



Jahresgesundheitsbericht 1991

Bearbeiter:
Senatsverwaltung für Gesundheit
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz

Berlin 1992

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz
Parochialstraße 1–3, O-1020 Berlin
Telefon: (0 30) 21 22 28 54

Quellennachweis: Der Bericht beruht auf Angaben
des Statistischen Landesamtes Berlin,
der Bezirksämter von Berlin,
der Krankenhäuser in Berlin,
Körperschaften des öffentlichen Rechts
sowie weiterer meldepflichtiger Stellen

Vorwort



Mit dem jetzt vorliegenden Jahresgesundheitsbericht 1991 stellt die Gesundheitsverwaltung der Öffentlichkeit wiederum breit gefächerte Daten und Informationen sowohl über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Berliner Bevölkerung als auch über die vielfältigen Einrichtungen, Angebote, Leistungen und die Inanspruchnahme des Berliner Gesundheitswesens zur Verfügung.

Der Berichtszeitraum ist durch historisch wohl einmalige Umbrüche geprägt: Mit der staatlichen Einigung Deutschlands und Berlins ist auch das Berliner Gesundheitswesen in eine schwierige Anpassungs- und Übergangsphase geraten, die noch lange nicht abgeschlossen sein wird. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist dadurch jedoch nicht beeinträchtigt worden.

Besonders rasant vollzog sich der Strukturwandel im ambulanten Bereich: Inzwischen wird die ambulante Versorgung auch im Ostteil der Stadt weitgehend von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in freien Praxen sichergestellt. Einmalig in der Bundesrepublik Deutschland hat das Land Berlin darüber hinaus mit der Gründung der Trägergesellschaft "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß 13 ehemalige Polikliniken künftig in neuer Form zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Bevölkerung beitragen können.

Durch die Verabschiedung des Krankenhausrahmenplanes 1991 haben wir zunächst den Bestand für 110 geförderte Krankenhäuser Berlins mit rund 40.000 Betten gesichert, verbunden mit dem Ziel, in den nächsten Jahren weiterhin Akutbetten abzubauen, zum Teil in Pflege- bzw. Geriatrieplätze umzuwidmen. Darüber hinaus ist die Struktur der Berliner Krankenhäuser weitgehend festgelegt worden, so daß alle Disziplinen medizinischer Versorgung bedarfsgerecht in Berlin vorhanden sind. Bei den Krankenhäusern im Ostteil besteht ein erheblicher investiver Nachholbedarf, der auf insgesamt rund 5,2 Milliarden DM einzuschätzen ist. Diesen gewaltigen Investitionsbedarf können wir, auch wenn wir ihn über zehn Jahre verteilen, nur mit Hilfe des Bundes bewältigen.

Bei der jetzt anstehenden Gesundheitsstrukturreform haben wir uns gemeinsam mit den neuen Bundesländern beharrlich für ein solches nationales Investitionsprogramm zugunsten der Krankenhäuser Ost eingesetzt. Darüber hinaus haben wir erreicht, daß trotz des Zwangs zur Sparsamkeit die finanziellen Belastungen der Patienten - z.B. bei Zuzahlungen im Krankenhaus - sozial verträglich bleiben, daß auch die Berliner Krankenkassen an einem bundesweiten Risikostrukturausgleich teilnehmen und daß die neu niedergelassenen Ärzte im Ostteil Berlins trotz künftiger Altersbegrenzung mindestens 20 Jahre als Kassenärzte praktizieren dürfen.

Weitere große Herausforderungen kommen auf uns zu: Wir wollen der Gesundheitsförderung, die den Menschen hilft, gesund zu leben und Krankheiten zu vermeiden, ein stärkeres Gewicht verleihen. Zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung brauchen wir flexiblere Übergänge und Mischformen, so z.B. bessere Möglichkeiten für ambulantes Operieren und für teilstationäre Behand-

lung an Tages- und Nachtkliniken. Neue Formen einer ganzheitlichen zuwendungsorientierten Pflege sollen sowohl am Krankenhaus als auch bei der Betreuung Langzeit-Pflegebedürftiger erprobt und durchgesetzt werden.

In Berlin gehen wir am Deutschen Herzzentrum, am Max-Delbrück-Zentrum für molekulare Medizin, mit der Gründung des Rheumaforschungszentrums und mit der Vorbereitung eines Zentrums für Infektionskrankheiten und Allergien neue Wege einer engen Verbindung von Forschung und Klinik: Indem die Forschung sich kontinuierlich auch mit den Patienten befaßt, sollen ihre Ergebnisse den Menschen in der medizinischen Praxis durch treffsichere Methoden der Diagnose, neue Möglichkeiten der Prävention und Therapie zugute kommen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst, dessen Strukturen und Aufgabenfelder wir in einem gerade laufenden Gutachten prüfen, wird sich künftig sicher mehr in den Bereichen der Gesundheitsförderung und der Umweltmedizin, d.h. des Schutzes der Bevölkerung vor umweltbedingten Gesundheitsrisiken, engagieren müssen

Gesundheitsförderung einschließlich der Herstellung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen kann nicht nur Aufgabe eines einzelnen Fachressorts sein, sondern betrifft alle Politikfelder, ob es sich um Wohnen oder Verkehr, Stadtentwicklung, Umwelt oder Bildung handelt. Aus unseren Untersuchungen wissen wir, daß die Berliner ihre Gesundheit zwar hoch einschätzen, sich aber nicht immer danach verhalten. Wir wollen ihnen dabei helfen, im Alltag, wo immer sie selbst es beeinflussen können, auch gesundheitsbewußt zu leben.

Dem Jahresgesundheitsbericht 1991 wünsche ich - über Fachkreise hinaus - viele aufmerksame Leser.



Dr. Peter Luther

Senator für Gesundheit

Jahresgesundheitsbericht 1991**Inhaltsübersicht (Kurzform)***- für den eiligen Leser -*

Inhalt	Seite
Vorwort	3
0. Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht	21
1. Bevölkerung	25
2. Geburten und Schwangerschaftsabbrüche	53
3. Gesundheitszustand	83
-3.1 Mortalität	84
-3.2 Morbidität	115
4. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	163
-4.1 Gesundheitsvorsorge	165
-4.2 Gesundheitsförderung	210
-4.3 Selbsthilfegruppen	223
5. Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt	225
-5.1 Umweltmedizin	226
-5.2 Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen	256
6. Arzneimittel-, Apotheken- und Gefahrstoffwesen	271
7. Ambulante ärztliche Versorgung: Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin	279
8. Ambulante pflegerische Versorgung	295
9. Polikliniken	313
10. Krankenhäuser, Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	323
11. Heilberufskammern Berlins	365
-11.1 Ärztekammer	366
-11.2 Zahnärztekammer	381
12. Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen	385
13. Leistungs- und Mitgliederstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung	415
14. Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger	431

Jahresgesundheitsbericht

1991

	Inhalt	Seite
	Vorwort	3
0.	Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht	21
1.	Bevölkerung	25
1.0	Erläuterungen	26
1.1	Vorbemerkung	28
1.2	Bevölkerungsstand, -struktur und -entwicklung	28
1.2.1	Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Alter, Geschlecht, Nichtdeutschen	34
1.2.2	Durchschnittsbevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen	35
1.2.3	Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen	36
1.2.4	Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1990 nach Altersgruppen	37
1.2.4.1	- in Berlin (West)	37
1.2.4.2	- in Berlin (Ost)	38
1.2.5	Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 nach Bezirken und Alter	39
1.2.5.1	- in Berlin (West)	39
1.2.5.2	- in Berlin (Ost)	40
1.2.6	Wanderungen je 1 000 Einwohner 1990 in Berlin (West) und (Ost)	41
1.2.7	Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1990	42
1.2.7.1	- in Berlin (West) bei Deutschen und Nichtdeutschen	42
1.2.7.2	- in Berlin (Ost) insgesamt	42
1.2.8	Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost)	
	- Altersgruppen	43
1.2.9	- Frauenquote	44
1.2.10	Ausländer 1990 in Berlin (West) und (Ost)	45
1.2.11	Eheschließungen und geschiedene Ehen 1960 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)	46
1.2.12	Lebendgeborene 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Bezirken	47
1.2.13	Generatives Verhalten 1990 in Berlin (West) und (Ost)	48
1.2.14	Totgeborene 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Bezirken	49

1 3	Lebensqualität	50
1.3.1	Bevölkerung in Privathaushalten nach monatlichem Haushaltseinkommen 1990 in Berlin (West)	50
1 3 2	Empfänger von "Hilfe zum Lebensunterhalt" außerhalb von Einrichtungen 1990 in Berlin (West) und (Ost)	51
2.	Geburten und Schwangerschaftsabbrüche	53
2.0	Erläuterungen	54
2.1	Vorbemerkung	55
2.2	Entbindungen 1990	55
2.2.1	Klinische und außerklinische Entbindungen	
2.2.1.1	- in Berlin (West)	55
2.2.1.1.1	- Entbindungen und Geborene	58
2.2.1.1.2	- Klinische Entbindungen	59
2.2.1.1.3	- Außerklinische Entbindungen	60
2.2.1.1.4	Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1990 in Berlin (West)	61
2.2.1.2	- in Berlin (Ost)	62
2.2.1.2.1	- Entbindungen	63
2.3	Geborene 1990	64
2.3.1	- in Berlin (West)	64
2.3.1.1	- klinisch	64
2.3.1.2	- außerklinisch	65
2.3.2/2.3.2.1	- in Berlin (Ost)	66
2.4	Fehlbildungen bei Neugeborenen 1990	67
2.4.1	- in Berlin (West)	67
2.4.1.1	- Neugeborene mit Fehlbildungen	68
2.4.1.2	- festgestellte Fehlbildungen	69
2.4.1.3	- Fehlbildungen 1984 - 1990	70
2.4.2	- in Berlin Ost	71
2.4.2.1	- festgestellte Fehlbildungen	71
2.5	Fehlgeburten 1990	72
2.5.1	- in Berlin (West)	72
2.5.1.1	- nach Dauer der Schwangerschaft und Alter der Schwangeren	73
2.5.1.2	- nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen	74
2.5.2	- in Berlin (Ost)	75
2.5.2.1	- nach Alter, Familienstand der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft	75
2.6	Schwangerschaftsabbrüche 1990	75
2.6.1	- in Berlin (West)	75
2.6.1.1	- Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche 1975 - 1990	76
2.6.1.2	- 1990 nach Dauer der Schwangerschaft, Alter der Schwangeren und Ort des Eingriffs	78
2.6.1.3	- nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen	79
2.6.2	- in Berlin (Ost)	80
2.6.2.1	- Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1990	80

3.	Gesundheitszustand	83
3.1	Mortalität	84
3.1.0	Erläuterungen	84
3.1.1	Vorbemerkung	85
3.1.2	Allgemeine Sterblichkeit	86
3.1.2.1	- in Berlin (West)	86
3.1.2.1.1	- Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 nach Altersgruppen und Bezirken absolut und je 1.000 Einwohner	87
3.1.2.1.2	- nach Altersgruppen absolut und je 10.000 Einwohner	88
3.1.2.1.3	- 1960 - 1990 nach Bezirken	89
3.1.2.2	- in Berlin (Ost)	90
3.1.2.2.1	- Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 nach Altersgruppen und Bezirken - absolut und Sterbeziffern	90
3.1.2.2.2	- 1960 - 1990 nach Bezirken	91
3.1.3	Todesursachenspezifische Sterblichkeit	92
3.1.3.1	- in Berlin (West)	93
3.1.3.1.1	- Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken	93
3.1.3.1.2	Sterbefälle an	
	- AIDS 1986 - 1990	95
3.1.3.1.3	- Tuberkulose 1970 - 1990	95
3.1.3.1.4	- Medikamenten- und Drogenabhängigkeit 1980 - 1990	97
3.1.3.2	- in Berlin (Ost)	98
3.1.3.2.1	- Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken	98
3.1.3.2.2	Sterbefälle an	
	- akutem Myokardinfarkt und an zerebrovaskulären Krankheiten 1989 und 1990	99
3.1.4	Säuglingssterblichkeit	101
3.1.4.1	- im internationalen Vergleich	101
3.1.4.2	- in der ehemaligen DDR 1986 - 1989	102
3.1.4.3	- im früheren Bundesgebiet 1960 - 1990	102
3.1.4.4	- in Berlin (West)	103
3.1.4.4.1	- 1981 - 1990 nach Bezirken auf 1.000 Lebendgeborene	103
3.1.4.4.2	- Geborene, Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1988 - 1990 nach Bezirken	104
3.1.4.4.3	- Gestorbene im 1. Lebensjahr 1990 nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen	105
3.1.4.4.4	- 1985 - 1990	106
3.1.4.4.5	- 1990 bis unter 2.500 g	107
3.1.4.5	- in Berlin (Ost)	107
3.1.4.5.1	- 1981 - 1990 nach Bezirken auf 1.000 Lebendgeborene	108
3.1.4.5.2	- Geborene, Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1988 - 1990 nach Bezirken	109
3.1.4.5.3	- Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1990	110
3.1.4.5.4	- Gestorbene im 1. Lebensjahr 1990 nach Bezirken und Geschlecht	110
3.1.4.5.5	- 1990 bis unter 2.500 g	111
3.1.5	Müttersterblichkeit	111
3.1.6	Selbstmorde in Berlin	111
3.1.6.1	- 1990	112

3.1.6.2	- 1980 - 1990 nach Altersgruppen in Berlin (West)	113
3.1.6.3	- 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Altersgruppen	113
3.1.6.4	- 1980 - 1990 nach Altersgruppen absolut und je 10.000 in Berlin (West)	114
3.1.6.5	- bei über 70jährigen 1990 in Berlin (West)	114
3.2	Morbidität	115
3.2.0	Erläuterungen	115
3.2.1	Vorbemerkung	115
3.2.2	Inzidenz von Infektionskrankheiten	117
3.2.2.1	Meldepflichtige Krankheiten	117
3.2.2.1.1	- in Berlin (West)	118
3.2.2.1.2	- in Berlin (Ost)	119
3.2.2.1.3	- in Berlin insgesamt	120
3.2.2.1.3.1	- 1981 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) je 10.000 der Bevölkerung	120
3.2.2.1.3.2	- 1990 nach Bezirken je 10.000 der Bevölkerung	121
3.2.2.1.3.3	- 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost) je 10.000 der Bevölkerung	122
3.2.2.2	Tuberkulose 1990	123
3.2.2.2.1	- in Berlin (West)	123
3.2.2.2.1.1	- Inzidenzraten 1990 nach Alter	124
3.2.2.2.2	- in Berlin (Ost)	125
3.2.2.2.2.1	- Zugänge 1981 - 1990 absolut und je 10.000 der Bevölkerung	125
3.2.2.2.2.2	- Inzidenzraten 1990 nach Altersgruppen je 10.000 der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung	126
3.2.2.2.3	- in Berlin insgesamt	127
3.2.2.2.3.1	- Inzidenz 1990 nach Bezirken absolut und je 10.000 der Bevölkerung	127
3.2.2.2.3.2	- Gemeldete Fälle nach Lokalisation absolut und je 10.000 der Bevölkerung	127
3.2.2.3	Entwicklung der Geschlechtskrankheiten 1990	128
3.2.2.3.1	- in Berlin (West)	128
3.2.2.3.1.1	- Neuerkrankungen 1980 - 1990 nach Alter und Geschlecht (Bundesstatistik)	129
3.2.2.3.2	- in Berlin (Ost)	130
3.2.2.3.2.1	- Neuerkrankungen 1980 - 1990 nach Alter und Geschlecht	131
3.2.2.4	AIDS in Berlin 1990/91	132
3.2.2.5	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991 zur subjektiven Morbidität der Bevölkerung	135
	- Stellenwert von Gesundheit	135
	- Morbiditätslage zu ausgewählten Krankheitsgruppen	136
	- Diabetes mellitus	137
	- Herz-Kreislauf-Krankheiten	138
	- Krankheiten des Atmungssystems, Hautkrankheiten und Allergien	139
3.2.2.6	Straßenverkehrsunfälle 1990 in Berlin	142
3.2.2.6.1	- 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost)	143
3.2.2.6.2	- 1990 in Berlin (West) und (Ost) verunglückte Personen	
	- unter 15 und über 65 Jahren	143

3.2.2.6.3	- unter 15 Jahren (Fußgänger und Radfahrer)	144
3.2.2.7	Ausgewählte Aspekte zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen	144
3.2.2.7.1	Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes	145
3.2.2.7.1.1	- untersuchte Jugendliche	146
3.2.2.7.1.2	- Entwicklung der Anzahl funktionsmindernder Befunde bei Jugendlichen der entsprechenden Schulentlassungsuntersuchungsjahre	146
3.2.2.7.1.3	- Fettsucht nach Schulzweigen	147
3.2.2.7.1.4	- Befunde ausgewählter Organgruppen	148
3.2.2.7.1.5	- am häufigsten angegebene Gefährdungsvermerke	149
3.2.2.8	Herz-Kreislauf-Präventionsstudie an Zehlendorfer Kindern und Jugendlichen	150
3.2.2.8.1	- Gesamtcholesterin	150
3.2.2.8.1.1	- Häufigkeit der Gesamtcholesterinwerte unter Berücksichtigung bestimmter Grenzwerte	150
3.2.2.8.1.2	- Cholesterinwerte unter Berücksichtigung der Einnahme oraler Kontrazeptiva bei Mädchen ab dem 15. Lebensjahr	151
3.2.2.8.2	- Blutdruck	151
3.2.2.8.2.1	- Blutdruckverhalten bei Jungen und Mädchen	151
3.2.2.8.3	- Ernährungszustand	152
3.2.2.8.3.1	- Häufigkeit des Übergewichts unter Berücksichtigung verschiedener Gewichtsdefinitionen	152
3.2.2.8.3.2	- Blutdruckverhalten unter Berücksichtigung des Ernährungszustandes nach DGE-Diagramm	152
3.2.2.8.3.3	- Häufigkeitsverteilungen verschiedener Übergewichtsdefinitionen in den einzelnen Altersgruppen	153
3.2.2.8.4	- Rauchen	153
3.2.2.8.4.1	- Prozentuale Häufigkeit der Raucherinnen und Raucher in den verschiedenen Altersgruppen	153
3.2.2.8.4.2	- 15 bis 21 Jahre nach verschiedenen Schultypen	154
3.2.2.8.5	- Angaben aus der Familienanamnese	154
3.2.3	Berufskrankheiten (BK) 1991	155
3.2.3.1	Begutachtete Berufskrankheiten	
	- in Berlin (West)	156
3.2.3.2	- in Berlin (Ost)	158
3.2.3.3	Rangfolge der Inzidenz von Berufskrankheiten 1990/91	
	- in Berlin (West)	159
3.2.3.4	- in Berlin (Ost)	160
4.	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	163
4.0	Vorbemerkung	164
4.1	Gesundheitsvorsorge	165
4.1.1	Eheberatung, Familienplanung und Schwangerenberatung 1990	165
4.1.1.1	Sozialmedizinischer Dienst (SMD) der Bezirksämter	165
4.1.1.1.1	Schwangerenberatung 1990 in Berlin (West)	166
4.1.1.1.2	Familienplanungsberatung, Beratung nach § 218 StGB sowie Ehe-, Sexual- und Partnerberatung 1990 in Berlin (West)	168

4.1.1.2	Beratungsangebote durch Einrichtungen freier Träger 1990 in Berlin (West)	169
4.1.1.2.1	Beratungen durch PRO FAMILIA 1989 und 1990 in Berlin (West)	170
4.1.1.3	Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB in Berlin (West)	171
4.1.1.3.1	- Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen	172
4.1.1.3.2	- Alter und Familienstand der Beratenen und Abbruchgründe	174
4.1.1.3.3	- Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand der Beratenen und Abbruchgründe	175
4.1.2	Beratungsstellen für Risikokinder 1990 in Berlin (West)	176
4.1.2.1	- Erst- und Wiedervorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern	177
4.1.3	Jugendgesundheitsdienst 1990	178
4.1.3.1	- Säuglinge und Kleinkinder 1990 in Berlin (West)	178
4.1.3.1.1	- Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern	179
4.1.3.2	- Schüler 1990 in Berlin (West)	179
4.1.3.3	- Kinder- und Jugendpsychiatrie 1990 in Berlin (West)	184
4.1.4	Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege 1990 in Berlin	185
4.1.4.1	Zahnärztlicher Dienst 1990 in Berlin (West)	185
4.1.4.1.1	- Primärprophylaxe	188
4.1.4.1.2	- Zahnärztliche Leistungen	189
4.1.4.2	Jugendzahnpflege 1989/1990 in Berlin (Ost)	190
4.1.4.2.1	- Zahnstatus der betreuten Kinder und Jugendlichen sowie Präventivmaßnahmen der Ambulanten Stomatologie	191
4.1.5	Impfwesen	192
4.1.5.1	Empfohlene Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen 1990	192
4.1.5.1.1	Impfkalender der Berliner Gesundheitsämter	193
4.1.5.1.2	Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen durch bezirkliche Impfstellen 1990 in Berlin	194
4.1.5.2	Landesinstitut für Tropenmedizin (LITrop)	195
4.1.6	Schirmbildstellen 1990	196
4.1.6.1	- wertbare Aufnahmen 1984 - 1990 in Berlin (West)	197
4.1.6.2	- Aufnahmen, Verdachtsfälle und Untersuchungsergebnisse 1990 in Berlin (West)	198
4.1.7	Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonal- toxikologie 1990 in Berlin (West)	199
4.1.8	Sportmedizin	202
4.1.9	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991	202
4.1.9.1	- Inanspruchnahme von Maßnahmen ärztlicher Gesundheits- beratung in den letzten 12 Monaten	204
4.1.9.2	- Genutzte Therapie und Interesse für Angebote der Gesund- heitsförderung und -beratung	209
4.2	Gesundheitsförderung	210
4.2.1	Beratung für Behinderte	210
4.2.1.1	Beratungsstellen für Behinderte 1990 in Berlin (West)	210
4.2.1.1.1	- Zugänge nach Art der Behinderung und Bezirken	210
4.2.1.1.2	- Zugänge nach Art der Behinderung und Alter 1984 - 1990	211
4.2.1.1.3	- Bestand am 31.12. nach Art der Behinderung und Bezirken	212
4.2.1.1.4	- Bestand am 31.12. nach Alter und Art der Behinderung	213
4.2.1.2	Orthopädische Beratungsstellen 1990 in Berlin (Ost)	213
4.2.1.2.1	- Bestand, Zugänge und Abgänge betreuter Behinderter	214

4.2.2	Gesundheitshilfe für Krebskranke	
	- Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter in Berlin (West) 1990	214
4.2.2.1	- Zugänge und Bestand	215
4.2.3	Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - 1990 in Berlin (West)	215
4.2.4	Tuberkulose 1990 (s. 3.2.2.2)	216
4.2.5	Psychiatrische Versorgung	216
4.2.5.1	Psychiatrieplanung in Berlin	216
4.2.5.2	Sozialpsychiatrische Dienste 1990 in Berlin (West)	219
4.2.5.2.1	- Zugänge nach Diagnosen und Alter	220
4.2.5.3	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991	221
4.2.6	Beratungsstellen für Alkoholkranke 1990 in Berlin (West)	221
4.2.6.1	- betreute Personen, Einzelbetreuung, Gruppenarbeit	222
4.3	Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich	223
5.	Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt	225
5.0	Erläuterungen	226
5.1	Umweltmedizin in Berlin - ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren	226
5.1.1	Gesetzliche Grundlagen	231
5.1.2	Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin 1990/91	231
5.1.2.1	Bodennahes Ozon	232
5.1.2.2	Untersuchungen auf Verunreinigungen in Muttermilch	233
5.1.2.2.1	- in Berlin (West) 1988 - 1990 in mg/kg Milchfett	233
5.1.2.3	Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser	237
5.1.2.4	Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser	239
5.1.2.5	Untersuchungen von Badegewässern	241
5.1.2.6	Schadstoffbelastungen von Deckmaterialien und Spielsand auf Spiel-, Bolz- und Sportplätzen	243
5.1.2.7	Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Dichtungsmassen	245
5.1.3	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991	246
5.1.4	Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	249
5.1.4.1	Schädlingskunde, Schädlingsberatung einschließlich Pestizidanwendung	249
5.1.4.2	Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter	250
5.1.4.2.1	- Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten 1990 in Berlin (West)	252
5.1.4.2.2	- Entwesungsmaßnahmen 1990 in Berlin (West) nach Bezirken	253
5.1.4.3	Bekämpfung des Kopflausbefalls 1990	254
5.1.4.3.1	- Maßnahmen der Gesundheitsämter in Berlin (West)	254
5.1.4.4	Vernichtungsmaßnahmen bei Rattenbefall 1990 in Berlin (West) nach Bezirken und Objekten	255

5.2	Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen	256
5.2.1	Lebensmittelüberwachung 1990 in Berlin	256
5.2.1.1	Amtliche tierärztliche Lebensmittelüberwachung durch die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter 1990 in Berlin (West)	257
5.2.2	Untersuchungen von Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen durch das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arznei- mittel und Tierseuchen Berlin (LAI) 1990	258
5.2.2.1	- Untersuchte Proben nach Produktgruppen 1990	261
5.2.2.2	- Beanstandungsgründe 1990 nach Produktgruppen	263
5.2.3	Tierseuchendiagnostik	266
5.2.4	Medizinaluntersuchungswesen vom 1.10.1990 bis 30.9.1991	266
5.2.5	Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (GerMed) 1990	269
6.	Arzneimittel-, Apotheken- und Gefahrstoffwesen	271
6.0	Erläuterungen	272
6.1	Arzneimittelwesen 1990	273
6.1.1	Am Notdienst teilnehmende Apotheken in Berlin nach Bezirken - Stand: 5.12.1991 -	273
6.2	Arzneimitteluntersuchungen und Gefahrstoffwesen	274
6.3	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:	276
6.3.1	Anwendung von Medikamenten in der Bevölkerung	276
6.3.1.1	Keine Medikamenteneinnahme in den letzten 3 Monaten	277
6.3.1.2	Häufig verwendete Medikamente/Präparate	278
7.	Ambulante ärztliche Versorgung: Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin	279
7.1	Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV)	280
7.1.1	An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte	282
7.1.1.1	nach Teilnahmeform und Bezirken - Stand: 1.1.1992 -	
	- in Berlin (West)	282
7.1.1.2	- in Berlin (Ost)	282
7.1.1.3	Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrich- tungen und Krankenhausfachambulanzen nach Fachgruppen - Stand: 1.1.1992 - in Berlin (Ost)	283
7.1.1.4	Leistungen	283
7.1.1.5	Arztzahlenentwicklung in Berlin (West)	285
7.1.1.5.1	An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Berlin (West) 1982 - 1992 (Stand: 1.1.)	
	- Teilnahmeform: Zulassung (KV Berlin)	285
7.1.1.5.2	- Teilnahmeform: Zulassung und Ermächtigung (KV Berlin)	286
7.1.2	Bedarfsplanung	287
7.1.2.1	Versorgungsgrad im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - Berlin (West) insgesamt 1980, 1985 - 1991 (Stand: 31.12.)	288
7.1.2.2	- Berlin (West) nach Bezirken am 31.12.1991	288
7.1.3	Fahrender Kassenärztlicher Notfalldienst	289

7.1.3.1	Abgerechnete Fälle des Notfalldienstes 1980 - 1. Hj. 1991	289
7.1.4	Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin	289
7.1.4.1	Fallzahlen in den 3 Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin 1984 - 3. Quartal 1991	290
7.2	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:	290
7.2.1	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Berlin	290
7.2.2	Häufigkeit ärztlicher Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	290
8.	Ambulante pflegerische Versorgung	295
8.1	Sozialstationen	296
8.1.0	Vorbemerkung	296
8.1.1	Häusliche Krankenpflege	296
8.1.2	Hauspflege	297
8.1.3	Sozialarbeit	298
8.1.4	Familienpflege	298
8.1.5	Ergänzende Angebote	299
8.1.5.1	Krankenpflegenotfalldienst "Häusliche Krankenpflege rund um die Uhr"	299
8.1.5.2	Psychogeriatrische Pflege	300
8.1.5.3	Pflegende Angehörige	300
8.1.5.4	Geriatrische Rehabilitation	301
8.1.5.5	Betreuung von AIDS-Kranken	301
8.1.5.6	Projekt "Beratungspfleger"	302
8.1.5.7	Mobilitätshilfen	303
8.1.5.8	Baulich-räumliche Ausstattung	303
8.1.6	Häusliche Kinderkrankenpflege	304
8.2	Private Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege	304
8.3	Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung	304
8.4	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:	307
8.4.1	Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung	307
8.4.2	Bekanntheit und Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Einrichtungen und Dienste	308
8.4.2.1	- bei über 60 Jahre alten Personen in Berlin (West) und (Ost)	309
8.4.3	Familiäres Hilfefpotential	310
8.4.4	Inanspruchnahme von Pflege und Hilfe durch ältere Berliner	311
8.4.4.1	Angaben (in %) durch 60jährige und ältere Personen in Berlin insgesamt zur Frage "Durch wen erhalten Sie derzeit Pflege, Hilfe oder Unterstützung?"	311
9.	Polikliniken	313
9.1	Polikliniken und Ambulatorien in Berlin (Ost)	314
9.2	Entwicklung der Beschäftigten in den ambulanten Gesund- heitseinrichtungen von Berlin (Ost)	315
9.2.1	Personal in ambulanten ärztlichen Gesundheitseinrichtungen am 31.12.1990	315
9.2.1.1	Fach(Gebiets-)ärzte in ambulanten Einrichtungen am 31.12.1990 in Berlin (Ost)	315
9.2.1.2	Ambulant tätige Fachärzte am 31.12.1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken	316

9.2.1.3	Ausgewählte Betreuungsgrade für Fachärzte am 31.12.1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken	317
9.2.2	Personal in kommunalen ambulanten medizinischen Gesund- heitseinrichtungen in Berlin (Ost)	317
9.2.2.1	- Entwicklung der Beschäftigten 1991 nach Bezirken, insgesamt, alle staatlichen Angestellten	318
9.2.2.2	- Entwicklung des ärztlichen Personals 1991 nach Bezirken	318
9.2.2.3	- Entwicklung des nichtärztlichen Personals 1991 nach Bezirken	319
9.2.2.4	Übersicht über niedergelassene Ärzte, die früher in kommunalen Einrichtungen angestellt waren, 1991 in Berlin (Ost) nach Bezirken	319
9.3	Ärztehäuser und Gesundheitlich-Soziale Zentren	320
9.4	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991	321
10.	Krankenhäuser, Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	323
10.0	Erläuterungen	324
10.1	Krankenhäuser	326
10.1.0	Vorbemerkung	326
10.1.1	Gliederung und Struktur des stationären Versorgungsangebotes am 31.12.1990	327
10.1.1.1	Krankenhäuser und Krankenhausbetten am 31.12.1990 in Berlin nach Trägern und Fachdisziplinen (Krankenhausrahmenplan 1991)	328
10.1.1.2	Die regionale Verteilung des Versorgungsangebotes	330
10.1.1.3	Krankenhäuser und Betten nach Versorgungsstufen	331
10.1.1.3.1	- am 31.12.1990	332
10.1.1.4	Sonderkrankenhäuser	334
10.1.1.4.1	Betten-IST-Werte über alle Sonderkrankenhäuser nach Trägern und Fachdisziplinen in Berlin am 31.12.1990	335
10.1.2	Krankenhausrahmenplan 1991	335
10.1.3	Ausgewählte Merkmale und Ergebnisse der Krankenhaus- statistik (KHStatV)	337
10.1.3.1	Krankenhäuser und Bettengrößenklassen	337
10.1.3.2	Fachabteilungen in Krankenhäusern	337
10.1.3.2.1	- in Berlin insgesamt	338
10.1.3.3	Patienten und Pflagetage	338
10.1.3.3.1	- 1990 in Berlin (West) und (Ost)	339
10.1.3.4	Patienten nach ausgewählten Fachabteilungen	339
10.1.3.4.1	- 1990 in Berlin insgesamt	339
10.1.3.5	Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)	340
10.1.3.6	Entwicklung der Auslastung in ausgewählten Fachabtei- lungen 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)	341
10.1.3.7	Entwicklung globaler Indikatoren stationärer Krankenhaus- versorgung	342
10.1.4	Das duale System der Krankenhausfinanzierung	344
10.1.4.1	Fördermittel des Landes Berlin	344
10.1.4.1.1	Gewährte Fördermittel nach KHG/LKG 1990 in Berlin (West) zum 31.12.1990 nach Förderungsan- sprüchen und Trägern	346

10.1.4.1.2	Gewährte Fördermittel nach KHG/LKG 1991 in Berlin (Ost) zum 31.10.1991 nach Förderungsansprüchen und Trägern	347
10.1.4.1.3	Geförderte Krankenhäuser und Krankenhausbetten in Berlin (West) 1991 nach Trägern und Versorgungsstufen	347
10.1.4.1.4	Geförderte Krankenhäuser und Krankenhausbetten in Berlin (Ost) 1991 nach Trägern und Versorgungsstufen	348
10.1.4.2	Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1990/91	348
10.1.4.2.1	Verhandelte und vereinbarte	
	- Budgets 1991	349
10.1.4.2.2	- Berechnungstage 1991	350
10.1.4.2.3	- Pflegesätze 1991	350
10.1.5	Umlandversorgung	351
10.1.5.1	Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland	
	- nach ausgewählten Einrichtungen 1991	351
10.1.5.2	- nach Trägern 1991	352
10.1.5.3	- nach Versorgungsstufen 1991	353
10.1.5.4	- in Krankenhäusern in Berlin (Ost) 1989 - 1991	354
10.1.6	Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991	355
10.2	Krankenheime	356
10.3	Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	357
10.3.1	Blutspendedienste 1990	357
10.3.2	Rettungswesen	358
10.3.2.1	Einsätze der Notarztwagen und des Rettungshubschraubers 1990 in Berlin (West)	
	- nach Einsatzdauer	359
10.3.2.2	- nach Entfernung sowie Transporte	360
10.3.2.3	- nach der Anmarschzeit	361
10.3.2.4	Geleistete Einsätze im Rettungswesen in Berlin (Ost) 1990	362
10.3.3	Ausstattung der Krankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten	362
10.3.3.1	Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten am 31.12.1990 in Berlin	362
11.	Heilberufskammern Berlins	365
11.1	Ärzttekammer Berlin	366
11.1.1	Aufgaben	366
11.1.2	Die ärztliche Weiterbildung	366
11.1.2.1	Geschichte der Weiterbildungsordnung	366
11.1.2.2	Wem dient die geführte Weiterbildungsbezeichnung?	368
11.1.2.3	Der Zusammenhang zwischen Ausbildung und Weiterbildung	370
11.1.2.4	Wo wird weitergebildet, durch wen, für wen?	370
11.1.2.5	Kriterien der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärztekammer	371
11.1.2.6	Unterschiede der Weiterbildungsordnung/West zur Facharztordnung /Ost	372
11.1.2.7	Die EG-Regelungen	373
11.1.2.8	Die Ärztekammer-Empfehlung 1992 für eine neue (Muster-) Weiterbildungsordnung	376
11.1.2.9	Resümee und Ausblick	380

11.2	Zahnärztekammer Berlin	381
11.2.1	Aufgaben	381
11.2.2	Zahnärzte am 31.12.1991 in Berlin	382
11.2.2.1	Mitglieder der Zahnärztekammer Berlin am 31.12.1991	382
11.2.2.2	- Gebietsbezeichnungen	382
11.2.3	Weiterbildungsstätten/Ausbildungsassistenten am 31.12.1991 in Berlin (West)	383
11.2.4	Fortbildungseinrichtung	383
11.2.5	Zuständige Stelle für Berufsausbildung	383
11.2.6	Versorgungseinrichtung	383
12.	Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen	385
12.0	Erläuterungen	386
12.1	Berufe und Beschäftigungsbereiche	387
12.1.1	Ärzte	387
12.1.1.1/	- Berufstätige 1980, 1985 und 1990 (31.12.)	387
12.1.1.1.1	nach Art der Tätigkeit und Geschlecht	389
12.1.1.2	Stationärer Bereich/Krankenhäuser	389
12.1.1.3	Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte	390
12.1.1.3.1	- am 31.12.1990 in Berlin (West) nach Gebietsbezeichnungen und Bezirken	391
12.1.1.3.2	Einwohner je niedergelassenen Arzt 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West) nach Bezirken	392
12.1.1.3.3	Niedergelassene Ärzte der Primärversorgung 1980, 1985 und 1990 (31.12.)	393
12.1.2	Zahnärzte	393
12.1.2.1	- Berufstätige 1980, 1985 und 1990 (31.12.)	394
12.1.2.2	Einwohner je niedergelassenen Zahnarzt 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West) nach Bezirken	394
12.1.3	Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich	395
12.1.3.1	Hebammen und Entbindungspfleger	395
12.1.3.1.1	- Berufstätige 1980, 1985 und 1990 (31.12.)	395
12.1.3.2	Berufe der Krankenpflege und Altenpflege	395
12.1.4	Personal in den Gesundheitsämtern	396
12.1.4.1	Fachpersonal der Gesundheitsämter 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West)	396
12.1.5	Personal in den Apotheken	398
12.1.5.1	In Apotheken und sonstigen Bereichen Beschäftigte 1989 und 1990 (31.12.) nach Berufsgruppen	398
12.2	Ausbildung im Gesundheitswesen	399
12.2.1	Prüflinge und Prüfungsergebnisse	399
12.2.1.1	- in Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie 1985, 1988, 1989 und 1990 in Berlin (West)	399
12.2.1.2	Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wieder- holungsprüflinge) 1987 - 1990 in Berlin (West)	400
12.2.2	Neuer Medizinalfachberuf "Kardiotechniker"	400
12.2.3	Erteilte Approbationen / Berufserlaubnisse 1985 - 1990 in Berlin (West)	401
12.2.4	Entwicklung der Ausbildungsplatzsituation an Schulen für Medizinalfachberufe 1985 - 1991 in Berlin (West)	402
12.3	Fort- und Weiterbildung	403

12.3.1	- im Bereich der Kranken- und Altenpflege	403
12.3.1.1	Möglichkeiten der Umschulung bzw. Anpassungs- qualifizierung für Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes	405
12.3.1.2	Ausbildung zum staatlich anerkannten Altenpfleger	405
12.3.1.3	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Gesundheit für die Pflegeberufe 1991	406
12.3.1.3.1	- Fortbildung 1991	406
12.3.1.3.2	- Weiterbildung 1991	407
12.3.2	- in den Medizinalfachberufen	409
12.3.2.1	- Fortbildung	409
12.3.2.2	- Weiterbildung	410
12.3.3	Veranstaltungen der Akademie für Arbeits- und Umwelt- medizin Berlin	410
12.3.4	Veranstaltungen der Senatsverwaltung für Soziales für Mitarbeiter der sozialmedizinischen Bereiche 1990	412
12.3.4.1	- Weiterbildung 1990	412
12.3.4.2	- Fortbildung 1990	413
13.	Leistungs- und Mitgliederstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung	415
13.1	Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen	416
13.2	Organisation und Struktur der GKV	416
13.3	Die Absicherung des Pflegefallrisikos in der Diskussion	418
13.4	Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin	420
13.4.1	Entwicklung der Mitgliederzahlen der Berliner Krankenkassen 1980, 1989 und 1990 in Berlin (West)	420
13.4.2	Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung 1982 und 1990 in Berlin (West)	421
13.4.3	Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1982, 1989 und 1990 in Berlin (West)	422
13.4.4	Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989 und 1990 in Berlin (West)	423
13.4.5	Bevölkerung 1990 nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben in Berlin (West)	424
13.4.6	Erwerbstätige mit zusätzlicher privater Krankenversicherung 1982 und 1990 in Berlin (West)	425
13.5	Entwicklung der Beitragssätze und Grundlohnsummen	425
13.6	Ausgaben und Leistungen	426
13.6.1	Entwicklung der Ausgaben	426
13.6.2	Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten der landesun- mittelbaren Berliner Krankenkassen 1989 und 1990 (Pro-Kopf-Werte)	427
13.6.2.1	- AOK Berlin	427
13.6.2.2	- BKK Berlin	428
13.6.2.3	- VIKK Berlin	429
14.	Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger	431
14.0	Vorbemerkung	432
14.1	Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfe- gesetz (BSHG) 1989/1990 in Berlin (West)	434
14.1.1	Ausgaben nach Hilfearten	434

14.1.2	Durchschnittliche Belegung ausgewählter Einrichtungen mit pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern 1988 - 1990	435
14.1.3	Fallzahlen	435
14.1.3.1	Entwicklung der Fallzahlen 1989/1990 nach Hilfearten	436
14.2	Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG-Kriegsopferfürsorge)	437
14.2.1	Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG-KOF 1990	437
14.3	Pflegegelder und Sachleistungen nach dem Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG)	438
14.3.1	Pflegegelder, Sachleistungen, Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG 1988 -1990	440
	Anhang	441
	- Zuordnung ausgewählter Merkmale des AGLMB-Indikatorensatzes zu den entsprechenden Kapiteln des Jahresgesundheitsberichtes 1991	442
	- Diskussionspapiere	444

O. Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht

Mit dem Jahresgesundheitsbericht 1989/90 wurde erstmals ein Gesundheitsbericht für Berlin insgesamt vorgelegt, in dem Strukturdaten des Gesundheitswesens beider Stadthälften gegenübergestellt wurden. Durch die Vereinigung Deutschlands ist das Bundesland Berlin, da hier in einer Stadt zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme aufeinandertreffen und vereinheitlicht werden müssen, von besonderem Maße betroffen. Diese Entwicklung schlägt sich auch im Bereich der Gesundheitsberichterstattung, in diesem Fall im Jahresgesundheitsbericht 1991, nieder.

Der Berichtszeitraum 1990/91 ist gekennzeichnet durch eine Phase des *Umbruchs und der Neustrukturierung des Gesundheitswesens* in den östlichen Bezirken. Vorrangiges Problem war die Sicherstellung und Reorganisation der gesundheitlichen Versorgung im stationären und insbesondere auch im ambulanten Bereich. Da auch ein bezirklicher öffentlicher Gesundheitsdienst erst im Entstehen begriffen war und Basismaterialien über soziale und demographische Strukturen - wenn überhaupt - erst sehr spät zu erhalten waren, fehlten wesentliche Datenquellen, um im Rahmen früherer Berichterstattung über die gesundheitliche Lage der Menschen sowie über das breite Spektrum von Einrichtungen und Leistungen insbesondere in den östlichen Bezirken berichten zu können.

Innerhalb der Gesundheitspolitik sind jedoch Entscheidungen - auch bedingt durch das Zusammenwachsen der beiden Stadthälften Berlins - über neue Schwerpunkte und Zielperspektiven erforderlich, dafür müssen differenzierte Informationen über die soziale und gesundheitliche Situation der Bevölkerung bereitgestellt werden. Informationen zum Themenfeld Gesundheitszustand, die durch die Komplexe Gesundheit, Morbidität, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Mortalität beschrieben werden können, sind trotz vielfältiger neuerer Ansätze auf Bundes- und Landesebene seit Jahren defizitär.

Um das wachsende Informationsbedürfnis der politischen Entscheidungsträger, unterschiedlicher Fachebenen und der interessierten Öffentlichkeit dennoch angemessen abdecken zu können, hat Berlin verschiedene *neue Instrumentarien* entwickelt; so kann sich nunmehr die Gesundheitsplanung in Berlin eines erweiterten Spektrums der Gesundheitsberichterstattung bedienen, das zu einer rationalen Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen beitragen kann:

- *Indikatorenansatz und Berliner Gesundheitsberichterstattung*
- *Survey*
- *Gesundheitsbarometer*

Zu Indikatorenansatz und Berliner Gesundheitsberichterstattung:

Mit dem vorliegenden Jahresgesundheitsbericht wird einerseits eine 1986 begonnene und in den folgenden Jahren weiterentwickelte Neukonzeption der Gesundheitsberichterstattung fortgeführt, denn sie ist als kontinuierlicher Informationsprozeß angelegt und schrittweise auf der Basis des Bestehenden aufzubauen und weiterzuentwickeln; andererseits - auch im Hinblick auf eine bundesweite Vergleichbarkeit von Daten - orientiert sich dieser Jahresgesundheitsbericht in einem ersten Schritt an dem *Indikatorenansatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder*. Dieser Indikatorenansatz wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder unter Beteiligung Berlins entwickelt und von der Gesundheitsministerkonferenz bestätigt.

Zu den konzeptionellen Festlegungen - "Rahmenannahmen" - gehören u.a.:

Im Mittelpunkt steht die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Diese wird im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, der sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt, der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, den Ressourcen sowie den Ausgaben und Kosten dargestellt und interpretiert.

Die Aufgabe des Gesundheitsberichts der Länder ist es, eine Zusammenschau aller für das Gesundheitswesen bedeutsamen Bereiche zu leisten, Referenzwerte für regionale Untergliederungen der Länder zur Verfügung zu stellen und Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen.

Hierzu dienen *Indikatoren* - in diesem Zusammenhang standardisierte Anzeige- und Meßinstrumente -, die auf der Grundlage empirisch gewonnener Informationen gebündelte Orientierungsdaten liefern zu(r):

- Beurteilung der Effektivität des gesundheitlichen Angebots- und Versorgungssystems
- Trends
- sozioökonomischen und regionalen Vergleichen von Gesundheitszuständen und -risiken
- Leistungs- und Inanspruchnahmeprofilen.

Beispiele dafür sind: Sterblichkeitsziffern, Todesursachen, Inanspruchnahme von (Vorsorge-)Untersuchungen, Versorgungsgrad mit ambulanten oder stationären Einrichtungen oder Dichte- und Personalziffern (Im Anhang dieses Berichts wurde eine Zuordnung von einigen Berliner Indikatoren zur Gliederung des Indikatorensatzes zusammengestellt.)

Der Gesundheitsbericht als Grundlagen- und Materialband kann nur Eckdaten zur Verfügung stellen, vertiefende Betrachtungen bleiben sektoralen oder problemspezifischen Berichten ("Diskussionspapiere", s. Anhang) oder gesundheitspolitisch aktuellen Themenkomplexen (s.u.) vorbehalten. Eine besondere Bedeutung kommt auch der verstärkten Einbindung und Zusammenführung der im Entstehen begriffenen bezirklichen Gesundheitsberichterstattung ("von unten nach oben") zu.

Zum Survey:

Zur Erhebung von Planungsdaten wurde 1991 der *Gesundheits- und Sozialsurvey* von der Berliner Verwaltung zusammen mit einem Forschungsinstitut als eine repräsentative Stichprobe von 4.400 Personen durchgeführt. Gegliedert nach dem West- und Ostteil der Stadt, erfolgte die Befragung der Bevölkerung ab 18 Jahre in schriftlicher Form. Die Ergebnisse spiegeln die gesundheitliche und soziale Lage der erwachsenen deutschen Bevölkerung von insgesamt

- 1.543.835 Bürgern des Westteils von Berlin
- 983.784 Bürgern des Ostteils von Berlin

wider, d.h. insgesamt 2,5 Mio Berlinern in der wiedervereinigten Stadt.

Ziel des Surveys war es, die Lebensbedingungen, die Gesundheitsrisiken, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Alters und sozialer Lagen sowie zwischen den westlichen und östlichen Bezirken vergleichend zu analysieren. Ein zusätzliches Schwerpunktthema stellt die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung und die derzeitige medizinisch/soziale Versorgung dieses Personenkreises dar.

Aus der Vielzahl der für die Gesundheitspolitik und die -planung wichtigen und bisher in dieser Form nicht vorhandenen Daten sollen hier die wichtigsten Ergebnisse im Überblick dargestellt werden; ausführliche Darstellungen sind den jeweiligen Kapiteln des vorliegenden Jahresgesundheitsberichtes 1991 zugeordnet und als solche gekennzeichnet.

Vor dem Hintergrund des Zusammenwachsens der Stadthälften Berlins stehen vor allem Unterschiede und Gemeinsamkeiten der gesundheitlichen und sozialen Lage der Berliner aus beiden Stadthälften im Mittelpunkt.

Zunächst aber kurz zur *gesundheitlichen Situation der Berliner im Westteil im Vergleich zur Bevölkerung in anderen bundesdeutschen Großstädten*: Die Bevölkerung im Westteil der Stadt schenkt dem eigenen Gesundheitszustand insgesamt eine hohe Beachtung, unterscheidet sich hierin aber nicht vom Durchschnitt der Großstädte in den alten Bundesländern. Bedeutende Unterschiede bei gesundheitlichen Störungen, Beschwerden und Krankheiten sind nicht vorhanden - Berliner schätzen ihren Gesundheitszustand sogar besser ein, als andere Großstädter. Berliner sind allerdings häufiger Raucher und betreiben weniger häufig Sport. Der Anteil der Personen, die im Laufe eines Jahres überhaupt keinen Arzt aufsuchen, ist in Berlin höher als in anderen Großstädten der Bundesrepublik. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen generell ist in deutschen Großstädten ebenso wie im Westteil Berlins noch unzureichend. Während Berliner Männer sich in der Nutzung von Krebsvorsorgeuntersuchungen und dem Gesundheitscheckup nicht wesentlich von Männern anderer Großstädte unterscheiden, nehmen Frauen in Berlin diese Untersuchungen deutlich häufiger in Anspruch als in anderen Großstädten.

Die *wichtigsten Lebensbereiche* für das persönliche Wohlbefinden sind für alle Berliner gleichermaßen: Gesundheit, Familie, Wohnen, Umweltschutz und das Einkommen.

Die große Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, spiegelt sich jedoch unzureichend in der Umsetzung von vorhandenem Wissen und Kenntnissen in gesundheitsbewußtes Verhalten wider, welches sich in täglichen Lebensgewohnheiten, Lebensstilen und Normen ausdrückt.

Die Berliner setzen sich grundsätzlich vermeidbaren *Gesundheitsrisiken* wie Rauchen oder regelmäßigem Alkoholgenuß zu stark aus. Ein Drittel aller Berliner sind Raucher, besonders alarmierend ist der hohe Anteil bei den jungen Ostberliner Männern von über 50 %. Auch der regelmäßige Alkoholkonsum ist bei den Männern zu hoch, insbesondere in Berlin (Ost), wo mehr als die Hälfte der Männer regelmäßig Alkohol trinken. Gekoppelt mit weiteren individuellen Risiken, wie zu wenig Bewegung oder Sport, Übergewicht oder auch Risiken, aus der Umwelt, zeigt sich, daß die Möglichkeiten gesundheitsbewußten Lebens und Verhaltens viel zu gering genutzt werden. So setzt sich jeder vierte Mann in Berlin (in den östlichen Bezirken häufiger als in den westlichen) und nahezu jede fünfte Frau gleichzeitig vier und mehr Gesundheitsrisiken aus. Diese Gruppen sind daher auch Hauptzielgruppen notwendiger Präventionsprogramme.

Die *Morbidität* der Berliner wird durch Herz-Kreislauf- und chronisch degenerative Erkrankungen im höheren Alter bestimmt. Die Häufigkeit von Krankheiten (als Selbstangabe der Befragten gemessen) zeigt in beiden Stadthälften relativ gleichartige Strukturen. Auffallend hoch ist jedoch die Intensität psychosozialer Beschwerden unter Ostberlinern. 80 % der Berliner haben im Laufe der letzten drei Monate durchschnittlich 3,2 Medikamente verwendet. Nahezu 90 % waren im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt. Der Anteil der Personen, die im Laufe eines Jahres keinen Arzt aufgesucht haben, ist im Ostteil höher als im Westteil.

Im Rahmen des *Schwerpunkthemas Pflegebedürftigkeit* wurde die Berliner Bevölkerung befragt, ob und wann sie Unterstützung erhält und wer diese Leistungen erbringt. Zugleich wurde erhoben, inwieweit dieser Personenkreis in seinen Alltagsaktivitäten, d.h. Mobilität, Haushaltsführung, Körperpflege u.a., eingeschränkt ist. Berlin verfügt nunmehr als erstes Bundesland über Daten, die Aussagen zu Pflegebedarf und Inanspruchnahme von Hilfeleistungen in der Berliner Bevölkerung zulassen: Jeder zehnte Berliner muß als unterstützungs-, hilfe- oder pflegebedürftig eingestuft werden. 1 % der Berliner sind schwerstpflegebedürftig. Für die Mehrzahl der Betroffenen ergeben sich Einschränkungen oder Defizite bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten, die durch andere kompensiert werden müssen. Frauen geben insgesamt häufiger als Männer an, sich ein wenig bzw. erheblich eingeschränkt bzw. behindert zu fühlen. Mit zunehmendem Alter steigen die Anteile für angegebene Alltagsbehinderungen; nahezu jeder vierte Befragte im Alter ab 60 Jahre fühlt sich erheblich eingeschränkt.

Die *Inanspruchnahme von Maßnahmen und Programmen der primären und sekundären Prävention* ist in der Berliner Bevölkerung unterschiedlich ausgeprägt. Am häufigsten werden Blutdruckmessungen und Cholesterinbestimmungen durchgeführt. Nur 20 % der Berliner im Westteil und 16 % der Berliner

im Ostteil zeichnen sich durch intensives und aktives *Gesundheitsverhalten* aus. Die Nutzung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (mit Ausnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen) ist in der Berliner Bevölkerung noch unzureichend.

Zum Gesundheitsbarometer:

Mit der Durchführung des Gesundheits- und Sozialsurveys steht dem Land Berlin eine sehr umfassende Datenbasis für planerische Zwecke zur Verfügung. Derartig umfangreiche Untersuchungen können aber nur in größeren Zeitabständen wiederholt werden. Für die Zwischenzeit wurde das *Gesundheitsbarometer* durch die Senatsverwaltung für Gesundheit als zusätzliches Instrumentarium für die Politikberatung und Gesundheitsplanung entwickelt. Die damit erhobenen Indikatoren werden als Frühwarnsystem verstanden - in Bezug auf Angebote und Leistungen der Senatsverwaltung für Gesundheit werden Tendenzen, Entwicklungen und Stimmungen sichtbar gemacht.

KAPITEL

1

BEVÖLKERUNG

1.0 Erläuterungen

Fortschreibung des Bevölkerungsstands

- Die Bevölkerungszahlen für Berlin sind das Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung, die für *Berlin (West)* (ohne West-Staaten) auf der Basis der Ergebnisse der Volkszählung vom 25.5.1987 berechnet werden und für *Berlin (Ost)* und West-Staaten auf einer Auszählung des Zentralen Einwohnerregisters der ehemaligen DDR zum Stand 3.10.1990 beruhen. Diese Auszählung ist einem Volkszählungsergebnis gleichzusetzen.
- Die *Bevölkerungsfortschreibung* wird seit dem Tag der Herstellung der Einheit Deutschlands, dem 3.10.1990, in beiden Stadtteilen Berlins nach bundeseinheitlichen Methoden durchgeführt.
- Für die Bevölkerungsfortschreibung werden *natürliche Bevölkerungsbewegungen* und *Wanderungen* berücksichtigt. Lebendgeborene und Zuzüge gelten als Bevölkerungszugang, Gestorbene und Fortzüge als Bevölkerungsabgang. Darüber hinaus werden die Änderungen einer nichtdeutschen in eine deutsche Staatsangehörigkeit einbezogen.
Nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1983 ist ein *Abgleich* der auf diese Weise gewonnenen Daten mit den Angaben des Einwohnerregisters des Landeseinwohneramtes nicht zulässig.
- Die Bevölkerungsfortschreibung wird bundeseinheitlich am Ort der einzigen Wohnung des Einwohners, bei mehreren Wohnungen im Bundesgebiet am melderechtlichen "Ort der Hauptwohnung" durchgeführt. Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd von seiner Familie getrennt lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie.
- Zur Bevölkerung zählen auch die im Bundesgebiet gemeldeten Ausländer (einschließlich der Staatenlosen). Nicht zur Bevölkerung zählen die Angehörigen der ausländischen Streitkräfte sowie die ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen

Jahresdurchschnittsbevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres, die Durchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Ausgewiesen wird die Durchschnittsbevölkerung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung

Familienstand

Es wird zwischen Ledigen, Verheirateten (zusammen- oder getrenntlebend), Verwitweten und Geschiedenen unterschieden. Alle in Scheidung lebenden Personen gelten als verheiratet, solange das Scheidungsurteil noch nicht rechtskräftig ist. Als geschieden gelten auch Personen, deren Ehe aufgelöst wurde. Personen, deren Ehegatten für tot erklärt worden sind, gelten als verwitwet. Personen, deren Ehe für nichtig erklärt wurde, werden mit ihrem Familienstand vor der Ehe nachgewiesen

Ausländer bzw. Nichtdeutsche

Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern. Die Mitglieder der Stationierungstreitkräfte ausländischer diplomatischer und konsularischer Vertretungen unterliegen mit ihren Familienangehörigen nicht den Bestimmungen des Ausländergesetzes und werden somit auch nicht statistisch erfaßt.

Eheschließungen

- Die Zahl der Eheschließungen umfaßt die standesamtlichen Trauungen, auch die ausländischer Paare, mit Ausnahme der Fälle, in denen beide Ehegatten zu den stationierten ausländischen Streitkräften bzw. zu den ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen und ihren Familienangehörigen gehören.

- *Heiratshäufigkeit*: Eheschließungen je 1.000 Einwohner
- *Berlin (Ost) bis 2 10 1990*: Es wurden alle standesamtlichen Trauungen gezählt, bei denen mindestens ein Partner seinen ständigen Wohnsitz in der ehemaligen DDR hatte.

Ehescheidungen

- Hierzu zählen die rechtskräftig geschiedenen Ehen.
- *Scheidungshäufigkeit* Ehescheidungen je 100.000 Einwohner bzw. je 100 Eheschließungen

Geborene

- Die Unterscheidung zwischen *ehelich und nichtehelich Geborenen* richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches: Ein Kind, das nach Eingehen der Ehe oder bis zu 302 Tagen nach Auflösung der Ehe geboren wird, gilt, unbeschadet der Möglichkeit einer späteren Anfechtung, als ehelich.
- *Lebendgeborene* sind Kinder, bei denen nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.
- *Berlin (Ost) bis 2 10 1990*: Als Lebendgeborene wurden alle Kinder gezählt, bei denen nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.
- *Totgeborene* sind seit 1.7.1979 nur Kinder, bei denen die obengenannten Merkmale nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 1.000 g beträgt (vorher mindestens 35 cm Körperlänge).
- *Fehlgeburten* (seit 1.7.1979 unter 1.000 g Gewicht, vorher weniger als 35 cm Körperlänge) werden vom Standesbeamten nicht registriert und bleiben daher in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung außer Betracht.

Allgemeine Geburtenziffer

Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner.

Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer

Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren.

Totgeborenenziffer

Anzahl der Totgeborenen je 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).

Lebenserwartung

- Maß zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.
- *Berlin (West)* Berechnung der Sterbetafeln nach der Sterbeziffermethode (Farr).
- *Berlin (Ost) bis 2 10 1990*: Berechnung nach der Geburtsjahrmethode (Becker-Zeuner).

Quellenhinweis

Die Definitionen für die Gebiete von Berlin (West) bzw. (Ost) sind weitgehend den entsprechenden Begriffserklärungen der jeweiligen amtlichen Statistik entnommen.

1.1 Vorbemerkung

Die Gesundheitsberichterstattung in der Form des Jahresgesundheitsberichtes benötigt detaillierte Informationen über den Aufbau der Bevölkerung, weil Angaben zur Verteilung von Krankheiten, über Einrichtungen des Gesundheitswesens u. a. m. erst dann sinnvoll zu interpretieren sind, wenn man sie auf die Bevölkerung beziehen kann. Ein fundierter Datenvergleich bedarf zudem der Bildung von Indizes. Die hierzu erforderlichen Daten sind dem folgenden Abschnitt zu entnehmen.

Im Jahresgesundheitsbericht erfolgt die Darstellung bevölkerungsstatistischer Daten aus Berlin (West) und (Ost) aus den folgenden Gründen überwiegend getrennt:

- Die Bevölkerungsfortschreibung wird seit dem 3.10.1990 in beiden Stadtteilen Berlins nach bundeseinheitlichen Methoden durchgeführt. Der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung liegen bis dahin zum Teil unterschiedliche definitorische und methodische Abgrenzungen zugrunde, die teilweise einen Vergleich erschweren (vgl. 1.0).
- Beide Stadtteile Berlins gehörten 40 Jahre unterschiedlichen sozialen Systemen an, die auch zu Unterschieden in der demographischen Situation geführt haben.

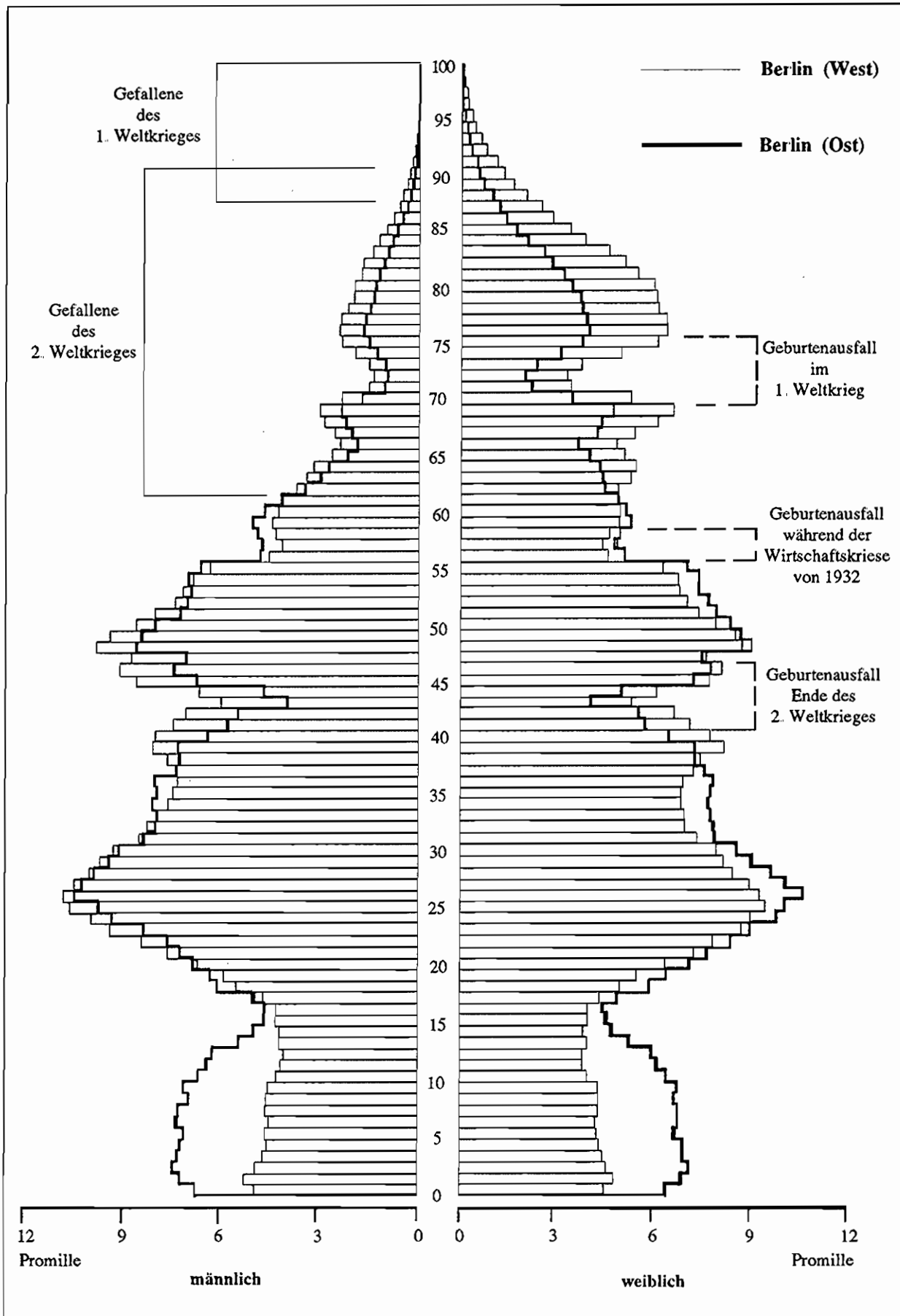
1.2 Bevölkerungsstand, -struktur und -entwicklung

In Berlin lebten 1990 am Jahresende 3,43 Mio. Einwohner, davon 2,16 Mio. in Berlin (West) und 1,28 Mio. in Berlin (Ost). Die Bevölkerung verzeichnete somit im Vorjahresvergleich einen Zuwachs von 23.958 Personen oder 0,7 % - Berlin (West): + 27.444 Personen bzw. 1,3 %, Berlin (Ost): - 3.486 Personen bzw. - 0,3 % - (vgl. Tabellen 1.2.1 und 1.2.3)

Ähnlichkeiten in der *Altersstruktur der Bevölkerung* in Berlin (West) und Berlin (Ost) weisen auf gleichartige demographische Vergangenheit im Sinne des Wirkens von Haupttrends hin. So sind die Ein- und Ausbuchtungen im Altersaufbau in der Anordnung nahezu deckungsgleich, weisen jedoch in der Bevölkerung von Berlin (West) größere Differenzierungen auf. Wanderungen und die Zahl der Lebendgeborenen erklären die Unterschiede beider Lebensbäume (vgl. Graphik 1).

Im Vergleich zu den Vorjahren ist das Bevölkerungswachstum Berlins 1991 gering (vgl. Tabellen 1.2.7.1., 1.2.7.2). Der Zunahme der Bevölkerung in Berlin (West) liegt im wesentlichen ein Wanderungsgewinn (31.609) zugrunde, unverändert hoch ist der Sterbeüberschuß (13.133). Eine weitere wichtige Einflußgröße ist die Zuordnung von West-Staaken (3.977 Personen) zu Berlin (West). Änderungen der Staatsangehörigkeit hatten zur Folge, daß 4.759 Personen, die ursprünglich als Ausländer registriert waren, nun der deutschen Bevölkerung hinzugerechnet werden. Die sich seit 1989 fortsetzende Bevölkerungsabnahme in Berlin (Ost) ist auf den anhaltenden Wanderungsverlust und die stark gesunkene Zahl der Lebendgeborenen zurückzuführen. Zum 3.10.1990 erfolgte ein Abgleich der Bevölkerung in Berlin (Ost) mit dem Zentralen Einwohnerregister der ehemaligen DDR.

Graphik 1: Bevölkerung am 3.10.1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Alter und Geschlecht



Eine Betrachtung der Altersgruppen im Zeitverlauf zeigt, daß sich die Bevölkerung in Berlin (West) und (Ost) verjüngt. Der Anteil der Bevölkerung im Kindesalter (unter 15 Jahre) betrug in Berlin (West) 13,5 % und in Berlin (Ost) 19,9 %. Im Rentenalter (65 Jahre und älter) waren in Berlin (West) 16,2 %, in Berlin (Ost) dagegen 10,7 % der Bevölkerung.

Daraus ergibt sich, daß der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15- bis unter 65 Jahre) etwa gleich groß war - Berlin (West): 70,2 %, Berlin (Ost): 69,4 % - (vgl. Tabellen 1 2.4.1 und 1 2.4.2)

Besonders bedeutsam ist die Entwicklung bei den über 75jährigen - in der Regel verstärkt Pflegebedürftigen: Der Anteil der 75jährigen und älteren sank gegenüber 1989 in Berlin (West) um 4,8 % auf 199.380 Personen (1989: 209.056) und in Berlin (Ost) um 2,5 % auf 70.708 Personen (1989: 72.482). Innerhalb der Altersgruppen der über 75jährigen wächst aber insbesondere der Anteil hochbetagter Mitbürger (80 Jahre und älter): In Berlin (West) lebten 1990 116.534 und in Berlin (Ost) 39.392 Personen über 80 Jahre, das entspricht einem Anteil von 33,3 bzw. 28,7 % an den über 65jährigen. Im Vergleich zum Jahre 1960 ist der Anteil der Hochbetagten in Berlin (West) um 122,9 %, in Berlin (Ost) nur um 56,2 % gestiegen (vgl. Tabellen 1 2.4 und 1 2.8).

Bei einem Vergleich des bezirklichen Altersaufbaus (vgl. Tabelle 1 2.5.1) erweisen sich in Berlin (West) Kreuzberg und Wedding als Bezirke mit einem besonders hohen Anteil bei den unter 15jährigen (17,1 bzw. 15,3 %) und einem relativ geringen Anteil an über 65jährigen (9,2 bzw. 13,7 %).

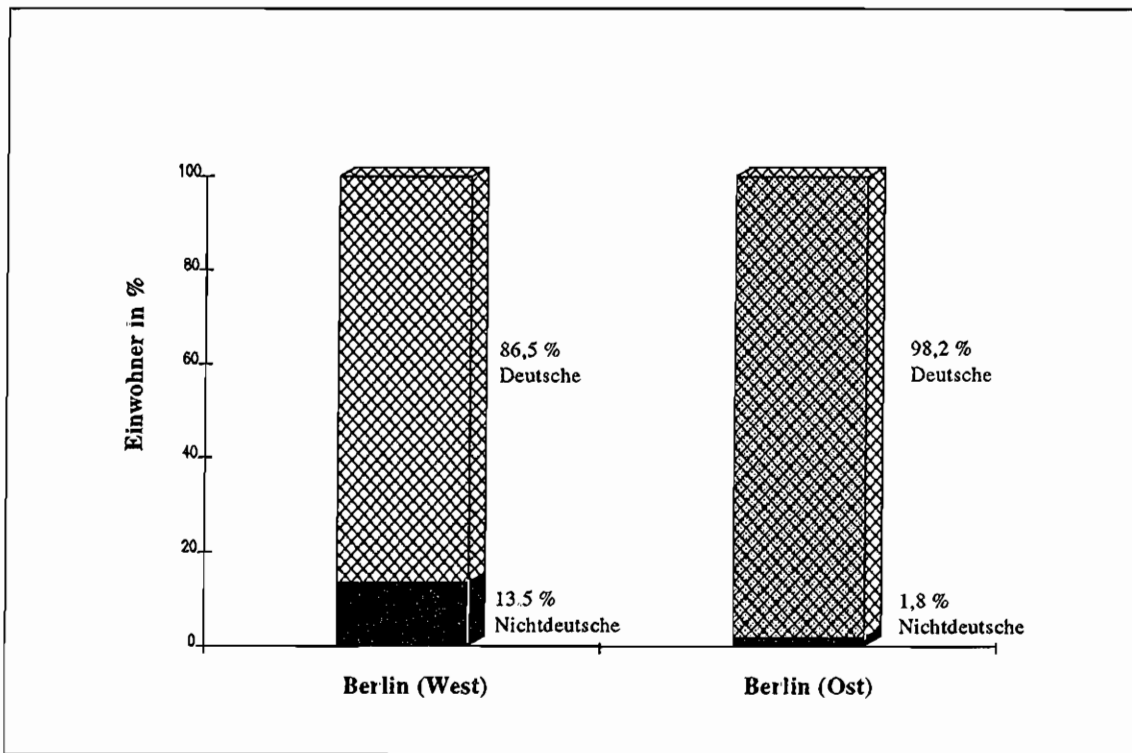
Im Gegensatz dazu lebten in Wilmersdorf und Charlottenburg prozentual am wenigsten unter 15jährige (10,5 bzw. 11,3 %) und in Wilmersdorf zudem am meisten über 65jährige (19,8 %)

Der bezirkliche Aufbau in Berlin (Ost) offenbart erhebliche Unterschiede, die mit der historischen Entwicklung der Bezirke zusammenhängen. Die höchsten Anteile bei den unter 15jährigen (27 bis 31 %) und die geringsten Anteile bei den 65jährigen und älteren (4,9 bis 5,5 %) bestimmen die Altersstruktur der neuen Bezirke Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf. Umgekehrt ist Weißensee der Bezirk mit den wenigsten unter 15jährigen (14,3 %), den meisten 65jährigen und älteren (16,0 %).

Innerhalb der Altersgruppen existieren Unterschiede im Anteil der Geschlechter in Berlin (West) und (Ost). Besonders auffällig ist der große Frauenüberschuß in den höheren Altersjahren. Dies ist Folge einerseits der Weltkriege und andererseits der höheren Lebenserwartung der Frauen. Zwischen den Bezirken bestehen keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Frauenanteils (vgl. Tabelle 1.2.9), er liegt in beiden Teilen Berlins zwischen 49,5 (Kreuzberg) und 54,9 % (Wilmersdorf).

Von den 3,43 Mio. Einwohnern Berlins am Jahresende 1990 waren 315.578 ausländische Bürger, davon lebten 92,5 % im West- und 7,5 % im Ostteil der Stadt. Damit ergibt sich für Berlin (West) ein *Ausländeranteil* von 13,5 %, für Berlin (Ost) dagegen von nur 1,8 % (vgl. Tabelle 1 2.10 und Graphik 2).

Graphik 2: Anteil der Nichtdeutschen an der Gesamtbevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost)



Die Lebenserwartung betrug zu Beginn der 80er Jahre für Frauen im Westteil Berlins 76 Jahre, sie lag damit um knapp 2 Jahre höher als im Ostteil. Bei den Männern gab es dagegen kaum Unterschiede. In den 80er Jahren stieg die Lebenserwartung der Männer in beiden Teilen der Stadt um rund 2 Jahre an. Die Lebenserwartung der Ostberlinerinnen stieg um 2,3 Jahre, die der Westberlinerinnen dagegen nur um 1,7 Jahre.

Lebenserwartung Neugeborener in Berlin in Jahren

Zeitraum	Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1980/81	.	.	68,6	73,7
1980/85	68,6	75,8	.	.
1986/89	.	.	70,8	76,0
1987/89	70,7	77,5	.	.

Zusätzlich zu den verschiedenen einbezogenen Zeiträumen führen bestimmte methodische Unterschiede bei der Berechnung der Sterbetafeln (vgl. 1.0) dazu, daß diese Werte nur unter Vorbehalt verglichen werden können.

Entsprechend einer vom Statistischen Landesamt erarbeiteten Prognose für Berlin bis zum Jahr 2010 wird - ausgehend von der Situation 1989 - mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Phase deutlichen Bevölkerungswachstums ausgegangen. Die demographische Entwicklung ist dabei vor allem durch die Wanderungsbewegung von oder nach Berlin geprägt. Der Anteil der Bevölkerung im Kindesalter wird sich bei einem gleichzeitigen Anwachsen der Zahl der in Berlin lebenden Kinder auf etwa 13 % im Jahre 2010 verringern. Die Zahl der Personen im Rentenalter wird nach der Jahrtausendwende deutlich ansteigen und dies vor allem bei den jüngeren Altersgruppen innerhalb der Gruppe der Rentner, demgegenüber geht die Zahl der über 80jährigen deutlich zurück. Eine Veränderung des Anteils der Rentner an der Gesamtbevölkerung wird nicht prognostiziert.

Die Zahl der *Eheschließungen* nahm in Berlin (West) im Jahre 1990 gegenüber 1989 um 439 oder 3,4 % auf 13.182 zu. Die Heiratshäufigkeit erwies sich dagegen mit 6,1 Eheschließungen je 1.000 Einwohner als konstant (vgl. Tabelle 1.2.11).

In Berlin (Ost) gingen die Eheschließungen gegenüber dem Vorjahr um 3.021 oder 25,8 % auf 8.668 zurück. Gleichzeitig verringerte sich die Eheschließungsziffer von 9,1 auf 6,8 je 1.000 Einwohner.

Die Zahl der *Ehescheidungen* verringerte sich in Berlin (West) gegenüber 1989 um 11,8 % auf 5.429, so daß auch die Zahl der Ehescheidungen je 100 Eheschließungen auf 41,2 (1989: 48,3) sank.

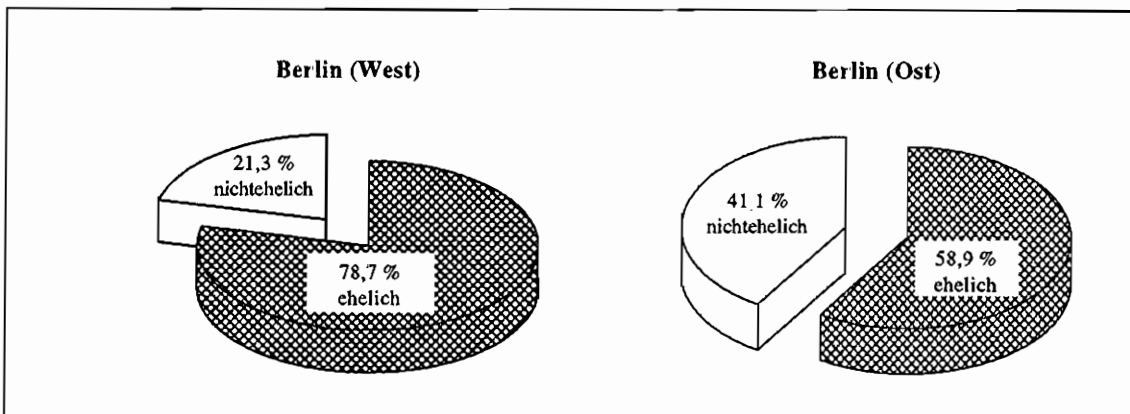
Die Zahl der Ehescheidungen ging in Berlin (Ost) um 54,8 % zurück. Die Zahl der geschiedenen Ehen je 100 Eheschließungen sank von 46,2 % gegenüber dem Vorjahr auf 28,1.

22.150 *Lebendgeborene* in Berlin (West) im Jahre 1990 bedeuteten im Vergleich zum Vorjahr einen Zuwachs von 991 bzw. 4,7 %. Die allgemeine Geburtenziffer nahm gegenüber 1989 um 0,2 auf 10,3 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner zu (vgl. Tabelle 1.2.12).

15.446 Jungen und Mädchen erblickten im Berichtsjahr in Berlin (Ost) das Licht der Welt. Dies waren 1.491 Kinder weniger als im Vorjahr. Die Lebendgeborenenziffer sank im gleichen Zeitraum von 13,2 auf 12,1 Lebendgeborene je 1.000 Personen der durchschnittlichen Bevölkerung.

Die *Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer* in Berlin (West) betrug 1990 47,8 Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren, in Berlin (Ost) betrug sie 54,4. Die Bezirke Hellersdorf (72,6), Friedrichshain (64,1) und Prenzlauer Berg (60,6) weisen die höchsten Ziffern je 1.000 der weiblichen Bevölkerung auf, die Bezirke Marzahn (37,2), Wilmerdorf (37,3) und Tempelhof (42,2) dagegen die niedrigsten Ziffern (vgl. Tabelle 1.2.13).

Graphik 3: Lebendgeborene 1990 nach Legitimität in Berlin (West) und (Ost)



Der Anteil der *nichtehelich Geborenen* nahm in beiden Stadtteilen Berlins gegenüber dem Vorjahr leicht zu und betrug 1990 in Berlin (West) 21,3 %, in Berlin (Ost) 41,1 %. Betrachtet man die Situation in einzelnen Bezirken, zeigt sich folgendes Bild: Die höchsten Anteile wurden in den östlichen Bezirken Prenzlauer Berg, Friedrichshain und Weißensee registriert. Dort kamen über die Hälfte aller

Lebendgeborenen, also mehr als jedes zweite Kind, nichtehelich zur Welt. Die höchsten Anteile in den westlichen Bezirken sind nur halb so groß wie die entsprechenden Anteile in den östlichen; sie wurden in Kreuzberg, Tiergarten und Steglitz festgestellt. Dort wird nur rund jedes vierte Kind von einer unverheirateten Mutter zur Welt gebracht (vgl. Graphik 3, Tabelle 1.2.12).

Etwa jedes vierte lebendgeborene Kind (24,6 %) in Berlin (West) ist nichtdeutscher Herkunft. Für Berlin (Ost) liegen entsprechende Angaben nicht vor.

Im Gegensatz zum Vorjahr stiegen in Berlin (West) im Jahre 1990 *Totgeburten* von 74 auf 79 und Totgeborenenziffer von 3,5 auf 3,6 je 1.000 Geborene an. Während der Anteil nichtdeutscher Totgeburten deutlich zunahm (1989: 25,7 %, 1990: 30,4 %), ist der Anteil männlicher bzw. nichtehelicher Totgeburten in diesem Jahr erheblich gesunken (vgl. Tabelle 1.2.14).

In Berlin (Ost) wurden im Berichtsjahr 50 Totgeburten registriert - 16 weniger als im Vorjahr. Die Totgeborenenziffer ging von 3,9 auf 3,2 Totgeborene je 1.000 Geburten zurück. Männliche Totgeburten nahmen anteilig leicht zu (1989: 45,5 %, 1990: 46,0 %). Erstmals wurden im Berichtsjahr auch für die östlichen Bezirke die Totgeborenen nach dem Status der Mutter hinsichtlich der Staatsangehörigkeit und des Familienstandes ausgewiesen: Alle Totgeborenen in Berlin (Ost) waren Deutsche, der Anteil der nichtehelichen Totgeborenen betrug 40 %.

**1.2.1 Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 in Berlin (West) und (Ost)
nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen**

Alter von bis unter Jahren	Bevölkerung			darunter Nicht- deutsche
	insgesamt	männlich	weiblich	
Berlin (West)				
0 - 1	22150	11409	10741	5544
1 - 5	84290	43372	40918	20263
5 - 10	96195	49316	46879	20126
10 - 15	89686	46071	43615	20677
15 - 20	98680	50861	47819	25572
20 - 25	167624	85625	81999	32505
25 - 30	216153	113380	102773	36350
30 - 35	175422	92392	83030	28865
35 - 40	156196	79324	76872	24641
40 - 45	153891	78420	75471	25353
45 - 50	173611	91465	82146	19406
50 - 55	166783	86539	80244	15500
55 - 60	112354	55747	56607	8528
60 - 65	94654	42018	52636	4010
65 - 70	84611	28528	56083	1998
70 - 75	66289	20246	46043	1765)
75 - 80	82846	22613	60233)
80 - 85	69627	16981	52646	951)
85 und mehr	46907	9521	37386)
insgesamt	2157969	1023828	1134141	292054
Berlin (Ost)				
0 - 1	15389	7915	7474	101
1 - 5	70895	36266	34629	548
5 - 10	88186	45275	42911	844
10 - 15	79340	40550	38790	892
15 - 20	64473	32530	31943	830
20 - 25	98761	47267	51494	3518
25 - 30	127480	63755	63725	3724
30 - 35	105711	53967	51744	3715
35 - 40	97014	48686	48328	3427
40 - 45	73648	36619	37029	2244
45 - 50	90003	43694	46309	1229
50 - 55	98703	47784	50919	928
55 - 60	72784	35533	37251	583
60 - 65	56240	25668	30572	361
65 - 70	39346	13659	25687	241
70 - 75	27045	8681	18364	126
75 - 80	31316	8943	22373	95
80 - 85	25257	6624	18633	81
85 und mehr	14135	3322	10813	37
insgesamt	1275726	606738	668988	23524

**1.2.2 Durchschnittsbevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost) 1)
nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen**

Alter von bis unter ... Jahren	Bevölkerung			darunter Nicht- deutsche
	insgesamt	männlich	weiblich	
Berlin (West)				
0 - 1	21816	11269	10547	5433
1 - 5	82682	42517	40165	19393
5 - 10	95593	49093	46500	19991
10 - 15	87865	45213	42652	20300
15 - 20	100152	51746	48406	25003
20 - 25	171135	87474	83661	31727
25 - 30	211706	111429	100277	34496
30 - 35	170694	89923	80771	28010
35 - 40	157423	79646	77777	24501
40 - 45	149589	76673	72916	24770
45 - 50	178949	94474	84475	19167
50 - 55	162317	84056	78261	14653
55 - 60	108252	53524	54728	8065
60 - 65	94528	41206	53322	3737
65 - 70	86526	28865	57661	1891
70 - 75	64365	19524	44841	915
75 - 80	86289	23616	62673	763
80 - 85	69733	17276	52457	531
85 und mehr	46264	9277	36987	358
insgesamt	2145878	1016801	1129077	283704
Berlin (Ost)				
0 - 1	16125	8362	7763	
1 - 5	71221	36313	34908	
5 - 10	88327	45421	42906	
10 - 15	78044	39897	38147	
15 - 20	65145	32768	32377	
20 - 25	99875	47703	52172	
25 - 30	127207	63525	63682	
30 - 35	104633	53269	51364	
35 - 40	96656	48435	48221	
40 - 45	71669	35488	36181	
45 - 50	92593	45028	47565	
50 - 55	98175	47439	50736	
55 - 60	71818	35182	36636	
60 - 65	55590	25103	30487	
65 - 70	39376	13650	25726	
70 - 75	26384	8440	17944	
75 - 80	32219	9216	23003	
80 - 85	25317	6756	18561	
85 und mehr	13932	3254	10678	
insgesamt	1274306	605249	669057	

1) Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

**1.2.3 Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 in Berlin (West) und (Ost)
nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen**

Bezirk	Bevölkerung			Deutsche			Nichtdeutsche		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
Berlin (West)									
Tiergarten	95014	47109	47905	75604	36619	38985	19410	10490	8920
Wedding	164900	81791	83109	127257	61537	65720	37643	20254	17389
Kreuzberg	153915	77748	76167	109307	54204	55103	44608	23544	21064
Charlottenburg	185027	86922	98105	158341	72385	85956	26686	14537	12149
Spandau	222527	106123	116404	197087	91900	105187	25440	14223	11217
Wilmerdorf	147019	66325	80694	133311	59058	74253	13708	7267	6441
Zehlendorf	98535	45425	53110	92029	42128	49901	6506	3297	3209
Schöneberg	156293	75015	81278	127305	59273	68032	28988	15742	13246
Steglitz	190109	86044	104065	177058	79214	97844	13051	6830	6221
Tempelhof	187771	86517	101254	175000	79879	95121	12771	6638	6133
Neukölln	307217	147796	159421	260303	123145	137158	46914	24651	22263
Reinickendorf	249642	117013	132629	233313	108464	124849	16329	8549	7780
Berlin (West)									
1990	2157969	1023828	1134141	1865915	867806	998109	292054	156022	136032
1989	2130525	1006124	1124401	1856421	859477	996944	274104	146647	127457
Berlin (Ost)									
Mitte	79890	37857	42033	77220	36259	40961	2670	1598	1072
Prenzlauer Berg	143312	67342	75970	141795	66519	75276	1517	823	694
Friedrichshain	107844	51231	56613	106371	50527	55844	1473	704	769
Treptow	102295	47631	54664	101720	47328	54392	575	303	272
Köpenick	109370	51027	58343	108724	50747	57977	646	280	366
Lichtenberg	167362	80019	87343	160549	75361	85188	6813	4658	2155
Weißensee	51700	24142	27558	51157	23792	27365	543	350	193
Pankow	107315	49449	57866	105690	48483	57207	1625	966	659
Marzahn	167371	81546	85825	163479	79599	83880	3892	1947	1945
Hohenschönhausen	118355	57829	60526	115913	56023	59890	2442	1806	636
Hellersdorf	120912	58665	62247	119584	57840	61744	1328	825	503
Berlin (Ost)									
1990	1275726	606738	668988	1252202	592478	659724	23524	14260	9264
1989	1279212	608938	670274	1258545	596248	662297	20667	12690	7977

1.2.4 Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1990 nach Altersgruppen

1.2.4.1 - in Berlin (West)

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren									
		unter 15		15 - 65		65 - 75		75 - 80		80 und mehr	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1960	2202241	277767	12,6	1534737	69,7	264090	12,0	73356	3,3	52291	2,4
1965	2197262	303474	13,8	1453054	66,1	285922	13,0	88587	4,0	66225	3,0
1970	2115300	322277	15,2	1339148	63,3	288146	13,6	89935	4,3	75794	3,6
1975	1984837	315277	15,9	1221978	61,6	277022	14,0	89366	4,5	81194	4,1
1980	1896230	281050	14,8	1196011	63,1	237990	12,6	93427	4,9	87752	4,6
1985	1860084	253438	13,6	1252803	67,4	165852	8,9	93685	5,0	94306	5,1
1986	1879225	256279	13,6	1276136	67,9	159760	8,5	91205	4,9	95845	5,1
1987 1)	2028716	255092	12,6	1402186	69,1	164660	8,1	96541	4,8	110237	5,4
1988	2068313	266400	12,9	1438632	69,6	156287	7,6	93989	4,5	113005	5,5
1989	2130525	283111	13,3	1491603	70,0	150755	7,1	89676	4,2	115380	5,4
1990	2157969	292321	13,5	1515368	70,2	150900	7,0	82846	3,8	116534	5,4

Index 1960 = 100

1960	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1965	99,8	109,3	109,5	94,7	94,8	108,3	108,3	120,8	121,2	126,6	125,0
1970	96,1	116,0	120,6	87,3	90,8	109,1	113,3	122,6	130,3	144,9	150,0
1975	90,1	113,5	126,2	79,6	88,4	104,9	116,7	121,8	136,4	155,3	170,8
1980	86,1	101,2	117,5	77,9	90,5	90,1	105,0	127,4	148,5	167,8	191,7
1985	84,5	91,2	107,9	81,6	96,7	62,8	74,2	127,7	151,5	180,3	212,5
1986	85,3	92,3	107,9	83,2	97,4	60,5	70,8	124,3	148,5	183,3	212,5
1987	92,1	91,8	100,0	91,4	99,1	62,3	67,5	131,6	145,5	210,8	225,0
1988	93,9	95,9	102,4	93,7	99,9	59,2	63,3	128,1	136,4	216,1	229,2
1989	96,7	101,9	105,6	97,2	100,4	57,1	59,2	122,2	127,3	220,6	225,0
1990	98,0	105,2	107,1	98,7	100,7	57,1	58,3	112,9	115,2	222,9	225,0

1) ab 1987 fortgeschrieben auf der Grundlage der Volkszählung 1987

1.2.4.2 - in Berlin (Ost)

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren									
		unter 15		15 - 65		65 - 75		75 - 80		80 und mehr	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1960	1071775	171591	16,0	717390	66,9	122617	11,4	34963	3,3	25214	2,4
1965	1077969	216127	20,0	686256	63,7	113665	10,5	35037	3,3	26884	2,5
1970	1085441	238830	22,0	669880	61,7	116154	10,7	32727	3,0	27850	2,6
1975	1098174	233921	21,3	686958	62,6	116996	10,7	32859	3,0	27440	2,5
1980	1152529	226877	19,7	758871	65,8	100970	8,8	36908	3,2	28903	2,5
1985	1215586	227938	18,8	842170	69,3	72483	6,0	38800	3,2	34195	2,8
1986	1236248	234343	19,0	858511	69,4	70771	5,7	37694	3,0	34929	2,8
1987	1260921	243446	19,3	876067	69,5	68510	5,4	36824	2,9	36074	2,9
1988	1283535	252757	19,7	892006	69,5	65775	5,1	35850	2,8	37147	2,9
1989	1279212	253807	19,8	888192	69,4	64731	5,1	34142	2,7	38340	3,0
1990	1275726	253810	19,9	884817	69,4	66391	5,2	31316	2,5	39392	3,1

Index 1960 = 100

1960	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1965	100,6	126,0	125,2	95,7	95,1	92,7	92,2	100,2	99,6	106,6	106,0
1970	101,3	139,2	137,4	93,4	92,2	94,7	93,5	93,6	92,4	110,5	109,1
1975	102,5	136,3	133,0	95,8	93,5	95,4	93,1	94,0	91,7	108,8	106,2
1980	107,5	132,2	123,0	105,8	98,4	82,3	76,6	105,6	98,2	114,6	106,6
1985	113,4	132,8	117,1	117,4	103,5	59,1	52,1	111,0	97,8	135,6	119,6
1986	115,3	136,6	118,4	119,7	103,8	57,7	50,0	107,8	93,5	138,5	120,1
1987	117,6	141,9	120,6	122,1	103,8	55,9	47,5	105,3	89,5	143,1	121,6
1988	119,8	147,3	123,0	124,3	103,8	53,6	44,8	102,5	85,6	147,3	123,0
1989	119,4	147,9	123,9	123,8	103,7	52,8	44,2	97,7	81,8	152,1	127,4
1990	119,0	147,9	124,3	123,3	103,6	54,1	45,5	89,6	75,2	156,2	131,3

1.2.5 Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1990 nach Bezirken und Alter

1.2.5.1 - in Berlin (West)

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren					
		unter 6	6 - 15	15 - 20	20 - 45	45 - 65	65 und mehr
absolut							
Tiergarten	95014	6054	7300	4160	45537	19478	12485
Wedding	164900	11834	13458	8208	73063	35753	22584
Kreuzberg	153915	12303	14039	8452	77467	27429	14225
Charlottenburg	185027	9301	11702	7027	78171	46966	31860
Spandau	222527	12761	18169	10510	82723	61278	37086
Wilmersdorf	147019	6552	8946	5404	57472	39462	29183
Zehlendorf	98535	4944	7995	5107	32250	29285	18954
Schöneberg	156293	9517	11780	6679	73477	33288	21552
Steglitz	190109	9871	13890	8016	70244	51889	36199
Tempelhof	187771	9761	14147	8385	66981	53400	35097
Neukölln	307217	19113	24957	14788	124792	76972	46595
Reinickendorf	249642	13730	20197	11944	87109	72202	44460
Berlin (West)							
1990	2157969	125741	166580	98680	869286	547402	350280
1989	2130525	121386	161725	101449	850346	539808	355811
in %							
Tiergarten	100	6,4	7,7	4,4	47,9	20,5	13,1
Wedding	100	7,2	8,2	5,0	44,3	21,7	13,7
Kreuzberg	100	8,0	9,1	5,5	50,3	17,8	9,2
Charlottenburg	100	5,0	6,3	3,8	42,2	25,4	17,2
Spandau	100	5,7	8,2	4,7	37,2	27,5	16,7
Wilmersdorf	100	4,5	6,1	3,7	39,1	26,8	19,8
Zehlendorf	100	5,0	8,1	5,2	32,7	29,7	19,2
Schöneberg	100	6,1	7,5	4,3	47,0	21,3	13,8
Steglitz	100	5,2	7,3	4,2	36,9	27,3	19,0
Tempelhof	100	5,2	7,5	4,5	35,7	28,4	18,7
Neukölln	100	6,2	8,1	4,8	40,6	25,1	15,2
Reinickendorf	100	5,5	8,1	4,8	34,9	28,9	17,8
Berlin (West)							
1990	100	5,8	7,7	4,6	40,3	25,4	16,2
1989	100	5,7	7,6	4,8	39,9	25,3	16,7

1.2.5.2 - in Berlin (Ost)

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren					
		unter 6	6 - 15	15 - 20	20 - 45	45 - 65	65 und mehr
absolut							
Mitte	79890	5862	8214	3589	31701	22409	8115
Prenzlauer Berg	143312	10744	13439	6789	59516	33497	19327
Friedrichshain	107844	8599	9720	4226	45310	25548	14441
Treptow	102295	6589	8631	4777	32739	34098	15461
Köpenick	109370	6502	10148	5153	34961	35918	16688
Lichtenberg	167362	9508	16012	9927	60673	53184	18058
Weißensee	51700	3100	4304	2364	17217	16445	8270
Pankow	107315	6381	10829	5435	36835	31957	15878
Marzahn	167371	13406	31721	11129	73731	29104	8280
Hohenschönhausen	118355	13932	18737	6323	53846	19000	6517
Hellersdorf	120912	19548	17884	4761	56085	16570	6064
Berlin (Ost)							
1990	1275726	104171	149639	64473	502614	317730	137099
1989	1279212	107598	146209	67879	501594	318719	137213
in %							
Mitte	100	7,3	10,3	4,5	39,7	28,0	10,2
Prenzlauer Berg	100	7,5	9,4	4,7	41,5	23,4	13,5
Friedrichshain	100	8,0	9,0	3,9	42,0	23,7	13,4
Treptow	100	6,4	8,4	4,7	32,0	33,3	15,1
Köpenick	100	5,9	9,3	4,7	32,0	32,8	15,3
Lichtenberg	100	5,7	9,6	5,9	36,3	31,8	10,8
Weißensee	100	6,0	8,3	4,6	33,3	31,8	16,0
Pankow	100	5,9	10,1	5,1	34,3	29,8	14,8
Marzahn	100	8,0	19,0	6,6	44,1	17,4	4,9
Hohenschönhausen	100	11,8	15,8	5,3	45,5	16,1	5,5
Hellersdorf	100	16,2	14,8	3,9	46,4	13,7	5,0
Berlin (Ost)							
1990	100	8,2	11,7	5,1	39,4	24,9	10,7
1989	100	8,4	11,4	5,3	39,2	24,9	10,7

1.2.6 Wanderungen je 1.000 Einwohner 1990 in Berlin (West) und Ost)

Bezirk	Zuzüge		Fortzüge	
	absolut	je 1.000 Einw. 1)	absolut	je 1 000 Einw 1)
Berlin (West)				
Tiergarten	6067	64,2	4297	45,5
Wedding	9488	58,0	6840	41,8
Kreuzberg	9816	64,1	7223	47,1
Charlottenburg	10916	59,2	7371	40,0
Spandau	10684	48,9	7564	34,6
Wilmersdorf	7555	51,5	5022	34,2
Zehlendorf	5215	52,8	3975	40,3
Schöneberg	9539	61,3	6679	43,0
Steglitz	7604	40,0	5563	29,3
Tempelhof	7952	42,6	6029	32,3
Neukölln	15673	51,3	10993	36,0
Reinickendorf	8754	35,1	6098	24,5
insgesamt	109263	50,9	77654	36,2
Berlin (Ost)				
Mitte	3925	49,2	3443	43,2
Prenzlauer Berg	5933	41,5	5728	40,1
Friedrichshain	4384	40,6	4856	45,0
Treptow	2495	24,2	3032	29,9
Köpenick	2444	20,4	3542	29,6
Lichtenberg	5385	32,0	7481	44,5
Weißensee	1104	21,4	1564	30,3
Pankow	2855	26,6	3883	36,2
Marzahn	4392	26,2	6388	38,0
Hohenschönhausen	3147	26,6	4564	38,6
Hellersdorf	5275	44,2	4437	37,2
insgesamt	41339	32,4	48918	38,4

1) bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung

1.2.7 Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1990

1.2.7.1 - in Berlin (West) bei Deutschen und Nichtdeutschen

Jahr	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Deutsche			Nichtdeutsche		
		Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß(-)	Wanderungs- saldo	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß(-)	Wanderungs- saldo
1980	- 6020	- 31609	- 20137	- 11472	+ 25589	+ 3935	+ 21654
1981	- 7561	- 25307	- 19619	- 5688	+ 17746	+ 4089	+ 13657
1982	- 19085	- 25199	- 19765	- 5434	+ 6114	+ 3899	+ 2215
1983	- 15082	- 16135	- 18708	+ 2573	+ 1053	+ 3382	- 2329
1984	- 5917	- 4089	- 17821	+ 13732	- 1828	+ 3209	- 5037
1985	+ 11499	+ 2586	- 18025	+ 20611	+ 8913	+ 3332	+ 5581
1986	+ 19141	+ 4279	- 16519	+ 20798	+ 14862	+ 3480	+ 11382
1987	+ 17841	+ 3659	- 15198	+ 18857	+ 14182	+ 4033	+ 10149
1988	1) + 39597	+ 18101 2)	- 13697	+ 20767	+ 21496 2)	+ 4656	+ 27871
1989	+ 62212	+ 42305	- 13648	+ 44090	+ 19907	+ 4762	+ 27008
1990	+ 274443)	+ 5567	- 13133	+ 13941	+ 17900	+ 4991	+ 17668

1) ab 1987 auf der Grundlage der Volkszählung 1987

2) ab 1988 unter Berücksichtigung der Staatsangehörigkeitsänderungen

3) Zuordnung von West-Staaten

1.2.7.2 - in Berlin (Ost) insgesamt

Jahr	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß(-)	Wanderungs- saldo
1980	+ 12275	+ 1430	+ 10845
1981	+ 9776	+ 1608	+ 8168
1982	+ 10723	+ 2654	+ 8069
1983	+ 12505	+ 3268	+ 9237
1984	+ 11338	+ 2613	+ 8725
1985	+ 18715	+ 2273	+ 16442
1986	+ 20664	+ 2945	+ 17719
1987	+ 24671	+ 4506	+ 20165
1988	+ 23614	+ 3966	+ 19648
1989	- 5323	+ 3542	- 8865
1990	- 3486 1)	+ 1672	- 7579

1) Abgleich der fortgeschriebenen Bevölkerung mit dem Zentralen Einwohnerregister

1.2.8 Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost): Altersgruppen 1)

Bezirk	Kinder (1 bis unter 15 Jahre)		ältere Menschen (65 und mehr Jahre)		Hochbetagte (80 und mehr Jahre)	
	insgesamt	dar. weibl.	insgesamt	dar. weibl.	insgesamt	dar. weibl.
Berlin (West)						
Tiergarten	12250	6007	12485	9122	4373	3502
Wedding	23101	11161	22584	16371	7722	5950
Kreuzberg	24095	11733	14225	10553	5002	3975
Charlottenburg	19255	9429	31860	23207	10819	8453
Spandau	28779	14041	37086	26054	11368	8478
Wilmersdorf	14322	6917	29183	21475	9861	7746
Zehlendorf	12135	5765	18954	13458	6737	5286
Schöneberg	19545	9560	21552	16047	7411	5927
Steglitz	21998	10746	36199	26269	12171	9528
Tempelhof	22310	10789	35097	25110	11488	8778
Neukölln	40729	19765	46595	33225	15137	11442
Reinickendorf	31652	15499	44460	31500	14445	10967
insgesamt	270171	131412	350280	252391	116534	90032
Berlin (Ost)						
Mitte	13109	6460	8115	5742	2112	1650
Prenzlauer Berg	22339	10934	19327	13972	5918	4498
Friedrichshain	16892	8084	14441	10219	4218	3157
Treptow	14115	6867	15461	10509	4225	3029
Köpenick	15640	7536	16688	11417	4904	3597
Lichtenberg	23945	11738	18058	12610	4806	3638
Weißensee	6865	3312	8270	5819	2544	1903
Pankow	16176	7920	15878	11010	4646	3470
Marzahn	43537	21233	8280	5903	2248	1702
Hohenschönhausen	31035	15287	6517	4596	2068	1586
Hellersdorf	34768	16959	6064	4073	1703	1216
insgesamt	238421	116330	137099	95870	39392	29446

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

1.2.9 *Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1990 in Berlin (West) und (Ost): Frauenquote 1)*

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	darunter weibliche Bevölkerung	
		absolut	in %
Berlin (West)			
Tiergarten	95014	47905	50,4
Wedding	164900	83109	50,4
Kreuzberg	153915	76167	49,5
Charlottenburg	185027	98105	53,0
Spandau	222527	116404	52,3
Wilmerdorf	147019	80694	54,9
Zehlendorf	98535	53110	53,9
Schöneberg	156293	81278	52,0
Steglitz	190109	104065	54,7
Tempelhof	187771	101254	53,9
Neukölln	307217	159421	51,9
Reinickendorf	249642	132629	53,1
insgesamt	2157969	1134141	52,6
Berlin (Ost)			
Mitte	79890	42033	52,6
Prenzlauer Berg	143312	75970	53,0
Friedrichshain	107844	56613	52,5
Treptow	102295	54664	53,4
Köpenick	109370	58343	53,3
Lichtenberg	167362	87343	52,2
Weißensee	51700	27558	53,3
Pankow	107315	57866	53,9
Marzahn	167371	85825	51,3
Hohenschönhausen	118355	60526	51,1
Hellersdorf	120912	62247	51,5
insgesamt	1275726	668988	52,4

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

1.2.10 *Ausländer 1990 in Berlin (West) und (Ost)*

Bezirk	Ausländer insgesamt	in % der Bevölkerung insgesamt 1)
Berlin (West)		
Tiergarten	19410	20,4
Wedding	37643	22,8
Kreuzberg	44608	29,0
Charlottenburg	26686	14,4
Spandau	25440	11,4
Wilmersdorf	13708	9,3
Zehlendorf	6506	6,6
Schöneberg	28988	18,5
Steglitz	13051	6,9
Tempelhof	12771	6,8
Neukölln	46914	15,3
Reinickendorf	16329	6,5
insgesamt	292054	13,5
Berlin (Ost)		
Mitte	2670	3,3
Prenzlauer Berg	1517	1,1
Friedrichshain	1473	1,4
Treptow	575	0,6
Köpenick	646	0,6
Lichtenberg	6813	4,1
Weißensee	543	1,0
Pankow	1625	1,5
Marzahn	3892	2,3
Hohenschönhausen	2442	2,1
Hellersdorf	1328	1,1
insgesamt	23524	1,8

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

1.2.11 Eheschließungen und geschiedene Ehen 1960 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Jahr	Ehe-schließungen		Geschiedene Ehen										minderj Kinder insgesamt	
	insgesamt	je 1.000 Einw. 1) 2)	insgesamt	je 100.000 Einw. 1) 2)	je 100 Ehe-schließ.	davon mit minderjährigen Kindern						5 und mehr Ehen		Kinder
						0	1	2	3	4				
Berlin (West)														
1960	21093	9,6	4487	203,6	21,3	2281	1452	529	152	51	22	122	3292	
1965	21847	9,9	5835	265,2	26,7	2602	2056	830	235	64	48	276	4953	
1970	16723	7,9	6438	320,5	38,5	2805	2153	1020	291	97	72	421	5875	
1975	14505	7,2	7100	354,2	48,9	3437	2196	1067	265	83	52	317	5774	
1980	11883	6,3	5559	292,7	46,8	2977	1711	726	124	18	3	15	3622	
1981	12658	6,7	6497	343,4	51,3	3490	2036	795	139	29	8	50	4209	
1982	11503	6,1	6695	356,2	58,2	3600	2162	762	129	31	11	63	4260	
1983	12162	6,5	5950	319,7	48,9	3273	1895	666	92	20	4	20	3603	
1984	12239	6,6	6461	349,1	52,8	3547	2114	673	99	23	5	27	3876	
1985	12277	6,6	6585	355,4	53,6	3747	2050	678	94	11	5	25	3757	
1986	11941	6,4	6052	323,7	50,7	3609	1751	597	85	10	-	-	3240	
1987	11961	5,9	6216	308,8	52,0	3546	1996	583	75	12	4	21	3456	
1988	12385	6,1	5995	292,9	48,4	3555	1743	601	81	12	3	15	3251	
1989	12743	6,1	6157	294,3	48,3	3616	1779	640	108	11	3	16	3443	
1990	13182	6,1	5429	253,0	41,2	3253	1549	529	74	17	7	35	2932	
Berlin (Ost)														
1960	11569	10,7	2953	27,5	25,5									
1965	9836	9,2	3523	32,8	35,8									
1970	8908	8,2	3334	30,8	37,4									
1975	8649	7,9	4576	41,8	52,9									
1980	8201	7,2	4773	41,7	58,2									
1981	7934	6,9	5000	43,2	63,0									
1982	8510	7,3	4920	42,2	57,8									
1983	8724	7,4	4512	38,3	51,7									
1984	10199	8,6	4879	41,0	47,8									
1985	10405	8,6	5222	43,4	50,2									
1986	11050	9,0	5119	41,8	46,3									
1987	11838	9,5	4959	39,8	41,9									
1988	11792	9,3	4811	37,8	40,8									
1989	11689	9,1	5397	41,9	46,2									
1990	8668	6,8	2439	19,1	28,1	1006	882	486	54	7	4	21	2065	

1) Berlin (West):

bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung, für 1987 auf das Ergebnis der Volkszählung 1987

2) Berlin (Ost):

1960-1988 bezogen auf den Bevölkerungsstand am 30.6. der als Durchschnittsbevölkerung nachgewiesen wird; ab 1989 bezogen auf die Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

1.2.12 Lebendgeborene 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Bezirken

Jahr/Bezirk	insgesamt	je 1.000 Einwohner 1) 2)	männlich	weiblich	darunter nichtdeutsch			darunter nicht- ehelich
					insgesamt	männlich	weiblich	
Berlin (West)								
1980	18536	9,8	9562	8974	4353	2249	2104	3044
1981	18955	10,0	9619	9336	4500	2304	2196	3236
1982	18662	9,9	9663	8999	4262	2204	2058	3651
1983	17819	9,6	9171	8648	3771	1947	1824	3479
1984	17799	9,6	9245	8554	3587	1827	1760	3557
1985	17921	9,7	9078	8843	3675	1857	1818	3621
1986	18688	10,0	9567	9121	3884	1999	1885	3874
1987	19554	9,7	10031	9523	4413	2253	2160	4068
1988	20980	10,3	10902	10078	5073	2644	2429	4328
1989	21159	10,1	10955	10204	5207	2628	2579	4339
1990	22150	10,3	11417	10733	5456	2861	2595	4725
davon:								
Tiergarten	1135	12,0	567	568	355	187	168	250
Wedding	2199	13,4	1172	1027	808	447	361	458
Kreuzberg	2269	14,8	1126	1143	987	495	492	591
Charlottenburg	1752	9,5	916	836	377	215	162	435
Spondau	2101	9,6	1088	1013	407	200	207	408
Wilmersdorf	1172	8,0	613	559	153	76	77	254
Zehlendorf	810	8,2	423	387	122	65	57	127
Schöneberg	1795	11,5	922	873	554	296	258	439
Steglitz	1761	9,3	907	854	172	88	84	324
Tempelhof	1562	8,4	833	729	192	105	87	297
Neukölln	3352	11,0	1662	1690	1050	535	515	702
Reinickendorf	2242	9,0	1188	1054	279	152	127	440
Berlin (Ost)								
1980	17526	15,3	9062	8464				5699
1981	17199	14,9	8890	8309				6274
1982	17725	15,2	9198	8527				7121
1983	17745	15,0	9178	8567				7601
1984	16885	14,2	8645	8240				7242
1985	17155	14,3	8720	8435				7078
1986	17468	14,3	8912	8556				7246
1987	18399	14,8	9359	9040				7332
1988	17880	14,1	9161	8719				7066
1989	16937	13,2	8688	8249				6692
1990	15446	12,1	7934	7512				6356
davon:								
Mitte	979	12,2	517	462				451
Prenzlauer Berg	1958	13,7	1009	949				987
Friedrichshain	1541	14,3	798	743				740
Treptow	1053	10,4	530	523				441
Köpenick	1055	8,8	517	538				462
Lichtenberg	1672	9,9	855	817				727
Weißensee	526	10,2	256	270				250
Pankow	1090	10,2	571	519				495
Marzahn	1645	9,8	858	787				605
Hohenschönhausen	1649	13,9	832	817				542
Hellersdorf	2278	19,1	1191	1087				656

1) Berlin (West):

bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung, für 1987 auf das Ergebnis der Volkszählung 1987

2) Berlin (Ost):

1980-1988 bezogen auf den Bevölkerungsstand am 30.6., der als Durchschnittsbevölkerung nachgewiesen wird; ab 1989 bezogen auf die Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

1.2.13 Generatives Verhalten 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Bezirk	Lebendgeborene	allgemeine Fruchtbareitsziffer 1)
Berlin (West)		
Tiergarten	1135	49,9
Wedding	2199	59,3
Kreuzberg	2269	56,9
Charlottenburg	1752	42,7
Spandau	2101	48,1
Wilmersdorf	1172	37,3
Zehlendorf	810	43,3
Schöneberg	1795	46,8
Steglitz	1761	44,9
Tempelhof	1562	42,2
Neukölln	3352	50,6
Reinickendorf	2242	46,2
insgesamt	22150	47,8
Berlin (Ost)		
Mitte	979	55,6
Prenzlauer Berg	1958	60,6
Friedrichshain	1543	64,1
Treptow	1053	57,6
Köpenick	1055	52,9
Lichtenberg	1671	48,0
Weißensee	526	55,1
Pankow	1090	51,4
Marzahn	1645	37,2
Hohenschönhausen	1648	53,9
Hellersdorf	2278	72,6
insgesamt	15446	54,4

1) Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren

1.2.14 Totgeborene 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Bezirken

Jahr/Bezirk	insgesamt	je 1.000 Geborene	männlich	weiblich	darunter nichtdeutsch			darunter nicht- ehelich
					insgesamt	männlich	weiblich	
Berlin (West)								
1980	106	5,7	53	53	43	24	19	25
1981	106	5,6	71	35	42	30	12	21
1982	78	4,2	33	45	23	8	15	23
1983	88	4,9	48	40	28	15	13	18
1984	80	4,5	43	37	18	8	10	14
1985	59	3,3	34	25	20	11	9	16
1986	70	3,7	34	36	19	9	10	19
1987	74	3,8	34	40	25	14	11	13
1988	69	3,3	40	29	12	6	6	19
1989	74	3,5	44	30	19	10	9	21
1990	79	3,6	36	43	24	8	16	20
davon:								
Tiergarten	5	4,4	3	2	1	-	1	4
Wedding	5	2,3	2	3	1	-	1	-
Kreuzberg	4	1,8	-	4	2	-	2	-
Charlottenburg	7	4,0	3	4	3	1	2	5
Spandau	5	2,4	2	3	1	1	-	1
Wilmerdorf	4	3,4	1	3	-	-	-	1
Zehlendorf	3	3,7	1	2	1	1	-	1
Schöneberg	9	5,0	6	3	6	4	2	3
Steglitz	10	5,7	7	3	-	-	-	4
Tempelhof	2	1,3	1	1	-	-	-	-
Neukölln	14	4,2	5	9	7	1	6	-
Reinickendorf	11	4,9	5	6	2	-	2	1
Berlin (Ost)								
1980	103	5,8	49	54	.	.	.	.
1981	104	6,0	59	45	.	.	.	.
1982	112	6,3	47	65	.	.	.	.
1983	98	5,5	44	54	.	.	.	.
1984	75	4,4	36	39	.	.	.	.
1985	85	4,9	41	44	.	.	.	.
1986	71	4,0	42	29	.	.	.	.
1987	68	3,7	37	31	.	.	.	.
1988	85	4,7	38	47	.	.	.	.
1989	66	3,9	30	36	.	.	.	.
1990	50	3,2	23	27	.	.	.	20
davon:								
Mitte	3	3,1	1	2	.	.	.	2
Prenzlauer Berg	9	4,6	5	4	.	.	.	3
Friedrichshain	3	1,9	1	2	.	.	.	3
Treptow	2	1,9	1	1	.	.	.	1
Köpenick	4	3,8	1	3	.	.	.	2
Lichtenberg	5	3,0	2	3	.	.	.	4
Weißensee	1	1,9	1	-	.	.	.	1
Pankow	9	8,2	4	5	.	.	.	3
Marzahn	3	1,8	1	2	.	.	.	1
Hohenschönhausen	5	3,0	2	3	.	.	.	-
Hellersdorf	6	2,6	4	2	.	.	.	-

1.3 Lebensqualität

54,4 % der Bevölkerung in Privathaushalten in Berlin (West) verfügen über ein monatliches Nettoeinkommen. Über die Hälfte davon verfügt über 2.500 DM und mehr und etwa jedem siebten steht nur ein monatliches Einkommen unter 1.200 DM zur Verfügung.

Betrachtet man nur die Einpersonenhaushalte, so wird deutlich, daß über die Hälfte monatlich zwischen 1.200 und 2.500 DM zur Verfügung haben und jeder vierte weniger als 1.200 DM (vgl. Tabelle 1.3.1).

Die Zahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt betrug 1990 in Berlin 166.321 Personen, 90,6 % von ihnen wurden in den westlichen Bezirken registriert und nur jeder elfte Leistungsempfänger kam aus den östlichen Bezirken. Die höchsten Anteile je 1.000 der Bevölkerung weisen die Bezirke Tiergarten (154,8 %) und Kreuzberg (123,0 %) auf (vgl. Tabelle 1.3.2, siehe auch Kapitel 14).

1.3.1 Bevölkerung in Privathaushalten nach monatlichem Haushaltseinkommen 1990 in Berlin (West) 1)

monatliches Nettoeinkommen von ... bis unter ... DM	Bevölkerung in Privathaushalten in 1 000			
	insgesamt	mit 1 Person	mit 1 Person im Alter von 65 J und älter	
			absolut	in % zu 1-Pers.-Haush.insg.
unter 600	25	24	4	16,7
600 – 1200	141	131	43	32,8
1200 – 2500	404	302	123	40,7
2500 und mehr	600	134	29	21,6
insgesamt	1170	591	199	33,7
Bevölkerung in Privathaushalten	2152	591	199	33,7

1) Ergebnis des Mikrozensus

1.3.2 Empfänger von "Hilfe zum Lebensunterhalt" außerhalb von Einrichtungen 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Bezirk	Empfänger	je 1.000 Einwohner 1)
Berlin (West)		
Tiergarten	14625	154,8
Wedding	13907	85,0
Kreuzberg	18836	123,0
Charlottenburg	10693	58,0
Spandau	13311	60,9
Wilmerdorf	5697	38,9
Zehlendorf	7917	98,4
Schöneberg	11945	76,8
Steglitz	9600	50,6
Tempelhof	8024	43,0
Neukölln	23964	78,4
Reinickendorf	10801	43,4
ZSA 2)	1287	0,6 3)
insgesamt	150607	70,0
Berlin (Ost)		
Mitte	1140	14,3
Prenzlauer Berg	3584	25,1
Friedrichshain	1206	11,2
Treptow	661	6,5
Köpenick	1418	11,8
Lichtenberg	2169	12,9
Weißensee	531	10,3
Pankow	718	6,7
Marzahn	1371	8,2
Hohenschönhausen	1196	10,1
Hellersdorf	1720	14,4
insgesamt	15714	12,3

- 1) Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung
 2) Zentralsozialhilfestelle für Asylbewerber
 3) Bevölkerung Berlin (West)

KAPITEL

2

*GEBURTEN
UND
SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE*

2.0 Erläuterungen

Ereignisprinzip

Erfassung der Entbindungen und Geborenen nach dem Ort, an dem sich die Entbindungen ereignen, soweit diese von den Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern gemeldet werden (nicht wie in der amtlichen Bevölkerungsstatistik nach dem Wohnort der Mutter - Wohnortprinzip -).

Klinische Entbindung

Entbindung im Krankenhaus

Sogenannte "ambulante Entbindung"

Entbindung im Krankenhaus, bei der die Frau innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen hat.

Außerklinische Entbindung

Entbindung unter Mitwirkung einer/s freiberuflich tätigen Hebamme/Entbindungspflegers

- in der Wohnung
- in ärztlichen Praxen
- an anderem Ort (z.B. Geburtshaus, Hebammenpraxis).

Müttersterbefall

- s. hierzu Kapitel 3 1 "Mortalität"

Lebendgeborene

- s. hierzu Kapitel 1 "Bevölkerung"

Totgeborene

- s. hierzu Kapitel 1 "Bevölkerung"

Fehlgeburt

Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder weiterer Personen weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen

Die Frucht ist eine Fehlgeburt, wenn sich kein Merkmal des Lebens (wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat) gezeigt hat und das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 1.000 g beträgt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

- Berlin (Ost) bis 2.10.1990 Leibesfrucht mit einem Gewicht von unter 1.000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden waren.

Fehlbildung

Erkennbare (einschließlich der nicht äußerlich erkennbaren) Fehlbildungen an Säuglingen bei der Geburt

Es sollten alle Fehlbildungen erfaßt werden, die für den geburtshilflich tätigen Personenkreis in der Kürze der ihm zur Verfügung stehenden Zeit bei genauer Untersuchung des Neugeborenen erkennbar sind. Die Zeitangabe "bei der Geburt" ist nicht definiert; die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinältern der Länder hat für die Meldungen zur Bundesstatistik eine Zeitspanne bis zum Ende des dritten Tages nach der Geburt empfohlen. Die hier beschriebene Fehlbildungsstatistik kann auch Fehlbildungen enthalten, die noch nach dem dritten Tag der Geburt während des Klinikaufenthaltes der Mutter und des Kindes festgestellt werden

Jede Fehlbildung wird für sich gezählt.

Fertilität (Fruchtbarkeit)

Zahl der Lebendgeborenen geteilt durch die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 45 Jahren.

Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung.

2.1 *Vorbemerkung*

Die geburtshilflich-gynäkologische Statistik der Senatsverwaltung für Gesundheit, über die in diesem Kapitel berichtet wird, wird nach dem *Ereignisprinzip* erhoben, d.h. es wird das tatsächliche geburtshilfliche Geschehen in der Stadt auf der Grundlage der Meldungen der Krankenhäuser und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspfleger dargestellt.

In der amtlichen Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes richtet sich die Zuordnung der Geburten dagegen nach dem Wohnort der Mutter (*Wohnortprinzip*).

Aus diesen unterschiedlichen Erfassungssystemen erklären sich abweichende Angaben über Geburtenzahlen.

Da einige Kriterien der in der Senatsverwaltung für Gesundheit geführten geburtshilflich-gynäkologischen Statistik in der ehemaligen DDR nicht erhoben wurden, konnte die Statistik für das Jahr der Umstellung für den Ostteil der Stadt nicht vollständig erstellt werden. Für 1990 werden die Daten daher noch einmal getrennt für Berlin (West) und (Ost) ausgewiesen. Ab 1991 wird zu dieser Statistik von den Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern nach einheitlichen Merkmalen gemeldet.

2.2 *Entbindungen 1990*

2.2.1 *Klinische und außerklinische Entbindungen*

2.2.1.1 *- in Berlin (West)*

Nach dem Ereignisprinzip wurden im Jahre 1990 für Berlin (West) insgesamt 21.971 Entbindungen ermittelt. Damit setzt sich die seit 1985 steigende Entwicklung weiter fort. Dies entspricht der ebenfalls steigenden Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 45 Jahren (1990 gegenüber 1984: + 27,1 % bei den Entbindungen, + 20,9 % bei den 15- bis unter 45jährigen Frauen).

Jahr	Entbindungen		Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren	
	absolut	Index 1980 = 100	absolut	Index 1980 = 100
1980	18306	100	387578	100
1981	18619	101,7	388233	100,2
1982	18351	100,2	387465	100,0
1983	17490	95,5	385180	99,4
1984	17313	94,6	383636	99,0
1985	17605	96,2	384890	99,3
1986	18362	100,3	389930	100,6
1987	19210	104,9	432482	111,6
1988	20627	112,7	438881	113,2
1989	20875	114,0	450193	116,2
1990	21971	120,0	463808	119,7

Von den insgesamt 21.971 Entbindungen erfolgten 96,7 % in Krankenhäusern, und zwar 61,3 % in städtischen bzw. Universitätskliniken, 33,1 % in freigemeinnützigen und 2,3 % in privaten.

1.224 (5,8 %) aller klinischen Entbindungen waren sogenannte "ambulante" Entbindungen, bei denen die Frauen innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen haben. Die städtischen Krankenhäuser und Universitätskliniken hatten einen Anteil an "ambulanten" Entbindungen von 6,9 %, die freigemeinnützigen von 4,0 % und die privaten von 0,4 % (2 Fälle). Bezogen auf die Gesamtzahl der klinischen Entbindungen ist seit 1980 eine deutliche Zunahme der "ambulanten" Entbindungen zu erkennen.

Im Jahre 1990 entschieden sich in Berlin (West) 728 Frauen gegen eine Krankenhausentbindung. Da-

Jahr	klinische Entbindungen insgesamt	darunter "ambulante Entbindungen"	
		absolut	%
1980	17994	297	1,7
1981	18298	469	2,6
1982	18120	681	3,8
1983	17231	766	4,4
1984	17093	737	4,3
1985	17090	807	4,7
1986	17903	857	4,8
1987	18744	1003	5,4
1988	20031	938	4,7
1989	20251	1208	6,0
1990	21243	1224	5,8

von blieben 242 Frauen zur Entbindung in ihrer Wohnung (Hausentbindungen), 193 wählten eine der drei ärztlichen Praxen und 293 gingen ins Geburtshaus oder zur Hebammen-Praxis ("an anderem Ort"). Über ein Drittel der 242 Hausentbindungen hatte Kreuzberg zu verzeichnen.

118 Entbindungen wurden als Hausentbindung oder an anderem Ort begonnen, mußten jedoch wegen Komplikationen im Krankenhaus beendet werden. Bezogen auf die Summe der außerklinischen Entbindungen und dieser 118 Fälle (geplante außerklinische Entbindungen) macht der Anteil von Geburten, bei denen unerwartete Komplikationen auftraten, 13,9 % aus.

Alle außerklinischen Entbindungen fanden unter Mitwirkung einer/s Hebamme/Entbindungspfleger statt.

Vor dem Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes am 4.6.1985 gab es nur wenige Hebammen, die eine Niederlassungserlaubnis erhalten hatten (Stand Juni 1984: 15 Hebammen). Die geringe Zahl der von den Bezirken erteilten Erlaubnisse hing mit dem monatlichen Mindestverdienst zusammen, den die Bezirke den Hebammen unabhängig von deren tatsächlich geleisteten Geburtshilfen garantieren mußten. Nach dem jetzt gültigen Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG) vom 4.6.1985 (Bundesgesetzblatt I S. 902) können Hebammen/Entbindungspfleger ihre selbständige Tätigkeit der Senatsverwaltung für Gesundheit anzeigen und freiberuflich tätig sein. Mit dem neuen Gesetz nahm die Zahl der selbständigen Hebammen/Entbindungspfleger erheblich zu, am 15.4.1986 waren 87, am 1.3.1992 insgesamt 205 freiberuflich Tätige gemeldet.

Zur gleichen Zeit erhöhte sich auch der Anteil der außerklinischen Entbindungen merklich von 1,3 % im Jahr 1984 auf 2,9 % 1985; 1990 lag er bei 3,3 % nach einem Rückgang in den Jahren 1986 und 1987.

Jahr	Entbindungen insgesamt	darunter außerklinische Entbindungen	
		absolut	%
1980	18306	312	1,7
1981	18619	321	1,7
1982	18351	231	1,3
1983	17490	259	1,5
1984	17313	220	1,3
1985	17605	515	2,9
1986	18362	459	2,5
1987	19210	466	2,4
1988	20627	596	2,9
1989	20875	624	3,0
1990	21971	728	3,3

Die meisten Hebammen/Entbindungspfleger, die freiberuflich tätig sind, beschränken ihre Arbeit auf die Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und/oder Überwachung des Wochenbettverlaufs und führen nicht selbst Entbindungen durch.

28,5 % aller entbundenen Frauen hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Schon 1980 war etwa jede vierte entbundene Frau (26,0 %) Ausländerin, dann nahm der Anteil der nichtdeutschen Frauen jedoch ab, erreichte 1985 21,8 % und stieg erst seit 1986 wieder kontinuierlich an.

Der überwiegende Teil der ausländischen Frauen hat im Krankenhaus entbunden; an den außerklinischen Entbindungen waren sie nur mit 4,4 % beteiligt.

54,6 % aller entbundenen deutschen Frauen waren Erst-, 45,4 % Zweit- und Mehrgebärende. Bei den Ausländerinnen stellte sich das Verhältnis von Erst- zu Mehrgebärenden mit 43,2 % zu 56,8 % genau umgekehrt dar.

Bei den klinischen Entbindungen traten u.a. folgende Komplikationen auf:

0,7 % (1989: 0,8 %) der entbundenen Frauen hatten einen fieberhaften Wochenbettverlauf, d.h. an mehr als drei Tagen (ab viertem Tag) wurden Temperaturen ab 38° C axillar gemessen. Davon waren nach spontaner Geburt 62 Frauen - darunter 8 mit Puerperalfieber (Kindbettfieber) - und nach operativer Entbindung 93 Frauen - darunter 4 mit Puerperalfieber - betroffen.

Puerperalfieber umfaßt alle hochfieberhaften Zustände im Wochenbett, bei denen Temperaturen über 39° C, zum Teil verbunden mit Schüttelfrösten, über mehrere Tage bestehen, die darüber hinaus ein septisches Krankheitsbild bieten und eine intensive antibiotische Behandlung benötigen.

In 955 Fällen (4,5 % der klinischen Entbindungen) wurde eine Beckenendlage festgestellt und bei 238 Frauen eine vaginale Beckenendlagegeburt durchgeführt.

Bei 1 682 Geburten (7,9 %) wurde Vakuum, bei 663 Entbindungen Forceps (3,1 %) eingesetzt. Schnittentbindungen waren bei 11,8 % (1989: 12,2 %) der Frauen erforderlich.

Bei 938 Geburten (4,4 %) wurden manuelle Lösungen/Nachtastungen vorgenommen. 208 der im Krankenhaus entbundenen Frauen (1,0 %) erlitten einen Blutverlust von mehr als 1.000 ml.

2.2.1.1.1 Entbindungen und Geborene 1990 in Berlin (West) - Ereignisprinzip -

Entbindungen, Geborene, Sterbefälle	ins- gesamt	davon					
		in Krankenhäusern			in der Wohnung	in ärztlicher Praxis	an anderem Ort
		städtische/ Universität	freigemein- nützige	private			
Entbindungen	21971	13469	7278	496	242	193	293
%	100	61,3	33,1	2,3	1,1	0,9	1,3
darunter Nichtdeutsche	6272	4734	1457	49	11	8	13
Geborene insgesamt	22256	13693	7334	501	242	193	293
%	100	61,5	33,0	2,3	1,1	0,9	1,3
darunter Nichtdeutsche	6319	4789	1447	51	11	8	13
Von den Geborenen waren							
Lebendgeborene	22179	13643	7308	501	241	193	293
Totgeborene	77	50	26	-	1	-	-
darunter Kinder aus							
Zwillingsgeburten							
Lebendgeborene	532	411	111	10	-	-	-
Totgeborene	2	1	1	-	-	-	-
sonstigen Mehrlings- geburten							
Lebendgeborene	27	27	-	-	-	-	-
Totgeborene	-	-	-	-	-	-	-
Müttersterbefälle	-	-	-	-	-	-	-
darunter Nichtdeutsche	-	-	-	-	-	-	-
Sterbefälle von Neugeborenen 1) (bis einschließlich 7. Lebenstag)	152	109	40	-	3	-	-

1) einschließlich Totgeborene

2.2.1.1.2 Klinische Entbindungen 1990 in Berlin (West)

Klinische Entbindungen insgesamt	21243
darunter sogenannte "ambulante Entbindungen"	1224
davon: Erstgebärende	10900
darunter Nichtdeutsche	2689
Zweit- und Mehrgebärende	10343
darunter Nichtdeutsche	3551
darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf:	
nach spontaner Geburt	62
darunter Puerperalfieber	8
nach operativer Entbindung	93
darunter Puerperalfieber	4
Querlagen	60
sonstige gebärunfähige Lagen	72
Beckenendlagen	955
Mehrlingsentbindungen (in Gesamtzahl der Entbindungen enthalten)	276
Müttersterbefälle insgesamt	—
darunter Nichtdeutsche	—

weitere Komplikationen	ins- gesamt	darunter	
		sept. Fieber	sonst. Fieber
Sectio	2510	8	70
Manuelle Lösungen /Nachtastungen	938	—	2
Blutungen über 1.000 ml	208	1	6
Vakuum	1682	—	10
Forceps	663	—	2
innere Wendungen und Extraktionen	23	—	—
vaginale Becken- endlagengeburt	238	—	—

**2.2.1.1.3 Außerklinische Entbindungen 1990 in Berlin (West)
unter Mitwirkung freiberuflich tätiger Hebammen/Entbindungspfleger**

Außerklinische Entbindungen	insgesamt	in der Wohnung	in ärztl. Praxis	an anderem Ort
insgesamt	728	242	193	293
darunter Mehrlingsentbindungen	—	—	—	—
davon: Erstgebärende	378	87	99	192
darunter Nichtdeutsche	21	3	7	11
Zweit- und Mehrgebärende	350	155	94	101
darunter Nichtdeutsche	11	8	1	2
darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf:				
nach spontaner Geburt	—	—	—	—
darunter Puerperalfieber	—	—	—	—
nach operativer Entbindung	—	—	—	—
darunter Puerperalfieber	—	—	—	—
Müttersterbefälle insgesamt	—	—	—	—
darunter Nichtdeutsche	—	—	—	—
Die Entbindungen fanden in folgenden Bezirken statt:				
Tiergarten	18	18	—	—
Wedding	12	12	—	—
Kreuzberg	83	83	—	—
Charlottenburg	185	19	—	166
Spandau	7	7	—	—
Wilmersdorf	137	10	—	127
Zehlendorf	172	9	163	—
Schöneberg	22	21	1	—
Steglitz	50	21	29	—
Tempelhof	10	10	—	—
Neukölln	23	23	—	—
Reinickendorf	9	9	—	—
Entbindungen, die als Hausentbindungen begonnen, wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet wurden				118
Mitwirkung der Hebamme/des Entbindungspflegers bei einer				
— Entbindung im Krankenhaus mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens 24 Stunden nach der Geburt				79
— Entbindung im Krankenhaus mit einem längeren stationären Aufenthalt				40

2.2.1.1.4 *Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1990 in Berlin (West)*

Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft zur Vorbereitung

auf eine von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr selbst durchgeführte Entbindung

- in der Wohnung (Hausentbindung) 474
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort
(ausgenommen Krankenhaus) 455

auf eine von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr nicht selbst durchgeführte Entbindung

- in der Wohnung (Hausentbindung) 65
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort
(ausgenommen Krankenhaus) 106

auf eine im Berichtsjahr im Krankenhaus beendete Entbindung

- mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens
24 Stunden nach der Geburt 987
- mit einem längeren stationären Aufenthalt 970

Überwachung des Wochenbettverlaufs nach einer

von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr selbst durchgeführten Entbindung

- in der Wohnung (Hausentbindung) 205
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort
(ausgenommen Krankenhaus) 310

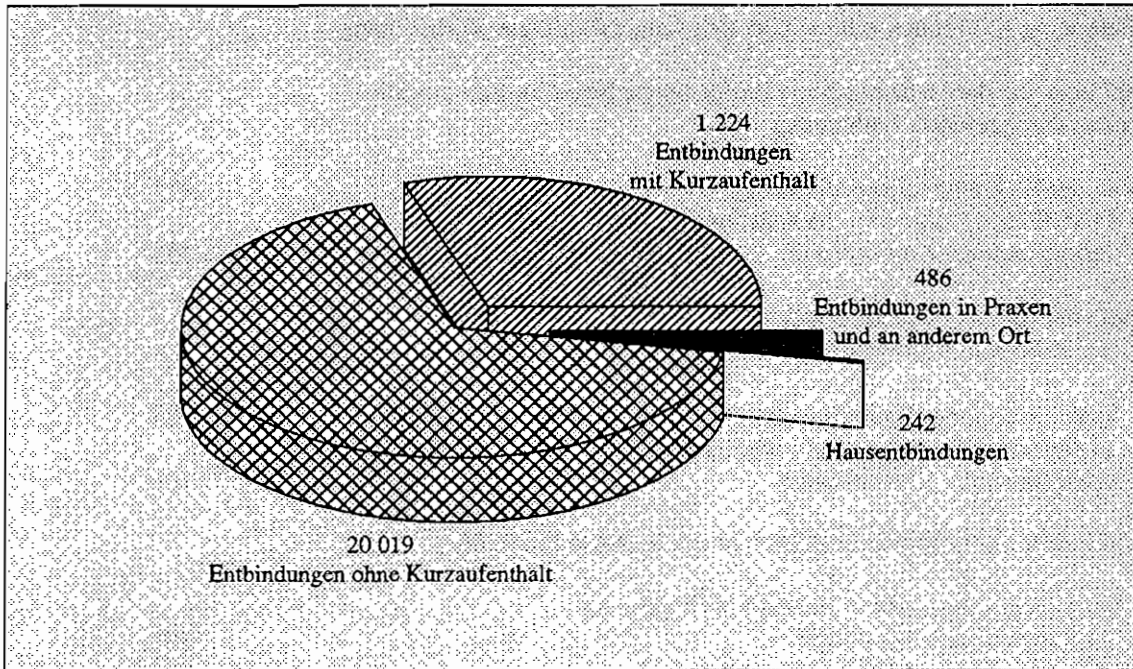
von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr nicht selbst durchgeführten Entbindung

- in der Wohnung (Hausentbindung) 117
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort
(ausgenommen Krankenhaus) 81

im Berichtsjahr im Krankenhaus beendeten Entbindung

- mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens
24 Stunden nach der Geburt 1373
- mit einem längeren stationären Aufenthalt 1760

Graphik 4: *Klinische Entbindungen ohne und mit Kurzaufenthalt (sog. "ambulante Entbindungen") und außerklinische Entbindungen 1990 in Berlin (West)*



2.2.1.2 - in Berlin (Ost)

Von den geburtshilflichen Einrichtungen in Berlin (Ost) wurden nach dem Ereignisprinzip, d. h. unabhängig vom Wohnort der Mutter, 15 127 Entbindungen für das Jahr 1990 ermittelt, 13,6 % weniger als im Vorjahr (1989: 17.501 Entbindungen).

Da von einigen Krankenhäusern nur die Gesamtzahl der Geburten ohne weitere Angaben zur geburtshilflich-gynäkologischen Statistik gemeldet werden konnte, liegen nachfolgende Einzelheiten nicht für die Gesamtheit der Entbindungen vor.

Außerklinische Entbindungen waren im Ostteil der Stadt die Ausnahme. 1990 wurden 167 Hausgeburten bekannt; alle Frauen wurden nach einer Hausgeburt in der Klinik versorgt.

Von den 11 298 Frauen waren 5 844 (51,7 %) Erstgebärende, 5.454 (48,3 %) Zweit- und Mehrgebärende.

Nur wenige Frauen (191) hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit

Im Berichtsjahr wurden im Rahmen dieser Statistik 3 Müttersterbefälle verzeichnet

Der Wochenbettverlauf war in 58 Fällen fieberhaft. Es wurden 484 Beckenendlagen (4,3 %) und 245 vaginale Beckenendlagengeburten gemeldet.

Bei 1 600 Frauen (10,6 %) wurde eine Sectio vorgenommen. Manuelle Lösungen waren in 7,6 % der Fälle, der Einsatz von Vakuum bei 1,5 %, von Forceps bei 7,1 % der Entbindungen erforderlich. 155 Frauen (1,4 %) erlitten Blutungen von mehr als 1 000 ml.

Die "Storchenwagen", speziell für die Geburtshilfe ausgestattete Fahrzeuge des Rettungsamtes in der ehemaligen DDR, wurden 1990 im Ostteil Berlins weiter eingesetzt. Seit den 1.5.1991 wurde der Einzugsbereich auf die westlichen Bezirke Wedding, Kreuzberg und Neukölln ausgedehnt.

Am 1.7.1991 übernahm die Feuerwehr das Rettungsamtsamt. Z.Z. fährt ein Storchenwagen, besetzt mit einer Hebamme, einem Rettungssanitäter und einem Rettungshelfer. Der Wagen wird nach einem von der Feuerwehr erstellten Katalog bei Notfällen eingesetzt.

2.2.1.2.1 *Entbindungen 1990 in Berlin (Ost)* *- Ereignisprinzip -*

Entbindungen insgesamt	15127
------------------------	-------

folgende Zahlen beziehen sich auf 11298 Entbindungen:

Entbindungen	11298
darunter Hausgeburten	167

davon: Erstgebärende	5844
darunter Nichtdeutsche	130
Zweit- und Mehrgebärende	5454
darunter Nichtdeutsche	61

darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf:	58
--	----

Querlagen	40
sonstige gebärunfähige Lagen	7
Beckenendlagen	484

Mehrlingsentbindungen (in Gesamtzahl der Entbindungen enthalten)	102
---	-----

Müttersterbefälle insgesamt	3
darunter Nichtdeutsche	-

Manuelle Lösungen/Nachtastungen	863
Blutungen über 1.000 ml	155
innere Wendungen und Extraktionen	4
vaginale Beckenendlagengeburt	245

folgende Zahlen beziehen sich auf die Gesamtheit der Entbindungen (15127):

Sectio	1600
Vakuum	227
Forceps	1074

2.3 Geborene 1990

2.3.1 - in Berlin (West)

2.3.1.1 Geborene 1990 in Berlin (West) - klinisch -

Gewicht von bis unter g	Lebendgeborene						Totgeborene						
	ins- gesamt	darunter nicht- deutsche	ehelich		nicht- ehelich		ins- gesamt	darunter nicht- deutsche	ehelich		nicht- ehelich		
			m	w	m	w			m	w	m	w	
untergewich- tige Kinder													
unter 500	3	2	3	-	-	-							Fehlgeburt
500 bis 1.000	83	25	27	32	6	18							Fehlgeburt
1.000 bis 1.500	128	48	50	40	21	17	14	4	5	7	1	1	
1.500 bis 2.500	1231	326	415	523	133	160	26	6	8	13	3	2	
Reifgeborene	20005	5862	8340	7744	2059	1862	36	14	16	12	4	4	
insgesamt													
1990	214521)	6263	8835	8339	2219	2057	76	24	29	32	8	7	
1989	20409	5850	8645	7864	1963	1937	72	18	34	22	6	10	

1) einschließlich zwei nicht zuzuordnender Kinder

Darunter Kinder aus (in der obigen Tabelle enthalten):

- Zwillingssgeburten	Lebendgeborene	532
	Totgeborene	2
- sonstigen Mehrlingsgeburten	Lebendgeborene	27
	Totgeborene	-

Sterbefälle von Kindern:

- ante partum (unter "Totgeborene" enthalten)	71
- sub partu " " " "	5
- post partum (bis zum 7. Lebenstag)	73
insgesamt	149

2.3.1.2 Geborene 1990 in Berlin (West)
-außerklinisch -
(nur aus Entbindungen in der Wohnung, in ärztlicher Praxis und an anderem Ort
-ausgenommen Krankenhäuser)

Gewicht von ... bis unter ... g	Lebendgeborene						Totgeborene					
	ins- gesamt	darunter nicht- deutsche	ehelich		nicht- ehelich		ins- gesamt	darunter nicht- deutsche	ehelich		nicht- ehelich	
			m	w	m	w			m	w	m	w
untergewich- tige Kinder												
unter 500	-	-	-	-	-	-			Fehlgeburt			
500 bis 1.000	-	-	-	-	-	-			Fehlgeburt			
1.000 bis 1.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.500 bis 2.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reifgeborene	727	32	178	205	166	178	1	-	-	-	1	-
insgesamt 1990	727	32	178	205	166	178	1	-	-	-	1	-
1989	625	19	168	156	146	155	-	-	-	-	-	-

Darunter Kinder aus (in der obigen Tabelle enthalten):

- Zwillingssgeburten	Lebendgeborene	-
	Totgeborene	-
- sonstigen Mehrlingsgeburten	Lebendgeborene	-
	Totgeborene	-

Sterbefälle von Kindern:

- ante partum (unter "Totgeborene" enthalten)	1
- sub partu " " " "	-
- post partum (bis zum 7. Lebenstag)	2
insgesamt	3

22.256 Kinder wurden im Berichtsjahr geboren (1989: 20.409), davon 21.452 in Krankenhäusern und 727 unter Mitwirkung von freiberuflich tätigen Hebammen außerhalb von Kliniken.

Von den 22.256 Neugeborenen waren 22.179 Lebend- und 77 Totgeborene. 72 der Totgeborenen starben ante partum (vor der Geburt), fünf sub partu (unter der Geburt), außerdem wurden 75 Sterbefälle post partum (im Zeitraum nach der Geburt bis zum 7. Lebenstag) gemeldet

534 der Geborenen waren Zwillinge (darunter zwei totgeborene Kinder) und 27 Drillinge.

Der Anteil der aus klinischen Entbindungen ehelich Geborenen verringerte sich zwar geringfügig gegenüber dem Vorjahr, lag jedoch noch bei 80,1 %. Bei den außerklinischen Geburten hingegen war der Anteil der ehelich Geborenen mit 52,6 % nur wenig größer als der nichtehelich Geborenen mit 47,4 %.

Die meisten der in Krankenhäusern Lebendgeborenen waren Reifgeborene mit einem Geburtsgewicht von 2.500 g und mehr (93,3 %); von den 1.445 untergewichtigen Kindern (6,7 %) wogen 1.231 Säuglinge 1.500 bis unter 2.500 g (5,7 % aller Lebendgeborenen), der Anteil der Kinder mit einem Gewicht von weniger als 1.500 g machte 1 % aus. Von den Totgeborenen waren über die Hälfte (52,6 %) untergewichtig.

Alle Kinder aus außerklinischen Entbindungen (727 Lebend- und ein Totgeborenes) hatten ein Gewicht von 2.500 g und mehr.

In Krankenhäusern wurde bei 21.217 Säuglingen und in einer ärztlichen Praxis bei 162 Säuglingen die Neugeborenen-Erstuntersuchung U1 vorgenommen, das sind 99,0 % der hier Lebendgeborenen. Die in den Zeitraum vom 3. bis 10. Lebenstag fallende Neugeborenen-Untersuchung U2 wurde bei 17.815 in Krankenhäusern geborenen Kindern (83,0 %) durchgeführt; 17.699 Kinder (82,5 %) wurden einem Schnelltest auf Mukoviszidose unterzogen. 21.238 Neugeborene sind im Rahmen des Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten Phenylketonurie, Galaktosämie, Cystinurie, Ahorn-Sirup-Krankheit, Tyrosinose, Hartnup-Disease und einige weitere Stoffwechselstörungen untersucht worden. Das sind 99,0 % der in West-Berliner Krankenhäusern Lebendgeborenen (maximal, da in den angegebenen 21.238 Untersuchungen auch einige wenige Kontrolluntersuchungen enthalten sind).

Daß die Zahl der gemeldeten Früherkennungsuntersuchungen und Tests nicht die Gesamtzahl der in Krankenhäusern Lebendgeborenen erreicht, ergibt sich dadurch, daß einige Kinder unmittelbar nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt und deshalb von der geburtshilflichen Statistik nicht erfaßt wurden oder daß Mütter mit ihren Kindern die Klinik schon kurze Zeit nach der Entbindung wieder verlassen haben.

2.3.2 - in Berlin (Ost)

In den geburtshilflichen Einrichtungen von Berlin (Ost) wurden nach einem vorläufigen Ergebnis 15.198 Kinder geboren (1989: 17.650 Kinder). Eine Aufteilung nach Gewicht, Geschlecht und Legitimität liegt nicht für alle Kinder vor. Von 12.963 Lebend- und 38 Totgeborenen wurde das Geburtsgewicht gemeldet: 94,4 % der lebendgeborenen Kinder waren reifgeboren, 5,1 % hatten ein Geburtsgewicht von 1.500 bis unter 2.500 g und 0,5 % wogen weniger als 1.500 g. Unter den Totgeborenen lag der Anteil der untergewichtigen Kinder mit 57,9 % wesentlich höher.

Bei fast allen nach dem Ereignisprinzip ermittelten Lebendgeborenen wurden Erst- und Entlassungsuntersuchungen (98,6 % und 98,0 %) durchgeführt, bei 14.889 Kindern Tests auf Phenylketonurie vorgenommen.

In Tabelle 2.3.2.1 gelten die in Klammern gesetzten Zahlen für 13.001 Geborene, die ohne Klammern für nur 9.035 Geborene

2.3.2.1 Geborene 1990 in Berlin (Ost) 1)

Gewicht von ... bis unter ... g	Lebendgeborene						Totgeborene						
	insgesamt	darunter nicht-deutsche	ehelich		nichtehelich		insgesamt	darunter nicht-deutsche	ehelich		nichtehelich		
			m	w	m	w			m	w	m	w	
unter 500	1 (1)	1	-	-	-	1							Fehlgeburt
500 bis 1.000	4 (12)	-	-	1	2	1							Fehlgeburt
1.000 bis 1 500	35 (56)	4	6	9	6	14	5 (8)	-	1	1	3	-	
1.500 bis 2 500	436 (663)	12	98	122	83	133	9 (14)	-	3	3	1	2	
Reifgeborene	8535 (12231)	176	2607	2399	1828	1701	10 (16)	-	5	1	1	3	
insgesamt	9011 (12963)	193	2711	2531	1919	1850	24 (38)	-	9	5	5	5	

Darunter Kinder aus (in der obigen Tabelle enthalten):
- Mehrlingsgeburten (ausschließlich Zwillingsgeburten)

Lebendgeborene (217)
Totgeborene (1)

Sterbefälle von Kindern:

- ante partum (unter "Totgeborene" enthalten)

(35)

- sub partu " " "

(3)

- post partum (bis zum 7. Lebenstag)

(28)

insgesamt

(66)

1) vorläufiges Gesamtergebnis: 15 198 Geborene.

Zahlen in Klammern gelten für 13 001, ohne Klammern für 9.035 Geborene

2.4 Fehlbildungen bei Neugeborenen 1990

2.4.1 - in Berlin (West)

Es sollten alle Fehlbildungen erfaßt werden, die für den geburtshilflich tätigen Personenkreis in der Kürze der bei der Geburt zur Verfügung stehenden Zeit bei genauer Untersuchung des Neugeborenen erkennbar sind. Die Zeitangabe "bei der Geburt" ist nicht definiert; die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder hat für die Meldungen zur Bundesstatistik eine Zeitspanne bis zum Ende des dritten Tages nach der Geburt empfohlen. Die hier beschriebene Fehlbildungsstatistik kann

auch Fehlbildungen enthalten, die noch später als dem dritten Tag nach der Geburt während des Klinikaufenthaltes der Mutter und des Kindes festgestellt werden. Jede Fehlbildung wird für sich gezählt.

Auf dieser Basis wurden bei 275 Neugeborenen insgesamt 292 Fehlbildungen festgestellt. Wie im Vorjahr wiesen 1,2 % der lebendgeborenen Kinder Fehlbildungen auf, bei den Totgeborenen lag der Anteil mit 6,3 % (1989: 5,6 %) erheblich höher.

