkenntnisse sind in die Praxis eingeflossen. Fließband- und Akkordarbeit werden zumindest in Westeuropa immer weiter zugunsten vollständiger Arbeitsanforderungen zurückgedrängt. Die Arbeitsschutzgesetzgebung steckt zudem einen rechtlichen Rahmen für nicht gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen ab.

## **Mehr Fälle = mehr psychisch Kranke?**

Ob sich hinter der Zunahme der Behandlungszahlen auch eine Zunahme der tatsächlichen Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung verbirgt, wird kontrovers diskutiert. Jacobi (2009) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass hinter den steigenden Fall- und Diagnosezahlen bessere Rahmenbedingungen in der Versorgung und mehr psychiatrische Versorgungsangebote stehen könnten, die immer stärker in der Lage sind, den wahren, aber insgesamt über den Zeitverlauf relativ konstanten Bedarf an psychiatrischen Behandlungsleistungen zu decken. Nach dieser Interpretation wären heute nicht mehr Menschen psychisch krank als noch vor Jahren. Vielmehr scheint die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen gesunken zu sein und weiter zu sinken. Menschen fühlen sich möglicherweise immer weniger stigmatisiert, wenn sie Angebote der psychiatrischen Versorgung in Anspruch nehmen. Zudem stieg die gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Störungen in den letzten 20 Jahren kontinuierlich. In den von Jacobi (2009) näher betrachteten methodisch anspruchsvollen Übersichtsarbeiten, also Studien, die ein und dieselbe repräsentative Stichprobe über einen längeren Zeitraum mit den selben Fragen und unter Berücksichtigung und Kontrolle möglicher Störeinflüsse untersuchten, konnte im Zeitverlauf insgesamt keine stark zunehmende Prävalenz psychischer Störungen festgestellt werden. Das Bild einer zunehmenden Krankheitslast bei psychischen Störungen wird wohl auch deshalb gezeichnet, weil die psychiatrische Versorgung immer weiter dem tatsächlichen Bedarf entsprechend ausgebaut wurde (s. dazu 7.). Ausbaubedarf scheint weiter zu bestehen, da Jacobi (2009) zufolge sowohl das Angebot an ärztlichen und psychologischen Behandlungsangeboten als auch das Inanspruchnahmeverhalten dem tatsächlichen Bedarf (noch) nicht entsprechen.

## Datenlage in Deutschland

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI), in denen fortlaufend und auf methodisch hohem Niveau Gesundheitsdaten auf Grundlage einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland gewonnen werden, liegen für Deutschland mittlerweile aussagekräftige epidemiologische Daten auch zur psychischen Gesundheit vor. Mit diesen Daten lässt sich die tatsächliche Verbreitung psychischer Störungen genauer abschätzen als mit den üblicherweise für die Gesundheitsberichterstattung verwendeten Daten aus der Krankenhausstatistik, in die lediglich Fälle eingehen, bei denen psychische Störungen stationär, also in der Klinik, diagnostiziert wurden.

Im Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS-Studie) wurde mit der „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (BELLA-Studie) ein eigenes Studienmodul zur Erhebung vertiefender Informationen zur psychischen Gesundheit aufgenommen, mit der bereits in der Studie erfasste Eckdaten ergänzt werden konnten (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Etwas mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen sind danach mit einiger Wahrscheinlichkeit von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Auch in der jüngst veröffentlichten ersten Welle der DEGS-Studie wurden Indikatoren der psychischen Gesundheit aufgenommen. Eingang fanden u.a. depressive Beeinträchtigungen (Busch, Maske, Ryl, Schalck & Hapke, 2013), Schlafprobleme (Schlack, Hapke, Maske, Busch & Cohrs, 2013), chronischer Stress (Hapke, Maske, Scheidt-Nave, Bode, Schlack & Busch 2013) und riskanter Alkoholkonsum (Hapke, v. der Lippe & Gaertner, 2013). Allerdings (leider) liegen aus beiden Untersuchungen keine repräsentativen Ergebnisse für das Land Sachsen-Anhalt vor.

## Arbeit und psychische Gesundheit

Die zunehmende Sensibilisierung für sogenannte „weiche“, psychische Komponenten hat die Arbeitswelt seit langem erreicht. Das Engagement, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Unternehmen findet immer stärker Eingang in Gesundheitsstrategien von Unternehmen und wird zunehmend im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigt. Das Arbeitsprogramm 2013 bis 2018 der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) weist als Schwerpunkt zudem den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen aus (GDA, 2012). Im Arbeitsschutzgesetz wird zu den Arbeitgeberpflichten neben dem Schutz gegenüber stofflichen Gefahren auch die Gestaltung menschengerechter Arbeit gezählt (§ 2 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz). Psychische Belastungen sollen zukünftig in den Arbeitsplatz-Gefährdungsanalysen berücksichtigt werden.

Gleichwohl haben bei der Entstehung psychischer Störungen eine Reihe weitere Faktoren Einfluss. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang die genetische Prädisposition, Faktoren aus der sozialen Umwelt, besondere Entwicklungsphasen und Umbruchsituationen im Lebenslauf, Verlusterfahrungen, seelische Belastungen und einige mehr. Eine Erklärung psychischer Störungen kann aus einer neurobiologischen Perspektive (Betonung genetisch-biologischer Faktoren), einer psychodynamischen Perspektive (Betonung intrapsychischer, unbewusster Prozesse), einer kognitiv behavioralen Perspektive (Betonung von gelernten Reaktions- und Verhaltensmustern) und/oder integrativ erfolgen (Betonung komplexer Anfälligkeits-Stress-Interaktionen) (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 11). Aus einer salutogenetischen Perspektive heraus wird darüber hinaus versucht zu erklären, warum Menschen trotz hoher psychischer Belastungen bzw. biologischer Prädisposition gesund und schwingungsfähig bleiben (Antonovsky, 1997). Im Kontext der psychischen Gesundheit wird unter dem Begriff „Resilienz“ die psychische Widerstandsfähigkeit subsumiert. Dazu zählen mit Selbstwirksamkeitserwartung, Hardiness, Optimismus u.a. Faktoren, die eine erfolgreiche Belastungs- und Spannungsbewältigung unterstützen und psychische Gesundheit stabilisieren können (zum aktuellen Stand der Resilienzforschung s. Bengel & Lyssenko, 2012).

Der Bericht konzentriert sich auf die arbeitsfähige Bevölkerung und legt den Schwerpunkt in der theoretischen Einführung auf psychisch relevante Einflussfaktoren, Erlebens- und Verhaltensmuster sowie Störungen, die aus der Arbeitswelt resultieren. Die betrachtete Lebensaltersspanne zwischen 18 und 65

kann einige störungsrelevante Einflüsse außerhalb der Arbeitswelt beinhalten und ebenso Faktoren, die selbst bei extremen beruflichen Belastungen die Stressbewältigung unterstützen und die psychische Widerstandskraft stärken können. Auch hier bietet das Spektrum der Modelle psychischer Gesundheit und Störungen Erklärungsansätze, die dieser Bericht nicht vertieft. Wenn also im Anschluss zunächst Studien zu Belastungen und Ressourcen in der Arbeitswelt angeführt werden, wird damit eine einflussreiche Lebenswelt von Menschen zwischen 18 und 65 Jahren betont, unter Anerkennung relevanter Einflüsse weiterer (Lebenswelt-)Faktoren.

#### Dieser Bericht:

- weist zunächst auf die methodisch begründeten Grenzen bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse hin (s. 4),
- gibt einen Überblick über die jüngste fachwissenschaftliche Diskussion zu Arbeitsbelastungen und psychischen Beeinträchtigungen (s. 5),
- gibt bezogen auf die Bevölkerung Sachsen-Anhalts einen Überblick über das psychiatrische Fallgeschehen in der stationären Versorgung seit 2000 und vergleicht sie mit bundesweiten Trends (s. 6),
- berücksichtigt erstmals auch die Daten aus der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt (s. 6.3),
- vergleicht die Entwicklung zur vorzeitigen Verrentung aufgrund psychischer Störungen (s. 6.4) und
- gibt einen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Situation in Gesundheitsförderung, Prävention, ambulanter und stationärer psychiatrischer Versorgung in Sachsen-Anhalt (s. 7).

## 4. Methodische Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse

Basis dieses Berichts zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts sind ambulante sowie stationäre Behandlungszahlen und Daten zur vorzeitigen Verrentung. **Ein Rückschluss auf die tatsächliche psychiatrische Krankheitslast in Sachsen-Anhalt und insbesondere auf epidemiologische Trends ist auf dieser Grundlage nicht möglich.** Die vorliegenden Daten spiegeln *erstens* das ambulante Versorgungsgeschehen auf Basis von *Personen*, die im Rahmen der ambulanten Versorgung eine „F-Diagnose“ erhielten und *zweitens* die stationäre Versorgungssituation auf der Basis von *Fällen*, die in Kliniken mit einer psychiatrischen Diagnose aufgenommen und behandelt wurden. Beide Informationen unterscheiden sich: Die verwendeten Daten aus der ambulanten Versorgung *zählen Personen mit einer psychiatrischen Diagnose*. Es ist bei den ambulanten Versorgungsdaten also unerheblich, wie oft eine Person im Jahr in der ambulanten Versorgung eine psychiatrische Diagnose erhielt. Bei den stationären Daten werden *die Behandlungsfälle gezählt*. Es ist wahrscheinlich, dass *ein und dieselbe Person mit einer psychiatrischen Diagnose mehrfach stationär behandelt wurde und somit auch mehrfach als Fall in die Statistik eingeht*.

Der Bericht wertet Daten zu Indikatoren der psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aus. Bei den stationären Versorgungsdaten aus der Krankenhausstatistik liegen aussagekräftige, altersstandardisierte Daten für die Altersgruppe 25 bis 65 vor, die im folgenden Bericht betrachtet wird. Aus der ambulanten Versorgung und der vorzeitigen Rentenstatistik liegen keine altersstandardisierten Daten vor. Alle Ergebnisse werden bezogen auf eine Einwohnerkonstante (Fälle/100.000 Einwohner) dargestellt, so wird eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlich bevölkerungsstarken Regionen (z.B. Bundesländern) ermöglicht.

### 4.1 Was dieser Bericht kann

Die Datenbasis der vorliegenden Analyse ermöglicht Rückschlüsse auf die Entwicklung der stationären und ambulanten Fallzahlen sowie die vorzeitigen Verrentungen in Sachsen-Anhalt, zum Teil im Vergleich mit der Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Es ist möglich, einen Trend der Inanspruchnahme des Versorgungssystems aufgrund psychischer Störungen zu zeichnen.

## 4.2 Was dieser Bericht nicht kann

Belastbare Aussagen zur tatsächlichen Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung Sachsen-Anhalts lassen sich dagegen nicht treffen. Dazu bedürfte es einer repräsentativen bevölkerungsweiten Längsschnittstudie, die in ähnlicher Weise wie die Bevölkerungsstudien des RKI Daten erhebt und analysiert.

Aussagen zur psychiatrischen Versorgung der arbeitstätigen Bevölkerung sind ebenfalls nicht möglich. Der Bericht betrachtet die Situation der arbeitsfähigen Bevölkerung in der Altersgruppe zwischen 18 und 65 Jahren, unabhängig davon, ob sie tatsächlich einer haupt- oder nebenberuflichen Tätigkeit nachgehen. Eine differenzierte Betrachtung der Gruppen mit unterschiedlichem Beschäftigten- und Sozialstatus kann nicht erfolgen. Diese Informationen werden aus Datenschutzgründen in der Routineerfassung nicht mit erhoben bzw. gespeichert. Auch hier könnten epidemiologische Studien genaueren Aufschluss geben.

Mit den vorliegenden Daten können zudem keine potenziellen Einflüsse von Arbeitsbelastungen auf psychische Beeinträchtigungen untersucht werden. Es werden die häufigsten psychischen Störungen in Sachsen-Anhalt näher betrachtet. Dazu zählen alkoholbedingte psychische Störungen, bipolare affektive Störungen (u.a. Depressionen) sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen. Zum Teil konnten enge Zusammenhänge zwischen belastenden Rahmenbedingungen der Arbeit und psychiatrischen Symptomen, wie Depressionen und Belastungsstörungen, in verschiedenen Studien gezeigt werden (s. 5). Dieser Bericht arbeitet mit Routinedaten der Landes-Gesundheitsberichterstattung und anonymisierten ambulanten Versorgungsdaten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellt wurden. Informationen zur individuellen Belastungskonstellation in Beruf und Privatleben sind in diesen Datenquellen nicht enthalten. Daher ist es auf Grundlage dieses Berichts nicht möglich, Rückschlüsse auf berufliche (und private) Belastungssituationen zu ziehen, auch wenn die fachwissenschaftliche Diskussion beispielsweise die Verbindung zwischen besonderen beruflichen Belastungskonstellationen in der beruflichen Einstiegsphase und häufigeren stationären Fallzahlen aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen plausibel erscheinen lassen.

## 5. Der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit – Eine Literaturübersicht

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt haben in der fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung im Kontext psychischer Gesundheit, Engagement, Arbeitszufriedenheit und psychischen Beeinträchtigungen nach wie vor Konjunktur. Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz spielt eine wichtige Rolle, wenn es um krankheitsbedingte Fehlzeiten, um Leistungs- und Innovationsfähigkeit von Unternehmen sowie um individuelle berufliche Entwicklungen geht. Globalisierung und die rasche technische Entwicklung fordern von Arbeitnehmern immer mehr Flexibilität. Arbeitszeiten, Arbeitsinhalte, Doppel- und Mehrfachanforderungen und der Arbeitsort können Veränderungen unterworfen sein und stellen nicht selten erhebliche Anforderungen an die Beschäftigten.

Die folgende Zusammenfassung der aktuellen Literatur systematisiert die aktuellen (arbeits- und organisationspsychologischen) Diskussionslinien. Sie knüpft an jüngere (Übersichts-) Arbeiten zu diesem Thema an, die u.a. die Bedeutung von Organisationsklima für Stress, Stresserleben und Gesundheit untersuchten (u.a. Hering, Beerlage & Kleiber, 2010 auf Basis von Hering 2009). Das folgende Review fasst die Ergebnisse von (Übersichts-) Arbeiten zur Bedeutung von Arbeitsbedingungen für die psychische Gesundheit aus den Jahren 2007 bis 2013 zusammen.

### 5.1 Methode

Im Juli und August 2013 wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PsychINFO und PubMed durchgeführt, die durch eine Handsuche in deutschsprachigen Fachzeitschriften ergänzt wurde. Ausgewählt wurden Studien, die zwischen Januar 2007 und März 2013 veröffentlicht wurden. Als **Studientypen** wurden prospektive Längsschnittstudien, Querschnittstudien, qualitative Studien sowie systematische

Reviews und Metaanalysen in der Recherche berücksichtigt. Es kamen sowohl Studien in Frage, welche **Maßnahmen** untersuchen, um Stress und psychischen Belastungsfolgen zu begegnen bzw. Vorsorge zu treffen, aber auch Studien, in denen die mentale Gesundheit von Arbeitnehmern/innen im Zusammenhang mit ihrem Beruf und ihren Arbeitsbedingungen untersucht wurden. **Zielgruppe** dieser Recherche waren Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr. Die Recherche erfolgte mit den Suchtermen „work“ „job stress“, „outcome“, „psych\*“, „posttraumatic stress“, „major depression“ und „mental disorders“. Nicht berücksichtigt wurden Studien, die „cancer“, „pregnancy“, „war“, „soldiers“ und „veterans“ als Schlagworte, in den Titeln oder Abstracts enthielten. In den deutschen Fachzeitschriften wurde mit den Begriffen „Job“ und „Gesundheit“ recherchiert. Insgesamt ergab die Recherche in PsychINFO 611 und die in PubMed 163 Treffer.

Die Einschätzung der Relevanz der Studien für die Fragestellung dieses Reviews erfolgte anhand des Titels, des Abstracts und abschließend unter Zugriff auf die Volltexte, sofern die Studien anhand des Titels und Abstracts relevant waren. Tabelle 1 zeigt das Vorgehen bei der Literaturrecherche.

**Tabelle 1: Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche**

Begriffe	spezifische Begriffe	Studiendesign	Ausschluss von
work, job, stress	posttraumatic stress	longitudinal study	cancer
psych*	depression	treatment	pregnancy
outcome	mental disorder	prospective study	war
		cross sectional study	soldiers
		qualitative study	veterans

Anmerkung: Die Schlüsselbegriffe innerhalb der Spalten wurden mit „UND“ verknüpft und die ausgesonderten Begriffe mit „NICHT“.

## 5.2 Ergebnis der Literaturrecherche

18 Studien der Rechercheergebnisse waren relevant. Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die sich auf psychische Belastungen und Beeinträchtigungen außerhalb der Arbeitswelt und im Kontext militärischer Einsätze bezogen. Fünf der 18 Studien lassen sich in die Kategorie Berufe mit besonderen Anforderungen (z.B. Pflegekräfte) einordnen. Untersucht wurden hier die besonderen Belastungskonstellationen und ihre Folgen z.B. in Pflegeberufen. Zwei Studien untersuchen Gesundheits- oder Interventionsprogramme im Kontext psychischer Gesundheit. Die restlichen elf Studien betrachteten den Einfluss von Rahmenbedingungen der Arbeit auf die mentale Gesundheit. Theoretische Basis der betrachteten Studien sind Annahmen des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Launier, 1981) und seinen Erweiterungen für die Arbeitswelt: dem Job Demand Control (Support) Model“ (Karasek & Theorell, 1990), der Job Demand Resources Theory (Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) sowie dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2000). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Kategorien, die zugeordneten Studien und die Staaten, in denen die Untersuchungen durchgeführt wurden. Die berücksichtigten Studien wurden hauptsächlich in Ländern des westlichen Kulturkreises durchgeführt.

## 5.3 Studiendesigns

Die Studien untersuchten zwischen 195 und 3735 Teilnehmer/innen. Vier Studien waren prospektive Längsschnittstudien, also Studien, die eine Diskussion von Ursache-Wirkungsbeziehungen zulassen. Jeweils sieben Studien waren Querschnittsuntersuchungen sowie systematische Reviews und Übersichtsarbeiten.

**Tabelle 2: Kategorien, zugeordnete Studien und Herkunftsland der Untersuchung**

Studie und Studienkategorie	Land
<b>Besonderer Anforderungs- und Belastungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen:</b>	
Mausbach et al. (2012) (Längsschnittstudie)	USA
Nienhaus et al. (2012) (Review)	Deutschland
Platt et al. (2012) (Review)	UK
Mealer et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Jenull-Schiefer et al. (2007) (Querschnittstudie)	Österreich
<b>Arbeitsstress, -belastungen und ihre Folgen:</b>	
Schütte et al. (2013) (Review)	Deutschland
Bhui et al. (2012) (Review)	UK
Balducci et al. (2011) (Querschnittstudie)	Italien
Henderson et al. (2011) (Review)	UK
Schneider et al. (2011) (Querschnittstudie)	Deutschland
Smith et al. (2011) (Längsschnittstudie)	Kanada
Kendall et al. (2009) (Querschnittstudie)	Australien
Rospenda et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Simmons et al. (2009) (Querschnittstudie)	USA
Sanderson et al. (2008) (Längsschnittstudie)	Australien
Siegrist et al. (2008) (Review)	Deutschland
<b>Interventionsprogramme:</b>	
Czabala et al. (2011) (Review)	Polen
Bergström et al. (2008) (Längsschnittstudie)	Schweden

## 5.4 Kategorisierung der ausgewählten Studien

### 5.4.1 Besondere Anforderungs- und Belastungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen

Fünf Publikationen beziehen sich auf besondere Anforderungskonstellationen in bestimmten Berufsgruppen (insbesondere in Pflegeberufen). Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen den spezifischen Arbeitsbelastungen und der psychischen Gesundheit hin. In einer Längsschnittstudie bei 116 Betreuern/innen von Alzheimerpatienten/innen untersuchten Mausbach, Chattillion, Roepke, Ziegler, Milic, Känel, Dimsdale, Mills, Patterson, Allison, Ancolilsrael und Grant (2012) eine Verbindung zwischen Stress, depressiven Symptomen, der Zufriedenheit in der Freizeit und kardiovaskulären Risiken (Indikator: Endothelfunktion einer Armarterie, die Hinweise auf arteriosklerotische Veränderungen geben kann). Erwartungsgemäß sind kardiovaskuläre Risiken größer, wenn langfristig Stress erlebt wird. Entgegen den Erwartungen beeinflussen Stressfolgen, wie z.B. Depressionen, das kardiovaskuläre Risiko kaum. Eine hohe Lebenszufriedenheit ist mit geringeren kardiovaskulären Risiken verbunden.

Kardiovaskulären Stressfolgen könnte durch Aktivitäten zur Steigerung der Lebenszufriedenheit entgegen gewirkt werden.

Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum und Moss (2009) untersuchen das Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Burnout bei Pflegekräften. 332 Pflegekräfte wurden befragt. Bei 59 Pflegekräften fanden sich sowohl Symptome einer PTBS als auch von Burnout. 217 Krankenschwestern zeigten Zeichen von Burnout, ohne PTBS Symptome. Bei nur 46 Pflegekräften fanden sich weder PTBS noch Burnout-Symptome. PTBS und Burnout hatten erwartungsgemäß ungünstige Auswirkungen auf das Arbeits- und Privatleben.

Zwei weitere Studien untersuchten Altenpflegekräfte. Nienhaus, Westermann und Kuhnert (2012) gingen in ihrem Review Risikofaktoren für Burnout und für die Leistungsfähigkeit in der stationären Altenpflege nach. Zeitdruck, Unzufriedenheit mit der hierarchischen Struktur des Unternehmens, eine intransparente Kommunikation mit den Vorgesetzten, wenig Anerkennung, geringe Handlungsspielräume, Rollenkonflikte waren dabei die entscheidenden Burnouttrisiken. Es wurde zudem deutlich, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit mit mehr Leistungsfähigkeit verbunden ist. Einen schwachen Einfluss auf Burnout und Leistungsfähigkeit hatten dagegen Einkommen, Schichtarbeit oder außerberufliche Aktivitäten.

Jenull-Schiefer, Brunner, Ofner und Mayring (2007) untersuchten in einer Querschnittstudie berufliche Belastungen von Pflegekräften aus verschiedenen Ländern und Kontinenten. 195 examinierte Pflegekräfte wurden befragt. Die Pflegekräfte wurden hinsichtlich ihrer Nationalität, den Modellen ihrer Ausbildung und anhand verschiedener Belastungsschwerpunkte, sowie ihrem Gesundheitsverhalten und ihrem Umgang mit starken Belastungen verglichen. Lange Arbeitszeiten, der Mangel an Personal, ungenügende Zeit für pflegerische Tätigkeiten und die regelmäßige Konfrontation mit menschlichem Leid, hängen unabhängig von der Herkunft zusammen mit weniger psychischer Gesundheit bei Pflegekräften. Belastete Pflegekräfte ernähren sich zudem seltener vollwertig, sind weniger körperlich aktiv, rauchen häufiger und trinken mehr Kaffee.

#### **5.4.2 Stressoren am Arbeitsplatz**

Insgesamt elf Publikationen befassten sich mit der Bedeutung von arbeitsbezogenem Stress für die psychische Gesundheit. Als Einflussfaktoren wurden u.a. sexuelle Belästigung, Monotonie, Mobbing am Arbeitsplatz und eine belastende psychosoziale Arbeitsumgebung betrachtet.

Schneider, Grebner, Schnabel, Hampel, Georgi und Seidler (2011) beschäftigten sich mit dem Einfluss von Arbeitsbedingungen auf das Suizidrisiko. 559 Teilnehmer/innen wurden mit teilstrukturierten Interviews befragt. Die Studienteilnehmer waren arbeitslos, frühverrentet, Hausfrauen oder in einer unbefriedigenden Tätigkeit. Die Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, (Früh)-Pensionierung, dem Hausfrauenstatus und einem höheren Suizidrisiko hin. Belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen, monotone Arbeit, hohe Verantwortung und enger Kundenkontakt standen ebenfalls in Verbindung mit einem höheren Suizidrisiko. Unterstützende Arbeitsbedingungen sind dagegen mit einem geringen Suizidrisiko verbunden.

Die Untersuchung von Sanderson, Nicholson, Graves, Tilse und Oldenburg (2008) befasst sich mit dem Einfluss von Funktionseinschränkungen (nach Internationaler Klassifikation von Funktionsstörungen, Behinderung und Gesundheit – ICF) auf Zusammenhänge zwischen dem psychosozialen Arbeitsumfeld, Depressionen, Angstzuständen, der körperlichen Aktivität und der krankheitsbedingten Fehlzeiten. In der Längsschnittstudie wurden 204 Mitarbeiter zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten befragt. Krankschreibungen und eine belastende Arbeitsumgebung stehen in Verbindung mit Depressionen oder Angstzuständen nach sechs Monaten. Einschränkungen der Funktionsfähigkeit nach ICF waren mit Depressionen und Angst assoziiert, stellten im Arbeitskontext allerdings keinen relevanten Risikofaktor dar für psychische Beeinträchtigungen.

Smith und Bielecky (2011) untersuchten bei 3735 kanadischen Arbeitnehmern/innen Risiken von Veränderungen in der psychosozialen Arbeitsumgebung für die Entstehung von Depression. Die Ergebnisse der

Längsschnittstudie zeigen, dass Veränderungen von Anforderungen und Handlungsspielräumen einen weniger großen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben als Veränderungen im psychosozialen Umfeld.

Eine weitere Studie von Kendall und Muenchberger (2009) untersuchte gesundheitliche Auswirkungen von Stress und sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz bei 630 Studienteilnehmern/innen. 60 Teilnehmer/innen fühlten sich stark durch Stress am Arbeitsplatz belastet und 570 waren gering belastet. Deutlich wurde, dass gestresste Arbeiter weniger soziale Unterstützung erlebten und zudem weniger psychisch gesund waren als Befragte mit geringer Stressbelastung. Durch Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz konnte Stress reduziert und die psychische Gesundheit stabilisiert werden.

Den Auswirkungen des Wandels der Arbeitswelt gingen Schütte und Köper (2013) nach. Depressionen, Burnout, Ermüdung, Sättigung, Monotonie, erhöhter Drogenkonsum, Rauchen und erhöhter Alkoholkonsum werden als Folgen dieses Wandels diskutiert. Hingewiesen wird zudem auf die zunehmende Bedeutung affektiver Störungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, insbesondere von Depressionen.

Psychoziale Stressfaktoren am Arbeitsplatz und ihr Einfluss auf Angstzustände, depressive Störungen und Suizid untersuchten ebenfalls Dinos, Stansfeld und White (2012). Anhand ihres Reviews (499 Primärstudien, 11 Metaanalysen, 23 systematische Reviews und 12 narrative Berichte) gingen sie auch der Frage nach der Wirksamkeit von Interventionen nach. Durch eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und das Ermöglichen körperlicher Aktivität konnten Fehlzeiten reduzieren und die psychische Gesundheit verbessert werden.

Henderson, Harvey, Overland, Hotopf und Mykletun (2011) gingen in ihrem Review Zusammenhängen zwischen psychischer Gesundheit, Fehlzeiten und Produktivität nach. Sie weisen auf das hohe Risiko vorzeitiger Verrentung durch psychische Störungen hin. Strategien zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Störungen werden beschrieben. Es wird deutlich, dass mit einer effektiven Eingliederung die Fehlzeitenquote und das Risiko für Depressionen gesenkt werden konnten.

Die psychosoziale Arbeitsumgebung und das Risiko für depressive Symptome zwischen Arbeitern im Niedriglohnsektor und Arbeitern mit einem hohen Verdienst verglichen Simmons und Swanberg (2009). Zudem interessierte der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit, psychischen Anforderungen und der psychischen Gesundheit. Die Ergebnisse weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und depressiven Symptomen bei Niedriglohnarbeitern/innen hin. Arbeitnehmer mit höherem Einkommen hatten dann depressive Symptome, wenn sie mit hohen psychischen Arbeitsanforderungen konfrontiert waren und sie keine oder unzureichende Rückmeldung zu ihrer Arbeit bekamen.

Auch Siegrist und Dragano (2008) betrachteten die Auswirkungen psychosozialer Belastungen und Erkrankungsrisiken u.a. von prekär Beschäftigten. Danach ist das Risiko für stressassoziierte und kardiovaskuläre Erkrankungen bei großen Arbeitsbelastungen erhöht. Chronische Stressreaktionen resultieren u.a. aus Arbeitsplatzunsicherheit, Leih und Zeitarbeit, neuer Selbstständigkeit, befristeten Arbeitsverträgen, geringen Entscheidungsspielräumen, Fließbandarbeit und geringer sozialer Unterstützung.

Die Studie von Balducci, Fraccaroli und Schaufeli (2011) ging bei 609 Beschäftigten dem Zusammenhang zwischen Mobbing und PTBS-Symptomen nach. Mobbing in Organisationen kann über einen längeren Zeitraum danach offenbar schwere psychische Beeinträchtigungen begünstigen. Es konnte gezeigt werden, dass Mobbing den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und PTBS vermittelt. Werden Ressourcen der Arbeit, wie kollegiale Unterstützung und Entscheidungsspielräume wahrgenommen, war der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Mobbing weniger eng.

Die psychischen Auswirkungen sexueller Belästigungen und Diskriminierungen am Arbeitsplatz untersuchten Rospenda, Shannon und Richman (2009) in ihrer Studie bei 2151 Arbeitnehmer/innen. Frauen berichteten häufiger als Männer von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Arbeitnehmer/innen mit schwarzer Hautfarbe erlebten häufiger Diskriminierung als ihre weißen Kollegen/innen. Auch diese Studie weist auf Verbindungen zwischen Arbeitsbedingungen, Diskriminierung und Belästigung mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und vermehrten Alkoholkonsum hin.

Die Ergebnisse der jüngeren Studien zeigen Zusammenhänge zwischen den Rahmenbedingungen der Arbeit und der psychischen Gesundheit von Beschäftigten auf. Immer häufiger finden sich Längsschnittstudien, u.a. auch zur Überprüfung der Wirksamkeit von arbeitsweltbezogenen Interventionen, die eine Verbesserung der psychischen Gesundheit zum Ziel haben. Depressionen, Burnout und Alkoholkonsum sind demnach neben Posttraumatischen Belastungsstörungen häufig betrachtete Belastungsfolgen in der jüngeren Forschung.

### 5.4.3 Interventionsprogramme

Zwei Veröffentlichungen betrachten Interventionsprogramme zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. Bergström, Björklunda, Fried, Lisspers, Nathell, Helander und Bodin (2008) untersuchten in ihrer Längsschnittstudie die Wirksamkeit eines umfassenden arbeitsbezogenen Gesundheitsprogramms bei Mitarbeiter/innen in vier schwedischen Unternehmen. Das Programm zielt ab auf die Senkung der Raucherquote, Förderung eines gesundheitsförderlichen Bewegungsverhaltens, mehr Lebensqualität und Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten. Positive Effekte fanden sich nicht in allen Unternehmen, am ehesten gelang die Senkung der Raucherquote und die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Eine Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten konnte dagegen nur in einem Unternehmen erreicht werden.

In einem systematischen Review gingen Czabala, Charzynska und Mroziak (2011) der Frage nach der Effektivität und der Wirkung von Interventionsprogrammen in der Arbeitswelt zur Stressbewältigung, Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Stärkung der psychischen Gesundheit und der Reduktion von Fehlzeiten nach. Betrachtet wurden 99 Outcome-Variablen. Anhand methodisch anspruchsvoller und aussagekräftiger Studien konnte ein positiver Effekt der zahlreichen untersuchten Interventionsprogramme auf etwa die Hälfte der untersuchten gesundheitlichen Faktoren gefunden werden.

## 5.5 Zusammenfassung

Rahmenbedingungen der Arbeit haben erwartungsgemäß Einfluss auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten. Welche Bedeutung bestimmte Rahmenbedingungen der Arbeit haben und welche psychischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Arbeit diskutiert werden, wurde anhand des aktuellen Forschungsstands skizziert. Dazu wurden im Juli und August 2013 Literaturrecherchen in den Fachdatenbanken PubMed und PsychInfo, ergänzt von Handsuchen in deutschsprachigen Fachzeitschriften, durchgeführt. Berücksichtigt wurden Veröffentlichungen zwischen 2007 und 2013. Insgesamt waren 18 Publikationen relevant. In der Mehrzahl handelt es sich um Querschnittsstudien (7), die keine Ursache-Wirkungsdiskussion zulassen. Vier Studien waren prospektive Untersuchungen, die Ursache-Wirkungsaussagen zulassen. Berücksichtigt wurden ebenso sieben systematische Reviews zum Themenfeld. Die ausgewählten Studien lassen sich nach folgenden Kategorien zuordnen: Zwei Studien beziehen sich auf gesundheitsfördernde Programme und Interventionen, zur Reduktion psychischer Belastungen in der Arbeitswelt. Weitere fünf Untersuchungen befassten sich mit Berufen, die besonderen Anforderungen an ihre Mitarbeiter stellen (z.B. Pflegeberufe). Elf Studien untersuchen unterschiedliche Stressoren am Arbeitsplatz. Die Studien basieren auf dem relationalen Stressmodell (Lazarus & Launier, 1981) und seinen arbeitsweltbezogenen Ergänzungen (Job-Demand-Control-(Support)-Model, Karasek & Theorell, 1990; Gratifikationskrisenmodell, Siegrist, 2000; Job-Demands-Resources-Theory, Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

In den Ergebnissen zeigt sich, welches Risiko von Belastungen und Stress in der Arbeitswelt insbesondere für die Entwicklung von Burnout, Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen und zum Teil auch für schädlichen Alkoholkonsum (s. Rospenda, Shannon & Richman, 2009; Schütte & Köper, 2013) ausgeht. Diese Krankheitsbilder werden in der weiteren Analyse in dieser Arbeit näher betrachtet. Anhand der Studien wird entsprechend der arbeitspsychologischen und -medizinischen Diskussion ein Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen der Arbeit und der psychischen Gesundheit erkennbar.

Bei der Entstehung psychischer Störungen sind nicht nur Einflüsse der Arbeitswelt relevant. Mit dem Blick auf den jüngeren Forschungsstand zu Arbeit und Gesundheit wurden daher lediglich ein Ausschnitt und

eine der bedeutenden Lebenswelten im Erwachsenenalter betrachtet. Gleichwohl spielt Arbeit eine besondere Rolle, weil sie identitäts- und sinnstiftend ist, die Existenz sichern sollte, ein wesentliches Feld der sozialen Integration darstellt und nicht zuletzt eine bedeutende Tages-Strukturkomponente ist. Dennoch wurde eingangs bereits darauf hingewiesen, dass die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen ein multifaktorieller Prozess ist, der auch von der Arbeitswelt, aber gleichfalls von der individuellen Biografie, neurobiologischen Aspekten sozialen Umfeldfaktoren, von Privatleben und Familie beeinflusst wird. Das heißt, ob jemand psychisch krank wird oder trotz Belastungen gesund bleibt entscheidet sich nicht allein, aber auch in der Arbeitswelt.

## 6. Psychische Störungen – Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung

### 6.1 Häufige psychiatrische Krankenhaus-Diagnosen in Sachsen-Anhalt

Sieben der zehn häufigsten psychiatrischen Diagnosen bei 25-45-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt stehen mit einem gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol in Verbindung. Verglichen mit Gesamtdeutschland ist die stationäre Fallzahl in Sachsen-Anhalt bei Männern in dieser Altersgruppe teilweise deutlich höher. Beachtlich ist insbesondere die vergleichsweise hohe stationäre Fallzahl in der Diagnosegruppe F10.4 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir), die auf ein erhebliches Alkoholabhängigkeitsgeschehen in Sachsen-Anhalt hinweist. Auch verglichen mit der männlichen Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren sind in der betrachteten Altersgruppe auf eine Einwohnerkonstante deutlich mehr Fälle in dieser Diagnosegruppe zu verzeichnen.

**Tabelle 3:** Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, männlich, 25-45-jährige, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	369	331 (1)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	324	212 (2)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	198	136 (4)
4	F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	60	140 (3)
5	F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	42	121 (5)
6	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	39	86 (6)
7	F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	32	17 (11)
8	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	28	65 (7)
9	F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	22	20 (10)
10	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	17	9 (16)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungstands, Statistisches Bundesamt

 >10% über Bundesdurchschnitt

 >10% unter Bundesdurchschnitt

Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F19.2) oder Opioide (F11.2) sind zwar unter den zehn häufigsten psychiatrischen Krankenhausdiagnosen, aber bei weitem nicht so verbreitet, wie im Bundesdurchschnitt. Depressionen sind in Sachsen-Anhalt ebenfalls unter den zehn häufigsten Krankenhausdiagnosen bei Männern zwischen 25 und 45, haben aber bezogen auf 100.000 Einwohner nicht die selbe Bedeutung wie bei Männern der Altersgruppe in Deutschland insgesamt (Tabelle 3).

**Tabelle 4:** Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, weiblich, 25-45-jährige, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	96	111 (2)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	93	81 (4)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	52	41 (5)
4	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	52	119 (1)
5	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	51	109 (3)
6	O99.3 Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	36	26 (8)
7	F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	15	38 (7)
8	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	13	19 (9)
9	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	11	10 (10)
10	F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	10	39 (6)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt  
 >10% über Bundesdurchschnitt      >10% unter Bundesdurchschnitt

Auch bei Frauen zwischen 25 und 45 sind psychische Störungen aufgrund von Alkohol- und Substanzmissbrauch in Sachsen-Anhalt häufig. Sechs von zehn der häufigsten psychischen Störungen sind bei Betrachtung der Krankenhausfälle auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. Dabei sind im Vergleich mit Zahlen aus Gesamtdeutschland insbesondere Störungen aufgrund eines akuten Rauschs und wegen Entzugerscheinungen in Sachsen-Anhalt häufiger. Zudem sind in Sachsen-Anhalt psychische Störungen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkomplizieren, bei Frauen zwischen 25 und 45 häufiger als dies bundesweit der Fall ist. Depressionen finden sich zwar unter den zehn häufigsten Krankenhausdiagnosen, allerdings in geringerem Ausmaß als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 4).

In der Gruppe der 45 bis 65-jährigen Männer stehen 5 der 10 häufigsten psychiatrischen Diagnosen im Krankenhaus in Sachsen-Anhalt mit einem gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol in Verbindung. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt sind die Zahlen in Sachsen-Anhalt deutlich höher. Drogenkonsum spielt bei Männern dieser Altersgruppe beim psychiatrischen Krankenhausfällen in Sachsen-Anhalt eine geringere Rolle und ist nicht unter den zehn häufigsten Fällen zu finden (in Deutschland mit 23 Fälle psychische Störungen durch multiplen Substanzmissbrauch (F19.2) bzw. durch den Konsum von Opioiden (F11.2) auf 100.000 Einwohner). Depressive Störungen finden sich zwar unter den zehn häufigsten Diag-

nosen, sie sind aber verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland deutlich seltener in dieser Altersgruppe.

**Tabelle 5:** Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, **männlich, 45-65-jährige**, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	515	482 (1)
2	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	433	236 (2)
3	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	321	221 (3)
4	F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	66	39 (6)
5	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	46	99 (5)
6	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	43	106 (4)
7	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	37	26 (7)
8	F10.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	28	13 (10)
9	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	10	11 (13)
10	F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	10	10 (15)

Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt

 >10% über Bundesdurchschnitt  >10% unter Bundesdurchschnitt

Auch bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren sind vier psychiatrische Diagnosen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch bzw. den Missbrauch psychotroper Substanzen unter den zehn häufigsten psychiatrischen Diagnosen in Sachsen-Anhalt. Dennoch zeigt sich verglichen mit den auf Gesamtdeutschland bezogenen Zahlen eine geringere Fallhäufigkeit bei der Mehrzahl der häufigen Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt bezogen auf 100.000 Einwohner.

**Tabelle 6:** Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt im Vergleich mit Deutschland (Krankenhausfälle 2011, weiblich, 45-65-jährige, Fälle auf 100.000 Einwohner, altersstandardisiert)

Rang		Sachsen-Anhalt	Deutschland
1	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	118	175 (1)
2	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	89	166 (2)
3	F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	83	80 (4)
4	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	69	114 (3)
5	F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	65	68 (5)
6	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	21	18 (7)
7	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	14	20 (6)
8	F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	13	14 (10)
9	F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	10	16 (8)
10	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	10	15 (9)

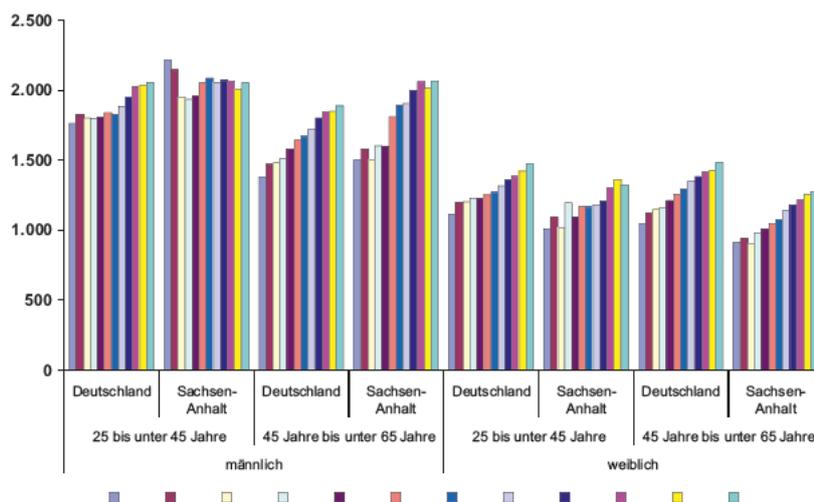
Quelle: gbe-bund.de, Krankenhausstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungstands, Statistisches Bundesamt  
 >10% über Bundesdurchschnitt       >10% unter Bundesdurchschnitt

## 6.2 Fallzahl psychischer Störungen in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt

Ausgehend von der Krankenhausstatistik erfolgt eine Betrachtung der Fallzahlen in der stationären Versorgung bei psychischen Störungen. Dabei werden Vergleiche zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt, zwischen den Altersgruppen 25 bis 45 sowie 45 bis 65 und zwischen Männern und Frauen vorgenommen. Basis sind nicht die absoluten Fallzahlen, sondern altersstandardisierte Zahlen bezogen auf eine Einwohnerkonstante (Fälle auf 100.000 Einwohner, s. 4). Dies ermöglicht erstens einen Vergleich zwischen Regionen mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen. Denn nachvollziehbarer Weise ist die absolute Erkrankungszahl in einer 80 Millionen Menschen umfassenden Bevölkerungsgruppe (Deutschland) deutlich größer als in einer Region mit etwas über 2 Millionen Menschen (Sachsen-Anhalt). Zweitens sind die Risiken für Krankheiten in den unterschiedlichen Altersgruppen unterschiedlich verteilt. Fallzahlvergleiche zwischen unterschiedlich „alten“ Regionen würden daher zu falschen Schlüssen führen. Zunächst erfolgt die Gesamtbetrachtung der Fallzahlentwicklung aller psychischen Störungen in der stationären Versorgung. Im Anschluss werden ausgehend davon ausgewählte psychische Störungen betrachtet, die entweder in enger Verbindung mit der Berufstätigkeit diskutiert werden (Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen) bzw. die in der Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung erfahrungsgemäß eine große Bedeutung haben (psychische Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch, dem Missbrauch psychotroper Substanzen und von Opiaten).

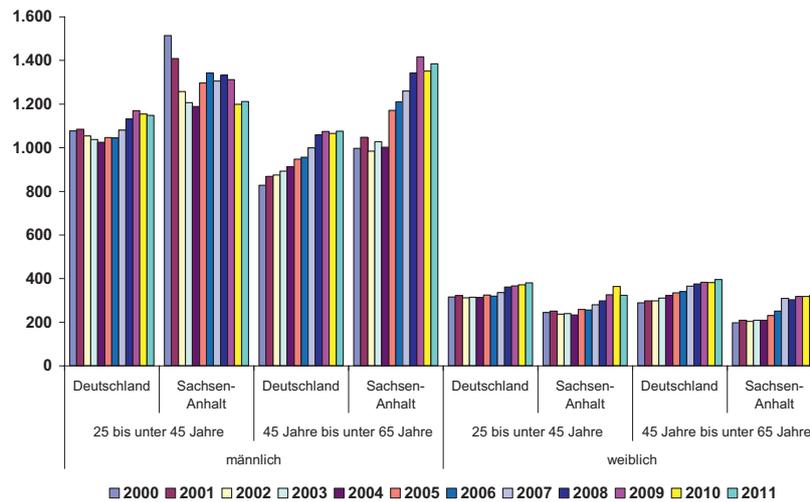
**Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F00 bis F99 (Psychische und Verhaltensstörungen).** Bundesweit stiegen die Fallzahlen psychischer Störungen in der stationären Versorgung in der Gesamtbetrachtung der ICD-10 Diagnosegruppe F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Zeitraum von 2000 bis 2011 kontinuierlich an. In der Gruppe der 45 bis 65-jährigen ist der Anstieg ausgeprägter als in

der jüngeren Altersgruppe der 25 bis 45-jährigen. Bei Männern zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt stagnieren die Zahlen seit 2005 auf nahezu unverändert hohem Niveau von etwas über 2.000 Fällen auf 100.000 Einwohner, vergleichbar hoch, wie auf Bundesebene. In der gesamten Diagnosegruppe liegen die stationären Fallzahlen bei den Männern sowohl auf Bundesebene als auch in Sachsen-Anhalt, deutlich über denen der Frauen (s. aber 6.3, Tabelle 7). Ein Grund dafür sind die sehr hohen Fallzahlen bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und psychotrope Substanzen, die gut drei Viertel der psychiatrischen Krankenhausfälle bei Männern sowohl bundesweit als auch in Sachsen-Anhalt ausmachen. Ein weiterer Trend wird beim Vergleich der Geschlechter deutlich: Während die stationären Fallzahlen bei psychischen Störungen bei Männern aus Sachsen-Anhalt in den beiden betrachteten Altersgruppen im gesamten Zeitverlauf über dem deutschen Durchschnitt lagen, liegen die Zahlen der Frauen aus Sachsen-Anhalt im selben Zeitraum stets etwas unter dem Bundesdurchschnitt, wobei sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt die Fallzahlen auch bei den Frauen kontinuierlich steigen (Abbildung 1).



**Abbildung 1:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

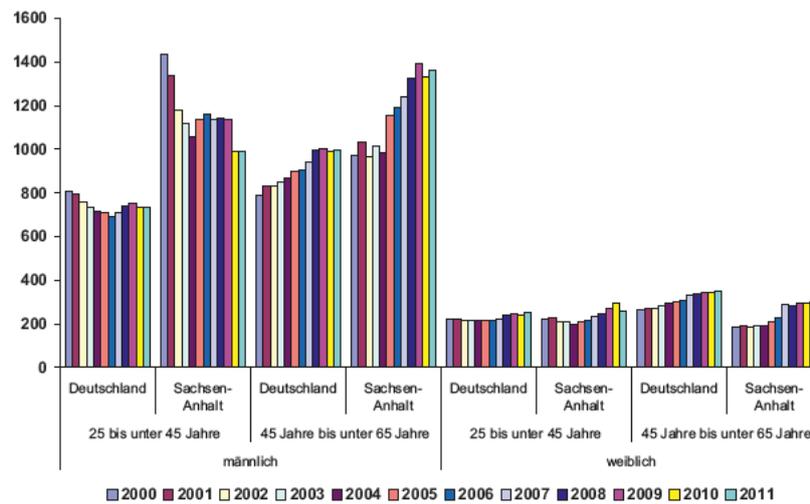
Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F10 bis F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Männer beider betrachteten Altersgruppen dominieren in dieser Diagnosegruppe die stationären Fälle. Bundesweit hat die stationäre Fallzahl in den betrachteten Altersgruppen leicht zugenommen. Der Anstieg bei Männern zwischen 45 und 65 Jahren ist dabei besonders ausgeprägt. Sachsen-Anhalt nimmt seit Jahren eine Spitzenposition bei den psychischen Störungen aufgrund psychotroper Substanzen bei den Männern ein. Insbesondere die alkoholbedingten psychischen Störungen dominieren in dieser Diagnosegruppe. Sachsen-Anhalt hat auch aus diesem Grund ein Gesundheitsziel formuliert, das auch auf eine Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden fokussiert. In der Altersgruppe der 25 bis 45-jährigen Männer kann gegen den Bundestrend seit 2000 ein leichter Rückgang bzw. eine Stagnation bei den stationären Fallzahlen in der betrachteten Diagnosegruppe beobachtet werden. Dagegen hat die stationäre Fallzahl in der Gruppe der 45-65-jährigen Männer in der betrachteten Diagnosegruppe sehr viel deutlicher zugenommen als im Bundesdurchschnitt. Männer zwischen 45 und 65 werden zudem in Sachsen-Anhalt weitaus häufiger als im gesamtdeutschen Schnitt aufgrund von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen im Krankenhaus behandelt. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um alkoholbedingte Störungen (s. dazu Abbildung 3). Frauen erhalten in der stationären Versorgung dagegen deutlich seltener als Männer die Diagnose psychische Störungen durch psychotrope Substanzen. Verglichen mit den Zahlen auf Bundesebene sind Frauen zwischen 25 und 65 in Sachsen-Anhalt etwas seltener wegen Störungen durch psychotrope Substanzen in stationärer Behandlung. Allerdings ist in den beiden betrachteten Altersgruppen in Sachsen-Anhalt eine stärkere Fallzahlzunahme zu beobachten als im bundesweiten Vergleich.



**Abbildung 2:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

**Stationäre Fallzahlen in der ICD-10 Diagnosegruppe F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol).** Das Krankheitsgeschehen in der Diagnosegruppe F10 bis F19 ist geprägt von psychischen Störungen durch Alkohol. Bei der Entwicklung der stationären Fallzahlen in dieser Diagnosegruppe fällt ein Unterschied zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen auf. Bei den 25 bis 45-jährigen Männer stagniert die stationäre Fallzahl in Deutschland auf hohem Niveau. Zugleich wird ein Rückgang der Fallzahlen in Sachsen-Anhalt sichtbar, wenn auch hier 2011 noch deutlich mehr Männer aufgrund von psychischen Störungen durch Alkohol stationär behandelt wurden (2011 Bund: 733; 2011 ST: 991 jeweils Fälle/100.000 Einwohner). Dagegen steigen die Fallzahlen bei Männern über 45 Jahren in dieser Diagnosegruppe deutschlandweit kontinuierlich an. Noch viel deutlicher ist diese Zunahme in Sachsen-Anhalt ausgeprägt (2000 ST: 974; 2011 ST: 1.361; 2000 Bund: 791; 2011 Bund: 1004 jeweils Fälle/100.000 Einwohner). Möglicherweise hat sich der kritische Alkoholkonsum in jüngeren Jahren nun als massive Sucht etabliert. Eventuell erreichten die eingeleiteten Präventionsbemühungen zur Senkung alkoholbedingter Krankheits- und Sterbefälle jüngere Männer eher als die über 45-jährigen bzw. könnten sie bei den unter 45-jährigen wirksamer sein.

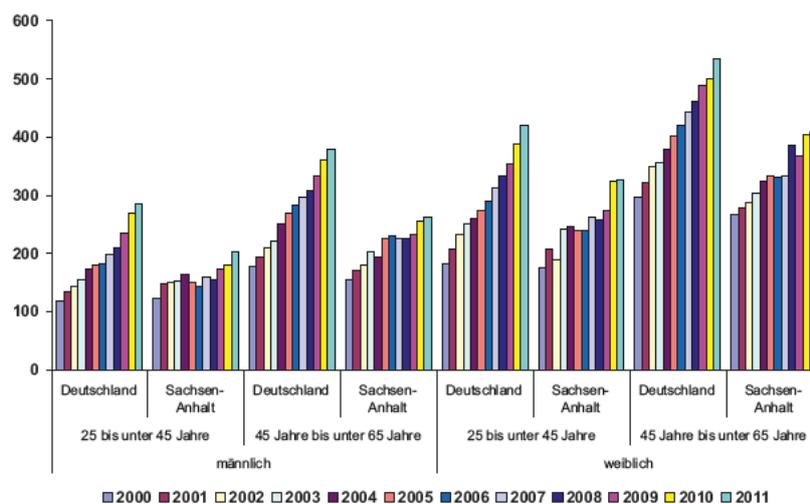
Frauen werden dagegen deutlich seltener aufgrund psychischer Störungen durch Alkohol stationär behandelt. Eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen betrifft aber auch bei den Frauen insbesondere die Gruppe der 45 bis 65-jährigen (2000 Bund: 260; 2011 Bund: 345; 2000 ST: 184; 2011 ST: 293). Auch hier ist der Anstieg der Fallzahlen in Sachsen-Anhalt ausgeprägter als auf Bundesebene, wenngleich auch 45-65-jährige Frauen in Sachsen-Anhalt noch insgesamt seltener aufgrund einer F10-Diagnose stationär behandelt werden als in Deutschland insgesamt (Abbildung 3).



**Abbildung 3:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

**Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F30-F39 insgesamt (Affektive Störungen).** Affektive Störungen, zu denen u.a. auch Depressionen zählen, weisen den höchsten Zuwachs bei den stationären Fallzahlen zwischen 2000 und 2011 auf. Betrachtet man die deutschlandweiten Zahlen haben sich die stationären Fälle bei Männern zwischen 25 und 65 sowie bei den Frauen zwischen 25 und 45 verdoppelt (Männer 25-45 2000 Bund: 117; 2011 Bund: 285; Männer 45-65 2000 Bund: 178; 2011 Bund: 379; Frauen 25-45 2000 Bund: 183; 2011 Bund: 421 jeweils Fälle auf 100.000 Einwohner). Auch in Sachsen-Anhalt wachsen die Fallzahlen aufgrund affektiver Störungen in den Kliniken, allerdings nicht so ausgeprägt, wie in Deutschland insgesamt. In allen Altersgruppen beider Geschlechter werden in Sachsen-Anhalt zudem weniger Fälle in dieser Diagnosegruppe in Krankenhäusern behandelt als bundesweit (Abbildung 4).

**Abbildung 4:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

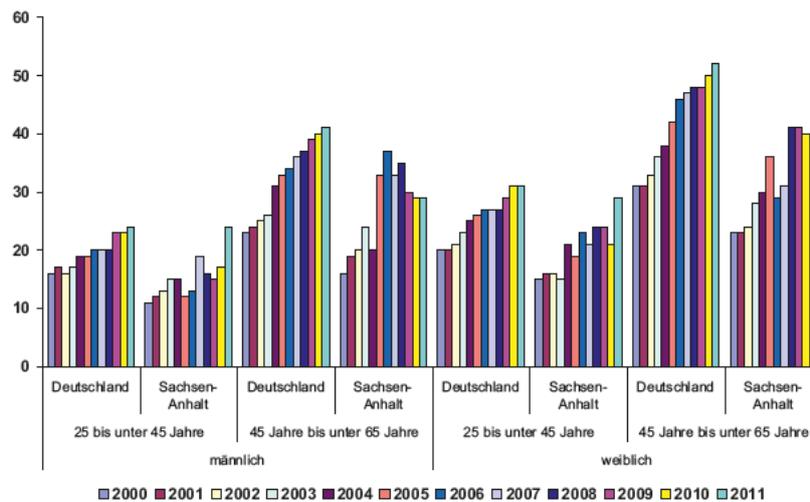


Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F31 (bipolare, affektive Störungen), F32 (depressive Episode), F33 (rezidivierende depressive Störung). In allen betrachteten Diagnosegruppen weist Sachsen-Anhalt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern geringere stationäre Fallzahlen als Deutschland insgesamt auf. In Deutschland nahm die Fallzahl in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu. In allen Altersgruppen sind zudem mehr Frauen als Männer betroffen. Besonders deutlich fällt bundesweit die

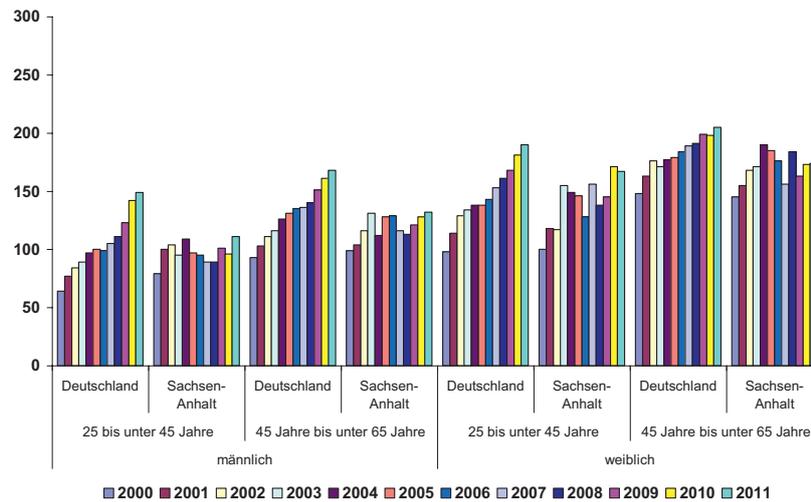
Zunahme rezidivierender depressiver Störungen (F33, Abbildung 7) bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen auf. Hier hat sich die Fallzahl zwischen 2000 und 2011 nahezu verdreifacht (25-45, Männer D 2000: 24; 2011: 108; ST 2000: 23; 2011: 64; 25-45, Frauen D 2000: 47; 2011: 197; ST 2000: 42; 2011: 126; 45-65, Männer D 2000: 47, 2011: 166; ST 2000: 30; 2011: 98; 45-65, Frauen D 2000: 94; 2011: 272; ST 2000: 77; 2011: 19, jeweils Fälle/100.000 Einwohner).

Etwas differenzierter stellt sich die Entwicklung in Sachsen-Anhalt dar. Kontinuierliche Zunahmen sind bei den bipolaren affektiven Störungen (F31) zu verzeichnen, mit Ausnahme der Männer zwischen 45 und 65. Nach einer deutlichen Fallzahlzunahme zwischen 2000 und 2005, die deutlicher ausfiel als im Bundesdurchschnitt, stagniert die Fallzahl auf relativ hohem Niveau und geht seit 2006 entgegen dem Bundestrend leicht zurück. Zugenommen haben, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie im Bundestrend, ferner die Behandlungszahlen aufgrund rezidivierender depressiver Störungen. Dabei sind Männer beider Altersgruppen seltener stationär wegen dieser Störungen behandelt worden als Frauen. In der Altersgruppe zwischen 45 und 65 ist die stationäre Fallzahl wie im Bundestrend höher als in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 5, Abbildung 6, Abbildung 7).

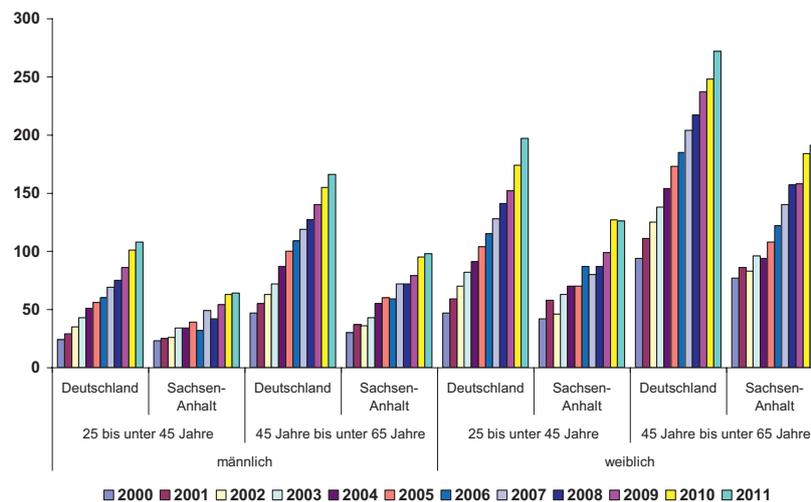
Insgesamt liegen die stationären Behandlungszahlen aufgrund von bipolaren Störungen und Depressionen in Sachsen-Anhalt unter denen in Deutschland insgesamt. Ob die geringeren stationären Fallzahlen bei Depressionen eine insgesamt geringere Prävalenz dieser Störungen in Sachsen-Anhalt widerspiegeln, kann anhand der vorliegenden Daten nicht zweifelsfrei geklärt werden. Dazu müssten Daten im Rahmen epidemiologischer Studien gewonnen und analysiert werden. In Deutschland können beispielsweise die Ergebnisse der jüngst abgeschlossenen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) herangezogen werden, die Hinweise auf die Verbreitung von Depressionen und bipolaren affektiven Störungen liefern kann ([www.degs-studie.de](http://www.degs-studie.de)). Länderbezogene Auswertungen liegen dazu (noch) nicht vor.



**Abbildung 5:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F31 „Bipolare affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

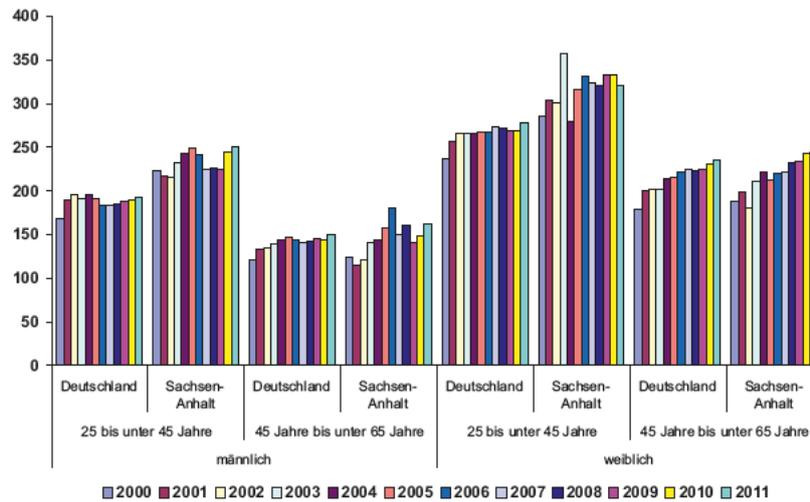


**Abbildung 6:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)



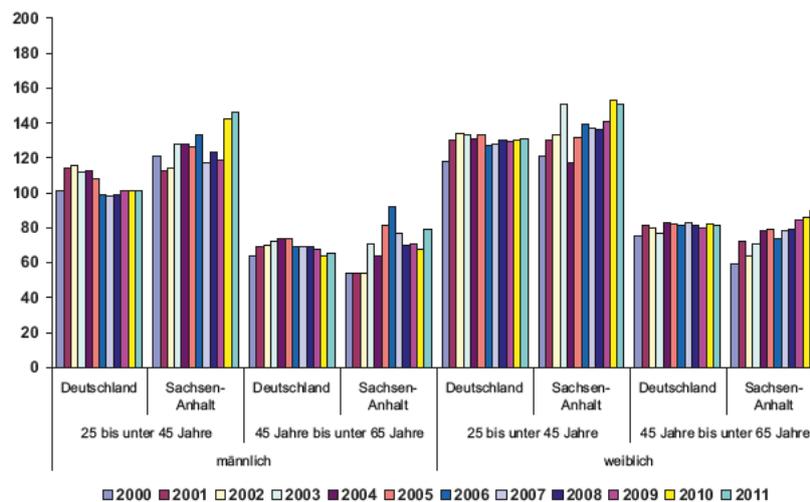
**Abbildung 7:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

**Stationäre Fallzahlen in den ICD-10 Diagnosegruppen F40-F48 (Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen).** Nach einem leichten Anstieg zu Beginn der 2000-er Jahre veränderte sich die stationäre Fallzahl in dieser Diagnosegruppe bei den Männern in Deutschland und in Sachsen-Anhalt nur leicht. Bei den Frauen lässt sich dagegen eine stetige Zunahme stationärer Behandlungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen verzeichnen. In Sachsen-Anhalt werden in der Altersgruppe 25 bis 45 mehr Frauen wegen neurotischer Belastungsstörungen stationär behandelt als bundesweit (D 2011: 277; ST: 321). Stationäre Behandlungen mit einer Diagnose in der ICD-10-Gruppe F40 bis F48 erfolgen bei beiden Geschlechtern häufiger in den jüngeren Altersgruppen zwischen 25 und 45 als bei den älteren Jahrgängen (Abbildung 8).



**Abbildung 8:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

**Stationäre Fallzahlen in der ICD-10 Diagnosegruppe F43 (Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen).** Bundesweit zeigen sich im Zeitverlauf seit 2000 keine wesentlichen Änderungen bei den stationären Fallzahlen in dieser Diagnosegruppe. Bezogen auf das Land Sachsen-Anhalt muss jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen unabhängig von der Altersgruppe eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen seit 2000 konstatiert werden. Mit der Diagnose „Reaktion auf schwere Belastungen“ werden häufiger die jüngeren Altersgruppen stationär behandelt (etwa doppelt so häufig, wie in der Altersgruppe 45 bis 65). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dagegen gering. Schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen sind offenbar ein größeres Problem im jüngeren Lebensabschnitt, wobei entgegen der Trends bei den übrigen im Rahmen dieses Berichts betrachteten psychiatrischen Diagnosen in der stationären Versorgung kein unterschiedliches Muster zwischen den Geschlechtern beobachtet werden kann.



**Abbildung 9:** Fallzahlen auf 100.000 Einwohner in der stationären Versorgung der Diagnosegruppe F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt)

## 6.3 Psychische Störungen in der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt

Im Unterschied zu den Daten aus der stationären Versorgung handelt es sich bei den Diagnosezahlen aus der ambulanten Versorgung nicht um Fälle, sondern um Personen, bei denen innerhalb der ambulanten Versorgung mindestens einmal im Jahr eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde (zur Unterscheidung s. 4). Die Daten wurden für die Jahre 2010 und 2012 von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereitgestellt. Ähnlich wie bei den stationären Fallzahlen erfolgt eine Darstellung nicht anhand von absoluten Zahlen, sondern in Bezug auf 100.000 gesetzlich Versicherte. Eine Altersstandardisierung erfolgte nicht. Betrachtet werden auch bei den ambulanten Versorgungsdaten die Altersgruppen zwischen 25 und 45 sowie 45 bis 65, jeweils in der Gesamtbetrachtung und nach Geschlecht.

Im Jahr 2012 erhielten insgesamt 27,7% der 25 bis 45-jährigen und etwa 34,5% der 45 bis 65-jährigen eine Diagnose aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) in der ambulanten Versorgung (Tabelle 7 und Tabelle 8). Vergleichszahlen liegen von der Barmer GEK vor (Bitzer, Grobe & Schwartz, 2013): Laut Barmer GEK Arztreport 2013 waren 2011 32,6% der Barmer GEK-Versicherten mit einer psychiatrischen Diagnose in ambulanter ärztlicher Behandlung. In diese Zahl sind Informationen aller Altersgruppen eingeflossen. Im Trend und mit aller gebotenen Vorsicht bei der Interpretation der Daten aufgrund der unter 4 skizzierten methodischen Einschränkungen (z.B. keine Altersstandardisierung der Daten aus Sachsen-Anhalt, was erhebliche Verzerrungen verursachen kann), scheint sich das psychiatrische Krankheitsgeschehen im Spiegel ambulanter Versorgungsdaten in Sachsen-Anhalt insgesamt nicht von dem bundesweiter Vergleichspopulationen zu unterscheiden. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass es sich dabei um Diagnosen handelt, die grundsätzlich von *jedem Arzt* gestellt werden konnten und nicht zwangsläufig von *ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten*. Diese Zahlen bedeuten demnach auch nicht, dass knapp ein Drittel der gesetzlich Versicherten tatsächlich wegen einer psychiatrischen Diagnose Psychotherapie erhalten hat. In 7.2 wird die Fallzahlentwicklung innerhalb der ambulanten (psychiatrischen) Versorgung näher betrachtet. Es werden steigende Behandlungszahlen erkennbar. Mit den vorliegenden Daten kann jedoch keine Aussage getroffen werden, wie viele von den 28-35% Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose in der ambulanten Versorgung tatsächlich psychotherapeutisch behandelt wurden. Für die Interpretation ist problematisch, dass sich hinter den unter 7.2 aufgeschlüsselten Informationen *keine Personen* verbergen, die behandelt wurden, *sondern wiederum Abrechnungsfälle*. Ein Abrechnungsfall ist definiert als Patient, der bei einem Arzt in einem Quartal behandelt wurde. Dies bedeutet, hinter einem Patienten können sich mehrere Abrechnungs- bzw. Behandlungsfälle verbergen, wenn:

- er mit einer Diagnose innerhalb eines Quartals bei mehr als einem Arzt behandelt wird,
- er mit einer Diagnose in mehreren Quartale bei einem oder mehreren Ärzten in Behandlung ist und
- er mit mehreren Diagnosen bei einem oder mehreren Ärzten innerhalb eines Quartals oder in mehreren Quartalen in Behandlung ist.

Bei der näheren Betrachtung der Zahlen aus der ambulanten Versorgung fallen folgende Trends auf (>10% Veränderung zwischen 2010 und 2012) (s. Tabelle 7 und Tabelle 8):

- In der Altersgruppe von 25 bis 45 ging die Zahl von Männern und Frauen mit einer alkoholassoziierten psychiatrischen Diagnose deutlich zurück (F10). Diese Entwicklung wurde in vergleichbarer Weise bereits bei der Betrachtung der stationären Fallzahlen deutlich (s. Abbildung 3, S. 23).
- Zugleich nahm der Anteil der Männer zwischen 25 und 45 Jahren mit depressiven Episoden (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) zwischen 2010 und 2012 deutlich zu. Diese Entwicklung wurde für die rezidivierenden Depressionen (F33) auch bei den stationären Fallzahlen erkennbar. Dagegen haben die stationären Fallzahlen aufgrund depressiver Episoden (F32) in dieser Gruppe nicht zugenommen (s. Abbildung 6, S. 25 und Abbildung 7, S. 25).
- Zugenommen hat auch die Zahl von Männern und Frauen zwischen 25 und 45 Jahren mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Auch hier waren innerhalb der stationären Versorgung insbesondere Fälle jüngerer Menschen in Behandlung (s. Abbildung 9, S. 26).
- Frauen zwischen 45 und 65 Jahren wurden verglichen mit 2010 im Jahr 2012 häufiger aufgrund von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) ambulant behandelt, die Bedeutung alkoholbedingter Störungen nahm hier jedoch entgegen dem Trend bei den stationären Fallzahlen ab (s. Abbildung 3, S. 23).

- Entgegen dem Trend in der stationären Versorgung (s. Abbildung 3, S. 23) fielen ebenfalls bei den 45 bis 65-jährigen etwas weniger Männer mit alkoholassoziierten psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung auf.
- Zugenommen hat die Zahl der Männer und Frauen beider betrachteter Altersgruppen in der ambulanten Versorgung mit schweren Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F40-F48). Auch hier folgt der Trend in der ambulanten Versorgung dem in der stationären Versorgung (s. Abbildung 9, S. 26).

Die Mehrzahl der Patienten mit alkoholbedingten psychischen Störungen wird ambulant versorgt. Gleichwohl ist der *Anteil* an Patienten/Fällen mit alkoholassoziierten psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung geringer als in der stationären Versorgung. Bezogen auf alle Krankenhausfälle überwiegen hier anteilig alkoholbedingte psychiatrische Diagnosen. In diesem Zusammenhang muss allerdings auch auf die Probleme bei der Vergleichbarkeit zwischen *stationären Fällen* und *ambulant behandelten Personen* verwiesen werden. Möglich ist, dass Menschen mit alkoholassoziierten psychischen Störungen häufiger, also u.U. mehrmals im Jahr, stationär behandelt werden und somit bei jeder Krankenhausaufnahme jeweils einen neuen Fall generieren. Bei den hier verwendeten ambulanten Versorgungsdaten wurden *Personen* betrachtet, unabhängig davon, wie oft sie in einem Jahr einen Arzt aufgesucht haben (s.o.).

Auffällig ist bei den 25 bis 45-jährigen die zwischen 2010 und 2012 gesunkene Zahl von Menschen, die wegen alkoholbedingten psychischen Störungen ambulant versorgt wurden – im Trend vergleichbar mit der Entwicklung im stationären Bereich. Zugleich nahm jedoch insbesondere bei den 25-45-jährigen Männern der Anteil mit depressiven Störungen (insbesondere F32 und F33) zu.

Bei den 25 bis 45-jährigen fallen innerhalb der ambulanten Versorgung insbesondere Menschen mit neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) auf. Auch depressive Episoden (F32) und rezidivierende Depressionen (F33) haben zunehmende Bedeutung in dieser Altersgruppe im Rahmen der ambulanten Versorgung. Dies trifft in ähnlicher Weise auch für Menschen zwischen 45 und 65 Jahren zu.

**Tabelle 7:** Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden (25-45-jährige nach Geschlecht bezogen auf 100.000 gesetzlich Versicherte (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt))

	gesamt		männlich		weiblich	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (gesamt)	26.778	27.720	18.262	18.893	35.653
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	5.573	5.668	6.054	5.961	5.072	5.359
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.713	1.489	2.664	2.316	721	617
F30-F39 Affektive Störungen (gesamt)	7.279	7.939	4.283	4.707	10.401	11.343
F31 Bipolare Störungen	138	132	121	123	157	152
F32 Depressive Episode	6.300	6.903	3.634	4.005	9.078	9.954
F33 Rezidivierende depressive Störung	1.316	1.496	745	866	1.911	2.159
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (gesamt)	17.055	18.049	9.115	9.731	25.328	26.810
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5.175	6.068	2.809	3.403	7.641	8.876



Zunahme >10%



Rückgang >10%

**Tabelle 8:** Menschen, die aufgrund psychischer Störungen ambulant behandelt wurden (45-65-jährige nach Geschlecht bezogen auf 100.000 gesetzlich Versicherte (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt))

	gesamt		männlich		weiblich	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (gesamt)	33.370	34.539	28.184	28.533	39.329
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	8.256	8.773	11.300	11.737	5.415	6.004
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.766	3.613	6.193	5.907	1.502	1.470
F30-F39 Affektive Störungen (gesamt)	11.593	12.179	7.001	7.406	15.879	16.637
F31 Bipolare Störungen	256	260	197	199	311	318
F32 Depressive Episode	10.039	10.511	5.972	6.309	13.835	14.436
F33 Rezidivierende depressive Störung	2.361	2.770	1.339	1.565	3.315	3.895
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (gesamt)	19.176	19.781	11.481	11.820	26.357	27.216
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.701	5.438	2.654	3.036	6.611	7.680



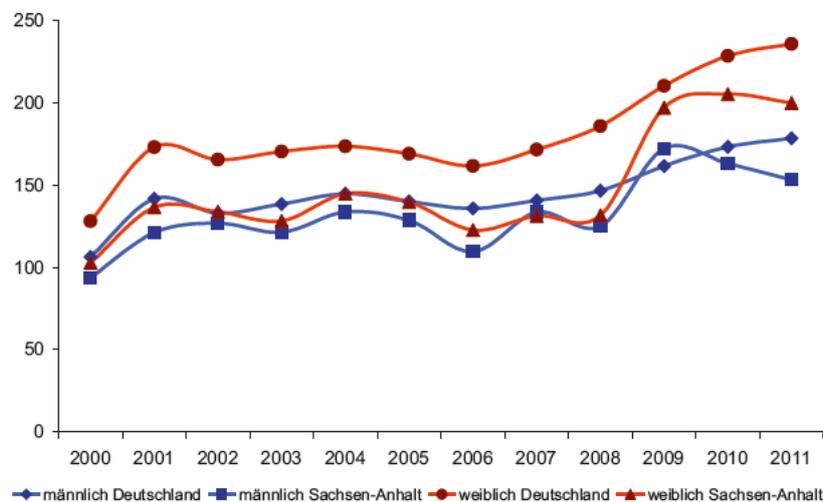
Zunahme >10%



Rückgang >10%

## 6.4 Vorzeitige Verrentungen aufgrund psychischer Störungen

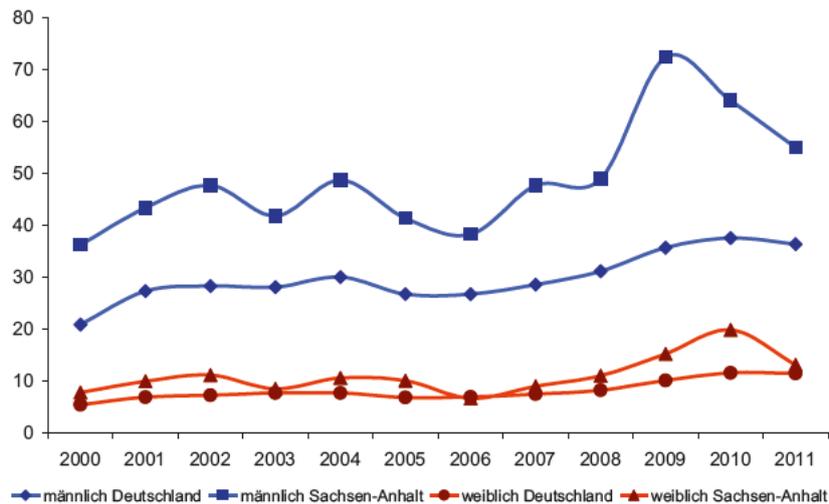
Von der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung werden im Rahmen der Rentenstatistik auch Daten über Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit erfasst und gespeichert. Dabei werden Vergleiche zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt sowie zwischen Männern und Frauen vorgenommen. Basis sind auch hier nicht die absoluten Fallzahlen, sondern Fallzahlen bezogen auf eine Versichertenkonstante (Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). Dies ermöglicht einen Vergleich zwischen Regionen mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen. Zunächst erfolgt die Gesamtbetrachtung der Entwicklung des vorzeitigen Verrentungsgeschehens bei psychischen Störungen. Im Anschluss werden ausgehend davon ausgewählte psychische Störungen näher betrachtet, die entweder in enger Verbindung mit der Berufstätigkeit diskutiert werden (Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen) bzw. die in der Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung erfahrungsgemäß eine große Bedeutung haben (psychische Störungen aufgrund von Alkoholmissbrauch, dem Missbrauch psychotroper Substanzen und von Opiaten).



**Abbildung 10:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

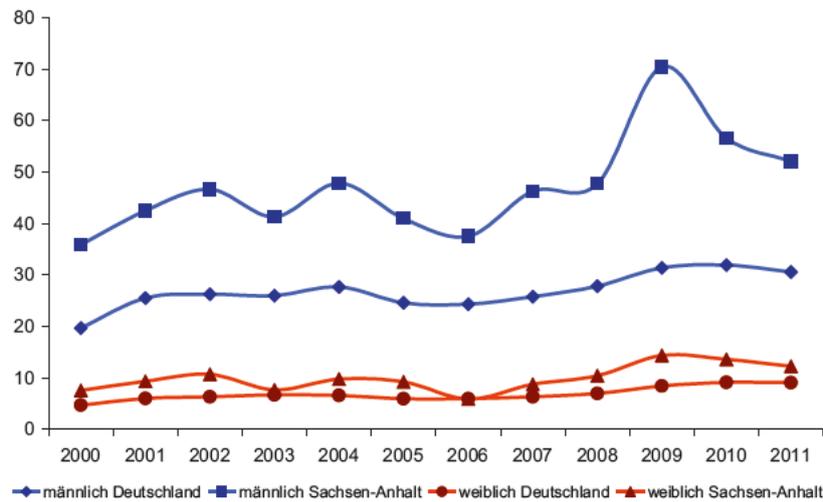
**Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen).** Die Zahl vorzeitiger Verrentungen aufgrund psychischer Störungen nahm im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Sachsen-Anhalt kontinuierlich zu. Bei den Männern geht die Zahl vorzeitiger Verrentungen aufgrund psychischer Störungen langsam zurück, bei Frauen im Land ist der Anstieg moderat. Insgesamt gingen in Sachsen-Anhalt 2011 bezogen auf 100.000 aktiv Versicherte weniger Menschen vorzeitig in den Ruhestand als im Bundesdurchschnitt (D: 206; ST: 175). Wie auf Bundesebene auch sind in Sachsen-Anhalt Frauen stärker von vorzeitiger Verrentung wegen psychischer Störungen betroffen als Männer (2011 Männer: 153; Frauen: 200, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte) (Abbildung 10).

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in der ICD-10 Diagnosegruppen F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind in Sachsen-Anhalt der mit Abstand häufigste Grund für vorzeitige Verrentung bei Männern. Über den gesamten betrachteten Zeitraum hinweg sind Männer in Sachsen-Anhalt deutlich häufiger wegen psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen vorzeitig verrentet worden als im Bundesdurchschnitt. Nach einem Höhepunkt 2009 (ST 2009: 72 auf 100.000 aktiv Versicherte) geht die Zahl neuer Erwerbsminderungsrenten in dieser Diagnosegruppe bei den Männern in Sachsen-Anhalt zurück. Sie liegt mit 55 auf 100.000 aktiv Versicherte allerdings immer noch weit über der gesamtdeutschen Zahl (D 2011: 36). Auch Frauen werden in Sachsen-Anhalt verglichen mit den gesamtdeutschen Zahlen häufiger aufgrund von Erwerbsminderungen bei alkoholassoziierten psychischen Störungen vorzeitig verrentet.



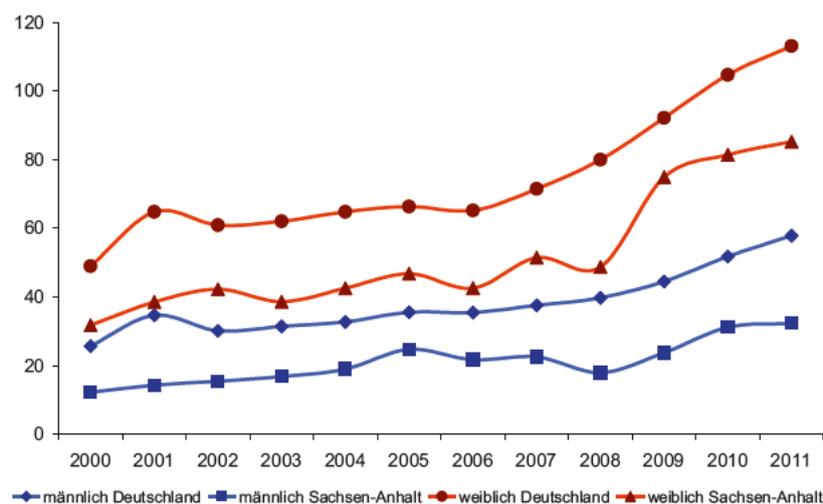
**Abbildung 11:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in der ICD-10 Diagnosegruppe F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol). Alkohol ist im psychiatrischen Krankheitsgeschehen die bedeutendste Ursache für vorzeitige Verrentung sowohl in Sachsen-Anhalt als auch bundesweit. Männer sind bundesweit etwa dreimal häufiger betroffen als Frauen (D 2011: Männer: 31; Frauen: 9 jeweils Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). In Sachsen-Anhalt ist der Unterschied noch gravierender, etwa fünf Mal mehr Männer als Frauen werden hier vorzeitig aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol vorzeitig verrentet (ST 2011 Männer: 52; Frauen: 12, jeweils Fälle auf 100.000 aktiv Versicherte). Verglichen mit den Quoten bundesweit werden Männer in Sachsen-Anhalt fast doppelt so häufig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch alkoholbedingte psychische Störungen verrentet (D 2011: 31; ST: 52, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt bei weitem nicht so gravierend, wenn auch Frauen in Sachsen-Anhalt häufiger als im Bundesdurchschnitt wegen alkoholbedingten psychischen Störungen vorzeitig in Rente gehen müssen (D 2011: 9; ST: 12, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang allerdings auch der substanziiell deutliche Rückgang der erwerbsminderungsbedingten Rentenzugangszahlen bei den Männern in Sachsen-Anhalt wegen alkoholbedingten psychischen Störungen seit 2009, entgegen dem Bundestrend (Abbildung 12). Ob dieser Trend anhält bleibt abzuwarten, die deutliche Zunahme der stationären Fallzahlen aufgrund alkoholassoziierter psychischer Störungen bei Männern zwischen 45 und 65 in den zurückliegenden Jahren könnte diesen erkennbaren Rückgang möglicherweise verlangsamen (s. 6.2, Abbildung 3, S. 23).



**Abbildung 12:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

**Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F30-F39 (Affektive Störungen).** Bundesweit und in Sachsen-Anhalt sind bei den affektiven Störungen, zu denen auch Depressionen zählen, die deutlichsten Steigerungsraten bei den vorzeitigen Verrentungen aufgrund von Erwerbsminderung bei psychischen Störungen zu verzeichnen. Seit 2000 haben sich die Fälle insgesamt nahezu verdoppelt. Dabei wird erkennbar, dass in Sachsen-Anhalt deutlich weniger Männer und Frauen als im Bundesdurchschnitt aufgrund von Erwerbsminderungen durch affektive Störungen vorzeitig in Rente gehen müssen. Bundesweit sind fast doppelt so viele Männer aufgrund affektiver Störungen vorzeitig verrentet worden als in Sachsen-Anhalt (D 2011: 58; ST: 32, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte). Frauen sind sowohl im Bundesdurchschnitt als auch bezogen auf das Land Sachsen-Anhalt deutlich häufiger durch affektive Störungen erwerbsgemindert und somit vorzeitig verrentet als Männer (D 2011: 113; ST: 85, jeweils auf 100.000 aktiv Versicherte).

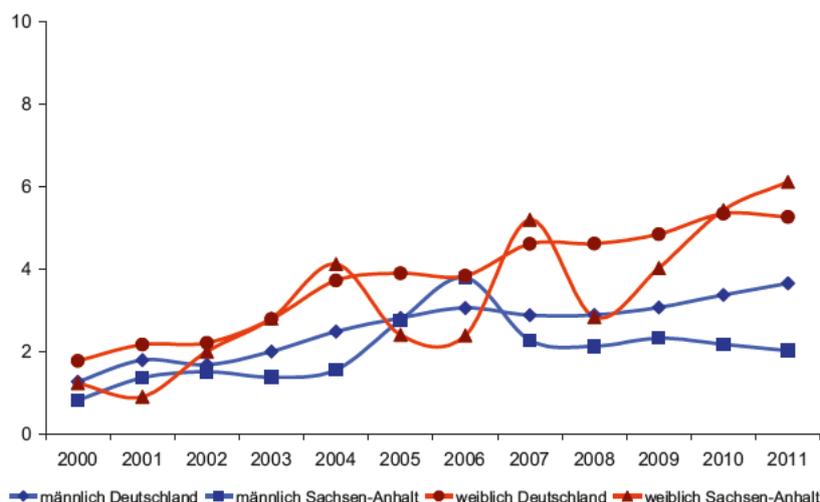


**Abbildung 13:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppen F30-F39 „Affektive Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

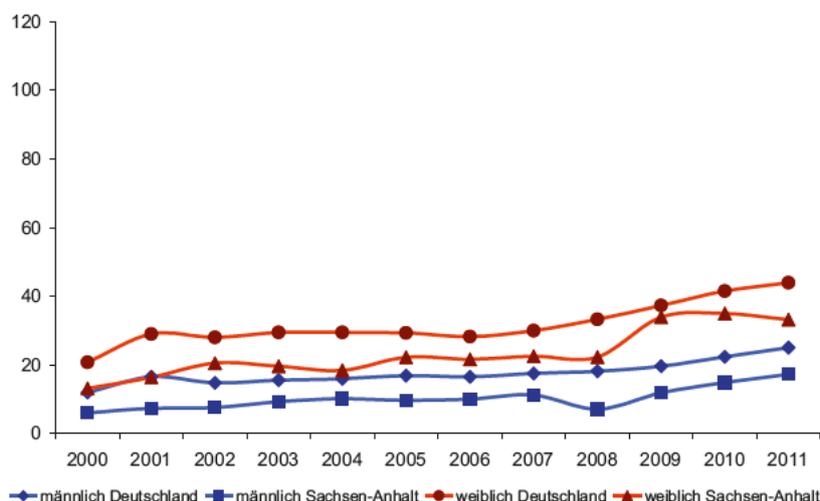
Mehr als die Hälfte der vorzeitigen Verrentungen in dieser Diagnosegruppe ist auf rezidivierende psychische Störungen zurückzuführen (F33, Abbildung 16). Frauen sind in besonderem Maß betroffen, bundesweit stärker als in Sachsen-Anhalt (Frauen D 2011: 58; D: 42; Männer D 2011: 26; ST: 12, jeweils auf

100.000 aktiv Versicherte). Die Zunahme bei vorzeitigen Verrentungsfällen aufgrund rezidivierender depressiver Störungen ist nicht so deutlich, wie in der stationären Versorgung, wo 2011 je nach Geschlecht und Altersgruppe drei Mal mehr Fälle behandelt wurden als 2000 (s. 6.2).

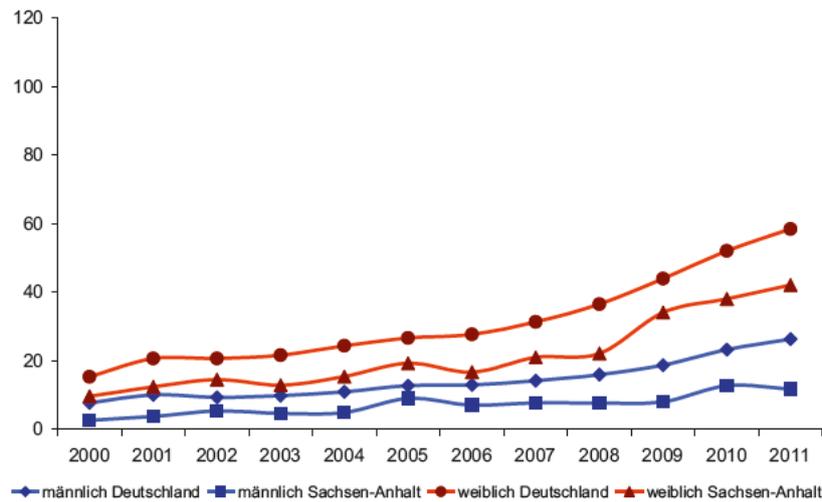
Auch die vorzeitige Verrentung aufgrund von bipolaren affektiven Störungen (F31) und depressiver Episoden (F32) haben in den Jahren seit 2000 sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland insgesamt zugenommen. Das Muster der Entwicklung ist vergleichbar mit dem rezidivierender depressiver Störungen: Mehr Frauen als Männer sind betroffen und die vorzeitige Verrentungsquote ist in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 14, Abbildung 15).



**Abbildung 14:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F31 „Bipolare Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)



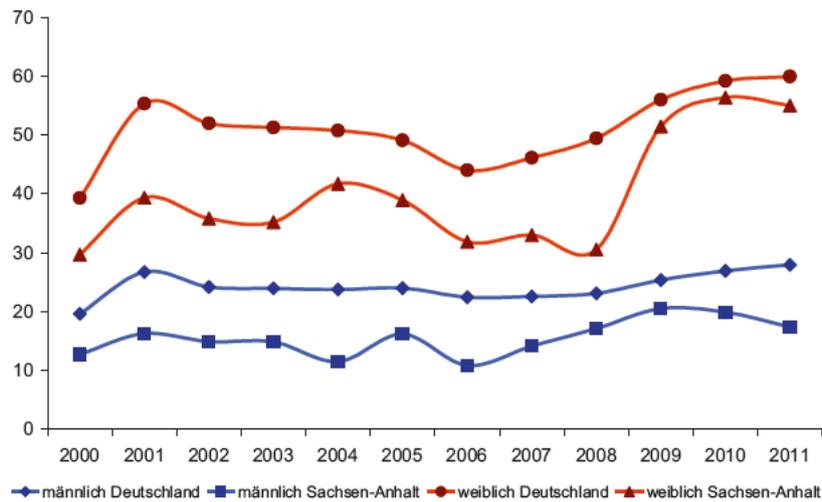
**Abbildung 15:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F32 „Depressive Episode“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)



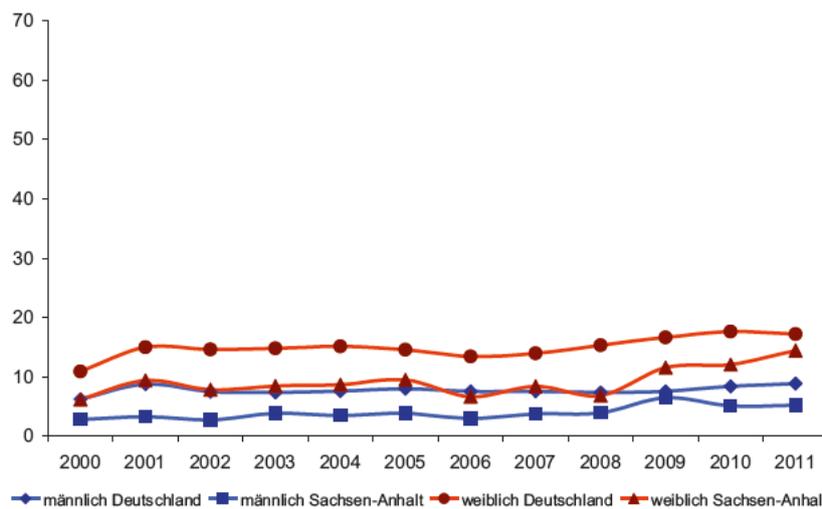
**Abbildung 16:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in der Diagnosegruppe F33 „Rezidivierende depressive Störung“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in den ICD-10 Diagnosegruppen F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Bundesweit werden, abgesehen vom Anstieg zwischen 2000 und 2001, sowohl bei Männern als auch bei Frauen nur leichte Zunahmen bei vorzeitigen Verrentungen im Zeitverlauf erkennbar. Deutlicher ist die Steigerung der Fallzahlen bei vorzeitigen Verrentungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen bundesweit bei den Frauen ausgeprägt (D 2001 Frauen: 55; 2011:60; D 2001 Männer: 27; 2011: 28, jeweils Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte). Um einiges deutlicher stiegen die vorzeitigen Verrentungen in dieser Diagnosegruppe bei den Frauen in Sachsen-Anhalt (ST 2001: 39; 2011: 55), wobei insbesondere zwischen 2008 und 2009 eine sprunghafte Zunahme der vorzeitigen Verrentungen erkennbar ist. Zwischen 2008 und 2009 wurden Frauen in Sachsen-Anhalt insbesondere aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (ST 2008: 7; 2009: 11, Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte) und somatoformen Störungen vorzeitig verrentet (ST 2008:9; 2009: 15, Neuzugänge auf 100.000 aktiv Versicherte). Bei den Männern in Sachsen-Anhalt fallen bei den Rentenzugängen zwischen 2001 und 2011 zwar leichte Schwankungen auf, eine deutliche Zunahme der Verrentungen durch neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen wird nicht erkennbar.

Am gesamten vorzeitigen Verrentungsgeschehen innerhalb der ICD-10 Diagnosegruppe F40-F48 haben Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen etwa einen Anteil von einem Drittel. Als mögliche Ursachen werden neben extremen beruflichen private Belastungserfahrungen diskutiert. Welchen Anteil die einzelnen Belastungsfelder am Frühverrentungsgeschehen haben, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht sagen.



**Abbildung 17:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 aktiv Versicherte in den Diagnosegruppen F40-F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)



**Abbildung 18:** Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen auf 100.000 Einwohner in den Diagnosegruppe F43 „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ Deutschland und Sachsen-Anhalt im Vergleich nach Geschlecht (2000-2011) (Quelle: Gesetzliche Rentenversicherung)

## 6.5 Zusammenfassung

Psychische Beeinträchtigungen haben in Sachsen-Anhalt ausgehend von den aktuellen Fallzahlen in der stationären Versorgung eine vergleichbare Bedeutung wie in Deutschland insgesamt. Bei einer detaillierten Betrachtung der Diagnosen fallen alkoholassoziierte Störungen in Sachsen-Anhalt stärker ins Gewicht als bundesweit. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, insbesondere durch Alkohol, machen gut drei Viertel aller psychiatrischen Fälle in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt und bundesweit aus. Insbesondere jüngere Männer werden in Sachsen-Anhalt überproportional häufig mit alkoholassoziierten psychiatrischen Störungen stationär behandelt, obwohl die Fallzahl (wie auch bundesweit bei jungen Männern) seit 2000 zurückgeht. Überproportional zugenommen hat in Sachsen-Anhalt dagegen die Fallzahl alkoholassoziiert psychiatrischer Störungen bei den Männern zwischen 45 und 65 Jahren.

In der ambulanten Versorgung sank binnen Jahresfrist zwischen 2010 und 2012 die Zahl der jüngeren Männer mit einer alkoholassoziierten psychischen Störung zudem deutlich. Dafür stieg die Zahl der Männer zwischen 25 und 45, die mit depressiven Störungen ambulant versorgt wurden. Das Thema Alkoholmissbrauch bei jungen Menschen ist Gegenstand zahlreicher Kampagnen auf Bundesebene (BZgA: „Alkohol? Kenn dein Limit!) und Bestandteil der Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt. Daneben haben in dieser Altersgruppe vermutlich auch Präventionskampagnen eine Wirkung erzielt, auch wenn sich dies mit den vorliegenden Daten nicht belegen lässt. Vor dem Hintergrund der Fallzahlentwicklung, insbesondere bei den Männern zwischen 45 und 65 scheint eine Ausweitung der Initiativen zur Prävention und frühzeitigen Behandlung von alkoholbedingten psychischen Störungen auf Landes- und Bundesebene auf diese Altersgruppe angezeigt. Bei den jungen Frauen stieg die stationäre Fallzahl bei psychischen Störungen wegen Alkohol in Sachsen-Anhalt zwar leicht an, liegt aber insgesamt unter den Zahlen auf Bundesebene.

Nahezu verdreifacht hat sich in Sachsen-Anhalt die stationäre Behandlungszahl bei den rezidivierenden depressiven Störungen. Die Fallzahlzunahme ist deutschlandweit sogar noch deutlicher. Der Anstieg ist in allen betrachteten Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich. Eine Ausnahme bilden hier lediglich die Männer zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt. Hier ist zwar eine Fallzahlzunahme bei den rezidivierenden Depressionen zu verzeichnen, allerdings bei weitem nicht so ausgeprägt wie bundesweit bei Männern dieser Altersgruppe. Dagegen nahm der Anteil jüngerer Männer zwischen 25 und 45 mit depressiven Störungen in der ambulanten Versorgung deutlich zu. Auch bei der Betrachtung der ambulanten Versorgungsdaten sowie bei den vorzeitigen Verrentungen sind depressive Störungen auf dem Vormarsch. Die in Sachsen-Anhalt gerade gestarteten Initiativen, z.B. des Bündnis gegen Depressionen, sind somit folgerichtig. Depressive Störungen zu verhindern, rechtzeitig zu erkennen und frühzeitig zu behandeln sind auch Schwerpunktbereiche des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird in Sachsen-Anhalt nicht als eigenes Gesundheitsziel verfolgt, findet aber im Rahmen einer übergreifenden Gesamtstrategie Eingang in alle Landesgesundheitsziele. Hier wäre zukünftig eine stärkere Berücksichtigung abgestimmter Strategien im Themenfeld Depression sinnvoll.

Auffällig ist zudem die Zunahme von Behandlungen aufgrund von neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Insbesondere jüngere Menschen zwischen 25 und 45 Jahren fallen mit entsprechenden Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung auf. Eine bedeutende Rolle spielen dabei auch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), die offensichtlich in jüngeren Jahren häufiger zu Problemen führen als in der Gruppe der älteren Menschen. Wie stark der Einfluss der Arbeit oder des Privatlebens in diesem Zusammenhang ist, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten. Die Entwicklung der Erkrankungszahlen in dieser Diagnosegruppe könnte zudem den Impuls für einen Ausbau von Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung in der Arbeitswelt geben, also eine frühzeitige Einflussnahme nach schweren Belastungen ermöglichen.

## **7. Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung im Kontext psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt**

### **7.1 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen in Sachsen-Anhalt**

Ausgehend vom Sonderbericht psychische Gesundheit des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt (2012) und sensibilisiert durch die zahlreichen Informationen zur Entwicklung der Erkrankungszahlen bei psychischen Störungen formulierte der Landtag in Sachsen-Anhalt am 19. Januar 2012 in seinem Beschluss die Aufgabe an die Landesregierung, die Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel zu implementieren (Landtag von Sachsen-Anhalt, Drucksache 6/764). In dem seit den 1990er Jahren laufenden Gesundheitszieleprozess im Land wird psychische Gesundheit bislang nicht als einzelner Zielbereich berücksichtigt, sondern als neuer Schwerpunkt in die Arbeitskreistätigkeit zu den existierenden Gesundheitsziele aufgenommen. Insbesondere innerhalb der Zielbereiche Bewegung, Ernährung und Sucht wurde psychische Gesundheit als übergreifendes Themenfeld aufgegriffen. Ausgehend von dem

Auftrag des Landtags wurden eine Reihe administrativer und konzeptioneller Schritte hin zu einer effektiveren Förderung der psychischen Gesundheit unternommen und die Zusammenarbeit mit den im Land tätigen Akteuren intensiviert. Im Einzelnen wurden die folgenden Maßnahmen zur Implementierung des Feldes psychische Gesundheit in Gesundheitsförderung und Prävention angestoßen:

- Der übergreifende Zielbereich „Förderung der psychischen Gesundheit“ ist auf den offiziellen Webauftritten auf Landes- und Bundesebene sichtbar gemacht worden
- (Sachsen-Anhalt: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/gesund.php>, D: [http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=gz\\_in\\_den\\_bl\\_sachsen-anhalt](http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_sachsen-anhalt))
- Die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit als übergreifendes Ziel und die dabei geplanten Schritte wurden in einer Fachveröffentlichung im Ärzteblatt im September 2012 thematisiert (Hering, Nehring & Theren, 2012). Es wurde die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung der psychischen Gesundheit im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, aber auch in der ambulanten und stationären Versorgung anhand konkreter Zahlen für Sachsen-Anhalt hervorgehoben. Unter anderem sollen Ärzte stärker für psychische Beeinträchtigungen sensibilisiert werden, damit Patienten/innen bei Verdacht auf psychische Beeinträchtigungen adäquat versorgt werden können.
- Das Ministerium für Arbeit und Soziales ist zudem in die Arbeit des Bündnisses gegen Depression eingebunden, das in Sachsen-Anhalt durch die Arbeiterwohlfahrt getragen wird.
- Auf dem 7. Erfahrungsaustausch auf Leitungsebene zwischen der Staatlichen Arbeitsschutzverwaltung des Landes Sachsen-Anhalt und den im Land Sachsen-Anhalt tätigen Unfallversicherungsträgern am 4. Juni 2012 wurde eine Podiumsdiskussion zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt moderiert. Zukünftig sollen Gefährdungsbeurteilungen von Arbeitsplätzen um Aspekte psychischer Belastungen ergänzt werden. Die Diskussion knüpfte an Vorträge von Experten im Bereich gesunder Arbeitsbedingungen an. Es wurden neben den Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Ergänzung in die neue Gefährdungsbeurteilung auch konkrete nächste Schritte für Sachsen-Anhalt initiiert und die relevanten kritischen Faktoren für die psychische Gesundheit von Arbeitnehmern/innen herausgearbeitet. Zwischen dem Ministerium für Arbeit und Soziales und der Arbeitsschutzverwaltung des Landes Sachsen-Anhalt erfolgt auch im Rahmen der Fachaufsicht ein enger Austausch zum Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Zukünftig sollen insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, die keinen eigenen Arbeitspsychologen bzw. betrieblichen Gesundheitsförderer beschäftigen können, stärker als bisher unterstützt werden.
- Anhand einer Bestandsaufnahme des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Jahr 2013 zur Bedeutung von Prävention psychischer Störungen und Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt wurden Dachorganisationen, Kammern und exemplarisch eine Krankenkasse befragt, die das Spektrum an Beschäftigten und Aktivitäten im Feld der Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt abbilden: Handwerks- sowie Industrie- und Handelskammer, Ärztekammer, Deutscher Berufsverband für Krankenpflegeberufe (DBfK), Deutscher Gewerkschaftsbund, Aus- und Fortbildungsinstitut des Landes (AFI), Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung (LISA) und die AOK Sachsen-Anhalt. Vertreter der Institutionen wurden leitfadengestützt telefonisch oder face-to-face interviewt. Schwerpunkt der Befragung lag auf bereits initiierten bzw. bekannten Maßnahmen für Mitgliedsbetriebe und Beschäftigte. Es wurde hier deutlich, dass (wenn überhaupt) hauptsächlich verhaltensbezogene Maßnahmen in den Unternehmen durchgeführt werden, wie z.B. Stressbewältigungs- und Entspannungstrainings. Umfassende Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung werden bislang allenfalls geplant. Die befragten Akteure sehen Beratungsbedarf, insbesondere bei den organisationsbezogenen Maßnahmen.

Für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen wird der Bedarf zukünftig eher steigen.

## **7.2 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt**

### **7.2.1 Versorgungsgrad in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt**

Seit der Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2013 sind in Sachsen-Anhalt in nahezu allen Planungsregionen Neuzulassungen von Psychotherapeuten möglich. Die Bedarfsplanungsrichtlinie sieht Zulassungsmöglichkeiten bis zu bei einem Versorgungsgrad von 110% vor. Wird dieser Versorgungsgrad in einer Planungsregion (Landkreis) überschritten, dürfen keine Neuzulassungen vorgenommen werden, es sei denn, es würden Ausnahmetatbestände greifen (wie z.B. bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf). In Sachsen-Anhalt lag der Versorgungsgrad mit Stand März 2013 mit Psychotherapeuten und Psychiatern bei durchschnittlich 64% (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013). Allerdings sind ebenfalls mit Stand März 2013 regional große Unterschiede erkennbar. In den Landkreisen Wittenberg, Stendal und Mansfeld Südharz lag der Versorgungsgrad Anfang 2013 ausgehend von den tatsächlich tätigen Psychotherapeuten unter 50 Prozent. Recht gut versorgt sind die Großstädte Halle und Magdeburg sowie der Salzlandkreis. Dennoch werden auch hier weitere Neuzulassungen vorgenommen. Allerdings liegt nach mündlicher Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung (Stand 25. September 2013) eine Reihe von Zulassungsanträgen vor, so dass der nach Bedarfsplanungsrichtlinie „optimale Versorgungsgrad“ in den meisten Planungsregionen zeitnah erreicht sein wird.

### **7.2.2 Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Sachsen-Anhalt**

Die durchschnittliche Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch ist ein Indikator für die Leistungsfähigkeit des ambulanten psychiatrischen Versorgungsbereichs und lässt damit Rückschlüsse auf die Bedarfsgerechtigkeit der vorgehaltenen Struktur zu. In Sachsen-Anhalt lag die Wartezeit für ein psychotherapeutisches Erstgespräch 2011 bei durchschnittlich knapp 17 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). Im Börde-, Burgenland-, Saale- und Salzlandkreis war dabei mit durchschnittlich acht Wochen eine im Landesvergleich relativ kurze Wartezeit zu verzeichnen. Durchschnittlich 20,8 Wochen und damit im Landesvergleich am längsten, warteten Patienten im Altmarkkreis Salzwedel, Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld, der Harz, Mansfeld-Südharz, Stendal und Wittenberg auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Anhand von Daten der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) beträgt die Wartezeit bundesweit in Kernstädten 9,3 Wochen, in hochverdichteten Kreisen 14,7 und in ländlichen Regionen 15,3 Wochen, also weniger als im Durchschnitt in Sachsen-Anhalt. Lediglich in der Sonderplanungsregion Ruhrgebiet warteten Patientinnen und Patienten durchschnittlich genau so lange auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch, wie in Sachsen-Anhalt.

Mit der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie sind in allen Planungsbereichen Neuzulassungen von Psychotherapeuten möglich (s. 7.2.1).

### 7.2.3 Ambulante Behandlungsfälle von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt

Zwischen 2009 und 2011 stieg die Zahl der Behandlungsfälle in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von knapp 61.000 auf über 67.000. Die meisten Patienten nahmen dabei Leistungen ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeuten in Anspruch (2009: 57.484; 2011: 62.319 Fälle). Auch bei den ambulant tätigen ärztlichen Psychotherapeuten/innen stieg die jährliche Behandlungszahl von 3.419 in 2009 auf 4.832 Fälle im Jahr 2011. Sehr deutliche Fallzahlsteigerungen verzeichneten die ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen (2009: 3.843; 2011: 7.755 Fälle) (s. Abbildung 19).

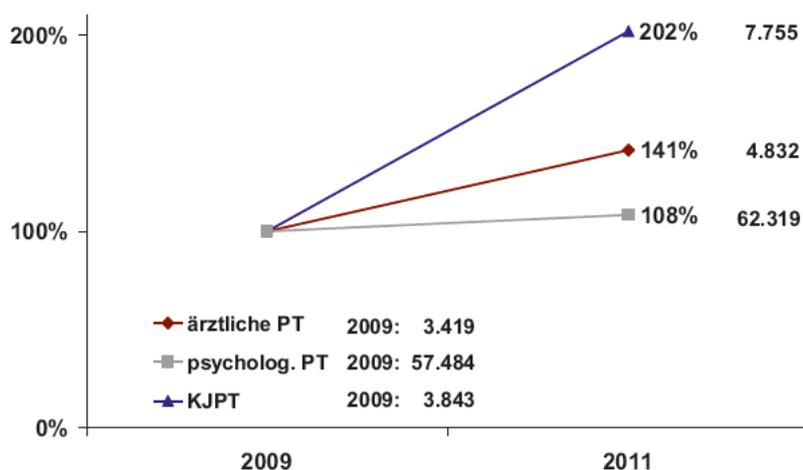


Abbildung 19: Zunahme der Fallzahlen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von 2009 (100%) bis 2011 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Ärzttestatistik)

### 7.3 Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen in Sachsen-Anhalt

Zwischen 2000 und 2011 nahm die Zahl der in Sachsen-Anhalt praktizierenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen kontinuierlich zu. Besonders deutlich stieg die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten von insgesamt 93 im Jahr 2000 auf 382 in 2011. Mehr als zwei Drittel der psychologischen Psychotherapeuten/innen war dabei ausschließlich im ambulanten Bereich tätig, knapp 30% arbeitet in stationären und teilstationären Einrichtungen. Eine Zunahme, wenn auch nicht in gleichem Maß, ist auch bei den ärztlichen Psychotherapeuten zu verzeichnen. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 wuchs ihre Zahl von 160 auf 252, wobei in dieser Gruppe 2011 mehr als die Hälfte (59,1%) in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig war und nur etwa 40% im ambulanten Bereich. Im Vergleich mit Deutschland insgesamt sind in Sachsen-Anhalt auf 100.000 Einwohner nach wie vor weniger ärztliche Psychotherapeuten tätig (2011 D: 18,15; ST: 8,91 ärztliche Psychotherapeuten/100.000 Einwohner, ambulant und stationär).

Die Zahl der ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nahm von 9 in 2000 leicht auf 11 in 2011 zu. Dies ist verglichen mit der relativen Verdopplung der Zahl ambulanter Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland insgesamt (2000: 450, 2011: 906) eine sehr schwache Zunahme. Auch der Versorgungsgrad auf 100.000 Einwohner stagniert in diesem Fachgebiet in Sachsen-Anhalt auf sehr niedrigem Niveau verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland (ST 2000: 0,34, 2011: 0,48, D 2000: 0,55, 2011: 1,11 jeweils ambulant niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/100.000 Einwohner). Die im Vergleich sehr geringe Angebotsdichte in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in Sachsen-Anhalt offensichtlich nach wie vor durch einen im Bundesvergleich sehr hohen Versorgungsgrad in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie kompensiert (Tabelle 9, s. 7.5).

**Tabelle 9:** Entwicklung der Anzahl praktizierender Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland und Sachsen-Anhalt (ambulant/stationär, gesamt und auf 100.000 Einwohner)

absolut				
	Deutschland		Sachsen-Anhalt	
Jahr	ambulant	stationär	ambulant	stationär
2000	450	507	9	18
2004	558	598	7	20
2008	749	673	11	25
2010	854	745	12	29
2011	906	813	11	29
auf 100.000 Einwohner				
2000	0,55	0,62	0,34	0,69
2004	0,68	0,72	0,28	0,80
2008	0,91	0,82	0,46	1,05
2010	1,04	0,91	0,51	1,24
2011	1,11	0,99	0,48	1,25

(Quelle: gbe-bund.de, Ärztestatistik der Bundesärztekammer)

## 7.4 Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren

Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen und Sozialpädiatrische Zentren sind Bestandteil der regulären psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt.

Die im Land Sachsen-Anhalt aktiven Hochschulambulanzen (§ 117, SGB V) bieten psychiatrische Versorgungsleistungen an, die im Rahmen von Forschung und Lehre notwendig sind und beispielsweise in Form sogenannter Lehrtherapien im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung erfolgen. Als Hochschulambulanzen können Hochschulkliniken (§ 117 Abs. 1 SGB V) aber auch Ambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten als Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz (§ 117 Abs. 2 SGB V) zugelassen werden. Seit 2000 blieb die Zahl der Hochschulambulanzen nahezu konstant, mit einem leichten Rückgang bei den Ambulanzen in Hochschulkliniken und einer Zunahme in psychologischen Universitätsinstituten, die Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sind. Insgesamt 8 Hochschulambulanzen waren 2011 in Sachsen-Anhalt zugelassen.

Psychiatrische Institutsambulanzen können in psychiatrischen Kliniken, Universitätskliniken sowie psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern auf Grundlage des §118 des Fünften Sozialgesetzbuchs für die ambulante psychiatrische Versorgung zugelassen werden. Eine Festlegung auf bestimmte Krankheitsbilder kann dabei für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vorgenommen werden (§ 118 Abs. 2 SGB V). Die Vergütung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung direkt durch die Kassen. Die Zahl der psychiatrischen Institutsambulanzen an Psychiatrischen Kliniken und in Psychiatrischen Universitätskliniken blieb seit 2000 nahezu konstant. Dagegen nahm die Zahl psychiatrischer Institutsambulanzen in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern deutlich von 2 im Jahr 2000 auf 9 im Jahr 2011 zu.

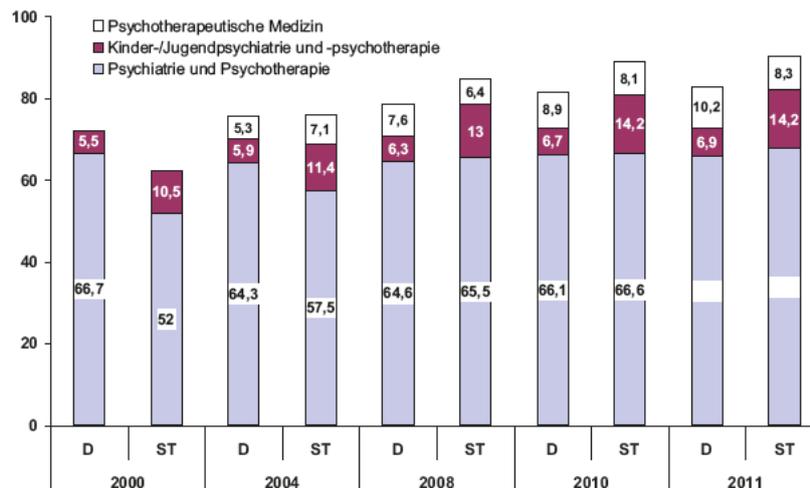
Sozialpädiatrische Zentren sind interdisziplinäre ambulante Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche mit geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen behandelt werden. Grundlage ist §119 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Diese Einrichtungen stehen unter ärztlicher Leitung. Die interdisziplinären Teams setzen sich zusammen aus Ärzten/innen, Psychologen/innen, Logopäden/innen, Physiotherapeuten/in-

nen und Ergotherapeuten/innen. Seit 2000 arbeiten konstant zwei Sozialpädiatrische Zentren in Sachsen-Anhalt. Insgesamt nahm die Zahl ambulanter Versorgungsangebote in stationären Einrichtungen in Sachsen-Anhalt seit 2000 deutlich zu.

## 7.5 Die stationäre psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Der Bestand an Krankenhausbetten in der Psychotherapeutischen Medizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie als auch in Psychiatrie und Psychotherapie bezogen auf 100.000 Einwohner hat seit 2000 in Sachsen-Anhalt deutlich zugenommen. In der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der psychotherapeutischen Medizin nähert sich die Bettenzahl auf 100.000 Einwohner dem Bundesdurchschnitt an (Psychiatrie und Psychotherapie, ST: 67,8 Betten, Bundesdurchschnitt: 65,9 Betten auf 100.000 Einwohner; Psychotherapeutische Medizin, ST: 8,3 Betten, Bundesdurchschnitt: 10,2 Betten auf 100.000 Einwohner). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden in Sachsen-Anhalt 2011 auf 100.000 Einwohner mehr als doppelt so viele Betten vorgehalten wie im Bundesdurchschnitt (ST 2011: 14,2, Bund 2011: 6,9). Dem steht ein im Bundesvergleich deutlich geringerer Versorgungsgrad in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gegenüber (s. 7.3).

Bezogen auf die Bevölkerungszahl ist die Anzahl der Krankenhausbetten in Sachsen-Anhalt gestiegen. Die Zunahme folgt abgesehen von der Kinder- und Jugendpsychiatrie dem Bundestrend. Ein Grund für die insgesamt höhere Bettenzahl in der Psychiatrie in Sachsen-Anhalt verglichen mit den Zahlen auf Bundesebene ist die deutlich höhere Zahl an Krankenhausbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen mit der Situation in Deutschland insgesamt (s. Abbildung 20).



**Abbildung 20:** Krankenhausbetten in der Psychiatrie nach Fachbereichen in Deutschland und Sachsen-Anhalt (Betten auf 100.000 Einwohner) (Quelle gbe-bund.de, Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts, Stand 2013).

## 7.6 Zusammenfassung

Die Entwicklung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung bleibt Ziel und wesentlicher Aufgabenschwerpunkt in Sachsen-Anhalt. In der stationären Versorgung konnte Sachsen-Anhalt ausgehend von der Bettenzahl auf 100.000 Einwohner Anschluss an die Versorgungssituation in Deutschland insgesamt finden. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden einwohnerbezogen in Sachsen-Anhalt sogar fast doppelt so viele Betten vorgehalten, wie im Bundesdurchschnitt. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte die, verglichen mit den Zahlen aus Gesamtdeutschland, sehr geringe Anzahl ambulant tätiger Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sein. Insgesamt ist die ambulante Versorgungssituation im Landesdurchschnitt derzeit nicht zufriedenstellend, der durchschnittliche Versorgungsgrad in der ambulanten Versorgung liegt mit Stand März 2013 bei knapp 65 Prozent – nach Bedarfsplanungsrichtlinie würde ein Zulassungsstop bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent erfolgen. Insbesondere ländliche Regionen

weisen eine besonders niedrige Versorgungsrate auf, die sich in einer sehr langen Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch von bis zu 20 Wochen widerspiegelt. Auch in den beiden Großstädten ist noch keine „optimale Versorgung“ im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie erreicht, wenn auch hier die Versorgungssituation deutlich günstiger ist als in den ländlichen Regionen. In allen Planungsregionen des Landes sind daher Neuzulassungen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie möglich. Mit Stand September 2013 teilte die für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit, dass zahlreiche Zulassungsanträge zur Niederlassung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung vorlägen. Somit wird sich die Versorgungslage in allen Planungsregionen in Sachsen-Anhalt zeitnah verbessern. Bei der Zahl der im Land tätigen Psychotherapeuten/innen ist in den letzten Jahren ein beständiger Aufwärtstrend zu verzeichnen. So ist die Zahl der ambulant und stationär tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen deutlich gestiegen, mit Ausnahme der ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen. Ihre Zahl stagniert seit Jahren und reicht bei weitem nicht an den Bundesdurchschnitt heran. Ausgehend von den skizzierten Trends bleibt die Entwicklung einer bedarfsgerechten ambulanten psychiatrischen Versorgungsstruktur ein zukünftiger Aufgabenschwerpunkt. Das Hauptaugenmerk muss sich dabei auf die Ausbildung von Psychotherapeuten/innen, insbesondere im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich richten und auf die langfristige Sicherstellung in derzeit noch nicht optimal versorgten Regionen.

