



---

# Jahresgesundheitsbericht 1993

---

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

Berlin 1994

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit  
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,  
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz  
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin  
Telefon: (0 30) 21 22 29 82

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: 30. September 1994

## Vorwort



Der Jahresgesundheitsbericht 1993 setzt die schon zur Tradition gewordene und auch während meiner Amtszeit publizierte Sammlung von Daten und Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Berliner Bevölkerung sowie über Einrichtungen, Angebote, Leistungen des Berliner Gesundheitswesens und dessen Akzeptanz fort.

In der seit Erscheinen des letzten Jahresgesundheitsberichts (1992) vergangenen Zeit haben sich im Berliner Gesundheitswesen bedeutsame Veränderungen vollzogen:

Das Anfang 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat sich auch im Berliner Gesundheitswesen kostendämpfend ausgewirkt. Es hat insbesondere bei niedergelassenen Ärzten und bei der Arzneimittelverschreibung Einsparungen erbracht.

Leider sind diese Einsparungen in Krankenhäusern erst allmählich sichtbar. Deshalb ist es um so wichtiger, daß der neue, ebenfalls 1993 in endgültiger Form verabschiedete Krankenhausplan greift. Das wiederum erfordert, die darin vorgesehenen komplementären Einrichtungen auf den Gebieten der Geriatrie und der Psychiatrie zu schaffen. Ein anderer Schwerpunkt des Krankenhausplans ist die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen: Das ambulante Operieren wird inzwischen nicht nur in Arztpraxen, sondern auch in Krankenhäusern mit gezielten Anreizen gefördert und praktiziert.

Neuerungen sind auch mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - GDG - (August 1994) auf den Weg gebracht: Z.B. sollen Plan- und

Leitstellen in den Bezirken die Berichterstattung, die örtliche (regionale) Gesundheitsplanung, die Gesundheitsförderung sowie die Koordinierung aller Gesundheitsaufgaben im Bezirk und die Öffentlichkeitsarbeit übernehmen.

Mit der in Gang gebrachten Entwicklung auf den wichtigsten drei Säulen des Gesundheitswesens (im ambulanten und im stationären Bereich sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst) wird Berlin auch in Zukunft ein hohes Niveau medizinischer Leistungen und gesundheitlicher Versorgung gewährleisten.

Die Gesundheitsberichterstattung hilft dabei. Ihr obliegt es, das Gesundheitswesen in allen seinen Facetten zu bewerten und der Gesundheitspolitik Anregungen für die weitergehende Gesundheitsplanung und -förderung zu vermitteln. Mit den für Berlin erhobenen Daten trägt sie zudem zur bundesweiten Vergleichbarkeit des Gesundheitswesens im Rahmen des von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedeten Indikatorensatzes bei.

Ich danke allen Mitwirkenden an diesem Gesundheitsbericht für die geleistete Arbeit. Sie haben dazu beigetragen, daß der Berliner Jahresgesundheitsbericht bundesweit hohe Wertschätzung genießt.

Dr. Peter Luther  
Senator für Gesundheit

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

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>
Vorwort	3
1. Bevölkerung	11
2. Geburten und Schwangerschaftsabbrüche	23
3. Gesundheitszustand	33
- 3.1 Mortalität	34
- 3.2 Morbidität	67
- 3.3 Schwerpunktthema: Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Berlin	85
4. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	113
- 4.1 Gesundheitsvorsorge	115
- 4.2 Gesundheitsförderung	141
- 4.3 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich	154
5. Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt	155
- 5.1 Umweltmedizin	156
- 5.2 Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen	167
6. Apotheken, Arzneimittelwesen und Toxikologie	177
7. Ambulante ärztliche Versorgung	183
8. Ambulante pflegerische Versorgung	199
9. Ambulante Gesundheitseinrichtungen in bezirklicher und landeseigener Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins	209
10. Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	213
11. Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen	233
12. Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung	251
13. Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger	267
Tabellenanhang	271
Anhang	
- Diskussionspapiere	422
- Zuordnung zum AGLMB-Indikatorensatz	424

**Jahresgesundheitsbericht****1993**

<b>Kapitel</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Vorwort		3
<b>1.</b>	<b>Bevölkerung</b>	<b>11</b>
1.0	Erläuterungen	12
1.1	Bevölkerungsstand, -struktur und -entwicklung	15
1.2	Lebensqualität / Soziale Lage	19
1.3	Tabellenverzeichnis	21
<b>2.</b>	<b>Geburten und Schwangerschaftsabbrüche</b>	<b>23</b>
2.0	Erläuterungen	24
2.1	Klinische und außerklinische Entbindungen 1992 in Berlin (Ereignisprinzip)	25
2.2	Geborene 1992 in Berlin (Ereignisprinzip)	26
2.3	Fehlbildungen bei Neugeborenen 1992 in Berlin	27
2.4	Fehlgeburten 1992 in Berlin	28
2.5	Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin	28
2.6	Tabellenverzeichnis	30
<b>3.</b>	<b>Gesundheitszustand</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Mortalität</b>	<b>34</b>
3.1.0	Erläuterungen	34
3.1.1	Allgemeine Sterblichkeit	36
3.1.2	Todesursachenspezifische Sterblichkeit	40
3.1.3	Vermeidbare Sterbefälle in Berlin	47
3.1.4	Säuglingssterblichkeit	55
3.1.5	Tabellenverzeichnis	64
<b>3.2</b>	<b>Morbidität</b>	<b>67</b>
3.2.0	Erläuterungen	67
3.2.1	Übertragbare Krankheiten	68
3.2.1.1	Meldepflichtige übertragbare Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz	68
3.2.1.2	Geschlechtskrankheiten	73
3.2.1.3	Aids und HIV-Infektionen	75
3.2.2	Straßenverkehrsunfälle in Berlin	76
3.2.3	Berufskrankheiten (BK) 1993	78
3.2.4	Schwerbehinderte in Berlin	81
3.2.5	Tabellenverzeichnis	83

<b>3.3</b>	<b>Schwerpunktthema:</b>	
	Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Berlin	85
3.3.0	Einführung	85
3.3.1	Demographische Aspekte	85
3.3.2	Mortalität im Kindes- und Jugendalter	89
3.3.3	Morbidität	91
3.3.3.1	Meldepflichtige Krankheiten	91
3.3.3.2	Krebserkrankungen im Kindesalter	93
3.3.3.3	Ergebnisse von Schüleruntersuchungen	97
3.3.3.4	(Verkehrs-)Unfälle	101
3.3.3.5	Behinderungen	101
3.3.3.6	Zahnstatus	102
3.3.4	Gesundheitsverhalten	103
3.3.5	Tabellenverzeichnis	111
<b>4.</b>	<b>Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung</b>	<b>113</b>
4.0	Vorbemerkung	114
<b>4.1</b>	<b>Gesundheitsvorsorge</b>	<b>115</b>
4.1.1	Entwicklung eines Präventions- und Interventionskonzeptes für das Land Berlin	115
4.1.2	Sozialmedizinische Beratung	118
4.1.2.1	Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD) der Bezirksämter	118
4.1.2.2	Beratungsangebote von Einrichtungen freier Träger 1992 in Berlin	121
4.1.2.3	Beratungen nach § 218 b Abs 1 StGB in der Zeit vom 1.1.1992 bis 15.6.1993 in Berlin-West	122
4.1.3	Inanspruchnahme von Angeboten des Jugendgesundheitsdienstes	125
4.1.3.1	Beratungsangebote für Risikokinder	125
4.1.3.2	Säuglinge und Kleinkinder	126
4.1.3.3	Kinder- und Jugendliche (JGD - Schüler -)	127
4.1.3.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie	129
4.1.4	Jugendzahnpflege	130
4.1.5	Impfwesen	134
4.1.6	Beratungen für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie	136
4.1.7	Desinfektion und Entwesung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst	138
4.1.8	Landesinstitut für Sportmedizin	139
4.1.9	Tabellenverzeichnis	139
<b>4.2</b>	<b>Gesundheitsförderung</b>	<b>141</b>
4.2.1	Gesundheitsförderung und Aids-Projekte	141
4.2.2	Gesundheitliche Versorgung von i.v. Drogenabhängigen	142
4.2.3	Beratungen über sexuell übertragbare Krankheiten (sexually transmitted diseases - STD) - Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten -	142
4.2.4	Inanspruchnahme von Beratungen für Behinderte	143
4.2.5	Gesundheitshilfe für Krebskranke	
	- Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter von Berlin -	147

4.2.6	Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorgen und Schirmbildstellen in den Berliner Gesundheitsämtern	148
4.2.7	Gesundheitliche Betreuung von Obdachlosen	149
4.2.8	Psychosoziale/psychiatrische Versorgung	149
4.2.8.1	Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste 1992 in Berlin	152
4.2.8.2	Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige 1992 in Berlin	152
4.2.9	Tabellenverzeichnis	153
<b>4.3</b>	<b>Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich</b>	<b>154</b>
<b>5.</b>	<b>Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt</b>	<b>155</b>
<b>5.1</b>	<b>Umweltmedizin</b>	<b>156</b>
5.1.1	Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin 1993	156
5.1.2	Pestizideinsatz, Schädlingskunde und -beratung	166
5.1.3	Abfall aus umweltmedizinischer Sicht	167
<b>5.2</b>	<b>Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen</b>	<b>167</b>
5.2.0	Erläuterungen	167
5.2.1	Lebensmittelüberwachung	168
5.2.2	Tierseuchendiagnostik	172
5.2.3	Medizinaluntersuchungswesen	173
5.2.4	Gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit 1993	176
5.3	Tabellenverzeichnis	176
<b>6.</b>	<b>Apotheken, Arzneimittelwesen und Toxikologie</b>	<b>177</b>
6.1	Apothekenwesen 1992/93	178
6.2	Arzneimittelwesen	179
6.3	Betäubungsmittelwesen	180
6.4	Klinische und forensische Toxikologie	181
6.5	Tabellenverzeichnis	181
<b>7.</b>	<b>Ambulante ärztliche Versorgung</b>	<b>183</b>
7.0	Rahmenbedingungen	184
7.1	Aufgaben und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	185
7.2	Ausgewählte Schwerpunkte	191
7.2.1	Ambulante Diabetesbetreuung	191
7.2.2	Psychotherapeutische und nervenärztliche Versorgung	192
7.2.3	HOME-CARE	194
7.2.4	Qualitätssicherung in der KV Berlin	195
7.2.5	Ambulante Dialyseversorgung	197
7.3	Tabellenverzeichnis	198

<b>8.</b>	<b>Ambulante pflegerische Versorgung</b>	<b>199</b>
8.1	Sozialstationen	200
8.2	Privatgewerbliche Pflegeeinrichtungen	201
8.3	Hauspflege	202
8.4	Sozialarbeit	202
8.5	Psychogeriatrische Pflege	204
8.6	Geriatrische Rehabilitation	204
8.7	Vernetzung von Diensten und Einrichtungen - Kooperation zwischen den Betreuungs- und Versorgungssystemen	205
8.8	Komplementäre Angebote	205
8.9	Tabellenverzeichnis	207
<b>9.</b>	<b>Ambulante Gesundheitseinrichtungen in bezirklicher und landeseigener Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins</b>	<b>209</b>
9.1	Ambulante Gesundheitseinrichtungen in bezirklicher und landeseigener Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins	210
9.2	Betrieb „Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin (GSZB)“	210
9.3	Ambulante Einrichtungen in Trägerschaft der Bezirke im östlichen Teil Berlins	211
<b>10.</b>	<b>Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung</b>	<b>213</b>
10.0	Erläuterungen	214
10.1	Vorbemerkung	215
10.2	Das stationäre Versorgungsangebot	216
10.2.1	Inhaltliche Schwerpunkte des Krankenhausplans 1993 des Landes Berlin	216
10.2.2	Das geplante Bettenangebot nach dem Krankenhausplan 1993	218
10.2.3	Das Versorgungsangebot der Krankenhäuser Berlins am 31.12.1993	218
10.2.4	Regionale Verteilung des Bettenangebots	219
10.3	Ausgewählte Indikatoren zur stationären Versorgung (KHStatV)	220
10.3.1	Fachabteilungen, Bettenzahlen und Personal in den Krankenhäusern im Land Berlin	220
10.3.2	Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	222
10.3.3	Verweildauer und Bettenauslastung	222
10.3.4	Entwicklung des Leistungsgeschehens 1990 - 1993	223
10.4	Entlassene Krankenhauspatienten (Fälle) 1993 nach Berlinern, Nichtberlinern und Fachdisziplinen - Umlandversorgung -	224
10.5	Das duale System der Krankenhausfinanzierung	226
10.5.1	Fördermittel des Landes Berlin	226
10.5.2	Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1993	227
10.6	Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung	229
10.6.1	Blutspendedienste 1993	229
10.6.2	Rettungswesen	230
10.6.3	Erste-Hilfe-Behandlungen in Berlin 1993	230
10.6.4	Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten	231