23,6 % der Fehlbildungen betrafen die Gliedmaßen, bei 16,4 % wurden Herzfehler diagnostiziert oder der Verdacht darauf geäußert. Es folgten urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie) mit 8,9 %, Hypospadie mit 7,8 %, Spaltbildungen des Gesichts mit 4,8 % und Mongolismus mit 4,1 %. Die übrigen ermittelten Fehlbildungen sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

2.4.1.1 Neugeborene mit Fehlbildungen 1990 in Berlin (West)

Zeitpunkt der Geburt	Lebendgeborene					Totgeborene						
	insgesamt	ehelich		nicht-ehelich		in % aller Lebendgeborenen	insgesamt	ehelich		nicht-ehelich		in % aller Totgeborenen
		m	w	m	w			m	w	m	w	
rechtzeitig Geborene	227	105	76	28	18							
1) Frühgeborene	43	15	16	3	9	5	2	2	1	-		
insgesamt	270 2)	120	92	31	27	1,2	5	2	2	1	-	6,3

1) rechtzeitig und Frühgeborene

2) darunter 4 Kinder von außerklinischen Entbindungen

2.4.1.2 Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1990 in Berlin (West)

Art der Fehlbildung	Feststellung bei		
	Lebendgeborenen		Totgeborenen
	rechtzeitig geboren	frühgeboren	

Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen

Acephalus bzw. Anencephalus	—	—	—
Mikrocephalus	6	—	—
Hydrocephalus	3	4	2
Turmschädel	1	—	—
Mongolismus	12	—	—
Teratome	1	—	—
Choristome	—	—	—
Herzfehler 2)	40	7	1
Spaltbildungen des Gesichts	12 1)	2	—
Spaltbildungen des Rumpfes	5 1)	2	—
Spaltbildungen der Wirbelsäule	5	—	—
Augenfehlbildungen	—	—	—
Ohrfehlbildungen	9	1	—
Schiefhals	—	—	—
Oesophagusatresie	8	1	—
Analatresie	4	—	—
Hypospadie	17	6	—
sonstige Fehlbildungen	50 1)	13	2
darunter urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	24	2	—

Gliedmaßenfehlbildungen

fehlende Gliedmaßen und Phokomelien (*)	2	—	—
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Finger, Spalthand, Klumphand)	12	2	—
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß)	34	3	—
Hüftgelenkluxation	4	2	—
partielle Wachstumsstörungen (z.B. Hypoplasien, Radiusplasien)	3	—	—
sonstige Fehlbildungen	5	2	—

sonstige Schäden

Spastizität	—	—	x
Schlaffe Lähmungen (z.B. Erb'sche Lähmung)	9 1)	—	x

1) darunter 1 Fehlbildung bei Kindern von außerklinischen Entbindungen

2) einschließlich Verdacht

x) Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

2.4.1.3 Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1984 - 1990 in Berlin (West)

Art der Fehlbildung	1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	Fehlbildungen bei 1)													
	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T
	Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen													
Acephalus bzw. Anencephalus	-	-	2	2	1	1	-	-	-	2	-	1	-	-
Mikrocephalus	3	-	5	-	5	-	4	-	4	-	-	-	6	-
Hydrocephalus	6	-	4	1	10	-	11	-	18	1	9	-	7	2
Turmschädel	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Mongolismus	18	-	16	-	15	-	26	-	21	-	15	-	12	-
Teratome	2	-	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Choristome	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herzfehler 2)	50	1	37	-	62	1	52	-	44	-	53	-	47	1
Spaltbildungen des Gesichts	29	-	21	1	21	-	26	1	24	-	23	1	14	-
Spaltbildungen des Rumpfes	4	-	4	-	3	-	3	-	3	-	7	-	7	-
Spaltbildungen der Wirbelsäule	8	1	6	1	6	-	10	1	8	-	6	-	5	-
Augenfehlbildungen	1	-	4	-	2	-	7	-	2	-	1	-	-	-
Ohrfehlbildungen	7	-	12	-	5	-	10	1	4	-	5	-	10	-
Schiefhals	1	-	3	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Oesophagusatresie	2	-	5	-	3	-	3	-	8	1	9	-	9	-
Analatresie	1	-	2	-	3	-	5	-	5	-	2	-	4	-
Hypospadie	33	-	14	-	29	-	28	-	28	-	25	-	23	-
sonstige Fehlbildungen dar. urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	67	-	43	2	57	2	54	5	47	1	47	2	63	2
	Gliedmaßenfehlbildungen													
fehl Gliedmaßen u. Phokomelien(*)	1	-	7	-	1	-	1	-	-	-	1	-	2	-
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Finger, Spalthand, Klumphand)	26	-	14	2	34	-	29	1	22	-	18	-	14	-
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß)	40	-	30	1	30	-	28	-	30	-	31	-	37	-
Hüftgelenkluxation	3	-	4	-	3	-	10	-	5	-	12	-	6	-
partielle Wachstumsstörungen (z.B. Hypoplasien, Radiusplasien)	12	-	4	1	1	-	1	-	4	-	6	-	3	-
sonstige Fehlbildungen	5	-	5	-	6	-	6	-	2	1	9	-	7	-
	sonstige Schäden													
Spastizität	-	x	1	x	-	x	-	x	-	x	1	x	-	x
Schlaffe Lähmungen (z.B. Erb'sche Lähmung)	11	x	4	x	6	x	7	x	8	x	14	x	9	x
	insgesamt													
festgestellte Fehlbildungen	330	2	248	12	324	6	341	11	306	6	309	4	287	5
Kinder mit Fehlbildungen insgesamt	294	2	225	7	271	3	270	6	251	6	259	4	270	5

1) L = Lebendgeborene, T = Totgeborene

2) einschließlich Verdacht

x) Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

2.4.2 - in Berlin (Ost)

Die Meldungen über Fehlbildungen bei Neugeborenen aus dem Ostteil der Stadt lagen bei Redaktionsschluß noch nicht vollständig vor. Unter 13.001 bisher gemeldeten Geborenen waren 192 Kinder (109 männlich, 83 weiblich), bei denen 207 Fehlbildungen festgestellt wurden. Die Aufteilung nach Lebend- und Totgeborenen wurde nur für 163 Kinder mit Fehlbildungen gemeldet

Kinder mit Fehlbildungen 1)			darunter Lebendgeborene 1)						darunter Totgeborene 1)			
			zusammen			rechtz. Geb.		Frühgeb.				
insg.	m	w	zus.	m	w	m	w	m	w	zus.	m	w
192	109	83	161	90	71	86	65	4	6	2	2	-

1) unvollständige Angaben

Der Anteil der 161 Lebendgeborenen an der Zahl der Kinder, unter denen die Fehlbildungen festgestellt wurden, betrug 1,5 %; bei den Totgeborenen lag der Anteil bei 7,4 %.

2.4.2.1 Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1990 in Berlin (Ost) 1)

Art der Fehlbildung	Feststellung bei 192 Lebend- und Totgeborenen
Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen	
Acephalus bzw. Anencephalus	-
Mikrocephalus	2
Hydrocephalus	4
Turmschädel	1
Mongolismus	6
Teratome	2
Choristome	-
Herzfehler (einschließlich Verdachtsfälle)	57
Spaltbildungen des Gesichts	22
Spaltbildungen des Rumpfes	1
Spaltbildungen der Wirbelsäule	9
Augenfehlbildungen	-
Ohrfehlbildungen	7
Schiefhals	2
Oesophagusatresie	4
Analatresie	1
Hypospadie	6
sonstige Fehlbildungen	38
darunter urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	7
Gliedmaßenfehlbildungen	
fehlende Gliedmaßen und Phokomelien (*)	-
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, (z.B. Syndaktelie, überzählige Finger, Spalthand, Klumphand)	13
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, (z.B. Syndaktelie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß)	17
Hüftgelenkluxation	8
partielle Wachstumsstörungen (z.B. Hypoplasien, Radiusplasien)	-
sonstige Fehlbildungen	1
sonstige Schäden	
Spastizität	1
Schlaffe Lähmungen (z.B. Erb'sche Lähmung)	5

1) unvollständig, siehe Text zu 2.4.2

2.5 *Fehlgeburten 1990*

2.5.1 *- in Berlin (West)*

In den Krankenhäusern mit geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilungen sowie in Einrichtungen, die zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen sind, wurden im Jahr 1990 2.818 Fehlgeburten erfaßt; dabei handelt es sich um den Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder weiterer Personen, weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen. Die Frucht ist eine Fehlgeburt, wenn sich nach der Trennung vom Mutterleib keines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) gezeigt hat und das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 1.000 g beträgt.

Über die Hälfte der Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten, wurden in städtischen bzw. Universitätskliniken behandelt, 26,0 % in freigemeinnützigen, 4,9 % in privaten Krankenhäusern. 12,3 % der Fehlgeburten wurden aus sonstigen Einrichtungen und eine von einer freiberuflich tätigen Hebamme gemeldet.

92,4 % der Fehlgeburten traten in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten ein, 7,6 % ereigneten sich zu einem späteren Zeitpunkt.

Von den 2.549 betroffenen Frauen, die ihren Familienstand angegeben haben, waren zum Zeitpunkt der Fehlgeburt 69,5 % verheiratet, verwitwet oder geschieden. 29,5 % aller Fehlgeburten waren bei 25 bis unter 30jährigen Frauen zu verzeichnen.

Bei 37 Frauen (1,4 %) traten aufgrund der Fehlgeburt Fieber oder sonstige Komplikationen auf.

2.5.1.1 Fehlgeburten 1990 in Berlin (West)
nach Dauer der Schwangerschaft und Alter der Schwangeren
(Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/
Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung
von Schwangerschaftsabbrüchen)

Dauer der Schwangerschaft/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Fehlgeburten insgesamt		Krankenhäuser			freiberuflich tätige Hebammen/ Entbindungspfleger	son- stige Einrich- tungen
	absolut	%	städt./ Universität	freigemein- nützige	private		
bis einschließlich							
4. Schwangerschaftsmonat							
unter 15	1	0,0	—	1	—	—	—
15 – 20	147	5,6	96	34	4	—	13
20 – 25	546	21,0	323	129	19	—	75
25 – 30	765	29,4	419	230	32	—	84
30 – 35	563	21,6	295	164	34	—	70
35 – 40	389	14,9	204	93	30	1	61
40 – 45	169	6,5	92	28	13	—	36
45 und älter	24	0,9	7	3	5	—	9
zusammen	2604		1436	682	137	1	348
%		100	55,1	26,2	5,3	0,0	13,4
nach dem							
4. Schwangerschaftsmonat							
unter 15	0	—	—	—	—	—	—
15 – 20	13	6,1	9	4	—	—	—
20 – 25	35	16,4	29	6	—	—	—
25 – 30	65	30,4	52	13	—	—	—
30 – 35	34	15,9	20	14	—	—	—
35 – 40	50	23,4	38	12	—	—	—
40 – 45	16	7,5	14	2	—	—	—
45 und älter	1	0,5	1	—	—	—	—
zusammen	214		163	51	—	—	—
%		100	76,2	23,8	—	—	—
insgesamt							
unter 15	1	0,0	—	1	—	—	—
15 – 20	160	5,7	105	38	4	—	13
20 – 25	581	20,6	352	135	19	—	75
25 – 30	830	29,5	471	243	32	—	84
30 – 35	597	21,2	315	178	34	—	70
35 – 40	439	15,6	242	105	30	1	61
40 – 45	185	6,6	106	30	13	—	36
45 und älter	25	0,9	8	3	5	—	9
insgesamt	1990	2818	1599	733	137	1	348
%		100	56,7	26,0	4,9	0,0	12,3
	1989	2653	1495	714	147	1	296
		100	56,4	26,9	5,5	0,0	11,2

**2.5.1.2 Fehlgeburten 1990 in Berlin (West)
nach Familienstand und Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und
Komplikationen
(Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger
und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)**

Familienstand/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Fehlgeburten insgesamt		Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen								
			bis einschl. 4. Schwangerschaftsmonat				nach dem 4. Schwangerschaftsmonat				
			zus.	darunter mit			zus.	darunter mit			
				Fieber	sonst Komplikationen	Sterbefällen		Fieber	sonst Komplikationen	Sterbefällen	
absolut	%										
ledig											
unter 15	1	0,1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	95	12,2	87	1	-	-	8	-	-	-	-
20 - 25	202	26,0	192	-	1	-	10	2	1	-	-
25 - 30	248	31,9	231	-	-	-	17	1	-	-	-
30 - 35	128	16,5	122	1	1	-	6	-	-	-	-
35 - 40	75	9,6	69	1	-	-	6	-	-	-	-
40 - 45	24	3,1	21	-	-	-	3	-	-	-	-
45 und älter	5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	778		728	3	2	-	50	3	1	-	-
%	27,6	100									
verheiratet, ver-											
witwet, geschieden											
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	60	3,4	55	1	-	-	5	1	-	-	-
20 - 25	326	18,4	301	2	1	-	25	1	1	-	-
25 - 30	513	29,0	465	2	2	-	48	5	-	-	-
30 - 35	414	23,4	386	4	-	-	28	-	1	-	-
35 - 40	318	18,0	274	3	-	-	44	1	-	-	-
40 - 45	127	7,2	114	1	1	-	13	1	-	-	-
45 und älter	13	0,7	12	-	-	-	1	-	-	-	-
zusammen	1.771		1.607	13	4	-	164	9	2	-	-
%	62,8	100									
unbekannt											
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	5	1,9	5	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 25	53	19,7	53	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 30	69	25,7	69	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 35	55	20,4	55	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 40	46	17,1	46	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 45	34	12,6	34	-	-	-	-	-	-	-	-
45 und älter	7	2,6	7	-	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	269		269	-	-	-	-	-	-	-	-
%	9,5	100									
insgesamt	1990	2818	2604	16	6	-	214	12	3	-	-
%		100	92,4				7,6				
	1989	2653	2509	12	6	-	144	7	2	-	-
		100	94,6				5,4				

2.5.2 - in Berlin (Ost)

Bei Redaktionsschluß lag die Meldung über Fehlgeburten von einer Klinik noch nicht vor. Von den übrigen gynäkologischen Einrichtungen im Ostteil der Stadt wurden im Jahre 1990 1.273 Frauen mit der Diagnose Nr. 634 der ICD/1979 - Spontanabort (inkomplett/komplett) - stationär behandelt (1989: 1.535 Fehlgeburten).

Nur von knapp der Hälfte dieser Frauen wurde Familienstand und Alter erfaßt:

2.5.2.1 Fehlgeburten 1990 in Berlin (Ost) 1) nach Alter und Familienstand der Schwangeren sowie Dauer der Schwangerschaft

Alter der Schwangeren von bis unter ... Jahren	Fehlgeburten insgesamt		Familienstand der Schwangeren und Dauer der Schwangerschaft 2)								
			ledig			verh., verw., gesch			Familienstand unbekannt		
	absolut	%	zus.	bis 4. SM	nach 4. SM	zus.	bis 4. SM	nach 4. SM	zus.	bis 4. SM	nach 4. SM
unter 15	34	5,6	34	31	3	-	-	-	-	-	-
15 - 20	66	10,9	38	36	2	4	4	-	24	21	3
20 - 25	226	37,2	30	29	1	97	88	9	99	95	4
25 - 30	156	25,7	18	16	2	69	62	7	69	64	5
30 - 35	82	13,5	1	1	-	49	44	5	32	30	2
35 - 40	25	4,1	-	-	-	12	12	-	13	13	-
40 - 45	13	2,1	-	-	-	6	6	-	7	7	-
45 und älter	2	0,3	-	-	-	-	-	-	2	2	-
unbekannt	3	0,5	-	-	-	-	-	-	3	2	1
insgesamt	607		121	113	8	237	216	21	249	234	15
%		100	19,9			39,0			41,0		

1) unvollständige Angaben (siehe Text zu 2.5.2)

2) bis 4. SM = bis einschließlich 4. Schwangerschaftsmonat
nach 4. SM = nach dem 4. Schwangerschaftsmonat

2.6 Schwangerschaftsabbrüche 1990

2.6.1 - in Berlin (West)

1990 wurden nach Meldungen von Krankenhäusern und zugelassenen Einrichtungen 11.104 intakte Schwangerschaften abgebrochen. Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden registrierte nur 4.892 Schwangerschaftsabbrüche für Berlin (West), d.h. in mehr als der Hälfte (55,9 %) der Fälle wurde die gesetzliche Meldepflicht nicht beachtet; im Vorjahr lag der Anteil der nicht gemeldeten Abbrüche mit 61,5 % noch erheblich höher

Nach der Statistik der Senatsverwaltung für Gesundheit ist die absolute Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gegenüber dem Vorjahr zwar um 1,9 % gestiegen, das Verhältnis von Abbrüchen zu Entbindungen hat sich jedoch in den letzten Jahren zugunsten der Entbindungen verschoben: Während 1983 auf einen Schwangerschaftsabbruch nur 1,3 Entbindungen fielen, standen 1990 einer Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließ, zwei Frauen gegenüber, die die Schwangerschaft ausgetragen haben. Auch in bezug auf die weibliche Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren zeigt sich mit Ausnahme des Jahres 1988 ein kontinuierlicher Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche von 343,3 auf 239,4 je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter.

2.6.1.1 Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche 1975 - 1990 in Berlin (West)

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche 1)	Veränderungen gegenüber dem Vorjahr		Abbrüche auf 1.000 Entbindungen 1)	Verhältnis Abbrüche zu Entbindungen	Abbrüche je 10.000 der weibl Bevölkerung von 15 bis unter 45 J.
		absolut	%			
1975	3515	-	-	200,4	1 : 5,0	90,7
1976	5920	+ 2405	+ 68,4	339,9	1 : 2,9	154,3
1977	8555	+ 2635	+ 44,5	524,5	1 : 1,9	223,7
1978	9907	+ 1352	+ 15,8	602,2	1 : 1,7	257,9
1979	10104	+ 197	+ 2,0	595,5	1 : 1,7	261,4
1980	10330	+ 226	+ 2,2	564,3	1 : 1,8	266,5
1981	11478	+ 1148	+ 11,1	616,5	1 : 1,6	295,6
1982	11753	+ 275	+ 2,4	640,5	1 : 1,6	303,3
1983	13222	+ 1469	+ 12,5	756,0	1 : 1,3	343,3
1984	12245	- 977	- 7,4	707,3	1 : 1,4	319,2
1985	12059	- 186	- 1,5	685,0	1 : 1,5	313,3
1986	11102	- 957	- 7,9	604,6	1 : 1,7	284,8
1987	10625	- 477	- 4,3	553,1	1 : 1,8	245,7
1988	11308	+ 683	+ 6,4	548,2	1 : 1,8	257,7
1989	10893	- 415	- 3,7	521,8	1 : 1,9	242,0
1990	11104	+ 211	+ 1,9	505,4	1 : 2,0	239,4

1) Erfassung durch SenGes

Die meisten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, suchten Praxiskliniken oder Arztpraxen auf; an Krankenhäuser wandten sich nur 13,1 % der Frauen. 1980 war das Verhältnis noch umgekehrt: 86,7 % der Schwangerschaftsabbrüche wurden in Krankenhäusern und 13,3 % in sonstigen Einrichtungen vorgenommen. Inzwischen gibt es in Berlin (West) sieben Praxiskliniken mit 72 dort zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassenen Ärztinnen/Ärzten, außerdem 10 Ärzte mit Zulassung für die eigenen Praxisräume.

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	davon durch							
		Krankenhäuser						sonstige Einrichtungen	
		städt./Univers.		freigemeinnützige		private			
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1980	10330	2626	25,4	2858	27,7	3475	33,6	1371	13,3
1981	11478	2189	19,1	1332	11,6	2748	23,9	5209	45,4
1982	11753	1911	16,3	386	3,3	2218	18,9	7238	61,6
1983	13222	1601	12,1	236	1,8	2024	15,3	9361	70,8
1984	12245	1570	12,8	245	2,0	1805	14,7	8625	70,4
1985	12059	1314	10,9	203	1,7	1572	13,0	8970	74,4
1986	11102	749	6,7	205	1,8	1262	11,4	8886	80,0
1987	10625	573	5,4	182	1,7	963	9,1	8907	83,8
1988	11308	928	8,2	121	1,1	660	5,8	9599	84,9
1989	10893	715	6,6	119	1,1	620	5,7	9439	86,7
1990	11104	761	6,9	119	1,1	576	5,2	9648	86,9

In den sonstigen Einrichtungen wurden überwiegend Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen vorgenommen. Von den 125 Frauen, die nach der 12. Schwangerschaftswoche den Abbruch vornehmen ließen, ging die Mehrzahl (79,2 %) ins Krankenhaus und nur 26 Frauen suchten sonstige Einrichtungen auf.

Knapp ein Drittel der Frauen war zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs 25 bis unter 30 Jahre alt. Bei den ledigen Frauen war die Altersgruppe der 20- bis unter 25jährigen mit 36,7 % am stärksten vertreten.

Für 4.949 Frauen (44,6 %) wurden keine Angaben zum Familienstand gemacht. Von den übrigen 6.155 Frauen waren 47,2 % ledig, 52,8 % verheiratet, verwitwet oder geschieden.

Gleichzeitig mit dem Abbruch ließen sich 400 Frauen sterilisieren, die meisten im Alter von 30 bis unter 35 (28,8 %) und 35 bis unter 40 Jahren (37,3 %).

In 27 Fällen traten in Verbindung mit einem Schwangerschaftsabbruch Komplikationen auf; bei Abbrüchen bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche waren es mit 22 Fällen 0,2 %, bei später vorgenommenen Abbrüchen kamen Komplikationen mit 4 % der Fälle wesentlich häufiger vor.

**2.6.1.2 Schwangerschaftsabbrüche 1990 in Berlin (West)
nach Dauer der Schwangerschaft, Alter der Schwangeren und Ort des Eingriffs
(Meldung durch Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur
Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)**

Dauer der Schwangerschaft/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Schwangerschafts- abbrüche insgesamt		Ort des Eingriffs			
			Krankenhäuser			sonstige zugelassene Einrich- tungen
			städt./ Universität	freigemein- nützige	private	
absolut	%					
bis einschließlich						
12. Schwangerschaftswoche						
unter 15	11	0,1	4	4	-	3
15 - 20	806	7,3	86	13	44	663
20 - 25	2807	25,6	160	32	175	2440
25 - 30	3374	30,7	146	25	146	3057
30 - 35	2118	19,3	134	20	89	1875
35 - 40	1302	11,9	95	14	72	1121
40 - 45	512	4,7	41	6	40	425
45 und älter	49	0,4	5	-	6	38
zusammen	10979		671	114	572	9622
%		100	6,1	1,0	5,2	87,6
nach der						
12. Schwangerschaftswoche						
unter 15	-	-	-	-	-	-
15 - 20	9	7,2	6	1	1	1
20 - 25	39	31,2	24	1	-	14
25 - 30	22	17,6	16	-	-	6
30 - 35	21	16,8	16	1	-	4
35 - 40	25	20,0	21	1	2	1
40 - 45	7	5,6	5	1	1	-
45 und älter	2	1,6	2	-	-	-
zusammen	125		90	5	4	26
%		100	72,0	4,0	3,2	20,8
insgesamt						
unter 15	11	0,1	4	4	-	3
15 - 20	815	7,3	92	14	45	664
20 - 25	2846	25,6	184	33	175	2454
25 - 30	3396	30,6	162	25	146	3063
30 - 35	2139	19,3	150	21	89	1879
35 - 40	1327	12,0	116	15	74	1122
40 - 45	519	4,7	46	7	41	425
45 und älter	51	0,5	7	-	6	38
insgesamt 1990	11104		761	119	576	9648
%		100	6,9	1,1	5,2	86,9
1989	10893		715	119	620	9439
%		100	6,6	1,1	5,7	86,7

**2.6.1.3 Schwangerschaftsabbrüche 1990 in Berlin (West)
nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und
Komplikationen
(Meldung durch Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur
Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)**

Familienstand/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Schwangerschafts- abbrüche insgesamt		Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen								
			bis einschl. 12 Schwangerschaftswoche				nach der 12 Schwangerschaftswoche				
			zus.	darunter mit			zus.	darunter mit			
				Sterili- sation	Kompli- kationen	Sterbe- fällen		Steri- lisa- tion	Sectio vag. abd.		Kom- plika- tionen	Sterbe- fällen
absolut	%	zus.	Sterili- sation	Kompli- kationen	Sterbe- fällen	zus.	Steri- lisa- tion	vag.	abd.	Kom- plika- tionen	Sterbe- fällen
ledig											
unter 15	8	0,3	8	-	1	-	-	-	-	-	-
15 - 20	495	17,0	489	1	5	-	6	-	-	-	-
20 - 25	1066	36,7	1040	1	4	-	26	-	-	-	-
25 - 30	832	28,6	822	6	2	-	10	-	-	-	-
30 - 35	337	11,6	333	26	1	-	4	-	-	-	-
35 - 40	135	4,6	126	18	-	-	9	-	-	1	-
40 - 45	32	1,1	30	3	-	-	2	-	-	-	-
45 und älter	2	0,1	2	1	1	-	-	-	-	-	-
zusammen	2907		2850	56	14	-	57	-	-	1	-
%	26,2	100									
verheiratet, verwitwet, geschieden											
unter 15	1	0,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	47	1,4	45	-	1	-	2	-	-	-	-
20 - 25	520	16,0	510	2	1	-	10	1	-	1	-
25 - 30	952	29,3	941	16	3	-	11	-	-	2	-
30 - 35	829	25,5	812	55	1	-	17	-	-	1	-
35 - 40	615	18,9	599	104	1	-	16	-	-	-	-
40 - 45	266	8,2	261	62	1	-	5	1	-	-	-
45 und älter	18	0,6	16	3	-	-	2	-	-	-	-
zusammen	3248		3185	242	8	-	63	2	-	4	-
%	29,3	100									
unbekannt											
unter 15	2	0,0	2	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	273	5,5	272	-	-	-	1	-	-	-	-
20 - 25	1260	25,5	1257	1	-	-	3	-	-	-	-
25 - 30	1612	32,6	1611	10	-	-	1	-	-	-	-
30 - 35	973	19,7	973	34	-	-	-	-	-	-	-
35 - 40	577	11,7	577	27	-	-	-	-	-	-	-
40 - 45	221	4,5	221	25	-	-	-	-	-	-	-
45 und älter	31	0,6	31	3	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	4949		4944	100	-	-	5	-	-	-	-
%	44,6	100									
insgesamt 1990	11104		10979	398	22	-	125	2	-	5	-
%		100	98,9				1,1				
1989	10893		10797	435	20	-	96	5	-	1	-
%		100	99,1				0,9				

2.6.2 - in Berlin (Ost)

Nach Meldungen der Krankenhäuser wurden 1990 im Ostteil der Stadt 7 267 intakte Schwangerschaften abgebrochen (ICD 635), das sind 6,8 % weniger als im Vorjahr (1989: 7.801 Schwangerschaftsabbrüche). Auf einen Schwangerschaftsabbruch fielen 2,1 Entbindungen; von 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren ließen 255,9 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, 1989 waren es 273,9.

2.6.2.1 Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1990 in Berlin (Ost)

Jahr	Lebendgeborene		Schwangerschaftsabbrüche		Lebendgeborene je Schwangerschaftsabbruch
	absolut	je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren 1)	absolut	je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren 1)	
1978	15664	58,1	5939	22,7	2,6
1979	16526	62,2	6792	25,4	2,4
1980	17526	64,2	8133	30,1	2,1
1981	17199	61,9	9295	34,4	1,9
1982	17725	63,7	9106	32,9	1,9
1983	17745	63,4	8824	31,7	2,0
1984	16885	60,2	8725	31,2	1,9
1985	17155	60,7	8916	31,8	1,9
1986	17468	61,6	8709	30,8	2,0
1987	18399	63,7	8444	29,5	2,1
1988	17880	61,4	8066	27,9	2,2
1989	16937	59,5	7801	27,4	2,2
1990	15446	54,4	7267	25,6	2,4

1) der Durchschnittsbevölkerung

Da die Erfassung für 1990 noch nicht einheitlich erfolgte, können Aussagen über Staatsangehörigkeit, Alter und Familienstand nur jeweils für wenige Frauen gemacht werden.

Die Mehrheit (98,1 %) der 2.230 Frauen, von denen der Zeitpunkt des Eingriffs gemeldet wurde, ließen die Schwangerschaft innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen abbrechen

Von 63,7 % der Frauen, die einen Abbruch vornehmen ließen, wurde die Staatsangehörigkeit ermittelt, danach waren nur wenige (4,5 %) nichtdeutsch.

Das Alter wurde von 2.227 Schwangeren erfaßt: Ein Drittel dieser Frauen war 25 bis unter 30 Jahre alt, 27,3 % gehörten der Altersgruppe 20 bis unter 25 Jahre an, 15,9 % waren 30- bis unter 35jährig.

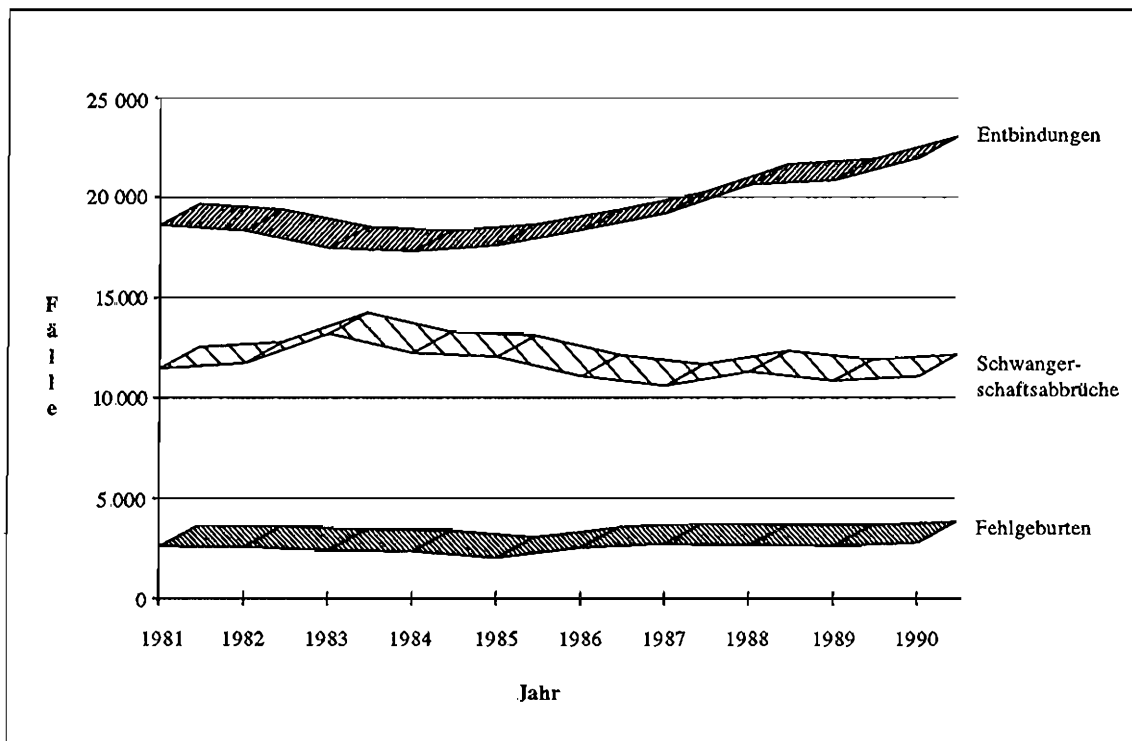
Alter und Familienstand wurden für 989 Frauen gemeldet. Von diesen waren zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs 61,4 % ledig, 38,6 % verheiratet, verwitwet oder geschieden. Die Altersgruppe der 25- bis unter 30jährigen Frauen war jeweils am stärksten vertreten, bei den ledigen Frauen überwogen insgesamt die jüngeren, bei den verheirateten die älteren Jahrgänge:

Alter der Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs in Berlin (Ost) 1)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Familienstand			
	ledig		verh., verw., gesch.	
	absolut	%	absolut	%
unter 15	—	—	—	—
15 – 20	123	20,3	5	1,3
20 – 25	155	25,5	76	19,9
25 – 30	204	33,6	146	38,2
30 – 35	73	12,0	90	23,6
35 – 40	47	7,7	35	9,2
40 – 45	5	0,8	27	7,1
45 und älter	—	—	3	0,8
insgesamt	607	100	382	100

1) unvollständige Angaben

Graphik 5: Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche 1980 - 1990 in Berlin (West)



KAPITEL

3

GESUNDHEITZUSTAND

3.1 Mortalität

3.1.0 Erläuterungen

Gestorbene

Sterbefälle ohne Totgeborene, standesamtlich beurkundete Kriegssterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen. Die Sterbefälle werden unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen gezählt. Zur Unterscheidung zwischen Totgeborenen und Gestorbenen siehe Erläuterungen zur Bevölkerungsstatistik (Kapitel 1).

Sterblichkeit

Sterbeziffern geben die Sterbefälle je 1.000 oder 10.000 Lebende gleichen Geschlechts und Alters an (rohe Sterbeziffer).

Bei der standardisierten Sterbeziffer sind die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung durch Zugrundelegung einer einheitlichen Alters- und Geschlechtsgliederung ausgeschaltet.

Säuglingssterblichkeit

Im 1. Lebensjahr Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene des Jahres, in dem die Säuglinge gestorben sind. Um Verzerrungen zu vermeiden, die dadurch eintreten können, daß ein Teil der Gestorbenen bereits im Vorjahr geboren wurde und ein Teil der Lebendgeborenen erst im folgenden Kalenderjahr stirbt, wird die Säuglingssterblichkeit nach der Methode Rahts unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung des Berichtszeitraumes und des Vorjahres berechnet.

Lebensdauer der gestorbenen Kinder: Mit Ausnahme der weniger als 24 Stunden alten Kinder, die nach Lebensstunden ausgezählt werden, ist das Alter gleich dem Unterschied zwischen Geburts- und Sterbekalendertag; die Gruppe der im Alter von 1 bis unter 2 Tagen gestorbenen Säuglinge enthält daher nur die Kinder, die am Tage, der auf ihren Geburtstag folgt, sterben und dann schon älter als 24 Stunden sind.

- Frühsterblichkeit

Im Alter von 0 bis unter 7 Tagen (= in den ersten 7 Lebenstagen) Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

- Spätsterblichkeit

Im Alter von 7 bis unter 28 Tagen (= am 8. bis einschl. 28. Lebenstag) Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

- Nachsterblichkeit

Im Alter von 28 Tagen bis unter 1 Jahr (= am 29. Lebenstag bis Ende des 1. Lebensjahres) Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebend- und Totgeborene.

Müttersterblichkeit

- **Berlin (West):** Nach der WHO-Definition in der 9. Revision der ICD gilt als Müttersterbefall der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft. Ein Tod durch Unfall oder zufällige Ereignisse wird nicht einbezogen. Es wird zwischen unmittelbaren und mittelbaren Müttersterbefällen unterschieden:

Unmittelbare Müttersterbefälle sind solche, die von Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbetts, von Eingriffen, Unterlassungen, unsachgemäßer Behandlung oder von einer Kausalkette herrühren, die auf einem dieser Tatbestände beruht.

Mittelbare Müttersterbefälle sind solche, die von einer Vorerkrankung oder einer Erkrankung während der Schwangerschaft herrühren, die nicht unmittelbar geburtshilfliche Ursachen hatten, die aber durch physiologische Wirkungen der Schwangerschaft verschlimmert wurden.

- **Berlin (Ost):** Die durch Unfall oder zufällige Ereignisse während der Gestation herbeigeführten Sterbefälle, die in Berlin (West) unberücksichtigt bleiben, wurden in Berlin (Ost) mitgezählt. Es wurde unterschieden zwischen direkt gestationsbedingten, indirekt gestationsbedingten und nicht gestationsbedingten Müttersterbefällen.

Zur Berechnung der Müttersterblichkeit wird in Berlin (West) die Zahl der Lebendgeborenen herangezogen, während in Berlin (Ost) die Zahl der Geburten die Bezugsgröße darstellten.

Todesursachenstatistik

Die Ärzte sind verpflichtet, bei der Ausstellung eines Leichenschaucheines die Todesart (natürlicher Tod - nicht natürlicher Tod) und die Todesursachen anzugeben.

Nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Todesursache in einer Kausalkette, die mit dem unmittelbar zum Tode führenden Leiden beginnt und zurückschauend zum Grundleiden führt, in den Leichenschauchein einzutragen. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit, das Grundleiden, in die Statistik ein.

Die Signierung der Todesursachen erfolgt seit 1979 nach der von der WHO beschlossenen Fassung der 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD). Aufgrund größerer Veränderungen der 9. Revision gegenüber der 8. Revision der ICD sind Vergleiche mit den Todesursachen vor 1979 zum Teil nicht mehr oder nur bedingt möglich.

Todesfälle an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten

- **Berlin (West):** Sterbefälle an bestimmten, durch das Bundes-Seuchengesetz festgelegten Krankheiten werden von den Berichtspflichtigen an die Gesundheitsämter gemeldet und vom Statistischen Landesamt ausgewertet.

3.1.1 Vorbemerkung

Die allgemeine Sterblichkeit (Mortalität) oder auch rohe Sterblichkeit ist in allen zivilisierten Ländern infolge eines geänderten Krankheitsspektrums in den letzten Jahrzehnten ständig gesunken. Die Menschen leben heute länger als früher und sie sind demzufolge auch länger und stärker mit Krankheiten (vorwiegend chronischer Art) belastet.

Schon seit Bestehen der Medizinalstatistik wird die Mortalität zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage in einer Bevölkerung als Gradmesser herangezogen. Mortalitätsdaten wurden damit auch ein wichtiges Instrument zur Beurteilung gesundheitlicher Risiken und zur Entwicklung von Versorgungsangeboten.

Daten über das Mortalitätsgeschehen zählen zu den wichtigen Bestandteilen der Gesundheitsberichterstattung.

Die Mortalitätsraten sind unbestritten schärfste Parameter für Stand und Entwicklung des Gesundheitswesens.

Altersstandardisierte Raten gelten für Vergleichszwecke als genaueste, da der Einfluß eines unterschiedlichen Altersaufbaus ausgeschaltet wird.

Künftige Gesundheitsberichte der Länder sollten daher die "direkte" Altersstandardisierung an der "europäischen Standardbevölkerung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)" vornehmen.

Es ist beabsichtigt, im Rahmen der Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung (herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin) im Laufe der nächsten Gesundheitsberichterstattung umfassende Daten zu vermeidbaren Sterbefällen in Berlin vorzulegen. Die verfügbaren Daten werden nach der europäischen Standardbevölkerung altersstandardisiert.

Nachfolgende Ausführungen geben demzufolge nur die rohen Sterbeziffern an.

3.1.2 Allgemeine Sterblichkeit

3.1.2.1 - in Berlin (West)

Im Jahr 1990 starben in Berlin (West) 30.292 Personen (+ 247 gegenüber dem Vorjahr). Bedingt durch eine Bevölkerungszunahme, entsprach dies einer Sterbeziffer von 14,1 (1989: 14,4) je 1.000 Einwohner. Der anhaltend rückläufige Trend wurde hiermit weiter bestätigt.

Entsprechend dem hohen Anteil älterer Frauen an der Bevölkerung verstarben mehr Frauen (18.332 = 60,5 %) als Männer (11.960 = 39,5 %).

Die altersspezifischen Sterbeziffern sind nach wie vor in allen Altersklassen bei den Männern höher als bei den Frauen.

**3.1.2.1.1 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 in Berlin (West)
nach Altersgruppen und Bezirken - absolut und Sterbeziffern je 1.000 Einwohner -**

Bezirk	Gestorbene insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren							
		unter 6	6-15	15-20	20-45	45-65	65-75	75-85	85 u. mehr
absolut									
Tiergarten	1241	8	-	2	77	217	151	473	313
Wedding	1992	34	1	4	123	339	268	711	512
Kreuzberg	1693	29	6	2	163	316	221	539	417
Charlottenburg	2733	20	3	5	131	364	391	1004	815
Spandau	3048	24	2	3	94	495	485	1186	759
Wilmerdorf	2274	5	1	1	84	275	306	864	738
Zehlendorf	1855	4	-	-	31	170	218	735	697
Schöneberg	1800	21	3	4	145	289	250	633	455
Steglitz	3075	12	4	3	76	381	399	1136	1064
Tempelhof	2724	14	1	3	69	380	398	1067	792
Neukölln	4060	47	3	3	185	661	611	1549	1001
Reinickendorf	3797	25	1	3	123	555	532	1519	1039
Berlin (West)									
1990	30292	243	25	33	1301	4442	4230	11416	8602
1989	30045	216	17	28	1214	4425	4387	11435	8323
auf 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe 1)									
Tiergarten	13,1	1,3	-	0,5	1,7	11,2	28,9	82,8	174,7
Wedding	12,2	2,9	0,0	0,5	1,7	9,5	28,1	68,8	170,9
Kreuzberg	11,1	2,4	0,4	0,2	2,1	11,6	37,2	83,3	197,3
Charlottenburg	14,8	2,2	0,3	0,7	1,7	7,8	28,8	71,0	181,7
Spandau	14,0	1,9	0,1	0,3	1,2	8,2	29,4	73,8	176,5
Wilmerdorf	15,5	0,8	0,1	0,2	1,5	7,0	24,5	67,2	181,9
Zehlendorf	18,8	0,8	-	-	1,0	5,8	26,9	93,6	227,6
Schöneberg	11,6	2,2	0,3	0,6	2,0	8,7	27,1	66,2	150,6
Steglitz	16,2	1,2	0,3	0,4	1,1	7,4	25,4	72,7	205,1
Tempelhof	14,6	1,5	0,0	0,4	1,0	7,2	26,3	67,6	182,2
Neukölln	13,3	2,5	0,1	0,2	1,5	8,6	30,2	72,2	180,2
Reinickendorf	15,2	1,8	0,0	1,1	1,4	7,7	27,6	75,3	194,8
Berlin (West)									
1990	14,1	2,0	0,2	0,3	1,5	8,2	28,0	73,2	186,0
1989	14,4	1,8	0,1	0,3	1,5	8,4	28,7	71,2	185,8

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

**3.1.2.1.2 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 in Berlin (West)
nach Altersgruppen - absolut und Sterbeziffern je 10.000 Einwohner - 1)**

Alter von bis unter Jahren	Gestorbene			
	absolut		je 10.000 Einwohner	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 1	115	87	10,16	8,36
1 - 5	21	16	0,51	0,42
5 - 10	10	9	0,21	0,20
10 - 15	7	3	0,16	0,07
15 - 20	19	14	0,35	0,28
20 - 25	87	34	0,96	0,39
25 - 30	163	54	1,52	0,89
30 - 35	183	63	2,13	0,82
35 - 40	232	86	2,84	1,07
40 - 45	260	139	3,37	1,96
45 - 50	526	247	5,27	2,81
50 - 55	691	311	8,50	4,11
55 - 60	715	409	14,14	7,81
60 - 65	917	626	22,87	11,35
65 - 70	1014	1002	33,68	16,47
70 - 75	946	1268	47,75	27,65
75 - 80	1890	2999	72,82	44,32
80 - 85	2207	4320	122,60	82,18
85 - 90	1361	3778	190,46	144,76
90 u mehr	596	2867	302,38	271,47
insgesamt	11960	18332	11,76	16,24

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

Im ersten Lebensjahr ist die Sterblichkeit hoch. Sie erreicht einen ähnlich hohen Wert erst wieder zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr (die Sterblichkeit in den ersten zwölf Lebensmonaten ist jedoch deutlich niedriger als noch vor zehn Jahren; 1980: 13,8 je 1.000 der Altersgruppe, 1990: 9,3 je 1.000).

Die Altersstruktur der Gestorbenen zeigte in den letzten Jahren bei den Frauen nur geringfügige Veränderungen; die Sterblichkeit von Frauen unter 65 Jahren lag von 1980 bis 1990 zwischen 11 % und 12 %.

Demgegenüber ist die Sterblichkeit bei den Männern unter 65 Jahren von 25 % 1980 auf 33 % 1990 angestiegen.

**Gestorbene 1990 in Berlin (West)
nach Altersgruppen und Geschlecht in % der Gestorbenen gleichen Geschlechts**

Altersgruppe	Gestorbene							
	männlich				weiblich			
	1980	1985	1989	1990	1980	1985	1989	1990
unter 65	25,3	27,8	31,5	33,0	12,2	11,1	11,6	11,4
über 65	74,7	72,2	68,5	67,0	87,8	88,9	88,4	88,6

Bedingt durch den unterschiedlichen Altersaufbau in den Bezirken, lag die Sterbeziffer in Zehlendorf (18,8 je 1.000) und Steglitz (16,2 je 1.000) am höchsten. Die niedrigsten Werte je 1.000 Einwohner wiesen die Bezirke Kreuzberg (11,1) und Schöneberg (11,6) aus.

3.1.2.1.3 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1960 - 1990 in Berlin (West) nach Bezirken

Bezirk	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1988	1989	1990
absolut									
Tiergarten	1918	2062	1948	1706	1600	1352	1181	1195	1241
Wedding	3678	4013	3734	3294	2513	2288	2089	1995	1992
Kreuzberg	3256	3595	3281	2678	2191	1814	1690	1635	1693
Charlottenburg	3580	4044	4025	3712	3300	2892	2635	2636	2733
Spandau	2864	3027	3458	3660	3429	3178	2924	3124	3048
Wilmerdorf	2660	2914	3079	3000	2715	2478	2266	2232	2274
Zehlendorf	1909	2049	2065	2191	1858	1852	1812	1785	1855
Schöneberg	3101	3311	3306	2763	2254	2052	1904	1776	1800
Steglitz	2977	3308	3372	3470	3265	3264	3046	3160	3075
Tempelhof	2037	2270	2547	2895	2746	2858	2752	2718	2724
Neukölln	4749	5216	5454	5411	4791	4514	3933	3999	4060
Reinickendorf	3380	3796	4251	4401	4076	4072	3789	3790	3797
Berlin (West)	36109	39605	40520	39181	34738	32614	30021	30045	30292
auf 1.000 Einwohner und 1 Jahr 1)									
Tiergarten	17,2	18,9	20,2	20,1	21,7	18,9	13,4	13,1	13,1
Wedding	16,4	19,5	20,6	21,0	18,5	16,8	13,6	12,6	12,2
Kreuzberg	16,9	19,9	20,1	18,1	16,9	14,3	11,8	11,1	11,1
Charlottenburg	15,7	18,0	19,6	21,4	21,3	19,9	14,9	14,6	14,8
Spandau	16,5	16,3	17,4	18,3	17,4	16,5	14,3	14,9	14,0
Wilmerdorf	16,5	17,4	20,0	21,8	20,6	19,0	16,1	15,5	15,5
Zehlendorf	20,0	20,9	23,0	25,5	21,9	22,0	19,0	18,4	18,8
Schöneberg	15,9	17,5	19,4	18,6	15,9	15,3	12,9	11,7	11,6
Steglitz	16,2	17,3	18,0	19,2	19,3	19,6	16,6	17,0	16,2
Tempelhof	14,1	14,8	15,6	17,3	16,7	17,7	15,2	14,8	14,6
Neukölln	17,1	18,9	19,6	19,3	17,1	16,4	13,4	13,4	13,3
Reinickendorf	15,8	17,3	17,7	18,2	17,3	17,8	15,8	15,5	15,2
Berlin (West)	16,4	18,0	19,0	19,5	18,3	17,6	14,7	14,4	14,1

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

3.1.2.2 - in Berlin (Ost)

In Berlin (Ost) verstarben im Berichtsjahr 1990 13.774 Personen (+ 379 gegenüber 1989). Der Anteil der Frauen lag mit 7.932 (57,6 %) gestorbenen über dem der Männer mit 5.842 (42,4). Die Sterbeziffer stieg von 10,4 je 1.000 Einwohner 1989 auf 10,8 je 1.000 Einwohner im Jahr 1990 an.

3.1.2.2.1 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 in Berlin (Ost) nach Altersgruppen und Bezirken - absolut und Sterbeziffern -

Bezirk	Gestorbene insgesamt	Alter von .. bis unter .. Jahren							
		unter 6	6-15	15-20	20-45	45-65	65-75	75-85	85 u. mehr
absolut									
Mitte	784	8	5	2	39	204	146	240	140
Prenzlauer Berg	1973	18	5	5	116	337	286	766	440
Friedrichshain	1466	16	6	2	58	284	241	546	313
Treptow	1346	7	4	4	48	290	208	518	267
Köpenick	1491	7	4	4	43	277	214	579	363
Lichtenberg	1834	16	3	5	65	381	300	708	356
Weißensee	908	5	-	3	32	153	163	352	200
Pankow	1453	9	1	3	38	291	227	582	302
Marzahn	1002	17	9	6	77	210	132	331	220
Hohenschönhausen	865	24	4	3	38	142	109	322	223
Hellersdorf	652	13	1	3	45	121	99	247	123
Berlin (Ost) 1990	13774	140	42	40	599	2690	2125	5191	2947
auf 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe 1)									
Mitte	9,8	1,4	0,6	0,5	1,2	9,1	34,6	75,8	199,4
Prenzlauer Berg	13,8	1,7	0,4	0,7	2,0	10,0	32,9	88,0	213,9
Friedrichshain	13,6	1,8	0,6	0,5	1,3	11,0	35,3	87,0	215,7
Treptow	13,3	1,1	0,5	0,8	1,5	8,5	27,6	80,4	190,6
Köpenick	13,6	1,1	0,4	0,8	1,2	7,7	26,6	84,7	200,1
Lichtenberg	10,9	1,7	0,2	0,5	1,1	7,1	33,2	97,0	212,2
Weißensee	17,6	1,6	-	1,2	1,9	9,3	42,6	98,9	224,0
Pankow	13,5	1,4	0,0	0,5	1,0	9,1	29,9	86,9	180,4
Marzahn	6,0	1,2	0,3	0,5	1,0	7,2	32,3	100,7	254,6
Hohenschönhausen	7,3	1,7	0,2	0,5	0,7	7,5	36,9	116,6	279,1
Hellersdorf	5,5	0,7	0,0	0,6	0,8	7,4	33,9	98,4	205,3
Berlin (Ost) 1990	10,8	1,3	0,3	0,6	1,2	8,5	32,3	90,2	211,5

1) der durchschnittlichen Bevölkerung vom 3.10.1990

Anders als im Westteil der Stadt stellte sich die Zahl der Gestorbenen unter 65 Jahren dar. Sie lag mit rund 16 % bei den Gestorbenen weiblichen Geschlechts (westliche Bezirke: 11 %) und mit 38 % bei den Gestorbenen männlichen Personen (westliche Bezirke: 33 %) deutlich höher.

Gestorbene 1990 in Berlin (Ost)
nach Altersgruppen und Geschlecht in % der Gestorbenen gleichen Geschlechts

Altersgruppe	Gestorbene					
	männlich			weiblich		
	1985	1989	1990	1985	1989	1990
unter 65	30,5	35,8	37,9	14,8	15,5	16,3
über 65	69,5	64,2	62,1	85,2	84,5	83,7

Deutlich spiegelte sich der Altersaufbau in den Bezirken wider, wenn man die Bezirke mit überwiegend junger solchen mit älterer Bevölkerung gegenüberstellt. So verstarben in den Bezirken Hellersdorf 5,5 und Marzahn 6,0 je 1.000 Einwohner, während in Weißensee 17,6 je 1.000 Einwohner verstarben.

3.1.2.2.2 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1960 - 1990 in Berlin (Ost)
nach Bezirken

Bezirk	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1988	1989	1990
--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

absolut

Mitte			1262	1145	1142	897	849	794	784
Prenzlauer Berg			3463	3156	2901	2380	2103	2075	1973
Friedrichshain			2751	2534	2222	1635	1493	1410	1466
Treptow			1643	1695	1539	1405	1331	1265	1346
Köpenick			1840	1862	1750	1686	1583	1486	1491
Lichtenberg			2762	2812	1805	1976	1750	1701	1834
Weißensee			1226	1200	1342	1413	942	921	908
Pankow			2555	2505	2313	1963	1545	1385	1453
Marzahn					1082	1528	984	951	1002
Hohenschönhausen							784	833	865
Hellersdorf							548	574	652
Berlin (Ost)	18668	17571	17502	16909	16096	14883	13912	13395	13774

auf 1 000 Einwohner und 1 Jahr

Mitte			14,5	12,4	12,6	11,1	10,6	10,0	9,8
Prenzlauer Berg			17,4	16,9	15,8	14,3	13,5	13,9	13,8
Friedrichshain			19,0	17,7	16,5	13,8	12,9	12,5	13,6
Treptow			12,4	13,4	12,4	12,6	12,5	12,1	13,3
Köpenick			14,3	14,2	13,9	14,0	13,8	13,1	13,6
Lichtenberg			16,3	13,8	10,0	10,8	9,9	9,7	10,9
Weißensee			15,1	15,4	13,9	11,0	17,0	17,1	17,6
Pankow			18,0	18,3	16,6	16,7	13,5	12,5	13,5
Marzahn					15,3	8,0	5,6	5,5	6,0
Hohenschönhausen							7,5	7,1	7,3
Hellersdorf							7,6	6,0	5,5
Berlin (Ost)	17,4	16,3	16,1	15,4	14,0	12,2	10,9	10,4	10,8

3.1.3 *Todesursachenspezifische Sterblichkeit*

Die amtliche Todesursachenstatistik wird in der Bundesrepublik Deutschland jährlich vorgelegt. Der Leichenschauschein, der von einem Arzt ausgestellt wird, enthält Kausalangaben, die von dem unmittelbar zum Tode führenden Leiden bis zum Grundleiden reichen. Das Grundleiden wird in den Statistischen Landesämtern nach der ICD- Klassifikation verschlüsselt.

Während die Todesursachenstatistik wegen ihres vollständigen Erfassungsgrades eine hohe Zuverlässigkeit besitzt, ist ihre Aussagekraft andererseits erheblichen Einschränkungen unterlegen. Die Gründe liegen u. a. in der Beschränkung auf das Grundleiden als "Haupttodesursache".

Das unikausale Auswahlverfahren ist nicht befriedigend, da besonders Menschen im höheren Lebensalter multimorbid sind und sich die wechselseitig beeinflussenden Krankheiten schwer einer einzigen Grundkrankheit zuordnen lassen.

Viel hängt von Sorgfalt und Qualifikation des ausstellenden Arztes ab, der oftmals mangelndes Wissen über die Vorgeschichte des Verstorbenen besitzt. Immer wieder stößt man auf umfassende Differenzen zwischen eingetragenen Todesursachen und Sektionsergebnissen.

Die Kodierung nur einer Diagnose setzt Grenzen für statistische Signifikanzprüfungen, ein Kausalzusammenhang kann nicht geführt werden.

Im Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und Fortschreibung des Bevölkerungsbestandes ist die Erforschung der Sterblichkeit als Aufgabe postuliert.

Darunter sind auch Ermittlungen der durchschnittlichen Lebenserwartung, der säkularen Veränderung der verschiedenen Todesursachen sowie regionaler Unterschiede zu verstehen.

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wird immer häufiger von Epidemiologen und Statistikern eine differenziertere Nutzung der Todesursachenstatistik gefordert (Kohortenstudien, Häufigkeitsanalysen usw.).

3.1.3.1 - in Berlin (West)

3.1.3.1.1 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 in Berlin (West)
nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

Todesursache / ICD-Nrn. 1)	Gestorbene insg.	Tiergarten	Wedding	Kreuzberg	Charlottenburg	Spandau	Wilmerisdorf	Zehlendorf	Schöneberg	Steglitz	Tempelhof	Neukölln	Reinickendorf	
absolut														
Bösartige Neubildungen	140-208	6138	268	425	328	557	666	456	253	360	582	591	873	779
- der Verdauungsorgane	150-159	2111	99	150	111	184	216	152	77	124	208	224	280	286
- der Atmungsorgane	160-165	1118	54	92	57	109	131	78	36	68	93	105	164	131
- sonstige (einschl. Leukäm.)	140-149, 170-208	2909	115	183	160	264	319	226	140	168	281	262	429	362
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	13965	564	891	680	1270	1465	1083	812	777	1477	1216	1883	1847
- Hirngefäßkrh.	430-438	3112	98	185	145	264	327	236	156	182	329	212	477	501
- Herzkrh.	410-429	8840	398	577	441	823	943	683	506	469	925	796	1172	1107
- sonstige	390-405, 440-459	2014	69	129	94	183	195	164	150	126	223	208	234	239
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	1868	77	120	113	166	200	144	102	104	218	160	237	227
- Lungenentzündung	480-486	632	32	47	50	55	50	48	30	40	97	46	82	55
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	1340	50	101	97	139	137	95	51	95	109	106	196	164
- alk. Leberzirrhose	571.2	220	12	20	24	17	23	9	3	19	18	17	33	25
Alkoholismus	303	262	13	26	28	16	31	14	7	28	19	11	46	23
Drogen	304	100	10	15	18	10	4	5	1	12	4	6	8	7
AIDS	042-044	218	16	11	28	37	5	24	7	34	17	10	21	8
Unfall	E800-E949	622	21	41	60	39	61	46	42	53	62	37	77	83
Selbstmord	E950-E959	419	18	25	34	49	37	41	13	35	32	31	60	44
sonstige Todesursachen		5360	204	337	307	450	442	366	567	302	555	556	659	615
insgesamt 1990	001-999	30292	1241	1992	1693	2733	3048	2274	1855	1800	3075	2724	4060	3797
1989	001-999	30045	1195	1995	1635	2636	3124	2232	1785	1776	3160	2718	3999	3790
auf 10.000 Einwohner 2)														
Bösartige Neubildungen	140-208	28,6	28,4	26,0	21,4	30,2	30,5	31,1	25,6	23,1	30,6	31,7	28,6	31,3
- der Verdauungsorgane	150-159	9,8	10,5	9,2	7,2	9,8	9,9	10,4	7,8	8,0	11,0	12,0	9,2	11,5
- der Atmungsorgane	160-165	5,2	5,7	5,6	3,7	5,9	6,0	5,3	3,6	4,4	4,9	5,3	5,4	5,3
- sonstige (einschl. Leukäm.)	140-149, 170-208	13,6	12,1	11,2	10,4	14,3	14,6	15,4	14,2	10,8	14,8	14,0	14,0	14,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	65,1	59,7	54,6	44,4	68,9	67,1	73,9	82,3	50,0	77,8	65,2	61,6	74,1
- Hirngefäßkrh.	430-438	14,5	10,4	11,3	9,5	14,3	15,0	16,1	15,8	11,7	17,3	11,4	15,6	20,1
- Herzkrh.	410-429	41,2	42,0	35,3	28,8	44,6	43,2	46,6	51,3	30,2	48,7	42,7	38,4	44,4
- sonstige	390-405, 440-459	9,4	7,3	7,9	6,1	9,9	8,9	11,2	15,2	8,1	11,8	11,2	7,7	9,6
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	8,7	8,1	7,3	7,4	9,0	9,2	9,8	10,3	6,7	11,5	8,6	7,8	9,1
- Lungenentzündung	480-486	2,9	3,4	2,9	3,3	3,0	2,3	3,3	3,0	2,6	5,1	2,5	2,7	2,2
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	6,2	5,3	6,2	6,3	7,5	6,3	6,5	5,2	6,1	5,7	5,7	6,4	6,6
- alk. Leberzirrhose	571.2	1,0	1,3	1,2	1,6	0,9	1,1	0,6	0,3	0,6	0,9	0,9	1,1	1,0
Alkoholismus	303	1,2	1,4	1,6	1,8	0,9	1,4	1,0	0,7	1,8	1,0	0,6	1,5	0,9
Drogen	304	0,5	1,1	0,9	1,2	0,5	0,2	0,3	0,1	0,8	0,2	0,3	0,3	0,3
AIDS	042-044	1,0	1,7	0,7	1,8	2,0	0,2	1,6	0,7	2,2	0,9	0,5	0,7	0,3
Unfall	E800-E949	2,9	2,2	2,6	3,9	2,1	2,8	3,1	4,3	3,4	3,3	2,0	2,5	3,3
Selbstmord	E950-E959	2,0	1,9	1,5	2,2	2,7	1,7	2,8	1,3	2,3	1,7	1,7	2,0	1,8
sonstige Todesursachen		25,0	21,6	20,6	20,0	24,4	20,2	25,0	57,5	19,4	29,3	29,8	21,6	24,7
insgesamt 1990	001-999	141,1	131,3	122,0	110,5	148,2	139,6	155,1	188,0	115,7	161,9	146,0	132,9	152,4
1989	001-999	143,6	130,9	126,4	110,7	146,3	148,8	155,4	183,8	117,4	169,8	148,1	134,0	154,9

1) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen 1979. 9. Revision
2) der durchschnittlichen Bevölkerung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind wie in den Vorjahren an der Spitze der Todesursachen zu finden. Fast jeder zweite (46 %) starb an einer Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems (1989: 49 %). Der Anteil an den Gesamtgestorbenen lag bei Frauen mit 50 % höher als bei Männern mit 40 %. Die Sterbeziffer betrug 65,1 je 10.000 Einwohner (1989: 69,6). Insgesamt wurden 604 Sterbefälle weniger als im Vorjahr registriert.

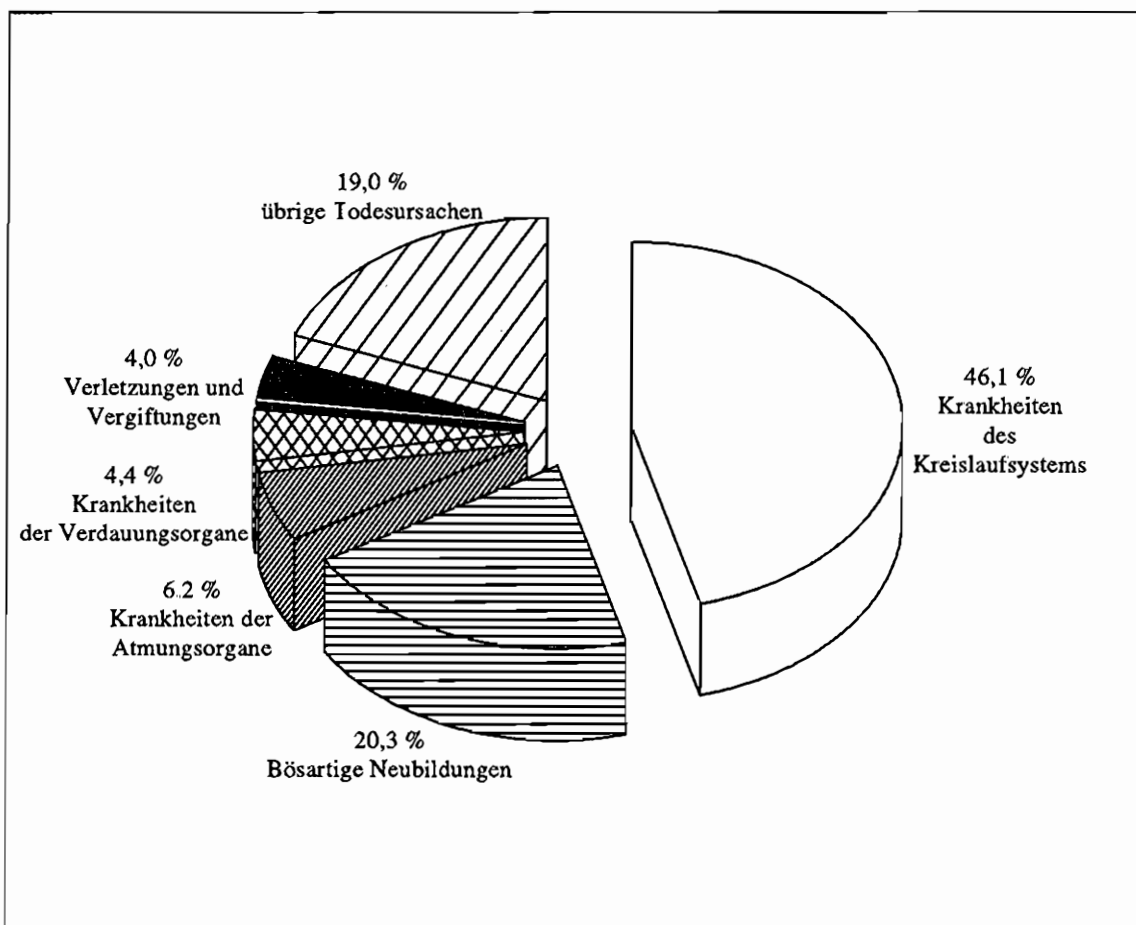
Der Rückgang der Verstorbenen an akutem Herzinfarkt betrug gegenüber 1989 281 Fälle (11,2 %).

Mit einem Anteil von 20 % (1989: 22 %) bildeten die bösartigen Neubildungen die zweitgrößte Gruppe. Mit 459 weniger Sterbefällen an Krebs als 1989 lag der Rückgang bei 7 %. Insgesamt starben 1990 28,6 je 10.000 Einwohner an Krebs (1989: 31,5 je 10.000).

Zugenommen haben Sterbefälle bei Krankheiten der Atmungsorgane (+ 220 Fälle, 13,3 %). Die Sterbeziffer stieg von 7,9 je 10.000 1989 auf 8,7 je 10.000 1990 an.

Immer weniger Berliner in den westlichen Bezirken versterben an Krankheiten der Verdauungsorgane. Der Anteil ging gegenüber dem Vorjahr um 7,3 % zurück. Die Sterbeziffer lag 1990 bei 6,2 % je 10.000 (1989: 6,9 je 10.000).

Graphik 6: Todesursachen 1990 in Berlin (West)



Eine steigende Tendenz weisen die Todesursachen bei den Infektionskrankheiten aus. Ihre Zahl hat sich seit 1984 annähernd verdreifacht. Hauptgrund hierfür ist die ständig steigende Zahl der an der Immunschwächekrankheit "AIDS" sterbenden Personen im Westteil der Stadt. Von den 1990 verstorbenen 410 Personen an infektiösen und parasitären Krankheiten starben allein 218 (53 %) an AIDS. Der neuerliche Anstieg an Infektionskrankheiten ist jedoch nicht trendbestimmend für das gesamte Bundesgebiet. Wegen der starken Konzentration von Risikogruppen werden die meisten HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten in den Großstädten der alten Bundesrepublik registriert. Aus Berlin (West) werden seit Jahren die meisten Neuerkrankungen an AIDS gemeldet.

3.1.3.1.2 Sterbefälle an AIDS 1986 - 1990 in Berlin (West)

Jahr	Sterbefälle an AIDS	
	absolut	je 10.000 der Bevölkerung
1986	39	0,20
1987	104	0,55
1988	121	0,59
1989	202	0,96
1990	218	1,01

Die Anzahl der primären Todesfälle an Tuberkulose aller Formen an den Tuberkuloseerkrankungen liegt seit Jahren bei 5 %. Anders als bei den AIDS-Sterbefällen (hier versterben über 85 % vor dem 50. Lebensjahr) sind es in der Mehrzahl (83 %) Personen, die zum Zeitpunkt ihres Todes bereits über 65 Jahre alt waren.

3.1.3.1.3 Sterbefälle an Tuberkulose 1970 - 1990 in Berlin (West)

Jahr	Sterbefälle an Tuberkulose					
	absolut			je 10.000		
	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.
1970	262	180	82	1,3	2,0	0,7
1975	253	165	88	1,3	1,9	0,8
1980	132	93	39	0,7	1,1	0,4
1985	58	26	32	0,3	0,3	0,3
1990	40	25	15	0,2	0,2	0,1

Auffallend angestiegen sind Sterbefälle der Gruppe XVI - Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (der Anteil stieg besonders bei den Diagnose-Nrn 797 - 799 ICD = schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen).

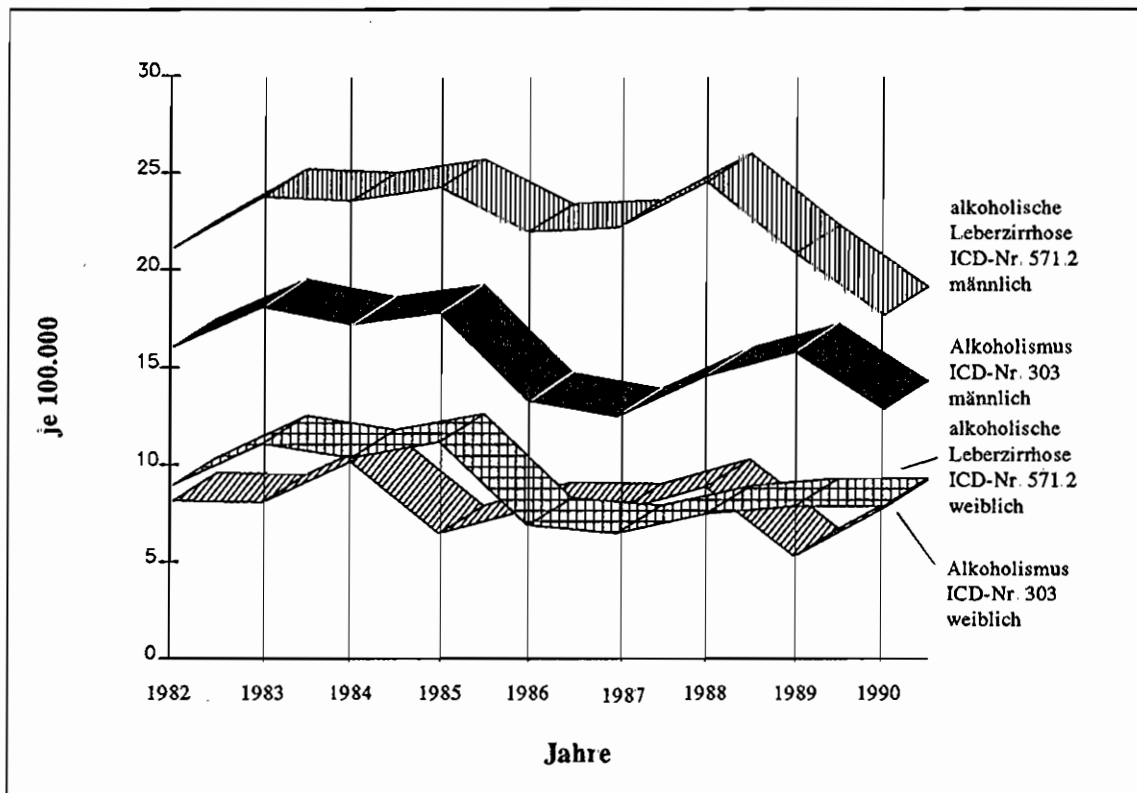
Wurden in den letzten zehn Jahren 5 % bis 6 % aller Todesfälle in der Gruppe XVI verschlüsselt, so betrug der Anteil 1990 über 10 %.

Ein überdurchschnittlicher Anstieg der auf Leichenschau­scheinen angegebenen Diagnose "Plötzlicher Tod unbekannter Ursache" (ICD-Nr. 798) wird in den meisten deutschen Großstädten registriert und scheint auf die allgemein üblichen notärztlichen Dienste zurückzuführen. Die Notärzte kennen die zu begutachtenden Toten in der Mehrzahl nicht und beschränken sich dann auf Diagnose 798.

Obwohl alkoholinduzierte Sterbefälle insgesamt nicht weiter zugenommen haben, nehmen sie gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert ein.

Während die Sterblichkeit bei männlichen Personen leicht abnahm (von 3,7 Gestorbenen je 10.000 1989 auf 3,1 je 10.000 1990), ist sie bei den Frauen wieder angestiegen (von 1,3 je 10.000 1989 auf 1,6 je 10.000 1990). Insgesamt wurden 23 Sterbefälle mehr an "Alkoholismus" (ICD-Nr. 303) gegenüber 1989 bei weiblichen Personen registriert.

Graphik 7: Gestorbene an Alkoholismus (ICD-Nr. 303) und alkoholischer Leberzirrhose (ICD-Nr. 571.2) 1982 - 1990 in Berlin (West) je 100.000



Von allgemeinem öffentlichen Interesse dürfte die steigende Zahl der Drogentoten in Berlin sein. Die Sterblichkeit erreichte sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im Jahr 1990 ihren höchsten Stand.

Immer mehr Männer im Alter von 15 bis 45 Jahren sterben an Drogenabhängigkeit (ICD-Nr. 304).

**3.1.3.1.4 Sterbefälle an Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (ICD-Nr. 304)
1980 - 1990 in Berlin (West)**

Jahr	Gestorbene insgesamt		darunter 15 bis unter 45 Jahre			
			absolut		je 10.000	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1980	38	19	37	18	0,9	0,7
1881	40	12	40	12	0,9	0,6
1982	26	9	26	9	0,6	0,4
1983	53	24	53	24	1,2	0,9
1984	26	12	26	11	0,6	0,5
1985	29	17	24	15	0,6	0,5
1986	16	14	15	14	0,3	0,4
1987	30	7	30	6	0,7	0,4
1988	49	29	45	26	1,0	0,8
1989	57	10	56	9	1,2	0,7
1990	78	22	76	20	1,5	1,0

Die der Gruppe XVII zugehörigen Sterbefälle an Straßenverkehrsunfällen werden in Abschnitt 3.2 Morbidität ausführlicher beschrieben.

3.1.3.2 - in Berlin (Ost)

3.1.3.2.1 Gestorbene (ohne Totgeborene) 1990 in Berlin (Ost)
nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

Todesursache / ICD-Nrn 1)	Gestorbene insg.	Mitte	Prenzlauer Berg	Friedrichshain	Treptow	Köpenick	Lichtenberg	Weißensee	Pankow	Marzahn	Hohenschönhausen	Heinersdorf	
absolut													
Bösartige Neubildungen	140-208	2439	167	351	230	263	286	341	154	263	165	121	98
- der Verdauungsorgane	150-159	906	57	133	76	112	98	123	60	100	63	45	39
- der Atmungsorgane	160-165	479	30	65	48	47	67	58	37	54	34	26	13
- sonstige (einschl. Leukäm.)	140-149, 170-208	1054	80	153	106	104	121	160	57	109	68	50	46
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	7531	377	1092	763	755	804	1042	525	791	522	495	365
- Hirngefäßkrh.	430-438	1309	64	177	125	110	135	194	64	160	105	82	93
- Herzkrh.	410-429	3971	189	559	430	425	405	574	232	436	307	229	185
- sonstige	390-405, 440-459	2251	124	356	208	220	264	274	229	195	110	184	87
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	765	43	89	114	65	92	88	56	74	62	49	33
- Lungenentzündung	480-486	326	12	36	58	22	44	35	29	30	30	22	8
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	627	39	114	85	46	60	78	31	67	38	40	29
- alk. Leberzirrhose	571.2	131	10	24	15	13	17	16	9	8	4	11	4
Alkoholismus	303	103	7	30	7	5	15	5	5	8	8	8	5
Drogen	304	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AIDS	042-044	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unfall	E800-E949	451	28	81	69	38	51	49	9	42	39	21	24
Selbstmord	E950-E959	170	13	21	21	11	19	26	11	13	11	12	12
sonstige Todesursachen		1688	110	195	177	163	164	205	117	195	157	119	86
insgesamt 1990	001-999	13774	784	1973	1466	1346	1491	1834	908	1453	1002	865	652
1989	001-999	13395	794	2095	1410	1265	1486	1701	921	1385	951	833	574
auf 10 000 Einwohner 2)													
Bösartige Neubildungen	140-208	19.1	20.9	24.6	24.4	26.0	26.1	20.3	29.8	24.5	9.8	10.2	8.2
- der Verdauungsorgane	150-159	7.1	7.1	9.3	7.0	11.1	8.9	7.3	11.6	9.3	3.8	3.8	3.3
- der Atmungsorgane	160-165	3.8	3.8	4.5	4.5	4.7	6.1	3.5	7.2	5.0	2.0	2.2	1.1
- sonstige (einschl. Leukäm.)	140-149, 170-208	8.3	10.0	10.7	9.8	10.3	11.0	9.5	11.0	10.2	4.0	4.2	3.9
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	59.1	47.3	76.4	70.7	74.5	73.3	61.9	101.7	73.7	31.1	41.9	30.6
- Hirngefäßkrh.	430-438	10.3	8.0	12.4	11.6	10.9	12.3	11.5	12.4	14.9	6.3	6.9	7.8
- Herzkrh.	410-429	31.2	23.7	39.1	39.8	41.9	36.9	34.1	44.9	40.6	18.3	19.4	15.5
- sonstige	390-405, 440-459	17.7	15.5	24.9	19.3	21.7	24.0	16.3	44.3	18.2	6.5	15.6	7.3
Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	6.0	5.4	6.2	10.6	6.4	8.4	5.2	10.8	6.9	3.7	4.1	2.8
- Lungenentzündung	480-486	2.6	1.5	2.5	5.4	2.2	4.0	2.1	5.6	2.8	1.8	1.9	0.7
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	4.9	4.9	8.0	7.8	4.5	5.5	4.6	6.0	6.2	2.3	3.4	2.4
- alk. Leberzirrhose	571.2	1.0	1.3	1.7	1.4	1.3	1.5	1.0	1.7	0.7	0.2	0.9	0.3
Alkoholismus	303	0.8	0.9	2.1	0.6	0.5	1.4	0.3	1.0	0.7	0.5	0.7	0.4
Drogen	304	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AIDS	042-044	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unfall	E800-E949	3.5	3.5	5.7	6.4	3.7	4.6	2.9	1.7	3.9	2.3	1.8	2.0
Selbstmord	E950-E959	1.3	1.6	1.5	1.9	1.1	1.7	1.5	2.1	1.2	0.7	1.0	1.0
sonstige Todesursachen		13.2	13.8	13.6	16.4	16.1	15.0	12.2	22.7	18.2	9.3	10.1	7.2
insgesamt 1990	001-999	108.1	98.3	138.1	135.8	132.8	135.9	109.0	175.8	135.4	59.7	73.2	54.7
1989	001-999	104.1	99.7	138.7	124.5	121.0	130.8	97.0	171.0	124.6	55.0	71.4	59.7

1) Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen 1989 9. Revision

2) der durchschnittlichen Bevölkerung vom 3.10.1990

Nach wie vor stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursache dar. Mehr als die Hälfte (54,7 %) aller Gestorbenen im Ostteil der Stadt starben an den Folgen einer in dieser Gruppe diagnostizierten Krankheit. Der Anteil bei den Frauen lag, wie auch in den westlichen Bezirken, mit 58,8 % über der ausgewiesenen Zahl für Männer (49,1 %).

Die Zahl der Gestorbenen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat sich gegenüber 1989 insgesamt um 124 Fälle erhöht. Die Sterbeziffer betrug 59,1 je 10.000 Einwohner (1989: 57,6).

Auffallend zugenommen haben Sterbefälle an akutem Myokardinfarkt (ICD-Nr 410). Während sich in den westlichen Bezirken ein Rückgang der tödlich verlaufenden Myokardinfarkte darstellte, stieg die Zahl in Berlin (Ost) gegenüber dem Vorjahr um 217 Fälle an.

Auch bei Todesfällen durch zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-Nrn 430 - 438) wurden 1990 mehr Sterbefälle registriert (177 Fälle).

3.1.3.2.2 Sterbefälle an akutem Myokardinfarkt und an zerebrovaskulären Krankheiten 1989 und 1990 in Berlin (Ost) absolut und je 10.000 der Bevölkerung

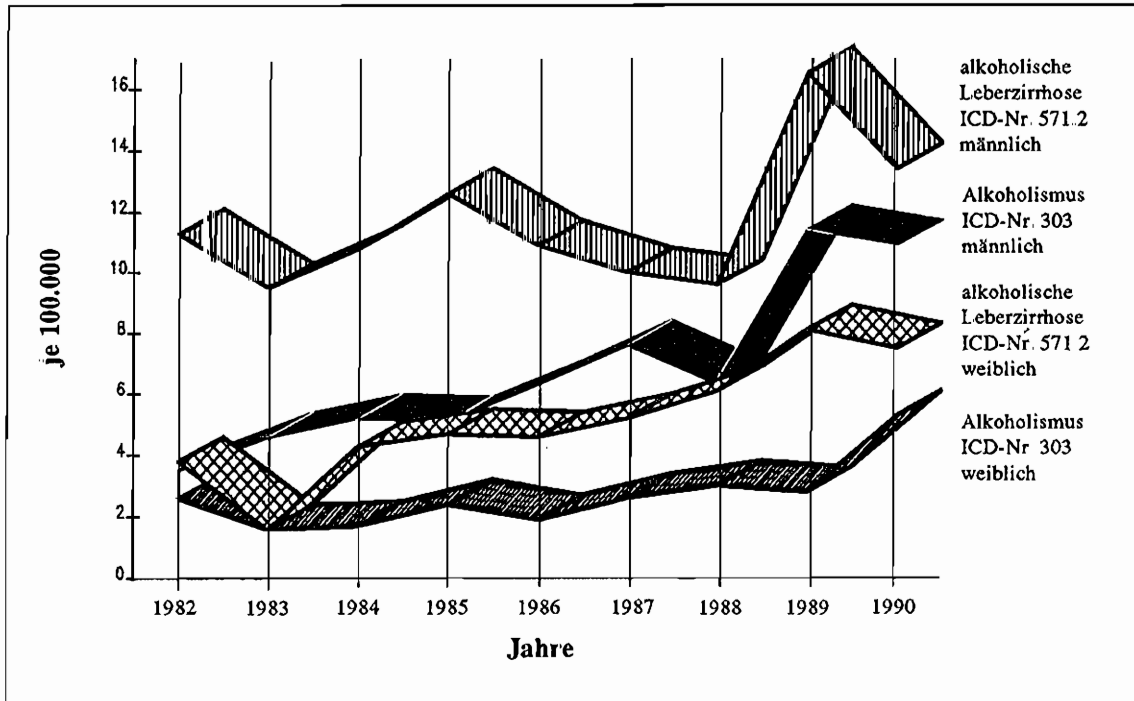
Krankheitsart	Sterbefälle											
	1989						1990					
	absolut			je 10.000			absolut			je 10.000		
	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.
Myokardinfarkt	873	486	387	6,8	8,0	5,8	1090	604	486	8,6	10,0	7,3
zerebrovaskuläre Krankheiten	1132	381	751	8,8	6,3	11,2	1309	421	888	10,3	7,0	13,3

Mit 16,5 % lagen Sterbefälle an bösartigen Neubildungen an zweiter Stelle. Der Anteil an den Gesamtgestorbenen betrug bei den männlichen Personen 18,0 %, bei weiblichen Personen 15,4 %. Die Sterbeziffer lag insgesamt bei 19,1 Gestorbenen je 10.000 Einwohner und ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig (1989: 20,9 je 10.000).

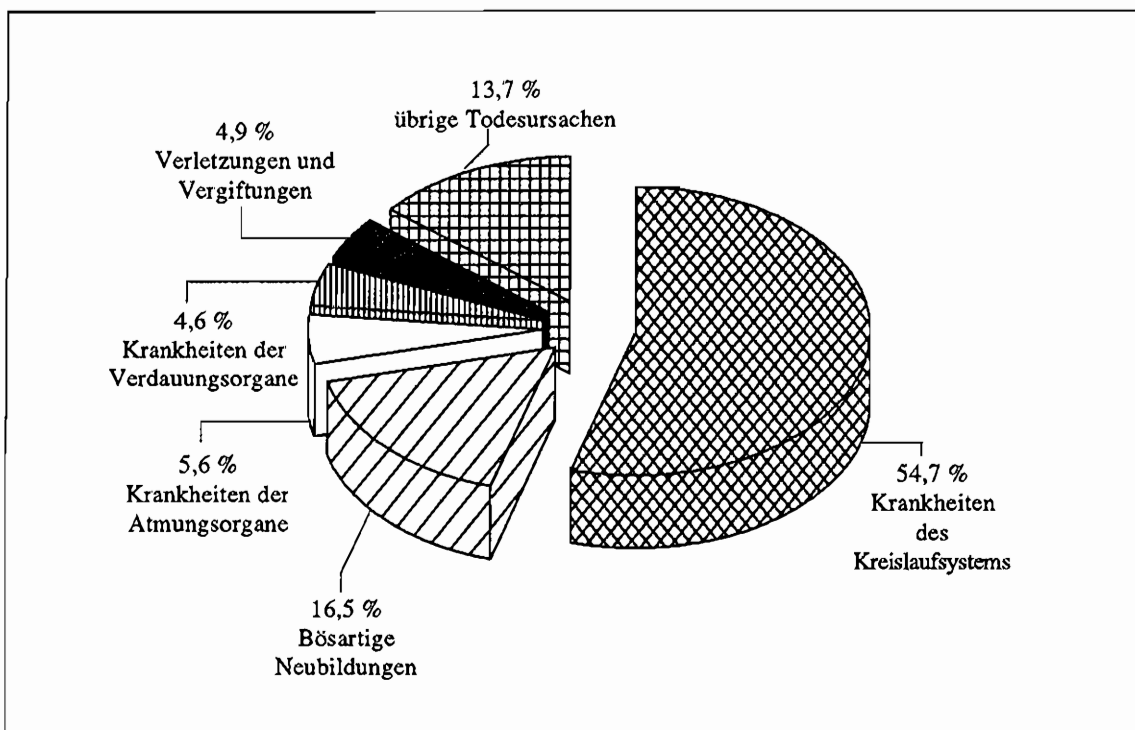
Sterbefälle bei Krankheiten der Atmungsorgane bildeten, wie auch 1989, einen Anteil von 5,6 % an den Gestorbenen insgesamt. Innerhalb dieser Gruppe kam es zu einem Anstieg von Fällen (16 %), bei denen eine Lungenentzündung als Todesursache verschlüsselt wurde.

Obwohl immer weniger Personen an Krankheiten der Verdauungsorgane versterben, stellt sich gerade in den östlichen Bezirken eine deutliche Zunahme von Sterbefällen an Leberzirrhose (ca. 60 % alkoholinduziert), bei den Frauen dar. Starben 1986 42 Frauen (0,6 je 10.000) an den Folgen einer Leberzirrhose, so hat sich die Zahl bis 1990 mehr als verdoppelt (1990: 91 Sterbefälle, 1,4 je 10.000). Der ansteigende Trend ist vor allem auch aus nachstehender Graphik zu erkennen.

Graphik 8: Gestorbene an Alkoholismus (ICD-Nr. 303) und alkoholischer Leberzirrhose (ICD-Nr. 571.2) 1982 - 1990 in Berlin (Ost) je 100.000



Graphik 9: Todesursachen 1990 in Berlin (Ost)



Dem allgemeinen Trend in Großstädten folgend, wurde der stärkste Anstieg von Todesfällen in der Gruppe XVI - Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen - registriert.

Während 1989 nur 150 Sterbefälle (1,1 % der gesamten Todesfälle) in dieser Gruppe verschlüsselt wurden, betrug der Anteil 1990 bereits 5,2 % (713) aller Sterbefälle.

3.1.4 Säuglingssterblichkeit

Unter Säugling wird international ein Kind von der Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr verstanden. Säuglingssterblichkeit ist demnach die Zahl der im Alter von 0 bis unter 1 Jahr gestorbenen Säuglinge; sie wird auf die Lebendgeborenen des gleichen Kalenderjahres bezogen. Die Säuglingssterblichkeit gilt als einer der wichtigsten Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Die bis zum 2.10.1990 in Berlin (West) und (Ost) geltenden unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen machen es erforderlich, die Definitionen für nachfolgende Ausführungen zu beachten

So gelten in der Bundesrepublik Deutschland als Lebendgeborene solche, bei denen nach Trennung vom Mutterleib mindestens eines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) feststellbar war. Entsprechend sind Totgeborene Säuglinge, die keines der drei Lebenszeichen aufweisen und mindestens 1.000 g wiegen; eine Leibesfrucht, die keines der Lebenszeichen zeigt und weniger als 1.000 g wiegt, wird als Fehlgeburt definiert (dies entspricht dem Personenstandsgesetz)

In der ehemaligen DDR galt ein Kind nur dann als lebend geboren, wenn nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren. Totgeborene waren dementsprechend Kinder ohne Herztätigkeit und ohne Lungenatmung oder mit nur einem dieser beiden Merkmale, sofern sie mindestens 1.000 g wogen.

Die aufgeführten Definitionsunterschiede müssen bei einem Vergleich der verschiedenen Parameter für die Säuglingssterblichkeit des Jahres 1990 (fetoinfantile und perinatale Säuglingssterblichkeit, Früh-, Spät-, Nachsterblichkeit) in Berlin berücksichtigt werden.

Die Säuglingssterblichkeit ist in der Bundesrepublik Deutschland seit den siebziger Jahren stark rückläufig und nimmt im internationalen Vergleich eine gute Mittelposition ein (Spitzenpositionen belegen Island, Japan, Schweden, Finnland).

3.1.4.1 Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich

Land	Jahr	Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene
Europa		
Frankreich	1989	7,4
Griechenland	1989	9,9
Großbritannien und Nordirland	1989	8,4
Italien	1989	8,8
Niederlande	1989	6,8
Österreich	1989	8,3
Schweden	1989	6,0
Schweiz	1989	6,8
Sowjetunion	1989	22,7
Spanien	1989	8,3
Tschechoslowakei	1989	11,3
Amerika		
Vereinigte Staaten	1988	9,9
Asien		
Japan	1989	4,4
Australien	1989	7,7

Auch in der ehemaligen DDR kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der auch international zu einer guten Position führte.

3.1.4.2 Säuglingssterblichkeit in der ehemaligen DDR 1986 - 1989 (Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)

Bezirk	1986	1987	1988	1989
Berlin (Ost)	9,6	8,4	8,3	7,6
Cottbus	9,8	9,2	10,3	8,0
Dresden	9,5	9,1	8,1	7,2
Erfurt	8,1	8,7	7,6	8,0
Frankfurt	8,3	9,5	6,9	7,3
Gera	10,6	8,5	8,9	10,6
Halle	10,8	7,5	7,8	8,3
Chemnitz	7,9	8,6	7,1	7,0
Leipzig	9,3	9,0	6,7	5,9
Magdeburg	9,4	10,6	9,0	8,0
Neubrandenburg	8,5	8,2	7,1	7,2
Potsdam	9,9	9,5	9,1	7,8
Rostock	9,6	8,6	7,7	5,9
Schwerin	8,3	5,2	8,9	7,5
Suhl	7,4	9,2	8,9	9,1
ehemalige DDR	9,2	8,7	8,1	7,6

Wie in allen Ländern der Bundesrepublik kam es auch in Berlin (West) zu einem starken Rückgang der Säuglingssterblichkeit, die 1989 mit 8,6 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen den niedrigsten Stand erreichte. Leider konnte dieser Trend für 1990 nicht bestätigt werden, die Säuglingssterblichkeitsrate stieg auf 9,2 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene; das ergab eine Steigerungsrate gegenüber dem Vorjahr von 7 %.

Berlin (West) wies neben dem Saarland schon immer die schlechtesten Ergebnisse aus. Auch 1990 lag Berlin (West) an der Spitze der Säuglingssterblichkeit in den alten Bundesländern, gefolgt von Rheinland-Pfalz mit 8,2 auf 1.000 Lebendgeborene. Der niedrigste Wert wurde mit 6,2 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen in Hamburg registriert.

3.1.4.3 Säuglingssterblichkeit im früheren Bundesgebiet 1960 - 1990 (Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)

Bundesland	1960	1970	1980	1989	1990
Schleswig-Holstein	30,7	21,7	11,6	6,7	6,9
Hamburg	25,6	21,2	11,5	8,0	6,2
Niedersachsen	29,2	23,6	11,9	7,5	7,1
Bremen	28,0	18,7	14,9	5,8	7,5
Nordrhein-Westfalen	37,1	23,8	14,8	8,2	7,8
Hessen	31,2	23,4	11,3	7,4	6,3
Rheinland-Pfalz	36,9	25,2	12,9	7,7	8,2
Baden-Württemberg	30,5	20,8	10,4	6,7	6,5
Bayern	36,3	24,5	12,5	6,8	6,2
Saarland	38,4	27,4	15,6	9,7	6,7
Berlin (West)	35,0	25,6	14,9	8,6	9,2
früheres Bundesgebiet	33,8	23,4	12,7	7,5	7,1

3.1.4.4 - in Berlin (West)

Im Jahr 1990 verstarben in Berlin (West) 202 Kinder im Alter von 0 bis unter 1 Jahr. Das entsprach einer Säuglingssterblichkeit von 9,2 je 1.000 Lebendgeborene (männlich 10,2, weiblich 8,1).

Wie bereits erwähnt, konnte der anhaltende kontinuierliche Rückgang der Säuglingssterblichkeit für das Jahr 1990 nicht bestätigt werden. Während sich die Säuglingssterblichkeit bei den gestorbenen Säuglingen nichtdeutscher Herkunft mit 9,2 je 1.000 Lebendgeborene nur geringfügig gegenüber dem Vorjahr (9,1) veränderte, ist sie bei gestorbenen Säuglingen deutscher Herkunft von 8,4 1989 auf 9,2 je 1.000 Lebendgeborene 1990 angestiegen.

3.1.4.4.1 Gestorbene im 1. Lebensjahr 1981 - 1990 in Berlin (West) nach Bezirken - auf 1.000 Lebendgeborene -

Bezirk	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
insgesamt										
Tiergarten	13,7	17,1	11,7	12,6	14,1	21,0	13,2	9,9	5,8	5,3
Wedding	15,1	13,7	16,4	15,2	15,8	9,3	9,2	13,6	6,6	13,6
Kreuzberg	17,1	17,3	18,0	18,9	13,9	17,5	10,4	10,7	12,7	11,5
Charlottenburg	6,0	12,4	11,3	13,9	6,2	12,1	11,4	14,5	7,4	10,8
Spandau	12,5	12,3	5,9	11,3	9,3	10,4	11,2	4,9	6,7	10,0
Wilmersdorf	11,3	11,9	12,6	16,6	7,8	9,2	12,4	5,2	7,1	1,7
Zehlendorf	9,7	16,8	4,5	8,9	7,8	12,8	5,6	4,2	5,3	3,7
Schöneberg	19,2	17,3	8,3	6,6	10,7	12,7	10,3	10,0	9,6	8,4
Steglitz	9,4	9,3	11,4	8,8	9,5	10,7	12,6	6,1	6,6	5,1
Tempelhof	13,0	12,4	9,4	13,3	9,2	7,7	12,1	11,4	9,8	8,3
Neukölln	18,3	18,5	17,7	12,6	9,3	13,1	16,1	9,5	10,4	11,0
Reinickendorf	8,2	10,9	17,8	11,5	12,0	13,4	7,9	5,5	9,2	9,4
Berlin (West)	13,4	14,3	12,9	12,7	10,6	12,5	11,5	9,2	8,6	9,2
Deutsche										
Tiergarten	12,6	17,4	11,2	12,7	15,0	20,9	11,4	11,9	2,8	5,1
Wedding	15,5	19,0	19,5	15,3	17,8	8,5	9,3	13,8	8,2	15,1
Kreuzberg	14,0	19,7	18,9	22,7	15,8	21,7	7,2	12,0	10,0	16,4
Charlottenburg	7,1	12,2	11,9	10,7	5,4	12,9	8,7	14,0	8,0	11,6
Spandau	10,3	12,3	6,1	10,1	10,2	7,9	11,9	3,9	8,1	10,0
Wilmersdorf	11,3	10,9	12,5	16,9	7,8	8,4	10,7	5,9	7,2	2,0
Zehlendorf	9,1	18,7	3,3	8,3	9,0	12,4	6,3	3,2	4,8	4,4
Schöneberg	14,7	15,1	7,1	5,3	9,9	7,7	10,2	12,7	10,1	5,6
Steglitz	9,1	6,9	10,4	7,3	8,9	10,2	11,8	6,1	6,1	5,0
Tempelhof	12,2	13,0	7,9	11,3	8,5	7,1	12,7	10,8	11,2	8,0
Neukölln	18,4	14,6	16,5	10,7	9,3	13,7	16,2	7,8	10,2	11,3
Reinickendorf	8,8	10,4	14,0	10,2	13,4	14,6	8,8	5,6	8,8	8,2
Berlin (West)	12,2	13,7	12,1	11,6	10,9	12,1	10,9	8,8	8,4	9,1
Nichtdeutsche										
Tiergarten	16,0	16,4	13,2	12,2	11,9	21,3	17,7	5,9	12,8	5,6
Wedding	14,5	3,5	9,8	15,2	10,7	11,2	9,0	13,2	3,8	11,1
Kreuzberg	21,5	13,9	16,3	12,9	10,5	10,9	15,0	9,0	16,0	5,1
Charlottenburg	2,5	12,9	9,2	25,7	8,8	9,5	20,3	16,0	5,4	8,0
Spandau	23,9	12,0	4,8	18,5	4,1	24,0	7,3	9,4	-	9,8
Wilmersdorf	11,4	17,8	13,0	14,3	7,5	15,0	26,3	-	6,4	-
Zehlendorf	16,1	-	17,5	13,7	-	16,9	-	12,3	12,3	-
Schöneberg	28,5	22,4	11,2	10,4	12,8	26,4	10,7	4,0	8,2	14,4
Steglitz	12,0	30,7	21,7	24,2	15,5	15,5	21,1	6,2	10,6	5,8
Tempelhof	18,9	7,5	21,6	32,3	15,5	12,4	6,9	15,7	-	10,4
Neukölln	18,2	29,0	21,5	18,6	9,4	11,5	15,7	13,7	10,7	10,5
Reinickendorf	4,2	15,1	41,8	24,1	-	4,5	-	4,0	12,2	17,9
Berlin (West)	17,1	16,4	15,8	16,9	9,6	14,3	13,3	10,1	9,1	9,2

Innerhalb der Bezirke unterlag die Säuglingssterblichkeit einer erheblichen Schwankungsbreite. Die höchsten Säuglingssterblichkeitsraten wurden in Wedding (13,6) und Kreuzberg (11,5) registriert, während die Bezirke Wilmersdorf (1,7) und Zehlendorf (3,7) die niedrigsten Werte auswiesen.

3.1.4.4.2 Geborene, Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1988 - 1990 in Berlin (West) nach Bezirken

Jahr	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr		Perinatale Sterblichkeit (Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)	
	ins- gesamt	je 1 000 Einwohner	ins- gesamt	je 1.000 Geborene	ins- gesamt	je 1 000 Lebend- geborene	ins- gesamt	je 1 000 Geborene
1990								
Tiergarten	1135	12,0	5	4,4	6	5,3	8	7,0
Wedding	2199	13,4	5	2,3	30	13,6	17	7,7
Kreuzberg	2269	14,8	4	1,8	26	11,5	11	4,8
Charlottenburg	1752	9,5	7	4,0	19	10,8	16	9,1
Spandau	2101	9,6	5	2,4	21	10,0	15	7,1
Wilmersdorf	1172	8,0	4	3,4	2	1,7	5	4,3
Zehlendorf	810	8,2	3	3,7	3	3,7	3	3,7
Schöneberg	1795	11,5	9	5,0	15	8,4	16	8,9
Steglitz	1761	9,3	10	5,6	9	5,1	13	7,3
Tempelhof	1562	8,4	2	1,3	13	8,3	12	7,7
Neukölln	3352	11,0	14	4,2	37	11,0	31	9,2
Reinickendorf	2242	9,0	11	4,9	21	9,4	18	8,0
Berlin (West)	22150	10,3	79	3,6	202	9,2	165	7,4
1989								
Tiergarten	1035	11,3	4	3,9	6	5,8	5	4,8
Wedding	2131	13,5	10	4,7	14	6,6	18	8,4
Kreuzberg	2198	14,9	5	2,3	28	12,7	14	6,4
Charlottenburg	1627	9,0	7	4,3	12	7,4	11	6,7
Spandau	1951	9,3	3	1,5	13	6,7	5	2,6
Wilmersdorf	1133	7,9	3	2,6	8	7,1	4	3,5
Zehlendorf	752	7,7	3	4,0	4	5,3	5	6,6
Schöneberg	1675	11,1	12	7,1	16	9,6	18	10,7
Steglitz	1667	9,0	12	7,2	11	6,6	19	11,3
Tempelhof	1538	8,4	1	0,7	15	9,8	9	5,8
Neukölln	3378	11,3	7	2,1	35	10,4	20	5,9
Reinickendorf	2074	8,5	7	3,4	19	9,2	13	6,2
Berlin (West)	21159	10,1	74	3,5	181	8,6	141	6,6
1988								
Tiergarten	1012	11,5	6	5,9	10	9,9	8	7,9
Wedding	2133	13,9	6	2,8	29	13,6	15	7,0
Kreuzberg	2250	15,7	10	4,4	24	10,7	22	9,7
Charlottenburg	1657	9,4	5	3,0	24	14,5	14	8,4
Spandau	1840	9,0	9	4,9	9	4,9	11	5,9
Wilmersdorf	1165	8,3	2	1,7	6	5,2	4	3,4
Zehlendorf	714	7,5	1	1,4	3	4,2	3	4,2
Schöneberg	1602	10,9	4	2,5	16	10,0	7	4,4
Steglitz	1648	9,0	1	0,6	10	6,1	8	4,9
Tempelhof	1492	8,2	4	2,7	17	11,4	13	8,7
Neukölln	3267	11,2	10	3,1	31	9,5	27	8,2
Reinickendorf	2200	9,2	11	5,0	12	5,5	15	6,8
Berlin (West)	20980	10,3	69	3,3	191	9,2	147	7,0

- nach Altersgruppen

Der neuerliche Anstieg der Säuglingssterblichkeit in den westlichen Bezirken geht eindeutig zu Lasten der Frühsterblichkeit, deren Rate sich von 3,2 im Jahr 1989 auf 3,9 je 1.000 Lebendgeborene in 1990 erhöhte. Dem allgemeinen Trend folgend starben rund ein Viertel (24,3 %) der insgesamt gestorbenen Säuglinge in den ersten 24 Stunden.

Der Anteil der Frühsterblichkeit ist bei nichtdeutschen Säuglingen stärker als bei den deutschen gestiegen.

Jahr	Frühsterblichkeit in Berlin (West) je 1.000 Lebendgeborene	
	Deutsche	Nichtdeutsche
1989	3,2	3,0
1990	3,8	4,2

Von den insgesamt 202 im Jahr 1990 gestorbenen Säuglingen starben 86 (42,6 %) bereits in den ersten sieben Lebenstagen

**3.1.4.4.3 Gestorbene im 1. Lebensjahr 1990 in Berlin (West)
nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen**

Bezirk	Gestorbene im 1. Lebensjahr					
	insgesamt	männlich	weiblich	darunter unter 7 Tage alt		
				zusammen	männlich	weiblich
			insgesamt			
Tiergarten	6	5	1	3	3	—
Wedding	30	16	14	12	5	7
Kreuzberg	26	18	8	7	6	1
Charlottenburg	19	6	13	9	2	7
Spandau	21	16	5	10	9	1
Wilmerisdorf	2	2	—	1	1	—
Zehlendorf	3	1	2	—	—	—
Schöneberg	15	8	7	7	2	5
Steglitz	9	5	4	3	3	—
Tempelhof	13	7	6	10	5	5
Neukölln	37	20	17	17	9	8
Reinickendorf	21	11	10	7	4	3
Berlin (West) 1990	202	115	87	86	49	37
1989	181	94	87	67	29	38
			Deutsche			
Tiergarten	4	4	—	2	2	—
Wedding	21	11	10	9	3	6
Kreuzberg	21	14	7	5	4	1
Charlottenburg	16	6	10	7	2	5
Spandau	17	13	4	8	7	1
Wilmerisdorf	2	2	—	1	1	—
Zehlendorf	3	1	2	—	—	—
Schöneberg	7	5	2	3	1	2
Steglitz	8	5	3	3	3	—
Tempelhof	11	6	5	9	5	4
Neukölln	26	14	12	10	6	4
Reinickendorf	16	11	5	5	4	1
Berlin (West)	152	92	60	62	38	24
			Nichtdeutsche			
Tiergarten	2	1	1	1	1	—
Wedding	9	5	4	3	2	1
Kreuzberg	5	4	1	2	2	—
Charlottenburg	3	—	3	2	—	2
Spandau	4	3	1	2	2	—
Wilmerisdorf	—	—	—	—	—	—
Zehlendorf	—	—	—	—	—	—
Schöneberg	8	3	5	4	1	3
Steglitz	1	—	1	—	—	—
Tempelhof	2	1	1	1	—	1
Neukölln	11	6	5	7	3	4
Reinickendorf	5	—	5	2	—	2
Berlin (West)	50	23	27	24	11	13

Der Spätsterblichkeit zugeordnet starben 1990 27 Säuglinge (13,4 %). Zwischen 28 Tagen bis unter 1 Jahr (Nachsterblichkeit) verstarben 89 Säuglinge (44 %)

3.1.4.4.4 Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1990 in Berlin (West)

Jahr	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr						Perinatale Sterblichkeit			
	ins-gesamt	je 1 000 Einwohner	ins-gesamt	je 1 000 Geborene	ins-gesamt	je 1 000 Lebendgeborene	davon im Alter von						(Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)	
							0 bis unter 7 Tagen	je 1.000 Lebendgeborene	7 bis unter 28 Tagen	je 1 000 Lebendgeborene	28 Tagen bis unter 1 Jahr	je 1 000 Lebendgeborene	ins-gesamt	je 1.000 Geborene
1985	17921	9,7	59	3,3	190	10,6	80	4,5	34	1,8	76	4,3	139	7,7
1986	18688	10,0	70	3,7	232	12,5	88	4,7	29	1,6	115	6,2	158	8,4
1987	19554	10,4	74	3,8	223	11,5	103	5,3	30	1,5	90	4,6	177	9,0
1988	20980	10,3	69	3,3	191	9,2	78	3,7	31	1,5	82	3,9	147	7,0
1989	21159	10,1	74	3,5	181	8,6	67	3,2	25	1,2	89	4,2	141	6,6
1990	22150	10,3	79	3,6	202	9,1	86	3,9	27	1,2	89	4,0	165	7,4

Die perinatale Sterblichkeit lag bei den nichtdeutschen gestorbenen Säuglingen 1990 mit 7,9 je 1.000 Lebend- und Totgeborener höher als die bei den deutschen mit 7,2.

- nach Todesursachen

Die Todesursachen bei Säuglingen werden durch die angeborenen Anomalien (Klasse XIV - ICD) und durch Störungen in der Perinatalphase (Klasse XV - ICD) bestimmt.

26,2 % (53 Sterbefälle) entfielen auf angeborene Fehlbildungen (vorwiegend kongenitale Anomalien des Herzens).

34,7 % (70 Fälle) waren Sterbefälle durch bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit hatten, darunter befanden sich 31 Säuglinge, die an extremer Unreife starben.

Von 14,4 % (26 Fälle) 1989 auf 22,8 % (40 Fälle) sind Sterbefälle durch plötzlichen Tod unbekannter Ursache angestiegen. Wegen der relativ geringen Fallzahlen ist dieser Anstieg jedoch mit Vorsicht zu interpretieren

- nach Gewicht

Das Geburtsgewicht übt einen großen Einfluß auf die Überlebenschancen im ersten Lebensjahr aus 47,5 % (96) der Säuglingssterblichkeit sind 1990 in Berlin (West) durch gestorbene Untergewichtige verursacht worden.

3.1.4.4.5 Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g in Berlin (West) 1990

Geburtsgewicht von ... bis unter ... g	Lebensdauer von ... bis unter					
	insg.	m.	w.	unter 24 Stunden	24 Std.bis unt.1 Mon.	1 bis unter 12 Monate
unter 500	2	2	-	2	-	-
500 - 1.000	39	19	20	18	17	4
1.000 - 1.500	21	13	8	10	5	6
1.500 - 2.000	15	9	6	5	3	7
2.000 - 2.500	19	13	6	4	8	7
insgesamt	96	56	40	39	33	24

Drei Viertel (72) aller untergewichtig gestorbenen Säuglinge sind im ersten Lebensmonat verstorben, davon starben am ersten Lebenstag 39 (54,2 %) Säuglinge.

3.1.4.5 - in Berlin (Ost)

1990 verstarben im Ostteil der Stadt 106 Kinder unter einem Jahr (1989: 129). Die Säuglingssterblichkeitsziffer lag somit bei 6,9 je 1.000 Lebendgeborene (1989: 7,6). Der Rückgang der Lebendgeborenen betrug gegenüber dem Vorjahr 8,8 % (- 1.491). Die gestorbenen Säuglinge waren ausschließlich deutscher Herkunft (insgesamt befanden sich unter den 15.446 Lebendgeborenen nur 51 Säuglinge nichtdeutscher Nationalität).

Die Lebendgeborenenrate nahm je 1.000 der Bevölkerung in den letzten Jahren kontinuierlich ab:

1980	15,3
1985	14,3
1988	14,1
1989	13,2
1990	12,1

Anders als im Westteil der Stadt lag die Sterbeziffer bei den gestorbenen Knaben mit 6,8 je 1.000 Lebendgeborenen (1989: 9,4) sogar etwas unter der ausgewiesenen Ziffer für gestorbene Mädchen mit 6,9 (1989: 5,7).

**3.1.4.5.1 Gestorbene im 1. Lebensjahr 1981 - 1990 in Berlin (Ost)
nach Bezirken
- absolut und auf 1.000 Lebendgeborene -**

Bezirk	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
absolut										
Mitte	25	19	18	12	19	16	9	8	5	6
Prenzlauer Berg	38	49	38	30	33	23	24	16	20	12
Friedrichshain	38	31	38	25	25	24	21	18	12	12
Treptow	28	22	20	8	16	15	8	12	8	6
Köpenick	13	14	9	13	14	9	12	14	7	5
Lichtenberg	34	27	28	23	28	17	20	21	12	9
Weißensee	14	16	14	6	17	7	4	6	5	4
Pankow	29	31	15	18	14	14	9	12	13	7
Marzahn	13	25	26	23	23	31 1)	21	16	16	17
Hohenschönhausen	-	-	-	-	-	12	17	13	10	19
Hellersdorf	-	-	-	-	-	-	10	12	21	9
Berlin (Ost)	232	234	206	158	189	168	155	148	129	106
auf 1.000 Lebendgeborene										
Mitte	15,3	11,9	11,7	9,0	15,2	13,2	7,5	7,0	4,9	6,1
Prenzlauer Berg	12,4	15,2	12,1	10,4	11,2	8,1	8,6	6,4	9,1	6,1
Friedrichshain	15,6	12,7	15,8	11,1	11,1	11,3	10,0	8,7	6,6	7,8
Treptow	19,1	15,5	13,9	6,1	12,0	11,2	6,2	9,5	6,7	5,7
Köpenick	8,8	8,9	5,6	8,2	9,6	6,4	8,8	11,1	6,0	4,7
Lichtenberg	13,4	11,0	11,7	10,3	12,7	7,8	9,0	10,2	6,5	5,4
Weißensee	10,7	11,7	10,8	4,8	10,8	9,4	5,4	9,2	8,6	7,6
Pankow	14,9	16,5	8,6	10,9	9,3	10,2	6,1	8,7	11,1	6,4
Marzahn	9,9	14,1	11,9	10,6	8,7	10,1	8,4	7,2	7,9	10,3
Hohenschönhausen	-	-	-	-	-	9,8	10,6	7,1	5,3	11,5
Hellersdorf	-	-	-	-	-	-	9,0	8,1	10,3	4,0
Berlin (Ost)	13,5	13,2	11,6	9,4	11,0	9,6	8,4	8,3	7,6	6,9

1) Marzahn/Hellersdorf: innerbezirkliche Verschiebungen durch Bezirksneugründungen und Veränderungen der Bezirksgrenzen

Die Bezirke Hohenschönhausen (mit 11,5 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen) und Marzahn (10,3) wiesen 1990 die höchste Sterblichkeitsrate aus. Hellersdorf (4,0) und Köpenick (4,7) verzeichneten die niedrigsten Raten.

3.1.4.5.2 Geborene, Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1988 - 1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken

Jahr	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr		Perinatale Sterblichkeit (Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)	
	ins- gesamt	je 1.000 Einwohner	ins- gesamt	je 1.000 Geborene	ins- gesamt	je 1 000 Lebend- geborene	ins- gesamt	je 1 000 Geborene
1990								
Mitte	979	12,3	3	3,1	6	6,1	4	4,1
Prenzlauer Berg	1958	13,7	9	4,6	12	6,1	15	7,6
Friedrichshain	1541	14,3	3	1,9	12	7,8	6	3,9
Treptow	1053	10,4	2	1,9	6	5,7	4	3,8
Köpenick	1055	8,8	4	3,8	5	4,7	6	5,7
Lichtenberg	1672	9,9	5	2,9	9	5,4	9	5,4
Weißensee	526	10,2	1	1,9	4	7,6	1	1,9
Pankow	1090	6,5	9	8,2	7	6,4	10	9,1
Marzahn	1645	9,8	3	1,8	17	10,3	9	5,5
Hohenschönhausen	1649	13,9	5	3,0	19	11,5	15	9,1
Hellersdorf	2278	19,1	6	2,6	9	4,0	10	4,4
Berlin (Ost)	15446	12,1	50	3,2	106	6,9	89	5,7
1989								
Mitte	1023	12,8	5	4,8	5	4,9	8	7,8
Prenzlauer Berg	2189	14,6	9	4,0	20	9,1	17	7,7
Friedrichshain	1809	16,0	8	4,3	12	6,6	13	7,2
Treptow	1187	11,4	6	5,0	8	6,7	10	8,4
Köpenick	1172	10,3	6	5,1	7	6,0	6	5,1
Lichtenberg	1852	10,6	4	2,2	12	6,5	10	5,4
Weißensee	583	10,8	1	1,7	5	8,6	3	5,1
Pankow	1172	10,5	6	5,1	13	11,1	12	10,2
Marzahn	2016	11,7	13	6,4	16	7,9	22	10,8
Hohenschönhausen	1894	16,2	1	0,5	10	5,3	2	1,1
Hellersdorf	2040	21,2	7	3,4	21	10,3	14	6,8
Berlin (Ost)	16937	13,2	66	3,9	129	7,6	117	6,9
1988								
Mitte	1148	14,4	7	6,1	8	7,0	8	6,9
Prenzlauer Berg	2501	16,1	18	7,1	16	6,4	26	10,3
Friedrichshain	2073	17,9	8	3,8	18	8,7	15	7,2
Treptow	1269	11,9	6	4,7	12	9,5	14	11,0
Köpenick	1263	11,0	5	3,9	14	11,1	12	9,5
Lichtenberg	2051	11,6	11	5,3	21	10,2	27	13,1
Weißensee	650	11,7	3	4,6	6	9,2	7	10,7
Pankow	1377	12,0	6	4,3	12	8,7	15	10,8
Marzahn	2234	12,8	8	3,6	16	7,2	16	7,1
Hohenschönhausen	1834	17,6	5	2,7	13	7,1	10	5,4
Hellersdorf	1480	20,4	8	5,4	12	8,1	14	9,4
Berlin (Ost)	17880	14,1	85	4,7	148	8,3	164	9,1

- nach Altersgruppen

Bei Betrachtung der Säuglingssterblichkeit nach dem Sterbealter konnte gegenüber dem Vorjahr die Frühsterblichkeit weiter verringert werden. Starben Mitte der achtziger Jahre noch 5,6 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene in den ersten 7 Tagen, so lag die Ziffer 1990 nur noch bei 2,5.

3.1.4.5.3 Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1990 in Berlin (Ost)

Jahr	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr								Perinatale Sterblichkeit	
	ins- gesamt	je 1.000 Einwohner	ins- gesamt	je 1.000 Geborene	ins- gesamt	je 1.000 Lebend- geborene	davon im Alter von						(Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)	
							0 bis unter 7 Tagen		7 bis unter 28 Tagen		28 Tagen bis unter 1 Jahr			
							(Frühsterblichkeit)	(Spätsterblichkeit)	(Nachsterblichkeit)	ins- gesamt	je 1.000 Geborene			
1985	17155	14,3	85	4,9	189	11,0	96	5,6	42	2,4	51	3,0	181	10,5
1986	17467	14,3	71	4,0	168	9,6	72	4,2	31	1,7	65	3,7	143	8,2
1987	18399	14,8	68	3,7	155	8,4	85	4,7	22	1,2	48	2,6	153	8,4
1988	17880	14,1	85	4,7	148	8,3	79	4,4	20	1,1	49	2,8	164	9,1
1989	16937	13,2	66	3,9	129	7,6	51	3,0	18	1,1	60	3,5	117	6,9
1990	15446	12,1	50	3,2	106	6,9	39	2,5	18	1,2	49	3,2	89	5,7

14,2 % aller gestorbenen Säuglinge unter 1 Jahr starben in den ersten 24 Stunden.

In den ersten 7 Tagen verstarben 39 (36,8 %) der im Berichtsjahr gestorbenen Säuglinge.

Der Spätsterblichkeit zugeordnet starben 18 (17,0 %) Säuglinge; 49 Säuglinge (46,2 %) starben zwischen 28 Tagen bis unter 1 Jahr.

3.1.4.5.4 Gestorbene im 1. Lebensjahr 1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken und Geschlecht

Bezirk	Gestorbene im 1. Lebensjahr					
	ins- gesamt	männlich	weiblich	darunter unter 7 Tage alt		
				zusammen	männlich	weiblich
	insgesamt					
Mitte	6	4	2	1	—	1
Prenzlauer Berg	12	4	8	6	3	3
Friedrichshain	12	8	4	3	3	—
Treptow	6	6	—	2	2	—
Köpenick	5	3	2	2	1	1
Lichtenberg	9	5	4	4	2	2
Weißensee	4	1	3	—	—	—
Pankow	7	2	5	1	1	—
Marzahn	17	9	8	6	4	2
Hohenschönhausen	19	8	11	10	2	8
Hellersdorf	9	4	5	4	3	1
Berlin (Ost) 1990	106	54	52	39	21	18
1989	129	82	47	51	34	17

- nach Todesursachen

Den höchsten Anteil nahmen Sterbefälle der Klasse XV ICD ein (bestimmte in der Perinatalperiode entstandene Zustände). Mit 51 gestorbenen Säuglingen (48,1 %) lag der prozentuale Anteil erheblich über dem in den westlichen Bezirken registrierten (34,7 %). 26 Sterbefälle (24,5 %) entfielen auf kongenitale Anomalien, und 29 Sterbefälle (27,4 %) waren den "sonstigen Todesursachen" zugeordnet.

- nach Gewicht

Der Anteil der gestorbenen Säuglinge mit zu niedrigem Geburtsgewicht, gemessen an den insgesamt gestorbenen Säuglingen, lag bei 54,7 % (58 Fälle) und somit höher als in den westlichen Bezirken (47,5 % = 96 Fälle).

3.1.4.5 Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g in Berlin (Ost) 1990

Geburtsgewicht von ... bis unter ... g	Gestorbene Säuglinge		
	insgesamt	männlich	weiblich
unter 500	-	-	-
500 - 1.000	17	7	10
1.000 - 1.500	18	9	9
1.500 - 2.000	7	6	1
2.000 - 2.500	16	6	10
insgesamt	58	28	30

60,3 % der gestorbenen Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 g hatten ein extrem niedriges Geburtsgewicht (unter 1.500 g)

3.1.5 Müttersterblichkeit

In Berlin (West) wurde nach der amtlichen Todesursachenstatistik 1990 ein mütterlicher Sterbefall (ICD/1979 Nrn. 630 - 676) registriert.

Das entsprach einer Ziffer von 4,5 Sterbefällen je 100.000 Lebendgeborenen (1989: 9,5).

Im Ostteil der Stadt wurden 2 Sterbefälle erfaßt (12,9 je 100.000 Lebendgeborene), jedoch ist hierbei zu beachten, daß bis zum 3.10.1990 in dieser Zahl auch nichtgestationsbedingte Sterbefälle (s. Erläuterungen) enthalten waren.

3.1.6 Selbstmorde in Berlin

Die Häufigkeit von Suiziden kann ein wichtiger Indikator für die psychische und soziale Gesundheit sein.

Im Land Berlin versterben jährlich rund 600 Menschen durch Selbstmord. Das entspricht etwa dem Doppelten der Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen tödlich verletzten Berliner.

Nicht berücksichtigt sind die Suizidversuche, die zehnmal so hoch angesetzt werden.

Nachdem die Selbstmordzahlen in den westlichen Bezirken bis Mitte der siebziger Jahre einen steigenden Trend verzeichneten, ist seit Ende der siebziger Jahre ein Rückgang zu erkennen. Dieser Rückgang stellte sich bis 1989 auch in den östlichen Bezirken dar.

Obwohl in der ehemaligen DDR die Suizidsterblichkeit schon immer deutlich höher als in den westlichen Bundesländern war, lag die Sterbeziffer in Berlin (Ost) wesentlich unter den ausgewiesenen Zahlen der übrigen Bezirke der ehemaligen DDR.

Im Jahr 1990 verübten in Berlin 419 Westberliner (1989: 420) und 170 Ostberliner (1989: 139) Selbstmord.

Mit 2,0 je 10.000 der Bevölkerung ist die relative Häufigkeit in den westlichen Bezirken gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben.

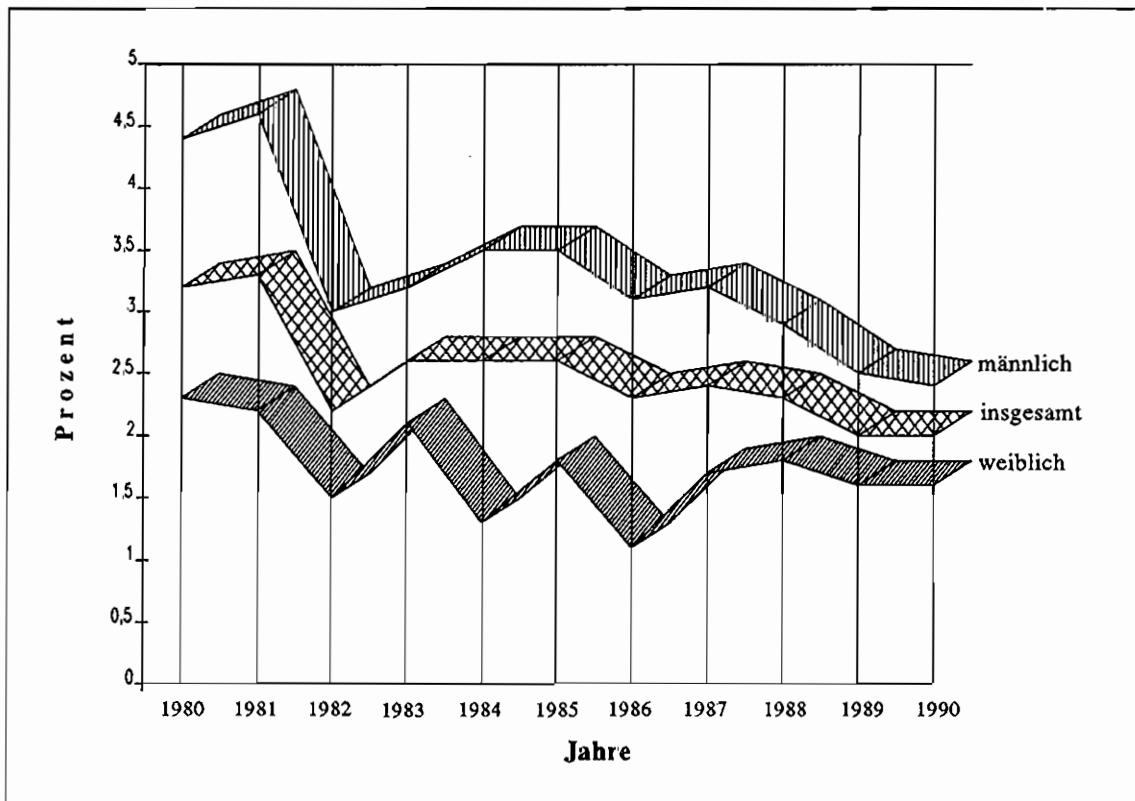
In den östlichen Bezirken stieg die Ziffer von 1,1 1989 auf 1,3 je 10.000 der Bevölkerung 1990 an.

3.1.6.1 Selbstmorde 1990 in Berlin

Geschlecht	Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000
männlich	243	2,4	113	1,9
weiblich	176	1,6	58	0,9
insgesamt	419	2,0	170	1,3

Insgesamt lag der Anteil der Männer, die 1990 Selbstmord verübten, mit über 35 % über dem der Frauen.

Graphik 10: Suizidraten 1980 - 1990 in Berlin (West)
je 10.000 der Bevölkerung



Bezogen auf die Altersgruppen ist der Selbstmord die häufigste Todesursache bei den 20- bis 30jährigen, gefolgt von den Unfällen. Auch bei 30- bis 40jährigen liegt die Rate noch relativ hoch. Die Bedeutung dieser Aussage liegt jedoch darin, daß andere Todesursachen im jüngeren Erwachsenenalter eine untergeordnete Rolle spielen.

3.1.6.2 Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1990 in Berlin (West)
- absolut und in % der Gestorbenen der jeweiligen Altersgruppe -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1980		1985		1989		1990	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
unter 20	16	3,6	12	3,6	7	2,7	4	1,3
20 - 30	106	31,6	81	28,6	55	19,0	68	20,1
30 - 40	110	18,2	73	17,4	58	11,3	65	11,5
40 - 50	92	7,5	84	6,7	61	5,2	62	5,3
50 - 60	71	3,4	61	3,0	60	2,8	55	2,6
60 - 70	71	1,5	49	1,5	62	1,7	40	1,1
70 und mehr	145	0,6	121	0,5	117	0,5	125	0,6
insgesamt	611	1,8	481	1,5	420	1,4	419	1,4

In den westlichen und östlichen Bezirken stellte sich die Suizidhäufigkeit bei den jüngeren Erwachsenen unterschiedlich dar. So lag die Sterbeziffer bei den 20- bis 40jährigen in Berlin (Ost) stets niedriger als in Berlin (West).

Während die Häufigkeit von Selbsttötungen bei den 40- bis 60jährigen in den westlichen Bezirken leicht rückläufig war, ist die Suizidrate in dieser Altersgruppe in den östlichen Bezirken deutlich angestiegen.

3.1.6.3 Selbstmordhäufigkeit 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost)
- absolut und je 10.000 der jeweiligen Altersgruppe -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Berlin (West)				Berlin (Ost)			
	1989		1990		1989		1990	
	abs.	je 10.000	abs.	je 10.000	abs.	je 10.000	abs.	je 10.000
unter 20	7	0,2	4	0,1	2	0,1	3	0,1
20 - 30	55	1,5	68	1,8	15	0,7	20	0,9
30 - 40	58	1,8	65	2,0	18	0,9	25	1,2
40 - 50	61	1,9	62	1,8	27	1,6	34	2,1
50 - 60	60	2,4	55	2,1	23	1,4	38	2,2
60 - 70	62	3,4	40	2,1	15	1,6	13	1,4
70 und mehr	117	4,3	125	4,5	39	4,0	37	3,8
insgesamt	420	2,0	419	2,0	139	1,1	170	1,3

Mit zunehmendem Alter steigt das Selbstmordrisiko erheblich an. Am ausgeprägtesten ist diese Tendenz bei den über 70jährigen. Hier liegt die Rate doppelt so hoch wie bei den 20- bis 60jährigen. Rund 28 % aller vollzogenen Selbstmorde werden in Berlin von über 70jährigen begangen.

**3.1.6.4 Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1990 in Berlin (West)
nach Altersgruppen
- absolut und je 10.000 der entsprechenden Altersgruppe -**

Alter von .. bis .. unter .. Jahren	Selbstmorde							
	1980		1985		1989		1990	
	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000
unter 20	16	20,4	12	0,3	7	0,2	4	0,1
20 - 30	106	4,2	81	2,8	55	1,5	68	1,8
30 - 40	110	3,9	73	2,8	58	1,8	65	2,0
40 - 50	92	3,6	84	2,8	61	1,9	62	1,8
50 - 60	71	3,6	61	3,1	60	2,4	55	2,1
60 - 70	71	3,6	49	3,2	62	3,4	40	2,1
70 und mehr	145	4,7	121	4,2	117	4,3	125	4,5
insgesamt	611	3,2	481	2,6	420	2,0	419	2,0

Daß Männer über 75 Jahren besonders häufig Selbstmord begehen, zeigen nachfolgend die ausgewählten Zahlen aus der Selbstmordsterblichkeit in Berlin (West) 1990.

**3.1.6.5 Selbstmorde bei über 70jährigen 1990 in Berlin (West)
- absolut und je 10.000 der entsprechenden Altersgruppe -**

Alter von	vollzogene Selbstmorde					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	abs..	je 10.000	abs..	je 10.000	abs..	je 10.000
70 - 75	13	2,0	7	3,5	6	1,3
75 - 80	41	4,4	15	5,8	26	3,8
80 - 85	38	5,4	14	7,8	24	4,6
85 - 90	23	6,9	11	15,4	12	4,6
90 und mehr	10	7,9	2	10,1	8	7,6

3.2 *Morbidität*

3.2.0 *Erläuterungen*

Morbidität

Krankheitshäufigkeit, Verhältnis von Erkrankungen zur Gesamt- bzw. Teilbevölkerung - als Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum (Inzidenz) oder vorhandene Erkrankungsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz).

Morbiditätsziffer

Zahl der Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) bezogen auf 1.000 oder 10.000 der mittleren Bevölkerung (Durchschnittsbevölkerung) im gleichen Zeitraum.

Letalität

Tödlichkeit; Verhältnis der Sterbefälle zur Gesamtzahl der von einer Krankheit betroffenen Menschen. Sie beinhaltet die Sterbewahrscheinlichkeit an einer Krankheit.

Letalitätsziffer

Zahl der an einer bestimmten Krankheit Verstorbenen bezogen auf 100 von der gleichen Krankheit betroffenen Personen.

3.2.1 *Vorbemerkung*

Mit Untersuchungen über das Auftreten von Krankheiten innerhalb der Bevölkerung bildete sich eine neue Disziplin heraus, die anfänglich entsprechend der damaligen Gesundheitslage die Epidemien der infektiösen Krankheiten erforschte und daher Epidemiologie genannt wurde.

In der heutigen Zeit stehen die chronischen Krankheiten im Vordergrund des Interesses bei der Erforschung des Morbiditätsprozesses.

Die Erfassung der Krankheit als Massenerscheinung setzt die Dokumentation der Befunde voraus. Das bedeutet, alle Einzelercheinungen in einer Form festzuhalten, die eine statistische Massenbetrachtung erlaubt. Die Schwierigkeit besteht demnach darin, bei der Befunddokumentation gleichzeitig den medizinischen und statistischen Belangen gerecht zu werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, daß es gegenwärtig keine Möglichkeit gibt, die Morbidität der Bevölkerung als Ganzes in ihrer Verteilung und Bewegung zu beobachten.

Verschiedene Quellen liefern jeweils nur Informationen über Teilaspekte oder über bestimmte ausgewählte Erkrankungen.

Die für die Morbiditätsermittlung notwendige Datensammlung kann erfolgen:

- **über die Meldepflicht für bestimmte Krankheiten**

Im Gegensatz zur ehemaligen DDR, wo eine Vielzahl von Erkrankungen der Meldepflicht unterlagen (u.a. bösartige Neubildungen, Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle, kongenitale Fehlbildungen), sind in der Bundesrepublik Deutschland nur einige Infektionskrankheiten meldepflichtig. Es handelt sich hier um die nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) meldepflichtigen Krankheiten, um Tuberkuloseerkrankungen aller Formen und um Geschlechtskrankheiten.

Stark differenziertes Meldeverhalten und auch unterschiedliche Meldemodi (z.B. namentlich bei Tuberkulose, jedoch anonym bei den venerologischen Erkrankungen) bergen vor allem bei letztgenannten die Gefahr von Doppelmeldungen in sich.

Bevölkerungsbezogene Inzidenzraten lassen sich auf diese Weise nicht vollständig schätzen

Hervorragende Quellen der deskriptiven Epidemiologie sind bevölkerungsbezogene Inzidenzregister, wie es sie in vielen Ländern - so auch in der ehemaligen DDR und einigen alten Bundesländern (z.B. Krebsregister) - gab und auch noch gibt:

- **über Reihenuntersuchungen der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen**

Bei Reihenuntersuchungen zum Zwecke der Beobachtung der Morbiditätsentwicklung handelt es sich um die Untersuchung (klinisch, röntgenologisch, labordiagnostisch usw.) einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, die sich immer auf Kranke und Nichtkranke erstreckt.

Reihenuntersuchungen, die im Gesundheitswesen im Rahmen der Dispensairebetreuung (ehemalige DDR) oder der Eignungsuntersuchung, z.B. Musterungsuntersuchung, durchgeführt werden, können sekundärstatistisch ausgewertet werden. Es handelt sich meist um eine fast vollständige Erfassung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Die Untersuchungsvariabilität ist sehr groß.

Die Qualität der Ergebnisse hängt u.a. von der Qualität der Erfassungsbelege und des Auswertungsprogrammes sowie von der regelmäßigen Information der Untersucher über die Ergebnisse der Auswertung ab.

Zu den gesundheitsrelevanten Reihenuntersuchungen einer ausgelesenen Bevölkerungspopulation zählen im Land Berlin die Einschulungs-, die Schulentlassungsuntersuchungen sowie die von den zahnärztlichen Diensten durchgeführten Reihenuntersuchungen im Kleinkind- und Schulalter.

- **über die Auswertung auf der Grundlage von ärztlichen Dokumenten**

wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsunterlagen (z.B. Krankheitsursachen, die zur Frühinvalidität führen), Leichenschauscheine.

- **über die stationäre Morbidität**

Die stationäre Morbidität definiert sich als allgemeiner Begriff für Behandlungshäufigkeit und -dauer im stationären Bereich.

In der Bundesrepublik Deutschland ist ab 1992 im Rahmen der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10.4.1990 jeder Träger eines Krankenhauses bzw. einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung u.a. auch verpflichtet, bei Entlassung der Patienten die Krankheitsdiagnose (nach ICD-Klassifikation, 9. Revision) zu codieren, die hauptsächlich die Dauer der vollständigen Therapie beeinflusst bzw. den größten Anteil an medizinischen Leistungen verursacht hat.

Ein Vergleich der Krankenhausstatistik mit der Todesursachenstatistik ist nur unter Vorbehalt möglich, da in dieser personenbezogen das Grundleiden verschlüsselt wird, während die Krankenhausstatistik fallbezogen ausgewertet wird.

- **über die Befragung repräsentativer Bevölkerungsgruppen durch Interviews**

Neben Erkenntnissen aus der stationären und der ambulanten Morbidität stehen zur Gewinnung von Morbiditätsdaten die Mikrozensuserhebungen zur Verfügung. Sie sind die einzigen geschlossenen Datenquellen, die auf Landes- und Bundesebene informieren.

Einen wichtigen Beitrag zur Erforschung des Gesundheitszustandes der Berliner in den westlichen und östlichen Bezirken liefert der 1991 durchgeführte Gesundheits- und Sozialsurvey. Aus diesem Survey werden u.a. im Abschnitt "Morbiditätsindikatoren" ausgewählte Ergebnisse zur subjektiven Morbidität vorgestellt.

3.2.2 *Inzidenz von Infektionskrankheiten*

3.2.2.1 *Meldepflichtige Krankheiten*

Im Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) sind die meldepflichtigen Krankheiten benannt, die durch Krankheitserreger unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden können. Durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden weitere spezielle Infektionskrankheiten erfaßt. Beide Gesetze schreiben vor, daß über dort aufgeführte Krankheiten eine Bundesstatistik zu führen ist. Die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen gehören zu den klassischen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wesentlicher Teil sind vorbeugende Maßnahmen, die nur dann wirkungsvoll sein können, wenn auch die Meldepflicht gemäß §§ 3-5, 8 und 9 (1) BSeuchG beachtet wird. Im § 69 sind sogar Geldstrafen bei Zuwiderhandlungen gegen die Meldepflicht vorgesehen. Dennoch muß bei dieser Statistik von einer Untererfassung unbekannter Größenordnungen ausgegangen werden, da nicht alle zur Meldung Verpflichteten den gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere bei Geschlechtskrankheiten) nachkommen, sei es aufgrund von Fakten im sozialen Umfeld des Patienten, durch neuere Möglichkeiten rascher Bekämpfung (Chemo-, Antibiotikatherapie), aufgrund unsicherer Diagnosen bzw. schwer nachweisbarer Erreger oder aus Unkenntnis der Meldepflicht im einzelnen.

Das BSeuchG gliedert die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten hauptsächlich in *drei Gruppen*:

Zur *ersten Gruppe* gehört neben der Erhebung von Krankheits- und Todesfällen auch die Verdachtsmeldung einiger Krankheitsarten. Die früher als "gemeingefährlich" bezeichneten Krankheiten wie Pest, Cholera und Lepra sind längst zurückgedrängt. Sie sind in Deutschland nicht mehr endemisch, also heimisch, weil durch den allgemein hohen Hygienestandard (z.B. bei Einschleppung im Zuge von Reistreifen) eine Ausbreitung wirksam verhindert wird.

Zugenommen haben in den letzten Jahren vor allem Enteritisfälle (Dünndarmentzündungen). Dies trifft sowohl für die durch Salmonellen verursachten Fälle als auch für die übrigen Formen zu. Im Trend entspricht dies der Entwicklung in allen modernen Industriestaaten. Als Hauptgründe dafür werden veränderte Verzehrgegewohnheiten und nicht angemessene Küchenhygiene angesehen.

In diesem Zusammenhang wird auf die *Broschüre "Wie vermeidet man Lebensmittelvergiftungen?"* hingewiesen, die bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Postfach 910152, W - 5000 Köln, kostenlos erhältlich ist.

Zur *zweiten Gruppe*, von denen jede Erkrankung und jeder Todesfall der Meldepflicht unterliegt, gehören u.a. Hirnhaut- und Gehirnentzündungen, Leberentzündungen sowie Malaria.

In der Gruppe der zu meldenden angeborenen Erkrankungen spiegeln die Zahlen zum einen die Schwangerenscreenings der östlichen Bezirke, zum anderen die Impfmöglichkeiten gegen Röteln der westlichen Bezirke wider.

Bei der *dritten Gruppe* müssen nur die Todesfälle gemeldet werden (Influenza, Keuchhusten, Masern, Puerperalsepsis, Scharlach), die ebenfalls im Zusammenhang mit der Todesursachenstatistik berücksichtigt werden.

Darüber hinaus besteht eine Meldepflicht für Ausscheider von Erregern bestimmter übertragbarer Krankheiten, insbesondere von Typhus- und Paratyphus-Erregern, sowie die Verletzung durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier und die Berührung eines solchen an die Gesundheitsämter.

3.2.2.1.1 - in Berlin (West)

Während bestimmte Infektionskrankheiten wie Poliomyelitis und Typhus einen untergeordneten Rangplatz einnehmen, tragen Fälle von Enteritis infektiosa bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens den Hauptanteil am Morbiditätsgeschehen. 57 % aller gemeldeten Infektionskrankheiten (außer Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten) konnten 1990 den infektiösen Dünndarmentzündungen, darunter 42 % Salmonellosen, zugeordnet werden. Der Anteil der Salmonellosen hat sich allein von 1989 bis 1990 um ca. 60 % erhöht (1989: 730 Fälle, 1990: 1.167 Fälle). Eine ähnlich steigende Tendenz weisen auch Ruhrerkrankungen vom Shigellentyp auf. Der starke Anstieg ist seit 1986 zu beobachten. Ähnliche Aussagen sind für alle Altbundesländer zutreffend.

Deutlich wird die starke Zunahme der Inzidenzen bei den infektiösen entzündlichen Darmerkrankungen vor allem bei einem Bevölkerungsbezug. Erkrankten Mitte der 80er Jahre 4 je 10.000 der Bevölkerung in Berlin (West) an einer infektiösen Darmentzündung, so lag die Erkrankungsziffer 1990 bei 8 je 10.000

Angesichts der Dominanz der Fälle von Enteritis infektiosa spielen bei den übrigen meldepflichtigen Krankheiten lediglich entzündliche Lebererkrankungen (Hepatitis) eine Rolle. Ihr Anteil lag 1990 bei 28 % der gemeldeten Fälle.

Erfreulich stellt sich der seit Jahren bestehende kontinuierliche Rückgang sowohl in den absoluten als auch in den relativierten Häufigkeiten (1985: 5,4 je 10 000, 1990: 3,6 je 10 000) bei den Hepatitisfällen dar. Der Rückgang an Hepatitis B betrug in den letzten Jahren mehr als 45 %.

Weniger Erkrankungsfälle wurden auch bei den Gehirnentzündungen (Meningitis/Enzephalitis) beobachtet. Ihr Anteil betrug 1990 5 % der gesamten Meldungen.

Es dominierten nach wie vor durch Meningokokken und andere Bakterien hervorgerufene Entzündungsformen, während nur noch 10 Fälle von Gehirnentzündungen viraler Genese gemeldet wurden.

Abschließend kann festgestellt werden, daß die Zahl der angezeigten meldepflichtigen Krankheiten in Berlin (West) eine steigende Tendenz auswies, die zweifellos durch die Morbiditätssituation bei den infektiösen Dünndarmentzündungen geprägt wurde, bei denen das Gros auf Salmonelleninfektionen entfiel.

Altersspezifisch erkrankten in der überwiegenden Mehrzahl (rd. 43 %) Kleinkinder sowie Kinder und Jugendliche bis unter 15 Jahren. Lediglich bei den Hepatitis B-Erkrankungen zeigt sich ein altersspezifischer Gipfel bei den 15- bis unter 45jährigen.

Hinsichtlich der Risikogruppen in der Drogenszene dürfte die auffallend höhere Hepatitis B-Häufigkeit in sozioökonomischen Problembezirken eine nicht unbedeutende Rolle spielen.

3.2.2.1.2 - in Berlin (Ost)

Bis zum 3.10.1990 galt als Rechtsgrundlage für die Statistik über die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten das "Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen" vom 3.12.1982 (GBL. I Nr. 40) sowie die erste und vierte Durchführungsbestimmung zum Gesetz. Obwohl in der ehemaligen DDR die klassischen Kinderkrankheiten wie Keuchhusten, Masern, Mumps und Scharlach, akute respiratorische Infektionen, Keratokonjunktivitis sowie die gesamten Durchfallerkrankungen der Meldepflicht unterlagen, beschränken sich nachfolgende Ausführungen im wesentlichen auf die meldepflichtigen Krankheiten, die nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) einer Anzeige unterliegen.

1990 wurden der Bezirkshygieneinspektion in Berlin (Ost) 1.977 ausgewählte meldepflichtige übertragbare Krankheiten gemeldet. Das entsprach einer Ziffer von 15,5 Erkrankungen je 10.000 der Bevölkerung (1989: 18,9 je 10.000 Einwohner).

Wie im Westteil der Stadt trugen Enteritis infektiosa-Fälle den Hauptteil der Meldungen. 73 % (1.446 Fälle) der zur Anzeige gekommenen meldepflichtigen Erkrankungen (darunter 678 Salmonellosen) waren somit den infektiösen Dünndarmerkrankungen zuzuordnen.

Bei den Salmonellosen kam es gegenüber dem Berichtsjahr 1989 zu einem Anstieg von 6 %. Die Erkrankungsrate je 10.000 der Bevölkerung lag bei 5,3 (1989: 5,0).

Ein Rückgang von 82 % (- 293 Fälle) gegenüber dem Vorjahr stellte sich bei den Shigellenruhrerkrankungen dar. Die Erkrankungshäufigkeit lag 1989 noch bei 2,7 und 1990 bei 0,5 Erkrankungen je 10.000 der Bevölkerung. Der starke Rückgang könnte durchaus mit einer erheblichen Reduzierung der Teilnahme an Gemeinschaftsverpflegungen oder mit Veränderungen in den Reisezielen in Zusammenhang gebracht werden.

Der Anteil der Gehirnentzündungen (Meningitis/Enzephalitis) an der Gesamtheit der Meldungen betrug 1990 15 %. Mit 112 (37 %) mehr angezeigten Fällen lag der Wert deutlich über dem des Vorjahres. Die Erhöhung betraf vor allem die durch Viren hervorgerufenen Meningitis- und Enzephalitisformen einschließlich der durch den Mumpsvirus.

Allein in den Bezirken Marzahn, Hellersdorf und Hohenschönhausen kam es bei diesen Erkrankungsformen zu einem Anstieg von 100 %.

Der seit 1980 anhaltende rückläufige Trend bei den entzündlichen Lebererkrankungen (Hepatitis) hielt auch 1990 an. Obwohl 1990 wieder mehr Hepatitis A-Fälle (+ 10 Fälle) registriert wurden, kam es bei der Hepatitis B und vor allem bei den nicht bestimmaren und übrigen Formen zu einer Verringerung (- 29 Fälle). Die meisten Hepatitisfälle wurden wie schon in den Vorjahren aus den Bezirken Friedrichshain und Marzahn gemeldet.

Obwohl anaerobe Wundinfektionen selten auftreten, kommt ihnen doch wegen des erheblichen Therapieaufwandes und der nach wie vor hohen Letalität eine besondere Aufmerksamkeit zu.

Während 1990 zwar kein Fall mit Tetanus bekannt wurde, erkrankten jedoch 4 Menschen an Gasbrand.

Insgesamt stellte sich 1990 das Morbiditätsgeschehen bei den meldepflichtigen Krankheiten in Berlin (Ost) mit einer rückläufigen Tendenz dar. Das Infektionsgeschehen wurde vorwiegend durch die infektiösen Darmerkrankungen geprägt.

Auffällig waren auch Meningitis- und Enzephalitisformen viraler Genese.

Regionale Unterschiede ergaben sich bei einem Vergleich zwischen den Bezirken. Die niedrigsten Erkrankungsziffern wiesen die Bezirke Mitte (7,9 Erkrankungen je 10.000 der Bevölkerung) und Köpenick (8,8) auf, während in Prenzlauer Berg mit 20,9 und Hohenschönhausen mit 20,7 Erkrankungen je 10.000 der Bevölkerung, gefolgt von Marzahn mit 20,2, die höchsten Werte registriert wurden. Die höheren Erkrankungszahlen ergaben sich vor allem aus Enteritisfällen, deren Kausalität nach wie vor aus einer großen Anzahl von in Kinderkrippen und Kindertagesstätten verpflegten Kindern resultiert.

3.2.2.1.3 - in Berlin insgesamt

3.2.2.1.3.1 Entwicklung ausgewählter meldepflichtiger Krankheiten 1981 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) - je 10.000 der Bevölkerung

Krankheit	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Berlin (West)										
Typhus abdominalis	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
Paratyphus A, B, C	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	2,8	3,1	2,5	5,2	3,4	4,3	2,9	5,2	5,0	5,3
Shigellenruhr	5,2	8,5	11,9	1,4	0,0	0,9	0,9	3,7	2,8	0,5
Hepatitis (alle Form)	2,1	2,7	2,7	2,7	2,7	1,2	1,8	1,4	1,2	1,0
Meningokokken- Meningitis	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Virus-Meningo- Enzephalitis	3,7	2,6	2,2	2,3	1,5	2,1	1,9	1,6	1,3	1,9
Botulismus	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-
Berlin (Ost)										
Typhus abdominalis	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Paratyphus A, B, C	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salmonellose	3,7	3,3	3,6	3,0	2,6	2,8	3,1	4,0	3,5	5,4
Shigellenruhr	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5	0,7
Hepatitis (alle Form)	7,9	7,3	6,0	6,8	5,9	4,7	4,4	4,4	4,1	3,6
Meningokokken- Meningitis	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Virus-Meningo- Enzephalitis	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0
Botulismus	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	-	0,0	-

**3.2.2.1.3.2 Meldepflichtige Krankheiten 1990 in Berlin insgesamt
nach Bezirken
- absolut und je 10.000 der Bevölkerung**

Bezirk	meldepflichtige Krankheiten	
	absolut	je 10.000 E.
Mitte	63	7,9
Tiergarten	143	15,1
Wedding	340	20,8
Prenzlauer Berg	298	20,9
Friedrichshain	190	17,6
Kreuzberg	246	16,1
Charlottenburg	236	12,8
Spandau	225	10,3
Wilmerdorf	116	7,9
Zehlendorf	80	8,1
Schöneberg	237	15,2
Steglitz	227	12,0
Tempelhof	194	10,4
Neukölln	410	13,4
Treptow	123	12,1
Köpenick	97	8,8
Lichtenberg	169	10,0
Weißensee	78	15,1
Pankow	201	18,7
Reinickendorf	319	12,8
Marzahn	340	20,2
Hohenschönhausen	245	20,7
Hellersdorf	173	14,5
Berlin insgesamt	4750	13,9

**3.2.2.1.3.3 Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost)
- absolut und je 10.000 der Bevölkerung**

Krankheit	Erkrankungen absolut		je 10.000 Einwohner	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
1990				
Salmonellose	1167	678	5,4	5,3
Virushepatitis	778	133	3,6	1,0
darunter:				
Hepatitis A	448	57	2,1	0,4
Hepatitis B	275	63	1,3	0,5
Meningitis/Enzephalitis	142	304	0,7	2,4
darunter:				
Virus-Meningoenzephal and. bakt. Meningitiden	10 61	239 42	0,0 0,3	1,9 0,3
Typhus abdominalis	14	1	0,0	0,0
Paratyphus A, B und C	11	—	0,0	0,0
Ruhr/Shigellenruhr	158	61	0,7	0,5
Botulismus	—	—	—	—
Poliomyelitis	—	—	—	—
Diphtherie	—	—	—	—
Tollwut	1	—	0,0	—
Tuberkulose	763	192	3,6	1,5
Syphilis	102	28	0,5	0,2
Gonorrhoe	2206	1598	10,3	12,5
1989				
Salmonellose	730	638	3,5	5,0
Virushepatitis	849	152	4,1	1,2
darunter:				
Hepatitis A	495	47	2,4	0,4
Hepatitis B	293	73	1,4	0,6
Meningitis/Enzephalitis	169	218	0,8	1,7
darunter:				
Virus-Meningoenzephal and. bakt. Meningitiden	27 64	163 55	0,1 0,3	1,3 0,4
Typhus abdominalis	20	3	0,1	0,0
Paratyphus A, B und C	12	—	0,1	—
Ruhr/Shigellenruhr	104	354	0,5	2,8
Botulismus	2	3	0,0	0,0
Poliomyelitis	1	—	0,0	—
Diphtherie	—	—	—	—
Tollwut	—	—	—	—
Tuberkulose	785	266	3,8	2,1
Syphilis	102	45	0,5	0,3
Gonorrhoe	3707	2557	17,7	19,9

3.2.2.2 Tuberkulose 1990

3.2.2.2.1 - in Berlin (West)

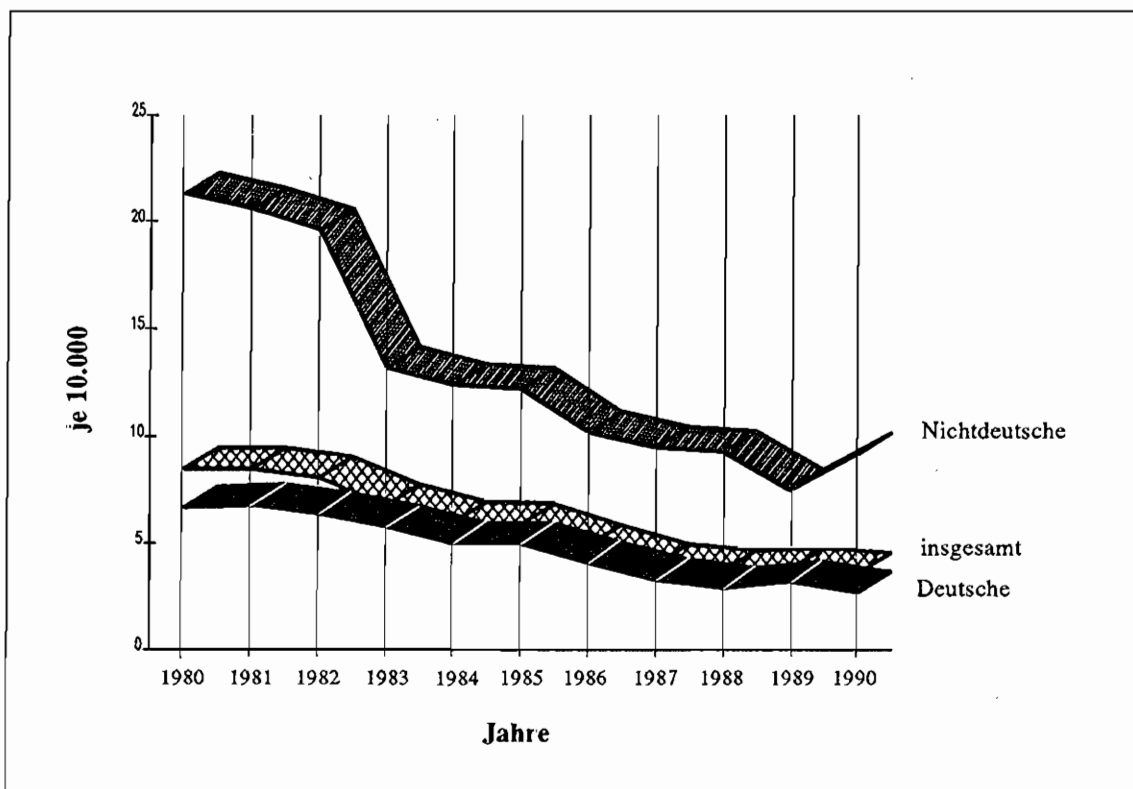
Die nach § 5 a des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG) zu meldenden Tuberkulosefälle werden in Form von Einzelfallmeldungen in den Gesundheitsämtern gesammelt, der Senatsverwaltung für Gesundheit übermittelt und in aggregierter Form dem Statistischen Landesamt gemeldet.

