



---

# Jahresgesundheitsbericht 1992

---

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

Berlin 1993

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit  
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,  
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz  
Märkisches Ufer 54, 10179 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.

Redaktionsschluß: 31. September 1993

## Vorwort



Die Zusammenführung der ehemals getrennten Gesundheitssysteme in der seit drei Jahren geeinten Stadt Berlin gehört nach wie vor zu den herausragenden gesundheitspolitischen Herausforderungen; das trifft vor allem für den Zeitraum des vorliegenden Berichtes zu. Ich freue mich, daß wir bei dieser gewaltigen Aufgabe bereits gute Fortschritte erzielt haben. Dabei ist es uns trotz mancher Schwierigkeiten und Hemmnisse gelungen, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu jedem Zeitpunkt mit hoher Qualität zu sichern.

Bei der Umstellung der ambulanten medizinischen Versorgung waren wir alle überrascht, wie schnell sich ein Großteil der ehemals angestellten Ärzte in den östlichen Bezirken Berlins in freien Praxen niedergelassen hat. Inzwischen haben wir in der gesamten Stadt ein flächendeckendes Netz an freipraktizierenden Ärzten aller Fachrichtungen. Ich kann nur hoffen, daß es den Ärzten, die den mutigen Schritt in die Selbständigkeit getan haben, auch langfristig gelingen möge, ihre Praxis zum Wohle ihrer Patienten und wirtschaftlich stabil weiterzuführen. Dies dürfte unter den notwendigen Einschränkungen des Gesundheits-Strukturgesetzes sicher nicht immer einfach sein.

Im Verlauf dieser Entwicklung mußten die poliklinischen Einrichtungen, die früher überwiegend die ambulante Versorgung im Ostteil sicherstellten, umstrukturiert werden. Die wichtigsten dieser Einrichtungen haben jedoch unter dem Dach einer neugegründeten Gesellschaft "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" gute Aussichten, sich als poliklinische Einrichtungen neuen Typs in der Kooperation von Ärzten verschiedener Fachgebiete sowie mit komplementären gesundheitlich-sozialen Angeboten langfristig an der ambulanten medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung zu beteiligen. Letztlich entscheiden die Patienten, ob sie dieses Modell des ambulanten Gesundheitszentrums akzeptieren. Ich hoffe, daß von diesen Gesundheitlich-sozialen Zentren auch Impulse für neue fachbereichsübergreifende Kooperationsformen zwischen ambulant tätigen Ärzten ausgehen und dieses Modell in ganz Deutschland - insbesondere nach den Auswirkungen des Gesundheits-Strukturgesetzes - diskutiert wird. In Zukunft werden wir uns daran gewöhnen, daß wir in der ambulanten Versorgung nicht mehr nur niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen, sondern mehr und mehr auch Gemeinschaftspraxen aller Art vorfinden.

In der stationären Versorgung haben wir mit der raschen Verabschiedung eines Krankenhaus-Rahmenplans zunächst einmal dafür gesorgt, Standorte und Betriebe der Krankenhäuser sowohl in den westlichen als auch in den östlichen Bezirken sicherzustellen. Dabei haben wir die Linie der Vorgänger-Senate fortgesetzt, den Überhang an Akutbetten in Berlin Schritt für Schritt zu reduzieren. Die 1991 in Berlin vorhandenen 43.000 Betten haben wir inzwischen auf rund 36.000 reduziert; in den nächsten Jahren streben wir einen weiteren Bettenabbau auf 30.400 an. Mit dieser Bettenzahl wird Berlin dann nur noch leicht über dem Durchschnitt vergleichbarer großstädtischer Regionen liegen; die Krankenhausversorgung wird nicht beeinträchtigt. Allerdings kann ein solcher Abbau sozialverträglich nur gelingen, wenn gleichzeitig Fehlbelegung im Krankenhaus vermieden, häusliche Krankenpflege verbessert, die Möglichkeiten des ambulanten Operierens und einer teilstationären Behandlung ausgebaut und nicht zuletzt auch neue Wohn- und Pflegeformen, vor allem im Bereich der Geriatrie und Psychiatrie, entwickelt werden, die dann den Patienten zur Verfügung stehen, die früher zwangsläufig nur in Kliniken betreut werden konnten. Der Senat hat sich für die nächsten Jahre ein mit rund 7 Milliarden DM

ausgestattetes Krankenhaus-Investitionsprogramm vorgenommen, das überwiegend der Instandsetzung und Erneuerung der Krankenhäuser in den östlichen Bezirken zugute kommen soll. Hier kann der Senat auch mit Hilfen des Bundes und der Kassen rechnen

Unser Gesundheitswesen besteht aber nicht nur aus niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Ich freue mich deshalb sehr, daß wir inzwischen auch im Ostteil der Stadt über einen funktionierenden Öffentlichen Gesundheitsdienst in allen bezirklichen Gesundheitsämtern, über eine Reihe von Selbsthilfegruppen sowie über eine beachtliche Anzahl von Sozialstationen für die häusliche Pflege verfügen können.

Die bisher geschilderten Aufgaben erfordern unsere ganze Kraft. Dennoch habe ich mir vorgenommen, noch einige weitere Ziele zu erreichen. Besonders liegt mir die Gesundheitsförderung am Herzen, d. h. alle Bestrebungen, die Lebens-, Arbeits- und Wohnverhältnisse der Menschen gesünder zu gestalten und die Bürger selbst zu einer gesunden Lebensweise zu ermuntern. Dazu bedarf es neuer Wege und Mittel der Information und Aufklärung, der Kommunikation mit und der Aktivierung der Bevölkerung. Das kann nicht eine Behörde allein. Deswegen hoffe ich auch auf neue Strukturen der Zusammenarbeit mit allen am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen und Gruppen

Mir liegt auch sehr daran, die immer noch starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger zu machen, flexiblere Übergänge zwischen den Versorgungsformen zu schaffen. So könnten viele Krankenhauspatienten ambulant oder teilstationär operiert bzw. behandelt werden, wenn die Vor- und Nachsorge stimmt.

Nicht zuletzt hoffe ich, daß es uns auch gelingt, den Öffentlichen Gesundheitsdienst effizienter zu gestalten. Ich denke u. a. daran, in allen Bezirken leistungsfähige Leit- und Planungsstellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aufzubauen, die sich vor allem einer verständlichen und verwertbaren Gesundheitsberichterstattung, einer problemorientierten bezirklichen Gesundheitsplanung und der Vernetzung unterschiedlicher Anbieter und Beteiligter im Gesundheitswesen widmen sollen.

Wir werden von Berlin aus auch die weitere Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung sorgfältig beobachten. Es muß zwar gespart und wirtschaftlicher mit den Geldern der Versicherten umgegangen werden, gleichzeitig wollen wir jedoch den bewährten Schutz der Sozialversicherung nicht aufs Spiel setzen.

Berlin - das ist meine Überzeugung - wird sich auch in Zukunft nicht nur durch medizinische Spitzenleistungen, sondern auch durch ein insgesamt hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung auszeichnen.

Die Gesundheitsberichterstattung soll uns helfen, die Entwicklung des Gesundheitswesens genauer einzuschätzen und die richtigen Schlußfolgerungen für die Gesundheitsplanung und -politik daraus zu ziehen. Wir wollen Schritt für Schritt auch eine bessere bundesweite Vergleichbarkeit der in den Ländern erhobenen Daten erreichen, wie sie die Gesundheitsministerkonferenz vorgeschlagen hat.

Mein Dank an alle, die an dem vorliegenden Bericht mitgewirkt haben, gilt vor allem den nichtstaatlichen Organisationen und Körperschaften, durch deren Beteiligung die Berichterstattung eine breitere Basis erhält.



Dr. Peter Luther

Senator für Gesundheit

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

		Seite
Vorwort		3
0.	Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht	13
1.	Bevölkerung	15
2.	Geburten und Schwangerschaftsabbrüche	29
3.	Gesundheitszustand	47
	- 3.1 Mortalität	50
	- 3.2 Morbidität	93
4.	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	139
	- 4.1 Gesundheitsvorsorge	141
	- 4.2 Gesundheitsförderung	171
	- 4.3 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich	185
5.	Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt	189
	- 5.1 Umweltmedizin	190
	- 5.2 Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen	210
6.	Apotheken-, Arzneimittelwesen und Toxikologie	221
7.	Ambulante ärztliche Versorgung: Aus der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	227
8.	Ambulante pflegerische Versorgung	247
9.	Ambulante Gesundheitseinrichtungen in kommunaler/staatlicher Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins	259
10.	Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	265
11.	Aus den Heilberufskammern Berlins	299
	- 11.1 Ärztekammer Berlin	300
12.	Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen	307
13.	Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung	327
14.	Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger	343
Tabellenanhang		351
Anhang	- Zuordnung zum AGLMB-Indikatorensetz	424
	- Diskussionspapiere	426

**Jahresgesundheitsbericht****1992**

	<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
	<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>0.</b>	<b>Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht</b>	<b>13</b>
<b>1.</b>	<b>Bevölkerung</b>	<b>15</b>
1.0	Erläuterungen	16
1.1	Bevölkerungsstand, -struktur und -entwicklung	19
1.2	Lebensqualität	26
1.3	Tabellenverzeichnis	27
<b>2.</b>	<b>Geburten und Schwangerschaftsabbrüche</b>	<b>29</b>
2.0	Erläuterungen	30
2.1	Klinische und außerklinische Entbindungen	32
2.2	Geborene	35
2.3	Fehlbildungen bei Neugeborenen	38
2.4	Fehlgeburten	39
2.5	Schwangerschaftsabbrüche	41
2.6	Tabellenverzeichnis	45
<b>3.</b>	<b>Gesundheitszustand</b>	<b>47</b>
3.0	Vorbemerkung	48
<b>3.1</b>	<b>Mortalität</b>	<b>50</b>
3.1.0	Erläuterungen	50
3.1.1	Allgemeine Sterblichkeit	53
3.1.2	Todesursachenspezifische Sterblichkeit	61
	- Herz-Kreislauf	61
	- bösartige Neubildungen	62
	- Atmungs- und Verdauungsorgane	64
	- Unfälle	66
	- Suizide	68
	- häufigste Todesursachen nach Altersgruppen	73
3.1.3	Vermeidbare Sterbefälle	75
3.1.4	Säuglingssterblichkeit	81
3.1.5	Tabellenverzeichnis	91

<b>3.2</b>	<b>Morbidität</b>	<b>93</b>
3.2.0	Erläuterungen	93
3.2.1	Infektiöse übertragbare Krankheiten	94
3.2.1.1	Meldepflichtige Krankheiten nach dem BSeuchG	94
	- Tuberkulose	94
	- sonstige meldepflichtige Krankheiten	98
3.2.1.2	Geschlechtskrankheiten	102
3.2.1.3	Aids und HIV-Infektionen	104
3.2.2	Bösartige Neubildungen	105
3.2.3	Straßenverkehrsunfälle	110
3.2.4	Berufskrankheiten	113
3.2.5	Schwerbehinderte	116
3.2.6	Krankheitsartenstatistik	120
3.2.6.1	Arbeitsunfähigkeitsfälle	120
3.2.6.2	Krankenhausfälle	128
3.2.7	Tabellenverzeichnis	137
<b>4.</b>	<b>Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung</b>	<b>139</b>
4.0	Vorbemerkung	140
<b>4.1</b>	<b>Gesundheitsvorsorge</b>	<b>141</b>
4.1.1	Gesundheit ist nicht alles - aber ohne Gesundheit ist alles nichts - Ein Beitrag der AOK Berlin -	141
4.1.2	Sozialmedizinische Beratung	145
4.1.2.1	Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD) der Bezirksämter	145
4.1.2.2	Beratungsangebote von Einrichtungen freier Träger in Berlin	147
4.1.2.3	Beratungen nach § 218 b Abs. 1 StGB in Berlin-West	149
4.1.3	Inanspruchnahme von Angeboten des Jugendgesundheitsdienstes	152
4.1.3.1	Beratungsangebote für Risikokinder	152
4.1.3.2	Säuglinge und Kleinkinder	153
4.1.3.3	Kinder und Jugendliche (JGD - Schüler -)	154
4.1.3.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie	157
4.1.4	Jugendzahnpflege	159
4.1.5	Impfwesen	163
4.1.6	Schirmbilduntersuchungen	166
4.1.7	Beratungen für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie	167
4.1.8	Sportmedizin	170
<b>4.2</b>	<b>Gesundheitsförderung</b>	<b>171</b>
4.2.1	Grundsätze und Maßnahmen im Zusammenhang mit Aids	171
4.2.2	Beratungen über sexuell übertragbare Erkrankungen -STD-	173
4.2.3	Inanspruchnahme von Beratungen für Behinderte	174
4.2.4	Gesundheitshilfe für Krebskranke	176

4.2.5	Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorgen	177
4.2.6	Psychiatrische Versorgung	177
4.2.6.1	Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste	183
4.2.6.2	Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Alkoholranke	185
<b>4.3</b>	<b>Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich</b>	<b>185</b>
4.4	Tabellenverzeichnis	188
<b>5.</b>	<b>Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt</b>	<b>189</b>
<b>5.1</b>	<b>Umweltmedizin</b>	<b>190</b>
5.1.1	Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin	190
5.1.1.1	Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch	190
5.1.1.2	Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser	193
5.1.1.3	Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser	195
5.1.1.4	Untersuchungen von Badegewässern	196
5.1.1.5	Schadstoffbelastungen auf Kinderspielplätzen	198
5.1.1.6	Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Fugendichtungsmassen	202
5.1.1.7	Innenraumluftbelastungen in benachbarten Wohnungen von chemischen Reinigungen	204
5.1.1.8	Schadstoffbelastung in der Außenluft	205
5.1.1.9	Allergie und Umwelt	207
5.1.2	Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	208
5.1.2.1	Desinfektion und Entwesung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)	208
5.1.2.2	Abfall aus umweltmedizinischer Sicht	210
<b>5.2</b>	<b>Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen</b>	<b>210</b>
5.2.0	Erläuterungen	210
5.2.1	Lebensmittelüberwachung	211
5.2.2	Untersuchungen von Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen	213
5.2.3	Tierseuchendiagnostik	215
5.2.4	Medizinaluntersuchungswesen	216
5.2.5	Gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit	219
5.3	Tabellenverzeichnis	220
<b>6.</b>	<b>Apotheken-, Arzneimittelwesen und Toxikologie</b>	<b>221</b>
6.1	Apothekenwesen	222
6.2	Arzneimittelwesen	223
6.2.1	Durchführung der Überwachung des Arzneimittelverkehrs	223
6.2.2	Arzneimittelwesen 1991	223
6.2.3	Arzneimitteluntersuchungen	224
6.3	Klinische und forensische Toxikologie	225
6.4	Tabellenverzeichnis	225



<b>7.</b>	<b>Ambulante ärztliche Versorgung: Aus der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin</b>	<b>227</b>
7.0	Rahmenbedingungen	228
7.1	Aufgaben und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	228
7.1.1	Rechtsgrundlagen	228
7.1.2	Aufgaben	229
7.1.3	Versorgungsstruktur	230
7.1.4	Leistungen	232
7.1.5	Arztzahlenentwicklung in Berlin-West	234
7.2	Ausgewählte Schwerpunkte	235
7.2.1	Bedarfsplanung	235
7.2.2	Qualitätssicherung	238
7.2.3	Großgeräte	239
7.2.4	Ambulantes Operieren	241
7.2.5	Onkologische Versorgung	242
7.2.6	Polamidon/Aids	243
7.3	Tabellenverzeichnis	245
<b>8.</b>	<b>Ambulante pflegerische Versorgung</b>	<b>247</b>
8.1	Sozialstationen	248
8.1.1	Häusliche Krankenpflege	248
8.1.2	Hauspflege	249
8.1.3	Sozialarbeit	249
8.1.4	Ergänzende Angebote	250
8.1.4.1	Krankenpflegenotfalldienst "Häusliche Krankenpflege rund um die Uhr"	250
8.1.4.2	Psychogeriatrische Pflege	251
8.1.4.3	Pflegende Angehörige	251
8.1.4.4	Geriatrische Rehabilitation	252
8.1.4.5	Mobilitätshilfendienste	253
8.1.5	Häusliche Kinderkrankenpflege	253
8.2	Private Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege	254
8.3	Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung	254
<b>9.</b>	<b>Ambulante Gesundheitseinrichtungen in kommunaler/ staatlicher Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins</b>	<b>259</b>
9.1	Ambulante Gesundheitseinrichtungen in kommunaler/staatlicher Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins	260
9.2	Betrieb "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" (GSZB)	260
9.3	Zur Situation des kommunalen ambulanten Gesundheitswesens	263

<b>10.</b>	<b>Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung</b>	<b>265</b>
10.0	Erläuterungen	266
10.1	Vorbemerkung	268
10.2	Das stationäre Versorgungsangebot	268
10.2.1	Ziele und Merkmale des Krankenhausplans 1993, Konkretisierung des Krankenhaus-Rahmenplans 1991	269
10.2.2	Erfüllungsgrad des Krankenhaus-Rahmenplans 1991	271
10.2.3	Regionale Verteilung des Versorgungsangebots	272
10.2.4	Das Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin nach Trägerbereichen	272
10.3	Ausgewählte Indikatoren zur stationären Versorgung (Krankenhausstatistik-Verordnung)	274
10.3.1	Bettenzahlen, Fachabteilungen und Personal in den Krankenhäusern im Land Berlin	274
10.3.2	Patienten und Pfl egetage	276
10.3.3	Verweildauer und Bettenauslastung	277
10.3.4	Entwicklung des Leistungsgeschehens 1980 - 1991	280
10.4	Umlandversorgung	281
10.5	Das duale System der Krankenhausfinanzierung	285
10.5.1	Fördermittel des Landes Berlin	285
10.5.2	Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1992	289
10.6	Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	291
10.6.1	Blutspendedienste	291
10.6.2	Rettungswesen	292
10.6.3	Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten	294
10.6.4	Dialyseeinrichtungen	295
10.7	Tabellenverzeichnis	296
<b>11.</b>	<b>Aus den Heilberufskammern Berlins</b>	<b>299</b>
11.1	Ärztammer Berlin	300
11.1.1	Aufgaben	300
11.1.2	Tarifrecht und Arbeitszeitwirklichkeit - Ergebnisse einer Umfrage der Ärztkammer Berlin -	300
<b>12.</b>	<b>Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen</b>	<b>307</b>
12.0	Erläuterungen und allgemeine Anmerkungen	308
12.1	Berufe und Beschäftigungsbereiche	309
12.1.1	Ärzte	309
12.1.2	Zahnärzte	314
12.1.3	Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich	316
12.1.4	Personal in den Gesundheitsämtern	318
12.1.5	Personal in den ambulanten Einrichtungen in Berlin-Ost	319
12.1.6	Personal in den Apotheken	320
12.2	Ausbildung im Gesundheitswesen	321

12.2.1	Prüfungen und Prüfungsergebnisse	321
12.2.2	Ausbildung zum staatlich anerkannten Altenpfleger	322
12.3	Fort- und Weiterbildung	323
12.3.1	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Gesundheit im Bereich der Medizinalfachberufe 1992	323
12.3.2	Aufgaben und Lehrgänge der Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin Berlin (AfAU)	324
12.4	Tabellenverzeichnis	325
<b>13.</b>	<b>Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>327</b>
13.1	Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen	328
13.2	Organisation und Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	328
13.3	Einführung der GKV in den neuen Bundesländern und in Berlin-Ost	330
13.4	Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin	331
13.5	Entwicklung der Beitragssätze und Grundlohnsummen	334
13.6	Entwicklung der Ausgaben und Leistungen	335
13.7	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	339
13.8	Die Absicherung des Pflegefallrisikos in der Diskussion	341
13.9	Tabellenverzeichnis	341
<b>14.</b>	<b>Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger</b>	<b>343</b>
14.0	Vorbemerkung	344
14.1	Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1991 in Berlin	344
14.2	Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG-Kriegsopferfürsorge)	347
14.3	Pflegeelder und Sachleistungen nach dem Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG)	348
14.4	Tabellenverzeichnis	349
<b>Tabellenanhang</b>		<b>351</b>
<b>Anhang</b>	- Zuordnung ausgewählter Merkmale des AGLMB-Indikatorensatzes zu den entsprechenden Kapiteln des Jahresgesundheitsberichtes 1992	424
	- Diskussionspapiere	426



## 0. Anmerkungen zum Jahresgesundheitsbericht

Mit dem vorliegenden Jahresgesundheitsbericht 1992 wird die 1989/90 für Berlin insgesamt begonnene Berichterstattung fortgesetzt.

Durch die Vereinigung Deutschlands ist das Bundesland Berlin in besonderem Maß betroffen, da in einer Stadt zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme zusammengeführt werden müssen. Diese Phase des Umbruchs und der Neustrukturierung des Gesundheitswesens in Berlin ist noch nicht abgeschlossen; in diesem langwierigen Anpassungsprozeß zeichnen sich jedoch sowohl erste Fortschritte als auch die Notwendigkeit struktureller Reformen ab (z.B. des Öffentlichen Gesundheitswesens, vgl. Kapitel 4)

Im Jahresgesundheitsbericht 1991 bildete der Gesundheits- und Sozialsurvey einen Schwerpunkt; diese Untersuchung hatte das Ziel, die Lebensbedingungen, Gesundheitsrisiken und -verhalten, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie insbesondere die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit zu analysieren. Im vorliegenden Bericht steht wiederum der Gesundheitszustand der Bevölkerung im Mittelpunkt, indem dem Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen - größtenteils auf der Grundlage der amtlichen Statistik - besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird (vgl. Kapitel 3):

Neben bekannten Indikatoren, wie allgemeine Sterblichkeit, todesursachenspezifische Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit und Lebenserwartung, wurden erstmals in diesem Jahresgesundheitsbericht altersstandardisierte Sterbeziffern gebildet, die einen Vergleich des Sterbe geschehens überregional, zwischen den beiden Stadthälften und zwischen den Bezirken Berlins ermöglichen.

Im Vorgriff auf einen zu einem späteren Zeitpunkt erscheinenden "Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung" (s. Anhang) werden ausgewählte "vermeidbare Todesfälle", das sind Todesfälle, die durch adäquate Nutzung vorhandener Interventionsmöglichkeiten (Vorbeugung und/oder Behandlung) in bestimmten Altersgruppen nicht auftreten müßten, standardisiert dargestellt und mit den entsprechenden Daten anderer Regionen verglichen. Ziel dieser Studie ist es, auf das Problem der vermeidbaren Todesfälle hinzuweisen und Anregungen für eine Diskussion zu dieser Thematik, z.B. in den Bereichen

- Verbesserung der präventiven Maßnahmen
- bessere Verzahnung zwischen kurativer und rehabilitativer Behandlung
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

zu geben.

Da weiterhin kein geschlossenes methodisches Konzept vorliegt, wie die verstreuten statistischen Informationen zur Morbidität auf Landesebene verknüpft werden können und eine sinnvolle Beschreibung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung insgesamt zu gestalten oder diese für gesundheitspolitisches Handeln nutzbar zu machen ist, wird schrittweise vorgegangen. Im Kapitel 3 wird daher mit der Krankheitsartenstatistik der Gesetzlichen Krankenversicherung ein weiteres Datensegment aufgegriffen, das Aufschluß über die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Altersgruppen und Krankheitsarten liefert.

Mit dem vorliegenden Jahresgesundheitsbericht wird einerseits eine 1986 begonnene und in den folgenden Jahren weiterentwickelte Neukonzeption der Gesundheitsberichterstattung in Berlin 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 noch stärkerem Maß als frühere an dem Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Die dort genannten Indikatoren der ersten Stufe sind größtenteils erstellt und einige, für eine spätere Phase vorgesehene Indikatoren sind bereits in diesem Bericht enthalten..

Die Probleme der Zusammenführung unterschiedlicher Gesundheitssysteme schlagen sich jedoch auch in der Gesundheitsberichterstattung nieder:

- Zeitreihen für Berlin lassen sich - wenn überhaupt - erst ab 1990 erstellen; eine Vergleichbarkeit früherer Daten ist aufgrund unterschiedlicher (früherer) Strukturen und Definitionen nur selten möglich; d.h. in einigen Fällen wird die Entwicklung in Berlin-West und -Ost getrennt dargestellt, wo es jedoch möglich und im Hinblick auf das Zusammenwachsen der Stadt auch sinnvoll ist, wurde versucht, einen Bezug auf Berlin insgesamt herzustellen.
- In den östlichen Bezirken war die Sicherstellung und Reorganisation der gesundheitlichen Versorgung auch noch 1991 vorrangiges Problem. Da diese Phase der Umstrukturierung auch im Öffentlichen Gesundheitssystem 1991/92 noch nicht abgeschlossen war, sind einige Daten unvollständig.
- Unterschiedliche rechtliche Bestimmungen bzw. Geltungsbereiche (z.B. Krebsregister und bis Juni 1993 die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch) lassen einheitliche Darstellungen nicht zu.

Insgesamt wurde versucht, den Jahresgesundheitsbericht lesbarer zu gestalten, indem zusätzliche Graphiken aufgenommen und differenzierte Tabellen in einem farblich abgehobenen Anhang zusammengefaßt worden sind.

Für die Gesundheitsberichterstattung des Landes kann dieser Bericht nur Eckdaten als empirischen Bezugsrahmen zur Verfügung stellen, vertiefende Betrachtungen bleiben sektoralen, krankheitsarten- oder problemgruppenspezifischen Spezialberichten vorbehalten.

Im Zusammenhang mit der geplanten Neustrukturierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin zeichnet sich eine stärkere Akzentuierung der bezirklichen Aufgaben der Gesundheitsplanung, -förderung und -berichterstattung ab. Um eine Vergleichbarkeit dieser bezirklichen Berichterstattung, die Zusammenfassung in einem Jahresgesundheitsbericht des Landes sowie eine "nationale Gesundheitsberichterstattung" zu ermöglichen, werden in den nächsten Jahren verstärkte Anstrengungen unternommen, mit allen Ebenen eine gestufte und in sich verzahnte Berichterstattung aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln.

*KAPITEL*

*1*

*BEVÖLKERUNG*

## 1.0 Erläuterungen

### Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

- Die Bevölkerungszahlen für Berlin sind das Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung, die für *Berlin-West* (ohne West-Staaken) auf der Basis der Ergebnisse der Volkszählung vom 25.5.1987 berechnet werden und für *Berlin-Ost* und West-Staaken 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 melderechtl. "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. Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme liegen in der Berechnungsmethode begründet.

### Europäische Standardbevölkerung

Bevölkerung mit vorgegebener (Alters-)Struktur. Sie bildet die Basis für den Vergleich der Ziffern ungleich zusammengesetzter Bevölkerungen (s. Standardisierung Kapitel 3).

### 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 Stationierungsstreitkräfte, 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 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, Herzätigkeit 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.

### Nettoreproduktionsrate

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

### Totgeborenenziffer

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

### Bevölkerung in Privathaushalten

- Gesamtheit der in Privathaushalten lebenden *Personen*. Dabei handelt es sich um die wohnberechtigte Bevölkerung mit Ausnahme der Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften ohne eigene Haushaltsführung.
- Einen *Privathaushalt* bilden alle Personen, die gemeinsam wohnen und wirtschaften, d.h. insbesondere ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren. Hausangestellte, Pflegerinnen usw. zählen dann zum Haushalt, wenn sie dort Verpflegung und Unterkunft erhalten. Wer allein wirtschaftet, bildet einen eigenen Haushalt, und zwar auch dann, wenn er mit anderen

Personen eine gemeinsame Wohnung hat (z.B. Mitglieder von Wohngemeinschaften, Untermieter). Nur besuchsweise anwesende Personen zählen nicht zum Haushalt.

- *Bezugsperson des Haushalts* ist die Person, die überwiegend zum Unterhalt des Haushalts beiträgt. Dabei wird davon ausgegangen, daß diese Person in der Regel auch diejenige ist, die den sozialen Status und die Lebensverhältnisse des Haushalts bzw. der Haushaltsmitglieder bestimmt und sich daher als Bezugsperson für die sozioökonomische Zuordnung der Haushalte eignet.

#### **Nettoeinkommen**

- Im Mikrozensus wird die Gesamthöhe des individuellen Nettoeinkommens durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt. Das monatliche Nettoeinkommen setzt sich aus der Summe aller Einkommensarten zusammen. Zu den wichtigsten Einkommensarten werden gerechnet: Lohn oder Gehalt, Gratifikation, Unternehmereinkommen, Arbeitslosengeld/-hilfe, Sozialhilfe, Rente, Pension, Kindergeld, Wohngeld, eigenes Vermögen, Vermietung/Verpachtung, Zinsen, Altenteil, BAFÖG, Stipendien, Alimentationszahlungen, private Unterstützungen, Sachbezüge (Naturalbezüge, Deputate), außerdem Zuschüsse zum vermögenswirksamen Sparen, Vorschüsse und ggf. der vom Arbeitgeber getragene Anteil einer Werkwohnungsmiete u.ä.  
Das monatliche Nettoeinkommen ergibt sich für die abhängigen Erwerbstätigen aus den Bruttoeinkommen im Monat April abzüglich Steuern und Sozialversicherung (ggf. auch abzüglich der Beiträge für private, kommunale oder staatliche Zusatzversorgungskassen). Bei unregelmäßigen Einkommen war der Nettodurchschnitt im Jahr anzugeben. Bei Selbständigen in der Landwirtschaft und mithelfenden Familienangehörigen wurde das Nettoeinkommen nicht erfragt.
- Das Haushaltsnettoeinkommen wird in Mehrpersonenhaushalten aus der Summe der Individual-einkommen ermittelt.

#### **Hilfe zum Lebensunterhalt**

Leistungen an Empfänger in und außerhalb von Einrichtungen gemäß Bundessozialhilfegesetz.

#### **Wohngeld**

Wohngeld wird auf Antrag von Mietern als Mietzuschuß und Eigentümern von Wohnraum als Lastenzuschuß gezahlt, wenn im Verhältnis zum Haushaltseinkommen unzumutbare Aufwendungen für eine angemessene Wohnung erbracht werden müssen. Die Höhe des Wohngeldes bestimmt sich nach Haushaltsgröße, Familieneinkommen und Wohnkosten, die bis zu bestimmten Höchstbeträgen berücksichtigungsfähig sind.

#### **Quellenhinweis**

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

## 1.1 Bevölkerungsstand, -struktur und -entwicklung

In Berlin lebten 1991 am Jahresende 3,45 Mio. Einwohner, davon 2,16 Mio. in den westlichen Bezirken Berlins (62,8 %) und 1,28 Mio. im Ostteil der Stadt. Die Bevölkerung verzeichnete somit im Vorjahresvergleich einen Zuwachs von 12.336 Personen (Berlin-West: + 6.935 Personen, Berlin-Ost: + 5.401 Personen) oder 0,4 % (vgl. Tabelle A 1.1).

Die getrennte Darstellung für beide Teile der Stadt wird im Folgenden beibehalten, um die unterschiedliche Entwicklung erfassen und dokumentieren zu können. Damit wird auch einer Forderung des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaft entsprochen.

Von der Berliner Bevölkerung waren 1,8 Mio. Frauen (52,4 %). In beiden Stadthälften war der *Frauenanteil* annähernd gleich hoch (vgl. Tabelle A 1.11).

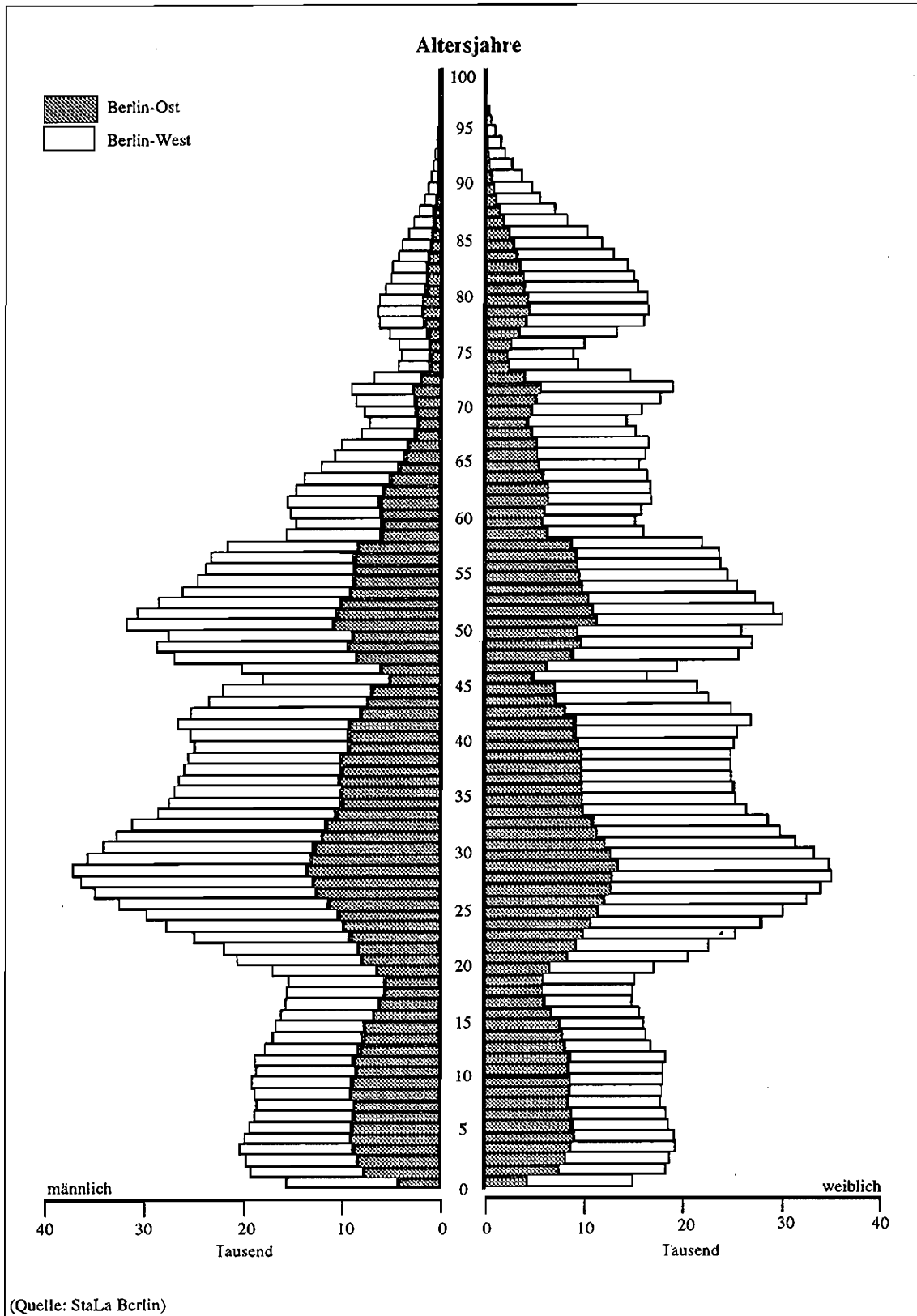
Am Ende des Jahres 1991 hatte Berlin insgesamt 340.046 ausländische Einwohner, was einem *Ausländeranteil* von 9,9 % entspricht. Auf beide Stadthälften waren die Ausländer sehr unterschiedlich verteilt. So lebten im Westteil der Stadt 307.889 Ausländer (Anteil an der Bevölkerung von Berlin-West: 14,2 %) und in den östlichen Bezirken 32.157 Ausländer (das entspricht einem Anteil von 2,5 %) (vgl. Tabelle A 1.12).

Im Vergleich zu den Vorjahren ist das Bevölkerungswachstum Berlins 1991 gering. Der Zunahme der Bevölkerung in beiden Stadthälften lag ein Wanderungsgewinn (25.947 Personen) sowie ein Geborenenüberschuß (5.097 Personen) bei der nichtdeutschen Bevölkerung zugrunde (vgl. Tabellen A 1.8, A 1.9). Änderungen der Staatsangehörigkeit hatten zur Folge, daß 5.604 Personen, die ursprünglich als Ausländer registriert waren, nun der deutschen Bevölkerung hinzugechnet werden. Erstmals 1991 weist auch der östliche Teil Berlins infolge der stark gesunkenen Zahl der Lebendgeborenen einen Sterbeüberschuß auf, wie er für Berlin-West schon seit Jahrzehnten feststellbar ist.

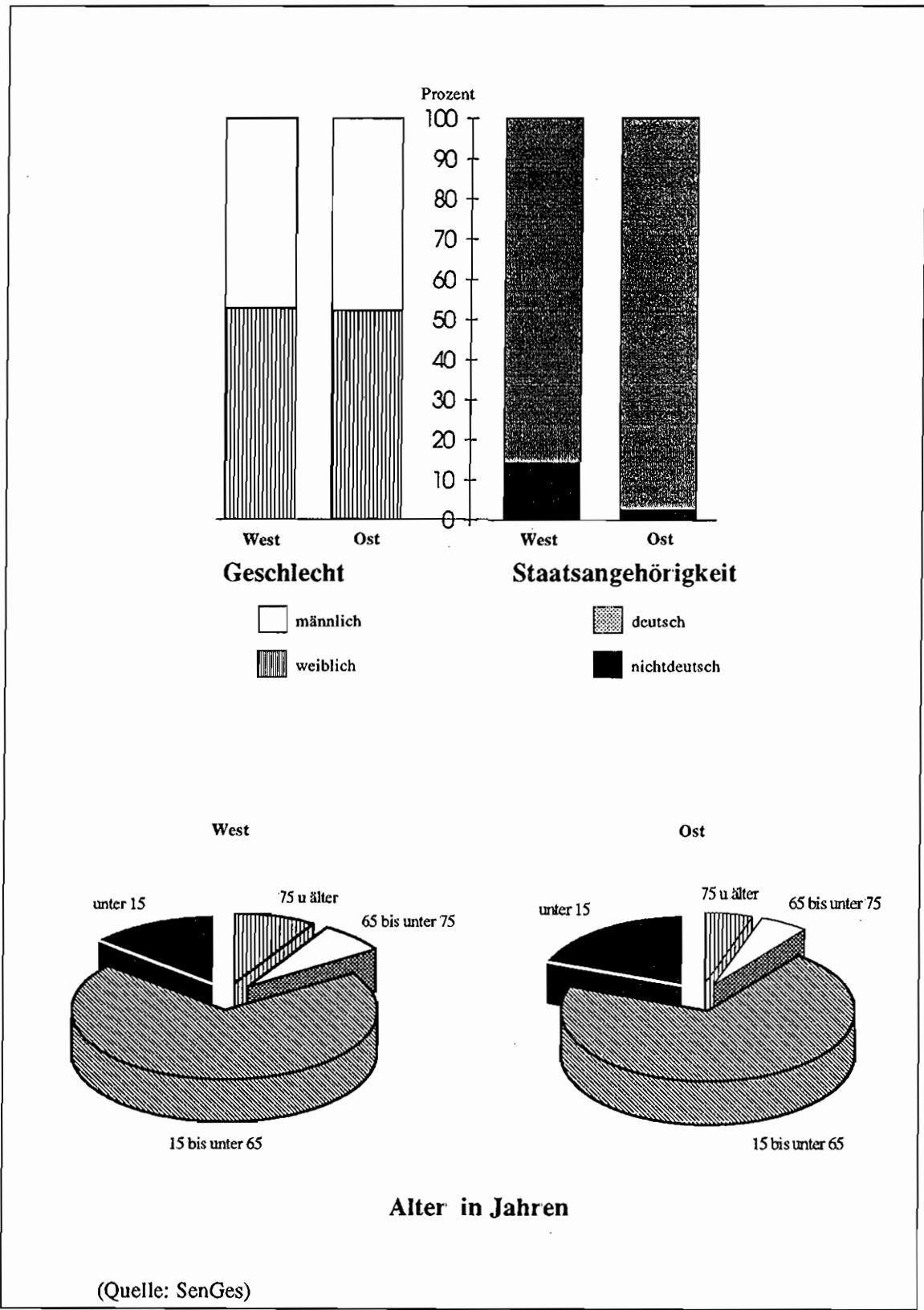
Die Bilanz der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Berlin für das Jahr 1991 war durch *Wanderungen* aus dem Ausland in die Stadt geprägt. Der Westteil Berlins verzeichnete dabei einen Außenwanderungsgewinn von 68,7 % (vgl. Tabelle A 1.8).

Ähnlichkeiten in der *Altersstruktur* der Bevölkerung in Berlin-West und Berlin-Ost weisen auf die 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.

**Graphik 1.1: Bevölkerung in Berlin-West und Berlin-Ost am 31.12.1991 nach Alter und Geschlecht**



**Graphik 1.2: Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung in Berlin 1991**

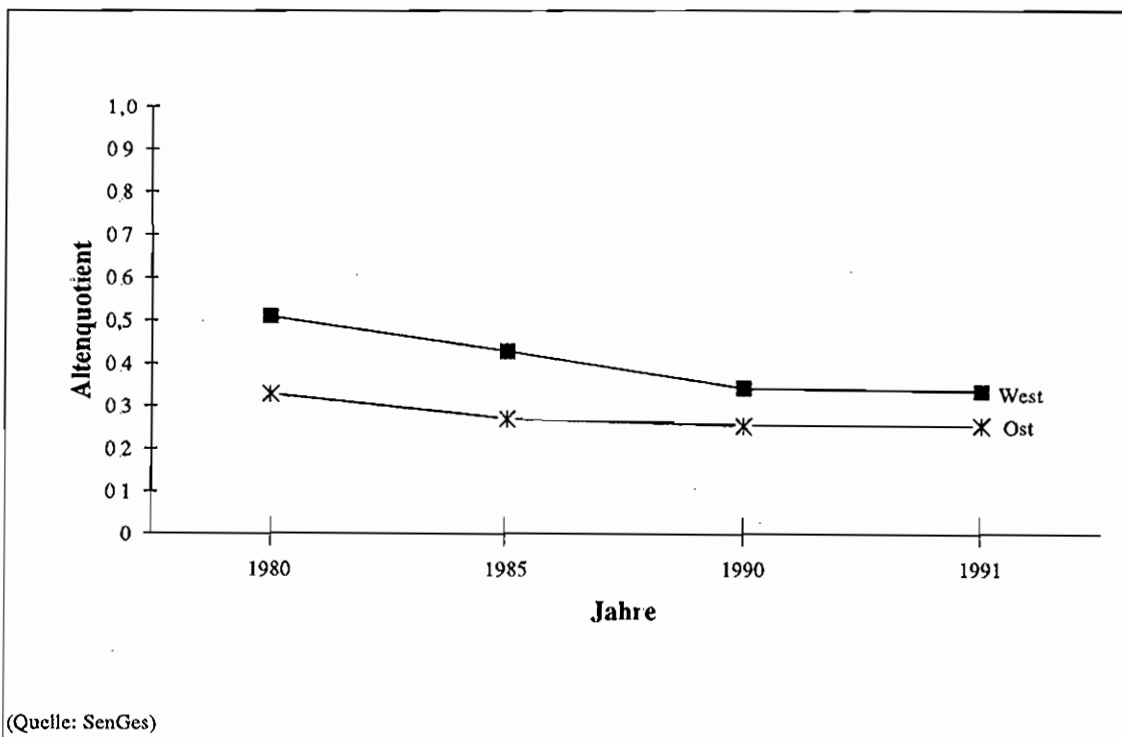


Eine Betrachtung der Altersgruppen seit 1960 zeigt, daß sich die Bevölkerung Berlins verjüngt. Der Anteil der Bevölkerung im Kindesalter (unter 15 Jahre) betrug in Berlin-West 13,8 % und in Berlin-Ost 19,3 %. Im Rentenalter (65 Jahre und älter) waren in Berlin-West 15,9 %, in Berlin-Ost dagegen nur 10,7 %. Daraus ergibt sich, daß der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) in beiden Stadthälften Berlins mit rund 70 % gleich groß war (vgl. Tabellen A 1.3, A 1.4, A 1.10).

Besonders bedeutsam ist die Entwicklung bei den über 75jährigen - in der Regel verstärkt Pflegebedürftigen: Der Anteil der 75jährigen und älteren sank gegenüber 1990 in Berlin-West um 4,6 % auf 190.640 Personen und in Berlin-Ost um 4,8 % auf 67.491. Innerhalb der Altersgruppe der über 75jährigen wuchs die Zahl hochbetagter Mitbürger (80 Jahre und älter), während der Anteil gegenüber dem Vorjahr keine Veränderung zeigt: In Berlin-West lebten 1991 117.476 und in Berlin-Ost 39.945 Personen über 80 Jahre, das entspricht einem Anteil von 34,0 bzw. 29,2 % an den über 65jährigen. Im Vergleich zum Jahre 1960 ist der Anteil der Hochbetagten in Berlin-West um 126,1 %, in Berlin-Ost nur um 32,5 % gestiegen (vgl. Tabelle A 1.3). Bestätigen sich Prognosen, so werden Zahl und Anteil der über 75jährigen Personen in der Berliner Bevölkerung bis zum Jahr 2001 rückläufig sein. Der Anteil der Personen im Rentenalter wird gegen Ende des Jahrhunderts einen Tiefstand erreichen, danach jedoch wieder ansteigen und etwa das gegenwärtige Niveau erreichen. Besonders hervorzuheben ist der sich bis zum Jahr 2001 stetig erhöhende Anteil der jüngeren Altersgruppen innerhalb der älteren Bevölkerung (65 bis unter 75 Jahre).

Mit den beschriebenen Entwicklungen in den beiden Teilen der Stadt korrespondierend, ging der *Altenquotient* sowohl in Berlin-West (1980: 0,508; 1991: 0,333) als auch in den östlichen Bezirken (1980: 0,328; 1991: 0,253) seit 1980 durchgängig zurück.

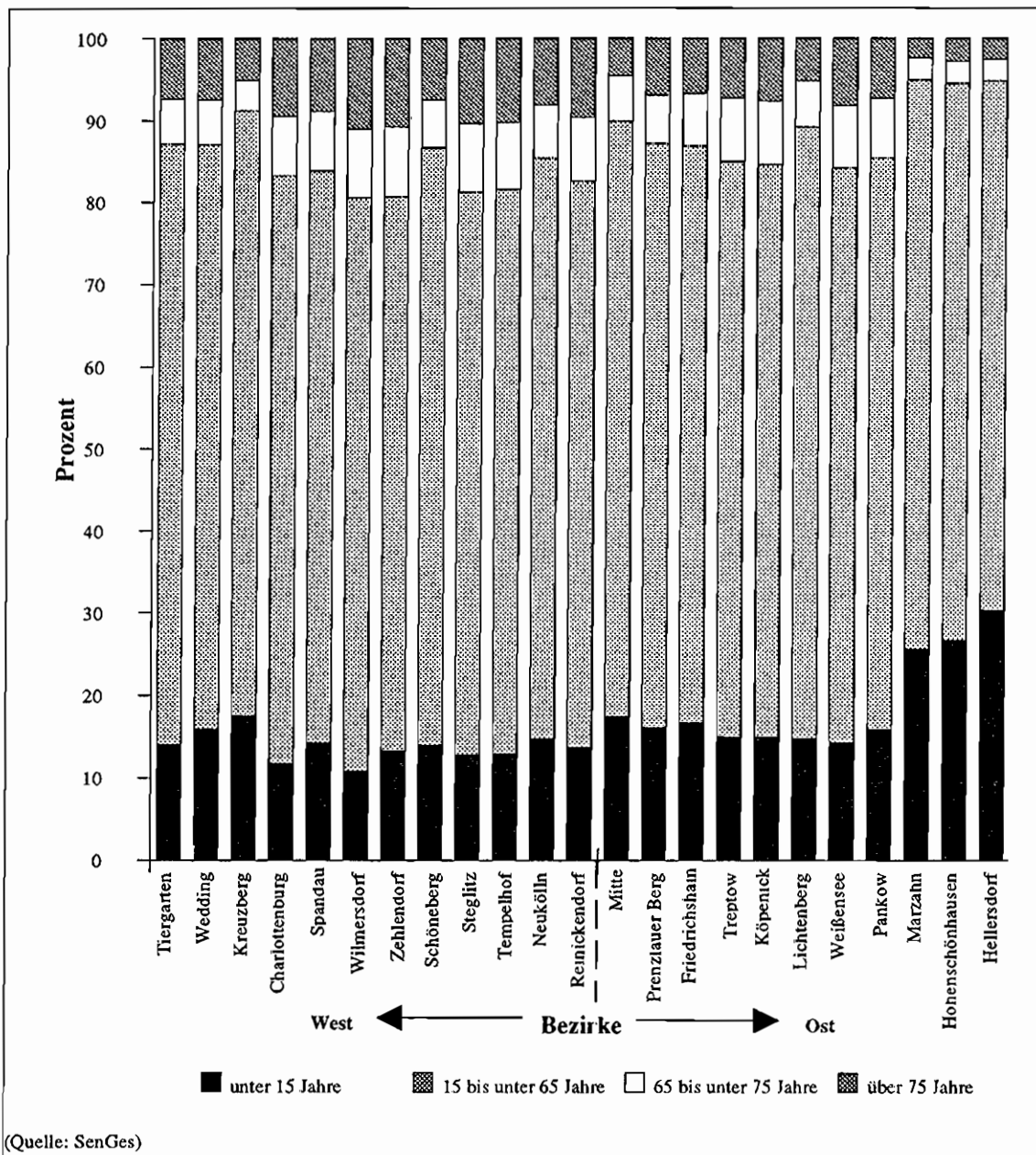
**Graphik 1.3: Altenquotient in Berlin in den Jahren 1980 - 1991**  
(Verhältnis der 60jährigen und älteren zur Altersgruppe der 20- bis unter 60jährigen)



Bei einem Vergleich des bezirklichen Altersaufbaus (vgl. Tabelle A 1.4) erweisen sich in Berlin-West Kreuzberg und Wedding als Bezirke mit einem besonders hohen Anteil bei den unter 15jährigen (17,5 bzw. 15,8 %) und einem relativ geringen Anteil an über 65jährigen (8,9 bzw. 13,2 %).

Im Gegensatz dazu lebten in Wilmersdorf und Charlottenburg prozentual am wenigsten unter 15jährige (10,7 bzw. 11,7 %) und in Wilmersdorf zudem am meisten über 65jährige (19,6 %). Der Altersaufbau in den östlichen Bezirken Berlins offenbart erhebliche Unterschiede, die mit der historischen Entwicklung der Bezirke zusammenhängen. Die höchsten Anteile bei den unter 15jährigen (26 bis 30 %) und die geringsten Anteile bei den 65jährigen und älteren (5,1 bis 5,6 %) bestimmen die Alterstruktur der neuen Bezirke Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf. Demgegenüber ist Weißensee der Bezirk mit den wenigsten unter 15jährigen, den meisten 65jährigen und älteren (15,9 %).

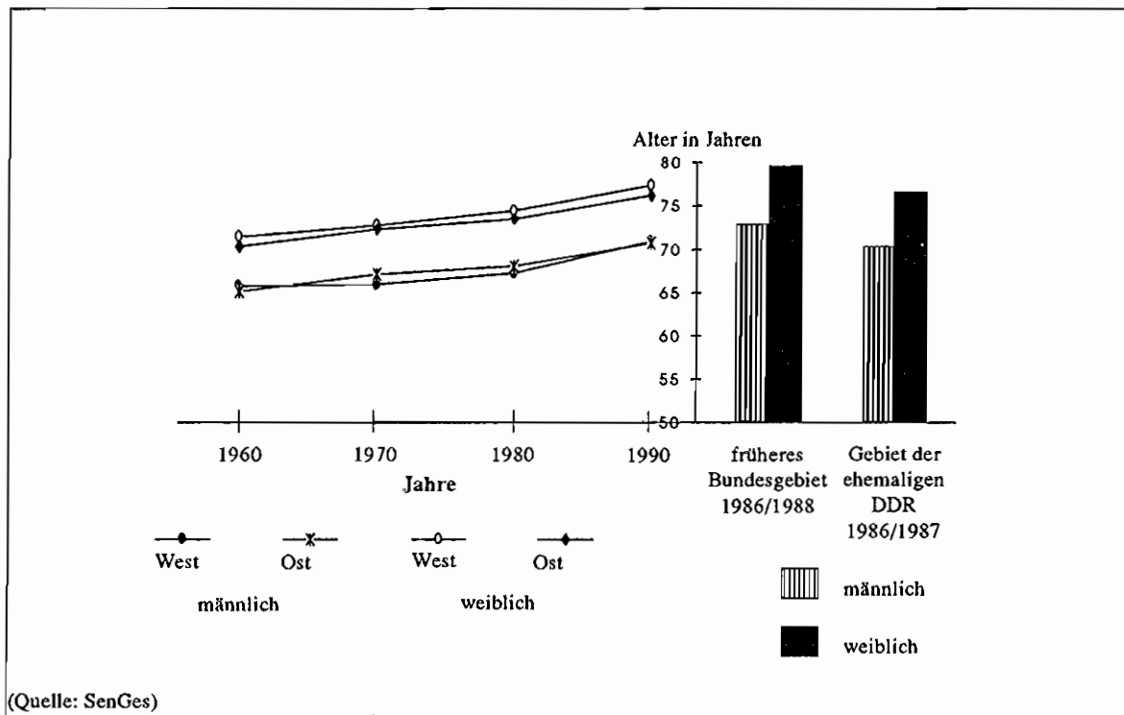
**Graphik 1.4: Altersstruktur der Bevölkerung in den Berliner Bezirken 1991**



Die *Lebenserwartung* betrug 1990 für Frauen im Westteil Berlins 77,5 Jahre, sie lag damit um 1,2 Jahre höher als im Ostteil. Bei den Männern gab es dagegen kaum Unterschiede. Seit den 60er Jahren stieg die Lebenserwartung der Männer in beiden Teilen der Stadt um rund 5 Jahre, die der Frauen um 6 Jahre.

Im Vergleich zum früheren Bundesgebiet liegt Berlin-West bei beiden Geschlechtern um rund ein Jahr unter den ausgewiesenen Werten. Die Lebenserwartung der Männer und Frauen im Ostteil liegt über den Werten für das Gebiet der ehemaligen DDR.

**Graphik 1.5: Lebenserwartung Neugeborener in Berlin in den Jahren 1960 - 1990**



Im Berichtsjahr wurden 18.130 Ehen geschlossen, 70 % davon im Westteil der Stadt (vgl. Tabelle A 1.13). Die Heiratshäufigkeit erwies sich in Berlin-West mit 5,9 *Eheschließungen* je 1.000 Einwohner als stabil, in Berlin-Ost hingegen sank sie auf etwa zwei Drittel des Vorjahreswertes.

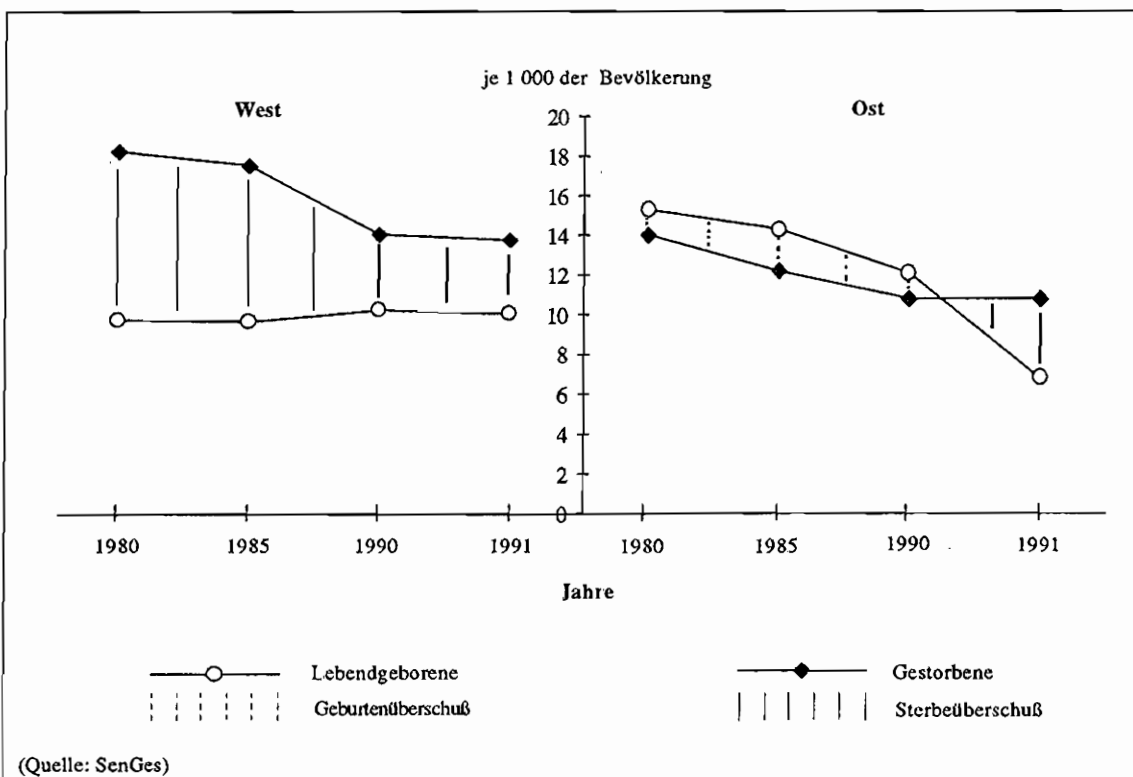
Die Zahl der *Ehescheidungen* verringerte sich in Berlin-West um 3 % auf 5.267, die Zahl der Ehescheidungen je 100 Eheschließungen entspricht mit 41,4 dem Vorjahresniveau (vgl. Tabelle A 1.13). Die Entwicklung der Ehescheidungen in Berlin-Ost ist vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und rechtlicher Veränderungen nicht interpretierbar. Die Zahl der Ehescheidungen belief sich 1991 lediglich auf 846, dies entspricht einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 65 %. Entsprechend rückläufig ist auch die Ehescheidungsziffer.

Im Jahre 1991 wurden in Berlin 30.562 Kinder lebend geboren, 7.034 (18,7 %) weniger als im Jahr zuvor. Betrachtet man die Stadtteile getrennt, so ergibt sich ein unterschiedliches Bild: In Berlin-West erblickten im Berichtsjahr 21.850 Jungen und Mädchen das Licht der Welt (71,5 % der in Berlin lebend Geborenen), dies waren 300 Kinder weniger als im Vorjahr. Die Lebend-



geborenensziffer sank im gleichen Zeitraum von 10,3 auf 10,1 *Lebendgeborene* je 1.000 Personen der durchschnittlichen Bevölkerung. In Berlin-Ost ist ein Geborenenrückgang von 6.734 Lebendgeborenen im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. Die allgemeine Geburtenziffer nahm gegenüber 1990 um 5,3 % auf 6,8 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner ab (vgl. Tabelle A 1.14). Der Anteil der nichtehelich Geborenen an allen Lebendgeborenen nahm in Berlin-West um 5,8 % zu, in Berlin-Ost sank dieser Anteil um 35,3 %. In den östlichen Bezirken kam jedes zweite Kind nichtehelich zur Welt, in Berlin-West wurde jedes vierte Lebendgeborene von einer unverheirateten Mutter zur Welt gebracht. Etwa jedes vierte lebengeborene Kind (24,9 %) in Berlin-West war nichtdeutscher Herkunft, in den östlichen Bezirken waren es nur 2,7 %

**Graphik 1.6: Bevölkerungsbilanz in Berlin**  
**Lebendgeborene und Gestorbene je 1.000 der Bevölkerung 1980 - 1991**



Die *Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer* betrug 1991 in Berlin-West 46,4 Lebendgeborenen je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren (1990: 47,8 %), in Berlin-Ost betrug sie 30,5 (1990: 54,4 %) Dabei wiesen die östlichen Bezirke mit dem geringsten Durchschnittsalter gleichzeitig die niedrigsten Fruchtbarkeitsziffern auf (vgl. Tabelle A 1.15).

Das Fruchtbarkeitsniveau, ausgedrückt in der *Nettoreproduktionsrate*, entsprach 1991 in Berlin-West zu etwa 60 % und in Berlin-Ost zu ca 40 % jenem Stand, der für die einfache Reproduktion erforderlich wäre. Das bedeutet, daß bei gegebenem Niveau der Geburtenhäufigkeit und der Sterblichkeit die Bevölkerung Berlins erheblich sinken würde, falls beide Komponenten langfristig konstant blieben.

Nettoreproduktionsrate 1991 in Berlin 1)

Berlin-West 2)	Berlin-Ost 3)
0,613	0,397

- 1) Generation der 15- bis unter 45jährigen Frauen
- 2) Berechnungsbasis ist die Allgemeine Sterbetafel 1987/89 für Berlin-West
- 3) Berechnungsbasis ist die Allgemeine Sterbetafel 1988/89 für Berlin-Ost

Die Zahl der *Totgeburten* sank in beiden Stadtteilen Berlins: in Berlin-West von 79 auf 57 und in Berlin-Ost um 50 % auf 25. Die Totgeborenenziffer lag in Berlin bei 2,7 je 1.000 Geborene. In Berlin-West ist der Anteil weiblicher bzw. nichtehelicher Totgeburten im Jahre 1991 erheblich gesunken, der Anteil der nichtehelichen Totgeborenen war in Berlin-Ost mit 60 % doppelt so hoch, wie im westlichen Teil Berlins (vgl. Tabelle A 1.16).

## 1.2 Lebensqualität

Das den Privathaushalten monatlich zur Verfügung stehende Haushaltsnettoeinkommen stellt sich 1991 für die westlichen und östlichen Bezirke unterschiedlich dar (vgl. Tabelle A 1.17 und Erläuterungen). In Berlin-West verfügte etwa die Hälfte der Privathaushalte über 2.500 DM und mehr, etwa jedem elften stand nur ein monatliches Einkommen unter 1.000 DM zur Verfügung. In Berlin-Ost war das verfügbare monatliche Einkommen deutlich geringer als in den westlichen Bezirken: 47,4 % der östlichen Privathaushalte hatten monatlich ein Einkommen zwischen 1.000 und 2.500 DM zur Verfügung, jeder vierte weniger als 1.000 DM.

Betrachtet man nur die Ein-Personen-Haushalte, so wird deutlich, daß in Berlin-West über die Hälfte monatlich zwischen 1.000 und 2.500 DM zur Verfügung hatten, in Berlin-Ost waren es 38 %. Jeder sechste Ein-Personen-Haushalt in den westlichen Bezirken und jeder zweite in den östlichen Bezirken verfügte über weniger als 1.000 DM.

Die Zahl der Empfänger von *Hilfe zum Lebensunterhalt* betrug 1991 in Berlin 189.636 Personen, 76,2 % von ihnen wurden in den westlichen Bezirken (1990: 90,6 %) registriert und nur jeder vierte Leistungsempfänger kam aus den östlichen Bezirken. Die höchsten Anteile je 1.000 der Bevölkerung wiesen die Bezirke Tiergarten (138,4) und Kreuzberg (124,5) auf (vgl. Tabelle A 1.18 und Kapitel 14).

In Berlin empfangen 1991 7,1 % (Berlin-West: 2,4 %, Berlin-Ost: 15,2 %) der Bevölkerung Wohngeld. Von den insgesamt 246.076 *Wohngeldempfängern* lebten 79,3 % in den östlichen Bezirken (vgl. Tabelle A 1.19).

Die *Wohnfläche* je Einwohner beträgt in Berlin 33,6 qm. Dabei verfügt die Bevölkerung in den westlichen Bezirken über durchschnittlich 15 % mehr Wohnfläche je Einwohner als im östlichen Teil Berlins (vgl. Tabelle A 1.20).

Betrachtet man die *Bildungsstruktur* der Berliner, so werden erhebliche Unterschiede deutlich: Etwa 33 % der Bevölkerung in Berlin-West und 18,4 % in Berlin-Ost haben einen Haupt- (bzw. Volks-)schulabschluß. Der Anteil der Personen mit Fachhochschulabschluß ist mit durchschnittlich 2,6 % in den westlichen und östlichen Bezirken annähernd gleich groß. Demgegenüber weisen 10,5 % der Bevölkerung in Berlin-Ost einen Hochschulabschluß auf, nahezu doppelt so viele wie in den westlichen Bezirken (vgl. Tabelle A 1.21).

**1.3****Tabellenverzeichnis**

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle A 1.1: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen
- Tabelle A 1.2: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen
- Tabelle A 1.3: Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1991 in Berlin nach Altersgruppen
- Tabelle A 1.4: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Bezirken und Alter
- Tabelle A 1.5: Durchschnittliche Bevölkerung 1991 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen
- Tabelle A 1.6: Durchschnittliche Bevölkerung 1991 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen
- Tabelle A 1.7: Europäische Standardbevölkerung
- Tabelle A 1.8: Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin je 1.000 Einwohner 1991 nach Bezirken
- Tabelle A 1.9: Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1991 in Berlin
- Tabelle A 1.10: Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1991 in Berlin nach Bezirken: Altersgruppen
- Tabelle A 1.11: Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1991 in Berlin nach Bezirken: Frauenquote
- Tabelle A 1.12: Ausländer 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.13: Eheschließungen und geschiedene Ehen 1970 - 1991 in Berlin
- Tabelle A 1.14: Lebendgeborene 1980 - 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.15: Generatives Verhalten 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.16: Totgeborene 1980 - 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.17: Privathaushalte 1991 in Berlin nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen
- Tabelle A 1.18: Empfänger von "Hilfe zum Lebensunterhalt" außerhalb von Einrichtungen 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.19: Wohngeldempfänger am 31.12.1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1.20: Wohnfläche pro Person 1991 in Berlin nach Bezirken

Tabelle A 1.21: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung im April 1991 in Berlin nach allgemeinbildendem Schulabschluß, beruflichem Ausbildungsabschluß und Bezirken

*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 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 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 Klinische und außerklinische Entbindungen 1991

Die Erfassungsgrundlage für die geburtshilflich-gynäkologische Statistik der Senatsverwaltung für Gesundheit ist das Ereignisprinzip (nach dem Ort, an dem sich die Entbindung ereignet hat) und nicht das Wohnortprinzip (nach dem Wohnort der Mutter), das in der Bevölkerungsstatistik gilt. Es sind also in dieser Statistik alle in Berlin im Berichtsjahr durchgeführten Entbindungen erfaßt, soweit sie von Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern gemeldet wurden.

Auf dieser Basis wurden 1991 für Berlin 30.502 Entbindungen ermittelt, das entspricht 403,1 Entbindungen je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren (1990: 496,2). Der deutliche Rückgang stellt sich für Berlin-West und -Ost unterschiedlich dar: Während die Entbindungsrate im Westteil der Stadt nur wenig (von 473,7 auf 458,0) sank, ging sie im Ostteil, wo sie 1990 noch weitaus höher lag als in Berlin-West, erheblich zurück (von 532,8 auf 312,7).

**Tabelle 2.1: Entbindungen 1980 - 1991 in Berlin-West**

Jahr	Entbindungen		darunter außerklinische Entbindungen								Entbindungen, die außerhalb des Krankenhauses begonnen, wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet wurden		
	absolut	je 10.000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren	absolut	% von Sp 2	davon						absolut	in % von	
					in ärztlicher Praxis		in der Wohnung		an anderem Ort			Sp 4+12	Sp 8+10+12
					absolut	% von Sp 2	absolut	% von Sp 2	absolut	% von Sp 2			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1980	18306	472,3	312	1,7	-	-	312	1,7	-	-	203	39,4	39,4
1981	18619	479,6	321	1,7	-	-	321	1,7	-	-	162	33,5	33,5
1982	18351	473,6	231	1,3	-	-	231	1,3	-	-	98	29,8	29,8
1983	17490	454,1	259	1,5	-	-	259	1,5	-	-	127	32,9	32,9
1984	17313	451,3	220	1,3	-	-	220	1,3	-	-	108	32,9	32,9
1985	17605	457,4	515	2,9	277	1,6	238	1,4	-	-	98	16,0	29,2
1986	18362	470,9	459	2,5	275	1,5	183	1,0	1	0,0	103	18,3	35,9
1987	19210	444,2	466	2,4	196	1,0	167	0,9	103	0,5	123	20,9	31,3
1988	20627	470,0	596	2,9	227	1,1	178	0,9	191	0,9	125	17,3	25,3
1989	20875	463,7	624	3,0	200	1,0	193	0,9	231	1,1	124	16,6	22,6
1990	21971	433,7	728	3,3	193	0,9	242	1,1	293	1,3	118	13,9	18,1
1991	21566	458,0	693	3,2	150	0,7	267	1,2	276	1,3	129	15,7	19,2

(Quelle: SenGes)

1991 fanden 97,7 % der Entbindungen in Krankenhäusern statt: 68,9 % in Universitätskliniken/städtischen, 27,3 % in freigemeinnützigen und 1,5 % in privaten Krankenhäusern.

698 Frauen entschieden sich für eine von freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern durchgeführte Entbindung außerhalb des Krankenhauses. Von den 698 Frauen wählten 150 eine ärztliche Praxis, 276 gingen ins Geburtshaus oder zur Hebammen-Praxis (an anderem Ort) und 272 blieben zur Entbindung in ihrer Wohnung (Hausentbindungen). Fast die Hälfte aller Hausentbindungen fanden in Kreuzberg (33,8 %) und Neukölln (13,6 %) statt, 5 Hausentbindungen wurden in den östlichen Bezirken Mitte und Lichtenberg durchgeführt. Die Entwicklung der in Berlin-West seit Jahren steigenden Zahl außerklinischer Entbindungen setzte sich



nicht fort, ihr Anteil ging von 1990 zu 1991 von 3,3 auf 3,2 % leicht zurück. Dabei ist jedoch nach dem Ort der Entbindungen zu unterscheiden: Während der Anteil der Entbindungen in ärztlicher Praxis seit ihrer Einführung 1985 von 1,6 % auf 0,7 % gesunken ist, stieg er "an anderem Ort" seit 1986 von 0,0 % auf 1,3 %. Auch bei den Hausentbindungen war in den letzten 3 Jahren wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

129 Entbindungen wurden als Hausentbindung oder an anderem Ort begonnen, wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet. Das entspricht - bezogen auf die Summe der 698 außerklinischen Entbindungen und dieser 129 Fälle - einer Verlegungsrate von 15,6 %.

Für Frauen, die einerseits eine außerklinische Entbindung bevorzugen, andererseits aber auf die technischen Möglichkeiten einer Klinik nicht verzichten wollen, bietet sich als Kompromiß die sogenannte "ambulante Entbindung", eine Krankenhausentbindung, bei der die Frauen innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen haben. Der Anteil der "ambulanten" an den klinischen Entbindungen ist in Berlin-West in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. 1980 lag er noch bei 1,7 %. 1991 machten die 1.412 "ambulanten" Entbindungen bereits 6,8 % der Klinikentbindungen aus; in städtischen Krankenhäusern/Universitätskliniken waren es 8,1 %, in freigemeinnützigen 4,6 %.

Die Krankenhäuser in den östlichen Bezirken boten den Frauen 1991 nicht die Möglichkeit der "ambulanten" Entbindung.

Für 1991 wurden 89 Hausgeburten gemeldet, bei denen die Frauen außerhalb der Klinik entbunden haben und anschließend im Krankenhaus betreut wurden.

Die Betreuung von Schwangeren durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger nahmen im Jahre 1991 2.969 Frauen (1990: 3.057) und die Überwachung im Wochenbett 3.938 Frauen (1990: 3.846) in Anspruch.

21,8 % der entbundenen Frauen hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Ostteil der Stadt lag der Anteil mit 2,7 % erheblich niedriger als im Westteil, wo die seit 1986 steigende Tendenz sich mit 29,6 % ausländischer Frauen weiter fortsetzte.

Die meisten Ausländerinnen haben im Krankenhaus entbunden, an den außerklinischen Entbindungen waren sie nur mit 4,2 % beteiligt.

55,8 % aller entbundenen deutschen Frauen waren Erst-, 44,2 % Zweit- und Mehrgebärende. Bei den Ausländerinnen sah das Verhältnis von Erst- zu Mehrgebärenden mit 46,0 % zu 54,1 % genau umgekehrt aus. Bei den außerklinischen Entbindungen waren Erst- und Mehrgebärende fast gleich stark vertreten.

Die Krankenhäuser in Berlin-West meldeten 956 Beckenendlagen und 233 Beckenendlagegeburten. In den Krankenhäusern von Berlin-Ost lagen die entsprechenden Zahlen bei 368 und 132.

Komplikationen machten in 3.661 Fällen (12,3 %) eine Sectio erforderlich. Der Einsatz von Vakuum und Forceps wurde in den Berliner Krankenhäusern in West und Ost unterschiedlich gehandhabt: Während im Westteil der Stadt häufiger zu Vakuum (7,1 %) als Forceps (3,2 %) gegriffen wurde, wählte man im Ostteil umgekehrt eher Forceps (6,3 %) als Vakuum (1,9 %).

**Tabelle 2.2: Entbindungen und Geborene 1991 in Berlin  
- Ereignisprinzip -**

Entbindungen, Geborene, Sterbefälle	ins- gesamt	in Krankenhäusern			in der Wohnung	in ärztlicher Praxis	an anderem Ort
		städtische/ Universität	freigemein- nützige	private			
<b>Berlin</b>							
Entbindungen	30502	21022	8324	458	272	150	276
%	100	68,9	27,3	1,5	0,9	0,5	0,9
darunter Nichtdeutsche	6634	5157	1398	50	11	8	10
<b>Berlin-West</b>							
Entbindungen	21566	13392	7023	458	267	150	276
%	100	62,1	32,6	2,1	1,2	0,7	1,3
darunter Nichtdeutsche	6393	4939	1375	50	11	8	10
<b>Berlin-Ost</b>							
Entbindungen	8936	7630	1301	-	5	-	-
%	100	85,4	14,6	-	0,1	-	-
darunter Nichtdeutsche	241	218	23	-	-	-	-
<b>Berlin</b>							
Geborene insgesamt	30863	21312	8391	461	273	150	276
%	100	69,1	27,2	1,5	0,9	0,5	0,9
darunter Nichtdeutsche	6714	5227	1406	49	7	8	17
von den Geborenen waren							
Lebendgeborene	30779	21242	8377	461	273	150	276
Totgeborene	76	62	14	-	-	-	-
nicht zuzuordnen	8	8	-	-	-	-	-
darunter Kinder aus							
Zwillingsgeburten							
Lebendgeborene	684	547	129	6	2	-	-
Totgeborene	2	1	1	-	-	-	-
sonstigen Mehrlings-							
geburten							
Lebendgeborene	27	24	3	-	-	-	-
Totgeborene	-	-	-	-	-	-	-
<b>Müttersterbefälle</b>							
darunter Nichtdeutsche	2	2	-	-	-	-	-
<b>Sterbefälle von</b>							
Neugeborenen 1) (bis einschließlich 7. Lebensstag)	159	135	24	-	-	-	-

1) einschließlich Totgeborene

(Quelle: SenGes)

## 2.2 Geborene 1991

In der geburtshilflichen Statistik wurden nach dem Ereignisprinzip in Berlin 30.863 Geborene erfaßt, davon 21.852 in Berlin-West und 9.011 in Berlin-Ost. Die Krankenhäuser meldeten 30.164, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 699 Geborene.

Von den 30.863 Neugeborenen waren 30.779 Lebend- und 76 Totgeborene, von 8 Geborenen fehlten weitere Angaben. 66 der Totgeborenen starben ante partum (vor der Geburt), 10 sub partu (unter der Geburt), außerdem wurden 83 Sterbefälle post partum (im Zeitraum nach der Geburt bis zum 7. Lebenstag) gemeldet.

93,3 % der 30.079 in Krankenhäusern Lebendgeborenen mit gemeldetem Geburtsgewicht wogen 2.500 g und mehr (Reifgeborene). 6,7 % der lebendgeborenen Kinder waren untergewichtig. Bei den 67 Totgeborenen mit gemeldetem Geburtsgewicht lag der Anteil der untergewichtigen Geborenen bei 67,2 %. Von den außerklinisch geborenen Kindern (699 Lebendgeborene) hatten 695 ein Gewicht von 2.500 g und mehr, 4 wogen 1.500 bis unter 2.500 g.

682 der in Krankenhäusern Geborenen waren Zwillinge (darunter 2 Totgeborene) und 27 Drillinge. Bei einer Hausentbindung wurden Zwillinge geboren.

Bei der Legitimität der Geborenen gab es große Unterschiede zwischen Berlin-West und -Ost: Während die in Krankenhäusern im Westteil der Stadt ehelich Geborenen 80,3 % ausmachten, lag deren Anteil in Berlin-Ost mit 52,2 % nur wenig über dem der hier nichtehelich Geborenen von 47,8 %. Die Daten aus den östlichen Bezirken beziehen sich auf 7.108 Geborene; es fehlen die Angaben einer großen geburtshilflichen Einrichtung, die Geschlecht und Legitimität der Geborenen nicht gemeldet hat. Bei den 675 "außerklinischen" Kindern mit gemeldeter Legitimität sah das Verhältnis mit 51,0 % ehelich und 49,0 % nichtehelich Geborenen ähnlich aus wie in Berlin-Ost.

Von den Krankenhäusern und einer ärztlichen Praxis wurden im Berichtsjahr 30.413 Neugeborenen-Erstuntersuchungen U1 gemeldet, das entspricht etwa der Gesamtzahl der hier Lebendgeborenen. Die in den Zeitraum vom 3. bis 10. Lebenstag fallende Neugeborenen-Untersuchung U2 wurde bei 25.680 (85,4 %) der in Krankenhäusern geborenen Kinder durchgeführt. 30.511 Neugeborene sind im Rahmen des Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselerkrankheiten Phenylketonurie, Galaktosämie, Cystinurie, Ahorn-Sirup-Krankheit und einige weitere Stoffwechselstörungen untersucht worden. Die Zahl der Untersuchten liegt um 1,4 % höher als die der 30.080 in Krankenhäusern Lebendgeborenen, da in den angegebenen 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 wurden oder daß Mütter mit ihren Kindern die Klinik schon kurze Zeit nach der Entbindung wieder verlassen haben.

**Tabelle 2.3: Geborene 1991 in Berlin**  
- klinisch -

Gewicht von bis unter g	Lebendgeborene							Totgeborene						
	ins-gesamt	darunter 1)	darunter nicht-deutsche	ehelich		nicht-ehelich		ins-gesamt	dar-unter 2)	darunter nicht-deutsche	ehelich		nicht-ehelich	
				m	w	m	w				m	w	m	w
untergewich-tige Kinder unter 500	9		3	3	5	-	1				Fehlgeburt			
500 bis 1 000	100 3)	6 3)	28	36	26	18	14				Fehlgeburt			
1 000 bis 1 500	197	32	57	60	56	27	22	20		1	7	8	3	2
1 500 bis 2 500	1697	138	367	510	559	233	257	25		4	10	9	4	2
Reifgeborene	28076	1705	6218	10091	9304	3552	3424	22		4	7	6	6	3
Berlin	300804)	1881	6673	10700	9950	3830	3718	76	9	9	24	23	13	7
Berlin-West	211074)	-	6430	8755	8191	2105	2055	51	-	9	22	19	7	3
Berlin-Ost	8973	1881	243	1945	1759	1725	1663	25	9	-	2	4	6	4

Geborene insgesamt 30164 5)

- 1) ohne Angaben zu Geschlecht und Legitimität
- 2) ohne Angaben zu Geschlecht, Legitimität und Gewicht
- 3) darunter 6 Lebendgeborene unter 1 000 g
- 4) einschließlich 1 nicht zuzuordnendes Lebendgeborenes
- 5) einschließlich 8 Geborene und 1 Lebendgeborenes die nicht zuzuordnen sind

Kinder aus Mehrlingsgeburten/Sterbefälle von Kindern		Berlin	West	Ost
darunter Kinder aus (in der obigen Tabelle enthalten):				
Zwillingsgeburten	Lebendgeborene	682	532	150
	Totgeborene	2	2	-
sonstigen Mehrlingsgeburten	Lebendgeborene	27	27	-
	Totgeborene	-	-	-
Sterbefälle von Kindern:				
ante partum (unter "Totgeborene" enthalten)		66	47	19
sub partu " " "		10	4	6
post partum (bis zum 7. Lebenstag)		83	53	30
insgesamt		159	104	55

(Quelle: SenGes)



### 2.3 Fehlbildungen bei Neugeborenen 1991

Die Fehlbildungsstatistik enthält alle Fehlbildungen, die bei genauer Untersuchung des Neugeborenen erkennbar sind. Jede Fehlbildung wird für sich gezählt.

Im Berichtsjahr wurden bei 530 Geborenen insgesamt 596 Fehlbildungen festgestellt. 1,7 % der lebendgeborenen Kinder wiesen Fehlbildungen auf. Bei den Totgeborenen lag der Anteil mit 5,3 % erheblich höher.

In 153 Fällen wurden Herzfehler diagnostiziert oder der Verdacht darauf geäußert, das entspricht über einem Viertel (25,7 %) aller Fehlbildungen. 106 (17,8 %) der Fehlbildungen betrafen die Gliedmaßen, zu 6,5 % waren es Hand-, zu 6,4 % Fußfehlbildungen und zu 2,7 % Hüftgelenkluxationen. Urogenitale Fehlbildungen (ohne Hypospadie) machten 9,9 %, Hypospadie 6,2 % und Spaltbildungen des Gesichts 6,4 % der Fehlbildungen aus.

Tabelle 2.5: Neugeborene mit Fehlbildungen 1991 in Berlin

Geschlecht / Legitimität	Lebendgeborene			Totgeborene
	insgesamt	rechtzeitig Geb.	Frühgeborene	
männlich	306	258	48	2
davon				
ehelich	189	164	25	1
nichtehelich	60	45	15	—
unbekannt	57	49	8	1
weiblich	220	173	47	2
davon				
ehelich	124	100	24	1
nichtehelich	57	45	12	—
unbekannt	39	28	11	1
insgesamt	526 1)	431 1)	95	4
%	1,7 2)			5,3 3)

1) darunter 4 Kinder von außerklinischen Entbindungen

2) in % aller 1991 in Berlin Lebendgeborenen (Ereignisprinzip)

3) in % aller 1991 in Berlin Totgeborenen (Ereignisprinzip)

(Quelle: SenGes)

**Tabelle 2.6: Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1991 in Berlin**

Art der Fehlbildung	Feststellung bei		
	Lebendgeborenen		Totgeborenen
	rechtzeitig geboren	frühgeboren	
	Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen		
Acephalus bzw. Anencephalus	—	—	—
Mikrocephalus	2	1	—
Hydrocephalus	9	9	2
Turmschädel	1	—	—
Mongolismus	20 1)	2	—
Teratome	1	—	—
Choristome	6	—	—
Herzfehler 2)	136 1)	16	1
Spaltbildungen des Gesichts	25	13	—
Spaltbildungen des Rumpfes	4	2	—
Spaltbildungen der Wirbelsäule	8	4	—
Augenfehlbildungen	2	—	—
Ohrfehlbildungen	16	2	—
Schiefhals	1	—	—
Oesophagusatresie	5	3	—
Analatresie	4	3	—
Hypospadie	32 1)	5	—
sonstige Fehlbildungen darunter urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	105 1)	37	1
	Gliedmaßenfehlbildungen		
fehlende Gliedmaßen und Phokomelien (*)	1	2	—
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Finger, Spalthand, Klumphand)	35 1)	4	—
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B. Syndaktylie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß)	35	3	—
Hüftgelenkluxation	12	4	—
partielle Wachstumsstörungen (z.B. Hypoplasien, Radiusplasien)	4	—	—
sonstige Fehlbildungen	6	—	—
	sonstige Schäden		
Spastizität	2	—	x
Schlaffe Lähmungen (z.B. Erb'sche Lähmung)	10	—	x

1) darunter 1 Fehlbildung bei Kindern von außerklinischen Entbindungen

2) einschließlich Verdacht

x) Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

(Quelle: SenGes)

## 2.4 Fehlgeburten 1991

In Krankenhäusern und in Einrichtungen, die zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen sind, wurden im Jahr 1991 3.744 Fehlgeburten erfaßt, das entspricht einer Rate von 49,5 je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren. Für Berlin-West errechnet sich mit 58,9 eine wesentlich höhere Rate. Die Zeitreihe zeigt, daß die Anzahl der Fehlgeburten je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter von Jahr zu Jahr schwankt, seit 1975 aber doch eine fallende Tendenz zu beobachten ist.

81,6 % der Frauen aus Berlin-West, die eine Fehlgeburt erlitten, wurden in Krankenhäusern behandelt. 18,4 % der Meldungen kamen aus sonstigen Einrichtungen.

95,3 % der erfaßten Fehlgeburten traten in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten ein, 4,7 % ereigneten sich zu einem späteren Zeitpunkt.

Von den 3.509 Frauen, deren Alter angegeben wurde, waren die 25- bis unter 30jährigen zu 31,3 % betroffen.

Den Familienstand meldeten die Einrichtungen für 3.090 Frauen: 67,7 % waren verheiratet, verwitwet oder geschieden und knapp ein Drittel ledig

Bei 38 Frauen traten aufgrund der Fehlgeburt Fieber oder sonstige Komplikationen auf, eine Frau starb nach einer nach dem 4. Schwangerschaftsmonat aufgetretenen Fehlgeburt.

**Tabelle 2.7: Fehlgeburten 1991 in Berlin <sup>1)</sup> nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen**

Familienstand/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Fehlgeburten		Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen							
			bis einschl. 4. Schwangerschaftsmonat				nach dem 4. Schwangerschaftsmonat			
			zusammen	darunter mit			zusammen	darunter mit		
				Fieber	sonst. Komplikationen	Sterbefällen		Fieber	sonst. Komplikationen	Sterbefällen
insg.	%									
<b>ledig</b>										
unter 15	1	0,1	1	—	—	—	—	—	—	—
15 — 20	138	13,8	129	1	—	—	9	1	—	—
20 — 25	298	29,9	282	1	1	—	16	2	—	—
25 — 30	297	29,8	285	—	1	—	12	1	1	—
30 — 35	154	15,4	150	2	—	—	4	—	—	—
35 — 40	75	7,5	72	—	—	—	3	—	—	—
40 — 45	34	3,4	33	—	—	—	1	—	—	—
45 und älter	1	0,1	1	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	998		953	4	2	—	45	4	1	—
%	26,7	100								
<b>verh., verw., gesch</b>										
unter 15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15 — 20	73	3,5	71	1	—	—	2	—	—	—
20 — 25	414	19,8	393	1	3	—	21	3	—	—
25 — 30	665	31,8	610	2	2	—	55	2	1	—
30 — 35	499	23,9	468	3	4	—	31	2	—	—
35 — 40	291	13,9	278	—	—	—	13	1	—	1
40 — 45	138	6,6	129	1	—	—	9	1	—	—
45 und älter	12	0,6	12	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	2092		1961	8	9	—	131	9	1	1
%	55,9	100								
<b>unbekannt</b>										
unter 15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15 — 20	12	1,8	12	—	—	—	—	—	—	—
20 — 25	72	11,0	72	—	—	—	—	—	—	—
25 — 30	135	20,6	135	—	—	—	—	—	—	—
30 — 35	76	11,6	76	—	—	—	—	—	—	—
35 — 40	76	11,6	76	—	—	—	—	—	—	—
40 — 45	46	7,0	46	—	—	—	—	—	—	—
45 und älter	2	0,3	2	—	—	—	—	—	—	—
unbekannt	235	35,9	235	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	654		654	—	—	—	—	—	—	—
%	17,5	100								
<b>BERLIN 1991</b>	3744		3568	12	11	—	176	13	2	1
%		100	95,3				4,7			
<b>Berlin-West 1991</b>	2775		2625	11	9	—	150	11	1	1
%		100	94,6				5,4			
<b>1990</b>	2818		2604	16	6	—	214	12	3	—
%		100	92,4				7,8			
<b>Berlin-Ost 1991</b>	969		943	1	2	—	26	2	1	—
%		100	97,3				2,7			

1) Meldung durch Krankenhäuser freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen  
(Quelle: SenGes)



## 2.5 Schwangerschaftsabbrüche 1991

Nach Meldungen von Krankenhäusern und zugelassenen Einrichtungen wurden 1991 in Berlin 16.312 Schwangerschaften abgebrochen. Wie in den letzten Jahren zeigt ein Vergleich von Senats- und Bundesstatistik, daß nur etwa die Hälfte der für Berlin-West an die Senatsverwaltung für Gesundheit gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesstatistik ausgewiesen sind, d.h. daß Einrichtungen und Ärzte in 50,7 % der Fälle ihrer Meldepflicht nicht nachgekommen sind. Die große Untererfassung der Bundesstatistik bestätigt die Bedeutung der aufgrund des Berliner Schwangerengesetzes durch die Gesundheitsverwaltung erhobenen Statistik, deren valide Angaben über Umfang und Entwicklung von Abbrüchen zur Beurteilung der Situation beitragen und Handlungsbedarf aufzeigen können.

Die Zahl der für 1991 erfaßten Schwangerschaftsabbrüche lag um 11,2 % niedriger als im Vorjahr. Ließen 1990 noch 246,0 von 10.000 15- bis unter 45jährigen Frauen eine Schwangerschaft abbrechen, waren es im Berichtsjahr nur 215,9.

Das Verhältnis von Schwangerschaftsabbrüchen zu Entbindungen verschob sich aber - bedingt durch den starken Rückgang der Zahl der Entbindungen in Berlin-Ost - von 2 auf 1,9 Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch. Während sich in Berlin-West der Trend zugunsten der Entbindungen (2,1 Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch im Berichtsjahr, 2,0 im Vorjahr) fortsetzte, brach im Ostteil der Stadt die seit 1986 zu beobachtende Entwicklung zugunsten der Lebendgeborenen abrupt ab: 1986 lag das Verhältnis Lebendgeborene je Schwangerschaftsabbruch bei 2,0, 1990 bei 2,4, im Jahre 1991 dagegen erreichte die Rate mit 1,4 fast den Tiefpunkt der Zeit kurz nach der Einführung des legalen Schwangerschaftsabbruchs in der ehemaligen DDR am 9.3.1972. Berechnet man das Verhältnis von Schwangerschaftsabbrüchen zu Entbindungen, deren Zahl seit 1990 für Berlin-Ost vorliegt, bedeutet das, daß 1990 auf einen Schwangerschaftsabbruch 2,1 Entbindungen (= Zahl für 1991 in Berlin-West) fielen, 1991 waren es dagegen nur noch 1,5. Der Bruch ergibt sich aus der Zahl der Entbindungen, die von 15.132 im Vorjahr um 41,0 % auf 8.936 gesunken ist.

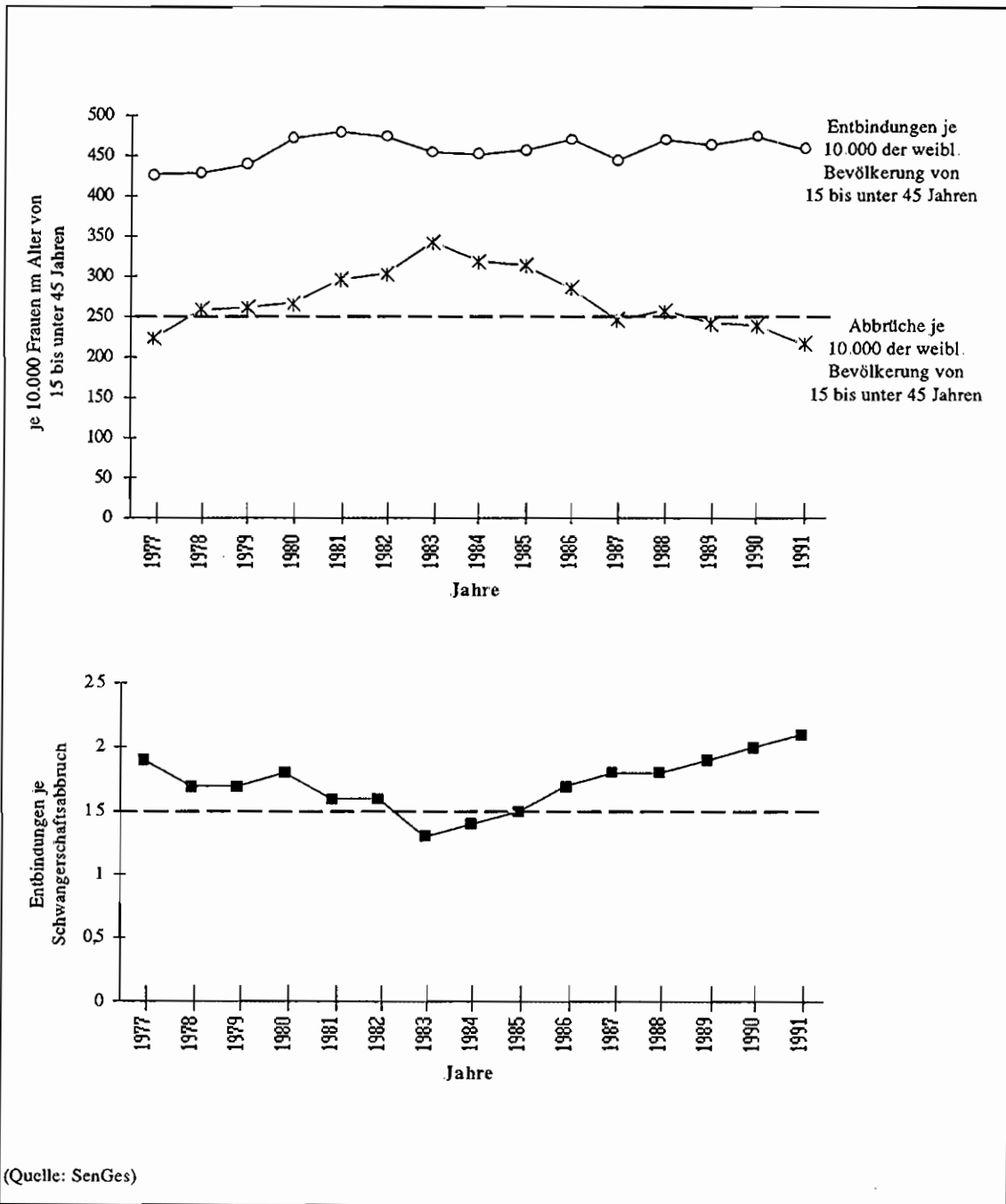
Betrachtet man die Zahl der Abbrüche je 10 000 der 15- bis unter 45jährigen Frauen im Ostteil der Stadt, ist wie im Westteil ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen (West: von 239,4 auf 216,3 / Ost: von 255,9 auf 214,3). Damit setzt sich ein Trend fort, der seit 1982 in Berlin-Ost und mit Ausnahme des Jahres 1987 seit 1984 in Berlin-West zu beobachten ist.

**Tabelle 2.8: Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1990 - 1991 in Berlin**

Jahr	Entbindungen	Schwangerschaftsabbrüche	Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch	Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Entbindungen	Entbindungen je 10 000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren	Abbrüche je 10 000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren
Berlin 1990	37103	18371	2,0	495,1	496,2	246,0
Berlin-West	21971	11104	2,0	505,4	473,7	239,4
Berlin-Ost	15132	7267	2,1	480,2	532,8	255,9
Berlin 1991	30502	16312	1,9	534,8	403,1	215,9
Berlin-West	21566	10188	2,1	472,4	458,0	216,3
Berlin-Ost	8936	6124	1,5	685,3	312,7	214,3

(Quelle: SenGes)

**Graphik 2.1: Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1977 - 1991 in Berlin-West**



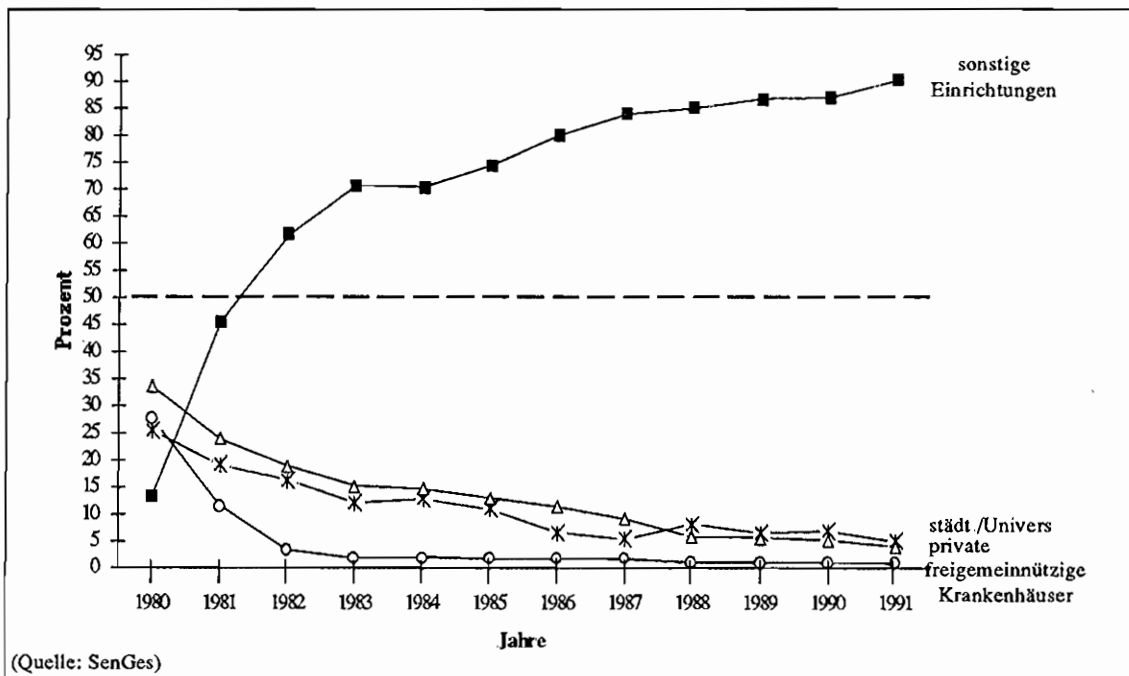
**Tabelle 2.9: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1991 in Berlin-Ost**

Jahr	Lebendgeborene 1)		Schwangerschaftsabbrüche 2)		Lebendgeborene je Schwangerschaftsabbruch
	absolut	je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren	absolut	je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren	
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
1991	8712	30,5	6124	21,4	1,4

(Quelle: 1) Stala Berlin  
2) SenGes)

Frauen, die im Ostteil der Stadt einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollten, waren auf Krankenhäuser angewiesen. Im Westteil der Stadt suchten die meisten Frauen Praxis- oder Arztpraxen auf, an Krankenhäuser wandten sich nur 9,9 % (1990: 13,1 %).

**Graphik 2.2: Ort der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen 1980 - 1991 in Berlin-West**



**Tabelle 2.10: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin nach Familienstand, Alter der Schwangeren und gleichzeitig vorgenommener Sterilisation 1)**

Familienstand / Alter der Schwangeren von bis unter Jahren	Berlin			Berlin-West			Berlin-Ost		
	Schwanger- schafts- abbrüche insgesamt	%	darunter mit Steri- lisation	Schwanger- schafts- abbrüche zusammen	%	darunter mit Steri- lisation	Schwanger- schafts- abbrüche zusammen	%	darunter mit Steri- lisation
ledig									
unter 15	10	0,2	–	3	0,1	–	7	0,3	–
15 – 20	790	16,0	–	412	16,1	–	378	15,9	–
20 – 25	1787	36,2	–	902	35,3	–	885	37,2	–
25 – 30	1390	28,2	4	770	30,1	4	620	26,1	–
30 – 35	630	12,8	10	338	13,2	9	292	12,3	1
35 – 40	261	5,3	9	112	4,4	9	149	6,3	–
40 – 45	59	1,2	–	16	0,6	–	43	1,8	–
45 und älter	4	0,1	–	1	0,0	–	3	0,1	–
unbekannt	–	–	–	–	–	–	–	–	–
zusammen	4931		23	2554		22	2377		1
%	30,2	100		25,1	100		38,8	100	
verh., verw., gesch.									
unter 15	–	–	–	–	–	–	–	–	–
15 – 20	74	1,6	–	43	1,6	–	31	1,5	–
20 – 25	790	16,8	2	415	15,5	2	375	18,5	–
25 – 30	1425	30,3	26	795	29,7	24	630	31,1	2
30 – 35	1323	28,1	77	793	29,6	72	530	26,2	5
35 – 40	769	16,4	97	455	17,0	91	314	15,5	6
40 – 45	290	6,2	34	161	6,0	34	129	6,4	–
45 und älter	32	0,7	5	18	0,7	5	14	0,7	–
unbekannt	–	–	–	–	–	–	–	–	–
zusammen	4703		241	2680		228	2023		13
%	28,8	100		26,3	100		33,0	100	
unbekannt									
unter 15	3	0,0	–	3	0,1	–	–	–	–
15 – 20	359	5,4	–	312	6,3	–	47	2,7	–
20 – 25	1320	19,8	1	1220	24,6	1	100	5,8	–
25 – 30	1715	25,7	20	1573	31,8	20	142	8,2	–
30 – 35	1165	17,4	41	1057	21,3	39	108	6,3	2
35 – 40	582	8,7	38	537	10,8	38	45	2,6	–
40 – 45	245	3,7	34	239	4,8	34	6	0,3	–
45 und älter	14	0,2	–	13	0,3	–	1	0,1	–
unbekannt	1275	19,1	–	–	–	–	1275	74,0	–
zusammen	6678		134	4954		132	1724		2
%	40,9	100		48,6	100		28,2	100	
insgesamt 1991	16312		398	10188		382	6124		16
%	100			100			100		
1990	18371			11104		400	7267		

1) Meldung durch Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

(Quelle: SenGes)

In den außerklinischen Einrichtungen wurden überwiegend Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen vorgenommen. Von den 148 Frauen, die in Berlin-West nach der 12. Schwangerschaftswoche den Abbruch durchführen ließen, ging die Mehrzahl (75,0 %) in ein Krankenhaus, nur 37 Frauen suchten sonstige zugelassene Einrichtungen auf.

Die Frauen, die sich gegen die Schwangerschaft entschieden haben, waren in Berlin-Ost im Durchschnitt jünger als die Frauen aus Berlin-West. Läßt man die 1.275 Schwangeren, deren Alter nicht gemeldet wurde, unberücksichtigt, erhält man bei Frauen aus den östlichen Bezirken einen Anteil von 37,6 %, die zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs jünger als 25 Jahre alt waren, während der Anteil in Berlin-West bei 32,5 % lag.

Für 6.678 Frauen (40,9 %) wurden keine Angaben zum Familienstand gemacht. Von den übrigen 9.634 Frauen waren im Westteil 51,2 %, im Ostteil 46,0 % verheiratet, verwitwet oder geschieden.

Unter den Ledigen lag der Anteil der unter 25jährigen Frauen bei 47,7 % in Berlin-West und 53,4 % im Ostteil, während die verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Frauen nur zu 17,1 % in Berlin-West und 20,1 % in Berlin-Ost jünger als 25 Jahre alt waren.

Eine gleichzeitig mit dem Schwangerschaftsabbruch vorgenommene Sterilisation wurde für 382 Frauen in Berlin-West und 16 Frauen aus dem Ostteil gemeldet. 13,3 % dieser 398 Frauen waren unter 30 Jahre alt, 32,2 % 30 bis unter 35 und 36,2 % 35 bis unter 40 Jahre alt.

Die Einrichtungen in Berlin registrierten im Jahre 1991 48 Schwangerschaftsabbrüche mit Komplikationen und einen Sterbefall. Für Berlin-West wurden 8 Abbrüche mit Komplikationen angegeben, die Bundesstatistik dagegen wies für Berlin-West 45 Schwangerschaftsabbrüche mit Komplikationen aus. Berücksichtigt man, daß weniger als die Hälfte (49,3 %) der im Rahmen der geburtshilflich-gynäkologischen Statistik für Berlin-West erfaßten Schwangerschaftsabbrüche an das Statistische Bundesamt gemeldet wurden, legt der Vergleich der beiden Statistiken die Vermutung nahe, daß die Angaben zu Komplikationen in der hier vorliegenden Statistik unvollständig sind.

## 2.6 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 2.1: Entbindungen 1980 - 1991 in Berlin-West
- Tabelle 2.2: Entbindungen und Geborene 1991 in Berlin  
- Ereignisprinzip -
- Tabelle 2.3: Geborene 1991 in Berlin - klinisch -
- Tabelle 2.4: Geborene 1991 in Berlin - außerklinisch -
- Tabelle 2.5: Neugeborene mit Fehlbildungen 1991 in Berlin
- Tabelle 2.6: Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1991 in Berlin
- Tabelle 2.7: Fehlgeburten 1991 in Berlin nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen
- Tabelle 2.8: Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1990 - 1991 in Berlin

- Tabelle 2 9: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1991 in Berlin-Ost
- Tabelle 2.10: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin nach Familienstand, Alter der Schwangeren und gleichzeitig vorgenommener Sterilisation
- Tabelle A 2.1: Klinische Entbindungen 1991 in Berlin
- Tabelle A 2.2: Außerklinische Entbindungen 1991 in Berlin unter Mitwirkung freiberuflich tätiger Hebammen/Entbindungspfleger
- Tabelle A 2.3: Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1991 in Berlin
- Tabelle A 2.4: Neugeborene mit Fehlbildungen 1980 - 1991 in Berlin-West
- Tabelle A 2.5: Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1985 - 1991 in Berlin-West
- Tabelle A 2.6: Fehlgeburten 1975 - 1991 in Berlin-West
- Tabelle A 2.7: Fehlgeburten 1991 in Berlin nach Dauer der Schwangerschaft und Alter der Schwangeren
- Tabelle A 2.8: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen
- Tabelle A 2.9: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin nach Alter der Schwangeren und Ort des Eingriffs

*KAPITEL*

**3**

*GESUNDHEITZUSTAND*

### 3.0 Vorbemerkung

Das Kapitel "Gesundheitszustand" bildet den Kern des Jahresgesundheitsberichtes.

Die innerhalb des Themenfeldes beschriebenen Indikatoren stellen Verknüpfungen zu Ursachenkomplexen (z.B. Bevölkerungsentwicklung, Sozialindex - wie z.B. im Sozialstruktur-atlas (siehe Anhang) dargestellt -, gesundheitsrelevantes Verhalten, Gesundheitsrisiken aus der Berufs- und Umwelt) sowie auch zum Geschehen im Gesundheitswesen dar.

Durch Bewertung vorhandener Datenquellen wird es möglich, ausgewählte Merkmale und Kriterien zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu nutzen.

Die Todesursachenstatistik liefert die Basisdaten zur Mortalität. Eine detaillierte Auswertung kann neben der Beschreibung der allgemeinen Sterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit vor allem Aussagen zur todesursachenspezifischen Sterblichkeit treffen.

Neu in den Gesundheitsbericht aufgenommen wurde der Indikator "vermeidbare Sterbefälle", der zur Beurteilung von Präventions- und Versorgungsqualität dienen soll

Als vermeidbar werden Todesfälle bezeichnet, die durch adäquate Nutzung vorhandener Interventionsmöglichkeiten (Vorbeugung oder Behandlung) in bestimmten Altersgruppen nicht auftreten müßten.

Hinsichtlich der Datenlage zur Morbidität ergeben sich große Defizite. Mit Ausnahme der amtlichen Statistiken über meldepflichtige Krankheiten stehen bisher nur sehr wenige und lückenhafte Informationen über Krankheiten und deren Ausbreitung in der Bevölkerung zur Verfügung. Die ab 1.1.1993 von den Krankenhäusern zu erhebende Diagnosestatistik über entlassene Patienten könnte zumindest zu verbesserten Aussagen über das stationäre Morbiditätsspektrum führen, obwohl die Beschränkung auf die dreistellige allgemeine Systematik der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 9 Revision) eine genaue (und gewünschte) Differenzierung der Krankheitsdiagnosen nicht zuläßt.

Zur Beschreibung des Morbiditätsgeschehens in Berlin werden im wesentlichen folgende Datenquellen genutzt:

- Statistiken über die Meldungen bestimmter Krankheiten (nach dem BSeuchG oder Meldungen an das Aids-Referenzzentrum)
- Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin
- Straßenverkehrsunfallstatistik
- Schwerbehindertenstatistik
- Daten der Versicherungsträger (Kranken- und Rentenversicherung)
- Auswertung von Schuleinstellungs- und Schulentlassungsuntersuchungen.

Die Darstellung und auf Indikatoren gestützte Bewertung der Statistiken zur Mortalität und Morbidität bedient sich verschiedener Kennziffern bzw Methoden:

- Anzahl der Fälle  
Dieser Indikator typ dient zur Einschätzung des absoluten Ausmaßes von Krankheiten und Sterbe geschehen und ist relevant für die gesamten Versorgungsaspekte
- Altersstandardisierte Raten  
Für Vergleichszwecke ist dieser Indikator am genauesten, weil der Einfluß eines unterschiedlichen Altersaufbaus (z.B. Berlin-West/Berlin-Ost) eliminiert wird. Im nachfolgenden Bericht wurden fast ausschließlich altersstandardisierte (Sterbe-)Raten für unter 65jährige (oder andere definierte Altersgruppen) gebildet, da mit höherem Alter und steigender zunehmender Multimorbidität valide Aussagen kaum noch möglich sind. Es erfolgte eine "direkte" Altersstandardisierung an der "europäischen Standardbevölkerung" der Weltgesundheitsorganisation (zugrunde liegend 5-Jahres-Altersgruppen).



Da der Indikator "vermeidbare Sterbefälle" explizit für einen Regionalvergleich erarbeitet wurde, entstehen wegen oftmals geringer Fallzahlen größere Zufallsschwankungen. Um diese auszugleichen wurde "indirekt" standardisiert (s. 3.1).

- **Prozentuale Verteilung**

Mit diesem Indikatortyp lassen sich Verschiebungen im Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum ausgewählter Populationen erkennen.

## 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).

#### **Säuglingssterblichkeit**

Im ersten 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 ein bis unter zwei 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 Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

#### **- Spätsterblichkeit**

Im Alter von 7 bis unter 28 Tagen Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

#### **- Nachsterblichkeit**

Im Alter von 28 Tagen bis unter einem Jahr 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**

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.

#### **Todesursachenstatistik**

Die Ärzte sind verpflichtet, bei der Ausstellung eines Leichenschauzeichens 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 durch das Statistische Landesamt erfolgt nach der von der WHO beschlossenen Fassung der 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) von 1979. Aufgrund größerer Veränderungen der 9. 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**

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

### **Sterblichkeitsziffern**

#### **Altersspezifische Sterbeziffern**

geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an. Sie machen den Einfluß des Alters auf die Sterblichkeit deutlich. Aufgrund der verwendeten 5-Jahres-Altersgruppen ist eine zusätzliche Standardisierung nicht erforderlich.

#### **Allgemeine (rohe) Sterbeziffern oder Mortalitätsraten**

geben die Anzahl der Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung an. Sie sind aber aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Altersstruktur für regionale und zeitliche Vergleiche kaum geeignet. Um den Vergleich altersabhängiger Sterberaten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu ermöglichen, wurden daher mittels der direkten bzw. der indirekten Standardisierung altersstandardisierte Sterbeziffern berechnet.

#### **Altersstandardisierte Sterbeziffern**

stellen fiktive Kennziffern dar, die zeigen, wie die Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Bedingungen der Standardbevölkerung gelten würden. Um geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen zu können, wurden die Kennziffern getrennt nach Geschlecht berechnet.

#### **Direkte Standardisierung**

Wichtung der altersspezifischen Mortalitätsraten der untersuchten Bevölkerung mit den Bevölkerungsanteilen einer als Standard gewählten Bevölkerung. (Falls nicht anders angegeben, wurde die "europäische Standardbevölkerung" der WHO verwendet.)

Die altersspezifischen Mortalitätsraten einer Region werden Altersgruppe für Altersgruppe mit den entsprechenden Anteilen der Standardpopulation multipliziert. Die sich daraus ergebenden "erwarteten" Todesfälle werden summiert und liefern durch Division mit der Gesamtpopulation die altersstandardisierte Mortalitätsrate.

$M_{is}^{(k)}$  : Sterbeziffern des Jahres  $t$  in der Region  $r$  an  
Todesursache  $k$  nach Altersgruppe  $(i)$  und Geschlecht  $(s)$

$P_{is}$  : Aufbau der Standardbevölkerung nach Altersgruppe  
 $(i)$  und Geschlecht  $(s)$

$$P_s = \sum_i P_{is}$$

$$M_{sr}^{(k)} = \frac{\sum_i M_{is}^{(k)} \cdot P_{is}}{P_s}$$

$M_{sr}^{(k)}$  : altersstandardisierte Mortalitätsrate an Todesursache k in der Region r nach Geschlecht (s)

**Indirekte Standardisierung**

Wichtung der altersspezifischen Mortalitätsraten einer Referenzbevölkerung mit der Altersverteilung der jeweils untersuchten Region.

Die altersspezifischen Sterbeziffern der Referenzpopulation werden Altersgruppe für Altersgruppe mit den altersspezifischen Bevölkerungsanteilen der untersuchten Bevölkerung multipliziert, wobei sich daraus wiederum "erwartete Todesfälle" ergeben.

Die Summe der beobachteten Todesfälle ergibt dividiert durch die Summe der erwarteten Todesfälle den standardisierten Mortalitätsindex (Standard Mortality Ratio: SMR).

Die standardisierte Rate wird durch Multiplikation der Sterberate der gewählten Standardbevölkerung mit dem SMR ermittelt

$M_{is}^{(k)}$  : Sterbeziffern der Referenzbevölkerung an der Todesursache k nach Alter (i) und Geschlecht (s)

$P_{isrt}$  : Aufbau der Bevölkerung der untersuchten Region r nach Geschlecht (s) und Alter (i) zum Zeitpunkt t

$D_{sr}^{(k)}$  : Summe der für die Region r erwarteten Sterbefälle je Geschlecht (s)

$$= \sum_i M_{is}^{(k)} \cdot P_{isrt}$$

$D_{sr}^{(k)}$  : Summe der beobachteten Todesfälle

$$SMR = \frac{D_{sr}^{(k)}}{D_{sr}^{(k)}}$$

### 3.1.1 Allgemeine Sterblichkeit

Die allgemeine Sterblichkeit gilt als bedeutender Indikator zur Beurteilung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung. Die Darstellung des Sterbegeschehens gibt wichtige Hinweise zu möglichen Veränderungen der Gesundheitslage in der Bevölkerung sowie in Bevölkerungsgruppen und läßt Gesundheitsrisiken frühzeitig erkennen.

Insgesamt starben im Land Berlin 1991 43.654 Personen. Im Vergleich mit den Ländern des früheren Bundesgebietes und den neuen Bundesländern nimmt Berlin hinsichtlich der Sterbeziffern eine Sonderstellung ein. Obwohl seine Sterbeziffer beide Durchschnittswerte (West/Ost) mitbestimmt, lag diese um mehr als 13 % über der der alten Bundesländer und um mehr als 10 % unter der der neuen Bundesländer.

**Tabelle 3.1: Mortalitätsraten 1991 in der Bundesrepublik Deutschland nach Ländern und Geschlecht**

Bundesland	Sterbefälle		standardisierte Sterbeziffer		standardisiertes durchschnittliches Sterbealter		Differenz zur Lebenserwartung in Deutschland	
	absolut		je 100.000		Jahre			
	m	w.	m	w	m	w	m	w
Baden-Württemberg	45539	51607	948,85	1006,44	70,07	77,48	1,68	1,38
Bayern	56931	65345	994,14	1073,29	69,71	77,31	1,01	0,67
Berlin	17844	25810	1172,41	1228,83	68,39	75,77	-1,45	-1,52
Brandenburg	14463	16704	1357,96	1409,06	68,01	76,66	-3,40	-2,30
Bremen	4083	4518	1074,61	1043,70	68,39	75,93	-0,34	0,22
Hamburg	9830	11604	1061,47	1036,33	68,34	75,85	-0,25	0,24
Hessen	29949	34064	996,92	1081,46	70,11	77,27	1,12	0,53
Mecklenburg-Vorpommern	10308	11169	1425,78	1427,43	67,48	76,39	-4,28	-2,64
Niedersachsen	39992	45232	1023,25	1061,21	69,57	76,92	0,59	0,55
Nordrhein-Westfalen	90283	102524	1062,69	1076,12	70,01	76,78	0,33	0,37
Rheinland-Pfalz	20527	23033	1045,65	1089,13	70,10	77,30	0,61	0,53
Saarland	6044	6621	1149,01	1147,08	70,09	76,83	-0,49	-0,19
Sachsen	29088	36763	1249,12	1327,49	69,06	76,84	-1,90	-1,60
Sachsen-Anhalt	17859	20344	1381,11	1417,48	68,56	76,50	-3,39	-2,51
Schleswig-Holstein	14342	16860	1019,94	1071,49	69,75	76,89	0,73	0,44
Thüringen	14736	17229	1275,69	1383,82	69,30	77,13	-2,08	-1,78
insgesamt	421818	489427	1076,19	1125,34	69,47	76,89	0,00	0,00
früheres Bundesgebiet	329424	379394	1023,32	1066,80	69,76	76,99	0,69	0,56
neue Länder und Berlin-Ost	92394	110033	1314,18	1378,16	68,63	76,70	-2,71	-2,06

(Quelle: Wirtschaft und Statistik 4/1993)

In Berlin-West starben im Jahre 1991 29 890 Personen. Trotz längerer Lebenserwartung wurden deutlich mehr weibliche (17 986) als männliche (11 904) Sterbefälle registriert. Dies liegt vor allem daran, daß es unter den älteren (vor allem über 75jährigen) Personen mit höherem Sterberisiko mehr Frauen als Männer gibt.

Die auf die Altersverteilung der Europabevölkerung altersstandardisierte Sterbeziffer verdeutlicht die geschlechtsspezifischen Unterschiede; sie belief sich 1991 bei den Männern auf 1 163 je 100.000, die der Frauen lag bei 711 je 100.000.

Der in den letzten zehn Jahren rückläufige Trend der altersstandardisierten Gesamtsterberate hielt auch 1991 bei beiden Geschlechtern an.

**Tabelle 3.2: Mortalitätsraten 1991 in Berlin  
nach Geschlecht  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Jahr	Sterbefälle absolut		"rohe" Sterbeziffer		standardisierte Sterbeziffer			
					"BRD 1987"- standard- bevölkerung		"Europa"- standard- bevölkerung	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Berlin-West								
1983	13569	19576	1598,24	1934,51	1513,95	1427,93	1514,30	845,52
1984	13208	19203	1557,97	1915,07	1489,67	1401,97	1498,64	830,44
1985	13127	19487	1538,90	1949,13	1494,09	1413,21	1491,63	825,54
1986	12675	19052	1464,39	1897,43	1451,58	1387,76	1449,78	812,82
1987	12353	18366	1319,72	1705,80	1247,00	1242,69	1239,93	729,17
1988	11938	18083	1247,54	1658,67	1201,87	1222,81	1198,16	722,40
1989	12144	17901	1234,38	1615,68	1217,11	1203,03	1219,91	708,75
1990	11960	18332	1176,24	1623,63	1177,65	1225,58	1173,46	717,16
1991	11904	17986	1161,77	1583,46	1171,26	1210,00	1163,23	711,04
Berlin-Ost								
1983	6102	8374	1112,41	1327,31	1351,79	1526,25	1359,41	876,26
1984	5799	8472	1045,13	1335,23	1278,99	1530,31	1267,22	876,84
1985	6088	8787	1080,94	1373,65	1328,62	1591,47	1318,01	903,61
1986	5998	8528	1041,40	1317,09	1359,17	1588,62	1352,76	893,12
1987	5716	8177	971,01	1242,32	1292,19	1520,24	1285,61	853,55
1988	5696	8225	945,15	1230,17	1287,35	1531,22	1290,28	864,07
1989	5639	7755	919,99	1147,57	1255,47	1432,69	1249,71	810,41
1990	5842	7932	965,22	1185,55	1278,67	1439,46	1265,26	820,65
1991	5940	7824	973,57	1170,91	1282,82	1415,20	1264,73	810,76

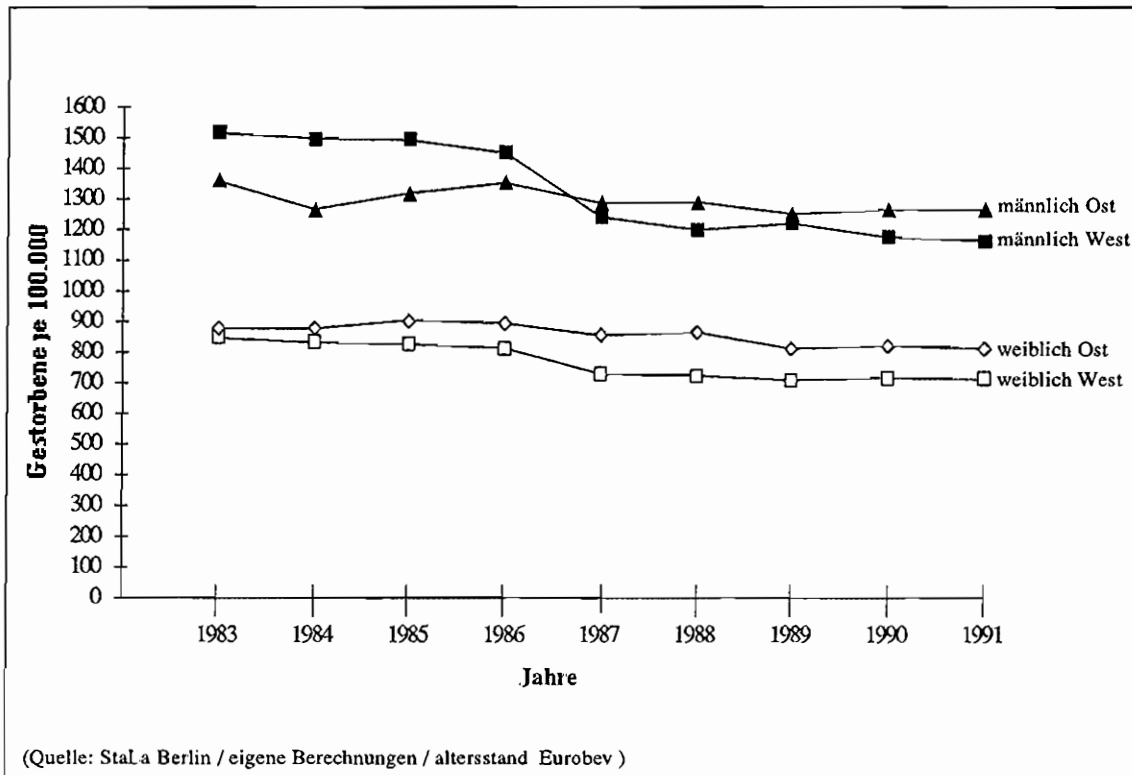
(Quelle: StaLo Berlin/eigene Berechnungen)

In Berlin-Ost starben 1991 13.764 Personen, 5.940 männlichen und 7.824 weiblichen Geschlechts

Die altersstandardisierte Sterbeziffer lag mit 1.265 Gestorbenen je 100.000 bei den Männern und mit 811 je 100.000 bei den Frauen deutlich höher als in den westlichen Bezirken.

Die seit Mitte der achtziger Jahre rückläufige Sterbeziffer bei den Frauen setzte sich weiter fort, während dieser Trend bei den Männern für die Gesamtmortalität nicht bestätigt wurde.

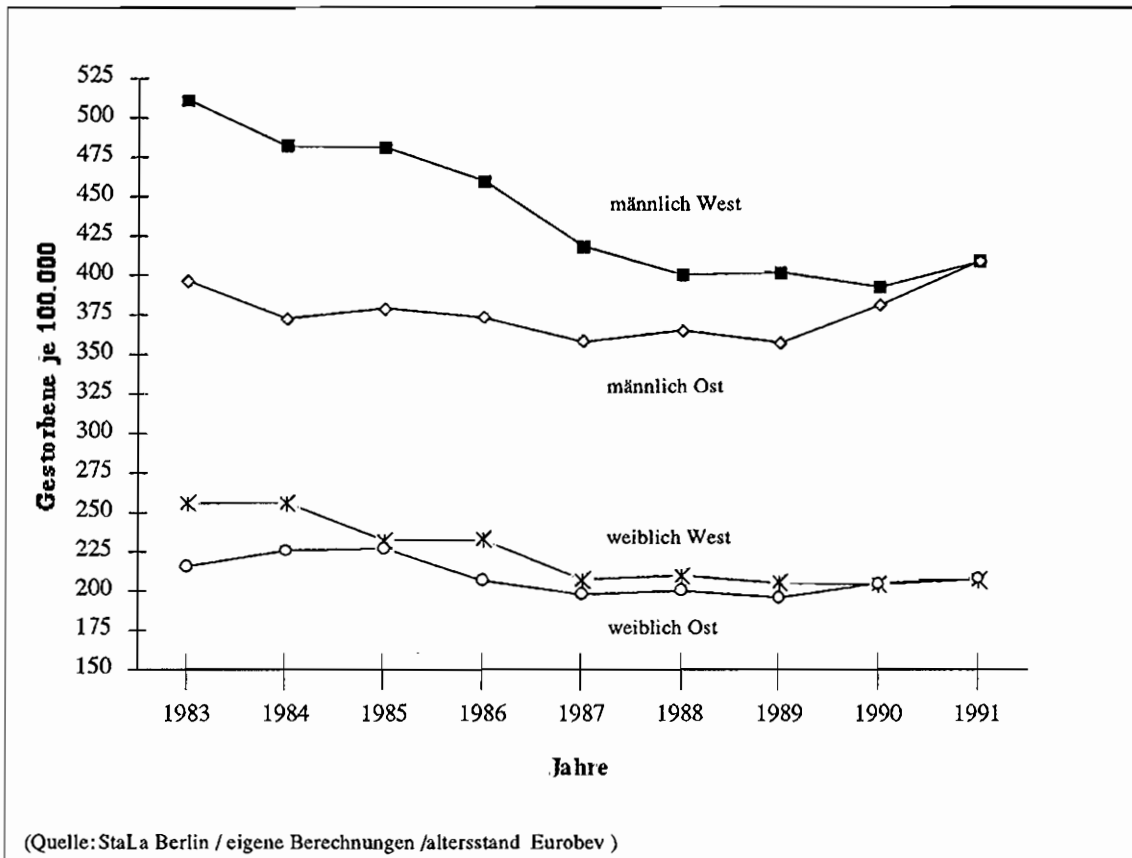
**Graphik 3.1: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1983 - 1991 in Berlin  
- alle Altersgruppen**



Hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs zwischen Sterbegeschehen und möglichen Gesundheitsrisiken kommt den Sterbefällen unter 65 Jahren eine besondere Bedeutung zu. Die Qualität der bescheinigten Todesursachen bei jüngeren Personen wird allgemein als gut eingeschätzt, so daß diese Daten einen hohen Vergleichswert besitzen, gesundheitsrelevante Risiken zuverlässig erkannt werden können und somit aus der Sicht von Entscheidungsträgern hier am ehesten Interventionen (Prävention, Aufklärung oder Versorgung) möglich scheinen.

In den westlichen Bezirken verstarben 1991 4.226 männliche (35,5 % der männlichen Gestorbenen) und 2.167 weibliche (12,0 % der weiblichen Gestorbenen) Personen unter 65 Jahren. In den östlichen Bezirken Berlins verstarben im selben Zeitraum 2.454 männliche (41,3 % der männlichen Gestorbenen) und 1.323 weibliche (16,9 % der weiblichen Gestorbenen) Personen unter 65 Jahren.

**Graphik 3.2: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1983 - 1991 in Berlin**  
 - Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre



Die Graphik läßt vor allem bei den unter 65jährig gestorbenen männlichen Personen einen deutlichen Anstieg gegenüber 1990 erkennen. Dieser liegt in den östlichen Bezirken deutlich höher als in den westlichen.

Rund 10 % der 1991 unter 65 Jahren gestorbenen männlichen Personen in Berlin-West verstarben an den Folgen von Drogensucht und Aids. Da diese Todesursachen bisher in den östlichen Bezirken noch keine Rolle spielen, wird das höhere Sterberisiko der unter 65jährigen Männer in den östlichen Bezirken noch transparenter. So lag die altersstandardisierte Sterberate ohne diese Diagnosen in Berlin-West bei 373 Gestorbenen je 100.000 der unter 65jährigen männlichen Personen (Berlin-Ost 404 je 100.000)

Bei den gestorbenen Frauen unter 65 Jahren ist demgegenüber kein gravierender Unterschied bei Abzug der genannten Diagnosen zu verzeichnen (Berlin-West 203 Gestorbene je 100.000, Berlin-Ost 206 Gestorbene je 100.000)

Unterschiedlich stellte sich die Gesamtmortalität in den Berliner Bezirken dar. Deutlich schlägt sich der Altersaufbau in den Bezirken auf die Sterblichkeit nieder.

So weisen Bezirke mit einem vergleichsweise hohen Anteil älterer und insbesondere hochbetagter Menschen (z.B. Zehlendorf, Wilmersdorf, Weißensee und Köpenick) höhere Sterberaten aus als solche Bezirke, in denen der Anteil jüngerer Bevölkerungsgruppen überwiegt (z.B. Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf)



**Tabelle 3.3: Gestorbene (ohne Totgeborene) 1970 - 1991 in Berlin nach Bezirken**  
 - absolut und je 1.000 Einwohner 1)

Bezirk	1970		1975		1980		1985		1988		1989		1990		1991	
	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000	absolut	je 1000
<b>Berlin-West</b>																
Tiergarten	1948	20,2	1706	20,1	1600	21,7	1352	18,9	1181	13,4	1195	13,1	1241	13,1	1217	12,8
Wedding	3734	20,6	3294	21,0	2513	18,5	2288	16,8	2089	13,6	1995	12,6	1992	12,2	2037	12,3
Kreuzberg	3281	20,1	2678	18,1	2191	16,9	1814	14,3	1690	11,8	1635	11,1	1693	11,1	1666	10,8
Charlottenburg	4025	19,6	3712	21,4	3300	21,3	2892	19,9	2635	14,9	2636	14,6	2733	14,8	2682	14,5
Spandau	3458	17,4	3660	18,3	3429	17,4	3178	16,5	2924	14,3	3124	14,9	3048	14,0	3134	14,1
Wilmerdorf	3079	20,0	3000	21,8	2715	20,6	2478	19,0	2266	16,1	2232	15,5	2274	15,5	2243	15,3
Zehlendorf	2065	23,0	2191	25,5	1858	21,9	1852	22,0	1812	19,0	1785	18,4	1855	18,8	1782	18,1
Schöneberg	3306	19,4	2763	18,6	2254	15,9	2052	15,3	1904	12,9	1776	11,7	1800	11,6	1823	11,7
Steglitz	3372	18,0	3470	19,2	3265	19,3	3264	19,6	3046	16,6	3160	17,0	3075	16,2	2911	15,3
Tempelhof	2547	15,6	2895	17,3	2746	16,7	2858	17,7	2752	15,2	2718	14,8	2724	14,6	2661	14,2
Neukölln	5454	19,6	5411	19,3	4791	17,1	4514	16,4	3933	13,4	3999	13,4	4060	13,3	3936	12,8
Reinickendorf	4251	17,7	4401	18,2	4076	17,3	4072	17,8	3789	15,8	3790	15,5	3797	15,2	3798	15,2
<b>zusammen</b>	40520	19,0	39181	19,5	34738	18,3	32614	17,6	30021	14,7	30045	14,4	30292	14,1	29890	13,8
<b>Berlin-Ost</b>																
Mitte	1262	14,5	1145	12,4	1142	12,6	897	11,1	849	10,6	794	10,0	784	9,8	791	9,9
Prenzlauer Berg	3463	17,4	3156	16,9	2901	15,8	2380	14,3	2103	13,5	2075	13,9	1973	13,8	1925	13,4
Friedrichshain	2751	19,0	2534	17,7	2222	16,5	1635	13,8	1493	12,9	1410	12,5	1466	13,6	1464	13,6
Treptow	1643	12,4	1695	13,4	1539	12,4	1405	12,6	1331	12,5	1265	12,1	1346	13,3	1310	12,7
Köpenick	1840	14,3	1862	14,2	1750	13,9	1686	14,0	1583	13,8	1486	13,1	1491	13,6	1530	14,1
Lichtenberg	2762	16,3	2812	13,8	1805	10,0	1976	10,8	1750	9,9	1701	9,7	1834	10,9	1747	10,4
Weißensee	1226	15,1	1200	15,4	1342	13,9	1413	11,0	942	7,0	921	7,1	908	7,6	916	7,7
Pankow	2555	18,0	2505	18,3	2313	16,6	1963	16,7	1545	13,5	1385	12,5	1453	13,5	1447	13,5
Marzahn					1082	15,3	1528	8,0	984	5,6	951	5,5	1002	6,0	1074	6,4
Hohenschönh.									784	7,5	833	7,1	865	7,3	895	7,5
Hellersdorf									548	7,6	574	6,0	652	5,5	665	5,4
<b>zusammen</b>	17502	16,1	16909	15,4	16096	14,0	14883	12,2	13912	10,9	13395	10,4	13774	10,8	13764	10,8

1) der durchschnittlichen Bevölkerung  
 2) innerbezirkliche Verschiebungen durch Bezirksneugründungen und Veränderungen der Bezirksgrenzen  
 (Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

Allerdings wird auch bei einem Vergleich der rohen Sterbeziffern innerhalb definierter Altersgruppen ein erhöhtes Sterberisiko bei jüngeren Erwachsenen in Bezirken mit "schlechtem Sozialindex" (Kreuzberg, Wedding, Friedrichshain, Prenzlauer Berg) gegenüber Bezirken mit "gutem Sozialindex" (Zehlendorf, Tempelhof) sichtbar (vgl. hierzu Tabelle A 3 1).

Noch deutlicher werden jedoch die unterschiedlichen Sterberisiken innerhalb der Berliner Bezirke bei einem Vergleich mit Hilfe der Methode der indirekten Altersstandardisierung (Todesfälle der Jahre 1989 - 1991) nach dem Standard-Mortality-Ratio-Konzept (SMR).

Das unterschiedliche Sterberisiko innerhalb der Bezirke läßt sich als prozentuale Abweichung vom Berliner Durchschnitt interpretieren.

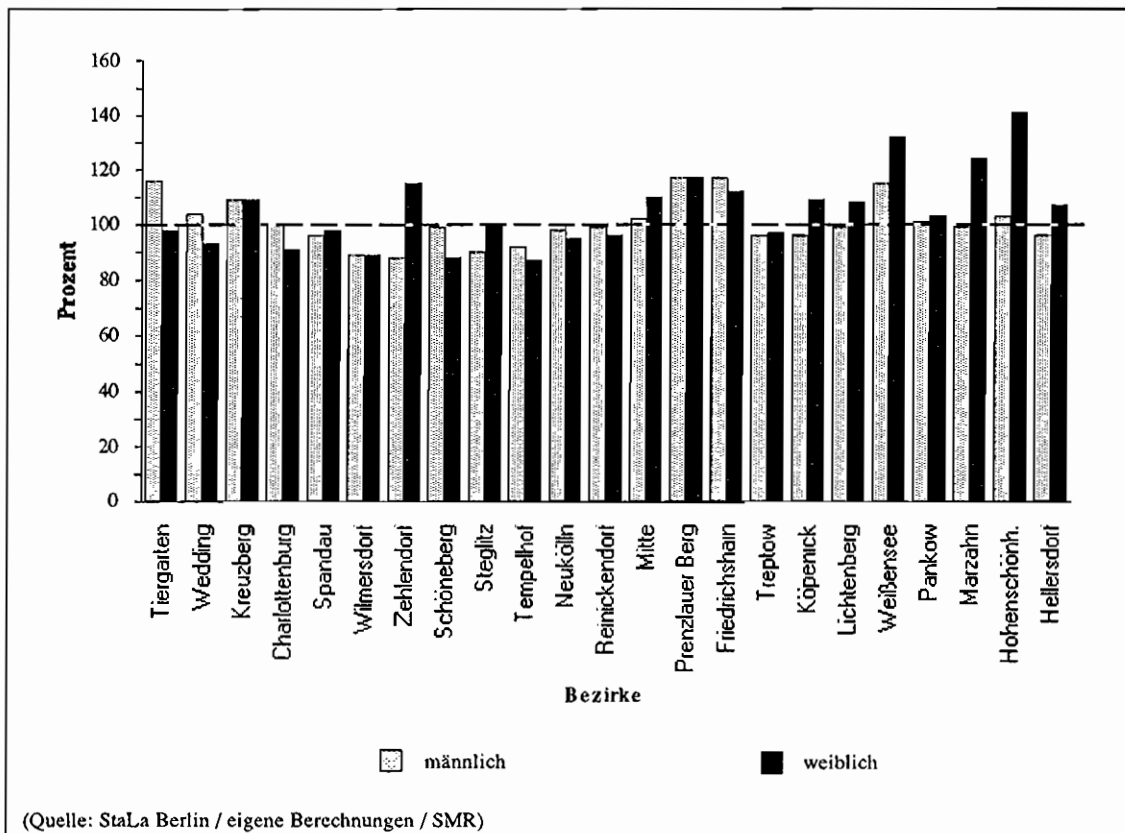
So lag das Sterberisiko (1989 - 1991) in den westlichen Bezirken bei den männlichen Personen in Kreuzberg, gefolgt von Tiergarten und Wedding am höchsten. Die niedrigsten Raten verzeichneten Zehlendorf, Wilmersdorf und Steglitz.

Bei den Frauen war das höchste Sterberisiko in Schöneberg, Kreuzberg und Steglitz festzustellen. Die niedrigsten Werte wurden für die Bezirke Tempelhof, Schöneberg und Wilmersdorf ermittelt.

In den östlichen Bezirken verzeichneten Friedrichshain, Prenzlauer Berg und Weißensee die höchsten Sterberaten bei den Männern. Demgegenüber wurden für die Bezirke Treptow, Köpenick und Hellersdorf die niedrigsten Werte errechnet.

Bei den Frauen war die Gesamtsterblichkeit in den Bezirken Hohenschönhausen, Weißensee und Marzahn am höchsten. Das niedrigste Sterberisiko wurde im Bezirk Treptow festgestellt.

**Graphik 3.3: Geschlechtsspezifische Sterberaten (SMR) 1989 - 1991 in Berlin nach Bezirken - alle Altersgruppen**



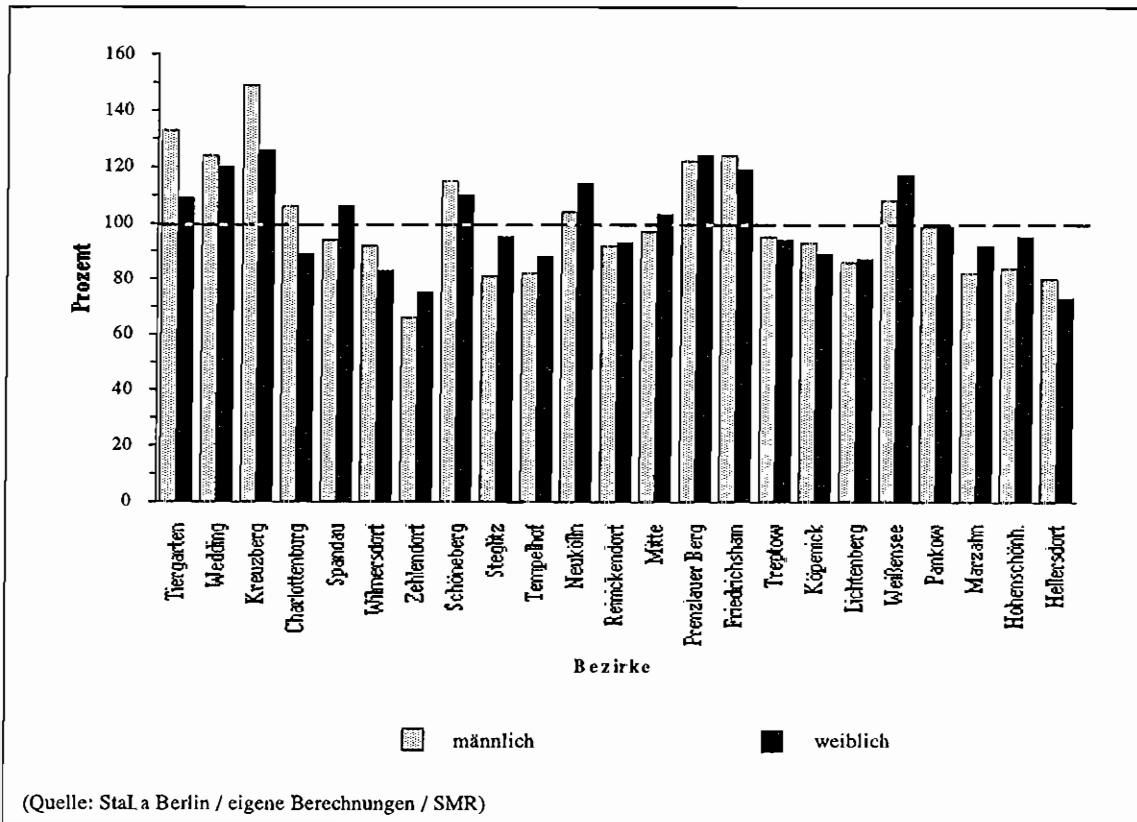
Bei den unter 65jährigen Personen stellte sich das unterschiedliche Sterberisiko innerhalb der Bezirke Berlins noch transparenter dar. Es lag in Berlin-West sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den Bezirken Kreuzberg, Tiergarten und Wedding am höchsten.

Aus dem Kapitel Bevölkerung ist zu entnehmen, daß in den Bezirken mit erhöhter Sterblichkeit auch die Erwerbslosenquote und der Anteil der Sozialhilfeempfänger am höchsten liegen. Darüber hinaus leben in diesen Bezirken viele Nichtdeutsche. Es sind weiterhin die Bezirke, in denen der Anteil der Arbeiter und der Personen ohne beruflichen Abschluß am höchsten ist. Auch die Zahl der Ein-Personen-Haushalte liegt in den genannten Bezirken an vorderster Stelle.

In Berlin-Ost verzeichneten die Bezirke Prenzlauer Berg und Friedrichshain das höchste Sterberisiko bei den unter 65jährigen Personen.

Der Anteil der Nichtdeutschen spielt in den östlichen Bezirken eine untergeordnete Rolle. Aber auch in den östlichen Bezirken, in denen das Sterberisiko an vorderster Stelle liegt, ist die Erwerbslosenquote am höchsten. Höher als in den anderen östlichen Bezirken liegen auch die Zahl der Sozialhilfeempfänger sowie der Anteil derjenigen ohne Berufsabschluß

**Graphik 3.4: Geschlechtsspezifische Sterberaten (SMR) 1989 - 1991 in Berlin nach Bezirken - Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre**

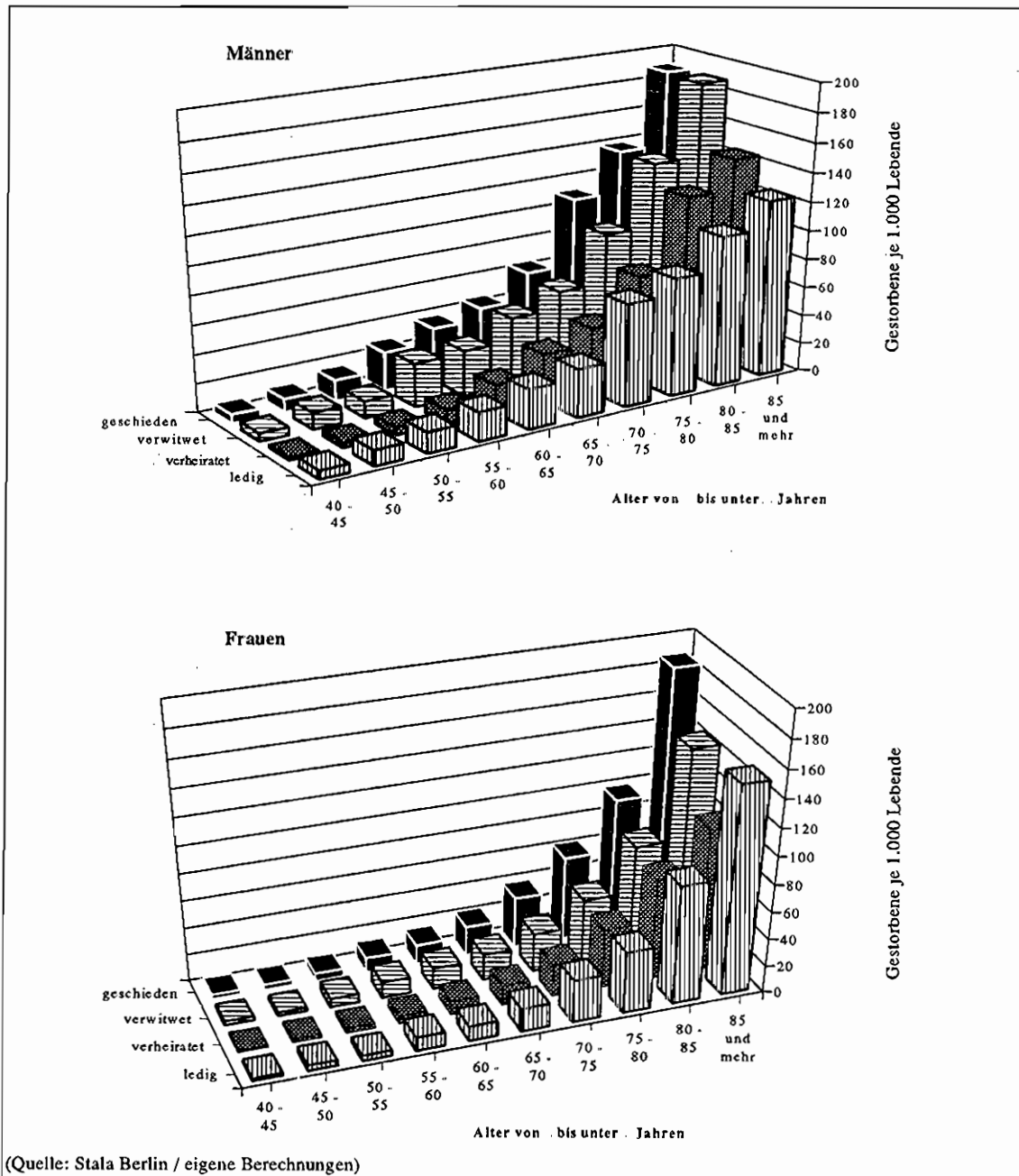


Bei Betrachtung der alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeit zeigt sich ein beeindruckender Unterschied. So liegt das Sterberisiko der Männer bis zum 75. Lebensjahr weit höher als das der Frauen, in fast allen Altersklassen doppelt, bei den 15- bis 35jährigen Männern sogar dreimal so hoch (vgl. Tabelle A 3.2).

Das Phänomen der Übersterblichkeit der Männer läßt sich möglicherweise aus erhöhtem Risikoverhalten (Unfälle, Rauchen, Alkohol) und auf eine höhere Exposition von Risikofaktoren hinsichtlich der Arbeitswelt erklären; hierzu sind jedoch vertiefende Untersuchungen erforderlich.

Einen interessanten Aspekt liefert der häufig zitierte Zusammenhang von Sterblichkeit und Familienstand. So wird mit zunehmendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine höhere Sterblichkeit bei geschiedenen und verwitweten als bei verheirateten und ledigen Personen sichtbar.

**Graphik 3.5: Sterbegeschehen 1990 in Berlin-West nach Altersgruppen, Familienstand und Geschlecht**



### 3.1.2 Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Die jährlich in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegte Statistik der Todesursachen erlaubt - ungeachtet ihrer häufig beschriebenen Vor- und Nachteile - erste Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

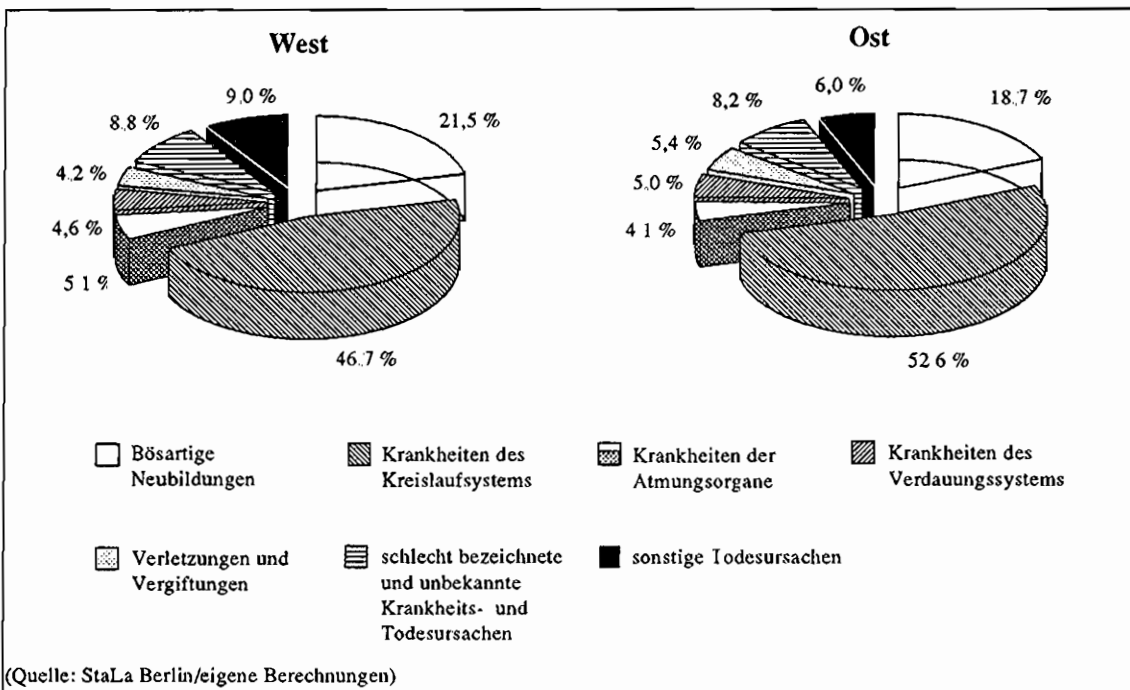
Wegen ihres vollständigen Erfassungsgrades bietet die Todesursachenstatistik besonders bei jüngeren Gestorbenen eine hohe Zuverlässigkeit, andererseits unterliegt die Aussagekraft nicht unerheblichen Einschränkungen, die sich nicht zuletzt aus dem Problem der Validität der Diagnosen sowie der Verschlüsselung des Grundleidens als Haupttodesursache ergeben.

Dieses unikausale Auswahlverfahren scheint nicht befriedigend, da die Multimorbidität besonders bei Menschen im höheren Lebensalter zunimmt, sich demzufolge wechselseitig beeinflussende Krankheiten nur schwer einer einzigen Grundkrankheit zuordnen lassen.

Außerdem ergeben sich aus der Kodierung von "nur" einer Todesursache Grenzen für die statistische Auswertung und Interpretation, die eine Kausalitätsforschung nicht zulassen.

Nach wie vor liegen Sterbefälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und an bösartigen Neubildungen an der Spitze der Todesursachen (Berlin-West 68 %, Berlin-Ost 71 %).

Graphik 3.6: Todesursachen 1991 in Berlin



In Berlin starben 1991 21.198 Personen (Berlin-West 13.962, Berlin-Ost 7.236) an den Folgen einer *Herz-Kreislauf-Erkrankung*. Der Anteil an den Gestorbenen insgesamt betrug in den westlichen Bezirken 47 % und in den östlichen Bezirken 53 %.

Die altersstandardisierte Rate (alle Altersgruppen) lag 1991 in den westlichen Bezirken bei den männlichen Personen bei 464 Gestorbenen je 100.000 (1990: 460 je 100.000), bei den weiblichen Personen bei 301 Gestorbenen je 100.000 (1990: 296 je 100.000).

Obwohl die Sterbeziffer der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestorbenen männlichen Personen in den östlichen Bezirken von 651 Gestorbenen je 100 000 im Jahr 1990 auf 622 im Jahr 1991 zurückging (bei den weiblichen Personen kam es zu einem Rückgang von 441 in 1990 auf 419 in 1991), lag die Sterblichkeit in den östlichen Bezirken deutlich höher als in den westlichen.