10.6 5	Dialyseeinrichtungen	231
10.7	Tabellenverzeichnis	232
<b>11.</b>	<b>Berufe, Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen</b>	<b>233</b>
11.0	Erläuterungen und allgemeine Anmerkungen	234
11.1	Berufe und Beschäftigungsbereiche	235
11.1.1	Ärzte	235
11.1.2	Zahnärzte	238
11.1.3	Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich	239
11.1.4	Personal in Gesundheitsämtern	241
11.1.5	Personal in Apotheken	242
11.2	Ausbildung im Gesundheitswesen	242
11.2.1	Approbationen und Prüfungen	242
11.2.2	Arzthelferinnen	243
11.2.3	Zahnarzthelferinnen	245
11.3	Fort- und Weiterbildung	245
11.3.1	Zahnärzte	245
11.3.2	Pflegeberufe und Medizinalfachberufe	245
11.4	Tabellenverzeichnis	248
<b>12.</b>	<b>Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>251</b>
12.1	Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen	252
12.2	Organisation und Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	252
12.3	Konsolidierung der GKV in den neuen Bundesländern	254
12.4	Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin	256
12.5	Entwicklung der Beitragssätze und Grundlohnsummen	258
12.6	Entwicklung der Ausgaben und Leistungen	260
12.7	Tabellenverzeichnis	265
<b>13.</b>	<b>Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger</b>	<b>267</b>
13.0	Vorbemerkung	268
13.1	Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1992 in Berlin	268
13.2	Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG-Kriegsopferfürsorge)	269
13.3	Pflegeelder und Sachleistungen nach dem Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG)	269
13.4	Tabellenverzeichnis	270
<b>Tabellenanhang</b>		<b>271</b>
<b>Anhang</b>	- Diskussionspapiere	422
	- Zuordnung zum AGLMB-Indikatorensatz	424



*KAPITEL*

*1*

*BEVÖLKERUNG*

## 1.0 Erläuterungen

### Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

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

### Jahresdurchschnittsbevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres; die Durch-

schnitte 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)

### Ausländer

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

### Lastenquotient

ist definiert als die Anzahl der Personen im Kindes- bzw. Rentenalter bezogen auf jeweils 100 Personen im erwerbsfähigen Alter

- *Jugendquotient (-last)*: Verhältnis der unter 20jährigen zur Altersgruppe der 20- bis unter 60jährigen
- *Altenquotient (-last)*: Verhältnis der 60jährigen und älteren zur Altersgruppe der 20- bis unter 60jährigen.

### 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, Herzstätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.
- *Totgeborene* sind seit dem 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 dem 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.  
Ab 1.4.1994 gilt zur Abgrenzung der Totgeburt/Fehlgeburt ein Geburtsgewicht von 500 g.

**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, Unternehmer-einkommen, 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 Individualeinkommen ermittelt

#### Hilfe zum Lebensunterhalt

Leistungen an Empfänger in und außerhalb von Einrichtungen gemäß Bundessozialhilfegesetz.

#### Wohngeld

Die Wohngeldgewährung ist durch das Achte Gesetz zur Änderung des Wohngeldgesetzes vom 10.8.1990 neu geregelt worden; in den neuen Ländern und Berlin-Ost ist das Wohngeldgesetz zum 1.1.1991 in Kraft getreten. Danach ist nunmehr grundsätzlich zwischen dem spitz berechneten und dem pauschalierten Wohngeld zu unterscheiden. Die Ergebnisse werden gesondert ausgewiesen; seit dem Berichtsjahr 1991 sind deshalb in den Angaben über Wohngeldempfänger die Empfänger von pauschaliertem Wohngeld nicht mehr enthalten. Der gleichzeitige Bezug von spitz berechnetem und pauschaliertem Wohngeld ist ausgeschlossen; eine Zusammenführung zu einer geschlossenen Gesamtdarstellung der Wohngelddaten ist daher möglich.

- *Spitz berechnetes Wohngeld* wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens gezahlt. Es wird grundsätzlich auf Antrag bei den Wohngeldämtern als Zuschuß zu den Aufwendungen für den Wohnraum (von Mietern als Mietzuschuß und Eigentümern von eigengenutztem Wohnraum als Lastenzuschuß) - in Berlin-Ost auch zu den Kosten für Wärme und Warmwasser - gewährt. Die Höhe des Wohngeldes richtet sich nach der Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder, dem Familieneinkommen sowie nach der monatlichen Miete oder Belastung, die bis zu einem bestimmten Höchstbetrag berücksichtigt wird.
- *Pauschalisiertes Wohngeld* wird für den Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge ohne Antrag zusammen mit den laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt.

#### Wohnfläche

Summe der anrechenbaren Grundfläche der Räume, die ausschließlich zu einer Wohneinheit gehören. Einbezogen sind die Flächen von Wohn- und Schlafräumen, Küchen sowie Nebenräumen (Die-

len, Abstellräumen, Bad u.dgl.) mit einer lichten Höhe von mindestens 2 m. Raumteile mit einer lichten Höhe von 1 - 2 m werden nur mit halber Fläche, unter 1 m gar nicht angerechnet. Balkone werden mit einem Viertel ihrer Fläche berücksichtigt.

#### Arbeitslose

- Personen ohne Arbeitsverhältnis - abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung - die sich als Arbeitsuchende beim Arbeitsamt gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- *Arbeitslosenquote*: Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen.

#### 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 1992 am Jahresende 3,47 Mio. Einwohner, davon 2,17 in den westlichen Bezirken Berlins (62,7 %) und 1,29 Mio. im Ostteil der Stadt. Berlin hat damit einen Bevölkerungsanteil von 4 % und einen Flächenanteil von 0,3 % an der Bundesrepublik

Die getrennt Darstellung für beide Teile der Stadt wird im Folgenden beibehalten, um die sich seit der Vereinigung Berlins teilweise sprunghaft vollziehenden Strukturveränderungen vor allem im Ostteil der Stadt erfassen und dokumentieren zu können. Damit wird auch einer Forderung des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Amtes der europäischen Gemeinschaft entsprochen.

Die *Bevölkerungsdichte* beträgt im Durchschnitt 39,0 Einwohner je ha, was über dem Bundesdurchschnitt von 22,5 Einwohnern je ha liegt. Die Bezirke Kreuzberg (150,5 Einwohner/ha), Prenzlauer Berg (134,2 Einwohner/ha) und Schöneberg (127,7 Einwohner/ha) sind die dichtbesiedeltsten Bezirke; die geringsten Bevölkerungsdichten wiesen Köpenick (8,5 Einwohner/ha), Zehlendorf (13,8 Einwohner/ha) sowie Weissensee (17,2 Einwohner/ha) und Pankow (17,3 Einwohner/ha) auf.

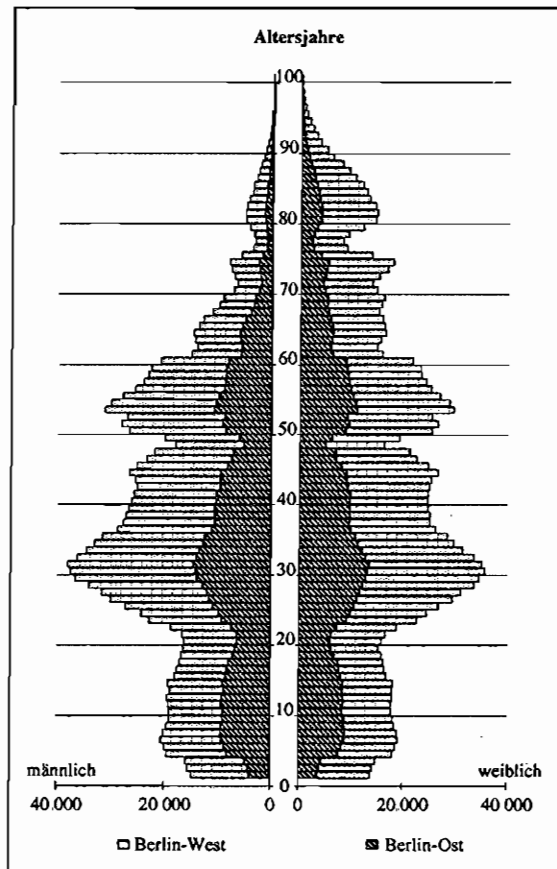
Die Bevölkerung wies gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs von 19.717 Personen (Berlin-West: 6.863, Berlin-Ost: 12.854) auf. Die Zahl der Deutschen verringerte sich um 11.814, während sich die Zahl der Ausländer um 31.531 erhöhte (vgl. Tabelle A 1.10).

Die *Bilanz der Bevölkerungsbewegung* weist in einzelnen aus, daß in Berlin-West 7.119 Personen mehr starben, als geboren wurden und daß sich ein positiver Wanderungssaldo von 13.982 Personen ergibt. Die Zahl der Deutschen nahm in den westlichen Bezirken im Jahr 1992 um 11.035 Personen ab, da außer einem Geburtendefizit (12.158) ein Wanderungsverlust von 7.360 Personen auftrat. Änderungen der Staatsangehörigkeit von 8.438 Personen, die ursprünglich als Ausländer registriert waren und nun der deutschen Bevölkerung zugerechnet wurden, konnten den Rückgang der Zahl der Deutschen nicht ausgleichen.

Im Ostteil der Stadt stieg die Bevölkerungszahl um 12.854, da einem Geburtendefizit (5.218) ein relativ hoher Wanderungsgewinn von 18.072 Personen ge-

genüberstand. Bei den Deutschen wurde ebenso wie im Westteil der Stadt aufgrund eines Geburten-defizits (5.541) und eines Wanderungsverlustes von 3.549 Personen sowie unter Berücksichtigung der Staatsangehörigkeitsänderungen von 1.213 Personen ein Rückgang der Einwohnerzahl um 779 ermittelt.