1990 wurden den Gesundheitsämtern in Berlin (West) 763 Erkrankungen (65 % männlichen und 35 % weiblichen Geschlechts) an Tuberkulose aller Formen gemeldet. Von den gemeldeten Fällen waren 83 (10,9 %) Wiedererkrankungsfälle.

Mit 3,6 Erkrankungen je 10.000 der Bevölkerung lag der ermittelte Wert leicht unter dem des Vorjahres (3,8 je 10.000 E.).

Der Anteil der Ausländer an der Gesamtmorbidität betrug 34,2 % (261 Fälle), der der Deutschen 65,8 % (502 Fälle). Die Tatsache, daß Ausländer ein wesentlich höheres Erkrankungsrisiko aufweisen, ist aus nachfolgender Graphik zu ersehen. Im Verhältnis zur deutschen Bevölkerung lag die Erkrankungshäufigkeit bei den Ausländern fast dreimal höher (1 : 2,6). Während bei den Deutschen die Erkrankungsrate je 10.000 der deutschen Bevölkerung im Vergleich zum Vorjahr von 3,2 auf 2,7 zurückging, kam es bei den Nichtdeutschen zu einem Anstieg von 7,5 auf 9,2 je 10.000 Nichtdeutscher

Graphik 11: Entwicklung der Neuerkrankungen an Tuberkulose in Berlin (West) je 10.000 der deutschen/nichtdeutschen Bevölkerung



Der neuerliche Anstieg der Inzidenzraten bei Ausländern ist vermutlich in der wachsenden Zahl von Asylbewerbern, in deren Herkunftsländern die Tuberkulose epidemiologisch z.T. von großer Bedeutung ist, zu sehen.

Der Morbiditätsanstieg bei den Ausländern ging ausschließlich zu Lasten pulmonaler Tuberkuloseformen. Extrapulmonale Manifestationen sind hingegen in den letzten Jahren sowohl bei den Deutschen als auch bei den Ausländern nahezu konstant geblieben.

Entgegen den Auswertungen der Vorjahre stellten die 15- bis unter 45jährigen mit 48 % den höchsten Anteil innerhalb der Altersklassen (1989: 40 %).

Tabelle 3.2.2.2.1 zeigt, daß die Tuberkulose mit zunehmendem Alter mit höheren Erkrankungsziffern einhergeht.

**3.2.2.2.1 Inzidenzraten an Tuberkulose aller Formen 1990 in Berlin (West)
nach Altersgruppen und Deutschen/Nichtdeutschen
- je 10.000 der Bevölkerung**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Inzidenz je 10 000 E.			
	insgesamt		Deutsche	Nichtdeutsche
	1989	1990		
0 - 15	1,2	1,3	0,6	3,7
15 - 45	3,3	3,8	2,1	11,6
45 - 65	3,7	3,6	3,3	7,4
65 und mehr	6,7	4,7	4,4	15,4

Die Inzidenzrate an Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter ist nicht weiter zurückgegangen. Infolge der gestiegenen Neuerkrankungen bei Ausländern ist die Erkrankungsziffer je 10.000 bei den 15- bis unter 45jährigen insgesamt von 3,3 in 1989 auf 3,8 in 1990 angestiegen. Bezogen auf 10.000 Ausländer in dieser Altersgruppe stieg die Inzidenzrate von 8,3 je 10.000 im Jahr 1989 auf 11,6 je 10.000 in 1990.

Rückläufige Erkrankungsziffern wiesen über 75jährige auf (1989 7,5 und 1990 5,1 Erkrankungen je 10.000).

Bei Betrachtung der Tuberkuloseformen zeigte sich, daß 1990 87 % (664 Fälle) an einer Tuberkulose der Atemwege erkrankten.

In den letzten Jahren hat sich das Verhältnis der ansteckenden zu den geschlossenen Tuberkuloseformen nicht wesentlich verschoben.

Bei 50,2 % (333 Fälle, darunter 27 Wiedererkrankte) der Zugänge mit Tuberkulose der Atemwege konnte ein positiver Nachweis von Tuberkulosebakterien (44,1 % durch Sputumausstrich, 55,9 % durch sonstiges Material) erbracht werden.

Eine Tuberkulose der Atemwege ohne Nachweis von Tuberkulosebakterien wurde bei 49,8 % (331 Fälle, darunter 43 Wiedererkrankte) diagnostiziert.

13 % (99 Fälle) der gemeldeten Tuberkulosen erkrankten 1990 an einer extrapulmonalen Tuberkulose. Der Ausländeranteil bei diesem Formenkreis betrug 34,3 % (34 Fälle).

Wie in den Vorjahren dominierten periphere Lymphknotentuberkulosen (45,5 %), Tuberkulosen des Urogenitaltraktes sowie Knochen- und Gelenktuberkulosen mit je 14,1 %.

Der Anteil der Konvertoren stellte sich wie im Jahr 1989 mit 3,9 je 1.000 der 0- bis unter 5jährigen dar. Ein Umschlag der Tuberkulinreaktion nach positiv zeigte sich bei 3,6 von 1.000 deutschen und bei 4,4 von 1.000 nichtdeutschen Kindern.

3.2.2.2 - in Berlin (Ost)

Bis zum 2.10.1990 bestand in der ehemaligen DDR für Tuberkulose, für Erkrankungen nichttuberkulöser Mykobakterien und für Sarkoidose Meldepflicht.

Die Ärzte meldeten den Poliklinischen Abteilungen für Lungenkrankheiten und Tuberkulose (PAL T) die Erkrankungen.

Die wichtigsten Daten wurden von den PAL T's an das zentrale Tuberkuloseregister (integriert im Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose in Berlin-Buch) gegeben, dort überprüft und für statistische Zwecke ausgewertet.

In den Poliklinischen Abteilungen im Ostteil der Stadt wurden 1990 192 Fälle (60 % männlichen und 40 % weiblichen Geschlechts) an Tuberkulose aller Formen registriert. Der Anteil der Ausländer betrug 13,5 % (26 Fälle).

Die Inzidenzrate entsprach im Berichtsjahr 1,5 je 10.000 der Bevölkerung und lag somit unter dem ermittelten Wert des Vorjahres mit 2,1 % je 10.000.

3.2.2.2.1 Zugänge an aktiver Tuberkulose 1981 - 1990 in Berlin (West) und (Ost) - absolut und je 10.000 der Bevölkerung

Jahr	Zugänge an aktiver Tuberkulose			
	insgesamt		auf 10.000 der Bevölkerung	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
1981	1613	245	8,5	2,1
1982	1525	266	8,1	2,3
1983	1263	246	6,8	2,1
1984	1110	233	6,0	1,9
1985	1096	226	5,9	1,9
1986	914	210	4,9	1,7
1987	799	239	4,0	1,9
1988	758	216	3,7	1,7
1989	785	266	3,8	2,1
1990	763	192	3,6	1,5

Der Rückgang gegenüber dem Vorjahr betrug rund 29 %. Während sich die Inzidenz bei den Deutschen gegenüber 1989 nur geringfügig verringerte (1989: 1,7 je 10.000 E., 1990: 1,4 je 10.000 E.), sank die Erkrankungsziffer bei den Ausländern um mehr als 64 % (1989: 27,0 je 10.000 E., 1990: 10,3 je 10.000 E.).

Die Ursachen für den starken Rückgang der Erkrankungszahlen bei den Ausländern in Berlin (Ost) dürften offensichtlich in einer Verringerung der Zahlen junger Arbeitnehmer aus Ländern mit hoher Tuberkulose-Prävalenz (Vietnam und Mozambique) zu sehen sein, da deren Arbeitsverhältnisse aufgrund der politischen Lage 1990 zunehmend beendet wurden.

Die Neuzugänge an Tuberkulose betrafen auch im Jahr 1990 vorwiegend die mittleren und höheren Altersgruppen.

67,2 % (1989: 66,2 %) der Erkrankten waren über 40 Jahre, 2,1 % (4 Fälle) waren unter 20 Jahre. Eine Tuberkulose im Kindesalter wurde 1990 nicht bekannt.

**3.2.2.2.2 Inzidenzraten an Tuberkulose aller Formen 1990 in Berlin (Ost)
nach Altersgruppen und Nationalität
- je 10.000 der Bevölkerung**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Inzidenz je 10.000 E.		
	insgesamt	Deutsche	Nichtdeutsche
0 - 15	0,0	0,0	0,0
15 - 45	1,2	0,8	11,6
45 - 65	2,2	2,2	0,0
über 65	3,8	3,8	0,0

Bei Betrachtung ausgewählter Risikofaktoren stellte sich dar, daß aus dem Kreis der Exponierten 15 Erkrankungsfälle (7,8 %) resultierten.

In Abhängigkeit von der letzten BCG-Impfung gaben 93 (48,4 %) Erkrankte an, nie geimpft worden zu sein. Bei 64 (33,3 %) konnten keine Angaben über eine BCG-Impfung gemacht werden, und auch 22 der 23 Ausländer, die im Berichtsjahr an Tuberkulose erkrankten, waren ungeimpft.

Als ein weiterer Risikofaktor findet Diabetes mellitus Beachtung. 29 (15,1 %) der Neuzugänge an Tuberkulose waren Diabetiker.

Von den insgesamt 192 Meldungen waren 169 Fälle (1,3 je 10.000 der Bevölkerung) den Tuberkulosen der Atmungsorgane (Diagnose-Nrn 011 - 012 ICD) zuzuordnen, davon 159 der Lungentuberkulose (Diagnose-Nr. 011) und 10 der sonstigen Tuberkulose der Atmungsorgane (Diagnose-Nr. 012).

Bei 95 (56 %) der 169 Neuzugänge an Tuberkulose der Atmungsorgane konnte der Nachweis von Tuberkulosebakterien erbracht werden (davon waren 69 % mikroskopisch positiv)

Wie in den Vorjahren entfiel bei den Tuberkulosen extrapulmonaler Manifestation der Hauptanteil auf Lymphknotentuberkulosen (43,5 %), gefolgt von Tuberkulosen des Urogenitalsystems (21,7 %) und von Miliartuberkulosen (17,4 %).

Der Anteil der Ausländer bei den extrapulmonalen Tuberkulosen betrug 1990 13 %, 1989 lag der Anteil nichtdeutscher Erkrankter noch bei 26 %.

3.2.2.2.3 - in Berlin insgesamt

3.2.2.2.3.1 Tuberkuloseinzidenz 1990 in Berlin insgesamt nach Bezirken - absolut und je 10.000 der Bevölkerung

Bezirk	Zugänge an aktiver Tuberkulose	
	absolut	je 10.000 Einwohner 1)
Mitte	12	1,5
Tiergarten	49	5,2
Wedding	71	4,3
Prenzlauer Berg	45	3,1
Friedrichshain	19	1,8
Kreuzberg	89	5,8
Charlottenburg	66	3,6
Spandau	68	3,1
Wilmerdorf	46	3,1
Zehlendorf	23	2,3
Schöneberg	59	3,8
Steglitz	37	1,9
Tempelhof	45	2,4
Neukölln	128	4,2
Treptow	10	1,0
Köpenick	15	1,4
Lichtenberg	20	1,2
Weißensee	12	2,3
Pankow	20	1,9
Reinickendorf	82	3,3
Marzahn	17	1,0
Hohenschönhausen	14	1,2
Hellersdorf	8	0,7
Berlin insgesamt	955	2,9

1) Stand der Bevölkerung: Berlin (West) durchschnittliche Bevölkerung 1990
Berlin (Ost) 3.10 1990

3.2.2.2.3.2 Gemeldete Tuberkulosefälle 1990 in Berlin (West) und (Ost) nach Lokalisation - absolut und je 10.000 der Bevölkerung

Tuberkulose- lokalisation		gemeldete Tuberkulosefälle								
		insgesamt			Deutsche			Nichtdeutsche		
		zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.
Berlin (West)										
Tuberkulose der Atemwege	absolut	664	438	226	437	267	170	227	171	56
	je 10.000	3,1	4,4	2,0	2,3	3,1	1,7	8,0	11,2	4,2
extrapulmonale Tuberkulose	absolut	99	58	41	65	40	25	34	18	16
	je 10.000	0,5	0,6	0,4	0,3	0,5	0,3	1,2	1,2	1,2
alle Formen	absolut	763	496	267	502	307	195	261	189	72
	je 10.000	3,6	4,9	2,4	2,7	3,5	2,0	9,2	12,4	5,4
Berlin (Ost)										
Tuberkulose der Atemwege	absolut	170	97	73	151	81	70	19	16	3
	je 10.000	1,3	1,6	1,1	1,2	1,4	1,1	8,9	12,2	3,6
extrapulmonale Tuberkulose	absolut	22	19	3	19	16	3	3	3	-
	je 10.000	0,2	0,3	0,04	0,2	0,3	0,05	1,4	2,3	-
alle Formen	absolut	192	116	78	170	97	73	22	19	3
	je 10.000	1,5	1,9	1,1	1,4	1,6	1,1	10,3	14,5	3,6

3.2.2.3 *Entwicklung der Geschlechtskrankheiten 1990*

Obwohl seit dem 3.10.1990 das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953 in der jeweils gültigen Fassung als Rechtsgrundlage zur Verhütung und Bekämpfung auch in den neuen Bundesländern gilt, werden nachfolgende Ausführungen zum Morbiditätsgeschehen der Geschlechtskrankheiten für Berlin (West) und (Ost) gesondert ausgewiesen.

Gründe dazu werden nicht zuletzt in den bis Oktober 1990 unterschiedlichen Meldemodi gesehen. So wurden z.B. in Berlin (Ost) Erkrankungen an Ulcus molle und venerischen Lymphknotenentzündungen im Gesamtergebnis den gemeldeten Gonorrhoeinzidenzen zugeordnet, während in Berlin (West) alle Arten getrennt aufgeführt werden. Eine Gesamtinterpretation könnte trotz niedriger Fallzahlen innerhalb dieser Erkrankungen zu fehlerhaften Aussagen führen.

3.2.2.3.1 *- in Berlin (West)*

Unter Voraussetzung einer vergleichbaren Meldepraxis hielt der erkennbare rückläufige Trend bei den meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten auch 1990 an und könnte weiterhin als positives Ergebnis im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention gewertet werden.

Ein Vergleich der stark zurückgehenden Meldungen an Geschlechtskrankheiten mit anderen Großstädten in den alten Bundesländern ist nur mit großem Vorbehalt möglich.

Das zeigt sich allein schon darin, daß in den vergangenen Jahren ein Drittel aller Meldungen an Geschlechtskrankheiten in der gesamten Bundesrepublik Meldungen waren, die den Gesundheitsämtern in Berlin (West) angezeigt wurden.

Im Jahr 1990 wurden in Berlin (West) 2.324 Geschlechtskrankheiten (71 % männlichen und 29 % weiblichen Geschlechts) aller Formen registriert; das entsprach einer Erkrankungsziffer von 10,8 je 10.000 der Bevölkerung (1989 lag die Ziffer bei 18,3 je 10.000). Der Rückgang gegenüber dem Vorjahr betrug 39,2 %.

Während die Inzidenz der an Lues, Ulcus molle und den an venerischen Lymphknotenentzündungen Erkrankten nahezu gleich blieb, zeigte sich ein starker Rückgang an Gonorrhoe. Dies betraf vor allem die Frauen, deren rückläufiger Anteil an Gonorrhoe gegenüber 1989 bei rund 57 % lag.

Bei Betrachtung der relativierten Häufigkeiten lag die Erkrankungshäufigkeit an Gonorrhoe 1990 bei 10,3 Fällen (15,3 männlich, 5,7 weiblich) je 10.000 der Bevölkerung. 1989 betrug die Ziffer noch 17,7 (22,6 männlich, 13,4 weiblich) je 10.000.

Bei Lues lag die Erkrankungsziffer je 10.000 der Bevölkerung bei 0,5 (männlich 0,6, weiblich 0,3).

Anders als im Ostteil der Stadt, in dem die meisten Geschlechtskrankheiten in der Altersgruppe der 20- bis 25jährigen festgestellt wurden (1990 61 %), lag der Erkrankungsgipfel in Berlin (West) in der Altersgruppe der 25- bis 40jährigen mit 52 % (Berlin (Ost) 31 %).

Alter von bis unter Jahren	Anteil an Geschlechtskrankheiten in %	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)
unter 15	0,3	0,1
15 - 20	6,1	3,5
20 - 25	28,0	60,8
25 - 30	24,7	21,2
30 - 40	27,3	10,4
40 - 50	10,4	3,0
50 und mehr	3,2	1,0

**3.2.2.3.1.1 Neuerkrankungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten 1980 - 1990
in Berlin (West)
nach Alter und Geschlecht (Bundesstatistik)**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erkrankungen insgesamt	Lues	Gonorrhoe	übrige 1)
1980	8251	910	7308	33
1981	8891	695	8176	20
1982	9269	613	8621	35
1983	8938	497	8392	49
1984	9265	487	8734	44
1985	8331	487	7790	54
1986	6586	288	6265	33
1987	5464	198	5243	23
1988	4781	131	4637	13
1989	3823	102	3708	13
1990	2324	102	2206	16
davon 1990:		insgesamt		
unter 10	6	—	6	—
10 - 15	—	—	—	—
15 - 20	141	5	136	—
20 - 25	651	16	633	2
25 - 30	575	23	549	3
30 - 40	635	38	587	10
40 - 50	241	14	226	1
50 - 60	65	4	61	—
60 oder mehr	10	2	8	—
unbekannt	—	—	—	—
		männlich		
unter 10	4	—	4	—
10 - 15	—	—	—	—
15 - 20	90	2	88	—
20 - 25	437	12	423	2
25 - 30	417	13	401	3
30 - 40	447	24	413	10
40 - 50	177	10	167	—
50 - 60	61	2	59	—
60 oder mehr	7	1	6	—
unbekannt	—	—	—	—
zusammen	1640	64	1561	15
		weiblich		
unter 10	2	—	2	—
10 - 15	—	—	—	—
15 - 20	51	3	48	—
20 - 25	214	4	210	—
25 - 30	158	10	148	—
30 - 40	188	14	174	—
40 - 50	64	4	59	1
50 - 60	4	2	2	—
60 oder mehr	3	1	2	—
unbekannt	—	—	—	—
zusammen	684	38	645	1

1) Ulcus molle, Venerische Lymphknotenentzündung, Mehrfachinfektionen

3.2.2.3.2 - in Berlin (Ost)

Die Zahl der meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten hat sich auch im Ostteil der Stadt im Jahre 1990 sowohl in den absoluten als auch in den relativierten Häufigkeiten gegenüber dem Vorjahr um rund ein Drittel verringert (seit 1988 beträgt die Verringerung über 50 %).

1990 wurden der Zentralstelle für Geschlechtskrankheiten in Berlin (Ost) 1 626 Geschlechtskrankheiten (67 % männliche und 33 % weibliche Erkrankte) angezeigt. 98 % der gemeldeten Fälle erkrankten an Gonorrhoe und 2 % an Lues. Die Erkrankungsziffer je 10.000 der Bevölkerung betrug 12,8 (18,0 männlich, 8,0 weiblich). 1989 erkrankten noch 20 je 10.000 der Bevölkerung an einer Geschlechtskrankheit (27,4 männlich, 13,0 weiblich).

Alter von bis unter Jahren	Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten 1990 in Berlin (Ost)	
	absolut	je 10.000 Einw.
unter 15	2	0,0
15 - 18	58	16,4
18 - 25	988	76,2
25 - 30	344	27,0
30 - 40	169	8,4
40 - 50	49	3,0
50 und mehr	16	0,2
insgesamt	1.626	12,8

Bei einem Vergleich der Erkrankungsziffern innerhalb der Altersgruppen nahmen die 18- bis unter 25jährigen nach wie vor Rangplatz 1 ein. Ihr Anteil betrug über 60 % der Neuerkrankungsrate aller Altersgruppen und lag bei 76 Erkrankungen je 10.000 der Altersgruppe (1989: 110 je 10.000), wobei 1990 100 männliche und 51 weibliche Personen je 10.000 der 18- bis unter 25jährigen an einer Geschlechtskrankheit erkrankten (1989 wurden 144 männliche und 78 weibliche Personen je 10.000 registriert).

Innerhalb der Bezirke stellte sich die Morbiditätsentwicklung sehr unterschiedlich dar. Sowohl bei den Lueserkrankungen als auch bei den Neuerkrankungen an Gonorrhoe wurden wie schon in den Vorjahren aus den Bezirken Mitte, Prenzlauer Berg, Friedrichshain und Lichtenberg die häufigsten Neuerkrankungen gemeldet.

Die Zahl der Untersuchten zu den angegebenen Infektionsquellen verringerte sich gegenüber 1989 von 80 % auf 70 %.

Ferner wurde im Berichtszeitraum bei 24 Frauen und 10 Männern eine Zwangszuführungsuntersuchung durchgeführt, in deren Ergebnis in 8 Fällen eine Gonorrhoe und in einem Fall eine Lues festgestellt wurden.

**3.2.2.3.2.1 Neuerkrankungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten 1980 - 1990
in Berlin (Ost)
nach Alter und Geschlecht**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erkrankungen insgesamt	Lues	Gonorrhoe 1)	übrige 1)
1980	6621	239		6382
1981	6349	160		6189
1982	6485	73		6412
1983	6976	111		6865
1984	7026	88		6938
1985	6675	108		6567
1986	5668	60		5608
1987	4225	63		4162
1988	3377	53		3324
1989	2602	45		2557
1990	1626	28		1598
davon 1990:				insgesamt
unter 10	1	—		1
10 — 15	1	—		1
15 — 18	58	1		57
18 — 25	988	8		980
25 — 30	344	8		336
30 — 40	169	7		162
40 — 50	49	2		47
50 — 60	16	2		14
60 oder mehr	—	0		0
unbekannt	—	—		—
				männlich
unter 10	—	—		—
10 — 15	1	—		1
15 — 18	20	—		20
18 — 25	644	8		636
25 — 30	241	7		234
30 — 40	132	7		125
40 — 50	43	2		41
50 — 60	10	2		8
60 oder mehr	—	—		—
unbekannt	—	—		—
zusammen	1091	26		1065
				weiblich
unter 10	1	—		1
10 — 15	—	—		—
15 — 18	38	1		37
18 — 25	344	—		344
25 — 30	103	1		102
30 — 40	37	—		37
40 — 50	6	—		6
50 — 60	6	—		6
60 oder mehr	—	—		—
unbekannt	—	—		—
zusammen	535	2		533

1) Ulcus molle, Venerische Lymphknotenentzündung, Mehrfachinfektionen
in Spalte Gonorrhoe enthalten

3.2.2.4 AIDS in Berlin 1990/91

Im AIDS-Bereich besteht das vorrangige gesundheitspolitische Ziel des Senats darin, den Aufbau einer leistungsfähigen AIDS-Infrastruktur im Ostteil der Stadt - insbesondere im Präventionsbereich - bei gleichzeitigem Erhalt unverzichtbarer Maßnahmen im Westteil zu sichern.

Der Schutz der Bevölkerung vor einer Ausbreitung der HIV-Infektion steht dabei weiterhin an erster Stelle. Die medizinische und psychosoziale Versorgung der Menschen mit HIV und AIDS wurde verbessert. Gemeinsam arbeiteten alle beteiligten Institutionen gegen die Ausgrenzung und Stigmatisierung der von AIDS und HIV Betroffenen.

Die Ausbreitung der HIV-Infektion und von AIDS

1.161 AIDS-Erkrankte, darunter 18 im Ostteil der Stadt, sind bis zum 31.12.1990 dem AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes bekannt geworden. Davon waren 525 (45,2 %) als verstorben gemeldet. Nach der amtlichen Todesursachenstatistik lag die Zahl der Sterbefälle mit 684 (58,9 %) bedeutend höher. Ca. 15- bis 20.000 Menschen mit einer HIV-Infektion leben in Berlin. Der Verdoppelungszeitraum für die Zahl der Erkrankten hat sich von 15 auf derzeit 24 Monate verlangsamt. Am 31.10.1991 waren 1.420 AIDS-Erkrankte, davon 19 im Ostteil, gemeldet.

Intravenös drogenabhängige Frauen und Männer sowie homo- oder bisexuelle Männer sind noch immer von der HIV-Infektion besonders gefährdete Gruppen. Der Anteil der an AIDS erkrankten Frauen erhöhte sich um 37,5 %, bei den Männern dagegen nur um 29,8 %. Der Frauenanteil an AIDS-Kranken betrug insgesamt 7,64 %. Bis jetzt ist die Situation im Ostteil mit der im Westteil nicht vergleichbar. Ein deutlicher Anstieg der HIV-Infektionen u. a. unter den homosexuellen und bisexuellen Männern ist jedoch aufgrund des unterschiedlichen Wissensniveaus nicht auszuschließen.

Maßnahmen 1990/1991

Das Land Berlin hat für Betreuungs- und Präventionsmaßnahmen 1990 insgesamt 12 Mio. DM ausgegeben, 1991 rund 14 Mio. DM. Aus Bundesmitteln wurden in diesen Bereichen für Berlin 1990 4,7 Mio. DM und 1991 4,3 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

Die Arbeitsgruppe AIDS der Senatsverwaltung für Gesundheit ist als zentrale Koordinationsstelle für Aufgaben im AIDS-Bereich Mitte 1991 als Referat mit den Aufgabengebieten "Infektionskrankheiten bei besonderen Zielgruppen, Koordinierung von AIDS-Angelegenheiten" umgewandelt worden.

Die Selbsthilfegruppen sind durch ihre basisnahe und zielgruppenspezifische Arbeit ein unersetzlicher Bestandteil der Präventions- und Versorgungsstruktur in Berlin. Sie haben ihre ambulante und psychosoziale Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS stetig erweitert und den Bedürfnissen angepaßt. Durch eine hohe Akzeptanz in ihren Zielgruppen erreichen ihre Informationen und Beratungen Personenkreise, die für direkte staatliche Aufklärungsmaßnahmen schwer zugänglich sind. Ihr großes ehrenamtliches Engagement und ihre flexible Arbeitszeit halfen, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen. So können sie auch schnell und effektiv auf den erhöhten Betreuungsbedarf bei HIV-Infektion und bei AIDS-Erkrankungen reagieren. Ihrem steigenden Arbeitsumfang entsprechend haben sich auch die Zuwendungen für die Selbsthilfegruppen im AIDS-Bereich von 4 Mio. DM im Jahre 1990 auf 4,8 Mio. DM 1991 erhöht.

Im Ostteil konnte der Aufbau der zwei Selbsthilfegruppen "jederMann" und "pluspunkt" 1991 finanziell abgesichert werden.

Der hohe Wissensstand über AIDS in der Bevölkerung konnte über massenmediale Aufklärung beibehalten werden. Es ist auch weiterhin notwendig, die Aufklärung über den HIV-Virus und über Schutzmöglichkeiten durch die Medien für alle Zielgruppen und auch die Allgemeinbevölkerung fortzuführen. Ein Teil des Informationsbedarfs wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abgedeckt. Im Mittelpunkt der Berliner Maßnahmen standen die Werbung für die Angebote der

Beratungsstellen der Bezirke und Selbsthilfegruppen. So hat der ressort- und institutionsübergreifende "Gesprächskreis Öffentlichkeitsarbeit AIDS" seine Arbeit aufgenommen und als erstes gemeinsames Projekt das Plakat "Wir sind in Ihrer Nähe" stadtwweit verbreitet. Die Broschüre "Wegweiser AIDS - Adressen in Berlin" ist in der ersten Auflage bereits vergriffen. Zusammen mit der Geschlechtskrankheiten-Beratungsstelle Charlottenburg, dem Prostituiertenselbsthilfeprojekt HYDRA und der Berliner AIDS-Hilfe wurde ein Faltblatt mit einem beigefügten Kondom für die Zielgruppe Freier/Männer entwickelt und verteilt. Eine dreiteilige Videoserie wurde speziell für Mitbürger/-innen aus der Türkei als Aufklärungsmaterial produziert. Sie wurde in Kooperation mit den Bundesländern Hamburg und Nordrhein-Westfalen hergestellt. Insgesamt wurden für die Öffentlichkeitsarbeit 1990 185.000 DM eingesetzt. 1991 wurden einschließlich der erweiterten Aufgaben im Ostteil der Stadt 225.000 DM vorgesehen. Vorrangiges Ziel ist die Schaffung des gleichen Informationsstandes in beiden Stadthälften.

In dem Schoolworker-Programm als der zentralen Präventionsmaßnahme für Jugendliche arbeiteten 21 Mitarbeiter/-innen. Sie klären auf Schulveranstaltungen nicht nur die Schüler/-innen sondern auch die Eltern über HIV und AIDS auf. Außerdem sind auch Lehrerkonferenzen und Fortbildungen für Lehrer/-innen durchgeführt worden. Bis Mitte 1991 wurden rund 120.000 Schüler/-innen angesprochen. Durch die schwerpunktmäßige Verlagerung von mehr als 50 % der Arbeitskapazität des Programms in den Ostteil ab März 1991 wurde die AIDS-Präventionsarbeit nun auch bei Jugendlichen in diesen 11 Bezirken intensiviert. Die Schoolworker haben eine hohe Akzeptanz in ihrem Wirkungsfeld und großen Erfolg mit ihrem Konzept der personalkommunikativen Wissensvermittlung im Vergleich mit anderen Aufklärungsmedien. Dieses Programm wird bis 31.12.1991 fortgeführt, danach soll es als Programm "AIDS-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen" fortgesetzt werden.

Das seit 1987 bestehende Umstiegsprogramm für Prostituierte, initiiert von der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zusammen mit der Selbsthilfegruppe HYDRA und wesentlich unterstützt von den Wohlfahrtsverbänden und den Bezirksämtern, hat sich weiter bewährt. Es hat sich mittlerweile zu einem festen Bestandteil des Beratungsangebots von HYDRA entwickelt. Im Zeitraum 1.4.1990 bis 30.4.1991 wurden insgesamt 85 umstiegswillige Personen beraten. Davon konnten 34 in ein Arbeitsverhältnis oder in Ausbildungsmaßnahmen vermittelt werden.

Im Rahmen des Modellprogramms "Frauen und AIDS" des damaligen Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit wurde auch 1990 und 1991 die Notwohnung für Prostituierte aus dem west-/ostasiatischen Raum weitergefördert.

Das interdisziplinär besetzte Beraterteam "AIDS in der Arbeitswelt", das im Oktober 1989 seine Arbeit aufgenommen hat, ist auf großes Interesse gestoßen. Bis zum März 1991 haben ca. 700 Vorgespräche und Veranstaltungen mit ca. 6.000 Teilnehmern stattgefunden. Das Beraterteam wird über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) finanziert und von freien Trägern und Institutionen fachlich unterstützt. Es ist gelungen, eine einjährige Verlängerung der AB-Maßnahme ab 1.12.1990 gegen Sparvorgaben der Bundesanstalt für Arbeit durchzusetzen.

Unter den ca. 7.000 bis 9.000 intravenös drogenabhängigen Personen in Berlin sind zwischen 20 und 25 % HIV-infiziert. 6 Sozialarbeiter sind im Rahmen des Streetworker-Modellprogramms der Bundesregierung seit Anfang 1988 vor Ort tätig. In den niedrigschwelligen Anlaufstellen, z.B. dem Beratungsbüro am Bahnhof Zoo und den Kontaktläden "OLGA" und "STRASS" des Drogennotdienstes, wurden medizinische und psychosoziale Angebote mit steigender Tendenz in Anspruch genommen.

Das Projekt "Spritzenverkaufsautomaten für i.v. Drogenabhängige" der Selbsthilfegruppe Fixpunkt e.V. ist gut angenommen worden. Es besteht eine große Nachfrage besonders nachts und an den Wochenenden nach den sterilen Spritzbestecken aus den Automaten. Zwei weitere Streetworker im Schwulen- und Stricherbereich haben ihre Arbeit erfolgreich fortgesetzt.

Das Modellprogramm "Gesundheitsämter" der Bundesregierung wird mit 16 Stellen aus Mitteln des Landes Berlin ergänzt. Das Informations-, Beratungs- und Untersuchungsangebot am Wohnort ist ein Hauptbestandteil der AIDS-Infrastruktur in Berlin. Dies ist auch für die Prävention bestimmter

Zielgruppen vor Ort ein wichtiger Informationsfaktor. 1990 haben die 12 AIDS-Beratungsstellen der Bezirke o.a. rund 1.024 Menschen mit HIV und AIDS ständig betreut, 719 Veranstaltungen für Gruppen und Einrichtungen durchgeführt und insgesamt 2.958 HIV-Antikörper-Test-Beratungen mit Blutabnahme vorgenommen. Diese große Akzeptanz hat den Senat in Abstimmung mit den Bezirken veranlaßt, das personelle Angebot in den westlichen Bezirken nach Ablauf des Programms Mitte 1991 aufrechtzuerhalten. Es wird sich zukünftig auf besonders mit der AIDS-Problematik belastete Bezirke konzentrieren. Aus Mitteln eines Bundesmodellprogramms werden seit Mitte 1991 drei Schwerpunktbezirke im Ostteil mit je 2 Mitarbeitern gefördert.

Das im September 1989 begonnene Modellprojekt "AIDS-Prävention bei Mitbürger/-innen aus der Türkei" setzte seine Arbeit fort. Weil es schwierig ist, Aufklärungs- und Beratungskonzepte auf andere Kulturkreise zu übertragen, ist das Projekt interdisziplinär und interkulturell besetzt. Die wesentliche Arbeit besteht in der Beratung und Information von Ärzten/-innen und Mitarbeitern/-innen im Rahmen der Ausländersozialarbeit sowie in der Mithilfe bei der Produktion von Informationsmaterial. Die Finanzierung jährlich in Höhe von rd. 280.000 DM erfolgt bis Ende 1991 je zur Hälfte durch Bundes- und Landesmittel.

Die ambulanten Versorgungseinrichtungen haben sich weiter in der AIDS-Infrastruktur der Stadt etabliert. Von den 70 Sozialstationen wurden 1990 1.394 Patienten/-innen betreut. Das Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums "Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen" bildete die finanzielle Grundlage. Die Patientenzahl steigerte sich um 22 %. Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei direkt krankenschwernerisch versorgten AIDS-Patienten lag bei ca. drei Monaten. Im Rahmen der krankenschwernerischen Betreuung wurden im Jahr 1990 9.841 Einsätze durchgeführt; dieses bedeutet eine Zunahme im Vergleich zum Vorjahr von 38 %. Ein deutlicher Anstieg von 315 % ist bei der psychosozialen Betreuung von AIDS-Patienten festzustellen.

Die Zahl der an AIDS erkrankten Personen, die stationär versorgt werden müssen, hat sich weiter erhöht. Ca. 90 % von ihnen wurden in den vier Behandlungsschwerpunkten Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Universitätsklinikum Rudolf-Virchow, Universitätsklinikum Steglitz und dem Städtischen Krankenhaus Prenzlauer Berg betreut, die dafür aus Bundesmitteln mit rd. 1 Mio. DM unterstützt werden. Wirksame medizinische Therapiemöglichkeiten und der Ausbau der ambulanten Versorgungseinrichtungen und ihre enge Zusammenarbeit mit den stationären Versorgungseinrichtungen im medizinischen und psychosozialen Bereich hat zu einer Abnahme der Verweildauer von AIDS-Patienten in Krankenhäusern geführt.

Die Arbeitsgruppe AIDS hat die Ergebnisse der 1989 stattgefundenen öffentlichen Expertenanhörung mit dem Titel "Defizite und Perspektiven der Versorgung von AIDS-Patienten in Berlin" in einer Ausgabe der Schriftenreihe "AIDS-Themen und Konzepte" vorgelegt.

Als neue Versorgungseinrichtung hat das Wohnraumprojekt ZiK "Zuhause im Kiez" seine Tätigkeit aufgenommen. Menschen mit HIV und AIDS sind teilweise auf behindertengerechten Wohnraum angewiesen. Das Projekt ZiK konnte 1990 92 Menschen eine passende Wohnung beschaffen.

Trotz der kritischen Haushaltssituation des Landes Berlin ist es 1990 und 1991 gelungen, nach aufgabenkritischer Prüfung die Finanzierung aller notwendigen Maßnahmen im AIDS-Bereich einschließlich der Übernahme wesentlicher Teile von 5 Bundesmodellprogrammen in die Landesfinanzierung zu gewährleisten.

3.2.2.5 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:

Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung

Um im vereinten Berlin innerhalb der Gesundheits- und Sozialpolitik über neue Schwerpunkte bzw. Zielperspektiven entscheiden zu können, ist es erforderlich, differenzierte Informationen zum Bedarf an medizinischer und sozialer Versorgung konkret zu ermitteln

Im Rahmen des Gesundheits- und Sozialsurveys ergab sich zum subjektiven Morbiditätsspektrum der Berliner Bevölkerung u. a. folgendes:

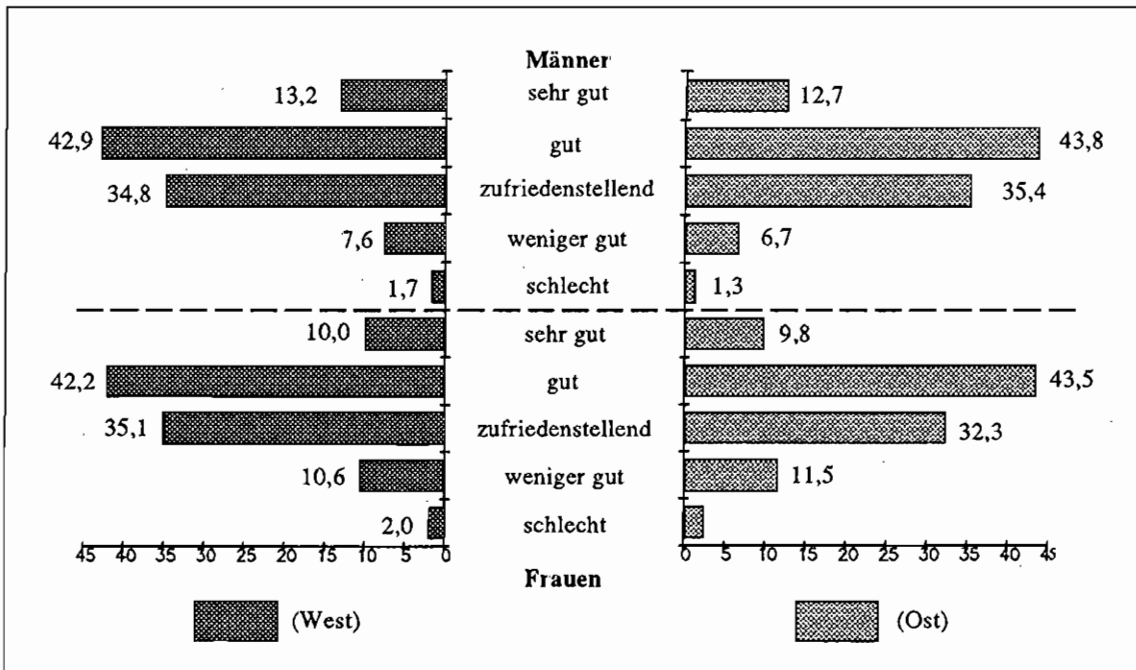
Stellenwert von Gesundheit

Die Berliner Bevölkerung gibt der Gesundheit einen hohen Stellenwert als Voraussetzung für persönliches soziales Wohlbefinden. Über 82 % der Frauen und ca. 75 % der Männer halten Gesundheit für sehr wichtig. In der Einstufung der Bedeutung von Gesundheit im Kontext anderer Lebensbereiche nimmt die Gesundheit in Berlin (West) sogar den ersten Rang ein. Demgegenüber wird in Berlin (Ost) diese Position von der Familie eingenommen, deren Bedeutung von einem noch größeren Teil der Befragten für sehr wichtig gehalten wird. Sowohl diese Bewertung als auch die differente Einstufung und Rangfolge anderer Lebensbereiche, insbesondere von "täglichem Arbeit" und "Einkommen", in beiden Teilen der Stadt erklärt sich aus der strukturellen Veränderung sozialer Werte in der Umbruchphase im Ostteil der Stadt.

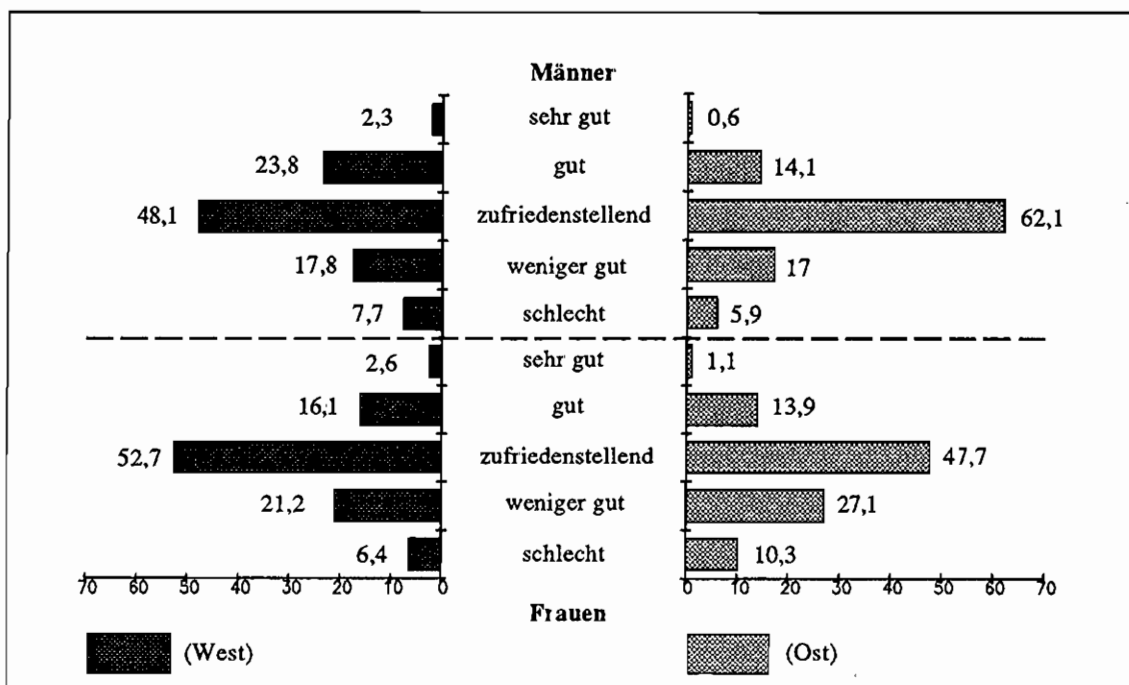
Die große Bedeutung, die der Gesundheit in der Bevölkerung eingeräumt wird, spiegelt sich jedoch nur partiell in präventiven Einstellungen, Verhaltensweisen und in der Beachtung gesundheitlicher Belange im täglichen Leben der Berliner Bevölkerung wider. Das Verständnis von "Gesundheit" drückt sich noch immer eher in rationaler Erkenntnis und dem Wissen um die Bedeutung gesundheitlicher Belange aus als in einer kontinuierlichen Determinierung des (eigenen) Verhaltens.

Der eigene Gesundheitszustand wird von mehr als der Hälfte der Männer und Frauen in beiden Teilen Berlins als gut oder sehr gut eingeschätzt. Deutlich unterscheiden sich jedoch die über 60jährigen Bürger in der Bewertung ihres Gesundheitszustandes.

Graphik 12: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Berlin (West) und (Ost) - der 18- bis 59jährigen (in %)



Graphik 13: - der über 60jährigen (in %)



Morbiditätslage

Den in die Befragung einbezogenen Berlinerinnen und Berlinern wurde eine Liste chronischer Krankheiten und Behinderungen vorgegeben (39 Krankheiten), in der sie angeben sollten, ob sie eine dieser Krankheiten (Mehrfachnennungen waren möglich) in den letzten 12 Monaten und auch in den letzten 3 Monaten hatten und ob diese Krankheit/en medikamentös behandelt wurde/n. Die so erfaßte "subjektive Morbidität" stellt sich nach ausgewählten Krankheitsgruppen wie folgt dar:

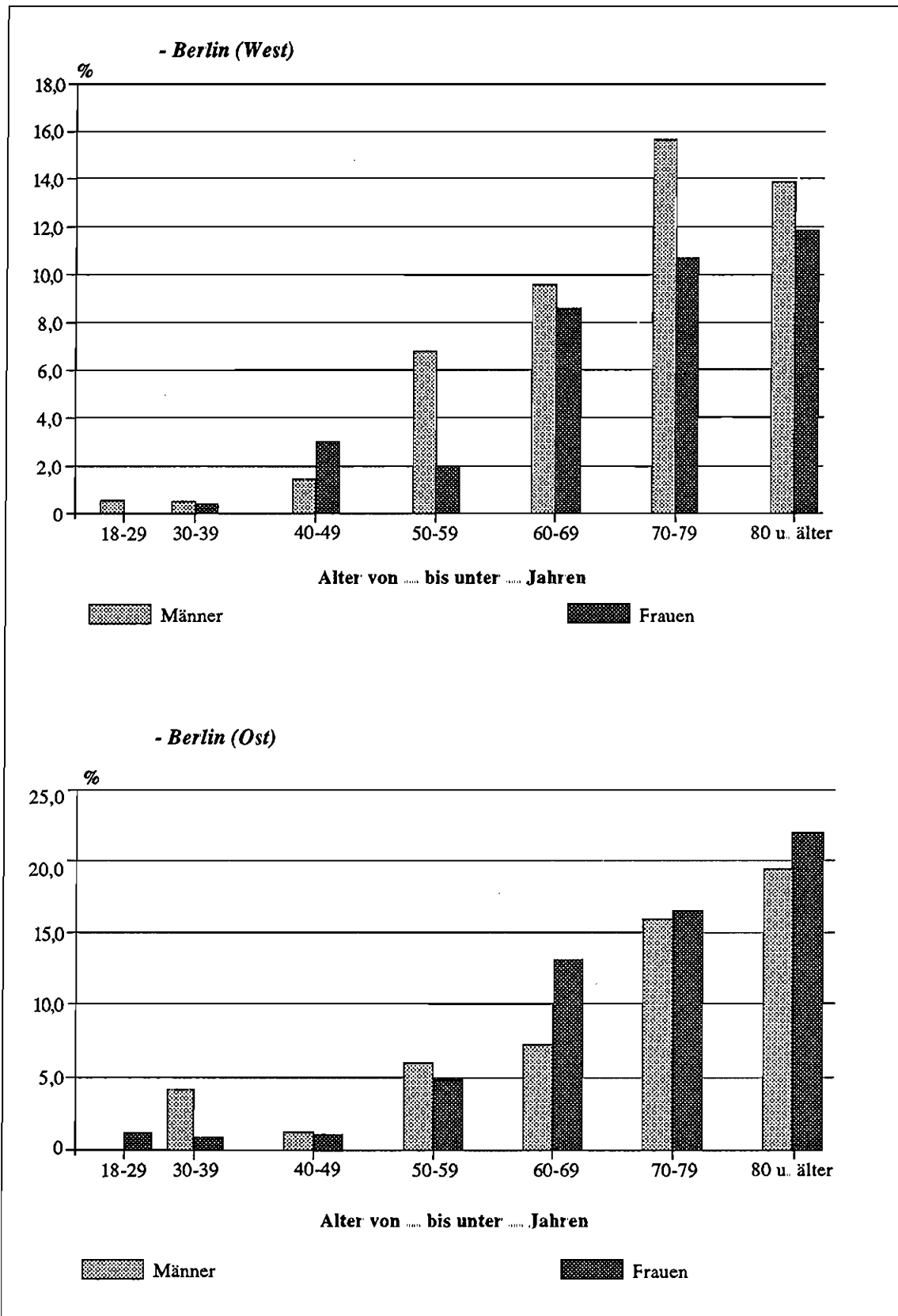
Die Morbidität der Berliner Bevölkerung wird vor allem von chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen im höheren Alter bestimmt. Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind diejenigen Krankheitsgruppen, die am häufigsten in der Bevölkerung verbreitet sind.

Etwa 4 % der Männer und 5 % der Frauen leiden in Berlin an Diabetes mellitus. Die Unterschiede zwischen beiden Teilen der Stadt sind bei den Gesamtprävalenzen unwesentlich, wenngleich im Altersverlauf zwei deutliche Unterschiede sichtbar werden. Dies betrifft zum einen den kontinuierlichen Anstieg der Häufigkeit in Berlin (Ost) bis ins hohe Alter sowie zum anderen die gerade in diesem Altersbereich deutlich höheren Anteile nicht medikamentös behandelter, d.h. diätetisch behandelbarer Formen des Altersdiabetes. Diese bedingen auch die insgesamt größeren Häufigkeiten der älteren Bevölkerung in Berlin (Ost).

Nach Angaben des Diabetesregisters der ehemaligen DDR (Jahrbuch Gesundheitswesen 1989) lagen Anfang 1989 die Bestandsraten in der ehemaligen DDR bei 3,16 % (Männer) bzw. 4,89 % (Frauen), wobei ca. 40 % der Patienten ausschließlich diätetisch behandelt wurden. Berlin (Ost) wies kontinuierlich höhere Werte als andere Regionen der ehemaligen DDR auf.

Die im Berliner Survey ermittelten und geschätzten Prävalenzen liegen bei 3,97 % (Männer) und 5,22 % (Frauen), wobei der Anteil nur diätetisch behandelter Formen bei Männern 33 % und bei Frauen 31 % ausmacht. Demgegenüber liegen die nichtmedikamentös behandelten Diabetes-Formen in Berlin (West) mit nur bei 5 % (Männer) bzw. 12 % (Frauen) erheblich niedriger.

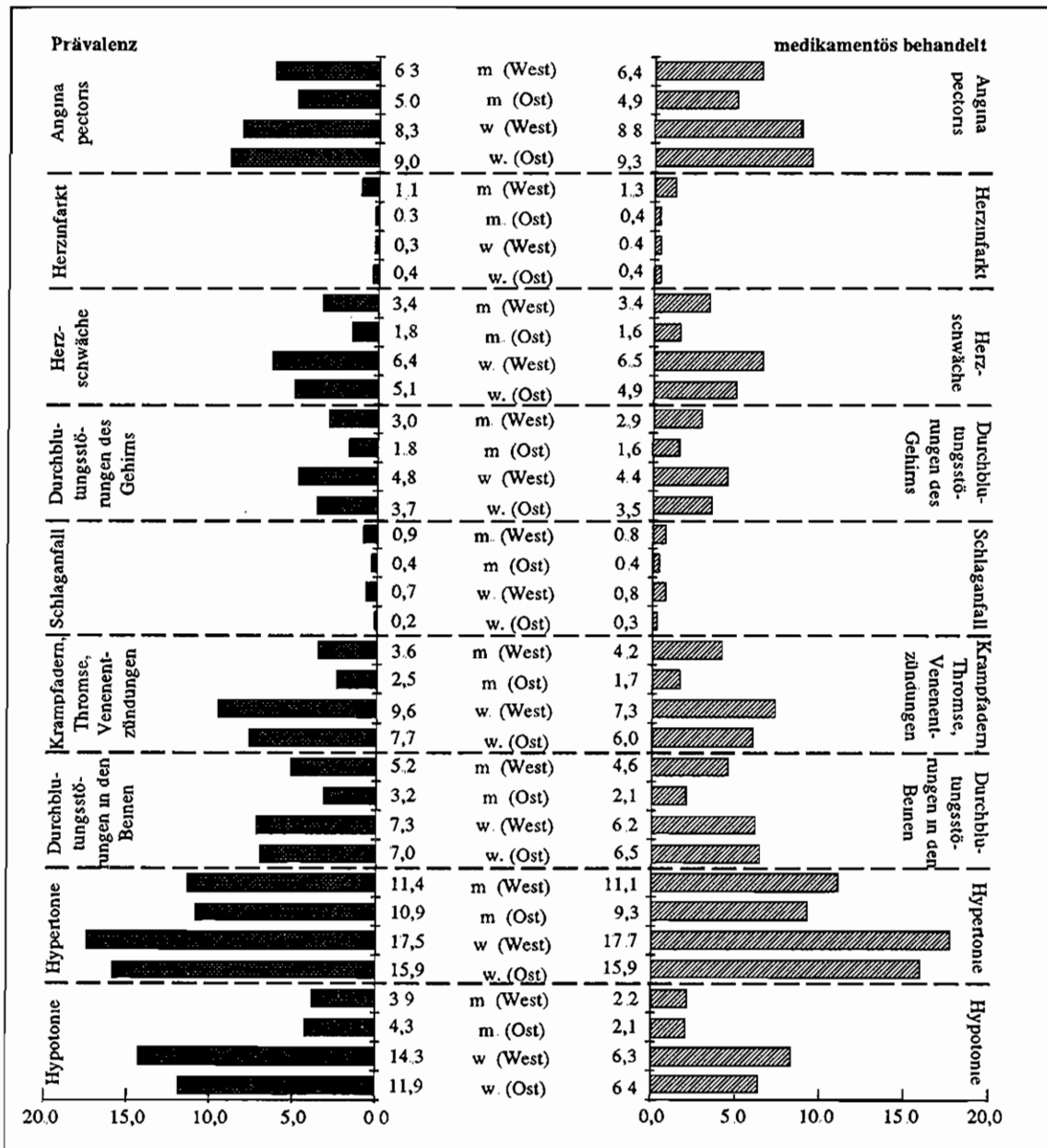
Graphik 14: Diabetes mellitus Prävalenz (in %)



Mehr als 15 % der über 18jährigen Berliner haben einen erhöhten Blutdruck. Mit zunehmendem Alter steigt die Erkrankungsrate, so daß fast ein Drittel (30 %) der über 60jährigen wegen eines manifesten Bluthochdrucks medikamentös behandelt wird. An Angina pectoris und Durchblutungsstörungen am Herzen leiden im Verlauf eines Jahres 2 bis 3 % der unter 60jährigen Berlinerinnen und Berliner, im höheren Alter sind mehr als 20 % der Männer und Frauen davon betroffen.

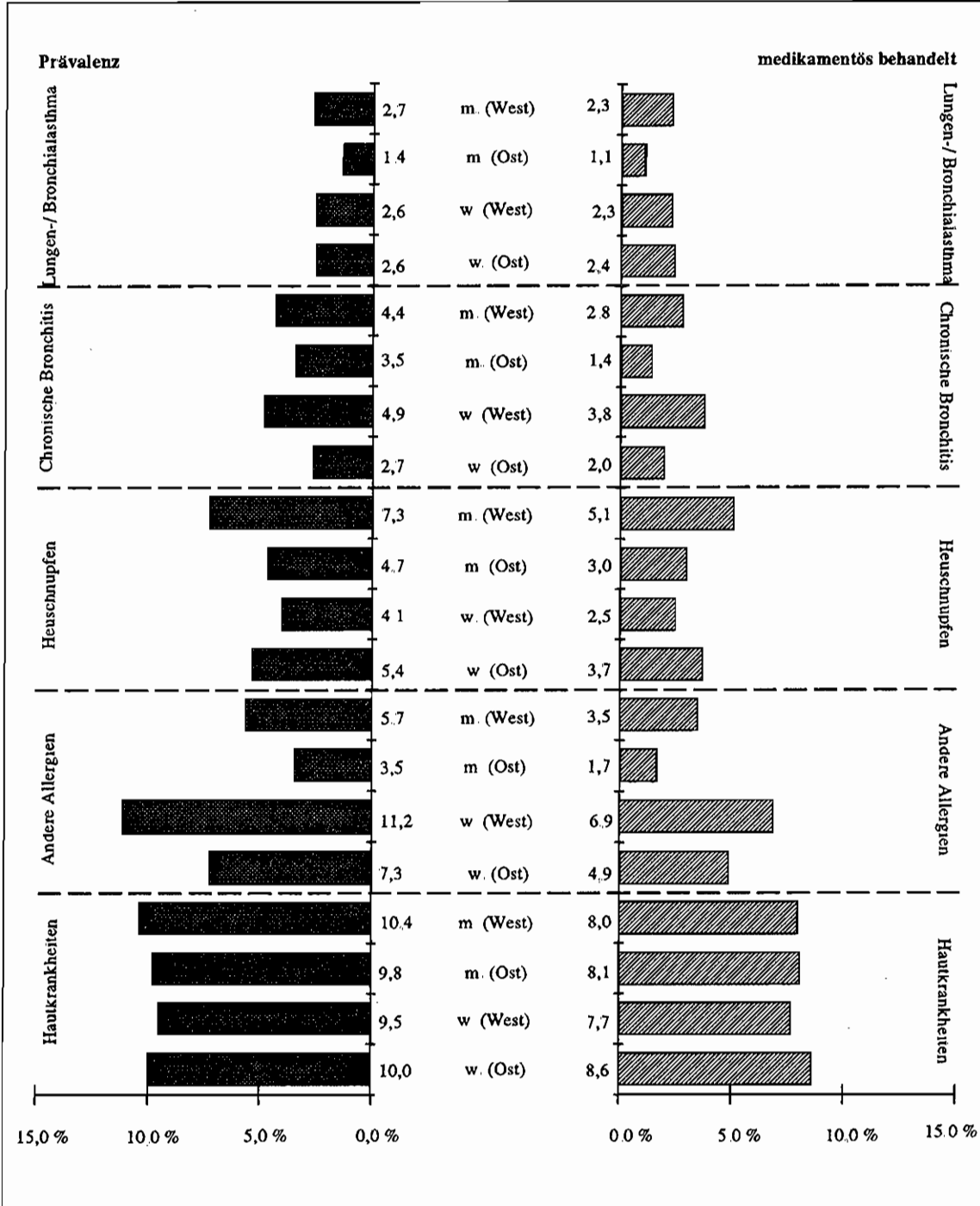
Eine Leistungsschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) geben ca. 1 % der 18- bis 59jährigen und etwa 17 % der über 60jährigen Personen in Berlin (West) an. In Berlin (Ost) liegen die Selbstangaben zu Herzinsuffizienz mit 6,7 % bei Männern und 12,4 % bei den über 60jährigen Frauen deutlich unter denen im Westteil der Stadt. Diese Unterschiede sind in allen sozialen Schichten vorhanden.

Graphik 15: Herz-Kreislauf-Krankheiten in Berlin (West) und (Ost) (in %)



Krankheiten des Atmungssystems weisen gegenüber den in der gleichen Gruppe dargestellten Hautkrankungen und Allergien eine vergleichsweise geringe Prävalenz auf. Chronische Bronchitis tritt mit einer Prävalenz von ca. 4 % und Bronchialasthma mit 2 % bis 3 % in der erwachsenen Bevölkerung auf.

Graphik 16: Krankheiten des Atmungssystems, Hautkrankheiten und Allergien in Berlin (West) und (Ost) (in %)



Die in der Krankheitsgruppe des Verdauungssystems erfaßten Erkrankungen wie Hepatitis, Leberzirrhose, Gallenblasenentzündung, Gallensteine sowie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre liegen auf niedrigem Prävalenzniveau. Die Prävalenzrate bei Gastritis liegt zwischen 4 % und 8 %. Lediglich Verdauungsbeschwerden und Obstipation werden von über 10 % der Frauen angegeben. Krankheiten des Urogenitaltraktes wie Nierenentzündungen oder -steine erreichen eine Häufigkeit von 4 % bis 8 % in der erwachsenen Berliner Bevölkerung.

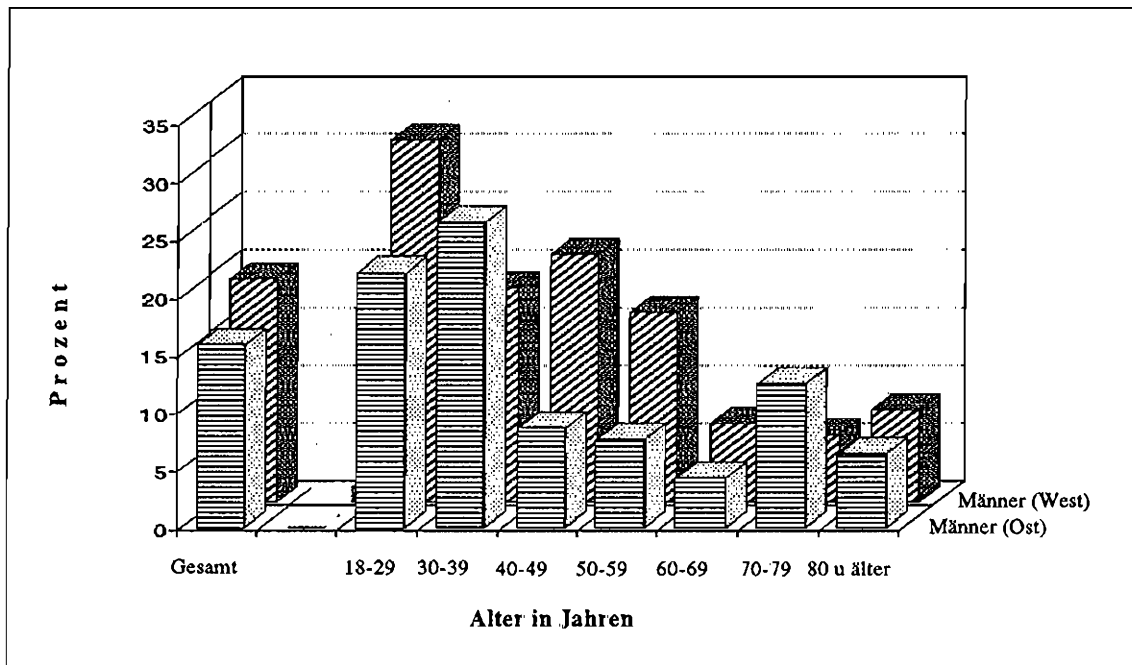
Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Arthritis und Arthrose sind in Berlin bereits bei einem nicht unbeträchtlichen Teil von Personen im Alter von 18 - 59 Jahren anzutreffen: 6,5 % der Männer und 9 % der Frauen in Berlin (West) geben Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes an, in Berlin (Ost) 2,8 % der Männer und 7,7 % der Frauen. Die Erkrankungshäufigkeit bei den über 60jährigen ist noch wesentlich höher: Berlin (West) 19,6 % bei Männern und 28,9 % bei Frauen; Berlin (Ost) 15,3 % bei Männern und 28,4 % bei Frauen.

Häufigkeit und Ursachenstruktur der Unfälle sind in der Berliner Bevölkerung in West und Ost unterschiedlich.

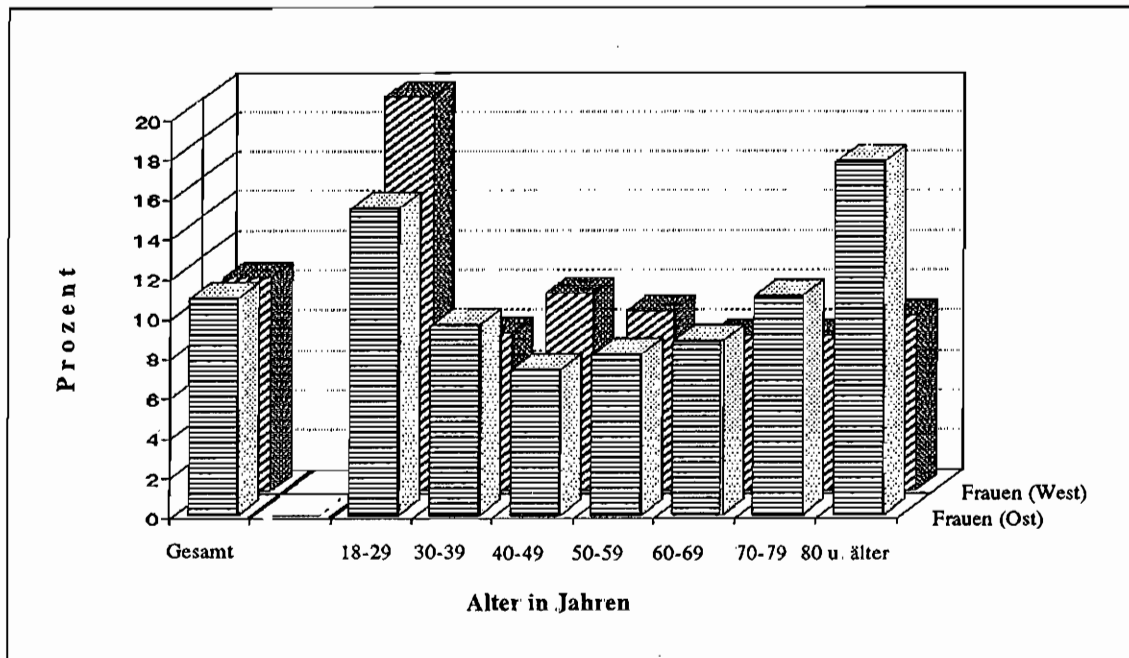
Während Männer in Berlin (West) zu 19,4 % zumindest einen Unfall in einem Jahreszeitraum angaben (und damit die höchste Unfallquote erreichten), betrug er bei Männern in Berlin (Ost) nur 15,6 %. Frauen liegen in der Häufigkeit des Unfallgeschehens mit 10,7 % (West) und 10,9 % (Ost) deutlich niedriger als Männer.

Häufigster Unfallort der Männer im Westteil der Stadt ist der Sportbereich, gefolgt von Unfällen am Arbeitsplatz. Arbeitsplatzbedingte Unfälle stehen wiederum bei Männern in den östlichen Bezirken an erster Stelle, während Unfälle im Haushalts- und Hobbybereich an zweiter Stelle stehen. Bei Frauen stehen generell die Haushalts- und Hobbyunfälle an erster Stelle, doch folgen in Berlin (West) danach Sportunfälle und in Berlin (Ost) Arbeitsunfälle.

Graphik 17: Unfälle (Haushalt, Verkehr, Arbeit, Sport) in Berlin (Ost) und (West)
(Anteil in 1 Jahr davon betroffener Personen)
- Männer



Graphik 18: - Frauen



Angaben über psychiatrische Krankheiten und Beschwerden sind im Kapitel 4 unter Abschnitt 4.2 enthalten.

Versorgungsamtlich anerkannte Behinderungen weisen in Berlin (West) mehr Männer als Frauen (17,6 % bzw. 14,2 %) auf, während in Berlin (Ost) Frauen (13,1 %) häufiger als Männer (10,7 %) amtlich anerkannt behindert sind. Die Unterschiede in den Kriterien versorgungsamtlicher Anerkennung von Behinderung (offensichtlich in Berlin (Ost) früher restriktiver gehandhabt), die hier insbesondere bei den erheblichen Unterschieden der Anteile amtlich anerkannt behinderter Männer in beiden Stadtteilen sichtbar werden, bedürfen bei der Neueinstufung der Behinderungsgrade im Osten der Stadt unbedingt der Beachtung.

Insgesamt zeigt die Häufigkeit von Krankheiten (als subjektive Morbidität gemessen) in der Berliner Bevölkerung relativ gleichartige Strukturen und keine (vielleicht erwarteten) gravierenden Unterschiede. Dabei ist zu beachten, daß die Bevölkerung im Ostteil Berlins keineswegs als repräsentativ für die gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern angesehen werden kann. Sowohl hinsichtlich ihrer Sozialstruktur (z.B. Bildung, Berufs- und Tätigkeitsstruktur) als auch hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sonstigen Versorgung repräsentiert sie vielmehr eine Bevölkerung mit einer "eher günstigeren Risikostruktur".

Eine deutliche und durchgängig konsistente soziale Schichtabhängigkeit der Häufigkeit von Krankheiten ist in der Berliner Bevölkerung nicht vorhanden. Am stärksten sind Unterschiede, wenn sie nachweislich vorhanden sind, in den jüngeren Altersgruppen der Männer und in den höheren Altersgruppen der Frauen ausgeprägt. Sie lassen sich zudem häufiger in Berlin (Ost) als in Berlin (West) nachweisen. Wenn demnach ein Abbau ehemals vorhandener stärkerer sozialer Differenzierung der Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten stattgefunden hat, so wäre dieser Abbau in Berlin (West) bereits weitgehender als in Berlin (Ost).

3.2.2.6 Straßenverkehrsunfälle 1990 in Berlin

Die bis zum 3.10.1990 in Berlin geltenden unterschiedlichen Rechtsnormen und Erfassungskriterien lassen einen statistischen Vergleich über das Geschehen im Straßenverkehr der westlichen und östlichen Bezirke kaum zu.

Im Land Berlin ereigneten sich 1990 136.772 Straßenverkehrsunfälle, bei denen 20.822 Personen, darunter 226 tödlich, verunglückten.

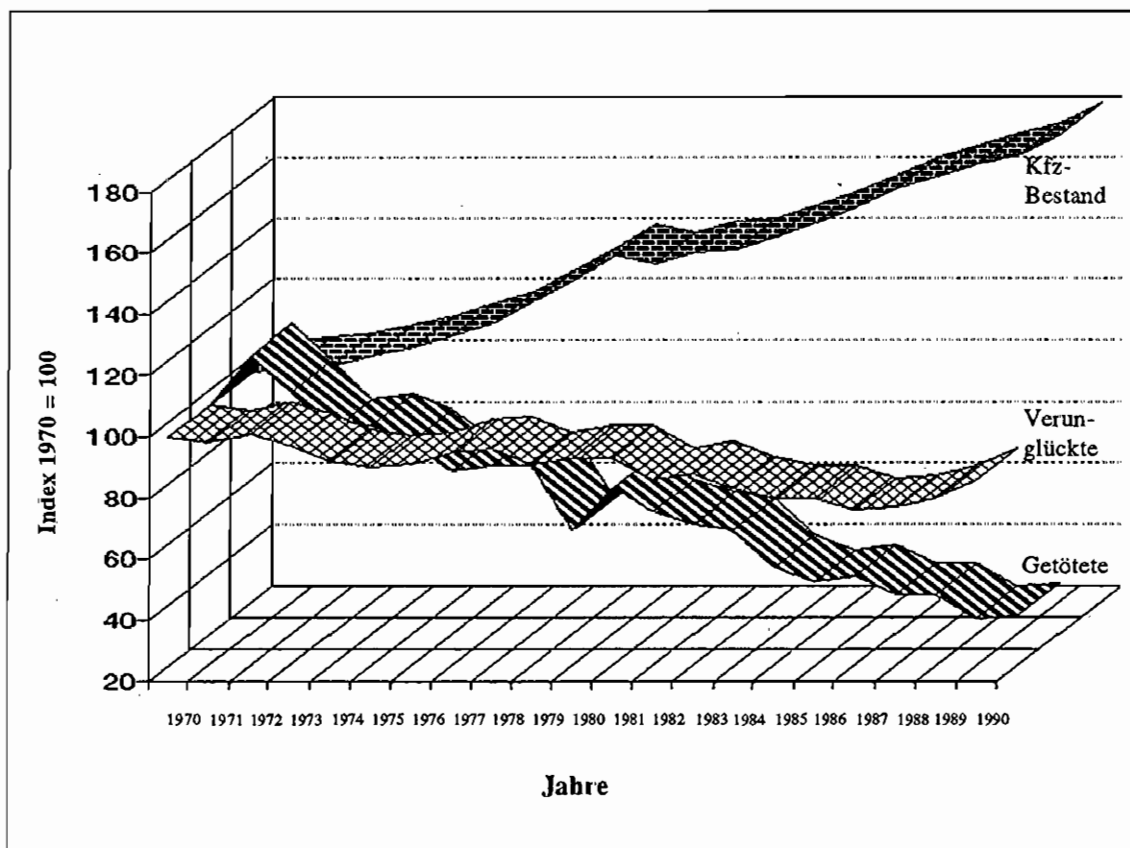
In Berlin (West) ist die Zahl der Straßenverkehrsunfälle im Jahr 1990 gegenüber dem Vorjahr um 11.359 auf 113.263 angestiegen. Dabei verunglückten 15.902 Personen, von denen 111 verstarben.

Im Ostteil der Stadt verunglückten (nicht zuletzt bedingt durch eine erhöhte Verkehrsdichte) 4.920 Personen bei 23.509 Straßenverkehrsunfällen, dabei kamen 115 Personen ums Leben.

Die Entwicklung der bei Straßenverkehrsunfällen verunglückten Personen in Berlin (West) macht sichtbar, daß die Zahl der Verunglückten zwar seit 1970 zurückging, der Trend des bis 1988 anhaltenden kontinuierlichen Rückgangs jedoch nicht weiter anhielt. Die Anzahl der Verunglückten stieg seit 1988 um rund 10 % an.

Wie aus nachfolgender Graphik zu ersehen, ist die Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen Getöteten seit 1970 in Berlin (West) um 69 % zurückgegangen.

Graphik 19: Bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückte und der Bestand an Kraftfahrzeugen 1970 - 1990 in Berlin (West)



Einen erheblichen Anstieg polizeilich erfaßter Unfälle verzeichneten die östlichen Bezirke. Die registrierten Straßenverkehrsunfälle stiegen gegenüber 1989 um mehr als 120 % an. Die Zahl der dabei Verunglückten erhöhte sich um 85 % und die der Getöteten um 34 %.

3.2.2.6.1 Straßenverkehrsunfälle 1989 und 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Unfälle/ Verunglückte	Berlin (West)			Berlin (Ost)		
	1989	1990	Veränd. in %	1989	1990	Veränd. in %
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	101904	113263	11,2	10669	23509	120,3
darunter mit						
leichtem Sachschaden	80105	89984	12,3	6065	15597	157,2
schwerem Sachschaden	9563	10259	7,3	2334	3926	70,5
Personenschaden	12236	13020	6,4	2280	3950	73,2
Verunglückte insgesamt	14816	15902	7,3	2656	4920	85,2
darunter						
Getötete	109	111	1,8	86	115	33,7
Schwer-/Leichtverletzte	14707	15791	7,4	2570	4805	87,0

Einen nicht unbeträchtlichen Anteil an den Verunglückten nahmen Kinder unter 15 Jahren und Personen, die älter als 65 Jahre alt waren, ein.

Unter den 1990 in den westlichen Bezirken verunglückten 15.902 Personen befanden sich 1.698 Kinder, darunter verunglückten 763 Kinder als Fußgänger und 530 als Radfahrer.

Im gleichen Zeitraum verunglückten in den östlichen Bezirken 4.920 Personen, darunter 646 Kinder (399 Fußgänger, 92 Radfahrer).

3.2.2.6.2 Im Straßenverkehr 1990 in Berlin (West) und (Ost) verunglückte Personen unter 15 und über 65 Jahren

Verunglückte	insgesamt	Berlin (West)	Berlin (Ost)
unter 15 Jahre	2344	1698	646
je 10 000 der Bev	43,9	60,5	25,5
über 65 Jahre	1347	1039	308
je 10 000 der Bev	26,7	28,3	22,4

Insgesamt kamen 1990 in Berlin 226 Menschen im Straßenverkehr ums Leben.

Mit 111 Getöteten im Westteil der Stadt lag der Anteil der Getöteten unter der ermittelten Zahl der in den östlichen Bezirken tödlich Verunglückten (115).

Durch Unfälle im Straßenverkehr werden häufig Fußgänger tödlich verletzt, ältere Personen sind besonders gefährdet.

70 (63 %) der 111 in den westlichen Bezirken tödlich verunglückten Personen waren Fußgänger, von denen 43 (39 %) älter als 65 Jahre alt waren. Auch unter den 5 Kindern, die 1990 in Berlin (West) tödlich verunglückten, befanden sich 4 Fußgänger.

Der Anteil der 1990 in den östlichen Bezirken im Straßenverkehr ums Leben gekommenen Fußgänger (76) betrug 66 %. Darunter waren 36 Personen älter als 65 Jahre (31 %) und 5 der 6 tödlich verunglückten Kinder.

3.2.2.6.3 *Im Straßenverkehr 1990 in Berlin (West) und (Ost) verunglückte Personen unter 15 Jahren (Fußgänger und Radfahrer)*

Verunglückte	insgesamt		Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000
Radfahrer	622	11,1	530	18,9	92	3,6
Fußgänger	1162	21,7	763	27,2	395	15,7

Eine nicht unbedeutende Rolle spielt der Alkohol bei den Straßenverkehrsunfällen.

In den westlichen Bezirken wurden im Jahre 1990 819 Unfälle mit Personenschaden durch Fahrzeugführer, die unter Alkoholeinfluß standen, verursacht. Dabei wurden 1.123 Personen verletzt (10 tödlich, 202 schwer, 911 leicht verletzt)

Durch Fußgänger, die unter Alkoholeinfluß standen, kam es im gleichen Zeitraum zu 206 Unfällen mit Personenschaden, bei denen 233 Personen verunglückten (4 tödlich, 83 schwer- und 146 leichtverletzt).

3.2.2.7 *Ausgewählte Aspekte zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen*

Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist unter dem Gesichtspunkt einer gesundheitlichen Vorsorge von sehr großer Bedeutung, da im Kindes- und Jugendalter gesundheitsrelevante Verhaltensweisen geprägt werden, die eine Basis für spätere chronische Krankheiten legen können.

Zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gehören die Gesundheitsvorsorge und die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.

Um auswertbare und verwertbare Informationen zu erhalten, ist man bemüht, aus verschiedenen Datenquellen Material zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen zu erhalten.

Zu den derzeit in Berlin verfügbaren Daten über den Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter stehen neben den seuchenrechtlich relevanten Angaben Informationen über Einschulungsuntersuchungen, über Schulentlassungsuntersuchungen sowie über zahnärztliche Untersuchungen im Kleinkind- und Schulalter zur Verfügung.

Schulärztliche Untersuchungen sind zur Zeit die wichtigsten Gesundheitserhebungen, bei denen gesamte Altersgruppen erfaßt und auf deren Gesundheitszustand bewertet werden können.

Insbesondere bieten Einschulungsuntersuchungen einen nahezu vollständigen Erfassungsgrad und ermöglichen somit epidemiologische Aussagen über eine unausgelesene Population.

Das trifft auf die Schulentlassungsuntersuchungen nur bedingt zu, da die Altersspanne der Untersuchungspopulation wesentlich größer ist, Trendbewertungen und Vergleichbarkeit somit schwieriger werden. Trotzdem geben Schulentlassungsuntersuchungen einen informativen Einblick in die gesundheitliche Situation der Jugendlichen.

3.2.2.7.1 Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)

Die Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 wurden in der Reihe der Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung (herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit im April 1992) veröffentlicht. Nachfolgend erscheint eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

In die Auswertung der Schulentlassungsuntersuchungen des Schuljahres 1988/89 nach funktionsdiagnostischen Aspekten (Berliner "Funktionsdiagnostische Tabellen") sowie der Beurteilungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz kamen 13 463 Schulabgänger (einschließlich der untersuchten Gymnasiasten der 10. Klassen). Damit setzte sich die seit Jahren rückläufige Anzahl der Untersuchten weiter fort. Diese Aussage trifft jedoch nur auf deutsche Schulabgänger zu, deren Zahl sich in den letzten zehn Jahren um mehr als 45 % verringerte. Kontinuierlich angestiegen sind dagegen die Untersuchungszahlen ausländischer Schulabgänger. Lag der Anteil der untersuchten nichtdeutschen Schüler 1980 bei 3,5 %, 1983 bei 6,8 % und 1986 bei 10,5 %, so ist er innerhalb der nachfolgenden Jahre auf 20,9 % angestiegen.

Der Rückgang der Untersuchungszahlen ist nicht nur allein durch eine Abnahme der Zahl jugendlicher Schüler bedingt. Die Anteile der vor der Schulentlassung bzw. in der 10. Klasse untersuchten Jugendlichen an einer durchschnittlichen Jahrgangsstärke der 15jährigen Wohnbevölkerung in Berlin (West) betragen

1979/80	81,2 %
1982/83	80,6 %
1885/86	73,1 %
1988/89	65,1 %

3.2.2.7.1.1 Bei Schulentlassungsuntersuchungen in Berlin (West) untersuchte Jugendliche

Untersuchungsjahr	insgesamt	Deutsche	Nichtdeutsche
1979/80	20.016	19.326	690
1982/83	20.369	18.993	1.376
1985/86	15.539	13.908	1.631
1988/89	13.463	10.643	2.820

Von den 13.463 untersuchten Jugendlichen des Schuljahres 1988/89 wurden bei 7.256 (53,9 %) funktionsmindernde Befunde dokumentiert (1985/86: 55,4 %); d.h. bei 55 % deutschen und 48 % nicht-deutschen Schülern wurde ein Befund ausgewiesen.

3.2.2.7.1.2 Entwicklung der Anzahl funktionsmindernder Befunde bei Jugendlichen der entsprechenden Schulentlassungsuntersuchungsjahre in Berlin (West)

Untersuchungs- jahr	Jugendliche mit Befund							
	Deutsche				Nichtdeutsche			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1980	5337	55,3	5374	55,5	153	43,5	168	49,7
1983	5331	56,0	5312	56,1	363	49,1	354	55,7
1986	3953	55,9	3838	56,1	443	46,7	370	54,2
1989	2985	54,4	2905	56,3	708	45,6	658	51,9

Die Mehrzahl der dokumentierten Befunde rekrutierte sich aus Befunden der Funktionsgruppe 1 der Funktionsdiagnostischen Tabellen, also Befunden (z B Refraktionsanomalien) die die Leistungsfähigkeit der Betroffenen (vor allem nach Korrektur oder Therapie) kaum oder gar nicht beeinträchtigen. Um aus der Zahl der erhobenen Befunde Rückschlüsse für die betroffenen Jugendlichen ziehen zu können, werden die Befunde nach funktionsdiagnostischen Aspekten differenziert. Solche Befunde, die die Funktionstüchtigkeit eines Körperorgans mindern oder mindern könnten, werden detailliert bewertet.

Die meisten Befunde, die mit erheblichen Funktionseinbußen einhergingen, stellten Jugendliche, die hochgradig adipös waren. Fettsucht wird auch bei Jugendlichen immer mehr ein gesundheitliches Problem. 6 % der untersuchten Jungen und 9 % der Mädchen wurden als zu "dick" eingestuft. Die Tendenz ist bei den männlichen deutschen Schülern steigend. Daß bei guter Schulbildung der Anteil stark übergewichtiger Jugendlicher geringer ist, weist Tabelle 3.2.2.7.1.3 aus.

3.2.2.7.1.3 Bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West) registrierte Fettsucht nach Schulzweigen (in %)

Schulzweig	Jugendliche mit Fettsucht				
	insgesamt	Deutsche		Nichtdeutsche	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Hauptschule	4,93	4,05	8,11	1,52	5,97
Realschule	2,87	2,09	3,50	2,55	3,88
Gymnasium	1,18	0,95	1,54	0,35	0,80
Sonderschule	4,95	4,85	5,55	3,57	5,26
Gesamtschule	4,73	4,28	5,32	2,12	8,01
BB 10 1)	3,73	2,93	5,95	4,08	1,18
insgesamt	3,08	2,50	3,61	2,00	4,58

1) berufsbefähigende bzw. berufsvorbereitende Lehrgänge an Berufsschulen die von leistungsschwachen Haupt- und Sonderschülern im Rahmen ihres 10 Pflichtschuljahres absolviert werden können

Im einzelnen sind die Befunde nach Krankheitsgruppen aufgeteilt. Die Häufigkeitsverteilungen werden nach deutscher und nichtdeutscher Nationalität untergliedert. Anhand der Tabelle 3.2.2.7.1.4 wird die Entwicklung ausgewählter Befunde oder Krankheiten aufgezeigt.

3.2.2.7.1.4 Entwicklung der bei den Schulentlassungsuntersuchungen in Berlin (West) erfaßten Befunde ausgewählter Organgruppen (in %)

Art des Befundes/ der Diagnose	Geschlecht	Jugendliche mit Befund							
		Deutsche				Nichtdeutsche			
		1980	1983	1986	1989	1980	1983	1986	1989
Dermatitis	männlich	0,97	0,90	1,18	1,17	0,28	0,41	0,21	0,64
	weiblich	1,37	1,34	2,06	1,67	0,59	0,79	0,73	1,03
Akne	männlich	10,34	9,25	11,77	11,35	4,83	6,49	8,65	7,47
	weiblich	6,68	6,02	7,86	6,71	3,85	7,54	8,93	7,50
Minderbegabung bzw. Schul-									
versagen ohne bekannte	männlich	2,53	2,33	1,05	1,68	0,85	3,65	0,32	1,67
organische Ursache	weiblich	1,94	1,71	0,83	0,48	2,37	3,15	1,76	0,32
Amlyopie	männlich	1,68	3,43	3,23	2,70	1,99	2,04	1,69	1,67
(einseitige Sehschwäche)	weiblich	1,73	3,51	3,42	3,03	2,33	3,31	2,20	2,29
Refraktionsanomalien	männlich	22,63	21,91	21,73	24,22	15,90	12,44	13,82	17,19
	weiblich	25,43	24,68	24,61	28,57	13,32	13,53	15,96	23,44
Hörstörungen einseitig	männlich	0,60	0,83	0,84	0,75	0,56	2,17	1,27	1,09
	weiblich	0,50	0,71	0,76	0,52	1,48	0,79	0,44	1,10
Hörstörungen beidseitig	männlich	0,45	0,46	0,57	0,58	0,28	0,27	1,69	0,84
	weiblich	0,45	0,35	0,49	0,48	0,60	0,63	0,59	0,55
Fehlbildungen oder Erkran-									
kungen des Rachens oder	männlich	2,61	2,68	2,39	1,77	0,28	1,62	0,64	1,22
der Gaumenmandeln	weiblich	2,56	2,85	2,28	2,23	2,56	2,36	0,59	1,58
Asthma bronchiale	männlich	0,39	0,35	0,24	0,66	0,57	-	0,32	0,13
	weiblich	0,27	0,35	0,29	0,74	0,30	0,16	0,30	0,24
Fehler und Erkrankungen	männlich	0,47	0,72	0,61	0,60	0,85	0,28	0,42	0,06
des Herzens	weiblich	0,47	0,51	0,50	0,62	-	0,62	1,02	0,79
Erkrankungen der	männlich	0,08	0,14	0,14	1,11	-	0,27	0,42	0,19
Verdauungsorgane	weiblich	0,11	0,23	0,29	0,12	0,59	0,31	0,44	0,24
Erkrankungen der	männlich	0,40	0,60	0,97	0,49	0,85	0,55	1,27	0,77
Harnorgane	weiblich	0,57	0,74	0,68	0,93	0,59	1,10	1,22	0,95
Erkrankungen der	männlich	0,12	0,13	0,27	0,15	0,28	0,14	-	0,13
Geschlechtsorgane	weiblich	0,09	0,07	0,10	0,12	-	0,16	-	0,16
Haltungsanomalien	männlich	4,23	4,14	3,26	2,81	0,85	2,57	1,16	2,45
	weiblich	3,76	4,09	3,01	1,94	1,48	2,83	2,34	1,66
Skoliose	männlich	3,36	3,88	6,00	6,58	1,42	2,43	3,69	5,86
	weiblich	5,17	5,69	7,30	9,25	2,37	3,78	5,42	7,66
Hüftluxation,	männlich	0,14	0,19	0,17	0,38	-	-	0,11	0,06
Hüftdysplasie	weiblich	0,37	0,37	0,67	0,64	-	0,16	0,30	0,32
Fußfehler (außer Klumpfuß)	männlich	7,11	5,94	4,30	3,94	6,25	5,95	3,27	4,06
	weiblich	6,04	4,57	3,33	2,58	3,55	5,66	3,07	4,27
Übergewicht	männlich	4,40	4,70	4,88	5,94	2,84	5,13	6,54	4,24
	weiblich	8,82	8,71	8,71	7,80	13,02	18,08	13,03	11,92
Funktionsstörungen									
der Schilddrüse und/	männlich	0,04	0,04	0,31	0,31	0,28	0,14	0,11	0,13
oder Struma	weiblich	0,60	0,81	1,24	1,75	-	0,31	1,46	1,34

Jeder Jugendliche muß sich vor Eintritt in das Berufsleben von einem Arzt untersuchen lassen und dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung (Ärztliche Mitteilung für den Arbeitgeber nach § 32 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes - JArbSchG -) vorlegen. Kernstück der Untersuchung ist der gesetzlich gegebene Auftrag, in einer Bescheinigung für den Arbeitgeber die Arbeiten zu vermerken, die den Jugendlichen gesundheitlich gefährden.

Zu den Pflichtaufgaben der Berliner Schulärzte gehörte es schon lange vor der Einführung des JArbSchG, anlässlich der Untersuchungen der Schulabgänger auch eine Stellungnahme für die Arbeitsämter über die Berufs(-nicht)eignung der Jugendlichen abzugeben. Da sie sich bei der Schulentlassungsuntersuchung auf viele Daten vorangegangener Reihenuntersuchungen und die Ergebnisse der Untersuchungen durch die Gebietsärzte, zu denen der Jugendliche überwiesen wurde, stützen können, lag es nahe, ihnen die Erstuntersuchungen nach dem JArbSchG als Dienstaufgabe zu übertragen. Daneben bietet sich jedoch auch die Möglichkeit, diese Untersuchung durch einen niedergelassenen Arzt durchführen zu lassen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen nach dem JArbSchG zeigten auf dem Arbeitsmarkt, daß 69 % der untersuchten Schüler für Arbeiten jeder Art als voll einsatzfähig galten.

Bei 30,5 % (32 % der deutschen, 27 % der nichtdeutschen Schüler) wurde eine gesundheitliche Gefährdung durch bestimmte Arbeiten auf der Bescheinigung für den Arbeitgeber vermerkt. Es handelte sich vorwiegend um Verbote von Beschäftigungen, die die volle Sehkraft ohne Brille erfordern.

3.2.2.7.1.5 Bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West) am häufigsten angegebene Gefährdungsvermerke

Art der gesundheitsgefährdenden Arbeit	gefährdete Jugendliche									
	insgesamt		Deutsche				Nichtdeutsche			
			männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Arbeiten, die volle Sehkraft ohne Brille erfordern	3389	25,17	1323	24,11	1494	28,98	272	15,71	300	23,63
Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten	371	2,76	137	2,50	158	3,06	38	2,45	38	3,00
Arbeiten, die volle Farbtüchtigkeit erfordern	314	2,33	230	4,19	15	0,29	67	4,31	2	0,16
Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern und Arbeiten mit Absturzgefahr	153	1,15	55	1,00	65	1,26	17	1,09	16	1,26
Stehen	110	1,05	36	0,66	55	1,06	5	0,32	14	1,10
Arbeiten mit Gefährdung auf Haut	107	0,79	36	0,66	57	1,10	7	0,45	7	0,55
und Schleimhäute	105	0,78	53	0,97	43	0,83	4	0,26	5	0,39
Arbeiten unter besonderer Einwirkung von Lärm	96	0,71	40	0,73	27	0,52	16	1,03	13	1,03

Unverändert mit einer Rate von 2,5 % lag der Wert für ein Beschäftigungsverbot für körperlich schwere Arbeit. Dieser einschränkende Vermerk hat sich nicht bewährt und wird in Zukunft entfallen.

59 (0,4 %) der Jugendlichen (47 deutsche und 12 nichtdeutsche) waren nach Ansicht der Untersucher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (noch) nicht vermittlungsfähig.

36 (61 %) dieser Jugendlichen besuchten eine Sonderschule.

Der Anteil der (noch) nicht vermittlungsfähigen Jugendlichen ist in den letzten Jahren angestiegen.

1979/80	5	(0,02 %)
1982/83	13	(0,06 %)
1985/86	23	(0,15 %)
1988/89	59	(0,44 %)

Da sich die Berliner Schulärzte bei der Beurteilung der Schulabgänger auf vorangegangene Untersuchungen beziehen können, werden Ergänzungsuntersuchungen immer weniger veranlaßt.

Bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 betrug die Rate der Schüler, die zu einer Nachuntersuchung durch einen anderen Arzt überwiesen wurden, 6,6 % bei den deutschen und 11,6 % bei den nichtdeutschen Jugendlichen (1986: 7,3 % deutsche, 13,5 % nichtdeutsche).

3.2.2.8 *Herz-Kreislauf-Präventionsstudie an Zehlendorfer Kindern und Jugendlichen*

Im Jugendgesundheitsdienst Zehlendorf wurden von November 1988 bis Januar 1991 im Rahmen einer Querschnittserhebung "Zehlendorfer Herz-Kreislauf-Präventionsstudie", unterstützt von der Deutschen Herzstiftung e.V., unter der Leitung von Frau Dr. Ute Michel 1.805 Kinder und Jugendliche (870 Mädchen, 935 Jungen) im Alter von 5 bis 21 Jahren untersucht. Die Untersuchung erfolgte auf freiwilliger Basis und wurde anonym ausgewertet. Die nachfolgend wiedergegebenen Ergebnisse und Tabellen beruhen auf dem Abschlußbericht der Studie.

Von den im schulfähigen Alter (6 bis 20 Jahre) in Zehlendorf lebenden Personen wurden mit den 1.805 Untersuchten 13,6 % erfaßt, davon waren 212 (11,7 %) nichtdeutscher Herkunft.

Die Untersuchung bezog sich gezielt auf kardiovaskuläre Risikofaktoren, wie erhöhtes Gesamtcholesterin (über 200 mg/dl), auffällige Blutdruckwerte, Adipositas, Rauchverhalten, Familienanamnese auf kardiovaskuläre Erkrankungen.

Rund 40 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen wiesen einen oder mehrere dieser Risikofaktoren auf.

3.2.2.8.1 *Gesamtcholesterin*

Bei 1.783 (98,8 %) der Untersuchten wurde das Gesamtcholesterin bestimmt, wobei 985 (55,2 %) normale Werte (unter 170 mg/dl) und 780 (43,7 %) eindeutig erhöhte Cholesterinwerte aufwiesen. Bei 266 (14,9 %) wurden Werte über 200 mg/dl bestimmt; Werte über 220 mg/dl hatten immerhin 108 (6,1 %) der Untersuchten.

3.2.2.8.1.1 *Häufigkeit der ermittelten Gesamtcholesterinwerte unter Berücksichtigung bestimmter Grenzwerte*

Gesamt-Cholesterin (mg/dl)	ingesamt		männlich		weiblich	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
unter 170	985	55,2	564	61,0	421	49,1
170	18	1,0	11	1,2	7	0,8
über 170	780	43,7	350	37,8	430	50,1
darunter						
über 185	481	27,2	210	22,7	271	31,6
über 200	266	14,9	108	11,7	158	18,4
über 220	108	6,1	39	4,2	69	8,0
über 250	28	1,6	11	1,2	17	2,0

Während bei dieser Untersuchung Übergewicht und erhöhtes Gesamtcholesterin nicht in Zusammenhang gebracht werden konnten, zeigten sich bei Mädchen, die orale Kontrazeptiva einnahmen, deutlich erhöhte Cholesterinwerte.

3.2.2.8.1.2 Cholesterinwerte unter Berücksichtigung der Einnahme oraler Kontrazeptiva bei Mädchen ab dem 15. Lebensjahr

Gesamt-Cholesterin (mg/dl)	untersuchte Mädchen ab 15 J.			mit Pille			ohne Pille		
	insgesamt	in % zu		absolut	in % zu		absolut	in % zu	
		Unters.	Chol.wert		Unters	Chol.wert		Unters.	Chol.wert
unter 170	257	69,6	100	10	35,7	3,9	247	72,4	96,1
170 – 200	87	23,6	100	10	35,7	11,5	77	22,6	88,5
über 200	25	6,8	100	8	28,6	32,0	17	5,0	68,0
insgesamt	369	100	100	28	100	6,0	341	100	92,4

3.2.2.8.2 Blutdruck

Auffällige Blutdruckwerte wurden bei 243 (13,5 %) der Untersuchten gemessen, d. h. es waren zumeist grenzwertige Meßwerte. Eindeutig systolisch erhöhte Werte fanden sich bei 8 (0,4 %) und diastolisch erhöhte Meßwerte bei 14 (0,8 %) der untersuchten Mädchen und Jungen.

3.2.2.8.2.1 Blutdruckverhalten bei Jungen und Mädchen

Blutdruck	insgesamt		männlich		weiblich	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
normal	1561	86,5	803	85,9	758	87,2
systolisch grenzwertig	86	4,8	61	6,5	25	2,9
diastolisch grenzwertig	160	8,9	72	7,7	86	9,9
systolisch hyperten	8	0,4	2	0,2	6	0,7
diastisch hyperten	14	0,8	10	1,1	4	0,5
auffällig	243	13,5	132	14,1	111	12,8

3.2.2.8.3 Ernährungszustand

Beurteilt wurde nach einer Kombination, die sowohl aus dem größenabhängigen Gewicht nach dem DGE-Diagramm (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) und der Dicke der Hautfettfalten (alters- und geschlechtsabhängige Triceps- und Subscapularfaldendicke oberhalb der 75. Perzentile) bestand. Hiernach wurden 219 (12,1 %) der Untersuchten als übergewichtig und zugleich als überernährt eingestuft.

3.2.2.8.3.1 Häufigkeit des Übergewichts unter Berücksichtigung verschiedener Gewichtsdefinitionen

Gewichtsdefinition	insgesamt		männlich		weiblich	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
nach DGE-Diagramm 1)	365	20,2	165	17,6	200	23
Fettfalten 2)	356	19,7	210	22,5	146	16,8
% Gewicht über 110	434	24,0	209	22,4	225	23,9
% Gewicht über 120	191	10,6	95	10,2	96	11,0
DGE und Fettfalten	219	12,1	118	12,6	101	11,6

1) DGE: Deutsche Gesellschaft für Ernährung

2) Dicke der Triceps- und Subscapularfettfalte oberhalb der 75. Perzentile

Ein relatives Übergewicht von 110 % überschritten 24 % der untersuchten Jugendlichen (434), ein relatives Übergewicht von 120 % wurde von 10,6 % (191) überschritten.

Signifikant erhöht war der Anteil von Untersuchten mit erhöhten Blutdruckwerten, die gleichzeitig übergewichtig waren.

3.2.2.8.3.2 Blutdruckverhalten unter Berücksichtigung des Ernährungszustandes nach DGE-Diagramm

Gewicht	Untersuchte insgesamt			Blutdruck auffällig			Blutdruck normal		
	absolut	in % zu		absolut	in % zu		absolut	in % zu	
		Unters	Gewicht		Unters	Gewicht		Unters	Gewicht
Untergewicht	87	4,8	100	4	1,6	4,6	83	5,3	95,4
Normgewicht	1353	75,0	100	152	62,3	11,2	1201	76,9	88,8
Übergewicht	365	20,2	100	88	36,1	24,1	277	17,7	75,9
insgesamt	1805	100	100	244	100	13,5	1561	100	86,5

Eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilung von Übergewicht innerhalb der Altersgruppen bietet Tabelle 3.2.2.8.3.2.

3.2.2.8.3.3 Häufigkeitsverteilungen verschiedener Übergewichtsdefinitionen in den einzelnen Altersgruppen

Alter in Jahren	Untersuchte insgesamt	DGE	Fett 1)	D + F 2)	über 110 %	über 120 %
5 - 8	74	8,1	24,3	6,8	17,6	5,4
9	377	10,6	23,4	9,8	21,0	7,7
10	91	18,7	30,0	17,8	30,8	11,0
11	149	12,1	22,1	11,4	24,2	9,4
12	242	17,8	13,6	11,2	22,7	11,6
13	208	19,2	14,9	11,1	26,9	10,6
14	107	27,1	19,6	16,8	26,2	13,1
15	170	20,6	18,2	8,8	16,5	6,5
16	198	34,3	20,2	16,2	28,3	14,6
17	117	36,8	23,1	19,7	32,5	19,7
18 - 21	72	36,1	9,7	8,3	23,6	9,7

1) Triceps- und Subscapularfettfalte oberhalb der 75. Percentile

2) sowohl nach dem DGE-Diagramm als auch nach der Fettfaldendicke überernährt

3.2.2.8.4 Rauchen

Der Anteil der Raucher betrug bei den 15- bis 21jährigen 26,1 %. Die Angaben wurden von Jugendlichen erbracht, die täglich mindestens eine Zigarette rauchten.

Der Raucheranteil der Mädchen lag mit 27,1 % höher als bei den Jungen mit 25,3 %.

3.2.2.8.4.1 Prozentuale Häufigkeit der Raucherinnen und Raucher in den verschiedenen Altersgruppen

Alter in Jahren	insgesamt			männlich			weiblich		
	Unters.	Raucher	in %	Unters.	Raucher	in %	Unters.	Raucher	in %
13	203	1	0,5	105	-	-	98	1	1,0
14	105	4	3,8	59	3	5,1	46	1	2,2
15	170	35	20,6	96	20	20,8	74	15	20,3
16	198	46	23,2	101	21	20,8	97	25	25,8
17	116	42	36,2	71	21	29,6	45	21	46,7
18 und mehr	71	22	31,0	36	15	41,7	35	7	20,0

Innerhalb der verschiedenen Schultypen lag der Raucheranteil bei Hauptschülern, gefolgt von den Realschülern, am höchsten.

3.2.2.8.4.2 Prozentuale Häufigkeit der Raucherinnen und Raucher (15 bis 21 Jahre) nach verschiedenen Schultypen

Schultyp	insgesamt			männlich			weiblich		
	Unters.	Raucher	in %	Unters.	Raucher	in %	Unters.	Raucher	in %
Hauptschule	18	10	55,6	13	8	61,5	5	2	40,0
Realschule	179	63	35,2	105	33	31,4	74	30	40,5
Gymnasium	253	33	13,0	138	21	15,2	115	12	10,4
sonstige 1)	77	35	45,5	39	15	38,5	38	20	52,6
insgesamt	555	145	26,1	304	77	25,3	251	68	27,1

1) Berufs-, Gesamt-, Fach-, Sonderschule

3.2.2.8.5 Angaben aus der Familienanamnese

Hier konnte bei 1.771 auswertbaren Fällen in 73,7 % (1.306) wenigstens eine Frage zur familiären Vorbelastung mit "ja" beantwortet werden (Vorbelastungen wie: Hyperlipämie, koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes mellitus, Apoplexie bei Familienangehörigen).

3.2.2.8.5.1 Familienanamnestische Angaben

Risikofaktoren	positive Familienanamnese								
	Unters.	dar keine Angaben		Unters.	dar. Elt /Geschw		Unters.	dar. Elt /Geschw /Großelt	
		absolut	in %		positiv	in %		positiv	in %
erhöhte Blutfette	1805	81	4,5	1724	340	19,7	1724	664	38,5
koronare Herzkrh	1805	47	2,6	1758	63	3,6	1758	612	34,8
Hypertonus	1805	57	3,2	1748	281	16,1	1748	873	49,9
Diabetes mellitus	1805	55	3,0	1750	56	3,2	1750	463	26,5
Schlaganfall	1805	59	3,3	1746	26	1,5	1746	391	22,4

Die Kinder mit positiver Familienanamnese bei Familienangehörigen wiesen häufiger erhöhte Cholesterinwerte auf, demgegenüber hatten jedoch nur 29,3 % der Untersuchten mit erhöhten Gesamtcholesterinwerten eine positive Familienanamnese.

Hinsichtlich erhöhter Blutdruckwerte zeigte sich bei 27,5 % der untersuchten mit auffälligen Blutdruckwerten eine positive Familienanamnese auf Bluthochdruck oder Schlaganfall. Diejenigen mit positiver Familienanamnese zeigten doppelt so häufig auffällige Werte.

Die Studie kommt zu dem Fazit, daß eine Suche nach Risikofaktoren bereits vor dem 36. Lebensjahr sehr erfolgreich sein kann und somit Möglichkeiten bietet, eine gezielte Prävention von Herz- Kreislauf-Erkrankungen schon im Kindes- und Jugendalter zu betreiben (Screening zur Identifikation von Hochrisikopatienten, allgemeine Strategien zur ausreichenden körperlichen Betätigung, Unterstützung zu gesundem Ernährungsverhalten, frühzeitige Beeinflussung des Rauchverhaltens etc.).

3.2.3 *Berufskrankheiten (BK) 1991*

Nach der Vereinigung der beiden Stadthälften hatten die Gewerbeärzte des Landesinstituts für Arbeitsmedizin Berufskrankheitsfälle aus dem Ostteil sowie dem Westteil der Stadt zu begutachten. Für den Ostteil der Stadt galt laut Einigungsvertrag bis zum 31.12.1991 das BK-Recht der DDR. Deshalb erfolgt die Darstellung der begutachteten Berufskrankheiten getrennt für West und Ost.

Aus Berlin (West) wurden 1991 insgesamt 913, aus dem Ostteil der Stadt 173 Neuerkrankungen abschließend gewerbeärztlich begutachtet. Bezieht man die Zahl der Neuerkrankungen auf die Zahl der Arbeitnehmer, so wären aus Berlin (Ost), gleiche Verhältnisse wie im Westteil der Stadt unterstellt, ca. 730 Neuerkrankungen zu erwarten gewesen. Daß tatsächlich nur etwa ein Viertel dieser Zahl angezeigt wurde, findet seine Erklärung sicher nicht primär in unterschiedlichen arbeitshygienischen Standards. Für diese Diskrepanz sind folgende Gründe denkbar:

- die Unterschiede im BK-Verfahren (So ist der Anteil der nach dem gewerbeärztlichen Gutachten als nicht nachweislich berufsbedingt eingestuften Fälle im Westteil mit 35 % deutlich höher als im Ostteil der Stadt mit 24 %; im Vorjahr war der Unterschied mit 40 % im West- bzw. 11 % im Ostteil noch gravierender.)
- die Verunsicherung der Ärzte im Ostteil (von denen in der ehemaligen DDR nahezu alle Verfahrenseröffnungen ausgingen) durch die komplizierte Rechtssituation sowie der Umbau der medizinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Abbau der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens)
- das Fehlen der in Berlin (West) eingeübten Praxis der Verfahrenseröffnung durch andere als ärztliche Stellen (z.B. durch das Arbeitsamt oder die Krankenkasse)
- die wirtschaftliche Situation im Ostteil der Stadt nach der Vereinigung (Auflösung von Unternehmen, Freisetzung von Arbeitnehmern) und nicht zuletzt
- die soziale Situation von Arbeitnehmern, die unter der Drohung der Arbeitslosigkeit ein Berufskrankheitenverfahren als Gefährdung ihrer beruflichen Existenz empfinden.

Den erwähnten 173 Fällen des Jahres 1991 aus dem Ostteil der Stadt standen 403 Neuerkrankungen des Jahres 1989 gegenüber - dem Jahr, in welchem der gesellschaftliche Umbauprozess noch nicht in Gang war. Dies unterstreicht die Wirksamkeit der genannten Faktoren.

Bemerkenswert ist ferner, daß 1991 auch die Zahl der aus Berlin (West) kommenden BK-Fälle gegenüber dem Vorjahr um etwa 5 % abgenommen, die Quote der berufsbedingten Fälle aber um 5 % zugenommen hat.

3.2.3.1 *Begutachtete Berufskrankheiten 1991 in Berlin (West)*

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Zuständigkeitsbereich Gewerbeaufsicht = Summe		
		begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten			
11	Metalle und Metalloide			
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	4	3	—
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	2	—	—
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen	1	—	—
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen	1	1	—
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe			
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	3	3	3
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	10	3	3
1303	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologe	6	—	—
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge	2	—	—
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)	1	—	—
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen	2	1	1
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide	2	—	—
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	29	11	4
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten			
21	Mechanische Einwirkungen			
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	29	4	1
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	15	8	6
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	4	2	1
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	5	2	1
2106	Drucklähmung der Nerven	4	1	—
2107	Abrißbrüche der Wirbelfortsätze	2	—	—
23	Lärm			
2301	Lärmschwerhörigkeit	122	96	22
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten			
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	78	46	22
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	4	2	—
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	25	22	6

3.2.3.1 Fortsetzung

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Zuständigkeitsbereich Gewerbeaufsicht = Summe		
		begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, des Rippenfells und Bauchfells			
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube			
4101	Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose)	16	10	8
4102	Quarzstaublungenenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	4	3	2
4103	Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	59	41	9
4104	Lungenkrebs in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder mit durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	12	4	4
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells	27	22	22
42	Erkrankungen durch organische Stäube			
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	2	-	-
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen			
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	114	77	21
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	53	29	13
5	Hautkrankheiten			
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	274	207	42
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	1	-	-
insgesamt		913	598	191

1) im Berichtsjahr abschließend begutachtete Erstanzeiten

2) Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflichen Einflüssen festgestellt

3) den Unfallversicherungsträgern zur Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit vorgeschlagen

3.2.3.2 **Begutachtete Berufskrankheiten 1991 in Berlin (Ost)
nach DDR-Recht**

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Zuständigkeitsbereich Gewerbeaufsicht = Summe		
		begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
23	Aromatische Halogenkohlenwasserstoffe	1	1	1
29	Säuren	1	1	-
40	Quarz	4	1	-
41	Asbest	8	7	3
50	Lärm, der Schwerhörigkeit mit sozialer Bedeutung verursacht	18	8	8
54	Teilkörpervibration	1	1	1
60	Von Mensch zu Mensch übertragbare Infektionserreger und Parasiten	18	11	4
61	Vom Tier auf den Menschen übertragbare Infektionserreger und Parasiten	2	-	-
62	In den Tropen aufgenommene Infektionserreger und Parasiten	2	2	-
70	Verschleißkrankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben, Wirbelkörperabschlußplatten, Wirbelfortsätze, Bänder, kleine Wirbelgelenke)	23	17	16
71	Verschleißkrankheiten von Gliedmaßengelenken einschließlich der Zwischengelenkscheiben durch langjährige mechanische Überbelastungen	11	9	8
72	Erkrankungen der Sehngleitgewebe, der Sehnnenscheiden, Sehnenfächer, Sehnen- und Muskelursprünge und -ansätze	6	6	4
80	Hautkrankheiten durch chemische und physikalische Eigenschaften	45	36	20
81	Irritative chronische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch chemische Stoffe	4	1	1
82	Allergische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch pflanzliche oder tierische Allergene oder durch chemische Stoffe	10	9	4
91	Bösartige Neubildungen durch chemische Kanzerogene der Gruppe I	3	3	3
93	Bösartige Neubildungen durch Asbest	7	3	3
SE	Sonderentscheid	9	7	5
insgesamt		173	123	81

- 1) im Berichtsjahr abschließend begutachtete Erstanzeiten
- 2) Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflichen Einflüssen festgestellt
- 3) den Unfallversicherungsträgern zur Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit vorgeschlagen

Schwerpunkte im BK-Geschehen

Sowohl im West- als auch im Ostteil der Stadt ergab sich 1991 im Vergleich zum Vorjahr keine dramatische Verschiebung in der Rangfolge der häufigsten Berufskrankheiten.

In beiden Stadtteilen standen weiterhin die Hauterkrankungen mit insgesamt 274 Neuerkrankungen in Berlin (West) (BK 5101) und 45 Neuerkrankungen in Berlin (Ost) (BK 80) an der Spitze. Den zweiten Rang nahmen im Westteil die obstruktiven Atemwegserkrankungen mit 167 Fällen (BK 4301/4302) ein, während im Ostteil die Verschleißkrankheiten des Bewegungsapparates Rangplatz 2 einnahmen. Da bei den Verschleißkrankheiten der Kreis der versicherten Erkrankungen nach dem DDR-Recht deutlich weiter gefaßt war als im West-Recht, kann nicht verwundern, daß diese Erkrankungen in der Rangfolge der Berufskrankheitenhäufigkeit im Westteil der Stadt erst an sechster Stelle stehen.

3.2.3.3 Rangfolge der Inzidenz von Berufskrankheiten in Berlin (West) 1990/91

Berufskrankheit	begutachtete Fälle				berufsbedingte Fälle			
	1991		1990		1991		1990	
	Rang	absolut	Rang	absolut	Rang	absolut	Rang	absolut
Hautkrankheiten (5101)	1	274	1	234	1	207	1	153
Obstruktive Atemwegserkrankungen (4301/4302)	2	167	3	163	2	106	3	79
Lärmschwerhörigkeit (2301)	3	122	2	167	3	96	2	133
Asbestkrankungen (4103-4105)	4	98	4	113	4	67	3	79
Infektionskrankheiten (3101)	5	78	6	83	5	46	5	46
Verschleißkrankheiten (2101-2107)	6	57	5	85	6	17	6	28
Säureschädender Zähne (1312)	7	29	7	15	7	11	7	7

Mit den in der Tabelle aufgeführten Berufskrankheiten wurden 92 % aller im Berichtsjahr bearbeiteten Fälle im Westteil der Stadt bezeichnet. Auf die restlichen BK-Nummern entfielen lediglich 8 % der Fälle. Einige Nummern waren in Berlin überhaupt nicht vertreten. Insbesondere spielten die 1988 neu in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommenen Erkrankungen (bis auf die Meniskusschäden) in Berlin keine Rolle.

Der Rückgang bei den Verschleißkrankheiten ist auf die geringe Zahl der Neumeldungen von Meniskusschäden zurückzuführen. Diese Erkrankung wurde 1988 durch die Novellierung der Berufskrankheitenverordnung (BeKV) neu formuliert und damit der Kreis der Versicherten ausgeweitet. Die große Zahl der Meldungen des Vorjahres reflektiert einen "Nachholbedarf", der nunmehr offenbar zu einem Teil abgebaut ist.

Die Zahl der Hauterkrankungen lag deutlich über dem Niveau der Vorjahre. Nur im Jahre 1967 wurde die Zahl der für 1991 gemeldeten Erkrankungen noch übertroffen.

Für alle anderen Erkrankungen lagen die Differenzen zum Vorjahr im Rahmen der üblichen Schwankungen.

3.2.3.4 Rangfolge der Inzidenz von Berufskrankheiten in Berlin (Ost) 1990/91

Berufskrankheit	begutachtete Fälle				berufsbedingte Fälle			
	1991		1990		1991		1990	
	Rang	absolut	Rang	absolut	Rang	absolut	Rang	absolut
Hautkrankheiten (BK 80)	1	45	2	70	1	36	1	70
Verschleißkrankheiten (BK 70-75)	2	40	1	72	2	32	2	58
Infektionskrankheiten (BK 60)	3	18	3	29	3	11	3	28
Lärmschwerhörigkeit (BK 50)	4	18	4	26	6	8	7	10
Asbesterkrankungen (BK 41, BK 93)	5	15	5	21	4	10	4	25
Allergosen (BK 82)	6	10	7	14	5	9	5	17
BK nach Sonder- entscheid	7	9	6	17	7	7	6	13

Für 1990 wurden statt der "begutachteten" die "erstmalig angezeigten" Fälle angegeben. Wegen der Überhangsfälle aus dem Vorjahr ergaben sich dadurch z.T. höhere Zahlen für die abgeschlossenen Fälle.

Mit den in der Tabelle aufgeführten Berufskrankheiten wurden 90 % aller in 1991 bearbeiteten BK-Fälle im Ostteil der Stadt erfaßt. Die restlichen 21 BK-Nummern spielten mit insgesamt nur 10 % am BK-Geschehen keine nennenswerte Rolle.

Der Rückgang der Zahl der Neufälle betraf alle BK-Nummern in etwa gleicher Weise. Eine Verschiebung der arbeitshygienischen Problemfelder ließ sich aus dem Rückgang also nicht ableiten.

Mittelfristige Tendenzen im BK-Geschehen

Im Westteil der Stadt lassen sich im 5-Jahres-Überblick bezüglich der Berufskrankheiten zwei klare Tendenzen erkennen:

- eine Zunahme der Zahl obstruktiver Atemwegserkrankungen sowie
- ein kontinuierlicher Abfall der Fallzahlen bei den Infektionskrankheiten.

Die rückläufige Tendenz bei den Infektionskrankheiten war in den letzten Jahren ausreichend stabil, so daß dieses Phänomen nun mit der erforderlichen Sicherheit auf den Erfolg der Hepatitis-B-Schutzimpfung zurückgeführt werden kann. Erfreulich ist insbesondere, daß infolge nahezu flächendeckender Immunisierung der Entwicklungshelfer des Deutschen Entwicklungsdienstes (DED) keine Hepatitis-B-Erkrankungen aus diesem Bereich gemeldet wurden. Dagegen entfielen im Ostteil der Stadt von den 11 als berufsbedingt eingestuften Infektionskrankheiten 8 auf Hepatitis-B-Erkrankungen. Der Grund dafür ist in einem bislang geringen Durchimpfungsgrad des Personals im Gesundheitsdienst zu sehen. Deshalb müssen in Zukunft die Bemühungen verstärkt werden, die in der Unfallverhütungsvorschrift VBG 103 "Gesundheitsdienst" vorgesehene Immunisierung auch durchzusetzen.

Sorge bereitet nach wie vor die steigende Zahl obstruktiver Atemwegserkrankungen. Da diese Erkrankungen schwerpunktmäßig in Betrieben der Nahrungsmittelbranche auftreten, besteht die Hoffnung, daß die ab 1.1.1992 für alle Mitgliedsbetriebe der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten vorgesehene betriebsärztliche Betreuung zu einem Rückgang der Erkrankungszahlen führen wird.

Der im Berichtsjahr beobachtete leichte Rückgang der Zahl der asbestbedingten Erkrankungen entsprach nicht dem langjährigen Trend. Es wird damit gerechnet, daß die Neuerkrankungen in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Wegen der geschilderten Umbruchsituation läßt sich für die Berufskrankheitenentwicklung im Ostteil der Stadt z.Z. keine verläßliche Aussage treffen.

Die Zahl der Hauterkrankungen unterlag im langjährigen Vergleich schon immer einer erheblichen Schwankungsbreite. Ob der gegenwärtige Trend einer Zunahme der Fallzahlen anhalten wird, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

KAPITEL

4

*GESUNDHEITSVORSORGE
UND
GESUNDHEITSFÖRDERUNG*

4.0 Vorbemerkung

Da im vergangenen Jahresgesundheitsbericht (1989/90) die Inhalte und Begriffe sowie Maßnahmen der Gesundheitshilfe, -vorsorge, -förderung und Prävention ausführlich dargestellt und voneinander abgegrenzt worden sind, beschränken sich diese Anmerkungen darauf, neue Entwicklungen - insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) - in den Jahren 1990/91 aufzuzeigen.

Der Gedanke der Gesundheitsförderung, welcher sich an einem Begriff von Gesundheit orientiert, der diese als individuell erlebtes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umschreibt und Umweltbedingungen in dieses Befinden einschließt (WHO), nimmt immer breiteren Raum in der lokalen und regionalen Gesundheitspolitik ein und fordert zu neuartigem Gesundheitshandeln heraus. So stellte auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in ihrer EntschlieÙung vom Oktober 1991 heraus, daß gerade dem ÖGD bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt. Bisher gegangene Wege auch in der Gesundheitshilfe müssen einem umfassenden Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung untergeordnet werden, Prävention in allen Stufen muß stärker mit den Bürgern und nicht allein für sie geleistet werden.

Die Wiedererlangung der Einheit Deutschlands hat jedoch auch im Bereich des ÖGD tiefgreifende Veränderungen mit sich gebracht. Sie wirft insbesondere im nunmehr ungeteilten Berlin, in dem die Gegensätze der zurückliegenden jahrzehntelangen Entwicklung besonders deutlich aufeinandertreffen, Probleme auf, die nur durch eine aktive, vorausschauende, gemeinsame Planung und Neustrukturierung gelöst werden können.

Die Zusammenführung der Stadthälften hat gezeigt, wie unterschiedlich die Erwartungen und Erfahrungen in jedem der beiden Stadtteile über die Jahre hinweg auch für den Gesundheitsbereich gewachsen sind. Läßt sich für die Angebote und Leistungen des ÖGD noch feststellen, daß sich durch die Schaffung und Neuorientierung von Gesundheitshilfestrukturen im Sinne des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) bald eine Gleichheit der Bedingungen eingestellt haben wird, muß man für den Bereich der Hilfe durch Selbsthilfe noch einige Zeit des Bewußtwerdens über die Notwendigkeit und Möglichkeit eigenen Aktivwerdens einräumen. Mit Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen konnten auch im Gesundheitshilfebereich, insbesondere der Hilfe zur Selbsthilfe, im Ostteil der Stadt erste Schritte auf diesem dort neuen Gebiet getätigt werden.

Der Zwang zur Vereinheitlichung bietet gleichzeitig die einmalige Chance, den ÖGD auf der Grundlage moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse, am Bedarf der Bevölkerung und an den finanziellen Ressourcen orientiert, neu zu strukturieren.

Daher wurde im November 1991 eine öffentliche Ausschreibung mit folgenden Themenbereichen vergeben:

“Steigerung der Effektivität des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin - bedarfsgerechte Neustrukturierung.

Das Gutachten soll darüber Aufschluß geben, wie umfangreich der ÖGD unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips künftig sein soll bzw. welche Angebote vorzuhalten sind.

Dabei sollen Erfahrungen anderer Bundesländer und insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Berlin und Brandenburg berücksichtigt werden.“

Darüber hinaus wurden als weitere Ziele genannt:

1. Die Aufgabenbereiche Prävention/Gesundheitsförderung, Umweltmedizin und Epidemiologie/Gesundheitsberichterstattung müssen im ÖGD verstärkt berücksichtigt werden.

2. Das Prinzip der Subsidiarität muß angesichts vorhandener Angebote von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, Projekten im Selbsthilfebereich und bei anderen freien Trägern oder zentralen Einrichtungen durch Aufgabeneingrenzung im ÖGD durchgesetzt werden.
3. Ein dezentrales, wohnort- und bürgernahes Angebot des ÖGD kann in einem Stadtstaat wie Berlin angesichts der Verkehrs-Infrastruktur flächendeckend auch durch die Konzentration von Aufgaben bei einzelnen Gesundheitsämtern gewährleistet werden.
4. Unabhängig von der allgemeinen Verwaltungsreform in Berlin erscheint eine grundsätzliche Organisationsstraffung erforderlich.

Insofern ist der ÖGD gefordert, auf der Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens, die Ende 1992 zu erwarten sind, auch ein umfassendes Konzept kommunaler Gesundheitsförderung zu erstellen und zu realisieren. Dieses darf jedoch nicht an anderen Einrichtungen und Gruppen vorbeientwickelt werden; vielmehr ist ein produktives Zusammenwirken mit Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen, Stadtteilzentren und anderen sozialen Bewegungen, niedergelassener Ärzteschaft und weiteren am Gesundheitswesen beteiligten Gruppierungen erforderlich.

Zur Zeit existieren bereits zahlreiche und verschiedenartige, die Gesundheitsförderung betreffende Einzelangebote, die jedoch regional ungleich verteilt sind und unverbunden nebeneinander bestehen. Diese für die Bürger übersichtlicher zu machen, Informationen über die vorhandenen Angebote miteinander zu vernetzen, wird eine wichtige Aufgabe der kommenden Jahre sein.

4.1 Gesundheitsvorsorge

4.1.1 Eheberatung, Familienplanung und Schwangerenberatung 1990

4.1.1.1 Sozialmedizinischer Dienst (SMD) der Bezirksämter

Sozialmedizinische Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD) werden von den Gesundheitsämtern aller Bezirke unterhalten. Da die Sozialmedizinischen Dienste im Ostteil der Stadt erst im Laufe der Jahre 1990 und 1991 eingerichtet bzw. aus bestehenden Beratungsstellen umstrukturiert wurden, liegen für 1990 nur Zahlen aus Berlin (West) vor. Hier hatten die Sozialmedizinischen Dienste 28.865 Zugänge im Berichtsjahr zu verzeichnen, das entspricht einer Zunahme von 4,9 % gegenüber dem Vorjahr.

Bereich	Zugänge im Berichtsjahr											
	1987		1987	1988		1988	1989		1989	1990		1990
	absolut	%	zu 1986 in %	absolut	%	zu 1987 in %	absolut	%	zu 1988 in %	absolut	%	zu 1989 in %
Schwangerenberatung	12033	48,8	+26,9	14086	52,5	+17,1	14349	52,1	+1,9	14792	51,2	+3,1
Familienplanungsberatung	8405	34,1	+2,9	8487	31,6	+1,0	9273	33,7	+9,3	10067	34,9	+8,6
Beratung nach § 218 StGB	3060	12,4	-6,3	3088	11,5	+0,9	2747	10,0	-11,0	2897	10,0	+5,5
Ehe-, Sexual- und Partnerberatung	1171	4,7	-1,7	1180	4,4	+0,8	1151	4,2	-2,5	1109	3,8	-3,6
insgesamt	24669	100	+16,0	26841	100	+8,8	27520	100	+2,5	28865	100	+4,9

Von den Beratungsangeboten der Sozialmedizinischen Dienste wurde die Schwangerenberatung am häufigsten in Anspruch genommen: Mit 14.792 Personen zählte sie über die Hälfte aller Zugänge im Berichtsjahr (1990: 51,2 %, 1989: 52,1 %).

Die Schwangeren erhalten medizinische Betreuung und soziale Beratung, außerdem können sie an Kursen zur Geburtsvorbereitung teilnehmen.

14.792 Frauen (1989: 14.349) suchten 1990 erstmalig die Beratungsstelle auf, darunter waren 3.673 Ausländerinnen (24,8 %, 1989: 22,0 %). Der Vergleich der Zahl betreuter Frauen mit der Geburtenzahl von 1990 zeigt, daß etwa zwei Drittel aller werdenden Mütter (66,5 %, 1989: 67,6 %) Gebrauch machten von der Schwangerenvor- und -fürsorge durch die Sozialmedizinischen Dienste. Die Zahl der Ratsuchenden lag in den Bezirken am höchsten, in denen die Beratungsstelle einem Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung angeschlossen ist

4.1.1.1 Schwangerenberatung 1990 in Berlin (West)

Bezirk	Geborene 1990 (StaLa)	Zugänge im Berichtsjahr - weiblich -				Untersuchungen/ Beratungen (einschließlich Außendienst)					
		insgesamt		davon		ärztliche Unter- suchungen und/oder Beratungen	Beratungen durch Sozial- arbeiter	Beratungen durch Psychologen	Gruppen- beratungen		
				Deutsche	Nichtdeutsche						
		absolut	in % zu den Geborenen je Bezirk	absolut	in % zu d. Zugän- gen insg. je Bezirk						
Tiergarten	1140	718	63,0	428	290	40,4	724	1570	-	46	
Wedding	2204	2419	109,8	1224	1195	49,4	4051	1593	-	93	
Kreuzberg	2273	1603	70,5	1509	94	5,9	251	2674	78	34	
Charlottenburg	1759	1510	85,8	1208	302	20,0	4744	1780	-	39	
Spandau	2106	436	20,7	436	-	-	7	1007	-	34	
Wilmerdorf	1176	320	27,2	269	51	15,9	176	424	-	-	
Zehlendorf	813	378	46,5	334	44	11,6	50	440	-	43	
Schöneberg	1804	892	49,4	620	272	30,5	1789	889	-	184	
Steglitz	1771	1230	69,5	1036	194	15,8	5872	1783	-	12	
Tempelhof	1564	563	36,0	532	31	5,5	-	637	-	48	
Neukölln	3366	2606	77,4	1806	800	30,7	13486	2787	-	23	
Reinickendorf	2253	2117	94,0	1717	400	18,9	2425	2011	-	33	
Berlin (West)											
	1990	22229	14792	66,5	11119	3673	24,8	33575	17595	78	589
	1989	21233	14349	67,6	11186	3163	22,0	36018	16814	131	440

Der Beratungsbereich Familienplanung des SMD informiert und berät zu Fragen der Empfängnisverhütung und prüft die Antragstellung auf Kostenübernahme für Verhütungsmittel nach dem Bundessozialhilfegesetz.

1990 waren insgesamt 10.067 Neuzugänge - überwiegend Frauen, darunter 14,1 % Ausländerinnen - zu verzeichnen. Die Anzahl der Paare und Männer machte nur 3,3 % der Ratsuchenden aus. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Zugänge um 8,6 %. Von allen Personen, die erstmalig im Berichtsjahr Beratung über Familienplanung erhielten, wendete fast jeder Fünfte (23,6 %) sich an den SMD in Kreuzberg.

Wegen einer Schwangerschaftskonfliktsituation suchten 2.897 Personen, 5,5 % mehr als im Vorjahr, die Sozialmedizinischen Dienste auf. In 90,5 % der Fälle erschienen Frauen allein, 9,4 % zusammen mit ihrem Partner. Über ein Viertel der Frauen (26,3 %) und fast die Hälfte aller Paare (47,2 %) waren nichtdeutsch.

Bei den Beratungsgesprächen handelte es sich überwiegend um soziale Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB. Günstig für die betroffenen Frauen war, daß die Indikationsstellung durch den Arzt in derselben Beratungsstelle erfolgen konnte. Auch bei Problemen, die sich nach einem Schwangerschaftsabbruch ergaben, erhielten Frauen bzw. Paare Hilfe in den Sozialmedizinischen Diensten.

In der Ehe-, Sexual- und Partnerberatung sanken die Zugänge gegenüber dem Vorjahr um 3,6 %. Unter den 1.109 Ratsuchenden waren die Paare mit 25,5 % und die Männer mit 14,6 % weitaus stärker vertreten als in den anderen Bereichen der Sozialmedizinischen Dienste.

4.1.1.1.2 Familienplanungsberatung, Beratung nach § 218 StGB sowie Ehe-, Sexual- und Partnerberatung 1990 in Berlin (West)

Bezirk	Zugänge im Berichtsjahr									Unters./Berat einschl. Außendienst			
	insgesamt			davon						ärztliche Unter- suchungen und/oder Beratungen	Bera- tungen durch Sozial- arbeiter	Bera- tungen durch Psycho- logen	Grup- pen- bera- tungen
				Deutsche			Nichtdeutsche						
	w	m	Paare	w	m	Paare	w	m	Paare				
Familienplanungsberatung													
Tiergarten	424	14	4	326	14	1	98	-	3	430	670	-	-
Wedding	967	16	8	728	16	5	239	-	3	685	1210	-	-
Kreuzberg	2287	46	39	1841	43	23	446	3	16	2367	4590	43	75
Charlottenburg	786	1	33	627	1	11	159	-	22	1712	753	-	9
Spandau	605	4	9	587	4	8	18	-	1	660	564	-	-
Wilmerdorf	831	8	30	785	5	17	46	3	13	361	1803	-	-
Zehlendorf	357	1	2	337	1	1	20	-	1	240	695	-	-
Schöneberg	791	18	15	710	17	10	81	1	5	633	1718	18	2
Steglitz	416	4	13	383	3	13	33	1	-	147	779	2	-
Tempelhof	890	0	28	866	-	28	24	-	-	-	907	-	-
Neukölln	845	8	20	664	7	3	181	1	17	638	1481	31	6
Reinickendorf	532	3	12	507	3	8	25	-	4	169	911	-	-
Berlin (West)													
1990	9731	123	213	8361	114	128	1370	9	85	8042	16081	94	92
1989	8942	121	210	7844	117	116	1098	4	94	8376	15299	121	44
Beratung nach § 218 StGB													
Tiergarten	78	-	9	62	-	8	16	-	1	82	84	-	-
Wedding	513	-	34	307	-	11	206	-	23	398	590	-	-
Kreuzberg	241	-	15	181	-	8	60	-	7	241	320	49	-
Charlottenburg	275	-	71	180	-	32	95	-	39	478	72	19	-
Spandau	363	1	26	324	-	16	39	1	10	195	204	131	-
Wilmerdorf	160	1	19	126	-	17	34	1	2	138	171	-	-
Zehlendorf	30	-	10	23	-	9	7	-	1	41	45	-	-
Schöneberg	219	1	12	183	1	8	36	-	4	241	240	-	-
Steglitz	68	-	20	57	-	13	11	-	7	42	86	-	-
Tempelhof	121	-	0	103	-	-	18	-	-	-	108	-	-
Neukölln	431	-	41	274	-	12	157	-	29	376	400	73	-
Reinickendorf	124	-	14	114	-	9	10	-	5	53	139	-	-
Berlin (West)													
1990	2623	3	271	1934	1	143	689	2	128	2285	2459	272	-
1989	2419	3	325	1781	2	155	638	1	170	2032	2446	290	-
Ehe-, Sexual- und Partnerberatung													
Tiergarten	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Wedding	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kreuzberg	65	9	19	63	9	18	2	-	1	-	-	779	-
Charlottenburg	154	62	93	146	60	85	8	2	8	105	241	432	58
Spandau	129	28	56	126	28	53	3	-	3	9	626	626	31
Wilmerdorf	74	18	15	70	18	15	4	-	-	163	21	471	39
Zehlendorf	28	-	3	27	-	3	1	-	-	1	118	-	-
Schöneberg	48	5	16	47	5	15	1	-	1	2	4	456	10
Steglitz	10	8	17	9	8	17	1	-	-	33	93	94	-
Tempelhof	62	-	11	62	-	11	-	-	-	-	73	-	-
Neukölln	45	11	13	42	11	13	3	-	-	-	169	776	-
Reinickendorf	48	21	40	47	21	36	1	-	4	3	523	-	-
Berlin (West)													
1990	664	162	283	640	160	266	24	2	17	317	1868	3634	138
1989	645	167	339	625	190	319	20	7	20	198	2039	3818	153

4.1.1.2 *Beratungsangebote von Einrichtungen freier Träger 1990 in Berlin (West)*

In Berlin unterhalten neben den kommunalen Einrichtungen auch freie Träger umfangreiche Beratungs- und Behandlungsangebote. Die hiermit im Zusammenhang stehenden Aufgaben werden wegen des öffentlichen Interesses an ihrer Erfüllung bei nachfolgenden Trägern durch Zuwendungen gefördert.

PRO FAMILIA

Die Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung - Landesverband Berlin e.V. - (PRO FAMILIA) führt in ihren Beratungsstellen in 1000 Berlin 30, Ansbacher Straße 11, in 1000 Berlin 21, Gotzkowskystraße 8 und in 1000 Berlin 36, Lausitzer Str. 46, wöchentlich 9 Sprechstunden durch, davon werden 3 speziell für türkische Frauen und 2 für Behinderte angeboten.

Ein großer Teil der Beratungen erfolgt nach Einzelterminvergabe außerhalb der Sprechstunden.

Bei PRO FAMILIA waren 1990 5 Ärztinnen, 4 Psychologinnen, 4 Sexualpädagoginnen, je 1 Diplompädagogin, Diplomsoziologin, Sozialarbeiterin sowie 6 Praktikantinnen der Sozialarbeit beschäftigt. Darüber hinaus arbeiteten 2 Sozialarbeiterinnen und 1 Sozialhelferin auf ABM-Stellen.

Die Beratungsinhalte umfassen alle Aspekte und Probleme aus den Bereichen Sexualität, Partnerschaft, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung und Kinderwunsch. 1990 kamen zu dem umfangreichen Beratungsangebot neue Aufgaben hinzu, u.a. Ultraschalluntersuchungen, AIDS-Beratungen und Beratungen für geistig Behinderte. Angeboten werden Einzel- und Paarberatungen, Gruppengespräche, Kurse, Multiplikatorengespräche und Informationsveranstaltungen.

Einen Überblick über die Arbeit von PRO FAMILIA bietet die nachfolgende Beratungsstatistik. Aus diesen Zahlen sind inhaltliche Verschiebungen ablesbar und Trends interpretierbar.

Im Rahmen der institutionellen Förderung wurde die Arbeit bei PRO FAMILIA auch im Jahr 1990 durch Zuwendungen unterstützt.

4.1.1.2.1 Beratungen durch PRO FAMILIA 1989 und 1990 in Berlin (West)

Beratungsinhalt	Beratungen			
	1989	1990	1990 zu 1989	
			absolut	in %
soziale Beratungen	755	670	-85	-11,3
Adoptionsberatungen	6	6	-	-
Beratungen nach § 218 StGB	1692	1586	-106	-6,3
Graviditätsambivalenz	240	204	-36	-15,0
psychologische Beratungen	1275	1643	368	28,9
Kinderwunschberatungen	37	22	-15	-40,5
medizinische Beratungen	819	679	-140	-17,1
gynäkologische Untersuchungen	575	412	-163	-28,3
Krebsfrüherkennung	156	198	42	26,9
Graviditätstests	601	602	1	0,2
JUP legen/ziehen	33	62	29	87,9
Diaphragman anpassen	335	239	-96	-28,7
Diaphragmanachtasten	257	138	-119	-46,3
Verhütungsberatungen	531	579	48	9,0
Sterilisationsberatungen	146	88	-58	-39,7
Pillenberatungen	588	369	-219	-37,2
Nachverhütungsberatungen	239	218	-21	-8,8
Sexualpädagogik	1958	1866	-92	-4,7
Ultraschall	-	12	12	100,0
Refertilisierungsberatungen	-	5	5	100,0
Hymenplastikberatungen	-	4	4	100,0
Rezepte u.ä.	-	420	420	100,0
Aids-Beratungen	-	12	12	100,0
Beratg. v. geistig Behinderten	-	109	109	100,0
insgesamt	10243	10143	-100	-1,0

Diakonisches Werk Berlin e. V.

Für die Beratungstätigkeit im Zusammenhang mit der Bundesstiftung "Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens" und der Landesstiftung "Hilfe für die Familie" erhält das Diakonische Werk Zuwendungen im Rahmen einer Projektförderung. In den Beratungsstellen "Gesundheitszentrum Gropiusstadt" und "Treffpunkt am Mehringplatz" wurden 1990 1.138 Beratungen durchgeführt, die in der Regel zur Inanspruchnahme von Stiftungsleistungen führten. Darüber hinaus wurden die ratsuchenden Frauen über weitergehende Hilfsangebote informiert und umfassend in allen psychosozialen Angelegenheiten beraten.

Caritasverband für Berlin e. V.

Vom Caritasverband für Berlin e. V. und dem Sozialdienst katholischer Frauen e. V. werden die Beratungsstellen in 1000 Berlin 10, Iburger Ufer 12, in 1000 Berlin 44, Boddinstraße 63, sowie in 1000 Berlin 31, Tübinger Straße 5, unterhalten.

Die Aufgaben dieser Beratungsstellen umfaßten u. a. die Beratung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt nach § 218 StGB und die Beratung von Schwangeren in psychischen und materiellen Not- und Konfliktsituationen. Dabei nahm die Bearbeitung von Anträgen an die Stiftung "Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens" auch 1990 einen großen Raum ein.

Unterstützt wurde diese Arbeit durch Zuwendungen im Rahmen einer Projektförderung.

Andere Träger

Beratung auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge wird auch von anderen Trägern angeboten. So bieten z.B. das "Feministische Frauen-Gesundheits-Zentrum e.V." und das "Geburtshaus e.V." spezielle Beratungsangebote für Frauen an.

Gemäß Artikel 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages hat das Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit ab Oktober 1990 begonnen, den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Schwangerschaftsberatungsstellen verschiedener Träger im Beitrittsgebiet zu fördern.

In Berlin (Ost) werden seit dem 1.1.1991 7 Beratungsstellen aus Bundesmitteln finanziert. Zur Schaffung eines Netzes, mit dem für 40.000 Einwohner jeweils eine Beratungskraft zur Verfügung stehen soll, ist mit finanzieller Hilfe des Bundes die Förderung von 3 weiteren Beratungsstellen vorgesehen.

4.1.1.3 Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1990 in Berlin (West)

Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen im West- und Ostteil der Stadt bezieht sich dieser Bericht ausschließlich auf Berlin (West).

Im Jahre 1990 wurden die statistischen Angaben von 6 582 sozialen Beratungen (gegenüber 1989: - 1 %) über die angebotenen öffentlichen und privaten Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, ausgewertet. Dieser sozialen Beratung nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB müssen sich Frauen unterziehen, die den Abbruch einer bestehenden Schwangerschaft wünschen. Sie ist nicht erforderlich, wenn der Abbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschäden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

Zur Erfüllung der Auskunftspflicht nach § 10 des Schwangerengesetzes vom 22.12.1978 (GVBl. S. 2514) werden vom Berater nur Aufzeichnungen über Abbruchgründe, Alter, Familienstand, Wohnort und Staatsangehörigkeit der Beratenen vorgenommen. Angaben, aus denen die Identität der Schwangeren abgeleitet werden kann, dürfen in diesem Zusammenhang nicht erfaßt werden.

Zwischen den gemeldeten 6 582 Beratungen und den erfaßten tatsächlichen Abbrüchen, die jährlich in einer Größenordnung von 10.000 - 11.000 vorgenommen werden (siehe Kapitel 2), klafft jedoch weiterhin eine Lücke, die es durch besondere Bemühungen um eine möglichst vollständige Erfassung zu schließen gilt.

Die Statistik unterteilt nach in städtischen und nichtstädtischen - d.h. freigemeinnützigen oder privat unterhaltenen - Stellen sowie in Arztpraxen vorgenommenen Beratungen.

In den städtischen Beratungsstellen wurden 44,6 % (1989: 41,7 %) der Beratungen durchgeführt, wobei die Bezirke Neukölln und Wedding den größten Anteil hatten.

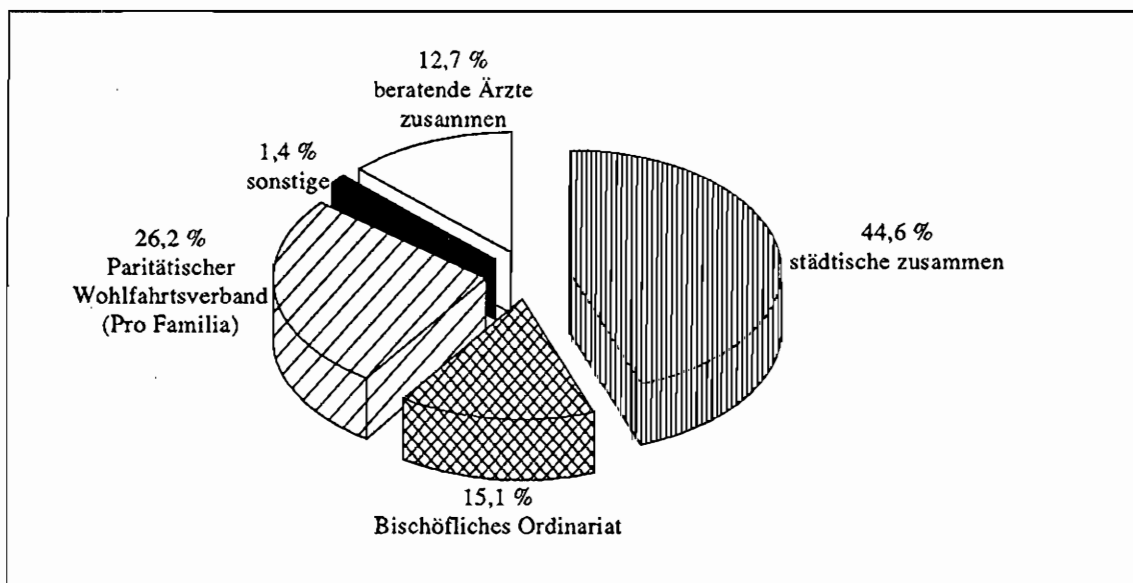
In den nichtstädtischen Beratungsstellen erfolgten 42,7 % (1989: 48,2 %) aller Beratungen. Hier lag mit 1 722 (bzw. 61,2 % der nichtstädtischen) Beratungen der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband mit großem Abstand an der Spitze - die Beratungen wurden fast ausschließlich in den Beratungsstellen der Pro Familia durchgeführt; das Bischöfliche Ordinariat war mit 995 (bzw. 35,4 % der nichtstädtischen) Beratungen vertreten.

Weitere 836 Beratungen (12,7 %) wurden von anerkannten Ärzten in freier Praxis gemeldet

4.1.1.3.1 Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1990 in Berlin (West)
- Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen -

Beratungsstellen				Beratungen	
				absolut	%
städtische zusammen				2933	44,6
davon	im Bereich				
	-Ges-	-Jug-	-Soz-		
Tiergarten	85	-	-	85	1,3
Wedding	543	-	-	534	8,1
Kreuzberg	292	-	-	292	4,4
Charlottenburg	285	-	-	285	4,3
Spandau	362	-	-	362	5,5
Wilmerdorf	170	-	-	170	2,6
Zehlendorf	40	-	-	40	0,6
Schöneberg	208	-	-	208	3,2
Steglitz	159	-	-	159	2,4
Tempelhof	104	-	-	104	1,6
Neukölln	389	87	20	496	7,5
Reinickendorf	136	53	-	189	2,9
nichtstädtische zusammen				2812	42,7
davon					
Arbeiterwohlfahrt				17	0,3
Bischöfliches Ordinariat				995	15,1
Diakonisches Werk				25	0,4
Paritätischer Wohlfahrtsverband				1722	26,2
darunter Pro Familia				1716	26,1
Deutsches Rotes Kreuz				3	0,0
Gesundheitszentrum Gropiusstadt				50	0,8
beratende Ärzte zusammen				836	12,7
unbekannt				1	0,0
insgesamt				6582	100

Graphik 20 : Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen nach § 218 StGB



Knapp ein Drittel der 6.582 beratenen Frauen waren nichtdeutsch, darunter waren allein 837 (39,9 %) Türkinnen.

Auffällig waren erhebliche Unterschiede im Familienstand von deutschen und nichtdeutschen Frauen: Die deutschen Frauen waren zu 62 % ledig und zu 30 % verheiratet, während dieses Verhältnis bei den nichtdeutschen Frauen mit 23 % zu 71 % umgekehrt aussah - bei den Türkinnen waren sogar 86 % verheiratet.

Die Altersgruppe der 25- bis unter 30jährigen war mit 31,5 % erstmalig am stärksten vertreten, die Gruppe der 20- bis unter 25jährigen, die in früheren Jahren quantitativ die größte war, folgte mit 26,4 %.

Die Hälfte der Beratenen gab mehrere Gründe für einen beabsichtigten Schwangerschaftsabbruch an, die sich im einzelnen nicht aufschlüsseln lassen. Bei 17,2 % der Frauen blieben die Abbruchgründe unbekannt, 13,4 % nannten andere Gründe. Bei den verbleibenden 1.234 beratenen Schwangeren lag der Abbruchgrund für 364 Frauen in wirtschaftlichen Problemen, für 243 in Ausbildungs-/Arbeitsplatzproblemen und für 512 in familiären Problemen; für 11 Frauen war es Vergewaltigung, für 113 die Befürchtung einer kindlichen Schädigung.

4.1.1.3.2

Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1990 in Berlin (West)
- Alter und Familienstand der Beratenden und Abbruchgründe -

Beratene nach	Beratungen		Alter der Beratenden von ... bis unter ... Jahren																
	1990	dagegen 1989																	
			insgesamt	%	insgesamt	%	unter 15	15-18	18-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50 u.mehr	unbekannt		
	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	
Familienstand																			
ledig	3239	49,2	3164	47,8	13	150	319	1092	1036	377	170	31	3	-	48				
verheiratet	2837	43,1	2949	44,5	-	23	103	584	889	605	410	150	26	i	46				
geschieden	386	5,9	428	6,5	-	-	i	37	120	107	78	33	5	-	5				
verwitwet	11	0,2	18	0,3	-	-	-	2	2	5	-	i	i	-	-				
unbekannt	109	1,7	66	1,0	-	2	i	24	26	16	13	9	-	-	18				
Abbruchgründen																			
wirtschaftliche Probleme	364	5,5	288	4,3	i	2	24	97	123	63	39	10	2	-	3				
Ausbild.-/Arbeitsplatzprobleme	234	3,6	276	4,2	-	15	33	76	63	31	13	i	-	-	2				
familiäre Probleme	512	7,8	483	7,3	-	6	18	116	151	105	81	28	i	-	6				
befürchtete kindliche Schädigung	113	1,7	92	1,4	i	i	3	22	16	23	31	12	4	-	-				
Vergewaltigung	11	0,2	6	0,1	3	-	-	3	i	4	-	-	-	-	-				
andere Gründe	880	13,4	891	13,4	3	17	48	209	267	158	106	52	8	i	11				
mehrere Gründe	3338	50,7	3163	47,7	5	111	212	905	995	573	341	106	15	-	75				
unbekannt	1130	17,2	1426	21,5	-	23	86	311	457	153	60	15	5	-	20				
insgesamt	6582				13	175	424	1739	2073	1110	671	224	35	i	117				
%		100			0,2	2,7	6,4	26,4	31,5	16,9	10,2	3,4	0,5	0,0	1,8				
1990			6.625		21	186	426	1909	1898	1138	657	235	31	i	123				
1989				100	0,3	2,8	6,4	28,8	28,6	17,2	9,9	3,5	0,5	0,0	1,9				

4.1.1.3.3 Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1990 in Berlin (West)
- Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand der Beratenen und Abbruchgründe -

Beratene nach	Beratungen		Staatsangehörigkeit			
	insgesamt	%	deutsch	nicht-deutsch	darunter türkisch	unbekannt
Alter von ... bis unter ... Jahren						
unter 15	13	0,2	13	-	-	-
15 - 18	175	2,7	113	60	27	2
18 - 20	424	6,4	277	143	61	4
20 - 25	1739	26,4	1142	585	275	12
25 - 30	2073	31,5	1399	661	253	13
30 - 35	1110	16,9	771	336	94	3
35 - 40	671	10,2	473	187	66	11
40 - 45	224	3,4	148	74	42	2
45 - 50	35	0,5	23	12	7	-
50 und älter	1	0,0	-	1	1	-
unbekannt	117	1,8	59	41	11	17
Familienstand						
ledig	3239	49,2	2732	490	81	17
verheiratet	2837	43,1	1330	1493	719	14
geschieden	386	5,9	304	78	28	4
verwitwet	11	0,2	7	4	3	-
unbekannt	109	1,7	45	35	6	29
Abbruchgründen						
wirtschaftliche Probleme	364	5,5	262	99	37	3
Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme	234	3,6	198	34	8	2
familiäre Probleme	512	7,8	332	176	99	4
befürchtete kindliche Schädigung	113	1,7	81	32	14	-
Vergewaltigung	11	0,2	9	2	-	-
andere Gründe	880	13,4	658	214	98	8
mehrere Gründe	3338	50,7	2472	832	279	34
unbekannt	1130	17,2	406	711	302	13
insgesamt	1990	6582	4418	2100	837	64
%		100	67,1	31,9	12,7	1,0
	1989	6625	4335	2234	952	56
		100	65,4	33,7	14,4	0,8

4.1.2 *Beratungsstellen für Risikokinder 1990 in Berlin (West)*

Die Berichterstattung betrifft 1990 nur die Beratungsstellen in Berlin (West), von Berlin (Ost) liegen keine Zahlen vor, da die Beratungsstellen hier im Laufe des Berichtsjahres noch aufgebaut bzw. umstrukturiert wurden.

Aufgabe der Beratungsstellen für Risikokinder ist es, bezirksübergreifend Säuglinge und Kleinkinder zu beobachten und zu betreuen, deren Entwicklung durch besondere Risikofaktoren aus Schwangerschaft und Perinatalperiode gefährdet ist oder die bei den üblichen Vorsorgeuntersuchungen durch z.B. niedergelassene Ärzte oder Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - auffallen.