**Tabelle 3.4: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Todesursache	ICD-Nr	Gestorbene												
		1990						1991						
		insgesamt		unter 65 Jahre				insgesamt		unter 65 Jahre				
				absolut		je 100 000 E				absolut		je 100 000 E		
		m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
Berlin-West														
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	4727	9238	904	354	92,2	33,9	4767	9195	1011	418	100,0	39,4	
darunter:														
akuter Myokardinfarkt	410	1041	1192	296	75	30,0	7,2	1067	1222	348	88	34,2	8,3	
Krankheiten des zerebrovasculären Systems	430-438	926	2186	154	79	16,1	7,6	920	2286	146	104	14,3	9,7	
Berlin-Ost														
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	2867	4664	687	298	120,0	47,4	2770	4466	728	308	122,7	48,1	
darunter:														
akuter Myokardinfarkt	410	604	486	221	61	38,0	9,6	851	796	323	101	54,0	15,8	
Krankheiten des zerebrovasculären Systems	430-438	421	888	63	47	10,9	7,5	610	1247	111	64	18,8	9,9	

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen/altersstand Eurobev)

Der sprunghafte Anstieg von Sterbefällen an akutem Myokardinfarkt und an zerebrovasculären Krankheiten in Berlin-Ost beruht hauptsächlich auf einem veränderten Vorgehen beim Kodieren und bei der Auswahl des Grundleidens. Nach einer Ausnahmeregelung der WHO ist beim akuten Myokardinfarkt und beim apoplektischen Insult eine modifizierte Grundleidenauswahl angezeigt, die aussagefähiger ist als die ansonsten als Grundleiden bewertete Krankheit (z.B. Atherosklerose oder Hypertonie). Diese "Ausnahmeregelung" fand in der ehemaligen DDR wenig Beachtung oder war den kodierenden Ärzten nicht bekannt.

Rund ein Fünftel aller 1991 in Berlin Gestorbenen erlag den Folgen von *bösartigen Neubildungen*.

Nach Altersstandardisierung ergaben sich für Berlin-West höhere Krebssterberaten als für Berlin-Ost (West 1991: 278 gestorbene männliche Personen je 100.000, 184 gestorbene weibliche Personen je 100.000; Ost: 255 gestorbene männliche Personen je 100.000, 167 gestorbene Frauen je 100.000). Die höhere Krebssterblichkeit in den westlichen Bezirken bezieht sich jedoch nur auf die Zusammenfassung aller bösartigen Neubildungen. Tabelle 3.5 (s.a. "vermeidbare Sterbefälle") läßt auf ein unterschiedliches Sterberisiko innerhalb der einzelnen Krebsdiagnosen schließen.

**Tabelle 3.5: Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen, ausgewählte Lokalisationen, 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

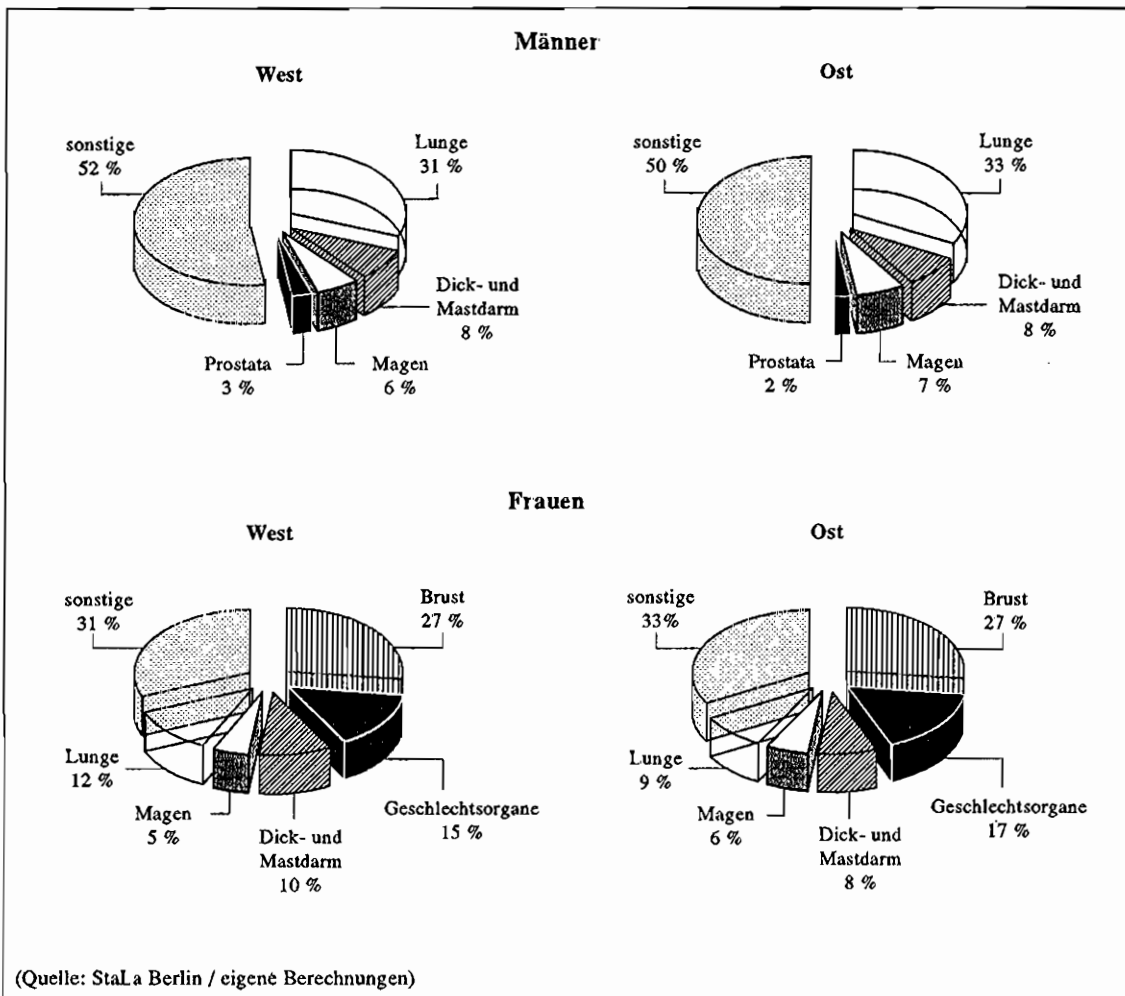
Todesursache	ICD-Nr	Gestorbene											
		1990						1991					
		insgesamt		unter 65 Jahre				insgesamt		unter 65 Jahre			
				absolut		je 100 000 E				absolut		je 100 000 E	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
<b>Berlin-West</b>													
bösartige Neubildungen	140-208	2656	3484	937	780	95,2	74,0	2735	3706	985	839	96,5	78,5
darunter:													
des Magens	151	203	260	61	39	5,9	3,6	162	271	57	42	5,6	4,0
des Dickdarms/Mastdarms	153-154	258	530	68	67	7,3	6,3	304	579	80	85	8,1	8,1
der Lunge	162	658	349	244	100	25,3	9,6	725	411	305	99	30,2	9,3
Melanom der Haut	172	28	22	16	6	1,4	0,6	33	37	12	14	1,1	1,3
der weiblichen Brust	174	-	573	-	197	-	18,6	-	616	-	230	-	21,4
der weiblichen Geschlechtsorgane	179-184	-	409	-	124	-	11,7	-	402	-	125	-	11,6
der Prostata	185	277	-	24	-	2,7	-	301	-	26	-	2,7	-
<b>Berlin-Ost</b>													
bösartige Neubildungen	140-208	1133	1306	490	419	84,2	65,3	1184	1384	533	436	89,0	66,8
darunter:													
des Magens	151	102	115	26	28	4,7	4,5	97	101	37	25	5,9	3,9
des Dickdarms/Mastdarms	153-154	139	195	48	28	8,4	4,2	119	209	41	37	8,4	4,2
der Lunge	162	316	122	158	36	27,4	5,7	344	125	175	41	29,2	6,4
Melanom der Haut	172	9	13	8	7	1,4	0,9	15	15	10	7	1,7	1,0
der weiblichen Brust	174	-	187	-	91	-	14,0	-	226	-	116	-	17,8
der weiblichen Geschlechtsorgane	179-184	-	176	-	80	-	12,4	-	196	-	74	-	12,5
der Prostata	185	95	-	9	-	1,6	-	88	-	12	-	2,1	-

(Quelle: StaLo Berlin/eigene Berechnungen/altersstand Eurobev)

Wie die Tabelle zeigt, bleibt der *Lungenkrebs* bei weitem die häufigste Krebsart bei den Männern. Allein 42 % der an Lungenkrebs gestorbenen Männer in Berlin-West waren jünger als 65 Jahre, in Berlin-Ost waren es sogar 51 %.

Bei den Frauen dominiert *Brustkrebs*. 17 % aller Krebssterbefälle bzw. 27 % aller Krebssterbefälle bei unter 65jährigen Frauen konnten 1991 auf diese Diagnose zurückgeführt werden.

**Graphik 3.7: Krebsmortalitätsspektrum 1991 in Berlin**  
- Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre



Schlecht bezeichnete und unbekannte Todesursachen (Gruppe XVI, ICD-Nrn. 797 - 799) bildeten die drittgrößte Gruppe innerhalb des Todesursachenspektrums. In Berlin wurde 1991 jeder zwölfte Todesfall (West: 8,8 %, Ost: 8,2 %) mit einer derartigen Diagnosenummer kodiert. Großstädte liegen allgemein über dem Bundesdurchschnitt (3 %).

Die Ursachen des hohen Anteils von Todesfällen "unbekannter Ursache" liegen vor allem am System der notärztlichen Dienste in den Großstädten; die Notärzte kennen in der Regel die zu begutachtenden Toten nicht und beschränken sich daher auf Diagnose-Nr. 798 ICD (Tod unbekannter Ursache).

Stark zurückgegangen sind Sterbefälle bei *Krankheiten der Atmungsorgane*. Vor allem Lungenentzündungen wurden deutlich weniger als im Vorjahr als Todesursache angegeben (Berlin-West 1990: 632, 1991: 423 / Berlin-Ost 1990: 326, 1991: 164).

Stärker angestiegen (in den westlichen Bezirken bei männlich Gestorbenen, in den östlichen betraf dies beide Geschlechter) sind Sterbefälle an *Krankheiten des Verdauungssystems*.



**Tabelle 3.6: Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Todesursache	ICD-Nr	Gestorbene											
		1990						1991					
		insgesamt		unter 65 Jahre				insgesamt		unter 65 Jahre			
				absolut		je 100 000 E.				absolut		je 100 000 E.	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.

Berlin-West

Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	832	1036	129	71	14,0	6,9	673	842	97	58	9,8	5,9
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	578	762	290	181	27,5	17,1	627	746	322	165	30,1	15,4

Berlin-Ost

Krankheiten der Atmungsorgane	460-519	406	359	112	53	20,0	8,6	283	282	67	42	11,3	6,5
Krankheiten der Verdauungsorgane	520-579	314	313	189	95	31,8	14,8	354	336	248	146	40,0	22,4

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen/altersstand Eurobev)

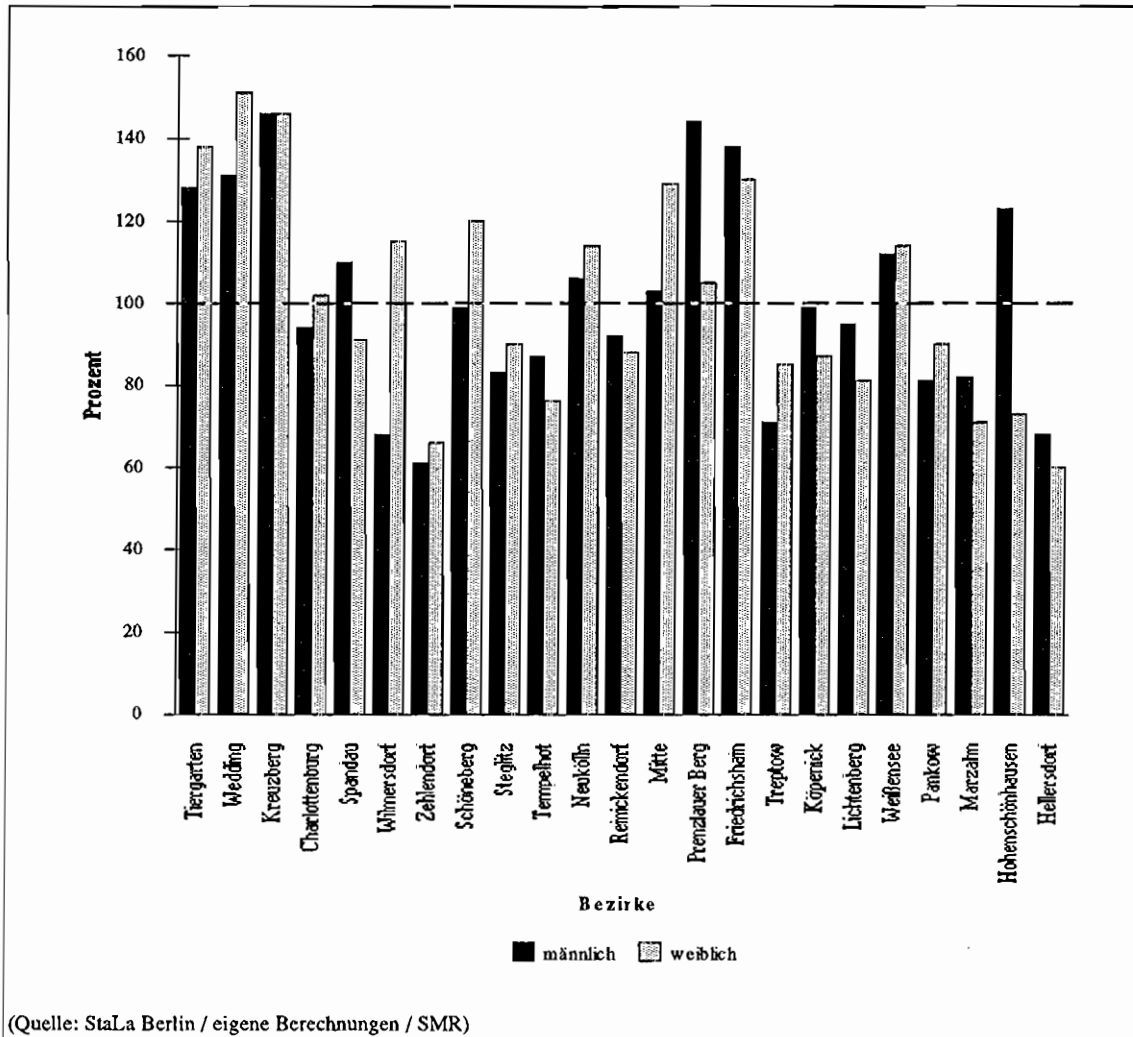
Zurückzuführen ist diese Tatsache im wesentlichen auf einen Anstieg von Sterbefällen an *Leberzirrhose* (s.a. "vermeidbare Sterbefälle"). Ob es sich tatsächlich um einen derart starken Anstieg in den östlichen Bezirken handelt oder ob eine Änderung der Kodierung der Todesursache dafür verantwortlich zu machen ist, kann zum derzeitigen Zeitpunkt nicht geklärt werden.

Unterschiedlich stellte sich die Sterblichkeit an Leberzirrhose innerhalb der Berliner Bezirke dar. Gemessen am Berliner Durchschnitt war die Sterblichkeit in den Jahren 1989 - 1991 in Berlin-West in den Bezirken Kreuzberg, Wedding und Tiergarten und in Berlin-Ost in den Bezirken Prenzlauer Berg und Friedrichshain am höchsten (vgl. Graphik 3.8).

Von den 1991 in Berlin-West an *infektiösen* und *parasitären Krankheiten* gestorbenen 397 Personen starben allein 272 (69 %) an den Folgen der Immunschwächekrankheit *Aids*. Berlin-West nimmt damit einen traurigen Spitzenplatz in der Bundesrepublik Deutschland ein. Insgesamt sind seit 1986 über 1.000 Personen in den westlichen Bezirken an *Aids* gestorben; die Tendenz ist steigend. Die Zahl der *Aids*-Sterbefälle stieg allein von 1991 zu 1992 um 22 % an. Insgesamt starben 1992 332 Personen an *Aids*, darunter 26 Frauen und ein Kind im ersten Lebensjahr.

Sterbefälle an *Aids* nahmen in der Gruppe der 15- bis 35jährigen Männer in Berlin-West nach Sterbefällen von Verletzungen und Vergiftungen sowie Alkohol- und Drogensucht den dritten Rang ein. Obwohl die Sterblichkeit bei Männern an der Immunschwächekrankheit rund zehnmal höher als bei Frauen liegt, ist nicht zu verkennen, daß sich die *Aids*-Sterberate bei den Frauen in den letzten drei Jahren verdreifachte.

**Graphik 3.8: Geschlechtsspezifische Sterberaten (SMR) an Leberzirrhose 1989 - 1991 in Berlin nach Bezirken**  
- Altersbereich 15 bis unter 75 Jahre



2.007 Berliner kamen 1991 infolge von *Unfällen, Vergiftungen oder Gewalteinwirkungen* ums Leben. Somit entfielen im Berichtsjahr 4,6 % (Berlin-West: 4,2 %, Berlin-Ost: 5,4 %) aller Todesfälle auf nicht-natürliche Ursachen.

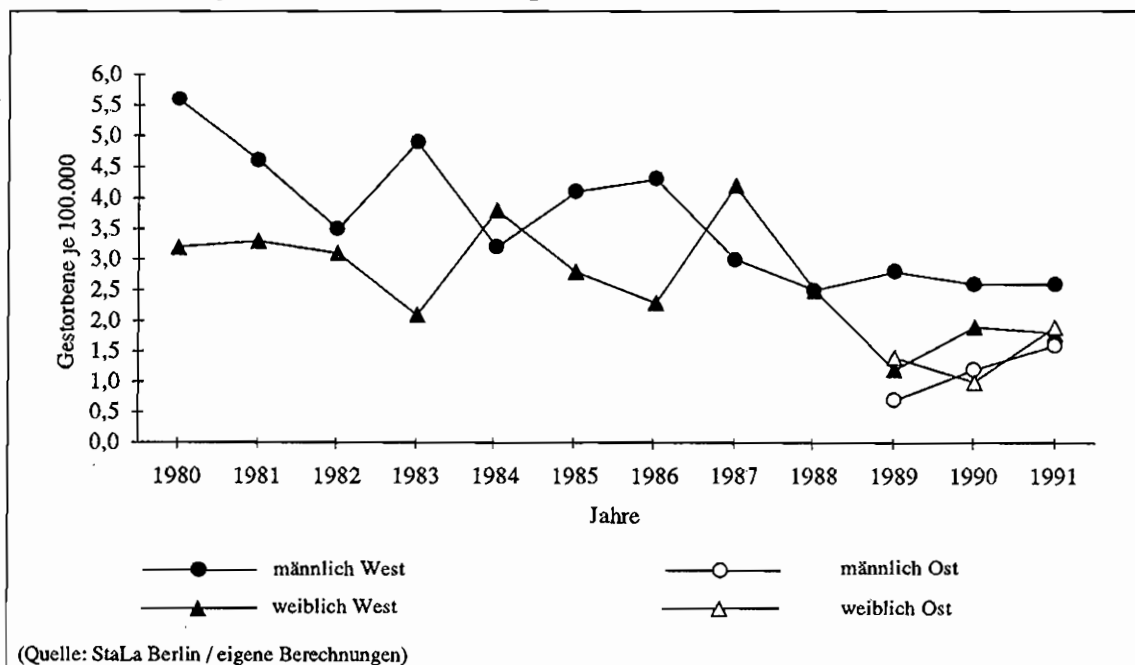
Obwohl Unfälle und Suizide somit zu den selteneren Todesursachen zählen, kommt ihnen hinsichtlich der potentiellen ("verlorenen") Lebensjahre eine große Bedeutung zu. Außerdem ist die Häufigkeit und Entwicklung von Suiziden ein wichtiger Indikator für die psychische und soziale Gesundheit.

**Tabelle 3.7: Sterblichkeit an Aids, Unfällen und Selbstmord 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Todesursache	ICD-Nr.	Gestorbene											
		1990						1991					
		insgesamt		unter 65 Jahre				insgesamt		unter 65 Jahre			
				absolut		je 100 000 E				absolut		je 100 000 E	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
<b>Berlin-West</b>													
Unfälle	E800-949	301	321	207	63	18,9	6,6	342	339	241	65	21,6	6,0
Selbstmord	E950-959	243	176	189	87	16,0	7,9	223	140	169	68	14,2	6,2
AIDS	042-044	203	15	200	15	16,5	1,3	245	27	243	26	20,0	2,2
<b>Berlin-Ost</b>													
Unfälle	E800-949	225	226	171	78	26,6	12,1	281	180	229	64	35,5	10,2
Selbstmord	E950-959	112	58	93	37	14,6	5,6	128	70	107	44	15,9	6,4
AIDS	042-044	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	0,7	-

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen/altersstand Eurobev.)

**Graphik 3.9: Sterbefälle durch Mord/Totschlag und vorsätzliche Verletzungen durch eine andere Person (ICD-Nrn. 960-969) 1980 - 1991 in Berlin<sup>1)</sup> - je 100.000 der Bevölkerung**



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

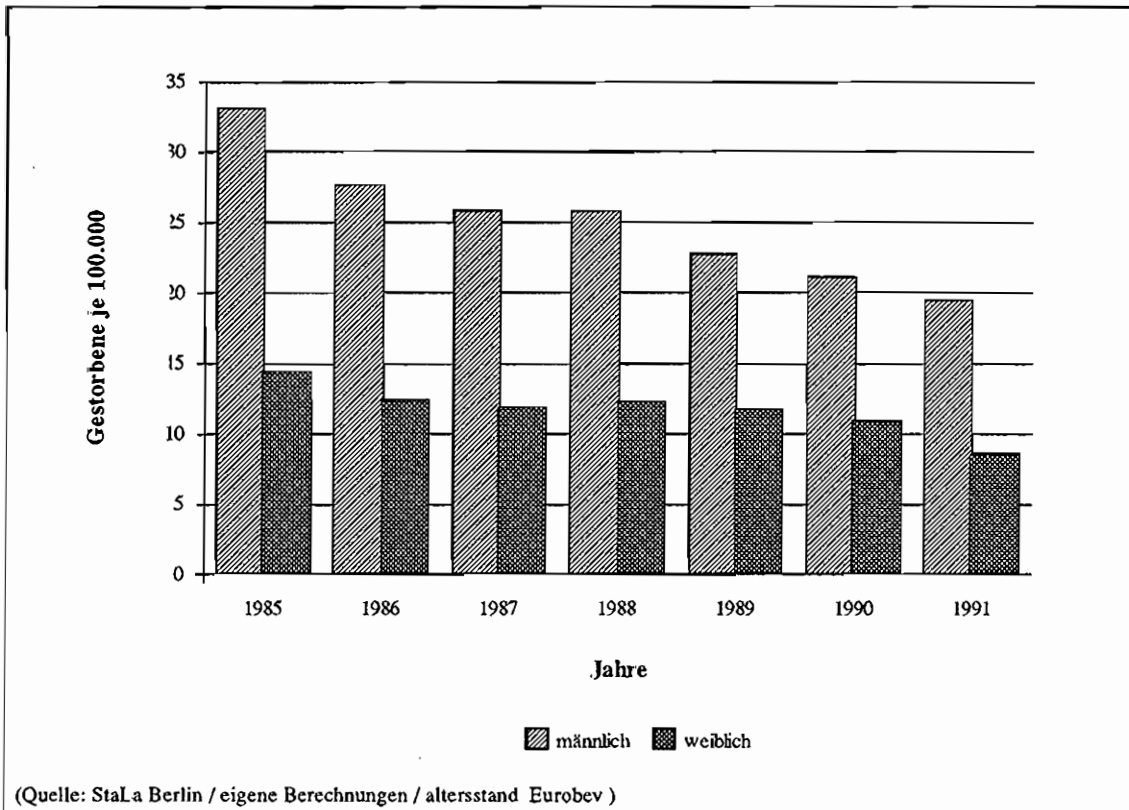
1) Angaben für Berlin-Ost erst ab 1989 verfügbar

Im Berichtsjahr begingen 561 Berliner (1990: 589) *Selbstmord*. Das entsprach etwa dem 1,4fachen der Zahl der Verkehrstoten.

Wie im gesamten (früheren) Bundesgebiet ist auch in Berlin-West seit 1985 ein stetiger Rückgang der Suizidrate zu beobachten.

1991 kamen 363 (1990: 419) Personen in den westlichen Bezirken durch Selbstmord ums Leben. Dies entsprach einer Sterberate von 19,5 durch Suizid gestorbenen männlichen Personen je 100.000. Bei den Frauen betrug die Ziffer 8,7 je 100.000.

**Graphik 3.10: Entwicklung der Selbstmordsterblichkeit 1985 bis 1991 in Berlin-West  
- je 100.000 der Bevölkerung**



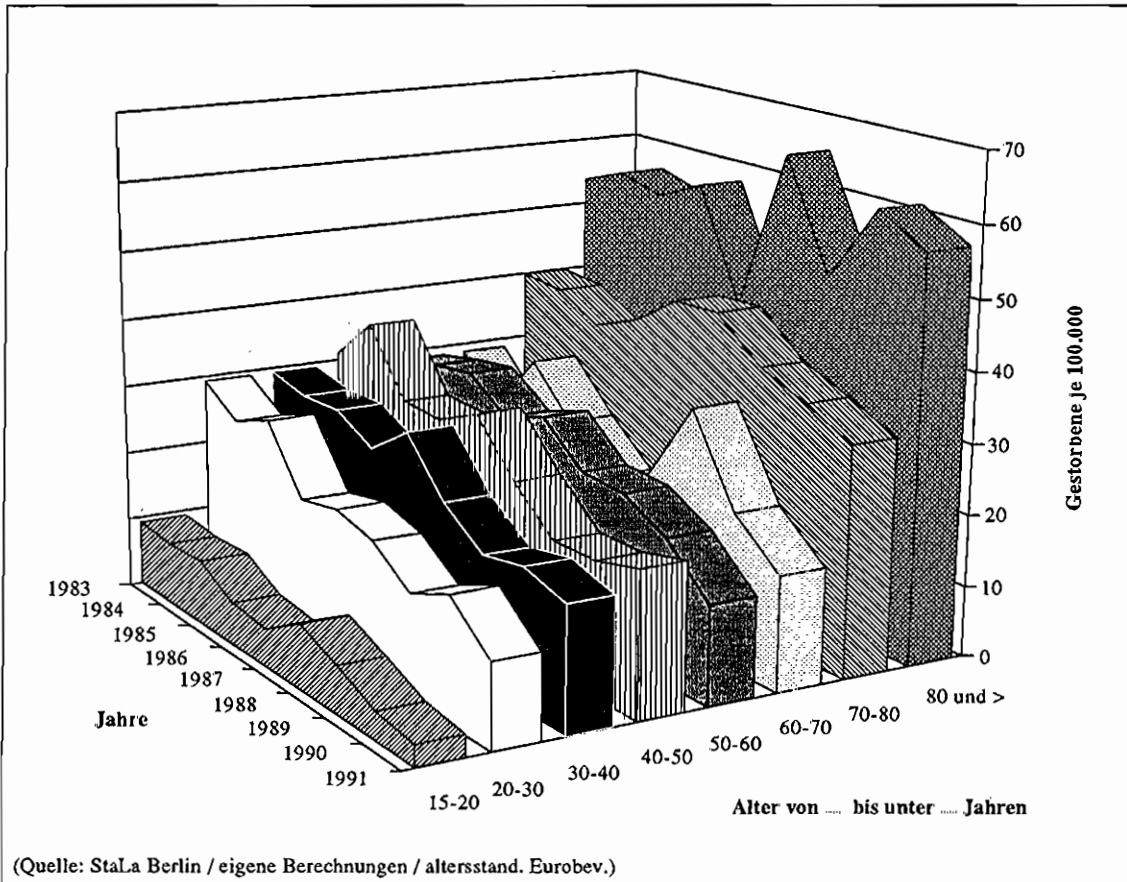
In den östlichen Bezirken begingen 1991 198 (1990: 170) Personen Selbstmord. Die altersstandardisierte Rate ist gegenüber dem Vorjahr bei den Männern von 19,4 Gestorbenen je 100 000 auf 21,5 je 100.000 gestiegen, bei den Frauen stieg die Sterberate von 7,8 auf 8,9.

Bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen steht der Selbstmord (neben Verkehrsunfällen) an vorderster Stelle der Todesursachen.

Rund ein Drittel aller Suizide werden von Personen begangen, die jünger als 40 Jahre sind (vgl. Tabelle A 3.3).

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Selbstmordrate deutlich an. Die Sterberate der über 70jährigen ist doppelt so hoch wie die der 15- bis 45jährigen.

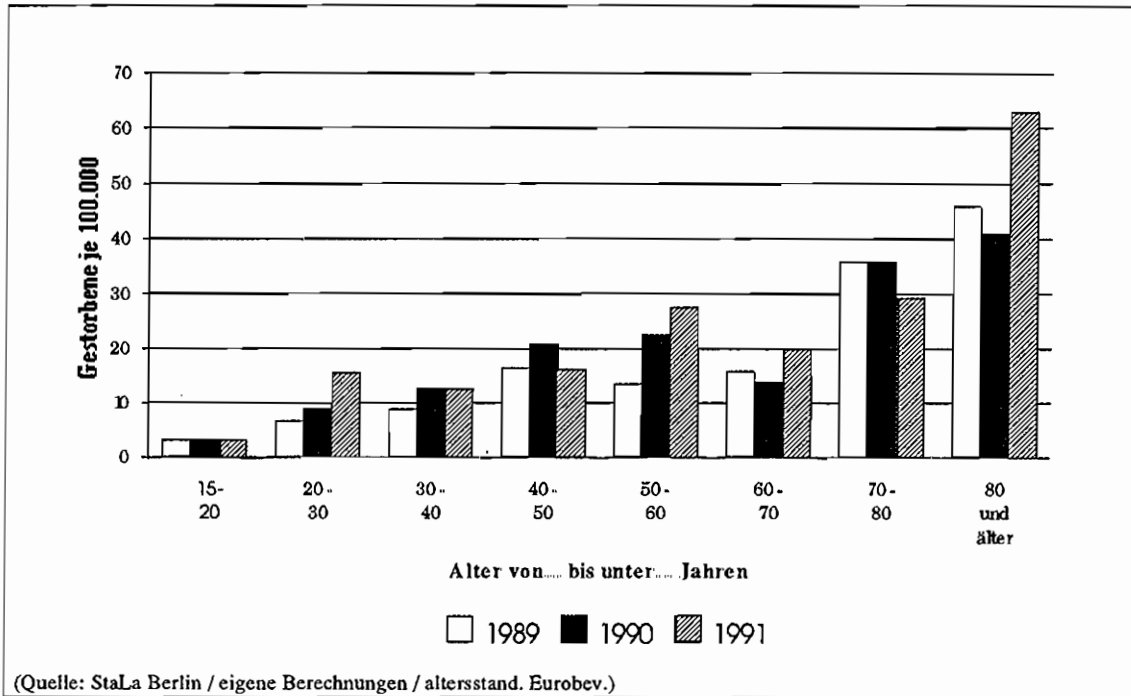
**Graphik 3.11: Altersspezifische Suizidraten 1983 - 1991 in Berlin-West  
- je 100.000 der Altersgruppe**



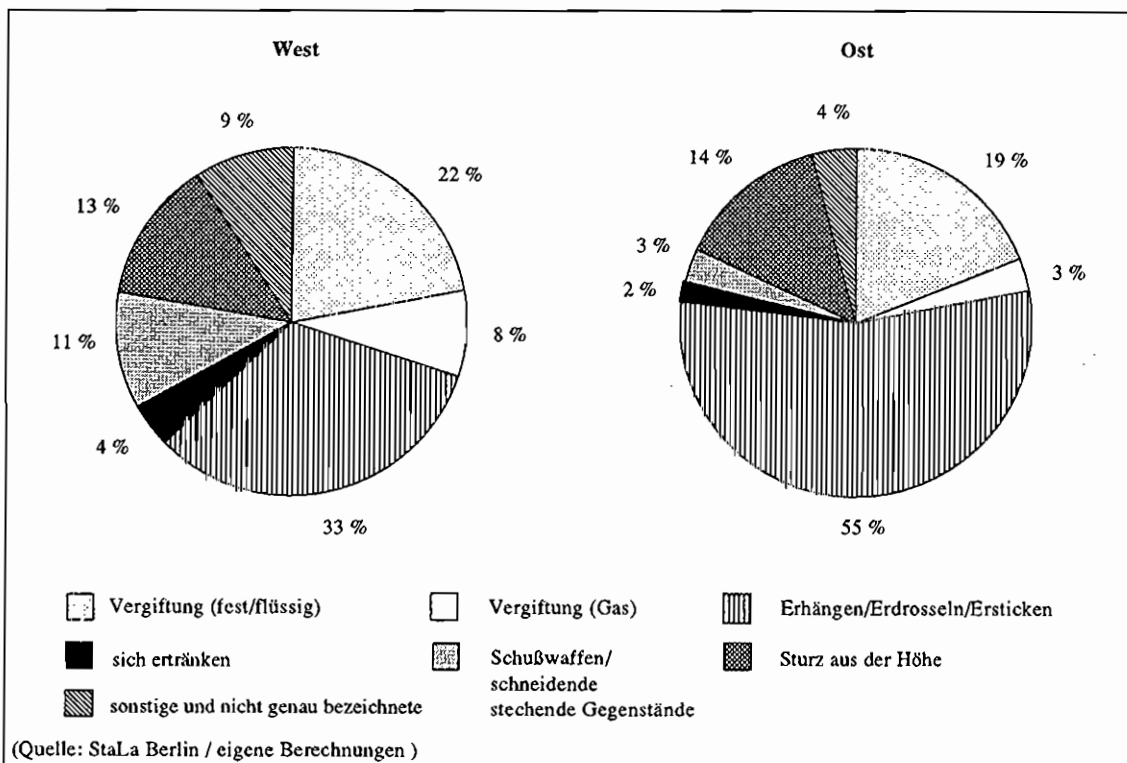
Während in den westlichen Bezirken die Suizidraten (bis auf die Gruppe der 40- bis 50jährigen) in allen Altersgruppen gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgingen, sind sie in den östlichen Bezirken in mehreren Altersgruppen angestiegen. Besonders betroffen - und hier überwiegend männliche Personen - sind die Altersgruppen der 20- bis 30jährigen, die Gruppe der 50- bis 60jährigen sowie über 80jährige.

Der Anstieg der Suizide in den östlichen Bezirken ist nur schwer zu interpretieren. Vermutungen, die sozioökonomische Aspekte (beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes) als Motiv für die Wahl des Freitodes zulassen, sind wegen fehlender größerer Untersuchungen solcher Zusammenhänge nicht zu belegen.

**Graphik 3.12: Altersspezifische Suizidraten 1989 - 1991 in Berlin-Ost  
- je 100.000 der Altersgruppe**



**Graphik 3.13: Art der Selbstmorde 1991 in Berlin**



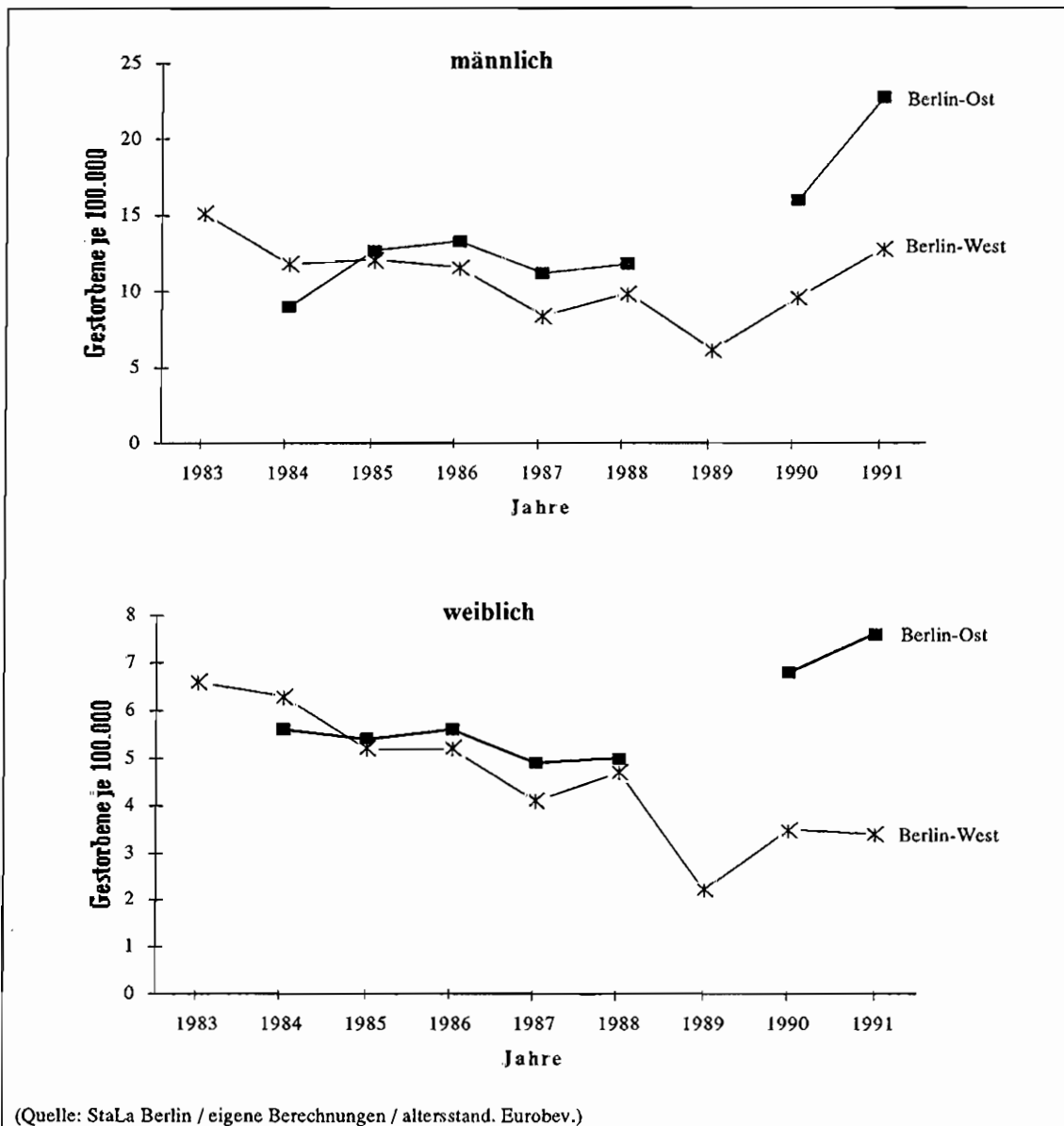
Nach deutlich fallender Tendenz hat sich die Zahl der Verkehrstoten bei den Männern in den westlichen Bezirken wieder erhöht. Insgesamt starben 1991 202 Westberliner (141 männlichen, 61 weiblichen Geschlechts) an den Folgen eines Kraftfahrzeugunfalls

In den östlichen Bezirken kamen 1991 ebenfalls 202 Personen (147 männlichen, 55 weiblichen Geschlechts) bei Straßenverkehrsunfällen ums Leben.

Obwohl die Sterbeziffer bei Verkehrsunfällen in den östlichen Bezirken schon seit Mitte der achtziger Jahre über der in Berlin-West lag, ist sie seit 1990 drastisch angestiegen

Im Berichtsjahr war die Sterberate in Berlin-Ost bei den Männern fast und bei den Frauen mehr als doppelt so hoch.

**Graphik 3.14: Bei Kraftfahrzeugunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs gestorbene Berliner 1983 - 1991 - je 100.000 der Bevölkerung 1)**



1) für Berlin-Ost liegen für 1983 und 1989 keine Angaben vor

Die höhere Sterblichkeit an Verkehrsunfällen in Berlin-Ost zeigt sich vor allem bei im Straßenverkehr ums Leben gekommenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

**Tabelle 3.8: Altersspezifische Sterblichkeit bei Kraftfahrzeugunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs 1991 in Berlin - je 100.000 der Altersgruppe**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gestorbene			
	Berlin-West		Berlin-Ost	
	insgesamt	je 100.000	insgesamt	je 100 000
0 - 5	1	0,9	4	4,9
5-10	1	1,0	11	12,5
10-15	2	2,2	4	4,9
15-20	11	11,4	14	22,0
20-25	31	19,2	23	23,6
25-30	20	9,2	24	18,8

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

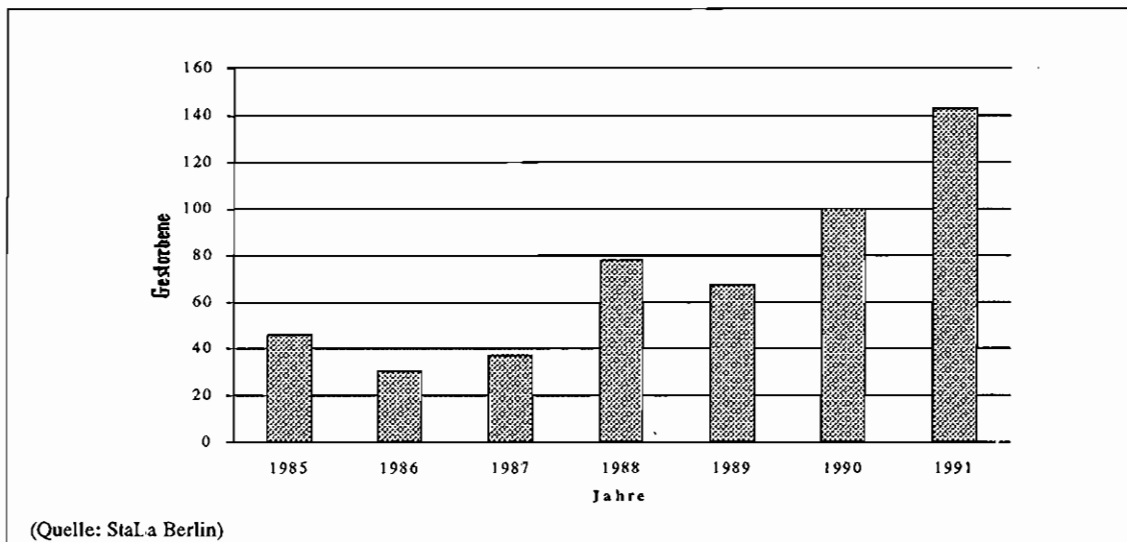
Hinsichtlich des Verlustes an potentiellen Lebensjahren schienen im Gegensatz zu den alkoholbedingten Sterbefällen *Drogentodesfälle* wegen niedriger Fallzahlen eher von geringer Bedeutung zu sein. Der starke Anstieg von Drogentodesfällen hat jedoch seit Mitte der 80er Jahre das Drogenproblem weiter in das öffentliche Interesse rücken lassen.

Fast zwei Drittel der unmittelbar an ihrer Drogensucht Gestorbenen sind jünger als 30 Jahre. Mit 19 % Anteil an der Gesamtsterblichkeit bei den 20- bis 30jährigen Männern in den westlichen Bezirken lagen beispielsweise Todesfälle durch Drogensucht an erster Stelle.

Traurige Tatsache ist, daß bei Jugendlichen die Drogentodesfälle wieder ansteigen. In den Jahren von 1985 bis 1990 starben in den westlichen Bezirken insgesamt vier Mädchen und ein Junge (im Alter von 15 bis unter 20 Jahren) an Drogenabhängigkeit. Demgegenüber wies die Todesursachenstatistik für das Jahr 1991 in dieser Altersgruppe allein fünf Todesfälle (drei Mädchen, zwei Jungen) aus.

Drogentodesfälle spielen in den östlichen Bezirken Berlins noch eine untergeordnete Rolle, jedoch wurden 1991 erstmals fünf Todesfälle an Drogenabhängigkeit registriert.

**Graphik 3.15: Drogentote 1985 - 1991 in Berlin-West**





**Tabelle 3.9: Die häufigsten Todesursachen innerhalb definierter Altersgruppen 1989 - 1991 (zusammengefaßt) in Berlin-West**

Alter von .. bis unter ... Jahren	männliche Gestorbene			weibliche Gestorbene		
	Haupttodesursache	absolut	in % 1)	Haupttodesursache	absolut	in % 1)
<b>bei Säuglingen und Kindern</b>						
0 - 1	1. XV bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	106	35,5	1. XV bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	86	35,8
	2. XIV kongenitale Anomalien	83	27,8	2. XIV kongenitale Anomalien	68	28,3
	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	52	17,4	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	52	21,7
	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	24	8,0	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	9	3,8
	5. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	10	3,3	5. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	8	3,3
	sonstige	24	8,0	sonstige	17	7,1
1 - 15	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	38	35,2	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	32	34,4
	2. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	16	14,8	2. XIV kongenitale Anomalien	17	18,3
	3. II Neubildungen	15	13,9	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	12	12,9
	4. XIV kongenitale Anomalien	11	10,2	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	7	7,5
	5. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	9	8,3	5. II Neubildungen	7	7,5
	sonstige	19	17,6	sonstige	18	19,4
<b>im Erwachsenenalter</b>						
15 - 35	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	559	40,4	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	175	33,3
	2. V psychiatrische Krankheiten	238	17,2	2. II Neubildungen	76	14,5
	3. I infektiöse und parasitäre Krankheiten	207	15,0	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	60	11,4
	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	133	9,6	4. V psychiatrische Krankheiten	55	10,5
	5. II Neubildungen	86	6,2	5. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	45	8,6
	sonstige	161	11,6	sonstige	114	21,7
35 - 65	1. II Neubildungen	2846	27,9	1. II Neubildungen	2361	43,1
	2. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	2770	27,1	2. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	1117	20,4
	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1120	11,0	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	452	8,3
	4. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	909	8,9	4. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	527	9,6
	5. XVII Verletzungen und Vergiftungen	838	8,2	5. XVII Verletzungen und Vergiftungen	388	7,1
	sonstige	1729	16,9	sonstige	631	11,5
<b>bei älteren Menschen</b>						
65 - 80	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	5211	44,7	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	7019	45,0
	2. II Neubildungen	3211	27,6	2. II Neubildungen	4303	27,6
	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	924	7,9	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1190	7,6
	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	869	7,4	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	766	4,9
	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	540	4,6	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	688	4,4
	sonstige	911	7,8	sonstige	1629	10,5
80 und mehr	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	6547	53,0	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	19707	61,0
	2. II Neubildungen	2270	18,4	2. II Neubildungen	4421	13,7
	3. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	1133	9,2	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	2471	7,7
	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	963	7,8	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	1727	5,3
	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	391	3,2	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	1042	3,2
	sonstige	1035	8,4	sonstige	2922	9,1

1) Anteil der Todesursachen an allen Sterbefällen der Altersgruppe

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle 3.10: Die häufigsten Todesursachen innerhalb definierter Altersgruppen 1990 - 1991 (zusammengefaßt) in Berlin-Ost**

Alter von bis unter Jahren	männliche Gestorbene			weibliche Gestorbene		
	Haupttodesursache	absolut	in % 1)	Haupttodesursache	absolut	in % 1)
bei Säuglingen und Kindern						
0 - 1	1. XV bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	38	42,7	1. XV bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	47	54,6
	2. XIV kongenitale Anomalien	25	28,1	2. XIV kongenitale Anomalien	25	29,1
	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	8	9,0	3. XVII Verletzungen und Vergiftungen	6	7,0
	4. XVII Verletzungen und Vergiftungen	5	5,6	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	4	4,7
	5. III Endokrinopathien, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh. sowie Störungen im Immunitätssystem	4	4,5	5. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	2	2,3
	sonstige	9	10,1	sonstige	2	2,3
1 - 15	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	31	39,7	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	24	33,3
	2. II Neubildungen	13	16,7	2. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	14	19,5
	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	12	15,4	3. XIV kongenitale Anomalien	8	11,1
	4. XIV kongenitale Anomalien	9	11,5	4. II Neubildungen	5	6,9
	5. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4	5,1	5. I infektiöse und parasitäre Krankheiten	5	6,9
	sonstige	9	11,6	sonstige	16	22,2
im Erwachsenenalter						
15 - 35	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	253	57,5	1. XVII Verletzungen und Vergiftungen	63	34,8
	2. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	48	10,9	2. II Neubildungen	40	22,1
	3. II Neubildungen	40	9,1	3. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	22	12,1
	4. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	40	9,1	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	19	10,5
	5. V psychiatrische Krankheiten	16	3,6	5. VI Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	7	3,9
	sonstige	43	9,8	sonstige	30	16,6
35 - 65	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	1369	33,7	1. II Neubildungen	822	36,0
	2. II Neubildungen	987	24,3	2. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	579	25,4
	3. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	420	10,3	3. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	234	10,3
	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	406	10,0	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	193	8,5
	5. XVII Verletzungen und Vergiftungen	386	9,5	5. XVII Verletzungen und Vergiftungen	175	7,7
	sonstige	495	12,2	sonstige	276	12,1
bei älteren Menschen						
65 - 80	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	2004	54,8	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	2834	56,1
	2. II Neubildungen	863	23,6	2. II Neubildungen	1093	21,6
	3. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	246	6,7	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	305	6,1
	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	175	4,8	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	197	3,9
	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	150	4,1	5. IX Krankheiten der Verdauungsorgane	193	3,8
	sonstige	221	6,0	sonstige	430	8,5
80 und mehr	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	2218	64,2	1. VII Krankheiten des Kreislaufsystems	5690	70,4
	2. II Neubildungen	450	13,0	2. II Neubildungen	772	9,5
	3. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	264	7,6	3. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	459	5,7
	4. XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	207	6,0	4. VIII Krankheiten der Atmungsorgane	349	4,3
	5. XVII Verletzungen und Vergiftungen	82	2,4	5. III Endokrinopathien, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh. sowie Störungen im Immunitätssystem	253	3,1
	sonstige	232	6,7	sonstige	563	7,0

1) Anteil der Todesursachen an allen Sterbefällen der Altersgruppe

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

### Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen

Bekanntlich gibt es hinsichtlich des Todesursachenspektrums innerhalb der Altersgruppen erhebliche Unterschiede, jedoch dominieren in allen Altersgruppen wenige Diagnosen.

Tabelle 3.9 macht sichtbar, daß vor allem den Sterbefällen bei Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen eine besondere Bedeutung zukommt, da es sich hier meist um "vermeidbare" Sterbefälle handelt, die stark vom Verhalten der Bevölkerung abhängig sind und die z.B. durch präventive Maßnahmen und Aufklärung über gesundheitliche Risiken zumindest reduziert werden könnten.

### 3.1.3 Vermeidbare Sterbefälle

Der Begriff "vermeidbare Sterbefälle" wurde in der WHO geprägt und bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die bei optimaler Versorgung als vermeidbar gelten. Nicht eingeschlossen sind hierbei - abgesehen von Kraftfahrzeugunfällen - Todesfälle, die auf fahrlässiges oder schuldhaftes Verhalten einzelner zurückzuführen sind. Im Vordergrund des Indikators steht die Effektivität und Qualität der medizinischen Betreuung.

Gegenwärtig zählen 29 Todesursachen und -gruppen (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Sterbefällen.

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, die definierten Diagnosen erfolgreich zu behandeln oder sie durch gezielte Prävention gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die Vermeidbarkeit von Sterbefällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen gesehen. Bei den meisten "vermeidbaren" Todesursachen ist die obere Grenze das 65. Lebensjahr, da sich durch zunehmendes Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger "vermeiden" lassen.

Ende 1993 wird die Senatsverwaltung für Gesundheit im Rahmen ihrer Veröffentlichungsreihe "Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung" eine umfassende Ausarbeitung zur Vermeidbarkeit von Sterbefällen in Berlin (regionale Vergleiche Berlin-West/Berlin-Ost, früheres Bundesgebiet/ehemalige DDR) vorlegen.

Nachfolgende Ausführungen stellen einige Ergebnisse der Untersuchung über ausgewählte vermeidbare Todesursachen in komprimierter Form dar.

Jährlich sterben in Berlin etwa 4.400 Personen an vermeidbaren Todesursachen; das entspricht etwa 10 % aller Todesfälle.

Dem im Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht erstellten Indikator "vermeidbare Sterbefälle" wurden 12 Todesursachen (der insgesamt 29 als vermeidbar in bestimmten Altersgruppen definierten Todesursachen oder Todesursachengruppen) zugeordnet. Fast 97 % der insgesamt als "vermeidbar" einzustufenden Todesfälle entfielen auf diese 12 Todesursachen.

Höher als in den westlichen Bezirken (hier starben 1991 8,6 % aller Gestorbenen an vermeidbaren Krankheiten) lag der Anteil der an vermeidbaren Todesursachen gestorbenen Personen in den östlichen Bezirken (13,3 %).

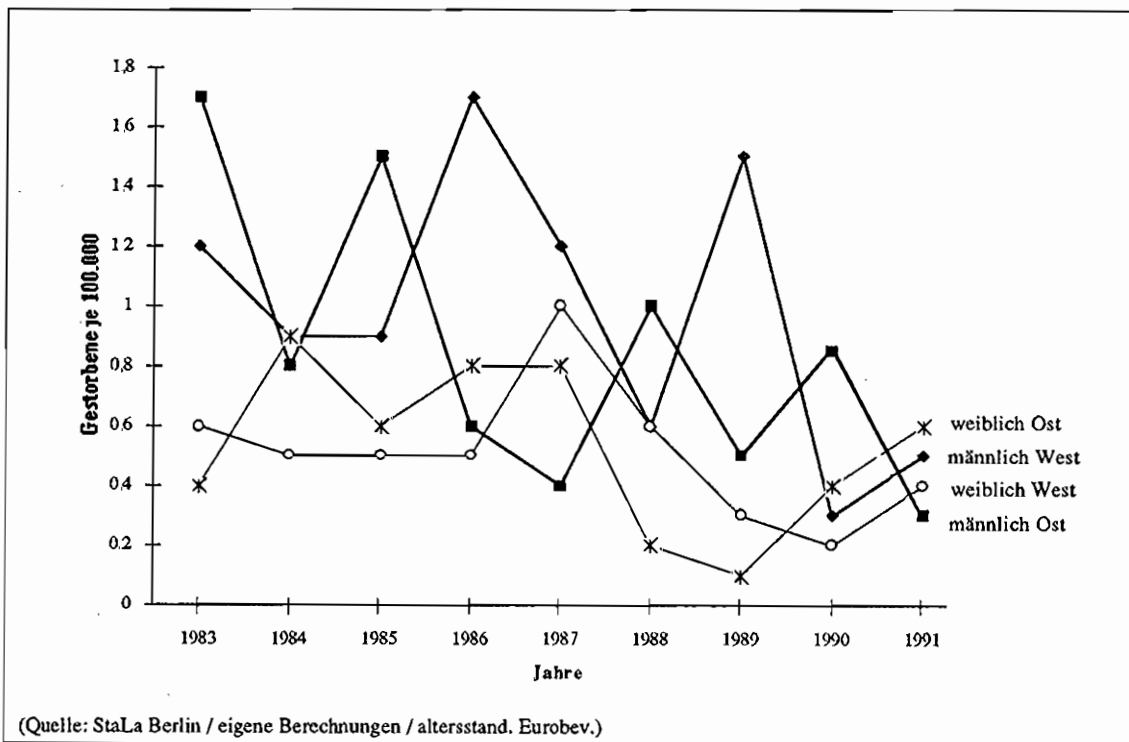
Bei der Bewertung, ob und wie gegenwärtig bestimmte Todesfälle *vermieden werden können*, werden die vermeidbaren Todesursachen in drei Gruppen unterteilt:

- **überwiegend durch medizinische Maßnahmen vermeidbare Todesfälle**

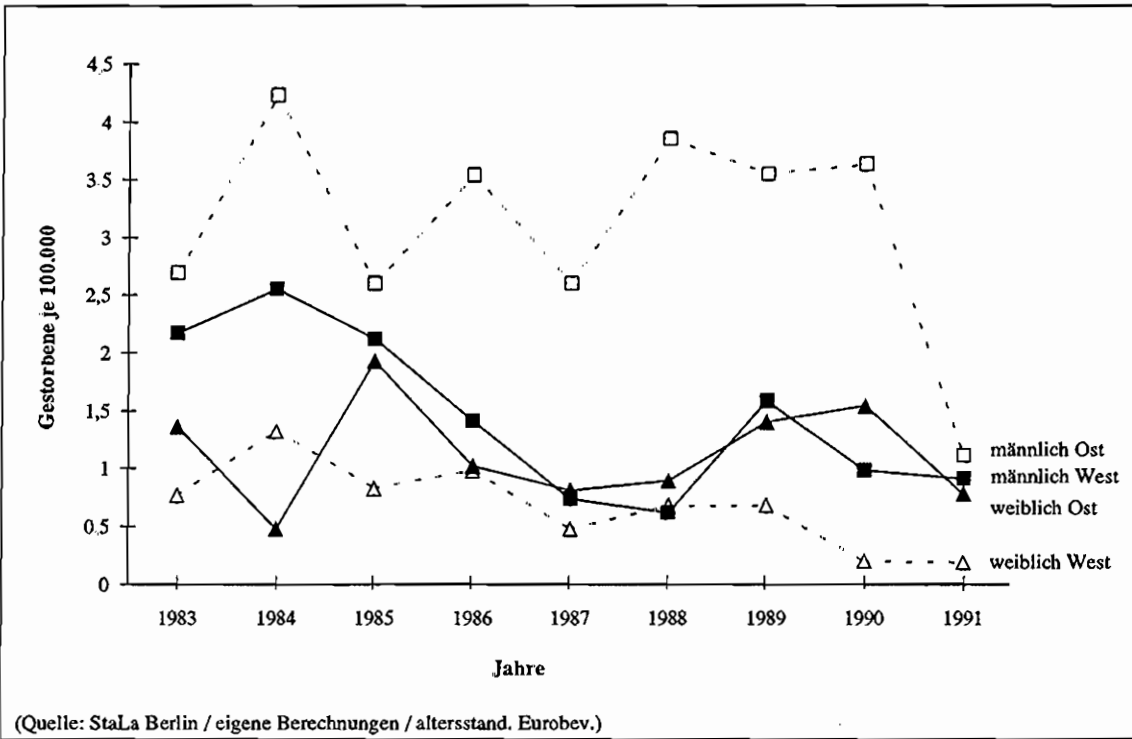
Die dieser Gruppe zuzuordnenden Todesfälle könnten durch Früherkennung von Gesundheitsrisiken oder Frühstadien von Erkrankungen und demzufolge auch rechtzeitig einsetzende Eingriffe und Therapien verhindert werden.

Im wesentlichen handelt es sich hier um Todesfälle an Morbus Hodgkin, Magen- und Duodenalgeschwüre, Asthma, bösartiger Neubildung der weiblichen Brustdrüse, bösartiger Neubildung der Zervix uteri und um Perinatalsterbefälle (vgl. Säuglingssterblichkeit). Rund 17 % (Berlin-West 19 %, Berlin-Ost 14 %) aller im Indikatorensetz definierten vermeidbaren Sterbefälle sind diesen Diagnosen zuzuordnen. Bis auf einen kontinuierlichen Anstieg von Sterbefällen an Brustkrebs sind bei allen anderen Diagnosen die Todesfälle rückläufig. Perinatalsterbefälle und Brustkrebssterbefälle stellen mit 80 % den größten Anteil dieser vermeidbaren Sterbefälle und bei Reduzierung einen großen Gewinn an Lebenserwartung.

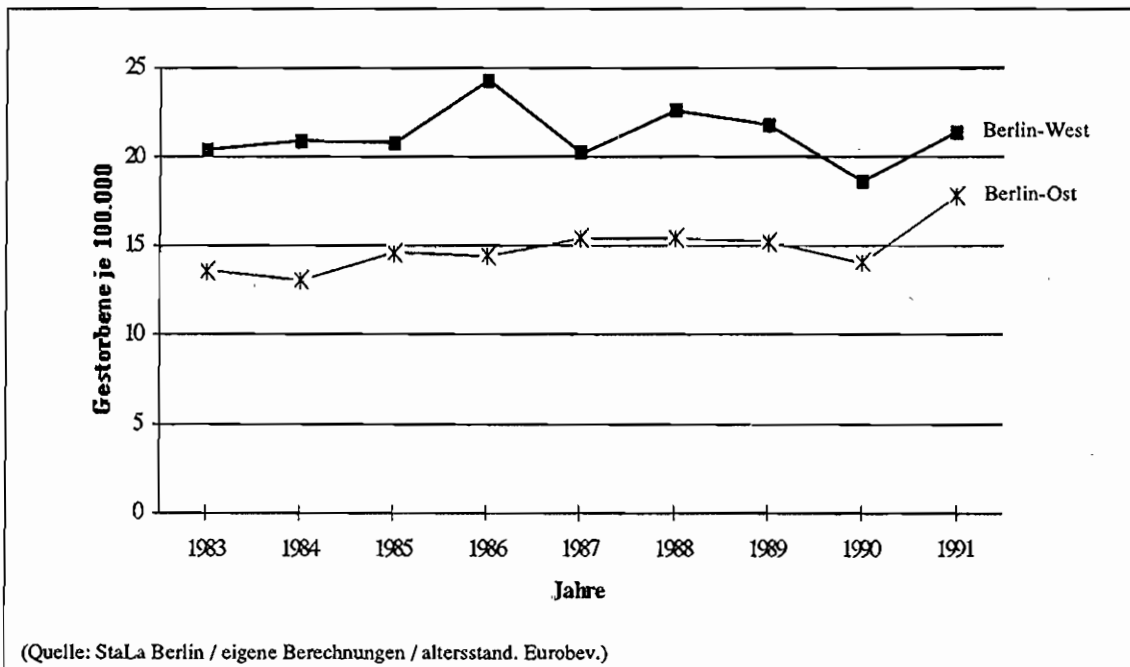
**Graphik 3.16: Sterblichkeit an Morbus Hodgkin 1983 - 1991 in Berlin**  
- Altersbereich 5 bis unter 65 Jahre



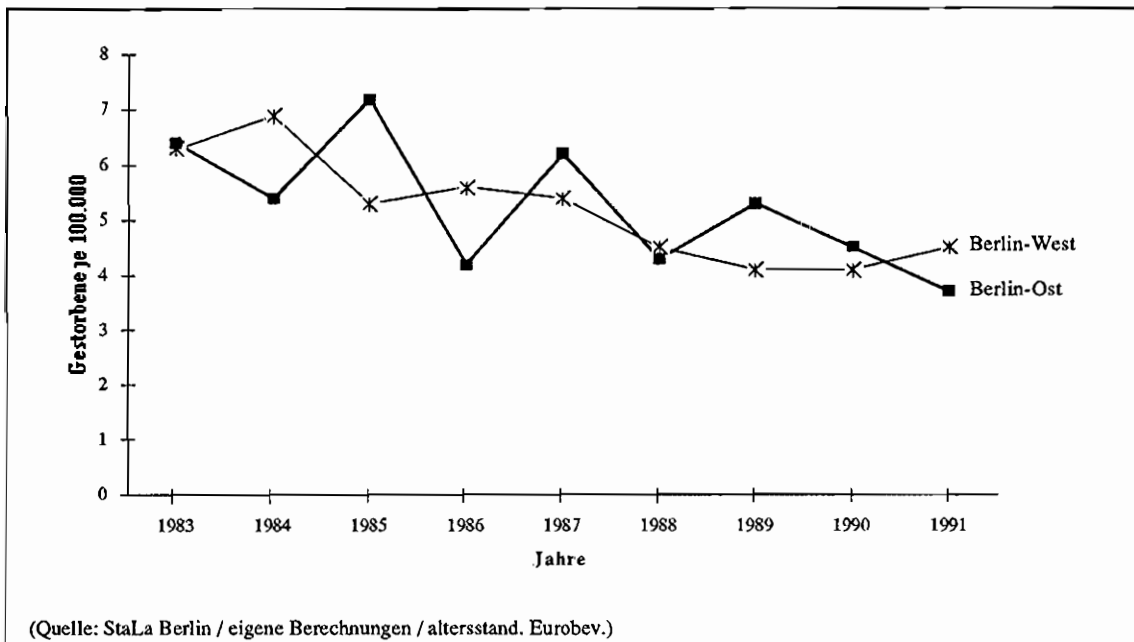
**Graphik 3.17: Sterblichkeit an Magengeschwür und Ulcus duodeni 1983 - 1991 in Berlin**  
 - Altersbereich 25 bis unter 65 Jahre



**Graphik 3.18: Sterblichkeit an bösartiger Neubildung der weiblichen Brustdrüse 1983 - 1991**  
 in Berlin  
 - Altersbereich 25 bis unter 65 Jahre



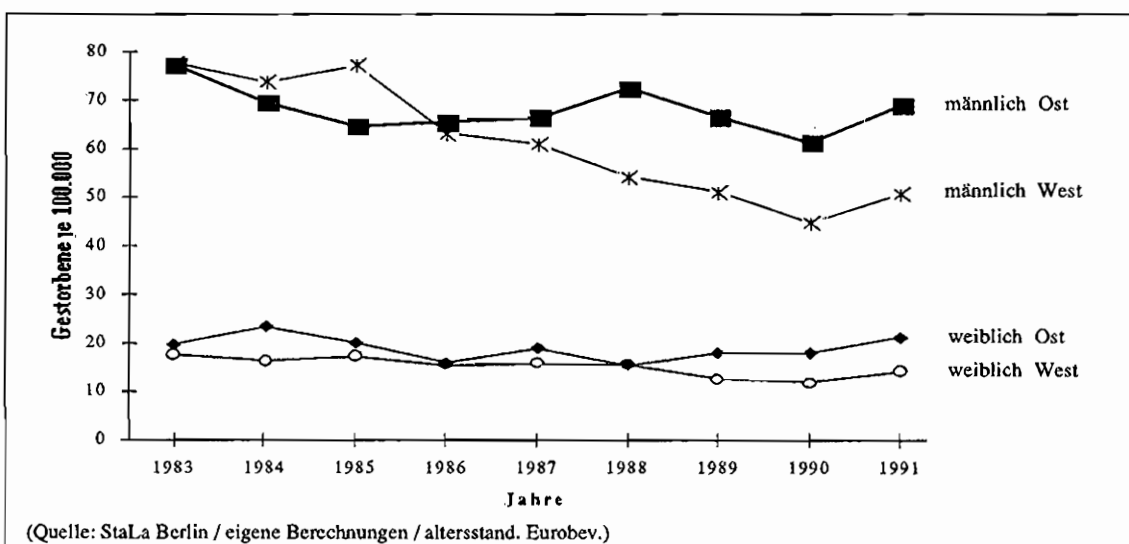
**Graphik 3.19: Sterblichkeit an bösartiger Neubildung der Zervix uteri 1983 - 1991 in Berlin  
- Altersbereich 15 bis unter 65 Jahre**



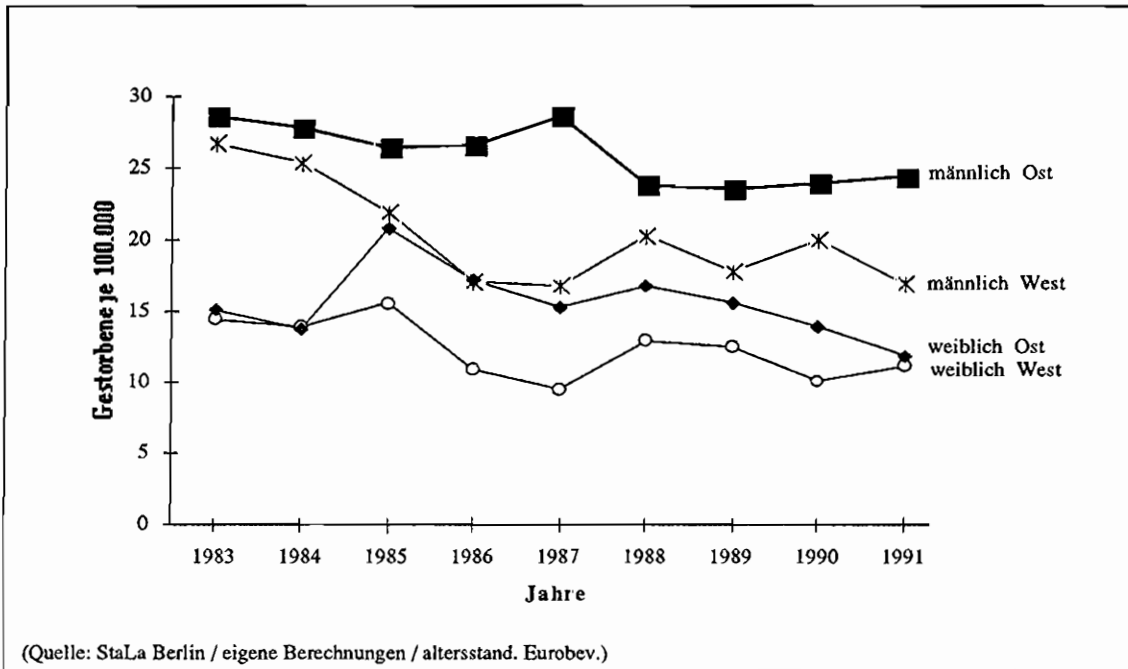
**- durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle**

Es handelt sich hier um Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten, an Hypertonie und Hochdruckkrankheiten sowie an Krankheiten des zerebrovaskulären Systems, die in bestimmten Altersgruppen sowohl durch präventive als auch durch kurative Maßnahmen (zumindest teilweise) vermieden werden können. Auf diese Gruppe entfielen die meisten aller im Indikatorensatz definierten Diagnosen (Berlin-West 43 %, Berlin-Ost 48 %) Über 1 700 Todesfälle wurden allein im Jahr 1991 in Berlin registriert. Bei Reduzierung dieser hohen Fallzahlen würde sich ein entsprechend hoher Gewinn an Lebenserwartung ergeben.

**Graphik 3.20: Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten 1983 - 1991 in Berlin  
- Altersbereich 35 bis unter 65 Jahre**

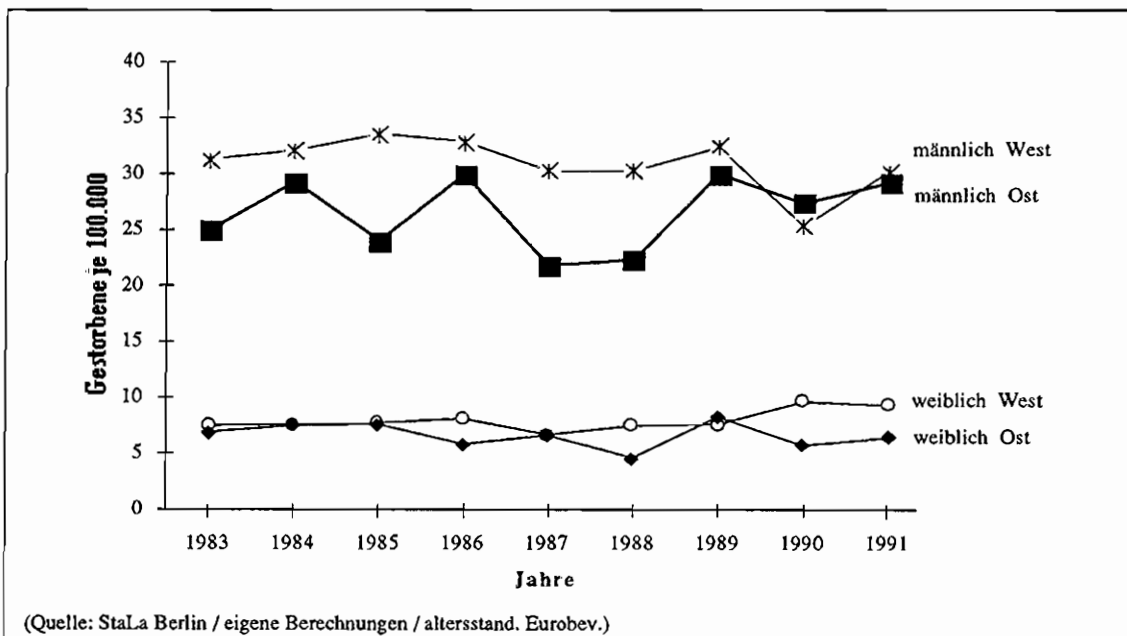


**Graphik 3.21: Sterblichkeit an Hypertonie und Hochdruckkrankheiten sowie an Krankheiten des zerebrovaskulären Systems 1983 - 1991 in Berlin**  
 - Altersbereich 35 bis unter 65 Jahre



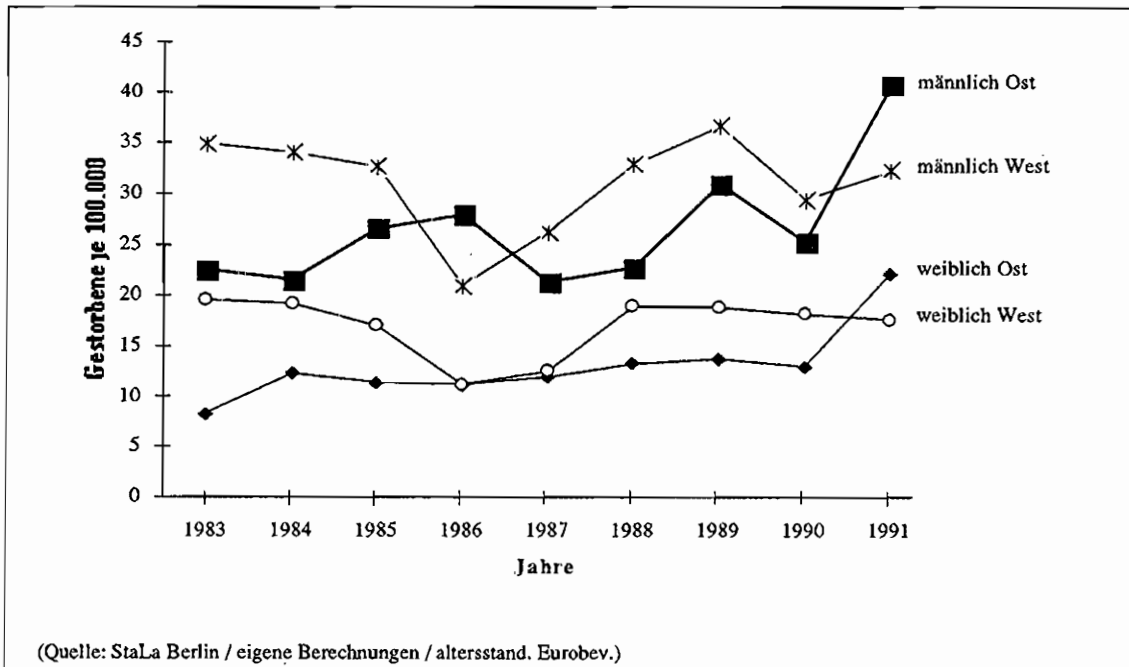
- überwiegend durch präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle

**Graphik 3.22: Sterblichkeit an bösartiger Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge 1983 - 1991 in Berlin**  
 - Altersbereich 5 bis unter 65 Jahre



Dieser Gruppe werden Todesfälle zugeordnet, die durch effektive Prävention einen erheblichen Beitrag zur Senkung der Sterblichkeit liefern können. Es handelt sich hier um Todesfälle an Lungenkrebs, Leberzirrhose und bei Verkehrsunfällen ums Leben gekommene Personen. Insgesamt verstarben 1991 1.433 Personen in Berlin an diesen durch präventive Maßnahmen vermeidbaren Todesursachen. Der Anteil an den im Indikatorensetz als vermeidbar definierten Diagnosen betrug 38 %.

**Graphik 3.23: Sterblichkeit an chronischer Leberkrankheit und -zirrhose 1983 - 1991 in Berlin - Altersbereich 15 bis unter 75 Jahre**





### 3.1.4 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit wird vielfach zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung herangezogen.

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit hängen eng mit der sozialen Lage der Mütter oder gesundheitsriskantem Verhalten zusammen. Sie wird aber auch von den Möglichkeiten der gesundheitlichen Prävention und von der therapeutischen Versorgung beeinflusst. Die optimale medizinische Betreuung gilt besonders für die Perinatal- und Frühsterblichkeit.

In den letzten Jahren ist die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (sowohl in den früheren als auch in den neuen Bundesländern) ständig gesunken und belegt im internationalen Vergleich einen guten Rang.

**Tabelle 3.11: Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich**

Land	Jahr	Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene
<b>Europa</b>		
Frankreich	1990	7,2
Griechenland	1990	10,0
Großbritannien und Nordirland	1990	7,9
Italien	1990	8,5
Niederlande	1990	7,1
Norwegen	1990	6,9
Österreich	1990	7,9
Rumänien	1990	26,9
Schweden	1990	5,6
Schweiz	1990	7,1
ehem. Sowjetunion	1990	21,8
Spanien	1990	7,6
Tschechoslowakei	1990	11,3
<b>Amerika</b>		
Vereinigte Staaten	1990	9,1
<b>Asien</b>		
Israel	1990	9,7
Japan	1990	4,5
Australien	1989	8,0
(Quelle: StaBu)		

Innerhalb der Bundesländer wiesen 1991 die Länder Baden-Württemberg und der Stadtstaat Bremen mit je 6,0 gestorbenen Säuglingen auf 1 000 Lebendgeborene, gefolgt von Bayern mit 6,2 je 1 000 Lebendgeborene die niedrigsten Säuglingssterblichkeitsraten aus.

Die höchsten Säuglingssterblichkeitsraten wurden demgegenüber 1991 in Sachsen-Anhalt (8,3 gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene), Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (je 7,5 auf 1.000 Lebendgeborene) registriert

**Tabelle 3.12: Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland 1980 - 1991  
(Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)**

Bundesland	1980	1989	1990	1991
früheres Bundesgebiet	12,7	7,5	7,1	6,7
Schleswig-Holstein	11,6	6,7	6,9	7,3
Hamburg	11,5	8,0	6,2	6,9
Niedersachsen	11,9	7,5	7,1	6,7
Bremen	14,9	5,8	7,5	6,0
Nordrhein-Westfalen	14,8	8,2	7,8	7,5
Hessen	11,3	7,4	6,3	6,1
Rheinland-Pfalz	12,9	7,7	8,2	6,8
Baden-Württemberg	10,4	6,7	6,5	6,0
Bayern	12,5	6,8	6,2	6,2
Saarland	15,6	9,7	6,7	6,9
Berlin-West	14,9	8,6	9,2	7,1
neue Bundesländer	.	.	.	7,2
Berlin-Ost	.	7,6	6,9	7,1
Brandenburg	.	.	.	6,8
Mecklenburg-Vorpommern	.	.	.	7,3
Sachsen	.	.	.	6,5
Sachsen-Anhalt	.	.	.	8,3
Thüringen	.	.	.	7,3
Bundesrepublik	.	.	.	6,8

(Quelle: StaBu)

Deutlich zurückgegangen ist die Säuglingssterblichkeit in Berlin-West (von 9,2 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 1990 auf 7,1 je 1.000 im Jahr 1991)

**Tabelle 3.13: Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1991 in Berlin  
nach Bezirken  
- je 1.000 Lebendgeborene**

Bezirk	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Berlin-West							
Tiergarten	14,1	21,0	13,2	9,9	5,8	5,3	4,6
Wedding	15,8	9,3	9,2	13,6	6,6	13,6	13,4
Kreuzberg	13,9	17,5	10,4	10,7	12,7	11,5	10,8
Charlottenburg	6,2	12,1	11,4	14,5	7,4	10,8	4,1
Spandau	9,3	10,4	11,2	4,9	6,7	10,0	4,9
Wilmerdorf	7,8	9,2	12,4	5,2	7,1	1,7	3,3
Zehlendorf	7,8	12,8	5,6	4,2	5,3	3,7	2,6
Schöneberg	10,7	12,7	10,3	10,0	9,6	8,4	8,4
Steglitz	9,5	10,7	12,6	6,1	6,6	5,1	5,3
Tempelhof	9,2	7,7	12,1	11,4	9,8	8,3	5,7
Neukölln	9,3	13,1	16,1	9,5	10,4	11,0	8,1
Reinickendorf	12,0	13,4	7,9	5,5	9,2	9,4	6,1
zusammen	10,6	12,5	11,5	9,2	8,6	9,2	7,1
Berlin-Ost							
Mitte	15,2	13,2	7,5	7,0	4,9	6,1	8,7
Prenzlauer Berg	11,2	8,1	8,6	6,4	9,1	6,1	8,1
Friedrichshain	11,1	11,3	10,0	8,7	6,6	7,8	7,9
Treptow	12,0	11,2	6,2	9,5	6,7	5,7	7,5
Köpenick	9,6	6,4	8,8	11,1	6,0	4,7	1,6
Lichtenberg	12,7	7,8	9,0	10,2	6,5	5,4	9,9
Weißensee	10,8	9,4	5,4	9,2	8,6	7,6	0,0
Pankow	9,3	10,2	6,1	8,7	11,1	6,4	7,9
Marzahn	8,7	10,1	8,4	7,2	7,9	10,3	14,5
Hohenschönhausen	—	9,8	10,6	7,1	5,3	11,5	11,1
Hellersdorf	—	—	9,0	8,1	10,3	4,0	4,7
zusammen	11,0	9,6	8,4	8,3	7,6	6,9	7,1

(Quelle: StaLo Berlin)

Im Jahr 1991 verstarben in Berlin-West 156 (1990: 202) Kinder, darunter 46 nichtdeutscher Herkunft, im Alter von 0 bis unter 1 Jahr. Das entsprach einer Säuglingssterblichkeitsziffer von 7,1 je 1 000 Lebendgeborene (vgl. Tabelle A 3.4).

Innerhalb der Berliner Bezirke unterliegt die Säuglingssterblichkeitsziffer, nicht zuletzt wegen geringer Fallzahlen, erheblichen Schwankungen. Die niedrigsten Raten (Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene) wiesen die Bezirke Weißensee (hier starb kein Säugling), Köpenick (1,6) und Zehlendorf (2,6) aus, während in den Bezirken Marzahn (14,5), Wedding (13,4) und Hohenschönhausen (11,1) die höchsten Säuglingssterblichkeitsraten ermittelt wurden. Je geringer die Säuglingssterblichkeit insgesamt wird, desto genauer muß jeder Einzelfall analysiert werden, um daraus eine Vermeidbarkeitsstrategie zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit (insbesondere der Früh- und Perinatalsterblichkeit) für die Zukunft abzuleiten.

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit von 2 Promille (gegenüber dem Vorjahr) in den westlichen Bezirken ist sowohl auf eine stärkere Senkung der Früh- als auch der Nachsterblichkeit zurückzuführen.

Nach wie vor liegt die Frühsterblichkeit bei Säuglingen nichtdeutscher Herkunft höher als bei den deutschen Kindern.

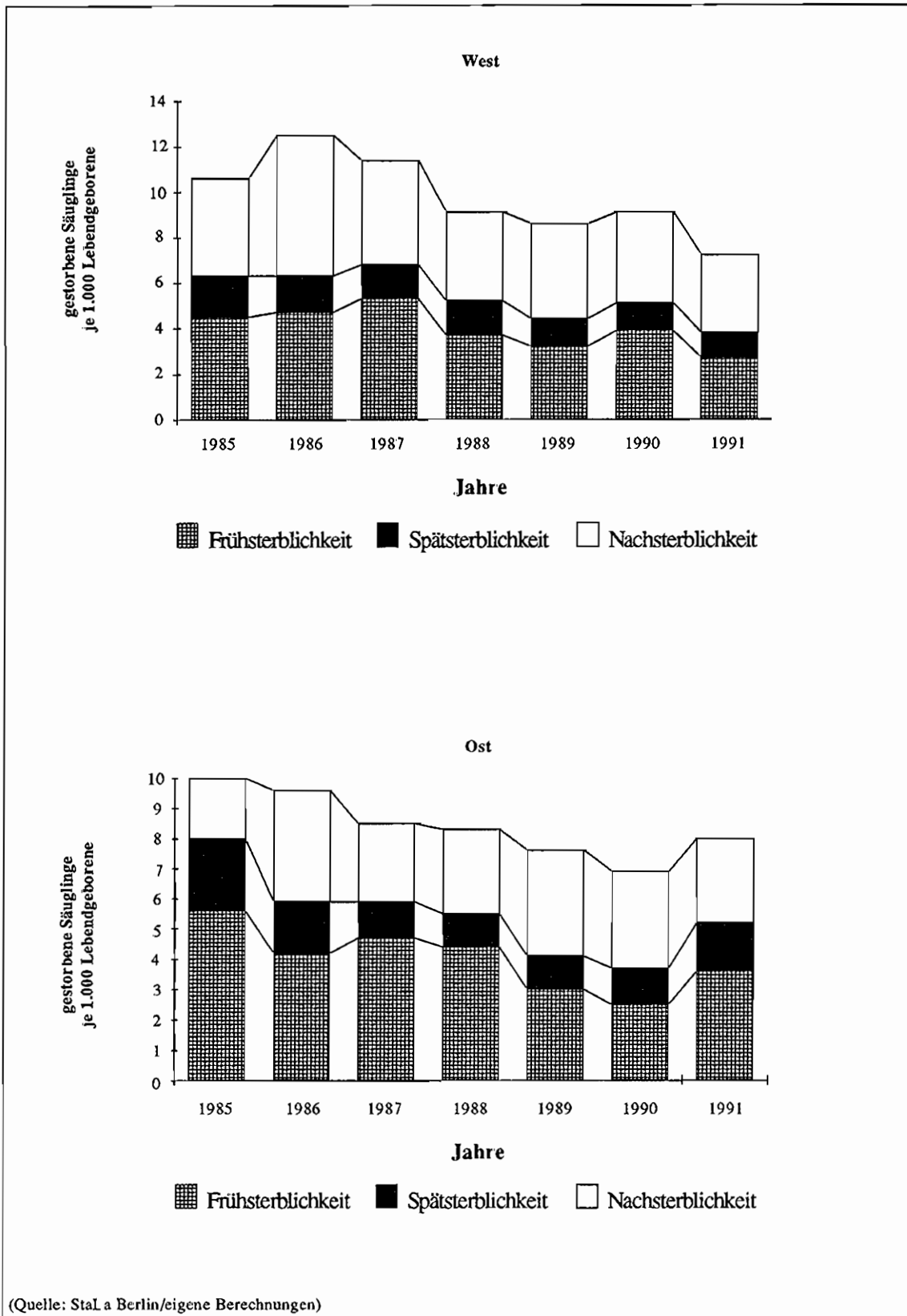
#### Frühsterblichkeit in Berlin-West - je 1.000 Lebendgeborene

Jahr	Deutsche	Nichtdeutsche
1989	3,2	3,0
1990	3,8	4,2
1991	2,3	3,7

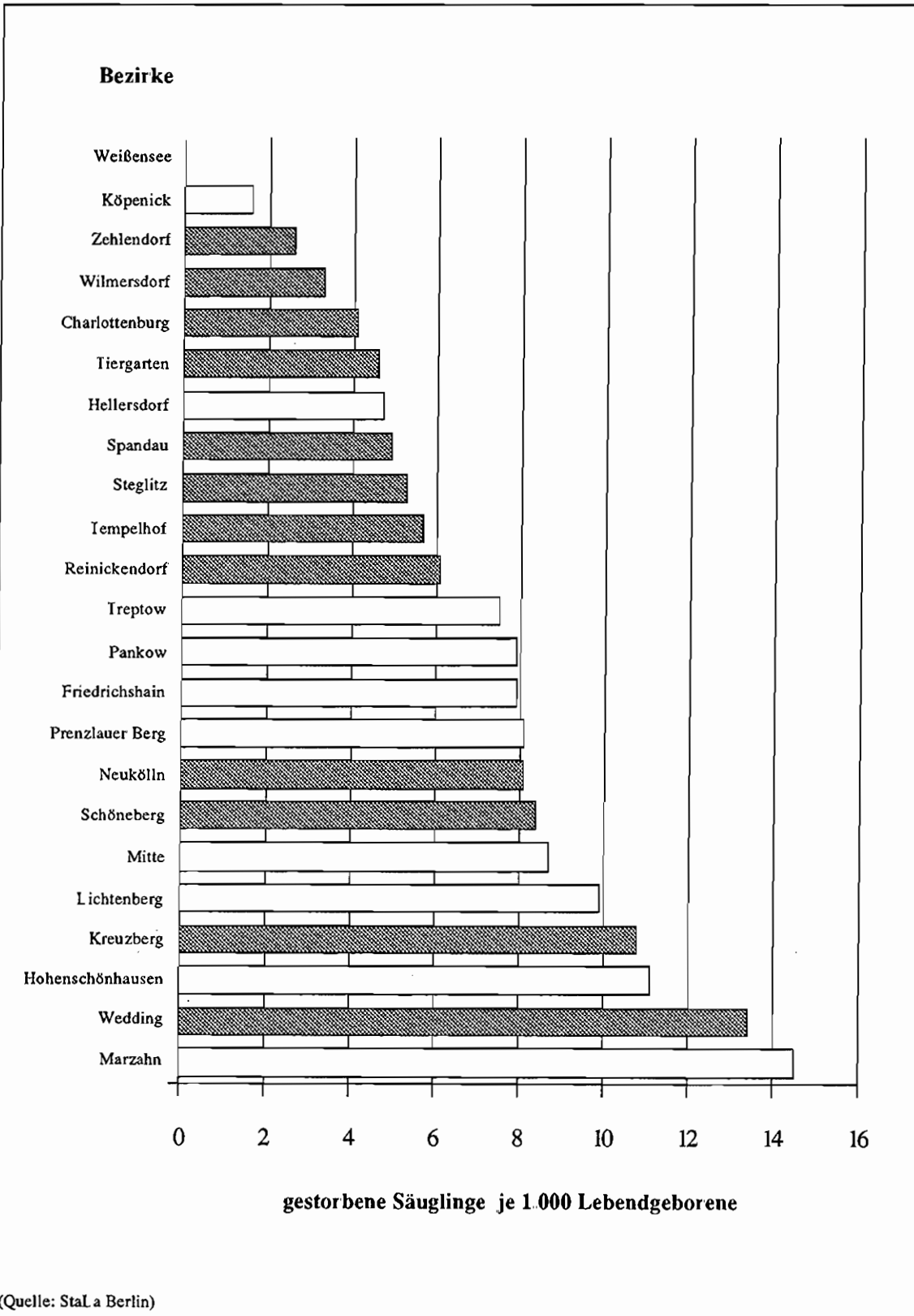
In Berlin-Ost verstarben 1991 69 Kinder im ersten Lebensjahr (1990: 106), darunter ein Säugling nichtdeutscher Herkunft. Unter Berücksichtigung der Lebendgeborenen des Vorjahres betrug die Sterbeziffer wie in den westlichen Bezirken 7,1 je 1.000 Lebendgeborene.

In den östlichen Bezirken kam es im Berichtsjahr jedoch zu einem Anstieg der Frühsterblichkeit um 1,1 Promille, aber auch die Spätsterblichkeit lag mit 1,6 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen über dem Vorjahreswert.

Graphik 3.24: Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit 1985 - 1991 in Berlin



**Graphik 3.25: Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene 1991 in Berlin nach Bezirken**



Das Geburtsgewicht übt einen deutlichen Einfluß auf die Überlebenschancen im ersten Lebensjahr aus. 81 der in den westlichen Bezirken verstorbenen Säuglinge (51,9 %) waren untergewichtig, jeder zweite von ihnen hatte ein Geburtsgewicht von unter 1.000 g. Drei Viertel (76 %) aller gestorbenen Säuglinge mit zu niedrigem Geburtsgewicht starben im ersten Lebensmonat.

In den östlichen Bezirken hatten 37 der gestorbenen Säuglinge (53,6 %) ein zu niedriges Geburtsgewicht.

Mehr als 86 % aller im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder, die untergewichtig geboren wurden, starben im ersten Lebensmonat.

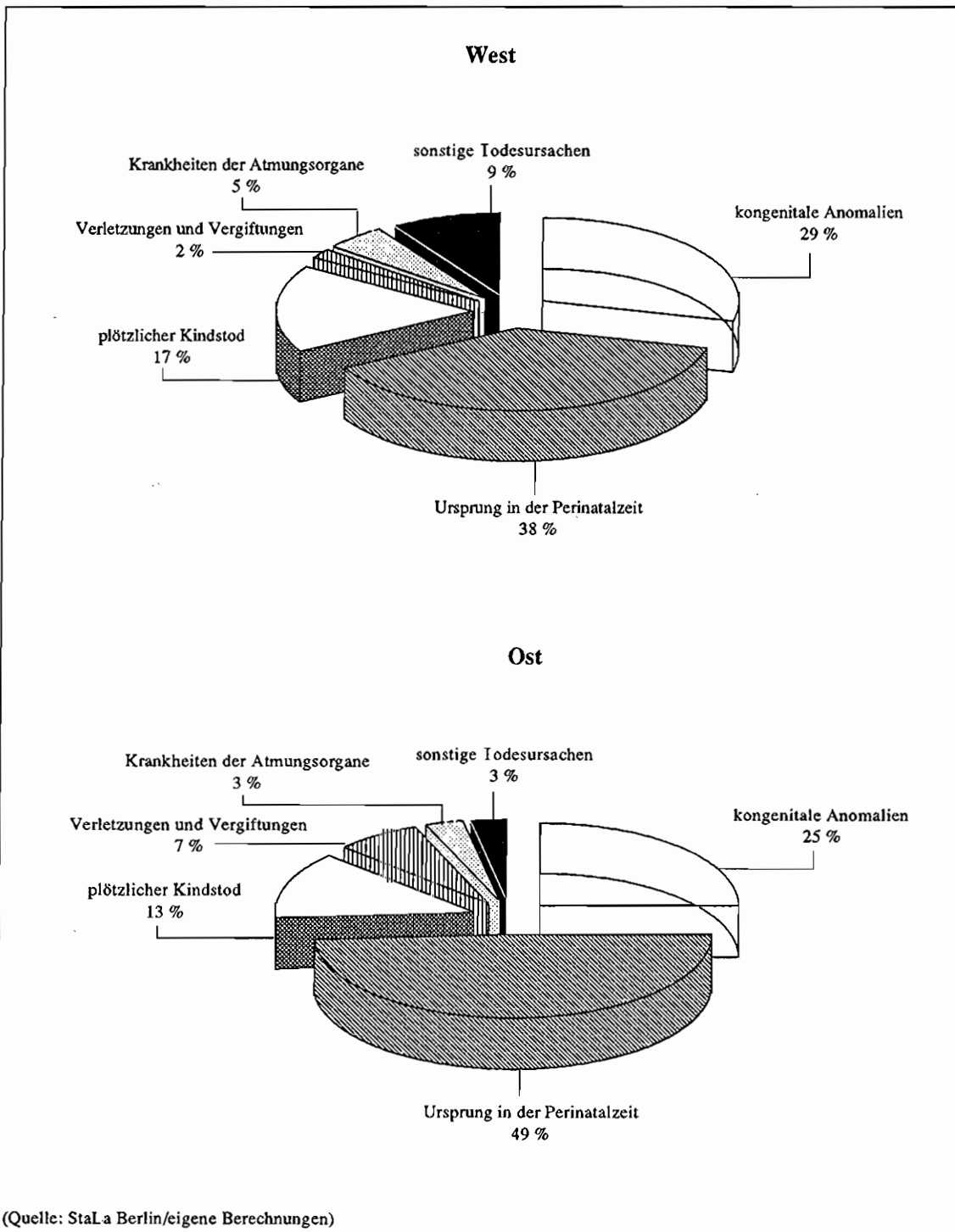
**Tabelle 3.14: Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g 1991 in Berlin**

Geburts- gewicht von .. bis unter .. g	Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g					
	ins- gesamt	m.	w	Lebensdauer		
				unter 24 Stunden	24 Std bis unter 1 Monat	1 bis unter 12 Monate
<b>Berlin-West</b>						
unter 500	4	1	3	1	3	—
500 – 1 000	37	19	18	15	18	4
1.000 – 1.500	16	12	4	7	6	3
1.500 – 2.000	9	6	3	4	3	2
2.000 – 2.500	15	9	6	2	3	10
zusammen	81	47	34	29	33	19
<b>Berlin-Ost</b>						
unter 500	—	—	—	—	—	—
500 – 1 000	17	10	7	5	10	2
1.000 – 1.500	12	4	8	3	8	1
1.500 – 2.000	5	1	4	3	1	1
2.000 – 2.500	3	2	1	1	1	1
zusammen	37	17	20	12	20	5
Berlin insgesamt	118	64	54	41	53	24

(Quelle: StaLo Berlin)

Das Todesursachenspektrum der gestorbenen Säuglinge wurde im wesentlichen durch Ursachen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, und durch kongenitale Anomalien geprägt. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit hatten, wurden in den östlichen Bezirken häufiger als Todesursache dokumentiert als in den westlichen Bezirken. Demgegenüber wurde in den östlichen Bezirken der "Plötzliche Kindstod" als Todesursache weniger als in Berlin-West angegeben.

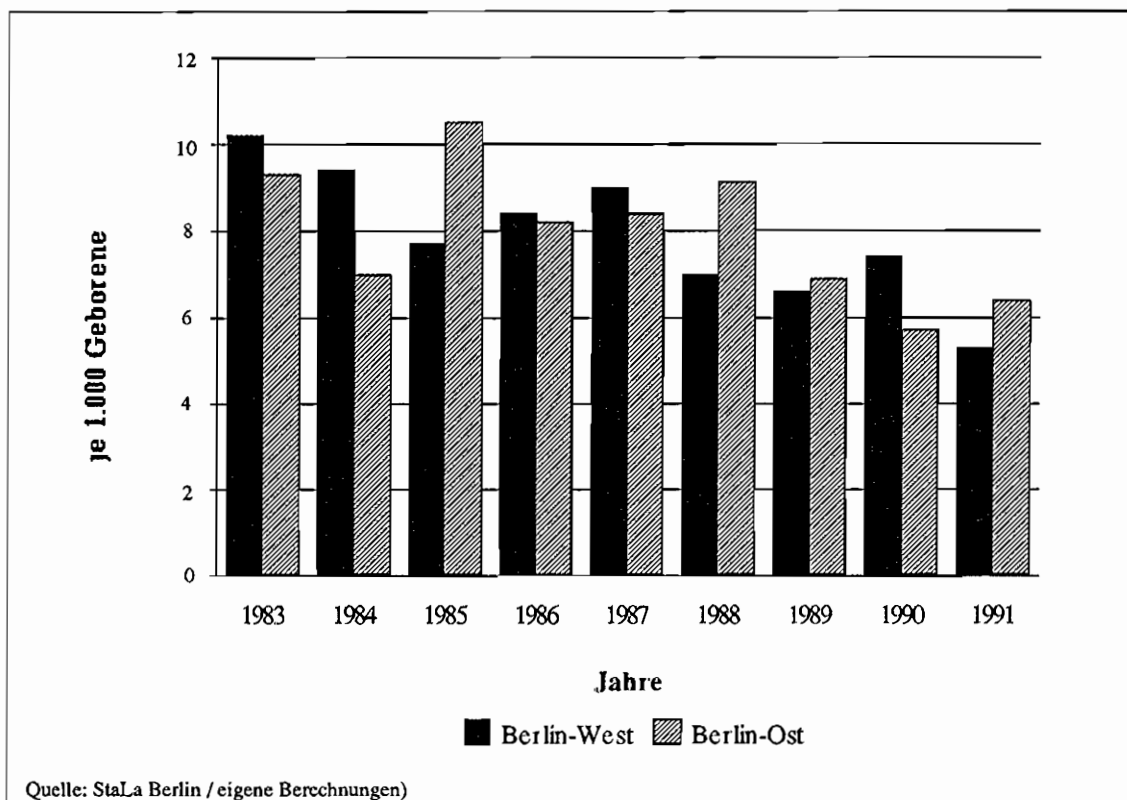
Graphik 3.26: Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen 1991 in Berlin



Ungeachtet der jeweiligen Todesursachen ist bekannt, daß eine gute (präventive) medizinische aber auch soziale Betreuung von Schwangeren sowie bei Risikoschwangerschaften die Durchführung der Geburten in Perinatalzentren zu einer Senkung der perinatalen Sterblichkeit führen können.

Auch in Berlin führten gute Vor- und Nachsorgeprogramme im ambulanten Bereich sowie die Subspezialisierung in den klinischen Perinatalzentren zu einer Senkung der perinatalen Sterbefälle.

**Graphik 3.27: Entwicklung der Perinatalsterblichkeit 1983 - 1991 in Berlin**

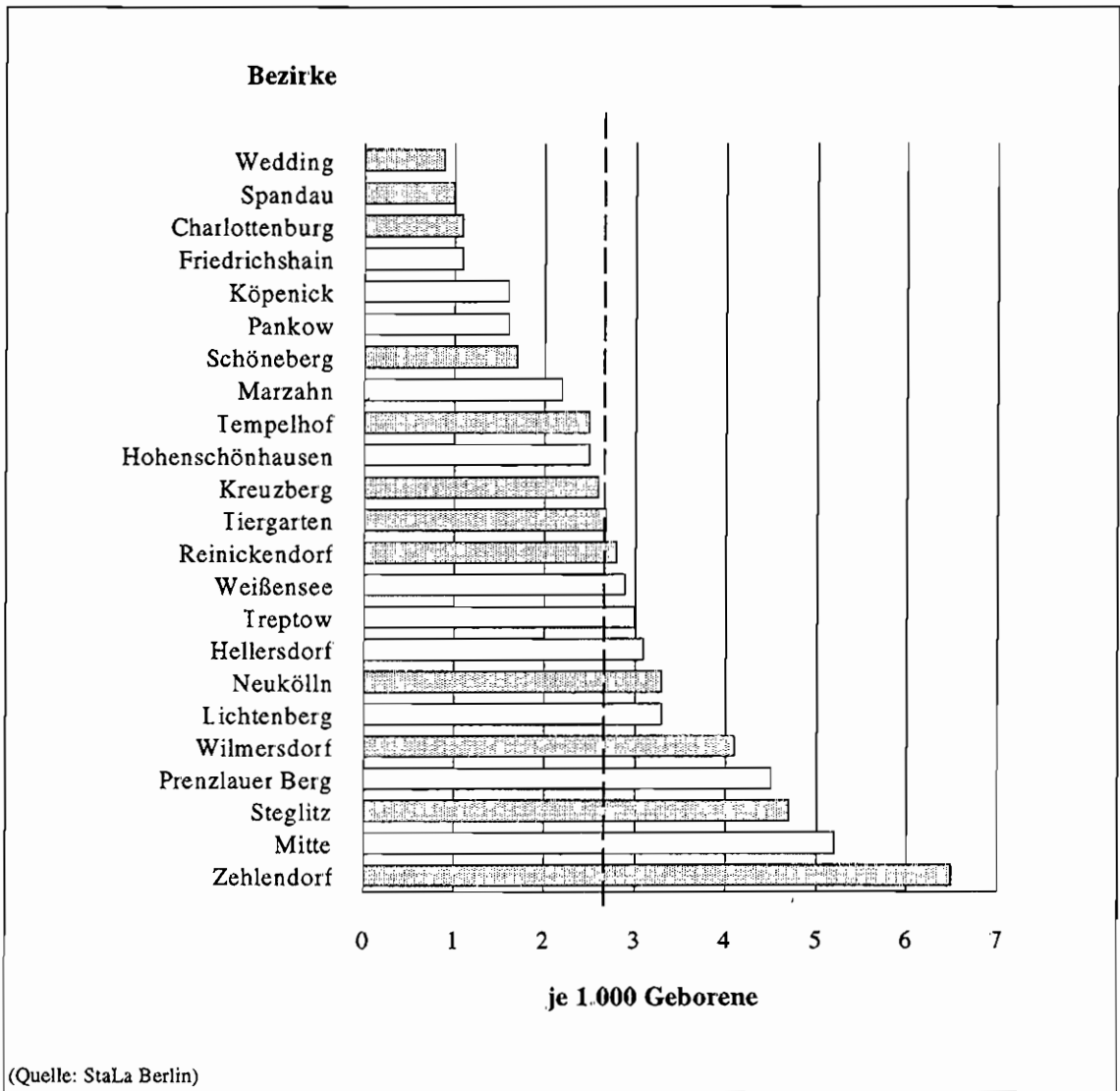


Seit Mitte der achtziger Jahre ist die perinatale Mortalität (obwohl in den östlichen Bezirken im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen) kontinuierlich zurückgegangen.

Bei einem Vergleich der Totgeburtlichkeit innerhalb der Berliner Bezirke stellte sich dar, daß die östlichen Bezirke (wie auch in den letzten vier Jahren) im allgemeinen über dem Durchschnitt Berlins lagen.

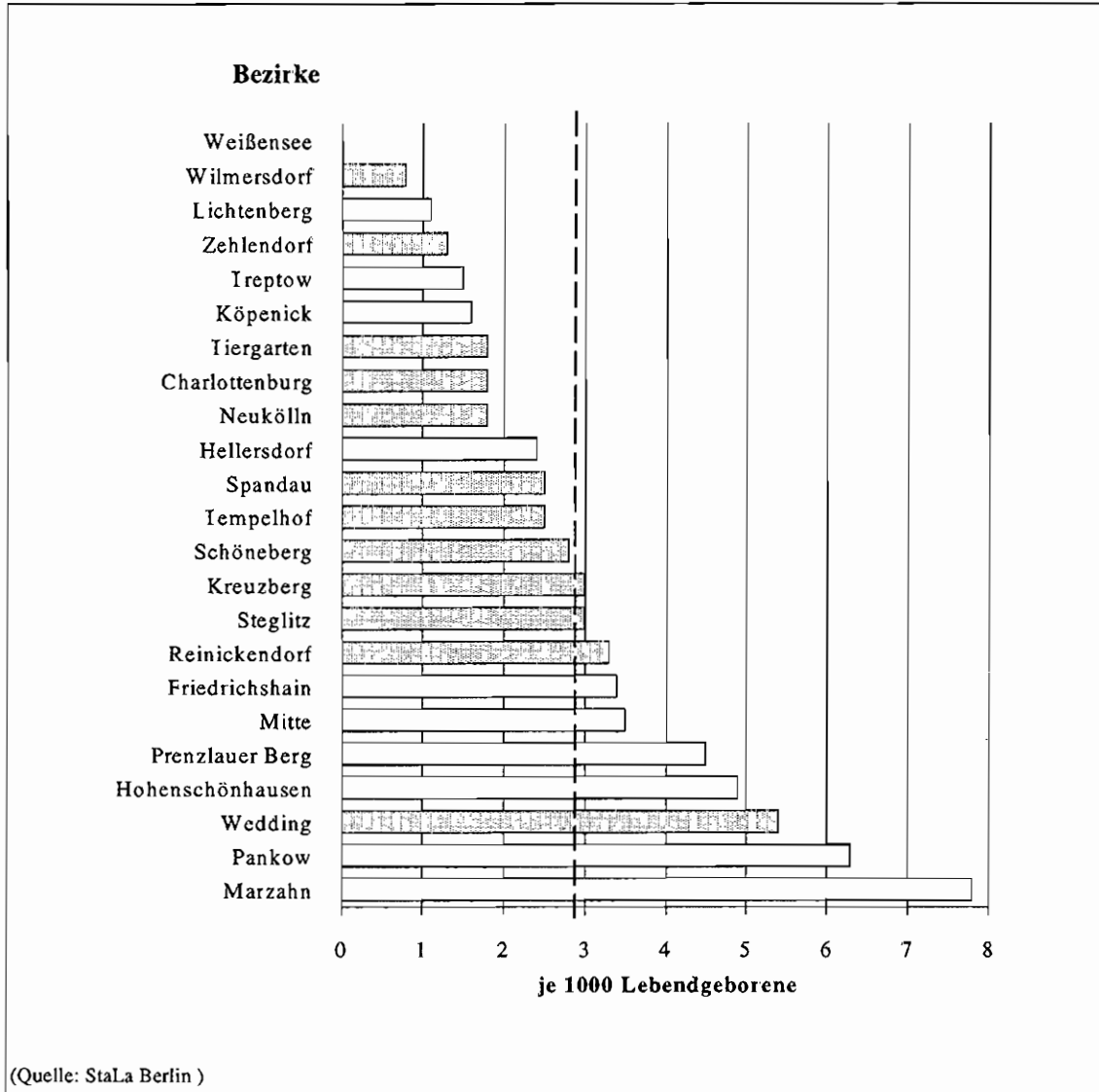


**Graphik 3.28: Totgeburtlichkeit je 1.000 Geborene 1991 in Berlin nach Bezirken**



Auch bei Darstellung der Frühsterblichkeit lagen mehr östliche Bezirke über dem Berliner Durchschnitt

**Graphik 3.29: Frühsterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene 1991 in Berlin nach Bezirken**



**3.1.5****Tabellenverzeichnis**

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 3.1: Mortalitätsraten 1991 in der Bundesrepublik Deutschland nach Ländern und Geschlecht
- Tabelle 3.2: Mortalitätsraten 1991 in Berlin nach Geschlecht
- Tabelle 3.3: Gestorbene (ohne Totgeborene) 1970 - 1991 in Berlin nach Bezirken - absolut und je 1.000 Einwohner
- Tabelle 3.4: Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.5: Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen, ausgewählte Lokalisationen, 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.6: Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.7: Sterblichkeit an Aids, Unfällen und Selbstmord 1990 und 1991 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.8: Altersspezifische Sterblichkeit bei Kraftfahrzeugunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs 1991 in Berlin - je 100.000 der Altersgruppe
- Tabelle 3.9: Die häufigsten Todesursachen innerhalb definierter Altersgruppen 1989 - 1991 (zusammengefaßt) in Berlin-West
- Tabelle 3.10: Die häufigsten Todesursachen innerhalb definierter Altersgruppen 1990 - 1991 (zusammengefaßt) in Berlin-Ost
- Tabelle 3.11: Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich
- Tabelle 3.12: Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland 1980 - 1991 (Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)
- Tabelle 3.13: Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1991 in Berlin nach Bezirken - je 1.000 Lebendgeborene
- Tabelle 3.14: Gestorbene Säuglinge bis unter 2 500 g 1991 in Berlin
- Tabelle A 3.1: Gestorbene (ohne Totgeborene) 1991 in Berlin nach Altersgruppen und Bezirken - absolut und je 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe
- Tabelle A 3.2: Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985, 1989, 1990 und 1991 in Berlin - je 10.000 Einwohner
- Tabelle A 3.3: Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1991 in Berlin - absolut und in % der Gestorbenen der jeweiligen Altersgruppe

Tabelle A 3.4: Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1991 in Berlin

Tabelle A 3.5: Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1991 in Berlin nach Bezirken

## 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, 10.000 oder 100.000 der mittleren Bevölkerung (Durchschnittsbevölkerung) im gleichen Zeitraum.

#### **Meldepflichtige Krankheiten**

Statistisch ausgewertet werden Meldungen, die nach dem Bundes-Seuchengesetz bei Erkrankungen an bestimmten **übertragbaren Krankheiten** von den Berichtspflichtigen (in der Regel den behandelnden Ärzten) an die Gesundheitsämter abzugeben sind

Die **Tuberkulosestatistik**, die den Zugang der an aktiver Tuberkulose Erkrankten nachweist, beruht auf den Meldungen der Tuberkulosefürsorgen der Gesundheitsämter.

Für die Statistik der **Geschlechtskrankheiten** werden die von den Ärzten aufgrund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an das Gesundheitsamt zu erstattenden Meldungen über ansteckungsfähige Erkrankungen herangezogen. Da eine Kontrolle auf Vollzähligkeit nicht erfolgen kann, ist mit einer Untererfassung unbekannter Größenordnung zu rechnen.

#### **Schwerbehinderte**

Unter Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist dabei der Gesundheitszustand, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Normale Alterserscheinungen sind daher keine Behinderungen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten.

Der Begriff "Grad der Behinderung (GdB)" bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischem Vermögen. Der in Prozenten ausgedrückte GdB ist ein allgemeiner Maßstab für den Schweregrad einer Behinderung.

### 3.2.1 Infektiöse übertragbare Krankheiten

#### 3.2.1.1 Meldepflichtige Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz

Im Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) sind die meldepflichtigen Krankheiten genannt, 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 hohe 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.

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 eine Ausbreitung wirksam verhindert wird (z.B. bei Einschleppung im Zuge von Reiseströmen).

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 Verzehrgeohnheiten und nicht angemessene Küchenhygiene angesehen.

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

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.

#### **Tuberkulose**

Erkrankungen und Tod infolge Tuberkulose der Atmungsorgane und Tuberkulose anderer Organe sind nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig. Die Erhebungen werden jährlich durchgeführt und statistisch ausgewiesen.

Immer wieder wird Tuberkulose im Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage diskutiert. Es gilt als gesichert, daß Tuberkulose häufiger in den sozial schlechter als in den besser gestellten Bevölkerungsschichten auftritt.

**Tabelle 3.15: Zugänge an aktiver Tuberkulose 1981 - 1992 in Berlin  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Jahr	Zugänge an aktiver Tuberkulose			
	absolut		je 100.000 der Bevölkerung	
	Berlin-West	Berlin-Ost	Berlin-West	Berlin-Ost
1981	1613	245	85,3	21,3
1982	1525	266	81,2	22,7
1983	1263	246	67,9	20,9
1984	1110	233	60,0	19,6
1985	1096	226	59,2	18,8
1986	914	210	48,9	17,2
1987	799	239	40,3	19,2
1988	758	216	37,0	17,0
1989	785	266	37,5	20,6
1990	763	192	35,6	15,1
1991	734	156	34,0	12,2
1992	650	208	29,9	16,1

(Quelle: SenGes)

**Tabelle 3.16: Gemeldete Tuberkulosefälle 1991 und 1992 in Berlin  
nach Lokalisation  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Tuberkulose-lokalisierung	gemeldete Tuberkulosefälle									
	insgesamt		darunter ohne Asylbewerber		Deutsche		Nichtdeutsche		Nichtdeutsche ohne Asylbewerber	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992	1991	1992
absolut										
Berlin-West										
Tuberkulose der Atemwege	627	559	576	519	425	357	202	202	151	162
extrapulmonale Tuberkulose	107	91	102	87	58	45	49	46	44	42
alle Formen	734	650	678	606	483	402	251	248	195	204
Berlin-Ost										
Tuberkulose der Atemwege	126	175	126	168	116	146	10	29	10	22
extrapulmonale Tuberkulose	30	33	30	33	23	30	7	3	7	3
alle Formen	156	208	156	201	139	176	17	32	17	25
Berlin										
Tuberkulose der Atemwege	753	734	702	687	541	503	212	231	161	184
extrapulmonale Tuberkulose	137	124	132	120	81	75	56	49	51	45
alle Formen	890	858	834	807	622	578	268	280	212	229
je 100.000										
Berlin-West										
Tuberkulose der Atemwege	29,0	25,7	26,7	23,9	22,8	19,3	67,5	62,1	50,5	49,7
extrapulmonale Tuberkulose	5,0	4,2	4,7	4,0	3,1	2,5	16,4	14,1	14,7	12,9
alle Formen	34,0	29,9	31,4	27,9	25,9	21,8	83,9	76,2	65,2	62,6
Berlin-Ost										
Tuberkulose der Atemwege	9,9	13,5	9,9	13,0	9,3	11,7	36,6	63,3	36,6	48,0
extrapulmonale Tuberkulose	2,3	2,6	2,3	2,6	1,8	2,4	25,6	6,6	25,6	6,6
alle Formen	12,2	16,1	12,2	15,6	11,1	14,1	62,2	69,9	62,2	54,6
Berlin										
Tuberkulose der Atemwege	21,9	21,2	20,4	19,8	17,4	16,3	64,9	62,2	49,3	49,5
extrapulmonale Tuberkulose	4,0	3,6	3,8	3,5	2,6	2,4	17,2	13,2	15,6	12,1
alle Formen	25,9	24,8	24,2	23,3	20,0	18,7	82,1	75,4	64,9	61,6

(Quelle: SenGes)

1992 wurden den Gesundheitsämtern in Berlin 858 (32 weniger als im Vorjahr) Tuberkuloseerkrankungen aller Formen gemeldet.

Der Anteil der Erkrankten nichtdeutscher Herkunft an der Gesamtmorbidität betrug 32,6 % (Berlin-West 38,2 %, Berlin-Ost 18,2 %).

Mit insgesamt 51 erkrankten Asylbewerbern (44 wurden in den westlichen Bezirken und 7 in den östlichen Bezirken diagnostiziert) ging die Zahl gegenüber 1991 (56 Fälle) leicht zurück.

In **Berlin-West** erkrankten 1992 650 Personen (84 weniger als im Vorjahr) an Tuberkulose. Das entsprach einer Erkrankungsziffer von 29,9 je 100.000 der Bevölkerung (1991: 34,0 je 100.000).

Der Inzidenzrückgang in den westlichen Bezirken betraf sowohl die deutsche Bevölkerung (von 25,9 je 100.000 im Jahr 1991 auf 21,8 in 1992) als auch die nichtdeutsche Bevölkerung. Die Inzidenzzahlen bei der in den westlichen Bezirken lebenden ausländischen Bevölkerung (ohne Asylbewerber) lagen 1992 bei 62,6 Erkrankten je 100.000 (1991: 65,2).

In **Berlin-Ost** wurden 1992 den Gesundheitsämtern 208 Patienten (52 mehr als im Vorjahr) mit einer Tuberkuloseerkrankung gemeldet. Die Erkrankungsziffer stieg von 12,2 je 100.000 der Bevölkerung im Jahr 1991 auf 16,1 in 1992 an. Die Zunahme war ausschließlich durch eine Erhöhung der Inzidenzzahlen innerhalb der deutschen Bevölkerung bedingt.

Bei einem Vergleich in den Berliner Bezirken stellte sich die Erkrankungsrate an Tuberkulose sehr differenziert dar. So wiesen Bezirke mit einem hohen Ausländeranteil die höchsten Inzidenzzahlen aus. In diesen Bezirken lagen auch die Erkrankungsraten der deutschen Bevölkerung höher als in Bezirken mit einem geringeren Anteil nichtdeutscher Bevölkerung. Es handelte sich hier auch im wesentlichen um Bezirke mit "schlechterem Sozialindex" (vgl. Tabelle A 3.6).

Innerhalb der Altersgruppen fiel auf, daß Tuberkulosefälle im Kindes- und jungen Erwachsenenalter insgesamt leicht angestiegen sind. Der Anstieg im Kindesalter war innerhalb der nichtdeutschen, der bei den jungen Erwachsenen innerhalb der deutschen Bevölkerung zu beobachten.

So erkrankten 1992 in den östlichen Bezirken 14 Personen in der Gruppe der 15- bis unter 25jährigen an Tuberkulose (1991: 8), dabei handelte es sich um pulmonale Manifestationen; je 100.000 der Bevölkerung erkrankten 1991 5 Personen und 1992 9. Die Erkrankten waren überwiegend junge Männer aus den großen Neubaubezirken im Ostteil der Stadt.

**Tabelle 3.17: Tuberkuloseinzidenz 1992 in Berlin nach Altersgruppen und Deutschen/Nichtdeutschen - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Tuberkuloseinzidenz					
	insgesamt		Deutsche		Nichtdeutsche	
	absolut	je 100.000 E.	absolut	je 100.000 E.	absolut	je 100.000 E.
0 - 15	38	7,0	13	2,7	25	35,3
15 - 25	78	18,6	23	8,3	55	86,6
25 - 45	276	24,6	141	14,3	135	101,2
45 - 65	265	30,6	205	25,2	60	113,1
65 und mehr	201	41,5	196	40,9	5	86,8
insgesamt	858	24,8	578	18,7	280	75,4

(Quelle: SenGes)



Seuchenhygienisch haben die **ansteckenden** Formen der Lungentuberkulose die größte Bedeutung, da nur sie für eine Weiterverbreitung in Betracht kommen.

Der Anteil der offenen Lungentuberkulosen an den Gesamttuberkulosefällen betrug 1992 in Berlin 55,5 % (1991: 51,5 %).

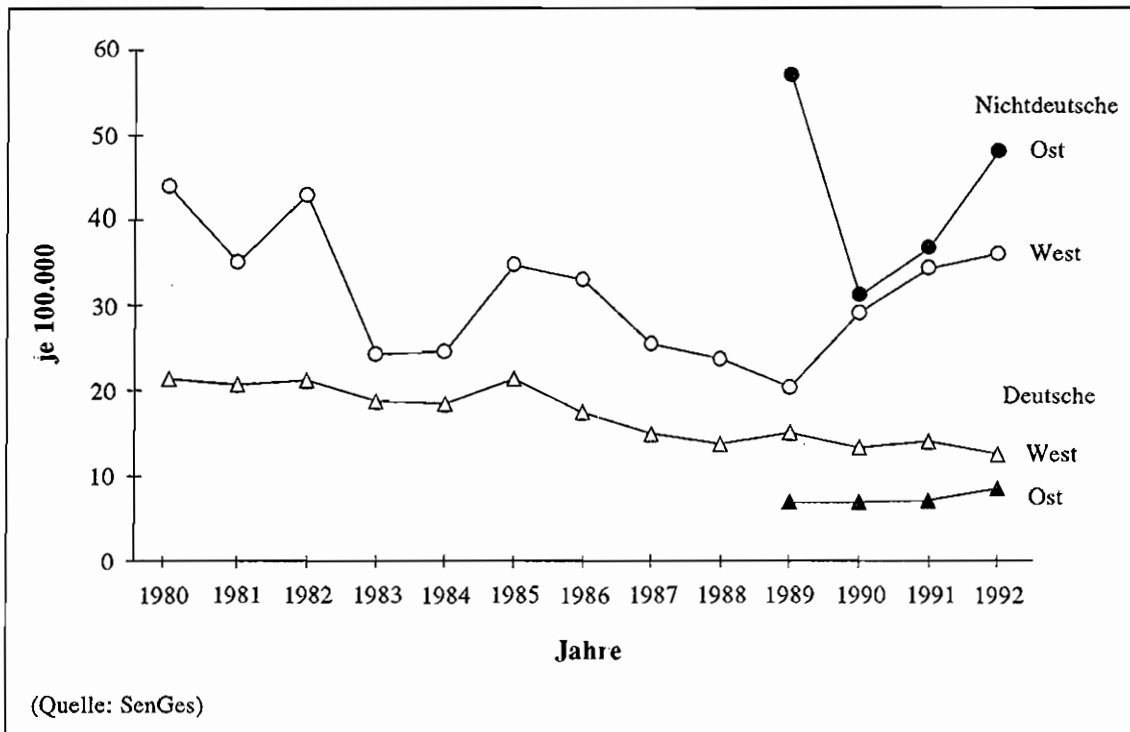
Insgesamt erkrankten 1992 337 deutsche und 139 nichtdeutsche Personen an einer offenen Lungentuberkulose (1991: 351 deutsche und 107 ausländische Personen).

Bei 219 Personen (46 %) wurden Tuberkulosebakterien durch direkten Sputumausstrich nachgewiesen, bei 257 Personen (54 %) gelang der Nachweis in sonstigem Material oder mit anderen Methoden.

Seit Beginn der achtziger Jahre ist die Zahl der Neuerkrankungen bei der deutschen Bevölkerung in Berlin-West um rund 40 % zurückgegangen. Mit 12,5 Erkrankungen je 100.000 wurde die bisher niedrigste Rate ermittelt. Die Zahl der erkrankten ausländischen Personen lag 1992 rund dreimal höher als bei den deutschen Personen, sie unterlag jedoch in den letzten zehn Jahren erheblichen Schwankungen

In den östlichen Bezirken (hier können erst ab 1989 Zahlen für erkrankte deutsche und nichtdeutsche Personen getrennt ausgewiesen werden) lag die Erkrankungsrate an offener Tuberkulose bei der deutschen Bevölkerung unter der Rate im Westteil der Stadt; seit 1990 ist jedoch ein Anstieg erkennbar. Die Erkrankungsrate der nichtdeutschen Bevölkerung lag in den östlichen Bezirken dagegen höher als in Berlin-West. Das hängt möglicherweise damit zusammen, daß sich in Berlin-Ost mehr Personen aus Ländern aufhalten, in denen die Tuberkulose noch gehäuft vorkommt.

**Graphik 3.30: Neuerkrankungen an offener Tuberkulose 1980 - 1992 in Berlin - je 100.000 der Bevölkerung**



Fast jeder Zweite, der an einer offenen Tuberkulose erkrankte, war im Alter von 15 bis unter 45 Jahren (78 % der erkrankten Nichtdeutschen und 31 % der Deutschen)

Dies ist epidemiologisch von Bedeutung, da es sich zumeist um Personen mit langen Verschleppungszeiten handelt. Die Personen haben zumeist vielfältige Umgebungskontakte und sind oft Ursache dafür, daß es im Umfeld zu Infektionen und damit weiteren "Offen-Tuberkulösen" kommt.

Mit 2,4 Erkrankten je 100 000 an einer **extrapulmonalen** Tuberkulose und einem Anteil von 13 % an der Gesamtmorbidität ist die Erkrankungsrate innerhalb der deutschen Bevölkerung nahezu konstant geblieben. Innerhalb der nichtdeutschen Bevölkerung kam es von 1991 zu 1992 zu einem Rückgang von 15,6 auf 12,1 Erkrankte je 100 000.

Wie in den Vorjahren dominierten periphere Lymphknotentuberkulose (39,5 %), Tuberkulosen des Urogenitaltraktes (24,2 %), Knochen- und Gelenktuberkulosen (14,5 %) und Tuberkulose der Meningen (4,8 %).

Ein Umschlag der Tuberkulinreaktion nach positiv zeigte sich 1992 bei 416 unter 5jährigen Kindern in Berlin-West (1991: 432).

#### Anteil der Konvertoren (je 1.000 der 0- bis unter 5jährigen) in Berlin-West

Jahr	Deutsche	Nichtdeutsche
1990	3,6	4,4
1991	4,2	3,6
1992	3,8	4,2

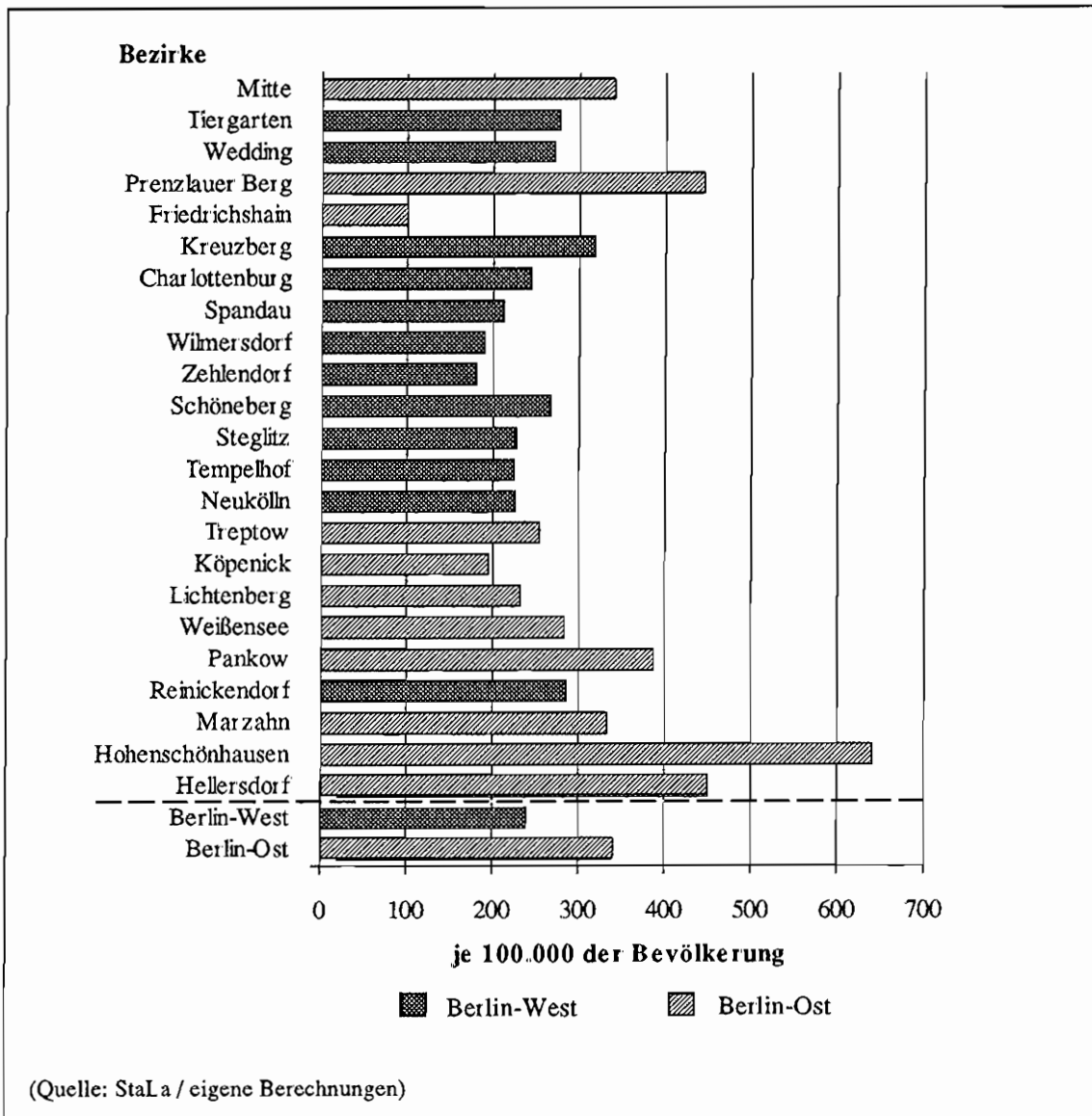
#### Sonstige meldepflichtige Krankheiten

Dank der Impfprophylaxe und der therapeutischen Erfolge haben viele meldepflichtige Infektionskrankheiten (z.B. Typhus, Poliomyelitis oder Diphtherie) hinsichtlich ihres Auftretens und ihres Verlaufes an Bedeutung verloren

Heute bestimmen vor allem infektiöse Darmerkrankungen, Hepatitis und Meningitis/Enzephalitis das Morbiditätsgeschehen der nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtigen Krankheiten.

Den Gesundheitsämtern in Berlin wurden 1992 9.687 Erkrankungen an meldepflichtigen Krankheiten (3.926 mehr als im Vorjahr) angezeigt (vgl. Tabelle A 3.7 im Tabellenanhang). Das entsprach einem Anstieg von 68 % (45 % in Berlin-West, 109 % in Berlin-Ost)

**Graphik 3.31: Meldepflichtige Krankheiten je 100.000 der Bevölkerung 1992 in Berlin nach Bezirken**



Der größte Anteil der Meldungen entfiel mit 7 971 (3 877 in den westlichen, 4 094 in den östlichen Bezirken) auf die **infektiösen Enteritiden**

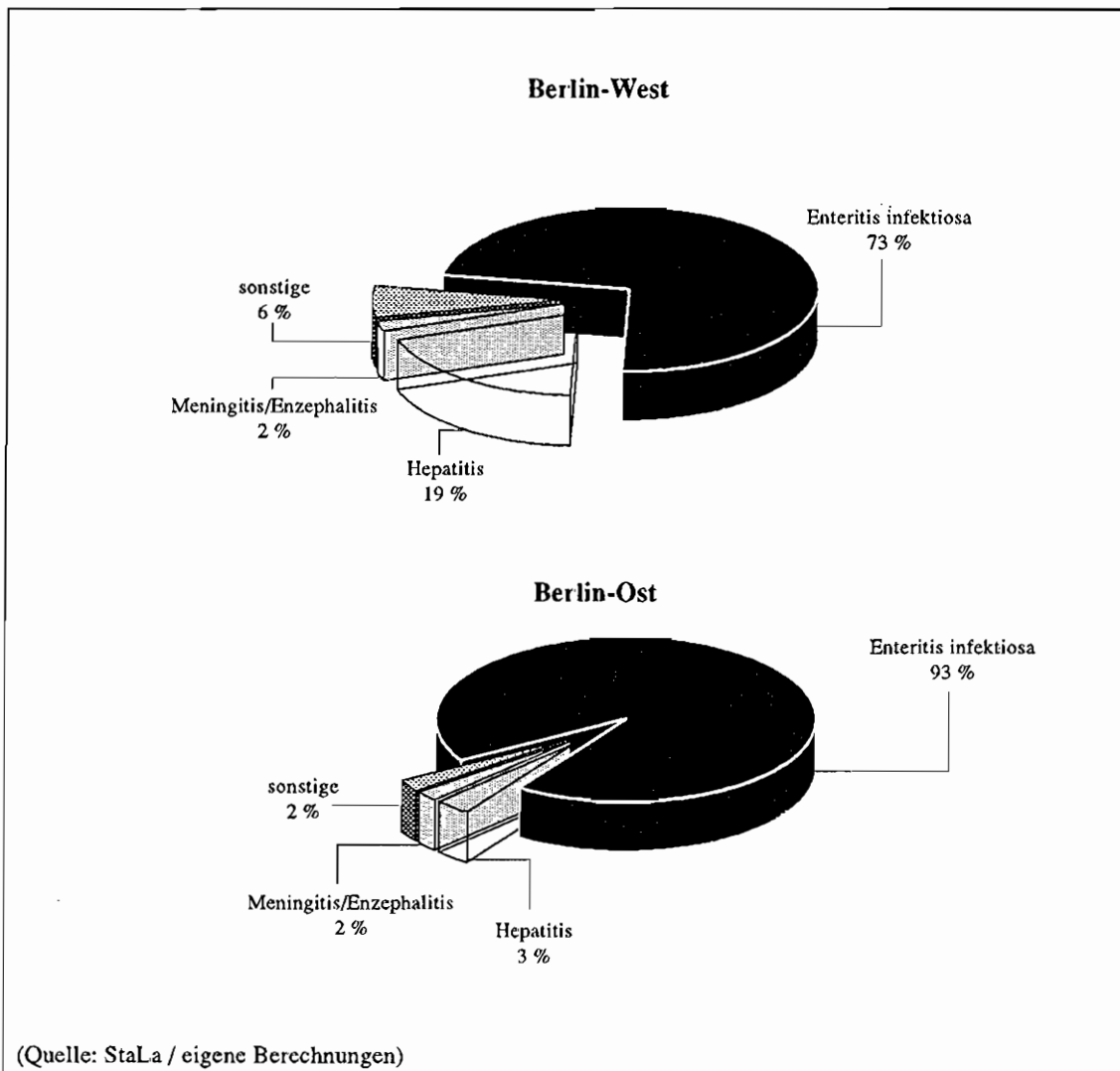
Besonders stark angestiegen sind **Salmonellenfälle**. Die Zahl der Salmonellosen erhöhte sich seit 1989 um das Vierfache. Allein von 1991 zu 1992 kam es in Berlin zu einer Zunahme der Erkrankungsfälle von 143 % (7 Personen starben 1992 an Salmonellose in Berlin)

In Berlin-West erkrankten 1992 154 je 100 000 der Bevölkerung, 93 % mehr als im Vorjahr.

Noch stärker als in den westlichen Bezirken sind Salmonellenerkrankungen im östlichen Teil Berlins angestiegen. In Berlin-Ost waren es mit 298 Erkrankten je 100.000 fast doppelt so viel; der Anstieg gegenüber 1991 betrug 211 %. Die wesentlich höheren Meldungen von Salmonellosen aus dem Ostteil der Stadt können durchaus mit einem gewissenhafteren Meldeverhalten der Ärzte/innen in Zusammen-

hang gebracht werden. Da jeder zweite Erkrankungsfall ein Kind war, können zum anderen aber auch das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Kindeinrichtungen mit einer großen Kapazität an Gemeinschaftsverpflegung und ein relativ hoher Anteil kinderreicher Familien in Neubaugebieten die höheren Erkrankungszahlen in Berlin-Ost mit beeinflussen. So lagen beispielsweise die Erkrankungsziffern je 100.000 der Bevölkerung mit 599 in Hohenschönhausen und 384 in Hellersdorf in Berlin am höchsten

**Graphik 3.32: Meldepflichtige Krankheiten 1992 in Berlin  
- in Prozent**



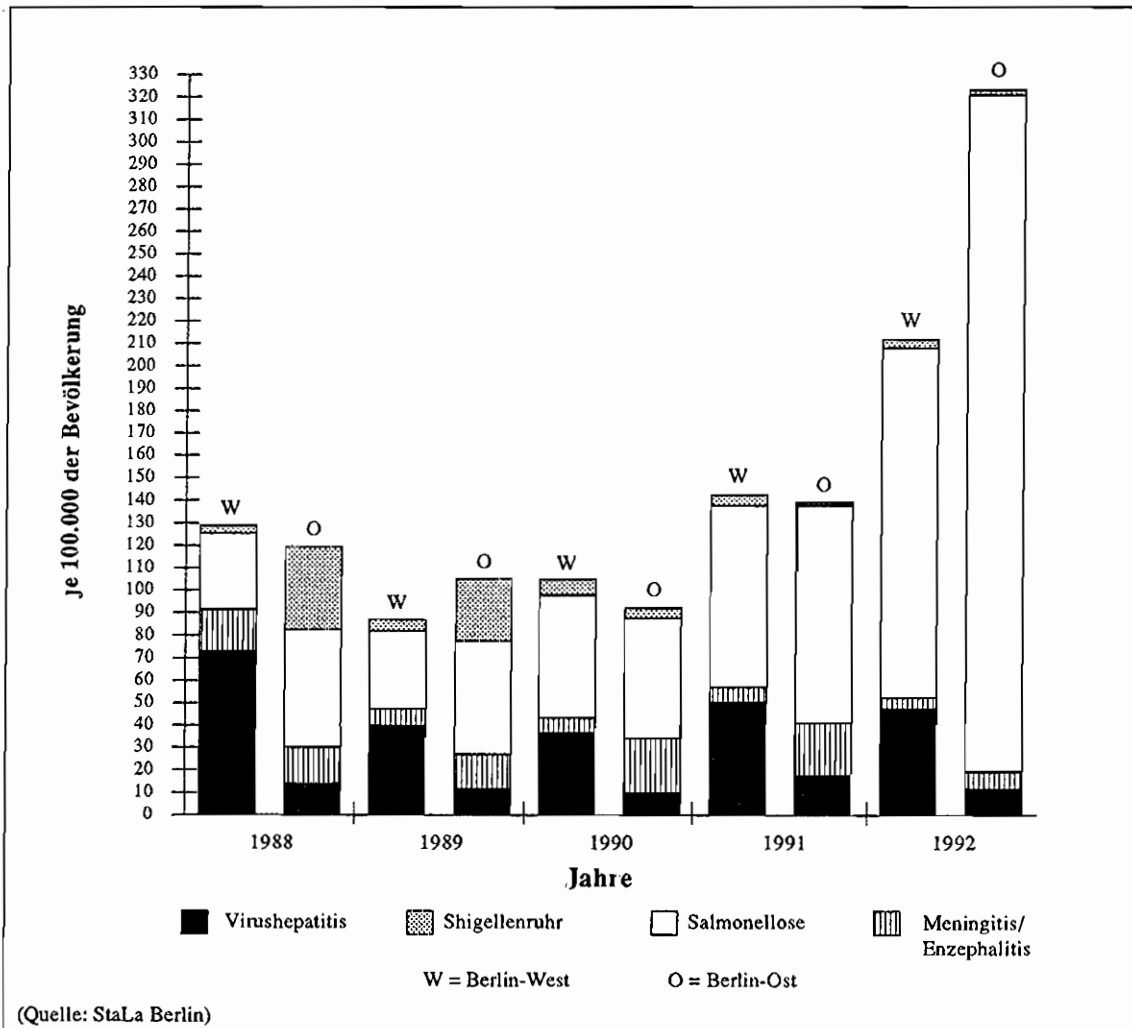
Erkrankungen an **übertragbarer Gelbsucht** nahmen 1992 mit 19 % an den Gesamtmeldungen meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten in Berlin-West den zweiten Platz ein. In den östlichen Bezirken betrug der Anteil lediglich 3 %. Mit 47 gemeldeten Erkrankungen je 100.000 der Bevölkerung lag die Ziffer in Berlin-West deutlich über der ermittelten Ziffer für die östlichen Bezirke; hier erkrankten 12 je 100.000 der Bevölkerung.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Erkrankungsrate von Hepatitis B mit 13 Fällen je 100.000 in Berlin-West und 3 Fällen je 100.000 in Berlin-Ost gleich geblieben

Hinsichtlich der Risikogruppen in der Drogenszene dürften die auffallend höheren Erkrankungszahlen in "sozioökonomischen Problembezirken" eine nicht unbedeutende Rolle spielen. So stiegen die gemeldeten Hepatitis B-Fälle in Tiergarten von 19 Fällen je 100.000 1991 auf 35 Fälle je 100 000 im Jahr 1992 an. Höher als der Durchschnitt in den westlichen Bezirken (13 je 100 000) lagen auch Kreuzberg (23 Fälle je 100.000) und Schöneberg (19 je 100.000).

Um mehr als die Hälfte sind gegenüber 1991 gemeldete Erkrankungsfälle an **Hirn- und Hirnhautentzündung** zurückgegangen. Der Rückgang ging ausschließlich zu Lasten der weniger aus den östlichen Bezirken gemeldeten Fälle.

**Graphik 3.33: Erkrankungen an ausgewählten meldepflichtigen Krankheiten 1988 - 1992 in Berlin - je 100.000 der Bevölkerung**



1992 kam es in den westlichen Bezirken zu einer Kleinraumepidemie von 83 Erkrankungen an Q-Fieber. Es erkrankten überwiegend Erwachsene (aber auch drei Kinder), die beruflich mit Schafen zu tun hatten (siehe auch 5.2.3 Tierseuchendiagnostik)

Nähere Angaben zu meldepflichtigen Krankheiten sind aus den Tabellen A 3.7 bis A 3.10 ersichtlich.

### 3.2.1.2 Geschlechtskrankheiten

Die nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953 meldepflichtigen Erkrankungen zeigen in den letzten Jahren einen starken Rückgang. Als Ursachen hierfür werden eine adäquate Therapie mit Antibiotika und die Erfolge der Aids-Prävention gesehen.

Es muß jedoch bei dieser Statistik von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden. Bei einem Vergleich mit anderen Bundesländern wird dieser Verdacht bestätigt, wenn man bedenkt, daß 1991 jede fünfte Meldung einer Geschlechtskrankheit aus Berlin kam. Auch in den neuen Bundesländern ist ein besseres Meldeverhalten erkennbar; auf Berlin und die neuen Bundesländer entfielen 63 % aller Meldungen.

**Tabelle 3.18: Gemeldete Erkrankte an Geschlechtskrankheiten 1991 in der Bundesrepublik Deutschland nach Geschlecht - je 100.000 der Bevölkerung**

Länder	Erkrankte je 100 000 der Bevölkerung		
	insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	4,6	8,0	1,3
Bayern	6,4	9,9	3,1
Berlin	77,9	117,8	41,8
Brandenburg	41,1	56,7	26,5
Bremen	26,4	33,7	19,7
Hamburg	50,5	64,1	38,1
Hessen	19,0	21,3	16,8
Mecklenburg-Vorpommern	38,8	54,9	23,7
Niedersachsen	6,7	10,1	3,5
Nordrhein-Westfalen	4,9	7,1	2,8
Rheinland-Pfalz	5,0	7,3	2,8
Saarland	3,6	6,2	1,3
Sachsen	43,9	61,6	28,2
Sachsen-Anhalt	43,8	63,4	26,0
Schleswig-Holstein	7,1	9,3	5,0
Thüringen	24,2	33,8	15,5
BR Deutschland	16,9	23,9	10,4

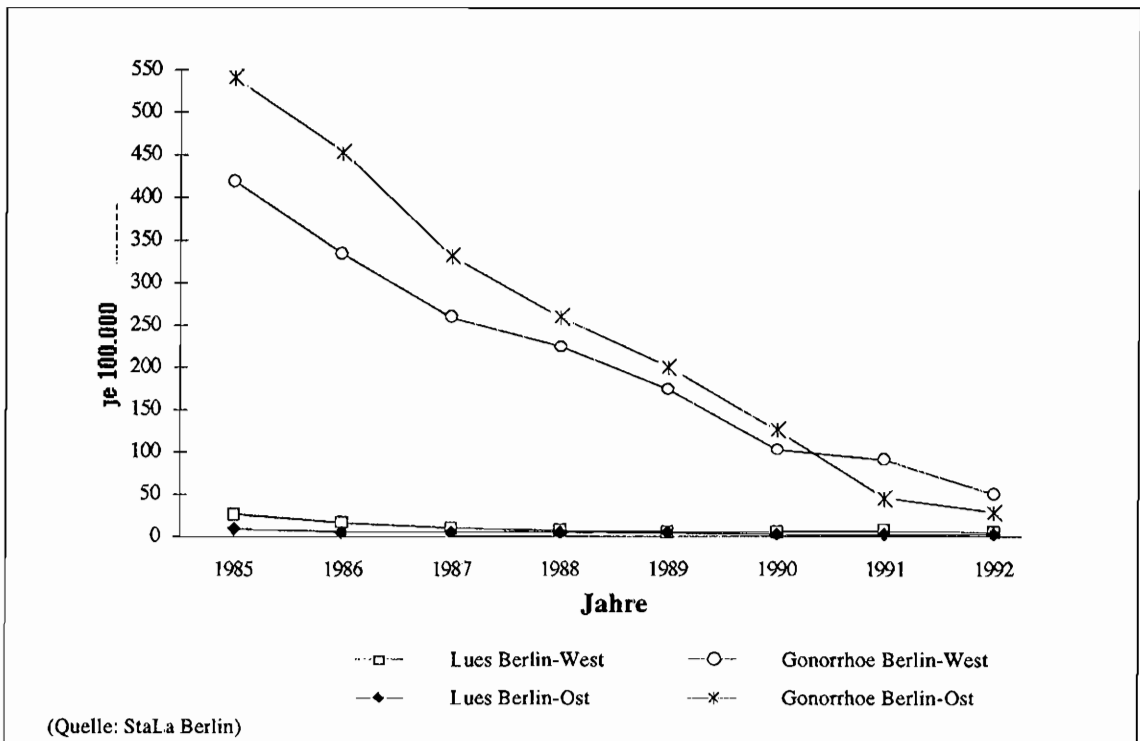
(Quelle: StaBu)

Im Jahr 1992 wurden in Berlin 1 703 Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten (72 % männlichen, 28 % weiblichen Geschlechts) registriert. Dies entsprach einer Erkrankungsziffer von 49,1 je 100.000 der Bevölkerung, 74,5 je 100.000 Männer und 26,9 je 100.000 Frauen.

In Berlin-West wurden 1992 1.312 Neuerkrankungen (766 weniger als im Vorjahr) und im Ostteil der Stadt 391 Fälle (205 weniger als 1991) gemeldet

Der Rückgang der Erkrankungszahlen war insbesondere bei der Gonorrhoe festzustellen, wie die Graphik 3.34 verdeutlicht. Insbesondere ist auf die relativ hohe Zahl der Gonorrhoe-Fälle in den östlichen Bezirken in den 80er Jahren hinzuweisen, die auf die damalige Meldepraxis zurückzuführen ist.

**Graphik 3.34: Neuerkrankungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten 1985 - 1992 in Berlin - je 10.000 der Bevölkerung**



Ein Vergleich der Erkrankungszahlen innerhalb definierter Altersgruppen macht einen Erkrankungsgipfel bei den 20- bis unter 30jährigen sichtbar. In allen Altersgruppen lag die Erkrankungsziffer je 100 000 der entsprechenden Gruppe in den westlichen Bezirken über der in Berlin-Ost.

**Tabelle 3.19: Neuerkrankungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten 1992 in Berlin nach Alter und Geschlecht**

Alter von bis unter Jahren	Erkrankungen			
	absolut		je 100.000	
	m.	w.	m.	w.
<b>Berlin-West</b>				
unter 10	3	—	2,9	—
10 - 15	2	1	4,3	2,3
15 - 20	51	37	102,6	78,3
20 - 25	205	96	249,6	120,7
25 - 30	269	81	238,4	77,7
30 - 40	281	117	150,4	72,3
40 - 50	97	35	58,1	22,4
50 - 60	46	4	31,2	2,8
60 oder mehr	5	2	3,7	0,7
zusammen 1992	939	373	91,6	32,7
1991	1491	587	145,5	51,7
<b>Berlin-Ost</b>				
unter 10	—	—	—	—
10 - 15	—	—	—	—
15 - 20	19	10	59,2	31,9
20 - 25	84	41	179,0	81,5
25 - 30	109	25	170,2	39,2
30 - 40	62	13	58,7	12,8
40 - 50	16	5	20,0	6,1
50 - 60	5	2	5,9	2,2
60 oder mehr	—	—	—	—
zusammen 1992	295	96	47,1	14,4
1991	430	166	70,5	24,8

(Quelle: StaLa Berlin)

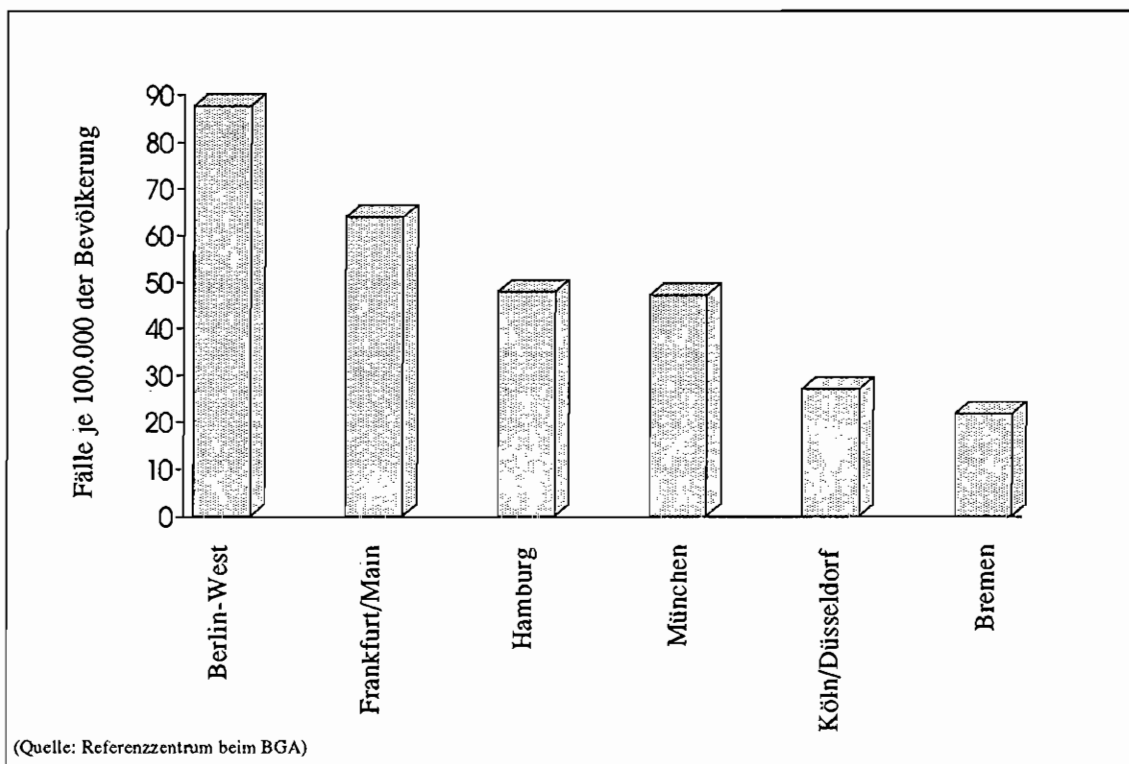
### 3.2.1.3 Aids und HIV-Infektionen

Die Immunschwächekrankheit Aids (Acquired immune deficiency syndrome), ausgelöst durch das human immune deficiency virus (HIV), hat sich zu einem bedeutenden gesundheits- und sozialpolitischen Problem (insbesondere in urbanen Ballungsgebieten) entwickelt.