Abbildung 1.1:  
Bevölkerung in Berlin am 31. Dezember 1992  
nach Alter und Geschlecht

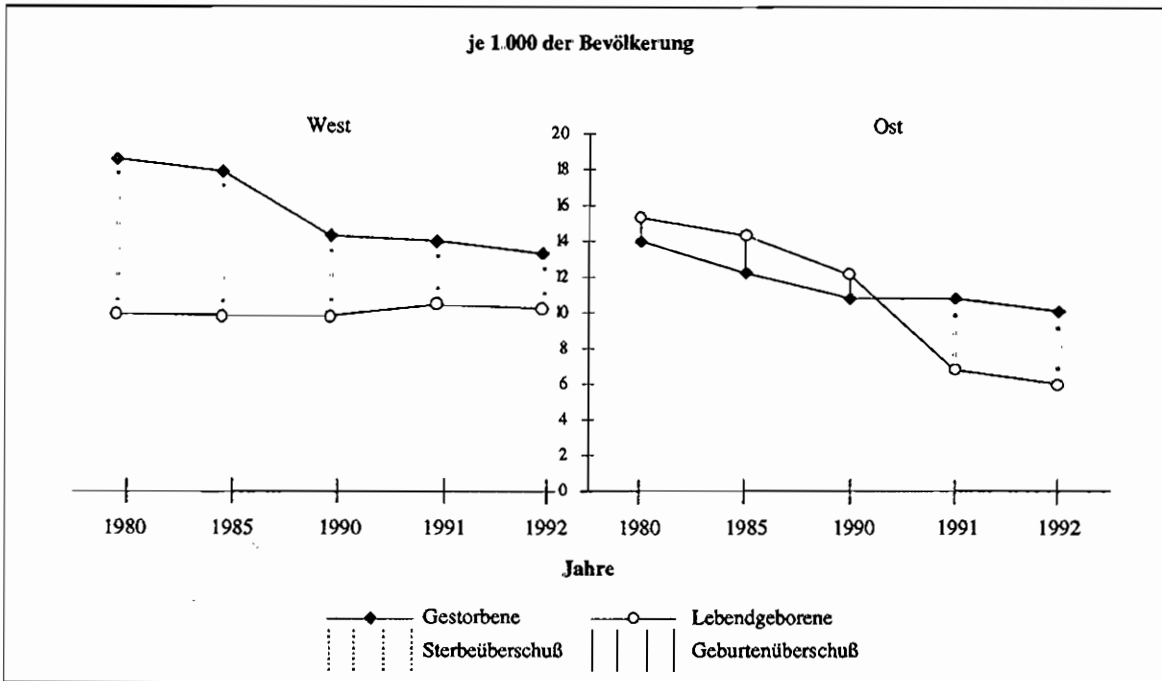


(Quelle: StaLa Berlin)

Von der Berliner Bevölkerung waren 1,81 Mio. *Frauen* (52 %), wobei deren Anteil in den 23 Berliner Bezirken etwa gleich hoch war.

Berlin verbuchte Ende 1992 einen Wanderungsgewinn von 32.054 Personen, was ausschließlich auf den Zuzug von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zurückzuführen war (vgl. Tabelle A 1.9). Die *Wanderungen* zwischen den beiden Stadthälften waren bestimmt durch eine starke Zuwanderung in den Ostteil Berlins.

**Abbildung 1.2:**  
**Bevölkerungsbilanz in Berlin**  
**Lebendgeborene und Gestorbene je 1.000 der Bevölkerung 1980 - 1992**



(Quelle: SenGes)

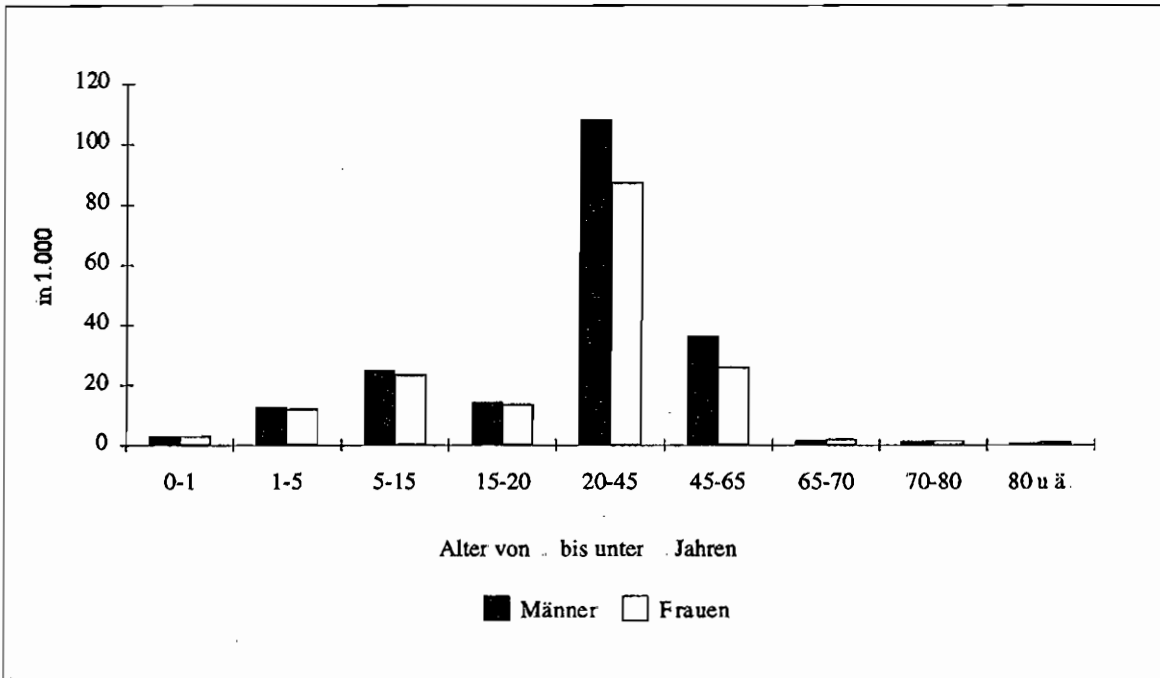
Ende 1992 lebten in Berlin 371.577 ausländische Einwohner, was einem *Ausländeranteil* von 10,7 % entspricht. Auf beide Stadthälften waren die Ausländer sehr unterschiedlich verteilt. So lebten im Westteil der Stadt 325.787 Ausländer (Anteil an der Bevölkerung von Berlin-West: 15,0 %) und in den östlichen Bezirken 45.790 Ausländer (das entspricht einem Anteil von 3,5 %) (vgl. Tabelle A 1 11). Die Zuwachsraten gegenüber dem Vorjahr betrug in den westlichen Bezirken 5,8 % und in den östlichen Bezirken 42,4 %. Insgesamt hatten sich bis zum 31. Dezember 1992 Angehörige aus 179 Staaten in Berlin niedergelassen. Die meisten ausländischen Einwohner Berlins waren - nach Erdteilen gruppiert - Europäer (79,1 %, darunter 36,0 % Türken), mit weitem Abstand gefolgt von Asiaten (11,5 %), Amerikanern (3,6 %) und Afrikanern (2,8 %). Die meisten Ausländer leben in Kreuzberg (30,7 %), es folgen die Bezirke Wedding (25,2 %) und Tiergarten (22,5 %). Die geringsten Ausländeranteile meldeten drei östliche Bezirke: Hellersdorf, Weissensee und Treptow (2,1 - 1,9 %).

Betrachtet man die *Altersstruktur* in den beiden Stadtteilen Berlins Ende 1992, so zeigten sich weiterhin größere Unterschiede bei den unter 15jähri-

gen und den Personen im Rentenalter. Im Westteil der Stadt war der Anteil der Kinder mit 14,0 % niedriger als im Ostteil, wo er bei 18,6 % lag. Bei der Altersgruppe der über 65jährigen kehrte sich dieses Verhältnis um, da hier in den westlichen Bezirken ein höherer Anteil (15,7 %) zu verzeichnen war als in den östlichen Bezirken (10,6 %) (vgl. Tabellen A 1.3, A 1.4, A 1.5). Besonders bedeutsam ist die Entwicklung bei den über 75jährigen - in der Regel verstärkt Pflegebedürftigen: Der Anteil der 75jährigen und älteren sank gegenüber 1991 in Berlin um 5 %, in Berlin-West auf 181.165 Personen und in den östlichen Bezirken auf 64.178. Innerhalb der Altersgruppe der über 75jährigen wuchs die Zahl hochbetagter Mitbürger (80 Jahre und älter): So lebten 1992 in Berlin-West 118.519 und in Berlin-Ost 40.759 Personen über 80 Jahre, das entspricht einem Anteil von 35 bzw. 30 % an den über 65jährigen. Im Vergleich zum Jahre 1960 hat sich die Zahl der in Berlin lebenden Hochbetagten mehr als verdoppelt, ihr Anteil an den über 65jährigen belief sich 1992 in Berlin-West auf 34,8 % und in den östlichen Bezirken auf 29,5 % (Berlin 1960: 13 %).



**Abbildung 1.3:**  
**Altersstruktur der ausländischen Berliner Bevölkerung nach Geschlecht**  
 - Stand: 31.12.1992 -



(Quelle: SenGes)

Nach *Bevölkerungsvorausberechnungen* des Statistischen Bundesamtes wird sich der Anteil der 65jährigen und älteren im Jahr 2010 auf 19,4 % in den Westberliner Bezirken und auf 16,7 % in Berlin-Ost erhöhen. Der Anteil Hochbetagter an den über 65jährigen wird im Jahre 2000 in Berlin 24,1 % betragen, zehn Jahre später 18,4 % (vgl. Tabelle A 1.17).

Die beschriebenen Unterschiede und Veränderungen der Altersstruktur in den beiden Teilen Berlins werden auch im *Lastenquotienten* deutlich: Trotz des Rückgangs der Geburtenzahlen im Ostteil der Stadt in den letzten Jahren ist der Jugendquotient in Berlin-Ost höher als im Westteil. Dies wird auch im Jahr 2010 noch so sein, allerdings erhöht sich die Altenlast in Berlin deutlich.

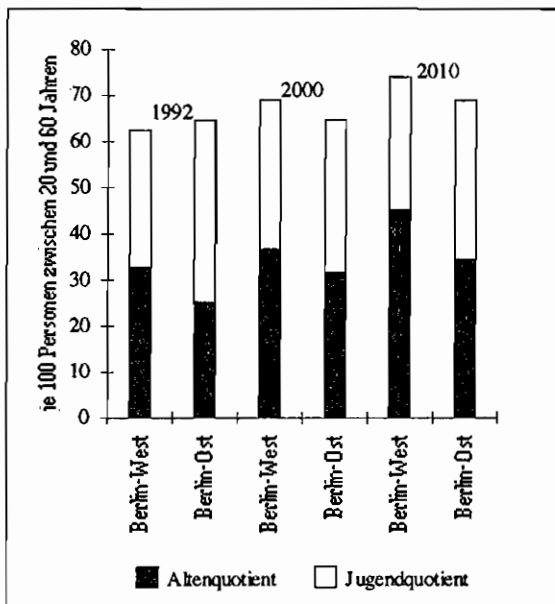
Die mittlere *Lebenserwartung* einer/eines Neugeborenen hat sich seit Anfang der 70er Jahre bis 1990, dem Jahr der letzten Sterbetafelberechnung, für Männer und Frauen in Berlin-West um 5 Jahre, in Berlin-Ost bei beiden Geschlechtern um 4 Jahre erhöht (vgl. Tabelle A 1.16). Die durchschnittliche Lebenserwartung ist für alle Altersjahre gestiegen, am stärksten jedoch für die 0jährigen. Nach Vollen-

dung des 60. Lebensjahres beträgt beispielsweise für eine Frau in Berlin-West die fernere Lebenserwartung rund 21,5 Jahre, für einen Mann in Berlin-Ost aber nur etwa 16,3 Jahre. Eine zu vermutende Typisierung der Berliner Lebenserwartung etwa als Stadtstaat-Ergebnis läßt sich nicht belegen: Berlin-West liegt im Vergleich zum früheren Bundesgebiet bei beiden Geschlechtern um rund ein Jahr unter den ausgewiesenen Werten; Berlin-Ost liegt über dem Durchschnitt für das Gebiet der ehemaligen DDR.