Die 6 Beratungsstellen (in den Bezirken Wedding, Charlottenburg, Steglitz, Tempelhof, Neukölln und Reinickendorf) sind jeweils eine organisatorische und fachliche Einheit innerhalb des Jugendgesundheitsdienstes. Im Berichtsjahr 1990 wurden diesen Beratungsstellen insgesamt 5.559 Kinder vorgestellt. Davon waren weniger als ein Drittel (28,7 %) Erstvorstellungen. Wie schon in den vorangegangenen Jahren befanden sich die meisten (75,3 %) der erstmals vorgestellten Kinder im Säuglingsalter, das entspricht 5,4 % der im Berichtsjahr Lebendgeborenen. Nichtdeutsche Säuglinge waren an den Erstvorstellungen mit 18,9 % (1989: 16,6 %) beteiligt, bei den erstvorgestellten Kleinkindern lag der Anteil bei 22,6 % (1989: 21,1 %)

Als Erstvorstellung wird die ärztliche Untersuchung eines Säuglings oder eines Kleinkindes (bis zum Vorschulalter) gezählt. Sie umfaßt eine ausführliche Anamnese, Untersuchung, Diagnostik, Beratung der Eltern und die Dokumentation. Darüber hinaus können beispielsweise zusätzliche Tests zur Erkennung von Wahrnehmungsstörungen anfallen. Die Notwendigkeit von Zusatzuntersuchungen steigt mit dem Alter der Kinder, da etliche Untersuchungen erst von einem bestimmten Alter an möglich sind

Um die Entwicklung der Risikokinder zu beobachten, den Erfolg begonnener Therapien zu überprüfen und ggf. weitere Maßnahmen einzuleiten, werden die Kinder zu Kontrolluntersuchungen bestellt. Im Berichtsjahr wurden 3 965 Kinder wiedervorge stellt, 6,9 % weniger als 1989. 35,7 % der wiedervorgestellten Kinder waren Säuglinge, 64,3 % Kleinkinder; der Ausländeranteil lag bei 15,1 %.

4.1.2.1 Jugendgesundheitsdienst - Beratungsstellen für Risikokinder - 1990 in Berlin (West) - Erst- und Wiedervorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -

Beratungs- stelle	Erstvorstellungen von						Überweisungen erstvorgestellter Säuglinge (S) u. Kleinkinder (K) vom/aus								Wieder- vorstellungen von								
	Säuglingen			Kleinkindern			JGD 1) -Säuglinge/ Kleinkinder -Schüler	anderen Einricht. oder Gesämter	stationärer Behandlung	ambulanter Bereich		Selbst- melder	Säug- Klein- lingen kindern										
	im Alter von ... bis unter ... Monaten			im Alter von ... bis unter ... Jahren						freiprakt. Ärzte	andere												
	insgesamt	1-3	3-6	6-9	9-12	insgesamt	1-3	3-5	5 o. mehr			S.	K.	S.	K.	S.	K.						
Wedding	256	69	135	35	17	201	38	121	42	51	90	5	44	100	11	64	31	-	7	36	18	465	750
Charlottenburg	87	46	15	18	8	26	25	1	-	7	3	5	-	44	-	15	13	5	4	11	6	171	473
Steglitz	209	21	171	12	5	30	22	8	-	3	6	1	1	191	3	5	10	3	1	6	9	300	662
Tempelhof	340	200	100	23	17	34	17	7	10	16	12	3	4	274	3	16	3	-	-	31	12	279	148
Neukölln	229	66	86	64	13	54	41	9	4	16	10	2	7	147	3	20	6	3	9	41	19	117	229
Reinickendorf	80	32	27	10	11	48	29	8	11	42	12	6	4	19	-	1	1	-	13	12	18	85	286
Berlin (West)	1201	434	534	162	71	393	172	154	67	155	133	22	60	775	20	121	64	11	34	137	82	1417	2548
	1317	493	555	172	97	384	196	121	67	119	105	15	59	885	34	145	70	14	44	139	72	1561	2698

1) Jugendgesundheitsdienst

4.1.3 *Jugendgesundheitsdienst 1990*

4.1.3.1 *Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1990 in Berlin (West)*

Der nachfolgende Bericht betrifft Berlin (West), für Berlin (Ost) liegen keine Zahlen für das Berichtsjahr vor, da die Beratungsstellen sich noch im Auf- bzw. Umbau befanden.

Die Notwendigkeit, physische Schäden, Entwicklungsmängel und Anpassungsstörungen bereits im Säuglings- und Kleinkindalter durch Vorsorgeuntersuchungen zu erkennen, um frühzeitige Maßnahmen zu ihrer Behebung einzuleiten, wird immer wieder betont. Der Jugendgesundheitsdienst (JGD), der ein Teil der bezirklichen Gesundheitshilfe und damit Teil der Abteilung Gesundheit und Umweltschutz der Bezirksämter ist, kommt dieser dringlichen Forderung nach. Er umfaßt die Gesundheitsvor- und -fürsorge für Säuglinge, Kleinkinder und Schüler(innen) und folgt damit gleichzeitig dem Verständnis der WHO und der UN-Kinderrechtskonvention, das Leben und die Gesundheit von Kindern/Jugendlichen zu schützen, zu fördern und vor Schädigungen zu bewahren.

Neben der Früherkennung von Störungen in der physischen und sozialen Entwicklung, der Vermeidung von Krankheiten und Behinderungen sowie der Einleitung von entsprechenden Frühbehandlungsmaßnahmen bei Säuglingen und Kleinkindern, spielen Gesundheitserziehung und Beratung von Kindern und Jugendlichen sowie ihres sozialen Umfelds eine wesentliche Rolle.

Der JGD ist in seiner Funktion als Betreuungs- und Beratungsstelle mit einem multidisziplinären Team von Fachärzten/-innen, Arzthelferinnen, Psychologen/-innen, Sozialarbeitern/-innen, Kinderkrankenschwestern und Therapeuten/-innen besetzt. Die Betreuung ist also eine ärztlich/medizinische und fürsorgliche Gemeinschaftsarbeit und erfolgt auch aufsuchend; das heißt, es werden Besuche auf der Wöchnerinnenstation, in Wohnungen, Heimen oder Kindertagesstätten durchgeführt.

Die Arbeit des JGD - Säuglinge und Kleinkinder - beginnt mit dem Erstbesuch bei den Eltern oder den Alleinerziehenden nach der Geburt ihres Kindes, um den Erziehungsberechtigten eine Beratung über soziale und finanzielle Hilfen anzubieten sowie Hinweise auf Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, zur Ernährung, Pflege und Erziehung zu geben.

Die Betreuung der Säuglinge und Kleinkinder wird durch die ärztliche Untersuchung im JGD kontinuierlich fortgesetzt; ggf. erfolgt eine Überweisung an freipraktizierende Ärzte oder an andere Bereiche des Gesundheitsamtes zur Behandlung oder Entwicklungsbeobachtung. Hinsichtlich der Vermittlung von Hilfen arbeitet man übergreifend mit anderen Institutionen zusammen.

1990 wurden den Beratungsstellen 59.642 Säuglinge - darunter 10.843 erstmals - vorgestellt. Das bedeutet, bezogen auf die Zahl der im Berichtsjahr Lebendgeborenen, daß das Angebot des JGD für fast die Hälfte aller Neugeborenen (49,0 %, 1989: 51,6 %) wahrgenommen wurde.

Die Anzahl der vorgestellten Kleinkinder sank gegenüber dem Vorjahr um 6,8 % auf 112.727. Bei den Erstvorstellungen war zwar ein Anstieg um 3,1 % auf 15.621 zu verzeichnen, aber bezogen auf die 1- bis unter 6jährigen lag auch diese Zahl mit 15,3 % niedriger als 1989 (15,8 %). Fast die Hälfte der erstvorgestellten Kleinkinder (47,5 %) waren 1 bis unter 2 Jahre alt, der Anteil der 2- bis unter 3jährigen lag bei 21,5 %, der von den 3- bis unter 4jährigen bei 17,1 %.

In 10.024 Fällen empfahlen die Ärzte/-innen des JGD, eine Arztpraxis bzw. eine andere Beratungsstelle des Gesundheitsamtes aufzusuchen. Damit waren bei den vorgestellten Kindern Überweisungen in 5,8 % der Fälle erforderlich (1989: 5,6 %), wobei auf ein Kind mehrere Überweisungen entfallen kön-

nen. Von den Überweisungen gingen die meisten (73,4 %) an freipraktizierende Ärzte/-innen, 17,3 % an Beratungsstellen für Behinderte. An nächster Stelle standen bei den Säuglingen die Beratungsstellen für Risikokinder mit 5,6 %, bei den Kleinkindern die Tuberkulose-Fürsorgestellen mit 5,4 % der Überweisungen.

4.1.3.1.1 *Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1990 in Berlin (West)* *- Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -*

Bezirk	Anzahl der Lebendgeborener (StaLa)	Vorstellungen von						Anzahl der 1-bis unter 6jährigen (StaLa)
		Säuglingen			Kleinkindern			
		Erst- und Wiedervorstellungen (ärztliche Untersuchungen)	dar Erstvorstellungen		Erst- und Wiedervorstellungen (ärztliche Untersuchungen)	dar Erstvorstellungen		
			absolut	in % zu den Lebendgeborenen des Bezirks		absolut	in % zu den 1-bis unter 6jährigen des Bezirks	
Tiergarten	1135	2700	696	61,3	5017	893	18,4	4865
Wedding	2199	8111	1232	56,0	13615	2228	23,6	9421
Kreuzberg	2269	5749	1407	62,0	10885	1761	17,8	9903
Charlottenburg	1752	5753	812	46,3	8371	1092	14,7	7440
Spandau	2101	5366	863	41,1	11315	1274	12,4	10254
Wilmerdorf	1172	2108	476	40,6	5161	678	12,7	5340
Zehlendorf	810	2992	340	42,0	3893	627	15,1	4158
Schöneberg	1795	5279	792	44,1	12738	1394	18,2	7658
Steglitz	1761	2906	666	37,8	6355	823	10,2	8042
Tempelhof	1562	3238	732	46,9	7942	1297	16,2	7985
Neukölln	3352	9523	1815	54,1	17285	2446	15,8	15436
Reinickendorf	2242	5917	1012	45,1	10150	1108	9,8	11357
Berlin (West) 1990	22150	59642	10843	49,0	112727	15621	15,3	101859
1989	21159	61828	10909	51,6	120959	15154	15,8	95819

4.1.3.2 *Jugendgesundheitsdienst - Schüler - 1990 in Berlin (West)*

Eine wesentliche Aufgabe des JGD - Schüler - sind Früherkennungsuntersuchungen, die - im Rahmen der Beobachtung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerungsgruppe - u. a. dazu dienen, ggf. Krankheiten, insbesondere auch Seh- und Hörstörungen, Entwicklungsverzögerungen, Fehlentwicklungen und andere Störungen möglichst frühzeitig zu erkennen, eine Klärung bzw. Behandlung einzuleiten oder ggf. Vorschläge für eine bestmögliche Förderung zu machen.

Über die einzelnen Ergebnisse dieser Untersuchungen im Land Berlin wird jeweils im Abstand von drei Jahren gesondert berichtet. (vgl. Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89, Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung, Nr 16, SenGes).

Insgesamt wurden im Jahr 1990 in den westlichen Bezirken Berlins im Rahmen von Schüleruntersuchungen, d.h. Einschulungs-, 3. bzw. 7. Klasse sowie Schulentlassungsuntersuchungen (als Erstuntersuchungen i.S. § 32 JArbSchG), 73.731 Schüler untersucht, d.h. mehr als 90 % der Schüler in den entsprechenden Klassen (Einschul-, 3., 7. und 10.) der allgemeinbildenden öffentlichen Schulen. Von diesen untersuchten Schülern wurden insgesamt 20.294 bzw. 27,5 % (1989: 26,0 %) zur weiteren ärztlichen Diagnostik und/oder Behandlung überwiesen. Im einzelnen ist eine deutliche Steigerung gegenüber 1989 bei den Schulentlassungsuntersuchungen (+ rd. 2.800 bzw. 17 %) bzw. bei den in diesem Zusammenhang Überwiesenen (+ 3,3 %) zu verzeichnen. Dies ist sowohl auf einen zahlenmäßig stärkeren Schülerjahrgang als auch auf eine verstärkte Inanspruchnahme dieser Untersuchungen zurückzuführen.

Die Untersuchungen auf Läusebefall sind gegenüber 1989 um 11,7 % zurückgegangen, der Anteil der mit Läusebefall diagnostizierten Schüler ist hingegen von 5,9 (1989) auf 7,7 % gestiegen.

Gegenüber 1989 wurden ebenfalls verstärkt Impfungen (+ 26,2 %) sowie Tuberkulinprüfungen (+ 11,4 %) durchgeführt.

Gutachtliche Stellungnahmen, Hausbesuche und Informationsveranstaltungen wurden von den Kinder- und Jugendärzten in erhöhtem Maße wahrgenommen.

Da die Institutionalisierung des JGD in den östlichen Bezirken im Jahr 1990 noch nicht abgeschlossen war, sind die entsprechenden Angaben für diese Bezirke nur unvollständig (Berichte über den "Kinder- und Jugendgesundheitschutz - KJGS -" wurden von den Bezirken Mitte, Friedrichshain, Köpenick, Weißensee, Pankow und Hohenschönhausen eingereicht).

Die gesundheitliche Überwachung, insbesondere die prophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 Jahren bis zur Schulentlassung erfolgte in den Einrichtungen des KJGS, die 1990 größtenteils noch selbständige Abteilungen einer Poliklinik bzw. eines Ambulatoriums waren. Die ärztlichen Reihenuntersuchungen dienten der Beurteilung des körperlichen und funktionellen Entwicklungsstandes und der frühzeitigen Erkennung gesundheitlicher Störungen und Schäden sowie der Einleitung von Maßnahmen zu ihrer Behandlung. Während der Reihenuntersuchungen wurden die Kindergarten- und Schulfähigkeit, Tauglichkeit für den Schwimmunterricht sowie berufliche Eignung beurteilt.

Im Schuljahr 1989/90 wurden in den o.g. Bezirken in Berlin (Ost) im Rahmen von (1. und 2.) Einschulungsuntersuchungen 12.498 Kinder sowie 36.614 Reihenuntersuchungen durchgeführt, darüber hinaus wurden 1.066 Hausbesuche vorgenommen.

Zusätzlich zu den o.g. "Leistungen" wurde von den meisten Bezirken in Berlin (West) über eine intensive Kooperation mit den entsprechenden Partnerbezirken berichtet, die u.a. dazu diente, in einer Phase der Einrichtung bzw. des Aufbaus des JGD in den östlichen Bezirken Hilfestellung zu leisten.

Zu den vielfältigen, der Senatsverwaltung berichteten Aktivitäten des JGD - Schüler - gehörten außerdem Gruppenarbeit und Informationsveranstaltungen, in denen verstärkt Kooperation, wechselseitige Information sowie Ansätze zur Vernetzung erkennbar wurden. Hierzu zählen z.B. folgende (kooperative) Angebote zur Gesundheitsförderung, Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen:

- Adipositasgruppen, Gruppenaktivitäten und Trainingsprogramme mit übergewichtigen bzw. eßgestörten Kindern (einschließlich Elterngruppen)
- Blutentnahme zur Röteln-Titerbestimmung
- Fortbildung zur Tb-Diagnostik sowie "Alkohol als Krankheitsbild"
- Sozialpädagogische Beratungsstellen, Jugendpsychiatrischer Dienst - Fachrunde "Kindesmißbrauch"
- Veranstaltungen in Kindertagesstätten und -gärten
- Informationsveranstaltungen in Jugendheimen über Infektionskrankheiten

- Mitarbeit im Integrationsausschuß für behinderte Kinder, Konferenz der Helfer von geistig behinderten Kindern
- Jugendwohlfahrtsausschuß
- Ausländerbeirat
- Veranstaltungen in Kooperation mit dem Nichtraucherbund
- Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit der VHS (Adoption, werdende Eltern)

Neben dem Komplex der (sozialpädagogischen) Einzelfallhilfe wurden schwerpunktmäßig folgende Aktivitäten im Zusammenhang mit der Schule berichtet:

- Eltern- und Schulsprechstunden
- Elternabende für Einschulkinder
- Klassen- und Vorschulklassenbesuche
- Gesamtlehrerkonferenzen
- Informationsveranstaltungen für Lehrer/Eltern zu den Themen Impfen (Polio, Röteln), Akne und zum "Allergieprojekt"
- für Lehrer und Schüler: (Vollwert-)Ernährung, Akne, AIDS
- Förderausschuß in Zusammenarbeit mit dem schulpsychologischen Dienst
- Mitgestaltung von Unterrichtseinheiten, z B. Rauchen
- Informationsveranstaltung 10. Klasse und JArbSchG

Allgemeine Informationsangebote/Öffentlichkeitsarbeit, z.B.:

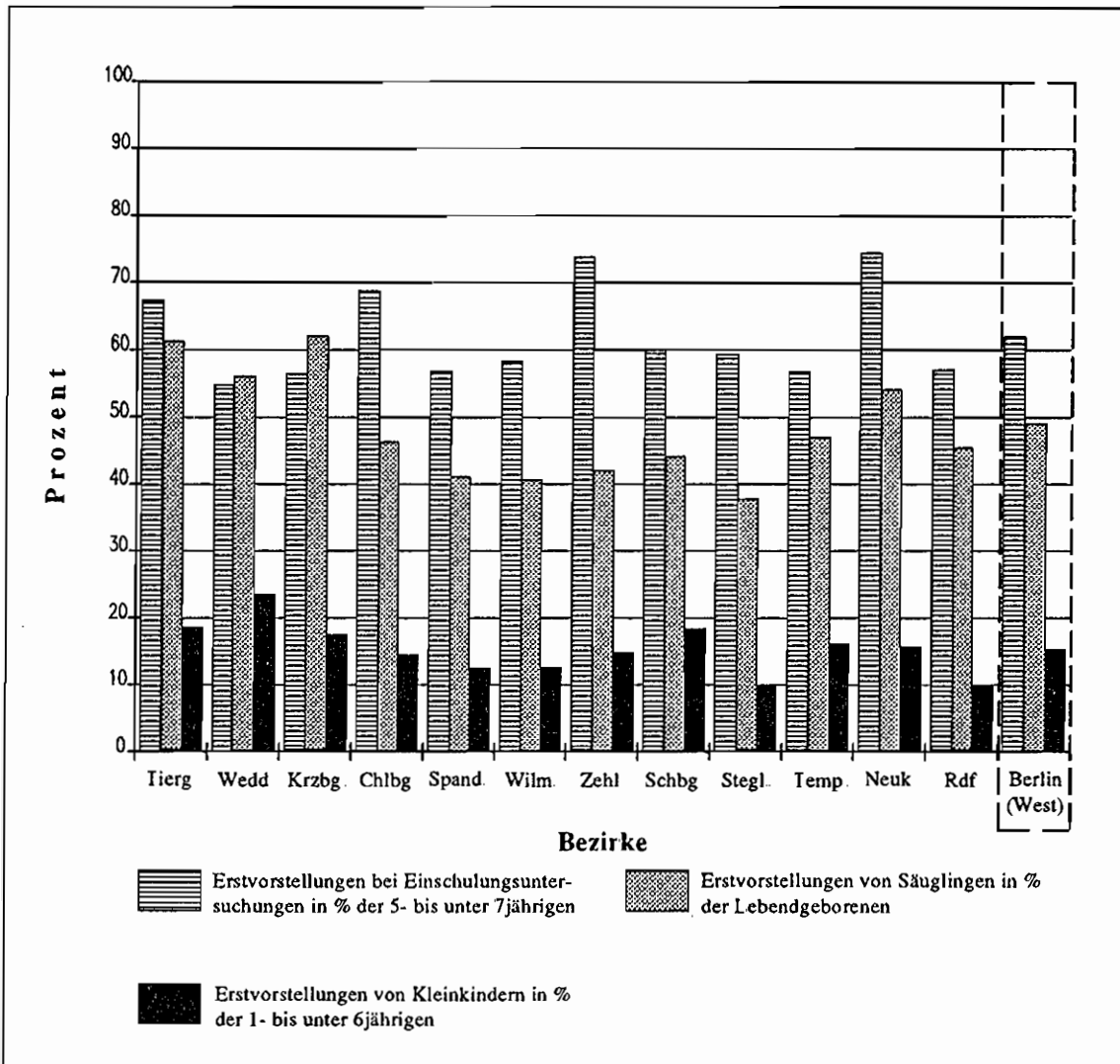
- Teilnahme an Kinder-, Spiel- und "Wasserspiel"-Festen
- Gesundheits- und Umwelttage ("Herz-Tag")
- Informationsveranstaltung zum "sexuellen Mißbrauch von Mädchen", "gesundes Frühstück und Schulbrot"
- Vortragsreihe über Kinderkrankheiten, Impfen und Gesundheitserziehung
- Veranstaltungen zur JGD-AV.

4.1.3.2.1 Jugendgesundheitsdienst - Schüler - 1990 in Berlin (West)

Bezirk	Untersuchte bei										Untersuchungen auf Läusebefall außerhalb von Reihenuntersuchungen		Impfungen	Tuberkulinprüfungen	Seh- / Hörprüfungen ³⁾	Gutachten / Stellungnahmen durch		Besuche durch		Gruppenarbeit Info-Veranstaltungen durch		
	Einschulungsuntersuchungen		Reihenuntersuchungen		Schulentlassungsuntersuchungen		sonst. ärztl. Untersuchungen		insg. bei Sp. i, 3, 5, 7 ²⁾		Personen im Befall	Personen				Arzt	SozArb.	Arzt	SozArb.	Arzt	SozArb.	Arzt	SozArb.
	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)			Personen	1)	Arzt							
	i	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Tiergarten	1171	449	1843	730	714	360	1427	134	22	1077	88	1175	2473	184	151	33	i	246	6	i	19	
Wedding	1779	385	2917	591	920	403	1555	225	8	313	17	3075	4853	1519	4886	20	97	1194	341	15	73	
Kreuzberg	1910	400	2880	867	857	210	2025	277	32	687	67	2700	2747	48	382	34	119	117	15	-	9	
Chilbg.	1805	322	2090	666	1072	254	1561	282	13	70	55	3313	1905	461	419	64	396	911	281	55	251	
Spandau	2318	521	3894	1182	2336	515	7267	368	13	960	109	3211	5035	224	1324	80	471	418	365	21	11	
Wilmerdorf	1171	273	1355	399	669	183	1908	54	89	1622	50	2090	1283	349	531	3	154	11	78	36	16	
Zehlendorf	1288	174	1734	266	1106	272	2438	92	7	786	37	1246	2413	454	637	31	130	384	68	147	238	
Schöneberg	1631	375	1739	405	542	147	1409	113	36	1543	83	4473	2887	205	633	69	157	343	198	5	122	
Steglitz	1819	645	1971	580	1297	525	2592	277	17	468	23	3531	2799	990	2055	5	423	298	205	282	160	
Tempelhof	1770	331	2398	350	1450	199	1836	80	4	1406	65	4293	4545	117	453	117	82	104	117	-	-	
Neukölln	4326	1633	7787	2872	2396	1091	5262	939	127	2441	235	7145	9805	667	755	195	138	230	248	-	75	
Reinickend.	2580	469	3652	746	1950	504	5316	322	37	374	81	4849	4582	1493	405	16	168	59	230	84	50	
Berlin (W)	1990	23568	5877	34260	9654	15309	4663	34596	3163	405	11747	910	41101	45327	6711	12631	667	2336	4315	2152	646	1024
	1989	23302	5792	35328	9286	13116	3607	35703	3307	436	13116	771	32572	40689	7183	12487	1059	2137	4684	2283	500	1251

- 1) darunter Untersuchte, die zur ärztlichen Diagnostik oder Behandlung überwiesen wurden
- 2) darunter Untersuchte mit Läusebefall
- 3) außerhalb von Reihenuntersuchungen

Graphik 21: *Inanspruchnahme des Jugendgesundheitsdienstes - Säuglinge und Kleinkinder- und - Schüler - 1990 in Berlin (West)*



Die Graphik verdeutlicht, daß in Berlin (West) rund 50 % aller Säuglinge im ersten Lebensjahr den Beratungsstellen des JGD erstmalig vorgestellt wurden. In den hinsichtlich der Sozialstruktur am stärksten belasteten Bezirken liegt dieser Anteil entsprechend höher, z. T. über 60 %; ähnliches gilt auch für die Kleinkinder, wobei hierbei zu berücksichtigen ist, daß als Bezugsgruppe die Zahl der 1- bis unter 6jährigen gewählt wurde.

Durch die im Schulgesetz (§ 20,2 i.V.m. § 8,1 SchulG) vorgesehene Einschulungsuntersuchung werden vom JGD nahezu 100 % der einzuschulenden Kinder erfaßt. Da die einzelnen Geburtsjahrgänge (einschließlich der Kinder im Vorschulalter) nur im Rahmen der alle drei Jahre durchgeführten Gesamterhebung ausgewertet werden, wurden in diesem Fall, um bezirkliche Unterschiede deutlich zu machen, als Bezugsgruppe die 5- bis unter 7jährigen Kinder gewählt.

Eine Regionalisierung nach Bezirken erscheint hingegen bei den Schulentlassungsuntersuchungen wenig sinnvoll, da nach der Grundschule der Besuch bzw. die Zuweisung an eine weiterführende Schule nicht unbedingt bezirksbezogen erfolgt. Hervorzuheben ist jedoch die Tatsache, daß rd. 85 % eines Jahrgangs von Schulabgängern die Schulentlassungsuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch den JGD vornehmen lassen.

4.1.3.3 *Jugendgesundheitsdienst - Kinder- und Jugendpsychiatrie - 1990 in Berlin (West)*

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstellen sind in Berlin Teil der bezirklichen Gesundheitshilfe und damit Teil der Abteilungen Gesundheit und Umweltschutz der Bezirksämter; zumeist sind sie in den Jugendgesundheitsdienst integriert.

Als Zielsetzung für den Jugendgesundheitsdienst respektive für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt der Grundsatz der Prävention und vorbeugenden Hilfe. Neben der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Störungen, Beratung von Jugendlichen und Eltern oder der ganzen Familie und Vermittlungen von Hilfsangeboten im Bereich Kindergarten und Schule etc. spielt die Gesundheitserziehung eine wesentliche Rolle. Hinzu kommen sozialtherapeutische Intervention und Betreuung im Umfeld benachteiligter Randgruppen und sozial auffälliger Familien (Suchtfamilien). Desweiteren werden gutachterliche Tätigkeiten (z.B. Stellungnahmen im Rahmen der Jugendhilfe etc.) wahrgenommen. Damit sind nur einige Aufgaben aufgezeigt worden.

Nach den statistischen Meldungen der Beratungsstellen wurden im Berichtsjahr insgesamt 7.208 Kinder und Jugendliche vorgestellt (1989: 6.427), davon betrug der Anteil der Neuvorstellungen 35,8 % (1989: 37,3 %) und der Wiedervorstellungen 64,2 % (1989: 62,7 %).

Von den 7.208 Kindern und Jugendlichen wurden 19,2 % (1.386 Personen) als Nichtdeutsche gemeldet. Außer Wedding und Zehlendorf haben alle anderen bezirklichen Beratungsstellen einen Zuwachs an ausländischen Kindern und Jugendlichen. Beispielsweise ist in Wilmersdorf der Ausländeranteil um 5,1 % gestiegen, in Neukölln um 4,1 % und in Reinickendorf um 2,3 %, wobei hier hauptsächlich türkische, jugoslawische und polnische Kinder und Jugendliche Rat und Hilfe suchten.

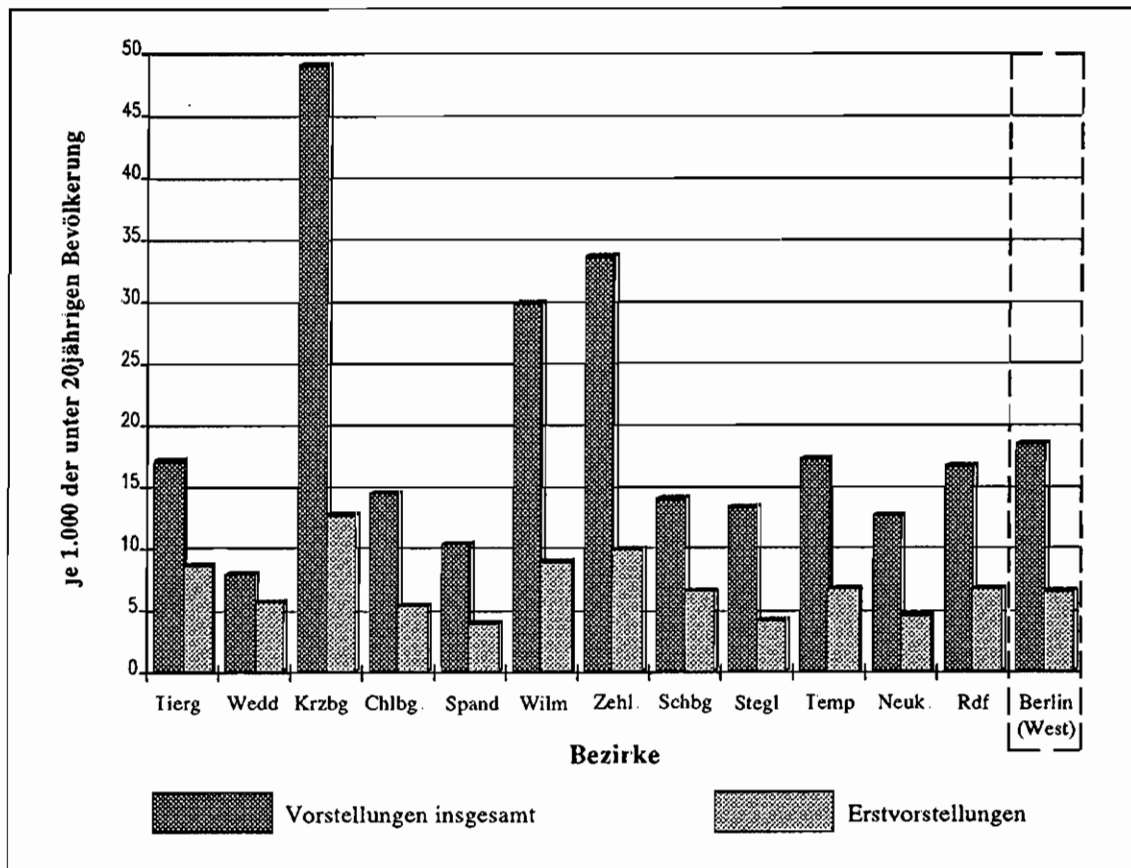
Hinsichtlich der Altersverteilung läßt sich eine deutliche Zunahme bei den 5- bis unter 10jährigen und den 10- bis unter 15jährigen Kindern beobachten.

Im Berichtsjahr wurden, wie auch im Vorjahr, mehr Jungen (65,7 %) als Mädchen (34,3 %) betreut.

In der Graphik wird außerdem deutlich, daß nur von den Bezirken Kreuzberg, Wilmersdorf und Zehlendorf überdurchschnittlich viele Vorstellungen (insgesamt) und von Tiergarten, Kreuzberg und Zehlendorf ein relativ hoher Anteil an Erstvorstellungen je 1.000 der unter 20jährigen Bevölkerung gemeldet wurden.

Für 1990 lassen sich die Schwerpunkte im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wie folgt benennen: Auch im Berichtsjahr befaßte man sich vorwiegend mit Diagnostik und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Störungen sowie mit der Einleitung geeigneter therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen. Es fanden Beratungen von Jugendlichen, Eltern oder ganzen Familien statt bzw. wurden Beratungen der Institutionen notwendig, die die betroffenen Kinder und Jugendlichen an die Beratungsstelle vermittelten.

Graphik 22: *Jugendgesundheitsdienst - Kinder- und Jugendpsychiatrie - 1990 in Berlin (West)*
- Vorstellungen je 1.000 der unter 20jährigen Bevölkerung -



4.1.4 Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege 1990 in Berlin

4.1.4.1 Zahnärztlicher Dienst 1990 in Berlin (West)

Hauptaufgabe der in allen Bezirken in Berlin (West) bestehenden Zahnärztlichen Dienste ist die Jugendzahnpflege, d.h. die Förderung der Zahn- und Mundgesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Dazu gehören nicht nur die Feststellung von Erkrankungen und Reduzierung von Folgeschäden der Karies, sondern gleichberechtigt die Primärprävention, damit Karies gar nicht erst entsteht.

Um Karies, Zahnbetterkrankungen sowie Zahnstellungsanomalien festzustellen, werden jährlich Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. Die Untersuchungen werden nach dem für internationale Erhebungen üblichen DMF-I-Index dokumentiert. Die einheitliche Dokumentation ermöglicht es, die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen zu beurteilen und zu überwachen, neue Entwicklungen aufzudecken und schließlich einen Effektivitätsnachweis zu erbringen.

Landesweite Auswertungen der Dokumentation werden nicht jährlich vorgenommen. Im Schuljahr 1992/93 ist es von den Zahnärztlichen Diensten der Bezirke vorgesehen, Auswertungen nach diesen Kriterien durchzuführen. Es wird sich um die Untersuchungsergebnisse von ca. 505.000 Kindern und Schülern handeln.

Der innerhalb der Leistungsstatistik ausgewiesene Zahnstatus der Untersuchten ist nach dem sehr groben Raster "naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert" eingeteilt; auch eine Altersgliederung läßt diese Statistik nicht zu, sie unterscheidet nur nach Kleinkindern, Schülern allgemeinbildender und berufsbildender Schulen. Die Anteile dieser Gruppen an allen Untersuchten haben sich in den letzten zehn Jahren erheblich verändert, so ist der Anteil der Kleinkinder in diesem Zeitraum von 9,7 % auf 22,7 % angewachsen, während der der Schüler berufsbildender Schulen von 3,8 % auf 0,04 % gesunken ist.

Von den 132.444 im Berichtsjahr (1989: 146.184) bei Reihenuntersuchungen erfaßten Kleinkindern und Schülern wiesen

- 23,9 % ein naturgesundes (1989: 21,6 %),
- 41,9 % ein behandlungsbedürftiges (1989: 41,0 %) und
- 34,2 % ein saniertes Gebiß auf (1989: 37,4 %).

Der Anteil des Zahnstatus "naturgesund" hat sich von 12,7 % im Jahr 1980 auf 23,9 % (1990) verbessert. Bei der Beurteilung dieser erfreulichen Entwicklung muß man allerdings auch die gestiegene Zahl der untersuchten Kleinkinder berücksichtigen, die den Zahnstatus "naturgesund" positiv beeinflusst haben, da die Kleinkinder etwa zur Hälfte naturgesunde Gebisse aufweisen. Dagegen liegt der Anteil naturgesunder Gebisse von Schülern allgemeinbildender Schulen wesentlich niedriger, ist aber insgesamt von 9,2 % (1980) auf 16,0 % im Berichtsjahr angestiegen, was auf einen Erfolg der Präventionsarbeit hinweist.

Prophylaxeübungen werden, angegliedert an die Reihenuntersuchungen, in Theorie und Praxis vermittelt und bilden einen Schwerpunkt der Arbeit der Zahnärztlichen Dienste. Die seit Jahren praktizierte Präventionsarbeit erhielt entscheidende Unterstützung durch den im Gesundheitsreformgesetz formulierten Auftrag, der Gruppenprophylaxe für Kinder unter 12 Jahren zur Aufgabe der Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Gesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen macht (§ 21 SGB V). Gemäß diesem Auftrag schlossen die drei Beteiligten im Land Berlin am 11.9.1990 eine Rahmenvereinbarung und gründeten die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V. (LAG). Die Vereinbarung sieht für jede Kindergartengruppe und jede Schulklasse jährlich vier Grundprophylaxen in Schulen und Kitas vor, während die LAG die drei Wiederholungsprophylaxeübungen übernimmt. Für die kleine Zahl der Eltern-Initiativ-Kitas (EKTs) ist die LAG sowohl für die Grundprophylaxe als auch für die Wiederholungsübungen verantwortlich.

Die Gruppenprophylaxe vermittelt, was der einzelne zur Gesunderhaltung seiner Zähne tun kann, gestützt auf die vier Säulen der Prophylaxe:

1. altersgerechte, optimal durchgeführte Mundhygiene
2. ausgewogene und möglichst zuckerfreie Ernährung
3. Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierungsmaßnahmen
4. regelmäßiger Zahnarztbesuch

Die Gruppenprophylaxe soll bewußt machen, daß Zahnkrankheiten durch richtiges Verhalten verhütet bzw. vermindert werden können.

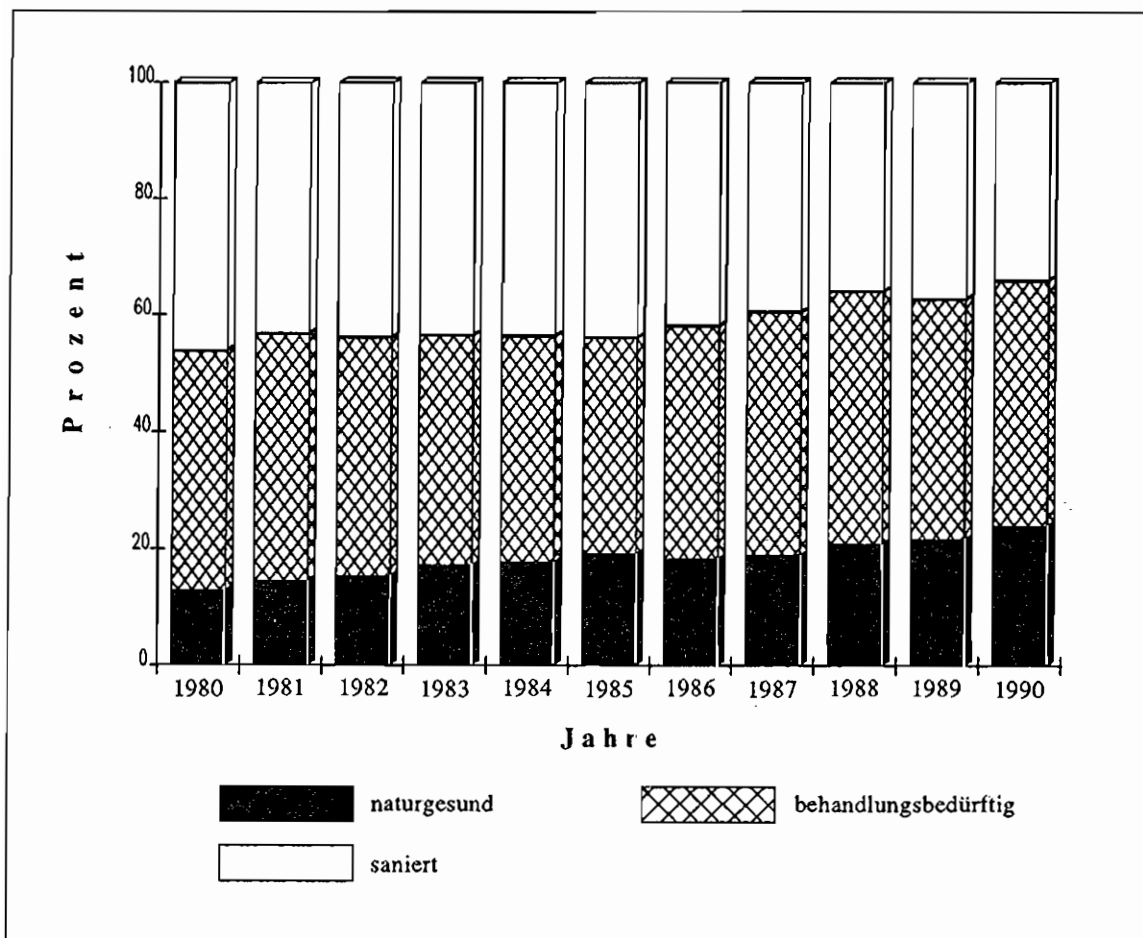
Ebenso wichtig wie die Präventionsarbeit mit Kindern ist die Einbeziehung der Eltern, Erzieher und Lehrer, die als sogenannte Multiplikatoren wesentlich zum Erfolg oder Mißerfolg der Prophylaxearbeit beitragen. Ein Beispiel hierfür ist die Kleinkinder-Vorsorgeaktion, zu der die Zahnärztlichen Dienste jährlich die drei- und vierjährigen Kinder mit deren Eltern einladen, um neben der zahnärztlichen Untersuchung der Kinder mit ihnen das Zähneputzen zu üben und die Eltern umfassend über Vorsorgemöglichkeiten zu unterrichten. Im Berichtsjahr nahmen 4.412 Kinder an dieser Aktion teil.

1990 erreichten die Zahnärztlichen Dienste 94.448 Kinder mit der Gruppenprophylaxe, 1983 war es mit 42.146 Kindern nicht einmal die Hälfte.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentlicher Faktor zur Effizienzsteigerung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen. Außer der bereits erwähnten Arbeit mit Multiplikatoren aus dem unmittelbaren Umfeld der untersuchten Kinder führen die Zahnärztlichen Dienste weitere öffentlichkeitswirksame Aktionen durch wie Vorträge, Fortbildungsveranstaltungen, Pressemitteilungen, Zeitschriftenartikel, Informationsstände auf Märkten und Messen, wo außer Beratung von interessierten Besuchern z.B. Zahnputzunterricht erteilt oder ein Karies-Quiz veranstaltet wird.

Einen Schwerpunkt der zahnärztlichen Leistungen bildet die Anfertigung der Gutachten, soweit solche beim öffentlichen Gesundheitsdienst angefordert werden, z.B. vor Übernahme von Kosten für Zahnersatz, Parodontal- oder kieferorthopädische Behandlung durch den Träger der Sozialhilfe oder im Rahmen der über Beihilfe beantragten Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz. Im Berichtsjahr wurden 5.614 (1989: 5.102) Gutachten erstellt.

Graphik 23: Festgestellter Zahnstatus der durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchten Kinder und Jugendlichen 1980 - 1990 in Berlin (West) - prozentualer Anteil des jeweiligen Untersuchungsergebnisses bezogen auf die jährliche Untersuchungsanzahl -



4.1.4.1.1 Zahnärztlicher Dienst 1990 in Berlin (West) - Primärprophylaxe -

Primärprophylaxe	Berlin (West)	Tiergarten	Wedding	Kreuzberg	Charlottenburg	Spandau	Wilmerisdorf	Zehlendorf	Schöneberg	Steglitz	Tempelhof	Neukölln	Reinickendorf
Individualprophylaktische Maßnahmen	2960	66	41	67	900	86	728	108	165	498	79	1013)	121
Gruppenprophylaxe mit Kindern insgesamt	94448	84	5003	8058	12723	5161	3826	6357	9094	13921	2120	20295	7806
darunter Behinderte	2737	6	95	328	458	25	10	241	69	280	66	889	270
Nichtdeutsche	21467	13	1597	3971	3201	1080	478	922	3329	7	26	5696	1147
begleitende Betreuer	7481	6	833	567	839	395	324	374	713	1059	254	1341	776
Gruppen insgesamt	6789	6	533	559	730	4131)	288	423	519	815	355	1539	609
mit theoretischen Übungen	2350	-	38	300	154	167	91	151	246	415	15	582	191
mit theoret./prakt. Übungen	4439	6	495	259	576	246	197	272	273	400	340	957	418
Arbeit mit Multiplikatoren													
Einzelgespräche mit Eltern	930	162	30	61	111	85	154	142)	17	19	110	-	167
Lehrern	850	48	21	39	14	103	40	15	351	-	53	120	46
Erziehern	1833	36	372	31	7	281	35	29	331	-	113	463	135
anderen Multiplikatoren	65	-	-	2	1	17	-	5	3	37	-	-	-
Gruppengespräche mit Eltern	95	-	45	-	11	14	-	4	3	5	-	1	12
Lehrern	1131	-	270	-	536	16	-	18	73	66	-	28	124
Teilnehmerzahl	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Lehrern	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-
Erziehern	4	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-
Teilnehmerzahl	16	-	-	-	4	2	-	-	-	10	-	-	-
anderen Multiplikatoren	46	-	8	-	-	12	-	1	1	17	-	7	-
Teilnehmerzahl	596	-	174	-	-	12	-	19	6	90	-	295	-

- 1) darunter 105 Gruppen aufwendige Prophylaxe
- 2) zusätzlich 189 Einzelgespräche mit Eltern im Rahmen der Kleinkinderaktion
- 3) zusätzlich 53 Versiegelungen, 54 x Duraphat

4.1.4.1.2

Zahnärztlicher Dienst 1990 in Berlin (West)
- Zahnärztliche Leistungen -

Zahnärztliche Leistungen	Berlin (West)	Tiergarten	Wedding	Kreuzberg	Charlottenburg	Spandau	Wilmersdorf	Zehlendorf	Schöneberg	Steglitz	Tempelhof	Neukölln	Reinickendorf
endgültige Füllungen	1894	-	34	150	630	112	101	4	15	307	-	230	311
Wurzelfüllungen	93	-	2	-	34	-	3	-	-	11	-	18	25
Extraktionen insgesamt	238	i	4	11	79	27	9	2	7	49	-	16	33
von Milchzähnen	209	i	4	11	73	17	9	2	7	42	-	15	28
von bleibenden Zähnen	29	-	-	-	6	10	-	-	-	7	-	i	5
Behandlung von Mundkrankheiten (Sitzungen)	107	-	10	13	22	11	18	5	-	6	-	3	19
Röntgenaufnahmen (einzelne Aufnahmen)	22	-	3	-	3	5	i	-	-	-	-	5	5
kieferorthopädische Beratungen darunter bei Nichtdeutschen	570	32	26	18	24	119	42	49	47	37	16	111	49
	77	11	12	4	i	5	2	6	5	-	-	24	7
sonstige Leistungen	3065	-	101	71	755	367	172	9	215	742	-	393	240
Behandlungsfälle insgesamt	1867	8	50	116	276	184	98	8	17	465	-	423	222
darunter Nichtdeutsche	341	4	13	61	80	14	7	i	4	36	-	89	32
Behinderte	34	-	2	-	9	i	-	-	-	17	-	-	5
Gutachten	5614	479	418	756	585	336	264	196	473	260	438	960	449

4.1.4.2 Jugendzahnpflege 1989/90 in Berlin (Ost)

Im Ostteil der Stadt bestanden in allen 11 Bezirken Einrichtungen zur Jugendzahnpflege, in denen im Berichtsjahr insgesamt 172 Stomatologen tätig waren. Neben den jährlich durchgeführten Reihenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen nahmen die zahnärztlichen Betreuungsstellen auch kurative Aufgaben wahr. Die Untersuchungen wurden nach dem internationalen DMF-T-Index dokumentiert, ein Berichtsjahr entsprach einem Schuljahr.

Die Ambulante Stomatologie erreichte im Schuljahr 1989/90 eine nahezu flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Von den 211.638 zu untersuchenden Personen wurden 88,1 % betreut; die höchste Untersuchungsrate lag mit 94,9 % bei den Schülern der dritten Klassen.

Von den 186.547 untersuchten Kindern und Jugendlichen (1988/89: 186.281) hatten

28,2 % ein naturgesundes Gebiß (1988/89: 28,9 %),
40,3 % waren behandlungsbedürftig (1988/89: 39,9 %) und
31,5 % hatten sanierte Zähne (1988/89: 31,3 %).

Mit dem Alter der Kinder verschlechtert sich der Zahnstatus: Während die Krippenkinder durchschnittlich 0,1 kariesgeschädigte und gefüllte Milchzähne aufwiesen, waren es bei den Kindern der ersten Klassen schon 2,4 Milchzähne. Bei den bleibenden Zähnen sieht es entsprechend aus: Kinder der vierten Klassen hatten einen DMF-T-Index von 1,8, die der sechsten Klassen von 3,6 und die der zehnten Klassen von 7,0.

D = decayed teeth = kariöse bleibende Zähne
M = missing teeth = fehlende bleibende Zähne
F = filled teeth = gefüllte bleibende Zähne

Der DMF-T-Index sagt aus, wieviele kariöse, fehlende oder gefüllte bleibende Zähne die Untersuchten durchschnittlich haben. Kleine Buchstaben beziehen sich entsprechend auf Milchzähne.

Um die Zahngesundheit zu fördern, wurden auch Präventivmaßnahmen durchgeführt, an denen 50.165 Kinder und Jugendliche teilnahmen. Die Maßnahmen umfaßten Tablettenfluoridierung, Mundhygieneaktionen mit und ohne Fluorid und andere Lokalapplikationen von Fluorid. Der Schwerpunkt der Tablettenfluoridierung lag bei den Krippenkindern, die zu 80,2 % einbezogen waren, in den Kindergärten waren es um 30 %, bei den ersten und zweiten Klassen etwa noch ein Viertel der zu untersuchenden Kinder. An Mundhygieneaktionen mit oder ohne Fluorid nahmen etwa die Hälfte der Krippenkinder und 82,9 % der Kindergartenkinder teil; andere Lokalapplikationen von Fluorid wurden überwiegend bei Schülern vorgenommen.

4.1.4.2.1 Jugendzahnpflege 1989/90 in Berlin (Ost)
- Zahnstatus der betreuten Kinder und Jugendlichen sowie Präventivmaßnahmen der Ambulanten Stomatologie -

Gruppe / Klasse	Untersuchungsergebnisse 1)										einbezogene Kinder und Jugendliche in																								
	Untersuchte					Mischzähne					bleibende Zähne					TBF 2)					MHA ohne F. 3)					MHA mit F. 4)					and. Lokol. 5)				
	absolut		in % von Sp.2		darunter mehrmals einm. Unters.		d-Zähne		i-Zähne		Indizes		D-Zähne		M-Zähne		F-Zähne		Indizes		absolut		in % von Sp.2		absolut		in % von Sp.2		absolut		in % von Sp.2				
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32				
Kinderkrippe	13.347	9.864	73,9	2.653	909	128	0,1	0,01	0,1	-	-	-	-	-	-	-	10.707	80,2	6.342	47,5	421	3,2	316	2,4											
Kindergarten																																			
Gruppe 1	20.990	16.858	80,3	5.327	8.058	4.325	0,5	0,3	0,7	-	-	-	-	-	-	-	5.797	27,6	12.168	58,0	4186	19,9	1205	5,7											
Gruppe 2	17.855	14.529	81,4	4.603	10.623	11.218	0,7	0,8	1,5	-	-	-	-	-	-	-	5.883	32,9	10.806	60,5	4033	22,6	1753	9,8											
Gruppe 3	18.856	14.815	78,6	4.716	12.007	16.757	0,8	1,1	1,9	791	i	689	0,1	0,0	0,0	0,1	6.143	32,6	11.529	61,1	5115	27,1	1712	9,1											
1. Klasse	16.761	15.519	92,6	851	13.853	23.291	0,9	1,5	2,4	5.728	29	3.967	0,4	0,0	0,3	0,6	4.150	24,8	992	5,9	576	3,4	3147	18,8											
2. Klasse	16.919	15.754	93,1	789	11.781	22.993	0,7	1,5	2,2	6.472	66	9.058	0,4	0,0	0,6	1,0	4.151	24,5	1.119	6,6	717	4,2	2768	16,4											
3. Klasse	16.441	15.608	94,9	843	10.270	23.293	0,7	1,5	2,2	7.454	109	15.243	0,5	0,0	1,0	1,5	3.325	20,2	873	5,3	583	3,5	2618	15,9											
4. Klasse	15.382	14.492	94,2	681	5.428	17.182	0,4	1,2	1,6	8.681	217	16.707	0,6	0,0	1,2	1,8	2.777	18,1	765	5,0	219	1,4	2300	15,0											
5. Klasse	14.916	14.132	94,7	511	-	-	-	-	-	9.876	445	24.614	0,7	0,0	1,7	2,5	2.305	15,5	141	0,9	135	0,9	2008	13,5											
6. Klasse	14.016	13.086	93,4	508	-	-	-	-	-	12.798	1.004	32.799	1,0	0,1	2,5	3,6	2.080	14,8	172	1,2	180	1,3	1600	11,4											
7. Klasse	12.502	11.704	93,6	541	-	-	-	-	-	13.664	1.557	36.042	1,2	0,1	3,1	4,4	1.003	8,0	51	0,4	58	0,5	1356	10,8											
8. Klasse	11.260	10.383	92,2	569	-	-	-	-	-	14.092	1.761	42.897	1,4	0,2	4,1	5,7	944	8,4	55	0,5	75	0,7	932	8,3											
9. Klasse	10.135	9.248	91,2	583	-	-	-	-	-	13.506	2.133	42.994	1,5	0,2	4,6	6,3	381	3,8	41	0,4	97	1,0	879	8,7											
10. Klasse	9.056	8.049	88,9	568	-	-	-	-	-	11.501	2.060	43.090	1,4	0,3	5,4	7,0	380	4,2	37	0,4	37	0,4	694	7,7											
11. Klasse	1.802	1.447	80,3	-	-	-	-	-	-	1.831	330	9.503	1,3	0,2	6,6	8,1	70	3,9	14	0,8	14	0,8	63	3,5											
12./13.Kl.	1.400	1.059	75,6	-	-	-	-	-	-	1.180	252	7.190	1,1	0,2	6,8	8,1	69	4,9	-	-	-	-	64	4,6											
insgesamt	211.638	186.547	88,1	23.743	72.929	119.187	0,6	1,0	1,6	107.574	9.964	284.793	0,7	0,1	2,0	2,8	50.165	23,7	45.105	21,3	16.446	7,8	23.415	11,1											

1) D bzw. d = kariöse bleibende bzw. Milchzähne
M = fehlende bleibende Zähne
F bzw. i = gefüllte bzw. Milchzähne
DMF/1 bzw. df/1 = durchschnittliche Zahl von DMF- bzw. df-Zähnen
2) TBF = Tablettenfluoridierung
3) MHA ohne F. = Mundhygieneaktionen ohne Fluorid
4) MHA mit F. = Mundhygieneaktionen mit Fluorid
5) and. Lokol. = andere Lokalanwendungen von Fluorid

4.1.5 *Impfwesen*

Die aktive Immunisierung durch Schutzimpfung gehört zu den wichtigsten Verhütungsmaßnahmen, insbesondere bei durch Viren hervorgerufenen Infektionskrankheiten. Die notwendigen und vom Bundesamt für Seren und Impfstoffe zugelassenen Schutzimpfungen sind von der Senatsverwaltung für Gesundheit gemäß § 14 Abs. 3 des Bundes-Seuchengesetzes öffentlich empfohlen. Damit übernimmt der Staat die Absicherung entsprechend geimpfter Personen bei nachteiligen Auswirkungen solcher Impfungen. In diesem Zusammenhang führt der Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter unentgeltlich Impfberatung und bestimmte Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen in öffentlichen Terminen durch. Hauptsächlich jedoch werden Impfberatungen und Schutzimpfungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Kassenleistung vorgenommen. Impfungen werden grundsätzlich auf freiwilliger Basis durchgeführt; niemand kann zu einer Impfung gezwungen werden.

Wenn wegen der sogenannten "Impfmüdigkeit" der Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung weiter zurückgeht, besteht die Gefahr, daß plötzlich wieder Krankheiten auftauchen, mit denen eigentlich heutzutage niemand mehr rechnet. Deshalb ist hier eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Nach dem Untergang des zentral organisierten und überwachten Impfwesens der ehemaligen DDR sind in den östlichen Bezirken besondere Informationen und Anstrengungen notwendig, die darauf ausgerichtet sein müssen, Impflücken, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern, gar nicht erst aufkommen zu lassen und bereits bestehende zu schließen; denn einerseits hat in der ehemaligen DDR z.B. die 1964 als Pflicht eingeführte Impfung gegen Keuchhusten zu einem hohen Durchimpfungsgrad geführt, andererseits fehlten (mangels Impfstoff) Mumps- und Rötelnimpfungen.

Im Rahmen der Reisemedizin ist das Landesinstitut für Tropenmedizin als Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Impf- und Impfberatungswesen tätig. Niedergelassene Ärzte beteiligen sich zunehmend. Der Massentourismus in tropische und subtropische Länder spiegelt sich in der Zunahme bestimmter Schutzimpfungen wider, insbesondere gegen Cholera und Gelbfieber. Die Gelbfieber-Schutzimpfung ist in Berlin - wie anderenorts - bestimmten Einrichtungen vorbehalten.

In der Notfallmedizin spielt die Tetanus-Schutzimpfung eine herausragende Rolle; in besonderen Fällen kommt eine Schutzimpfung gegen Tollwut in Betracht. Bestimmten Bevölkerungsgruppen wird Impfschutz gegen Hepatitis-B empfohlen; hier sind insbesondere beruflich exponierte Personen aus den medizinischen Bereichen zu nennen.

4.1.5.1 *Empfohlene Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen 1990*

Die Durchführung von Schutzimpfungen ist grundsätzlich nicht altersgebunden. Gegen bestimmte typische Infektionskrankheiten wird jedoch überwiegend im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter geimpft.

**4.1.5.1.1 Impfkalender der Berliner Gesundheitsämter
(Stand: 1.9.1988)**

Lebensalter	Impfungen gegen		Bemerkungen
ab 3. Lebensmonat 1)	Diphtherie Tetanus Polio	1. Teil der Grundimmunisierung	DT 2)
nach 6 Wochen bis 8 Wochen	Diphtherie Tetanus Polio	2. Teil der Grundimmunisierung	DT 2)
ab 15. bis 24. Lebensmonat	Diphtherie Tetanus Polio	3. Teil (Ende) der Grundimmunisierung	DT 2)
	Masern Mumps Röteln		
7. Lebensjahr bzw. 1. Schuljahr	Diphtherie Tetanus Polio	1. Auffrischung	Td 3)
11. Lebensjahr	Röteln	1. Auffrischung	
16. Lebensjahr bzw. 10. Schuljahr	Diphtherie Tetanus Polio	2. Auffrischung	Td 3)

1) Bei Säuglingen in Gemeinschaftseinrichtungen und in sozial ungünstigen Verhältnissen sowie bei Säuglingen, für die der Keuchhusten eine besondere Gefährdung darstellt (z.B. obstruktive Lungenerkrankungen, Herzfehler u.a.) soll der Kombinationsimpfstoff mit der Pertussiskomponente (Diphtherie-Pertussis-Tetanus) verwendet werden. Die Grundimmunisierung besteht aus drei Impfungen mit dem Diphtherie-Pertussis-Kombinationsimpfstoff im Abstand von 4 bis 6 Wochen und einer vierten Impfung im Abstand von 6 bis 12 Monaten

2) Diphtherie-Tetanus-Impfstoff (DT-Impfungen bis einschließlich 6. Lebensjahr)

3) Tetanus-Diphtherie-Impfstoff (Td-Impfungen ab 7. Lebensjahr)

Ein von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) veröffentlichter und laufend aktualisierter Impfkalender enthält wissenschaftliche Empfehlungen, die je nach Bedarf und epidemiologischer Situation von den einzelnen Bundesländern übernommen werden. Die vollständige Übernahme dieser STIKO-Empfehlungen ab 1992 wird angestrebt. Damit wird sich der Impfkalender der Berliner Gesundheitsämter verändern. Insbesondere die Aufnahme der Impfungen gegen *Haemophilus influenzae* b-Infektionen, die bei einem erheblichen Anteil an Hirnhautentzündungen Ursache sind, sowie die Erweiterung der Impfung gegen Keuchhusten, der zur Zeit noch viele Kinder befällt, sind hervorzuheben. Die Schutzimpfungen gegen Röteln bleiben weiterhin ein wichtiger Bestandteil, denn in der Bundesrepublik werden jährlich etwa 300 schwer geschädigte Kinder geboren,

deren Mütter in der Schwangerschaft an Röteln erkrankten. Auf etwa 2.000 Geburten pro Jahr kommt ein rötelngeschädigtes Kind. Diese Schäden bei Neugeborenen können mit dem Impfprogramm, das möglichst viele Mädchen ab 11 Jahren erneut erreicht, vermieden werden.

Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Kinder und Jugendlichen, die nach Mitteilung der Gesundheitsämter in den Jahren 1989 und 1990 von den bezirklichen Impfstellen einen Impfschutz im Sinne der Ausführungsvorschriften über Schutzimpfungen vom 17.12.1987 erhalten haben.

4.1.5.1.2 Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen durch bezirkliche Impfstellen 1990 in Berlin

Impfung	geimpfte Kinder und Jugendliche	
	1989 in Berlin (West)	1990 in Berlin
Diphtherie	35016	42715
Pertussis	3478	4692
Tetanus	34282	29457
Masern	14610	24497
Mumps	13570	12546
Röteln	16611	17514
Poliomyelitis	42023	55005
sonstige	4664	5255

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, daß seit 1984 auch die niedergelassenen Ärzte diese Impfungen zu Lasten der Krankenkassen durchführen. Da von den niedergelassenen Ärzten (mit Ausnahme des Bezirks Spandau) keine Daten vorliegen, ist der Durchimpfungsgrad lediglich im Zusammenhang mit den Einschulungs- bzw. zukünftig auch Schulentlassungsuntersuchungen, die jeweils alle drei Jahre landesweit ausgewertet werden, festzustellen.

4.1.5.2 Landesinstitut für Tropenmedizin (LITrop)

Eine wichtige Rolle als zentrale Einrichtung im Impf-, Beratungs- und Untersuchungswesen spielt das Landesinstitut für Tropenmedizin.

Folgende freiwillige Impfungen/Injektionen wurden 1990 vorgenommen:

Cholera	754
Gelbfieber	5.669
Tetanus-Diphtherie	4.636
Diphtherie	4 107
Tetanus	157
Polio-Schluckimpfung	5.539
Polio-Salk	21
Gammaglobulin	6.090
FSME	392
FSME-Immunglobulin	35
Grippe	27
Hepatitis B	178
Tollwut-HDC	111
Meningokokken A&C	160
Jap.-B-Enzephalitis	67

Insgesamt wurden 31 826 Impfungen und Injektionen durchgeführt, einschließlich 3 877 Tollwut-Impfungen, sowie mehr als 27 000 telefonische Impfberatungen.

Neben den vielfältigen Labor- und ärztlichen Leistungen in der Tropenmedizinischen Abteilung ist die Beratungs- und Untersuchungstätigkeit der HIV-Ambulanz hervorzuheben, in der 2.133 Erstvorstellungen verzeichnet und 2.830 Konsultationen von homo- bzw. bisexuellen Männern, Heterosexuellen und Drogenabhängigen vorgenommen wurden.

Außerdem wurde von folgenden weiteren Aktivitäten berichtet:

Die Lehrtätigkeit am Tropeninstitut wurde 1990 und 1991 fortgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Tropenhygiene der Universität Heidelberg und dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED) werden seit 1984 zweimal jährlich mehrwöchige Kurse (Medizin in Entwicklungsländern) für deutschsprachige Mediziner/-innen abgehalten. Die Kurse gehen dem Einsatz der Entwicklungshelfer unmittelbar voraus. Seit 1988 wird im Rahmen eines Reintegrationsprogrammes der Deutschen Stiftung für Internationale Entwicklung für junge, in Deutschland ausgebildete Mediziner/-innen ein Teil des Diplomkurses "Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern/Tropenmedizin" durchgeführt. Wie in den anderen Kursen werden auch hier neben theoretischem Unterricht praktische Übungen insbesondere in der Labordiagnostik parasitärer Erkrankungen angeboten.

Für Medizinstudenten der Freien Universität und der Humboldt Universität findet am Tropeninstitut in Zusammenarbeit mit der Charité eine jeweils zweisemestrige Vorlesungsreihe "Tropenmedizin" mit praktischen Übungen statt. Weiterhin werden auch Doktoranden und Famulanten betreut. In Zusammenarbeit mit dem Referat Entwicklungshilfe der Senatsverwaltung für Gesundheit wird die praktische Erfahrung der Ärzte und des Laborpersonals des LITrop ganzjährig auch an Stipendiaten aus tropischen Ländern weitergegeben. 1990 und 1991 wurden u. a. 2 Ärzte aus Brasilien und 1 Ärztin aus Thailand weitergebildet.

Ärzte des Institutes sind bei tropenmedizinischen Fragestellungen konsiliarisch für Krankenhausabteilungen tätig. In zunehmendem Maße werden von niedergelassenen Ärzten und Kliniken

Untersuchungsmaterialien, insbesondere zu parasitologischen und immunologischen Untersuchungen, zur Diagnostik parasitärer Erkrankungen an das Labor des Instituts eingesandt.

Ärzten der HIV-Ambulanz werden in Drogentherapieeinrichtungen/-beratungsstellen regelmäßig AIDS-Beratung und Untersuchungen (HIV-Antikörpertest usw.) angeboten sowie auch AIDS-Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Das Institut führt im Auftrag der Bundesregierung und der EG Untersuchungen auf dem Gebiet der AIDS-Epidemiologie durch und entwickelt neuartige Testmethoden zur Diagnose von Tropenkrankheiten.

4.1.6 Schirmbildstellen 1990

Entsprechend der Intention der geänderten Röntgenverordnung (RöV), die Anwendung von Röntgenstrahlen auf Einzelpersonen auf ein Mindestmaß zu reduzieren, ist die Zahl der Schirmbilduntersuchungen weiterhin gesunken.

Die nach der RöV in Ausübung der Heilkunde oder durch Gesetz zulässigen Schirmbilduntersuchungen werden in den 4 Schirmbildstellen Wedding, Kreuzberg, Charlottenburg und Schöneberg und im Schirmbildzug durchgeführt.

Darüber hinaus hat die Senatsverwaltung für Gesundheit gemäß § 24 RöV den Justizvollzugsanstalten für Insassen und Personal als Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlicher Tuberkuloseerkrankungshäufigkeit die Genehmigung erteilt, freiwillige Röntgenreihenuntersuchungen anzubieten.

Die asylsuchenden Ausländer werden in der Schirmbildstelle Wedding untersucht und getrennt erfaßt.

Im Berichtsjahr wurden 64 643 wertbare Aufnahmen gefertigt (ohne asylsuchende Ausländer und Vollzugsanstalten), das sind 5,4 % weniger als 1989. Bei den asylsuchenden Ausländern stieg die Zahl der wertbaren Aufnahmen jedoch erheblich: Mit 27 644 Aufnahmen lag sie um 167 % höher als 1989 (10 350 Aufnahmen). Aufgrund dieser Tatsache stieg die Zahl der Schirmbildaufnahmen insgesamt von 78 679 im Vorjahr auf 92 287 1990, das entspricht einer Zunahme um 17,3 %.

In 3,6 % der 64 643 Fälle wurde ein Krankheitsverdacht geäußert (1989: 3,7 %); bei den asylsuchenden Ausländern lag der Anteil der Verdachtsfälle mit 3,9 % höher als im Vorjahr (3,3 %).

Bei den Nachuntersuchungen der krankheitsverdächtigen Personen wurden folgende Diagnosen gestellt:

Fast die Hälfte der 2 328 Nachuntersuchten (48,9 %, 1989: 47,7) wies einen normalen Befund auf, bei den asylsuchenden Ausländern lag der Prozentsatz der Nachuntersuchten mit normalem Befund bei 53,8 % (1989: 58,2 %).

Große Unterschiede gab es bei der Diagnose einer unspezifischen Lungenerkrankung, von der 22,8 % (1989: 22,5 %) der in den Bezirken Untersuchten, aber nur 3,9 % (1989: 5,5 %) der asylsuchenden Ausländer betroffen waren.

Der Anteil der an Tuberkulose Erkrankten lag bei den asylsuchenden Ausländern erheblich höher als bei den übrigen Untersuchten:

52 der in den Bezirken Untersuchten (2,4 %; 1989: 2,2 %) waren an Tb der Diagnosegruppen 1.1 und 1.2 erkrankt, darunter 10 Personen mit einer ansteckungsfähigen Tb. Von den 76 tuberkulosekranken Asylsuchenden (11,9 %; 1989: 4,5 %) hatten 8 eine ansteckungsfähige Tb. Der überwiegende Teil der Tuberkulosekranken war den Tb-Fürsorgen bisher unbekannt.

Die von den Berliner Vollzugsanstalten angebotene Möglichkeit für Insassen und Personal, freiwillig an Röntgenreihenuntersuchungen teilzunehmen, nahmen weitaus weniger Insassen wahr als im Vorjahr, während das Interesse beim Personal wieder zunahm. Bei den Insassen war mit 1.420 Aufnahmen ein Rückgang um 57,9 % zu verzeichnen, beim Personal hingegen stieg die Zahl von 46 auf 126 Schirmbildaufnahmen.

**4.1.6.1 In den Schirmbildstellen und im Schirmbildzug gefertigte wertbare Aufnahmen
1984 - 1990 in Berlin (West)**

Untersuchungsort / Personengruppe	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Schirmbildstellen und Schirmbildzug	161903	125400	100394	126824	111503	68329	64643
asylsuchende Ausländer	9753	15379	26678	2168	5836	10350	27620
insgesamt	171656	140779	127072	128992	117339	78679	92263

4.1.6.2

Schirmbildaufnahmen, Verdachtsfälle und Untersuchungsergebnisse der in den Bezirken Untersuchten, der asylsuchenden Ausländer und von Insassen und Personal der Berliner Vollzugsanstalten 1990 in Berlin (West)

Schirmbildstelle / Personengruppe	wertbare Aufnahmen (A)	darunter Verdachtsfälle (V)	Untersuchungsergebnisse der V-Fälle																		ohne Untersuchungsabschluß
			diagnostisch geklärte Verdachtsfälle (N)																		
			davon mit der Diagnose																		
			insgesamt		1.1 1)		1.2 2)		1.1 und 1.2 zusammen		0 3)		Lungenkarzinom		unspez.Lungenekt.		normaler Befund				
			absolut	in % von A	absolut	in % von V	absolut	in % von V	absolut	in % von V	absolut	in % von N	absolut	in % von N	absolut	in % von N	absolut	in % von N			
Wedding	15729	357 2,3	309 86,6	3	3	14	13	17	16	5,5	76	24,6	1	0,3	45	14,6	170	55,0	48		
Kreuzberg	11325	996 8,8	930 93,4	2	2	15	14	17	16	1,8	224	24,1	1	0,1	203	21,8	485	52,2	66		
Charlottenburg	28719	665 2,3	634 95,3	2	1	7	5	9	6	1,4	171	27,0	6	0,9	149	23,5	299	47,2	31		
Schöneberg	8870	310 3,5	300 96,8	3	2	6	5	9	7	3,0	83	27,7	1	0,3	99	33,0	108	36,0	10		
Berlin (West)	59326	2110 3,6	1970 93,4	9	7	39	34	48	41	2,4	491	24,9	8	0,4	446	22,6	977	49,6	140		
Schirmbildzug	5317	218 4,1	203 93,1	1	1	3	3	4	4	2,0	63	31,0	1	0,5	50	24,6	85	41,9	15		
insgesamt 1990	64643	2328 3,6	2173 93,3	10	8	42	37	52	45	2,4	554	25,5	9	0,4	496	22,8	1062	48,9	155		
1989	68329	2537 3,7	2376 93,7	9	7	44	42	53	49	2,2	642	27,0	14	0,6	534	22,5	1133	47,7	161		
asylsuchende Ausländer	27620	1077 3,9	637 59,1	8	8	68	68	76	76	11,9	193	30,3	-	-	25	3,9	343	53,8	440		
1989	10350	338 3,3	201 59,5	1	1	8	8	9	9	4,5	64	31,8	-	-	11	5,5	117	58,2	137		
Berliner Vollzugsanstalten	1420	428 30,1	380 88,8	1	1	3	3	4	4	1,1	110	28,9	-	-	266	70,0	-	-	48		
1989	3369	531 15,8	447 84,2	1	1	12	3	13	4	2,9	115	25,7	1	0,2	318	71,1	-	-	84		
Personal	126	15 11,9	12 80,0	-	-	-	-	-	-	-	5	41,7	-	-	7	56,3	-	-	3		
1989	46	14 30,4	12 85,7	-	-	-	-	-	-	-	2	16,7	-	-	10	83,3	-	-	2		

1) 1.1 = Tb der Atmungsorgane mit Nachweis von Tb-Bakterien (ansteckungsfähige Tb)
 2) 1.2 = Tb der Atmungsorgane ohne Nachweis von Tb-Bakterien
 3) 0 = Überwachungsbedürftige Tb der Atmungsorgane

4.1.7 *Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie 1990 in Berlin (West)*

Die in der Pulsstr. 3-7 in Berlin Charlottenburg angesiedelte Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie besteht seit 1963.

Ein seit 1987 eingerichteter Schichtdienst (bedingt durch den 24-Stunden-Service) für ärztliche Mitarbeiter ermöglicht neben der Beratungsstätigkeit die ständige Aktualisierung des Datenpools im toxikologischen Bereich sowie die Auswertung eigener resümierbarer Erfahrung, die die Basis neuer Therapieempfehlungen darstellt.

Von Beginn an wurden überbezirkliche, zunehmend jedoch auch überregionale Beratungsaufgaben wahrgenommen, so daß sich die Stelle zu der am meisten in Anspruch genommenen Beratungsstelle in der Bundesrepublik Deutschland entwickelte.

Die Zahl der Beratungen hat sich in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt; 1990 wurde eine Gesamtzahl von 49 591 Beratungen (B-Gift) erreicht

Die überregionale Bedeutung der Beratungsstelle hat sich im Laufe der Jahre ständig erhöht. Von den im Jahr 1990 eingegangenen Anfragen kamen allein 88,2 % aus dem früheren Bundesgebiet. Der Anteil der Anfragen aus Berlin (West) lag bei 11,6 % Anfragen aus dem Ausland (0,1 %) kamen zumeist aus europäischen Giftzentralen mit der Bitte um Auskunft bezüglich deutscher Produkte. Es ist damit zu rechnen, daß es mit der Errichtung des gemeinsamen Binnenmarktes der EG zu einer deutlichen Erhöhung von Anfragen aus dem Ausland kommen wird.

Die meisten Anfragen kommen aus Krankenhäusern (50,4 %), gefolgt von Anfragen Angehöriger (33,9 %) und aus Arztpraxen (14,7 %).

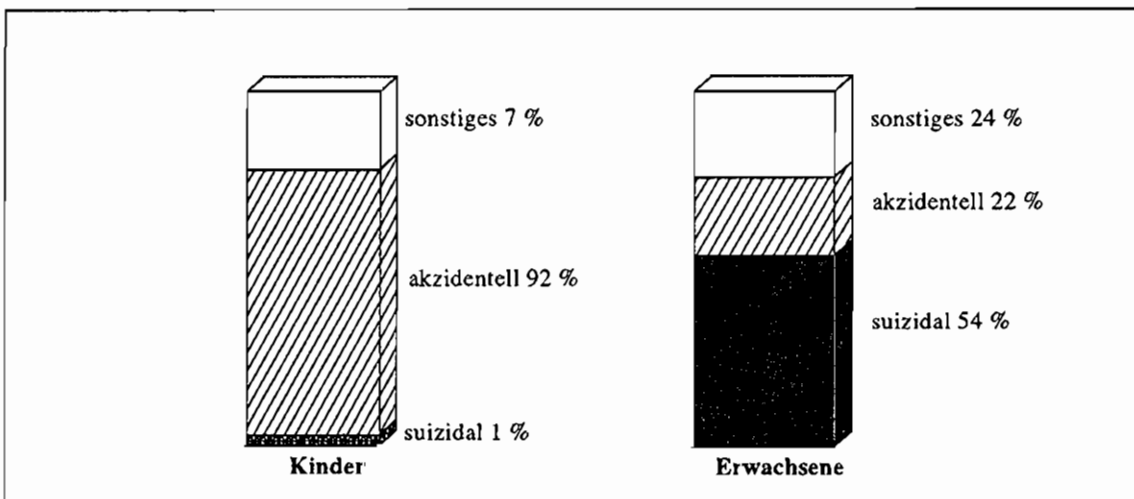
1990 wurden durchschnittlich rund 4 100 Anfragen pro Monat beantwortet.

Eine differenzierte Aufschlüsselung von akzidentellen Ingestionen und suizidalen Vergiftungen läßt im Berichtsjahr 1990 erstmalig stoffbezogene Risiken erkennen, die von unmittelbarem Nutzen für den Verbraucherschutz sind.

73 % der Anfragen betrafen Vergiftungen oder Vergiftungsverdacht bei Kindern. Von 36.200 Anfragen zu möglichen Vergiftungen im Kindesalter handelte es sich in 92 % der Fälle um akzidentelle Ingestionen.

Bei den 13 390 Anfragen, die sich auf Vergiftungen oder Vergiftungsverdacht im Erwachsenenalter richteten, lag bei 54 % ein Suizidversuch vor.

Graphik 24: *Beratungsgründe bei Vergiftungen und Vergiftungserscheinungen (Auswertung der 49.591 Anfragen an die Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen 1990)*



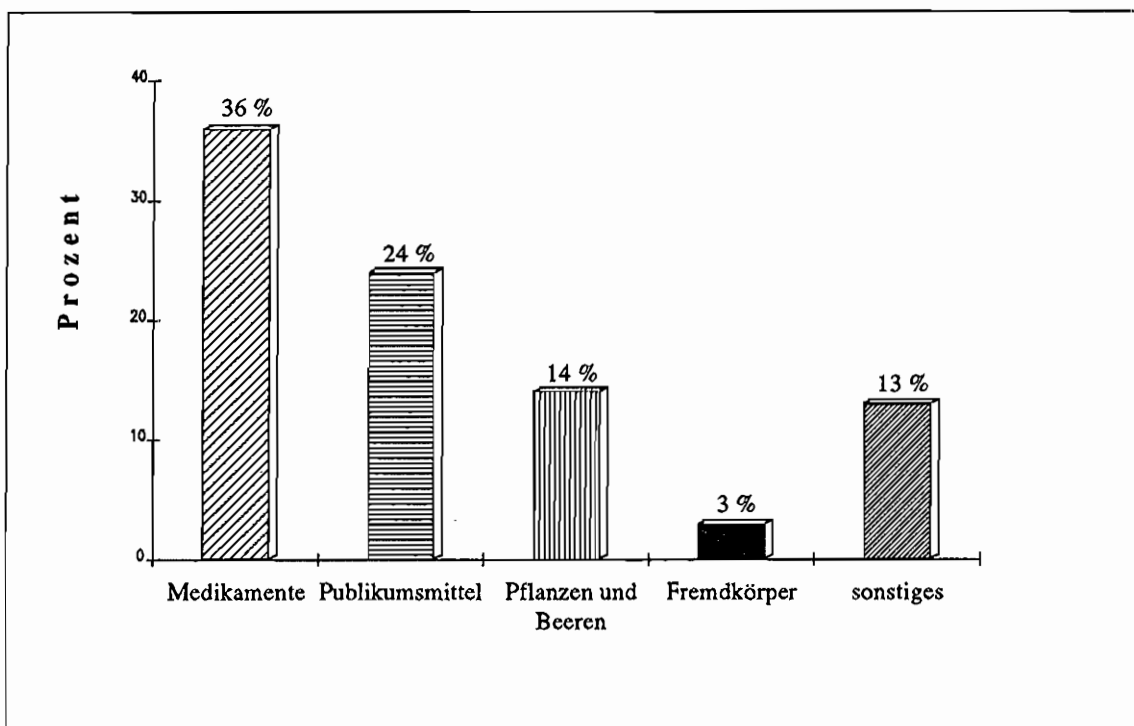
Akzidentelle Ingestionen im Kindesalter

Hinsichtlich der Altersstruktur akzidenteller Ingestionen liegt der Häufigkeitsgipfel im Kindesalter im zweiten Lebensjahr (mit einer Verteilung von sechs Monaten bis vier Jahren). Über 7.000 von 30.900 Auswertungen zu Anfragen akzidenteller Ingestionen wurden Kleinkindern dieser Altersgruppe zugeordnet.

Obwohl das Gefährdungspotential bei Säuglingen und Kleinkindern hinlänglich bekannt ist, kommt es eher zu einer Zunahme von akzidentellen Ingestionen.

Nach wie vor stehen Medikamente im Haushalt, Publikumsmittel (z.B. Spül-/Putzmittel, Öle, Knopfzellen) und die Einnahme von Pflanzen und Beeren an der Spitze der Anfragen. Über 10.000 von 28.004 ausgewerteten Anfragen zu akzidentellen Ingestionen im Kindesalter bezogen sich auf Medikamente im Haushalt, ca. 9.500 auf Publikumsmittel und über 4.000 auf Pflanzen und Beeren.

Graphik 25: Akzidentelle Ingestionen im Kindesalter
(Auswertung von 28.004 Anfragen)



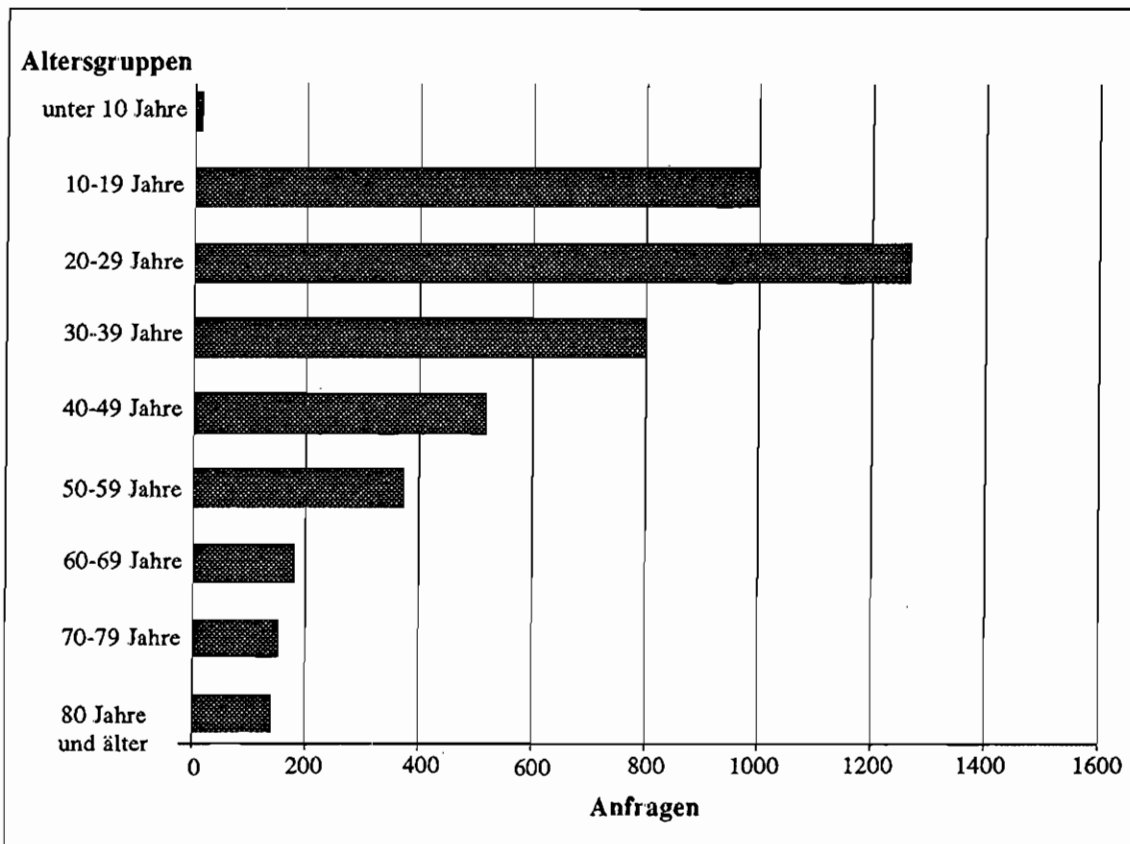
Suizidale Vergiftungen

Hier handelt es sich in allen Fällen um Suizidversuche (keine Letalitätszahlen), bei denen toxikologische oder pharmakokinetische Fragen abzuklären sind.

Die substanzspezifische Aufschlüsselung der zum Suizidversuch genommenen Substanzen läßt erkennen, daß es sich überwiegend um Medikamente handelt. Die Auswertung von 7.420 Anfragen des Jahres 1990 zu suizidalen Vergiftungen ergab, daß rund 92 % der Fälle sich auf Medikamente bezogen. In einem Drittel aller Fälle wurden Diazepine, Antihistaminika oder Antidepressiva als Monosubstanz benutzt.

Hinsichtlich des Alters derjenigen, die einen Suizidversuch unternehmen, liegt das Maximum bei den 20- bis 30jährigen. Bei Aufschlüsselung nach Geschlechtern wird deutlich, daß doppelt soviel Frauen wie Männer einen Suizidversuch unternehmen.

Graphik 26: Altersstruktur suizidaler Vergiftungen
(Auswertung von 4.355 Anfragen)



Embryonaltoxikologie

Wurden 1989 954 Anfragen in diesem Bereich der Beratungsstelle beantwortet, so erhöhte sich die Zahl im Jahr 1990 auf 1.526. Über 90 % der Anfragen wurden telefonisch abgewickelt.

Etwa zwei Drittel aller Anfragen betrafen die Schwangerschaft, ein Drittel die Stillperiode.

Die Mitarbeiter werden mit den vielfältigsten Fragestellungen konfrontiert wie:

- Risiken zu erfolgten Arzneitherapien
- verträglichste Medikamente in der Schwangerschaft
- Risikoeinschätzung einer Langzeitbehandlung für eine geplante Schwangerschaft
- Verantwortlichkeit bestimmter eingenommener Medikamente für Fehlbildungen bei neugeborenen Kindern
- Einschätzung des Risikos bei einer Exposition gegenüber chemischen Substanzen im Haushalt oder am Arbeitsplatz
- Risikoeinschätzung von Impfungen, Infektionskrankheiten und radioaktiver Strahlung in der Schwangerschaft

- Auswirkungen einer Dauermedikation oder einer beruflichen Exposition am Arbeitsplatz auf die männliche Fertilität.

Die embryonaltoxikologische Beratung steht demzufolge vor dem besonderen Problem, Bewertungen vornehmen zu müssen, deren Richtigkeit nicht im Verlauf etwaiger toxischer Symptome oder sofort zu erhebender Befunde geprüft werden kann.

4.1.8 Sportmedizin

Der Senat und der Hauptausschuß des Abgeordnetenhauses haben beschlossen, zum 1.1.1993 ein "Landesinstitut für Sportmedizin" in Berlin als nachgeordnete Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit einzurichten. Dadurch soll eine flächendeckende, bürgernahe sportmedizinische Versorgung der Bevölkerung in ganz Berlin gewährleistet werden.

Gemäß § 16 Sportförderungsgesetz in Verbindung mit § 23 Gesundheitsdienst-Gesetz ist die sportmedizinische Betreuung der Bürgerinnen und Bürger eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit des Landes Berlin

Das Betreuungsangebot umfaßt präventive Maßnahmen aller Art sowohl für den Freizeit-, Breiten-, Behinderten- und Gesundheitssport als auch für die Nachwuchsathleten im Bereich des Leistungssports.

Die dadurch erzielte ganzheitliche sportmedizinische Betreuung hat weit über das Land Berlin hinaus Modellcharakter und ist deshalb nicht nur ein unterstützender Beitrag zur Olympiabewerbung Berlins, sondern sowohl für die effektive Vorbereitung von Sportlern als auch für die Durchführung von nationalen und internationalen Wettkämpfen aller Art für die Stadt von großer Bedeutung.

An insgesamt 11 Standorten werden sich hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Einsatz modernster Medizinaltechnik der Gesundheitsbetreuung der sporttreibenden Bevölkerung Berlins widmen

Mit dieser Entscheidung macht der Senat den besonderen Stellenwert deutlich, der dem Sport als Präventionsmaßnahme gegen zivilisationsbedingte Erkrankungen zukommt.

4.1.9 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:

Prävention, d.h. der Einsatz von Maßnahmen, die in den Prozeß der Krankheitsverursachung, Krankheitsgenese und ggf. progredienten Krankheitsentwicklung primär, sekundär oder tertiär "eingreifen", ist Bestandteil der modernen Medizin sowohl im Bereich der Individual- als auch der Sozialmedizin. Gerade im Bereich der Infektionskrankheiten konnten durch - im weitesten Sinne - primärpräventive Maßnahmen die größten Erfolge erzielt werden.

Schwieriger ist die Situation auf dem Gebiet der heute vorherrschenden chronischen Krankheiten. Soweit Erkenntnisse über die (effektive) Prävenier- und Intervenierbarkeit von bestimmten Krankheiten vorliegen, so basieren Interventionsmaßnahmen notwendigerweise auf einem Modell epidemiologischer Risikofaktoren, und die "Präventionsbotschaft" besteht darin, Expositionen mit anerkannten Risikofaktoren zu meiden oder zu verringern.

Im folgenden werden Maßnahmen der

- sekundären Prävention, d.h. Akzeptanz von Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung und
- primären Prävention, d.h. Verhaltensweisen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen

näher betrachtet.

Primär- und sekundärpräventive Maßnahmen von bzw. bei niedergelassenen Ärzten

Die sekundäre Prävention, d.h. Screeningverfahren zur Früherkennung von Krankheiten, ist seit langer Zeit ein Schwerpunkt der präventiven Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten. Neben den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Männer und Frauen (seit 1971) werden seit Ende 1989 ebenfalls auf gesetzlicher Grundlage (GRG) Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt, die sich insbesondere auf Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten richten (Gesundheitscheckup).

Neben der sekundären Prävention will die Ärzteschaft zunehmend auf dem Gebiet der primären Prävention (Gesundheitsberatung) tätig werden. Die Nutzung derartiger Angebote wird in Tabelle 4.1.9.1 dargestellt.

Bezogen auf die Bevölkerung, die im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal einen Arzt aufgesucht hat - und dies ist bei 89 % der Westberliner und 85 % der Ostberliner der Fall - ist bei Westberlinern

- zu 82 % der Blutdruck (mindestens einmal) bestimmt worden
- zu 54 % das Cholesterin.

Geht man von der Zuverlässigkeit im Antwortverhalten aus (und diese kann zumindest für die Blutdruckmessung unterstellt werden), so ist bei über drei Vierteln der Westberliner (Arztbesucher) der Blutdruck und bei ca. der Hälfte das Cholesterin im Laufe eines Jahres mindestens einmal kontrolliert worden.

Die Werte steigen erwartungsgemäß mit steigendem Alter. So finden diese "Kontrolluntersuchungen" bei der älteren Bevölkerung zu 95 % (Blutdruck) und zu über 75 % (Cholesterin) statt.

4.1.9.1 *Inanspruchnahme von Maßnahmen ärztlicher Gesundheitsberatung in den letzten 12 Monaten*

Maßnahmen	Inanspruchnahme in %						
	insgesamt	Männer			Frauen		
		insgesamt	18-59 Jahre	60 u.mehr Jahre	insgesamt	18-59 Jahre	60 u.mehr Jahre
Berlin (West)							
Blutdruckmessung	82,2	74,6	69,9	94,5	87,9	84,1	94,0
Blutfettbestimmung	53,5	50,0	42,1	78,4	56,1	44,3	74,8
Gewichtsbestimmung	45,8	44,8	40,4	60,9	46,6	42,4	53,8
Raucherberatung	12,6	15,6	17,0	11,3	10,3	12,8	6,2
körperliche Bewegung/Beratung	14,9	17,3	18,2	13,7	13,1	16,9	6,9
Ernährungsberatung/Salz	10,9	11,2	9,5	17,2	10,7	7,9	15,0
Ernährungsberatung/Cholesterin	26,3	25,0	21,6	36,2	27,3	18,7	40,8
andere Ernährungsberatung	12,2	12,7	11,4	17,6	11,8	9,9	14,5
kein Arztbesuch in den letzten 12 Monaten	11,3	16,0	18,2	7,6	7,4	8,6	5,3
Berlin (Ost)							
Blutdruckmessung	76,4	72,0	67,5	94,7	79,7	74,0	97,3
Blutfettbestimmung	30,8	30,3	25,3	55,1	31,2	25,9	48,0
Gewichtsbestimmung	37,0	38,6	33,9	62,0	35,9	30,5	52,7
Raucherberatung	9,9	14,2	13,5	16,3	6,8	7,1	5,8
körperliche Bewegung/Beratung	16,7	20,3	19,7	22,4	14,1	15,7	9,1
Ernährungsberatung/Salz	10,8	13,6	12,4	20,2	8,8	6,3	16,7
Ernährungsberatung/Cholesterin	16,3	19,6	17,3	30,2	13,9	9,8	26,6
andere Ernährungsberatung	9,3	10,5	8,6	20,5	8,3	6,5	14,1
kein Arztbesuch in den letzten 12 Monaten	14,8	22,8	24,5	12,8	7,8	8,2	6,5

Insgesamt ist die Akzeptanz frühdiagnostischer Screeningverfahren in bezug auf Krankheiten und/oder deren Risiken - gemessen an den Beteiligungsraten - (auch) in der Berliner Bevölkerung als nicht sehr hoch zu bezeichnen.

Verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken

Die Auswertung verschiedener verhaltensbedingter Risiken (Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt siehe Kapitel 5) ergab:

Jeder vierte Mann in Berlin (in den östlichen Bezirken häufiger als in den westlichen) und nahezu jede fünfte Frau setzt sich gleichzeitig vier und mehr Gesundheitsrisiken aus. Diese Gruppen sind daher auch Hauptzielgruppen notwendiger Präventionsprogramme.

Folgend werden ausgewählte Risiken näher betrachtet:

Rauchen

Rauchen ist ein vermeidbares gesundheitliches Risiko, das am weitesten verbreitet ist und nachweislich den höchsten Beitrag an Krankheits- und Sterberaten innerhalb der Bevölkerung leistet.

Wenn sich auch die Anteile der Raucher zwischen West und Ost kaum unterscheiden (West: 35 %, Ost: 33 %), so ist die Intensität des Tabakwarenkonsums - gemessen an der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag - in den westlichen Bezirken stärker.

Nie geraucht haben im Westteil der Stadt 35 % und im Ostteil 44 %.

Die Häufigkeit des Rauchens ist bei Frauen und Männern in den einzelnen Altersgruppen zwischen West- und Ostberlinern unterschiedlich.

Der Anteil derzeitiger Raucher ist im Westteil höher als im Ostteil bei

- den 30- bis 39jährigen Männern (West: 58 %, Ost: 35 %),
- den 18- bis 59jährigen Frauen (West: 39 %, Ost: 30 %),
- den 30- bis 39jährigen Frauen (West: 48 %, Ost: 33 %) und
- den 40- bis 49jährigen Frauen (West: 37 %, Ost: 26 %).

Auch in der Bevölkerungsgruppe der über 60jährigen Frauen rauchen mehr West- (14 %) als Ostberlinerinnen (10 %).

Höher als im Westteil der Stadt liegt der derzeitige Anteil von Rauchern in den östlichen Bezirken bei

- den 18- bis 29jährigen Männern (West: 42 %, Ost: 54 %) und
- den über 60jährigen Männern (West: 22 %, Ost: 31 %).

Alkohol

Alkoholmißbrauch hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. So gilt Alkohol heute als das häufigste konsumierte Genuß- und Rauschmittel.

Der Anteil der Männer mit regelmäßigem Alkoholkonsum (täglich oder mehrmals pro Woche) ist mehr als doppelt so groß als der der Frauen.

So trinkt jeder zweite Mann im Ostteil der Stadt regelmäßig Alkohol. Im Westteil der Stadt sind es mit 40 % immerhin noch 10 % weniger. Demgegenüber geben 17 % der Westberliner Frauen an, regelmäßig Alkohol zu trinken, während die Angaben der Ostberliner Frauen bei 13 % liegen.

Alkoholabstinent leben in den westlichen Bezirken 15 % der Bevölkerung - in den östlichen aber nur 7 %.

Innerhalb der Altersgruppen wird der höhere regelmäßige Alkoholkonsum bei den Ostberliner Männern noch deutlicher. Der Anteil der Männer, die regelmäßig Alkohol trinken, ist in den östlichen Bezirken höher bei

- den 18- bis 59jährigen (West: 41 %, Ost: 52 %),
- den 18- bis 29jährigen (West: 32 %, Ost: 47 %) und
- den 50- bis 59jährigen (West: 37 %, Ost: 57 %).

In den westlichen Bezirken findet sich ein höherer regelmäßiger Alkoholkonsum bei

den 18- bis 59jährigen Frauen (West: 19 %, Ost: 14 %) und
den über 60jährigen Frauen (West: 14 %, Ost: 8 %).

Drogen

Erfahrungen mit illegalen Drogen in nennenswerten Anteilen besitzt nur die jüngere Bevölkerung in Berlin (West), während von der älteren Bevölkerung überhaupt keine Drogenerfahrungen angegeben werden.

In der 18- bis 39jährigen Bevölkerung haben Drogenerfahrung:

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Männer	28 %	3 %
Frauen	22 %	1 %

Demzufolge haben in der unter 40jährigen Westberliner Bevölkerung mehr als jeder vierte Mann und jede fünfte Frau Erfahrungen mit Drogen.

Angehörige "oberer" sozialer Schichten haben signifikant häufiger Drogenerfahrung als die unterer Schichten: in Berlin (Ost) ist bei Angehörigen der unteren Schichten überhaupt noch keine Erfahrung mit illegalen Drogen vorhanden.

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen

Gesundheitsförderndes Verhalten ist in der Berliner Bevölkerung insgesamt nur mäßig ausgeprägt. Ein intensives und aktives gesundheitsförderndes Verhalten, definiert über ein Punktsummenverfahren über Einzelnennungen zu regelmäßigem, sehr häufigem gesundheitlichen Verhalten, betreiben weniger als 20 % der Bevölkerung. Die Mehrheit der Bevölkerung (West: 58 %) zeigt ein durchschnittliches Verhalten, das sich dadurch charakterisieren läßt, daß die folgenden Verhaltensweisen regelmäßig, immer oder doch sehr häufig in folgender Häufigkeit praktiziert werden:

- ausreichend Schlaf (43,4 %)
- ausgewogene Ernährung (35,4 %)
- frische Luft (27,9 %).

Alle anderen gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (z.B. Betreiben von Sport, Gymnastik, Tanz, Anwendung besonderer Entspannungstechniken) sind weitaus geringer ausgeprägt.

Ca. jeder siebte Berliner (West 14 %) praktiziert noch nicht einmal dieses Durchschnittsverhalten

Insgesamt ist das gesundheitsfördernde Verhalten im Ostteil der Stadt noch deutlich geringer ausgeprägt als im Westteil.

Intensives und aktives gesundheitliches Verhalten steigt mit zunehmendem Alter und zunehmenden Krankheiten und Beschwerden. In der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen liegt (vor allem bei Männern) ein leicht u-förmiger Verlauf vor, d.h. die Altersgruppe der 18- bis 29jährigen und die 50- bis 59jährigen weisen die höchsten Anteilswerte auf, die 30- und 40jährigen die geringsten.

Analysiert man - um massive Effekte gesundheitsfördernden Verhaltens aufgrund bestehender Krankheiten und Beschwerden weitgehend auszuschließen - nur die Altersgruppe der 19- bis 59jährigen mit intensivem und aktivem Gesundheitsverhalten im Vergleich zur Gruppe mit Durchschnittsverhalten, so

zeigen sich die positiven Verhaltenseffekte deutlich in einem sehr viel besseren Gesundheitszustand, in einer geringeren Beschwerdeshäufigkeit und einer viel höheren Lebenszufriedenheit. Die Hauptunterschiede in den Motiven und Einstellungsdimensionen bestehen in den Grundüberzeugungen, daß man "regelmäßig etwas tun muß, um gesund zu bleiben" und daß "gesundheitsbewußtes Leben eine Frage des Wollens" ist.

"Gesundheitsaktive" sind in der Oberschicht signifikant häufiger vertreten.

Die Einstellungsdimensionen zur Gesundheit in der Berliner Bevölkerung zeigen die große Diskrepanz zwischen:

- der Wertschätzung von "Gesundheit"
- der Überzeugung von der Notwendigkeit präventiven, gesundheitsfördernden Verhaltens und
- dem tatsächlichen gering ausgeprägten Verhalten, das sich durch eine Vielzahl von Hemmnissen in der Umsetzung entsprechenden Verhaltens erklären läßt.

Sieht man von der kleinen Bevölkerungsgruppe ab, die kaum gesundheitsaktives Verhalten zeigt und auch nur ein mäßig ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein aufweist, so sind allerdings gerade für Teile der großen Gruppe von Berlinerinnen und Berlinern, die derzeit nur ein "durchschnittliches Verhalten" aufweisen, Ansatzpunkte zur Verhaltensänderung gegeben.

Inanspruchnahme von und Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung

Inanspruchnahme und Interesse

12 % der Westberliner, 9 % der Männer und 15 % der Frauen, haben schon einmal an Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. -beratung teilgenommen. Bezogen auf die letzten 12 Monate waren es insgesamt 6 %.

Die Altersgruppe der 40- bis 49jährigen nutzt bzw. nutzte derartige Angebote am häufigsten (Männer 15 %, Frauen 24 %).

Die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen ist schichtabhängig. Angehörige der Oberschicht nutzen derartige Angebote zu über 20 %, Unterschichtangehörige lediglich zu 8 %.

Ostberliner nutzten bzw. nutzen derartige Angebote in geringerem Maße (insgesamt 8 %, Männer zu 6 %, Frauen zu 10 %).

Art der Angebote nach bisheriger Nutzung und artikuliertem Interesse

Autogenes Training und Atem- und Bewegungstherapie sind die am häufigsten genutzten Angebote bei Frauen wie bei Männern. Unterschiede nach Alter und Geschlecht zeigt Tabelle 4.1.9.2.

Berliner in West und Ost, die jemals an Maßnahmen der Gesundheitsberatung teilgenommen haben, unterscheiden sich nach dem Gegenstand bzw. Inhalt der Maßnahmen nur unwesentlich. Auch bei Ostberlinern werden

- Autogenes Training und
- Atem- und bewegungstherapeutische Maßnahmen

am häufigsten genannt.

Die Nutzung von Maßnahmen zur Ernährungsberatung (Kochkurse und Vollwerternährung) und die Teilnahme an Selbsterfahrungsgruppen ist unter Teilnehmern in den östlichen Bezirken signifikant geringer.

Teilnehmer an Maßnahmen der Gesundheitsberatung scheinen mit den Angeboten sehr zufrieden zu sein. 90 % der Teilnehmer im Westteil der Stadt (Ost 87 %) können entsprechende "Programme" an andere weiterempfehlen; nur 4 % (Ost 6 %) haben offenbar schlechte Erfahrungen gemacht.

Das Interesse der Bevölkerungsgruppen, die sich für derartige Angebote interessieren, bisher aber noch nicht teilgenommen haben, richtet sich inhaltlich in ganz ähnlicher Verteilung auf die verschiedenen Themen und Maßnahmen. Auch hier stehen Autogenes Training und vor allem Atem- und Bewegungstherapie an vorderster Stelle. Hervorzuheben ist, daß 10 % der Berliner im westlichen Teil und 11 % im Ostteil (dieser Gruppen) sich für Maßnahmen zum Nichtrauchertraining interessieren.

Nach Art der Einrichtung, von denen Maßnahmen zur Gesundheitsberatung bzw. -förderung angeboten werden, geben die Berliner folgende "Besuchshäufigkeiten" (mindestens 1 Besuch) an:

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Volkshochschule	11,1 %	1,1 %
Gesundheitsamt	7,1 %	2,3 %
Freie Träger/Verbände	5,8 %	1,6 %
sonstige Anbieter	4,1 %	4,6 %

Gründe für die Nichtteilnahme an Gesundheitsberatungs- und Förderungsmaßnahmen

Die Hauptgründe für die Nichtteilnahme an derartigen Angeboten liegen nach Auffassung der Bevölkerung

- im geringen aktiv-präventiv entwickelten Gesundheitsbewußtsein, d.h. die vorherrschende reaktiv-kurative Haltung ist nach Auffassung der Mehrheit der Bevölkerung ein wesentlicher Grund für die Nichtnutzung entsprechender Angebote; 86 % in Berlin (West) und 87 % in Berlin (Ost) stimmen der Aussage zu: "Viele tun erst dann etwas, wenn es einen akuten Anlaß gibt"
- im Aufwand (Zeit, Mühe)
(West 77 %, Ost 79 %)
- in der bewußten Nichtbereitschaft zur Verhaltensänderung
(West 68 %, Ost 62 %)
- in Schwellenängsten
(West 65 %, Ost 60 %).

50 % der Westberliner aber 73 % der Ostberliner nennen die geringe Bekanntheit der Angebote. Bei der geringen Inanspruchnahme von Unterschichtangehörigen ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß diese vor allem

- die geringe Bekanntheit der Angebote und
- Schwellenängste

signifikant häufiger nennen als Angehörige der Oberschicht.

4.1.9.2 Genutzte Therapie und Interesse für Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung

Therapien / Angebote	Teilnehmer in %						Interessenten für Angebote in %	
	insgesamt	Männer			Frauen			
		insgesamt	18-59 Jahre	60 u mehr Jahre	insgesamt	18-59 Jahre		60 u mehr Jahre

Berlin (West)

Autogenes Training	42,3	48,5	52,3	38,1	39,1	36,6	45,9	23,9
Abnahme-/Fastenkurse	12,5	8,1	5,8	15,2	14,7	13,2	19,0	13,1
Kochkurse	17,9	13,1	13,0	10,9	20,4	19,8	22,3	13,7
Vollwerternährung	19,8	17,0	18,4	13,0	21,3	21,2	16,8	15,7
Nichtrauchertraining	4,3	2,2	0,7	9,6	5,4	5,1	6,1	9,5
Atem und Bewegung/Wirbelsäule	35,2	23,2	22,8	28,3	41,3	42,1	39,2	32,6
Selbsterfahrung	17,7	20,7	21,3	20,7	16,2	20,3	4,8	7,9
Einzelberatungsgespräche	16,6	18,5	18,1	23,1	15,6	18,4	8,0	5,9
Vorträge	27,9	29,5	26,7	41,8	27,0	24,2	34,8	7,5
Gesprächskreise	16,0	17,0	13,9	33,2	15,4	15,8	14,3	5,2
sonstiges	15,7	16,9	15,6	20,3	15,1	18,5	5,5	2,6

Berlin (Ost)

Autogenes Training	50,3	52,8	54,7	45,9	49,1	51,5	40,3	24,4
Abnahme-/Fastenkurse	9,2	8,5	7,4	12,3	9,5	12,2	-	15,6
Kochkurse	5,5	4,5	5,8	-	6,0	5,0	9,6	12,1
Vollwerternährung	7,1	7,3	6,8	8,9	7,1	8,4	2,2	13,2
Nichtrauchertraining	2,8	5,5	7,0	-	1,5	1,9	-	10,9
Atem und Bewegung/Wirbelsäule	36,3	20,1	17,0	31,1	44,3	44,6	43,4	28,8
Selbsterfahrung	7,5	9,8	10,4	7,5	6,4	5,7	8,8	5,3
Einzelberatungsgespräche	17,3	23,5	30,0	-	14,3	12,8	19,6	5,3
Vorträge	18,3	16,4	12,1	31,7	19,2	15,0	34,3	11,0
Gesprächskreise	6,3	1,4	1,8	-	8,7	7,6	12,8	6,2
sonstiges	14,0	22,2	22,9	19,6	9,9	10,4	8,0	1,7

4.2 Gesundheitsförderung

4.2.1 Beratung für Behinderte

4.2.1.1 Beratungsstellen für Behinderte in Berlin (West)

In den Beratungsstellen der westlichen Bezirke wurden 1990 31.713 Behinderte (darunter 10.939 = 35,2 % Überwachungsfälle) beraten oder betreut, 8,4 % weniger als im Vorjahr.

Von den 31.713 Personen wandten sich 3.196 erstmalig an die Beratungsstellen. Im Gegensatz zur Zahl des Gesamtbestandes ist die Zahl der Neuzugänge in den letzten drei Jahren gestiegen (1989: 3.138).

4.2.1.1.1 Beratungsstellen für Behinderte 1990 in Berlin (West)

- Zugänge an betreuten Behinderten nach Art der Behinderung und Bezirken -

Bezirk	Zugänge insgesamt	körperlich Behinderte	Seh-behinderte	Hör-behinderte	Sprach-behinderte	geistig Behinderte	seelisch Behinderte	sonstige Behinderte	mehrfach Behinderte
Tiergarten	51	42	5	1	-	-	-	-	3
Wedding	282	93	1	2	-	-	3	145	38
Kreuzberg	96	46	11	5	-	-	-	20	14
Chlbg.	350	96	11	53	6	1	-	98	85
Spandau	133	100	3	12	2	1	-	6	9
Wilmersdorf	239	87	7	5	1	1	-	19	119
Zehlendorf	60	32	2	4	1	-	-	-	21
Schöneberg	108	17	-	4	3	1	2	20	61
Steglitz	113	56	10	13	1	-	-	7	26
Tempelhof	82	58	-	13	-	-	-	1	10
Neukölln	1029	165	1	31	-	-	-	813	19
Reinickend.	653	21	2	2	418	1	-	20	189
Berlin (West)									
1990	3196	813	53	145	432	5	5	1149	594
1989	3138	734	67	67	378	19	5	1263	605

Fast jeder zweite (46,1 %, 1989: 40,9 %), der 1990 zum ersten Mal eine Beratungsstelle aufsuchte, war unter 20 Jahre.

Allein 94,2 % der 432 betreuten Neuzugänge mit Sprachstörungen waren Kinder und Jugendliche. Auch bei der Gruppe der sonstigen Behinderungen dominierten Kinder- und Jugendliche, 736 (64,1 %) der 1.149 Personen waren unter 20 Jahre.

Personen der mittleren und höheren Altersklassen wurden demgegenüber erwartungsgemäß häufiger wegen körperlicher Behinderungen, Seh- oder auch Mehrfachbehinderungen betreut.

4.2.1.1.2 Beratungsstellen für Behinderte 1984 - 1990 in Berlin (West)
- Zugänge an betreuten Behinderten nach Art der Behinderung und Alter -

Art der Behinderung	Alter von bis unter ... Jahren	1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
körperlich Behinderte	unter 20	208	21,5	164	16,1	138	16,6	124	16,5	95	14,1	128	17,4	156	19,2
	20 - 60	367	38,0	421	41,4	346	41,6	303	40,2	322	47,8	332	45,2	338	41,6
	60 u mehr	392	40,5	431	42,4	347	41,8	326	43,3	257	38,1	274	37,3	319	39,2
	zusammen	967	100	1016	100	831	100	753	100	674	100	734	100	813	100
Seh-behinderte	unter 20	10	18,5	6	10,7	8	15,7	12	15,6	2	2,7	7	10,4	5	9,4
	20 - 60	9	16,7	16	28,6	13	25,5	29	37,7	33	45,2	28	41,8	26	49,1
	60 u mehr	35	64,8	34	60,7	30	58,8	36	46,8	38	52,1	32	47,8	22	41,5
	zusammen	54	100	56	100	51	100	77	100	73	100	67	100	53	100
Hör-behinderte	unter 20	5	5,9	11	11,0	9	10,8	14	19,7	8	9,6	8	11,9	40	27,6
	20 - 60	49	57,6	55	55,0	40	48,2	36	50,7	49	59,0	35	52,2	53	36,6
	60 u mehr	31	36,5	34	34,0	34	41,0	21	29,6	26	31,3	24	35,8	52	35,9
	zusammen	85	100	100	100	83	100	71	100	83	100	67	100	145	100
Sprach-behinderte	unter 20	330	94,6	344	93,7	339	97,1	353	93,4	368	87,2	356	94,2	407	94,2
	20 - 60	14	4,0	20	5,4	6	1,7	17	4,5	53	12,6	16	4,2	22	5,1
	60 u mehr	5	1,4	3	0,8	4	1,1	8	2,1	1	0,2	6	1,6	3	0,7
	zusammen	349	100	367	100	349	100	378	100	422	100	378	100	432	100
geistig Behinderte	unter 20	5	83,3	6	100	17	100	30	81,1	17	77,3	17	89,5	5	100
	20 - 60	1	16,7	-	-	-	-	3	8,1	5	22,7	1	5,3	-	-
	60 u mehr	-	-	-	-	-	-	4	10,8	-	-	1	5,3	-	-
	zusammen	6	100	6	100	17	100	37	100	22	100	19	100	5	100
seelisch Behinderte	unter 20	1	100	-	-	4	80,0	7	58,3	2	50,0	4	80,0	1	20,0
	20 - 60	-	-	2	66,7	-	-	3	25,0	-	-	-	-	2	40,0
	60 u mehr	-	-	1	33,3	1	20,0	2	16,7	2	50,0	1	20,0	2	40,0
	zusammen	1	100	3	100	5	100	12	100	4	100	5	100	5	100
sonstige Behinderte	unter 20	972	72,1	821	68,7	954	69,0	719	64,4	546	53,2	692	54,8	736	64,1
	20 - 60	163	12,1	205	17,2	205	14,8	200	17,9	227	22,1	303	24,0	221	19,2
	60 u mehr	213	15,8	169	14,1	224	16,2	197	17,7	254	24,7	268	21,2	192	16,7
	zusammen	1348	100	1195	100	1383	100	1116	100	1027	100	1263	100	1149	100
mehrfach Behinderte	unter 20	83	15,6	59	10,8	56	9,9	116	19,0	85	15,0	73	12,1	124	20,9
	20 - 60	123	23,1	138	25,4	132	23,3	158	25,9	166	29,3	195	32,2	129	21,7
	60 u mehr	326	61,3	347	63,8	378	66,8	336	55,1	315	55,7	337	55,7	341	57,4
	zusammen	532	100	544	100	566	100	610	100	566	100	605	100	594	100
insgesamt	unter 20	1614	48,3	1411	42,9	1525	46,4	1375	45,0	1123	39,1	1285	40,9	1474	46,1
	20 - 60	726	21,7	857	26,1	742	22,6	749	24,5	855	29,8	910	29,0	791	24,7
	60 u mehr	1002	30,0	1019	31,0	1018	31,0	930	30,5	893	31,1	943	30,1	931	29,1
	insgesamt	3342	100	3287	100	3285	100	3054	100	2871	100	3138	100	3196	100

Einen Schwerpunkt in der Beratung und Betreuung von Personen mit Sprachstörungen bildet die Beratungsstelle für Sprachbehinderte des Gesundheitsamtes Reinickendorf (Diagnostik, Therapie, Prävention).

Als einen Arbeitsschwerpunkt sieht die Beratungsstelle vor allem auch eine intensive Präventionsarbeit im Kindertagesstättenbereich an. 418 (79 %) der im Berichtsjahr neu Untersuchten waren Kinder der Altersgruppe bis unter 5 Jahre.

Zum Bestand der betreuten Sprachbehinderten gehörten Ende 1990 925 Personen (darunter 53 % unter 5jährige und 38 % im Alter von 5 bis unter 10 Jahren).

Innerhalb des Bestandes der in Beratungsstellen Betreuten stellten Personen mit körperlichen Behinderungen (28 %), gefolgt von Betreuten mit Mehrfach- (15 %) und sonstigen Behinderungen (13 %) den größten Anteil.

**4.2.1.1.3 Beratungsstellen für Behinderte 1990 in Berlin (West)
- Bestand an betreuten Behinderten am 31.12. nach Bezirken und Art der Behinderung -**

Bezirk	Bestand insgesamt	Art der Behinderung									Überwachungs-fälle
		zu-sammen	körperl. Behind.	Seh-behind	Hör-behind	Sprach-behind	geistig Behind	seelisch Behind.	sonstige Behind.	mehrfach Behind	
Tiergarten	1350	664	467	31	16	4	-	-	-	146	686
Wedding	2413	2318	1126	16	55	48	-	9	856	208	95
Kreuzberg	3035	971	497	62	60	24	-	-	138	190	2064
Chlbg.	3882	3149	1944	79	265	25	24	1	508	303	733
Spandau	3233	1734	1076	45	100	54	23	3	77	356	1499
Wilmersdorf	2287	1468	504	81	46	1	4	1	41	790	819
Zehlendorf	1597	444	224	10	21	3	-	-	6	180	1153
Schöneberg	1)										
Steglitz	597	596	341	34	44	3	-	-	25	149	1
Tempelhof	2127	1042	580	23	103	5	9	-	26	296	1085
Neukölln	6418	4821	1561	64	205	119	-	-	2304	568	1597
Reinickend.	4108	2901	337	9	21	926	65	2	181	1360	1207
Berlin (W)											
1990 1)	31047	20108	8657	454	936	1212	125	16	4162	4546	10939
1989	34629	21729	10176	518	890	1304	188	32	4038	4583	12900

1) Die Beratungsstelle Schöneberg hat den Bestand von insgesamt 666 betreuten Behinderten nicht nach Art der Behinderung aufgegliedert; die Zahl ist auch in der Gesamtsumme nicht enthalten. Der Bestand aller Beratungsstellen von Berlin (West) umfaßt 31 713 Betreute.

Ende 1990 zählten 14.659 Kinder und Jugendliche zum Bestand der betreuten Personen in den Beratungsstellen; davon waren 10.799 (74 %) jedoch nur Überwachungsfälle, 26 % der Personen in dieser Altersklasse hatten demzufolge ausdiagnostizierte Behinderungen.

4.2.1.1.4 Beratungsstellen für Behinderte 1990 in Berlin (West)
- Bestand an betreuten Behinderten am 31.12. nach Alter und Art der Behinderung -

Art der Behinderung	Bestand insgesamt	davon Behinderte im Alter von bis unter ... Jahren											
		unter 1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80 u m.
körperl. Behinderte	8657	3	126	341	410	547	939	655	914	1152	1207	1293	1070
Sehbehinderte	454	-	-	15	15	17	51	30	35	44	49	67	131
Hörbehinderte	936	-	2	11	62	70	109	98	69	85	93	111	226
Sprachbehinderte	1212	-	492	378	82	72	103	39	23	9	8	4	2
geistig Behinderte	125	-	2	18	18	31	43	10	3	-	-	-	-
seelisch Behinderte	16	-	1	2	-	2	8	-	2	1	-	-	-
sonstige Behinderte	4162	-	49	81	95	81	253	399	609	726	625	600	644
mehrfach Behinderte	4546	1	56	209	256	316	410	231	280	420	520	743	1104
zusammen	20108	4	728	1055	938	1136	1916	1462	1935	2437	2502	2818	3177
Überwachungsfälle	10939	220	2278	4135	3089	1076	126	-	4	6	1	4	-
insgesamt 1990 1)	31047	224	3006	5190	4027	2212	2042	1462	1939	2443	2503	2822	3177
1989	34629	330	3791	6068	4242	2528	2181	1752	2067	2475	2911	3154	3130

1) ohne betreute Behinderte von Schöneberg, da die Beratungsstelle Schöneberg den Bestand von insgesamt 666 betreuten Behinderten nicht nach Alter und Art der Behinderung aufgegliedert hat.
 Der Bestand aller Beratungsstellen von Berlin (West) umfaßt 31.713 Betreute

4.2.1.2 Orthopädische Beratungsstellen 1990 in Berlin (Ost)

In allen 11 Bezirken in Berlin (Ost) bestanden Orthopädische Beratungsstellen, in denen aufgrund der in der ehemaligen DDR geltenden gesetzlichen Meldepflicht alle Kinder und Jugendlichen mit Körperbehinderungen fürsorgerisch erfaßt wurden

Ende des Berichtszeitraumes (Schuljahres) 1989/90 zählten 21 879 Jugendliche zum Bestand der Beratungsstellen.

**4.2.1.2.1 Orthopädische Beratung im Schuljahr 1989/90 in Berlin (Ost)
- Bestand, Zugänge und Abgänge betreuter Behinderter -**

Bestand, Zugänge, Abgänge	betreute Behinderte		
	insgesamt	männlich	weiblich
Bestand zu Beginn des Berichtszeitraumes	22050	10945	11105
Zugänge	5636	2941	2695
davon			
- aus Berlin (Ost)	5049	2637	2412
- Wiederzugänge aus den ärztlich geleiteten orthopädischen Einrichtungen	198	102	96
- sonstige Zugänge aus Kreisen der ehemaligen DDR	389	202	187
Abgänge	5807	2915	2892
davon			
- aus der Betreuung entlassen	4907	2479	2428
darunter			
Überschreitung der Altersgrenze	1260	629	631
- in ärztlich geleitete orthopädische Einr.	30	10	20
- Wegzüge in andere Kreise der ehemal. DDR	679	328	351
- sonstige Gründe	191	98	93
Bestand am Ende des Berichtszeitraumes	21879	10971	10908

Die größte Gruppe der betreuten Kinder und Jugendlichen bildeten die 6- bis unter 14jährigen (46,5 %), gefolgt von der Gruppe der 14- bis unter 19jährigen (23,1 %)

Von den 21 879 betreuten Kindern und Jugendlichen hatten 5 170 eine ausdiagnostizierte Körperbehinderung, 16 709 waren Überwachungsfälle

47,5 % der 5.170 Behinderten waren Jungen und 52,5 % Mädchen. Der Anteil der Behinderungsarten war bei Mädchen und Jungen unterschiedlich ausgeprägt. Während fast die Hälfte der Behinderungen der Mädchen sich auf nur zwei Behinderungsarten konzentrierte (Hüftluxation 28,0 %, drohende Skoliose 20,3 %), verteilte sich bei den Jungen etwa die Hälfte aller Behinderungen auf vier Diagnosegruppen (sonstige erworbene Deformitäten 13,9 %, Hüftluxation und drohende Skoliose jeweils 12,1 %, leichte spastische Lähmungen 11,7 %)

**4.2.2 Gesundheitshilfe für Krebskranke
- Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter
in Berlin (West) 1990**

Die in allen westlichen Bezirken angesiedelten Beratungsstellen für Nachgehende Krankenfürsorge betreuen Patienten nach Diagnosestellung und (während oder nach) Therapie bösartiger Erkrankungen.

Ende 1990 zählten die Beratungsstellen für Krebserkrankungen in Berlin (West) als Bestand 25 416 Personen (1 282 weniger als im Vorjahr) mit bösartigen Neubildungen, die die Leistungen der Nachgehenden Krankenfürsorge (z.B. Beratungen, Informationen, Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen) in Anspruch nahmen

Insgesamt kam es im Berichtsjahr zu 4 887 Zugängen (1989: 5 863) und 6 164 Abgängen (1989: 6 320).

4.2.2.1 *Nachgehende Krankenfürsorge 1990 in Berlin (West)* *- Zugänge und Bestand -*

Bezirk	Bestand am 1.1.1990			Zugänge		Abgänge		Bestand am 31.12.1990		
	insgesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	insgesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd
Tiergarten	2001	1085	916	96	21	118	80	1920	1063	857
Wedding	2714	1282	1432	274	292	301	287	2692	1255	1437
Kreuzberg	1468	1178	290	221	161	389	449	1012	1010	2
Charlottenburg	2485	1380	1105	282	37	390	397	2017	1272	745
Spandau	3052	2005	1047	392	162	370	348	2888	2027	861
Wilmerdorf	1549	1177	372	177	-	174	35	1517	1180	337
Zehlendorf	1694	448	1246	123	393	166	371	1673	405	1268
Schöneberg	1210	752	458	248	18	304	7	1165	696	469
Steglitz	2428	984	1444	246	203	240	174	2463	990	1473
Tempelhof	2340	1971	369	366	44	350	61	2339	1987	352
Neukölln	2965	2883	82	635	98	591	12	3095	2927	168
Reinickendorf	2787	2669	118	384	14	550	-	2635	2503	132
Berlin (West)										
1990	26693	17814	8879	3444	1443	3943	2221	25416	17315	8101
1989	27155	17719	9436	4162	1701	4067	2253	26698	17814	8884

Für die Nachgehende Krankenfürsorge im Ostteil der Stadt lagen für 1990 keine Berichte vor, da die Beratungsstellen erst im Aufbau begriffen waren. Sie bildeten sich aus den 11 Stadtbezirksstellen für Onkologie, die bisher überwiegend kurativ ausgerichtete nachgehende Krankenfürsorge wahrgenommen haben

4.2.3 *Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - 1990 in Berlin (West)*

In den Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - in den Abteilungen Gesundheitswesen der Bezirksämter Charlottenburg, Kreuzberg, Schöneberg und Wedding wurden im Jahr 1990 735 (zu 1989: - 1.030) Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten (295 Männer, 462 Frauen) registriert

Der Bestand an betreuten Personen belief sich Ende 1990 auf 2.834 Personen.

In 2.445 Fällen wurde eine ärztliche Beratung durchgeführt.

Insgesamt wurden 25.762 Abstriche gefertigt und 3.713 Blutproben entnommen sowie bei 743 Personen eine Injektions- und bei 439 Personen eine Tablettentherapie angesetzt.

Neben diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gewann vor allem die Öffentlichkeitsarbeit an Bedeutung. Insgesamt wurden 213 Veranstaltungen, an denen 3.430 Personen teilnahmen, durchgeführt.

Die Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - Schöneberg und Wedding bieten seit September 1988 bzw. September 1990 je eine abendliche medizinische und sozialpädagogische Sprechstunde pro Woche in der Kurmärkischen Straße im Bereich der Drogenprostitutionsszene an, die von Streetwork begleitet wird.

Es besteht die Möglichkeit der kostenlosen Präservativvergabe und des Spritzenaustausches sowie zur Durchführung von AIDS-Tests in Einzelfällen. Die medizinische Versorgung umfaßt sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerschaftstests und Abszeßversorgung sowie Beratung bei allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern.

Nähere Einzelheiten über das Morbiditätsgeschehen von Geschlechtskrankheiten in Berlin (West) und (Ost) sind dem Kapitel 3 (vgl. 3.2.2.3) zu entnehmen.

4.2.4 *Tuberkulose 1990*

Über den Bereich Tuberkulose wird im Jahresgesundheitsbericht 1991 im Kapitel 3 "Gesundheitszustand" unter Abschnitt 3.2 "Morbidität" berichtet.

4.2.5 *Psychiatrische Versorgung*

4.2.5.1 *Psychiatrieplanung in Berlin*

Im Jahre 1991 wurde dem Senat der erste Berichtsteil der Psychiatrieplanung in Form einer strukturellen Rahmenplanung vorgelegt. Weitere Berichtsteile, z.B. zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und zur ausstattungs- und kostenmäßigen Umsetzung der Planung auf bezirklicher Ebene, sollen folgen.

In dem Bericht werden die seit der Planung aus dem Jahre 1984 gemachten Erfahrungen mit dem Auf- und Ausbau der "gemeindenahen" Psychiatrie reflektiert und in Richtung der Schaffung notwendiger struktureller Rahmenbedingungen für eine gemeindeintegrierte Versorgung psychisch Kranker weiterentwickelt.

Die Vielzahl der in den letzten Jahren entstandenen Einrichtungen im ambulant-komplementären Bereich in Verbindung mit der regionalisierten stationären Behandlung soll durch verbesserte Zusammenarbeit und Abstimmung der Hilfen auf Bezirksebene zu einer dauerhaften Integration vor allem der psychisch Langzeitkranken führen. In diesem Zusammenhang ist die Stärkung der bezirklichen Verantwortung für diesen Personenkreis in Form der Versorgung im eigenen Bezirk eine wichtige Grundlage.

Die psychiatrischen und psychosozialen Dienste einer Region sollen sich außerdem verpflichten, auch - und vor allem - für chronisch psychisch Kranke Angebote zu entwickeln, die lange Krankenhausaufenthalte verhindern helfen.

Behandlung und Pflege sowie Hilfen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung bei gleichzeitiger Kontinuität in der Betreuung sind gerade bei Menschen mit seelischen Störungen miteinander verzahnt anzubieten und vor allem im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung über ergänzende Angebote und Hilfen, z.B. im Wohnbereich, sicherzustellen.

Der hierdurch entstehende erhöhte Abstimmungsbedarf zwischen dem ambulanten, komplementären und (teil-)stationären Bereich sowie für die einzelnen psychiatrischen Einrichtungen des Bezirks soll durch Einsetzung von Koordinationsstellen bzw. -gremien zu einer verbesserten Versorgung in einem gemeindepsychiatrischen Verbund führen. Vor allem die chronisch Kranken (seelisch Behinderte, Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen) sowie die ausländische Bevölkerung mit psychosozialen

Problemlagen sollen von der Umsetzung dieser neuen Organisationsstruktur profitieren, weil die begrenzten finanziellen Mittel besser ausgenutzt werden können.

Im Ostteil der Stadt bildet die vorgelegte Strukturplanung die Ausgangsbasis für den Aufbau eines umfassenden psychiatrischen Versorgungssystems mit Schwerpunkt im ambulant-komplementären Bereich.

Dadurch soll vermieden werden, daß eine Verfestigung nicht mehr zeitgemäßer psychiatrischer Versorgung in einigen wenigen großen Fachkrankenhäusern stattfindet. Deshalb haben der Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und komplementäre Angebote im Wohnbereich sowie die Einrichtung von Kontakt- und Beratungsstellen hier Priorität.

Weiterhin hat die Senatsverwaltung für Gesundheit Anfang September 1991 damit begonnen, auch in den östlichen Bezirken mit allen dort jeweils an der psychosozialen Versorgung Beteiligten Gespräche zu führen, um eine quantitative und qualitative Bestandsaufnahme und Analyse psychiatrischer Versorgung zu gewinnen. Es zeichnet sich ab, daß eine solche Bestandsaufnahme in den östlichen Bezirken für den stationären Bereich psychiatrischer Versorgung durch den vorliegenden Krankenhausrahmenplan mit Eckdaten und Einzelentscheidungen möglich ist, daß aber durch die vielen neuen Aufgaben, vor denen die Abteilung Gesundheitswesen in den östlichen Bezirken steht, wie etwa Aufbau eines öffentlichen Gesundheitsdienstes, Überlegungen zur Nutzung/Auflösung bestehender Polikliniken, Unterstützung von Ärzten zur Niederlassung in freier Praxis usw., ein abgestimmter Planungsprozeß, auch der Aufbau psychosozialer Arbeitsgemeinschaften, erst allmählich in Gang kommen kann. Der erwähnte Krankenhausrahmenplan macht als vorläufiger Krankenhausplan Aussagen für die stationäre/teilstationäre Versorgung, wobei die im Krankenhausrahmenplan erwähnten Planzahlen für die stationäre psychiatrische Versorgung nur dann erreicht werden können, wenn im ambulanten/komplementären Bereich Möglichkeiten der Versorgung/Betreuung erhalten bzw. geschaffen werden können.

Um diesen Auf- und Ausbau der ambulanten/komplementären Versorgungsangebote unter der Zielsetzung eines bezirklich abgestimmten, integrierten Gesamtkonzepts psychiatrischer Versorgung steuern zu können, bedarf es im nächsten Schritt

- einer Bedarfsermittlung für einzelne außerstationär zu erbringende Versorgungsleistungen, um entsprechende Angebote im benötigten Umfang vorhalten zu können
- einer Präzisierung der Verantwortlichkeit aller Anbieter im Bezirk sowie der Vernetzung der Versorgungsleistungen untereinander (wie sie z. Z. mittels Kooperationsverträgen erprobt wird)
- schließlich einer Ausweitung der bezirklichen Kompetenzen (vgl. "budget global"), die mit der Entwicklung potenter Selbststeuerungsgremien einhergehen muß.

Die Frage nach der optimalen Trägerschaft ambulant-komplementärer Versorgungsangebote muß zuvor überbezirklich unter diesen Gesichtspunkten und Zielsetzungen diskutiert und entschieden werden.

Auszug aus der Psychiatrieplanung am Beispiel der künftigen Planungsvorstellungen für die Sozialpsychiatrischen Dienste

Neben den niedergelassenen Nervenärzten und Institutsambulanzen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste die dritte Säule der ambulanten Versorgung psychisch Kranker. Sie versorgen zu etwa je einem Drittel psychotische Patienten, sogenannte unmotivierte Suchtkranke und psychisch kranke alte Menschen mit komplexen psychosozialen Problemlagen. Daneben erfüllen sie die Koordinations- und Schaltstellenfunktion bzw. übernehmen Verantwortung im Sinne von "Case-Management" für die chro-

nisch psychisch Kranken eines Bezirks. Ihre Hauptaufgabe ist die ambulant-aufsuchende Tätigkeit und die Vor- und Nachsorge für chronisch psychisch Kranke.

Von gleichrangiger Bedeutung sind ihre Aufgaben in der Notfall- und Krisenintervention sowie der Beratung des Umfeldes (Angehörige, Nachbarn), anderer Dienste und der Übernahme von Supervisions- und Fortbildungsaufgaben. Sie sollten sich beim Aufbau eines Kriseninterventionsdienstes maßgeblich beteiligen.

Eine entscheidende Wechselbeziehung besteht auch zwischen der ambulant-aufsuchenden Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste und des beschützten Wohnbereichs. Es ist unbedingt zu prüfen, ob durch die Zusammenfassung und Integration der bestehenden ambulanten Behandlungs- und Betreuungsdienste für chronisch psychisch Kranke zu einem regionalen, dezentralisierten Basisdienst den spezifischen Bedürfnissen dieser Personengruppe nicht besser entsprochen werden kann, als durch eine Vielzahl unterschiedlicher, oft nicht abgestimmter Dienste.

Über neue Finanzierungsmodalitäten (Budgetierung, Verbundfinanzierung, Mischfinanzierung) muß eine transparente Gesamtfinanzierungsstruktur für einen mobilen Basisdienst erreicht werden, die dem flexiblen, fließenden und differenzierten Betreuungsbedarf gerecht wird.

Ein solcher Basisdienst sollte Mitarbeiter aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Institutsambulanz, den Sozialstationen, der Kontaktstelle/Tagesstätte und den beschützten Wohnformen einbeziehen. Insbesondere die häusliche psychiatrische Pflege bietet eine Hilfestellung zum Verbleiben im gewohnten Lebensumfeld, sie ist bisher nicht in ausreichendem Maße gewährleistet.

Die mangelnde Verzahnung der ambulant-komplementären Angebote wird unter anderem auch daran deutlich, daß bisher das Verhältnis der verschiedenen ambulanten und komplementären Versorgungsformen zueinander nicht genauer bestimmt ist:

Sowohl betreutes Einzelwohnen als auch psychiatrische Einzelfallhilfe, sozialarbeiterische/sozialpädagogische und pflegerische Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Sozialstationen sind mit ihrer präventiven und nachsorgenden Orientierung geeignet, stationäre Aufnahmen zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

Häusliche Pflegedienste müssen, wo auch immer sie angesiedelt sind, dringend in diesen Bereich integriert werden.

Das Vorhandensein von psychiatrisch geschultem Krankenpflege- bzw. Altenpflegepersonal würde helfen, eine Lücke in diesem Bereich zu schließen. Im Bereich der längerfristigen Betreuung schwieriger Klienten liegt auch die Notwendigkeit der Behandlungsbefugnis der Sozialpsychiatrischen Dienste nach dem GDG, wenn eine Behandlung anderweitig nicht sicherzustellen ist. Die in besonderen Fällen mögliche Verordnung von Medikamenten wird häufig nicht hinreichend ausgeschöpft und sollte wenn nötig genutzt werden.

Teilbereiche der Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste müssen aufgabenkritisch überprüft werden. So nehmen z.B. Begutachtungen für dritte Stellen überhand und gehen zu Lasten der Betreuungsaufgaben. Bei größeren Bezirken sind stadtteilbezogene Angebote zu ermöglichen. Möglichkeiten der räumlichen Anbindung an eine Sozialstation wären hier denkbar und im Hinblick auf die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung wünschenswert.

Die Arbeitsweise der Sozialpsychiatrischen Dienste ist dahingehend zu überprüfen, ob nicht der Aufwand an Organisations- und Verwaltungsaufgaben sowie Aktenführung zugunsten befriedigenderer Lösungen für alle Beteiligten reduziert werden kann (evtl. Erstellung einer Organisationsanalyse). Die vermehrte Einrichtung geteilter Stellen und Rotationsstellen zwischen Klinik und Sozialpsychiatrischem Dienst sollte angestrebt werden. Weiterhin ist darüber nachzudenken, ob die Trennung der sozialpädagogischen Arbeit in Klinik und Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. Ambulanz überwunden werden kann und als eine "integrierte" sozialpsychiatrische Sozialarbeit organisiert werden kann. Die

dringend wünschenswerte institutionsübergreifende Kontinuität in der Betreuung psychisch Kranker bietet sich vor allem in Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern an.

4.2.5.2 *Sozialpsychiatrische Dienste 1990 in Berlin (West)*

Die Hauptaufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste umfaßt die ambulant-nachgehende Tätigkeit sowie die Vor- und Nachsorge für psychisch Kranke.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste, die sich als Beratungs-, Betreuungs- und Begutachtungsstellen verstehen, sind mit Fachärzten, Psychologen und Sozialarbeitern besetzt. Nur so kann man den vielschichtigen Problemen gerecht werden, die sich aus den unterschiedlichen Krankheitsbildern derjenigen ergeben, die die Dienste in Anspruch nehmen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste erfüllen außerdem eine Koordinationsfunktion für die psychosoziale Versorgung in den Bezirken und sind maßgeblich an deren Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften beteiligt.

1990 betreuten die Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin (West) 17.794 Personen (zu 1989: - 312). Der Anteil der betreuten Frauen lag mit 54 % deutlich höher als der der Männer (46 %).

Hinsichtlich der Altersstruktur der Betreuten bildeten die 25- bis unter 45jährigen mit 37 % die zahlenmäßig größte Gruppe, gefolgt von den 65 Jahre und älteren (27 %) und den 45- bis unter 65jährigen (24 %).

9 438 Personen (45 % Männer, 55 % Frauen) nahmen 1990 erstmalig die Sozialpsychiatrischen Dienste in Anspruch. Die Zahl der Neuzugänge ist gegenüber dem Vorjahr um 170 gestiegen.

Den größten Anteil der Zugänge stellten Personen mit senilen und organischen Psychosen (21,8 %). 95 % der Betroffenen waren bereits älter als 65 Jahre.

15,7 % der Neuzugänge waren Personen, die wegen ihrer Alkoholabhängigkeit die psychiatrischen Dienste in Anspruch nahmen. Jeder vierte der Zugänge im Alter zwischen 25 und 65 Jahren war demzufolge alkoholabhängig.

Angestiegen ist die Zahl der Betreuten mit Neurosen. Betrug ihr Anteil an den Gesamtzugängen 1989 7,5 %, so stieg er im Berichtsjahr 1990 auf 8,6 % an.

4.2.5.2.1

Sozialpsychiatrische Dienste 1990 in Berlin (West)

- Zugang von betreuten Personen nach Diagnosen und Alter -

Diagnose/ ICD-Nr.	untersuchte Personen			Alter von ... bis unter ... Jahren													
	insg.	m	w	unter 15		15 - 18		18 - 20		20 - 25		25 - 45		45 - 65		65 und älter	
				m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
290 senile und präsenile organische Psychosen	2057	494	1563	-	-	-	-	2	-	1	2	6	3	48	44	437	1514
291 Alkoholpsychosen	139	90	49	-	-	-	-	-	2	3	1	27	6	52	30	8	10
292 Drogenpsychosen	55	35	20	-	-	-	-	6	4	11	6	18	10	-	-	-	-
293 vorübergeh.organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	47	21	26	-	-	-	-	-	-	1	1	14	6	3	6	3	13
294 andere (chron.)organ.Psychosen	54	30	24	-	-	-	-	-	-	1	-	13	5	10	6	6	13
295 Schizophrenie	1042	500	542	-	-	-	12	5	65	290	212	114	175	19	95	19	95
296 affektive Psychosen	244	102	142	-	-	-	1	4	7	2	46	43	37	59	11	34	34
297 paranoide Syndrome	347	114	233	-	-	-	-	-	8	6	36	36	49	56	21	135	21
298 andere nichtorgan. Psychosen	60	20	40	-	-	-	-	-	1	6	9	15	10	13	-	6	6
300 Neurosen	808	315	493	-	-	-	1	9	15	37	55	167	228	98	162	4	32
301 Persönlichkeitsstörungen (Psychopath.,Charakterneurosen)	172	102	70	-	-	-	1	4	2	10	11	57	28	30	13	1	15
302 sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	38	22	16	-	-	-	-	3	2	2	2	6	10	11	2	-	-
303 Alkoholabhängigkeit (ausgen.291 -Alkoholpsych.- u. 305 -Alkoholmißbr.-ohne Abh. -)	1485	989	496	-	-	-	-	6	2	16	5	374	170	517	249	76	70
304 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	447	269	178	-	-	-	1	5	9	42	39	175	87	43	33	4	9
305 Drogen- u.Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit	75	43	32	-	-	-	-	2	2	6	5	15	7	19	12	1	6
306 körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	60	21	39	-	-	-	-	2	3	4	2	10	16	3	13	2	5
307 spez.,nicht anderweitig klassifizierb.Symptome ohne Syndrome	84	44	40	-	-	-	-	-	-	8	4	23	15	10	6	3	15
308 psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	82	46	36	-	-	-	-	2	3	9	8	21	13	11	9	3	3
309 psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	92	46	46	-	-	-	-	1	2	3	5	19	12	21	17	2	10
310 spezif.nicht psychot.,psych. Störungen nach Hirnschädigungen	120	49	71	-	-	-	1	2	2	6	4	15	8	16	13	10	43
311 anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	72	34	38	-	-	-	-	-	-	4	3	17	12	10	10	3	13
312 anderweitig nicht klassifizierbare Störung.d.Sozialverhaltens	45	26	19	-	-	-	-	1	-	2	-	16	10	7	7	-	2
316 anderw. klassifiz. Erkrankun-gen,bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomat.Erkrankun.engeren Sinne)	51	23	28	-	-	-	-	-	-	2	6	10	9	11	5	-	8
317 leichter Schwachsinn	369	188	181	-	-	5	1	21	14	53	43	76	83	26	33	7	7
318 andere Ausprägungsgrades Schwachsinn	275	146	129	-	-	-	3	17	12	36	31	73	55	19	23	1	5
319 nicht näher bez. Schwachsinn	17	13	4	-	-	-	-	2	1	3	-	6	1	2	2	-	-
345 Epilepsie	62	31	31	-	-	-	-	1	-	2	7	11	9	15	7	2	8
--- psychiatr.u.neurolog.unklare Fälle oder weder/nach	1039	462	577	-	-	4	2	12	12	49	26	167	123	126	114	104	300
insgesamt	9438	4275	5163	-	-	9	10	111	96	392	335	1717	1232	1318	1119	728	2371
	9268	4194	5074	-	-	9	7	114	91	388	304	1702	1333	1256	931	725	2408

4.2.5.3 *Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:*

Die Repräsentativerhebung erfaßte auch psychosoziale Beschwerden, die innerhalb der Stadthälften eine unterschiedliche Ausprägung hatten.

Die psychosoziale Befindlichkeit der Bevölkerung in den östlichen Bezirken erwies sich deutlich stärker beeinträchtigt als in den westlichen Bezirken. Die unter den Ostberlinern höhere psychosoziale Beschwerdehäufigkeit kann als Folge der individuellen und sozioökonomischen Veränderungen im Zuge des politischen Wandels begriffen werden.

Die stärkere Beschwerdehäufigkeit traf vor allem auf die im Erwerbsalter stehenden Frauen und Männer zu, die häufiger starke oder mäßige Beschwerden, die dem psychosozialen Bereich zuzuordnen sind, angaben. Bei ihnen traten wesentlich häufiger und verstärkt Reizbarkeit, innere Unruhe, Grübeleien und Stimmungsschwankungen auf.

Mäßige bis starke Ausprägung von	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Reizbarkeit	25,1 %	33,8 %
Grübeleien	28,2 %	36,7 %
innere Unruhe	30,5 %	37,4 %
Stimmungsschwankungen	24,7 %	26,0 %

4.2.6 *Beratungsstellen für Alkoholranke 1990 in Berlin (West)*

Die sozialmedizinische Bedeutung der Alkoholabhängigkeit ist erheblich. Nach neuesten Schätzungen wird angenommen, daß es in den alten Bundesländern 1,5 - 1,8 Mio. Alkoholabhängige (davon 25 % Frauen) und in den fünf neuen Bundesländern etwa 200.000 therapiebedürftige Alkoholranke gibt (nach Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren). Grundlagen der Bekämpfung des Alkoholmißbrauches ist das vor ca. 15 Jahren entwickelte Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauches, das von den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministern und Senatoren der Länder sowie dem damaligen Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit verabschiedet wurde. Es umfaßt einen Katalog von Maßnahmen, wie z.B. zur Aufklärung und Erziehung, zur Einschränkung der freien Verfügbarkeit alkoholischer Getränke für Kinder und Jugendliche, zur Hilfe für Gefährdete und Kranke, zur Forschung und Dokumentation. Trotz dieser Maßnahmen ist die Rate der Alkoholranken weiter gestiegen (nach Angabe der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren). Das Ausmaß dieses Problems erfordert also nicht nur einen weiteren Ausbau sowie eine weitere Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten, sondern vor allem auch eine noch wirksamere Vorsorge.

In Berlin (West) gibt es zwei kommunale Beratungsstellen für Alkoholranke. Vergleichbar erhoben wird die Beratungstätigkeit der Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e.V.. Nach den statistischen Meldungen dieser drei Beratungsstellen waren im Jahr 1990 2.761 Neuzugänge zu verzeichnen; gegenüber 1989 entspricht das einem Anstieg von 8,8 %. Fast alle der neu hinzugekommenen Personen (93,7 %) suchten von sich aus die Beratungsstelle auf. Betreut wurden insgesamt 1.639 Personen (zu 1989: + 2,9 %). Die im Vergleich mit der Zahl an Neuzugängen verhältnismäßig geringe Zahl der betreuten Personen ist damit zu erklären, daß die Landesstelle gegen die Suchtgefahren durch ihre spezielle ärztliche Sprechstunde als "Durchlaufstation" anzusehen ist (Empfehlungen und Abgabe an andere). Der Anteil, den diese Beratungsstelle selbst zur Therapie, Betreuung etc. aufnehmen kann, ist relativ gering.

Wie schon 1989 so wurde auch im Jahr 1990 der Bevölkerung Gelegenheit gegeben, sich in zahlreichen Informations- und Aufklärungsveranstaltungen mit der Wirkung und den Folgen des Alkoholmißbrauchs auseinanderzusetzen. Das Angebot der Informations- und Beratungsmöglichkeiten wird laufend erweitert. Beispielsweise wurde wieder vom Gesundheitsamt Wedding Aufklärungsunterricht an der Ausbildungsstätte für den Justizvollzugsdienst, der Berliner Feuerwehr, der BVG, den Krankenpflegeschoolen und den allgemeinbildenden Schulen gehalten. Zusätzlich wurde die Bevölkerung im Rahmen von Rundfunksendungen und Volkshochschulveranstaltungen informiert.

Im Zusammenhang mit den vielfältigen Aktivitäten der Alkoholberatungsstellen liegt der Schwerpunkt nicht nur in Beratung, Therapie und sozialpädagogischer Betreuung der Alkoholkranken, sondern auch von deren Angehörigen und u.U. deren Freunden und Kollegen. Laut Auskunft der Beratungsstellen werden die Beratungs- und Behandlungsangebote positiv aufgenommen.

4.2.6.1 *Beratungsstellen für Alkoholranke 1990 in Berlin (West)* *- Betreute Personen, Einzelbetreuung, Gruppenarbeit -*

Zugänge/ Bestand Einzelbetreuung / Gruppenarbeit	betreute Personen/ Gruppen/ Sitzungen			davon in der Beratungsstelle								
				Neukölln			Wedding			Landesstelle gegen die Suchtgefahren		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Zugänge im Berichtsjahr	2761	1702	1059	562	305	257	485	342	143	1714	1055	659
Selbstmelder	2588	1601	987	389	204	185	485	342	143	1714	1055	659
Meldung durch Sonstige	173	101	72	173	101	72	-	-	-	-	-	-
Betreute im Berichtsjahr	1639	923	716	647	309	338	580	390	190	412	224	188
Abgang am Ende des Jahres												
planmäßiger Abschluß der Betreuung	178	109	69	31	16	15	101	67	34	46	26	20
Abbruch durch den Patienten	170	101	69	75	36	39	71	49	22	24	16	8
Abbruch durch den Therapeuten	13	9	4	-	-	-	2	2	-	11	7	4
Bestand am 31.12.	1325	741	584	541	257	284	413	281	132	371	203	168
Einzelbetreuung												
vertiefte Einzelgespräche	7897			2567			3518			1812		
Beratungen	7474			3574			1214			2686		
Kontakte zu Dritten	2102			357			1258			487		
Gruppenarbeit												
"Öffentlichkeitsarbeit"												
Einzelinformationen für einen Kreis bis zu 3 Personen	99			53			12			34		
Informationsveranstaltungen Teilnehmer	186			85			59			42		
Teilnehmer	2583			1339			822			422		
"Offene Gruppen"	15			3			10			2		
Sitzungen	680			156			446			78		
Erschienenene	9656			4420			4329			907		
"sonstige Therapiegruppen"	17			5			5			7		
Sitzungen	578			211			205			162		
Erschienenene	3956			1531			973			1452		

4.3 *Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich*

Selbsthilfegruppen sind im Gesundheitsbereich in Berlin ein fester Bestandteil ambulanter Versorgung in der Prävention, im Gesundheitsschutz und in der Rehabilitation geworden

Die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes geht von Arztpraxen, Krankenhäusern, kommunalen Gesundheitsberatungsstellen, Sozialstationen, psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen bis hin zu den regionalen Selbsthilfekontakt- und Servicezentren.

Die Erfahrungen zeigen, daß sich das Prinzip der Selbsthilfe, des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit, bei den Betroffenen verbreitet

Die hauptsächlichen Leistungsfelder von Gesundheitsselbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen liegen im psycho-sozialen Bereich. Im Vordergrund der Bemühungen stehen insbesondere Auseinandersetzungen über Ursachen und Bedingungen von Erkrankungen, das Lernen, mit chronischer Krankheit zu leben, sowie die Suche nach sanfteren Therapiemöglichkeiten. Wichtigstes Motiv, einer Selbsthilfegruppe beizutreten, ist das Bedürfnis, mit der Krankheit oder den gesundheitlichen Problemen nicht auf sich allein gestellt zu sein. Im Mittelpunkt steht dabei der ganzheitlich verstandene Mensch. Aufgabe der Selbsthilfegruppen ist nicht eine medizinische Heilung, sondern die bessere Bewältigung einer Krankheit und damit verbundenen psychischen und sozialen Folgeproblemen durch das Einüben neuer Verhaltensweisen.

1990 wurden im Westteil der Stadt 20 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich mit 414 549,70 DM direkt gefördert.

In der ehemaligen DDR gab es nur sehr wenige kleine Selbsthilfegruppen. Das öffentliche Gesundheitswesen wurde als allseitige Möglichkeit der gesundheitlichen Betreuung angesehen. In bestimmten Bereichen, wie der Krebsfürsorge, der Schwangerenfürsorge, dem Psychosozialen Dienst oder in der Mütterberatung, konnten sich die Betroffenen Rat holen. Jedoch die Selbsthilfeeinfahrung, d. h. die gegenseitige Hilfe der Betroffenen in diesen und anderen Bereichen, war nur möglich in kleinen Gruppen von Interessierten, die sich z. B. durch Klinikaufenthalte und Kuren kennenlernten - Kontaktstellen gab es nicht - und sich regelmäßig trafen. Der Staat förderte diese Gruppen in keinem Fall.

Im Zuge der Wende stieg die Nachfrage von Selbsthilfegruppen im Ostteil der Stadt an. So konnten schon 1990 einige Selbsthilfegruppen, die anfangs ohne Mittel arbeiteten, gefördert werden. Wie die Entwicklung zeigt, entstehen weiterhin viele kleine Gruppen, die sich dann später bestehenden Gruppen anschließen oder selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag auf Förderung im Rahmen der Anschubfinanzierung stellen. Oft stehen aber auch Scheu und Angst vor der Bewältigung der neuen Aufgabe im Wege.