Seit 1982 erfaßt das Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt (BGA) auf der Basis einer freiwilligen anonymen Berichterstattung der behandelnden Ärzte und einer Laborberichtsverordnung, die eine anonyme Meldepflicht für HIV-positive Testergebnisse vorschreibt, Aids-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland. Die Meldungen werden nach der CDC-Aids Falldefinition (Falldefinition durch den amerikanischen Centers of Disease Control) gemeldet

Bis zum 31.12.1992 sind dem Aids-Zentrum **1.974 Aids-Fälle aus Berlin** gemeldet worden, darunter 33 aus dem Ostteil der Stadt. Das entsprach einer Ziffer (kumulativ seit 1982) von 90,9 Erkrankten je 100.000 der Bevölkerung in den westlichen und 2,6 in den östlichen Bezirken. Bezogen auf die bundesweit zum selben Zeitpunkt registrierten 9.205 Aids-Fälle bedeutet dies, daß jeder fünfte an Aids Erkrankte in Berlin lebt und demzufolge auch hier versorgt wird. Der Verdoppelungszeitraum für die Zahl der Erkrankten hat sich im Berichtszeitraum auf derzeit 30 Monate verlangsamt

Graphik 3.35: Aids-Fälle in deutschen Großstädten am 30.9.1992





Die Zahl der **HIV-Infizierten**, die in Berlin leben, wird auf ca. 15.000 geschätzt. Das bedeutet, daß ca. 20 % bis 25 % der Gesamtinfizierten in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls in Berlin leben.

Noch immer sind homo- und bisexuelle Männer sowie Drogenabhängige die von der HIV-Infektion am stärksten betroffenen Gruppen. Die Anzahl derjenigen, bei denen eine Infektion über heterosexuelle Kontakte vermutet wird, steigt - wenn auch auf niedrigem Niveau - weiterhin an. Vor allem nimmt hierbei der Anteil der Frauen zu.

Unterschiede ergaben sich im Vergleich der Berliner Zahlen mit dem Bundesdurchschnitt. So lag z. B. 1992 der Anteil der an Aids erkrankten Frauen in Berlin mit 6,3 % niedriger als bundesweit mit 8,8 %. Andererseits war in Berlin der Anteil erkrankter homo- und bisexueller Männer (78,8 %) höher als im Bundesdurchschnitt (68,9 %).

Ein heterosexuelles Infektionsrisiko hatten in Berlin 2,9 % der Erkrankten; bundesweit waren es 5,1 %.

Bis Ende 1992 starben in Berlin 982 Personen an Aids, davon 19 Patienten in den östlichen Bezirken; inzwischen ist die Zahl auf über 1.000 angestiegen

Berlin verfügt über eine bundesweit sehr gute Infrastruktur, bestehend aus Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeprojekten im Selbsthilfebereich, Beratungsstellen der Gesundheitsämter, niedergelassenen Schwerpunktpraxen, spezialisierten Sozialstationen, Tageskliniken, Schwerpunktkrankenhäusern und einem landesweiten Angebot an HIV-Ambulanzen und Präventionsprogrammen für junge Menschen (vgl. Kapitel 4)

### 3.2.2 Bösartige Neubildungen

Krebserkrankungen sind - wie auch bundesweit - mit 21 % die zweithäufigste Todesursache in Berlin. Nach Angabe des Gemeinsamen Krebsregisters der neuen Länder und Berlin erkranken derzeit schätzungsweise jährlich 15.000 Personen in Berlin an Krebs.

Eine Hauptaufgabe ist es, die Ursachen und die Ausbreitung bösartiger Neubildungen zu untersuchen. Zu den wichtigsten Instrumenten der Krebs epidemiologie zählen bevölkerungsbezogene Krebsregister, die ein bedeutendes Mittel zur Erreichung einer verbesserten Krebsbekämpfung darstellen. Mit Hilfe von epidemiologischen Krebsregistern ist es u. a. möglich, eine adäquate Ursachenforschung zu betreiben, einen Überblick über jährlich auftretende Krebsfälle (Inzidenz) zu geben und Angaben über die Zahl aller vorhandenen Krebspatienten (Prävalenz) zu machen.

Die Daten erlauben darüber hinaus die Ermittlung von Überlebensraten und -chancen. Außerdem wird eine frühzeitige Erkennung von Änderungen in der Erkrankungshäufigkeit in bestimmten Regionen oder in der Entdeckung von Häufungen von Erkrankungsfällen (Cluster) im Vergleich mit anderen Regionen möglich. Dieser Bedarf ist gerade in jüngster Zeit offenkundig geworden, wenn der Verdacht von Krebshäufungen in bestimmten Gebieten mangels entsprechender Registerdaten weder bestätigt noch entkräftet werden kann.

In der ehemaligen DDR (einschließlich des Ostteils von Berlin) bestand seit 1953 eine Meldepflicht über jede Krebserkrankung und jeden Todesfall einer an Krebs erkrankten Person.

Mit dem Einigungsvertrag entfiel die Rechtsgrundlage für den Erhalt der im "Nationalen Krebsregister" der DDR gesammelten rund 2,1 Mio. Daten ebenso wie für die Fortdauer der Registrierung. Außerdem endete mit dem 31.12.1991 die Trägerschaft für dieses Register, das Teil des Forschungsinstitutes Berlin-Buch und somit Teil der Akademie der Wissenschaften war.

Da ein gemeinsames Interesse der neuen Länder und Berlin bestand, dieses Register zu erhalten, und sich auch der Wissenschaftsrat im Rahmen seiner Begutachtung sowie internationale Gremien für den Erhalt aussprachen, wurde zunächst zwischen dem Bund, den neuen Bundesländern und Berlin ein zum 1.1.1992 in Kraft getretenes Verwaltungsabkommen geschlossen, das die Daten vor unbefugtem Zugriff oder der Vernichtung sicherte.

Mit dem Verwaltungsabkommen übernahmen die neuen Länder und Berlin die Trägerschaft einschließlich der Fach- und Rechtsaufsicht für diese, nun "Gemeinsames Register" genannte, Einrichtung. Das Bundesgesundheitsamt fungierte als im Auftrag der Bundesländer handelndes Organ ("Organleihe").

Mit dem zu Beginn des Jahres 1993 in Kraft getretenen Krebsregistersicherungsgesetz wurde das Verwaltungsabkommen abgelöst. Die Länder haben - wie zur Laufzeit des Verwaltungsabkommens - die Fach- und Rechtsaufsicht; das Bundesgesundheitsamt wird weiter als "Organ" ausgeliehen. Das Gesetz - mit einer Laufzeit von zwei Jahren - hat die Aufgabe, die vorhandenen Daten nach datenschutzrechtlichen Vorgaben aufzubereiten, so daß diese genutzt und unter bestimmten Voraussetzungen für Auswertungszwecke auch abgegeben werden können. Andererseits ist es möglich, nach vorheriger Einwilligung der Patienten, eine Registrierung (in Berlin für die östlichen Bezirke) fortzuführen.

### Inzidenz und Entwicklung bösartiger Neubildungen in Berlin-Ost

Für die Gesundheitsberichterstattung stehen aggregierte Daten über Krebserkrankungen in Berlin-Ost bis 1989 zur Verfügung (Quelle: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin). Diese Daten sind wegen ihres fast vollständigen Erfassungsgrades (ca. 95 %) von hoher Qualität und bieten eine verlässliche Darstellung der Inzidenzentwicklung bösartiger Neubildungen.

Der bekannte Trend, Anstieg der Inzidenzraten in der ehemaligen DDR seit den 60er Jahren, setzte sich auch in den Jahren von 1987 bis 1989 weiter fort. Die in diesem Zeitraum in Berlin-Ost beobachteten Häufigkeiten bösartiger Neubildungen aller Lokalisationen lassen sich insgesamt mit denen in der ehemaligen DDR vergleichen. Dabei ergab ein statistischer Test, daß die beobachteten Inzidenzen von 393,4 je 100.000 bei den Männern und 313,1 bei den Frauen statistisch signifikant über denen für die gesamte ehemalige DDR (363,0 bzw. 275,0) ( $p = 5\%$ ) lagen.

Nur wenige Krebslokalisationen bestimmen den größten Teil der Inzidenzzahlen. Nachfolgende **Einzeldiagnosen** werden deshalb ausführlicher beschrieben, weil sie häufig auftreten und weil sie durch Präventions- und andere gesundheitspolitische Maßnahmen, aber auch durch Änderung des individuellen Verhaltens in vielen Fällen vermeidbar wären.

Bei 969 (56 %) der 1989 an Krebs erkrankten 1.736 männlichen Personen traten bösartige Neubildungen der Lunge, des Dick-/Mastdarmes, der Prostata, des Magens und des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes auf.

1.168 (51 %) der 2.278 an Krebs erkrankten Frauen hatten eine bösartige Neubildung der Brustdrüse (24 %), des Dick-/Mastdarmes, des Gebärmutterhalses und der Lunge.

**Tabelle 3.20: Inzidenz ausgewählter Krebsarten 1987 - 1989 in Berlin-Ost nach Geschlecht**

Krankheit	Erkrankte						je 100.000 E. 1987 - 1989 1)	
	1987		1988		1989		m	w
	m	w	m	w	m	w		
Bösartige Neubildungen (ICD 140-208)	1815	2431	1860	2404	1736	2278	393,4	313,1
darunter								
Magen (ICD 151)	141	161	134	150	107	122	28,8	17,2
Dick-/Mastdarm (ICD 153-154)	202	320	246	324	176	298	46,7	37,4
Lunge (ICD 162)	357	141	421	159	383	153	86,7	20,2
Brust (ICD 174)	-	544	-	545	-	537	-	75,8
Gebärmutterhals (ICD 180)	-	174	-	165	-	180	-	24,4
Prostata (ICD 185)	185	-	171	-	185	-	42,6	-
Lymphatisches und hämato- poetisches Gewebe (ICD 200-208)	128	129	117	138	118	126	25,4	17,4

1) direkte Altersstandardisierung an der "europäischen Standardbevölkerung"

(Quelle: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin)

Bei beiden Geschlechtern nahm der **Magenkrebs** in der ehemaligen DDR einen vorderen Platz in der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik ein. Seit Beginn der 60er Jahre wurde jedoch eine stetige Abnahme (bei den Männern durchschnittlich 2,7 %, bei den Frauen 2,8 %) beobachtet.

Das Maximum der altersspezifischen Inzidenz liegt in der Gruppe der 75- bis unter 80jährigen

Die alterstandardisierte Inzidenzrate lag bei den Männern mit 28,8 je 100.000 deutlich höher als die der Frauen mit 17,2 (ehemalige DDR 30,8/15,9)

In der ehemaligen DDR war in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein kontinuierlicher Anstieg von **Dick- und Mastdarmkrebs** zu beobachten. Ab Mitte der 80er Jahre scheint jedoch ein Niveau erreicht zu sein, das mit einer "Steady-State-Situation" beschrieben werden kann. Die absoluten Erkrankungshäufigkeiten der Jahre 1987 bis 1989 in den östlichen Bezirken Berlins belegen diese Aussage. Während bei den erkrankten Männern in Berlin-Ost im Vergleich mit den DDR-Raten kein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden konnte, lagen die erkrankten Frauen gesichert mit 37,4 je 100.000 über der DDR-Erkrankungsrate (35,2)

Die absoluten Zahlen der erkrankten männlichen Personen an **Lungenkrebs** ließen in den vergangenen Jahren (verbunden mit einer hohen Inzidenz von 86,7 je 100.000) keine wesentlichen Veränderungen erkennen. Analog dazu, allerdings auf bedeutend niedrigerem Niveau (20,2 je 100.000), lassen sich die Beobachtungsdaten für die Frauen interpretieren.

Die Maxima altersspezifischer Inzidenzen haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren bei beiden Geschlechtern deutlich in die höheren Altersgruppen verschoben (1968 - 1972 bei 70 Jahren, 1983 - 1987 bereits bei 75 Jahren)

Deutlich höher lag die Lungenkrebshäufigkeit bei den Frauen in Berlin-Ost (20,2 je 100 000) im Vergleich mit der ehemaligen DDR (10,6 je 100.000). Eine nahezu ähnlich hohe Lungenkrebsinzidenz bei Frauen wurde jedoch in allen anderen Großstädten in der ehemaligen DDR beobachtet. Die Inzidenzraten bei den Männern befanden sich etwa auf gleichem Niveau (86,7 je 100 000 in Berlin-Ost, 84,4 je 100 000 der ehemaligen DDR).

In jüngster Vergangenheit wurde in allen hochindustrialisierten Ländern ein Anstieg der **Brustkrebshäufigkeit** festgestellt. Wegen des kleinen Beobachtungsintervalls von nur drei Jahren ist ein Anstieg in Berlin-Ost jedoch nicht erkennbar, die vorliegenden Häufigkeiten sprechen eher für ein gleichbleibendes Niveau. Deutlich höher lag jedoch die errechnete, statistisch gesicherte Inzidenz an Brustkrebs bei den Frauen in Berlin-Ost (75,8 je 100 000) gegenüber der Rate für die ehemalige DDR (65,5).

Durch eine verbesserte Früherkennung aufgrund der Einführung entsprechender Screening-Programme war ein deutlicher Rückgang des **Zervixcarzinoms** zu beobachten. Die mittlere jährliche Abnahme betrug seit 1968 2,8 %. Es fiel auf, daß das bis Anfang der 70er Jahre beobachtete Maximum der altersspezifischen Inzidenz von 45 bis 50 Jahren zu Beginn der 80er Jahre bereits mit 30 Jahren erreicht und bis zum 75. Lebensjahr, allerdings auf wesentlich niedrigerem Niveau, beibehalten wurde.

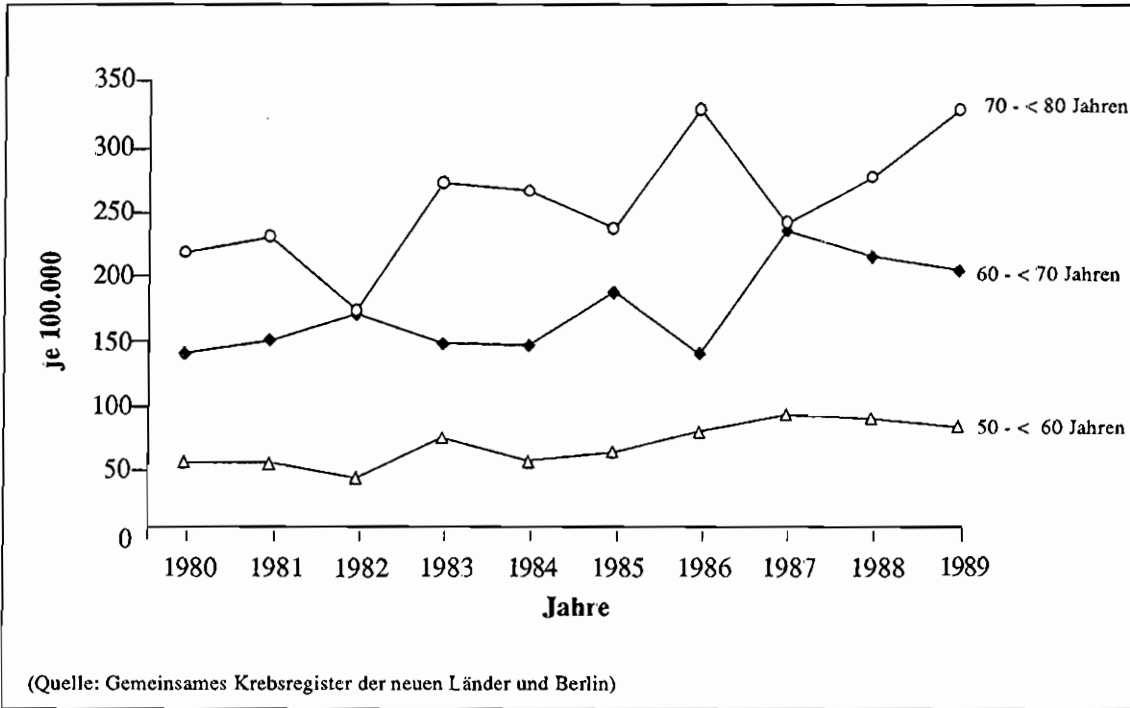
**Prostatakrebs** gehörte in der ehemaligen DDR zu jenen Krebsarten, die seit den 60er Jahren deutlich zunahm. Der jährliche Anstieg betrug seit 1968 im Mittel 3,1 %. Die für Berlin-Ost errechnete Inzidenzzahl mit 42,6 Erkrankten je 100 000 lag statistisch gesichert über der entsprechenden für die gesamte DDR mit 36,5 je 100.000.

Keine verbindliche Einschätzung konnte für die Entwicklung von bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes für die östlichen Bezirke Berlins gegeben werden, da die einzelnen, in dieser Gruppe zusammengefaßten Lokalisationen gegenläufige Trends erkennen ließen.

Während ein Vergleich der Inzidenzraten bei den Männern zwischen Berlin-Ost und der ehemaligen DDR keine signifikanten Unterschiede (2,54 zu 2,24) brachte, lag die Rate bei den Frauen mit 1,74 je 100.000 signifikant über der für die gesamte ehemalige DDR (1,55) ( $p = 5,5$ ).

Der **Nieren- und Harnblasenkrebs** bei Männern bekommt eine besondere Aufmerksamkeit, weil seine Ursachen (Exposition verschiedener Noxen, Rauchen etc.) bekannt sind und weil er trotz dieser Kenntnisse weiterhin zunimmt.

**Graphik 3.36: Altersspezifische Inzidenz des Nieren- und Harnblasenkrebses (ICD-Nrn 188-189) bei Männern 1980 - 1989 in Berlin-Ost - je 100.000 der männlichen Bevölkerung**



Die Inzidenzentwicklung des Nieren- und Harnblasenkrebses bei Männern in Berlin-Ost ließ sich von 1980 bis 1989 durch einen signifikanten Anstieg charakterisieren. Diese Feststellung gilt für alle definierten Altersgruppen.

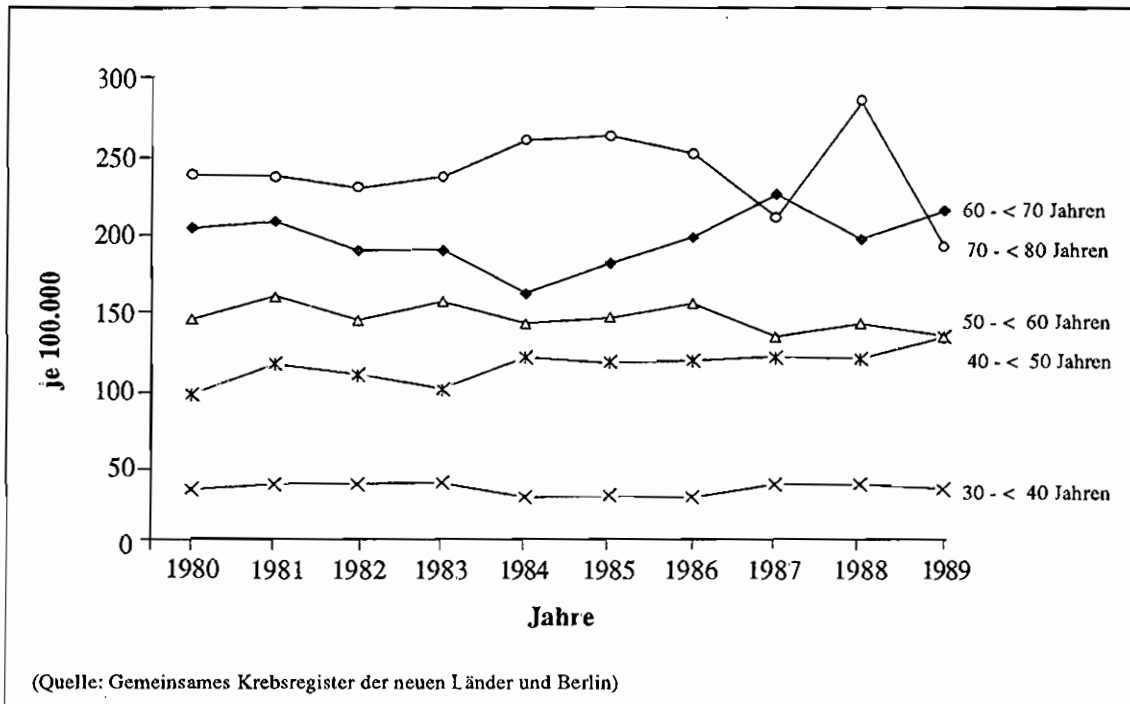
Zusätzlich konnte anhand der Daten jedes Berichtsjahres für Männer mit fortschreitendem Lebensalter eine steigende Wahrscheinlichkeit für einen Nieren- und/oder Harnblasenkrebs abgelesen werden.

Die Empfehlung der WHO aus dem Jahr 1973, die morphologische Definition des "Papilloms" des Nierenbeckens und der ableitenden Harnwege einzuengen, wurde zunehmend auch in der ehemaligen DDR angewandt und führte zu einer Verschiebung der Grenzziehung zugunsten der papillaren Karzinome. Dieser Umstand sollte bei der Interpretation des Anstieges des Nieren- und Harnblasenkrebses in den Jahren 1987 bis 1989 berücksichtigt werden.

Insgesamt nimmt der **Brustkrebs** in den letzten Jahren in vielen Industrieländern zu. Mit jährlich rund 550 Neuerkrankungen (24 %) und 220 Todesfällen (15,3 % aller gemeldeten Fälle) belegten z.B. bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse sowohl bei den Neuerkrankungen an Krebs als auch bei den Todesfällen an Brustkrebs erkrankter Frauen in Berlin-Ost Rangplatz 1.

Eine besonders hohe Bedeutung hat der Brustkrebs bei jüngeren Frauen. Für Berlin-Ost ließ sich ein Anstieg des Brustkrebses nur sehr eingeschränkt nachweisen.

**Graphik 3.37: Altersspezifische Inzidenz des Brustkrebses (ICD-Nr. 174) bei Frauen 1980 - 1989 in Berlin-Ost**  
- je 100.000 der weiblichen Bevölkerung



Es muß vor allem zwischen den altersspezifischen Risiken im Berichtszeitraum von 1980 bis 1989 unterschieden werden. Bei Frauen der Altersgruppen von 30 bis unter 40 Jahren, 60 bis unter 70 Jahren und bei den 70- bis unter 80jährigen kann von einem nahezu gleichbleibenden Niveau ausgegangen werden. Ein für die Altersgruppe der 50- bis unter 60jährigen vorliegender Rückgang der Inzidenzraten verfehlte nur knapp eine statistische Sicherung. Signifikant dagegen ist der steile Anstieg der Erkrankungsraten bei den 40- bis unter 50jährigen Frauen.

Die allgemein bekannte Zunahme des Brustkrebsrisikos mit fortschreitendem Lebensalter bestätigte sich für jedes Berichtsjahr.

### 3.2.3 Straßenverkehrsunfälle in Berlin

Die Zahlen über die im Straßenverkehr verunglückten Personen stellen einen Maßstab für die Verkehrssicherheit dar.

Im Jahr 1992 wurden in Berlin 169.247 Straßenverkehrsunfälle registriert; dies entsprach einer Zunahme von 6,1 % gegenüber 1991.

Davon entfielen auf die westlichen Bezirke 112.540 registrierte Verkehrsunfälle; im Vergleich zum Vorjahr kam es zu einem Anstieg von 1,9 %.

Im Straßenverkehr verunglückten im Westteil der Stadt 1992 insgesamt 15.066 Personen, davon 109 tödlich.

**Tabelle 3.21: Straßenverkehrsunfälle und verunglückte Personen 1989 - 1992 in Berlin**

Unfälle/ Verunglückte	1989	1990	1991	1992	1992 zu 1991 in %
Berlin-West					
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	101904	113263	110422	112540	1,9
Verunglückte insgesamt	14816	15902	13839	15066	8,9
darunter					
Getötete	109	111	101	109	7,9
Schwer-/Leichtverletzte	14707	15791	13738	14957	8,9
Berlin-Ost					
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	10669	23509	49123	56707	15,4
Verunglückte insgesamt	2656	4920	6847	6930	1,2
darunter					
Getötete	86	115	97	75	-22,7
Schwer-/Leichtverletzte	2570	4805	6750	6855	1,6
Berlin					
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	112573	136772	159545	169247	6,1
Verunglückte insgesamt	17472	20822	20686	21996	6,3
darunter					
Getötete	195	226	198	184	-7,1
Schwer-/Leichtverletzte	17277	20596	20488	21812	6,5

(Quelle: StaLa Berlin)

In den **östlichen** Bezirken stieg die Zahl der registrierten Verkehrsunfälle 1992 auf 56.707 an; dies bedeutet gegenüber 1989 - u.a. auch aufgrund der erheblichen Zunahme des Verkehrsaufkommens - eine Verfünfachung der Verkehrsunfälle. Die Zahl der tödlich Verunglückten (1992: 75) ist zwar gegenüber dem Vorjahr um 22,7 % zurückgegangen, hatte jedoch im Jahr 1990 mit 115 Getöteten den bisherigen Höchststand

Einen Indikator zur Beurteilung von altersspezifischen Gefährdungen im Straßenverkehr bietet u.a. die Beschreibung der verunglückten Personen in den Altersgruppen der unter 15- und über 65jährigen, da sie vermutlich häufiger als andere einen Unfall in der Nähe ihres Wohnortes haben und außerdem als besonders gefährdet gelten.

Nahezu jede zweite (46 %) der 109 Personen, die 1992 in Berlin-West durch Straßenverkehrsunfälle ums Leben kamen, war über 65 Jahre alt. 7 % der tödlich Verunglückten waren Kinder. Insgesamt waren 9,5 % (1.424) der in den westlichen Bezirken verunglückten Personen jünger als 15 Jahre und 6,0 % (902) älter als 65 Jahre

**Tabelle 3.22: Im Straßenverkehr verunglückte Personen unter 15 und ab 65 Jahren 1990 - 1992 in Berlin**  
- absolut und je 10.000 der Bevölkerung

Verunglückte	1990		1991		1992	
	absolut	je 10 000 Einw.	absolut	je 10 000 Einw.	absolut	je 10 000 Einw.1)
Berlin-West						
unter 15 Jahre	1698	60,5	1444	48,9	1424	48,2
65 Jahre und mehr	1039	28,3	837	24,1	902	25,9
Berlin-Ost						
unter 15 Jahre	646	25,5	1086	43,3	1093	43,6
65 Jahre und mehr	308	22,4	347	25,3	343	25,0
Berlin						
unter 15 Jahre	2344	43,9	2530	46,3	2517	46,1
65 Jahre und mehr	1347	26,7	1184	24,4	1245	25,7

1) berechnet auf der Grundlage der durchschnittlichen Bevölkerung 1991

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

In den östlichen Bezirken waren demgegenüber 21,3 % der 75 tödlich verunglückten Personen älter als 65 Jahre. Die Zahl der tödlich verunglückten Kinder an der Gesamtzahl der Getöteten lag mit 14,7 % doppelt so hoch wie im Westteil der Stadt. Der Anteil der im Kindesalter Verunglückten betrug in den östlichen Bezirken 15,8 %, der Anteil der Verunglückten über 65 Jahre 4,9 %.

Immer häufiger werden Fußgänger und Fahrradfahrer in schwere Unfälle verwickelt.

In den westlichen Bezirken betrug 1992 der Anteil der verunglückten Fußgänger an den Gesamtverunglückten 16,3 % (2.461). Jeder vierte (647, 26,3 %) verunglückte Fußgänger war jünger als 15 Jahre, fast jeder Fünfte (427, 17,5 %) älter als 65 Jahre.

Die Zahl der ums Leben gekommenen Fußgänger hat sich gegenüber dem Vorjahr zwar um 12 % verringert, trotzdem stellt der Anteil von 40 % an den insgesamt tödlich Verunglückten eine traurige Bilanz dar. **Nahezu jede zweite im Straßenverkehr tödlich verunglückte Person war älter als 65 Jahre.**

Noch höher als bei den Fußgängern lag der Anteil der verunglückten Radfahrer. Jeder vierte Verunglückte (3.743) in Berlin-West hatte einen Unfall mit dem Fahrrad. Dabei handelte es sich überwiegend um Personen im jüngeren Erwachsenenalter, jede neunte war unter 15 Jahre.

**Tabelle 3.23: Im Straßenverkehr verunglückte Fußgänger und Fahrradfahrer unter 15 Jahren 1991 und 1992 in Berlin**  
- absolut und je 10.000 der Bevölkerung

Berlin	1991 Verunglückte unter 15 Jahren				1992 Verunglückte unter 15 Jahren			
	Fußgänger		Fahrradfahrer		Fußgänger		Fahrradfahrer	
	absolut	je 10 000 E.	absolut	je 10.000 E.	absolut	je 10.000 E. 1)	absolut	je 10.000 E. 1)
Berlin-West	634	21,5	435	14,7	647	21,9	476	16,1
Berlin-Ost	512	20,4	276	11,0	502	20,0	328	13,1
Berlin	1146	21,0	711	13,0	1149	21,0	804	14,7

1) berechnet auf der Grundlage der durchschnittlichen Bevölkerung 1991

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)



In den östlichen Bezirken verunglückten 1992 1.440 Fußgänger. Der Anteil an den Gesamtverunglückten betrug 20,8 %.

Deutlich höher als in den westlichen Bezirken lag der Anteil der verunglückten Fußgänger unter 15 Jahre (502, 34,9%). Der Anteil der als Fußgänger verunglückten älteren Personen lag demgegenüber niedriger (178, 12,4 %) als in Berlin-West

39 (52,0 %) der 75 Personen, die in Berlin-Ost tödlich verunglückten, waren Fußgänger. Darunter befanden sich 7 Kinder (17,9 %) und 15 Personen (38,5 %), die älter als 65 Jahre alt waren

Mit dem Fahrrad verunglückten in den östlichen Bezirken 1.226 Personen (17,7 % der Gesamtverunglückten). Mit 328 verunglückten Radfahrern unter 15 Jahren (26,8 %) lag der prozentuale Anteil doppelt so hoch wie in den westlichen Bezirken.

Bezogen auf je 10 000 Einwohner im Alter von unter 15 Jahren ist 1991 und 1992 die Zahl der verunglückten Fußgänger dieser Altersgruppe in beiden Stadthälften nahezu konstant geblieben, während bei den verunglückten Radfahrern unter 15 Jahren jeweils ein Anstieg zu verzeichnen war.

### 3.2.4 Berufskrankheiten (BK) 1992

Die Zahl der 1992 in Berlin neu gemeldeten Berufskrankheiten-Verdachtsfälle ist mit insgesamt 1.166 Anzeigen gegenüber dem Vorjahr (1.094) leicht angestiegen. Der Trend zu höheren BK-Zahlen, wegen drastisch abgesunkener Neumeldungen aus den östlichen Bezirken nicht so stark ausgeprägt, entspricht der bundesweiten Entwicklung.

Bei den im Berichtsjahr erstmals gemeldeten Neuerkrankungen spielten Erkrankungen der Wirbelsäule eine bemerkenswerte Rolle. Neben den wenigen Fällen, die noch als DDR-Alterkrankungen (Eintritt des Versicherungsfalls vor dem 1.1.1992) unter der BK-Ziffer 70 der BK-Liste der ehemaligen DDR zu bearbeiten waren, wurde bereits eine größere Zahl von Meldungen vorgelegt, die im Vorgriff auf die zum 1.1.1993 in die BK-Liste neu aufgenommenen Berufskrankheiten der Wirbelsäule durch Heben und Tragen schwerer Lasten (BK-Nrn 2108 und 2109) ausgestellt wurden und 1992 noch wie eine Berufskrankheit gemäß § 551 Absatz 1 RVO zu bearbeiten waren. Insgesamt wurden 1992 97 derartige Erkrankungen der Wirbelsäule angezeigt. Damit lagen Wirbelsäulenerkrankungen bereits vor ihrer Aufnahme in die Liste hinter Hautkrankheiten (BK-Nr. 5101), Lärmschäden (BK-Nr. 2301) und asbestbedingten Krankheiten (BK-Nrn 4103 bis 4105) bei den neu angezeigten Fällen auf dem vierten Rang. Da Wirbelsäulenerkrankungen gemäß Artikel 2 Absatz 2 der 2. ÄVO zur BeKV vom 18.12.1992 auch rückwirkend anerkannt werden können (Eintritt des Versicherungsfalls nach dem 31.3.1988), ist in den nächsten Jahren mit einer großen Zahl von Meldungen (Altfälle) zu rechnen, die die gewerbeärztlichen Kapazitäten in einem nicht unerheblichen Umfang binden werden.

Die Betrachtung der im Berichtsjahr mit gewerbeärztlichem Gutachten nach § 7 Absatz 2 BeKV abgeschlossenen BK-Fälle zeigte die aus den Vorjahren bekannte Reihung in der Häufigkeit der Krankheitsarten:

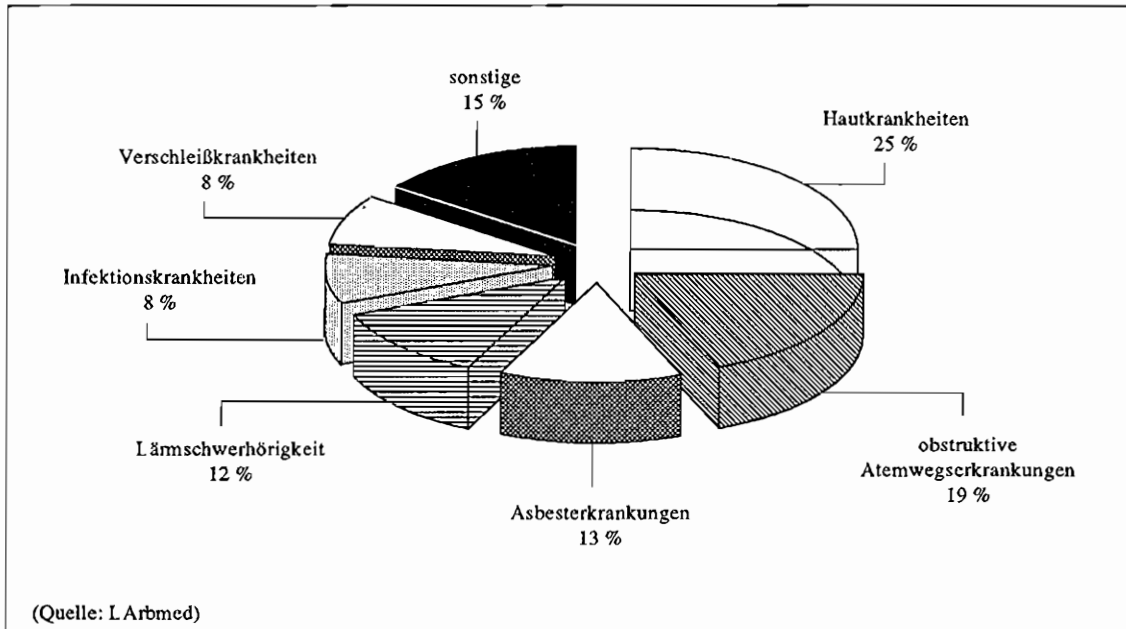
#### Rangfolge der Inzidenz von Berufskrankheiten 1992 in Berlin

Berufskrankheit	begutachtete Fälle		berufsbedingte Fälle	
	Rang	absolut	Rang	absolut
Hautkrankheiten (5101)	1	213	1	162
Obstruktive Atemwegserkrankungen (4301/4302)	2	167	2	101
Asbestkrankungen (4103-4105)	3	112	3	95

Lärmschwerhörigkeit (2301)	4	104	4	81
Infektionskrankheiten (3101)	5	69	5	47
Verschleißkrankheiten (2101-2107)	5	69	6	36

Der Anteil dieser sechs BK-Ziffern betrug 85 % aller im Berichtszeitraum abgeschlossenen und einer BK-Nummer zuzuordnenden Fälle.

**Graphik 3.38: Begutachtete BK-Fälle in Berlin 1992  
nach Krankheitsart  
- in Prozent**



Auffällig war, wie bereits in den Vorjahren beobachtet, eine starke Abnahme der in die Begutachtung gelangten Berufskrankheiten aus den östlichen Bezirken der Stadt.

Während 1989 noch 392 Fälle aus Berlin-Ost abgeschlossen wurden, reduzierten sich die Erkrankungsfälle im Jahr 1990 auf 361, 1991 auf 168 und 1992 auf 61. Die Quote der von den Gewerbeärzten als berufsbedingt eingestuftem Fälle hat sich jedoch nicht wesentlich verändert (1992: 67 %). Deshalb kann auch nicht angenommen werden, daß die geringeren Fallzahlen durch eine Beschränkung der Meldungen auf die tatsächlich begründeten Verdachtsfälle verursacht wurden.

Der Rückgang der Fallzahlen aus dem Ostteil der Stadt betraf gleichermaßen Erkrankungen, die auf noch aktuelle Einwirkungen zurückzuführen sind (Infektionskrankheiten, Hautkrankheiten, Asthmaerkrankungen) und Erkrankungen, die eher durch zurückliegende Einwirkungen verursacht wurden (asbestbedingte Erkrankungen, Lärmschwerhörigkeit). Es ist nicht anzunehmen, daß allein die nach der Vereinigung der Stadt eingetretene Verringerung der Zahl der erwerbstätigen Versicherten für das Absinken der BK-Zahlen verantwortlich ist.

Der Rückgang bei den durch Gewerbeärzte abgeschlossenen Fällen aus den östlichen Bezirken scheint nicht den tatsächlichen Verhältnissen der gesundheitlichen Lage der Arbeitnehmer zu entsprechen, sondern ist zum Teil auch auf verfahrenstechnische Probleme zurückzuführen. Hierbei ist in erster Linie

zu berücksichtigen, daß bereits gemeldete Fälle noch nicht abschlußreif waren, weil sich Verzögerungen im Verfahren einerseits durch die Unsicherheit ergaben, welcher Unfallversicherungsträger zuständig ist, andererseits weil bei den Unfallversicherungen durch die von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommenen Altfälle ein erheblicher Teil der Kapazitäten gebunden wurde. Darüber hinaus zeigte sich, daß die Sachverhaltsaufklärungen der Unfallversicherungsträger vor dem Hinzuziehen eines medizinischen Sachverständigen offenbar deutlich langwieriger und aufwendiger waren als in der früheren Arbeitshygieneinspektion.

1992 kam erschwerend hinzu, daß die Unfallversicherungsträger die für die Beurteilung im Einzelfall erforderlichen medizinischen Vorbefunde oder betrieblichen Daten bei Erkrankungsfällen aus dem Ostteil der Stadt, deren Ursachen weit in die Vergangenheit hineinreichen, aufgrund der Kontinuitätsbrüche im Gesundheitswesen und in den betrieblichen Strukturen zum Teil nur unter größten Mühen beschaffen konnten. Das Landesinstitut für Arbeitsmedizin (L Arbmed) war bemüht, den Unfallversicherungsträgern durch Hinweise auf den möglichen Verbleib von medizinischen Unterlagen aus nicht mehr existenten Einrichtungen des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR sowie bei der Beschaffung von betrieblichen Unterlagen nicht mehr vorhandener Firmen behilflich zu sein. Hierbei erwies es sich als sehr nützlich, daß das L Arbmed alle relevanten Unterlagen der Arbeitshygieneinspektion aus Berlin-Ost übernommen hat.

Ein nicht unerheblicher Grund für den Rückgang der begutachteten Fälle im Ostteil der Stadt ist der Wegfall der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens. Das L Arbmed wird daher die Informationsarbeit insbesondere in Richtung auf die ambulante Versorgung der Arbeitnehmer nun betriebsfern wahrnehmenden niedergelassenen Ärzte intensivieren.

Bei den begutachteten Erkrankungen aus dem Westteil der Stadt ist ein Vergleich mit den Vorjahren möglich.

Die Fallzahl der häufigsten Berufskrankheit (Hautkrankheit, BK-Nr. 5101) sank gegenüber dem Vorjahr deutlich, lag jedoch auf dem Niveau der letzten fünf Jahre. Ein klarer Trend war hier nicht zu erkennen. Bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen (BK-Nrn. 4301 und 4302) hat sich nach dem langfristigen deutlichen Aufwärtstrend die Fallzahl in den letzten drei Jahren auf hohem Niveau stabilisiert (jährlich 160 bis 170 Neufälle). Bei den Asbestinhalationsfolgen (BK-Nrn. 4103 bis 4105) ist seit den letzten drei Jahren ein weiterer Trend zu höheren Fallzahlen nicht mehr zu erkennen.

Weiterhin abgenommen haben die berufsbedingten Infektionskrankheiten. Dieser Trend ist im wesentlichen auf eine zunehmende Immunisierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen infolge der Hepatitis B-Aktivimpfung zurückzuführen.

Da nunmehr auch eine wirksame aktive Impfprophylaxe gegen die Hepatitis A zur Verfügung steht, ist damit zu rechnen, daß Hepatitis A-Erkrankungen, die vornehmlich Personen betreffen, die sich beruflich in (tropischen) Endemiegebieten aufhalten, zurückgehen werden.

Der Anteil der nach gewerbeärztlicher Einschätzung als berufsbedingt einzustufenden Fälle lag 1992 mit 68 % im langjährigen Mittel. Eine durchschnittliche Quote der berufsbedingten Fälle fand sich z. B. bei asbestbedingten Erkrankungen (84 %), Lärmschwerhörigkeit (78 %) und Hautkrankheiten (74 %). Deutlich unter dem Durchschnitt lag die Quote bei den angezeigten Vergiftungen (BK-Nrn. 1101 bis 1311) mit 34 % und Sehnenscheidenentzündungen (BK-Nr. 2101) mit 31 %. Es wurde deutlich, daß der Anteil der sich nach Begutachtung als berechtigt herausgestellten Fälle insbesondere dort, wo das Verfahren durch Ärzte eröffnet wurde, beträchtlich war.

Die einzelnen Berufskrankheitenarten weisen in sehr unterschiedlicher Art auf aktuelle arbeitshygienische Probleme hin. Während z. B. die asbestbedingten Erkrankungen in aller Regel zeitlich weit zurückliegende Verhältnisse reflektieren, sind die Ursachen der Haut- und Atemwegserkrankungen meist der arbeitshygienischen Intervention zugänglich. Bei diesen Erkrankungen stehen im BK-Geschehen drei Branchen im Vordergrund: Aus den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes wurden z. B. 22 % aller Hautkrankheiten und 16 % der obstruktiven Atemwegserkrankungen gemeldet. Friseur waren mit 18 % der gemeldeten Hautkrankheiten und 7 % der obstruktiven Atemwegserkrankungen, Betriebe der

Lebensmittelbranche mit 16 % der obstruktiven Atemwegserkrankungen und 9 % der Haut-krankheiten vertreten. Hieraus ergibt sich für die Gewerbeärzte die Notwendigkeit, die beratenden und kontrollierenden Aktivitäten in diesen Bereichen noch zu intensivieren.

### 3.2.5 Schwerbehinderte

In der Schwerbehindertenstatistik, die in zweijährigem Rhythmus erhoben wird, sind schwerbehinderte Personen erfaßt, die einen Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 % aufweisen. Es handelt sich somit überwiegend um Personen, deren Selbständigkeit und Lebensqualität in hohem Maße beeinträchtigt ist.

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich nur auf Auswertungen der Schwerbehindertenstatistik für die westlichen Bezirke Berlins, da für Berlin-Ost wegen der Schwierigkeiten bei der Umstellung bzw. Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz keine Angaben vorlagen.

Zum 31.12.1991 lebten in **Berlin-West** 233.162 amtlich anerkannte Schwerbehinderte (44,2 % männlichen, 55,8 % weiblichen Geschlechts), die im Besitz eines gültigen Schwerbeschädigtenausweises waren. Der höhere Anteil der Frauen ergibt sich aus der großen Zahl schwerbehinderter Frauen im Alter von über 65 Jahren, die bedingt ist durch den höheren weiblichen Anteil an der über 65jährigen Bevölkerung. In allen übrigen Altersgruppen überwiegt der Anteil schwerbehinderter Männer.

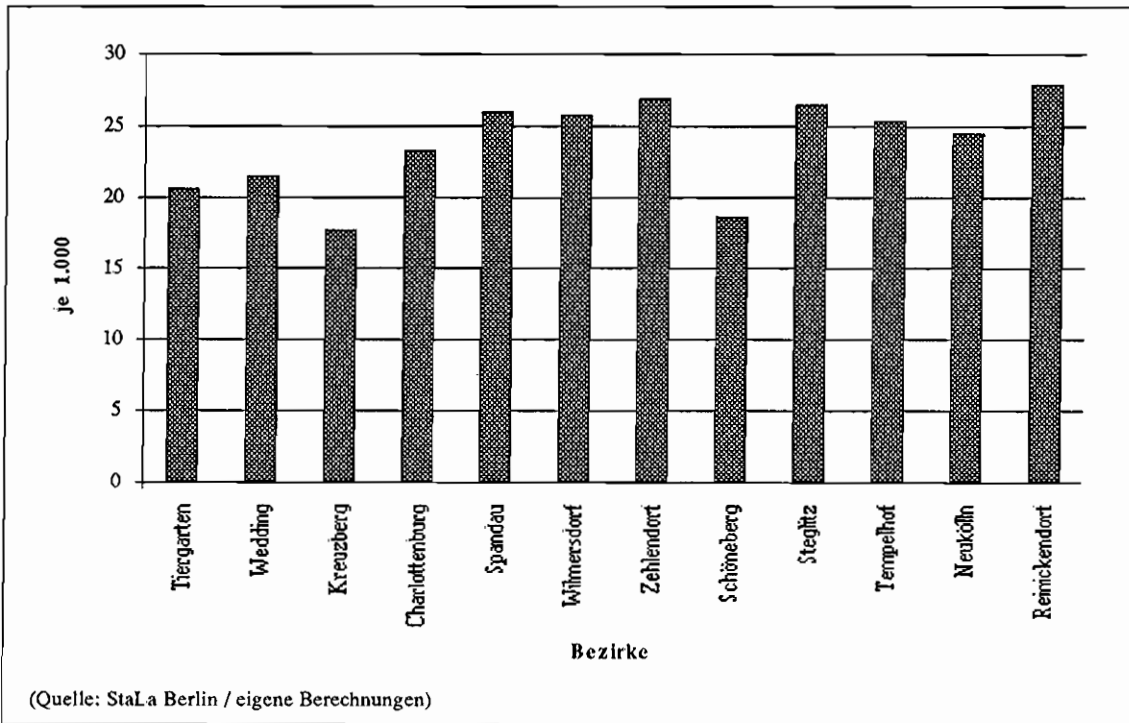
Seit der Erhebung 1989 ist die Zahl der anerkannten Schwerbehinderten um 4 % gestiegen. Dies bedeutet, daß derzeit in den westlichen Bezirken Berlins 1991 bei jedem zehnten Mann und jeder neunten Frau ein Grad der Behinderung von mehr als 50 % festgestellt wurde.

223.743 Personen mit einer schweren Behinderung waren Deutsche. Dies entsprach einer Ziffer von 121 je 1 000 der deutschen Bevölkerung. 32 % davon (71.698 Personen) befanden sich im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 60 Jahren. 9.483 Schwerbehinderte (oder jeder vierzigste Schwerbehinderte) hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit (30,8 je 1.000 ausländische Bürger); unter ihnen befanden sich 72 % (6.777 Personen) im erwerbsfähigen Alter.

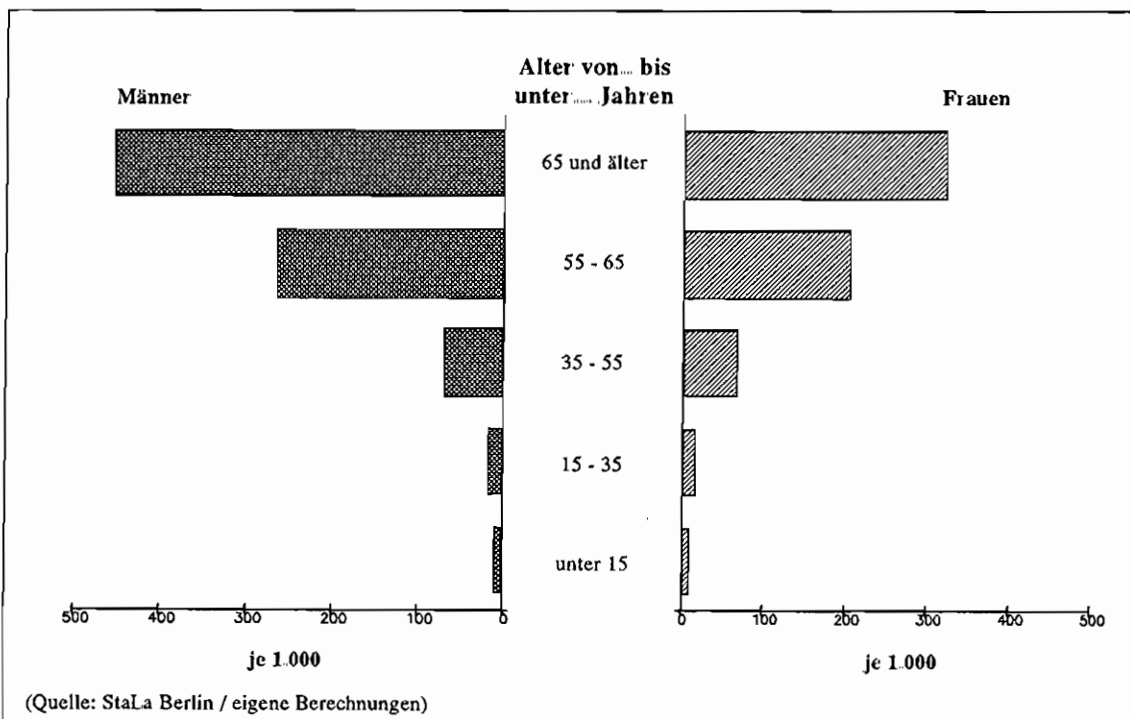
Ein enger Zusammenhang besteht zwischen dem Lebensalter und der Schwerbehinderung. Während über die Hälfte (53,3 %) aller Schwerbehinderten (bei den Frauen sogar zwei Drittel) älter als 65 Jahre waren, betrug der Anteil der Schwerbehinderten bis zum dreißigsten Lebensjahr nur 5,9 %. Betrachtet man die Anzahl der Schwerbehinderten je 1.000 Einwohner innerhalb definierter Altersgruppen, zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg mit Zunahme des Alters, der in allen Altersgruppen bei den Männern höher lag. Fast jeder zweite Mann und jede dritte Frau über dem 65. Lebensjahr waren 1991 schwerbehindert.

Die deutlich höheren Quoten bei den Männern in höherem Lebensalter dürften noch immer auf kriegsbedingte Schädigungen zurückzuführen sein.

**Graphik 3.39: Schwerbehinderte mit Ausweis mit einem Behinderungsgrad von 90-100 am 31.12.1991 in Berlin-West nach Bezirken - je 1.000 der Bevölkerung**



**Graphik 3.40: Schwerbehinderte mit Ausweis am 31.12.1991 in Berlin-West nach Geschlecht - je 1.000 der entsprechenden Altersgruppe**



Die Zahl der behinderten Personen sowie der **Grad der Behinderung** geben wichtige Hinweise zur Bedarfsplanung von Prävention, Therapie, Rehabilitation

Bei rund 30 % der Schwerbehinderten wurde ein GdB von 50 bis 60 angegeben, bei 47 % lag der GdB zwischen 60 bis 90, 7 % hatten einen GdB von 90 bis 100, 16 % galten als schwerstbehindert (GdB 100).

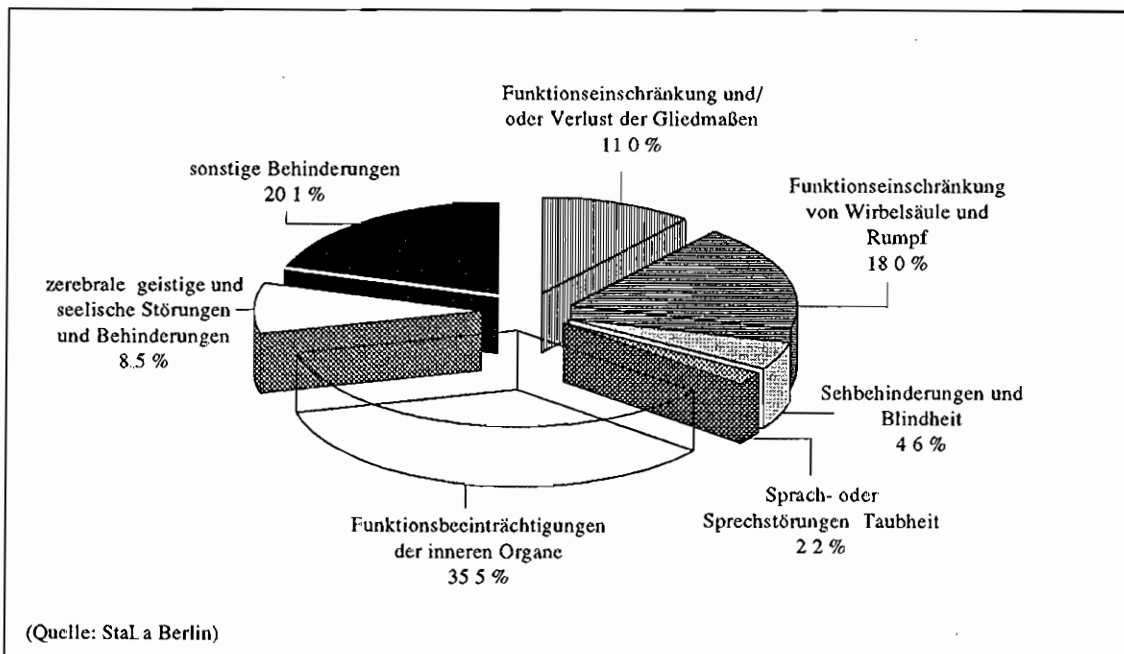
Schwere Behinderungen im Kindes- und Jugendalter sind für die jeweiligen Familien eine große Belastung. 1.669 (57 %) der 2.932 Schwerbehinderten unter 15 Jahren hatten einen Behinderungsgrad von über 90 (1.603 von ihnen waren schwerstbehindert), dies entsprach einer Ziffer von 5,6 je 1.000 Einwohner dieser Altersgruppe.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der **Mehrfachbehinderungen** an. Während nur jeder zehnte Schwerbehinderte unter 15 Jahren Mehrfachbehinderungen hatte, lagen bereits bei jedem dritten der 40- bis 45jährigen Schwerbehinderten mehrere Behinderungen vor; von den über 65jährigen waren drei Viertel mehrfach behindert.

Insgesamt hatten 1991 25 492 über 65jährige Schwerbehinderte Mehrfachbehinderungen bei einem GdB von über 90. Dies bedeutet, daß jede fünfzehnte Person über 65 Jahre (73,8 je 1.000 der Altersgruppe) in den westlichen Bezirken Mehrfachbehinderungen mit einem Behinderungsgrad von über 90 hatte, jede zwanzigste (47,0 je 1.000) war schwerstbeschädigt.

Die Struktur von **Ursachen und Art der Behinderungen** sind stark abhängig vom Alter der Betroffenen. Während bei den Jüngsten die Ursache der Behinderung zumeist angeboren war (es handelt sich hier um besonders gravierende schwerste Behinderungen), führten mit zunehmendem Alter vor allem allgemeine Krankheiten zu nachfolgenden Behinderungen. Sie bildeten mit deutlichem Abstand die größte Gruppe der Ursachen für eine Schwerbehinderung. Die zweitgrößte Gruppe bilden immer noch die Beschädigungen aus Kriegs-, Wehr- oder Zivildienst.

**Graphik 3.41: Schwerbehinderte am 31.12.1991 in Berlin-West nach Art der schwerwiegendsten Behinderung**



Am häufigsten kam es zu Funktionsbeeinträchtigungen innerer Organe (meist Herz-Kreislaufsystem). Bei rund 50 % der betroffenen Personen lag der GdB bei 50 bis 70, 12 % hatten einen GdB von 100. Den zweiten Rang nahmen Funktionseinschränkungen von Wirbelsäule und Rumpf ein. Die Mehrzahl der Betroffenen hatte einen GdB zwischen 50 und 70.

In der Bundesrepublik Deutschland sind alle Arbeitgeber mit mindestens 16 Arbeitsplätzen verpflichtet, zur Verbesserung der beruflichen (Wieder-)eingliederung Schwerbehinderter sechs Prozent ihrer Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten zu besetzen.

Im Land Berlin erreichten die Arbeitgeber (alle Betriebe und Dienststellen) im Jahre 1991 bei 57 019 beschäftigten Schwerbehinderten (Berlin-West: 39 159, Berlin-Ost: 17.860) eine Ist-Quote von 4,4 % (Berlin-West: 4,6 %, Berlin-Ost: 4,0 %) und lagen somit im für die Bundesrepublik Deutschland errechneten Durchschnitt (4,4 %).

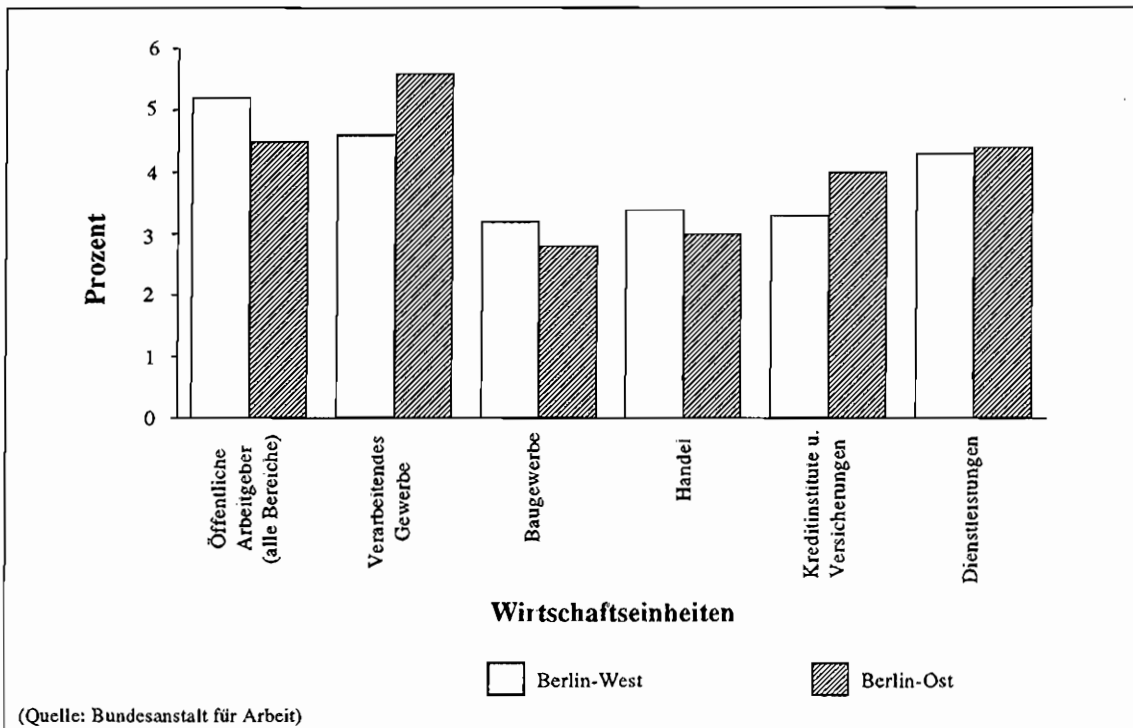
Höher als bei den privaten lag die Beschäftigungsquote bei den öffentlichen Arbeitgebern:

	private	öffentliche Arbeitgeber
Berlin-West	4,1 %	5,3 %
Berlin-Ost	4,6 %	3,5 %
Berlin	4,2 %	4,6 %
Bundesrepublik Deutschland	4,0 %	5,3 %

Unterschiedliche Beschäftigungsquoten wurden in den einzelnen Wirtschaftszweigen und innerhalb der Stadthälften erzielt.

Die öffentlichen Arbeitgeber in Berlin-West und das verarbeitende Gewerbe in Berlin-Ost wiesen 1991 die höchsten Anteile an Schwerbehinderten aus. Deutlich unter der gesetzlich vorgegebenen Beschäftigungspflicht von 6 % blieben aus nachstehender Graphik zu ersiehende Wirtschaftsabteilungen.

**Graphik 3.42: Beschäftigungsquote von Schwerbehinderten 1991 in Berlin nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen**



### 3.2.6 Krankheitsartenstatistik 1991

Um das Krankheitsgeschehen in seinen vielschichtigen Abhängigkeiten und Interdependenzen zu analysieren, werden u.a. die jährlich von den Primärkassen (AOK, BKK, IKK) vorgehaltenen Daten über Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten, Geschlecht, Alter und Dauer genutzt. Für eine valide Beurteilung des Krankheitsgeschehens innerhalb der Berliner Bevölkerung wäre es jedoch erforderlich, auch Daten der Ersatzkrankenkassen und privaten Versicherer bereitzustellen, da beispielsweise sowohl die Alters- als auch die soziale Schichtung der AOK-Mitglieder (insbesondere im Westteil der Stadt) stark von der Gesamtbevölkerung abweicht.

Außerdem ergeben sich aus der Krankheitsartenstatistik fallbezogene und nicht (wie wünschenswert) patientenorientierte Daten. In die Statistik gehen abgerechnete bzw. nach den Entlassungsdiagnosen dokumentierte Krankheiten ein, unabhängig davon, ob sie erstmalig, einmalig oder mehrfach im Krankheitsverlauf "eines" Patienten auftreten. Die tatsächliche Zahl der betroffenen Versicherten ist somit geringer als dies durch die Fallzahlen je Mitglied zum Ausdruck kommt. Andererseits werden aber mehrere Krankheiten, die mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen, als ein AU-Fall gezählt.

Aus der Krankheitsartenstatistik ergeben sich unterschiedliche Krankheitsstrukturen bei verordneter Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung. Ausschließlich auf pflichtversicherte Beschäftigte beziehen sich die Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitsfälle, während bei den Krankenhausfällen (Behandlungen) alle Mitglieder, einschließlich ihrer mitversicherten Familienangehörigen, in die Analysen einbezogen werden. Daraus ergibt sich, daß hinsichtlich des Krankheitsgeschehens und seiner Veränderung ein Vergleich der AU-Fallstatistik mit der Krankenhausfallstatistik, vor allem wegen unterschiedlicher Geschlechts- und Altersstrukturen, nur bedingt möglich ist.

Im Hinblick auf epidemiologische Forschungen aber auch auf die Gesundheitsberichterstattung bedarf es für eine Validierung der "Krankheitsdiagnosen" noch erheblicher Anstrengungen.

So führt die Verschlüsselung der Diagnosen mittels der dreistelligen ICD (9. Revision) zu methodischen Schwierigkeiten, die sich zum einen aus der Diagnosestellung der Ärzte (oft nicht eindeutig formuliert, mehrere Zuordnungen offenhaltend) und zum anderen aus Fehlcodierungen der Kassensachbearbeitung ergeben.

Ein weiteres Problem stellt sich bei Mehrfachdiagnosen, besonders wenn diese unterschiedlichen ICD-Obergruppen angehören. Das Datenmaterial läßt keine Angaben über Multimorbidität zu, da bei der AU-Fallstatistik "nur" eine Diagnose verschlüsselt wird.

Fehlinterpretationen ergeben sich auch bei den Krankenhausbehandlungen. Hier kennen die Kassen meist nur die Einweisungsdiagnose, die von den Krankenhausverwaltungen häufig als Abschlußdiagnose gemeldet wird. Somit gehen wertvolle Diagnoseinformationen, die im Verlauf einer Krankenhausbehandlung erhoben werden, verloren. Mit der Krankenhausstatistik-Verordnung, die die Entlassungsdiagnose enthält, wird eine Verbesserung dieser Situation angestrebt.

#### 3.2.6.1 Arbeitsunfähigkeitsfälle

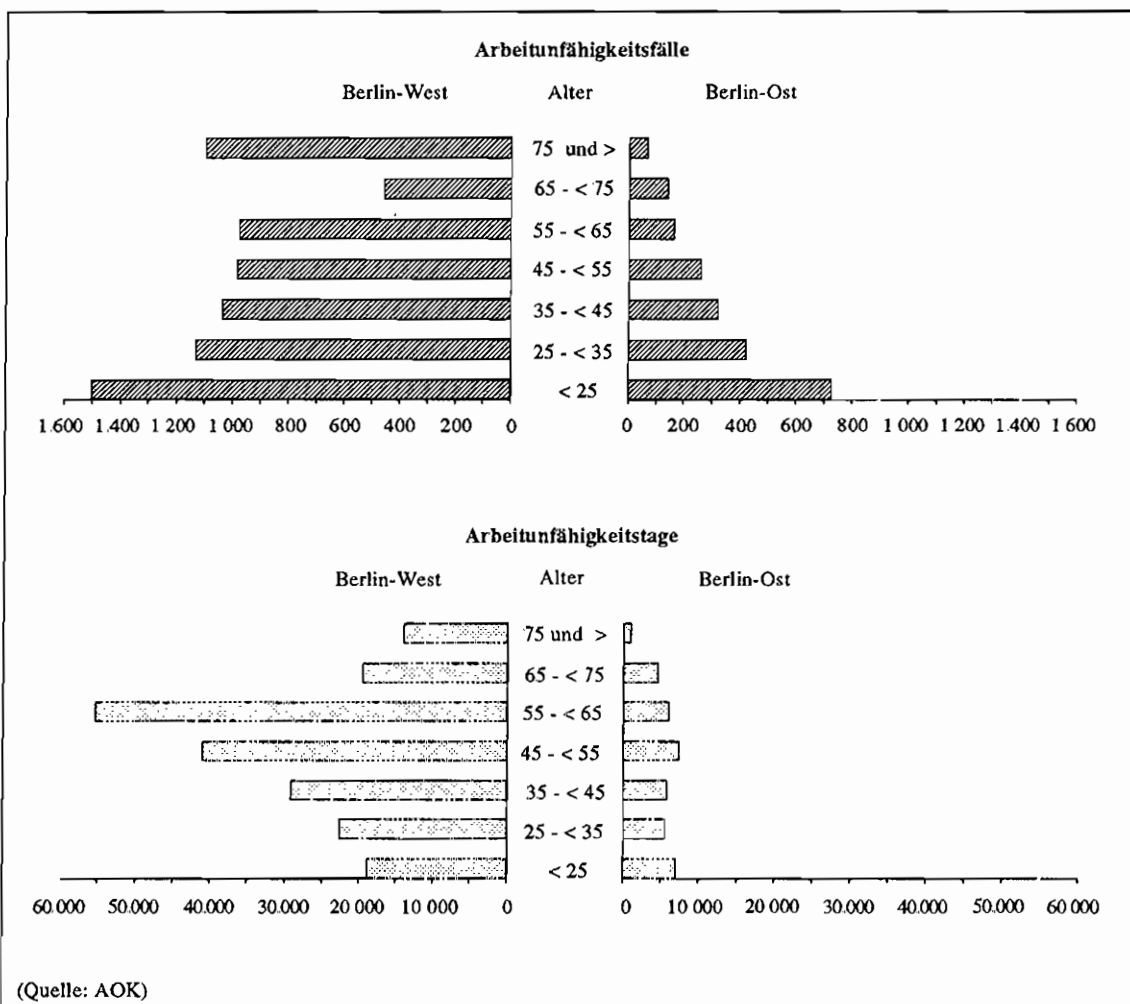
Nachfolgend werden Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) analysiert, bei denen eine ärztliche Bescheinigung vorlag. Die Analyse unterliegt methodischen Restriktionen, da AU-Fälle bis zu drei Tagen oft nicht mit einem ärztlichen Attest einhergehen. Deshalb muß unterstellt werden, daß Kurzzeiterkrankungen in geringerem Maße in die Erhebung einfließen und somit die Fallzahlen sinken lassen, während sich die rechnerischen Falldauern erhöhen.

Im Jahr 1991 kamen in Berlin-West auf 100 Pflichtmitglieder der AOK 111 AU-Fälle und 3.114 krankheitsbedingte Fehltag. In Berlin-Ost kamen im selben Zeitraum auf 100 Pflichtmitglieder 37 AU-Fälle und 635 krankheitsbedingte Fehltag.



Demgegenüber verzeichnete die BKK 1991 je 100 Pflichtmitglieder im Westteil Berlins 132 AU-Fälle und 3.013 krankheitsbedingte Fehltage, während im Ostteil der Stadt auf je 100 Pflichtmitglieder 53 AU-Fälle und 794 Fehltage kamen.

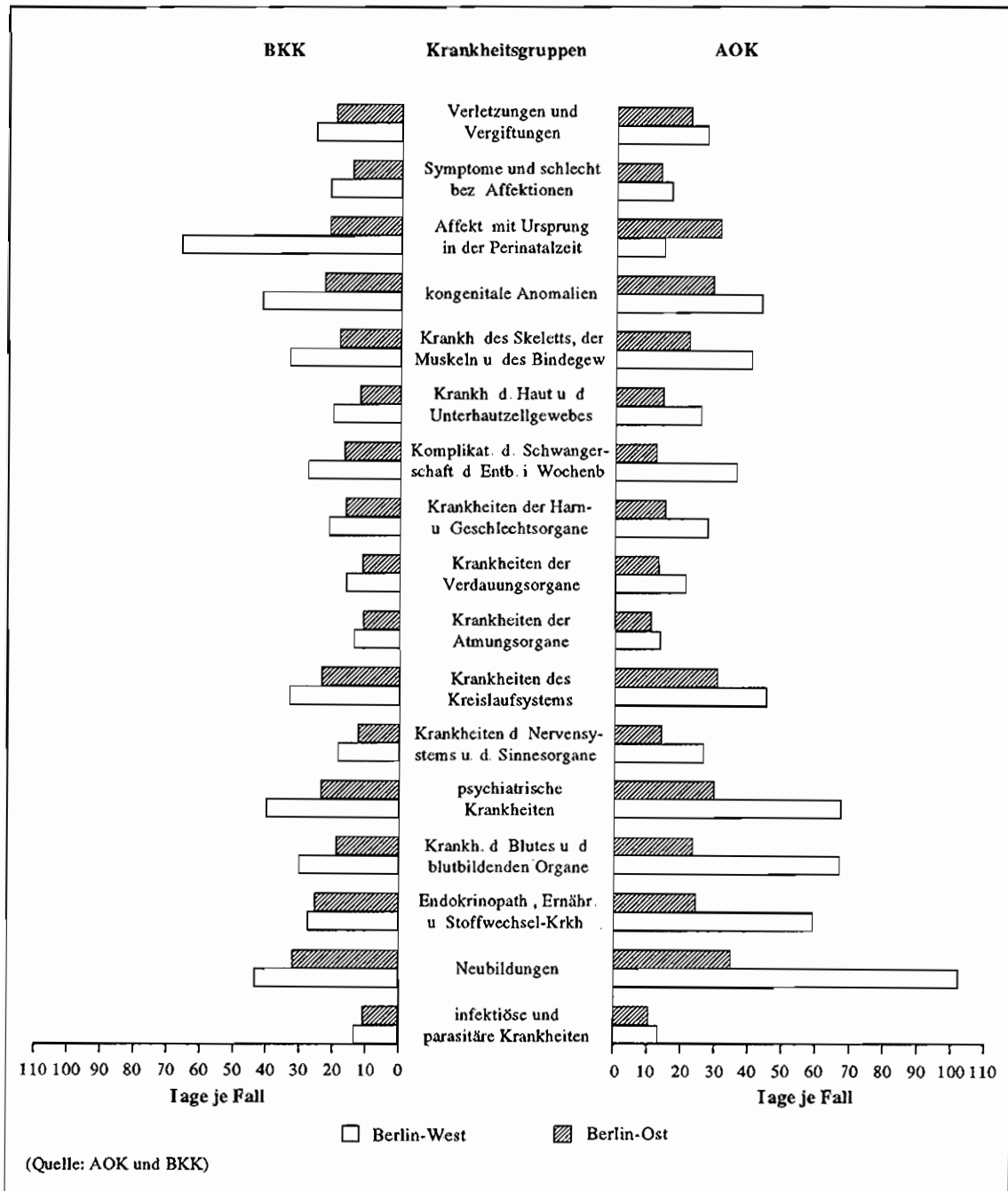
**Graphik 3.43: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage je 1.000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter**



Der deutlich niedrigere Krankenstand in Berlin-Ost entspricht den Ergebnissen der Bundesstatistik im Vergleich zwischen den neuen und alten Bundesländern und ist im wesentlichen auf die dortige Arbeitsmarktsituation zurückzuführen. Als Ursachen kommen sowohl subjektive als auch objektive Faktoren zum Tragen. Zum einen sind viele ältere und mit großen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz belastete Arbeitnehmer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, zum anderen trägt aber die Sorge um den Arbeitsplatz dazu bei, daß sich die noch Beschäftigten kaum krankheitsbedingte Fehltage leisten. Wie aus Berichten der BKK zu entnehmen ist, verringerte sich der große Abstand zwischen den alten und neuen Bundesländern im Jahr 1992, so daß eine sukzessive Normalisierung des Krankenstandes im weiteren Verlauf zu erwarten ist. Allerdings ist aufgrund der stattgefundenen Selektionsprozesse, die mit einer jüngeren Altersstruktur in den neuen Bundesländern einherging, weiterhin mit strukturellen Unterschieden in der AU-Fallstatistik zu rechnen

Mit insgesamt 28 AU-Tagen je Fall bei der AOK (nach Auskunft der AOK liegt diese Zahl für das Jahr 1991 aufgrund von Erfassungsproblemen, die durch technische Schwierigkeiten bei der EDV-Umstellung aufgetreten sind, tatsächlich niedriger) und 23 Tagen bei der BKK wurde - wie in den Vorjahren - in Berlin-West die bundesweit höchste durchschnittliche Falldauer ermittelt. Demgegenüber gehörten die Werte von Berlin-Ost mit 17 AU-Tagen bei der AOK und 15 Tagen bei der BKK zur niedrigsten durchschnittlichen Falldauer.

**Graphik 3.44: Arbeitsunfähigkeitsdauer (Tage je Fall) der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen**



Wie aus der AU-Statistik der AOK des Jahres 1991 zu entnehmen ist, waren 36,1 % der AU-Fälle in Berlin-West nach einer Woche abgeschlossen, in Berlin-Ost betrug der Anteil 42,2 %.

Nach zwei Wochen waren in den westlichen Bezirken 60,1 % und in den östlichen Bezirken 70,4 % der AU-Fälle abgeschlossen. 72,3 % der AU-Fälle galten in Berlin-West nach drei Wochen als abgeschlossen, in Berlin-Ost waren es dann schon 81,8 %.

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem Anstieg von chronischen Erkrankungen und somit zu einer Zunahme der krankheitsbedingten Fehltag. So gehen z.B. bösartige Neubildungen und degenerative Erkrankungen mit längeren Behandlungszeiten einher

**Tabelle 3.24: Arbeitsunfähigkeitsdauer (Tage je Fall) der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter**

Alter von .... bis unter .... Jahren	AU-Tage je Fall	
	Berlin-West	Berlin-Ost
unter 25	12,6	9,7
25 - 35	20,0	13,4
35 - 45	28,1	18,2
45 - 55	41,6	28,2
55 - 65	56,6	36,5
65 - 75	42,4	32,7
älter als 75	12,7	14,4
<b>insgesamt</b>	<b>28,1</b>	<b>16,9</b>

(Quelle: AOK)

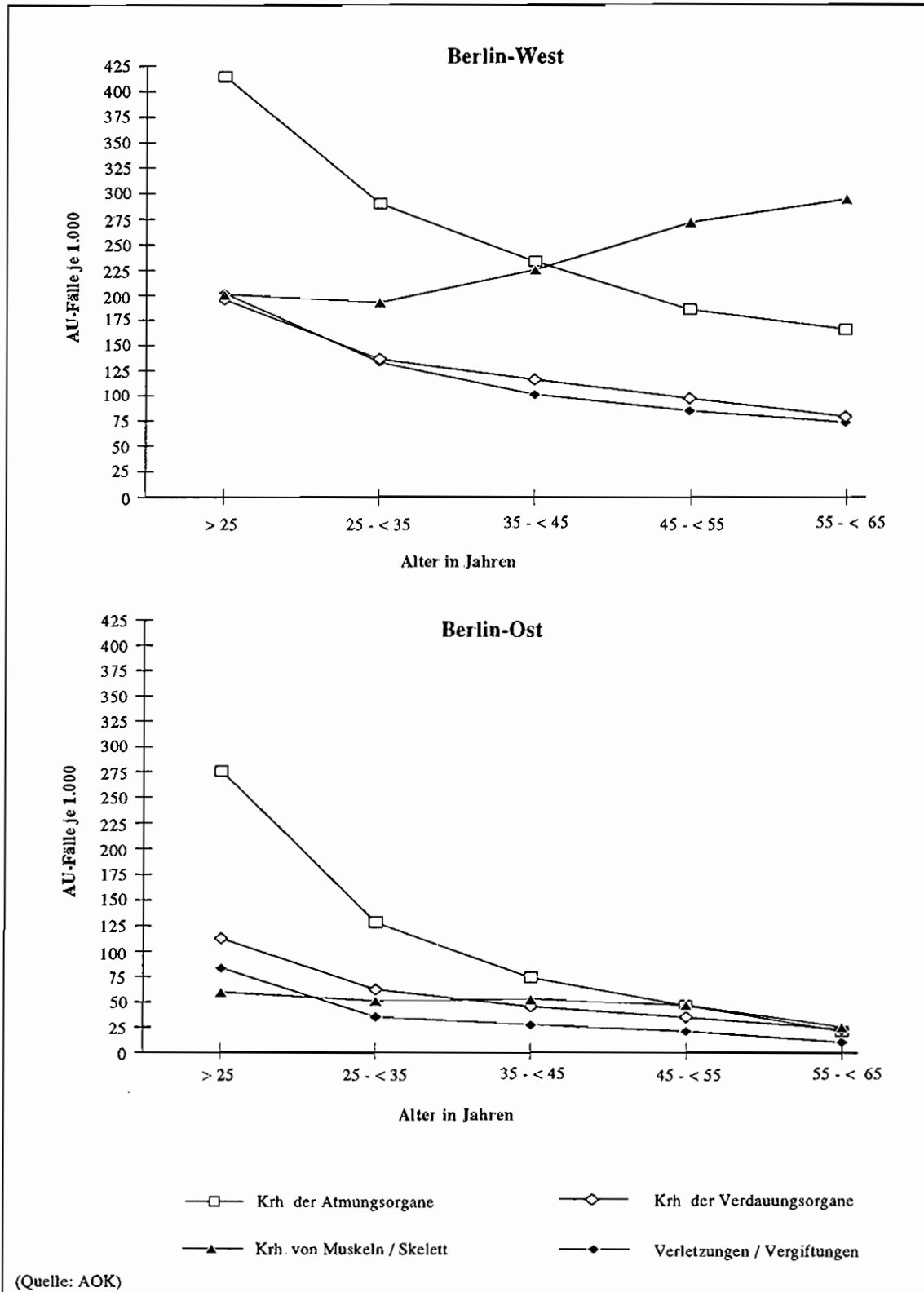
Die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsfälle ergeben sich aus

- Krankheiten der Atmungsorgane
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Verletzungen und Vergiftungen sowie aus
- Krankheiten des Verdauungssystems

Auf sie entfielen 1991 über zwei Drittel sämtlicher AU-Fälle und AU-Tage.

Den Hauptanteil bei den AU-Fällen bildeten Erkrankungen der Atemwege; nach Angaben der AOK war jedes dritte Pflichtmitglied einmal pro Jahr davon betroffen. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, sind jedoch keinesfalls ältere Arbeitnehmer häufiger wegen einer Atemwegserkrankung arbeitsunfähig. Die Tatsache, daß mit zunehmendem Alter die Häufigkeit der durch Atemwegserkrankungen begründeten AU-Fälle abnimmt (insbesondere im Ostteil Berlins), ist medizinisch nicht erklärbar; möglicherweise trägt die Angst gerade älterer Menschen, den Arbeitsplatz zu verlieren, dazu bei, sich weniger "krank schreiben" zu lassen.

**Graphik 3.45: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 1.000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter und Krankheitsgruppen**



**Tabelle 3.25: Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Atemwegserkrankungen je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht**

Alter von .... bis unter .... Jahren	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 25	43,8	36,6	28,9	25,4
25 - 35	29,3	28,3	12,6	13,2
35 - 45	22,5	24,5	0,6	0,9
45 - 55	18,0	19,3	0,4	0,6
55 - 65	15,8	18,0	0,3	0,1

(Quelle: AOK)

**Tabelle 3.26: Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppe	Berlin-West		Berlin-Ost	
	BKK %	AOK %	BKK %	AOK %
Atmungsorgane	28	23	34	28
Muskeln/Skelett	21	21	13	13
Verdauung	13	11	13	14
Verletzung/Vergiftung	9	11	9	9

(Quelle: AOK/BKK)

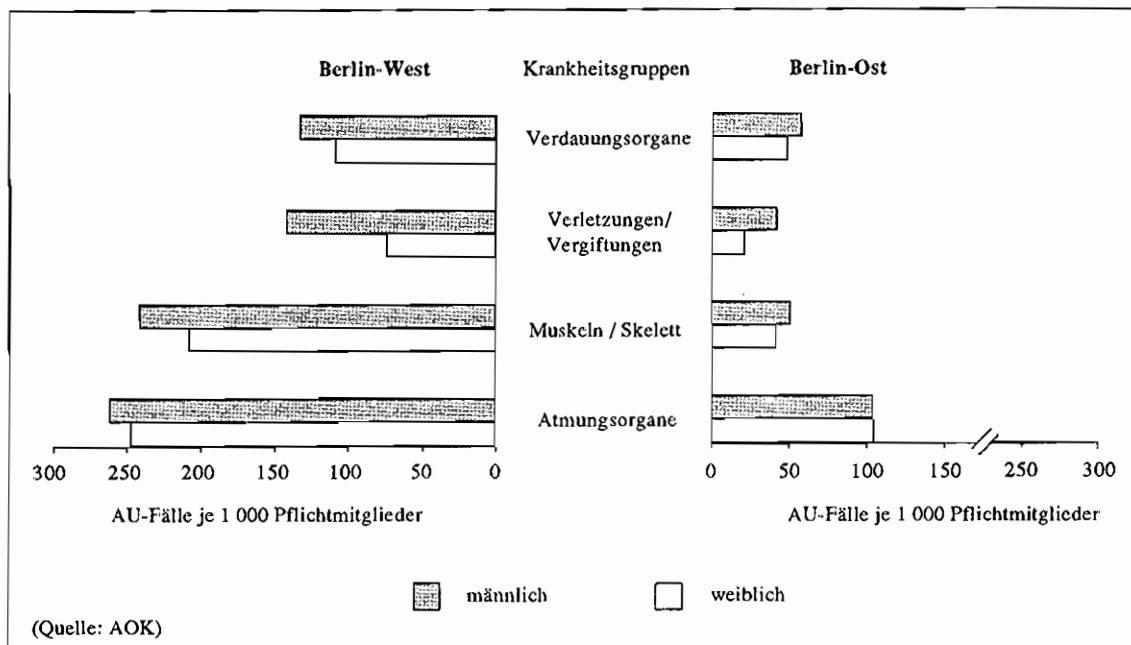
Die Häufigkeit der gesamten bei der AOK in Berlin-West registrierten AU-Fälle stieg seit 1988 (89 je 100 Pflichtmitglieder) um 25 % auf 111 AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder im Jahr 1991 an. Bei der BKK kam es im genannten Zeitraum zu einem Anstieg der AU-Fälle von 96 im Jahr 1988 auf 132 je 100 Pflichtmitglieder im Jahr 1991 (37,5 %).

Angestiegen sind vor allem AU-Fälle aufgrund von Atemwegserkrankungen (von 20 auf 26 je 100 Pflichtmitglieder), infolge Krankheiten des Verdauungstraktes (von 8 auf 13 je 100 Pflichtmitglieder) sowie Skelett- und Muskelerkrankungen (von 19 auf 23 je 100 Pflichtmitglieder)

Ein zeitlicher Vergleich der AU-Fälle für die östlichen Bezirke war wegen nicht verfügbaren Datenmaterials nicht möglich.

Bei der Auswertung der Einzeldiagnosen der AOK-Statistik nach Arbeitsunfähigkeit zeigte sich, daß in Berlin-Ost die akute Infektion der oberen Luftwege (ICD- Nr 465) sowohl bei den Männern mit 31 als auch bei den Frauen mit 28 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder an erster Stelle der Arbeitsunfähigkeit lag, gefolgt von den sonstigen und namentlich nicht bezeichneten Affektionen des Rückens (ICD- Nr. 724) mit 24 bei den Männern und 15 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder bei den Frauen.

**Graphik 3.46: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 1.000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach ausgewählten Krankheitsgruppen und Geschlecht**



Vice versa führten namentlich nicht bezeichnete Affektionen (überwiegend Lumbago und Ischalgien) die Arbeitsunfähigkeit der Pflichtversicherten AOK-Mitglieder in Berlin-West (130 AU-Fälle je 100 bei den Männern, 93 AU-Fälle je 100 bei den Frauen) an. Akute Infektion der Atemwege lag mit 64 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder bei den Männern an zweiter Stelle. Bei den Frauen begründete Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet (ICD-Nr. 490), mit 63 AU-Fällen je 100 weibliche Pflichtmitglieder den zweiten Platz der Einzeldiagnosen.

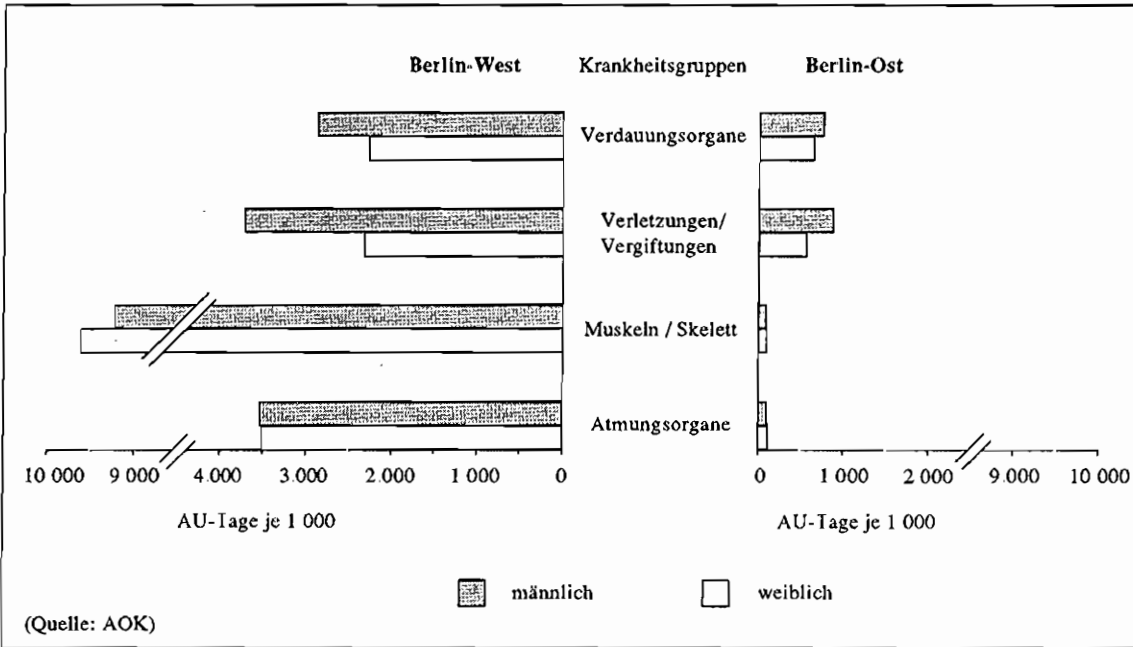
**Tabelle 3.27: Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Dorsopathie (ICD Nrn. 720-724) und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (ICD Nrn. 490-496) je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin**

Diagnose	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Dorsopathie	16,5	13,9	3,2	2,5
chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	7,2	7,4	1,8	2,0

(Quelle: AOK)

Bei den durch Krankheit bedingten Ausfallzeiten dominierten in Berlin-West ganz eindeutig die länger dauernden Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, hier insbesondere Affektionen des Rückens. Die genannte Krankheitsgruppe verursachte in den westlichen Bezirken 30 % des Gesamtvolumens der Arbeitsunfähigkeitszeit und somit auch einen beträchtlichen Teil der Krankengeldzahlungen.

**Graphik 3.47: Arbeitsunfähigkeitstage je 1.000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach ausgewählten Krankheitsgruppen und Geschlecht**



Der deutlich unterproportionale Anteil der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes an den AU-Fällen in Berlin-Ost läßt sich möglicherweise mit einer Unterversorgung der Patienten mit orthopädisch tätigen Fachärzten erklären. So betreute 1991 ein ambulant tätiger Orthopäde in Berlin-West durchschnittlich 13 500 Einwohner, in Berlin-Ost kamen auf einen Orthopäden 23 250 Einwohner

**Tabelle 3.28: Arbeitsunfähigkeitstage der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppe	Berlin-West		Berlin-Ost	
	BKK %	AOK %	BKK %	AOK %
Atmungsorgane	18	11	26	18
Muskeln/Skelett	31	30	15	16
Verdauung	9	9	11	11
Verletzung/Vergiftung	11	10	13	12

(Quelle: AOK/BKK)

### 3.2.6.2 Krankenhaufälle

Im Gegensatz zu der Arbeitsunfähigkeitsstatistik umfassen unten genannte Leistungsdaten alle Versicherten (Mitglieder und mitversicherte Angehörige).

Über ein Drittel aller Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf Kosten im Krankenhausbereich, wobei die Tendenz steigend ist. Der Darstellung der Krankenhaufälle nach Krankheitsarten kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Die Zahl der Krankenhaufälle (KH-Fälle) hat sich in den westlichen Bezirken Berlins in den letzten Jahren nicht erhöht, sie ist seit 1988 um 9,5 % je 100 Mitglieder der AOK zurückgegangen. Die Zahl der Krankenhaustage (KH-Tage) hat sich ebenfalls um 10 % je 100 Mitglieder verringert.

Stärker als in Berlin-West sind in Berlin-Ost Krankenhausbehandlungen zurückgegangen (vgl. Graphik 3.48).

Die AOK zählte 1991 in Berlin-West 21 KH-Fälle und 408 Behandlungstage je 100 Mitglieder. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 19 Tage. In Berlin-Ost wurden 7 KH-Fälle und 108 Behandlungstage je 100 Mitglieder gezählt, die Verweildauer betrug 15 Tage.

Hinsichtlich der stationären Morbiditätsstruktur gibt es alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede.

So steigen die KH-Fälle und KH-Behandlungstage in Abhängigkeit des Alters kontinuierlich an. Mit der Zunahme des Lebensalters steigt auch die Verweildauer im Krankenhaus.

Frauen bis zu 45 Jahren verweilen zwar häufiger im Krankenhaus als Männer, jedoch ist die durchschnittliche Verweildauer kürzer als bei den bis 45 Jahre alten Männern.

**Tabelle 3.29: Krankenhaufälle je 100 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht**

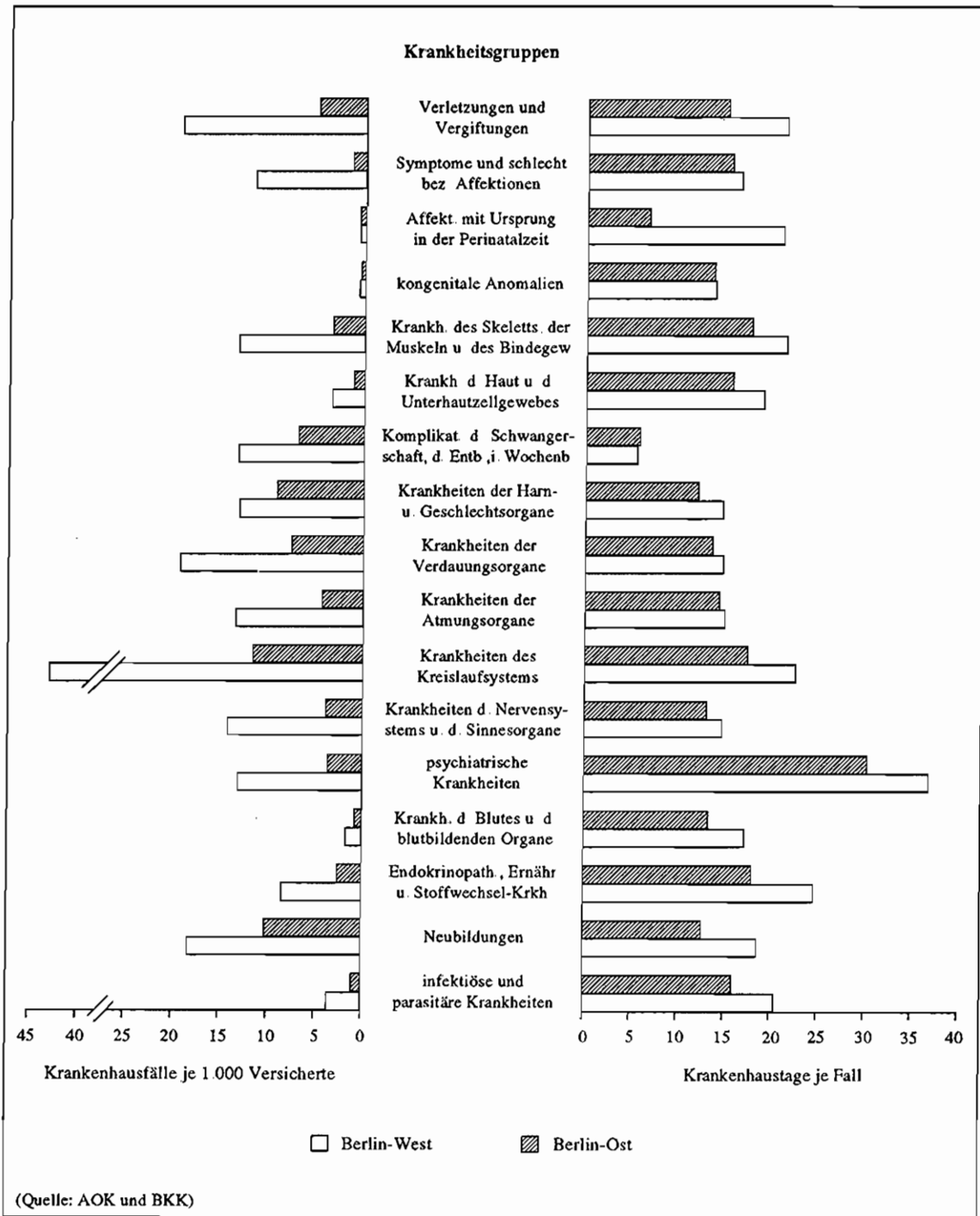
Alter von ..... bis unter ..... ..... Jahren	KH-Fälle je 100 Mitglieder			
	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 25	10,4	14,6	4,7	7,9
25 - 35	9,7	21,8	4,2	11,1
35 - 45	13,1	15,9	5,2	9,3
45 - 55	18,4	16,2	7,9	8,7
55 - 65	25,6	18,5	9,0	6,0
65 - 75	36,0	25,6	9,7	6,6
75 und älter	55,7	45,5	12,3	8,3

(Quelle: AOK)

Ab dem 50. Lebensjahr ist die Zahl der Krankenhaufälle bei den Männern höher als die der Frauen, die Liegedauer ist allerdings bei den älteren Frauen länger als bei den älteren Männern.



**Graphik 3.48: Krankenhausfälle je 1.000 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen sowie Krankenhausfalldauer (Tage je Fall) 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen**



**Tabelle 3.30: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht**

Alter von ..... bis unter ..... ..... Jahren	KH-Tage je Fall			
	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 25	10,9	8,7	11,0	8,9
25 - 35	16,3	9,3	13,3	9,0
35 - 45	17,2	14,2	14,6	11,7
45 - 55	18,1	17,4	13,7	13,6
55 - 65	19,1	19,5	15,9	17,0
65 - 75	20,4	23,3	17,8	19,7
75 und älter	22,4	27,6	18,2	21,7

(Quelle: AOK)

Unabhängig vom Alter und wenn man im Krankenhausbereich Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung und im Wochenbett außer Betracht läßt, ist die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen bei Frauen höher als bei den Männern.

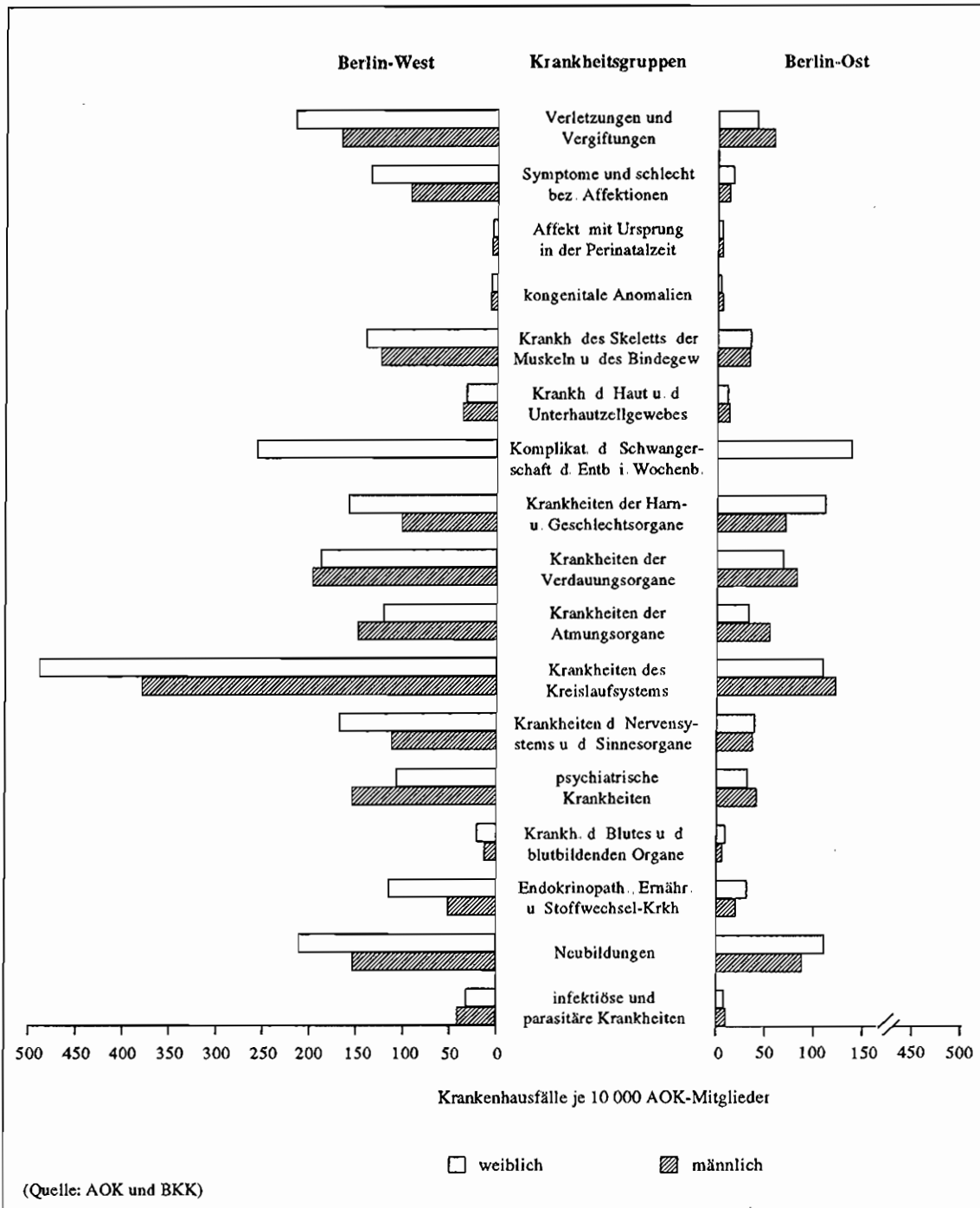
Dies gilt insbesondere für Herz-Kreislaufkrankungen (in Berlin-West), Neubildungen, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Verletzungen und Vergiftungen (in Berlin-West) sowie für Stoffwechselkrankheiten. In den östlichen Bezirken Berlins wurden 1991 mehr Männer mit Herz-Kreislaufkrankungen und mit Verletzungen/Vergiftungen als Frauen stationär behandelt (vgl. Graphik 3 49).

Hinsichtlich der altersabhängigen Verteilung der stationär zu behandelnden Krankheiten zeigte sich ein unterschiedliches Behandlungsspektrum.

Während Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene häufiger (und auch länger) wegen Atemwegserkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie wegen Krankheiten der Verdauungsorgane stationär behandelt wurden, waren bereits Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Neubildungen und Skeletterkrankungen bei den 45- bis 60jährigen verstärkt der Grund für eine Krankenhausbehandlung.

Wurden 1991 in Berlin-West bei den 20- bis 30jährigen rund 4 je 1 000 Versicherte wegen einer Herz-Kreislaufkrankung stationär behandelt, so waren es bei den 55- bis 65jährigen bereits über 55 Fälle je 1 000 Versicherte, bei den über 75jährigen lag die Rate bei 160 je 1 000 Versicherte

**Graphik 3.49: Krankenhausfälle je 10.000 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen und Geschlecht**



**Tabelle 3.31: Krankenhausfälle je 10.000 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Krankheitsgruppen**

Alter von .. bis unter ... Jahren	KH-Fälle je 10.000 Mitglieder in Berlin-West (W) und -Ost (O) wegen											
	Erkrank der Atmungsorg.		Verletzung Vergiftung		Erkr d Ver- dauungsorg.		Muskel- und Skeletterk.		Herz-Kreis- lauferkr.		Neu- bildungen	
	W	O	W	O	W	O	W	O	W	O	W	O
unter 25	167	58	144	61	159	63	46	19	28	12	44	35
25 - 35	75	34	147	60	125	61	89	30	48	26	47	33
35 - 45	69	33	122	50	165	79	124	39	130	62	109	61
45 - 55	85	44	119	51	204	108	181	52	312	126	202	116
55 - 65	114	44	125	31	223	81	179	41	549	159	301	162
65 - 75	151	35	180	25	228	63	799	37	851	195	402	196
75 und älter	255	57	525	62	295	79	216	27	1603	310	388	142

(Quelle: AOK)

Zwischen dem Behandlungsspektrum der AOK-Mitglieder (ohne Rentner), der versicherten Familienmitglieder (ohne Rentner) und den Rentnern ergaben sich deutliche Unterschiede

1991 wurden Mitglieder (ohne Rentner) am häufigsten stationär behandelt wegen:

Krankheitsgruppen	KH-Fälle in %	
	Berlin-West	Berlin-Ost
Herz-Kreislaufkrankheiten	12,6	10,6
Krankheiten der Verdauungsorgane	11,4	11,4
psychiatrische Erkrankungen	10,4	5,9
Verletzungen und Vergiftungen	9,5	8,1
Muskel- und Skeletterkrankungen	9,2	5,2
Neubildungen	7,7	8,4

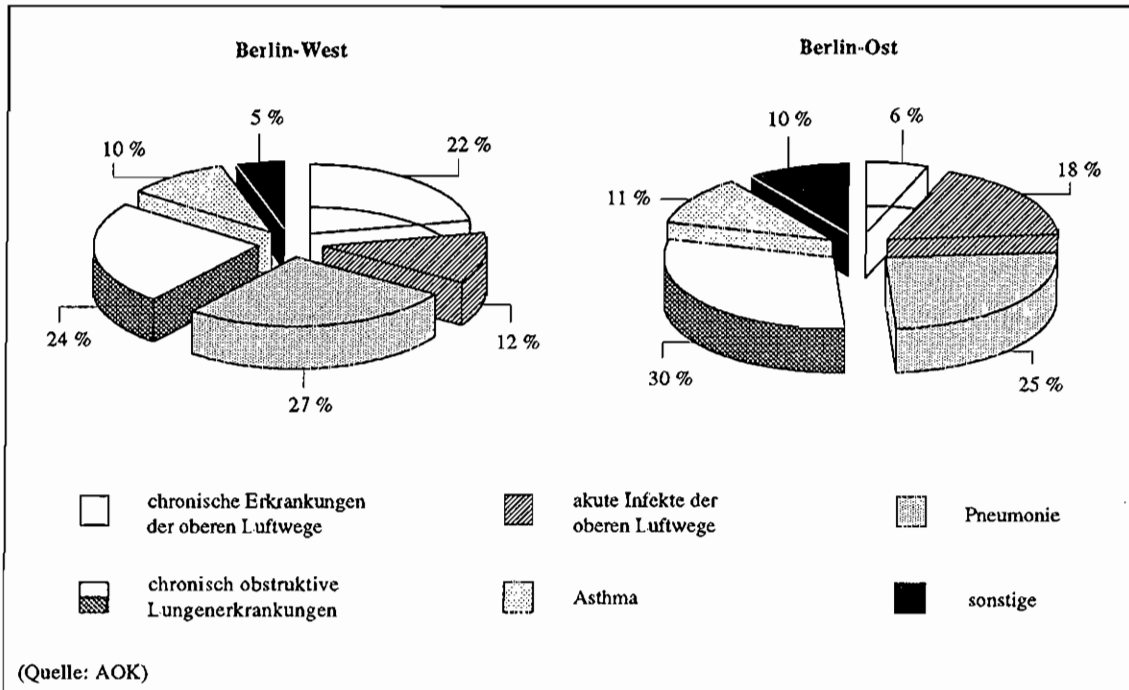
(Quelle: AOK)

In Berlin-Ost wurden bei dieser Versichertengruppe Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (14,9 %) am häufigsten stationär behandelt

Obwohl der Anteil der Atemwegserkrankungen bei "nur" rund 5 % aller Fälle der im erwerbsfähigen Alter stationär behandelten Mitglieder lag, kommt ihnen hinsichtlich der Ursachen für diese Erkrankungen eine wichtige Bedeutung zu.

Fast die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte, bedingt durch eine Krankheit der Atmungsorgane, basiert auf einer chronischen Entzündung. Hier können umweltbedingte Faktoren aber auch das Rauchen eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

**Graphik 3.50: Stationär behandelte Erkrankungen der Atemwege bei AOK-Mitgliedern (ohne Rentner) 1991 in Berlin - in Prozent**



Nach Behandlungstagen ergab sich für die 1991 stationär behandelten AOK-Mitglieder (ohne Rentner) folgende Rangfolge:

Krankheitsgruppen	KH-Tage in %	
	Berlin-West	Berlin-Ost
psychiatrische Erkrankungen	20,9	14,1
Herz-Kreislaufkrankheiten	12,7	12,5
Krankheiten der Verdauungsorgane	9,9	12,0
Muskel- und Skeletterkrankungen	9,5	6,7
Verletzungen und Vergiftungen	8,5	8,5
Neubildungen	8,4	9,8

(Quelle: AOK)

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane nahmen mit 8,7 % der stationären Behandlungstage in Berlin-Ost den vierten Rang ein

Bedingt durch einen hohen Anteil von Frauen und mitversicherten Kindern ergab sich bei den Familienangehörigen der Mitglieder (ohne Rentner) folgende Morbiditätsstruktur:

Krankheitsgruppen	KH-Fälle in %	
	Berlin-West	Berlin-Ost
Krankheiten der Atmungsorgane	12,4	14,8
Krankheiten der Verdauungsorgane	11,6	9,4
Verletzungen und Vergiftungen	9,0	5,4
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	6,3	4,9
Neubildungen	5,7	9,9
Herz-Kreislaufkrankheiten	3,8	1,9

(Quelle: AOK)

Etwa die Hälfte aller Krankenhausfälle der Familienangehörigen (ohne Rentner) betrafen die vorstehenden Krankheitsgruppen.

Bei den Atemwegserkrankungen dominierten akute und chronische Tonsillitis im Kindes- und Jugendalter.

Bei den Rentnern dominierten wie in den Vorjahren:

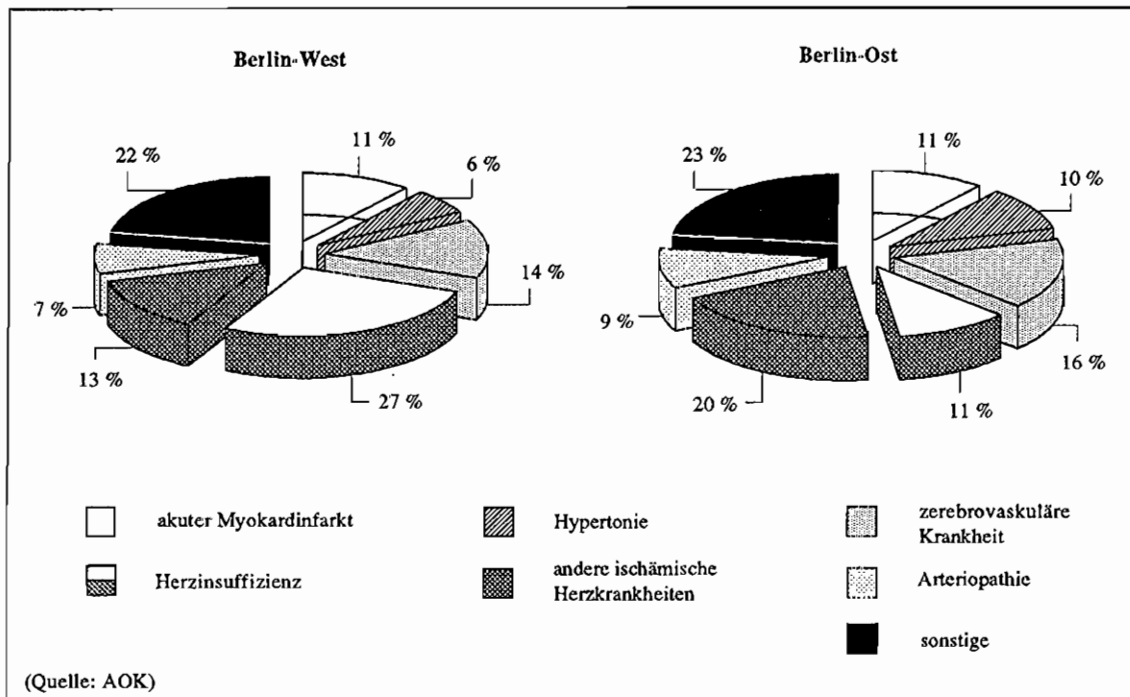
Krankheitsgruppen	KH-Fälle in %	
	Berlin-West	Berlin-Ost
Herz-Kreislaufkrankheiten	30,6	26,0
Neubildungen	10,1	19,6
Verletzungen und Vergiftungen	9,0	4,9
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	8,3	6,2
Krankheiten der Verdauungsorgane	7,0	8,3

(Quelle: AOK)

Bei den AOK-versicherten Rentnern der östlichen Bezirke lagen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit 9,9 % an dritter Stelle der Krankenhausfälle und hatten einen Anteil von 12,4 % an den Behandlungstagen.

Etwa jeder dritte Behandlungsfall bei den Rentnern ging zu Lasten einer Herz-Kreislaferkrankung. Am häufigsten kam es wegen Formen von Herzinsuffizienz und wegen ischämischer Herzkrankheit zu einer stationären Einweisung.

**Graphik 3.51: Stationär behandelte Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei AOK-versicherten Rentnern 1991 in Berlin - in Prozent**



Anders als bei der Arbeitsunfähigkeit sind die Krankheitsdiagnosen nicht so stark auf wenige Einzeldiagnosen beschränkt. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede spielen bei der Bildung der Rangfolge der einzelnen Behandlungsdiagnosen eine große Rolle.

Bei Betrachtung der Krankenhausbehandlungen aller Mitglieder der AOK (einschließlich der Rentner und mitversicherten Familienangehörigen) hinsichtlich der fünf häufigsten Diagnosen stellte sich im Jahr 1991 bei den Frauen folgende Reihenfolge (KH-Fälle je 10.000 Versicherte) dar:

Diagnose	Berlin-West		Berlin-Ost	
	je 10.000	Rang	je 10.000	Rang
normale Geburt	154,5	1	47,4	1
Herzinsuffizienz	153,9	2		
Katarakt	76,4	3		
Neubildung unbekanntes Charakters	76,2	4		
Apoplexie	50,7	5		
Schwangerschaftsabbruch			40,2	2
Diabetes mellitus			19,0	3
Brustkrebs			18,3	4
Menstruationsstörungen			16,5	5

(Quelle: AOK)

Zugenommen haben in den östlichen Bezirken Sterilisationen. Sie belegten 1991 mit 15,1 KH-Fällen je 10.000 versicherter Frauen den sechsten Platz des Einzeldiagnosespektrums der Krankenhausbehandlungen (Berlin-West: 6,9 je 10.000 Versicherte).

Die fünf häufigsten Krankenhauseinzeldiagnosen bei den Männern verteilten sich 1991 (KH-Fälle je 10.000 Versicherte) auf:

Diagnose	Berlin-West		Berlin-Ost	
	je 10.000	Rang	je 10.000	Rang
Herzinsuffizienz	76,5	1	11,8	5
Alkoholismus	66,1	2	14,0	3
Neubildung unbekanntes Charakters	59,3	3		
akuter Myokardinfarkt	48,8	4	16,4	2
Leistenbruch	39,6	5		
chronische Glomerulonephritis			22,4	1
Diabetes mellitus			13,4	4

(Quelle: AOK)

Deutliche Unterschiede innerhalb der Stadthälften ergaben sich sowohl bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit als auch bei der Dauer der Krankenhausbehandlung.

**Tabelle 3.32: Abgeschlossene Krankenhausesfälle der AOK-Versicherten nach Dauer 1991 in Berlin**

Dauer der Krankenhaus- behandlung in Tagen	Anteil der nach .... Tagen abgeschlossenen KH-Fälle an den Gesamtfällen		Anteil der KH-Tage der nach .... Tagen abgeschlossenen KH-Fälle an den Gesamttagen	
	Berlin-West	Berlin-Ost	Berlin-West	Berlin-Ost
	%	%	%	%
1 - 7	37,9	47,6	7,2	10,9
1 - 14	58,5	67,8	18,6	25,5
1 - 21	71,8	79,7	31,0	39,9
1 - 28	80,9	86,6	42,8	51,6
1 - 35	86,4	90,8	51,8	60,8
1 - 42	90,3	93,4	59,7	67,7
1 - 49	92,6	95,0	65,3	72,7
1 - 56	94,3	96,4	70,0	78,0
1 - 63	95,5	97,3	73,7	81,5
1 - 70	96,4	97,8	76,8	84,0
1 - 77	97,0	98,3	79,2	86,3
1 - 84	97,6	98,6	81,4	87,8

(Quelle: AOK)



Wie aus der Tabelle hervorgeht, machten die nach zwei Wochen abgeschlossenen KH-Behandlungen in Berlin-Ost rund zwei Drittel (67,8 %) aller KH-Fälle aus, beanspruchten aber nur etwa ein Viertel (25,5 %) der für 1991 registrierten KH-Tage. In Berlin-West waren 58,5 % aller KH-Fälle nach zwei Wochen abgeschlossen und die hierfür benötigten Behandlungstage deckten 18,6 % aller KH-Tage ab.

### 3.2.7 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 3.15: Zugänge an aktiver Tuberkulose 1981 - 1992 in Berlin - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.16: Gemeldete Tuberkulosefälle 1991 und 1992 in Berlin nach Lokalisation - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.17: Tuberkuloseinzidenz 1992 in Berlin nach Altersgruppen und Deutschen/Nichtdeutschen - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.18: Gemeldete Erkrankte an Geschlechtskrankheiten 1991 in der Bundesrepublik Deutschland nach Geschlecht - je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle 3.19: Neuerkrankungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten 1992 in Berlin nach Alter und Geschlecht (Bundesstatistik)
- Tabelle 3.20: Inzidenz ausgewählter Krebsarten 1987 - 1989 in Berlin-Ost nach Geschlecht
- Tabelle 3.21: Straßenverkehrsunfälle und verunglückte Personen 1989 - 1992 in Berlin
- Tabelle 3.22: Im Straßenverkehr verunglückte Personen unter 15 und ab 65 Jahren 1990 - 1992 in Berlin - absolut und je 10.000 Einwohner
- Tabelle 3.23: Im Straßenverkehr verunglückte Fußgänger und Fahrradfahrer unter 15 Jahren 1991 und 1992 in Berlin - absolut und je 10.000 Einwohner
- Tabelle 3.24: Arbeitsunfähigkeitsdauer (Tage je Fall) der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter
- Tabelle 3.25: Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Atemwegserkrankungen je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht
- Tabelle 3.26: Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen
- Tabelle 3.27: Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Dorsopathie (ICD Nrn. 720-724) und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (ICD Nrn. 490-496) je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1991 in Berlin
- Tabelle 3.28: Arbeitsunfähigkeitstage der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1991 in Berlin nach Krankheitsgruppen

- Tabelle 3.29: Krankenhausfälle je 100 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht
- Tabelle 3.30: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Geschlecht
- Tabelle 3.31: Krankenhausfälle je 10.000 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin nach Alter und Krankheitsgruppen
- Tabelle 3.32: Abgeschlossene Krankenhausfälle der AOK-Versicherten nach Dauer 1991 in Berlin
- Tabelle A 3.6: Gemeldete Tuberkulosefälle 1992 in Berlin nach Bezirken - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.7: Meldepflichtige Krankheiten 1990 - 1992 in Berlin nach Bezirken - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.8: Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten 1990 - 1992 in Berlin - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.9: Entwicklung ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 1981 - 1992 in Berlin - je 10.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.10: Meldepflichtige übertragbare Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1992 in Berlin nach Altersgruppen - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.11: Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen im Durchschnitt der Jahre 1988 und 1989 in Berlin-Ost nach Lokalisation - absolut und je 100.000 der Bevölkerung
- Tabelle A 3.12: Begutachtete Berufskrankheiten 1992 in Berlin
- Tabelle A 3.13: Arbeitsunfähigkeits-Fälle und -Tage je 10.000 Pflichtmitglieder der AOK (ohne Rentner) sowie Falldauer 1991 in Berlin-West nach Alters- und Krankheitsgruppen
- Tabelle A 3.14: Arbeitsunfähigkeits-Fälle und -Tage je 10.000 Pflichtmitglieder der AOK (ohne Rentner) sowie Falldauer 1991 in Berlin-Ost nach Alters- und Krankheitsgruppen
- Tabelle A 3.15: Krankenhaus(KH)-Fälle und -Tage je 10.000 Mitglieder der AOK und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin-West nach Alters- und Krankheitsgruppen
- Tabelle A 3.16: Krankenhaus(KH)-Fälle und -Tage je 10.000 Mitglieder der AOK und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin-Ost nach Alters- und Krankheitsgruppen

*KAPITEL*

*4*

*GESUNDHEITSVORSORGE  
UND  
GESUNDHEITSFÖRDERUNG*

## 4.0 Vorbemerkung

Im Rahmen des gesamten medizinischen Vorsorgesystems hat der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) die Aufgabe der Gesundheitssicherung, -vorsorge und -förderung. Konkret hat er die "gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung zu beobachten und zu bewerten, die dazu notwendigen Planungen zu erstellen und bei Vorhaben und Maßnahmen anderer Verwaltungsstellen mitzuwirken, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken könnten". So lautet der gesetzlich verankerte Aufgabenkatalog im §1 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG).

Rolle und Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen unterliegen seit einigen Jahren einem Wandel, der eng an die Weiterentwicklung und Etablierung der Grundprinzipien von Gesundheitsförderung geknüpft ist.

Das Verständnis von Gesundheitsförderung orientiert sich vor allem am Gesundheitsbegriff der WHO und macht sich die vier Prinzipien

- Stärkung der Interessenvertretung für Gesundheit durch gemeinschaftliches, lokales Handeln
- Befähigung von Gruppen und Einzelpersonen zur Kontrolle über ihre Gesundheit und Umwelt durch Bildung und Kompetenzstärkung
- Schaffen von Bündnissen für Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebenswelten
- Vermittlung zwischen gegensätzlichen Interessen in der Gesellschaft

zu eigen. Im Jahre 1991 haben die für Gesundheit zuständigen Minister und Senatoren der Gesundheitsförderung einen wesentlichen Platz in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitshandeln eingeräumt.

Doch gesetzliche Zielvorgaben, Beschlüsse und Wirklichkeit klaffen weit auseinander. Umsetzungsdefizite sind kaum übersehbar. So gibt es zwar zahlreiche Angebote zur gesundheitlichen Beratung, Betreuung und Vorsorge, doch diese - seien es die von kommunaler Seite, von den Krankenkassen, Kirchen, freigemeinnützigen Trägern oder Selbsthilfegruppen - laufen zu unkoordiniert nebeneinander her.

Die Angebote der Gesundheitsämter sind zwar immerhin 70 % der Westberliner aber nur 30 % der Ostberliner bekannt. Lediglich 7 % nehmen überhaupt an Programmen des ÖGD teil, wengleich auch immerhin etwa jeder zweite Berliner ein persönliches Interesse an verschiedenen Maßnahmen und Angeboten artikuliert. Das zumindest sind die Ergebnisse aus dem 1991 durchgeführten und 1992 vorgelegten Gesundheits- und Sozialsurvey, der Aufschluß über die gesundheitliche und soziale Lage sowie das Gesundheitsverhalten der etwa 2,5 Millionen erwachsenen Berliner gibt (vgl. die Zusammenfassungen im Jahresgesundheitsbericht 1991).

Der ÖGD Berlins kann in seiner gegenwärtigen Organisation und mit den vorhandenen Strukturen dem oben genannten Verständnis von Gesundheitsförderung nicht gerecht werden, daher ist eine Neustrukturierung mit ebenfalls neuer Themen- bzw. Schwerpunktsetzung notwendig. Unter anderen auch mit dieser Vorgabe führte 1992 die Dornier GmbH im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit eine Untersuchung zur Begutachtung des ÖGD unter dem Titel "Steigerung der Effektivität und bedarfsgerechte Neustrukturierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin" durch. Das Gutachten konnte zwar bis zum Ende des Berichtszeitraumes nicht abgeschlossen werden, inzwischen liegt jedoch eine "Erweiterte Zusammenfassung" vor mit Empfehlungen der Gutachter.

Als Leitlinien einer Neuorientierung schlägt die Gutachtergruppe u. a. vor:

- kommunale gesundheitsbezogene Angebote sollen koordiniert werden
- Angebote sollen über das Mittel der Fördermittelvergabe (Förderkompetenz) gesteuert werden
- die Kompetenzen des ÖGD bleiben erhalten

- gemäß dem Subsidiaritätsprinzip soll künftig jede Aufgabe von der dafür am besten geeigneten Ebene wahrgenommen werden
- es sollen Initiativen entwickelt werden, um den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen ausschöpfen und erweitern zu können
- die Gesundheitsämter sollen von Dienstleistungen für andere Behörden entlastet werden
- längere Übergangsfristen für die östlichen Bezirke
- die Ressorts Gesundheit und Soziales sollen zusammengeführt werden
- die Senatsaufgaben sollen "entmischt" werden.

Das Gutachten gibt darüber hinaus Empfehlungen, welche Dienste und Einrichtungen künftig in jedem Bezirk und welche überbezirklich angeboten werden sollen. Es schlägt u.a. auch die Einrichtung eines Landesgesundheitsamtes zur Übernahme von zentralen Aufgaben vor. Ausdrücklich empfohlen wird die Einrichtung einer Leitstelle für Gesundheitsplanung und -koordination, Gesundheitsberichterstattung und -förderung in jedem bezirklichen Gesundheitsamt.

Insgesamt fordert die Gutachtergruppe eine Kompetenzstärkung der Bezirke, die es den Bezirken erlauben soll, aus den erstellten Gesundheitsberichten und Analysen über den Gesundheitszustand der eigenen Bevölkerung Konzepte zu entwickeln und Maßnahmen zu ergreifen. Die Vergabe von Fördermitteln an freie Träger für Projekte der Gesundheitsförderung und -versorgung auf Bezirksebene - statt wie bisher durch die Hauptverwaltung - ist daher nur logische Konsequenz einer Kompetenzstärkung der Bezirke.

Die vorhandenen Ansätze zur Zusammenarbeit mit anderen Trägern präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten sollen dabei im Sinne einer verbesserten Koordination und Kooperation weiter ausgebaut werden. Dabei kann bereits jetzt auf die Erfahrungen einzelner Bezirke zurückgegriffen werden, die schon entsprechende Koordinierungsstellen eingerichtet haben.

## **4.1 Gesundheitsvorsorge**

### **4.1.1 Gesundheit ist nicht alles - aber ohne Gesundheit ist alles nichts (WHO Charta, Ottawa 1986) - Ein Beitrag der AOK Berlin -**

Diese Feststellung und die daraus resultierenden Folgerungen haben die Gesundheitssysteme in aller Welt und natürlich auch das System der solidarisch finanzierten Krankenversicherung in Deutschland zum Nach- und Umdenken angeregt. Bis zum Beginn der 70er Jahre bestand das deutsche Krankenversicherungssystem hauptsächlich aus Leistungsgewährung im Krankheitsfall. Die Wirksamkeit kurativer Maßnahmen wurde seitdem in Frage gestellt, da die starke Zunahme gerade von chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates unvermindert anhielt. Diese langwierigen und kostenaufwendigen Krankheiten taten ein übriges, um die Notwendigkeit zu erkennen, in der Bevölkerung Verhaltensänderungen zu bewirken und ein Gesundheitsbewußtsein anschaulich darzubieten. Ein gesundes Leben wurde auch in Deutschland zum höchsten persönlichen Gut deklariert. Zusätzliche Erkenntnisse in der epidemiologischen Forschung und die stetig ansteigenden Kosten im Gesundheitssystem zeigten, daß die Zeit reif war, nach neuen Wegen zu suchen, um

- die Gesetzliche Krankenversicherung weiter finanzierbar zu gestalten und
- die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern,

denn trotz steigender Ausgaben wurde nicht mehr Gesundheit erreicht. Die Begründung, daß durch den erreichten medizinischen Fortschritt mehr Krankheiten, die früher unbekannt waren, erkannt werden und somit behandelt werden müssen, reichte dem AOK-System nicht aus. Steigende Belastung durch Umweltverschmutzung sowie höhere Ansprüche am Arbeitsplatz führten ebenso zu der Erkenntnis, daß ausschließlich auf medizinische Behandlung beruhende Maßnahmen nicht die Effekte erzielten, die für die Bevölkerung "mehr Gesundheit" erbracht hätten. Die AOK wollte sich daher nicht mehr länger nur als Finanzierer der Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten verstehen, sondern im Vorfeld der Entstehung von Krankheiten aktiv werden. Durch diesen Schritt wurde eine große Anzahl von Veränderungen im Gesundheitssystem ange-regt, durchgeführt und von anderen Krankenkassen aufgenommen. Mit der Umbenennung der AOK in "AOK - Die Gesundheitskasse" wurde verdeutlicht, daß die Gesundheit der Versicherten das Leitbild prägt.

### Die Formen der Prävention

Wie kann ein hohes Maß an Gesundheit erreicht werden? Diese Frage war schnell beantwortet: mit Vorbeugung und Früherkennung. Das Verfahren ist logisch, die Durchführung der Maßnahmen wurde konsequent umgesetzt. Je früher Krankheit oder Krankheitsbilder erkannt werden, umso eher und leichter lassen sich Gefahren für das Entstehen einer oftmals langwierigen Krankheit verhindern oder zumindest in ihren Auswirkungen abmildern. Um Krankheit, hier sind gerade chronische Krankheiten gemeint, zu verhindern, muß man vorbeugen - durch Bewegung, gesunde Ernährung, Entspannung und vieles mehr. Diese Maßnahmen werden heute unter dem Sammelbegriff "Prävention" zusammengefaßt, doch vielfach mißverstanden.

Folgende Arten der Prävention sind zu unterscheiden:

- Primärprävention
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention.

Die *Primärprävention* bezeichnet alle Bemühungen, die beim "gesunden Menschen" die Entstehung von Krankheit vermeiden helfen oder verhüten und damit Gesundheit bewahren. Maßnahmen der Primärprävention erhöhen die Chance, gesund zu bleiben, die körperlichen Abwehrkräfte werden gestärkt, bestimmte Risikofaktoren werden vermieden oder abgebaut.

*Sekundärprävention* soll gewöhnlich den Krankheitsprozeß frühzeitig erkennen. Ziel ist, bei Vorliegen eines Befundes rechtzeitig, d.h. in der Regel im vorklinischen Bereich, mit einer Therapie zu beginnen. Zu diesem Bereich zählen vor allem die Früherkennungsuntersuchungen (U 1 - U 9 für Kinder, Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up)

Unter *tertiärer Prävention* wird im allgemeinen die Rehabilitation verstanden. Hier werden alle medizinischen, psychologischen, sozialen und ökonomischen Maßnahmen verstanden, die nach einer eingetretenen Gesundheitsstörung durchgeführt werden und der größtmöglichen Wiederherstellung der Gesundheit, der Vorbeugung des Fortschreitens einer chronischen Krankheit, der Verhinderung eines Rückfalls und der beruflichen Wiedereingliederung dienen.

Die Abgrenzung dieser drei Bereiche untereinander und von der Kuration ist entscheidend, weil Zielsetzung und Adressatenkreis der jeweiligen Maßnahme, Art und Ort des Angebotes, die dazu gehörende fachliche Kompetenz und die gesetzlichen Regelungen, die den damit verbundenen Anspruch auf Leistungen begründen, jeweils völlig unterschiedlich sind, wie die folgende Darstellung zeigt:

**Die unterschiedlichen Bereiche des Gesundheitswesens mit ihren spezifischen Gesundheitszielen**

Zustand	Gesundheit	Frühzeichen von Krankheit (vorklinische Phase)
Gesundheitsbereich	Prävention	Krankheitsfrüherkennung
Ziel	Verhütung der Entstehung von Krankheit durch <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstärkung der körpereigenen Abwehrkräfte</li> <li>- Verhütung von Risikofaktoren</li> <li>- Bekämpfung von Risikofaktoren, die keinen krankhaften Zustand beschreiben</li> </ul>	Erkennung von pathologischen Abweichungen im Frühstadium einschließlich Aufdecken von Risikofaktoren, die bereits einen krankhaften Zustand beschreiben

Zustand	Krankheit (klinische Phase)	Krankheitsfolgen (Behinderungen)
Gesundheitsbereich	Kuration	Rehabilitation
Ziel	Heilung/Linderung erkannter Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>- im ambulanten Bereich</li> <li>- im stationären Bereich</li> <li>- Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhinderung von Rückfällen bei bereits geheilten und Verschlimmerung bei gelinderten Krankheiten</li> <li>- Vermeidung von Folgeerkrankungen</li> <li>- Schaffung eines Optimums an Funktionsfähigkeit und "Lebensqualität" trotz bestehender und irreversibler Schäden</li> </ul>

(Quelle: AOK-Bundesverband 'SKV-Durchblick Bd 3" 1993)

**Gesetzliche Grundlagen**

Die gesetzliche Grundlage für Präventionsangebote der Krankenkassen war seit 1975 durch eine allerdings sehr allgemein gehaltene Bestimmung im Buch I des Sozialgesetzbuches gegeben. Nach den §§ 13 und 14 waren die Krankenkassen angehalten, ihre Versicherten über Gesundheitsgefahren und Möglichkeiten zur Verhütung von Krankheiten aufzuklären. Außerdem gewährten die §§ 187 und 364 der Reichsversicherungsordnung (RVO) den Kassen einen Spielraum in der Satzungsgestaltung, mit dem Maßnahmen zur Prävention gerechtfertigt werden konnten. Im engeren Sinne war Prävention nur in Form der Krankheitsfrüherkennung bei Krebs (§ 181 RVO) gesetzlich verwirklicht. Trotz dieses gesetzlich nicht allgemein geregelten Präventionsbereiches haben die Ortskrankenkassen schon frühzeitig, etwa über Satzungsregelungen, freiwillige Leistungen für ihre Versicherten angeboten, z.B. Ernährungsberatungen, Bewegungsangebote, Breitensportaktionen, Blutdruck- und Cholesterinmessungen, Behandlung präventionsrelevanter Themen in Infobroschüren und Mitgliederzeitschriften.

Diese Leistungen wurden von den AOKs kontinuierlich ausgebaut und erweitert. Als Beispiel sei hier das halbjährlich erscheinende "Programm zur Gesundheitsförderung" der AOK Berlin genannt, das in allen Geschäftsstellen erhältlich ist und eine Vielzahl von Kursen und Beratungen zum Thema Gesundheit umfaßt.

Insofern stellte die gesetzliche Regelung der Gesundheitsförderung durch das am 1.1.1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz bzw. dessen Einordnung in das Sozialgesetzbuch (SGB V) für die AOK lediglich eine Festschreibung früher schon durchgeführter Maßnahmen dar. In § 20 des SGB V wird den Krankenkassen eine allgemeine Aufklärungspflicht über Gesundheitsgefährdungen und Krankheitsverhütung vorgeschrieben. Weiterhin sollen die Krankenkassen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken. Dies betrifft auch den Bereich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. In § 67 SGB V wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, in bestimmten Bereichen, zu denen auch die Gesundheitsförderung gehört, neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren für eine bestimmte Zeit zu erproben, um die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuentwickeln. Einen besonderen Wert legte der Gesetzgeber auch auf die Feststellung, daß zur Erreichung der Ziele des § 20 SGB V von den Krankenkassen möglichst Partnerschaften angestrebt werden sollen. Dadurch wird betont, daß Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

#### **Ansatzpunkte für Prävention**

Durch diese Aufforderung des Gesetzgebers zur Kooperation ist es inzwischen auf dem Gebiet der Förderung des Umweltschutzes zu einer engen Zusammenarbeit der AOK mit dem World-Wildlife-Fund (WWF) gekommen. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, also der Erkennung, Vermeidung bzw. Verhinderung und Beseitigung von Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz, ist es der AOK gelungen, mit verschiedenen Arbeitgebern ein auf den jeweiligen Betrieb abgestimmtes Programm zu entwickeln. Die positiven Ergebnisse und der gegenseitige Nutzen dieser Maßnahmen zeigen, daß hier ein enormer Bedarf an weiterer Entwicklung und flächiger Ausbau der Angebote besteht.

Es gibt also neben den bereits erwähnten drei Arten der Prävention, die die individuellen Bedürfnisse der Bevölkerung behandeln, zwei weitere, miteinander vernetzte Bereiche der Prävention. Zum einen handelt es sich um die sogenannte Verhaltensprävention, die als Ziel die bewußte Veränderung des persönlichen Lebensstils hat, und die Verhältnisprävention. Die bisher beschriebenen Maßnahmen der Prävention gehören somit alle zum Bereich der Verhaltensprävention. Ziel der Verhältnisprävention ist es, die Einwirkung auf die Gesundheit aus dem Bereich der Arbeitswelt, der sozialen und ökologischen Umwelt zu verändern. Hier hat die AOK insofern einen großen und wichtigen Schritt getan, als sie bereits mehrere Betriebsgeschäftsstellen aufgebaut hat. Dort werden speziell im betreuten Betrieb beschäftigte Arbeitnehmer bedient. Somit kann auf betriebsspezifische Wünsche, z. B. der Ernährungsberatung in der Kantine, der Feststellung von häufig von Krankheitsfällen betroffenen Betriebsteilen, eingegangen werden. Mit Hilfe der EDV-Technik und unter Berücksichtigung des Datenschutzes kann ermittelt werden, wo die Beeinträchtigungen der Gesundheit der Arbeitnehmer besonders ausgeprägt sind, beispielsweise eine hohe Rate an Erkrankungen des Bewegungsapparates durch falsche Aufstellung von Maschinen, die den Beschäftigten zu extrem belastenden Bewegungen im Arbeitsablauf zwingen. Dazu bedarf es einer Zusammenarbeit aller Beteiligten (Geschäftsleitung, Betriebsrat, Betriebsarzt usw.). Dies ist der AOK schon mehrfach gelungen, da alle Beteiligten von einer solchen Kooperation profitieren. Der Arbeitgeber, weil die durch krankheitsbedingte Ausfälle geringere Produktionsleistung vergrößert wird und eine engere Bindung der Arbeitnehmer an den Betrieb erfolgt, d.h. geringe Fluktuation im Betrieb; die Beschäftigten, die durch geringere Belastung eine größere und dauerhafte Leistung erbringen können. Natürlich profitiert auch die AOK und damit alle ihre Versicherten von diesen Aktionen, denn durch gesunde Lebensweise und die Verminderung von schädlichen Einflüssen werden auf Dauer Kosten vermindert, die jedem einzelnen zugute kommen. Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß Gesundheit nur unter Berücksichtigung aller Einflußfaktoren erreicht werden kann. Die Erkenntnis daraus ist, daß punktuelle Förderung einzelner Präventionsbereiche allein nicht ausreicht.



Dies hat dazu geführt, daß die Prävention zwar Mittel zur Erkennung, Vermeidung und Verhinderung von gesundheitsschädlichen Einflüssen bietet aber heute ein umfassender Katalog mit Maßnahmen notwendig ist, will man alle relevanten Faktoren berücksichtigen. Diese weitreichende Einflußnahme auf die Gesundheit wird unter dem Begriff Gesundheitsförderung zusammengefaßt. Gesundheitsförderung ist mehr als die eigentliche Prävention. Gesundheitsförderung ist als Prozeß zu sehen, in dem alle Maßnahmen, die der Gesundheit dienen, voneinander abhängig sind und demnach aufeinander abgestimmt werden müssen. Einzelne Förderungen bestimmter Bereiche sind zwar kurzfristig hilfreich, eine auf Dauer ausgerichtete Verbesserung der Gesundheit ist allerdings nur zu erreichen, wenn alle Faktoren, die der Gesundheit dienen, berücksichtigt werden.

Die AOK-Gemeinschaft wird diesen Weg weiter beschreiten und sich darüber freuen, wenn andere erkennen, daß die Maßnahmen der Gesundheitsförderung erfolgreich sind, und die Angebote der AOK nachahmen.

### 4.1.2 Sozialmedizinische Beratung

#### 4.1.2.1 Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD) der Bezirksamter

Die Gesundheitsämter aller Bezirke unterhalten Sozialmedizinische Dienste (SMD). Im Ostteil der Stadt wurden im Laufe der Jahre 1990/91 die bestehenden Schwangerenberatungsstellen erheblich reduziert, die Ehe- und Sexualberatungsstellen aufgelöst und Sozialmedizinische Dienste eingerichtet. Daher beziehen sich die Zahlen in diesem Bericht ausschließlich auf Berlin-West.

Der SMD bietet Rat und Hilfe während der Schwangerschaft, bei Fragen zur Familienplanung, in Schwangerschaftskonfliktsituationen und bei Partnerschaftsproblemen. Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzten/Ärztinnen, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen, Psychologen/Psychologinnen, Krankengymnastinnen, Hebammen und Arzthelferinnen ermöglicht neben der medizinischen Betreuung auch die Berücksichtigung sozialer und psychischer Probleme.

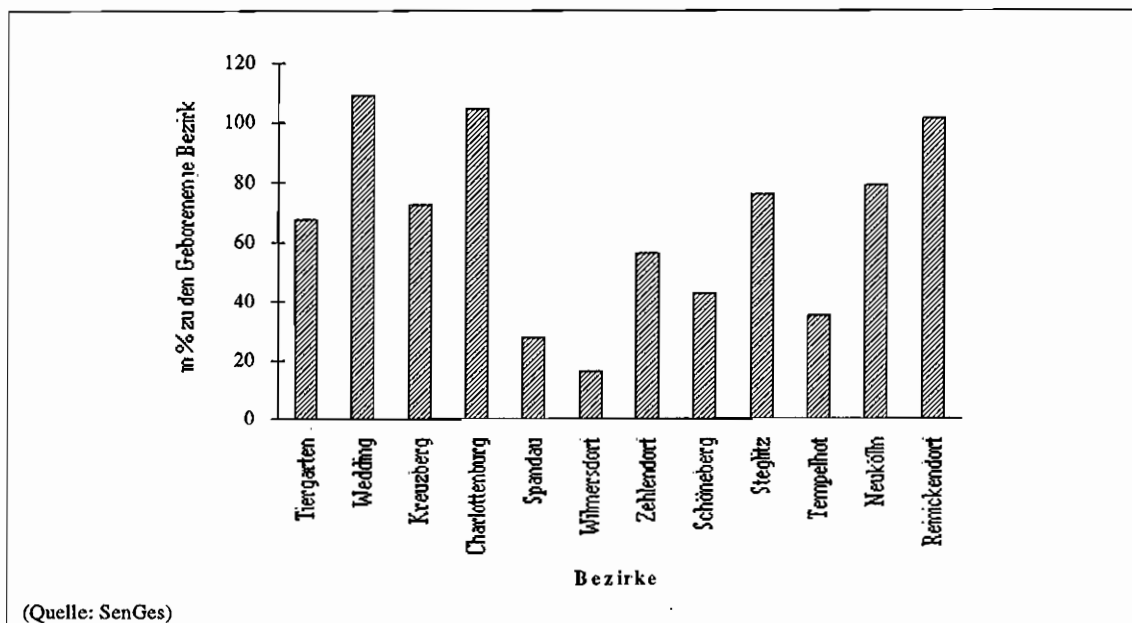
Bereich	Zugänge im Berichtsjahr											
	1988		1988	1989		1989	1990		1990	1991		1991
	absolut	%	zu 1987 in %	absolut	%	zu 1988 in %	absolut	%	zu 1989 in %	absolut	%	zu 1990 in %
Schwangerenberatung	14086	52,5	+17,1	14349	52,1	+1,9	14792	51,2	+3,1	15250	51,1	+3,1
Familienplanungsberatung	8487	31,6	+1,0	9273	33,7	+9,3	10067	34,9	+8,6	10919	36,6	+8,5
Beratung nach § 218 StGB	3088	11,5	+0,9	2747	10,0	-11,0	2897	10,0	+5,5	2638	8,8	-8,9
Ehe-, Sexual- und Partnerberatung	1180	4,4	+0,8	1151	4,2	-2,5	1109	3,8	-3,6	1044	3,5	-5,9
insgesamt	26841	100	+8,8	27520	100	+2,5	28865	100	+4,9	29851	100	+3,4

Die Beratungsstellen verzeichneten mit 29 851 Zugängen im Berichtsjahr einen Anstieg der Nachfrage um 3,4 %.

Der Schwerpunkt der Arbeit des SMD liegt in der medizinischen Betreuung und sozialen Beratung der werdenden Mutter. In den Beratungsstellen, die keiner Klinik angeschlossen sind, überwiegt der sozialpädagogische Bereich.

15.250 Frauen wandten sich 1991 erstmalig an die Schwangerenberatung des SMD. Setzt man diese Zahl in Bezug zu den 1991 Geborenen, so zeigt sich, daß mehr als zwei Drittel der Schwangeren (69,6 %, 1990: 66,5 %) eine Betreuung durch den SMD in Anspruch nahmen

**Graphik 4.1: Inanspruchnahme der Schwangerenberatung des Sozialmedizinischen Dienstes der Gesundheitsämter 1991 in Berlin-West**



Um auch Ausländerinnen mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen anzusprechen, werden Sprachmittlerinnen eingesetzt. In Schöneberg z.B. führt der SMD in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen eines Frauenladens eine Schwangerenberatung für türkische Frauen durch. Etwa jede vierte Klientin der Schwangerenberatung war Ausländerin (26,1 %, 1990: 24,8 %). Am höchsten lag der Anteil der Ausländerinnen in Wedding (46,4 %) und Tiergarten (45,8 %), gefolgt von Neukölln (32,7 %), Schöneberg (32,5 %) und Charlottenburg (26,6 %). In Zehlendorf (3,0 %) und Tempelhof (0,5 %) wurden nur sehr wenige und in Spandau gar keine Ausländerinnen betreut. Es ist auffällig, daß in den drei Bezirken mit der niedrigsten Ausländerquote ärztliche Schwangerenberatung gar nicht oder nur in geringem Umfang stattfand.

Die Familienplanungsberatung umfaßt die Antikonzeptions- und Sterilisationsberatung, Verordnung von Verhütungsmitteln und Prüfung der Anträge auf Kostenübernahme nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sowie Informationsveranstaltungen für Jugendgruppen. Zur kostenlosen Abgabe von Verhütungsmitteln an die Anspruchsberechtigten gehört auch das Einlegen von Spiralen.

10.593 Frauen, 168 Männer und 158 Paare suchten 1991 erstmalig die Familienplanungsberatung auf

#### 4.1.2.2 **Beratungsangebote von Einrichtungen freier Träger 1991 in Berlin**

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 10787 Berlin, Ansbacher Straße 11, in 10355 Berlin, Gotzkowskystraße 8, und in 10999 Berlin, Lausitzer Str. 46 (zum 31.12.1991 wegen Kündigung aufgelöst), wöchentlich neun Sprechstunden durch, davon werden drei speziell für türkische Frauen und zwei für Behinderte angeboten.

Bei PRO FAMILIA waren 1991 fünf Ärztinnen, vier Psychologinnen, fünf Sexualpädagoginnen, je eine Diplompädagogin, Diplomsoziologin, zwei Sozialarbeiterinnen sowie drei Praktikantinnen der Sozialarbeit beschäftigt.

Die Beratungsinhalte umfassen alle Aspekte und Probleme aus den Bereichen Sexualität, Partnerbeziehung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung und Kinderwunsch. Angeboten werden Einzel- und Paarberatungen, Gruppengespräche, Kurse, Multiplikatorengespräche und Informationsveranstaltungen. Das 1990 eingeführte Beratungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung wurde sehr gut angenommen. Es wurde darüber hinaus eine medizinische Sprechstunde für diesen Personenkreis eingerichtet, die vor allem zur Klärung von Fragen zu Sexualität, Körperfunktion, Schwangerschaft, Verhütung und Sterilisation genutzt wird. Sexualpädagogische Beratungen wurden als spezielle Sprechstunde in Heimen für geistig behinderte Jugendliche durchgeführt.

PRO FAMILIA leistete eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit und war intensiv tätig, um den Aufbau der Beratungsarbeit im Ostteil Berlins zu unterstützen.

Einen Überblick über die Arbeit von PRO FAMILIA bietet die nachfolgende Beratungsstatistik.

Im Rahmen der institutionellen Förderung wurde die Arbeit bei PRO FAMILIA auch im Jahr 1991 durch Zuwendungen unterstützt.

Tabelle 4.1: Beratungen durch PRO FAMILIA 1990 und 1991 in Berlin-West

Beratungsinhalt	Beratungen			
	1990	1991	1991 zu 1990	
			absolut	in %
soziale Beratungen	670	688	18	2,7
Adoptionsberatungen	6	6	0	0,0
Beratungen nach § 218 StGB	1586	1643	57	3,6
Graviditätsambivalenz	204	180	-44	-21,6
psychologische Beratungen	1643	1323	-320	-19,5
Kinderwunschberatungen	22	20	-2	-9,1
Beratung nach Abbruch	-	12	12	
medizinische Beratungen	679	771	92	13,5
gynäkologische Untersuchungen	412	429	17	4,1
Krebsfrüherkennung	198	179	-19	-9,6
IUD-Beratung und Legen	62	34	-28	-45,2
Diaphragmaanpassen	239	223	-16	-6,7
Diaphragmakontrolle	138	145	7	5,1
Verhütungsberatungen	579	393	-186	-32,1
Sterilisationsberatungen	88	111	23	26,1
Pillenberatungen	369	313	-56	-15,2
Nachverhütungsberatungen	218	189	-29	-13,3
Refertilisierungsberatungen	5	12	5	100,0
Rezepte u.ä.	420	219	-201	-47,8
Beratungen von geistig Behinderten	109	120	109	100,0
insgesamt	7647	6990	-657	-8,6

(Quelle: SenGes)

**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 1991 749 Stiftungsanträge bearbeitet. Zu erwähnen ist, daß diese Anträge überwiegend von ausländischen Frauen (447) gestellt wurden.

**Caritasverband für Berlin e.V.**

Vom Caritasverband für Berlin e.V. und dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. werden die Beratungsstellen in 10587 Berlin, Iburger Ufer 12, in 12053 Berlin, Boddinstraße 63, sowie in 10715 Berlin, 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.

Insgesamt wurden 1.180 Beratungen durchgeführt, davon führten 932 zur Antragstellung an die Stiftung "Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens". Auch hier waren ca. 60 % Ausländerinnen.

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.

Das Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit hatte gemäß Artikel 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages 1990 begonnen, Schwangerschaftsberatungsstellen freier Träger im Beitrittsgebiet zu fördern.

Im Ostteil Berlins wurden 1991 drei Beratungsstellen des Diakonischen Werkes, zwei Beratungsstellen des Caritas-Verbandes, eine Beratungsstelle des Sozialdienstes katholischer Frauen und eine Beratungsstelle des Bezirksamtes Hohenschönhausen aus Bundesmitteln finanziert.

Um ein plurales Angebot herzustellen, ist vorgesehen, weitere drei Beratungsstellen nichtkonfessioneller Träger einzurichten.

Die Finanzierung dieser Beratungsstellen wird 1992 zu 90 % aus Bundesmitteln und zu 10 % aus Landesmitteln erfolgen.

#### 4.1.2.3 Beratungen nach § 218 b Abs. 1 StGB 1991 in Berlin-West

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.5.1993 zur rechtlichen Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen wurde inzwischen eine einheitliche Rechtslage für die alten und neuen Bundesländer geschaffen. Aufgrund dieses Urteils wird derzeit geprüft, welche landesrechtlichen Voraussetzungen zur konkreten Umsetzung dieses Urteils notwendig sind.

In Berlin-Ost fanden aufgrund der 1991 gültigen Rechtslage keine Beratungen nach § 218 b StGB statt, daher bezieht sich dieser Bericht ausschließlich auf den Westteil der Stadt.

Der Gesetzgeber verpflichtet Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen, eine Beratungsstelle oder eine als Beraterin anerkannte Ärztin / einen als Berater anerkannten Arzt aufzusuchen, damit sie vor der endgültigen Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch über alle zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder informiert sind. Keine Beratungspflicht besteht, wenn ein Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um eine durch körperliche Krankheit oder Körperschäden begründete Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren abzuwenden.

Nach § 10 des Schwangerengesetzes vom 22.12.1978 (GVBl. S. 2514) sind die Beratungsstellen und beratenden Ärztinnen/Ärzte gegenüber der Senatsverwaltung für Gesundheit auskunftspflichtig über die Zahl der Beratungen sowie Abbruchgründe, Alter, Familienstand, Wohnort und Staatsangehörigkeit der Frau. Angaben, aus denen die Identität der Beratenen abgeleitet werden kann, dürfen in diesem Zusammenhang nicht erfaßt werden.

Im Berichtsjahr wurden der Senatsverwaltung für Gesundheit 5 981 *soziale Beratungen nach § 218 b StGB* gemeldet (9,1 % weniger als im Vorjahr).

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche lag nach Auskunft der Krankenhäuser und zugelassenen Einrichtungen mit 10.188 wesentlich höher. Wenn man berücksichtigt, daß zwar nicht vor allen Abbrüchen eine Beratungspflicht bestand, aber andererseits auch sicher nicht alle beratenen Frauen die Schwangerschaft abgebrochen haben, kann man davon ausgehen, daß *bei etwa 40 % der sozialen Beratungen die Auskunftspflicht der Beratenden gegenüber der Senatsverwaltung nicht beachtet wurde*.

*44,7 % der erfaßten Beratungen fanden in städtischen Einrichtungen, überwiegend in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter, statt.*

Freigemeinnützige Verbände und privat unterhaltene Stellen meldeten 2.574 (43,0 %) aller Beratungen. Den größten Anteil daran hatte der Paritätische Wohlfahrtsverband mit 1.636 (63,6 %, 1990: 61,4 % der Beratungen in nichtstädtischen Stellen), die fast ausschließlich von Pro Familia durchgeführt wurden. Das Bischöfliche Ordinariat war mit 32,5 % (1990: 35,5 %) beteiligt.