Im Jahr 1992 wurden in Berlin nur noch 17.895 Ehen (5,2 je 1.000 Einwohner) geschlossen, 70 % davon im Westteil der Stadt (vgl. Tabelle A 1.12). Das waren 6.537 bzw. 36,5 % weniger als 1989. Während im Westteil Berlins die Zahl der *Eheschließungen* fast konstant blieb, war im Ostteil 1992 ein starker Rückgang auf weniger als 50 % der Zahl von 1989 zu verzeichnen.

Nach einem starken Rückgang der Zahl der *Ehescheidungen* im Jahr 1989 im noch geteilten Berlin von 11.554 auf 7.868 im Vereinigungsjahr 1990 und einem weiteren deutlichen Rückgang auf 6.113 im Jahr 1991 wurden 1992 in Berlin wieder mehr Ehen (6.644) geschieden als im Vorjahr. 5.435

Abbildung 1.4:  
Lastenquotient für die Jahre 1992, 2000, 2010 <sup>1)</sup>



1) 1992: Jahresdurchschnittsbevölkerung  
2000, 2010: VIII. Koordinierte Bevölkerungsvorausbe-  
rechnung des StaBu

(Quelle: SenGes)

Scheidungen betrafen Paare mit ehelichem Wohnsitz im Westteil Berlins und 1 209 Paare aus dem Ostteil der Stadt.

Bei etwa jeder zweiten Ehescheidung waren minderjährige Kinder mitbetroffen, insgesamt waren es 3.940 Kinder.

Es ist anzunehmen, daß - analog zur Geburtenentwicklung - Eheschließung und -scheidung vor dem Hintergrund einschneidender gesellschaftlicher und rechtlicher Veränderungen (zunächst) vermieden werden

Im Jahre 1992 wurden in Berlin 29 667 Kinder lebend geboren, 895 (2,9 %) weniger als im Jahr zuvor. Betrachtet man die Stadtteile getrennt, so ergibt sich ein unterschiedliches Bild: In Berlin-West erblickten im Berichtsjahr 21.888 Jungen und Mädchen das Licht der Welt (74 % der in Berlin lebend Geborenen), dies entsprach dem Niveau des Vorjahres. Die Lebendgeborenenziffer lag bei 10,1 Lebendgeborene je 1.000 Personen der durchschnittlichen Bevölkerung. In Berlin-Ost war ein Geburtenrückgang von 933 (12,0 %) Lebendgeborenen im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. Die allgemeine Geburtenziffer nahm gegenüber 1991 weiter ab und lag bei 6,0 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner (vgl. Tabelle A 1.13). Der starke Rückgang der

Zahl der Lebendgeborenen in Berlin-Ost seit 1990 um 7.667 (49,6 %) ist allein Effekt veränderter Verhaltensweisen, da sich die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 45 Jahre) kaum verändert hat (sie stieg um 2 %). Die Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer betrug 1992 in Berlin-West 46,1 Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren (1990: 47,8), in Berlin-Ost lag sie bei 26,9 (1990: 54,4) (vgl. Tabelle A 1.14). Der Bezirk Wedding weist mit 57,8 die höchste Ziffer je 1.000 der weiblichen Bevölkerung auf, Marzahn mit 17,1 die niedrigste. Das Hauptreproduktionsalter (höchste altersspezifische Fruchtbarkeitsziffern) liegt in Berlin-West bei den 26- bis 29jährigen Frauen, in den östlichen Bezirken durchschnittlich vier Jahre darunter, bei den 22- bis 25jährigen Frauen

Das Fruchtbarkeitsniveau, ausgedrückt in der Netto-reproduktionsrate, entsprach 1992 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 (unter Vernachlässigung der Wanderungen) erheblich sinken würde, falls beide Komponenten langfristig konstant blieben.

#### Nettoreproduktionsrate 1991 und 1992 in Berlin <sup>1)</sup>

Jahr	Berlin-West	Berlin-Ost
1991	0,613	0,397
1992	0,602	0,362

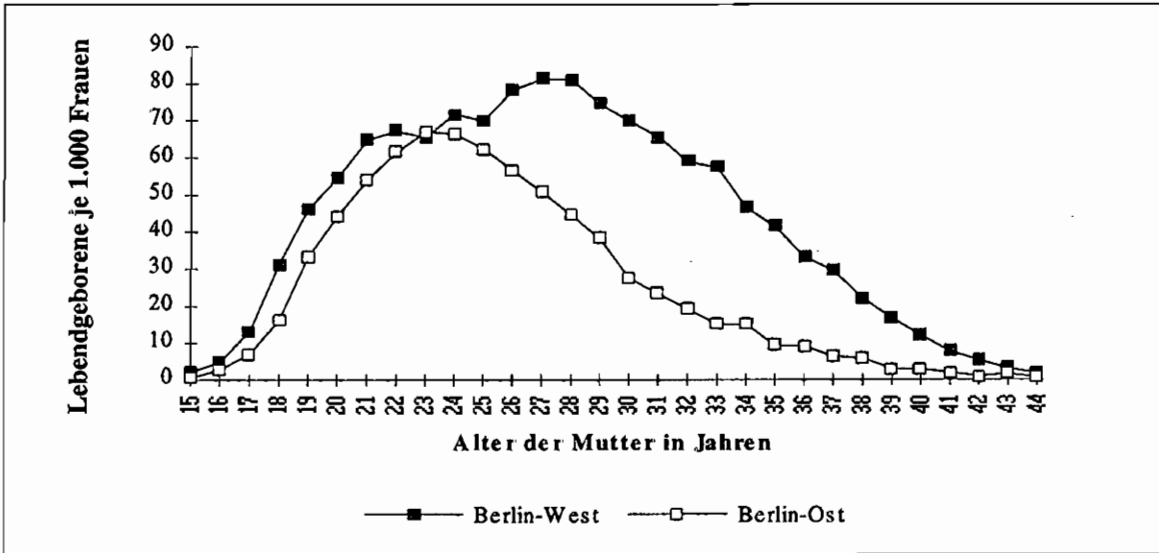
1) Generation der 15- bis unter 45jährigen Frauen

(Quelle: StaL a Berlin)

Der Anteil der nichtehelich Geborenen an allen Lebendgeborenen lag in Berlin-West bei 22,7 % (früheres Bundesgebiet 1991: 11,1 %), in den östlichen Bezirken kam jedes zweite Kind nichtehelich zur Welt. Betrug 1989 der Anteil der nichtehelich Lebendgeborenen in Berlin-Ost noch 39,5 % und war damit im Vergleich zur ehemaligen DDR (34 %) und Berlin-West (20,5 %) schon sehr hoch, so stieg dieser Anteil bis zum Ende des Jahres 1992 auf 47,5 % (neue Bundesländer 1991: 41,7 %) an. Etwa jedes vierte Kind (25,4 %) in Berlin-West war nicht-deutscher Herkunft, in den östlichen Bezirken waren es nur 4,9 % (1991: früheres Bundesgebiet 12,4 %; neue Bundesländer 1,2 %).

Die Zahl der Totgeborenen sank in Berlin-West von 57 auf 51, entsprechend ging auch die Totgeborenenziffer von 2,6 auf 2,3 Totgeburten je 1.000

Abbildung 1.5:  
 Altersspezifische Geburtenziffern Berlin 1992



(Quelle: SenGes)

Geborene zurück. Der Anteil nichtehelicher sowie ausländischer Totgeburten betrug jeweils 27,5 %. In den östlichen Bezirken betrug die Zahl der Totgeburten mit 26 nur die Hälfte der westlichen, die Totgeborenenziffer lag jedoch bei 3,3 (1991: 2,9) - wobei 76,9 % der Totgeborenen nichtehelich und 7,7 % ausländischer Herkunft waren (vgl. Tabelle A 1.15).

### 1.2 Lebensqualität / Soziale Lage

Indikatoren der sozialen Lage, wie z.B. Bildung, berufliche Stellung, Haushaltsgröße, Einkommen und Staatsangehörigkeit, können neben typischen Lebensstilmerkmalen, wie Einstellungen, (Gesundheits-) Bewußtsein, Handlungs- und Verhaltensweisen, auch Einfluß auf den Gesundheitszustand der Menschen und auf die Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems haben. Erste Berechnungen auf der Ebene der Berliner Bezirke haben Zusammenhänge zwischen Sozialindizes und gesundheitlichen Risiken deutlich gemacht. So zeigte sich, daß Bezirke mit ungünstigen Sozialindizes - beispielsweise bei den als vermeidbar definierten Sterbefällen (vgl. auch Erläuterungen Kapitel Mor-

talität) der Herz-Kreislauf-Krankheiten, Lungenkrebs und Leberzirrhose - Sterblichkeiten aufwiesen, die deutlich über dem Berliner Durchschnitt lagen.

Die *Wohnfläche* je Einwohner betrug 1992 in Berlin 33,9 qm. Dabei verfügte die Bevölkerung in den westlichen Bezirken über durchschnittlich 17 % mehr Wohnfläche je Einwohner als im östlichen Teil Berlins (vgl. Tabelle A 1 18). Die geringste durchschnittliche Wohnungsgröße wiesen die Bezirke Marzahn und Hohenschönhausen (25,1 bzw. 25,4 qm je Einwohner) auf, am günstigsten lagen Wilmersdorf und Zehlendorf mit 42,7 bzw. 41,6 qm je Einwohner.

Die durchschnittliche *Haushaltsgröße* lag 1992 in Berlin bei 1,9 Personen. Mit einem Anteil von 58 bzw. 55 % wiesen die Bezirke Kreuzberg und Charlottenburg die meisten Ein-Personen-Haushalte Berlins auf. Die geringsten Anteile an Ein-Personen-Haushalten wurden für Hellersdorf und Hohenschönhausen ausgewiesen (21 bzw. 29 %), gleichzeitig waren dies auch die Bezirke mit dem höchsten Anteil von Haushalten mit vier und mehr Personen.

Das zur Verfügung stehende *Einkommen* ist eine wichtige Determinante des sozialen Status. Nach Angaben des Mikrozensus bezogen die Berliner

1992 ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus folgenden Quellen:

- 46 % aus Erwerbstätigkeit
- 26 % aus Zuwendungen, Unterhalt durch Eltern, Ehegatten usw.
- 18 % aus Rente und Pensionen (Berlin-West: 20,1 %; Berlin-Ost: 15,5 %)
- 4,3 % aus Arbeitslosengeld/-hilfe (Berlin-West: 3,2 %; Berlin-Ost: 6,2 %)
- 5 % aus sonstigen Unterstützungen (z.B. Sozialhilfe, BAföG) (Berlin-West: 4 %; Berlin-Ost: 5 %) und
- 0,4 % aus eigenem Vermögen, Vermietungen, Verpachtungen, Altenteil.

Das den Privathaushalten monatlich zur Verfügung stehende *Haushaltsnettoeinkommen* (Summe aller Einkommensarten, vgl. auch Erläuterungen) hat sich 1992 weiter angeglichen, stellte sich jedoch für die westlichen und östlichen Bezirke noch unterschiedlich dar (vgl. Tabelle A 1 19): In Berlin-West verfügte etwa die Hälfte der Privathaushalte über 2.500 DM und mehr, etwa 8 % stand nur ein monatliches Einkommen unter 1.000 DM zur Verfügung. In Berlin-Ost hat sich im Vergleich zum Vorjahr das verfügbare monatliche Einkommen erhöht, ist jedoch noch geringer als in den westlichen Bezirken: 39 % der östlichen Haushalte hatten monatlich ein Einkommen von 2.500 DM und mehr zur Verfügung, jeder achte (1991: noch jeder vierte) verfügte über weniger als 1.000 DM. Am einkommensschwächsten waren die Ein-Personen-Haushalte, hier insbesondere die Haushalte mit einer Person über 65 Jahre.