KAPITEL

5

*GESUNDHEITSRISIKEN
AUS DER
TECHNISCHEN UND NATÜRLICHEN UMWELT*

5.0 Erläuterungen

Lebensmittel

Nach § 1 des *Gesetzes über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (LMGB)*

(1) Lebensmittel im Sinne dieses Gesetzes sind Stoffe, die dazu bestimmt sind, in unverändertem, zubereitetem oder verarbeitetem Zustand von Menschen verzehrt zu werden. Ausgenommen sind Stoffe, die überwiegend dazu bestimmt sind, zu anderen Zwecken als zur Ernährung oder zum Genuß verzehrt zu werden.

(2) Den Lebensmitteln stehen gleich ihre Umhüllungen, Überzüge oder sonstige Umschließungen, die dazu bestimmt sind, mit verzehrt zu werden oder bei denen der Mitverzehr vorzusehen ist.

Nach § 17 des *Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG)*:

(2) Lebensmittel im Sinne des Absatzes 1 sind

1. Backwaren mit nicht durchgebackener Füllung oder Auflage
2. Eiprodukte
3. Erzeugnisse aus Fischen, Krusten-, Schalen- oder Weichtieren
4. Feinkostsalate, Kartoffelsalat, Marinaden, Mayonnaise, andere emulgierte Saucen, Nahrungshefe
5. Fleisch und Erzeugnisse aus Fleisch
6. Milch und Erzeugnisse aus Milch
7. Säuglings- und Kleinkindernahrung
8. Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse.

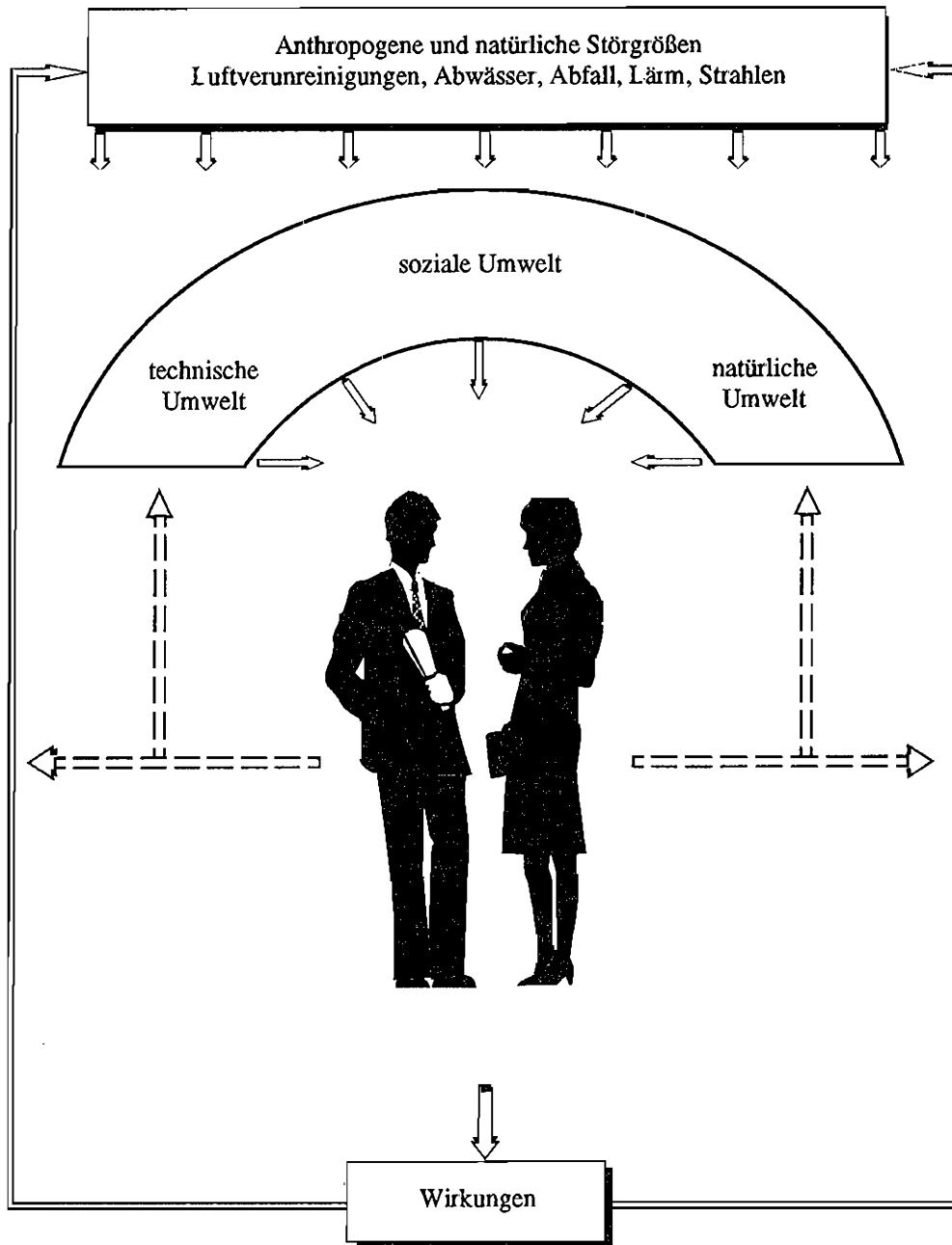
5.1 Umweltmedizin in Berlin - ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren

Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat in der 2. Hälfte 1991 eine neue Abteilung Umweltmedizin unter Einbeziehung bereits bestehender Bereiche (Hygiene, Gesundheitsschutz) eingerichtet. Damit wird der Komplex Gesundheit und Umwelt, dessen allgemeine Bedeutung rasch zunimmt, auch in der Fachverwaltung gezielt gestärkt.

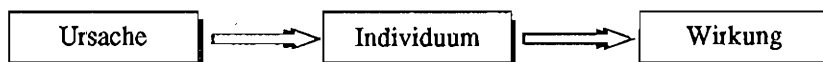
Grundlegend für die Umweltmedizin ist die Erkenntnis, daß der Mensch durch seinen primären Lebensraum nur ein Teilsystem im komplexen, untereinander vernetzten Ökosystem ist, in dem sich alle Teile "mehr oder weniger intensiv" wechselseitig aufeinander beziehen. An die Stelle des Gedankens einer anthropozentrischen Evolution tritt der umfassendere einer Ko-Evolution. Diese wird verstanden als Prozeß, dessen Dynamik dadurch entsteht, daß sich verschiedene Teilsysteme durch Aktion und Reaktion gegenseitig beeinflussen und wechselseitig einander anpassen.

Die allgemeine Systemtheorie, die insbesondere in der Biologie aber auch in der Medizin zu einem neuen Verständnis gegenüber Lebensvorgängen und Stoffwechselprozessen geführt hat, ist die Grundlage einer ganzheitlichen Ökologie. Nach ihrem Verständnis sind lebendige Strukturen in unserer Welt nicht statisch zu sehen, sondern müssen als dynamisch sich entwickelnde, gerichtete Prozesse erkannt werden, deren Verlauf und Gestalt letztlich nicht determiniert sind. In diesem Sinne muß unsere Umwelt als vielfältig verknüpftes, rückbezügliches Ursache-Wirkungsgefüge verstanden werden. Die klassische Ursache-Wirkungsbeziehung der traditionellen Naturwissenschaften ist demnach nur eine bestimmte Erklärungsebene eines umfassenderen Systems. Wesentlich für die Zukunft wird es demnach sein, die Systemgesetzmäßigkeiten zu erkennen und unser Denken und Handeln an ihnen auszurichten. Die von der Gesellschaft bisher vertretenen Nutzungsmuster gegenüber der Natur müssen umgestaltet werden, um den sich ankündigenden oder bereits eingetretenen negativen Rückwirkungen auch langfristig nicht zu erliegen.

Graphik 27: Ursache-Wirkungsbeziehung



z.B. Minderung der Lebensqualität,
Krankheit,
Tod



Auch der menschliche Organismus stellt ein Fließgleichgewicht zwischen Aufnahme und Abgabe von verschiedenen Stoffen, Energieformen und Informationen dar. Die verschiedenen Verknüpfungen mit der Umwelt, die sich aus dieser abhängigen Situation ergeben, führen auch zu vielfältigen Beeinflussungen und z. T. zu Beeinträchtigungen der menschlichen Gesundheit. Gleichzeitig aber ist der Mensch im Verlauf seiner bisherigen sozio-ökonomischen Entwicklung zu einem Hauptproduzenten von Umweltbelastungen geworden, die dem gesamten Ökosystem einschließlich ihm selbst zum Verhängnis werden könnte. Dem Einfluß insbesondere von anthropogenen Schadstoffen auf die Gesundheit des Menschen im Sinne einer negativen Rückkopplung kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Insbesondere folgende Aufgaben der Umweltmedizin lassen sich herausheben:

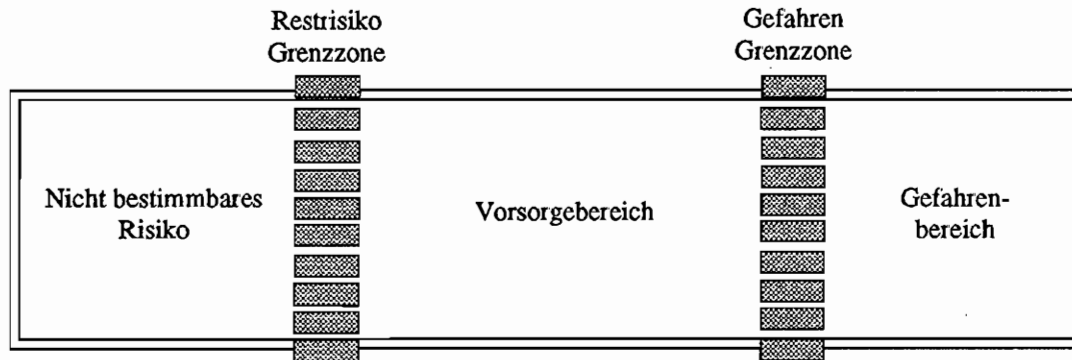
- Ermittlung und Bewertung von Risiken und Gefahren für die menschliche Gesundheit, die sich aus Umweltschadstoffen, insbesondere giftigen, krebserzeugenden, erbgutverändernden, mißbildenden oder fruchtbarkeitsmindernden Stoffen, ergeben können
- Erarbeitung von Konzepten zum besseren Verständnis der Entstehung umweltbedingter Erkrankungen und Ermittlung direkter und indirekter Belastungspfade
- Festlegung von Eckpunkten zur Ermittlung von Grenz- oder Richtwerten
- Sammlung und Bewertung von Daten (z.B. Probenergebnisse) und Nutzbarmachung für epidemiologische Untersuchungen (z.B. Beziehung Gesundheit-Umwelt)
- Gesundheitliche Bewertung z.B. im Rahmen von Umweltverträglichkeitsprüfungen bei Planungen und Projekten (Technikfolge- bzw. Substanzfolgeabschätzungen)
- Vermittlung von Kenntnissen insbesondere an Jugendliche über ökologische Zusammenhänge im Rahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung
- Hinwirken auf die Ausweitung umweltmedizinisch-gesundheitlichen Bewußtseins in der Bevölkerung.

Als ein wesentliches Prinzip der Umweltmedizin muß das Tätigwerden weit im Vorfeld der konkreten Gefahrenabwehr zum Schutz der Bevölkerung im Sinne größtmöglicher Gesundheitsvorsorge verstanden werden.

Nicht nur der Bereich der akuten Gefahrenabwehr, sondern insbesondere der der Vorsorge und Verhütung wird von der Umweltmedizin umfaßt. Z.B. wird der Bereich der akuten Vergiftungen von einer kurativ-orientierten Medizin hinreichend abgedeckt, der ausgedehnte Bereich der chronischen Vergiftungen erfordert aber andere Herangehensweisen, insbesondere durch präventive Maßnahmen.

Gefahrenabwehr als Aufgabe der Ordnungsbehörden in Berlin findet seine Begründung in § 1 Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz (ASOG), vor allem in der "Generalklausel" des § 14 ASOG, der dem Verwaltungshandeln bei konkreter Gefahr als Ermächtigungsgrundlage dient. Unter dem Gefahrenbegriff im ordnungsrechtlichen Sinn wird eine Situation verstanden, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem Schaden der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung führt. Die Abschätzung drohender Schäden hat sich dabei an Art und Ausmaß der Schäden, ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und dem zu schützenden Rechtsgut zu orientieren. Der menschlichen Gesundheit wird im Grundgesetz, Art. 2, Abs. 2, ausdrücklich ein hoher Rang eingeräumt, der eine besondere Verpflichtung zur umfassenden Gefahrenabwehr für die Verwaltungsstrukturen beinhaltet. Daher sind diese gebunden, auch im Gebiet der Risikovorsorge tätig zu werden.

Graphik 28: Risikobereiche



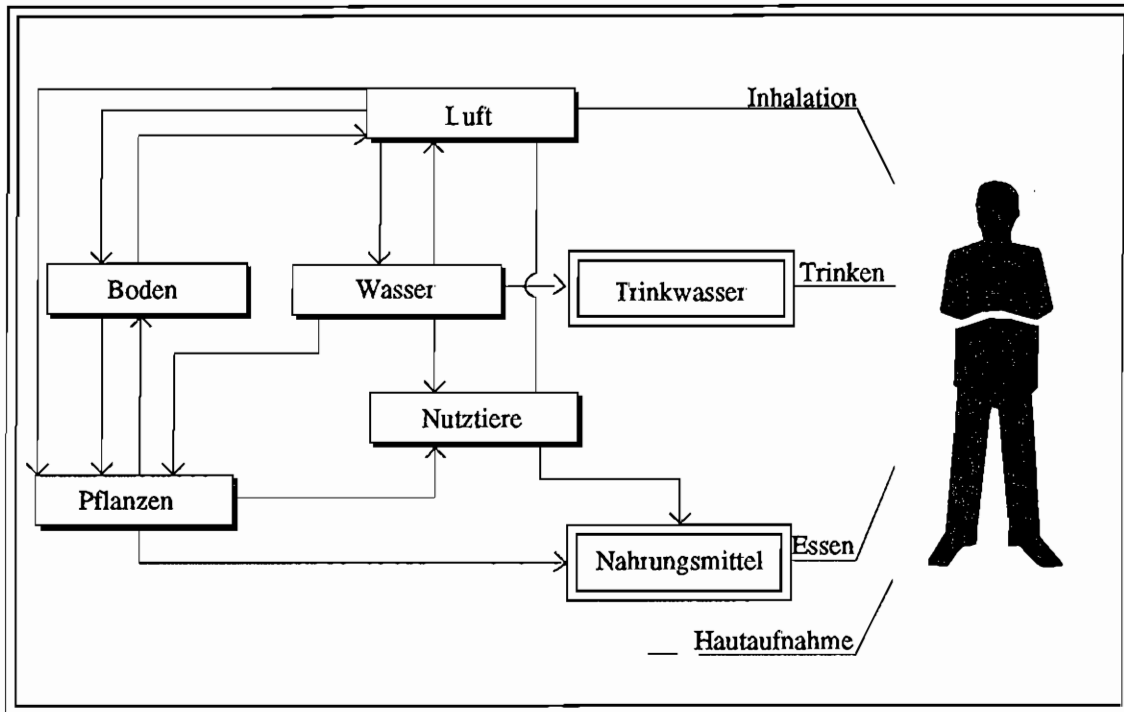
Umweltmedizin bedeutet demnach vorrangig Vorsorge - Vorsorge in einem Bereich, in dem nach dem gegenwärtigen Wissensstand gesundheitliche Beeinträchtigungen weder bejaht noch verneint werden können. Eine konkrete Gesundheitsgefahr besteht oft "noch" gar nicht. Dieses Vorsorgeprinzip wurde z.T. im Atomrecht (Atomgesetz § 7) und im Bundes-Immissionsschutzgesetz (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) berücksichtigt und durch den Grundsatz der "bestmöglichen Gefahrenabwehr und Risikovorsorge" vom Bundesverfassungsgericht besonders hervorgehoben (s. auch BVerfGE 49 S. 89 ff. (143)).

Zur näheren Bestimmung des Vorsorgebereiches dient die heute übliche Grenzwertsetzung als wissenschaftlich-politischer Konsens. Bezüglich der Wirkung einer Substanz wird von einer Schwellendosis ausgegangen, unter der keine toxischen Wirkungen auf den Organismus bzw. sein empfindlichstes Zielorgan mehr zu beobachten sind (no observed effect level; NOEL).

Für erbgutverändernde oder krebserzeugende Stoffe läßt sich jedoch keine Wirkungsschwelle definieren, da nicht auszuschließen ist, daß auch kleinste Mengen zu einer Schädigung führen können. In der Regel wird der NOEL-Wert noch um einen mehr oder weniger großen Sicherheitsfaktor vermindert, um eine weitere Verringerung des Risikos zu erreichen. Der in dieser Weise aufgrund des jeweiligen wissenschaftlichen Kenntnisstandes und des politischen Willens "gefundene" Grenzwert soll die Bevölkerung vor den gesundheitlichen Auswirkungen einer Exposition möglichst weitgehend schützen (Minimierungsprinzip).

Diesem Anliegen stehen allerdings erhebliche wissenschaftliche Schwierigkeiten bei der Grenzwertfindung gegenüber. Eine Vielzahl von Einflußfaktoren muß bei der Abschätzung der gesundheitlichen Relevanz eines Stoffes berücksichtigt werden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang z.B. die *Aufnahmebedingungen* (Löslichkeit, Partikelgröße, Kontaktzeit usw.), der *Aufnahmeweg*, die *körperliche Situation* (Verfügbarkeit, Halbwertszeit, Zielorgan, Speicherung, Synergismen, Vorschädigungen) und der *Ausscheidungsweg* (Leber/Darm, Niere, Lunge, Haut).

Graphik 29: Aufnahmepfade



Hinzu kommen erhebliche methodische Probleme z.B. bei der Übertragung tierexperimenteller Ergebnisse im Rahmen der Festlegung der NOEL-Werte auf den Menschen. Aber nur wenn alle diese komplexen Variablen mit in die Überlegungen eingehen werden, ist eine genauere toxikologische Aussage möglich. Gerade aber in dem Bereich der chronischen Toxizität liegen bei den in der Bundesrepublik ca. 100.000 technisch genutzten Stoffen (jährlich kommen über 200 neue hinzu) und den langen Beobachtungszeiträumen nahezu keine detaillierten Bewertungen vor. Auf dem Weg der bisher angewandten Grenz-/Richtwertfindung - sozusagen im Nachgang - ist nur für einzelne Substanzen ein ausreichender Schutz der Gesundheit zu erreichen (*Nachsorgeprinzip*)

Die Umweltmedizin muß deshalb in erster Linie Strategien entwickeln, die den Aspekten des vorbeugenden Gesundheitsschutzes (*Vorsorgeprinzip*) weiterreichende Bedeutung als bisher einräumt. Präventive Maßnahmen müssen deshalb neben dem Schutz vor konkreten Gefahren aus der Umwelt treten. Erst so wird auf diesem sensiblen Gebiet eine präventive Gesundheitspolitik ermöglicht.

Die inhaltlichen Zielvorstellungen müssen vom *Minimierungsprinzip* ausgehen und eine so umfassend wie mögliche Nutzen-Risikoabschätzung (z.B. als Technikfolge- bzw. Substanzfolgeabschätzung) für das Ökosystem beinhalten, um unnötige Umwelt- und damit direkt oder indirekt verbundene Gesundheitsbelastungen zu vermeiden. Dabei ist es erforderlich, daß die Struktur der Fachverwaltung so ausgestattet wird, daß von einem bisher nahezu ausschließlich reaktiven Handeln zu einem überwiegend aktiv-orientierten übergegangen werden kann. Nur so wird die Verwaltung in die Lage gesetzt, grundlegende Perspektiven für einen ökologischen Gesundheitsschutz zu erarbeiten und zu verwirklichen.

5.1.1 *Gesetzliche Grundlagen*

Im Berliner Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG -) vom 28.7.1980 werden unter Abschnitt III Gesundheitsschutzaufgaben festgelegt. Danach werden dem Gesundheitsschutz folgende Bereiche zugeordnet:

- Gesundheitsaufsicht, soweit Anforderungen zu stellen sind an Luft, Wasser und Boden
- Schutz vor Gesundheitsgefährdungen oder -schädigungen durch Geräusche, Erschütterungen, Licht, Strahlen, durch Chemikalien und andere Stoffe
- Überwachung des Trinkwassers und der Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser und Brauchwasser für Lebensmittelbetriebe
- Überwachung der Gewässer auf ihre gesundheitliche Eignung zu Badezwecken
- Überwachung der hygienischen Beseitigung der festen, flüssigen und gasförmigen Abfallstoffe und der Abwässer
- Überwachung der öffentlichen Bedürfnisanstalten
- Vorbereitung und Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen und Impfberatung
- Ermittlung von Infektionswegen und Hinwirken darauf, daß die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird
- Überwachung der in Lebensmittelbetrieben und in Küchen von Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung sowie bei Wasserversorgungsanlagen tätigen Personen auf übertragbare Krankheiten und darauf, daß von ihnen keine nachteilige Beeinflussung der Lebensmittel ausgeht.

5.1.2 *Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin 1990/91*

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst wachsen immer wieder neue, oft umfangreiche und in Ermangelung von Normen nicht einfach zu lösende Aufgaben aus dem Bereich der Umweltmedizin zu. 1990/91 galt dies insbesondere für

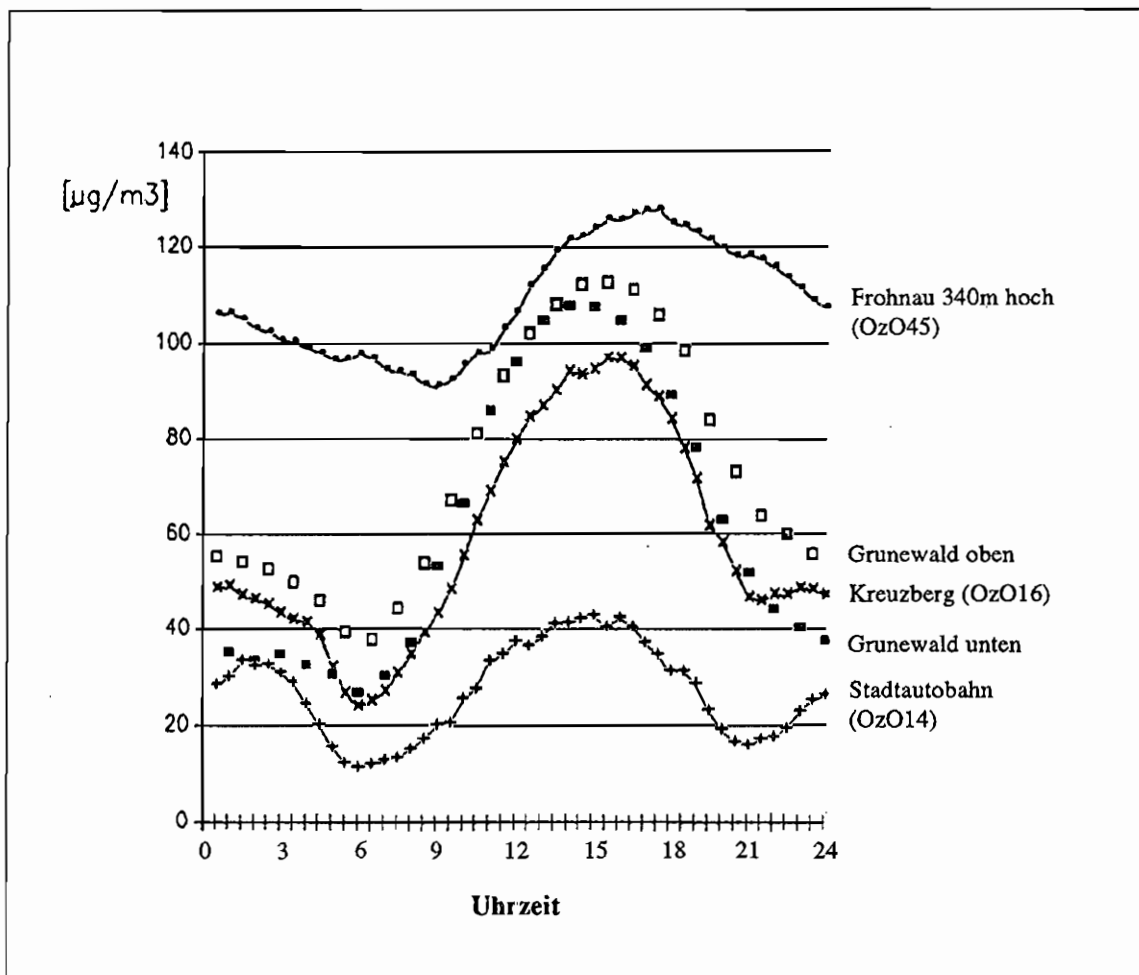
- bodennahes Ozon
- Untersuchungen auf Verunreinigungen in Muttermilch
- Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser
- Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser
- Untersuchungen von Badegewässern
- Schadstoffbelastungen von Deckmaterialien und Spielsand auf Spiel-, Bolz- und Sportplätzen
- Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Dichtungsmassen
- Schädlingskunde und -beratung

5.1.2.1 Bodennahes Ozon

Im Sommer 1990 trat die Problematik erhöhter Ozonkonzentrationen am Boden auch in Berlin in den Blickpunkt öffentlichen Interesses.

Die Sonnenbestrahlung führt an der Bodenoberfläche zu chemischen Umwandlungen der natürlichen als auch der durch den Menschen verursachten Luftverunreinigungen zu Ozon. Besonders bei sonnigem Wetter erreicht es am Nachmittag seine höchsten Konzentrationen. Durch parallel zur Entstehung ablaufende Abbauprozesse sind in Ballungsräumen häufig niedrigere Werte als z.B. in ländlichen Regionen zu beobachten.

Graphik 30: Mittlerer Tagesverlauf Ozon
(Juli und August 1990)



Je nach individueller Empfindlichkeit gegenüber Ozon muß mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen insbesondere im Bereich der Atemwege z.B. bei starker körperlicher Anstrengung im Freien gerechnet werden.

Gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz ist ein ausführliches Faltblatt über die Entstehung und Wirkung von hohen Ozonbelastungen, Maßnahmen zur Verminderung sowie Verhaltensempfehlungen erstellt worden. Es ist bei den Pressereferaten der beiden Senatsverwaltungen oder den Bezirksämtern, Abteilung Gesundheit und Umweltschutz, erhältlich. Die aktuellen Ozonkonzentrationen werden unter der Telefonnummer 1164 bzw. täglich durch BIX und den Landespressedienst mitgeteilt.

5.1.2.2 Untersuchungen auf Verunreinigungen in Muttermilch

Der öffentliche Gesundheitsdienst führte auch 1990 das seit 1988 bestehende Angebot kostenloser Beratungen und eventuell erforderlicher Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch fort. Hierbei werden die Konzentrationen folgender Substanzen regelmäßig bestimmt:

- Hexachlorbenzol (HCB)
- Hexachlorcyclohexan (HCH)
- Heptachlorepoxyd (HE)
- Dichlordiphenyltrichlorethan (DDT)
- Polychlorierte Biphenyle (PCB)

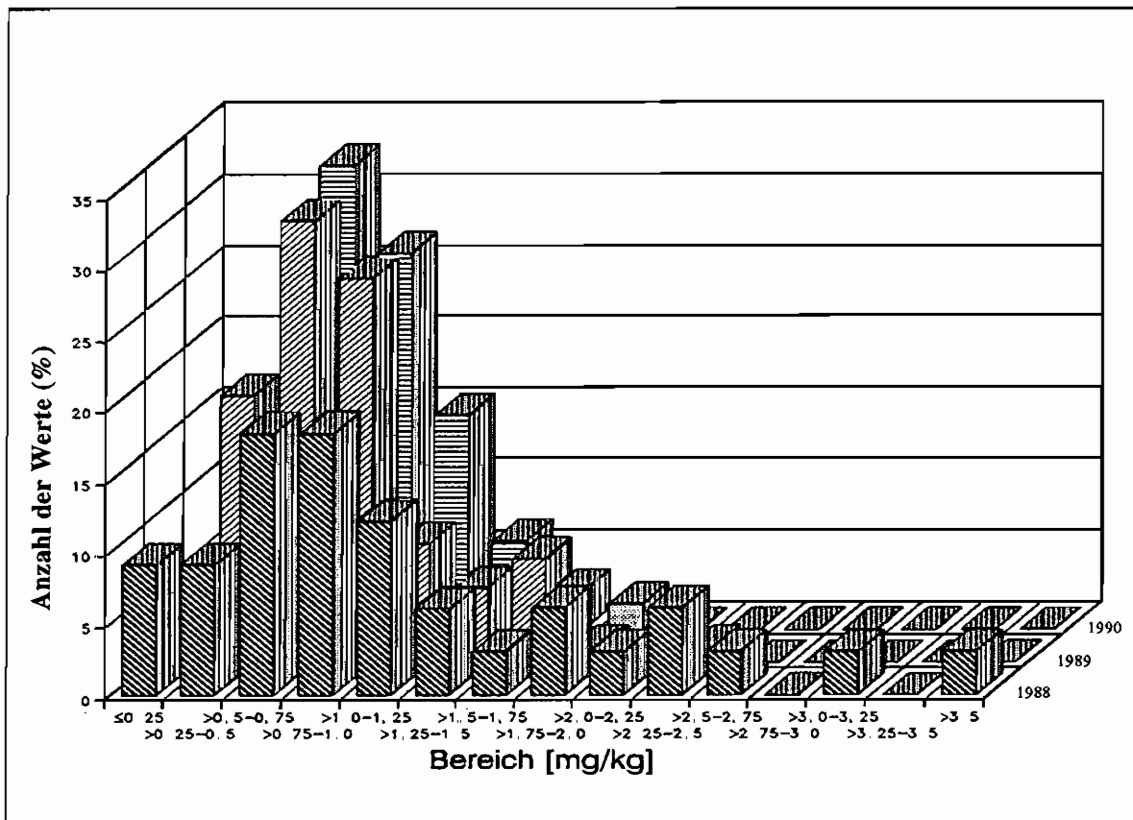
Nach vorsichtiger Einschätzung zeigte sich in dieser Zeit für alle Substanzen ein mehr oder minder deutlicher Abfall (vgl. Tabelle 5.1.2.2.1). Lediglich HCB, Gesamt-DDT, Gesamt-PCB und eingeschränkt auch β -HCH liegen derzeit noch in beachtenswerten Konzentrationen vor.

5.1.2.2.1 Muttermilchuntersuchungen in Berlin (West) 1988-1990 in mg/kg Milchfett

Jahr	Anzahl	HCB	- HCH	β - HCH	γ - HCH	HE	Gesamt- DDT	Gesamt- PCB	Mittelwert Median
1988	33	0,08	n.b.	0,16	0,01	0,01	1,56	1,47	Mittelwert
		0,04	n.b.	0,06	0,01	0,01	0,78	0,89	Median
1989	97	0,14	n.b.	0,08	0,01	0,02	0,88	0,85	Mittelwert
		0,11	n.b.	0,06	0,01	0,02	0,62	0,77	Median
1990	114	0,15	n.b.	0,08	0,01	0,02	0,73	0,83	Mittelwert
		0,12	n.b.	0,07	0,01	0,02	0,49	0,80	Median

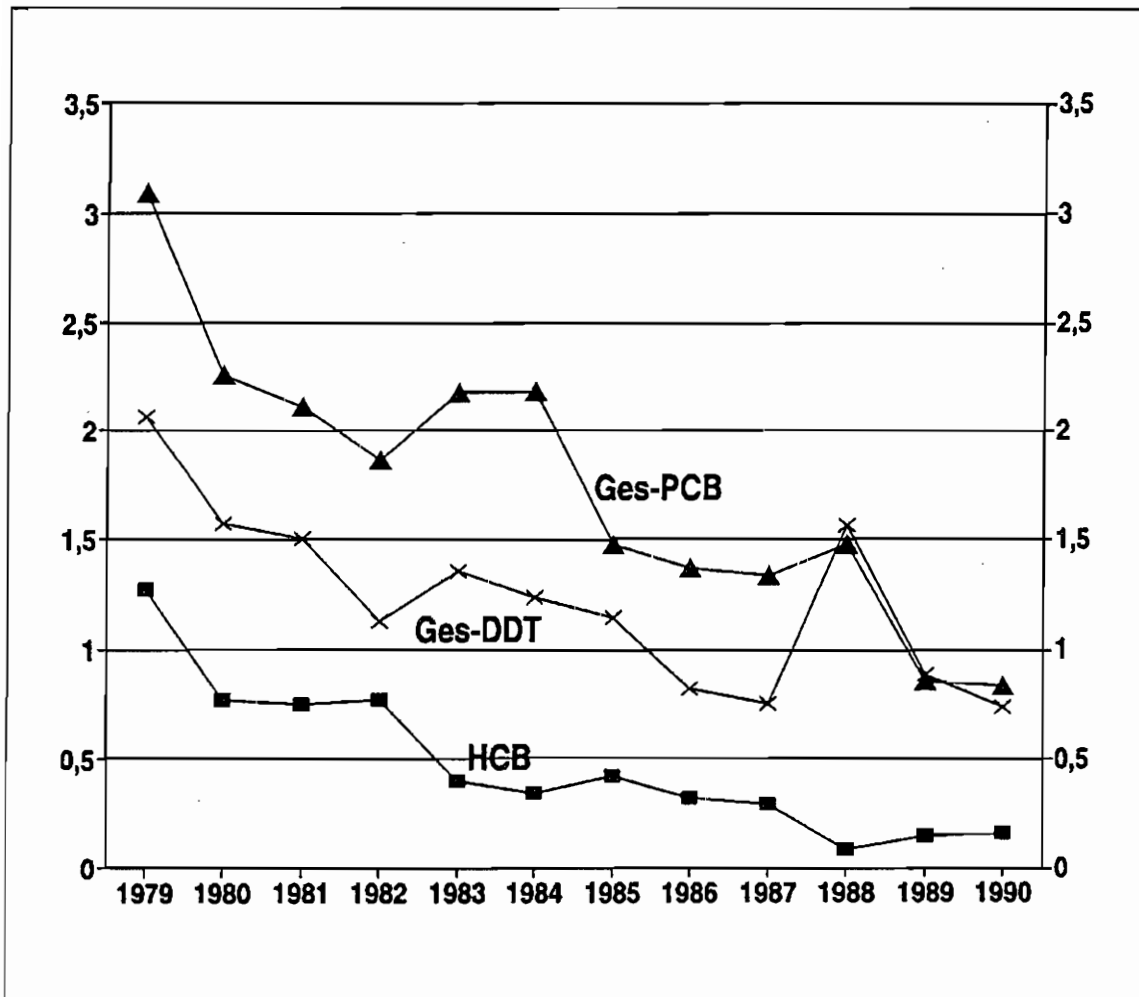
Für PCB war darüber hinaus auffällig, daß der beobachtete Rückgang im wesentlichen auf eine Abnahme von Spitzenkonzentrationen zurückzuführen sein dürfte. Für α -HCH, Lindan, HE und Dieldrin lagen die Konzentrationen im Bereich der Nachweisgrenze bzw. des Grenzwertes für diätetische Lebensmittel, darunter künstliche Säuglingsnahrung.

Graphik 31: Häufigkeitsverteilung für Gesamt-PCB Berlin (West) 1988-1990



Setzt man die in Berlin gefundenen Konzentrationen in Bezug zu anderen Untersuchungen, die seit 1979 erhoben worden sind, so wird der Abfall noch augenfälliger. Unterschiedliche methodische Rahmenbedingungen lassen hier natürlich nur eine sehr eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu.

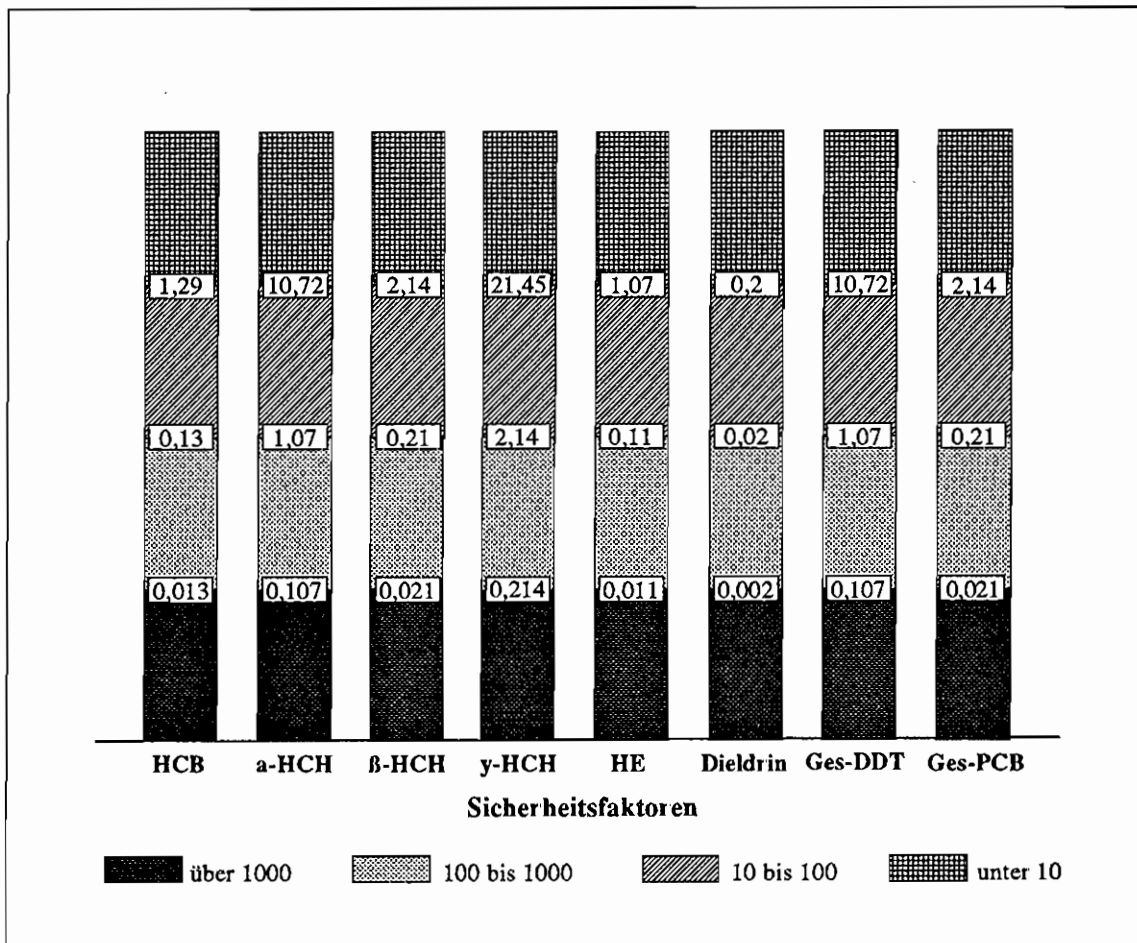
Graphik 32: Zeitlicher Verlauf von Verunreinigungen in der Muttermilch in mg/kg Milchfett (1979-1984 aus UBA; 1985-1987 aus CLUA Stuttgart, 1988-1990 Berliner Werte)



Zur Beurteilung der gesundheitlichen Bedeutung von Verunreinigungen in der Muttermilch hat eine Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft folgende an Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation angelehnten Kriterien entwickelt:

Für jede Einzelsubstanz wird im Tierversuch ein Wert ermittelt, bei dessen Konzentration im Futter der Tiere keinerlei Wirkungen - auch physiologischer Art - mehr zu beobachten sind. Dieser sogenannte NOEL-Wert (No Observed Effect Level) wird als "Annehmbare Tagesdosis" (ATD) für den Menschen umgerechnet, indem er mit einem Sicherheitsfaktor zwischen 10 und 1.000 belegt wird. Um der besonderen Situation des kindlichen Organismus gerecht zu werden, wurde zusätzlich noch ein weiterer Sicherheitsfaktor von 2,5 eingerechnet. Der so errechnete ATD-Wert unterstellt, daß auch bei lebenslanger Aufnahme für diese Einzelsubstanz keine für den Menschen nachteiligen Wirkungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten sind. Es kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, daß mit zunehmendem Abstand zum NOEL-Wert auch die Wahrscheinlichkeit von Effekten im Organismus abnimmt.

Graphik 33: *Abhängigkeit der Fremdstoffkonzentrationsbereiche (in mg/kg Milchfett) bei vorgegebenen Sicherheitsfaktoren für einen viermonatigen Säugling (tägliche Stillmenge 150 ml Milch / kg Körpergewicht)*



Die vorstehende Graphik beschreibt die Situation für einen viermonatigen Säugling. Sie zeigt je nach zugrunde gelegtem Sicherheitsfaktor gestufte Konzentrationsbereiche, die so mit den aktuell ermittelten Werten verglichen werden können. Hieraus läßt sich der noch gegebene Abstand zum NOEL-Wert aufzeigen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

- Gesundheitliche Gefahren sind bei der Höhe der gemessenen Verunreinigungen in der Muttermilch - auch langfristig - zu befürchten.
- Über die eigentliche Gefahrenabwehr im engeren Sinne hinaus sind die Gesundheitsbehörden jedoch dem Gedanken der Gesundheitsschutzvorsorge verpflichtet. Dies kann wie auch in anderen Bereichen nur dazu führen, den Eintrag insbesondere bioakkumulierender Substanzen in die Umwelt drastisch zu minimieren (Ansetzen an der Quelle).

Unter Vorsorgegesichtspunkten muß die Höhe der Verunreinigungen in der Muttermilch mit Dioxinen/Furanen (PCDD/PCDF) besonders kritisch gesehen werden, da hier Vorsorgezielwerte für eine lebenslange Aufnahme bedenklich überschritten werden. Vor dem Hintergrund der zur Zeit noch unzureichenden Kenntnisse zur Toxizität dieser Substanzklasse speziell in der frühen Säuglingsphase und unter Würdigung aller Gesichtspunkte halten wir folgende Empfehlung für sinnvoll:

Die Senatsverwaltung empfiehlt grundsätzlich das Stillen in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten. Danach sollte, auch aus ernährungsphysiologischen Notwendigkeiten, das Stillen durch andere Ernährungsweisen ergänzt bzw. nach und nach ersetzt werden.

Einschränkend ist jedoch auf Einzelfälle zu achten, in denen eine überdurchschnittliche Belastung der Muttermilch mit Verunreinigungen vorliegen könnte. Durch ein ausführliches Beratungsgespräch mit der Mutter sind diese Fälle zu ermitteln und eine anschließende Untersuchung durchzuführen. Regelmäßige Untersuchungen auf Pestizidrückstände und PCB in der Muttermilch sind mittlerweile, auch aufgrund der bundesweit recht einheitlichen Meßergebnisse, nicht mehr sinnvoll und sollten daher unterbleiben. In den östlichen Bezirken Berlins muß dies, z.B. vor dem Hintergrund der bisher anderen Belastungssituation, jedoch großzügiger gesehen werden.

Im Land Berlin steht derzeit keine Untersuchungsmöglichkeit für Dioxine/Furane in den Untersuchungsämtern des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Verfügung. Die vielen bundesweiten Untersuchungen haben auch gezeigt, daß nur noch indikative Untersuchungen angezeigt sind. Nur beim Vorliegen einer außergewöhnlichen Belastungssituation sollte im Einzelfall kritisch geprüft werden, ob eine derart aufwendige Untersuchung im Hinblick auf das Schutzziel notwendig und hilfreich sein könnte.

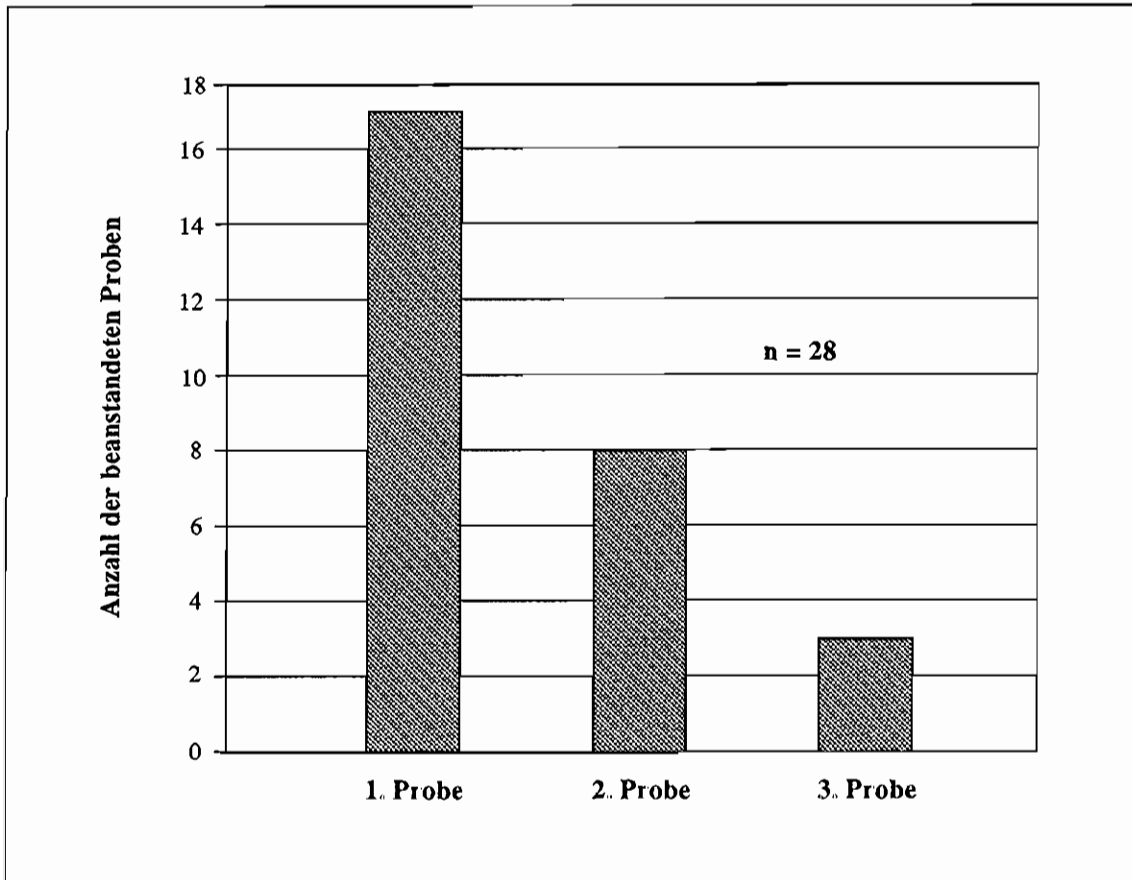
5.1.2.3 Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser

Seit 1985 stehen Trinkwasserleitungen aus Blei in der öffentlichen Diskussion. Die daraufhin durchgeführten kostenlosen Bleiuntersuchungen wurden 1990 weitergeführt. Die seit 1987 rückläufigen Zahlen verringerten sich auch 1990.

Wie bisher wurden bei den Probennahmen in der Regel jeweils drei Proben im minütlichen Abstand nach längerer Standzeit (z.B. über Nacht) entnommen.

Die größte Zahl von Grenzwertüberschreitungen war, wie in den Vorjahren, in der ersten aus dem stagnierenden Leitungswasser stammenden Probe festzustellen. Danach sinkt innerhalb von zwei Minuten der Bleigehalt und erreicht bzw. überschreitet bei der 3. Probe nur noch in ca. 10 % der Fälle den Trinkwassergrenzwert.

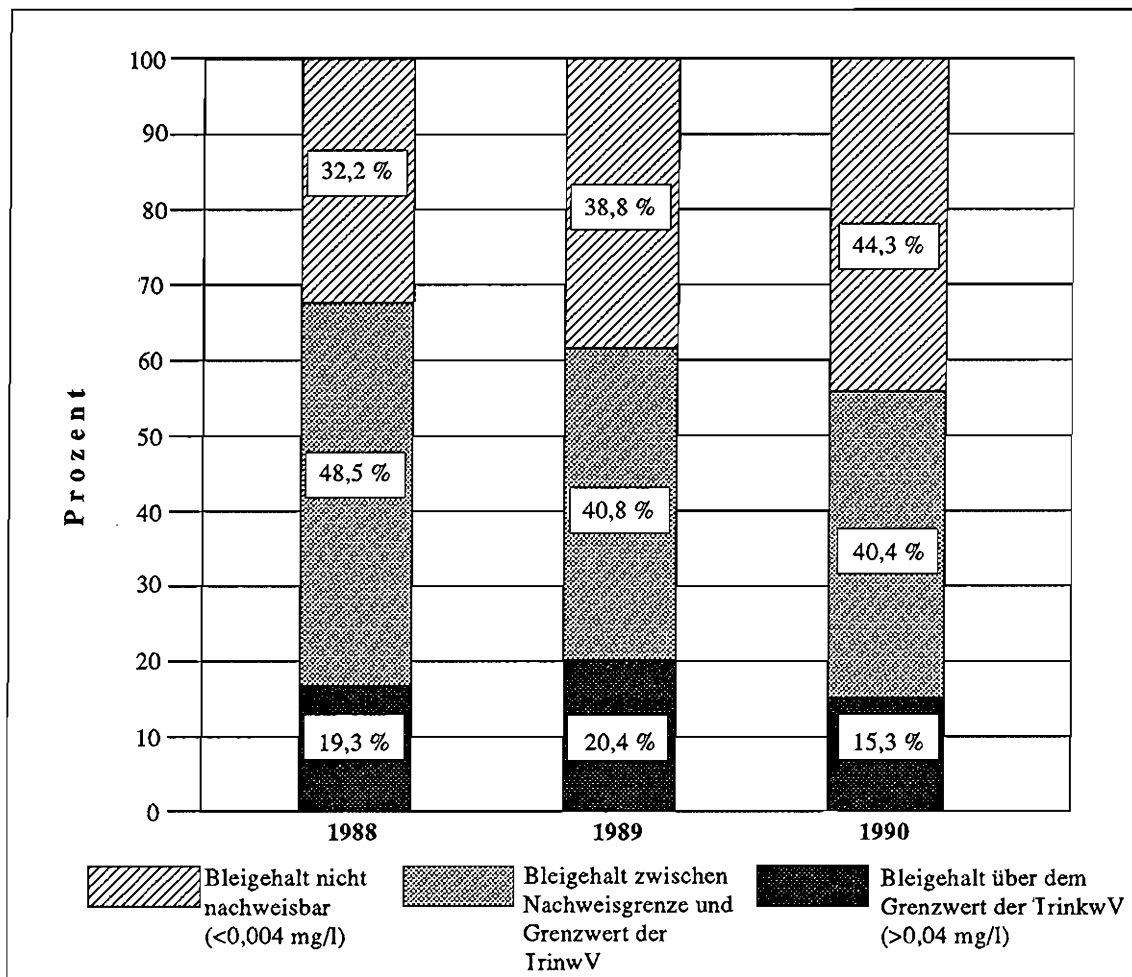
Graphik 34: *Blei im Trinkwasser - Beanstandungen*
(Bleigehalt über Grenzwert der TrinkwV) 1)



- 1) Zwischen den Probennahmen wurde das Wasser laufen gelassen.
Die 2. Probe wurde jeweils nach 1 Minute Wasserablauf genommen,
die 3. Probe nach 2 Minuten.

Aus der folgenden Graphik ist zu erkennen, daß die Beanstandungsquote der untersuchten Proben in 1990 zurückgegangen ist und gleichzeitig der Anteil der Trinkwasserproben ohne Bleinachweis erheblich zunahm.

Graphik 35: Qualität der eingesandten Proben



Darüber hinaus kann der vom Senat befürwortete Austausch von Bleileitungen, z.B. in öffentlichen Gebäuden, zur weiteren Minderung des Gefährdungspotentials beitragen.

Die Einbeziehung der Hausinstallationen in die Überwachung der Versorgungsanlagen z.B. bei Beanstandungen im Sinne der novellierten Trinkwasserverordnung ist ein weiterer wichtiger Schritt im Vorsorgebereich.

5.1.2.4 Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser

Mit der Veröffentlichung einer Presseerklärung des Bundesgesundheitsamtes (BGA) zur "frühkindlichen Leberzirrhose" vom 18.3.1988 wurde die Öffentlichkeit auf eine bis dahin in dieser Form unbekannte Erkrankung aufmerksam gemacht. Zur Ätiologie dieser Erkrankung wird vermutet, daß Kupfer in der Säuglingsnahrung eine entscheidende Rolle spielen könnte.

Daher initiierte die Senatsgesundheitsverwaltung in Kooperation mit den bezirklichen Gesundheitsämtern und dem Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen (LAT) eine für den Bürger kostenlose Beratung und Untersuchung des Trinkwassers. Als Voraussetzung für die Untersuchung des Trinkwassers wurde insbesondere angesehen:

- Vorhandensein einer neuen Hausinstallation mit Leitungsrohren aus Kupfer oder einer Eigenwasserversorgungsanlage, der Trinkwasser entnommen wird - sofern die Untersuchungen aus Fürsorge für vorhandene Schwangere oder nicht gestillte Säuglinge erfolgen soll.
- Neben den ätiologisch und pathogenetisch bedeutsamen drei Umweltbedingungen - niedriger pH-Wert des Trinkwassers (deutlich unter pH 6,5), Kupferleitungen, nicht gestillter Säugling - könnte noch ein weiterer bisher unbekannter Faktor von Bedeutung sein. Zu suchen wäre dieser Faktor im Wasser, in den Wasserleitungen, in der Art der Zubereitung der Säuglingsnahrung (bzw. der Säuglingsnahrung selbst) oder im Patienten.
- Von den hier aufgezeigten Untersuchungsmöglichkeiten wurde als orientierende Untersuchung die Bestimmung des Kupfergehaltes im Trinkwasser zunächst für ausreichend erachtet, zumal das hiesige Trinkwasser aus zentraler Wassergewinnung pH-Werte zwischen 7,4 und 7,8, also im mittleren, neutralen Bereich, aufweist.

Im Jahre 1990 ist das Bedürfnis der Bevölkerung auf Untersuchungen im Trinkwasser deutlich zurückgegangen. Lediglich 3 Untersuchungsergebnisse liegen uns für diesen Zeitraum vor.

Folgende Hinweise des Bundesgesundheitsamtes sollten jedoch auch weiterhin beachtet werden:

- Gelegentliche, nur ein oder wenige Tage dauernde Verfütterung von kupferhaltigem Wasser an Säuglinge ist unabhängig von dessen Kupfergehalt gesundheitlich unbedenklich.
- Die bisher bekannt gewordenen Erkrankungen bzw. Todesfälle müssen mit einer mutmaßlichen Dauerexposition der betroffenen Säuglinge gegenüber 2,5 - 11 mg Kupfer/l während mindestens ca. 4 Wochen bei pH-Werten des Wassers deutlich unter 6,5 in Verbindung gebracht werden.
- Es besteht aufgrund der bisherigen epidemiologischen Datenlage kein Anlaß, ein zwischen 1 und 2,5 mg Kupfer/l enthaltendes Trinkwasser als für Säuglinge gesundheitlich nicht geeignet zu bezeichnen.

Da jedoch derzeit aufgrund der ungenügenden wissenschaftlichen Datenlage ein potentielles Erkrankungsrisiko bei 1 - 2,5 mg Kupfer pro l nicht völlig auszuschließen ist und auch ein Ablaufenlassen des Stagnationswassers letztlich keine absolute Sicherheit bietet, muß den betroffenen Eltern vorerst empfohlen werden

- kupferarmes Wasser für die Säuglingsernährung zu verwenden (z.B. Zapfhahn im Keller zwischen Wasserzähler und Kupferinstallation; geeignete Mineral- oder Tafelwasser)
- bei Weiterverwendung des kupferhaltigen Wassers (1 - 2,5 mg/l) gleichzeitig alle 2 - 4 Wochen die biochemischen Frühindikatoren γ -GT, Bilirubin und Transaminasen im Blut des Säuglings überprüfen lassen. Enge Kooperation mit einem Kinderarzt ist ratsam.

5.1.2.5 Untersuchungen von Badegewässern

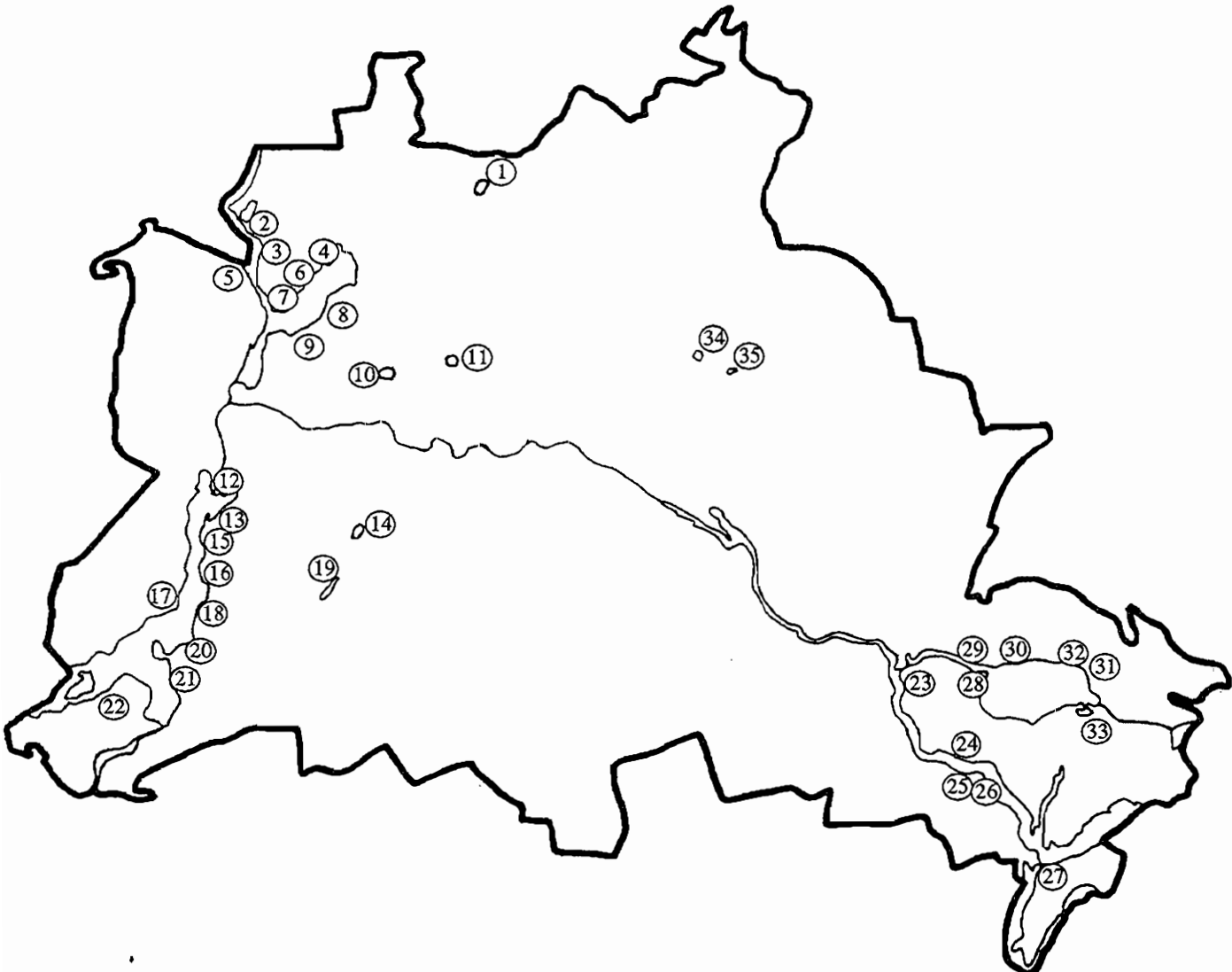
Während der Badesaison 1991 (15. Mai bis 15. September) wurden die Bäder und empfohlenen Badestellen in Berlin in 14tägigem Abstand entsprechend der EG-Badegewässer-Richtlinie vom 8. Dezember 1975 untersucht

Diese Badegewässer-Richtlinie fordert die regelmäßige Erfassung bestimmter mikrobiologischer und physikalisch-chemischer Parameter. Dabei erstreckt sich die mikrobiologische Untersuchung im allgemeinen auf die Suche nach sogenannten Indikatorkeimen (Coliforme und E.coli), deren Vorhandensein auf eine fäkale Verunreinigung schließen lassen. Obwohl diese Keime selbst keine Krankheitserreger sind, kann man bei ihrer Anwesenheit abschätzen, daß möglicherweise andere Darmkeime im Wasser vorkommen können. Bei den physikalisch-chemischen Parametern stehen sog. sensorische Prüfungen - wie Wasserfärbung, Trübung (Sichttiefe) und Geruch des Wassers - im Vordergrund, weiterhin der pH-Wert und Bestimmungen des Sauerstoffhaushaltes sowie Nährstoffwerte.

1991 wurden diese Proben erstmals im Rahmen eines gemeinsamen Meßprogrammes für beide Teile der Stadt entnommen.

Die Bäder und empfohlenen Badestellen sind in dem 1991 erstmalig für das gesamte Stadtgebiet veröffentlichten Badeplakat dargestellt.

Graphik 36: *Freibäder und vor dem Bootsverkehr geschützte Badestellen in Berlin*
(Gewerbliche Bäder werden hier nicht berücksichtigt)



1. Freibad Lübars
2. Oberhavel / Badestelle Sandhauser Straße
3. Oberhavel / Rohrweihestraße
4. Tegeler See / Halbinsel Reiherwerder
5. Oberhavel / Badestelle Bürgerablage
6. Freibad Tegelsee
7. Tegeler See / Badestelle Fähre Scharfenberg
8. Tegeler See / Badestelle gegenüber Reiswerder
9. Tegeler See / Rettungsstation Saatwinkel
10. Freibad Jungfernheide
11. Freibad Plötzensee
12. Unterhavel / Badestelle Pichelswerder 1)
13. Unterhavel / Badestelle Schildhorn 1)
14. Freibad Halensee
15. Unterhavel / Badestelle Grunewaldturm 1)
16. Unterhavel / Badestelle Lieper Bucht 1)
17. Unterhavel / Badestelle Breitehorn 1)
18. Unterhavel / Badestelle Radfahrerwiese 1)
19. Badestelle Grunewaldsee
20. Unterhavel / Badestelle Große Steinlanke 1)
21. Strandbad Wannsee 1)
22. Unterhavel / Badestelle Alter Hof gegenüber Pfaueninsel 1)
23. Flußbad Gartenstraße 1)
24. Strandbad Wendenschloß 1)
25. Strandbad Grünau 1)
26. Dahme / Badestelle Bammelecke 1)
27. Schmöckwitz
28. Müggelspree / Badestelle am Spreetunnel
29. Müggelspree / Hirschgarten
30. Seebad Friedrichshagen
31. Strandbad Müggelsee
32. FKK-Strandbad Müggelsee
33. Kleiner Müggelsee / Badestelle Südufer
34. Seebadeanstalt Am Weißensee
35. Strandbad Crankensee

1) An dieser Badestelle kann es infolge von Algenentwicklungen zeitweise zu stärkeren Wassertrübungen kommen

Darüber hinaus wurden aus Vorsorgegründen weitere Gewässer im Rahmen des Gewässerschutzes vierwöchentlich beprobt.

Die bakteriologischen Untersuchungsergebnisse waren mit wenigen Ausnahmen einwandfrei. Die Ausnahmen bezogen sich auf den Stößensee, den Müggelsee am Strandbad Rahnsdorf und auf die Badestellen am Spreetunnel und Hirschgarten, wo im Juni Grenzwertüberschreitungen bei Coliformen-Bakterien und E.coli festgestellt wurden. Der Öffentlichkeit wurde über die Medien die Empfehlung gegeben, dort vorsorglich nicht zu baden. Da die Nachkontrollen wieder eine einwandfreie mikrobiologische Badewasserqualität auswiesen, konnte das Baden wieder empfohlen werden.

5.1.2.6 *Schadstoffbelastungen von Deckmaterialien und Spielsand auf Spiel-, Bolz- und Sportplätzen*

Hinweise aus anderen Bundesländern auf bedenkliche Belastungen von Bodenmaterialien durch Dioxine/Furane, Schwermetalle und Arsen in sensiblen Bereichen in Ballungszentren gaben Anlaß, dieses Problem auch in Berlin näher zu untersuchen.

Um kurzfristig einen möglichst flächendeckenden Überblick über die Situation im gesamten Berliner Raum zu erhalten, wurden zunächst Begehungen aller Spielplätze durch die Bezirksämter zur Ermittlung verdächtiger Plätze auf der Grundlage von Erfahrungen aus anderen Bundesländern durchgeführt. Mit einer Umfrage wurden die Ergebnisse dieser Begehungen und der veranlaßten stichprobenartigen Bodenuntersuchungen für eine gesundheitliche Bewertung zusammengetragen.

Für eine fachgerechte Beurteilung von Bodenkontaminationen auf Spielplätzen wurden die erforderlichen medizinischen Bewertungskriterien erarbeitet, entsprechende Sanierungswerte abgeleitet und mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz abgestimmt.

Aus humantoxikologischer Sicht sind im wesentlichen die polychlorierten Dibenzodioxine/Dibenzofurane (PCDD/PCDF), die Schwermetalle Cadmium, Blei, Chrom sowie Arsen und einige organische Schadstoffe unerwünscht und ihre Minimierung auch aus Vorsorgegründen geboten.

Die besondere Fürsorgepflicht, insbesondere gegenüber Kleinkindern, ist unter anderem in dem sogenannten Pica-Verhalten begründet, d.h. Kinder können unbeabsichtigt bzw. beabsichtigt gelegentlich bedeutsame Mengen an Bodenmaterialien oral aufnehmen. In der Literatur beschriebene Abschätzungen liegen zwischen ca. 10 bis 1.000 Milligramm aufgenommenen Boden pro Tag, wobei wenig bindige und zugleich feinkörnige Materialien (wie z.B. Sand) besonders leicht aufgenommen werden.

In diesem Zusammenhang sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Schadstoffgruppen zwei unterschiedliche Zielrichtungen zu beachten:

- Erstens sollen sogenannte Einbringungswerte für Oberflächenmaterialien den Eintrag von belastetem Sand oder Böden (einschließlich Deckmaterialien) verhindern und so in einem begrenzten Zeitraum (z.B. von Renovierung zu Renovierung des Spielplatzes) eine Exposition der Kinder in diesem Bereich so gut wie ausschließen;
- zweitens sind Sanierungswerte, die aufgrund von Abschätzungen z.B. nach dem ADI-(acceptable daily intake)Modell aufgestellt wurden, so bemessen, daß von bestehenden Kinderspielplätzen eine Gefährdung für die Kinder ausgeschlossen werden kann.

Durch den Eintrag von organischen Stoffen, bedingt durch starke Frequentierung, unzureichende Wartung bzw. durch Verunreinigungen durch Hunde- und Katzenkot, können zusätzlich mikrobiologisch/hygienische Spielsandverunreinigungen auftreten.

Zur Beurteilung der hygienischen Situation des Spielsandes werden in Anlehnung an die Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes und in Übereinstimmung mit dem Landesmedizinaluntersuchungsamt Leitwerte von

- kleiner als 10^6 /g Sand für die Keimzahl sowie ein
 - E.coli-Titer als Indikator fäkaler Verunreinigung unter 10^{-1} /g (d.h. in 0,1g Sand kein E.coli nachweisbar bzw. <10 E.coli in 1g Sand)
- empfohlen.

Spielsandverunreinigungen durch Tiere, die durch den E.coli-Titer erfaßt werden, können mit dem Vorkommen von Wurmeiern einhergehen. Dem Nachweis coliformer Bakterien kommt eine untergeordnete Bedeutung zu, da diese Saprophyten in Boden häufig vorhanden sind und ihnen daher als Leitkeim wenig Bedeutung zukommt.

Mikrobiologische Untersuchungen von Spielsand sollten nur in begründeten Einzelfällen durchgeführt werden insbesondere wenn Hinweise auf Mängel der allgemeinen hygienischen Bedingungen festgestellt wurden.

Mit einem entsprechenden Rundschreiben an die bezirklichen Abteilungen Gesundheit und Umweltschutz und andere verantwortliche Institutionen wurde auf die gesundheitlichen Risiken für die Kinder durch die Aufnahme kontaminierter Böden aufmerksam gemacht. Gleichzeitig wurden Empfehlungen für die mikrobiologisch/hygienische Spielsandbeschaffenheit sowie für einzelne substanzbezogene Sanierungswerte für Bodenverunreinigung im Bereich von Kinderspielplätzen gegeben.

Sanierungswerte für Deckmaterialien und Spielsand auf Kinderspielplätzen:

(alle Werte bezogen auf Trockensubstanz-Boden bei einer Korngröße von < 2 mm)

Cadmium	> 10 mg/kg
Blei	> 200 mg/kg
Chrom	> 250 mg/kg
Arsen	> 50 mg/kg
Quecksilber	> 2 mg/kg
Gesamt-Polycyclische Aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)	> 1 mg/kg
Benzo(a)pyren als Leitsubstanz für PAK	> 100 mg/kg
Polychlorierte Biphenyle (PCB)	> 2 mg/kg

Nach Auswertung der stichprobenartigen Bodenuntersuchung im Berliner Raum (Beteiligung von 20 Bezirken) im Jahre 1990/91 lassen sich folgende Ergebnisse darstellen:

- Von 26 Untersuchungen wegen des Verdachtes auf Dioxinbelastungen durch kontaminierte Deck- und Baumaterialien auf Spiel- und Bolzplätzen war lediglich eine Probe mit 195 ng IE-BGA¹⁾/kg in Steglitz auffällig (vermutlich durch Filterstäube bedingt).
- 74 Untersuchungen wurden wegen möglicher Schwermetallbelastungen der Böden durchgeführt. Dabei wurden bei 16 Bodenproben Überschreitungen des Sanierungswertes für Blei, bei 2 Proben für Cadmium, bei 5 Proben für Arsen und bei einer Probe für Quecksilber festgestellt. Die Mehrzahl der erhöhten Bleibefunde befindet sich um den Bereich von 240 mg/kg TS²⁾. Werte von über 700 mg/kg TS wurden auf zwei Spielplätzen gefunden. Stark erhöhte Arsenwerte von 1.400 bis 2.560 mg/kg TS wiesen die Proben von zwei Spielplätzen auf. Als Ursache für diese Bodenkontaminationen mit Schwermetallen wird die Verwendung von Schlacken, Bauschutt oder anderen Altmaterialien angesehen. Die Schwermetallbelastungen auf öffentlichen Spielplätzen und Spielplätzen von Kindertagesstätten wurden hauptsächlich im Ostteil der Stadt festgestellt.
- 10 Untersuchungen wurden wegen des Verdachtes anderer Schadstoffverunreinigungen, wie z.B. auf polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), Mineralölkohlenwasserstoffe, polychlorierte Biphenyle, Zyanide, veranlaßt. Auffällig wurden hierbei ein Spiel- und Bolzplatz neben einer Tankstelle mit 318 mg/kg PAK und ein Spielplatz einer Kindertagesstätte mit hohen Mineralölkohlenwasserstoff- und Zyanidwerten.
- Soweit akuter Handlungsbedarf bei bedenklichen Schadstoffbelastungen bestand, wurden von den zuständigen Bezirksämtern Maßnahmen veranlaßt. Überwiegend wurden die Spielplätze bis zu einer möglichen Sanierung gesperrt.

1) ng IE-BGA: Nano-Gramm Toxische Äquivalente nach dem Bundesgesundheitsamt

2) TS: Trockensubstanz

5.1.2.7 Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Dichtungsmassen

Nachdem im September 1988 Innenraumbelastungen durch ausgelaufene PCB-haltige Kleinstlastenkondensatoren in Leuchtstofflampen bekannt geworden waren, antwortete die Gesundheitsverwaltung mit einem abgestuften Sofortprogramm und empfahl, alle PCB-haltigen Kondensatoren auszutauschen. Das geschah zunächst prioritär in Kindertagesstätten und Schulen, sodann auch in anderen öffentlichen Gebäuden (s. Jahresgesundheitsbericht 1988). Nach Beseitigung dieser Schadstoffquellen sind in diesem Bereich keine Probleme mehr bekannt geworden.

Als im März 1990 dauerelastisches PCB-haltiges Fugenmaterial als mögliche Quelle von Innenraumluftbelastungen in einer Kölner Gesamtschule bekannt wurde, hat die Senatsgesundheitsverwaltung unter Einbeziehung der Bezirke versucht, die Bedeutung dieses Problems in Berlin zu ermitteln. Gleichzeitig wurde mit dem Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen (LAT) und dem Bundesgesundheitsamt (BGA) ein Probennahme- und Analyseprogramm entwickelt. Dabei hat die Abteilung Gesundheit und Umweltschutz des Bezirksamtes Steglitz maßgeblich mitgewirkt.

Die bisher nur in einigen Bezirken stichprobenartig untersuchten Kitas und Schulen lassen keinen Zweifel daran aufkommen, daß es PCB-Innenraumbelastungen aus dauerelastischen Fugendichtungsmaterialien auch in Berlin gibt. Genauere Kenntnisse über das Ausmaß der Innenraumbelastungen lagen 1990 noch nicht vor. Ein vom Bundesgesundheitsamt vorgeschlagener Vorsorgewert für die Innenraumluft von 300 ng PCB/m³ bei einer 24-stündigen Expositionsdauer - lebenslang - erscheint im Sinne des vorbeugenden Gesundheitsschutzes nach den derzeitigen Erkenntnissen vertretbar. Langfristig sollte eine PCB-Raumluftkonzentration angestrebt werden, die im Bereich der für Außenluft beobachteten Hintergrundkonzentration von ca. 30 - 50 ng PCB/m³ liegt.

Bundesweit liegt derzeit ein wirksames Sanierungskonzept nicht vor. Trotzdem sollten folgende Maßnahmen vorläufig ergriffen werden:

- Begehung fraglich belasteter Gebäude und Ermittlung der Schadstoffquellen
- Untersuchung von verdächtigem Fugenmaterial; ggf. Raumluftmessungen
- Grundreinigung der belasteten Räume (Feuchtreinigen geeigneter Oberflächen und möglichst umfassende Staubentfernung; ggf. vorhandene Teppichböden sollten entfernt werden)
- Häufiges und verstärktes Lüften der Räume
- Raumluftmessungen als Erfolgskontrolle.

Bei Werten, die deutlich über der BGA-Empfehlung liegen, ist letztlich eine Nutzungsänderung zu erwägen.

Derzeit wird ein Sanierungsversuch an einer Steglitzer Schule durchgeführt. Hierbei wird das belastete Dichtungsmaterial aus den Fugen entfernt, eine Versiegelung der Betonkanten angeschlossen und die Fuge mit Ersatzmaterial verfüllt. Dieses Pilotprojekt wird meßtechnisch durch das LAT begleitet.

Von überstürzten Sanierungen rät die Senatsgesundheitsverwaltung ab, da verschiedene Sanierungsverfahren aus anderen Bundesländern bisher nicht zu den erhofften Ergebnissen geführt haben.

5.1.3 *Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:*

Ökologische Gesundheitsrisiken

In die Analyse möglicher ökologischer Gesundheitsrisiken werden folgende Variable einbezogen:

- Umweltbelastungen durch Industrie-/Gewerbebetriebe und Belastungsarten
- Beurteilung der Luftqualität getrennt für Sommer und Winter
- Lärmbelästigung, Lärmquellen und Intensität des Lärms am Beispiel Straßenverkehr.

Neben der deskriptiv-vergleichenden Analyse zwischen den Berlinern in West und Ost und nach sozialer Schicht werden in einem dritten Schritt die ökologischen Gesundheitsrisiken nach der Bebauungsart der Wohnumgebung analysiert, indem Bewohner in zusammenhängender Blockbebauung ohne Grünflächen am Haus mit Bewohnern in Ein- bis Zweifamilienhäusern mit Gärten bzw. Bewohnern in Villenvierteln verglichen werden.

Das am meisten verbreitete ökologische Gesundheitsrisiko in der Berliner Bevölkerung ist der Lärm in der Wohnung von außen, dem 72 % der Berliner im Westteil und 81 % im Ostteil ausgesetzt sind.

Insgesamt ist die Bevölkerung im Ostteil der Stadt ökologischen Gesundheitsrisiken stärker ausgesetzt als im Westteil.

Signifikant stärker als Westberliner sind Ostberliner belastet durch

- eher viel umweltbelastende Industrie- und Gewerbebetriebe in der näheren Wohnumgebung (West 19 %, Ost 32 %)
- die Belastungsquellen Staub/Schmutz (48 %/61 %) und Dämpfe/Gase/Rauch (40 %/51 %) in der Subpopulation Umweltbelasteter
- die Luftqualität im Sommer (individuelle Benotung) (Durchschnitt: 2,7/2,9) und im Winter (Durchschnitt: 3,2/3,5)
- Lärm in der Wohnung von außen (71,9 %/80,5 %)
- Schienenverkehrslärm in der Subpopulation Lärmexponierter (11,0 %/34,4 %).

Umweltbelastung durch Industrie und Gewerbe (in %)

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
eher viel	18,7	31,9
eher wenig	34,9	32,9
keine	40,1	29,9

Folgende *Belastungsarten (in %)* werden von den Umweltbelasteten genannt:

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Lärm	32,8	27,8
Staub/Schmutz	47,8	61,2
Dämpfe/Gase/Rauch	39,8	51,2
Gerüche	44,0	26,0
Wasserverschmutzung	10,2	13,0
Bodenverunreinigung	7,8	7,3
Landschaftszerstörung	8,1	7,4
sonstiges	2,5	3,5

Umgekehrt signifikant stärker als Ostberliner sind Westberliner belastet durch

- Gerüche in der Subpopulation Umweltbelasteter (44 %/26 %)

West- und Ostberliner sind gleich hoch belastet durch Straßenverkehrslärm (75 % der Lärmexponierten geben diese Lärmquelle an) und Luftverkehr (über 40 %).

Die ökologischen Gesundheitsrisiken zeigen keinen eindeutigen Schichtgradienten.

Die Luftqualität im Sommer und im Winter wird über alle Schichten gleich beurteilt, ebenso die Variable Lärm und Lärmquellen in Berlin (West) wie in (Ost). In Berlin (Ost) geben - entgegen der Erwartung - Angehörige oberer Schichten häufiger an, durch Industrie/Gewerbe umweltbelastet zu sein

Einen deutlichen Einfluß auf die ökologischen Gesundheitsrisiken hat die Bebauungsart der Wohnumgebung.

Bewohner in dichter Blockbebauung ohne Grünflächen beim Haus im Vergleich zu Ein- bis Zweifamilienhausbewohnern sind allen analysierten ökologischen Risiken stärker ausgesetzt.

Dabei trennt der Indikator Bebauungsart die Bevölkerung im Westteil oft stärker als die im Ostteil, wo z.B. die Belastung durch eher viel Industrie von den Ein- bis Zweifamilienhausbewohnern in Berlin (Ost) nur tendenziell seltener (27 %) angegeben wird als von den Blockbewohnern (35 %), in Berlin (West) jedoch hochsignifikant (12 %/33 %).

Arbeitsplatzbedingte Risikofaktoren

Ein wichtiger Bereich der möglichen arbeitsplatzbedingten gesundheitlichen Risiken, Überforderung, Unterforderung, "Streß", wird im Zusammenhang mit individuellen Risiken, wie Rauchen, Alkohol und Bewegungsmangel, beschrieben. An dieser Stelle sollen arbeitsplatzbedingte Risiken im Sinne von möglichen Schadstoffexpositionen am Arbeitsplatz analysiert werden.

Arbeitsplatzexposition sehr häufig/häufig (in %)

- Basis: derzeit und ehemalig Berufstätige (18 bis 59 Jahre) -

Risiken	Männer		Frauen	
	West	Ost	West	Ost
Staub/Schmutz	28,3	34,3	15,2	14,7
andere Luftverunreinigungen	19,5	17,8	13,3	11,1
Rauch/Ruß	10,3	9,2	5,7	3,9
Gase/Dämpfe	12,8	15,0	7,4	6,5
Strahlung	2,1	2,5	2,6	1,9
Öle, Fette	12,0	20,9	4,0	3,7
chemische Schadstoffe	10,7	13,3	8,4	6,8
andere Belastungen durch Arbeitsstoffe	9,9	10,9	6,5	4,3

- Alter und Geschlecht

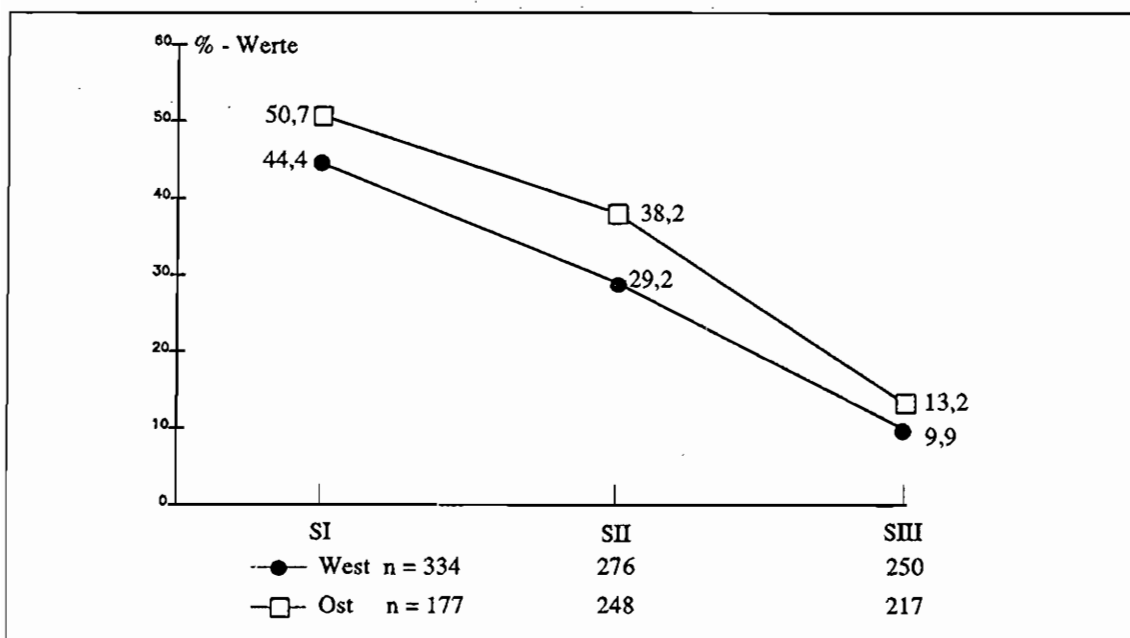
Die Prävalenz für die wahrgenommenen Schadstoffexpositionen wird nur für Personen im berufsfähigen Alter (hier die 18- bis 59jährigen) durchgeführt.

Männer waren im Berichtszeitraum erwartungsgemäß möglichen Schadstoffexpositionen am Arbeitsplatz viel häufiger ausgesetzt als Frauen. Dies traf auf Ostberliner Männer häufiger zu als auf Westberliner Männer; bei den Frauen war es umgekehrt.

Staub und Schmutz war die von allen Analysegruppen am häufigsten angegebene Expositionsquelle. Ostberliner Männer waren zu 21 % (signifikant häufiger als Westberliner zu 12 %) mit Ölen/Fetten exponiert.

- Soziale Schicht

Arbeitsplatzexpositionen waren erwartungsgemäß stark schichtabhängig, was im Folgenden beispielhaft für die Staub-/Schmutzexposition der Männer dargestellt wird.

Graphik 37: Sehr häufig/häufige Staub-/Schmutzexposition bei 18- bis 59jährigen Männern

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

Möglichen Schadstoffexpositionen am Arbeitsplatz (sehr) häufig bzw. immer waren Männer im berufsfähigen Alter häufiger ausgesetzt als Frauen. Dabei zeigte sich eine deutlich höhere mögliche Schadstoffbelastung der Ostberliner Männer, während die Frauen im Westteil höher belastet waren als die jeweilige Vergleichsgruppe.

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Männer	105,6 %	123,9 %
Frauen	63,1 %	52,9 %

Arbeitsplatzexpositionen waren erwartungsgemäß stark schichtabhängig im Sinne einer höheren Exposition in den unteren Schichten.

5.1.4 Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Ein weiterer wichtiger Bereich der Umweltmedizin betrifft die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Gerade weil auf diesem Gebiet in den letzten Jahren wesentliche Wandlungen eingetreten sind, ist ein ständiges Beobachten der epidemiologischen Situation und ein sachkundiges Reagieren auf Infektionskrankheiten erforderlich. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat hier eine spezielle Aufgabe zu erfüllen (vgl. hierzu Kapitel 3).

5.1.4.1 Schädlingskunde, Schädlingsberatung einschließlich Pestizidanwendung

In der Senatsgesundheitsverwaltung wurde das Sachgebiet "Schädlingskunde und -beratung" neu eingerichtet. Aufgabenstellung ist es, insbesondere Bezirksämtern bei der Lösung von Problemen mit Schädlingen vor Ort mit Sach- und Fachkenntnis zur Seite zu stehen.

Das bedeutet im einzelnen:

- Exakte Bestimmung der in den menschlichen Siedlungsbereich eindringenden tierischen Organismen und Erkennen von deren tatsächlicher Schädlichkeit oder Unbedenklichkeit, um einen sachgemäßen bzw. unbegründeten Einsatz von Schädlingsbekämpfungsmitteln durch Bürger und Schädlingsbekämpfer zu vermeiden
- Hilfe beim Erkennen und bei der Beseitigung von Befallsursachen (im Sinne von Sicherungsmängeln) auf der Grundlage der Kenntnisse der Biologie der Schädlinge
- Beratung bei der Erstellung von Bekämpfungsprogrammen unter dem Aspekt des sachgerechten und umweltbewußten Einsatzes von Bekämpfungsmitteln
- Fortbildung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem Gebiet Schädlingskunde sowie über Schädlingsbekämpfungsmittel

- Erarbeitung von Bekämpfungsempfehlungen für eine erfolgreiche Bekämpfung auf der Grundlage der Risikominimierung
- Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden Faltblätter zu speziellen Schädlingen (z.B. Schabe, Pharaoameise, Taubenzecke) erarbeitet

1991 wurde im Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin ein Bereich Schädlingskunde/Schädlingsberatung eingerichtet. Dort beraten ein Zoologe und eine Schädlingsbekämpfermeisterin sowohl verschiedene Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsämter, Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter) als auch Bürgerinnen und Bürger bei der Lösung von mit dem Auftreten von Schädlingen und Leistungen verbundenen Fragen. Dabei geht es vor allem um die Minimierung des Einsatzes von chemischen Bekämpfungsmitteln (Pestiziden) in Siedlungsbereichen. Auch Schädlingsbekämpfer-Gewerbebetriebe können dort auf Wunsch Beratung erhalten.

Die Arbeit reicht von der exakten Bestimmung und Einschätzung vorgelegter Tiere über die Hilfe beim Erkennen von Befallsursachen bis hin zu Empfehlungen zur Schädlingsprophylaxe und zu Bekämpfungsverfahren (mit besonderer Berücksichtigung der Vermeidung bzw. des sachkundigen Einsatzes von Pestiziden).

5.1.4.2 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter

Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen - durch dafür ausgebildete, fachlich kompetente Desinfektoren sachgerecht durchgeführt - sind ein wesentlicher Teil der Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie des Schutzes der Umwelt vor ungerechtfertigtem Chemikalieneinsatz.

Desinfektoren werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens tätig, wenn es gilt

- Krankheitserreger mit physikalischen oder chemischen Verfahren in Räumen oder an Gegenständen aller Art abzutöten
- gesundheitlich bedenklichen Schädlingsbefall zu bekämpfen, insbesondere die Entlausung und Entwesung bei Läusebefall durchzuführen.

Im April 1991 wurde Amtshilfe zwischen den Bezirken zur Nutzung der Desinfektions- und Entwesungseinrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verabredet.

Die Tätigkeit der Desinfektoren auf dem Gebiet der Entwesung wurde ergänzt durch die fachliche Unterstützung der Arbeitsgruppe Schädlingskunde und -bekämpfung im Bereich der Senatsverwaltung für Gesundheit, die über Verfahren und Methoden der Bekämpfung berät und ggf. Schädlinge bestimmt.

Von den Bezirken gemeinsam genutzte Desinfektions- und Entwesungseinrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Desinfektionsanstalten)

Trägerbezirk	mitnutzende Bezirke
Neukölln	Kreuzberg, Tempelhof, Treptow, Lichtenberg, Köpenick
Schöneberg	Zehlendorf, Steglitz, Wilmersdorf, Friedrichshain, Marzahn, Hellersdorf, Hohenschönhausen
Wedding	Tiergarten, Reinickendorf, Charlottenburg, Mitte, Prenzlauer Berg, Weißensee, Pankow

Spandau ist auch nach Aufgabe seiner Desinfektionsanstalt hinsichtlich Desinfektionen und Entwesung autark geblieben.

Die Desinfektionsanstalt Wedding mit ihrer Fahrzeug-Desinfektionsanlage ist wegen ihrer Nähe zur Isolierstation (mit Hochsicherheitscharakter) der II. Inneren Klinik bei dem Universitätsklinikum Rudolf Virchow als in die Logistik bei außergewöhnlicher Seuchenlage eingebunden anzusehen.

Durch die Gesundheitsämter der westlichen Bezirke wurden im Jahre 1990 die folgenden Maßnahmen durchgeführt.

Aus Berlin (Ost) liegen für 1990 keine statistischen Meldungen vor. Der Aufbau analoger Strukturen (Gesundheitsämter) erfolgte im Jahr 1991 schrittweise, so daß dort für 1991 erste Ergebnisse zu erwarten sind.

5.1.4.2.1 Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten durch die Gesundheitsämter 1990 in Berlin (West)

Infektionskrankheiten	lautende Desinfektion				Schlußdesinfektion						Ermittlungen, Beratungen, Untersuchungen (bakt., virologisch etc.)				
	Einrichtung		Überwachung		in einfacher Form		in verschärfter Form				mit Desinfektion	ohne Desinfektion			
	in der Wohnung	in Gemeinschaftsrichtungen	in der Wohnung	in Gemeinschaftsrichtungen	in der Wohnung	in Gemeinschaftsrichtungen	in der Wohnung	in Gemeinschaftsrichtungen	in der Wohnung	in Gemeinschaftsrichtungen			sonstige Arbeitsstätten		
											Ausgabe von Desinfektionsmitteln ohne Hausbesuch	Effekten-transport		in der Wohnung	in der Wohnung
Tuberkulose	-	3	-	3	-	15	10	157	129	11	-	8	68	69	9
Virus-Hepatitis	173	22	339	549	52	144	64	1	41	-	-	-	169	731	210
Typhus und Paratyphus	254	3	462	3	9	10	3	-	4	2	-	-	53	168	26
Enteritis															
infektiosa	1238	189	2952	407	277	345	157	67	16	10	-	-	1423	129081)	719
Ruhr	114	22	298	77	32	59	25	7	-	-	-	-	122	912	48
Durchfälle unklarer Genese	196	44	1	13	60	-	-	-	-	-	-	-	54	331	20
Meningitis/Enzephalitis	-	-	-	-	-	23	5	-	2	-	-	-	36	150	42
Ornithose/Psittakose	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	3	9	3
Bißverletzungen u.a. Tierkontakte	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	27	8
Ausscheider	404	24	857	43	162	163	19	-	-	-	-	-	208	1396	162
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AIDS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sonstige Erkrankungen	2	-	2	6	-	1	22	12	4	18	-	-	4	199	48
Berlin (West)	2382	307	4911	1101	592	768	305	244	196	41	-	8	2140	16900	1295
1990	2142	139	4035	353	496	733	220	222	220	119	-	3	2204	16544	1573

1) Enteritis infektiosa: Bezirk Steglitz alle Verdachtsfälle gezählt; Spandau sämtliche Stuhluntersuchungen gezählt

5.1.4.2.2 Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter 1990 in Berlin (West) nach Bezirken

Bezirk	Maßnahmen insgesamt	Ratten	Armeisen	Schaber	Untersuchungen auf Läusebefall				Entwesung von Räumlichkeiten bei Vermutung von Läusebefall	Wunschentwertung bei Krätzebefall	Kontrolle in öffentlichen Bedürfnisanstalten	Fliegenbekämpfung in öffentl. Bedürfnisanst.	sonstige Entwesungsmaßnahmen				
					darunter festgestellte Läuse		Läuse							Erst- und Nachbehandlung von Läusen			
					insgesamt	zusammen	Kopfläuse	Kleiderläuse							Filzläuse		
Tiergarten	4741	1005	-	-	3585	220	220	-	47	-	-	104	-				
Wedding	23182	2381	14	33	18834	1170	947	213	10	1386	358	-	5	171			
Kreuzberg	11868	1548	-	-	9568	972	964	8	-	702	26	24	-	-			
Charlottenburg	4572	536	-	5	3409	347	346	-	1	512	3	4	99	-			
Spandau	20956	492	-	-	18665	791	747	37	7	829	271	2	218	86	393 2)		
Wilmerdorf	5770	220	9	-	4190	373	373	-	-	184	-	172	-	189	806		
Zehlendorf	16267	98	1	-	15804	543	543	-	-	181	1	2	19	138	23		
Schöneberg	3296	1664	-	7	12381	300	289	11	-	297	-	-	-	90	-		
Steglitz	8681	978	6	10	60191	645	642	-	3	955	-	-	-	29	684 2)		
Tempelhof	4084	277	-	-	1205	155	155	-	-	143	-	1145	-	325	989 2)		
Neukölln	8014	1459	1	2	31521	2152	1804	267	81	2832	399	-	-	150	19		
Reinickendorf	8811	658	39	34	6983	793	789	3	1	702	-	156	-	106	133		
Berlin (West)	1990	120242	11316	70	91	92652	8461	7819	539	103	8770	1058	4	1738	142	1116	3285
	1989	100436	11150	89	100	72167	7746	7484	201	61	9835	828	3	2052	399	1242	2571

1) Maßnahmen bei Läusebefall nur Desinfektionsanstalten bzw. - stellen ohne Außenstellen
 2) u.a. Beratung bei Ungeziefer und Ermittlung bei Beschwerden(Abfall, Geruch usw.)

5.1.4.3 Bekämpfung des Kopflausbefalls 1990

Im Rahmen der Bekämpfung des Kopflausbefalls wurden in Berlin (West) im Jahre 1990 durch alle Einrichtungen der Gesundheitsämter (einschließlich Desinfektionsanstalten bzw. -stellen) insgesamt 141.746 Personen untersucht (gegenüber 1989: - 3,8 %). Dabei wurde bei 5,9 % der Untersuchten (8.331 Personen) Läusebefall festgestellt (1989: 5,4 %). In 7.616 Fällen wurde daraufhin eine Behandlung im Gesundheitsamt vorgenommen (gegenüber 1989: - 10,4 %).

Neben den Gesundheitsämtern wurden auch aus der Justizvollzugsanstalt Untersuchungen auf Kopflausbefall gemeldet. Hier wurden bei 4.037 Untersuchungen 77 Fälle von Läusebefall registriert.

5.1.4.3.1 Maßnahmen der Gesundheitsämter zur Bekämpfung des Kopflausbefalls 1990 in Berlin (West) (alle Einrichtungen des Gesundheitswesens)

Bezirk	untersuchte Personen insgesamt	befallene Personen			Behand- lungen	nachunter- suchte Personen
		zu- sammen	in % zu Spalte 1	Vergleich der Spalten 3 1990 zu 1989		
	1	2	3	4	5	6
Tiergarten	3.585	220	6,1	0,5	47	120
Wedding	18.611	947	5,1	-0,5	1.163	474
Kreuzberg	9.568	964	10,1	1,4	702	138
Charlottenburg	3.409	346	10,1	-6,5	511	165
Spandau	18.665	747	4,0	0,5	745	721
Wilmersdorf	4.190	373	8,9	-1,0	184	184
Zehlendorf	15.804	543	3,4	0,3	- 1)	181
Schöneberg	11.254	389	3,5	0,2	297	235
Steglitz	10.599	676	6,4	1,7	638	318
Tempelhof	1.205	155	12,9	-2,5	143	230
Neukölln	37.873	2.182	5,8	1,0	2.484	707
Reinickendorf	6.983	789	11,3	4,1	702	525
Berlin (West)						
1990	141.746	8.331	5,9	0,5	7.616	3.998
1989	147.346	7.975	5,4	x	8.504	4.364
Senator für Justiz						
1990	4.037	77	1,9	-1,0	77	77
1989	1.141	33	2,9	x	33	31

X Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

1) aus baulichen und hygienischen Gründen keine Behandlungen durchgeführt

5.1.4.4 Vernichtungsmaßnahmen bei Rattenbefall 1990 in Berlin (West) nach Bezirken und Objekten

Bezirk	1)	erfolgreich bearbeitete Objekte									Ausgaben in DM insgesamt (i), durchschnittl. je Maßnahme(d)	
		insgesamt	bebaute Grundstücke	Miet- häuser	Wohnung	betriebliche Grundstücke	Ruinen- grundstücke	Lauben- grundstücke	Frei- und Grünflächen	Sanierungs- objekte		
Tiergarten 2)	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	i	65550,00
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	-	-	-	-	-	-	-	-	-	d	-
Wedding	E	367	2	232	54	25	2	1	51	-	i	39651,00
	W	18	-	14	1	-	-	-	3	-	-	-
	Z	385	2	246	55	25	2	1	54	-	d	102,99
Kreuzberg	E	682	1	368	34	80	-	-	191	8	i	56866,46
	W	29	-	10	-	6	-	-	13	-	-	-
	Z	711	1	378	34	86	0	0	204	8	d	79,98
Charlottenburg	E	293	5	179	18	49	1	5	35	1	i	29307,29
	W	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Z	294	5	179	18	49	1	5	36	1	d	99,68
Spandau	E	261	47	129	12	51	-	8	14	-	i	19847,08
	W	27	-	10	-	6	-	-	11	-	-	-
	Z	288	47	139	12	57	-	8	25	-	d	68,91
Wilmerdorf	E	217	10	125	14	13	1	19	35	-	i	22055,93
	W	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	220	10	128	14	13	1	19	35	-	d	100,25
Zehlendorf	E	62	15	24	6	13	-	1	3	-	i	5883,64
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	62	15	24	6	13	-	1	3	-	d	94,90
Schöneberg	E	337	3	157	43	31	-	14	88	1	i	35381,70
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	337	3	157	43	31	-	14	88	1	d	104,99
Steglitz	E	206	25	114	42	17	-	4	4	-	i	21795,95
	W	10	-	9	1	-	-	-	-	-	-	-
	Z	216	25	123	43	17	-	4	4	-	d	100,91
Tempelhof	E	257	51	87	17	37	-	9	55	1	i	23957,82
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	257	51	87	17	37	-	9	55	1	d	93,22
Neukölln	E	485	15	293	41	58	1	9	68	-	i	45008,75
	W	48	10	28	2	5	-	-	3	-	-	-
	Z	533	25	321	43	63	1	9	71	-	d	84,44
Reinickendorf	E	247	51	100	13	46	2	5	28	2	i	20903,35
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	247	51	100	13	46	2	5	28	2	d	84,63
Berlin (West)	E	3414	225	1808	294	420	7	75	572	13	i	386208,97
	W	136	10	74	4	17	-	-	31	-	-	-
	insgesamt 3) 1990	3550	235	1882	298	437	7	75	603	13	d	90,33
3) 1989	3538	304	1917	307	414	7	99	481	9	d	85,37	

1) E = Erstvernichtungen, W = Wiederholungsvernichtungen, Z = Erst- und Wiederholungsvernichtungen zusammen

2) mit den anderen Bezirken nicht vergleichbar, da unterschiedliche Vernichtungsmaßnahmen

3) ohne Tiergarten

5.2 *Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen*

5.2.1 *Lebensmittelüberwachung in Berlin 1990*

Die amtliche Überwachung der Lebensmittel tierischer und nichttierischer Herkunft, dazu die der Tabakerzeugnisse, kosmetischen Mittel und sonstigen Bedarfsgegenstände wird seit Mitte der 70er Jahre im Land Berlin von den Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern der Abteilungen Gesundheitswesen der Bezirksämter durchgeführt. Diese einheitliche Vorgehensweise vermeidet die unnötige mehrfache Überwachung von Gewerbetreibenden durch verschiedene Ämter und erlaubt einen besseren Überblick über die bezirkliche Lebensmittelüberwachung.

Einen Überblick über die Tätigkeit der amtlichen Lebensmittelüberwachung im westlichen Teil Berlins im Jahre 1990 gibt Tabelle 5.2.1.1. Zusätzlich wurden von den 12 westlichen Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern 7.085 Kontrollen in 3.826 Betrieben durchgeführt, die ausschließlich Lebensmittel nichttierischer Herkunft, Kosmetika und sonstige Bedarfsgegenstände hergestellt, behandelt und in den Verkehr gebracht haben. In diesem Zusammenhang wurden 2.236 Verwaltungsmaßnahmen, 178 Ordnungswidrigkeiten und 90 Strafverfahren eingeleitet.

Die entsprechenden Angaben für die östlichen Bezirke liegen noch nicht vor.

Das Jahr 1990 war gekennzeichnet durch den Aufbau von Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern in den 11 östlichen Bezirken von Berlin gemäß den Vorgaben des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Auch im Bereich Lebensmittelüberwachung galt es, Probleme des Zusammenwachsens des Landes Berlin mit seiner Umgebung im Land Brandenburg zu bewältigen.

Lebensmittel aus dem Beitrittsgebiet waren in den Medien durch Fehlinterpretationen der Höchstmengenregelung für Schadstoffe und Schwermetalle ungerechtfertigt in Mißkredit geraten. Durch intensive Nachuntersuchungen und Recherchen der rechtlichen Situation durch Mitarbeiter der Senatsverwaltung für Gesundheit, die zum Teil auch aus dem Beitrittsgebiet kommen, konnten der Verdacht und die Vorbehalte gegen verschiedene Lebensmittel entkräftet werden.

In zahlreichen Seminaren wurden Tierärzte und Lebensmittelchemiker aus dem Beitrittsgebiet, die dort in der Lebensmittelüberwachung und in der Veterinärverwaltung tätig sind, über das europäische und bundesdeutsche Rechtssystem unterrichtet.

Durch intensive Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden des Landes Brandenburg wurde es ermöglicht, daß auch dort eine größere Anzahl von Absolventen der durch die Senatsverwaltung für Gesundheit veranstalteten Seminare die geschützte Berufsbezeichnung "Lebensmittelchemiker" erwerben konnte.

Gemäß der Vorschrift des Gesetzes über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (LMBG), die im Gegensatz zu den vergleichbaren Rechtsvorschriften der ehemaligen DDR bei der amtlichen Lebensmittelprobennahme die Hinterlassung einer versiegelten Zweit- bzw. Gegenprobe im beanstandeten Betrieb vorsieht, wurden von der Senatsverwaltung für Gesundheit mehrere Gegenprobensachverständige Anfang des Jahres 1991 in den östlichen Bezirken Berlins nach Prüfung der beruflichen Qualifikation und der Ausstattung ihrer Laboratorien bestätigt und zugelassen.

Ebenso wurden in Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der beamteten Tierärzte dreimal Fortbildungsveranstaltungen für amtlich tätige Tierärzte in den Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern der etwa 200 Kreisstädte in den fünf neuen Bundesländern abgehalten mit dem Ziel, die praktische Handlungsfähigkeit der Tierärzte in der Lebensmittelüberwachung nach dem LMBG vor Ort zu verbessern.

5.2.1.1 Amtliche tierärztliche Lebensmittelüberwachung durch die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter 1990 in Berlin (West)

Art der Betriebe, Lebensmitteltransport- fahrzeuge, Kühlhäuser	Betriebe	Kontrollen	Verwal- tungs- maßnahmen	Ordnungs- widrig- keiten	Strafver- fahren
Schlachthöfe und -betriebe	9	358	228	98	2
Fleisch- und Großmärkte	5	650	1218	849	52
Fleischwarenfabriken	54	571	233	22	58
Fleischereien	398	1715	427	180	43
Frischfleischabteilungen in Lebensmittelgeschäften, Kauf- häusern, SB-Läden	704	5792	988	490	461
Markthallen/Märkte	81	2771	686	449	48
Molkereien, Milchsammelstellen, Milchabfüllbetriebe	17	248	18	104	55
Vorzugsmilchbetriebe	—	—	—	—	—
Milchgeschäfte	280	1063	155	20	16
Lebensmittelgeschäfte (auch Milchverkauf)	2013	8419	1582	613	338
Wild- und Geflügelgroßhandel	81	327	52	12	6
Fischgeschäfte/Fischabtei- lungen	118	1001	136	44	8
Gaststätten, Großküchen, Ein- richtungen zur Gemeinschafts- verpflegung	10562	33684	8565	2370	354
sonstige Lebensmittelbetriebe	5390	9101	1130	323	159
Lebensmitteltransportfahrzeuge	2552	18683	507	261	25
Kühlhäuser	51	250	6	1	6
insgesamt 1990	22315	84633	15931	5836	1631
1989	22221	77974	15047	4152	1265

5.2.2 *Untersuchungen von Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen durch das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) 1990*

Mit dem Vollzug der Einheit Deutschlands hat das LAT Aufgaben für ganz Berlin übernommen. Die dem LAT zugeordneten Einrichtungen der ehemaligen DDR, das Bezirksinstitut für Veterinärwesen und ein Teil des Bezirkshygieneinstituts, wurden in die Struktur des LAT integriert. Der Personalbestand vergrößerte sich damit um 176 Mitarbeiter. Einen wesentlichen Teil der Arbeit beanspruchte die Einarbeitung der wissenschaftlichen und technischen Mitarbeiter auf die Anwendung moderner Methoden und der Beurteilungsnormen sowie die Erfüllung zahlreicher Informationswünsche weiterer Fachkollegen aus dem Umland.

Die analytischen Möglichkeiten zur Untersuchung von Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen, von Arzneimitteln und Körperflüssigkeiten sowie von Wasser, Boden und Luft haben sich erneut methodisch und apparativ weiter entwickelt.

Die für den Gesundheits- und Verbraucherschutz notwendigen Untersuchungen müssen sich durch ein Höchstmaß an Zuverlässigkeit auszeichnen, damit der Bürger auf die Ergebnisse vertrauen kann. Die rechtlichen Grundlagen für die Beurteilung der Untersuchungsergebnisse bilden das Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (LMBG) mit den dazu ergangenen Verordnungen, das Weingesetz, das Fleischhygienegesetz, das Geflügelfleischhygienegesetz und die zugehörigen Verordnungen, das Arzneimittelgesetz, das Milchgesetz, das Tierseuchengesetz und zugehörige Verordnungen, das Bundes-Seuchengesetz, ebenso auch Verordnungen und Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft, die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes, Leitsätze des Deutschen Lebensmittelbuches sowie die allgemeine Verkehrsauffassung, die von der Verbrauchererwartung, dem Gewerbegebrauch und der Ortsüblichkeit getragen wird.

Die Untersuchung von Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen wird aus aktuellem Anlaß, aufgrund von Kundenbeanstandungen und Verdachtsfällen oder nach Plan zentral durch das LAT vorgenommen. Ziel ist, die gesundheitliche Unbedenklichkeit und die Verkehrsfähigkeit zu ermitteln und zu beurteilen sowie Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aufzuklären. Schwerpunkte lagen dabei im Jahr 1990 bei der Untersuchung von Lebensmitteln aus der ehemaligen DDR auf Rückstände von Pflanzenschutzmitteln, Tierarzneimitteln und PCB sowie auf Anteile von Schwermetallen. Es wurden Erkenntnisse gesammelt über den Übergang von Toluol aus Druckerzeugnissen in fettthaltige Lebensmittel. Maßnahmen zur sachgerechten Lagerung wurden empfohlen. Die Untersuchungen von Innenraumluft auf Anteile von Lösemitteln oder Formaldehyd wurden fortgesetzt. Die Untersuchungen zu einem flächendeckenden Programm zur Ermittlung von polychlorierten Biphenylen in der Raumluft von Kindertagesstätten, Schulen und Turnhallen sind angelaufen. Die Sanierungsbemühungen werden kontrolliert. Die Überprüfung von Hausleitungen des Berliner Trinkwassernetzes auf Kupfer und Blei wurde auf die hinzugekommenen Bezirke ausgedehnt. Auch die Straßenbrunnen in diesen Bezirken wurden umfassend untersucht. Die Nitrat-Belastung von Eigenwasserversorgungsanlagen in einer Kleingartenanlage am Rande einer Deponie im Bezirk Pankow wurde geprüft. Angesichts der weltweiten auch in Deutschland festgestellten Zunahme von Salmonellen-Erkrankungen wurden Untersuchungen auf Salmonellen wie auch auf Listerien intensiviert.

Ferner werden im Rahmen der Amtshilfe Untersuchungen für andere Senatsverwaltungen, für Kliniken, Haftanstalten und Gerichte durchgeführt. Daneben sind für den Bürger Informationen über Krankheiten durch Tiere von Bedeutung.

In zunehmendem Maße werden auch Aufgaben für andere Verwaltungen vorgenommen, z.B. Untersuchungen zur Umweltproblematik. Hierzu zählt die auf das gesamte Stadtgebiet ausgedehnte Ermittlung der Luftschadstoffe, Gewässergüte, Schwermetallbelastung von Böden, Pflanzen und Gewässern oder der Pestizidrückstände.

Im LAI wurden im Berichtsjahr 1990 im Rahmen von amtlichen Kontrollen insgesamt 17.798 Lebensmittel (einschließlich Trinkwasser) auf ihre Genußtauglichkeit und Verkehrsfähigkeit untersucht. Darüber hinaus gelangten Tabakerzeugnisse und Bedarfsgegenstände, kosmetische Mittel sowie Proben im Rahmen von Betriebshygienekontrollen zur Untersuchung. In den folgenden Tabellen erfolgte eine Auflistung der einzelnen Produktgruppen, aufgeteilt nach Planproben, Bezirksamtsproben sowie Anzeige- und andere Proben. Die übergreifende, abteilungsbezogene Zuweisung der Produkte sowie die Zielvorstellung einer intensiveren Ausnutzung der wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten des integrierten Landesuntersuchungsinstitutes machten ein unterschiedlich starkes, und damit nicht immer vergleichbares Zusammenfassen von Lebensmittelproben zu Zählseinheiten (Probenmengen) notwendig.

Nicht aufgeführt sind z.B. die zur Kontrolle der Berlin-Bevorratung von der Senatsverwaltung für Wirtschaft hier vorgelegten 1.753 Proben sowie im Rahmen der Schlachtier- und Fleischuntersuchungen oder der Importkontrolle von Weinen eingelieferten Proben.

Aus den Tabellen gehen neben der Zahl der Beanstandungen und deren Prozentsätzen auch die wesentlichen lebensmittelrechtlichen Beanstandungsgründe hervor. Hierdurch besteht die Möglichkeit, zwischen Beanstandungen, die zum Schutze der Gesundheit des Konsumenten oder solchen, die zum Schutze von Übervorteilung des Verbrauchers notwendig wurden, zu unterscheiden.

Da in den vorgegebenen Beanstandungsgründen der Tabellen Verstöße gegen andere Rechtsvorschriften nicht differenziert ausgewiesen werden, ist der volle Umfang der aus gesundheitlichen Gründen beanstandeten Proben aus den tabellarischen Zusammenstellungen nicht zu entnehmen.

Auf der Grundlage des Zahlenmaterials ergaben sich Beanstandungsquoten bei Lebensmitteln von 15,02 %, bei Bedarfsgegenständen und kosmetischen Mitteln von 16,3 %.

Bei Tabakerzeugnissen brauchte 1990 lediglich eine Beanstandung ausgesprochen zu werden. Die Beanstandungen entsprachen nach Umfang und Art den Beobachtungen vergangener Jahre. Die sich aus der Tabelle ergebenden wesentlich höheren Beanstandungsraten bei Anzeigeproben und Einsendungen der Bezirksämter sind darauf zurückzuführen, daß es sich hier um Fälle besonderen Verdachtes bzw. gezieltere Probenahmen handelt.

Bei pflanzlichen bzw. aus Pflanzen hergestellten Lebensmitteln wurden im Berichtsjahr gegenüber vorhergehenden Jahren vermehrt überlagerte, wertgeminderte oder nicht mehr zum Verzehr geeignete Lebensmittel sowie Zusätze von nicht zugelassenen Zusatzstoffen (z.B. Farbstoffe) und die Verwendung von nachgemachten Erzeugnissen (z.B. bei Schokoladen) und ungewöhnlichen Geschmacksabweichungen durch Verpackungsfehler (z.B. bei Speiseeis) registriert.

Der Übergang von Lösemitteln (Perchlorethylen, Benzol, Toluol und Xylol), der in den letzten zwei Jahren bereits bei Lebensmitteln, die in Chemischen Reinigungsanstalten verkauft oder in der Nähe solcher mit Lösemitteln arbeitenden Betriebe angeboten wurden, überprüft worden war, wurde durch ein Pilotprojekt bei an Tankstellen verkauften Lebensmitteln sowie durch Öl-Testproben ergänzt. Dabei war festzustellen, daß für die Kontamination mit solchen Stoffen - insbesondere Toluol - in erster Linie frisch hergestellte Druckerzeugnisse (Tageszeitungen und Zeitschriften) in Frage kommen, bei denen aus dem Lösemittelgemisch für Druckfarben diese Stoffe zunächst an die Raumluft abgegeben werden und von dort aus in fetthaltige Lebensmittel gelangen können, sofern diese unverpackt oder in für Lösemitteldämpfe durchlässigen Verpackungen angeboten werden.

Hinweise aus Pressemitteilungen über ungewöhnliche Schwermetallbelastungen von Teesorten führten zu verstärkten Untersuchungen von Teeproben und Teeaufgüssen auf ihren Gehalt an Cadmium und Blei. Die Hinweise der Pressemeldungen konnten durch unsere Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden.

Auf dem Gebiet der Überprüfung von Lebensmitteln auf Rückstände von Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmitteln mußten 1990 relativ wenig Beanstandungen ausgesprochen werden (ca 2,5 %). Aufgrund von Pressemitteilungen verstärkt durchgeführte Untersuchungen von Lebensmitteln,

die im Gebiet von Berlin (Ost) und den angegliederten neuen Bundesländern erzeugt worden waren, ergaben keine signifikant stärkere Belastung als bei in den alten Bundesländern produzierten Erzeugnissen.

Die Aufnahme von polychlorierten Biphenylen durch Fische aus Berliner Gewässern war weiterhin deutlich zurückgegangen. 15 % der hier angelieferten 645 Fischproben ergaben jedoch immer noch PCB-Werte, die über dem Grenzwert der Schadstoffhöchstmengen-VO lagen. Bei 6 % der untersuchten Fische war der in der Höchstmengen-VO Pflanzenschutz festgelegte Grenzwert für DDT deutlich überschritten. Die Werte für Organochlorverbindungen in den Gewässern selbst - insbesondere in dem früher stark belasteten Teltowkanal - waren wie bereits im Vorjahr auf sehr niedrige Konzentrationen, zum Teil bis unter 0,01 g/l, zurückgegangen.

Verstärkt und ausgedehnt auf weitere Rückstände aus dem Bereich der Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel wurde das bundesweite Monitoring zur Ermittlung der Schadstoffbelastung fortgeführt.

**5.2.2.1 Im LAT untersuchte Lebensmittel, Bedarfsgegenstände und Tabakerzeugnisse
1990
nach Produktgruppen**

Produktgruppe	Untersuchte Proben			davon					
	insgesamt	darunter beanstandet		Planproben		Bezirksamtsproben		Anzeigenproben u.a	
		absolut	%	unter-sucht	darunter beanstandet	unter-sucht	darunter beanstandet	unter-sucht	darunter beanstandet
Milch	731	44	6,0	499	13	212	17	20	14
Milchprodukte	278	36	12,9	205	15	69	21	4	-
Käse	667	82	12,3	547	42	104	29	16	11
Butter	89	25	28,1	70	14	13	7	6	4
Eier, Eiprodukte	585	53	9,1	474	35	88	17	23	1
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	1296	173	13,3	542	71	522	69	232	33
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere	829	276	33,3	268	53	486	202	75	21
Wurstwaren	649	138	21,3	416	36	177	78	56	24
Fische, Fischzu- schnitte	163	9	5,5	68	-	55	6	40	3
Fischerzeugnisse Krusten-, Schalen-, Weich- tiere, sonstige Tiere und Erzeugnisse daraus	972	125	12,9	521	35	263	82	188	8
Fette, Öle	303	61	20,1	234	39	62	18	7	4
Suppen, Soßen	62	10	16,1	27	1	26	9	9	-
Getreide	39	8	20,5	23	5	7	1	9	2
Getreideprodukte, Backvormischungen	312	20	6,4	271	3	35	13	6	4
Brot, Kleingebäcke	247	57	23,1	166	6	59	37	22	14
Feine Backwaren	613	105	17,1	514	53	71	34	28	18
Mayonnaisen, emulgierte Soßen, kalte Fertig- soßen, Feinkostsalate	411	50	12,2	335	27	52	22	24	1
Puddinge, Kremspeisen, Desserts	73	18	24,7	43	4	22	8	8	6
Teigwaren	97	8	8,2	72	4	23	2	2	2
Hülsenfrüchte, Ölsamen, Schalenobst	378	49	13,0	317	30	46	13	15	6
Kartoffeln, stärke- reiche Pflanzenteile	111	19	17,1	55	5	19	8	37	6
Frischgemüse, ausge- nommen Rhabarber	649	58	8,9	536	44	50	12	63	2
Gemüseerzeugnisse, Gemüsezubereitungen	190	34	17,9	125	9	53	19	12	6
Pilze	23	1	4,3	19	1	3	-	1	-
Pilzerzeugnisse	8	1	12,5	5	1	2	-	1	-
Frischobst, einschl Rhabarber	741	90	12,1	586	54	92	27	63	9
Obstprodukte	123	38	30,9	91	23	30	13	2	2
Fruchtsäfte, Frucht- nektare, Fruchtsirupe, Fruchtsaftpulver	465	74	15,9	406	53	47	13	12	8
Erfrischungsgetränke, Getränkeansätze, Getränkepulver	175	44	25,1	122	30	44	8	9	6
Weine	414	85	20,5	300	59	91	23	23	3
Erzeugnisse aus Wein Weinhaltige u weinähnl. Getr. sowie Vor- u. Neben- produkt d. Weinbereitung	66	7	10,6	33	2	7	4	26	1
Übertrag	11996	1848	15,4	8011	777	2934	850	1051	221

5.2.2.1 Fortsetzung

Produktgruppe	Untersuchte Proben			davon						
	insgesamt	darunter beanstandet		Planproben		Bezirksamtsproben		Anzeigenproben u a		
		absolut	%	unter-sucht	darunter beanstandet	unter-sucht	darunter beanstandet	unter-sucht	darunter beanstandet	
Übertrag	11996	1848	15,4	8011	777	2934	850	1051	221	
Biere, bierähnliche Getränke	30	11	36,7	8	6	17	3	5	2	
Spirituosen, spirituosenhaltige Getränke	62	2	3,2	50	-	11	2	1	-	
Zucker	11	1	9,1	3	-	6	1	2	-	
Honige, Blütenpollen-, zubereitungen, Brotaufstr. Konfitüren, Gelees, Marmeladen, Fruchtzubereitungen	130	41	31,5	83	25	43	16	4	-	
Speiseeis, Speiseis-halberzeugnisse	44	9	20,5	32	-	10	9	2	-	
Süßwaren	793	93	11,7	540	60	246	32	7	1	
Schokoladen und Schokoladenwaren	337	71	21,1	274	18	52	48	11	5	
Kakao	279	77	27,6	195	19	78	52	6	6	
Kaffee, Kaffee-Ersatzstoffe, Kaffeezusätze	12	3	25,0	7	2	4	1	1	-	
Tee, teeähnliche Erzeugnisse	63	13	20,6	53	8	6	2	4	3	
Säuglings- und Kleinkindernahrung	118	26	22,0	93	15	22	11	3	-	
Diätetische Lebensmittel	59	-	-	28	-	29	-	2	-	
Fertiggerichte, zubereitete Speisen	189	42	22,2	125	15	62	26	2	1	
Würzmittel	359	78	21,7	176	21	141	48	42	9	
Gewürze	140	21	15,0	108	3	26	17	6	1	
Essenzen, Aromastoffe	199	16	8,0	188	12	11	4	-	-	
Hilfsmittel aus Zusatzstoffen u./o Lebensmittel	47	1	2,1	46	-	1	1	-	-	
Zusatzstoffe	16	-	-	5	-	9	-	2	-	
Trinkwasser, Tafelwasser, Wasser für Lebensmittelbetriebe	6	1	16,7	2	-	4	1	-	-	
Rohtabake, Tabakerzeugnisse	1820	206	11,3	1401	185	366	15	53	6	
Bedarfsgegenstände im Kontakt mit Lebensmitteln	152	2	1,3	150	-	1	1	1	1	
Bedarfsgegenstände mit Körperkontakt, Spielwaren, Scherzartikel	50	4	8,0	42	4	3	-	5	-	
Bedarfsgegenstände zur Reinigung und Pflege	19	5	26,3	15	5	3	-	1	-	
Kosmet. Mittel u. Stoffe zu deren Herstellung	47	11	23,4	44	11	2	-	1	-	
sonstige Proben	351	56	16,0	273	30	77	25	1	1	
insgesamt	1088	114	10,5	22	21	999	92	67	1	
	1990	18417	2752	14,9	11974	1237	5163	1257	1280	258
	1989	21713	3500	16,1	11791	1160	5831	1797	4091	543

5.2.2.2 Beanstandungsgründe bei Untersuchungen im LAT 1990 nach Produktgruppen

Produktgruppe	Verstöße insgesamt	Verstöße gegen													sonstige Rechtsvorschriften
		Vorschriften des LMBG1)													
		§ 8	§ 9 (1)	§ 17(1) Nr.1	§ 17(1) Nr.2	§ 17(1) Nr.5	§ 18	§ 17(1) Nr.4	§ 19	§ 16	§ 11(1)	§ 14(1)	§ 15	sonst. Vorschr des LMBG	
Milch	44	-	-	7	5	1	-	1	2	-	-	-	-	8	20
Milchprodukte	41	-	-	3	-	6	-	-	13	-	-	-	-	19	-
Käse	66	-	-	21	4	2	-	-	33	-	-	-	-	6	-
Butter	23	-	-	5	2	1	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Eier, Eiprodukte	53	-	-	1	14	21	-	1	12	-	3	-	-	-	1
Fleisch warmbl. Tiere, auch tiefgefroren	173	11	-	43	24	52	-	-	17	-	1	-	-	23	2
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere	276	3	-	23	91	90	-	1	30	5	15	-	1	16	1
Wurstwaren	138	2	-	28	31	37	-	-	17	3	1	-	-	17	2
Fische, Fischzuschnitte	9	-	-	4	1	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Fischerzeugnisse Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonst Tiere	125	-	19	25	12	15	-	-	37	-	4	-	-	12	1
u. Erzeugnisse daraus	39	-	-	3	1	9	-	-	19	2	2	-	-	2	1
Fette, Öle	67	2	2	24	11	5	-	-	17	-	1	2	-	2	1
Suppen, Soßen	11	-	-	-	3	5	-	-	2	-	-	-	-	1	-
Getreide	8	-	-	2	-	4	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Getreideprodukte, Backvormischungen	22	-	-	13	-	6	-	-	2	1	-	-	-	-	-
Brot, Kleingebäcke	97	-	-	17	16	35	-	-	24	1	-	2	-	-	2
Feine Backwaren	128	2	-	19	18	20	4	-	41	6	1	1	-	11	5
Mayonnaisen, emulgierte Soßen, kalte Fertigosßen, Feinkostsalate	50	-	-	1	9	11	-	-	9	9	2	-	-	9	-
Puddinge, Kremspeisen, Desserts	22	1	-	7	1	7	-	-	5	1	-	-	-	-	-
Teigwaren	9	-	-	4	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	3
Hülsenfrüchte, Ölsamen, Schalenobst	56	-	5	1	12	16	-	-	12	7	-	-	-	3	-
Kartoffeln, stärke-reiche Pflanzenteile	31	-	-	2	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Frischgemüse, ausgenommen Rhabarber	113	-	-	9	48	3	-	-	-	-	-	3	-	3	47
Gemüseerzeugnisse, Gemüsezubereitungen	47	-	-	12	-	1	-	-	8	16	5	-	-	-	5
Pilze	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pilzerzeugnisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frischobst, einschl Rhabarber	96	-	-	10	20	3	-	-	3	15	-	16	-	3	26
Obstprodukte	38	-	-	5	2	1	-	-	10	4	1	-	-	1	14
Fruchtsäfte, -nektare, -sirupe, -saftpulver	80	-	-	8	1	38	-	-	32	1	-	-	-	-	-
Erfrischungsgetränke, Getränkeansätze, Getränkepulver	50	-	1	4	2	23	-	-	18	-	2	-	-	-	-
Weine	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85
Erzeugnisse aus Wein	10	-	-	1	-	2	-	-	5	-	-	-	-	-	2
Weinhaltig u weinähnl Getr sowie Vor- u Nebenprökt d Weinbergt.	14	-	-	3	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Übertrag	2022	21	27	305	343	415	4	3	401	71	38	24	1	136	233

5.2.2.2 Fortsetzung

Produktgruppe	Verstöße insgesamt	Verstöße gegen														sonstige Rechtsvorschriften
		Vorschriften des LMBG ¹⁾														
		§ 8	§ 9 (1)	§ 17(1) Nr 1	§ 17(1) Nr 2	§ 17(1) Nr 5	§ 18	§ 17(1) Nr. 4	§ 19	§ 16	§ 11(1)	§ 14(1)	§ 15	sonst. Vorschr. des LMBG		
Übertrag	2022	21	27	305	343	415	4	3	401	71	38	24	1	136	233	
Eiere, bierähnliche Getränke	11	-	-	2	-	7	-	-	2	-	-	-	-	-	-	
Spirituosen, spirituosenhaltige Getränke	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	
Zucker	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	
Honige, Blütenpollen, -zubereit., Brotaufstr., Konfitüren, Gelees, Marmeladen, Fruchtzubereitungen	46	-	-	-	-	32	1	-	4	-	-	-	-	3	6	
Speiseeis, Speiseis- halberzeugnisse	20	-	-	2	-	5	-	-	8	-	1	-	-	-	4	
Süßwaren	104	-	-	2	2	5	-	-	7	3	-	-	-	85	-	
Schokoladen und Schokoladenwaren	94	-	-	6	6	11	-	-	62	3	2	-	-	1	3	
Kakao	103	6	-	11	2	11	-	-	60	-	-	-	-	1	12	
Kaffee, Kaffee-Ersatzstoffe, Kaffeezusätze	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tee, teeähnl. Erzeugn.	13	-	-	4	-	-	-	-	8	-	-	-	-	1	-	
Säuglings- und Kleinkindernahrung	32	-	-	-	1	5	-	-	25	-	-	-	-	1	-	
Diätetische Lebensmit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fertiggerichte, zubereitete Speisen	49	4	-	2	1	17	3	-	20	-	1	-	-	-	1	
Würzmittel	78	-	-	7	12	28	-	-	23	-	-	-	-	8	-	
Gewürze	21	-	2	3	-	-	-	-	11	3	-	-	-	2	-	
Essenzen, Aromastoffe	16	-	-	1	7	-	-	-	2	-	1	-	-	1	4	
Hilfsmittel aus Zusatzstoffen u./o. Lebensmitteln	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zusatzstoffe	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Trinkwasser, Tafelwasser, Wasser für Lebensmittelbetriebe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rohtabake, Tabakerzeugnisse	206	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	206	-	
Bedarfsgegenstände im Kontakt mit Lebensmitteln	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
Bedarfsgegenstände mit Körperkontakt, Spielwaren, Scherzartikel	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	
Bedarfsgegenstände zur Reinigung und Pflege	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	
Kosmet. Mittel u. Stoffe zu deren Herstellung	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4	
sonstige Proben	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	5	
insgesamt	121	21	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	
insgesamt	1990	3023	52	29	347	374	540	8	3	637	80	44	24	1	612	272
	1989	3812	117	7	440	452	710	2	9	606	142	53	35	1	463	775

1) § 8: Gesundheitsschädlichkeit
 VO nach § 9 (1): Gesundheitsschädlichkeit
 § 17 (1) Nr. 1: zum Verzehr nicht geeignet
 § 17 (1) Nr. 2: nicht unerheblich gemindert
 § 17 (1) Nr. 5: irreführende Angaben
 § 18: unzulässige gesundheitsbezogene Angaben

§ 17 (1) Nr. 4: unzulässige Hinweise auf Naturreinheit u.ä.
 VO nach § 19: Verstöße gegen Kennzeichnungsvorschriften
 § 16: fehlende Kenntlichmachung von Zusatzstoffen
 § 11 (1): unzulässige Verwendung von Zusatzstoffen
 § 14 (1): Rückstände Biocide
 § 15: Rückstände pharmakologisch wirksamer Stoffe

Es ergaben sich folgende Besonderheiten, die von Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung sind:

Im Berichtszeitraum wurden 284 Proben von Lebensmitteln sowie 217 Tupferproben untersucht, die 171 vermuteten Ausbrüchen von Lebensmittelvergiftungen zuzuordnen waren. 31,3 % der Proben waren Fleisch und Fleischerzeugnisse, 20,8 % Fisch und Fischerzeugnisse, Schalen-, Krusten- oder Weichtiere und 9,9 % Milch und Milcherzeugnisse. Die übrigen Proben setzten sich aus unterschiedlichen verzehrfertigen Gerichten, Getränken sowie Backwaren zusammen.

In 2 Fällen erfolgte eine Beanstandung nach § 8 LMBG; es wurden in einer Süßspeise bzw. einem gefüllten Gebäck Salmonellen gefunden. Der Nachweis von Salmonellen bei an Enteritis erkrankten Patienten war im Berichtszeitraum einer der häufigsten Gründe für die Einsendung von Probenmaterial. Bei den eingesandten Fischerzeugnissen spielte der Dosenthunfisch als verdächtiges Lebensmittel immer noch eine große Rolle. Nachgewiesene Histaminvergiftungen traten aber, im Gegensatz zu den Vorjahren, nicht auf, was auf eine verbesserte Hygiene bei der Verarbeitung des Dosenthunfisches in den Restaurationsbetrieben hinweist und als Erfolg der Aufklärungsarbeit durch die Lebensmittelüberwachung gewertet werden kann.

Im Zuge der Vereinheitlichung der ländereigenen Hygienevorschriften bei der Abgabe von Fleisch wird auch das Land Berlin die bisher vorgeschriebene Trennung von sogenanntem weißen Fleisch (Fleisch von Geflügel) von sogenanntem roten Fleisch (Fleisch von Säugetieren) nicht mehr vorschreiben. Um die Risiken, die sich hinsichtlich der Salmonellenproblematik aus dieser Lockerung der Hygienevorschriften ergeben, abschätzen zu können, wurden Untersuchungen zur Salmonellenbelastung durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, daß Fleisch von Geflügel (insbesondere gefrorenes Hühnergeflügel) deutlich stärker mit Salmonellen belastet ist als z.B. Schweine- oder Rindfleisch. Aufgrund dieser Tatsache werden besondere Hygienemaßnahmen, u.a. im Bereich der Personalhygiene, notwendig, die eine Übertragung der Keime verhindern.

Die Sensibilisierung der Bevölkerung vor dem Verzehr von Weichkäse, der mit *Listeria monocytogenes* (L.m.) kontaminiert ist, führte dazu, daß diverse andere Lebensmittel ebenfalls auf diese Krankheitserreger untersucht wurden. Dabei stellte sich heraus, daß L.m. weit verbreitet sind und die Untersuchung und Beurteilung einer bundeseinheitlichen Regelung bedürfen. Im Rahmen des vom Bundesgesundheitsamt initiierten Untersuchungs- und Beurteilungsschemas wurden in den westlichen Bezirken systematische Untersuchungen an 253 Proben in 50 fleischbe- und -verarbeitenden Betrieben durchgeführt. Bei L.m.-positiven Ausgangsproben wurden weitere Maßnahmen, wie Untersuchung von Nachproben, Entnahme von Tupferproben, Anordnung von Reinigung und Desinfektion, durchgeführt.

Das Jahr 1990 war wie in allen anderen Bereichen im wesentlichen von den mit der Vereinigung Deutschlands einhergehenden Veränderungen und Problemen geprägt. Die besonderen Verhältnisse machten auch die Ausweitung der Zielsubstanzen im Bereich der Untersuchungen zum Nachweis von Tierarzneimittelrückständen und mikrobieller Metaboliten in Lebensmitteln notwendig. So wurden erstmals seit Beginn der amtlichen Fleischuntersuchung in Berlin bei 2 Schweinen, die aus dem Gebiet der ehemaligen DDR stammten, Rückstände von Chloramphenicol nachgewiesen; die Anwendung von Chloramphenicol ist bei Tieren, die zur Herstellung von Lebensmitteln dienen, verboten.

Bei der Untersuchung von Forellen aus Aquakulturen aus dem Bereich der ehemaligen DDR wiesen 40 % der Fische Rückstände des Tierarzneimittels Malachitgrün auf. Bei der Hälfte dieser Proben lagen die Werte über dem gesetzlichen Grenzwert von 0,01 mg/kg.

Bei den Untersuchungen zum Nachweis von Aflatoxinen erwiesen sich im Gegensatz zu 1989 Trockenfeigen aus mediterranen Regionen als nicht mehr belastet. Dagegen enthielten 23 % aller Paranaßproben Aflatoxin B₁ bis zu einer Menge von ca. 200 ppb. Mit einem starken Ansteigen der Beanstandungsrate bei mit Aflatoxinen kontaminierten Erzeugnissen wird künftig zu rechnen sein, da der Grenzwert für Aflatoxin B₁ von z.Z. 5,0 ppb ab Juni 1991 auf 2,0 ppb bzw. 0,05 ppb (für einige diätetische Erzeugnisse) abgesenkt wird.

An 495 Lebensmittel- und Arzneimittelproben wurden die Konzentrationen folgender Elemente bestimmt: Blei, Cadmium, Quecksilber, Arsen, Selen, Thallium, Zink, Kupfer, Chrom, Nickel. Ca. 50 % der Proben wurden im Rahmen des bundesweiten Monitoring-Programms mit dem hierfür geforderten breiten Elementspektrum untersucht.

In einem Sonderprogramm wurde bei 59 Proben (Obst, Gemüse, Getreide, Fische, Wild) die Belastung der in Berlin (West) im Handel befindlichen Lebensmittel aus der ehemaligen DDR überprüft. Dabei wurden nur vereinzelt hohe Gehalte ermittelt. Dieses war auch schon bei den im Rahmen des bundesweiten Monitoring-Programms untersuchten tierischen Lebensmitteln beobachtet worden. Die pflanzlichen Lebensmittel wiesen allgemein eine sehr geringe Belastung auf. Weiterhin wurden Organproben (Lebern, Nieren) nach der Fleischhygiene-VO auf die Elemente Blei, Cadmium und Quecksilber untersucht. Vereinzelt wurden hierbei geringfügige Richtwertüberschreitungen festgestellt, die jedoch nicht zu Beanstandungen führten.

5.2.3 *Tierseuchendiagnostik im LAT Berlin*

Im Jahre 1990 gelangten 24.648 Einsendungen (Tierkörper-, Tierkörperteile-, Organ-, Kot-, Tupfer- und Blutproben) zur pathologischen, bakteriologischen, virologischen, mykologischen, parasitologischen und serologischen Untersuchung von anzeige- und meldepflichtigen und sonstigen Tierkrankheiten sowie von Zoonosen. Die Einsendungen erfolgten über Amtstierärzte der Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter, niedergelassene Tierärzte, die Tierärztliche Fakultät der Freien Universität und deren Außenstelle Schwarzenbek sowie über Polizeidienststellen.

Ab dem 1.11.1990 war das LAT Berlin darüber hinaus zuständig für die Tollwut- und Psittakose-Diagnostik des Großraums Berlin.

Die Untersuchungen ergaben insbesondere folgendes:

- Im Jahre 1990 war Berlin (West) frei von Tuberkulose, Brucellose, enzootischer Rinderleukose, Schweinepest, Aujeszkyscher Krankheit der Schweine und atypischer Geflügelpest.
- Mit dem Wegfall der Grenzanlagen kam es 1990 zu einem massiven Einbruch der Tollwut in Berlin. 116 fluoreszenzserologische Nachweise des Tollwut-Virus wurden bei Wild- und Haustieren geführt. Die ersten Fälle betrafen im Januar bis März die Gebiete Wannsee, Grunewald, Marienfelde und Spandau. Betroffen waren stets Rüden, so daß ein Zusammenhang mit der Ranz gesehen werden konnte. Das Geschehen spielte sich im grenznahen Gebiet ab, und es kam zu dem erwarteten Übergreifen der Tollwut aus dem endemisch verseuchten Landkreis Potsdam. Der Höhepunkt des Infektionsgeschehens wurde im Spätsommer und Herbst 1990 erreicht. Aus diesem Grunde erfolgte 1990 in Berlin einmal im Frühjahr und einmal im Herbst eine orale Immunisierung der Füchse. Die Köderaufnahme war sehr gut, und 70 % der untersuchten Füchse waren gegen eine Tollwutinfektion immun.

5.2.4 *Medizinaluntersuchungswesen vom 1.10.1990 bis 30.9.1991*

Das Medizinaluntersuchungswesen erstreckte sich im Jahre 1991 in Berlin auf das Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) mit den örtlichen Bereichen Rubensstraße, Fürstenbrunner Weg, Buch und Chrysanthemenstraße. Das LMUA unterstützt mit seinen medizinisch-diagnostischen Laboratorien und der Durchführung von bakteriologischen, serologischen,

mykologischen und virologischen Untersuchungen nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden den öffentlichen Gesundheitsdienst.

- Bakterielle enterale Infektionen

Diese Untersuchungen waren unverändert ein Arbeitsschwerpunkt des Landesmedizinaluntersuchungsamtes. Die Untersuchungsanforderungen erfolgten überwiegend durch die Gesundheitsämter aufgrund der §§ 3, 17, und 18 des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG). Es wurden täglich ca. 900 Proben verarbeitet.

Neben den klassischen Enteritiserregern, wie Salmonellen, Shigellen und Dyspepsie-Coli, sind in den letzten Jahren u. a. durch den zunehmenden Tourismus Erreger der sogenannten "neuen Durchfallerkrankungen" in den Vordergrund getreten (u. a. Campylobacter, Yersinien).

Bakteriologische Stuhluntersuchungen 1991

Einsendungen	Proben	Neuanzuchtungen	
		absolut	%
Berlin (West)			
- Oktober 1990 bis Oktober 1991 - nach §§ 17/18 BSeuchG bei Erkrankung und Umgebungsuntersuchungen	71.713	138	0,19
	71.450	2.358	3,30
Berlin (Ost)			
- Januar 1991 bis Oktober 1991 - nach §§ 17/18 BSeuchG bei Erkrankung und Umgebungsuntersuchungen	33.573) 45.012	1.130	1,40

Bei der Art der nachgewiesenen Enteritiserreger standen die Salmonellen zahlenmäßig unverändert im Vordergrund, gefolgt von Shigellen und Campylobacter.

- Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD)

Chlamydia trachomatis und Mycoplasmen-Infektionen sind die gegenwärtig häufigsten Ursachen sexuell übertragbarer Krankheiten. Die Infektionen verlaufen oft asymptomatisch und fallen dann erst durch Spätkomplikationen und/oder Partnerinfektionen auf.

Die Betreuung und Beratung von Personen, die an "sonstigen Krankheiten der Geschlechtsorgane" erkrankt sind, gehört zu den Aufgaben der Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten der Gesundheitsämter.

Insgesamt wurden 2.752 Chlamydien-Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus erfolgten 852 Urea-Mycoplasmen-Untersuchungen, bei denen in 253 Fällen Mycoplasma hominis, in 227 Fällen Mycoplasma urealyticum nachgewiesen und in 84 Fällen Doppelinfektionen beobachtet wurden. Ein hoher Prozentsatz positiver Befunde bei den Patienten der Beratungsstellen zeigt, daß die Einbeziehung dieser Parameter in die Diagnostik sexuell übertragbarer Krankheiten unverzichtbar ist.

- HIV-Diagnostik

1991 wurden vom LMUA (West) 8.203 Proben im Rahmen der HIV-Diagnostik untersucht. 707 Proben waren im HIV 1/2 ELISA-Suchtest positiv und 585 wurden im Western-Blot Typ 1 bestätigt. Die hohe Rate positiver Befunde ergab sich durch das ausgewählte Patientengut. Überwiegend handelte es sich um Anforderungen vom Landesinstitut für Tropenmedizin (LITrop) sowie von den bezirklichen AIDS-Beratungsstellen und einem Schwerpunktkrankenhaus zur Behandlung von AIDS-Patienten.

Im Bereich des LMUA (Ost) wurden 3.361 Proben untersucht. 167 Proben waren im HIV 1/2 ELISA-Suchtest positiv, 20 wurden im Western-Blot Typ 1 bestätigt.

- **Opportunistische Infektionen bei AIDS**

Vom Medizinaluntersuchungswesen wurden in Zusammenarbeit mit dem LITrop und dem Auguste-Viktoria-Krankenhaus verschiedene bakteriologische, serologische und virologische Untersuchungen bei AIDS-Kranken durchgeführt, um relevante epidemiologische Fakten im Kampf gegen die Immunschwäche AIDS frühzeitig zu erfassen. Speziell die Diagnostik der opportunistischen Infektionen bei AIDS wurde intensiviert (besonders Mycobakteriosen einschließlich Tuberkulose sowie Kryptokokkose).

Im Jahre 1991 wurden bei AIDS-Patienten 2.727 Untersuchungen auf Tuberkulose und ubiquitäre Mykobakterien durchgeführt, dabei ergaben sich 49 mikroskopisch und 228 kulturell positive Befunde.

- **Hepatitis-Diagnostik**

Untersuchungen zur Hepatitis-Epidemiologie:

Hepatitis A

Gesamtzahl der Proben	6.528	100 %
negative Ergebnisse	4.261	65,5 %
Akutinfektion	169	2,5 %
Immunistand	2.098	32,0 %

Hepatitis B

Gesamtzahl der Proben	8.761	100 %
negative Ergebnisse	5.922	67,6 %
frühere Infektion und/oder Immunität	2.308	26,4 %
akute bzw. subakute Infektion	330	3,7 %
HB _s -Ag-Trägerstatus		
e-Ag positiv	54	0,6 %
e-Ag negativ	147	1,7 %

Als neue Untersuchung wurde der serologische Nachweis der Hepatitis C eingeführt.

Hepatitis C - Juli bis September 1991 -

Einsendungen	1.463
positiv	217
grenzwertig	28
negativ	1.218

- **Virus-Epidemiologie**

Es wurden vergleichende Untersuchungen von Stuhl- und Abwasserproben zur epidemiologischen Überwachung der Inzidenz von bestimmten Viren in der Berliner Bevölkerung und dem Auftreten von entsprechenden Erkrankungen durchgeführt.

- **Influenzaprogramm**

In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachdisziplinen wurde 1990 ein Programm zur Früherfassung von Grippeerkrankungen in der Bevölkerung eingeführt.

- **Krankenhaushygiene**

Wie auch in den vergangenen Jahren wurde auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene eine Reihe von Untersuchungsmethoden neu aufgenommen, intensiviert bzw. weitergeführt.

- **Gentechnologie**

Die mikrobiologische Berater- und Prüftätigkeit gentechnischer Laboreinrichtungen in bezug auf die

biologische Sicherheit in enger Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Arbeitsmedizin und dem Landesamt für Arbeitsschutz und technische Sicherheit wurde fortgesetzt

- Klinische Mikrobiologie

Durchführung von bakteriologischen, serologischen und virologischen Untersuchungen für die differenzierende Diagnostik und gezielte antibiotische Therapie aus dem kurativen Bereich der Krankenhäuser und sonstigen öffentlichen Einrichtungen des Landes und des Bundes

5.2.5 *Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (GerMed)* 1990 *- eingegangene Aufträge, Gutachten und Untersuchungen -*

Das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin nimmt die gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit im Sinne des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst wahr. Es wird von den Gerichts- und Ermittlungsbehörden im Bereich der Strafgerichtsbarkeit mit der Sicherung beweiserehlicher medizinischer Befunde und Erstattung forensisch-medizinischer Gutachten beauftragt. Außerdem obliegt den Gerichtsärzten nach den Bestimmungen des Feuerbestattungsgesetzes die amtsärztliche Leichenschau in den Krematorien.

Im Jahre 1990 wurde das Institut wie folgt tätig:

Art der Tätigkeit	insgesamt
schriftliche Gutachten (einschließlich Labor) darunter	2.897
gerichtsärztliche Untersuchungen für die Kriminalpolizei	251
forensisch-psychiatrische Gutachten über Schuldfähigkeit, Verantwortungsreife Jugend- licher, Unterbringung in Heil- und Pflege- anstalten, Glaubwürdigkeit, Geschäftsfähig- keit Pfllegschaft	141
Gutachten über Todesursachen, Körperver- letzungen, Abtreibungen, ärztliche Kunst- fehler, Kindesmißhandlungen	11
Gutachten über Haft-, Verhandlungs-, Vernehmung- und Terminfähigkeit	167
Gutachten über Arbeits-, Berufs-, Dienst- und Erwerbsfähigkeit, Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit	12
abschließende Gutachten (endgültige Stellungnahmen nach Sektionen)	19
mündliche Gutachten in Gerichtsterminen	192
Untersuchungen von Patienten im Institut, in den Haftanstalten und bei Hausbesuchen	244
Leichenschauen in den Krematorien	16.962
gerichtsärztliche Obduktionen im Leichen- schauhaus	573
Labor	
histologische Untersuchungen	1.680
histologische Befunde	589
klinische Chemie	29
Fotolabor	
Aufnahmen	21
Abzüge	135
Röntgenbilder	62

KAPITEL

6

*ARZNEIMITTEL-,
APOTHEKEN-
UND
GEFAHRSTOFFWESEN*

6.0 Erläuterungen

Arzneimittel

Nach § 2 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG -):

- (1) Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper
 1. Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen,
 2. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen,
 3. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen,
 4. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe abzuwehren, zu beseitigen oder unschädlich zu machen oder
 5. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände zu beeinflussen.

- (2) Als Arzneimittel gelten
 1. Gegenstände, die ein Arzneimittel nach Absatz 1 enthalten oder auf die ein Arzneimittel nach Absatz 1 aufgebracht ist und die dazu bestimmt sind, dauernd oder vorübergehend mit dem menschlichen oder tierischen Körper in Berührung gebracht zu werden,
 - 1a. ärztliche, zahn- oder tierärztliche Instrumente, soweit sie zur einmaligen Anwendung bestimmt sind und aus der Kennzeichnung hervorgeht, daß sie einem Verfahren zur Verminderung der Keimzahl unterzogen worden sind,
 2. Gegenstände, die ohne Gegenstände nach Nummer 1 oder 1a zu sein, dazu bestimmt sind, zu den in Absatz 1 Nr. 2 oder 5 bezeichneten Zwecken in den menschlichen oder tierischen Körper dauernd oder vorübergehend eingebracht zu werden, ausgenommen ärztliche, zahn- oder tierärztliche Instrumente,
 3. Verbandstoffe und chirurgisches Nahtmaterial, soweit sie nicht Gegenstände der Nummer 1, 1a oder 2 sind,
 4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die, auch im Zusammenwirken mit anderen Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen, dazu bestimmt sind, ohne am oder im menschlichen oder tierischen Körper angewendet zu werden,
 - a) die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers erkennen zu lassen oder der Erkennung von Krankheitserregern zu dienen,
 - b) Krankheitserreger oder Parasiten zu bekämpfen, ausgenommen solche, die dazu bestimmt sind, der Bekämpfung von Mikroorganismen einschließlich Viren bei Bedarfsgegenständen im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes zu dienen.

- (3) Arzneimittel sind nicht
 1. Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes,
 2. Tabakerzeugnisse im Sinne des § 3 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes,
 3. kosmetische Mittel im Sinne des § 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes,
 4. Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, äußerlich am Tier zur Reinigung oder zur Beeinflussung des Aussehens oder des Körpergeruchs angewendet zu werden, soweit ihnen keine Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen zugesetzt sind, die vom Verkehr außerhalb der Apotheke ausgeschlossen sind,
 5. Gegenstände zur Körperpflege im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes,
 6. Futtermittel, Zusatzstoffe und Vormischungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Futtermittelgesetzes.

- (4) Solange ein Mittel nach diesem Gesetz als Arzneimittel zugelassen oder registriert oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung oder Registrierung freigestellt ist, gilt es als Arzneimittel. Hat die zuständige Bundesoberbehörde die Zulassung oder Registrierung eines Mittels mit der Begründung abgelehnt, daß es sich um kein Arzneimittel handelt, so gilt es nicht als Arzneimittel.

6.1 Arzneimittelwesen 1990

Durch die Öffnung der Grenzen war das Jahr stark geprägt durch einen Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern aus beiden Teilen der Stadt sowie aus Potsdam und Frankfurt/Oder. Mitarbeiter des Pharmaziewesens der Senatsverwaltung für Gesundheit beteiligten sich an zahlreichen Informationsveranstaltungen für Apotheker aus Berlin (Ost) und dem Umland.

Gleichzeitig mußten die vielfältigen Aufgaben der Kontrolle von Arzneimittelherstellung und Vertrieb von Arzneimitteln durch pharmazeutische Unternehmer, Großhändler, Apotheken und Einzelhandel außerhalb von Apotheken wahrgenommen werden. Im Rahmen der Pharmazeutischen Inspektionskonvention (PIC) wurden Anfragen von europäischen Mitgliedsstaaten bearbeitet. Einen Arbeitsschwerpunkt nahm erneut die Erteilung von Exportzertifikaten für Arzneimittel ein, was von einer starken Exporttätigkeit der Berliner pharmazeutischen Industrie zeugt.

6.1.1 Am Notdienst teilnehmende Apotheken in Berlin nach Bezirken - Stand: 5.12.1991 -

Bezirk	Apotheken	
	insgesamt	Einwohner je Apotheke 1)
Tiergarten	27	3519
Wedding	46	3585
Kreuzberg	47	3275
Charlottenburg	70	2643
Spandau	43	5175
Wilmerdorf	52	2827
Zehlendorf	26	3790
Schöneberg	60	2605
Steglitz	54	3521
Tempelhof	44	4268
Neukölln	70	4389
Reinickendorf	54	4623
Berlin (West)	593	3639
Mitte	15	5326
Prenzlauer Berg	19	7543
Friedrichshain	14	7703
Treptow	14	7307
Köpenick	15	7291
Lichtenberg	15	11157
Weißensee	7	7386
Pankow	10	10732
Marzahn	10	16737
Hohenschönhausen	5	23671
Hellersdorf	8	15114
Berlin (Ost)	132	9665
Berlin insgesamt	725	4736

1) vorläufige Zahlen

Durch die gesetzliche Verankerung der Guten Laborpraxis (GLP) im Chemikaliengesetz nahmen die Anträge für GLP-Zertifikate stark zu, dadurch wurden aufwendige Besichtigungen erforderlich.

Überwachungsmaßnahmen der klinischen Prüfungen blieben gegenüber 1989 unverändert. Die Anzahl der Apotheken in Berlin (West) blieb konstant, obgleich durch Kauf und Pacht zahlreiche Betriebs-erlaubnisse erteilt wurden.

