



Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung

Abgeordnete Dagmar Zoschke (DIE LINKE)

Hilfe und Selbsthilfe in der Nachbetreuung von Schlaganfällen in Sachsen-Anhalt

Kleine Anfrage - KA 7/639

Vorbemerkung des Fragestellenden:

Schlaganfälle sind die dritthäufigste Todesursache und zugleich die häufigste Ursache für Behinderungen. Die Schwere der Behinderungen bzw. der physischen wie psychischen Langzeitfolgen steht in Abhängigkeit der Zeit, die zwischen dem akuten Schlaganfall und seiner Behandlung steht, sowie der Qualität der Behandlung und der Nachbetreuung der betroffenen Menschen.

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

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

Die Anzahl der Schlaganfälle hat im Verlauf der letzten zehn Jahre deutlich abgenommen und liegt nun geringfügig über dem Bundesdurchschnitt. Bei den Todesfällen gab es einen starken Rückgang zwischen 2009 und 2012. Die Diagnosedaten der Krankenhäuser infolge Schlaganfall (I64) zeigen sowohl für Deutschland als auch für Sachsen-Anhalt in den Jahren 2006 bis 2010 eine starke und von 2011 bis 2015 eine leichte Abnahme bei Frauen und Männern (jeweils altersstandardisierte Raten). Eine Zuordnung der Daten nach Landkreisen und kreisfreien Städten liegt nicht vor.

Nähere Angaben enthält die nachfolgende Tabelle:

(Ausgegeben am 18.04.2017)

Alter	Geschlecht	Jahr	Deutschland			Sachsen-Anhalt		
			Fälle	Fälle je 100.000 Einwohner 1)	Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) 2)	Fälle	Fälle je 100.000 Einwohner 1)	Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) 2)
Alle Altersgruppen	Beide Geschlechter	2006	25.824	31	18	1.253	51	28
		2007	19.553	24	13	807	33	18
		2008	14.872	18	10	695	29	15
		2009	11.945	15	8	575	24	13
		2010	10.832	13	7	379	16	8
		2011	8.922	11	6	343	15	7
		2012	7.850	10	5	294	13	6
		2013	6.691	8	4	297	13	6
		2014	5.444	7	3	256	11	5
	2015	4.685	6	3	207	9	4	
	Männlich	2006	10.746	27	20	548	46	33
		2007	8.212	20	15	342	29	20
		2008	6.302	16	11	293	25	17
		2009	5.079	13	9	240	21	14
		2010	4.704	12	8	164	14	9
		2011	3.857	10	7	163	15	9
		2012	3.450	9	6	118	11	6
		2013	2.927	7	5	128	12	7
		2014	2.469	6	4	104	9	5
	2015	2.149	5	3	88	8	5	
	Weiblich	2006	15.078	36	16	705	56	24
		2007	11.341	27	12	465	37	15
		2008	8.570	20	9	402	33	13
		2009	6.866	16	7	335	28	11
		2010	6.128	15	6	215	18	7
		2011	5.065	12	5	180	15	6
		2012	4.400	11	4	176	15	6
2013		3.764	9	4	169	15	5	
2014		2.975	7	3	152	13	5	
2015	2.536	6	3	119	10	4		
Unter 65 Jahre	Beide Geschlechter	2006	3.292	5	4	214	11	9
		2007	2.543	4	3	145	8	6
		2008	2.005	3	3	127	7	5
		2009	1.665	3	2	114	6	5
		2010	1.545	2	2	68	4	3
		2011	1.365	2	2	81	5	3
		2012	1.242	2	2	52	3	2
		2013	1.070	2	1	56	3	2
		2014	956	1	1	51	3	2
	2015	882	1	1	54	3	2	
	Männlich	2006	2.191	7	6	137	14	11
		2007	1.671	5	4	99	10	8
		2008	1.299	4	3	88	9	7
		2009	1.069	3	3	73	8	6
		2010	1.013	3	3	43	5	4
		2011	880	3	2	59	7	5
		2012	770	2	2	29	3	2
		2013	672	2	2	32	4	3
	2014	587	2	1	33	4	3	
	2015	550	2	1	31	4	2	
	Weiblich	2006	1.101	3	3	77	8	6
2007		872	3	2	46	5	4	
2008		706	2	2	39	4	3	
2009		596	2	2	41	5	3	