Die Zahl der Empfänger von *Hilfe zum Lebensunterhalt* betrug 1992 in Berlin 210.883 Personen, das sind 6 % der Wohnbevölkerung. 74 % von ihnen wurden in den westlichen Bezirken registriert (1990: 90,6 %; 1991: 76,2 %) und nur jeder vierte Leistungsempfänger kam aus den östlichen Bezirken. Die höchsten Anteile je 1.000 der Bevölkerung wiesen die Bezirke Tiergarten (151,3) und Kreuzberg (118,0) auf (vgl. Tabelle A 1 20).

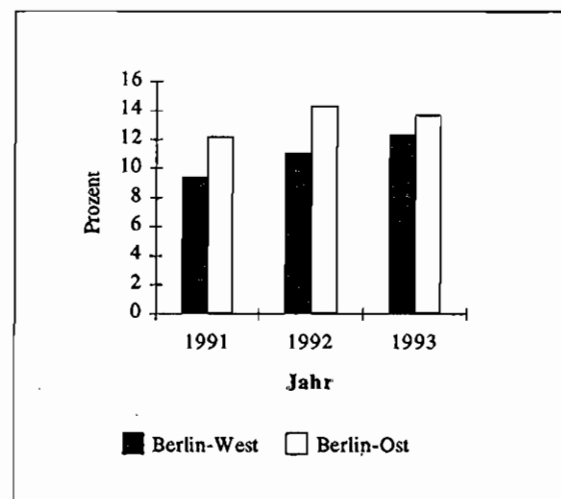
*Wohngeld* - als zusätzliche Leistung zur Sozialhilfe oder auch unabhängig davon bei Unterschreitung eines bestimmten Familieneinkommens - empfingen 1992 7,3 % (Berlin-West: 4,2 %; Berlin-Ost: 12,4 %) der Bevölkerung. Von den insgesamt 251.521 Wohngeldempfängern lebten 63,6 % in den östlichen Bezirken. 1993 ging der Anteil der

Wohngeldempfänger an der Bevölkerung auf 6,2 % zurück (Berlin-West: 4,9 %, Berlin-Ost: 8,3 %) (vgl. Tabelle A 1 21).

Betrachtet man die *Bildungsstruktur* der Berliner, so wird eine langsame Annäherung deutlich: Verfügbaren 1991 noch 33 % der Bevölkerung in Berlin-West und 18 % in Berlin-Ost über einen Haupt- (bzw. Volks-) schulabschluß, so waren es zwei Jahre später 31 bzw. 20 %. Der Anteil der Personen mit Fachhochschulabschluß ist seit 1991 in beiden Teilen Berlins mit durchschnittlich 3 % gleich hoch. 1993 wiesen 7 % der Bevölkerung in Berlin-West und 12 % in Berlin-Ost einen Hochschulabschluß auf, fast 2 % mehr als noch 1991 (vgl. Tabelle A 1 22).

Nach Angaben des Landesarbeitsamtes Berlin-Brandenburg waren 1992 in Berlin 207.092 Personen arbeitslos (vgl. Tabelle 1 23). Die Arbeitslosenquote betrug in Berlin-West 11,1 % und in den östlichen Bezirken 14,3 %, aktuelle Angaben für 1993 deuten auf eine Annäherung der Quoten in beiden Teilen der Stadt hin (West: 12,3 %, Ost: 13,7 %). Über 50 % der *Arbeitslosen* in den östlichen Bezirken waren Frauen (Arbeitslosenquote Berlin-West: 10,1; Berlin-Ost: 16,0 %). Von der Arbeitslosigkeit waren 1992 auch 6.178 Jugendliche unter 20 Jahren und 9.097 Schwerbehinderte betroffen.

Abbildung 1.6:  
Arbeitslosenquote 1991 - 1993 in Berlin  
(in Prozent der abhängig Erwerbstätigen)



(Quelle: SenGes, nach Angaben des Landesarbeitsamtes Berlin-Brandenburg)

### 1.3 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

- Tabelle A 1 1:  
Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Ausländern
- Tabelle A 1 2:  
Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Ausländern
- Tabelle A 1 3:  
Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1992 in Berlin nach Altersgruppen
- Tabelle A 1 4:  
Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin nach Bezirken und Alter
- Tabelle A 1 5:  
Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1992 in Berlin nach Bezirken: Altersgruppen
- Tabelle A 1 6:  
Durchschnittliche Bevölkerung 1992 in Berlin nach Alter, Geschlecht und Ausländern
- Tabelle A 1 7:  
Durchschnittliche Bevölkerung 1992 in Berlin nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Ausländern
- Tabelle A 1 8:  
Europäische Standardbevölkerung
- Tabelle A 1 9:  
Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin 1992 je 1 000 Einwohner nach Bezirken
- Tabelle A 1 10:  
Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1992 in Berlin
- Tabelle A 1 11:  
Ausländer 1992 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 12:  
Eheschließungen und geschiedene Ehen 1970 - 1992 in Berlin
- Tabelle A 1 13:  
Lebendgeborene 1980 - 1992 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 14:  
Generatives Verhalten 1991 und 1992 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 15:  
Totgeborene 1980 - 1992 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 16:  
Geschlechtsspezifische Lebenserwartung bei Neugeborenen (0 Jahre), 30jährigen und 60jährigen verschiedener Sterbetafelberechnungen für Berlin
- Tabelle A 1 17:  
Bevölkerung in Berlin 1992, Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2000 und 2010
- Tabelle A 1 18:  
Wohnfläche am 31.12 1992 in Berlin nach Bezirken je Einwohner
- Tabelle A 1 19:  
Privathaushalte 1992 in Berlin nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen
- Tabelle A 1 20:  
Empfänger von "Hilfe zum Lebensunterhalt" außerhalb von Einrichtungen 1992 in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 21:  
Wohngeldempfänger 1992 und 1993 (31.12.) in Berlin nach Bezirken
- Tabelle A 1 22:  
Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung im April 1991 und 1993 in Berlin nach allgemeinbildendem Schulabschluß, beruflichem Ausbildungsabschluß und Bezirken
- Tabelle A 1 23:  
Arbeitslose und Arbeitslosenquote in Berlin 1991 und 1993



*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 der Senatsverwaltung für Gesundheit 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

- siehe hierzu Kapitel 3, Abschnitt 3.1 „Mortalität“

### Lebendgeborene

- siehe hierzu Kapitel 1 „Bevölkerung“

### Totgeborene

- siehe 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

Ab 1.4.1994 gilt zur Abgrenzung der Totgeburt/Fehlgeburt ein Geburtsgewicht von 500 g.

*Berlin-Ost bis zum 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

### Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung.

### 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.



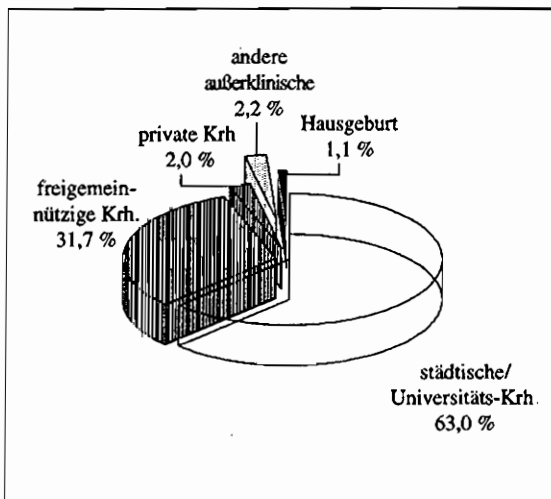
## 2.1 Klinische und außerklinische Entbindungen 1992 in Berlin (Ereignisprinzip)

In Berlin wird in der Senatsverwaltung für Gesundheit eine geburtshilflich-gynäkologische Statistik geführt, die nach dem Ereignisprinzip erhoben wird, d.h. nach dem Ort, an dem sich die Entbindung ereignet. Es sind also in dieser Statistik alle tatsächlich in Berlin im Berichtsjahr durchgeführten Entbindungen erfasst, soweit sie der Senatsverwaltung für Gesundheit durch Krankenhäuser und freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger gemeldet wurden. Geburten ohne Beteiligung eines Arztes oder einer Hebamme sind nicht enthalten. Die Angaben weichen wegen der unterschiedlichen Erhebungsgrundlage von der Bevölkerungsstatistik ab, der das Wohnortprinzip zugrunde liegt, danach werden die Geburten dem Wohnort der Mutter zugeordnet (vgl. Kapitel 1)

Nach dem Ereignisprinzip wurden 1992 für Berlin 29 537 Entbindungen ermittelt; damit setzte sich der Geburtenrückgang weiter fort. Während 1990 noch 496 von 10.000 der 15- bis unter 45jährigen Frauen entbunden haben, sank die Ziffer 1991 auf 403,1 und 1992 noch weiter auf 386,7 ab. Betrachtet man die Zahlen für Berlin-West und -Ost getrennt, zeigt sich, daß die rückläufige Tendenz durch die starke Abnahme im Ostteil der Stadt bestimmt wurde. Während die Ziffern in den westlichen Bezirken für 1990 bis 1992 mit 474, 458 und 459 keine großen Schwankungen aufwiesen, gingen sie in der östlichen Stadthälfte, wo die Entbindungsrate 1990 mit 533 noch erheblich über dem Westteil lag, 1991 auf 313 und im Berichtsjahr auf 268 zurück.

Die meisten Frauen (97,4 %) suchten zur Entbindung ein Krankenhaus auf, 767 Entbindungen wurden *außerklinisch* durchgeführt. 4,4 % aller Entbindungen fanden im Krankenhaus als sogenannte „ambulante Entbindung“ statt, d.h. die Frauen haben im Krankenhaus entbunden, die Klinik aber innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung wieder verlassen. Der Anteil der außerklinischen und „ambulant“ Entbindungen stieg in Berlin-West seit 1980 von 3,3 % auf 9,8 % im Jahr 1991, 1992 lag ihr Anteil aufgrund des Rückgangs der „ambulant“ Entbindungen mit 9,0 % wieder etwas niedriger.

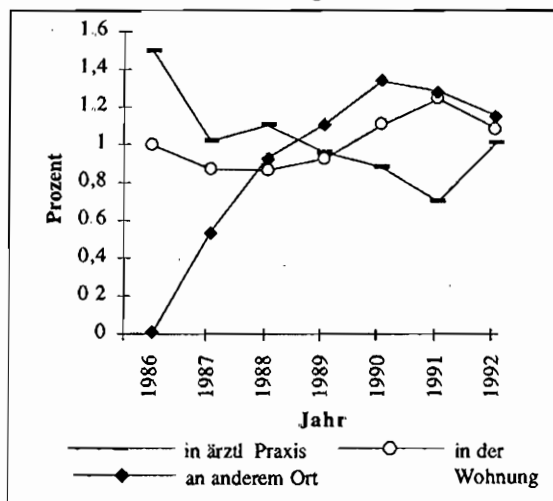
Abbildung 2.1: Entbindungen 1992 in Berlin nach dem Ort der Entbindung



(Quelle: SenGes)

Im Westteil der Stadt entschieden sich 3,2 %, im Ostteil 0,8 % der entbundenen Frauen für eine von freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern durchgeführte Entbindung außerhalb des Krankenhauses. Von diesen 767 Frauen suchten 219 eine *ärztliche Praxis* auf, 272 gingen ins *Geburtshaus* oder zur *Hebammen-Praxis* (in dieser Statistik als „an anderem Ort“ bezeichnet) und 276 Frauen blieben zur Entbindung in ihrer Wohnung (*Hausgeburten*).

Abbildung 2.2: Anteil außerklinischer Entbindungen 1986 - 1992 in Berlin-West nach dem Ort der Entbindung



(Quelle: SenGes)

14,5 % der Hausgeburten fanden in den östlichen und 85,5 % in den westlichen Bezirken statt, die meisten in Kreuzberg (27,9 %) und Neukölln (11,6 %)

138 Entbindungen wurden als Hausgeburt oder an anderem Ort begonnen, wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet, das entspricht - bezogen auf die Summe der 767 außerklinischen Entbindungen und dieser 138 Fälle - einer Verletzungsrate von 15,2 %.

4 297 Frauen ließen sich während der Schwangerschaft von freiberuflich tätigen Hebammen betreuen, die in 687 Fällen auch selbst die Entbindung durchführten.

Die Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen wurde bei 5 529 Wöchnerinnen durchgeführt, von denen 528 von den betreuenden Hebammen auch entbunden worden sind.

Fast jede vierte Entbundene war *Ausländerin*; in den westlichen Bezirken hatte bereits fast jede dritte (30,7 %), im Ostteil der Stadt nur jede 20. Entbundene (5,1 %) nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Ausländerinnen wandten sich zur Entbindung am häufigsten an ein städtisches Krankenhaus oder eine Universitätsklinik, hier lag der Ausländeranteil bei 27,9 %. In den freigemeinnützigen Krankenhäusern lag der Anteil bei 17,9 % und in den privaten bei 5,9 %. An den außerklinischen Entbindungen waren Ausländerinnen nur mit 2,1 % beteiligt.

Die meisten der in Krankenhäusern entbundenen deutschen Frauen (52,8 %) waren *Erstgebärende*, bei den Ausländerinnen überwogen dagegen *Zweit- und Mehrgebärende* (56,3 %). Bei den außerklinischen Entbindungen wiesen die Anteile von Erst- und Mehrgebärenden mit 50,7 % und 49,3 % kaum Unterschiede auf.

Die *Sectiorate* lag mit 3 675 durchgeführten Kaiserschnitten bei 12,8 %. Der Einsatz von *Vakuum* und *Forceps* wurde in den Berliner Krankenhäusern in den östlichen und westlichen Bezirken unterschiedlich gehandhabt: Während Vakuum im Westteil der Stadt in 7,3 % der Fälle, im Ostteil dagegen mit 2,2 % kaum eingesetzt wurde, lag die Anwendung von *Forceps* in den östlichen Krankenhäusern mit 5,8 % höher als in Berlin-West mit 3,8 %. *Manuelle Lösungen/Nachtastungen* wurden in 4,7 % der Fälle, erlittener *Blutverlust* über 1.000 ml bei

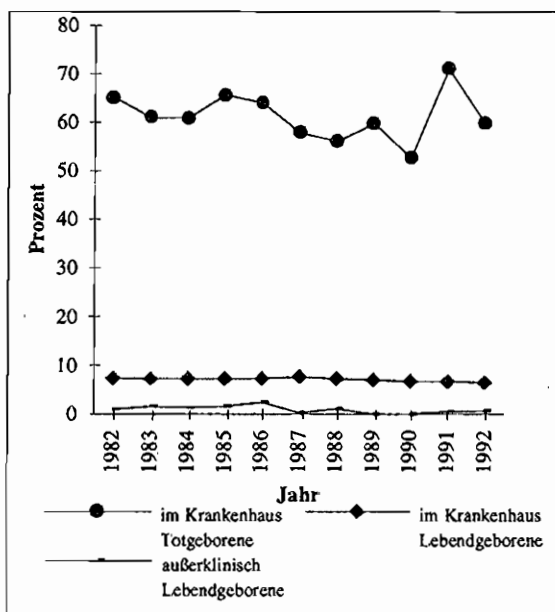
1,3 % der Entbundenen gemeldet. Der Anteil der *Beckenendlagen* machte 4,3 % aus, bei 1,2 % der Frauen lag eine *vaginale Beckenendlagegeburt* vor.

## 2.2 Geborene 1992 in Berlin (Ereignisprinzip)

Bei den 29 537 nach dem Ereignisprinzip in Berlin erfaßten Entbindungen wurden 29 915 Kinder geboren, davon 29 146 in Krankenhäusern und 769 außerklinisch. Alle 769 von freiberuflich tätigen Hebammen gemeldeten Kinder waren *Lebendgeborene*. Von den 67 von Krankenhäusern gemeldeten *Totgeborenen* starben 59 ante partum und 8 sub partu. Außerdem wurden im Rahmen dieser Statistik 60 Sterbefälle innerhalb der ersten 7 Lebensstage gemeldet. Die Lebendgeborenen hatten überwiegend ein *Geburtsgewicht* von mindestens 2 500g und waren damit Reifgeborene, nur 6,4 % der in Krankenhäusern und 0,7 % der außerklinisch geborenen Kinder waren bei der Geburt untergewichtig.

Bei den Totgeborenen dagegen lag der Anteil der Unterwertigen mit 59,6 % erheblich höher.

Abbildung 2.3:  
Anteil der untergewichtig Geborenen (unter 2.500 g) 1982 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin



(Quelle: SenGes)

Bei den *Mehrlingsgeburten* kamen bei Zwillingsgeburten 713 Kinder lebend und 3 tot zur Welt, außerdem wurden 27 Drillinge und 4 Vierlinge lebend geboren. Zwei der Leibesfrüchte aus Zwillingsgeburten zeigten kein Lebenszeichen und wogen weniger als 1.000 g; sie waren nach der bis zum 31.3.1994 nach dem Personenstandsgesetz gültigen Definition Fehlgeburten. In der seit dem 1.4.1994 gültigen Fassung der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (BGBl I S 621) ist zur Abgrenzung zwischen „Totgeborenen“, die ins Geburtenbuch aufgenommen werden, und „Fehlgeburten“, bei denen kein Eintrag einer Geburt in das Geburtenbuch erfolgt, die Gewichtsgrenze von 1.000 g auf 500 g herabgesetzt worden.

Die *Legitimität* der Geborenen sah in Berlin-West und -Ost unterschiedlich aus. Während die meisten der in den westlichen Krankenhäusern Geborenen (81,7 %) ehelich waren, gab es im Ostteil der Stadt nur wenig mehr ehelich (51,1 %) als nichtehelich (48,9 %) Geborene. Die Daten aus Berlin-Ost beziehen sich auf 6 038 Geborene; hier fehlen die Angaben einer großen geburtshilflichen Einrichtung, die Geschlecht und Legitimität der Geborenen nicht gemeldet hat. Auch bei den 769 außerklinisch geborenen Kindern war der Anteil der nichtehelich Geborenen (45,0 %) fast ebenso hoch wie der der ehelich (55,0 %).

Von den Krankenhäusern und einer ärztlichen Praxis wurde für 1992 die Durchführung von 29 251 *Neugeborenen-Erstuntersuchungen U 1* gemeldet, das entspricht etwa der Gesamtzahl der hier Lebendgeborenen. Die in den Zeitraum vom 3. bis 10. Lebenstag fallende *Neugeborenen-Untersuchung U 2* wurde bei 24 029 der in Krankenhäusern geborenen Kinder (82,6 %) durchgeführt. Daß die Zahl der gemeldeten Früherkennungsuntersuchungen U 2 nicht die Gesamtzahl der Lebendgeborenen erreichte, ergibt sich dadurch, daß einige Kinder unmittelbar nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt und deshalb von der geburtshilflichen Statistik nicht erfaßt wurden oder daß Mütter mit ihren Kindern schon kurze Zeit nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen haben. 31 259 Neugeborene sind im Rahmen des *Neugeborenen-Screening* auf angeborene Stoffwechselkrankheiten Phenylketonurie, Galaktosämie, Cystinurie, Ahorn-Sirup-Krankheit und einige weitere Stoffwechselstörungen untersucht worden. Die Zahl der Untersuchten ist höher als die der 29 076 in Krankenhäusern Lebendgeborenen, da in den angegebenen Untersuchungen auch einige Kontrolluntersuchungen enthalten sind.

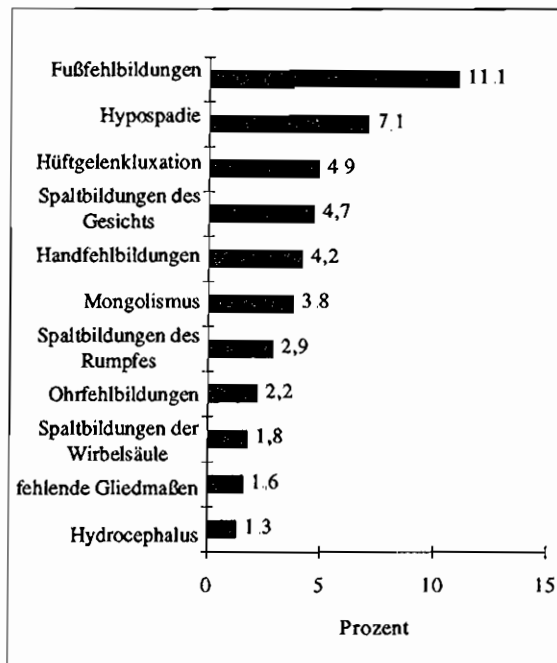
### 2.3 Fehlbildungen bei Neugeborenen 1992 in Berlin

Mit der geburtshilflich-gynäkologischen Statistik der Senatsverwaltung für Gesundheit werden auch Angaben über bei der Geburt erkennbare Fehlbildungen erfragt.

Im Berichtsjahr wurden bei 414 Geborenen insgesamt 449 Fehlbildungen festgestellt. 1,4 % der lebendgeborenen Kinder wiesen Fehlbildungen auf. Bei den Totgeborenen lag die Fehlbildungsrate mit 6,0 % erheblich höher.

Der größte Anteil der Fehlbildungen (27,6 %) wurde unter „sonstige Fehlbildungen außer Gliedmaßenfehlbildungen“ eingestuft; darin enthalten sind urogenitale Fehlbildungen außer Hypospadie, die zusammen mit Hypospadie 14,9 % ausmachten. In 79 Fällen wurden Herzfehler diagnostiziert oder der Verdacht darauf geäußert, das entspricht 17,6 % aller Fehlbildungen. In 23,4 % der Fälle waren die Gliedmaßen betroffen. Spaltbildungen des Gesichts wurden in 4,7 % und Mongolismus in 3,8 % der Fälle festgestellt.

Abbildung 2.4: Die häufigsten bei Neugeborenen festgestellten Fehlbildungen 1992 in Berlin



(Quelle: SenGes)

## 2.4 Fehlgeburten 1992 in Berlin

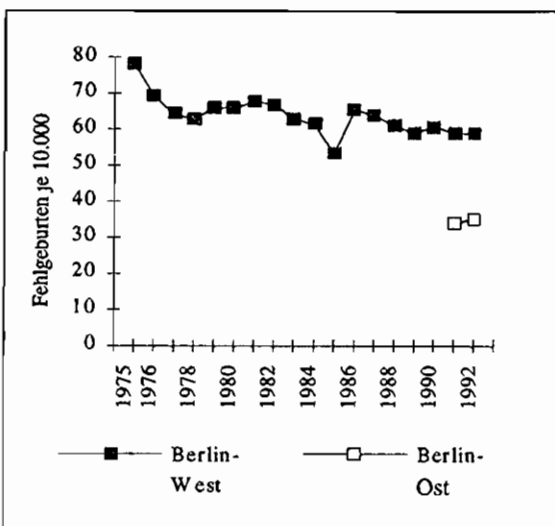
Von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, die zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen sind, wurden im Berichtsjahr 3.796 Fehlgeburten gemeldet, das entspricht einer Rate von 49,7 je 10 000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren. Wie bei den Entbindungen errechnet sich für Berlin-West mit 58,6 eine wesentlich höhere Rate als für Berlin-Ost mit 35,0.