Im Ostteil der Stadt begann Ende 1990 die Privatisierung der Staatlichen Apotheken, wobei durch eine Kommission aus drei Vertretern der Apothekerschaft und je einem Vertreter der Treuhand und der Magistratsverwaltung für Gesundheit die Käufer oder Verwalter für die Apotheken ausgewählt werden mußten. Apotheker aus der alten Bundesrepublik durften dabei nicht berücksichtigt werden.

Staatliche Apotheken, welche insbesondere die Arzneimittelversorgung von Krankenhauspatienten wahrnahmen, wurden durch den Einigungsvertrag in die Trägerschaft der Krankenhäuser überführt.

6.2 *Arzneimitteluntersuchungen und Gefahrstoffwesen*

Im *Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAI)* erfolgte u. a. die Kontrolle der pharmazeutischen Qualität von Arzneimitteln. Dabei wurden folgende Analyseneinrichtungen eingesetzt:

- Gaschromatographie
- Hochleistungsflüssigkeitschromatographie
- Atomabsorption.

Die Proben wurden überwiegend von der Senatsverwaltung für Gesundheit als Arzneimittelüberwachungsbehörde sowie vom Gewerbeaufsichtsdienst, den Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern, Polizei- und Zolldienststellen und dem Bundesgesundheitsamt eingesandt.

Herkunft der Proben:

- Hersteller (außer Apotheken)	276	Proben
- Apotheken, Krankenhausapotheken	104	"
- Einzelhandel (außer Apotheken)	44	"
- Großhandel	21	"
- Importeure	2	"
- tierärztliche Hausapotheke	1	"
- sonstige	8	"

Bei den Proben handelte es sich hauptsächlich um Humanarzneimittel gemäß § 2 (1) und (2) Nr. 1 AMG.

Aufteilung der untersuchten Arzneimittel nach dem Probencode der Arzneimitteluntersuchungsstellen

Ausgangsstoffe	65
Defektur-, Rezepturarzneimittel	49
pflanzliche Stoffe und Zubereitungen zur Bereitung von Teeaufgüssen	20
feste orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	149
flüssige und halbfeste orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	52
parenterale Arzneiformen	9
rektale und vaginale Arzneiformen	15
topische (äußerlich anzuwendende) Arzneiformen	77
Arzneiformen zur Anwendung am Auge	6
Arzneiformen zur Anwendung im Ohr oder in der Nase	2
sonstige Arzneiformen	2
Verbandmittel (Verbandstoffe, Pflaster, chirurgisches Nahtmaterial)	8
Primärpackmittel, Sekundärpackmittel	2

Von den im Jahre 1990 eingelieferten 503 Proben wurden 451 im LAT untersucht, dazu waren 4.803 Einzeluntersuchungen erforderlich (durchschnittlich 10,6 Untersuchungen pro Probe).

Der häufigste Beanstandungsgrund bei den untersuchten Proben waren wiederum Kennzeichnungsmängel (252 Proben = 55,3 % der untersuchten Arzneimittel). Derartige Mängel wurden überwiegend bei Arzneimitteln, die in öffentlichen und Krankenhaus-Apotheken hergestellt wurden, festgestellt; sie wurden relativ selten bei Arzneimitteln aus der Pharmaindustrie beobachtet.

Weitere Beanstandungen ergaben sich überwiegend wegen der Zusammensetzung der Arzneimittelproben (57 Proben = 12,5 %), wegen ihrer Galenik oder ihrer äußeren Beschaffenheit (36 Proben = 7,9 %) sowie aus sonstigen Gründen (z.B. Minusabweichung bei der Füllmenge, Verpackung, Verfalldatum abgelaufen, Werbung).

Besonderheiten bei den Arzneimitteluntersuchungen:

- Verdorbene fette Öle und Zubereitungen aus solchen Ölen:

Bei Untersuchungen mehrerer derartiger Öle, die meist in Apotheken entnommen worden waren, wurden überhöhte Säurezahlen und Peroxydzahlen festgestellt. Es handelte sich um Olivenöle, Rizinusöle, Johanniskrautöle und Salicylöl. Die erhöhten Werte dürften auf überhöhte Lagerzeiten oder ungünstige Lagerbedingungen zurückzuführen sein. Ähnliche Befunde waren bereits im Vorjahr bei verschiedenen Ölen festgestellt worden.

- Medizinische Kohle

Eine Probe medizinische Kohle aus einer Apotheke wies ein stark vermindertes Adsorptionsvermögen auf. Vergleichsuntersuchungen bei weiteren Proben zeigten ähnlich schlechte Ergebnisse. Da das Adsorptionsvermögen die wertbestimmende Eigenschaft von medizinischer Kohle ist, sollten solche Proben häufiger für die Untersuchung entnommen werden.

- Drageepräparate mit pflanzlichen Wirkstoffen

Eine Reihe von Drageepräparaten mit verschiedenen pflanzlichen Wirkstoffen (Drogenpulver, Drogenextrakte, Lecithin), die von einer Berliner Firma vor allem für den Vertrieb außerhalb der Apotheken hergestellt werden, zeigte weit überhöhte Zerfallszeiten. Ursache hierfür dürften ungeeignete Rezepturen für die Herstellung der Drageekerne sein.

- Ginseng-Extrakt

Ein für die Weiterverarbeitung zu Dragees bestimmter Ginsengextrakt, der in einer Firma entnommen worden war, wies überhöhte Restmengen an chlorhaltigen Pestiziden auf (HCB, HCH-Isomere, Lindan). Bei derartigen, aus dem Ausland stammenden Grundstoffen sollten häufiger Proben entnommen werden, um eine Weiterverarbeitung solcher Produkte und damit Gesundheitsschäden beim Verbraucher zu verhindern.

- Arzneimittel aus dem Bereich der ehemaligen DDR

Im Rahmen der Arzneimittelüberwachung wurde auch eine Reihe von Arzneipräparaten untersucht, die im Bereich der ehemaligen DDR hergestellt worden und für den Vertrieb im Ostteil der Stadt vorgesehen waren. Abgesehen von Ausnahmen entsprachen diese Arzneimittel in ihrer Qualität den Anforderungen.

Im LAT wurden darüber hinaus im Bereich der klinischen und forensischen Toxikologie im Jahre 1990 bei 11.654 Fällen 14.592 Proben genommen, zu denen insgesamt 59.606 Untersuchungen durchgeführt wurden.

Die chemisch-toxikologischen Untersuchungen bei ungeklärten Todesfällen offenbarten die erhebliche Zunahme der Zahl der Drogentoten, wobei der hohe Anteil von Mischintoxikation auffiel. Abgesehen davon wird in den Fällen des Drogenmißbrauchs immer häufiger u.a. Cocain ermittelt.

Im Rahmen der Untersuchungstätigkeit wurde die Entwicklung von geeigneten Analysemethoden fortgeführt sowie fachliche und wissenschaftliche Beratung angeboten.

Unabhängig von den im LAT bearbeiteten Proben wurde eine Reihe von Arzneimitteln ausschließlich auf ihre mikrobiologische Beschaffenheit im Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) untersucht (1990: 5 Proben).

Dort erfolgten auch Untersuchungen von Arzneimitteln auf Sterilität im Sinne des Arzneimittelgesetzes (1990: 468 Proben).

6.3 *Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:*

6.3.1 *Anwendung von Medikamenten in der Bevölkerung*

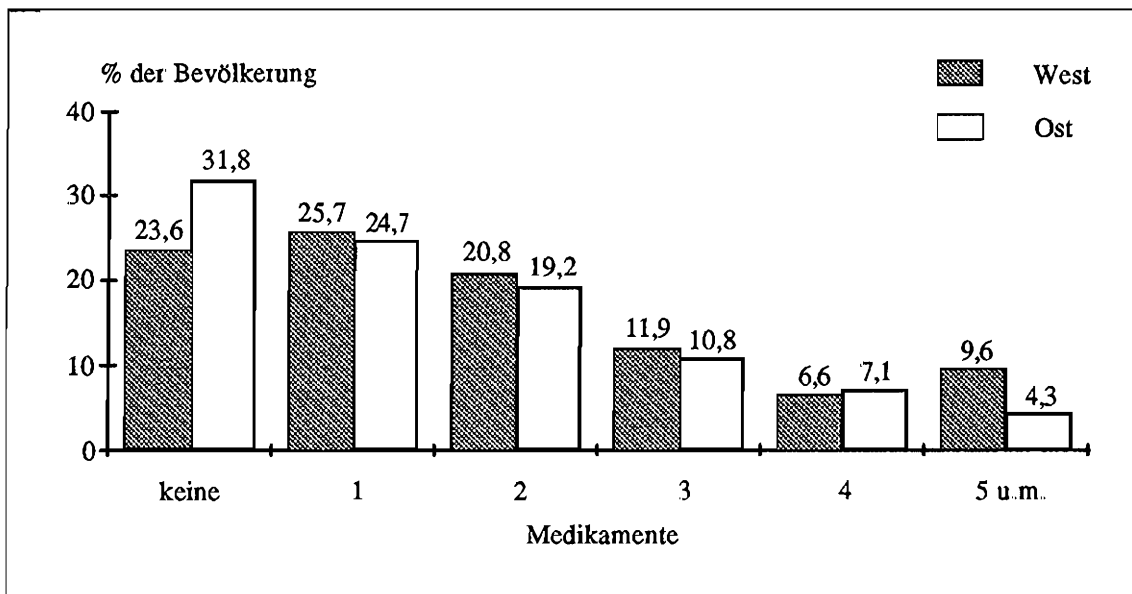
Medikamentöse Therapie ist die häufigste Therapieform zur Behandlung von Krankheiten und gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Lediglich 23,6 % der Männer in Berlin (West) und 31,8 % in Berlin (Ost) gaben an, keine Medikamente oder gesundheitsrelevanten Präparate in den letzten 3 Monaten genommen zu haben. Bei Frauen liegen mit 11,2 % (West) und 9,8 % (Ost) die Anteile der Bevölkerung, die im letzten Vierteljahr keine Medikamente/Präparate verwendeten, noch auf wesentlich geringerem Niveau.

Die Männer verwenden deutlich weniger Medikamente als Frauen. Ostberliner Männer im jüngeren Alter nehmen signifikant weniger Medikamente ein als die gleichaltrigen Männer im Westteil der Stadt. Bei Frauen ist dies eher umgekehrt.

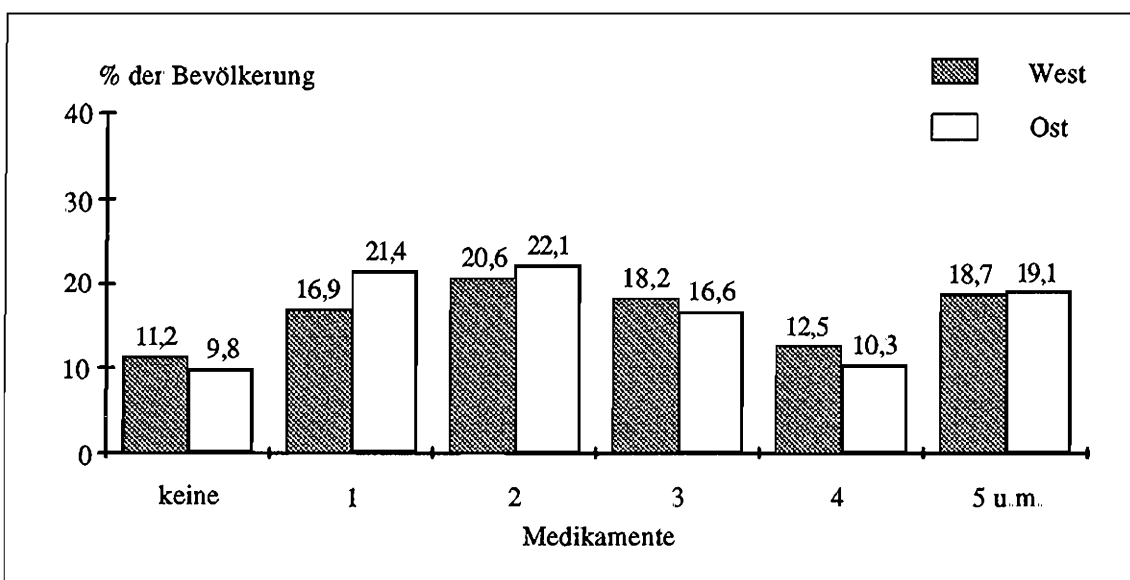
6.3.1.1 **Keine Medikamenteneinnahme in den letzten 3 Monaten (in % der Bevölkerung)**

Alter in Jahren	Männer		Frauen	
	West	Ost	West	Ost
18 - 59	27,2	39,9	14,3	11,9
60 und älter	9,6	7,2	6,1	3,2

Graphik 38: Anzahl der verwendeten Medikamente und Präparate in den letzten 3 Monaten - Männer



Graphik 39: - Frauen



Die am häufigsten und auch am regelmäßigsten verwendeten Medikamente-/Präparategruppen in der Berliner Bevölkerung sind Herzmittel, Antihypertensiva, Rheumamittel, Mittel für Magen-Leber-Galle, Hautmittel, Erkältungs- und Grippemittel sowie Vitaminpräparate.

Mehr als 10 % der Bevölkerung haben diese Medikamente in den letzten 3 Monaten zumindest einmal, zumeist regelmäßig eingenommen. Alle anderen erfragten Medikamente und Präparate werden weitaus weniger häufig verwendet.

6.3.1.2 Häufig verwendete Medikamente/Präparate (in % der Bevölkerung)

Medikament/ Präparat	18 – 59 Jahre				60 Jahre und älter			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Herzmittel								
in letzten 3 Monaten	3,3	3,7	2,5	7,0	42,9	44,2	47,6	60,7
darunter täglich	54,3	68,5	58,2	65,3	51,5	70,4	73,2	74,2
Antihypertonika								
in letzten 3 Monaten	7,2	7,3	8,2	9,6	33,0	35,7	34,3	45,8
darunter täglich	67,3	70,0	73,2	70,9	68,2	77,6	68,9	77,1
Rheumamittel								
in letzten 3 Monaten	7,9	8,2	7,6	12,5	22,5	25,0	20,3	31,7
darunter täglich	18,5	23,4	28,9	21,2	36,0	38,0	38,0	42,7
Magen–Leber–Galle								
in letzten 3 Monaten	7,9	4,7	7,4	10,3	14,4	12,8	15,2	19,0
darunter täglich	29,1	9,6	26,9	34,8	48,6	64,6	47,2	46,8
Hautpräparate								
in letzten 3 Monaten	14,8	11,8	17,1	13,3	14,7	11,6	9,7	8,7
darunter täglich	37,8	45,1	46,9	52,9	49,0	46,4	34,5	55,9
Erkältungsmittel								
in letzten 3 Monaten	27,1	27,4	29,7	26,8	13,0	13,3	15,8	16,5
darunter täglich	5,5	5,4	11,6	10,3	3,1	–	6,4	5,0
Vitaminpräparate								
in letzten 3 Monaten	23,4	18,7	20,5	18,0	18,9	14,5	25,3	25,4
darunter täglich	45,7	52,6	46,8	57,4	60,7	41,7	50,6	53,3

KAPITEL

7

*AMBULANTE ÄRZTLICHE
VERSORGUNG:
DIE KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN*

Im nachstehenden Beitrag berichtet die KV Berlin über die ambulante ärztliche Versorgung in Berlin.

7.1 Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV)

Aufgaben

Die Kassenärztlichen Vereinigungen - als Körperschaften des öffentlichen Rechts - erfüllen gemäß §§ 72 ff. SGB V im wesentlichen folgende gesetzliche Aufgaben:

- Sicherstellung der (ambulanten) ärztlichen Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich des Bereitschafts- und Notfalldienstes
- Gewährleistung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und vertraglichen Regelungen
- Wahrnehmung der Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen.

Die Aufgabenerfüllung der Selbstverwaltungskörperschaft für ihre Mitglieder erfolgt durch die Organe der Selbstverwaltung - Vertreterversammlung und Vorstand - und in zahlreichen Ausschüssen. Zur Durchführung dieser Aufgaben standen der KV Berlin in den vergangenen Jahren rd. 300 Mitarbeiter zur Verfügung. Aufgrund der Zuständigkeit der KV Berlin für die 11 östlichen Berliner Bezirke mit Wirkung vom 1.1.1991 wurde der Mitarbeiterstab bis zu Beginn des Jahres 1992 auf mehr als 400 Personen erweitert. Die Erstreckungsklausel ist in § 311 Abs. 4 SGB V normiert, in dem es heißt: "Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (West) erstreckt sich auf den Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bisher nicht galt."

Die ambulante medizinische Versorgung in der ehemaligen DDR

In der ehemaligen DDR war die ambulante fachärztliche Versorgung einschließlich der Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin (seit 1971) in Polikliniken und Ambulatorien zentralisiert worden. In den Polikliniken waren zumindest die Fachärzte der Grunddisziplinen tätig, wenn auch oft nur in Teilzeit neben ihrer stationären Arbeit in Krankenhäusern. In den Ambulatorien waren oft nur die Grunddisziplinen und die Zahnheilkunde vertreten. Die Polikliniken hatten ihren Standort in den Kreisen, in größeren Städten und teilweise auch in Stadtteilen der Großstädte. In dünner besiedelten Gebieten wurde die Versorgung von staatlichen Arztpraxen übernommen. Die freiberufliche Tätigkeit von Ärzten war gesundheitspolitisch unerwünscht, wurde aber aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung - Flucht einer extrem hohen Anzahl von Ärzten bis 1961 - geduldet.

Die einigungsbedingten Übergangs- und Sonderregelungen im Kassenarztrecht

Mit den §§ 308 bis 314 SGB V hat der Einigungsvertrag durch Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 1 dem Sozialgesetzbuch ein zwölftes Kapitel "Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands" angefügt; damit ergeben sich die für das Beitrittsgebiet geltenden Modifikationen unmittelbar aus dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches und nicht nur nach Maßgaben des Einigungsvertrages. Mit den Überleitungsregelungen soll den unterschiedlichen Einkommens-, Organisations- und Versorgungsstrukturen in der früheren DDR Rechnung getragen werden. Die §§ 309 bis 313 SGB V regeln den versicherten Personenkreis, das Leistungsrecht, die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, die Organisation der Krankenkassen und die Finanzierung ergänzend zu den bisher gültigen Vorschriften für das Beitrittsgebiet.

Einzelheiten der Regelungen des § 311 Abs. 2 bis 10 SGB V

Für das Kassenarztrecht im Beitrittsgebiet von besonderer Bedeutung ist § 311 Abs. 2 bis 10 SGB V, welcher Abweichungen im Recht der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, der Zulassung zur und Förderung der kassenärztlichen Versorgung, im Vertragsrecht und im Recht der kassenärztlichen Selbstverwaltung regelt. Richtlinien, Regelungen und Entscheidungen, die aufgrund gesetzlicher Ermächtigungen in den alten Bundesländern gelten, sind auch im Beitrittsgebiet verbindlich.

Angesichts der mit den grundsätzlichen Veränderungen verbundenen Schwierigkeiten des Übergangs von der medizinischen Versorgung insbesondere durch Polikliniken und Ambulatorien hin zur kassenärztlichen Versorgung durch frei niedergelassene Ärzte werden Sonderregelungen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet getroffen, die für eine Übergangszeit die bisherigen Versorgungsstrukturen tolerieren. Grundsätzliches Ziel einer für das Beitrittsgebiet intensivierten Forderung der kassenärztlichen Versorgung (§ 311 Abs. 10 SGB V) ist der freiberuflich tätige Arzt als maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung und dementsprechend eine Verringerung des Anteils insbesondere der Polikliniken und Ambulatorien auch durch Umwandlung dieser Einrichtungen in Gemeinschaftseinrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung

Nach § 72 SGB V wirken Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Dabei kommt den Ärzten und Zahnärzten eine vorrangige Versorgungsfunktion zu, soweit es um die ambulante Versorgung geht. Nach § 311 Abs. 2 SGB V werden zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung im Beitrittsgebiet die bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens kraft Gesetzes bis zum 31.12.1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Insbesondere die Polikliniken und Ambulatorien können damit übergangsweise noch die allgemein- und fachärztliche Versorgung vornehmen.

Über den 31.12.1995 hinaus ist eine Zulassung der genannten Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 3 SGB V unter der einschränkenden Voraussetzung eines nicht hinreichenden Anteils in freier Praxis niedergelassener Ärzte möglich. Prinzipielle Zulassungsvoraussetzung ist eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Versorgung durch die Einrichtung (§ 311 Abs. 2 Satz 2 SGB V) mit der Folge, daß es im Ermessen der Zulassungsausschüsse steht, die Zulassung bei nicht gewährleisteter ordnungsgemäßer bzw. bei unwirtschaftlicher Versorgung zu entziehen.

Versorgungsstruktur

Neben der in Berlin (West) geltenden Versorgungsstruktur, bestehend aus

- zugelassenen Ärzten (Kassenärzten)
- ermächtigten Ärzten und
- ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen,

sind für den Ostteil des Landes Berlin *zusätzlich*

- Einrichtungen (z.B. Polikliniken, Ambulatorien) sowie
- Krankenhausfachambulanzen

zu nennen.

7.1.1 An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in bezug auf den West- und Ostteil der Stadt werden in den folgenden Tabellen die an der kassenärztlichen Versorgung Teilnehmenden differenziert nach westlichen und östlichen Bezirken angegeben.

7.1.1.1 An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Berlin (West) nach Teilnahmeform und Bezirken - Stand: 1.1.1992 -

Bezirk	Teilnahmeform			Einwohner je Arzt 1)
	insgesamt	Zulassung	Ermächtigung	
Tiergarten	138	117	21	681
Wedding	248	215	33	646
Kreuzberg	208	192	16	729
Charlottenburg	385	362	23	475
Spandau	271	252	19	784
Wilmerdorf	308	289	19	477
Zehlendorf	185	170	15	545
Schöneberg	296	287	9	522
Steglitz	304	275	29	618
Tempelhof	203	188	15	915
Neukölln	355	331	24	860
Reinickendorf	277	257	20	910
Berlin (West)	3178	2935	243	672

1) Bevölkerungsstand zum 31.12.1989

7.1.1.2 An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Berlin (Ost) nach Teilnahmeform und Bezirken - Stand: 1.1.1992 -

Bezirk	Ärzte insgesamt	Teilnahmeform			Ärzte in Einrich- tungen 1)	Kranken- hausfach- ambulan- zen 2)	Einwohner je Arzt 3)
		zusammen	Zulassung	Ermächti- gung			
Mitte	215	124	124	-	81	10	367
Prenzlauer Berg	229	155	152	3	67	7	633
Friedrichshain	192	132	122	10	50	10	572
Treptow	176	148	142	6	21	7	584
Köpenick	184	104	97	7	73	7	605
Lichtenberg	228	144	139	5	68	16	756
Weißensee	101	74	65	9	20	7	520
Pankow	299	101	92	9	165	33	364
Marzahn	211	150	147	3	60	1	807
Hohenschönhausen	130	108	106	2	22	-	908
Hellersdorf	103	96	92	4	1)	7	1063
Berlin (Ost)	2068	1336	1278	58	627	105	619

1) In Einrichtungen sind die Ärzte nicht in jedem Fall voll dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Sie sind teilweise auch stationär tätig. Für Hellersdorf erfolgten keine Meldungen.

2) In Krankenhausfachambulanzen sind ein oder mehrere Ärzte tätig. Hier sind die Krankenhausfachambulanzen als eine Einheit einbezogen worden.

3) Bevölkerungsstand zum 31.12.1989

In Berlin (West) nahmen zum 1.1.1992 3.178 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil. Davon waren 2.935 in freier Praxis niedergelassen (Teilnahmeform Zulassung) und 243 ermächtigt.

Im östlichen Teil der Stadt waren 1.278 Ärzte in freier Praxis niedergelassen, 58 Ärzte ermächtigt und 627 Ärzte in Einrichtungen tätig. Hinzu kommen 105 Krankenhausfachambulanzen, in denen jeweils ein oder mehrere Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Die folgende Tabelle zeigt die Zuordnung der an der kassenärztlichen Versorgung in Berlin (Ost) Teilnehmenden zu dem jeweiligen Fachgebiet.

**7.1.1.3 Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrichtungen und Krankenhausfachambulanzen in Berlin (Ost) nach Fachgruppen
- Stand 1.1.1992 -**

Fachgruppe	Ärzte insgesamt	Teilnahmeform		Ärzte in Einrichtungen 1)	Krankenhausfachambulanzen 2)
		Zulassung	Ermächtigung		
Anästhesisten	16	2	2	—	12
Augenärzte	110	85	—	23	2
Chirurgen	90	28	4	48	10
Gynäkologen	184	136	1	39	8
HNO-Ärzte	87	48	1	33	5
Hautärzte	66	40	—	26	—
Internisten	337	186	9	124	18
Kinderärzte	179	109	4	59	7
Laborärzte	16	3	4	—	9
Lungenärzte	10	1	—	8	1
Nervenärzte	98	54	17	22	5
Orthopäden	70	34	1	34	1
Pathologen	12	4	6	—	2
Röntgenologen	68	12	3	38	15
Urologen	42	24	—	15	3
Nuklearmedizin	3	—	1	—	2
Physiotherapeuten	2	—	—	—	2
Allgemeinärzte	655	511	4	137	3
sonstige	23	1	1	21	—
insgesamt	2068	1278	58	627	105

1) In Einrichtungen sind die Ärzte nicht in jedem Fall voll dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Sie sind teilweise auch stationär tätig.

2) In Krankenhausfachambulanzen sind ein oder mehrere Ärzte tätig. Hier sind die Krankenhausfachambulanzen als eine Einheit einbezogen worden.

7.1.1.4 Leistungen

In den vergangenen Jahren wurden in Berlin (West) jeweils rund 10 Millionen Behandlungsfälle im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung mit den Kassenärzten und Krankenkassen abgerechnet und geprüft, im Jahr 1991 schätzungsweise 10,5 Mio. für den Westteil und 7,5 Mio. für den Ostteil der Stadt.

Im Kassenärztlichen Notfalldienst wurden im Jahr 1991 über 400.000 Anrufe versorgt, die in Berlin (West) zu über 165.000 Notfalldienst-Einsätzen führten.

Nach dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches am 1.1.1991 für die 11 Bezirke im Ostteil der Stadt ist gemäß § 75 Abs. 1 SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Berlin für die Sicherstellung des Kassenärztlichen Notfalldienstes verantwortlich. Nach einer Übergangsregelung für die Monate Januar bis März 1991 zwischen der KV Berlin und dem Magistrat für Gesundheit vom 20.12.1990 wird der Kassenärztliche Notfalldienst seit April 1991 mit eigenem Fuhrpark und Telefonzentrale durchgeführt. In den Monaten April bis Dezember 1991 belief sich die Zahl der Einsätze in Berlin (Ost) auf 53.985. Der Kassenärztliche Notfalldienst steht der Berliner Bevölkerung täglich "rund um die Uhr" zur Verfügung.

Darüber hinaus werden gegenwärtig drei Erste-Hilfe-Stellen durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin unterhalten, in denen jährlich eine steigende Zahl von Erste-Hilfe-Fällen versorgt wird: 1990 waren es fast 46.000. Die Frequentierung lag in den Monaten Januar bis September 1991 bereits bei über 42.000. Seit dem 22.12.1990 wird in den Erste-Hilfe-Stellen zusätzlich ein pädiatrischer Dienst angeboten. Am Mittwoch in der Zeit von 15.00 bis 22.00 Uhr, am Wochenende und an Feiertagen versehen dort Kinderärzte ihren Notdienst.

Die Berliner Kassenärzte selbst führen jährlich rund eine Million Hausbesuche durch.

Bereits seit April 1988 bietet die Kassenärztliche Vereinigung Berlin den Versicherten und Kassenärzten Berlins eine besondere Dienstleistung, den "Lotsendienst" im Gesundheitswesen, der dem Patienten hilft, zu "seinem" Arzt zu finden.

In den letzten Jahren hat eine Verlagerung von Leistungen, die bisher ausschließlich im Krankenhaus erbracht wurden, in den ambulanten Bereich stattgefunden.

So werden von Berliner Kassenärzten Computer-Tomographen, Kernspin-Tomographen sowie Gamma-Kameras zur Diagnostik eingesetzt.

Weiterhin sind zu nennen:

- onkologische Schwerpunktpraxen
- Spezialisierung von Kassenärzten auf Rehabilitationsmaßnahmen nach Herzinfarkten
- ambulant durchgeführte Operationen
- Belegarztssystem.

Im Mittelpunkt der häuslichen Krankenpflege steht in der Regel der die Verordnung initiiierende niedergelassene Arzt. Gemäß § 37 (1) SGB V erhalten Versicherte neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege als Regelleistung, wenn

- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder
- Krankenhausbehandlung dadurch vermieden oder
- Krankenhausbehandlung dadurch verkürzt wird.

Hierbei umfassen die Leistungen der Krankenkasse die Behandlungspflege (medizinische Maßnahmen) und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall. Die Verordnung muß von der Krankenkasse genehmigt werden.

Häusliche Krankenpflege kann auch gemäß § 37 Abs. 2 SGB V verordnet werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Leistungen der Krankenkasse umfassen dabei die Behandlungspflege (medizinische Maßnahmen), falls erforderlich auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, sofern dies die einzelne Krankenkasse in ihrer Satzung vorsieht.

7.1.1.5 *Arztzahlenentwicklung in Berlin (West)*

Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) standen in Berlin (West) 2.935 niedergelassene Ärzte zur Verfügung (Stand: 1.1.1992). Die Zahl der niedergelassenen Ärzte hat sich in der Zeit von 1982 bis 1992 (jeweils 1.1.) um 31,4 % erhöht. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2,77 %.

Die detaillierte Aufteilung nach Fachgruppen ist in Tabelle 7.1.1.5.1 dargestellt.

7.1.1.5.1 *An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Berlin (West) 1982 - 1992 (Stand: 1.1.)* - Teilnahmeform: Zulassung (KV Berlin)

Fachgruppe	1982	1984	1986	1988	1990	1992
Anästhesisten	—	—	—	10	20	24
Augenärzte	141	150	151	152	156	158
Chirurgen	55	55	55	55	58	54
Gynäkologen	204	208	216	227	244	249
HNO-Ärzte	112	115	117	117	115	124
Hautärzte	69	69	75	79	83	87
Internisten	472	497	525	546	552	572
Kinderärzte	106	108	112	115	118	125
Laborärzte	14	12	15	15	15	15
Lungenärzte	32	31	29	28	30	34
Magen-Darm-Ärzte	1	1	1	1	1	1
MZK-Ärzte	4	5	4	7	7	8
Nervenärzte 1)	79	89	110	163	182	193
Kind./Jug.Psych. 1)	—	2	2	2	2	2
Psychiater	—	1	1	7	7	8
Neurochirurgen	1	2	3	3	4	6
Orthopäden	110	117	128	145	148	160
Pathologen	—	—	—	4	4	5
Röntgenologen 2)	73	70	73	79	78	81
Urologen	59	63	63	68	69	69
Nuklearmedizin 2)	—	1	4	6	8	11
sonstige	—	—	—	—	—	—
zusammen	1532	1596	1684	1829	1901	1986
Prakt./Allg.	701	703	748	853	892	949
insgesamt	2233	2299	2432	2682	2793	2935

1) bis 1983: Nervenärzte einschließlich Kinder- und Jugendpsychiater

2) bis 1983: Röntgenologen einschließlich Nuklearmedizin

Die Zulassungsverordnungen regeln gemäß § 98 SGB V das Nähere über die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99 SGB V) und die Beschränkung von Zulassungen.

Primär wird die Kassenärztliche Versorgung durch zugelassene, d. h. in freier Praxis tätige Ärzte, sowie durch ermächtigte Ärzte wahrgenommen.

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbehandlung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96 SGB V) zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der

Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird (§ 116 SGB V i.V.m. 31 Zulassungs-Verordnung).

Zum 1.1.1982 haben 2.790 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilgenommen. Diese Zahl stieg auf 3.178 Ärzte (Stand: 1.1.1992). Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 1,31 % (vgl. Tabelle 7.1.1.5.2).

**7.1.1.5.2 An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Berlin (West)
1982 - 1992 (Stand: 1.1.)
- Teilnahmeform: Zulassung und Ermächtigung (KV Berlin)**

Fachgruppe	1982	1984	1986	1988	1990	1992
Anästhesisten	28	27	26	26	34	39
Augenärzte	146	154	156	157	160	162
Chirurgen	91	90	90	91	89	83
Gynäkologen	222	225	227	238	255	262
HNO-Ärzte	118	121	123	123	122	130
Hautärzte	78	76	81	86	90	92
Internisten	540	566	587	598	601	620
Kinderärzte	120	121	125	126	128	134
Laborärzte	35	24	30	28	27	26
Lungenärzte	37	37	31	30	31	36
Magen-Darm-Ärzte	1	1	1	1	1	1
MZK-Ärzte	6	7	6	9	8	9
Nervenärzte 1)	92	103	124	177	192	202
Kind./Jug. Psych. 1)		3	3	3	3	3
Psychiater	-	1	1	7	7	8
Neurochirurgen	4	4	6	6	7	9
Orthopäden	114	123	133	149	151	162
Pathologen	19	20	20	18	19	19
Röntgenologen 2)	115	107	111	113	110	114
Urologen	62	67	70	74	74	74
Nuklearmedizin 2)		2	5	7	9	12
Psychotherapie					8	5
Vorsorgeärzte					7	6
sonstige	237	203	158	37	3	3
zusammen	2065	2082	2114	2104	2136	2211
Prakt./Allgem.	725	723	773	869	908	967
insgesamt	2790	2805	2887	2973	3044	3178

1) bis 1983: Nervenärzte einschließlich Kinder- und Jugendpsychiater
2) bis 1983: Röntgenologen einschließlich Nuklearmedizin

7.1.2 *Bedarfsplanung*

Grundlage für die Bedarfsplanung bildet das am 1.1.1977 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklung-Gesetz - KVWG -). Nach diesem Gesetz ist es Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. Dementsprechend hat auch die Bedarfsplanung zum Ziel, ausgehend von einer möglichst umfassenden Analyse über den Stand der kassenärztlichen Versorgung, einen Überblick über die absehbare Entwicklung des Bedarfs als Grundlage für eine auf mittel- und langfristig wirksame Sicherstellung zu vermitteln.

Gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien wird je Planungsbereich die Anzahl der Wohnbevölkerung durch die sogenannte Meßzahl je Fachgebiet dividiert und als Resultierende entsteht eine SOLL-Zahl. Diese wiederum kann mit der IST-Zahl in Beziehung gesetzt werden. Der Quotient aus IST- und SOLL-Zahl ist der Versorgungsgrad, der in Prozent ausgedrückt wird.

Folgende Meßzahlen stellen die Basis für die Tabellen 7.1.2.1 und 7.1.2.2 dar:

Fachgruppe	Meßzahlen "alt"	Meßzahlen gültig ab 12.1.1989
Praktiker/Allgemeinarzt	2.400	2.460
Augenarzt	24.500	21.720
Chirurg	47.500	46.180
Frauenarzt	16.000	12.820
Hautarzt	41.000	39.490
HNO-Arzt	30.000	28.500
Internist	10.000	7.010
Kinderarzt	25.000	21.740
Nervenarzt	50.000	42.140
Orthopäde	37.000	29.330
Röntgenologe	60.000	54.610
Urologe	66.000	51.040

**7.1.2.1 Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl
- Berlin (West) insgesamt 1980, 1985 - 1991 (Stand: 31.12)**

Fachgruppe	1980	1985	1986	1987	1988	1989 1)	1990 1)	1991 1)
Praktiker/ Allgemeinärzte	93,8	100,1	107,3	110,8	113,0	99,6	100,9	110,1
Kinderärzte	148,7	168,9	170,7	168,0	167,1	124,3	124,3	135,4
Internisten	266,3	317,3	320,3	318,1	320,0	187,8	186,3	201,3
Gynäkologen	186,6	195,7	197,4	201,7	205,9	145,7	151,4	156,0
Orthopäden	205,9	266,0	280,4	292,2	288,2	198,7	211,8	218,9
Chirurgen	245,0	230,8	220,5	227,5	225,0	181,6	179,6	176,6
Nervenärzte	247,4	335,1	448,6	465,8	484,2	362,3	367,9	396,1
Augenärzte	176,9	203,9	203,9	203,9	206,5	155,3	152,4	163,6
HNO-Ärzte	184,1	198,4	196,8	195,2	193,7	154,4	159,5	171,1
Hautärzte	167,4	180,0	178,3	187,0	191,3	157,9	157,9	167,3
Röntgenologen	337,5	358,1	361,3	364,5	359,4	268,3	265,9	285,0
Urologen	206,9	250,0	260,7	255,2	258,6	168,2	165,9	176,2

1) Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgte auf der Basis der ab 12.1.1989 gültigen Meßzahlen.

**7.1.2.2 Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl
- Berlin (West) nach Bezirken am 31.12.1991**

Fachgruppe	Tier- garten	Wed- ding	Kreuz- berg	Chlbg.	Span- dau	Wilmers- dorf	Zehlen- dorf	Schbg	Steg- litz	Tem- pelhof	Neu- kölln	Rdf
Praktiker/ Allgemeinärzte	85,1	137,1	125,0	104,3	78,2	95,8	192,1	148,5	111,3	81,3	116,7	94,4
Kinderärzte	100,0	171,4	87,5	136,4	130,0	125,0	200,0	185,7	187,5	112,5	133,3	110,0
Internisten	200,0	213,6	141,7	257,6	220,0	240,0	200,0	260,9	224,0	153,8	142,1	187,5
Gynäkologen	122,2	158,3	138,5	188,9	141,2	228,6	114,3	192,3	171,4	121,4	142,9	117,6
Orthopäden	100,0	220,0	150,0	225,0	214,3	316,7	266,7	216,7	216,7	250,0	233,3	200,0
Chirurgen	200,0	366,7	125,0	160,0	160,0	225,0	250,0	75,0	175,0	125,0	83,3	220,0
Nervenärzte	333,3	175,0	200,0	820,0	260,0	700,0	800,0	400,0	525,0	250,0	316,7	260,0
Augenärzte	100,0	142,9	112,5	181,8	150,0	187,5	150,0	162,5	200,0	133,3	191,7	180,0
HNO-Ärzte	100,0	160,0	150,0	187,5	171,4	233,3	266,7	216,7	200,0	183,3	133,3	150,0
Hautärzte	166,7	200,0	100,0	116,7	140,0	325,0	250,0	150,0	225,0	100,0	214,3	133,3
Röntgenologen	250,0	366,7	300,0	400,0	250,0	266,7	300,0	200,0	533,3	166,7	300,0	175,0
Urologen	250,0	200,0	166,7	160,0	200,0	266,7	150,0	200,0	166,7	125,0	160,0	175,0

7.1.3 *Fahrender Kassenärztlicher Notfalldienst*

In einem erheblichen Umfang trägt zum Stand der ambulanten ärztlichen Versorgung auch der gut organisierte Kassenärztliche Notfalldienst der KV Berlin bei. Durch ihn ist die ärztliche Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten sichergestellt. Das Konzept des organisierten Kassenärztlichen Notfalldienstes beinhaltet ein eigenes Funknetz und einen eigenen Fuhrpark von insgesamt 47 Funkwagen, von denen 25 für den Westteil und 22 für den Ostteil der Stadt eingesetzt werden. Diese Einrichtung ist damit in der ärztlichen Notfallversorgung in der Bundesrepublik Deutschland einzigartig. Pro Jahr werden ca. 158.000 Besuche ausgeführt (vgl. Tabelle 7.1.3.1).

7.1.3.1 *Abgerechnete Fälle des Notfalldienstes 1980 - 1. Halbjahr 1991*

Jahr	Berlin (West)	Berlin (Ost)
1980	130.411	
1981	127.887	
1982	127.907	
1983	127.056	
1984	134.736	
1985	130.321	
1986	130.364	
1987	136.742	
1988	147.553	
1989	157.504	
1990	157.718	
1. Halbjahr 1991	79.465	37.017

7.1.4 *Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin*

Neben dem fahrenden kassenärztlichen Notfalldienst stehen der Berliner Bevölkerung die von der KV Berlin eingerichteten Erste-Hilfe-Stellen in der Albrecht-Achilles-Straße (Wilmersdorf), in der Graefestraße (Kreuzberg) und in der Brüsseler Straße (Wedding) zur Verfügung. Die 3 Erste-Hilfe-Stellen sind täglich von 7.00 bis 22.00 Uhr geöffnet. 1990 wurden insgesamt 45.859 Fälle versorgt. Die Fallzahlen der Jahre 1984 bis 1990 der 3 Erste-Hilfe-Stellen sind in Tabelle 7.1.4.1 angegeben.

7.1.4.1 Fallzahlen in den 3 Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin 1984 - 3. Quartal 1991

Jahr	insgesamt	Wilmerdorf	Kreuzberg	Wedding
1984	8856 1)2)	5409 1)	3447 1)	2)
1985	23700 2)	10974	10460	2266 2)
1986	32853	10988	14124	7741
1987	35654	10979	15007	9668
1988	38263	10778	16353	11132
1989	41590	11479	18331	11780
1990	45859	12566	20096	13197
Jan -Sept. 1991	42330	11585	18334	12411

1) nur 2. Halbjahr

2) Erste-Hilfe-Stelle Wedding erst ab August 1985

7.2 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:

7.2.1 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Berlin

Ein Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen suchten im laufenden Monat einen Arzt auf. Dieser Anteil erhöht sich mit zunehmendem Alter erheblich und nahezu kontinuierlich mit der Zunahme der Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden und Krankheiten.

Frauen nehmen, insbesondere im jüngeren und mittleren Alter, eher und häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer. Diese Spezifik ist in Berlin (Ost) noch deutlicher ausgeprägt als im Westteil der Stadt

7.2.2 Häufigkeit ärztlicher Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	letzte ärztliche Behandlung (in %)							
	in diesem Monat				vor mehr als 1 Jahr			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
18 - unter 60	25,8	24,3	40,9	42,0	18,2	24,5	8,6	8,2
über 60	59,0	69,0	68,4	73,4	7,6	12,8	5,3	6,5

Die Verteilungsmuster der letzten Arztinanspruchnahme unterscheiden sich bei Männern zwischen beiden Teilen der Stadt erheblich.

In der jüngeren Altersgruppe wurde von nahezu einem Viertel der Ostberliner Männer im zurückliegenden Jahr überhaupt kein Arzt konsultiert (ein wesentlich höherer Anteil als in der gleichen Altersgruppe in Berlin (West)). Dies ist gleichfalls bei den über 60jährigen Männern zu verzeichnen, wo jedoch gleichzeitig ein erheblich höherer Anteil im laufenden Monat den Arzt konsultierte. Im Vergleich mit den Männern in Berlin (West) zeigen sich darin zwei gegenläufige Tendenzen. Zum einen die Tendenz zu einer eher verzögerten Inanspruchnahme eines Arztes bei Ostberliner Männern in allen Altersbereichen, zum anderen zugleich eine verstärkte Inanspruchnahme im höheren Alter. Bei Frauen ist eine solche verzögerte Inanspruchnahme im Ostteil nicht vorhanden.

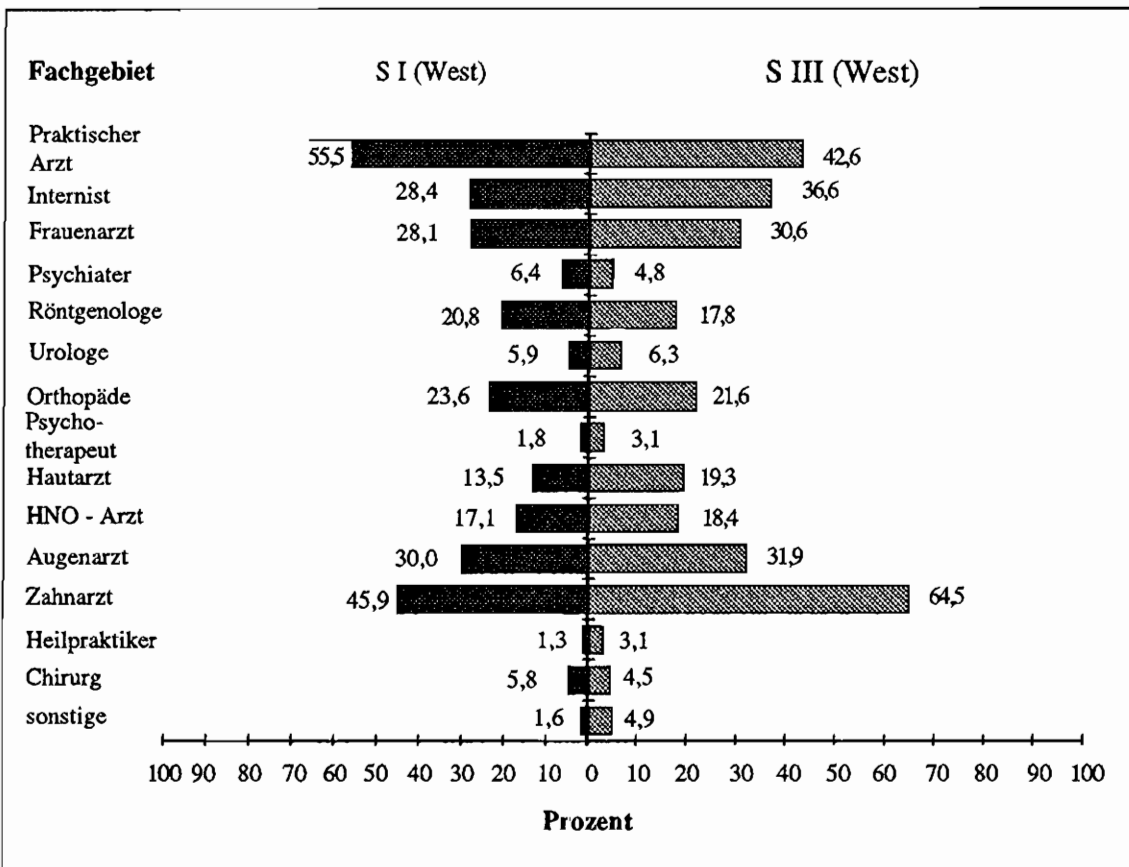
Hinsichtlich der Inanspruchnahme nach Fachgebieten werden sowohl

- die unterschiedlichen ambulanten Versorgungsstrukturen in beiden Teilen der Stadt (institutionell und nach Fachgebieten) als auch
- unterschiedliche Zugangs- und Inanspruchnahmemuster

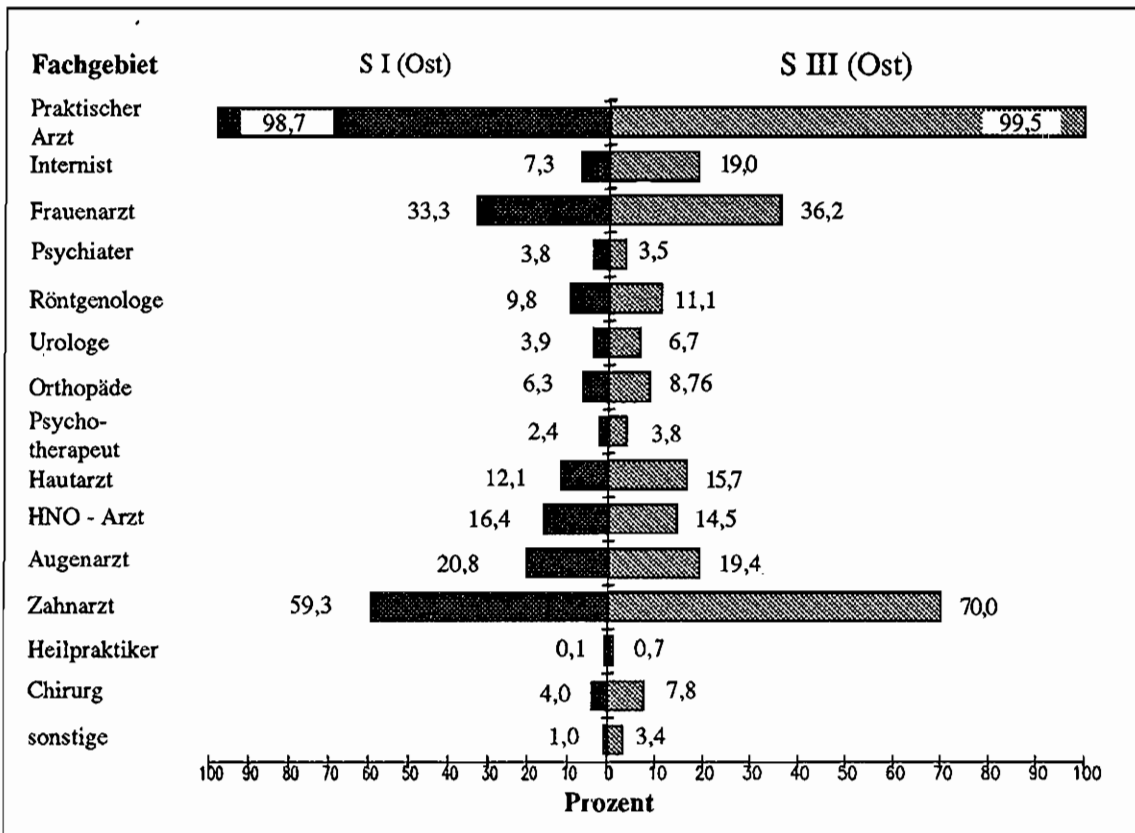
der Bevölkerung deutlich.

Der praktische Arzt/Facharzt für Allgemeinmedizin ist, sieht man vom Zahnarzt und Frauenarzt mit klar abgegrenzten Versorgungsbereichen einmal ab, in der ambulanten Grundversorgung in Berlin (Ost) dominierend.

Graphik 40: *Ärztliche Inanspruchnahme (mindestens einmal im Jahr) nach Fachgebieten und sozialer Schicht 1) - in Berlin (West)*



Graphik 41: - in Berlin (Ost)



- S I - Unterschicht, untere Mittelschicht
(Volksschul-, Hauptschulabschluß, Abschluß 8. Klasse)
- S II - Mittelschicht
(Mittlere Reife, Abschluß 10. Klasse)
- S III - Obere Mittelschicht, Oberschicht
(Abitur, Fachhochschulreife)

1) Aufgrund von Mehrfachnennungen (d.h. Inanspruchnahme von mehreren Fachrichtungen) ergeben sich Häufigkeiten auf alle Fachgebiete berechnet von über 100 %

Nahezu jeder, der einen Arzt im zurückliegenden Jahr aufsuchte, war zumindest bei einem Facharzt für Allgemeinmedizin. In Berlin (West) war demgegenüber nur etwas mehr als die Hälfte der Männer und Frauen (bei jüngeren Männern sogar weniger) bei einem praktischen Arzt. Der Zugang zu anderen Gebietsärzten erfolgt direkt und häufiger als in Berlin (Ost).

Dieses Zugangs- und Inanspruchnahmepattern zeigt sich bei beiden Geschlechtern und über die Altersbereiche hinweg, wird demnach also sehr stark von den Versorgungsstrukturen und den Zugangsmöglichkeiten selbst geprägt.

Während in Berlin (Ost) zwischen den Schichten lediglich bei der Häufigkeit des regelmäßigen jährlichen Zahnarztbesuches Unterschiede bestehen ($S_{III} > S_I$), ist der stärkere direkte Zugang zu Gebietsärzten und die geringere Frequentierung des praktischen Arztes in Berlin (West) in der S_{III} -Schicht am deutlichsten ausgeprägt.

Einen "Hausarzt", d. h. einen Arzt, der zumeist und bevorzugt bei gesundheitlichen Problemen aufgesucht wird und an den auch eine längerfristige Bindung erfolgt, haben in Berlin (West) 77,2 % der Bevölkerung. Dieser Anteil liegt im Ostteil der Stadt mit nur 52,9 % erheblich niedriger. Da zugleich auch weniger derjenigen, die einen Hausarzt haben, auch eindeutig bejahen, daß dieser bei Notwendigkeit auch einen Hausbesuch macht (Berlin (West): 59,5 %, Berlin (Ost): 54,0 %), wird sichtbar, daß der Grad hausärztlicher Versorgung und damit auch die direkte Zugänglichkeit bei auftretendem Behandlungs- und Konsultationsbedarf in Berlin (Ost) deutlich verbessert werden muß.

Obgleich die hausärztliche Bindung in höherem Alter in Berlin (Ost) deutlich größer ist, bleiben die regionalen Unterschiede auch in diesem Altersbereich bestehen. Dies muß auch als der wesentliche defizitäre Bereich angesehen werden, da im jüngeren und mittleren Alter die Kontinuität des Zugangs und der Arztbindung eine weitaus geringe Bedeutung für die Versorgungsqualität besitzt.

In den Angaben zur Bindung an einen Hausarzt zeigt sich ein deutlich unterschiedliches Verhalten der jüngeren und älteren Personen im Zugang zur ambulanten Versorgung in den sozialen Schichten. Während im höheren Alter beim Vorhandensein von Krankheiten die längerfristige Bindung an einen Hausarzt nahezu über 90 % aller Personen in Berlin (West) betrifft, im Ostteil nur 3/4 der Männer und 86 % der Frauen, zeigen sich im Altersbereich von 18 - 59 Jahren in West und Ost signifikante Unterschiede zwischen den Schichten.

KAPITEL

8

*AMBULANTE PFLEGERISCHE
VERSORGUNG*

8.1 Sozialstationen

8.1.0 Vorbemerkung

Die Sozialstationen sind im Westteil Berlins zu einem festen Begriff geworden, mit dem Bürger und Bürgerinnen die Vorstellung eines verlässlichen, jederzeit verfügbaren, flächendeckenden und qualifizierten Angebots von häuslicher Krankenpflege und Hauspflege verbinden. Die Familienpflege wird weiter ausgebaut.

Mit diesen Kernangeboten wird vor allem das Ziel verfolgt:

- die Betreuung von kranken, älteren oder behinderten Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen
- Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden oder/und die ärztliche Behandlung sowie
- die Betreuung von Kindern in deren Häuslichkeit sicherzustellen.

Die Zahl der geförderten Sozialstationen in Berlin hat sich im Jahre 1991 auf 112 erhöht.

In den östlichen Bezirken wurde, beginnend 1990 bis 1991, eine den westlichen Bezirken vergleichbare Sozialstationenstruktur aufgebaut.

Bis Oktober 1991 entstanden 43 Sozialstationen in der Trägerschaft der fünf Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege.

Davon konnten 40 Sozialstationen noch im Jahre 1991 in die Förderung durch das Land Berlin aufgenommen werden. Fünf weitere Sozialstationen werden 1992 hinzukommen. Insgesamt wird gegenwärtig bereits ein flächendeckendes Grundangebot in der häuslichen Krankenpflege, Hauspflege und soziale Beratung gewährleistet.

8.1.1 Häusliche Krankenpflege

In den 72 geförderten Sozialstationen im Westteil der Stadt wurden 1.043 examinierte Pflegefachkräfte beschäftigt und gefördert, davon 82 % Krankenschwestern/-pfleger, 8 % staatlich anerkannte Altenpfleger/-innen und 10 % Krankenpflegehelfer/-innen.

In den östlichen Bezirken Berlins wurde 1990 die häusliche Krankenpflege durch 237 Bezirksschwestern in 59 Bezirksschwesterstationen, 43 Gemeindegewestern des Diakonischen Werkes in Gemeindegewesternstationen sowie durch Helfer des DRK geleistet.

Die Tätigkeit der Bezirksschwestern war Bestandteil der ambulanten medizinischen Grundbetreuung. Die Schwestern waren fachlich dem für ihren Betreuungsbereich zuständigen Hausarzt (meist Polikliniken) zugeordnet. In jedem Bezirk arbeiteten mehrere Schwestern in Bezirksschwesterstationen, deren Standorte durch die ehemaligen Räte der Stadtbezirke festgelegt wurden. Je Stadtbezirk nahm neben dem Arzt eine leitende Bezirksschwester die fachliche Leitung wahr. Die schrittweise Überleitung der Bezirksschwestern in die Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege wurde zum Jahresende abgeschlossen.

1990 wurden 1.897.500 Einsätze in der häuslichen Krankenpflege durch die westlichen Sozialstationen geleistet. Regelmäßig wurden 13 % aller Einsätze auch an Wochenenden durchgeführt. Durch Sozialstationen wurden 1990 79.872 Patienten versorgt. 90 % aller Patienten von Sozialstationen sind älter als 70 Jahre und über 70 % leben in Ein-Personen-Haushalten. Hochbetagte, häufig multimorbide Patienten erfordern eine höhere Pflegeintensität. Die Notwendigkeit, mehrmals täglich zu pflegen, hat sich auch im Jahre 1991 weiter erhöht, so daß 1990 33 % der Einsätze Mehrfacheinsätze waren.

8.1.2 Hauspflege

Die Anforderungen an die Hauspflege als den Basisdienst, der den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit sichert, sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Der Grund ist vor allem die Zunahme der Zahl hochbetagter Menschen, die ein höheres Maß an Pflege und Betreuung benötigen, häufig allein oder mit einem ebenfalls pflegebedürftigen Partner zusammenleben und die trotz des stärkeren Angewiesenseins auf Hilfe von außen zu Hause bleiben wollen. Durch persönliche und hauswirtschaftliche Hilfen und im Bereich der Grundpflege soll Unterstützung angeboten werden, die darauf gerichtet ist, die Selbständigkeit im Alter trotz Hilfebedürftigkeit soweit wie möglich zu erhalten.

Im Jahre 1990 wurden im Westteil der Stadt insgesamt etwa 3,4 Mio. Einsatzstunden von ca. 5.600 Hauspflegekräften bei den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege geleistet. Die Stunden, die im Hauspflegebereich durch gewerbliche Pflegestationen erbracht wurden, sind in dieser Aufstellung nicht enthalten.

Im Jahre 1989 wurde zwischen den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege in Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine Vereinbarung über die Qualifizierung der Haus-/Altenpflege abgeschlossen, die verbindlich regelt, daß Dienstbesprechungen und als Arbeitszeit vergütete Fortbildungsmaßnahmen auch für die Mitarbeiterinnen dieser Dienste obligatorisch sind. Die sozialversicherungsrechtliche Situation wurde ebenfalls verbessert, da sich die Träger dieser Dienste gleichzeitig verpflichteten, mindestens 80 % der Hauspflegestunden mit Mitarbeiterinnen durchzuführen, die in allen Zweigen der Sozialversicherung pflichtversichert sind.

Die Zahl der privaten Pflegestationen, die gleichgestellt sind mit den Hauspflegediensten der Wohlfahrtsverbände und bei denen durch Abschluß von Vereinbarungen die gleiche Qualität in der Versorgung gewährleistet ist und die gleichen Verpflichtungen eingegangen wurden, ist bis zum Ende des Jahres 1991 auf 34 gestiegen.

Im Ostteil Berlins wurden 1990 von 1.200 Hauspflegekräften der Volkssolidarität e.V. ca. 2,4 Mio. Einsatzstunden erbracht. Darüber hinaus wurden Hauspflegeleistungen in geringem Umfang vom DRK angeboten. Aufgrund der traditionellen Leistungsstrukturen wurden auch von den Bezirksschwestern im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege in nicht unerheblichem Umfang Leistungen erbracht. Mit der Entstehung der Sozialstationen in der Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege im Jahre 1991 entstand ein plurales Angebot auch im Hauspflegebereich. Mit Schaffung der entsprechenden Entgeltregelungen beteiligten sich auch zunehmend private Pflegestationen an den Hauspflegediensten.

8.1.3 Sozialarbeit

Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erfordert mehr als gute Pflege und hauswirtschaftliche Verrichtungen. Auch angesichts der demographischen Entwicklung wird sich daher zukünftig das Verständnis von häuslicher Pflege weiterentwickeln müssen, wenn dem Betreuten im Rahmen seiner gegebenen Einschränkungen ein möglichst selbständiges Leben ermöglicht werden soll.

Die Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche bei der Pflege oder die Vermittlung materieller Hilfen in schwierigen Situationen ist dabei zwar eine wichtige Leistung, die der Sache nach die Basis der pflegerischen und sozialen Betreuung darstellt, die Stützung des sozialen Umfeldes und die Koordination der dem Hilfesuchenden zur Verfügung stehenden regionalen Hilfeangebote geraten jedoch zunehmend in den Vordergrund.

Daher liegt ein Schwerpunkt der Sozialarbeit in der direkten Stützung pflegender Angehöriger - etwa durch Beratung oder Entlastung über das Angebot von Gesprächsgruppen oder der Vermittlung ehrenamtlicher Helfer/-innen - mit dem Ziel, den Hilfebedürftigen soweit wie möglich unabhängig von der Pflege zu machen.

Die Aufgabe der Sozialarbeiter/-innen in den Sozialstationen bekommt immer mehr anleitenden, initiierenden Charakter. Ehrenamtliche Helfer/-innen, die Besuchs- und Begleitdienste übernehmen oder pflegende Angehörige entlasten, Patiententreffen betreuen und Freizeitgruppen für kranke und behinderte Menschen organisieren, müssen gewonnen, motiviert und angeleitet werden. Die verschiedenen Helfergruppen bedürfen neben der fachlichen auch der persönlichen Beratung und Begleitung.

Im Zusammenhang mit der Umstrukturierung der gesellschaftlichen Verhältnisse verändert sich auch für die älteren Bürger im Ostteil der Stadt besonders viel. Deshalb müssen hier die Möglichkeiten der psychosozialen Beratung und Begleitung gezielt weiter ausgebaut werden.

8.1.4 Familienpflege

Zur weiteren Unterstützung für Familien und Alleinerziehende mit ambulanten Hilfeleistungen wurde 1990 der Aufbau der Familienpflege in Sozialstationen sowie die Förderung von Familienpflegeprojekten weitergeführt.

12 Sozialstationen und andere ambulante Dienste mit insgesamt 56 Mitarbeiterinnen konnten - zum Teil bezirksübergreifend - Familienpflege anbieten. Von diesen Mitarbeiterinnen verfügen 18 Frauen über eine Familienpflegeausbildung, 37 Mitarbeiterinnen waren zu Familienpflegehelferinnen fortgebildet worden, eine Koordinationskraft hatte eine Sozialarbeiterausbildung.

Von den 56 in der Familienpflege tätigen Mitarbeiterinnen waren 50 Frauen fest angestellt, 6 Hilfskräfte arbeiteten auf Honorarbasis.

Die Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Familie hat im Haushaltsjahr 1990 insgesamt 507.000 DM für den Ausbau der Familienpflege und die Fortbildung der Mitarbeiterinnen bereitgestellt.

8.1.5 *Ergänzende Angebote*

Um eine bedarfsgerechte, den Wünschen und Erfordernissen der Bürger entsprechende Versorgung gewährleisten zu können, sind neben Hauspflege, häuslicher Krankenpflege und Sozialarbeit in vielen Sozialstationen zusätzliche Angebote entstanden. Zum Teil handelt es sich hierbei auch um Kooperationsprojekte zwischen mehreren Sozialstationen oder zwischen Sozialstationen und Bezirksämtern oder Krankenhäusern.

Auch 1990 wurde der Ausbau fortgeführt. Mit der Entwicklung eines breiteren Leistungsspektrums wird dem Grundgedanken der Sozialstationen Rechnung getragen, daß Menschen im Alter, bei Krankheit oder Behinderung lieber in der vertrauten Umgebung als in einem Krankenzimmer oder einem Heim versorgt werden möchten. Diesem Wunsch ist durch ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Neben der Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen, z. B. durch Gesprächsgruppen, Kurse in häuslicher Krankenpflege, Selbsthilfegruppen, sind unter diesen zusätzlichen Leistungen vor allem zu nennen:

8.1.5.1 *Krankenpflegenotfalldienst* *“Häusliche Krankenpflege rund um die Uhr”*

Im Februar 1986 wurde durch 2 Sozialstationen der Arbeiterwohlfahrt in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und mit finanzieller Unterstützung des Senators für Gesundheit und Soziales ein “Krankenpflegenotfalldienst” eingeführt. Der Krankenpflegenotfalldienst wird seit dem 1.7.1988 ausschließlich durch die Sozialstation der Arbeiterwohlfahrt in Berlin-Charlottenburg organisiert und ist flächendeckend für alle 12 westlichen Bezirke Berlins.

Die Mitarbeiter/-innen des Krankenpflegenotfalldienstes sind Krankenschwestern/-pfleger, die mit PKW und Funkgerät ausgestattet sind und an den Wochentagen von 19.00 Uhr abends bis 8.00 Uhr morgens sowie an den Wochenenden und Feiertagen “rund um die Uhr” in Rufbereitschaft zur Verfügung stehen.

Über die Telefonnummer 31 00 31 kann der Krankenpflegenotfalldienst von den Bereitschaftsdienstärzten der Kassenärztlichen Vereinigung, Hausärzten und den Erste-Hilfe-Stellen in den Krankenhäusern angefordert werden.

Die Krankenpflegekräfte übernehmen während der Abend- und Nachtzeit die pflegerische Betreuung von Patienten in deren Wohnungen. Durch den Krankenpflegenotfalldienst konnten bisher auch hilfebedürftige Menschen versorgt werden, die außerhalb der offiziellen Dienstzeiten der Sozialstationen Hilfe benötigten.

Eine Erweiterung des Dienstes für den Ostteil der Stadt ist vorgesehen, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Als Vorteile dieses Krankenpflegenotfalldienstes sind besonders zu nennen:

- Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und stationären Behandlungen durch häusliche Pflege in Verbindung mit Grundpflege
- Hausarzt und Bereitschaftsarzt können zu allen Zeiten auf eine kompetente pflegerische Unterstützung zurückgreifen.

8.1.5.2 *Psychogeriatrische Pflege*

Nach einer Untersuchung, die die Prognos AG im Auftrag des Landes Berlin 1986 bis 1987 in 3 Berliner Sozialstationen im Bezirk Steglitz durchgeführt hat, ist eine Vielzahl der Patienten psychisch auffällig bzw. psychisch krank. Die Mitarbeiter/-innen sehen sich zunehmend mit Anforderungen konfrontiert, denen sie aufgrund ihrer Ausbildung, die vorwiegend auf somatisch orientierte Krankenpflege ausgerichtet ist, nicht gerecht werden können. Die Mitarbeiter/-innen in der Hauspflege, die bei diesem Personenkreis oft über lange Zeit die Basisversorgung sicherstellen, sind für diese schwierige Aufgabe nicht ausreichend vorbereitet und werden nicht immer im erforderlichen Umfang begleitet.

Einige Sozialstationen haben für die Betreuung dieses Personenkreises bereits seit längerer Zeit geeignete Hilfen - das sind besonders qualifizierte Fachkräfte mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Gerontopsychiatrie bzw. Psychiatrie - zur Verfügung gestellt.

Aufgaben dieser Fachkräfte sind u.a. die Unterstützung, Beratung und Anleitung der Pflegekräfte und der Sozialarbeiter im Team der Sozialstation, die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, ergänzende Betreuung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen sowie die Wahrnehmung und der Ausbau der Kooperationsmöglichkeiten zu anderen Einrichtungen und Fachdiensten im Bezirk mit dem Ziel, die Pflege zu Hause zu erleichtern. Die Finanzierung dieser Fachkräfte erfolgt aus Mitteln des Landes Berlin. 1991 wurden 12 Projekte mit 23 Mitarbeitern vom Land Berlin finanziell gefördert.

Es zeigt sich, daß mit dieser fachlich fundierten Antwort auf bestehende Erfordernisse eine Entwicklung eingeleitet wurde, die die Versorgungssituation für psychisch veränderte ältere Menschen zunehmend verbessert. Es wurde durch die Fachkräfte deutlich herausgearbeitet, daß dringend zusätzliche Angebote erforderlich sind, wie Begegnungsstätten und Cafés, Tagespflegeeinrichtungen, Tageskliniken und Übergangspflegeeinrichtungen.

1989 wurden von 3 Sozialstationen Cafés betrieben, die auch diesem Personenkreis zugute kommen. 2 Sozialstationen bieten tagesstrukturierende Hilfen an.

Im Sommer 1989 konnte ein Projekt "Gerontopsychiatrische Übergangspflege" in enger Kooperation mit dem Wenckebach-Krankenhaus die Arbeit aufnehmen.

8.1.5.3 *Pflegende Angehörige*

Die Arbeit mit pflegenden Angehörigen hat sich im Gesamtzusammenhang der häuslichen Versorgung zu einer der vordringlichen Aufgaben der Sozialarbeit in den Berliner Sozialstationen entwickelt. Ziel ist die Entlastung der pflegenden Angehörigen und die Stärkung der familiären Selbsthilfekräfte.

Die Betreuung der pflegenden Angehörigen umfaßt eine persönliche Beratung bzw. Hilfe

- in sozialrechtlichen und finanziellen Fragen
- bei der Vermittlung zu anderen Einrichtungen (z.B. Versorgungsamt, Telebuszentrale usw.)
- bei Kontaktvermittlung zu bestehenden Gruppen (z.B. Selbsthilfegruppen, Gesprächskreisen, Frauengruppen)
- bei der Vermittlung praxisnaher Hilfen (Kurse in häuslicher Krankenpflege, Verleih von Krankbetten usw.).

Über diese Versorgungsangebote hinaus gehören stützende Gespräche und das gemeinsame Suchen nach Entlastungsmöglichkeiten zur eigenen Erholung sowie im Falle von Urlaub und Krankheit zu den Aufgaben der in den Stationen tätigen Sozialarbeiter/-innen.

Einige Sozialstationen haben langjährige gute Erfahrungen mit der Arbeit mit Gruppen pflegender Angehöriger. In weiteren Sozialstationen ist der Aufbau solcher Gesprächsgruppen geplant oder in Vorbereitung. Diese Gruppen werden häufig auch noch nach dem Tode eines Gepflegten von dessen Angehörigen weiterbesucht. Die als gemeinsam erlebte Situation der pflegenden Angehörigen bietet den Beteiligten Möglichkeiten zur Bearbeitung der persönlichen Probleme, eigene Entlastungsmöglichkeiten durch Gespräche und den Austausch ihrer Erfahrungen.

Um der gewachsenen Bedeutung der Arbeit mit pflegenden Angehörigen auch in Zukunft entsprechen zu können, werden von der Senatsverwaltung in Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände seit September 1988 neue Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige untersucht.

8.1.5.4 *Geriatrische Rehabilitation*

Das Verständnis für die Rehabilitation älterer Menschen ist in den letzten Jahren stark gestiegen; entsprechende Maßnahmen sind zumindest modellhaft durchgeführt worden. Dabei war die Berücksichtigung von Arbeitsansätzen, die an verbliebenen Kompetenzen anknüpfen und nicht lediglich darauf orientiert sind, Defizite zu kompensieren, von großer Bedeutung.

Die Durchführung von Rehabilitation auch im ambulanten Bereich befindet sich noch im Modellstadium. Dabei geht es darum, die Wahrnehmungen für Rehabilitationspotentiale des Patienten bei den Mitarbeiter/-innen der Sozialstationen zu verbessern und pflegerische und psychosoziale Hilfen auf das Ziel ambulanter geriatrischer Rehabilitation hin auszurichten, das sind z.B. Training von Körperfunktionen, Training lebenspraktischer Fähigkeiten bei der Eigenversorgung, Erschließung sonstiger Hilfsquellen zur Lebensbewältigung, und das Knüpfen von fehlenden sozialen Kontakten. Zum anderen geht es auch um die bessere Verzahnung von stationären und ambulanten Diensten im Bereich Rehabilitation.

Seit 1988 arbeitet die "Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation älterer Menschen" in Wilmersdorf. Aufgrund der Auswertung der Ergebnisse einer projektbegleitenden Untersuchung und der positiven Erfahrungen aus der Arbeit dieser Stelle ist vorgesehen, weitere bezirksbezogene Einrichtungen aufzubauen. Das Interesse der Verbände und der Bezirke an der Erweiterung ist groß.

8.1.5.5 *Betreuung von AIDS-Kranken*

In Berlin gibt es mehr Menschen mit HIV und mit AIDS als in jeder anderen Großstadt Deutschlands. Dem AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt wurden von 1982 bis 30.5.1991 für Berlin 1.332 AIDS-Fälle, davon 19 im Ostteil, gemeldet.

Die Betreuung von AIDS-Kranken bedarf neben der Sicherung der medizinischen Behandlung durch niedergelassene Ärzte ergänzend psychosozialer und pflegerischer Hilfen.

Die Sozialstationen konnten als Ausgangspunkt für den Aufbau von wohnortnahen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für AIDS-Erkrankte dienen.

1990 betreuten über 70 Sozialstationen 1.394 Patienten mit HIV und AIDS. Die durchschnittliche Patientenbetreuung bei krankenschwermäßig versorgten AIDS-Patienten liegt bei ca. drei Monaten. 1990 wurden insgesamt 9.841 Einsätze in der Krankenpflege geleistet.

Das 1987 vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eingerichtete Modellprogramm "Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen" bildete die Grundlage für die Entstehung der Projekte bei den freien Wohlfahrtsverbänden. Das Modellprogramm endete am 30.9.1991. Mit jährlich 2,1 Mio. DM wurden 42 Stellen finanziert.

Seit Beginn und bis zur Beendigung der Modellphase für Sozialstationen im Westteil der Stadt stehen 9 Pflegeprojekte zur Verfügung. Im Jahr 1990 wurden durchschnittlich 36 Mitarbeiter/-innen im Rahmen der bestehenden Projekte beschäftigt.

Folgende Projekte gehörten zum Grundkonzept:

- 1 Informations- und Beratungsteam
- 1 Pfllegeteam für die externe Kinderkrankenpflege
- 3 klinische Koordinatoren
- 5 Pfllegeteams in Anbindung an die Sozialstationen der freien Wohlfahrtsverbände
- 1 Pfllegeteam des Vereins HIV e.V.

Nach Auslaufen des Modellprojekts werden aus dem Landeshaushalt 14 Stellen insbesondere zur Weiterführung des Beratungsteams der psychosozialen Versorgung weiter finanziert.

8.1.5.6 Projekt "Beratungspfleger"

Die Überleitung des Patienten vom stationären in den ambulanten Pflegebereich erfordert ein besonders verantwortliches Handeln aller beteiligten Personen. Um an dieser Schnittstelle zu Verbesserungen zu kommen, wurde am 1.1.1988 im Humboldt-Krankenhaus mit dem Projekt "Beratungspfleger" in der Trägerschaft des Diakonischen Werkes begonnen. Aufgabe des Beratungspflegers ist es, bestehende Informations- und Kooperationsdefizite zwischen Krankenhäusern und Sozialstationen abzubauen. Das geschieht u. a. durch Fortbildungsveranstaltungen für das Krankenhaus- und Sozialstationenpersonal, ausführliche Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen, Unterstützung bei der Handhabung der Pflegeüberleitungsbögen, frühzeitigen Kontakt und Absprache mit den Sozialstationen sowie Unterstützung und enge Zusammenarbeit mit dem krankenhausinternen Sozialdienst.

Die Einführung der medizinisch-pflegerischen Überleitung in Ergänzung zur sozialpflegerischen hat eine Erweiterung der Vorlaufzeit vor einem geplanten Entlassungstermin und die fachkompetente Beteiligung des Krankenpflegepersonals bei der Überleitung bewirkt. Die Patientenüberleitung in die Sozial- und Pflegestationen konnte dadurch verbessert werden. Mit der Zunahme der Beratungstätigkeit und der Einführung des neuen Arbeitsablaufes zur Pflegeüberleitung hat die Anzahl der Chronisch-kranken im Akutbereich abgenommen. Nach Auslauf des Projektes zum 30.9.1990 konnte die Übernahme der Personalkosten in den Pflegesatz des Krankenhauses ab 1.10.1990 erreicht werden. Um weitere Erfahrungen zu gewinnen, wurde inzwischen ein Nachfolgeprojekt ab 1.5.1990 im Krankenhaus Spandau, Lynarstraße, in der Trägerschaft des Nachbarschaftsheim Siemensstadt e.V. eingerichtet. Die Projektlaufzeit endete am 31.10.1991. Eine Übernahme der Beratungsschwester in den Pflegesatz des Krankenhauses wird vom Krankenhausträger angestrebt.

8.1.5.7 *Mobilitätshilfen*

Durch Mobilitätshilfendienste, die bedarfsgerecht und flächendeckend arbeiten sollen, wird für Menschen, die ihre Wohnung ohne fremde Hilfe nicht mehr verlassen können, ein Angebot für die Begleitung im Wohnungsnahbereich und für Freizeitaktivitäten gemacht. Das Leistungsspektrum umfaßt die Begleitung bei Einkäufen, Arztbesuchen, Veranstaltungen und Ausflügen. Einige Sozialstationen haben diesen Dienst seit 1986 in ihrem Versorgungsbereich eingeführt. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß das Angebot gut angenommen wird und ausgebaut werden muß; es zeigt sich aber auch, daß Sozialstationen zur Sicherung einer quantitativ und qualitativ guten und verlässlichen Hilfe finanzielle Unterstützung erhalten müssen. Seit 1988 wird der Mobilitätshilfendienst deshalb auch finanziell besser ausgestattet.

Am 1.10.1988 wurde eine zentrale Koordinierungsstelle eingerichtet, die neben der Durchführung eines Rollstuhlfahrer-Wandertages die überbezirkliche Abstimmung bei Großveranstaltungen (Messen, Evangelischer Kirchentag) übernommen hat und sich schwerpunktmäßig um die Qualifizierung der - zu einem großen Anteil auch ehrenamtlichen - Helfer/-innen und der hauptamtlichen Mitarbeiter/-innen durch ein differenziertes Kursangebot gewidmet hat. 1990 beteiligten sich 11 bezirkliche und 2 überbezirkliche Mobilitätshilfendienste, davon 9 in Trägerschaft von Sozialstationen. Der weitere Ausbau ist vorgesehen.

Durch den Ausbau der Dienste konnten die Einsätze innerhalb kurzer Zeit stark gesteigert werden:

1987	5.500 Einsätze
1988	11.500 Einsätze
1989	19.450 Einsätze
1990	27.950 Einsätze

Im Ostteil der Stadt werden z.Z. die Mobilitätshilfendienste aufgebaut. Träger sind u.a. noch die Bezirksämter, die Beratungsstellen für Behinderte, der Berliner Behindertenverband. Mit dem Auf- und Ausbau der Sozialstationen in Berlin (Ost) werden auch dort die Mobilitätshilfendienste in ihrem Versorgungsbereich angeboten.

8.1.5.8 *Baulich-räumliche Ausstattung*

Mit vermehrter Nachfrage, steigender Mitarbeiterzahl und wachsendem Dienstleistungsangebot müssen auch in Zukunft Räume und Ausstattung der Sozialstationen dem sich verändernden Bedarf angepaßt werden. Die Sozialstationen im Ostteil der Stadt sind durch Umbaumaßnahmen alten- und behindertengerecht zu gestalten.

Sozialstationen müssen vor allem auch nach außen ihren Charakter als Anlaufstelle und Treffpunkt für Bürger deutlicher machen. Diesem Ziel dient u.a. das sogenannte "Bauprogramm für Sozialstationen". Im Rahmen dieses Programms wurden seit 1987 12 Projekte durchgeführt. Der Zuschuß zu den Baumaßnahmen betrug dabei rd. 2,8 Mio. DM.

8.1.6 *Häusliche Kinderkrankenpflege*

Der externe Pflegedienst "Verein für häusliche Kinderkrankenpflege" versorgt durch Kinderkrankenschwestern und eine Sozialarbeiterin kranke und pflegebedürftige Kinder im häuslichen Bereich und berät deren Eltern. Die Vermittlung eines größeren Krankheitsverständnisses und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Kindes sind wiederkehrende Gesprächsthemen zwischen Eltern und Schwestern. Hierzu kommt die Anleitung zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs, gesundheitliche Aufklärung, Anleitung zum Umgang mit dem Kranken und die psychische Stützung des Kranken selbst.

Der externe Pflegedienst arbeitet in den 12 westlichen Bezirken, für den Ostteil der Stadt ist die Errichtung einer Zweigstelle geplant.

Das Diagnosespektrum der zu betreuenden Kinder betrifft alle Gebiete der Kinderheilkunde, z.B. Neurodermitis, Dermatitis, Verbrühungen, Verbrennungen, Diabetes mellitus, Phenylketonurie, onkologische Erkrankungen, Abszesse, Thalasemieerkrankung, Hüftdysplasie, Leukämie, Hydrocephalus, HIV-positive Kinder, AIDS, Mongolismus, Herzerkrankungen (AV-Kanal). Die meisten Patienten kommen aus dem neuropädiatrischen Bereich, eine gleich große Gruppe aus der Endokrinologie und der Dermatologie.

Der externe Pflegedienst - Verein für häusliche Kinderkrankenpflege gem. e.V. Berlin - betreute im Jahre 1990 insgesamt 371 Patienten, davon 282 Patienten (76 %) mit einer chronischen Erkrankung. In den letzten Jahren ergab sich keine wesentliche prozentuale Veränderung bei den Langzeitpatienten.

8.2 *Private Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege*

In Berlin sind neben Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände auch private Unternehmen im Bereich der häuslichen Krankenpflege und Hauspflege tätig.

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin besteht insgesamt mit 96 privaten Pflegeunternehmen (Stand 1.8.1991) eine Vertragsvereinbarung, davon sind 33 private Anbieter im Ostteil der Stadt ansässig.

Im Rahmen der vertragsrechtlichen Vereinbarung haben sich die privaten Pflegeunternehmen verpflichtet, mindestens 5 Krankenschwestern/-pfleger zu beschäftigen.

Darüber hinaus besteht für private Anbieter (Pflegestationen) die Möglichkeit, in die Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. und freiberuflicher Krankenpflege Berlin e.V., als Mitglied einzutreten. Die Möglichkeit der Mitgliedschaft in einer der beiden Berufsverbände haben bisher zahlreiche Pflegestationen wahrgenommen.

8.3 *Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung*

Die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgungssysteme haben sich weitgehend nebeneinander entwickelt. Die beiden Bereiche sind nicht ausreichend miteinander verbunden, aufgrund der Unterschiede müssen Übergänge und Bindeglieder geschaffen werden.

Das Gesundheitswesen ist traditionell gegliedert in den ambulanten und stationären Sektor, neben der "dritten Säule" des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Für die Teilbereiche bestehen unterschiedliche rechtliche Regelungsinstrumente, die diese Unterschiedlichkeit bedingen und festschreiben. Verbindungs- und Übergangstellen sind in den Vorschriften nur wenig definiert.

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist arztorientiert. Im ambulanten und stationären Bereich steht traditionell ein somatisch orientiertes und kuratives Medizinverständnis im Vordergrund. Erst langsam gewinnen präventive und rehabilitative Gesichtspunkte an Bedeutung.

Die Problemfelder, die zunehmend die Versorgungssituation beeinflussen, sind u.a. die chronisch verlaufenden Erkrankungen und geriatrisch/gerontopsychiatrische Krankheitsbilder. Bei beiden mischen sich Zustände von Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit mit denen von Pflegebedürftigkeit.

Die etablierte Arbeitsteilung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich läßt sich auf diesem Hintergrund nicht aufrechterhalten.

Im Bereich der stationären Versorgung zeigt sich das deutlich: Die Altenhilfe wird als Teil des Sozialwesens gesehen, eingeschlossen die Institutionen der stationären Versorgung (Seniorenheime; Seniorenpflegeheime, in Berlin "Seniorenheime mit Plätzen für erhöht Pflegebedürftige"). Im stationären Bereich des Gesundheitswesens wird zum Teil ein vergleichbarer Personenkreis betreut (Innere Abteilungen, Krankenhaus für Geriatrie bzw. Chronischkranke). In Berlin (West) gibt es zusätzlich den Institutionstyp "Krankenheim", der früher dem Gesundheitswesen, seit 1991 jedoch dem Sozialwesen zugerechnet wird.

Steuerinstrumente, welcher auf medizinische und pflegerische Hilfen angewiesene ältere Mensch aufgrund objektivierbarer Kriterien welcher Institution zugewiesen werden kann, sind nicht ausreichend entwickelt.

Der ambulante Bereich des Gesundheitswesens wird durch die kassenärztliche Versorgung geprägt. Der niedergelassene Arzt ist sowohl für die ärztliche Behandlung als auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln verantwortlich. Auch im Falle von Überweisungen und Beteiligung anderer Fachkräfte und Dienste bleibt die Verantwortlichkeit auch im Sinne einer "Federführung" bei ihm.

Auch in diesem Versorgungsbereich wird zunehmend deutlicher, daß sich hier Probleme artikulieren, die nicht medizinische im engeren Sinne sind, sondern sozialer und pflegerischer Art. Sie ziehen neben konkreten Hilfen einen erheblichen Beratungsbedarf nach sich. Beides ist aus der Arztpraxis heraus nicht im erforderlichen Umfang zu leisten.

Die Sozialstationen haben in den letzten Jahren im Bereich pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfen eine Lücke gefüllt. Sie leisten, in Ergänzung zu bereits zum Teil seit langem bestehenden Einrichtungen, auch Beratung.

Zukünftige Lösungen und Verbesserungen müssen darauf gerichtet sein, daß bestehende und neue Angebote effektiver aufeinander bezogen sind und transparenter und durchlässiger werden. Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste sind heute gleichwichtig für die Versorgung älterer Menschen. Sie bedingen sich in ihren Leistungen gegenseitig. Die Analysen und Planungen müssen besser als bisher abgestimmt werden. Für Berlin muß die Planung mit regionalisierten Modellen arbeiten. Verantwortliche Planung muß in Kooperation von Bezirks- und Senatsebene und über Ressortgrenzen hinweg geschehen.

Über Bestandsaufnahmen und konzeptionelle Vorgaben für abgestufte Versorgungs- und Betreuungssysteme hinaus sind deshalb Lücken in den Kooperationsstrukturen und Lücken in der Versorgungsstruktur herauszuarbeiten und zu schließen. Die Vermittlung zwischen potentiellen Nutzern und Anbietern in diesem Bereich sozial- und gesundheitspflegerischer Dienstleistungen sollte ebenfalls in die Planung einbezogen werden.

Zur Systematisierung der Inanspruchnahme durch die Nutzer selbst und der Zuweisung durch vermittelnde und überweisende Berufe und Institutionen sind Beratungsstellen denkbar, die als Anlauf- und Clearing-Stellen und im Sinne einer Assessment-Unit arbeiten.

Das Gefüge der Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb der jeweiligen Bereiche, die durch eine Anbieter- und Trägervielfalt geprägt sind, muß durch Schaffung zusätzlicher Einrichtungstypen weiter ausdifferenziert werden. Dies könnten insbesondere sein:

- **Koordinierungsstellen**

Im ambulanten Bereich muß ein bedarfsgerechtes Versorgungspaket auf den Einzelfall bezogen geplant und vermittelt werden, da die Dienste u. U. von verschiedenen Trägern und Anbietern erbracht werden. Um eine effektivere Überleitung aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu gewährleisten, sind koordinierende Stellen vorzusehen, die nach dem Ansatz des case-management arbeiten.

- **Kurzzeitpflegeeinrichtungen**

Kurzzeitpflege (auch Krankenwohnung genannt) dient der zeitlich befristeten stationären Ganztagsbetreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden.

Kurzzeitpflege ist insbesondere auf die Erhaltung der Pflegebereitschaft von Angehörigen z.B. durch Entlastung bei Urlaub bzw. Ausfall eines ständig wirkenden sozialen Dienstes gerichtet. Sie kann Krankenhausaufenthalt vermeiden oder verkürzen sowie Nachsorge nach stationärer Behandlung übernehmen.

Kurzzeitpflege ergänzt als selbständige Betreuungsform die Arbeit von Sozialstationen und ist insoweit komplementäre Einrichtung zu den ambulanten pflegerischen Diensten, andererseits knüpft sie an die Leistungen der Gesundheitsversorgung an. Sie wird im Bereich der Altenheime in Form von Urlaubsplätzen, Gästebetten oder Pflege auf Zeit angeboten, könnte aber auch als eigenständige Einrichtung organisiert sein.

Gegenwärtig verfügt Berlin über 5 spezielle Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt 42 Plätzen, die in Verbindung mit Sozialstationen betrieben werden.

- **Tagespflegeeinrichtungen**

Tagespflege ist die teilstationäre Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer Einrichtung während des Tages, an einigen oder allen Wochentagen. Sie erfolgt für einen begrenzten Zeitraum oder langfristig und setzt voraus, daß der bzw. die Betreute am Abend nach Hause oder zur Familie zurückkehrt und die Betreuung am Wochenende sichergestellt ist.

Die Tagespflege dient der Förderung einer relativen Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit und der Entlastung betreuender Angehöriger. Sie ist insbesondere auf Aktivierung und Rehabilitation alter Menschen durch entsprechende medizinisch-therapeutische und pflegerische Angebote sowie auf soziale Beratung und Betreuung gerichtet.

Tagespflege kann in Anbindung an Sozialstationen oder an stationäre Einrichtungen aber auch als selbständige Einrichtung organisiert sein. Gegenwärtig verfügt Berlin über 3 Tagespflegeeinrichtungen in Verbindung mit Sozialstationen und 3 relativ selbständige Einrichtungen. Dies entspricht einem Angebot von insgesamt 102 Plätzen.

- **Übergangspflege**

Mit Übergangspflege sollen Probleme vor allem der gerontologischen Patienten gemildert werden, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und in ihrer Wohnung weitgehend ohne Hilfe anderer auskommen sollen. Sie wirkt durch einfühlsame Vorbereitung und Begleitung des Übergangs einer Dekompensation entgegen, die häufig erneute Einweisung in eine stationäre Einrichtung erforderlich macht.

Ihr Ziel ist es, schrittweise eine weitestgehend eigenständige Lebensführung zu ermöglichen. Diese Betreuungsform befindet sich im Modellstadium, z.B. als Projekt der Diakoniestation Tempelhof in Kooperation mit dem Wenckebach-Krankenhaus und allen Sozialstationen dieses Bezirkes.

- Tageskliniken

Dies sind teilstationäre Einrichtungen, die zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung angesiedelt sind. Sie stehen unter ärztlicher Leitung und bieten aufgrund räumlicher, personeller und organisatorischer Gegebenheiten medizinische Diagnostik und Therapie an, die dem professionellen Niveau einer Klinik entsprechen. Hier werden Patienten tagsüber aufgenommen und nach einem auf den individuellen Krankheitsfall abgestimmten Plan durch ein Tagesklinikteam untersucht und behandelt. Abends und an Wochenenden kehren die Patienten in die häusliche Umgebung und in die vertrauten familiären und sozialen Bindungen zurück.

Im Max-Bürger-Krankenhaus gibt es eine Tagesklinik mit 15 Plätzen, die täglich von 8.00 - 16.00 Uhr betreuungswirksam ist.

8.4 *Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:*

Die Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys stellen Erkenntnisse zur subjektiven Pflege- und Hilfebedürftigkeit dar.

Pflege- und Hilfebedürftigkeit ist immer eine "Lebenssituation", die durch bestimmte gesundheitliche, soziale, familiäre, wohnliche und infrastrukturelle Bedingungen hervorgerufen sein kann. Normative Kriterien zur objektiven Definition und Beurteilung dieser Bedürftigkeit und des Pflege- und Hilfebedarfs liegen z.Z. nicht vor.

Das gewählte methodische Verfahren zur empirischen Ermittlung der Zielgruppen selektiert sowohl den Anteil derzeit tatsächlich als auch potentiell Pflege-, Hilfe- oder Unterstützungsbedürftiger aus der Gesamtstichprobe. Kriterium für Bedürftigkeit im weitesten Sinne ist demnach nicht nur der geäußerte Bedarf bzw. die tatsächliche Inanspruchnahme von personellen Leistungen, sondern auch die subjektive Einschätzung, sich in der Verrichtung alltäglicher Aufgaben eingeschränkt zu fühlen.

8.4.1 *Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung*

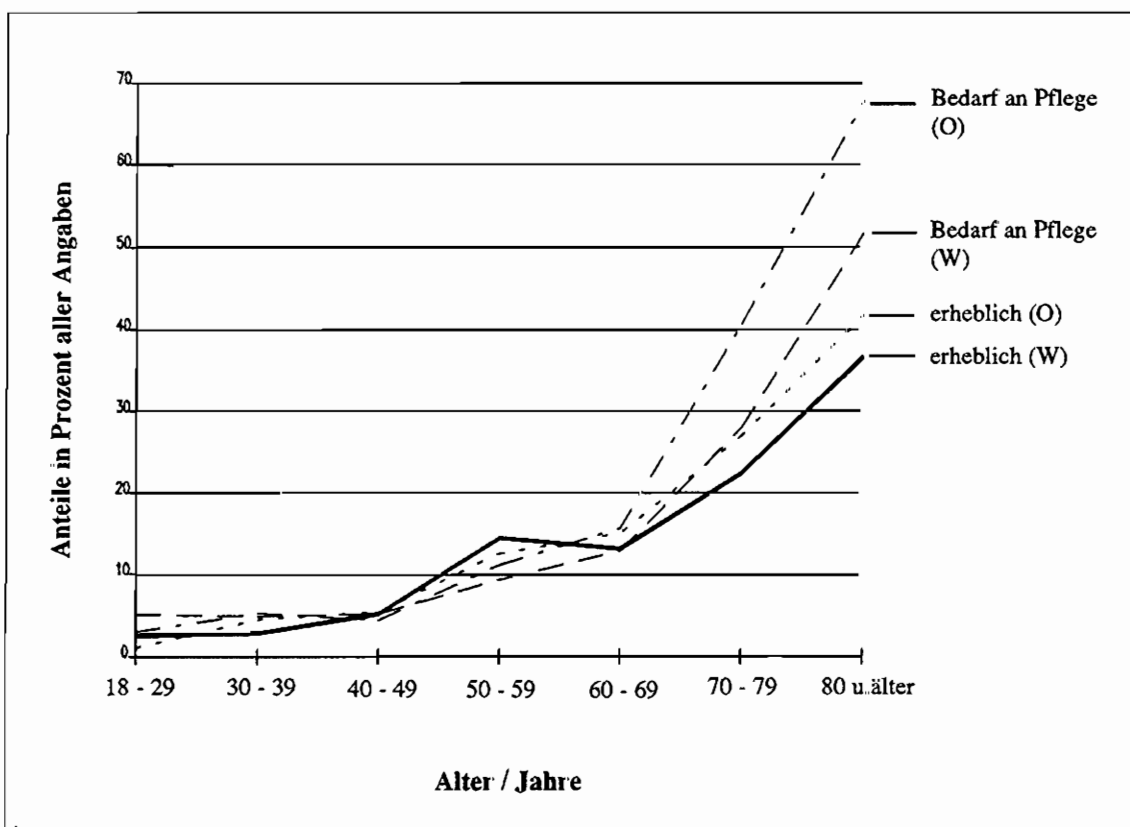
Etwa 60 % der Berliner Bevölkerung sehen sich bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben durch ihren Gesundheitszustand überhaupt nicht eingeschränkt, etwa 30 % in geringem Maße behindert. 10 % der Berliner Bevölkerung (308.000 Personen) fühlen sich unterstützungs-, hilfe- und pflegebedürftig und haben mehrheitlich Einschränkungen oder Defizite bei der selbständigen Bewältigung von Alltagsaktivitäten, die durch andere erbracht oder kompensiert werden müssen. Im Rahmen dieser Gruppe sind 1,15 % der Bevölkerung schwerpflegebedürftig.

Frauen geben insgesamt häufiger als Männer an, sich ein wenig bzw. erheblich eingeschränkt bzw. behindert zu fühlen, im West- wie auch im Ostteil der Stadt.

Mit zunehmendem Alter steigen die Anteile für angegebene Alltagsbehinderung. Nahezu jeder vierte Befragte im Alter ab 60 Jahren fühlt sich erheblich eingeschränkt.

In gleicher Weise nimmt in den höheren Altersgruppen der Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung zu

Graphik 42: Erhebliche Alltagsbehinderung und Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung nach Altersgruppen in Berlin (West) und (Ost)



Neben gesundheitlichen und/oder körperlichen Einschränkungen spielen als Begründung für benötigte Pflege und Hilfe auch psychische Anlässe und Einsamkeitsgefühle eine Rolle.

8.4.2 *Bekanntheit und Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Einrichtungen und Dienste*

Das Maß der Bekanntheit der verschiedenen (im Fragebogen vorgegebenen) gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Dienste, Institutionen und Angebote differiert erheblich und ist erwartungsgemäß in Berlin (Ost) zum Teil sehr gering. Dies betrifft insbesondere die Zielgruppe der älteren, über 60 Jahre alten Bevölkerung. Hier zeigen sich noch erhebliche Kenntnis- und Wissensdefizite um das Vorhandensein und die Inanspruchnahmemöglichkeiten entsprechender Hilfe- und Leistungsangebote.

8.4.2.1 Bekanntheit und Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten bei über 60 Jahre alten Personen in Berlin (West) und (Ost)

Einrichtung	bekannt		Inanspruchnahme			
			jemals		in letzten 12 Monaten	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Berlin (West)						
Gesundheitsamt	54,7	47,4	5,4	5,0	1,6	2,5
Sozialamt (Krankenhilfe)	36,3	35,5	1,3	2,6	0,3	1,9
Wohlfahrtsverbände	40,5	41,1	0,7	2,4	0,7	1,6
Sozialstation	31,7	33,0	1,4	3,2	0,3	1,8
Gemeindegewerkschaft	28,4	27,6	1,1	1,1	0,7	0,6
Krankenpflegenotfalldienst	20,2	22,2	0,5	1,6	–	0,5
private Pflege	20,7	19,2	1,1	2,0	1,1	1,5
Selbsthilfegruppen	17,6	16,4	0,2	0,5	0,2	0,2
ambulante Hilfsdienste (z.B. Telebus)	31,0	29,0	0,4	0,5	0,4	0,3
Haus-Notruf-System	20,5	18,5	0,4	1,1	0,4	0,7
fahrbarer Mittagstisch	38,6	38,4	–	2,2	–	1,7
Telefonseelsorge	30,6	27,5	–	0,2	–	–
andere Einrichtungen	13,2	11,5	–	0,5	–	0,2
Volkssolidarität	1,2	0,6	–	–	–	–
Berlin (Ost)						
Gesundheitsamt	23,9	20,4	2,9	1,4	1,6	1,1
Sozialamt (Krankenhilfe)	8,5	12,8	–	0,4	–	0,4
Wohlfahrtsverbände	5,8	6,8	–	0,4	–	0,4
Sozialstation	1,9	7,1	–	0,9	–	0,9
Gemeindegewerkschaft	10,3	15,3	0,7	2,9	0,4	0,4
Krankenpflegenotfalldienst	4,9	6,2	0,7	0,7	–	0,4
private Pflege	1,1	3,4	–	1,1	–	0,4
Selbsthilfegruppen	0,4	2,4	–	0,4	–	0,2
ambulante Hilfsdienste (z.B. Telebus)	2,8	3,0	–	0,5	–	0,5
Haus-Notruf-System	15,0	13,5	5,4	3,9	0,8	0,8
fahrbarer Mittagstisch	7,0	15,6	0,8	2,5	0,8	2,5
Telefonseelsorge	3,8	7,1	–	–	–	–
andere Einrichtungen	8,2	3,6	2,5	1,2	1,4	0,8
Volkssolidarität	51,1	55,5	5,2	6,8	3,3	5,1

Offensichtlich ist jedoch in dem betroffenen Teil der Bevölkerung, der auf die Wahrnehmung dieser Angebote angewiesen ist, die Kenntnislage etwas günstiger, da im höchsten Alter über 80 Jahre und auch bei den 70- bis 79jährigen gerade in Berlin (Ost) ein höherer Bekanntheitsgrad, weil höhere Inanspruchnahme, zu verzeichnen ist. Dies spricht dafür, daß gerade an diese Gruppen die Angebote bereits stärker aktiv herangetragen wurden.

8.4.3 *Familiäres Hilfpotential*

15 % der Berliner im Westteil der Stadt und 19 % im Ostteil haben im Laufe der letzten 12 Monate andere Menschen gepflegt, betreut oder anderweitig geholfen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wird Hilfe geleistet bei:

gepflegte Personen	Personen mit Hilfeleistung in %	
	West	Ost
Eltern(teile)	27,5	29,5
Partner	19,9	15,4
Kind(er)	14,5	23,2
andere Familienangehörige	16,4	16,9
andere nahestehende Personen	16,4	12,1
Nachbarn	13,0	12,6
fremde Personen	8,2	6,4

Familiäre Hilfeleistung ist nicht nur gesellschaftliche Praxis, sondern nach wie vor akzeptierte gesellschaftliche Norm. Nur 6 % im West- und 3 % im Ostteil geben an, im Bedarfsfall bei Eltern nicht helfen zu wollen oder zu können. 2 % in West und Ost erklären sich bereit, auch bei fremden Personen (nach entsprechender Vermittlung) jederzeit helfen zu wollen, 13 % (Ost: 16 %) jedenfalls gelegentlich. Allein die 2 % machen hochgerechnet eine Gruppe von ca. 50.000 potentiellen ehrenamtlichen Helfern aus.

Personen, die andere pflegen oder diesen helfen (hier: Eltern, Partner, Nachbarn oder Freunde), artikulieren zur Verbesserung der Pflege insgesamt folgenden zusätzlichen externen Hilfsbedarf:

- Hilfe durch Sozialstationen in besonderen Fällen (Urlaub, Abwesenheit, Krankheit) 17 %
- Unterstützung durch medizinisches, pflegerisches Fachpersonal 21 %
- Haushaltshilfen 38 %

Rechnet man den von 11 % der Pflegenden artikulierten zusätzlichen externen Hilfsbedarf hoch, so ergibt sich ein nicht gedeckter Bedarf allein im Westteil der Stadt

- an medizinischer/pflegerischer Hilfe bei ca. 30.000 Personen
- an Haushaltshilfe bei ca. 65.000 Personen

und ca. 30.000 Einsätze von Sozialstationen in besonderen Bedarfsfällen. Hierbei ist der externe Hilfs- bzw. Pflegebedarf von pflegebedürftigen Personen, die noch alleine zurechtkommen wollen, noch gar nicht berücksichtigt.

Dieser potentiell zusätzliche Bedarf bzw. die zusätzliche Inanspruchnahme der Sozialstationen durch 31 Klienten bzw. Patienten pro Station wird als kurzfristig lösbar eingeschätzt.

Es wird aber ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, daß dieser zusätzliche externe Hilfsbedarf auf subjektiver Artikulation beruht. Diese Aussagen werden als Forschungsansatz durchaus akzeptiert, unterscheiden sich aber von bisher erhobenen "harten" Daten zur Pflegebedürftigkeit.

Es bedarf daher weiterer Untersuchungen, um abzuklären, ob und in welchem Umfang sich daraus Konsequenzen für eine differenzierte Kapazitäts- und Leistungsplanung auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung ableiten.

8.4.4 *Inanspruchnahme von Pflege und Hilfe durch ältere Berliner*

Fast 80 % der 60 Jahre und älteren Berliner, die subjektive Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit angegeben haben, erhalten personelle Hilfe im weitesten Sinne.

(Ehe-)Partner und Familienangehörige sind in höchstem Ausmaß an der häuslichen Versorgung beteiligt; bei Alleinstehenden sind es überwiegend außerhalb des eigenen Haushalts lebende Angehörige und Freunde, Bekannte und Nachbarn. Sozialstationen werden zwar insgesamt nur in relativ geringem Umfang in Anspruch genommen, bei alleinlebenden Pflegebedürftigen mittleren und vor allem schweren Grades übernehmen sie jedoch eine wesentliche, evtl. sogar die wichtigste Funktion für das Verbleiben im häuslichen Bereich.

8.4.4.1 *Angaben (in %) durch 60jährige und ältere Personen in Berlin insgesamt zur Frage: "Durch wen erhalten Sie derzeit Pflege, Hilfe oder Unterstützung?"*

personelle Hilfe durch	Ein-Personen- haushalt	Mehr-Personen- haushalt
Sozialstation, andere Pflegeeinrichtung	19,9	5,2
(Ehe-)Partner	2,4	68,2
sonstige im Haushalt lebende		
Familienangehörige	2,4	28,0
außerhalb lebende Familienangehörige	54,3	24,9
Freunde, Bekannte, Nachbarn	38,8	12,6
private Haushaltshilfe, Hauspflege	29,9	6,2
ehrenamtliche Hilfe/Unterstützung	3,3	-
andere Personen	5,3	2,3
werde (auch) teilstationär versorgt	1,6	0,9

Obwohl das Angebot der Sozialstationen insgesamt in relativ niedrigem Umfang - im Vergleich zu familiär erbrachten Leistungen - genutzt wird, ist davon auszugehen, daß im Falle schwerer Pflegebedürftigkeit professionellen Pflege- und Hilfeleistungen ein hoher Stellenwert für das Verbleiben in der häuslichen Umgebung zukommt.

Bei alleinstehenden Schwerpflegebedürftigen ist die Sozialstation der am häufigsten genannte Leistungserbringer. Dieser Personenkreis, der Pflege, Hilfe und Unterstützung in nahezu allen Bereichen des täglichen Lebens in hohem Umfang benötigt, wird voraussichtlich nur unter Federführung einer professionellen Pflegeeinrichtung in der häuslichen Versorgung verbleiben können. Da in nicht unerheblichem Ausmaß das familiäre und soziale Umfeld an der Betreuung beteiligt ist, kommt auf die Sozialstationen neben der medizinischen und pflegerischen auch die Aufgabe der Koordination dieses Hilfsangebots zu.

KAPITEL

9

POLIKLINIKEN

9.1 *Polikliniken und Ambulatorien in Berlin (Ost)*

Im Zuge der Verstaatlichung der ambulanten ärztlichen Versorgung in der ehemaligen DDR sind auch in Berlin (Ost) Polikliniken und Ambulatorien errichtet worden. Parallel dazu verringerte sich die Anzahl der frei praktizierenden Ärzte drastisch. Am 1.10.1947 existierten in Berlin insgesamt 2.237 freie ärztliche Niederlassungen, davon 1.775 in den Westsektoren und 562 im Ostsektor von Berlin. Von insgesamt 826 freipraktizierenden Zahnärzten (ohne Dentisten) befanden sich 176 im Ostsektor.

Am 31.12.1989 gab es in Berlin (Ost) nur noch 34 Ärzte und 42 Zahnärzte in eigener Niederlassung. Die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung von Berlin (Ost) wurde daher hauptsächlich durch Polikliniken und Ambulatorien sichergestellt (Kapazitäten und Leistungen siehe Jahresgesundheitsbericht 1989/90). Nach Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland wurde es als notwendig erachtet, den Fortbestand der Polikliniken und Ambulatorien im Land Berlin zu gewährleisten. Diese Einrichtungen waren zunächst lt. Einigungsvertrag bis zum 31.12.1995 zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen. Das betrifft kommunale, staatliche und freigemeinnützige Gesundheitseinrichtungen sowie Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens. Inzwischen ist diese Befristung gestrichen worden; Poliklinische Einrichtungen können jetzt ohne zeitliche Befristung auch über 1995 hinaus zugelassen bleiben.

Im Herbst 1990 beschloß der Senat von Berlin, alle für die unmittelbare ärztliche Versorgung zuständigen Einrichtungen des Gesundheitswesens im ehemaligen Ostteil der Stadt auf das Land Berlin zu überführen und auch 1991 weiterzubetreiben.

Neben 13 Krankenhäusern handelte es sich dabei um 836 ambulante Einrichtungen. Zu ihnen gehörten staatliche Arztpraxen, Ärztsanitätsstellen, Beratungsstellen und Bezirksschwesterstationen sowie Polikliniken und Ambulatorien.

Der Prozeß des Anbindens des ehemals zentralistisch geführten Gesundheitswesens in Berlin (Ost) an das bewährte gegliederte Gesundheitswesen von Berlin (West) ist eingeleitet, die neuen Strukturen sind bereits deutlich zu erkennen.

Durch die Förderung der Niederlassung von Ärzten in freier Praxis, die maßgeblich Träger der ambulanten Versorgung werden, und durch den Aufbau der Öffentlichen Gesundheitsdienste (ÖGD) verändert sich auch das Profil der Polikliniken und Ambulatorien

Das Beratungs- und Betreuungsangebot des ÖGD war in der ehemaligen DDR Bestandteil des ambulanten Gesundheitswesens. Die Ärzte in den zahlreichen (247 am 31.12.1989) Beratungsstellen, z. T. in Polikliniken und Ambulatorien integriert, waren auch kurativ tätig

Die in den Polikliniken und Ambulatorien erbrachten Leistungen waren nur etwa zu 70 % im Profil der Krankenkassen verankert. Für die Mehrzahl der Polikliniken und Ambulatorien wird sich daher eine Umwandlung in Gemeinschaftseinrichtungen oder ähnliche Einrichtungsformen der ambulanten ärztlichen Versorgung vollziehen.

Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung der Polikliniken und Ambulatorien widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist.

9.2 Entwicklung der Beschäftigten in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen von Berlin (Ost)

9.2.1 Personal in ambulanten ärztlichen Gesundheitseinrichtungen am 31.12.1990

Insgesamt wurden 88 Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung erfaßt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich bereits 1990 Strukturveränderungen vollzogen haben, die zur Bildung von "Gesundheitszentren" und "Ärztelhäusern" sowie zur Auflösung von Einrichtungen führten.

Unter Vorbehalt ist demnach von einem Bestand von 41 ehemaligen Polikliniken und 47 ehemaligen Ambulatorien am 31.12.1990 auszugehen.

Mit einbezogen in die Auswertung sind Ambulanzen/Polikliniken an Krankenhäusern (einschließlich konfessionelle Einrichtungen, ohne Bundeswehrkrankenhaus), Einrichtungen des noch bestehenden Betriebsgesundheitswesens sowie die den "Polikliniken/Ambulatorien" angeschlossenen staatlichen Arztpraxen und Beratungsstellen.

Danach waren am 31.12.1990 in den o.g. Einrichtungen insgesamt 15 181 Personen tätig:

2.637	Ärzte, darunter 2.237 Fachärzte
2.447	Schwester(n) (Funktionspersonal)
8.132	in medizinisch-technischen Bereichen
754	in den Verwaltungen
1.211	in sonstigen Bereichen.

Eine Aufschlüsselung der Ärzte nach anerkannten Gebietsbezeichnungen gibt folgende Tabelle:

9.2.1.1 Fach(Gebiets-)ärzte in ambulanten Einrichtungen am 31.12.1990 in Berlin (Ost)

Anerkannt und überwiegend tätig als Arzt für ...	Ärzte am 31.12.1990		prozentuale Verteilung am 31.12.1989 in Berlin (Ost)	prozentuale Verteilung am 31.12.1990 in Berlin (West) 1)
	absolut	in %		
Allgemeinmedizin	562	25,7	33,1	31,6
Innere Medizin	380	17,4	13,0	20,1
Chirurgie	131	6,0	5,4	2,6
Frauenheilkunde	148	6,8	7,6	8,4
Pädiatrie	253	11,6	11,4	4,3
Ophthalmologie	97	4,4	5,1	5,2
HNO	101	4,6	4,7	3,8
Dermatologie	78	3,6	3,7	3,1
Urologie	40	1,8	1,9	2,4
Orthopädie	57	2,6	2,4	5,3
Neurologie	75	3,4	2,3 2)	6,3
Psychiatrie	13	0,6		0,2
Radiologie	66	3,0	2,3	2,7
sonstige	186	8,5	7,1	4,0
insgesamt 3)	2187	100	100	100

1) Prozentuale Verteilung der 2 912 niedergelassenen Ärzte in Berlin (West) (vgl. 12.1.1.3.1)

2) 1989 erfaßt als Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie

3) + 50 Ärzte, die nicht nach Gebieten aufgeschlüsselt werden konnten

Jeder zweite Facharzt in Polikliniken/Ambulatorien in Berlin (Ost) war in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinderheilkunde (zusammen 54,7 %) tätig.

Die im Laufe des Jahres 1990 steigende Anzahl von Einzelniederlassungen und Praxisgemeinschaften in Berlin (Ost) scheint hauptsächlich das Fach Allgemeinmedizin zu betreffen. Hier verringerte sich der Anteil der Ärzte im Vergleich zum Vorjahr um 7,4 %.

9.2.1.2 *Ambulant tätige Fachärzte am 31.12.1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken*

Fachärzte	insgesamt	Mitte 1)	Prenzlauer Berg	Friedrichs- hain	Treptow 2)	Köpenick	Lichten- berg	Weißensee	Pankow	Marzahn	Hohenschön- hausen	Hellers- dorf
Allgemeinmedizin	562	84	43	51	18	106	44	28	32	78	46	32
Innere Medizin	380	99	28	44	14	26	29	12	74	31	9	14
Chirurgie	131	25	8	13	4	15	22	3	13	15	8	5
Frauenheilkunde	148	30	5	18	4	10	15	5	26	16	10	9
Pädiatrie	253	44	14	24	6	20	32	12	21	35	23	22
Ophthalmologie	97	24	4	14	5	4	6	4	14	13	3	6
HNO	101	25	6	9	8	6	7	1	13	12	7	7
Dermatologie	78	24	2	11	3	6	8	1	7	7	4	5
Urologie	40	7	4	4	3	2	4	2	5	6	2	1
Orthopädie	57	15	1	11	1	4	6	1	5	7	3	3
Neurologie	75	23	-	2	2	4	12	3	8	14	3	4
Psychiatrie	13	3	7	1	-	-	1	1	-	-	-	-
Radiologie	66	19	5	4	3	4	5	-	10	10	5	1
sonstige	186	96	-	10	5	5	14	11	12	28	4	1
insgesamt	2187	518	127	216	76	212	205	84	240	272	127	110

1) Im Bezirk Mitte ist die Charité mit ihren Fachpolikliniken und Instituten enthalten

2) Im Bezirk Treptow war die Aufschlüsselung von 50 Ärzten nicht möglich.

Die in der Tabelle 9.2.1.3 markierten Betreuungsgrade liegen über den z. Z. gültigen Meßzahlen der KV Berlin, d. h. die Versorgungsgrade liegen dort unter 100 %. Es ist hierbei jedoch zu berücksichtigen, daß Ärzte, die sich in Weiterbildung zum Facharzt befanden, und Ärzte in Niederlassungen außerhalb von Polikliniken und Ambulatorien nicht zur Bildung der Betreuungsgrade herangezogen werden konnten. Es ist daher zu vermuten, daß in nahezu allen Disziplinen Versorgungsgrade von mindestens 100 % erreicht werden. Das Überangebot an Chirurgen und Kinderärzten ist schon so deutlich.

9.2.1.3 Ausgewählte Betreuungsgrade für Fachärzte am 31.12.1990 in Berlin (Ost) nach Bezirken

Bezirk	Einwohner je Facharzt für ¹⁾													
	Allgemein- medizin	Innere Medizin	Chirurgie	Frauen- heilkunde	2)	Pädiatrie	3)	Ophthalmologie	HNO	Dermatologie	Urologie	Orthopädie	Neurologie	Radiologie
Mitte	950	810	3190	2660	1170	1810	320	3320	3190	3320	11390	5320	3470	4200
Prenzlauer Berg	3310	5090	17810	28500	12770	10178	1770	35620	23750	71250	35620	142490	-	28500
Friedrichshain	2110	2440	8270	5970	2650	4480	760	7680	11940	9770	26880	9770	53750	26880
Treptow	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Köpenick	1030	4210	7300	10950	5030	9530	830	27380	18250	18250	54760	27380	27380	27380
Lichtenberg	3800	5760	7600	11140	4990	5220	800	27860	23880	20900	41790	27860	13930	33430
Weißensee	1840	4290	17160	10300	4780	4290	610	12870	51490	51490	25750	51490	17160	-
Pankow	3350	1450	8240	4120	1900	5100	820	7650	8240	15300	21410	21410	13380	10710
Marzahn	2140	5400	11150	10450	3990	4780	1290	12870	13940	23890	27870	23890	11950	16720
Hohenschönhausen	2570	13160	14810	11840	4440	5150	1420	39480	16920	29610	59220	39480	39480	23690
Hellersdorf	3780	8640	24200	13440	4890	5500	1720	20170	17290	24200	121000	40330	30250	121000
Berlin (Ost)	2270	3350	9720	8610	3680	5040	1000	13130	12610	16330	31850	22350	16980	19300
Messzahl der KV Berlin	2460	7010	46180	12820	-	21740	-	21720	28500	39490	51040	29330	42140	54610

- 1) Bevölkerung am 31.12.1990 lt. Zentralem Einwohnerregister Berlin-Besdorf
- 2) Betreuungsgrad Frauenheilkunde bezogen auf weibliche Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter
- 3) Betreuungsgrad Pädiatrie bezogen auf Bevölkerung im Alter von 0 bis unter 15 Jahren
- x) Tabellentoch gesperrt wegen fehlender Aufgliederung von 50 Fachärzten

9.2.2 Personal in kommunalen ambulanten medizinischen Gesundheitseinrichtungen in Berlin (Ost)

Für den Bereich des kommunalen Gesundheitswesens (Träger Land Berlin) in Berlin (Ost) waren insgesamt 27.042 Stellen in den Wirtschaftsplanentwürfen für 1991 enthalten, darunter 10.298 Stellen für das ambulante Gesundheitswesen.

Durch die hohe Dynamik des Privatisierungsprozesses und durch den Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit ca. 1.508 Beschäftigten (Stellen und Beschäftigungspositionen) kam es 1991 zu einer weiteren Reduzierung des Personalbestandes im Bereich der kommunalen ambulanten medizinischen Einrichtungen.

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Entwicklung des Personalbestandes der kommunalen ambulanten Einrichtungen ohne Polikliniken an Krankenhäusern bis Oktober 1991.

9.2.2.1 *Entwicklung der Beschäftigten im kommunalen ambulanten Gesundheitswesen 1991 in Berlin (Ost) - insgesamt, alle staatlichen Angestellten -*

Bezirk	31.3.1991	31.5.1991	30.6.1991	1.10.1991
Mitte	1184	940	931	687
Prenzlauer Berg	1175	975	738	658
Friedrichshain	571	571 1)	681 2)	519
Treptow	769	668	519	388
Köpenick	949	949 1)	726	664
Lichtenberg	1487	1394	1119	1014
Weißensee	403	260	207	163
Pankow	418	360	283	261
Marzahn	1677	1413	1259	926
Hohenschönhausen	844	844 1)	624	519
Hellersdorf	821	675	648	349
Berlin (Ost)	10298	9049	7735	6148

1) Im Mai 1991 wurden von diesen Bezirken keine aktuellen Zahlen an die Senatsverwaltung für Gesundheit geliefert.

2) Bei der statistischen Erfassung im Oktober 1991 stellte sich eine Fehlmeldung bei allen vorausgegangenen Erfassungen heraus.

9.2.2.2 *Entwicklung des ärztlichen Personals im kommunalen ambulanten Gesundheitswesen 1991 in Berlin (Ost)*

Bezirk	31.3.1991	31.5.1991	30.6.1991	1.10.1991
Mitte	274	228	210 (41) 3)	175 (33)
Prenzlauer Berg	274	203	171 (56)	152 (41)
Friedrichshain	129	129 1)	118 (24) 2)	102 (21)
Treptow	153	105	93 (21)	77 (14)
Köpenick	225	225 1)	165 (41)	148 (37)
Lichtenberg	338	245	240 (69)	209 (54)
Weißensee	106	53	44 (16)	37 (12)
Pankow	105	71	70 (16)	66 (16)
Marzahn	329	310	310 (76)	206 (61)
Hohenschönhausen	148	148 1)	105 (35)	80 (23)
Hellersdorf	135	105	112 (28)	57 (17)
Berlin (Ost)	2216	1822	1638 (423)	1309 (329)

1) Im Mai 1991 wurden von diesen Bezirken keine aktuellen Zahlen an die Senatsverwaltung für Gesundheit geliefert.

2) Bei der statistischen Erfassung im Oktober 1991 stellte sich eine Fehlmeldung bei allen vorausgegangenen Erfassungen heraus.

3) In Klammern gesetzte Zahlen sind darunter-Positionen für Zahnärzte.

9.2.2.3 *Entwicklung des nichtärztlichen Personals im kommunalen ambulanten Gesundheitswesen 1991 in Berlin (Ost)*

Bezirk	31.3.1991	31.5.1991	30.6.1991	1.10.1991
Mitte	712	712	721 (504) 3)	512 (374)
Prenzlauer Berg	875	772	567 (410)	506 (381)
Friedrichshain	442	442 1)	418 (263) 2)	417 (253)
Treptow	598	563	426 (274)	311 (190)
Köpenick	709	442	561 (403)	516 (347)
Lichtenberg	1349	1349	879 (569)	805 (520)
Weißensee	286	207	163 (106)	126 (77)
Pankow	1268	289	213 (163)	195 (149)
Marzahn	1268	1103	949 (664)	720 (448)
Hohenschönhausen	696	696 1)	519 (317)	439 (250)
Hellersdorf	603	570	536 (348)	292 (190)
Berlin (Ost)	8806	7145	5952 (4021)	4839 (3179)

- 1) Im Mai 1991 wurden von diesen Bezirken keine aktuellen Zahlen an die Senatsverwaltung für Gesundheit geliefert.
- 2) Bei der statistischen Erfassung im Oktober 1991 stellte sich eine Fehlmeldung bei allen vorausgegangenen Erfassungen heraus.
- 3) In Klammern gesetzte Zahlen sind Darunter-Positionen für das mittlere medizinische Personal. Hierzu zählen u.a. Krankenschwestern, Physiotherapeuten, medizinisch-technische Assistenten, Zahntechniker o.ä.

9.2.2.4 *Übersicht über niedergelassene Ärzte, die früher in kommunalen Einrichtungen angestellt waren, 1991 in Berlin (Ost) (kumulativ)*

Bezirk	31.5.1991	30.6.1991	1.10.1991
Mitte	20	84 (34) 1)	114 (46)
Prenzlauer Berg	42	130 (41)	171 (50)
Friedrichshain	33	87 (31)	89 (32)
Treptow	121	157 (61)	182 (64)
Köpenick	45	63 (22)	94 (36)
Lichtenberg	40	85 (37)	124 (42)
Weißensee	41	44 (16)	51 (20)
Pankow	34	71 (38)	71 (38)
Marzahn	53	91 (34)	132 (40)
Hohenschönhausen	50	90 (20)	98 (23)
Hellersdorf	22	58 (21)	67 (22)
Berlin (Ost)	501	960 (355)	1193 (413)

- 1) In Klammern gesetzte Zahlen sind Darunter-Positionen für Zahnärzte.

9.3 *Ärztelhäuser und Gesundheitlich-Soziale Zentren*

Im III. Quartal 1991 haben sich in Berlin (Ost) bereits 1.076 Ärzte niedergelassen. Damit ist der von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) berechnete Bedarf von 1.150 Ärzten fast erreicht. Weitere 400 Anträge auf Zulassung zum 1. Januar 1992 liegen bei der KV vor.

Die überwiegende Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte war früher in den Polikliniken und Ambulatorien angestellt (vgl. 9.2.2.4). Das Land Berlin ist bemüht, Niederlassungen von Arztpraxen und nichtärztliche Versorgungsangebote an den bestehenden Standorten mit gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehungen zu ermöglichen. Dies geschieht in Abstimmung mit den entsprechenden Bezirksverwaltungen und bevorzugt nach dem gemeinsam entwickelten "Erbbau-Modell". Damit wird ein Fortbestehen der Einrichtungen in veränderter (privater) Trägerschaft und Organisationsform ermöglicht. Die Trägergesellschaften, zu denen sich häufig die dort tätigen Ärzte zusammenschließen, erhalten die Möglichkeit des Erwerbs der Immobilien, in denen sie Praxen und Betriebsgesellschaften errichten. Das Land Berlin hat nach dem Verkauf keiner Instandhaltungs- und Instandsetzungspflicht (einschließlich der Hausverwaltungsaufgabe) mehr nachzukommen. Ehe das Land Berlin der Immobilienabgabe zustimmt und den Erbpacht- und Verkaufsvertragsabschluß einleitet, wird eine Prüfung der gesundheitsrelevanten internen Struktur der Einrichtung vorgenommen. Hierzu wurden Kriterien aufgestellt, die berücksichtigen,

- daß sich dort bevorzugt Ärzte niederlassen können, die am Ort oder in der Nähe (im Bezirk) bereits Patientenbeziehungen aufgebaut haben
- daß innerhalb der Einrichtung mehrere Fachrichtungen angeboten werden (Entflechtung von reinen stomatologischen Einrichtungen) und eine Fachrichtung nicht durch mehrere Einzelpraxen in Konkurrenz repräsentiert wird (Vereinbarung zwischen Praxen des gleichen Faches)
- daß nur medizinassoziierte sonstige Gewerbe neben den Praxen angesiedelt werden, außerdem aber auch Einrichtungen aus dem Sozialbereich und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und
- daß möglichst vielen vormals staatlichen Mitarbeitern weiterhin ein Arbeitsplatz in der Einrichtung erhalten oder anderswo vermittelt werden kann.

Durch die Gründung des Betriebes "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" beabsichtigte das Land Berlin bereits 1991, 13 poliklinische Einrichtungen nach Umstrukturierung weiterzubetreiben. Diese Zentren sollen die gesundheitliche und soziale Versorgung der Bevölkerung ergänzen, indem medizinische, soziale und andere der Gesundheit dienende Leistungen "unter einem Dach" vereint angeboten werden. Neben Ärzten verschiedener Fachrichtungen kann es in den neuen Einrichtungen künftig auch Sozialstationen, Krankenwohnungen, Apotheken, Optiker, Hörgeräteakkustiker, Labore sowie Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geben.

In den 13 Einrichtungen des geplanten Betriebes waren etwa 1.100 Mitarbeiter beschäftigt. Um die Vorgabe der Wirtschaftlichkeit erreichen zu können, waren jedoch Umstrukturierungen im Personalbestand unumgänglich. Zur Abwendung sozialer Härten wurden den nicht übernehmbaren Angestellten gezielt Angebote zur Umsetzung in Krankenhäuser sowie aus den ABM-, Weiterbildungs- und Qualifizierungsprogrammen des Landes Berlin gemacht.

Das Land Berlin ist damit voraussichtlich das einzige Bundesland in Ostdeutschland, das die poliklinische Idee in Form von wirtschaftlich arbeitenden Gesundheitszentren weiterführt.

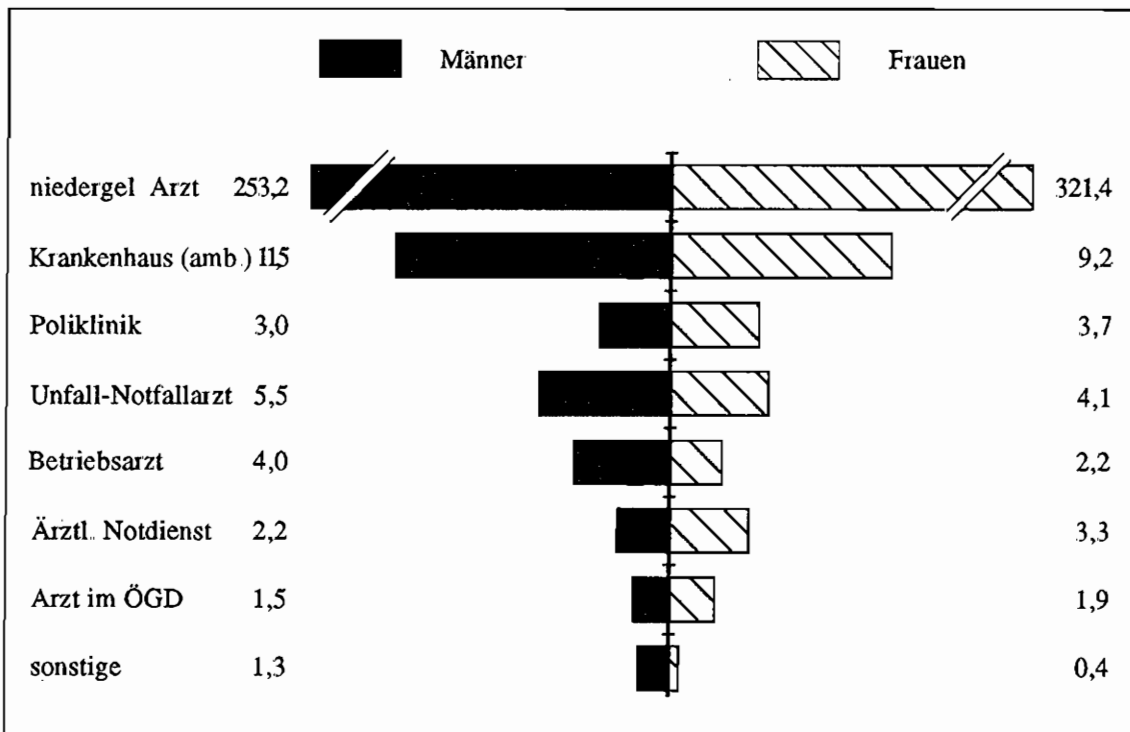
9.4 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:

Poliklinik und/oder Ambulatorium waren im erfragten Zeitraum (Mitte 1990 bis Mitte 1991) neben den staatlichen Arztpraxen noch die in Berlin (Ost) dominierenden Einrichtungsformen. Dennoch war mit einer Inanspruchnahme durch 20,7 % der Männer und 24,5 % der Frauen bereits der deutlich gestiegene Versorgungsanteil der niedergelassenen Ärzte sichtbar.

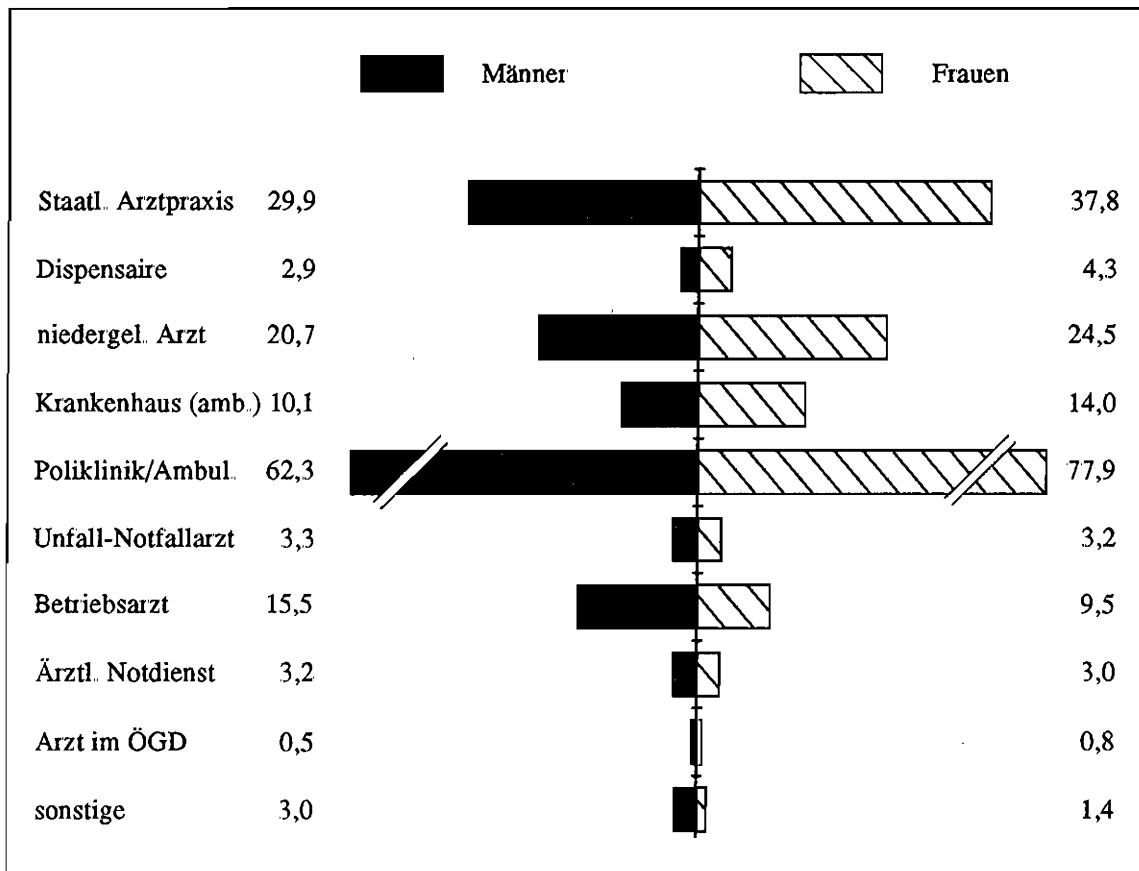
Demgegenüber spielte die Poliklinik in Berlin (West) eine nur untergeordnete Rolle in der ambulanten Versorgung, während mit einer zumindest einmaligen Inanspruchnahme durch ca. 10 % der Bevölkerung je Jahr die ambulante Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte eine wesentliche Versorgungskomponente darstellt.

Erwartungsgemäß spiegelten sich die noch differenten ambulanten Versorgungsstrukturen in beiden Teilen der Stadt in der Inanspruchnahme nach Einrichtungsformen/Institutionen wider.

Graphik 43: Ärztliche Inanspruchnahme nach Einrichtungen in % 1)
 - in Berlin (West)



Graphik 44: - in Berlin (Ost)



1) Aufgrund von Mehrfachnennungen (d.h. Inanspruchnahme von mehreren Fachrichtungen) ergeben sich Häufigkeiten auf alle Fachgebiete berechnet von über 100 %

KAPITEL

10

*KRANKENHÄUSER, KRANKENHEIME
UND EINRICHTUNGEN
IM ZUSAMMENHANG MIT DER STATIONÄREN
KRANKENVERSORGUNG*

10.0 Erläuterungen

Krankenhaus

- Nach § 3 Landeskrankenhausgesetz (LKG)

Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

- Nach § 107 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

Einrichtung, die

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dient
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeitet
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet ist, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in der
- die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Von Krankenhäusern zu unterscheiden sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V.

Öffentliche Krankenhäuser werden von Gebietskörperschaften, von Trägern der Sozialversicherung oder von Universitäten betrieben oder unterhalten.

Gemeinnützige Krankenhäuser werden von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten.

Private Krankenhäuser werden gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) konzessioniert und betrieben.

Sonderkrankenhaus (bisherige Definition)

Ein Krankenhaus, das nur einem begrenzten Personenkreis zur Verfügung steht.

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind abgegrenzte und von Fachärzten ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen.

Planbett/Krankenhausbett

Einheit, nach der die Kapazität eines Krankenhauses, einer klinischen Fachabteilung und einer Station berechnet wird. Die Bettenzahl wird von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei bleiben Reserve- und Notbetten unberücksichtigt. Betten für Neugeborene werden nicht als Plan- bzw. Krankenhausbetten ausgewiesen; Betten für Frühgeborene sind jedoch in den Bestand einbezogen

durchschnittliche Verweildauer

 Anzahl der Pflage tage x 2

- (Patientenzugänge von außen
 + Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
 - Stundenfälle)
 + (Entlassungen aus dem Krankenhaus
 + Abgänge durch Tod
 + Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
 - Stundenfälle)

Stationäre Behandlungshäufigkeit

- (Patientenzugänge von außen
 + Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
 + Stundenfälle)
-

mittlere Bevölkerung

Stationär behandelte Patienten (Fallzahl)

- (Patientenzugänge von außen
 + Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
 - Stundenfälle)
 + (Entlassungen aus dem Krankenhaus
 + Abgänge durch Tod
 + Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
 - Stundenfälle)
-

2

Bettenausnutzung (Auslastungsgrad)

 Pflage tage x 100

(durchschnittlich) aufgestellte Betten x 365

Krankenheim

Einrichtungen zur zeitlich unbegrenzten Pflege und ärztlichen Betreuung von kranken und behinderten Menschen, für die häusliche Pflege nicht ausreicht, die aber nicht der Mittel eines Krankenhauses bedürfen (Röntgen- und Laboreinrichtungen stehen im Krankenheim nicht oder nur in beschränktem Umfang zur Verfügung).

10.1 Krankenhäuser

10.1.0 Vorbemerkung

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik und des Krankenhausrahmenplans bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebungen liefern wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich sowie über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten. Sie dient damit letztlich auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

Für das Berichtsjahr 1990 erfolgte erstmals die Erfassung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland einheitlich nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung, KHStatV) vom 10.4.1990. Es handelt sich um eine jährliche Totalerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, deren organisatorische Einheiten, personelle und sachliche Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben sind zukünftig auch Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern zu machen.

Aufgrund neuer Definitionen nach der KHStatV ergeben sich in diesem Kapitel einige Änderungen gegenüber den Darstellungen der Ergebnisse in vorangegangenen Jahresgesundheitsberichten. Abweichungen zwischen den dargestellten Tabellen beruhen - in dieser Übergangsphase - auf den in diesem Jahr zugrunde gelegten unterschiedlichen Quellen, dem vorläufigen Krankenhausplan für das Land Berlin (Krankenhausrahmenplan - 1991 -) und den Ergebnissen der Krankenhausstatistik.

Der Krankenhausrahmenplan orientiert sich an der bisherigen Systematik von Krankenhäusern, Fachabteilungen und Krankenhausbetten (vgl. 10.1.1) und ist stichtagsbezogen (31.12.).

Die Krankenhausstatistik-Verordnung geht von einer Bettenausstattung als Jahresdurchschnittswert aus, unterscheidet bei der Trägerschaft lediglich öffentlich, freigemeinnützig und privat und legt folgende Kategorien zur Art des Krankenhauses fest:

- **Hochschulklinik**
Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG)
- **Plankrankenhaus**
Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind
- **Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V**
Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind
- **sonstiges Krankenhaus**
Krankenhäuser, die nicht in die o. g. Kategorien fallen und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Eine Aufgliederung in Allgemein- und Fachkrankenhäuser bzw. Sonderkrankenhäuser wird daher künftig nicht mehr vorgenommen.

Für das Berichtsjahr 1993 ist die erste Erfassung und Auswertung zum Teil II - Diagnosen und Kostenstruktur - vorgesehen.

10.1.1 Gliederung und Struktur des stationären Versorgungsangebotes am 31.12.1990

Durch die Vereinigung Deutschlands ist das Bundesland Berlin, da hier zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme aufeinandertreffen und vereinheitlicht werden müssen, auch im Bereich der stationären Krankenhausversorgung in besonderem Maße betroffen. Es gilt, die bisherigen Annahmen und Ausgangspunkte für Darstellungen, Berechnungen und Prognosen des stationären Versorgungsangebotes, die im Westteil der Stadt auf die Erfordernisse einer insularen Versorgung abgestellt und im Ostteil der Stadt von den zentralistischen Strukturen der ehemaligen DDR geprägt waren, den neuen Versorgungsnotwendigkeiten anzupassen.

Schon bei der vergleichenden Darstellung des stationären Krankenhaus-Versorgungsangebotes entstehen definitorische Abgrenzungsprobleme, die dazu führen, daß in einigen Fällen bei den nachfolgenden Betrachtungen von einer getrennten Darstellung der Bereiche Berlin (West) und Berlin (Ost) ausgegangen werden muß.

Am 31.12.1990 wurden im Land Berlin 113 Krankenhäuser mit insgesamt 43.018 Betten (darunter 29.808 Betten im Bereich der Akut-Versorgung) betrieben. Das entsprach einem Versorgungsgrad von 12,3 (8,6 Akut-)Betten je 1.000 Einwohner.

Einige Krankenhäuser bestanden bzw. bestehen aus mehreren örtlich getrennten Bereichen (z.B. Max-Bürger-Krankenhaus mit 5 Standorten in Charlottenburg und Wilmersdorf, Krankenhaus Klinikum Buch mit 7 Bereichen im Bezirk Pankow), so daß an insgesamt 149 Standorten stationäre Krankenhausversorgung angeboten wird. 2 Standorte (Ulrici-Klinik, örtlicher Bereich Wyk/Föhr des Auguste-Viktoria-Krankenhauses) liegen außerhalb Berlins.

Größte Einzeldisziplinen waren die Innere Medizin mit einem Angebot von 10.363 Betten (rd. 26 %), Chirurgie mit 6.436 Betten (rd. 16 %), Einrichtungen für chronisch Kranke mit 6.891 Betten (rd. 17 %) und psychiatrische Einrichtungen mit 6.319 Betten (rd. 15 %). Von den insgesamt 43.018 Betten gehörten rechnerisch 28.060 (rd. 65 %) in 83 Krankenhäusern zum Westteil der Stadt, 14.958 Betten in 30 Häusern zum Ostteil der Stadt.

10.1.1.1 Krankenhäuser und Krankenhausbetten am 31.12.1990 in Berlin nach Trägern und Fachdisziplinen (Krankenhausrahmenplan 1991)

Krankenhäuser/ Träger	Krankenhausbetten in Fachdisziplinen																Chro- nische Krank- heiten					
	ins- gesamt	Akutdisziplinen																				
		ins- gesamt	Innere Medizin	Infek- tions- krankh.	Kinder- krank- heiten	Chirur- gie	Ortho- pädie	Uro- logie	Neuro- chirur- gie	Kiefer- chirur- gie	Gynäko- logie	Geburts- hilfe	HNO	Augen- krank- heiten	Haut- u. Geschl- krankh.	Stroh- lenheil- kunde		Nerven- krank- heiten	Tb/ Lungen- krankh.	sonstige Krank- heiten	Geistes- krank- heiten	
in den Krankenhausrahmenplan 1991 aufgenommen (West)																						
Allgemein- u. Fachkrankenhäuser städtisch	58	26482	18808	6204	322	759	3889	909	560	213	64	951	510	377	303	312	153	790	492	-	3691	5983
FU Berlin	2	3609	3423	706	174	403	527	46	186	135	64	212	147	198	182	148	89	206	-	-	150	36
freigemeinnützig	35	10195	6507	3000	-	195	1895	574	126	32	-	333	176	50	21	-	-	105	-	-	755	2933
privat	10	1308	597	169	-	-	154	29	6	-	-	98	6	30	60	-	-	45	-	-	144	567
in die vorläufige Förderliste aufgenommen (Ost)																						
Allgemein- u. Fachkrankenhäuser städtisch	30	14958	12664	4068	119	1172	2478	572	496	138	49	891	474	384	249	275	285	442	438	134	2155	139
HU Berlin (Charite)	16	10330	8407	2865	119	931	1702	398	203	106	-	558	369	245	154	100	70	256	261	70	1822	101
Universitäts- einrichtungen	1	1960	1831	274	-	223	278	123	69	32	49	115	65	84	95	150	173	66	-	35	129	-
freigemeinnützig	4	515	515	188	-	-	66	21	-	-	-	21	-	-	-	-	42	-	177	-	-	-
sonstige	8	1633	1391	597	-	-	327	-	194	-	-	130	40	17	-	-	-	71	-	15	204	38
insgesamt	1	520	520	144	-	18	105	30	30	-	-	67	-	38	-	25	-	49	-	14	-	-
Krankenhausrahmenplan insges.	88	41440	29472	10272	441	1931	6367	1481	1056	351	113	1842	984	761	552	587	438	1232	930	134	5846	6122
nicht in den Krankenhausrahmenplan aufgenommen (West)																						
Allgemein- u. Fachkrankenhäuser freigemeinnützig	16	892	123	14	-	-	34	52	5	-	-	13	-	5	-	-	-	-	-	-	-	769
privat	6	349	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	349
insgesamt	10	543	123	14	-	-	34	52	5	-	-	13	-	5	-	-	-	-	-	-	-	420
Sonderkrankenhäuser (West)																						
städtisch	9	686	213	77	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	55	-	473	-
freigemeinnützig	1	213	213	77	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	55	-	-	-
privat	6	334	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	334	-
insgesamt	2	139	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	139	-
Krankenhäuser/Einrichtungen insgesamt	113	43018	29808	10363	441	1931	6436	1533	1061	351	113	1855	984	766	552	587	438	1278	985	134	6319	6891

Von den 28.060 Betten in Berlin (West) waren 26.482 (rd. 94 %) und 58 Häuser (rd. 70 %) in den geltenden Krankenhausplan 1986 für das Land Berlin aufgenommen, 892 Betten wurden in 16 Krankenhäusern außerhalb des Krankenhausplanes und 686 Betten in 9 Sonderkrankenhäusern betrieben.

Die am 31.12.1990 betriebenen 14.958 Betten in Berlin (Ost) waren entweder voll oder nachrichtlich in eine "vorläufige Förderliste" aufgenommen, die so lange als Grundlage zur Gewährung von investiven Finanzmitteln nach den Vorschriften des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Finanzierungsgesetz - KHG -) galt, bis sie durch den vorliegenden Krankenhausrahmenplan abgelöst wurde.

Die stationäre Versorgung in beiden Teilen Berlins stellt ein durch unterschiedliche Träger geprägtes Angebot dar. Beteiligt sind öffentliche, gemeinnützige und private Träger. Innerhalb dieser Bereiche, insbesondere im gemeinnützigen Bereich, sind wiederum verschiedene Träger in Verbänden zusammengefaßt (z. B. DRK-Landesverband, DRK-Schwesternschaft).

Aufgrund der über Jahrzehnte hinweg gewachsenen Struktur der Anbieter im ehemaligen Berlin (West) war der Bereich der öffentlichen Träger mit 55 % aller betriebenen Betten am stärksten vertreten, der gemeinnützige Bereich hielt einen Anteil von rd. 38 %, der private von rd. 7 %.

Dieses Anteilsverhältnis schwankte jedoch von Fachdisziplin zu Fachdisziplin. So war z. B. in den Fächern der Grundversorgung wie Innere Medizin das Verhältnis der öffentlichen zu nichtöffentlichen Anbietern 49 : 51 %, in der Chirurgie 47 : 53 %. Spezialangebote mit geringer Kapazität wie Zahn-, Mund- und Kiefer-Chirurgie oder Dermatologie wurden zu fast 100 % von öffentlichen Trägern vorgehalten.

Im Ostteil der Stadt stellt sich die Situation völlig anders dar:

Hier wurden vom damaligen Gesamtangebot rd. 11 % bei den beiden gemeinnützigen Trägerverbänden Caritas und Diakonie vorgehalten, und 89 % entfielen auf öffentliche Träger. Private Träger waren im Berichtszeitraum nicht vorhanden.

10.1.1.2 Die regionale Verteilung des Versorgungsangebotes

Graphik 45: Das Angebot an Krankenhausbetten (ohne Sonderkrankenhäuser) in den Bezirken Berlins am 31.12.1990 je 1.000 Einwohner



Für einen auch nach der Vereinigung als Stadtstaat geltenden Bereich wie Berlin ist die regionale Verteilung des Bettenangebotes insgesamt - d.h. die Vorhaltung von Betten innerhalb eines Bezirkes - nicht von so tiefgreifender Bedeutung wie etwa für einen Flächenstaat.

So zeigt die Verteilung der Krankenhäuser und der einzelnen Fachdisziplinen über das Stadtgebiet ein recht unterschiedliches Bild. Es fällt auf, daß die Konzentration von Krankenhäusern unabhängig von den Bezirkscharakteristika ist. Innenstadtbezirke, wie z.B. Charlottenburg oder Mitte, sind überdurchschnittlich gut mit Krankenhäusern versorgt, andere Innenstadtbezirke, wie Schöneberg oder Prenzlauer Berg, nicht. Der "grüne" Bezirk Zehlendorf weist eine hohe Anzahl von Krankenhausbetten aus, die ebenso "grünen" Bezirke, wie Reinickendorf oder Treptow, nicht

Die gegenwärtige regionale Struktur der stationären Versorgung ist daher unausgeglichen. Schon bei der bisherigen Krankenhausplanung in Berlin (West) gab es unter- und überversorgte Bezirke. Im Ostteil der Stadt stellte sich diese Situation verstärkt dar. Im Gesamtberliner Durchschnitt gab es 8,5 Betten für die Akut-Versorgung auf 1.000 Einwohner. Dabei gab es unterversorgte Bezirke wie Hohenschönhausen, in dem es bis dato kein Krankenhaus gab, oder Marzahn mit 0,3 und Treptow mit 1,4 Betten in der Akut-Versorgung auf 1.000 Einwohner. Daneben waren die Bezirke Pankow und Mitte mit 40,5 und 45,5 Betten auf 1.000 Einwohner überversorgt.

Dieselbe Disproportionalität setzte sich in den Fächern der Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe) fort. Während im Gesamtberliner Durchschnitt im Fachgebiet Innere Medizin 3 Betten auf 1.000 Einwohner kamen, gab es 9 Bezirke, die weniger als 2 Betten auf 1.000 Einwohner aufwiesen (Prenzlauer Berg, Weißensee, Hellersdorf, Marzahn, Treptow, Hohenschönhausen, Reinickendorf, Neukölln und Schöneberg). Im Gegensatz dazu wiesen 2 Bezirke das 4- und 5fache des Durchschnitts auf (Pankow, Mitte).

Daraus läßt sich jedoch nicht auf die Qualität schließen, mit der die Bevölkerung eines Bezirkes versorgt wurde. Eine vergleichende Betrachtung der bestehenden regionalen Krankenhausversorgung kann nicht für einzelne Bezirke, sondern nur für größere Versorgungsregionen ("Einzugsbereiche") einigermaßen sinnvoll vorgenommen werden. Zu diesem Zweck wird Berlin in 6 größere Einzugsbereiche eingeteilt.

10.1.1.3 Krankenhäuser und Betten nach Versorgungsstufen

Entsprechend den Bestimmungen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes für die Gewährung der pauschalen Fördermittel wurden die Krankenhäuser in Berlin (West) erstmalig mit dem Stichtag 1.7.1984, die Krankenhäuser in Berlin (Ost) mit der Vorlage der "vorläufigen Förderliste" im Dezember 1990 den vom Gesetz her vorgesehenen Stufen der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Zentralversorgung zugeordnet. Dabei wurde deutlich, daß die angestrebte Idealform einer Versorgungspyramide mit breiter Grundversorgung und der Zentralversorgung als Spitze weder in Berlin insgesamt noch für einzelne Bezirke erreicht werden konnte.

25 Häuser mit 1.578 Betten (rd. 4 %), die außerhalb der Krankenhausplanung/vorläufige Förderliste betrieben werden, sind nach der Gesetzeslage keiner Stufe zugeordnet.

1990 waren in Berlin 9 Einrichtungen der Stufe Zentralversorgung mit insgesamt 9.124 Betten (darunter 4 Forschungseinrichtungen im Bereich Berlin (Ost) mit 515 Betten) zugeordnet. Damit waren rd. 21 % aller in Berlin vorgehaltenen Krankenhausbetten der höchstmöglichen Stufe zuzurechnen. Weitere 28 Häuser mit damals 20.556 Betten (rd. 48 %) gehörten der Stufe der Schwerpunktversorgung an. Damit waren allein in den beiden höchsten Versorgungsstufen 29.680 Betten (fast 70 %) konzentriert, während die Basisversorgungen der angestrebten Versorgungspyramide, d.h. die Stufen Regelversorgung und Grundversorgung, nur jeweils 4.027 Betten (9 %) bzw. 7.733 Betten (18 %) in sich vereinigten. Damit stand die Versorgungspyramide in Berlin auf dem Kopf.