		2010	532	2	1	25	3	2
		2011	485	2	1	22	3	2
		2012	472	1	1	23	3	2
		2013	398	1	1	24	3	2
		2014	369	1	1	18	2	1
		2015	332	1	1	23	3	2
65 Jahre und älter	Beide Geschlechter	2006	22.532	140	128	1.039	192	187
		2007	17.010	104	94	662	119	115
		2008	12.867	77	70	568	101	97
		2009	10.280	61	54	461	81	77
		2010	9.287	55	48	311	55	51
		2011	7.557	46	39	262	47	41
		2012	6.608	40	34	242	44	38
		2013	5.621	33	28	241	43	38
		2014	4.488	26	22	205	37	30
	2015	3.803	22	18	153	27	23	
	Männlich	2006	8.555	128	136	411	190	210
		2007	6.541	95	99	243	109	118
		2008	5.003	71	73	205	90	98
		2009	4.010	56	57	167	72	76
		2010	3.691	51	51	121	52	54
		2011	2.977	42	41	104	45	44
		2012	2.680	38	36	89	39	39
		2013	2.255	31	30	96	42	41
		2014	1.882	26	24	71	31	28
	2015	1.599	21	20	57	24	23	
	Weiblich	2006	13.977	149	120	628	193	167
		2007	10.469	110	88	419	127	108
		2008	7.864	82	65	363	109	93
		2009	6.270	65	51	294	88	76
		2010	5.596	58	45	190	57	49
		2011	4.580	48	37	158	48	38
		2012	3.928	41	31	153	47	37
2013		3.366	35	27	145	45	34	
2014		2.606	27	20	134	41	32	
2015	2.204	23	17	96	29	22		

Quelle(n):

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

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

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

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

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

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

Darüber hinaus wird u. a. ein Einsatz nicht digital, sondern als DIVI-Protokoll (Bundeseinheitliches Notarztprotokoll der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) in Papierform dokumentiert. Damit ist es nicht möglich, IT-gestützte Aussagen zu spezifischen Fallzahlen in Bezug auf Krankheitsbilder sowie die Zeiträume zwischen den Notfällen und der klinischen Behandlung zu treffen. Die empirische Erfassung der Leitstellen basiert lediglich auf Verdachtsdiagnosen; eine gesicherte Diagnose ist aber erst aufgrund einer speziellen Diagnostik in den Notaufnahmen der Krankenhäuser/ Kliniken möglich.

3. Welche krankheitsspezifischen Behandlungsangebote, Angebote der Primär- und Sekundärprävention sowie der poststationären Nachsorge stehen den Patient/inn/en in Sachsen-Anhalt nach ihrem Schlaganfall zur Verfügung? Bitte getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.

Die vertragsärztliche Versorgung, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schlaganfall erfolgt in Sachsen-Anhalt durch Hausärzte, Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten - je nach medizinischer Behandlungsnotwendigkeit. Darüber hinaus werden - soweit notwendig - über ärztliche Verordnungen Heil- bzw. Hilfsmittel erbracht (z. B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie sowie z. B. Rollstühle, Inkontinenzartikel über die Sanitätshäuser). Außerdem erhalten Patientinnen und Patienten aufgrund entsprechender Verordnungen Arzneimittel sowie notwendige Krankenhausbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen.

In Sachsen-Anhalt verfügen verschiedene Krankenhäuser über eine spezialisierte Behandlungseinheit bei Schlaganfällen, eine sogenannte Stroke Unit. Ziel der Behandlung in einer Stroke Unit ist es, einen Schlaganfall frühestmöglich zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen, um Folgeschäden für die Betroffenen zu verhindern oder zu mindern.

An folgenden Krankenhäusern ist eine Stroke Unit zu finden:

Landkreis / Kreisfreie Stadt	Einrichtung
Dessau-Roßlau	Städtisches Klinikum Dessau
Halle	Universitätsklinikum Halle Krankenhaus Martha Maria Halle Berufsgenossenschaftliches Klinikum Bergmannstrost Halle
Magdeburg	Universitätsklinikum Magdeburg
Salzlandkreis	AMEOS Klinikum Bernburg
Harz	Harz Klinikum „Dorothea Christiane Erxleben“, Standort Wernigerode
Mansfeld-Südharz	HELIOS Klinik Mansfeld-Südharz, Standorte Sangerhausen und Hettstedt
Anhalt-Bitterfeld	Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen
Saalekreis	Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis
Burgenlandkreis	Klinikum Burgenlandkreis, Standort Naumburg
Wittenberg	Evangelisches Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg in Zusammenarbeit mit der Klinik Bosse Wittenberg
Die Krankenhäuser der Landkreise Stendal, Altmarkkreis Salzwedel, Börde und Jerichower Land halten keine Stroke Unit vor.	

Als weiteres Behandlungsangebot verfügen zwei Krankenhäuser - das Neurologische Rehabilitationszentrum Magdeburg sowie das Berufsgenossenschaftliche Klinikum Bergmannstrost Halle - über ein Zentrum für Neurologische Frührehabilitation. Die neurologische Frührehabilitation umfasst nicht nur die akutstationäre Behandlung eines Schlaganfalls als neurologische Erkrankung, sondern setzt sich fort bis hin zur Wiedereingliederung des Patienten in das Berufsleben. Sie orientiert sich an den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR).

4. Welche Rolle nehmen Schlaganfälle in der gesundheitspolitischen Prävention in Sachsen-Anhalt ein? Welche Maßnahmen plant die Landesregierung zum Ausbau der Primär- und Sekundärprävention?

Mit der Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) auf Landesebene wird die Zusammenarbeit aller Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung deutlich verfestigt. So bieten sich durch Kooperationen der beteiligten Partner - also Vertreter der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen sowie Unfall- und Rentenversicherungen und des Landes mit den beigetretenen Partnern Bundesagentur für Arbeit, Städte- und Gemeindebund sowie Landkreistag Sachsen-Anhalt - neue Möglichkeiten, die bereits existierenden Gesundheitsaktivitäten im Land zu bündeln und die Förderung der Gesundheit in allen Lebenswelten gezielt weiterzuentwickeln. Für die Schlaganfallprävention wirken bereits die drei Landesgesundheitsziele „gesundes Bewegungsverhalten“, „gesundes Ernährungsverhalten“ und „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“. Landesweite, auf die Gesundheitsziele ausgerichtete Arbeitskreise und aktuell 55 Modellprojekte tragen dazu bei, das Gesundheitsbewusstsein weiter zu stärken.

5. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung hinsichtlich der Situation und Rahmenbedingungen für die Arbeit der Schlaganfall-Selbsthilfegruppen in Sachsen-Anhalt vor?

Die Landesregierung verfügt über keine detaillierten Kenntnisse zu Selbsthilfegruppen bezüglich einzelner Krankheitsbilder und damit auch nicht hinsichtlich der Situation und Rahmenbedingungen für die Arbeit der Schlaganfall-Selbsthilfegruppen in Sachsen-Anhalt. In der Regel bestimmen Selbsthilfegruppen ihre Struktur, Arbeitsweise und Angebote für die Mitglieder eigenverantwortlich. Unterstützung hinsichtlich Austausch und Zusammenarbeit mit anderen Selbsthilfegruppen, vorhandener Fördermöglichkeiten inklusive Hilfe bei der Fördermitelantragstellung, Beratung bei der Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen erhalten Selbsthilfegruppen bei den im Land Sachsen-Anhalt vorhandenen 14 Selbsthilfekontaktstellen. Übersichten und Kontaktdaten von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sind unter www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) und www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/ (Arbeitskreis Selbsthilfekontaktstellen Land Sachsen-Anhalt) verfügbar. Schlaganfall-Selbsthilfegruppen werden in Sachsen-Anhalt durch einen landesweit tätigen Verband (Schlaganfall Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.) unterstützt.

Nach Einschätzung der Landesregierung sind in Sachsen-Anhalt die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Selbsthilfe (14 Selbsthilfekontaktstellen, 30 Selbsthilfelandesverbände und ca. 850 Selbsthilfegruppen) grundsätzlich gut. Die Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V ist eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen und ihrer Verbände. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde die Arbeit von Selbsthilfegruppen, -landesverbänden und -kontaktstellen nochmals gestärkt. Seit dem Jahr 2016 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, je Versicherten 1,05 € für die gesundheitliche Selbsthilfe zur Verfügung zu stellen. Dabei werden die Fördermittel zum einen krankenkassenübergreifend als pauschale Gemeinschaftsförderung ausgereicht; zum anderen erfolgt eine kassenindividuelle Fördermittelvergabe, die vorrangig für die Durchführung von Projekten bestimmt ist. In Sachsen-Anhalt werden Fördermittel krankenkassenübergreifend durch die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV zugeteilt (Federführung der Arbeitsgemeinschaft im Jahr 2017 liegt bei der Knappschaft Bahn See). Die kassenindividuelle Förderung erfolgt in eigener Verantwortung der einzelnen Krankenkassen und mit eigener Schwerpunktsetzung. Grundlage hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlich geregelten Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V stellt der Leitfaden zur Selbsthilfeförderung der GKV-Spitzenverbände dar, in dem die Grundsätze für die Vergabe der Fördermittel beschrieben werden. Die Anwendung des Leitfadens dient der einheitlichen Rechtsanwendung und trägt zur Erhöhung der Transparenz des Förderverfahrens bei.

6. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung bezüglich Behandlungs- und Unterstützungsangeboten sowie der Präventionsarbeit aus anderen Bundesländern vor? Existieren Kooperationen mit anderen Bundesländern oder sind diese ggf. in Planung?

Die Landesregierung hat keine Kenntnisse zu Behandlungs- und Unterstützungsangeboten in anderen Bundesländern; auch existieren keine Kooperationen noch sind sie geplant. Die Präventionsarbeit nimmt in den übrigen Bundesländern einen ähnlichen Stellenwert ein wie in Sachsen-Anhalt.

7. Welche Kenntnisse hat die Landesregierung über Aktivitäten der Versorgungseinrichtungen zur Schlaganfallnachsorge in Sachsen-Anhalt?

Zu den Aktivitäten der Versorgungseinrichtungen können keine Aussagen getroffen werden.

Schlaganfälle sind keine Arbeitsunfälle im Unfallversicherungsrecht. Rentenversicherungsträger, die ggf. Behandlungsangebote bereithalten, unterstehen nicht der Aufsicht des Landes Sachsen-Anhalt. Deshalb besteht kein aufsichtsrechtliches Auskunftsrecht der Landesregierung. Für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund liegt die Aufsicht beim Bundesverwaltungsamt (BVA), für die DRV Mitteldeutschland beim Land Sachsen.

8. Wie steht die Landesregierung der Idee gegenüber, die Arbeit der ehrenamtlichen Schlaganfallhelfer/inn/en (finanziert im Rahmen eines Modellprojektes durch die AOK Sachsen-Anhalt) durch hauptamtliche Schlaganfalllotsen zu unterstützen? Welche Kenntnisse liegen ihr hierzu aus anderen Bundesländern vor?

9. Wie bewertet die Landesregierung die Arbeit und den Erfolg der „Schlaganfalllotsen“ der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe? Gibt es aus Sicht der Landesregierung einen Bedarf an strukturierten Nachsorgekonzepten für Schlaganfallbetroffene in Sachsen-Anhalt? Falls ja, plant die Landesregierung entsprechende Konzepte und wie sollen diese finanziert werden?

Das Projekt „ehrenamtliche Schlaganfallhelfer“ ist ein Projekt des Landesverbandes Schlaganfall Sachsen-Anhalt e. V. Die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse hat die Förderung dieses Projektes im Dezember 2016 im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V übernommen.

Der hauptamtliche Schlaganfalllotse ist in Sachsen-Anhalt am Krankenhaus Bergmannstrost in Halle/Saale angesiedelt. Dieser Lotse koordiniert die medizinischen Fragen hinsichtlich Rehabilitation und medizinischer Nachsorge und ist somit im medizinischen Bereich der Betreuung (Case-Management) verortet, während der ehrenamtliche Schlaganfallhelfer im nichtmedizinischen Bereich anzusiedeln ist.

Die Schlaganfallhelfer sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Schlaganfallbetroffenen und deren Angehörigen Unterstützung bieten - jeweils nach individuellem Bedarf. Das können alltagspraktische Hilfen sein wie Einkaufen oder gemeinsame Freizeitgestaltung (z. B. Spiele, Gespräche, Ausflüge). Pflegende Angehörige werden so entlastet und können diese Zeiten zur Erholung und für eigene Aktivitäten nutzen. Es wird sichergestellt, dass durch die ehrenamtlichen Helfer keine therapeutischen, pflegerischen oder vergleichbaren Leistungen erbracht werden. Vor diesem Hintergrund bilden Lotse und Helfer eine Einheit, die sich ergänzen und deren Tätigkeit aufeinander abgestimmt sein muss. Die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe e. V. ist Partner des Projektes „Ehrenamtliche Schlaganfallhelfer“. Die Stiftung hat die Aufgabe der Schulung von Personen zum Schlaganfallhelfer übernommen. Die Schulungen sind Grundvoraussetzung für die ehrenamtliche Tätigkeit der Helfer in diesem Projekt. Die Teilnahme schließt mit einem Zertifikat der Stiftung ab. Aussagen zum

Bedarf an strukturierten Nachsorgekonzepten können erst dann überzeugend getroffen werden, wenn erste Ergebnisse des Projektes vorliegen.

Lediglich aus Gesprächen mit der Stiftung Schlaganfallhelfer ist bekannt, dass Schlaganfallhelfer bisher in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Schleswig-Holstein etabliert wurden.

10. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung zum Arbeitsstand der im Koalitionsvertrag genannten Kooperation der Uniklinik Halle und dem Klinikum Bergmannstrost bezüglich der „Neurologischen Frührehabilitation“?

Der Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Halle hat sich im vergangenen Jahr zweimal mit der Problematik befasst und dabei verdeutlicht »..., dass die Mitglieder des Aufsichtsrates das Projekt zur Etablierung einer neurologischen Frührehabilitation Phase B am Standort Ernst-Grube-Straße an sich befürworten und als wichtigen Schritt für die Entwicklung der Universitätsmedizin Halle (Saale) anerkennen. «

Zur Realisierung müssen aber neben Fragen der Organisation (Verteilung der Zuständigkeiten zwischen BG-Klinik und Universität) auch noch solche der Finanzierung (sowohl der Betriebs- als auch der Investitionskosten) geklärt werden.

11. Plant die Landesregierung Maßnahmen zur besseren Unterstützung von Selbsthilfegruppen? In welcher Form würde dies die Schlaganfall-Selbsthilfegruppen betreffen?

Nach Auffassung der Landesregierung sind die bestehenden Rahmenbedingungen für die Arbeit von Selbsthilfegruppen ausgewogen und ausreichend. Die gesetzlichen Regelungen gemäß § 20h SGB V dienen einer angemessenen finanziellen Unterstützung der einzelnen Selbsthilfegruppen. In Sachsen-Anhalt existiert ein Netz von 14 Selbsthilfekontaktstellen, die den Selbsthilfegruppen Hilfestellung bei strukturellen, organisatorischen und förderrechtlichen Fragen bieten (s. auch Antwort zu Frage 5).