## **8 Schlussfolgerungen und erkennbare Handlungsfelder**

### **8.1 Arbeit (Freizeit) und Gesundheit**

Dieser Bericht stellt anhand von Routinedaten Informationen zur psychischen Gesundheit von Menschen im arbeitsfähigen Alter in Sachsen-Anhalt dar. Eine wesentliche und einflussreiche Lebenswelt von Menschen zwischen 18 und 65 ist der Arbeitsplatz, sind Kollegen, Vorgesetzte und Arbeitsstätten. Daher wurde der Blick zunächst auf die Bedeutung der Arbeitswelt, mögliche Risiken und Potenziale für die psychische Gesundheit gerichtet. Auf der Basis einer Literaturanalyse über den Zeitraum von 2007 bis 2013 wurde der aktuelle Stand der Forschung in diesem Bereich dargestellt. Verglichen mit älteren Übersichtsarbeiten lässt sich ein Trend zu mehr aussagekräftigen Längsschnittstudien und zu Interventionsstudien erkennen. Geringe Handlungsspielräume, hohe Arbeitsanforderungen, wenig Rückmeldung, fehlende soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen stehen in engem Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen.

**Die Mehrzahl der Untersuchungen betrachtete als Belastungsfolgen Burnout, Depressionen aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht. Interventionen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Organisationen könnten danach helfen, Risiken für psychische Beeinträchtigungen zu reduzieren und Ressourcen für die Bewältigung psychischer Belastungen zu erweitern.**

Die anschließend näher analysierten Informationen zur gesundheitlichen Lage der arbeitsfähigen Bevölkerung erlauben keinen Rückschluss auf Risiken und Ressourcen der Arbeitswelt. Mit der einleitenden Darstellung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit soll auf den Einfluss, den die Arbeitswelt zweifelsohne auf die Gesundheit von Beschäftigten hat, hingewiesen werden. Für die Entstehung psychischer Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung zwischen 18 und 65 sind über Einflüsse der Arbeitswelt hinaus jedoch noch weitere Faktoren von Bedeutung. Auch der Einfluss dieser Faktoren (soziale, neurobiologische, intrapsychische) kann anhand der vorliegenden Routinedaten nicht untersucht werden. Um die Bedeutung unterschiedlicher Einflussfaktoren bei der Entstehung psychischer Störungen herausarbeiten zu können, wären Daten aus Längsschnittstudien erforderlich, in denen Studienteilnehmer/innen sowohl zu Einflussfaktoren als auch zu gesundheitlichen Folgen befragt und untersucht werden (s. 8.5).

### **8.2 Psychische Störungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung**

In Sachsen-Anhalt werden im Durchschnitt nicht mehr Menschen aufgrund psychischer Störungen in der stationären Versorgung behandelt als im bundesdeutschen Durchschnitt in der Altersgruppe zwischen 25

und 65. Aufgrund von Erwerbsminderungen bei psychischen und Verhaltensstörungen werden in Sachsen-Anhalt zudem weniger Menschen vorzeitig verrentet als dies in Deutschland durchschnittlich der Fall ist. Bei detaillierter Betrachtung fallen allerdings Trends auf, die durchaus auf Handlungsbedarf hinweisen. Insbesondere Männer in der betrachteten Altersgruppe werden verglichen mit ihren Geschlechtsgenossen in Deutschland häufiger aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt. Der Grund dafür sind die verglichen mit den gesamtdeutschen Daten sehr hohen Fallzahlen bei alkoholbedingten psychischen Störungen in der stationären Versorgung. Zwar zeigt sich insbesondere bei den jungen Männern bis 45 Jahren eine Stabilisierung der Fallzahlen auf sehr hohem Niveau – in den letzten Jahren sogar ein leichter Rückgang – dennoch werden in Sachsen-Anhalt in der Altersgruppe zwischen 25 und 45 noch weitaus mehr Männer mit alkoholassoziierten psychischen Störungen im Krankenhaus behandelt als im Bundesdurchschnitt. In dieser Altersgruppe erhielten verglichen mit 2010, im Jahr 2012 weniger Männer in der ambulanten Versorgung eine alkoholassoziierte psychiatrische Diagnose (gestiegen ist dagegen die Zahl der jüngeren Männer mit Depressionen in der ambulanten Versorgung). Bei den Männern zwischen 45 und 65 nehmen dagegen die Fallzahlen bei alkoholassoziierten psychischen Störungen seit Jahren deutlich zu – sogar stärker als im gesamtdeutschen Durchschnitt. Diese Entwicklung weist auf einen Handlungsbedarf im Kontext Alkohol, insbesondere bei Männern zwischen 45 und 65 Jahren hin.

**Das Bild psychisch Kranker in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt wird ausgehend von den ausgewerteten stationären Fallzahlen stark geprägt von Männern mit Alkoholproblemen.**

Affektive Störungen kristallisieren sich als weiteres relevantes Problemfeld in der Gruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt heraus. Zwar bewegen sich die stationären Fallzahlen bei allen betrachteten Geschlechts- und Altersgruppen in Sachsen-Anhalt unterhalb des deutschen Durchschnittsniveaus. Allerdings ist in Sachsen-Anhalt, wie auch deutschlandweit, insbesondere bei den rezidivierenden Depressionen eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Auch in der ambulanten Versorgung, aus der zunächst die Zahlen aus den Jahren 2010 und 2012 vorliegen, nahm die Zahl der Menschen beider Geschlechter und aller betrachteter Altersgruppen teils deutlich zu. Ein Trend steigender erwerbsminderungsbedingter vorzeitiger Verrentungen aufgrund affektiver Störungen zeichnet sich ebenso ab, auch wenn bei zunehmender Tendenz die Zahlen in Sachsen-Anhalt hinter den Bundeszahlen liegen. Affektive Störungen und Depressionen sind dennoch auch in Sachsen-Anhalt weit verbreitet.

**Die deutliche Fallzahlzunahme bei affektiven Störungen, insbesondere rezidivierender depressiver Störungen in der ambulanten und stationären Versorgung sind eine weitere wesentliche Herausforderung für Gesundheitsförderung, Prävention, ambulante und stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt.**

Nicht zuletzt wird ein Trend steigender Behandlungszahlen wegen psychischer Belastungs- und Anpassungsstörungen in der Altersgruppe zwischen 25 und 45 erkennbar (F43). Diese Altersgruppe erhält unabhängig vom Geschlecht auch deutlich häufiger eine entsprechende Diagnose als die Gruppe der 45 bis 65-jährigen – übrigens auch verglichen mit den bundesweit vorhandenen Zahlen. Der Zeitraum zwischen 25 und 45 Jahren ist geprägt von Umbruch- und Entwicklungssituationen, die als Herausforderung bewältigt, aber ebenso auch als unlösbare Probleme bewertet werden können. Höheren Behandlungszahlen (nur diese wurden in der vorliegenden Untersuchung verwendet) aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen scheinen daher in der jüngeren Altersgruppe zunächst auch plausibel. Anhand vorliegender Daten aus epidemiologischen Studien zeigt sich in der jüngeren Altersgruppe jedoch eine signifikant geringere Rate (Posttraumatischer) Belastungsstörungen als bei älteren Menschen (u.a. Ditlevsen & Elklit, 2010; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). Belastungsstörungen treten häufig gemeinsam mit weiteren psychischen Störungen auf – u.a. auf Basis bereits vorhandener psychischer Störungen oder als Prädiktor für weitere psychische Störungen (im Überblick Boos & Müller, 2006; Cavalcanti-Ribeiro, Andrade-Nascimento, Morais-de-Jesus, de Medeiros et al., 2012). Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen der Versorgungsforschung geprüft werden, ob Menschen ab 45 mit (Posttraumatischen) Belastungs- und Anpassungsstörungen ggf. nicht adäquat bzw. mit einer anderen Hauptdiagnose behandelt werden.

**Die höheren ambulanten und stationären Behandlungszahlen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) weisen auf die Notwendigkeit hin, stärker auch spezifische**

traumapsychiatrische Angebote in Sachsen-Anhalt zu etablieren. Zudem wird auch Bedarf an niedrigschwelligen Unterstützungs-, Beratungs- und Kriseninterventionsangeboten erkennbar. Psychische Extrembelastungen sollten auch stärker als bisher bei sensiblen Berufsgruppen z.B. durch den Ausbau und Institutionalisierung der Psychosozialen Notfallversorgung Berücksichtigung finden, wie es beispielsweise in Polizei und Feuerwehr bereits begonnen wurde.

### 8.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Alkoholassoziierte psychische Störungen fallen in Sachsen-Anhalt innerhalb der psychiatrischen Versorgung stärker ins Gewicht als bundesweit. Sie werden zahlenmäßig überwiegend ambulant versorgt machen aber auch gut drei Viertel aller psychiatrischen Fälle in der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt aus. Insbesondere jüngere Männer werden in Sachsen-Anhalt überproportional häufig mit alkoholassoziierten psychischen Störungen stationär behandelt, obwohl die Fallzahl (wie auch bundesweit bei jungen Männern) seit 2000 zurückgeht. Überproportional zugenommen hat in Sachsen-Anhalt dagegen die Fallzahl alkoholassoziiert psychiatrischer Störungen bei den Männern zwischen 45 und 65 Jahren. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses in Sachsen-Anhalt wird die Senkung der alkoholassoziierten Sterbehäufigkeit auf Bundesdurchschnitt in einem eigenen Gesundheitsziel verfolgt. Der tendenzielle Rückgang alkoholassoziiert psychischer Störungen bei jüngeren Männern in der ambulanten und stationären Versorgung kann möglicherweise mit den Aktivitäten im Gesundheitszieleprozess in Sachsen-Anhalt, den zahlreichen Kampagnen auf Bundesebene (u.a. BZgA: „Alkohol? Kenn dein Limit!) und den bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Jugendschutz verbunden sein, auch wenn sich dies mit den vorliegenden Daten nicht belegen lässt.

**Vor dem Hintergrund der Fallzahlentwicklung insbesondere bei den Männern zwischen 45 und 65 ist eine verstärkte Berücksichtigung dieser Altersgruppe in Präventionsinitiativen zu alkoholbedingten psychischen Störungen und Alkoholmissbrauch auf Landes- und Bundesebene angezeigt.**

Nahezu verdreifacht hat sich in Sachsen-Anhalt die stationäre Behandlungszahl bei den rezidivierenden depressiven Störungen. Die Fallzahlzunahme ist deutschlandweit sogar noch ausgeprägter. Der Anstieg ist in allen betrachteten Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen vergleichsweise stark. Eine Ausnahme bilden hier lediglich Männer zwischen 25 und 45 in Sachsen-Anhalt (s. 6.2). Hier ist zwar eine Fallzahlzunahme bei den rezidivierenden Depressionen zu verzeichnen, allerdings bei weitem nicht so deutlich, wie bundesweit bei Männern dieser Altersgruppe. Richtig sind daher die jüngst in Sachsen-Anhalt gestarteten Initiativen, z.B. das Bündnis gegen Depressionen. Die nationalen Gesundheitsziele berücksichtigen das Verhindern, das rechtzeitige Erkennen und die frühzeitige Behandlung depressiver Störungen in einem eigenen Zielbereich. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird in Sachsen-Anhalt dagegen nicht als eigenes Gesundheitsziel verfolgt, findet aber im Rahmen einer übergreifenden Gesamtstrategie Eingang in alle Landesgesundheitsziele.

**Es wäre sinnvoll, die Prävention depressiver Störungen auch in Sachsen-Anhalt ggf. in einem eigenen Zielbereich im Landesgesundheitszieleprozess mit konkreten abgestimmten Maßnahmen zu verfolgen.**

### 8.4 Psychiatrische Versorgung

In Sachsen-Anhalt werden derzeit ausgehend von der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie Neuzulassungen im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung vorbereitet. In allen Planungsregionen im Land Sachsen-Anhalt waren noch Anfang 2013 Neuzulassungen von Psychotherapeuten/innen in der ambulanten Versorgung möglich. Der Kassenärztlichen Vereinigung liegen entsprechende Zulassungsanträge vor, die eine Entspannung der Situation in der ambulanten psychiatrischen Versorgung erwarten lassen. Entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie erreichte das Land Anfang 2013 im Durchschnitt einen Versorgungsgrad von nur 64% in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – mit regionalen Disparitäten. Ein Neuzulassungsstopp erfolgt bei einem Versorgungsgrad von 110%. Die rechnerische Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung spiegelte sich in der hohen Wartezeit von landesweit

durchschnittlich 17 Wochen (Range 8-20 Wochen) wider, die größer ist als im bundesdeutschen Schnitt (9,3 bis 15,3 Wochen). Insgesamt nahm die Zahl ambulant praktizierender ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten aber in vergangenen Jahren auch in Sachsen-Anhalt zu. Im Vergleich mit deutschlandweiten Daten sind in Sachsen-Anhalt jedoch bezogen auf 100.000 Einwohner nur knapp halb so viele Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ambulant tätig bei gleichbleibender Tendenz. Diese rechnerisch doch erhebliche Unterversorgung wird nach wie vor durch eine vergleichsweise hohe Bettenvorhaltung in der stationären Kinder- und Jugendpsychotherapie kompensiert.

**Weiterhin sollte das Ziel, einen bedarfsgerechten ambulant-psychiatrische Versorgungsgrad zu erreichen, insbesondere, aber nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, engagiert weiter verfolgt werden.**

## 8.5 Datenlage

Die Grundlage dieser Arbeit zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts sind Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Informationen zur vorzeitigen Verrentung. Diese Daten werden in erster Linie zu Abrechnungszwecken, weniger zu Analyse- und nicht zu Forschungszwecken erhoben, gespeichert und verarbeitet. Sie ermöglichen weder einen Rückschluss auf die tatsächliche psychiatrische Krankheitslast in Sachsen-Anhalt, noch auf epidemiologische Trends und Zusammenhänge zwischen (potenziellen) Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Hinzu kommt die sehr heterogene Datenqualität. So beziehen sich die vorliegenden Daten aus der ambulanten Versorgung auf Personen, die im ambulanten Bereich eine „F-Diagnose“ erhielten. Die Daten aus der stationären Versorgung zeigen Fälle, die in Kliniken mit einer psychiatrischen Diagnose aufgenommen und behandelt wurden. Beide Informationen unterscheiden sich: Bei den ambulanten Versorgungsdaten ist es unerheblich, wie oft eine Person im Jahr in der ambulanten Versorgung eine psychiatrische Diagnose erhielt, sie zählt einmal als „Person mit psychiatrischer Diagnose“. Die stationären Daten zählen Behandlungsfälle. Es ist hier wahrscheinlich, dass ein und dieselbe Person mit einer psychiatrischen Diagnose mehrfach stationär behandelt wurde und somit auch mehrfach als Fall in die Statistik eingeht. Die vorliegenden Daten sind nicht in der Lage das tatsächliche psychiatrische Krankheitsgeschehen abzubilden. Jacobi (2009) hebt in diesem Zusammenhang auf der Grundlage vorliegender Ergebnisse epidemiologischer Kohortenlängsschnittstudien hervor, dass eine Zunahme der Krankheitslast bei psychischen Störungen wenig wahrscheinlich ist – zumindest nicht so deutlich erfolgt ist, wie die Versorgungsdaten annehmen lassen. Er hebt aber auch hervor, dass die Versorgungssituation derzeit noch nicht den potenziellen tatsächlichen Bedarf deckt. Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden:

**Die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Störungen, die breite öffentliche Diskussion dieses Themas, die zurückgehende Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und der Ausbau des Versorgungsnetzes tragen dazu bei, dass immer mehr Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Hilfe suchen und diese auch in Anspruch nehmen.**

Offene Fragen bleiben – insbesondere danach, wie hoch der tatsächliche Bedarf an psychiatrischer Versorgung im Land ist. Diese Fragen können im Übrigen für Deutschland insgesamt derzeit ebenfalls nicht beantwortet werden. An mehreren Stellen dieser Arbeit konnten somit lediglich Vermutungen zum Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen, allenfalls theoretische Brücken aufgezeigt werden. Die Formulierung „...kann nicht mit den vorliegenden Daten untersucht werden...“ findet sich häufiger. Damit zukünftig Kostenträger und Leistungserbringer auf Risikoprofile und valide Bedarfsschätzungen Zugriff erhalten, wäre eine koordinierte epidemiologische und Versorgungsforschung – nicht nur in Sachsen-Anhalt – sinnvoll. Ein erster Schritt zur Beantwortung der Fragen nach Risiko- und Schutzfaktoren für die „großen Volkskrankheiten“ wurde mit dem Start der „Nationalen Kohorte“ gegangen. Damit wird 2014 eine deutschlandweit repräsentative Kohortenlängsschnittstudie bei über 200.000 Menschen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren starten. Im Rahmen dieser Studie werden medizinische und Blutuntersuchungen bei den Teilnehmern/innen vorgenommen. Zudem werden Fragen nach Lebensgewohnheiten (z.B. körperliche Aktivität, Rauchen, Ernährung, Beruf) gestellt. Die Teilnehmer/innen werden über einen Zeitraum von 10-20 Jahren beobachtet und untersucht. Im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen können auf der so gebildeten Datenlage nicht nur die Verbreitung bestimmter Krankheiten in der Bevölkerung

aufgezeigt, sondern auch Aussagen zu Ursache-Wirkungsbeziehungen getroffen werden, beispielsweise zum Einfluss genetischer, sozialer, Umwelt- und Lebensstilfaktoren auf die Gesundheit. Zudem kann mit diesen Daten die tatsächliche Verbreitung bestimmter Krankheiten in der Bevölkerung genauer geschätzt werden. Mit dem Studienzentrum Halle (Saale), in dem das Institut für Klinische Epidemiologie sowie das Institut für Medizinische Epidemiologie, Biostatistik und Informatik (IMEBI) eingebunden sind, werden auch in Sachsen-Anhalt entsprechende Daten erhoben. Finanziert wird diese Studie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Wichmann, Kaaks, Hoffmann, Jöckel, Greiser & Linseisen, 2012).

## 9. Literaturverzeichnis

Antonovsky, A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke.) Tübingen: dgvt.

Balducci, C., Fraccaroli, F. & Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: An integrated model. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 499-513.

Becker, M. (2013). Nicht nur was Gefühltes. *DGUV Arbeit & Gesundheit*, 2013 (9/10), 8-13.

Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Band 43. Köln: BZgA.

Bergström, G., Björklunda, C., Fried, I., Lisspers, J., Nathell, L., Helander, A. & Bodin, L. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: The AHA study. *Work*, 31, 167-180.

Bitzer, E. M., Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. (2013). Barmer GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 18. Berlin: Asgard-Verlagsservice GmbH, 1-272.

Boos, A. & Müller, J. (2006) Posttraumatische Belastungsstörungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, (S. 821-839). Heidelberg: Springer.

Busch, M. A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 733-739.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Hintergrund. Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie. In: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung\\_moderne\\_arbeitswelt/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf) (Zugriff am 13. September 2013, 11:45).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013). Daten zur psychotherapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. Sachsen-Anhalt. In: [www.opk-info.de/red\\_tools/download\\_dokument.php?id=682](http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=682) (Zugriff am 13. September 2013, 11:40).

Cavalcanti-Ribeiro, P., Andrade-Nascimento, M., Morais-de-Jesus, M., de Medeiros, GM., Daltro-Oliveira, R., Conceição, JO., Rocha, MF., Miranda-Scippa, Â., Koenen, KC. & Quarantini, LC. (2012). Posttraumatic stress disorders as a comorbidity: impact on disease outcomes. *Expert review of Neurotherapeutics* 12 (8): 1023-1037.

Czabala, C., Charzynska, K. & Mroziak, B., (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*, 26, 70-84.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 8, 499-512.
- Dinos, S., Stansfeld, S.A. & White, P.D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, 21, 1-21.
- Ditlevsen, DN. & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 2010 (9): 32. (doi:10.1186/1744-859X-9-32)
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) (2012). Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (2012). Arbeitsschutzziele 2013 – 2018. GDA-Faltblatt.
- Grobe, T. (2013). Gesundheitsreport 2013. Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. TK-Gesundheitsreport 2013 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, 2013. Hamburg: Schipplick + Winkler Printmedien GmbH.
- Hapke, U., Maske, U.E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. & Busch, M.A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 749-754.
- Hapke, U., v. der Lippe, E. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 809-813.
- Henderson, M., Harvey, S.B., Overland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 198-207.
- Hering, T. (2009). *Gesunde Organisationen im Rettungsdienst*. Marburg: Tectum.
- Hering, T., Beerlage, I. & Kleiber, D. (2010). Organisationsklima und Gesundheit – Handlungsebenen zur Burnoutprävention und Förderung des Engagements im Rettungsdienst. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (2): 64-74.
- Hering, T., Nehring, R. & Theren, G. (2012). Psychische Gesundheit in Sachsen-Anhalt. Aktuelle Entwicklungen und zukünftige Handlungsfelder in Versorgung und Prävention. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt*, 23 (9): 16-18.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *reportpsychologie* 34 (1), 16-28.
- Jenull-Schiefer, B., Brunner, E., Ofner, M. & Mayring, P. (2007). Stressbelastung von Wiener Altenpflegerinnen aus Österreich, Osteuropa und Asien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15, 78-82.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Kendall, E. & Muenchberger, H. (2009). Stressors and supports across work and non-work domains: The impact on mental health and the workplace. *Work*, 32, 27-37.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: JR. Nitsch (Hrsg.). *Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- Mausbach, B.T., Chattillion, E., Roepke, S.K., Ziegler, M.G., Milic, M., Von Känel, R., Dimsdale, J.E., Mills, P.J., Patterson, T.L., Allison, M.A., Ancoli-Israel, S. & Grant, I. (2012). A longitudinal analysis of the relations

- among stress, depressive symptoms, leisure satisfaction, and endothelial function in caregivers. *Health Psychology*, 31, 433-440.
- Maercker, A., Fortsmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 79 (5): 577-586.
- Mealer, M., Burnham, E.L., Goode, C.J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2009). *Depression and Anxiety*, 26, 118-126.
- Nienhaus, A., Westermann, C. & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 211-222.
- Platt, B., Mellanby, R.J., Simkin, S. & Hawton, K. (2012). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 223-240.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 2007. Band 50 (5/6), 871-878
- Rospenda, K.M., Shannon, C.A. & Richman, J.A. (2009). Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace: results from a national study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 819-843.
- Sanderson, K., Nicholson, J., Graves, N., Tilse, E. & Oldenburg, B. (2008). Mental health in the workplace: Using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1289-1297.
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M.A. & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 2013. Band 56 (5/6), 740-748
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K. & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190, 265-270.
- Schütte, M. & Köper, B. (2013). Veränderung der Arbeit. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 422-429.
- Siegrist, J. (2000). Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance at Work: Theory, Empirical Support, and Implications for Prevention. In: C.L. Cooper (Hrsg.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, J. & Dragano, N., (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt*, 51, 305-312.
- Simmons, L.A & Swanberg, J.E. (2009). Psychosocial work environment and depressive symptoms among US workers: comparing working poor and working non-poor. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 628-635.
- Smith, P. & Bielecky, A. (2011). The impact of changes in job strain and its components on the risk of depression. *American Journal of Public Health*, 102, 352-358.
- Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (2011). Sonderheft Psychische Gesundheit. Halle: Eigenverlag.
- Wichmann, H.-E., Kaaks, R. Hoffmann, W. Jöckel, K.-H., Greiser, K.-H. & Linseisen, J. (2012). Die Nationale Kohorte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55: 781-789. DOI 10.1007/s00103-012-1499-y
- Wittchen. H.-U. & Hoyer, J. (2006). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, (S. 3-24). Heidelberg: Springer.



# **Herz-Kreislauf-Erkrankungen und assoziierte Diagnosen bei unter 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt**

## **Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt**

Goetz Wahl<sup>1</sup>, Kerstin Zeiske<sup>1</sup>, Matthias Julien<sup>1</sup>, Wieland K. Schulze<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene

<sup>2</sup> Sana Ohre Klinikum, Haldensleben, Klinik für Innere Medizin



# INHALTSVERZEICHNIS

---

1.	Inhaltsverzeichnis	55
2.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	56
3.	Zusammenfassung	58
4.	Einleitung	60
5.	Methodische Vorbemerkungen	61
5.1	Untersuchungspopulationen	61
5.2	Verfügbare Daten, Datenquellen und Aussagekraft der Daten	61
5.3	„Hintergrund-Morbidität und Mortalität“	62
6.	Ergebnisse der Datenanalyse	63
6.1	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	63
6.1.1	Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt	63
6.1.2	Krankenhausfälle	68
6.1.3	Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der gesetzlichen Rentenversicherung („Reha-Leistungen“) infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems	73
6.1.4	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frühberentungen“) infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems	74
6.1.5	Sterblichkeit	75
6.1.6	Versorgungsdaten	80
6.2	Assoziierte Diagnosen	84
7.	Diskussion	86
7.1	Zusammenfassende Besprechung der Datenlage zu Herz-Kreislauf-Krankheiten der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt	86
7.1.1	Verringerung der HKK-bedingten Fallquoten in Sachsen-Anhalt seit 2000	86
7.1.2	Nach wie vor erhöhte HKK-bedingte Fallquoten in Sachsen-Anhalt	86
7.1.3	Sind die Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt wirklich erhöht?	87
7.1.4	HKK-Diagnose-Muster mit auffällig hohen Prävalenzen in Sachsen-Anhalt	89
7.1.5	Männer sind stärker von Herz-Kreislauf-Krankheiten betroffen als Frauen	91
7.1.6	Exponentiell zunehmende HKK-Krankheitslast und -Mortalität mit dem Alter	92
7.1.7	Assoziierte Diagnosen	92
7.2	Mögliche Ursachen für die erhöhte HKK-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt	93
7.2.1	Ungesunde Lebensstile	93
7.2.2	HKK-bezogene Versorgungsparameter	95
7.2.3	Einfluss des Arbeitsmarktes	98
7.2.4	Einfluss der sozialen Lage	98
7.2.5	Aussagekraft der dargestellten Datenlage zu Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt	99
8.	Schlussfolgerungen	99
9.	Literaturverzeichnis	100
10.	Anhang	103

# TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

Tabelle 1:	Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems	103
Tabelle 2:	Krankenhausfälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.	104
Tabelle 3:	Sterbefälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.	105
Abbildung 1:	Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.	64
Abbildung 2:	Unterschiede der relativen Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Frauen und Männern.	64
Abbildung 3:	Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztl. Versorgung infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter.	65
Abbildung 4:	Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.	65
Abbildung 5:	Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.	67
Abbildung 6:	Relative Bedeutung (%-Anteile) von Herz-Kreislauf-Krankheiten unter allen Behandlungsanlässen (A00-Z99) bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.	67
Abbildung 7:	Krankenhausfälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (I00-I99) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region.	68
Abbildung 8:	Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (I00-I99) nach Geschlecht und Altersgruppe.	69
Abbildung 9:	Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von essentieller (primärer) Hypertonie (I10) nach Geschlecht und Altersgruppe und Region.	70
Abbildung 10:	Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von hypertensiver Herzkrankheit (I11) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region.	71
Abbildung 11:	Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Herzinsuffizienz (I50) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region.	71
Abbildung 12:	Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Atherosklerose (I70) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region.	72
Abbildung 13:	Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene der gesetzlichen Rentenversicherung.	73
Abbildung 14:	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frühberentungen) infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems.	74
Abbildung 15:	Sterbefälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region.	76
Abbildung 16:	Sterbefälle von 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht und Altersgruppe.	77
Abbildung 17:	Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von akutem Herzinfarkt (I21) nach Geschlecht und Altersgruppe.	78
Abbildung 18:	Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von rezidivierendem Herzinfarkt (I22) nach Geschlecht und Altersgruppe.	79
Abbildung 19:	Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von hypertensiver Herzkrankheit (I11) nach Geschlecht und Altersgruppe.	79
Abbildung 20:	Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von Hirninfarkt (I63) nach Geschlecht und Altersgruppe.	80
Abbildung 21:	Dichte von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden und von berufstätigen Kardiologen, Ländervergleich 2011.	80
Abbildung 22:	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte mit ausgewählten Schwerpunktbezeichnungen mit Bezug zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen.	82

Abbildung 23:	Ärztinnen/Ärzte* und Betten** für Herzchirurgie.	83
Abbildung 24:	Herzchirurgische Zentren und herzchirurgische Eingriffe.	83
Abbildung 25:	Medizinisch-technische Großgeräte mit Bezug zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Krankenhäusern.	84
Abbildung 26:	Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung infolge von ausgewählten Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen.	85
Abbildung 27:	Krankenhausfälle, Reha-Leistungen und Frühberentungen infolge von ausgewählten Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen.	85
Abbildung 28:	Zeittrend der Herz-Kreislauf-bedingten Morbidität und Mortalität bei <65-Jährigen.	86
Abbildung 29:	Herz-Kreislauf-bedingte Morbidität und Mortalität bei unter 65-Jährigen im Jahr 2011 im Ländervergleich.	87
Abbildung 30:	Vergleich der Fallquoten von Herz-Kreislauf-Krankheiten und assoziierten Diagnosen.	88
Abbildung 31:	Vergleich der relativen Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und assoziierten Diagnosen.	89
Abbildung 32:	Häufige Diagnosen in Sachsen-Anhalt und zugrunde liegender Pathomechanismus der Herz-Kreislauf-Morbidität und Mortalität.	90
Abbildung 33:	Anteil von Herz-Kreislauf-bedingten und assoziierten Diagnosen unter allen Diagnosen und Behandlungsanlässen.	91
Abbildung 34:	Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen $\geq 18$ Jahre durch Selbstauskunft beim Mikrozensus nach Geschlecht	93
Abbildung 35:	Organisationsgrad 19-60-Jähriger in Sportvereinen.	94
Abbildung 36:	Raucherquote von über 15-Jährigen durch Selbstauskunft beim Mikrozensus nach Geschlecht.	95
Abbildung 37:	Dichte der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kardiologen und HKK-Morbidität und –Mortalität in den Bundesländern, 2011	96

# ZUSAMMENFASSUNG

---

Der vorliegende Bericht wurde anlässlich der 6. Landesgesundheitskonferenz des Landes Sachsen-Anhalt (am 21.11.2013 unter dem Motto „**Gesund arbeiten – Gesund leben**“) erstellt. Er sollte ein Bild der aktuellen Lage der Herz-Kreislauf-Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung des Landes zeichnen und Rückschlüsse zu möglichen Ursachen von Häufungen bestimmter Diagnosen ermöglichen. Schließlich sollten gegebenenfalls notwendige Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Eine umfangreiche Datenanalyse in den Bereichen: Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, Krankenhausaufenthalte, stationäre Reha-Leistungen, Frühberentung und Sterblichkeit zeigte, dass die Herz-Kreislauf-bedingte Morbidität und Mortalität in der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zwischen den Jahren 2000 und 2011 sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland zurückgegangen ist. Der erkennbare Rückgang von Morbidität und Mortalität war in Sachsen-Anhalt bei vielen Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen allerdings geringer ausgeprägt als im Bundesdurchschnitt bzw. hat sich sogar teilweise in einen Negativtrend umgekehrt. Insgesamt ist damit die vergleichsweise schlechte Herz-Kreislauf-Gesundheitslage in Sachsen-Anhalt aus den Vorjahren, d.h. der Abstand zum Bundesdurchschnitt, bestehen geblieben bzw. noch deutlicher geworden.

In allen untersuchten Datenquellen waren Männer in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) deutlich häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Frauen. In der hier interessierenden Altersgruppe (20 - 64-Jährige) war eine exponentielle Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Alter festzustellen.

Bei der Suche nach möglichen Schwerpunkten der schlechteren Herz-Kreislauf-Gesundheitslage in Sachsen-Anhalt wurde rein empirisch (erhöhte Fallquoten und Anteile) ein auffälliges Muster von Diagnosen festgestellt, in dem die Hypertonie als Basiserkrankung hervortritt, aus der sich typische Folgeerkrankungen ergeben: Ein höherer Anteil der Einwohner in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt erhält von niedergelassenen Ärzten eine Diagnose bzgl. **Hypertonie (I10-I15)**. Auch die Fallquoten von stationär behandelter Hypertonie (Krankenhausfälle und Reha-Leistungen) sind erhöht. Bei weiterem Fortschreiten der Hypertonie kommt es u. a. zu strukturellen Folgeerkrankungen wie **hypertensiver Herzkrankheit** und - in Kombination mit anderen Risikofaktoren – zu **angiosklerotischen/atherosklerotischen Veränderungen** (Häufung der Diagnosen **I11** bei Krankenhausfällen und **I70** bzw. **I70-I79** bei Krankenhausfällen bzw. Reha-Leistungen). Diese angiosklerotischen/atherosklerotischen Veränderungen betreffen auch die Herzkranz- und hirnversorgenden Gefäße, was dann konsekutiv häufiger zu einem **Herzinfarkt**, zu **Herzinsuffizienz**, zu einem **Hirninfarkt** oder direkt zum Tode führt (Häufung der Diagnosen **I21**, **I50** und **I63** im Krankenhaus, **I63** bei Frühberentungen und **I22**, **I63** und **I11** bei der vorzeitigen Sterblichkeit).

Bei der Suche nach möglichen Ursachen für die hohe Herz-Kreislauf-Morbidität und Mortalität der 20 - 64-Jährigen in Sachsen-Anhalt wurde zunächst festgestellt, dass zwei wichtige Risikofaktoren, **Typ-2-Diabetes (E11)** und **Adipositas (E65)**, in Sachsen-Anhalt häufiger sind als im Bundesdurchschnitt. Damit im Zusammenhang stehend werden ausgewählte Daten gezeigt, die Hinweise darauf liefern, dass ungesunde Lebensstile (ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen) in Sachsen-Anhalt weiter verbreitet sind als im Bundesdurchschnitt. Als hypothetische Einflussfaktoren werden ein negativer Einfluss der Arbeitsmarktsituation in Sachsen-Anhalt und ein negativer Einfluss des hohen Anteils sozial schwacher Bevölkerungsgruppen in Sachsen-Anhalt diskutiert.

Schlussfolgerungen/Handlungsempfehlungen: Die kürzlich erfolgte Einrichtung eines Herz-infarktregisters in Sachsen-Anhalt, welches u. a. prüfen kann, ob in Sachsen-Anhalt eventuell Defizite in der Versorgung von Herz-Kreislauf-Notfallpatienten vorliegen, ist zu begrüßen. Um die allgemeine Herz-Kreislauf-Gesundheitslage in Sachsen-Anhalt zu verbessern, sollte die Umsetzung der seit dem Jahr 2003 geltenden verhaltensbezogenen Landesgesundheitsziele (Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote, Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten, Reduktion des Anteils Raucher und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden) intensiv weiterverfolgt werden. Daneben sollte auf eine frühzeitige Diagnose und Behandlung der Frühstadien von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt hingewirkt werden, um so die Häufung von schwerwiegenden Komplikationen und Folgeerkrankungen (und die damit verbundenen hohen gesellschaftlichen Kosten) zu verhindern. Die Hypertonie (Bluthochdruck) als weit verbreitete Herz-Kreislauf-Basiserkrankung in Sachsen-Anhalt sollte sowohl bei der Prävention als auch bezüglich einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung im Fokus stehen.

# EINLEITUNG

---

Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10-Diagnosekapitel **I00-I99**) sind in modernen Industrienationen die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität. So belegte dieses Diagnosekapitel in Deutschland im Jahr 2011 mit 2,79 Millionen Krankenhausfällen (15% aller Krankenhausfälle) und etwa 340.000 Sterbefällen (40% aller Sterbefälle infolge Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen) jeweils Rang 1 unter allen Diagnosekapiteln ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

In Sachsen-Anhalt wiesen schon die ersten Gesundheitsberichte auf eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöhte Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin, besonders bei Männern [1], [2]. Daraufhin wurde am 26.03.1998 anlässlich der ersten Landesgesundheitskonferenz als eines unter sechs Landesgesundheitszielen das Ziel: „Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt“ formuliert [3]. Im Zwischenbericht zum Stand der sechs Landesgesundheitsziele aus dem Jahr 2001 wurde empfohlen, das Herz-Kreislauf-bezogene Gesundheitsziel dahingehend zu modifizieren, dass der zukünftige Arbeitsschwerpunkt die Prävention sein sollte [4]. Seither ist das Herz-Kreislauf-bezogene Landesgesundheitsziel in die präventiv und gesundheitsfördernd orientierten Gesundheitsziele: „*Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote*“, „*Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten*“, „*Reduktion des Anteils Raucher und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden*“ überführt worden [5].

Der vorliegende Bericht wurde in Vorbereitung der 6. Landesgesundheitskonferenz am 21.11.2013 erstellt, welche unter dem Motto „**Gesund arbeiten – Gesund leben**“ stand. Er hatte zur Aufgabe, die Entwicklung der Datenlage zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung zu prüfen. Die Abbildung der arbeitsfähigen Bevölkerung war in den verfügbaren Daten nicht immer einfach, sodass in diesem Bericht Daten verschiedener Alters- und Bevölkerungsgruppen ausgewertet werden mussten, die jeweils eine sehr große Schnittmenge mit der arbeitsfähigen Bevölkerung haben, aber nicht immer völlig kongruent mit ihr sind. In aller Regel handelt es sich um Daten von Einwohnern, die nicht älter als 64 Jahre sind. Deshalb wurde zur Vereinfachung der Titel des Berichtes auf „unter 65-Jährige“ beschränkt.

Um ein möglichst umfassendes Bild der Datenlage zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zu gewinnen, wurden Fallzahlen, bevölkerungs- oder versichertenbezogene Fallquoten und Häufigkeiten von Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen des ICD-10-Diagnosekapitels I00-I99 zunächst in der amtlichen Statistik untersucht:

- **Krankenhausfälle** (Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes)
- **Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (Deutsche Rentenversicherung)
- **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** (Deutsche Rentenversicherung)
- **Sterbefälle** (Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes).

Als Novum für die GBE in Sachsen-Anhalt und als in noch kaum einem anderen Bundesland realisierte Form der Kooperation stellte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt für diesen Bericht pseudonymisierte und aggregierte Abrechnungsdaten zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Aus diesen konnten Rückschlüsse auf die ambulante Morbidität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt gezogen werden.

In den oben genannten Datenquellen wurde ergänzend auch die Häufigkeit einiger ausgewählter Diagnosen untersucht (Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2), die bekanntermaßen mit Herz-Kreislauf-Krankheiten assoziiert sind. Weiterhin wurden einige Daten aus anderen Datenquellen zusammengestellt, die Hinweise zur Versorgungssituation und zur Verbreitung von ungesunden Lebensstilen in Sachsen-Anhalt bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen geben.

Abschließend werden in diesem Bericht mögliche Ursachen für die festgestellten Defizite in der Herz-Kreislauf-Gesundheitslage Sachsen-Anhalts diskutiert und einige Handlungsempfehlungen gegeben.

## 5. Methodische Vorbemerkungen

### 5.1 Untersuchungspopulationen

Die 6. Landesgesundheitskonferenz (21.11.2013) fokussierte auf die arbeitsfähige Bevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt. Im vorliegenden, anlässlich der Landesgesundheitskonferenz erarbeiteten Bericht wurde deshalb versucht, die Herz-Kreislauf-Gesundheitslage dieser Bevölkerungsgruppe aus verschiedenen Datenquellen abzubilden. Dies gelang aus methodischen Gründen (unterschiedliche Altersgruppierungen der Daten bei den verschiedenen Datenhaltern, Verfügbarkeit von altersstandardisierten Gruppen, Aufwand für den Ausschluss bestimmter Altersgruppen, Übersichtlichkeit von Darstellungen, Vergleich mit verfügbaren Bundesdaten usw.) nur näherungsweise. Je nach verwendeter Datenquelle und je nach Fragestellung wurden zur Beschreibung der Herz-Kreislauf-Gesundheitslage der arbeitsfähigen Bevölkerung folgende Gruppen betrachtet:

- unter 65-Jährige\*
- 20-24-Jährige („Berufseinstieg“)
- 25-44-Jährige\* („Berufliche Etablierung und Karriere“)
- 45-64-Jährige\* („Positive und negative Effekte einer langen Berufserfahrung“)
- gesetzlich Rentenversicherte, die im betreffenden Jahr eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhalten haben ("Frühberentung")
- gesetzlich Rentenversicherte, die im betreffenden Jahr eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder eine sonstige Leistung zur Teilhabe für Erwachsene infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgeschlossen haben ("Reha-Leistung").

\* bei Krankenhausfällen und Sterbefällen sind diese Daten altersstandardisiert an der alten Europabevölkerung

### 5.2 Verfügbare Daten, Datenquellen und Aussagekraft der Daten

Verfügbar für die Datenanalyse waren in den entsprechenden Altersgruppen für Sachsen-Anhalt (ST) bzw. für Deutschland (DTL):

**Abrechnungszahlen zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung** durch Patienten mit Wohnsitz ST, 2010 und 2012 (Datenhalter und Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt)

**Krankenhausfälle** (jährliche Anzahlen und Quoten je 100.000 Einwohner) von Patienten mit Wohnsitz ST bzw. DTL, 2000-2011, Altersgruppe 20-24 Jahre: rohe Quoten, Altersgruppen 25-44 und 45-64 Jahre: altersstandardisierte Quoten, (Datenhalter: Statistisches Bundesamt, Datenquelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

**Abgeschlossene stationäre Leistungen** zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Wohnsitz ST bzw. DTL (jährliche Anzahl der Leistungen und Quoten je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug im Laufe des Berichtsjahres) (Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Datenquelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

**Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit** von Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Wohnsitz ST bzw. DTL (jährliche Anzahl der Zugänge und Quoten je 100.000 aktiv Vers. ohne Rentenbezug im Laufe des Berichtsjahres), Zugänge ST 2000-2009 (Datenhalter und Datenquelle: DRV), Zugänge ST 2010-2011, Zugänge DTL 2000-2011, Versicherte ST+DTL 2000-2011 (Datenhalter: DRV, Datenquelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

**Sterbefälle** (jährliche Anzahlen und Quoten je 100.000 Einwohner) von Personen mit Wohnsitz ST bzw. DTL, 2000-2011, Altersgruppe 20-24 Jahre: rohe Quoten, Altersgruppen 25-44 und 45-64 Jahre: altersstandardisierte Quoten (Datenhalter: Statistisches Bundesamt, Datenquelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

Bei den Daten der KVSA zur **Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung („ambulante Morbiditätsdaten“)** ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den dargestellten „Patientenzahlen“ um sog. Patientenpseudonyme handelt, die aus der Krankenkassenzugehörigkeit, dem Vor- und Familiennamen und

dem Geburtsdatum gebildet werden. Hier kann es zu einer Mehrfachzählung derselben Person kommen, wenn diese innerhalb des Abrechnungsjahres die Krankenkasse wechselt und/oder den Namen ändert (z.B. bei Eheschließung/Scheidung) und/oder wenn Schreibfehler bei einer händischen Erfassung des (Vor-) Namens und/oder des Geburtsdatums erfolgen (z.B. bei Notfallaufnahmen ohne Versichertenkarte). Die dargestellten „Patientenzahlen“ sind insofern etwas überschätzt, bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Die Berechnung von „Behandlungsquoten“ (Anzahl Patienten je 100, 1.000 oder 100.000 einer bestimmten Bezugspopulation) mit Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist schwierig, da die Ermittlung der Bezugspopulationen je nach Geschlecht, Altersgruppe und KV-Region abweichen kann [6].

Bei den **Krankenhausdaten** ist zu berücksichtigen, dass hier Fälle (nicht Patienten) gezählt werden. Das heißt, eine Person, die innerhalb eines Jahres mehrfach im Krankenhaus war, wird als mehrere Fälle gezählt. Bei bestimmten Krankheiten kommen wiederholte Krankheitsfälle derselben Person häufig vor. Weiterhin ist zu beachten, dass für die hier ausgewertete amtliche Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes immer nur die Hauptdiagnose (keine Nebendiagnosen) gemeldet wird. Dabei kann die Benennung der medizinischen Hauptdiagnose und der DRG-Hauptdiagnose bei Nichtberücksichtigung der Nebendiagnosen differieren und wird zum Teil auch vom aktuellen Abrechnungssystem beeinflusst.

Bei den **Reha-Leistungen** und **Frühberentungen** ist zu berücksichtigen, dass die Zuweisungswege und –kriterien und die Kapazitäten für stationäre Reha-Leistungen sich regional unterscheiden können.

Bei den **Sterbefällen** ist zu berücksichtigen, dass die Diagnosen sich auf das „zugrunde liegende Grundleiden“ im Totenschein beziehen. Dieses wird in der Praxis bei der Ausstellung der Totenscheine nicht immer identifiziert, auch wird eine in Zweifelsfällen ggf. angebrachte Obduktion in Deutschland (und Sachsen-Anhalt) relativ selten durchgeführt. Zuletzt ist auch die Kodierung der Totenscheine für die Todesursachenstatistik nicht frei von Fehlern.

### 5.3 „Hintergrund-Morbidität und Mortalität“

Die Krankenhausfallquoten, die Häufigkeiten von Reha-Leistungen und Frühberentungen sowie die Sterblichkeit sind in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren – auch nach Altersstandardisierung – höher als im Bundesdurchschnitt. Dies ist wahrscheinlich vor allem einer objektiv erhöhten allgemeinen Morbidität der Bevölkerung geschuldet. Bei Krankenhausfällen, Reha-Leistungen und Frühberentungen könnten eventuell auch Versorgungs- und Zuweisungseffekte eine Rolle spielen. Bei der Betrachtung der Morbidität und Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen diese allgemein erhöhte Morbidität/Inanspruchnahme und die allgemein erhöhte Mortalität in Sachsen-Anhalt berücksichtigt werden.

### 5.4 Terminologie/Nummerierung von Abbildungen und Tabellen

Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit:

- a) bei Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) vereinfachend von „**Herz-Kreislauf-Krankheiten**“ oder „**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**“, abgekürzt „**HKK**“, gesprochen,
- b) bei Abbildungen und Tabellen im Text von „*Abbildungen*“, bei Tabellen im Anhang als „*Tabellen*“ gesprochen,
- c) häufig nur die männliche Form von Begriffen verwendet (z.B. Arzt, Einwohner), auch wenn diese sich gleichzeitig auf Frauen beziehen (Ärztinnen bzw. Einwohnerinnen).

## 6 Ergebnisse der Datenanalyse

### 6.1 Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

#### 6.1.1 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung in Sachsen-Anhalt

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) wurden im Mittel der Jahre 2010 und 2012, bezogen auf die Altersgruppe 20-64 Jahre, jährlich etwa **580.000** Patientenpseudonyme (mindestens ein Arztbesuch pro Jahr) mit mindestens einer Diagnose aus dem Diagnosekapitel Krankheiten des Kreislaufsystems (**I00-I99**) registriert (Tabelle 1). Damit gehören Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt und in Deutschland zu den besonders wichtigen Ursachen für Arztbesuche. Bei den über 8 Millionen BARMER-GEK-Versicherten in Deutschland im Jahr 2011 nahm das Diagnosekapitel Herz-Kreislauf-Krankheiten (I00-I99) den Rang 5 unter 21 Diagnosekapiteln bzgl. der Behandlungsrate ein [7].

Die jährlich 580.000 Patientenpseudonyme der 20-64-Jährigen in Sachsen-Anhalt ergeben rechnerisch eine Quote von 45 Patientenpseudonymen je 100 gesetzlich Krankenversicherte in dieser Altersgruppe (jeweils mit Wohnsitz Sachsen-Anhalt). Diese Kennziffer ist nur näherungsweise gleichzusetzen mit dem (nicht verfügbaren) tatsächlichen jährlichen Prozentanteil an Herzkreislaufpatienten unter gesetzlich Krankenversicherten in dieser Altersgruppe in Sachsen-Anhalt (Behandlungsquote), weil a) es bei der Ermittlung der Patientenpseudonyme bei der KVSA zu Mehrfachzählung derselben Person kommen kann (die Anzahl Patientenpseudonyme also immer etwas höher ist als die tatsächliche Anzahl der Patienten) und weil b) die Bezugspopulation (gesetzlich Krankenversicherte) in einer anderen Statistik mit anderen Methoden erhoben wird als die Patientenpseudonyme (vgl. Kapitel Methodische Vorbemerkungen). Die Kennziffer: *Anzahl Patientenpseudonyme je 100 gesetzlich Krankenversicherte* wird im Folgenden als rohe Behandlungsquote bezeichnet. Um die **reale Behandlungsquote** abschätzen zu können, wurde die **rohe Behandlungsquote** um den geschätzten Anteil von Mehrfachzählungen unter den Patientenpseudonymen reduziert (zum angewandten Rechenverfahren: siehe unten).

Die Daten der vertragsärztlichen Versorgung beziehen sich ganz überwiegend auf die **ambulante Morbidität** der Bevölkerung, d.h. auf Behandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten und enthalten nur einen sehr geringen Anteil stationärer Behandlungen (nämlich nur solche, die von sog. Belegärztinnen durchgeführt werden).

#### Analyse der verfügbaren Landesdaten:

Nach Korrektur der Mehrfachzählungen lässt sich abschätzen, dass in Sachsen-Anhalt ein sehr hoher Anteil (**etwa 43%**) der GKV-Versicherten im Alter von 20-64 Jahren jährlich mindestens einmal bei einem Arztbesuch eine Diagnose bzgl. einer Herz-Kreislauf-Erkrankung erhalten hat (Abbildung 1). Ob die betreffende Herz-Kreislauf-Diagnose der Anlass für den Arztbesuch war oder ob sie erst bei einem unspezifischen oder wegen anderer Krankheiten erfolgten Arztbesuch gestellt wurde, geht aus den Daten nicht hervor.

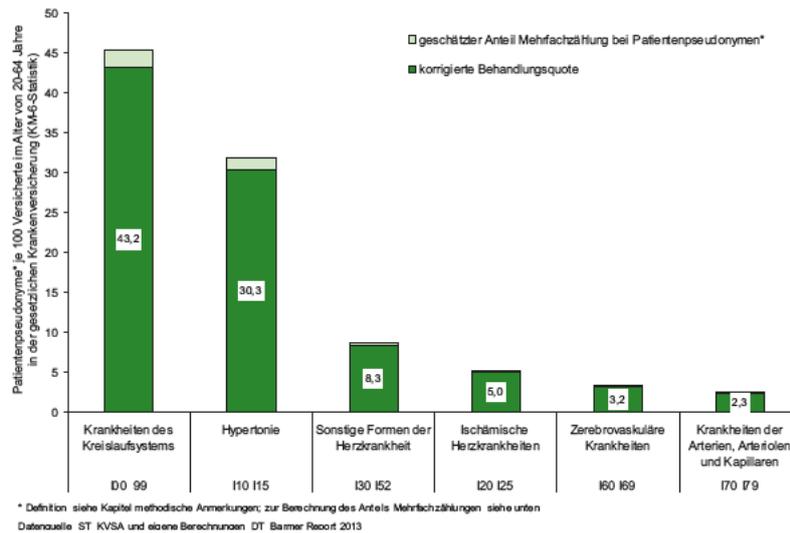
Der weitaus größte Teil der Patienten mit Herz-Kreislauf-Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt erhält eine Diagnose betreffend Hypertonie (I10-I15): Fast jeder dritte Erwachsene im Alter von 20-64 Jahre hat mindestens je einmal in den Jahren 2010 und 2012 eine Diagnose bezüglich Bluthochdruck erhalten. Patienten mit anderen Diagnosegruppen waren mit unter 9% der Versicherten deutlich seltener (Abbildung 1).

Frauen nehmen in der auf Deutschland extrapolierten Versichertenpopulation der BARMER die vertragsärztliche Versorgung häufiger in Anspruch als Männer: Sie zeigen in sämtlichen Diagnosekapiteln eine höhere Behandlungsquote [7]. Im vorliegenden Datensatz der KVSA treten bei Frauen außerdem häufiger als bei Männern Mehrfachzählungen bei der Ermittlung von Patientenpseudonymen auf (Daten nicht gezeigt). Dadurch ist im vorliegenden Datensatz die rohe Behandlungsquote bei Frauen zusätzlich gegenüber Männern erhöht. Aus diesen Gründen kann ein Geschlechtervergleich bzgl. der ambulanten HKK-Morbidität im vorliegenden Datensatz nicht einfach über Behandlungsquoten erfolgen, sondern

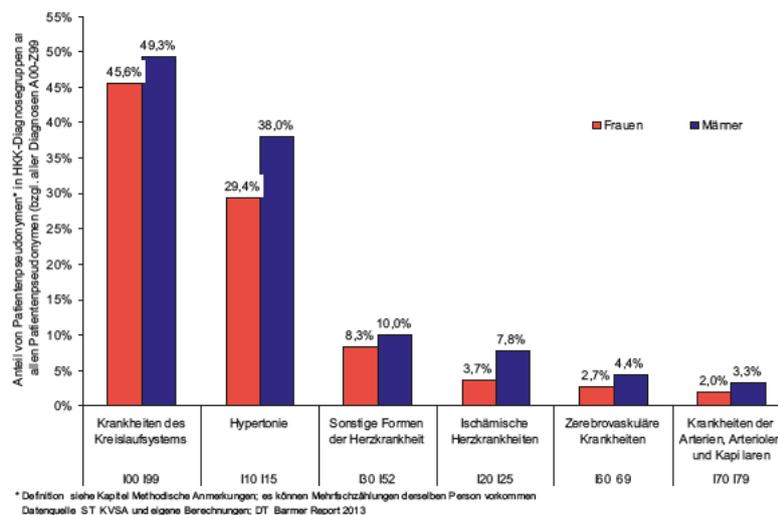
muss über die **relative Bedeutung** der HKK-Diagnosen unter allen für das jeweilige Geschlecht gestellten Diagnosen geschehen. Die Abbildung 2 zeigt, dass die relative Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten sowohl bezüglich der Gesamtheit der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (**I00-I99**) als auch bezüglich aller ausgewählten Diagnosegruppen bei Männern höher ist als bei Frauen.

Die Abbildung 3 zeigt, dass die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt (**I00-I99**) und bzgl. Hypertonie (**I10-I15**) einen annähernd sigmoiden Altersgang hat: Nach einem exponentiellen Anstieg der Inanspruchnahme bzgl. dieser Diagnosen im „Berufsalter“ zwischen 20 und 64 Jahren nimmt die Behandlungsquote im höheren Alter weniger stark zu. Bei ischämischen Herzkrankheiten (**I20-I25**), zerebrovaskulären Krankheiten (**I60-I69**) und sonstigen Formen der Herzkrankheit (**I30-I52**) setzt sich der exponentielle Anstieg der Behandlungsquoten bis ins hohe Alter fort.

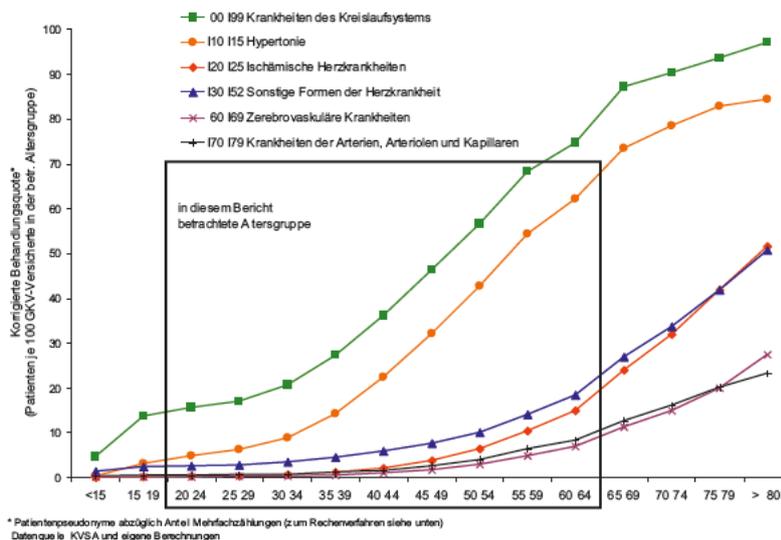
Die Abbildung 4 zeigt die korrigierten Behandlungsquoten in der Altersgruppe der 20-64-Jährigen in den zur Verfügung stehenden Untersuchungsjahren 2010 und 2012. Es zeigt sich, dass die Inanspruchnahme bzgl. des gesamten Diagnosekapitels (I00-I99) von 2010 auf 2012 zwar leicht gesunken ist, dass die Behandlungsquote in allen ausgewählten Diagnosegruppen (I10-I15, I20-I25, I30-I52, I60-I69, I70-I79) hingegen leicht angestiegen ist.



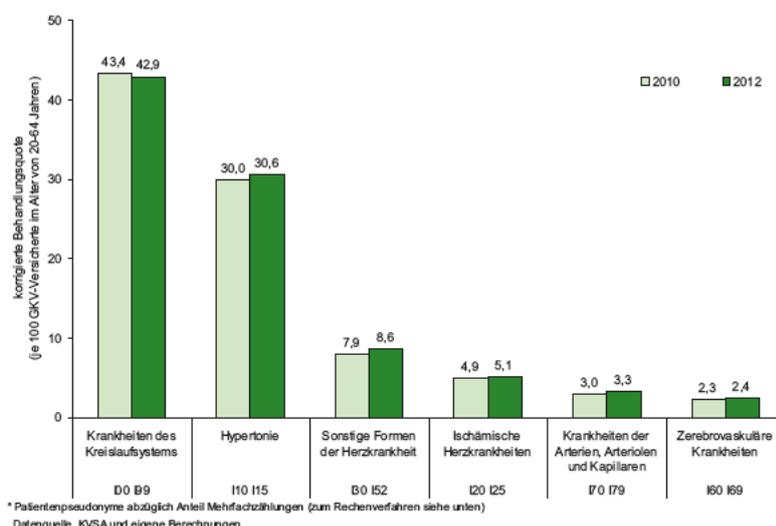
**Abbildung 1:** Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012).



**Abbildung 2:** Unterschiede der relativen Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Frauen und Männern (Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012).



**Abbildung 3:** Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter (Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012).



**Abbildung 4:** Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (Sachsen-Anhalt, 2010, 2012).

### Versuch des Vergleichs der HKK-bedingten Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt und Deutschland:

Eine der wenigen derzeit verfügbaren Quellen für Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung ist der BARMER-GEK-Arztreport. In seiner Auflage aus dem Jahr 2013 wertet er Daten von mehr als 8 Millionen gesetzlich Krankenversicherten aus, das sind etwa 10,5% der Bevölkerung in Deutschland [7]. Um die Ergebnisse auf die gesamte Bevölkerung in Deutschland extrapolieren zu können, werden die Daten im BARMER-Report an der Bevölkerungsstruktur Deutschland im betreffenden Jahr alters- und geschlechtsstandardisiert.

Der Vergleich der von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) für diesen Bericht zur Verfügung gestellten Daten zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung mit denjenigen aus dem BARMER-Report 2013 ist aus folgenden Gründen sehr schwierig:

- Zwischen dem Spektrum der Berufsgruppen in der deutschlandweiten Versichertenpopulation der BARMER-GEK und demjenigen in der GKV in Sachsen-Anhalt bestehen Unterschiede;
- Während die Bezugspopulation im BARMER-Report die in dieser Krankenkasse Versicherten mit mindestens einem Versicherungstag in allen vier Quartalen sind und über die Versichertennummer eindeutig realen Personen zugeordnet werden kann [7], ist eine Bezugspopulation in den Daten der KVSA nicht

gegeben, da die Versicherten aus verschiedenen Krankenkassen stammen und eine einheitliche Versicherungsnummer nicht vorliegt. Als Bezugspopulation müssen hier die in der KM-6-Statistik des BMG gemeldeten gesetzlich Krankenversicherten in Sachsen-Anhalt dienen. „Patienten“ werden bei der KVSA über sog. Patientenpseudonyme ermittelt, dabei kann es zu Mehrfachzählung von Personen/Patienten kommen (vgl. Kapitel Methodische Vorbemerkungen). Während also die auf Grundlage der Patientenpseudonyme ermittelten „Patientenzahlen“ der KVSA immer etwas überschätzt sind, sind die Patientenzahlen im BARMER-Report immer etwas unterschätzt, weil Versicherte, die im 4. Quartal verstorben sind (und also eine hohe Morbidität hatten), aus den Berechnungen ausgeschlossen werden [7].