10.1.1.3.1 Krankenhäuser und Betten nach Versorgungsstufen am 31.12.1990
- Summe aller Disziplinen -

Versorgungsart	Krankenhaus	Betten
Grundversorgung	AWO Ida-Wolff-Haus	477
	AWO Kamenzer Damm	26
	Christophorus-Kinderkrankenhaus	135
	Dominikus-Krankenhaus	261
	St. Hildegard-Krankenhaus	161
	Malteser-Krankenhaus	161
	St. Marien-Krankenhaus (Steglitz)	306
	St. Marien-Krankenhaus (Kreuzberg)	169
	Krankenhaus Bethel	306
	Elisabeth-Krankenhaus	200
	Ev. Johannesstift	380
	EV. Krankenhaus Hubertus	307
	Ev. Krankenhaus Schönow	379
	Königswarter Krankenhaus	184
	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	479
	ASB-Pflegeanstalt Spandau	302
	Paulinenkrankenhaus	171
	ASB-Krankenhaus Schwedenpavillon	223
	DRK-Krankenhaus "Erwin-Gohrbandt"	148
	DRK-Krankenhaus Nansen	250
	DRK-Klinik Phönix	60
	* Maria Heimsuchung	70
	* St. Antonius Krankenhaus	106
	* St. Joseph Krankenhaus (Mitte)	100
	* St. Elisabeth Stift	29
	Birkenhof	128
	Fugger-Klinik	110
	GHS-Krankenhaus für Chronischkranke	251
	Grunewaldklinik	100
	Privatklinik Hygiea	110
	Parksanatorium Dahlem	60
	Privatklinik für psychogene Störungen	54
	Anst. f. Chronischkranke Am Schäferberg	78
	West-Klinik Dahlem	44
	Max-Bürger-Krankenhaus	777
	* Kinderkrankenhaus Makarenko	20
	* Krankenhaus Mitte	177
	* Psychotherapeut. Klinik Hirschgarten	27
	*Hellmut-Ulrici-Klinik	407
		Betten-Summe	7.733
	davon:	
	- ehemals West	6.797
	- ehemals Ost	936
	Betten-Summe in %	18,7
	Anzahl der Häuser	39

Versorgungsart	Krankenhaus	Betten
Regelversorgung	Franziskus-Krankenhaus	248
	Krankenhaus Waldfriede	230
	DRK-Krankenhaus Mark Brandenburg	359
	DRK Rittberg-Krankenhaus	285
	Schloßpark-Klinik	373
	* Krankenhaus Hedwigshöhe	125
	* St. Hedwig Krankenhaus	642
	* St. Joseph Krankenhaus (Weißensee)	313
	* Ev. Diakoniewerk Königin Elisabeth	248
	* Krankenhaus Pankow	288
	* Krankenhaus Prenzlauer Berg	547
	* Krankenhaus Weißensee	369
	Betten-Summe	4.027
	davon:	
- ehemals West	1.495	
- ehemals Ost	2.532	
Betten-Summe in %	9,7	
Anzahl der Häuser	12	
Schwerpunkt- versorgung	St. Gertrauden-Krankenhaus	519
	St. Joseph-Krankenhaus	517
	Ev. Waldkrankenhaus Spandau	729
	Immanuel-Krankenhaus	222
	Martin-Luther-Krankenhaus	400
	Krankenhaus Moabit II (Gem)	419
	Jüdisches Krhs./Hermann-Strauß-Hospital	486
	Oskar-Helene-Heim	267
	Deutsches Herzzentrum Berlin	142
	Krankenhaus Am Urban	1.286
	Auguste-Viktoria-Krankenhaus	1.271
	Humboldt-Krankenhaus	974
	Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik	1.054
	Krankenhaus Moabit I (STD)	467
	Nervenklinik Spandau	755
	Krankenhaus Spandau	1.404
	Wenckebach-Krankenhaus	559
	Krankenhaus Zehlendorf	831
	* Bundeswehr-Krankenhaus	520
	* Diplomaten-Krankenhaus	189
	* Krankenhaus Kaulsdorf	494
	* Kinderkrankenhaus Lindenhof	237
	* Klinikum Buch	3.589
	* W. Griesinger-Krankenhaus	927
	* Fachkrankenhaus für Neurologie/ Psychiatrie	823
	* Oskar-Ziethen Krankenhaus	567
* Krankenhaus S. Allende	621	

Versorgungsart	Krankenhaus	Betten
	Betten-Summe	20.556
	davon:	
	- ehemals West	12.589
	- ehemals Ost	7.967
	Betten-Summe in %	49,6
	Anzahl der Häuser	28
Zentralversorgung	Krankenhaus Neukölln	1.992
	Universitätsklinikum Steglitz	1.354
	Universitätsklinikum Rudolf-Virchow	2.255
	* Krankenhaus im Friedrichshain	1.048
	* Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose	177
	* Zentralinstitut für Arbeitsmedizin	50
	* Zentralinstitut für Herz-, Kreislauf- erkrankungen	88
	* Zentralinstitut für Krebsforschung	200
	* Universitätsklinikum Charité	1.960
	Betten-Summe	9.124
	davon:	
	- ehemals West	5.601
	- ehemals Ost	3.523
	Betten-Summe in %	22,0
	Anzahl der Häuser	9
	Betten-Summe	41.440
	davon:	
	- ehemals West	26.482
	- ehemals Ost	14.958
	Anzahl der Häuser	88

*) Krankenhäuser in Berlin (Ost),
in die vorläufige Förderliste aufgenommen

10.1.1.4 Sonderkrankenhäuser

Sonderkrankenhäuser sind Krankenhäuser, deren Versorgungsangebot unabhängig von der Leistungsstruktur nur einem begrenzten Personenkreis zur Verfügung steht. Es handelt sich hierbei um Krankenhäuser im Strafvollzug sowie um Krankenhäuser bestimmter Versicherungsträger und um die sog. "Großfamilien-Pflegestellen", die vom Ordnungsrecht her als Krankenhäuser geführt werden.

Insgesamt wurden zum 31.12.1990 9 Einrichtungen verschiedener Träger mit insgesamt 686 Betten (darunter 213 "Akut"-Betten) betrieben. Im Vergleich zum Vorjahr verringerte sich das Angebot um 44 Betten.

10.1.1.4.1 Betten-IST-Werte über alle Sonderkrankenhäuser nach Trägern und Fachdisziplinen (außerhalb des Krankenhausrahmenplans 1991) in Berlin am 31.12.1990

Sonder- krankenhaus	ins- gesamt	Akut	Innere	Chir- urgie	Neu- rologie	Psych- iatrie	Lungen- krankheiten	sonstige
städtisch								
Strafvollzug	213	213	77	35	46	-	55	-
freigemeinnützig								
ASB-Nusshöherstraße	66	-	-	-	-	66	-	-
DRK-Birkenhain	61	-	-	-	-	61	-	-
DRK-Erlengrund	46	-	-	-	-	46	-	-
DRK-Fichtenberg	65	-	-	-	-	65	-	-
DRK-Rosengarten	45	-	-	-	-	45	-	-
DRK-Tannengrund	51	-	-	-	-	51	-	-
privat								
Hospital Wannsee	53	-	-	-	-	53	-	-
Ruhsitz Ku-Damm	86	-	-	-	-	86	-	-
insgesamt 1990	686	213	77	35	46	473	55	-
1989	730	234	77	35	46	496	55	21 1)

1) 1989 Sonderkrankenhaus der Deutschen Reichsbahn

Die ehemaligen Sonderkrankenhäuser (4) in Berlin (Ost) wurden in die vorläufige Förderliste des Krankenhausrahmenplans 1991 aufgenommen.

10.1.2 Krankenhausrahmenplan 1991

Durch die Öffnung der Grenzen und die Vereinigung Deutschlands und Berlins war es nicht sinnvoll, die begonnene Arbeit der Krankenhausplanung für die westlichen Bezirke isoliert fortzusetzen.

Eine den bisher üblichen Vorgehensweisen entsprechende Krankenhausplanung mit einer wissenschaftlichen Bedarfsprognose war aus folgenden Gründen zunächst für das Land Berlin nicht leistbar:

- Es fehlte eine verlässliche, für die Verwaltungen verbindliche Bevölkerungsprognose.
- Die weitere Entwicklung im geriatrischen und Pflegebereich besonders im Ostteil der Stadt mußte abgewartet werden.
- In welchem Umfang Krankenhausleistungen in Berlin von Bewohnern außerhalb der Landesgrenzen in Anspruch genommen werden, konnte nicht hinreichend sicher eingeschätzt werden. Auch blieb

und bleibt abzuwarten, in welcher Ausgestaltung und in welcher Zeit das Land Brandenburg ein eigenes Versorgungssystem aufbaut.

- Durch die zunehmende Niederlassung freiberuflich praktizierender Ärzte, den Aufbau von Sozialstationen und ambulant-komplementären Einrichtungen waren erhebliche Verschiebungen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu erwarten.
- Die Auswirkungen, die ein einheitliches Leistungsrecht der Krankenkassen auf die Inanspruchnahme stationärer Versorgung haben werden, waren und sind noch immer nicht absehbar.
- Ergebnisse einer vom Senat in Auftrag gegebenen Studie über die Fehlallokationen von Kapazitäten in den verschiedenen Versorgungsbereichen waren aus Sicht des Senats für die längerfristig gültige Bedarfsprognose unverzichtbar. Trotzdem war eine verbindliche Planungsgrundlage für Berlin erforderlich.

Mit dem Krankenhausrahmenplan 1991 wurden erstmals Eckdaten für die stationäre Krankenversorgung Berlins vorgelegt. Damit war die Voraussetzung für Neubauten und Sanierungsmaßnahmen von Krankenhäusern im Land Berlin gegeben, die angesichts der desolaten baulichen Situation der Häuser in den östlichen Bezirken dringend erforderlich waren.

Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausrahmenplan

In den Krankenhausrahmenplan wurden 82 Einrichtungen aufgenommen, darunter 41 Häuser von gemeinnützigen Trägern. Weitere sechs Häuser waren für einen Trägerwechsel vorgesehen.

27 zum damaligen Zeitpunkt städtische Häuser wurden in den Krankenhausrahmenplan aufgenommen. Nach Realisierung der vorgesehenen Trägerwechsel sollten es 21 sein.

Neun in den Rahmenplan aufgenommene Einrichtungen wurden von privaten Trägern betrieben (nach Trägerwechsel zehn). Enthalten waren darüber hinaus drei Universitätsklinika.

Als Neubauvorhaben wurden das Geriatriezentrum Berlin, das Krankenhaus des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften und des Landes Berlin in Marzahn sowie die Praxisklinik in Hohenschönhausen aufgenommen.

Die in den Rahmenplan aufgenommenen 35.233 Betten wurden in 80 Einrichtungen betrieben. Hinzuzurechnen waren die Neubauvorhaben mit 730 Betten, so daß insgesamt 35.963 Betten in den Plan aufgenommen wurden.

Daraus ergab sich eine geplante Bettendichte von 10,3 Betten je 1.000 Einwohner bzw. 7,1 Akutbetten je 1.000 Einwohner. Gegenüber dem damaligen Ist-Stand (12,3 je 1.000 bzw. 8,6 je 1.000 Einwohner) war das eine deutliche Reduzierung.

Bei Struktur und Bettenangebot der Universitätsklinika blieben noch begrenzte Modifikationen vorbehalten, da die Strukturplanungen für die Charité durch den Wissenschaftsrat noch nicht abgeschlossen waren. Im Ergebnis der ausgewiesenen Gesamtbettenzahlen für die 82 in den Rahmenplan aufgenommenen Häuser ergab sich folgende Differenzierung nach im Plan vorgesehenen Trägern:

65 % der Betten sollten in städtischen und universitären Krankenhäusern vorgehalten werden, 39 % in gemeinnützigen und 5 % in privaten. Die Verschiebung der Anteile zwischen kommunalen und gemeinnützigen Trägern sollte hauptsächlich durch die planerisch gewollten Trägerwechsel im Ostteil der Stadt zustande kommen.

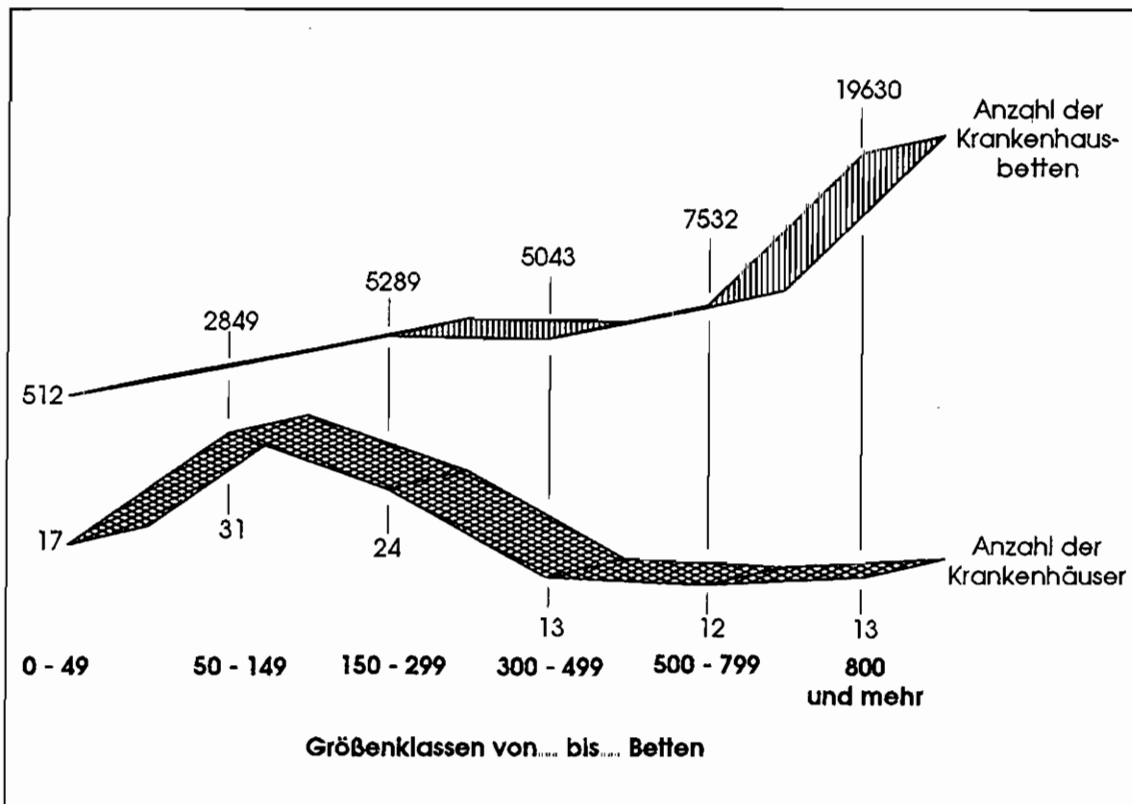
10.1.3 Ausgewählte Merkmale und Ergebnisse der Krankenhausstatistik (KHStatV)

10.1.3.1 Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wird deutlich, daß von den 110 Krankenhäusern (mit insgesamt 40.855 aufgestellten Betten ¹⁾) die 13 größten, d.h. in diesem Fall auch öffentlichen Krankenhäuser, mit fast 20.000 knapp die Hälfte aller Krankenhausbetten vorhielten, während andererseits 17 kleine Krankenhäuser lediglich 512 Betten zur Verfügung stellten. Die durchschnittliche Größe eines Krankenhauses in Berlin betrug 371 Betten.

1) Abweichungen gegenüber dem Krankenhausrahmenplan hinsichtlich der Krankenhäuser bzw. der Zahl der Krankenhausbetten sind auf den unterschiedlichen Erhebungsmodus (u.a. Bettenausstattung stichtagsbezogen - vs - im Jahresdurchschnitt) sowie auf Strukturveränderungen im Berichtszeitraum insbesondere im Bereich der Ostberliner Krankenhäuser zurückzuführen.

Graphik 46: Krankenhäuser in Berlin nach Bettengrößenklassen



10.1.3.2 Fachabteilungen in Krankenhäusern

Von den in Berlin (nach der KHStatV) im Jahresdurchschnitt 1990 aufgestellten 40 855 Betten standen 1.259 als Intensivbetten zur Verfügung, davon 720 in Berlin (West) und 539 in Berlin (Ost). Von diesen Intensivbetten entfielen auf

- konservative 550 (357/193)
- chirurgische 437 (254/183) und
- interdisziplinär intensivmedizinische Behandlung 272 (109/163) Betten.

Die Fachabteilung für Innere Medizin hatte mit fast 50 Betten je 10.000 Einwohner den höchsten Versorgungsgrad. Zu berücksichtigen waren hierbei jedoch die 6.891 Betten für Chronischkranke, die in der Zusammenstellung nicht zutreffend insgesamt als geriatrische Betten der Fachabteilung Innere Medizin zugeordnet wurden. Im Zusammenhang mit der Geriatriereform sollten die Betten für Chronischkranke, die nicht der geriatrischen Versorgung dienen, unter der Rubrik "Sonstige/Chronischkranke" aufgeführt werden. Ohne diese Zuordnung betrug der Versorgungsgrad für Innere Medizin 29,7 Betten je 10.000 Einwohner (vgl. 10.1.1.2). Chirurgie und Psychiatrie folgten mit 18 bzw. 16,7 Betten je 10.000 Einwohner.

10.1.3.2.1 *Fachabteilungen in Krankenhäusern in Berlin insgesamt*

Fachabteilung	Fach- abteilungen insgesamt	Betten		
		insgesamt	je 10.000 Einw	dar Intensivbetten
Chirurgie	45	6162	18,0	409
Innere Medizin	78	17082	49,9	448
Geburtshilfe, Gynäkologie	23	1502	4,4	46
Kinderheilkunde	12	1907	5,6	190
Orthopädie	11	1355	4,0	16
Psychiatrie	28	5701	16,7	20
Neurologie	19	1062	3,1	17
sonstige	93	6084	17,8	113
insgesamt	309	40855	119,5	1259

1) durchschnittliche Bevölkerung 1990 in Berlin insgesamt: 3.420.184

10.1.3.3 *Patienten und Pfl egetage*

Von den insgesamt 612.338 in Berlin stationär behandelten Patienten wurden (nach vorläufiger Zuordnung) 75 % auf Plankrankenhäuser, 21 % auf Hochschulkliniken und 2 bzw. 1 % auf Vertrags- bzw. sonstige Krankenhäuser zugeordnet.

Auf 1.000 Einwohner Berlins entfielen durchschnittlich im Jahr 1990 179 Krankenhausfälle (stationär behandelte Kranke), wobei das Verhältnis in Berlin (West) mit 176 etwas günstiger ausfiel als in Berlin (Ost) mit 184.

10.1.3.3.1 Patienten und Pflegetage 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Art des Krankenhauses	stationär behandelte Kranke		Pflegetage	
	insgesamt	je 1.000 E.	insgesamt	je 1 000 E.
Berlin (West)	377950	176	9139787	4259
Berlin (Ost)	234388	184	3980259	3123
insgesamt	612338	179	13120046	3836
davon (vorläufig)				
Hochschul-Klinik	130709		1683077	
Plankrankenhaus	459419		10683000	
Vertragskrankenhaus	15282		278416	
sonstige	6928		475553	

10.1.3.4 Patienten nach ausgewählten Fachabteilungen

Auch bei den Krankenhausfällen (je 10.000 Einwohner) nach Fachabteilungen wurde deutlich, daß die Abteilungen Innere Medizin mit 595 (ohne Chronischkranke) und Chirurgie mit 418,6 Fällen die Spitzenposition einnahmen

10.1.3.4.1 Patienten nach ausgewählten Fachabteilungen 1990 in Berlin insgesamt

Fachabteilung	Anzahl (Fälle) der Patienten		durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	je Fachabteilung	je 10 000 Einwohner 1)	
Augenheilkunde	18183	53,2	9,7
Chirurgie	143166	418,6	13,3
Gynäkologie	54275	158,7	8,0
Geburtshilfe	45592	133,3	7,0
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	21458	62,8	9,3
Innere Medizin	215644	630,5	26,7
2)		(595,0)	(16,2)
darunter Geriatrie	(12132)	(35,5)	203,7
Kinderheilkunde	40476	118,3	12,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1116	3,3	151,5
Orthopädie	21531	63,0	20,1
Psychiatrie	23761	69,5	78,0
Strahlenheilkunde	4448	13,0	22,7
Urologie	21779	63,7	14,4
Berlin insgesamt	612338	1790,4	21,4

1) durchschnittliche Bevölkerung 1990 in Berlin insgesamt: 3 420 184 Personen

2) ohne Geriatrie, da in dieser Übergangsphase Chronischkranke der Fachabteilung Innere Medizin zugeordnet wurden

10.1.3.5 Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Fachdisziplin	durchschnittliche Verweildauer insgesamt (in Tagen)						
	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Berlin (West)							
Innere Medizin 1)	21,4	17,0	16,5	16,6	16,7	14,7	15,8
Kinderheilkunde	11,4	9,7	9,3	8,8	8,3	8,4	9,0
Chirurgie	18,0	15,5	14,7	14,1	12,9	12,0	12,8
Orthopädie	27,6	22,7	20,7	18,7	17,5	17,6	19,2
Urologie	16,8	14,7	14,1	13,0	12,9	12,5	12,1
Neurochirurgie	12,7	12,8	12,0	11,8	12,3	11,4	11,3
Kieferchirurgie	12,7	12,9	11,9	12,6	12,0	10,0	9,3
Gynäkologie und Geburtshilfe	9,3	8,7	8,3	7,9	7,2	7,0	6,9
Hals-Nasen-Ohren	10,2	9,0	8,4	8,2	7,9	7,9	8,5
Augenheilkunde	14,4	10,5	9,5	9,2	8,7	8,0	8,0
Dermatologie	29,0	22,6	20,7	20,6	21,7	21,8	20,6
Strahlenheilkunde	14,7	15,8	15,3	15,8	16,2	15,6	17,2
Tb und Lunge	34,9	30,5	26,3	25,4	22,0	22,4	21,5
Berlin (Ost)							
Innere Medizin 2)	22,8	19,7	19,4	18,8	19,4	18,5	18,1
Kinderheilkunde	12,4	14,4	14,1	14,2	14,0	14,2	16,1
Chirurgie	16,8	15,2	15,0	15,3	14,8	14,2	14,2
Orthopädie	33,5	25,6	28,1	28,1	24,6	22,8	22,7
Urologie	26,0	21,9	22,2	20,6	17,1	17,5	19,0
Neurochirurgie	22,8	22,5	20,8	18,8	16,6	15,0	19,1
Kieferchirurgie	14,1	17,1	14,6	16,2	15,3	13,8	14,1
Gynäkologie und Geburtshilfe	8,2	7,5	7,4	7,2	6,6	6,5	7,4
Hals-Nasen-Ohren	8,3	9,2	8,9	8,6	8,3	7,9	9,6
Hals-Nasen-Ohren	11,3	11,4	11,6	11,6	11,0	11,4	10,4
Augenheilkunde	15,6	17,2	16,9	15,9	15,5	15,0	13,6
Dermatologie	19,1	23,4	23,8	25,4	25,0	25,9	29,5
Strahlenheilkunde	21,9	22,3	23,3	24,4	32,2	20,9	27,8
Tb und Lunge	43,6	35,8	35,0	32,4	28,1	26,0	27,4

1) ohne Chronischkranke; ab 1985 einschließlich Infektionskrankheiten

2) ohne Infektionskrankheiten

Während für den Zeitraum von 1980 - 1989 zur Berechnung der Verweildauer bzw. der Auslastung die Pflagestage, aufgestellte Betten und Patientenbewegung den entsprechenden Fachabteilungen auf der Grundlage des Krankenhausplans zugeordnet wurden, wurde mit dem Jahr 1990 erstmalig die Systematik der KHStatV mit den vom Statistischen Landesamt übermittelten Daten übernommen.

Obwohl damit eine z.T. geänderte Zuordnung vorgenommen wurde, sind folgende Aussagen zu den Tabellen 10.1.3.5 und 6 möglich:

- Von wenigen Ausnahmen abgesehen setzte sich der Trend zur weiteren Reduzierung der Verweildauer und zur Erhöhung des Auslastungsgrades fort - eine detaillierte Analyse wird erst in den folgenden Jahren möglich sein.

- Trotz abnehmender Tendenz war die Verweildauer in Berlin (Ost) in fast allen Fachdisziplinen weiterhin höher als in Berlin (West); dies traf in besonderem Maß für die Fachabteilungen Kinder-, Strahlen- und Tb/Lungenheilkunde sowie Dermatologie zu.
- Hinsichtlich der Auslastung fiel auf, daß die Fachdisziplin Kinderheilkunde in Berlin (Ost) - auch in der Zeitreihe betrachtet - erheblich über und Orthopädie, Tb/Lunge und HNO erheblich unter den entsprechenden Werten für Berlin (West) lagen.

10.1.3.6 Entwicklung der Auslastung in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1990 in Berlin (West) und (Ost)

Fachdisziplin	Auslastungsgrad insgesamt (in %)						
	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Berlin (West)							
Innere Medizin 1)	92,0	89,1	89,5	90,1	89,7	83,0	95,2
Kinderheilkunde	63,3	65,9	68,4	64,7	64,0	59,6	63,7
Chirurgie	87,9	89,6	88,2	88,1	87,8	86,4	87,6
Orthopädie	89,7	90,8	89,8	81,0	86,7	95,0	94,0
Urologie	83,7	82,2	85,3	82,4	86,7	84,7	85,4
Neurochirurgie	76,0	98,9	96,9	95,0	93,9	91,9	88,7
Kieferchirurgie	66,9	78,5	68,5	73,2	75,8	98,3	79,2
Gynäkologie und Geburtshilfe	84,2	84,2	86,0	82,5	85,5	85,7	85,9
Hals-Nasen-Ohren	81,5	81,1	79,4	84,0	81,6	85,9	86,0
Augenheilkunde	78,1	87,1	84,8	88,7	90,3	96,4	92,1
Dermatologie	84,5	80,7	84,7	81,1	86,9	84,4	87,4
Strahlenheilkunde	64,7	71,5	66,5	59,7	68,2	67,3	82,1
Tb und Lunge	76,8	69,3	89,5	84,9	75,9	79,9	87,9
Berlin (Ost)							
Innere Medizin 2)	80,9	85,2	84,4	84,7	86,8	84,2	82,8
Kinderheilkunde	55,5	70,0	73,6	72,2	76,4	72,7	80,4
Chirurgie	75,5	78,3	77,0	78,3	78,5	75,1	79,0
Orthopädie	78,8	83,7	80,3	79,3	76,4	76,6	76,1
Urologie	76,9	85,2	84,4	83,1	85,3	85,1	86,7
Neurochirurgie	63,8	83,0	61,7	58,1	59,9	59,6	89,1
Kieferchirurgie	83,7	88,2	76,4	82,2	86,6	83,4	82,8
Gynäkologie und Geburtshilfe	76,3	85,2	84,0	79,8	76,7	71,3	71,7
Hals-Nasen-Ohren	89,0	90,3	92,7	94,3	86,7	85,4	96,4
Hals-Nasen-Ohren	66,5	78,6	79,1	80,3	74,8	68,7	75,7
Augenheilkunde	85,5	86,7	88,2	89,8	93,8	91,7	89,0
Dermatologie	70,9	63,6	61,3	68,7	74,1	73,9	82,9
Strahlenheilkunde	78,7	79,8	79,3	81,5	80,8	77,5	93,8
Tb und Lunge	77,4	75,3	68,6	73,4	71,3	69,2	57,9

1) ohne Chronischkranke; ab 1985 einschließlich Infektionskrankheiten

2) ohne Infektionskrankheiten

10.1.3.7 Entwicklung globaler Indikatoren stationärer Krankenhausversorgung

Leistungsfaktoren	1980	1985	1990		
	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin insg.
Akutbetten					
stationär behandelte Kranke	339282	354682	371545	221002	592547
Pflegetage	6114583	7032125	5422542	3233008	8655550
Bettenausnutzung	85,8	87,6	88,1	81,7	85,6
Verweildauer	18,0	19,8	14,6	14,6	14,6
Akutbetten	19528	21997	16862	10841	27703
alle Planbetten					
Personal 1)	45058	44800	42641	19810	62451
darunter					
hauptamtliche Ärzte	3962	4248	4285	2591	6876
Pflegepersonal 2)	16774	17194	19863	8371	28234
Verw. u. Wirtsch. 3)	16015	13872	10265	4521	14786

1) ohne Krankenhäuser

2) einschließlich Funktionsdienst, ausschließlich Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten; ohne Medizinalfach- und sozialpflegerische Berufe

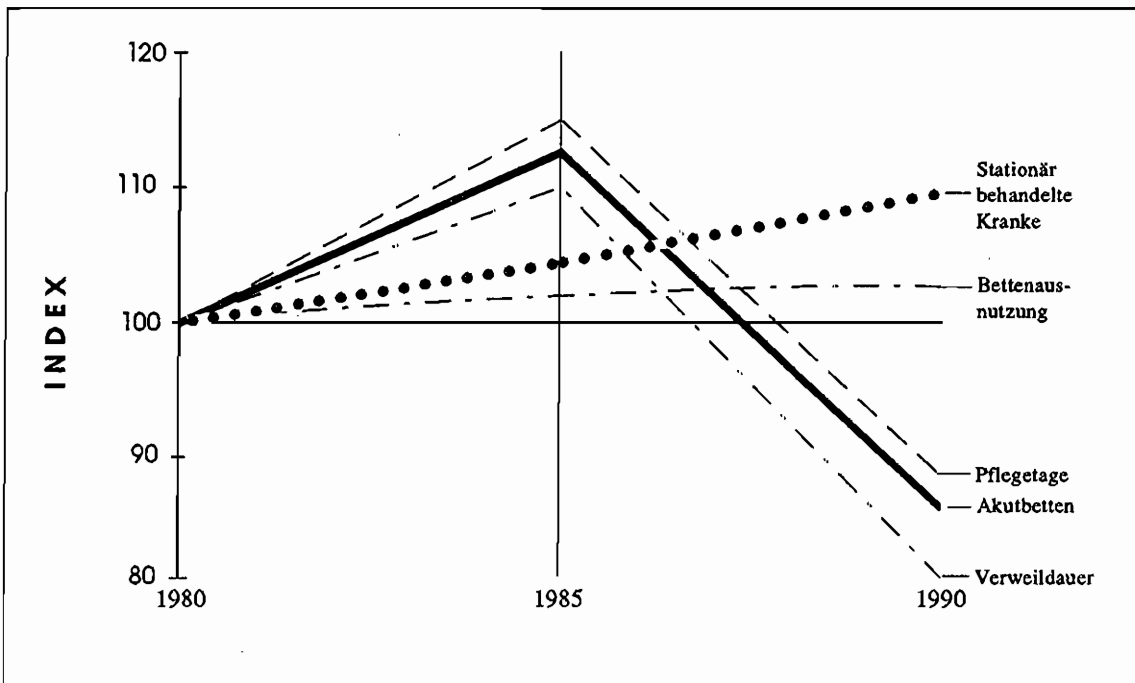
3) einschließlich des (1990 gesondert aufgeführten) klinischen Hauspersonals

Bei leicht gestiegener Bettennutzung wies die durchschnittliche Verweildauerverkürzung (14,6 Tage) im Bereich der Akutdisziplinen auf eine Intensivierung des Leistungsgeschehens in Berlin (West) hin; trotz erheblicher Reduzierung von Akutbetten hatte sich die Zahl der im Krankenhaus stationär betreuten Patienten gegenüber 1980 um knapp 10 % erhöht.

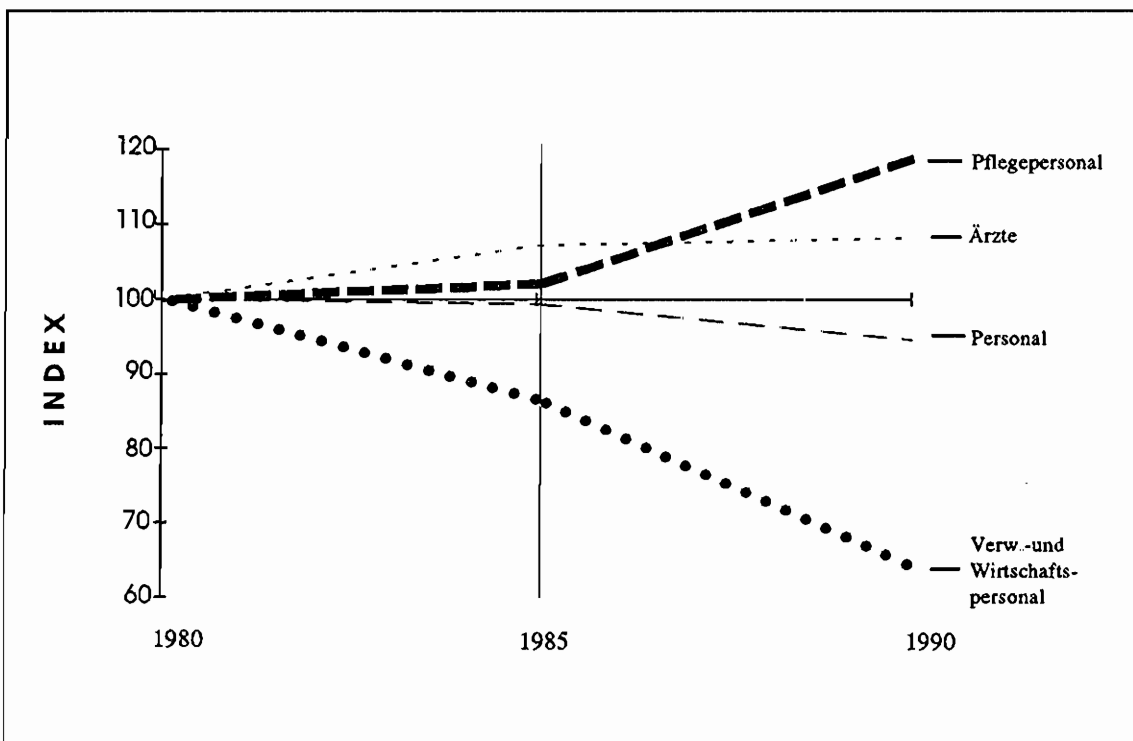
Mit der Zunahme von Patienten waren jedoch auch die Kosten des stationären Versorgungssystems gestiegen und führten zu einem verstärkten Rationalisierungsdruck auf die Krankenhausträger. Neben der Verkürzung der Verweildauer und des Abbaus von Kapazitäten wurde die betriebliche Organisation des Krankenhauses rationalisiert, u. a. wurde das in Berlin (West) insgesamt im Krankenhaus tätige Personal gegenüber 1980 um rd. 2.400 (5,4 %) Beschäftigte reduziert; dieser Personalabbau betraf jedoch maßgeblich den Bereich der Verwaltungs- und Wirtschaftskräfte (um 5.750 bzw. - 35,9 %), während - trotz des erwähnten Bettenabbaus - sich die Zahl der direkt am Patienten tätigen Personen z. T. sogar erheblich erhöhte:

- ärztliches Personal um 8,2 %
- Pflegepersonal sogar um 18,4 % (darunter allein rd. 2.600 bzw. 17,9 % gegenüber 1985).

Graphik 47: Leistungsfaktoren bezogen auf Akutbetten



Graphik 48: Personal (für alle Planbetten)



10.1.4 Das duale System der Krankenhausfinanzierung

10.1.4.1 Fördermittel des Landes Berlin

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt dadurch, daß ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten.

Dieses duale Krankenhausfinanzierungssystem gilt seit 1.1.1991 auch im ehemaligen Ostteil der Stadt. Im Beitrittsgebiet gelten allerdings bis zum 31.12.1993 Überleitungsvorschriften, die die Förderung in einigen Punkten abweichend von den im ehemaligen Westteil Berlins zur Anwendung kommenden Regelungen gestalten.

Für den ehemaligen Westteil der Stadt stellte das Land Berlin den in den Krankenhausplan 1986 bzw. in den Krankenhausrahmenplan 1991 zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung aufgenommenen Krankenhäusern öffentliche Mittel auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -, der Abgrenzungsverordnung - AbgrV -, des Berliner Landeskrankenhausgesetzes - LKG - und der Krankenhausförderungs-Verordnung - KhföVO - zur Verfügung.

KHG und LKG unterscheiden entsprechend der einzelnen Anspruchsgrundlagen zwischen der Einzelförderung und der Pauschalförderung.

Die Einzelförderung umfaßt im wesentlichen die Bauinvestitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Neu-, Um-, Erweiterungsbauten) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern.

Im Rahmen der Pauschalförderung werden die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (medizinisch-technische Ausstattung und Zivilausstattung) sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge gefördert, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann. Berechnungsfaktoren für die Jahrespauschale sind die Zahl der ordnungsbehördlich genehmigten, tatsächlich betriebenen förderungsfähigen Planbetten und der für die jeweilige Versorgungsstufe gesetzlich festgelegte Betrag je Bett.

Das LKG sieht ferner vor, daß bei von dem so errechneten Fördervolumen wesentlich abweichenden Bedarf die Jahrespauschale höher oder niedriger bemessen oder ein einmaliger Zuschlag berücksichtigt werden kann.

Darüber hinaus erhalten Krankenhäuser, die eine Ausbildungsstätte betreiben, zur Förderung der für diese Ausbildungsstätte notwendigen Investitionen einen jährlichen Zuschlag zur Jahrespauschale.

Anstelle von einer Förderung der Investitionskosten können die öffentlichen Mittel auch für die Kosten der Nutzung von Anlagegütern (Miete, Pacht, Leasing) eingesetzt werden.

In einzelnen Fällen werden auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel u. a.

- für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen
- zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern, zu ihrer Umstellung auf andere soziale Aufgaben
- als Eigenmittelausgleich

bereitgestellt.

Ein weiterer Förderungstatbestand ergibt sich aus der Übernahme von Kapitaldienstverpflichtungen bei Fremdfinanzierung von Investitionen durch Darlehen.

Für den ehemaligen Ostteil der Stadt erfolgt die Förderung für die im Krankenhausrahmenplan aufgenommenen Krankenhäuser auf der Grundlage der §§ 22, 23 KHG ebenfalls als Einzel- und Pauschalförderung.

Aus der Pauschalförderung sind hier jedoch Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, die Wiederbeschaffungen, Ergänzung, Nutzung und Mitnutzung von kurz-, mittel- und langfristigen Anlagegütern sowie bestimmte kleine Baumaßnahmen zu finanzieren. Diese erweiterte Pauschalmittelzweckbindung geht einher mit einem deutlich erhöhten Förderbetrag je Bett.

Auf den nachfolgenden Seiten wird das gesamte Investitionsvolumen des Jahres 1990 (nur ehemaliger Westteil) von rd. 431 Mio. DM sowie des Jahres 1991 mit Stichtag 31.10. für ehemals West (rd. 300 Mio. DM) und ehemals Ost (rd. 197 Mio. DM), untergliedert nach den verschiedenen Fördertatbeständen und differenziert nach den Trägerbereichen der geförderten Krankenhäuser, dargestellt. Die Zahl der geförderten Betten betrug 23.886 im Jahre 1990 (nur ehemaliger Westteil); in 1991 wurden im ehemaligen Westteil 23.717 und im ehemaligen Ostteil 11.532 Betten gefördert. Die Krankenhäuser sind hierbei 4 verschiedenen Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Zentralversorgung) zugeordnet. Diese nach § 8 Abs. 2 LKG bzw. § 23 Abs. 2 KHG erforderliche Zuordnung erfolgt nach der jeweiligen Aufgabenstellung des Krankenhauses.

Der vergleichsweise schlechte Zustand der Krankenhäuser in den östlichen Bezirken Berlins erfordert es, in den folgenden Jahren vorrangig den vorhandenen Nachholbedarf dieser Häuser zu decken. Dadurch wird es zu einer erheblichen Verlagerung des Fördervolumens in West-Ost-Richtung kommen, was jedoch nicht an anderer Stelle zu einer Absenkung des Versorgungsniveaus führen darf. Es wird daher notwendig sein, den Mitteleinsatz für die stationäre Krankenversorgung insgesamt anzuheben.

10.1.4.1.1 Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1990 in Berlin (West) zum Stichtag 31.12.1990 nach Förderungsansprüchen und Trägern

Träger- bereiche	Einzelförderung		Pauschalförderung			Miete anstelle einer Einzel- förderung § 9	Anlauf- und Umstellungs- kosten §§ 10 - 13	Übernahme von Kapitaldienst- verpflichtun- gen bei Fremd- finanzierung durch Darlehen § 11	Summe der Förder- mittel	Anteil an der Gesamt- förde- rung in %
	§ 7 (1)1 einschl. § 7 (3)	§ 7 (1)2	§ 8 (2) 1 (lfd.Bet- tenpau- schale)	§ 8 (2)2 (einmal. Zu- schläge)	§ 8 (3) (Ausbil- dungs- platzzu- schlag)					
			§ 8 (2) 1 (lfd.Bet- tenpau- schale)	§ 8 (2)2 (einmal. Zu- schläge)	§ 8 (3) (Ausbil- dungs- platzzu- schlag)					
städtisch	115947109	25587937	37809000	3633035	100105	596283	3980000	187653469	43,5	
freigemein- nützig	132153069	2738840	27461949	2288635	72280	1189737	1510966	167737469	38,9	
Caritas	68027270	111845	6686840	1500000	24200	19223	64820	76634197	17,8	
Diakonie	58033751	1975012	11018945	795318	26080	150816	1279924	73319324	17,0	
DRK	1385098	177115	3870882	11825	7975	750063	3079	6212883	1,4	
DPW	4706950	309370	4749175	6683	2200	269636	227963	10197624	2,4	
AWO	165498	165498	936108					1373442	0,3	
privat	246403	1808106	1904392			270569	511026	5573263	1,3	
UKRV	51101457	4149040	8430716		17875		113455	63812542	14,8	
sonstige	493394	1134627	3143500	1083666	22550	203273	7479	6307535	1,5	
insgesamt	299941432	35418550	78749557	7005336	212810	2259862	6122926	431084278	100	
1990	336280775	52600094	73713482	4632552	249327	2061758	6950845	477922284	100	

10.1.4.1.2 Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1991 in Berlin (ehemals Ost) zum Stichtag 31.10.1991 nach Förderungsansprüchen und Trägern

Trägerbereiche	Einzelförderung	Pauschalförderung		Anlauf- und Umstellungskosten § 22 (1) Nr 2,5,6	Übernahme von Kapitaldienstverpflichtungen bei Fremdfinanzierung durch Darlehen § 22 (1) Nr 3	Summe der Fördermittel	Anteil an der Gesamtförderung in %
	§ 22 (1) Nr. 1	§ 23 (1)	§ 23 (2) 2				
städtisch	29808296	140965273	-	-	-	170773569	86,8
freigemeinnützig	6869226	19189000	-	-	-	26058226	13,2
Caritas	5189226	16553000	-	-	-	21742226	11,0
Diakonie	1680000	2636000	-	-	-	4316000	2,2
insgesamt 1991	36677522	160154273	-	-	-	196831795	100

10.1.4.1.3 Geförderte Krankenhäuser und Krankenhausbetten 1) in Berlin (West) 1991 2) nach Trägern und Versorgungsstufen

Krankenhaus-träger	Krankenhäuser					Krankenhausbetten				
	insgesamt	in den Versorgungsstufen				insgesamt	in den Versorgungsstufen			
		I	II	III	IV		I	II	III	IV
städtisch	11	1	-	9	1	11099	777	-	8391	1931
freigemeinnützig	35	21	5	9	-	10053	4988	1257	3808	-
Caritas	9	5	2	2	-	2469	1050	383	1036	-
Diakonie	11	7	-	4	-	4013	2243	-	1770	-
DRK	6	3	2	1	-	1389	458	644	287	-
DPW	7	4	1	2	-	1679	734	230	715	-
AWO	2	2	-	-	-	503	503	-	-	-
privat	8	8	-	-	-	825	825	-	-	-
sonstige (UKRV/ö.B.Wedding/DHZZB)	2	-	-	1	1	1740	-	-	142	1598
insgesamt										
1991	56	30	5	19	2	23717	6590	1257	12341	3529
1990	56	30	5	19	2	23886	6595	1257	12473	3561

- 1) Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsvorschriften und deren Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -förderung gibt es zwischen den einzelnen Bettenzahlen jeweils systembedingte Differenzen
- 2) Der Berechnung der lfd. Jahrespauschale liegt die Bettenzahl nach dem Stichtag zum 1.1. eines jeden Jahres zugrunde.

10.1.4.1.4 Geförderte Krankenhäuser und Krankenhausbetten 1) in Berlin (Ost) 1991 2) nach Trägern und Versorgungsstufen

Krankenhaus-träger	Krankenhäuser					Krankenhausbetten				
	ins-gesamt	in den Versorgungsstufen				ins-gesamt	in den Versorgungsstufen			
		I	II	III	IV		I	II	III	IV
städtisch 3)	17	3	3	7	4	10207	528	1292	6863	1524
freigemeinnützig	7	4	2	1	—	1605	310	528	767	—
Caritas	3	2	—	1	—	973	206	—	767	—
Diakonie	4	2	2	—	—	632	104	528	—	—
insgesamt	24	7	5	8	4	11812	838	1820	7630	1524

- 1) Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsvorschriften und deren Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -förderung gibt es zwischen den einzelnen Bettenzahlen jeweils systembedingte Differenzen
- 2) Der Berechnung der lfd. Jahrespauschale liegt die Bettenzahl nach dem Stichtag zum 1.1. eines jeden Jahres zugrunde.
- 3) Robert-Rößler-Klinik und Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Forschung ab 1.7.1991

10.1.4.2 Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1990/1991

Die wirtschaftliche Entwicklung, Tarifvereinbarungen, der wissenschaftliche Fortschritt, gesetzliche Vorgaben, Verbesserung der Pflege und die medizinischen Strukturveränderungen bestimmen in den Pflegesatzverhandlungen die Forderungen der Krankenhäuser. Die daraus abgeleiteten Kosten müssen in den jährlichen Verhandlungen mit den finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen in Übereinstimmung gebracht werden.

Durch den Zusammenschluß von Berlin (West) und (Ost) mußten neben den westlichen Krankenhäusern auch die im Osten Budgets und Pflegesätze für das Jahr 1991 erhalten, um ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Während alle westlichen Krankenhäuser ihr Rechnungswesen aufgrund der Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung nach kaufmännischen Vorschriften organisieren, müssen die östlichen Häuser diesen Schritt erst zum 1.1.1993 vollziehen. Aus diesem Grunde wurde für sie im Einigungsvertrag ein vereinfachtes Kalkulationsschema zur Ermittlung des benötigten Budgets und Pflegesatzes vorgesehen.

Für die westlichen Krankenhäuser brachte das Jahr 1991 wegen der tariflichen Erhöhung der Löhne und Gehälter zum 1.7.1991 eine Erhöhung der Budgets und Pflegesätze. Außerdem war von der Bundesregierung für die psychiatrischen Krankenhäuser eine "Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV)" erlassen worden. Für die Beschäftigungsgruppen, die an der Heilung der Patienten unmittelbar mitwirken, war anhand von Erhebungen für jedes Krankenhaus individuell aufgrund der Schwere der Fälle das notwendige Personal zu ermitteln. Die dafür notwendigen Absprachen hatte die Berliner Krankenhausgesellschaft mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin im Frühjahr getroffen. So konnten die westlichen Krankenhäuser zum 1. Juli 1991 für die Behandlung psychisch Kranker aus folgenden

Berufsgruppen mehr Personal beschäftigen:

- Ärzte
- Schwestern
- Psychologen
- Sozialarbeiter
- Bewegungstherapeuten
- Laborpersonal
- Ergotherapeuten
- Krankengymnasten
- Logopäden
- Sozialpädagogen
- Sprachtherapeuten
- Physiotherapeuten.

Durch die Psychiatrieverordnung war es den Krankenhäusern im Westteil der Stadt möglich, den Personalbestand in den oben genannten Berufsgruppen im 2. Halbjahr 1991 um ca. 228 Beschäftigte zu steigern.

Die Kosten für diesen Personalzuwachs betragen ca. 8.093.000 DM.

Die Pflegesatzverhandlungen des Jahres 1991 ergaben für die Krankenhausgruppen im Land Berlin folgende Summen:

10.1.4.2.1 *Verhandelte und vereinbarte Budgets (DM) 1991*

Krankenhausgruppe	Berlin (West)			Berlin (Ost)	Land Berlin
	1990	Veränderung	1991	1991	1991
Akut-Krankenhäuser	2215238234	6,28	2354322526		2354322526
Belegkrankenhäuser	24097978	7,19	25831491		25831491
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	57861481	181,30	162761908		162761908
Nervenkliniken	129222310	11,98	144700611		144700611
Chronischkranke	498009703	10,02	547911882		547911882
Teilstationär	16556470	8,55	17972022		17972022
Sonderentgelte	89800094	11,43	100068200		100068200
insgesamt	3030786270	10,65	3353568640	1055134362	4408703002

Die vereinbarten Budgets erhöhten sich

von 1988 auf 1989	2,68	%
von 1989 auf 1990	6,99	%
von 1990 auf 1991	10,65	%

für den Westteil Berlins.

Für die Ermittlung der Pflegesätze wurden folgende Berechnungstage zugrunde gelegt:

10.1.4.2 *Verhandelte und vereinbarte Berechnungstage 1991*

Krankenhausgruppe	Berlin (West)			Berlin (Ost)	Land Berlin
	1990	Veränderung	1991	1991	1991
Akut-Krankenhäuser	5822482	-2,26	5691137		5691137
Belegkrankenhäuser	96463	-3,25	93326		93326
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	44067	215,53	139044		139044
Nervenkliniken	528809	-0,05	528559		528559
Chronischkranke	2855244	-0,96	2827727		2827727
Teilstationär	79429	8,45	86140		86140
Sonderentgelte	10968	-11,11	9750		9750
insgesamt	9437462	-0,65	9375683	4018066	13393749

Setzt man die Berechnungstage des Jahres 1988 gleich 100 Prozent, dann zeigt sich für die folgenden Jahre ein geringer aber stetiger Rückgang

Index	1988	100
	1989	100
	1990	99
	1991	98

für den Westteil Berlins.

Der durchschnittliche Pflegesatz im Land Berlin als Preis für den Behandlungstag der Krankenhäuser weist durch die Veränderungen innerhalb der Bereiche eine höhere Steigerung auf als die Budgets.

10.1.4.2.3 *Verhandelte und vereinbarte Pflegesätze (DM) 1991*

Krankenhausgruppe	Berlin (West)			Berlin (Ost)	Land Berlin
	1990	Veränderung	1991	1991	1991
Akut-Krankenhäuser	380,46	8,73	413,68		413,68
Belegkrankenhäuser	249,82	10,80	276,79		276,79
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	826,26	41,67	1170,58		1170,58
Nervenkliniken	244,36	12,03	273,76		273,76
Chronischkranke	174,42	11,09	193,76		193,76
Teilstationär	208,44	0,10	208,64		208,64
Sonderentgelte	8187,46	25,36	10263,41		10263,41
insgesamt	312,14	11,16	346,96	262,60	321,65

10.1.5 Umlandversorgung

Vor dem Hintergrund des Zusammenwachsens der beiden heterogenen Stadthälften und dem Ziel einer ausgewogenen Gesundheitsversorgung sowie unter Berücksichtigung der Funktion Berlins für die medizinische Versorgung des Umlandes erfolgte 1991 erstmals quartalsweise eine statistische Umfrage zur Umlandversorgung in den Berliner Krankenhäusern.

Dem Bericht liegt der Zeitraum vom 1.1. - 31.12.1991 zugrunde; er gibt Auskunft über entlassene Patienten, differenziert nach Berliner Bevölkerung und Nichtberlinern. Die Nichtberliner wurden gegliedert nach dem Bundesland Brandenburg und sonstigen Einzugsgebieten erfaßt.

Es wurden 75 Einrichtungen in Berlin (West) und 23 Einrichtungen in Berlin (Ost) in die Untersuchung einbezogen.

Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Vom 1.1. bis 31.12.1991 wurden in Berlin (West) 403.829 Patienten behandelt, darunter 17.856 Nichtberliner (4,4 %). Unter den Nichtberlinern befanden sich 3.006 Brandenburger (0,7 %). In Berlin (Ost) wurden im gleichen Zeitraum 230.178 Patienten behandelt, darunter 59.220 Nichtberliner (25,7 %). Darunter befanden sich 37.808 Brandenburger (16,4 %). 9,3 % der in Ostberliner Einrichtungen behandelten Patienten kamen aus anderen Bundesländern, in Berlin (West) dagegen nur 3,7 %.

Im Durchschnitt Berlins insgesamt kann z.Z. von einer Umlandversorgung in Höhe von 12,2 % ausgegangen werden. Betrachtet man nur das direkt an Berlin angrenzende Land Brandenburg, so ist die Versorgung durch Berliner Einrichtungen mit 6,4 % nur halb so groß.

Bezieht man diese Aussage auf die Zahl der Betten, so wurden für die gesamte Umlandversorgung von den rund 41.000 Krankenhausbetten (Stand 31.12.1991) etwa 5.000 von Nichtberlinern belegt, über die Hälfte davon von Brandenburgern.

Einen besonders hohen Anteil an der Umlandversorgung hatten in Berlin (West) zwei Einrichtungen, das Rudolf-Virchow-Klinikum und das Klinikum Steglitz, mit zusammen 36,3 % aller Behandlungen für Nichtberliner. In Berlin (Ost) liegt diese Funktion beim Klinikum Buch und der Charité mit 66,1 % aller behandelten Nichtberliner.

10.1.5.1 Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland nach ausgewählten Einrichtungen 1991

Einrichtung	behandelte Nichtberliner	behandelte Brandenburger
	an allen Behandlungsfällen in % 1991	
Berlin (West)		
Deutsches Herzzentrum Berlin	38,21	3,86
DRK-Klinik Phönix	30,43	3,26
DRK-Hospital Kastanienallee	20,83	8,33
Klinik für kosmetische Chirurgie	15,17	9,95
Elisabeth Diakonie	9,33	2,65
Nervenklinik Spandau	7,53	0,31
Klinikum Steglitz	7,42	0,88
im Vergleich hierzu der Westberliner Durchschnitt	4,42	0,74

Berlin (Ost)		
Herz-Kreislauf-Klinik	74,88	50,77
Robert-Rössle-Klinik	62,35	31,37
Hellmuth-Ulrici-Klinik	55,28	35,19
Fachkrh. für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie	47,91	23,03
Charité	42,44	26,45
Klinikum Buch	41,02	32,80
St. Hedwig Krankenhaus	25,67	19,20
im Vergleich hierzu der Ostberliner Durchschnitt	25,73	16,43

In Berlin (West) konzentriert sich die Versorgung des Umlandes insgesamt nur auf 74 % der Einrichtungen, die Versorgung der Brandenburger sogar nur auf 62 % der Einrichtungen. In Berlin (Ost) hingegen waren alle Häuser an der Umlandversorgung beteiligt.

Betrachtet man die Behandlungsfälle Nichtberliner Patienten nach Trägern, so zeigt sich, daß öffentliche Häuser den größten Anteil Nichtberliner behandelten.

10.1.5.2 Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland nach Trägern 1991 in %

Träger	Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	Brandenburg	sonstige	Brandenburg	sonstige
öffentliche	0,72	4,16	16,89	9,31
gemeinnützige	0,81	3,23	11,72	9,21
private	0,64	0,91	-	-

In den einzelnen Fachdisziplinen fiel der Umfang der Mitversorgung des Umlandes unterschiedlich groß aus. In Berlin (West) wurden in den Fachdisziplinen Innere Medizin und Chirurgie 51 % aller Behandlungen für Nichtberliner geleistet. Auch die aus dem Land Brandenburg kommenden Patienten nahmen zur Hälfte diese Fachrichtungen in Anspruch.

Ganz anders das Bild in Berlin (Ost): Nahezu 50 % der Leistungen für das Umland wurden von 5 Fachdisziplinen abgedeckt. An erster Stelle standen die Innere Medizin (1.-4. Medizinische Klinik) und die Chirurgie (1.-2. Medizinische Klinik), es folgten die Pädiatrie, die Urologie sowie die Gynäkologie/Geburtshilfe.

Betrachtet man die Behandlungsfälle Nichtberliner Patienten nach Versorgungsstufen, so ergibt sich folgende Reihenfolge:

10.1.5.3 Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland nach Versorgungsstufen 1991 in %

Versorgungsstufe	Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	Brandenburg	sonstige	Brandenburg	sonstige
Zentralversorgung	0,66	4,70	20,11	13,89
Schwerpunktversorgung	0,84	3,71	17,67	6,99
Regelversorgung	0,24	1,41	5,92	5,97
Grundversorgung	0,78	2,03	17,57	8,04

Gegenüber dem Umland nahm Berlin (Ost) nicht nur die Aufgabe als Zentrum der Hochleistungsmedizin wahr, sondern hatte auch großen Anteil an der medizinischen Grundbetreuung.

Auf der Grundlage des in der ehemaligen DDR seit 1969 geführten Krankenblattprojektes wurden die folgenden Aussagen zur Umlandversorgung durch Ostberliner Krankenhäuser für die letzten 3 Jahre zusammengestellt:

Auffällig war ein Zuwachs bei der Versorgung des Umlandes in Einrichtungen mit einem traditionell hohen Anteil, wie dem Klinikum Buch, dem Krankenhaus Köpenick, dem Institut für Herz-, Kreislaufkrankungen und der Hellmuth-Ulrich-Klinik. Häuser mit unter dem Ostberliner Durchschnitt liegenden Anteilen an der Umlandversorgung verzeichneten 1991 einen leichten Rückgang.

10.1.5.4 Stationäre Behandlungsfälle aus dem Umland in Krankenhäusern in Berlin (Ost) 1989 - 1991 1)

Einrichtung	behandelte Nichtberliner (N)/Brandenburger (B) an allen Behandlungsfällen in %					
	1989		1990		1991	
	N	B	N	B	N	B
Krh. im Friedrichshain	12,7	6,9	14,1	7,8	10,0	4,4
Klinikum Buch	28,7	22,6	31,7	25,2	41,0	32,8
Krh. Prenzlauer Berg	6,6	2,6	6,7	2,2	2,8	1,1
DRK-Krh. Köpenick	6,2	3,2	6,4	3,3	17,9	2,6
Kinderkrh. Lindenhof	2,3	1,6	3,4	2,9	3,0	1,9
Oskar-Ziethen-Krh.	6,4	4,2	7,3	4,3	5,6	4,0
Krh. Weißensee	6,1	4,3	4,6	3,2	3,5	2,4
Krh. Pankow	16,3	9,8	14,3	8,3	8,7	2,4
Krh. Kaulsdorf	7,3	4,3	7,6	3,9	4,3	2,0
Hellmuth-Ulrici-Klinik	40,8	26,7	45,6	32,0	55,3	35,2
Fachkrh. für Neurologie und Psychiatrie	9,9	5,1	9,3	4,0	10,3	5,7
Wilhelm-Griesinger-Krh.	12,3	7,0	13,3	7,9	18,5	7,8
Charité	44,2	27,0	45,8	27,9	42,4	26,4
Herz-Kreislauf-Klinik	66,8	28,1	65,3	34,1	74,9	50,8
Fachkrh. für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie	58,6	39,7	57,3	40,0	47,9	23,0
Robert-Rössle-Klinik	57,7	38,2	58,2	35,3	62,4	31,4
St. Joseph-Krh. Mitte	8,6	7,2	7,6	6,1	11,4	9,4
St. Hedwig-Krh.	22,2	17,2	22,9	16,3	25,7	19,2
Krh. Hedwigshöhe	19,8	18,2	20,2	19,2	23,5	22,0
St. Antonius-Krh.	6,3	4,2	6,3	4,6	11,2	8,9
Ev. Diakoniewerk Königin Elisabeth	7,5	5,6	5,9	3,3	31,9	2)
St. Joseph-Krh. Weißensee	26,7	16,6	24,9	15,2	22,8	10,1
Maria-Heimsuchung	6,2	5,8	5,9	5,3	6,8	6,2
im Vergleich hierzu der Ostberliner Durchschnitt	22,9	15,0	21,0	14,0	25,7	16,4

1) Der Aufstellung liegen zwei unterschiedliche Erfassungssysteme zugrunde (1989 und 1990 Krankenblattprojekt der ehemaligen DDR)

2) Zahlenwert unbekannt

10.1.6 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin 1991:

Innerhalb des Berliner Gesundheits- und Sozialsurveys wurde auch die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen durch die Berliner Bevölkerung analysiert.

9,9 % der Westberliner und 7,0 % der Ostberliner Bevölkerung wurden im Zeitraum eines Jahres stationär in ein Krankenhaus aufgenommen. Der Anteil für mehrmalige Krankenhausaufnahmen lag in den westlichen Bezirken bei 2,4 % und in den östlichen Bezirken bei 2,6 %, wobei der Anteil mehrmaliger Krankenhausaufenthalte in einem Jahr bei den über 60jährigen im Westteil der Stadt deutlich höher lag als im Ostteil.

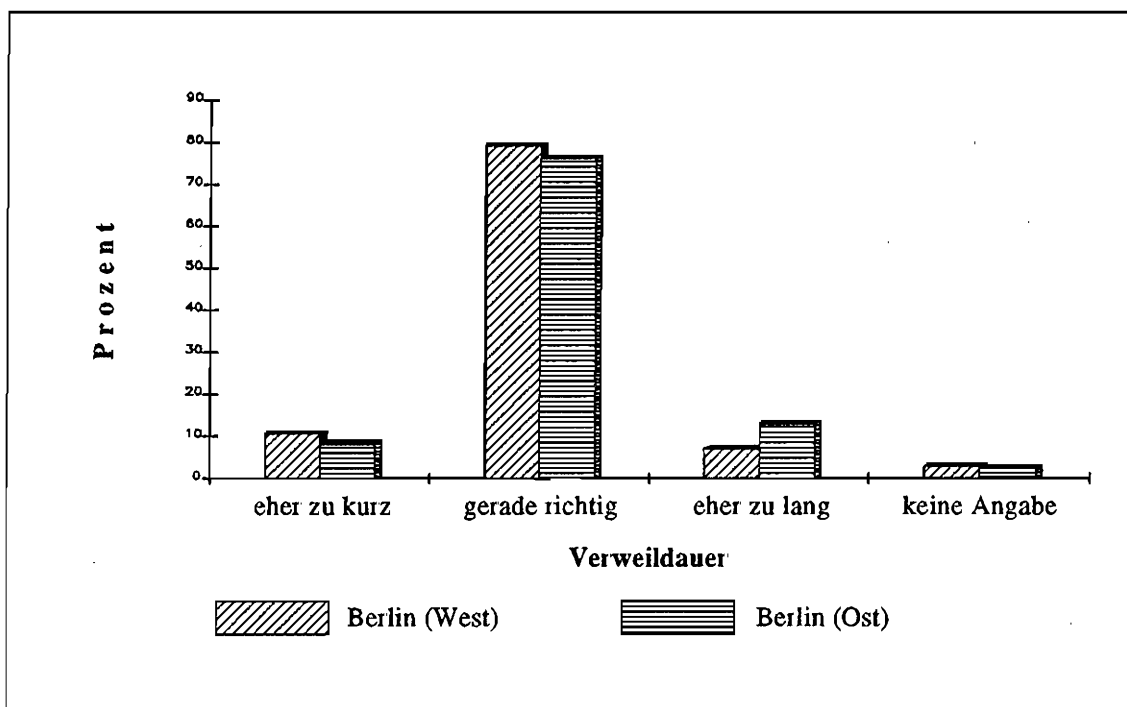
Nach den Angaben der Befragten betrug die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus 17 bis 18 Tage.

Die Einweisung in ein Krankenhaus erfolgte überwiegend auf Veranlassung oder Mitwirkung der ambulant tätigen oder niedergelassenen Ärzte.

Veranlassung der Krankenhauseinweisung (in %) (Mehrfachnennungen waren möglich)

Krankenhauseinweisung durch	Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
niedergelassener oder ambulant behandelnder Arzt	59,3	63,3	61,9	66,4
Krankenhaus	16,9	9,3	18,7	12,8
eigene Veranlassung	20,1	14,2	19,0	13,0
Familie	7,1	5,4	5,9	2,4
Notaufnahmen	31,1	27,0	29,0	31,9
sonstige	5,7	3,1	1,9	1,7

Die Verweildauer im Krankenhaus stellte aus Sicht der Bevölkerung keine zu optimierende Größe dar. Sie wurde überwiegend für angemessen gehalten.

Graphik 49: Angemessenheit der Verweildauer

Insgesamt waren 96 % der männlichen und 90 % der weiblichen Befragten in Berlin (Ost) sowie 82 % der männlichen und 85 % der weiblichen Befragten im Westteil der Stadt der Meinung, daß die medizinische Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt werden mußte (z.B. wegen Operationen).

Möglichkeiten zur Entlastung der Krankenhäuser werden ganz offensichtlich, wenn man die Angaben von Gründen, die zu einem stationären Krankenhausaufenthalt der über 60jährigen Berliner führten, analysiert. Hier meinte ein nicht unerheblicher Teil, daß der Krankenhausaufenthalt nur notwendig wurde, weil niemand die Pflege hätte übernehmen können (westliche Bezirke: 18,2 % Männer, 17,3 % Frauen; östliche Bezirke: 3,0 % Männer, 25,6 % Frauen).

10.2 Krankenhäuser

Krankenhäuser sind Pflegeeinrichtungen nach dem Heimgesetz in der Neufassung vom 23.4.1990 - GVBl. S. 1008/BGBl. I S. 763 - Private Träger von Häusern unterliegen der Erlaubnispflicht nach § 6 dieses Gesetzes, freigemeinnützige Träger nach § 7 der Anzeigepflicht.

In Berlin bestehen seit 1975 Krankenhäuser, die pflegebedürftige alte und behinderte Menschen auf unbegrenzte Zeit bei ärztlicher Betreuung stationär aufnehmen.

Die Bewohner sind einerseits nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig, können aber andererseits in ihrer normalen Umgebung (z. B. in der eigenen Wohnung oder in einem Seniorenheim) nicht das erforderliche Maß an medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Hilfen erhalten.

Im Krankenhaus steht die aktivierende Pflege im Vordergrund, die dem Bewohner ein gewisses Maß an Selbständigkeit erhält oder die Wiedererlangung von Fähigkeiten fördert.

1991 waren 27 Krankenhäuser mit insgesamt 3.252 Plätzen (darunter 546 im Bereich der Psychiatrie) in Betrieb. Von diesen Einrichtungen wurden 11 Häuser mit 1674 Plätzen von privaten und 16 Häuser mit 1.578 Plätzen von freigemeinnützigen Trägern betrieben. Die Einrichtungen unterliegen der Aufsicht nach dem Heimgesetz und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen, die Zuständigkeit für Krankenhäuser ging 1991 auf die Senatsverwaltung für Soziales über.

Mit den Krankenhausträgern - vertreten durch die Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. - werden jährlich nach Prüfung der eingereichten Selbstkostenunterlagen und Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Finanzen Heimpflegeentgelte vereinbart. Das durchschnittliche Heimpflegeentgelt betrug 1990 (gewichtet) 158,55 DM (Stand 16.10.1991).

Durch Senatsbeschluß vom 9.8.1988 wurde für die Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen, für zusätzliche pflegerische und therapeutische Angebote - auf der Grundlage geprüfter Konzepte - auf Antrag zusätzlich bis zu einer Kraft für 10 Bewohner einzustellen.

Bis 1991 sind 132 solcher zusätzlichen Stellen geschaffen worden, deren Kosten in den Heimpflegeentgelten berücksichtigt wurden.

10.3 Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung

10.3.1 Blutspendedienste 1990

Blutspendedienst	Blut-spender	tatsächl. ge-wonnene Blut-konserven und Blutpräparate	Spenden		
			gegen Entgelt	ohne Entgelt	
DRK-Blutspendedienst mit Außenentnahmestelle, Blutspendebus, Team	79202	70925	56779	22423	
Blutbank im Klinikum Rudolf Virchow, Standort Charlottenburg	6469	6469	4161	2308	
Blutbank im Krhs. Moabit	5434	5434	5340	94	
Blutbank im Klinikum Steglitz	978	978	978	-	
insgesamt	1990 1989	92083 88102	83806 78397	67258 64924	24825 23178

Anschriften

DRK-Blutspendedienst		Hindenburgdamm 30,	1000 Berlin	45
Blutbank im Universitätsklinikum Standort Charlottenburg	Rudolf Virchow,	Spandauer Damm 130,	1000 Berlin	19
Blutbank im Krankenhaus Moabit		Turmstraße 21,	1000 Berlin	21
Blutbank im Universitätsklinikum Steglitz	Steglitz	Hindenburgdamm 30,	1000 Berlin	45

Die Spendenbereitschaft hat sich im Vergleich zum Vorjahr etwas erhöht (+ 4,5 %; + 3.981 Spender). Dadurch stieg auch die Zahl der tatsächlich genommenen Blutkonserven und -präparate (+ 6,9 %; + 5.409 Konserven/Präparate).

Annähernd konstant blieb der Anteil der unentgeltlichen Spenden am gesamten Spendenvolumen (1989: 26,3 %; 1990: 26,9 %).

Die Zahl der autologen Transfusionen (Eigenblutspenden) hat sich von 1.148 (1989) auf 1.248 (+ 8,7 %) erhöht.

Aufgrund der Umstrukturierungen der Blutspendedienste in Berlin (Ost) sind für das Berichtsjahr keine Statistiken verfügbar.

10.3.2 *Rettungswesen*

Der Rettungsdienst in Berlin wurde mit Wirkung vom 1.7.1991 einheitlich gestaltet.

Das Rettungsamt Berlin, von dem bisher der Rettungsdienst in Berlin (Ost) durchgeführt und koordiniert wurde, wurde am 1.7.1991 in die Berliner Feuerwehr eingegliedert.

Schrittweise wurde und wird ein einheitliches Rettungswesen nach Qualität und Quantität in ganz Berlin gestaltet.

Seither ist Rechtsgrundlage für den Rettungsdienst - Notfallrettungsdienst und Krankentransport - in Berlin das Feuerwehrgesetz in der Fassung vom 3.5.1984.

Die Aufgaben sind wie folgt verteilt:

- Der Notfallrettungsdienst wird in erster Linie von den Feuerwehren (Berufsfeuerwehr, Freiwillige Feuerwehren und Werksfeuerwehren) und im geringen Umfang von besonders beauftragten Hilfsorganisationen wahrgenommen. Alle Notfallrettungseinsätze werden von der Leitstelle der Berliner Feuerwehr gelenkt.
- Krankentransporte werden von der Berliner Feuerwehr, den Hilfsorganisationen, privaten Krankentransportunternehmen und den Werkfeuerwehren durchgeführt. Die Lenkung der Krankentransporte der Hilfsorganisationen übernimmt deren gemeinsame Krankentransportleitstelle.

Zur Ergänzung des bodengebundenen Notarztwagensystems mit 14 Stationen wird ein Rettungshubschrauber des ADAC eingesetzt.

Durch das ehemalige Rettungsamt wurde der Dringliche Hausbesuchsdienst (DHD) und der Dringliche Kinderhausbesuchsdienst (DKHD) als eine Form der notfallmedizinischen Versorgung in Berlin (Ost) wahrgenommen.

Seit dem 1.1.1991 wird diese Hausbesuchstätigkeit durch die Kassenärztliche Vereinigung in Form der Kassenärztlichen Notfallrettung einheitlich für ganz Berlin sichergestellt.

Die nachfolgenden Tabellen sind für das Jahr 1990 erstellt und tragen den veränderten Bedingungen nicht in vollem Umfang Rechnung.

10.3.2.1

Einsätze der Notarztzweigen und des Rettungshubschraubers 1990 in Berlin (West) nach Einsatzdauer

Rettungswachen	Einsatzdauer von ... bis unter .. Minuten												durchschnittl. Einsatzdauer in Minuten				
	Einsätze insgesamt		unter 20		20 - 30		30 - 40		40 - 50		50 - 60			60 - 70		70 oder mehr	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		absolut	%	absolut	%
Notarztwagen																	
Humboldt-Krankenhaus	2827	11,2	753	11,9	504	12,2	556	12,3	389	11,5	250	10,1	172	9,8	203	7,4	35
Klinikum Rudolf-Virchow, Standort Wedding	3721	14,7	1099	17,4	579	14,1	620	13,7	451	13,3	363	14,6	250	14,3	359	13,1	37
Krankenhaus Spandau	2437	9,6	327	5,2	287	7,0	410	9,1	387	11,4	335	13,5	267	15,2	424	15,4	48
Klinikum Rudolf-Virchow, Standort Chlg.	4055	16,0	1076	17,0	576	14,0	666	14,7	493	14,5	387	15,6	256	14,6	601	21,9	41
Klinikum Steglitz	3202	12,6	610	9,7	478	11,6	631	13,9	458	13,5	345	13,9	264	15,1	416	15,1	42
Krankenhaus Am Urban	4256	16,8	1375	21,8	951	23,1	694	15,3	493	14,5	315	12,7	178	10,2	250	9,1	32
Krankenhaus Neukölln	3350	13,2	765	12,1	550	13,4	599	13,2	525	15,5	332	13,4	247	14,1	332	12,1	39
Rettungshubschrauber																	
Klinikum Steglitz	1488	5,9	307	4,9	192	4,7	353	7,8	200	5,9	154	6,2	119	6,8	163	5,9	40
insgesamt 1990	25336	100	6312	100	4117	100	4529	100	3396	100	2481	100	1753	100	2748	100	39
1989	24830	100	6482	100	4182	100	4388	100	3251	100	2287	100	1659	100	2581	100	38

10.3.2.2

Einsätze der Notarztwagen und des Rettungshubschraubers 1990 in Berlin (West) nach Entfernung 1) sowie Transporte

Rettungswachen	Einsätze														Transporte	
	insgesamt		darunter abgebrochen		mit einer Entfernung von ... bis unter ... Kilometern								insgesamt		darunter zum eigenen Krankenhaus	
	absolut	%	absolut	%	unter 3		3 - 7		7 - 11		11 - 16		16 oder mehr		insgesamt	%
					absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
Notarztwagen Humboldt-Krankenhaus	2827	11,2	920	11,5	301	9,7	1189	12,5	369	11,5	36	3,2	12	3,4	791	462
Klinikum Rudolf-Virchow, Standort Wedding	3721	14,7	1354	17,0	482	15,5	1444	15,1	343	10,7	83	7,4	15	4,2	952	364
Krankenhaus Spandau	2437	9,6	431	5,4	385	12,4	1338	14,0	208	6,5	65	5,8	10	2,8	868	464
Klinikum Rudolf-Virchow, Standort Chibg.	4055	16,0	1568	19,6	451	14,5	1280	13,4	555	17,2	145	12,9	56	15,8	961	284
Klinikum Steglitz	3202	12,6	758	9,5	312	10,0	1471	15,4	483	15,0	159	14,1	19	5,4	914	408
Krankenhaus Am Urban	4256	16,8	1636	20,5	747	24,0	1545	16,2	249	7,7	65	5,8	14	4,0	973	588
Krankenhaus Neukölln	3350	13,2	993	12,4	395	12,7	1109	11,6	645	20,0	181	16,0	27	7,6	820	475
Rettungshubschrauber	1488	5,9	320	4,0	36	1,2	171	1,8	366	11,4	394	34,9	201	56,8	92	57
Klinikum Steglitz	1488	5,9	320	4,0	36	1,2	171	1,8	366	11,4	394	34,9	201	56,8	92	57
insgesamt 1990	25336	100	7980	100	3109	100	9547	100	3218	100	1128	100	354	100	6371	3102
1989	24830		7807		2871		9556		3385		981		230		6616	3211

1) Die Entfernung ist der Weg zwischen dem Standort des Rettungsmittels und der Einsatzstelle

10.3.2.3

Einsätze der Notarztwagen und des Rettungshubschraubers 1990 in Berlin (West) nach der Anmarschzeit

Rettungswachen	Einsätze insgesamt		darunter												durchschnittliche Anmarschzeit in Minuten		
			nicht eingetroffen		mit einer Anmarschzeit von ... bis unter ... Minuten												
	absolut	%	absolut	%	1 - 5		5 - 8		8 - 11		11 - 14		14 - 18			18 oder mehr	
					absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		absolut	%
Notarztwagen Humboldt-Krankenhaus Klinikum	2827	11,2	644	11,8	486	11,0	945	11,3	523	11,3	172	10,8	49	7,6	8	3,7	7
Rudolf-Virchow, Standort Wedding	3721	14,7	1025	18,7	559	12,7	1185	14,1	636	13,8	194	12,2	104	16,0	18	8,4	7
Krankenhaus Spandau Klinikum	2437	9,6	259	4,7	517	11,7	978	11,7	505	10,9	104	6,5	59	9,1	15	7,0	7
Rudolf-Virchow, Standort Chlbg. Klinikum	4055	16,0	1067	19,5	655	14,8	1141	13,6	766	16,6	247	15,5	116	17,9	63	29,3	7
Steglitz Krankenhaus	3202	12,6	637	11,6	395	9,0	1023	12,2	742	16,1	268	16,9	111	17,1	26	12,1	8
Arn Urban Krankenhaus	4256	16,8	797	14,6	1098	24,9	1479	17,6	603	13,1	185	11,6	66	10,2	28	13,0	6
Krankenhaus Neukölln	3350	13,2	793	14,5	472	10,7	862	10,3	631	13,7	408	25,7	136	21,0	48	22,3	8
Rettungshubschrauber Klinikum Steglitz	1488	5,9	249	4,6	229	5,2	774	9,2	207	4,5	12	0,8	8	1,2	9	4,2	6
insgesamt 1990	25336	100	5471	100	4411	100	8387	100	4613	100	1590	100	649	100	215	100	7
1989	24830		5546		4594		8271		4273		1438		536		172		7

10.3.2.4 Geleistete Einsätze im Rettungswesen in Berlin (Ost) 1990

Dienst	Einsätze		
	1988	1989	1990
Dringliche Medizinische Hilfe (DMH)	20.922	23.773	22.321
Dringlicher Hausbesuchsdienst (DHD)	114.117	111.956	100.401
Dringlicher Kinderhausbesuchsdienst (DKHD)	12.906	10.501	9.139
Allgemeiner Krankentransport	100.134	98.903	110.742
Poliklinischer Standortkrankentransport	157.437	153.270	177.905
Rettungswagen (RTW)	-	-	3.850
Geburtshilfswagen ("Storchenwagen")	-	3.041	2.327

10.3.3 Ausstattung der Krankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten

Die technischen Entwicklungen in den letzten Jahren haben insbesondere im stationären Bereich zu einem sich ständig erweiternden Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte geführt. Durch hochentwickelte Diagnostik- und Therapieverfahren werden die Patienten zunehmend geringeren Belastungen und Gefährdungen ausgesetzt, verbesserte Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten bieten sich den behandelnden Ärzten gleichermaßen.

Einen Überblick über die im Land Berlin stationär und ambulant eingesetzten Großgeräte vermittelt die folgende Tabelle:

10.3.3.1 Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten am 31.12.1990 in Berlin

Art des Gerätes	Anzahl der Großgeräte					Einwohner je Gerät		
	insgesamt	in ärztl. Praxen	in Krankenhäusern 1)			Berlin	West	Ost
			zusammen	West	Ost			
Computer-Tomographen	46	11	35	23	12	746000	47000	106000
Emissions-Computer-Tomographen (SPECT)	13	-	13	11	2	264000	196000	638000
Magnet-Resonanz-Geräte	7	1	6	5	1	490000	360000	1276000
Koronarangiographische Arbeitsplätze	21	-	21	13	8	164000	166000	159000
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	8	-	8	5	3	429000	432000	425000
Linearbeschleuniger	11	-	11	7	4	312000	308000	319000
Lithotripsiegeräte	7	-	7	3	4	490000	719000	319000

1) Quelle: Statistisches Landesamt (KHStatV)

Der Großgeräteausschuß im Land Berlin arbeitet auf der Grundlage einer am 1.4.1991 in Kraft getretenen Vereinbarung und konnte sich am 29.5.1991 konstituieren.

1991 wurden auf der Grundlage des § 122 SGB V sowie der Großgeräte-Richtlinien Ärzte vom 16.10.1990 - den östlichen Teil Berlins betreffend - Standortgenehmigungen für 9 Computer-Tomographen erteilt.

Für die stationäre medizinische Versorgung wurden 2 Linearbeschleuniger sowie für die Universitätskrankenhäuser ein Kernspintomograph, die Ersatzbeschaffung eines Nierenlithotripsiergerätes und die Beschaffung eines Positronen-Emissions-Computer-Tomographen abgestimmt.

KAPITEL

II

HEILBERUFSKAMMERN BERLINS

11.1 *Ärztammer Berlin*

11.1.1 *Aufgaben*

Die Ärztkammer Berlin ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie hat vom Gesetzgeber Aufgaben übertragen bekommen, die in Selbstverwaltung von der Ärzteschaft geregelt werden können.

Die Aufgaben der Selbstverwaltungskörperschaft Ärztkammer umfassen folgende Schwerpunkte:

- Gestaltung der Weiterbildungsordnung und die Überprüfung der Weiterbildungserfolge
- Erteilung von Befugnissen für Weiterbildungsberechtigte in einzelnen Gebieten, Teilgebieten und Bereichen
- Schlichtung von Patientenbeschwerden und Kunstfehlervorwürfen
- Regelung der Berufsordnung und Sicherstellung der Berufsaufsicht
- Sicherstellung der Altersversorgung für Ärzte durch die Berliner Ärzteversorgung
- Organisation umfassender Fortbildungsangebote
- Ausbildung und Prüfung von Arzthelferinnen
- Information und Beratung von Ärzten bei ihrer Berufsausübung
- öffentliche Aufklärung und Interessenvertretung für die Ärzteschaft
- politische Einflußnahme auf eine Gesundheitspolitik, die Ärzten freie und sichere Arbeitsbedingungen ermöglicht.

Die Ärztkammer hat im Rahmen der Gesetze die Belange der Ärzte wahrzunehmen. Insoweit ist sie eine Interessenvertretung des Arztes gegenüber der Öffentlichkeit, dem Staat oder einzelner Gruppen unserer Gesellschaft. Auf der anderen Seite hat sie die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, ist also Aufsichtsorgan über den Arzt und insoweit Vertreter der Interessen der Bevölkerung gegenüber dem Arzt.

11.1.2 *Die ärztliche Weiterbildung*

Der nachstehende Beitrag (Stand: 1.6.1992) über die vielfältigen Diskussionen in den verschiedensten Gremien und die Entscheidungen des Ärztetages zu dem Thema "ärztliche Weiterbildung" wurde von der Ärztkammer zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt und gibt nicht in allen Punkten die Meinung der Senatsverwaltung für Gesundheit wieder. Rückfragen hierzu und zu den ausführlichen Literaturangaben, die aus konzeptionellen Gründen nicht aufgenommen werden konnten, können an den Verfasser, Herrn Dr. Udo Schagen, Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztkammer Berlin (Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin, Klingsorstraße 119, W-1000 Berlin 45), gerichtet werden.

11.1.2.1 *Geschichte der Weiterbildungsordnung*

Nachdem sich im vorigen Jahrhundert der ärztliche Stand als alleinige vom Staat zur Durchführung von Diagnostik und Therapie legitimierte Berufsgruppe gegenüber allen anderen konkurrierenden, teilweise auch äußerst erfolgreichen, Berufsgruppen durchsetzen konnte, nahm mit der Entwicklung der medizinischen Spezialfächer auch die Zahl der in einem Spezialgebiet tätigen Ärzte zu. Mit den schon Ende des letzten Jahrhunderts und Anfang dieses Jahrhunderts ständig steigenden Arztzahlen verschärfte sich

die Konkurrenz. Zur Zuckerbrot- und Peitschenpolitik Bismarcks gegenüber der ständig wachsenden Arbeiterbewegung gehörte die zentralstaatliche Übernahme und Erweiterung der Sozialversicherung mit ihrem wichtigsten Teil, der gesetzlichen Krankenversicherung. Immer größere Anteile der Bevölkerung hatten Anspruch auf ärztliche Behandlung im Krankheitsfall, die noch im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts Privileg lediglich für gutbetuchte Bürger und den Adelsstand war.

Ärztliche Spezialisten, die ihre besonderen Fähigkeiten auf ihrem Praxisschild bekanntgaben, hatten einen Vorteil gegenüber den anderen Ärzten. Den Patienten wurde etwa durch die Bezeichnung "Hals-Nasen-Ohren-Arzt" mitgeteilt, daß es sich hier nicht nur um einen Arzt handelte, der alle üblichen Leiden behandeln konnte, sondern daß er darüber hinaus auch noch über besondere Kenntnisse verfügte. Dies führte zu Nachteilen für die anderen Ärzte, wenn wegen einer besonderen Fragestellung zum Spezialisten überwiesene Patienten nach Abklärung dieser Fragen nicht mehr zu ihrem ursprünglichen Arzt zurückkehrten, sondern auch mit ihren "normalen" gesundheitlichen Problemen beim Spezialisten blieben. Andererseits schmälerten solche Hervorhebungen besonderer Fähigkeiten auch die Gruppe der Patienten, die von vornherein zum nicht als Spezialisten ausgewiesenen Arzt ging. Die dem Ärztestand durch den Gesetzgeber endgültig zugestanden Privilegien (Schutz vor Konkurrenz durch andere Berufe, Übertragung von quasi hoheitlichen Aufgaben wie Feststellung des Todes, Veranlassung von Quarantänemaßnahmen bei Seuchen, Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, Aussagen über die Schuldfähigkeit vor Gericht etc.) konnten nur erfolgreich erhalten werden, wenn über eine von den Ärzten selbst erarbeitete und akzeptierte Berufsordnung ein "standesgemäßes" Verhalten bei allen Mitgliedern erreicht werden konnte. Hierzu gehörte vor allem der kollegiale Umgang miteinander im Zusammenhang mit der Konkurrenz um Patienten. Über Jahrzehnte gehende Diskussionen mündeten schließlich auf dem 43. Deutschen Ärztetag 1924 in Bremen in der Aufnahme eines neuen Teils in die Berufsordnung. Dieser Teil regelte die Bezeichnungen, die ärztliche Spezialisten führen durften, und gleichzeitig, daß die Spezialisten sich im wesentlichen auf ihr Spezialgebiet zu beschränken hatten, also sich nicht mehr im Revier der Praktischen und Hausärzte als Konkurrenz tummeln durften. Folgende besonderen Bezeichnungen für ärztliche Spezialisten wurden damals zugelassen: Innere Medizin, Magen-Darm-Stoffwechsel, Lungenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Chirurgie, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, Krankheiten der Harnwege, Nerven- und Geisteskrankheiten, Orthopädie, Augenkrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahn-Mund-Kieferkrankheiten, Röntgenologie und Strahlenheilkunde.

Seit dieser Zeit ist die Zahl der Bezeichnungen immer weiter angestiegen.

Zahlenmäßige Entwicklung der Gebiets-, Teilgebiets-/Schwerpunkts- und Zusatzbezeichnungen nach den Berufsordnungen und (Muster-)Weiterbildungsordnungen der Ärzteschaft

1924	14	
1937	17	
1949	18	
1953	19	
1956	21	
1968	30	
1976	50	
1987	64	
1992	81	1)

1) Zusätzlich 20 nicht führende Fakultative Weiterbildungen sowie noch ungezählte Fachkunden für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Nachdem in der ehemaligen DDR bereits im Jahre 1961 der Praktische Arzt mit einer dreijährigen strukturierten Weiterbildung eingeführt und im Jahre 1967 als Facharzt für Allgemeinmedizin mit einer 4jährigen Weiterbildung weiterentwickelt worden war, hatte sich auch in der westdeutschen Ärzteschaft

die Erkenntnis durchgesetzt, daß es der Entwicklung des medizinischen Wissensstandes entspreche, auch von einem als Hausarzt tätigen Arzt eine geregelte Weiterbildung vor Aufnahme seiner Tätigkeit zu verlangen. Der 71. Deutsche Ärztetag führte im Jahre 1968 den Arzt für Allgemeinmedizin mit einer Mindestweiterbildungszeit von vier Jahren ein, die allerdings im Vergleich zu den anderen Fachärzten sehr wenig strukturiert war. Auf dem Hintergrund der westdeutschen Rechtslage gelang es aber auch in den folgenden Jahrzehnten nicht, eine solche qualifizierte Weiterbildung zur Voraussetzung der Tätigkeit als selbständig praktizierender Arzt im ambulanten Gesundheitswesen zu machen. Die beim Bund liegende Kompetenz, die Voraussetzung für die Erteilung der ärztlichen Approbation zu regeln und die Definition der Approbation als Berufszugangszertifikat für sämtliche ärztliche Tätigkeiten, erlaubten es vor dem Hintergrund des Verfassungsanspruchs auf freie Ausübung des Berufes nicht, wesentliche zusätzliche Qualifikationen zur Voraussetzung z.B. für die kassenärztliche Tätigkeit zu machen.

11.1.2.2 Wem dient die geführte Weiterbildungsbezeichnung?

Diskussionen um die Novellierung der Weiterbildungsordnung in der Ärzteschaft erscheinen dem Ausenstehenden wohl häufig deswegen so schwer nachvollziehbar, weil aus der Weiterbildungsordnung nicht direkt ersichtlich ist, daß mit den Inhalten der einzelnen Gebiete, deren Kenntnis spätestens bei der Facharztprüfung nachgewiesen werden muß, vor allen Dingen auch die Grenzen einer zukünftigen ärztlichen Tätigkeit in der Kassenpraxis festgelegt werden. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Frage, was der einzelne Facharzt abrechnen darf, die Gebührenordnungspositionen den jeweiligen Inhalten der Facharztgebiete zugeordnet haben, ist jede Diskussion über eine nachzuweisende Qualifikation gleichzeitig eine Diskussion darüber, was ein niedergelassener Arzt abrechnen kann. Erst wenn der zweite Aspekt mitbedacht wird, erklärt sich oft die Hartnäckigkeit des Streits um Formulierungen über die Inhalte der einzelnen Gebiete.

Welches Interesse hat aber nun die Öffentlichkeit, haben die Träger von Gesundheitseinrichtungen und vor allen Dingen die Patienten und in ihrem Auftrag die Verwalter der Krankenversicherungsbeiträge, die Krankenkassen, an den Fragen der Weiterbildungsordnung?

Da mit der Weiterbildungsordnung die Bezeichnungen normiert werden, die ein Arzt führen darf, und damit die erreichte Qualifikation auch nach außen auf dem Praxisschild signalisiert, dienen sie in erster Linie der Information des Patienten. Vor dem Hintergrund des bestehenden freien Zugangsrechts, das es dem Patienten ermöglicht, direkt jeden Arzt - wie spezialisiert er auch immer sei - aufzusuchen, ohne sich vorher beim Hausarzt einen entsprechenden Rat geholt zu haben, spielt die Möglichkeit, Spezialkenntnisse öffentlich ankündigen zu können, eine herausragende Rolle. In anderen Gesundheitssystemen, etwa dem Englands oder Hollands, wo der Zugang zum Spezialisten in aller Regel nur über den Hausarzt (Huisarts, general practitioner) möglich ist, spielen diese Bezeichnungen daher auch bei weitem keine so große Rolle. In Großbritannien wird die spezialärztliche Qualifikation z.B. durch der Öffentlichkeit meist gar nicht bekannte Abkürzungen kenntlich gemacht (z.B. FRCGP = Fellow of the Royal College of General Practitioners, der etwa unserem Allgemeinarzt entsprechen würde).

In den letzten Jahren, auch auf den Ärztetagen, wurde zunehmend Kritik an der ausufernden Zahl führbarer Bezeichnungen laut. Seit der vom 90. Deutschen Ärztetag 1987 beschlossenen Musterweiterbildungsordnung gibt es insgesamt 64 verschiedene Bezeichnungen, die teilweise auch gemeinsam geführt werden können. Wird mit dem Argument der bereits zu großen Zahl dem Vorschlag zur Aufnahme neuer Gebietsarztbezeichnungen widersprochen, so wird vor allem darauf hingewiesen, daß es nach Abschluß einer langjährigen Tätigkeit in einem Spezialgebiet auch eines Qualifikationsnachweises bedürfe. Man könnte sich aber vorstellen, daß etwa bei der Bewerbung um Oberarzt- oder Chefarztpositionen nicht die Facharzturkunde der Ärztekammer vorgelegt wird, sondern lediglich die Zeugnisse sowie sonstige Nachweise über gewonnene Erfahrungen, erworbene Kenntnisse und vorhandene Fertigkeiten, etwa Operationskataloge etc. Tatsächlich erfolgt die Auswahl eines Bewerbers für eine Oberarzt-, Chefarzt- oder sonst eine leitende Position auch nie alleine aufgrund der vorgelegten Facharzturkunde, sondern aufgrund meist ausführlicherer und komplexer gewonnener Informationen über Fähigkeiten und Persönlichkeit des Bewerbers.

Ein weiteres Argument für die Notwendigkeit des Qualifikationsnachweises ist rechtlicher Art. So wird immer wieder ins Feld geführt, bei der Abklärung von Haftpflicht- und Schadenersatzstreitigkeiten sei die Frage, ob jemand, der eine bestimmte auf ihre Korrektheit angezweifelte ärztliche Handlung ausgeführt habe, einen Facharzneimittelbescheinigungsvorweis vorweisen könne oder nicht, von entscheidender Bedeutung.

Das Interesse der meisten Ärzte an solchen Qualifikationsnachweisen verhindert, daß sich in ärztlichen Organisationen und den Kammern verlässliche Mehrheiten für eine generelle Einschränkung der Zahl von Nachweisen bilden können. Es ist daher davon auszugehen, daß weiterhin jede ärztliche Tätigkeit, die über einen längeren Zeitraum auf einem Spezialgebiet erfolgt, zur Einführung eines entsprechenden Qualifikationsnachweises, möglicherweise allerdings nicht zu einer führungsfähigen Bezeichnung (s. weiter unten), führt.

Unbestritten ist, daß der Patient diejenigen Ärzte, die er als erste Ansprechpartner benötigt, über Ärzteverzeichnisse, Telefonbücher aber auch Praxisschilder finden können muß. Solche Ärztinnen und Ärzte müßten eine ausreichend breite Ausbildung und auch langjährige Erfahrung haben, um dem Patienten mit oft unspezifisch vorgetragener Symptomatik weiterhelfen zu können. Das sind natürlich nicht alle Ärzte. Die ausgesprochenen Spezialisten gehören mit Sicherheit nicht dazu.

Es gibt allerdings keine absoluten oder wissenschaftlich begründeten Regeln für eine Eingrenzung dieser Gruppe von Ärztinnen und Ärzten. Ihr Umfang ist in allererster Linie von der Organisation des Gesundheitswesens, der Erreichbarkeit der Ärzte, den Zugangsregelungen zum (definierten) Hausarzt oder auch direkt zum Spezialisten, der besonderen Organisation der ambulanten Versorgung etc. abhängig. Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland sind einerseits, daß ambulante Versorgung praktisch ausschließlich durch in Einzelpraxen niedergelassene Ärzte stattfindet, und zum anderen, daß der Patient sich den Arzt uneingeschränkt wählen kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das zu unterstellende Informationsniveau der Patienten über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hier wird die Eingrenzung selbstverständlich noch schwerer, da bei der Bevölkerung in dieser Hinsicht das breiteste denkbare Spektrum vorausgesetzt werden muß.

Gleichwohl wird man sagen müssen, daß der Stand der Information in aller Regel soweit reicht, daß ein *Allgemeinarzt* oder ein *Internist* als Hausarzt dem größten Teil der Bevölkerung als angemessener Gesprächspartner erscheint. Auch werden die Patienten davon ausgehen, daß es sinnvoll ist, mit einem durch Unfall bewirkten Trauma, bei offenen Wunden oder offensichtlichen Frakturen zum *Chirurgen* zu gehen. Eltern bringen ihre Kinder schon für die durch Medien und Krankenkassen nahegebrachten Vorsorgeuntersuchungen direkt zum *Kinderarzt*. Junge Patientinnen aber auch sehr viele ältere Frauen sind sich ohne weiteres darüber im klaren, daß sie mit ihren Fragen beim *Frauenarzt* am besten aufgehoben sind. Die große Gruppe der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates befinden sich in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung beim *Orthopäden*. Auch noch, daß die Behandlung von Verletzungen am Auge mit Sicherheit, die Verschreibung von Brillen aber auch die Behandlung von anderen Sehstörungen am besten beim *Augenarzt* erfolgen sowie die Behandlung von Leiden an *Hals, Nase und Ohren* direkt den Gang zum entsprechenden Spezialisten sinnvoll erscheinen läßt, kann als allgemein bekannt unterstellt werden. Zumindest in der großstädtischen Bevölkerung - und hierzu zählt, wenn man umliegende Ballungsräume mit einberechnet, ebenfalls der größte Teil der Republik - ist bekannt, daß allergische oder sonstige Affektionen der Haut beim *Dermatologen* zur Behandlung anstehen. Als letzte größere Gruppe von Gebietsärzten wird man auch beim *Nervenarzt* oder dem *Psychiater* von einer größeren Patientengruppe ausgehen können, die direkt ohne vorherige Konsultation "anderer Hausärzte" oder über lange Betreuungszeiten von ihnen behandelt wird.

Man mag nun vielleicht noch über den einen oder anderen Gebietsarzt (z.B. den Urologen) streiten wollen, ob er nicht auch zu dieser Gruppe zu rechnen sei. Damit ist aber die Gruppe der als primäre Ansprechpartner der Patienten infrage kommenden Ärztinnen und Ärzte vermutlich abschließend beschrieben. Denn auch Patienten, die sehr lange in Behandlung bei einem Spezialisten bleiben, sind doch fast ohne Ausnahme nach vorheriger Konsultation eines Arztes oder einer Ärztin der obigen Gruppe zu ihm gekommen. Nach dieser Überlegung zur Gewinnung von Kriterien für die Notwendigkeit öffentlicher Ankündigungserfordernisse der Fachärzte kamen die Mitglieder einer von der Ärztekammer Berlin veranstalteten Tagung im Herbst 1991 zu dem Ergebnis, daß etwa die genannten zehn Gebiete hierfür ausreichen und damit die notwendige Information der Patienten über ärztliche Spezialisten gesichert werden könne.

Das Argument, daß für andere Spezialisten aber auch Qualifikationskriterien normiert und schon aus Gründen der Qualitätssicherung auch kontrolliert werden müssen, bleibt. Was die Mindestvoraussetzungen sind, um als Kardiologe oder Traumatochirurg aber auch als Strahlentherapeut, Arbeitsmediziner oder Psychotherapeut (um nur einige zu nennen) tätig sein zu können, bedarf offensichtlich ebenfalls einer Regelung. Dies gilt auch für den Leiter einer Rehabilitationseinrichtung für Chronisch und/oder Alters-Kranke oder für Zusatzqualifikationen von als Belegarzt tätigen HNO-, Augen- und anderen Ärzten. Für diese ganze zweite Gruppe, die Spezialisten, ohne die eine Gesundheitsversorgung auf dem erreichten Stand des ärztlichen Wissens nicht möglich ist, reicht aber ein von einer kompetenten Instanz überprüfter Qualifikationsnachweis. Eine öffentliche Ankündigung, die über die Information der Ärzte hinausgeht und sich direkt an Patienten wendet, ist nicht erforderlich, es sei denn, es wäre beabsichtigt, einen besonderen Werbeeffect zu erzeugen.

Es wird also zu überlegen sein, ob man diese zweite Gruppe von Gebiets- und anderen Bezeichnungen nicht langfristig in einen zweiten Abschnitt der Weiterbildungsordnung übernehmen sollte und die Bekanntgabe dieser Qualifikationen lediglich auf innerärztliche Informationskanäle (besondere Verzeichnisse von Spezialisten) beschränkt.

11.1.2.3 *Der Zusammenhang zwischen Ausbildung und Weiterbildung*

Bis in die 60er Jahre wurde zwischen den Begriffen Ausbildung und Weiterbildung nicht scharf unterschieden. Dies wurde im Zusammenhang mit der Durchsetzung klarer tarifrechtlicher Bestimmungen für die Beschäftigung von angestellten Ärzten notwendig. Hintergrund der Diskussion war, die Zeit als Weiterbildungsassistent nicht als Ausbildung erscheinen zu lassen, um eine entsprechende Auswirkung auf die Bezahlung zu vermeiden.

Für die Diskussion war und ist es natürlich von ausschlaggebender Bedeutung, ob der die Hochschule verlassende Arzt alles nicht nur wissen sondern auch können muß oder ob man davon ausgehen kann, daß in aller Regel eine strukturierte Phase der Erfahrungsgewinnung in ärztlicher Tätigkeit noch unter kollegialer Anleitung erfolgt. Faktisch sind sich alle Fakultäten, der Fakultätentag, die Rektorenkonferenz, der Wissenschaftsrat, die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte und seit 1989 arbeitende Sachverständigengruppe und auch die Verbände inzwischen einig, daß eine solche Phase der strukturierten Weiterbildung vor Beginn der *selbständigen* Berufstätigkeit erfolgen muß. Der 93. Deutsche Ärztetag 1990 in Würzburg hat dem mit einem entsprechenden Beschluß auch Rechnung getragen. Eine rechtliche Umsetzung ist aber bis heute nicht erfolgt.

11.1.2.4 *Wo wird weitergebildet, durch wen, für wen?*

Die Weiterbildung erfolgt in den meisten Gebieten und Teilgebieten ausschließlich in Krankenhäusern. Die Mehrzahl der weitergebildeten Ärzte wird einige Zeit nach Abschluß ihrer Weiterbildung in eigener Praxis und ausschließlich für ambulante Patienten tätig. Diese in fast allen anderen europäischen und außereuropäischen Gesundheitsversorgungssystemen nicht vorhandene Abschottung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist eine deutsche Eigenheit und wird als Sicherstellungsauftrag bezeichnet.

In aller Regel können nur Institutionen und nicht mit vielfältigen anderen Aufgaben befaßte Einzelpersonen sicherstellen, daß Bildungsinhalte planmäßig weitergegeben werden. Nur dort bestehen die entsprechenden Voraussetzungen:

- qualifizierte "Lehrer", die sich in einem strukturell gesicherten Diskussionszusammenhang über den Fortschritt des Wissens der jeweiligen Gebiete befinden
- regelmäßiger Ablauf und Zyklus von Gesprächen zwischen Lehrer und Schüler, die alle zu fordernden Lehrinhalte umfassen

- praktische Beispiele für die zu vermittelnden Ausbildungsinhalte in genügender Zahl und Auswahl
- eine Organisation des täglichen Arbeitsablaufs, in dem feste Zeiten für die Weitergabe des Wissens eingeplant werden können etc.

Vor allem die Tatsache, daß solche Voraussetzungen im Vergleich zu Einzelpraxen mit viel höherer Wahrscheinlichkeit in den Krankenhausabteilungen vorzufinden sind, hat dazu geführt, daß die Weiterbildungsordnung bisher verlangt, den größten Anteil der Weiterbildungszeiten in Krankenhausabteilungen zu absolvieren. Dies ist so lange sinnvoll, wie der fertige Facharzt auch im gleichen Bereich tätig bleibt oder die in Krankenhäusern vorhandenen Krankheitsbilder auch im wesentlichen die Krankheitsbilder sind, die der niedergelassene Arzt bei seinen Patienten vorfindet.

Längst hat sich aber eine klare Aufgabenteilung herausgestellt, die bestimmte Krankheitsbilder für eine optimale Therapie ausschließlich den Krankenhäusern, andere zunehmend ausschließlich den niedergelassenen Ärzten zuweist. Mit der überall akzeptierten Forderung: "soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig" wird der Trend verstärkt, weitere Krankheitsbilder ausschließlich im ambulanten Bereich versorgen zu wollen. Dies hat dazu geführt, daß die Krankheitsbilder, die im stationären Bereich erfahren werden, den Arzt schon lange kaum mehr befähigen, die Patienten einer Praxis des gleichen Gebiets nach den Regeln der Kunst zu versorgen. Das Wort vom "Praxisschock", der den sich neu niederlassenden Arzt ereilt, ist inzwischen gängig

Diese Erkenntnis hat zu der Forderung geführt, daß Fachärzte, die im ambulanten Bereich tätig werden wollen, dort auch Weiterbildungszeiten absolvieren müssen.

Das eigentlich schon seit 1975 geltende EG-Recht hat mit großer Verspätung dazu geführt, daß inzwischen Weiterbildungsabschnitte in Praxen niedergelassener Ärzte anerkannt werden können. Voraussetzung ist die Befugnis des Praxisinhabers zur Leitung der Weiterbildung, er muß also die persönliche Qualifikation haben und mit einem ausreichend differenzierten und breiten Versorgungsspektrum seiner Praxis auch die institutionellen Erfordernisse gewährleisten.

11.1.2.5 Kriterien der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärztetage

Bei den jeweiligen Novellierungen der Musterweiterbildungsordnung durch die Deutschen Ärztetage wurde in den letzten Jahrzehnten nach folgenden Kriterien verfahren:

Neue Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche werden eingeführt, wenn

- nur dadurch die angemessene Versorgung der Bevölkerung erreicht werden kann und
- die wissenschaftliche Entwicklung des Gebiets oder Teilgebiets oder des Bereichs bereits in der erforderlichen Tiefe und Breite erfolgt ist.

Die beiden Kriterien klingen ohne weiteres plausibel. Die Schwierigkeit liegt darin, in einer Diskussion zwischen einerseits relativ wenigen guten Kennern und Vertretern neuer Gebiete und andererseits den sehr vielen in den Kammern im Auftrag aller Ärzte tätigen Delegierten zu einem Konsens zu kommen. Immer wird der Spezialist, also in diesem Fall auch der Lobbyist, gute Argumente zu beiden Kriterien bereitstellen können. Auch wenn solche Spezialisten nur an wenigen Hochschulkliniken existieren, so ist doch damit bereits der Beweis erbracht: Täglich behandelt jeder von ihnen so viele Patienten, daß "eine angemessene Versorgung der Bevölkerung" ohne sie offenbar nicht möglich ist. "Die wissenschaftliche Entwicklung" des Gebiets ist ebenfalls nachgewiesen, sind doch die Befürworter der Einführung dieser Bezeichnung in aller Regel Vertreter bereits seit langem eingerichteter Abteilungen von Hochschulkliniken. Der zweifelnde Delegierte einer Kammer kann niemals fachspezifische Gegenargumente ins Feld führen. Er kann allein auf seiner Überzeugung verharren, daß nunmehr die Zahl vertretbarer Bezeichnungen zu groß ist, um weitere zuzulassen, da ein Überblick nicht einmal mehr in den zuständigen Gremien der Kammern vorhanden sei. Bei kleinen Fachgebieten wird die Kammer eigentlich nurmehr zum Erfüllungshelfen der entsprechenden Fachvertreter. Der Leiter der einzigen

bestehenden Abteilung im Kammerbereich ist gleichzeitig der Weiterbilder, der Gutachter der Kammer wie möglicherweise auch der Prüfer, da andere fachkompetente Kammervereine gar nicht zur Verfügung stehen. Der Delegierte mag sich fragen, ob das Sinn macht.

Die Frage also, was über die genannten Kriterien hinaus zur Entscheidung über die Einführung neuer Bezeichnungen herangezogen werden könnte, ist nicht ausreichend beantwortet. Andere systematische Entscheidungsgrundlagen fehlen jedenfalls.

11.1.2.6 Unterschiede der Weiterbildungsordnung/West zur Facharztordnung/Ost

Ein großer Teil der folgenden Ausführungen stützt sich auf eine Reihe von Gesprächen mit Herrn Professor Dr. sc. Günter Ehmann, durch den auch umfangreiches Material bereitgestellt wurde. Er war seit den frühen siebziger Jahren Leiter des Direktorats Weiterbildung der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR und hat die Struktur der Weiterbildung maßgeblich mitgestaltet. Professor Ehmann ist während der Fertigstellung dieser Arbeit am 21.5.1992 verstorben.

Der wichtigste Unterschied ist weder aus den Weiterbildungsordnungen der alten West-Kammern noch aus der Facharztordnung der DDR ohne weiteres direkt abzulesen: In der ehemaligen DDR konnte jeder Hochschulabsolvent davon ausgehen, daß der Staat ihn eingeplant hatte und damit auch eine Stelle für die Ausbildung zum Facharzt, die inhaltlich im wesentlichen der westlichen Weiterbildung entsprach, vorhanden war. Das heißt, daß *jeder* Arzt eine vier- bis fünfjährige Weiterbildung durchlaufen konnte, allerdings auch mußte. Eine selbständige ärztliche Tätigkeit ohne abgeschlossene Weiterbildung war im System nicht vorgesehen. Es gab allerdings auch (wenige) Ärzte, die die Qualifikationshürde des Facharztabschlusses nicht bewältigten und damit auch ihr Leben lang in nachgeordneten Positionen tätig blieben.

Durch staatliche Lenkung wurde "sichergestellt", daß die als notwendig erachteten Zahlen von Absolventen der einzelnen Facharzt Disziplinen auch erreicht wurden. In der alten Bundesrepublik war durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1972 festgestellt, daß "die Weiterbildung Ergebnis ärztlicher Berufstätigkeit ist, also nicht der Ausbildung zugeordnet werden darf". Diese Festlegung hat einerseits dazu geführt, daß - teilweise aufgrund des noch in den 70er Jahren generell anerkannten Ärztemangels im stationären Bereich - durch die Gewerkschaften auch für die angestellten Ärzte relativ hohe, vergleichbare Einkommensgruppen anderer angestellter akademischer Berufe übersteigende Gehälter durchgesetzt werden konnten. Andererseits enthalten die Arbeitsverträge der in Weiterbildung befindlichen Ärzte bis heute keinerlei Regelungen, in denen ein *Recht* auf eine qualifizierte Weiterbildung verankert ist. Entsprechenden Forderungen junger Ärzte wird entgegengehalten, daß, sobald ein solches Recht auf Weiterbildung verankert werden würde, der Arbeitsvertrag gleichzeitig zum Ausbildungsvertrag werde und damit die Arbeitgeber ein wirksames Mittel hätten, um die Gehälter erheblich zu kürzen. Eben dies geschah bei der Einführung eines zusätzlichen Ausbildungsabschnitts als "Arzt im Praktikum (AiP)", für den über die Bundesärzteordnung der Ausbildungscharakter festgeschrieben wurde.

Der zweite größere Unterschied zwischen beiden Weiterbildungsordnungen wurde indirekt bereits erwähnt: Durch die Pflicht zur Weiterbildung nach Abschluß der Hochschulausbildung gab es in der ehemaligen DDR eine der spezialärztlichen ohne Einschränkung vergleichbare qualifizierte allgemeinärztliche Weiterbildung. Aufgrund gesundheitspolitischer Entscheidungen hatten die Allgemeinärzte außerdem insgesamt einen vergleichsweise hohen Anteil von 24 % aller berufstätigen Ärzte (alte Bundesländer 8 %). In den alten (und seit der Vereinigung in allen) Bundesländern erfolgte und erfolgt die Qualifizierung in Vorbereitung der Tätigkeit als Hausarzt auf unklare Weise. Der erste ärztliche Gesprächspartner des Patienten kann also, im Gegensatz zu seiner Annahme und wahrscheinlichen Interpretation der Angabe auf dem Praxisschild ("Arzt" oder "Praktischer Arzt") ein sehr qualifizierter

aber seinen ursprünglichen Karrierevorstellungen nicht gefolgt "abgebrochener" Chirurg sein, der keinerlei allgemeinärztliche Erfahrungen sammeln konnte.

Die erst auf dem Würzburger Ärztetag von 1990 mehrheitsfähige Forderung nach einer qualifizierten Weiterbildung als *Voraussetzung* für die Tätigkeit in der allgemeinen ärztlichen Versorgung als Kassenarzt war in der ehemaligen DDR seit 1961 verwirklicht. In der alten Bundesrepublik wurde spätestens seit dem Ende der 70er Jahre auch durch die Organisationen der Praktischen Ärzte und Allgemeinärzte eine entsprechende Forderung erhoben. Diese Qualifikationszeit sollte ausdrücklich nicht "Pflichtweiterbildung" genannt werden, denn nicht alle Ärzte sollen verpflichtet werden, sich weiterzubilden, sondern neben den Fachärzten nur die, die selbständig als praktizierende Ärzte im Sozialversicherungssystem, also als Kassenärzte, tätig werden wollen. Selbstverständlich wird es weiterhin ärztliche Tätigkeitsbereiche, etwa in der pharmazeutischen Industrie, der Verwaltung von Einrichtungen des Gesundheitsbereichs, von Forschungsinstituten etc. geben, für die eine durch die Kammern geregelte Qualifizierung nicht erforderlich erscheint.

Ein weiterer systematischer Unterschied sei noch genannt: Die ehemalige DDR kannte Fachärzte auch für theoretisch-wissenschaftliche Tätigkeiten, insbesondere der vorklinischen Ausbildung. Es gab die Fachärzte für Anatomie, Biochemie und Physiologie. Auch andere theoretische Fächer, etwa die Geschichte der Medizin, konnten einen eigenen Facharzt vorweisen. Die Notwendigkeit hierzu hatte sich aber kaum aus den Erfordernissen der Patientenversorgung ergeben, sondern u.a. aus der Tatsache, daß der Abschluß der Facharztweiterbildung die Voraussetzung für das Erreichen einer höheren Gehaltsstufe war. Bei praktisch ausschließlich angestellten Ärzten (bei über 40.000 Ärzten gab es nur etwa 300, auch in staatlichen Praxen, niedergelassene Ärzte) hatte dies natürlich eine große Bedeutung - allerdings nicht nur für Ärzte. In logischer Fortführung dieser "Tarif"systematik führten auch die der Facharztqualifikation entsprechenden Qualifikationsnachweise der Akademie für Ärztliche Fortbildung für andere Hochschulkader im Gesundheitswesen, etwa für Physiker, Biologen, Ingenieure, Psychologen etc. zum gleichen Erfolg. Da in den jetzt für alle gültigen Besoldungsordnungen und Tarifverträgen (im wesentlichen dem BAT) entsprechende Regelungen nicht vorgesehen sind, entfällt dieses Argument. Mit der Auflösung ("Abwicklung") der Akademie für Ärztliche Fortbildung ist auch die Möglichkeit entfallen, solche spezifischen Qualifikationsgänge für andere akademisch Qualifizierte, die im Gesundheitswesen tätig werden wollen, planmäßig durchzuführen. Die Kammer hat mit der Vergabe des Facharztstitels im wesentlichen die Aufgabe, eine erreichte ärztliche Qualifikation, die Voraussetzung für bestimmte diagnostische und therapeutische Tätigkeiten im engen Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten ist, festzustellen. Für die Tätigkeit in der Anatomie, Biochemie und Physiologie erforderliche Qualifikationen, wie die Befähigung zur Lehre sowie zur Konzipierung und Durchführung von Forschungsvorhaben, sind nicht durch Kammern zu beurteilen.

Auf weitere Unterschiede, insbesondere in den einzelnen Weiterbildungsgängen, und der Differenzierung der Bezeichnungen insgesamt kann hier nicht eingegangen werden.

11.1.2.7 Die EG-Regelungen

Zunächst eine allgemeine Vorbemerkung bezüglich der Bedeutung der EG-Vorschriften: Häufig wird argumentiert, unsere Weiterbildungsordnung müsse sich in allen Einzelheiten nach den Vorschriften des EG-Rechts richten. Dieses ist nicht der Fall. Die EG-Richtlinien regeln lediglich, unter welchen Voraussetzungen bestimmte Regelungen anderer EG-Länder bei uns Anerkennung finden müssen. D.h.: Sie sind tatsächlich bindendes Recht für die einzelnen Ärztekammern, soweit darüber zu entscheiden ist, ob ein Weiterbildungsgang in anderen Ländern der EG bei uns als gleichwertig anzuerkennen ist. In diesen Fällen besteht für die Kammern auch keinerlei Ermessensspielraum. Selbstverständlich sind die anderen EG-Länder umgekehrt auch verpflichtet, unsere entsprechenden Vorschriften ebenfalls für ihren Hoheitsbereich anzuerkennen.

Dies bedeutet aber nicht, daß wir nicht in unserem Weiterbildungsrecht Vorschriften verabschieden und inkrafttreten lassen können, die über die Forderungen anderer EG-Länder hinausgehen, wenn wir dies aus sachlichen Gründen für erforderlich halten. Entsprechend ist in der Vergangenheit auch bereits häufig verfahren worden. So schreibt z.B. die EG-Richtlinie im Artikel 4 vor, daß die Mindestdauer der Weiterbildung in der Chirurgie und in der Inneren Medizin fünf Jahre beträgt. Dies bedeutet, daß fünfjährig weitergebildete Chirurgen und Internisten aus anderen EG-Ländern mit einem entsprechenden Zertifikat über den Abschluß ihrer Weiterbildung bei uns als Fachärzte für Chirurgie oder Innere Medizin anerkannt werden müssen, obwohl die bei uns weitergebildeten Fachärzte eine solche Urkunde erst nach sechs Jahren erhalten und sich somit auch in den anderen EG-Ländern erst nach sechs Jahren als Fachärzte bezeichnen können.

Da in den letzten Jahren, auch nach dem bei der Bundesärztekammer vorhandenen Überblick, nur sehr wenige deutsche Ärzte in andere Länder gewechselt haben, ist dieser "Nachteil" eigentlich kaum von Bedeutung. Will man eine Prognose wagen, so ist eher damit zu rechnen, daß die Mindestzeiten, die in der Bundesrepublik Deutschland aus sachlichen und inhaltlichen Gründen festgelegt werden, aufgrund der Bedeutung der Bundesrepublik innerhalb der EG zum Maßstab für die Weiterbildung in den anderen Ländern werden. Von daher sollten die EG-Richtlinien bei einer Diskussion über die notwendige Dauer der Weiterbildung keine Rolle mehr spielen.

Die EG-Richtlinie zur Allgemeinmedizin:

In vielen europäischen Ländern bestehen seit langem differenzierte Regelungen über die Inhalte und Zeiten einer Weiterbildung als Voraussetzung für die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Dort gibt es entweder verpflichtende Weiterbildungsgänge für Hausärzte, oder es ist durch die Struktur des Gesundheitssystems gesichert, daß Patienten als ersten ärztlichen Ansprechpartner stets einen für diese spezielle Funktion ausreichend qualifizierten Arzt vorfinden. Diese Situation hat nicht nur die westdeutschen Berufsverbände der Allgemeinärzte, sondern auch die ÖTV schon seit vielen Jahren veranlaßt, als Voraussetzung für die Niederlassung in eigener Praxis als Hausarzt (Praktischer Arzt, Allgemeinarzt) eine etwa vier- bis fünfjährige Weiterbildung zu fordern.

Am 15.9.1986 hat der Europäische Ministerrat die "Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin" verabschiedet. Sie schreibt vor, daß über den Abschluß der ärztlichen Berufsausbildung hinaus "ab 1. Januar 1995 ... jeder Mitgliedstaat ... die Ausübung des ärztlichen Berufs als praktischer Arzt im Rahmen seines Sozialversicherungssystems vom Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises" abhängig macht, die dieser Richtlinie entsprechen. Der Zugang zu der "spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin" kann erst nach dem sechsjährigen Studium erfolgen und zwar als "mindestens zweijährige Vollzeitausbildung", "während mindestens sechs Monaten in zugelassenen Krankenhäusern" und "während mindestens sechs Monaten in zugelassenen Allgemeinpraxen oder in zugelassenen Zentren für Erstbehandlung". Aus der Tatsache, daß sich diese Phase an die von der EG vorgeschriebene ärztliche Grundausbildung anschließt, daß sie sich auf eine spezifische ärztliche Tätigkeit, "die Ausübung des ärztlichen Berufs als praktischer Arzt im Rahmen seines (des Mitgliedsstaates) Sozialversicherungssystems" bezieht, sowie aus der Tatsache, daß sie mit dem Erwerb eines besonderen Befähigungsnachweises abschließt, kann nur gefolgert werden, daß es sich um eine Phase handeln soll, die nach unserem Recht einer Weiterbildung entspricht.

Die ursprüngliche Absicht der Bundesregierung und der Befürworter der AiP-Phase war, die AiP-Zeit so zu gestalten, daß sie als entsprechend qualifizierte Vorbereitung für die allgemeinärztliche Tätigkeit bewertet werden könne. Entsprechend war die ursprünglich beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Zulassungsordnung für Ärzte (ZOÄ) ein Zeitgesetz, dessen Regelungen durch die AiP-Zeit abgelöst werden sollten.

Die Forderung nach einer "spezifischen" Weiterbildungsphase als Voraussetzung für die allgemeinärztliche Tätigkeit im Sozialversicherungssystem kann aber durch die Zeit als Arzt im Praktikum nur selten und nur teilweise erfüllt werden. Dies wäre dann der Fall, wenn es dem Arzt im Praktikum gelingen würde, seine jeweiligen Tätigkeitsphasen in dieser Zeit so zu gestalten, daß sie als "spezifische" Vorbereitung auf die allgemeinärztliche Tätigkeit gewertet werden könnten, z.B. bei einer einjährigen internmedizinischen, einer halbjährigen chirurgischen Krankenhaustätigkeit und einem zusätzlichen

halben Jahr bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner. Kaum Anrechnung finden könnten aber während der AiP-Phase ebenfalls denkbare Tätigkeiten von z.B. je einem Jahr in der Dermatologie, der Radiologie oder einem chirurgischen Spezialfach, wie der Neurochirurgie oder der Orthopädie. Gleiches würde gelten für Tätigkeiten bei niedergelassenen Gebietsärzten der Spezialfächer bzw. wenn kein Platz für sechs Monate bei einem Allgemeinmediziner zur Verfügung steht. Solche Phasen könnten auf die AiP-Zeit nach den geltenden Vorschriften ohne weiteres, nicht aber als eine "spezifische" Vorbereitung auf eine allgemeinmedizinische Tätigkeit, wie sie das EG-Recht fordert, Anrechnung finden. Auch in ihrer Summe könnten sie nicht als Voraussetzung für eine allgemeinärztliche Qualifikation gewertet werden. Ein Problem für die Anrechnung auf die von der Weiterbildungsordnung für die einzelnen Gebiete vorgeschriebenen Zeiten braucht dadurch aber nicht zu entstehen. So würde nach dem geltenden Weiterbildungsrecht etwa eine einjährige Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Dermatologie ohne weiteres auf die insgesamt erforderliche Weiterbildungszeit zur Erlangung der Gebietsbezeichnung "Haut- und Geschlechtskrankheiten" angerechnet werden können. Für diejenigen, die ohnedies keine Niederlassung in der ärztlichen Grundversorgung anstreben, entsteht also dann kein Zeitverlust, wenn sie sich für Gebiete weiterbilden wollen, für die ihre AiP-Zeit anrechenbar ist. In jedem Fall erweist sich aber auch anhand dieser Überlegung, daß die unterschiedslose Verpflichtung aller Ärzte auf die AiP-Phase nicht als sinnvoll angesehen werden kann. Schon aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten wird die Suche nach für die eigene Weiterbildung benötigten Stellen erheblich erschwert.

Die Fassung des Artikels 2 Abs. 1 d) der EG-Richtlinie von 1975, nach der die *Weiterbildung* neben Universitätskliniken *nur in einem "zugelassenen Krankenhaus"* erfolgen konnte, wurde 1982 auch in der deutschen Fassung der Richtlinie dem schon seit 1975 geltenden Wortlaut der englischen ("health establishment") und französischen Fassung ("établissement de soins de santé") angepaßt. Vollständig heißt es in der deutschen Fassung seit 1982: "Sie muß in einem Universitätszentrum, einer Universitätsklinik oder ggf. in einer hierzu von den zuständigen Behörden oder Stellen zugelassenen *Einrichtung der ärztlichen Versorgung* erfolgen". Seit 1990 ist die entsprechende Formulierung auch Bestandteil des Berliner Weiterbildungsgesetzes und wurde 1992 im Hinblick auf die Erstreckung des Gesetzes auch auf die anderen Berufsgruppen der Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in *zugelassene "Einrichtung des Gesundheitswesens"* angepaßt.

Bezüglich der Möglichkeit der *Teilzeitweiterbildung* ist die EG-Richtlinie von 1982 ebenfalls offener als das frühere Berliner Kammergesetz und die damalige Weiterbildungsordnung. Danach "können die Mitgliedsstaaten eine ärztliche Weiterbildung auf Teilzeitbasis unter besonderen, von den zuständigen innerstaatlichen Behörden genehmigten Bedingungen zulassen, wenn eine Weiterbildung auf Vollzeitbasis aus stichhaltigen Gründen nicht möglich wäre". Eine zeitliche Beschränkung der Teilzeitweiterbildung besteht aufgrund der EG-Richtlinien nicht. Selbstverständlich muß darauf geachtet werden, daß sie "qualitativ dasselbe Niveau haben" muß wie die Vollzeitweiterbildung, was in der Praxis sicher zu Einschränkungen führen kann.

Inzwischen ist in allen Bundesländern eine Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin durch ein entsprechendes Landesgesetz erfolgt. Die Gesetze haben jeweils einen praktisch identischen Wortlaut. Danach wird das entsprechende Zeugnis erteilt, wenn die Ableistung einer "mindestens zweijährigen Ausbildung nach Bestehen des 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nachgewiesen ist". Hier wird auch im deutschen Recht der Ausdruck "Ausbildung" der EG-Richtlinie übernommen, obwohl es sich nach unserem Verständnis eindeutig um eine Weiterbildung handelt, was rechtlich auch durch die Behandlung der AiP-Zeit als Ausbildung abgestützt ist.

Von den 2 Jahren können "höchstens sechs Monate

1. in Praxen von kassenarztrechtlich zugelassenen Ärzten für Innere Medizin, für Chirurgie, für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Kinderheilkunde oder für Psychiatrie und
2. in Gesundheitsämtern und anderen Gesundheitseinrichtungen außerhalb von Krankenhäusern

abgeleistet werden" (§ 1 Abs. 3, Satz 4).

Für mindestens sechs, höchstens aber achtzehn Monate muß jeweils die "praktische Ausbildung"

1. in Krankenhausabteilungen der auch oben unter 1. genannten Gebiete und
2. "in Praxen von kassenarztrechtlich zugelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin oder von Ärzten ohne Gebietsbezeichnung"

erfolgen (§ 1, Abs. 3, Satz 2).

"Nach Möglichkeit" soll außerdem die Ausbildung in *zwei* der genannten Krankenhausabteilungen stattfinden.

11.1.2.8 Die Ärztetags-Empfehlung 1992 für eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Beschluß des 95. Deutschen Ärztetages in Köln kann hier nicht vollständig referiert werden, sondern wird wie folgt zusammengefaßt und bewertet:

Der Ärztetag empfiehlt die Einführung folgender *neuer Gebiete*:

- *Anatomie*
- *Herzchirurgie*
- *Humangenetik*
- *Kinderchirurgie*
- *Nervenheilkunde*
- *Phoniatrie und Päaudiologie*
- *Physikalische und Rehabilitative Medizin*
(in der ehemaligen DDR Physiotherapie)
- *Physiologie*
- *Plastische Chirurgie*
- *Psychotherapeutische Medizin*
- *Transfusionsmedizin.*

Bei den kursiv markierten Gebietsbezeichnungen handelt es sich um Weiterbildungsgänge, die es nach der Facharztordnung in der ehemaligen DDR und teilweise auch im angepaßten Berliner Kammerrecht bereits gab.

Darüber hinaus sollen folgende *Änderungen* (kursiv gesetzt) von *Gebietsbezeichnungen* erfolgen:

- *Hygiene und Umweltmedizin*
- *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*
- *Psychiatrie und Psychotherapie.*

Bisherige *Teilgebiete* werden in Zukunft "*Schwerpunkte*" heißen. Folgende *Schwerpunkte* sollen neu eingeführt werden:

- bei der Chirurgie die *Thoraxchirurgie* und die *Visceralchirurgie*
- bei der Herzchirurgie die *Thoraxchirurgie*
- bei der Inneren Medizin die *Angiologie*
- bei der Kinderheilkunde die *Neonatologie.*

Neben den "Schwerpunkten" soll es in Zukunft "Fakultative Weiterbildungen" geben, die wie Schwerpunkte zu bewerten sind, auch mit einer Prüfung abgeschlossen werden müssen, aber nicht auf dem Praxisschild geführt werden dürfen, also ein reines Qualifikationszertifikat darstellen:

- in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Nervenheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, die *Klinische Geriatrie*
- in der Anästhesiologie die *Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin*
- in der Chirurgie die *Spezielle Chirurgische Intensivmedizin*
- in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe die *Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, die Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, die Spezielle Operative Gynäkologie*
- in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde die *Spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie*
- in der Herzchirurgie die *Spezielle Herzchirurgische Intensivmedizin*
- in der Inneren Medizin die *Spezielle Internistische Intensivmedizin*
- in der Kinderchirurgie die *Spezielle Kinderchirurgische Intensivmedizin*
- in der Kinderheilkunde die *Spezielle Pädiatrische Intensivmedizin*
- in der Neurochirurgie die *Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin*
- in der Neurologie die *Spezielle Neurologische Intensivmedizin*
- in der Orthopädie die *Spezielle Orthopädische Chirurgie*
- in der Plastischen Chirurgie die *Spezielle Plastisch-Chirurgische Intensivmedizin*
- in der Urologie die *Spezielle Urologische Chirurgie*

Bei den *Bereichen (Zusatzbezeichnungen)* hat sich folgendes geändert:

- Die Transfusionsmedizin soll jetzt *Bluttransfusionswesen* heißen.
- Neu soll es geben *Handchirurgie, Rehabilitationswesen* sowie *Umweltmedizin*.

Die Zuständigkeit für die Vergabe von *Fachkunden*, mit denen die Beherrschung spezieller diagnostischer und therapeutischer Techniken bescheinigt wird, im wesentlichen als Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erforderlich, soll von den KVen auf die Kammern und damit in das Weiterbildungsrecht übergehen.

Nur auf ausgewählte Komplexe kann hier kommentierend eingegangen werden:

1. Für praktisch alle Gebiete ist vorgesehen, daß mindestens ein Jahr der *Weiterbildung in Einrichtungen der ambulanten Versorgung* anerkannt werden kann.

Vor dem Hintergrund, daß große Teile der ambulant zu behandelnden Krankheitsbilder im stationären Bereich nicht oder nicht in ausreichender Zahl vorkommen, ist dies ein allererster Schritt zur Anpassung der Weiterbildung an die Wirklichkeit der ambulanten Versorgung. Ein Problem ergibt sich aus der Formulierung des Ärztetag-Beschlusses, wo nicht, wie es der Sprachgebrauch in den EG-Richtlinien nahelegen würde, von "Einrichtungen der ambulanten Versorgung" die Rede ist, sondern statt dessen vom "niedergelassenen Arzt". Insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, daß in den ostdeutschen Kammerbereichen weiterhin zahlreiche Einrichtungen der ambulanten Versorgung bestehen, daß es solche, man denke etwa an die sozial-psychiatrischen Dienste, die Erste-Hilfe-Stellen aber auch an die universitären Polikliniken, auch in den westdeutschen Kammerbereichen mit eher steigender Zahl gibt, sollte dies nicht hingenommen werden. Die Aufnahme der Formulierung "niedergelassener Arzt" statt "Einrichtungen der ambulanten Versorgung" an dieser Stelle kann nur vor dem Hintergrund der Ideologie der Mehrheit der deutschen Standesvertreter verstanden werden: Auch hier soll der befürchteten Konkurrenz anderer Einrichtungen der ambulanten Versorgung für den niedergelassenen Arzt schon durch die Wortwahl entgegengetreten werden. Ein rechtlich durchhaltbarer Ausschluß von Weiterbildungszeiten in anderen Einrichtungen der ambulanten Versorgung ist aber nicht zu erwarten, wahrscheinlich vor dem Hintergrund der auch sonst geübten Kollegialität nicht einmal beabsichtigt. Eine ausführliche inhaltliche Begründung dieser Weiterbildungsmöglichkeit findet sich an anderer Stelle.

2. Durch die Einführung von *"Fakultativen Ergänzungen in Gebieten"*, etwa der *"Speziellen Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie"* im Gebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist beabsichtigt, eine besondere, allerdings nicht führungsfähige Qualifikation für die niedergelassenen Fachärzte dieser Gebiete zu schaffen, die zwei Auswirkungen haben soll: Erstens kann dadurch Zahl und Breite der *selbständig* durchzuführenden Operationen nach den geltenden Richtlinien während der Gebietsweiterbildung für die meisten Fachärzte herabgesetzt werden. Das heißt, daß die großen Eingriffe, die üblicherweise vom niedergelassenen Arzt selbst nicht durchgeführt werden können, während der Facharztweiterbildungszeit nicht bis zur vollständigen Beherrschung erlernt werden müssen. Selbstverständlich soll die genaue Kenntnis ihres Ablaufs, insbesondere ihre jeweilige Indikationsstellung, durch die assistierende Teilnahme an solchen Operationen weiter in den Richtlinien verankert bleiben. Von denjenigen Fachärzten, die etwa belegärztlich oder im größeren Umfang auch ambulant operative Eingriffe durchführen wollen, müßte die entsprechende an die Gebietsarztweiterbildung sich anschließende Fakultative Weiterbildung absolviert werden. Vor dem Hintergrund der Mitteilungen der Vertreter der entsprechenden Berufsverbände über den Anteil der niedergelassenen Ärzte, die hier belegärztlich tätig sind mit ca. 25 %, erscheint dies als sinnvolle Lösung. Zum zweiten würde dem verschiedentlich berichteten Druck auf die zur Weiterbildung befugten Leiter von Abteilungen, Operationskataloge zu bestätigen, in denen tatsächlich nicht alle aufgeführten Operationen als selbständiger Operateur durchgeführt worden sind, entgegengewirkt. Insbesondere aber vor dem Hintergrund der Konkurrenz von Assistenzärzten um Operationen, die nicht häufig vorkommen und die der niedergelassene Facharzt nicht durchführt, muß diese Änderung befürwortet werden.

Da an Spezialisten, z.B. diejenigen mit der *"Fakultativen Weiterbildung"* *"Spezielle Operative Gynäkologie"*, immer eine Überweisung vorangeht, ist das öffentliche Führen einer - in den Augen vieler Patienten scheinbar eine allgemeine höhere Qualifikation anzeigenden - besonderen Bezeichnung nicht nötig.

Für solche Probleme, die nun besser als bisher über *"Fakultative Weiterbildungen"* gelöst werden können, wäre die konsequenteste, bisher aber nicht einmal im Ansatz in der Weiterbildungsordnung vorgesehene Lösung die Einführung getrennter Weiterbildungsgänge einerseits für ausschließlich ambulante und andererseits für ausschließlich stationäre Tätigkeiten. Dies entspräche der *"Logik"* in der Struktur unseres Gesundheitswesens. Da die Weiterbildung in der politischen Gewichtigkeit weit nach den Strukturfragen rangiert, eine entsprechende Modifikation und Interpretation des Sicherstellungsauftrages der KVen bisher nicht erfolgt, stellt weiterhin die Anpassung der Weiterbildungsordnung an die jetzige Versorgungsstruktur das im Hinblick auf eine qualifizierte Patientenbetreuung einzig vertretbare Verfahren dar.

3. *Alle ärztlichen Qualifikationsgänge sollen möglichst im Berufsrecht, also in die Weiterbildungsordnung, Aufnahme finden.* Derzeit gibt es eine zunehmende Anzahl von Qualifikationsnachweisen, die nicht über die Weiterbildungsordnung vergeben werden. Hierzu gehören u.a. die Fachkunden, die nach Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergeben werden und Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen sind. Von Seiten der Kammern wird zu Recht eingewandt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen im Gegensatz zu ihnen kein Instrumentarium für die Überprüfung solcher Qualifikationsnachweise haben. Unter den derzeitigen Bedingungen ist die Kontrolle der Qualifikation sicher besser durch die Kammern gewährleistet als durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Wenn allerdings die Versichertengemeinschaft über die Selbstverwaltung der Krankenkassen überzeugend argumentieren würde, daß sie bereit ist, entsprechende Kontrollgremien mit dem nötigen Sachverstand regional einzurichten, wäre dies ein bedenkenswerter Ausgangspunkt für eine Diskussion zukünftiger Novellierungen.

4. Ein schon mehrfach am Rande gestreifter Punkt muß hier noch einmal ausdrücklich beleuchtet werden: Die *Einführung von nicht in der Öffentlichkeit, also gegenüber den Patienten, ankündbaren Qualifikationsnachweisen.* Neben den unter 2. genannten und bereits bewerteten *"Fakultativen Weiterbildungen in Gebieten"* sollen dies *"Bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Gebieten (Fachkunden)"* sein. Letztere haben solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Inhalt, die nicht regelmäßig während der Facharztweiterbildungszeit erlernt werden. Wenn sie aber zusätzlich, teilweise in speziell angebotenen Kursen oder nach Abschluß der Weiterbildung, geson-

dert erworben werden, dann steht der Ausübung der entsprechenden Behandlungsmethoden durch den niedergelassenen Arzt nichts im Wege. Es muß für jedes Gebiet geprüft werden, wieweit bestimmte Methoden unverzichtbar zum Gebiet selbst gehören und während der Facharztweiterbildung erworben oder wieweit solche besonderen Methoden nicht von *allen* Fachärzten des Gebietes regelmäßig durchgeführt werden müssen. Dann können sie neben der Gebietsweiterbildung oder danach gesondert erlernt und von den Kammern als zusätzlich erworbene Fachkunde bescheinigt werden.

Die Weiterbildungsordnung muß hier den schmalen Mittelweg zwischen der Skylla des vollständigen Verzichts auf Fachkunden und damit der ungeprüften Annahme, jeder Gebietsarzt beherrsche alle Untersuchungs- und Behandlungstechniken, und der Charybdis der vollständigen inhaltlichen Entleerung eines Gebietes durch die Einführung allzu vieler Fachkunden für gängige Tätigkeiten, die unbedingt zum Gebiet gehören, einhalten.

Der Weg, zunehmend Qualifikationsnachweise, die nicht ankündigungsfähig sind, in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen, vielleicht langfristig sogar schon bestehende Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen in solche umzuwandeln, scheint aber vor dem Hintergrund des bereits Gesagten zukunftssträftig. Er eröffnet eine Lösungsmöglichkeit für das Problem, einerseits aus Qualitätssicherungsgründen zunehmend Qualifikationsnachweise einführen zu müssen, andererseits einen Mißbrauch dieser Qualifikationsnachweise durch Propagierung in der Öffentlichkeit, wo ihre Bedeutung nur schwer bewertet werden kann, zu Werbezwecken verhindern zu wollen.

5. Die bereits 1991 gegebene Zusage der Bundesregierung, eine rechtliche Regelung zu schaffen, die den Zugang zur *kassenärztlichen Versorgung* von einer *dreijährigen Weiterbildung zum Allgemeinmediziner* nach der Weiterbildungsordnung der Kammern abhängig macht, ist trotz wiederholter Bestätigung der Zusage bis heute nicht umgesetzt. Der Ärztetag empfiehlt den Kammern, die Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizin aber nur nach erfolgter Umsetzung von vier auf drei Jahre zu reduzieren. Dieses Junktim stellt einen Kompromiß dar, der wenigstens eine dreijährige auf die Allgemeinmedizin gezielt vorbereitende, strukturierte Weiterbildung sichern soll.

6. *Psychiatrisch/psychosomatische Fachgebiete*: Nachdem es inzwischen über tausend praktisch ausschließlich Psychotherapie betreibende Ärztinnen und Ärzte und zahlreiche Abteilungen an den verschiedensten Kliniken mit psychotherapeutischem Schwerpunkt und ganztägigen Weiterbildungsmöglichkeiten gibt sowie ein entsprechender Facharzt in der ehemaligen DDR bereits eingeführt war, wurde die Einführung dieses Gebietes für das gesamte Bundesgebiet gegen den Widerstand der Psychiater auf dem Ärztetag beschlossen. Im Vorfeld hatten die Psychiater beantragt, ihr Gebiet (und das der Kinder- und Jugendpsychiatrie) um den Zusatz *und Psychotherapie* zu ergänzen. Dagegen spricht, daß der gleiche Effekt im Namen schon jetzt mit dem Erwerb der Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* möglich und hier auch der Qualifikationsgang klar geregelt ist. Nachdem die Erweiterung der Gebietsbezeichnung durchgesetzt werden konnte, wird es nun an den einzelnen Kammern liegen, ob sie Befugnisse zur Weiterbildung auch solchen Psychiatrischen Abteilungsleitern erteilen, die Psychotherapie nie gelernt haben, was, wie aus einigen Kammerbereichen zu hören ist, durchaus droht. Die Facharztbezeichnung *Psychiatrie und Psychotherapie* sollen bereits weitergebildete Psychiater jedenfalls nicht automatisch sondern nur dann erhalten, wenn sie auch die Bereichsweiterbildung in Psychotherapie absolviert haben. In psychiatrischen Kliniken ohne Weiterbildungsmöglichkeit in Psychotherapie allein kann jedenfalls in Zukunft die Gebietsbezeichnung nicht mehr erworben werden.

Insbesondere der Berufsverband der Nervenärzte hat die *Neueinführung eines Nervenarztes*, der nicht in den Gremien der Bundesärztekammer vorberaten werden konnte, durchgesetzt. Es geht dabei nicht um die ja auch bisher mögliche Führung der Bezeichnung "Nervenarzt" nach abgeschlossener Weiterbildung sowohl im Gebiet Psychiatrie als auch im Gebiet Neurologie, sondern um einen neuen gemeinsamen Weiterbildungsgang von gleicher Dauer (6 Jahre) aber nur mit einer abschließenden Prüfung - die Psychotherapie wurde hier zunächst vergessen.

Ein weiterer grundsätzlicher Aspekt der vorgesehenen Novellierung sei an dieser Stelle diskutiert: Der bisherige Begriff "Teilgebiet" wird durch den neu eingeführten "Schwerpunkt" ersetzt. Dies soll den Unterschied auch bei Beibehaltung der bisherigen Bezeichnungen verdeutlichen. Ein Gebietsarzt kann

heute auch alle Untersuchungs- und Behandlungstechniken, die nur während einer Teilgebietsweiterbildung vertieft erlernt werden, durchführen und abrechnen. Dies wird in Zukunft - selbstverständlich mit Übergangsbestimmungen - nicht mehr der Fall sein. Insofern sind die Gebietsgrenzen in Zukunft schärfer abgegrenzt als bisher. Das gleiche gilt für die geplante völlige Gleichstellung der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin mit den anderen Gebietsweiterbildungen.

Die verantwortlich durchführbaren und dann auch abrechenbaren Leistungen sollen danach auch zwischen dem zukünftigen, in jedem Fall nach dem Weiterbildungsrecht weitergebildeten, Arzt für Allgemeinmedizin und den anderen Fachärzten abgegrenzt werden. Daher wurde der Passus im Weiterbildungsrecht, der die gemeinsame Führung von zwei Gebietsbezeichnungen zuläßt, und die damit verbundene umfangreiche und kompliziert differenzierende Auflistung, welche Bezeichnungen dies denn sein dürften, ersatzlos gestrichen und eine solche Möglichkeit auf von der Kammer zu genehmigende begründete Einzelfälle beschränkt. Ist eine Gebietsbezeichnung in die Weiterbildungsordnung aufgenommen, muß davon ausgegangen werden, daß die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen zur Ausübung dieses Gebiets auch nur dann erhalten werden können, wenn die Tätigkeit sich auf dieses Gebiet konzentriert, also nicht zwischen zwei Gebieten hin und her gewechselt wird.

Als letztes sei noch auf folgendes Problem hingewiesen: Es kann der Eindruck entstehen, daß mit dem Konzept der neuen Musterweiterbildungsordnung, den Erwerb von Fachkunden nur *in* Gebieten zuzulassen, einer "closed-shop"-Politik des Ärztestandes der Weg bereitet wird. Die Notwendigkeit einer Weiterbildung *vor* Aufnahme einer Tätigkeit in der Allgemeinversorgung wird mittlerweile zugunsten einer qualifizierteren Patientenversorgung als Voraussetzung für eine Niederlassung mit kassenärztlicher Tätigkeit akzeptiert.

Anders stellt sich aber die Frage dar, wenn es um die Vergabe von Qualifikationsnachweisen für einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Kammern über das Berufsrecht geht. Es scheint sowohl aus berufspolitischen wie aus rechtlichen Gründen nicht hinnehmbar, daß etwa diskutierte Fachkundenachweise, wie "Mutterschaftsvorsorge" oder "Früherkennung von Krebskrankheiten bei Kindern", nicht erworben werden könnten, wenn die fachlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen, eine Gebietsweiterbildung aber noch nicht abgeschlossen werden konnte. Wenn also durch Zeiten und Zeugnisse ein entsprechender Nachweis erbracht wird, kann die Zulassung zu einer entsprechenden Überprüfung und die Vergabe eines Zertifikats nicht verweigert werden.

Ein gewisser, wenn sicher auch nicht zwingender, Zusammenhang besteht hier auch mit den durch Gesetz vorgeschriebenen Fachkunden (z.B. der Röntgenverordnung oder der arbeitsmedizinischen Fachkunden), die auch nicht nur zusammen mit Gebietsbezeichnungen erworben werden können.

Es wird darauf hingewiesen, daß praktisch alle Veränderungen zur Novellierung der Berliner Weiterbildungsordnung, die im Jahr 1991 im Zuge der Aufnahme der Ostberliner Kollegen in die Kammer und damit der Sicherung ihres Besitzstandes bezüglich der erteilten Qualifikationsbezeichnungen und der Aufnahme einer Reihe neuer Gebiete aus dem Facharztrecht der ehemaligen DDR beschlossen wurden, nun auch in der Musterweiterbildungsordnung vorgesehen sind.

Da aber die Umsetzung wesentlicher Teile der Musterweiterbildungsordnung erst nach Novellierung der Heilberufsgesetze der Länder, in Berlin des Weiterbildungsgesetzes, möglich scheint, muß hinsichtlich des weiteren Zeitablaufs und der Planung für die Umsetzung in Landesrecht zunächst dieser Schritt eingeleitet werden: Die Gesundheitsbehörden der Länder sollten sich untereinander abstimmen; danach wird man sehen, was wirklich in den Weiterbildungsordnungen der einzelnen Kammern an Neuem verankert werden kann.

11.1.2.9 *Resümee und Ausblick*

Der 1992 vom Ärztetag zur Weiterbildung gefaßte Beschluß stellt nicht nur eine Anpassung der Weiterbildungsordnung an die weitere Differenzierung der Fachgebiete dar, wie etwa die letzte Novellierung des Jahres 1987. Er ist durchaus geeignet, von einigen neu eingeführten Prinzipien ausgehend (Weiterbildung auch in ambulanten Einrichtungen, Einführung nicht führungsfähiger Bezeichnungen und damit Verdeutlichung des Qualitätssicherungsaspektes von Bildung) Perspektiven für eine weitere

Umarbeitung des Weiterbildungsrechts in den nächsten Jahren zu eröffnen. Auf einen Ansatz für solche Perspektiven wurde schon im Zusammenhang mit der Diskussion um die notwendige Qualifikation der Weitergebildeten für die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung verwiesen. Ein weiterer Ansatz hierzu ist der Vorschlag, die für die erste und betreuende Versorgung der Patienten wichtigen ständigen Ansprechpartner unter den Gebietsärzten besonders herauszuheben und die allgemeine Führungsfähigkeit von Bezeichnungen in der Öffentlichkeit streng daraufhin einzuschränken, was der Patienteninformation dient.

Andere Fragen, wie z.B. die stärkere Systematisierung der Weiterbildung in den Weiterbildungsstätten selbst, die Sicherung der Durchführung einer qualifizierten Weiterbildung sowie die Weiterentwicklung der Überprüfung der wirklich erreichten Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, bedürfen durchaus der weiteren Diskussion und vor allen Dingen der modellhaften Erprobung entsprechender curricularer Vorschläge. Hierüber wird zwar immer wieder die bekannte Kritik, daß hier an zahlreichen Weiterbildungsstätten viel zu wenig geschehe, mit vielen Beispielen fundiert. Praktikable Vorschläge, die auf ihre Umsetzbarkeit im Klinik- und Praxisalltag geprüft sind, fehlen. Allgemein verbreitet ist allerdings die Auffassung, daß von außerhalb angebotene Kurssysteme, wie sie etwa durch die Universitäten in Frankreich und Italien zur Erlangung von Weiterbildungszertifikaten angeboten werden und die auch bei uns zu einer Reihe von Zusatzbezeichnungen führen aber z.B. auch für die Arbeitsmedizin seit Jahren erfolgreich praktiziert werden, nur eingeschränkt auch für andere Gebiete und Schwerpunkte Anwendung finden könnten.

In der Diskussion sind auch Vorschläge, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen auch nach Abschluß der Weiterbildung kontinuierlich kontrollierbar zu machen. Der Vorschlag aber, eine Fortbildungspflicht einer ernsthaften Erprobung zuzuführen, ist auf dem Ärztetag 1990 in Würzburg gescheitert. Der Vorschlag, das Facharztzertifikat etwa in regelmäßigen Abständen zu erneuern, wie dies teilweise in den USA Praxis ist, stößt bisher nur auf Mißtrauen. Dabei besteht gleichzeitig eine diffuse Zustimmung, daß man doch in Zukunft nicht völlig ohne eine gesicherte und kontrollierte regelmäßige Fortbildung auskommen könne.

Die vielfältigen Ansätze einer Kritik der bisherigen Schwächen des Weiterbildungs- und Fortbildungswesens der deutschen Ärzte werden sich nicht bündeln und in umsetzbare Vorschläge weiterentwickeln lassen, wenn wie bisher die Kammern und Deutschen Ärztetage nur auf den Druck einzelner neu herausdifferenzierter Gebiete und ihrer Vertreter reagieren, um den in die Weiterbildungsordnung aufgenommenen Fächerkanon zu erweitern und dabei eher am Rande versuchen, auch grundsätzliche Neuerungen einzuführen.

11.2 Zahnärztekammer Berlin

11.2.1 Aufgaben

Die Zahnärztekammer - als Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR) - erfüllt gemäß dem Berliner Kammergesetz im wesentlichen folgende Aufgaben:

- Wahrnehmung der beruflichen Belange der Mitglieder
- Beratung und Unterstützung der Mitglieder in allen beruflichen Fragen
- Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten
- Regelung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung der Mitglieder und des Fachpersonals
- Gutachterstelle für Gerichte und Behörden in allen Berufs- und Fachfragen
- Träger von Schlichtungsstellen
- Zuständige Stelle für das Fachpersonal nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG)
- Regelung des Notfalldienstes
- Träger der Zahnärztlichen Stellen Röntgen und zuständige Stelle für die Erteilung der Fachkundebescheinigungen nach der Röntgenverordnung (RöV)
- Träger der Versorgungseinrichtungen der Berufsangehörigen.