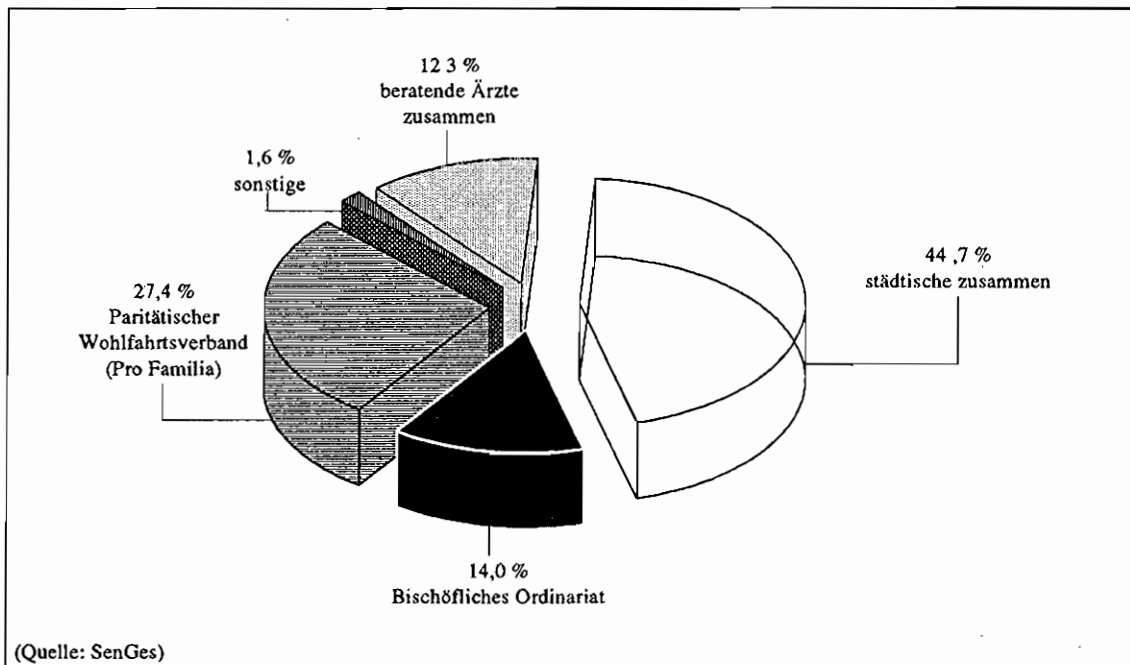
Die weiteren 734 Beratungen (12,3 %) meldeten als Berater anerkannte Ärztinnen/Ärzte in freier Praxis.

**Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1991 in Berlin-West**  
 - Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen -

Beratungsstellen				Beratungen	
				absolut	%
städtische zusammen				2.673	44,7
davon					
	im Bereich				
	-Ges-	-Jug-	-Soz-		
Tiergarten	90	-	-	90	1,5
Wedding	501	-	-	501	8,4
Kreuzberg	356	-	-	356	6,0
Charlottenburg	238	-	1	239	4,0
Spandau	301	-	-	301	5,0
Wilmerdorf	178	-	-	178	3,0
Zehlendorf	35	-	-	35	0,6
Schöneberg	198	-	-	198	3,3
Steglitz	73	-	-	73	1,2
Tempelhof	26	-	-	26	0,4
Neukölln	436	59	19	514	8,6
Reinickendorf	111	51	-	162	2,7
nichtstädtische zusammen				2.574	43,0
davon					
Arbeiterwohlfahrt				18	0,3
Bischöfliches Ordinariat				836	14,0
Diakonisches Werk				42	0,7
Paritätischer Wohlfahrtsverband				1.636	27,4
darunter Pro Familia				1.630	27,3
Deutsches Rotes Kreuz				4	0,1
Gesundheitszentrum Gropiusstadt				38	0,6
beratende Ärzte zusammen				734	12,3
insgesamt				5.981	100

(Quelle: SenGes)

**Graphik 4.2: Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen nach § 218 b StGB**



Die meisten Frauen, die sich beraten ließen, hatten ihren Wohnsitz in Berlin (94,8 %), aus anderen Bundesländern oder dem Ausland kamen nur 1,3 %, für 231 Frauen (3,9 %) fehlte die Angabe zum Wohnsitz.

Fast ein Drittel (31,4 %) der beratenen Frauen war nichtdeutsch, dabei bildeten die Türkinnen mit 41,8 % die größte Gruppe der Ausländerinnen.

Große Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Beratenen zeigten sich beim Familienstand: Während von den deutschen Frauen über die Hälfte (58,2 %) ledig und nur 29,2 % verheiratet waren, machte der Anteil der Verheirateten unter den Ausländerinnen 70,2 %, bei den Türkinnen sogar 85,6 % aus.

Der Vergleich der Altersverteilung zeigt, daß der Anteil der jungen Frauen (unter 25 Jahre) bei den Ausländerinnen größer war als bei den gleichaltrigen deutschen Frauen: Die Quote der 18- bis unter 25jährigen Ausländerinnen lag mit 36,0 % deutlich höher als die der deutschen Frauen dieser Altersstufe mit 29,1 %, während umgekehrt die Gruppe der 25- bis unter 35jährigen über die Hälfte (51,0 %) der deutschen Beratenen ausmachte, dagegen bei den Ausländerinnen nur mit 43,4 % vertreten war.

**Tabelle 4.2: Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1991 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	10	3	-	-
15 - 18	196	3,3	132	61	29	3
18 - 20	346	5,8	198	139	62	9
20 - 25	1500	25,1	950	536	251	14
25 - 30	1777	29,7	1213	524	230	40
30 - 35	1110	18,6	801	291	84	18
35 - 40	633	10,6	428	195	73	10
40 - 45	219	3,7	146	70	34	3
45 - 50	17	0,3	9	7	4	1
50 und älter	1	0,0	-	1	1	-
unbekannt	169	2,8	60	50	16	59
Familienstand						
ledig	2764	46,2	2298	436	90	30
verheiratet	2498	41,8	1153	1317	671	28
geschieden	362	6,1	304	55	11	3
verwitwet	14	0,2	12	2	1	-
unbekannt	343	5,7	180	67	44	96
Abbruchgründen						
wirtschaftliche Probleme	233	3,9	152	76	30	5
Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme	206	3,4	178	26	10	2
familiäre Probleme	409	6,8	261	132	75	16
befürchtete kindliche Schädigung	89	1,5	57	31	15	1
Vergewaltigung	5	0,1	3	2	-	-
andere Gründe	734	12,3	528	200	87	6
mehrere Gründe	3239	54,2	2323	826	281	90
unbekannt	1066	17,8	445	584	286	37
Insgesamt 1991	5981		3947	1877	784	157
%		100	66,0	31,4	13,1	2,6
1990	6582		4418	2100	837	64
%		100	67,1	31,9	12,7	1,0

(Quelle: SenGes)

In über der Hälfte der Fälle wurden mehrere Gründe für die Absicht angegeben, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, die sich jedoch im einzelnen nicht aufschlüsseln lassen.

Bei 17,8 % der Frauen blieben die Abbruchgründe unbekannt. 12,3 % nannten andere Gründe. Bei den verbleibenden 942 Fällen (15,8 %) standen familiäre Probleme mit 6,8 % im Vordergrund, gefolgt von wirtschaftlichen Problemen (3,9 %) und Ausbildungs-/Arbeitsplatzproblemen (3,4 %). Hierbei fielen Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Frauen bei Ausbildungs-/Arbeitsplatzproblemen auf, die für die Deutschen mit 4,5 % eine größere Rolle spielten als für die Ausländerinnen mit 1,4 %. Außerdem war zu beobachten, daß die Schwerpunkte für verheiratete Frauen eher auf wirtschaftlichen (4,5 %, Ledige: 3,4 %) und familiären Problemen (9,8 %, Ledige: 4,3 %) lagen, während für die Ledigen die Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme (6,1 %, Verheiratete: 1,2 %) im Vordergrund standen.

### **4.1.3 Inanspruchnahme von Angeboten des Jugendgesundheitsdienstes**

#### **4.1.3.1 Beratungsangebote für Risikokinder**

Eingebunden in den Jugendgesundheitsdienst bestehen in 17 Bezirken Beratungsstellen für Risikokinder. Während im Westteil der Stadt 6 Beratungsstellen bezirksübergreifend tätig sind, wurde im Ostteil in jedem Bezirk eine Beratungsstelle eingerichtet.

Die früher in Berlin-Ost bestehenden Spezialmütterberatungsstellen wurden aufgelöst und die Risikoberatung neu aufgebaut. Die Versorgung der Risikokinder war jedoch auch in der Übergangsphase sichergestellt; einige Kinder blieben nach der Auflösung der Spezialmütterberatungsstellen bei den behandelnden Ärzten, die sich in freier Praxis niederließen, andere wurden durch den Jugendgesundheitsdienst oder Jugendpsychiatrischen Dienst weiterbetreut. Für Berlin-Ost wurden 1991 von 7 Bezirken 456 Erstvorstellungen von Säuglingen und 223 von Kleinkindern gemeldet.

Durch die völlig unterschiedlichen Voraussetzungen ist es wenig sinnvoll, für 1991 eine gesamtberliner Statistik aufzustellen. Die Zahlen, auf die im folgenden eingegangen wird, beziehen sich daher auf Berlin-West (vgl. Tabelle A 4.2).

Ziel der Beratungsstellen für Risikokinder ist eine möglichst vollständige Erfassung aller gefährdeten Kinder, um Früherkennung, Frühförderung und Frühbehandlung realisieren zu können. Das umfaßt nicht nur Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen bereits auffällig wurden, sondern auch diejenigen, deren spätere Entwicklung durch bestimmte Risikofaktoren während Schwangerschaft oder Perinatalperiode negativ beeinflußt werden könnte.

Die Risikoberatung bietet spezialisierte ärztliche Untersuchungen sowie eingehende Beratung durch Arzt und Sozialarbeiter. Die Kinder werden in der Beratungsstelle, von niedergelassenen Ärzten, Physiotherapeuten oder in sozialpädiatrischen Zentren behandelt, in jedem Fall von der Beratungsstelle begleitend betreut.

1991 wurden den Beratungsstellen in Berlin-West 1 033 Säuglinge (4,7 % der 1991 Lebendgeborenen, 1990: 5,4 %) und 410 Kleinkinder (1990: 393) erstmalig vorgestellt. Jedes vierte erstvorgestellte Kind war nichtdeutsch; knapp die Hälfte der ausländischen Kinder wurde in der Beratungsstelle Wedding betreut.

Die Kinder werden von Einrichtungen der Gesundheitsämter, aus stationärem oder ambulatem Bereich überwiesen; einige Eltern suchen von sich aus mit ihren Kindern die Beratungsstellen auf.



Überweisungen von Säuglingen kamen überwiegend (66,7 %) aus stationärem Bereich. Besonders hoch war die Überweisungsquote in Tempelhof (92,4 %), Steglitz (86,5 %) und Neukölln (68,8 %). Hier sind die Beratungsstellen räumlich mit der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses oder einem Kinderkrankenhaus verbunden, wodurch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Beratungsstelle erleichtert und gefördert wird. In Charlottenburg und Wedding wurden die meisten Kinder aus stationärem Bereich überwiesen (53,3 % und 46,5 %), ein großer Teil wurde aber auch von freipraktizierenden Ärzten, in Wedding auch vom Jugendgesundheitsdienst, geschickt oder kamen von selbst zur Beratungsstelle.

In 714 Fällen empfahlen die Ärzte den Beginn therapeutischer Maßnahmen, z.B. Handling, Bobath-, Vojta-Therapie; in 1.614 Fällen wurde zur Fortsetzung begonnener Therapien geraten. Weitere diagnostische Maßnahmen wurden in 491 Fällen als erforderlich angesehen bzw. in 239 Fällen deren Fortsetzung empfohlen.

#### 4.1.3.2 Säuglinge und Kleinkinder

In allen Bezirken unterhalten die Gesundheitsämter Beratungsstellen des Jugendgesundheitsdienstes - Säuglinge und Kleinkinder -, deren Mitarbeiter sozial- und familienorientierte Arbeit für die Gesundheit leisten. Im Mittelpunkt steht der Kinderschutz, entsprechend dem Verständnis der WHO, das Leben und die Gesundheit der Kinder zu schützen, zu fördern und vor Schädigungen zu bewahren.

Zu einem präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichteten Handeln gehört die Sozialarbeit. Der JGD betrachtet die Kinder nicht einseitig unter medizinischem Aspekt, sondern bezieht das soziale Umfeld und die sich daraus ergebenden Probleme mit ein. Diese ganzheitliche Sichtweise wird ermöglicht durch die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams aus Ärzt(inn)en, Arzthelferinnen, Psycholog(inn)en, Sozialarbeiter(inne)n, Kinderkrankenschwestern und Therapeut(inn)en.

Um die Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten durch den JGD vorzustellen und vor allem auch die Familien zu erreichen, die von sich aus keine Beratungsstelle aufsuchen würden, werden Hausbesuche nach der Geburt eines Kindes angeboten. Ein Neugeborenes verändert das Leben von Eltern/Alleinerziehenden und schafft häufig Probleme, mit denen die Betroffenen allein nicht fertig werden. Neben Fragen zu medizinischen und pflegerischen Belangen des Neugeborenen werden auch wirtschaftliche, rechtliche und psychologische Aspekte besprochen, z.B. zum Erziehungsgeld, Kitaplatz oder Elternrecht.

Aufsuchende Sozialarbeit ist auch in den Fällen wichtig, wo Probleme der Eltern sich an den Schwächsten entladen und zu Vernachlässigung oder Mißhandlung der Kinder führen.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Untersuchung und Beurteilung der Entwicklung der Kinder bei Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen. Bei diesen Reihenuntersuchungen werden auch Kinder erreicht, deren Eltern die Möglichkeit, ihre Kinder zu Früherkennungsuntersuchungen zu schicken, nicht wahrnehmen.

Der JGD konkurriert nicht mit den niedergelassenen Ärzten, sondern er versteht sich als Mittler. Er versucht, Störungen in der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung zu vermeiden oder möglichst frühzeitig zu erkennen, berät über Hilfen, leitet Maßnahmen ein und überweist ggf. an Dritte, wie niedergelassene Ärzte oder andere Beratungsstellen, zur weiteren Diagnostik bzw. Therapie. Sein umfassendes Angebot geht weit über die Möglichkeiten von Kinderpraxen hinaus. In Neukölln werden auch Früherkennungsuntersuchungen U 2-9 angeboten und durchge-

führt, eigentlich eine Kassenleistung, aber die niedergelassenen Ärzte haben nicht genügend Kapazitäten, um alle Untersuchungen termingerecht durchführen zu können. Der JGD bietet außerdem Gruppenarbeit an, z.B. Eltern-Kind-Gruppen, Baby-Turnen und Säuglingspflegekurse.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein weiterer wesentlicher Teil der Tätigkeit des JGD, bei der Themen der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitspolitik u.ä. behandelt werden

Für die östlichen Bezirke spielt die Öffentlichkeitsarbeit eine besondere Rolle, um die veränderten Strukturen des Angebots für Säuglinge und Kleinkinder allgemein bekannt zu machen. In der ehemaligen DDR wurden alle Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr durch Mütterberatungsstellen, die älteren Kinder durch den Kinder- und Jugendgesundheitschutz (KJGS) betreut. Während der Zeit der Umstrukturierung nach der Wende wurde die Arbeit durch die Schließung von Beratungsstellen sowie den Abbau von Personal erschwert. Es mußten neue Konzepte entwickelt und die stärker geforderte Eigenverantwortung der Eltern gefördert werden.

Diese Phase des Ab-, Um- und Aufbaus brachte es mit sich, daß die Statistik nicht immer nach einheitlichen Kriterien geführt wurde, also nicht als Grundlage für eine Zeitreihe herangezogen werden kann. Deswegen wurde in dem Bericht für das Jahr 1991 noch nach Berlin-West und -Ost getrennt (vgl. Tabelle A 4.3).

1991 wurden im Westteil der Stadt 10.385 Säuglinge erstmals vorgestellt und ärztlich untersucht (1990: 10.843), das bedeutet, daß für knapp die Hälfte (47,5 %) aller in Berlin-West Neugeborenen das Angebot des JGD wahrgenommen wurde. Im Ostteil der Stadt lag der Betreuungsgrad mit 97,2 % wesentlich höher. Auch bei den Kleinkindern war ein erheblicher Unterschied zu beobachten: In Berlin-West wurden 14,5 % (15.260 Kinder) der 1- bis unter 6jährigen Kinder erstmalig betreut, während es in Berlin-Ost 24,3 % waren. Der Grund für die Differenz ist u.a. darin zu suchen, daß der JGD in Berlin-Ost in großem Umfang auch Leistungen erbrachte, die eigentlich in den kassenärztlichen Bereich gehören; das war notwendig, solange das Netz der niedergelassenen Ärzte noch nicht soweit ausgebaut war, um die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

In 10.103 Fällen empfahlen die Mitarbeiter(innen) des JGD in Berlin-West, eine andere Beratungsstelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Das heißt, daß etwa 6 % der 168.262 im Berichtsjahr ärztlich untersuchten Kinder an andere Bereiche überwiesen wurden, wobei auf ein Kind mehrere Überweisungen entfallen können. Bei den Säuglingen lag der Anteil der Überweisungen bei 5,6 %, bei den 1- bis unter 6jährigen Kindern bei 6,2 %. Dreiviertel (75,4 %) aller ausgesprochenen Weiterempfehlungen gingen an niedergelassene Ärzte, das restliche Viertel entfiel auf Beratungsstellen des ÖGD, insbesondere auf die Beratungsstellen für Behinderte

#### 4.1.3.3 Kinder und Jugendliche (JGD - Schüler -)

Vorrangige Aufgabe des JGD - Schüler - ist die Gesundheitsförderung u.a. mit dem Ziel, die allgemeinen und individuellen Gesundheitsgefährdungen von Kindern und Jugendlichen zu erkennen, zu mildern oder zu beseitigen; insbesondere Früherkennungsuntersuchungen tragen dazu bei, Sinnesorgane, Entwicklungsverzögerungen, Fehlentwicklungen und andere Beeinträchtigungen möglichst frühzeitig zu erkennen, eine Klärung herbeizuführen und/oder eine Behandlung bzw. bestmögliche Förderung einzuleiten.

Insgesamt wurden in Berlin 1991 127.420 Kinder im Rahmen von Schüleruntersuchungen, d.h. Einschulungs-, 3. bzw. 7. Klasse- sowie Schulentlassungsuntersuchungen i.S. des § 32 JArbSchG untersucht; davon entfielen 73.379 Schüler (1990: 73.731) auf die westlichen und 54.041 auf die östlichen Bezirke. Insgesamt wurden rd. 95 % der Schüler in den entsprechenden Klassen der allgemeinbildenden öffentlichen Schulen untersucht. 28.476 Schüler, d.h. rd. 25 % in den westlichen und 19 % in den östlichen Bezirken, wurden zur weiteren ärztlichen Diagnostik und/oder Behandlung überwiesen.

In den westlichen Bezirken ist die Zahl der untersuchten bzw. überwiesenen Schüler im wesentlichen konstant geblieben. Hervorzuheben ist jedoch die erhebliche Zunahme der Untersuchungen auf Läusebefall außerhalb von Reihenuntersuchungen um 35 % (gegenüber 1990) und entsprechend auch die Zahl der Personen, bei denen Läusebefall festgestellt wurde (1.722), d.h. eine Zunahme des festgestellten Läusebefalls um fast das Doppelte. Einen maßgeblichen Anteil hatte hierbei der Bezirk Neukölln mit allein 4.887 Untersuchungen bzw. 463 Inzidenzen von Läusebefall (vgl. Tabelle A 4.4).

Bezeichnend ist auch die Tatsache, daß - aufgrund der Impftradition - in den östlichen Bezirken absolut gesehen mehr Schüler geimpft worden sind als in den westlichen Bezirken, in denen sogar ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen war. Andererseits wurden in den westlichen Bezirken erheblich mehr Tuberkulinprüfungen vorgenommen; in den östlichen Bezirken hingegen erhielten die Kinder fast ausnahmslos entsprechende BCG-Impfungen bereits im Säuglingsalter. Auffällig ist auch die relativ große Zahl von Seh- und Hörprüfungen (23.337), die die Schulärzte in den östlichen Bezirken vorgenommen haben. Sie ist fast dreimal so hoch wie in den westlichen Bezirken, obwohl dort eine Steigerung um 25 % zu verzeichnen ist.

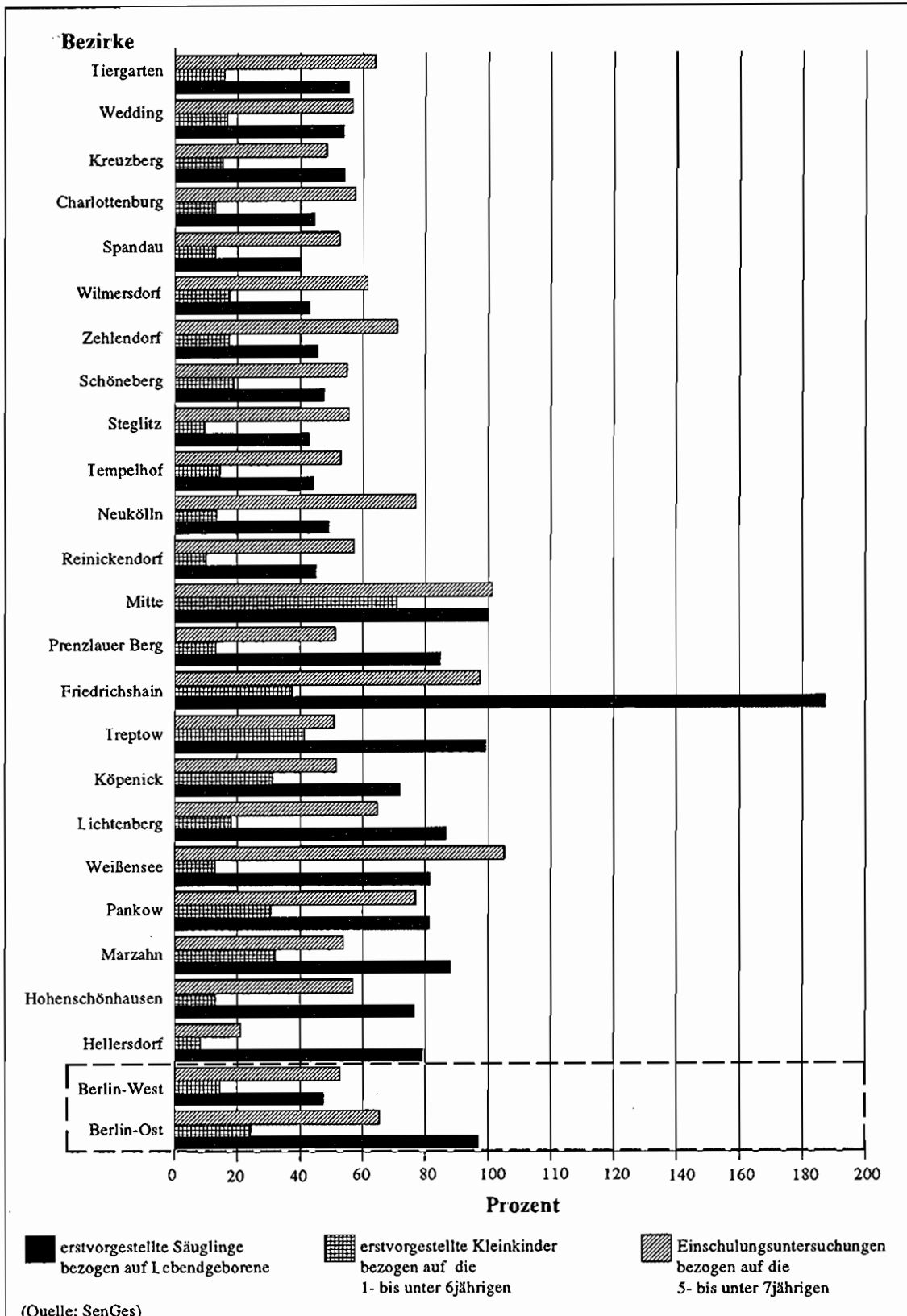
Neben den o.g. "Leistungen" gehören zu den vielfältigen, der Senatsverwaltung bekannt gewordenen Aktivitäten Gruppenarbeit und Informationsveranstaltungen, die insbesondere in den östlichen Bezirken verstärkt durchgeführt wurden. Zu den *kooperativen Angeboten zur Gesundheitsförderung*, Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen gehören:

- Asthma- und Bronchitissprechstunden
- Betreuung von Adipositasgruppen
- Diät-Sprechstunden, Ernährungsberatung
- Kooperation mit Sportärzten
- Gesundheitsturnen, Haltungsturnen
- Bekämpfung von Mißhandlungen und Vernachlässigungen
- Vermittlung von Grundsätzen der gesunden Lebensführung nach Salmonellenbefall
- Blutentnahme zur Bestimmung von Rötelnantikörpern
- Vorträge in Heimen für Übersiedler
- Teilnahme an Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, Jugendhilfeausschuß und Fortbildungsveranstaltungen (z.B. EDV)
- Infostand bei Stadtteilfesten, Ausstellungen und Umwelttagen.

#### **Aktivitäten im Zusammenhang mit der Schule/Vorschule**

- Allergietests bei Kindern (nach elterlichem Einverständnis)
- Vorbereitung für die Erstellung eines Cholesterinspiegels
- Einführung/Erläuterung des Berliner Impfkalenders
- Videovortrag über Röteln während der Schwangerschaft mit anschließender Diskussion
- Information der Vorklassenerzieher über medizinische, psychologische und soziale Aspekte der Einschulung
- Sprechstunde für Eltern von Kindern der "Krabbelgruppe"
- Gesundheitserziehung in der Schule
- Unterrichtseinheit Gesunde Ernährung - Theorie und Praxis

**Graphik 4.3: Inanspruchnahme des Jugendgesundheitsdienstes - Säuglinge, Kleinkinder und Schüler-1991 in Berlin**



Graphik 4.3 verdeutlicht, daß in Berlin-West *fast die Hälfte aller Säuglinge im ersten Lebensjahr den Beratungsstellen des JGD vorgestellt wurden*; in den hinsichtlich der Sozialstruktur am stärksten belasteten Bezirken ist der Anteil entsprechend höher.

Im östlichen Teil der Stadt liegt dieser Anteil sogar noch erheblich darüber und hier insbesondere überproportional hoch in Friedrichshain, was auf die räumliche Nähe zum dortigen Krankenhaus zurückzuführen ist (hier sind daher auch Säuglinge aus anderen Bezirken enthalten).

Es ist hervorzuheben, daß in Berlin-West beinahe jedes siebente und in den östlichen Bezirken fast jedes vierte 1- bis unter 6jährige Kind erstmals die Beratungsstellen des bezirklichen Jugendgesundheitsdienstes aufgesucht hat.

Durch die im Schulgesetz (§ 20 Abs. 2 i.V.m. § 8 Abs. 1) vorgesehene Einschulungsuntersuchung werden vom JGD nahezu 100 % der einzuschulenden Kinder erfaßt. Da diese Untersuchungen bereits im Vorschulalter beginnen, werden bei einer Bezugsgruppe der 5- bis unter 7jährigen in einem Jahr nur jeweils entsprechende Anteile eines Jahrganges untersucht.

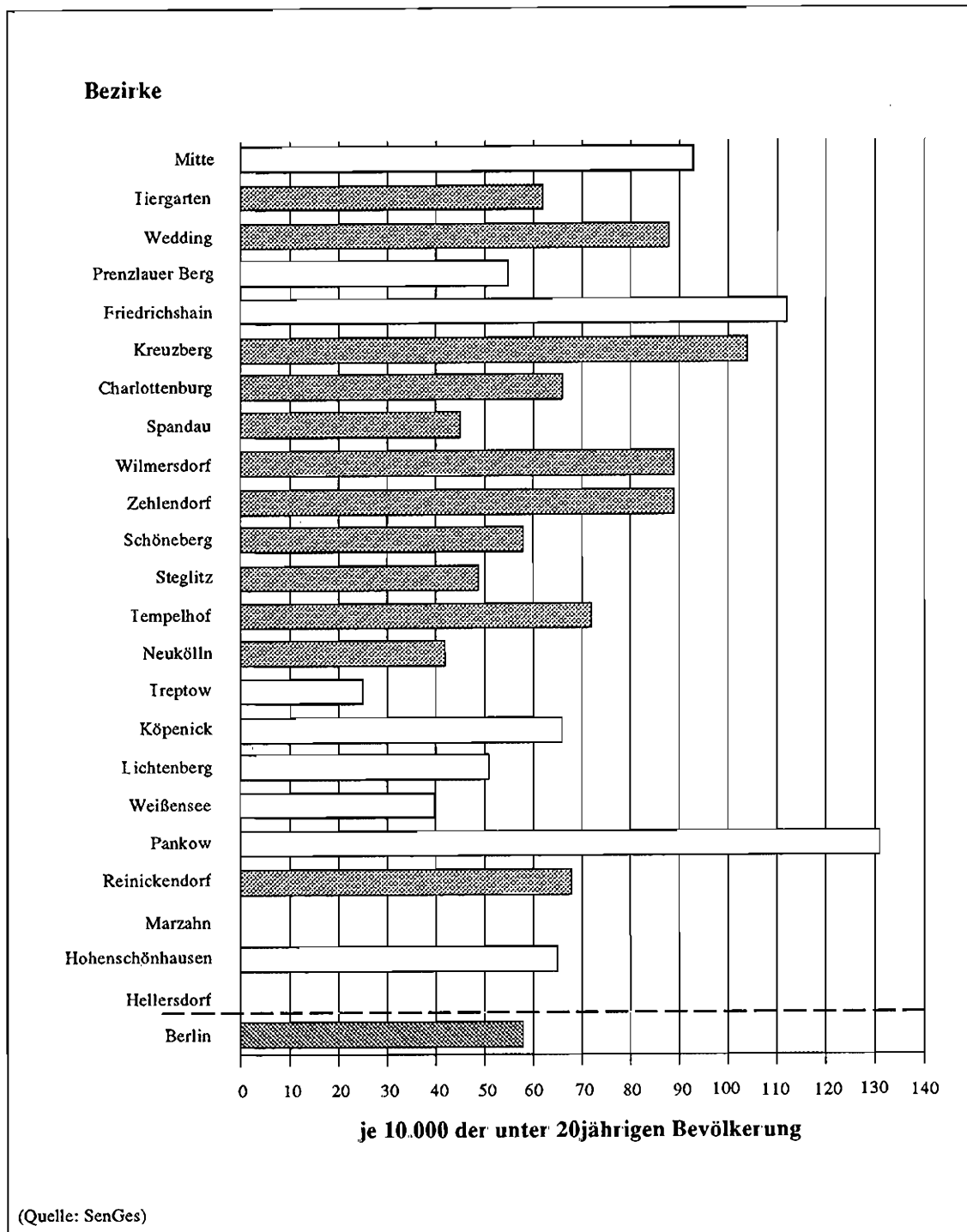
#### 4.1.3.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bereits im Entwicklungsprozeß vom Kindes- ins Jugendalter können sich - auch unter "normalen" Bedingungen - psychische Verhaltensauffälligkeiten bemerkbar machen. Verschiedene Studien belegen, daß in den alten Bundesländern die Rate psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 15 % liegt und danach nahezu 5 % als behandlungsbedürftig einzustufen sind (Remschmidt 1990). In diesen Fällen besteht u.a. die Möglichkeit, daß sich sowohl Eltern als auch Erzieher an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (JPD) wenden können.

Das Team des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes besteht aus Kinder- und Jugendpsychiater(inne)n, Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en und Sozialarbeiter(inn)en. Die Aufgaben der Beratungsstellen liegen im wesentlichen in der Diagnostik und Beratung bei vorhandener bzw. drohender psychischer Störung und/oder Erkrankung, Beratung von Institutionen, wie Jugendämtern, Heimen etc., sozialtherapeutischer Intervention im sozialen Umfeld (z.B. bei Kindern, die in Suchtfamilien leben) und Weitervermittlung an andere Einrichtungen bzw. therapeutische Institutionen. Die Kooperation mit anderen Fachdiensten innerhalb und außerhalb des Gesundheitsamtes ist ein unverzichtbarer Teil der Arbeit des JPD.

Für das Berichtsjahr 1991 wurden erstmals statistische Meldungen aus den östlichen Bezirken vorgelegt. Allerdings konnten hier nicht alle Beratungsstellen für das ganze Jahr 1991 melden, da viele erst ab Mitte des Berichtsjahres analog der Strukturen der westlichen Gesundheitsämter tätig wurden. Wegen der Auslagerung von Akten durch Poliklinikauflösung und Umstrukturierung konnten die Bezirke Hellersdorf und Marzahn noch keine Daten vorlegen.

**Graphik 4.4: Jugendgesundheitsdienst - Kinder- und Jugendpsychiatrie - 1991 in Berlin - Erstvorstellungen je 10.000 der unter 20jährigen Bevölkerung -**



#### 4.1.4 Jugendzahnpflege

Hauptaufgabe der in allen Berliner Bezirken bestehenden *Zahnärztlichen Dienste* ist, die Zahn- und Mundgesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen nach den Zielen der WHO durch flächendeckende Maßnahmen zu beobachten, ihre Beeinträchtigung früh zu erkennen und zu ihrer Besserung und Wiederherstellung beizutragen. Dazu gehören nicht nur die Feststellung von Erkrankungen und Reduzierung von Folgeschäden der Karies, sondern gleichberechtigt die Primärprävention, damit Karies gar nicht erst entsteht

Ziel der Jugendzahnpflege ist, gesunde Zähne für das ganze Leben zu ermöglichen. Das kann nur erreicht werden, wenn der Prävention und Früherkennung von Zahnkrankheiten und damit der Zahnerhaltung die absolute Priorität bei der zahnmedizinischen Versorgung zuerkannt wird. Jährliche Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen werden nach dem für internationale Erhebungen üblichen DMF-I-Index dokumentiert. Im Schuljahr 1992/93 werden von den Zahnärztlichen Diensten der Bezirke Befunderhebungen, Befundaufzeichnungen und Auswertungen nach diesen Kriterien durchgeführt. Es wird sich um die Untersuchungsergebnisse von ca. 505.000 Kindern und Schülern handeln. Diese Art der Dokumentation ermöglicht es, die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen einheitlich zu beurteilen, zu überwachen und einen Effizienznachweis zu erbringen.

Für die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste sowohl in den westlichen als auch in den östlichen Bezirken Berlins sind jetzt die gleichen rechtlichen Vorbedingungen gegeben. Die praktischen Grundvoraussetzungen sind jedoch in den östlichen Bezirken andere. Sie resultieren aus der Weiterbildung zum Kinderstomatologen und dem im Vergleich zur alten Bundesrepublik unterschiedlichen Strukturen zur Sicherstellung zahnärztlicher Behandlung. In den östlichen Bezirken wurde die bisher selbständige Jugendzahnpflege dem Gesundheitsamt direkt angegliedert, um ein einheitliches Vorgehen in der nun geeinten Stadt zu sichern.

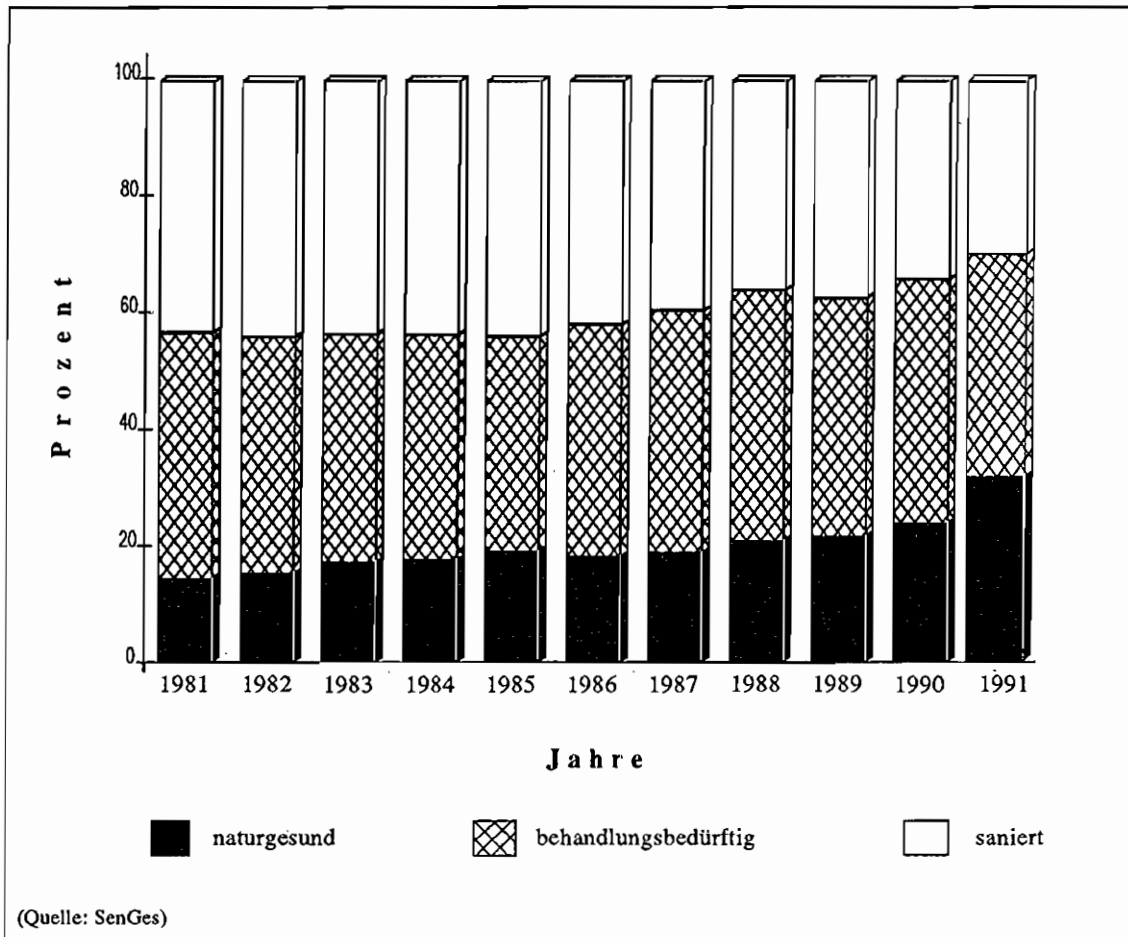
Jedoch konnte nicht in allen östlichen Bezirken eine lückenlose Berichterstattung erfolgen, da die Zahnärztlichen Dienste sich noch im Aufbau befinden.

Die jährliche Leistungsstatistik läßt eine Gliederung nach dem Alter nicht zu, sie unterscheidet nur nach Kleinkindern, Schülern allgemeinbildender und berufsbildender Schulen. Ebenso ist der ausgewiesene Zahnstatus nur nach dem groben Raster "naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert" unterteilt

Innerhalb der letzten zehn Jahre haben sich die Anteile dieser Gruppen erheblich verändert. So ist der Anteil der Kleinkinder von 11,7 % auf 18,2 % angewachsen, während der Anteil der Schüler berufsbildender Schulen von 2,4 % auf 0,02 % gesunken ist. Dies begründet sich im wesentlichen darin, daß die Akzente verstärkt in die Prävention der jüngeren Altersgruppen gesetzt werden. Zusätzlich wirkt sich die Zunahme der Geburtenzahlen bei den Jüngeren aus, während die geburtenschwachen Jahrgänge jetzt in der Berufsschulphase sind

**Graphik 4.5: Festgestellter Zahnstatus der durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchten Kinder und Jugendlichen 1981 - 1991 in Berlin-West**

- prozentualer Anteil des jeweiligen Untersuchungsergebnisses bezogen auf die jährliche Untersuchungsanzahl -



Von den 147.695 im Berichtsjahr bei Reihenuntersuchungen in *Berlin-West* erfaßten Kleinkindern und Schülern (d.h. 60,5 % der 3- bis unter 15jährigen) wiesen

- 23,9 % ein naturgesundes
- 41,3 % ein behandlungsbedürftiges
- 34,8 % ein saniertes

und von 61.128 in *Berlin-Ost* untersuchten Kleinkindern und Schülern (d.h. 27,7 % der entsprechenden Altersgruppe)

- 29,2 % ein naturgesundes
- 38,0 % ein behandlungsbedürftiges
- 32,9 % ein saniertes



Gebiß auf. Der Anteil des *Zahnstatus* "naturgesund" hat sich im Westteil der Stadt in den letzten zehn Jahren wesentlich verbessert, was auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit hinweist. Diese positive Entwicklung läßt sich aus folgenden Vergleichen erkennen:

Mit Zahnstatus "naturgesund":

	1981	1991
Kinder	49,7 %	53,2 %
Schüler	9,4 %	17,2 %
Kinder und Schüler	14,4 %	23,9 %

Ein Vergleich der Entwicklung der letzten zehn Jahre in Berlin-Ost ist nicht möglich, da seit 1989 keine vergleichbaren statistischen Daten vorliegen; dennoch fällt im Vergleich Ost/West der insgesamt bessere Mundgesundheitszustand der Kinder im Ostteil der Stadt auf.

Die seit Jahren praktizierte Präventionsarbeit der Zahnärztlichen Dienste erhielt eine entscheidende Unterstützung durch die Neuregelungen im SGB V. Mit dem Gesundheitsreformgesetz sind Veränderungen in der zahnärztlichen Versorgung eingeleitet worden. So ist in § 21 SGB V die Gruppenprophylaxe für Kinder unter 12 Jahren zur Aufgabe der Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen gemacht worden. Gemäß diesem Auftrag schlossen 1990 Senat, Zahnärztekammer und Krankenkassen eine Rahmenvereinbarung und gründeten die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V. (LAG). In der Vereinbarung sind für jede Kindergartengruppe und Schulklasse jährlich vier Prophylaxeübungen vorgesehen. Die Zahnärztlichen Dienste haben die Aufgabe, die Grundprophylaxe in Kitas und Schulen durchzuführen, während die LAG die drei Wiederholungsprophylaxeübungen übernimmt. Für die kleine Zahl der Eltern-Initiativ-Kitas (EKT's) ist die LAG sowohl für die Grundprophylaxe als auch für die Wiederholungsübungen verantwortlich.

- Ziel ist die Verbesserung der Mundgesundheit der Berliner Kinder und Jugendlichen
- Zielgruppe sind die vorwiegend in Gruppen anzutreffenden Kindergarten- und Schulkinder bis zu 12 Jahren.

Besondere Aufmerksamkeit gilt den Kindern, die aus Reihenuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste und der LAG mit einem erhöhten Kariesrisiko herausgefiltert worden sind.

Die *Gruppenprophylaxe* soll bewußt machen, daß Zahnkrankheiten durch richtiges Verhalten verhütet bzw. vermindert werden können und was der Einzelne zur Gesunderhaltung seiner Zähne tun kann, gestützt auf die vier Säulen der Prophylaxe:

- altersgerechte, optimal durchgeführte Mundhygiene
- ausgewogene und möglichst zuckerfreie Ernährung
- Zahnschmelzhärtung durch zum richtigen Zeitpunkt gesetzte Fluoridierungsmaßnahmen
- regelmäßiger Zahnarztbesuch.

Von ebenso großer Wichtigkeit wie die Präventionsarbeit mit Kindern ist die Einbeziehung der verantwortlichen Eltern, Erzieher und Lehrer aus dem unmittelbaren Umfeld der untersuchten Kinder, die als sogenannte Multiplikatoren wesentlich zum Erfolg oder Mißerfolg der Prophylaxearbeit beitragen können.

Ein Beispiel hierfür ist die von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Kleinkinder-Vorsorgeaktion. Die 3- und 4jährigen Kinder werden mit ihren Eltern eingeladen, um neben

der zahnärztlichen Untersuchung das gemeinsame Zähneputzen zu üben und um die Eltern umfassend über die Vorsorgemöglichkeiten zu unterrichten.

Im Berichtsjahr nahmen 6.330 Kinder (1990: 4.412) in Berlin-West (15,3 % der 3- und 4jährigen) und 643 Kinder in Berlin-Ost (1,8 %) an dieser Aktion teil

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, daß es um den Gebißzustand *behinderter Patienten* besonders schlecht bestellt ist. So wurden kürzlich Daten veröffentlicht (Strübing/Pieper), nach denen bei behinderten Kindern und Jugendlichen ein bis zu 100 % höherer Kariesbefall, erschreckend niedrige Sanierungsgrade und eine schlechtere Mundhygiene nachgewiesen werden konnten. Die Zahnärztlichen Dienste wiesen deshalb darauf hin, daß eine wesentliche Verbesserung dieser Situation nicht durch eine Intensivierung der kurativen Zahnheilkunde, sondern nur über eine erhebliche Steigerung der Aktivitäten auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prophylaxe realisiert werden kann. Sie stellten sich die Aufgabe, in den Sondereinrichtungen für Behinderte und in Sonderschulen behinderte Kleinkinder und Schüler zahnärztlich zu betreuen. Die Art und das Ausmaß der Behinderung erfordern individuell unterschiedliche Modifikationen der jeweiligen Anwendungstechniken.

So wurden 1991 in Berlin-West 377 Kleinkinder und 35 Schüler und in Berlin-Ost 405 *Kleinkinder in Sondereinrichtungen* für Behinderte zahnärztlich betreut. In einem jährlichen Rhythmus werden die Eltern zur Untersuchung ihrer behinderten Kinder eingeladen, um gemeinsam mit den Mitarbeitern der Zahnärztlichen Dienste, den Betreuern und Lehrern die Möglichkeiten der zahnmedizinischen Prophylaxe, wie Ernährunglenkung, plaquekontrollierende und -reduzierende Maßnahmen, ausreichende Fluoridzufuhr und regelmäßiger Zahnarztbesuch, zu beraten.

1991 erreichten die Zahnärztlichen Dienste in Berlin-West 98.292 Schüler (rd. 75 % der 6- bis 12jährigen Schüler) mit der Gruppenprophylaxe, 1983 waren es nur 42.146 Schüler. Im Ostteil der Stadt wurden 27.588 Schüler (22,6 %) mit der Gruppenprophylaxe durch die Zahnärztlichen Dienste erreicht.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentlicher Faktor zur Effizienzsteigerung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen. Außer der bereits erwähnten Arbeit mit den Multiplikatoren aus dem unmittelbaren Umfeld der untersuchten Kinder führen die Zahnärztlichen Dienste weitere öffentlichkeitswirksame Aktivitäten durch, wie Vorträge, Fortbildungsveranstaltungen, Pressemitteilungen, Zeitschriftenartikel sowie Informationsstände auf Märkten und Messen. Ein besonderer Höhepunkt der Öffentlichkeitsarbeit war der "Tag der Zahngesundheit", der am 25.9.1991 erstmalig in der gesamten Bundesrepublik begangen wurde. In allen Berliner Bezirken unterstützten die Zahnärztlichen Dienste auf Kinderfesten, Straßenfesten und Veranstaltungen die Aktionen. Es gab Zahnputzkurse für Kinder, Zahnbürsten-Umtauschaktionen, Kariestunnel, Zahnputzbrunnen, gesundes Pausenfrühstück, Malwettbewerbe zum Thema "Zahngesundheit", Pressegespräche, Fernsehinterviews sowie die Verteilung von Aktionsmaterialien (Poster, Informationsleptorellos, Broschüren, Elternmerkblätter, Buttons, Aufkleber).

Die LAG nutzte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit die Zahngesundheitswoche, die zum ersten Mal in ganz Berlin erfolgte, um über die Medien die Prinzipien der Individual- und der Gruppenprophylaxe zu verdeutlichen. Die Gruppenprophylaxe stellt nur einen Faktor dar, der aber eine zentrale Position einnimmt. Es wurde darauf hingewiesen, daß Jugendzahnärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in diesem Punkt in Zukunft gewisse Schlüsselpositionen beziehen müssen. Prophylaxe heißt auch, den Patienten zahnbewußter zu machen. Nicht Behandlung, sondern Vorsorge muß im Rahmen einer zukünftigen zahnärztlichen Betreuung der Kinder die oberste Devise sein.

Deshalb gilt die im Rahmen der kürzlich veröffentlichten Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) gegebene Empfehlung, daß "mittelfristig insbesondere eine wei-

tere Verbesserung des Mundgesundheitszustandes der Jugendlichen vordringlich" und nur durch eine effiziente bedarfsgerechte und flächendeckende präventive Betreuung bereits von 0 bis 18 Jahren anzustreben ist, um die von der WHO gesetzten Ziele für die Zahngesundheit Jugendlicher zu erreichen.

#### 4.1.5 Impfwesen

Die aktive Immunisierung durch Schutzimpfung gehört zu den wichtigsten Verhütungsmaßnahmen, insbesondere bei durch Viren hervorgerufenen Infektionskrankheiten. Die notwendigen 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 Impfschäden. Hauptsächlich werden Impfberatungen und Schutzimpfungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Kassenleistung vorgenommen. Ergänzend zu diesen Leistungen führt auch der Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter unentgeltlich Impfberatung und bestimmte Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen aus sozialstrukturell schwächeren Bevölkerungsgruppen in öffentlichen Terminen durch. 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 auftreten, mit denen eigentlich heutzutage niemand mehr rechnet. Deshalb ist hier eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

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 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, wie z.B. beruflich exponierten Personen aus den medizinischen Bereichen, wird Impfschutz gegen Hepatitis-B empfohlen.

#### Empfohlene Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Durchführung von Schutzimpfungen ist grundsätzlich nicht altersgebunden. Gegen bestimmte Infektionskrankheiten wird jedoch überwiegend im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter geimpft.

Ein von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) veröffentlichter und laufend aktualisierter Impfkalendar enthält wissenschaftliche Empfehlungen, die je nach Bedarf und epidemiologischer Situation von den einzelnen Bundesländern übernommen werden. Die vollständige Übernahme dieser STIKO-Empfehlungen erfolgt in Berlin 1993. Damit wird der Impfkalendar der Berliner Gesundheitsämter den Erfordernissen angepaßt. Insbesondere die Aufnahme der Impfungen gegen *Hämophilus influenzae* b-Infektionen, die Ursache bei einem erheblichen Anteil von Hirnhautentzündungen 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.

### Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO) - Stand: Juli 1991 -

#### Impfkalender für Kinder und Jugendliche

Lebensalter	Impfung gegen	Personenkreis
ab 3. Lebensmonat	Diphtherie-Pertussis-Tetanus 3 x im Abstand von 4 Wochen  Haemophilus influenzae Typ b 2 Injektionen im Abstand von mindestens 6 Wochen oder mit der 1. und 3. DPT-Impfung (Die Injektion erfolgt kontralateral zur Injektion gegen DPT) Poliomyelitis 2 x trivalente Schluckimpfung im Abstand von mindestens 6 Wochen, mit der 1. und 3. DPT-Impfung, oder Teilnahme an Impfaktionen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)	alle Säuglinge und Kleinkinder (bei bestehenden hirnorganischen Störungen s. Fußnote 1)  alle Säuglinge und Kleinkinder  alle Säuglinge und Kleinkinder
2. Lebensjahr (nicht vor dem 15. Lebensmonat)	Masern, Mumps und Röteln (Kombinationsimpfstoff) Diphtherie-Pertussis-Tetanus 4. Injektion (Abschluß der Grundimmunisierung) Haemophilus influenzae Typ b 3. Injektion, ggf. in Verbindung mit der 4. DPT-Impfung (Die Injektion erfolgt kontralateral zur Injektion gegen DPT) Poliomyelitis 3. trivalente Schluckimpfung	alle Kleinkinder und Kinder
ab 6. Lebensjahr	Masern, Mumps und Röteln (Wiederimpfung) Tetanus-Diphtherie (Auffrischimpfung, gegen Diphtherie d-Impfstoff für Erwachsene verwenden zweckmäßigerweise als Kombination Td) Nachhol-Impfungen (bisher versäumte Impfungen außer gegen Pertussis und Haemophilus influenzae b; bei Erstimpfung gegen Diphtherie d-Impfstoff für Erwachsene verwenden zweckmäßigerweise als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff)	alle Kinder  alle Kinder
ab 10. Lebensjahr	Poliomyelitis (Wiederimpfung) trivalente Schluckimpfung	alle Kinder
11. - 15. Lebensjahr	Röteln  Tetanus (Auffrischimpfung) Diphtherie (Auffrischimpfung mit d-Impfstoff für Erwachsene; zweckmäßig als Kombinationsimpfung mit Td-Impfstoff). Der Abstand zur letzten Auffrischimpfung sollte nicht kürzer als 5 Jahre sein.	alle Mädchen, auch wenn im Kleinkindesalter bereits gegen Röteln geimpft  alle Kinder und Jugendliche

**1) Anmerkung zur DPT-Impfung:**

Kinder mit

1. progressiven neurologischen Erkrankungen,
2. Krampfleiden,
3. neurologischen Erkrankungen, die besonders häufig mit Krampfanfällen einhergehen, sollten nur mit DT geimpft werden.

Diese Erkrankungen gelten zwar nicht grundsätzlich als eine Kontraindikation für eine Pertussisimpfung, jedoch könnten eine Verschlechterung des Leidens oder das Auftreten von Krampfanfällen der Impfung angelastet werden. Bei der z.Z. bestehenden hohen Keuchhusten-Inzidenz sind andererseits einige dieser Kinder sehr gefährdet.

Daher ist in solchen Fällen vom impfenden Arzt eine sorgfältige Risikoabwägung vorzunehmen.

Alternativ besteht die Möglichkeit, den Beginn der DPT-Impfung auf das 2. Lebenshalbjahr zu verschieben, wenn über Art und Verlauf der Erkrankung mehr bekannt ist.

Keine Kontraindikation sind Fieberkrämpfe und Krampfanfälle in der Familie. Da fieberhafte Reaktionen einen Anfall provozieren können, ist bei Kindern mit Neigung zu Krampfanfällen von Antipyretika großzügig Gebrauch zu machen.

Für die DT-Grundimmunisierung gilt folgendes Impfschema:

- ab 3. Lebensmonat 2 x im Abstand von mindestens 6 Wochen,
- 1 x im 2. Lebensjahr.

Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Kinder und Jugendlichen, die nach Mitteilung der Gesundheitsämter in den Jahren 1990 und 1991 von den bezirklichen Impfstellen einen Impfschutz im Sinne der Ausführungsvorschriften über Schutzimpfungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Berlin vom 17.12.1987 erhalten haben.

**Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen durch bezirkliche Impfstellen 1990 und 1991 in Berlin**

Impfung	geimpfte Kinder und Jugendliche	
	1990	1991
Diphtherie	42.715	38.759
Pertussis	4.692	17.440
Tetanus	29.457	41.707
Masern	24.497	32.262
Mumps	12.546	13.062
Röteln	17.514	20.845
Poliomyelitis	55.005	89.809
sonstige	5.255	3.212
(darunter <i>Hämophilus influenzae b</i> )		

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.

### Impf- und Impfberatungswesen im Landesinstitut für Tropenmedizin (LITrop)

Auch nach dem Umzug in den Ostteil der Stadt wird das LITrop auf dem Gebiet des Impf- und Impfberatungswesens als zentrale Einrichtung häufig in Anspruch genommen. In den Jahren 1991 und 1992 erfolgten folgende freiwillige Impfungen/Injektionen:

	1991	1992
Cholera	907	399
Gelbfieber	6.288	6.177
Tetanus-Diphtherie	4.965	5.178
Diphtherie	3.868	3.702
Tetanus	158	111
Polio-Schluckimpfung	6.929	7.157
Polio-Salk	30	33
Gammaglobulin	7.454	6.999
FSME	328	163
FSME-Immunglobulin	33	16
Grippe	19	19
Hepatitis B	168	231
Tollwut-HDC	158	213
Meningokokken A & C	190	196
Jap.-B-Enzephalitis	102	152

Im Jahre 1992 wurden insgesamt 34.975 (1991: 35.387) Impfungen und Injektionen durchgeführt, einschließlich 2.630 Tollwut-Impfungen. Nach dem hohen Tollwutimpfaufkommen 1990/91, bedingt durch die Zunahme der Tiertollwut nach dem Fall der Berliner Mauer, sind inzwischen die Impffzahlen nach wiederholten Tollwutschluckimpfaktionen bei Füchsen in den Berliner Forsten rückläufig.

Zusätzlich zu der Möglichkeit, aktualisierte Ansagetexte zur Prophylaxe für Reisende in verschiedene Länder rund um die Uhr telefonisch abzufragen, wurde ein Telefondienst werktags von 9.00 - 12.00 Uhr eingerichtet, in dem Fragen zu besonderen gesundheitlichen Problemen und Präventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Auslandsreisen von einem Arzt beantwortet werden.

#### 4.1.6 Schirmbilduntersuchungen

Seit Inkrafttreten der neuen Röntgenverordnung (RöV), die das Ziel hat, die Anwendung der Röntgenstrahlung auf ein Mindestmaß zu reduzieren, kann auch für das Jahr 1991 von einem insgesamt weiteren wesentlichen Rückgang bei der Durchführung von Schirmbilduntersuchungen in Berlin-West gesprochen werden (für den Ostteil der Stadt erfolgt eine vergleichbare Erfassung erst ab 1992).

In den Schirmbildstellen und im Schirmbildzug wurden 52.895 wertbare Schirmbildaufnahmen gefertigt, d.h. fast 20 % weniger als im Vorjahr.

Im Hinblick auf diese Entwicklung werden als Alternative vermehrt Tuberkulintestungen angeboten.

Aufgrund der im Vergleich zum Vorjahr erheblich geringeren Zahl von Asylbewerbern, die in der Regel von der Schirmbildstelle Wedding erstuntersucht werden, war ein Rückgang von wertbaren Aufnahmen um 67 % zu verzeichnen.

Der Anteil der Verdachtsfälle an den wertbaren Aufnahmen stieg gegenüber dem Vorjahr in den Schirmbildstellen/dem Schirmbildzug von 3,6 auf 4,0 % und beim Personenkreis asylsuchender Ausländer von 3,9 auf 4,6 % leicht an.

Nur insgesamt 2,1 % der diagnostisch abgeklärten Verdachtsfälle von Schirmbildstellen und Schirmbildzug wiesen eine Tuberkulose der Atmungsorgane (42 Personen) auf, darunter hatten 16 Personen (0,8 %) eine ansteckungsfähige Tuberkulose. Von den 152 nachuntersuchten Asylsuchenden hatten 14 (9,2 %) eine Tuberkulose der Atmungsorgane, die in 3 Fällen (2,0 %) ansteckungsfähig war.

**Tabelle 4.3: In den Schirmbildstellen und im Schirmbildzug gefertigte wertbare Aufnahmen 1985 - 1991 in Berlin-West**

Untersuchungsort / Personengruppe	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Schirmbildstellen und Schirmbildzug	125400	100394	126824	111503	68329	65643	52895
asylsuchende Ausländer	15379	26678	2168	5836	10350	27644	9151
insgesamt	140779	127072	128992	117339	78679	93287	62046

(Quelle: SenGes)

#### 4.1.7 Beratungen für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie

Die in Berlin-Charlottenburg angesiedelte, ursprünglich bezirkliche *Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie (B-Gift)* besteht seit 1983 und wurde u. a. aufgrund ihrer überregionalen Bedeutung ab 1993 als "Landesberatungsstelle" eine nachgeordnete Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit.

Von Beginn an wurden überbezirkliche, zunehmend auch überregionale Beratungsaufgaben wahrgenommen, so daß sich die Einrichtung zu der am meisten in Anspruch genommenen Beratungsstelle in der Bundesrepublik entwickelte.

Die Zahl der Beratungen hat sich in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt; 1992 wurde eine Gesamtzahl von 51 597 *Anfragen* bearbeitet. Die überregionale Bedeutung der Beratungsstelle hat sich aufgrund ihres besonderen Schwerpunktes der Vergiftungen im Kindesalter im Laufe der Jahre ständig erhöht.

Auch Laien und hier insbesondere Eltern von Kleinkindern rufen die Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie direkt an. Dies hat neben der akuten Hilfe bezüglich richtiger Erstmaßnahmen am Unfallort weitreichende Konsequenzen für eine möglichst gezielte und zeitgerechte Behandlung bei Vergiftungen und akzidentellen Ingestionen.

Die Beratung von Laien trägt wesentlich dazu bei, überflüssige Arztvorstellungen oder Krankenhausaufnahmen zu verhindern. Sie beugt somit einer Überbehandlung im Einzelfall vor, die gerade im Kindesalter erhebliche Risiken birgt. Darüber hinaus trägt die sachgerechte Information von Laien am Unfallort wesentlich zur Vermeidung von Angstreaktionen und den damit möglicherweise verbundenen Folgeschäden bei.

Beinahe 90 % aller Beratungen beziehen sich auf Anfragen aus der Bundesrepublik, wobei zunehmend auch Anfragen aus den neuen Bundesländern und Berlin-Ost zu verzeichnen waren. Anfragen aus dem Ausland (0,1 %) kamen zumeist aus europäischen Giftnotrufzentralen mit der Bitte um Auskunft bezüglich deutscher Produkte. Es ist damit zu rechnen, daß mit der Errichtung des gemeinsamen Binnenmarktes der EG ein weiterer Anstieg dieser Anfragen eintritt.

Die meisten Anfragen kommen von Krankenhausärzten (51,4 %), gefolgt von Anfragen Angehöriger (33,6 %) und von niedergelassenen Ärzten (13,1 %).

Arten und Möglichkeiten einer Vergiftung sind abhängig vom Lebensalter. Während es sich bei Kleinkindern in über 90 % der Fälle um akzidentelle Ingestionen handelt, überwiegen bei Erwachsenen die Suizidversuche und arbeitsbedingte Unfälle.

Versehentliches Einnehmen von unsachgemäß umgefüllten Reinigungsmitteln oder Chemikalien stellt trotz aller Verbrauchsaufklärung immer noch ein Gefährdungspotential für Erwachsene dar.

### **Suizidale Vergiftungen**

Hierbei handelt es sich in allen Fällen um Suizidversuche, bei denen der behandelnde Klinikarzt das Giftnotzentrum zu toxikologischen oder pharmakologischen Fragen um Mithilfe bittet. Hinsichtlich der Altersstruktur der Suizidversuche liegt das Maximum - analog der Erfahrungen der Vorjahre - in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen, gefolgt von den 10- bis 19jährigen. Aus einer im Jahre 1991 erfolgten Auswertung von 5 928 gut dokumentierten Fällen war abzulesen, daß zu über 90 % Medikamente zum Suizidversuch herangezogen wurden. In einem Drittel aller Fälle wurde ein Psychopharmakon, entweder vom Typ der Diazepine, Antidepressiva oder sedierende Antihistaminika als Monosubstanz benutzt. Dies ist nicht nur Ausdruck einer von Laien diesen Substanzen zugeschriebenen besonderen Gefährlichkeit, sondern dürfte auch einer unmittelbaren Widerspiegelung des hohen Marktanteils dieser Stoffgruppe im deutschen Medikamentenspektrum entsprechen.

### **Akzidentelle Ingestionen im Kindesalter**

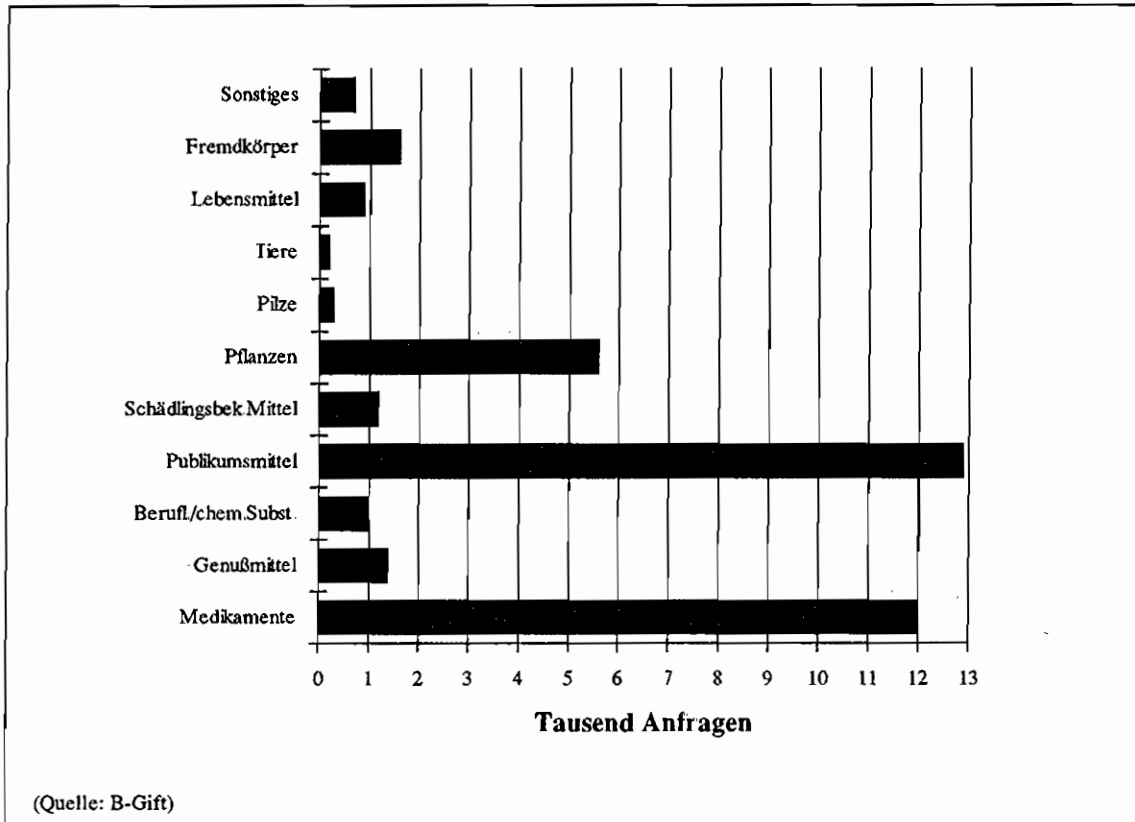
Der Häufigkeitsgipfel dieser Unfälle liegt im zweiten Lebensjahr (mit einer Verteilung zwischen sechs Monaten bis vier Jahren). Obwohl das besondere Gefährdungspotential dieser Altersgruppe infolge der normalen motorischen Entwicklung hinlänglich bekannt ist, scheint sich anhand der genannten Zahlen eher noch eine Zunahme dieser Unfälle im Haushalt abzuzeichnen.

Mit besonderer Besorgnis wird festgestellt, daß 1991 erstmalig seit Jahrzehnten Vergiftungsfälle mit Haushaltsprodukten und Chemikalien (hier als "Publikumsmittel" bezeichnet) vor Vergiftungsunfällen durch Medikamente an erster Stelle der Unfallursachen stehen. Diese Entwicklung hat sich auch 1992 fortgesetzt. Unter den besonders gefährlichen, weil ätzend oder resorptiv, giftigen Haushaltsmitteln traten folgende Stoffgruppen besonders hervor: maschinelle Geschirrspülmittel, aliphatische Lampenöle, Benzin und Nitroverdüner, Nagellackentferner und Knopfzellebatterien. Die zunehmende Verbreitung knopfzellebatteriebetriebenen Spielzeugs scheint sich hierbei besonders ungünstig auszuwirken, da gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 80 auf 205 Anfragen (1992) zu verzeichnen war.

Bei einer Auswertung von 37.557 Anfragen zu akzidentellen Ingestionen im Kindesalter bezogen sich 13.000 auf Einnahme von Publikumsmitteln, 12.000 auf Medikamenteneinnahme und 5.500 auf Einnahme von Pflanzen.



**Graphik 4.6: Akzidentelle Ingestionen im Kindesalter  
(Auswertung von 37.557 Anfragen)**



### Embryonaltoxikologie

Die Zahl der Beratungen zu Fragen von toxischen Einflüssen in Schwangerschaft und Stillperiode haben sich von knapp 500 (1985) auf rd. 1.800 mehr als verdreifacht.

Die medizinische Fachöffentlichkeit machte mit 63 % den Großteil der Anfragenden aus, Laien fragten in 37 % um Rat. Aus dem Spektrum der niedergelassenen Ärzte waren es vor allem Gynäkologen (29 %), Humangenetiker (14 %), Allgemeinmediziner (10 %) und Pädiater (5 %), die um Zusatzinformationen baten. Knapp 30 % aller Anfragen kamen aus Krankenhäusern.

Die Fragestellungen beinhalteten u.a.:

- Risiken zu bereits erfolgten Arzneitherapien
- verträgliche Medikamente während der Schwangerschaft
- Risikoeinschätzung einer Langzeitbehandlung für eine geplante Schwangerschaft
- Verantwortlichkeit bestimmter eingenommener Medikamente für Fehlbildungen bei Neugeborenen
- Einschätzung des Risikos bei der Exposition gegenüber chemischen Substanzen im Haushalt oder am Arbeitsplatz
- Risikoeinschätzungen vor Impfungen, Infektionskrankheiten und radioaktiver Strahlung in der Schwangerschaft
- Risikoeinschätzung väterlicher Medikamenteneinnahme oder Schadstoffexposition für die Nachkommenschaft.

### 4.1.8 Sportmedizin

Nach § 16 Sportförderungsgesetz in Verbindung mit § 23 Gesundheitsdienst-Gesetz ist die sportmedizinische Betreuung der Berliner eine der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit des Landes Berlin

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.

Das Landesinstitut für Sportmedizin Berlin besteht aus einer Haupteinrichtung (ab Mitte 1993 im Sportmedizinischen Zentrum am Oskar-Helene-Heim in Zehlendorf), einer ergänzenden speziellen Einrichtung für den Leistungssport am Sportforum Hohenschönhausen und sechs Sportärztlichen Untersuchungs- und Beratungsstellen für den Freizeit-, Breiten-, Gesundheits- und Behindertensport, die systematisch über das gesamte Stadtgebiet verteilt und somit für jeden gut erreichbar sind. Diese Einrichtungen sind mit hauptamtlichem Personal (insgesamt 37 Mitarbeitern, darunter 13 Ärzten) besetzt und stehen der Bevölkerung ganztags zur Verfügung. Die medizinisch-technische Ausstattung entspricht modernstem sportmedizinischem Standard.

Das Landesinstitut für Sportmedizin Berlin wendet sich mit seinem Untersuchungs- und Beratungsangebot an jedermann, unabhängig davon, ob er bereits Sport treibt oder erst damit beginnen möchte, ob er Freizeitsportler, Gesundheitssportler oder Spitzensportler ist.

Die sportmedizinischen Leistungen umfassen insbesondere:

- sportärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Sporttauglichkeitsuntersuchungen)
- Untersuchung und Beratung zur Belastbarkeit im Erkrankungs- oder Verletzungsfall
- leistungsdiagnostische Untersuchungen nach neuesten sportmedizinischen Erkenntnissen
- Trainingsberatung
- Ernährungsberatung
- Betreuung und Beratung in Sportphysiotherapie und Rehabilitation

Zum erweiterten Aufgabenkatalog gehören:

- Förderung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen durch Aufklärung in Vorträgen und Schriften
- Beratung der Sportvereine und anderer Institutionen in allen sportärztlichen Fragen
- Durchführung der Trainingsüberwachung und Wettkampfbetreuung
- Förderung der sportmedizinisch-wissenschaftlichen Forschung in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Aus diesem umfangreichen Aufgabenspektrum wird deutlich, daß das Landesinstitut für Sportmedizin Berlin keine primär kurativen Leistungen erbringt - hier ist eine enge Kooperation mit den entsprechenden Kliniken und niedergelassenen Ärzten vorgesehen. So fügt sich das Landesinstitut in sinnvoller Weise in unser Gesundheitssystem ein, das in der Zukunft besonders auf präventivmedizinischem Gebiet großen Herausforderungen gegenübersteht. Die Sportmedizin wird und kann hier auf diese Weise einen wichtigen Beitrag leisten.

## 4.2 Gesundheitsförderung

Die Vielzahl den Bereich "Gesundheitsförderung" betreffenden Einzelangebote in ihrer zum Teil regional ungleichen Verteilung und mangelnden Vernetzung untereinander für die Bürgerinnen und Bürger Berlins übersichtlicher und damit besser nutzbar zu machen, bleibt zentrale Aufgabe der kommenden Jahre.

In den Bezirken Charlottenburg, Reinickendorf und Wedding existieren bereits sogenannte Leit- und Planstellen für Gesundheitsförderung, die genau dieser Aufgabenstellung verpflichtet sind. Charlottenburg ist darüber hinaus dem nationalen "Gesunde-Städte-Netzwerk" im Rahmen des "Health-Cities"-Projekts der WHO angeschlossen, das sich die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen auf kommunaler Ebene zum Ziel gesetzt hat.

Auch die Senatsverwaltung für Gesundheit hat im Oktober 1992 mit der Einrichtung einer eigenen Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung die Möglichkeit geschaffen, Konzepte und Maßnahmen in diesem Bereich sinnvoll zu bündeln. Als Kontaktstelle nach innen und außen soll sie zugleich dazu beitragen, daß die Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung auf den unterschiedlichsten Ebenen - auch der Politik - künftig angemessene Bedeutung erlangt. Damit soll auch die Umsetzung der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) von 1991 in diesem Aufgabenfeld auf Landesebene gewährleistet werden.

Als praktisches Projekt zur Umsetzung des Prinzips Gesundheitsförderung speziell im Kinder- und Jugendbereich läuft seit Februar 1992 das Programm "Aids-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen". Dafür steht bei der Senatsverwaltung für Gesundheit ein multiprofessionell besetztes Team mit 10 Mitarbeiter(innen)n zur Verfügung. Zusätzlich sind die Senatsverwaltungen für Schule, Berufsbildung und Sport sowie für Jugend und Familie und die Pro Familia als freier Träger an diesem ressortübergreifenden Programm beteiligt.

Mit der 1992 begonnenen Initiative zur Gründung einer landesweiten Koordinierungsinstanz für Gesundheitsförderung ist in Berlin ein weiterer Schritt zur Vernetzung gesundheitsfördernder Projekte und zum Aufbau einer leistungsfähigen Infrastruktur unternommen worden. Neben wichtigen bezirklichen und überbezirklichen Institutionen des Gesundheitswesens haben sich auch Vertreter/-innen von Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen und der Krankenkassen an der Planung einer solchen kooperativen Einrichtung beteiligt.

### 4.2.1 Grundsätze und Maßnahmen im Zusammenhang mit Aids

(vgl. Bericht SenGes an das Abgeordnetenhaus: Bericht über Präventionskonzepte und Stand, Wirksamkeit und Finanzierung der Aids-Maßnahmen in Berlin 1991/92; sowie Kapitel 3.2 Morbidität)

Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel des Senats von Berlin ist die Sicherstellung einer wirksamen und tragfähigen Aids-Infrastruktur für ganz Berlin. Diese Infrastruktur ergibt sich aus der Verbindung bewährter und nicht verzichtbarer Maßnahmen im Westteil mit den Erfahrungen beim Aufbau von Angeboten im Ostteil der Stadt. Wegen der epidemiologischen Situation im Ostteil ist eine besondere Akzentsetzung in Form von Primärpräventionsmaßnahmen notwendig.

In folgenden vier Grundsätzen sind die Schwerpunkte der Aids-Politik zusammengefaßt:

- Erhalt und Stärkung von notwendigen Präventions- und Betreuungsmaßnahmen
- Einbeziehung des Ostteils der Stadt in die vorhandene Aids-Infrastruktur

- aufgabenkritische Überprüfung und Umstrukturierung der Angebote unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten des Landes Berlin und der Leistungspflicht anderer Finanzierungsträger
- differenzierte Zuordnung der Maßnahmen entsprechend ihrer inhaltlichen Schwerpunkte zu einzelnen Senatsverwaltungen.

Das Land Berlin hat 1992 für Maßnahmen im Betreuungs- und Präventionsbereich insgesamt rd 14,44 Mio. DM ausgegeben. Aus Bundesmitteln wurden hierfür zusätzlich 550 000,— DM zur Verfügung gestellt.

Die basisnahe und zielgruppenspezifische Arbeit der Selbsthilfegruppen und freien Träger ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Präventions- und Versorgungsstruktur, vor allem für Bevölkerungsgruppen, die von staatlichen Angeboten nur schwer erreicht werden. Die Zuwendungen für die Selbsthilfegruppen und freien Träger im Aids-Bereich beliefen sich 1992 auf rd. 5,3 Mio. DM bei der Senatsverwaltung für Gesundheit zuzüglich je rd. 1 Mio. DM für die Projekte im Drogen- und Pflegebereich.

Die beiden Selbsthilfegruppen "pluspunkt e.V." und "jederMann", die im Ostteil arbeiten und sich vor allem an schwule Männer richten, konnten ihr Angebot ausbauen und stabilisieren

Der Anteil der IV-Drogenabhängigen, die sich mit HIV infiziert haben, liegt zwischen 20 und 25 %. Häufig ist der Gesundheitszustand von Drogenabhängigen sehr schlecht. Das medizinische Angebot der beiden Kontaktläden "Olga" und "STRASS" des Notdienstes e.V. wurde daher durch ein mobiles Angebot in einem Bus ergänzt, das von der Selbsthilfegruppe "Fixpunkt e.V." in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Am Urban durchgeführt wird.

Unbefriedigend ist aus Aids-präventiver Sicht die Situation inhaftierter Drogenabhängiger. Eine kostenlose und bedarfsgerechte Versorgung mit sterilen Spritzbestecken, wie sie außerhalb des Justizvollzugs weitgehend gewährleistet ist, könnte das Risiko einer HIV-Infektion in den Justizvollzugsanstalten deutlich mindern

Zunehmend erschweren Probleme wie Obdachlosigkeit und soziale Verelendung sowohl primär- als auch sekundärpräventive Maßnahmen. Dies gilt besonders für IV-Drogenabhängige und Stricher. Die Lösung dieser Probleme kann nur ressortübergreifend erfolgen.

Die Aufklärung über HIV und über Schutzmöglichkeiten durch die Medien für alle Zielgruppen und auch für die Allgemeinbevölkerung wurde 1992 in Ergänzung bundesweiter Maßnahmen fortgeführt und gewährleistete die Beibehaltung des hohen Wissensstandes über Aids in der Bevölkerung.

Das Informations-, Beratungs- und Untersuchungsangebot am Wohnort ist ein Hauptbestandteil der Aids-Infrastruktur in Berlin. 1992 haben die 12 zentralen Aids-Beratungsstellen der Bezirke insgesamt 4.784 HIV-Antikörperteste verbunden mit eingehender Beratung vorgenommen. 17 Aids-Beratungsstellen haben 535 Veranstaltungen für Gruppen, Einrichtungen und Betriebe durchgeführt. Die aus Mitteln des Bundesmodellprogrammes "Aufbau und Organisation der Aids-Beratungsstellen in den neuen Bundesländern" geförderten drei Beratungsstellen im Ostteil haben ihre Mitte 1991 begonnene Arbeit erfolgreich fortgesetzt und ausgebaut.

Das unbefristete Programm "Aids-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen" mit insgesamt 10 Mitarbeiter(innen)n hat 1992 das erfolgreiche Schoolworker-Programm abgelöst. Schwerpunkte des neuen Programmes sind u.a. die direkte Arbeit mit jungen Menschen, die Multiplikatorenarbeit und die notwendige Vernetzung von Angeboten

Obwohl sich der Verdoppelungszeitraum für Aids-Fälle weiterhin verlangsamt hat, steigt aufgrund verbesserter therapeutischer und diagnostischer Möglichkeiten und damit verbundener längerer Überlebenszeit die Zahl der stationär bzw. teilstationär zu versorgenden Patienten weiterhin an. Durch die Einrichtung von Tageskliniken im Universitätsklinikum Rudolf Virchow, im Auguste-Viktoria-Krankenhaus und im Krankenhaus Prenzlauer Berg konnte die Liegedauer bei vielen Patienten reduziert werden.

Im Bereich der häuslichen Krankenpflege wurden von den Pflegeeinrichtungen "HIV e.V." und "ad hoc e.V." durchschnittlich 20,6 Patienten/Monat, von den übrigen Sozialstationen ebenfalls rund 20 Patienten/Monat gepflegt. Dabei fanden 519 Rund-um-die-Uhr-Betreuungen statt. Insgesamt wurden im Bereich der häuslichen Krankenpflege 1992 16.362 Einsätze durchgeführt, davon 2.235 Infusionseinsätze. Die durchschnittliche Betreuungsdauer lag bei drei Monaten.

Insgesamt konnte trotz der schwierigen Haushaltssituation Berlins 1992 das erreichte Niveau im Aids-Bereich gehalten und notwendige Maßnahmen einschließlich neuer Projekte gewährleistet werden.

#### **4.2.2 Beratungen über sexuell übertragbare Erkrankungen (sexually transmitted diseases - STD -)**

- Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten -

In den Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten in der Abteilung Gesundheitswesen der Bezirksämter Charlottenburg, Kreuzberg, Lichtenberg (Daten erst ab 1993), Prenzlauer Berg, Schöneberg und Wedding ist im Vergleich zu 1991 ein leichter Anstieg der im Gesetz genannten sexuell übertragbaren Erkrankungen zu verzeichnen. Hieraus läßt sich jedoch keine Trendwende gegenüber dem kontinuierlichen Rückgang bis 1991 ableiten. Nähere Einzelheiten über das Morbiditätsgeschehen von Geschlechtskrankheiten in Berlin sind in Kapitel 3 enthalten.

Diese Entwicklung der statistisch erfaßten Neuinfektionen ist teilweise im Zusammenhang mit der Verhaltensänderung durch HIV und Aids und zum anderen durch den gesellschaftlichen Wandel, z.B. Öffnung der Mauer und zunehmende Armut bei Freiern, zu sehen. Dies hatte zur Folge, daß sich die Prostitutionsszene in Berlin in den letzten Jahren stark verändert hat. Viele deutsche Frauen, die in der Prostitution arbeiten mußten, sind aus Angst vor HIV aus dem Gewerbe ausgestiegen, andere sind auf weniger gefährliche Sexualpraktiken unter Einbeziehung von Kondomen umgestiegen.

Das klassische seuchenhygienische Handeln tritt zugunsten der effektiveren intensiven Präventionsarbeit mehr und mehr in den Hintergrund.

Die Klienten/-innen in den Fachdiensten sind hauptsächlich Menschen aus den sogenannten Randgruppen, die sich aufgrund ihrer schwierigen Lebenssituation für die Arbeit in der Prostitution entschieden haben. Hier ist ein großer Anteil von Menschen aus ostasiatischen und osteuropäischen Ländern zu verzeichnen. Für die Zukunft wird ein weiterer Anstieg der Armutsprostitution und damit verbunden ein stärkerer Anstieg an sexuell übertragbaren Erkrankungen durch Menschen aus Osteuropa erwartet.

Um diese sogenannten Randgruppen zu erreichen, war es nötig, die bisherige traditionelle "Komm-Struktur" des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufzubrechen und als Gesundheitsamt vor Ort zu den Menschen zu gehen. Exemplarisch bislang für den gesamten ÖGD gelang es den Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten, durch Streetwork und szenennahe, niedrigschwellige Sprechstunden vor Ort Menschen zu erreichen, die ansonsten meist keine Hilfsangebote in Anspruch nehmen würden bzw. können.

Die medizinische Versorgung der Beratungsstellen umfaßt sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerschaftstests sowie Beratung bei allgemeinen und medizinischen Krankheitsbildern. Die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Betreuung umfaßt das gesamte breite Spektrum der sozialen Hilfen sowie Präventionsveranstaltungen für Jugendliche, Schüler und andere Gruppen. Sowohl die ärztlichen als auch sozialpädagogischen Beratungen haben in Berlin-West gegenüber dem Vorjahr zugenommen: Der ärztliche Dienst wurde insgesamt von 14.334 Personen (1990: 12.485) in Anspruch genommen, die Zahl der sozialpädagogischen Beratungen betrug im Inendienst 22.223 (18.995) und im Außendienst 2.092 (1.463).

### 4.2.3 Inanspruchnahme von Beratungen für Behinderte

In allen 12 westlichen Bezirken Berlins befinden sich Beratungsstellen für Behinderte (entsprechende Einrichtungen in den östlichen Bezirken waren im Berichtsjahr noch nicht vollständig vorhanden); deren Aufgabe ist es, die Behinderten über die gesetzlichen Ansprüche, über vorhandene Hilfsangebote und Möglichkeiten der Rehabilitation zu informieren. Der Arbeitsschwerpunkt liegt in den fachärztlichen Untersuchungen und Beratungen mit dem Ziel der Einleitung von Maßnahmen sowie der Durchführung von Hilfen nach dem BSHG.

**Tabelle 4.4: Beratungsstellen für Behinderte 1991 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	58	43	4	4	-	1	-	-	6
Wedding	263	87	5	4	1	-	-	127	39
Kreuzberg	84	27	18	10	1	-	-	20	8
Charlottenburg	230	60	7	21	3	3	-	45	91
Spandau	152	106	3	12	1	-	-	13	17
Wilmerdorf	234	42	11	8	-	5	-	13	155
Zehlendorf	64	36	-	5	-	-	-	-	23
Schöneberg	60	20	1	15	4	1	-	6	13
Steglitz	130	75	11	10	-	-	-	5	29
Tempelhof	62	47	-	3	-	1	-	-	11
Neukölln	936	143	3	39	1	18	-	654	78
Reinickendorf	424	14	3	7	-	3	-	85	312
Berlin-West									
1991	2697	700	66	138	11	32	0	968	782
1990	3196	813	53	145	432	5	5	1149	594

(Quelle: SenGes)

In den Beratungsstellen wurden 1991 30.688 Behinderte beraten und betreut, darunter befanden sich 2.697 Personen, die 1991 erstmalig eine der Beratungsstellen aufsuchten. Gegenüber 1990 ist eine Veränderung in der Altersstruktur festzustellen, denn der Anteil der Inanspruchnahme durch die Gruppe der unter 20jährigen ist erheblich zurückgegangen:

	1991	%	1990	%
unter 20 Jahren	793	29,4	1 474	46,1
20 bis unter 60 Jahren	904	33,5	791	24,7
60 Jahre und älter	1.000	37,1	931	29,1

Die überbezirklich konzipierte *Beratungsstelle für Hörbehinderte in Neukölln* war 1991 noch die einzige Einrichtung in Berlin, die Kinder auf Hörbehinderungen bereits unter dem ersten Lebensjahr testet und sie dann intensiv einmal in der Woche über Jahre hin betreut.

Rund 9.000 Kinder stehen zur Zeit langfristig in Betreuung. Im Jahr 1992 kamen 2.385 (1991: 1.525) in die Beratungsstelle, die in Einzelsitzungen untersucht, therapiert und betreut wurden. 668 Kinder waren Neuaufnahmen, 130 (19,5 %) kamen davon aus dem Bezirk Neukölln.

Im einzelnen wurden die Neuaufnahmen überwiesen von:

Abteilung Gesundheit	78	(11,7 %)
Abteilung Jugend	19	(2,8 %)
Abteilung Volksbildung	8	(1,2 %)
niedergelassene Ärzte	356	(53,3 %)
HNO	154	
Pädiater	202	
Kliniken	98	(14,7 %)
Medizinalberufe	22	(3,3 %)
Selbstmeldungen	80	(12,0 %)
sonstige	7	(12,0 %)

Die Beratungsstelle für Behinderte ist bemüht, die Frühdiagnostik zu realisieren. Es wird angestrebt - besonders bei den unter zwei Jahre alten Kindern -, das Erstvorstellungsalter vorzuverlegen. Hierdurch wird eine frühere Erfassung von Hörbehinderungen ermöglicht, das hörbehinderte Kind kann früher mit Hörgeräten versorgt werden und die Betreuung des Kindes kann früher einsetzen. Dieses hat u.a. zur Folge, daß bei diesen hörbehinderten Kindern die Hör- und Sprachentwicklung günstiger verläuft; während z.B. der Anteil der unter einjährigen Kinder 1978 6,6, % und 1986 13 % betrug, lag er 1992 bereits bei 28 %.

Ein langfristiger Erfolg der frühen Betreuung und fachpädagogischen Förderung in der Beratungsstelle ist die Vorbereitung zu einer Integration in Regeleinrichtungen (Kindertagesstätten, Vorschulen, Schulen), die bei vielen Kindern trotz gravierender Hörbehinderung möglich ist.

In Berlin bestehen neben dieser Beratungsstelle weitere Einrichtungen, in denen Kinder bei Verdacht auf eine Hörbehinderung untersucht werden können: Universitätsklinik Steglitz und Charité sowie in der Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte des Gesundheitsamtes Friedrichshain. Während in den Universitätsabteilungen Diagnostik im begrenzten Umfang jedoch keine weitere Betreuung (Frühförderung) bei bestätigter Hörbehinderung möglich ist, sind in der vor kurzem eingerichteten Friedrichshainer Beratungsstelle auch eine Logopädin und ein Fachpädagoge für Hörgeschädigte tätig. Die Kapazität reicht jedoch bei weitem nicht aus, um den Betreuungsbedarf der östlichen Berliner Bezirke zu decken.

In der ebenfalls überbezirklich konzipierten *Beratungsstelle für Sprachbehinderte* im Bezirk Reinickendorf liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen, obwohl die Beratungsstelle für alle Altersgruppen zuständig ist. In dieser Altersgruppe leiden die meisten an Sprachentwicklungsstörungen, die früh erkannt werden müssen, um je nach Schweregrad der Störung geeignete Behandlungsformen bestimmen zu können. Anhand einer genauen Diagnostik wird eine speziell auf die Störung abgestimmte logopädische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlung eingeleitet.

Diagnose und Behandlung erfordern ein multidisziplinär zusammengesetztes Team von Fachleuten. Aufgrund der überregionalen Bedeutung stehen der Beratungsstelle für Sprachbehinderte 21 Mitarbeiter (davon 19 teilzeitbeschäftigt) der verschiedensten Berufsgruppen (Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, HNO-Arzt, Logopädinnen) zur Verfügung. Die Arbeit des Teams gliedert sich in die vier wesentlichen Teilgebiete Beratung, Behandlung, Vermittlung und Prävention.

Insgesamt wurden 1991 880 Sprachbehinderte durch diese Beratungsstelle betreut, davon waren 91,6 % im Alter von 1 bis 10 Jahren:

1 - 5 Jahre	475	Betreute (54,0 %)
6 - 10 Jahre	331	Betreute (37,6 %)
11 - 15 Jahre	42	Betreute (4,8 %)
16 - 20 Jahre	6	Betreute (0,7 %)
über 20 Jahre	26	Betreute (2,9 %)

Die 417 Neuzugänge waren in folgenden Altersgruppen:

1 - 5 Jahre	308	Betreute (73,9 %)
6 - 10 Jahre	79	Betreute (18,9 %)
11 - 15 Jahre	13	Betreute (3,1 %)
16 - 20 Jahre	2	Betreute (0,5 %)
über 20 Jahre	15	Betreute (3,6 %)

d.h. 92,8 % der Neuzugänge waren im Alter von 1 bis 10 Jahren.

Einen besonderen Stellenwert nehmen die Elternberatungen ein. In Abständen werden Gespräche mit Eltern, Erziehern und Logopäden durchgeführt, um den besonderen Anforderungen der Betreuung des Klientels gerecht zu werden.

Die Prävention bildet zunehmend einen wichtigen Teil der Arbeit der Beratungsstelle. Die präventive Arbeit hat zum Ziel, daß Sprachstörungen früh genug erkannt und - wenn nötig - behandelt werden, was eine Voraussetzung für das Frühförderungskonzept darstellt. In Vorträgen und anderen Informationsveranstaltungen, besonders für mit Kindern arbeitende Institutionen, wird die Wahrnehmung der Eltern, Erzieher, Kinderärzte, Sozialpädagogen usw. für sprachhemmende Verhaltensweisen und für Anzeichen von Sprachstörungen sensibilisiert, damit eine Intervention im Anfangsstadium der Störung möglich ist.

#### 4.2.4 Gesundheitshilfe für Krebskranke

- Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter 1991 in Berlin -

Die in allen Bezirken vorhandenen Beratungsstellen für Nachgehende Krankenfürsorge betreuen Patienten nach Diagnosestellung und (während oder nach) Therapie bösartiger Erkrankungen. Schwerpunkt der Nachgehenden Krankenfürsorge ist die psychosoziale Beratung und Betreuung der Betroffenen. Die Mitarbeiter informieren über die materiellen Hilfsangebote, in Frage kommende Leistungen und unterstützen die Betroffenen bei der Inanspruchnahme; dazu gehören u.a. gutachterliche Stellungnahmen für Leistungen nach dem BSHG, Anträge auf die Gewährung von Kuren, Renten und Leistungen nach dem Pflegegesetz, auf einen Schwerbehindertenausweis sowie auf Unterbringung in einem Heim oder in einer stationären Einrichtung.

Die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen dient dem Ziel, dem Tumorkranken zu helfen, mit der durch seine Krankheit veränderten Lebenssituation fertig zu werden



Eine zusammenfassende Berichterstattung über die Krankenbewegungen und Leistungen in der Nachgehenden Krankenfürsorge *in ganz Berlin* ist u.a. deshalb noch nicht möglich, da in den meisten Bezirken im Ostteil Berlins neben Sozialarbeitern auch Ärzte (zum Teil auch kurativ) tätig sind, die die medizinische Versorgung von Krebskranken sicherstellen.

1991 nahmen im Westteil der Stadt 30.295 und im Ostteil 19.375 Personen das Angebot der Beratung und Hilfe der Nachgehenden Krankenfürsorge wahr. 20.758 der betreuten Patienten (68,5 %) in den westlichen und 19.273 (99,5 %) in den östlichen Bezirken suchten die zuständige Beratungsstelle in ihrem Wohnbezirk auf. 3.443 Personen in Berlin-West und 2.702 in Berlin-Ost nahmen erstmalig die Beratungsangebote in Anspruch (vgl. Tabelle A 4.5).

#### 4.2.5 Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorgen in den Berliner Gesundheitsämtern 1991

In den vier Tuberkulosefürsorgen der westlichen Bezirke wurden 1991 10.630 (1990: 11.831) Erstuntersuchungen durchgeführt; in den drei Stellen in den östlichen Bezirken konnten im Berichtsjahr noch keine entsprechenden Meldungen ermittelt werden, da in den ehemaligen PALT's fürsorgerische und kurative Behandlung nicht zu trennen waren.

Daten über die *Tuberkulose-Inzidenz*, die in Berlin über die Gesundheitsämter bzw. die Tuberkulosefürsorgen ermittelt und an die Senatsverwaltung für Gesundheit weitergeleitet werden, sind dem Kapitel 3.2 zu entnehmen.

#### 4.2.6 Psychiatrische Versorgung

##### Ambulante und komplementäre Versorgung psychisch Kranker einschließlich Suchtkranker

Im Bereich der Versorgung psychisch Kranker war es im Jahre 1992 und ist es auch weiterhin Ziel, die im Westteil der Stadt erreichte Situation möglichst zu erhalten und im Ostteil der Stadt schrittweise eine ähnliche Versorgungssituation zu schaffen. Schwerpunkte sind im Bereich der Versorgung psychisch Kranker einschließlich Suchtkranker, eine Betreuung im Wohnbereich für diesen Personenkreis aufzubauen, damit Patienten, die nicht mehr stationärer Behandlung bedürfen, aus dem Krankenhaus in einen betreuten Wohnbereich entlassen werden können, sowie der Aufbau tagesstrukturierender Angebote etwa in Tagesstätten oder im sogenannten Zuverdienstbereich. Diese Angebote richten sich vor allem an die psychisch Kranken und Suchtkranken, die in der ehemaligen DDR trotz ihrer Erkrankung/Behinderung in sogenannten geschützten Betriebsabteilungen einen Arbeitsplatz hatten, von Ende 1989 bis Mitte 1990 berentet worden sind und somit keinerlei Ansprüche auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation mehr haben. Tagesstätte und Zuverdienstbereich sollen dazu beitragen, auch diesen Patienten eine wenn auch sehr begrenzte Möglichkeit der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Die *Psychiatrieplanung* aus dem Jahre 1984 enthielt für den teilstationären, komplementären und ambulanten Bereich psychiatrischer Versorgung Aussagen und Forderungen, die bis zum Jahre 1990 Gültigkeit hatten und bis dahin umgesetzt bzw. in Gang gesetzt werden sollten. Für den stationären bzw. teilstationären Bereich stellte sie zudem eine Teilfortschreibung des Krankenhausplanes dar.

Seit dem Frühjahr 1988 deutete sich in Berlin an, daß die Psychiatrieplanungskommission der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der 12 westlichen Bezirke der Stadt, den Arbeitsergebnissen aus 15 Arbeitsgruppen der Planungskommission sowie den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosozialen Bereich, die Ende 1988 vorgelegt wurde, keine neue Psychiatrieplanung mit konkreten quantitativen Planungsvorgaben empfehlen wird, sondern Leitlinien und Eckpfeiler erarbeitet hat, die die Voraussetzungen für eine *gemeindeintegrierte Versorgung psychisch Kranker* schaffen sollen. Dieser erste Berichtsteil zur Psychiatrieplanung - strukturelle Rahmenplanung - wurde 1992 im Senat eingebracht und sodann dem Rat der Bürgermeister überwiesen. Dieses Verfahren ist auch deshalb wichtig, weil die östlichen Bezirke Berlins damit ebenfalls in den Prozeß der strukturellen Planungsüberlegungen eingebunden werden und dann für sich sinnvolle Möglichkeiten der Umsetzung finden können. Dabei besteht schon jetzt Übereinstimmung in den westlichen und östlichen Bezirken Berlins, daß Strukturen geschaffen werden müssen, in denen insbesondere *chronisch psychisch Kranke* angemessen versorgt werden können. Um dies zu erreichen, müssen folgende Leitgedanken die künftige Planung prägen:

- Die Bezirke müssen die Verantwortung für ihre psychisch kranken Bürger übernehmen und auch im ambulanten und komplementären Bereich eine Versorgungspflicht erfüllen bzw. von im Bezirk bestehenden Einrichtungen fordern.
- Eine gemeindeintegrierte Versorgung chronisch psychisch Kranker hat Vorrang.
- Voraussetzung für eine kommunale Verantwortungsübernahme sind die Einbeziehung aller Beteiligten und Transparenz im Planungsprozeß.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat 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 zeichnete sich ab, daß eine solche Bestandsaufnahme in den östlichen Bezirken für den stationären Bereich psychiatrischer Versorgung durch den vorliegenden Krankenhaus-Rahmenplan mit Eckdaten und Einzelentscheidungen möglich ist (vgl. Kapitel 10), daß aber durch die vielen neuen Aufgaben, vor denen die Abteilung Gesundheitswesen der östlichen Bezirke 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 Krankenhaus-Rahmenplan macht als vorläufiger Krankenhausplan Aussagen für die stationäre/teilstationäre Versorgung, wobei die im Krankenhaus-Rahmenplan 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.

Nachstehend wird dargestellt, wie sich in 1992, ausgehend von einem im Haushaltsplan unter "Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen für psychosoziale Versorgung" vorgesehenen Betrag von 12.336.000 DM, die Versorgung psychisch Kranker im ambulanten/komplementären Bereich einschließlich Suchtkranker entwickeln könnte:

Im Haushaltsplan 1991 standen unter Berücksichtigung der Haushalts- und Finanzlage des Landes Berlin einschließlich des Nachtragshaushalts insgesamt 10.695.132 DM zur Verfügung.

Wegen der angespannten Haushaltslage sind zum einen seit längerer Zeit geplante Projekte, die in 1991 hätten beginnen können, weil endlich geeignete Räume zur Verfügung standen, nicht begonnen worden (z.B. Beschäftigungstagesstätte mit Zuverdienstbereich für chronisch psychisch Kranke in Tempelhof, Beschäftigungstagesstätte mit Zuverdienstbereich für chronisch psychisch Kranke in Neukölln, Informationsstelle Frau und Medikamente in Tempelhof). Zum anderen sind bereits in 1990 mit einem geringen Anteil geförderte Projekte im Westteil der Stadt finanziell

nicht aufgestockt worden, obwohl die Inanspruchnahme durch Patienten, die fachliche Einbindung in die Versorgungsangebote des Bezirks und auch die räumlichen und personellen Voraussetzungen vorhanden waren (Treffpunkt Tempelhof in Lichtenrade, Treffpunkt 15 in Steglitz, Bingerclub in Wilmersdorf, Club Mexikoplatz in Zehlendorf).

Anträge für den Aufbau von *Projekten im Ostteil der Stadt* wurden 1991 und 1992 unter der auch im Westteil der Stadt geltenden Priorität der Versorgung von chronisch psychisch Kranken und der Bereitschaft, sich freiwillig zur Übernahme von definierten Anteilen aus der Versorgungspflicht bereitzuerklären, gefördert.

Hinzuweisen ist jedoch auch darauf, daß der Investitionsbedarf bei der Errichtung von Projekten der ambulanten/komplementären Versorgung im Ostteil der Stadt ungleich höher ist als bei vergleichbaren Projekten im Westteil. Insbesondere im Sanitär- und Heizungsbereich sind nach den bisherigen Erfahrungen erhebliche Investitionen erforderlich, so daß der Ansatz "Zuschüsse an Organisationen im Inland für Investitionen" in der eingestellten Höhe von 1.550.000 DM dringend benötigt wurde.

Im Jahre 1991 erhöhten sich die Platzzahlen in *therapeutischen Wohngemeinschaften und "Projekten Betreutes Einzelwohnen"* auf 655 (Stand 30.6.1991). Da die Versorgung chronisch psychisch Kranker sowohl in 1991 als auch in den Folgejahren höchste Priorität haben soll, ist die Senatsverwaltung für Gesundheit auch weiterhin darauf angewiesen, daß sich freie Träger dieser Aufgabe annehmen und in enger Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern im Bezirk Konzepte erarbeiten und durchführen, um das Ziel, auch den chronisch psychisch Kranken ein möglichst eigenständiges Leben im Bezirk zu schaffen, zu erreichen. Erste Erfahrungen mit regional abgestimmten und auf den Bezirk bezogenen Projekten wurden bereits verwirklicht. Allerdings zeigten die Erfahrungen, daß die Finanzierung therapeutischer Wohngemeinschaften und "Projekte Betreutes Einzelwohnen" über Tagessätze, die entsprechend dem Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen der Patienten von den Krankenkassen und den Sozialämtern getragen werden, gerade für Vereine, die bezirksbezogen arbeiten und nur Patienten des jeweiligen Bezirks aufnehmen wollen, finanzielle Risiken beinhalten, die sie bisher allein zu tragen haben. Hier gilt es, Lösungen zu erarbeiten, insbesondere auch im Hinblick auf den Aufbau solcher Betreuungsformen in den östlichen Bezirken. 1991 waren in den östlichen Bezirken Berlins noch keine therapeutischen Wohngemeinschaften oder "Projekte Betreutes Einzelwohnen" entstanden. Das mag daran liegen, daß früher im sogenannten "Geschützten Wohnen" zum einen geistig behinderte Menschen und psychisch Kranke gemeinsam versorgt wurden und diese Betreuungsform erst nach und nach umorganisiert wird, wobei in fast allen hier bekannten Fällen noch der Bezirk Träger dieser Einrichtung ist. Zum anderen wurden chronisch psychisch Kranke z.B. in größerem Umfang "tagesstationär" in den Krankenhäusern und in Altenpflegeheimen versorgt. Auch hier treten erst nach und nach - z.B. wegen der geänderten Finanzierungsform aber auch wegen des notwendigen Abbaus von Betten - Nachfragen nach Wohngemeinschaften auf. Schon jetzt signalisieren die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste im Ostteil der Stadt, daß Patienten relativ schnell aus stationärer psychiatrischer Behandlung nach Hause entlassen werden und danach noch dringend der ärztlichen Behandlung bedürfen, die durch die ermächtigten Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Institutsambulanzen an den Krankenhäusern und zum Teil auch durch niedergelassene Ärzte gesichert ist, nicht jedoch deren ebenfalls notwendige tagesstrukturierende sozialtherapeutische Betreuung. Deshalb entstanden 1992 im Ostteil der Stadt erste therapeutische Wohngemeinschaften und Projekte Betreutes Einzelwohnen (insgesamt 28 Plätze), für deren Vorlaufphase (Personalkosten, Miete, Ausstattung der Gemeinschaftsräume) Zuwendungen aus dem Haushaltsplan gezahlt wurden.

Als weitere Möglichkeit des betreuten Wohnens muß an dieser Stelle das *Übergangsheim* erwähnt werden, das für psychisch Kranke, die nicht mehr oder noch nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, allein aber nicht oder noch nicht leben können, konzipiert wurde. In fünf Übergangsheimen in den Bezirken Kreuzberg, Neukölln, Steglitz, Reinickendorf und Spandau stehen insgesamt 205 Plätze zur Verfügung. Auch bei dieser Betreuungsform beteiligen sich die

Krankenkassen entsprechend der seit dem 1.1.1985 geltenden Vereinbarung an den Kosten der medizinischen Rehabilitation. Vier der fünf Übergangsheime wurden in Häusern eingerichtet, die im sozialen Wohnungsbau entstanden sind.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit ist der Auffassung, daß es äußerst sinnvoll ist, vorhandene oder im sozialen Wohnungsbau zu errichtende Gebäude oder Gebäudeteile als Übergangsheime zu nutzen. Zum einen können dadurch vorhandene und bewährte Finanzierungsformen genutzt und insbesondere langfristige Planungsvorläufe vermieden werden. Zum anderen kann später, falls eine Nutzung als Übergangsheim nicht mehr in Frage kommt, dieses Haus zum Wohnen weiterhin ohne viel Aufwand genutzt werden.

Eventuell erforderliche kleinere Umbauten zur Anpassung an die Nutzung als Übergangsheim sowie die erforderliche Ausstattung der Gemeinschaftsräume sollen wie bisher über Zuwendungen gewährt werden. Für die Ausstattung der Zimmer für die Bewohner können diese selbst sorgen, etwa auch durch Mitbringen noch vorhandener eigener Möbel. Nur so kann erreicht werden, daß einerseits durch eine private und wohnliche Atmosphäre dem Anspruch des Betroffenen auf Selbstbestimmung Rechnung getragen wird; andererseits besteht so aber auch die Möglichkeit, kompetente Betreuung und Hilfe im eigenen häuslichen Umfeld anzunehmen. Im Westteil der Stadt bestehen zur Zeit keine konkreten Pläne für weitere Übergangsheime. Übergangsheime sind für die Bezirke Mitte, Pankow, Hohenschönhausen und Köpenick geplant. Es handelt sich dabei zum einen um schon bestehende Einrichtungen für psychisch Kranke, die unter Trägerschaft eines Vereins in Übergangsheime umgewandelt werden sollen, zum anderen um neue Projekte, für die aber noch ein geeigneter Trägerverein gefunden werden muß.

*Kontakt- und Beratungsstellen/Treffpunkte* sind mit ihren niedrigschwelligen, offenen und auf Freiwilligkeit basierenden Programmen besonders für chronisch psychisch Kranke ein wichtiges Angebot in ihrem Bezirk. Sie bieten Beratung, Kontakte, Tagesstruktur, soziales Training, regen die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen an und nehmen zum Teil stadtteilnahe Kulturarbeit in ihre Angebote auf. Seit Ende 1990 gibt es in jedem Bezirk im Westteil der Stadt mindestens eine derartige Kontaktstelle. Wie bereits vorher ausgeführt, konnten wegen der angespannten Haushaltslage des Landes Berlin insbesondere die vier zuletzt entstandenen Kontaktstellen, der Bingerclub in Wilmersdorf (Träger: Pinel-Gesellschaft e.V.), Club Mexikoplatz in Zehlendorf (Träger: Altenclub-Mexikoplatz e.V.) - sie sind jeweils die einzigen Kontaktstellen in ihrem Bezirk - sowie die psychosoziale Kontaktstelle Tempelhof im Ortsteil Lichtenrade (Träger: die Kurve e.V.) und Treffpunkt 15 in Steglitz (Träger: Verein für berufliche und soziale Rehabilitation e.V.) in 1991 nur mit geringen Beträgen gefördert werden. Es wurde versucht, durch eine angemessene Erhöhung der Zuwendung in 1992 eine sinnvolle, für die Besucher der Kontaktstellen hinreichende Betreuung zu erreichen. In Wilmersdorf und Tempelhof werden die Miete und andere Sachkosten vom jeweiligen Bezirk übernommen. In Zehlendorf beteiligt sich der Sozialpsychiatrische Dienst durch Verlagerung von Sprechzeiten einzelner Mitarbeiter in den Treffpunkt an der Gestaltung der Arbeit. Insbesondere bei der Gewährung von Zuwendungen für Kontaktstellen ist darauf hinzuweisen, daß die im Haushaltsplanentwurf eingestellten Beträge weder Erhöhungen durch den Tarifvertrag für soziale Berufe sowie Tarifierhöhungen für den öffentlichen Dienst ab 1.1.1992 noch absehbare Erhöhungen der Gewerbesteuer enthielten.

Wegen der Bedeutung von Kontaktstellen/Treffpunkten für die Versorgung chronisch psychisch Kranker liegen auch aus dem Ostteil der Stadt die ersten Anträge auf Einrichtung vor bzw. sind bereits in 1991 eingerichtet worden. So hat - zunächst provisorisch - in den nicht mehr benötigten Räumen der früheren Reha-Stelle WIB e.V. in Weißensee ab September 1991 eine Kontaktstelle, finanziert mit Zuwendungsmitteln, eröffnet. Der behutsame stellenmäßige Ausbau dieser Kontaktstelle wurde für 1992 vorgesehen.

Eine weitere Kontaktstelle wurde in Köpenick eröffnet. Der Träger hat dieses Konzept in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köpenick abgestimmt. Der "5. Rad e.V." hat dort zusammen mit den ersten Besuchern kleine Renovierungsarbeiten vorgenommen. Auch hier wurde neben der Zuwendung in 1991 eine weitere Förderung in 1992 erforderlich.

Für die Entwicklung von Angeboten ist von großer Bedeutung, daß die Mieten für Gewerberäume denen in den westlichen Bezirken keineswegs nachstehen, obwohl die Räume in weitaus schlechterem Zustand sind. Hinzu kommt außerdem, daß einige Vorhaben bisher an den ungeklärten Eigentumsverhältnissen von Gebäuden scheiterten, weil es dadurch nicht möglich ist, Mietverträge wenigstens über eine Laufzeit von zwei bis fünf Jahren zu erhalten.

In Treptow hat die Allgemeine Jugendberatung e.V. in Übereinstimmung mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Treptow und besonders auch dem Sozialpsychiatrischen Dienst eine Kontaktstelle für junge erwachsene psychisch Kranke eröffnet und außerdem versucht, Plätze für die Errichtung von therapeutischen Wohngemeinschaften zu finden. Zuwendungsmittel für die Vorlaufphase der Kontaktstelle sind in 1991 bereits eingeflossen und wurden in 1992 nach Inbetriebnahme erhöht. Inzwischen ist eine Kontaktstelle im Bezirk Hellersdorf errichtet worden. Sie wurde von Mitarbeitern des Griesinger-Krankenhauses, das die Pflicht zur stationären Vollversorgung auch für Hellersdorf hat, und der Volkssolidarität e.V. entwickelt. Darüber hinaus wurde auch eine Kontaktstelle in Hohenschönhausen eingerichtet.

Geplant sind außerdem Kontaktstellen in Pankow und Prenzlauer Berg, die nach erfolgtem Umbau in 1993 eröffnet werden können.

Erfahrungen der letzten Jahre aus der *Kontaktstellenarbeit* zeigen, daß etwa ein Drittel der Besucher täglich die Kontaktstelle benutzen und diese für sie die Funktion einer Tagesstätte übernimmt. Das zeigt, daß es Patienten gibt, die eine möglichst feste Struktur mit einer intensiven Förderung benötigen, die auch beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen einschließt. So sind im Westteil im räumlichen Verbund mit Kontaktstellen und unter gleicher Trägerschaft inzwischen vier Beschäftigungstagesstätten entstanden. Eine fünfte Beschäftigungstagesstätte ist aus den Erfahrungen in einer Werkstatt für psychisch Kranke entstanden, in der Patienten dem beruflichen Rehabilitationsangebot trotz dieser speziellen Werkstatt nicht, noch nicht oder nicht mehr gewachsen sind, sie aber dennoch eine feste Tagesstrukturierung zur Vermeidung erneuter Krankenhauseinweisung dringend benötigen. Eine weitere Möglichkeit, den Kreislauf zwischen fehlender Tagesstruktur, Isolation und sozialer Desintegration zu durchbrechen, sind die sogenannten *Zuverdienstfirmen*. Im Westteil der Stadt bestehen zwei derartige Einrichtungen.

In den östlichen Bezirken der Stadt, in denen Arbeit für *alle* Bevölkerungsteile einen hohen Stellenwert hatte und hat, ist durch die Vereinigung gerade dieser Lebensinhalt nicht mehr sicher. Psychisch Kranke und Behinderte hatten in der ehemaligen DDR einen Anspruch auf einen Arbeitsplatz bzw. waren in geschützten Werkstätten integriert. Noch vor der Vereinigung im Oktober 1990 wurden viele der Behinderten, die nun schon ihren Arbeitsplatz verloren hatten, berentet. Die anderen haben bei der inzwischen bestehenden Arbeitslosigkeit zur Zeit kaum eine Chance, in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert zu werden. So liegen auch hier Anträge für die Einrichtung von Tagesstätten und Zuverdienstfirmen vor, um diesen psychisch Kranken wenigstens eine Tagesstruktur anbieten zu können. So wird WIP e.V. in Weißensee nach Umbau eines Einfamilienhauses mit großem Garten eine Tagesstätte mit 18 Plätzen einrichten. 5. Rad e.V. wird ebenfalls nach Umbau eines Einfamilienhauses in Köpenick sowie nach erfolgtem Aufbau eines Hauses in Hellersdorf tagesstrukturierende Angebote mit Zuverdienstfirma schaffen.

Gefördert wurden auch in 1991 die beiden *Krisendienste* (Brennpunkt e.V. in Wedding und K.U.B. in Schöneberg) sowie ein *psychiatrischer Notfalldienst* in Charlottenburg. Aus den Erfahrungen dieser drei Dienste, die unterschiedlich organisiert sind, und auch aus der Diskussion in der Arbeitsgruppe der Planungskommission ist festzustellen, daß die breite Indikationsstellung für Krisenintervention und die unterschiedlichen Zielgruppen eine bedarfsorientierte Betrachtung erschweren. Darüber hinaus besteht eine weitere Schwierigkeit in der vielfältigen Verwendung des Krisenbegriffs und damit verschiedener Möglichkeiten der Interventionsindikation. Sie reicht von allgemeinen Lebensproblemen und Alltagskrisen, von psychiatrischen Krisen bis hin zur Selbstmordgefährdung und psychiatrischen Notfällen in engerem Sinne. Wenngleich hierzu eine

intensive Diskussion in der Fachöffentlichkeit noch geführt werden muß, muß nach Auffassung der Senatsverwaltung für Gesundheit jedoch darauf geachtet werden, daß *alle* Krisenpatienten, vorrangig auch die chronisch psychisch Kranken, versorgt werden, was nur durch Koordination und Kooperation aller Einrichtungen der Basisversorgung in einem Bezirk, zu deren Aufgabenfeld die Bewältigung von Krisen gehört, erreicht werden kann. Vor diesem Hintergrund wurden die drei im Westteil der Stadt bestehenden Dienste auch 1992 weiter gefördert.

Aufgrund der Forderung, daß Krisendienste nicht isoliert arbeiten dürfen, sondern ein integriertes Angebot in einem oder mehreren Bezirken darstellen, gewinnen Anträge für die Errichtung von Krisendiensten aus dem Ostteil der Stadt eine besondere Bedeutung. Es ist unbestritten, daß durch die politischen Veränderungen viele Menschen erst wieder ihren Standpunkt in der Gesellschaft finden müssen. Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen, die noch nicht zu überschauen sind, Zusammenbruch von beruflichen und sozialen Einbindungen lassen viele Menschen persönliche Krisen durchleben, in denen sie Begleitung und Hilfe nötig haben. Die bei der Senatsverwaltung für Gesundheit bisher vorliegenden Anträge zur Errichtung von Krisendiensten (Telefon des Vertrauens - Krisenberatung e.V. - sowie Kompass e.V. in Köpenick) werden danach zu beurteilen sein, inwieweit sie sich in bestehende Angebote integrieren lassen.

Für den Bereich der Versorgung *Suchtkranker* ist festzustellen, daß die in 1991 geförderten Projekte aus dem Westteil der Stadt auch 1992 eine Förderung erhielten. Erste konzeptionelle Gespräche über die Weiterführung bestehender Suchtberatungsstellen bzw. der Übernahme der freigemeinnützigen Trägerschaft für kommunale Beratungsstellen haben mit dem Caritasverband (Bezirk Mitte), mit dem Diakonischen Werk (Prenzlauer Berg) und dem Verein Freie Hilfe Berlin e.V. (Bezirk Pankow) stattgefunden. Außerdem ist die Einrichtung einer alkoholfreien Begegnungsstätte von Almedro in Treptow vorgesehen. Für 1992 waren für deren Förderung Ansätze im Haushaltsplanentwurf enthalten.

Wegen der Zunahme von *Medikamentenmißbrauch* insbesondere bei Frauen und dem Anstieg *krankhafter Eßstörungen* hält die Senatsverwaltung für Gesundheit es für erforderlich, hier entsprechende Beratungsangebote aufzubauen. Unter Berücksichtigung der Haushaltslage des Landes Berlin sind die Angebote in 1991 nicht gefördert worden. Ein Beginn fand jedoch in 1992 statt.

Mit Bescheid vom 5.2.1991 hatte die Senatsverwaltung für Gesundheit den Antrag des Vereins zum Schutz vor psychischer Gewalt e.V. zum Betrieb eines Berliner Weglaufhauses abgelehnt. Zum einen unter Berücksichtigung der Haushaltslage des Landes Berlin, zum anderen aber auch aus inhaltlichen Gründen und der Tatsache, daß neue Projekte insbesondere der Versorgung chronisch psychisch Kranker zugute kommen sollen, hatte in 1992 die Förderung eines Berliner Weglaufhauses keine Priorität.

Darüber hinaus mußten die Ansätze für die Vorlaufkosten für Wohngemeinschaften sowie für Beschäftigungstagesstätten aber auch für den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung erheblich gekürzt werden, obwohl gerade hier eine erhebliche Nachfrage entstand, weil mit diesen pauschalen Ansätzen Projekte, die im Laufe des Jahres 1992 insbesondere auch im Ostteil der Stadt entstehen sollten, anfinanziert werden sollten. Aufgrund des Zwanges zu Einsparungen werden für neuentstehende bzw. beantragte Projekte künftig in noch größerem Umfang als bisher Prioritäten gesetzt werden müssen. Die oben beschriebenen Entscheidungen sind insbesondere an dem Ziel ausgerichtet, die bereits bestehenden Projekte wenigstens minimal finanziell abzusichern.

#### 4.2.6.1 Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste 1991 in Berlin

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und betreut psychisch Kranke einschließlich Suchtkranke sowie deren Angehörige. Durch seine multiprofessionelle Besetzung mit Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Verwaltungskräften kann er dieser Aufgabe gerecht werden und adäquate Hilfsangebote entweder selbst machen oder aber notwendige Hilfsmaßnahmen vermitteln oder einleiten. Das Ziel aller Hilfen der Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, einerseits eine zwangsweise Unterbringung der psychisch Kranken zu verhindern bzw. ihnen nach einer solchen Unterbringung seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen und zu erleichtern und andererseits durch geeignete Maßnahmen, wie Beratungen von Personen und Institutionen, ein Klima des Verständnisses für die Belange psychisch kranker Menschen zu schaffen.

Daneben fällt dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Rahmen der in allen Bezirken bestehenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften die Aufgabe der Koordinierung und Steuerung der Aktivitäten eines Bezirkes in der Versorgung der psychisch Kranken zu, so daß zunehmend auch planerische Aufgaben wahrzunehmen sind.

Aus Berlin-Ost berichteten lediglich fünf Bezirke; die übrigen konnten aufgrund der strukturellen Änderungen, die erst Ende 1991 abgeschlossen waren, keine Berichte vorlegen.

Die somit 17 Sozialpsychiatrischen Dienste wurden 1991 von insgesamt 25 024 Personen in Anspruch genommen, d.h. 1,1 % der entsprechenden Bevölkerung im Alter von 15 bis 65 Jahren hat von diesen Beratungsangeboten Gebrauch gemacht, davon entfielen 17 978 auf Berlin-West und 7.046 Personen auf die fünf meldenden östlichen Bezirke.

In der Tabelle 4.5 wird die Verteilung der Neuzugänge nach Alter und Geschlecht bei den einzelnen Diagnosengruppen (9. ICD-Schlüssel) dargestellt: Unter den insgesamt 10 231 untersuchten Personen befanden sich 42,7 männlichen und 57,3 % weiblichen Geschlechts. Hinsichtlich der Altersverteilung ist festzuhalten, daß die Gruppe der 25- bis unter 45jährigen (31,4 %) und die der 65jährigen und älter (33,6 %) am häufigsten vertreten waren. Daß die unter 15jährigen so gut wie gar nicht und die 15- bis unter 18jährigen nur in relativ geringer Zahl in Erscheinung treten, ist u.a. darauf zurückzuführen, daß für Kinder und Jugendliche der Jugendgesundheitsdienst bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst tätig wird (vgl. 4 1.3.4).

**Tabelle 4.5: Zugang von betreuten Personen im Sozialpsychiatrischen Dienst 1991 in Berlin nach Diagnosen und Alter**

Diagnose/ ICD-Nr	untersuchte Personen			Alter von ... bis unter ... Jahren														
				unter 15		15 - 18		18 - 20		20 - 25		25 - 45		45 - 65		65 und älter		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w			
290 senile und präsenile organische Psychosen	2248	487	1761	-	-	-	-	-	-	2	6	7	60	90	421	1662		
291 Alkoholpsychosen	140	87	53	-	-	-	-	-	3	-	27	13	49	21	8	19		
292 Drogenpsychosen	43	34	9	-	-	-	2	-	10	2	21	5	-	-	1	2		
293 vorübergeh. organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	60	28	32	-	-	-	-	-	1	-	9	7	14	3	4	22		
294 andere (chron.) organ. Psychosen	90	45	45	-	-	-	1	-	-	-	20	13	16	13	8	19		
295 Schizophrenie	1136	499	637	-	-	1	-	4	1	57	38	277	249	144	286	16	83	
296 affektive Psychosen	343	123	220	-	-	-	-	-	-	13	3	45	54	54	101	11	62	
297 paranoide Syndrome	467	145	322	-	-	-	1	-	6	6	60	58	51	112	27	148		
298 andere nichtorgan. Psychosen	78	35	43	-	-	-	-	-	1	4	16	17	16	17	2	5		
300 Neurosen	787	279	508	-	-	1	3	7	25	42	138	269	110	158	3	31		
301 Persönlichkeitsstörungen (Psychopath., Charakterneurosen)	179	101	78	-	-	-	3	-	6	6	43	23	42	35	7	14		
302 sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	8	6	2	-	-	-	-	-	1	-	4	1	1	1	-	-		
303 Alkoholabhängigkeit (ausgen. 291 - Alkoholpsych. - u. 305 - Alkoholmißbr ohne Abh. -)	1372	920	452	-	-	-	1	2	26	17	350	136	467	241	76	56		
304 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	190	125	65	-	-	-	2	2	10	16	107	41	5	4	1	2		
0 Morphintyp	17	12	5	-	-	-	-	-	7	4	4	-	1	1	-	-		
1 Barbituratyp	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-		
2 Kokain	15	8	7	-	-	-	-	-	1	1	7	5	-	1	-	-		
3 Cannabis	3	2	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-		
4 Amphetamintyp und andere Psychostimulantien	1	1	0	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
5 Halluzinogene	7	4	3	-	-	-	1	-	-	1	1	2	-	-	2	-		
6 Abhängigkeit von anderen Medikamenten/Drogen	42	21	21	-	-	-	2	-	7	7	10	14	2	-	-	-		
7 Polytoxikomanie einschl. des Morphintyps	13	5	8	-	-	-	-	-	-	1	5	5	-	2	-	-		
8 Polytoxikomanie ohne Morphintyp	21	8	13	-	-	-	-	-	-	1	7	8	1	1	-	3		
9 nicht näher bezeichnete Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	82	53	29	-	-	-	4	1	5	2	16	7	22	12	6	7		
305 Drogen- u. Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit	51	18	33	-	-	-	-	-	1	3	4	18	11	6	2	6		
306 körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	52	26	26	-	-	-	1	2	2	-	12	10	7	5	4	9		
307 spez., nicht anderweitig klassifizierb. Symptome ohne Syndrome	79	34	45	-	-	-	2	1	5	5	14	21	8	10	5	8		
308 psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	95	50	45	-	-	-	1	3	6	2	21	21	19	9	3	10		
309 psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	295	107	188	-	-	1	-	1	17	16	21	15	40	37	29	118		
310 spezif., nicht psychot., psych. Störungen nach Hirnschädigungen	51	21	30	-	-	-	-	-	1	-	10	11	10	9	-	10		
311 anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	63	42	21	-	-	1	-	4	3	3	3	25	8	9	6	-		
312 anderweitig nicht klassifizierbare Störung, d. Sozialverhaltens	32	10	22	-	-	-	-	-	1	-	-	4	11	4	7	3		
316 anderw. klassifiz. Erkrankungen bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosom. Erkrank. im engeren Sinne)	301	144	157	-	-	2	-	9	10	41	38	72	67	17	36	3		
317 leichter Schwachsinn	137	66	71	-	-	-	-	6	9	13	19	31	28	9	6	9		
0 niedrige Intelligenz - Grenzdebilität IQ 70 - 84	379	204	175	-	-	1	1	16	13	29	40	124	90	31	25	3		
1 leichte intellektuelle Behinderung - Debilität IQ 50 - 70	72	41	31	-	-	-	-	3	2	9	8	20	18	8	3	1		
2 hochgradiger Schwachsinn - IQ unter 20 Idiotie - schwerste intellekt. Behind.	29	13	16	-	-	-	-	2	3	2	3	8	6	1	3	-		
319 nicht näher bez. Schwachsinn	38	21	17	-	-	-	-	2	-	12	10	5	3	2	3	-		
345 Epilepsie	81	33	48	-	-	-	-	2	-	5	3	12	23	11	16	3		
000.0 psychiatr. unklare Fälle	95	45	50	-	-	1	-	15	8	40	26	171	120	116	96	99		
1 neurolog. Krankheiten	95	45	50	-	-	1	2	1	-	3	3	16	15	15	15	9		
2 weder neurologisch noch psychisch krank	53	21	32	-	-	-	-	-	-	-	7	8	3	2	11	22		
Insgesamt	1991	10231	4366	5865	-	-	7	5	88	69	368	332	1752	1424	1379	1374	772	2661
(Quelle: SenGes)	1990	9438	4275	5163	-	-	9	10	111	96	392	335	1717	1232	1318	1119	728	2371



#### 4.2.6.2 Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Alkoholranke 1991 in Berlin

Das Ausmaß des Problems "Alkoholmißbrauch" erfordert weiterhin verbesserte Maßnahmen zur Senkung des Konsums alkoholischer Getränke; dazu gehören u.a. eine Verbesserung gesundheitsfördernder Angebote und eine Verstärkung mediengestützter Aktionen (vgl. 3.2).

An dieser Stelle ist festzuhalten, daß nach Auskunft der einzelnen Beratungsstellen hier schwerpunktmäßig Alkoholranke und -gefährdete betreut, daß sie aber auch zunehmend mehr von den Medikamentenabhängigen aufgesucht werden. Dies bezieht sich insbesondere auf Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittelabhängige. Dabei soll der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch sein. Dazu können leider keine gesicherten Angaben gemacht werden. Wie in anderen Bundesländern, so ist auch in Berlin eine Mehrfachabhängigkeit zu beobachten.

Von den (derzeit noch) vier bezirklichen, den vier kommunalen und einer freigemeinnützigen Beratungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige wurden im Jahr 1991 4.225 Neuzugänge gemeldet, davon entfielen 2.614 auf Berlin-West und 1.611 auf Berlin-Ost. 88 % aller Ratsuchenden waren sogenannte "Selbstmelder". Bei der Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt sich, daß die 30- bis unter 50jährigen Männer dominieren.

### 4.3 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich

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.

#### Wesen und Inhalt von Selbsthilfegruppen (SHG)

SHG können als Zusammenschlüsse von Personen verstanden werden, die in aller Regel gleichermaßen von einem bestimmten punktuellen sozialen Problem oder einer Bedarfslage betroffen sind und sich gegenseitig und ohne besondere Qualifikationen helfen. Das Engagement zur Bildung von Selbsthilfegruppen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen und ist bei gesundheitlichen Selbsthilfegruppen zum Teil Ausdruck von ungelösten Problemen professioneller Versorgung, wie z.B. von nicht ausreichender Nachsorge durch die medizinischen und sozialen Dienste. Der Gruppencharakter der SHG wird wesentlich dadurch bestimmt und aufrechterhalten, daß sich die Beteiligten gegenseitig kennen bzw. durch Gespräche in den Gruppen kennenlernen.

Gesundheitsselbsthilfe in Gruppen ist aber nicht nur ein Ausdruck von Unzufriedenheit an der bestehenden medizinischen Betreuung. Vielmehr haben die Mitglieder der SHG einen Anspruch auf die Selbst-Verfügungsgewalt, über ein Ressort, welches so kostbar ist wie die Umwelt: ihre eigene Gesundheit.

Besonders hervorzuheben ist, daß die Selbsthilfegruppen von einem starken solidarischen Gedanken geprägt sind und freiwillig sowie unentgeltlich arbeiten.

### **Ziele der Selbsthilfegruppen**

Die SHG sehen als Ziel ihrer Arbeit vorrangig den Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Hilfe untereinander. Die Gruppenmitglieder fühlen sich ernstgenommen und können sich öffnen. Das Ergebnis dessen ist, daß jeder Einzelne umsetzungsfähige Hilfe und Informationen bekommt und dadurch sein Selbstbewußtsein stärken kann.

Insgesamt führt das Engagement in Selbsthilfegruppen bei vielen Menschen zu einer Reduktion von körperlichen, psychischen und sozialen Krankheitsbelastungen.

Im Gesundheitsbereich sollen vor allem solche Projekte unterstützt werden, die auf den Gebieten der chronischen Erkrankungen, Suchtkrankheiten, der psychischen Erkrankungen, der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation tätig sind.

Krebserkrankungen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen -um nur einige Beispiele zu nennen- sind Krankheiten, die für den Betroffenen oft mit tiefgreifenden Veränderungen der Lebens- und Arbeitssituation und dementsprechend mit erheblichen psycho-sozialen Belastungen verbunden sind. Diese SHG können durch Beratung, persönliche Hilfe und Erfahrungsaustausch das Leben mit der Krankheit erleichtern, notwendige Verhaltensänderungen fördern bzw. zusätzliche Krankheitsrisiken vermeiden helfen. Diese Gruppen bieten die notwendige emotionale Unterstützung, geben sozialen Rückhalt, erleichtern den Übergang vom Klinikaufenthalt ins Familienleben, in die Berufswelt und lassen den Betroffenen mit seinen alltäglichen Problemen nicht allein.

### **Gesundheitsselbsthilfegruppen in Berlin**

Gesundheitsselbsthilfegruppen (GSHG) in Berlin haben sich zu einem festen Bestandteil in der ambulanten Versorgung, in der Prävention, im Gesundheitsschutz und in der Rehabilitation herausgebildet.

Im Rahmen des Programms zur Förderung von SHG wurden 1991 im Anschub 13 GSHG mit einer Summe in Höhe von 228.805,71 DM finanziert. Davon erhielten 4 SHG aus dem Ostteil der Stadt eine Summe in Höhe von 35 901,22 DM.

1992 wurden insgesamt 16 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich in der Anschubförderung mit einer Summe von 193.602,30 DM direkt gefördert.

GSHG haben im Ostteil der Stadt an Bedeutung gewonnen.

Die oft nicht zufriedenstellende psycho-soziale Nachbetreuung bildet hier die Grundlage zur Gründung von SHG. So stellten bereits 1992 sieben SHG einen Antrag zur Förderung von SHG. Aufgrund erhöhter Nachfragen zur Finanzierung von SHG kann von einer steigenden Tendenz ausgegangen werden.

### **Selbsthilfegruppen Krebs**

Neben den SHG, die sich in der Anschubförderung befinden, haben sich besonders im Ostteil der Stadt sehr viele kleine Gruppen gebildet, die sich in Kulturhäusern, in bereits geförderten Projekten und/oder in den regionalen Kontaktstellen treffen.

Während sich zum Beispiel nur zwei SHG - die Selbsthilfegruppe Krebs in Lichtenberg und die Selbsthilfegruppe Krebs im Albrecht-Achilles-Haus - in der Förderung befinden, treffen sich sechs SHG bei SEKIS (Selbsthilfe-Kontakt- und -informationsstelle).

Andere Krebsselfhilfegruppen treffen sich in den Kulturhäusern von Prenzlauer Berg und Weißensee und zum Beispiel in der Regionalen Kontaktstelle Marzahn

### **Selbsthilfegruppen für Alkoholranke**

Eine unverzichtbare Ergänzung zur Suchtarbeit sind die SHG für Alkoholranke. Gesprächsrunden für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie Aktivitäten für die betroffenen Kinder stehen hier im Vordergrund. Für sehr viele ehemalige Alkoholiker sind die SHG lebenslang notwendig, um einen Rückfall zu verhindern. 1992 wurden für diese SHG finanzielle Mittel in Höhe von 69.778,63 DM bewilligt.

Zwei erfolgreich arbeitende Projekte werden voraussichtlich 1994 in die Weiterförderung übernommen:

- SUSE e.V.  
Suchtmittelfreie-Selbsthilfe-Organisation  
Brehmestraße 57, O-1100 Berlin
- tacko e.V.  
Herzbergstraße 79, O-1130 Berlin.

Beiden genannten Projekten soll die Funktion einer zentralen Anlaufstelle in den Stadtbezirken Pankow und Lichtenberg übertragen werden.

### **Regionale Selbsthilfe-Kontaktstellen (Raum- und Servicezentrum für SHG)**

Mit dem Aufbau von regionalen Kontaktstellen wird im Ostteil der Stadt seit der Wende der Versuch unternommen, das Selbsthilfeprinzip auch über die Bildung von SHG hinaus zu fördern. Dabei erstreckt sich die Arbeit der Kontaktstellen im wesentlichen auf vier Tätigkeitsfelder:

- Beratung, Vermittlung von Selbsthilfeinteressierten
- Beratung und Unterstützung bei Neugründung von Gruppen
- Organisatorische und inhaltliche Unterstützung bestehender Gruppen
- Verbreitung und Förderung des Prinzips der Selbsthilfe.

Zur Zeit werden sechs regionale Kontaktstellen eingerichtet, davon haben vier bereits ihre Arbeit aufgenommen

Unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten stellen die SHG eine wichtige Ergänzung zum System etablierter medizinischer und sozialer Gesundheitsdienste dar, können aber nicht durch professionelle Versorgungsangebote ersetzt werden.

GSHG versuchen, in Verbindung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen gemeinsam ihre Krankheiten zu bewältigen und diese auf Probleme, die im Zusammenhang mit der Krankheit auftreten, aufmerksam zu machen. Dies gewährleistet für die SHG, daß z.B. Ärzte in Gruppen gehen und dort fachspezifische Vorträge halten.

Es kann eingeschätzt werden, daß durch die anwachsenden Umweltprobleme und trotz einer parallel dazu verlaufenden Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung die Arbeit von SHG in quantitativer und qualitativer Hinsicht zunehmen wird. Das stellt in steigendem Maße auch immer höhere Anforderungen an die staatlichen Einrichtungen.

(Quelle: SenSoz)

**4.4 Tabellenverzeichnis**

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 4.1: Beratungen durch PRO FAMILIA 1990 und 1991 in Berlin-West
- Tabelle 4.2: Beratungen nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB 1991 in Berlin-West - Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand der Beratenen und Abbruchgründe -
- Tabelle 4.3: In den Schirmbildstellen und im Schirmbildzug gefertigte wertbare Aufnahmen 1985 - 1991 in Berlin-West
- Tabelle 4.4: Beratungsstellen für Behinderte 1991 in Berlin-West - Zugänge an betreuten Behinderten nach Art der Behinderung und Bezirken -
- Tabelle 4.5: Zugang von betreuten Personen im Sozialpsychiatrischen Dienst 1991 in Berlin nach Diagnosen und Alter
- Tabelle A 4.1: Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1991 in Berlin-West - Schwangerenberatung -
- Tabelle A 4.2: Jugendgesundheitsdienst - Beratungsstellen für Risikokinder - 1991 in Berlin-West - Erst- und Wiedervorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -
- Tabelle A 4.3: Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1991 in Berlin - Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -
- Tabelle A 4.4: Leistungen des Jugendgesundheitsdienstes - Schüler - 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 4.5: Nachgehende Krankenfürsorge 1991 in Berlin - Zugänge und Bestand -

*KAPITEL*

*5*

*GESUNDHEITSRISIKEN  
AUS DER  
TECHNISCHEN UND NATÜRLICHEN UMWELT*

## 5.1 Umweltmedizin

### 5.1.1 Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin 1991/92

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. 1991/92 galt dies insbesondere für

- bodennahes Ozon
- Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch
- Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser
- Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser
- Untersuchungen von Badegewässern
- Schadstoffbelastungen von Boden und Spielsand auf Kinderspielplätzen
- Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Fugendichtungsmassen
- Perchlorylen (PER) in der Nachbarschaft chemischer Reinigungen
- Schädlingskunde und -beratung.

#### 5.1.1.1 Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch

Der öffentliche Gesundheitsdienst führte auch 1992 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. Lediglich HCB, Gesamt-DDT, Gesamt-PCB und eingeschränkt auch  $\beta$ -HCH liegen derzeit noch in beachtenswerten Konzentrationen vor.

**Tabelle 5.1: Muttermilchuntersuchungen in Berlin 1988-1992 in mg/kg Milchfett**

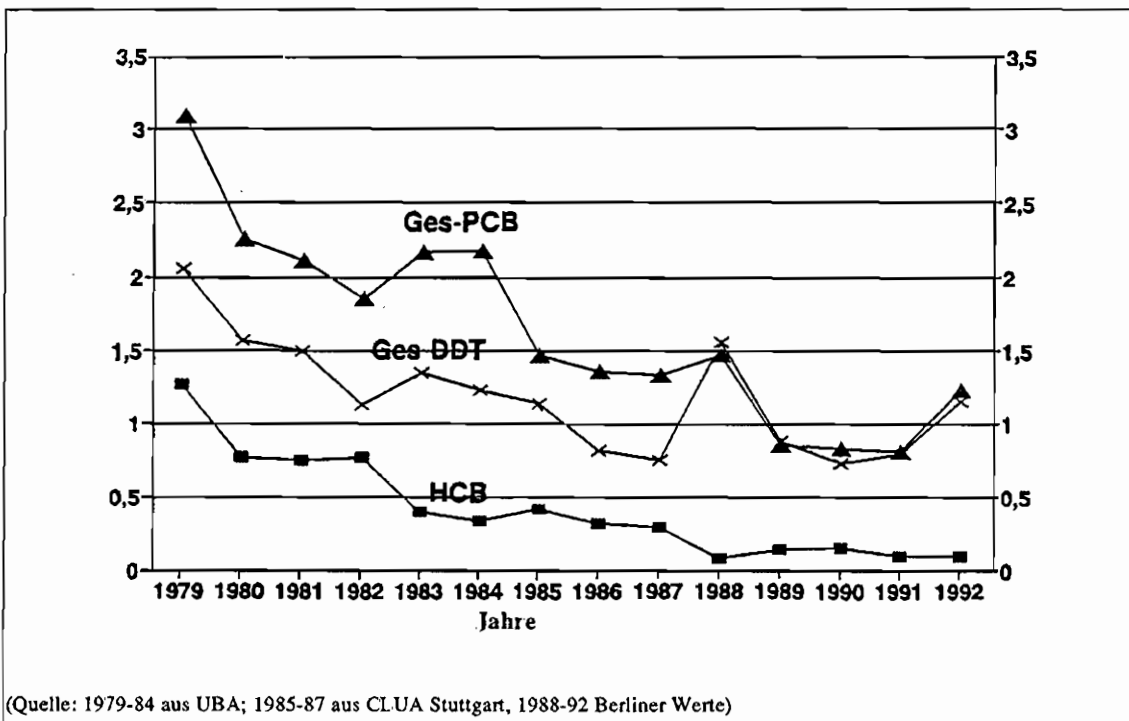
Jahr	Anzahl	HCB	- HCH1)	β- HCH	γ- HCH	HE	Gesamt DDT	Gesamt PCB	Mittelwert Median
1988	33	0,08	n.b.	0,16	0,01	0,01	1,56	1,47	Mittelwert
		0,04	n.b.	0,06	0,01	0,01	0,78	0,89	Median
1989	97	0,14	n.b.	0,08	0,01	0,02	0,88	0,85	Mittelwert
		0,11	n.b.	0,06	0,01	0,02	0,62	0,77	Median
1990	114	0,15	n.b.	0,08	0,01	0,02	0,73	0,83	Mittelwert
		0,12	n.b.	0,07	0,01	0,02	0,49	0,80	Median
1991	109	0,10	n.b.	0,07	0,01	0,02	0,80	0,81	Mittelwert
		0,08	n.b.	0,06	0,01	0,02	0,58	0,77	Median
1990	75	0,10	n.b.	0,09	0,01	0,02	1,15	1,23	Mittelwert
		0,08	n.b.	0,08	0,01	0,01	0,88	1,15	Median

1) n.b.: unter der Nachweisgrenze

(Quelle: SenGes)

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.

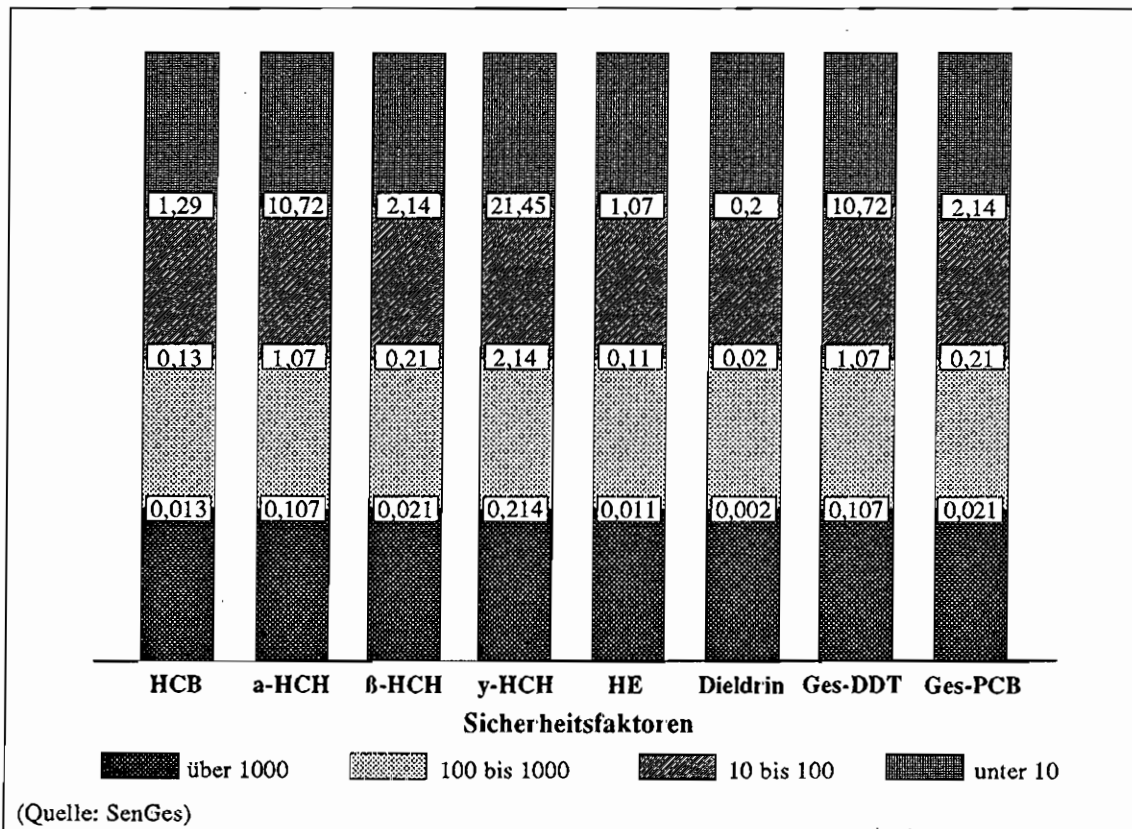
**Graphik 5.1: Zeitlicher Verlauf von Verunreinigungen in der Muttermilch in mg/kg Milchfett**



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 5.2:** 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 - nicht zu befürchten.
- Über die eigentliche Gefahrenabwehr im engeren Sinne hinaus sind die Gesundheitsbehörden jedoch 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.

Interessierte können eine umfangreiche Broschüre zu dieser Thematik kostenlos über die Pressestelle der Senatsverwaltung für Gesundheit erhalten.

### 5.1.1.2 Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser

Seit 1985 stehen Trinkwasserleitungen aus Blei in der öffentlichen Diskussion. Die daraufhin durchgeführten kostenlosen Bleiuntersuchungen wurden auch 1991 und 1992 weitergeführt.

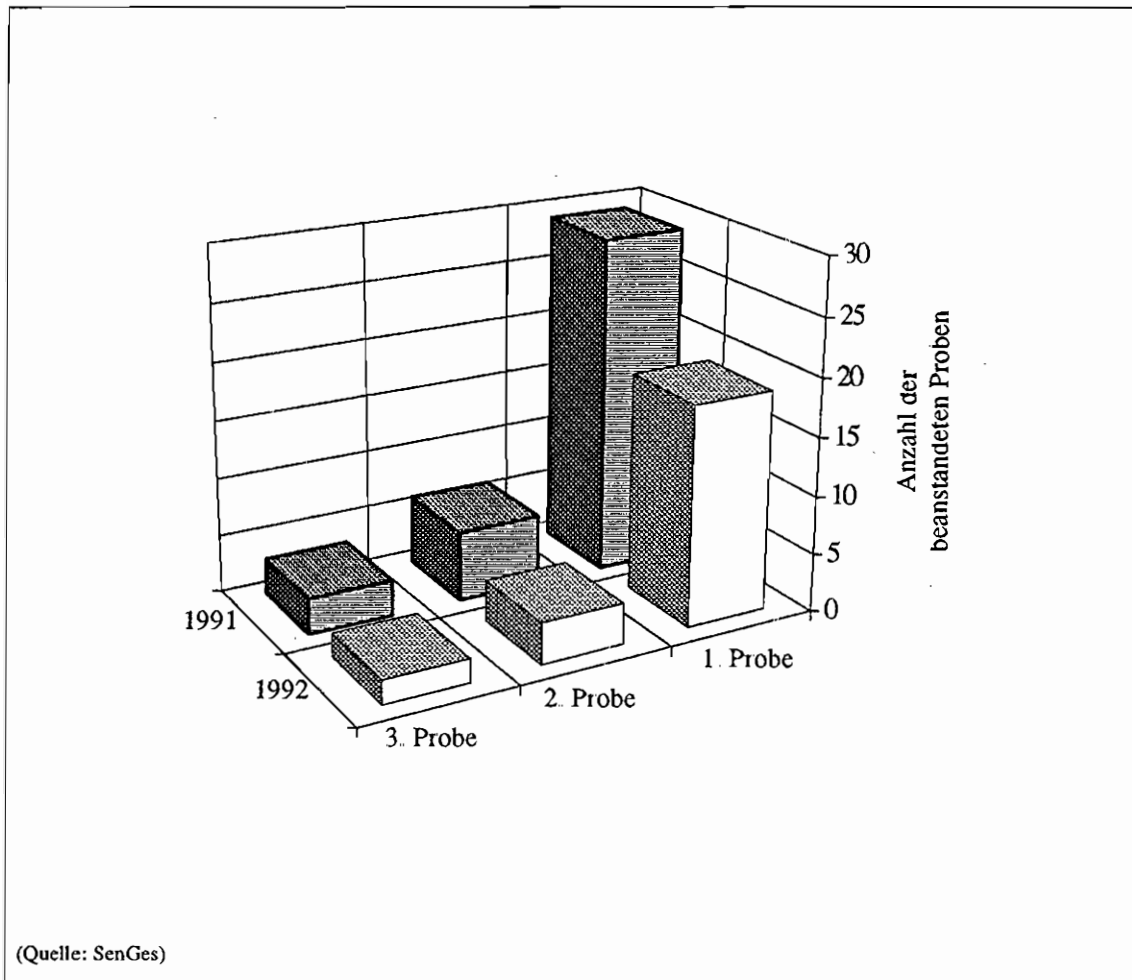
Die Nutzung des Angebotes einer kostenlosen Untersuchung des Trinkwassers auf Blei war seit 1987 stark rückläufig und minimierte sich entsprechend 1991 und 1992. Durch die Verknüpfung einer wesentlich geringeren Gesamtzahl von Untersuchungen und einer gleichbleibenden Absolutzahl von Grenzwertüberschreitungen steigt die Beanstandungsquote von 15 auf 35 %.

Der Bleigehalt im Trinkwasser korreliert stark mit der Ablaufzeit des Wassers. Entsprechend dem Untersuchungsmodus in den Vorjahren

- 1. Probe: Stagnationswasser
- 2. Probe: Entnahme nach einer Minute Ablauf
- 3. Probe: Entnahme nach zwei Minuten Ablauf

zeigt sich, daß nach einer ausreichenden Ablaufzeit nur noch in ca. 10 % der Fälle Grenzwertüberschreitungen persistent sind. Somit ist eine längerfristige Grenzwertüberschreitung geringer einzuschätzen.

**Graphik 5.3: Bleigehalt im Trinkwasser in Abhängigkeit von der Ablaufzeit**



Zur Minimierung des Gefährdungspotentials befürwortet die Senatsverwaltung für Gesundheit den Austausch von Bleileitungen in Hausinstallationen. Entsprechend der über die Senatsverwaltung für Bau- und Wohnungswesen herausgegebenen Modernisierungs- und Instandhaltungsrichtlinien 1990 - ModInstRL90 können zur Realisierung dieser Maßnahmen Fördermittel beantragt werden.

### 5.1.1.3 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 Senatsverwaltung für Gesundheit 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), Kupferleitung, 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.

In den Jahren 1991 und 1992 ist das Bedürfnis der Bevölkerung an Untersuchungen auf Kupfer im Trinkwasser deutlich zurückgegangen. Untersuchungsergebnisse liegen uns für diesen Zeitraum nicht 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. vier 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  $\gamma$ -GT, Bilirubin und Transaminasen im Blut des Säuglings überprüfen lassen. Enge Kooperation mit einem Kinderarzt ist ratsam.

#### 5.1.1.4 Untersuchungen von Badegewässern

Während der Badesaison 1992 (15. Mai bis 15. September) wurden die Freibäder und empfohlenen Badestellen in Berlin in 14tägigem Abstand entsprechend der EG-Badegewässer-Richtlinie vom 8.12.1975 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 sogenannte sensorische Prüfungen - wie Wasserfärbung, Trübung (Sichttiefe) und Geruch des Wassers - im Vordergrund, weiterhin der pH-Wert und Bestimmungen des Sauerstoffhaushaltes sowie Nährstoffwerte.

Seit 1991 werden diese Proben im Rahmen eines gemeinsamen Meßprogrammes für beide Teile der Stadt entnommen.

Die Bäder und empfohlenen Badestellen sind in einem für das gesamte Stadtgebiet veröffentlichten Badeplakat dargestellt.

**Graphik 5.4: Freibäder und vor dem Bootsverkehr geschützte Badestellen in Berlin**  
(Gewerbliche Bäder werden hier nicht berücksichtigt)



(Quelle: SenGes)

1. Freibad Lübars
2. Oberhavel / Badestelle Sandhauser Straße
3. Oberhavel / Rohrweiherstraße
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 Orankesee

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 Untersuchungsergebnisse entsprachen in der Badesaison 1992 weitestgehend den Qualitätsanforderungen der EG-Badegewässer-Richtlinie. Begünstigt durch extreme Witterungsverhältnisse mit hohen Temperaturen und starken Gewitterregen, teilweise auch bei kleineren stehenden Badegewässern zurückzuführen auf die starke Inanspruchnahme durch Badegäste, kam es in einigen Fällen zu Grenzwertüberschreitungen von Coliformen und *E. coli*. Kurzzeitige Beanstandungen hinsichtlich der bakteriologischen Beschaffenheit gab es an folgenden Badestellen: Halensee, Müggelspree-Hirschgarten, Plötzensee, Großes Fenster, Weißer See und Flughafensee. Gegebenenfalls wurde der Öffentlichkeit über die Medien die Empfehlung gegeben, dort vorsorglich nicht zu baden. Nachdem die Nachkontrollen wieder eine einwandfreie mikrobiologische Badewasserqualität auswiesen, konnte das Baden wieder empfohlen werden.

### 5.1.1.5 Schadstoffbelastungen auf Kinderspielplätzen

Für die Ermittlung von Schadstoffbelastungen auf Kinderspielplätzen ist vor allem der Kleinkinderspielbereich zu betrachten, da Kleinkinder beim Spielen so intensiv mit dem Sand in den Buddelkästen sowie mit dem umgebenden, unbedeckten Boden in Berührung kommen, daß mit einer nennenswerten oralen Bodenaufnahme gerechnet werden muß. Schätzungen belaufen sich in dieser Altersgruppe auf die Aufnahme von etwa 0,5 g Boden/Tag. Auf diese Weise können Kleinkinder auch an Sand- und Bodenpartikel gebundene Schadstoffe aufnehmen. Wegen des altersabhängigen Spielverhaltens der Kinder ist davon auszugehen, daß vor allem Sandteilchen aus dem Buddelkasten aufgenommen werden, dagegen weniger Bodenpartikel aus der nicht befestigten Umgebung des Sandkastens. Da der Sand aus hygienischen Gründen grundsätzlich jährlich ausgetauscht werden soll, ist auf diesem Wege mit keiner wesentlichen Schadstoffbelastung zu rechnen. Dagegen ist auf den umgebenden Bodenflächen eine Schadstoffanreicherung im Laufe der Zeit durchaus zu erwarten.

Für den beschriebenen Belastungspfad "Spielendes Kleinkind" wurden bereits 1990 bzw. 1991 von der Senatsverwaltung für Gesundheit in Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz Sanierungszielwerte veröffentlicht. Diese Richtwertsetzungen wurden 1992 in einer Arbeitsgruppe mit der Senatsumweltverwaltung und dem Bundesgesundheitsamt unter Federführung der Gesundheitsverwaltung überarbeitet und dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand angepaßt. Die Richtwerte sollen den Bezirken als ein Instrumentarium im Sinne der Gesundheitsschutzvorsorge dienen und das Verwaltungshandeln in diesem Bereich vereinheitlichen helfen.

Die vor diesem Hintergrund abgeleiteten Sanierungszielwerte für relevante Schadstoffe, bezogen auf die Kleinkinderspielbereiche auf Kinderspielplätzen, lauten wie folgt:

#### Bodenrichtwerte

Blei	200 mg/kg Ts	1)
Cadmium	3 mg/kg Ts	
Quecksilber	2 mg/kg Ts	
Chrom 2)	150 mg/kg Ts	
Arsen	40 mg/kg Ts	
Benzol		3)
Toluol		3)
Phenol 4)	30 mg/kg Ts	
Tetrachlorethen		3)
Polyzyklische Aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)	1 mg/kg Ts	5)
Cyanid	60 mg/kg Ts	
Fluor	400 mg/kg Ts	
Polychlorierte Biphenyle (PCB)	3 mg/kg TS	
PCDD/PCDF	100 ng I-TEq/kg TS	6)

1) Ts = Trockensubstanz Boden

2) als Gesamt-Chrom

3) Für diese Stoffe kann nach dem derzeitigen Stand des Wissens kein Richtwert abgeleitet werden bzw. erscheint eine Ableitung nicht sinnvoll (s. Einzelbegründungen).

4) als Phenolindex

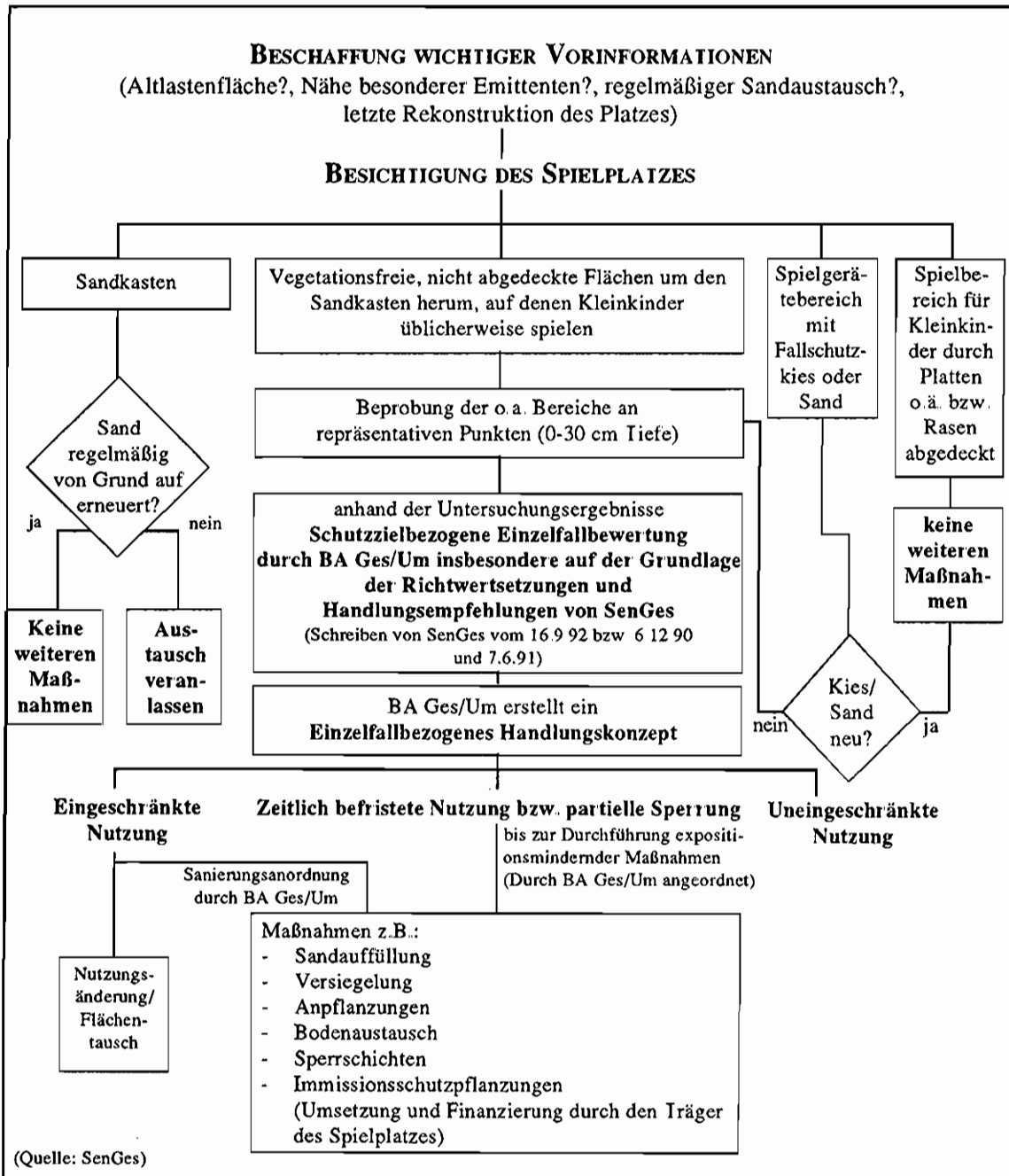
5) Ableitung wird z.Z. erarbeitet

6) I-TEq = Internationale Toxizitätsäquivalente nach NATO/CCMS

Diese Werte sind unter Einbeziehung von Sicherheitsfaktoren festgelegt worden und liegen weit im Vorsorgebereich. Sie stellen ein im Sinne der Gesundheitsschutzvorsorge zu begreifendes Sanierungsziel dar.

Der Senat empfiehlt bei Überschreitung eines oder mehrerer Sanierungszielwerte im Anschluß an eine schutzzielbezogene Gesamtbeurteilung die Erstellung eines einzelfallbezogenen Handlungskonzeptes.

**Graphik 5.5: Verfahrensablauf bei der Untersuchung von öffentlichen Kinderspielplätzen und Schadstoffbelastungen (Schutzziel: Spielendes Kleinkind)**



Dabei sollte die zeitliche Einordnung der durchzuführenden Maßnahmen von der Höhe der gemessenen Kontaminationen bestimmt werden, was in der Praxis eine Prioritätensetzung bedeutet. So kann sichergestellt werden, daß Kleinkinder auch im sensiblen Bereich von Kinderspielplätzen keinen zusätzlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

1992 wurden von den Bezirksämtern in größerem Umfang Untersuchungen auf Schadstoffbelastungen durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Erfassung von Kinderspielplätzen, bei denen wegen Altlastenverdacht, der Nähe von Emitenten bzw. der Verwendung von möglicherweise belasteten Baumaterialien eine Schadstoffbelastung vermutet wurde. Ergänzend wurden von den Senatsverwaltungen für Stadtentwicklung und Umweltschutz sowie für Gesundheit 20 weitere Spielplätze untersucht, bei denen keine solche Belastung bekannt war. Die Untersuchungsergebnisse sind in den folgenden Tabellen dargestellt. Es wurden nur Proben berücksichtigt, die in 0 bis 30 cm Tiefe entnommen wurden, da Proben aus größeren Tiefen nicht zur Beurteilung des Schutzzieles "Spielendes Kleinkind" herangezogen werden können.

Aus den Untersuchungsergebnissen läßt sich ein Handlungsbedarf der öffentlichen Verwaltung vor allem bezüglich der Werte für Polyzyklische Aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) bzw. für Benzo(a)pyren (BaP) sowie in wenigen Fällen bei Schwermetallbelastungen ableiten. Hier sind die Bezirke vielfach bereits tätig geworden.

Bis zum 31.12.1992 wurden in 10 Bezirken 36 Spielplätze saniert bzw. wurden expositionsmindernde Maßnahmen ergriffen. Weitere Sanierungen sind für 1993 bereits vorgesehen.

**Tabelle 5.2: Untersuchung von Buddelsand auf Kinderspielplätzen**

Substanz	Richtwert (mg/kg)	untersuchte Plätze	Anzahl der Messungen	Minimalwert (mg/kg)	Maximalwert (mg/kg)	Mittelwert (mg/kg)	90 % Perzentilwert (mg/kg)
Blei	200	80	134	n.n. <sup>1)</sup>	500	22	38
Cadmium	3	78	132	n.n.	60	1,0	1,6
Quecksilber	2	67	100	n.n.	20	0,7	1,4
Chrom	150	70	120	n.n.	130	8,7	16
Arsen	40	74	112	n.n.	44	1,6	3,0
Benzol	2)	—	—	—	—	—	—
Toluol	2)	—	—	—	—	—	—
Phenol	30 3)	2	7	n.n.	0,2	0,03	
PER 4)	2)	—	—	—	—	—	—
PAK 5)	1	95	156	n.n.	54	1,4	1,4
Benzo(a)pyren	0,1	91	140	n.n.	4,6	0,1	0,1
PCB 6)	3	20	25	n.n.	n.n.		
PCDD/PCDF 7)	100 8)	1	1	0,03			
Cyanid	60	40	77	0,03	60	1,7	2,7
Fluor	400	—	—	—	—	—	—

1) n.n. = unterhalb der Nachweisgrenze

2) Nach dem derzeitigen Wissensstand ist kein Richtwert ableitbar bzw. erscheint eine Ableitung nicht sinnvoll.

3) als Phenolindex

4) PER = Tetrachlorethylen

5) PAK = Polyzyklisch Aromatische Kohlenwasserstoffe nach US-EPA

6) PCB = Polychlorierte Biphenyle

7) PCDD/PCDF = Polychlorierte Dibenzodioxine/-furane

8) Werte in ng I-TEq (Internationale Toxizitätsäquivalente nach NATO/CCMS)/kg

— = Es wurden keine Untersuchungen durchgeführt

(Quelle: SenGes)



**Tabelle 5.3: Untersuchung von Fallschutzkies auf Kinderspielplätzen**

Substanz	Richtwert (mg/kg)	untersuchte Plätze	Anzahl der Messungen	Minimalwert (mg/kg)	Maximalwert (mg/kg)	Mittelwert (mg/kg)	90 % Perzentilwert (mg/kg)
Blei	200	87	149	n.n.	2590	51	77
Cadmium	3	83	141	n.n.	5,4	0,3	1,0
Quecksilber	2	52	90	n.n.	1,9	0,2	0,7
Chrom	150	59	102	n.n.	51	6,7	15
Arsen	40	67	115	n.n.	12	2,2	4,5
Benzol	2)	—	—	—	—	—	—
Toluol	2)	—	—	—	—	—	—
Phenol	30 3)	6	12	n.n.	n.n.		
PER 4)	2)	—	—	—	—	—	—
PAK 5)	1	146	254	n.n.	43	2	5,7
Benzo(a)pyren	0,1	138	231	n.n.	2,8	0,16	0,5
PCB 6)	3	8	16	n.n.	n.n.		
PCDD/PCDF 7)	100 8)	—	—	—	—	—	—
Cyanid	60	39	57	n.n.	5,4	0,8	
Fluor	400	—	1	n.n.			

- 1) n.n. = unterhalb der Nachweisgrenze
- 2) Nach dem derzeitigen Wissensstand ist kein Richtwert ableitbar bzw. erscheint eine Ableitung nicht sinnvoll.
- 3) als Phenolindex
- 4) PER = Tetrachlorethylen
- 5) PAK = Polyzyklisch Aromatische Kohlenwasserstoffe nach US-EPA
- 6) PCB = Polychlorierte Biphenyle
- 7) PCDD/PCDF = Polychlorierte Dibenzodioxine/-furane
- 8) Werte in ng I-TEq (Internationale Toxizitätsäquivalente nach NATO/CCMS)/kg  
 — = Es wurden keine Untersuchungen durchgeführt.

(Quelle: SenGes)

**Tabelle 5.4: Untersuchung von vegetationsfreien Flächen auf Kinderspielplätzen**

Substanz	Richtwert (mg/kg)	untersuchte Plätze	Anzahl der Messungen	Minimalwert (mg/kg)	Maximalwert (mg/kg)	Mittelwert (mg/kg)	90 % Perzentilwert (mg/kg)
Blei	200	167	444	n.n.	6464	64	128
Cadmium	3	163	425	n.n.	5,6	0,3	0,9
Quecksilber	2	92	201	n.n.	28,7	0,4	0,8
Chrom	150	137	375	n.n.	76,8	7,7	17
Arsen	40	146	384	n.n.	57,6	3,0	6,7
Benzol	2)	23	42	n.n.	0,01		
Toluol	2)	22	41	n.n.	n.n.		
Phenol	30 3)	26	53	n.n.	0,2	0,004	
PER 4)	2)	20	39	n.n.	n.n.		
PAK 5)	1	245	615	n.n.	170	5,9	13,9
Benzo(a)pyren	0,1	233	275	n.n.	11,8	0,4	1,1
PCB 6)	3	35	65	n.n.	1,3	0,03	0,05
PCDD/PCDF 7)	100 8)	3	—	0,48	7,4	4,5	
Cyanid	60	88	174	0,01	5,6	0,8	2,0
Fluor	400	21	39	n.n.	12,4	3,9	8,8

- 1) n.n. = unterhalb der Nachweisgrenze
- 2) Nach dem derzeitigen Wissensstand ist kein Richtwert ableitbar bzw. erscheint eine Ableitung nicht sinnvoll.
- 3) als Phenolindex
- 4) PER = Tetrachlorethylen
- 5) PAK = Polyzyklisch Aromatische Kohlenwasserstoffe nach US-EPA
- 6) PCB = Polychlorierte Biphenyle
- 7) PCDD/PCDF = Polychlorierte Dibenzodioxine/-furane
- 8) Werte in ng I-TEq (Internationale Toxizitätsäquivalente nach NATO/CCMS)/kg  
 — = Es wurden keine Untersuchungen durchgeführt.

(Quelle: SenGes)

### 5.1.1.6 Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Fugendichtungsmassen

Auf die Polychlorierten Biphenyle als ein relevantes Innenraumlufthproblem wurde man erstmals durch die Freisetzung aus defekten Kleinkondensatoren in Leuchtstoffröhren aufmerksam. Aufgrund ihrer toxikologischen Charakteristika (z.B. ihre hohe Persistenz in der Umwelt und Akkumulation in der Nahrungskette) muß ihnen aus umweltmedizinischer Sicht besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Erst Anfang 1990, nachdem im wesentlichen eine befriedigende Lösung des Problems PCB-haltiger Kleinkondensatoren gefunden war, ist eine andere Kontaminationsquelle entdeckt worden. Es ist aufgefallen, daß trotz Sanierung der durch defekte Kondensatoren kontaminierten Räume in ihnen noch ungewöhnlich hohe Innenraumlufthkonzentrationen meßbar waren. Im weiteren Verlauf stellten sich PCB-belastete Fugendichtungsmassen als Quelle der Verunreinigungen heraus. Die Polysulfid-Fugenmassen (mit dem Handelsnamen Thiokol) sind in einem Zeitraum von 1955 bis etwa 1972 in Betonfertigteilbauten als Hochbaufugen bzw. als Anschlußfugen an Fenster und Türen verwandt worden. Nach 1975 läßt sich eine Verwendung in diesem Anwendungsbereich weitestgehend ausschließen. Im Mai 1990 hat die Senatsverwaltung für Gesundheit daraufhin sowohl die Gesundheitsämter als auch die Hochbauämter der Bezirke über diese Problematik unterrichtet. Im Juni 1990 wurde dann das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) gebeten, eine entsprechende Meßstrategie aufzubauen, um PCB auch in der Innenraumlufth quantitativ bestimmen zu können. Im weiteren Verlauf schloß sich daran eine erste Erhebungsphase "verdächtiger" Gebäude mit sensiblen Nutzungen (z.B. Schulen) an, die mittlerweile im wesentlichen abgeschlossen ist. Im Anschluß wurden die angeschuldigten Gebäude screeningmäßig auf PCB-kontaminierte Fugendichtungsmassen untersucht und ggf. Raumlufthmessungen durchgeführt. Im Mai 1992, nachdem auch in Berlin einige pilotmäßige Sanierungsprojekte angelaufen waren, wurde unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe mit Vertretern unterschiedlicher Fachverwaltungen aus Bezirken und Senatsverwaltungen sowie dem Bundesgesundheitsamt eingerichtet. Sie soll schwerpunktmäßig künftige Sanierungsvorhaben im Land Berlin koordinierend begleiten. Hierdurch kann sichergestellt werden, daß nicht überstürzt Sanierungsmaßnahmen in Angriff genommen werden und dabei wesentliche Erkenntnisse, die eventuell vorliegen, nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

Die gegenwärtige Situation in Berlin soll anhand der vorliegenden Meßergebnisse kurz beschrieben werden. Insgesamt wurden vom LAT bis Oktober 1992 ca. 200 Raumlufthproben untersucht. Erstmessungen in Gemeinschaftsräumen (ohne Wiederholungsmessungen, Sanierungsbegleitmessungen, Messungen in Büroräumen, Treppenhäusern und Kellerräumen) zeigen, daß in Kindertagesstätten anscheinend sehr wenige Räume über  $3000 \text{ ng/m}^3$  (Nanogramm pro Kubikmeter) - dem Interventionswert - belastet sind, die Mehrzahl der Messungen (75 %) bewegen sich unter  $300 \text{ ng/m}^3$ . Für die Schulen stellt sich die Situation ein wenig anders dar. Hier liegen immerhin 12 % der Messungen über einem Wert von  $3000 \text{ ng/m}^3$ .

Allein die Betrachtung der insgesamt je Nutzungstyp durchgeführten Messungen ergibt zwangsläufig ein schiefes Bild der Gesamtsituation, da zum Teil sehr unterschiedlich viele Messungen pro Objekt stattgefunden haben. Eine wesentliche Frage ist deshalb, wieviele Objekte und in welchem Ausmaß in Berlin von PCB-Kontaminationen betroffen sind. Hierzu wird die derzeitige Situation in Berlin wie folgt aufgezeigt:

**Tabelle 5.5: PCB-Raumluftmessungen in Berlin (nach Objekt, Einordnung nach dem Maximalwert in ng/m<sup>3</sup>) 1)**

Bezirk	verdäch- tige Gebäude	Kindertagesstätten			Schulen			Turnhallen		
		< 300	300 bis 3 000	> 3 000	< 300	300 bis 3 000	> 3 000	< 1 000	1 000 bis 3 000	> 3 000
Tiergarten	.									
Wedding	19	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Kreuzberg	13	-	-	-	2	0	0	1	-	
Charlottenburg	21	-	-	-	2	0	0	0	1	0
Spandau	.									
Wilmerdorf	3	-	-	-	1	0	0	-	-	-
Zehlendorf	5	-	-	-	-	-	-	1	0	1
Schöneberg	18	2	0	0	0	1	0	3	0	0
Steglitz	23	4	1	0	11	1	0	5	4	0
Tempelhof	24	-	-	-	1	0	0	5	1	0
Neukölln	.									
Reinickendorf	40	-	-	-	0	0	1	1	2	0
insgesamt	166	6	2	0	17	3	1	16	9	1

1) -= Materialproben der Dichtungsmassen führen zu keinem positiven Befund, daher wurden keine Raumluftmessungen durchgeführt

(Quelle: SenGes)

Bisher wurden 167 "verdächtige" Gebäude benannt, wobei aus zwei Bezirken noch keine vollständigen Meldungen vorliegen und in einem weiteren Bezirk bisher nur Materialproben untersucht worden sind. Da für die östlichen Bezirke nach dem bisherigen Kenntnisstand das Vorkommen PCB-haltiger Fugendichtungsmassen ausgeschlossen werden kann, liefert die Tabelle mit den genannten Einschränkungen einen relativ vollständigen Überblick über die Berliner Gesamtsituation. In den weiteren Spalten der Tabelle wird die jeweilige Anzahl der in den Belastungsbereichen liegenden Gebäude dargestellt. Hierbei wurde immer der höchste im Gebäude gemessene Einzelwert (in Gemeinschaftsräumen) für die Eingruppierung zugrunde gelegt. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß die Raumluftkonzentrationen innerhalb der Räume eines Gebäudes erheblich voneinander abweichen können.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bisher in keiner Kindertagesstätte und nur in einer Schule in Gemeinschaftsräumen Konzentrationen von über 3000 ng/m<sup>3</sup> gefunden worden sind. Für belastete Turnhallen scheint ein mittlerer Kontaminationsbereich zwischen 1000 - 3000 ng/m<sup>3</sup> recht typisch zu sein. Aufgrund der im Vergleich zu Schulräumen anderen Nutzungsbedingungen (z.B. nur zeitweiser Aufenthalt der Betroffenen) wurde in diesem Fall als Untergrenze des Vorsorgebereichs ein Wert von 1000 ng/m<sup>3</sup> unterstellt. In den höher belasteten Schulen sind pilotmäßige Sanierungsmaßnahmen bereits durchgeführt (Steglitz) bzw. angelaufen (Schöneberg). Für das relativ gleichmäßig hoch kontaminierte Schulgebäude im Bezirk Reinickendorf (maximal 5800 ng/m<sup>3</sup>) ist für 1993 ein für Berlin modellhaftes Sanierungsverfahren geplant.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat folgende Empfehlung bezüglich PCB-kontaminierter Gemeinschaftseinrichtungen gegeben, die ein hohes Maß an Gesundheitsschutzvorsorge sicherstellen soll - Sie bezieht sich auf Kindertagesstätten und Schulen oder deren Teilbereiche, in denen insbesondere Kinder regelmäßig während des Tages PCB-Kontaminationen ausgesetzt sind -:

"Aufgrund der toxikologischen Charakteristika der PCB ist in den oben aufgeführten sensiblen Bereichen bei Vorliegen einer Kontamination unter Vorsorgegesichtspunkten eine Raumluftkonzentration im Bereich bis 300 ng PCB/m<sup>3</sup> anzustreben. In Fällen einer PCB-Kontamination oberhalb des Zielbereiches ist die Quelle der Raumluftbelastung zu ermitteln und zu beseitigen. Durch weitere zusätzliche Maßnahmen (z.B. durch feuchte Reinigung der Räume und Lüften) ist

in der Zwischenzeit eine Verminderung der PCB-Belastung anzustreben. Bei Raumluftkonzentrationen von über 3000 ng PCB/m<sup>3</sup> ist insbesondere die dauerhafte schulische Nutzung kontaminierter Bereiche aus gesundheitlicher Sicht nicht zu vertreten. Nach Einzelfallbeurteilung und unter Berücksichtigung der jeweiligen konkreten Nutzungsbedingungen müssen die zuständigen Verwaltungen kurzfristig einen Handlungsplan aufstellen. Dieser soll neben den erforderlichen Kontrollmessungen alle Maßnahmen (einschließlich möglicher Sanierungen und Änderung der Nutzung) beinhalten, die zu einer wirksamen Absenkung der Raumluftkonzentrationen beitragen können."

### 5.1.1.7 Innenraumluftbelastungen in benachbarten Wohnungen von chemischen Reinigungen

Gesundheitliche Auswirkungen von Schadstoffbelastungen der Innenraumluft bzw. von Lebensmitteln in benachbarten Räumen von chemischen Reinigungen sind seit einigen Jahren in der Diskussion. Das derzeit verwendete Reinigungsmittel Tetrachlorethen (auch Perchlorethylen - kurz PER - genannt) kann in hohen Konzentrationen (z.B. an Arbeitsplätzen) unter Umständen zu Nervenstörungen führen, Schleimhäute reizen sowie Leber- und Nierenschäden verursachen. Beschäftigte aber auch Anwohner von chemischen Reinigungen geben öfter unspezifische Symptome, wie Benommenheit, Müdigkeit, Nervosität, Schweißausbrüche und Schlaflosigkeit an. Als Folge erhöhter PER-Konzentrationen in der Raumluft kommt es aber auch zu einer unerwünschten Anreicherung des Stoffes insbesondere in fetthaltigen Lebensmitteln. Bewohner von Räumen in der Nachbarschaft chemischer Reinigungen können demnach einerseits durch den Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln und andererseits über die Atmung mit PER belastet werden.

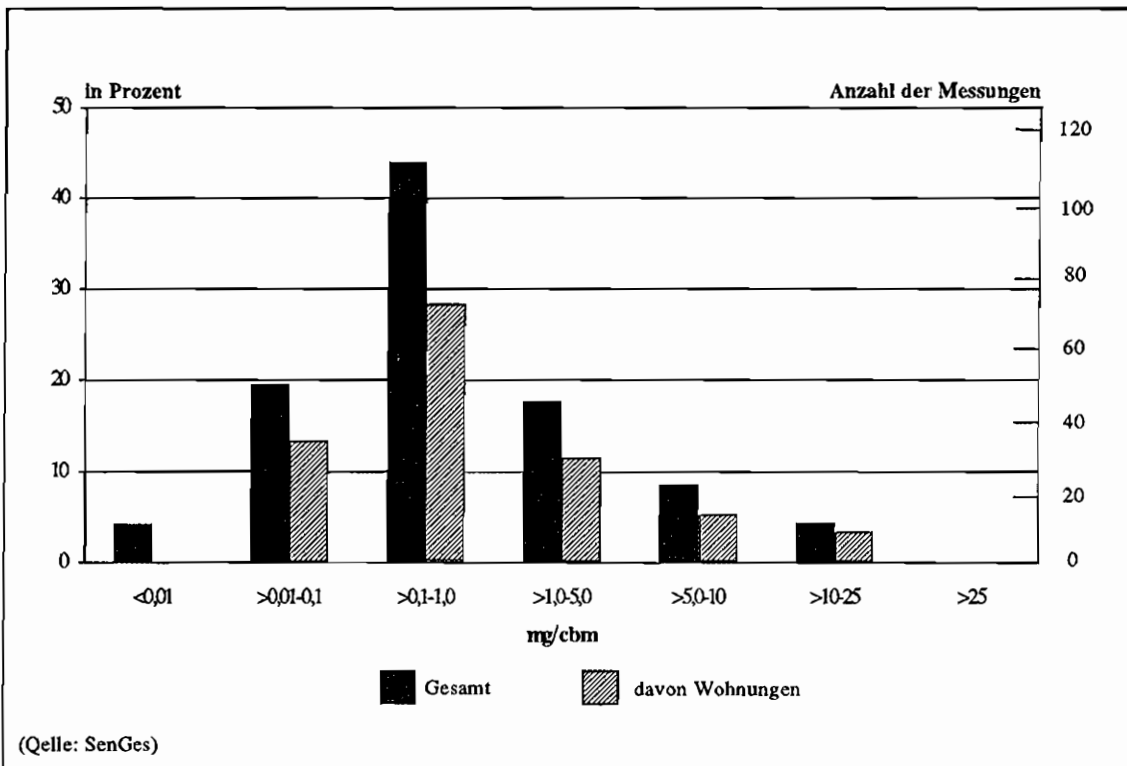
Im Vordergrund der gesundheitlichen Bewertung von PER steht nach wie vor der Verdacht seiner möglichen krebserregenden Eigenschaften, weil PER in Langzeittierversuchen Krebs erzeugt hat und entsprechende Hinweise (teils noch strittig) aus epidemiologischen Untersuchungen vorliegen.

Nach Ansicht des Bundesgesundheitsamtes sind bei Konzentrationen über 5 mg PER pro m<sup>3</sup> Raumluft in Wohnungen gesundheitliche Gefahren zu befürchten. Bereits 1987 wurde vom Bundesgesundheitsamt in Übereinstimmung mit der WHO empfohlen, Belastungen durch diesen Schadstoff aus Gründen der Gesundheitsvorsorge deutlich unter 0,1 mg PER/m<sup>3</sup> Luft zu minimieren.

Im Sinne einer zielgerichteten Gesundheits- und Umweltschutzvorsorge wurde daraufhin eine entsprechende Verordnung zum Bundes-Immissionsschutzgesetz erlassen. Diese sogenannte Zweite Verordnung nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz (2. BImSchV) vom 10.12.1990 fordert auf der Grundlage der Einstufung von PER als krebverdächtigen Stoff in den dem Aufenthalt von Menschen dienenden betriebsfremden Räumen oder in angrenzenden Lebensmittelbetrieben die Einhaltung des o.g. Wertes. Seit dem 1.1.1993 muß auch von den bereits vor Inkrafttreten der Verordnung errichteten Anlagen dieser Wert eingehalten werden. Zur Einschätzung der gegenwärtigen Belastungssituation in Berlin wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit - Abteilung Umweltmedizin - eine Auswertung der Meßergebnisse von 1991/92 über PER-Innenraumluftbelastungen in benachbarten Wohnungen und Arbeitsräumen (wie z.B. von Arztpraxen) von chemischen Reinigungen vorgenommen.

Obwohl nach Sanierungsmaßnahmen bzw. betriebsinternen Veränderungen in den vergangenen Jahren Verbesserungen der Belastungssituation zu verzeichnen sind, liegen derzeit noch ca. 80 % der Untersuchungsergebnisse (insgesamt 256 Meßergebnisse) über dem in der 2. BImSchV ausgewiesenen Richtwert.

**Graphik 5.6: Luftuntersuchungen von PER in Berliner Innenräumen in den Jahren 1991/92**  
(256 Messungen, darunter 158 Wohnungen)



Dieses Ergebnis stützt die Bewertung, daß auch mit sehr hohem für den Betreiber wirtschaftlich kaum zu realisierenden technischen Aufwand bei vielen chemischen Reinigungen aufgrund der baulichen Gegebenheiten und der Betriebsbedingungen langfristig die Einhaltung des vorgenannten Wertes nicht sichergestellt werden kann

Unabhängig hiervon zwingt das Minimierungsgebot bei krebserdächtigen Stoffen zu der Überlegung, ob nicht weitergehende Maßnahmen geboten sind, z.B.

- Vermeidung einer Neuan siedlung von chemischen Reinigungen in Wohngebäuden und in unmittelbarer Nachbarschaft zu Lebensmittelbetrieben und
- Auslagerung des eigentlichen (PER emittierenden) Reinigungsprozesses z.B. in Gewerbegebiete bei gleichzeitiger Einrichtung separater Annahmen-/Ausgabenstellen im Wohnumfeld.

### 5.1.1.8 Schadstoffbelastung in der Außenluft

Die Belastung der Berliner Luft hat 1992 bei einigen relevanten Schadstoffen merklich abgenommen. Die Belastungsrückgänge betragen im Jahresmittel gegenüber dem Vorjahr für Schwefeldioxid 30 %, für Schwebstaub 13 % und für Kohlenmonoxid 20 % (Straßenmeßstationen) bzw. 12 % (übrige Meßstationen) Damit setzte sich für die genannten Schadstoffe ein Trend des letzten Jahrzehnts fort, wobei jetzt auch der Ostteil der Stadt in die Entwicklung ein-

bezogen ist. Die Stickstoffdioxidkonzentration blieb im Jahresmittel gegenüber dem Vorjahr in etwa gleich. Die Immissionsgrenzwerte der Technischen Anleitung Luft (TA Luft) wurden bei allen Schadstoffen eingehalten. Damit war 1992 das erste Jahr, in dem in Berlin an keiner Meßstation die Grenzwerte der TA Luft für die Jahresmittelwerte (IW 1) und die Kurzzeitwerte (IW 2) überschritten wurden.

**Jahresmittelwerte (in mg/m<sup>3</sup>) für ausgewählte Außenluftschadstoffe in Berlin für 1991 und 1992 (nach Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz) sowie Immissionsgrenzwerte der TA Luft**

Komponente	Jahresmittel 1991	Jahresmittel 1992	IW 1	IW 2
Schwebstaub	0.071	0.061	0.150	0.300
Schwefeldioxid	0.046	0.032	0.140	0.400
Stickstoffdioxid			0.080	0.200
- Straßenmeßstationen	0.063	0.058		
- übrige Meßstationen	0.034	0.032		
Kohlenmonoxid			10	30
- Straßenmeßstationen	2.5	2.0		
- übrige Meßstationen	0.8	0.7		

Für die Beurteilung der Ozonbelastung sind das Ausmaß und die Anzahl der Überschreitungen der unter gesundheitlichen Vorsorgegesichtspunkten aufgestellten MIK-Werte (Maximale Immissions-Konzentration) bedeutsam. An den nach wie vor zu häufigen Überschreitungen der Richtwerte wird der dringende Bedarf an emissionsmindernden Maßnahmen bei den Vorläufer-substanzen von Ozon - den Stickoxiden und Kohlenwasserstoffen - deutlich. Die Emission letzterer Schadstoffgruppen geht vor allem vom motorisierten Kraftfahrzeugverkehr aus. Kraftfahrzeuge - vor allem Lkw und Busse - sind auch die Hauptemittenten des wichtigsten kanzerogenen Luftschadstoffes Dieselruß. Die Belastung der Berliner Innenstadt mit Benzol und Dieselruß wird von Fachleuten als besorgniserregend hoch eingestuft. In der Abteilung Umweltmedizin hat das Thema Gesundheit und Verkehr deshalb Schwerpunktcharakter. Wichtige Aktivitäten waren hier:

- In Verbindung mit der Landesärztekammer Berlin und dem Landesverband der Pneumologen Berlin und Brandenburg e.V. Organisation und Durchführung des Symposiums "Verkehr und Gesundheit" am 7.12.1991
- Am 24.9.1992 fand eine weitere Veranstaltung zum Thema "Verkehr und Gesundheit im Ballungsraum Berlin" in der Urania statt. In dieser Veranstaltung wurde - unterlegt von Grundsatzreferaten - das Design einer Studie, die von der Senatsverwaltung für Gesundheit gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz und den Bezirksämtern Steglitz und Prenzlauer Berg durchgeführt wird, vorgestellt. Diese Studie an insgesamt 800 Personen unterschiedlicher verkehrlicher Belastung soll weitere Informationen über die gesundheitlichen Auswirkungen verkehrsbedingter Luft- und Lärmbelastung, insbesondere mit Blick auf die Zunahme allergischer Erkrankungen, erbringen.

**Anzahl der Tage mit Schwellenüberschreitungen für Ozon und für Spitztemperaturen > 25° C (nach Angaben der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz; Temperaturmessungen am Meteorologischen Institut der FU Berlin)**

Jahr	Ozonkonzentration		
	Tage mit > 120 µ g/m <sup>3</sup>	Tage mit > 180 µ g/m <sup>3</sup>	Temperatur > 25° C
1989	123	38	46
1990	81	17	34
1991	97	18	38
1992	110	31	64

### 5.1.1.9 Allergie und Umwelt

In den letzten Jahren wurde international ein Anstieg allergischer Erkrankungen, wie Rhinokonjunktivitis, Asthma bronchiale und Hauterkrankungen, beobachtet. Als Ursachen dafür werden u.a. Lebensgewohnheiten, Streßfaktoren, Ernährung, die Zunahme von Produkten mit möglicher Allergenwirkung, veränderte Umweltbedingungen im Innen- und Außenraum und besonders die Schadstoffbelastung der Umweltmedien diskutiert.

Tierexperimentelle Untersuchungen und epidemiologische Studien in unterschiedlich belasteten Gebieten deuten darauf hin, daß Luftschadstoffe, wie Schwefeldioxid, Stickoxide, Ozon, Staub, Dieselrußpartikel und besonders Zigarettenrauch, die Entstehung von Allergien gegenüber ubiquitären Allergenen, wie Hausstaub und Pollen, begünstigen können. Änderungen der Allergenstruktur, die zu einer verstärkten allergischen Potenz führen, Einflüsse auf das Immunsystem und Schwächung der körpereigenen Abwehr spielen möglicherweise eine Rolle.

Um diesem Problemkreis die notwendige Aufmerksamkeit zu widmen, wurde 1992 in der Abteilung Umweltmedizin der Senatsverwaltung für Gesundheit ein Sachgebiet "Allergie und Umwelt" eingerichtet. Aufgabe dieses Sachgebietes ist es, in Zusammenarbeit mit den allergologischen Zentren und dem Polleninformationsdienst die wissenschaftliche Entwicklung auf diesem Gebiet zu verfolgen und die Erkenntnisse im Verwaltungsbereich umzusetzen, anderen Stellen Unterstützung zu geben, Informationsmaterial zu erarbeiten und Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren.

1992 wurden von der Abteilung Umweltmedizin in Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Pneumologen und dem Arbeitskreis Umweltmedizin der Ärztekammer Berlin Veranstaltungen zu folgenden Themen durchgeführt:

- Verbreitung und gesundheitliche Bedeutung von Schimmelpilzen im Wohnbereich
- Grundlagen, Klinik, Diagnostik und Therapie von Atemwegsallergien
- Allergische Reaktionen durch Taubenzecken
- Toxisch-allergische Hautreaktionen durch Chemikalien.

## 5.1.2 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).

### 5.1.2.1 Desinfektion und Entwesung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch den ÖGD wirken Desinfektoren auf folgenden Gebieten:

- Desinfektion von Räumen und Gegenständen mittels zugelassener chemischer und physikalischer Verfahren (Listung des Bundesgesundheitsamtes)
- Entwesung z.B. von Kleidungsstücken bei Filz- und Kopflaus- sowie Kleiderlausbefall (Listung der Verfahren und Mittel durch die Biologische Bundesanstalt)
- Kontrolle der behördlich angeordneten Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen
- Kontrolle von Sterilisationsapparaten in bestimmten Einrichtungen, z.B. Fürsorgestellen.

Die Qualifikation zur Ausübung der Tätigkeit als Desinfektor - ein Medizinalfachberuf - wird in Berlin durch eine dreimonatige Ausbildung mit theoretischer und praktischer Unterweisung und abschließender Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuß erreicht.

Die Zulassung zur Ausbildung setzt die Vollendung des 18. Lebensjahres und den Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung voraus. Eine abgeschlossene Berufsausbildung oder eine zweijährige Bewährung in der Krankenpflege oder Seuchenbekämpfung können den fehlenden Schulabschluß ersetzen.

Während der Ausbildung werden seuchenhygienische Zusammenhänge, insbesondere mikrobiologische Grundlagen zum Auftreten von übertragbaren Krankheiten, deren Übertragungswege und Bekämpfungsmöglichkeiten sowie die entsprechenden Rechtsbestimmungen vermittelt. Somit werden die Desinfektoren in die Lage versetzt, in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsaufsehern durch geeignete Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen auftretende Infektionsquellen zu schließen, Infektionsketten zu unterbrechen und in beratender Weise gegenüber den Bürgern tätig zu werden.

Die Beratungstätigkeit nimmt unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse einen breiten Raum ein, da unter dem Aspekt der Notwendigkeit und Effektivität des Einsatzes chemischer Verfahren aus der Sicht der Umweltmedizin und des Umweltschutzes eine begründete Sensibilität besteht.

Entsprechend der Berliner Schädlingsverordnung ist Rattenbefall dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen. Das Gesundheitsamt ermittelt, stellt den Rattenbefall fest, ordnet die Beseitigung der Sicherungsmängel an und läßt Vernichtungsmaßnahmen durch Fachkräfte durchführen. Den Abschluß der Vernichtungsmaßnahmen bescheinigt der Durchführende - in der Regel ein Schädlingsbekämpferbetrieb - dem Gesundheitsamt, das das Ergebnis überprüft. Maßnahmen zur Vernichtung von Fliegen (wenn sie zahlreich im Zusammenhang mit hygienischen Mißständen auftreten) trifft der im Einzelfall Verantwortliche; sie werden anderenfalls vom Gesundheitsamt



angeordnet. Das Bundes-Seuchengesetz gibt im § 13 (4) den Gesundheitsämtern in besonderen Fällen die Möglichkeit, Bekämpfungsmaßnahmen hinsichtlich anderer Tiere, durch die nach Art, Lebensweise oder Verbreitung Krankheitserreger auf Menschen übertragen werden können, anzuordnen.

Umfassende Kenntnisse über mögliche Bekämpfungs- bzw. Vermeidungsstrategien unter Berücksichtigung umweltmedizinischer Aspekte beim Einsatz von Pestiziden sind Voraussetzung bei der Beratung betroffener Bürger.

In Berlin bestehen drei öffentliche Desinfektionsanstalten (in den Bezirken Wedding, Neukölln und Schöneberg). Die dort vorhandenen technischen Voraussetzungen zur physikalischen Desinfektion von Kleidungsstücken und anderen Gegenständen stehen jedem Bürger zur Verfügung.

Die Reduzierung des Pestizideinsatzes auf das unbedingt notwendige Maß setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus. Die Frage, ob der Pestizideinsatz im Einzelfall vermieden werden kann, steht am Anfang der Überlegungen (Vermeidungsstrategien). Auch aus diesem Grund beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit, in der auch Experten aus dem Bauwesen und dem Schädlingsbekämpferverband mitarbeiten, mit dem Thema des schädlingsprophylaktischen Bauens.

Zu Fragen der Vermeidung bzw. des Einsatzes von Pestiziden steht den Gesundheitsämtern wie auch Schädlingsbekämpfungsbetrieben und betroffenen Bürgern (über die Gesundheitsämter) ein Beratungsteam mit diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung, das dem Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) zugeordnet ist. Aufgrund der theoretischen und praktischen Kenntnisse der Mitarbeiter ist im Bedarfsfall eine umfassende fachliche Beratung möglich. Diese Stelle wird zunehmend in Anspruch genommen.

Im Jahre 1992 wurden im Bereich Schädlingskunde und -beratung sowie Pestizidanwendung des LMUA etwa 600 Bestimmungen von in den menschlichen Siedlungsbereich eingedrungenen Insekten und Spinnenarten vorgenommen. Erst die genaue Untersuchung und Kenntnis der Biologie dieser Tiere ermöglicht es, tatsächliche Schädlinge von Lästlingen und bloßen "Eindringlingen" zu unterscheiden. Die einsendenden Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (d.h. die Gesundheitsämter) aber auch Bürgerinnen und Bürger sowie Schädlingsbekämpfungsbetriebe erhalten Empfehlungen für artspezifische Befallsprophylaxe und Hinweise zum Vertreiben bzw. zur Bekämpfung. In vielen Fällen gelingt es, durch fachspezifische Beratung den Einsatz von Schädlingsbekämpfungsmitteln zu vermeiden.

Weiterbildungsveranstaltungen für Gesundheitsaufseher, Desinfektoren und Lebensmittelkontrolleure, die Erarbeitung von Informationsmaterial über die wichtigsten Schädlinge und Lästlinge, telefonische Beratungen sowie die Mitarbeit in Fachgremien gehören zum Aufgabenspektrum des Beratungsteams.

Zu den folgenden Themen wurde Informationsmaterial erarbeitet:

- Taubenzecken
- Taubenzecken bei Dachgeschoßausbauten
- Schaben
- Pharaoameisen
- Hausstaubmilben/Hausstauballergie.

Über im Jahre 1991 in Berlin durch die Gesundheitsämter durchgeführte Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten und Entwesungsmaßnahmen informieren die Tabellen A 5 1 und A 5 2 im Tabellenanhang.

### 5.1.2.2 Abfall aus umweltmedizinischer Sicht

In enger Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz werden bestehende Abfallwirtschaftskonzeptionen im Berliner Gesundheitswesen geprüft und Lösungen angestrebt, die den Empfehlungen des "Merkblattes über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitsdienstes" der Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) entsprechen. Die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz hat dazu in Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Gesundheit ein Gutachten in Auftrag gegeben. Im Ergebnis werden neben einer Iststandsanalyse unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Technik, der Wirtschaftlichkeit und der hygienischen Anforderungen Musterleitlinien für die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken) erwartet.

Auf Initiative des Verbandes der Krankenhausdirektoren e.V. Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft und der Senatsverwaltung für Gesundheit wurden Arbeitskreise zum Thema "Umweltschutz im Krankenhaus" eingesetzt, deren Aufgabe es ist, Empfehlungen zur Durchsetzung des Umweltschutzes als eines der Unternehmensziele zu erarbeiten.

Ein weiterer Schwerpunkt wird die fachliche Begleitung geplanter Abfallentsorgungsanlagen aus umweltmedizinischer Sicht in Berlin sein.

## 5.2 Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinuntersuchungswesen

### 5.2.0 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 vorauszusehen 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.

## 5.2.1 Lebensmittelüberwachung

Die Ergebnisse einer Allensbach-Studie aus dem Jahre 1980, wonach 47 % aller Bundesbürger Angst davor hatten, "immer mehr chemisch verseuchte Nahrung zu sich zu nehmen", haben auch nach mehr als 19 Jahren nichts an Aktualität verloren. Die Behörden sind mehr denn je verpflichtet, einerseits die Risiken im Zusammenhang mit der Ernährung aufzudecken und für deren Abstellung zu sorgen. Andererseits hat der Bürger ein Anrecht darauf, über tatsächliche Sachverhalte informiert zu werden.

Auf der Grundlage dieses Auftrages der Lebensmittelüberwachung wurde 1991 u.a. die Schadstoffbelastung von Lebensmitteln an Tankstellen überprüft. In den Medien wurde diese Problematik sehr dramatisch im Hinblick auf die Benzolbelastung und das damit verbundene Krebsrisiko dargestellt.

Langfristige und eingehende Untersuchungen, an denen auch das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) beteiligt war, führten zu dem Ergebnis, daß die festgestellten, außerordentlich niedrigen Konzentrationen von Benzol weit unter der Dosis liegen, die sich bei lebenslanger Verabreichung an Tiere als krebserregend erwiesen hat. Die mögliche Aufnahme von Benzol und anderen aromatischen Kohlenwasserstoffen über Lebensmittel, die in der Nähe von Tankstellen aufbewahrt wurden, ist im Vergleich zur derzeit bestehenden Belastung über die Atemluft so klein, daß ein hierdurch bedingtes zusätzliches Krebsrisiko nicht meßbar ist.

In keinem Bereich des menschlichen Lebens kann es absolute Sicherheit vor Schäden von außen geben. Dabei gilt es, das Risiko kalkulierbar und so niedrig wie möglich zu halten. Für die Ernährung des Menschen bestehen Risikofaktoren, die hinsichtlich ihrer Bedeutung aus wissenschaftlicher Sicht wie folgt zu wichten sind (in absteigender Reihenfolge):

- Über-/Unter- und Fehlernährung
- pathogene Mikroorganismen
- natürliche Giftstoffe
- Rückstände und Verunreinigungen
- Zusatzstoffe.

### Über-/Unter- und Fehlernährung

Zahlreiche Studien belegen, daß die Ernährung das Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen beeinflusst. Eine vollwertige Ernährung ist eine der wichtigsten Grundlagen für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Menschen. Eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt des körperlichen Wohlbefindens im Erwachsenenalter bildet die Einübung eines gesunden Eßverhaltens und einer ausgewogenen Ernährung im Kindesalter. Deshalb wurde bereits Mitte der siebziger Jahre die Sektion Berlin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) als kompetente Fachgesellschaft von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung beauftragt, die Ernährungsberatung und -aufklärung von Mitarbeiterkräften in Kindertagesstätten im damaligen Berlin-West durchzuführen. Im Jahre 1991 wurden der Sektion Berlin der DGE weitere finanzielle Mittel von der Senatsverwaltung für Gesundheit und vier ABM-Stellen gewährt, um ihre Tätigkeit auf den Ostteil der Stadt auszudehnen. Ziel dieser Aktivitäten ist es, mit Hilfe von Intensivschulungsprogrammen sowohl eine verbesserte Versorgungslage der Kinder in den Kindertagesstätten Berlins mit vollwertigem Essen herbeizuführen als auch ein richtiges Eßverhalten einzuüben.

### Pathogene Mikroorganismen

Unter den pathogenen Mikroorganismen und den damit verbundenen Infektionen nimmt die Salmonellose eine Spitzenstellung ein. Seit Mitte der 80er Jahre ist ein stetes weltweites Anstei-

gen der Erkrankungen durch Salmonellen beim Menschen, insbesondere verursacht durch *Salmonella enteritis*, zu verzeichnen. Eine besondere Bedeutung für die Entstehung dieser Lebensmittelinfektion haben Lebensmittel tierischer Herkunft.

1991 nahm bundesweit die Zahl der gemeldeten Salmonellosefälle im Vergleich zum Vorjahr noch einmal und 24 % zu, so daß bei weiterem Ansteigen 1992 sogar eine Zahl der gemeldeten Fälle von 200.000 erreicht wird. Von diesem Trend ist auch Berlin nicht ausgenommen. Beim größten Teil der gemeldeten Fälle handelte es sich jedoch nur um Einzel- und nicht um Gruppenerkrankungen (vgl. hierzu Kapitel 3.2).

Die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter der 23 Berliner Bezirke führten 1991 verstärkt im Rahmen ihrer Überwachungstätigkeit prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Salmonellen in Einrichtungen zum Herstellen, Inverkehrbringen und Behandeln von Lebensmitteln durch, wobei Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung, wie Kindertagesstätten, Seniorenheime, Gaststätten, Hotels sowie das Imbißgewerbe einen Schwerpunkt darstellen. Zu den weiteren Schwerpunktmaßnahmen gehörten Schulungen und Belehrungen zur Verbesserung der Sachkunde des Küchenpersonals hinsichtlich hygienegerechter Verhaltensweisen sowie das Verteilen von hierzu in den Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern erstellten Merkblättern. Zum anderen erfolgte eine verstärkte Probenahme und Untersuchung besonders risikoreicher Lebensmittel.

Um eine Wende dieses Infektionsgeschehens herbeizuführen, wurden sowohl von der EG als auch von den Bundesministerien für Gesundheit sowie Ernährung, Landwirtschaft und Forsten Rechtssetzungsverfahren eingeleitet. Noch im Dezember 1992 wurde die EG-Zoonoserichtlinie verabschiedet, die u.a. alle Mitgliedstaaten auffordert, salmonellenfreie Geflügelzuchtbestände zu schaffen.

#### **Natürliche Giftstoffe**

Natürliche Giftstoffe umgeben uns seit Menschengedenken, und wir haben gelernt, Giftpflanzen von verzehrbaren Pflanzen zu unterscheiden. Die in Lebensmitteln natürlich vorkommenden Gifte, wie z.B. Blausäureverbindungen in Mandeln, Bambussprossen oder Mondbohlen, werden in der Lebensmittelüberwachung nicht erfaßt. Die Häufigkeit von Vergiftungen durch Verzehr von giftigen Pilzen, Tollkirschen (durch Kinder) aber auch Verwechslung giftiger Stoffe im Haushalt mit Lebensmitteln ist beachtlich. 1991 ist daher das Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetz im Bereich der Verbote zum Schutz der Gesundheit dahingehend erweitert worden, daß Erzeugnisse, die keine Lebensmittel sind, aber infolge ihrer Verwechselbarkeit mit Lebensmitteln eine Gefährdung der Gesundheit hervorrufen können, nicht in den Verkehr gebracht werden dürfen (§ 8 Nr. 3 LMBG).

#### **Rückstände und Verunreinigungen/Zusatzstoffe**

Durch die Entwicklung der Analytik lassen sich heute Rückstände und Verunreinigungen in Lebensmitteln feststellen, deren Konzentrationen so niedrig sind, daß sie sich einer exakten toxikologischen Interpretation entziehen. Die Frage lautet daher vielfach nicht mehr, welcher Stoff vorhanden ist, sondern wieviel ist nachweisbar.

Die Rückstandsuntersuchung im Jahre 1991 ist in zwei große Gruppen zu teilen:

- Feststellung, ob die in den Rechtsvorschriften vorgegebenen Höchstmengenregelungen eingehalten worden sind und
- Analyse der in einem Monitoring-Programm festgelegten Stoffe in bestimmten Lebensmitteln bis zu ihrer Nachweisgrenze.

Die festgestellten Höchstmengenüberschreitungen lagen 1991 bei durchschnittlich 2 %. Zu berücksichtigen ist dabei, daß die vom LAI angeforderten Proben bereits auf besondere Verdachtsmomente hin ausgewählt wurden, so daß der übliche Verzehr in der Bevölkerung, u.a. auch durch den Verdünnungseffekt der unbelasteten Lebensmittel, keine gesundheitliche Beeinträchtigung durch Rückstände verursachen dürfte.

Eine Besonderheit stellten Fische aus Berliner Gewässern dar:

Die Feststellung häufiger Überschreitungen der Höchstgehalte an polychlorierten Biphenylen bei Fischen aus Berliner Gewässern führte zu einem vorübergehenden vollständigen Ausschluß der Fische vom gewerblichen Verkehr.

Dieses Verkaufsverbot konnte erst vor kurzem wieder aufgehoben werden, nachdem sich durch erfolgreiche Hegefischerei und somit starker Verjüngung der Fischbestände sowie durch umfangreiche Sanierungsmaßnahmen der betroffenen Gewässer die Wasserqualität und damit auch die Qualität der Fische deutlich gebessert hat.

Monitoringprogramme dienen in erster Linie dazu, den Trend der Belastung von Lebensmitteln mit Schadstoffen zu erkennen. Auf die Beteiligung des LAT und deren Berichterstattung für den Berichtszeitraum wird verwiesen.

Nach dem Ernährungsbericht 1992, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. im Auftrage des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesministers für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, spielen in der durch Zahlen belegbaren Krankheits- und Todesursachenstatistik Rückstände oder gar Zusatzstoffe, die in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund stehen, keine erkennbare Rolle. Insofern ist die These "unsere Lebensmittel waren noch nie so sicher wie heute" berechtigt, verpflichtet uns aber gleichzeitig dazu, daß das hohe Schutzniveau auch in der Europäischen Gemeinschaft gehalten wird.

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.

## 5.2.2 Untersuchungen von Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen 1991/92

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 Vorgaben des Gesetzgebers, politische Überlegungen und die Vorstellung der Bürger bewirken, daß immer mehr Substanzen in immer niedrigeren Konzentrationen nachgewiesen werden müssen. Dies hat zur Folge, daß für die Qualitätssicherung der Analysendaten und für die Interpretation der gefundenen Werte ein zunehmender Aufwand erforderlich ist. Aus der beschlossenen Vollendung des Gemeinsamen Europäischen Marktes wird folgen, daß die Untersuchungsämter in wesentlich größerem Umfang als bisher alle Bearbeitungsschritte an einer Probe einschließlich der Überprüfung der Arbeitsqualität dokumentieren müssen. Das Forschungsvorhaben Bundesweites Monitoring (Modellhafte Entwicklung und Erprobung eines Systems zur Ermittlung der Belastung von Lebensmitteln mit Rückständen und Verunreinigungen), das jetzt die

neuen Bundesländer miteinbezogen hat, stellt einen wichtigen Beitrag dar, wie man bei Probenahme, Probenvorbereitung und analytischer Qualitätssicherung sowie bei der Dokumentation und Archivierung einheitlich vorgeht.

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 es, die gesundheitliche Unbedenklichkeit und die Verkehrsfähigkeit zu ermitteln und zu beurteilen sowie Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aufzuklären.

In ähnlichem Umfang wie in früheren Jahren wurden bei Lebensmitteln Abweichungen von lebensmittelrechtlichen Normen festgestellt. Unzulässige Zusätze und Wertminderungen bis zur Un genießbarkeit wurden besonders häufig bei unverpacktem Speiseeis und bei Backwaren sowie bei verschiedenen Käsesorten beobachtet. So enthielt z.B. Käse, bei dessen Bezeichnung ausschließlich die Verwendung von Ziegen- oder Schafsmilch zu erwarten war, häufig Zusätze von Kuhmilch. Neu aufgegriffen wurde die Identifizierung von Parmesankäse. Aufgrund des geringen Anteils an freien Aminosäuren war nachzuweisen, daß es sich bei dem im Handel angebotenen geriebenen Parmesankäse oftmals nicht um diese spezielle Sorte handelte.

Ebenfalls neu aufgegriffen wurde die Bestimmung von Eugenol, das unerlaubt zur Verstärkung des Sauerkirschgeschmacks zugesetzt worden war. Die Überprüfung von Laugengebäck auf Aluminium, das aus Backblechen über die Tauchlauge aufgenommen worden war, ergab eine Reihe von Fällen, bei denen dieser technisch vermeidbare Übergang zu beanstanden war.

Das Auffinden von Methylisothiocyanat in italienischen Weinen führte zu zahlreichen Untersuchungen und Beanstandungen.

In beim LAT aufgrund von Beschwerden aus der Bevölkerung eingelieferten Mineralwässern fielen Verunreinigungen (Verschmutzungen, Lösemittelrückstände) auf.

Bei Untersuchungen von Lebensmitteln auf Rückstände von Pflanzenschutz-, Schädlingsbekämpfungs- und Vorratsschutzmitteln wurden Überschreitungen der zulässigen Höchstmengen im gleichen Umfang wie im Vorjahr festgestellt. Die Belastung von Fischen aus Berliner Gewässern mit diesen Stoffen sowie mit polychlorierten Biphenylen ergab ein Absinken der Werte - ausgenommen bei Aalen. Diese Ergebnisse führten zu einem Aufheben des Vermarktungsverbot für Fischfänge im Westteil der Stadt. Ausgenommen von dieser Freigabe bleiben Aale und Zander über 2 kg Gewicht

Ausgelöst durch einen Vergiftungsfall bei Kindern wurden Lampenöle als gesundheitsschädlich beurteilt und die Verwendung von kindergesicherten Verschlüssen gefordert.

In verstärktem Umfang sind Untersuchungen des durch Rechtsverordnung verbotenen Pentachlorphenols in Bedarfsgegenständen aus Leder sowie in Holzspielzeug angelaufen.

Die Fälle von vermuteten Lebensmittelvergiftungen haben deutlich zugenommen. Der Nachweis von Salmonellen wurde am häufigsten bei gefrorenen Tierkörpern von Hühnern und Hähnchen und bei Geflügel, deutlich seltener bei rohem Fleisch und bei Eiern geführt.

Die unter Leitung des Bundesgesundheitsamtes durchgeführte Felduntersuchung zur Erfassung des Infektionserregers *Listeria monocytogenes* in fleischverarbeitenden Betrieben wurde abgeschlossen. Als wichtigste Erkenntnisse konnten festgestellt werden: Listerien treten in Lebensmitteln relativ häufig auf. Ihre Verbreitung geschieht hauptsächlich durch innerbetriebliche Kontaminationsprozesse. Die Infektionsquote kann durch einen ausreichenden Erhitzungsprozeß, der als listerizide Behandlung anzusprechen ist, deutlich beschränkt werden. Wirkungsvollen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen kommt im Hinblick auf die Beseitigung von Kontaminationsquellen eine wesentliche Bedeutung zu. Weitere Untersuchungen des weitgehend noch ungeklärten Infektionsgeschehens sind notwendig.

Nach Änderung der landwirtschaftlichen Strukturen im Umland und der Versorgungswege Berlins ist die Zahl der Schlachttiere mit nachgewiesenen Rückständen von Arzneimitteln deut-

lich größer geworden. Nachforschungen haben jedoch ergeben, daß die Herkunftsbetriebe (LPG) zwischenzeitlich aufgelöst waren.

Eine Übersicht über im LAI untersuchte Lebensmittel, Bedarfsgegenstände und Tabakerzeugnisse nach Produktgruppen und Beanstandungsgründen zeigen die Tabellen A 5.3 und A 5.4 im Tabellenanhang.

### 5.2.3 Tierseuchendiagnostik

Die Tierseuchendiagnostik dient dem Schutz und der Erhaltung der tierischen und damit auch der menschlichen Gesundheit.

Im Jahre 1992 gelangten im LAI 18.047 Einsendungen (Tierkörper, Tierkörper Teile, Organ-, Tupfer-, Blut- und Kotproben) zur pathologischen, bakteriologischen, virologischen, mykologischen, parasitologischen, serologischen und elektronenmikroskopischen Untersuchung von anzeigepflichtigen und sonstigen Tierkrankheiten sowie von Zoonosen. Die Einsendungen erfolgten über Amtstierärzte der Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter, niedergelassene Tierärzte, die tierärztlichen Fakultäten der Freien Universität und Humboldt-Universität Berlin und über Polizeidienststellen

Als Besonderheiten läßt sich zu den Ergebnissen der Untersuchungen folgendes herausstellen:

- Im Jahre 1992 war Berlin frei von Rinderleukose, Rindertuberkulose, Brucellose, Schweinepest und atypischer Geflügelpest.
- Die Tollwutsituation bei Wild- und Haustieren entspannte sich gegenüber den Vorjahren weiterhin. Der Nachweis des Tollwutvirus gelang bei zehn Tieren (drei Füchsen, drei Rehen, zwei Katzen, einer Fledermaus und einem Marder). 1991 wurde noch bei 79 Wild- und Haustieren Tollwutvirusantigen festgestellt.
- Eine Aujeszky-Virusinfektion wurde bei je zwei Hunden und Katzen diagnostiziert.
- Die Nachweishäufigkeit von Keimen der Gattung Salmonella ist mit 2,5 % positiven Fällen gegenüber 1991 mit 2,2 % nahezu konstant. Heimtiere spielen danach beim augenblicklichen Salmonellosegeschehen in der Humanmedizin eine geringe, jedoch nicht zu vernachlässigende Rolle.  
Bei der Bewertung der Serotypen ist der Anteil an S. typhimurium-Isolaten nur geringfügig zurückgegangen, während beim Anteil an S. enteritidis-Isolierungen eine starke Zunahme zu verzeichnen ist (1991: 5,3 %, 1992: 24 %). Hier finden sich Parallelen zum humanmedizinischen Salmonellosegeschehen.
- Eine Schafherde war Ausgangspunkt einer Q-Fieber-Epizootie bei Mitarbeitern des Fachbereichs Veterinärmedizin der Freien Universität Berlin. Bei der serologischen Untersuchung von Serumproben erkrankter und verendeter Schafe ließen sich mit der Komplement-Bindungs-Reaktion Q-Fieberantikörpertiter bis 1 : 160 nachweisen.

## 5.2.4 Medizinaluntersuchungswesen vom 1.10.1991 bis 30.9.1992

Das Medizinaluntersuchungswesen wurde in Berlin im Berichtszeitraum durch das Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) mit den örtlichen Bereichen Rubensstraße, Fürstenbrunner Weg, Buch und Chrysanthemenstraße wahrgenommen. Mit der Durchführung von bakteriologischen, serologischen, mykologischen und virologischen Untersuchungen unterstützt das LMUA den öffentlichen Gesundheitsdienst.

### Bakterielle enterale Infektionen

Diese Untersuchungen bildeten unverändert einen Schwerpunkt. Die Anforderungen erfolgten überwiegend durch die Gesundheitsämter aufgrund der §§ 3, 10, 17, und 18 des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG). Besonders in der zweiten Jahreshälfte kam es zu einem sprunghaften Anstieg der Einsendungen durch das epidemieartige Auftreten von *Salmonella enteritidis*-Infektionen.

### Bakteriologische Stuhluntersuchungen 1992

Einsendungen	Proben	Neuanzüchtungen		Salmonella Enteritidis
		absolut	%	
bei Verkehr mit Lebensmitteln nach §§ 17, 18 BSeuchG	105 635	261	0,24	5.862
bei Erkrankung und Umgebungsunter- suchungen nach §§ 3, 10 BSeuchG	187.240	6 661	3,55	

Bei der Art der nachgewiesenen Enteritiserreger standen insgesamt die Salmonellen zahlenmäßig unverändert im Vordergrund, gefolgt von Shigellen und *Campylobacter*.

### Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD)

Es wurden 7 745 Chlamydien-Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus erfolgten 862 Urea-Mycoplasmen-Untersuchungen, bei denen in 166 Fällen *Mycoplasma hominis*, in 159 Fällen *Mycoplasma urealyticum* nachgewiesen und in 68 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

1992 wurden vom LMUA (Rubensstraße) 9 917 Proben im Rahmen der HIV-Diagnostik untersucht. 568 Proben waren im HIV 1/2 ELISA-Suchtest positiv und 489 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 (LIITrop) sowie von den bezirklichen Aids-Beratungsstellen.

Im Bereich Buch des LMUA wurden 2 747 Proben untersucht; davon waren 64 Proben im HIV 1/2 ELISA-Suchtest positiv und 20 wurden im Western-Blot Typ 1 bestätigt.



**Opportunistische Infektionen bei Aids**

Vom Medizinaluntersuchungswesen wurden in Zusammenarbeit mit dem LIITrop verschiedene bakteriologische, serologische und virologische Untersuchungen bei HIV-Infizierten durchgeführt, um relevante epidemiologische Fakten im Kampf gegen die Immunschwäche Aids frühzeitig zu erfassen.

**Mycobakterien-Diagnostik**

Infektionen des Menschen durch Mykobakterien haben nach wie vor weltweit eine große epidemiologische und klinische Bedeutung. So führten sowohl die Untersuchungen im Rahmen der HIV-Diagnostik als auch eine verbesserte Routinediagnostik zu einer Zunahme der Isolierungsrate besonders von atypischen Mykobakterien. Der Einsatz neuerer Methoden in der Tb-Diagnostik - hier seit 1988 die radiometrische Bactec-Methode - führte außerdem zu einem schnelleren kulturellen Nachweis von Mykobakterien. In der Erprobung befindet sich zur Zeit ein DNA-Gensondentest. Doch erst die Kombination beider Methoden wird zu einer erheblich schnelleren Diagnosestellung und epidemiologischen Erfassung der Mykobakteriosen führen. Gesamtzahl der Eingänge 1992: 8.234, davon 528 positiv.

**Hepatitis-Diagnostik**

Untersuchungen zur Hepatitis-Epidemiologie

	Rubensstraße		Buch	
	absolut	%	absolut	%
<b>Hepatitis A</b>				
Gesamtzahl der Proben	7.186	100	541	100
negative Ergebnisse	4.550	63,3	310	57,3
Akutinfektion	196	2,7	11	2,0
Immunistand	2.440	34,0	220	40,7
<b>Hepatitis B</b>				
Gesamtzahl der Proben	7.471	100	2 143	100
negative Ergebnisse	4.539	60,7	1.122	52,3
frühere Infektion u /od. Immunität	2.585	34,6	448	20,9
akute bzw. subakute Infektion	125	1,6	4	0,2
HBs-Ag-Trägerstatus e-Ag positiv	93	1,2	6	0,3
e-Ag negativ	139	1,7	9	0,4
<b>Hepatitis C (Oktober 1991 bis September 1992)</b>				
Einsendungen	5.212		101	
positiv	1.122		4	
negativ	4.098		97	

**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 1992 das Programm zur Früherfassung von Grippeerkrankungen in der Bevölkerung fortgeführt. Dabei gelang es, den epidemiologisch relevanten Virustyp A2 (H<sub>3</sub> N<sub>2</sub>) zu isolieren.

**Krankenhaushygiene**

Wie auch in den vergangenen Jahren wurde auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene eine Reihe von Untersuchungen aufgrund bestehender Richtlinien vorgenommen, dabei wurden Untersuchungsmethoden neu aufgenommen, intensiviert bzw. weitergeführt.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt und dem Institut für Hygiene der Freien Universität Berlin wurden Legionellenuntersuchungen in Warmwasserproben aus Wasserhähnen und Duschköpfen Berliner Krankenhäuser durchgeführt, um epidemiologische Daten zur Legionärskrankheit zu sammeln, die speziell Auskunft über die Gefährdung immungeschwächter Patienten geben.

Im Auftrage der Gesundheitsämter wurden zahlreiche Schwimmbäder auf das Vorkommen von Legionellen untersucht.

**Schädlingsbekämpfung/Pestizideinsatz**

Das Arbeitsgebiet wurde neu in den Aufgabenkatalog des LMUA aufgenommen. Es umfaßt die wissenschaftliche Bearbeitung von Angelegenheiten der Schädlingsbekämpfung, die toxonomische Bestimmung von Schädlingen, die Beratung der Gesundheitsämter und Gewerbebetriebe in Fragen der ökologischen Bekämpfung unter dem Aspekt der Risikominimierung, die Fortbildung von Mitarbeitern der Gesundheitsämter sowie Gutachtertätigkeit. In diesem Zusammenhang erfolgten 600 Bestimmungen und über 1.000 telefonische Beratungen.

**Gentechnologie**

Es erfolgte mikrobiologische Berater- und Prüftätigkeit gentechnischer Laboreinrichtungen nach dem Gentechnik-Gesetz in bezug auf die biologische Sicherheit in enger Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Soziales und deren nachgeordneten Einrichtungen (Landesamt für Arbeitsschutz und technische Sicherheit, Landesinstitut für Arbeitsmedizin).

**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 Gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit 1991/92

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 beweiserheblicher medizinischer Befunde und Erstattung forensisch-medizinischer Gutachten beauftragt. Außerdem obliegt den Gerichtsärzten nach den Bestimmungen des Feuerbestattungsgesetzes die amtsärztliche Leichenschau in den Krematorien.

In den Jahren 1991/92 wurde das Institut wie folgt tätig:

Art der Tätigkeit	1991	1992
schriftliche Gutachten (einschließlich Labor) darunter	3.037	3.009
gerichtsärztliche Untersuchungen für die Kriminalpolizei	272	298
forensisch-psychiatrische Gutachten über Schuldfähigkeit, Verantwortungsreife Jugend- licher, Unterbringung in Heil- und Pflege- anstalten, Glaubwürdigkeit, Geschäftsfähig- keit, Pflegschaft	199	221
Gutachten über Todesursachen, Körperver- letzungen, Abtreibungen, ärztliche Kunst- fehler, Kindesmißhandlungen	28	25
Gutachten über Haft-, Verhandlungs-, Vernehmung- und Terminfähigkeit	109	166
Gutachten über Arbeits-, Berufs-, Dienst- und Erwerbsfähigkeit, Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit	13	10
abschließende Gutachten (endgültige Stellungnahmen nach Sektionen)	18	33
mündliche Gutachten in Gerichtsterminen	270	302
Untersuchungen von Patienten im Institut, in den Haftanstalten und bei Hausbesuchen	263	271
Leichenschauen in den Krematorien	28 482	27 334
gerichtsärztliche Obduktionen im Leichen- schauhaus	630	659
Labor		
histologische Untersuchungen	1 826	1.662
klinische Chemie	50	40
Fotolabor		
Aufnahmen	2	43
Abzüge	57	35
Röntgenbilder	113	72

### 5.3 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 5.1: Muttermilchuntersuchungen in Berlin 1988 - 1992 in mg/kg Milchfett
- Tabelle 5.2: Untersuchung von Buddelsand auf Kinderspielplätzen
- Tabelle 5.3: Untersuchung von Fallschutzkies auf Kinderspielplätzen
- Tabelle 5.4: Untersuchung von vegetationsfreien Flächen auf Kinderspielplätzen
- Tabelle 5.5: PCB-Raumluftmessungen in Berlin (nach Objekt, Einordnung nach dem Maximalwert in ng/m<sup>3</sup>)
- Tabelle A 5.1: Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten durch die Gesundheitsämter von Berlin 1991 nach Bezirken
- Tabelle A 5.2: Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter von Berlin 1991 nach Bezirken
- Tabelle A 5.3: Im LAT untersuchte Lebensmittel, Bedarfsgegenstände und Tabakerzeugnisse 1991 nach Produktgruppen
- Tabelle A 5.4: Beanstandungsgründe bei Untersuchungen im LAT 1991 nach Produktgruppen

*KAPITEL*

*6*

*APOTHEKEN-, ARZNEIMITTELWESEN  
UND  
TOXIKOLOGIE*

## 6.1 Apothekenwesen 1991

Als Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung sichern die Apotheken die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung.

In Berlin wurden 1992 im Durchschnitt 4.536 Einwohner von einer Apotheke versorgt (Berlin-West: 3.719, Berlin-Ost: 7.188). Dabei blieb die Anzahl der Apotheken in den westlichen Bezirken nahezu konstant (31.12.1991: 592, 1992: 584), obgleich durch Kauf und Pacht bedingt zahlreiche neue Betriebserlaubnisse erteilt wurden. In den östlichen Bezirken hat sich die Apothekendichte und damit die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln verbessert. Hier begann Ende 1990 die Privatisierung der ehemals staatlichen Apotheken, ein Prozeß, der - wie die Zahl der Einwohner pro Apotheke zeigt - noch nicht abgeschlossen ist. Ende 1990 waren 123 Apotheken vorhanden, darunter 120 unter staatlicher Leitung. 1991 konnten 82 dieser Apotheken privatisiert werden, 22 Apotheken wurden neu eröffnet, vier Apotheken wurden geschlossen. Damit gab es Ende 1991 141 Apotheken und Ende 1992 durch Weiterführung der Privatisierung und Neugründungen bereits 180 Apotheken im Ostteil der Stadt.

Unabhängig von dem deutlichen Unterschied der "Apothekendichte" in den beiden Stadthälften bestehen auch zwischen den Bezirken Unterschiede in der Angebotsdichte, die insbesondere in den innerstädtischen Bezirken gegenüber den Randbezirken hervortreten, insgesamt jedoch nicht so stark ausgeprägt sind wie bei der Arzt- bzw. Zahnärztdichte (vgl. Tab. 6.1 und Tab. A 12.4). Im Vergleich zu anderen Großstädten bzw. Bundesländern wird deutlich, daß die Apothekendichte in Berlin-West 1992 niedriger war als die Hamburgs (1990: 3.632 Einwohner je Apotheke) oder sogar die der Flächenstaaten Niedersachsen (3.692) oder Rheinland-Pfalz (3.406).

**Tabelle 6.1: Apotheken in Berlin am 31.12.1992 nach Bezirken**

Bezirk	Apotheken insgesamt	Einwohner je Apotheke 1)
Berlin-West		
Tiergarten	27	3507
Wedding	45	3768
Kreuzberg	47	3323
Charlottenburg	67	2753
Spandau	43	5206
Wilmerdorf	52	2803
Zehlendorf	26	3751
Schöneberg	57	2753
Steglitz	53	3613
Tempelhof	45	4209
Neukölln	69	4522
Reinickendorf	53	4715
zusammen 1992	584	3719
1991	592	3657
Berlin-Ost		
Mitte	21	3045
Prenzlauer Berg	30	4897
Friedrichshain	19	5640
Treptow	18	5856
Köpenick	19	5688
Lichtenberg	19	8821
Weißensee	10	5170
Pankow	15	7149
Marzahn	10	16479
Hohenschönhausen	6	19937
Hellersdorf	13	10255
zusammen 1992	180	7188
1991	141	9217
Berlin insgesamt 1992	764	4536
1991	733	4697

(Quelle: StaLa Berlin/Apothekerkammer Berlin)

## 6.2 Arzneimittelwesen

### 6.2.1 Durchführung der Überwachung des Arzneimittelverkehrs

Betriebe und Einrichtungen, in denen Arzneimittel hergestellt, geprüft, gelagert, verpackt oder in den Verkehr gebracht werden oder in denen sonst mit ihnen Handel getrieben wird, unterliegen der Überwachung durch die zuständige Behörde; das gleiche gilt für Betriebe und Einrichtungen, die Arzneimittel entwickeln, klinisch prüfen, einer Rückstandsprüfung unterziehen oder zur Anwendung bei Tieren bestimmte Arzneimittel erwerben oder anwenden. Die Überwachung betrifft auch Personen, die diese Tätigkeiten berufsmäßig ausüben oder Arzneimittel nicht ausschließlich für den Eigenbedarf mit sich führen, sowie für Personen oder Personenvereinigungen, die Arzneimittel für andere sammeln.

Die mit der Überwachung beauftragten Personen müssen diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben. Die zuständige Behörde kann Sachverständige beiziehen. Soweit es sich um Sera, Impfstoffe, Testallergene, Testsera und Testantigene handelt, soll die zuständige Behörde Angehörige der zuständigen Bundesoberbehörde als Sachverständige beteiligen.

Die zuständige Behörde hat sich davon zu überzeugen, daß die Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln, über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens und über das Apothekenwesen beachtet werden. Sie hat in der Regel alle zwei Jahre Besichtigungen vorzunehmen und Arzneimittelproben amtlich untersuchen zu lassen.

Soweit es zur Durchführung der Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln, über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens und über das Apothekenwesen erforderlich ist, sind die mit der Überwachung beauftragten Personen befugt, gegen Empfangsbescheinigung Proben nach ihrer Auswahl zum Zwecke der Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen. Dieses Befugnis erstreckt sich auch auf die Entnahme von Proben bei lebenden Tieren einschließlich der dabei erforderlichen Eingriffe an diesen Tieren. Soweit der pharmazeutische Unternehmer nicht ausdrücklich darauf verzichtet, ist ein Teil der Probe oder, sofern die Probe nicht oder ohne Gefährdung des Untersuchungszwecks nicht in Teile von gleicher Qualität teilbar ist, ein zweites Stück der gleichen Art, wie das als Probe entnommene, zurückzulassen.

Zuständige Behörde in Berlin für die Überwachung des Arzneimittelverkehrs ist ausschließlich die Senatsverwaltung für Gesundheit, die diese Aufgabe seit Anfang 1991 zentral für die wiedervereinigte Stadt wahrnimmt

Entnommene Proben werden durch das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen untersucht. Vereinzelt werden neben den amtlich entnommenen Proben auch Verdachtsproben aus dem Kreis der Bevölkerung untersucht, wenn ein öffentliches Interesse durch die Senatsverwaltung für Gesundheit angenommen und bestätigt wird.

### 6.2.2 Arzneimittelwesen 1991

Nach der Einigung Berlins wurden Anfang 1991 auch die obersten Landesbehörden zusammengeführt und somit eine zentrale Arzneimittelüberwachungsbehörde geschaffen.

Für die Arzneimittelherstellerbetriebe aus dem Gebiet der ehemaligen DDR waren im Einigungsvertrag Überleitungsbestimmungen geschaffen worden, um diesen Firmen - soweit erforderlich - Gelegenheit zu geben, u.a ihre Räume und Einrichtungen an die Anforderungen der bundesdeutschen Rechtsvorschriften anzupassen.

Ein Schwerpunkt der Überwachung - zum Teil mit beratendem Charakter - galt daher auch den Betrieben im Ostteil der Stadt. Die Firmen mußten sich darauf einstellen, diese Anforderungen bis spätestens Ende 1992 zu erfüllen, da nur dann diese dort hergestellten Arzneimittel auch in den alten Bundesländern verkehrsfähig sind.

Die Untersuchungen der Arzneimittel zeigte im Durchschnitt keine wesentlichen Unterschiede in der Qualität der im West- und Ostteil der Stadt hergestellten Arzneimittel der pharmazeutischen Industrie.

Gleichzeitig mußten die wesentlich umfangreicheren Aufgaben der Kontrolle der Arzneimittelherstellung und Vertrieb von Arzneimitteln durch pharmazeutische Unternehmer, Großhändler, Apotheken und im sonstigen Einzelhandel wahrgenommen werden.

### 6.2.3 Arzneimitteluntersuchungen

Die Kontrolle der pharmazeutischen Qualität von Arzneimitteln erfolgte im Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT).

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. Bei den Proben handelte es sich hauptsächlich um Humanarzneimittel gemäß § 2 (1) und (2) Nr. 1 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts (Arzneimittelgesetz - AMG -).

Herkunft der Proben:

- Hersteller (außer Apotheken)	288	Proben
- Apotheken, Krankenhausapotheken	108	"
- Großhandel	42	"
- Einzelhandel (außer Apotheken)	38	"
- Importeure	3	"
- Vertriebsfirmen	2	"
- sonstige	16	"

**Aufteilung der untersuchten Arzneimittel nach dem Probencode der Arzneimitteluntersuchungsstellen:**

festе orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	161
topische (äußerlich anzuwendende) Arzneiformen	89
pflanzliche Stoffe und Zubereitungen zur Bereitung von Teeaufgüssen	59
parenterale Arzneiformen	44
flüssige und halbfeste orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	36
rektale und vaginale Arzneiformen	24
Ausgangsstoffe	11
Arzneiformen zur Anwendung am Auge	4
Arzneiformen zur Anwendung im Ohr oder in der Nase	3
sonstige Arzneiformen	2
sterile Einmalartikel	2



In-vitro-Diagnostica	1
Desinfektions-, Parasitenbekämpfungsmittel zur Anwendung außerhalb des Körpers	1
Primärpackmittel, Sekundärpackmittel	1
sonstige Untersuchungs- und Beurteilungsobjekte	4

### Beanstandete Proben

Der häufigste Beanstandungsgrund bei den untersuchten Proben waren wiederum Kennzeichnungsmängel, die bei 207 Proben, d.h. bei 46,8 % der im LAI untersuchten Arzneimittel, festgestellt wurden. Kennzeichnungsmängel betrafen überwiegend Arzneimittel, die in öffentlichen und Krankenhaus-apotheken hergestellt worden waren. Bei Arzneimitteln aus der Pharmaindustrie sind derartige Mängel relativ selten.

Bei den Arzneimitteln mit anderen Beanstandungsgründen handelte es sich um insgesamt 95 Proben, d.h. 17,3 % der insgesamt untersuchten Arzneimittel (535). Dabei wurde überwiegend die Zusammensetzung der Proben beanstandet (60 Proben = 11,2 %). Es folgte die Gruppe der Proben, die wegen ihrer Galenik oder ihrer äußeren Beschaffenheit beanstandet werden mußten (22 Proben = 4,1 %). Als weitere Beanstandungsgründe ergaben sich u.a. Mängel bei der Verpackung (10 Proben), Irreführungstatbestände (6 Proben) sowie abgelaufenes Verfalldatum bzw. Mängel in der biologischen/mikrobiologischen Beschaffenheit bei je einer Probe.

## 6.3 Klinische und forensische Toxikologie

Im Bereich der klinischen und forensischen Toxikologie wurde das LAI in 9.541 Fällen u.a. von den Justizvollzugsanstalten (5.917 Fälle), den Krankenhäusern einschließlich der FU-Kliniken (1.763 Fälle), Bewährungshelfern bei den Senatsverwaltungen für Jugend und Familie sowie für Justiz (1.277 Fälle) und der Staatsanwaltschaft beim Landgericht (429 Fälle) in Anspruch genommen. Aus organischem Material (Blut, Urin usw.) wird auf Rückstände von Drogen, Arzneimitteln und toxischen Stoffen untersucht. Dazu waren bei 13.171 Proben 53.807 Untersuchungen erforderlich.

Die Zahl der Untersuchungen zur Klärung der Todesurache bei Menschen stieg dabei von 1990 mit 365 ungeklärten Todesfällen zu 1991 mit 429 Fällen um 17,5 % an. Hierin spiegelt sich u.a. die weiterhin steigende Zahl der Drogentoten wider. Bei den Drogentoten handelt es sich fast ausschließlich um Mischintoxikationen. In vier Fällen konnte u.a. die "Ersatzdroge" Methadon nachgewiesen werden.

Der Fachbereich Klinische und Forensische Toxikologie des LAI nimmt regelmäßig an Ringversuchen teil, um die Leistungsfähigkeit zu kontrollieren. 1991 waren es drei Ringversuche, die veranstaltet wurden von der

- Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zum Thema "Drogenscreening"
- Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) zum Thema "Nachweis und Quantifizierung eines Betäubungsmittels"
- Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e.V. mit einem Ringversuch für arbeitsmedizinisch-toxikologische Analysen.

## 6.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 6.1: Apotheken in Berlin am 31.12.1992 nach Bezirken



*KAPITEL*

*7*

*AMBULANTE ÄRZTLICHE  
VERSORGUNG:  
AUS DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BERLIN*

Der folgende Beitrag wurde von der **Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV)** zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt. Er gibt nicht in allen Punkten die Meinung der Senatsverwaltung für Gesundheit wieder.

Einige Abschnitte wären themenbezogen besser anderen Kapiteln zuzuordnen; aus redaktionellen (zeitlichen) Gründen war eine derartig umfangreiche Einarbeitung zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr möglich.

## **7.0 Rahmenbedingungen**

Die Kassenärztliche Vereinigung ist als Körperschaft des öffentlichen Rechtes 1993 zu einer Verwaltung des Mangels geworden, wie es in Folge bundesweiter Finanznöte viele öffentliche Dienstleistungsbereiche betrifft. Das zum 1.1.1993 in Kraft getretene Gesundheits-Strukturgesetz erscheint zunächst als reines Kostendämpfungsgesetz, nur in Ansätzen schält sich eine neue Struktur heraus. Kurz bis mittelfristig scheinen eher gewachsene Strukturen über Gebühr irritiert und gefährdet. Dennoch unternimmt die Kassenärztliche Vereinigung alle Anstrengungen, um ihre Vorstellungen zu einer echten Reform in die Diskussion über die nächste Reformstufe einzubringen. Die Einordnung der Vertragsärzteschaft in gesamtgesellschaftliche Notwendigkeiten soll synergistisch mit der Politik bearbeitet und nicht antagonistisch kontrovers diskutiert werden.

Die unten aufgelisteten Aufgaben und Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung werden konsequent weiterentwickelt. Insbesondere werden im Bereich der ambulanten Schwerstkrankenversorgung, der ärztlichen Notfalldienste und der Qualitätssicherung ärztlicher Arbeit, die Tätigkeitsakzente des nächsten Jahres gesetzt. Die für diesen Jahresbericht ausgewählten Schwerpunkte hängen in ihren Weiterentwicklungsmöglichkeiten exorbitant von der durch das GSG vorgegebenen Rechtslage ab. Die ambulante, vertragsärztliche Versorgung - von allen Beteiligten eindeutig als die humanere und kostengünstigere Alternative bezeichnet - wird unter Budgetvorgaben mit Sicherheit an ihrer Weiterentwicklung gehindert, was Kostenverlagerung oder Kostenmultiplikation in anderen Bereichen nach sich zieht. Die KV Berlin wird auch hier ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung Rechnung tragen und auf verantwortungsvollen und effizienten Einsatz der verfügbaren Mittel drängen.

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, daß das Gesundheits-Strukturgesetz die wirtschaftspolitische Musterrolle der Ärzte im Ostteil Berlins gefährdet. Die schon fast geglückte Verschmelzung der Vertragsärzte in beiden Teilen Berlins ist durch das GSG und die darin enthaltenen Budgetvorgaben zurückgeworfen worden. Hier werden alle Anstrengungen unternommen, nunmehr in kürzester Zeit gleiche Arbeits- und Vertragsbedingungen zu erreichen.

## **7.1 Aufgaben und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

### **7.1.1 Rechtsgrundlagen**

Die §§ 77 bis 81 SGB V regeln die Rechtsgrundlagen der Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Demnach sind die Mitglieder der als Körperschaften öffentlichen Rechts konstituierten Kassenärztlichen Vereinigungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Ärztinnen. Außerordentliche Mitglieder sind die ins Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragenen aber nicht zugelassenen Ärzte und Ärztinnen.

Als Körperschaft öffentlichen Rechts ist die Kassenärztliche Vereinigung eine Selbstverwaltungskörperschaft mit Pflichtmitgliedschaft. Die Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung, die von den Mitgliedern im vierjährigen Turnus gewählt wird, und der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung, der aus sieben Personen besteht. Die Vertreterversammlung der KV hat sich eine Satzung gegeben, in der die Einzelheiten der Aufgaben sowie die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder geregelt sind.

Die Rechtsaufsicht führt die Senatsverwaltung für Gesundheit.

### 7.1.2 Aufgaben

Die in den §§ 72 ff. SGB V festgelegten Aufgaben sind im wesentlichen:

- Sicherstellung der (ambulanten) ärztlichen Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung - einschließlich des Bereitschafts- und Notfalldienstes (Sicherstellungsauftrag)
- Gewährleistung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und vertraglichen Regelungen (Gewährleistungsauftrag)
- Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und den politischen Entscheidungsgremien (Interessenvertretung).

Gemeinsam mit den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen wird eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungserbringung und der Verordnungsweise durchgeführt, die sich im wesentlichen an Durchschnittswerten der Arztgruppe bzw. an den Abrechnungsergebnissen von Vorquartalen orientiert

Die Erfüllung der Sicherstellungs- und Gewährleistungspflichten erfolgt in erster Linie auf der Grundlage schriftlicher Gesamtverträge der KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Ziel ist dabei die gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Der allgemeine Teil des Gesamtvertrages wird auf Bundesebene im Bundesmantelvertrag Ärzte vereinbart. Die speziellen Teile, die auf regionaler Ebene verabredet werden, regeln insbesondere die Vergütung. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, sind diese Verträge einem Schiedsamt vorzulegen, das sich aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei unparteiischen Beisitzern und ansonsten paritätisch aus Krankenkassen und Ärztevertretern zusammensetzt.

Eine weitere Aufgabe der KV ist die Fortbildung der Vertragsärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Ferner wirkt die KV bei der Besetzung von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Krankenkassen mit, wobei insbesondere die Zulassungs- und Berufungsausschüsse zu nennen sind, die mit wechselndem Vorsitz jeweils paritätisch besetzt sind.

Darüber hinaus ist der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu nennen, der insbesondere im Rahmen der Feststellung von Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anordnen kann und der Aufgaben im Bereich der Großgeräteplanung hat.

Bereits erwähnt wurden die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Schiedsamt.

Die KV finanziert sich durch die Beiträge ihrer Mitglieder, die als Prozentsatz vom Umsatz bei der Honorierung einbehalten werden. Die Festlegung dieser Beiträge erfolgt durch die Vertreterversammlung (Finanzhoheit).

Ein besonderes Problem der KV Berlin ist die Existenz von zwei unterschiedlichen Vertragsgebieten, nämlich dem Vertragsgebiet West, welches die westlichen Bezirke Berlins umfaßt, und das Vertragsgebiet Ost, zu dem die östlichen Bezirke gehören. Für beide Vertragsgebiete müssen jeweils separate Vereinbarungen, insbesondere auch Gesamtverträge, abgeschlossen werden. Dies gilt gemäß § 308 Abs. 3 SGB V mindestens bis zum 31.12.1994.

### 7.1.3 Versorgungsstruktur

Neben der in Berlin-West geltenden Versorgungsstruktur, bestehend aus

- zugelassenen Ärzten (Vertragsärzten)
- ermächtigten Ärzten und
- ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen

sind für den Ostteil Berlins zusätzlich

- Einrichtungen (z.B. Polikliniken, Ambulatorien) sowie
- Krankenhausfachambulanzen

zu nennen.

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in Berlin-West- und -Ost werden in den folgenden Tabellen die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden differenziert nach westlichen und östlichen Bezirken angegeben (siehe Tabellen 7.1 und 7.2).

**Tabelle 7.1: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zum 1.1.1993 in Berlin-West**

Bezirk	Teilnahmeform			Einwohner je Arzt 1)
	insgesamt	Zulassung	Ermächtigung	
Tiergarten	142	122	20	667
Wedding	248	223	25	684
Kreuzberg	211	198	13	740
Charlottenburg	389	363	26	474
Spandau	280	260	20	799
Wilmerdorf	330	310	20	442
Zehlendorf	194	177	17	503
Schöneberg	323	313	10	486
Steglitz	304	278	26	630
Tempelhof	205	193	12	924
Neukölln	368	344	24	848
Reinickendorf	290	272	18	862
insgesamt	3284	3053	231	661

1) Bevölkerungsstand zum 31.12.1992

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle 7.2: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zum 1.1.1993 in Berlin-Ost**

Bezirk	Ärzte insgesamt	Teilnahmeform			Ärzte in Einrichtungen 1)	Krankenhausfachambulanzen 2)	Einwohner je Arzt 3)
		zusammen	Zulassung	Ermächtigung			
Mitte	244	161	153	8	74	9	337
Prenzlauer Berg	256	241	234	7	9	6	574
Friedrichshain	232	196	186	10	25	11	462
Treptow	178	158	156	2	12	8	592
Köpenick	189	154	149	5	25	10	572
Lichtenberg	262	234	223	11	11	17	640
Weißensee	113	102	90	12	3	8	457
Pankow	236	131	116	15	68	37	454
Marzahn	211	187	179	8	22	2	781
Hohenschönhausen	126	118	115	3	8	-	949
Hellersdorf	148	137	133	4	3	8	901
insgesamt	2195	1819	1734	85	260	116	590

- 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.
- 3) Bevölkerungsstand zum 31.12.1992

(Quelle: KV Berlin)

In Berlin-West nahmen zum 1.1.1993 3 284 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren 3.053 in freier Praxis niedergelassen (Teilnahmeform Zulassung) und 231 ermächtigt.

Im Ostteil der Stadt waren 1 734 Ärzte in freier Praxis niedergelassen, 85 Ärzte ermächtigt und 260 Ärzte in Einrichtungen tätig. Hinzu kamen 116 Krankenhausfachambulanzen, in denen jeweils ein oder mehrere Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen.

Aus Tabelle 7.3 ist die Zuordnung der in den östlichen Bezirken an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden zu dem jeweiligen Fachgebiet zu entnehmen.

**Tabelle 7.3: Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrichtungen und Krankenhausfachambulanzen zum 1.1.1993 in Berlin-Ost nach Fachgebieten**

Fachgebiet	Ärzte insgesamt	Teilnahmeform		Ärzte in Einrichtungen 1)	Krankenhausfachambulanzen 2)
		Zulassung	Ermächtigung		
Anästhesie	27	4	2	-	12
Augenheilkunde	117	101	-	9	3
Chirurgie	99	58	7	13	10
Gynäkologie	199	176	2	24	7
HNO	91	69	1	14	7
Hautkrankheiten	117	56	1	14	-
Innere Medizin	291	254	4	60	18
Kinderheilkunde	140	129	4	15	7
Labordiagnostik	29	3	9	-	13
Lungenheilkunde	17	2	1	4	1
Neurologie	124	76	24	13	7
Orthopädie	54	49	4	17	1
Pathologie	18	6	10	-	2
Radiologie	70	32	4	18	16
Urologie	54	38	-	12	4
Nuklearmedizin	6	3	1	-	2
Physiotherapie	11	7	-	-	4
Allgemeinmedizin	716	664	5	45	2
sonstige	15	7	6	2	-
insgesamt	2195	1734	85	260	116

- 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.

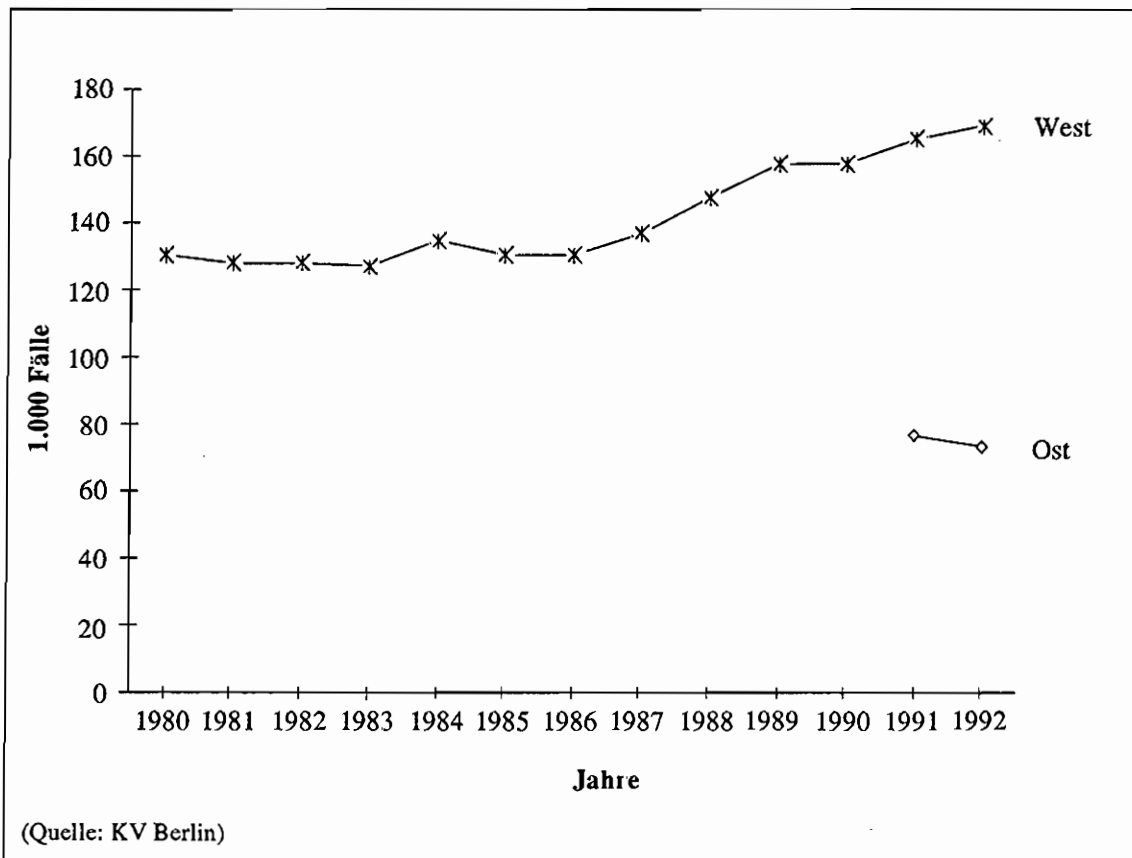
(Quelle: KV Berlin)

### 7.1.4 Leistungen

In den Jahren vor dem Fall der Mauer wurden pro Jahr rund 10 Mio. Behandlungsfälle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit den Vertragsärzten und Krankenkassen abgerechnet und geprüft; im Jahr 1992 schätzungsweise 12 Mio. für den Westteil und 7,3 Mio. für den Ostteil Berlins.

Im Kassenärztlichen Notfalldienst wurden im Jahr 1992 über 400.000 Anrufe entgegengenommen, die in den 12 westlichen Bezirken zu rund 170.000 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, 311 (4d) SGB V die KV 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 mit eigenem Fuhrpark und Telefonzentrale durchgeführt. Er steht der Berliner Bevölkerung in allen 23 Bezirken täglich "rund um die Uhr" zur Verfügung.

Graphik 7.1: Entwicklung der im Notfalldienst abgerechneten Fälle 1980 - 1992 in Berlin

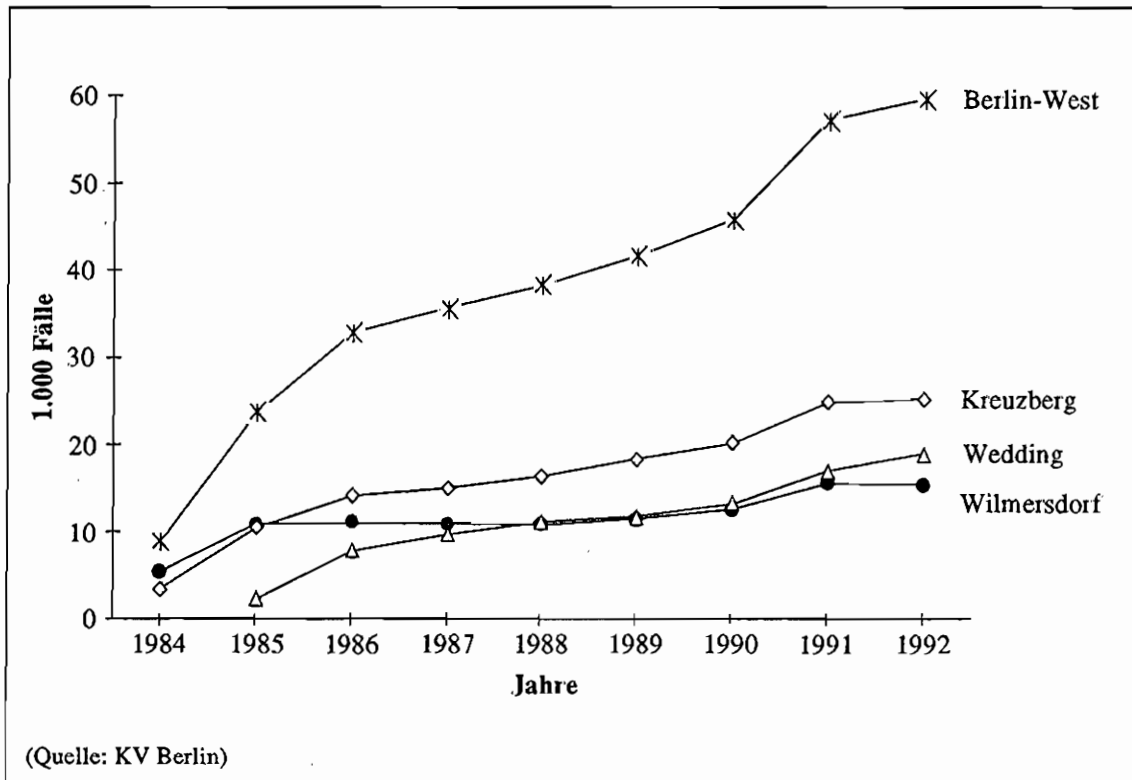


Darüber hinaus werden gegenwärtig vier Erste-Hilfe-Stellen durch die KV Berlin unterhalten, und zwar in den westlichen Bezirken Wilmersdorf, Kreuzberg und Wedding sowie seit Anfang 1993 im Ostteil der Stadt die "Kinderärztliche Erste-Hilfe-Stelle Lindenhof" in Lichtenberg. In diesen Stellen wird jährlich eine steigende Zahl von Erste-Hilfe-Fällen versorgt (1992 fast 60.000).



Seit dem 22.12.1990 wird in den Erste-Hilfe-Stellen zusätzlich ein pädiatrischer Dienst angeboten. Dort versehen Kinderärzte mittwochs in der Zeit von 15 bis 22 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen ihren Notdienst.

**Graphik 7.2: Entwicklung der Fallzahlen in den drei Erste-Hilfe-Stellen der KV 1984 - 1992 in Berlin-West**



Die Berliner Vertragsärzte selbst führen jährlich rund eine Million Hausbesuche durch.

Bereits seit April 1988 bietet die KV den Versicherten und Vertragsärzten 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 (vgl. 7.2.4, 7.2.6).

So werden von Berliner Vertragsärzten Computertomographen, Kernspintomographen sowie Gamma-Kameras zur Diagnostik eingesetzt (vgl. 7.2.5)

Weiterhin sind zu nennen:

- Onkologische Schwerpunktpraxen
- Spezialisierung von Vertragsärzten auf Rehabilitationsmaßnahmen nach Herzinfarkten
- ambulant durchgeführte Operationen
- Belegarztsystem.

Im Mittelpunkt der häuslichen Krankenpflege steht in der Regel der die Verordnung initierende 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 vier 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 (vgl. Kapitel 8 und 13).

### 7.1.5 Arztzahlenentwicklung in Berlin-West

Für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) standen am 1.1.1993 in Berlin-West 3.053 niedergelassene Ärzte (ohne ermächtigte Ärzte) zur Verfügung. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte hat sich in der Zeit von 1982 bis 1993 (jeweils 1.1.) um 36,7 % erhöht. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2,88 %.

Die detaillierte Aufteilung nach Fachgruppen ist in Tabelle A 7.1 dargestellt.

Die Zulassungsverordnungen regeln gemäß § 98 SGB V das Nähere über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99 SGB V) und die Beschränkung von Zulassungen

Primär wird die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene, d. h. in freier Praxis tätige Ärzte, sowie durch ermächtigte Ärzte wahrgenommen.

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96 SGB V) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen 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 Zulassungsverordnung).

Zum 1.1.1982 haben insgesamt 2.790 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen. Diese Zahl stieg bis zum 1.1.1993 auf 3.284 Ärzte. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 1,49 % (vgl. Tabelle A 7.2).

## 7.2 Ausgewählte Schwerpunkte

### 7.2.1 Bedarfsplanung

#### Neue Rechtslage

Das GSG vom 1.1.1993 hat der Bedarfsplanung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einen höheren Stellenwert zugeordnet.

War die Bedarfsplanung in der Praxis bisher nur ein Beratungsinstrument für niederlassungswillige Ärzte, so ist sie nunmehr zum Steuerungsinstrument bei Überversorgung geworden.

Mit der Aktualisierung der Bedarfsplanungsrichtlinien durch den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen im März 1993 und einer Veränderung der bisherigen Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad, ist die Bedarfsplanung auf eine neue Grundlage gestellt worden

Das Bedarfsplanungsinstrumentarium ist in folgenden Punkten geändert:

- Das Vorliegen der Überversorgung ist vom Landesausschuß von Amts wegen festzustellen und nicht wie bisher auf Antrag.
- Der Landesausschuß hat im Falle einer Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, ohne daß ihm - wie bisher - ein Ermessensspielraum zusteht
- Überversorgung ist definiert, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um zehn vom Hundert überschritten ist. Dabei wird im Kern unterstellt, daß am 31.12.1990 eine bedarfsgerechte Versorgung bestanden hat.

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 7.4, 7.5 und A 7.3 dar:

Fachgruppe	Meßzahlen "alt"	Meßzahlen gültig ab	
		12.1.1989	9.3.1993
Praktiker/Allgemeinarzt	2.400	2.460	2.269
Augenarzt	24.500	21.720	13.177
Chirurg	47.500	46.180	24.469
Frauenarzt	16.000	12.820	6.916
Hautarzt	41.000	39.490	20.812
HNO-Arzt	30.000	28.500	16.884
Internist	10.000	7.010	3.679
Kinderarzt	25.000	21.740	14.188
Nervenarzt	50.000	42.140	12.864
Orthopäde	37.000	29.330	13.242
Röntgenologe	60.000	54.610	25.533
Urologe	66.000	51.040	26.641

## Die Situation in Berlin

**Tabelle 7.4: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - Berlin-West nach Bezirken am 18.8.1993**

Fachgruppe	Tier- garten	Wed- ding	Kreuz- berg	Chlbg	Span- dau	Wilmers- dorf	Zehlen- dorf	Schbg	Steg- litz	Tem- pelhof	Neu- kölln	Rdf.
Praktiker/												
Allgemeinärzte	181,8	177,4	185,2	248,2	99,3	218,0	263,5	291,0	160,0	105,7	134,8	114,3
Kinderärzte	165,0	126,0	155,0	138,0	120,0	136,0	189,4	145,0	148,5	120,0	118,5	107,9
Internisten	218,7	178,7	189,1	335,0	113,6	275,0	329,0	381,0	187,0	93,5	127,6	116,9
Gynäkologen	94,8	77,8	84,5	164,0	96,0	185,0	85,3	167,9	94,1	76,9	84,4	55,3
Orthopäden	70,0	86,3	127,7	165,0	97,8	209,0	136,0	114,2	104,0	147,2	104,2	100,7
Chirurgen	77,4	188,0	94,4	159,0	93,1	184,6	125,7	86,0	89,6	129,5	47,1	146,9
Nervenärzte	122,1	91,4	115,8	257,7	80,6	238,0	132,1	213,0	114,5	95,4	99,2	123,6
Augenärzte	69,0	86,0	101,6	185,5	112,0	135,6	121,8	168,3	131,0	83,7	105,8	105,5
HNO-Ärzte	124,6	100,0	97,7	173,7	136,0	220,0	242,8	183,3	141,4	98,3	92,2	101,4
Hautärzte	87,8	86,3	66,9	146,0	65,2	214,0	106,9	160,0	87,1	77,1	106,9	66,7
Röntgenologen	26,9	166,4	180,5	263,0	125,7	210,0	262,0	130,5	147,0	81,1	123,0	71,6
Urologen	84,3	94,7	68,5	115,4	95,4	164,5	82,1	136,1	69,7	70,5	64,1	117,3

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle 7.5: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - Berlin-Ost nach Bezirken am 18.8.1993**

Fachgruppe	Mitte	Prenzl Berg	Friedr. hain	Trep- tow	Köpe- nick	Lichten- berg	Weißer- see	Pan- kow	Mar- zahn	Hohen- schönh.	Hellers- dorf
Praktiker/											
Allgemeinärzte	309,0	204,0	208,0	158,0	189,0	122,0	215,0	164,0	107,0	102,0	123,0
Kinderärzte	156,0	155,0	199,0	189,0	197,0	185,0	192,0	198,0	163,0	166,0	238,0
Internisten	424,0	250,0	255,0	136,0	215,0	111,0	264,0	195,0	78,0	58,0	84,0
Gynäkologen	254,6	104,0	129,0	131,0	115,0	102,0	121,0	206,0	83,0	69,0	73,0
Orthopäden	195,0	68,0	99,0	75,0	49,0	86,0	51,0	197,0	48,0	44,0	80,0
Chirurgen	360,0	209,0	183,0	175,0	204,0	174,0	284,0	273,0	163,0	61,0	149,0
Nervenärzte	252,0	132,0	193,0	61,0	107,0	107,0	149,0	191,0	58,0	86,0	88,0
Augenärzte	242,5	172,0	136,0	163,0	122,0	109,0	153,0	135,0	87,0	77,0	70,0
HNO-Ärzte	310,0	104,0	126,0	177,0	187,0	110,0	163,0	173,0	92,0	70,0	115,0
Hautärzte	357,0	114,0	254,0	138,0	135,0	86,0	80,0	213,0	101,0	104,0	127,0
Röntgenologen	251,0	105,0	311,0	146,0	165,0	151,0	197,0	71,0	147,0	106,0	78,0
Urologen	458,0	91,0	125,0	101,0	74,0	110,0	206,0	148,0	96,0	44,0	61,0

(Quelle: KV Berlin)

Da alle Zulassungsanträge, die aufgrund von Übergangsvorschriften des GSG bis zum 31.1.1993 gestellt wurden, noch nach altem Recht (ohne Zulassungsbeschränkungen) zu genehmigen waren, hat dies bis Ende Januar in Berlin zu einer Antragsflut von 1.600 Anträgen auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit geführt; davon haben bisher ca. 800 Ärzte eine Zulassung bekommen.

Es kann davon ausgegangen werden, daß zum Stichtag am 1.10.1993 (an dem die Praxistätigkeit aufgenommen worden sein muß) mindestens 1.000 niedergelassene Vertragsärzte mehr in der Stadt tätig sind als vor einem Jahr. Dies entspräche einem Zuwachs von 21 %.

Bei der erstmaligen Feststellung des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen gemäß Artikel 33 § 3 Abs. 2 GSG sind in die Zahl der im Planungsbereich zugelassenen Vertragsärzte auch die Ärzte einzubeziehen, die bis zum 31.1.1993 einen Antrag auf Zulassung gestellt haben.

Entsprechend der offiziellen Feststellung durch den Landesausschuß am 18.8.1993 werden in Berlin folgende Bezirke und Fachgebiete für Neuniederlassungen (Anträge nach dem 31.1.1993) gesperrt:

#### Westliche Bezirke:

Tiergarten	- Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (HNO), Internisten (Int.), Kinderärzte (KiÄ), Nervenärzte (Nerv.), Allgemein/Praktiker (Allg./Prak.)
Wedding	- Chirurgen (Chir.), Int., KiÄ., Radiologen (Rö.), Allg./Prak.
Kreuzberg	- Int., KiÄ., Nerv., Orthopäden (Orth.), Rö., Allg./Prak.
Charlottenburg	- Alle Fachgebiete
Spandau	- Augenärzte (Aug.), HNO, Int., KiÄ., Rö.
Wilmerdorf	- Alle Fachgebiete
Zehlendorf	- Aug., Chir., HNO, Int., KiÄ., Nerv., Orth., Rö., Allg./Prak.
Schöneberg	- Alle Fachgebiete außer Chir.
Steglitz	- Aug., HNO, Int., KiÄ., Nerv., Rö., Allg./Prak.
Tempelhof	- Chir., KiÄ., Orth.
Neukölln	- Int., KiÄ., Rö., Allg./Prak.
Reinickendorf	- Chir., Int., Nerv., Urologen (Urol.), Allg./Prak.

#### Östliche Bezirke:

Mitte	- Alle Fachgebiete
Prenzlauer Berg	- Aug., Chir., Haut, Int., KiÄ., Nerv., Allg./Prak.
Friedrichshain	- Alle Fachgebiete außer Orth.
Treptow	- Aug., Chir., Gyn., HNO, Haut, Int., KiÄ., Rö., Allg./Prak.
Köpenick	- Aug., Chir., Gyn., HNO, Haut, Int., KiÄ., Rö., Allg./Prak.
Lichtenberg	- Int., Chir., HNO, KiÄ., Rö., Urol., Allg./Prak.
Weißensee	- Aug., Chir., Gyn., HNO, Int., KiÄ., Nerv., Rö., Urol., Allg./Prak.
Pankow	- Alle Fachgebiete außer Rö.
Marzahn	- Chir., KiÄ., Rö.
Höhenschönhausen	- KiÄ.
Hellersdorf	- Chir., HNO, Haut, KiÄ., Allg./Prak.

Der Aufstellung ist zu entnehmen, daß außer in den stark überversorgten westlichen Bezirken Charlottenburg, Wilmerdorf, Schöneberg und den überversorgten östlichen Bezirken Mitte, Friedrichshain, Pankow in mehreren Fachgebieten noch eine Niederlassung möglich ist, besonders in den bevölkerungsstarken Bezirken Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf im Ostteil der Stadt.

Für die Bedarfsplanung ist das Jahr 1993 als Übergangsjahr zu betrachten. Erst gegen Ende des Jahres wird definitiv feststehen, welche Zulassungsanträge bis zum 31.1.1993 tatsächlich in die Niederlassung geführt haben. In jedem Fall läßt sich aber schon jetzt feststellen, daß das GSG zu einer "Niederlassungswelle" geführt hat. Qualitätsbezogene Sonderzulassungen bleiben möglich, soweit ein Bedarf festgestellt wird (z.B. Psychotherapeuten).

## 7.2.2 Qualitätssicherung

Die ambulante, vertragsärztliche Versorgung hat in den letzten Jahren in Berlin ein hohes Leistungsniveau erreicht. Es werden im Bereich der niedergelassenen Ärzte inzwischen so gut wie alle - auch aufwendige - Spezialuntersuchungen durchgeführt, auch jene, die noch vor 10 bis 15 Jahren ausschließlich an den poliklinischen Ambulanzen der Universitätsklinik erbracht wurden.

Um so wichtiger ist es, Voraussetzungen für die Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit zu schaffen, um eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte Versorgung auf dem erreichten hohen Leistungsniveau zu erhalten.

Besonderes Augenmerk muß dabei auf das durch die gesetzlichen Vorgaben erzwungene Wirtschaftlichkeitsgebot gerichtet werden.

### Gesetzliche Vorgaben

Im Sozialgesetzbuch V § 135 Abs. 3 wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet, Richtlinien zur Qualitätssicherung für die ambulante, vertragsärztliche Versorgung zu bestimmen.

### Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Am 3.5.1993 wurden von der Vertreterversammlung der KBV Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung beschlossen. Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt bestimmte Strukturen im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen voraus. Dazu gehören

- der Qualitätssicherungsbeauftragte
- die Qualitätssicherungskommission
- die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung".

Bereits erprobte Verfahren der Qualitätssicherung, wie Ringversuche, Kolloquien und Qualitätsprüfungen im Einzelfall, sollen selbstverständlich beibehalten werden.

Als neues Instrument der Qualitätssicherung sollen flächendeckend und für alle Fachgruppen sogenannte Qualitätszirkel etabliert werden.

### Umsetzung in der KV Berlin

Bereits in der letzten Legislaturperiode (bis Ende 1992) wurde vom Vorstand der KV Berlin ein Auftrag zur konzeptionellen Vorbereitung und Durchführung eines Pilotprojektes "Qualitätszirkel" an das "Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH Berlin" vergeben.

Im März 1993 konstituierte sich der Ausschuß für Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der KV Berlin. Entsprechend der KBV-Richtlinien wurde ein Qualitätssicherungsbeauftragter ernannt und eine Geschäftsstelle eingerichtet.

### Etablierung von Qualitätszirkeln (QZ) im Bereich der KV Berlin

Wesentliche Voraussetzung bei der Durchführung von QZ ist die Freiwilligkeit der teilnehmenden Ärzte. Im Verlauf des QZ sollen durch selbstkritische Betrachtung der eigenen Handlungsweise im Vergleich zur Tätigkeit aller teilnehmenden Ärzte praxisrelevant und problemorientiert die Erfahrungen

aller Teilnehmer diskutiert werden. Durch den Vergleich untereinander aber auch mit bekannten medizinischen Standards werden die Schwachstellen des eigenen Handelns aufgedeckt, das eigene ärztliche Tun bewußtgemacht, Übereinstimmungen herausgearbeitet, das vorhandene und neue Wissen vertieft und in die individuelle Tätigkeit des Praxisalltags integriert.

Ziel eines jeden QZ ist die Verbesserung der Patientenversorgung aber - sicher gleichwertig zu betrachten - auch die Erhöhung des eigenen Wohlbefindens in der Routine der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Im April 1993 hat die KV Berlin in einem Rundschreiben an alle Vertragsärzte gebeten, sich zu einem QZ anzumelden, wobei vier Themen vorgegeben waren. Die Resonanz war unerwartet hoch. Dadurch hat sich aber gezeigt, daß das Prinzip der Freiwilligkeit keine Utopie, sondern erfreuliche Realität ist. Es haben sich fast 300 Ärztinnen und Ärzte gemeldet, darunter mehr als 200 für das Thema "medikamentöse Verordnungsweise".

Die ersten QZ zu dem o.g. Thema werden in der zweiten Hälfte 1993 ihre Arbeit aufnehmen.

Dabei werden jeweils zehn Ärztinnen/Ärzte zu einem QZ zusammengefaßt. Die Moderation eines QZ liegt in den Händen eines erfahrenen Kollegen derselben Fachgruppe. Ergänzt wird diese Moderation durch Fachleute aus dem Bereich der Pharmakologie und Pharmazie. Durch die Analyse des eigenen, individuellen Verordnungsverhaltens - jeder Teilnehmer erhält eine Arzneimittelinformation seiner individuellen Verordnungsweise im Verlauf eines Quartals - sollen wichtige therapeutische Aspekte erkannt und mit den anderen Teilnehmern verglichen werden.

Im Vergleich mit bekannten Standards und der eigenen Verordnungsweise können Indikation, aber auch Kontraindikation, Wechselwirkungen und Compliance diskutiert werden.

### **Perspektiven**

Mit dem Abschluß der Pilotphase soll erreicht werden, daß aus den durchgeführten QZ weitere Moderatoren für neue QZ gewonnen werden.

Im Verlauf der nächsten Jahre soll die Qualitätssicherung durch die Qualitätszirkel alle Fachgruppen erreichen, um so - wie bereits oben ausgeführt - durch die Entwicklung von Standards das hohe Niveau der ambulanten ärztlichen Tätigkeit zu erhalten, Innovationen in die Praxis zu integrieren und die Versorgung der Patienten zu optimieren. Klar ist, daß dieses Ziel nicht kostenneutral zu erreichen ist. Es kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten am Gesundheitswesen einschließlich der Krankenkassen ihren Anteil dazu beitragen.

## **7.2.3 Großgeräte**

### **Der Großgeräteausschuß - Aufgaben und Probleme**

Gemäß § 122 SGB V hat das Land Berlin einen Großgeräteausschuß, in dem die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung mit einem, die Berliner Krankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und die KV Berlin mit jeweils fünf Vertretern beteiligt sind. Die Aufgabe dieses Ausschusses liegt darin, über die Standortgenehmigung von medizinisch-technischen Großgeräten zu entscheiden (vgl. 10.6.3).

Anträge von Vertragsärzten bzw. Krankenhäusern auf Anschaffung, Nutzung oder Mitnutzung von Großgeräten werden von der jeweiligen Körperschaft (KV, Landesbehörde) mit einer Stellungnahme dem Großgeräteausschuß zugeleitet. Laut Gesetz müssen die Entscheidungen des Großgeräteausschusses einstimmig gefällt werden, ansonsten entscheidet die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung.

Beispiel: Ein Krankenhaus beantragt die Aufstellung eines Großgerätes. Der Großgeräteausschuß stimmt nicht einheitlich ab. Somit entscheidet als letzte Instanz die Senatsverwaltung für Gesundheit als oberstes Aufsichtsgremium über die Krankenhäuser. Dies ist insofern problematisch, als die

Folgekosten einer Großgeräteentscheidung nur zum kleineren Teil vom Senat, überwiegend jedoch von den Krankenkassen zu tragen sind: Hauptträger der (finanziellen) Verantwortung und Entscheidungsträger fallen auseinander.

Eine weitere - allerdings vorübergehende - Aufgabe des Großgeräteausschusses ist die Feststellung, welche Geräte unter die "Amnestieregelung" des § 85 Abs. 2 a SGB V fallen. Diese Regelung, die durch das GSG eingeführt wurde, sieht vor, daß Geräte, die in einer Zeit der Rechtsunsicherheit (widersprüchliche Rechtsprechung) ohne formelle Genehmigung angeschafft wurden, eine vorläufige Genehmigung erhalten, wenn sie bis zu einem bestimmten Stichtag erworben und in Betrieb genommen wurden.

Allerdings enthält diese "Amnestie" eine weitere Ausnahme deren Anwendung besondere Schwierigkeiten bereitet: Wurde das Gerät bis zum Stichtag **gekauft** oder **beantragt**, aber nicht rechtzeitig in Betrieb genommen, dann erhält der jeweilige Arzt eine Standortgenehmigung, wenn ihm nicht bis zum 30.9.1993 ein bereits vorhandenes und genehmigtes Gerät zur Mitnutzung nachgewiesen werden kann.

Bei dem in Berlin vorhandenen Großgerätepotential sollten soviel wie möglich Mitnutzungen nachgewiesen werden, um die Geräte besser auslasten zu können.

Eine weitere Zunahme des Großgerätepotentials aufgrund der Erteilung vorläufiger Genehmigungen wäre für viele Großgerätebetreiber eine ökonomische Katastrophe. Hier sind genaue Planungsvorgaben gefordert.

§ 122 SGB V bestimmt eine weitere Aufgabe des Großgeräteausschusses: einen Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte sowie die Anhaltzahlen für den bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz der Großgeräte zu erstellen. Für die Aufstellung dieses Kataloges, spielen Bevölkerungsdichte und -struktur, Zumutbarkeit der Entfernung, die Qualifikation für das Betreiben eines Großgerätes und die Förderung gemeinsamer Nutzung eine Rolle. Es müssen Planungskriterien erarbeitet werden. Bei der in Deutschland schon insgesamt hohen und in Berlin noch höheren und unausgewogenen Großgerätezahl müssen künftig Kooperationsstandorte verstärkt ausgewiesen werden. Der Großgeräteausschuß muß Mitnutzungen auferlegen und auch nachweisen.

Der tatsächlich zu versorgende Bedarf in Form von Untersuchungen bzw. Behandlungen ist unter Zugrundelegung von Wirtschaftlichkeitskriterien in die Zahl der zur Leistungserbringung benötigten Großgeräte umzusetzen.

Berlin ist mit Großgeräten übertversorgt. So befinden sich bis zum 31.3.1993 (vgl. 10.6.3):

1 Computertomograph (CT) auf 52.000 E.

1 Kernspintomograph (NMR) auf 243.000 E.

1 Linksherzkathetermeßplatz (LHM) auf 170.000 E.

1 Linerbeschleuniger auf 213.000 E.

Zudem ist eine Konzentration dieses Großgerätepotentials auf die sechs Berliner Kernbezirke, wie Mitte, Wedding, Tiergarten etc., festzustellen.

### **Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung**

Die KV sieht ihre Aufgabe im Großgeräteausschuß wie folgt:

- Sicherung der ambulanten Versorgung mittels Großgeräte-Diagnostik und -Therapie



- Erarbeitung von nachvollziehbaren Richtlinien für die Planung von Großgeräten, wobei die Untersuchungsfrequenzen allein nicht die zentrale Rolle spielen sollen und auch keine "break-even points", die im Zusammenhang mit Abstufungen zunehmend diskutiert werden. Wichtiger ist das Verhältnis Untersuchungsfrequenz zur Anzahl der interventionellen Konsequenzen.  
Erklärt sei dies am Beispiel eines Linksherzkathetermeßplatzes: Ein LHM scheint mit 1 500 Untersuchungen pro Jahr ausgelastet. Beträgt der Anteil der interventionellen Konsequenzen, wie Bypaß-Operation oder Ballondilatation, aber nur 10 %, so arbeitet der zwar ausgelastete LHM medizinisch ineffektiv. Zu viele Untersuchungen werden mit einem sogenannten "0-Resultat" durchgeführt. Ein derartiges Bedarfsplanungsprinzip ist für alle Großgeräte anwendbar und hätte von den Mitgliedern des Großgeräteausschusses schon früher eingesetzt werden sollen. Ein derartiges Vorgehen impliziert eine qualitative Verbesserung der Großgeräte-Untersuchungen durch Verhinderung einer medizinisch nicht erforderlichen Mengenausweitung.
- Beachtung von Qualitätskriterien und Kontrolle der Einhaltung
- Sachgerechte Verteilung der Standorte über anstehende Ersatzbeschaffungen. Dieser Prozeß wird lange dauern und erfordert politisches Durchhaltevermögen.

Die Vertreter der KV werden auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben und unter Beachtung des budgetierten Honorars für die ambulante Medizin mit beitragen, die Großgeräte auf eine vernünftige Basis zu stellen. Somit soll auch in diesem Bereich einer qualitativ und quantitativ vernünftigen ambulanten Medizin der Weg bereitet werden.

#### 7.2.4 Ambulantes Operieren

Ambulante, durch niedergelassene Ärzte durchgeführte Operationen gibt es schon seit geraumer Zeit. Jedoch spielte bis vor wenigen Jahren die ambulante Chirurgie durch niedergelassene Ärzte, gemessen an der Zahl und gewichtet nach der Komplexität der Eingriffe, keine wirklich bedeutende Rolle. Erst die Fortschritte der ambulanten Narkosetechniken haben den Durchbruch der ambulanten Chirurgie zu einem tragenden Pfeiler der medizinischen Versorgung herbeigeführt.

Drei Faktoren sind äußere Zeichen dieser Entwicklung:

- die zunehmende Anzahl ambulant operativ tätiger niedergelassener Ärzte
- die wachsende Komplexität ambulant durchgeführter Operationen
- die Schaffung neuer Formen ärztlicher Kooperation auf dem Gebiet der ambulanten operativen Medizin.

#### Zunehmende Anzahl ambulanter Operationen durch niedergelassene Ärzte

Die Zahl der ambulant operativ tätigen Ärzte hat sich in allen Fachrichtungen vervielfacht. Das Ausmaß dieses Zuwachses ist in den einzelnen Fächern unterschiedlich. Der größte Anstieg ambulant operierender Ärzte ist in der Gynäkologie sowie in der Orthopädie zu verzeichnen, wobei im ersten Fall wohl die ambulanten Schwangerschaftsabbrüche und laparoskopischen Eingriffe, im letzteren die starke Zunahme arthroskopischer Operationen ursächlich sein dürfte.

Weniger stark zugenommen hat dagegen z.B. die Anzahl ambulant operierender HNO-Ärzte sowie operativ tätiger Urologen. Als Anhaltspunkt können die in der von der KV Berlin herausgegebenen Broschüre "Ambulante Chirurgie in Berlin" genannten Zahlen dienen:

Gynäkologie	- 107	ambulant operativ tätige Ärzte
Orthopädie	- 40	ambulant operativ tätige Ärzte
Augenheilkunde	- 24	ambulant operativ tätige Ärzte
Chirurgie	- 80	ambulant operativ tätige Ärzte
HNO	- 22	ambulant operativ tätige Ärzte
Urologie	- 12	ambulant operativ tätige Ärzte
Kinderchirurgie	- 3	ambulant operativ tätige Ärzte

### **Wachsende Komplexität ambulanter Operationen**

Durch die Ausführung auch komplexer oder größerer traumatologischer Eingriffe, wie z.B. mikrochirurgische Katarakt- oder Mittelohroperationen und durch die Entwicklung besonders schonender und effizienter Operationsabläufe haben die ambulant operierenden niedergelassenen Ärzte die medizinische Entwicklung auf diesem Gebiet entscheidend mitgeprägt.

Um den hohen Standard dieser Entwicklung weiterhin zu gewährleisten, hat sich in Berlin die fachübergreifende "Arbeitsgemeinschaft Ambulante Chirurgie" gegründet, welche im Verein mit dem neu eingerichteten Ausschuß "Ambulante Chirurgie und Belegarztwesen" der Berliner KV entsprechende Qualitätsnormen erarbeitet.

### **Neue Formen ärztlicher Kooperation**

Entscheidenden Anteil an der Durchführbarkeit der ambulanten Chirurgie in größerem und gesundheitspolitisch wesentlichem Ausmaß haben die von Vertragsärzten (meist Anästhesisten) geleiteten 13 Operationszentren Berlins. Sie bieten personell, räumlich und technisch einen den Krankenhäusern vergleichbaren Standard, vor allem auch in Bezug auf die Sicherheit der Patienten. Bis zu 40 Eingriffe der verschiedensten Fachdisziplinen können täglich in diesen Zentren durchgeführt werden.

## **7.2.5 Onkologische Versorgung**

In Berlin findet in zunehmendem Maße eine außerstationäre Versorgung von Krebspatienten statt, die in früheren Jahren auf das Krankenhaus angewiesen waren. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich aus der steigenden Zahl von an Krebs erkrankten Patienten in Berlin: Es ist von mindestens 8.000 Patienten jährlich auszugehen, die an Krebsleiden versterben. Durchschnittlich vergehen zwischen Diagnose und Tod 18 Monate.

Die Kapazitäten der stationären Versorgung dieser Patienten sind begrenzt: Vier Häuser der Regelversorgung mit Schwerpunktabteilungen und die Universitätsklinik.

Durch den ständig steigenden Standard v.a. der ambulanten bildgebenden und endoskopischen Diagnostik, die häusliche Krankenpflege, die Verfügbarkeit von retardierten Opiaten für die vereinfachte Behandlung auch schwerer Schmerzen und die engmaschige Zusammenarbeit mit an der Behandlung beteiligten stationären Einrichtungen sowie ambulanten Bestrahlungseinrichtungen ist die ambulante palliative Versorgung der Patienten in ständig steigender Qualität und Dichte möglich geworden.

In Berlin bestehen derzeit 86 onkologische Schwerpunktpraxen zur ambulanten Krebsversorgung. Diese Ärzte haben sich in Spezialabteilungen von Krankenhäusern, in denen sie zuvor tätig waren, besondere vertiefte Kenntnisse der Krebsbehandlung erworben. Sechs hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxen widmen sich nahezu ausschließlich der Krebsbehandlung und führen insbesondere die sehr aufwendige Polychemotherapie ambulant durch. Daneben übernehmen 80 Schwerpunktpraxen von

Gynäkologen, Urologen, Lungenärzten etc. besondere Aufgaben der ambulanten Krebsversorgung, die sich für ihre Fachgebiete ergeben. Sie widmen dieser Tätigkeit, die sie neben ihrer regulären Fachtätigkeit ausführen, nach eigenen Angaben ca. 20 % ihrer Sprechzeit. Die zahlenmäßige Zusammensetzung dieser Praxen gibt in etwa ein Abbild der Häufigkeit der wichtigsten Krebsarten (Brustkrebs, Prostatakrebs, Blasenkrebs, Lungenkrebs etc.).

Eine im April/Mai 1993 durchgeführte Befragung der Ärzte in den Schwerpunktpraxen ergab, daß die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Krankenhausabteilungen fast ausnahmslos als zufriedenstellend beurteilt wird und daß in der Regel Patienten, die ambulant nicht mehr ausreichend zu versorgen sind, problemlos ohne Verzug in die stationäre Pflege übergeben werden können. In der Regel wird jedoch im Einvernehmen mit Patienten und Angehörigen angestrebt, daß die Kranken zu Hause gepflegt werden können und daß auch das bevorstehende Versterben nicht zum Anlaß der Krankenhauseinweisung wird. Als Gründe der Einweisung werden am häufigsten fehlende Pflegekapazitäten seitens der Angehörigen und der Pflegedienste genannt. Die medizinischen Notwendigkeiten von Krankenhauseinweisungen beschränken sich jedoch auf die immer seltener werdenden Fälle, in denen die Schmerzbehandlung ambulant nicht ausreichend zu führen ist oder in denen spezielle operative Eingriffe erforderlich werden.

Seit einem Jahr existiert als Modell eine besondere ambulante Finalversorgung von Patienten, deren Versterben nicht mehr aufzuhalten ist: Im Rahmen einer hochspezialisierten hämatologisch-onkologischen Spezialpraxis konnte ein fahrender ärztlicher Dienst zur ausschließlichen Versorgung präfinaler Patienten eingerichtet werden. Durch Versorgung mit Infusionen, engmaschige Überwachung der Schmerztherapie, der Pflege etc. gelingt es in hohem Maße, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Den Patienten wird es ermöglicht, ihre letzten Tage und Stunden in der vertrauten Umgebung zu verbringen. Diesen Dienst nehmen umliegende Praxen für ihre Patienten in Anspruch.

Eine Abschätzung ergibt, daß jede der 86 onkologischen Schwerpunktpraxen im Mittel nicht weniger als ca. 50 Krankenhauspflegetage pro Quartal einspart. Daraus ergibt sich eine jährliche Einsparung von ca. 17.200 Pflgetagen.

Zur Bündelung, Förderung und Qualitätssicherung der ambulanten Onkologie besteht eine ONKOLOGIE-KOMMISSION der KV Berlin.

Es besteht eine regelmäßig tagende TUMORKONFERENZ FÜR NIEDERGELASSENE Vertragsärzte, die der gegenseitigen Beratung bei "Problemfällen" der Qualitätssicherung und der Fortbildung dient.

## 7.2.6 Polamidon/Aids

### Epidemiologische Stellung Berlins (vgl. 3.2)

Bis zum 31.3.1993 waren dem Bundesgesundheitsamt insgesamt (alte und neue Länder) 56 956 HIV-Infektionen und 9 697 Aids-Fälle gemeldet.

In Berlin sind 9.087 HIV-Infektionen und 2 034 Aids-Fälle gemeldet. Pro Quartal treten durchschnittlich ca. 300 neue HIV-Infektionen auf und circa 200 HIV-Infizierte erreichen das Endstadium Aids. Berlin hat mit etwa 4 % der BRD-Bevölkerung also 16 % aller HIV-Infizierten und 21 % aller Aids-Fälle zu versorgen.

Diese Sonderstellung Berlins hängt damit zusammen, daß überproportional die beiden Hauptrisikogruppen homosexuelle Männer und Heroinabhängige in der Bevölkerung vertreten sind. Darüber hinaus übt Berlin wegen seines gut ausgebauten ambulanten Aids-Versorgungssystems eine ständige An-

ziehungskraft auf Angehörige beider Risikogruppen aus den anderen Bundesländern aus. So werden hier z.B. mehr aidskranke Drogenabhängige aus Nordwürttemberg versorgt als in Nordwürttemberg selbst.

Da die Infektion überwiegend im Alter zwischen 20 und 40 Jahren auftritt, sind erhebliche Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit schon jetzt zu verzeichnen, da in Berlin-West jeder 70. Arbeitnehmer HIV-infiziert ist.

### **Ambulante Versorgung**

Im Arbeitskreis AIDS Berliner Ärzte arbeiten ca. 60 niedergelassene Ärzte, die sich mit der Behandlung HIV-Infizierter und Aids-Kranker befassen. Die Spezialisierung der niedergelassenen Ärzteschaft und die enge Kooperation mit spezialisierten Krankenhausabteilungen (Schöneberger Modell, Modell Prenzlauer Berg) führten dazu, daß die durchschnittlichen Liegezeiten für Aids-Kranke in Berlin deutlich kürzer sind als in anderen Bundesländern.

HIV-infizierte Drogenkonsumenten werden von 140 niedergelassenen Ärzten versorgt. Lange Zeit problematisch war es, diese Patienten zur stationären Therapie einzuweisen, da keine spezialisierte Abteilung vorhanden war und von allen Berliner Krankenhäusern heftiger Widerstand entwickelt wurde, diese ohne Zweifel schwierige Klientel stationär zu behandeln. So mußten anfangs die einweisenden Ärzte am Wochenende ihre Patienten in der Klinik mit Polamidon versorgen, da die Krankenhausabteilungen dazu nicht in der Lage waren. Mit dem Fall der Mauer hat die Infektionsabteilung des Krankenhauses am Prenzlauer Berg die Versorgung dieser Patienten übernommen.

Berlin hat heute ein gut organisiertes System zur medizinischen Versorgung HIV-infizierter Drogenabhängiger in Deutschland. Obwohl inzwischen durch die niedergelassenen Ärzte mehr Drogenabhängige behandelt werden als im Rahmen der Abstinenztherapie, fehlt es an allen Einrichtungen, die nötig wären, die soziale und berufliche Wiedereingliederung der oft jahrzehntelang arbeitslosen Abhängigen zu trainieren. Für die am Anfang der Substitution oft wohnungslosen Patienten bedürfte es einer kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeit jenseits des Alkoholikerghettos der Pensionen. Um die ausbildungs- und arbeitslosen Substituierten (wieder) an geregelte Arbeitsabläufe zu gewöhnen, bedürfte es einer speziellen Einrichtung, wo außerhalb des Arbeitsmarktes stundenweise arbeiten gelernt werden kann.

Das Medizinische Versorgungssystem für HIV-Infizierte in Berlin stellt sich insgesamt wie folgt dar:

- 60 niedergelassene Ärzte mit Spezialisierung; davon 6 Schwerpunktpraxen
- 140 methadonsubstituierende Ärzte
- 3 spezialisierte Hauskrankenpflegeorganisationen (HIV e.V., ad hoc, Felix)
- 3 Tageskliniken (AVK, RVK, Prenzlauer Berg)
- 4 spezialisierte Kliniken (AVK, RVK, Klinikum Steglitz, Prenzlauer Berg)
- Spezialeinrichtungen für HIV-infizierte Schwangere und Kinder im RVK
- geplant ist ein "Lighthouse" zur Versorgung sterbender und hirnanorganisch gestörter Aids-Patienten.

### **Aktuelle Probleme**

80 % aller Berliner HIV-Patienten werden in nur sechs Schwerpunktpraxen versorgt. Der regelmäßige Besuch einer solchen Praxis ist gleichbedeutend mit der ungewollten Offenbarung der Erkrankung. Um dieses Behandlungsghetto aufzulösen, sollten in Zukunft die hausärztlich tätigen Allgemeinärzte und Internisten ihre HIV-Patienten zumindest in den Jahren versorgen, in denen noch keine Erkrankungen auftreten, die eines erfahrenen Spezialisten bedürfen.

### Folgen der Neuregelungen durch das Gesundheits-Strukturgesetz 1993

Vertreter (Urlaub, Krankheit) für niedergelassene Ärzte müssen in Zukunft Fachärzte sein. Der HIV-spezialisierte Krankenhausarzt ohne Facharztausbildung scheidet damit als Vertreter der HIV-Schwerpunktpraxis aus. Andere, in der Behandlung von Aids-Kranken erfahrene Ärzte gibt es aber nicht

Die außerordentlich hohen Kosten für die medikamentöse Versorgung Aids-Kranker und das GSG-Arzneimittelbudget führen in der Tendenz dazu, die mühsam in den ambulanten Bereich verlagerte Therapie wieder in die Klinik zu verlagern (Verlagerung der Kosten vom niedergelassenen Arzt in die Klinik). Nach Aufstellungen der Krankenkassen werden in den HIV-Schwerpunktpraxen Berlins durchschnittlich 3.000,- DM/Quartal für jeden Aids-Kranken allein an Medikamenten verordnet. Das entspricht 12 000,- DM pro Jahr. Der Durchschnitt für die medikamentöse Verordnung bei Allgemeinärzten und Internisten beläuft sich auf 400,- DM pro Jahr und Patient.

Da ein Fünftel aller Aids-Patienten der Bundesrepublik Deutschland in Berlin versorgt werden, hat die Berliner Vertragsärzteschaft diese exorbitanten Medikamentenkosten an ihren anderen Patienten einzusparen oder aber bei Budgetüberschreitung aus eigener Tasche zu zahlen.

### 7.3 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 7.1: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zum 1.1.1993 in Berlin-West
- Tabelle 7.2: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zum 1.1.1993 in Berlin-Ost
- Tabelle 7.3: Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrichtungen und Krankenhausfachambulanzen zum 1.1.1993 in Berlin-Ost nach Fachgebieten
- Tabelle 7.4: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - Berlin-West nach Bezirken am 18.8.1993
- Tabelle 7.5: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - Berlin-Ost nach Bezirken am 18.8.1993
- Tabelle A 7.1: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte 1982 - 1993 (Stand: 1.1.) in Berlin-West - Teilnahmeform: Zulassung (KV Berlin)
- Tabelle A 7.2: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte 1982 - 1993 (Stand: 1.1.) in Berlin-West - Teilnahmeform: Zulassung und Ermächtigung (KV Berlin)
- Tabelle A 7.3: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - 1980, 1985 - 1991 (Stand: 31.12) und 1993 (Stand: 18.8.) in Berlin



*KAPITEL*

**8**

*AMBULANTE PFLEGERISCHE  
VERSORGUNG*

## 8.1 Sozialstationen

Die Sozialstationen sind in Berlin zu einem festen Begriff geworden, mit dem Bürger und Bürgerinnen die Vorstellung eines verlässlichen, jederzeit verfügbaren, flächendeckenden und qualifizierten Angebots von häuslicher Krankenpflege, Haus- und Altenpflege, Familienpflege sowie sozialer und psychosozialer Beratung verbinden.

Die Kernangebote der Sozialstationen richten sich insbesondere auf:

- Betreuung von kranken, älteren oder behinderten Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung
- Verkürzung und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Erhalt, Rückgewinnung oder weitergehende Wiederherstellung der Selbständigkeit
- Betreuung von Kindern in deren Häuslichkeit.

Die Zahl der geförderten Sozialstationen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin hat sich im Jahre 1992 auf 117 erhöht.

Davon bieten 45 Sozialstationen im Ost- und 72 im Westteil der Stadt Bürgern Pflege und Versorgungsleistungen an. Für die ambulante Versorgung von AIDS-Kranken stehen zusätzlich zwei spezielle Pflegedienste zur Verfügung.

### 8.1.1 Häusliche Krankenpflege

In den 117 geförderten Sozialstationen und speziellen Pflegediensten wurden im Jahresdurchschnitt 1.287 Pflegefachkräfte mit einem festen Anstellungsverhältnis beschäftigt, davon 84 % Krankenschwestern/-pfleger, 7 % staatlich examinierte Altenpfleger/-innen und 9 % Krankenpflegehelfer/-innen. Zusätzlich wurden im Jahresdurchschnitt 303 Aushilfskräfte mit vorstehend genannter Qualifikation eingesetzt.

Von allen Pflegefachkräften wurde im Jahr 1992 eine Gesamtarbeitszeit von 1.979.587 Stunden erbracht

Die Mitarbeiter/-innen betreuten in insgesamt 4.544.632 Einsätzen im Jahr 1992 durchschnittlich 9.279 Patienten im Monat mit häuslicher Krankenpflege. Der prozentuale Anteil der Insulinpatienten betrug 20 %.

Davon wurden im Rahmen der krankenpflegerischen Versorgung von AIDS-Kranken im Jahr 1992 16.362 Einsätze erbracht, von denen 1.000 Einsätze auf die Substitutions- und 2.235 auf die Infusionstherapie entfielen.

An 519 Tagen wurde eine 24-Stunden-Betreuung (Finalstadium) geleistet.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer der Patienten lag bei ca. drei Monaten.

Insgesamt werden monatlich durchschnittlich 40 Patienten betreut, wobei die Hälfte der Klienten über die speziellen Pflegedienste, die übrigen von den Sozialstationen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege betreut wurden.

90 % aller Patienten von Sozialstationen sind älter als 70 Jahre. Hochbetagte, häufig multimorbide Patienten erfordern eine höhere Pflegeintensität. Die Notwendigkeit, mehrmals täglich zu pflegen, hat sich 1992 geringfügig erhöht; 35 % der Einsätze waren Mehrfacheinsätze.



### 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 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 1992 auf 43 gestiegen.

Im Ostteil Berlins wurde 1992 die Übernahme der bezirklich organisierten Hauswirtschaftspflegedienste der Volkssolidarität durch die regional zuständigen Sozialstationen abgeschlossen. Auch die privatgewerblichen Pflegestationen haben ihre Hauspflegedienste weiter ausgebaut.

### 8.1.3 Sozialarbeit

Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erfordert mehr als gute Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Auch angesichts der demographischen Entwicklung wird sich daher künftig das Verständnis von häuslicher Pflege weiterentwickeln müssen, wenn dem Betreuten im Rahmen seiner gegebenen Einschränkungen ein hohes Maß an selbstbestimmter Lebensführung ermöglicht werden soll.

Die Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche zur Finanzierung 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. Als neuer Personenkreis werden zunehmend Zivildienstleistende für ergänzende Hilfen eingesetzt.

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 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 Bezirksamtern oder Krankenhäusern

Der Ausbau wurde 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:

#### **8.1.4.1 Krankenpflegenotfalldienst "Häusliche Krankenpflege rund um die Uhr"**

Seit dem 1.7.1988 besteht der Krankenpflegenotfalldienst der Arbeiterwohlfahrt in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Der Krankenpflegenotfalldienst wird von der Sozialstation der Arbeiterwohlfahrt Charlottenburg-Mitte organisiert und ist in den zwölf westlichen Bezirken Berlins tätig. Insgesamt wurden 1992 526 Einsätze geleistet.

Eine Erweiterung des Dienstes auf den Ostteil der Stadt ist für 1993 vorgesehen, um eine flächendeckende Versorgung in Berlin zu gewährleisten.

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.

### 8.1.4.2 Psychogeriatrische Pflege

Ein hoher Anteil an der Klientel der Sozialstationen ist neben körperlichen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen auch 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. 1992 wurden 13 Projekte mit 24 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.

Im Sommer 1989 konnte ein Projekt "Gerontopsychiatrische Übergangspflege" der Diakoniestation Tempelhof in enger Kooperation mit dem Wenckebach-Krankenhaus die Arbeit aufnehmen.

In Umsetzung des Geriatrie-Rahmenkonzeptes Berlin sind mehrere gerontopsychiatrische Tagesstätten als Ergänzung des Angebotes der Sozialstationen konzipiert worden; wesentliche Impulse hierfür gingen von den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern aus. Von drei Sozialstationen werden tagesstrukturierende Hilfen im Rahmen der Projektarbeit angeboten.

### 8.1.4.3 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 Krankenbetten usw.)

Über diese Versorgungsangebote hinaus gehören stützende Gespräche - auch in Gruppen - 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 Verarbeitung 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.

#### 8.1.4.4 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. Methodische Grundlage bietet das Case-Management; in neueren Veröffentlichungen wird auch von Care-Management gesprochen. 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.

Im Oktober 1992 hat eine weitere Koordinierungsstelle in Pankow die Arbeit aufgenommen; in Friedrichshain startete zum gleichen Zeitpunkt eine Koordinierungsstelle, die derzeit als Modellprojekt im Rahmen des Programmes der Bundesregierung zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger finanziert wird.

Für ein weiteres Projekt, mit dem ein Einstieg in eine Finanzierung auf leistungsrechtlicher Grundlage (Sozialgesetzbuch, Teil V, Bundessozialhilfegesetz) für diese Dienste gefunden werden soll, wurden vorbereitende Arbeiten aufgenommen.

#### 8.1.4.5 Mobilitätshilfendienste

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 Mobilitätshilfdienst 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 Mobilitätshilfdienste, 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	1990:	27.950	Einsätze
1988:	11.500	Einsätze	1991:	35.150	Einsätze
1989:	19.450	Einsätze	1992:	112.300	Einsätze

Im Ostteil der Stadt wurden die Mobilitätshilfdienste zunächst im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) aufgebaut. Träger sind neben den Sozialstationen auch Bezirksämter, die Beratungsstellen für Behinderte, der Berliner Behindertenverband. Mit Auslaufen der ABM wird sich die hohe Zahl der geleisteten Einsätze voraussichtlich nicht halten lassen.

In jedem Bezirk wird jedoch im Laufe des Jahres 1993 jeweils ein bisher über ABM-Mittel finanzierter Dienst vom Land Berlin weitergefördert werden.

#### 8.1.5 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 allen 23 Berliner Bezirken. Eine Zweigstelle wurde 1992 im Ostteil der Stadt, im Bezirk Lichtenberg, eröffnet.

Das Diagnosespektrum der zu betreuenden Kinder betrifft alle Gebiete der Kinderheilkunde, z.B. Neurodermitis, Dermatitis, Verbrühungen, Verbrennungen, Diabetes mellitus, Phenylketonurie, onkologische Erkrankungen, Abszesse, Thalassämieerkrankung, Hüftdysplasie, Leukämie, Hydrozephalus, HIV-positive Kinder, AIDS, Mongolismus, Herzerkrankungen (AV-Kanal). Am häufigsten kommen die Patienten aus dem neuropädiatrischen Bereich, der Endokrinologie und der Dermatologie.

In der häuslichen Kinderkrankenpflege wurden im Jahre 1992 insgesamt 368 Patienten, die 4.851 Einsätze beanspruchten, versorgt. Ca. 50 % der betreuten Patienten waren Kinder mit ausländischer Nationalität.

Der größte Anteil der Patienten wurde aus den Kinderkliniken und Polikliniken in die häusliche Pflege überwiesen.

## **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 101 privaten Pflegeunternehmen (Stand: 1.2.1993) eine Vertragsvereinbarung, davon sind 34 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**

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 Übergangsstellen sind in den Vorschriften nur wenig definiert.

Die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgungssysteme haben sich deshalb weitgehend nebeneinander entwickelt. Aufgrund der Unterschiede müssen dort Übergänge und Bindeglieder geschaffen werden, wo sich negative Auswirkungen ergeben haben. In diesem Zusammenhang hat der Senat am 7.7.1992 das Geriatrie-Rahmenkonzept Berlin beschlossen. Das vorgelegte Konzept soll dazu beitragen, Lücken in Kooperation der Betreuungssysteme und der Versorgungsstruktur kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen insgesamt herauszuarbeiten und zu schließen und das Zusammenspiel von gesundheitlicher und sozialer Versorgung zu verbessern.

Das Geriatrie-Rahmenkonzept Berlin hat die Aufgabe, Förderungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen in Berlin neu zu regeln, auszubauen und einem veränderten Bedarf anzupassen. Sein Ziel liegt in einer lückenlosen, bedarfsgerechten geriatrischen Betreuung. Einen besonderen Stellenwert hat dabei der Umbau des Betreuungssystems im Ostteil der Stadt.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland steht im ambulanten und stationären Bereich traditionell ein somatisch orientiertes und kuratives Medizinverständnis im Vordergrund. Erst langsam gewinnen psychosomatische, 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.

Der ambulante Bereich des Gesundheitswesens wird durch die kassenärztliche Versorgung geregelt. 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 gleich wichtig 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 Senatschancen 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 Wenckeback-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 geöffnet ist.

(Quelle: SenSoz)



*KAPITEL*

*9*

*AMBULANTE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN  
IN KOMMUNALER/STAATLICHER TRÄGERSCHAFT  
IN DEN ÖSTLICHEN BEZIRKEN BERLINS*

## 9.1 Ambulante Gesundheitseinrichtungen in kommunaler/staatlicher Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins

Auch im Jahre 1992 ist der Umstrukturierungsprozeß der ehemals staatlichen ambulanten Gesundheitseinrichtungen weiter vollzogen worden. Immer mehr Ärzte haben sich in eigenen Arztpraxen niedergelassen. Am 31.12.1992 waren rund 91 % der ambulant tätigen Ärzte in Berlin-Ost selbständig tätig.

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Einrichtungen reduzierte sich von 2.198, darunter 475 Ärzte, am 31.12.1991 auf 527, darunter 167 Ärzte, am 31.12.1992 (vgl. Kapitel 12).

Bis zum 31.5.1992 waren alle verbliebenen ambulanten Gesundheitseinrichtungen mit angestellten Ärzten in Trägerschaft der östlichen Bezirksämter Berlins.

Durch die Förderung der Niederlassung von Ärzten in freier Praxis, die laut Einigungsvertrag maßgebliche Träger der ambulanten Versorgung sind, veränderte sich das Profil der Polikliniken und Ambulatorien entscheidend.

Mit der Gründung des landeseigenen Betriebes "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" (GSZB) ist - bis auf wenige Einrichtungen in noch bezirklicher Trägerschaft - der Prozeß der Umstrukturierung der staatlichen Gesundheitseinrichtungen der ehemaligen DDR weitgehend abgeschlossen.

Das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) vom 21.12.1992 sichert den am 1.10.1992 bestehenden ärztlich geleiteten Gesundheitseinrichtungen die unbefristete Zulassung zur ambulanten Versorgung kraft Gesetzes unter der Voraussetzung einer ordnungsgemäßen und wirtschaftlichen Tätigkeit.

## 9.2 Betrieb "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" (GSZB)

Auf Beschluß des Abgeordnetenhauses von Berlin vom 12.3.1992 wurden 13 bezirklich geführte Polikliniken und Ambulatorien in einer nichtrechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts, die als überbezirklicher Betrieb nach §26 Landeshaushaltsordnung geführt wird, zusammengefaßt. Der Betrieb "Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin" (GSZB) nahm zum 1.6.1992 seine Tätigkeit auf. Er ist der Senatsverwaltung für Gesundheit nachgeordnet.

Am 31.12.1992 waren in dem Betrieb GSZB 336 Beschäftigte, darunter 107 angestellte Ärzte, tätig.

Die in einer Geschäftsordnung festgelegte Aufgabenstellung lautet:

- Erbringung von Leistungen im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung
- Vermietung von Grundstücken, Gebäuden und Räumen an selbständig tätige Medizinal- und Medizinalfachpersonen, medizin- und gesundheitsnahe und -verwandte Gewerbe, Dienstleistungsunternehmen, Dienststellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Anbieter sozialer komplementärer Beratungs- und Versorgungsleistungen
- fachliche und betriebswirtschaftliche Consulting.

Mit dieser Aufgabenstellung besteht die Möglichkeit, in einer neuartigen Symbiose zwischen dem

Gesundheitssystem in den Altbundesländern und dem staatlich-zentralistischen Gesundheitssystem der ehemaligen DDR eine bürgerfreundliche zentrierte und damit auf Dauer nicht nur wirtschaftliche, sondern auch kostendämpfende gesundheitliche Versorgung zu schaffen, mit zusätzlichen sozialkomplementären Angeboten anzureichern und im Hinblick auf die Entwicklung in der Europäischen Gemeinschaft ein für die Bundesrepublik Deutschland notwendiges und effektives Modell der ambulanten medizinischen Versorgung aufzubauen und weiterzuentwickeln.

In der Vorbereitungsphase wurde bei der Senatsverwaltung für Gesundheit die Stabsgruppe "Beauftragter für ambulante Einrichtungen" gebildet, die zunächst den Leitungsbereich sowie die zentralen und dezentralen Strukturen der einzelnen Betriebsstätten zu entwickeln hatte.

Wichtige Voraussetzung für die Errichtung des erwerbswirtschaftlich zielgerichteten Betriebes war der Aufbau des kaufmännischen Rechnungswesens, der Buchführung und der Kostenrechnung. Hier war die Schulung von Mitarbeitern notwendig sowie eine körperliche Bestandsaufnahme und Bewertung des Anlagevermögens. Für diese Zwecke werden spezielle Beratungs- und Dienstleistungen als Fremdleistungen in Anspruch genommen. Aufgrund der von der Senatsverwaltung für Gesundheit geführten Verhandlungen wird der Großteil der hierfür anfallenden Kosten durch beantragte Zuschüsse des Bundes (ca. 600.000 DM) gedeckt werden; die restlichen Kosten sind bereits in den fortgeschriebenen Wirtschaftsplänen 1992 veranschlagt, die ab 1993 anfallenden Kosten sind ebenfalls im Wirtschaftsplan berücksichtigt und werden vom Betrieb getragen.

Für die folgenden 13 Betriebsstätten wurden bis Ende 1992 die Terminarbeiten (körperliche Bestandsaufnahme) abgeschlossen, die bisherigen bezirklichen Wirtschaftspläne geschlossen und die Betriebsstätten wirtschaftlich planmäßig auf den Betrieb überführt:

- Gesundheitszentrum Am Tierpark (Lichtenberg)
- Poliklinik "Dr. Karl Kollwitz" (Prenzlauer Berg)
- Poliklinik "Haus der Gesundheit" (Mitte)
- Ambulatorium Schillingstraße (Mitte)
- Poliklinik Wisbyer Straße (Prenzlauer Berg)
- Poliklinik Eldenaer Straße (Prenzlauer Berg)
- Poliklinik "Ernst-Ludwig-Heim" (Marzahn)
- Poliklinik Adlergestell (Treptow)
- Poliklinik am Krankenhaus Köpenick (Köpenick)
- Poliklinik am Krankenhaus Weißensee (Weißensee)
- Gesundheitszentrum Rudolfstraße (Friedrichshain)
- Gesundheitszentrum "Frederic Joliot Curie" (Friedrichshain)
- Klinikum Berlin-Buch (Pankow)

Die zentralen Bereiche des Betriebes werden schrittweise mit der Übernahme des Verwaltungspersonals aus den Betriebsstätten aufgebaut. Die Geschäftsleitung und Abteilungsleitungen sind vorläufig bestimmt. Zu den zentralen Bereichen gehören die Gruppen Personal, Organisation, Leistungsabrechnung, Finanz- und Rechnungswesen, Einkauf, Hausverwaltung und technische Dienste. In den größeren Betriebsstätten sind je eine Verwaltungskraft und - je nach Bedarf - örtliches technisches Personal eingesetzt.

Zur Herstellung einer wirtschaftlichen Gesamtbetriebsführung waren notwendige strukturelle Maßnahmen in den Einrichtungen durchzuführen.

In den 13 Betriebsstätten sollen die bisher tätigen Ärzte ihren Aufgaben weiter gerecht werden können, ohne daß dabei

- gewachsene Arzt-Patienten-Beziehungen gefährdet werden

- Ärzte, Zahnärzte und Medizinalfachpersonal - ohne Berücksichtigung ihrer spezifischen biografischen und demografischen Merkmale - gegen ihren Willen in die Niederlassung oder Arbeitslosigkeit gedrängt werden
- vermeidbare Arbeitslosigkeit unter dem ärztlichen und zahnärztlichen Assistenzpersonal und anderen Mitarbeitern in Gesundheitsberufen verursacht wird
- der in den ehemaligen Haupthäusern der Polikliniken bestehende Standortvorteil eines vielfältigen ärztlichen und nichtärztlichen Versorgungsangebotes an einem zentralen Ort aufgegeben wird.

Dementsprechend wurden konzeptionell drei Betriebsmodelle entwickelt:

- In vier Betriebsstätten (Poliklinik "Haus der Gesundheit", Gesundheitszentrum "Frederic Joliot Curie", Poliklinik Adlergestell und Klinikum Berlin-Buch) werden ausschließlich angestellte Ärzte tätig sein.
- In zwei Betriebsstätten (Gesundheitszentrum Am Tierpark und Poliklinik Eldenaer Straße) haben sich die verbleibenden Ärzte für die Niederlassung entschieden.
- In den übrigen Betriebsstätten sind angestellte und niedergelassene Ärzte nebeneinander - jedoch weitestgehend nach Fachdisziplinen differenziert - tätig.

Ergänzend findet sich in den meisten Einrichtungen ein komplementäres Angebot von gesundheitlichen, sozialen und anderen beratenden und betreuenden Leistungsträgern, darunter auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes, "unter einem Dach". Neben Ärzten verschiedener Fachrichtungen gibt es in den umstrukturierten Einrichtungen auch vielfältige komplementäre Angebote, z.B. Sozialstationen, gewerbliche Anbieter häuslicher Krankenpflege, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen (Krankenwohnungen), Apotheken, Optiker, Hörgeräteakustiker, Labore, Physiotherapie, Zahntechnik, Orthopädiotechnik, Behindertenfahrschule, Beratungsstellen und Krankenkassen.

In einigen Betriebsstätten gibt es noch wenige freie Flächen, die für Arztpraxen oder gesundheitlich- und sozial-komplementäre Leistungsanbieter zur Verfügung stehen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat in der Geschäftsanweisung dem Betrieb ferner die Aufgabe eines fachlichen und betriebswirtschaftlichen Consultings für die noch bezirklich geleiteten Resteinrichtungen zugewiesen.

Die Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch § 311 SGB V gesichert.

Die in die Zukunft reichende Entwicklung mit Modellcharakter ist vorstehend dargelegt. Der Senat behält sich jedoch vor, laufend zu prüfen, ob die Fortführung des Betriebes auch in nichtstaatlicher Trägerschaft möglich ist.

### 9.3 Zur Situation des kommunalen ambulanten Gesundheitswesens

Die Bezirke *Mitte*, *Prenzlauer Berg* und *Weißensee* verfügen nicht mehr über bezirksgeleitete Einrichtungen.

Im Bezirk *Hellersdorf* verbleiben an drei Standorten ärztliche Angebote für Innere Medizin, Dermatologie und Allgemeinmedizin.

Im Bezirk *Pankow* verbleiben drei Standorte mit den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Diabetologie, Rheumatologie, HNO, Dermatologie, Stomatologie, Radiologie und Physiotherapie.

Der Bezirk *Lichtenberg* hat einen Standort.

Im Bezirk *Hohenschönhausen* stehen an vier Standorten folgende ärztliche Angebote zur Verfügung: Allgemeinmedizin, Diabetologie/Innere Medizin, Dermatologie, Pädiatrie und Physiotherapie.

Im Bezirk *Treptow* werden an vier Standorten Diabetologie, HNO, Rheumatologie und Röntgenologie angeboten.

Im Bezirk *Friedrichshain* verbleibt ein Standort mit Dermatologie.

Im Bezirk *Marzahn* verbleiben an drei Standorten ärztliche Angebote für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, HNO, Orthopädie, Radiologie, Pulmologie und Diabetologie.

Der Bezirk *Köpenick* verfügt an acht Standorten über ärztliche Angebote für Allgemeinmedizin, Innere Medizin/Diabetes, Röntgenologie, Zahnheilkunde und Pädiatrie.

Es bleibt abzuwarten, ob die bezirklichen Einrichtungen die für 1993 zu erwartenden notwendigen Ersatzbeschaffungen, Mietsteigerungen, Tarifierhöhungen, Kosten im Zusammenhang mit dem - nach Berliner Haushaltsrecht erforderlichen - Aufbau eines kaufmännischen Rechnungswesens erwirtschaften können.





**KAPITEL**

**10**

**KRANKENHÄUSER 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)**  
sind Krankenhäuser Einrichtungen, die
  - der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen
  - fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten
  - mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet sind, 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 denen
  - die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Von Krankenhäusern zu unterscheiden sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V.

### Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10.4.1990:

Krankenhäuser werden nach Art und der Trägerschaft eingruppiert in

- *Hochschulkliniken* im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes
- *Plankrankenhäuser*, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind
- *Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag* nach § 108 Nr. 3 SGB V, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind
- *sonstige Krankenhäuser*, die nicht in die oben genannten Kategorien und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören
- *öffentliche Krankenhäuser*, die von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften und Zweckverbänden oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder unterhalten werden
- *freigemeinnützige Krankenhäuser*, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden
- *private Krankenhäuser*, die als gewerbliches Unternehmen einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) bedürfen.

### Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind abgegrenzte und von Ärzten mit Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung 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 (vgl. Vorbemerkung). 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.

Als **Planbetten** werden ausgewiesen:

- a) für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind: die Zahl der im Jahresdurchschnitt ordnungsbehördlich genehmigten Betten
- b) für Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind: 0 Betten.

Krankenhausbetten werden nach der Art der Förderung unterschieden:

- nach dem *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) gefördert: Betten, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden
- nach dem *Hochschulbauförderungsgesetz* (HBFG) gefördert: Betten, die bei Bewilligung der Fördermittel nach dem HBFG (§ 1) zugrunde gelegt werden
- *sonstige Betten*: Betten, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, für die das Krankenhaus aber keine Fördermittel erhält.
- **Aufgestellte Betten**  
sind alle Betten, die im Krankenhaus betriebsbereit aufgestellt sind, unabhängig von der Förderung. Nicht einzubeziehen sind Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen.

#### **Bettenausstattung**

Gemäß KHStatV: *Jahresdurchschnittswert* der Plan- bzw. aufgestellten Betten, die der vollstationären Behandlung dienen.

#### **Patientenzugang**

Fallzahl der vollstationär aufgenommenen Patienten einschließlich der Stundenfälle. Der Patientenzugang ergibt sich aus

- Aufnahmen in das Krankenhaus von außen
- Verlegungen aus anderen Krankenhäusern
- Stundenfälle innerhalb eines Tages
- Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses.

#### **Patientenabgang**

Nachweis aller aus vollstationärer Behandlung entlassenen Patienten einschließlich der Stundenfälle und der Verlegungen in den teilstationären Bereich des Krankenhauses. Dazu zählen

- Entlassungen aus dem Krankenhaus
- Verlegungen in andere Krankenhäuser
- Verlegungen innerhalb des Krankenhauses
- Patientenabgang durch Tod.

#### **Fallzahl**

Zahl der im Krankenhaus durchschnittlich behandelten Patienten.

Sie wird nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Zugang} + \text{Abgang (ohne Stundenfälle)}}{2}$$

#### **Verweildauer**

gibt Auskunft darüber, wieviele Tage ein Patient durchschnittlich im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung liegt. Sie wird berechnet aus den Pflagetagen und der Fallzahl der Einrichtung bzw. der Fachabteilung:

$$\text{Verweildauer} = \frac{\text{Anzahl der Pflgeetage}}{\text{Fallzahl}}$$

**Bettenausnutzung**

gibt in % die Auslastung der jeweiligen Betten der Krankenhäuser an:

$$\frac{\text{Pflgeetage} \times 100}{\text{durchschnittlich aufgestellte Betten} \times \text{Kalendertage}}$$

**10.1 Vorbemerkung**

Die Fortschreibung und der Realisierungsgrad des Krankenhaus-Rahmenplans 1991 sowie die Ergebnisse der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) bilden die statistische Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen im Bereich der stationären Krankenversorgung und dienen den an der Krankenhausplanung und -finanzierung beteiligten Institutionen als Grundlage.

Um die Berichterstattung möglichst aktuell und zeitnah zu gestalten, werden im ersten Teil dieses Kapitels das stationäre Versorgungsangebot am 31.12.1992 sowie Elemente des Krankenhausplans 1993 zugrunde gelegt.

Bei der Kommentierung der fachabteilungsbezogenen Angaben ist zu beachten, daß seit 1992 mit der Erfassung der ordnungsbehördlich genehmigten Betten nach der Fachabteilungssystematik der Krankenhausstatistik-Verordnung begonnen wurde. Deshalb ist insbesondere die Zuordnung der Betten nach Abteilungen, die in der bisherigen Systematik nicht explizit ausgewiesen waren (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Nuklearmedizin), noch nicht immer vollständig. Mit den neuen Bettenfestsetzungen für alle Berliner Krankenhäuser ab 1.1.1993 werden diese Umstellungsprobleme weitestgehend bereinigt.

Grundlage des zweiten Teils ist die *Krankenhausstatistik-Verordnung*, die - bezogen auf das Jahr 1991 - Auskunft gibt über die Bewegungsdaten, d.h. Inanspruchnahme (Behandlungsfälle), Leistungen, Verweildauer und Betreuungsdichte. In diesem Bericht für das Jahr 1991 war ein Vergleich mit dem ersten Jahr der Berichterstattung 1990 nur zum Teil möglich, da die Umstellung der Erfassungsmethodik für Krankenhäuser im Ostteil der Stadt nicht durchgängig erfolgen konnte.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde auf die Darstellung der (zwei) Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen und des Bundeswehrkrankenhauses verzichtet.

Die Statistiken über Krankenhäuser sind - wie bereits im Jahresgesundheitsbericht 1991 - nicht enthalten und werden im Rahmen der Zuständigkeit von der Senatsverwaltung für Soziales dargestellt (vgl. auch 8.3 Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung).

**10.2 Das stationäre Versorgungsangebot**

Der Krankenhaus-Rahmenplan 1991 wird zur Zeit konkretisiert und dem veränderten Bedarf angepaßt. Er wird voraussichtlich Ende dieses Jahres dem Parlament zur Kenntnis gegeben.

### 10.2.1 Ziele und Merkmale des Krankenhausplans 1993, Konkretisierung des Krankenhaus-Rahmenplans 1991

Im Jahre 1991, also vor zwei Jahren, hat der Senat von Berlin den Krankenhaus-Rahmenplan 1991 beschlossen. Mit ihm sollten die ersten Grundlagen für ein Zusammenwachsen der Stadt im Krankenhausbereich geschaffen werden; eine Maßnahme, die notwendig war, weil die widernatürliche Teilung der Stadt auch auf diesem Sektor massive unterschiedliche Verhältnisse erwirkt hatte.

Der bauliche Zustand der Krankenhäuser im Ostteil Berlins war als katastrophal zu bezeichnen, die Ausstattung war mangelhaft. Mehrbettzimmer, in denen die Betten so eng standen, daß die Pflege erschwert wurde, waren die Regel. Funktionsbereiche waren in einem unhygienischen Zustand, Medizintechnik und Kommunikationssysteme fehlten in ausreichendem Maße. Insbesondere die Küchen- und Heizungssysteme waren überaltert und entsprachen auch nicht minimalem Standard.

Trotz dieser widrigen Umstände haben die Mitarbeiter in den Krankenhäusern Leistungen erbracht, die Achtung und Anerkennung verdienen. Ihr menschliches Engagement und ihr fachliches Wissen haben über manche Mängel hinweggeholfen.

Im Westteil Berlins hat es dagegen über Jahrzehnte Krankenhausbauprogramme gegeben, die zu einem vergleichbar durchschnittlich guten baulichen Zustand der Krankenhäuser geführt hatten, obwohl auch hier noch viele Wünsche offen sind. Die Bettenausstattung war im Krankenhausplan 1986 geregelt, dessen Festlegungen im wesentlichen unverändert in den Krankenhaus-Rahmenplan übernommen werden konnten.

Für die Häuser im Ostteil der Stadt galt die vorläufige Förderliste, die ihren Wert als erste Bestandsaufnahme hatte, aber gleichzeitig das finanzielle Regelwerk für die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser darstellte.

Der Krankenhaus-Rahmenplan mußte hier korrigierend, zum Teil aber auch einschneidend, vorgehen, was die Reduzierung von Betten, die Schließung von Krankenhäusern und die Erreichung der Trägerpluralität betrifft.

Durch den verstärkten Einsatz sogenannter pauschaler Fördermittel, die etwa das Dreifache dessen ausmachen, was die Krankenhäuser im Westteil der Stadt erhalten, durch die Verlagerung finanzieller Mittel in den Ostteil der Stadt und nicht zuletzt durch die massive Unterstützung des Parlamentes in Berlin ist es in der Zwischenzeit gelungen, beachtenswerte Verbesserungen in den östlichen Krankenhäusern zu erwirken.

Gleichzeitig wurde die Vorarbeit für die weitere Angleichung der Verhältnisse in Berlin geleistet. Für jedes Krankenhaus im Ostteil der Stadt wurde eine Struktur- und Zielplanung erarbeitet, die Grundsanierung aller Häuser oder aber der Neubau wurde planerisch auf den Weg gebracht und durch das Krankenhausinvestitions- und Finanzierungsprogramm bis zum Jahre 2004 abgesichert. Damit wurde zugleich eine bessere regionale Verteilung der Krankenhäuser in Berlin erreicht und die so oft beschworene Versorgungspyramide in Berlin vom Kopf auf die Seite gelegt. Eine starke Veränderung dieser Pyramide wird allein aufgrund des Vorhandenseins dreier Universitätskliniken, d.h. im Klinikum Steglitz, der Charité und dem Universitätsklinikum Rudolf Virchow, sowie bedeutender großer Krankenhäuser wie dem Krankenhaus Buch, dem Krankenhaus Neukölln und weiteren, die über ein Viertel aller zukünftigen Krankenhausbetten in Berlin betreiben, wohl nicht zu erreichen sein.

Ein besonderes Problem stellte im Rahmen der Krankenhausplanung für die nun unbegrenzte Stadt die Krankenhauswanderungsbewegung mit dem Umland und die "historischen" Bewegungen mit dem übrigen Beitrittsgebiet dar. Neben der Entscheidung des Landes Brandenburg, in seinem Krankenhausplan die Versorgung der eigenen "Landeskinder" abzusichern, ist es aber in den letzten beiden Jahren zu einer Vielzahl fruchtbarer Diskussionen mit dem dortigen Ministerium gekommen, die das Miteinander in bestimmten Spezialdisziplinen zur Folge haben.

Nunmehr ist der Zeitpunkt gekommen, an dem die dringendsten Probleme der Krankenhäuser gelöst sind, aber andererseits aufgeschobene allgemeine, strukturell medizinische Fragestellungen angepackt werden müssen. Dies auch im Blick auf die prekäre finanzielle Situation der Krankenkassen, insbesondere in Berlin, deren Grenzen innerhalb Berlins in absehbarer Zeit fallen werden. Patientinnen und Patienten werden vom Jahre 1995 an in Berlin das Krankenhaus ihrer Wahl aufsuchen können.

Die Krankenhausplanung muß deshalb jetzt die Voraussetzungen für die nächsten Jahre schaffen. Dabei muß hingenommen werden, daß weitere Veränderungen, die sich zur Zeit nur erahnen lassen, durch das Gesundheits-Strukturgesetz eintreten werden.

Die umfassenden gesicherten Daten, die die Auswirkungen widerspiegeln, werden jedoch frühestens 1997 vorhanden sein; ebenso wie die Auswirkungen des Wegfalls der leistungsrechtlichen Grenzen im Krankenkassenbereich. Gleiches gilt für eine verbindliche Bevölkerungsprognose.

**Tabelle 10.1: Krankenhäuser und Krankenhausbetten am 31.12.1992 in Berlin nach Trägerbereichen und Fachabteilungen (Krankenhaus-Rahmenplan 1991)**

Krankenhäuser/ Träger	Krankenhausbetten in Fachdisziplinen																sonstige 2)				
	Kranken- häuser insge- samt	insgesamt		Augen- heilkunde	Chirur- gie	Frauen- heilkunde u. Geburts- hilfe	HNO	Haut- u. Geschl.- krank- heiten	Innere Medizin	Kinder- heilkunde u. Jugend- psychiatrie (insg.)	Mund- Kiefer- Gesichts- chirurgie (insg.)	Neuro- chirurgie	Neuro- logie (insg.)	Ortho- pädie	Psychi- atrie	Strahl- thera- pie	Urolo- gie	zusam- men	chronisch		
		zusam- men (insg.)	insgesamt																		
in den Krankenhaus-Rahmenplan aufgenommen	79	37710	26788	555	6244	2580	683	514	10110	1024	254	125	338	1168	7	1216	5010	423	976	5583	5578
gemeinnützige Krankenhäuser	45	12865	8853	61	2633	782	67	-	3850	213	50	-	32	276	-	574	1145	-	265	2817	2817
private Krankenhäuser	10	12729	630	60	154	104	30	-	194	-	-	8	-	45	-	28	144	-	6	455	455
sonstige Krankenhäuser (Bundeswehr/ziviler Bereich)	1	170	170	-	60	-	15	5	50	-	-	-	-	5	-	20	-	-	10	5	-
städtische Krankenhäuser	18	17719	11717	147	2582	1170	333	214	4617	884	204	-	140	557	-	470	3431	143	450	2367	2367
Universitätskrankenhäuser	2	286	286	-	70	-	-	-	186	-	-	-	-	-	7	-	23	-	-	-	-
Universitätskrankenhäuser	3	5441	5112	287	735	524	238	295	1113	777	-	117	166	265	-	123	280	257	245	39	39
nicht in den Krankenhaus- Rahmenplan aufgenommen	16	1340	193	-	34	10	5	-	84	-	-	-	3	-	-	52	302	-	5	845	845
gemeinnützige Krankenhäuser	7	766	84	-	-	-	-	-	84	-	-	-	-	-	-	-	302	-	-	380	380
private Krankenhäuser	9	574	109	-	34	10	5	-	-	-	-	-	3	-	52	-	-	-	5	465	465
Sonderkrankenhäuser (außerhalb des Krankenhaus-Rahmenplans)	8	566	181	-	27	-	-	-	108	-	-	-	-	46	-	-	385	-	-	-	-
gemeinnützige Krankenhäuser	6	332	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	332	-	-	-	-
private Krankenhäuser	1	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-
städtische Krankenhäuser	1	181	181	-	27	-	-	-	108	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-
Krankenhäuser/Einrichtungen insgesamt	103	38616	27142	555	6305	2580	688	514	10302	1824	254	125	341	1214	7	1288	5697	423	981	6528	6523

1) Akut-Betten: alle Betten außer Betten für Chronischkranke, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 2) Bei diesen Abteilungen sind Zuordnungsprobleme zu beachten, die sich aus der Umstellung ab 1992 auf die Fachabteilungssystematik der MSH/IKV ergeben.

(Quelle: SenGes)

Der Senat von Berlin hat sich entschieden, dem Abgeordnetenhaus von Berlin jetzt den konkretisierten Krankenhaus-Rahmenplan 1991 in Form des Krankenhausplanes 1993 vorzulegen.

Jetzt muß die Chance genutzt werden, auf einer neu erstellten Datenbasis die anstehenden Probleme in der Psychiatrie, der Geriatrie, der Pädiatrie und wenigen weiteren Schwerpunkten zu lösen. Damit werden die wesentlichen Voraussetzungen zur Angleichung der Lebensverhältnisse im Krankenhausbereich geschaffen und zugleich Unsicherheiten, insbesondere im Ostteil der Stadt, über die Zukunft der Häuser beseitigt.

Der Planungshorizont wird auf 1998 festgelegt, weit genug, um Sicherheit für Planungsvorhaben zu erhalten und nur so weit, daß angemessen auf die Auswirkungen des Gesundheits-Strukturgesetzes und die Veränderungen im Leistungsrecht reagiert werden kann

### 10.2.2 Erfüllungsgrad des Krankenhaus-Rahmenplans 1991

Ende 1991 wurden in Berlin in 108 Krankenhäusern insgesamt 41.498 Betten (darunter 28.715 "Akutbetten", d.h. ohne Betten für Chronischkranke, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) betrieben. Zwei der insgesamt 83 in den Krankenhaus-Rahmenplan aufgenommenen Einrichtungen (Geriatriezentrum Berlin, Krankenhaus Marzahn) sind noch nicht in Betrieb. 2.331 (darunter 711 Akut-) Betten wurden in Krankenhäusern betrieben, die nicht in den Krankenhaus-Rahmenplan aufgenommen sind.

*Am Ende des Jahres 1992 betrug die Bettenzahl in den insgesamt 103 Krankenhäusern Berlins 39.616 (darunter 27.142 Akut-) Betten.*

Im Zeitraum vom 1.1.-31.12.1992 wurde die Bettenzahl in Berlin insgesamt um 1.882 (darunter 1.535 Akut-) Betten reduziert; damit verringerte sich weiter die Differenz zwischen den im Krankenhaus-Rahmenplan ausgewiesenen Betten-Soll-Werten und den Betten-Ist-Werten:

Trägerbereich	Krankenhäuser	Krankenhausbetten		
		IST	SOLL	Differenz
gemeinnützig	45	12.865	13.633	768
privat	10	1.229	1.274	48
sonstige (BW-zivil)	1	170	181	11
städtisch	18	17.719	16.249	-1.470
Univ.-Einrichtung	2	286	280	-6
Univ.-Krankenhaus	3	5.441	4.471	-970
<b>insgesamt</b>	<b>79</b>	<b>37.710</b>	<b>36.088</b>	<b>-1.622</b>

In den Krankenhaus-Rahmenplan wurden als Soll-Größe 36.088 Betten aufgenommen; in der Bilanz ergibt sich (Stand 31.12.1992) bei den in den Krankenhaus-Rahmenplan aufgenommenen Krankenhäusern ein Überhang von 1.622 Betten. Die real abzubauende Bettenzahl im Bereich der Plankrankenhäuser lag bei knapp 2.900 Betten, da durch geplante Neubauvorhaben und Kapazitätserweiterungen in einigen Krankenhäusern zusätzlich 1.250 Betten errichtet wurden.

Mit den neuen Bettenfestsetzungen für fast alle Berliner Krankenhäuser - auf der Grundlage der Systematik der KHStatV - ab Anfang des Jahres 1993 wird eine weitere deutliche Annäherung an die Ziele des Krankenhaus-Rahmenplans 1991 erreicht.

### 10.2.3 Regionale Verteilung des Versorgungsangebots

Obwohl für einen Stadtstaat wie Berlin die regionale, i.e. bezirkliche, Verteilung des Bettenangebots nicht von so tiefgreifender Bedeutung ist wie für einen Flächenstaat, sollte der Aspekt einer regionalen Harmonisierung des Bettenangebots in den Fachdisziplinen der Grundversorgung Berücksichtigung finden. Die Berliner Krankenhauslandschaft ist gekennzeichnet durch eine erhebliche Disproportionalität zwischen den verschiedenen Stadtgebieten: Generell sind der Osten und Südosten Berlins unterdurchschnittlich und der Norden und Mitte überdurchschnittlich mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten ausgestattet.

Mit der Konkretisierung des Krankenhaus-Rahmenplans wird bei den notwendigen Entscheidungen über Umwidmungen oder Bettenrücknahmen der Versuch unternommen werden, gleichzeitig einen besseren Ausgleich zwischen unterschiedlichen Stadtgebieten zu erreichen. Dabei wird in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie sowie Geriatrie eine möglichst gleichmäßige Verteilung des Bettenangebots über das gesamte Stadtgebiet angestrebt, während für bestimmte, besonders spezialisierte Fachgebiete, z.B. Strahlenheilkunde oder Neurochirurgie, die Versorgung eher in zentralen Einrichtungen sinnvoll ist.

### 10.2.4 Das Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin nach Trägerbereichen

Die stationäre Versorgung in beiden Teilen Berlins stellt ein durch unterschiedliche Träger geprägtes Angebot dar: Beteiligt sind öffentliche, private und freigemeinnützige Träger, die zum Teil wiederum in verschiedenen Trägerverbänden zusammengefaßt sind.

Aufgrund der über Jahrzehnte hinweg gewachsenen Struktur der Träger in Berlin-West und insbesondere in Berlin-Ost (staatlich-zentral, staatlich-örtlich) war der Bereich der öffentlichen Träger mit 62,6 % aller Planbetten (Stand: 31.12.1992) am stärksten vertreten, der gemeinnützige Bereich hielt einen Anteil von 34,1 % und der private von 3,3 %.

#### Vollzogene Trägerwechsel

Der Krankenhaus-Rahmenplan 1991 legt für eine Reihe von städtischen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen der östlichen Bezirke des Landes Berlin einen Trägerwechsel fest. Dabei wurde von dem Ziel ausgegangen, die Pluralität der Krankenhausträger, die gesetzlich geregelt ist, zu verwirklichen und eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche stationäre Krankenversorgung auch im Ostteil der Stadt zu gewährleisten.

In der Zwischenzeit sind vom Land Berlin mit gemeinnützigen Krankenhausträgern entsprechende Betriebsübernahmeverträge geschlossen worden. Dabei wurden Konditionen vereinbart, die die Interessen des Landes Berlin und der neuen Krankenhausträger berücksichtigen.

Im einzelnen wurden folgende städtische Krankenhäuser der östlichen Bezirke des Landes Berlin übertragen:

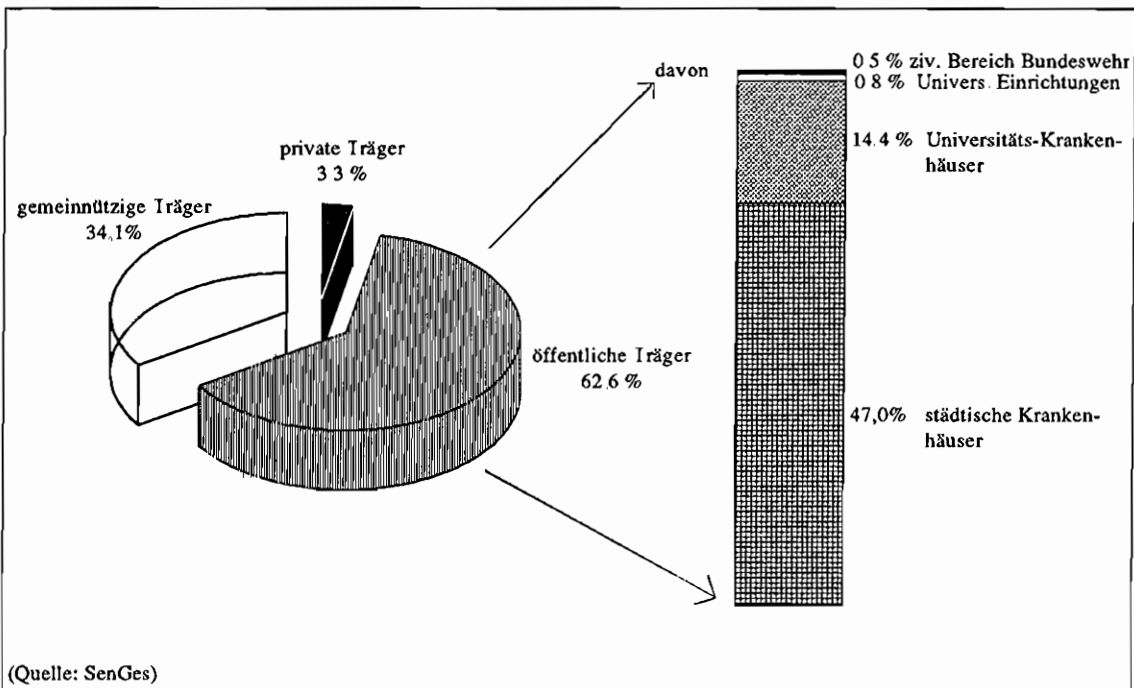
- Städtisches Krankenhaus Pankow vom Land Berlin auf den Caritas - Krankenhilfe Berlin e V zum 1. Januar 1992
- Städtisches Krankenhaus Köpenick vom Land Berlin auf das Deutsche Rote Kreuz, Schwesternschaft Berlin Zweite Gemeinnützige Krankenhaus GmbH, zum 1. Januar 1992
- Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Lichtenberg vom Land Berlin auf das Evangelische Diakoniewerk Königin Elisabeth zum 1. Januar 1992
- Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose Buch vom Land Berlin auf die Klinik Betriebsgesellschaft FLI - Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie - gemeinnützige Gesellschaft mbH zum 1. Januar 1992



- Helmuth-Ulrici-Klinik Sommerfeld 2 (Brandenburg) vom Land Berlin auf das Land Brandenburg und von diesem gleichzeitig auf die Brandenburgische Krankenhausgesellschaft mbH für Paritätische Gesundheits- und Sozialdienste zum 1. Juli 1992
- Städtisches Krankenhaus Lichtenberg vom Land Berlin auf die Paritätische Gesellschaft für Gesundheits- und Sozialdienste mbH zum 1. Januar 1993
- Herzzentrum im Krankenhaus Buch vom Land Berlin auf die Krankenhaus Rüdersdorf GmbH zum 1. Oktober 1992
- Rheumaklinik im Krankenhaus Buch vom Land Berlin auf die Immanuel-Krankenhaus GmbH zum 1. November 1992.

Darüber hinaus wurden die ehemals der Akademie der Wissenschaften der DDR zugeordneten Kliniken Robert Rössle und Franz Volhard (vorher Zentralinstitut für Herz-Kreislauf- und Regulationsforschung) am Standort Berlin-Buch in die Trägerschaft der Freien Universität Berlin übernommen. Das ehemalige Krankenhaus der Volkspolizei (jetzt Bundeswehrkrankenhaus) wurde vom Bundesministerium für Verteidigung übernommen.

**Graphik 10.1: Prozentuale Verteilung des Bettenangebots am 31.12.1992 in Berlin nach Trägerbereichen**



Das Anteilsverhältnis ist jedoch von Fachabteilung zu Fachabteilung unterschiedlich. Während z.B. in der Chirurgie (55,4 : 44,6 %) und Orthopädie (50,4 : 49,6 %) die entsprechenden Anteile der Betten in öffentlichen bzw. gemeinnützigen/privaten Krankenhäusern annähernd gleich sind, werden Spezialangebote mit geringeren Kapazitäten, wie z.B. Dermatologie (100 %), Strahlenheilkunde (100 %), Neurochirurgie (91 %) oder HNO (84 %), fast ausschließlich von öffentlichen Trägern vorgehalten.

### 10.3 Ausgewählte Indikatoren zur stationären Versorgung (KHStatV)

#### 10.3.1 Bettenzahlen, Fachabteilungen und Personal in den Krankenhäusern im Land Berlin

Im Jahresdurchschnitt 1991 wurden in insgesamt 104 Krankenhäusern 39 895 Betten aufgestellt, davon entfielen auf 81 Krankenhäuser in Berlin-West 27.051 Betten und auf die 23 Häuser in Berlin-Ost 12.844 Betten.

Dabei wurde fast die Hälfte aller Krankenhausbetten in den 13 größten Krankenhäusern (800 Betten und mehr) vorgehalten, während auf die 16 kleinsten Häuser insgesamt nur 1,3 % aller aufgestellten Betten entfielen.

**Tabelle 10.2: Krankenhäuser nach Größenklassen, Personal und Bettenzahl 1991 in Berlin (Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte)**

Anzahl der Betten	Krankenhäuser	aufgestellte Betten	ärztliches Personal		Pflegepersonal	
			Anzahl	Betten je Arzt	Anzahl	Betten je Pflegepers
Berlin-West						
0 - 49	15	478	20	23,9	179	2,7
50 - 149	21	1875	200	9,4	1028	1,8
150 - 299	17	3629	312	11,6	1430	2,5
300 - 499	12	4521	374	12,1	1991	2,3
500 - 799	7	4454	560	8,0	2315	1,9
800 und mehr	9	12094	2617	4,6	7008	1,7
zusammen	81	27051	4083	6,6	13951	1,9
Berlin-Ost						
0 - 49	1	25	1	25,0	8	3,1
50 - 149	4	367	62	5,9	158	2,3
150 - 299	5	1082	182	5,9	517	2,1
300 - 499	4	1583	276	5,7	626	2,5
500 - 799	5	3023	435	6,9	1263	2,4
800 und mehr	4	6764	1409	4,8	3122	2,2
zusammen	23	12844	2365	5,4	5694	2,3
Berlin						
0 - 49	16	503	21	24,0	187	2,7
50 - 149	25	2242	262	8,6	1186	1,9
150 - 299	22	4711	494	9,5	1947	2,4
300 - 499	16	6104	650	9,4	2617	2,3
500 - 799	12	7477	995	7,5	3578	2,1
800 und mehr	13	18858	4026	4,7	10130	1,9
zusammen	104	39895	6448	6,2	19645	2,0

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

Mit der KHStatV wurde erstmals das Personal bzw. die jeweiligen Personalgruppen bezogen auf Vollkräfte dargestellt, so daß Aussagen über die Betreuungssituation in den Berliner Krankenhäusern getroffen werden können. Anders als im Kapitel 12, in dem die Zahl der Beschäftigten im Mittelpunkt steht, wird durch den Bezug auf die tatsächliche Arbeitszeit berücksichtigt, daß gerade im stationären Bereich ein - in den Häusern zum Teil unterschiedlich - großer Anteil von Teilzeitkräften beschäftigt ist.

Generell ist festzuhalten, daß sich die *personelle Ausstattung* mit Ärzten bzw Pflegepersonal (je Bett) mit der Größe des Krankenhauses verbessert, wobei in der Gruppe der kleinsten Krankenhäuser die Betreuungssituation, insbesondere beim ärztlichen Personal, gegenüber den anderen Krankenhausgruppen deutlich abfällt.

In der Gegenüberstellung von östlichen und westlichen Bezirken fällt jedoch auf, daß die Krankenhäuser im Ostteil der Stadt durchweg besser mit ärztlichem Personal ausgestattet sind, d.h. weniger Betten pro Arzt als im Westen, während sich die Situation im Pflegebereich in den Krankenhäusern im Westteil günstiger darstellt, d.h auf eine Pflegeperson entfallen weniger Betten als in östlichen Bezirken. In diesem Zusammenhang sind jedoch sowohl die unterschiedliche Bettenausnutzung (s.u.) als auch die in Berlin-Ost durch Umstrukturierungsmaßnahmen bedingte niedrigere Zahl der aufgestellten Betten gegenüber den Planbetten zu berücksichtigen.

**Tabelle 10.3: Krankenhausbetten nach ausgewählten Fachabteilungen 1991 in Berlin je 10.000 Einwohner**

Fachabteilung	Fach- abteilungen insgesamt	aufgestellte Betten			
		insgesamt		darunter Intensiv- betten	je 10.000 Einwohner 4) 5)
		Anzahl	in %		
<b>Berlin-West</b>					
Innere Medizin 1)	57	6929	25,6	288	32,1
Chirurgie	32	3868	14,3	260	17,9
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	14	1321	4,9	16	13,3
Kinderheilkunde	6	779	2,9	109	26,4
Orthopädie	8	894	3,3	16	4,1
Neurologie	13	691	2,6	4	3,2
Psychiatrie 2)	27	3913	14,5	-	18,1
sonstige 3)	55	8656	32,0	38	40,1
zusammen	212	27051	100	731	125,2
darunter Akutbetten	145	17130	63,3	731	79,3
<b>Berlin-Ost</b>					
Innere Medizin 1)	17	3457	26,9	156	27,0
Chirurgie	13	2237	17,4	154	17,5
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	10	1186	9,2	31	21,7
Kinderheilkunde	6	1045	8,1	106	41,7
Orthopädie	5	517	4,0	-	4,0
Neurologie	6	349	2,7	13	2,7
Psychiatrie 2)	7	1887	14,7	7	14,8
sonstige 3)	36	2166	16,9	103	16,9
zusammen	100	12844	100	570	100,5
darunter Akutbetten	90	10590	82,5	570	82,8
<b>Berlin</b>					
Innere Medizin 1)	74	10386	26,0	444	30,2
Chirurgie	45	6105	15,3	414	17,8
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	24	2507	6,3	47	16,3
Kinderheilkunde	12	1824	4,6	215	33,4
Orthopädie	13	1411	3,5	16	4,1
Neurologie	19	1040	2,6	17	3,0
Psychiatrie 2)	34	5800	14,5	7	16,9
sonstige 3)	91	10822	27,1	141	31,5
insgesamt 1991	312	39895	100	1301	116,0
darunter Akutbetten	235	27720	69,5	1301	80,6
insgesamt 1990	309	40855	100	1259	119,5

- 1) ohne Geriatrie
- 2) einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3) einschließlich Betten für Chronischkranke (insgesamt 6 375) die nur zum Teil in geriatrische Betten umgewandelt werden sollen
- 4) Einwohner bei Fachabteilungen Frauenheilk./Geburtshilfe = Frauen ab 15 Jahre
- 5) Einwohner bei Fachabteilungen Kinderheilkunde = Kinder 0 bis unter 15 Jahre

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

Im Jahr 1991 betrug die durchschnittliche *Bettendichte* (Versorgungsgrad) in Berlin insgesamt 116 *Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner* (für Akutbetten 80,6). Der Unterschied im Versorgungsgrad zwischen den östlichen (100,5) und den westlichen (125,2) Bezirken ist in der Tatsache begründet, daß in Berlin-West noch rd. 6.000 Betten für Chronischkranke einbezogen werden, deren Umwandlung in geriatrische Betten nur zum Teil vorgesehen ist. Bei den Akutbetten hingegen ist die Bettendichte in den östlichen Bezirken mit 82,8 je 10.000 Einwohner sogar höher als im Westteil (79,3).

Größte Einzeldisziplinen sind die Innere Medizin mit einem Angebot von 10.386 (26 %), Chirurgie mit 6.105 (15,3 %) und Psychiatrie mit 5.800 (14,5 %) Betten. Weitere Unterschiede bestehen insbesondere in den Disziplinen Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Kinderheilkunde (deutlich größere Bettendichte in den östlichen Bezirken im Zusammenhang mit der in früheren Jahren relativ hohen Geburtenziffer aber geringen Auslastung, vgl. Kapitel 2) und Innere Medizin und Psychiatrie, bei denen das Bettenangebot in den westlichen Bezirken etwas höher ist.

### 10.3.2 Patienten und Pfl egetage

**Tabelle 10.4: Stationär behandelte Kranke und Pfl egetage nach Art des Krankenhauses sowie Krankenhaushäufigkeit 1991 in Berlin**

Art des Krankenhauses	stationär behandelte Kranke		Pfl egetage	
	insgesamt	je 1.000 Einw.	insgesamt	je 1.000 Einw.
<b>Berlin-West</b>				
Hochschulklinik	86984		1037386	
Plankrankenhaus	274271		6836516	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser <sup>1)</sup>	5471		290374	
allg. Krankenhäuser zus.	366726		8164276	
ausschl. psychiatrisch/psychiatr.-neurolog. Krankenh.	7045		871149	
zusammen 1991	373771	173,0	9035425	4182,1
1990	377950	176,1	9139787	4259,2
<b>Berlin-Ost</b>				
Hochschulklinik	38645		522088	
Plankrankenhaus	173693		2750677	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser <sup>1)</sup>	-		-	
allg. Krankenhäuser zus.	212338		3272785	
ausschl. psychiatrisch/psychiatr.-neurolog. Krankenh.	3268		231891	
zusammen 1991	215606	168,7	3504656	2741,6
1990	234388	183,9	3980259	3123,5
<b>Berlin</b>				
Hochschulklinik	125629		1559474	
Plankrankenhaus	447964		9587193	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser <sup>1)</sup>	5471		290374	
allg. Krankenhäuser zus.	579064		11437041	
ausschl. psychiatrisch/psychiatr.-neurolog. Krankenh.	10313		1103040	
insgesamt 1991	589377	171,4	12540081	3646,6
1990	612338	179,0	13120046	3836,1

1) aus datenschutzrechtlichen Gründen zusammengefaßt (nur ein Krankenhaus mit Versorgungsvertrag)

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

Insgesamt wurden 1991 589.377 Patienten (Fälle) stationär behandelt, dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang von insgesamt 3,7 %, der in den östlichen Bezirken mit 8,0 % noch stärker ausgeprägt war als in den westlichen (1,1 %). Insgesamt wurden rd. drei Viertel aller Patienten in Plankrankenhäusern und rd. 20 % in Hochschulkliniken behandelt

Auch die Krankenhaushäufigkeit (Zahl der Patienten je 1.000 Einwohner und Jahr) ging insbesondere in Berlin-Ost zurück. Dieser Rückgang entspricht der in Kapitel 3.2 (Morbidität) beobachteten rückläufigen Zahl von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei der AOK in den östlichen Bezirken.

Von den insgesamt 589.377 Patienten wurde rd. ein Viertel in den chirurgischen Abteilungen der Krankenhäuser betreut; die Abteilungen für Innere Medizin stellen den größten Anteil, der jedoch in den westlichen Bezirken mit 34,9 % der stationär betreuten Patienten erheblich höher ausfällt als der entsprechende Anteil (26,1 %) in den östlichen Bezirken. Eine Ursache hierfür ist die unterschiedliche Altersstruktur mit dem höheren Anteil der über 65jährigen in den westlichen Bezirken (vgl. Kapitel 1), denn in der Fachabteilung Innere Medizin ist traditionell der Anteil der älteren Altersgruppen besonders hoch.

### 10.3.3 Verweildauer und Bettenauslastung

**Tabelle 10.5: Patienten und Verweildauer nach ausgewählten Fachabteilungen 1991 in Berlin**

ausgewählte Fachabteilungen	Anzahl der Patienten (Fälle)			durchschnittliche Verweildauer in Tagen	
	absolut	in %	je 10.000 Einwohner	1991	1990
<b>Berlin-West</b>					
Augenheilkunde	13464	3,8	62,3	7,7	
Chirurgie	94285	25,2	436,4	13,3	
Frauenheilkunde	26296	7,0	121,7	9,3	
Geburtshilfe	23727	6,3	109,8	5,9	
HNO	12180	3,3	56,4	8,6	
Innere Medizin 1)	130559	34,9	604,3	17,8	
Kinderheilkunde	22181	5,9	102,7	7,9	
Kinder- u. Jugendpsych.	515	0,1	2,4	198,0	
Orthopädie	16627	4,4	77,0	18,5	
Psychiatrie	16204	4,3	75,0	77,7	
Strahlenheilkunde	2157	0,6	10,0	18,0	
Urologie	13924	3,7	64,4	12,3	
zusammen 2)	373771	100	1730,0	24,2	
<b>Berlin-Ost</b>					
Augenheilkunde	6522	3,0	51,0	10,1	
Chirurgie	54166	25,1	423,7	11,6	
Frauenheilkunde	25787	12,0	201,7	7,7	
Geburtshilfe	13827	6,4	108,2	8,0	
HNO	10707	5,0	83,8	7,4	
Innere Medizin 1)	58376	26,1	441,0	17,5	
Kinderheilkunde	22658	10,5	177,2	10,3	
Kinder- u. Jugendpsych.	686	0,3	5,4	70,2	
Orthopädie	8196	3,8	64,1	18,9	
Psychiatrie	8272	3,8	64,7	57,4	
Strahlenheilkunde	2508	1,2	19,6	21,9	
Urologie	9960	4,6	77,9	12,3	
zusammen 2)	215606	100	1686,6	16,3	
<b>Berlin</b>					
Augenheilkunde	19986	3,4	58,1	8,5	9,7
Chirurgie	148451	25,2	431,7	12,7	13,3
Frauenheilkunde	52083	8,8	151,5	8,5	8,0
Geburtshilfe	37554	6,4	109,2	6,7	7,0
HNO	22887	3,9	66,6	8,0	9,3
Innere Medizin 1)	186935	31,7	543,6	17,7	16,2
Kinderheilkunde	44839	7,6	130,4	9,1	12,7
Kinder- u. Jugendpsych.	1201	0,2	3,5	125,0	151,5
Orthopädie	24823	4,2	72,2	18,6	20,1
Psychiatrie	24476	4,2	71,2	70,9	78,0
Strahlenheilkunde	4665	0,8	13,6	20,1	22,7
Urologie	23884	4,1	69,5	12,3	14,4
insgesamt 2)	589377	100	1713,9	21,3	21,4

1) ohne Geriatrie/Chronischkranke

2) Die Summen entsprechen aus methodischen Gründen nicht der Addition der Fälle aller Abteilungen

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Verweildauer und Bettenauslastung sind wichtige Faktoren zur Beurteilung des Leistungsgeschehens in der stationären Krankenversorgung.

Die durchschnittliche *Verweildauer* ist insgesamt geringfügig zurückgegangen (vgl. Tabelle 10.5). Die Tabelle 10.6 verdeutlicht jedoch, daß dieser Rückgang maßgeblich durch die Reduzierung der Verweildauer in den östlichen Bezirken bedingt ist: Mit Ausnahme der Gynäkologie liegen die Werte in allen Fachabteilungen - zum Teil erheblich - unter denen des Vorjahres. Der verstärkte Einsatz von neuen, Minimal-Invasiven Operationsmethoden hat z.B. in der (Neuro-)Chirurgie dazu beigetragen, größere Operationswunden zu vermeiden bzw. eine schnellere Wiederherstellung des Kranken zu ermöglichen - dies schlägt sich direkt in einer geringeren Verweildauer nieder.

Überraschend hingegen ist die gegenüber den Vorjahren höhere Verweildauer in einigen Fachabteilungen der Krankenhäuser in den westlichen Bezirken, insbesondere die der Inneren Medizin.

**Tabelle 10.6: Entwicklung der Verweildauer in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1991 in Berlin**

Fachdisziplin	durchschnittliche Verweildauer insgesamt (in Tagen)							
	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>Berlin-West</b>								
Innere Medizin 1)	21,4	17,0	16,5	16,6	16,7	14,7	15,8	17,8
Kinderheilkunde	11,4	9,7	9,3	8,8	8,3	8,4	9,0	7,9
Chirurgie	18,0	15,5	14,7	14,1	12,9	12,0	12,8	13,3
Orthopädie	27,6	22,7	20,7	18,7	17,5	17,6	19,2	18,5
Urologie	16,8	14,7	14,1	13,0	12,9	12,5	12,1	12,3
Neurochirurgie	12,7	12,8	12,0	11,8	12,3	11,4	11,3	11,4
Kieferchirurgie	12,7	12,9	11,9	12,6	12,0	10,0	9,3	10,1
Gynäkologie und Geburtshilfe	9,3	8,7	8,3	7,9	7,2	7,0	6,9	7,7
Hals-Nasen-Ohren	10,2	9,0	8,4	8,2	7,9	7,9	8,5	8,6
Augenheilkunde	14,4	10,5	9,5	9,2	8,7	8,0	8,0	7,7
Dermatologie	29,0	22,6	20,7	20,6	21,7	21,8	20,6	19,6
Strahlenheilkunde	14,7	15,8	15,3	15,8	16,2	15,6	17,2	18,0
Tb und Lunge	34,9	30,5	26,3	25,4	22,0	22,4	21,5	22,0
<b>Berlin-Ost</b>								
Innere Medizin 2)	22,8	19,7	19,4	18,8	19,4	18,5	18,1	17,5
Kinderheilkunde	12,4	14,4	14,1	14,2	14,0	14,2	16,1	10,3
Chirurgie	16,8	15,2	15,0	15,3	14,8	14,2	14,2	11,6
Orthopädie	33,5	25,6	28,1	28,1	24,6	22,8	22,7	18,9
Urologie	26,0	21,9	22,2	20,6	17,1	17,5	19,0	12,3
Neurochirurgie	22,8	22,5	20,8	18,8	16,6	15,0	19,1	9,7
Kieferchirurgie	14,1	17,1	14,6	16,2	15,3	13,8	14,1	10,7
Gynäkologie	8,2	7,5	7,4	7,2	6,6	6,5	7,4	7,7
Geburtshilfe	8,3	9,2	8,9	8,6	8,3	7,9	9,6	8,0
Hals-Nasen-Ohren	11,3	11,4	11,6	11,6	11,0	11,4	10,4	7,4
Augenheilkunde	15,6	17,2	16,9	15,9	15,5	15,0	13,6	10,1
Dermatologie	19,1	23,4	23,8	25,4	25,0	25,9	29,5	20,8
Strahlenheilkunde	21,9	22,3	23,3	24,4	32,2	20,9	27,8	21,9
Tb und Lunge	43,6	35,8	35,0	32,4	28,1	26,0	27,4	18,8

1) ohne Geriatrie/Chronischkranke; ab 1985 einschließlich Infektionskrankheiten

2) ohne Infektionskrankheiten

(Quelle: bis einschließlich 1989 SenGes/ ab 1990 StaLa Berlin)

Wie der Tabelle 10.7 zu entnehmen ist, hat der Rückgang der Verweildauer - mit Ausnahme der Orthopädie - auch zu einem Rückgang der *Bettenauslastung* in allen Fachabteilungen der Krankenhäuser im Ostteil der Stadt geführt (insgesamt 74,8 %, 1990: 81,0 %). In den Disziplinen Kinderheilkunde, HNO und Tb/Lungenheilkunde wurden nicht einmal 70 % erzielt. Lediglich die Strahlenheilkunde erreichte einen Auslastungsgrad von über 85 %, der im allgemeinen für eine Vollbelegung zugrunde gelegt wird.

In den westlichen Bezirken lag der Auslastungsgrad mit insgesamt 91,5 % sogar knapp über dem des Vorjahres, auch wenn in einigen Fachabteilungen ein (geringer) Rückgang zu verzeichnen war.

**Tabelle 10.7: Entwicklung der Bettenauslastung in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1991 in Berlin**

Fachdisziplin	Auslastungsgrad insgesamt (in %)							
	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>Berlin-West</b>								
Innere Medizin 1)	92,0	89,1	89,5	90,1	89,7	83,0	95,2	91,8
Kinderheilkunde	63,3	65,9	68,4	64,7	64,0	59,6	63,7	61,5
Chirurgie	87,9	89,6	88,2	88,1	87,8	86,4	87,6	88,7
Orthopädie	89,7	90,8	89,8	81,0	86,7	95,0	94,0	94,3
Urologie	83,7	82,2	85,3	82,4	86,7	84,7	85,4	84,1
Neurochirurgie	76,0	98,9	96,9	95,0	93,9	91,9	88,7	89,4
Kieferchirurgie	66,9	78,5	68,5	73,2	75,8	98,3	79,2	79,0
Gynäkologie und Geburtshilfe	84,2	84,2	86,0	82,5	85,5	85,7	85,9	85,4
Hals-Nasen-Ohren	81,5	81,1	79,4	84,0	81,6	85,9	86,0	88,9
Augenheilkunde	78,1	87,1	84,8	88,7	90,3	96,4	92,1	93,6
Dermatologie	84,5	80,7	84,7	81,1	86,9	84,4	87,4	87,4
Strahlenheilkunde	64,7	71,5	66,5	59,7	68,2	67,3	82,1	86,3
Tb und Lunge	76,8	69,3	89,5	84,9	75,9	79,9	87,9	87,3
<b>Berlin-Ost</b>								
Innere Medizin 2)	80,9	85,2	84,4	84,7	86,8	84,2	82,8	78,0
Kinderheilkunde	55,5	70,0	73,6	72,2	76,4	72,7	80,4	61,3
Chirurgie	75,5	78,3	77,0	78,3	78,5	75,1	79,0	77,2
Orthopädie	78,8	83,7	80,3	79,3	76,4	76,6	76,1	82,0
Urologie	76,9	85,2	84,4	83,1	85,3	85,1	86,7	77,2
Neurochirurgie	63,8	83,0	61,7	58,1	59,9	59,6	89,1	84,8
Kieferchirurgie	83,7	88,2	76,4	82,2	86,6	83,4	82,8	74,5
Gynäkologie und Geburtshilfe	76,3	85,2	84,0	79,8	76,7	71,3	71,7	73,1
Hals-Nasen-Ohren	89,0	90,3	92,7	94,3	86,7	85,4	96,4	70,6
Hals-Nasen-Ohren	66,5	78,6	79,1	80,3	74,8	68,7	75,7	65,7
Augenheilkunde	85,5	86,7	88,2	89,8	93,8	91,7	89,0	74,8
Dermatologie	70,9	63,6	61,3	68,7	74,1	73,9	82,9	77,5
Strahlenheilkunde	78,7	79,8	79,3	81,5	80,8	77,5	93,8	85,4
Tb und Lunge	77,4	75,3	68,6	73,4	71,3	69,2	57,9	68,3

1) ohne Chronischkranke; ab 1985 einschließlich Infektionskrankheiten

2) ohne Infektionskrankheiten

(Quelle: bis einschließlich 1989 SenGes/ ab 1990 StaLa Berlin)

### 10.3.4 Entwicklung des Leistungsgeschehens 1980 - 1991

**Tabelle 10.8: Entwicklung globaler Indikatoren der stationären Krankenversorgung 1980 - 1991 in Berlin (Stand: 31.12.)**

Indikatoren	Berlin-West				Berlin-Ost		Berlin	
	1980	1985	1990	1991	1990	1991	1990	1991
Akutbetten								
stat.behand.Kranke	339282	354682	371343	347993	221002	204402	592547	552395
Pflegetage	6114583	7032125	5422542	5528735	3233008	2907913	8655550	8435548
Bettenausnutzung	85,8	87,6	88,1	88,4	81,7	75,2	85,6	83,4
Verweildauer	18,0	19,8	14,6	15,9	14,6	14,2	14,6	15,3
Akutbetten	19528	21997	16862	17130	10841	10590	27703	27720
alle Planbetten								
Personal	1) 45058	44800	42641	45880	19810	18508	62451	64388
darunter								
hauptamtl. Ärzte	3962	4248	4285	4443	2591	2402	6876	6845
Pflegepersonal	2) 16774	17194	19863	21379	8371	7207	28234	28586
Verw. u. Wirtsch.	3) 16015	13872	10265	10944	4521	5189	14786	16133

1) ohne Krankenhäuser

2) einschließlich Funktionsdienst, jedoch ohne Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten;  
ohne Medizinalfach- und sozialpflegerische Berufe

3) einschließlich des klinischen Hauspersonals

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

Die Tabelle 10.8 zeigt die Entwicklung wichtiger, globaler Indikatoren zur Beurteilung des Leistungsgeschehens in der stationären Versorgung Berlins. Während die Zahl der Akutbetten in Berlin insgesamt annähernd gleich geblieben ist, ergibt sich gegenüber dem Vorjahr aufgrund von Ersatz- und Umbaumaßnahmen bzw. Bettenreduzierungen im Saldo eine leichte Zunahme von Akutbetten in den westlichen und eine entsprechende Reduzierung um rd. 300 Akutbetten in den östlichen Bezirken.

Der bereits erwähnte Rückgang der Krankenhaushäufigkeit insbesondere in den östlichen Bezirken schlägt sich auch in der Zahl der betreuten Patienten nieder. Verbunden mit einer weiteren Reduzierung der Verweildauer in den östlichen Bezirken hat sich auch die Zahl der Pflegetage um rd. 11 % verringert, die durchschnittliche Bettenauslastung ist jedoch auf 75,2 % gesunken. In den westlichen Bezirken hingegen hat sich der Auslastungsgrad der Betten sogar (leicht) erhöht jedoch auf Kosten der durchschnittlichen Verweildauer, die nach Jahren kontinuierlicher Verringerung erstmals wieder gestiegen ist. Dies hat auch dazu beigetragen, daß trotz rückläufiger Fallzahlen die Zahl der Pflegetage - anders als in den östlichen Bezirken - gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist.



Im Vergleich zu den 80er Jahren ist insgesamt jedoch eine Verringerung der Verweildauer und ein deutlicher Abbau von Kapazitäten festzustellen. Hiervon ist im wesentlichen das Personal in den Krankenhäusern betroffen, indem eine intensivere ärztliche und pflegerische Betreuung erforderlich wird. Dieser Tatsache wurde insofern Rechnung getragen, indem das ärztliche und pflegerische Personal entsprechend aufgestockt und das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal erheblich reduziert wurde. Die Zahl dieser Personengruppe für Berlin 1991 insgesamt entspricht z.B. der Zahl von 1980 allein für Berlin-West.

#### 10.4 Umlandversorgung

Dem Bericht liegt der Zeitraum vom 1.1. - 31.12.1992 zugrunde; er gibt Auskunft über entlassene Patienten, differenziert nach Berliner Bevölkerung und Nichtberlinern. Die Nichtberliner wurden gegliedert nach dem Bundesland Brandenburg und sonstigen Einzugsgebieten.

Es wurden 74 Einrichtungen in Berlin-West und 21 Einrichtungen in Berlin-Ost in die Untersuchung einbezogen.

Die folgende Auswertung wurde bei einer Rücklaufquote von 100 % vorgenommen.

Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Vom 1.1.-31.12.1992 wurden in *Berlin-West* 423 744 Patienten behandelt, darunter 28 899 Nichtberliner (6,8 %). Unter den Nichtberlinern befanden sich 5 739 Brandenburger (1,4 %).

In *Berlin-Ost* wurden im gleichen Zeitraum 241 730 Patienten behandelt, darunter 56 343 Nichtberliner (23,3 %). Darunter befanden sich 39 902 Brandenburger (16,7 %) 6,8 % der in Einrichtungen in den östlichen Bezirken Berlins behandelten Patienten kamen aus anderen Bundesländern, in Berlin-West dagegen nur 5,5 %.

Brandenburger suchten vorrangig Einrichtungen im Ostteil Berlins auf. Nur jeder Achte, der sich in Berliner Krankenhäusern betreiben ließ, nahm eine Einrichtung im Westteil der Stadt in Anspruch.

*Für Berlin (Ost und West zusammen) kann z.Z. von einer Umlandversorgung in Höhe von 12,8 % ausgegangen werden. Betrachtet man nur das direkt an Berlin angrenzende Land Brandenburg, so ist die Versorgung durch Berliner Einrichtungen mit 6,9 % etwa halb so groß.*

**Tabelle 10.9: Entlassene Krankenhauspatienten nach Berlinern und Nichtberlinern 1991 und 1992**

Zeitraum	erfaßte Einrichtungen	Rücklaufquote in %	entlassene Patienten			
			insgesamt	darunter Nichtberliner in %		
				zusammen	Brandenburger	sonstige
<b>Berlin</b>						
1.1.-30.6.1991	100	96	312335	11,4	5,8	5,6
1.1.-30.9.1991	100	96	474280	11,4	5,9	5,5
1.1.-31.12.1991	98	100	634007	12,2	6,4	5,7
1.1.-31.3.1992	98	85	154794	13,0	6,9	6,1
1.1.-30.6.1992	96	97	307044	13,0	6,7	6,3
1.1.-30.9.1992	97	100	502498	12,2	6,8	5,4
1.1.-31.12.1992	95	100	665474	12,8	6,9	6,0
<b>Berlin-West</b>						
1.1.-30.6.1991	74	96	194201	3,8	0,7	3,0
1.1.-30.9.1991	74	96	297831	3,9	0,7	3,2
1.1.-31.12.1991	75	100	403829	4,4	0,7	3,7
1.1.-31.3.1992	75	88	105587	5,6	0,9	4,7
1.1.-30.6.1992	75	99	192981	5,1	1,0	4,2
1.1.-30.9.1992	75	100	321420	5,6	1,3	4,2
1.1.-31.12.1992	74	100	423744	6,8	1,4	5,5
<b>Berlin-Ost</b>						
1.1.-30.6.1991	26	96	118134	24,0	14,2	9,8
1.1.-30.9.1991	26	96	176449	24,0	14,7	9,3
1.1.-31.12.1991	23	100	230178	25,7	16,4	9,3
1.1.-31.3.1992	23	74	49207	28,8	19,6	9,1
1.1.-30.6.1992	21	86	114063	26,3	16,4	9,9
1.1.-30.9.1992	22	100	178762	24,2	16,7	7,5
1.1.-31.12.1992	21	100	241730	23,3	16,5	6,8

(Quelle: SenGes)

In den westlichen Bezirken Berlins konzentrierte sich die Versorgung des Umlandes insgesamt nur auf 73 % der Einrichtungen, die der Brandenburger Patienten auf 69 % (1991: 62 %). Im Ostteil hingegen waren alle Häuser an der Umlandversorgung beteiligt.

Einen besonders hohen Anteil an der Umlandversorgung hatten in Berlin-West folgende fünf Einrichtungen: das Krankenhaus Neukölln, das Rudolf-Virchow-Klinikum, das Klinikum Steglitz, das Deutsche Herzzentrum und das Krankenhaus Zehlendorf mit zusammen 70,1 % aller Behandlungen für Nichtberliner (83,7 % davon allerdings für Patienten aus sonstigen Bundesländern).

In Berlin-Ost liegt die Hauptfunktion der Umlandversorgung beim Klinikum Buch und der Charité mit 66,3 % aller behandelten Nichtberliner (75,9 % davon für Patienten aus Brandenburg). Das bedeutet: 71,1 % aller in Einrichtungen im östlichen Teil der Stadt behandelten Brandenburger und 54,7 % aller Patienten aus sonstigen Bundesländern wurden in diesen beiden Einrichtungen betreut.

Die höchsten Anteile stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland, gemessen an der Gesamtzahl der behandelten Patienten des jeweiligen Hauses, wiesen in Berlin-West das Deutsche Herzzentrum mit 40,4 % und das Rudolf-Virchow-Klinikum mit 16,8 % auf. In der Franz-Vollhard-Klinik in Berlin-Ost kamen 78,2 % der dort 1992 behandelten Patienten aus dem Berliner Umland, in der Robert-Rössle-Klinik waren dies 61,8 %.

**Tabelle 10.10: Einrichtungen mit den höchsten Anteilen stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1992**

Einrichtung	Behandelte Nichtberliner	Behandelte Brandenburger
	an allen Behandlungsfällen der jeweiligen Einrichtung (in %) 1992	
<b>Berlin-West</b>		
Deutsches Herzzentrum	40,42	6,88
Rudolf-Virchow-Klinikum	16,76	0,61
Klinik für Kosmetische Chirurgie	16,30	6,58
Max-Bürger-Krankenhaus	10,75	0,31
Kronenhaus Neukölln	9,97	0,51
Oskar-Helene-Heim	8,76	3,22
Krankenhaus Zehlendorf	8,52	6,07
Klinikum Steglitz	8,40	3,71
Nervenklinik Spandau	8,06	0,64
Elisabeth Diakonie und Krankenhaus	7,63	2,53
im Vergleich hierzu der Durchschnitt in Berlin-West	6,82	1,35
<b>Berlin-Ost</b>		
Franz-Vollhard-Klinik	78,22	51,74
Röbert-Rössle-Klinik	61,75	37,00
Fachkrankenhaus für Lungenkrankheiten	45,97	31,32
Klinikum Buch	41,74	36,09
Charité	39,32	25,93
St. Hedwig Krankenhaus	24,66	18,76
Krankenhaus Hedwigshöhe	22,25	20,78
Im Vergleich hierzu der Durchschnitt in Berlin-Ost	23,31	16,51

(Quelle: SenGes)

Krankenhäuser in östlichen Bezirken mit einem traditionell hohen Anteil an der Versorgung des Umlandes, wie etwa das Klinikum Buch, das Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde, die Robert-Rössle-Klinik und die Franz-Vollhard-Klinik, wiesen im Vergleich zum Vorjahr ein Wachstum sowohl des Anteils der Brandenburger als auch der Patienten aus sonstigen Bundesländern auf. Einzige Ausnahme bildet die Charité; hier ist die Umlandversorgung leicht rückläufig. Der Vergleich mit Daten aus dem seit 1969 in der ehemaligen DDR geführten Krankenblattprojekt bestätigt dies; Berlin ist noch immer Medizinstadt für Brandenburg.

Häuser mit unter dem Ostberliner Durchschnitt liegenden Anteilen an der Umlandversorgung (insbesondere auch konfessionelle Häuser) verzeichneten 1992 einen leichten Rückgang (vgl. Tabelle A 10.2).

In Berlin-West nahm die Umlandversorgung insbesondere in Häusern zu, die bereits über dem Durchschnitt des westlichen Teils der Stadt lagen. Die Rolle einzelner Häuser als Einzugsbereich für Brandenburger Patienten festigte sich. Besonders deutlich ist der Zuwachs für Häuser in den Bezirken Spandau, Zehlendorf und Wedding (vgl. Tabelle A 10.3).

In den einzelnen *Fachdisziplinen* fällt der Umfang der Mitversorgung des Umlandes unterschiedlich groß aus. In Berlin-West nahmen 56 % der behandelten Brandenburger die Fachdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie in Anspruch.

Ganz anders das Bild in Berlin-Ost: 51 % der stationären Leistungen für Brandenburger wurden von fünf Fachdisziplinen erbracht. An erster Stelle standen die Chirurgie und die Innere Medizin, es folgten die Pädiatrie, die Gynäkologie/Geburtshilfe sowie die Urologie.

Betrachtet man die Behandlungsfälle nach *Trägern*, so zeigt sich, daß öffentliche Häuser mit der größten Zahl Abgänge im Jahr 1992 zugleich den größten Anteil Nichtberliner Patienten stationär behandelten.

**Tabelle 10.11: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1991 und 1992 nach Trägern - in % -**

Träger	Berlin-West				Berlin-Ost			
	1.1.-31.12.1991		1.1.-31.12.1992		1.1.-31.12.1991		1.1.-31.12.1992	
	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige
öffentliche	0,72	4,16	1,33	7,14	16,89	9,31	12,48	7,78
gemeinnützige	0,81	3,23	1,52	3,18	11,72	9,21	10,82	2,78
private	0,64	0,91	0,79	1,08	-	-	-	-

(Quelle: SenGes)

Nach Analyse der Versorgungsstufen deutet sich an, daß von Nichtberliner Patienten (insbesondere Brandenburgern) die Zentral- und Schwerpunktversorgung zunehmend in Anspruch genommen wird.

**Tabelle 10.12: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1991 und 1992 nach Versorgungsstufen - in % -**

Träger	Berlin-West				Berlin-Ost			
	1.1.-31.12.1991		1.1.-31.12.1992		1.1.-31.12.1991		1.1.-31.12.1992	
	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige	Brandenburger	sonstige
Zentralversorgung	0,66	4,70	1,56	10,66	20,11	13,89	20,79	10,78
Schwerpunktversorgung	0,84	3,71	1,36	3,48	17,67	8,99	18,14	4,59
Regelversorgung	0,24	1,41	0,58	1,40	5,92	5,97	6,78	4,69
Grundversorgung	0,78	2,03	1,25	1,93	17,57	8,04	7,34	0,73

(Quelle: SenGes)

Gegenüber dem *Vergleichszeitraum des Vorjahres* nahm die Zahl der in Berliner Krankenhäusern versorgten Patienten um 31 467 oder 5,0 % zu. Dies ist sowohl auf einen wachsenden Anteil Patienten aus dem Land Brandenburg als auch anderer Bundesländer zurückzuführen.

In Berlin-West ist die Zunahme von 19 915 oder 4,9 % entlassenen Patienten gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreszeitraum zu über 55,4 % durch einen wachsenden Anteil Nichtberliner zu erklären.

Der Zuwachs von 2,4 % Nichtberliner Patienten im Vergleich zu 1991 ist nur zu 0,7 % auf eine Zunahme von Brandenburgern zurückzuführen.

In Berlin-Ost stieg die Zahl der entlassenen Patienten gegenüber dem Vorjahr um 11 552 oder 5,0 %, obwohl die Zahl der Nichtberliner um 2 877 Patienten oder 4,9 % zurückging. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist für Berlin-Ost damit ein Rückgang der Umlandversorgung von 2,4 % festzustellen, bedingt durch die Abnahme der absoluten Zahl von behandelten Patienten aus sonstigen Bundesländern sowie ihres Anteils an der Zahl der aus Ostberliner Krankenhäusern entlassenen Patienten.

Für die Umlandversorgung zeichnet sich somit folgender Trend ab: Mit der insgesamt zunehmenden Zahl der 1992 behandelten Patienten gegenüber dem Vorjahr wuchsen auch Zahl und Anteil der Brandenburger. Jedoch verbirgt sich hinter dieser Gesamtberliner Aussage eine Erhöhung von Zahl und Anteil Nichtberliner Patienten im Westteil der Stadt, andererseits der Rückgang sowohl bei Brandenburgern als auch Patienten aus sonstigen Bundesländern in Ostberliner Krankenhäusern.

## **10.5 Das duale System der Krankenhausfinanzierung**

### **10.5.1 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 dem 1.1.1991 auch im Ostteil der Stadt. Im Beitrittsgebiet gelten allerdings bis zum 31.12.1993 Überleitungsvorschriften, die die Förderung in einigen Punkten abweichend von den im Westteil Berlins zur Anwendung kommenden Regelungen gestalten.

Für den Westteil der Stadt stellte das Land Berlin den in den Krankenhausplan 1986 bzw. in den Krankenhaus-Rahmenplan 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 abweichendem 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 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 Ostteil der Stadt erfolgt die Förderung für die im Krankenhaus-Rahmenplan 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 Tabellen 10.13 und 10.14 wird das gesamte Investitionsvolumen des Jahres 1992 für den Westteil der Stadt (rd. 398 Mio. DM) und den Ostteil (rd. 225 Mio. DM) zum Stichtag 31.12.1992, untergliedert nach den verschiedenen Fördertatbeständen und differenziert nach den Trägerbereichen der geförderten Krankenhäuser, dargestellt. Zum Vergleich sind die Abschlußzahlen der einzelnen Fördertatbestände des Jahres 1991 zum Stichtag 31.12.1991 aufgeführt.

Die Zahl der geförderten Betten betrug insgesamt 32.734 im Jahre 1992 (1991: 35.529 Betten). Davon entfielen auf den Westteil 22.564 Betten (1991: 23.717 Betten) und den Ostteil 10.170 Betten (1991: 11.812).

Die Krankenhäuser sind hierbei vier 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. Hierzu hat der Senat im Mai 1993 unter Einbeziehung von Artikel 14 des Gesundheits-Strukturgesetzes ein "Krankenhausinvestitions- und Finanzierungsprogramm zur Angleichung der Lebensverhältnisse in der Stadt" beschlossen.

**Tabelle 10.13: Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1992 in Berlin-West zum Stichtag 31.12.1992 - IST-Ausgaben nach Verbänden -**

Träger/ Verbände	Einzelförderung		Pauschalförderung			Betriebskostenzuschuß für Auszubildenden nach § 6 LKG	Mieten anstelle einer Einzelförderung nach § 9 LKG	Anlauf-, Umstellungs- und Schließungskosten nach §§ 10, 12 und 13 LKG	Übernahme von Kapitaldienstverpflichtungen vor Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 11 LKG	Fördermittel insgesamt (nach Verbänden)	Anteil an der Gesamtförderung in %
	Baumaßnahmen nach § 7 Abs.1 Nrn.1 und 3 LKG	mittel- und langfristige Anlagegüter nach § 7 Abs.1 Nr.2 LKG	lfd. Bettenpauschale nach § 8 Abs.2 S.1 LKG	einmalige Zuschläge nach § 8 Abs.2 S.2 LKG	Ausbildungsplatzzuschlag nach § 8 Abs.3 LKG						
städtisch	105577070,29	17068062,41	40511197,55	1105205,35	110340,00	3034147,24	659646,30	-	-	168065669,14	42,27
freigemeinnützig											
Caritas	129045999,28	1498729,15	26871152,96	2139545,00	105000,00	1729128,20	1190006,65	4336750,57	419645,63	167335957,44	42,08
Diakonie	56885925,32	15419,21	6550569,19	-	27900,00	1379729,23	-	-	64819,71	64724362,66	16,28
DRK	68768136,97	72339,08	11602670,05	569545,00	51600,00	250235,22	202417,73	3735034,58	251832,08	85503810,71	21,50
DPW	3023202,22	-1444,40	4315099,20	170000,00	14400,00	99163,75	755640,74	587665,00	14820,00	8978546,51	2,26
AWO	568734,77	1101836,52	3364797,32	1400000,00	8700,00	-	-	-	88173,84	6532242,45	1,64
	-	310578,74	1038017,20	-	2400,00	-	231948,18	14050,99	-	1596995,11	0,40
privat	190753,12	115695,05	2001615,55	-	-	-	159691,59	335589,46	860661,90	3664006,67	0,92
UKRV	39168463,17	4072153,90	3962835,00	1200000,00	19500,00	-	-	-	-	48422952,07	12,18
sonstige	6227380,00	-52,14	3373861,78	-26105,94	-	-	556408,28	-	-	10131491,98	2,55
insgesamt											
1992	280209665,86	22754588,37	76720662,84	4418644,41	234840,00		2565752,82	4672340,03	1280307,53	397620077,30	100,00
1991	271341905,79	21206346,60	80313824,58	4112535,77	210320,00	3533003,74	2271758,52	12479835,86	1301396,29	396770927,15	100,00

(Quelle: SenGes)

**Tabelle 10.14: Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1992 in Berlin-Ost zum Stichtag 31.12.1992 - IST-Ausgaben nach Verbänden -**

Träger/ Verbände	Einzelförderung		Pauschalförderung			Betriebskostenzuschuß für Auszubildenden nach § 6 LKG	Mieten anstelle einer Einzelförderung nach § 9 LKG	Anlauf-, Umstellungs- und Schließungskosten nach §§ 10, 12 und 13 LKG	Übernahme von Kapitaldienstverpflichtungen vor Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 11 LKG	Fördermittel insgesamt (nach Verbänden)	Anteil an der Gesamtförderung in %
	Baumaßnahmen nach § 7 Abs.1 Nrn.1 und 3 LKG	mittel- und langfristige Anlagegüter nach § 7 Abs.1 Nr.2 LKG	lfd. Bettenpauschale nach § 8 Abs.2 S.1 LKG	einmalige Zuschläge nach § 8 Abs.2 S.2 LKG	Ausbildungsplatzzuschlag nach § 8 Abs.3 LKG						
städtisch	19721662,24	-	95016000,00	26252727,15	-	-	-	900854,95	-	141891244,34	63,08
freigemeinnützig											
Coritas	32654689,99	-	42688000,00	6338900,00	-	722000,76	-	513000,00	112951,38	83029542,13	36,91
Diakonie	11784632,23	-	18793000,00	3907900,00	-	-	-	513000,00	112951,38	35111483,61	15,61
DRK	12871057,76	-	15090000,00	1851000,00	-	722000,76	-	-	-	30534058,52	13,57
DPW	7999000,00	-	8805000,00	580000,00	-	-	-	-	-	17384000,00	7,73
AWO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
privat	30000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	30000,00	0,01
sonstige	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt											
1992	52406352,23	-	137704000,00	32591627,15	-	722000,76	-	1413854,95	112951,38	224950786,47	100,00
1991	58350296,01	-	161275907,14	14397650,00	-	248649,00	-	729540,59	-	235002042,74	100,00

(Quelle: SenGes)



## 10.5.2 Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1992

Die für das Jahr 1992 mit den Krankenkassen im Land Berlin vereinbarten Budgets in Höhe von 4 972 938 575 DM für die Krankenhäuser des Landes Berlin sind gegenüber dem Vorjahr um 12,8 % angestiegen. Mit der Anhebung wurden im wesentlichen Personal- und Sachkostenänderungen abgegolten. Darüber hinaus wurde die Durchführung einer Reihe von Strukturverbesserungen ermöglicht. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die folgenden Maßnahmen:

- Eröffnung einer Aids-Tagesklinik im Auguste-Viktoria-Krankenhaus und im Krankenhaus Prenzlauer Berg
- Schaffung einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung im Humboldt-Krankenhaus
- Einrichtung einer Palliativstation im Krankenhaus Spandau
- weitere Umsetzung der "Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie", wodurch es im Westteil der Stadt möglich wurde, den Personalbestand in den psychiatrischen Krankenhäusern zu erhöhen
- Eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführte Werbekampagne für Pflegeberufe unter dem Stichwort "Berufe fürs Leben" wurde von den Krankenkassen über die Pflegesätze finanziert. Dafür wurden 9,— DM pro Planbett für die Krankenhäuser im Westteil der Stadt sowie 3,— DM pro Planbett für die Krankenhäuser im Ostteil Berlins in die Budgets der Krankenhäuser aufgenommen.
- Die Ausbildung der im stationären Bereich der Krankenhäuser im Ostteil der Stadt beschäftigten Ärzte in Weiterbildung und der Ärzte im Praktikum wurde ebenfalls über das Budget gesichert.
- Die weitere Umsetzung der 1991 erlassenen "Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV)" führte in den Krankenhäusern im Westteil Berlins zu einer Erhöhung des Personalbestandes um 167 Vollkräfte. Die Kosten betragen rd. 10.676.800 DM. Durch die Psychiatrieverordnung war es den Krankenhäusern im Ostteil möglich, den Personalbestand um 108 Beschäftigte zu steigern, wodurch rd. 3.224.800 DM Kosten entstanden

Während die Budgets für 1992 für die Krankenhäuser im Westteil der Stadt ab 1.1.1992 neu vereinbart wurden und aufgrund der tariflichen Erhöhung der Löhne und Gehälter durch Ergänzungsvereinbarungen zum 1.10.1992 korrigiert wurden, vereinbarten die Vertragsparteien für die Krankenhäuser im Ostteil erst ab 1.4.1992 neue Pflegesätze für 1992. Mit diesen vereinbarten Budgets war auch im Jahre 1992 eine ausreichende Patientenversorgung gewährleistet. Die ungewöhnlich hohe Steigerung des Budgets der Krankenhäuser in den östlichen Bezirken in Höhe von rd. 19 % gegenüber dem abgelaufenen Budgetzeitraum resultierte im wesentlichen aus der vorläufigen Anhebung der Personalkosten um 21,4 % wegen der erwarteten weiteren Angleichung der Löhne und Gehälter an das Niveau der alten Bundesländer, der Nachzahlung auf die Auswirkungen des BAT-O im 2. Halbjahr 1991 und aus dem Erlösausgleich wegen der Unterschreitung der vereinbarten Berechnungstage im zweiten Halbjahr 1991.

In allen Verhandlungen wurde der Verbesserung der Pflege und den medizinischen Strukturänderungen besondere Bedeutung beigemessen. Wegen des Inkrafttretens des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 1.1.1993 und der damit verbundenen "Deckelung" der Budgets in den Jahren 1993 - 1995 wird es darauf ankommen, Strategien zu entwickeln, um betriebswirtschaftlich sensibel Weichen im medizinisch-pflegerischen Bereich zu stellen. Eine der maßgeblichen Strategien zur Erzielung wirtschaftlicher Erfolge liegt in der Verweildauerverkürzung, denn künftig hat das Krankenhaus Anspruch auf das fest vereinbarte Budget. Die durch Belegungsabweichungen entstandenen Mehr- oder Mindererlöse werden zu 100 % ausgeglichen.

Die Pflegesatzverhandlungen des Jahres 1992 ergaben für die Krankenhausgruppen im Land Berlin folgende Summen:

**Tabelle 10.15: Verhandelte und vereinbarte Budgets (DM) 1992**

Krankenhausgruppe	Land Berlin 1991	Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
		1992		
Akut-Krankenhäuser	2354322526 1)	3716440658	2485118412	1231322246
Belegkrankenhäuser	25831491 1)	28946348	28946348	-
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	162761908 1)	307728617	307728617	-
Nervenkliniken	144700611 1)	163180061	163180061	-
Chronischkranke	547911882 1)	584235943	584235943	-
Teilstationär	17972022 1)	25378418	25378418	-
Sonderentgelte	100068200 1)	147028530	125560613	21467917
	1055134362 2)			
insgesamt	4408703002	4972938575	3720148412	1252790163

1) nur Berlin-West

2) nur Berlin-Ost

(Quelle: Mitteilung der BKG vom 2.3.1993)

Die im Westteil der Stadt vereinbarten Budgets (inclusive Sonderentgelte) erhöhten sich

von 1988	auf 1989	um	2,68 %
von 1989	auf 1990	um	6,99 %
von 1990	auf 1991	um	10,65 %
von 1991	auf 1992	um	10,93 %

Dagegen ist für 1992 ein Zuwachs für den Ostteil in Höhe von 18,73 % zu verzeichnen.

Für die Ermittlung der Pflegesätze wurden folgende Berechnungstage zugrunde gelegt:

**Tabelle 10.16: Verhandelte und vereinbarte Berechnungstage 1992**

Krankenhausgruppe	Land Berlin 1991	Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
		1992		
Akut-Krankenhäuser	5691137 1)	9135379	5503442	3631937
Belegkrankenhäuser	93326 1)	92972	92972	-
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	139044 1)	394565	394565	-
Nervenkliniken	528559 1)	528006	528006	-
Chronischkranke	2827727 1)	2747010	2747010	-
Teilstationär	86140 1)	93713	93713	-
	4027816 2)			
insgesamt	13393749	12991645	9359708	3631937

1) nur Berlin-West

2) nur Berlin-Ost

(Quelle: Mitteilung der BKG vom 2.3.1993)

Setzt man die Berechnungstage des Jahres 1988 gleich 100 %, dann zeigt sich für die folgenden Jahre ein geringer aber stetiger Rückgang für den Westteil Berlins:

Index	1988	100
	1989	100
	1990	98,5
	1991	97,9
	1992	97,7

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.

**Tabelle 10.17: Durchschnittliche Pflegesätze (DM) 1992**

Krankenhausgruppe	Land Berlin 1991	1992		
		Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
Akut-Krankenhäuser	413,68 1)	406,82	451,56	339,03
Belegkrankenhäuser besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	276,79 1)	311,34	311,34	—
Nervenkliniken	1170,58 1)	779,92	779,92	—
Chronischkranke	273,76 1)	309,05	309,05	—
Teilstationär	193,73 1)	212,68	212,68	—
	208,64 1)	270,81	270,81	—
	262,60 2)			
insgesamt (Durchschnitt)	321,65	382,78	384,05	339,03

1) nur Berlin-West  
2) nur Berlin-Ost

(Quelle: Mitteilung der BKG vom 2.3.1993)

## 10.6 Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung

### 10.6.1 Blutspendedienste 1992

Die Anzahl der Blutspender hat sich im Vergleich zum Vorjahr - aufgrund erstmals vorliegender Zahlen eines Jahres für den gesamten Berliner Bereich - um rd. 28 % erhöht. Demzufolge stieg auch die Zahl der tatsächlich gewonnenen Blutspenden um 25 % bzw. um rd. 23.000 Konserven.

Der Anteil der unentgeltlichen Spenden am Gesamtvolumen hat sich weiter positiv entwickelt und liegt jetzt bei 38,2 % (1991: 34,8 %).

Die Zahl der autologen Transfusionen konnte von 1.504 (1991) um fast das Sechsfache auf insgesamt 10.068 gesteigert werden.

Tabelle 10.18: Blutspendedienste 1992

Blutspendedienste	Blut- spender	tatsächlich ge- wonnene Blut- konserven und Blutpräparate	Spenden	
			gegen Entgelt	ohne Entgelt
DRK-Blutspendedienst mit Außenentnahmestelle. Blutspendeбус, Team 1)	112328	98922	72875	39453
Blutbank im Klinikum Rudolf Virchow, Standort Charlottenburg	7838	7838	4048	3790
Blutbank im Krankenhaus Moabit	6087	6087	5809	278
Blutbank im Klinikum Steglitz	1158	1143	1158	-
Insgesamt	1992 1991	127411 99265	113990 90914	83890 67589
Anschriften				
- DRK-Blutspendedienst			Hindenburgdamm 30.	12203 Berlin
- Blutbank im Universitätsklinikum Standort Charlottenburg	Rudolf Virchow.		Spondauer Damm 130.	14050 Berlin
- Blutbank im Krankenhaus Moabit			Turmstraße 21.	10559 Berlin
- Blutbank im Universitätsklinikum Steglitz			Hindenburgdamm 30.	12203 Berlin

1) ab 1.7.1991 mit Berlin-Ost (Lichtenberg und Buch)

(Quelle: SenGes)

## 10.6.2 Rettungswesen

Rechtsgrundlage für den Rettungsdienst in Berlin ist zur Zeit das Feuerwehrgesetz in der Fassung vom 3.5.1984. Im Jahre 1993 wird voraussichtlich ein Rettungsdienstgesetz in Kraft treten, wonach der Rettungsdienst dann geregelt wird

Die Aufgaben werden im wesentlichen wie bisher verteilt sein:

- Der Notfallrettungsdienst obliegt in erster Linie den Feuerwehren (Berufsfeuerwehr, Freiwillige Feuerwehren und Werksfeuerwehren) und in geringerem Umfang den besonders beauftragten Hilfsorganisationen. Alle Notfallrettungseinsätze werden von der Leitstelle der Berliner Feuerwehr gelenkt.
- Krankentransporte werden von der Berliner Feuerwehr, den Hilfsorganisationen, privaten Krankentransportunternehmen und zum Teil auch von den Werksfeuerwehren durchgeführt.

In Ergänzung des bodengebundenen Notarztwagen systems mit 14 Stationen wird ein Rettungshubschrauber des ADAC eingesetzt.

Die folgenden Tabellen enthalten bereits die (Einsatz-)Zahlen des ehemaligen Rettungsamtes, das am 1.7.1991 in die Berliner Feuerwehr eingegliedert wurde.

**Tabelle 10.19: Krankenkraftwagen am 31.12.1991 in Berlin nach Organisation und Art**

Organisation	Krankenkraftwagen			
	insgesamt	Notarztwagen	Rettungswagen nach DIN 75080	Krankentransportwagen DIN 75080
Berliner Feuerwehr	242	16	96	130
Werkfeuerwehr	4	—	3	1
Arbeiter-Samariter Bund	12	—	5	7
DRK	32	—	9	23
Johanniter-Unfall-Hilfe	8	—	6	2
Malteser Hilfsdienst	5	—	3	2
Berl. Flughafen-Gesellschaft	4	—	4	—
private Unternehmen	131	—	5	126
insgesamt 1991	438	16	131	291
1990	251	7	96	148

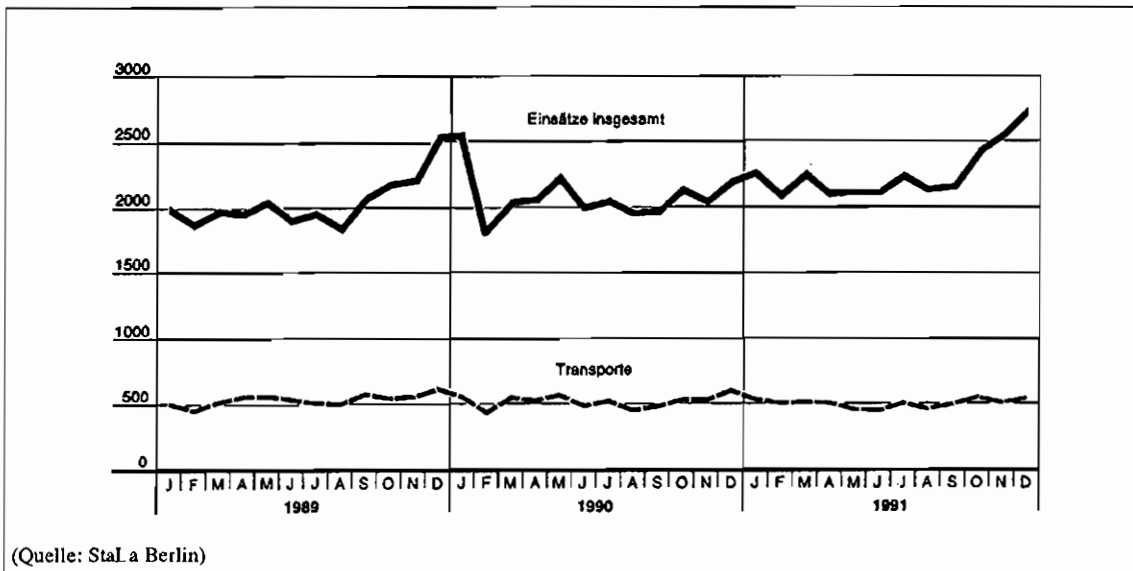
(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle 10.20: Mit Krankenkraftwagen durchgeführte Transporte 1991 in Berlin nach Organisation und Art**

Organisation	Transporte			darunter	
	insgesamt	Notfallrettungs-transporte	Kranken-transporte	Infektions-transporte	Transporte von Frühgeborenen
Berliner Feuerwehr	291426	155999	135427	595	1483
Werkfeuerwehr	734	401	333	—	2
Arbeiter-Samariter Bund	378	378	—	—	—
DRK	48800	9345	39455	67	—
Johanniter-Unfall-Hilfe	8600	5611	2989	11	10
Malteser Hilfsdienst	547	41	506	11	—
Berl. Flughafen-Gesellschaft	470	381	89	2	1
private Unternehmen	251992	—	251992	273	176
insgesamt 1991	602947	172156	430791	959	1672
1990	388851	119393	269458	434	1870

Außerdem wurden mit dem vom ADAC betriebenen Rettungshubschrauber bei insgesamt 1 773 Einsätzen 83 Notfallrettungstransporte durchgeführt

(Quelle: StaLa Berlin)

**Graphik 10.2: Einsätze der Notarztwagen in Berlin-West seit Januar 1989**

### 10.6.3 Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten

Die Leistungsfähigkeit medizinischer Versorgung drückt sich heute nicht zuletzt auch in der Verwendung großer, dem gegenwärtigen Entwicklungsstand entsprechender Geräte aus. Hier hat es in den letzten Jahren durch verbesserte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten beträchtliche Entwicklungen gegeben. Aufgrund der notwendigen Fachkunde zur Bedienung und einer angemessenen Auslastung dieser kostenintensiven Anschaffungen ist es erforderlich, medizinisch-technische Großgeräte nur an bestimmten Standorten zu fördern.

Der Großgeräteausschuß hat auf der Grundlage der am 1.4.1991 geschlossenen Vereinbarung, die am 15.8.1992 durch eine Präzisierung zur Verfahrensregelung ergänzt wurde, im Jahre 1992 fünf Standorte für Kernspintomographen, fünf Standorte für Computertomographen und zwei für Linksherzkathetermeßplätze genehmigt.

Die Standorte liegen überwiegend im östlichen Teil Berlins und tragen zu einer deutlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei. Zur Sicherstellung der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung wurde festgelegt, daß durch Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten eine gemeinsame und wirtschaftliche Nutzung erfolgt.

In der im folgenden Überblick über die im Land Berlin stationär und ambulant eingesetzten Großgeräte genannten Standortzahl wurden alle genehmigten Standorte berücksichtigt. In Einzelfällen ist es möglich, daß die Aufstellung im Jahre 1992 noch nicht erfolgt ist.

**Tabelle 10.21: Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten am 31.12.1992 in Berlin**

Art des Gerätes	Anzahl der Großgeräte							Einwohner je Gerät in 1.000 1)		
	insgesamt	in ärztlichen Praxen			in Krankenhäusern			Berlin	West	Ost
		zu- sammen	West	Ost	zu- sammen	West	Ost			
Computertomographen	60	19	12	7	41	23	18	58	62	52
Kernspintomographen	13	2	2	-	11	6	5	267	271	259
Linksherzkatheter- messplätze	20	-	-	-	20	13	7	173	167	185
Tele-Kobalt-Therapie- Geräte	6	-	-	-	6	3	3	578	724	431
Linearbeschleuniger	16	-	-	-	16	10	6	217	217	216
Lithotripter	7	-	-	-	7	3	4	495	724	323

1) fortgeschriebene Bevölkerung 31.12.1992

(Quelle: SenGes / StaLa Berlin)

### 10.6.4 Dialyseeinrichtungen

Im Mittelpunkt der Nierenersatztherapie steht nach wie vor die Dialyse. Von den verschiedenen Verfahren werden hier allein die zentralen allgemein zugänglichen Dialysen dargestellt, dabei werden auch ambulante und teilstationäre Einrichtungen berücksichtigt, denn die Grenze zwischen interner und externer Inanspruchnahme der Dialysen der Krankenhäuser ist in der Praxis nicht zu ziehen

**Tabelle 10.22: Dialyseplätze im August 1992 in Berlin**

	Krankenhaus		Kuratorium für Heim- dialyse	Arztpraxen		Einwohner 1) je Dialyse- platz
	Anzahl	Plätze		Anzahl	Plätze	
Berlin-West	5	83	166	36	285	7620
Berlin-Ost	7	104	25	61	190	6810
Berlin	12	187	191	97	475	7296

1) Einwohner: fortgeschriebene Bevölkerung – Stand: 31.12.1992 –

(Quelle: SenGes)

**10.7 Tabellenverzeichnis**

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 10.1: Krankenhäuser und Krankenhausbetten am 31.12.1992 in Berlin nach Trägerbereichen und Fachabteilungen (Krankenhaus-Rahmenplan 1991)
- Tabelle 10.2: Krankenhäuser nach Größenklassen, Personal und Bettenzahl 1991 in Berlin (Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte)
- Tabelle 10.3: Krankenhausbetten nach ausgewählten Fachabteilungen 1991 in Berlin je 10.000 Einwohner
- Tabelle 10.4: Stationär behandelte Kranke und Pflegetage nach Art des Krankenhauses sowie Krankenhaushäufigkeit 1991 in Berlin
- Tabelle 10.5: Patienten und Verweildauer nach ausgewählten Fachabteilungen 1991 in Berlin
- Tabelle 10.6: Entwicklung der Verweildauer in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1991 in Berlin
- Tabelle 10.7: Entwicklung der Bettenauslastung in ausgewählten Fachabteilungen 1980 - 1991 in Berlin
- Tabelle 10.8: Entwicklung globaler Indikatoren der stationären Krankenversorgung 1980 - 1991 in Berlin (Stand: 31.12.)
- Tabelle 10.9: Entlassene Krankenhauspatienten nach Berlinern und Nichtberlinern 1991 und 1992
- Tabelle 10.10: Einrichtungen mit den höchsten Anteilen stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1992
- Tabelle 10.11: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1991 und 1992 nach Trägern - in % -
- Tabelle 10.12: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1991 und 1992 nach Versorgungsstufen - in % -
- Tabelle 10.13: Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1992 in Berlin-West zum Stichtag 31.12.1992 - IST-Ausgaben nach Verbänden -
- Tabelle 10.14: Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1992 in Berlin-Ost zum Stichtag 31.12.1992 - IST-Ausgaben nach Verbänden -
- Tabelle 10.15: Verhandelte und vereinbarte Budgets (DM) 1992
- Tabelle 10.16: Verhandelte und vereinbarte Berechnungstage 1992
- Tabelle 10.17: Durchschnittliche Pflegesätze (DM) 1992
- Tabelle 10.18: Blutspendedienste 1992



Tabelle 10 19: Krankenkraftwagen am 31.12.1991 in Berlin

Tabelle 10.20: Mit Krankenkraftwagen durchgeführte Transporte 1991 in Berlin nach Organisation und Art

Tabelle 10.21: Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten am 31.12.1992 in Berlin

Tabelle 10 22: Dialyseplätze im August 1992 in Berlin

Tabelle A 10.1: Krankenhausbetten nach Einzugsbereichen am 31.12.1992 in Berlin je 1.000 Einwohner

Tabelle A 10.2: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Umland in Krankenhäusern in Berlin-West 1991 - 1992

Tabelle A 10.3: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Umland in Krankenhäusern in Berlin-Ost 1989 - 1992



*KAPITEL*  
*11*  
*AUS DEN*  
*HEILBERUFSSKAMMERN BERLINS*

## 11.1 Ärztekammer Berlin

### 11.1.1 Aufgaben

Die Ärztekammer 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 Ärztekammer 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 Ärztekammer 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 Tariffrecht und Arbeitszeitwirklichkeit - Ergebnisse einer Umfrage der Ärztekammer Berlin -

Der nachstehende Beitrag wurde von der Ärztekammer Berlin zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt. Er gibt nicht in allen Punkten die Meinung der Senatsverwaltung für Gesundheit wieder. Rückfragen hierzu können an den Verfasser, Herrn Professor Dr. Horst Skarabis, Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin, Babelsberger Straße 14-16, 10715 Berlin, gerichtet werden.

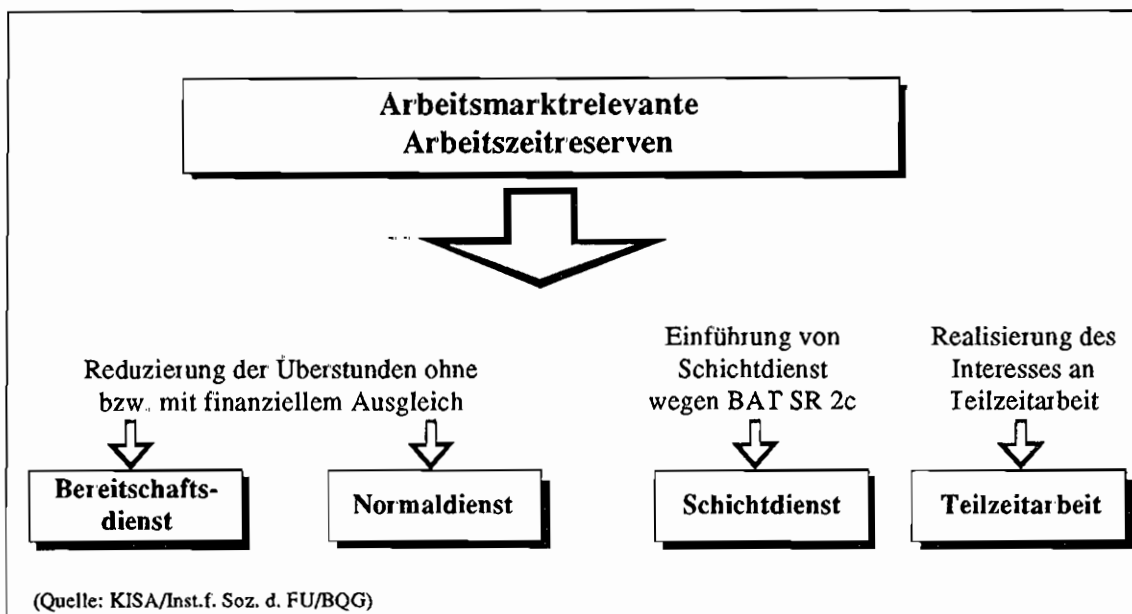
In Berlin gibt es 1.200 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte, ca. 15.000 bundesweit. Durch die im Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) enthaltene Einschränkung der Niederlassungsfreiheit ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen. Diese deprimierende Situation war Anlaß für die Ärztekammer Berlin, der Frage nachzugehen, ob eine Vermehrung von Angestelltenverhältnissen im ärztlichen Sektor erreichbar ist.

- Welchen Umfang hat die von angestellten Ärztinnen und Ärzten regelmäßig geleistete Mehrarbeit in Form von Überstunden und Bereitschaftsdiensten tatsächlich?
- Sind die angestellten Ärztinnen und Ärzte an einer Reduktion ihrer Arbeitszeit interessiert und in welcher Form?
- Welche arbeitsmarktrelevanten Arbeitszeitreserven ergeben sich daraus?

Diesen Fragen ging die vorliegende Untersuchung nach, die von der Kontakt- und Informationsstelle für arbeitslose Ärztinnen und Ärzte (KISA) in Zusammenarbeit mit dem Insti-

tut für Soziologie der FU Berlin und der Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft im Gesundheitswesen (BQG-Gesundheit) mittels Fragebogen durchgeführt wurde.

**Graphik 11.1: Arbeitsmarktrelevante Arbeitszeitreserven**



## Methoden

Der Fragebogen wurde an 5.013 zufällig ausgewählte angestellte Ärztinnen und Ärzte in Berlin geschickt, von denen 2.807 bis zum 8.3.1993 an der Befragung teilnahmen. Nach Aussortierung der Ärzte, die arbeitslos, beamtet oder berentet waren bzw. eine Honorartätigkeit ausübten, Altersübergangsgeld bezogen oder in Brandenburg arbeiteten, kamen 2.707 Fragebögen in die Auswertung. Dies bedeutet eine Ausschöpfung der Stichprobe von 54 %. Um den statistischen Wert dieser Umfrage beurteilen zu können, wurden Eckdaten abgefragt und mit den statistischen Eckdaten aus den Unterlagen der Ärztekammer verglichen. Der Vergleich zeigt in der Verteilung wichtiger Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Berlin-West/Ost, Weiterbildungsstatus und Tätigkeitsbereich, eine sehr gute Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit. Damit ist sichergestellt, daß die Ergebnisse der Befragung einen repräsentativen Einblick in die Arbeitswirklichkeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte in Berlin geben

## Überstunden

Außerhalb des Bereitschaftsdienstes leisten 95,5 % der 7.500 Klinikärzte insgesamt monatlich 162.000 Überstunden, während 82,6 %, das heißt 3.561 der nicht in einer Klinik tätigen angestellten Ärzte, monatlich 81.903 Überstunden verrichten. Hieraus ergibt sich ein Betrag von 243.903 Überstunden je Monat von angestellten Ärzten in Berlin.

- Hiervon werden 18,6 %, d.h. 45.366 Stunden, durch Freizeitausgleich abgegolten und stellen insofern keine Mehrarbeit des Gesamtsystems dar
- Entgegen der tariflichen Vereinbarung im BAT, wonach grundsätzlich alle geleisteten Überstunden durch Freizeit ausgeglichen werden sollen, bleiben in Berlin 81,4 %, d.h. je Monat 198.537, der Überstunden von angestellten Ärzten ohne Freizeitausgleich.

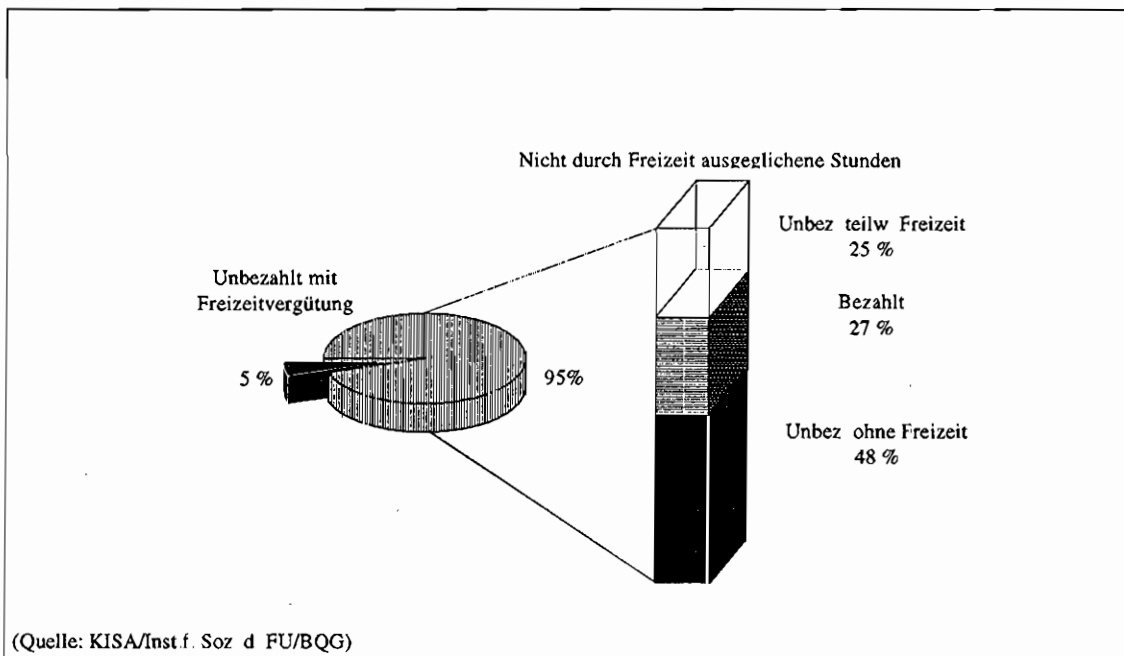
Dieser Wert stellt neben dem unten behandelten Volumen der nicht ausgeglichenen Bereitschaftsdienste eine arbeitsmarktpolitisch relevante Größe dar, während die durch Freizeit ausgeglichenen Überstunden zwar die Lebensqualität des ärztlichen Personals berühren, nicht aber das Gesamtvolumen der tariflich vereinbarten Arbeitszeit verändern.

### Bereitschaftsdienst

Bereitschaftsdienste gehören zu den Dienstpflichten des Klinikarztes. 85,2 % der Ärzte einer Station oder Klinikambulanz bzw. 24,7 % der anderen Ärzte leisten Bereitschaftsdienste

Aus arbeitsmarktpolitischer Sicht sind von den Überstunden aus Bereitschaftsdiensten auch nur jene von Interesse, die nicht durch Freizeitausgleich reguliert werden. Die Erhebung hat ergeben, daß von den anrechenbaren Bereitschaftsstunden 244 602 Stunden nicht durch Freizeit abgegolten werden und somit für den Arbeitsmarkt relevant sind

**Graphik 11.2: Arbeitsmarktrelevanz der Überstunden**  
- Anteil der Überstunden, die nicht ausschließlich durch Freizeit ausgeglichen werden, und deren Aufteilung -



Ein besonderes Problem stellen hier die Bereitschaftsdienste der Stufe D insofern dar, als der Tarifvertrag festlegt, daß die tatsächliche Arbeit in einem Bereitschaftsdienst 49 % der Anwesenheit nicht überschreiten darf. Tritt dies dennoch ein, so ist eine Entlastung herbeizuführen oder der Dienst als Schichtdienst zu organisieren. Die Daten zeigen aber, daß 87,2 % der Dienste den in Stufe D festgelegten Satz übersteigen.

Alternativ zur reinen Stundenberechnung ergeben sich allein durch die Einrichtung von Schichtdiensten (BAT SR 2c) bei vollem Freizeitausgleich der Überstunden 187 580 Monatsstunden für angestellte Ärzte

## Teilzeitarbeit

Teilzeitarbeit verrichten derzeit 6,4 % der Klinikärzte und 17,5 % der nicht-klinisch tätigen Ärzte. Die mittlere Reduktion der Arbeitszeit beträgt in beiden Gruppen knapp 50 %.

Unterstellt man, daß alle Interessenten an Teilzeitarbeit im Mittel mit derselben Reduktion der Arbeitszeit ihr Interesse realisieren würden, so ergibt sich die arbeitsmarktpolitisch relevante Summe von 200.229 Stunden je Monat.

Die Frage nach dem Interesse an Teilzeitarbeit zeigt ein bemerkenswertes Resultat. Während in der Gruppe der klinisch tätigen Ärzte 28,8 % der Vollzeitbeschäftigten ein Interesse an Teilzeitarbeit äußern, sind dies bei den außerklinisch angestellten Ärzten nur 21,3 %. Nimmt man aber die tatsächlich teilzeitarbeitenden Kollegen mit den Interessenten an Teilzeitarbeit zusammen, so ergibt sich in beiden Gruppen derselbe Anteil von etwa 33 % realisierter oder gewünschter Teilzeitarbeit.

Mithin verfügt der Bereich des Gesundheitssystems, in dem angestellte Ärzte arbeiten, über eine Arbeitszeitreserve von zusammen 643 368 Stunden je Monat.

Legt man eine monatliche Arbeitszeit von 165 Stunden zugrunde, so entsprechen dem 3.899 Vollzeitstellen für angestellte Ärzte.

Bei der Alternative der Umsetzung nach BAT SR 2c allein ergeben sich mit 187 580 Stunden insgesamt 1.136 Vollzeitstellen.

Aus den vorangegangenen Berechnungen ergeben sich folgende Arbeitszeitreserven je Monat nach Bereichen:

- Überstunden	198 537 Stunden
- Bereitschaftsdienste	244 602 Stunden
- gewünschte Teilzeitarbeit	200.229 Stunden
Alternativ:	
- Schichtdienst wegen BAT SR 2c	187.580 Stunden.

## Beurlaubung

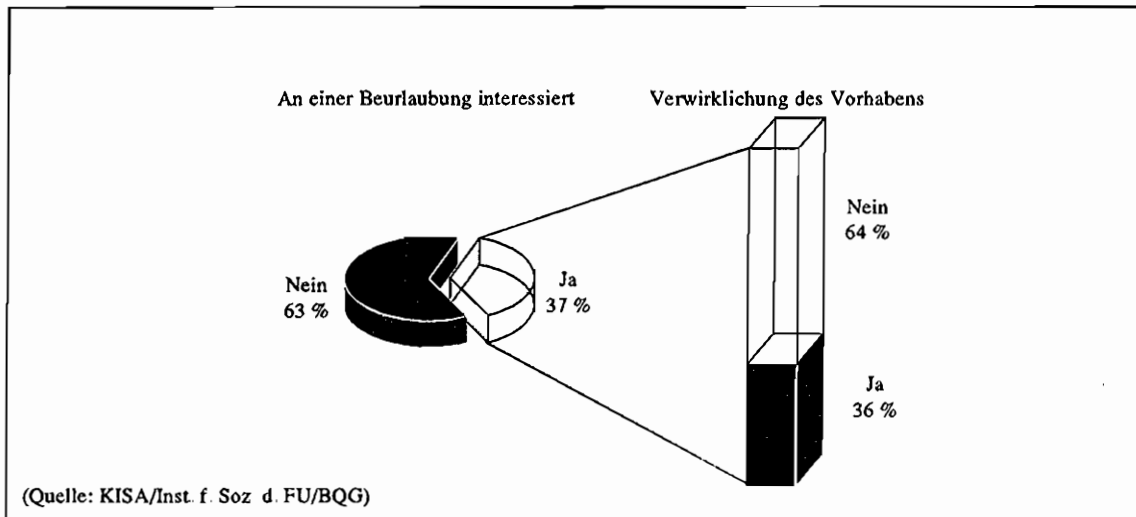
Einen Bereich möglicher Arbeitsreserven, der jedoch nicht in gleicher Weise wie oben zu quantifizieren ist, stellen die gewünschten aber nicht realisierten Beurlaubungen dar. In der Graphik 11.3 erkennt man, daß 37 % der Befragten an einer Beurlaubung interessiert sind oder waren. Nur 36 % dieser Ärzte konnten ihr Interesse verwirklichen.

## Rufbereitschaft

Die Einstellung mehr ärztlichen Personals zum Abbau von Überstunden hätte darüber hinaus eine Wirkung auf die hohe Zahl der Rufbereitschaften. In Berlin leisten 31,5 % der Ärzte, die in der Klinik arbeiten, Rufbereitschaft. Die Zeit in der Rufbereitschaft beträgt im Mittel 26,8 Stunden je Woche.

## Fachübergreifender Bereitschaftsdienst

Der Krankenhauspatient hat einen vertraglichen Anspruch auf ärztliche und pflegerische Betreuung nach den Regeln der ärztlichen Kunst und des medizinischen Standards. Die Ent-

**Graphik 11.3: Im bisherigen Berufsleben an einer Beurlaubung interessiert**

scheidung, ob und unter welchen sachlichen Bedingungen im Einzelfall fachübergreifende Dienste möglich sind, muß von den leitenden Ärzten der jeweiligen Abteilung getroffen und verantwortet werden. Immerhin gaben 20,9 % der Befragten an, daß in der Klinik, in der sie tätig sind, fachübergreifender Bereitschaftsdienst geleistet wird.

#### Angestellte Ärzte zur Arbeitssituation

Die oben genannten "harten Daten" sagen nur teilweise etwas über die Frage möglicher Änderungen am Beschäftigungssystem aus. Die vorliegende Studie hat daher eine Reihe von Fragen gestellt, in denen die befragten Ärzte hierzu Stellung nehmen konnten.

Die Reduktion von Überstunden - im Normal- und im Bereitschaftsdienst - wird vom überwiegenden Teil als wichtig erachtet. 63,9 % der Befragten sind an der Reduktion aller Überstunden außerhalb des Bereitschaftsdienstes interessiert und weitere 22,1 % nur an der Reduktion der unbezahlten Überstunden. Den Abbau von Bereitschaftsdienstüberstunden zugunsten von Neueinstellungen befürworten 88 %.

Möglichkeiten zur Reduktion von Überstunden werden von 67,3 % der Ärzte in der Einstellung zusätzlichen Personals und von 55,3 % in der Verbesserung der Arbeitsorganisation gesehen.

Die Ansicht über Bereitschaftsdienste der Stufe D, in denen die Arbeitszeit 50 % und mehr der Anwesenheitszeit beträgt, ist eindeutig. Zugunsten der Umsetzung der Rechtsgrundlage BAT SR 2c sind 84,1 % der Ärzte.

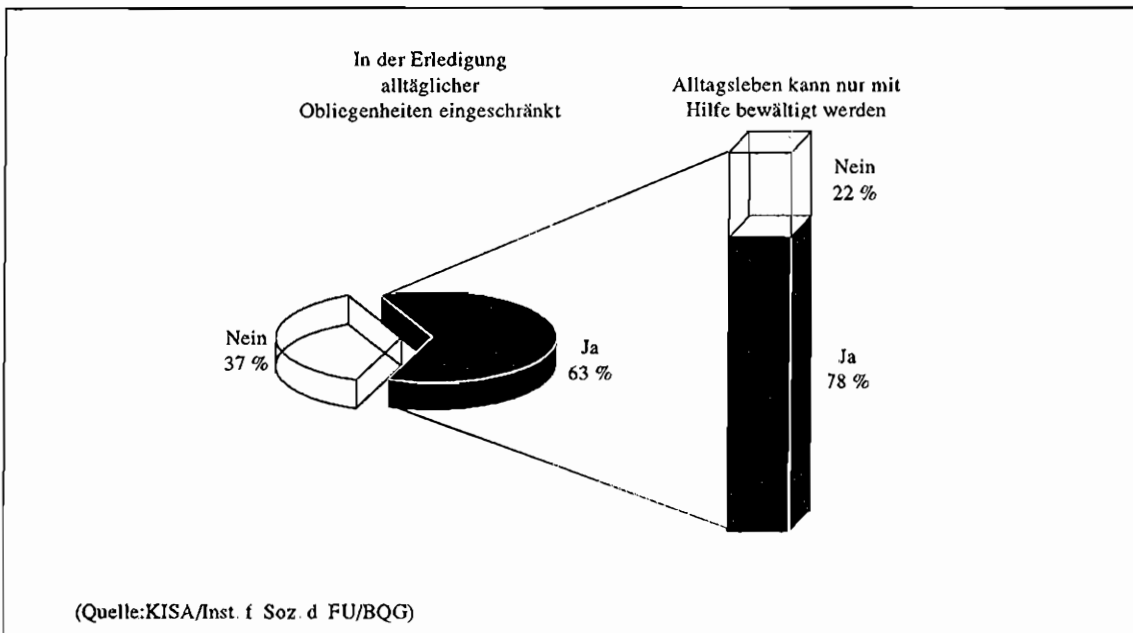
Teilzeitarbeit wird von vielen Ärzten gewünscht. 74,4 % befürworten die Einrichtung von Teilzeitstellen im ärztlichen Bereich, weitere 10,9 % befürworten sie nur für eine begrenzte Zeit der Weiterbildung. Das Argument der Kritiker von Teilzeitarbeit im ärztlichen Bereich, daß durch Teilzeitarbeit die Weiterbildung eingeschränkt sei, wird von den Ärzten offenbar nicht geteilt. Auch bei den Ärzten ohne abgeschlossene Weiterbildung plädieren 80,4 % für die Einrichtung von Teilzeitstellen im ärztlichen Bereich beziehungsweise haben 41,2 % ein Interesse an Teilzeitarbeit.



Der Wunsch zur Reduzierung der Arbeitszeit kann auch durch die Einschränkungen erklärt werden, denen die Ärzte in ihrer Freizeit unterliegen. Die Frage, ob sie wegen Überstunden oder unregelmäßiger Arbeitszeiten angestrebte kulturelle, politische oder sportliche Aktivitäten wesentlich einschränken müssen, bejahten 57,5 % der Befragten.

Wie in der Graphik 11.4 zu sehen ist, fühlen sich 63 % der angestellten Ärzte in der Erledigung von alltäglichen Obliegenheiten, wie Einkaufen, Behördengängen, Friseurbesuchen etc., durch ihre Arbeitssituation besonders eingeschränkt. Bei 78 % von ihnen kann das Alltagsleben nur mit Hilfe von Partner/in oder Freunden/innen bewältigt werden.

**Graphik 11.4: Einschränkungen durch die Arbeitssituation**



**Folgerungen**

3 899 Vollzeitstellen werden im Berliner Gesundheitswesen durch die Mehrarbeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte dem Arbeitsmarkt entzogen. Diese Größenordnung schwarz auf weiß dokumentiert überrascht, auch wenn jedem bekannt war, daß in den Kliniken Überstunden geleistet werden.

Eindrucksvoll ist neben den "harten Daten" das von den befragten Ärzten bekundete Interesse an der Reduzierung ihrer Arbeitszeit. Dieses Interesse bezieht sich nicht nur auf die unbezahlten, sondern eindeutig auch auf die bezahlten Überstunden.

Die im Rahmen des "Normaldienstes", also außerhalb des Bereitschaftsdienstes, geleisteten Überstunden lassen sich nicht so einfach in neu zu schaffende Stellen umsetzen. Einerseits stehen organisatorische Gründe dagegen. Wenn rechnerisch auf eine Abteilung zum Beispiel 0,3 Stellen entfallen, kann davon noch keine neue Stelle geschaffen werden. In solchen Fällen könnte überlegt werden, inwieweit diese Arbeitszeitreserve abteilungsübergreifenden Aufgaben zugeordnet werden kann.

Zum anderen handelt es sich bei einem großen Teil dieser Zeit (48 %) um unbezahlte Überstunden. Hier müßte zunächst der (Freizeit-)Ausgleich für die geleistete Arbeit durch die angestellten Ärztinnen und Ärzte eingefordert werden, um die Einstellung zusätzlichen Personals anzugehen.

Ganz anders sieht es bei den Bereitschaftsdienstüberstunden aus. Durch die Vergütung des anrechenbaren Anteils (je nach Stufe zwischen 25 und 85 %) der nicht durch Freizeit ausgeglichenen Bereitschaftsdienstüberstunden ist diese Arbeitszeitreserve bereits ausfinanziert.

88 % der befragten Ärzte befürworten den Abbau von Bereitschaftsdienstüberstunden zugunsten von Neueinstellungen. Der Bereitschaftsdienst ist in der Regel nach Abteilungen organisiert. Das Tarifrecht fordert primär den Freizeitausgleich für Überstunden.

Es bleibt die Frage, warum diese 244.602 Stunden monatlich immer noch als zusätzliche Mehrarbeit von Ärztinnen und Ärzten geleistet werden müssen und nicht schon längst statt dessen 1.480 Ärzte neu eingestellt wurden.

Anders als beim Freizeitausgleich für Überstunden besteht für die Realisierung gewünschter Teilzeitarbeit (noch) kein eindeutiger Rechtsanspruch. Die Frage ist hier, warum ausgerechnet die Ärzteschaft von der gesellschaftlichen Entwicklung zu kürzeren Arbeitszeiten und der besseren Vereinbarkeit von Familie und Berufsleben ausgeschlossen bleiben soll.

Wiederum eindeutig ist die Rechtslage bei den Bereitschaftsdiensten, in denen zu mehr als 49 % der Anwesenheitszeit Arbeit anfällt. Nach BAT SR 2c müssen diese Dienste als reguläre Arbeitszeit organisiert und abgegolten werden, wenn keine Entlastung herbeigeführt werden kann. Im Grunde ist diese Arbeit (187.580 Stunden im Monat) unbezahlte und nicht durch Freizeit ausgeglichene Mehrarbeit, die durch angestellte Ärzte geleistet wird.

## Fazit

Natürlich erfordert die Verteilung der zu leistenden Arbeit auf mehr Menschen Veränderungen der Arbeitsorganisation, z.B. die Durchführung präziser Übergaben. In einigen Bereichen der Patientenversorgung (Intensivstationen, Pflegedienst) wird Schichtdienst mit entsprechenden Patientenübergaben längst praktiziert. Warum sollen Übergabemodalitäten bei Bedarf nicht auch im ärztlichen Stationsdienst umsetzbar sein?

Ebenso erfordert die Beschäftigung von mehr Personal einen höheren Verwaltungsaufwand und unter Umständen Mehrkosten, wenn jemand durch Reduzierung der Arbeitszeit wieder in die gesetzliche Sozialversicherungspflicht eintritt.

Die Abwägung des Interesses der Ärztinnen und Ärzte auf menschenwürdige Arbeitszeiten gegen entstehende Mehrarbeit in der Personalstelle sollte der Leser selbst vornehmen.

*KAPITEL*

*12*

*BERUFE,  
AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG  
IM GESUNDHEITSWESEN*

## 12.0 Erläuterungen und allgemeine Anmerkungen

### Berufstätige Ärzte

#### Gebietsärzte

Ärzte mit abgeschlossener Gebietsausbildung

#### Arzt im Praktikum (AiP)

Angehende Ärzte, denen die Approbation erst erteilt wird, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet haben.

#### Zahnmedizin

Zahnärzte einschließlich Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

### Berichterstattung

In diesem Themenfeld wird ein möglichst vollständiger Nachweis der Beschäftigten im Gesundheitswesen angestrebt. Anders als z.B. im Kapitel Stationäre Versorgung, wo Merkmale zur Infra- bzw. Versorgungsstruktur (z.B. Personal auf Vollkräfte bezogen) angegeben werden, steht hier eine Übersicht über die Zahl der in ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen Tätigen im Mittelpunkt.

Die Daten wurden aus unterschiedlichen Quellen gewonnen:

Die Ärzte- und Zahnärztekammer liefern die Angaben über die niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Ärzte bzw. Zahnärzte und die Apothekerkammer über Apotheken und das dort beschäftigte Fachpersonal. Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung (bzw. die Bezirksämter) erstellt die Angaben über Ärzte und Medizinalfachpersonal im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in den Nachfolgeeinrichtungen der Polikliniken bzw. Ambulatorien in Berlin-Ost, das selbständige Medizinalfachpersonal sowie Ausbildungsplätze und Prüfungen in den Medizinalfachberufen.

Die Angaben über die im Krankenhaus tätigen Ärzte und das dortige Fachpersonal beruhen auf Meldungen der einzelnen Krankenhäuser an das Statistische Landesamt (StaLa) im Rahmen der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Angaben über Ärzte in sonstigen Tätigkeitsbereichen werden vom StaLa bei den zuständigen Stellen abgefragt.

Voneinander abweichende Ärztezahlen des StaLa und der Ärztekammer Berlin beruhen auf unterschiedlichen Erhebungswegen und Stichtagen, sind jedoch weitgehend bereinigt von Doppel- und Mehrfachzählungen. Die als "niedergelassen" registrierten Ärzte umfassen sämtliche in eigener Praxis tätigen Ärzte, d.h. über die zur kassenärztlichen (ab 1.1.1993 vertragsärztlichen) Versorgung zugelassenen Ärzte hinaus (vgl. Kapitel 7) auch die privatärztlich tätigen Ärzte.

Auf Bundesebene werden die entsprechenden Daten ausschließlich auf der Grundlage der Meldungen der Apotheker- bzw. Ärztekammern erstellt.

Die Statistik ist jedoch 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.

## 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 (in 104 Krankenhäusern) und die ambulante Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten (einschl. Personal), den ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie den (im Kapitel 9 genannten) besonderen ambulanten Einrichtungen im Ostteil der Stadt. 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 waren Ende 1991 rd. 100 000 Personen beschäftigt, d.h. knapp 30 % mehr als vor 10 Jahren. Insgesamt stellt damit das Gesundheitswesen einen wichtigen ökonomischen und arbeitspolitischen Faktor dar.

### 12.1.1 Ärzte

**Tabelle 12.1: Berufstätige Ärzte 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12) in Berlin nach Art der Tätigkeit und Geschlecht**

berufstätige Ärzte	1980		1985		1991					
	Berlin-West		Berlin-West		Berlin		West		Ost	
	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.
hauptsächlich im Krankenhaus	4002	1069	4315	1336	6845	2555	4443	1463	2402	1092
in freier Praxis bzw. ambulant	2352	664	2655	789	5405	2591	3129	1024	2276	1567
sonstige Tätigkeit	1554	848	1794	966	2038	1185	1408	794	630	391
zusammen	7908	2581	8764	3091	14288	6331	8980	3281	5308	3050
Ärzte im Praktikum (AiP)					992	542	801	422	191	120
insgesamt	7908	2581	8764	3091	15280	6873	9781	3703	5499	3170

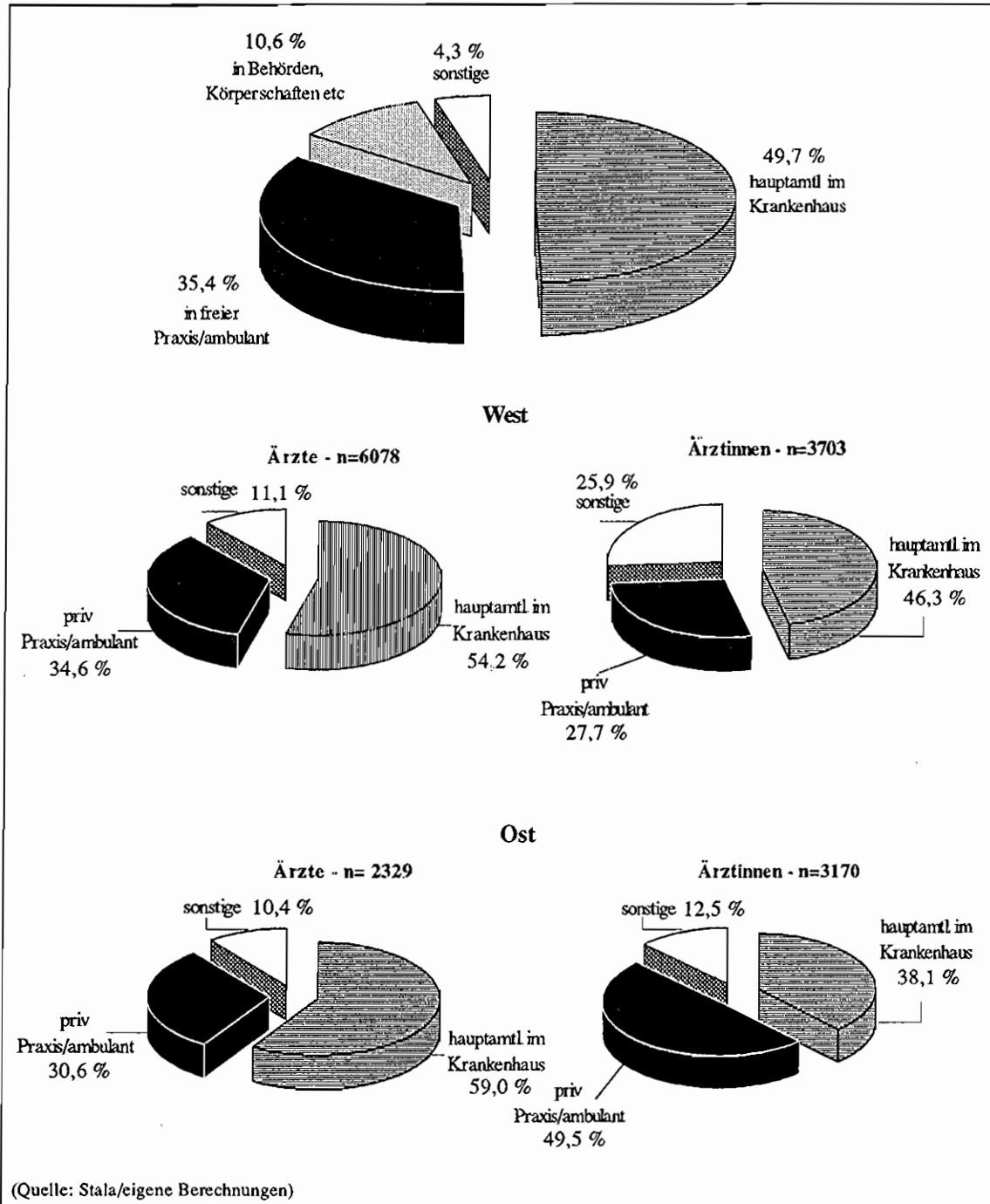
(Quelle: StoLo Berlin)

15.280 Ärzte übten Ende 1991 in Berlin ihren Beruf aus, wobei auf Berlin-West 9.781 und auf Berlin-Ost 5.499 Ärzte entfielen. Hierin sind auch die 992 Ärzte im Praktikum (AiP) enthalten, die größtenteils in den Krankenhäusern (744) oder in sonstigen Einrichtungen (242) tätig waren. Nach Angaben des Landesarbeitsamtes gab es darüber hinaus im Dezember 1992 695 (1991: 518) als arbeitslos gemeldete Ärzte, darunter befanden sich 392 (1991: 266) Ärztinnen.

Seit 1980 hat sich die Zahl der berufstätigen Ärzte in Berlin-West um fast ein Viertel (23,7 %) erhöht; hierbei ist eine stärkere Zunahme von Ärztinnen zu verzeichnen, deren Anteil von 32,6 (1980) auf 37,9 % gestiegen ist. Aufgrund des besonders hohen Anteils von Ärztinnen an der Ärzteschaft in Berlin-Ost (57,6 %) ergibt sich für Berlin insgesamt ein prozentualer Anteil von Ärztinnen in Höhe von 45.

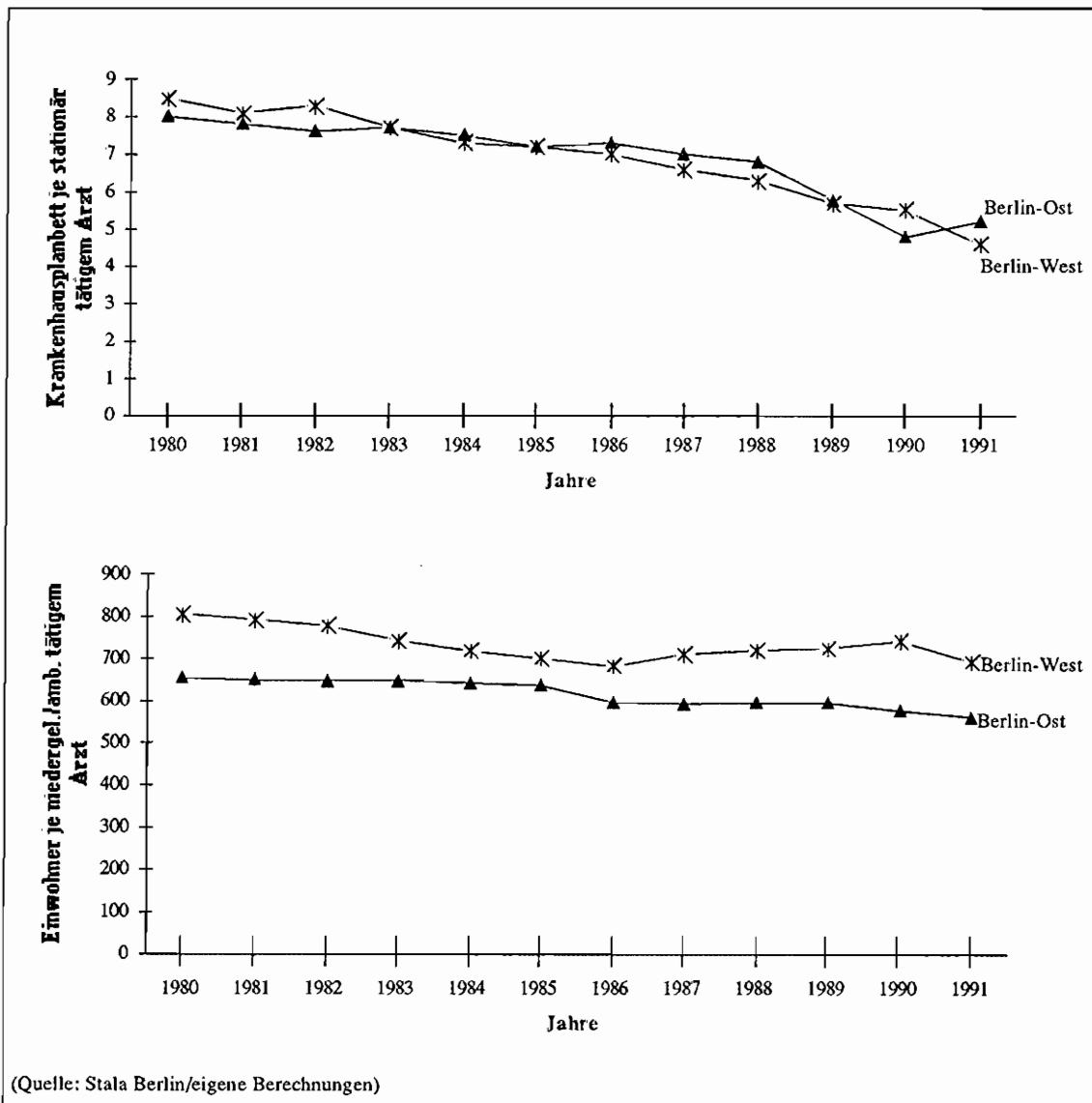
Fast die Hälfte aller berufstätigen Ärzte arbeitet - wie auch in den vergangenen Jahren - im Krankenhaus; 35,4 % - und damit ein stetig steigender Anteil (1980: 29,7 %) - haben eine eigene Praxis bzw. arbeiten ambulant, die restlichen Ärzte (14,9 %) sind in Behörden, Körperschaften oder sonstigen Einrichtungen tätig.

**Graphik 12.1: Berufstätige Ärzte (einschließlich zugeordneter AiP) am 31.12.1991 in Berlin nach Tätigkeitsfeldern und Geschlecht**



Betrachtet man die Tätigkeitsfelder nach Geschlechtern getrennt, so fällt der hohe Anteil von ambulanter Tätigkeit unter den Ärztinnen im Ostteil der Stadt auf, der entsprechende Anteil liegt bei den Ärztinnen im Westteil erheblich niedriger. Andererseits ist in den westlichen Bezirken der Anteil "sonstige Tätigkeit", d.h. z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, mehr als doppelt so hoch wie bei Ärztinnen in Berlin-Ost.

Graphik 12.2: Versorgung mit berufstätigen Ärzten 1980 - 1991 in Berlin - "Arztdichte"



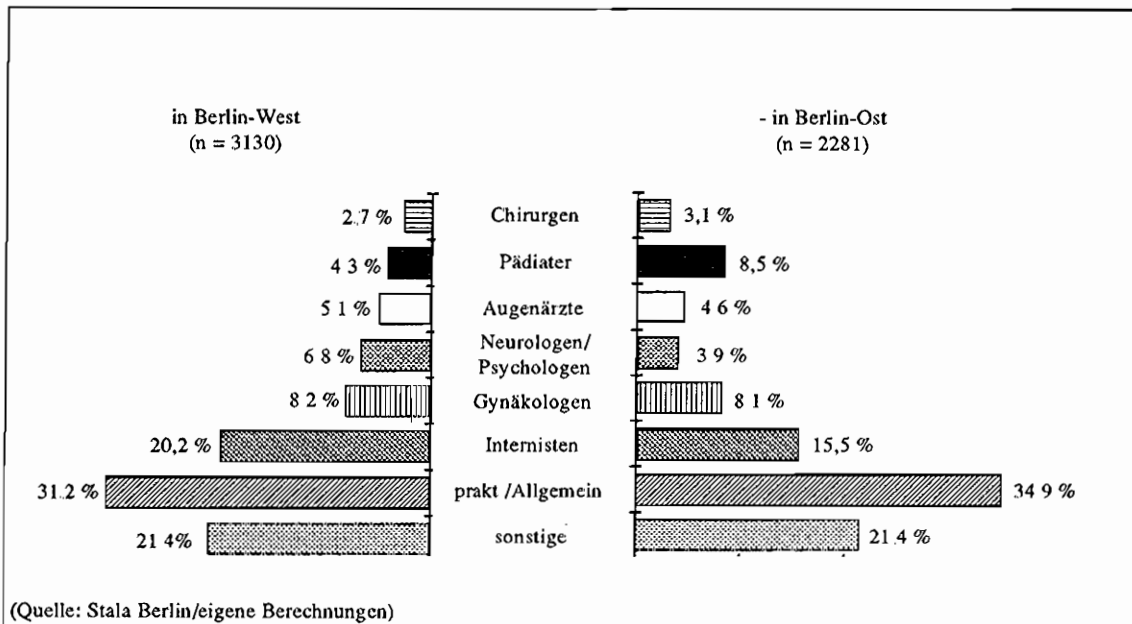
Hinsichtlich der Versorgung im ambulanten ärztlichen Bereich bzw. mit niedergelassenen Ärzten (vgl. Kapitel 7 bzw. 9) ist hervorzuheben, daß sich im Verlauf der strukturellen Anpassung beider Stadthälften die Zahl der niedergelassenen Ärzte (d.h. private Arztpraxen) in Berlin-Ost von 29 in 1989 auf über 1.500 erhöht hat; somit ergibt sich insgesamt sogar eine günstigere Relation von Einwohnern je ambulant tätigem Arzt ("Arztdichte") als in Berlin-West (vgl. Graphik 12.2 und Tabelle A 12.2).

Auch in Berlin-West hat sich dieser Indikator im Zeitraum von 1980 - 1991 erheblich verbessert. Die vermeintliche "Verschlechterung" ab 1987 ist auf das Ergebnis der Volkszählung 1987 zurückzuführen, die zu einer "realistischen", d.h. um rd 100.000 höheren, fortgeschriebenen Bevölkerungszahl geführt hat. Die nominelle Steigerung der Zahl der niedergelassenen Ärzte in Berlin-West (vgl. Tabelle A 12.2) wurde jedoch auch durch das Bevölkerungswachstum in den 80er Jahren wieder ausgeglichen.

Graphik 12.2 verdeutlicht die Verbesserung der Relation von Planbett je hauptamtlich im Krankenhaus tätigem Arzt, wobei die Bettenreduzierung in Berlin-West in den Jahren von 1980 - 1991 (um fast 25 %) erheblich höher ausfiel als in Berlin-Ost (um 10 % - vgl. Tabelle A 12.3).

Insgesamt weist dieser Indikator ebenfalls aus, daß die Verbesserung der Versorgungsdichte im Krankenhaussektor stärker ausgeprägt war als im ambulanten Bereich.

**Graphik 12.3: Zusammensetzung der Ärzteschaft in freier Praxis bzw. ambulant tätig (einschließlich AiP) am 31.12.1991 in Berlin nach Fachgebieten**



Wenn man die niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Ärzte nach Fachgebieten betrachtet, fällt auf, daß in Berlin-West der prozentuale Anteil insbesondere der Neurologen/Psychiater sowie der Internisten höher ist, in Berlin-Ost dagegen die Pädiater stärker vertreten sind.

Dies bestätigt auch die Tabelle 12.2, in der die Entwicklung der Versorgungsdichte in der ambulanten ärztlichen Primärversorgung dargestellt wird, denn auch hier wird der höhere Versorgungsgrad in Berlin-Ost - abgesehen von den Internisten - deutlich.



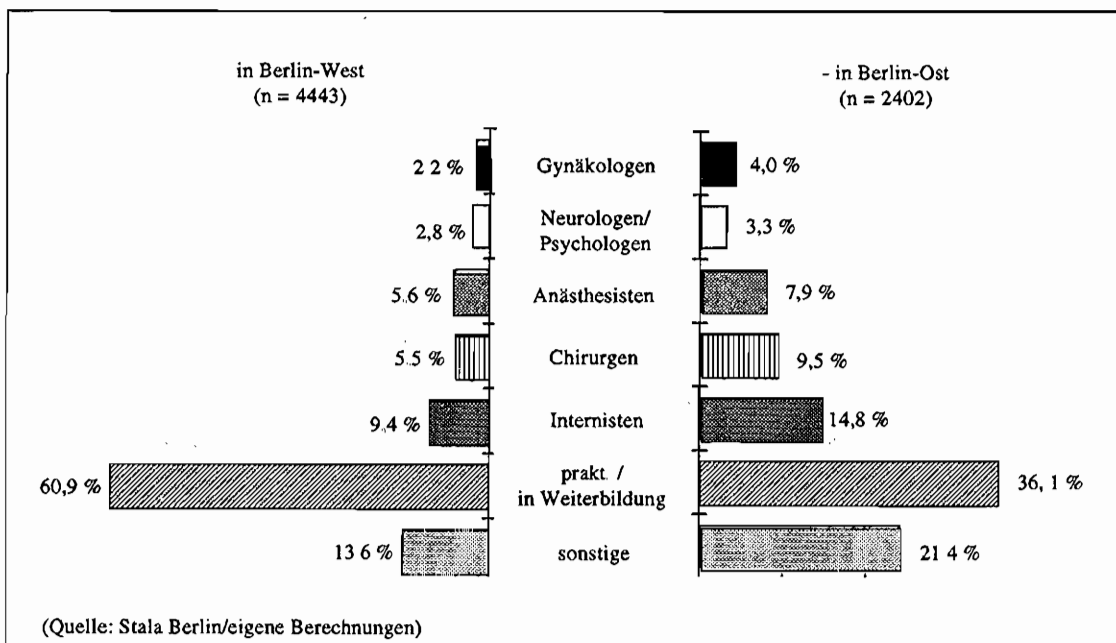
**Tabelle 12.2: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte der Primärversorgung 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin**

Fachgebiet	1980		1985		1991					
	Berlin-West		Berlin-West		Berlin		West		Ost	
	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt	Ärzte	Einw. je Arzt
Allgemeinmedizin 1)	765	2479	797	2334	1775	1941	978	2214	797	1607
Innere Medizin	476	3984	574	3241	985	3499	632	3425	353	3629
Frauenheilkunde 2)	206	4404	221	3965	441	3492	257	3867	184	2968
Kinderheilkunde 3)	110	2577	123	2058	329	1660	134	2227	195	1271

- 1) einschließlich praktischer Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- 2) Einwohner: Frauen, 15 Jahre und älter
- 3) Einwohner: Kinder, 0 bis unter 15 Jahre

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Graphik 12.4: Zusammensetzung der Ärzte in Krankenhäusern (ohne AiP) am 31.12.1991 in Berlin nach Fachgebieten**



Die entsprechende Graphik für den stationären Bereich zeigt, daß der Anteil der Ärzte mit Fachgebieten hier deutlich geringer ist, denn mehr als die Hälfte der im Krankenhaus hauptamtlich tätigen Ärzte befindet sich in der Weiterbildung. In Berlin-Ost ist der Anteil der Ärzte mit Fachgebieten jedoch erheblich höher, da die Facharztausbildung (in der ehemaligen DDR) Voraussetzung für eine selbständige Tätigkeit war. Die größte Fachgebietsgruppe bilden die Internisten, gefolgt von Chirurgen und Anästhesisten, für die das Krankenhaus eindeutig den wichtigsten Beschäftigungsbereich darstellt.

### 12.1.2 Zahnärzte

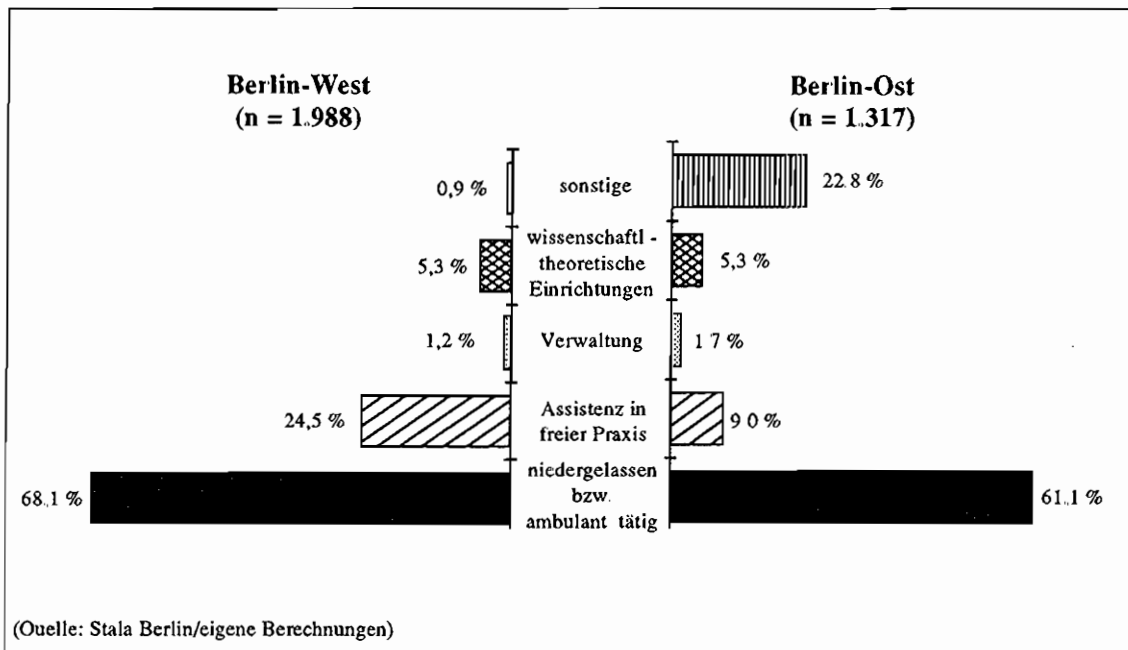
Am Jahresende 1991 wurden in Berlin 3.305 berufstätige Zahnärzte gemeldet, davon entfielen auf Berlin-West 1.988 und Berlin-Ost 1.317.

Gegenüber den Ärzten fällt der relativ hohe Anteil der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte auf sowie - insbesondere im Westteil der Stadt - der der angestellten Assistenten bei diesen niedergelassenen Zahnärzten - eine Einrichtung, die auch im Bereich der Ärzteschaft diskutiert wird.

Hervorzuheben ist - wie auch schon bei den Ärzten - der hohe Anteil (66,4 %) von Zahnärztinnen an der Zahnärzteschaft in den östlichen Bezirken; der entsprechende Anteil in Berlin-West beträgt 35,4 %

Darüber hinaus wurden vom Landesarbeitsamt Ende 1992 109 arbeitslose Zahnärzte, darunter 51 Zahnärztinnen, gemeldet.

**Graphik 12.5: Zahnärzte 1991 in Berlin  
nach Art der Berufsausübung**



**Tabelle 12.3: Berufstätige Zahnärzte 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin**

Fachgebiet	1980	1985	1991					
	Berlin-West	Berlin-West	Berlin		West		Ost	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	dar.weibl.	Anzahl	dar.weibl.	Anzahl	dar.weibl.
Zahnärzte insgesamt 1)	1530	1682	3305	1577	1988	703	1317	874
darunter:								
Zahnärzte in freier Praxis	1110	1195	2159	973	1354	438	805	535
Einwohner je Zahnarzt in freier Praxis	1708.3	1556.6	1596.1		1598.9		1591.5	
Kieferorthopäden	40	50	120		65		55	
Oralchirurgen			52		33		19	

1) d.h. einschl. der zahnärztlichen Fachgebiete Kieferorthopädie und Oralchirurgie, die aus gesundheitspolitischen Gründen außerdem noch gesondert aufgeführt werden

(Quelle: StaLa Berlin)

Obwohl regionale Dichteziffern in einem Stadtstaat nicht die Bedeutung haben wie in einem Flächenstaat, ist jedoch auffällig, daß die Dichteziffern (Einwohner je Arzt bzw. Zahnarzt) im innerstädtischen Bereich (z.B. Mitte, Charlottenburg, Schöneberg, Weißensee) erheblich günstiger sind als in den bevölkerungsreichen Randbezirken (Reinickendorf, Neukölln, Marzahn, Hellersdorf und Hohenschönhausen).

**Tabelle 12.4: Einwohner je niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Arzt bzw. Zahnarzt im Dezember 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Ärzte		Zahnärzte	
	ambulant	Einwohner je amb.tät.Arzt	ambulant	Einwohner je amb.tät.Zahnarzt
<b>Berlin-West</b>				
Tiergarten	126	751	44	2151
Wedding	209	801	92	1819
Kreuzberg	198	788	89	1753
Charlottenburg	390	474	182	1017
Spandau	262	852	111	2011
Wilmerdorf	326	449	136	1076
Zehlendorf	211	462	67	1455
Schöneberg	315	498	154	1018
Steglitz	295	647	133	1435
Tempelhof	195	966	90	2094
Neukölln	333	929	135	2292
Reinickendorf	270	924	121	2061
zusammen	3130	692	1354	1599
<b>Berlin-Ost</b>				
Mitte	199	403	78	1029
Prenzlauer Berg	271	534	108	1340
Friedrichshain	232	460	75	1422
Treptow	203	513	81	1286
Köpenick	202	535	74	1461
Lichtenberg	308	546	97	1733
Weißensee	113	457	42	1228
Pankow	184	582	71	1508
Marzahn	238	695	72	2297
Hohenschönhausen	155	767	50	2377
Hellersdorf	176	718	57	2216
zusammen	2281	562	805	1592
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>5411</b>	<b>637</b>	<b>2159</b>	<b>1596</b>

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

### 12.1.3 Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich

Für das Pflegepersonal ist das Krankenhaus mit Abstand der wichtigste Beschäftigungsbereich. Mit 22.945 Personen stellt das Pflegepersonal die größte Gruppe der im stationären Bereich Beschäftigten dar; einen maßgeblichen Anteil haben hieran die 15.670 Krankenschwestern und -pfleger. Auch hier setzt sich der in den letzten Jahren festgestellte Trend zur höheren Qualifikation als Kinder- bzw. Krankenschwester/-pfleger gegenüber den Krankenpflegehelfern fort. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Kinderkrankenschwestern/-pfleger im Westteil der Stadt zwar verbessert, hervorzuheben ist dennoch die relativ hohe Zahl von Kinderkrankenschwestern in Berlin-Ost.

**Tabelle 12.5: Berufe der Krankenpflege und Altenpflege 1990, 1991 und 1992 (Stand: 31.12.) in Berlin**

Berufe	stationär						Sozialstationen 1)	
	1990			1991			Juni 1991	1992
	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost	Berlin	Berlin
Krankenschwestern/-pfleger	15282	10714	4568	15670	11437	4233	1161	1200
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	1933	927	1006	1980	1079	901	-	-
Krankenpflegehelfer	2540	2403	137	2508	2350	158	103	116
sonstige Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung)	2274	1915	359	2787	2425	362	81	303
Altenpfleger							9	91
insgesamt	22029	15959	6070	22945	17291	5654	1354	1710

1) nur häusliche Krankenpflege (vgl. Kapitel 8)

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle 12.6: Berufstätige Hebammen/Entbindungspfleger 1980 - 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin**

Hebammen/ Entbindungspfleger	1980	1985	1990			1991		
	Berlin- West	Berlin- West	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost
freiberuflich tätig	16	57	153	153	-	257	221	36
hauptamtlich im Krankenhaus	126	145	313	181	132	334	217	117

(Quelle: StaLa Berlin)

Neben den Beschäftigten im stationären Bereich und in den Sozialstationen wurden 2.580 im Gesundheitswesen freiberuflich bzw. selbständig tätige Personen gemeldet, die sich überwiegend (93 %) in den westlichen Bezirken niedergelassen bzw. selbständig gemacht haben, da in Berlin-Ost der Strukturwandel im Gesundheitswesen noch nicht abgeschlossen ist (für die Darstellung nach Bezirken vgl. Tabelle A 12.8)

**Ausgewählte niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen am 31.12.1991 in Berlin**

Psychotherapeuten mit Heilpraktikererlaubnis	692
Heilpraktiker	659
Krankengymnasten	535
Masseure und medizinische Bademeister	288
Hebammen/Entbindungspfleger	257
Masseure	52
Logopäden	46
Krankenschwestern/-pfleger	26
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten	24

**Tabelle 12.7: Medizinisch-therapeutisches und technisch-diagnostisches Personal in den Krankenhäusern am 31.12.1991 in Berlin**

Fachgebiet	Berlin		West		Ost	
	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.
med.-therapeut. Personal						
Beschäftigungs-/Arbeits-therapeuten	485	419	396	346	89	73
Diätassistenten	157	154	110	108	47	46
Krankengymnasten	1016	937	699	625	317	312
Logopäden	55	50	48	46	7	4
Masseure	44	35	20	15	24	20
Masseure und med. Bademeister	235	124	220	110	15	14
Psychologen	278	160	176	90	102	70
Sozialarbeiter	417	329	327	254	90	75
techn.-diagn. Personal						
Laboratoriumsassistenten	1857	1774	1155	1087	702	687
med.-techn. Assistenten	450	427	273	253	177	174
Radiologieassistenten	1113	1015	700	606	413	409
Zytologieassistenten	8	8	4	4	4	4

(Quelle: StaLa Berlin)

### 12.1.4 Personal in den Gesundheitsämtern

**Tabelle 12.8: Fachpersonal der Gesundheitsämter 1980, 1985, 1990 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin 1) 2)**

Beruf	1980	1985	1990	1991	
				insgesamt	dar weibl
Ärzte					
- hauptamtlich	295 ( 82 )	297 (114 )	368 (141 )	551 (178 )	420 (145 )
darunter mit Amtsarztprüfung bzw staatsärztl. Prüfung 3)	34 ( 1 )	34 ( 5 )	31 ( 4 )	31 ( 3 )	20 ( 2 )
- nebenamtlich	64 ( - )	58 ( - )	( - )	( . )	( . )
Zahnärzte					
- hauptamtlich	39 ( 9 )	34 ( 9 )	37 ( 17 )	99 ( 37 )	81 ( 35 )
- nebenamtlich	1 ( - )	1 ( - )	1 ( - )	3 ( - )	3 ( - )
Gesundheitsaufseher	121 ( 2 )	101 ( - )	99 ( 1 )	155 ( 9 )	81 ( 9 )
Desinfektoren	68 ( - )	72 ( 2 )	58 ( 2 )	70 ( 2 )	35 ( 2 )
Medizinisch-technische Assistenten	21 ( 2 )	18 ( 6 )	( - )	2 ( - )	2 ( - )
Medizinisch-technische Laboratoriums-assistenten	10 ( 1 )	5 ( - )	7 ( 2 )	13 ( 7 )	13 ( 7 )
Medizinisch-technische Radiologie-assistenten	16 ( 3 )	12 ( 2 )	20 ( 8 )	21 ( 10 )	21 ( 10 )
Sozialarbeiter	546 ( 89 )	565 (109 )	585 (165 )	896 (221 )	735 (213 )
Arzthelfer	196 ( 63 )	205 ( 70 )	202 ( 66 )	304 (102 )	304 (102 )
Zahnarzthelfer	45 ( 9 )	40 ( 8 )	36 ( 10 )	89 ( 19 )	89 ( 19 )
Verwaltungspersonal	357 ( 43 )	349 ( 42 )	353 ( 59 )	515 ( 73 )	363 ( 70 )
Schreibkräfte (soweit nicht in Verwaltungspersonal enthalten)	289 ( 99 )	274 (115 )	286 (125 )	419 (151 )	418 (150 )
sonstige Personen mit staatlicher Anerkennung	165 ( 20 )	239 (128 )	321 (211 )	437 (270 )	395 (277 )
darunter:					
Audiometristen	3 ( 1 )	3 ( 1 )	3 ( 1 )	3 ( 1 )	3 ( 1 )
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	20 ( - )	28 ( 15 )	51 ( 33 )	58 ( 43 )	57 ( 42 )
Krankengymnasten	76 ( - )	91 ( 42 )	125 ( 80 )	164 (107 )	158 (137 )
Krankenschwestern/-pfleger	14 ( - )	13 ( 5 )	17 ( 9 )	28 ( 12 )	27 ( 12 )
Logopäden	15 ( 6 )	24 ( 15 )	40 ( 27 )	44 ( 29 )	42 ( 28 )
Psychologen	27 ( 12 )	57 ( 39 )	61 ( 46 )	122 ( 67 )	90 ( 56 )
Zytologieassistenten	3 ( - )	3 ( - )	2 ( 1 )	2 ( 1 )	2 ( 1 )
Diätassistenten					
Küchenleiter	4 ( - )	13 ( 9 )	14 ( 10 )	16 ( 11 )	16 ( 11 )

1) ohne Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter

2) in Klammern gesetzte Zahlen: darunter teilzeitbeschäftigt

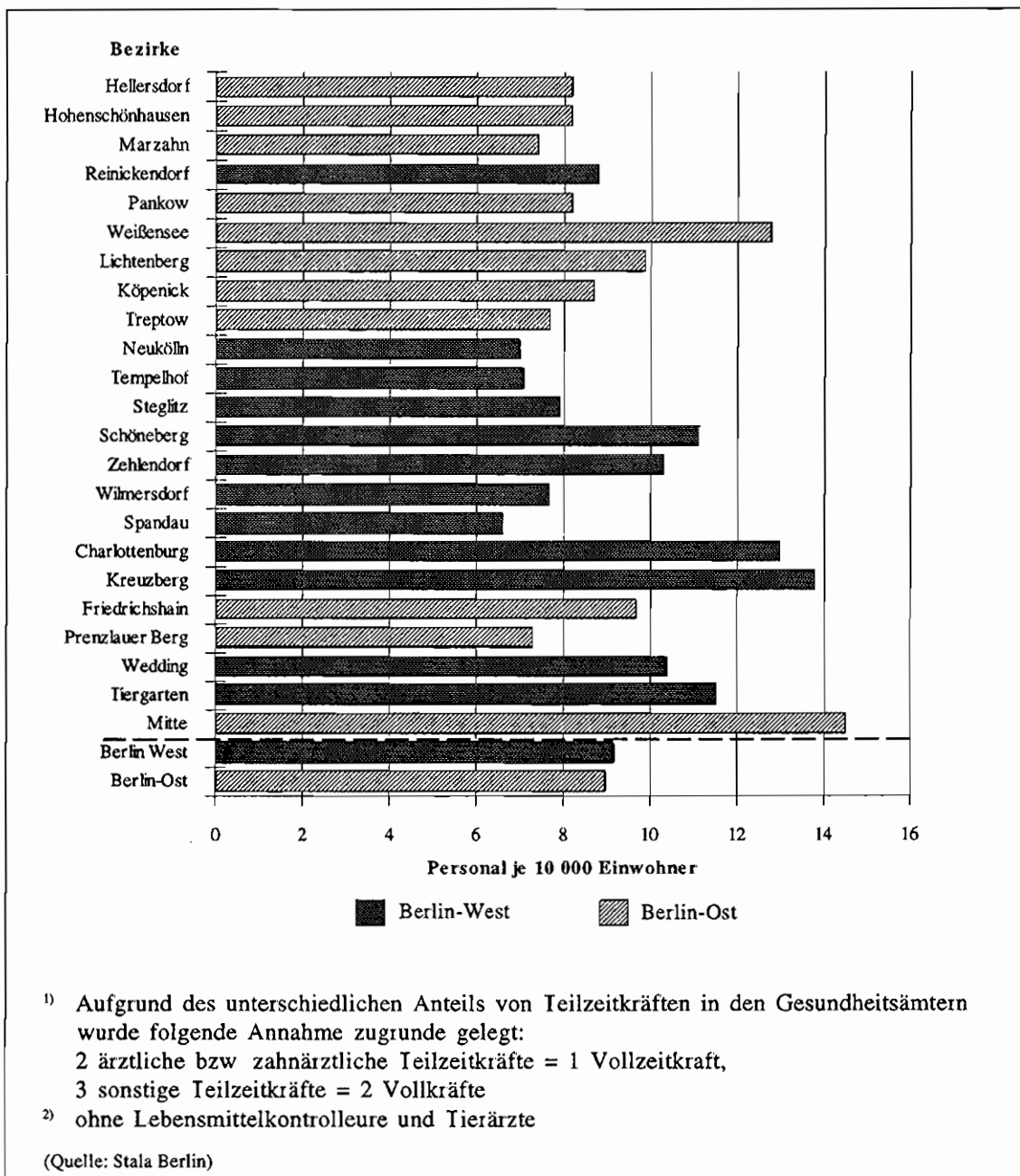
3) nur für Berlin-West

(Quelle: Stala Berlin)

Das Personal in den Gesundheitsämter 1991 hat sich gegenüber dem Vorjahr erheblich gesteigert, da die bezirklichen Gesundheitsämter in den östlichen Bezirken größtenteils erst im Verlauf des Jahres 1991 institutionalisiert werden konnten

Die Graphik zeigt den Personalbestand der Gesundheitsämter je 10.000 Einwohner (Stand: 31.12.1992) und verdeutlicht sowohl die - zum Teil durchaus beabsichtigten - Unterschiede zwischen den Bezirken als auch die nur geringfügig niedrigere personelle Ausstattung in den östlichen Bezirken. Ansätze zur Neustrukturierung der bezirklichen Gesundheitsämter sind den Kapiteln 1 bzw. 4 zu entnehmen.

**Graphik 12.6: Personal <sup>1)</sup> in den Gesundheitsämtern <sup>2)</sup> des Landes Berlin am 31.12.1992 je 10.000 Einwohner**



**12.1.5 Personal in den ambulanten Einrichtungen in Berlin-Ost**

Als Nachfolgeeinrichtungen ehemals bezirklich geführter Polikliniken und Ambulatorien im Ostteil Berlins wurden 13 Einrichtungen in dem Betrieb "Gesundheitlich-Soziale Zentren Berlin (GSZB)" zusammengefaßt; daneben bestehen weitere ambulante Einrichtungen in bezirklicher Trägerschaft (vgl. Kapitel 9). Das Personal in diesen Einrichtungen setzt sich insgesamt wie folgt zusammen (vgl. Tabellen A 12 5-7):

**Tabelle 12.9: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis in ambulanten Einrichtungen (bezirkliche Trägerschaft und GSZB) 1991 und 1992 in Berlin-Ost**

Stand	Beschäftigte insgesamt	davon			
		Ärzte	Zahnärzte	sonst.med.Pers.	sonst. Pers.
31.12.1991	2198	475	80	1134	509
31.5.1992	912	218	24	495	175
31.12.1992	527	167	11	293	56

(Quelle: GSZB)

**12.1.6 Personal in den Apotheken**

Seit dem 3.10.1990 können die Beschäftigten in den pharmazeutischen Berufen ihren Arbeitsplatz uneingeschränkt in ganz Berlin auswählen. Im Vergleich zu den früheren Jahren zeigt sich, daß von dieser Möglichkeit verstärkt Gebrauch gemacht wird, denn die Zahl des in Berlin-Ost ausgebildeten Personals (z.B. Pharmazie-Ingenieur oder Apothekenfacharbeiter) hat in den Apotheken der westlichen Bezirke zugenommen (zur "Apothekendichte" vgl. Tabelle A 12.4)

Auffällig bei den in den Apotheken Beschäftigten ist der hohe Anteil von Frauen: Bei den der Apothekerkammer gemeldeten 2.852 berufstätigen Apothekern (1992) beträgt der Anteil der Apothekerinnen 65,7 %, beim Personal sogar 93 %.

**Tabelle 12.10: Berufstätige Apotheker und Personal in den Apotheken 1990 - 1992 in Berlin**

Beschäftigte	1990			1991			1992		
	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost
Apotheker	2726	2127	599	2711	2152	559	2852	2233	619
davon in									
Krankenhausapotheken	172	86	86	161	86	75	148	86	62
öffentl. Apotheken	2031	1734	297	2061	1749	312	2129	1761	368
sonstigen	523	307	216	489	317	172	569	386	183
sonstiges Personal									
Apothekerassistenten	171	171		168	167	1	156	154	2
Pharmaziepraktikanten	215	215		214	203	11	190	175	15
pharm.-techn. Ass	641	641		651	647	4	671	650	21
PTA-Praktikanten	42	42		39	39	-	69	47	22
Apothekenhelfer	848	848		838	802	36	899	828	71
in Ausbildung	166	166		207	197	10	267	221	46
Apothekenassistent				115	3	112	111	3	108
Pharmazie-Ingenieur				651	109	542	682	122	560
Pharmazieassistent				180	6	174	144	5	139
Apothekenfacharbeiter							145	26	119

(Quelle: Apothekerkammer/Stala Berlin)



## 12.2 Ausbildung im Gesundheitswesen

### 12.2.1 Prüfungen und Prüfungsergebnisse

Das Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Berlin ist die zuständige Behörde für die Durchführung der Staatsprüfungen der Studenten der Medizin, Pharmazie und Zahnmedizin sowie der Schüler in den Medizinalfachberufen (18 Berufe).

Das Landesprüfungsamt führt die bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungstermine der Studenten durch und organisiert die mündlichen Prüfungen in Zusammenarbeit mit der Freien Universität und den Schulen für Medizinalfachberufe.

**Tabelle 12.11: Prüflinge und Prüfungsergebnisse in Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie 1985 - 1992 in Berlin-West 1)**

Prüflinge/ Prüfungsergebnisse	1985	1988	1990	1991	1992
Humanmedizin	918	942	898	895	899
darunter bestanden	598	713	613	794	624
Zahnmedizin	152	244	198	230	265
darunter bestanden	137	198	149	139	149
Pharmazie	494	504	431	497	406
darunter bestanden	198	214	198	233	193

- 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)

(Quelle: Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe)

**Tabelle 12.12: Erteilte Approbationen/Berufserlaubnisse 1985 - 1991 in Berlin 1)**

Beruf	1985		1988		1990		1991	
	Berlin-West						Berlin	
	Approba- tion	Erlaub- nis	Approba- tion	Erlaub- nis	Approba- tion	Erlaub- nis	Approba- tion	Erlaub- nis
Ärzte	733	98	657	309	377	147	726	1148
männlich	420	80	373	208	234	95	398	604
weiblich	313	18	284	101	143	52	328	544
Zahnärzte	135	16	155	17	206	53	267	37
männlich	98	11	100	12	131	31	146	22
weiblich	37	5	55	5	75	22	121	15
Apotheker	189	17	173	28	168	24	194	41
männlich	75	5	68	11	113	11	57	21
weiblich	114	12	105	17	55	13	137	20

- 1) Ab 1991 beziehen sich die Zahlen auf Berlin insgesamt und sind dadurch nicht unmittelbar mit den Vorjahren zu vergleichen

(Quelle: SenGes)

In den 18 Medizinalfachberufen (Krankenpflegeberufe, therapeutische und medizinisch-technische Berufe) finden je nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung schriftliche, mündliche und/oder praktische Prüfungen statt. Im Jahr 1992 wurden insgesamt 2.204 Schüler geprüft (zur Entwicklung der Ausbildungsplatzsituation vgl. Tabelle A 12.9).

**Tabelle 12.13: Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wiederholungsprüflinge) 1987 - 1992 in Berlin-West**

Medizinalfachberuf	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Krankenschwestern/-pfleger	905	845	850	808	876	860
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	82	87	78	71	70	78
Krankenpflegehelfer	199	204	276	293	368	330
Krankengymnasten	453	435	396	433	431	444
Masseure, Masseure und medizinische Bademeister	148	131	131	97	96	194
Med.-techn. Laboratoriumsassistenten	154	130	134	114	114	75
Med.-techn. Radiologieassistenten	73	83	81	58	58	36
Hebammen/Entbindungspfleger	20	23	44	22	20	45
Logopäden	10	14	13	11	14	15
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	52	62	87	63	56	52
Sektions- und Präparationsassistenten	9	12	13	14	8	17
Diätassistenten	27	34	27	28	19	22
Desinfektoren	20	-	-	16	-	22
Gesundheitsaufseher	-	-	-	19	-	-
Rettungsassistenten	-	-	-	8	34	-
Kardiotechniker	-	-	-	-	-	14
insgesamt	2152	2060	2130	2055	2164	2204

(Quelle: Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe)

### 12.2.2 Ausbildung zum staatlich anerkannten Altenpfleger

Seit 1972 wird in Berlin zum staatlich anerkannten Altenpfleger ausgebildet. Die Kapazitäten der Ausbildungsstätten haben sich stetig erweitert.

Insgesamt wurden sieben weitere Fachschulen seit 1991 eröffnet, davon sechs in den östlichen Bezirken. Im Schuljahr 1992/93 befinden sich 865 Studierende in der theoretischen Ausbildung. Eine weitere Steigerung ist mit Rücksicht auf die berufspraktische Ausbildung während des Praktikums derzeit kaum wünschenswert.

Die Ausbildung wird sowohl in Vollzeitform als auch als berufsbegleitendes Teilzeitstudium angeboten. Sie umfaßt eine zweijährige theoretische Ausbildung und ein sich anschließendes einjähriges Praktikum, welches sich in die Bereiche Pflege sowie Beratung und Betreuung aufteilt. Das Praktikum wird in von der Senatsverwaltung für Gesundheit anerkannten Praxisstellen durchgeführt und ist in bis zu vier verschiedenen Stellen möglich.

Im Jahr 1992 wurden insgesamt 155 staatliche Anerkennungen erteilt, davon 126 an Altenpflegerinnen und 29 an Altenpfleger.

23,8 % dieser Altenpfleger/-innen waren zwischen 21 und 30 Jahre alt, 38,1 % entfielen auf 31- bis 40jährige, 32,3 % auf 41- bis 50jährige und 5,8 % waren sogar im Alter von 51 bis 60 Jahren.

Rund 63 % verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung. In 34 Fällen (21,9 %) wurde die Altenpflegeausbildung berufsbegleitend durchgeführt und zwei hatten sich der Fremdenprüfung gestellt.

## 12.3 Fort- und Weiterbildung

### 12.3.1 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Gesundheit im Bereich der Medizinalfachberufe 1992

Fachweiterbildung	Teilnehmerzahl
- Management für leitende Funktionen (2 Stufenlehrgänge)	39
- Lehrkräfte Kranken-/Kinderkrankenpflege	16
- Qualifikationslehrgänge für besondere Bereiche (Intensivmedizin, Operationsdienst, Onkologie und Hygiene)	72
- Medizinisch-technische Assistenten/ Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/ Medizinisch-technische Radiologieassistenten - Lehrkräfte -	
- Diätassistenten - Lehr- und Beratungskräfte	
Fortbildungsveranstaltungen (Anzahl in Klammern)	Teilnehmerzahl
- Leitungsfunktionen(3)	53
- Lehrkräfte (3)	45
- Hygiene	25
- Onkologie/Hämatologie (2)	40
- Psychiatrie (2)	35
- Sozialstationen	20
- Operationsdienst	25
- Rehabilitation und Langzeitpflege	12
- Hebammen (3)	50
- Medizinisch-technische Assistenten/ Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/ Medizinisch-technische Radiologieassistenten (6)	111
- Beschäftigungs-, Arbeitstherapeuten und Krankengymnasten (14)	274
- Diätassistenten	18
- Logopäden	14
- Gesundheitsaufseher (2)	93
- Medizinalfachberufe (Leitungsfunktionen) (6)	95
- Lehrkräfte der Medizinalfachberufe (2)	23

### 12.3.2 Aufgaben und Lehrgänge der Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin Berlin (AfAU)

Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, Strahlenschutz und Umweltmedizin sind wesentliche Bestandteile der staatlichen Gesundheitsvorsorge. Rechtsgrundlagen und Orientierungen können jedoch nicht allein durch Verwaltungshandeln, Normen und Kontrollen durchgesetzt werden. Ihre Vermittlung in Fort- und Weiterbildung begreift das Land Berlin als seine Aufgabe im Sinne politischer Willensbildung und läßt sie durch die AfAU, einer nachgeordneten Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit, wahrnehmen. Die AfAU ist dabei nicht nur Veranstalter von Seminaren und Lehrgängen (1992 insgesamt 941 Teilnehmer), sondern als Forum der lebendigen Wissensvermittlung ein Ort der Begegnung und Beratung, der auch das Austragen von Kontroversen ermöglicht.

#### Arbeitsmedizin

In einem zeitgemäßen Arbeitsschutz erlangen Maßnahmen der Information und Aufklärung, der zertifizierten Fortbildung zu Sachverständigen gemäß Rechtsgrundlagen sowie die Beratung und Motivierung zu verantwortlichem Handeln eine zunehmende Bedeutung gegenüber klassischen Kontrollaufgaben der Aufsichtsorgane. Hierdurch entsteht ein wachsender Fortbildungsbedarf sowohl der innerbetrieblichen Arbeitsschutzakteure (Betriebsärzte und Fachkräfte für die Arbeitssicherheit) als auch der überbetrieblichen Kontrollinstanzen (Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften, staatliche Gewerbeaufsichtsbeamte). Die Lehrgänge der Akademie waren daher gut besucht und zunehmend ausgebucht. Die Struktur des Fortbildungsangebots umfaßt einerseits Kurse, die der Wissensvermittlung und dem Erfahrungsaustausch zwecks Förderung der Sachverständigkeit einer bestimmten Berufsgruppe dienen, andererseits aber auch Seminare, an denen sich die Arbeitsschutzexperten aus verschiedenen Disziplinen und Funktionen zu einem gemeinsamen Sachthema treffen und dabei zugleich nach Möglichkeiten der Verbesserung ihrer Kooperation suchen.

Das bisherige arbeitsmedizinische Angebot wurde um zwei Kurse erweitert. Zum einen reagierte die Akademie auf die neue Gentechnik-Sicherheitsverordnung, welche für die Durchführung der geforderten Vorsorgeuntersuchungen besondere Fachkenntnisse der Ärzte verlangt, zum anderen wurde das arbeitsmedizinische Fortbildungsseminar für Führungskräfte neu strukturiert und als ein Seminar gestaltet, in dem Betriebsärzte unter der Moderation erfahrener Kollegen und eines Psychologen Probleme ihrer Praxis - Qualität und Effizienz ihrer Tätigkeit, Selbstverständnis, Ziele und Konflikte - mit dem Zweck der Erhöhung fachlicher und sozialer Handlungskompetenz bearbeiten können. Ein solches Seminar ist bisher einzigartig in der deutschen Fortbildungslandschaft und sehr begehrt.

#### Strahlenschutz

Die durch die Novellierung der Röntgenverordnung 1988 und der Strahlenschutzverordnung 1990 gestiegenen Anforderungen an die ärztliche Fachkunde im Strahlenschutz führten auch 1992 zu einer Auslastung der entsprechenden Kurse. Darüber hinaus hat sich die AfAU in Abstimmung mit der Berliner Ärztekammer bemüht, durch Informationsschriften und mündliche Auskünfte dem medizinischen Nachwuchs einerseits und den im Krankenhaus Verantwortlichen andererseits ein Verständnis der neuen Rechtsgrundlagen und darin eingeschlossenen Fortbildungsanforderungen zu vermitteln. Für die Berliner Feuerwehr und Polizei führte die AfAU weiterhin mit großer Unterstützung durch andere Einrichtungen (Berliner Krankenhäuser, Hahn-Meitner-Institut für Kernforschung) Spezialkurse im Strahlenschutz durch.

#### Umweltmedizin

Im März 1992 wurde die Akademie in Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin umbenannt und erhielt damit neben ihren beiden klassischen Bereichen - Arbeitsmedizin und Strahlenschutz - den der Umweltmedizin als neue Aufgabe zugeordnet. Gemeinsam mit der ebenfalls neu gegründeten Abteilung Umweltmedizin der Senatsverwaltung für Gesundheit soll der wach-

sende Beratungs- und Fortbildungsbedarf auch in den Behörden selbst (Gesundheitsämter, Umweltämter, Lebensmittelaufsicht etc.) strukturiert und befriedigt werden. Darüber hinaus hat der Deutsche Ärztetag 1992 in Köln beschlossen, eine Zusatzbezeichnung Umweltmedizin in die ärztliche Weiterbildung einzuführen, deren Entwurf u.a. die Teilnahme an einem 200stündigen Lehrgang voraussetzt. Für 1993 werden daher eine Reihe umweltmedizinischer Seminare geplant und insbesondere die Erarbeitung eines Curriculums für den umweltmedizinischen Lehrgang begonnen. Die AfAU war seinerzeit die erste bundesdeutsche Institution, welche den in der Weiterbildung zum Arbeitsmediziner geforderten Grundlagenlehrgang entwickelte und damit zugleich einen Standard setzte - sie leistet jetzt vergleichbare Grundlagenarbeit für die umweltmedizinische Weiterbildung.

Lehrgänge 1992 (in Klammern Anzahl)	Teilnehmerzahl
- Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (3)	223
- Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar	20
- Grund- und Spezialkurse im Strahlenschutz (11)	365
- Begutachtungskurse (3)	152
- Luftg. Gefahrstoffe	39
- Gehörvorsorge-Kurs	40
- Technisches Arbeitsschutzseminar	66
- Führungskräfte-Kurs	14
- Gen-Technik-Kurs	22

## 12.4 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle 12.1: Berufstätige Ärzte 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin nach Art der Tätigkeit und Geschlecht
- Tabelle 12.2: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte der Primärversorgung 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin
- Tabelle 12.3: Berufstätige Zahnärzte 1980, 1985 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin
- Tabelle 12.4: Einwohner je niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Arzt bzw. Zahnarzt im Dezember 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle 12.5: Berufe der Krankenpflege und Altenpflege 1990, 1991 und 1992 (Stand: 31.12.) in Berlin
- Tabelle 12.6: Berufstätige Hebammen/Entbindungspfleger 1980 - 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin
- Tabelle 12.7: Medizinisch-therapeutisches und technisch-diagnostisches Personal in den Krankenhäusern am 31.12.1991 in Berlin
- Tabelle 12.8: Fachpersonal der Gesundheitsämter 1980, 1985, 1990 und 1991 (Stand: 31.12.) in Berlin

- Tabelle 12.9: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis in ambulanten Einrichtungen (bezirkliche Trägerschaft und GSZB) 1991 und 1992 in Berlin-Ost
- Tabelle 12.10: Berufstätige Apotheker und Personal in den Apotheken 1990 - 1992 in Berlin
- Tabelle 12.11: Prüflinge und Prüfungsergebnisse in Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie 1985 - 1992 in Berlin-West
- Tabelle 12.12: Erteilte Approbationen/Berufserlaubnisse 1985 - 1991 in Berlin
- Tabelle 12.13: Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wiederholungsprüflinge) 1987 - 1992 in Berlin-West
- Tabelle A 12.1: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte (einschließlich zugeordneter 6 AiP) am 31.12.1991 in Berlin nach Fachgebieten und Bezirken
- Tabelle A 12.2: Arztdichte: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte 1980 - 1991 in Berlin je Einwohner
- Tabelle A 12.3: Krankenhausplanbetten (ohne Krankenhäuser) je hauptamtlich tätigem Arzt 1980 - 1991 in Berlin
- Tabelle A 12.4: Indikatoren zur ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Versorgung 1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 12.5: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis in ambulanten Einrichtungen in bezirklicher Trägerschaft (ohne GSZB) am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Bezirken
- Tabelle A 12.6: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis im landeseigenen Betrieb GSZB am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Einrichtungen
- Tabelle A 12.7: Angestellte Ärzte in ambulanten Einrichtungen (bezirkliche Trägerschaft und GSZB) am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Fachgebieten und Bezirken
- Tabelle A 12.8: Niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen am 31.12.1991 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 12.9: Entwicklung der Ausbildungsplatzsituation an Schulen für Medizinalfachberufe 1985 bis 1992 (Stand: 1.11.) in Berlin

*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 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 Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die GKV ist der älteste Zweig der Sozialversicherung in Deutschland. Vor über 100 Jahren ursprünglich für Industriearbeiter gegründet, wurde die GKV auf immer weitere Personenkreise und deren Familienangehörige ausgedehnt, so daß heute rd. 90 % der Bevölkerung oder 71,3 Millionen (darunter 20,6 Mio. als Familienversicherte ohne eigene Beiträge) der GKV angehören. Organisatorisch ist die deutsche Krankenversicherung eine "gegliederte" Versicherung, d.h. es gibt keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern verschiedene Kassenarten, insgesamt acht, mit regionaler, berufs- und branchenspezifischer Ausrichtung in insgesamt 1.215 rechtlich selbständigen Krankenkassen.



Im einzelnen gliedert sich das System der GKV gegenwärtig in

- 734 Betriebskrankenkassen (darunter 54 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 271 Ortskrankenkassen (darunter 12 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 176 Innungskrankenkassen (darunter 28 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 19 landwirtschaftliche Krankenkassen
- 8 Ersatzkassen für Arbeiter
- 7 Ersatzkassen für Angestellte
- 1 See-Krankenkasse
- 1 Bundesknappschaft.

Diese Vielfalt des deutschen Krankenversicherungswesens ist das Ergebnis historisch gewachsener Strukturen, die sich gegenüber allen gesellschaftlichen, ökonomischen und staatlichen Veränderungen der letzten 100 Jahre behauptet haben.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und unterliegen staatlicher Aufsicht. Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die GKV ist der einzige Zweig der Sozialversicherung, der ohne staatliche Subventionen auskommt. Die Höhe der Beiträge bestimmt nicht nur die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen, sondern beeinflusst auch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Steigende Beitragssätze schmälern die Realeinkommen der Arbeitnehmer, sie erhöhen die Lohnnebenkosten, schwächen die Investitionskraft der Unternehmen und hemmen das Wachstum der Wirtschaft. Für die Krankenversicherung bedeutet dies vor allem, daß die Beitragsbelastung der Unternehmen und der Versicherten so niedrig wie möglich zu halten ist. Die Ausgaben in der GKV sind in den letzten 30 Jahren schneller als das Bruttosozialprodukt und schneller als die Löhne gewachsen. Der Gesetzgeber hat daher in den letzten 15 Jahren große Anstrengungen unternommen, die Ausgaben in der GKV im Gleichgewicht mit den Beitragseinnahmen zu halten, das bedeutet eine Orientierung des Wachstums der Ausgaben der Krankenversicherung an der Entwicklung der Einnahmen der Versichertengemeinschaft.

Mit dem am 1.1.1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetz versuchte der Gesetzgeber der überproportionalen Ausgabenentwicklung und den steigenden Beitragssätzen in der GKV entgegenzutreten, die Ausgaben zu senken und die Beiträge auf einem niedrigen Niveau (12,5 %) zu stabilisieren. Der Versuch ist nicht geglückt. Seit Mitte 1990 stiegen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wieder stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. Mitbestimmend für die Kostenexplosion in der GKV waren neben Überversorgung und Unwirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung auch die Ausweitung der Aufgabenstellung der GKV, nicht zuletzt durch das GRG selbst. Beschränkte sich die GKV früher darauf, dem Versicherten im Falle der Krankheit die erforderlichen Leistungen zu gewähren, so ist ihr heute gesetzlich die Krankheitsverhütung, die Gesundheitsförderung, die Krankenhausbehandlung, die Rehabilitation und die Gewährung von Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit als Aufgaben zugewiesen. Außerdem haben die Krankenkassen die Versicherten über eine gesundheitsbewußte Lebensführung aufzuklären und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Nach vier Jahren waren daher erneut umfassende gesetzliche Änderungen zur Begrenzung von Überkapazitäten, insbesondere der steigenden Zahl niedergelassener Ärzte, zur Schaffung von mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung und zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel, ihre Wettbewerbsfähigkeit untereinander zu stärken, erforderlich. Als Sofortmaßnahme sieht das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 eine sogenannte Budgetierung der Ausgaben der GKV vor, so daß ihre Ausgaben von 1993 bis 1995 nur noch in dem Maße steigen wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Danach sollen die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die stärkere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich, die Begrenzung der Zahl der Kas-

senärzte und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen die Beitragssatzstabilität und das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Für den versicherungspflichtigen Arbeiter ändert sich durch das GSG vor allem eines: Ab 1.1.1997 kann er selbst frei wählen, welcher gesetzlichen Krankenkasse er angehören möchte (mit Ausnahmen bei Betriebs- und Innungskrankenkassen).

### **13.3 Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern und in Berlin-Ost**

#### **Einigungsvertrag**

Der "Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands - Einigungsvertrag" legt fest, wie das Gesundheitssystem der ehemaligen DDR der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt werden soll.

Die wesentlichen Punkte aus dem Einigungsvertrag sind:

- Ab 1.1.1991 wird das gegliederte System der Krankenversicherung auf dem Gebiet der neuen Bundesländer und Berlin-Ost eingeführt
- gesetzliche Versicherungspflicht für Arbeitnehmer mit einem monatlichen Verdienst zwischen 220 und 2.250 DM (Beitragsbemessungsgrenze; in Westdeutschland: 4.875 DM)
- einheitlicher Beitragssatz 12,8 % (Westdeutschland: Januar 1991 durchschnittlich 12,2 %)
- Selbstbeteiligung (Zuzahlung): bis 30.6.1991 Befreiung, außer beim Zahnersatz mit 20 % (bis 30.6.1992), ab 1.7.1991 Beschränkung auf die Hälfte des westdeutschen Niveaus; bei Krankenhausbehandlung 2,50 DM täglich, schrittweise Erhöhung auf westdeutsche Sätze
- Begrenzung der Leistungsausgaben der Krankenkassen entsprechend den Beitragseinnahmen
- vorläufige Festsetzung der Honorare für Ärzte und Zahnärzte auf 45 % des Niveaus in Westdeutschland
- Übergangszeit von fünf Jahren für die Zulassung noch bestehender Gesundheitseinrichtungen (kommunale oder betriebliche Ambulatorien und Polikliniken) zur ambulanten Versorgung.

#### **Aufbau und Konsolidierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern**

Anfang 1991 wurde der Träger der ehemaligen DDR-Sozialversicherung in eine "Überleitungsanstalt Sozialversicherung" umgewandelt. Bis zum 31.12.1991 hatte die Überleitungsanstalt die Aufgaben der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung übernommen. Gleichzeitig hat sie diese Aufgaben schrittweise auf selbständige Träger übertragen. Fristgerecht zum 1.1.1991 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihre Tätigkeit in den neuen Bundesländern und in Berlin-Ost übernommen.

Die AOK Berlin sowie die anderen landesunmittelbaren Träger, die am 1.1.1991 ihre Zuständigkeit auf Berlin-Ost erstreckt haben, haben in kürzester Zeit die organisatorischen, personellen,

baulichen und sonstigen Voraussetzungen geschaffen, um ihre Betreuungsaufgaben in den östlichen Bezirken Berlins wahrnehmen zu können. Ihr Bestreben war es, bereits in dieser Übergangszeit von der Aufbau- zur Konsolidierungsphase eine wohnortnahe Betreuung sicherzustellen.

Den Versicherten der AOK aus Berlin-Ost stehen je eine Geschäftsstelle in jedem östlichen Berliner Bezirk und je eine Nebenstelle in Friedrichshain, Hellersdorf (Mahlsdorf), Marzahn, Pankow und Prenzlauer Berg zur Verfügung.

### **Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern**

Ausgangspunkt für die Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern war neben einem einheitlichen Beitragssatz von 12,8 % die gesetzliche Verpflichtung, einen ausgeglichenen Haushalt durch eine Anpassung des Ausgabenniveaus an die Finanzierungsgrundlagen unter Berücksichtigung eines im Vergleich zum Westen um 55 % niedrigeren Lohnniveaus zu gewährleisten.

Die Einnahmen und Ausgaben der erstreckten Krankenkassen sind bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse haushaltsmäßig strikt zu trennen mit dem Ziel, Finanztransfers von West nach Ost oder umgekehrt auszuschließen.

Bedingt durch den wirtschaftlichen Aufbau in den neuen Bundesländern und eine Verlangsamung des wirtschaftlichen Wachstums in den alten Bundesländern, bewegt sich die Krankenversicherung in unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

Während das erste Jahr der deutschen Einheit in den alten Bundesländern von einer defizitären Finanzentwicklung der GKV geprägt war, konnte diese in den neuen Bundesländern einen Finanzierungsüberschuß verzeichnen. Die Gründe für die günstigere Finanzsituation der GKV-Ost sind insbesondere

- relativ niedriger Krankenstand von durchschnittlich etwa 3,5 % (5,2 % in den alten Ländern)
- geringerer Anteil von beitragsfrei anspruchsberechtigten Familienangehörigen (in der GKV-West fallen auf 100 Mitglieder ohne Rentner 58,4 %, in der GKV-Ost dagegen nur 31,6 anspruchsberechtigte Familienangehörige).
- Leistungsausgaben betragen für 1991 knapp 48 % des Westniveaus.
- das Gesundheitswesen hat noch nicht den Stand wie in den alten Bundesländern erreicht.

## **13.4 Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin**

Die Aufgaben der GKV werden durch landesunmittelbare und bundesunmittelbare gesetzliche Krankenversicherungsträger wahrgenommen. Zu den landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen in Berlin zählten im Jahr 1991 die

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Berlin
- Betriebskrankenkasse (BKK) des Landes Berlin
- Vereinigte Innungskrankenkasse (VIKK) Berlin
- Innungskrankenkasse der Friseure und des Gastgewerbes Berlin
- Innungskrankenkasse für das Metallhandwerk Berlin.

Die landesunmittelbaren Krankenkassen unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Soziales

Die über Berlin hinaus wirkenden Kassen (Ersatzkassen sowie länderübergreifende Innungs- und Betriebskrankenkassen) sind wegen ihrer Erstreckung bundesunmittelbare Krankenkassen und unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes mit Sitz in Berlin. Regionalisierte Daten liegen für diese Kassen nicht vor.

Ab 1991 erstreckt sich die Zuständigkeit der landesunmittelbaren Krankenkassen nunmehr auch auf den Ostteil Berlins. Die für den Berichtszeitraum ab 1991 den Mitgliederstatistiken (KM 1 und KM 5) entnommenen Zahlenangaben beziehen sich damit nachstehend nur auf Berlin.

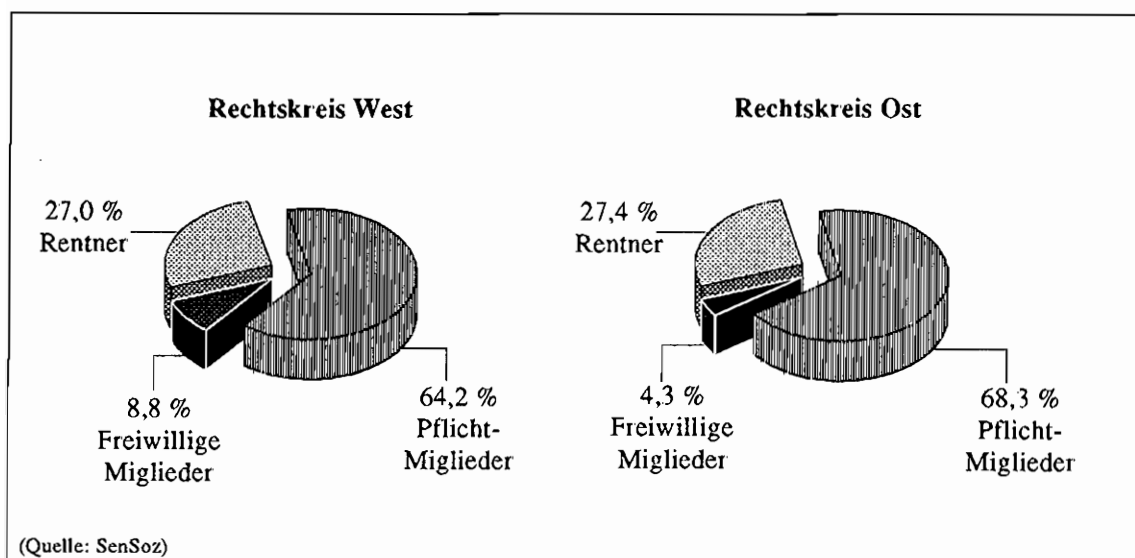
Die Zahl der zu betreuenden Versicherten, denen die genannten Krankenkassen Versicherungsschutz im Krankheitsfalle gewähren, betrug 1991 im Westteil Berlins 1,1 Mio. (darunter 25,3 % mitversicherte Familienangehörige - FAng. -) und erhöhte sich aufgrund der Erstreckung auf den Ostteil um 696.397 (darunter 15,2 % FAng.) auf insgesamt rd. 1,8 Mio. Mitglieder (einschließlich 384 783 FAng. = 21,4 %). Aufgeschlüsselt nach Personengruppen (einschließlich mitversicherte FAng.) entfallen hiervon

1991 auf den	Rechtskreis-West	Rechtskreis-Ost
Pflicht-Mitglieder	705 875 = 39,2 %	484 018 = 26,9 %
Freiwillige Mitglieder	97 535 = 5,4 %	39 430 = 2,2 %
Rentner und FAng.	299 149 = 16,6 %	172 949 = 9,6 %

1992 verringerte sich der Versichertenbestand des Jahres 1991 um rd. 92.000 Mitglieder (= 5,1 %) auf insgesamt 1,7 Mio. Mitglieder (einschließlich FAng.) Davon entfallen (einschließlich mitversicherte FAng.) auf den

	Rechtskreis-West	Rechtskreis-Ost
Pflicht-Mitglieder	693 088 = 40,6 %	428 471 = 24,8 %
Freiwillige Mitglieder	95 364 = 5,5 %	27 098 = 1,6 %
Rentner und FAng.	291 304 = 16,9 %	171 954 = 10,0 %

**Graphik 13.1: Mitgliederstruktur (einschließlich mitversicherte FAng.) bei den landesunmittelbaren Krankenkassen 1992 in Berlin**



## Entwicklung der Mitgliederzahlen im Verhältnis 1990/91 bzw. 1991/92 für Berlin-West und -Ost

Die Mitgliederentwicklung (ohne mitversicherte FAng.) bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin-West zeigt im Bereich der Pflichtmitglieder bei einer Zunahme von insgesamt 5,1 % (bei den Innungskrankenkassen allein eine Zunahme von 11,7 %) im Verhältnis 1990/91 einen Aufwärtstrend, der sich im Jahr 1992 in abgeschwächter Form fortsetzt. Bei der BKK Berlin ist mit 5,1 % und bei den Innungskrankenkassen mit 2,3 % ebenfalls eine Zunahme des freiwillig versicherten Personenkreises im Verhältnis 1991/92 festzustellen.

Demgegenüber setzt sich der seit Jahren anhaltende rückläufige Trend der Freiwilligen Mitglieder bei der AOK Berlin mit - 4,3 % (1990/91) und - 1,0 % (1991/92) fort.

Die Mitgliederentwicklung bei den Rentnern hat im Durchschnitt der landesunmittelbaren Krankenkassen mit - 2,3 % (1990/91) und - 2,5 % (1991/92) einen leichten Rückgang zu verzeichnen.

Im Ostteil Berlins hat sich im Verhältnis der Jahre 1991/92 eine rückläufige Tendenz in der Mitgliederentwicklung aller Versichertengruppen für die landesunmittelbaren Krankenkassen ergeben. Bei der AOK Berlin ist ein Rückgang der Mitgliederzahlen bei den Pflichtmitgliedern um - 13,4 % und bei den Freiwilligen Mitgliedern um - 42,6 % zu verzeichnen. Der Anteil der Rentner ist bei der Kasse relativ konstant geblieben.

Demgegenüber weisen die Mitgliederentwicklungen bei der BKK Berlin einen Rückgang von insgesamt - 16,2 % und bei den Innungskrankenkassen einen Zugang von 6,6 % aus.

Einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung der Mitgliederzahlen bei den landesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern in Berlin geben die Tabellen A 13.1 bis A 13.3 (s. Tabellenanhang), die auf Angaben der Mitgliederstatistik beruhen.

Da für die bundesunmittelbaren Krankenkassen keine regionalisierten Daten vorliegen, wurde auf Ergebnisse des Mikrozensus zurückgegriffen, die ab 1991 auch für den Ostteil der Stadt vorliegen und Auskunft über die Zugehörigkeit der Berliner Bevölkerung zur Krankenversicherung geben.

Danach waren im Jahre 1991 90,4 % der Berliner gesetzlich krankenversichert (West 86,0 %, Ost 97,7 %), 7,7 % waren privat versichert (West 11,6 %, Ost 1,0 %) und 1,6 % gehörten entweder zum Bereich der Freien Heilfürsorge der Polizei, waren anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich (West 2,0 %, Ost 0,9 %). 0,4 % der Bevölkerung war 1991 nicht krankenversichert, das traf sowohl auf den West- als auch auf den Ostteil Berlins zu (vgl. Tabelle A 13.4).

Der seit Jahren in Berlin-West festzustellende Rückgang des Anteils der in einer Primärkasse Krankenversicherten hielt auch 1991 weiter an, eine Ausnahme bildeten hier nur die mitversicherten Familienangehörigen. Dagegen erhöhte sich der Anteil der in einer Ersatzkasse bzw. einer privaten Krankenkasse Versicherten nur bei den freiwillig versicherten Mitgliedern (vgl. Tabelle A 13.5).

In den letzten Jahren ging der hohe Anteil älterer Menschen in Berlin langsam zurück. Diese Entwicklung spiegelt sich auch bei den Mitgliedern der Krankenkassen wider und hier besonders bei den privaten Krankenversicherungen, bei denen sich die Risikostruktur gegenüber den Vorjahren erheblich verbessert hat (vgl. Tabelle A 13.6).

Bei der Betrachtung des Versichertenstatus, der Art der Krankenkasse und der Beteiligung am Erwerbsleben unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten fällt auf, daß sowohl im westlichen als auch im östlichen Teil der Stadt bei den weiblichen Erwerbstätigen der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten höher ist als bei den männlichen Erwerbstätigen. Das ist besonders bei den Ersatzkassen zu beobachten. Dagegen liegt der Anteil der privat krankenversicherten Erwerbstätigen bei den Männern doppelt so hoch als bei den Frauen (vgl. Tabelle A 13.7).

Immer mehr Erwerbstätige schließen eine zusätzliche private Krankenversicherung ab. 1991 war es in den westlichen Bezirken mit 16,4 % jeder sechste und in den östlichen Bezirken mit 1,7 % jeder neunte Erwerbstätige (vgl. Tabelle A 13.8).

### 13.5 Entwicklung der Beitragssätze und Grundlohnsummen

Die Einnahmen der Krankenkassen setzen sich zu 95 % aus den Beiträgen der aktiven Mitglieder (Pflicht- und Freiwillige Mitglieder) und Rentner zusammen.

Die durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze (in % des sozialversicherungspflichtigen Bruttolohns) bei den landesunmittelbaren Krankenkassen betragen wie folgt:

**Tabelle 13.1: Allgemeine Beitragssatzentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern 1985 - 1992 in Berlin**

Versicherungs- träger	Beitragssätze (%)									
	West								Ost	
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1991	1992
AOK Berlin	13,0	13,5	13,8	14,7	14,7	14,7	14,7	13,9	12,8	12,8
BKK Berlin	11,9	12,83	12,9	12,9	12,9	12,67	12,2	12,98	12,8	12,7
IKK Bäcker/Konditor	13,7	14,1	14,1	14,7	1)					
IKK Friseure	14,1	14,4	2)							
IKK Gastwirte	14,8	14,4	2)							
IKK Fris.u Gastw.	14,45	14,4	14,4	14,9	14,9	14,9	14,9	13,8	12,8	12,8
IKK Metall	10,7	11,0	11,8	12,6	12,6	12,6	12,6	1)	12,8	1)
VKK Berlin	12,1	12,6	12,6	13,3	13,3	13,3	13,3	12,6	12,8	12,7
Durchschnitt insg.	12,9	13,26	13,27	13,85	13,68	13,63	13,54	13,34	12,80	12,75

1) ab 1.1. VIKK

2) ab 1.6. IKK Fris u Gastw

(Quelle: SenSoz)

Die Beitragssätze konnten in den letzten Jahren zeitweise konstant gehalten werden. Die AOK Berlin-West setzte ihren allgemeinen Beitragssatz für das Jahr 1992 auf 13,9 % fest. Für die Innungskrankenkassen-West lag zur selben Zeit der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bei 13,2 %.

Durch den sich bei allen Kassen abzeichnenden starken Anstieg der Leistungsausgaben 1991/92 war die BKK Berlin gezwungen, ihren im Westteil Berlins ab 1.1.1992 geltenden allgemeinen Beitragssatz von 12,7 bereits ab 1.10.1992 auf 13,8 % heraufzusetzen.

In den neuen Bundesländern - einschließlich Berlin-Ost - wurde für das Jahr 1991 ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz von 12,8 % nach der Gesetzesvorschrift des § 313 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V für alle Krankenkassen vorgeschrieben. Ab 1.1.1992 erfolgt die Beitragsatzkalkulation für die Durchführung der Finanzhaushalte jeweils durch die Krankenkasse.

Nach den Ergebnissen 1991 konnten die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger im Ostteil Berlins die Beitragssätze auch 1992 unverändert halten und zum Teil leicht herabsetzen.

#### Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsummen je Mitglied (Pflicht- und Freiwillige Mitglieder)

Die Grundlohnsumme entspricht dem für die Beitragsfestsetzung maßgebenden Einkommen aller Versicherten mit Ausnahme der Rentner und der Studenten Einkommensbestandteile, welche die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen, zählen nicht dazu.

In den letzten 3-Jahreszeiträumen haben sich die durchschnittlichen Grundlöhne der Mitglieder bei den landesunmittelbaren Krankenkassen (lt. Statistik KV 45) wie folgt entwickelt:

Rechtskreis-West	1990 DM	1991 DM	1992 DM	1991/90 in %	1992/91 in %
AOK Berlin	33.648	34.668	35.964	3,0	3,7
BKK Berlin	36.696	39.120	42.048	6,6	7,5
LdI Berlin	30.312	31.044	32.280	2,4	4,0

Rechtskreis-Ost	1991 DM	1992 DM	1992/91 in %
AOK Berlin	20.448	26.124	27,8
BKK Berlin	19.680	27.228	38,4
LdI Berlin	18.540	23.880	28,8

Trotz flankierender Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens konnte die bisherige Kostenentwicklung auch durch das GRG 1989 nicht nachhaltig gebremst werden.

Der unerwartet hohe Anstieg der Leistungsausgaben im Jahr 1991 um 10,5 % gegenüber dem Vorjahr bei deutlich niedrigeren Grundlohnsummensteigerungen von durchschnittlich nur 5 % führte die GKV in den alten Bundesländern erneut in eine defizitäre Lage, von der auch die landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin nicht verschont geblieben sind.

Die Ursachen für die bessere Finanzsituation der GKV in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost sind vielfältig. Hierzu gehören etwa eine geringere Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger sowie die niedrigeren Rentnerquoten, die rund 24 % unter dem Westniveau liegen.

In der GKV-Ost wurden 1991 an Leistungsausgaben erst 48 % gegenüber den Aufwendungen der alten Bundesländer erbracht. Die durchschnittliche Grundlohnsumme je Mitglied und Jahr entspricht hierzu mit 19.848 DM (im Monat = 1.654 DM) erst 53 % des Westniveaus.

Bezogen auf Berlin-Verhältnisse der landesunmittelbaren Krankenkassen ergeben sich folgende Durchschnittswerte der Grundlohnsummen je Mitglied und Kassenbereich im Verhältnis Ost zu West

Träger	1991		1992	
	DM	%	DM	%
AOK Berlin-Ost von	1.704	58,9	2.177	72,6
BKK Berlin-Ost von	1.640	50,3	2.269	64,7
LdI Berlin-Ost von	1.545	59,7	1.990	73,9

### 13.6 Entwicklung der Ausgaben und Leistungen

Trotz des Gesundheits-Reformgesetzes im Jahr 1989 ist zu 1990 ein weiterer leichter Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen, der sich kontinuierlich in den nachfolgenden Jahren verstärkt.

Die Leistungsausgaben in der GKV stiegen zum Jahr 1991 in den alten Bundesländern (einschließlich Berlin) um 13 % auf 151,6 Mrd. DM. Je Mitglied wurden 379 DM (+ 10,7 %) mehr ausgegeben als im Jahr 1990.

### Entwicklung der Ausgaben

Die nachstehenden Tabellen veranschaulichen die jährlichen ab 1990 bis 1992 und besonders im Vergleich zu 1985 eingetretenen Ausgabensteigerungen, wie sie sich im Rechtskreis-West in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) im Leistungsaufwand bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin - einschließlich Rechtskreis-Ost ab 1991 - entwickelt haben:

**Tabelle 13.2: Leistungsausgaben in der AKV und KVdR 1985 - 1992 in Berlin**

Versicherungs- träger	West							Ost		
	Leistungsausgaben TDM				Steigerungen in %			Leistungsausgaben TDM		Steigerungen in %
	1985	1990	1991	1992	1991/90	1992/91	1992/85	1991	1992	1992/91
AOK Berlin										
AKV	1193964,4	1313702,8	1479135,3	1566815,9	12,59	5,93	31,23	461269,7	628720,7	36,30
KVdR	1286969,8	1445024,6	1605718,7	1744356,5	11,12	8,63	35,54	559501,9	799004,8	42,81
BKK Berlin										
AKV	231956,2	261842,9	297743,6	328591,6	13,71	10,36	41,66	124181,4	174947,2	40,88
KVdR	151274,2	205446,6	233176,7	265235,6	13,50	13,75	75,33	14983,4	39698,3	165,00
Ldl Berlin										
AKV	99145,7	124733,5	143893,7	170544,9	15,36	18,52	72,01	26511,3	46700,8	76,15
KVdR	56627,9	65740,6	79140,2	87665,6	20,38	10,77	54,81	660,3	2117,3	220,60
insgesamt	3019938,2	3416490,9	3838808,1	4163210,2	12,36	8,45	37,86	1187108,1	1691189,0	42,46

(Quelle: SenSoz)

In den Aufwandsunterschieden liegen die Ausgaben der Jahre 1991/92 im Rechtskreis-Ost noch deutlich unter dem Westniveau, jedoch im Verhältnisvergleich im jeweils jährlichen Anstieg deutlich über diesem. Bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin-West stiegen demnach die Leistungsausgaben 1991 insgesamt um 12,4 % und 1992 um weitere 8,5 %. Demgegenüber ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten im Ostteil Berlins in den Jahren 1992 zu 1991 um 42,5 % gestiegen. Im Leistungsvergleich des Jahres 1992 beträgt die Inanspruchnahme durch die Versicherten in Berlin-Ost jedoch erst 40,6 % des Westniveaus.

Nach den Mitgliederstrukturen der Krankenkassen stehen sich die jeweiligen Ausgabensteigerungen je Mitglied wie folgt gegenüber:

**Tabelle 13.3: Leistungen je Mitglied in der AKV und KVdR 1985 - 1992 in Berlin**

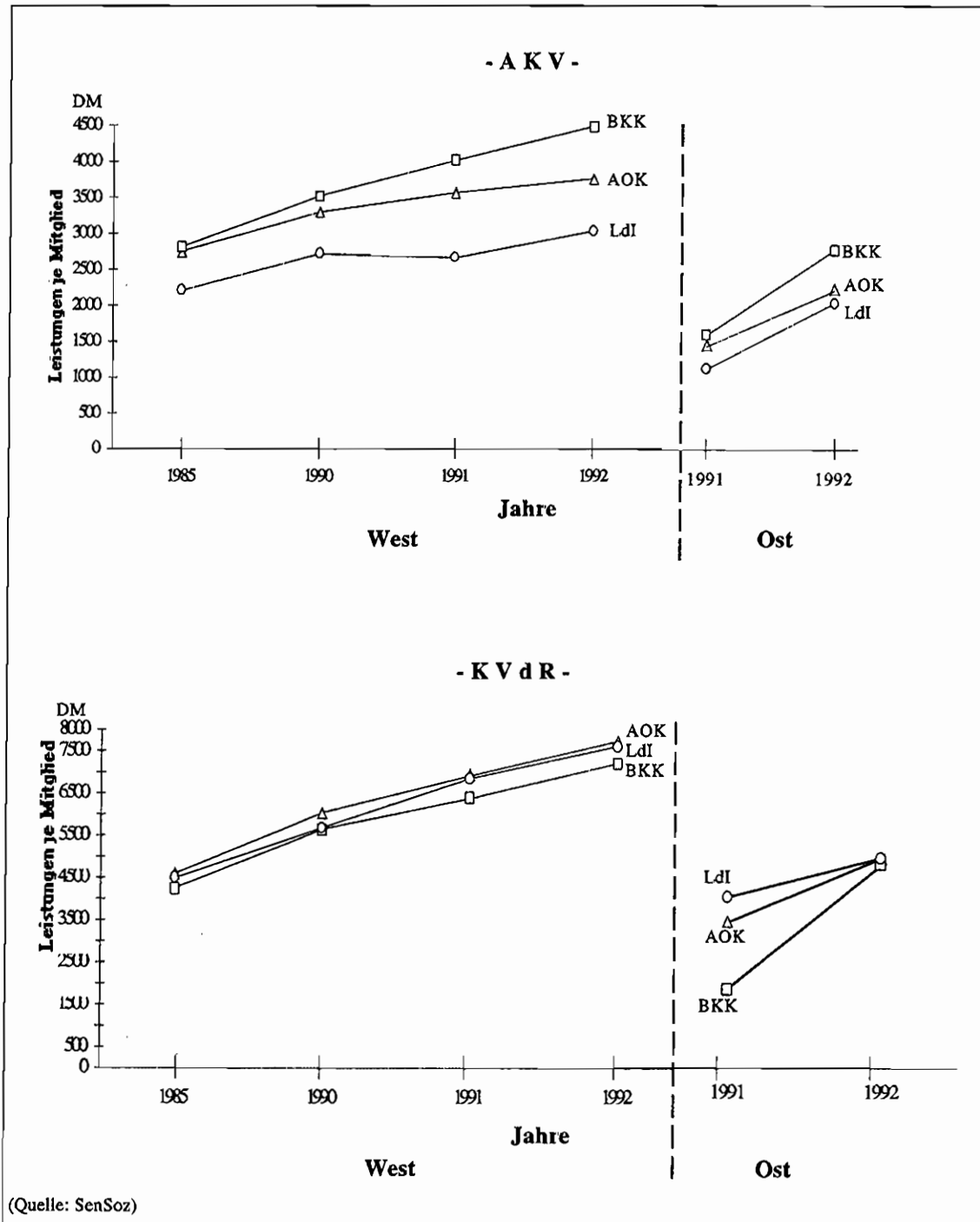
Versicherungs- träger	West							Ost		
	Leistungen je Mitglied DM				Steigerungen in %			Leistungen je Mitglied DM		Steigerun- gen in %
	1985	1990	1991	1992	1991/90	1992/91	1992/85	1991	1992	1992/91
AOK Berlin										
AKV	2753,90	3297,79	3567,84	3759,64	8,19	5,38	36,52	1451,43	2347,09	61,71
KVdR	4592,38	6038,17	6907,06	7735,92	14,39	12,00	68,45	3445,42	4975,56	44,41
BKK Berlin										
AKV	2815,34	3520,06	4010,02	4481,18	13,92	11,75	59,17	1546,76	2660,23	71,99
KVdR	4245,34	5634,54	6363,12	7205,73	12,93	13,24	69,73	1872,92	4816,00	157,14
Ldl Berlin										
AKV	2209,77	2718,93	2664,30	3029,06	-2,01	13,69	37,08	1204,84	2012,01	66,99
KVdR	4477,93	5676,59	6837,76	7615,81	20,46	11,38	70,07	4051,07	4993,72	23,26
AKV insgesamt	2719,39	3260,38	3538,42	3781,20	8,53	6,86	39,05	1456,73	2383,01	63,59
KVdR insgesamt	4550,34	5972,38	6833,19	7659,59	14,41	12,09	68,33	3372,24	4967,83	47,32

(Quelle: SenSoz)



Im West- wie im Ost-Rechtskreis erreichen die Ausgaben 1992 in der KVdR je Mitglied eine Höhe, die die Ausgaben je Mitglied in der AKV bereits um das Doppelte übersteigen  
 Die unterschiedlichen Steigerungsverhältnisse bei den landesunmittelbaren Krankenkassen im Leistungsaufwand der AKV und dem in der KVdR dokumentieren die in der Graphik 13.2 abgebildeten Entwicklungskurven ab 1985.

Graphik 13.2: Leistungen je Mitglied in der AKV und KVdR 1985 - 1992 in Berlin



### Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten der landesunmittelbaren Krankenkassen 1985 bis 1992 (Pro-Kopf-Werte)

Die ab 1990 expandierende Kostenflut im Leistungsbereich der landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger in Berlin hatte 1991 ihren höchsten Ausschlag. Auch unter Zusammenfassung aller Leistungsdaten der Krankenkassen (AOK, BKK, IKKen in Berlin für die jeweiligen Versichertengruppen) mit ihren unterschiedlichen Risikobelastungen ergibt sich ein Ausgabenzuwachs von über 10 % und ein geringerer von 8,9 % im Jahr 1992 zu 1991.

Besonders auffällig stellt sich die Zunahme der Leistungsaufwendungen je Mitglied in der AKV und in der KVdR der landesunmittelbaren Krankenkassen in den Rechtskreisen West/Ost wie folgt dar (vgl. Tabelle 13.4).

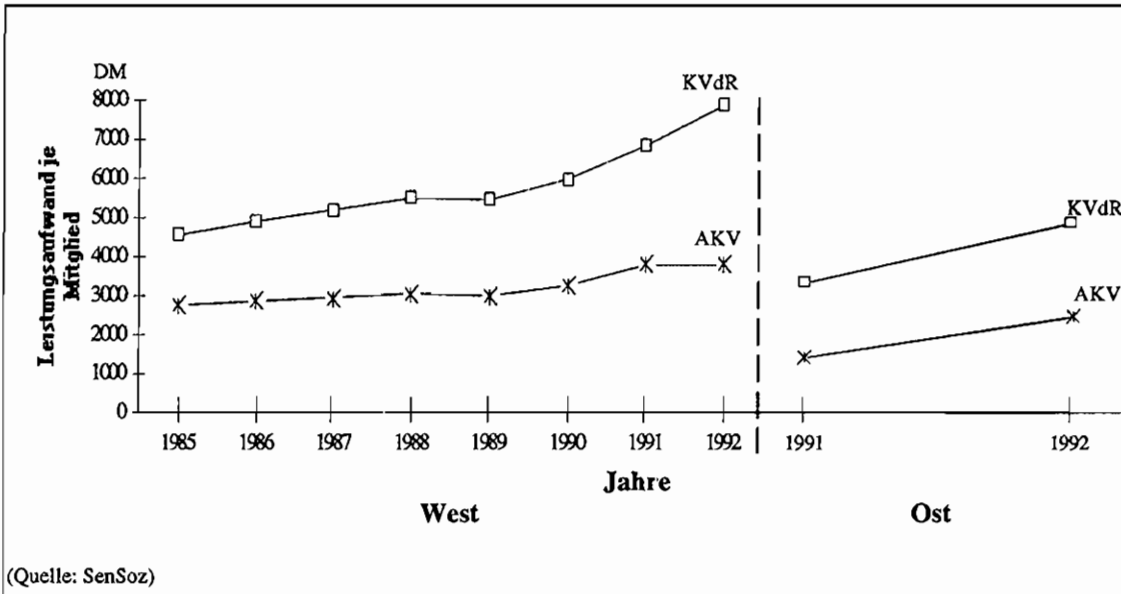
**Tabelle 13.4: Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben der landesunmittelbaren Krankenkassen (AOK, BKK, IKKen) 1992 in Berlin**

Leistungen für	durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben						
	AKV			KVdR			AKV + KVdR
	je Mitgl.	Zunahme		je Mitgl.	Zunahme		
	1992 DM	zu 1991 DM	1992/91 %	1992 DM	zu 1991 DM	1992/91 %	1992/91 %
<b>Rechtskreis-West</b>							
ärztliche Behandlung	645,43	85,48	15,27	943,89	117,37	14,20	14,48
zahnärztliche Behandlung	286,70	26,40	10,14	91,27	11,08	13,81	11,33
Zahnersatz	200,34	43,32	27,59	169,15	35,36	26,43	27,38
Arzneimittel, Verbands-, Heil- u. Hilfsmittel v. Apotheken	384,31	38,61	11,17	1035,65	101,97	10,92	10,19
Krankenhausbehandlung	1153,87	-97,42	-7,79	4134,92	331,78	8,72	1,32
Krankengeld u. Beiträge für Krankengeld-Zahlungen	721,97	105,00	17,02	0,48	0,05	11,63	18,26
Betriebs-/Haushalts-Hilfe u. häusliche Krankenpflege	12,68	5,25	70,72	407,47	107,69	35,92	34,94
Schwerpflegebedürftigkeit	7,32	3,65	99,30	119,97	63,25	111,52	106,57
Leistungsausgaben insg.	3781,19	242,77	6,86	7659,59	826,40	12,09	8,89
<b>Rechtskreis-Ost</b>							
ärztliche Behandlung	429,76	165,39	62,56	656,38	217,98	49,72	59,77
zahnärztliche Behandlung	211,03	92,07	77,40	76,66	32,58	73,92	72,40
Zahnersatz	279,62	199,68	249,81	246,94	133,91	118,47	200,70
Arzneimittel, Verbands-, Heil- u. Hilfsmittel v. Apotheken	284,99	81,02	39,72	968,96	198,14	25,71	37,37
Krankenhausbehandlung	656,64	139,54	28,99	2187,48	610,01	38,67	39,58
Krankengeld u. Beiträge für Krankengeld-Zahlungen	268,95	127,22	89,76				80,93
Betriebs-/Haushalts-Hilfe u. häusliche Krankenpflege	3,00	1,86	162,26	205,92	103,66	101,38	125,05
Schwerpflegebedürftigkeit	8,06	4,39	119,46	104,94	43,66	71,26	93,16
Leistungsausgaben insg.	2383,01	926,28	63,59	4967,83	1595,24	47,32	59,94

(Quelle: SenSoz)

Die in Graphik 13.3 dargestellten Leistungskurven verdeutlichen die unterschiedlichen Entwicklungen der Ausgaben in der AKV und in der KVdR je Mitglied bei den landesunmittelbaren Krankenkassen ab 1985.

**Graphik 13.3: Leistungsaufwand je Mitglied der Krankenversicherungsträger AOK Berlin, BKK Berlin und IKKen in Berlin 1985 - 1992**



Im Hinblick auch auf die bundesweit besorgniserregenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf der Ausgabenseite im Gegensatz zur Einnahmenentwicklung (bei nur geringeren prozentualen Grundlohnsummensteigerungen) der Beiträge von den Versicherten, ist es nur zu verständlich, daß die Bundesregierung die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen neu überdenken muß, um den zwischen Einnahmen und Ausgaben bestehenden unterschiedlichen Entwicklungstendenzen ordnungspolitisch zu begegnen. Die ab 1993 in die Praxis umzusetzenden strukturverbessernden Maßnahmen im Gesundheitswesen (mit anderen Worten: die Inanspruchnahme von Leistungen durch/für die Versicherten auf ein vertretbares Maß der tatsächlichen Erfordernisse zu beschränken) werden zeigen, ob diese Neuorientierung allein für ein besseres ausgewogenes Verhältnis zwischen der künftigen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung ausreichen wird.

### 13.7 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Nach einer langjährigen Strukturdiskussion über eine Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes auf der Grundlage des seinerzeit geltenden Rechts wurde im Zuge der Neukodifizierung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 30.12.1988 (und seine Einordnung in das Sozialgesetzbuch) auch der Vertrauensärztliche Dienst neu geregelt. Das Gesundheits-Reformgesetz hob die seit 1934 bestehende Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten (im Land Berlin der Allgemeinen Ortskrankenkasse) für diese Gemeinschaftsaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung auf und übertrug sie in die Verantwortung der Krankenkassen. Gleichzeitig wurde der Vertrauensärztliche Dienst zu einem effektiven medizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienst der Krankenversicherung weiterentwickelt. Er hat die Krankenkassen vornehmlich bei der Sicherung der Qualität der Versicherungsleistungen, bei der Sicherung ihrer Wirtschaftlichkeit und in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten zu unterstützen und zu be-

raten. Der Name "Medizinischer Dienst der Krankenversicherung" bringt die erweiterte Aufgabenstellung zum Ausdruck und verdeutlicht, daß neben Ärzten und Zahnärzten auch andere Gesundheitsberufe zur Beratung und Begutachtung einbezogen werden sollen.

Der MDK ist wie der frühere Vertrauensärztliche Dienst kassenartübergreifend auf Landesebene organisiert und nimmt seine Aufgaben als eigenständige, von den gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wahr. Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen. Die zur Finanzierung des MDK erforderlichen Mittel werden von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft durch eine Umlage aufgebracht; dabei werden die Krankenkassen nach Maßgabe ihrer Mitgliederzahl zur Finanzierung herangezogen.

Organe des MDK sind der von den Vertreterversammlungen der Mitglieder gewählte, aus höchstens 16 Personen bestehende Verwaltungsrat und der von diesem gewählte Geschäftsführer, der die Geschäfte des MDK nach den Richtlinien des Verwaltungsrats führt und ihn nach außen vertritt.

Auf Bundesebene werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung durch eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft, dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) in Essen, gefördert und koordiniert.

Der MDK nimmt seine Aufgaben nur in dem unbedingt erforderlichen Umfang durch festangestellte Fachkräfte wahr. Um die Nähe zur Praxis zu gewährleisten, hat der MDK vorrangig Gutachter und Sachverständige zu beauftragen, die nicht bei ihm beschäftigt sind.

Der MDK wird nach konkretem Auftrag durch die Krankenkassen oder ihre Verbände tätig. Seine Begutachtungstätigkeit umfaßt grundsätzlich alle von den Krankenkassen gewährten Versicherungsleistungen. Der Gutachter des MDK nimmt zu sozialmedizinischen Fragen Stellung, deren Klärung die Krankenkassen für ihre Entscheidungen benötigen, trifft aber selbst keine Leistungsentscheidung. Der Gutachter ist nicht berechtigt, in die Behandlung des Kassenarztes einzugreifen.

In bestimmten gesetzlich definierten Fällen sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, z.B. bei Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolges oder zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin (MDK Berlin) konnte seine Tätigkeit nach Bestellung des Geschäftsführers und seines Stellvertreters durch den Verwaltungsrat und Übernahme des mit den Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes betrauten Personenkreises der AOK Berlin mit Beginn des Jahres 1990 aufnehmen. Der Sitz der Hauptverwaltung des MDK Berlin befindet sich in der Wilmersdorfer Straße 66 a, 10585 Berlin.

Der MDK Berlin unterhält im Westteil der Stadt sieben Dienststellen, eine Facharztzentrale mit der zahnärztlichen Begutachtungsstelle und ein Diagnostisches Zentralinstitut.

Mit der Erstreckung der gesetzlichen Krankenkassen auf den Ostteil der Stadt ist der MDK Berlin auch für diese Region zuständig. Er hat dort bisher zwei eigene Dienststellen eingerichtet.

Seit März 1992 arbeitet der MDK Berlin mit dem für das Berliner Umland zuständigen MDK Brandenburg eng zusammen. Auf der Grundlage eines Verwaltungsgemeinschafts-Vertrages unterstehen beide Medizinischen Dienste einer gemeinsamen Hauptverwaltung mit einem gemeinsamen Geschäftsführer. Wenn sich die Zusammenarbeit bewährt, können die für Berlin und Brandenburg zuständigen Krankenkassenverbände auch eine vollständige Fusion ihrer Medizinischen Dienste beschließen. Das Gesetz läßt diese Möglichkeit zu.

### 13.8 Die Absicherung des Pflegefallrisikos in der Diskussion

Am 27.9.1991 brachten die Länder Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein den Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes in den Bundesrat ein. Die SPD-Bundestagsfraktion brachte gleichzeitig einen textidentischen Gesetzentwurf in den Bundestag ein. Am 30.6.1992 verständigte sich die Regierungskoalition auf die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung unter dem organisatorischen Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung, die im Umlageverfahren finanziert werden soll, wobei die Beiträge je zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern aufgebracht werden. Die Belastungen der Wirtschaft durch die Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung sollen nach den Vorstellungen der Koalitionspartei F.D.P. in voller Höhe kompensiert werden. Über die Kompensationsfrage konnte sich die Regierungskoalition bis Jahresende nicht einigen, so daß der dem zuständigen Bundesminister erteilte Auftrag, den Gesetzentwurf bis 1.10.1992 vorzulegen, nicht eingehalten wurde.

Die Kompensationsfrage drängte eine Diskussion über die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegeversicherung in den Hintergrund.

Aus Vorabentwürfen des Sozialministeriums und Fraktionspapieren wurde deutlich, daß bei einer Übereinstimmung im Grundsätzlichen die Vorstellungen der Koalition von denen der Opposition insbesondere dadurch abweichen, daß die Koalition eine Privatversicherung für diejenigen zuläßt, die nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, daß die Beitragsbemessungsgrenze die der Gesetzlichen Krankenversicherung sein soll, daß das Pflegegeld bei häuslicher Pflege niedriger bemessen ist und auch bei stationärer Pflege die pflegebedingten Kosten nur bis zu einer Höchstgrenze übernommen werden, die Rentenversicherungsbeiträge für die häuslichen Pflegekräfte nicht aus Steuermitteln, sondern aus dem Beitragsaufkommen zu zahlen sind und die Beitragshöhe vom Gesetzgeber (und nicht von den Pflegekassen) festgesetzt werden soll.

Die Opposition hat mehrfach ihre Mitarbeit an dem Gesetzesvorhaben angeboten, eine Kompensation der Arbeitgeberbeiträge jedoch als eine Abkehr von den Sozialstaatsprinzipien strikt abgelehnt. Die als Kompensation in Erwägung gezogene Einführung sogenannter Karenztage im Krankheitsfall hat sie dabei mehr noch als die ebenfalls in die Diskussion eingeführte Abschaffung eines oder mehrerer Feiertage in ihrer ablehnenden Haltung gestärkt. Die Gewerkschaften sehen darin einen Einschnitt in die grundgesetzlich garantierte Tarifautonomie und haben ihren Widerstand angekündigt. Kranke für Gebrechliche zahlen zu lassen, widerspräche dem Sozialstaatsgebot, und die Pflegeversicherung verlöre so den Anspruch, eine weitere Säule der Sozialversicherung zu sein.

### 13.9 Tabellenverzeichnis

(A= Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle 13.1: Allgemeine Beitragssatzentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern 1985 - 1992 in Berlin

Tabelle 13.2: Leistungsausgaben in der AKV und KVdR 1985 - 1992 in Berlin

Tabelle 13.3: Leistungen je Mitglied in der AKV und KVdR 1985 - 1992 in Berlin

Tabelle 13.4: Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben der landesunmittelbaren Krankenkassen (AOK, BKK, IKKen) 1992 in Berlin

Tabelle A 13.1: Mitgliederentwicklung bei den landesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern 1985 - 1992 in Berlin

Tabelle A 13.2: Mitgliederentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern in % zum Vorjahr 1985 - 1992 in Berlin

Tabelle A 13.3: Mitglieder nach KM 1/13 und KM 5 1991 und 1992 in Berlin - zu betreuende Mitglieder und %-Anteile (einschließlich mitversicherte FAng. - Pflicht - Freiwillige - Rentner) -

Tabelle A 13.4: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung 1982 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 13.5: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 13.6: Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 13.7: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 13.8: Erwerbstätige mit zusätzlicher privater Krankenversicherung 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)

(Die in diesem Kapitel veröffentlichten Beiträge wurden überwiegend von der Senatsverwaltung für Soziales zur Verfügung gestellt. Die Ausführungen aus dem Mikrozensus basieren auf Angaben des StaLa Berlin.)

*KAPITEL*

*14*

*WEITERE GESUNDHEITSLEISTUNGEN  
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. 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. 14.2)

### 3. Leistungen nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG) (vgl. 14.3).

Für das Berichtsjahr 1991 beziehen sich die oben genannten Leistungen erstmalig auf Berlin insgesamt, denn mit dem 1.1.1991 wurden die in der Bundesrepublik geltenden sozialrechtlichen Regelungen auch in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins wirksam. Das sozialstatistische Berichtswesen trat dort zu diesem Zeitpunkt ebenfalls in Kraft, ist jedoch im Hinblick auf die erwarteten bundesweiten Änderungen der sozialstatistischen Systematik nicht in vollem Umfang angeglichen. Aus den genannten Gründen stehen nicht für alle Leistungsbereiche die Daten der östlichen Bezirke bzw. Vergleichsdaten zum Vorjahr für ganz Berlin erst ab Berichtsjahr 1992 wieder zur Verfügung

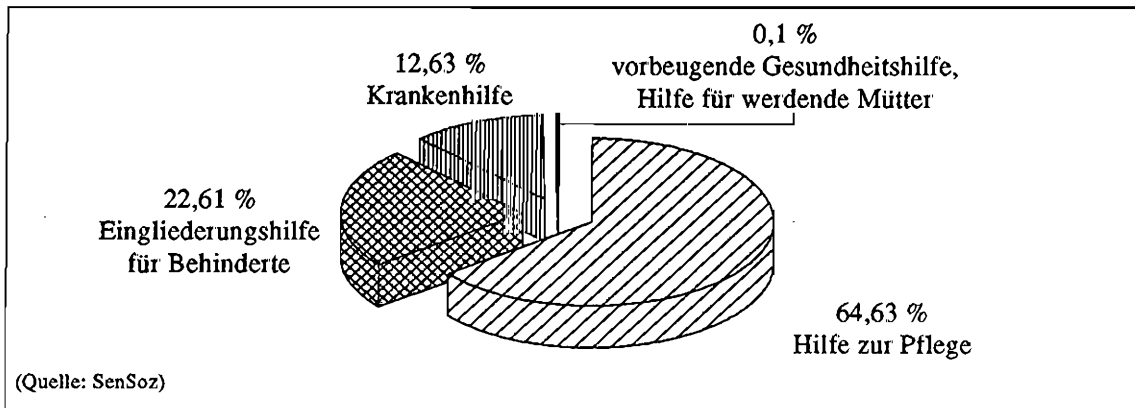
## 14.1 Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1991 in Berlin

Insgesamt wurden in Berlin im Jahre 1991 rd 1 325,9 Mio. DM für Gesundheits- und Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe aufgewandt. Rd 12,6 % dieser Leistungen entfielen auf die Krankenhilfe, weitere rd. 22,6 % auf Eingliederungshilfe für Behinderte. Die vorbeugende Gesundheitshilfe stellt mit 0,03 % den kleinsten Anteil. Der Anteil für Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff. BSHG betrug 1991 ca. 64,6 % der Gesamtausgaben. Mit einem Volumen von rd. 857 Mio. DM macht insbesondere die Höhe der Ausgaben für Hilfe zur Pflege die derzeitige



Rolle des Sozialhilfeträgers bei der Finanzierung des Pflegerisikos deutlich. Nachstehende Graphik und Tabelle zeigen die Verteilung des Aufwandes für die genannten Leistungen.

**Graphik 14.1: Verteilung der Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1991 in Berlin**



### 14.1.1 Ausgaben nach Hilfearten

**Tabelle 14.1: Ausgaben nach Hilfearten 1990/91 in Berlin**

Hilfeart	Ausgaben in TDM	
	1990 Berlin-West	1991 Berlin insgesamt
vorbeugende Gesundheitshilfe insgesamt	104,9	367,4
- außerhalb von Einrichtungen	72,1	97,9
- in Einrichtungen	32,8	269,5
Krankenhilfe insgesamt	143874,5	167469,3
- außerhalb von Einrichtungen	37976,4	43108,1
- in Einrichtungen	105898,1	124361,2
Hilfe für werdende Mütter insgesamt	889,6	1255,8
- außerhalb von Einrichtungen	89,8	161,9
- in Einrichtungen	799,8	1093,9
Eingliederungshilfe für Behinderte insgesamt	278658,7	299824,2
darunter:		
ärztliche Behandlung zusammen	3697,5	5259,7
- außerhalb von Einrichtungen	1295,5	1417,1
- in Einrichtungen	2402,0	3842,6
heilpädagog. Maßnahmen für Kinder zusammen	5311,8	6112,2
- außerhalb von Einrichtungen	1899,9	1881,5
- in Einrichtungen	3411,9	4260,7
Hilfe zur Pflege insgesamt	769055,5	857005,0
- außerhalb von Einrichtungen	97201,9	117072,4
- in Einrichtungen	671853,6	739932,6
<b>zusammen</b>	<b>1192583,2</b>	<b>1325921,7</b>

(Quelle: SenSoz)

### 14.1.2 Fallzahlen

Der von diesen Leistungen begünstigte Personenkreis kann aufgrund der in der amtlichen Sozialhilfeempfängerstatistik vorgesehenen Zähltechnik nur geschätzt werden. Da je Hilfeempfänger im Laufe eines Jahres durchaus mehrere Leistungen nebeneinander (z.B. Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege) oder die gleiche Leistung innerhalb bzw. außerhalb von Einrichtungen erbracht werden können, muß hier auf die Darstellung von Fallzahlen zurückgegriffen werden. Wie diese sich für 1991 darstellen, zeigt die Übersicht 14.2. 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. Inwieweit die Gesamtstruktur der Fallzahlen jeweils durch die Erweiterung des Geltungsbereiches des BSHG bzw. durch sozialgesetzliche Änderungen im Berichtsjahr bedingt ist, läßt sich nicht angeben. Festzustellen bleibt eine Strukturverschiebung, deren weitere Entwicklung zu beobachten sein wird. Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind weitere Verschiebungen in größerem Umfang zu erwarten.

**Tabelle 14.2: Entwicklung der Fallzahlen 1990/91 in Berlin nach Hilfearten**

Hilfeart	Fallzahlen	
	1990 Berlin-West	1991 Berlin insgesamt
vorbeugende Gesundheitshilfe insgesamt	122	965
– außerhalb von Einrichtungen	97	891
– in Einrichtungen	25	74
Krankenhilfe insgesamt	39454	27917
– außerhalb von Einrichtungen	14637	13111
– in Einrichtungen	24834	14844
Hilfe für werdende Mütter insgesamt	195	254
– außerhalb von Einrichtungen	157	224
– in Einrichtungen	39	30
Eingliederungshilfe für Behinderte insgesamt	10818	10635
darunter:		
ärztliche Behandlung zusammen	346	348
– außerhalb von Einrichtungen	265	273
– in Einrichtungen	81	75
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder zusammen	721	603
– außerhalb von Einrichtungen	700	531
– in Einrichtungen	21	72
Hilfe zur Pflege insgesamt	25540	37880
– außerhalb von Einrichtungen	8984	10788
– in Einrichtungen	16557	27092

(Quelle: StaLa Berlin)

### 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 1991 zeigt die Übersicht 14.3.

1) einschließlich der entsprechenden Leistungen des übrigen sozialen Entschädigungsrechts

**Tabelle 14.3: Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG - KOF 1991 in Berlin**

Ausgaben/ Empfänger	Berlin- West	Berlin- Ost	Berlin
Ausgaben in TDM			
Krankenhilfe (§ 26 b)			
Beihilfen an Beschädigte	157	23	180
Beihilfen an Hinterbliebene	8106	5	8111
Beihilfen zusammen	8263	28	8291
Darlehen	-	-	-
insgesamt	8263	28	8291
Hilfe zur Pflege (§ 26 c)			
Beihilfen an Beschädigte	7404	1673	9077
davon:			
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	1501	91	1592
für sonstige Hilfe zur Pflege	5903	1582	7485
Beihilfen an Hinterbliebene	53287	5906	59193
davon:			
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	11267	86	11353
für sonstige Hilfe zur Pflege	42020	5820	47840
Beihilfen zusammen	60691	7579	68270
Darlehen	-	5	5
insgesamt	60691	7584	68275
Empfänger			
Krankenhilfe (§ 26 b) (einmalige Leistung im Laufe des Berichtsjahres)	156	1	157
Hilfe zur Pflege (§ 26 b) am Ende des Berichtsjahres			
Beihilfen			
für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)	1269	1	1270
für sonstige Hilfe zur Pflege	1041	115	1156
insgesamt	2310	116	2426

(Quelle: SenSoz)

### 14.3 Pflegegelder 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.

Um dem entgegenzuwirken, 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.

Hervorzuheben ist die Tatsache, daß trotz des allgemeinen Rückgangs der über 65jährigen in beiden Teilen Berlins die Gruppe der Hochbetagten (80jährige und älter) noch weiterhin zunehmen wird.

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
1991	23.420 Personen

Diese Angaben enthalten jeweils keine Empfängerzahlen aus dem Bereich der Abteilungen Jugend der Bezirke und aus den östlichen Bezirken, da dort (noch) keine Empfängerstatistik zum Pflegegesetz geführt wird. Die Aufwandszahlen standen hingegen auch aus der Haushaltsrechnung des Kapitels 4000 und der östlichen Bezirke, Abteilung Sozialwesen, zur Verfügung. Der Rückgang der Empfängerzahl in 1991 ist primär auf Neuregelungen zur Absicherung des Pflegerisikos im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen.

Das Pflegegeld wird einkommensunabhängig gewährt und ist - je nach Grad der Pflegebedürftigkeit - in sechs Stufen gestaffelt.

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.

Darüber hinaus ist mit der Gesetzesnovelle zum 1.1.1989 die soziale Absicherung der Pflegepersonen verbessert worden. Für Pflegepersonen, die Hilflose 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 14.4 für 1991 dargestellt.

Der Gesamtaufwand an Pflegegeldern und Sachleistungen der verschiedenen Art nach diesem Gesetz von rd. 162,3 Mio. DM muß im Kontext mit dem Pflegeaufwand nach dem BSHG gewürdigt werden (dort 857 Mio. DM). Zusammen betragen diese Aufwendungen 1991 in Berlin rd. 1.019,3 Mio. DM an Leistungen zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit und ihrer sozialen Absicherung außerhalb des Krankenversicherungssystems.

**Tabelle 14.4: Pflegegelder, Sachleistungen, Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG 1991 in Berlin**

Pflegegelder an / Sachleistungen / RV-Beiträge	Bezirke Soz	Bezirke Jug	Berlin
	Mio DM		
Bezirke Soz			
Pflegegeld an:			
- Hilflose	105.702	22.781	128.483
- Zivilblinde	27.837	1.408	29.245
Sachleistungen	2.360	0.034	2.394
RV-Beiträge	1.222	0.977	2.199
<b>zusammen</b>	<b>137.121</b>	<b>25.200</b>	<b>162.321</b>

(Quelle: SenSoz)

**14.4 Tabellenverzeichnis**

- Tabelle 14.1: Ausgaben nach Hilfearten 1990/91 in Berlin
- Tabelle 14.2: Entwicklung der Fallzahlen 1990/91 in Berlin nach Hilfearten
- Tabelle 14.3: Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG - KOF 1991 in Berlin
- Tabelle 14.4: Pflegegelder, Sachleistungen, Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG 1991 in Berlin









**TABELLENANHANG**

## Kapitel 1 - Bevölkerung

**Tabelle A 1.1: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung			darunter Nicht- deutsche
	insgesamt	männlich	weiblich	
<b>Berlin-West</b>				
0 - 1	21922	11259	10663	5606
1 - 5	86833	44796	42037	21905
5 - 10	97419	50020	47399	20974
10 - 15	92284	47399	44885	21359
15 - 20	95315	48613	46702	25940
20 - 25	155836	78724	77112	33665
25 - 30	218219	112422	105797	39624
30 - 35	183748	96155	87593	30280
35 - 40	155919	79504	76415	25998
40 - 45	161991	81272	80719	25347
45 - 50	157996	83064	74932	20509
50 - 55	176055	91587	84468	16629
55 - 60	121988	60883	61105	9764
60 - 65	94084	43092	50992	4723
65 - 70	82491	28803	53688	2432
70 - 75	72164	22156	50008	1279
75 - 80	73164	19819	53345	793
80 - 85	68552	16641	51911	601
85 und mehr	48924	9999	38925	461
zusammen 1991	2164904	1026208	1138696	307889
1990	2157969	1023828	1134141	292054
<b>Berlin-Ost</b>				
0 - 1	8749	4479	4270	274
1 - 5	68108	34858	33250	771
5 - 10	88328	45364	42964	1040
10 - 15	82577	42174	40403	1097
15 - 20	62530	31732	30798	992
20 - 25	95758	46618	49140	4429
25 - 30	128081	64361	63720	5435
30 - 35	111941	58067	53874	5087
35 - 40	99254	50523	48731	4887
40 - 45	82345	41389	40956	3117
45 - 50	77752	38060	39692	1840
50 - 55	102121	49569	52552	1226
55 - 60	77957	37705	40252	755
60 - 65	58573	27551	31022	488
65 - 70	39518	14188	25330	325
70 - 75	30044	9705	20339	150
75 - 80	27546	7749	19797	101
80 - 85	24893	6410	18483	86
85 und mehr	15052	3537	11515	57
zusammen 1991	1281127	614039	667088	32157
1990	1275726	606738	668988	23524
<b>Berlin</b>				
insgesamt 1991	3446031	1640247	1805784	340046
1990	3433695	1630566	1803129	315578

(Quelle: StoLa Berlin)

**Tabelle A 1.2: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen**

Bezirk	Bevölkerung			Deutsche			Nichtdeutsche		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
Berlin-West									
Tiergarten	94635	46796	47839	74603	36078	38525	20032	10718	9314
Wedding	167304	82728	84576	127045	61314	65731	40259	21414	18845
Kreuzberg	156004	78657	77347	109047	54008	55039	46957	24649	22308
Charlottenburg	185030	86731	98299	156929	71569	85360	28101	15162	12939
Spandau	223256	106435	116821	196323	91547	104776	26933	14888	12045
Wilmerdorf	146348	65977	80371	132273	58553	73720	14075	7424	6651
Zehlendorf	97467	44666	52801	91017	41512	49505	6450	3154	3296
Schöneberg	156764	75221	81543	126917	59125	67792	29847	16096	13751
Steglitz	190852	86291	104561	176695	79018	97677	14157	7273	6884
Tempelhof	188451	86832	101619	174502	79670	94832	13949	7162	6787
Neukölln	309410	148899	160511	259404	122684	136720	50006	26215	23791
Reinickendorf	249383	116975	132408	232260	108137	124123	17123	8838	8285
zusammen 1991	2164904	1026208	1138696	1857015	863215	993800	307889	162993	144896
1990	2157969	1023828	1134141	1865915	867806	998109	292054	156022	136032
Berlin-Ost									
Mitte	80277	38336	41941	76727	36158	40569	3550	2178	1372
Prenzlauer Berg	144693	68899	75794	142251	67460	74791	2442	1439	1003
Friedrichshain	106630	51173	55457	104307	49881	54426	2323	1292	1031
Treptow	104132	48770	55362	103263	48266	54997	869	504	365
Köpenick	108112	50760	57352	107019	50132	56887	1093	628	465
Lichtenberg	168091	81546	86545	158207	74401	83806	9884	7145	2739
Weißensee	51590	24177	27413	50937	23786	27151	653	391	262
Pankow	107059	49635	57424	104843	48304	56539	2216	1331	885
Marzahn	165391	80877	84514	161463	78681	82782	3928	2196	1732
Hohenschönhausen	118870	58456	60414	115612	56056	59556	3258	2400	858
Hellersdorf	126282	61410	64872	124341	60123	64218	1941	1287	654
zusammen 1991	1281127	614039	667088	1248970	593248	655722	32157	20791	11366
1990	1275726	606738	668988	1252202	592478	659724	23524	14260	9264
Berlin									
insgesamt 1991	3446031	1640247	1805784	3105985	1456463	1649522	340046	183784	156262
1990	3433695	1630566	1803129	3118117	1460284	1657833	315578	170282	145296

(Quelle: StLa Berlin)

**Tabelle A 1.3: Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1991 in Berlin nach Altersgruppen**

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Alter von bis unter ... Jahren									
		unter 15		15 - 65		65 - 75		75 - 80		80 und mehr	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Berlin-West											
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
1991	2164904	298458	13,8	1521151	70,3	154655	7,1	73164	3,4	117476	5,4
Berlin-Ost											
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
1991	1281127	247762	19,3	896312	70,0	69562	5,4	27546	2,2	39945	3,1

1) ab 1987 fortgeschrieben auf der Grundlage der Volkszählung 1987

(Quelle: StaLo Berlin)

**Tabelle A 1.4: Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1991 in Berlin nach Bezirken und Alter**

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter Jahren											
		unter 6		6 - 15		15 - 20		20 - 45		45 - 65		65 und mehr	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
<b>Berlin-West</b>													
Tiergarten	94635	5994	6,3	7269	7,7	4013	4,2	45541	48,1	19676	20,8	12142	12,8
Wedding	167304	12401	7,4	13992	8,4	8066	4,8	74778	44,7	35911	21,5	22156	13,2
Kreuzberg	156004	12783	8,2	14457	9,3	8311	5,3	78760	50,5	27764	17,8	13929	8,9
Charlottenburg	185030	9535	5,2	11975	6,5	6810	3,7	77966	42,1	47418	25,6	31326	16,9
Spandau	223256	12955	5,8	18665	8,4	10056	4,5	83551	37,4	61387	27,5	36642	16,4
Wilmerdorf	146348	6660	4,6	8989	6,1	5106	3,5	57065	39,0	39779	27,2	28749	19,6
Zehlendorf	97467	4896	5,0	7950	8,2	4795	4,9	31690	32,5	29188	29,9	18948	19,4
Schöneberg	156764	9697	6,2	11908	7,6	6568	4,2	73525	46,9	33956	21,7	21110	13,5
Steglitz	190852	10188	5,3	14185	7,4	7708	4,0	70961	37,2	51893	27,2	35917	18,8
Tempelhof	188451	10005	5,3	14336	7,6	8184	4,3	67612	35,9	53477	28,4	34837	18,5
Neukölln	309410	19768	6,4	25583	8,3	14435	4,7	126642	40,9	77251	25,0	45731	14,8
Reinickendorf	249383	13926	5,6	20341	8,2	11263	4,5	87622	35,1	72423	29,0	43808	17,6
zusammen 1991	2164904	128808	5,9	169650	7,8	95315	4,4	875713	40,5	550123	25,4	345295	15,9
1990	2157969	125741	5,8	166580	7,7	98680	4,6	869286	40,3	547402	25,4	350280	16,2
<b>Berlin-Ost</b>													
Mitte	80277	5443	6,8	8441	10,5	3457	4,3	32662	40,7	22143	27,6	8131	10,1
Prenzlauer Berg	144693	9835	6,8	13688	9,5	6290	4,3	63278	43,7	32888	22,7	18714	12,9
Friedrichshain	106630	7571	7,1	10081	9,5	3766	3,5	46384	43,5	24734	23,2	14094	13,2
Treptow	104132	6666	6,4	9032	8,7	4457	4,3	34743	33,4	33604	32,3	15630	15,0
Köpenick	108112	5963	5,5	10129	9,4	4901	4,5	35217	32,6	35199	32,6	16703	15,4
Lichtenberg	168091	8761	5,2	15739	9,4	9182	5,5	62906	37,4	53291	31,7	18212	10,8
Weißensee	51590	2967	5,8	4390	8,5	2171	4,2	17743	34,4	16136	31,3	8183	15,9
Pankow	107059	5954	5,6	10809	10,1	5217	4,9	37813	35,3	31540	29,5	15726	14,7
Marzahn	165391	11161	6,7	31243	18,9	11595	7,0	73094	44,2	29872	18,1	8426	5,1
Hohenschönhausen	118870	12002	10,1	19671	16,5	6441	5,4	54563	45,9	19565	16,5	6628	5,6
Hellersdorf	126282	18433	14,6	19783	15,7	5053	4,0	58976	46,7	17431	13,8	6606	5,2
zusammen 1991	1281127	94756	7,4	153006	11,9	62530	4,9	517379	40,4	316403	24,7	137053	10,7
1990	1275726	104171	8,2	149639	11,7	64473	5,1	502614	39,4	317730	24,9	137099	10,7
<b>Berlin</b>													
insgesamt 1991	3446031	223564	6,5	322656	9,4	157845	4,6	1393092	40,4	866526	25,1	482348	14,0
1990	3433695	229912	6,7	316219	9,2	163153	4,8	1371900	40,0	865132	25,2	487379	14,2

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.5: Durchschnittliche Bevölkerung <sup>1)</sup> 1991 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Nichtdeutschen**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung			darunter Nicht- deutsche
	insgesamt	männlich	weiblich	
<b>Berlin-West</b>				
0 - 1	22027	11330	10697	5559
1 - 5	85526	44068	41458	21021
5 - 10	96766	49650	47116	20490
10 - 15	90946	46718	44228	20956
15 - 20	96958	49720	47238	25680
20 - 25	161661	82144	79517	32985
25 - 30	217093	112859	104234	37883
30 - 35	179510	94240	85270	29491
35 - 40	155992	79385	76607	25245
40 - 45	157875	79817	78058	25274
45 - 50	165734	87233	78501	19902
50 - 55	171348	89031	82317	16023
55 - 60	117121	58294	58827	9123
60 - 65	94328	42539	51789	4356
65 - 70	83513	28655	54858	2208
70 - 75	69194	21192	48002	1140
75 - 80	77970	21208	56762	773
80 - 85	69057	16804	52253	571
85 und mehr	47893	9756	38137	426
zusammen 1991	2160512	1024643	1135869	299106
1990	2145878	1016801	1129077	283704
<b>Berlin-Ost</b>				
0 - 1	12067	6194	5873	185
1 - 5	69495	35547	33948	650
5 - 10	88249	45301	42948	930
10 - 15	80950	41344	39606	980
15 - 20	63494	32116	31378	897
20 - 25	97252	46922	50330	3916
25 - 30	127768	64030	63738	4491
30 - 35	108814	55993	52821	4311
35 - 40	98124	49583	48541	4076
40 - 45	77989	38987	39002	2627
45 - 50	83869	40859	43010	1505
50 - 55	100404	48656	51748	1058
55 - 60	75364	36603	38761	658
60 - 65	57403	26598	30805	420
65 - 70	39432	13917	25515	281
70 - 75	28545	9189	19356	138
75 - 80	29433	8342	21091	97
80 - 85	25075	6514	18561	84
85 und mehr	14595	3429	11166	40
zusammen 1991	1278322	610124	668198	27344
1990 2)	1274306	605249	669057	
<b>Berlin</b>				
insgesamt 1991	3438834	1634767	1804067	326450
1990	3420184	1622050	1798134	

1) Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

2) Ost 1990: Auszählung aus dem Zentralen Einwohnerregister zum Stand 3.10.1990 wird zugleich als Durchschnittsergebnis gewertet

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.6: Durchschnittliche Bevölkerung <sup>1)</sup> 1991 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Nichtdeutschen**

Bezirk	Bevölkerung			Deutsche			Nichtdeutsche		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
<b>Berlin-West</b>									
Tiergarten	94892	47011	47881	75201	36423	38778	19691	10588	9103
Wedding	165794	82147	83647	126928	61292	65636	38865	20854	18011
Kreuzberg	154870	78129	76741	109269	54088	55181	45601	24041	21560
Charlottenburg	185136	86891	98245	157807	72033	85774	27328	14857	12471
Spandau	222634	106127	116507	196537	91618	104919	26097	14509	11588
Wilmerdorf	146698	66160	80538	132873	58870	74003	13825	7290	6535
Zehlendorf	98205	45146	53059	91637	41868	49769	6568	3279	3289
Schöneberg	156423	75060	81363	127196	59221	67975	29228	15839	13389
Steglitz	190410	86143	104267	176817	79067	97750	13594	7077	6517
Tempelhof	187963	86575	101388	174718	79727	94991	13246	6849	6397
Neukölln	308018	148262	159756	259653	122818	136835	48365	25444	22921
Reinickendorf	249470	116992	132478	232772	108284	124488	16698	8708	7990
zusammen1991	2160512	1024643	1135869	1861406	865308	996098	299106	159335	139771
1990	2145877	1016801	1129077	1862174	864965	997209	283704	151836	131868
<b>Berlin-Ost</b>									
Mitte	79971	38042	41929	76874	36154	40720	3096	1888	1208
Prenzlauer Berg	144060	68175	75885	142095	67058	75037	1965	1117	848
Friedrichshain	107350	51237	56113	105477	50266	55211	1873	971	902
Treptow	103175	48155	55020	102494	47781	54713	680	374	306
Köpenick	108749	50884	57865	107930	50490	57440	819	394	425
Lichtenberg	167458	80551	86907	159336	74889	84447	8122	5662	2460
Weißensee	51613	24160	27453	51053	23810	27243	560	350	210
Pankow	107132	49509	57623	105237	48385	56852	1893	1123	770
Marzahn	166524	81268	85256	162588	79191	83397	3936	2077	1859
Hohenschönhausen	118812	58219	60593	115950	56125	59825	2861	2093	768
Hellersdorf	123479	59925	63554	121945	58969	62976	1536	957	579
zusammen1991	1278322	610124	668198	1250978	593117	657861	27344	17007	10337
1990	1274306	605249	669057	1251448	591388	660060	22858	13861	8997
<b>Berlin</b>									
insgesamt 1991	3438834	1634767	1804067	3112385	1458426	1653959	326450	176342	150108
1990	3420183	1622050	1798134	3113622	1456353	1657269	306562	165697	140865

(Quelle: StaLa Berlin)

Tabelle A 1.7: Europäische Standardbevölkerung

Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung
0 - 1	1600
1 - 5	6400
5 - 10	7000
10 - 15	7000
15 - 20	7000
20 - 25	7000
25 - 30	7000
30 - 35	7000
35 - 40	7000
40 - 45	7000
45 - 50	7000
50 - 55	7000
55 - 60	6000
60 - 65	5000
65 - 70	4000
70 - 75	3000
75 - 80	2000
80 - 85	1000
85 und mehr	1000
Insgesamt	100000

(Quelle: Waterhouse, J. et al., ed. Cancer Incidence in five continents. Lyon, Internationales Krebsforschungszentrum IARC 1976. Vol.III S.456)

Tabelle A 1.8: Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin je 1.000 Einwohner 1991 nach Bezirken

Bezirk	Zuzüge				Fortzüge			
	insgesamt	je 1.000 Einw. 1)	dar.Nichtdeutsche		insgesamt	je 1.000 Einw. 1)	dar.Nichtdeutsche	
			absolut	je 1.000 Einw. 1)			absolut	je 1.000 Einw. 1)
Berlin-West								
Tiergarten	4393	46,3	2556	26,9	3610	38,0	1576	16,6
Wedding	6781	40,9	4440	26,8	4956	29,9	2527	15,2
Kreuzberg	8430	54,4	5293	34,2	5696	36,8	2636	17,0
Charlottenburg	8422	45,5	4834	26,1	6453	34,9	3042	16,4
Spandau	6020	27,0	3540	15,9	4652	20,9	2017	9,1
Wilmerdorf	5391	36,7	2719	18,5	4269	29,1	1905	13,0
Zehlendorf	3594	36,6	1660	16,9	3303	33,6	1429	14,6
Schöneberg	7477	47,8	4452	28,5	5713	36,5	2930	18,7
Steglitz	5756	30,2	2754	14,5	4431	23,3	1647	8,6
Tempelhof	4830	25,7	2627	14,0	3863	20,6	1595	8,5
Neukölln	10549	34,2	6732	21,9	7982	25,9	3884	12,6
Reinickendorf	5549	22,2	2753	11,0	4785	19,2	1868	7,5
zusammen 1991	77192	35,7	44360	20,5	59713	27,6	27056	12,5
1990	109263	50,9	62639	29,2	77654	36,2	44971	21,0
Berlin-Ost								
Mitte	2650	33,1	1146	14,3	2103	26,3	417	5,2
Prenzlauer Berg	4309	29,9	849	5,9	2288	15,9	150	1,0
Friedrichshain	3018	28,1	852	7,9	1906	17,8	165	1,5
Treptow	1859	18,0	286	2,8	1390	13,5	91	0,9
Köpenick	2068	19,0	854	7,9	1470	13,5	169	1,6
Lichtenberg	6201	37,0	4188	25,0	3061	18,3	1030	6,2
Weißensee	845	16,4	242	4,7	825	16,0	151	2,9
Pankow	2214	20,7	758	7,1	1682	15,7	245	2,3
Marzahn	2778	16,7	1086	6,5	3451	20,7	472	2,8
Hohenschönhausen	2331	19,6	1057	8,9	2224	18,7	274	2,3
Hellersdorf	2749	22,3	796	6,4	2673	21,6	307	2,5
zusammen 1991	31022	24,3	12114	9,5	23073	18,0	3471	2,7
1990	41339	32,4	8192	6,4	48918	38,4	5673	4,5
Berlin								
insgesamt 1991	108214	31,5	56474	16,4	82786	24,1	30527	8,9
1990	150602	44,0	70831	20,7	126572	37,0	50644	14,8

1) bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung

(Quelle: StAa Berlin)



**Tabelle A 1.9: Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1991 in Berlin**

Jahr	insgesamt			Deutsche			Nichtdeutsche		
	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 1)	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 1)	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme	Geburten-(+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 1)
<b>Berlin-West</b>									
1980	-6020	-16202	10182	-31609	-20137	-11472	25589	3935	21654
1985	11499	-14693	26192	2586	-18025	20611	8913	3332	5581
1986	19141	-13039	32180	4279	-16519	20798	14862	3480	11382
1987 <sup>2)</sup>	17841	-11165	29006	3659	-15198	18857	14182	4033	10149
1988 <sup>3)</sup>	39597	-9041	48638	18101 <sup>3)</sup>	-13697	20767	21496 <sup>3)</sup>	4656	27871
1989	62212	-8886	71098	42305	-13648	44090	19907	4762	27008
1990	27444 <sup>4)</sup>	-8142	31609	5567	-13133	13941	17900	4991	17668
1991	6935	-8040	14975	-8900	-12949	1555	15835	4909	16530
<b>Berlin-Ost</b>									
1980	12275	1430	10845						
1985	18715	2273	16442						
1986	20664	2945	17719						
1987	24671	4506	20165						
1988	23614	3966	19648						
1989	-5323	3542	-8865						
1990	-3486 <sup>5)</sup>	1672	-7579						
1991	5401	-5052	10453	-3232	-5240	1036	8633	188	9417
<b>Berlin</b>									
1991	12336	-13092	25428	-12132	-18189	2591	24468	5097	25947

- 1) Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin, ab 1991 auch Wanderungen innerhalb Berlins
- 2) ab 1987 auf der Grundlage der Volkszählung 1987
- 3) ab 1988 unter Berücksichtigung der Staatsangehörigkeitsänderungen
- 4) Zuordnung von West-Staaten
- 5) Abgleich der fortgeschriebenen Bevölkerung mit dem Zentralen Einwohnerregister

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.10: Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1991 in Berlin nach Bezirken: Altersgruppen<sup>1)</sup>**

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.
<b>Berlin-West</b>						
Tiergarten	12192	5975	12142	8846	4322	3477
Wedding	24169	11692	22156	15990	7735	5964
Kreuzberg	24935	12120	13929	10303	5017	3991
Charlottenburg	19815	9676	31326	22724	10808	8431
Spandau	29576	14422	36642	25662	11530	8662
Wilmerdorf	14444	6905	28749	21059	9971	7820
Zehlendorf	12078	5725	18948	13371	6768	5322
Schöneberg	19847	9682	21110	15595	7384	5871
Steglitz	22652	11053	35917	25988	12284	9606
Tempelhof	22712	10975	34837	24872	11740	9016
Neukölln	42009	20465	45731	32506	15309	11562
Reinickendorf	32107	15631	43808	30961	14608	11114
zusammen 1991	276536	134321	345295	247877	117476	90836
1990	270171	131412	350280	252391	116534	90032
<b>Berlin-Ost</b>						
Mitte	13319	6556	8131	5664	2098	1641
Prenzlauer Berg	22453	10970	18714	13507	5917	4529
Friedrichshain	16818	8078	14094	9919	4206	3172
Treptow	14960	7307	15630	10618	4420	3223
Köpenick	15494	7481	16703	11359	5004	3687
Lichtenberg	23628	11581	18212	12643	4837	3666
Weißensee	7017	3407	8183	5731	2503	1864
Pankow	16143	7908	15726	10899	4648	3467
Marzahn	41547	20227	8426	5981	2298	1749
Hohenschönhausen	30846	15168	8628	4659	2123	1627
Hellersdorf	36788	17934	6806	4484	1891	1373
zusammen 1991	239013	116617	137053	95464	39945	29998
1990	238421	116330	137099	95870	39392	29446
<b>Berlin</b>						
insgesamt 1991	515549	250938	482348	343341	157421	120834
1990	508592	247742	487379	348261	155926	119478

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.11: Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1991 in Berlin nach Bezirken: Frauenquote <sup>1)</sup>**

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	darunter weibliche Bevölkerung	
		absolut	in %
Berlin-West			
Tiergarten	94635	47839	50,6
Wedding	167304	84576	50,6
Kreuzberg	156004	77347	49,6
Charlottenburg	185030	98299	53,1
Spandau	223256	116821	52,3
Wilmersdorf	146348	80371	54,9
Zehlendorf	97467	52801	54,2
Schöneberg	156764	81543	52,0
Steglitz	190852	104561	54,8
Tempelhof	188451	101619	53,9
Neukölln	309410	160511	51,9
Reinickendorf	249383	132408	53,1
zusammen 1991	2164904	1138696	52,6
1990	2157969	1134141	52,6
Berlin-Ost			
Mitte	80277	41941	52,2
Prenzlauer Berg	144693	75794	52,4
Friedrichshain	106630	55457	52,0
Treptow	104132	55362	53,2
Köpenick	108112	57352	53,0
Lichtenberg	168091	86545	51,5
Weißensee	51590	27413	53,1
Pankow	107059	57424	53,6
Marzahn	165391	84514	51,1
Hohenschönhausen	118870	60414	50,8
Hellersdorf	126282	64872	51,4
zusammen 1991	1281127	667088	52,1
1990	1275726	668988	52,4
Berlin insgesamt			
1991	3446031	1805784	52,4
1990	3433695	1803129	52,5

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.12: Ausländer 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Ausländer insgesamt	in % der Einwohner insgesamt 1)	darunter weiblich	
			absolut	in % der nichtd. Einwohner 1)
<b>Berlin-West</b>				
Tiergarten	20032	21,2	9314	46,5
Wedding	40259	24,1	18845	46,8
Kreuzberg	46957	30,1	22308	47,5
Charlottenburg	28101	15,2	12939	46,0
Spandau	26933	12,1	12045	44,7
Wilmerdorf	14075	9,6	6651	47,3
Zehlendorf	6450	6,6	3296	51,1
Schöneberg	29847	19,0	13751	46,1
Steglitz	14157	7,4	6884	48,6
Tempelhof	13949	7,4	6787	48,7
Neukölln	50006	16,2	23791	47,6
Reinickendorf	17123	6,9	8285	48,4
zusammen 1991	307889	14,2	144896	47,1
1990	292054	13,5	136032	46,6
<b>Berlin-Ost</b>				
Mitte	3550	4,4	1372	38,6
Prenzlauer Berg	2442	1,7	1003	41,1
Friedrichshain	2323	2,2	1031	44,4
Treptow	869	0,8	365	42,0
Köpenick	1093	1,0	465	42,5
Lichtenberg	9884	5,9	2739	27,7
Weißensee	653	1,3	262	40,1
Pankow	2216	2,1	885	39,9
Marzahn	3928	2,4	1732	44,1
Hohenschönhausen	3258	2,7	858	26,3
Hellersdorf	1941	1,5	654	33,7
zusammen 1991	32157	2,5	11366	35,3
1990	23524	1,8	9264	39,4
<b>Berlin</b>				
insgesamt 1991	340046	9,9	156262	46,0
1990	315578	9,2	145296	46,0

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

(Quelle: StaLa Berlin)

Tabelle A 1.13: Eheschließungen und geschiedene Ehen 1970 - 1991 in Berlin

Jahr	Ehe-schließungen		Geschiedene Ehen											
	ins-gesamt	je 1.000 Einw. 1) 2)	ins-gesamt	je 100.000 Einw. 1) 2)	je 100 Ehe-schließ.	davon mit minderjährigen Kindern							minderj Kinder insgesamt	
						0	1	2	3	4	5 und mehr			
											Ehen	Kinder		
Berlin-West														
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	
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	292,8	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	
1991	12732	5,9	5267	243,8	41,4	3151	1485	555	65	8	3	16	2838	
Berlin-Ost														
1970	8908	8,2	3321	306,4	37,3									
1975	8649	7,9	4576	418,1	52,9									
1980	8201	7,2	4773	416,6	58,2									
1985	10405	8,6	5222	434,1	50,2									
1986	11050	9,0	5119	418,5	46,3									
1987	11838	9,5	4959	397,7	41,9									
1988	11792	9,3	4811	378,4	40,8									
1989	11689	9,1	5397	419,1	46,2									
1990	8668	6,8	2439	191,4	28,1	1006	882	486	54	7	4	21	2065	
1991	5398	4,2	846	66,2	15,7	478	256	104	7	-	1	5	490	
Berlin insgesamt														
1990	21850	6,4	7868	230,0	36,0	4259	2431	1015	128	24	11	56	4997	
1991	18130	5,3	6113	177,8	33,9	3629	1741	659	72	8	4	21	3328	

1) Berlin-West:

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

2) Berlin-Ost:

1970 bis 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; 1990 bezogen auf die Auszählung aus dem Zentralen Einwohnerregister mit dem Stand 3.10.1990

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.14: Lebendgeborene 1980 - 1991 in Berlin nach Bezirken**

Jahr/Bezirk	insgesamt	je 1.000 Einwohner 1) 2)	männlich	weiblich	darunter nichtdeutsch			darunter nicht-ehelich
					insgesamt	männlich	weiblich	
<b>Berlin-West</b>								
1980	18536	9,8	9562	8974	4353	2249	2104	3044
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
1991	21850	10,1	11220	10630	5444	2836	2608	5001
davon:								
Tiergarten	1097	11,6	575	522	367	200	167	247
Wedding	2237	13,5	1129	1108	812	421	391	522
Kreuzberg	2314	14,9	1205	1109	962	501	461	635
Charlottenburg	1701	9,2	845	856	405	210	195	404
Spandau	2029	9,1	1057	972	402	204	198	434
Wilmerdorf	1207	8,2	618	589	191	104	87	298
Zehlendorf	761	7,7	379	382	104	50	54	124
Schöneberg	1778	11,4	915	863	517	279	238	443
Steglitz	1685	8,8	854	831	195	104	91	367
Tempelhof	1573	8,4	832	741	213	108	105	310
Neukölln	3333	10,8	1719	1614	975	502	473	764
Reinickendorf	2135	8,6	1092	1043	301	153	148	453
<b>Berlin-Ost</b>								
1980	17526	15,3	9062	8464				5699
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
1991	8712	6,8	4462	4250	231	134	97	4115
davon:								
Mitte	573	7,2	273	300	20	16	4	285
Prenzlauer Berg	1115	7,7	579	536	17	11	6	637
Friedrichshain	888	8,3	461	427	25	12	13	474
Treptow	664	6,4	359	305	6	5	1	308
Köpenick	613	5,6	320	293	8	6	2	313
Lichtenberg	907	5,4	464	443	53	29	24	430
Weißensee	340	6,6	185	155	3	2	1	185
Pankow	633	5,9	327	306	24	12	12	305
Marzahn	899	5,4	450	449	33	17	16	385
Hohenschönhausen	812	6,8	397	415	34	18	16	312
Hellersdorf	1268	10,3	647	621	8	6	2	481
<b>Berlin</b>								
1991	30562	8,9	15682	14880	5675	2970	2705	9116
1990	37596	11,0	19351	18245				11081

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

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.15: Generatives Verhalten 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Lebendgeborene	allgemeine Fruchtbarkeitsziffer 1)
Berlin-West		
Tiergarten	1097	47,4
Wedding	2237	58,7
Kreuzberg	2314	56,7
Charlottenburg	1701	41,0
Spondau	2029	45,2
Wilmersdorf	1207	38,2
Zehlendorf	761	40,9
Schöneberg	1778	45,8
Steglitz	1685	42,5
Tempelhof	1573	41,8
Neukölln	3333	49,4
Reinickendorf	2135	43,9
zusammen 1991	21850	46,4
1990	22150	47,8
Berlin-Ost		
Mitte	573	32,4
Prenzlauer Berg	1115	33,8
Friedrichshain	888	36,9
Treptow	664	35,1
Köpenick	613	31,0
Lichtenberg	907	26,3
Weißensee	340	35,3
Pankow	633	29,6
Marzahn	899	20,5
Hohenschönhausen	812	26,5
Hellersdorf	1268	39,1
zusammen 1991	8712	30,5
1990	15446	54,4
Berlin		
insgesamt 1991	30562	40,4
1990	37596	50,3

1) Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.16: Totgeborene 1980 - 1991 in Berlin 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
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
1991	57	2,6	34	23	12	5	7	17
davon:								
Tiergarten	3	2,7	2	1	-	-	-	1
Wedding	2	0,9	1	1	1	-	1	1
Kreuzberg	6	2,6	2	4	1	-	1	2
Charlottenburg	2	1,2	2	-	-	-	-	1
Spandau	2	1,0	1	1	-	-	-	-
Wilmersdorf	5	4,1	3	2	3	3	-	-
Zehlendorf	5	6,5	4	1	2	1	1	1
Schöneberg	3	1,7	1	2	1	-	1	2
Steglitz	8	4,7	5	3	-	-	-	-
Tempelhof	4	2,5	3	1	1	1	-	1
Neukölln	11	3,3	6	5	2	-	2	5
Reinickendorf	6	2,8	4	2	1	-	1	3
Berlin-Ost								
1980	103	5,8	49	54	.	.	.	.
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
1991	25	2,9	12	13	2	1	1	15
davon:								
Mitte	3	5,2	1	2	-	-	-	3
Prenzlauer Berg	5	4,5	2	3	-	-	-	5
Friedrichshain	1	1,1	1	-	-	-	-	-
Treptow	2	3,0	1	1	-	-	-	-
Köpenick	1	1,6	1	-	-	-	-	1
Lichtenberg	3	3,3	1	2	2	1	1	-
Weißensee	1	2,9	-	1	-	-	-	1
Pankow	1	1,6	1	-	-	-	-	-
Marzahn	2	2,2	1	1	-	-	-	-
Hohenschönhausen	2	2,5	1	1	-	-	-	2
Hellersdorf	4	3,1	2	2	-	-	-	3
Berlin								
1991	82	2,7	46	36	14	6	8	32
1990	129	3,4	59	70	24	8	16	40

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.17: Privathaushalte 1991 in Berlin  
nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen <sup>1)</sup>**

monatliches Nettoeinkommen von ... bis unter ... DM	Privathaushalte		dorunter					
	insgesamt		mit 1 Person		mit 1 Person im Alter von 65 J u öter			
	Anzahl	darunter weibliche Bezugspers.	Anzahl	darunter weiblich	Anzahl	darunter weiblich	in % zu 1-Pers - Haush. insg	darunter weiblich
	in 1 000							
Berlin-West								
unter 600	18	9	18	9	/	/	/	/
600 - 1 000	82	47	77	43	19	12	24,7	27,9
1 000 - 1 400	100	70	87	62	46	42	52,9	67,7
1 400 - 1 800	107	74	85	64	46	41	54,1	64,1
1 800 - 2 200	135	78	100	65	41	35	41,0	53,8
2 200 - 2 500	97	45	63	34	17	14	27,0	41,2
2.500 und mehr ohne Angabe	584	154	127	50	17	5	13,4	10,0
zusammen 1991	38	13	15	8	/	/	/	/
	1142	489	575	337	199	175	34,6	51,9
Bevölkerung in Privathaushalten	2163	1141	575	337	199	175	34,6	51,9
Berlin-Ost								
unter 600	38	24	36	23	10	10	27,8	43,5
600 - 1 000	95	69	82	62	40	36	48,8	58,1
1 000 - 1 400	87	41	51	25	/	/	/	/
1.400 - 1.800	68	23	17	7	/	/	/	/
1 800 - 2 200	73	20	13	/	/	/	/	/
2.200 - 2 500	53	/	/	/	/	/	/	/
2.500 und mehr ohne Angabe	165	/	/	/	/	/	/	/
zusammen 1991	12	/	/	/	/	/	/	/
	593	228	212	125	64	56	30,2	44,8
Bevölkerung in Privathaushalten	1279	665	212	125	64	56	30,2	44,8
Berlin insgesamt 1991	1755	717	787	462	262	231	33,3	50,0
Bevölkerung in Privathaushalten	3443	1806	787	462	262	231	33,3	50,0

1) Ergebnis des Mikrozensus

Abweichungen bei der Summierung sind in der Berechnungsmethode begründet

(Quelle: StaLo Berlin)



**Tabelle A 1.18: Empfänger von "Hilfe zum Lebensunterhalt" außerhalb von Einrichtungen  
1991 in Berlin  
nach Bezirken**

Bezirk	Empfänger	je 1.000 Einwohner 1)
Berlin-West		
Tiergarten	13131	138,4
Wedding	13972	84,3
Kreuzberg	19283	124,5
Charlottenburg	11248	60,8
Spandau	12026	54,0
Wilmerdorf	5542	37,8
Zehlendorf	3127	31,8
Schöneberg	11653	74,5
Steglitz	7954	41,8
Tempelhof	7875	41,9
Neukölln	26323	85,5
Reinickendorf	12050	48,3
ZSA 2)	343	0,2 3)
zusammen 1991	144527	66,9
1990	150607	70,2
Berlin-Ost		
Mitte	3400	42,5
Prenzlauer Berg	8305	57,6
Friedrichshain	4010	37,4
Treptow	2475	24,0
Köpenick	3363	30,9
Lichtenberg	5495	32,8
Weißensee	1278	24,8
Pankow	2862	26,7
Marzahn	4462	26,8
Hohenschönhausen	4147	34,9
Hellersdorf	5312	43,0
zusammen 1991	45109	35,3
1990	15714	12,3
Berlin		
insgesamt 1991	189636	55,1
1990	166321	48,6

1) Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

2) Zentralsozialhilfestelle für Asylbewerber

3) Bevölkerung Berlin-West

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.19: Wohngeldempfänger am 31.12.1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Wohngeld- empfänger	in % der Bevölkerung 1)
<b>Berlin-West</b>		
Tiergarten	2705	2,9
Wedding	4400	2,6
Kreuzberg	5680	3,6
Charlottenburg	3854	2,1
Spandau	4844	2,2
Wilmersdorf	3277	2,2
Zehlendorf	1123	1,2
Schöneberg	4503	2,9
Steglitz	3534	1,9
Tempelhof	3971	2,1
Neukölln	7102	2,3
Reinickendorf	5854	2,3
Staaken 2)	147	4,0
zusammen 1991	50974	2,4
1990	76357	3,5
<b>Berlin-Ost</b>		
Mitte	11470	14,3
Prenzlauer Berg	27209	18,8
Friedrichshain	19653	18,4
Treptow	15210	14,6
Köpenick	16799	15,5
Lichtenberg	25590	15,2
Weißensee	7873	15,3
Pankow	14629	13,7
Marzahn	22197	13,4
Hohenschönhausen	18690	14,0
Hellersdorf	17782	14,1
zusammen 1991	195102	15,2
1990		
<b>Berlin</b>		
insgesamt 1991	246076	7,1
1990		

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

2) Lt. Einigungsvertrag gelten für das Beitrittsgebiet andere Verdienstgrundlagen als für Berlin-West, deshalb erfolgt die getrennte Ausweisung von Staaken (1990 dem Bezirk Spandau zugeordnet).

(Quelle: StaLo Berlin)

**Tabelle A 1.20: Wohnfläche pro Person 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Wohnfläche am 1.1.1991 in Tsd. qm	Wohnfläche je Einwohner in qm
<b>Berlin-West</b>		
Tiergarten	3288	34,5
Wedding	5122	31,4
Kreuzberg	4984	32,2
Charlottenburg	7266	39,4
Spandau	6989	32,0
Wilmersdorf	6153	41,8
Zehlendorf	3970	39,5
Schöneberg	5858	37,6
Steglitz	7150	38,0
Tempelhof	6562	34,9
Neukölln	10254	33,2
Reinickendorf	8725	34,4
zusammen	76301	35,4
<b>Berlin-Ost</b>		
Mitte	2803	35,1
Prenzlauer Berg	5338	37,5
Friedrichshain	3963	36,7
Treptow	3247	31,8
Köpenick	3449	31,5
Lichtenberg	4846	29,0
Weißensee	1632	31,7
Pankow	3483	32,5
Marzahn	4125	24,7
Hohenschönhausen	3036	25,6
Hellersdorf	3226	26,7
zusammen	39148	30,7
<b>Berlin</b>	115449	33,6

(Quelle: SenStadtUm)

**Tabelle A 1.21: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung im April 1991 in Berlin nach allgemeinbildendem Schulabschluß, beruflichem Ausbildungsabschluß und Bezirken <sup>1)</sup>**

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	darunter mit Abschluß an einer					
		Haupt-(Volks-)schule		Fachhochschule		Hochschule	
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
in 1.000							
Berlin-West							
Tiergarten	94,5	31,4	33,2	/	/	4,1	4,3
Wedding	164,3	60,1	36,6	2,6	1,6	4,8	2,9
Kreuzberg	153,9	47,8	31,1	2,5	1,6	8,3	5,4
Charlottenburg	184,5	56,2	30,5	5,1	2,8	18,0	9,8
Spandau	221,8	84,1	37,9	5,4	2,4	6,5	2,9
Wilmerdorf	146,5	36,4	24,8	5,6	3,8	12,9	8,8
Zehlendorf	98,2	17,4	17,7	3,6	3,7	11,4	11,6
Schöneberg	155,8	41,5	26,6	5,7	3,7	14,9	9,6
Steglitz	189,7	51,7	27,3	7,8	4,1	15,4	8,1
Tempelhof	187,5	65,4	34,9	7,0	3,7	6,6	3,5
Neukölln	306,4	124,9	40,8	5,0	1,6	7,5	2,4
Reinickendorf	248,8	91,8	36,9	8,3	3,3	9,3	3,7
zusammen	2151,9	708,8	32,9	60,1	2,8	119,7	5,6
darunter							
30 - unter 65 J.	1026,7			45,2	4,4	92,3	9,0
darunter weiblich	504,2			13,6	2,7	35,6	7,1
Berlin-Ost							
Mitte	79,4	11,3	14,2	/	/	15,3	19,3
Prenzlauer Berg	143,6	29,6	20,6	3,0	2,1	12,5	8,7
Friedrichshain	107,1	19,9	18,6	/	/	11,7	10,9
Treptow	103,3	27,3	26,4	3,7	3,6	12,9	12,5
Köpenick	108,7	33,3	30,6	4,2	3,9	8,6	7,9
Lichtenberg	162,6	34,8	21,4	5,7	3,5	16,9	10,4
Weißensee	52,4	10,5	20,0	/	/	3,7	7,1
Pankow	108,2	20,8	19,2	2,4	2,2	13,4	12,4
Marzahn	167,0	20,6	12,3	3,4	2,0	14,8	8,9
Hohenschönhausen	117,9	12,8	10,9	2,5	2,1	12,4	10,5
Hellersdorf	122,4	13,2	10,8	2,3	1,9	11,2	9,2
zusammen	1272,5	234,1	18,4	30,0	2,4	133,4	10,5
darunter							
30 - unter 65 J.	606,4			25,3	4,2	107,3	17,7
darunter weiblich	312,7			8,5	2,7	43,8	14,0
Berlin insgesamt	3424,4	942,9	27,5	90,1	2,6	253,1	7,4
darunter							
30 - unter 65 J.	1633,0			70,2	4,3	199,8	12,2
darunter weiblich	816,9			22,1	2,7	79,3	9,7

1) Ergebnis des Mikrozensus

(Quelle: StaLa Berlin)

**Kapitel 2 - Geburten und Schwangerschaftsabbrüche****Tabelle A 2.1: Klinische Entbindungen 1991 in Berlin**

Entbindungen in Krankenhäusern	Berlin	West	Ost
Klinische Entbindungen insgesamt	29804	20873	8931
darunter sog. "ambulante Entbindungen"	1413	1412	1
Hausgeburten	89	-	89
davon: Erstgebärende	16019	10837	5182
darunter Nichtdeutsche	3032	2859	173
Zweit- und Mehrgebärende	13785	10036	3749
darunter Nichtdeutsche	3573	3505	68
darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf:			
nach spontaner Geburt	63	48	15
darunter Puerperalfieber	3	3	-
nach operativer Entbindung	105	85	20
darunter Puerperalfieber	4	4	-
Querlagen	114	71	43
sonstige gebärunfähige Lagen	65	59	6
Beckenendlagen	1324	956	368
Mehrlingsentbindungen (in Gesamtzahl der Entbindungen enthalten)	351	276	75
Müttersterbefälle insgesamt	2	2	-
darunter Nichtdeutsche	-	-	-

weitere Komplikationen	Berlin			West	Ost
	insgesamt	darunter mit Fieber			
		septisch	sonstiges		
Sectio	3661	5	74	2609	1052
Manuelle Lösungen/Nachtastungen	1503	-	5	941	562
Blutungen über 1.000 ml	345	-	3	212	133
Vakuum	1651	-	12	1482	169
Forceps	1231	-	4	672	559
innere Wendungen/Extraktionen	16	-	-	13	3
vaginale Beckenendlagengeburt	365	-	-	233	132

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.2: Außerklinische Entbindungen 1991 in Berlin unter Mitwirkung freiberuflich tätiger Hebammen/Entbindungspfleger**

Außerklinische Entbindungen	insgesamt	in der Wohnung		in ärztlicher Praxis	an anderem Ort
		abs	%		
insgesamt	698	272	100	150	276
darunter Mehrlingsentbindungen	1	1		—	—
davon: Erstgebärende	350	118		74	158
darunter Nichtdeutsche	16	6		5	5
Zweit- und Mehrgebärende	348	154		76	118
darunter Nichtdeutsche	13	5		3	5
darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf nach spontaner Geburt	2	2		—	—
darunter Puerperalfieber	1	1		—	—
Müttersterbefälle insgesamt	—	—		—	—
darunter Nichtdeutsche	—	—		—	—
Die Entbindungen fanden in folgenden Bezirken statt:					
Mitte	3	3	1,1	—	—
Tiergarten	16	15	5,5	—	1
Wedding	18	18	6,6	—	—
Prenzlauer Berg	—	—	—	—	—
Friedrichshain	—	—	—	—	—
Kreuzberg	92	92	33,8	—	—
Charlottenburg	190	27	9,9	—	163
Spandau	—	—	—	—	—
Wilmerdorf	122	10	3,7	—	112
Zehlendorf	151	10	3,7	141	—
Schöneberg	19	19	7,0	—	—
Steglitz	31	22	8,1	9	—
Tempelhof	9	9	3,3	—	—
Neukölln	37	37	13,6	—	—
Treptow	—	—	—	—	—
Köpenick	—	—	—	—	—
Lichtenberg	2	2	0,7	—	—
Weißensee	—	—	—	—	—
Pankow	—	—	—	—	—
Reinickendorf	8	8	2,9	—	—
Marzahn	—	—	—	—	—
Hohenschönhausen	—	—	—	—	—
Hellersdorf	—	—	—	—	—
Entbindungen, die als Hausentbindungen oder "an anderem Ort" begonnen, wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet wurden					129
Mitwirkung der Hebamme/des Entbindungspfleger bei einer Entbindung im Krankenhaus					
– mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens 24 Stunden nach der Geburt					24
– mit einem längeren stationären Aufenthalt					208

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.3: Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1991 in Berlin**

**Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft zur Vorbereitung**

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

- |  |     |
|--|-----|
| - in der Wohnung (Hausentbindung)                                    | 214 |
| - in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus) | 415 |

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

- |  |    |
|--|----|
| - in der Wohnung (Hausentbindung)                                    | 8  |
| - in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus) | 73 |

auf eine im Berichtsjahr im Krankenhaus beendete Entbindung

- |  |      |
|--|------|
| - mit einem stationären Aufenthalt bis<br>höchstens 24 Stunden nach der Geburt | 970  |
| - mit einem längeren stationären Aufenthalt                                    | 1289 |

**Überwachung des Wochenbettverlaufs nach einer**

von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr  
selbst durchgeführten Entbindung

- |  |     |
|--|-----|
| - in der Wohnung (Hausentbindung)                                    | 222 |
| - in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus) | 259 |

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

- |  |     |
|--|-----|
| - in der Wohnung (Hausentbindung)                                    | 26  |
| - in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus) | 122 |

im Berichtsjahr im Krankenhaus beendeten Entbindung

- |  |      |
|--|------|
| - mit einem stationären Aufenthalt bis<br>höchstens 24 Stunden nach der Geburt | 1238 |
| - mit einem längeren stationären Aufenthalt                                    | 2071 |

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.4: Neugeborene mit Fehlbildungen 1980 - 1991 in Berlin-West**

Neugeborene mit Fehlbildungen	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Lebendgeborene mit Fehlbildungen absolut	221	296	270	291	294	225	271	270	252	259	270	303
in % der in Berlin-West Lebendgeborenen	12	16	1,5	17	17	1,3	15	14	12	12	12	14
Totgeborene mit Fehlbildungen absolut	12	14	11	8	2	7	3	6	6	4	5	2
in % der in Berlin-West Totgeborenen	121	135	133	92	29	115	42	85	91	56	63	39

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.5: Bei der Geburt festgestellte Fehlbildungen 1985 - 1991 in Berlin-West**

Art der Fehlbildung	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991	
	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T
Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen														
Acephalus bzw Anencephalus	2	1	1	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—
Mikrocephalus	5	—	5	—	4	—	4	—	—	—	6	—	3	—
Hydrocephalus	4	1	10	—	11	—	18	1	9	—	7	2	14	—
Turmschädel	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Mongolismus	16	—	15	—	26	—	21	—	15	—	12	—	15	—
Teratome	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—
Choristome	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Herzfehler	37	—	62	1	52	—	44	—	53	—	47	1	64	1
Spaltbildungen des Gesichts	21	1	21	—	26	1	24	—	23	1	14	—	29	—
Spaltbildungen des Rumpfes	4	—	3	—	3	—	3	—	7	—	7	—	3	—
Spaltbildungen der Wirbelsäule	6	1	6	—	10	1	8	—	6	—	5	—	10	—
Augenfehlbildungen	4	—	2	—	7	—	2	—	1	—	—	—	1	—
Ohrfehlbildungen	12	—	5	—	10	1	4	—	5	—	10	—	15	—
Schiefhals	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Oesophagusatresie	5	—	3	—	3	—	8	1	9	—	9	—	5	—
Analatresie	2	—	3	—	5	—	5	—	2	—	4	—	4	—
Hypospadie	14	—	29	—	28	—	28	—	25	—	23	—	28	—
sonstige Fehlbildungen dar. urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	43	2	57	2	54	5	47	1	47	2	63	2	79	1
Gliedmaßenfehlbildungen														
fehl.Gliedmaßen u.Phokomelien(*)	7	—	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	3	—
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B.Syndaktylie, überzählige Finger, Spalthand, Klumphand)	14	2	34	—	29	1	22	—	18	—	14	—	21	—
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen (z.B.Syndaktylie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß)	30	1	30	—	28	—	30	—	31	—	37	—	25	—
Hüftgelenkluxation	4	—	3	—	10	—	5	—	12	—	6	—	6	—
partielle Wachstumsstörungen (z.B.Hypoplasien, Radiusplasien)	4	1	1	—	1	—	4	—	6	—	3	—	2	—
sonstige Fehlbildungen	5	—	6	—	6	—	2	1	9	—	7	—	—	—
sonstige Schäden														
Spastizität	1	x	—	x	—	x	—	x	1	x	—	x	1	x
Schlaffe Lähmungen (z.B. Erb'sche Lähmung)	4	x	6	x	7	x	8	x	14	x	9	x	7	x
insgesamt														
festgestellte Fehlbildungen Kinder mit Fehlbildungen insgesamt	248	12	324	6	341	11	306	6	309	4	287	5	341	2
insgesamt	225	7	271	3	270	6	251	6	259	4	270	5	303	2

1) L = Lebendgeborene, T = Totgeborene  
 2) einschließlich Verdacht  
 x) Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.6: Fehlgeburten 1975 - 1991 in Berlin-West

Jahr	Fehlgeburten	Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren	Fehlgeburten je 10.000 der weiblichen Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren
1975	3032	387444	78,3
1976	2653	383616	69,2
1977	2454	382372	64,2
1978	2407	384188	62,7
1979	2555	386469	66,1
1980	2553	387578	65,9
1981	2626	388233	67,6
1982	2591	387465	66,9
1983	2425	385180	63,0
1984	2355	383636	61,4
1985	2050	384890	53,3
1986	2548	389830	65,4
1987	2762	432482	63,9
1988	2672	438881	60,9
1989	2653	450193	58,9
1990	2818	463808	60,8
1991	2775	470924	58,9

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.7: Fehlgeburten 1991 in Berlin 1)  
nach Dauer der Schwangerschaft und Alter der Schwangeren

Dauer der Schwangerschaft/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Fehlgeburten		Krankenhäuser			freiberufl. tätige Hebammen/ Entbindungspfleger	son- stige Einrich- tungen
	insg.	%	städt./ Universität	freigemein- nützige	private		
bis einschl. 4. Schwangerschaftsmonat							
unter 15	1	0,0	1	-	-	-	-
15 - 20	212	5,9	155	38	2	-	17
20 - 25	747	20,9	487	150	16	-	94
25 - 30	1 030	28,9	602	233	31	-	164
30 - 35	694	19,5	398	170	27	-	99
35 - 40	426	11,9	232	93	17	-	84
40 - 45	208	5,8	105	44	9	-	50
45 und älter	15	0,4	8	5	-	-	2
unbekannt	235	6,6	235	-	-	-	-
zusammen	3 568		2.223	733	102	-	510
%		100	62,3	20,5	2,9	-	14,3
nach dem 4. Schwangerschaftsmonat							
unter 15	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	11	6,3	6	5	-	-	-
20 - 25	37	21,0	28	9	-	-	-
25 - 30	67	38,1	42	25	-	-	-
30 - 35	35	19,9	23	12	-	-	-
35 - 40	16	9,1	6	10	-	-	-
40 - 45	10	5,7	10	-	-	-	-
45 und älter	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	176		115	61	-	-	-
%		100	65,3	34,7	-	-	-
insgesamt							
unter 15	1	0,0	1	-	-	-	-
15 - 20	223	6,0	161	43	2	-	17
20 - 25	784	20,9	515	159	16	-	94
25 - 30	1 097	29,3	644	258	31	-	164
30 - 35	729	19,5	421	182	27	-	99
35 - 40	442	11,8	238	103	17	-	84
40 - 45	218	5,8	115	44	9	-	50
45 und älter	15	0,4	8	5	-	-	2
unbekannt	235	6,3	235	-	-	-	-
Berlin 1991	3 744		2.338	794	102	-	510
%		100	62,4	21,2	2,7	-	13,6
Berlin-West 1991	2 775		1.440	723	102	-	510
%		100	51,9	26,1	3,7	-	18,4
1990	2 818		1.599	733	137	1	348
%		100	56,7	26,0	4,9	0,0	12,3
Berlin-Ost 1991	969		898	71	-	-	-
%		100	92,7	7,3	-	-	-

1) Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 2.8: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin 1) nach Familienstand, Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen**

Familienstand/ Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Schwangerschafts- abbrüche		Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen							
			bis einschl 12 Schwangerschaftswoche				nach der 12 Schwangerschaftswoche			
			zu- sammen	darunter mit			zu- sammen	darunter mit		
				Sterili- sation	Kompli- kationen	Sterbe- fällen		Steri- lisa- tion	Sectio vag abd	Kom- plika- tionen
insgesamt	%									
ledig										
unter 15	10	0,2	8	-	-	-	2	-	-	-
15 - 20	790	16,0	785	-	2	-	5	-	-	-
20 - 25	1 787	36,2	1 747	-	6	-	40	-	-	-
25 - 30	1 390	28,2	1 376	4	3	-	14	-	-	-
30 - 35	630	12,8	626	10	3	-	4	-	-	-
35 - 40	261	5,3	259	8	2	-	2	1	-	-
40 - 45	59	1,2	58	-	1	-	1	-	-	-
45 und älter	4	0,1	4	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	4.931		4 863	22	17	-	68	1	-	-
%	30,2	100								
verh . verw . gesch										
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	74	1,6	72	-	-	-	2	-	-	-
20 - 25	790	16,8	770	1	5	-	20	1	-	-
25 - 30	1 425	30,3	1 401	26	8	-	24	-	-	-
30 - 35	1 323	28,1	1 299	72	6	-	24	5	1	-
35 - 40	769	16,4	750	97	2	-	19	-	1	1
40 - 45	290	6,2	277	32	1	-	13	2	-	-
45 und älter	32	0,7	32	5	-	-	-	-	-	-
zusammen	4.703		4 601	233	22	-	102	8	2	1
%	28,8	100								
unbekannt										
unter 15	3	0,0	3	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	359	5,4	359	-	1	-	-	-	-	-
20 - 25	1 320	19,8	1 319	1	2	-	1	-	-	-
25 - 30	1 715	25,7	1 711	20	4	-	4	-	-	-
30 - 35	1 165	17,4	1 165	41	1	-	-	-	-	-
35 - 40	582	8,7	582	38	-	-	-	-	-	-
40 - 45	245	3,7	245	34	-	-	-	-	-	-
45 und älter	14	0,2	14	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	1 275	19,1	1 268	-	-	-	7	-	-	-
zusammen	6.678		6 666	134	8	-	12	-	-	-
%	40,9	100								
BERLIN 1991	16 312		16.130	389	47	-	182	9	2	1
%		100	98,9				1,1			
Berlin-West 1991	10 188		10.040	374	7	-	148	8	1	1
%		100	98,5				1,5			
1990	11.104		10.979	398	22	-	125	2	-	5
%		100	98,9				1,1			
Berlin-Ost 1991	6 124		6.090	15	40	-	34	1	1	-
%		100	99,4				0,6			

1) Meldung durch Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen  
(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.9: Schwangerschaftsabbrüche 1991 in Berlin 1)  
nach Alter der Schwangeren und Ort des Eingriffs**

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren / Dauer der Schwangerschaft nach Schwangerschafts- woche (SW)	Schwangerschafts- abbrüche		Ort des Eingriffs			
			Krankenhäuser			sonstige zugelassene Einrich- tungen
			städt./ Universität	freigemein- nützige	private	
insgesamt	%					
<b>Berlin-West</b>						
unter 15	6	0,1	2	—	—	4
15 – 20	767	7,5	47	16	36	668
20 – 25	2 537	24,9	124	21	102	2 290
25 – 30	3 138	30,8	130	18	109	2 881
30 – 35	2 188	21,5	107	18	87	1 976
35 – 40	1 104	10,8	61	10	51	982
40 – 45	416	4,1	35	3	22	356
45 und älter	32	0,3	4	2	—	26
unbekannt	—	—	—	—	—	—
zusammen 1991	10 188		510	88	407	9 183
%		100	5,0	0,9	4,0	90,1
davon						
bis einschließlich 12.SW	10 040		409	81	404	9 146
%		100	4,1	0,8	4,0	91,1
nach der 12 SW	148		101	7	3	37
%		100	68,2	4,7	2,0	25,0
1990	11 104		761	119	576	9 648
%		100	6,9	1,1	5,2	86,9
<b>Berlin-Ost</b>						
unter 15	7	0,1	7	—	—	—
15 – 20	456	7,4	456	—	—	—
20 – 25	1 360	22,2	1 360	—	—	—
25 – 30	1 392	22,7	1 392	—	—	—
30 – 35	930	15,2	930	—	—	—
35 – 40	508	8,3	508	—	—	—
40 – 45	178	2,9	178	—	—	—
45 und älter	18	0,3	18	—	—	—
unbekannt	1 275	20,8	1 275	—	—	—
zusammen	6 124		6 124	—	—	—
%		100	100	—	—	—
<b>Berlin</b>						
unter 15	13	0,1	9	—	—	4
15 – 20	1 223	7,5	503	16	36	668
20 – 25	3 897	23,9	1 484	21	102	2 290
25 – 30	4 530	27,8	1 522	18	109	2 881
30 – 35	3 118	19,1	1 037	18	87	1 976
35 – 40	1 612	9,9	569	10	51	982
40 – 45	594	3,6	213	3	22	356
45 und älter	50	0,3	22	2	—	26
unbekannt	1 275	7,8	1 275	—	—	—
insgesamt	16 312		6 634	88	407	9 183
%		100	40,7	0,5	2,5	56,3

1) Meldung durch Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen  
(Quelle: SenGes)

**Kapitel 3 - Gesundheitszustand**

**Tabelle A 3.1: Gestorbene (ohne Totgeborene) 1991 in Berlin nach Altersgruppen und Bezirken - absolut und je 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe**

Bezirk	Gestorbene		Alter von bis unter Jahren																	
			unter 5		5-15		15-20		20-45		45-65		65-70		70-75		75-85		85 und mehr	
	ins-gesamt	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000	abs	je 1.000
<b>Berlin-West</b>																				
Tiergarten	1217	12,8	5	1,0	2	0,2	3	0,7	89	2,0	202	10,3	63	22,3	87	36,2	431	81,5	335	186,0
Wedding	2037	12,3	37	3,6	3	0,2	5	0,6	144	2,0	381	10,7	126	24,8	160	35,4	700	73,1	481	152,8
Kreuzberg	1666	10,8	28	2,6	1	0,1	8	1,0	215	2,8	288	10,4	111	33,7	117	43,2	510	86,5	388	178,6
Charlottenburg	2682	14,5	14	1,7	3	0,2	2	0,3	141	1,8	404	8,6	172	23,0	210	33,6	933	70,0	803	176,3
Spandau	3134	14,1	13	1,2	8	0,4	7	0,7	124	1,5	512	8,4	209	22,1	277	37,5	1112	72,0	872	193,3
Wilmersdorf	2243	15,3	6	1,1	1	0,1	3	0,6	87	1,5	307	7,7	150	22,1	173	29,9	788	64,5	728	174,0
Zehlendorf	1782	18,1	2	0,5	1	0,1	-	-	54	1,7	163	5,6	93	19,7	126	34,7	616	82,2	727	231,9
Schöneberg	1823	11,7	19	2,3	1	0,1	4	0,6	139	1,9	301	9,0	102	20,5	132	30,9	641	71,6	484	154,7
Steglitz	2911	15,3	14	1,7	3	0,2	3	0,4	92	1,3	365	7,0	177	20,2	231	32,2	1018	68,7	1008	190,8
Tempelhof	2661	14,2	17	2,1	-	-	3	0,4	83	1,2	373	7,0	191	22,5	228	33,2	1012	67,6	754	163,6
Neukölln	3936	12,8	33	2,0	6	0,2	11	0,8	212	1,7	714	9,3	274	24,9	333	35,7	1443	72,0	910	158,0
Reinickendorf	3798	15,2	17	1,5	5	0,2	14	1,2	149	1,7	552	7,6	245	23,0	316	35,6	1410	74,2	1090	195,1
zusammen	29890	13,8	205	1,9	34	0,2	63	0,6	1529	1,8	4562	8,3	1913	22,9	2390	34,5	10614	72,2	8580	179,1
<b>Berlin-Ost</b>																				
Mitte	791	9,9	9	1,9	-	-	2	0,6	46	1,4	200	9,0	63	23,2	76	45,0	262	87,9	133	181,2
Prenzlauer Berg	1925	13,4	12	1,4	3	0,2	4	0,6	86	1,4	379	11,4	125	26,0	174	44,5	728	88,7	414	196,9
Friedrichshain	1464	13,6	9	1,3	3	0,3	1	0,3	81	1,8	329	13,1	117	29,4	123	41,8	507	86,5	294	193,8
Treptow	1310	12,7	7	1,3	1	0,1	1	0,2	57	1,7	291	8,6	104	22,7	116	35,2	464	75,5	269	176,2
Köpenick	1530	14,1	4	0,8	2	0,2	1	0,2	50	1,4	330	9,3	114	24,0	131	36,8	522	80,8	376	195,5
Lichtenberg	1747	10,4	11	1,4	8	0,5	5	0,5	72	1,2	410	7,7	142	25,3	147	38,6	573	82,0	379	222,7
Weißensee	916	17,7	1	0,4	3	0,6	1	0,4	25	1,4	177	10,9	80	36,0	78	45,8	336	100,1	215	231,7
Pankow	1447	13,5	9	1,8	3	0,3	3	0,6	66	1,8	268	8,4	108	24,1	152	46,1	516	82,4	322	183,4
Marzahn	1074	6,4	15	1,6	9	0,3	13	1,1	103	1,4	225	7,6	82	31,7	82	47,0	325	103,8	220	244,4
Hohenschönhausen	895	7,5	16	1,5	6	0,3	1	0,2	63	1,2	167	8,6	44	23,9	67	52,3	309	117,3	222	268,1
Hellersdorf	665	5,4	10	0,6	2	0,1	4	0,8	50	0,9	123	7,2	44	23,5	47	35,9	247	99,3	138	205,4
zusammen	13764	10,8	103	1,3	40	0,2	36	0,6	699	1,4	2899	9,1	1023	25,9	1193	41,8	4789	87,9	2982	204,3
Berlin insgesamt	43654	12,7	308	1,6	74	0,2	99	0,6	2228	1,6	7461	8,6	2936	23,9	3583	36,7	15403	76,4	11562	185,0

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.2: Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985, 1989, 1990 und 1991 in Berlin - je 10.000 Einwohner**

Alter von .. bis unter .. Jahren	Sterbefälle je 10.000 Einwohner							
	1985		1989		1990		1991	
	m	w.	m	w.	m	w.	m	w
Berlin-West								
0 - 5	31,01	22,16	22,29	21,26	25,29	20,31	20,40	17,64
5 - 10	3,20	2,33	0,85	1,35	2,04	1,94	1,21	1,06
10 - 15	2,07	1,92	0,93	0,98	1,55	0,70	3,00	2,03
15 - 20	5,49	4,19	2,85	2,63	3,67	2,89	9,65	3,18
20 - 25	10,58	6,49	9,79	2,84	9,95	4,06	12,66	5,66
25 - 30	12,71	8,78	12,93	4,95	14,63	5,39	16,92	6,14
30 - 35	17,78	8,80	15,76	8,88	20,35	7,80	23,66	10,09
35 - 40	24,72	13,99	27,39	12,77	29,13	11,06	32,37	11,88
40 - 45	45,55	21,00	39,47	16,69	33,91	19,06	39,59	19,47
45 - 50	67,89	33,49	56,05	25,97	55,68	29,24	58,58	29,55
50 - 55	115,82	53,12	86,92	48,33	82,21	39,74	81,99	43,00
55 - 60	175,57	84,79	149,77	76,16	133,58	74,73	140,67	69,19
60 - 65	268,91	117,87	225,84	114,01	222,54	117,40	209,93	118,75
65 - 70	418,86	195,18	363,57	178,44	351,29	173,77	322,81	180,10
70 - 75	642,67	338,30	542,05	272,01	484,53	282,78	498,77	277,70
75 - 80	1051,19	552,06	816,04	456,43	800,30	478,52	795,45	473,03
80 - 85	1627,24	978,30	1244,76	811,72	1277,49	823,53	1203,88	807,42
85 und mehr	2796,58	2023,18	2265,05	1758,26	2109,52	1796,58	2035,67	1729,03
Berlin-Ost								
0 - 5	31,17	23,54	20,53	12,24	15,00	15,94	13,18	12,05
5 - 10	2,45	2,32	3,31	2,28	1,32	4,66	3,09	2,33
10 - 15	3,70	0,64	1,61	0,56	3,51	1,84	2,66	1,26
15 - 20	5,65	4,36	6,68	3,11	9,16	3,09	8,10	3,19
20 - 25	10,21	4,83	6,07	3,05	10,69	4,22	10,66	3,97
25 - 30	13,21	4,17	7,64	3,77	8,50	4,08	12,18	4,24
30 - 35	14,10	5,55	10,08	9,89	12,39	6,04	15,18	6,63
35 - 40	20,38	12,83	17,33	11,34	21,27	12,24	24,20	13,39
40 - 45	31,91	16,50	29,78	16,43	35,22	17,14	36,17	20,00
45 - 50	46,78	25,68	52,07	27,35	57,74	28,38	56,78	29,06
50 - 55	88,00	51,11	84,13	39,17	85,79	43,56	103,79	46,57
55 - 60	134,46	85,15	133,64	69,89	140,98	69,06	141,52	68,11
60 - 65	216,40	137,08	210,46	120,18	213,92	124,97	232,72	128,23
65 - 70	353,32	218,82	353,39	215,56	370,70	216,51	351,37	209,29
70 - 75	694,64	406,31	608,19	357,89	542,65	336,60	559,36	350,80
75 - 80	1017,35	688,12	958,11	613,32	973,31	619,92	953,01	593,62
80 - 85	1508,15	1185,40	1413,98	1039,85	1471,28	1009,64	1436,91	973,01
85 und mehr	2347,25	2099,76	2372,37	1965,01	2369,39	2037,83	2193,06	1997,13

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.3: Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1991 in Berlin**  
**- absolut und in % der Gestorbenen der jeweiligen Altersgruppe**

Alter von bis unter Jahren	Selbstmorde									
	1980		1985		1989		1990		1991	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Berlin-West										
unter 20	16	3,6	12	3,6	7	2,7	4	1,3	5	1,7
20 - 30	106	31,6	81	28,6	55	19,0	68	20,1	46	11,4
30 - 40	110	18,2	73	17,4	58	11,3	65	11,5	60	9,1
40 - 50	92	7,5	84	6,7	61	5,2	62	5,3	67	5,5
50 - 60	71	3,4	61	3,0	60	2,8	55	2,6	41	1,8
60 - 70	71	1,5	49	1,5	62	1,7	40	1,1	29	0,8
70 und mehr	145	0,6	121	0,5	117	0,5	125	0,6	115	0,5
zusammen	611	1,8	481	1,5	420	1,4	419	1,4	363	1,2
Berlin-Ost										
unter 20							3	1,4	2	1,1
20 - 30							20	13,1	35	20,0
30 - 40							25	9,7	26	8,5
40 - 50							34	5,8	26	4,5
50 - 60							38	2,8	48	3,1
60 - 70							13	0,7	19	0,9
70 und mehr							37	0,4	42	0,5
zusammen							170	1,2	198	1,4

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

Tabelle A 3.4: Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1991 in Berlin

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 1)	davon im Alter von						(Totgeborene und Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)	
							Frühsterblichkeit		Spätersterblichkeit		Nachsterblichkeit			
							0 bis unter 7 Tagen	je 1 000 Lebendgeb 2)	7 bis unter 28 Tagen	je 1 000 Lebendgeb 2)	28 Tagen bis unter 1 Jahr	je 1 000 Lebendgeb 2)	ins-gesamt	je 1 000 Geborene
<b>Berlin-West</b>														
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
1991	21850	10,1	57	2,6	156	7,1	58	2,7	23	1,1	75	3,4	115	5,2
<b>Berlin-Ost</b>														
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
1991	8712	6,8	25	2,9	69	7,1	31	3,6	14	1,6	24	2,8	56	6,4
<b>Berlin</b>														
1990	37596	11,0	129	3,4	308	8,2	125	3,3	45	1,2	138	3,7	254	6,8
1991	30562	8,9	82	2,7	225	7,1	89	2,9	37	1,2	99	3,2	171	5,6

1) berechnet nach der Methode Rahts

2) berechnet je 1 000 Lebendgeborene

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.5: Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Gestorbene im 1. Lebensjahr						Perinatale Sterblichkeit (Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)		
	absolut			je 1.000 Lebendgeborene			je 1 000 Geborene		
	ins-gesamt	m.	w.	ins-gesamt	deutsch	nicht-deutsch	ins-gesamt	deutsch	nicht-deutsch
Berlin-West									
Tiergarten	5	3	2	4,6	5,5	2,7	4,5	5,5	2,7
Wedding	30	20	10	13,4	14,0	12,3	6,3	5,6	7,4
Kreuzberg	25	17	8	10,8	11,1	10,4	5,6	6,6	4,2
Charlottenburg	7	6	1	4,1	3,9	4,9	2,9	2,3	4,9
Spandau	10	6	4	4,9	5,5	2,5	3,4	4,3	-
Wilmerdorf	4	3	1	3,3	2,0	10,5	5,0	2,0	20,6
Zehlendorf	2	2	-	2,6	3,0	-	7,8	6,1	18,9
Schöneberg	15	5	10	8,4	7,1	11,6	4,5	4,0	5,8
Steglitz	9	4	5	5,3	2,7	25,6	7,7	6,7	15,4
Tempelhof	9	4	5	5,7	6,6	-	5,1	5,1	4,7
Neukölln	27	12	15	8,1	8,5	7,2	5,1	5,5	4,1
Reinickendorf	13	8	5	6,1	6,0	6,6	6,1	6,0	6,6
zusammen1991	156	90	66	7,1	6,7	8,4	5,2	5,0	5,9
Berlin-Ost									
Mitte	5	2	3	8,7	9,0	-	8,7	9,0	-
Prenzlauer Berg	9	6	3	8,1	8,2	-	8,9	9,1	-
Friedrichshain	7	3	4	7,9	8,1	-	4,5	4,6	-
Treptow	5	3	2	7,5	7,6	-	4,5	4,5	-
Köpenick	1	-	1	1,6	1,7	-	3,3	3,3	-
Lichtenberg	9	6	3	9,9	9,4	18,9	4,4	2,3	36,4
Weißensee	-	-	-	-	-	-	2,9	3,0	-
Pankow	5	3	2	7,9	8,2	-	7,9	8,2	-
Marzahn	13	5	8	14,5	15,0	-	10,0	10,4	-
Hohenschönhausen	9	5	4	11,1	11,6	-	7,4	7,7	-
Hellersdorf	6	2	4	4,7	4,8	-	5,5	5,5	-
zusammen1991	69	35	34	7,1	8,0	4,3	6,4	6,3	8,6
Berlin insgesamt 1991	225	125	100	7,1	7,2	8,3	5,6	5,5	6,0

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.6: Gemeldete Tuberkulosefälle 1992 in Berlin nach Bezirken  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Bezirk	gemeldete Tuberkulosefälle							
	absolut				je 100 000 Einw.			
	insgesamt	Deutsche	Nichtdeutsche		insgesamt	Deutsche	Nichtdeutsche	
			zusammen	darunter Asylbew.			zusammen	dar. ohne Asylbew.
Berlin-West								
Tiergarten	32	19	13	1	33,8	25,9	61,1	56,4
Wedding	63	34	29	2	37,2	26,8	67,8	63,2
Kreuzberg	89	46	43	-	57,0	44,4	89,7	89,7
Charlottenburg	56	31	25	12	30,4	20,1	83,7	43,6
Spandau	58	37	21	12	25,9	19,0	72,5	31,1
Wilmersdorf	30	26	4	1	20,6	19,9	26,8	20,1
Zehlendorf	18	13	5	1	18,5	14,4	70,6	56,4
Schöneberg	59	33	26	7	37,6	26,2	84,2	61,5
Steglitz	36	31	5	1	18,8	17,6	32,6	26,1
Tempelhof	34	25	9	-	17,9	14,4	59,0	59,0
Neukölln	104	59	45	2	33,3	22,8	84,8	81,1
Reinickendorf	71	48	23	5	28,4	20,8	124,2	97,2
zusammen	650	402	248	44	29,9	21,8	76,2	62,6
Berlin-Ost								
Mitte	17	13	4	2	20,7	16,9	73,4	36,7
Prenzlauer Berg	31	30	1	-	21,1	21,1	23,5	23,5
Friedrichshain	21	17	4	1	19,6	16,4	115,6	86,7
Treptow	19	17	2	-	18,0	16,4	102,4	102,4
Köpenick	15	14	1	-	13,9	13,2	44,2	44,2
Lichtenberg	24	20	4	-	14,3	12,8	34,7	34,7
Weißensee	9	8	1	-	17,4	15,8	94,1	94,1
Pankow	19	17	2	-	17,7	16,3	74,7	74,7
Marzahn	24	15	9	4	14,6	9,4	166,1	92,3
Hohenschönhausen	16	13	3	-	13,4	10,5	62,3	62,3
Hellersdorf	13	12	1	-	9,8	9,2	35,9	35,9
zusammen	208	176	32	7	16,1	14,1	69,9	54,6
Berlin								
insgesamt 1992	858	578	280	51	24,8	18,7	75,4	61,6
1991	890	622	268	56	25,9	20,0	82,1	64,9
1990	955	672	283	96	27,9	21,6	92,1	60,9

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 3.7: Meldepflichtige Krankheiten 1990 - 1992 in Berlin nach Bezirken - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Bezirk	meldepflichtige Krankheiten					
	absolut			je 100.000 Einw		
	1990	1991	1992	1990	1991	1992 1)
Berlin-West						
Tiergarten	143	190	263	151,27	200,23	277,16
Wedding	340	434	457	207,77	261,77	275,64
Kreuzberg	246	367	498	160,63	236,97	321,56
Charlottenburg	236	304	451	127,96	164,20	243,60
Spandau	225	340	475	103,03	152,72	213,35
Wilmerdorf	116	176	277	79,12	119,97	188,82
Zehlendorf	80	97	175	81,08	98,77	178,20
Schöneberg	237	295	418	152,38	188,59	267,22
Steglitz	227	258	436	119,53	135,50	228,98
Tempelhof	194	232	426	104,01	123,43	226,64
Neukölln	410	562	708	134,21	182,46	229,86
Reinickendorf	319	411	716	128,10	164,75	287,01
zusammen	2773	3666	5300	129,22	169,68	245,31
Berlin-Ost						
Mitte	63	146	280	78,96	182,57	350,13
Prenzlauer Berg	298	286	652	208,58	198,53	452,59
Friedrichshain	190	109	108	175,94	101,54	100,61
Treptow	123	128	268	121,39	124,06	259,75
Köpenick	97	86	211	88,44	79,08	194,02
Lichtenberg	169	185	388	100,47	110,48	231,70
Weißensee	78	57	147	151,03	110,44	284,81
Pankow	201	212	415	187,29	197,89	387,37
Marzahn	340	334	548	202,44	200,57	329,08
Hohenschönhausen	245	207	767	207,20	174,22	645,56
Hellersdorf	173	345	603	145,04	279,40	488,34
zusammen	1977	2095	4387	155,14	163,89	343,18
Berlin insgesamt	4750	5761	9687	138,88	167,53	281,69

1) vorläufige Angaben (bezogen auf die durchschnittliche Bevölkerung 1991)

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.8: Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten 1990 - 1992 in Berlin  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Krankheit	Erkrankungen							
	absolut			je 100.000 Einwohner			1992 zu 1991	
	1990	1991	1992	1990	1991	1) 1992	absolut	je 1) 100 000
Berlin-West								
Salmonellose	1167	1733	3351	54,4	80,2	155,1	1618	74,9
Virushepatitis	778	1085	1021	36,3	50,2	47,3	-64	-3,0
darunter: Hepatitis A	448	757	698	20,9	35,0	32,3	-59	-2,7
Hepatitis B	275	267	271	12,8	12,4	12,5	4	0,2
Meningitis/Enzephalitis	142	156	119	6,6	7,2	5,5	-37	-1,7
darunter: Virus-Meningoenzephal.	10	21	13	0,5	1,0	0,6	-8	-0,4
and. bakt. Meningitiden	61	57	25	2,8	2,6	1,2	-32	-1,5
Typhus abdominalis	14	24	13	0,7	1,1	0,6	-11	-0,5
Paratyphus A, B und C	11	10	12	0,5	0,5	0,6	2	0,1
Ruhr/Shigellenruhr	158	107	86	7,4	5,0	4,0	-21	-1,0
Tollwut	1	-	-	0,0	-	-	-	-
Berlin-Ost								
Salmonellose	678	1231	3853	53,2	96,3	301,4	2622	205,1
Virushepatitis	133	227	149	10,4	17,8	11,7	-78	-6,1
darunter: Hepatitis A	57	182	108	4,5	14,2	8,4	-74	-5,8
Hepatitis B	63	37	38	4,9	2,9	3,0	1	0,1
Meningitis/Enzephalitis	304	301	98	23,9	23,5	7,7	-203	-15,9
darunter: Virus-Meningoenzephal.	239	141	35	18,8	11,0	2,7	-106	-8,3
and. bakt. Meningitiden	42	17	12	3,3	1,3	0,9	-5	-0,4
Typhus abdominalis	1	1	2	0,1	0,1	0,2	1	0,1
Paratyphus A, B und C	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruhr/Shigellenruhr	61	19	32	4,8	1,5	2,5	13	1,0
Tollwut	-	-	-	-	-	-	-	-
Berlin								
Salmonellose	1845	2964	7204	53,9	86,2	209,5	4240	123,3
Virushepatitis	911	1312	1170	26,6	38,2	34,0	-142	-4,1
darunter: Hepatitis A	505	939	806	14,8	27,3	23,4	-133	-3,9
Hepatitis B	338	304	309	9,9	8,8	9,0	5	0,1
Meningitis/Enzephalitis	446	457	217	13,0	13,3	6,3	-240	-7,0
darunter: Virus-Meningoenzephal.	249	162	48	7,3	4,7	1,4	-114	-3,3
and. bakt. Meningitiden	103	74	37	3,0	2,2	1,1	-37	-1,1
Typhus abdominalis	15	25	15	0,4	0,7	0,4	-10	-0,3
Paratyphus A, B und C	11	10	12	0,3	0,3	0,3	2	0,1
Ruhr/Shigellenruhr	219	126	118	6,4	3,7	3,4	-8	-0,2
Tollwut	1	-	-	0,0	-	-	-	-

1) vorläufige Angaben (bezogen auf die durchschnittliche Bevölkerung 1991)

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.9: Entwicklung ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 1981 - 1992 in Berlin - je 10.000 der Bevölkerung**

Krankheit	1981	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992 1)
Berlin-West									
Typhus abdominalis	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Paratyphus A. B. C	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Salmonellose	3,7	2,6	2,8	3,1	4,0	3,5	5,4	8,0	15,5
Shigellenruhr	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5	0,4
Hepatitis (alle Form.)	7,9	5,9	4,7	4,4	4,4	4,1	3,6	5,0	4,7
Meningokokken-									
Meningitis	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Virus-Meningo-									
Enzephalitis	0,5	0,2	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1
Botulismus	0,0	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-
Berlin-Ost									
Typhus abdominalis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Paratyphus A. B. C	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	2,8	3,4	4,3	2,9	5,2	5,0	5,3	9,6	30,1
Shigellenruhr	5,2	0,0	0,9	0,9	3,7	2,8	0,5	0,1	0,3
Hepatitis (alle Form.)	2,1	2,7	1,2	1,8	1,4	1,2	1,0	1,8	1,2
Meningokokken-									
Meningitis	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1
Virus-Meningo-									
Enzephalitis	3,7	1,5	2,1	1,9	1,6	1,3	1,9	1,1	0,3
Botulismus	-	-	-	0,0	0,0	-	-	-	-

1) vorläufige Angaben (bezogen auf die durchschnittliche Bevölkerung 1991)

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.10: Meldepflichtige übertragbare Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1992 in Berlin nach Altersgruppen - absolut und je 100.000 der Bevölkerung 1)**

Krankheit	Erkrankungen insgesamt		Alter von bis unter Jahren													
			unter 1 Jahr		1 - 5		5 - 15		15 - 25		25 - 45		45 - 65		65 und mehr	
	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000	abs.	je 100 000
Enteritis infektiös	7971	231,8	437	1281,8	2154	1389,5	1698	475,8	733	174,8	1775	158,0	758	87,6	416	85,8
Salmonellose	7204	209,5	220	645,3	1943	1253,4	1603	449,1	688	164,1	1664	148,2	722	83,4	364	75,1
übrige Formen	767	22,3	217	636,5	211	136,1	95	26,6	45	10,7	111	9,9	36	4,2	52	10,7
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paratyphus A, B und C	12	0,3	-	-	1	0,6	-	-	4	1,0	4	0,4	1	0,1	2	0,4
Shigellenruhr	118	3,4	3	8,8	14	9,0	14	3,9	23	5,5	46	4,1	18	2,1	-	-
Typhus abdominalis	15	0,4	-	-	-	-	3	0,8	5	1,2	6	0,5	1	0,1	-	-
Diphtherie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis/Enzephalitis	217	6,3	27	79,2	58	37,4	47	13,2	26	6,2	36	3,2	14	1,6	9	1,9
Meningokokken-Meningitis	30	0,9	10	29,3	9	5,8	2	0,6	5	1,2	1	0,1	3	0,3	-	-
andere bakt. Meningitiden	37	1,1	4	11,7	11	7,1	5	1,4	1	0,2	6	0,5	6	0,7	4	0,8
Virus-Meningoenzephalitis	48	1,4	5	14,7	17	11,0	17	4,8	4	1,0	4	0,4	1	0,1	-	-
übrige Formen	102	3,0	8	23,5	21	13,5	23	6,4	16	3,8	25	2,2	4	0,5	5	1,0
Virushepatitis	1170	34,0	8	23,5	76	49,0	147	41,2	220	52,5	563	50,1	120	13,9	36	7,4
Hepatitis A	806	23,4	4	11,7	67	43,2	129	36,1	148	35,3	380	33,8	62	7,2	16	3,3
Hepatitis B	309	9,0	4	11,7	9	5,8	17	4,8	64	15,3	148	13,2	50	5,8	17	3,5
nicht bestimmbar und übrige Formen	55	1,6	-	-	-	-	1	0,3	8	1,9	35	3,1	8	0,9	3	0,6
Malaria	84	2,4	1	2,9	-	-	2	0,6	14	3,3	53	4,7	12	1,4	2	0,4
Ornithose	9	0,3	-	-	-	-	1	0,3	-	-	4	0,4	3	0,3	1	0,2
Brucellose	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-
übrige Formen der Leptospirose	2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	1	0,1	-	-
Q-Fieber	83	2,4	-	-	2	1,3	1	0,3	15	3,6	60	5,3	5	0,6	-	-
Gasbrand/Gasödem	4	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,8
Tetanus	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
insgesamt	9687	281,7	476	1396,1	2305	1486,9	1913	536,0	1040	248,0	2549	226,9	933	107,8	471	97,2

1) vorläufige Angaben (bezogen auf die durchschnittliche Bevölkerung 1991)

(Quelle: StLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.11: Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen im Durchschnitt der Jahre 1988 und 1989 in Berlin-Ost nach Lokalisation - absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Lokalisation	ICD-Nr. 9 Rev.	Neuerkrankungen pro Jahr		Inzidenz je 100.000			
				rohe Rate		stand Welt-Bev.	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Lippe	140	4	1	0,6	0,1	0,5	0,1
Mundhöhle	141-145	29	14	4,7	2,1	4,0	1,5
Pharynx	146-149	27	8	4,4	1,2	3,8	0,7
Verdauungsorg., Peritoneum	150-159	485	648	79,8	96,4	73,1	51,1
darunter							
Ösophagus	150	32	10	5,2	1,5	4,8	0,8
Magen	151	121	136	19,8	20,2	18,2	10,8
Kolon	153	114	192	18,7	28,5	17,3	14,9
Rektum	154	98	120	16,0	17,8	14,6	9,4
Leber	155	39	34	6,4	5,0	6,1	2,9
Gallenblase -wege	156	30	92	4,9	13,6	4,5	6,8
Pankreas	157	46	59	7,6	8,7	6,2	4,7
Atmungs-,Thoraxorgane	160-165	457	171	75,2	25,4	68,8	16,1
darunter							
Larynx	161	44	6	7,2	0,8	6,4	0,6
Trachea, Lunge	162	402	156	66,1	23,2	60,9	14,7
Knochen, Weichteile	170-171	18	11	2,9	1,6	2,5	1,2
Melanom der Haut	172	37	41	6,1	6,0	5,5	4,6
sonstige bNb der Haut (ohne Basaliome)	173	34	31	5,5	4,5	4,4	1,9
Brustdrüse	174/175	4	541	0,6	80,5	0,6	55,9
Urogenitalorgane	179-189	498	611	81,9	90,9	74,7	62,8
darunter							
Cervix uteri	180	x	173	x	25,7	x	20,0
Corpus uteri	182	x	136	x	20,2	x	13,8
Ovar, Adnexe	183	x	116	x	17,2	x	12,2
Prostata	185	178	x	29,3	x	27,4	x
Hoden	186	59	x	9,7	x	8,0	x
Harnblase	188	134	65	22,0	9,6	20,6	4,8
sonst.Harnorgane	189	122	94	20,1	13,9	18,1	9,1
sonstige u.n.n bez. Organe	190-199	73	97	11,9	14,4	11,1	10,7
darunter							
Gehirn, Nervensystem	191-192	33	32	5,4	4,7	5,2	4,2
Schilddrüse	193	7	29	1,1	4,2	1,0	3,1
Lymph. u. blutbild Gewebe	200-208	118	132	19,3	19,6	18,6	13,3
darunter							
Lymphome	200+202	44	51	7,2	7,6	6,5	5,2
Hodgkin-Krankheit	201	24	19	3,9	2,8	4,3	2,2
Multiples Myelom	203	14	22	2,2	3,2	2,0	1,8
Leukämien	204-208	37	41	6,0	6,1	5,9	4,2
insgesamt	140-208	1780	2304	292,8	342,8	267,6	219,9

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

(Quelle: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin)

Tabelle A 3.12: Begutachtete Berufskrankheiten 1992 in Berlin

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Zuständigkeitsbereich Gewerbeaufsicht = Summe		
		begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	3	1	1
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	1	—	—
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	2	2	1
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen	1	1	1
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	1	—	—
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	2	1	1
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	12	1	1
1303	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologe	7	3	2
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	30	15	7
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehngewebes 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	36	14	7
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	16	10	5
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	7	6	4
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben die für die Entstehung die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	3	1	—
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	7	5	—
2301	Lärmschwerhörigkeit	104	81	9
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung	5	3	3
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	69	47	25
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	3	2	2
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	24	19	—
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	27	16	9
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	5	2	1
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	74	66	14
4104	Lungenkrebs in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder mit durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	21	14	12
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells	17	15	14
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	2	1	1

**Tabelle A 3.12 Fortsetzung**

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Zuständigkeitsbereich Gewerbeaufsicht = Summe		
		begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
4201	Exogen-allergische Alveolitis	1	1	-
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	2	1	-
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	111	77	17
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	56	24	7
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	213	162	53
70	Verschleißkrankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben, Wirbelkörperabschlußplatten, Wirbelfortsätze, Bänder, kleine Wirbelgelenke) durch langjährige mechanische Überbelastungen	15	7	7
71	Verschleißkrankheiten von Gliedmaßengelenken einschl. der Zwischengelenkscheiben durch langjährige mechon.Überbelast.	3	2	1
SE	Sonderentscheid	5	3	2
insgesamt		885	603	207

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

(Quelle: LArbmed)

**Tabelle A 3.13: Arbeitsunfähigkeits-Fälle und -Tage je 10.000 Pflichtmitglieder der AOK (ohne Rentner) sowie Falldauer 1991 in Berlin-West nach Alters- und Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppen	Fälle Tage/ Tage/Fall	ins- gesamt	% aller Fälle bzw. Tage	Alter von ... bis unter ... Jahren							
				unter 25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	75 und mehr	
				I	infektiöse u. parasitäre Krh	Fälle Tage Tage/Fall	667,49 9092,42 13,82	6,0 2,9	1227,28 10339,65 8,42	793,06 10550,29 13,30	588,13 8292,31 14,60
II	Neubildungen	Fälle Tage Tage/Fall	103,88 10638,38 102,41	0,9 3,4	52,56 1627,90 30,97	63,26 2798,25 44,24	102,66 8731,16 85,05	145,64 19301,65 132,53	197,49 29366,73 148,70	96,15 19043,80 198,06	142,05 710,23 5,00
III	Endokrinopathien, Ernährungs- u Stoffwechsel-Krh	Fälle Tage Tage/Fall	77,13 4580,24 59,38	0,7 1,5	33,45 569,58 17,03	37,58 1471,99 39,16	76,66 4228,94 55,17	122,55 7745,66 63,20	147,08 12176,55 82,79	96,15 11303,42 117,56	28,41 852,27 30,00
IV	Krh. des Blutes und der blutbildenden Organe	Fälle Tage Tage/Fall	12,97 872,83 67,31	0,1 0,3	20,26 362,97 17,92	10,07 436,98 43,41	14,72 1427,43 96,98	12,71 1179,93 92,83	8,32 969,26 116,56	5,34 80,13 15,00	28,41 1136,36 40,00
V	psychiatrische Krh.	Fälle Tage Tage/Fall	429,62 28979,40 67,45	3,9 9,3	274,47 8548,52 31,15	438,36 23785,61 54,26	510,85 34726,67 67,98	465,84 38963,26 83,64	379,85 38463,22 101,31	117,52 2751,07 23,41	284,09 2556,82 9,00
VI	Krh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	Fälle Tage Tage/Fall	354,61 9531,88 26,88	3,2 3,1	403,68 3610,54 8,94	343,25 5545,44 16,16	337,30 8976,83 26,61	354,60 15132,52 42,68	358,80 17455,50 48,68	283,12 11330,13 40,02	511,36 4261,36 8,33
VII	Krh. des Kreislaufsystems	Fälle Tage Tage/Fall	587,73 26721,26 45,47	5,3 8,6	523,33 5838,41 11,16	387,20 8392,36 21,67	531,82 18289,24 34,39	715,84 43656,64 60,99	1073,72 86483,90 80,55	534,19 34492,52 64,57	738,64 21335,23 28,88
VIII	Krh. der Atmungsorgane	Fälle Tage Tage/Fall	2565,00 35193,15 13,72	23,1 11,3	4145,34 35594,14 8,59	2898,36 32687,81 11,28	2328,19 31820,66 13,67	1850,07 35741,79 19,32	1652,94 48702,28 29,46	988,25 15336,54 15,52	2244,32 22500,00 10,03
IX	Krh. der Verdauungsorgane	Fälle Tage Tage/Fall	1245,26 26510,66 21,29	11,2 8,5	1957,42 19652,33 10,04	1363,85 21617,06 15,85	1159,44 26188,69 22,59	969,58 31812,87 32,81	787,62 38786,22 49,24	288,46 23931,62 82,96	1079,55 5795,45 5,37
X	Krh. der Harn- und Geschlechtsorgane	Fälle Tage Tage/Fall	299,43 8322,62 27,80	2,7 2,7	396,03 5284,31 13,34	314,44 8325,11 20,12	328,95 10261,86 31,20	250,35 9430,96 37,67	183,72 11750,12 63,96	96,15 4033,12 41,94	170,45 3323,86 19,50
XI	Komplikationen i.d. Schwangerschaft, bei Entb u. im Wochenbett	Fälle Tage Tage/Fall	117,82 4263,83 36,19	1,1 1,4	303,71 9817,85 32,33	203,16 8112,55 39,93	63,90 2085,71 32,64	3,61 100,98 27,94	0,52 20,79 40,00	- - -	- - -
XII	Krh. der Haut und des Unterhautzellgewebes	Fälle Tage Tage/Fall	198,78 5151,99 25,92	1,8 1,7	267,97 4588,20 17,12	216,64 4950,27 22,85	188,64 4631,24 24,55	172,93 5843,58 33,79	140,58 6178,57 43,95	64,10 3012,82 47,00	142,05 2272,73 16,00
XIII	Krh. des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Fälle Tage Tage/Fall	2293,54 93334,79 40,69	20,7 30,0	2005,39 34647,83 17,28	1926,14 51359,79 26,68	2248,35 86430,44 38,44	2715,05 142446,62 52,47	2942,08 199156,77 67,69	1052,35 48846,15 46,42	1619,32 30681,82 18,95
XIV	kongenitale Anomalien	Fälle Tage Tage/Fall	7,05 307,43 43,58	0,1 0,1	9,17 272,56 29,71	7,76 284,05 36,62	6,01 150,74 25,08	6,65 423,86 63,77	5,72 510,87 89,36	- - -	- - -
XV	Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	Fälle Tage Tage/Fall	0,68 9,79 14,44	0,0 0,0	2,29 28,48 12,42	0,65 9,33 14,43	0,25 1,10 4,50	0,23 10,61 45,50	0,52 2,86 5,50	- - -	- - -
XVI	Symptome und schlecht bez Affektionen	Fälle Tage Tage/Fall	943,26 15782,75 16,73	8,5 5,1	1376,17 13367,61 9,71	954,48 13286,58 13,92	887,88 15392,18 17,34	795,95 18005,46 22,62	785,02 22236,83 28,33	416,67 8899,57 21,36	1960,23 22613,64 11,54
XVII	Verletzungen und Vergiftungen	Fälle Tage Tage/Fall	1177,76 32066,74 27,23	10,6 10,3	2020,11 34430,32 17,04	1333,47 33834,37 25,37	1008,45 29022,70 28,78	845,39 31819,98 37,64	730,97 32138,09 43,97	331,20 8552,35 25,82	1619,32 19403,41 11,98
insgesamt	Fälle Tage Tage/Fall	11082,00 311360,16 28,10	100 100	15018,64 188581,20 12,56	11291,73 225447,83 19,97	10362,19 290657,91 28,05	9832,44 409463,38 41,64	9765,87 552517,99 56,58	4594,02 194647,44 42,37	10994,32 140000,00 12,73	

(Quelle: AOK)



**Tabelle A 3.14: Arbeitsunfähigkeits-Fälle und -Tage je 10.000 Pflichtmitglieder der AOK (ohne Rentner) sowie Falldauer 1991 in Berlin-Ost nach Alters- und Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppen	Fälle Tage Tage/Fall	ins- gesamt	% aller Fälle bzw. Tage	Alter von ... bis unter ... Jahren							75 und mehr
				unter 25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75		
I infektiöse u. parasitäre Krh.	Fälle	140 40	3 8	367 98	173 05	98 96	60 98	29 61	14 74	-	
	Tage	1502 98	2 4	2900,87	1832 31	1144 98	1100 73	642 38	243 18	-	
	Tage/Fall	10 71		7 88	10 59	11 57	18 05	21 70	16 50	-	
II Neubildungen	Fälle	74 64	2 0	39 40	41 41	64 16	94 09	144 16	235 81	151 52	
	Tage	2617 08	4 1	578 13	1342 36	2643 61	4746 33	3772 61	6263 82	2121 21	
	Tage/Fall	35 06		14 67	32 42	41 21	50 44	26 17	26 56	14 00	
III Endokrinopathien, Ernährungs- u Stoffwechsel-Krh	Fälle	38 87	1 0	20 04	27 06	45 52	56 55	44 51	81 06	-	
	Tage	958 84	1 5	303 20	570 62	1122 48	1454 47	1365 42	1672 81	-	
	Tage/Fall	24 67		15 13	21 09	24 66	25 72	30 67	20 64	-	
IV Krh des Blutes und der blutbildenden Organe	Fälle	6 59	0 2	8 01	6 67	4 22	8 36	5 92	-	-	
	Tage	155 94	0 2	132 68	122 08	211 45	156 05	172 34	-	-	
	Tage/Fall	23 65		16 56	18 30	50 13	18 67	29 10	-	-	
V psychiatrische Krh	Fälle	108 15	2 9	84 59	125 73	156 26	111 14	43 90	36 85	-	
	Tage	3246 00	5 1	1986 60	3267 93	4238 56	4286 70	1977 78	1341 19	-	
	Tage/Fall	30 01		23 48	25 99	27 12	38 57	45 05	36 40	-	
VI Krh. des Nerven- systems und der Sinnesorgane	Fälle	154 40	4 1	233 52	183 50	158 90	121 30	72 69	81 06	151 52	
	Tage	2195 16	3 5	1932 95	2138 39	2075 16	2943 69	1765 22	1142 23	1742 42	
	Tage/Fall	14 22		8 28	11 65	13 06	24 27	24 28	14 09	11 50	
VII Krh des Kreis- laufsystems	Fälle	262 14	7 0	240 87	194 32	232 72	334 23	333 85	253 72	151 52	
	Tage	8098 88	12 8	2087 41	2672 89	5279 13	13055 32	19400 50	13500 37	2500 00	
	Tage/Fall	30 89		8 58	13 76	22 68	39 06	58 11	38 17	16 50	
VIII Krh. der Atmungs- organe	Fälle	1046 60	28 0	2755 50	1282 58	738 94	462 26	210 72	88 43	75 76	
	Tage	11645 32	18 3	22465 22	13087 20	9275 29	8701 75	6031 36	4281 50	2121 21	
	Tage/Fall	11 13		8 15	10 20	12 55	18 82	28 62	48 42	28 00	
IX Krh. der Verdau- ungsorgane	Fälle	541 71	14 5	1125 31	623 23	454 02	347 68	229 10	169 49	151 52	
	Tage	7197 40	11 3	8436 81	6730 81	6977 26	8248 18	5882 10	3522 48	1363 64	
	Tage/Fall	13 29		7 50	10 80	15 37	23 72	25 67	20 78	9 00	
X Krh. der Harn- und Geschlechtsorgane	Fälle	228 36	6 1	298 75	244 16	252 23	225 88	117 00	125 28	--	
	Tage	3418 71	5 4	3292 00	3257 99	4141 53	3867 55	2339 61	5821 67	-	
	Tage/Fall	14 97		11 02	13 34	16 42	17 12	20 00	46 47	-	
XI Komplikationen i d. Schwangerschaft bei Entb u im Wochenbett	Fälle	136 47	3 6	337 93	245 92	80 15	9 51	1 84	-	-	
	Tage	1719 01	2 7	4240 11	3144 85	963 05	119 17	16 54	-	-	
	Tage/Fall	12 60		12 55	12 79	12 02	12 53	9 00	-	-	
XII Krh der Haut und des Unterhautzell- gewebes	Fälle	106 31	2 8	206 58	133 91	89 82	70 98	35 73	7 37	-	
	Tage	1527 23	2 4	1922 71	1725 96	1592 14	1412 34	951 32	176 86	-	
	Tage/Fall	14 37		9 31	12 89	17 73	19 90	26 62	24 00	-	
XIII Krh des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Fälle	472 16	12 6	596 38	509 46	527 14	467 01	250 95	132 65	-	
	Tage	10453 82	16 5	6631 86	8247 73	10994 34	15376 94	10949 28	5305 82	-	
	Tage/Fall	22 14		11 12	16 19	20 86	32 93	43 63	40 00	-	
XIV kongenitale Anomalien	Fälle	4 41	0 1	9 13	5 66	1 93	3 28	2 25	7 37	-	
	Tage	128 68	0 2	183 66	210 30	23 73	124 25	74 73	88 43	-	
	Tage/Fall	29 20		20 12	37 13	12 27	37 90	33 27	12 00	-	
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	Fälle	1 50	0 0	3 12	2 14	1 05	0 66	0 61	-	-	
	Tage	47 14	0 1	26 94	27 56	16 17	69 83	106 59	-	-	
	Tage/Fall	31 36		8 64	12 88	15 33	106 50	174 00	-	-	
XVI Symptome und schlecht bez Affektionen	Fälle	79 76	2 1	155 38	89 10	76 11	55 41	31 85	14 74	-	
	Tage	1080 18	1 7	1177 85	1055 41	1166 42	1154 66	868 01	95 80	-	
	Tage/Fall	13 54		7 58	11 84	15 33	20 84	27 25	6 50	-	
XVII Verletzungen und Vergiftungen	Fälle	336 51	9 0	833 24	349 25	273 68	206 21	103 93	66 32	-	
	Tage	7517 93	11 8	12387 52	7132 29	7228 08	7532 99	4144 24	2866 62	-	
	Tage/Fall	22 34		14 87	20 42	26 41	36 53	39 87	43 22	-	
insgesamt	Fälle	3739 00	100	7315 73	4237 13	3255 82	2635 52	1658 64	1414 89	681 82	
	Tage	83510 09	100	70666 50	56566 70	59093 37	74350 95	60460 04	46322 77	9848 48	
	Tage/Fall	16 99		9 66	13 35	18 15	28 21	36 45	32 74	14 44	

(Quelle: AOK)

**Tabelle A 3.15: Krankenhaus(KH)-Fälle und -Tage je 10.000 Mitglieder der AOK und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin-West nach Alters- und Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppen	Fälle Tage/Fall	ins- gesamt	% aller Fälle bzw. Tage	Alter von ... bis unter ... Jahren						
				unter 25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	75 und mehr
I infektiöse u para- sitäre Krh	Fälle	36 47	1 7	49 21	34 08	27 90	29 17	26 79	29 01	43,78
	Tage	746 76	1 8	486 57	701 99	706 77	801 08	784 17	767 82	1183,89
	Tage/Fall	20 48		9 89	20 60	25 33	27 46	29 28	26 47	27,04
II Neubildungen	Fälle	183 07	8 7	44 04	47 01	108 66	202 09	300 52	401 91	387 26
	Tage	3414 11	8 4	376 40	498 48	1521 61	3240 43	5393 07	8162 14	9102 92
	Tage/Fall	18 65		8 55	10 60	14 00	16 03	17 95	20 31	23 51
III Endokrinopathien, Ernährungs- u Stoff- wechsel-Krh	Fälle	84 37	4 0	34 95	19 77	29 17	51 55	87 54	150 06	276 09
	Tage	2084 09	5 1	335 98	258 28	501 30	1034 10	1980 58	3907 41	8422 15
	Tage/Fall	24 70		9 61	13 06	17 18	20 06	22 62	26 04	30 51
IV Krh des Blutes und der blutbildenden Organe	Fälle	16 96	0 8	14 60	4 54	3 82	7 29	11 76	22 28	56 09
	Tage	293 24	0 7	104 57	81 40	57 36	141 74	176 93	372 24	1242 74
	Tage/Fall	17 29		7 16	17 93	15 03	19 44	15 05	16 70	22 16
V psychiatrische Krh	Fälle	130 67	6 2	45 35	160 72	227 79	194 88	127 61	83 07	131 10
	Tage	4831 49	11 9	1956 72	5964 42	8984 68	6609 86	4755 23	3695 11	5739 62
	Tage/Fall	36 98		43 15	37 11	30 66	33 92	37 26	44 48	43 78
VI Krh. des Nerven- systems und der Sinnesorgane	Fälle	141 60	6 7	65 07	43 16	63 34	98 66	138 72	228 78	437 91
	Tage	2087 91	5 1	714 85	623 59	1011 50	1596 29	2013 35	3558 37	6594 25
	Tage/Fall	14 75		10 99	14 45	15 97	16 18	14 51	15 55	15 06
VII Krh des Kreis- laufsystems	Fälle	436 39	20 7	28 38	47 62	130 00	311 73	548 55	850 50	1603 29
	Tage	9902 21	24 3	309 15	524 87	1799 03	4457 18	9786 37	18976 11	43413 78
	Tage/Fall	22 69		10 89	11 02	13 84	14 30	17 84	22 31	27 08
VIII Krh. der Atmungs- organe	Fälle	134 77	6 4	167 02	75 48	68 82	84 58	114 11	151 24	255 41
	Tage	2034 98	5 0	1097 77	692 83	846 26	1370 22	2147 38	3114 27	6027 17
	Tage/Fall	15 10		6 57	9 18	12 30	16 20	18 82	20 59	23 60
IX Krh. der Verdau- ungsorgane	Fälle	193 04	9 1	158 90	125 41	184 95	203 68	222 99	227 85	294 00
	Tage	2873 54	7 0	1142 34	1249 33	2254 12	3059 55	3765 27	4280 57	6403 80
	Tage/Fall	14 89		7 019	9 96	13 67	15 02	16 89	18 79	21 78
X Krh. der Harn- und Geschlechtsorgane	Fälle	131 43	6 2	61 73	120 10	139 30	140 32	155 92	178 27	200 24
	Tage	1945 05	4 8	526 89	974 58	1362 24	1871 13	2409 03	3407 66	4743 75
	Tage/Fall	14 80		8 53	8 11	9 78	13 34	15 45	19 11	23 69
XI Komplikationen i d. Schwangerschaft bei Entb u im Wachenbett	Fälle	132 21	6 3	209 47	426 16	123 54	2 60	1 31	-	-
	Tage	733 20	1 8	1191 22	2312 69	683 67	16 93	10 89	-	-
	Tage/Fall	5 55		5 69	5 43	5 53	6 52	8 33	-	-
XII Krh. der Haut und des Unterhautzell- gewebes	Fälle	35 06	1 7	34 23	33 93	34 65	33 95	32 66	32 70	42 53
	Tage	668 28	1 6	331 53	410 62	486 61	613 82	733 11	931 46	1524 60
	Tage/Fall	19 06		9 69	12 10	14 04	18 08	22 44	28 48	35 85
XIII Krh. des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Fälle	133 26	6 3	46 36	88 86	124 32	180 72	178 89	198 58	215 73
	Tage	2868 01	7 0	575 38	1054 06	1951 45	3156 86	3711 48	5576 89	6938 91
	Tage/Fall	21 52		12 41	11 86	15 70	17 47	20 75	28 08	32 16
XIV kongenitale Anomalien	Fälle	7 33	0 3	17 89	2 00	3 33	3 02	4 25	6 99	5 19
	Tage	102 26	0 3	201 69	23 39	40 33	50 71	97 01	120 92	112 51
	Tage/Fall	13 94		11 28	11 69	12 12	16 81	22 85	17 30	21 68
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	Fälle	5 93	0 3	24 07	0 08	-	0 08	-	-	0 08
	Tage	125 10	0 3	508 52	0 31	-	0 08	-	-	4 35
	Tage/Fall	21 11		21 12	4 00	-	1 00	-	-	52 00
XVI Symptome und schlecht bez. Affektionen	Fälle	115 69	5 5	83 00	55 24	63 82	79 97	113 78	140 83	303 63
	Tage	1914 65	4 7	755 36	477 40	653 61	1068 21	1951 61	2579 31	6959 42
	Tage/Fall	16 55		9 10	8 64	10 24	13 36	17 15	18 32	22 92
XVII Verletzungen und Vergiftungen	Fälle	193 07	9 1	144 06	146 72	121 68	118 52	124 78	179 20	525 22
	Tage	4138 59	10 2	1308 06	1657 33	1696 54	1922 85	2498 86	4507 37	17067 91
	Tage/Fall	21 44		9 08	11 30	13 94	16 22	20 03	25 15	32 50
insgesamt	Fälle	2111 31	100	1228 34	1430 90	1435 07	1742 80	2190 17	2881 27	4777 57
	Tage	40763 48	100	11922 98	17505 58	22557 09	31011 05	42214 35	63957 65	125481 78
	Tage/Fall	19 31		9 71	12 23	15 72	17 79	19 27	22 20	26 26

(Quelle: AOK)

**Tabelle A 3.16: Krankenhaus(KH)-Fälle und -Tage je 10.000 Mitglieder der AOK und ihrer Familienangehörigen 1991 in Berlin-Ost nach Alters- und Krankheitsgruppen**

Krankheitsgruppen	Fälle Tage Tage/Fall	ins- gesamt	% aller Fälle bzw. Tage	Alter von ... bis unter ... Jahren						
				unter 25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	75 und mehr
I infektiöse u para- sitäre Krh	Fälle	9,81	1,3	17,54	13,99	9,05	7,06	4,79	5,32	6,83
	Tage	157,23	1,5	184,28	248,22	159,87	115,64	77,66	135,34	166,24
	Tage/Fall	16,04		10,51	17,74	17,67	16,38	16,21	25,44	24,36
II Neubildungen	Fälle	100,22	13,5	34,98	32,88	60,52	116,32	161,48	196,20	141,52
	Tage	1281,47	11,9	217,03	363,06	695,78	1256,06	2120,99	2754,22	2280,48
	Tage/Fall	12,79		6,20	11,04	11,50	10,80	13,13	14,04	16,11
III Endokrinopathien, Ernährungs- u Stoff- wechsel-Krh	Fälle	26,47	3,6	11,43	15,27	21,06	28,91	29,42	42,23	48,84
	Tage	478,77	4,4	116,17	191,09	212,59	297,93	544,30	977,49	1339,47
	Tage/Fall	18,08		10,16	12,51	10,10	10,31	18,50	23,15	27,43
IV Krh. des Blutes und der blutbildenden Organe	Fälle	8,31	1,1	7,46	3,85	2,50	5,84	5,82	10,31	25,33
	Tage	114,59	1,1	68,79	50,13	44,92	85,10	84,73	138,83	388,45
	Tage/Fall	13,80		9,22	13,03	18,00	14,58	14,57	13,47	15,34
V psychiatrische Krh	Fälle	37,20	5,0	20,73	50,25	72,68	56,46	28,85	17,29	19,26
	Tage	1131,03	10,5	756,31	1535,15	1921,55	1459,52	954,38	643,29	735,94
	Tage/Fall	30,40		36,48	30,55	26,44	25,85	33,08	37,20	38,20
VI Krh. des Nerven- systems und der Sinnesorgane	Fälle	38,59	5,2	42,73	27,17	32,44	34,88	29,54	45,72	62,64
	Tage	508,59	4,7	556,63	355,14	419,25	531,12	414,19	580,11	755,05
	Tage/Fall	13,18		13,03	13,07	12,92	15,23	14,02	12,69	12,05
VII Krh. des Kreis- laufsystems	Fälle	116,09	275,4	11,53	26,12	61,45	125,55	158,97	195,20	310,18
	Tage	2038,93	0,2	122,95	211,85	818,06	1686,24	2696,09	3802,04	6536,58
	Tage/Fall	17,56		10,66	8,11	13,31	13,27	16,96	19,48	21,07
VIII Krh. der Atmungs- organe	Fälle	44,29	2,0	58,33	33,46	32,60	44,11	44,25	34,08	57,33
	Tage	641,79	5,9	630,55	335,78	474,46	650,83	664,50	685,52	1140,01
	Tage/Fall	14,49		10,81	10,03	14,56	14,75	15,02	20,11	19,88
IX Krh. der Verdau- ungsorgane	Fälle	75,55	10,2	62,69	61,21	79,08	107,63	80,85	63,02	79,48
	Tage	1032,26	9,8	500,33	667,83	979,18	1574,08	1244,95	1007,75	1524,67
	Tage/Fall	13,66		7,98	10,91	12,38	14,62	15,40	15,99	19,18
X Krh. der Harn- und Geschlechtsorgane	Fälle	91,71	12,4	44,38	104,82	139,59	157,58	93,85	67,34	47,93
	Tage	1110,86	10,3	366,82	769,38	1372,85	1373,74	1440,30	1766,76	1134,86
	Tage/Fall	12,11		8,27	7,34	9,83	8,72	15,35	26,24	23,68
XI Komplikationen i.d. Schwangerschaft bei Entb.u im Wochenbett	Fälle	70,82	9,6	153,38	209,51	59,11	8,01	1,14	-	-
	Tage	420,99	3,9	970,54	1213,94	310,07	40,04	5,02	-	-
	Tage/Fall	5,94		6,33	5,79	5,25	5,00	4,40	-	-
XII Krh. der Haut und des Unterhautzell- gewebes	Fälle	12,38	1,7	10,66	11,39	11,39	13,84	11,29	8,98	14,11
	Tage	195,36	1,8	92,63	184,20	184,20	214,59	213,71	202,51	315,95
	Tage/Fall	15,78		8,69	16,18	16,18	15,50	18,93	22,56	22,40
XIII Krh. des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	Fälle	34,08	4,6	18,60	29,85	38,52	52,26	41,05	37,24	27,00
	Tage	607,64	5,6	179,24	394,66	589,10	945,10	784,01	897,35	697,42
	Tage/Fall	17,83		9,64	13,22	15,29	18,09	19,10	24,09	25,83
XIV kongenitale Anomalien	Fälle	4,81	0,6	16,28	4,90	1,87	2031	1,25	0,83	0,76
	Tage	65,77	0,6	219,07	54,88	16,84	57,01	13,57	16,13	15,93
	Tage/Fall	13,67		13,46	10,60	9,00	24,71	10,82	19,40	21,00
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	Fälle	5,81	0,8	29,16	0,82	-	0,14	0,23	0,17	0,30
	Tage	38,83	0,4	184,28	6,30	-	0,95	6,39	7,32	5,46
	Tage/Fall	6,68		6,32	7,71	-	7,00	28,00	44,00	18,00
XVI Symptome und schlecht bez. Affektionen	Fälle	14,60	2,0	15,11	10,38	10,76	14,52	13,80	14,96	23,81
	Tage	226,94	2,1	128,86	121,49	132,42	255,17	242,22	260,87	526,78
	Tage/Fall	15,55		8,53	11,71	12,30	17,57	17,55	17,43	22,12
XVII Verletzungen und Vergiftungen	Fälle	49,53	6,7	61,43	59,93	49,91	50,90	30,79	25,44	62,34
	Tage	746,67	6,9	722,21	662,35	546,67	752,22	562,44	578,28	1481,59
	Tage/Fall	15,08		11,76	11,05	10,95	14,78	18,27	22,73	23,77
insgesamt	Fälle	740,25	100	616,41	700,48	682,52	826,33	737,37	764,33	927,66
	Tage	10797,73	100	6016,70	7372,62	8877,80	11275,33	12069,45	14453,81	19044,88
	Tage/Fall	14,59		9,76	10,53	13,01	13,65	16,37	18,91	20,53

(Quelle: AOK)

## Kapitel 4 - Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

**Tabelle A 4.1: Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1991 in Berlin-West - Schwangerenberatung -**

Bezirk	Geborene 1991 (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	
		absolut	in % zu den Geborenen je Bezirk	Deutsche	Nichtdeutsche						
					absolut	in % zu d Zugän- gen insg. je Bezirk					
Tiergarten	1100	744	67,6	403	341	45,8	744	1600	-	40	
Wedding	2239	2439	108,9	1307	1132	46,4	4392	1292	-	92	
Kreuzberg	2320	1684	72,6	1528	156	9,3	444	3109	109	22	
Charlottenburg	1703	1779	104,5	1306	473	26,6	4474	1366	-	28	
Spandau	2031	559	27,5	559	-	-	-	583	-	20	
Wilmerdorf	1212	197	16,3	156	41	20,8	89	390	-	2	
Zehlendorf	766	431	56,3	418	13	3,0	24	475	-	33	
Schöneberg	1781	761	42,7	514	247	32,5	1514	782	-	112	
Steglitz	1693	1289	76,1	1095	194	15,1	6109	1938	-	12	
Tempelhof	1577	555	35,2	552	3	0,5	-	648	-	39	
Neukölln	3344	2646	79,1	1781	865	32,7	11134	2065	-	33	
Reinickendorf	2141	2166	101,2	1656	510	23,5	1905	1651	-	17	
insgesamt											
	1991	21907	15250	69,6	11275	3975	26,1	30829	15899	109	450
	1990	22229	14792	66,5	11119	3673	24,8	33575	17595	78	589

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.2: Jugendgesundheitsdienst - Beratungsstellen für Risikokinder - 1991 in Berlin-West - Erst- und Wiedervorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -**

Beratungs- stelle	Erstvorstellungen von						Überweisenerstvorgestellter Säuglinge (S) u. Kleinkinder (K) vom/aus										Wieder- vorstellungen von						
	Säuglingen			Kleinkindern			stationärer Behandlung		ambulanten Bereich		Selbst- melder		Säu- lingen		Klein- kindern								
	im Alter von ... bis unter ... Monaten			im Alter von ... bis unter ... Jahren			jüngerer Kleinkinder -Schüler		freiprakt. Ärzte		S. K.		S. K.		S. K.								
	1-3	3-6	6-9	9-12	1-3	3-5	5 o. mehr	S.	K.	S.	K.	S.	K.	S.	K.	S.	K.						
	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt	ins- gesamt						
Wedding	258	98	111	30	19	221	52	119	50	39	106	5	26	120	15	62	36	6	21	26	17	462	780
Charlottenburg	107	48	39	11	9	25	24	1	-	6	3	3	1	57	-	20	7	3	1	18	13	133	454
Steglitz	207	36	148	17	6	55	28	23	4	8	5	5	5	179	1	4	8	1	30	10	6	257	541
Tempelhof	171	114	48	8	1	21	11	7	3	1	3	9	8	158	4	1	2	-	-	2	4	349	410
Neukölln	202	57	80	55	10	44	31	13	-	25	9	6	10	139	-	13	6	4	5	15	14	167	264
Reinickendorf	88	25	42	13	8	44	22	11	11	41	7	-	4	36	1	-	-	9	26	2	6	128	353
Berlin-West	1033	378	468	134	53	410	168	174	68	120	133	28	54	689	21	100	59	23	83	73	60	1496	2802
1990	1201	434	534	162	71	393	172	154	67	135	133	22	60	775	20	121	64	11	34	137	82	1417	2548

1) Jugendgesundheitsdienst

(Quelle: SerGes)

**Tabelle A 4.3: Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1991 in Berlin  
- Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -**

Bezirk	Anzahl der Lebend-geborener (StLa)	Vorstellungen von						Anzahl der 1-bis unter 6jährigen (StLa)
		Säuglingen			Kleinkindern			
		Erst- und Wiedervorstellungen (ärztliche Untersuchungen)	dar. Erstvorstellungen		Erst- und Wiedervorstellungen (ärztliche Untersuchungen)	dar. Erstvorstellungen		
			absolut	in % zu den Lebend-geborenen des Bezirks		absolut	in % zu den 1-bis unter 6jährigen des Bezirks	
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	1097	2440	610	55,6	4797	785	15,9	4941
Wedding	2237	6429	1206	53,9	12950	1668	16,9	9892
Kreuzberg	2314	5492	1255	54,2	11853	1580	15,4	10261
Charlottenburg	1701	4312	758	44,6	7097	999	13,0	7700
Spandau	2029	5162	813	40,1	12937	1405	13,1	10748
Wilmsdorf	1207	2578	522	43,2	6087	960	17,7	5415
Zehlendorf	761	1353	347	45,6	3714	725	17,5	4141
Schöneberg	1778	6028	848	47,7	13166	1483	18,9	7846
Steglitz	1685	3274	726	43,1	6114	800	9,7	8285
Tempelhof	1573	3314	699	44,4	6349	1201	14,5	8265
Neukölln	3333	8570	1639	49,2	17901	2480	15,4	16085
Reinickendorf	2135	5775	962	45,1	10570	1174	10,1	11608
zusammen 1991	21850	54727	10385	47,5	113535	15260	14,5	105194
zusammen 1990	22150	59642	10843	49,0	112727	15621	15,2	102669
<b>Berlin-Ost</b>								
Mitte	573	6235	573	100,0	3837	3472	71,2	4879
Prenzlauer Berg	1115	9288	946	84,8	8014	1178	13,3	8837
Friedrichshain	888	7199	1840	207,2	5706	2615	37,6	6961
Treptow	664	8462	661	99,5	6174	2369	41,5	5703
Köpenick	613	5616	442	72,1	3206	1691	31,1	5430
Lichtenberg	907	9805	786	86,7	7157	1430	18,1	7900
Weißensee	340	2208	277	81,5	1749	338	13,0	2592
Pankow	633	6492	515	81,4	6677	1640	30,7	5337
Marzahn	899	8497	796	88,5	6038	3561	32,2	11070
Hohenschönhausen	812	8410	623	76,7	3695	1537	13,1	11757
Hellersdorf	1268	9827	1006	79,3	6102	1436	8,5	16925
zusammen 1991	8712	82039	8465	97,2	58355	21267	24,3	87387

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.4: Leistungen des Jugendgesundheitsdienstes - Schüler - 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Untersuchte bei										Untersuchungen außerhalb von Reihenuntersuchungen			Impfungen	Tüberkulin- präfun- gen	Seh-/ Hör- prüfun- gen <sup>3)</sup>	Gutachten/ Stellungnahmen durch			Besuche durch			Gruppenarbeit Info-Veran- staltungen durch		
	Einschu- lungsunter- suchungen		Reihenunter- suchungen		Schulent- lassungsunter- suchungen		sonst.ärztl. Unter- suchungen		insg. bei Sp. 1, 3,5,7 2)		auf Läusebefall		Arzt				Soz Arb.	Arzt	Soz Arb.	Arzt	Soz Arb.	Arzt	Soz Arb.		
	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)	Personen	1)												Arzt	Soz Arb.
	i	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				14	15	16	17	18	19	20	21	
Berlin-West	1140	386	2084	788	472	205	1451	111	62	2455	278	1088	2307	241	137	29	-	131	17	3	6				
Tiergarten	1920	351	3441	807	734	214	2077	203	20	194	9	3169	4850	1451	5688	33	144	983	307	21	7				
Wedding	1706	451	1949	643	1144	544	1453	251	24	644	80	864	2241	118	403	3	75	47	14	4	2				
Kreuzberg	1589	282	2256	650	1025	343	1507	302	8	110	56	3718	1971	552	358	46	364	459	225	45	40				
Chilbg.	2240	368	4368	1228	2407	550	7473	398	12	1293	206	3562	5910	410	1011	54	384	521	330	15	11				
Spondau	1226	268	1317	362	970	305	2439	139	93	1821	144	2830	1522	626	637	2	159	14	100	62	33				
Wilmerdorf	1187	147	2174	258	1190	241	1890	75	2	872	24	1204	1923	849	476	27	90	170	67	76	133				
Zehlendorf	1534	306	1179	218	696	163	1374	80	4	848	32	3509	2601	618	554	120	121	167	169	23	151				
Schöneberg	1716	545	2304	646	1075	428	2641	273	61	716	109	3926	2401	1029	2375	8	472	289	278	281	188				
Steglitz	1713	261	3768	461	1231	224	1472	98	12	1332	81	3653	3979	127	325	180	87	74	116	-	-				
Tempelhof	4583	1437	5481	1516	2490	898	11627	986	65	4887	463	6566	8331	812	845	40	148	114	118	-	-				
Neukölln	2606	472	4439	930	2024	556	5886	339	44	647	260	5483	4782	1526	439	22	244	84	240	45	65				
Reinickend.	23160	5274	34761	8505	15458	4671	41280	3215	407	15819	1722	39572	42818	8358	13248	564	2298	3083	1981	575	636				
zusammen1991	23568	5977	34280	9654	15309	4663	34596	3163	405	11747	910	41101	45327	6711	12631	667	2336	4315	2152	646	1024				
Berlin-Ost	1945	604	2602	762	563	137	748	52	-	150	-	3887	427	5543	203	157	183	225	84	54	120				
Mitte	1712	280	2726	482	1580	254	4098	215	-	281	13	4561	-	3757	782	-	52	137	-	155	82				
Prenzl.Berg	2665	597	1015	184	1157	208	4393	38	13	420	43	5774	1079	12	2887	-	130	166	149	9	15				
Friedrichsh.	1060	251	1174	341	1414	446	1878	272	6	161	25	4462	-	276	127	81	17	225	1	79	56				
Treptow	1137	146	2634	195	1199	241	2932	214	-	261	6	5114	122	2032	710	95	71	352	19	61	356				
Köpenick	2004	201	5094	322	3520	305	3215	213	-	717	4	4739	685	50	193	10	38	268	-	-	-				
Lichtenbg.	1029	371	946	227	703	291	1771	96	2	-	-	1354	201	1	1002	-	123	69	191	50	37				
Weißensee	1679	404	1016	147	1761	316	3512	147	72	205	5	1688	1710	3796	2142	284	459	359	67	24	148				
Pankow	3071	304	846	81	2525	754	1616	91	-	451	16	7305	723	3702	510	20	83	276	75	7	146				
Marzahn	6	-	875	268	504	144	1650	89	12	-	-	2035	651	1729	13	1	-	-	-	3	-				
Hohenschönh.	1233	129	1484	353	1162	301	532	23	15	28	1	3698	-	2439	46	-	11	5	16	64	-				
Hellersdorf	17541	3287	20412	3342	16088	3397	26345	1450	120	2674	113	44617	5598	23337	8615	648	1167	2102	602	506	960				
zusammen1991	40701	8561	55173	11847	31546	8068	67625	4685	527	18493	1835	84189	48416	31695	21863	1212	3465	5185	2583	1081	1596				

1) darunter Untersuchte, die zur ärztlichen Diagnostik oder Behandlung überwiesen wurden  
 2) darunter Untersuchte mit Läusebefall  
 3) außerhalb von Reihenuntersuchungen

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.5: Nachgehende Krankenfürsorge 1991 in Berlin  
- Zugänge und Bestand -**

Bezirk	Bestand am 1 1 1991			Zugänge		Abgänge		Bestand am 31 12 1991		
	ins- gesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	ins- gesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd
Berlin-West										
Tiergarten	1920	1063	857	92	19	104	57	1870	1051	819
Wedding	2692	1255	1437	277	282	263	226	2762	1269	1493
Kreuzberg	1012	1010	2	243	182	203	182	1052	1050	2
Charlottenburg	2017	1272	745	245	45	405	111	1791	1112	679
Spandau	2888	2027	861	393	206	453	237	2797	1967	830
Wilmerdorf	1517	1180	337	207	-	184	26	1514	1203	311
Zehlendorf	1673	405	1268	125	346	69	304	1771	461	1310
Schöneberg	1165	696	469	328	24	214	6	1297	810	487
Steglitz	2463	990	1473	250	232	221	175	2549	1019	1530
Tempelhof	2339	1987	352	345	46	369	79	2282	1963	319
Neukölln	3095	2927	168	572	39	403	24	3279	3096	183
Reinickendorf	2635	2503	132	366	15	316	3	2697	2553	144
zusammen 1991	25416	17315	8101	3443	1436	3204	1430	25661	17554	8107
1990	26693	17814	8879	3444	1443	3943	2221	25284	17315	7969
Berlin-Ost										
Mitte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prenzl Berg	1926	1924	2	360	85	393	79	1899	1891	8
Friedrichshain	3290	3287	3	115	1	111	-	3295	3291	4
Treptow	1394	1394	-	260	-	165	-	1489	1489	-
Köpenick	1485	1485	-	593	-	544	-	1534	1534	-
Lichtenberg	2126	2126	-	344	5	241	-	2234	2229	5
Weißensee	814	809	5	66	1	21	-	860	854	6
Pankow	1476	1476	-	491	-	336	-	1631	1631	-
Marzahn	1179	1179	-	186	-	160	-	1205	1205	-
Hohenschönh	1553	1553	-	196	-	98	-	1651	1651	-
Hellersdorf	1338	1338	-	91	-	28	-	1401	1401	-
zusammen 1991	16581	16571	10	2702	92	2097	79	17199	17176	23
Bestandsanfang:										
Köpenick	1,2,3,4	Quartal 1991	Hohenschönhausen	Jahr 1991 unvollständig						
Prenzlauer Berg	2,3,4	Quartal 1991	Hellersdorf	Jahr 1991 unvollständig						
Friedrichshain	3,4	Quartal 1991	Marzahn	Jahr 1991 unvollständig						
Weißensee	3,4	Quartal 1991	Pankow	1,2 Halbjahr 1991						
Lichtenberg		Jahr 1991	Mitte	Keine Berichterstattung						
Treptow		Jahr 1991								

(Quelle: SenGes)



**Kapitel 5 - Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt**

**Tabelle A 5.1: Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten durch die Gesundheitsämter von Berlin 1991 nach Bezirken**

Bezirk	Virushepatitis A			Enteritis infectiosa 1)			Shigellenruhr			Typhus/Paratyphus			Meningitis/Encephalitis			Tb			Ausscheider			darunter: Maßnahmen in Gemeinschafts-einrichtungen, Betrieben, Einrichtungen des Bezirkes			Dampfdesinfektion/Sterilisation für andere Bezirke											
	Schlußdesinfektion			Schlußdesinfektion			Schlußdesinfektion			Schlußdesinfektion			Schlußdesinfektion			Schlußdesinfektion			ein- fach			ein- fach			ein- fach											
	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf	lau- fend	ein- fach	ver- schärf									
Berlin-West	13	9	-	56	38	-	11	7	-	2	2	3	2	1	-	1	1	-	34	27	-	82	193	47	-	-	-	-	-	-						
Tiergarten	12	35	23	211	257	12	23	36	14	2	3	3	1	1	-	7	126	109	7	8	34	6	6	6	-	-	-	-	-	-						
Wedding 2)	94	16	-	141	8	-	5	17	16	4	2	-	3	2	-	2	27	39	2	26	-	27	31	1	-	-	-	-	-	-						
Kreuzberga	44	68	-	149	125	-	8	5	-	105	-	-	5	5	-	2	26	-	2	26	-	37	58	1	-	-	-	-	-	-						
Chorattenburg	72	48	-	227	81	-	10	9	-	1	3	-	5	5	-	7	11	-	7	11	-	6	6	-	-	-	-	-	-	-						
Spandau	25	-	-	88	-	-	9	1	-	1	3	-	9	9	-	5	11	4	5	7	52	28	21	38	1	10	4	-	-	-	-	-	-			
Wilmersdorf	7	12	-	53	27	-	12	-	-	3	-	-	8	8	-	4	6	-	4	6	-	19	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Zehlendorf 2)	26	1	-	134	1	-	8	1	-	2	-	-	8	8	-	10	10	-	6	20	36	7	76	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Schöneberg	44	-	-	206	-	-	5	5	-	8	3	-	13	13	-	6	20	36	6	40	55	8	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Steglitz	23	10	-	187	6	-	15	9	-	4	1	-	6	6	-	12	144	233	7	305	433	49	1054	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tempelhof	3	47	-	401	128	-	7	5	-	4	1	-	29	29	-	12	95	446	7	305	433	49	1054	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Neukölln	18	25	-	253	235	-	12	130	80	14	135	17	3	29	29	12	144	233	7	305	433	49	1054	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Reinickendorf	381	271	23	2086	904	12	130	80	14	135	17	3	29	29	12	144	233	7	305	433	49	1054	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
zusammen	43	1	-	87	28	-	1	6	-	6	6	-	6	6	-	4	4	-	18	12	-	18	18	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Berlin-Ost	5	5	-	35	35	-	3	3	-	3	3	-	4	4	-	3	3	-	3	3	-	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mitte	5	5	-	127	127	-	3	3	-	3	3	-	4	4	-	3	3	-	3	3	-	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prenzlauer Berg	4	9	-	59	67	-	2	2	-	2	2	-	4	4	-	3	3	-	3	3	-	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Friedrichshain	3	4	-	5	15	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Treptow	18	7	-	57	8	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Köpenick	20	-	-	91	-	-	2	-	-	2	-	-	4	4	-	3	3	-	3	3	-	14	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lichtenberg	11	-	-	248	-	-	2	-	-	2	-	-	4	4	-	3	3	-	3	3	-	14	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wedd. 1)	12	10	-	141	24	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wilmersdorf	4	-	-	182	-	-	2	-	-	48	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hohenschönhausen	105	61	-	1208	421	-	17	11	-	51	2	-	8	10	-	8	14	-	8	14	-	22	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hellersdorf	486	332	23	3294	1325	12	147	91	14	186	19	3	37	39	-	20	158	95	672	275	7	381	475	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zusammen	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-	1082	49	-

Schlüssel: einfach = chemisch-mechanisch verschärf = physikalisch-thermisch  
 Einige Bezirke haben keine Einrichtungen zur Durchführung physikalisch-thermischer Verfahren.  
 Diese Bezirke veranlassen entsprechendes Vorgehen.  
 1) Enteritis infectiosa: Bezirk Steglitz alle Verdachtsfälle; Bezirk Spandau sämtliche Stuhluntersuchungen gezählt  
 2) sonstige Desinfektionsmaßnahmen:  
 Wedding: 1 Schlupfdesinfektion (verschärf) wegen Scharlach, 1 Schlupfdesinfektion (einfach) wegen Scharlach, Peitlakose, Windpocken, Keuchhusten  
 Zehlendorf: 1 Schlupfdesinfektion (einfach) wegen Ornithose  
 (Quelle: SenGes)

**Tabelle A 5.2: Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter von Berlin 1991 nach Bezirken**

Bezirke	Maßnahmen nach der Schädlingsverordnung				Beratungen						Läusebekämpfungsmaßnahmen (außer Kopfläuse) 1)				sonstige Maßnahmen			
	Beratungen		durchgeführte/veranlagte Bekämpfungen		Pharoma-rien-sen	Schaber-zecken	Tauben-	Vorrats-schäd-linge	sonstige	untersuchte Personen		befallene Personen		Behandlungen		Entwesung von Effekten und Räumen bei Läusebefall und Befallsverdacht sowie aus anderen Gründen	Kontrolle in öffentlichen Bedürfnis-anstalten	
	Ratten	Fliegen	Ratten	Fliegen						Fliz-läuse	Kleider-läuse	Fliz-läuse	Kleider-läuse	Fliz-läuse	Kleider-läuse			Fliz-läuse
Maßnahmen insgesamt																		
Berlin-West																		
Tiergarten	855	424	1	311	6	4	17	4	28	11	47	1	12	315	12	304	1	319
Wedding	2370	457	7	314	21	1	37	43	54	25	75	1	1	1	1	12	304	25
Kreuzberg	819	560	1	233	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
Charlottenburg	1430	372	33	281	43	9	35	34	119	58	116	118	3	1	1	2	284	59
Spandau	1711	532	24	304	65	3	28	8	64	8	63	23	36	17	30	21	40	161
Wilmerdorf	1245	560	1	233	26	1	27	25	57	31	150	1	1	1	1	1	1	283
Zehlendorf	670	161	1	64	15	1	1	1	47	1	1	1	1	1	1	1	1	30
Schöneberg	1980	1429	1	354	1	1	34	28	22	36	26	15	1	13	1	1	1	203
Steglitz	942	409	16	281	18	1	18	5	43	29	120	1	1	1	1	1	1	10
Tempelhof	1344	558	1	242	21	1	1	34	48	28	28	1	1	1	1	1	1	413
Neukölln	2858	561	20	421	51	1	156	89	208	154	286	27	332	23	216	23	215	9
Reinickendorf	1042	504	1	270	37	1	30	1	27	16	110	1	1	1	1	1	1	18
zusammen	17266	6527	102	3308	76	288	18	382	236	703	416	1021	181	816	56	564	58	786
Berlin-Ost																		
Mitte	579	94	6	22	3	1	3	17	44	4	6	56	1	1	1	1	1	258
Prenzlauer Berg	939	273	1	459	7	1	2	24	12	15	50	68	4	3	4	3	1	5
Friedrichshain	172	47	3	36	1	1	2	18	3	26	3	19	1	1	1	1	1	15
Treptow	73	17	1	13	2	1	4	1	1	9	10	1	1	1	1	1	1	7
Köpenick	2077	315	20	138	24	99	1	1159	31	93	38	64	1	1	1	1	1	50
Lichtenberg	204	68	2	51	2	7	15	2	7	24	5	14	1	1	1	1	1	22
Weißensee	1193	572	26	483	23	4	3	10	26	16	5	14	1	1	1	1	1	11
Pankow	226	67	1	72	4	1	1	10	7	3	13	9	1	1	1	1	1	40
Marzahn	472	42	1	1	1	23	2	147	6	87	74	90	1	1	1	1	1	1
Hohenschönhausen	123	18	2	16	2	1	2	39	1	19	7	7	1	1	1	1	1	1
Hellersdorf 2)	102	55	3	18	1	1	1	6	1	9	1	8	1	1	1	1	1	1
zusammen	6160	1568	62	1309	59	140	20	1449	131	283	225	369	4	3	4	3	4	313
Berlin insgesamt	23426	8095	164	4617	135	428	38	1831	367	986	641	1390	185	819	60	567	62	1099

1) Die Kopflausstatistik wird gesondert geführt.

2) Hellersdorf: sonstige Läuse (keine Fliz- oder Kleiderläuse): 249 untersuchte Personen, 90 befallene Personen

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 5.3: Im LAT untersuchte Lebensmittel, Bedarfsgegenstände und Tabakerzeugnisse 1991 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	1311	69	5,3	1023	37	165	17	123	15
Milchprodukte	555	88	15,9	417	29	120	46	18	13
Käse	800	159	19,9	643	74	111	59	46	26
Butter	450	16	3,6	48	6	18	8	384	2
Eier, Eiprodukte	879	63	7,2	754	42	87	20	38	1
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	5115	176	3,4	727	74	494	73	3894	29
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere	1289	447	34,7	566	96	659	331	64	20
Wurstwaren	976	182	18,6	561	50	367	116	48	16
Fische, Fischzuschnitte	590	22	3,7	201	4	36	14	353	4
Fischerzeugnisse Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonstige Tiere und Erzeugnisse daraus	1065	195	18,3	859	115	159	65	47	15
Fette, Öle	448	98	21,9	332	55	110	41	6	2
Suppen, Soßen	89	4	4,5	74	-	9	3	6	1
Getreide	40	1	2,5	31	-	7	1	2	-
Getreideprodukte, Backvormischungen	467	13	2,8	440	6	24	6	3	1
Brot, Kleingebäcke	225	45	20,0	170	21	34	10	21	14
Feine Backwaren	736	115	15,6	497	36	221	69	18	10
Mayonnaisen emulgierte Soßen, kalte Fertigosßen, Feinkostsalate	822	129	15,7	627	76	171	52	24	1
Puddinge, Kremspeisen, Desserts	76	4	5,3	10	1	62	1	4	2
Teigwaren	85	8	9,4	77	4	4	1	4	3
Hülsenfrüchte, Ölsamen, Schalenobst	540	38	7,0	492	11	44	24	4	3
Kartoffeln, stärke-reiche Pflanzenteile	217	27	12,4	130	7	57	17	30	3
Frischgemüse, ausgenommen Rhabarber	764	73	9,6	592	53	54	17	118	3
Gemüseerzeugnisse, Gemüsezubereitungen	287	44	15,3	226	19	34	18	27	7
Pilze	31	5	16,1	20	-	7	2	4	3
Pilzerzeugnisse	26	3	11,5	20	-	5	2	1	1
Frischobst, einschl. Rhabarber	747	74	9,9	614	49	65	19	68	6
Obstprodukte	232	38	16,4	166	16	61	20	5	2
Fruchtsäfte, Fruchtnektare, Fruchtsirupe, Fruchtsaftpulver	497	107	21,5	455	73	34	29	8	5
Erfrischungsgetränke, Getränkeansätze, Getränkepulver	129	21	16,3	99	10	22	8	8	3
Weine	521	89	17,1	426	50	82	35	13	4
Erzeugnisse aus Wein	81	5	6,2	59	3	21	1	1	1
Weinhaltige u. weinähnliche Getränke sowie Vor- u. Nebenprodukte d. Weinbereitung	18	4	22,2	7	-	10	4	1	-
<b>Übertrag</b>	<b>20296</b>	<b>2376</b>	<b>11,7</b>	<b>11461</b>	<b>1020</b>	<b>3440</b>	<b>1140</b>	<b>5395</b>	<b>216</b>

Tabelle A 5.3: 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	20296	2376	11,7	11461	1020	3440	1140	5395	216	
Biere, bierähnliche Getränke	115	31	27,0	90	14	17	12	8	5	
Spirituosen, spirituosenhaltige Getränke	202	25	12,4	179	21	21	4	2	-	
Zucker	21	3	14,3	19	2	2	1	-	-	
Honige, Blütenpollen, -zubereitungen, Brotaufstrich, Konfitüren, Gelees, Marmeladen, Fruchtzubereitungen	117	28	23,9	88	21	29	7	-	-	
Speiseeis, Speiseis-halberzeugnisse	86	11	12,8	69	9	15	1	2	1	
Süßwaren	1778	260	14,6	1310	168	462	91	6	1	
Schokoladen und Schokoladenwaren	292	31	10,6	227	15	59	15	6	1	
Kakao	224	19	8,5	194	7	24	7	6	5	
Kaffee, Kaffee-Ersatzstoffe, Kaffeezusätze	14	2	14,3	11	-	3	2	-	-	
Tee, teeähnliche Erzeugnisse	146	12	8,2	134	10	7	-	5	2	
Säuglings- und Kleinkindernahrung	292	106	36,3	286	106	3	-	3	-	
Diätetische Lebensmittel	101	3	3,0	64	-	26	2	11	1	
Fertiggerichte, zubereitete Speisen	89	21	23,6	64	6	25	15	-	-	
Würzmittel	506	63	12,5	267	23	153	27	86	13	
Gewürze	187	9	4,8	173	1	12	8	2	-	
Essenzen, Aromastoffe	444	33	7,4	411	28	32	5	1	-	
Hilfsmittel aus Zusatzstoffen u./o. Lebensmitt	99	12	12,1	97	10	2	2	-	-	
Zusatzstoffe	21	4	19,0	6	-	14	4	1	-	
Trinkwasser, Tafelwasser, Wasser für Lebensmittelbetriebe	12	-	-	-	-	11	-	1	-	
Rohtabake, Tabakerzeugnisse	2437	379	15,6	94	-	41	21	2302	358	
Bedarfsgegenstände - im Kontakt mit Lebensmitteln	154	2	1,3	103	1	51	1	-	-	
- mit Schleimhautkontakt	86	6	7,0	66	3	18	2	2	1	
- mit Körperkontakt, Spielwaren, Scherzart	1	-	-	-	-	1	-	-	-	
- zur Reinigung u. Pflege	33	7	21,2	15	1	17	6	1	-	
Kosmetika, Mittel u. Stoffe zu deren Herstellung	29	3	10,3	25	1	4	2	-	-	
sonstige Proben	315	87	27,6	175	19	121	62	19	6	
insgesamt	7026	819	11,7	58	11	1621	576	5347	232	
insgesamt	1991	35123	4352	12,4	15686	1497	6231	2013	13206	842
	1990	18417	2752	14,9	11974	1237	5163	1257	1280	258

(Quelle: LAT Berlin)

**Tabelle A 5.4: Beanstandungsgründe bei Untersuchungen im LAT 1991 nach Produktgruppen**

Produktgruppe	Verstöße insgesamt	Verstöße gegen													sonstige Rechtsvorschriften
		Vorschriften des LMBC1)													
		§ 8	VO nach § 9 (1)	§ 17(1) Nr 1	§ 17(1) Nr 2	§ 17(1) Nr 5	§ 18	§ 17(1) Nr 4	VO nach § 19	§ 16	§ 11(1)	§ 14(1)	§ 15	sonst Vorschr. des LMBC	
Milch	68	1	-	24	18	3	-	-	3	-	-	-	2	10	7
Milchprodukte	88	1	-	17	2	27	-	-	6	-	-	-	-	25	10
Käse	160	-	1	52	3	60	-	-	37	-	-	-	-	2	5
Butter	16	-	-	-	-	2	6	8	-	-	-	-	-	-	-
Eier, Eiprodukte	94	-	-	2	31	43	-	-	13	-	-	-	-	4	1
Fleisch warmbl. Tiere, auch tiefgefroren	217	20	-	32	39	47	-	-	15	1	2	8	7	43	3
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere	695	4	1	39	281	236	-	1	50	22	25	-	-	35	1
Wurstwaren	216	4	-	23	49	40	1	2	37	16	5	-	-	36	3
Fische, Fischzuschnitte	27	1	-	16	-	5	-	-	2	-	-	-	-	2	1
Fischerzeugnisse	226	5	2	38	39	37	-	-	49	-	-	-	-	35	21
Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonst Tiere u. Erzeugnisse daraus	18	-	1	2	1	7	-	-	3	3	-	-	-	1	-
Fette, Öle	100	-	-	49	3	20	-	-	28	-	-	-	-	-	-
Suppen, Soßen	4	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Getreide	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Getreideprodukte, Backvormischungen	13	-	-	3	1	5	2	-	2	-	-	-	-	-	-
Brot, Kleingebäcke	47	1	-	18	3	17	-	-	6	-	-	-	-	2	-
Feine Backwaren	130	1	-	14	19	9	-	-	26	5	1	-	-	54	1
Mayonnaisen, emulgierte Soßen, kalte Fertigsoußen, Feinkostsalate	158	1	-	14	37	24	-	-	23	14	2	-	-	43	-
Puddinge, Kremspeisen, Desserts	4	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Teigwaren	10	-	-	1	2	4	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Hülsenfrüchte, Ölsamen, Schalenobst	40	-	-	6	4	3	-	-	19	-	-	6	-	-	2
Kartoffeln, stärkereiche Pflanzenteile	27	-	-	6	7	13	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Frischgemüse, ausgenommen Rhabarber	74	-	-	9	48	10	-	-	-	-	-	3	-	4	-
Gemüseerzeugnisse, Gemüsezubereitungen	78	-	-	8	5	7	-	-	8	8	9	-	-	23	10
Pilze	5	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pilzerzeugnisse	3	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Frischobst, einschli. Rhabarber	104	-	-	7	23	10	-	-	1	14	-	13	-	-	36
Obstprodukte	44	-	-	4	3	-	-	-	18	4	2	-	-	11	2
Fruchtsäfte, -nektare, -sirupe, -saftpulver	139	-	-	45	16	34	-	-	38	-	6	-	-	-	-
Erfrischungsgetränke, Getränkeansätze, Getränkepulver	20	-	-	11	4	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Weine	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
Erzeugnisse aus Wein	5	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Weinhaltg. u. weinähnl. Getr. sowie Vor- u. Nebenprdk d. Weinberg.	5	1	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Übertrag	2923	40	5	448	640	675	10	11	391	90	52	30	9	330	194

Tabelle A 5.4: Fortsetzung

Produktgruppe	Verstöße insgesamt	Verstöße gegen													sonstige Rechtsvorschriften	
		Vorschriften des LMBG1)														
		§ 8	VO nach § 9 (1)	§ 17(1) Nr.1	§ 17(1) Nr.2	§ 17(1) Nr.5	§ 18	§ 17(1) Nr.4	VO nach § 19	§ 16	§ 11(1)	§ 14(1)	§ 15	sonst. Vorschr. des LMBG		
Übertrag	2924	40	5	448	640	675	10	11	391	90	52	30	9	330	194	
Biere, bierähnliche Getränke	35	1	-	6	1	4	-	-	22	-	-	-	-	-	1	
Spirituosen, spirituosenhaltige Getränke	28	-	-	9	4	12	-	-	1	1	-	-	-	1	-	
Zucker	4	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	
Honige, Blütenpollen, -zubereitungen, Brotaufstriche, Konfitüren, Gelees, Marmeladen, Fruchtzubereitungen	31	-	-	-	1	22	-	-	2	-	-	-	-	2	4	
Speiseeis, Speiseis-halberzeugnisse	15	-	-	1	-	4	-	-	10	-	-	-	-	-	-	
Süßwaren	296	2	-	5	7	42	-	-	43	6	1	2	-	186	2	
Schokoladen und Schokoladenwaren	34	-	-	1	-	7	1	-	16	7	-	-	-	2	-	
Kakao	19	-	-	7	2	6	-	-	4	-	-	-	-	-	-	
Kaffee, Kaffee-Ersatzstoffe, Kaffeezusätze	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Tee, teeähnliche Erzeugnisse	12	-	-	-	-	2	-	-	10	-	-	-	-	-	-	
Säuglings- und Kleinkindernahrung	106	-	-	-	10	-	-	-	84	-	-	3	-	9	-	
Diätetische Lebensmittel	3	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
Fertiggerichte, zubereitete Speisen	25	-	-	-	1	6	-	-	12	1	-	-	-	1	4	
Würzmittel	77	1	-	12	10	22	1	-	19	3	1	-	-	4	4	
Gewürze	14	-	-	-	-	-	-	-	5	5	1	-	-	1	2	
Essenzen, Aromastoffe	53	-	-	1	18	8	-	-	9	-	-	-	-	4	13	
Hilfsmittel aus Zusatzstoffen u./o. Lebensmittel	12	-	-	-	-	10	-	-	2	-	-	-	-	-	-	
Zusatzstoffe	4	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	
Trinkwasser, Tafelwasser, Wasser für Lebensmittelbetriebe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rahtobake, Tabakerzeugnisse	389	1	-	6	11	-	-	-	11	-	-	-	-	10	350	
Bedarfsgegenstände - im Kontakt mit Lebensmitteln	3	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
- mit Schleimhautkontakt	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	
- mit Körperkontakt, Spielwaren, Scherzart	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
- zur Reinigung u. Pflege	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	
Kosmetika Mittel u. Stoffe zu deren Herstellung	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	
sonstige Proben	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	7	
insgesamt	825	2	-	5	-	26	3	-	16	-	3	-	1	743	26	
	1991	5010	48	5	503	705	849	15	11	663	114	60	35	10	1380	613
	1990	3023	52	29	347	374	540	8	3	637	80	44	24	1	612	272

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 Kennzeichnung von Zusatzstoffen

§ 11 (1): unzulässige Verwendung von Zusatzstoffen

§ 14 (1): Rückstände Biocide

§ 15: Rückstände pharmakologisch wirksamer Stoffe

(Quelle: LAT Berlin)

## Kapitel 7 - Ambulante ärztliche Versorgung: Aus der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

**Tabelle A 7.1: An der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte  
1982 - 1993 (Stand: 1.1.) in Berlin-West  
- Teilnahmeform: Zulassung (KV Berlin)**

Fachgruppe	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1993
Anästhesisten	—	—	—	10	20	24	26
Augenärzte	141	150	151	152	156	158	159
Chirurgen	55	55	55	55	58	54	64
Gynäkologen	204	208	216	227	244	249	260
HNO-Ärzte	112	115	117	117	115	124	127
Hautärzte	69	69	75	79	83	87	87
Internisten	472	497	525	546	552	572	584
Kinderärzte	106	108	112	115	118	125	135
Laborärzte	14	12	15	15	15	15	20
Lungenärzte	32	31	29	28	30	34	37
Magen-Darm-Ärzte	1	1	1	1	1	1	1
MZK-Ärzte	4	5	4	7	7	8	7
Nervenärzte 1)	79	89	110	163	182	193	199
Kind./Jug Psych 1)	—	2	2	2	2	2	2
Psychiater	—	1	1	7	7	8	12
Neurochirurgen	1	2	3	3	4	6	7
Orthopäden	110	117	128	145	148	160	168
Pathologen	—	—	—	4	4	5	5
Röntgenologen 2)	73	70	73	79	78	81	83
Urologen	59	63	63	68	69	69	72
Nuklearmedizin 2)	—	1	4	6	8	11	10
sonstige	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	1532	1596	1684	1829	1901	1986	2065
Prakt./Allg.	701	703	748	853	892	949	988
insgesamt	2233	2299	2432	2682	2793	2935	3053

1) bis 1983: Nervenärzte einschließlich Kinder- und Jugendpsychiater

2) bis 1983: Röntgenologen einschließlich Nuklearmedizin

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle A 7.2: An der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte  
1982 - 1993 (Stand: 1.1.) in Berlin-West  
- Teilnahmeform: Zulassung und Ermächtigung (KV Berlin)**

Fachgruppe	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1993
Anästhesisten	28	27	26	26	34	39	37
Augenärzte	146	154	156	157	160	162	163
Chirurgen	91	90	90	91	89	83	96
Gynäkologen	222	225	227	238	255	262	272
HNO-Ärzte	118	121	123	123	122	130	133
Hautärzte	78	76	81	86	90	92	91
Internisten	540	566	587	598	601	620	632
Kinderärzte	120	121	125	126	128	134	147
Laborärzte	35	24	30	28	27	26	29
Lungenärzte	37	37	31	30	31	36	39
Magen-Darm-Ärzte	1	1	1	1	1	1	1
MZK-Ärzte	6	7	6	9	8	9	9
Nervenärzte 1)	92	103	124	177	192	202	205
Kind./Jug.Psych. 1)		3	3	3	3	3	3
Psychiater	-	1	1	7	7	8	12
Neurochirurgen	4	4	6	6	7	9	10
Orthopäden	114	123	133	149	151	162	173
Pathologen	19	20	20	18	19	19	19
Röntgenologen 2)	115	107	111	113	110	114	114
Urologen	62	67	70	74	74	74	75
Nuklearmedizin 2)		2	5	7	9	12	11
Psychotherapie					8	5	4
Vorsorgeärzte					7	6	4
sonstige	237	203	158	37	3	3	3
zusammen	2065	2082	2114	2104	2136	2211	2282
Prakt./Allgem.	725	723	773	869	908	967	1002
insgesamt	2790	2805	2887	2973	3044	3178	3284

1) bis 1983: Nervenärzte einschließlich Kinder- und Jugendpsychiater

2) bis 1983: Röntgenologen einschließlich Nuklearmedizin

(Quelle: KV Berlin)



**Tabelle A 7.3: Versorgungsgrad (in %) im Verhältnis zur Bedarfsplanungs-Meßzahl - 1980, 1985 - 1991 (Stand: 31.12.) und 1993 (Stand: 18.8.) in Berlin**

Fachgruppe	Berlin-West								Bln -Ost	Berlin	
	1980	1985	1986	1987	1988	1989 1)	1990 1)	1991 1)	1993 2)		
Praktiker/											
Allgemeinärzte	93,8	100,1	107,3	110,8	113,0	99,6	100,9	110,1	170	163	167
Kinderärzte	148,7	168,9	170,7	168,0	167,1	124,3	124,3	135,4	133	185	153
Internisten	266,3	317,3	320,3	318,1	320,0	187,8	186,3	201,3	194	171	186
Gynäkologen	186,6	195,7	197,4	201,7	205,9	145,7	151,4	156,0	102	119	108
Orthopäden	205,9	266,0	280,4	292,2	288,2	198,7	211,8	218,9	121	87	108
Chirurgen	245,0	230,8	220,5	227,5	225,0	181,6	179,6	176,6	116	194	145
Nervenärzte	247,4	335,1	448,6	465,8	484,2	362,3	367,9	396,1	135	122	130
Augenärzte	176,9	203,9	203,9	203,9	206,5	155,3	152,4	163,6	117	127	121
HNO-Ärzte	184,1	198,4	196,8	195,2	193,7	154,4	159,5	171,1	134	138	135
Hautärzte	167,4	180,0	178,3	187,0	191,3	157,9	157,9	167,3	103	147	119
Röntgenologen	337,5	358,1	361,3	364,5	359,4	268,3	265,9	285,0	144	151	146
Urologen	206,9	250,0	260,7	255,2	258,6	168,2	165,9	176,2	96	122	106

1) Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgte auf der Basis der ab 12.1.1989 gültigen Meßzahlen.

2) Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgte auf der Basis der ab 9.3.1993 gültigen Meßzahlen.

(Quelle: KV Berlin)

## Kapitel 10 - Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung

**Tabelle A 10.1: Krankenhausbetten nach Einzugsbereichen am 31.12.1992 in Berlin je 1.000 Einwohner**

Einzugsbereich	Einwohner	Betten 1)	Akut- betten	Betten je 1 000 E	Akutbetten je 1.000 E
Mitte (Mitte Tiergarten, Wed- ding, Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Kreuzberg)	756662	9329	8455	12,3	11,2
Nord (Weißensee, Pankow, Reinickendorf)	408857	6624	4342	16,2	10,6
Ost (Lichtenberg Marzahn Hel- lersdorf, Hohenschönhausen)	585315	2834	1607	4,8	2,7
Süd-Ost (Neukölln, Köpenick, Treptow)	525515	3303	2440	6,3	4,6
Süd-West (Zehlendorf, Schöneberg Tempelhof, Steglitz)	635357	9082	5952	14,3	9,4
West (Charlottenburg Spandau, Wilmerdorf)	554042	8330	4346	15,0	7,8
Berlin	3465748	39502	27142	11,4	7,8

1) ohne Krankenhausstandorte außerhalb Berlins

(Quelle: SenGes/StaLa Berlin - fortgeschriebene Bevölkerung 31.12.1992)

**Tabelle A 10.2: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Umland in Krankenhäusern in Berlin-West 1991 - 1992**

Einrichtung	Behandelte N (Nichtberliner) / B (Brandenburger) an allen Behandlungsfällen in %			
	1991		1992	
	N	B	N	B
<b>Tiergarten</b>				
Krankenhaus Moabit (Gemeinnützig)	5.4	0.1	5.2	0.8
Krankenhaus Moabit (Städtisch)	5.7	0.4	5.7	0.4
Elisabeth-Diakonissen- und Krankenhaus Franziskus-Krankenhaus	9.3	2.7	7.6	2.5
	2.3	0.1	2.0	0.3
<b>Wedding</b>				
DRK-Krankenhaus Mark Brandenburg	2.5	0.3	3.2	0.8
Jüdisches Krankenhaus	2.2	0.6	3.0	1.5
Deutsches Herzzentrum Berlin	38.2	3.9	40.4	6.9
<b>Kreuzberg</b>				
Krankenhaus Am Urban	5.6	0.3	3.6	0.6
St. Marien-Krankenhaus	0.3	-	0.4	0.1
Diabetes-Nachtklinik	1.8	0.4	4.2	1.4
<b>Charlottenburg</b>				
Max-Bürger-Krankenhaus	2.8	-	10.8	0.3
Paulinen-Krankenhaus	2.9	-	1.9	0.5
St. Hildegard-Krankenhaus	0.8	-	0.3	0.1
Malteser-Krankenhaus	-	-	0.5	-
DRK-Hospital Kastanienallee	20.8	8.3	-	-
DRK-Klinik Phönix	30.4	3.3	-	-
DRK Kliniken Westend	-	-	2.5	0.7
Schloßpark-Klinik	-	-	-	-
<b>Spandau</b>				
Krankenhaus Spandau	3.7	0.6	3.9	1.0
Nervenklinik Spandau	7.5	0.3	8.1	0.6
Ev. Johannesstift	0.9	0.1	0.4	0.2
Ev. Waldkrankenhaus Spandau	2.5	1.0	2.8	1.7
ASB Pflegeanstalt Spandau	-	-	-	-
Havelklinik KG	3.4	1.4	4.4	1.9
Anstalt für Chronisch Kranke Birkenhof	-	-	-	-
AHB-Klinik für Neurologie und Orthopädie	-	-	4.1	1.3
<b>Wilmerdorf</b>				
Martin-Luther-Krankenhaus	2.4	0.2	3.3	0.7
St. Gertrauden-Krankenhaus	2.4	1.2	3.1	2.0
DRK-Krankenhaus Nansen	-	-	1.9	-
DRK-Krankenhaus für Diabetes	0.5	-	1.9	-
Parksanatorium Dahlem	1.5	0.7	2.3	1.2
Klinik am Roseneck	-	-	-	-
Privatklinik für Psychogene Störungen	0.5	-	2.3	0.5
Grünwaldklinik	1.0	-	1.3	0.5
Klinik für kosmetische Chirurgie	15.2	10.0	16.3	6.6
<b>Zehlendorf</b>				
Krankenhaus Zehlendorf	5.4	3.1	8.5	6.1
Ev. Krankenhaus Hubertus	5.8	1.4	6.2	2.4
Krankenhaus Waldfriede	0.9	0.3	1.5	0.4
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	2.6	0.8	3.2	1.4
Oskar-Helene-Helm	6.1	1.8	8.8	3.2
Immanuel-Krankenhaus	1.1	0.7	1.6	1.3
Margarete-Gruber-Haus	-	-	-	-
Ev. Krankenhaus Schönau	-	-	0.5	0.5
Ev. Booth-Krankenhaus für Chronisch Kranke	-	-	-	-
ASB-Krankenhaus Schwedenpavillon	2.0	-	0.3	0.3
West-Klinik Dahlem	2.4	0.5	1.8	0.5
Klinik für Chronisch Kranke Schöfersee	-	-	-	-
Privat-Hospital Wannsee	-	-	-	-
Landhaus Nikolasse	-	-	-	-

## Fortsetzung: Tabelle A 10.2

Einrichtung	Behandelte N (Nichtberliner) / B (Brandenburger) an allen Behandlungsfällen in %			
	1991		1992	
	N	B	N	B
<b>Schöneberg</b>				
Auguste-Viktoria-Krankenhaus	1,1	0,1	1,1	0,2
Hospital Feierabendheim	-	-	-	-
Privatklinik Hygiea	1,2	0,4	1,3	0,7
Fugger-Klinik	-	-	-	-
Klinik am Bayerischen Platz	-	-	-	-
<b>Steglitz</b>				
Königswarter-Krankenhaus	1,3	0,2	0,5	0,1
DRK-Rittberg-Krankenhaus	2,6	0,6	3,2	1,3
Krankenhaus Bethel	1,1	0,5	2,4	0,8
St. Marien-Krankenhaus Lankwitz	1,6	0,4	2,0	0,5
Johanniter-Hospital	2,0	-	-	-
Psych. Tagesklinik Lankwitz	-	-	-	-
<b>Tempelhof</b>				
Wenckebach-Krankenhaus	2,3	0,1	2,2	-
St. Joseph-Krankenhaus	1,1	0,1	1,3	0,4
Christophorus-Krankenhaus	2,7	1,9	4,5	3,6
<b>Neukölln</b>				
Krankenhaus Neukölln	2,6	0,3	10,0	0,5
AWO für Chronisch Kranke	-	-	-	-
<b>Reinickendorf</b>				
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik	4,4	0,1	4,2	0,2
Humboldt-Krankenhaus	3,6	1,5	3,5	0,6
Dominikus Krankenhaus	2,9	1,1	4,0	2,9
ASB-Pflegeanstalt Konradshöhe	-	-	-	-
Privat-Hospital Frohnau	-	-	-	-
Privat-Hospital Heiligensee	-	-	-	-
GHS-Krankenhaus für Chronisch Kranke	-	-	2,8	-
<b>Universitätseinrichtungen</b>				
Rudolf-Virchow-Klinikum	5,7	0,8	16,8	0,6
Klinikum Steglitz	7,4	0,9	8,4	3,7
im Vergleich hierzu der Durchschnitt in Berlin-West	4,4	0,7	6,8	1,4

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 10.3: Stationäre Behandlungsfälle aus dem Umland in Krankenhäusern in Berlin-Ost 1989 - 1992 <sup>1)</sup>**

Einrichtung	Behandelte N (Nichtberliner) / B (Brandenburger) an allen Behandlungsfällen in %							
	1989		1990		1991		1992	
	N	B	N	B	N	B	N	B
<b>Mitte</b>								
St. Hedwig-Krankenhaus	22,2	17,2	22,9	16,3	25,7	19,2	24,7	18,8
St. Joseph-Krankenhaus Mitte	8,6	7,2	7,6	6,1	11,4	9,4	9,0	8,1
Bundeswehr-Krankenhaus							13,3	9,3
<b>Prenzlauer Berg</b>								
Krankenhaus Prenzlauer Berg	6,6	2,6	6,7	2,2	2,8	1,1	10,7	2,0
<b>Friedrichshain</b>								
Krankenhaus Friedrichshain	12,7	6,9	14,1	7,8	10,0	4,4	10,4	7,2
<b>Treptow</b>								
Krankenhaus Hedwigshöhe	19,8	18,2	20,2	19,2	23,5	22,0	22,3	20,8
<b>Köpenick</b>								
St. Antonius-Krankenhaus	6,3	4,2	6,3	4,6	11,2	8,9	6,0	4,8
Krankenhaus Köpenick	6,2	3,2	6,4	3,3	17,9	2,6	13,0	2,8
<b>Lichtenberg</b>								
Krankenhaus Lichtenberg	6,4	4,2	7,3	4,3	5,6	4,0	2,4	1,5
Ev. Diakoniewerk	7,5	5,6	5,9	3,3	/		4,1	2,6
<b>Weißensee</b>								
Krankenhaus Weißensee	6,1	4,3	4,6	3,2	3,5	2,4	4,6	2,4
St. Joseph-Krankenhaus Weißensee	26,7	16,6	24,9	15,2	22,8	10,1	18,2	14,6
<b>Pankow</b>								
Klinikum Buch 2)	28,7	22,6	31,7	25,2	41,0	32,8	41,7	36,1
Maria-Heimsuchung	6,2	5,8	5,9	5,3	6,8	6,2	8,7	8,3
Krankenhaus Pankow	16,3	9,8	14,3	8,3	8,7	2,4	13,8	6,4
FKH für Lungenkrankheiten	58,6	39,7	57,3	40,0	47,9	23,0	46,0	31,3
<b>Marzahn</b>								
Griesinger Krankenhaus	12,3	7,0	13,3	7,9	18,5	7,8	3,6	0,1
<b>Hohenschönhausen</b>								
	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Hellersdorf</b>								
Krankenhaus Kaulsdorf	7,3	4,3	7,6	3,9	4,3	2,0	6,6	5,2
<b>Universitätseinrichtungen</b>								
Charité	44,2	27,0	45,8	27,9	42,4	26,4	39,3	25,9
Robert-Rössle-Klinik	57,7	38,2	58,2	35,3	62,4	31,4	61,8	37,0
Franz-Vollhard-Klinik	66,8	28,1	65,3	34,1	74,9	50,8	78,2	51,7
im Vergleich hierzu								
der Durchschnitt in Berlin-Ost	22,9	15,0	21,0	14,0	26,7	16,4	23,3	16,5

1) Wir weisen darauf hin, daß der Aufstellung zwei unterschiedliche Erfassungssysteme zugrunde liegen (1989 und 1990 Krankenblattprojekt der ehemaligen DDR)  
 2) seit 15.10.1992 ohne Herzchirurgie

(Quelle: SenGes)

**Kapitel 12 - Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen**

**Tabelle A 12.1: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte (einschließlich zugeordneter 6 AiP) am 31.12.1991 in Berlin nach Fachgebieten und Bezirken**

Bezirk	Arzte insgesamt		Arzte mit Gebietsbezeichnung													sonstige		
	12/1990	12/1991	Arzte ohne Gebietsbezeichnung		Allgemeinmedizin	Augenheilkunde	Chirurgie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Dermatologie und Venerologie	Innere Medizin	Kinderheilkunde	Lungen- und Bronchialheilkunde	Nervenheilk., Neurologie, Psychiatrie	Ortho-Radiologie		Urologie	
			12/1990	12/1991														
Berlin-West			35	11	2	5	3	9	4	5	29	5	5	1	7	4	3	2
Tiergarten	114	126																
Wedding	188	209	51	25	1	10	11	17	6	6	36	8	4	4	9	7	6	3
Kreuzberg	204	198	61	19	1	11	5	17	7	5	34	7	4	4	6	10	5	4
Charlottenburg	361	390	78	28	3	20	8	32	16	11	90	15	2	41	19	10	9	8
Spandau	246	262	38	24	5	14	9	24	11	8	63	14	3	16	16	8	8	1
Wilmerdorf	298	326	56	25	4	13	10	33	13	16	65	10	3	31	19	8	9	11
Zehlendorf	214	211	63	27	4	6	5	10	8	4	27	8	4	20	9	6	3	7
Schöneberg	289	315	71	31	5	13	7	26	13	9	67	14	2	21	11	7	6	12
Slegitz	263	295	57	26	5	18	6	24	14	8	58	14	5	24	15	9	5	7
Tempelhof	192	195	33	24		12	4	17	9	9	41	9	2	10	14	6	5	7
Neukölln	282	333	84	32	1	20	8	28	10	11	56	17	5	17	20	14	8	2
Reinickendorf	261	270	52	26	3	18	9	20	11	8	66	13	5	12	14	5	7	1
zusammen	2912	3130	679	298	34	160	85	257	122	100	632	134	40	214	160	86	73	56
Berlin-Ost			12	51	1	10	6	25	7	8	29	11	1	8	7	2	5	16
Wille	518	199																
Prenzlauer Berg	127	271	36	55	1	11	11	21	9	5	64	20	1	11	8	5	3	11
Friedrichshain	216	232	20	60	2	9	5	14	5	5	42	19	1	9	4	8	5	24
Treptow	76	203	14	56	3	12	6	16	12	7	30	11	1	5	5	7	3	16
Köpenick	212	202	20	55		10	4	15	7	9	30	18	1	5	4	1	3	21
Lichtenberg	205	308	22	72		16	13	23	9	10	44	30	1	15	9	9	7	29
Weißensee	84	113	17	33	1	5	4	10	4	2	16	8	1	4	1	2	1	6
Pankow	240	184	16	49		9	5	16	6	6	25	16	2	7	6	2	1	18
Marzahn	272	238	23	54	3	12	6	17	11	6	34	25	1	10	4	6	6	21
Hofenschönhausen	127	155	20	41		7	6	12	6	3	21	16	1	8	3	3	2	7
Hellersdorf	110	176	24	47	1	5	4	15	5	9	18	21	1	6	4	2	2	13
zusammen	2187	2281	224	573	12	106	70	184	81	70	353	195	4	88	55	47	37	182
Berlin	5411	903	871	46	266	155	441	203	170	985	329	44	302	215	133	110	238	

(Quelle: StGLa Berlin/Ärztekammer Berlin)

**Tabelle A 12.2: Arztdichte: Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte 1980 - 1991 in Berlin je Einwohner**

Jahr	Berlin-West		Berlin-Ost 1)	
	Ärzte	je Einwohner	Ärzte	je Einwohner
1980	2352	806	1761	654
1981	2382	793	1780	650
1982	2402	778	1807	649
1983	2497	743	1828	649
1984	2576	718	1865	642
1985	2655	701	1908	637
1986	2756	682	2070	597
1987	2830	711	2118	595
1988	2872	720	2154	596
1989	2938	725	2569	498
1990	2912	741	2262	577
1991	3130	692	2281	562

1) bis 1989 ambulante ärztliche Arbeitsplätze

(Quelle: StLo Berlin/Stat.Jahrbuch der ehem DDR/eigen Berechnungen)

**Tabelle A 12.3: Krankenhausplanbetten (ohne Krankenhäuser) je hauptamtlich tätigem Arzt 1980 - 1991 in Berlin**

Jahr	Berlin-West			Berlin-Ost		
	Krankenhausplanbetten	Ärzte	je Planbett	Krankenhausplanbetten	Ärzte	je Planbett
1980	33691	3962	8.5	14992	1870	8.0
1981	33316	4113	8.1	14918	1916	7.8
1982	31967	3867	8.3	14946	1980	7.6
1983	31320	4072	7.7	15203	1986	7.7
1984	30702	4211	7.3	15177	2037	7.5
1985	30589	4249	7.2	15160	2099	7.2
1986	30031	4311	7.0	15083	2056	7.3
1987	29209	4422	6.6	14873	2140	7.0
1988	28698	4521	6.3	14725	2174	6.8
1989	28339	4946 1)	5.7	14742	2551 4)	5.8
1990	26523	4858 2)	5.5	12910	2676 5)	4.8
1991	25955	5009 3)	4.6	13488	2580 6)	5.2
7)	27051	4081	6.6	12844	2365	5.4

- 1) einschließlich 557 AiP, ohne i.e. 6.5 Ärzte je Planbett
- 2) einschließlich 573 AiP, ohne i.e. 6.1 Ärzte je Planbett
- 3) einschließlich 566 AiP, ohne i.e. 5.8 Ärzte je Planbett
- 4) bis einschließlich 1988 Personal nur in staatlichen Einrichtungen.  
1989: Personal nach Hochschulkaderprojekt
- 5) einschließlich 85 AiP, ohne i.e. 5.0 Ärzte je Planbett
- 6) einschließlich 178 AiP, ohne i.e. 5.6 Ärzte je Planbett
- 7) aufgestellte Betten je Vollkraft im Jahresdurchschnitt

(Quelle: StLo Berlin/Stat.Jahrbuch der ehem DDR/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 12.4: Indikatoren zur ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Versorgung 1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Einwohner je ambulant tätigem Arzt	Einwohner je ambulant tätigem Zahnarzt	Einwohner je ärztlicher Vollzeitkraft 1) im Gesundheitsamt	Einwohner je Apotheke
Berlin-West	692	1599	7277	3657
Tiergarten	751	2151	6760	3518
Wedding	801	1819	5397	3637
Kreuzberg	788	1753	5572	3326
Charlottenburg	474	1017	3815	2647
Spondau	852	2011	9302	5192
Wilmersdorf	449	1076	9147	2820
Zehlendorf	462	1455	5907	3749
Schöneberg	498	1018	6399	2662
Steglitz	647	1435	9787	3601
Tempelhof	966	2094	9669	4188
Neukölln	929	2292	9520	4426
Reinickendorf	924	2061	10621	4610
Berlin-Ost	562	1592	7788	9217
Mitte	403	1029	4460	5049
Prenzlauer Berg	534	1340	18087	7656
Friedrichshain	460	1422	8202	7909
Treptow	513	1286	8331	6989
Köpenick	535	1461	7456	7207
Lichtenberg	546	1733	8004	11435
Weißensee	457	1228	3439	7370
Pankow	582	1508	8235	10814
Marzahn	695	2297	8940	15036
Hohenschönhausen	767	2377	7669	24259
Hellersdorf	718	2216	8147	11586
Berlin	637	1596	7459	4697

1) als einheitliche Berechnungsgrundlage wurden für den ärztlichen Bereich zwei Teilzeitkräfte als eine Vollzeitkraft berücksichtigt

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 12.5: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis in ambulanten Einrichtungen in bezirklicher Trägerschaft (ohne GSZB) am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Bezirken**

Bezirk	Beschäftigte insgesamt	davon			
		Ärzte	Zahnärzte	sonst med Pers	sonst Pers
Mitte	-	-	-	-	-
Prenzlauer Berg	-	-	-	-	-
Friedrichshain	5	2	-	2	1
Treptow	19	6	-	13	-
Köpenick	46	13	4	25	4
Lichtenberg	5	2	-	3	-
Weißensee	-	-	-	-	-
Pankow	60	15	2	37	6
Marzahn	27	11	-	13	3
Hohenschönhausen	23	8	-	12	3
Hellersdorf	6	3	-	3	-
Berlin-Ost	191	60	6	108	17

(Quelle: GSZB)



**Tabelle A 12.6: Beschäftigte im Angestelltenverhältnis im landeseigenen Betrieb GSZB am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Einrichtungen**

Einrichtung	Beschäftigte insgesamt	davon			
		Ärzte	Zahnärzte	sonst med. Personal	Verw. Personal
Gesundheitszentrum Am Tierpark	-	-	-	-	-
Poliklinik "Dr Karl Kollwitz"	19	6	-	13	-
Poliklinik "Haus der Gesundheit"	63	17	2	44	-
Ambulatorium Schillingstraße	9	4	-	5	-
Poliklinik Wisbyer Straße	7	3	-	4	-
Poliklinik "Ernst Ludwig Heim"	31	10	3	18	-
Poliklinik Adlergestell	11	5	-	6	-
Poliklinik Eldenaer Straße	-	-	-	-	-
Poliklinik am Krankenhaus Köpenick	12	5	-	7	-
Gesundheitszentrum "Frederic Joliot Curie"	50	16	-	34	-
Gesundheitszentrum Rudolfstraße	5	2	-	3	-
Poliklinik am Krankenhaus Weißensee	5	2	-	3	-
Klinikum Berlin-Buch	85	37	-	48	-
Leitung und Verwaltung	39	-	-	-	39
insgesamt	336	107	5	185	39

(Quelle: GSZB)

**Tabelle A 12.7: Angestellte Ärzte in ambulanten Einrichtungen (bezirkliche Trägerschaft und GSZB) am 31.12.1992 in Berlin-Ost nach Fachgebieten und Bezirken**

Fachgebiet	Ärzte insgesamt	Mitte	Prenzlauer Berg	Friedrichshain	Treptow	Köpenick	Lichtenberg	Weißensee	Pankow	Marzahn	Hohenschönhauser	Hellersdorf
Allgemeinmedizin	34	2	2	3	-	7	1	-	8	6	4	1
Innere Medizin	40	3	1	4	4	5	1	-	13	6	2	1
Chirurgie	6	1	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-
Frauenheilkunde	12	2	-	1	1	1	-	-	5	2	-	-
Kinderheilkunde	14	2	2	-	-	2	-	1	3	3	1	-
Augenheilkunde	6	1	1	1	1	-	-	-	2	-	-	-
HNO	11	1	-	2	3	1	-	-	3	1	-	-
Dermatologie	13	2	-	6	-	-	-	-	3	-	1	1
Urologie	3	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Orthopädie	6	1	-	1	-	-	-	-	3	1	-	-
Neurologie/Psychiatrie	7	3	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-
Physiotherapie	2	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
Röntgendiagnostik	13	2	2	1	2	2	-	-	2	2	-	-
insgesamt	167	21	9	20	11	18	2	2	52	21	8	3

(Quelle: GSZB)

**Tabelle A 12.8: Niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen am 31.12.1991 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Heilpraktiker	Psychotherapeut mit Heilpraktikererlaubnis	Krankenschwester/-pfleger	Hebammen/Entbindungspfleger	Beschäftigungs- und Arbeits-therapeuten	Logopäden	Krankengymnasten	Masseur	Masseur und medizinische Bademeister
Berlin-West									
Tiergarten	32	30	1	16	2	3	19	1	9
Wedding	19	29	3	10	1	2	17	2	22
Kreuzberg	84	61	2	29	-	2	36	2	14
Charlottenburg	108	118	1	31	3	3	49	6	37
Spandau	31	22	6	12	1	4	32	2	26
Wilmerdorf	71	104	1	22	3	6	42	12	30
Zehlendorf	39	42	1	7	1	5	40	2	11
Schöneberg	96	121	-	32	4	5	53	7	29
Steglitz	84	62	3	21	2	5	43	4	23
Tempelhof	27	19	1	9	1	3	34	7	18
Neukölln	38	35	1	23	4	4	45	2	33
Reinickendorf	29	42	3	9	2	4	33	5	34
zusammen	658	685	23	221	24	46	443	52	286
Berlin-Ost									
Mitte	-	-	1	3	-	-	8	-	-
Prenzlauer Berg	-	-	1	4	-	-	7	-	-
Friedrichshain	-	-	-	2	-	-	13	-	-
Treptow	-	-	1	1	-	-	15	-	-
Köpenick	-	2	-	4	-	-	3	-	-
Lichtenberg	-	1	-	3	-	-	14	-	-
Weißensee	-	-	-	-	-	-	4	-	-
Pankow	1	-	-	2	-	-	3	-	1
Marzahn	-	3	-	3	-	-	13	-	-
Hohenschönhausen	-	1	-	5	-	-	11	-	-
Hellersdorf	-	-	-	9	-	-	1	-	1
zusammen	1	7	3	36	-	-	92	-	2
Berlin	659	692	26	257	24	46	535	52	288

(Quelle: StLo Berlin)

**Tabelle A 12.9: Entwicklung der Ausbildungsplatzsituation an Schulen für Medizinalfachberufe 1985 bis 1992 (Stand: 1.11.) in Berlin**

Medizinal- fachberuf	Ausbil- dungs- dauer on der Schule	Ausbildungsplätze																			
		1985				1989				1990				1991				1992			
		Berlin-West						Berlin						Berlin							
		ge- nehmigt	besetzt abs.	%	ge- nehmigt	besetzt abs.	%	ge- nehmigt	besetzt abs.	%	ge- nehmigt	besetzt abs.	%	ge- nehmigt	besetzt abs.	%	ge- nehmigt	besetzt abs.	%		
pflegerische Berufe zusammen	3 J.	3619	3296	91,1	3646	3177	87,1	3616	3227	89,2	5962	4967	83,3	5379	4527	84,2					
Krankenschwester/-pfleger		2795	2678	95,8	2855	2534	88,8	2825	2501	88,5	4818	3973	82,5	4290	3498	81,5					
Kinderkrankenschwester/ -pfleger	3 J.	280	257	91,8	280	247	88,2	280	249	88,9	535	477	89,2	535	496	92,7					
Krankenpflegehelfer	1 J.	464	277	60,0	429	312	72,7	429	397	92,5	467	384	82,2	414	399	96,4					
Hebamme/Entbindungspfleger	3 J.	80	84	105,0	82	84	102,4	82	80	97,6	142	133	93,7	140	134	95,7					
med.-techn./therapeutische Berufe zusammen		2118	1829	86,4	2088	1626	77,9	2072	1557	75,1	2794	2218	79,4	2992	2339	78,2					
Diatassistent	2 J.	86	78	90,7	86	63	73,3	86	50	58,1	146	103	70,5	146	100	68,5					
Techn. Ass. in der Medizin	2 J.	632	491	77,7	632	384	60,8	616	371	60,2	808	525	65,0	836	528	63,2					
Kardiotechniker	2 J.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	22	91,7	30	24	80,0					
Krankengymnast	2 J.	870	916	105,3	840	838	99,8	840	831	98,9	1160	1114	96,0	1300	1147	88,2					
Masseur, Masseur und med. Bademeister	1 J.	300	142	47,3	300	123	41,0	300	98	32,7	360	191	53,1	360	243	67,5					
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut	3 J.	190	162	85,3	190	178	93,7	190	168	88,4	256	224	87,5	256	234	91,4					
Logopäde	3 J.	40	40	100,0	40	40	100,0	40	39	97,5	40	39	97,5	64	63	98,4					
pflegerische, med.-techn., therapeut. Berufe zusammen		5737	5125	89,3	5734	4803	83,8	5688	4784	84,1	8756	7185	82,1	8371	6866	82,0					
sonstige Gesundheitsberufe zusammen		75	23	30,7	75	33	44,0	75	43	57,3	75	16	21,3	49	38	77,6					
Med. Sektions- und Präparationsass.	6 Mon.	25	12	48,0	25	15	60,0	25	8	32,0	25	16	64,0	25	16	64,0					
Desinfektor	3 Mon.	25	-	-	25	-	-	25	17	68,0	25	-	-	24	22	91,7					
Gesundheitsaufseher	2 J.	25	11	44,0	25	18	72,0	25	18	72,0	25	-	-	-	-	-					
insgesamt		5812	5148	88,6	5809	4836	83,3	5763	4827	83,8	8831	7201	81,5	8420	6904	82,0					

(Quelle: SenGes)

## Kapitel 13 - Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung

**Tabelle A 13.1: Mitgliederentwicklung bei den landesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern 1985 - 1992 in Berlin**

Versicherungsträger	Mitglieder									
	West								Ost	
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1991	1992
AOK Berlin										
Pflicht-Mitglieder	364914	361434	355863	346764	338171	350303	368605	371253	292739	253490
Freiw Mitglieder	68640	61486	57418	51686	52185	48055	45970	45493	25065	14382
Rentner	280240	270245	261298	253156	246143	239315	232475	225488	162390	160586
zusammen	713794	693165	674579	651606	636499	637673	647050	642234	480194	428458
BKK Berlin										
Pflicht-Mitglieder	68611	68342	66976	65904	65225	65471	65394	64019	75395	61292
Freiw Mitglieder	13779	11724	10246	9212	9150	8915	8856	9308	4890	4472
Rentner	35633	35584	35642	35937	36171	36462	36645	36809	8000	8243
zusammen	118023	115650	112864	111053	110546	110848	110895	110136	88285	74007
Ldl Berlin										
Pflicht-Mitglieder	40236	40133	40517	41832	41298	44270	49447	51635	19498	20931
Freiw Mitglieder	4631	4464	4308	4263	4576	4484	4561	4668	2506	2280
Rentner	12646	12393	12127	11915	11757	11581	11574	11511	163	424
zusammen	57513	56990	56952	58010	57631	60335	65582	67814	22167	23635
KM 1/13 Statistik										
Pflicht-Mitglieder	473761	469909	463356	454500	444694	460044	483446	486907	387632	335713
Freiw Mitglieder	87050	77674	71972	65161	65911	61454	59387	59469	32461	21134
Rentner	328519	318222	309067	301008	294071	287358	280694	273808	170553	169253
insgesamt	889330	865805	844395	820669	804676	808856	823527	820184	590646	526100

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 13.2: Mitgliederentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern in % zum Vorjahr 1985 - 1992 in Berlin**

Versicherungs-träger	West								Verhältnis Ost/West		
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1991/91	1992/92	1992/91
<b>AOK Berlin</b>											
Pflicht-Mitglieder	364914	-1,0	-1,5	-2,6	-2,5	3,8	5,2	0,7	-20,6	-31,7	-13,4
Freiw Mitglieder	68640	-10,4	-6,6	-10,0	1,0	-7,9	-4,3	-1,0	-45,5	-68,4	-42,6
Rentner	280240	-3,6	-3,3	-3,1	-2,8	-2,8	-2,9	-3,0	-30,1	-28,8	-1,1
zusammen	713794	-2,9	-2,7	-3,4	-2,3	0,2	1,5	-0,7	-25,8	-33,3	-10,8
<b>BKK Berlin</b>											
Pflicht-Mitglieder	68611	-0,4	-2,0	-1,6	-1,0	0,4	-0,1	-2,1	15,3	-4,3	-18,7
Freiw Mitglieder	13779	-14,9	-12,6	-10,1	-0,7	-2,6	-0,7	5,1	-44,8	-52,0	-8,5
Rentner	35633	-0,1	0,2	0,8	0,7	0,8	0,5	0,4	-78,2	-77,6	3,0
zusammen	118023	-2,0	-2,4	-1,6	-0,5	0,3	0,0	-0,7	-20,4	-32,8	-16,2
<b>Ldl Berlin</b>											
Pflicht-Mitglieder	40236	-0,3	1,0	3,2	-1,3	7,2	11,7	4,4	-60,6	-59,5	7,3
Freiw Mitglieder	4631	-3,6	-3,5	-1,0	7,3	-2,0	1,7	2,3	-45,1	-51,2	-9,0
Rentner	12646	-2,0	-2,1	-1,7	-1,3	-1,5	-0,1	-0,5	-98,6	-96,3	160,1
zusammen	57513	-0,9	-0,1	1,9	-0,7	4,7	8,7	3,4	-66,2	-65,1	6,6
<b>KM 1/13 Statistik</b>											
Pflicht-Mitglieder	473761	-0,8	-1,4	-1,9	-2,2	3,5	5,1	0,7	-19,8	-31,1	-13,4
Freiw Mitglieder	87050	-10,8	-7,3	-9,5	1,2	-6,8	-3,4	0,1	-45,3	-64,5	-34,9
Rentner	328519	-3,1	-2,9	-2,6	-2,3	-2,3	-2,3	-2,5	-39,2	-38,2	-0,8
insgesamt	889330	-2,6	-2,5	-2,8	-1,9	0,5	1,8	-0,4	-28,3	-35,9	-10,9

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 13.3: Mitglieder nach KM 1/13 und KM 5 1991 und 1992 in Berlin - zu betreuende Mitglieder und %-Anteile (einschließlich mitversicherte Fang - Pflicht - Freiwillige - Rentner) -**

Versicherungs-träger	Allg. Beitrags-satz %	Pflicht-Mitgl.	Freiw.-Mitgl.	Pflicht- u. Freiw. zusammen	Rentner	insgesamt
<b>1 9 9 1</b>						
<b>KV-West</b>						
AOK Berlin	14,7	527813	71733	599546	245877	845423
BKK Berlin	12,2	98523	16129	114652	40071	154723
IKK FuG	14,9	21652	1903	23555	3512	27067
IKK Metall	12,6	14397	1135	15532	1592	17124
Vereinigte IKK	13,3	43490	6635	50125	8097	58222
zusammen		705875	97535	803410	299149	1102559
<b>KV-Ost</b>						
AOK Berlin	12,8	346098	29836	375934	164600	540534
BKK Berlin	12,8	106118	6117	112235	8183	120418
IKK FuG	12,8	11095	791	11886	53	11939
IKK Metall	12,8	6112	880	6992	27	7019
Vereinigte IKK	12,8	14595	1806	16401	86	16487
zusammen		484018	39430	523448	172949	696397
<b>insgesamt 1991</b>		<b>1189893</b>	<b>136965</b>	<b>1326858</b>	<b>472098</b>	<b>1798956</b>
<b>1 9 9 2</b>						
<b>KV-West</b>						
AOK Berlin	13,9	529113	71213	600326	238710	839036
BKK Berlin	1) 12,975	97577	16890	114467	40458	154925
IKK FuG	13,9	17686	1524	19210	3173	22383
IKK Metall	ab 1.1 bei VIKK					
Vereinigte IKK	12,6	48712	5737	54449	8963	63412
insgesamt		693088	95364	788452	291304	1079756
<b>KV-Ost</b>						
AOK Berlin	12,8	311345	18414	329759	163066	492825
BKK Berlin	12,7	91998	5826	97824	8452	106276
IKK FuG	12,8	7972	624	8596	139	8735
IKK Metall	ab 1.1 bei VIKK					
Vereinigte IKK	12,7	17156	2234	19390	297	19687
insgesamt		428471	27098	455569	171954	627523
<b>insgesamt 1992</b>		<b>1121559</b>	<b>122462</b>	<b>1244021</b>	<b>463258</b>	<b>1707279</b>

1) ab 1.1 = 12,7; ab 1.10 = 13,8  
 2) ab 1.1 = 12,8; ab 1.7 = 12,6

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 13.4: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung 1982 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung	1982		1991		1991 zu 1982 in %
	1.000	%	1.000	%	
Berlin-West					
gesetzl. Krankenversicherung	1716	91,2	1851	86,0	7,9
private Krankenversicherung	103	5,5	249	11,6	141,7
sonstige 1)	41	2,2	43	2,0	4,9
nicht krankenversichert	22	1,2	9	0,4	-59,1
zusammen	1882	100	2152	100	14,3
Berlin-Ost					
gesetzl. Krankenversicherung			1244	97,7	
private Krankenversicherung			13	1,0	
sonstige 1)			11	0,9	
nicht krankenversichert			5	0,4	
zusammen			1273	100	
Berlin					
gesetzl. Krankenversicherung			3094	90,4	
private Krankenversicherung			262	7,7	
sonstige 1)			54	1,6	
nicht krankenversichert			14	0,4	
insgesamt			3424	100	

1) Freie Heilfürsorge der Polizei, anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich  
(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 13.5: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung, Art des Versicherungs- schutzes	Berlin-West								Berlin-Ost		Berlin		
	1982		1989		1990		1991		1991 zu 1982 in %		1991		
	1.000	%	1.000	%	1.000	%	1.000	%	1.000	%	1.000	%	
Pflichtversicherte	710	37,7	780	37,5	797	37,2	791	36,8	11,4	681	53,5	1471	42,9
Primärkassen 1)	549	29,1	519	25,0	518	24,2	512	23,8	-6,7	437	34,4	949	27,7
Ersatzkasse	161	8,6	261	12,6	279	13,0	279	13,0	73,3	244	19,2	522	15,2
freiwillig versicherte													
Mitglieder	245	13,0	355	17,1	359	16,8	373	17,3	52,2	58	4,6	431	12,6
Primärkassen 1)	101	5,4	75	3,6	80	3,7	75	3,5	-25,7	23	1,8	98	2,9
Ersatzkasse	62	3,3	91	4,4	85	4,0	92	4,3	48,4	23	1,8	115	3,4
privat Versicherte	82	4,3	189	9,1	194	9,1	206	9,6	151,2	12	0,9	218	6,4
pflichtversicherte													
Rentner	405	21,5	370	17,8	413	19,3	412	19,1	1,7	174	13,7	586	17,1
Primärkassen 1)	334	17,8	290	14,0	325	15,2	324	15,1	-3,0	161	12,7	485	14,2
Ersatzkasse	71	3,7	80	3,8	88	4,1	88	4,1	23,9	13	1,0	101	2,9
mitversicherte Familien- angehörige	460	24,4	513	24,7	503	23,5	524	24,3	13,9	344	27,0	869	25,4
Primärkassen 1)	347	18,4	330	15,9	313	14,6	325	15,1	-6,3	192	15,1	517	15,1
Ersatzkasse	91	4,8	143	6,9	135	6,3	157	7,3	72,5	151	11,9	308	9,0
privat Versicherte	22	1,2	40	1,9	55	2,6	43	2,0	95,5	1	0,1	44	1,3
sonstiger Versicherungs- schutz 2)	41	2,2	49	2,4	62	2,9	43	2,0	4,9	11	0,9	54	1,6
nicht krankenversichert	22	1,1	11	0,5	8	0,4	9	0,4	-59,1	5	0,4	14	0,4
insgesamt	1882	100	2078	100	2142	100	2152	100	14,3	1272	100	3425	100

1) Ortskrankenkasse, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkasse, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse  
2) Freie Heilfürsorge der Polizei, anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich

(Quelle: StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 13.6: Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)**

Art der Krankenkasse	1982	1989	1990	1991	1991 zu 1982 in %
Berlin-West					
Primärkasse	0 597	0 447	0 439	0 382	-36,0
Ersatzkasse	0 332	0 234	0 228	0 187	-43,7
Private Krankenversicherung	0,217	0,135	0 134	0 084	-61,3
Berlin-Ost					
Primärkasse				0 271	
Ersatzkasse				0 037	
Private Krankenversicherung				0 032	
Berlin					
Primärkasse				0 336	
Ersatzkasse				0 120	
Private Krankenversicherung				0,082	

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 13.7: Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus) 1)**

Art der Krankenkasse/ -versicherung	insgesamt				Erwerbstätige				Erwerbslose				Nichterwerbs- personen				
	abs		%		abs		%		abs		%		abs		%		
	1.000	insg.	m.	w.	1.000	zus.	m.	w.	1.000	zus.	m.	w.	1.000	zus.	m.	w.	
Berlin-West																	
gesetzl. Krankenversicherung	1851	86,0	82,7	89,1	855	83,2	79,0	88,7	98	89,1	88,9	85,1	898	88,6	87,3	89,6	
Ortskrankenkasse	870	40,4	40,6	40,2	338	32,9	36,0	28,6	62	56,4	61,9	48,9	470	46,4	44,1	47,9	
Innungskrankenkasse	81	3,8	4,3	3,3	48	4,7	5,0	4,2	4	3,6	4,8	2,1	29	2,9	3,2	2,7	
Betriebskrankenkasse	278	12,9	12,8	13,1	128	12,5	12,5	12,4	8	7,3	6,3	8,5	142	14,0	14,2	13,9	
Bundesknappschaft	3	0,1	0,2	0,2	1	0,1	0,2	0,2	1	0,9			1	0,1	0,3	0,2	
Landwirtschaftl. Krankenkasse	3	0,1	0,1	0,2	1	0,1	0,2	0,2	1	0,9			1	0,1		0,2	
Ersatzkasse	616	28,6	24,7	32,1	339	33,0	25,1	43,0	22	20,0	15,9	25,5	255	25,1	25,6	24,9	
private Krankenversicherung	249	11,6	15,3	8,1	169	16,4	20,8	10,9	1	0,9	1,6	2,1	79	7,8	9,2	6,6	
sonst. Versicherungsschutz	43	2,0	1,7	2,4	2	0,2	0,2	0,2	10	9,1	7,9	10,6	31	3,1	2,9	3,3	
nicht krankenversichert	9	0,4	0,3	0,4	2	0,2		0,2	1	0,9	1,6	2,1	6	0,6	0,5	0,5	
zusammen	2152	100	100	100	1028	100	100	100	110	100	100	100	1014	100	100	100	
Berlin-Ost																	
gesetzl. Krankenversicherung	1244	97,7	96,9	99,0	646	97,6	95,9	99,4	83	96,5	94,7	97,9	515	98,1	98,7	98,7	
Ortskrankenkasse	595	46,7	49,0	44,7	258	39,0	48,3	28,4	63	73,3	73,7	74,5	274	52,2	46,0	57,3	
Innungskrankenkasse	31	2,4	3,0	1,9	25	3,8	4,4	3,1	1	1,2	2,6	2,1	5	1,0	0,9	0,7	
Betriebskrankenkasse	185	14,5	14,5	14,4	109	16,5	15,4	17,5	4	4,7	2,6	2,1	72	13,7	15,2	13,0	
Bundesknappschaft	2	0,2	0,3	0,4	1	0,2	0,3	0,6					1	0,2	0,4	0,3	
Landwirtschaftl. Krankenkasse	1	0,1	0,2	0,3	1	0,2	0,3	0,3								0,3	
Ersatzkasse	430	33,8	29,9	37,2	252	38,1	27,3	49,4	15	17,4	15,8	19,1	163	31,0	36,2	27,0	
private Krankenversicherung	13	1,0	1,5	0,3	11	1,7	2,3	0,3	1	1,2	2,6		1	0,2		0,3	
sonst. Versicherungsschutz	11	0,9	1,3	0,3	2	0,3	1,5		1	1,2	2,6	2,1	8	1,5	0,9	0,3	
nicht krankenversichert	5	0,4	0,3	0,4	3	0,5	0,3	0,3	1	1,2			1	0,2	0,4	0,7	
zusammen	1273	100	100	100	662	100	100	100	86	100	100	100	525	100	100	100	
Berlin																	
gesetzl. Krankenversicherung	3094	90,4	88,0	92,7	1499	88,7	85,3	93,1	179	91,3	91,1	91,5	1416	92,1	91,5	92,5	
Ortskrankenkasse	1465	42,8	43,8	41,9	595	35,2	40,6	28,5	125	63,8	66,3	61,7	745	48,4	44,8	50,9	
Innungskrankenkasse	112	3,3	3,9	2,8	73	4,3	4,8	3,8	5	2,6	4,0	2,1	34	2,2	2,5	2,0	
Betriebskrankenkasse	463	13,5	13,4	13,6	237	14,0	13,6	14,5	12	6,1	5,9	5,3	214	13,9	14,4	13,6	
Bundesknappschaft	5	0,1	0,2	0,3	1	0,1	0,2	0,4					4	0,3	0,3	0,2	
Landwirtschaftl. Krankenkasse	4	0,1	0,1	0,2	2	0,1	0,2	0,3	1	0,5			1	0,1		0,2	
Ersatzkasse	1045	30,5	26,6	34,0	591	35,0	28,0	45,7	36	18,4	14,9	22,3	418	27,2	29,5	25,6	
private Krankenversicherung	262	7,7	10,2	5,2	180	10,7	13,9	6,5	3	1,5	2,0	1,1	79	5,1	6,0	4,6	
sonst. Versicherungsschutz	54	1,6	1,5	1,6	7	0,4	0,7	0,1	13	6,6	5,9	6,4	34	2,2	2,0	2,4	
nicht krankenversichert	14	0,4	0,3	0,4	4	0,2	0,1	0,3	1	0,5	1,0	1,1	9	0,6	0,5	0,5	
insgesamt	3424	100	100	100	1690	100	100	100	196	100	100	100	1538	100	100	100	

1) Aufgrund der Berechnungen nach dem Mikrozensus ergeben sich geringfügige Abweichungen in der Addition

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)

**Tabelle A 13.8: Erwerbstätige mit zusätzlicher privater Krankenversicherung 1982, 1989, 1990 und 1991 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus)**

Erwerbstätige	1982		1989		1990		1991		1991 zu 1982 in %
	1 000	%	1 000	%	1 000	%	1 000	%	
Berlin-West									
Erwerbstätige insgesamt	803	100	995	100	1032	100	1028	100	28,0
darunter mit zusätzlicher privater Krankenversicherung	64	8,0	113	11,4	167	16,2	169	16,4	164,1
Berlin-Ost									
Erwerbstätige insgesamt							662	100	
darunter mit zusätzlicher privater Krankenversicherung							11	1,7	
Berlin									
Erwerbstätige insgesamt							1690	100	
darunter mit zusätzlicher privater Krankenversicherung							180	10,7	

(Quelle: StoLa Berlin/eigene Berechnungen)



**ANHANG**

### Zuordnung ausgewählter Merkmale des AGLMB-Indikatorensatzes zu den entsprechenden Kapiteln des Jahresgesundheitsberichtes 1992

Stichwort - Indikatorensatz	Indikator-Nr.	JGB-Kapitel	Tabellen-Nr.	Stufe I	vollständig	teilweise
<b>BEVÖLKERUNG</b>						
demographische Basistabelle	2 1	1 1	A 1 1	x	x	
ausgewählte Strukturmerkmale	2 3	1 1	A 1 10	x	x	
Frauenquote	2 4	1 1	A 1 11		x	
Bevölkerung in Privathaushalten	2 5	1 2	A 1 17	x	x	
generatives Verhalten	2 6	1 1	A 1 15	x	x	
Nettoreproduktionsrate	2 7	1 1				x
Hilu-Empfänger	2 8	1 2, 14	A 1 18	x	x	
Zahl der Ehescheidungen	2 11	1 1	A 1 13	x		x
Wohngeldempfänger	2 13	1 2	A 1 19		x	
Wohnfläche	2 14	1 2	A 1 20		x	
Wanderungen je 10.000 E.	2 15	1 1	A 1 8	x	x	
Volks-u. Hauptschulabschluss	2 16	1 2	A 1 21		x	
Hochschul-bzw Fachschulab	2 17	1 2	A 1 21		x	
Ausländer	2 18	1 1	A 1 12	x	x	
<b>GESUNDHEITZUSTAND</b>						
<b>Mortalität</b>						
- geschlechtsspezifisch	3 1	3 1	3 2	x	x	
- Alter und Geschlecht	3 2	3 1	3 2	x	x	
Sterbefälle in Bezirken	3 3	3 1	3 3		x	
Säuglingssterblichkeit	3 4	3 1 4	A 3 4	x	x	
- nach Bezirken	3 5	3 1 4	3 13	x	x	
perinatale Sterblichkeit	3 6	3 1 4	A 3 5		x	
geschlechtsspez Lebenserwartung	3 7	1 1			x	
Sterblichkeit n. ausgewählten Todesurs.	3 8-3 10	3 1	3 4-7	x	x	
häufigste Todesurs. n. Altersgruppen	3 11	3 1	3 9-10		x	
vermeidbare Sterbefälle	3 12-3 13	3 1		x	x	
<b>Morbidität</b>						
Neuerkrankungen an offener Tb	3 14-3 15	3 2		x	x	
Aids / HIV	3 16-3 17	3 2				x
Inzidenz ausgewählter Krebsarten	3 18-3 20	3 2	A 3 11 3 20		x	
Herz-Kreislaufkrankungen	3 21-3 22	3 2				x
Asthma unter 15 Jahren	3 24	3 2				x
AU/BU wegen chron Lungenerkrankg	3 25-3 26	3 2		x		x
häufige anerkannte Berufskrankheiten	3 27	3 2	A 3 12		x	
AU/EU wegen Dorsopathie	3 28-3 29	3 2		x		x
Straßenverkehrsunfälle	3 33-3 36	3 2 3	Tab 3 21-23	x	x	
Anomalien. Untergewicht bei Neugeb.	3 37-3 39	2 3, 3 2			x	
Behinderungen	3 40-3 43	3 2 5				x
<b>GESUNDHEITSRILEV. VERHALTENS</b>						
Inanspruchnahme v Schw -vorsorgeunt.	4 1-4 2	4 1 2 1				
Früherkennungsunters bei Schulanfängern	4 3	4 1 3 3				x
Krebsvorsorge, Geschwulstberatung	4 5-4 6	4 2 4				
Impfungen	4 7-4 8	4 1 3 3 ; 4 1 5				
Selbsthilfegruppen		4 3		x		
<b>GESUNDHEITSRISIKEN aus UMWELT</b>						
Schadstoffe und Strahlungen	5 4-5 7	5 1		x		x
Luftbelastungen	5 8-5 11	5 1				x
Trinkwasser	5 12-5 13	5 1		x		x
Muttermilchbelastungen (Hg u Cd)	5 16-5 17	5 1				x
<b>EINRICHTUNGEN DES GES.-WESENS</b>						
KV - Ärzte	6 1	7 1	7 1-2	x	x	
Versorgungsgrad	6 2	7 1 2	7 5	x	x	
Polikliniken Ambulanzen	6 3	9 1				

## Fortsetzung

Stichwort - Indikatorenansatz	Indikator-Nr.	JGB-Kapitel	Tabellen-Nr.	Stufe I	vollständig	teilweise
Dialyseeinrichtungen	6.4	10.6.4		x		x
Rettungsdienst	6.5-6.6	10.6.2		x		x
Heilpraktiker	6.7	12.1.3				x
Psychotherapeuten/-innen	6.8	12.1.3				x
Krankengymnasten, Masseure	6.9	12.1.3				x
Allgemeinkrankenhäuser	6.11	10.3	10.1-2	x	x	
Verteilung der Krankenhausangebote	6.12	10.3	10.3		x	
Fachabteilungen in Krkh	6.13	10.2	10.1	x	x	
Tageskliniken	6.14	10.2				
Sozialstationen	6.16	8.1		x		x
ambulante Pflegedienste	6.18	8.1				
Gesundheitsämter	6.19	12.1.4	12.8	x		x
Apotheken	6.21	6.1, 12.1.6	6.1, 12.10	x		x
Medizinische Großgeräte	6.22	10.6.3, 7.2.3		x	x	
<b>INANSPRUCHNAHME V. LEISTUNGEN</b>						
Selbsthilfegruppen	7.1	4.3				
SMD/ Schwangerenberatung	7.2-7.4	4.1.2			x	
JGD	7.5-7.6	4.1.3		x		x
Zahnprophylaxe, DMF-T-Index	7.8-7.10	4.1.4				x
stationäre Leistungen (AOK, BKK)	7.14	3.2				x
Krankenhausbehandg.: Pat., Pfl. u. G.	7.15-7.16	10.3	10.4-6	x	x	
Globalindikatoren stat. Krkh.-versorg.	7.17-7.18	10.3	10.8	x	x	
häusliche Pflege, ambulante Altersversorg.	7.23-7.25	8.2				
<b>BESCHÄFTIGTE IM GESUNDHEITSW.</b>						
Ärzte und Zahnärzte	8.1-8.6	12.1.1-2	12.1.4	x	x	
Personal in Apotheken	8.7	12.1.6		x	x	
Krankenpflegeberufe	8.8	12.1.3	12.5	x		x
medizinisch-therapeutisches Personal	8.9-8.10	12.1.3	12.7	x		x
Hebammen	8.11	12.1.3	12.6		x	
Fachpersonal in GÄ	8.12	12.1.4	12.8	x	x	
<b>AUSBILDUNG IM GESUNDHEITSW.</b>						
abgeleg. Prüfungen nichtärztl. Personal	9.1	12.2.1	12.13, A.12.9		x	
medizin. Prüfungen	9.2	12.2.1	12.11	x	x	
erteilte Approbationen	9.3	12.2.1	12.12	x	x	
<b>AUSGABEN UND FINANZIERUNG</b>						
Ausgaben GKV	10.2	13.6	13.4		x	
Entwicklung der Ausgaben der RVK	10.5	13.6				x
Entwicklung der Ausgaben für Hilu	10.6	14		x		x
Krankenversicherungsschutz der Bevölk.	10.7	13.4	A.13.5		x	
Versicherungsstruktur d. Kassenarten	10.8	13.4	A.13.1-2		x	
Alters- und Geschlechtsstrukt. d. Vers.	10.9	13	A.13.6			x
Beitragsentwicklg./Grundlohnsumme	10.10	13.5	13.1	x	x	
Zuwachs Leistungsausgaben u. Grundl. su	10.11	13.5				x
Beitragsdifferenz AOK/Ersatzkassen	10.12	13				
Entwicklg. der Beitragseinnahmen GKV	10.13	13.5				x
Grundlohnsumme	10.14-16	13.5				
<b>KOSTEN</b>						
Krankenhauskosten	11.3-11.4	10.5			x	x

## Diskussionspapiere

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. Meinschmidt, Gerhard : Ärzte beurteilen Sozialstationen.  
Eine statistisch empirische Diagnose. 1986
2. Imme, Uwe  
Meinschmidt, Gerhard  
Wanjura, Marlies : Der Krankenpflegenotfalldienst  
durch Sozialstationen.  
Eine Zwischenbilanz aus empirischer  
Sicht. 1986.
3. Imme, Uwe  
Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse arbeitsloser  
Sozialhilfeempfänger.  
Eine statistische Analyse. 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard  
Völker-Oswald, Ingrid : Zum Bedarf an Unterstützung in  
Hilfssituationen älterer Menschen  
in Berlin.  
Eine statistische Analyse. 1988.
5. Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse pflegebedürftiger  
Menschen in Berlin.  
Eine statistische Analyse 1988
6. Referat Sozial- und  
Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachin-  
formationssysteme;  
Mader : Die Jugendzahnpflege 1986.  
Eine Untersuchung über den Zahnsta-  
tus bei Kindern und Jugendlichen in  
Berlin (West) 1988.
7. Referat Sozial- und  
Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachin-  
formationssysteme : Ergebnisse der Schulentlassungs-  
untersuchungen 1985/86 in Berlin  
(West) nach Kriterien des Jugend-  
arbeitsschutzgesetzes 1988
8. Referat Sozial- und  
Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachin-  
formationssysteme : Sozialhilfeempfänger in sozialver-  
sicherungspflichtiger Beschäfti-  
gung.  
Statistischer Erfahrungsbericht  
zum 500er Programm 1988.
9. Meinschmidt, 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 durchgeführt 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 Schulentlassungs-  
untersuchungen 1988/89 in Berlin  
(West). Februar 1992.
17. Kirschner, Wolf : Gesundheits- und Sozialsurvey  
Radoschewski, Michael Berlin.  
Januar 1993
18. Hermann, Sabine : Zur Sozialstruktur in den östlichen  
Imme, Uwe und westlichen Bezirken Berlins  
Meinlschmidt, Gerhard auf der Basis des Mikrozensus 1991  
- Erste methodische Berechnungen  
mit Hilfe der Faktorenanalyse -  
Januar 1993.

**Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:**

- Hermann, Sabine : Eine repräsentative Erhebung zur  
Meinlschmidt, Gerhard Gesundheitspolitik, der Politik im  
allgemeinen und zur Pflegeproblematik  
- Gesundheitsbarometer -  
November 1991

Die Broschüren können in der Senatsverwaltung für Gesundheit - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz -, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, angefordert werden