Trotz dieser erheblichen Einschränkungen wurde versucht, die Intensität der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt mit derjenigen in der BARMER-Deutschland-Population grob zu vergleichen.

Eine Beschränkung des Vergleichs auf die Altersgruppe der arbeitsfähigen Bevölkerung war nicht möglich, da die Daten des BARMER-Arztreports sich auf die Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) beziehen.

Zur Angleichung der Daten wurden zunächst auch die Daten der KVSA an der Bevölkerungsstruktur in Deutschland des Jahres 2011 alters- und geschlechtsstandardisiert. Dann wurde versucht, den Anteil der Mehrfachzählung von Patienten bei der Ermittlung von Patientenpseudonymen in den KVSA-Daten quantitativ abzuschätzen. Dazu wurde in den betreffenden Jahren die bei der KVSA ermittelte Anzahl von Patientenpseudonymen bzgl. aller Diagnosen (**A00-Z99**) der geschätzten realen Anzahl von mindestens einmal behandelten gesetzlich krankenversicherten Personen in Sachsen-Anhalt gegenübergestellt. Diese zuletzt genannte Zahl wurde durch Multiplikation der Anzahl GKV-Versicherter in Sachsen-Anhalt im betreffenden Jahr (KM-6-Statistik) mit der empirisch ermittelten „Behandlungsquote“ (bezogen auf beide Geschlechter) für Sachsen-Anhalt (92,5%) aus dem BARMER-Report 2013 errechnet. Die so berechnete Anzahl behandelter Personen war um 4,9% niedriger als die Anzahl der von der KVSA gemeldeten Patientenpseudonyme. Die rohen Behandlungsquoten für Sachsen-Anhalt (Anzahl Patientenpseudonyme je 100 GKV-Versicherte) wurden für den Vergleich mit der BARMER-Population also immer mit dem Faktor  $1 - 0,049 = 0,951$  multipliziert. Die folgende Übersicht fasst das Verfahren zusammen:

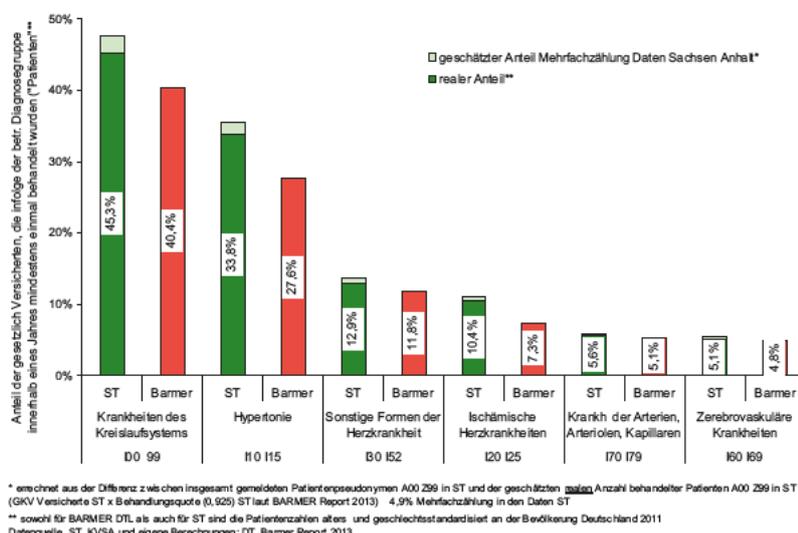
Schätzung der realen Behandlungsquoten in Sachsen-Anhalt			
A	Versicherte in der gesetzlichen Krankenkasse in Sachsen-Anhalt (Mittelwert der Jahre 2010 und 2012)		2.134.260
B	Empirisch ermittelte Behandlungsquote Sachsen-Anhalt im Jahr 2011 (BARMER-GEK-Arztreport 2013)		0,925
C	Geschätzte Anzahl jährlich behandelter GKV-Versicherter in Sachsen-Anhalt 2010 und 2012	A x B	1.974.190
D	Durch die KVSA ermittelte Anzahl von Patientenpseudonymen bzgl. aller Diagnosen (A00-Z99), Mittelwert der Jahre 2010 und 2012		2.075.918
E	Differenz	D - C	101.728
F	Geschätzter Anteil Mehrfachzählungen bei der Ermittlung der Patientenpseudonyme	E / D	0,049
G	Korrekturfaktor zu Berechnung der realen Behandlungsquoten/-zahlen aus den Patientenpseudonymenquoten/-zahlen	1 - F	0,951

Die Unterschätzung der Behandlungsquote im BARMER-Report (aufgrund des Ausschlusses von im vierten Quartal Verstorbener) konnte nicht quantitativ eingegrenzt werden, sondern kann nur qualitativ berücksichtigt werden.

In Abbildung 5 sind die korrigierten Behandlungsquoten der GKV-Versicherten in Sachsen-Anhalt und diejenigen der GKV-Versicherten der BARMER-Deutschland-Population gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass

auch nach Altersstandardisierung der Sachsen-Anhalt-Daten, nach Berücksichtigung des Anteils Mehrfachzählungen bei den Patientenpseudonymen in Sachsen-Anhalt und nach Addition eines (vermutlich geringen) „Unterschätzungsgrades“ in den BARMER-Daten die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt anscheinend höher ist als in der BARMER-Deutschland-Population. Besonders auffällig war diese erhöhte Inanspruchnahme bei Hypertonie I10-I15 (33,8% der Versicherten in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 27,6% in der BARMER-Population) und bei Ischämischen Herzkrankheiten I20-I25 (10,4% zu 7,3%).

Einen weiteren Beleg dafür, dass die Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von HKK in Sachsen-Anhalt höher ist als in Deutschland, gewinnt man, wenn man in den beiden Populationen – analog den Überlegungen zu Abbildung 2 – nicht die versichertenbezogenen Behandlungsquoten vergleicht, sondern die relative Bedeutung, die die betreffende HKK-Diagnosegruppe unter allen Behandlungsanlässen (A00-Z99) in Sachsen-Anhalt bzw. in der Deutschlandpopulation besitzt. Es zeigt sich dabei, dass die **relative Bedeutung** aller Herz-Kreislauf-bezogenen Diagnosegruppen in Sachsen-Anhalt sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich höher ist als in der BARMER-Deutschland-Population (Abbildung 6).



**Abbildung 5:** Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (alle Altersgruppen)/(Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012; BARMER-Deutschland-Population, 2011).

	Frauen			Männer			Beide		
	DTL	ST	ST/DTL	DTL	ST	ST/DTL	DTL	ST	ST/DTL
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	45,5%	53,1%	1,17	41,7%	54,6%	1,31	43,7%	53,7%	1,23
I10-I15 Hypertonie	29,3%	39,7%	1,35	30,4%	43,6%	1,43	29,9%	41,4%	1,38
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	6,3%	11,9%	1,90	9,7%	15,6%	1,61	7,9%	13,5%	1,70
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	12,9%	15,4%	1,19	12,7%	16,9%	1,33	12,8%	16,0%	1,26
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	5,0%	6,1%	1,21	5,5%	7,3%	1,32	5,2%	6,6%	1,26
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	5,0%	6,0%	1,20	6,0%	8,4%	1,41	5,5%	7,0%	1,28

relative Bedeutung in Sachsen-Anhalt deutlich höher ( $\geq 1,2$ -mal) als im Bundesdurchschnitt  
 relative Bedeutung in Sachsen-Anhalt etwas höher ( $1,1 < 1,2$ -mal) als im Bundesdurchschnitt  
 ST: %-Anteil der Patientenpseudonyme in der betr. Diagnosegruppe von allen Patientenpseudonymen bzgl. A00-Z99  
 DTL: %-Anteil der Behandlungsquote in der betr. Diagnosegruppe von der Behandlungsquote bzgl. aller Behandlungsanlässe

Datenquelle: ST: KVSA und eigene Berechnungen; DT: Barmar-Report 2013

**Abbildung 6:** Relative Bedeutung (%-Anteile) von Herz-Kreislauf-Krankheiten unter allen Behandlungsanlässen (A00-Z99) bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012, Deutschland 2011).

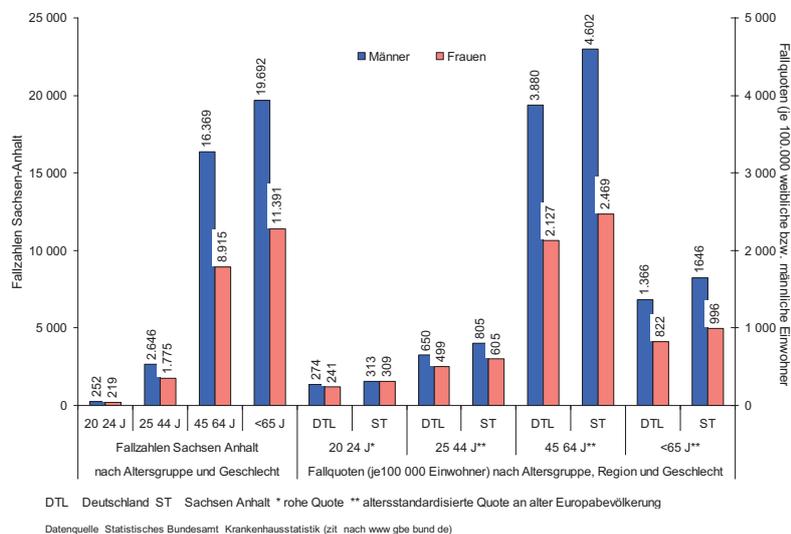
## 6.1.2 Krankenhausfälle

### Status quo der I00-I99-Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt (Tabelle 2, Abbildung 7)

**Jährliche HK-Fallzahlen in Sachsen-Anhalt:** Im Zeitraum 2007-2011 wurden bei unter 65-Jährigen im Mittel jährlich etwa **31.000** Krankenhausfälle infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten (**I00-I99**) registriert (Tabelle 1). Damit belegt dieses Diagnosekapitel in Sachsen-Anhalt - nach Verletzungen, Vergiftungen (**S00-T98**) und Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) – den Rang 3 unter allen Diagnosekapiteln bei der Verursachung von Krankenhausaufenthalten von unter 65-Jährigen ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

**Höheres HK-Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter:** In der arbeitsfähigen Bevölkerung war das Risiko einer stationären Behandlung infolge **I00-I99** erwartungsgemäß sehr ungleich verteilt: Die Krankenhausfallquote war bei 45-64-Jährigen 5-mal höher als bei 25-44-Jährigen und bei diesen wiederum etwa doppelt so hoch wie bei 20-24-Jährigen (Abbildung 7).

**Höhere HK-Krankheitslast in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:** Sowohl die relative Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten im gesamten Krankengeschehen (%-Anteil **I00-I99** unter allen Krankenhausfällen) als auch die altersstandardisierte **I00-I99**-Krankenhausfallquote waren in Sachsen-Anhalt bei <65-Jährigen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt: Der Anteil der Herz-Kreislauf-Krankenhausfälle betrug in Sachsen-Anhalt 10,3% (Rang 3), in Deutschland nur 9,3% (Rang 6). Die bevölkerungsbezogene HK-Krankenhausfallquote in Sachsen-Anhalt (1.319 je 100.000 Einwohner) war 1,21-mal höher als die bundesdurchschnittliche HK-Krankenhausfallquote. In Sachsen-Anhalt sind sowohl Männer als auch Frauen stärker von Herz-Kreislauf-Krankheiten betroffen als im Bundesdurchschnitt: In beiden Geschlechtern sind sowohl die %-Anteile als auch die Quoten der HK-Krankenhausfälle erhöht (Tabelle 1). Eine erhöhte HK-Krankenhausfallquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt lässt sich in Sachsen-Anhalt nicht nur im fortgeschrittenen Berufsalter (45-64 Jahre), sondern auch schon in den jüngeren Altersgruppen feststellen (Abbildung 7).

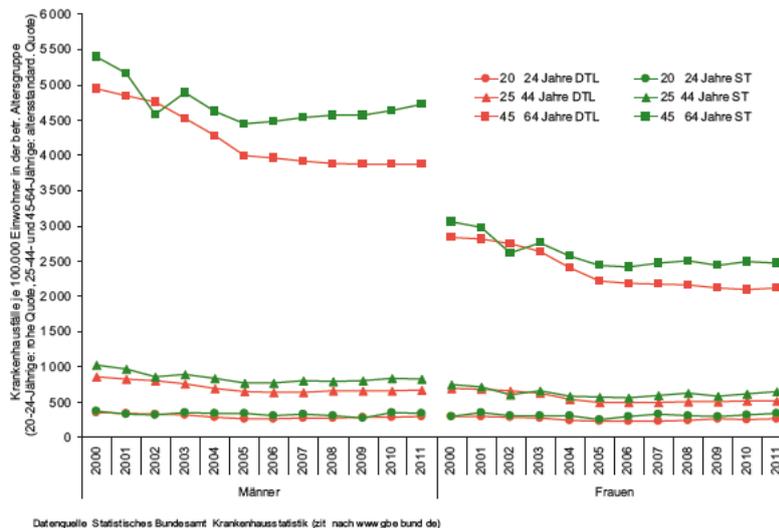


**Abbildung 7:** Krankenhausfälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (I00-I99) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region (Mittelwerte 2007 bis 2011).

**Männer sind deutlich häufiger von HKK betroffen als Frauen:** Der überwiegende Teil (etwa 19.700 Fälle = **63,4%**) der jährlichen HK-Krankenhausfälle bei <65-Jährigen ging in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2007-2011 zu Lasten von Männern. Die höhere Krankenhausfallquote der Männer zeigte sich in allen drei Altersgruppen; in der ältesten Gruppe (45-64-Jährige) war der Unterschied am deutlichsten (1,73-mal höhere Quote bei Männern als bei Frauen, Abbildung 7). Auch wenn man nicht bevölkerungsbezogene Fallquoten, sondern die **relative Bedeutung** der HKK-Diagnosegruppen unter allen Diagnosen betrachtet, tritt die stärkere Betroffenheit von Männern im Vergleich zu Frauen deutlich hervor (Abbildung 33). Die höhere Belastung durch HKK bei Männern ist kein landesspezifisches Phänomen: Auch im Bundesdurchschnitt haben Männer eine deutlich höhere I00-I99-Krankenhausfallquote als Frauen. Wie im Bundes-

durchschnitt so ist auch in Sachsen-Anhalt unter den 15 häufigsten Einzeldiagnosen dieses Verhältnis nur bei vier Diagnosen umgekehrt: Krankenhausaufenthalte infolge von essentieller Hypertonie (110), paroxysmaler Tachykardie (147), Hypotonie (195) und Varizen der unteren Extremitäten (183) sind bei Frauen häufiger als bei Männern (Abbildung 7).

## Zeittrend der I00-I99-Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt und Deutschland



**Abbildung 8:** Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (I00-I99) nach Geschlecht und Altersgruppe (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

Die Häufigkeit von Krankenhausfällen infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten nahm sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2000-2005 bei beiden Geschlechtern und in allen drei Altersgruppen ab (Abbildung 8). Der scheinbare Einbruch der Fallzahlen im Jahr 2002 in Sachsen-Anhalt beruht auf einem bekannten, jedoch bisher noch nicht korrigierten Datenfehler in der zitierten Datenquelle. Seither stagnieren die HKK-Fallquoten im Bundesdurchschnitt und nehmen in Sachsen-Anhalt sogar wieder zu. Die „Negativabweichung“ Sachsens-Anhalts (höhere Krankhausfallquote) hat sich vor allem in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen seit 2005 verschärft.

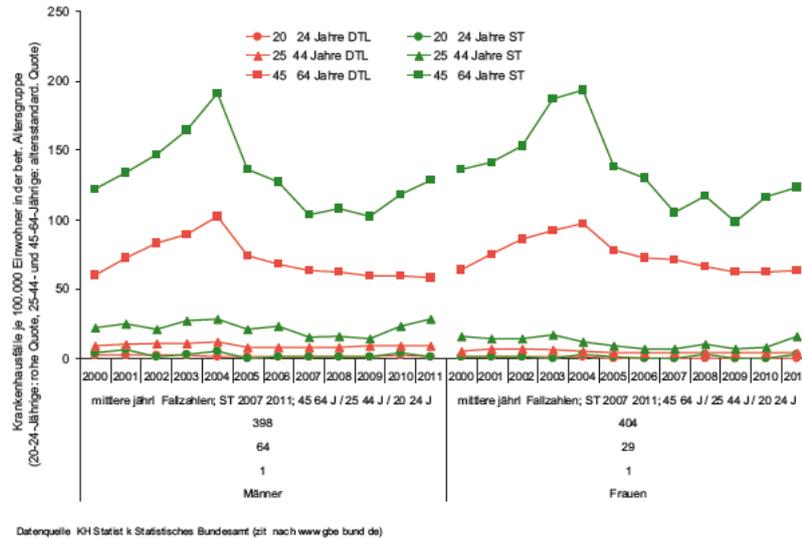
### Detailanalyse ausgewählter Herz-Kreislauf-Einzeldiagnosen

Um nach möglichen Ursachen/Schwerpunkten der erhöhten (und sich relativ zum Bundesdurchschnitt wieder verschlechternden) stationären Herz-Kreislauf-Morbidität in der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zu forschen, wurde die Häufigkeit von HKK-Einzeldiagnosen (ICD-10-3-Steller) bei Krankenhausfällen von <65-Jährigen genauer untersucht. Dazu wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde die Rangfolge der häufigsten Herz-Kreislauf-Einzeldiagnosen im Mittel der Jahre 2007-2011 in Sachsen-Anhalt und in Deutschland erstellt (Tabelle 2). Dann wurde der Anteil der jeweiligen Einzeldiagnosen an allen HKK-Diagnosen (I00-I99) in Sachsen-Anhalt bzw. in Deutschland ermittelt (Tabelle 2 oben). Schließlich wurden für Sachsen-Anhalt und für Deutschland die HK-Krankenhausfallquoten (je 100.000 Einwohner) berechnet (Tabelle 2). Zur weiteren Analyse wurden dann nur Einzeldiagnosen ausgewählt, die

1. in erheblicher jährlicher Fallzahl in Sachsen-Anhalt auftreten
2. eine besonders stark erhöhte Fallquote im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aufweisen
3. einen höheren Anteil unter allen Herz-Kreislauf-Diagnosen haben als im Bundesdurchschnitt
4. einen höheren Häufigkeitsrang haben als im Bundesdurchschnitt.

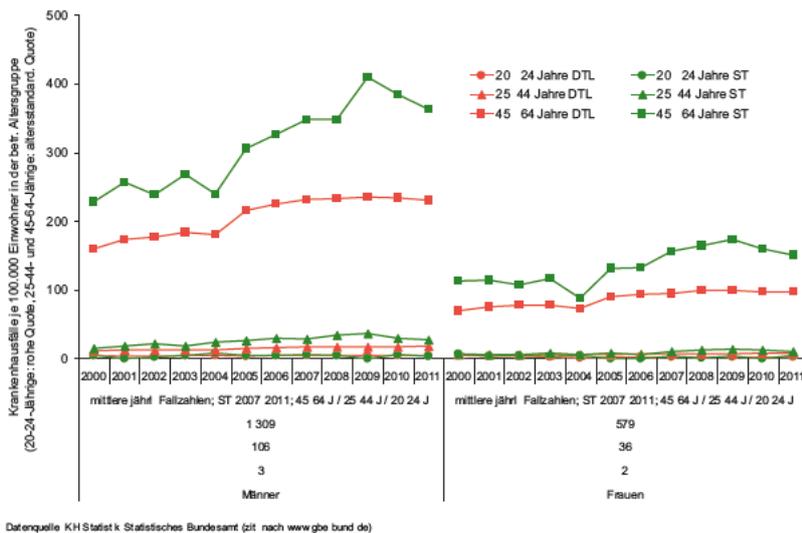


geführt werden. Anders als im Bundesdurchschnitt **steigt** in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2009 die bevölkerungsbezogene Krankenhausfallquote dieser Einzeldiagnose (**I11**) wieder an (Abbildung 10).



**Abbildung 10:** Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von hypertensiver Herzkrankheit (I11) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

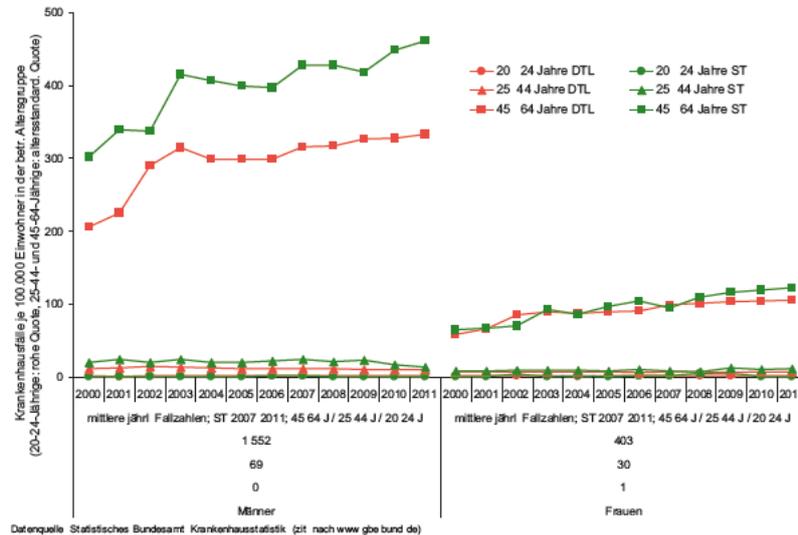
In Sachsen-Anhalt werden bei unter 65-Jährigen jährlich etwa **2.000** Krankenhausfälle infolge von **Herzinsuffizienz (I50)** registriert (Tabelle 2). Diese Fallzahlen sind insofern zu relativieren, als in der Krankenhausstatistik nur die Hauptdiagnose gemeldet wird und die Herzinsuffizienz oft mit den Diagnosen **I42** (Kardiomyopathie) und **I25.5** (ischämische Kardiomyopathie) assoziiert ist, welche dann ggf. als Hauptdiagnosen codiert werden. Auch die Herzinsuffizienz hat, bezogen auf alle HKK in Sachsen-Anhalt, eine deutlich größere Häufigkeit (1,50-mal) und eine deutlich höhere bevölkerungsbezogene Fallquote (1,60-mal) als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 2). Wie im Bundesdurchschnitt treten auch in Sachsen-Anhalt Krankenhausfälle infolge von Herzinsuffizienz erst in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen gehäuft auf. Die Fallquoten in dieser Altersgruppe sind bei Männern besonders stark gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (Abbildung 11). In Sachsen-Anhalt ist in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen seit dem Jahr 2004 ein deutlicher Anstieg der Fallquoten und damit eine Verstärkung der „Negativ-Abweichung“ zum Bundesdurchschnitt zu verzeichnen (Abbildung 11).



**Abbildung 11:** Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Herzinsuffizienz (I50) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

Bei unter 65-Jährigen sind in Sachsen-Anhalt jährlich etwa **2.000** Krankenhausfälle infolge von **Atherosklerose (I70)** zu verzeichnen (Tabelle 2). Diese Diagnose ist in Sachsen-Anhalt somit für 6,6% aller HK-Krankhausfälle verantwortlich und nimmt Rang 6 unter allen HK-Einzeldiagnosen ein. In Deutschland hat

diese Diagnose nur eine relative Häufigkeit von 5,8% und belegt Rang 7. Auch die bevölkerungsbezogene I70-Krankenhausfallquote ist in Sachsen-Anhalt deutlich höher (1,29-mal) als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 2). Wie im Falle der Herzinsuffizienz treten Krankenhausfälle infolge von Atherosklerose erst in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen gehäuft auf und auch hier sind die Quoten bei Männern besonders stark gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (Abbildung 12). Die Krankenhausfallquote infolge von Atherosklerose ist in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen im gesamten Beobachtungszeitraum sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt kontinuierlich gestiegen (Abbildung 12).



**Abbildung 12:** Krankenhausfälle von 20-64-Jährigen infolge von Atherosklerose (I70) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

### 6.1.3 Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der gesetzlichen Rentenversicherung („Reha-Leistungen“) infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems

Jährliche Fallzahlen	Frauen				Männer				Beide Geschlechter			
	DTL		ST		DTL		ST		DTL		ST	
	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	387.034		13.535		397.784		13.215		784.818		26.750	
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	18.340	4,7%	847	6,3%	51.460	12,9%	2.261	17,1%	69.800	8,9%	3.107	11,6%
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	2.293	12,5%	155	18,3%	3.733	7,3%	216	9,6%	6.026	8,6%	371	11,9%
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	5.299	28,9%	243	28,7%	26.861	52,2%	1.144	50,6%	32.160	46,1%	1.386	44,6%
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	2.174	11,9%	92	10,8%	6.374	12,4%	254	11,2%	8.548	12,2%	346	11,1%
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	5.474	29,8%	243	28,7%	10.230	19,9%	449	19,9%	15.704	22,5%	693	22,3%
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren	859	4,7%	38	4,5%	2.771	5,4%	151	6,7%	3.630	5,2%	189	6,1%
Jährliche Fallquoten (je 100.000 w eibl. bzw. männl. Versicherte) <sup>2</sup>	Frauen			Männer			Beide Geschlechter					
	DTL	ST	Quotient ST / DTL	DTL	ST	Quotient ST / DTL	DTL	ST	Quotient ST / DTL			
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	2.054	2.364	1,15	2.006	2.158	1,08	2.029	2.258	1,11			
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	97,3	147,9	1,52	259,5	369,6	1,42	180,5	262,4	1,45			
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	12,2	26,9	2,21	18,8	35,3	1,87	15,6	31,2	2,00			
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	28,1	42,5	1,51	135,4	187,0	1,38	83,2	117,1	1,41			
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	11,5	16,0	1,39	32,1	41,6	1,29	22,1	29,2	1,32			
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	29,0	42,5	1,46	51,6	73,4	1,42	40,6	58,5	1,44			
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren	4,6	6,7	1,47	14,0	24,7	1,76	9,4	16,0	1,70			

DTL = Deutschland, ST = Sachsen-Anhalt, <sup>1</sup> Anteil des Diagnosekapitels I00-I99 an allen Diagnosen/Behandlungsfällen bzw. Anteil der Diagnosegruppen am Diagnosekapitel I00-I99, <sup>2</sup> aktiv in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte im Laufe des Berichtsjahres

erhöhter Anteil bzw. erhöhte Quote von HKK-bedingten Reha-Leistungen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe (zit. nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

**Abbildung 13:** Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutschland/Sachsen-Anhalt, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011).

**Jährliche Reha-Leistungen wegen HKK in Sachsen-Anhalt:** Im Zeitraum 2007-2011 wurden im Mittel jährlich etwa **3.100** stationäre Reha-Leistungen wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten (**I00-I99**) durchgeführt (Abbildung 13). Sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen damit zu den wichtigen Ursachen für stationäre Reha-Leistungen. Im Bundesdurchschnitt werden aktuell etwa 9% aller durch Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen verursachten stationären Reha-Leistungen (**A00-T98**) aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (**I00-I99**) in Anspruch genommen, das ist Rang 4 hinter (1) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, (2) Psychischen und Verhaltensstörungen und (3) Neubildungen ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

**Häufigere HKK-Reha-Leistungen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:** Sowohl die relative Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten im gesamten Reha-Geschehen (%-Anteil **I00-I99** unter allen Reha-Leistungen) als auch die HKK-bedingte Reha-Quote (je 100.000 aktiv Versicherte) waren in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt: Der Anteil HKK-bedingter Reha-Leistungen betrug in Sachsen-Anhalt 11,6%, in Deutschland nur 8,9%, die bevölkerungsbezogene Quote in Sachsen-Anhalt war 262 je 100.000 Versicherte, diejenige in Deutschland nur 181 je 100.000 Versicherte (1,45-fach erhöhte Quote in Sachsen-Anhalt). Die höhere Reha-Quote wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen: In beiden Geschlechtern waren sowohl der %-Anteil der HKK unter allen Reha-Leistungen als auch die versichertenbezogene HKK-Reha-Quote erhöht.

**Männer erhalten deutlich häufiger Reha-Leistungen wegen HKK als Frauen:** Sowohl die relative Bedeutung der HKK (I00-I99) unter allen Reha-Leistungen als auch die **I00-I99**-bedingte Reha-Quote sind bei Männern in Sachsen-Anhalt (und in Deutschland) deutlich höher als bei Frauen. In allen HKK-Diagnosegruppen ist die Reha-Quote bei Männern höher als bei Frauen. Betrachtet man die relative Bedeutung der einzelnen Diagnosegruppen innerhalb des Diagnosekapitels I00-I99, so zeigt sich, dass die Diagnosegruppen Hypertonie (**I10-I15**) und zerebrovaskuläre Krankheiten (**I60-I69**) bei Frauen eine größere relative Bedeutung haben als bei Männern.

**Unterschiedliche Bedeutung von Diagnosegruppen bei Frauen und Männern:**

In Sachsen-Anhalt und in Deutschland werden die weitaus meisten (>44%) aller HKK-bedingten stationären Reha-Leistungen aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (**I20-I25**) eingeleitet. Dabei spielt diese Diagnosegruppe bei Männern (51% aller HKK-bedingten Reha-Leistungen) eine weitaus größere Rolle als bei Frauen (29%). Dagegen haben die Diagnosegruppen Hypertonie (**I10-I15**) und zerebrovaskuläre Krankheiten (**I60-I69**) bei Frauen (18% bzw. 30%) eine größere Bedeutung als bei Männern (10% bzw. 20%).

**6.1.4 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frühberentungen“) infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems**

Jährliche Fallzahlen	Frauen				Männer				Beide Geschlechter			
	DTL		ST		DTL		ST		DTL		ST	
	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>	Fälle	Anteil <sup>1</sup>
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	79.364		2.639		89.583		3.547		168.947		6.186	
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	4.659	5,9%	229	8,7%	12.392	13,8%	665	18,7%	17.050	10,1%	894	14,4%
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	397	8,5%	19	8,1%	738	6,0%	35	5,3%	1.135	6,7%	54	6,0%
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	561	12,0%	29	12,7%	2.957	23,9%	161	24,2%	3.518	20,6%	190	21,2%
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	834	17,9%	39	17,0%	2.587	20,9%	142	21,3%	3.421	20,1%	181	20,2%
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	2.131	45,8%	108	47,1%	4.277	34,5%	234	35,1%	6.409	37,6%	341	38,2%
I63 Hirninfarkt	1.118	24,0%	69	30,0%	2.693	21,7%	163	24,5%	3.811	22,4%	231	25,9%
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren	363	7,8%	21	9,1%	1.403	11,3%	75	11,3%	1.766	10,4%	96	10,7%
Jährliche Fallquoten (je 100.000 w eibl. bzw. männl. Versicherte) <sup>2</sup>	Frauen			Männer			Beide Geschlechter					
	DTL	ST	Quotient ST / DTL	DTL	ST	Quotient ST / DTL	DTL	ST	Quotient ST / DTL			
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	421	461	1,09	452	579	1,28	437	522	1,20			
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	24,7	40,0	1,62	62,5	108,5	1,74	44,1	75,4	1,71			
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	2,1	3,2	1,54	3,7	5,7	1,54	2,9	4,5	1,54			
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	3,0	5,1	1,70	14,9	26,2	1,76	9,1	16,0	1,76			
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	4,4	6,8	1,54	13,0	23,1	1,77	8,8	15,2	1,72			
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	11,3	18,8	1,67	21,6	38,2	1,77	16,6	28,8	1,74			
I63 Hirninfarkt	5,9	12,0	2,03	13,6	26,6	1,96	9,9	19,6	1,99			
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren	1,9	3,6	1,89	7,1	12,2	1,73	4,6	8,1	1,77			

DTL = Deutschland, ST = Sachsen-Anhalt, <sup>1</sup> Anteil des Diagnosekapitels I00-I99 an allen Diagnosen/Behandlungsfällen bzw. Anteil der Diagnosegruppen am Diagnosekapitel I00-I99, <sup>2</sup> aktiv in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte im Laufe des Berichtsjahres

erhöhter Anteil bzw. erhöhte Quote von HKK-bedingten Frühberentungen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten

a) DTL: Fallzahlen, Versicherte, Quoten 2007-2011: zit. nach w w w .gbe-bund.de;

b) ST: Fallzahlen 2010+2011, Versicherte 2007-2011, Quoten 2010+2011: zit. nach w w w .gbe-bund.de; Fallzahlen und Quoten 2007-2009: LAV.

**Abbildung 14:** Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frühberentungen) infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Deutschland/Sachsen-Anhalt, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011).

**Jährliche HKK-Frühberentungen in Sachsen-Anhalt:** Im Zeitraum 2007-2011 erfolgten im Mittel jährlich etwa **900** Neuzugänge von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frühberentungen“) infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten (Abbildung 14). Sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen damit zu den wichtigen Ursachen für eine Frühberentung. Im Bundesdurchschnitt werden aktuell etwa 10% aller durch Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen verursachten Frühberentungen (**A00-T98**) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht; das ist Rang 4 hinter (1) Psychischen und Verhaltensstörungen, (2) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und (3) Neubildungen ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

**Häufigere HKK-Frühberentungen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:** Sowohl die relative Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten im gesamten Frühberentungsgeschehen (%-Anteil **I00-I99** unter allen Frühberentungen) als auch die HKK-bedingte Frühberentungsquote (je 100.000 aktiv Versicherte) waren in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt: Der Anteil der HKK-bedingten Frühberentungen betrug in Sachsen-Anhalt 14,4%, in Deutschland nur 10,1%. Die bevölkerungsbezogene Quote in Sachsen-Anhalt war 75 je 100.000 Versicherte, diejenige in Deutschland nur 44 je 100.000 Versicherte (1,71-fach erhöhte Quote in Sachsen-Anhalt). Die höhere Frühberentungsquote wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen: In beiden Geschlechtern sind sowohl der %-Anteil der HKK unter allen Frühberentungsursachen als auch die versichertenbezogene HKK-Frühberentungsquote erhöht. Bei den hohen Frühberentungsquoten infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt ist zu beachten, dass auch die „globale“ (alle Diagnosen betreffende) Frühberentungsquote in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt ist. Eventuell könnten auch arbeitsmarktbedingte Faktoren (schwerere Vermittelbarkeit von eingeschränkt arbeitsfähigen Menschen in Sachsen-Anhalt) bei der Frühberentung in Sachsen-Anhalt eine Rolle spielen.

**Männer werden deutlich häufiger wegen HKK frühzeitig berentet als Frauen:** Sowohl die relative Bedeutung der HKK unter allen Frühberentungen als auch die HKK-bedingte Frühberentungsquote sind bei Männern in Sachsen-Anhalt (und in Deutschland) deutlich höher als bei Frauen. Die höhere HKK-Frühberentungsquote bei Männern zeigt sich in allen Diagnosekapiteln, aber die Diagnosegruppen Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Krankheiten (**I60-I69**) haben bei der Frühberentung (wie bei der stationären Rehabilitation, siehe oben) bei Frauen eine größere relative Bedeutung als bei Männern.

**Besondere Rolle der zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I69):** In Sachsen-Anhalt und in Deutschland werden die meisten (ca. 38%) der HKK-bedingten Frührenten aufgrund von zerebrovaskulären Krankheiten (**I60-I69**) erteilt. Die häufigste Einzeldiagnose im gesamten Diagnosekapitel **I00-I99** ist der (ischämische) Hirninfarkt (**I63**). Er verursacht in Sachsen-Anhalt jährlich etwa 230 Frühberentungen, das sind 68% der Diagnosegruppe **I60-I69** und mehr als ein Viertel der insgesamt im Diagnosekapitel **I00-I99** bewilligten Frührenten. Die relative Bedeutung des Hirninfarkts im Frühberentungsgeschehen ist damit in Sachsen-Anhalt größer als im Bundesdurchschnitt. Der Hirninfarkt spielt bei Frauen eine größere Rolle unter allen Herz-Kreislauf-Erkrankungen als bei Männern (siehe oben).

### 6.1.5 Sterblichkeit

Die Sterblichkeit in einem Alter unter 65 Jahren wird als „vorzeitige Sterblichkeit“ bezeichnet.

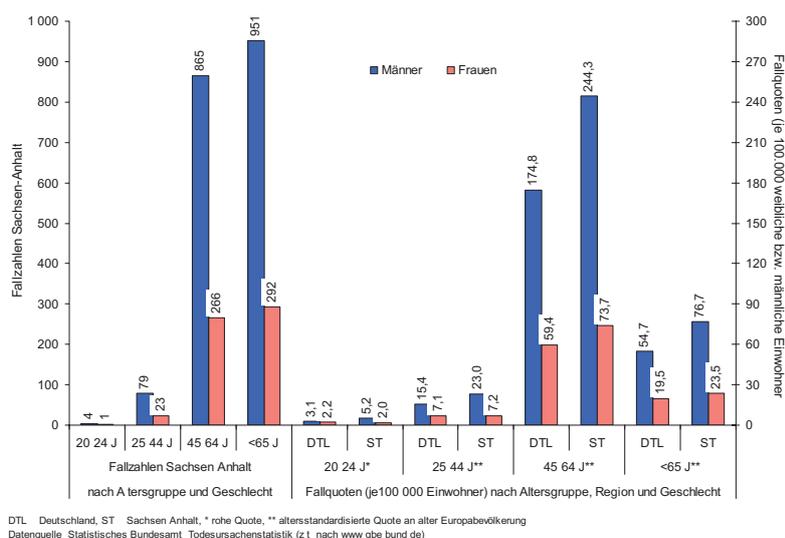
**Status quo der I00-I99-Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt** (Tabelle 3, Abbildung 15)

**Jährliche HK-Sterbefallzahlen in Sachsen-Anhalt:** Im Zeitraum 2007-2011 wurden bei unter 65-Jährigen im Mittel jährlich etwa **1.200** Sterbefälle infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten (I00-I99) registriert (Tabelle 3). Damit belegt dieses Diagnosekapitel in Sachsen-Anhalt (wie in Deutschland insgesamt) nach den Neubildungen (C00-D48) den Rang 2 unter allen Diagnosekapiteln bei der vorzeitigen Sterblichkeit.

**Starke Zunahme des HK-Sterberisikos mit zunehmendem Alter:** In der arbeitsfähigen Bevölkerung war das Risiko einer vorzeitigen Sterblichkeit infolge I00-I99 erwartungsgemäß sehr ungleich verteilt: Die HKK-Sterblichkeit war bei 45-64-Jährigen 11-mal höher als bei 25-44-Jährigen und bei diesen wiederum

18-mal höher als bei 20-24-Jährigen (Abbildung 15). Anders ausgedrückt: während in der Altersgruppe der 20-25-Jährigen statistisch nur eine Person unter 35.700 vorzeitig an einer HK-Erkrankung stirbt, ist es in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen eine Person unter 177.

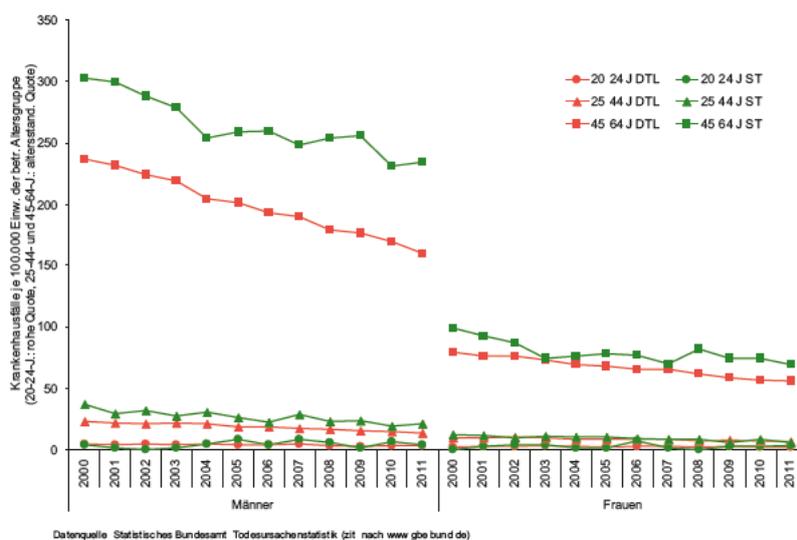
**Höhere HK-Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt:** Sowohl die relative Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Gesamtsterblichkeit (%-Anteil I00-I99 unter allen Sterbefällen A00-T98) als auch die altersstandardisierte I00-I99-Sterbeziffer (je 100.000 Einwohner) waren in Sachsen-Anhalt bei <65-Jährigen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt: Der Anteil der Herz-Kreislauf-Sterbefälle betrug in Sachsen-Anhalt 24,0%, in Deutschland nur 21,1%. Die entsprechenden bevölkerungsbezogenen Quoten waren 50 je 100.000 Einwohner bzw. 37 je 100.000 Einwohner (1,35-fach erhöhte Quote in Sachsen-Anhalt). In Sachsen-Anhalt sterben sowohl Männer als auch Frauen häufiger vorzeitig an Herz-Kreislauf-Krankheiten als im Bundesdurchschnitt: In beiden Geschlechtern sind sowohl der %-Anteil der HKK unter allen Todesursachen als auch die HKK-Sterbefallquote erhöht (Tabelle 3).



**Abbildung 15:** Sterbefälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht, Altersgruppe und Region (Deutschland/Sachsen-Anhalt, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011).

**Männer sterben deutlich häufiger an HKK als Frauen:** Mehr als drei Viertel (etwa 950 Personen = **76,5%**) der jährlichen HKK-Sterbefälle von <65-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2007-2011 waren männlich (Abbildung 15). Die höhere HKK-Sterblichkeit der Männer zeigt sich schon in der Altersgruppe der 25-44-Jährigen und ist in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen frappierend: Männer sterben in diesem Alter fast doppelt so häufig (1,86-mal häufiger) an Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Frauen. Die höhere HKK-Sterblichkeit der Männer im Vergleich zu Frauen zeigt sich sowohl in einer höheren bevölkerungsbezogenen **I00-I99-Sterbefallquote** als auch in einem höheren Anteil von **I00-I99-Sterbefällen** und allen Sterbefällen (Tabelle 3). Die höhere HKK-Sterblichkeit von unter 65-jährigen Männern ist kein landesspezifisches Phänomen und ist - unter anderem - auch auf den sog. „Östrogenschutz“ bei Frauen vor der Menopause zurückzuführen. Auch im Bundesdurchschnitt haben 45-64-jährige Männer eine 1,82-mal häufigere HKK-Sterblichkeit als Frauen. Wie im Bundesdurchschnitt so ist auch in Sachsen-Anhalt unter den 15 häufigsten Todesursachen des Diagnosekapitels I00-I99 dieses Verhältnis nur bei einer einzigen Diagnose umgekehrt: die Sterblichkeit infolge Subarachnoidalblutung (**I60**) ist bei Frauen häufiger als bei Männern (Tabelle 3).

## Zeittrend der I00-I99-Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt und Deutschland



**Abbildung 16:** Sterbefälle von 20-64-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht und Altersgruppe (Deutschland/Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich).

Die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten nahm sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000-2011 bei 25-44-Jährigen und bei 45-64-Jährigen bei beiden Geschlechtern kontinuierlich ab (Abbildung 16). In der jüngsten Altersgruppe (20-24 Jahre) scheint die Sterblichkeit sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt auf niedrigem Niveau zu stagnieren. Die Fallzahlen in Sachsen-Anhalt sind allerdings zu gering, um einen Zeittrend sicher festzustellen. Nach einer Annäherung der Sterbefallquoten zum Bundesdurchschnitt in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen bis zum Jahr 2004 scheint sich die „Negativ-Abweichung“ in dieser Altersgruppe (erhöhte HKK-Sterblichkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) seither wieder zu verschärfen (Abbildung 16).

### Detailanalyse ausgewählter Herz-Kreislauf-Einzeldiagnosen (Abbildung 17, Abbildung 20)

Um nach möglichen Ursachen/Schwerpunkten der erhöhten Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zu forschen, wurde die Häufigkeit von HKK-Einzeldiagnosen (ICD-10-3-Steller) bei den Sterbefällen von <65-Jährigen genauer untersucht. Dazu wurde analog den Krankenhausfällen wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde die Rangfolge der häufigsten Herz-Kreislauf-Einzeldiagnosen im Zeitraum 2007-2011 in Sachsen-Anhalt und in Deutschland erstellt. Dann wurde der Anteil der jeweiligen Einzeldiagnosen an allen HKK-Diagnosen (**I00-I99**) in Sachsen-Anhalt bzw. in Deutschland ermittelt (Tabelle 3). Schließlich wurde für Sachsen-Anhalt und für Deutschland die HKK-Sterbeziffer (Sterbefälle je 100.000 Einwohner) berechnet (Tabelle 3). Zur weiteren Analyse wurden dann nur Einzeldiagnosen ausgewählt, die

1. in erheblicher jährlicher Fallzahl in Sachsen-Anhalt auftreten,
2. eine besonders stark erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aufweisen,
3. einen höheren Anteil unter allen HKK-Todesursachen haben als im Bundesdurchschnitt,
4. einen höheren Häufigkeitsrang haben als im Bundesdurchschnitt.

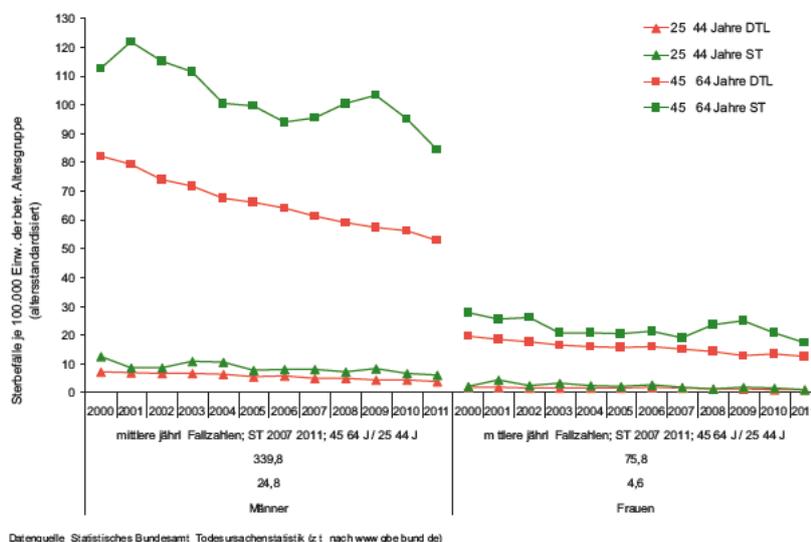
Nach diesen Kriterien wurden folgende Einzeldiagnosen für eine genauere Analyse ausgewählt:

Auswahlkriterien für auffällige Einzeldiagnosen bei Sterbefällen infolge I00-I99				
	I21	I22	I11	I63
	akuter Myokardinfarkt	rezidivierender Myokardinfarkt	Hypertensive Herzkrankheit	Hirninfrakt
Jährliche Fallzahl Sachsen-Anhalt bezogen auf beide Geschlechter > 30	XXX	X	XX	X
Quotient der Fallquoten Sachsen-Anhalt / Deutschland > 1,50	X	X	XXX	X
%-Anteil der Fallzahlen an allen Fällen I00-I99 Sachsen-Anhalt > Deutschland	X	X	XXX	X
Häufigkeitsrang bezogen auf beide Geschlechter Sachsen-Anhalt < Deutschland	gleicher Rang	X	XXX	X

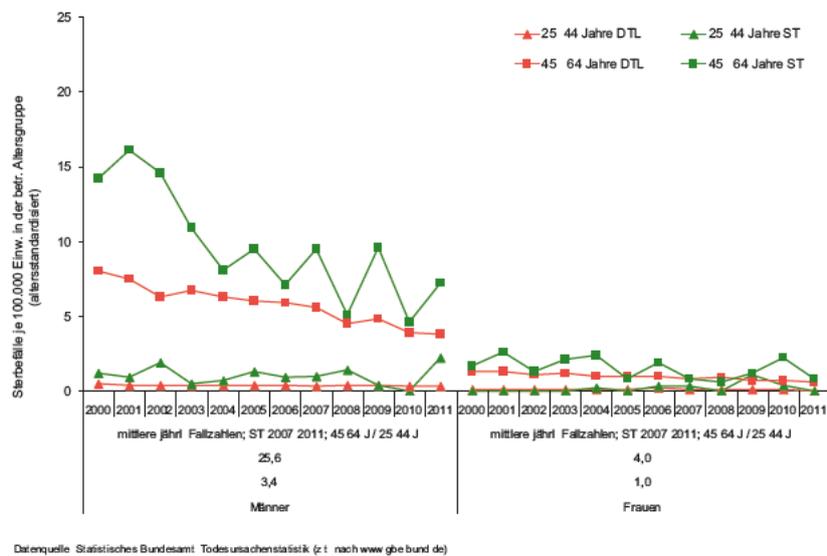
Die Sterblichkeit bzgl. einzelner Diagnosen ist in der jüngsten Altersgruppe (20-24 Jahre) in Sachsen-Anhalt so gering, dass diese Altersgruppe bei den folgenden Betrachtungen nicht berücksichtigt wird.

In Sachsen-Anhalt war der **akute Myokardinfarkt (I21)** im Zeitraum 2007-2011 mit jährlich etwa **445** Sterbefällen wie im Bundesdurchschnitt die mit Abstand häufigste Einzeldiagnose bei Herz-Kreislauf-bedingten Sterbefällen von <65-Jährigen (36% aller HKK-Sterbefälle). Dabei ist die vorzeitige Sterblichkeit infolge akuten Myokardinfarkts bei <65-Jährigen in Sachsen-Anhalt 1,22-mal größer und die bevölkerungsbezogene Fallquote 1,66-mal höher als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 3). Sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt nimmt die Sterblichkeit infolge akuten Myokardinfarkts seit 2000 kontinuierlich ab. Eine deutliche oder stetige Verringerung des Abstands zwischen der (höheren) Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt und der (niedrigeren) Sterblichkeit im Bundesdurchschnitt ist nicht festzustellen (Abbildung 17). Die vorzeitige Sterblichkeit infolge akuten Myokardinfarkts ist in Sachsen-Anhalt bei Männern fast 5-mal höher als bei Frauen.

Analog dem akuten Myokardinfarkt, aber mit wesentlich geringeren jährlichen Fallzahlen (etwa 34), sind die Verhältnisse beim **rezidivierenden Myokardinfarkt (I22)**: In der Altersgruppe der am stärksten Betroffenen (45-64-Jährige) nahm die Sterblichkeit infolge I22 in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 zwar ab, ist aber nach wie vor – auch unter Berücksichtigung der jährlich schwankenden Quoten - höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 18). Bezogen auf alle <65-Jährigen ist die Sterblichkeit infolge rezidivierenden Myokardinfarkts in Sachsen-Anhalt 1,77-mal höher als im Bundesdurchschnitt. Auch bei dieser Diagnose ist die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern erheblich höher (5,4-mal) als bei Frauen (Tabelle 3).

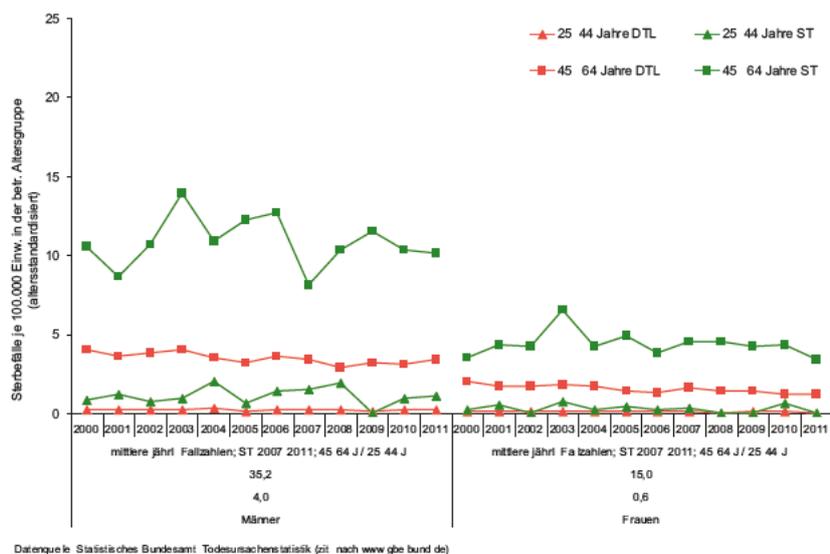


**Abbildung 17:** Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von akutem Herzinfarkt (I21) nach Geschlecht und Altersgruppe (Deutschland/Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich).



**Abbildung 18:** Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von rezidivierendem Herzinfarkt (I22) nach Geschlecht und Altersgruppe (Deutschland/Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich).

Mit etwa 55 jährlichen Sterbefällen ist die **hypertensive Herzkrankheit (I11)** in Sachsen-Anhalt nach akutem Myokardinfarkt (I21), chronischer ischämischer Herzkrankheit (I25) und Kardiomyopathie (I42) die **vierthäufigste** Diagnose bei HKK-bedingten Sterbefällen von unter 65-Jährigen (Tabelle 3). Im Bundesdurchschnitt belegt diese Diagnose nur **Rang 14**. Die bevölkerungsbezogene Sterbefallquote ist in Sachsen-Anhalt bei beiden Geschlechtern viel höher (3,00-mal bzw. 3,40-mal) als im Bundesdurchschnitt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei dieser Diagnose etwas weniger stark ausgeprägt als beim akuten und rezidivierenden Myokardinfarkt (Tabelle 3). Sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt scheint sich die vorzeitige Sterblichkeit infolge hypertensiver Herzkrankheit seit dem Jahr 2000 nicht verbessert (verringert) zu haben (Abbildung 19). Eine sichere Beurteilung von Zeittrends der vorzeitigen Sterblichkeit infolge **I11** in Sachsen-Anhalt in den verschiedenen Altersgruppen ist aufgrund der geringen jährlichen Fallzahlen nicht möglich.



**Abbildung 19:** Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von hypertensiver Herzkrankheit (I11) nach Geschlecht und Altersgruppe (Deutschland/Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich).

Mit etwa 50 jährlichen Sterbefällen ist der **Hirnfarkt (I63)** in Sachsen-Anhalt die **sechsthäufigste** Diagnose bei HKK-bedingten Sterbefällen von unter 65-Jährigen (Tabelle 3). In Deutschland nimmt diese Diagnose nur Rang 8 bei der vorzeitigen HKK-Sterblichkeit ein. Die bevölkerungsbezogene Sterbefallquote ist in Sachsen-Anhalt bei beiden Geschlechtern deutlich höher (1,31-mal bzw. 1,68-mal) als im Bundesdurch-

schnitt (Tabelle 3). Ähnlich wie bei der hypertensiven Herzkrankheit scheinen sich die Sterbefallquoten infolge Hirninfarkt in Sachsen-Anhalt und in Deutschland seit dem Jahr 2000 nicht verbessert (verringert) zu haben und sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede etwas weniger stark ausgeprägt als beim akuten und rezidivierenden Myokardinfarkt (Abbildung 20 und Tabelle 3). Eine sichere Beurteilung von Zeittrends der vorzeitigen Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt in den verschiedenen Altersgruppen ist auch bei dieser Diagnose (I63) aufgrund der geringen jährlichen Fallzahlen nicht möglich.

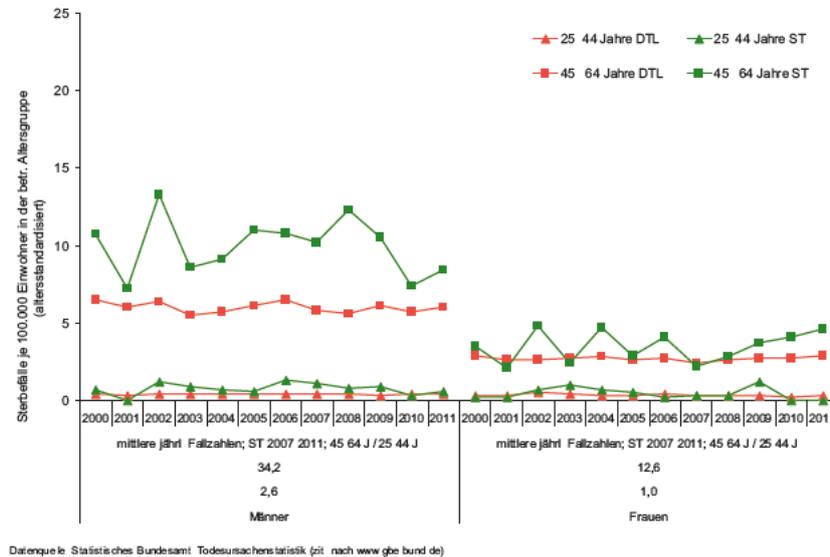


Abbildung 20: Sterbefälle von 25-64-Jährigen infolge von Hirninfarkt (I63) nach Geschlecht und Altersgruppe (Deutschland/Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich).

## 6.1.6 Versorgungsdaten

### a) Arztdichten

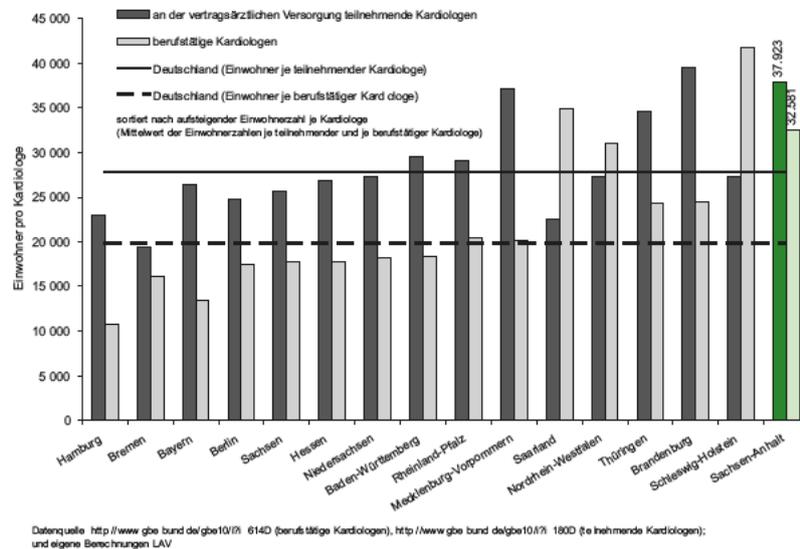


Abbildung 21: Dichte von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden und von berufstätigen Kardiologen, Ländervergleich 2011.

Die Abbildung 21 zeigt die Kardiologendichte in den Bundesländern nach zwei unterschiedlichen Kriterien: einerseits die Dichte von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden (also fast ausschließlich ambulant tätigen) Kardiologen, andererseits die Dichte von berufstätigen Kardiologen (hier ist nicht zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit und nicht zwischen „teilnehmenden“ und „nicht teilnehmenden“ Kardiologen unterschieden).

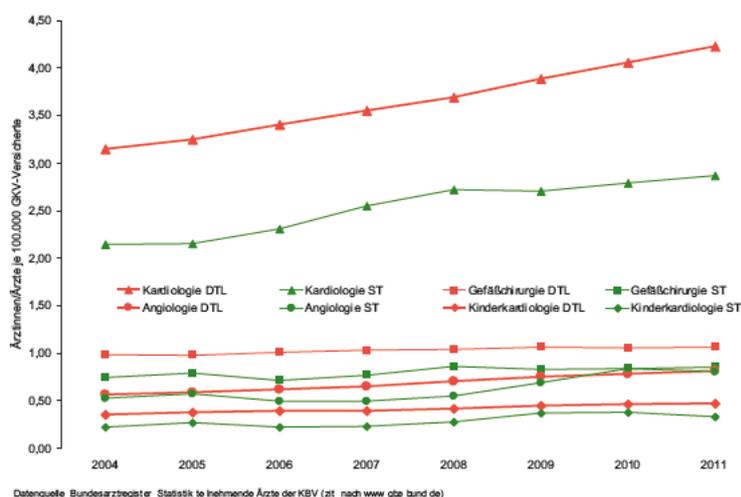
Bei der Interpretation dieser Kardiologendichten ist zu beachten, dass:

- a) für die vertragsärztliche (d.h. in erster Linie ambulante) Bedarfsplanung die Kardiologen keine eigene Facharztgruppe darstellen, sondern in der Gruppe der „fachärztlich tätigen Internisten“ berücksichtigt werden,
- b) ein großer Anteil der medizinischen Betreuung von HKK-Patienten durch Hausärzte (in kollegialer Zusammenarbeit mit Kardiologen/fachärztlich tätigen Internisten und weiteren Fachgruppen) erfolgt,
- c) die Dichte der teilnehmenden Kardiologen hier bezogen auf die Gesamtzahl der Einwohner und nicht bezogen auf die Anzahl gesetzlich Krankenversicherter (deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in den verschiedenen Bundesländern differiert) berechnet wurde,
- d) die regionale Verteilung der Kardiologen innerhalb des Bundeslandes (z.B. zwischen Städten und ländlichen Regionen) nicht berücksichtigt ist,
- e) in der für die berufstätigen Kardiologen verwendeten Statistik (Ärztestatistik der Bundesärztekammer beim Statistischen Bundesamt, zitiert nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) Fachärzte, die mehrere Facharztbezeichnungen haben, bisweilen nicht mit derjenigen Facharztbezeichnung registriert sind, in der sie praktizieren.

Auf dem Hintergrund dieser deutlich eingeschränkten Aussagekraft der dargestellten Kardiologendichten und unter Einbeziehung beider Arztdichten (berufstätige und teilnehmende Kardiologen) lässt sich in Abbildung 21 ablesen, dass Sachsen-Anhalt im Jahr 2011 die geringste Kardiologendichte unter allen Bundesländern aufwies (vgl. auch [8]).

Wenn man die Zahl der „teilnehmenden Kardiologen“ (Anzahl von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten mit Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“) nicht auf Einwohner sondern auf GKV-Versicherte bezieht, wird der Unterschied zum Bundesdurchschnitt noch deutlicher, weil – im Gegensatz zu Sachsen-Anhalt – im Bundesdurchschnitt ein erheblicher Anteil der Bevölkerung nicht gesetzlich (sondern privat) krankenversichert ist und dadurch die GKV-Versicherten-bezogene Kardiologendichte in Deutschland deutlich höher ist als die einwohnerbezogene. Die Abbildung 22 zeigt, dass die GKV-Versicherten-bezogene Dichte teilnehmender Kardiologen sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2004 kontinuierlich gestiegen ist. Sie war in Sachsen-Anhalt jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt, der Unterschied hat sich seit 2008 noch etwas verschärft. Auch die GKV-Versicherten-bezogene Dichte von teilnehmenden Ärzten mit Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie oder Kinderkardiologie ist in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt. Teilnehmende Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung Angiologie haben in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2010 eine dem Bundesdurchschnitt entsprechende bzw. inzwischen sogar etwas höhere Dichte als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 22).

Bezüglich der beiden anderen Facharztgruppen, die maßgeblich an der Betreuung von HKK-Patienten beteiligt sind (siehe oben), lässt sich feststellen, dass in Sachsen-Anhalt im 5-Jahres-Mittelwert 2007-2011 die Hausarztdichte geringer als im Bundesdurchschnitt war (69,2 bzw. 72,7 Hausärzte je 100.000 Einwohner) war, dass die Dichte von teilnehmenden fachärztlich tätigen Internisten hingegen höher als im Bundesdurchschnitt war (11,2 bzw. 10,0 Ärzte je 100.000 Einwohner, berechnet nach Daten des Bundesarztregisters der KBV und des Bevölkerungsstandes zum 31.12. bei [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).



**Abbildung 22:** An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte mit ausgewählten Schwerpunktbezeichnungen mit Bezug zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Sachsen-Anhalt/ Deutschland im Zeitvergleich).

Die Dichte von berufstätigen Herzchirurginnen/Herzchirurgen ist sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Deutschland seit dem Jahr 2002 gestiegen (Abbildung 23). Während dieser Anstieg in Deutschland sehr kontinuierlich verlief, trat in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2006 eine Stagnation ein, sodass die Herzchirurgen-dichte im letzten Beobachtungsjahr (2011) deutlich unter dem Bundesdurchschnitt lag (vgl. auch [8]).

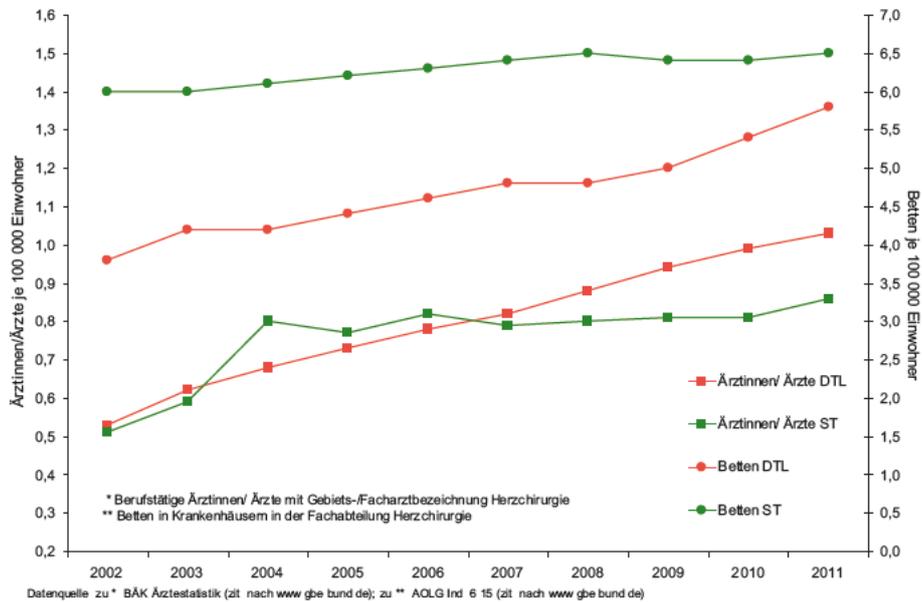
Die einwohnerbezogene Dichte von Betten in herzchirurgischen Fachabteilungen war im Zeitraum 2002-2011 in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt und ist nach wie vor leicht steigend (Abbildung 23). Allerdings nahm im selben Zeitraum auch im Bundesdurchschnitt die Bettendichte deutlich zu, sodass sich die Bettendichten in Sachsen-Anhalt und Deutschland in den letzten Jahren annähern (vgl. auch [8]). Bei der Darstellung von einwohnerbezogenen Bettendichten ist zu beachten, dass hier keine Aussage über die tatsächliche Auslastung der Betten vorliegt.

Die Dichte von herzchirurgischen Zentren ist in Sachsen-Anhalt rechnerisch höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 24, vgl. auch [8]). Allerdings ist hier zu beachten, dass es mit einer Bezugszahl von 1 Million Einwohner in Sachsen-Anhalt nur insgesamt drei Zentren gibt und dass jegliche Änderung in der Einrichtungszahl (von 3 auf 2 oder von 3 auf 4) zu einer dramatischen Veränderung der rechnerischen Versorgungsdichte führt.

Die Anzahl Herz-Operationen je 1 Million Einwohner war im gesamten Beobachtungszeitraum in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 24, vgl. auch [8]). Ob dies ausschließlich auf die erhöhte Herz-Kreislauf-Morbidität in Sachsen-Anhalt zurückzuführen ist oder auch Versorgungseffekte eine Rolle spielen, kann hier nicht entschieden werden.

Die bevölkerungsbezogenen Quoten von Linksherzkatheteruntersuchungen (LHK) und percutanen coronaren Interventionen (PCI) waren bis zum Jahr 2008 in Sachsen-Anhalt deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 24). Seither fand ein starker Anstieg dieser Eingriffe in Sachsen-Anhalt statt, sodass im letzten Beobachtungsjahr (2011) die PCI-Quote genauso hoch, die LHK-Quote sogar höher als im Bundesdurchschnitt war (vgl. auch [8]). Insgesamt haben sich in Sachsen-Anhalt zwischen 2004 und 2010 die LHK- und PCI-Quoten fast verdoppelt. Dabei ist zu beachten, dass der kontinuierliche Anstieg der LHK- und PCI-Eingriffe als Ausdruck der gestiegenen kardiovaskulären Morbidität nicht allein auf einen drastischen Anstieg der Anzahl **behandelter** Patienten zurückzuführen ist, sondern dass durch stetige Verbesserungen der LHK- und PCI-Techniken und durch Änderungen der Leitlinien sowohl die Indikation dieser Eingriffe als auch die Anzahl der Untersuchungen je Patient gestiegen sind. Ein zeitgleicher Rückgang der Herzoperationen ist allerdings nicht zu verzeichnen, wobei hier jedoch auch nicht zwischen Bypass- und Herzklappenoperationen differenziert wurde (Abbildung 24).

Bei den in Abbildung 23 und Abbildung 24 dargestellten Daten ist zu beachten, dass sich diese auch auf ältere Menschen (>64 Jahre beziehen) und sich gerade in dieser Altersgruppe die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (LHK, PCI, herzchirurgische Eingriffe) in den letzten Jahren vermehrt haben. Eine Zunahme der betreffenden Leistungszahlen und Kapazitäten in den entsprechenden Einrichtungen kann also nicht ohne weiteres auch auf die unter 65-Jährigen bezogen werden.



**Abbildung 23:** Ärzten/Ärztinnen\* und Betten\*\* für Herzchirurgie (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

Jahr	Herzchirurgische Zentren		Herzoperationen an Bundeslandbewohnern im eigenen Bundesland		Linksherzkatheter Untersuchungen (LKU)		Percutane coronare Intervention (PCI)	
	je 1 Million Einwohner		je 1 Million Einwohner		je 1 Million Einwohner		je 1 Million Einwohner	
	DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST
2004	0,95	1,20	981	1.001	8.674	6.367	3.015	1.979
2005	0,95	1,21	998	1.104	9.366	7.413	3.287	2.262
2006	0,94	1,23	1.012	1.231	9.798	8.540	3.536	2.599
2007	0,95	1,24	994	1.240	10.125	8.855	3.645	2.959
2008	0,96	1,26	985	1.157	10.384	8.939	3.716	2.981
2009	0,98	1,27	973	1.130	10.573	10.377	3.792	3.412
2010	0,97	1,28	971	1.112	10.783	11.576	3.986	3.917

Datenquelle: Bruckenberger: Herzbericht (zit. nach w w w .gbe-bund.de)

**Abbildung 24:** Herzchirurgische Zentren und herzchirurgische Eingriffe (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

Zwischen 2002 bis 2011 stiegen sowohl in Sachsen-Anhalt als auch deutschlandweit die Anzahlen und bevölkerungsbezogenen Quoten von Herz-Lungen-Maschinen (HLM), koronarangiographischen Arbeitsplätzen (Linksherzkatheter-Messplätzen) und Digitalen-Subtraktions-Angiographiegeräten (DSA, Abbildung 25). Während die bevölkerungsbezogenen Quoten von HLM und DSA in Sachsen-Anhalt etwas höher als im Bundesdurchschnitt waren, lag die bevölkerungsbezogene Quote von koronarangiographischen Arbeitsplätzen etwas unterhalb des Bundesdurchschnitts (vgl. auch [8]). Es ist jedoch wieder zu beachten, dass die Bezugsgröße 1 Million Einwohner ist und damit in Sachsen-Anhalt der Zugewinn bzw. Wegfall

nur weniger Geräte/Arbeitsplätze zu großen Schwankungen der Geräte- bzw. Arbeitsplatzdichten führen würde.

Jahr	Herz Lungen Maschinen				Koronarangiographische Arbeitsplätze				Digitale Subtraktions Angiographiegeräte			
	Deutschland		Sachsen Anhalt		Deutschland		Sachsen Anhalt		Deutschland		Sachsen Anhalt	
	Geräte	Quote*	Geräte	Quote*	Geräte	Quote*	Geräte	Quote*	Anzahl	Quote*	Geräte	Quote*
2002	338	4,10	11	4,29	484	5,87	13	5,07	454	5,50	17	6,63
2003	328	3,97	12	4,73	495	6,00	14	5,52	499	6,05	20	7,89
2004	339	4,11	11	4,38	521	6,32	15	5,98	549	6,65	23	9,16
2005	346	4,20	11	4,43	555	6,73	15	6,04	583	7,07	23	9,27
2006	348	4,23	12	4,89	594	7,21	15	6,11	615	7,47	25	10,18
2007	361	4,39	12	4,94	637	7,74	16	6,59	624	7,59	25	10,30
2008	370	4,51	12	5,01	677	8,24	17	7,09	644	7,84	24	10,01
2009	377	4,60	12	5,07	737	9,00	19	8,02	684	8,35	24	10,14
2010	426	5,21	13	5,54	799	9,77	19	8,10	768	9,39	26	11,09
2011	432	5,28	13	5,60	845	10,33	21	9,04	789	9,65	27	11,62

\* je 1 Mill. Einw ohner

Datenquelle: AOLG-Indikator 6.22 für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (zit. nach w.w.gbe-bund)

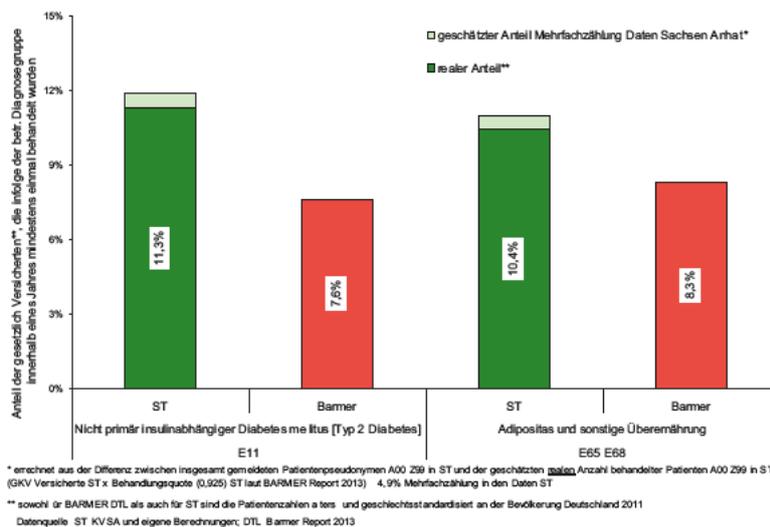
**Abbildung 25:** Medizinisch-technische Großgeräte mit Bezug zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Krankenhäusern (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

## 6.2 Assoziierte Diagnosen

Viele validierte Studien haben gezeigt, dass die Diagnosegruppen Diabetes mellitus (**E10-E14**) und Adipositas und sonstige Überernährung (**E65-E68**) wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten sind. Deshalb wurde die Datenlage dieser Diagnosen in Sachsen-Anhalt untersucht. Da in Sachsen-Anhalt die Fallzahlen, die relative Bedeutung unter allen Stoffwechselerkrankungen und die „Negativ-Abweichung“ vom Bundesdurchschnitt beim nicht primär insulinabhängigen (Typ-2) Diabetes (**E11**) deutlich höher waren als beim primär insulinabhängigen (Typ-1) Diabetes (**E10**, vgl. Abbildung 27) wurde in den folgenden Darstellungen und Besprechungen nur **E11** berücksichtigt.

### Ambulanter Bereich:

Unter Berücksichtigung der sehr eingeschränkten Vergleichbarkeit der Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt und der auf Deutschland extrapolierten Daten des BARMER-GEK-Reports 2013 (siehe Kapitel 6.1.1), ergibt unsere Berechnung einen Hinweis darauf, dass die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung sowohl wegen Diabetes Typ 2 (**E11**) als auch wegen Adipositas und sonstiger Überernährung (**E65-E68**) in Sachsen-Anhalt höher ist als in der BARMER-Deutschland-Population (Abbildung 26). Zu beachten ist hier, dass sich der Vergleich der ambulanten Morbidität bzgl. **E11** und **E65-E68** in Sachsen-Anhalt mit der BARMER-Deutschland-Population aus methodischen Gründen (vgl. 6.1.1) auf alle Altersgruppen (nicht nur auf <65-Jährige) bezieht.



**Abbildung 26:** Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung infolge von ausgewählten Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen (Sachsen-Anhalt, Mittelwerte der Jahre 2010 und 2012; Barmer Deutschland-Population 2011).

### Krankenhausfälle, Reha-Leistungen und Frühberentungen:

In allen drei hier betrachteten Bereichen der stationären bzw. permanenten Morbidität (Krankenhaus, Reha, Frühberentung) zeigte sich, dass sowohl die relative Bedeutung als auch die bevölkerungs- bzw. versichertenbezogenen Fallquoten des Diabetes mellitus Typ 2 (E11) in Sachsen-Anhalt deutlich höher sind als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 27). Bezüglich Adipositas und sonstiger Überernährung (E65-E68) war hingegen keine schlechtere Datenlage in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt festzustellen, sondern die relative Bedeutung und die Fallquoten waren sogar meist besser (niedriger) als im Bundesdurchschnitt (zu möglichen Ursachen: s. 7.1.7). Während der primär insulinabhängige Diabetes Typ 1 (E10) bei Krankenhausfällen und Frühberentungen in Sachsen-Anhalt im Verhältnis zu allen Stoffwechselerkrankungen eher unbedeutender war als im Bundesdurchschnitt und allenfalls geringfügig erhöhte Fallquoten zeigte, spielte dieser Diabetes-Typ in der stationären Rehabilitation eine größere Rolle als in Deutschland.

			Krankenhausfälle* von <65-Jährigen				Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene**				Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**			
			Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
			DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST	DTL	ST
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	Fälle	122.739	4.610	97.803	3.929	7.127	266	11.915	349	1.383	66	2.184	103
		Quote*	346,2	448,4	273,6	370,6	37,8	46,4	60,1	57,0	7,3	11,5	11,0	16,8
E10-E14	Diabetes mellitus	Fälle	31.951	1.285	53.682	2.362	3.690	169	7.183	249	666	38	1.497	80
		Anteil an E00-E90	26,0%	27,9%	54,9%	60,1%	51,8%	63,4%	60,3%	71,4%	48,1%	57,8%	68,6%	77,8%
		Quote*	93,8	127,4	147,0	211,8	19,6	29,4	36,2	40,7	3,5	6,6	7,5	13,1
E10	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]	Fälle	14.443	440	17.477	544	943	47	1.349	61	158	5	282	11
		Anteil an E00-E90	11,8%	9,5%	17,9%	13,9%	13,2%	17,5%	11,3%	17,4%	11,5%	7,9%	12,9%	11,1%
		Quote*	49,0	58,2	54,8	64,4	5,0	8,1	6,8	9,9	0,8	0,9	1,4	1,9
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	Fälle	16.667	812	33.853	1.660	2.659	118	5.541	174	438	31	1.041	62
		Anteil an E00-E90	13,6%	17,6%	34,6%	42,2%	37,3%	44,4%	46,5%	49,8%	31,7%	47,4%	47,7%	60,3%
		Quote*	42,6	66,0	85,8	134,2	14,1	20,6	27,9	28,4	2,3	5,4	5,3	10,1
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	Fälle	6.566	112	3.224	82	2.831	78	3.893	80	446	18	411	16
		Anteil an E00-E90	5,3%	2,4%	3,3%	2,1%	39,7%	29,4%	32,7%	23,0%	32,2%	27,1%	18,8%	15,4%
		Quote*	18,2	12,2	8,8	9,4	15,0	13,7	19,6	13,1	2,4	3,1	2,1	2,6

\* je 100.000 Einwohner < 65 Jahre altersstandardisiert an alter Europabevölkerung, \*\* je 100.000 aktiv in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte (im Laufe des Berichtsjahres)

	deutlich höher als im Bundesdurchschnitt
	etw as höher als im Bundesdurchschnitt
	deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt
	etw as niedriger als im Bundesdurchschnitt

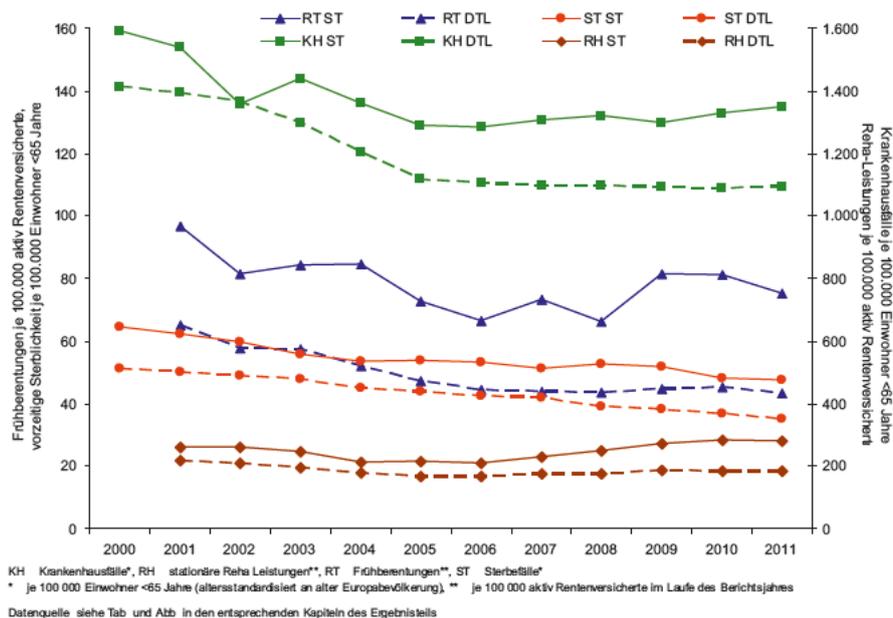
Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik; Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe; Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung und Statistik der Versicherten; (alle zit. nach www.gbe-bund.de)

**Abbildung 27:** Krankenhausfälle, Reha-Leistungen und Frühberentungen infolge von ausgewählten Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen (Sachsen-Anhalt/Deutschland, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011).

## 7 Diskussion

### 7.1 Zusammenfassende Besprechung der Datenlage zu Herz-Kreislauf-Krankheiten der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt

#### 7.1.1 Verringerung der HKK-bedingten Fallquoten in Sachsen-Anhalt seit 2000



**Abbildung 28:** Zeittrend der Herz-Kreislauf-bedingten Morbidität und Mortalität bei <65-Jährigen (Sachsen-Anhalt/Deutschland 2000-2011).

Sowohl die Krankenhausfallquote der <65-Jährigen als auch die Frühberentungsquote und die vorzeitige Sterblichkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (100-199) haben sich in Sachsen-Anhalt im Vergleich der Jahre 2011 und 2000 verringert (Abbildung 28). Allerdings ist bei den Krankenhausfällen und den Frühberentungen seit dem Jahr 2005 wieder ein leichter Anstieg der Quoten zu verzeichnen. Bei den Reha-Leistungen ist die Quote nach einer Abnahme in den Jahren 2004 - 2006 inzwischen wieder höher als der Ausgangswert des Jahres 2000. Der Zeittrend der Herz-Kreislauf-bedingten Fallquoten war im Bundesdurchschnitt entweder sehr ähnlich wie in Sachsen-Anhalt (Reha-Leistungen, Frühberentungen) oder die Verbesserung (Abnahme) war im Bundesdurchschnitt noch stärker als in Sachsen-Anhalt (Krankenhausfallquote, Sterbefallquote). Bezüglich der ambulanten HKK-Morbidität (Abrechnungsdaten der KVSA zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung) lagen nur zwei Jahrgänge (2010, 2012) vor, sodass keine Aussage über einen möglichen Zeittrend getroffen werden konnte.

#### 7.1.2 Nach wie vor erhöhte HKK-bedingte Fallquoten in Sachsen-Anhalt

Trotz dieser leichten Verbesserung seit dem Jahr 2000 sind die HKK-bedingten Krankenhausfall-, Reha-, Frühberentungs- und Sterbefallquoten bei <65-Jährigen in Sachsen-Anhalt nach wie vor deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 28). Im aktuellsten verfügbaren Berichtsjahr (2011) hatten <65-Jährige in Sachsen-Anhalt z. B. die höchste HKK-bedingte Krankenhausfallquote und die zweithäufigste HKK-bedingte Sterbefallquote unter den 16 Bundesländern (Abbildung 29, vgl. auch [8]). Auch die anderen neuen Bundesländer (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen) haben im Ländervergleich hohe HKK-Krankenhaus- und Sterbefallquoten (Ausnahme: Krankenhausfallquote Sachsen).

Krankenhausfallquote* I00-I99			Sterbefallquote** I00-I99		
1	Sachsen-Anhalt	1.347	1	Mecklenburg-Vorpommern	47,8
2	Saarland	1.291	2	Sachsen-Anhalt	47,5
3	Thüringen	1.278	3	Thüringen	41,2
4	Mecklenburg-Vorpommern	1.245	4	Schleswig-Holstein	40,6
5	Brandenburg	1.237	5	Brandenburg	39,6
6	Nordrhein-Westfalen	1.228	6	Sachsen	39,6
7	Rheinland-Pfalz	1.212	7	Rheinland-Pfalz	37,3
8	Niedersachsen	1.073	8	Niedersachsen	36,8
9	Hessen	1.052	9	Bremen	36,4
10	Schleswig-Holstein	1.034	10	Saarland	35,6
11	Bayern	1.033	11	Berlin	34,5
12	Sachsen	1.025	12	Nordrhein-Westfalen	34,3
13	Berlin	1.009	13	Bayern	32,7
14	Hamburg	934	14	Hamburg	30,5
15	Bremen	882	15	Hessen	29,3
16	Baden-Württemberg	872	16	Baden-Württemberg	28,4

\* je 100.000 Einw ohner <65 Jahre (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)

\*\* je 100.000 Einw ohner deutscher Nationalität <65 Jahre (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik (zit. nach w w w . g b e - b u n d . d e )

**Abbildung 29:** Herz-Kreislauf-bedingte Morbidität und Mortalität bei unter 65-Jährigen im Jahr 2011 im Ländervergleich.

Auch die **ambulant**en HKK-Behandlungsquoten scheinen in Sachsen-Anhalt aktuell höher als im Bundesdurchschnitt und nicht erkennbar rückläufig zu sein (Abbildung 4 bis Abbildung 6). Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass sich dieser Vergleich auf alle Altersgruppen, d.h. auch auf über 65-Jährige bezieht (zur Begründung: vgl. 6.1.1).

### 7.1.3 Sind die Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt wirklich erhöht?

Ein einfacher Vergleich von bevölkerungs- oder versichertenbezogenen Fallquoten kann eine spezifische Abweichung der HKK-Gesundheitslage in Sachsen-Anhalt vom Bundesdurchschnitt nicht zweifelsfrei identifizieren: Die bekanntermaßen insgesamt höhere Morbidität (bzw. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems) und die insgesamt höhere Mortalität in Sachsen-Anhalt könnten sich einfach 1:1 in den HKK-Daten widerspiegeln und damit eine spezifische „HKK-Schiefelage“ vortäuschen. Deshalb wurde versucht, wo immer möglich, auch die „**relative Bedeutung**“ der HKK-Diagnosen unter allen Behandlungs-, Leistungs- bzw. Sterbefällen zu berücksichtigen.

In Abbildung 30 zeigt sich, dass die weitaus meisten HKK-bedingten Behandlungs-, Leistungs- und Sterbequoten bei beiden Geschlechtern in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich erhöht sind (dargestellt ist jeweils der Quotient aus der Fallquote in Sachsen-Anhalt und der Fallquote in Deutschland).

Beim Vergleich der relativen Bedeutung (%-Anteil) der Herz-Kreislauf-Diagnosen in Bezug auf alle Erkrankungen bzw. in Bezug auf alle Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt und in Deutschland ergibt sich ein differenzierteres Bild (Abbildung 31: dargestellt ist jeweils der Faktor %-Anteil HKK in Sachsen-Anhalt / %-Anteil HKK in Deutschland).

Danach ist die relative Bedeutung des Diagnosekapitels **I00-I99** bei Reha-Leistungen und Frühberentungen bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich erhöht. Bei Krankenhausfällen und bei der vorzeitigen Sterblichkeit ist die Negativabweichung zum Bundesdurchschnitt weniger deutlich bzw. trifft sogar nur für eines der Geschlechter zu (Abbildung 31).

Zum Vergleich der ambulanten Morbidität (Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung) in Sachsen-Anhalt und Deutschland mussten die Behandlungsquoten in der Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) verglichen werden, weil bei den Deutschlanddaten keine Altersgliederung vorlag. Es zeigte sich, dass auch bei der ambulanten Morbidität in Sachsen-Anhalt die relative Bedeutung des Diagnosekapitels **I00-I99** bei beiden Geschlechtern höher ist als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 31).

Diagnosekapitel und -gruppen <sup>1</sup>	Ambulante Morbidität <sup>2</sup> alle Altersgruppen	Krankenhausfälle <sup>3</sup> <65 Jahre		Reha <sup>4</sup>		Frühberentung <sup>4</sup>		vorzeitige Sterblichkeit <sup>3</sup>	
	beide Geschlechter	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	1,12	1,21	1,21	1,52	1,42	1,62	1,74	1,21	1,40
I10-I15 Hypertonie	1,23	1,53	1,53	2,21	1,87	1,54	1,54	3,00	3,40
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	1,43	1,22	1,15	1,51	1,38	1,70	1,76	1,53	1,66
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	1,09	1,63	1,61	1,39	1,29	1,54	1,77	1,05	1,34
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1,06	1,15	1,21	1,46	1,42	2,03	1,96	1,31	1,68
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1,09	1,12	1,36	1,47	1,76	1,89	1,73	1,13	1,12
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	1,48	1,55	1,56	1,46	1,02	2,34	1,93		
E65-E68 Adipositas und sonstige Übernahrung	1,26	0,67	1,07	0,91	0,67	1,31	1,24		

	Fallquote der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>deutlich höher</b> als im Bundesdurchschnitt (>1,2-mal)
	Fallquote der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>etwas höher</b> als im Bundesdurchschnitt (1,1- bis <1,2-mal)
	Fallquote der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>geringer</b> als im Bundesdurchschnitt (<0,9-mal)
	nicht betrachtet

- 1 bei Krankenhaus- und Sterbefällen wurden nicht Diagnosegruppen, sondern Einzeldiagnosen innerhalb der Diagnosegruppen ausgewertet (vgl. Tab. 1.2 und 1.5)
  - 2 Behandlungsquoten (Anteil der GKV-Versicherten mit mind. einem Arztbesuch pro Jahr bzgl. der betr. Diagnose), altersstandardisiert an Bevölkerung DTL 2011
  - 3 Krankenhausfälle/Sterbefälle bei unter 65-Jährigen je 100.000 Einw. ohne im Alter von <65 Jahre, altersstandardisiert an alter Europabevölkerung
  - 4 stationäre Reha-Leistungen/ Frühberentungen je 100.000 aktiv Rentenversicherte ohne Rentenbezug im Laufe des Berichtsjahres
- Datenquellen: siehe Diagramme in den entsprechenden Kapiteln des Ergebnisteils

**Abbildung 30:** Vergleich der Fallquoten von Herz-Kreislauf-Krankheiten und assoziierten Diagnosen (Sachsen-Anhalt/Deutschland, Jahresmittelwerte 2010 und 2012 [ambulante Morbidität] bzw. 2007-2011 [alle übrigen Daten], dargestellt ist das Verhältnis Quote Sachsen-Anhalt/Quote Deutschland).

Innerhalb des Diagnosekapitels **I00-I99** haben in Sachsen-Anhalt bei den Krankenhausfällen die essentielle Hypertonie (**I10**), die hypertensive Herzkrankheit (**I11**) und die Herzinsuffizienz (**I50**) jeweils bei beiden Geschlechtern und die Atherosklerose (**I70**) bei Männern eine höhere Bedeutung als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 31, Tabelle 2). Bei den Reha-Leistungen spielen die Hypertonie (**I10-I15**) bei beiden Geschlechtern und Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (**I70-I79**) bei Männern eine größere Rolle als in Deutschland insgesamt. Bei Frühberentungen hat der Hirninfarkt (**I63**) bei beiden Geschlechtern (Abbildung 14) und Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (**I70-I79**) bei Frauen (Abbildung 31) eine größere Bedeutung als im Bundesdurchschnitt. Bei der vorzeitigen Sterblichkeit spielen in Sachsen-Anhalt der akute Myokardinfarkt (**I21**), der rezidivierende Myokardinfarkt (**I22**) und die hypertensive Herzkrankheit (**I11**) jeweils bei beiden Geschlechtern und der Hirninfarkt (**I63**) bei Männern eine größere Rolle als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 3). Bei der ambulanten Morbidität wurde die Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) betrachtet. Bei sämtlichen hier ausgewählten HKK-Diagnosegruppen war die relative Bedeutung der HKK bei beiden Geschlechtern gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht, insbesondere bei Hypertonie (**I10-I15**) und ischämischen Herzkrankheiten (**I20-I25**, Abbildung 31).

Diagnosekapitel und -gruppen <sup>1</sup>	Ambulante Morbidität <sup>2</sup> alle Altersgruppen		Krankenhausfälle <sup>3</sup> <65 Jahre		Reha <sup>3</sup>		Frühberentung <sup>3</sup>		vorzeitige Sterblichkeit <sup>3</sup>	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	1,17	1,31	1,10	1,07	1,32	1,32	1,48	1,35	1,17	1,11
I10-I15 Hypertonie	1,35	1,43	1,28	1,23	1,46	1,32	0,95	0,89	2,56	2,35
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	1,90	1,61	1,05	0,96	0,99	0,97	1,05	1,01	1,28	1,19
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	1,19	1,33	1,43	1,36	0,91	0,91	0,95	1,02	0,72	0,73
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1,21	1,32	0,99	1,02	0,96	1,00	1,25	1,13	1,06	1,19
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1,20	1,41	0,98	1,18	0,97	1,24	1,17	0,99	0,78	0,78
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	1,85	1,69	1,30	1,22	1,19	1,07	1,50	1,26		
E65-E68 Adipositas und sonstige Übernährung	1,31	1,33	0,46	0,63	0,74	0,70	0,84	0,82		

	%-Anteil der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>deutlich höher</b> als im Bundesdurchschnitt (>1,2-mal)
	%-Anteil der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>etwas höher</b> als im Bundesdurchschnitt (1,1- bis <1,2-mal)
	%-Anteil der HKK-Diagnose (-gruppe) in Sachsen-Anhalt <b>geringer</b> als im Bundesdurchschnitt (<0,9-mal)
	nicht betrachtet

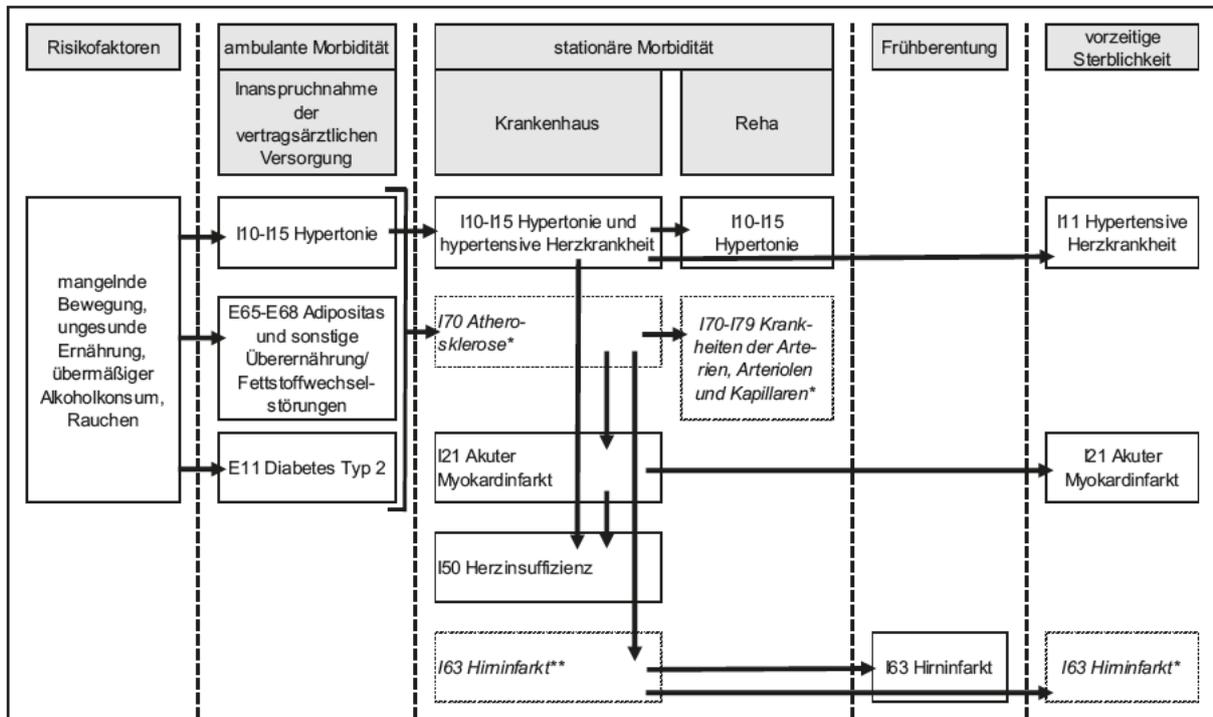
- 1 bei HKK-Krankenhaus- und -Sterbefällen wurden nicht Diagnosegruppen, sondern Einzeldiagnosen innerhalb der Diagnosegruppen ausgewertet (vgl. Tab.1.1 & 1.5)
  - 2 die Diagnosekapitel und die Diagnosegruppen wurden ins Verhältnis zu allen Diagnosen/Behandlungsanlässen (A00-Z99) gesetzt
  - 3 das Diagnosekapitel I00-I99 wurde ins Verhältnis zu allen Diagnosen infolge von Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98) gesetzt, die Untergruppen I10-I15, I20-I25, I30-I52, I60-I69, I70-I79 wurden ins Verhältnis zum Diagnosekapitel I00-I99 gesetzt und die Diagnosen E11 und E65-E68 wurden ins Verhältnis zu allen Stoffwechselerkrankungen (E00-E90) gesetzt
- Datenquellen: siehe Diagramme in den entsprechenden Kapiteln des Ergebnisteils

**Abbildung 31:** Vergleich der relativen Bedeutung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und assoziierten Diagnosen (Sachsen-Anhalt/Deutschland, Jahresmittelwerte 2010 und 2012 [ambulante Morbidität] bzw. 2007-2011 [alle übrigen Daten], dargestellt ist das Verhältnis %-Anteil Sachsen-Anhalt/%-Anteil Deutschland).

**Fazit:** In der Zusammenschau von Abbildung 30 und Abbildung 31 lässt sich schließen, dass die Gesundheitslage der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt - zusätzlich zur „sowieso“ erhöhten Morbidität und Mortalität - bezüglich Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt (I00-I99) und vor allem bezüglich einiger spezifischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich schlechter ist als im Bundesdurchschnitt.

### 7.1.4 HKK-Diagnose-Muster mit auffällig hohen Prävalenzen in Sachsen-Anhalt

Aus den Ergebnissen der Datenanalysen in den verschiedenen Sektoren (ambulante Behandlungsdaten, Krankenhausfälle, Reha, Frühberentungen, Sterblichkeit) und den unter Punkt 7.1.3 erläuterten Auswertungen tritt ein Muster von HKK-Diagnosen hervor, die in Sachsen-Anhalt auffällig sind, weil sie erhebliche Fallzahlen **UND** eine höhere Fallquote als im Bundesdurchschnitt **UND** eine größere relative Bedeutung als im Bundesdurchschnitt haben (Abbildung 32).



\* bevölkerungsbezogene Quote in Sachsen-Anhalt bei Frauen und Männern erhöht, aber bzgl. der relativen Bedeutung innerhalb I00-I99 nur bei Männern auffällig  
 \*\* bevölkerungsbezogene Quote in Sachsen-Anhalt bei Frauen und Männern erhöht, aber bzgl. der relativen Bedeutung innerhalb I00-I99 bei Frauen und Männern unauffällig

**Abbildung 32:** Häufige Diagnosen in Sachsen-Anhalt und zugrunde liegender Pathomechanismus der Herz-Kreislauf-Morbidität und Mortalität.

Das bei der Datenanalyse gefundene Diagnosemuster lässt die arterielle Hypertonie neben Adipositas und Diabetes Typ 2 als wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung von angiosklerotischen Erkrankungen erkennen und bestätigt die Ergebnisse validierter Studien, die zeigen, dass sich bei unzureichender Behandlung die typischen Folgeerkrankungen entwickeln [9]. Das rein empirisch aus den Prävalenzdaten abgeleitete Diagnosemuster spiegelt in etwa den bedeutsamen **Pathomechanismus** von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der (arbeitsfähigen) Bevölkerung in Sachsen-Anhalt wider:

Zusammen mit anderen Einflussfaktoren (siehe unten) führt wahrscheinlich auch die weite Verbreitung von ungesunden Lebensstilen (siehe unten) in Sachsen-Anhalt zu einer Häufung der Behandlungsdiagnose Hypertonie bei den ambulanten Behandlungen der niedergelassenen Ärzte. Durch unzureichende Diagnostik und Behandlung (man schätzt, dass bundesweit nur etwa 50% der Hypertoniker erkannt und davon nur 40% behandelt und lediglich 24% kontrolliert (Normwerte) sind) oder durch Fortschreiten dieser Basiserkrankung kommt es dann zu einer gehäuften Anzahl Hypertonie-bedingter Krankenhausfälle (Übergang von der ambulanten in die stationäre Phase). Eine hohe Quote von schweren Hypertoniefällen im Krankenhaus führt u. a. zu einer erhöhten Quote von Hypertonie-bedingten Reha-Leistungen (Übergang von akut-stationärer Behandlung zu rehabilitativ-stationärer Behandlung). Bei weiterem Fortschreiten der Hypertonie kommt es u. a. zu strukturellen Folgeerkrankungen wie hypertensiver Herzkrankheit und - in Kombination mit den anderen Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus und Adipositas, einschließlich der assoziierten Stoffwechselstörungen – zu angiosklerotischen/atherosklerotischen Veränderungen (Häufung der Diagnosen **I11** bei Krankenhausfällen und **I70** bzw. **I70-I79** bei Krankenhausfällen bzw. Reha-Leistungen). Diese angiosklerotischen/atherosklerotischen Veränderungen betreffen auch die Herzkranz- und hirnversorgenden Gefäße, was dann konsekutiv häufiger zu einem Herzinfarkt, zu Herzinsuffizienz, zu einem Hirninfarkt oder direkt zum Tode führt (Häufung der Diagnosen **I21**, **I50** und **I63** im Krankenhaus, **I63** bei Frühberentungen und **I22**, **I63** und **I11** bei der vorzeitigen Sterblichkeit).

**Fazit:** Das bei der Datenanalyse gefundene Muster von besonders häufigen HKK-Diagnosen in Sachsen-Anhalt spiegelt den allgemeinen Pathomechanismus von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wider.

## 7.1.5 Männer sind stärker von Herz-Kreislauf-Krankheiten betroffen als Frauen

In der arbeitsfähigen Bevölkerung haben Männer bei Krankenhausaufenthalten, Reha-Leistungen, Frühberentungen und Sterbefällen deutlich höhere bevölkerungs- bzw. versichertenbezogene HKK-Fallquoten als Frauen (Abbildung 12). Die HKK-bedingte Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist in dieser Altersgruppe hingegen bei Männern geringer als bei Frauen (Tabelle 1). Letzteres liegt höchstwahrscheinlich nicht an einer besseren Herz-Kreislauf-Gesundheit der Männer, sondern daran, dass Männer generell die vertragsärztliche Versorgung seltener in Anspruch nehmen als Frauen [7]. Für einen allgemeinen Vergleich der Herz-Kreislauf-Gesundheit von Männern und Frauen müssen also zwei Faktoren berücksichtigt werden: 1) Frauen nehmen die vertragsärztliche Versorgung generell häufiger in Anspruch als Männer, 2) Männer haben in dieser Altersgruppe generell (bzgl. aller Diagnosen A00-T98) höhere Krankenhausfall-, Reha-, Frühberentungs- und Sterbefallquoten als Frauen. Beide Faktoren können, wenn man nur Behandlungs- bzw. Fallquoten vergleicht, zu einer Fehleinschätzung möglicher Herz-Kreislauf-spezifischer Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen führen.

Um den Einfluss dieser Faktoren auszuschließen, wird im Folgenden die **relative Bedeutung** der verschiedenen HKK-Diagnosegruppen bzw. HKK-Einzeldiagnosen unter allen Diagnosen bzw. unter dem gesamten Diagnosekapitel **I00-I99** bei Frauen und Männern verglichen (Abbildung 33). Es zeigt sich, dass bei Krankenhausfällen, Reha-Leistungen, Frühberentungen und Sterbefällen bei Männern eine deutlich größere relative Bedeutung der HKK vorliegt als bei Frauen. Bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von 20-64-Jährigen war diese erhöhte relative Bedeutung von HKK bei Männern, bezogen auf das Diagnosekapitel **I00-I99**, nicht sehr deutlich (1,08-mal höherer Anteil). Bei den hier ausgewählten, besonders häufigen HKK-Diagnosegruppen (I10-I15, I20-I25, I30-I52, I60-I69, I70-I79) war sie hingegen wieder viel deutlicher (Abbildung 2 und Abbildung 33).

Innerhalb des Diagnosekapitels I00-I99 scheinen ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) und Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I72) im Geschlechtervergleich bei Männern zu dominieren, hingegen bei Frauen Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (Abbildung 33).

Diagnosekapitel und -gruppen <sup>1</sup>	Ambulante Morbidität <sup>2</sup> (20-64-Jährige)	Krankenhausfälle <sup>3</sup> <65 Jahre	Reha <sup>3</sup>	Frühberentung <sup>3</sup>	vorzeitige Sterblichkeit <sup>3</sup>
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	1,08	1,43	2,74	2,16	1,40
I10-I15 Hypertonie	1,29	0,45	0,52	0,65	1,02
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	2,13	2,11	1,76	1,91	1,39
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	1,20	1,33	1,04	1,25	0,76
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	1,65	1,19	0,69	0,75	0,83
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1,60	2,16	1,47	1,24	1,02
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	1,69	2,40	1,12	1,27	
E65-E68 Adipositas und sonstige Übernahrung	0,83	0,85	0,78	0,57	

	Anteil der HKK-Diagnosegruppe bei Männern deutlich höher als bei Frauen (>=1,2-mal)
	Anteil der HKK-Diagnosegruppe bei Männern etw. höher als bei Frauen (1,1 bis <1,2-mal)
	Anteil der HKK-Diagnosegruppe bei Männern niedriger als bei Frauen (<0,9-mal)
	nicht betrachtet

- 1 bei HKK-Krankenhaus- und -Sterbefällen w urden nicht Diagnosegruppen, sondern Einzeldiagnosen innerhalb der Diagnosegruppen ausgewertet (vgl. Tab.1.1 & 1.5)
  - 2 die Diagnosekapitel und die Diagnosegruppen w urden ins Verhältnis zu allen Diagnosen/Behandlungsanlässen (A00-Z99) gesetzt
  - 3 das Diagnosekapitel I00-I99 w urde ins Verhältnis zu allen Diagnosen infolge von Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98) gesetzt, die Untergruppen I10-I15, I20-I25, I30-I52, I60-I69, I70-I79 w urden ins Verhältnis zum Diagnosekapitel I00-I99 gesetzt und die Diagnosen E11 und E65-E68 w urden ins Verhältnis zu allen Stoffwechselerkrankungen (E00-E90) gesetzt
- Datenquellen: siehe Diagramme in den entsprechenden Kapiteln des Ergebnisteils

**Abbildung 33:** Anteil von Herz-Kreislauf-bedingten und assoziierten Diagnosen unter allen Diagnosen und Behandlungsanlässen, Vergleich Männer/Frauen Sachsen-Anhalt, Jahresmittelwerte 2010 und 2012 (ambulante Morbidität) bzw. 2007-2011 (alle anderen Daten), dargestellt ist das Verhältnis %-Anteil Herz-Kreislauf-Erkrankungen Männer/%-Anteil Herz-Kreislauf-Erkrankungen Frauen.

**Fazit:** Männer haben insgesamt eine deutlich höhere Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität als Frauen; die relative Bedeutung der einzelnen Diagnosegruppen unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen. Allerdings ist bekannt, dass sich diese Unterschiede jenseits des 65. Lebensjahres wieder angleichen.

### 7.1.6 Exponentiell zunehmende HKK-Krankheitslast und -Mortalität mit dem Alter

Die Erkrankungs- und Sterbefallquoten infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu. In der stellvertretend für die arbeitsfähige Bevölkerung betrachteten Altersgruppe der 20-64-Jährigen war beispielsweise die Behandlungsquote in der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung bei 60-64-Jährigen etwa 5-mal höher als bei 20-24-Jährigen, die Behandlungsquote bzgl. Hypertonie war sogar fast 13-mal höher (Abbildung 3). In allen Fällen, wo in diesem Bericht HKK-Diagnosehäufigkeiten gruppiert nach den Altersgruppen 20-24, 25-44 und 45-64 Jahre untersucht wurden, zeigte sich, dass die Patientenzahlen in der ambulanten Versorgung (Tabelle 1), die Krankenhausfallquoten (Abbildung 9 bis Abbildung 12) und die Sterbefallquoten (Abbildung 17 bis Abbildung 20) in der ältesten Altersgruppe um ein Vielfaches höher waren als in den jüngeren Altersgruppen. Ob es sich bei diesem rasanten (exponentiellen) Anstieg der HKK-bedingten Morbidität und -Mortalität in der Altersgruppe der 20-64-Jährigen in erster Linie um einen natürlichen, „biologischen“ Prozess handelt, oder ob es sich dabei um einen negativen Einfluss des Arbeits- und Arbeitslosenlebens in modernen Industriegesellschaften handelt, oder ob der Anstieg der HKK-bedingten Morbidität in dieser Altersgruppe in Sachsen-Anhalt ggf. besonders stark ist, kann im Rahmen dieses Berichts nicht entschieden und aufgeklärt werden.

**Fazit:** Die HKK-Morbidität und -Mortalität steigt in der arbeitsfähigen Bevölkerung mit zunehmendem Alter drastisch an.

### 7.1.7 Assoziierte Diagnosen

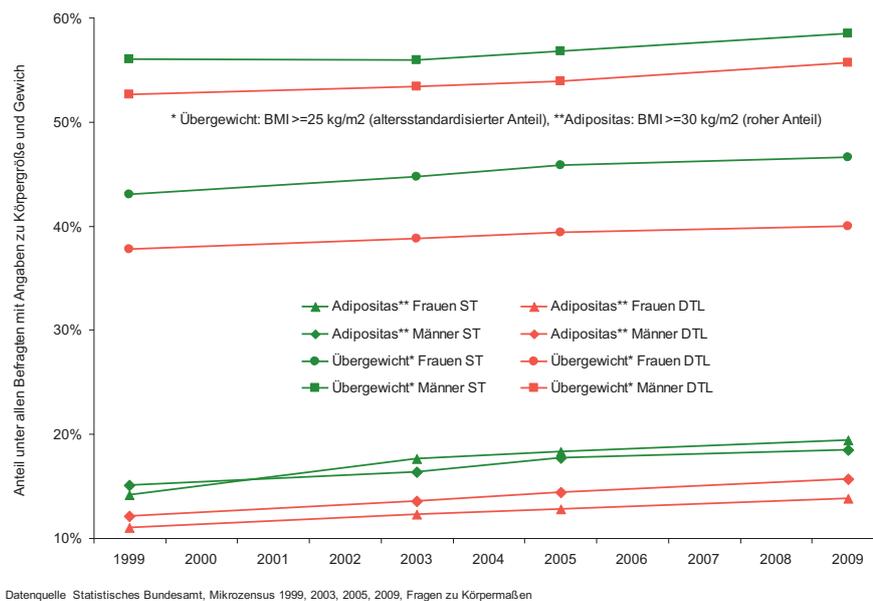
Viele Studien haben belegt, dass ungesunde Lebensstile (mangelnde Bewegung, Fehl- und Überernährung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen) unter anderem die Entwicklung von nicht insulinabhängigem (Typ 2-) Diabetes mellitus (**E11**) und Adipositas und sonstiger Überernährung (**E65-E68**) begünstigen, und dass diese Erkrankungen ihrerseits die Entwicklung von HKK, besonders von essentieller (primärer) Hypertonie (**I10**), und Atherosklerose (**I70**) einschließlich deren Folgekomplikationen begünstigen [9], [10], [11].

Die Datenanalysen zu diesen beiden „HKK-assoziierten Diagnosen“ belegen, dass die Morbidität bzgl. Diabetes Typ 2 (**E11**) in Sachsen-Anhalt deutlich erhöht ist: Die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung (Abbildung 26) und sowohl die Quoten als auch die relative Bedeutung dieser Diagnose bei Krankenhausfällen, Reha-Leistungen und Frühberentungen (Abbildung 27) waren deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Bezüglich Adipositas und sonstiger Überernährung (**E65-E68**) ergab sich kein klares Bild: Zwar waren bei der Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Behandlungsquote und die relative Bedeutung bzgl. dieser Diagnosegruppe erhöht (Abbildung 26), aber die Häufigkeit von Krankenhausfällen, Reha-Leistungen und Frühberentungen war geringer als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 27). Dafür könnte es folgende Erklärung geben: Bei der Erfassung von Krankenhausfällen, Reha-Leistungen und Frühberentungen werden nur Hauptdiagnosen berücksichtigt. Da in den genannten Sektoren eher schon die Folgeerkrankungen ins Gewicht fallen (z.B. Hypertonie, Diabetes Typ 2, Atherosklerose, Myokardinfarkt, Hirninfarkt), werden diese häufig anstelle der Adipositas kodiert. Diese Verschiebung der Kodierung ist gleichzeitig Ausdruck der Schwere der Erkrankung.

Während bei Diabetes Typ 2 in Sachsen-Anhalt (und Deutschland) Männer deutlich häufiger betroffen sind als Frauen, ist es bei Adipositas und sonstiger Überernährung in Sachsen-Anhalt – abweichend vom Bundesdurchschnitt – umgekehrt (Abbildung 33).

Beim Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes der Jahre 1999, 2003, 2004 und 2009 zeigte sich, dass die durch Selbstauskunft von Größe und Gewicht ermittelte Quote von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren höher ist als im Bundesdurchschnitt. Auch hier sind – wie in Abbildung 33 und abweichend von der gesamtdeutschen Situation – seit 2003 in Sachsen-Anhalt Frauen stärker betroffen als Männer (Abbildung 34). Die Detailauswertungen des Mikrozensus 2009 zeigten, dass im Vergleich der Bundesländer Sachsen-Anhalt in der Erwachsenenbevölkerung die höchste Prävalenz von Übergewicht und die zweithöchste Prävalenz von Adipositas aufwies [12], [13].



**Abbildung 34:** Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen  $\geq 18$  Jahre durch Selbstauskunft beim Mikrozensus nach Geschlecht (Sachsen-Anhalt/Deutschland, 1999, 2003, 2005, 2009)

Fazit: Die beiden wichtigen Herz-Kreislauf-assoziierten Diagnosen Diabetes Typ 2 (E11) und Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68) sind in Sachsen-Anhalt häufiger als im Bundesdurchschnitt, Adipositas ist in Sachsen-Anhalt – anders als im Bundesdurchschnitt - bei Frauen häufiger ist als bei Männern.

## 7.2 Mögliche Ursachen für die erhöhte HKK-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt

Im Folgenden werden einige hypothetische Überlegungen zu möglichen Ursachen der erhöhten HKK-Morbidität und –Mortalität in Sachsen-Anhalt dargestellt. Sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, Evidenzbasierung oder fachliche Tiefe, sondern sind als Ansatzpunkte und Denkanstöße für weitere Recherchen zur speziellen HKK-Situation in Sachsen-Anhalt zu verstehen.

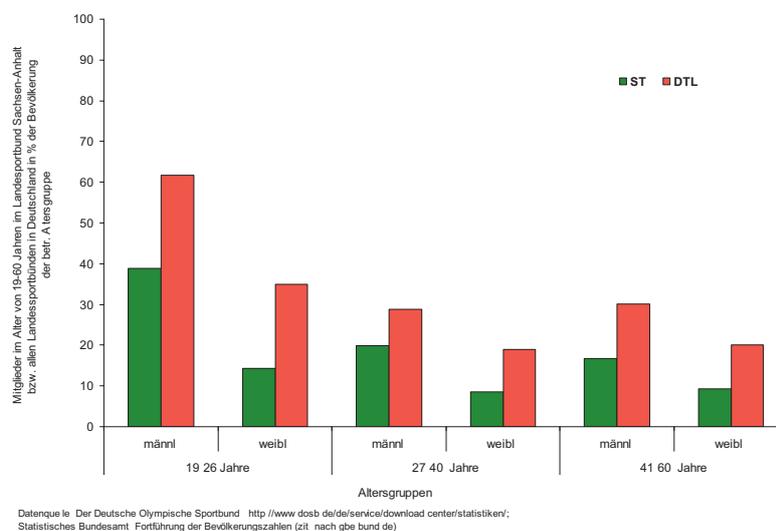
### 7.2.1 Ungesunde Lebensstile

Als wichtigste Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten gelten:

a) mangelnde Bewegung, b) ungesunde Ernährung/Übergewicht, c) übermäßiger Alkoholkonsum und d) Rauchen [11], [12], [14], [15].

a) Im Mittel der Jahre 2006, 2008, 2010 und 2011 zeigt sich, dass Erwachsene in der Altersgruppe 19-60 Jahre (diese deckt einen Großteil der arbeitsfähigen Bevölkerung ab) in Sachsen-Anhalt deutlich seltener

Mitglied eines Sportvereins sind als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 35). Dies gilt in allen drei betrachteten Altersgruppen und sowohl für Frauen als auch für Männer. Zwar muss berücksichtigt werden, dass viele Menschen sportlich aktiv sind, ohne in einem Verein organisiert zu sein, die geringe Mitgliederquote könnte dennoch ein Hinweis auf eine insgesamt geringere sportliche Aktivität von jungen Erwachsenen in Sachsen-Anhalt sein, wobei die individuellen Gründe hier unberücksichtigt bleiben (vgl. [14]).

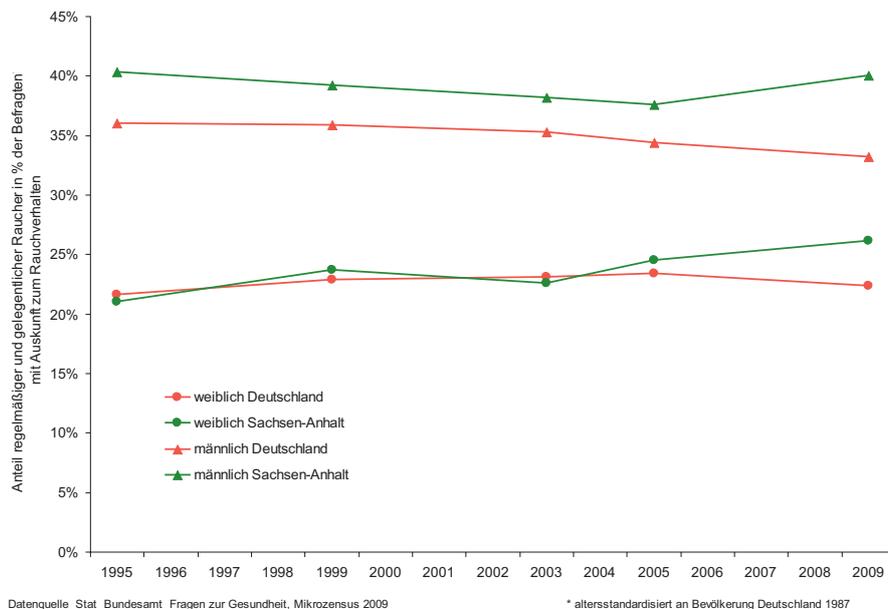


**Abbildung 35:** Organisationsgrad 19-60-Jähriger in Sportvereinen (Sachsen-Anhalt/Deutschland) (Mittelwerte der Jahre 2006, 2008, 2010, 2011).

b) Zu den Ernährungsgewohnheiten der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt liegen uns keine direkten Daten vor. Allerdings weist die erhöhte Diagnosehäufigkeit bzgl. **E65-E68** bei niedergelassenen Ärzten (Abbildung 26) und die aus Selbstangaben zu Größe und Gewicht berechneten Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen beim Mikrozensus (Abbildung 34 und [12], [13]) darauf hin, dass in Sachsen-Anhalt ein erhöhter Anteil der erwachsenen Bevölkerung ein ungesundes Ernährungsverhalten besitzt.

c) Alkohol-bedingte und Alkohol-assoziierte Gesundheitsschäden sind in der Altersgruppe der 25-64-Jährigen in Sachsen-Anhalt deutlich gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht [15] und belegen, dass übermäßiger Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe in Sachsen-Anhalt verbreitet ist. Übermäßiger Alkoholkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor für Hypertonie [9], [10], [11], [15].

d) Die Raucherquote von >15-Jährigen war bei den Mikrozensusbefragungen der Jahre 1995, 1999, 2003, 2005 und 2009 in Sachsen-Anhalt bei Männern immer, bei Frauen ab dem Jahr 2005 höher als im Bundesdurchschnitt (Abbildung 36). Die Raucherquote unter Schüler/innen der Klassen 6-12 war in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1998, 2000 und 2003 hoch, hat aber im letzten Beobachtungsjahr (2008) anscheinend abgenommen [16]. Die Detailauswertung des Mikrozensus 2009 ergab, dass Sachsen-Anhalt bzgl. über 15-Jährigen nach Mecklenburg-Vorpommern die zweithöchste altersstandardisierte Raucherquote unter allen Bundesländern hatte [17].



**Abbildung 36:** Raucherquote von über 15-Jährigen durch Selbstauskunft beim Mikrozensus nach Geschlecht (Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich).

**Fazit:** Lebensstile, die die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten direkt oder indirekt (über die Entwicklung von Diabetes Typ 2 und/oder Adipositas) begünstigen, sind in der erwachsenen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt anscheinend weiter verbreitet als im Bundes-durchschnitt.

In Sachsen-Anhalt werden im Rahmen der Landesgesundheitsziele: *Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote, Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten, Reduktion des Anteils Raucher und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden* seit vielen Jahren mannigfaltige Maßnahmen, Projekte und Strategien durchgeführt, die auch direkt oder indirekt der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. der Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit dienen. Für die Koordination betreffender Landes-Arbeitskreise ist die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. verantwortlich [5], [18].

## 7.2.2 HKK-bezogene Versorgungsparameter

### a) Arztdichten und räumliche Erreichbarkeit von Ärzten:

Bevölkerungsbezogene Arztdichten (Ärzte je 100.000 Einwohner oder Einwohner je Arzt) sind wichtige Messgrößen in der gesundheitlichen Gesamtversorgung [19]. Diese quantitativen Versorgungsindikatoren lassen regionale, nationale und auch internationale Vergleiche zu, beleuchten aber nicht die Qualität der jeweiligen ärztlichen Versorgung. Weitere wichtige Einflussgrößen, die bei Vergleichen von Arztdichten berücksichtigt werden müssen, sind z.B. die Altersstruktur und Morbidität der ansässigen Bevölkerung und infrastrukturelle Gegebenheiten (räumliche Bevölkerungsdichten, Verkehrsanbindungen usw.).

Die Bevölkerung von Sachsen-Anhalt ist durch einen im nationalen und internationalen Vergleich besonders hohen Anteil von älteren Menschen gekennzeichnet. Ältere Menschen haben naturgemäß eine höhere Morbidität. Dadurch entsteht bevölkerungsbezogen eine höhere Anzahl von zu behandelnden Patienten, oft verbunden mit einem höheren Behandlungsbedarf und längeren Behandlungszeiten je Patient (vgl. auch [19]). In dünn besiedelten Regionen (wie für weite Teile Sachsen-Anhalts zutreffend) sind – bei gleicher bevölkerungsbezogener Arztdichte – die Anfahrwege vom Wohnort zur Arztpraxis bzw. von der Arztpraxis zum Wohnort (bei ärztlichen Hausbesuchen) länger und ggf. aufwändiger (wenn der Patient auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen ist) als in dicht besiedelten Regionen. Dies hat zur Folge, dass in solchen Regionen besonders für ältere Menschen die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung

erschwert ist. Ein unreflektierter Vergleich von Arztdichten zwischen Regionen mit unterschiedlichen Alters- und Infrastrukturen greift deshalb zu kurz.

In Sachsen-Anhalt herrschte im Jahr 2011 – bei Einbeziehung der berufstätigen und der teilnehmenden Ärzte und unter Verwendung der verfügbaren amtlichen Statistiken – die geringste Kardiologendichte unter allen Bundesländern (Abbildung 21 und Abbildung 22, vgl. auch [8]). Allerdings sind die dargestellten „Kardiologenzahlen“ nur begrenzt aussagekräftig und bilden nur einen Teil der ärztlichen Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten ab (vgl. 6.1.6). Darüber, ob die Kardiologendichte ein wichtiger Einflussfaktor für die HKK-Morbidität in der Bevölkerung ist, gehen die Meinungen auseinander [20], [21], [22], [23]. Stellt man in einem Länder-Ranking beispielsweise für das Jahr 2011 die Dichte der teilnehmenden Kardiologen den HKK-Krankenhausfallquoten und den HKK-Sterbeziffern von <65-Jährigen gegenüber (Abbildung 37), zeigt sich, dass einige Länder mit hoher Dichte von teilnehmenden Kardiologen im selben Jahr dennoch hohe HKK-Krankenhausfallquoten (Saarland) bzw. hohe Sterbefallquoten (Sachsen) hatten. Andererseits hatte beispielsweise Baden-Württemberg mit einer niedrigen Dichte von teilnehmenden Kardiologen im selben Jahr dennoch die niedrigste HKK-Krankenhausfallquote und die niedrigste HKK-Sterbefallquote bei <65-Jährigen. Unter anderem in Sachsen-Anhalt ist sowohl die Kardiologendichte gering, als auch Krankenhausfallzahlen und Sterbefälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichsweise hoch (Abbildung 37). Bei diesen Betrachtungen ist zu berücksichtigen, dass weder die ambulante HKK-Morbidität abgebildet ist noch bekannt ist, welchen „Wirkzeitraum“ eine niedrige bzw. hohe Kardiologendichte eventuell haben müsste, bevor sich in der Bevölkerung ein Effekt bzgl. HKK-Morbidität und/oder -Mortalität zeigt.

	Kardiologendichte*		Krankenhausfallquote** 100-199		Sterbefallquote*** 100-199	
	Quote	Rang	Quote	Rang	Quote	Rang
Bremen	19.450	1	882	2	36,4	8
Saarland	22.519	2	1.291	15	35,6	7
Hamburg	23.062	3	934	3	30,5	3
Berlin	24.836	4	1.009	4	34,5	6
Sachsen	25.696	5	1.025	5	39,6	11
Bayern	26.462	6	1.033	6	32,7	4
Hessen	26.838	7	1.052	8	29,3	2
Schleswig-Holstein	27.285	8	1.034	7	40,6	13
Niedersachsen	27.288	9	1.073	9	36,8	9
Nordrhein-Westfalen	27.365	10	1.228	11	34,3	5
Rheinland-Pfalz	29.191	11	1.212	10	37,3	10
Baden-Württemberg	29.632	12	872	1	28,4	1
Thüringen	34.707	13	1.278	14	41,2	14
Mecklenburg-Vorpommern	37.153	14	1.245	13	47,8	16
Sachsen-Anhalt	37.923	15	1.347	16	47,5	15
Brandenburg	39.613	16	1.237	12	39,6	11

\* Einw ohner je an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Kardiologe

\*\* je 100.000 Einw ohner <65 Jahre (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)

\*\*\* je 100.000 Einw ohner deutscher Nationalität <65 Jahre (altersstandardisiert an alter Europabevölkerung)

**Abbildung 37:** Dichte der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kardiologen und HKK-Morbidität und -Mortalität in den Bundesländern, 2011

### b) Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten:

Es gibt viele (Erfahrungs-) Berichte und einige empirische Untersuchungen dazu, dass seit einigen Jahren in den neuen Bundesländern bzw. in Sachsen-Anhalt die Wartezeiten auf Arzttermine und die Wartezeiten in der Praxis länger sind als im Bundesdurchschnitt (vgl. z.B. [19], [24], [25]). Dabei scheinen die Wartezeiten auf einen Termin beim Kardiologen besonders lang zu sein [22], [23], [25], [26].

Lange Wartezeiten auf einen Arzttermin und/oder weite/beschwerliche Anfahrwege (siehe oben) könnten eventuell dazu führen, dass Patienten häufiger in einem fortgeschrittenen Stadium der HKK zum Arzt kommen und dann intensiver, länger und oft auch häufiger stationär behandelt werden. Ob lange Wartezeiten auf Arzttermine und lange Anfahrwege in Sachsen-Anhalt tatsächlich eine Ursache für die empirisch festgestellten erhöhten Herz-Kreislauf-bedingten Krankenhausfall-, Reha-, Frühberentungs- und Sterbefallquoten sind, muss hier offen bleiben.

### **c) Herzchirurgie und medizinisch-technische Großgeräte mit Bezug zu HKK:**

Die bevölkerungsbezogene Dichte von herzchirurgischen Zentren, Herzchirurgen, Herz-Kreislauf-bezogenen Großgeräten/Arbeitsplätzen und herzchirurgischen Betten ist in Sachsen-Anhalt aktuell höher als im Bundesdurchschnitt. Dies spiegelt eventuell auch eine in Sachsen-Anhalt möglicherweise vorliegende Verschiebung zwischen ambulanter und stationärer Behandlungshäufigkeit von HKK wider (zu möglichen Gründen: siehe 7.2.2 a und b) (Abbildung 23 bis Abbildung 25). Dass die bevölkerungsbezogenen Quoten der Linksherzkatheter-Untersuchungen (LKU), der percutanen coronaren Intervention (PCI) und der Herzoperationen in Sachsen-Anhalt stark zugenommen haben, liegt nicht allein an einer entsprechend gestiegenen Anzahl Patienten. Der enorme Zuwachs an LKU und PCI zwischen 2004 und 2010 ist auf eine Verbesserung der entsprechenden Techniken zurückzuführen [10], die die Indikation für solche Eingriffe erweitert und die Sicherheit der Verfahren deutlich erhöht hat, z. B. mit Medikamenten beschichtete Ballonkatheter (DEB) und Medikamente freisetzende Koronarstents (DES) [27]. Auch sind für die Implantation mehrerer Stents (bei Patienten mit mehreren, komplexeren Coronarstenosen) nach den Empfehlungen der kardiologischen Gesellschaften mehrzeitige Eingriffe (PCI) notwendig.

### **d) Notärztlicher Rettungsdienst:**

Ein besonders wichtiger Faktor bei der Versorgung von Herz-Kreislauf-Krankheiten einer Region ist der notärztliche Rettungsdienst, der sich mit den akut lebensbedrohlichen HKK-Erkrankungen befasst. Die Erreichbarkeit und die Qualität dieses Dienstes entscheiden bei Herz-Kreislauf-Krankheiten oft über Leben und Tod. Gerade Patienten mit akutem Myokardinfarkt benötigen schnelle Hilfe vor Ort und schnelle Einleitung fortführender Maßnahmen. Die richtige Diagnostik, die Einleitung der adäquaten Sofort- und Folgemaßnahmen bedürfen eines hoch engagierten und gut qualifizierten Bereitschafts- und Rettungsdienstes. Bezüglich dieser Dienste werden in Sachsen-Anhalt derzeit zwei mögliche Einflussbereiche diskutiert:

- Der Mangel an qualifizierten Ärzten betreffe zunehmend auch die Besetzung der notärztlichen Rettungsdienste, sodass überregional aus Notarztbörsen Dienste an Ärztinnen/Ärzte vergeben werden müssten, die keinen engen Bezug zur ansässigen Patientenpopulation hätten und die die lokale medizinische Versorgungsstruktur nicht gut kennen würden. Dies könne eventuell die schnelle Entscheidung für eine ggf. notwendige direkte Einlieferung in ein Krankenhaus mit Herzkatheterlabor erschweren.
- Die nichtärztlichen Mitarbeiter des Rettungsdienstes würden von den Trägern des Rettungsdienstes/der Hilfsorganisationen selbst fortgebildet, was dazu führen könne, dass neben den geforderten und allgemein üblichen Standards auch organisationspezifische Unterschiede in der Ausbildung und in der technischen Ausrüstung vorlägen.

Empirische Untersuchungen, ob diese Faktoren einen Einfluss auf die Qualität des Rettungsdienstes haben, sind uns nicht bekannt.

### **e) Einführung eines Herzinfarktregisters in Sachsen-Anhalt:**

Um mögliche rettungsdienstliche Versorgungsdefizite und weitere mögliche Ursachen für die erhöhte HKK-Mortalität in Sachsen-Anhalt zu erkennen und mittelfristig auszuschalten, wurde im Jahr 2013 in Sachsen-Anhalt ein von Forschern der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und der Martin-Luther-Universität Halle konzipiertes regionales Herzinfarktregister eingerichtet, welches sich zunächst auf ausgewählte Regionen beschränkt. Aus den personenbezogenen Daten dieses Registers, von der Erstdiagnose im Krankenhaus bis (ggf.) zur Ausstellung des Totenscheins, sollen mögliche Schwachstellen in der Versorgungskette erkannt und verbessert werden [28], [29], [30]. Die Einrichtung eines Herzinfarktregisters wurde schon im Jahr 2001 von der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel: „Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt“ empfohlen [4].

### **f) Telemedizin:**

Um Möglichkeiten der Verbesserung/Unterstützung des Rettungsdienstes zu untersuchen, wurden im Land Projekte initiiert, bei denen EKG-Daten aus dem Rettungswagen direkt an diensthabende Kardiologen übermittelt werden, die dann die Entscheidung für oder gegen eine direkte Einlieferung in eine Klinik mit Herzkatheterlabor treffen [28]. Im Hinblick auf Nicht-ST-Streckenerhebungs-Infarkte (NSTEMI) muss allerdings angemerkt werden, dass neben den apparativen Befunden die Erfahrung der Ärztinnen/der Ärzte in der klinischen Einschätzung der Patienten zum Erkennen der Krankheitsbilder weiterhin eminent wichtig bleibt.

### 7.2.3 Einfluss des Arbeitsmarktes

Drei mögliche Arbeitsmarkt-bedingte Faktoren sind bezüglich der erhöhten HKK-Morbidität in Sachsen-Anhalt zu diskutieren: a) der hohe Anteil Erwerbsloser in Sachsen-Anhalt, b) schlechtere Arbeitsbedingungen bei Erwerbstätigen, c) ein Hinauszögern von Arztbesuchen.

a) Die Erwerbslosenquote ist in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Viele Studien weisen auf das hohe psychische Belastungspotenzial von Erwerbslosigkeit hin. Das Gefühl, „nicht gebraucht zu werden“, kann direkt (z.B. über die Entwicklung von psychischen Erkrankungen zu somatischen Erkrankungen wie Hypertonie oder Herzrhythmusstörungen) oder indirekt (über die Flucht in einen übermäßigen Alkohol-konsum und in eine frustrationsbedingte Vernachlässigung von gesunder Lebensweise und/oder gesundheitsförderlichen Aktivitäten) zu einer vermehrten Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten führen. Inzwischen gibt es eine solide Datenbasis, die belegt, dass Arbeitslosigkeit die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigt [31], [32].

b) Diskutiert wird ferner der Einfluss ungünstiger, stress- und belastungsreicher Arbeitsbedingungen. In Sachsen-Anhalt scheint dabei im Bundesvergleich ein höherer Anteil prekärer und unsicherer, potenziell hoch belastender Beschäftigungsverhältnisse zu existieren (vgl. z.B. [33]). Laut dieser Berichte würden in Sachsen-Anhalt im Durchschnitt deutlich geringere Löhne gezahlt, die Arbeitsplatzgarantie und die Beschäftigungsdauer beim selben Arbeitgeber sei geringer und es gäbe mehr Arbeitsplätze in Produktionsbranchen mit hoher körperlicher und/oder (vor allem durch Monotonie) hoher psychischer Belastung. Die größere Unsicherheit und Belastung am Arbeitsplatz könnte unter anderem auch ein Grund für eine höhere Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten (v. a. Hypertonie) bei den Erwerbstätigen in Sachsen-Anhalt sein (siehe Kapitel 3). So war beispielsweise der Anteil von Männern, die im Jahr 2009 im Rahmen der Bevölkerungsbefragung des RKI nach eigenen Angaben wegen Bluthochdruck in Behandlung waren, in Sachsen-Anhalt und Thüringen höher als in allen anderen Bundesländern [34].

c) Es wird diskutiert, dass Arbeitnehmer/innen in prekären Arbeitsverhältnissen (welche in Sachsen-Anhalt häufiger sind als im Bundesdurchschnitt, siehe 7.2.3 b) notwendige Arztbesuche häufiger hinausschieben, weil sie diese, um beim Arbeitgeber nicht negativ aufzufallen, nicht während der Arbeitszeit wahrnehmen möchten und weil Termine außerhalb der Arbeitszeit bei manchen Facharztgruppen (u. a. Kardiologen, siehe 7.2.2 b) in Sachsen-Anhalt schwer zu bekommen sind. Hinausgezögerte oder nicht wahrgenommene notwendige Arztbesuche erschweren eine frühzeitige Diagnose und Therapie, u. a. auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

### 7.2.4 Einfluss der sozialen Lage

Erwerbslosigkeit und soziale Lage sind eng miteinander verknüpft: Menschen aus „sozial schwachen“ Bevölkerungsgruppen sind einerseits häufiger erwerbslos, andererseits geraten Erwerbslose häufig in eine soziale Schieflage. Aber nicht nur Erwerbslose, sondern auch Erwerbstätige im Niedriglohnsektor sind Teil der „sozial schwachen Bevölkerungsgruppe“. Die Zugehörigkeit zur „sozial schwachen Bevölkerungsgruppe“ gilt - über die Assoziation mit der Erwerbslosigkeit hinaus - als eigenständiger Risikofaktor für die Entwicklung von Krankheiten im Allgemeinen und von Herz-Kreislauf-Krankheiten im Speziellen. Menschen aus sozial schwachen Bevölkerungsgruppen gelten als „sozial benachteiligt“, weil sie eine stark reduzierte „Teilhabe“ am modernen gesellschaftlichen Leben aufweisen. Gesundheitsförderliche Angebote wie z.B. Sportkurse, gesunde Lebensmittel aber auch kulturelle Veranstaltungen werden mangels finanzieller Möglichkeiten deutlich seltener wahrgenommen. Ein weiterer Grund für die seltenere Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten/Möglichkeiten durch sozial Schwache ist ein häufig mangelndes „Gesundheitsbewusstsein“. Dieses Gesundheitsbewusstsein wird meist im Laufe der Schul- und Ausbildung geweckt und etabliert. Da Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien in Deutschland erwiesenermaßen viel seltener eine gute (hohe) Schul- und Ausbildung genießen können, werden bei vielen dieser Heranwachsenden ein „Gesundheitsbewusstsein“ und das Wissen um wichtige Risikofaktoren für die Gesundheit möglicherweise nicht im selben Maß etabliert wie in bildungsaffineren Lebenslagen. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (SES) und gesundheitlichen Outcomes wurde unter

anderem eindrücklich in der ersten Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) nachgewiesen [35]. Der im Vergleich mit anderen Bundesländern höhere Anteil sozial schwacher Familien/Bevölkerungsgruppen ist wahrscheinlich ein wichtiger Grund für die erhöhte Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt.

Neben diesem eher indirekten (über vermehrte Risikofaktoren wirkenden) Einfluss der sozialen Lage auf die HKK-Morbidität in Sachsen-Anhalt könnte die soziale Lage eventuell auch einen direkten und sehr konkreten Einfluss auf die Entwicklung bzw. Verhinderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben: Es handelt sich hierbei um die Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen allgemein und um die Zuzahlungen bei Arzneimitteln im Speziellen. Die Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen sind umstritten [36], [37]. Manche Gesundheitswissenschaftler sind der Meinung, dass Patienten mit geringem Einkommen oder solche, die auf Sozialleistungen angewiesen sind, zuzahlungspflichtige Arzneimittel häufig mit Verzögerung abholen (wenn wieder Geld vorhanden ist) oder sogar gänzlich unterlassen. Die Datenlage hierzu ist allerdings schwach, weil bei der Erfassung der Verordnungen zu Lasten der GKV kein Abgleich möglich ist, ob bzw. wann die Arzneimittel vom Patienten abgeholt werden. Einige Berichte scheinen die Befürchtung einer überproportionalen Belastung von sozial schwachen Bevölkerungsgruppen jedoch zu bestätigen [36], [37], [38], [39].

**Fazit:** Der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Anteil von sozial schwachen Familien/Bevölkerungsgruppen ist wahrscheinlich eine wichtige Ursache für die erhöhte Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt.

## 7.2.5 Aussagekraft der dargestellten Datenlage zu Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt

Die Datenanalyse und die Feststellung einer erhöhten Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt im vorliegenden Bericht fokussierte auf die „arbeitsfähige Bevölkerung“ (im vorliegenden Bericht hauptsächlich 20-64-Jährige). Dies bedeutet jedoch nicht, dass damit ein für Sachsen-Anhalt spezifischer negativer gesundheitlicher Einfluss des Arbeitslebens nachgewiesen wäre: Erstens konnte bei den Analysen nicht zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen unterschieden werden, zweitens wirken bei Erwerbstätigen mannigfaltige gesundheitliche Einflüsse auch außerhalb des Arbeitslebens. Studien über den allgemeinen (nicht landesbezogenen) Einfluss des Arbeitslebens bzw. bestimmter Tätigkeitsarten und Beschäftigungsverhältnisse auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit sind publiziert [40], [41], [42].

## 8. Schlussfolgerungen

Die Analyse umfangreicher Daten aus verschiedenen Quellen hat gezeigt, dass sich die Herz-Kreislauf-Gesundheitslage der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 zwar teilweise verbessert hat, dass sie sich jedoch in einigen Bereichen seit einigen Jahren wieder verschlechtert und aktuell (2011) immer noch nicht dem Bundesdurchschnitt entspricht. Dabei tritt in Sachsen-Anhalt wie in Deutschland die Hypertonie als die entscheidende Basiserkrankung hervor, die dann zu erhöhten Fallquoten in den typischen Folgeerkrankungen führt. Bezüglich fast aller HKK-Diagnosen sind in Sachsen-Anhalt wie in Deutschland Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Auf der Suche nach möglichen Ursachen für die erhöhte Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Sachsen-Anhalt haben die Datenanalysen gezeigt, dass (in dieser Altersgruppe):

- 1) ungesunde und HKK-begünstigende Lebensstile (ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen) weiter verbreitet sind als im Bundesdurchschnitt,
- 2) die HKK-Risikofaktoren Diabetes Typ 2 und Adipositas häufiger sind als im Bundesdurchschnitt,
- 3) die bevölkerungs- und GKV-Versicherten-bezogene Dichte von Kardiologen geringer ist als im Bundesdurchschnitt.

Als weitere mögliche – jedoch empirisch nicht belegbare – Einflussfaktoren werden hier zur Diskussion gestellt:

- 1) Qualität der präklinischen Notfallversorgung und der Schnittstellen zwischen präklinischer und stationärer Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten,
- 2) zum Teil längere Wartezeiten auf Arzttermine (vor allem bei Kardiologen) und lange Anfahrwege zu Arztpraxen in dünn besiedelten Regionen, was eventuell eine rechtzeitige Diagnose von Herz-Kreislauf-Krankheiten erschweren könnte,
- 3) die spezielle Arbeitsmarktsituation und der hohe Anteil von sozial schwachen Bevölkerungsgruppen in Sachsen-Anhalt, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit die Entwicklung von Herzkrankheiten begünstigen bzw. deren Prävention erschweren.

Um die Herz-Kreislauf-Gesundheitslage der arbeitsfähigen Bevölkerung (und der Gesamtbevölkerung) in Sachsen-Anhalt zu verbessern bzw. um eine weitere Verschlechterung zu verhindern, sollte/sollten:

- 1) die Daten des neu eingerichteten regionalen Herzinfarktregisters zeitnah und fortlaufend ausgewertet werden, um mögliche Defizite in der Versorgungskette von Herz-Kreislauf-Patienten in Sachsen-Anhalt aufzudecken,
- 2) die Umsetzung der präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichteten Landesgesundheitsziele von Sachsen-Anhalt (Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote, Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten, Reduktion des Anteils Raucher und der alko-holbedingten Gesundheitsschäden) intensiv weiterverfolgt werden,
- 3) auf eine frühzeitige Diagnose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt hingewirkt werden, um durch konsequente Behandlung der Frühstadien die Manifestation der Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinauszuzögern. Die dafür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen können dann bei der kostenintensiven Behandlung der schwerwiegenden Komplikationen (Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall) eingespart werden.
- 4) bei Prävention, Gesundheitsförderung und frühzeitiger Diagnostik von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Hypertonie eine hohe Priorität eingeräumt werden,
- 5) bei Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Sachsen-Anhalt die Zielgruppe der Jungen, der männlichen Jugendlichen und der erwachsenen Männer besonders beachtet werden.

## 9. Literaturverzeichnis

- [1] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (1994) Daten zur Gesundheit: Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt
- [2] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (1997) Daten zur Gesundheit: Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt
- [3] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (1997) Gesundheit für alle Teil I: Gesundheitliche Versorgung im Land Sachsen-Anhalt Teil II: Gesundheitsziele
- [4] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2001) Gesundheit für alle - Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz
- [5] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2008) Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt
- [6] Mangiapane S, Riens B, Augustin J (2011) Populationsbildung auf Grundlage von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung
- [7] BARMER GEK (Hrsg) BARMER GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18
- [8] Deutsche Herzstiftung e.V. (Hrsg) (2012) Deutscher Herzbericht 2011

- [9] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Hypertonie – Heft 43 der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“
- [10] Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. Portal: Leitlinien <http://leitlinien.dgk.org/> (Stand: 18.09.2013)
- [11] Schuler GC, Koenig W, Adams V, Gohlke H (2013) Kommentar zu den neuen Leitlinien(2012) der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zur kardiovaskulären Prävention. *Kardiologie* 2013 (7): 251-260
- [12] Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2011) Mikrozensus 2009 - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung
- [13] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2012) Gesundheitswesen - Übergewicht und Adipositas 2000-2009
- [14] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2008) Daten zu den Landes-Gesundheitszielen Sachsen-Anhalt: „Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung“ und „Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung“
- [15] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2008) Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt
- [16] FOKUS-Institut e.V. Halle/ Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2009) Studie "Moderne Drogen- und Suchtprävention" (MODRUS) IV
- [17] Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2011) Mikrozensus 2009 - Fragen zur Gesundheit - Rauchgewohnheiten der Bevölkerung
- [18] Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.: Liste der Modellprojekte zu den Landesgesundheitszielen Sachsen-Anhalt <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/gesund-projekte.php> (Stand 23.09.2013)
- [19] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2008) Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt
- [20] Braun T, Herzinfarkt - Risikofaktor Bundesland <http://www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/herzinfarkt-risikofaktor-bundesland-643601.html> (Stand: 09.10.2013)
- [21] Krämer H, Herzbericht für Sachsen-Anhalt - Unangenehme Wahrheit. Naumburger Tagblatt vom 18.10.2009 <http://www.naumburger-tageblatt.de/meinungen/herzbericht-fuer-sachsen-anhalt-unangenehme-wahrheit,20692226,17961572.html> (Stand: 09.10.2013)
- [22] Mitteldeutsche Zeitung, Herzinfarkt-Tote: In Sachsen-Anhalt gibt es zu wenige Kardiologen vom 16.01.2013 <http://www.mz-web.de/mitteldeutschland/herzinfarkt-tote-in-sachsen-anhalt-gibt-es-zu-wenige-kardiologen,20641266,21768584.html> (Stand: 09.10.2013)
- [23] Janko S, Wohnort entscheidet über Leben und Tod. *Volksstimme Haldensleben* vom 11.10.2013
- [24] Ärztekammer Sachsen-Anhalt Zum GKV-Gutachten: Lange Wartezeiten sind heute bittere Realität. Pressemitteilung vom 14.07.2011
- [25] KBV (Hrsg) (2013) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2013
- [26] MDR.DE-Umschau, Termin beim Facharzt: Wartezeiten sind kürzer geworden. <http://www.mdr.de/umschau/arztermin102.html> (Stand: 09.10.2013)

- [27] Scheller B, Levenson B, Joner M, Zahn R, Klauss V, Naber C, Schächinger V, Elsässer A Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie (AGIK) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Medikamente freisetzende Koronarstents und mit Medikamenten beschichtete Ballonkatheter. *Kardiologie* 2011 (5): 411-435
- [28] Zieler P, Herzinfarkt: Sachsen-Anhalt will nicht mehr Schlusslicht sein. *Ärzte Zeitung* vom 16.04.2013 <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=836458&pid=844906>
- [29] Schöning R, Regionales Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt, *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* <http://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/ausgabe/kammermitteilungen/93-kammermitteilungen-08-2013/286-regionales-herzinfarktregister-sachsen-anhalt-rhesa.html> (Stand: 16.10.2013)
- [30] RHESA - Das Regionale Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=3837> (Stand: 16.10.2013)
- [31] Herbig B, Dragano N, Angerer P. Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 110 Heft 23-24 (10.Juni 2013)
- [32] *Aerzteblatt.de*, Arbeitslosigkeit ein bedeutsames Herzinfarkttrisiko <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52457/Arbeitslosigkeit-ein-bedeutsames-Herzinfarkttrisiko> (Stand: 16.10.2013)
- [33] IG Metall Niedersachsen und Sachsen-Anhalt. Schlechte Arbeitsbedingungen provozieren weiterhin Abwanderung von Beschäftigten <http://www.igmetall-nieder-sachsen-sachsen-anhalt.de/Schlechte-Arbeitsbedin.25+M5583bd982ac.0.html> (Stand: 16.10.2013)
- [34] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009"
- [35] Lampert T et al. Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013 56:814-821. DOI 10.1007/s00103-013-1695-4 Online publiziert: 27. Mai 2013
- [36] Holst J (2008) Kostenbeteiligungen für Patienten - Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern.
- [37] Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg) (2002) Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich
- [38] GlaxoSmithKline im Interview mit Stefan Etgeton (vzbv): "Menschen mit geringem Einkommen spüren Zuzahlungen sehr stark" [http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2011/juni/zuzahlungen/interview\\_dr\\_stefan\\_etgeton/index\\_ger.html](http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2011/juni/zuzahlungen/interview_dr_stefan_etgeton/index_ger.html) (Stand: 14.10.2013)
- [39] Pharmazeutische Zeitung online Zuzahlungen als Gesundheitsrisiko <http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=32786>
- [40] Angerer P (2011) Arbeit als Ursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [http://www.muenchner-wissenschaftstage.de/2011/upload/download/Angerer\\_Arbeit\\_als\\_Ursache\\_von\\_Herzkreislaueferkrankungen.pdf](http://www.muenchner-wissenschaftstage.de/2011/upload/download/Angerer_Arbeit_als_Ursache_von_Herzkreislaueferkrankungen.pdf)
- [41] Boedeker W, Klindworth H (2007) Herz und Seele bei der Arbeit. Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen für die Arbeitswelt [http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Themendossier\\_Herz\\_Seele\\_web\\_1\\_.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Themendossier_Herz_Seele_web_1_.pdf)
- [42] Müller R (2001) Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes *Schriftenreihe Gesundheit - Arbeit - Medizin*, Bd. 25

## 10. Anhang

**Tabelle 1:** Inanspruchnahme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems (Sachsen-Anhalt, Mittelwert der Jahre 2010 und 2012).

Tabelle 1		20-24			25-44			45-64			alle (20-64)		
		weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
A.00-Z99	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	68.157	52.393	120.550	259.409	196.299	455.708	366.657	283.890	650.547	694.223	532.582	1.226.805
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	11.756	8.060	19.816	75.462	55.258	130.720	229.628	199.233	428.861	316.846	262.550	579.396
		17,2%	15,4%	16,4%	29,1%	28,1%	28,7%	62,6%	70,2%	65,9%	45,6%	49,3%	47,2%
	je 100 GKV-Versicherte	19,9	13,0	16,4	31,9	22,3	27,0	66,2	61,5	63,9	49,3	41,4	45,4
I10-I15	Hypertonie	2.675	3.594	6.268	31.574	35.992	67.566	169.626	162.886	332.512	203.875	202.471	406.346
		3,9%	6,9%	5,2%	12,2%	18,3%	14,8%	46,3%	57,4%	51,1%	29,4%	38,0%	33,1%
	je 100 GKV-Versicherte	4,5	5,8	5,2	13,4	14,5	14,0	48,9	50,3	49,6	31,7	32,0	31,8
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	179	221	400	2.256	3.571	5.827	23.033	37.760	60.793	25.468	41.552	67.020
		0,3%	0,4%	0,3%	0,9%	1,8%	1,3%	6,3%	13,3%	9,3%	3,7%	7,8%	5,5%
	je 100 GKV-Versicherte	0,3	0,4	0,3	1,0	1,4	1,2	6,6	11,7	9,1	4,0	6,6	5,3
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	1.893	1.362	3.255	12.453	9.030	21.483	43.366	42.866	86.232	57.712	53.257	110.969
		2,8%	2,6%	2,7%	4,8%	4,6%	4,7%	11,8%	15,1%	13,3%	8,3%	10,0%	9,0%
	je 100 GKV-Versicherte	3,2	2,2	2,7	5,3	3,6	4,4	12,5	13,2	12,9	9,0	8,4	8,7
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	140	117	257	1.526	1.337	2.863	12.169	16.072	28.240	13.834	17.526	31.359
		0,2%	0,2%	0,2%	0,6%	0,7%	0,6%	3,3%	5,7%	4,3%	2,0%	3,3%	2,6%
	je 100 GKV-Versicherte	0,2	0,2	0,2	0,6	0,5	0,6	3,5	5,0	4,2	2,2	2,8	2,5
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arterien und Kapillaren	402	195	597	3.304	2.039	5.343	15.353	21.156	36.508	19.058	23.389	42.447
		0,6%	0,4%	0,5%	1,3%	1,0%	1,2%	4,2%	7,5%	5,6%	2,7%	4,4%	3,5%
	je 100 GKV-Versicherte	0,7	0,3	0,5	1,4	0,8	1,1	4,4	6,5	5,4	3,0	3,7	3,3

\* ermittelt aus Kassenzugehörigkeit, Versicherten-Namen und -Vornamen, Geburtsdatum (aufgrund von Kassenumwechsel, Namensänderungen (z.B. Eheschließungen/Scheidungen) und/oder falscher Beschreibung des (Vor-)Namens oder des Geburtsdatums bei händischer Patientenerfassung kann es zu Mehrfachzählungen kommen)  
Datenquelle: KVSA und eigene Berechnungen

**Tabelle 2:** Krankenhausfälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, (Deutschland/Sachsen-Anhalt, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011 sortiert nach Häufigkeit der 15 häufigsten Einzeldiagnosen in Sachsen-Anhalt).

Jährliche Fallzahlen	Frauen						Männer						Beide Geschlechter					
	DTL		ST		DTL		ST		DTL		ST		DTL		ST			
	Fälle	Anteil	Rang <sup>1</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>1</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>1</sup>									
A00-T98 Alle Krankh. u. Folgen äuß. Ursachen (ohne O00-O99: Schwangerschaft u. Geburt)	4.137	19,0		135.994	8,4%	7	4.724	7,3%	4	164.662	12,0%	2	8.861	9,5%	6	300.646	10,3%	3
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	3.133	14,8%	7	113.391	8,4%	7	530.006	11,2%	4	19.892	12,0%	2	843.875	9,5%	6	31.083	10,3%	3
I20 Angina pectoris	26.765	8,6%	3	1.115	0,8%	2	67.900	12,8%	1	2.578	13,1%	1	94.664	11,2%	1	3.692	11,9%	1
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	39.404	12,6%	2	1.835	1,6%	1	30.943	5,8%	3	1.418	7,2%	7	70.347	8,3%	2	3.253	10,5%	2
I21 Akuter Myokardinfarkt	13.980	4,4%	7	632	0,5%	8	54.263	10,2%	2	1.945	9,9%	2	68.223	8,1%	3	2.477	8,0%	3
I48 Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	20.167	6,4%	4	760	0,7%	3	47.788	9,0%	4	1.635	8,3%	4	67.955	8,1%	4	2.395	7,7%	4
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	13.292	4,2%	8	462	0,4%	11	62.696	9,9%	3	1.736	8,8%	3	65.989	7,8%	5	2.188	7,0%	5
I70 Atherosklerose	12.178	3,9%	10	435	0,4%	12	37.126	7,0%	5	1.621	8,2%	5	49.304	5,8%	7	2.056	6,6%	6
I50 Herzinsuffizienz	11.960	3,8%	11	619	0,5%	5	28.049	5,3%	3	1.421	7,2%	6	40.009	4,7%	9	2.039	6,6%	7
I63 Hirninfarkt	15.698	5,0%	6	560	0,4%	6	30.336	5,7%	7	1.147	5,8%	8	45.934	5,4%	8	1.706	5,5%	8
I47 Paroxysmale Tachykardie	16.426	5,2%	5	663	0,6%	4	14.100	2,7%	11	492	2,5%	10	30.626	3,6%	11	1.155	3,7%	9
I84 Hämorrhoiden	12.852	4,1%	9	469	0,4%	9	20.037	3,8%	10	669	3,4%	9	32.889	3,9%	10	1.139	3,7%	10
I11 Hypertensive Herzkrankheit	7.749	2,5%	14	434	0,4%	13	7.806	1,5%	15	465	2,4%	11	15.556	1,8%	14	899	2,9%	11
I83 Varizen der unteren Extremitäten	40.362	12,9%	1	533	0,5%	7	21.240	4,0%	3	332	1,7%	14	61.603	7,3%	6	886	2,8%	12
I95 Hypotonie	9.183	2,9%	12	466	0,4%	10	6.568	1,2%	17	330	1,7%	15	16.750	1,9%	13	796	2,6%	13
I80 Thrombose, Phlebitis, Thrombophlebitis	8.355	2,7%	13	316	0,3%	14	9.847	1,9%	12	383	1,9%	13	16.203	2,2%	12	699	2,2%	14
I42 Kardiomyopathie	3.662	1,2%	20	127	0,1%	19	9.754	1,8%	13	462	2,3%	12	13.436	1,6%	16	579	1,9%	15
Summe Einzeldiagnosen	251.923	80,3%		9.316	8,1%		433.464	82,7%		16.624	84,4%		690.379	81,8%		25.940	83,5%	
Jährliche Fallquoten																		
(je 100.000 w. eibl. bzw. männl. Einwohner <sup>2</sup> )	Frauen						Männer						Beide Geschlechter					
A00-T98 Alle Krankh. u. Folgen äuß. Ursachen (ohne O00-O99: Schwangerschaft u. Geburt)	12.687	15,4%	1,23	13.962	17,5%	1,25	26.669	32,9%	1,24									
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	822	9,6%	1,21	1.366	1,6%	1,21	1.093	1,3%	1,21									
I20 Angina pectoris	67	0,8%	1,33	171	0,2%	1,21	119	0,1%	1,25									
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	101	1,2%	1,53	80	0,1%	1,53	90	0,1%	1,54									
I21 Akuter Myokardinfarkt	35	0,4%	1,22	136	0,1%	1,15	86	0,1%	1,16									
I48 Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	51	0,6%	1,19	122	0,1%	1,09	86	0,1%	1,13									
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	34	0,4%	1,05	133	0,1%	1,04	83	0,1%	1,04									
I70 Atherosklerose	31	0,4%	1,12	94	0,1%	1,36	62	0,1%	1,29									
I50 Herzinsuffizienz	30	0,4%	1,63	71	0,1%	1,61	51	0,1%	1,60									
I63 Hirninfarkt	40	0,5%	1,15	77	0,1%	1,21	58	0,1%	1,19									
I47 Paroxysmale Tachykardie	46	0,6%	1,42	38	0,0%	1,17	42	0,0%	1,30									
I84 Hämorrhoiden	34	0,4%	1,24	52	0,0%	1,13	43	0,0%	1,17									
I11 Hypertensive Herzkrankheit	20	0,3%	1,77	19	0,0%	1,95	20	0,0%	1,86									
I83 Varizen der unteren Extremitäten	104	1,3%	0,43	54	0,0%	0,51	79	0,0%	0,46									
I95 Hypotonie	29	0,4%	2,09	19	0,0%	1,94	24	0,0%	2,03									
I80 Thrombose, Phlebitis, Thrombophlebitis	23	0,3%	1,30	25	0,0%	1,28	24	0,0%	1,30									
I42 Kardiomyopathie	10	0,1%	1,19	25	0,0%	1,50	18	0,0%	1,38									

DTL = Deutschland, ST = Sachsen-Anhalt, Anteil der Diagnosegruppe I00-I99 an der Diagnosegruppe A00-T98 (ohne O00-O99) bzw. Anteil der Einzeldiagnosen an der Diagnosegruppe I00-I99.

<sup>1</sup> Rang unter 77 dreistelligen Einzeldiagnosen der Diagnosegruppe I00-I99 in Deutschland bzw. in Sachsen-Anhalt, <sup>2</sup> altersstandardisiert an alter Europabevölkerung

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik (zit. nach [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

**Tabelle 3:** Sterbefälle von <65-Jährigen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, (Deutschland/Sachsen-Anhalt, 5-Jahres-Mittelwerte 2007-2011 sortiert nach Häufigkeit der 15 häufigsten Einzel Diagnosen in Sachsen-Anhalt)

Jährliche Fallzahl	Frauen						Männer						Beide Geschlechter					
	DTL			ST			DTL			ST			DTL			ST		
	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>	Fälle	Anteil	Rang <sup>2</sup>
A00- T98 Alle Kranh. u. Folgen aus. Ursachen	47.566			1.562			30.409			3.618			137.963			5.171		
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	7.627	16,0%	2	292	18,8%	2	21.478	23,8%	2	951	26,3%	2	29.105	21,1%	2	1.243	24,0%	2
I21 Akuter Myokardinfarkt	1.647	21,6%	1	81	27,6%	1	6.924	32,2%	1	365	38,4%	1	8.571	29,4%	1	446	35,8%	1
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	756	9,9%	2	27	9,4%	2	3.152	14,7%	2	129	13,5%	2	3.907	13,4%	2	158	12,6%	2
I42 Kardiomyopathie	310	4,1%	8	10	3,4%	9	1.217	5,7%	3	52	5,4%	3	1.527	5,2%	4	62	5,0%	3
I11 Hypertensive Herzkrankheit	159	2,1%	13	16	5,3%	6	378	1,8%	13	39	4,1%	4	537	1,8%	14	55	4,4%	4
I61 Intrazerebrale Blutung	415	5,4%	6	18	6,1%	3	750	3,5%	7	33	3,5%	7	1.164	4,0%	7	51	4,1%	5
I63 Hirninfarkt	335	4,4%	7	14	4,7%	8	696	3,2%	8	37	3,9%	5	1.031	3,5%	8	50	4,1%	6
I60 Herzinsuffizienz	520	6,8%	4	14	4,9%	4	1.108	5,2%	4	36	3,7%	6	1.626	5,6%	3	50	4,0%	7
I26 Lungenembolie	509	6,7%	5	16	5,5%	4	814	3,8%	6	28	3,0%	10	1.323	4,5%	5	44	3,6%	8
I46 Herzstillstand	283	3,7%	9	8	2,8%	10	987	4,6%	5	32	3,4%	8	1.270	4,4%	6	41	3,3%	9
I22 Rezidivierende Myokardinfarkt	90	1,2%	19	5	1,7%	11	539	2,5%	9	29	3,1%	9	629	2,2%	12	34	2,8%	10
I60 Subarachnoidalblutung	559	7,3%	3	16	5,4%	5	354	1,6%	15	7	0,8%	19	913	3,1%	9	23	1,9%	11
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet.	226	3,0%	10	4	1,2%	18	503	2,3%	11	19	2,0%	11	728	2,5%	10	23	1,8%	12
I71 Aortenaneurysma und -dissektion	161	2,1%	12	5	1,6%	12	461	2,1%	12	16	1,7%	12	622	2,1%	13	21	1,7%	13
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	213	2,8%	11	4	1,4%	13	506	2,4%	10	14	1,5%	13	719	2,5%	11	18	1,5%	14
I24 Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	31	0,4%	29	4	1,2%	19	127	0,6%	23	13	1,4%	14	168	0,5%	26	17	1,3%	15
Summe Einzel Diagnosen	6.212	81,4%		241	82,4%		18.513	86,2%		850	89,4%		24.725	85,0%		1.090	87,7%	
Jährliche Fallquoten (je 100.000 weibl. bzw. männl. Einwohner <sup>1</sup> )																		
A00- T98 Alle Kranh. u. Folgen aus. Ursachen	125,3	131,7		1,06			236,4	302,1		1,28			130,8	217,0		1,20		
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	19,5	23,5		1,21			54,7	76,7		1,40			37,0	60,0		1,35		
I21 Akuter Myokardinfarkt	4,1	6,3		1,53			17,5	29,1		1,66			10,8	17,7		1,64		
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	1,9	2,1		1,11			8,0	10,3		1,29			4,9	6,2		1,26		
I42 Kardiomyopathie	0,8	0,9		1,06			3,1	4,2		1,34			2,0	2,5		1,26		
I11 Hypertensive Herzkrankheit	0,4	1,3		3,00			0,9	3,2		3,40			0,7	2,2		3,36		
I61 Intrazerebrale Blutung	1,1	1,4		1,34			1,9	2,7		1,43			1,5	2,1		1,40		
I63 Hirninfarkt	0,8	1,1		1,31			1,8	3,0		1,68			1,3	2,0		1,53		
I60 Herzinsuffizienz	1,3	1,7		0,85			2,8	2,9		1,02			2,1	2,0		0,97		
I26 Lungenembolie	1,3	1,3		1,00			2,1	2,3		1,12			1,7	1,8		1,06		
I46 Herzstillstand	0,7	0,7		0,89			2,5	2,6		1,04			1,6	1,6		1,01		
I22 Rezidivierende Myokardinfarkt	0,2	0,4		2,00			1,4	2,4		1,69			0,8	1,4		1,77		
I60 Subarachnoidalblutung	1,4	1,3		0,83			0,9	0,6		0,64			1,2	0,9		0,80		
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet.	0,6	0,3		0,46			1,3	1,5		1,19			0,9	0,9		1,00		
I71 Aortenaneurysma und -dissektion	0,4	0,5		1,13			1,2	1,3		1,12			0,8	0,8		1,05		
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	0,5	0,3		0,69			1,3	1,1		0,69			0,9	0,7		0,82		
I24 Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	0,1	0,3		2,80			0,3	1,1		3,37			0,2	0,7		3,40		

DTL = Deutschland, ST = Sachsen-Anhalt, <sup>1</sup> Anteil der Diagnosegruppe I00- I99 an der Diagnosegruppe A00- T98 (ohne I00- I99) bzw. Anteil der Einzel Diagnosen an der Diagnosegruppe I00- I99.

<sup>2</sup> Rang unter 77 dreistelligen Einzeldiagnosen der Diagnosegruppe I00- I99 in Deutschland bzw. in Sachsen-Anhalt, <sup>3</sup> altersstandardisiert an der Europabevölkerung

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik (ztl. nach www.gbe-bund.de)



# **Gesundheitsziele und Betriebliche Gesundheitsförderung für die arbeitsfähige Bevölkerung in Sachsen-Anhalt**

Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V



# INHALTSVERZEICHNIS

---

1.	Inhaltsverzeichnis	109
2.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	109
3.	Hintergrund, Intention und Aufbau des Beitrages	110
4.	Prävention und Gesundheitsförderung der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt im Kontext der Gesundheitsziele	110
4.1.	Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele	110
4.2.	Die Zielgruppe	111
4.3.	Die Maßnahmen im Gesundheitszieleprozess	112
4.4.	Diskussion und Ausblick	113
5.	Betriebliche Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt	114
5.1.	Zur Datenlage	114
5.2.	Der Betrieb	114
5.3.	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	116
5.4.	Betriebliche Gesundheitsförderung nach Settings	116
5.4.1.	Setting KiTa	116
5.4.2.	Setting Schule	117
5.4.3.	Setting Betrieb	120
5.4.4.	Setting Gesundheitswesen	123
5.5.	Diskussion und Ausblick	125
6.	Quellen	126

## TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

---

Abbildung 1:	Anzahl der potentiell Arbeitsfähigen nach Altersgruppen und Geschlecht (Mikrozensus 2012)	111
Abbildung 2:	Anteil der arbeitsfähigen Bevölkerung nach Altersgruppen(Mikrozensus 2012)	112
Abbildung 3:	Modellprojekte der Gesundheitsziele für die arbeitsfähige Bevölkerung nach Zielbereichen	113

### **3. Hintergrund, Intention und Aufbau des Beitrages**

Der nachfolgende Artikel wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt anlässlich der 6. Landesgesundheitskonferenz, die sich mit der Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt befasst, von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. erarbeitet.

Neben der Analyse der Gesundheits- und Versorgungslage ist die Betrachtung betrieblicher und überbetrieblicher Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch vor dem Hintergrund der Gesundheitsziele des Landes eine weitere Möglichkeit, sich mit der Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung auseinanderzusetzen.

Der Artikel gibt einen Einblick in die Vielfalt der Maßnahmen und Ansätze in Sachsen-Anhalt und soll den Akteurinnen und Akteuren auch als Anregung dienen, sich über Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der arbeitsfähigen Bevölkerung auszutauschen.

Sachsen-Anhalt hat mit der Auswahl von Gesundheitszielbereichen, die in weiten Teilen durch Lebensstile bedingt sind und in enger Verbindung zur Lebensqualität stehen schon frühzeitig begonnen, Gesundheit ressortübergreifend zu diskutieren und zu gestalten. Dass Gesundheit und Leistungsfähigkeit einander bedingen, ist nachgewiesen und veranlasst den bzw. die Einzelne ebenso wie Arbeitgeber in wachsendem Maße, in die eigene Gesunderhaltung bzw. die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren. Auch angesichts der demografischen Entwicklung gewinnen Prävention und Gesundheitsförderung der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt immer mehr an Bedeutung.

Im Folgenden werden Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die arbeitsfähige Bevölkerung in Sachsen-Anhalt vor dem Hintergrund der Gesundheitsziele beschrieben. Dem folgt ein Überblick zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt nach Settings inklusive Diskussion und Ausblick. Die Langfassung des Beitrages mit umfangreichen Diagrammen und Tabellen kann als pdf-Datei auf den Seiten der Gesundheitsberichterstattung des Landes und der LVG heruntergeladen werden.

## **4. Prävention und Gesundheitsförderung der arbeitsfähigen Bevölkerung in Sachsen-Anhalt im Kontext der Gesundheitsziele**

### **4.1 Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele**

1997 wurden in Sachsen-Anhalt erstmals Gesundheitsziele<sup>1</sup> definiert, die mit den Erkenntnissen und Erfahrungen der Anfangsjahre 2003 neu justiert<sup>2</sup> wurden:

- Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung
- Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung
- Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung
- Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt
- Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt

Im Januar 2012 beschloss der sachsen-anhaltische Landtag, die Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel in den Gesundheitszieleprozess zu implementieren.<sup>3</sup>

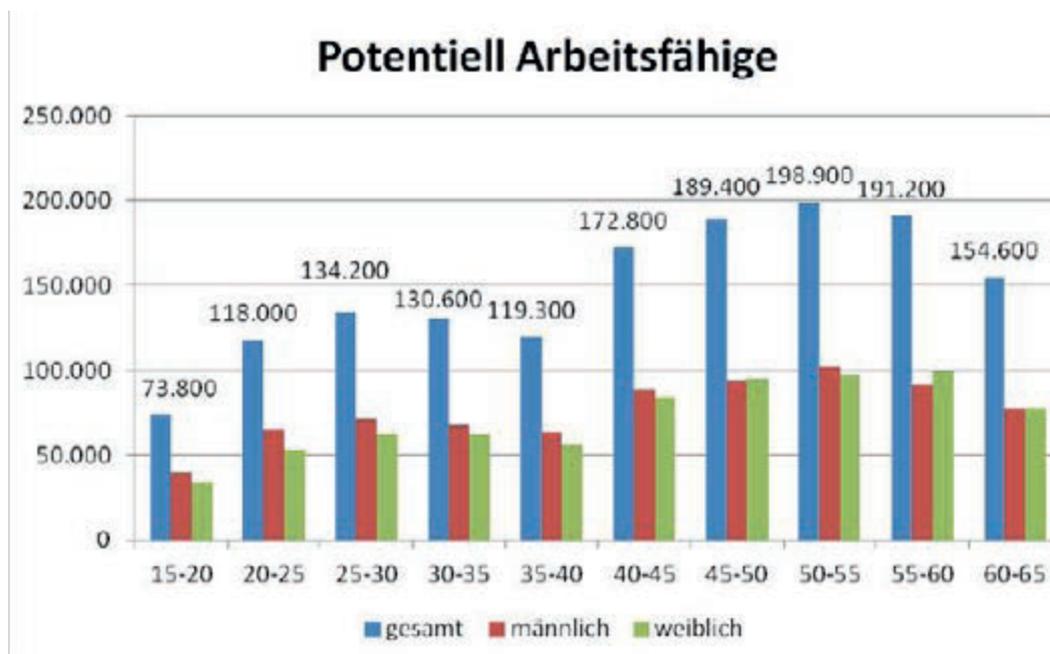
Mit der Zielorientierung trägt das Land der Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach Prioritätensetzung und zielorientiertem Arbeiten im Gesundheitswesen Rechnung. Bei der Umsetzung finden internationale und nationale, regionale und kommunale aber auch institutionelle Zielprozesse Berücksichtigung. So dass die Arbeit an Gesundheitszielen unter Beteiligung der Betroffenen heute unverzichtbarer Teil der Gesundheitspolitik des Landes Sachsen-Anhalt ist.

Prävention und Gesundheitsförderung sind im Gesundheitszielprozess im wachsenden Maße neben Versorgung und Rehabilitation bedeutende Strategien, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern. Dabei wird Prävention (lateinisch *praevenire*, zuvorkommen, verhüten) als Oberbegriff für Interventionen, die zur Vermeidung oder zur Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen, verstanden.<sup>4</sup> Gesundheitsförderung hingegen setzt bei der Analyse und Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Als ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz umfasst sie sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.<sup>5</sup>

Die arbeitsfähige Bevölkerung findet als eine der drei Scherpunktzielgruppen im Gesundheitszielprozess<sup>6</sup> besondere Berücksichtigung.

## 4.2 Die Zielgruppe

Die Definition der Zielgruppe „arbeitsfähige Bevölkerung“ kann je nach Betrachtung variieren. Üblich ist derzeit noch das Altersintervall vom 15. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr.<sup>7</sup> Laut Mikrozensus 2012 leben 2.302.400 Menschen in Sachsen-Anhalt (1.174.000 Frauen und 1.128.400 Männer). Davon gehörten 1.482.800 Menschen nach vorhergehender Definition zur arbeitsfähigen Bevölkerung.<sup>8</sup>



**Abbildung 1:** Anzahl der potentiell Arbeitsfähigen nach Altersgruppen und Geschlecht (Mikrozensus 2012)

Der Anteil der Arbeitsfähigen an der Gesamtbevölkerung beträgt 64,4 %. Mit 13,4 % sind die 50-55 Jährigen die größte Gruppe bezogen auf die Bevölkerung zwischen 15 und 65. Gefolgt von den 55-60jährigen mit 12,9 %.

## Arbeitsfähige nach Altersgruppen

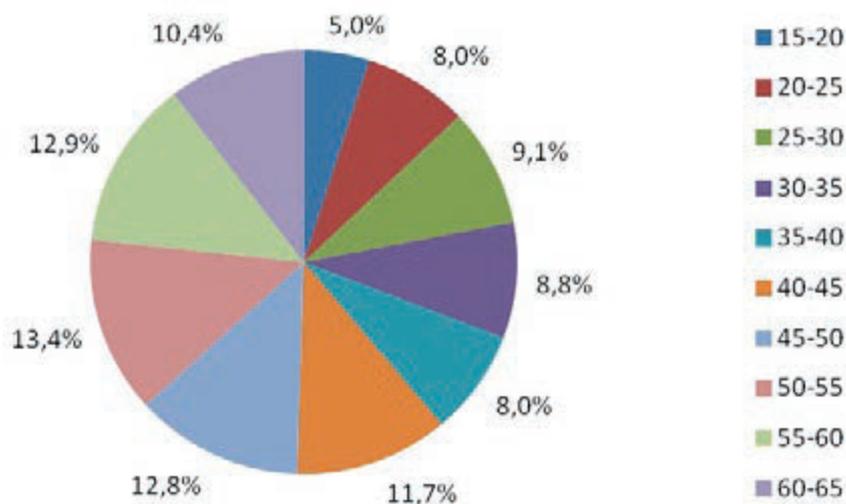


Abbildung 2: Anteil der arbeitsfähigen Bevölkerung nach Altersgruppen (Mikrozensus 2012)

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten beschloss die Bundesregierung 2008 das Renteneintrittsalter ab 2012 in monatlichen Schritten auf 67 Jahre zu erhöhen. Damit verändert sich perspektivisch das Altersintervall der Zielgruppe entsprechend.

Bei der arbeitsfähigen Bevölkerung handelt es sich um eine sehr große und damit sehr heterogene Zielgruppe. Deshalb kann sie als Ganzes nur bedingt angesprochen werden. Die verschiedenen Interventionen im Gesundheitszieleprozess richten sich deshalb auch an Teilzielgruppen.

### 4.3 Die Maßnahmen im Gesundheitszieleprozess

Zur Erreichung der Gesundheitsziele werden vielfältige Maßnahmen auf unterschiedlichen Handlungsebenen umgesetzt. Neben den Modellprojekten befassen sich die Arbeitskreise zu den fünf Zielbereichen vor allem mit gesellschaftlichen insbesondere gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und den aus ihnen resultierenden strukturellen Fragestellungen. Bezogen auf die arbeitsfähige Bevölkerung geben nachfolgende ausgewählte Beispiele einen Einblick in die Vielfalt der Arbeitsansätze:

**Zielbereich Bewegung:** Die Arbeitskreismitglieder engagieren sich für eine in Zeit, Ort und Sportartenvielfalt flexiblere Angebotsstruktur für die ganze Familie in sachsen-anhaltischen Sportvereinen.

**Zielbereich Ernährung:** Der Arbeitskreis befasst sich u.a. mit einer altersgerechten Ernährung unter Berücksichtigung und Beteiligung regionaler Angebote und Anbieter.

**Zielbereich altersgerechten Impfstatus:** Die Akteurinnen und Akteure des Arbeitskreises unterstützen durch intensive kritische Strukturdiskussionen Entscheidungsfindungsprozesse in unterschiedlichen Verantwortungsbereichen, so ist es z.B. in Sachsen-Anhalt möglich, dass Ärzte Erwachsene an Impftermine erinnern dürfen und Pädiater sowie Gynäkologen erwachsene Begleitpersonen impfen dürfen.

**Zielbereich legale Suchtmittel:** Die Mitglieder des Arbeitskreises engagieren sich für die Frühintervention in der medizinischen Versorgung bei Menschen mit alkoholbezogenen Problemen, für den möglichst nahtlosen Zugang zu Suchtbehandlung und -rehabilitation, für die Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen auf kommunaler und Landesebene. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichsten Träger gerichtet, die den Arbeitskreis repräsentieren. Der Arbeitskreis erarbeitet Empfehlungen für die Landespolitik zum Umgang mit der Suchtproblematik in Sachsen-Anhalt.

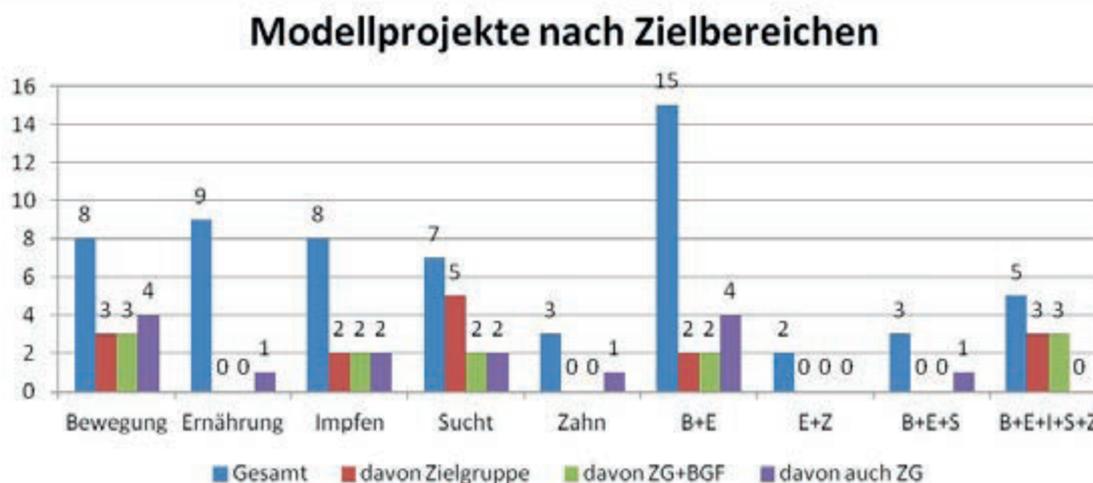
**Zielbereich Zahngesundheit:** Jährlich, im März wird der sachsen-anhaltischen Bevölkerung eine Zahnpflege-Beratungswoche angeboten. Die „Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalts“, die 2007 gegründet wurde, soll dazu beitragen, ein öffentliches Bewusstsein für die Gesunderhaltung der eigenen Zähne zu schaffen.

**Übergreifender Zielbereich psychische Gesundheit:** Dem übergreifenden Ansatz wurde zunächst mit einer Bestandsaufnahme vorhandener Maßnahmen auf unterschiedlichen Interventionsebenen entsprochen.

Alle Arbeitskreise geben regelmäßig Presseinformationen zu relevanten Themen ihrer Zielbereiche heraus. Die Information und Aufklärung richtet sich dabei im Schwerpunkt an die o.g. Zielgruppe.

## Modellprojekte für die arbeitsfähige Bevölkerung

Insgesamt wurden im Gesundheitszieleprozess bisher 60 Modellprojekte berufen. 15 von ihnen (25 %) richten sich ausschließlich an Teilzielgruppen der arbeitsfähigen Bevölkerung, 12 davon mit einem betrieblichen Kontext (20 %). 15 weitere Modellprojekte (25 %) zielen neben anderen Gruppen auch auf die arbeitsfähige Bevölkerung meist im Familienzusammenhang. Insgesamt richten sich 50 % aller bisher berufenen Modellprojekte im Gesundheitszieleprozess (auch) an die arbeitsfähige Bevölkerung.



**Abbildung 3:** Modellprojekte der Gesundheitsziele für die arbeitsfähige Bevölkerung nach Zielbereichen

15 Modellvorhaben<sup>9</sup> richten sich ausschließlich an die arbeitsfähige Bevölkerung bzw. an Teilzielgruppen. 11 der 15 Modellprojekte sind bereits abgeschlossen, für 6 liegt eine veröffentlichte Dokumentation<sup>10</sup> vor.

## 4.4 Diskussion und Ausblick

Die arbeitsfähige Bevölkerung findet Berücksichtigung im Gesundheitszieleprozess. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit boten die bisherigen Zielbereiche nur punktuelle Ansätze. Mit dem Beschluss des Landtages zur Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel<sup>11</sup> und den Ausführungen der Landesregierung zur Beschlussrealisierung<sup>12</sup> wurde die Möglichkeit geschaffen, umfassendere Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsziele zu etablieren. Die Beschlussrealisierung stellt klar, dass insbesondere neben den vier Zielbereichen Bewegung, Ernährung, Legale Suchtmittel und Zahngesundheit das betriebliche Gesundheitsmanagement vor dem Hintergrund der Zunahme psychischer Arbeitsbelastungen an Bedeutung gewinnen muss.

## 5. Betriebliche Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt

### 5.1 Zur Datenlage

Die Datenlage zur Darstellung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt stellt eine große Herausforderung dar. Die Datenquellen sind vielfältig und in ihrer Systematik ausgesprochen heterogen. Für die nachfolgenden Ausführungen wurden soweit möglich und auffindbar öffentlich verfügbare Daten genutzt, die auf Grund der Situation nur selektiven Charakter haben können.

### 5.2 Der Betrieb

Der Betriebsbegriff, der der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu Grunde liegt, orientiert sich an der allgemeinen arbeitsrechtlichen Definition. Danach ist der Betrieb eine „organisatorische Einheit, innerhalb derer ein Arbeitgeber allein oder mit seinen Arbeitnehmern mit Hilfe technischer und immaterieller Mittel bestimmte arbeitstechnische Zwecke fortgesetzt verfolgt“.<sup>13</sup> In diesem Sinne sind auch KiTas und Schulen, Öffentliche Verwaltungen, Krankenhäuser und Pflegeheime, Vereine und Verbände als Betriebe zu betrachten. Obwohl es eigenständige gesundheitsförderliche Entwicklungen in vorgenannten gibt wird das Instrumentarium der Betrieblichen Gesundheitsförderung in wachsendem Maße auch in diesen Organisationseinheiten angewandt. Nach der Darstellung was unter Betrieblicher Gesundheitsförderung verstanden wird soll auf diese unterschiedlichen Betriebe, die auch als Settings (Lebenswelten) bezeichnet werden, und deren Betriebliche Gesundheitsförderung eingegangen werden.

### 5.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Bereits 1986 stellte die WHO in der Ottawa-Charta fest: „Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“<sup>14</sup>

Die Zunahme chronischer Krankheiten und die wachsende Arbeitsbelastung der Erwerbspersonen in den westlichen Industriestaaten erforderten in den 80er Jahren neue Konzepte und Vorgehensweisen zum Schutz der Gesundheit und zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Außerdem ließen sich die Interventionen im Betrieb gut mit den in den 70er Jahren entwickelten Aktivitäten zur Humanisierung der Arbeitswelt verknüpfen.

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen“ heißt es in der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union von 1997.<sup>15</sup> Sie baut in Deutschland auf einer mehr als 100jährigen Tradition des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf. Zahlreiche große Unternehmen und Verwaltungen haben die Deklaration in den letzten Jahren unterzeichnet und sich zur aktiven Umsetzung der Inhalte verpflichtet.<sup>16</sup>

Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelte sich in Deutschland insbesondere durch die gesetzlichen Krankenkassen, die solche Projekte seit 1989 in Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages (Gesundheitsreformgesetz § 20 SGB V) initiiert, entwickelt und begleitet haben. Wesentliche Impulse kamen auch aus den Gesundheitswissenschaften und dem betrieblichen Arbeitsschutz sowie von Berufsgenossenschaften, vom staatlichen Arbeitsschutz und von privaten Beratungsunternehmen. Nach anfänglicher Zurückhaltung wird BGF nachhaltig von den Gewerkschaften unterstützt und oft von Betriebsräten initiiert.<sup>17</sup>

Betriebliche Gesundheitsförderung bezeichnet systemische Interventionen, die gesundheitsrelevante Belastungen senken und Ressourcen vermehren sollen. Dabei spielt die Beteiligung der Betroffenen eine wesentliche Rolle. Die Initiative zur BGF kann von betriebsinternen aber auch von externen Akteuren ausgehen.

Die klassische Vorgehensweise sieht wie folgt aus: Projekte der BGF werden von einem Steuerungskreis begleitet. Dieser beschließt über Infrastruktur, Budget, Verantwortlichkeiten und Verfahren. Zu Projektbeginn wird ein Gesundheitsbericht erstellt, der neben Daten zu Arbeitsunfähigkeit auch Ergebnisse von Gefährdungsanalysen (§§ 4 und 5 Arbeitsschutzgesetz [ArbSchG]) und aus Belegschaftsbefragungen enthalten kann. Der Bericht dient sowohl zur Sensibilisierung als auch zur fundierten Auswahl vorrangiger Interventionsschwerpunkte. Nach Prioritätensetzung werden in moderierten Gesundheitszirkeln von betroffenen Beschäftigten Belastungen und Ressourcen im Arbeitsgeschehen thematisiert und so weit wie möglich gesenkt bzw. vermehrt. Das Verfahren soll durch die Betriebsteile rotieren und so zur betrieblichen Routine werden.<sup>18</sup> Während Mittelunternehmen eher eine pragmatisch reduzierte Version dieses Ansatzes nutzen erweist sich die klassische Betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinst- und Kleinunternehmen als wenig tauglich. Bereits bei der Analyse können sie nicht mithalten da aus Datenschutzgründen Krankheitsdaten z.B. nicht genutzt werden können. Das Deutsche Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (DNBGF) empfiehlt neben der Netzwerkarbeit für KMU Bestandsaufnahme (z. B. eine Gefährdungsbeurteilung) und Maßnahmeplanung als einfaches partizipatives Vorgehensmodell.<sup>19</sup>

Betriebliche Gesundheitsförderung ist nicht gleichzusetzen mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Betrieblichem Arbeitsschutz bzw. Betrieblicher Prävention auch wenn die Begriffe häufig synonym verwandt werden. Ein zunehmendes Zusammenfließen der heute noch weitgehend getrennten Verfahren erscheint denkbar.<sup>20</sup>

In BGF-Projekten kommen meist viele, vor allem aber realistische Vorschläge für gesundheitsförderliche Veränderungen am Arbeitsplatz zutage. Sie führen häufig zu geringeren Belastungen, höherer Transparenz, besserer Kommunikation, gegenseitiger Unterstützung und höherer Wertschätzung. Dabei erleben die Beschäftigten, dass ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitssituation zu realen Veränderungen führen. Das geht mit höherer Arbeitszufriedenheit, besserer Produktivität, größerer Innovationsoffenheit und weniger krankheitsbedingter Abwesenheit einher. Obwohl belegt ist, dass sowohl der Betrieb als auch die Beschäftigten von Betrieblicher Gesundheitsförderung profitieren, ist ihre Verbreitung noch relativ gering. Das hat mehrere Gründe: BGF ist von keinem Akteur erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens zwischen den betrieblichen Akteuren und Entscheidungsträgern besteht oder herstellbar ist. BGF bezeichnet zudem einen komplexen Prozess, der aufgrund interner oder externer, ökonomischer oder betriebspolitischer Entwicklungen jederzeit gestört werden oder abbrechen kann.<sup>21</sup>

Die Idee des Settingansatzes als Gesundheitsintervention, die sich im Kontext von Organisationsentwicklung auf soziale Systeme und nicht auf Individuen richtet setzt sich zunehmend durch.<sup>22</sup> Hierbei geht es nicht um die Reduktion von Risikofaktoren in sozialen Systemen, sondern um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip. Die Lebenswelt als ein System mit definierten Zielgruppen, spezifischen Strukturen, Aufgaben und Zielen, einer eigenen Kultur und Sprache und demzufolge einer internen Organisationslogik - nicht mehr nur der Einzelne – steht im Mittelpunkt von Gesundheitsarbeit. Diese kann gesundheitsbezogen oder aber gesundheitsgeleitet sein. Letztere kann in Form von Gesundheitsförderung im Setting praktiziert werden oder dazu dienen, das Setting gesundheitsfördernd zu gestalten.<sup>23</sup> Betriebliche Gesundheitsförderung kann mit ihren spezifischen Instrumenten dazu beitragen gesündere Organisationseinheiten zu schaffen und Gesundheit als Organisationsprinzip im Betrieb zu verankern.

## 5.4 Betriebliche Gesundheitsförderung nach Settings

### 5.4.1 Setting KiTa

#### 5.4.1.1 Beschäftigte in Kindertagesstätten

Von den ca. 1,48 Mio. Menschen in Sachsen-Anhalt, die zwischen 15 und 65 Jahren sind, arbeiten 14.847 Menschen in Kindertagesstätten, davon 343 Männer und 14.484 Frauen. Insgesamt entsprechen sie 1,0 % der arbeitsfähigen und 1,4 % der erwerbstätigen Bevölkerung. Sie wirken in 1.753 Kindertageseinrichtungen an insgesamt 1.919 Standorten. Sie betreuen 29.172 Krippenkinder, 58.133 Kindergartenkinder sowie 47.734 Hortkinder. 12.738 von ihnen sind ausgebildete Fachkräfte, 1.753 engagieren sich als Leiter/-innen und 356 KiTa-Beschäftigte sind als Hilfskräfte tätig.<sup>24</sup> 97,6 % von ihnen sind Frauen, 2,4 % Männer.

#### 5.4.1.2 Erzieher/-innengesundheit

Eine aktuelle Studie zur Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertagesstätten in Nordrhein-Westfalen (STEGE)<sup>25</sup> bestätigt die Ergebnisse der bereits 2003 erhobenen Daten zur Gesundheitssituation von 310 Erzieherinnen in Kindertagesstätten Sachsen-Anhalts. Danach belasten Erzieherinnen zu viele Arbeitsaufgaben (80 %), zu große Gruppengrößen (76,1 %), ungünstige Körperhaltung (74,2 %), fehlende Zeit für Vor- und Nachbereitung (72,9 %), stimmliche Belastung (70 %), fehlende Erholung im Laufe des Arbeitstages (66,8 %), kein ergonomiegerechtes Mobiliar (61,6 %), Zeitdruck (60,3 %) und Lärmpegel (50 %). Die Folge davon sind Rückenschmerzen (55,5 %), Kopfschmerzen (42,9 %), Nackenschmerzen (42,6 %), Kreuzschmerzen (35,2 %) und Schlafstörungen (29,7 %).<sup>26</sup>

Die STEGE-Studie „zeigt eindeutige Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen in Kitas und dem Gesundheitszustand der pädagogischen Fachkräfte auf: Schlechte strukturelle Rahmenbedingungen wie zu wenig Zeit, räumliche, finanzielle und personelle Ausstattungsmängel, geringe Arbeitsplatzsicherheit, keine festen Pausenzeiten, fehlende Einrichtungsbesprechungen oder Supervisionsangebote erhöhen das Risiko für verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dazu gehören z.B. ein schlechteres subjektives Gesundheitserleben, häufigere chronische Erkrankungen und psychische Störungen sowie Beeinträchtigungen im Alltag. Fachkräfte mit schlechten strukturellen Rahmenbedingungen zeigen unter Kontrolle von persönlichen Faktoren wie bspw. Alter, privater Belastung bzw. Unterstützung, arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern oder individuellem Gesundheitsverhalten ein 2,6-fach höheres Risiko, Leitungskräfte ein 2,5-fach höheres Risiko für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als ihre Kolleg/innen mit guten strukturellen Rahmenbedingungen. Als Schutzfaktoren kristallisieren sich ein gutes Teamklima, ein hoher Handlungsspielraum, viel Bewegung auf der Arbeit, hohe Unterstützung von Weiterbildung durch die Einrichtung und ein hohes Ausmaß an beruflicher Gratifikation wie Bezahlung, Arbeitsplatzsicherheit und Anerkennung heraus.“<sup>27</sup>

Der hohe Altersdurchschnitt sachsen-anhaltischer Fachkräfte in Kindertagesstätten sowie damit häufig verbundene berufliche und persönliche Belastungen wie z.B. die Pflege von Angehörigen erhöhen das Risiko einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Betriebliche Gesundheitsförderung kann dem entgegenwirken.

#### 5.4.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in der KiTa

Seit 1. November 2009 gibt es eine tarifvertragliche Regelung für die Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Damit haben Beschäftigte sozialer Berufe erstmals die Möglichkeit einen Antrag auf Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung zu stellen. Geregelt ist auch, dass betriebliche Kommissionen und Gesundheitszirkel eingerichtet werden, die über die bisherigen Maßnahmen des Arbeitsschutzgesetzes hinausgehen. Mit dieser Regelung für die Betriebliche Gesundheitsförderung wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die Beschäftigten und Arbeitgebern gemeinsam ermöglichen, Belastungen am Arbeitsplatz und deren Ursachen zu analysieren und Lösungsansätze zur Verbesserung der Arbeitssituation zu erarbeiten.<sup>28</sup>

Die Idee der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten ist noch jung. 2003 mit dem Modellprojekt der Spitzenverbände der GKV und der Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt wurde unter dem Motto „gesund leben lernen“ in Sachsen-Anhalt der betriebliche Gesundheitsförderungsansatz für Kindertagesstätten adaptiert. Von 2003 bis 2006 erprobten und modifizierten zwei sachsen-anhaltische KiTas die BGF-Instrumente in der KiTa.<sup>29</sup> Stieß das Vorhaben im Forum Bildung und Erziehung des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung zunächst auf Skepsis belegten die Ergebnisse, dass KiTas zwar besondere Betriebe sind, dass das Instrumentarium der BGF aber durchaus auch in diesen Organisationseinheiten genutzt werden kann um mehr Gesundheit im Betrieb zu ermöglichen. Im Aufbauprojekt bis 2008 wurden zwei weitere KiTas in Jessen und Oranienbaum im Tandemverfahren in einem kürzeren Zeitraum befähigt, die Erfahrungen und Erkenntnisse der beiden Vorreiter-KiTas für die Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu nutzen.<sup>30</sup>

Es kann davon ausgegangen werden, dass in einem Teil der sachsen-anhaltischen KiTas die Gesundheit der Beschäftigten mit Hilfe der Instrumente der BGF bewusst thematisiert wird. Insbesondere die 79 Kindertagesstätten, die als Gesunde KiTas zertifiziert sind, setzen sich – auch wenn dafür nicht unbedingt die Begrifflichkeit verwandt wird – mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung regelmäßig auseinander. Das belegen auch die Re-Zertifizierungsergebnisse (34 KiTas wurden bereits zum zweiten Mal, eine zum dritten Mal zertifiziert.)<sup>31</sup> Insgesamt muss aber festgestellt werden, dass insbesondere Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Verbesserung der Arbeitssituation trotz tariflicher Grundlage noch zu wenig genutzt werden.

Es ist aber auch festzustellen, dass der vorhandene Problemdruck in Folge des hohen Altersdurchschnitts des KiTa-Personals insbesondere Führungskräfte in den letzten Jahren stärker als zuvor veranlasst, sich mit Fragen der eigenen sowie der Mitarbeitergesundheit auseinanderzusetzen. Dafür spricht die große Nachfrage entsprechender Seminare und Veranstaltungen der Unfallkasse Sachsen-Anhalt, die diese gemeinsam mit der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. seit 2011 anbietet.

Gesundheitsfördernde KiTas sind Kindertagesstätten, die Gesundheit zum Leitgedanken ihrer Einrichtung machen. Sie haben einen Entwicklungsprozess eingeleitet, der den Spiel-, Lern-, Arbeits- und Lebensort KiTa als gesunden Lebensraum gestaltet und die Gesundheit aller Beteiligten ermöglichen und fördern will.<sup>32</sup> Die Gesundheit der Beschäftigten findet dabei leider immer noch zu wenig Beachtung.

## **5.4.2 Setting Schule**

### **5.4.2.1 Beschäftigte in Allgemeinbildenden Schulen**

Von den ca. 1,48 Mio. Menschen in Sachsen-Anhalt, die zwischen 15 und 65 Jahren sind arbeiten 17.169 Lehrkräfte an öffentlichen Schulen in Sachsen-Anhalt.<sup>33</sup> Insgesamt entsprechen sie 1,2 % der arbeitsfähigen und 1,6 % der erwerbstätigen Bevölkerung. Sie unterrichten an 929 Allgemeinbildende Schulen.<sup>34</sup> Diese Schulen werden von insgesamt 179.625 Kinder und Jugendlichen besucht. 108 der 929 Allgemeinbildenden Schulen sind gem. §12 Abs. 1 des Schulgesetzes Öffentliche Ganztagschulen.<sup>35</sup>

### **5.4.2.2 Beschäftigte in Hochschulen**

In Sachsen-Anhalt sind außerdem 8 Hochschulen, davon 4 Fachhochschulen und zwei Universitäten ansässig, deren 55.876 Studierende<sup>36</sup> 2012 von insgesamt 8.783 wissenschaftlichen bzw. künstlerischen Lehrkräften, davon 3.449 nebenberuflich, und 9.483 verwaltungs-, technische und sonstige Beschäftigte betreut wurden. Der größte Teil des hauptamtlichen Personals (1.081 von 5.251) ist zwischen 30 und 34 Jahren alt.<sup>37</sup>

### 5.4.2.3 Lehrer/-innengesundheit

Lehrkräfte sind gemessen an den Erkrankungsraten eine stark belastete Zielgruppe. Nur wenige erreichen das Rentenalter von 65 Jahren, sie scheiden oftmals früher – das Durchschnittsalter der Frühpensionierung liegt bei 53 Jahren - auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus dem Schuldienst aus.<sup>38</sup> Die Ursachen hierfür sind vielfältig, u. a. gesellschaftliche Wandlungsprozesse verursachen Sinnkrise und Ökonomische Krise der Schule, die auf den Gesundheitszustand, von Schülerinnen und Schülern und auf die Lehrerschaft zurückwirken.<sup>39</sup> Die große Menge der Schul- bzw. Bildungsreformen in Sachsen-Anhalt, Schulschließungen und unklare Leitungsstrukturen sowie der Einsatz an mehreren Schulen belasten Lehrkräfte in überdurchschnittlichem Maß.

Laut Kultusministerium hatten die 17.065 Lehrkräfte<sup>i</sup> an öffentlichen Schulen in Sachsen-Anhalt 2011 krankheitsbedingte Ausfallzeiten<sup>ii</sup> von fast 400.000 Tagen. 2010 lag die Zahl krankheitsbedingter Ausfalltage von Lehrerinnen und Lehrern bei 374.062.40 Zum 1. August 2012 waren 64 Schulleiterstellen nicht oder nur vorläufig besetzt. Und 1.156 der 17.169 Lehrkräfte an Allgemeinbildenden Schulen waren im Schuljahr 2010/2011 an mehr als einer Schule tätig. Die Mehrzahl unterrichtete an 2 Schulen (1.082), 67 an 3 Schulen, 7 sogar an 4 Schulen.<sup>41</sup>

### 5.4.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule beruht anders als bei den Kindertagesstätten lediglich auf einer allgemeinen, auf Freiwilligkeit basierenden Rechtsgrundlage (siehe Ausführungen zu Pkt. 5.5.3.1). Die Idee und die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind in Schulen noch genauso jung wie in Kindertagesstätten. „Gesund leben lernen“ das bereits zitierte Modellprojekt erprobte Betriebliche Gesundheitsförderung in und mit Schulen in Sachsen-Anhalt von 2003 bis 2006. Die Modifizierung der BGF-Instrumente<sup>42</sup> war ein Anliegen des Projektes. Neun Schulen, zwei Grundschulen, zwei Förderschulen, zwei Sekundarschulen, zwei Gymnasien und eine Berufsbildende Schule beteiligten sich in Sachsen-Anhalt an der Erprobung und beschlossen diesen Prozess mit der Zertifizierung zur Gesunden Schule.

Die externe wissenschaftliche Begleitung bestätigte den Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung in den beteiligten Schulen.<sup>43</sup> Im Folgeprojekt bis 2008 setzten 10 weitere Schulen in Sachsen-Anhalt Betriebliche Gesundheitsförderung um. Durch ein Tandemverfahren konnten sie Erkenntnisse und Erfahrungen ihrer Vorreiter nutzen. Seit dem hat die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. sechs weitere Schulen bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein Stück des Weges begleitet – gemeinsam finanziert von LVG und Kultusministerium.

In wachsendem Maße wird in sachsen-anhaltischen Schulen die Gesundheit der Beschäftigten mit Hilfe der Instrumente der BGF bewusst thematisiert. Insbesondere die 62 Schulen, die als Gesunde Schulen zertifiziert sind, nutzen ausgewählte Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung für ihr Gesundheitshandeln. Das belegen auch die Re-Zertifizierungsergebnisse (24 Schulen wurden bereits zum zweiten Mal, 8 zum dritten Mal und eine zum vierten Mal zertifiziert.)<sup>44</sup> Insgesamt muss aber auch in diesem Setting festgestellt werden, dass insbesondere Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Verbesserung der Arbeitssituation noch zu wenig zum Einsatz kommen. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Überführung der Instrumente in die Betriebsroutinen. Ursächlich hierfür sind u.a. sich permanent ändernde Rahmenbedingungen, Schulschließungen, Einsatz von Lehrenden an mehr als einer Schule etc.

Der sehr hohe Altersdurchschnitts der sachsen-anhaltischen Lehrkräfte verursacht neben den andauernden Bildungsreformen einen extrem großen Problemdruck, der sich verstärkt auch auf der Gesundheitsebene des Personals widerspiegelt. Überdurchschnittliche Krankheits- und Ausfallraten sind nach Aussage von Schulleiterinnen und Schulleitern die Folge. Die Erhaltung und Stärkung der Mitarbeitergesundheit ist damit zu einem zentralen Handlungsfeld von Schulleitung geworden. Das belegen die Fortbildungsreihen

i Ohne Sportschule und Schule des zweiten Bildungsweges.

ii In den krankheitsbedingten Ausfalltagen sind lt. Kultusministerium auch Wochenenden, Ferien- und Feiertage enthalten, ein Rückschluss auf die Unterrichtsversorgung sei deshalb nicht möglich

zur Führungskräfte- und Mitarbeitergesundheit für Schulleiter/-innen, die die Unfallkasse gemeinsam mit der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. seit 2009 anbietet. Erstmals gibt es für das Schuljahr 2012/13 auch zwei Fortbildungsreihen der Unfallkasse Sachsen-Anhalt und des Landesinstituts für Schulqualität und Lehrerbildung Sachsen-Anhalt (LISA) zur Professionalisierung der Lehrkräfte durch Gesundheitsmanagement.<sup>45</sup> Inwieweit diese Initiativen in Betrieblicher Gesundheitsförderung an den jeweiligen Schulen münden bleibt abzuwarten.

Im Auftrag des Kultusministeriums führt das LISA eine Onlinebefragung zur Lehrer/-innengesundheit durch. Von den 861 angesprochenen Schulen nahmen 764 an der Befragung teil, aktuell liegen 415 Einzelschulauswertungen vor. Die Ergebnisse der Erstbefragung sind noch nicht veröffentlicht. Sie könnten als Grundlage für Betriebliche Gesundheitsförderung in den Bildungsstätten dienen.<sup>46</sup>

Bei den Hochschulen ermöglichen andere materielle und personelle Ressourcen umfangreichere Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein Beispiel ist die **Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**. Sie hat die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten in ihrem Leitbild verankert. Seit 2008 engagiert sich ein Arbeitskreis Gesundheit (AK Gesundheit) unter Leitung des Kanzlers für ein nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement.<sup>47</sup> Neben vielen verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten führt die Universität gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse (TK) seit Dezember 2010 ein zu gleichen Teilen gemeinsam finanziertes Kooperationsprojekt zum Abbau arbeitsbedingter Belastungen durch. Nach einem Strategie- und Zielfindungsworkshop Ende 2010 legten die Mitglieder des AK Gesundheit vorrangige Projektziele und Arbeitspakete fest. So wurden in verschiedenen Bereichen der Universität Gesundheitszirkel eingeführt. Außerdem wurde ein Konzept zur gesundheitsbezogenen Führungskräfteentwicklung erarbeitet, eine Altersstrukturanalyse der Uni-Beschäftigten durchgeführt und erste Maßnahmen abgeleitet sowie verschiedene gesundheitsbezogene Screenings, Aktionstage und Fortbildungsveranstaltungen organisiert.<sup>48</sup>

Gesundheitsförderung bietet Bildungsstätten durch ihren positiven auf Ressourcen ausgerichteten Ansatz eine identitätsstiftende Perspektive und ermöglicht so, mit neuartigen Rahmenbedingungen und Belastungen besser umzugehen. Das haben viele Schulen erkannt. Allerdings richten sich die meisten Maßnahmen im betrieblichen Kontext immer noch an Lernende bzw. Studierende. Die Beschäftigten finden mit ihrer gesundheitlichen Konstitution und den betrieblichen Rahmenbedingungen auch im Setting Schule noch zu wenig Berücksichtigung. Außerdem ist die Mehrzahl der Maßnahmen nach wie vor verhaltensorientiert. Gesundheitszirkel werden nur selten installiert und kaum rotierend eingesetzt so dass sie Teil der Schulkultur werden können. Sie sind aber ein wesentliches und unverzichtbares Element Betrieblicher Gesundheitsförderung. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Gesundheit der Lehrkräfte wesentlich durch die Arbeits- und Organisationsbedingungen der jeweiligen (Hoch)Schule bestimmt wird und die fachliche und sozio-emotionale Unterstützung durch Kollegen und (Hoch)Schulleitung neben der familiären Unterstützung eine sehr bedeutsame gesundheitsförderliche Ressource ist.<sup>49</sup> Beide Aspekte belegen den Handlungsbedarf an Betrieblicher Gesundheitsförderung.

## 5.4.3 Setting Betrieb

### 5.4.3.1 Beschäftigte in Betrieben<sup>iii</sup>

1.482.800 Menschen gehören laut Mikrozensus 2012 nach vorhergehender Definition zur arbeitsfähigen Bevölkerung. 1.195.600 von ihnen gelten als Erwerbspersonen<sup>iv</sup>. 1.082.300 dieser Erwerbspersonen sind Erwerbstätige<sup>v</sup>, 113.300 Erwerbslose<sup>vi</sup>. Die meisten Erwerbspersonen sind zwischen 50 und 55 Jahre alt.<sup>50</sup>

Fasst man die Wirtschaftszweige in drei große Gruppen zusammen und betrachtet die Altersstruktur am Wohnort<sup>vii</sup> der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Sachsen-Anhalt, ist festzustellen, dass in allen drei Hauptwirtschaftszweigen die Mehrzahl der Beschäftigten zwischen 40 und 60 Jahre alt ist.<sup>51</sup>

Mit 17,2 % sind die 50-55jährigen in der Gruppe A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei am häufigsten vertreten. Im Wirtschaftszweig B-F Produzierendes Gewerbe ist die Gruppe der 54-50jährigen mit 15,7 % die stärkste, ebenso wie in den G-U Dienstleistungsbereichen mit 15,4 %.<sup>52</sup>

Insgesamt 6,3 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten werden wahrscheinlich in den nächsten 5 Jahren ihre Arbeitstätigkeit beenden, das entspricht 47.357 Personen, 32.180 davon im Dienstleistungsbereich.<sup>53</sup>

Zum 30.06.2012 waren in Sachsen-Anhalt 88.080 Unternehmen angesiedelt, davon 288 Großbetriebe (250 und mehr Beschäftigte), 2.157 mittlere Unternehmen (50-249 Beschäftigte), 8.705 kleine Unternehmen (10-49 Beschäftigte) und 76.930 Kleinst-Unternehmen (0-9 Beschäftigte).<sup>54</sup> Kleinst-Unternehmen sind am häufigsten in Sachsen-Anhalt vertreten.

Auch der öffentliche Dienst ist mit 4 % aller Erwerbstätigen in Sachsen-Anhalt ein großer Wirtschaftszweig. Insgesamt sind 58.604 Menschen im öffentlichen Dienst in Sachsen-Anhalt beschäftigt, davon 61,2 % Frauen und 38,8 % Männer. Mit 9.642 Personen arbeiten dreimal so viele Frauen in Teilzeit wie Männer (3.197).<sup>55</sup>

Die Personaleinsparungen in vielen Bereichen des öffentlichen Dienstes in der Vergangenheit führten dazu, dass frei werdende Stellen häufig nicht mehr nachbesetzt wurden und werden. Die Zahl der Neueinstellungen von jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist demzufolge geringer als in der Vergangenheit. Dies hat auch die Altersstruktur des Personals im öffentlichen Dienst beeinflusst. Wenn weniger junge Beschäftigte zum Personalbestand hinzukommen oder neue Einstellungskohorten kleiner werden, verschiebt sich die Altersstruktur der Beschäftigten hin zu höheren Altersklassen. Insgesamt ist im öffentlichen Dienst über die vergangenen Jahre hinweg ein Anstieg des Durchschnittsalters zu beobachten.<sup>56</sup>

---

iii In den nachfolgenden Zahlen der Erwerbstätigen sind die Beschäftigten in KiTas, Schulen, Krankenhäusern und Pflegeheimen enthalten.

iv **Erwerbspersonen:** Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet (Inländerkonzept), die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, Mithelfende Familienangehörige, Abhängige), unabhängig von der Bedeutung des Ertrages dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit. Die Erwerbspersonen setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen. In: StaLa Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Ergebnisse des Mikrozensus 2012

v **Erwerbstätige:** Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschl. Soldaten und Mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. In: StaLa Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Ergebnisse des Mikrozensus 2012

vi **Erwerbslose:** Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind. Insofern ist der Begriff der Erwerbslosen umfassender als der Begriff der Arbeitslosen. Andererseits sind Arbeitslose mit vorübergehend geringfügiger Tätigkeit nach dem Erwerbskonzept nicht erwerbslos sondern erwerbstätig. Erfragt wird neben der ersten auch eine weitere Tätigkeit. Dargestellte Ergebnisse der Erwerbstätigkeit beziehen sich immer auf die einzige oder erste Tätigkeit. Nach der Stellung im Beruf wird zwischen Selbständigen und abhängig Erwerbstätigen sowie Mithelfenden Familienangehörigen unterschieden. In: StaLa Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Ergebnisse des Mikrozensus 2012

vii **Wohnortprinzip:** richtet sich nach dem im Meldebeleg mitgeteilten Wohnort des Beschäftigten

Aktuell sind rund 75 % der Beschäftigten im öffentlichen Dienst älter als 35 Jahre. Diese Überalterung wird sich durch den demografischen Wandel weiter verschärfen. Besonders signifikant ist die vom DIW prognostizierte Verdreifachung des Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtzahl aller Erwerbstätigen.<sup>57</sup>

### 5.4.3.2 Gesundheit Erwerbstätiger

Hinweise zum Gesundheitszustand Erwerbstätiger in Sachsen-Anhalt finden sich über die Gesundheitsberichterstattung des Landes. Dabei handelt es sich um Daten der stationären und ambulanten Versorgung, die nach unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet werden können und indirekt Rückschlüsse auch auf die gesundheitliche Lage Erwerbstätiger zulassen (s. Hering, Kreuzburg, Nehring & Wahl sowie Wahl, Zeiske, Julien & Schulze in diesem Heft). Zudem liegen Daten der Gesundheits- bzw. Fehlzeitenreports 2012 und 2013 von BKK, AOK und TK vor, die ebenfalls in die folgende Betrachtung einfließen.

Die Arbeitswelt hat einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Erwerbsbevölkerung. Insgesamt betrug 2011 die Arbeitsunfähigkeitszeit je beschäftigtem BKK-Mitglied 14,7 Tage. Frauen hatten mit 15,0 AU-Tagen längere Fehlzeiten als Männer mit 14,5 AU-Tagen je Mitglied. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich in den Postdiensten, bei denen Frauen mit durchschnittlich 25,5 AU-Tagen 7,1 Tage über dem Durchschnitt der Männer liegen (18,4 AU-Tage).<sup>58</sup> Sehr ausgeglichen ist das Verhältnis im Bereich öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung: Hier weisen Männer mit 18,1 und Frauen mit 18,2 AU-Tagen fast die gleichen hohen Fehlzeiten auf.<sup>59</sup>

Der Krankenstand ist seit 2010 von 3,8 % um 0,2 Prozentpunkte auf 4,0 % im Jahr 2011 angestiegen.<sup>60</sup>

Laut Wissenschaftlichem Institut der AOK unterscheiden sich die Fehlzeiten deutlich nach Branchen und Tätigkeiten. 2011 wurde in vielen Branchen ein Anstieg des Krankenstandes festgestellt. Der höchste Krankenstand war in der Branche „Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau“ mit 5,6 % zu finden. Ebenfalls hohe Krankenstände verzeichneten die Branchen „Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung“ (5,5 %), „Verkehr und Transport“ (5,2 %) sowie das Baugewerbe (4,9 %). Die Branche „Banken und Versicherungen“ hatte mit 3,3 % den niedrigsten Krankenstand.<sup>61</sup>

Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeit in der Wirtschaftsgruppe der Gesundheits- und Sozialberufe betrug 15,5 Tage bei den beschäftigten BKK Mitgliedern im Jahr 2011. Mit einem Plus von 1,5 Tagen gegenüber 2010 verzeichnete diese Branche den stärksten Anstieg im Wirtschaftsgruppenvergleich. Raum und Hausratreiniger verzeichneten, wie auch schon in den Vorjahren, den höchsten Krankenstand in der Branche. Mit 25,6 AU-Tagen gab es in dieser Berufsgruppe zudem gegenüber 2010 einen Anstieg um 1,8 AU-Tage. Einen noch stärkeren Anstieg wiesen die Pflegeberufe auf: Helfer in der Krankenpflege lagen mit 24,1 AU-Tagen 2011 um 2,1 Tage über dem Wert von 2010. Auch die Gruppe der Krankenschwestern und -pfleger und Hebammen wies mit 17,7 AU-Tagen 2011 ein Plus von 1,9 Tagen auf. Ärzte lagen 2011 mit 6,5 Tagen ganz unten auf der Fehlzeitenskala.<sup>62</sup>

Den größten Anteil an Fehlzeiten der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder stellten auch im Jahr 2011 wieder die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems mit über einem Viertel aller AU-Tage (26,3 %) dar. Die nächstgrößeren Anteile entfielen auf die Krankheiten des Atmungssystems (14,4 %), die psychischen Störungen (13,2 %) und die Verletzungen und Vergiftungen (13 %).

Gegenüber dem Vorjahr ist die weitere Zunahme der psychischen Erkrankungen festzustellen, die vom vierten auf den dritten Platz der fehlzeitenverursachenden Krankheitsgruppen aufgestiegen sind.<sup>63</sup> Dies bestätigt auch der Fehlzeiten-Report 2012 der AOK. Zwischen 2004 und 2011 ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei den AOK-Versicherten aufgrund von Burnout um das Elfache gestiegen ist. Hochgerechnet auf die über 34 Millionen gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten bedeutet das: 2011 waren etwa 130.000 Menschen für insgesamt gut 2,7 Millionen Tage wegen eines Burnouts krankgeschrieben.<sup>64</sup>

Die zeitliche und räumliche Flexibilisierung der Arbeitswelt bringt Arbeitnehmer/-innen an ihre psychischen Belastbarkeitsgrenzen. Insbesondere bei ständiger Erreichbarkeit, häufigen Überstunden, wechseln-

den Arbeitsorten und langen Anfahrtswegen zur Arbeit leiden Beschäftigte an psychischen Beschwerden. Mehr als jeder dritte Erwerbstätige hat laut Fehlzeiten-Report 2012 in den letzten vier Wochen häufig Anrufe oder E-Mails außerhalb der Arbeitszeit erhalten (33,8 %) oder Überstunden geleistet (32,3 %). Auch Arbeit mit nach Hause zu nehmen (12,0 %) oder an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten (10,6 %) stellt kein Randphänomen dar. Nahezu jeder achte Beschäftigte gibt an, dass er Probleme mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit hat (13,2 %) oder auch wegen beruflicher Verpflichtungen Pläne für private Aktivitäten geändert hat (12,8 %).<sup>65</sup>

Die Techniker Krankenkasse (TK) weist darauf hin, dass nicht nur Arbeitspensum, ständige Erreichbarkeit und Überstunden für Stress unter Deutschlands Berufstätigen sorgen, sondern vor allem die Verhältnisse, unter denen sie arbeiten. Der TK-Report zeigt, dass vor allem diejenigen unter psychischen Belastungen leiden, die befristet, in Teilzeit oder in Leiharbeit beschäftigt sind, sowie diejenigen, die durch Familie und Beruf mehrere Rollen gleichzeitig erfüllen müssen. Insgesamt haben auch im Jahr 2012 psychisch bedingte Fehlzeiten weiter zugenommen. Sie machen mittlerweile über 17 % aller Fehlzeiten aus, das heißt, jeder sechste Krankschreibungstag läuft unter einer psychischen Diagnose.<sup>66</sup>

Einen detaillierten Einblick in den Umfang von Süchten in der Arbeitswelt ermöglicht eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) für den Fehlzeiten-Report. Es zeigte sich, dass 5,3 % der über 2.000 Befragten zwischen 16 und 65 Jahre täglich Alkohol konsumieren. Der Anteil der Männer liegt dabei mit 8,9 % fast viereinhalb Mal über dem der Frauen (2 %). Etwa ein Drittel aller Beschäftigten raucht gelegentlich oder regelmäßig. Mit Abstand die meisten Fehltage sind auf Alkoholsucht und Rauchen zurückzuführen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Einnahme von Nikotin, Alkohol und anderen Suchtmitteln ist in den vergangenen zehn Jahren um rund 17 % angestiegen. Während 2002 noch 2,07 Millionen Fehltage in dem Zusammenhang registriert wurden, waren es im Jahr 2012 bereits 2,42 Millionen. Fast 44 % aller suchtbedingten Ausfälle entfielen auf Alkohol.<sup>67</sup>

### 5.4.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) beruht anders als der Arbeitsschutz, der durch eine Reihe konkreter gesetzlicher Vorgaben geregelt wird, lediglich auf einer allgemeinen, auf Freiwilligkeit basierenden Rechtsgrundlage. § 20 Sozialgesetzbuch V ermöglicht den Krankenkassen ein Engagement in der BGF. Der Paragraph sagt jedoch nichts darüber aus, welche Methoden und Instrumente zur Anwendung gelangen sollen, noch gibt er an, auf welche Arbeitstätigkeiten sich BGF bezieht. Der gesetzliche Handlungsspielraum kann flexibel, kreativ und zielführend gestaltet werden, dabei gilt jedoch immer, dass BGF in Ergänzung, nicht in Konkurrenz zum Arbeitsschutz steht. Die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz ist freiwillig. Anders als der Arbeitsschutz kennt BGF keine Mindeststandards, deren Einhaltung überwacht wird. BGF setzt auf Leitlinien, Zieldefinitionen und Qualitätskriterien, die Anregungen für die Entwicklung einer umfassenden und nachhaltig wirksamen Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz geben. Zu diesen Grundlagen gehören die Ottawa-Charta der WHO, die Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung und der Handlungsleitfaden der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.<sup>68</sup>

Weitere tangierende **Rechtsgrundlagen sind:**

- **§ 20 SGB V:** Betriebliche Gesundheitsförderung, Primärprävention und Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen; Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung;
- **§ 1 und 14 SGB VII:** Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die gesetzliche Unfallversicherung; Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dieser Regelung sowie mit dem Arbeitsschutzgesetz hat der Gesetzgeber 1996 das Verständnis von Arbeitsschutz erweitert.
- **Arbeitsschutzgesetz:** Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit - regelt die Pflichten der Arbeitgeber sowie Pflichten und Rechte der Arbeitnehmer
- **Arbeitssicherheitsgesetz:** Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit.<sup>69</sup>

- **Jahressteuergesetz 2009:** regelt die Änderungen im Einkommenssteuergesetz, hier: steuerliche Entlastung von Arbeitgebern bei Bereitstellung Maßnahmen zur (Betrieblichen) Gesundheitsförderung für seine Beschäftigten.<sup>70</sup>

Um die Bereitschaft der Arbeitgeber zu erhöhen, ihren Arbeitnehmern Dienstleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, hat der Gesetzgeber mit dem Jahressteuergesetz (JStG) 2009 rückwirkend ab 2008 einen neuen Steuerbefreiungstatbestand zur Gesundheitsförderung in § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) aufgenommen.

Steuerfrei bleiben danach durch den Arbeitgeber erbrachte Leistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Sozialgesetzbuch V genügen, soweit sie 500 Euro pro Arbeitnehmer im Kalenderjahr nicht übersteigen.<sup>71</sup>

Ob und inwieweit dieser steuerliche Anreiz Arbeitgeber bewegt, mehr in die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu investieren, ist nicht belegt. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der wachsende Problemdruck angesichts der demografischen Entwicklung und der Belastungen in der Arbeitswelt für mehr Aufmerksamkeit und Akzeptanz gegenüber Gesundheitsaspekten im Betrieb sorgt. 2011 gab es bundesweit z.B. rund 3.200 einzelne Projekte im Rahmen des AOK-Service

„Gesunde Unternehmen“ – dreimal so viel wie vor zehn Jahren. Im Schnitt arbeiten die BGF-Experten der AOKs über drei Jahre mit einem Unternehmen zusammen. Nur so lassen sich Strukturen dauerhaft ändern und verbessern. Die Unternehmen profitieren ganz konkret durch weniger Fehlzeiten. Sie präsentieren sich aber auch als attraktiver Arbeitgeber. Denn der Wettbewerb um gute Mitarbeiter nimmt zu.<sup>72</sup> Auch in Sachsen-Anhalt existieren zahlreiche Kooperationen zwischen unterschiedlichen Kassen und Unternehmen, die das Ziel verfolgen, gesunde Rahmenbedingungen in den Unternehmen zu gestalten.

## 5.4.4 Setting Gesundheitswesen

### 5.4.4.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein relativ großer und besonderer Wirtschaftszweig der durch vielfältige Einrichtungen und Beschäftigtengruppen geprägt ist. Von 2000 bis 2010 wuchsen die absolute Zahl und der Anteil der insgesamt in Sachsen-Anhalt im Gesundheitswesen Beschäftigten. Im Jahr 2000 arbeiteten 164.885 Personen in Sachsen-Anhalt im Gesundheitswesen, 2010 waren es bereits 181.827.<sup>73</sup> Mit 60.495 Personen (43,9 %) waren die meisten Beschäftigten des Gesundheitswesens in ambulanten Einrichtungen tätig, gefolgt von 39,9 % Beschäftigter in stationären/ teilstationären Einrichtungen.<sup>74</sup>

Von 1999 bis 2011 wuchsen die absolute Zahl und der Anteil der insgesamt in Sachsen-Anhalt im Pflegebereich Beschäftigten. Im Jahr 1999 arbeiteten 14.701 Personen in Sachsen-Anhalt in Pflegeeinrichtungen, 2011 waren es bereits 27.352.<sup>75</sup> Der Anteil des Personals in Pflegeeinrichtungen an den Erwerbstätigen beträgt 2,5 % im Jahr 2011.<sup>76</sup> Mit 16.919 Personen sind die meisten Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen teilzeitbeschäftigt. Und mit 21.176 Personen sind die meisten in der Grundpflege/ Pflege und Betreuung tätig. Beides trifft auf Männer und Frauen in gleichem Maße zu. 88,6 % der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen sind weiblich.<sup>77</sup>

Betrachtet man das Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist festzustellen, dass sich der Personalschlüssel nur geringfügig offensichtlich im Zuge normaler Fluktuation verändert. Es ist aber auch festzustellen, dass pro Arzt von 2000 bis 2011 gut 2.700 Einwohner weniger betreut werden. Zunehmend arbeiten auch Männer im Pflegedienst, waren im Jahr 2000 nur 24 Pfleger in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt, sind es 2011 mit 43 fast doppelt so viel.<sup>78</sup>

Insgesamt kann festgestellt werden dass das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt weiblich geprägt ist und auch hier in Folge der demografischen Entwicklung großer Handlungsbedarf bezüglich der Fachkräftesicherung besteht.

#### 5.4.4.2 Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen

Einrichtungen des Gesundheitswesens haben überwiegend einen klaren Versorgungs- bzw. Betreuungsauftrag, um erkrankten und/oder bedürftigen Menschen eine optimale Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu ermöglichen. Dabei steht z.B. der Behandlungs- und Heilungsprozess von Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen im Mittelpunkt. Die Gesundheitsförderung der Beschäftigten wird dem oft untergeordnet.<sup>79</sup>

Wie bereits ausgeführt betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeit in den Gesundheits- und Sozialberufe 15,5 Tage bei den beschäftigten BKK-Mitgliedern im Jahr 2011. Mit einem Plus von 1,5 Tagen gegenüber 2010 verzeichnete diese Branche den stärksten Anstieg im Wirtschaftsgruppenvergleich.<sup>80</sup>

Mitarbeiterbefragungen an drei sachsen-anhaltischen Krankenhäusern ergaben, dass Zeitdruck (von 42,3 % bis 96,6 %) und psychische Beanspruchungen (von 43,6 % bis 54,8 %) für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine besondere Belastung im Arbeitsprozess darstellen. In einem Haus konnte durch gezielte Interventionen der Zeitdruck beim Arbeiten gemindert werden. (56,8 % im Jahr 2005, 42,3 % im Jahr 2008). Durchschnittlich 80 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit Ihrer Arbeit zufrieden und empfinden sie als abwechslungsreich. Sie schätzen die großen Entscheidungsspielräume in ihren Arbeitsfeldern. Zwischen 10 % und 26,5 % der Befragten gaben an, dass ihre Arbeit durch unklare Zuständigkeiten bzw. fehlende Informationen erschwert wird.<sup>81</sup> Hinzu kommt dass Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen dazu neigen, die eigene Gesundheit zu Gunsten der ihnen Anvertrauten zu vernachlässigen.

#### 5.4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Die Betriebliche Gesundheitsförderung basiert auch im Gesundheitswesen auf den oben bereits genannten Rechtsgrundlagen (siehe Pkt. 5.6.3). Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, aber auch Ärzte und Apotheker entdecken nach und nach die Betriebliche Gesundheitsförderung für sich. Leider werden nur wenige Projekte veröffentlicht, und wenn doch, dann wird in der Regel von Erfolgen berichtet. Die Schwierigkeiten im und mit dem Prozess bleiben außen vor.

Die nachfolgende Hauptergebnisse einer 2011 vom Fokus Institut Halle im Auftrag und in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. durchgeführte Befragung zur Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen Sachsen-Anhalts<sup>82</sup> gibt einen kleinen Einblick zur Verbreitung Betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Bereich des Gesundheitswesens:

- Gesundheitsförderung und Prävention waren für 96 % der 75 antwortenden Pflegeeinrichtungen zum Befragungszeitpunkt August/September 2011 ein Thema.
- Vor allem die stationären Einrichtungen (80 %) hatten Gesundheitsförderung und Prävention auch auf die eigenen Beschäftigten ausgerichtet.
- Zur Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegealltag war im Ranking festzustellen, dass mit 32 Nennungen am häufigsten der/die Einrichtungsleiter/-in benannt wurde bzw. in weiteren 12 Einrichtungen gemeinsam mit dem Träger verantwortlich sei.
- Die gängigen Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung waren Personalentwicklung und Mitarbeitergespräche für rund 80 % der Pflegeeinrichtungen. 28 Einrichtungen bestätigten auch Gesundheitsanalysen. Arbeitskreise oder Gesundheitszirkel waren in 16 Pflegeeinrichtungen anzutreffen.
- Bei der Ermittlung förderlicher bzw. hemmender Faktoren im gesundheitsbezogenen Planungs- und Umsetzungsprozess ergab sich, dass Teilnehmeranzahl, Angebotsstruktur und Angebotsort von zwei Dritteln als eher förderlich eingeordnet wurden. Die Faktoren finanzielle Eigenbeteiligung, Kosten von Maßnahmen sowie bürokratischer Aufwand wurden als die am stärksten hemmenden betrachtet.

- Zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention war festzustellen, dass von 57 Pflegeeinrichtungen knapp ein Drittel die Alleinfinanzierung angab. 14 Pflegeeinrichtungen realisierten ihre Angebote und Maßnahmen über Kostenbeteiligungen und 7 Einrichtungen kombinierten beide Finanzierungswege. 3 Einrichtungen bestätigten zudem Projektfinanzierungen als zusätzlichen Finanzierungsweg.
- Die Pflegeeinrichtungen sprachen sich zu 80 % für die Beratung mit externen Experten, für Wissensvermittlung (Workshops) sowie Fortbildung zu Finanzierungshilfen und Drittmitteln aus. Letzterem stimmten mit 100 % alle 14 nach 2001 gegründeten Pflegeeinrichtungen signifikant am stärksten zu.

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) wurde 1995 gegründet und ist ein Zusammenschluss von 70 Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen in ganz Deutschland. In Sachsen-Anhalt sind aktuell zwei Krankenhäuser Mitglied. Das DNGfK hat sich zur Aufgabe gestellt, Gesundheitsförderung nach WHO-Standards im Krankenhaus einzuführen und damit über die rein kurativen Aufgaben hinauszugehen. Dabei spielt die Gesundheit der Beschäftigten eine große Rolle.<sup>83</sup> Heute gibt es über 800 Krankenhäuser, die auf dieser Basis in 20 nationalen und 10 regionalen Netzen in 23 europäischen Ländern organisiert sind. Im Deutschen Netz können auch interessierte Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen mitwirken.<sup>84</sup>

Für Krankenhäuser stellt die Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen in verschiedenen Dienstarten mit extrem unterschiedlichen Anforderungen eine große Herausforderung dar. Organisatorische, soziale und psycho-soziale Faktoren haben im Krankenhausbetrieb eine große Bedeutung. Das erklärt sich vor allem aus dem personenbezogenen Charakter der im Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen. Qualität ist hier in hohem Maße vom Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen abhängig. Gesundheitsförderung ist ein praktikabler und lohnenswerter Ansatz zur Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Die Optimierung der Organisationsqualität dient neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientenorientierung vor allem der Verbesserung der Mitarbeitergesundheit.<sup>85</sup>

11 Unternehmen nutzen inzwischen das Kooperationsangebot mit Firmenvorgespräch, Führungskräfte-Workshop, Mitarbeiter-Workshops und Fachvorträgen. Mit Beschäftigten, die bereits pflegen, werden Einzelfalllösungen zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitskraft trotz Mehrfachbelastung erarbeitet und umgesetzt. Das nutzten bisher 8 Mitarbeiterinnen in drei Unternehmen. Im Ergebnis werden unternehmensspezifische Handlungsleitfäden erarbeitet. Die Akteurinnen und Akteure stellen fest, dass das Thema in den Unternehmen noch zu wenig Beachtung findet obwohl durchaus Beschäftigte schon Betroffene sind.

„**Netzwerk Zukunft Pflege**“ heißt ein Verbund, in dem sich ca. 80 Pflegeeinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt – vorwiegend stationäre Einrichtungen – mit 3.000 Beschäftigten seit 2007 begleitet von der AOK Sachsen-Anhalt und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), zusammengeschlossen haben. Neben dem Erfahrungsaustausch in Bezug auf die demografischen Herausforderungen steht die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten im Mittelpunkt der Netzwerkarbeit. Dabei kommen in den Einrichtungen unternehmensspezifische Konzepte zum Einsatz. Durch die Beteiligten werden verschiedene Ressourcen zur Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Verfügung gestellt.

## 5.5 Diskussion und Ausblick

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in Sachsen-Anhalt angekommen und hat sich in begrenzten Zusammenhängen etabliert. Insbesondere die GKV und die BGr engagieren sich neben vielen kleinen Anbietern in der BGF.

In vielen Wirtschaftszweigen gibt es Bestrebungen Betriebliche Gesundheitsförderung zu verankern. Insbesondere KMU brauchen dabei Unterstützung.

Betriebliche Gesundheitsförderung und ihre Instrumente werden noch häufig mit Arbeitsschutzmaßnahmen, verhaltenspräventiven Maßnahmen und oder Betrieblichem Gesundheitsmanagement gleichgesetzt bzw. synonym verwandt, hier sollten sich die Handelnden auf ein einheitliches Vokabular (z.B. nach Lehrbuch) verständigen.

Die Dokumentation und Veröffentlichung Betrieblicher Gesundheitsförderung, ihrer Stolpersteine, Erkenntnisse und Ergebnisse sollte verstärkt und wenn möglich systematisiert werden. Die Sammlung und Bereitstellung derselben in einer sachsen-anhaltischen Datenbank wäre wünschenswert.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist kein Allheilmittel, aber eine Strategie, die Ressourcen relativ günstig erschließen kann, weil sie die Potenziale der Beschäftigten wertschätzend nutzt.

Arbeitsschützer/-innen, Gesundheitsförderer/-innen und Gesundheitsmanager sollten im Interesse der Gesundheit der arbeitsfähigen Bevölkerung Ressortgrenzen überwinden und ihre heute noch weitgehend getrennten Verfahren zusammenfließen lassen, umso Synergien zu erzeugen.

## 6. Quellen

- 1 vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsprogramm GESUNDHEIT FÜR ALLE. Teil I: Gesundheitliche Versorgung im Land Sachsen-Anhalt,; Teil II: Gesundheitsziele, 1997
- 2 vgl. Fortsetzung und Neujustierung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt, 2003
- 3 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt Drucksache 6/764 19.01.2012; Beschluss des Landtages. Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel implementieren
- 4 vgl. Franzkowiak, Peter; Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe 2011, Werbach-Gamburg 2011, S. 437-447
- 5 vgl. Kaba-Schönstein, Lotte; Gesundheitsförderung I-VI. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe 2011, Werbach-Gamburg 2011, S. 137-214
- 6 vgl. Kolbe, Martina, Grote, Wolfgang: Sachsen-Anhalt. In: Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung (GVG) e.V. (Hrsg.): Gesundheitsziele im Förderalismus – Programme der Länder und des Bundes, 2007
- 7 vgl. Eurostat, „Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung – ESVG 1995“, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxembourg, 1996
- 8 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Statistische Berichte. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Juli 2013
- 9 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Liste der Modellprojekte der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalt, Online Publikation, [www.lvg-lsa.de](http://www.lvg-lsa.de), Stand 10.10.2013
- 10 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.), Online Publikation, [www.lvg-lsa.de](http://www.lvg-lsa.de), Stand 10.10.2013
- 11 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt Drucksache 6/764 19.01.2012; Beschluss des Landtages. Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel implementieren
- 12 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt Drucksache 6/980 22.03.2012; Beschlussrealisierung Landesregierung, Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes strategisches Ziel implementieren
- 13 BAG [25. Mai 2005 - 7 ABR 38/04 - NZA 2005, 1080 Os. = NJOZ 2005, 3725 (3727)]
- 14 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986, WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.
- 15 vgl. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. 1997, Fassung vom Januar 2007
- 16 vgl. [www.enwhp.de](http://www.enwhp.de), [www.netzwerkunternehmen-fuer-gesundheit.de](http://www.netzwerkunternehmen-fuer-gesundheit.de), Online Publikation, Stand 1.10.2013

- 17 vgl. Rosenbrock, Rolf., Hartung, Susanne.: Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuauflage 2011, Werbach-Gamburg 2011, S. 231-235
- 18 ebenda
- 19 vgl. DNBGF-Geschäftsstelle c/o BKK Bundesverband (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit, Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken, Dezember 2008
- 20 vgl. Rosenbrock, Rolf., Hartung, Susanne.: Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuauflage 2011, Werbach-Gamburg 2011, S. 231-235
- 21 ebenda
- 22 vgl. Pelikan, Jürgen. M., Demmer, Hildegard, Hurrelmann, Klaus.: (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/ München, 1993
- 23 vgl. Kolbe, Martina: Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings). In: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes, Magdeburg 2008
- 24 vgl. Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Statistik Kindertageseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt. Stichtag 01.01.2013. Online Publikation, [www.sachsen-anhalt.de](http://www.sachsen-anhalt.de), Stand 14.10.2013
- 25 vgl. **Alice Salomon Hochschule Berlin** Projekt STEGE (Hrsg.), Stege- Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen, Ein Forschungsprojekt zum Zusammenhang zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und der Gesundheit des Personals in Kindertageseinrichtungen Nordrhein-Westfalens, Online-Publikation, [www.kita-forschung.de](http://www.kita-forschung.de), Stand 01.10.2013
- 26 vgl. Rudow, Bernd: Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieher/ -innen in Sachsen-Anhalt, Projektbericht 2005
- 27 vgl. **Alice Salomon Hochschule Berlin** Projekt STEGE (Hrsg.), Stege- Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen, Ein Forschungsprojekt zum Zusammenhang zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und der Gesundheit des Personals in Kindertageseinrichtungen Nordrhein-Westfalens, Online-Publikation, [www.kita-forschung.de/?page\\_id=323](http://www.kita-forschung.de/?page_id=323), Stand 01.10.2013, S.
- 28 Vgl. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft: Tarifvertrag Öffentlicher Dienst, Entgeltordnung Sozial- und Erziehungsdienst. Betriebliche Gesundheitsförderung
- 29 vgl. Kolbe, Martina, Schwabe, Ulrich, Zemlin, Susanne: Übertragung betrieblicher Gesundheitsförderung auf die Settings KiTa und Schule. In: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): gesund leben lernen. Projektdokumentation. Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule. Insbesondere in sozialen Brennpunkten in Sachsen-Anhalt, 2006, S. 62-63
- 30 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): gesund leben lernen. Projektdokumentation 2. Teilprojekt Sachsen-Anhalt „gesund leben lernen - Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule“, 2010
- 31 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Gesundheitsaudits. Audit Gesunde KiTa. Sachsen-Anhalt. Zertifizierte KiTas, Online Publikation, [www.lvg-lsa.de](http://www.lvg-lsa.de), Stand 10.10.2013
- 32 vgl. Kolbe, Martina: Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings). In: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes, Magdeburg 2008
- 33 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Drucksache 6/1392 vom 27.08.2012, Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung, Situation der Lehrkräfte an den öffentlichen Schulen
- 34 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Allgemeinbildende Schulen nach Schulformen und Rechtsstatus seit dem Schuljahr 1991/92, Online Publikation, [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de), Stand: 27.02.2013
- 35 vgl. Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Öffentliche Schulen mit Ganztagsangebot des Landes Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2012/2013, Online Publikation, [www.sachsen-anhalt.de](http://www.sachsen-anhalt.de), Stand 10.10.2013
- 36 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Daten und Fakten, Unterkategorie Bildung und Kultur. Hochschulen. Statistik der Studenten. Studierende in Sachsen-Anhalt seit 1980 nach Hochschularten, Online Publikation, [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de), Stand: 08.05.2013

- 37 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Daten und Fakten, Unterkategorie Bildung und Kultur. Hochschulen. Personal und Stellenstatistik. Personal nach Personalgruppen und Beschäftigungsverhältnis seit 1992, Online Publikation, [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de), Stand: 25.06.2013
- 38 vgl. Paulus, Peter; Barkholz, Ulrich: Schulen. In: BfGe (Hrsg.), Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, 2003, Kap. VI 1, 5 / nach Angaben des Bayrischen Obersten Rechnungshofes von 1994 53 % vgl. Jehle 1996, 38
- 39 vgl. Kolbe, Martina: Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings). In: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes, Magdeburg 2008
- 40 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Drucksache 6/875 vom 02.03.2012, Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung, Krankenstand im Bereich des Kultusministeriums
- 41 vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Drucksache 6/1392 vom 27.08.2012, Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung, Situation der Lehrkräfte an den öffentlichen Schulen
- 42 vgl. Kolbe, Martina, Schwabe, Ulrich, Zemlin, Susanne: Übertragung betrieblicher Gesundheitsförderung auf die Settings KiTa und Schule. In: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): gesund leben lernen. Projektdokumentation. Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule. Insbesondere in sozialen Brennpunkten in Sachsen-Anhalt, 2006, S. 62-63
- 43 vgl. Heinrich, S., Kolbe, M., Schwabe, U., Thierbach, M., Wanek, V., Windel, I.: gesund leben lernen. Lebensräume gestalten – gesundes Handeln ermöglichen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 43
- 44 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Gesundheitsaudits. Audit Gesunde Schule. Sachsen-Anhalt. Zertifizierte Schulen, Online Publikation, [www.lvg-lsa.de](http://www.lvg-lsa.de), Stand 10.10.2013
- 45 vgl. Unfallkasse Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Seminare 2013
- 46 vgl. Bildungsserver Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesunde Lehrerinnen und Lehrer braucht das Land! Online-Publikation, [www.bildung-lsa.de](http://www.bildung-lsa.de), Stand 18.06.2013
- 47 vgl. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Hrsg.): Gesundheitsmanagement. Online Publikation, Stand 27.06.2013
- 48 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Hrsg.): Gesundheitsmanagement. TK-Projekt. Online Publikation, [www.uni-magdeburg.de](http://www.uni-magdeburg.de), Stand 27.07.2012
- 49 ebenda
- 50 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2012, 2013
- 51 vgl.: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Stand: 30.06.2012. Online-Publikation [www.stala.sachsen-anhalt.de](http://www.stala.sachsen-anhalt.de), Stand 18.10.2013
- 52 ebenda
- 53 ebenda
- 54 vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): ad-hoc-Tabelle Betriebe (Unternehmensregister-System 95). Gliederungsmerkmal: Bundesländer, Jahre, Wirtschaftszweige (Abschnitte), Beschäftigungsgrößenklassen. Online Publikation, [www.genesis.destatis.de](http://www.genesis.destatis.de), Stand: 01.08.2013
- 55 vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013, Personalstand der Länder, Gemeinden und –verbände, Beschäftigte des Landes (Anzahl), Online-Publikation Stand: 17.10.2013
- 56 vgl. dbb beamtenbund und tarifunion (Hrsg.): Zahlen Daten Fakten 2013, Online Publikation [www.dbe.de](http://www.dbe.de), 20.10.2013
- 57 ebenda
- 58 vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2012
- 59 ebenda
- 60 ebenda
- 61 vgl. Badura, B., Ducki, A., Schröder, S., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012, Schwerpunktthema: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin 2012
- 62 vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Faktenspiegel 09.2012, BKK Gesundheitsreport 2012
- 63 ebenda

- 64 vgl. Deh, Uwe: Flexibilisierung braucht klare Schranken. Pressekonferenz von WIdO und AOK-Bundesverband 2012, Online Publikation ,www.aok-bv.de, Stand 22.08.2012
- 65 vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2012, Pressemitteilung vom 16.08.2012, Online Publikation www.aok-bv.de Stand: 22.08.2012
- 66 Vgl. Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport 2013. Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. 2013
- 67 vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2013, Pressemitteilung vom 22.08.2013, Online Publikation, www.aok-bv.de, Stand 22.08.2013
- 68 Vgl. Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Rechtsgrundlagen, Online Publikation, www.dngbf.de, Zugriff 20.8.2013
- 69 ebenda
- 70 Jahressteuergesetz 2009, Artikel 1 Änderung des Einkommenssteuergesetzes: § 3 e Nr. 34
- 71 ebenda
- 72 vgl. Deh, Uwe: Flexibilisierung braucht klare Schranken. Pressekonferenz von WIdO und AOK-Bundesverband 2012, Online Publikation, www.aok-bv.de, Stand 22.08.2012
- 73 Vgl. Landesamt für Verbraucherschutz (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt. Indikator 8.2 des Indikatorenansatzes der GBE der Länder. Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Sachsen-Anhalt, im Zeitvergleich. Online Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand 18.10.2013
- 74 ebenda
- 75 vgl. Landesamt für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt. Indikator 8.24 des Indikatorenansatzes der GBE der Länder. Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, im Zeitvergleich. Online Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand 18.10.2013
- 76 vgl. Landesamt für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt. Indikator 8.25 des Indikatorenansatzes der GBE der Länder. Personal in Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Berufsabschluss und Geschlecht, Sachsen-Anhalt, im Zeitvergleich. Online Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand 18.10.2013
- 77 ebenda
- 78 vgl. Landesamt für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt. Indikator 8.23 des Indikatorenansatzes der GBE der Länder. Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, im Zeitvergleich. Online Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand 18.10.2013
- 79 vgl. Kolbe, Martina: Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings) in: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes, Magdeburg 2008
- 80 vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Faktenspiegel 09.2012, BKK Gesundheitsreport 2012
- 81 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., unveröffentlichtes Material, Befragungen zwischen 2005 und 2008
- 82 Vgl. Chrapa, Bärbel, Chrapa, Julia: Fallstudie 6. Gesund in der Pflege. Darstellung der Hauptergebnisse. In: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Gesund in der Pflege – Untersuchung zur Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen Sachsen-Anhalts, 2012
- 83 vgl. DNGfK, Pressemitteilung vom 19. Mai 2008, Health Promoting Hospitals, Internationale Konferenz in Berlin geht erfolgreich zu Ende. Internationales Netz gibt sich Verfassung. 33 Länder beteiligt, 2008
- 84 Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (Hrsg.): Über uns. Die Geschichte, Online Publikation, www.dngfkh.de
- 85 vgl. Badura, Bernhard, Münch, Eckhard: Krankenhäuser. In: BfGe (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, 2003, Kap. VI 3, 8



# **Die Situation von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Sachsen-Anhalt 2013**

Günter Laux, Ulrich Bärenwald



# INHALTSVERZEICHNIS

---

1. Inhaltsverzeichnis	133
2. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	133
3. Die Situation von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Sachsen-Anhalt 2013	134
4. Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsgeschehen in Sachsen-Anhalt	134
5. Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und Charakteristika des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens	137
6. Akteure des Arbeitsschutzes	140
7. Aktivitäten im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)	140
8. Behördliche Aktivitäten im Arbeitsschutz	141
9. Fazit	147

## 2. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

---

Tabelle 1:	Entwicklung des Unfall- und Berufskrankheitengeschehens in Sachsen-Anhalt und in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2003-2011	135
Tabelle 2:	Auszug aus dem Jahresbericht 2012 der Arbeitsschutzverwaltung Sachsen-Anhalt	144
Abbildung 1:	Meldepflichtige Arbeitsunfälle pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011	136
Abbildung 2:	Tödliche Arbeitsunfälle pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011	136
Abbildung 3:	Anerkannte Berufskrankheiten pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011	137
Abbildung 4:	Inflationsbereinigte <sup>1</sup> Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger von 1960-2011	138
Abbildung 5:	Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach ausgewählten Diagnosegruppen in den Jahren 2008-2011 in Deutschland	138
Abbildung 6:	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2011	139
Abbildung 7:	Anteil der Diagnosegruppen an den jährlichen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland und in Sachsen-Anhalt	139
Abbildung 8:	Verteilung der Bewertung von 1.113 Unternehmen und Einrichtungen aus Sachsen-Anhalt nach den Vorgaben des LV 54	142
Abbildung 9:	Anzahl der in Sachsen-Anhalt angefertigten Bescheide nach dem Arbeitszeitgesetz im Zeitraum 2006 bis 2012	146

### 3. Die Situation von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Sachsen-Anhalt

Das Arbeitsschutzgesetz<sup>i</sup> verlangt Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu sichern und zu verbessern. Arbeitsschutz findet in Betrieben und Einrichtungen, auf Baustellen, aber auch an anderen Arbeitsstätten, z.B. in Fahrzeugen, im Forst, in Wohnungen bei der ambulanten Pflege statt und muss von den jeweiligen Verantwortlichen organisiert werden.

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet den Arbeitgeber, Arbeitsschutzmaßnahmen entsprechend den betrieblichen Umständen zu treffen. Er hat zu überprüfen, ob die Maßnahmen greifen. Gegebenenfalls hat er die Maßnahmen anzupassen. Das heißt, dass er den Arbeitsschutz in seinem Unternehmen zweckmäßig organisieren und die Mittel dafür bereitstellen muss. Das bedeutet auch, dafür zu sorgen, dass die Maßnahmen überall beachtet werden und die Mitarbeiter pflichtgemäß mitwirken.

Betriebliche Arbeitsschutzmaßnahmen basieren auf folgenden Grundsätzen:

- Gefährdung für Leben und Gesundheit bei der Arbeit ist möglichst zu vermeiden. Nicht vermeidbare Gefährdung ist zu minimieren.
- Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.
- Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse sind zu berücksichtigen.
- Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sind sachgerecht zu verknüpfen.
- Generelle Maßnahmen rangieren vor individuellen Vorkehrungen.
- Spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen wie Jugendliche oder Schwangere sind zu beachten.
- Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.
- Geschlechtsspezifische Regelungen sind nur zulässig, wenn das aus biologischen Gründen nötig ist.

Welche Arbeitsschutzmaßnahmen nötig sind, entscheidet der Arbeitgeber auf der Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung. Darin sind sämtliche Arbeitsplätze und Tätigkeiten in seinem Unternehmen zu erfassen und hinsichtlich ihrer jeweiligen Gefährdungen einzuschätzen.

Der Arbeitgeber kann Arbeitsschutzaufgaben an Beschäftigte und Dritte, z. B. externe Dienste, übertragen. Das entbindet ihn jedoch nicht von seiner Verantwortung. Das Arbeitssicherheitsgesetz verlangt vom Arbeitgeber, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte je nach Art und Größe des Unternehmens zu bestellen. Dort werden auch deren grundsätzliche Aufgaben beschrieben. Näher bestimmt werden sie in den zugehörigen Unfallverhütungsvorschriften Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit der Unfallversicherungsträger.

### 4. Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsgeschehen in Sachsen-Anhalt

Zur Charakterisierung der Arbeitsschutzsituation im Wirtschaftsgeschehen eines Landes können verschiedene Parameter herangezogen werden. Häufig werden die Anzahl meldepflichtiger und tödlicher Arbeitsunfälle sowie anerkannter Berufskrankheiten verwendet. Tabelle 1 stellt die Lage in Sachsen-Anhalt und der gesamten Bundesrepublik für die Jahre 2009 bis 2011 dar.

Normiert man diese Größen auf die jeweils Erwerbstätigen, findet man die in den Abbildungen 1 bis 3 dargestellten Zusammenhänge.

<sup>i</sup> Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 89 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist

In der gesamten Bundesrepublik gehen sowohl die meldepflichtigen als auch die tödlichen Arbeitsunfälle im betrachteten Zeitraum relativ gleichmäßig zurück. Krisenbedingt war 2009 ein Minimum zu beobachten. In Sachsen-Anhalt liegen die Quoten dieser Unfälle unter Berücksichtigung der Schwankungen **meistens über denen der Bundesrepublik**. Der Anteil des Bau- und des verarbeitenden Gewerbes am BIP ist in Sachsen-Anhalt höher. Die Tendenz der Ereignisverringering ist etwa gleichbleibend.

Die Anzahl anerkannter Berufskrankheiten durchläuft 2008 ein erkennbares Minimum, wobei die Anerkennungsquoten der Bundesrepublik die aus Sachsen-Anhalt häufig überwiegen. Das relative Maximum 2009 ist ebenfalls Folge der Krise, die höhere Bereitschaft, krankheitsbedingt auszuschneiden.

Die inflationsbereinigten Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger von 1960 bis 2011 für die Bundesrepublik zeigt die Abbildung 4.

Die globalen Maxima sind 1979 und 1995 überschritten worden. Ab 2007 findet man einen eher konstanten Verlauf.

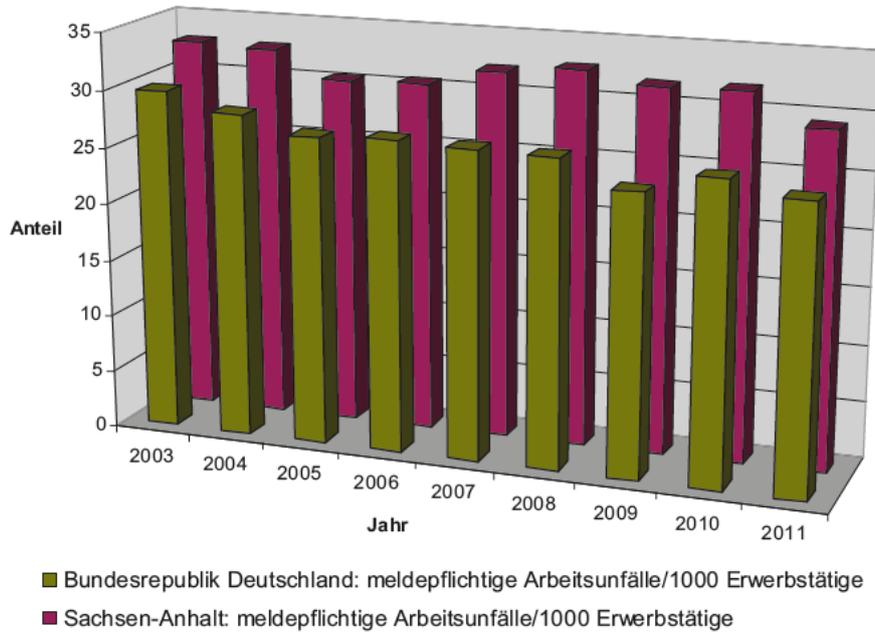
**Tabelle 1:** Entwicklung des Unfall- und Berufskrankheitengeschehens in Sachsen-Anhalt und in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2003-2011ii iii iv

Gebiet	Jahr	Erwerbstätige (15 - 65 Jahre) in 1000	meldepflichtige Arbeitsunfälle	tödliche Arbeits- unfälle	anerkannte Be- rufskrankheiten
Sachsen-Anhalt	2003	1.005	33.093	42	431
	2004	1.003	32.796	21	441
	2005	983	29.867	23	377
	2006	986	30.152	34	396
	2007	1.004	32.227	25	387
	2008	1.011	33.113	31	316
	2009	1.003	31.865	18	325
	2010	1.004	32.042	31	368
	2011	1.001	29.290	33	370
Bundesrepublik Deutschland	2003	38.254	1.142.775	1.029	17.425
	2004	38.384	1.088.672	949	17.413
	2005	38.271	1.029.520	863	16.519
	2006	38.519	1.047.516	941	14.732
	2007	39.148	1.055.797	812	13.932
	2008	39.661	1.063.915	765	13.546
	2009	39.665	974.642	622	16.657
	2010	39.875	1.045.816	674	15.926
	2011	40.312	1.007.864	664	15.880

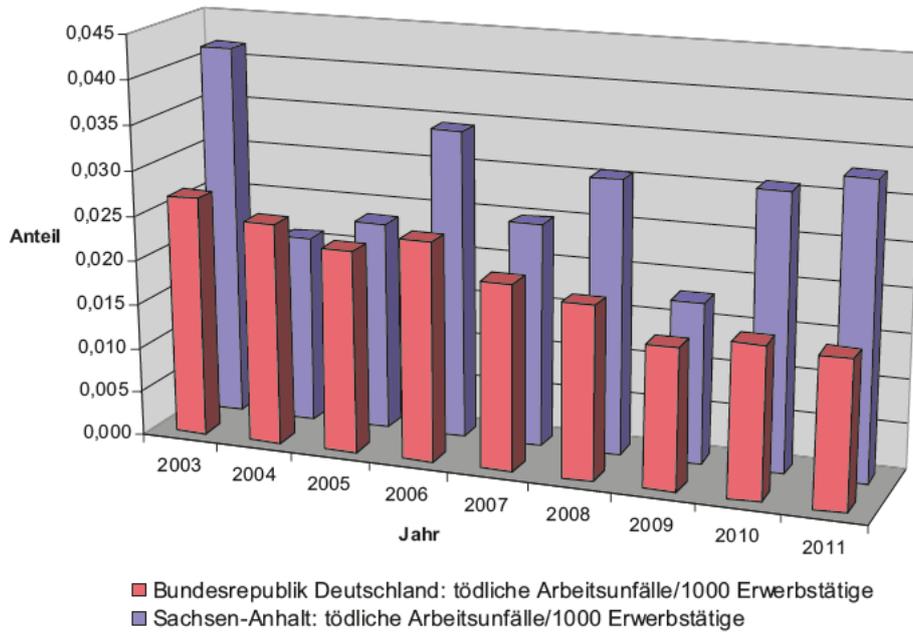
ii Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 232

iii Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 148

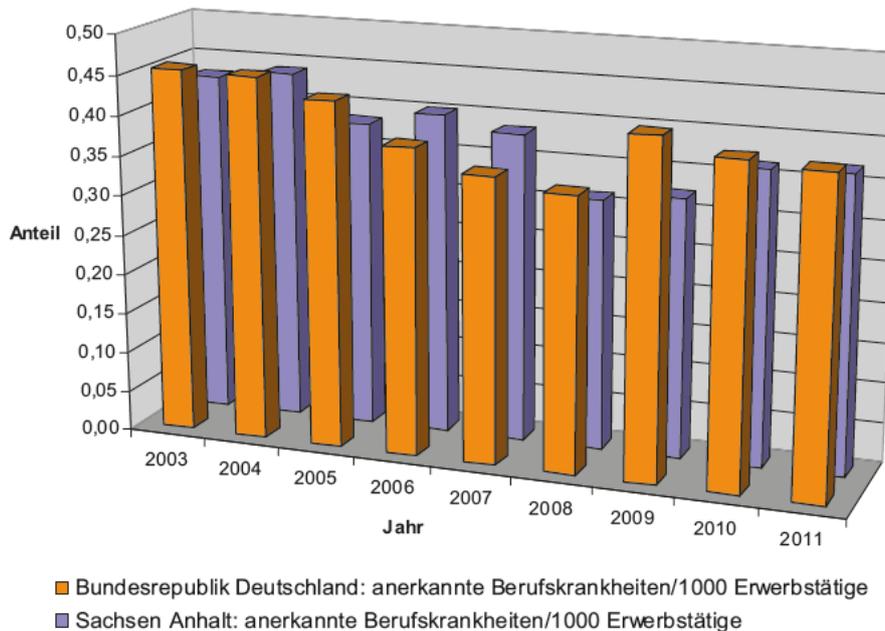
iv Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 164



**Abbildung 1:** Meldepflichtige Arbeitsunfälle pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011



**Abbildung 2:** Tödliche Arbeitsunfälle pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011



**Abbildung 3:** Anerkannte Berufskrankheiten pro 1000 Erwerbstätige in Deutschland und in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2003-2011

## 5. Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und Charakteristika des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Die Gesamtnettoaufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu aktuellen Preisen beläuft sich für das Jahr 2011 auf 217,3 Mio. Euro pro 1 Mio. Versicherte.<sup>v</sup> Nimmt man an, dass jeder Erwerbstätige auch gesetzlich unfallversichert ist, resultieren für Sachsen-Anhalt im Jahr 2011 Aufwendungen von insgesamt etwa 217,5 Mio. Euro.

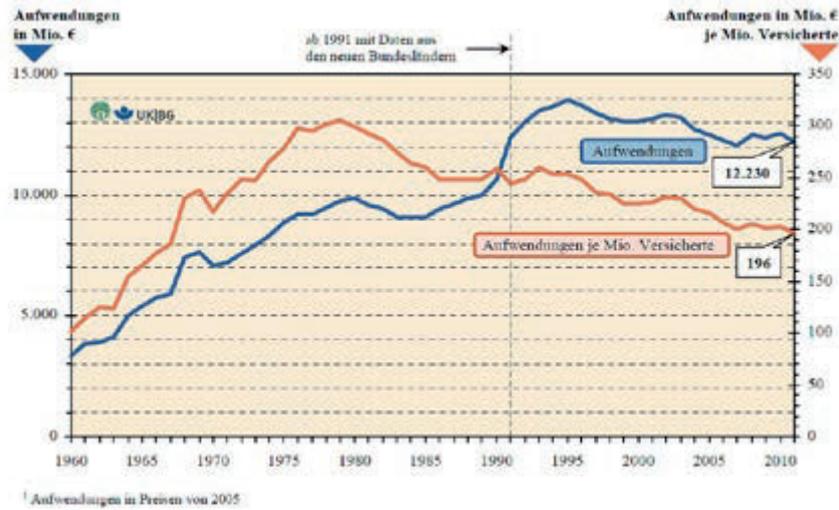
Zur Beschreibung der Gesundheitslage der arbeitenden Bevölkerung kann man u. a. die Anzahl von Arbeitsunfähigkeits- (AU-)Tagen heranziehen. Die Abbildung 5 stellt die Entwicklung von AU-Tagen bundesweit nach ausgewählten Diagnosegruppen für die Jahre 2008 bis 2011 dar.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Atmungssystems dominieren im betrachteten Zeitraum. Entwicklungstendenzen sind dabei nicht eindeutig erkennbar. An dritter Stelle rangieren psychische Störungen und Verhaltensstörungen. Und hier ist – mindestens über die betrachteten Jahre – ein Aufwärtstrend ablesbar.

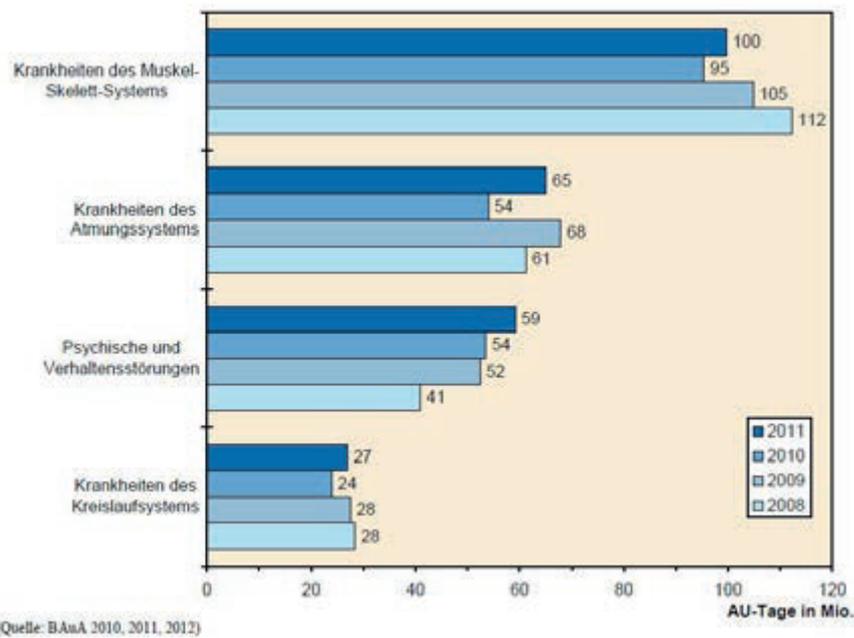
Für Sachsen-Anhalt gelten ähnliche Verhältnisse. Die Abbildung 6 verdeutlicht, dass Fehlzeiten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Verletzungen hier den Bundesmittelwerten entsprechen oder leicht darüber liegen. Fehlzeiten wegen psychischen und Verhaltensstörungen sind allerdings signifikant kleiner.

Noch eindrucksvoller zeigt sich die Situation, wenn man die Anteile der Diagnosegruppen an den jährlichen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu Rate zieht, vgl. Abbildung 7. Während Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Kreislaufsystems und Neubildungen hinsichtlich der genannten Berentung in den letzten Jahren konstant geblieben sind oder abgenommen haben, steigen die Rentenzugänge bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen deutlich. Dabei tendiert die Entwicklung der Diagnosegruppen in Sachsen-Anhalt ähnlich der in der gesamten Bundesrepublik. Allerdings liegen Anteil und Anstieg von psychischen Störungen in Sachsen-Anhalt niedriger als in der Bundesrepublik, während die Anteile der übrigen Krankheiten etwas höher sind. Diese Aussagen sind aus dem GEK-Barmer Gesundheitsreport 2012 für Sachsen-Anhalt abzulesen. Die GEK-Barmer versichert in Sachsen-Anhalt ca. 127.200 Erwerbspersonen<sup>vi</sup>.

v Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 38  
vi BARMER GEK: Gesundheitsreport 2012 Sachsen-Anhalt, S. 132



**Abbildung 4:** Inflationbereinigte Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger von 1960-2011<sup>vii</sup>



**Abbildung 5:** Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach ausgewählten Diagnosegruppen in den Jahren 2008-2011 in Deutschland<sup>viii</sup>

vii Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 39  
viii Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 36

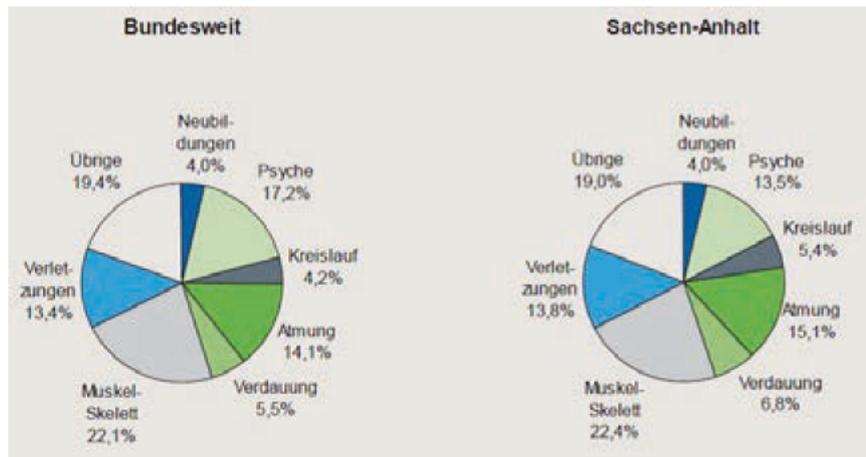


Abbildung 6: Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2011<sup>ix</sup>

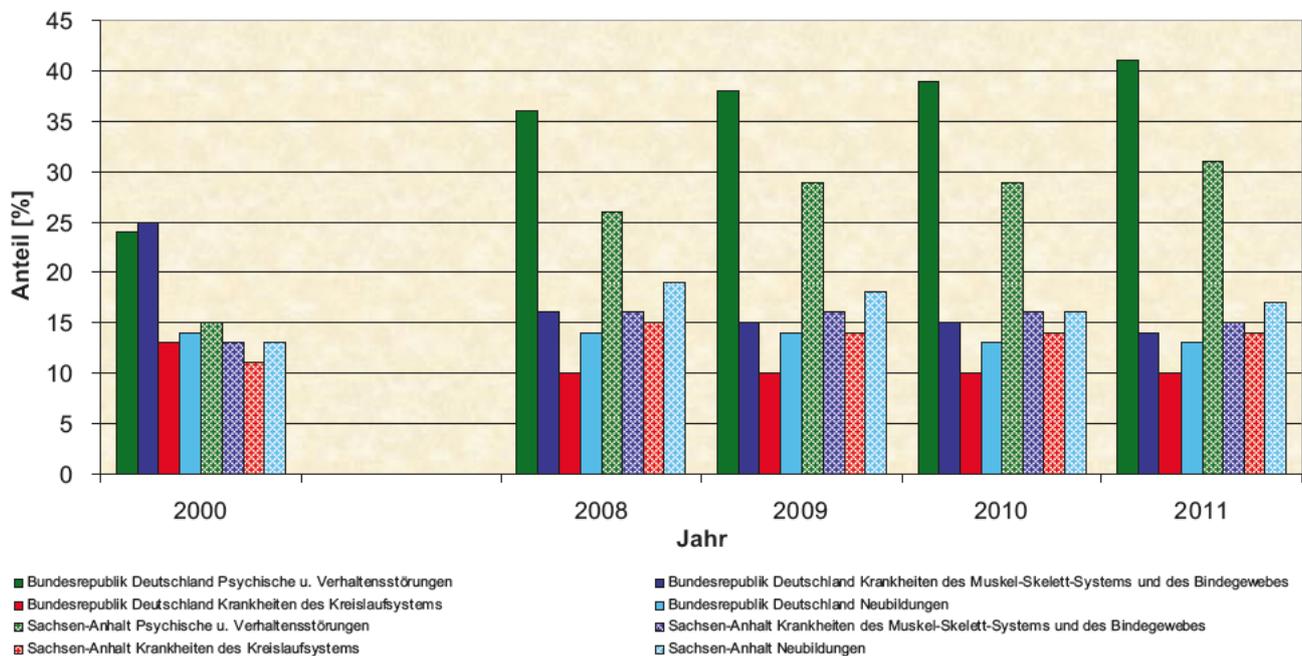


Abbildung 7: Anteil der Diagnosegruppen an den jährlichen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland und in Sachsen-Anhalt<sup>xxi</sup>

**Psychische und Verhaltensstörungen** treten in den letzten Jahren immer stärker in den Vordergrund (vgl. Abbildung 7). Anhand der Krankheiten lässt sich allerdings meistens nicht differenzieren, ob und inwieweit sie durch arbeitsassoziierte Belastungen induziert worden sind oder eher aus dem privaten Umfeld herrühren (s. Hering, Kreuzburg, Nehring & Wahl, 2013 in diesem Heft). Sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich können aktuelle Entwicklungen wie Informationsverdichtung, Reizüberflutung, Vorgangsbeschleunigung und Wertewandel zu Beanspruchungen führen, auf die Menschen mit Gesundheitsstörungen reagieren. Darüber hinaus ist die Entscheidung, ob Anforderungen aus der Arbeitswelt zu Fehlbelastungen führen, sehr stark von der Resilienz und der jeweiligen aktuellen Konstitution der Beschäftigten abhängig. Beispielsweise kann die gleiche Aufgabe bei verschiedenen Beschäftigten zu Unterforderung, gut bewältigbarer Forderung oder Überforderung führen, je nach persönlichem Leistungsvermögen. Im zweiten Fall wird sie wahrscheinlich zur Arbeitszufriedenheit beitragen, in den anderen eher zur Verdrossenheit. Der Komplexität dieser Vorgänge, verbunden mit den sich rasch wandelnden Anforderungen, die das Wirtschaftsleben an die verschiedenen Beschäftigtengruppen stellt, sind die Schwierigkeiten beim Beherrschen psychischer Beanspruchungen und Vermeiden von Fehlbelastungen geschuldet.

ix BARMER GEK: Gesundheitsreport 2012 Sachsen-Anhalt, S. 41

x Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011, Unfallverhütungsbericht Arbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 58

xi [http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek\\_Politik\\_und\\_Verwaltung/Bibliothek\\_LAV/Start\\_LAV/gbe/gbe-net/tabellen/them03/0303900152011.xls](http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_LAV/Start_LAV/gbe/gbe-net/tabellen/them03/0303900152011.xls) am 29.07.2013

## 6. Akteure des Arbeitsschutzes

Bereits eingangs wurde erwähnt, dass die Hauptsorge und -verantwortung für den Arbeitsschutz undelegierbar beim Unternehmer liegt. Beim Umsetzen konkreter Maßnahmen kann er sich jedoch interner und externer Hilfe bedienen. Neben Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten wird er – je nach Betriebssituation – verschiedene Beauftragte, z. B. für Erste Hilfe, Brandbekämpfung, Evakuierung von Gebäuden, aber auch für Explosionsschutz, Gefahrstoffe, biologische Arbeitsstoffe, Strahlenschutz usw. verpflichten, die ihn beraten und unterstützen. Strahlenschutzbeauftragte übernehmen für ihre Entscheidungsbereiche sogar direkte Verantwortung. Selbstverständlich muss der Unternehmer im Fall interner Beauftragter für deren Aus- und Fortbildung zum Erwerb und zur Aktualisierung von Sach- oder Fachkunde sowie für entsprechende Ausrüstungen sorgen.

Damit Unternehmer ihren Pflichten im Arbeits- und Gesundheitsschutz auch tatsächlich nachkommen, schreibt der Gesetzgeber eine Reihe von Aufsichtsdienssten vor und die Exekutive hat sie auch eingerichtet. In Sachsen-Anhalt sind staatlicherseits das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), das Landesamt für Geologie und Bergwesen (LAGB), das Eisenbahnbundesamt (EBA) und die Zentrale Arbeitsschutzorganisation beim Bundesinnenministerium jeweils zuständig. Gleichzeitig übernehmen gemäß dem dualen System in Deutschland die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen neben ihrer Funktion als Unfallversicherungsträger auch Aufgaben in der Prävention und Aufsicht. Dazu stehen ihnen die Unfallverhütungsvorschriften als autonomes Recht und verbindlich für ihre Mitglieder zur Verfügung. Die Vorschriften werden durch Berufsgenossenschaftliche Regeln, Informationen und Grundsätze ergänzt. Soweit sukzessive staatliche Regeln geschaffen werden, z. B. Technische Regeln für Betriebssicherheit, ziehen die Unfallversicherungsträger ihre entsprechenden Vorschriften zurück um Doppelregelungen zu vermeiden.

Der Fachbereich Arbeitsschutz des LAV nimmt seine Aufgaben gemäß eines - sich zurzeit im Entwurfsstadium befindlichen - Leitbildes wahr. Darin werden als Tätigkeitsziele

- sichere und der Gesundheit zuträgliche Arbeitsplätze,
- sichere Verbraucherprodukte sowie
- die Vermeidung bzw. Verringerung der Gefährdung Dritter

formuliert. Der Fachbereich Arbeitsschutz hat den Auftrag, jene Gesetze und Verordnungen der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Sachsen-Anhalt durchzusetzen, die ihm zugewiesen sind.

## 7. Aktivitäten im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Seit 2006 verfolgt die Bundesrepublik die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)<sup>xii</sup>, welche inzwischen Eingang in das Arbeitsschutzgesetz gefunden hat<sup>xiii</sup>. Die erste Periode dauerte von 2008 bis 2012. Das LAV nahm aktiv an sämtlichen GDA-Projekten der Kategorie I („Leuchtturmprojekte“), nämlich

- Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen bei Bau- und Montagearbeiten im Unfallschwerpunkt Gerüste und im Unfallschwerpunkt Abbruch- und Rückbauarbeiten,
- Verbesserung der Zusammenarbeit im Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Zeitarbeit,
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz beim innerbetrieblichen Transport und beim Transport und der Beförderung im öffentlichen Verkehr - Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen,
- Etablierung / Stärkung einer Präventionskultur in Unternehmen der Pflegebranche und Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zur Reduktion des Einflusses physischer und psychosozialer Risikofaktoren auf Muskel-Skelett-Erkrankungen,
- Etablierung / Stärkung einer Präventionskultur in Betrieben zur Reduktion des Einflusses physischer und psychosozialer Risikofaktoren auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und Förderung der Gesundheitskompetenz von Führungskräften und Beschäftigten durch die Entwicklung zielgruppen- und tätigkeitsspezifischer Schulungsangebote,

---

xii 83. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2006, Amtschefkonferenz am 24.10.2006 in Berlin, Tagesordnungspunkt 3.8  
xiii § 20a Arbeitsschutzgesetz

- Verbesserter Gesundheitsschutz bei Feuchtarbeit und Tätigkeiten mit hautschädigenden Stoffen vor allem in nachfolgenden Bereichen:
  - Lebensmittelherstellung, -bearbeitung und -verkauf, Fischverarbeitung
  - Beherbergungs- und Gaststättenwesen
  - Land- und Forstwirtschaft, Gartenbau
  - Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
  - Erbringung von Dienstleistungen (z. B. Servicebereiche)
  - Bauhaupt- und -nebgewerbe
  - Metallherzeugung und -verarbeitung, Fahrzeugbau
  - Chemische Industrie

sowie am Projekt

- Verringerung muskulo-skelettaler Beschwerden des Rückens in der Nahrungsmittelindustrie durch
  - Erhöhung der Gesundheitskompetenzen bei Beschäftigten, Führungskräften und betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzexperten und
  - Verbesserung des systematischen Arbeitsschutzhandelns

teil. Insgesamt wurden dabei vom LAV mehr als 4300 Betriebsrevisionen durchgeführt, elektronisch erfasst und dem GDA-Datensammelzentrum in Potsdam überspielt. Hinzu kommen mehr als 270 Datensätze zum Projekt „Zeitarbeit“, die in Papierform übermittelt wurden.

Das GDA-Projekt „Pflege“ enthielt erstmalig ein Internetwerkzeug, nämlich „gesund-pflegen-online.de“, mit welchem Betreiber und Verantwortliche von Pflegeeinrichtungen freiwillig und anonymisiert wesentliche Aspekte der Arbeitsschutzsituation in ihren Unternehmen analysieren konnten. Gleichzeitig wurde ihnen - wo nötig - unmittelbar Hilfestellung zur Verbesserung im Arbeits- und Gesundheitsschutz angeboten. In Sachsen-Anhalt hatten 32 % der vom LAV überprüften Einrichtungen dieses Werkzeug benutzt.

Die Auswertung der GDA-Projekte lässt in einigen Fällen auch Rückschlüsse auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu. Z. B. lautete beim Projekt „Pflege“ eine Kontrollposition unter der Rubrik Gefährdung des Rückens: „Fördert das Unternehmen Trainingsprogramme zur Stärkung der Rückenmuskulatur?“ Von den durch das LAV revidierten 38 Unternehmen der ambulanten und stationären Pflege fördern 17 (45 %) solche Trainingsprogramme.<sup>xiv</sup> Die bundesweite Auswertung zeigt, dass an dieser Stelle noch Optimierungspotenzial vorhanden ist.<sup>xv</sup>

Die Ergebnisberichte zu den GDA-Projekten, bezogen auf die gesamte Bundesrepublik, sind inzwischen erstellt und werden von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz<sup>xvi</sup> veröffentlicht.

## 8. Behördliche Aktivitäten im Arbeitsschutz

Arbeitsschutz funktioniert, wie bereits ausgeführt, in den Unternehmen nur dann, wenn er vom Unternehmer zweckmäßig organisiert wird. Das LAV konzentriert sich seit 2007 darauf, vorrangig diese Organisation zu prüfen und ihre Wirkung an betrieblichen Stichproben zu untersuchen. Dafür wurde ein eigenes Kontrollprogramm einschließlich Erfassungsbogen entwickelt. Kernstück dieses Programms waren Fragen zur Umsetzung von Forderungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sowie eine abschließende Gesamteinschätzung der betrieblichen Arbeitsschutzsituation in einer fünfgliedrigen Skala. Der Kontrollbogen gehörte in jede Betriebsakte revidierter Unternehmen.

Im März 2011 hat der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) einen Leitfaden „Grundsätze der behördlichen Systemkontrolle“ (LV 54)<sup>xvii</sup> zur bundesweiten Umsetzung und Nutzung veröffentlicht. Angewendet, bildet dieser Leitfaden die betriebliche Arbeitsschutzorganisation anhand von folgenden fünfzehn Kriterien, bestehend sechs Kern- und sieben Zusatzelementen ab.

xiv eigene Erhebungen über das Informationssystem für den Arbeitsschutz (IFAS)

xv GDA-Arbeitsprogramm Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege (AP Pflege), Abschlussbericht zum 14.05.2013

xvi Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, Nöldnerstraße 40-42, 10137 Berlin

xvii ISBN: 978-3-936415-65-0

### Kernelemente:

- Verantwortung, Aufgabenübertragung und Regelung der Kompetenzen
- Überwachung der Einhaltung übertragener Pflichten
- Organisationspflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz
- Qualifikation für den Arbeitsschutz
- Organisation der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung
- Organisation der Unterweisungen

### Zusatzelemente:

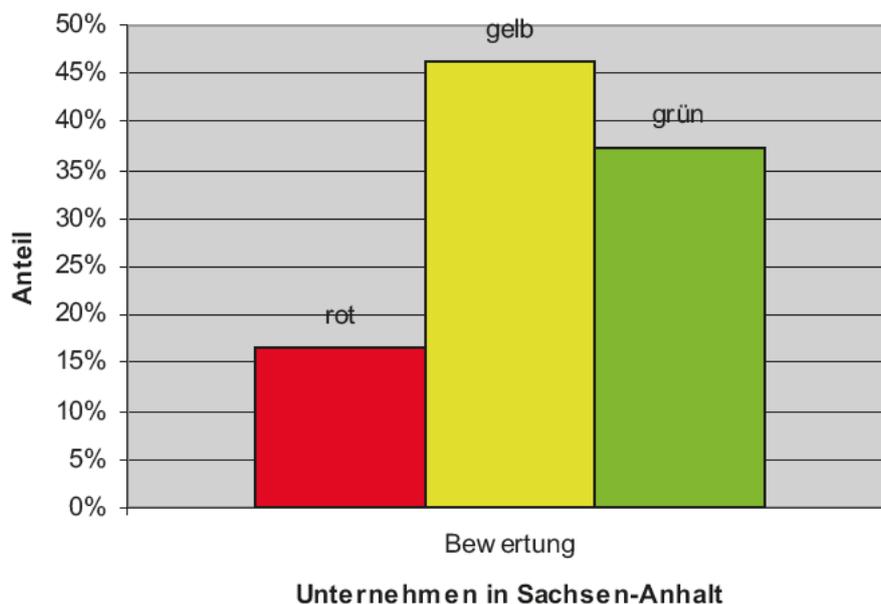
- Auflagenmanagement
- Arbeitsmedizinische Vorsorge
- Organisation von Erste Hilfe und sonstigen Notfallmaßnahmen
- Regelwerksmanagement
- Kommunikation des Arbeitsschutzes
- Betriebsspezifische Regelungen zum Planungs- und Beschaffungswesen
- Sonstige Funktionsträger
- Zusammenarbeit mehrerer Arbeitgeber
- Besondere Beschäftigungsverhältnisse (z.B. Zeitarbeiter, Praktikanten, prekäre Beschäftigungsverhältnisse)

Die Bewertung erfolgt über ein Ampelsystem (grün - in Ordnung, gelb - teilweise verbesserungsbedürftig, rot - stark verbesserungsbedürftig). In einer abschließenden Gesamtbeurteilung ist die betriebliche Arbeitsschutzorganisation als

- geeignet,
- teilweise geeignet oder
- ungeeignet

zu charakterisieren. Handlungsbedarf für die Behörde ergibt sich bei der Einstufung einzelner Elemente in „gelb“ oder „rot“ und der Gesamtbewertung der Arbeitsschutzorganisation als „teilweise geeignet“ oder „ungeeignet“.

Inzwischen wurden die Kern- und Zusatzelemente des LV 54 im Informationssystem für den Arbeitsschutz (IFAS) implementiert. Der Fachbereich Arbeitsschutz des LAV verfährt nach intensiver Schulung seiner Mitarbeiter seit ca. einem Jahr nach diesem Leitfaden. Er hat bisher danach mehr als 1.100 Unternehmen revidiert. Die Verteilung der Unternehmensbewertungen ist in Abbildung 8 dargestellt.



**Abbildung 8:** Verteilung der Bewertung von 1.113 Unternehmen und Einrichtungen aus Sachsen-Anhalt nach den Vorgaben des LV 54

Man erkennt eine deutliche Schulter der Verteilungskurve im „grünen“ Bereich, also hinsichtlich der Arbeitsschutzorganisation „in Ordnung“. Das charakterisiert die tatsächliche Situation im Arbeitsschutz wahrscheinlich zu optimistisch. Immerhin beträgt der aktuell nach LV 54 bewertete Anteil nur ca. 1,2 % aller 89.611 in Sachsen-Anhalt durch das LAV überwachten Betriebsstätten.<sup>xviii</sup> Da dieses Systemkontrollverfahren noch relativ neu ist, kann vermutet werden, dass die Aufsichtsbediensteten es zunächst bei Unternehmen mit erwarteter guter Arbeitsschutzsituation und Mitwirkungsbereitschaft angewandt haben. Die in den kommenden Jahren zunehmende Anzahl revidierter Betriebe wird zeigen, ob und inwieweit sich die Verteilungsstruktur ändert.

Neben den Systemkontrollen erfolgen Revisionen inzwischen überwiegend anlassbezogen. Anlässe gibt es sehr vielfältig. Das können benötigte Genehmigungen und Erlaubnisse sein oder bestimmte Situationen, die ein Unternehmen anzuzeigen hat. Das können Beschwerden von Beschäftigten oder ihren Angehörigen über Arbeitsschutz- oder Sicherheitsmängel sein, ein Aspekt, der insbesondere hinsichtlich des Arbeitszeitgesetzes immer mehr an Bedeutung gewinnt. Nicht zuletzt sind es Arbeitsunfälle oder andere außergewöhnliche Ereignisse, die eine Vor-Ort-Tätigkeit des Fachbereichs Arbeitsschutz des LAV erfordern. In diesen Fällen prüft der Fachbereich Arbeitsschutz speziell das Umfeld des jeweiligen Anlasses auf Gesetzeskonformität. Die betriebliche Arbeitsschutzorganisation wird dabei betrachtet, soweit sie jeweils berührt ist.

Besonders unfallträchtige Arbeitsplätze findet man auf Baustellen. Das resultiert neben dem inhärenten Gefahrenpotenzial (Bewegung großer Massen, teilweise hoch gelegene Arbeitsplätze usw.) auch aus deren zeitweiligem Charakter und den sich ständig ändernden äußeren Bedingungen. Termindruck kommt häufig hinzu. Der Fachbereich Arbeitsschutz trägt dem Rechnung, indem zwischen einem Viertel und einem Drittel aller geplanten und durchgeführten Revisionen pro Jahr Baustellenkontrollen sind.

Einen Eindruck der Aufsichts- und Beratungstätigkeit des Fachbereichs Arbeitsschutz vermittelt der folgende Auszug aus dem Jahresbericht 2012.

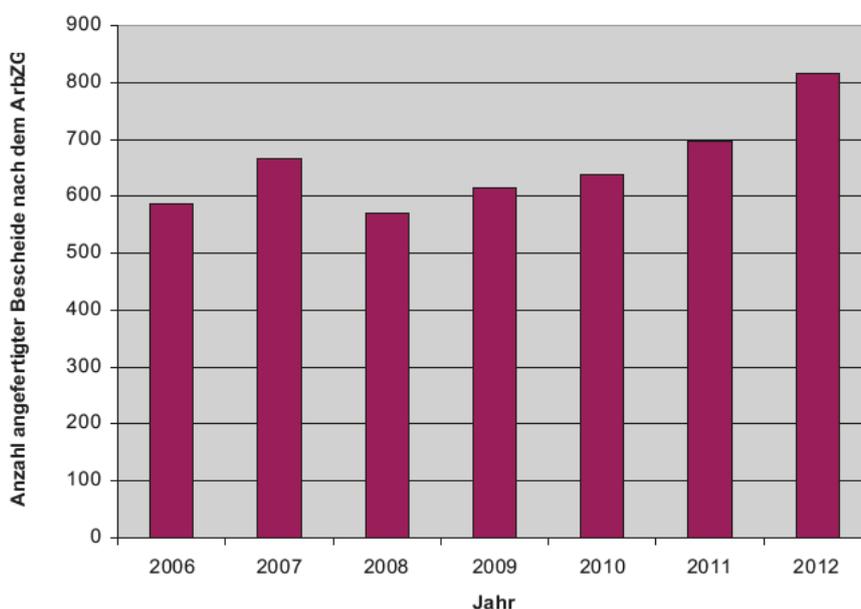
Tabelle 2: Auszug aus dem Jahresbericht 2012 der Arbeitsschutzverwaltung Sachsen-Anhalt<sup>xix</sup>

	erfasste Betriebsstätten *)			aufgesuchte Betriebsstätten			Dienstgeschäfte in den Betriebsstätten			Anz. Beanstandungen	Entscheidungen	Anfragen/Anzeigen/Mängelmeldungen	Zwangsmaßnahmen	Ahndung		
	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Summe	an Sonn- u. Feiertagen	Summe						21	22
<b>*) Größenklassen:</b>																
Gr. 1: 500 und mehr Beschäftigte	8	253	316	577	5	85	45	135	222	1	364	73	1	253	1	3
Gr. 2: 20 bis 499 Beschäftigte	2	374	1177	1553		102	164	266	346		732	115		97	2	2
Gr. 3: 1 bis 19 Beschäftigte	3	1011	7730	8744	1	131	352	484	600	1	689	298	1	450	15	36
<b>Leitbranche</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
Chemische Betriebe																
Metallverarbeitung																
Bau, Steine, Erden																
Entsorgung, Recycling																
Hochschulen, Gesundheitswesen																
Leder, Textil																
Elektrotechnik																
Holzbe- und -verarbeitung																
Metallerzeugung																
Fahrzeugaufbau																
Kraftfahrzeugreparatur; -handel, Tankstellen																
Nahrungs- und Genussmittel																
	3	449	4238	4690	1	144	344	489	664		1448	39	1	311	2	18

Handel	2	610	13344	13956	2	217	1112	1331	1779	3	2429	135	1	877	23
Kredit-, Versicherungsgewerbe		181	2065	2246		17	70	87	94	1	137	3		207	2
Datenverarbeitung, Fernmeldedienste	4	74	326	404	1	4	20	25	29		34	2		84	3
Gaststätten, Beherbergung		213	6509	6722		53	311	364	443		1227	6		235	2
Dienstleistung	13	705	7556	8274	4	90	446	540	611		1120	41		655	5
Verwaltung	15	780	2175	2970	5	108	108	221	317		554	23	3	666	2
Herstellung von Zellstoff, Papier und Pappe		29	35	64		7	3	10	23		30	9		17	
Verkehr	10	475	2736	3221		81	181	262	342		514	9		372	1
Verlagsgewerbe, Druck- gewerbe, Vervielfältigungen	1	58	361	420		9	18	27	39		84	7		40	1
Versorgung	2	112	198	312	1	16	19	36	40		31	9		58	1
Feinmechanik		105	797	902		26	106	132	162		238	23		63	4
Maschinenbau	2	141	235	378	2	31	30	63	85		113	40	1	40	2
Summen	102	7904	64689	72695	51	1597	4491	6139	7905	7	15166	999	14	7896	33
															687

Man erkennt den überwältigenden Anteil von Kleinbetrieben mit weniger als 20 Beschäftigten von ca. 89 % am Wirtschaftsleben Sachsen-Anhalts. Entsprechend ist die Zuwendung des Fachbereichs Arbeitsschutz. Die Anzahl der Dienstgeschäfte ist immer größer als die Anzahl der aufgesuchten Betriebe, was daran liegt, dass pro Betrieb meistens mehrere Dienstgeschäfte durchgeführt werden müssen. Auch die Anzahl der bei Revisionen zu beanstandenden Mängel - ca. 2 pro Dienstgeschäft - spricht für die fortgesetzte Notwendigkeit einer rationellen und wirksamen Arbeitsschutzaufsicht im Land.

Ein weiteres bedeutendes Feld in der täglichen Arbeit liegt in der Durchsetzung des sozialen Arbeitsschutzes. Hier war und ist insbesondere die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, des Jugendarbeitsschutzgesetzes, der vielfältigen Vorschriften zum Mutterschutz und der Sozialvorschriften im Straßenverkehr zu beachten. Gerade bei der sachgerechten Erteilung von Erlaubnissen zur Arbeit an Sonn- und Feiertagen ist eine umfangreiche und genaue Bewertung aller zutreffenden Umstände in den Unternehmen, den angewendeten Produktionstechnologien, ggf. ausländischer Konkurrenz usw. unabdingbar. Die zeitliche Entwicklung der Anzahl in Sachsen-Anhalt angefertigter Bescheide nach dem Arbeitszeitgesetz in den Jahren 2006 bis 2012 veranschaulicht die Abbildung 9.



**Abbildung 9:** Anzahl der in Sachsen-Anhalt angefertigten Bescheide nach dem Arbeitszeitgesetz im Zeitraum 2006 bis 2012<sup>xx</sup>

Man erkennt deutlich eine steigende Tendenz, besonders in den letzten Jahren.

Daneben haben die Unternehmen, je nach Branche, Art und Ausrichtung, eine Vielzahl von speziellen Schutz- und Sicherheitsvorschriften einzuhalten. Das können Vorschriften zu überwachungsbedürftigen Anlagen, angefangen von Dampfkesseln über drucktechnische Anlagen und Füllanlagen bis hin zu Aufzügen sein. Unternehmen, die Röntgeneinrichtungen betreiben oder mit radioaktiven Stoffen umgehen, müssen das Atomrecht beachten. Betriebe, in denen biologische Arbeitsstoffe Verwendung finden haben die Biostoffverordnung, ggf. auch das Gentechnikrecht zu befolgen, Hersteller und Betreiber von Medizinprodukten das Medizinproduktrecht etc. Der Fachbereich Arbeitsschutz besitzt die Zuständigkeit für all diese und weitere Rechtsgebiete und hat damit die Aufgabe, deren Einhaltung zu überwachen und zu kontrollieren. Die Voraussetzung dafür ist, dass entsprechende Spezialisten im LAV vorgehalten werden können.

Traditionell ist in Sachsen-Anhalt die chemische Industrie stark vertreten. Die Betriebe dieser Branche sind häufig Teile von weltweit tätigen Unternehmen bzw. mit solchen eng verbunden. Bedingt einerseits durch das intrinsische Gefahrenpotenzial sehr vieler Chemieanlagen und andererseits durch deren Ein-

xx Jahresberichte 2006 bis 2012 der Arbeitsschutzverwaltung Sachsen-Anhalt, Tabellenteil

bindung in die Sicherheits- und Qualitätssicherungssysteme von Weltkonzernen finden in dieser Branche der Arbeitsschutz und der Schutz vor Gefahrstoffen auf einem sehr hohen Niveau statt. Regelmäßig wird dort Arbeits- und Gesundheitsschutz – auch im Rahmen von Managementsystemen zur Qualitätssicherung, zum Umweltschutz usw. – zertifiziert. Erfolge bleiben dabei nicht aus. Beispielsweise gelang es bis Anfang 2012, hochreaktives Wasserstoffperoxid im Chemiepark Leuna über mehr als 3750 Tage unfallfrei zu produzieren.<sup>xxi</sup> Inwieweit psychische Fehlbeanspruchungen schon aktiver Teil jeweiliger Gefährdungsbeurteilungen samt Maßnahmenkatalog sind, muss an dieser Stelle dahingestellt bleiben.

In Sachsen-Anhalt ist jedoch auch die Leih- und Zeitarbeit weit verbreitet. Zum Stichtag 30.06.2012 arbeiteten mehr als 25.000 Beschäftigte in dieser Branche, Tendenz steigend.<sup>xxii</sup> Im Handel werden häufig Tätigkeiten in Teilzeit absolviert, obwohl das Arbeitsvolumen eigentlich einen Vollzeitjob erforderte. Ebenso werden in hohem Maße befristete Arbeitsverträge angeboten und auch eingegangen, um in Lohn und Brot zu stehen. Dabei ist die Arbeits- und Gesundheitsschutzsituation oft weit von den gesetzlichen Vorgaben entfernt, wird jedoch von den Beschäftigten - mindestens zeitweilig - in der Hoffnung auf eine unbefristete Anstellung akzeptiert bzw. toleriert. Hier gibt es für den Fachbereich Arbeitsschutz des LAV gegenwärtig und zukünftig ein breites Betätigungsfeld, wie die beobachtbare Zunahme entsprechender Beschwerden deutlich signalisiert.

## 9. Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es in Sachsen-Anhalt ähnliche Probleme im Arbeits- und Gesundheitsschutz, auch in ihrer Vielfalt, gibt, wie in der gesamten Bundesrepublik. Erkennbare Abweichungen (vgl. Abbildungen 1 bis 3 sowie Abbildung 6) sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die stärker aus kleinen und mittleren Unternehmen bestehende Wirtschaftsstruktur des Landes zurückzuführen. Diese Situation erfordert vom Fachbereich Arbeitsschutz des LAV, gemeinsam mit den Sozialpartnern, kontinuierlich alle Anstrengungen zu unternehmen, um bei der Minimierung des Arbeitsunfallgeschehens, der Bekämpfung arbeitsassoziierter Erkrankungen sowie der generellen Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Sicherheit für die Beschäftigten erfolgreich sein zu können.

---

xxi Betriebszeitschrift: „leuna\_echo 01/2012“ S. 3

xxii Landtag von Sachsen-Anhalt Drucksache 6/2010, 19.04.2013 (Ausgegeben am 22.04.2013)  
Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage „Beschäftigungsverhältnisse und Entlohnung in Sachsen-Anhalt“  
Große Anfrage Fraktion SPD - Drs. 6/1538











## **Impressum:**

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Turmschanzenstraße 25

39114 Magdeburg

Telefon: 0391 567-4608

Fax: 0391 567-4622

E-Mail: [ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de](mailto:ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de)  
[buergernah@ms.sachsen-anhalt.de](mailto:buergernah@ms.sachsen-anhalt.de)

Internet: [www.ms.sachsen-anhalt.de](http://www.ms.sachsen-anhalt.de)

Auflage: 300 Stück | 2013

Layout & Druck: Druckerei Mahnert GmbH, Aschersleben