11.2.2 Zahnärzte am 31.12.1991 in Berlin

11.2.2.1 Mitglieder der Zahnärztekammer Berlin am 31.12.1991

Zahnärzte	Kammer- mitglieder		darunter			
			Berlin (Ost)		Ausländer	
	insgesamt	in %	absolut	in %	absolut	in %
in freier Praxis:	2680	65,3	845	56,1	98	75,4
Praxisinhaber oder Sozios	2080	50,7	729	48,4	60	46,2
Assistenten und Vertreter	600	14,6	116	7,7	38	29,2
Beamte und Angestellte ohne eigene Praxis:	629	15,3	485	32,2	14	10,8
in Universitätskliniken	165	4,0	67	4,4	7	5,4
in Krankenhäusern	8	0,2	1	0,1	—	—
bei Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen	—	—	—	—	—	—
Jugendzahnärzte	44	1,1	18	1,2	—	—
Sanitätsoffiziere in der Bundeswehr	1	0,0	—	—	—	—
bei Berufsvertretungen	1	0,0	—	—	—	—
bei der Polizei	1	0,0	—	—	—	—
in Polikliniken / Ambulatorien	397	9,7	395	26,2	7	5,4
sonstige (Industrie usw.)	12	0,3	4	0,3	—	—
ohne zahnärztliche Berufsausübung	797	19,4	176	11,7	18	13,8
dauernd	601	14,6	118	7,8	5	3,8
vorübergehend	196	4,8	58	3,9	13	10,0
insgesamt	4106	100	1506	100	130	100

11.2.2.2 Zahnärzte mit Gebietsbezeichnungen

Zum 31.12.1991 praktizierten in Berlin

- 149 Zahnärzte für Kieferorthopädie
- 47 Zahnärzte für Oralchirurgie.

Daneben haben

21 Zahnärzte die Gebietsbezeichnung "Öffentliches Gesundheitswesen"

zuerkannt bekommen.

11.2.3 Weiterbildungsstätten/Ausbildungsassistenten am 31.12.1991 in Berlin (West)

In 14 Weiterbildungsstätten für Kieferorthopädie werden 24 Weiterbildungsassistenten, in 8 Weiterbildungsstätten für Oralchirurgie 8 Weiterbildungsassistenten beschäftigt.

11.2.4 Fortbildungseinrichtung

Die Zahnärztekammer Berlin unterhält seit 1982 als Einrichtung das Philipp-Pfaff-Institut. Im Jahr 1991 wurden 68 Kurse mit 2.198 Teilnehmern veranstaltet. Daneben wurden 6 freie Vortragsveranstaltungen mit ca. 1.500 Teilnehmern abgewickelt.

11.2.5 Zuständige Stelle für Berufsausbildung

Die Zahnärztekammer hat als zuständige Stelle für die Berufsausbildung mit Stichtag 31.12.1991 1.206 Auszubildende für den Beruf Zahnarzhelfer/-in registriert. Davon wurden 638 im Jahr 1991 neu abgeschlossen, 369 befinden sich im 2. und 199 Personen im 3. Ausbildungsjahr. Im Jahr 1991 legten 131 Auszubildende ihre Prüfung mit Erfolg ab.

11.2.6 Versorgungseinrichtung

Die Zahnärztekammer Berlin unterhält das "Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin" als Pflichtversorgungseinrichtung der Berliner Zahnärzte. Seit 1966 ist das Versorgungswerk ebenfalls die Pflichtversorgungseinrichtung der Zahnärzte im Lande Bremen, und seit 1969 können die Angehörigen der Tierärztekammer Berlin freiwillige Mitglieder werden.

Zum 31.12.1990 bestand folgender Mitgliederbestand:

aktive Mitglieder (Anwartschaften)	2.694
passive Mitglieder (Rentner)	396
passive Mitglieder (beitragsfrei)	87
insgesamt	3.177

KAPITEL

12

*BERUFE,
AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG
IM GESUNDHEITSWESEN*

12.0 Erläuterungen

Berichterstattung

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung meldet dem Statistischen Landesamt Berlin die Angaben über die Ärzte (im Öffentlichen Gesundheitsdienst) und das selbständige Medizinalfachpersonal, die Ärztekammer Berlin über die niedergelassenen Ärzte, die Zahnärztekammer über die Zahnärzte und die Apothekerkammer über die Apotheken und das dort tätige Apothekerfachpersonal. Die Statistik über die tätigen Ärzte in den Krankenhäusern und das dortige Fachpersonal beruht auf Meldungen der einzelnen Krankenhäuser entsprechend der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV). Die Gesundheitsämter melden die dort tätigen Ärzte sowie das Medizinalfachpersonal. Die Angaben über Ärzte in sonstigen Tätigkeitsbereichen werden vom Statistischen Landesamt bei den zuständigen Stellen abgefragt.

Unterschiede in den Angaben der Ärztezahlen durch das Statistische Landesamt und die Ärztekammer beruhen auf unterschiedlichen Erhebungswegen und Stichtagen, sind jedoch weitgehend bereinigt von Doppel- und Mehrfachzählungen.

Die Statistik ist aber insgesamt unvollständig, da insbesondere das Pflege-, Medizinalfach- und sozialpflegerische Personal in privaten (z.B. Arztpraxen, Seniorenheimen) und freigemeinnützigen Einrichtungen nicht erfaßt wird.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im folgenden Text bei der Angabe von Berufsgruppen überwiegend die männliche Form gewählt.

Berufstätige Ärzte

Gebietsärzte

Ärzte mit abgeschlossener Gebietsausbildung.

Arzt im Praktikum (AiP)

Angehende Ärzte, denen die Approbation erst erteilt wird, wenn sie nach bestandenem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet haben.

Zahnmedizin

Zahnärzte einschließlich Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

12.1 Berufe und Beschäftigungsbereiche

Qualität und Quantität der medizinischen Dienste und Einrichtungen werden im wesentlichen durch die Ausstattung mit qualifiziertem Personal und durch die damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Leistungen bestimmt.

Die beiden wichtigsten Beschäftigungsbereiche im Gesundheitswesen sind die stationäre Versorgung mit mehr als 110 Allgemein-, Fach- und Sonderkrankenhäusern sowie die ambulante Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten (einschließlich Personal) und den ambulanten Pflegeeinrichtungen (u.a. Sozialstationen). Den dritten - quantitativ jedoch nicht vergleichbaren - Beschäftigungsbereich bildet der Öffentliche Gesundheitsdienst mit den 23 bezirklichen Gesundheitsämtern; darüber hinaus sind die Apotheken als weiterer Beschäftigungsbereich zu nennen.

Im Gesundheitswesen von Berlin (West) waren Ende 1990 rd. 61.000 Personen beschäftigt, d.h. fast 30 % mehr als vor 10 Jahren. Hervorzuheben ist insbesondere, daß sich nicht nur die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten erhöht hat, sondern auch eine deutliche Steigerung des Qualitätsniveaus zu verzeichnen ist (vgl. 12.3).

In Berlin (Ost) betrug die entsprechende Zahl rd. 34.000. Insgesamt stellt das Gesundheitswesen in Berlin mit fast 100.000 Beschäftigten einen wichtigen ökonomischen und beschäftigungspolitischen Faktor dar.

12.1.1 Ärzte

12.1.1.1 Berufstätige Ärzte 1980, 1985 und 1990 (31.12.) nach Art der Tätigkeit und Geschlecht

berufstätige Ärzte	1980		1985		1990			
	Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
insgesamt	7 908	100	8 764	100	8 617	100	5 756	100
darunter weiblich	2 581	32,6	3 091	35,3	3 146	36,5		
davon								
im Krankenhaus	4 002	50,6	4 315	49,2	4 285	49,7	2 591	45,0
darunter weiblich	1 069	26,7	1 336	31,0	1 412	33,0	1 063	41,0
in freier Praxis	2 352	29,7	2 655	30,3	2 912	33,8	82	1,4
darunter weiblich	664	28,2	789	29,7	938	32,2	51	62,0
bzw. ambulant							2 237	1) 38,9
darunter weiblich								
sonstige Tätigkeit	1 554	19,7	1 794	20,5	1 420	16,5	(846)	2) 14,7
darunter weiblich	848	54,6	966	53,8	796	56,1		
nachrichtlich:								
Ärzte im Praktikum (AiP)					573	100	85	100
darunter weiblich					239	41,7		

1) Ambulant tätig, d.h. aus insgesamt 88 Polikliniken, Ambulatorien usw.; einschl. noch 50 weiterer Fachärzte, die von einem Bezirk nicht spezifiziert wurden.

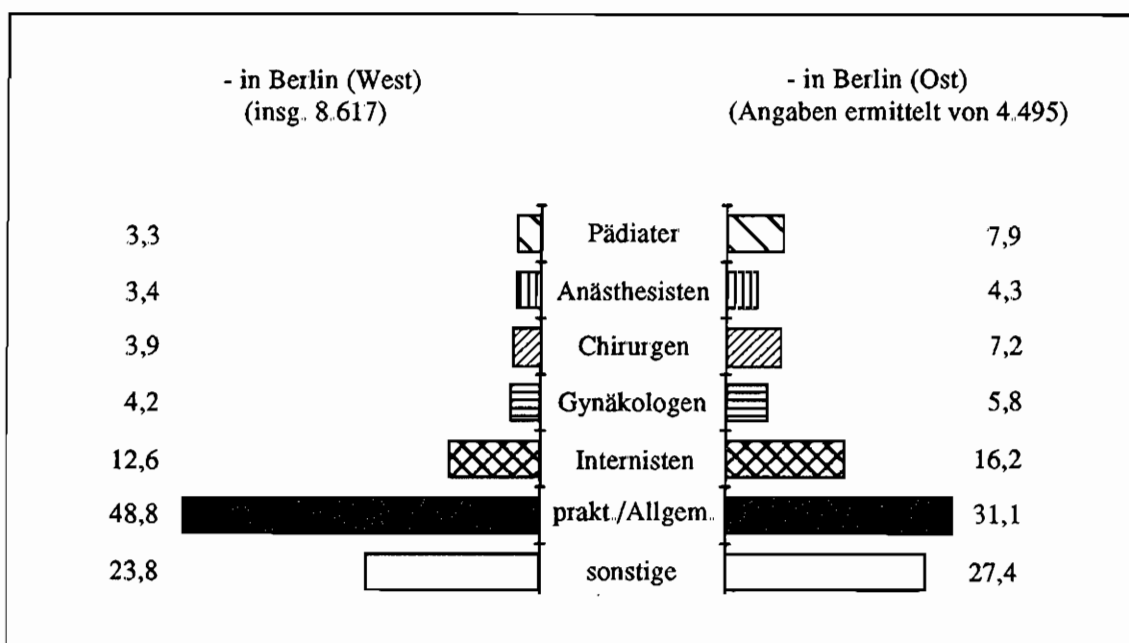
2) Vom Statistischen Landesamt nicht erhoben daher Übernahme aus der Statistik der Ärztekammer Berlin

Ende 1990 gab es in Berlin (Gesamt) 14.373 berufstätige Ärzte, wobei auf Berlin (West) 8.617 und Berlin (Ost) 5.756 Ärzte entfielen; darüber hinaus waren 1990 noch 658 Ärzte im Praktikum (AiP) tätig (West: 573, Ost: 85).

In Berlin (West) nimmt der Anteil von Frauen innerhalb der Ärzteschaft weiterhin ständig zu (1980: 32,6 %, 1990: 36,5 %), in den Gesundheitsämtern der Bezirke sogar 73,4 %. Der entsprechende Anteil von Ärztinnen in Berlin (Ost) beträgt bereits 41 %.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Ärzteschaft nach Fachgebieten sind zwischen beiden Teilen Berlins deutliche Unterschiede festzustellen, die u. a. auch darauf zurückzuführen sind, daß in Berlin (Ost) überwiegend die Facharztausbildung angestrebt wurde, da diese Voraussetzung für eine selbständige Tätigkeit war.

Graphik 50: Zusammensetzung der Ärzteschaft insgesamt 1990 nach Fachgebieten in % (ohne AiP, jedoch einschließlich der Ärzte in der Weiterbildung)



Der Anteil von Primärärzten (praktischer -/Allgemeinmediziner, Internisten, Frauen- und Kinderärzte) an den Ärzten insgesamt war in Berlin (West) mit 69 % etwas niedriger als in den alten Bundesländern (72 %) und verdeutlicht entsprechend die quantitative Vielfalt von Spezialisten.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte hat sich seit 1980 im Abstand von 5 Jahren jeweils um 300 erhöht. Im Verhältnis zur Gesamtärzteschaft hat sich in Berlin (West) mehr als ein Drittel aller Ärzte niedergelassen. Die Hälfte aller Ärzte ist jedoch hauptamtlich im Krankenhaus beschäftigt, in Berlin (West) 4.285 und in Berlin (Ost) 2591; die Aufschlüsselung nach Fachgebieten konnte für das Berichtsjahr jedoch nur bei 2.203 Ärzten ermittelt werden.

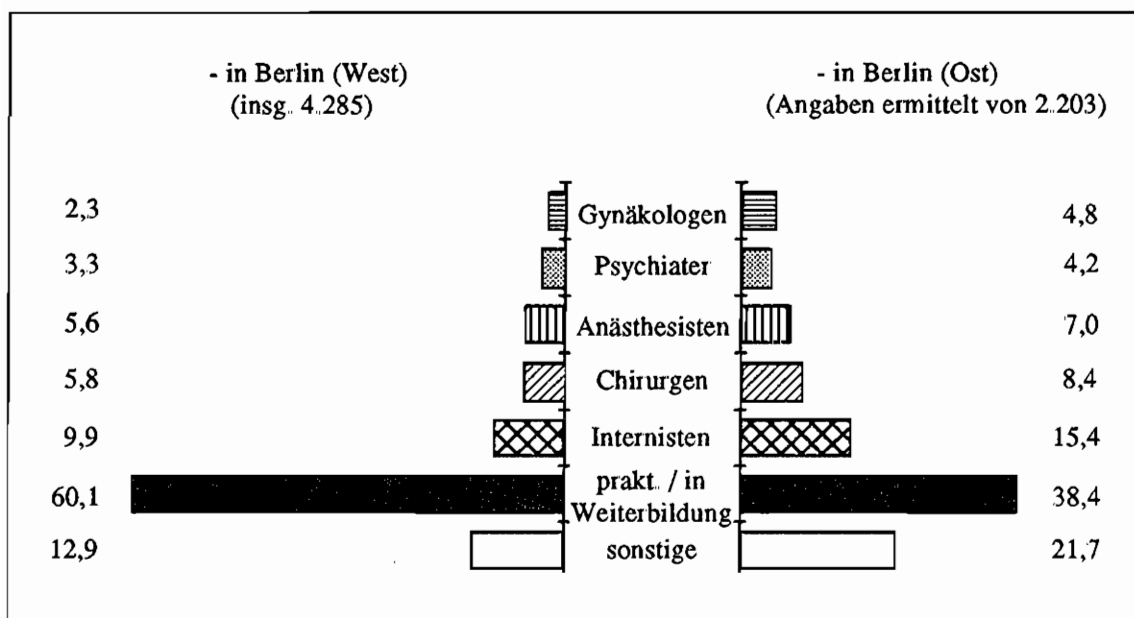
12.1.1.1 Berufstätige Ärzte 1980, 1985 und 1990 (31.12.)

Ärzte/ Versorgungsdichte	1980	1985	1990		
	Berlin (West)	Berlin (West)	insgesamt	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Ärzte in freier Praxis bzw. ambulant tätig	2352	2655	1)	2912	2237
Einwohner je Arzt in freier Praxis/ambulant	806,2	700,6	1)	741,1	570,3
hauptamtlich tätige Krankenhaus- ärzte insgesamt	3962	4248	6876 2)	4285 2)	2591 2)
Betten je hauptamtlich tätiger Arzt im Krankenhaus	8,4	7,1	6,3	6,5	5,8
Planbetten im Krankenhaus (ohne Krankenhäuser)	33385	30292	41440	26482	14958

- 1) aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der ambulanten Versorgung in Berlin (West) und Berlin (Ost) wenig sinnvoll
- 2) ohne AiP

12.1.1.2 Stationärer Bereich / Krankenhäuser

Graphik 51: Zusammensetzung der Ärzteschaft in Krankenhäusern 1990 nach Fachgebieten in %

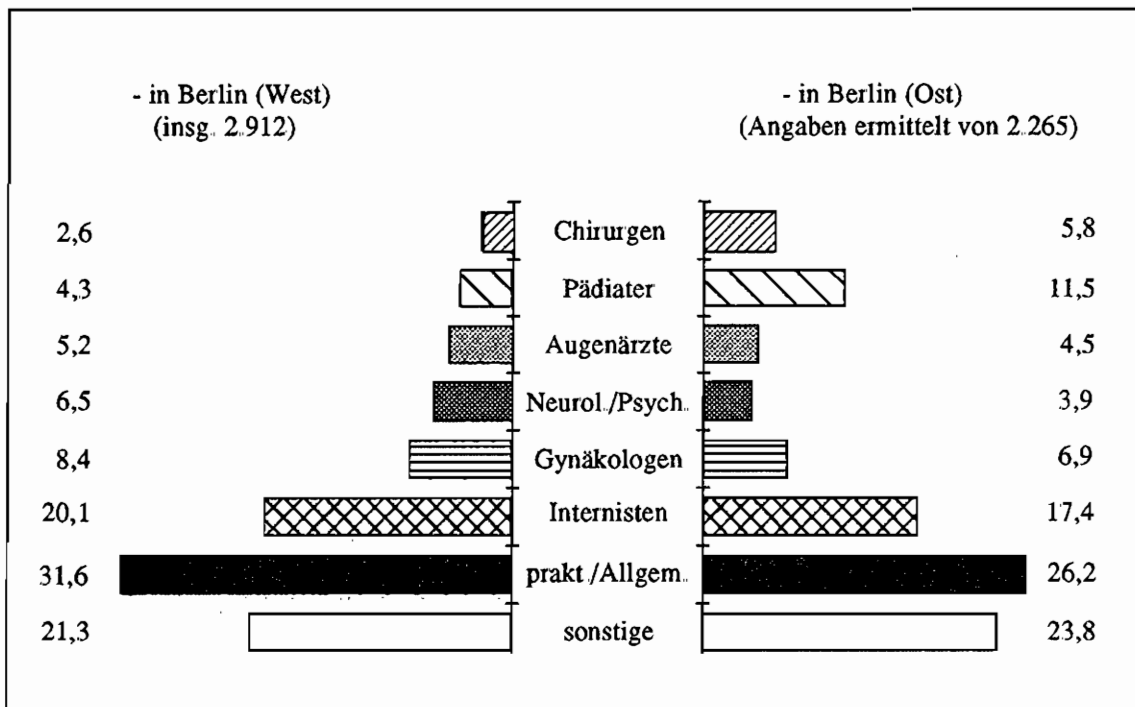


Der Anteil der Ärzte mit speziellen Fachgebieten ist hier deutlich geringer, denn mehr als die Hälfte der Krankenhausärzte befindet sich in der Weiterbildung zum Facharzt. Die größte Facharztgruppe bilden auch im Krankenhaus die Internisten, gefolgt von Chirurgen und Anästhesisten, für die das Krankenhaus eindeutig der wichtigste Beschäftigungsbereich darstellt.

Seit 1980 hat sich die "Versorgungsziffer" im stationären Bereich (Krankenhausbett je hauptamtlichen Arzt) in Berlin (West) kontinuierlich verbessert: von 8,4 in 1980 auf 6,2 im Jahr 1990, unter Berücksichtigung der Relation 5,8 in Berlin (Ost) in Gesamt-Berlin sogar auf 6,0.

12.1.1.3 Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte

Graphik 52: Zusammensetzung der Ärzteschaft in freier Praxis bzw. ambulant tätig 1990 nach Fachgebieten



Als niedergelassene Ärzte bzw. im ambulanten Bereich waren in Berlin (West) 2.912 bzw. in Berlin (Ost) 2.319 (2.237 in Polikliniken sowie 82 niedergelassene) Ärzte tätig (vgl. Kapitel 7).

12.1.1.3.1 Niedergelassene Ärzte am 31.12.1990 in Berlin (West) 1) nach Gebietsbezeichnungen und Bezirken

Bezirk	Arzte insgesamt		Arzte mit Gebietsbezeichnung														sonstige				
	12/1989	12/1990	Arzte ohne Gebietsbezeichnung		All-gemein-medizin	Ano-ses-olo-gie	Augen-heil-kunde	Chirurgie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen-, Ohren-heilkunde	Innere Medizin	Kinder-heilkunde	Lungen- und Bronchial-heilkunde	Mund- / Kiefer- / Geschlechts-chirurgie	Nervenheilk., Neurologie, Psychiatrie 3)	Ortho-pädie		Radio-logie 4)	Uro-logie		
			12/1989	12/1990																	
Tiergarten	113	114	30	10	2	5	2	7	4	4	26	5	1	1	9	4	4	1	3	1	
Weddmg	191	188	46	26	1	9	11	18	5	5	30	5	4	4	6	9	7	5	5	1	
Kreuzberg	211	204	62	21	1	9	6	19	6	6	38	8	3	3	7	6	8	4	4	5	
Charlottenburg	359	361	71	32	2	20	7	30	16	12	75	12	3	2	38	19	9	8	8	5	
Spandau	246	246	37	24	4	15	7	20	11	6	61	14	2	14	14	15	5	8	3	3	
Wilmersdorf	305	298	45	27	4	12	10	31	12	12	62	9	3	3	27	18	7	8	11	11	
Zehlendorf	211	214	64	30	6	5	5	11	8	5	29	8	3	3	17	9	7	3	4	4	
Schöneberg	294	289	64	29	7	10	5	21	14	7	61	14	4	4	17	13	6	6	11	11	
Steglitz	267	263	50	27	1	18	6	26	6	8	49	17	2	2	19	13	6	6	8	8	
Tempelhof	198	192	31	22	12	3	3	17	9	6	45	10	2	2	10	14	6	5	5	2	
Neukölln	291	282	65	32	1	19	8	26	9	10	42	12	4	4	14	19	12	7	7	2	
Reinickendorf	252	261	40	34	2	18	7	18	12	8	66	11	5	5	12	15	5	7	7	1	
Berlin (West)																					
12/1990	2912	2912	605	314	31	152	77	244	112	89	584	125	36	3	190	154	79	70	47	47	
12/1989	2938	2938	600	316	29	157	83	250	117	90	598	122	35	7	202	151	90	68	23	23	

1) noch Angehöriger Ärztekammer Berlin
 2) einschließlich 3 Ärzte für Neurochirurgie
 3) einschließlich 3 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 8 Ärzte für Psychiatrie, 2 Ärzte für Neurologie
 4) einschließlich 8 Ärzte für Nuklearmedizin

Die nominelle Steigerung der Zahl der niedergelassenen Ärzte in Berlin (West) wurde durch das Bevölkerungswachstum in den 80er Jahren wieder ausgeglichen, so daß 1990 741 Einwohner je niedergelassenen Arzt (1985: 701) zu verzeichnen waren.

Obwohl regionale Dichteziffern in einem Stadtstaat nicht die Bedeutung haben wie in einem Flächenstaat, ist jedoch auffällig, daß die Dichteziffern (Einwohner je niedergelassenen Arzt) im innerstädtischen Bereich, z.B. Wilmersdorf (493), Charlottenburg (513) und Schöneberg (541), erheblich günstiger sind als in den bevölkerungsreichen Randbezirken Neukölln (1 600) und Reinickendorf (957). Noch deutlicher zeigen sich diese Unterschiede in den Standorten der Zahnarztpraxen (s.u.), so gibt es in Charlottenburg z.B. nicht nur pro Einwohner sondern sogar absolut mehr Zahnärzte als in Kreuzberg niedergelassene Ärzte.

12.1.1.3.2 Einwohner je niedergelassenen Arzt 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West) nach Bezirken

Bezirk	1980		1985		1990	
	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt
Tiergarten	100	738	109	661	114	834
Wedding	166	818	179	764	188	877
Kreuzberg	166	794	178	716	204	907
Charlottenburg	315	488	338	431	361	513
Spandau	194	1015	215	897	246	905
Wilmersdorf	261	505	285	459	298	493
Zehlendorf	132	639	187	455	214	460
Schöneberg	194	733	229	588	289	541
Steglitz	198	854	236	711	263	723
Tempelhof	167	979	189	858	192	998
Neukölln	247	1137	276	1002	282	1089
Reinickendorf	212	1106	234	979	261	956
Berlin (West)	2352	806	2655	701	2912	741
Berlin (Ost) 1)					2237	570

1) s. ausführlich Kapitel 9

Über die Entwicklung und Strukturveränderungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Ostberliner Bezirken wird in einem besonderen Kapitel (9) berichtet, dennoch wird in diesem Zusammenhang das Augenmerk darauf gerichtet, daß bei der primärärztlichen Versorgung in Berlin (Ost) teilweise ein erheblich höherer Versorgungsgrad bestand als in Berlin (West): Nicht nur in bezug auf Kinder im Alter von 0 bis unter 15 Jahren sondern auch absolut war die Zahl der ambulant tätigen Kinderärzte in Berlin (Ost) mehr als doppelt so hoch als in Berlin (West)

**12.1.1.3.3 Niedergelassene Ärzte der Primärversorgung
1980, 1985 und 1990 (31.12.)**

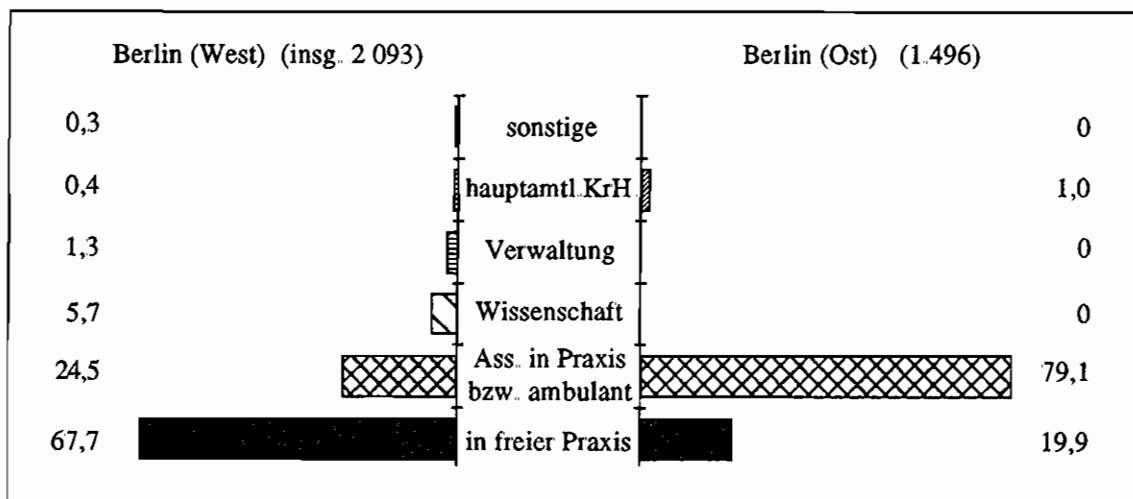
Fachgebiet	1980		1985		1990			
	Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (Ost) 1)	
	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt
Allgemeinmedizin 2)	765	2479	797	2334	919	2348	568	2246
Innere Medizin	476	3984	574	3241	584	3695	395	3230
Frauenheilkunde 3)	206	4404	221	3965	244	4027	157	3473
Kinderheilkunde 4)	110	2577	123	2058	125	2362	262	969

- 1) in Berlin (Ost): ambulant tätige Ärzte, d.h. einschließlich niedergelassene Ärzte
6 prakt., 15 Innere Medizin, 9 Frauenheilkunde und 9 Kinderheilkunde
- 2) einschl. prakt. Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- 3) Einwohner: Frauen, 15 Jahre und älter
- 4) Einwohner: Kinder, 0 bis unter 15 Jahre

12.1.2 Zahnärzte

Am Jahresende 1990 wurden in Berlin (West) insgesamt 2.093 und in Berlin (Ost) 1.496 berufstätige Zahnärzte gemeldet; eingeschlossen sind hierbei die Kiefer- und Oralchirurgen, in Berlin (West) 68 bzw. 32, in Berlin (Ost) 50 bzw. 8.

Graphik 53: Zahnärzte 1990 nach Art der Berufsausübung in %



Gegenüber den Ärzten fällt in Berlin (West) der relativ hohe Anteil der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte auf sowie die Zahl der angestellten Assistenten bei diesen niedergelassenen Zahnärzten - eine Einrichtung, die derzeit auch im Bereich der Ärzteschaft diskutiert wird
Gegenüber 1980 kann seit 1985 eine erhebliche Zunahme an niedergelassenen Zahnärzten registriert werden, die - anders als bei den niedergelassenen Ärzten - trotz des Bevölkerungswachstums auch zu einer größeren Zahnarztdichte geführt hat.

12.1.2.1 Berufstätige Zahnärzte 1980, 1985 und 1990 (31.12.)

Fachgebiet	1980		1985		1990			
	Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (West)		Berlin (Ost)	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Zahnärzte insgesamt 1)	1530	100	1682	100	2093	100	1496	100
darunter:								
Zahnärzte in freier Praxis	1110	72,5	1195	71,0	1418	67,7	297 2)	19,9
Einwohner je Zahnarzt in freier Praxis	1708,3		1556,6		1521,8		4295,4	
Kieferorthopäden	40	2,6	50	3,0	68	3,2	50	3,3
Oralchirurgen					32	1,5	8	0,5

1) d.h. einschl. der zahnärztlichen Fachgebiete Kieferorthopädie und Oralchirurgie, die aus gesundheitspolitischen Gründen außerdem gesondert aufgeführt werden

2) ausschließlich Niederlassungen in eigener Praxis; darüber hinaus hat die Zahnärztekammer noch weitere 1.199 angestellte Zahnärzte ermittelt, die im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Versorgung u.a. auch in den stomatologischen Polikliniken tätig waren.

Bei einer Betrachtung der regionalen Verteilung der in Berlin (West) niedergelassenen Zahnärzte ist auch hier eine Konzentration auf den innerstädtischen Bereich festzustellen.

12.1.2.2 Einwohner je niedergelassenen Zahnarzt 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West) nach Bezirken

Bezirk	1980		1985		1990	
	Zahn-ärzte	Einw. je Zahnarzt	Zahn-ärzte	Einw. je Zahnarzt	Zahn-ärzte	Einw. je Zahnarzt
Tiergarten	40	1846	36	2000	56	1697
Wedding	68	1997	79	1730	89	1853
Kreuzberg	64	2033	74	1722	88	2103
Charlottenburg	171	898	182	800	206	898
Spandau	94	2095	102	1891	124	1795
Wilmerdorf	126	1045	95	1376	146	1007
Zehlendorf	71	1187	86	990	70	1408
Schöneberg	100	1421	103	1307	148	1056
Steglitz	106	1595	148	1132	136	1398
Tempelhof	70	2335	75	2161	92	2041
Neukölln	97	2896	106	2608	135	2276
Reinickendorf	103	2276	109	2101	128	1950
Berlin (West)	1110	1708	1195	1557	1418	1522

12.1.3 Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich

Für das Pflegepersonal ist das Krankenhaus mit Abstand der wichtigste Beschäftigungsbereich. Mit 22.029 Personen (Berlin insgesamt) stellte das Pflegepersonal die größte Gruppe der im stationären Bereich Beschäftigten; einen maßgeblichen Anteil haben hieran die 15.282 Krankenschwestern/-pfleger (vgl. Tabelle 12.1.3.2.1). Auch hier setzte sich der Trend zur höheren Qualifikation als Kinder- bzw. Krankenschwester/-pfleger gegenüber den Krankenpflegehelfern und Pflegehelfern fort. Hervorzuheben ist außerdem die Zahl der Kinderkrankenschwestern in Berlin (Ost), die mit 1.006 sogar über der entsprechenden Zahl (927) in Berlin (West) lag.

12.1.3.1 Hebammen und Entbindungspfleger

12.1.3.1.1 Berufstätige Hebammen/Entbindungspfleger 1980, 1985 und 1990 (31.12.) (nach Meldungen zur geb.-gyn. Statistik/Ereignisprinzip)

Hebammen/Entbindungspfleger	1980		1985		1990	
	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
freiberuflich tätig	16	1)	57	2)	153	3)
hauptamtlich im Krankenhaus	126		145		181	132

1) mit Niederlassungserlaubnis; mit Hausentbindungen

2) darunter 18 mit Hausentbindungen

3) darunter 19 mit Hausentbindungen

12.1.3.2 Berufe der Krankenpflege und Altenpflege

Die 112 geförderten Sozialstationen in Berlin stellen sich als Organisationsmittelpunkt für alle Formen ambulanter und gesundheits-sozialpflegerischer Dienste dar.

Im Juni 1991 waren in den 72 Sozialstationen in Berlin (West) 1.043 pflegerisch tätige Personen beschäftigt, darunter 81 % teilzeitbeschäftigt (meist 30 Std./Woche).

82 % des Pflegepersonals verfügten über eine dreijährige Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger, 8 % waren Altenpflegerinnen/-pfleger und 10 % Krankenpflegehelferinnen/-helfer.

Im Juni 1991 waren in Berlin (Ost) in 40 Sozialstationen 271 Pflegepersonen tätig. Anders als in Berlin (West) war das Pflegepersonal vorwiegend (86 %) vollzeitbeschäftigt. 97 % konnten auf eine dreijährige Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger verweisen.

Durch die Umstrukturierung im ambulanten medizinischen Betreuungsbereich ergaben sich in Berlin (Ost) vielfältige Probleme (vgl. Kapitel 8). Trotz einer Abwanderung des Pflegepersonals in den Westteil der Stadt bzw. in die alten Bundesländer könnte der derzeitige Personalbestand im ambulanten Pflegebereich eine gute Basis für den Ausbau von Sozialstationen im Sinne von ganzheitlicher Pflege darstellen.

12.1.3.2.1 Berufe der Krankenpflege und Altenpflege

Berufe	stationär (31.12.1990)		Sozial-/Gemeinde- stationen (Juni 1991)	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Krankenschwestern/-pfleger	10714	4568	859	262
Kinderkrankenschwestern/ -pfleger	927	1006	-	-
Krankenpflegehelfer	2403	137	101	2
sonstige Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung)	1915	359	78	3
Altenpfleger			5	4
insgesamt	15959	6070	1043 1)	271 2)

- 1) darunter 841 teilzeit (81 %)
2) darunter 39 teilzeit (14,4 %)

12.1.4 Personal in den Gesundheitsämtern

12.1.4.1 Fachpersonal der Gesundheitsämter 1980, 1985 und 1990 (31.12.) in Berlin (West) 1)

Beruf	1980 2)	1985 2)	1990 2)	
			insgesamt	dar.weibl.
Ärzte				
- hauptamtlich	295 (82)	297 (114)	368 (141)	274
darunter mit Amtsarztprüfung	34 (1)	34 (5)	31 (4)	19
- nebenamtlich	64 (-)	58 (-)	- (-)	-
Zahnärzte				
- hauptamtlich	39 (9)	34 (9)	37 (17)	29
darunter mit Amtsarztprüfung	- (-)	- (-)	- (-)	-
- nebenamtlich	1 (-)	1 (-)	1 (-)	1
Gesundheitsingenieure (Ing. für Umwelt- und Hygienetechnik)	- (-)	- (-)	- (-)	-
Gesundheitsaufseher	121 (2)	101 (-)	99 (1)	25
Desinfektoren	68 (-)	72 (2)	58 (2)	22
Medizinisch-technische Assistenten	21 (2)	18 (6)	- (-)	-
Medizinisch-technische Laboratoriums- assistenten	10 (1)	5 (-)	7 (2)	7
Medizinisch-technische Radiologie- assistenten	16 (3)	12 (2)	20 (8)	20
Sozialarbeiter	546 (89)	565 (109)	585 (165)	459
Sozialmedizinische Assistenten	- (-)	- (-)	- (-)	-
Arzthelfer	196 (63)	205 (70)	202 (66)	202
Zahnarzthelfer	45 (9)	40 (8)	36 (10)	35
Verwaltungspersonal	357 (43)	349 (42)	353 (59)	231
Schreibkräfte (soweit nicht in Ver- waltungspersonal enthalten)	289 (99)	274 (115)	286 (125)	286
sonstige Personen mit staatlicher Anerkennung	165 (20)	239 (128)	321 (211)	286
darunter:				
Audiometristen	3 (1)	3 (1)	3 (1)	3
Beschäftigungs- und Arbeitsthera- peuten	20 (-)	28 (15)	51 (33)	50
Krankengymnasten	76 (-)	91 (42)	125 (80)	118
Krankenschwestern/-pfleger	14 (-)	13 (5)	17 (9)	16
Logopäden	15 (6)	24 (15)	40 (27)	38
Psychologen	27 (12)	57 (39)	61 (46)	40
Zytologieassistenten	3 (-)	3 (-)	2 (1)	2
Diätassistenten	- (-)	- (-)	- (-)	-
Küchenleiter	4 (-)	13 (9)	14 (10)	14

- 1) ohne Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter
2) in Klammern gesetzte Zahlen: darunter teilzeitbeschäftigt

Graphik 54: Personal in den Gesundheitsämtern des Landes Berlin
(Stand: 31. 12. 1991)
je 10.000 Einwohner



Während in den Gesundheitsämtern in Berlin (West) die Zahlen des Verwaltungspersonals und der Schreibkräfte seit 1980 annähernd gleich geblieben sind, hat sich die Zahl der hauptamtlich tätigen Ärzte in diesem Zeitraum von 295 auf 368 erhöht, wobei - und dies gilt für fast alle Berufsgruppen im Gesundheitsamt - sich der Anteil der Teilzeitkräfte ebenfalls erhöht hat.

Hervorzuheben ist außerdem der relativ hohe Anteil von Frauen, z.B. bei den Ärzten mit 74,5 und bei den Sozialarbeitern 78,5 %.

Der neueste Personalbestand (31.12.1991) ist der vorstehenden Graphik zu entnehmen; diese verdeutlicht sowohl die - zum Teil durchaus beabsichtigten - Unterschiede zwischen den Bezirken als auch die nur geringfügig niedrigere durchschnittliche personelle Ausstattung in den östlichen Bezirken.

12.1.5 Personal in den Apotheken

Seit dem 3.10.1990 können die pharmazeutischen Berufe - z.B. Apotheker, Pharmazie-Ingenieure und pharmazeutisch-technische Assistenten ihren Arbeitsplatz uneingeschränkt in ganz Berlin auswählen.

Auffällig bei in Apotheken Beschäftigten ist der hohe Anteil des weiblichen Personals. Beim sonstigen Personal in Apotheken sind rd. 93 % und bei den von der Apothekerkammer gemeldeten 2.726 Apothekern 65 % Frauen.

12.1.5.1 In Apotheken und sonstigen Bereichen Beschäftigte 1989 und 1990 (31.12.) nach Berufsgruppen

Beschäftigte	Berlin (West)		Berlin (Ost)
	1989	1990	
berufstätige Apotheker	2051	2127	599
davon			
in Krankenhausapotheken	83	86	86
in öffentlichen Apotheken	1686	1734	297
in sonstigen Bereichen	282	307	216
sonstiges Personal			
Pharmaziepraktikanten	196	215	.
Apothekenassistenten	169	171	.
Pharmazeutisch-technische Assistenten	612	641	.
PTA-Praktikanten	40	42	.
Apothekenhelfer	830	848	.
Apothekenhelfer in Ausbildung	144	166	.

12.2 *Ausbildung im Gesundheitswesen*

12.2.1 *Prüflinge und Prüfungsergebnisse*

Das Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Berlin, Lorenzweg 5, W-1000 Berlin 42, ist die in Berlin zuständige Behörde für die Durchführung der Staatsprüfungen der Studenten der Medizin, Pharmazie und Zahnmedizin sowie der Schüler in den Medizinalfachberufen (18 Berufe).

Die *Medizinstudenten* legen insgesamt vier Prüfungen ab: Ärztliche Vorprüfung sowie die Ärztliche Prüfung in drei Abschnitten. Die Ärztliche Vorprüfung und zwei Abschnitte der Ärztlichen Prüfung werden bundeseinheitlich schriftlich im sogenannten Antwort-Wahl("multiple-choice")-Verfahren durchgeführt. Die Vorprüfung und der zweite Prüfungsabschnitt umfassen zusätzlich noch eine mündliche Prüfung. Der dritte Prüfungsabschnitt besteht nur aus einer mündlichen Prüfung.

Die Studenten der *Pharmazie* legen die Pharmazeutische Prüfung in drei Abschnitten ab, wobei der erste Abschnitt ebenfalls bundeseinheitlich schriftlich im Antwort-Wahl-Verfahren geprüft wird. Im zweiten und dritten Abschnitt finden mündliche Prüfungen statt.

In der *Zahnmedizin* werden die Studenten in der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der Zahnärztlichen Vorprüfung und der Zahnärztlichen Prüfung jeweils mündlich geprüft.

Die Prüfungen der Studenten werden zweimal jährlich abgenommen.

Das Landesprüfungsamt führt die bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungstermine der Studenten durch und organisiert die mündlichen Prüfungen in Zusammenarbeit mit der Freien Universität Berlin und den Schulen für die Medizinalfachberufe.

Für Studienfachwechsler werden im Landesprüfungsamt Bescheide über die Anrechnung von Zeiten eines verwandten Studiums auf das Studium der Medizin, Pharmazie oder Zahnmedizin erstellt. Im Jahre 1989 wurden folgende Bescheide erteilt:

- Medizin 310
- Pharmazie 38
- Zahnmedizin 59.

12.2.1.1 *Prüflinge und Prüfungsergebnisse in Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie 1985, 1988, 1989 und 1990 in Berlin (West)*

Prüflinge/ Prüfungsergebnisse	1985	1988	1989	1990
Humanmedizin	918	942	974	898
darunter bestanden	598	713	666	613
Zahnmedizin	152	244	205	198
darunter bestanden	137	198	150	149
Pharmazie	494	504	444	431
darunter bestanden	198	214	192	198

- 1) Es werden dargestellt die Referenzgruppen im Studienfach:
 Medizin: Die Teilnehmer der Ärztlichen Vorprüfung (= 4. Semester)
 Zahnmedizin: Die Teilnehmer der Zahnärztlichen Vorprüfung (= 5. Semester)
 Pharmazie: Die Teilnehmer des 1. Pharmazeutischen Abschnitts (= 4. Semester)

In den 18 *Medizinalfachberufen* (Krankenpflegeberufe, therapeutische Berufe und medizinisch-technische Berufe) finden je nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung schriftliche, mündliche und/oder praktische Prüfungen statt. Im Jahre 1990 wurden insgesamt 2.055 Schüler geprüft.

12.2.1.2 *Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wiederholungsprüflinge) 1987 - 1990 in Berlin (West)*

Medizinalfachberuf	1987	1988	1989	1990
Krankenschwestern/-pfleger	905	845	850	808
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	82	87	78	71
Krankenpflegehelfer	199	204	276	293
Krankengymnasten	453	435	396	433
Masseure, Masseure und medizinische Bademeister	148	131	131	97
Med.-techn. Laboratoriumsassistenten	154	130	134	114
Med.-techn. Radiologieassistenten	73	83	81	58
Hebammen/Entbindungspfleger	20	23	44	22
Logopäden	10	14	13	11
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	52	62	87	63
Sektions- und Präparationsassistenten	9	12	13	14
Diätassistenten	27	34	27	28
Desinfektoren	20	-	-	16
Gesundheitsaufseher	-	-	-	19
Rettungsassistenten	-	-	-	8
insgesamt	2152	2060	2130	2055

12.2.2 *Neuer Medizinalfachberuf "Kardiotechniker"*

In den letzten drei Jahrzehnten hat die Technik stetig zunehmend Einzug in die medizinische Wissenschaft und in die praktische Arbeit der Kliniken und Krankenhäuser gehalten. Im Zuge dieser Entwicklung haben sich im Bereich der Kliniken und Krankenhäuser Aufgaben ergeben, die nicht mehr von MTA, Pflegepersonal oder Ärzten übernommen werden können. So hat die Entwicklung der extrakorporalen Zirkulation, d.h. des Ersatzes oder der Unterstützung der Herz- und Lungenfunktion während eines operativen Eingriffs am Herzen oder der herznahen Gefäße durch eine Herz-Lungen-Maschine dazu geführt, daß im Laufe der Zeit eine neue Gruppe von Mitarbeitern in der Herzchirurgie, die sogenannten Kardiotechniker, erforderlich wurde, die nach einem Anlernprozeß in weitgehend eigener Verantwortung besondere Aufgaben im Rahmen dieser Operationen und zahlreicher benachbarter Tätigkeitsbereiche übernommen hat, ohne daß es hierfür eine geregelte Ausbildung gab und der berufsrechtliche Status dieser Kräfte bundes- oder landesrechtlich geregelt war.

Nachdem mit ideeller und konzeptioneller Unterstützung der Senatsverwaltung für Gesundheit am Deutschen Herzzentrum Berlin die erste und in der Bundesrepublik Deutschland bisher einzige Ausbildungsstätte für Kardiotechniker errichtet wurde und 1988 mit einem geordneten zweijährigen theoretisch-praktischen Ausbildungsgang begonnen worden ist, hat das Land Berlin aus fachlicher Notwendigkeit und um für den Träger der Ausbildung und die Auszubildenden Rechtssicherheit und Rechtsverbindlichkeit zu schaffen, den Beruf des Kardiotechnikers durch das Gesetz zur Änderung des

Gesetzes über Medizinalfachberufe und den Beruf des Lebensmittelkontrolleurs vom 6.10.1990 (GVBl. S. 2149) und den Erlaß einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Kardiotechnikerinnen und Kardiotechniker vom 10.5.1991 (GVBl. S. 142) landesrechtlich geregelt.

Die Ausbildung zu diesem Beruf dauert zwei Jahre. Sie umfaßt mindestens 1.160 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht und 1.500 Stunden praktische Ausbildung in der Kardiotechnik und angrenzenden Fachgebieten und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab.

Die Ausbildung soll nach den gesetzlichen Vorgaben Kardiotechniker dazu befähigen, folgende Aufgaben in thorax-, herz- und gefäßchirurgischen und kardiologischen Abteilungen von Kliniken und Krankenhäusern zu übernehmen:

- Durchführung der extrakorporalen Zirkulation
- Durchführung der assistierten Zirkulation
- Patientenüberwachung im Rahmen der extrakorporalen Zirkulation
- Durchführung perioperativer Laboruntersuchungen
- Mitwirkung bei der kardiologischen und kinderkardiologischen Diagnostik
- Bedienung medizinisch-technischer Geräte und von Apparaturen, die im Zusammenhang mit der herzchirurgischen Diagnostik und Operation Verwendung finden
- Durchführung aller Maßnahmen zur Aufbereitung und Rücktransfusion autologer Blutbestandteile
- Durchführung perioperativer Haemofiltration/Haemodialyse
- Mitwirkung in der Herzschrittmachertherapie
- Durchführung der im Rahmen der Transplantationschirurgie erforderlichen Maßnahmen der Organkonservierung
- Durchführung spezieller Therapieverfahren, wie z.B. ECMO, ECCO₂-R, Organperfusion
- Mitarbeit in der experimentellen Forschung.

12.2.3 Erteilte Approbationen / Berufserlaubnisse 1985 bis 1990 in Berlin (West)

Beruf	1985		1988		1990	
	Approbation	Erlaubnis	Approbation	Erlaubnis	Approbation	Erlaubnis
Ärzte	733	98	657	309	377	147
männlich	420	80	373	208	234	95
weiblich	313	18	284	101	143	52
Zahnärzte	135	16	155	17	206	53
männlich	98	11	100	12	131	31
weiblich	37	5	55	5	75	22
Apotheker	189	17	173	28	168	24
männlich	75	5	68	11	113	11
weiblich	114	12	105	17	55	13

12.2.4

**Entwicklung der Ausbildungsplatzsituation an Schulen für Medizinalfachberufe
1985 bis 1991 in Berlin (West) 1)**

- Stand: 1.11. -

Medizinal- fachberuf	Ausbil- dungs- dauer an der Schule	Ausbildungsplätze														
		1985			1988			1989			1990			1991 1)		
		ge- nehmigt	besetzt		ge- nehmigt	besetzt		ge- nehmigt	besetzt		ge- nehmigt	besetzt		ge- nehmigt	besetzt	
			abs.	%		abs.	%		abs.	%		abs.	%		abs.	%
pflegerische Berufe zusammen		3619	3296	91,1	3619	3261	90,1	3646	3177	87,1	3616	3227	89,2	5962	4967	83,3
Krankenschwester/-pfleger	3 J.	2795	2678	95,8	2825	2634	93,2	2855	2534	88,8	2825	2501	88,5	4818	3973	82,5
Kinderkrankenschwester/ -pfleger	3 J.	280	257	91,8	280	248	88,6	280	247	88,2	280	249	88,9	535	477	89,2
Krankenpflegehelfer	1 J.	464	277	60,0	434	295	68,0	429	312	72,7	429	397	92,5	467	384	82,2
Hebamme/Entbindungspfleger	3 J.	80	84	105,0	80	84	105,0	82	84	102,4	82	80	97,6	142	133	93,7
med.-techn./therapeutische Berufe zusammen		2118	1829	86,4	2088	1675	80,2	2088	1626	77,9	2072	1557	75,1	2794	2218	79,4
Diatassistent	2 J.	86	78	90,7	86	63	73,3	86	63	73,3	86	50	58,1	146	103	70,5
Techn. Ass. in der Medizin	2 J.	632	491	77,7	632	401	63,4	632	384	60,8	616	371	60,2	808	525	65,0
Kardiotechniker	2 J.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	22	91,7
Krankengymnast	2 J.	870	916	105,3	840	854	101,7	840	838	99,8	840	831	98,9	1160	1114	96,0
Masseur, Masseur und med. Bademeister	1 J.	300	142	47,3	300	141	47,0	300	123	41,0	300	98	32,7	360	191	53,1
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut	3 J.	190	162	85,3	190	177	93,2	190	178	93,7	190	168	88,4	256	224	87,5
Logopäde	3 J.	40	40	100,0	40	39	97,5	40	40	100,0	40	39	97,5	40	39	97,5
pflegerische, med.-techn., therapeut. Berufe zusammen		5737	5125	89,3	5707	4936	86,5	5734	4803	83,8	5688	4784	84,1	8756	7185	82,1
sonstige Gesundheitsberufe zusammen		75	23	30,7	75	32	42,7	75	33	44,0	75	43	57,3	75	16	21,3
Med. Sektions- und Präparationsass.	6 Mon.	25	12	48,0	25	14	56,0	25	15	60,0	25	8	32,0	25	16	64,0
Desinfektor	3 Mon.	25	-	-	25	-	-	25	-	-	25	17	68,0	25	-	-
Gesundheitsaufseher	2 J.	25	11	44,0	25	18	72,0	25	18	72,0	25	18	72,0	25	-	-
insgesamt		5812	5148	88,6	5782	4968	85,9	5809	4836	83,3	5763	4827	83,8	8831	7201	81,5

1) 1991 einschließlich Berlin (Ost)

12.3 Fort- und Weiterbildung

12.3.1 - im Bereich der Kranken- und Altenpflege

Weiterbildung eröffnet durch die Erhöhung der psychosozialen, pflegerischen und fachlichen Kompetenz die Möglichkeit, die Patientenbetreuung zu verbessern. Sie stellt außerdem für die Pflegekräfte eine berufliche Perspektive dar und ist ein Mittel zur Motivationssteigerung.

Den Krankenschwestern und -pflegern werden Instrumentarien an die Hand gegeben, fachliche und psychische Anforderungen besser zu meistern und Überforderungen zu verringern oder zu vermeiden.

All diese Faktoren tragen dazu bei, die Berufszufriedenheit zu erhöhen und die Fluktuation innerhalb des Berufes oder den Ausstieg aus dem Beruf zu verringern. Darüber hinaus können Möglichkeiten der beruflichen Weiterbildung in den Pflegeberufen die Berufswahl junger Menschen positiv beeinflussen.

Das Kranken- und Altenpflegereferat der Senatsverwaltung für Gesundheit hat 1990 vor dem Hintergrund der Einigung Deutschlands und der anhaltenden Diskussion über die Situation der Pflege in der Kranken- und Altenpflege Vertreter aller Berliner Weiterbildungsstätten, der Berufsverbände und Gewerkschaften zu einem Meinungsaustausch zu dem Thema "Fachweiterbildungen in Pflegeberufen" eingeladen.

Diskussionsgrundlage des Meinungsaustausches bildeten die Fragen:

- Welche Fachweiterbildungen gibt es?
- Wie ist das Niveau dieser Fachweiterbildungen?
- Welche Ziele verfolgen sie?
- Ist es notwendig, Weiterbildungen auch für andere Fachbereiche zu konzipieren?

Weiterbildungen in Intensivmedizin und Anästhesie, in Psychiatrie, für den Operationsdienst gab es in beiden Teilen Berlins. Darüber hinaus existierte in der ehemaligen DDR eine Reihe weiterer Weiterbildungen, z.B. ambulante und stationäre Pflege, pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie, Gemeindepflege.

Grundlage zur Durchführung der Weiterbildungen waren die jeweiligen Gesetze, in Berlin (West) das Berliner Weiterbildungsgesetz von 1979 sowie die Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen von 1985 bzw. 1987. Daraus ergab sich im Hinblick auf die Einigung Deutschlands die Notwendigkeit, die Weiterbildungen zu harmonisieren. Laut Gesetz ist das Ziel von Weiterbildungen, die Berufsqualifikation zu erhöhen und durch die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten die Teilnehmer für Tätigkeiten in den Fachbereichen besonders zu befähigen.

Neue Erkenntnisse im Bereich der Pflege und der ständige Fortschritt in Diagnostik und Therapie in vielen Bereichen der Medizin erfordern von den Pflegekräften ein großes Spezialwissen, das in der Ausbildung nicht vermittelt werden kann. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und damit es nicht zu ständiger Überforderung kommt, werden Weiterbildungen auch für Onkologie, pädiatrische Intensivpflege, Geriatrie/Langzeitpflege und häusliche Krankenpflege für notwendig gehalten.

Teilnehmer der ständigen Weiterbildungskonferenz sind:

- Senatsverwaltung für Gesundheit
- Klinikum Steglitz
- Schwesternhochschule der Diakonie
- St. Joseph-Krankenhaus

- Caritas-Verband Berlin
- Deutsches Herzzentrum
- Deutsches Rotes Kreuz
- Diakonisches Werk
- Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
- Bildungswerk der DAG
- Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände.

Pflegefachkräfte aus den verschiedensten Einrichtungen des Gesundheitswesens in Berlin, die an der theoretischen und praktischen Durchführung von Weiterbildungslehrgängen beteiligt sind oder Interesse an der Entwicklung von neuen Inhalten und Lehrgängen haben, sind Mitglieder entsprechender Arbeitsgruppen. Diese Arbeitsgruppen haben sich zum Ziel gesetzt, Weiterbildungen im Ost- und Westteil der Stadt anzugleichen, Inhalt und Organisation der Lehrgänge zu evaluieren und entsprechend dem Stand der Pflege und des medizinischen Fortschritts zu aktualisieren oder Konzepte für neue Weiterbildungen zu erarbeiten, z.B. für die Fachbereiche Onkologie und häusliche Krankenpflege. Darüber hinaus werden die Lehrgangsinhalte der verschiedenen Träger, die Weiterbildungen anbieten, abgestimmt.

Im Laufe des Jahres 1991 wurden bereits die ersten Rahmenlehrpläne für einzelne Fachweiterbildungen komplett überarbeitet und angeglichen.

Außerdem wurden 1991 Sondermaßnahmen zur Qualifizierung von Pflegekräften mit folgenden *Schwerpunkten* durchgeführt:

- Erweiterung der psychosozialen Kompetenz von Pflegekräften durch Supervision

Pflegekräfte sind neben den physischen auch vielfältigen psychischen Belastungen ausgesetzt (ständiger Umgang mit Menschen in Ausnahmesituationen - Krankheit/Behinderung/Tod). Zusammen mit dem immer größeren Arbeitsdruck (Verkürzung der Verweildauer, Multimorbidität der Patienten, größerer diagnostischer Aufwand, erhöhte Erwartungshaltung und Anforderung der Patienten an das Pflegepersonal, Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Auseinandersetzungen mit Angehörigen) bewirkt dies bei vielen Pflegekräften ein Gefühl der Überforderung und führt letztendlich vielfach zum Burn-out-Syndrom und einem frühen Berufsausstieg.

Supervisionsgruppen bieten die Möglichkeit, berufsbegleitend und gemeinsam mit anderen das eigene Erleben und Handeln im beruflichen Alltag aufzuarbeiten. Als gezielte Reflexion und unter Anleitung eines geschulten Moderators kann Supervision ein Mittel sein, die beruflichen Belastungen zu bewältigen und kompetente Formen des psychosozialen Umgangs mit Patienten zu erlernen und weiterzuentwickeln.

Das Pflegereferat der Senatsverwaltung für Gesundheit fördert für 35 Pflegeteams (zwischen 6 und 12 Personen) eine einjährige berufsbegleitende Supervision. Es handelt sich um Pflegeteams aus dem stationären und ambulanten Bereich. Die Tatsache, daß erheblich mehr Anträge vorlagen als Mittel zur Verfügung standen, ist als Zeichen für den Bedarf an Maßnahmen zur Kompetenzerweiterung im psycho-sozialen Bereich zu werten.

- Führungsseminare für Pflegekräfte in Leitungspositionen

Für leitendes Pflegepersonal wurde 1991 eine Veranstaltungsreihe durchgeführt, die die Vermittlung von persönlicher Führungskompetenz und aktuellem betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Fachwissen zum Ziel hatte. Das Themenspektrum reichte von "Kommunikationstraining für Frauen in Führungspositionen" über "Pflegesatzverhandlungen" bis zu "aktueller Arbeitsrechtsprechung". Es konnten Seminarleiter aus dem gesamten Bundesgebiet gewonnen werden, die nicht nur Experten auf ihrem Fachgebiet sind, sondern auch große Erfolge in der Schulung von Führungskräften aufweisen können. So unterstrich die Qualität der Seminare auch die Bedeutung, die den Pflegedienstleitungen als Führungskräften inzwischen beigemessen wird. An 30 ganztägigen (teilweise auch mehrtägigen) Veranstaltungen nahmen jeweils zwischen 10 und 30 Pflegedienstleitungen aus dem gesamten

stationären und ambulanten Bereich Berlins teil. Einige Veranstaltungen wurden gezielt für Führungskräfte aus dem Ostteil der Stadt angeboten, um den dort bestehenden besonderen Fortbildungsbedarf abzudecken. Die meisten Seminare beinhalteten jedoch einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Pflegedienstleitungen der Sozialstationen, Krankenhäuser und Krankenhäuser aus dem Ost- und Westteil der Stadt. Darüber hinaus sind die Krankenpflegeleitungen im Land Berlin in drei Arbeitsgruppen organisiert. Auf deren Treffen werden Themen von allgemeinem Interesse aber auch Probleme einzelner in der täglichen Arbeit erörtert und gemeinsam Lösungen überlegt. An diesen Veranstaltungen nimmt jeweils ein Referatsmitglied teil.

12.3.1.1 Möglichkeiten der Umschulung bzw. Anpassungsqualifizierung für Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes

Auf der Grundlage des von den Bezirken erstellten Zahlenmaterials der von Kündigung bedrohten bzw. gekündigten Mitarbeiter nach Berufsgruppen und Altersstufen wurden bzw. werden nachfolgende *Umschulungsmaßnahmen* initiiert:

- Zweijährige Umschulung zur/zum Krankenschwester/-pfleger

Auf der gesetzlichen Grundlage des Einigungsvertrages vom 6.9.1990 und dem Krankenpflegegesetz vom 9.7.1985 ist eine Umschulungsmaßnahme zur Krankenschwester/-pfleger in Zusammenarbeit mit den Krankenpflegeschulen des Landes Berlin und dem Arbeitsamt geschaffen worden.

Dazu wurde auf der Grundlage der bereits vorhandenen Qualifikation ein entsprechender Lehrplan erarbeitet.

Die Finanzierung der Maßnahme bzw. des Teilnehmers erfolgt nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) und wird vom Arbeitsamt finanziert.

Für nachfolgende Berufsgruppen treffen diese Umschulungsmaßnahmen zu:

- Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten
- Medizinisch-technische Röntgenassistenten
- Medizinisch-technische Assistenten für Funktionsdiagnostik
- Physiotherapeuten
- Sprechstundenschwestern
- Krippenerzieher
- Hebammen
- Stomatologische Schwestern.

- Dreijährige Umschulung zur Krankenschwester/-pfleger

Teilnehmer können Mitarbeiter ohne medizinische Vorkenntnisse sein.

Diese Maßnahme wird ebenfalls nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) vom Arbeitsamt finanziert.

- In Vorbereitung ist ein Wiedereingliederungskurs für ambulant tätige Krankenschwestern/-pfleger.

Ziel dieser Maßnahme ist es, mit Hilfe eines theoretischen Unterrichtsangebots und praktischer Einsätze auf den Stationen eines Krankenhauses veränderte bzw. neue pflegerische und medizinische Kenntnisse zu vermitteln, damit nach erfolgreicher Teilnahme eine schnellere Anpassung bei der Aufnahme einer Tätigkeit als Krankenschwester auf einer Station im Krankenhaus erfolgt.

12.3.1.2 Ausbildung zum staatlich anerkannten Altenpfleger

Aufgrund der wachsenden Zahl alter Menschen ist ein steigender Bedarf an Angehörigen dieses noch relativ jungen, an der Schnittstelle von sozial- und gesundheitspflegerischem Bereich gelegenen Berufs weiterhin abzusehen.

In Berlin wird die Altenpflegeausbildung sowohl in Vollzeitform als auch im berufsbegleitenden Teilzeitstudium angeboten. Die Vollzeitform umfaßt eine zweijährige schulische Ausbildung und ein einjähriges Praktikum, welches sich in die Bereiche Pflege sowie Beratung und Betreuung teilt. Wenn vorher bereits eine pflegerische Tätigkeit auf dem Gebiet der Altenpflege, z.B. in einer Sozialstation, ausgeübt wurde, können entsprechende Zeiten anerkannt und die praktische Ausbildung verkürzt werden. Im Jahre 1991 wurden von den Praktikanten folgende Stellen genutzt:

- 51 in Seniorenwohnhäusern
- 51 in Seniorenheimen
- 16 in Seniorenfreizeitstätten
- 14 in Krankenhäusern
- 27 in Sozialstationen
- 10 in Krankenheimen
- 1 in Sozialdiensten der Krankenhäuser
- 4 im Bezirksamt - Abteilung Sozialwesen -, Amt II.

Es besteht die Möglichkeit, das Praktikum in bis zu 4 Praxisstellen durchzuführen.

Im Jahre 1991 wurden 106 staatliche Anerkennungen als Altenpflegerinnen und 20 als Altenpfleger erteilt.

35,7 % dieser Altenpfleger waren zwischen 21 und 30 Jahre alt, 30,9 % entfielen auf 31- bis 40jährige, 29,4 % auf 41- bis 50jährige und 3,9 % standen im Alter zwischen 51 und 60 Jahren.

Rund 59,5 % verfügten bereits über eine anderweitige Berufsausbildung. In 39 Fällen (30,9 %) wurde die Altenpflegeausbildung berufsbegleitend durchgeführt.

12.3.1.3 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Gesundheit für die Pflegeberufe 1991

Folgende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen wurden angeboten:

12.3.1.3.1 Fortbildung (Beginn 1991) - zur Anpassung der Fertigkeiten und des Wissens an neue fachspezifische Erkenntnisse -

Ähnlich wie im Vorjahr wurden 1991 folgende Veranstaltungen durchgeführt:

Veranstaltung	Anzahl/Dauer	Teilnehmer
Krankenpflege		
- Abteilungsmanagement	1 à 2 Tage	12
- Leitung der Station oder Sozialstation	4 à 2 Tage	20
- Lehrkräfte	2 à 3 Tage	15
- Intensivmedizin	1 à 5 Tage	30
- Onkologie und Hämatologie	1 à 5 Tage	20
- Hygiene	1 à 5 Tage	25
- Pflegeprozeß	2 à 2 Tage	20
- Pflegeforschung	1 à 1 Tag	15

	- Geriatrie	2 à 2 Tage	20
	- Psychiatrie	2 à 3 Tage	20
	- Forensische Psychiatrie	1 à 3 Tage	20
	- Sozialstationen	1 à 3 Tage	20
Krankenpflegehilfe	- Berufliche Schwerpunkte	1 à 2 Tage	20
	- Gesprächsführung	1 à 2 Tage	20
Hebammen	- Gesprächsführung	1 à 2 Tage	20
	- Personalbedarfsbemessung	1 à 2 Tage	20

**12.3.1.3.2 Weiterbildung (Beginn 1991)
- zur Qualifizierung und Spezialisierung im Beruf (Vollzeitunterricht) -**

Veranstaltung	Dauer	Teilnehmer
Lehrgang zur Heranbildung von Kinder-/ Kranken-/Altenpflegepersonal für leitende Funktionen		
- Grundlehrgang Management -	6 Monate	20
- Aufbaulehrgang -	6 Monate	18
Lehrgang zur Heranbildung von Hebammen zu Lehrkräften	12 Monate	14
Modellprojekt Lehrgang zur Heranbildung von Kranken- schwestern/-pfleger, Kinderkranken- schwestern/-pfleger, Altenpflegepersonal für die Rehabilitation und Langzeitpflege	12 Monate	12
Lehrgang zur Heranbildung von Kinder-/ Krankenpflegepersonal zu Unterrichtskräften	12 Monate	15
Modellprojekt Lehrgang zur/zum Krankenschwester/ -pfleger, Kinderkrankenschwester/ -pfleger für Onkologie	12 Monate	15
Lehrgang zur Krankenschwester/Kinderkrankenschwester für den Operationsdienst	12 Monate	19

Die Fort- und Weiterbildung wird seit dem 19.8.1991 in der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe (AGS), Straßburger Straße 55-56, O-1055 Berlin, durchgeführt.

Wie den Übersichten zu entnehmen ist, wurde das Weiterbildungsprogramm 1990/1991 erstmalig als ein spezifisches Bildungsprogramm für die Pflegeberufe veröffentlicht.

Das Fachweiterbildungsprogramm wurde um folgendes erweitert:

- **Modellprojekte**

- **Rehabilitation und Langzeitpflege**

Diese Weiterbildungsmaßnahme qualifiziert Kranken-/Altenpflegepersonal insbesondere

- zu mehr Professionalität in der Pflege langfristig Kranker
- zur Steigerung der Arbeits- und Berufszufriedenheit
- zur Fähigkeit, neue moderne, individuell auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtete Pflegekonzepte zu entwickeln
- zu selbstbewußter Handlungskompetenz im Arbeitsalltag.

Dieser Lehrgang - der erste dieser Art in der Bundesrepublik - hat bei den Teilnehmern ein großes Engagement für diese besondere Patientenversorgung hervorgerufen. Alle Absolventen haben im Langzeitbereich einen Arbeitsplatz gesucht und gefunden.

Der zweite Lehrgang hat am 22.10.1991 mit 12 Teilnehmern begonnen.

- **Onkologie**

Die Weiterbildung befähigt die Krankenschwester/den Krankenpfleger, die Kinderkrankenschwester/den Kinderkrankenpfleger, krebserkrankte Menschen aller Altersstufen in ihren verschiedenen Krankheitsphasen unter Berücksichtigung ihrer körperlichen, sozialen, geistigen und seelischen Bedürfnisse umfassend zu pflegen, die Pflege zu planen und zu dokumentieren.

Nach Abschluß des Lehrgangs sollen sie qualifiziert sein

- die möglichen Therapiearten zu kennen, Hilfestellung bei ihrer Durchführung zu leisten, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen in ihr pflegerisches Handeln mit einzuplanen, die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen für den Patienten und sich selbst zu ergreifen
- mit anderen Berufsgruppen zu kooperieren, um mit den Problemen von Patienten, Angehörigen/Freunden und Pflegepersonal angemessen umgehen zu können
- bei der Konfrontation mit Unheilbarkeit, Leiden, Tod und Sterben zu lernen, die eigene Belastung wahrzunehmen sowie mit Problemen wie Angst und Verleugnung behutsam umgehen zu können
- Kollegen und Schüler anleiten, beraten und unterstützen zu können
- bei der Gesundheitserziehung betreffs Tumorprävention mitzuwirken und der Gesellschaft ein realistisches Bild von Tumorkrankheiten zu vermitteln.

Auch dieses Modellprojekt wird erstmalig in der Bundesrepublik angeboten.

- **Operationsdienst**

Der Lehrgang zur Heranbildung von Kinder-/Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst wurde erstmalig unter Einbeziehung der langjährigen Erfahrung der Weiterbildungsstätte im Klinikum Steglitz von der Senatsverwaltung für Gesundheit in der Zeit vom 17.12.1990 bis 16.12.1991 als Modellprojekt durchgeführt

Ein zweiter Lehrgang wurde am 1.10.1991 als Sonderlehrgang fachbegleitend von der Weiterbildungsstätte des Klinikums Steglitz für Kinder-/Krankenpflegepersonal aus dem Ostteil der Stadt in der AGS begonnen.

- Etablierte Weiterbildungsmaßnahmen

Für die folgenden Weiterbildungsmaßnahmen

Intensivmedizin und Anästhesie

Unterrichtspersonal

Lehrhebammen

Management Grund- und Aufbaulehrgang

sind die Lehrinhalte dem neuesten Stand der Entwicklung in der Pflege angepaßt worden.

Das Programmangebot berücksichtigt den dringenden Bedarf. Geplant sind Lehrgänge zur Heranbildung von Kinder-/Krankenpflegepersonal für die

pädiatrische Intensivmedizin und Anästhesie

häusliche Krankenpflege

Hygiene

Psychiatrie.

12.3.2 - in den Medizinalfachberufen**12.3.2.1 Fortbildung**

Ähnlich wie im Vorjahr wurden 1991 folgende Veranstaltungen durchgeführt:

Kurse	Anzahl/Dauer	Teilnehmer
Medizinalfachberufe		
- Leitende Lehrkräfte	1 2 Tage	12
- Lehrkräfte, Fortbildungstrainer		
- Training on the Job -	1 3 Tage	15
- Leitende Funktionen	1 4 Halbtage	15
- Managementtraining	1 3 Tage	12
- Innovationsworkshop	1 3 Tage	15
- Rhetorik-Training	1 4 Tage	15
Medizin-pädagogische Mitarbeiter		
- Workshop I	1 3 Tage	15
- Workshop II	1 3 Tage	15
Gesundheitsberufe		
- Das therapeutische Team		
- Interdisziplinäre Kooperation -	1 2 Tage	15
- Ethik-Seminar	2 2 Tage	15
Medizinisch-technische Assistenten		
- Neue Techniken - Labor -	1 2 Tage	20
- Neue Techniken - Radiologie -	1 2 Tage	20
Medizinisch-technische Radiologieassistenten		
- Beschleuniger	1 8 Tage	40
- Konstanzprüfung	3 2 Tage	25
Krankengymnastik		
- cerebrale Dysfunktion "Minimals I"	1 5 Tage	25
- cerebrale Dysfunktion "Minimals II"	1 5 Tage	25
- Alltagsmotorik - Grundkurs -	1 3 Tage	20
- Alltagsmotorik - Aufbaukurs -	1 3 Tage	20
Krankengymnasten		
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten		
Logopäden		
- Psychiatrie	1 2 Tage	20
Beschäftigungs- und Arbeitstherapie		
- Praxisanleiter	1 2 Tage	20
- Sensorische Integration	1 2 Halbtage	20
- Realitätsorientierungstraining	1 3 Tage	20
Diätassistenten		
- Berufliche Schwerpunkte	1 2 Tage	20
Logopäden		
- Stottertherapie - Supervision	1 25 Halbtage	20
Desinfektoren und Gesundheitsaufseher		
- Leitende Funktionen	1 2 Tage	20
Gesundheitsaufseher		
- Berufliche Schwerpunkte	2 2 Tage	25

12.3.2.2 Weiterbildung
- Programm zur Qualifizierung und Spezialisierung im Beruf -

Lehrgänge	Dauer	Teilnehmer
Krankengymnasten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten - Heranbildung für leitende Funktionen	6 Monate	15
Medizinisch-technische Laboratoriums-assistenten - Heranbildung von Lehrkräften	12 Monate	15
Logopäden, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten - Heranbildung von Lehrkräften	9 Monate	15

12.3.3 Veranstaltungen der Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin Berlin (AFAU)

Obwohl die Hörsäle der Universitäten und anderer Institutionen wegen Eigennutzung im Jahre 1990 nicht mehr der Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin zur Verfügung gestellt werden konnten oder sich als zu klein erwiesen, wurden alle Kurse und Seminare entsprechend der Lehrgangsplanung durchgeführt. Die Arbeitsmedizinischen Grundlagenlehrgänge, Stoffpläne I - III, konnten dankenswerterweise im Hörsaal des Landesuntersuchungsinstituts für Lebensmittel-, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) und in den Schulungsräumen des Arbeiter-Samariter-Bundes sowie die Strahlenschutzkurse im Hörsaal des Berufsförderungswerks Berlin e.V. stattfinden. Die Teilnehmerstatistik dieser Lehrgänge spiegelt die begrenzte Kapazität der Räumlichkeiten und nicht die Menge der Anmeldungen wieder. Die Bewerberzahl hat deutlich zugenommen, die Kurse waren über ein halbes Jahr im voraus ausgebucht. Insgesamt nahmen 1.300 Hörer an den Veranstaltungen teil.

Im Jahre 1990 wurden von der Akademie folgende Lehrgänge durchgeführt:

Lehrgänge 1990	Teilnehmerzahl
Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang	
- Stoffplan I (theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildungsordnung für die Gebietsbezeichnung "Arzt für Arbeitsmedizin" bzw. die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin") Teilnehmer: approbierte Ärzte, die die obenbezeichnete Weiterbildung anstreben	
	66
- Stoffplan II Teilnehmer: s. Stoffplan I	
	64
- Stoffplan III Teilnehmer: s. Stoffplan I	
	63
Strahlenschutzkurse für Ärzte Teilnehmer: Ärzte, die den Nachweis der erforderlichen Fachkunde	

bei der Anwendung von Röntgenstrahlen und bei der Verwendung radioaktiver Stoffe im medizinischen Bereich benötigen	176 und 175
gemäß Richtlinie für den Betrieb von Beschleuniger-Anlagen im medizinischen Bereich Teilnehmer: Ärzte, die den Nachweis der erforderlichen Fachkunde bei der Anwendung von Beschleunigern benötigen	17
Strahlenschutzkurs für Laser und andere optische Strahlenquellen Teilnehmer: Ärzte, Physiker, Medizin-Physiker, Chemiker, Biologen, Geologen, Physiologen und deren Mitarbeiter	22
Strahlenschutzkurs für den öffentlichen Dienst - lokale Strahlenschutz-Sonderveranstaltungen	30 und 32
Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar Teilnehmer: Ärzte, Arbeitswissenschaftliche Beauftragte der Sozialpartner, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften	21
Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte Teilnehmer: Ärzte, Gewerbeaufsichtsbeamte, Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften	9
Einführung in die Begutachtungskunde Teilnehmer: Ärzte, die bereits als Gutachter tätig sind oder sich für Gutachtertätigkeit interessieren	32
Begutachtungskundeseminar I Teilnehmer: Ärzte, die bereits als Gutachter tätig sind, sich fortbilden wollen und einen Erfahrungsaustausch anstreben	12
Begutachtungskundeseminar II Gutachtenerstellung: praktische Übungen	6
Lehrgang über die Problematik der Staubeinwirkung Teilnehmer: Ärzte und Ingenieure, Gewerbeaufsichtsbeamte und Techniker, Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften	13
Fortbildungslehrgang für die arbeitsmedizinische Gehörvorsorge für Ärzte Teilnehmer: Ärzte und als Gäste Ingenieure, Gewerbeaufsichtsbeamte, Techniker, Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften	24
2 Kolloquien Arbeitsschutz und -medizin in der Bundesrepublik und Berlin in Gesetzgebung und Praxis je	110
2 Veranstaltungen (Anpassungsfortbildung) zum Arbeitsschutzsystem der Bundesrepublik für Fachärzte für Arbeitsmedizin und staatlich anerkannte Betriebsärzte der ehemaligen DDR	insgesamt 318

Zusätzlich zu ihrem normalen Angebot hat die AfAU auf den durch die offenen innerdeutschen Grenzen und die Vereinigung stark gewachsenen Beratungs- und Fortbildungsbedarf - nicht nur aus Berlin (Ost), sondern der gesamten ehemaligen DDR - reagiert, indem sie weitere Veranstaltungen konzipierte und durchführte. Dies gelang dank der Kooperation (fachlich, organisatorisch, finanziell) mit anderen Institutionen, insbesondere auch dank der beträchtlichen Unterstützung durch das Landesinstitut für Arbeitsmedizin. Die AfAU hat noch vor der deutschen Vereinigung zwei große Informationsveranstaltungen für Arbeitsmediziner der ehemaligen DDR am damaligen Zentralinstitut für Arbeitsmedizin (ZAM) in Berlin-Lichtenberg durchgeführt sowie unmittelbar nach der Vereinigung im Oktober 1990 die ersten "Anpassungsfortbildungen" gemeinsam mit der Hessischen Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin e.V. an der inzwischen gegründeten Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, die aus dem Zentralinstitut hervorging, angeboten. Die Akademie beteiligte sich das ganze Jahr über an Anpassungsfortbildungen zum Strahlenschutz im Institut für Weiterbildung des ehemaligen Staatlichen Amtes für Atomsicherheit und Strahlenschutz der DDR (SAAS) in Berlin-Karlshorst.

Im August 1990 hat die AfAU in Berlin-Tempelhof ihren neuen Standort bezogen, in dem ein Hörsaal mit moderner Technik, Seminar- und Übungsräume zur Verfügung stehen. Die AfAU kann somit den in Zukunft gestellten Aufgaben gerecht werden.

12.3.4 *Veranstaltungen der Senatsverwaltung für Soziales für Mitarbeiter der sozialmedizinischen Bereiche 1990*

Das Fort- und Weiterbildungsprogramm für sozialmedizinische Bereiche im Gesundheitswesen und den Bereich Sozialwesen war 1990 und 1991 wesentlich durch den Bedarf der Mitarbeiter in den östlichen Bezirken Berlins an Fort- und Weiterbildungen zum System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik bestimmt. Rechtliche Grundlagen für die einzelnen Arbeitsbereiche sowie deren Anwendung standen im Mittelpunkt der Fortbildungsinhalte.

12.3.4.1 *Weiterbildung 1990*

Art der Veranstaltung	Veranstaltungen			Teilnehmer/-innen						
	insgesamt	Dauer		insgesamt	davon					
		ganze Tage	halbe Tage		Sozialarbeiter	Ärzte	Psychologen	Arzttherfer	Pflegepersonal	sonstige
Fortsetzung der Weiterbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater (Kurs VIII/1989-1992)	1	4	108	18	17	1	-	-	-	-
Weiterbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater (Kurs IX/1990/91-1994)	1	2	-	19	15	-	1	-	-	3
insgesamt	2	6	108	37	32	1	1	-	-	3

Fortsetzung der Weiterbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater (Kurs VIII/1989-1992)

Weiterbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater (Kurs IX/1990/91-1994)

insgesamt

12.3.4.2 Fortbildung 1990

Art der Veranstaltung	Veranstaltungen			Teilnehmer/-innen						
	ins- gesamt	Dauer		ins- gesamt	davon					
		ganze Tage	halbe Tage		Sozial- arbeiter	Ärzte	Psycho- logen	Arzthel- fer	Pflege- personal	son- stige
Fachtagungen, Workshops	17	29	3	459	118	14	20	2	52	253
Prävention/Gesundheitsförderung	14	42	2	212	131	22	10	15	11	23
Recht und Rechtsanwendung in der sozialen Praxis	11	37	27	492	97	4	-	-	55	336
Veranstaltungen zu speziellen sozialmedizinischen, sozialpsychologischen und sozialpolitischen Themen	16	36	18	339	115	11	15	3	84	111
Erweiterung methodischen Fachwissens und der persönlichen Handlungskompetenz im beruflichen Alltag	21	63	15	265	148	12	15	8	27	55
Veranstaltungen für bestimmte Berufsgruppen bzw spezielle Arbeitsfelder	9	15	8	238	39	94	-	32	3	70
Supervision/Praxisberatung	19	-	101	126	63	5	2	-	52	4
Arbeitsfeld Altenhilfe	23	89	104	468	30	2	3	1	283	149
insgesamt	130	311	278	2599	741	164	65	61	567	1001

KAPITEL

13

*LEISTUNGS- UND MITGLIEDERSTRUKTUREN DER
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG*

13.1 *Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen*

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch - SGB V -).

Die Versicherten erhalten die im Krankheitsfall erforderlichen medizinischen Dienste und Leistungen als solche, also in Gestalt von Naturalleistungen. Nur in vom Gesetz ausdrücklich vorgegebenen Sonderfällen können Geldleistungen erbracht werden.

Während ursprünglich die Heilung der Krankheiten als Aufgabe der Krankenkassen im Vordergrund stand, gewinnt heute immer mehr die Erkenntnis Bedeutung, daß die Leistungen der GKV bereits im Vorfeld einer Krankheit einsetzen müssen. Das am 1.1.1989 in Kraft getretene Gesundheits-Reformgesetz (GRG) trägt diesem Gedanken zumindest ansatzweise Rechnung, indem es den Krankenkassen auch Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung - teils als Regel-, teils als Ermessensleistung - überträgt:

- Leistungen zur Förderung der Gesundheit
- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung einer Krankheit
- Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit sowie
- unter den Voraussetzungen der §§ 58 ff. SGB V Sterbegeld.

Die Leistungen zur Behandlung einer Krankheit umfassen dabei die

- ärztliche Behandlung
- zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Zahnersatz
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- häusliche Krankenpflege und Krankheitshilfe
- Krankenhausbehandlung
- medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation sowie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

13.2 *Organisation und Struktur der GKV*

Die bestehenden Gliederungsprinzipien der GKV gehen größtenteils zurück auf ihre Entstehungszeit gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts. Seither haben sich jedoch grundlegende Änderungen vollzogen. Zum einen wurde der versicherte Personenkreis vor allem durch die Einbeziehung der mitversicherten Familienangehörigen und Rentner erheblich ausgeweitet, so daß heute nahezu 90 % der bundesdeutschen Wohnbevölkerung in der GKV versichert sind. Zum anderen hat sich auch das versicherte Leistungsspektrum gewandelt: Das ursprünglich im Mittelpunkt stehende Krankengeld im Falle der Arbeitsunfähigkeit macht heute nur noch ca. 6 % der gesamten GKV-Leistungsausgaben aus. Hierzu hat vor allem die Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber beigetragen.

Die Aufgaben der GKV werden von den gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen. Sie sind nach § 29 Abs. 4 SGB IV und § 4 Abs. 1 SGB V rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Im

Rahmen des für sie maßgeblichen Rechts erfüllen sie ihre Aufgaben in eigener Verantwortung. Die Sozialversicherung wird demnach nicht unmittelbar vom Staat, sondern von selbständigen Körperschaften (mittelbare Staatsverwaltung) durchgeführt.

Im Berichtszeitraum gehörten bundesweit etwa 46 Mio. Mitglieder im Sinne der §§ 5 und 9 SGB V zuzüglich etwa 23 Mio. Familienversicherte (88,48 %) nach § 10 SGB V der GKV an. Damit war für nahezu 90 % der Bevölkerung Versicherungsschutz im Krankheitsfalle durch die GKV gegeben.

Träger der GKV waren 1991

- 1147 Einzelkassen, davon
- 692 Betriebskrankenkassen
- 267 Ortskrankenkassen
- 152 Innungskrankenkassen
- 19 landwirtschaftliche Krankenkassen
- 8 Ersatzkassen für Arbeiter
- 7 Ersatzkassen für Angestellte

und weiterhin die Seekrankenkasse und die Bundesknappschaft.

Mit den Veränderungen hinsichtlich Umfang und Zusammensetzung der versicherten Personen und der von der Versicherung getragenen Gesundheitsleistungen hat sich nicht nur der Charakter der GKV in Richtung "Volksversicherung" gewandelt, sondern auch das Bild vom "typischen" Versicherten. Soziale Krankenversicherung bedeutet nicht mehr nur Schutz der sozial Schwachen und Hilfsbedürftigen vor größter ökonomischer Not.

Änderungen der wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen, insbesondere der Rückgang des Anteils der Arbeiter und der Anstieg der Angestellten an der Erwerbsbevölkerung, haben beträchtliche Auswirkungen auf die Organisations- und Strukturprobleme der gegliederten Krankenversicherung. Diese Veränderungen machen eine Organisationsreform der gegliederten Krankenversicherung möglichst bald erforderlich.

Die Organisationsstruktur der GKV ist seit ihrer Gründung weitgehend unverändert geblieben. Nach wie vor dominiert die Zuweisung zu einzelnen Kassenarten bzw. die Zuteilung individueller oder kollektiver Kassenwahlrechte auf der Grundlage von Formalien.

Entgegen ursprünglicher Absichten, im Rahmen einer umfassenden Strukturreform auch das zergliederte System der Krankenkassen neu zu ordnen, beließ es das Gesundheitsreformgesetz (GRG) lediglich bei kleineren Korrekturen.

Wegen der zu erwartenden Defizite bei den Krankenkassen - auch in den neuen Bundesländern - wird der Reformbedarf bezüglich der Organisation der GKV immer dringlicher.

Nahezu alle Beteiligten stimmen überein, daß das gegliederte Krankenkassensystem grundsätzlich auch zukünftig bestehen bleiben soll. Damit soll auch in Zukunft der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und Kassenarten aufrechterhalten bleiben. Derzeit sind die Voraussetzungen dafür jedoch sehr ungleich verteilt. Die ungleichen Wettbewerbsbedingungen zwingen die Kassen zum Beispiel dazu, unterschiedliche Beitragssätze zu erheben. Damit zahlen die Mitglieder der einzelnen Kassen für die gleichen Sachleistungen zum Teil extrem unterschiedliche Beiträge.

Zu den konstitutiven Solidarprinzipien der GKV zählt, daß sämtliche Mitglieder - mit niedrigem und hohem Einkommen, Alte und Junge, Gesunde und Kranke, Mitglieder mit oder ohne Familienangehörige - zu gleichen (Beitrags-)Bedingungen versichert sind, d. h. jeder zahlt den gleichen

prozentualen Anteil von seinem Einkommen. Neben den strukturellen Unterschieden auf der Angebotsseite verursacht u.a. die unterschiedliche Mitgliederstruktur bei den einzelnen Kassen die differierenden Beitragssätze; auch die Mitgliederkreisbeschränkungen einzelner Kassenarten spielen hier eine Rolle. Morbidität auf der einen und Entgeltniveau auf der anderen Seite sind die wesentlichen Beitragssatzdeterminanten in der Person der Mitglieder einer Kasse.

Die Brisanz der aus den unterschiedlichen Strukturen der Kassen resultierenden Beitragssätze wird noch größer im Vergleich zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Hier scheint gesichertes Erkenntnis zu sein, daß die Morbidität in den 5 neuen Bundesländern höher ist als im Westen, u.a. abzulesen an der geringeren Lebenserwartung. Außerdem sind die Grundlohnsummen Ost erheblich niedriger als im Westen. Der entscheidende Parameter ist dann das Honorarvolumen auf der Seite der Leistungserbringer.

13.3 *Die Absicherung des Pflegefallrisikos in der Diskussion*

Die über nahezu 20 Jahre währende Diskussion über die Absicherung des Pflegefallrisikos ist durch die Einbringung eines Gesetzentwurfs in den Bundesrat im Sommer 1991 durch 6 Bundesländer und durch das Konzept des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) unter dem organisatorischen Dach der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) intensiviert worden.

Wie bei anderen typischen Lebensrisiken, z.B. Arbeitslosigkeit und Krankheit, muß auch beim Pflegefallrisiko die Solidargemeinschaft eintreten, die finanziellen Lasten dürfen nicht nur den Betroffenen zugemutet werden. Die bisher vorzufindende Regelung, überwiegende Absicherung durch die Sozialhilfe, verbunden mit der Pflicht zum Einsatz des gesamten Einkommens und Vermögens sowie das ihrer unterhaltspflichtigen Kinder/Eltern, entspricht nicht dem Grundsatz der gesellschaftlichen Solidarhaftung.

Bedingt durch Multimorbidität in fortgeschrittenem Alter, ist die Zahl der Pflegefälle in der Vergangenheit ständig angestiegen. Angesichts des weiter zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung - bedingt durch die gestiegene Lebenserwartung und den Rückgang des Bevölkerungswachstums - wird sich diese Tendenz noch verstärken. Die Pflegebedürftigkeit kann deshalb nicht länger als Ausnahmefall angesehen werden. Empirischen Untersuchungen läßt sich entnehmen, daß die Zahl der voraussichtlich Pflegebedürftigen im Jahre 2000 zwischen 1,3 und 2,4 Mio. liegen wird. Andere Berechnungen gehen von noch höheren Zahlen aus.

Wie groß der Anteil der Pflegebedürftigen im einzelnen auch sein mag, so besteht jedenfalls sozialpolitischer Handlungsbedarf, denn bisher gibt es keine einheitliche Absicherung des Pflegefallrisikos im Sozialsystem der Bundesrepublik. Infolge des Versagens eigenständiger Leistungsträger sind die Kommunen als Träger der Sozialhilfe zu den Regelleistungsträgern bei Pflegebedürftigkeit geworden. Dies belastet die öffentlichen Haushalte erheblich und in zunehmendem Maße und ist für den Pflegebedürftigen nach einem arbeitsreichen Leben unerträglich.

Während man in anderen Bereichen der sozialen Sicherung darüber streiten kann, ob hier nicht überzogen wird, besteht bei Pflegebedürftigkeit zweifellos Nachholbedarf. Diese Tatsache kommt darin zum Ausdruck, daß die Inanspruchnahme von Sozialhilfe, die ja nur die Ausnahme sein soll, im Pflegefall eher die Regel ist.

Zur finanziellen Absicherung sind mehrere Modelle in der Diskussion:

- **Freiwillige Vorsorge**

Nach einer Ansicht soll der Bürger im Wege der privaten Eigenvorsorge verpflichtet werden, durch Kapitalbildung für den Pflegefall vorzusorgen. Dieser Lösungsansatz bietet jedoch keine zufriedenstellende Alternative für die heute schon Pflegebedürftigen und für pflegenahen Jahrgänge. Wegen der Höhe der zu erwartenden Beiträge wären sozial schwache Bürger zudem auf Beitragszuschüsse des Staates angewiesen.

- **Finanzierung über Steuern**

In Anbetracht der angespannten Haushaltslage der öffentlichen Hand stellt die Absicherung des Pflegefallrisikos durch ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz - zumindest derzeit - keine Alternative dar. Ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz zeigt seine Schwächen gerade in der heutigen Zeit: Soweit Ansprüche nicht durch eigene (Beitrags-)Leistungen erworben sind, können sie in Zeiten angespannter Haushaltslage ohne weiteres wieder entzogen werden.

- **Finanzierung über Sozialabgaben**

Mit einer Pflegeversicherung können die nachfolgenden Eckpunkte am einfachsten realisiert werden:

- Bei der finanziellen Sicherung des Pflegerisikos soll die Bevölkerung zur Eigenvorsorge verpflichtet werden.
- Das Kostenbewußtsein soll dadurch gestärkt werden, daß die Kosten einer Heimunterbringung nicht vollständig ersetzt werden.
- Zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen soll Wettbewerb bestehen.
- Die Pflegebedürftigen sollen in der Familie oder in einer vertrauten Umgebung bleiben können.
- Um eine Überforderung der Bezieher kleiner Einkommen zu verhindern, soll deren Eigenvorsorge teilweise oder auch vollständig durch die öffentliche Hand übernommen werden.
- Die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos sollte unabhängig von der demographischen Entwicklung sein.

Bei einer Finanzierung der Pflegekosten im Rahmen der Sozialversicherung erkennt der Bürger den Zusammenhang zwischen Leistung und Gegenleistung deutlicher als bei einer Steuerfinanzierung.

Eine Angliederung an einen bestehenden Träger der Sozialversicherung hätte außerdem den Vorteil, daß die Pflegeleistungen sofort nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung an die Pflegebedürftigen gewährt werden können, sofern das Umlageverfahren auch auf die Finanzierung der Pflegeleistungen angewendet würde.

Bei einer Zuordnung der Pflegeversicherung zur gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung - der gesetzlichen Pflegeversicherung - werden alle Bürger Mitglied in einer gesetzlichen Pflegeversicherung, die als neuer Zweig der Sozialversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung gegründet und von ihr - bei getrennter Haushaltsführung - durchgeführt wird. Die Abgrenzung zwischen Krankheits- und Pflegefall wird an Bedeutung verlieren.

Die Finanzierung soll über Beiträge gesichert werden. Die dann gegebene Senkung der Sozialhilfeleistungen für Pflegebedürftige entlastet nicht nur die öffentlichen Haushalte sondern auch die gesetzlichen Krankenkassen.

Die Finanzierung der Pflegekosten zählt in Zukunft zu den vorrangigen Fragen der sozialen Sicherheit in Deutschland. In der gegenwärtigen Legislaturperiode sind grundlegende Regelungen zur finanziellen Sicherung des Pflegerisikos dringend erforderlich.

13.4 Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin

Die Aufgaben der GKV werden durch landesunmittelbare und bundesunmittelbare gesetzliche Krankenkassen wahrgenommen. Im Land Berlin bestehen folgende landesunmittelbare gesetzliche Krankenkassen:

- AOK Berlin
- Betriebskrankenkasse des Landes Berlin
- Vereinigte Innungskrankenkasse Berlin
- Innungskrankenkasse für das Friseur- und Gastgewerbe Berlin
- Innungskrankenkasse für das Metallhandwerk Berlin.

Die landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Soziales. Diese Kassen gewährten im Berichtszeitraum über 1 Mio. Mitgliedern und Familienangehörigen Versicherungsschutz im Krankheitsfalle.

Bundesunmittelbare Krankenkassen (Ersatzkassen sowie länderübergreifende Innungs- und Betriebskrankenkassen) unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes mit Sitz in Berlin. Regionalisierte Daten liegen für diese Kassen nicht vor. Die nachfolgenden, der Mitgliederstatistik KG 1 entnommenen Zahlenangaben beziehen sich mithin auf die landesunmittelbaren Berliner Krankenkassen.

13.4.1 Entwicklung der Mitgliederzahlen der Berliner Krankenkassen 1980, 1989 und 1990 in Berlin (West) (Statistik KG 1)

Versicherungs- träger	Mitglieder			1990 zu 1980 in %
	1980	1989	1990	
AOK Berlin				
Pflichtversicherte	382166	336622	350303	-8,3
freiwillig Versicherte	79990	51919	48055	-39,9
Rentner 1)	332224	247958	239315	-28,0
insgesamt	794380	636499	637673	-19,7
BKK Land Berlin				
Pflichtversicherte	69951	65225	65471	-6,4
freiwillig Versicherte	14903	9150	8915	-40,2
Rentner 1)	34052	36171	36462	7,1
insgesamt	118906	110546	110848	-6,8
Ldl Berlin				
Pflichtversicherte	42131	41899	44270	5,1
freiwillig Versicherte	5317	4487	4484	-15,7
Rentner 1)	13648	11666	11581	-15,1
insgesamt	61096	58052	60335	-1,2

1) einschließlich Vorruhestandsgeldempfänger

Der seit Jahren anhaltende rückläufige Trend bei der Mitgliederentwicklung der landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen in Berlin setzt sich auch 1990 weiter fort. Besonders stark betroffen ist wiederum der Bereich der freiwillig Versicherten. Bei der Betriebskrankenkasse Land ist ein Rückgang bei freiwillig Versicherten um 40,2 %, bei der AOK um 39,9 % festzustellen. Gleichzeitig verzeichnet die BKK Land eine 7,1 %ige Zunahme beim Personenkreis der Rentner. Naturgemäß ist gerade in dieser Gruppe die Leistungsanspruchnahme besonders hoch.

**13.4.2 Bevölkerung nach Art der Krankenkassenversicherung 1982 und 1990
in Berlin (West)
(Ergebnisse des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung	1982		1990		1990 zu 1982 in %
	1000	%	1000	%	
gesetzl. Krankenversicherung	1716	91,2	1823	85,1	6,2
private Krankenversicherung	103	5,5	249	11,6	141,7
sonstige 1)	41	2,2	62	2,9	51,2
nicht krankenversichert	22	1,1	8	0,4	-63,6
insgesamt	1882	100	2142	100	13,8

1) Freie Heilfürsorge der Polizei, anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich

Die ebenfalls seit Jahren zu beobachtende Tendenz - Rückgang des Anteils der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme des privat krankenversicherten Anteils - setzt sich im Berichtszeitraum, wenn auch mit verlangsamtem Anstieg, weiter fort. Eine gegenläufige Entwicklung ist bei der nicht versicherten Bevölkerung zu verzeichnen. Der Prozentsatz der nicht krankenversicherten Bürger zur Gesamtzahl ist relativ stabil, jedoch ist die absolute Anzahl gegenüber 1989 um ca. 3.000 gesunken.

**13.4.3 Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1982, 1989 und 1990 in Berlin (West)
(Ergebnisse des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung, Art des Versicherungs- schutzes	1982		1989		1990		1990 zu 1982 in %
	1 000	%	1 000	%	1.000	%	
Pflichtversicherte	710	37,7	780	37,5	797	37,2	12,3
Primärkassen 1)	549	29,1	519	25,0	518	24,2	-5,6
Ersatzkasse	161	8,6	261	12,6	279	13,0	73,3
freiwillig versicherte Mitglieder	245	13,0	355	17,1	359	16,8	46,5
Primärkassen 1)	101	5,4	75	3,6	80	3,7	-20,8
Ersatzkasse	62	3,3	91	4,4	85	4,0	37,1
privat Versicherte	82	4,3	189	9,1	194	9,1	136,6
pflichtversicherte Rentner	405	21,5	370	17,8	413	19,3	2,0
Primärkassen 1)	334	17,8	290	14,0	325	15,2	-2,7
Ersatzkasse	71	3,7	80	3,8	88	4,1	23,9
mitversicherte Familien- angehörige	460	24,4	513	24,7	503	23,5	9,3
Primärkassen 1)	347	18,4	330	15,9	313	14,6	-9,8
Ersatzkasse	91	4,8	143	6,9	135	6,3	48,4
privat Versicherte	22	1,2	40	1,9	55	2,6	150,0
sonstiger Versicherungs- schutz 2)	41	2,2	49	2,4	62	2,9	51,2
nicht krankenversichert	22	1,1	11	0,5	8	0,4	-63,6
insgesamt	1882	100	2078	100	2142	100	13,8

1) Ortskrankenkasse, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkasse, Bundesknapp-
schaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse

2) Freie Heilfürsorge der Polizei, anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger,
Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich

Auch hier ist eine gleichbleibende Tendenz zu verzeichnen. Seit Jahren ist eine Verringerung des Anteils der in einer Primärkasse Versicherten bei gleichzeitiger kontinuierlicher Zunahme des Anteils der Mitglieder der Ersatzkassen festzustellen.

13.4.4 *Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989 und 1990 in Berlin (West)*

Art der Krankenkasse	1982	1989	1990	1990 zu 1982 in %
RVO-Kasse	0,597	0,447	0,439	-26,5
Ersatzkasse	0,332	0,234	0,228	-31,3
Private Kranken- versicherung	0,217	0,135	0,134	-38,2

Die seit Jahren gleichmäßige Entwicklung, der langsame Abbau des in Berlin zu verzeichnenden überhöhen Anteils älterer Menschen, setzt sich - wenn auch in abgeschwächter Form - 1990 weiter fort. Wiederum ist diese Veränderung besonders stark im Bereich der privaten Krankenversicherer. Die damit verbundene Risikostruktur verändert sich ebenfalls zum Nachteil der GKV.

Tabelle 13 4.5 zeigt den Versicherungsstatus, die Art der Krankenkasse, die Beteiligung am Erwerbsleben und die geschlechtsspezifische Verteilung der Berliner Bevölkerung im Jahre 1990, wobei wesentliche Veränderungen im Vergleich mit dem Vorjahr nicht aufgetreten sind.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind 85,1 % der gesamten Bevölkerung versichert. Bezogen auf das Erwerbsleben sind von den Erwerbstätigen 83,0 %, den Erwerbslosen 84,9 % und von den Nichterwerbspersonen 87,3 % gesetzlich krankenversichert.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Verteilung bei den Erwerbstätigen ist auffällig, daß grundsätzlich mehr Frauen als Männer in der GKV (hier den Ersatzkassen) versichert sind, während der Anteil der privat versicherten Männer mit ca. 20 % fast doppelt so hoch wie der der Frauen ist. Bei der Gruppe der Erwerbslosen ist der Anteil der GKV-Versicherten bei beiden Geschlechtern annähernd gleich groß. Hier entfallen aber nur 1,7 % der Männer auf die Privatversicherungen, während 3/4 aller Männer und Frauen der GKV angehören. Überdurchschnittlich hoch liegt der Anteil der in der Ortskrankenkasse Versicherten.

Der Trend zu den Ersatzkassen oder der privaten Krankenversicherung ist bei den Erwerbstätigen weiterhin leicht ansteigend.

**13.4.5 Bevölkerung 1990 nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben in Berlin (West)
(Ergebnis des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung	insgesamt		Erwerbstätige		Erwerbslose		Nichterwerbs- personen	
	1.000	%	1.000	%	1 000	%	1.000	%
	insgesamt							
gesetzl. Krankenversicherung	1823	85,1	857	83,0	95	84,8	871	87,3
Ortskrankenkasse	893	41,7	357	34,6	62	55,4	474	47,5
Innungskrankenkasse	77	3,6	44	4,3	5	4,5	28	2,8
Betriebskrankenkasse	262	12,2	122	11,8	9	8,0	131	13,1
Bundesknappschaft	2	0,1	1	0,1	—	—	1	0,1
Landwirtschaftl. Krankenkasse	2	0,1	1	0,1	—	—	1	0,1
Ersatzkasse	587	27,4	332	32,2	19	17,0	236	23,6
private Krankenversicherung	249	11,6	168	16,3	1	0,9	80	8,0
sonst. Versicherungsschutz	62	2,9	5	0,5	15	13,4	42	4,2
nicht krankenversichert	8	0,4	2	0,2	1	0,9	5	0,5
insgesamt	2142	100	1032	100	112	100	998	100
	Männer							
gesetzl. Krankenversicherung	824	81,3	458	78,6	50	83,3	316	85,2
Ortskrankenkasse	424	41,8	219	37,6	36	60,0	169	45,6
Innungskrankenkasse	43	4,2	28	4,8	3	5,0	12	3,2
Betriebskrankenkasse	117	11,5	66	11,3	3	5,0	48	12,9
Bundesknappschaft	—	—	—	—	—	—	—	—
Landwirtschaftl. Krankenkasse	2	0,2	1	0,2	—	—	1	0,3
Ersatzkasse	238	23,5	144	24,7	8	13,3	86	23,2
private Krankenversicherung	158	15,6	120	20,6	1	1,7	37	10,0
sonst. Versicherungsschutz	28	2,8	4	0,7	8	13,3	16	4,3
nicht krankenversichert	4	0,4	1	0,2	1	1,7	2	0,5
zusammen	1014	100	583	100	60	100	371	100
	Frauen							
gesetzl. Krankenversicherung	999	88,6	399	88,9	45	86,5	555	88,5
Ortskrankenkasse	469	41,6	138	30,7	26	50,0	305	48,6
Innungskrankenkasse	34	3,0	16	3,6	2	3,8	16	2,6
Betriebskrankenkasse	145	12,9	56	12,5	6	11,5	83	13,2
Bundesknappschaft	2	0,2	1	0,2	—	—	1	0,2
Landwirtschaftl. Krankenkasse	—	—	—	—	—	—	—	—
Ersatzkasse	349	30,9	188	41,9	11	21,2	150	23,9
private Krankenversicherung	91	8,1	48	10,7	—	—	43	6,9
sonst. Versicherungsschutz	34	3,0	1	0,2	7	13,5	26	4,1
nicht krankenversichert	4	0,4	1	0,2	—	—	3	0,5
zusammen	1128	100	449	100	52	100	627	100

13.4.6 Erwerbstätige mit zusätzlicher privater Krankenversicherung 1982 und 1990 in Berlin (West)
(Ergebnisse des Mikrozensus)

Erwerbstätige	1982		1990		1990 zu 1982 in %
	1.000	%	1.000	%	
Erwerbstätige insgesamt	803	100	995	100	23,9
darunter mit zusätzlicher privater Krankenversicherung	64	8,0	113	11,4	76,6

Der Wunsch nach einer zusätzlichen Absicherung gegen das "Risiko Krankheit" hat sich deutlich verstärkt. Während 1982 nur jeder 12. Erwerbstätige eine zusätzliche private Krankenversicherung abgeschlossen hatte, ist es 1990 schon fast jeder 8. aller Erwerbstätigen. Der absoluten Zunahme der Erwerbstätigen um fast 25 % steht eine Erhöhung der zusätzlich privat Versicherten um mehr als 75 % gegenüber.

Allerdings bleibt zu bemerken, daß zwischen den Ergebnissen - in absoluten Zahlen - der Jahre 1989 und 1990 keine Veränderungen stattgefunden haben.

13.5 Entwicklung der Beitragssätze und Grundlohnsummen

Die Einnahmen der Krankenkassen setzen sich zu rund 95 % aus den Beiträgen der aktiven Mitglieder und Rentner zusammen.

Die durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze (in % des sozialversicherungspflichtigen Bruttoloohns) betragen:

Träger	1980	1988	1989	1990
AOK Berlin	11,4	14,7	14,7	14,7
BKK Berlin	10,5	12,9	12,9	12,9 bis 31.8./ 12,2 ab 1.9.90
LdI Berlin	10,4-12,4	13,6	13,64	13,64

Die Beitragssätze konnten in den letzten Jahren nicht zuletzt aufgrund der Wirkung des GRG konstant gehalten werden. Die geringe Senkung von im Durchschnitt 0,23 Prozentpunkten bei der BKK Berlin ist auf eine kurzzeitige Beitragssatzsenkung von 12,9 (bis 31.8.1990) auf 12,2 % für 1990 und 1991 zurückzuführen. Zum 1.1.1992 ist der Beitragssatz auf 12,7 % angehoben worden.

Hierzu bleibt anzumerken, daß alle Kassen ein starkes Interesse an stabilen Beitragssätzen haben. Dies kann langfristig jedoch nur dann möglich sein, wenn sich die Entwicklung der Ausgaben und der auf den Grundlohnsummen basierenden Einnahmen annähernd gleich darstellt.

Die Grundlohnsumme entspricht dem für die Beitragsfestsetzung maßgebenden Einkommen aller Versicherten mit Ausnahme der Rentner und Studenten. Einkommensbestandteile, welche die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen, zählen nicht dazu.

Die durchschnittlichen Grundlöhne haben sich wie folgt entwickelt:

Träger	1980 DM	1988 DM	1989 DM	1990 DM	1990 zu 1980 in %	1990 zu 1989 in %
AOK Berlin	24 491	31 452	32 340	33 779	37,9	4,4
BKK Berlin	24 604	34 596	35 268	35 835	45,6	1,6

Zunehmende Finanzierungsschwäche kennzeichnen die Finanzentwicklung in der GKV der letzten Jahre. Nach einer kurzzeitigen Phase der Ruhe - Einführung und Wirkung des GRG - driften die Einnahmen auf der Grundlage des Grundlohnzuwachses und die Ausgaben der GKV wieder deutlich auseinander.

13.6 Ausgaben und Leistungen

Nach der positiven Finanzentwicklung im Jahre 1989 ist, bezogen auf 1988, ein erneuter Anstieg im gesamten Spektrum für 1990 zu verzeichnen. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund des GRG zu sehen, demzufolge 1988 der "Vorzieheffekt" voll wirksam werden konnte und 1989 - nach Einführung des GRG - eine gewisse "Abwartehaltung" bei der Leistungsanspruchnahme eintrat, die aber 1990 vollkommen aufgegeben wurde.

13.6.1 Entwicklung der Ausgaben

Versicherungs- träger	Ausgaben in TDM (Kontenklassen 4/5)					
	Allgemeine Krankenversicherung			Krankenversicherung der Rentner		
	1989	1990	1990 zu 1989 in %	1989	1990	1990 zu 1989 in %
AOK Berlin	1228924,2	1313702,8	6,9	1366863,5	1445024,6	5,7
BKK Berlin	245839,1	261842,9	6,5	187040,2	205446,6	9,8
Ldl Berlin	121514,2	124733,4	2,6	63950,1	65740,5	2,8

Die Erhöhung der Ausgaben gegenüber dem Vorjahr ist nicht allein auf die allgemeinen Preissteigerungen zurückzuführen, sondern auch durch die starke Ausweitung der ärztlichen Versorgung bedingt, so daß von einem erheblichen Überangebot ausgewählter Leistungsangebote gesprochen werden muß. Wesentliche Ursachen dafür sind die ungebremte Neuzulassung von Kassenärzten - jeder zusätzliche Arzt verursacht weitere Kosten zu Lasten der GKV von etwa 1,0 Mio. DM im Jahr - und die Steigerung der Kosten bei der Krankenhausbehandlung besonders in der KVdR, hier wird rd. ein Drittel aller Ausgaben getätigt.

13.6.2 Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten der landesunmittelbaren Berliner Krankenkassen 1989 und 1990 (Pro-Kopf-Werte)

13.6.2.1 AOK Berlin

Art der Ausgaben	Allgemeine Krankenversicherung			Krankenversicherung der Rentner		
	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %
	1989	1990		1989	1990	
Konto 4000						
Ärztliche Behandlung	541,72	578,54	6,80	724,34	797,46	10,09
Konto/Kontengruppe 41						
Zahnärztliche Behandlung	230,78	252,88	9,58	62,57	68,70	9,80
Kontengruppe 42						
Zahnersatz	148,57	158,39	6,61	111,37	115,73	3,91
Kontengruppe 43						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken	295,74	314,94	6,49	782,30	828,25	5,87
Kontengruppen 44/45						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen; Behandlung durch sonstige Personen	134,44	146,00	8,60	297,10	330,50	11,24
Kontengruppe 46						
Krankenhausbehandlung	1114,07	1122,80	0,78	3095,53	3384,47	9,33
Kontengruppe 47						
Krankengeld	518,23	536,48	3,52	0,02	0,07	250,00
Kontengruppe 50						
Kuren	9,39	9,94	5,86	48,42	53,91	11,34
Kontengruppe 51						
Soziale Dienste Gesundheitsförderung	2,99	3,91	30,77	1,68	2,05	22,02
Kontengruppe 52						
Früherkennungsmaßnahmen	9,86	13,49	36,82	7,20	9,60	33,33
Kontengruppe 53						
Sonstige Hilfen	8,29	9,06	9,29	0,28	0,26	-7,14
Kontengruppe 54						
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	3,13	3,24	3,51	4,21	4,56	8,31
Kontengruppe 55						
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz	81,87	85,49	4,42	0,91	0,96	5,49
Kontengruppe 56						
Häusliche Krankenpflege	5,92	6,10	3,04	153,90	198,77	29,16
Kontengruppe 58						
Sterbegeld	8,92	8,27	-7,29	137,87	144,84	5,06
Kontengruppe 59						
Med. Dienst; sonst. Leistungen	42,64	40,96	-3,94	78,65	90,77	15,41
Kontenklassen 4/5 insgesamt	3162,92	3290,48	4,03	5512,48	6031,48	9,42

13.6.2.2 *BKK Berlin*

Art der Ausgaben	Allgemeine Krankenversicherung			Krankenversicherung der Rentner		
	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %
	1989	1990		1989	1990	
Konto 4000						
Ärztliche Behandlung	639,99	675,87	5,61	757,02	816,40	7,84
Konto/Kontengruppe 41						
Zahnärztliche Behandlung	251,77	260,37	3,42	76,43	81,14	6,16
Kontengruppe 42						
Zahnersatz	138,45	134,87	-2,59	120,11	118,20	-1,59
Kontengruppe 43						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken	338,34	374,89	10,80	839,68	884,89	5,38
Kontengruppen 44/45						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen; Behandlung durch sonstige Personen	152,01	185,46	22,01	296,31	325,44	9,83
Kontengruppe 46						
Krankenhausbehandlung	1047,86	1042,59	-0,50	2665,19	2877,44	7,96
Kontengruppe 47						
Krankengeld	524,69	598,74	14,11	4,54	0,19	-95,81
Kontengruppe 50						
Kuren	41,94	51,77	23,44	88,11	120,19	36,41
Kontengruppe 51						
Soziale Dienste Gesundheitsförderung	11,10	11,03	-0,63	11,11	10,59	-4,68
Kontengruppe 52						
Früherkennungsmaßnahmen	18,41	29,10	58,07	9,35	25,17	169,20
Kontengruppe 53						
Sonstige Hilfen	12,82	11,90	-7,18	0,31	0,35	12,90
Kontengruppe 54						
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	3,22	3,57	10,87	0,97	1,41	45,36
Kontengruppe 55						
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz	79,39	81,18	2,25	0,60	1,11	85,00
Kontengruppe 56						
Häusliche Krankenpflege	3,99	6,29	57,64	116,70	176,60	51,33
Kontengruppe 58						
Sterbegeld	5,58	7,11	27,42	105,30	104,94	-0,34
Kontengruppe 59						
Med. Dienst, sonst. Leistungen	47,27	41,04	-13,18	86,97	82,97	-4,60
Kontenklassen 4/5 insgesamt	3305,37	3515,75	6,36	5171,00	5627,03	8,82

13.6.2.3 VIKK Berlin

Art der Ausgaben	Allgemeine Krankenversicherung			Krankenversicherung der Rentner		
	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %	Ausgaben in DM		1990 zu 1989 in %
	1989	1990		1989	1990	
Konto 4000						
Ärztliche Behandlung	471,33	565,12	19,90	774,16	764,66	-1,23
Konto/Kontengruppe 41						
Zahnärztliche Behandlung	228,96	218,43	-4,60	68,68	76,65	11,60
Kontengruppe 42						
Zahnersatz	96,72	118,78	22,81	99,89	113,74	13,87
Kontengruppe 43						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken	234,29	247,19	5,51	891,27	933,48	4,74
Kontengruppen 44/45						
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen; Behandlung durch sonstige Personen	112,39	104,17	-7,31	347,11	383,25	10,41
Kontengruppe 46						
Krankenhausbehandlung	825,78	869,37	5,28	2895,51	2975,58	2,77
Kontengruppe 47						
Krankengeld	504,79	514,19	1,86	4,86	2,31	-52,47
Kontengruppe 50						
Kuren	8,09	6,40	-20,89	47,56	54,05	13,65
Kontengruppe 51						
Soziale Dienste Gesundheitsförderung	9,02	9,93	10,09	8,72	6,67	-23,51
Kontengruppe 52						
Früherkennungsmaßnahmen	11,92	11,74	-1,51	9,02	13,67	51,55
Kontengruppe 53						
Sonstige Hilfen	7,97	3,58	-55,08	0,30	0,19	-36,67
Kontengruppe 54						
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	2,71	1,34	-50,55	3,22	3,88	20,50
Kontengruppe 55						
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz	59,71	55,95	-6,30	1,06	0,34	-67,92
Kontengruppe 56						
Häusliche Krankenpflege	3,64	3,84	5,49	127,69	146,35	14,61
Kontengruppe 58						
Sterbegeld	6,12	5,87	-4,08	115,85	125,01	7,91
Kontengruppe 59						
Med. Dienst; sonst. Leistungen	32,84	35,18	7,13	79,88	84,88	6,26
Kontenklassen 4/5 insgesamt	2619,63	2771,09	5,78	5481,75	5684,71	3,70

Bei den betrachteten Versicherungsträgern ist nach dem bereits beschriebenen Leistungsrückgang im Jahre 1989 - Einführung und Wirksamwerdung des GRG - ein erneuter deutlicher Anstieg der Ausgaben für 1990 sowohl in der AKV als auch in der KVdR zu verzeichnen. Im Bereich der AOK stiegen die Ausgaben in der AKV um 84,8 Mio. DM (pro Mitglied um 127,56 DM) und bei der KVdR um 78,2 Mio. DM (pro Mitglied um 519,— DM). In gleicher Weise erhöhen sich die Ausgaben bei der BKK um 16,0 Mio. DM (210,38 DM) sowie 18,4 Mio. DM (456,03 DM) und beim LdI um 3,2 Mio. DM (151,46 DM) und 1,8 Mio. DM (202,96 DM). Diese Ausgabenentwicklung liegt deutlich über der Zunahme der Grundlohnsumme. Besonders gravierend ist diese Diskrepanz im Bereich der BKK Berlin, dort wird in der AKV eine Ausgabenerhöhung von 6,5 % ausgewiesen bei einer gleichzeitigen Erhöhung der Grundlohnsumme von nur 1,6 %.

Überdurchschnittlich stiegen die Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen entsprechend der bereits geschilderten starken Ausweitung des Leistungsangebots. Bei der Leistungsart Zahnersatz ist nach der extremen Reduzierung 1989 zu 1988 um durchschnittlich 50 % eine geringe Steigerung bei der AOK, eine deutliche bei der VIKK aber eine erneute geringe Abnahme bei der BKK eingetreten.

Zum Bereich der Krankenhausbehandlung sei bemerkt, daß sich der seit langem stetige Kostenanstieg zwar abgeschwächt hat, aber trotzdem von diesem dem Kostenvolumen nach größten Leistungsfaktor - besonders in der KVdR - erhebliche Auswirkungen auf die Beitragssatzstabilität zu erwarten sind. Von den Gesamtausgaben entfallen in der KVdR auf diese Leistungsart bei der AOK 56,1 %, bei der BKK 51,1 % und bei der VIKK 52,3 % je Mitglied, während die Ausgaben in der AKV bei annähernd 31 % liegen.

Eine durchgängige Erhöhung der Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege - sie ist grundsätzlich gewollt - hat die Ausgaben für die stationäre Behandlung nicht noch weiter ansteigen lassen. Allerdings ist eine insgesamt Beruhigung auf diesem Gebiet eingetreten und läßt die im vorhergehenden Berichtszeitraum aufgetretenen Veränderungen (Zunahme um mehr als 1.200 % bei der AOK und Rückgang von 23,7 % in der VIKK) als Ausnahme erscheinen. Die BKK hat mit ca. 50 % bei der AKV und der KVdR den größten Zuwachs zu verzeichnen, während die AOK mit 3 % (AKV) und 30 % (KVdR) und die VIKK mit 5 % (AKV) und 14 % (KVdR) eine den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Versicherten ausgewogene Leistungsanspruchnahme erkennen läßt.

KAPITEL

14

*WEITERE GESUNDHEITSLLEISTUNGEN
ANDERER
ÖFFENTLICHER TRÄGER*

14.0 Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der seit Jahren steigenden Ausgaben für Krankenhilfe, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege hält die Diskussion um die finanzielle Absicherung des Pflegerisikos nach wie vor an - in der Zwischenzeit zeichnen sich jedoch Lösungsmöglichkeiten ab. Obwohl es unterschiedliche Vorstellungen darüber gibt, wie die Pflegeversicherung organisiert und welche Leistungen damit im einzelnen finanziert werden sollten, besteht über die Notwendigkeit einer Pflegeversicherung Einigkeit, da damit die Pflege finanziell abgesichert werden könnte.

Im Rahmen des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG -) wurde nur eine Teillösung erreicht. Das Gesamtvolumen der außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen hat so hohes Gewicht, daß seine Darstellung im Jahresgesundheitsbericht geboten scheint. Folgende Leistungsbereiche sind hierbei zu berücksichtigen:

1. Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz - BSHG - (vgl. Abschnitt 14.1)

Vor allem kommen hier die Ausgaben für

- vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG)
- Krankenhilfe in Einrichtungen (§ 37 BSHG)
- ambulante Krankenhilfe (§ 37 BSHG)
- Hilfe für werdende Mütter (§ 38 BSHG)
- bestimmte Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte einschließlich Kuren und Therapien (§ 39 ff. BSHG)
- Hilfe zur Pflege in bzw. außerhalb von Einrichtungen (§ 68 f BSHG)

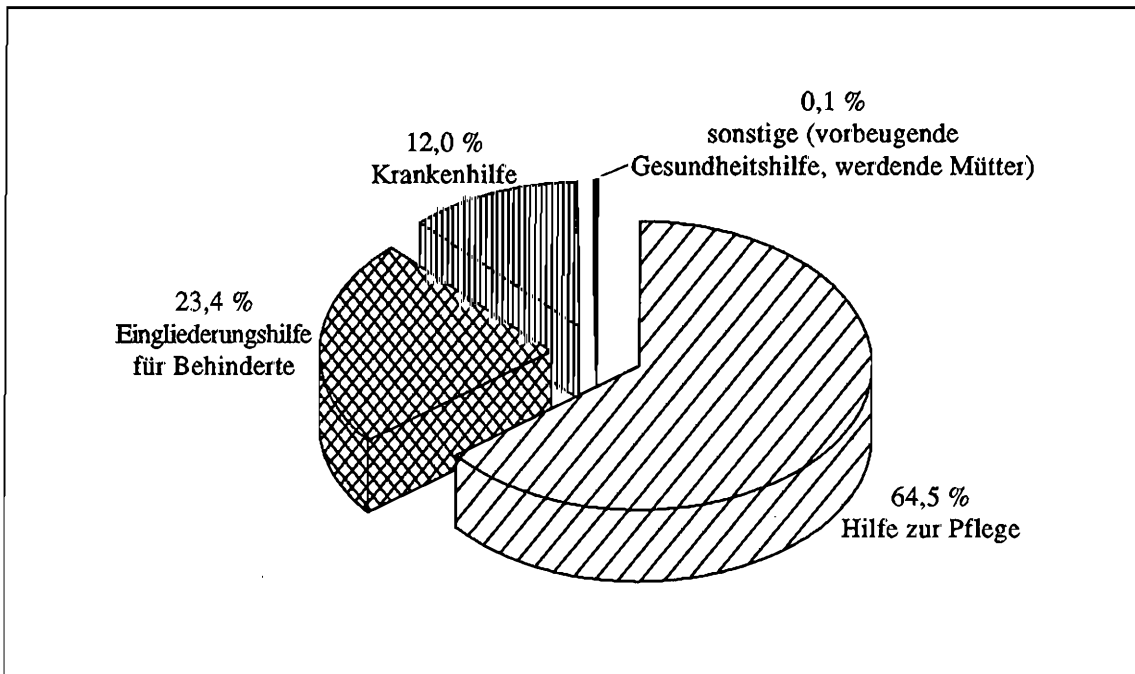
in Betracht. Entsprechend ist die Entwicklung der Fallzahlen darzustellen, soweit die aktuellen Daten verfügbar sind.

2. Leistungen der Kriegsofopferfürsorge (§§ 25 bis 27 i BVG) (vgl. Abschnitt 14.2)

3. Leistungen nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG) (vgl. Abschnitt 14.3).

Für das Berichtsjahr 1990 beziehen sich oben genannte Leistungen nur auf Berlin (West), denn erst mit dem 1.1.1991 wurden die in der Bundesrepublik geltenden sozialrechtlichen Regelungen in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins wirksam. Auch das sozialstatistische Berichtswesen trat dort erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft.

Graphik 55: Verteilung der Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1990 in Berlin (West)



Insgesamt wurden in Berlin im Jahre 1990 rd. 1.192,6 Mio. DM für Gesundheits- und Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe aufgewandt, d.h. das Gesamtvolumen ist gegenüber dem Vorjahr um 12,5 % gestiegen. Rd. 12,1 % dieser Leistungen entfielen auf die Krankenhilfe, weitere rd. 23,4 % auf ärztliche Hilfen, Körperersatzstücke sowie heilpädagogische Maßnahmen, Kuren und Therapien im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte. Die vorbeugende Gesundheitshilfe - ähnlich wie im Vorjahr reduziert um rd. 26 % - stellt mit nicht einmal 0,1 %, i.e. rd. 105.000 DM, den kleinsten Anteil. Der Anteil für Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff. BSHG betrug 1990 ca. 64,5 % der Gesamtausgaben. Mit einem Volumen von rd. 769 Mio. DM macht insbesondere die Höhe der Ausgaben für Hilfe zur Pflege die derzeitige Rolle des Sozialhilfeträgers bei der Finanzierung des Pflegerisikos deutlich.

Wie sich die Belegung von Pflegeeinrichtungen mit Sozialhilfeempfängern seit 1988 entwickelt hat, zeigt die Übersicht 14.1.2. Die Gesamtbelegung dieser Einrichtungen mit Sozialhilfeempfängern stieg um 2 %. Lediglich bei der Belegung der Normalplätze in den Seniorenheimen ist ein Rückgang (-6,5 %) zu verzeichnen. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, daß infolge Modernisierung vorübergehend auch eine spürbare Anzahl von Plätzen in den Heimen nicht zur Verfügung stehen kann.

**14.1 Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
1989/1990 in Berlin (West)**

14.1.1 Ausgaben nach Hilfearten

Hilfeart	Ausgaben in TDM		Veränderung in %
	1989	1990	
vorbeugende Gesundheitshilfe insgesamt	142,0	104,9	-26,1
– außerhalb von Einrichtungen	105,8	72,1	-31,9
– in Einrichtungen	36,2	32,8	-9,4
Krankenhilfe insgesamt	126103,4	143874,5	14,1
– außerhalb von Einrichtungen	31660,8	37976,4	19,9
– in Einrichtungen	94442,6	105898,1	12,1
Hilfe für werdende Mütter insgesamt	607,9	889,6	46,3
– außerhalb von Einrichtungen	51,7	89,8	73,7
– in Einrichtungen	556,2	799,8	43,8
Eingliederungshilfe für Behinderte insgesamt	236410,7	278658,7	17,9
darunter:			
ärztliche Behandlung zusammen	3448,7	3697,5	7,2
– außerhalb von Einrichtungen	1173,1	1295,5	10,4
– in Einrichtungen	2275,6	2402,0	5,6
heilpädagog. Maßnahmen für Kinder zusammen	4298,6	5311,8	23,6
– außerhalb von Einrichtungen	1787,8	1899,9	6,3
– in Einrichtungen	2510,8	3411,9	35,9
Hilfe zur Pflege insgesamt	697007,0	769055,5	10,3
– außerhalb von Einrichtungen	70231,9	97201,9	38,4
– in Einrichtungen	626775,1	671853,6	7,2
zusammen	1060271,0	1192583,2	12,5

14.1.2 Durchschnittliche Belegung ausgewählter Einrichtungen mit pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern 1988 - 1990 1)

Einrichtungstyp	Jan.-Dez.		Veränderung in %	Jan.-Dez.	Veränderung in % 1990 zu 1989
	1988	1989		1990	
Abteilung für Chronischkranke in Krankenhäusern	5603	5383	-3,9	5477	1,7
Krankenhäuser	3522	3443	-2,2	3625	5,3
Seniorenheime					
Normalplätze	2419	2304	-4,8	2154	-6,5
Pflegeabteilungen	3088	2827	-8,5	2915	3,1
Einrichtungen außerhalb Berlins	1368	1352	-1,2	1448	7,1
insgesamt	16000	15310	-4,3	15619	2,0

1) Berechnet als durchschnittliche Belegung aus den vier Monatsmeldungen März, Juni, September und Dezember eines jeden Jahres

14.1.3 Fallzahlen

Der von diesen Leistungen begünstigte Personenkreis kann aufgrund der in der amtlichen Sozialhilfeempfängerstatistik vorgesehenen Zähltechnik nur geschätzt werden. Da je Hilfeempfänger durchaus mehrere Leistungen (z.B. Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege) im Laufe eines Jahres erbracht werden können, muß hier auf die Darstellung von Fallzahlen zurückgegriffen werden. Wie diese sich 1989/1990 entwickelten, zeigt die Übersicht 14.1.3.1. - Anzumerken ist hierbei, daß aus o.g. Gründen die Addition der Einzelpositionen (innerhalb bzw. außerhalb von Einrichtungen) nicht zwangsläufig die entsprechende Summe der Fallzahlen ergibt.

Insbesondere wird hier deutlich, daß sich die Fallzahlen der stationären Krankenhilfe gegenüber dem Vorjahr insgesamt mehr als verdoppelt - bei Personen in Einrichtungen sogar vervierfacht - haben. Krankenhilfe wird nachrangig zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt und ist somit für diejenigen Hilfesuchenden von besonderer Bedeutung, die keine Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben; dies trifft vor allem auf ausländische Hilfeempfänger (z.B. Asylsuchende und Flüchtlinge) zu, deren Zahl 1990 sprunghaft gestiegen ist.

Beim größten Bereich, der Hilfe zur Pflege, ist sowohl bei den Fallzahlen als auch bei den Ausgaben außerhalb von Einrichtungen (mit 5,6 bzw. 38,4 %) eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen, die u.a. auf die verstärkten Anstrengungen zum Ausbau der ambulanten häuslichen Krankenpflege zurückzuführen ist.

14.1.3.1 Entwicklung der Fallzahlen 1989/1990 nach Hilfearten

Hilfeart	Fallzahlen		Veränderung in %
	1989	1990	
vorbeugende Gesundheitshilfe insgesamt	85	122	43,5
– außerhalb von Einrichtungen	78	97	24,4
– in Einrichtungen	7	25	257,1
Krankenhilfe insgesamt	16755	39454	135,5
– außerhalb von Einrichtungen	10850	14637	34,9
– in Einrichtungen	5912	24834	320,1
Hilfe für werdende Mütter insgesamt	151	195	29,1
– außerhalb von Einrichtungen	136	157	15,4
– in Einrichtungen	18	39	116,7
Eingliederungshilfe für Behinderte insgesamt	10548	10818	2,6
darunter:			
ärztliche Behandlung zusammen	387	346	-10,6
– außerhalb von Einrichtungen	319	265	-16,9
– in Einrichtungen	68	81	19,1
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder zusammen	991	721	-27,2
– außerhalb von Einrichtungen	958	700	-26,9
– in Einrichtungen	33	21	-36,4
Hilfe zur Pflege insgesamt	25118	25540	1,7
– außerhalb von Einrichtungen	8504	8984	5,6
– in Einrichtungen	16617	16557	-0,4

14.2 *Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG-Kriegsopferfürsorge) 1)*

Als Hilfen in besonderen Lebenslagen werden - wie auch im BSHG - im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (KOF) die Krankenhilfe und die Hilfe zur Pflege gewährt, und zwar an

- Beschädigte
- Witwen und Waisen
- Eltern.

Die Ausgaben für Krankenhilfe bzw. für Hilfe zur Pflege im Rahmen der KOF 1990 zeigt die Übersicht 14.2.1.

1) einschließlich der entsprechenden Leistungen des übrigen sozialen Entschädigungsrechts

14.2.1 *Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG - KOF 1990*

Ausgaben/ Empfänger	1990
Ausgaben in TDM	
Krankenhilfe (§ 26 b)	
Beihilfen an Beschädigte	198
Beihilfen an Hinterbliebene	5510
Beihilfen zusammen	5708
Darlehen	-
insgesamt	5708
Hilfe zur Pflege (§ 26 c)	
Beihilfen an Beschädigte	6450
davon:	
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	1153
für sonstige Hilfe zur Pflege	5297
Beihilfen an Hinterbliebene	44801
davon:	
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	6441
für sonstige Hilfe zur Pflege	38360
Beihilfen zusammen	51251
Darlehen	-
insgesamt	51251
Empfänger	
Krankenhilfe (§ 26 b) (einmalige Leistung im Laufe des Berichtsjahres)	152
Hilfe zur Pflege (§ 26 c) am Ende des Berichtsjahres	
Beihilfen	
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	1095
für sonstige Hilfe zur Pflege	1161
insgesamt	2256

14.3 *Pflegeelder und Sachleistungen nach dem Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG)*

Pflegebedürftig zu werden ist für jeden ein existentielles Lebensrisiko. Auch heute - nach jahrelanger Diskussion - ist die Absicherung des Pflegefallrisikos noch immer eines der dringendsten sozialpolitischen Probleme im System der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland. Pflegebedürftigkeit bedeutet immer, auf Hilfe anderer angewiesen zu sein; vielfach ist der Aktionsradius eingeschränkt und häufig mit einer erheblich geminderten, oft gänzlich fehlenden Mobilität verbunden. Die Folge ist eine Verringerung der sozialen Kontakte bis hin zur sozialen Isolierung. Die Hilfe zur Sicherstellung der häuslichen Pflege muß Vorrang vor stationärer Betreuung haben. Dies entspricht fast ausnahmslos den Wünschen der Pflegebedürftigen, wie Umfrageergebnisse bestätigen (vgl. Kapitel 8).

Um diesen Wunsch verwirklichen zu können, müssen Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen mit wirksamen Hilfen unterstützt werden. Größere Spielräume für die individuelle Lebensgestaltung müssen geschaffen und die Voraussetzungen für eine flexible, der persönlichen Situation der Pflegebedürftigen entsprechende, angemessene Pflege verbessert werden.

Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren ist in Berlin immer noch überproportional hoch und insbesondere im Verhältnis zu den Flächenstaaten deutlich höher. Die z.Z. ungünstige Altersstruktur der Berliner Bevölkerung kommt gerade beim Personenkreis der Hilfe- und Pflegebedürftigen zum Ausdruck. Hervorzuheben ist die Tatsache, daß trotz des allgemeinen Rückgangs der über 65jährigen in beiden Teilen Berlins die Gruppe der Hochbetagten (80jährige und älter) bis Mitte der 90er Jahre sogar noch weiterhin zunehmen wird.

Auswirkungen auf die drastischen Verschiebungen im Bevölkerungsaufbau hat auch der medizinische Fortschritt. Die mittlere Lebenserwartung ist kräftig angestiegen und liegt z.Z. bei fast 75 Jahren (1950: 66,5 Jahre). Älter werden ist heute zu etwas Normalem, Alltäglichem geworden.

Mehr alte Menschen bedeuten aber auch einen größeren Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung. Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind zwar nicht typisch für das Alter, dennoch gibt es Krankheiten, die mit zunehmendem Alter häufiger vorkommen, nämlich lang dauernde chronische Erkrankungen, die in der Regel lange und intensive Pflege erfordern.

Leistungen nach dem Berliner Pflegegesetz erhalten Blinde, hochgradig Sehbehinderte, Hilflose und Gehörlose, die ihren Wohnsitz und ständigen Aufenthalt im Land Berlin haben.

In der Regel beeinträchtigt die jeweilige Behinderung den Gesundheitszustand nicht nur vorübergehend. Dies hat zur Folge, daß die Zahlung der Pflegegelder in der Mehrzahl der Fälle auf längere Dauer angelegt ist. Die Entwicklung der Gesamtzahl der Berechtigten seit 1985 zeigen die folgenden Zahlen: Der Kreis der Berechtigten betrug im Jahresdurchschnitt (12-Monats-Durchschnitt)

1985	24.560	Personen
1986	26.750	Personen
1987	25.619	Personen
1988	26.875	Personen
1989	27.735	Personen
1990	27.680	Personen

Im gezeigten Zeitraum wuchs er insgesamt um knapp 13 % an. Diese Angaben enthalten jeweils keine Empfängerzahlen aus dem Bereich der Abteilungen Jugend der Bezirke, da dort keine Statistik zum Pflegegesetz geführt wird (die Aufwandszahlen standen hingegen auch aus der Haushaltsrechnung des Kapitels 40 00 zur Verfügung).

Das Pflegegeld wird einkommensunabhängig gewährt und ist - je nach Grad der Pflegebedürftigkeit - in 6 Stufen gestaffelt. Die an Hilflöse gezahlten Gelder liegen z.Z. (1990/91) zwischen 341,— DM in der Stufe I und 1.613,— DM in der Stufe VI; sie erreichen im Falle des Zusammentreffens von Hilflösigkeit mit Blindheit/hochgradiger Sehbehinderung sogar 2.015,— DM. Die Leistungen für Blinde und hochgradig Sehbehinderte entsprechen der Pflegezulage der Stufen III und I nach § 35 Bundesversorgungsgesetz und betragen 1990/91 970,— bzw. 402,— DM. Gehörlose erhalten einen monatlichen Betrag von 120,— DM.

Berlin hat in den vergangenen Jahren sein Gesetz über Pflegeleistungen Schritt für Schritt ausgebaut. Neben der kontinuierlichen Steigerung der Barleistungen wurden 1985 und 1986 als Ergänzung zusätzliche Sachleistungen in Form von häuslicher Krankenpflege und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts eingeführt. Mit diesen Sachleistungen wurden zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollen sie den Pflegebedürftigen selbst zugute kommen; des weiteren werden die pflegenden Angehörigen zeitweilig entlastet. Mit dieser Konzeption wurden erstmalig gezielte Regelungen für die Pflegepersonen geschaffen.

Jeder Pflegegeldempfänger hat an bis zu 48 Tagen jährlich Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn diese Leistung durch Sozialstationen oder vergleichbare Einrichtungen erbracht wird und die Krankenkasse nicht oder nicht mehr leistungspflichtig ist.

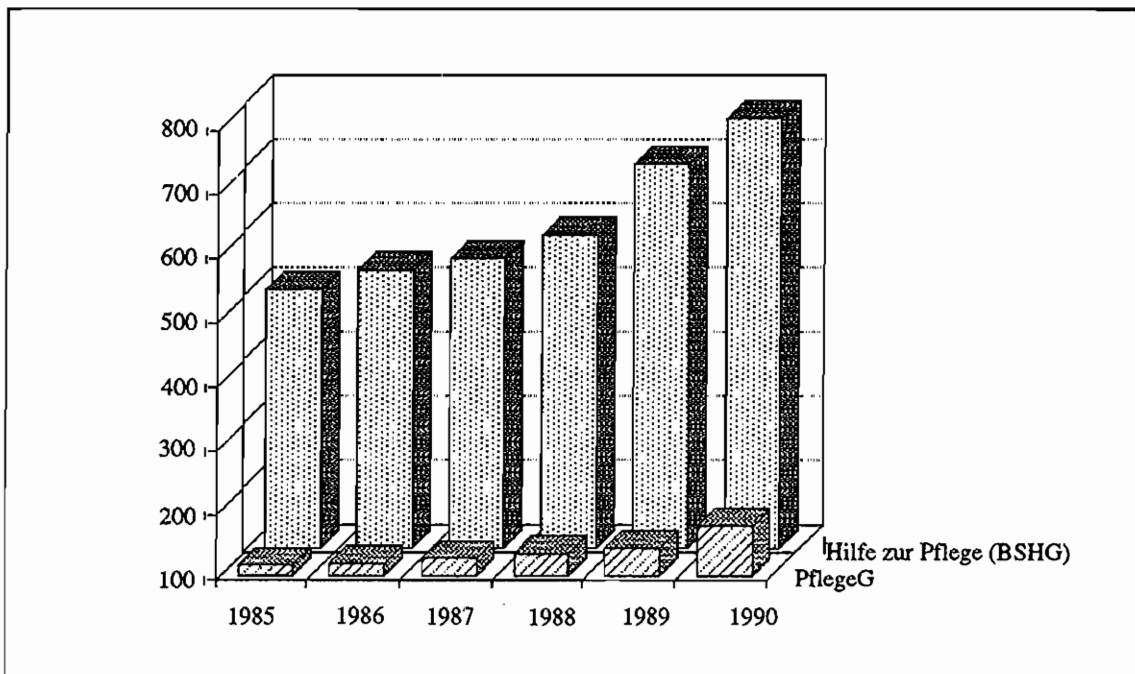
Unter denselben Voraussetzungen besteht zusätzlich an bis zu 48 Tagen pro Jahr die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Sachleistung "Hilfe zur Weiterführung des Haushalts". Diese Hilfe kann z.B. bei einem vorübergehenden Ausfall der Pflegeperson auch allein in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus ist mit der Gesetzesnovelle zum 1.1.1989 die soziale Absicherung der Pflegepersonen verbessert worden. Für Pflegepersonen, die Hilflöse der Stufen IV, V oder VI nach dem PflegeG pflegen, werden in Anlehnung an die Vergütungsgruppe für Krankenpflegehelfer (Kr III BAT) freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zu einer privaten Lebensversicherung auf Rentenbasis übernommen. Gleichzeitig mit dieser Verbesserung wird verhindert, daß Personen, die jahrelang ehrenamtlich oder in der Familie unentgeltlich schwerstpflegebedürftige Menschen gepflegt haben, für ihre Altersversorgung keine eigenen Anwartschaften erwerben können.

Die Ausgaben für Pflegegelder, Sachleistungen und RV-Beiträge nach dem PflegeG sind in Übersicht 14.3.1 für 1988 - 1990 dargestellt

Der Gesamtaufwand an Pflegegeldern und Sachleistungen der verschiedenen Art nach diesem Gesetz von rd. 147 Mio. DM muß im Kontext mit dem Pflegeaufwand nach dem BSHG gewürdigt werden (dort 769 Mio. DM). Zusammen betragen diese Aufwendungen 1990 in Berlin (West) rd. 916 Mio. DM an Leistungen zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit und ihrer sozialen Absicherung außerhalb des Krankenversicherungssystems.

Graphik 56: Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für die Hilfe zur Pflege (BSHG und PflegeG) 1985 - 1990 (in Mio. DM) in Berlin (West)



14.3.1 Pflegegelder, Sachleistungen, Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG 1988 - 1990

Pflegegelder an / Sachleistungen / RV-Beiträge	1988	1989	1990	Veränderung in % 1990 zu 1989
Mio. DM				
Bezirke Soz				
Pflegegeld an:				
- Hilflose	91.421	96.471	100.748	4,4
- Zivilblinde	22.541	23.482	24.136	2,8
Sachleistungen	2.733	3.511	4.577	30,4
RV-Beiträge	-	1.106	1.065	-3,7
zusammen	116.695	124.570	130.526	4,8
Bezirke Jug				
Pflegegeld an:				
- Hilflose	-	15.597	16.347	4,8
- Zivilblinde	-	0.971	0.964	-0,7
Sachleistungen	-	0,001	0,003	200,0
RV-Beiträge	-	0.421	0.929	120,7
zusammen	1) 14.892	16.990	18.243	7,4
insgesamt Soz und Jug	131.587	141.560	148.769	5,1

1) Pflegegeld der Bezirke Jug insgesamt; Differenzierung aus haushaltstechnischen Gründen erst ab 1989

ANHANG

Zuordnung ausgewählter Merkmale des AGLMB-Indikatorensetzes zu den entsprechenden Kapiteln des Jahresgesundheitsberichtes 1991

Stichwort	"Indikatorensetz" = Nr	im JGB 1991 enthalten		
		Kapitel/Nr.	voll- ständig	teil- weise
Bevölkerung				
demographische Basistabelle	2.1	1 2 ff.	x	
ausgewählte Strukturmerkmale (Alter)	2.3	1.2.4, 1 2.8	x	
Bevölkerung in privaten Haushalten nach monatlichem Nettoeinkommen	2.5	1.3.1	x	
generatives Verhalten	2.6	1 2 13	x	
Empfänger von "Hilu"	2.8	1 3 2	x	
Ehescheidungen	2.11	1 2.11		x
Wanderungen	2.15	1.2.6	x	
Ausländer	2.18	1.2.10	x	
Gesundheitszustand				
Mortalität, geschlechtsspezifisch	3.1	3 1 2 ff.	x	
Mortalität, Geschlecht und Alter	3.2	3 1 2 ff.	x	
Sterbefälle in Bezirken	3.3	3.1.3.1,	x	
		3.1.3.2	x	
Säuglingssterblichkeit	3.4	3.1.4 ff.	x	
Säuglingssterblichkeit nach Bezirken	3.5	3 1.4 ff.	x	
Perinatale Sterblichkeit	3.6	3 1.4.4.4,	x	
		3 1.4.5.3	x	
ausgewählte Todesursachen	3.8	3 1 3 ff.	x	
ausgewählte Todesursachen, Zeitvergleich	3.9	3.1.3 ff.		x
ausgewählte Todesursachen, regionalisiert	3.10	3.1.3.2.1		x
Neuerkrankungen an offener ansteckender Tb, Zeitvergleich	3.14	3 2.2.2 ff.		x
Tb-Inzidenz, regionalisiert	3.15	3 2.2.2 ff.		x
Berufskrankheiten	3.27	3 2 3 3 /4		x
Straßenverkehrsunfälle	3.33	3 2 2 6	x	
Straßenverkehrsunfälle nach Alter	3.34	3 2 2 6 2	x	
Fußgänger und Radfahrer < 15 Jahre	3.35	3 2.2 6 3	x	
Fehlbildungen	3.37	2 4		x
Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt				
Muttermilchbelastung	5.16	5 1 2.2	x	
Schadstoffe in Lebensmitteln	5.5	5 1 2.2		x
		5 2 ff.		x
Schadstoffe in der Außenwelt	5.7	5.1.2 ff.		x
Trinkwasserbelastung mit Blei und Kupfer	5.13	5.1.2.3/4	x	
Einrichtungen des Gesundheitswesens				
niedergelassene Ärzte	6.1	7.1.1, 9 2		x
Versorgungsgrade	6.2	7 1 2,		
		9 2 1.3	x	
Polikliniken und Ambulatorien	6.3	9.1 ff.	x	
Rettungsdienst	6.5	10 3.2 ff.	x	
Krankenhäuser und Bettenzahl	6.11	10 1 ff.		x
Fachabteilungen in Krankenhäusern	6.13	10.1 3 2.1,		x
		10.1.1.1	x	
Sozialstationen	6.16	8.1 ff.		x
Gesundheitsämter	6.19	12 1.4	x	
Apotheken	6.21	6.1 ff.	x	
Medizinische Großgeräte	6.22	10 3.3.1	x	

Fortsetzung

Stichwort	"Indikatorensetz" = Nr	im JGB 1991 enthalten		
		Kapitel/Nr	voll- ständig	teil- weise
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und Beratung				
(Zahn-)Prophylaxemaßnahmen	7.10	4.1.4		x
Inanspruchnahme von Schwangerenberatungen	7.2	4.1.1.1.1	x	
Beratungen nach § 218 StGB	7.3	4.1.1.1.2	x	
		4.1.1.3	x	
Ehe-, Sexual-, Partner- und Familienberatungen	7.4	4.1.1 ff.		x
Inanspruchnahme von Beratungen des Jugend- gesundheitsdienstes	7.5	4.1.3 ff.	x	
		4.1.4 ff.		x
Krankenhausbehandlung, Patienten, Pflegetage	7.15	10.1.3.3	x	
nach Fachabteilungen	7.16	10.1.3.4	x	
Krankenhausversorgung, globale Indikatoren	7.17	10.1.3.7	x	
Krankenhausversorgung, Personal	7.18	10.1.3.7	x	
Beschäftigte im Gesundheitswesen				
Ärzte nach Art der Tätigkeit, Geschlecht	8.1	12.1.1 ff.	x	
Berufstätige Ärzte	8.2	12.1.1 ff., 7.1.1 ff.	x	
		7.1.1 ff.	x	
Zahnärzte	8.4	12.1.2.1	x	
Einwohner je Arzt/Zahnarzt	8.5	12.1.1.3, 12.1.2 ff.	x	
Arzt-niederlassungen nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen				
Beschäftigte in Apotheken	8.6	12.1.1.3.3	x	
Kranken- und Altenpflegeberufe	8.7	12.1.5	x	
Hebammen/Entbindungshelfer	8.8	12.1.3.2		x
Fachpersonal der Gesundheitsämter	8.11	12.1.3.1 ff.		x
	8.12	12.1.4	x	
Ausbildung im Gesundheitswesen				
Teilnehmerzahl an Prüfungen	9.2	12.2.1	x	
erteilte Approbationen	9.3	12.2.3	x	
Ausgaben und Finanzierung				
Ausgaben der GKV	10.2	13.6.2	x	
Sozialhilfeausgaben	10.6	14.1.1/14.3	x	
Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung	10.7	13.4.2		x
Versichertenstruktur der Kassenarten	10.8	13.4.3	x	
Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten	10.9	13.4.4		x
Beitragssatzentwicklungen	10.10	13.5	x	
Grundlohnsummen je Mitglied	10.14	13.5		x
Kosten				
Gesamtkosten der Krankenhäuser	11.3	10.1.4		x
Kosten nach Kostenarten der Krankenhäuser	11.4	10.1.4		x

Der Jahresgesundheitsbericht wird komplettiert durch die von der Senatsverwaltung für Gesundheit zur Gesundheits- und Sozialforschung in unregelmäßiger zeitlicher Folge herausgegebenen *Diskussionspapiere*

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. *Meinlschmidt, Gerhard* : Ärzte beurteilen Sozialstationen.
Eine statistisch empirische Diagnose. 1986.
2. *Imme, Uwe* : Der Krankenpflegenotfalldienst
Meinlschmidt, Gerhard durch Sozialstationen.
Wanjura, Marlies Eine Zwischenbilanz aus empirischer
Sicht. 1986.
3. *Imme, Uwe* : Strukturanalyse arbeitsloser
Meinlschmidt, Gerhard Sozialhilfeempfänger.
Eine statistische Analyse. 1986
4. *Meinlschmidt, Gerhard* : Zum Bedarf an Unterstützung in
Völker-Oswald, Ingrid Hilfssituationen älterer Menschen
in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988
5. *Meinlschmidt, Gerhard* : Strukturanalyse pflegebedürftiger
Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988.
6. *Referat Sozial- und* : Die Jugendzahnpflege 1986.
Medizinalstatistik, Eine Untersuchung über den Zahnsta-
EDV-gestützte Fachin- tus bei Kindern und Jugendlichen in
formationssysteme; Berlin (West). 1988.
Mader
7. *Referat Sozial- und* : Ergebnisse der Schulentlassungs-
Medizinalstatistik, untersuchungen 1985/86 in Berlin
EDV-gestützte Fachin- (West) nach Kriterien des Jugend-
formationssysteme arbeitsschutzgesetzes. 1988.
8. *Referat Sozial- und* : Sozialhilfeempfänger in sozialver-
Medizinalstatistik, sicherungspflichtiger Beschäfti-
EDV-gestützte Fachin- gung.
formationssysteme Statistischer Erfahrungsbericht
zum 500er Programm. 1988.
9. *Meinlschmidt, Gerhard* : Sozialhilfeempfänger auf dem Weg
zurück ins Berufsleben.
Grundgedanken zum Berliner Modell
der Beschäftigung von arbeitslosen
Sozialhilfeempfängern.
Eine empirische Einstiegsstudie,
die zu diesem Problemkomplex bei
den Berliner Arbeitgebern durchge-
führt wurde. 1988.

10. *Liedtke, Dieter* : Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
Wanjura, Marlies : Dezember 1988.
11. *Baum, Christiane* : Vergleichbare Strukturdaten des
Koch-Malunat, Norbert : Sozial- und Gesundheitswesens aus-
Seeger, Michael : gewählter Großstädte der Bundesre-
publik. Januar 1989.
12. *Becker, Barbara* : Zur subjektiven Morbidität der Ber-
Kramer, Ramona : liner Bevölkerung.
Meinlschmidt, Gerhard : September 1989.
13. *Liedtke, Dieter* : Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
Wanjura, Marlies : November 1989.
14. *Haecker, Gero* : Zur "Lebenssituation von Sozialhil-
Kirschner, Wolf : feempfängern" in Berlin (West).
Meinlschmidt, Gerhard : April 1990.
15. *Koch-Malunat, Norbert* : Ergebnisse der Einschulungsuntersu-
Klausing, Michael : chungen 1987 in Berlin (West).
Juni 1990.
16. *Kiss, Anita* : Ergebnisse der Schulentlassungsunter-
suchungen 1988/89 in Berlin (West).
Februar 1992.

Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:

- Hermann, Sabine* : Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Poli-
Meinlschmidt, Gerhard : tik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik.
- Gesundheitsbarometer -.
November 1991.

Die Broschüren können in der *Senatsverwaltung für Gesundheit - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz -*, Parochialstraße 1-3, 0-1020 Berlin, angefordert werden.

Notizen: