

6 Einrichtungen des Gesundheitswesens

6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

6.1.9 Hospizversorgung

Die zur Umsetzung der zum 01. Januar 2002 in Kraft getretenen Neuregelung des § 39a Abs. 2 SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen - erforderliche Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den mit der Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen ist am 03. September 2002 in Kraft getreten. Die Förderung hat sich daher verzögert und erfolgte erst im Jahr 2003 rückwirkend für das Jahr 2002. 15 ambulante ehrenamtliche Hospizdienste haben einen Förderantrag bei den Krankenkassen gestellt und sind gefördert worden.

Förderung ambulanter
Hospizdienste
neu geregelt

Die Landesförderung der ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienste wurde ab 2003 eingestellt.

Im Jahr 2002 ist das Diakonie-Hospiz Wannsee mit 14 Hospizplätzen durch das Land gefördert worden. Die Eröffnung des Hospizes erfolgte nach Abschluss des Versorgungsvertrages jedoch erst im Januar 2003.

Die Weiterförderung der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (ZAH) und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. erfolgt ab 2003 über den LIGA-Vertrag.

Die in Berlin bestehenden Hospizstrukturen (Stand August 2003) mit Namen und Träger der Einrichtung sowie dem Bezirk (alte Struktur) des Standortes sind aus folgender Übersicht zu ersehen:

Hospizstrukturen in Berlin

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. (LAG) (Reinickendorf)

Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste, durch die Krankenkassen gefördert

1. Ambulantes Hospiz Schöneberg, Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V. (Schöneberg)
2. Ambulantes Hospiz des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Wedding/Prenzlauer Berg e.V. (Wedding)
3. Caritas-Hospiz-Mitte Hausbetreuungsdienst, Caritas Verband für Berlin e.V. (Tiergarten)
4. Caritas-Hospiz-Hausbetreuungsdienst, Caritas Verband für Berlin e.V. (Treptow)
5. Diakonie-Hospiz Wannsee, Begleitung im Sterben - Hilfe zum Leben, Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH (Zehlendorf)
6. Ehrenamtlicher ambulanter Hospizdienst der Björn-Schulz-Stiftung (Tiergarten)
7. Elisabeth-Hospiz Berlin, Diakoniewerk Niederschönhausen gGmbH (Pankow)
8. Hospizdienst Christophorus e.V. (Tempelhof)
9. Hospizdienst Tauwerk e.V. (Pankow)
10. Johannes-Hospiz e.V. (Spandau)
11. Lazarus-Hospiz Diakoniestiftung LAZARUS Berlin (Wedding)
12. Malteser-Hospizdienst Köpenick, Malteser-Hilfsdienst e.V. (Köpenick)
13. Malteser-Hospizdienst Lichtenberg, Malteser-Hilfsdienst e.V. (Lichtenberg)

14. RICAM-HospizRICAM gGmbH (Neukölln)
15. V.I.S.I.T.E. Hospizdienst, Humanistischer Verband Deutschlands (Mitte)

Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste, durch die Krankenkassen nicht gefördert

1. Ambulanter Hospizdienst am Ev. Krankenhaus KEH (Lichtenberg)
2. Theodorus-Hospiz, Theodorus e.V. (Tiergarten)

Hospizdienste in Krankenhäusern

1. Hospizdienst im St. Gertrauden-Krankenhaus (Wilmerdorf)
2. Hospizdienst im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)
3. Hospizdienst im Ev. Krankenhaus KEH (Lichtenberg)

Hospizdienste in stationären Pflegeeinrichtungen

1. Hospizdienst in der Sozialstiftung Köpenick (Köpenick)
2. Hospizdienst im Pflegewohnheim Haus Immanuel und Dorothea-Haus, Diakoniewerk Niederschönhausen gGmbH (Pankow)
3. Hospizdienst im Ev. Alten- und Pflegeheim „Daniel Vergara“, STEPHANUS-STIFTUNG (Köpenick)

Stationäre Hospize

1. Diakonie-Hospiz Wannsee, Begleitung im Sterben - Hilfe zum Leben, Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH (Zehlendorf)
2. Kinderhospiz Sonnenhof, Björn Schulz Stiftung (Pankow)
3. Lazarus-Hospiz, Diakoniestiftung Lazarus Berlin (Wedding)
4. RICAM gemeinnützige Gesellschaft für Lebenshilfe und Sterbebegleitung mbH (Neukölln)
5. Theodorus-Hospiz, Senioren in Berlin gGmbH (Tiergarten)

Ansprech- und Beratungsstelle zum Thema Sterben, Tod und Trauer

Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH), Unionshilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH (Reinickendorf)

Die vollständige Adressliste einschließlich Telefon- und Faxnummern sowie E-Mail-Adressen kann unter Tel. (030) 90 28 27 82 oder E-Mail christel.geier@sengsv.verwalt-berlin.de angefordert werden.

6.1.10 Psychiatrische Versorgung

**Gerontopsychiatrische
Fachplanung -
Entwicklung des
Versorgungssystems**

Im Zusammenhang mit der Fortschreibung des Landespflegeplanes im Herbst 2000 wurde eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe aus den Fachbereichen Psychiatrie, Altenhilfe und Vertragsangelegenheiten gebildet. Sie soll eine „Fachplanung Gerontopsychiatrie“, die Standards und Rahmenbedingungen zur Verbesserung der (pflegerischen) Versorgungssituation von gerontopsychiatrisch erkrankten und insbesondere demenziell erkrankten Menschen beschreibt, erarbeiten und einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich machen. Das gesundheits- und sozialpolitische Ziel war und ist es, auf die Bedarfslage dieses speziellen Personenkreises aufmerksam zu machen, Wege zur Schließung der Lücken innerhalb und zwischen den Versorgungssystemen Psychiatrie und Altenhilfe aufzuzeigen und qualitative Veränderungen in der gesamten Versorgungslandschaft, insbesondere bei den Leistungserbringern, zu bewirken.

Die Auswertung der ersten Erhebung im Jahr 1999 wurde 2001 unter dem Titel „Gerontopsychiatrische Störungen und vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Erhebung vom März 1999 in Berliner Pflegeeinrichtungen“ veröffentlicht. Die Studie beschreibt insbesondere die Handlungsnotwendigkeiten für vollstationäre Einrichtungen im Hinblick auf die vorgehaltenen Leistungsangebote, die Leistungserbringung, die Einrichtungsgestaltung und die Arbeitsorganisation, die stärker an die Bedürfnisse der demenziell erkrankten Heimbewohner angepasst werden müssen.

Aus nunmehr zwei Erhebungen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin ist bekannt, dass der Anteil von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen, insbesondere demenziellen Erkrankungen, bei ca. 50 % liegt. Bei ca. 10 - 15 % der Betroffenen gehen die demenziellen Veränderungen mit starken Verhaltensauffälligkeiten einher. Diese stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten erschweren ein Zusammenleben mit nicht dementen Bewohnerinnen/Bewohnern bzw. machen dieses unmöglich.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin haben deshalb in enger Abstimmung mit Experten konzeptionelle und inhaltliche Anforderungen an die segregative Betreuung und Pflege demenziell erkrankter pflegebedürftiger Menschen mit stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen erarbeitet.

Es werden spezifische fachliche, personelle, sachliche, bauliche und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die Pflegeeinrichtungen beim Aufbau eines Pflegebereichs für diese Bewohnergruppe berücksichtigen sollen. Als Schwerpunkt sind die Anforderungen an ein entsprechendes Pflegekonzept formuliert. Bei der Erarbeitung eines speziellen Pflege- und Betreuungskonzeptes ist außerdem der Inhalt der Ergänzungsvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zu berücksichtigen. Diese Rahmenkonzeption wurde am 30.01.2003 im Landespflegeausschuss beschlossen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der Notwendigkeit, Versorgungsstrukturen für Demenzkranke zu entwickeln und bereit zu stellen, wurde von der Senatsverwaltung beschlossen - analog zur vollstationären Pflege - eine Rahmenleistungsbeschreibung für gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtungen zu entwickeln.

Das derzeit in der Berufsausbildung in den Lernbereichen „Geriatric“ und „Gerontopsychiatric“ vermittelte Fachwissen reicht bisher nicht aus, um den komplexen Praxisanforderungen gerecht zu werden. Das gilt gleichermaßen für die Altenpflegeausbildung. Hierzu sind Aktivitäten seitens der Senatsverwaltung gegenüber den Bildungseinrichtungen im Land Berlin zu verzeichnen, die in Richtung der Entwicklung eines Curriculums „Gerontopsychiatric Pflege“ sowie der Änderung der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung in der Psychiatric zielen.

Seit Mitte der Neunziger Jahre haben sich in beiden Teilen Berlins regionale Netzwerke für ältere Menschen, gerontopsychiatric bzw. geriatric-gerontopsychiatric Verbände etabliert. In diesen haben sich Akteure der Versorgungssysteme „Altenhilfe“ und „Psychiatric“, wozu außer den stationären, komplementären und ambulanten Versorgungsbereichen auch die Plan- und Leitstellen und andere Abteilungen der Bezirksämter gehören, als Kooperationspartner zusammengeschlossen, um die Lebenssituation von alten pflegebedürftigen Menschen in dem jeweiligen Bezirk zu verbessern.

Abgesehen von kleineren Unterschieden in den Kooperationsverträgen sind die Ziele, wofür sich die Versorger in einem Verbund einbringen, dieselben:

- Fallbezogene kollegiale Beratung für die Verbund(Network)-partner
- Steigerung der Qualität der Dienstleistungen in einem Verbund, z. B. durch gemeinsame Fortbildung und Vereinheitlichung der Qualitätsstandards
- Zusammentragen von Informationen zur besseren Versorgung der Erkrankten, Feststellen von Versorgungslücken in den Regionen und ggf. Schritte zu deren Schließung überdenken

- Absprachen zu generellen Kooperationsstrategien
- Überprüfung der Umsetzbarkeit, Erfolge, Probleme der Kooperationsabsprachen
- Besseres Kennenlernen der Verbundpartner und deren Angebote.

Es ist erfreulich, dass nunmehr in jedem Berliner Bezirk ein Verbund existiert und sich zahlreiche Träger dazu entschlossen haben, im Interesse der Betroffenen und deren Angehöriger miteinander zu kooperieren.

Berliner Krisendienst

Als der Berliner Krisendienst am 01. Oktober 1999 gebildet wurde, hatte der Berliner Senat bereits dessen Arbeit in die bezirkliche Finanzierung der Psychiatrieplanung des Landes Berlin aufgenommen. Darin eingeschlossen waren auch die Mittel für eine Begleitforschung der dreijährigen Erprobungsphase. Die Senatsverwaltung hatte schon im Vorfeld die Zielstellung für eine Begleitforschung formuliert:

Danach sollte ein wesentliches Ziel der Beforschung in der kontinuierlichen zeitnahen Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Organisation der Arbeit des Krisendienstes bestehen. Auf diese Weise sollte das Konzept des Krisendienstes fortlaufend überprüft und erforderlichenfalls überarbeitet werden. Die qualitativen Fragestellungen sollten so bearbeitet werden, dass ein Qualitätssicherungssystem entwickelt und implementiert wird, das nach der Erprobungsphase ohne externe Begleitung anwendbar ist.

Die Freie Universität Berlin und die Katholische Fachhochschule für Sozialwesen haben in sehr konstruktiver Weise die Modellphase und die Organisationsentwicklung des Berliner Krisendienstes wissenschaftlich begleitet.

Den vor Beginn der Erprobungsphase formulierten Anforderungen an eine Begleitforschung wurde entsprochen, indem Zwischenberichte vorgelegt wurden, die zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit des Berliner Krisendienstes beitragen konnten und indem ein Abschlussbericht verfasst wurde, der die vorgegebenen Fragestellungen vollständig aufgenommen und mit Blick auf die künftige Gestalt und Arbeitsweise des Berliner Krisendienstes beantwortet hat.

Der umfangreiche Abschlussbericht zur Arbeit des Berliner Krisendienstes liegt seit Oktober 2002 vor. Auf dessen Grundlage konnte eine in den Bezirken breit angelegte Fachdiskussion über die Arbeit während der dreijährigen Erprobungsphase initiiert werden. In der Rolle der Koordinatorin des berlinweiten Diskurses hat die Senatsverwaltung dessen Ergebnisse gebündelt und gemeinsam mit den Bezirken die Ableitung von Handlungsnotwendigkeiten auf verschiedenen Ebenen vorgenommen. Am Ende des Prozesses soll ein modifiziertes Konzept die Eckpunkte für die künftige ambulante Krisenversorgung im Land Berlin markieren. Die Erwartungen, die das Land Berlin in seinem Psychiatrieentwicklungsprogramm an die ambulante Krisenversorgung formuliert hat, sind vom Berliner Krisendienst erfüllt worden. Er hat sich als integraler Bestandteil der bezirklich organisierten Pflichtversorgungssysteme für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen etabliert - so wie es als eines der Ziele der Berliner Psychiatriereform formuliert wurde.

Die Ergebnisse der Begleitforschung haben offenbar nicht nur in Berlin, sondern bundesweit und auch international so große Resonanz gefunden, dass sich das Berliner Zentrum Public Health zu einer breiten Veröffentlichung entschlossen hat.

Weitere Informationen hierzu sind zu erhalten über:

- Herr Prof. Dr. Jarg Bergold, Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Freien Universität Berlin, Tel.: (0 30) 83 85 49 88, 4 65 60 63, E-Mail: bergold@zedat.fu-berlin.de
- Herr Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann, Katholische Fachhochschule für Sozialwesen Berlin, Tel.: (0 30) 50 10 10 22
- <http://www.krisendienstforschung.de>.

Kooperationsdefizite im psychosozialen Versorgungsbereich treffen insbesondere Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder massiven Verhaltensauffälligkeiten (sog. „schwierige Klientel“) sowie ihre Familien, die einen höheren bzw. komplexeren Hilfebedarf aufweisen und dadurch auf koordinierte Hilfen durch mehrere Hilfesysteme angewiesen sind.

Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule

Der Bericht „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ mit Stand 30. April 2003 dokumentiert die gemeinsame Arbeit einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe und stellt die Ergebnisse der zusammen mit Experten aus den Tätigkeitsfeldern Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), Jugendhilfe und Schule durchgeführten Problemanalyse in Form von Leitlinien zur Gestaltung und Empfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit dar.

Bei den Akteuren in den drei Handlungsfeldern soll damit eine Identifikation mit den Zielen und Formen gemeinsamen Handelns gefördert, Orientierung gegeben und Impulse zum aktiven Mitgestalten ausgelöst werden. Sie machen deutlich, dass die Umsetzung in den beteiligten Bereichen (KJPP, Jugendhilfe und Schule) unzweifelhaft möglich ist und geben Ausblicke auf die Chancen für gemeinsames erfolgreiches Handeln im Sinne der Bedürfnislage der hilfesuchenden Klientel.

Die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Angehörigen sowie ihr Lebensumfeld können davon erheblich profitieren und das muss das gemeinsame Anliegen werden.

Der Bericht ist unter http://www.berlin.de/sengessozv/gesundheits/KoopKJP_JH_Schu.pdf im Internet (als PDF-Datei zum Herunterladen) veröffentlicht.

6.1.11 Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen

Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) arbeitet seit dem 01.01.1995 auf der Basis des Gesetzes über Krebsregister (Krebsregistergesetz - KRG) vom 04.11.1994 in Verbindung mit dem Staatsvertrag über das GKR vom 20./24.11.1997 sowie den entsprechenden Ausführungsgesetzen der beteiligten Länder. Gemäß Staatsvertrag nehmen die beteiligten Länder an der Führung des GKR durch einen Verwaltungsausschuss teil. Die beteiligten Länder tragen die Kosten des GKR anteilig nach dem Bevölkerungsschlüssel, der Berliner Anteil beträgt dabei jährlich knapp 20 %.

Voraussetzung für wissenschaftlich valide Auswertungen zum Krebs-erkrankungsgeschehen ist die Erfassung von mehr als 90 % aller Fälle, wobei der Anteil der DCO-Fälle (DCO = Death Certificate Only = nur per Leichenschauschein dem Register bekannt geworden) dabei nicht höher als 10 % liegen sollte. Unter dieser Voraussetzung können u. a. Krebsinzidenzen nach Krebsformen, Alter und Geschlecht berechnet, zeitliche Entwicklungstrends und regionale Unterschiede von Krebserkrankungen aufgezeigt sowie Überlebenszeitanalysen, z. B. in Abhängigkeit vom Tumorstadium, durchgeführt werden. Ebenso kann ein epidemiologisches Krebsregister zur Bewertung der Effektivität von Krebsfrüherkennungsprogrammen beitragen.

Was kann ein epidemiologisches Krebsregister wie das GKR leisten?

Die Meldungen werden hauptsächlich über die regionalen Klinikregister/Tumorzentren an das GKR übermittelt. Die Tumorzentren leiten die Meldungen ihres Versorgungsgebietes in der Regel auf elektronischem Wege (Datenträger, Internet) an das GKR weiter. Direkte Meldungen per Meldebogen kommen überwiegend von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, aber auch aus kleineren Krankenhäusern bzw. deren Fachabteilungen.

Meldeaufkommen und Vollständigkeit der Krebsregistrierung in Berlin

Im Jahre 2002 erreichten das GKR aus dem gesamten Einzugsgebiet 167.400 Meldungen, davon 158.200 aus den Tumorzentren und 9.200 direkte Meldungen per Meldebogen. In Berlin ist das Meldeaufkommen mit 19.967 Meldungen aus den Tumorzentren und 2.823 direkten Meldungen gegenüber den Vorjahren gering rückläufig.

Weitere Meldequellen sind die Gesundheitsämter im gesamten Einzugsbereich. Sie sind gesetzlich verpflichtet, dem GKR die Kopien der Leichenschau-scheine (LSS) aller Verstorbenen zu übermitteln, damit der Mortalitätsabgleich und die Erfassung der DCO-Fälle erfolgen kann. Der voll-zählige und zeitnahe Mortalitätsabgleich im GKR ist die Voraussetzung für die Berechnung von Überlebensraten und für die Rückübermittlung von Todesdaten an Klinikregister zum Zwecke der klinischen Krebsforschung.

Abbildung 6.10 stellt das Meldeaufkommen aus dem gesamten Einzugsgebiet des GKR sowie aus Berlin im Jahr 2002 dar.

In den vergangenen Jahren konnte die Vollzähligkeit der Registrierung im GKR für Berlin schrittweise erhöht werden, wobei die Aktualität der Meldungen zwar verbessert wurde, aber insgesamt, besonders im Vergleich mit den anderen am GKR beteiligten Ländern, noch nicht zufriedenstellend ist (vgl. Abbildung 6.11).

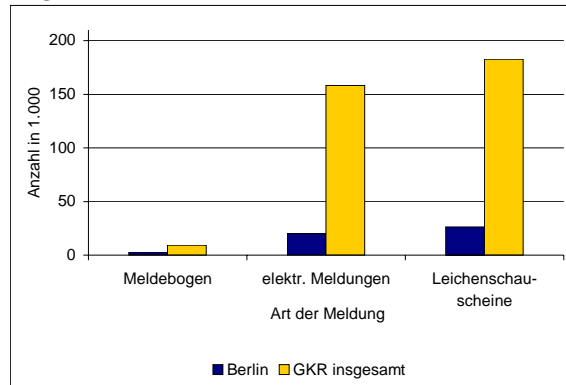
In den Diagnosejahren 1996 - 2000 wurde inzwischen eine Vollzähligkeit von 90 % und mehr erreicht. Allerdings liegen 1996 bei 50 % und 2000 noch bei 35 % der erfassten Krebsfälle lediglich Leichenschau-scheininformationen vor (DCO-Fälle), so dass die Rate der ärztlich gemeldeten Krebsfälle nach wie vor bestenfalls 66 % beträgt (die derzeit noch geringere Vollzähligkeit ab 2001 entspricht dem aktuellen Meldungs- und Registrierungsstand).

Damit ist zwar eine Voraussetzung für wissenschaftlich valide Auswertungen, die Erfassung von mehr als 90 % aller Fälle, erfüllt. Der Anteil der DCO-Fälle ist jedoch noch deutlich zu hoch. Da Qualität und Umfang der nur vom Leichen-schau-schein stammenden Daten für die epidemiologische Krebsregistrierung meist unzureichend sind, ist das GKR bestrebt, diesen Anteil am Gesamteingang an Meldungen zu reduzieren. Das wird hauptsächlich durch die Verbesserung der ärztlichen Melderate erreicht.

Abbildung 6.12 stellt den Vergleich des Vollzähligkeitsgrades der Krebsregistrierung aller am GKR beteiligten Länder im Jahr 2000 dar.

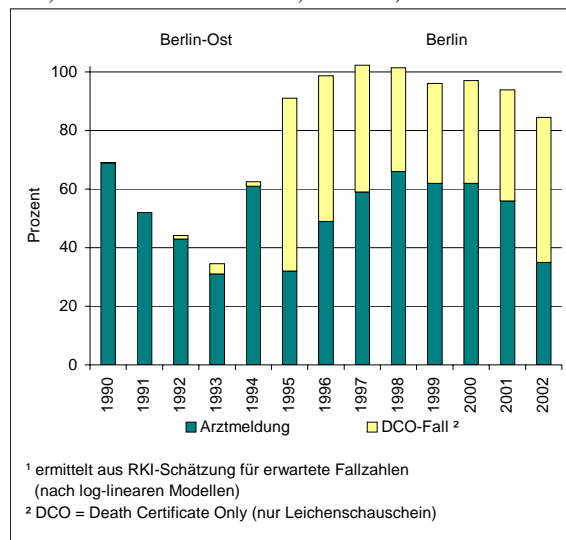
Hinsichtlich der Verbesserung der Meldeaktivitäten wird Berlin-spezifisch in enger Abstimmung mit dem Tumorzentrum Berlin e.V. daran gearbeitet, die Meldewege besser zu koordinieren und unter

Abbildung 6.10:
Meldungen an das Gemeinsame Krebsregister (GKR) insgesamt und für Berlin 2002



(Datenquelle und Darstellung: GKR)

Abbildung 6.11:
Vollzähligkeit ¹ der Krebsregistrierung für Berlin 1990 - 2002 (bis 1994 nur Berlin-Ost) (Registrierungsstand: 10/2003) Krebs insgesamt (bis 1997: ICD 9 140-208, ohne 173, ab 1998: ICD-10 C00-C97, ohne C44)



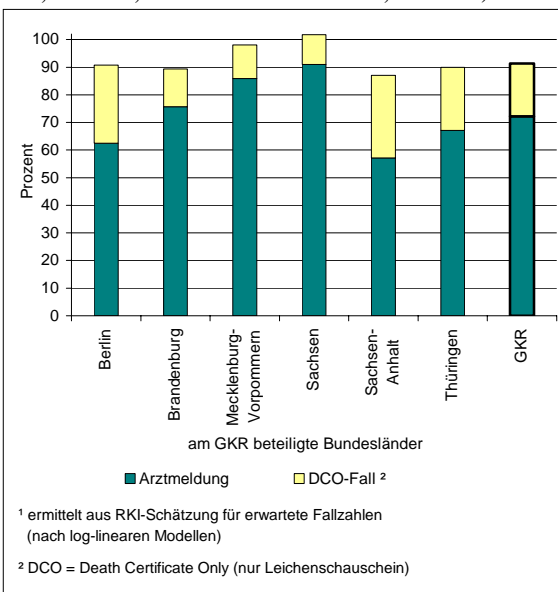
¹ ermittelt aus RKI-Schätzung für erwartete Fallzahlen (nach log-linearen Modellen)

² DCO = Death Certificate Only (nur Leichenschau-schein)

(Datenquelle und Darstellung: GKR Registerstelle)

Abbildung 6.12:

Vergleich des Vollzähligkeitsgrades¹ der Krebsregistrierung für die am GKR beteiligten Länder im Diagnosejahr 2000 (Stand:10/2003) Krebs insgesamt (bis 1997: ICD 9 140-208, ohne 173, ab 1998: ICD-10 C00-C97, ohne C44)



(Datenquelle und Darstellung: GKR)

Berücksichtigung der Ergebnisse der Umfrage zu den Meldemodalitäten „MEMO 2000“ neue Strategien für die flächendeckende Krebsregistrierung zu entwickeln. Auffälliges Resultat der Umfrage bei den Berliner Ärzten war der erhebliche Informationsbedarf zu allen Belangen der Krebsmeldung und -registrierung, der das GKR in den letzten Jahren veranlasst hat, seine Öffentlichkeitsarbeit erheblich zu intensivieren.

Um die Vollzähligkeit der Meldungen von Krebserkrankungen durch die Ärztinnen/Ärzte zu verbessern, hat das Berliner Abgeordnetenhaus am 17. März 2004 das „Gesetz zur Einführung einer Meldepflicht für Krebserkrankungen“ verabschiedet, das am 1. Juni 2004 in Kraft getreten ist. Ärzte und Zahnärzte, die in Berlin eine Krebserkrankung feststellen, sind künftig verpflichtet, diese an das GKR zu melden. Sie können mit der Meldung auch ein mit ihnen kooperierendes regionales Tumorzentrum beauftragen.

Jährlich werden etwa 60 wissenschaftliche

Publikationen,
Öffentlichkeitsarbeit,
Projekte, Planungen

Anfragen an das GKR gestellt. In zunehmendem Maße ist das GKR auch in epidemiologische Studien eingebunden. Im Jahre 2001 wurde eine eigene Schriftenreihe des GKR eröffnet. Folgende Publikationen wurden bisher veröffentlicht:

- 1/2001 Epidemiologische Daten zum weiblichen Brustkrebs
- 2,3/2001 MEMO 2000 - Analyse der Meldewege und Meldemodalitäten für Krebserkrankungen - Ergebnisse einer Umfrage in Berlin, Sachsen-Anhalt und dem Freistaat Thüringen (Lang- und Kurzfassung)
- 4/2001 Das Gemeinsame Krebsregister 1995-1999 - Sonderbericht
- 1/2002 Krebsinzidenz 1999 - Jahresbericht
- 1/2003 50 Jahre Krebsregistrierung - Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) 1953 - 2003

Regelmäßige Jahresberichte sind ebenso wie spezielle Themenhefte zu Tumorentitäten geplant.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nahm das GKR an verschiedenen onkologisch ausgerichteten Veranstaltungen, z. B. dem 25. Deutschen Krebskongress in Berlin, mit einem Informationsstand teil.

Seit 2001 publiziert das GKR regelmäßig in der Zeitschrift „Berliner Ärzte“ Informationsartikel zu aktuellen Aspekten der Krebsregistrierung und Datennutzung. Über die Internetpräsentation des GKR <http://www.krebsregister-berlin.de> sind bisher neben Informationen zur Arbeitsweise oder den gesetzlichen Grundlagen die o. g. Publikationen verfügbar. Die Internetpräsentation wird gegenwärtig erweitert mit dem Ziel, eine internetgestützte Bestellung von Informationsmaterialien und Meldeunterlagen zu ermöglichen. Weiterhin ist vorgesehen, in die Internetpräsentation des GKR eine interaktive Datenabfrage zu implementieren. Damit kann die Effektivität der Datennutzung entscheidend verbessert werden, was sich auch im Hinblick auf eine verstärkte Meldemotivation der Ärzte auswirken wird.

Das GKR konnte 2003 sein 50-jähriges Jubiläum (als Nachfolgeeinrichtung des ehemaligen Nationalen Krebsregisters der DDR) begehen. Aus diesem Anlass fand im September 2003 ein wissen-

schaftliches Symposium mit Beteiligung nationaler und internationaler Experten der Krebsregistrierung und -epidemiologie statt, das reges Interesse beim Fachpublikum fand und mit Sicherheit auch zur Verbesserung der Wahrnehmung epidemiologischer Krebsregister in Politik und Wissenschaft beigetragen hat.

2002 startete das GKR mit einem durch Bundesmittel geförderten Projekt zur Einholung von klinischen Informationen zum nur per Leichenschauschein bekannt gewordenen Krebsfall (sog. follow-back-Verfahren), das die Reduktion des o. g. DCO-Anteils an den Meldungen zum Ziel hat und gleichzeitig zur Information der betreffenden Ärzte bzw. medizinischen Einrichtungen über das Meldeverfahren genutzt wird. Das Verfahren, in dem zunächst Brustkrebsfälle recherchiert wurden (in Berlin wurde zu etwa 500 Fällen aus aktuellen Diagnosejahren nachgefragt), wird demnächst auf andere Krebsarten erweitert und schrittweise in den Routinebetrieb des Registers überführt.

Perspektivisch wird eine verstärkte Kooperation mit den wissenschaftlichen Einrichtungen auf dem Gebiet der Krebsforschung gerade des Wissenschaftsstandortes Berlin angestrebt. Ebenso wird das GKR sich an der Diskussion um die Einbindung von epidemiologischen Krebsregistern in die Evaluation von Screeningprogrammen beteiligen.

6.1.12 Schnellwarnsystem der Europäischen Gemeinschaften (EG) im Lebensmittelbereich

Der Vertrieb von Lebensmitteln, Kosmetika, Bedarfsgegenständen und Futtermitteln erfolgt immer häufiger weltweit. Zum Schutz der Verbraucher unterrichten sich deshalb die Mitgliedstaaten, wenn ihnen Informationen vorliegen, dass von einem Erzeugnis ein unmittelbares oder mittelbares Risiko für die menschliche Gesundheit ausgeht. Das Schnellwarnsystem ermöglicht der Behörde in Brüssel die schnelle und lückenlose Weitergabe von Informationen an alle Mitgliedstaaten sowie die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes, die dem Netz angeschlossen sind.

Die EG übermitteln Meldungen als

- Warnmeldung, wenn ein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht, weil das Erzeugnis ein Risiko darstellt und sich in Mitgliedstaaten im Verkehr befindet
- Information bei Erzeugnissen, für die ein Risiko festgestellt wurde, die jedoch an einer EU-Außengrenze zurückgewiesen wurden, bereits verzehrt sind oder nur in einem Mitgliedstaat im Handel sind.

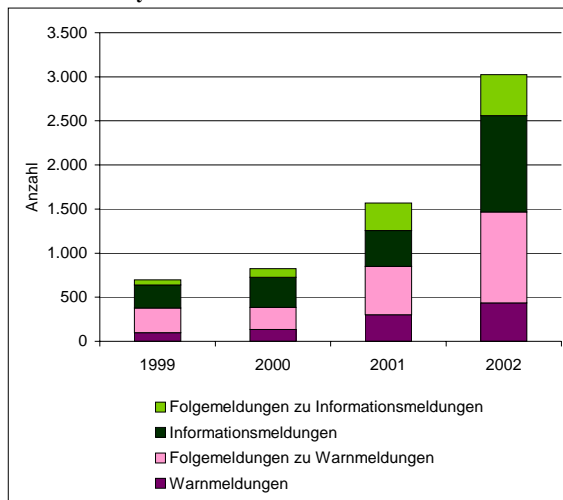
Die betroffenen Behörden müssen sofort handeln, wenn die Ware in ihrem Überwachungsbereich im Handel ist. Wurde die Ware in Berlin hergestellt oder wird mitgeteilt, dass Berlin beliefert wurde, leitet die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (SenGesSozV) die Warnmeldung sofort an die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter (VetLeb) der Bezirke weiter.

Aber auch auf die Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit hin, dass die Ware nach Berlin gelangt ist, muss SenGesSozV die VetLeb innerhalb weniger Stunden informieren. Die VetLeb überprüfen dann die Importeure, Großhändler, den Einzelhandel, Restaurants usw. und berichten SenGesSozV über ergriffene Maßnahmen, Lieferlisten und sonstige Ergebnisse der Recherchen. Sie entnehmen Proben von anderen Chargen als den in der Warnmeldung genannten und liefern sie dem Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben zur Untersuchung und Beurteilung ein.

Damit wird der größtmögliche Schutz der Bevölkerung vor möglicherweise gesundheitsgefährdenden Produkten erreicht.

Die EG haben im Jahr 2002 insgesamt 3.024 Warnmeldungen, Informationen und Folgemeldungen an die Mitgliedstaaten versandt, wobei eine steigende Tendenz innerhalb der letzten Jahre festzustellen ist (vgl. Abbildung 6.13).

Abbildung 6.13:
Warn- und Informationsmeldungen innerhalb des
Schnellwarnsystems der EU 1999 - 2002



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II D -)

Die Meldungen betrafen im Wesentlichen den mikrobiellen Verderb, Umweltkontaminanten in Lebens- und Futtermitteln sowie Rückstände von Pestiziden, Tierarzneimitteln und Zusatzstoffen, die entweder nicht zugelassen sind oder deren zulässige Höchstmenge im Lebensmittel überschritten war.

6.1.13 Überwachung der Trinkwasserschutzzonen neu geregelt

Mit Inkrafttreten der neuen Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) sowie der Ausführungsvorschriften zur Durchführung der Trinkwasserverordnung (AVTrinkwV) am 01. Januar 2003 liegt die Zuständigkeit für die hygienische Überwachung der Wasserwerke und der dazugehörigen Anlagen wie Druckerhöhungsstationen, Zwischenpumpwerke, Reinwasser-

speicher und Überpumpwerke sowie der Trinkwasserschutzzonen beim Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAGetSi).

Die Eigenüberwachungspflicht des Betreibers nach § 14 Abs. 2 TrinkwV bleibt davon unberührt. Für die Trinkwasserschutzzonen erfolgt diese Eigenkontrolle durch die Schutzzonenverantwortlichen der Berliner Wasserbetriebe.

Die Überwachung durch die Gesundheitsbehörde hat nach § 19 Abs. 4 TrinkwV in der Regel mindestens einmal jährlich zu erfolgen und wird wie folgt durchgeführt:

Die Kontrolle der Trinkwasserschutzzonen findet in Abstimmung mit den Berliner Wasserbetrieben (BWB) durch örtliche Schutzzonenkommissionen statt. Dazu wird jährlich einmal für jedes Wasserwerk eine Besichtigung vor Ort mit Beratung und Festlegung von Maßnahmen unter Federführung des LAGetSi durchgeführt. Teilnehmer sind die Schutzzonenverantwortlichen der BWB und die Leitung des jeweiligen Wasserwerkes, Vertreter der Wasserbehörde und der Altlastenbehörde bei der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Vertreter des bezirklichen Gesundheits- und des Umweltamtes sowie - in Abhängigkeit von der Problemstellung in der jeweiligen Schutzzone - Vertreter von Polizei, Forstbetrieben, Bauämtern u.a.

Darüber hinaus findet einmal jährlich nach den Sitzungen der örtlichen Kommissionen die Beratung der Zentralen Kommission für Hygiene und Schutzzonen (ZKHS) unter Leitung des LAGetSi an zentraler Stelle statt. Im Rahmen dieser Sitzung werden wichtige generelle Fragestellungen der Berliner Wasserbetriebe einschließlich der Schutzzonenproblematik beraten sowie Festlegungen zur weiteren Sicherung einer hygienisch einwandfreien Trinkwasserqualität getroffen.

Mit der dargestellten Vorgehensweise ist eine intensive fachbezogene und effektive hygienische Überwachung der Zentralen Berliner Wasserversorgungsanlagen möglich und die bisherige gute Zusammenarbeit zur Sicherung der Trinkwasserversorgung Berlins kann unter verbesserten Rahmenbedingungen fortgesetzt werden. Positive Erfahrungen mit der neuen Überwachungspraxis aus dem ersten Halbjahr 2003 bestätigen diese Einschätzung.