Auch hinsichtlich der Altersgruppen zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Teilen der Stadt. Während die Frauen in den westlichen Bezirken im Alter von 25 bis unter 35 Jahren am häufigsten eine Fehlgeburt erlitten, waren im Ostteil der Stadt die am meisten betroffenen Frauen mit 20 bis unter 25 Jahren jünger als im Westteil.

86,9 % der Meldungen über Fehlgeburten kamen aus Krankenhäusern, 13,1 % aus sonstigen Einrichtungen.

95,4 % der erfaßten Fehlgeburten traten in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten ein. Die 173 Frauen, die nach dem vierten Schwangerschaftsmonat eine Fehlgeburt erlitten, wurden alle im Krankenhaus behandelt.

**Abbildung 2.5:**  
Fehlgeburten 1975 - 1992 in Berlin 1) 2)  
- je 10.000 der weiblichen Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren



- 1) Erfassung durch SenGes (Ereignisprinzip)  
2) Angaben für Berlin-Ost erst ab 1991 enthalten

(Quelle: SenGes / StaLa Berlin)

Während 1992 in Berlin-West über 80 % der Frauen bei der Entbindung verheiratet waren, lag der Anteil der zum Zeitpunkt der Fehlgeburt verheirateten Frauen mit 68,9 % deutlich niedriger, obgleich in der Fehlgeburtenstatistik unter „verheiratet“ auch die geschiedenen oder verwitweten Frauen statistisch erfaßt sind. Im Ostteil der Stadt unterschied sich der Familienstand der Frauen zum Zeitpunkt einer Fehlgeburt nicht wesentlich von dem bei Entbindungen gemeldeten. Es wurden bei der Berechnung zum Familienstand nur die Frauen mit Fehlgeburten berücksichtigt, für die der Familienstand angegeben war (2.985 von 3.796 Frauen).

## 2.5 Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin

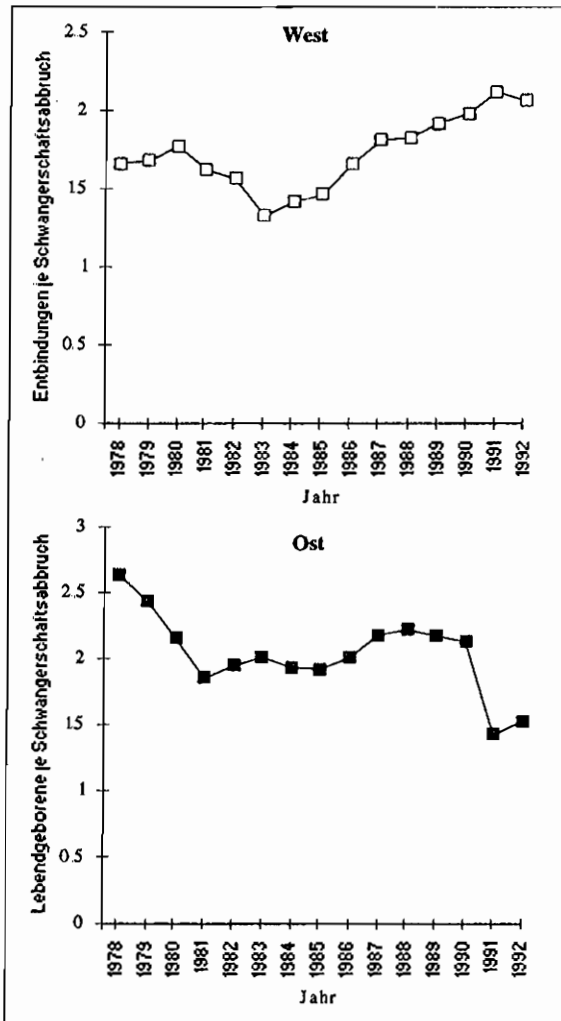
Nach Meldungen von Krankenhäusern und zugelassenen Einrichtungen wurden 1992 in Berlin 15.695 intakte Schwangerschaften (1991: 16.312) abgebrochen.

Ein Vergleich von Senats- und Bundesstatistik zeigt wie auch in den letzten Jahren, daß nicht einmal die Hälfte der an die Senatsverwaltung für Gesundheit gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesstatistik ausgewiesen sind. 1992 sind in Berlin-West Einrichtungen und Ärzte in 57,6 % der Fälle ihrer Meldepflicht an das Statistische Bundesamt in Wiesbaden nicht nachgekommen (für Berlin-Ost sind in der Bundesstatistik 1992 keine Zahlen veröffentlicht). 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 Abbruchrate ging 1992 mit 205,5 Schwangerschaftsabbrüchen je 10.000 der weiblichen Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren weiter zurück, aber wie bei der Entbindungsrate wiesen die beiden Stadthälften unterschiedliche Entwicklungen auf. In Berlin-West lag die Abbruchquote 1990 bei 239,4 je 10 000 der 15- bis unter 45jährigen Frauen, fiel 1991 auf 216,3 und stieg 1992 wieder an auf 223,1. Berlin-Ost hatte 1990 mit 255,9 noch eine höhere Rate als der Westteil der Stadt, mit dem Rückgang 1991 auf 214,3 war die Rate im

Ostteil bereits wenig, 1992 mit 176,6 erheblich niedriger als in Berlin-West. Beim Verhältnis Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch zeichnete sich in Berlin-West mit 2,1 1991 und 1992 gegenüber 2,0 im Jahr 1990 eine geringfügig steigende Tendenz ab, während sich 1991 und 1992 in Berlin-Ost - bedingt durch den starken Geburtenrückgang - nur noch 1,5 Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch errechneten, im Gegensatz zum Jahr 1990, in dem trotz der gegenüber Berlin-West höheren Abbruchrate je 10 000 der 15- bis unter 45jährigen Frauen mit 2,1 mehr Entbindungen auf einen Schwangerschaftsabbruch fielen als im Westteil der Stadt.

**Abbildung 2.6:**  
Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch in Berlin-West sowie Lebendgeborene je Schwangerschaftsabbruch in Berlin-Ost 1978 - 1992

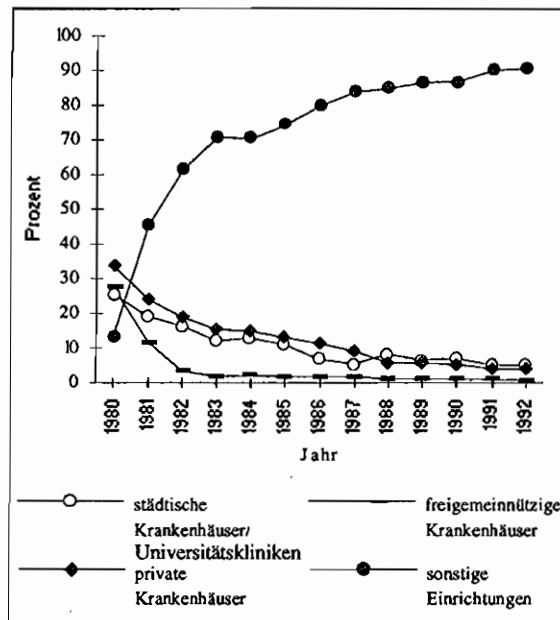


(Quelle: SenGes)

Frauen, die im Ostteil der Stadt einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren bis 1992 noch auf Krankenhäuser angewiesen. Im Westteil der Stadt suchten die meisten Frauen Praxiskliniken oder Arztpraxen auf, an Krankenhäuser wandten sich nur 9,3 % (1991: 9,9 %).

In den außerklinischen Einrichtungen wurden überwiegend Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten Schwangerschaftswochen vorgenommen. Von den 118 Frauen, die in Berlin-West nach der 12. Schwangerschaftswoche den Abbruch vornehmen ließen, gingen 83,1 % ins Krankenhaus, nur 20 Frauen suchten sonstige zugelassene Einrichtungen auf.

**Abbildung 2.7:**  
Ort der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen 1980 - 1992 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

Läßt man die Fälle, in denen keine Altersangabe gemacht wurde, unberücksichtigt, zeigt sich, daß über die Hälfte der Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs 25 bis unter 35 Jahre alt war; die Frauen in den östlichen Bezirken waren im Schnitt etwas jünger als die im Westteil Berlins. 34,2 % der Frauen in Berlin-Ost, 31,1 % in Berlin-West waren jünger als 25 Jahre; die Altersgruppe der 25- bis unter 35jährigen Frauen, die sich gegen die Schwangerschaft entschieden, war dagegen im westlichen Teil der Stadt mit 52,7 % stärker vertreten als im östlichen Teil mit 50,2 %.

In Berlin-West wurde in fast der Hälfte der Fälle (48,2 %) - entgegen den Vorgaben der Senatsverwaltung für Gesundheit - der Familienstand der Schwangeren nicht gemeldet, in Berlin-Ost lag der Anteil bei 15,4 %. Von den 9 797 Frauen, für die der Familienstand zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs angegeben wurde, waren in Berlin-West 47,6 % ledig, 52,4 % verheiratet, verwitwet oder geschieden; dagegen war der überwiegende Teil der Frauen im Ostteil der Stadt ledig (54,4 %) und nur 45,6 % verheiratet, verwitwet oder geschieden.

Eine gleichzeitig mit dem Schwangerschaftsabbruch vorgenommene Sterilisation wurde für 437 Frauen aus Berlin-West und 33 Frauen aus Berlin-Ost gemeldet. Nur 1,9 % dieser Frauen waren jünger als 25 Jahre, die 25- bis unter 30jährigen waren mit 13,8 % vertreten, der überwiegende Teil der Frauen war bei der Sterilisation zwischen 30 und 40 Jahre alt (68,3 %)

## 2.6 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 2.1:  
Entbindungen und Geborene 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip

Tabelle A 2.2:  
Entbindungen - darunter außerklinisch und „ambulant“ - 1980 - 1992 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip

Tabelle A 2.3:  
Entbindungen - darunter außerklinisch nach dem Ort - 1980 - 1992 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip

Tabelle A 2.4:  
Klinische Entbindungen 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip gemeldet von Krankenhäusern

Tabelle A 2.5:  
Außerklinische Entbindungen 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip gemeldet von freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern

Tabelle A 2.6:  
Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1992 in Berlin

Tabelle A 2.7:  
Geborene 1992 in Berlin

Tabelle A 2.8:  
Untergewichtig Geborene 1982 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin aus nach dem Ereignisprinzip erfaßten Entbindungen

Tabelle A 2.9:  
Neugeborene mit Fehlbildungen 1980 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin

Tabelle A 2.10:  
Neugeborene mit Fehlbildungen 1992 in Berlin

Tabelle A 2.11:  
Bei Neugeborenen (Ereignisprinzip) festgestellte Fehlbildungen 1985 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin

Tabelle A 2.12:  
Bei Neugeborenen festgestellte Fehlbildungen 1992 in Berlin

Tabelle A 2.13:  
Fehlgeburten 1975 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin

Tabelle A 2.14:  
Fehlgeburten 1992 in Berlin nach Familienstand und Alter der Schwangeren

Tabelle A 2.15:  
Fehlgeburten 1992 in Berlin nach Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen

Tabelle A 2.16:  
Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1990 - 1992 in Berlin

Tabelle A 2.17:  
Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1975 - 1992 in Berlin-West, Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1992 in Berlin-Ost

Tabelle A 2.18:  
Schwangerschaftsabbrüche 1980 - 1989 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin nach Ort der Durchführung

Tabelle A 2.19:  
Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin nach Familienstand und Alter der Schwangeren

Tabelle A 2.20:  
Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin nach Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft, gleichzeitig vorgenommener Sterilisation und Komplikationen





**KAPITEL**

**3**

**GESUNDHEITZUSTAND**

## 3.1 Mortalität

### 3.1.0 Erläuterungen

#### Gestorbene

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

#### 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 Wochenbettes, 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 Leichenschauschein 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.

#### 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.

**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) Sterbeziffer 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 Gesamtstandardpopulation die altersstandardisierte Mortalitätsrate.

$M_{is}^{(k)}_{tr}$  : Sterbeziffern für die Todesursache k in der Region r des Zeitraumes t nach Geschlecht s und Altersgruppe i

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

$$P_s = \sum_{i=1}^n P_{is}$$

$$M^*_s(k)_{tr} = \frac{\sum_{i=1}^n M_{is}^{(k)}_{tr} \cdot P_{is}}{P_s}$$

$M^*_s(k)_{tr}$  : altersstandardisierte (\*) Mortalitätsrate für die Todesursache k in der Region r des Zeitraumes t 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), der mit 100 multipliziert in Prozent angegeben wird.

Die standardisierte Rate wird durch Multiplikation der Sterberate der gewählten Standardbevölkerung mit dem Standardisierten Mortalitätsindex (SMR) ermittelt.

$M_{is}^{(k)}_t$  : Sterbeziffern der Referenzbevölkerung für die Todesursache  $k$  des Zeitraumes  $t$  nach Geschlecht  $s$  und Altersgruppe  $i$

$P_{istr}$  : Aufbau der Bevölkerung der untersuchten Region  $r$  im Zeitraum  $t$  nach Geschlecht  $s$  und Altersgruppe  $i$

$D_{is}^{(k)}_{tr}$  : beobachtete Sterbefälle an Todesursache  $k$  in der Region  $r$  im Zeitraum  $t$  nach Geschlecht  $s$  und Altersgruppe  $i$

$$D_s^{(k)}_{tr} = \sum_{i=1}^n D_{is}^{(k)}_{tr}$$

$D_s^{*(k)}_{tr}$  : Summe der erwarteten (\*) Sterbefälle an Todesursache  $k$  in der Region  $r$  im Zeitraum  $t$  nach Geschlecht  $s$

$$= \sum_{i=1}^n M_{is}^{(k)}_t \cdot P_{istr}$$

$$SMR_s^{(k)}_{tr} = \frac{D_s^{(k)}_{tr}}{D_s^{*(k)}_{tr}}$$

### 3.1.1 Allgemeine Sterblichkeit

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dient die allgemeine Sterblichkeit als bedeutender Indikator.

Die zeitliche Darstellung des Sterbgeschehens liefert wichtige Hinweise zu möglichen Veränderungen der Gesundheitslage innerhalb der Bevölkerung und in Bevölkerungsgruppen. Außerdem werden Gesundheitsrisiken und ihre Veränderungen frühzeitig erkannt.

Im ersten Lebensjahr ist die Sterblichkeit verhältnismäßig hoch; sie erreicht einen ähnlich hohen Wert erst wieder zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr.

Mit zunehmendem Alter der Bevölkerung nimmt die allgemeine Sterblichkeit stark zu.

Im Jahr 1992 starben in Berlin 42.004 Personen (29.007 in Berlin-West, 12.997 in Berlin-Ost). Daß trotz längerer Lebenserwartung der Frauen deutlich mehr Frauen sterben (1992: 24.578), läßt sich durch einen höheren Anteil von älteren Frauen im Gegensatz zu älteren Männern erklären.

Betrachtet man die Sterblichkeit nach alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten, dann fällt in allen Altersgruppen eine höhere Sterblichkeit der männlichen Personen auf. Dies läßt sich zum einen aus einem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Drogenkonsum, Freizeitverhalten) zum anderen aber auch durch eine erhöhte Exposition von Risikofaktoren aus der beruflichen Umwelt erklären.

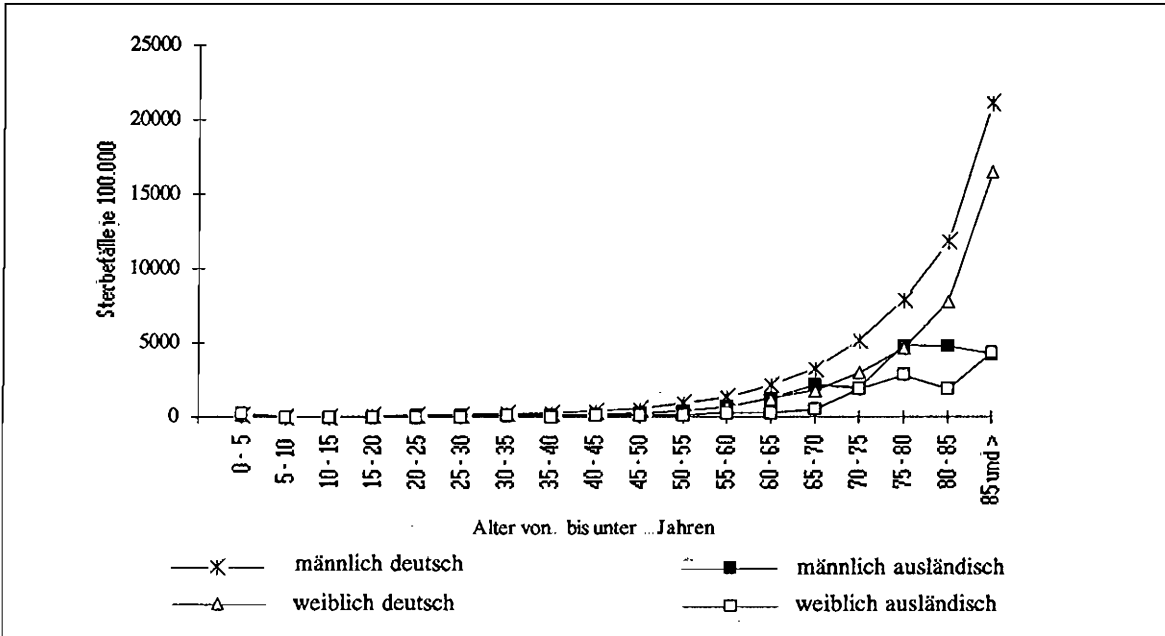
Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Personen war die altersspezifische Sterblichkeit bei den gestorbenen Ausländern in Berlin-West (mit einem Ausländeranteil von 15 % gemessen an der Westberliner Bevölkerung) in nahezu allen Altersgruppen deutlich niedriger als innerhalb der deutschen Bevölkerung. Insgesamt starben 561 Ausländer 1992 in Berlin. Deutlich darüber lag die Ziffer allerdings bei den gestorbenen Säuglingen (vgl. auch Säuglingssterblichkeit).

Die höheren Sterbeziffern innerhalb der deutschen Population lassen jedoch nicht automatisch auf eine „erhöhte Sterblichkeit“ der Deutschen schließen.

Dies ist wegen der geringen Fallzahlen innerhalb der ausländischen Altersgruppen auch nicht möglich, da die Altersgruppen sehr unterschiedlich besetzt sind. Das macht sich besonders bei den gestorbenen Ausländern bemerkbar, die älter als 60 Jahre sind. In dieser Altersgruppe leben lediglich noch 2 % der insgesamt in Berlin-West lebenden Ausländer.

Seit Mitte der achtziger Jahre ist ein weiterer Rückgang der *Gesamtsterblichkeit* in Berlin zu beobachten. Der Sterblichkeitsrückgang war jedoch in Berlin-West bei den Männern deutlich stärker (23 %, von 1.492 je 100.000 im Jahr 1985 auf 1.142 je 100.000 im Jahr 1992) als in Berlin-Ost (8 %, 1.318 je 100.000 im Jahr 1985 auf 1.207 je 100.000 im Jahr 1992). In den Jahren 1987 bis 1992 lag die Sterblichkeit der Männer in den östlichen Bezirken Berlins 5 % höher als in den westlichen Bezirken.

**Abbildung 3.1:**  
**Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit 1992 in Berlin-West**  
 - je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

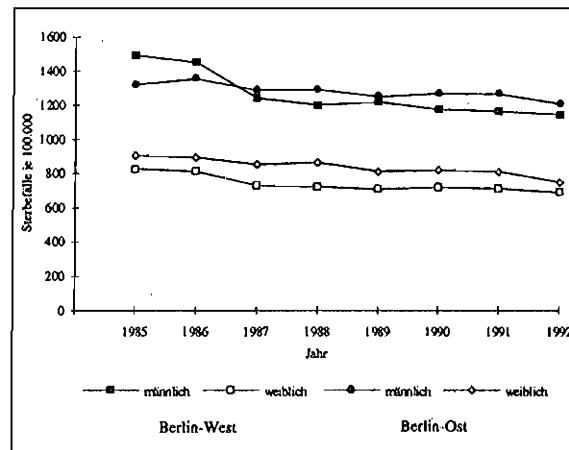
Bei den Frauen betrug der Sterblichkeitsrückgang seit 1985 in beiden Teilen Berlins 17 %. Mit 688 Gestorbenen je 100.000 lag die altersstandardisierte Sterbeziffer 1992 in Berlin-West 9 % niedriger als in Berlin-Ost mit 747 gestorbenen Frauen je 100 000).

Sterbefällen unter 65 Jahren (vorzeitige Sterblichkeit) kommt hinsichtlich ihres kausalen Zusammenhanges zwischen Sterbegeschehen und möglichen Gesundheitsrisiken eine besondere Aufmerksamkeit zu.

Die Qualität der verschlüsselten Todesursachen wird allgemein als gut eingeschätzt und besitzt einen hohen Vergleichswert. Außerdem können gesundheitsrelevante Risiken zuverlässig erkannt werden und aus der Sicht von Entscheidungsträgern gezielte Interventionen (Prävention, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Rehabilitation) eingeleitet werden

Auch die vorzeitige Sterblichkeit ist in den achtziger Jahren zurückgegangen. Wie bei der allgemeinen Sterblichkeit war der Rückgang in Berlin-West jedoch stärker als in Berlin-Ost.

**Abbildung 3.2:**  
**Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1992 in Berlin**  
 - alle Altersgruppen



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

1992 starben in Berlin 9 862 Personen (23 % der Gesamtgestorbenen) unter 65 Jahren. Mit 37 % lag der Anteil der unter 65jährig gestorbenen Männer deutlich über dem Anteil der unter 65jährig gestorbenen Frauen (14 %).

Der Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit betrug seit 1985 in Berlin-West bei den männlichen Personen 21 % ( 1985: 538 je 100.000, 1992: 423 je 100.000). In Berlin-Ost ist das Sterbeniveau (bis auf den stärkeren Anstieg 1990 und 1991) nahezu konstant geblieben. Lag das Sterberisiko der Männer 1985 im Ostteil noch über 20 % niedriger, so wurde in den Jahren 1990/1991 bereits Westberliner Niveau erreicht und 1992 sogar überschritten. Würde man Sterbefälle an Aids und Drogentodesfälle (ihr Anteil beträgt etwa 10 % der unter 65jährig gestorbenen in Berlin-West) wegen der geringen Sterblichkeit an diesen Diagnosen im Ostteil der Stadt eliminieren, würde eine Übersterblichkeit der Ostberliner transparent.

Bei den Frauen kam es in Berlin-West seit 1985 (265 je 100.000) zu einem Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit von 17 % (1992: 220 je 100.000). In Berlin-Ost betrug der Rückgang 13 % (1985: 256 je 100.000, 1992: 222 je 100.000).

Zwischen den Berliner Bezirken stellte sich die allgemeine Sterblichkeit sehr differenziert dar. So machten unterschiedliche Altersstrukturen in den Berliner Bezirken eine höhere bzw. niedrigere Sterblichkeit sichtbar.

Bezirke mit einem hohen Anteil älterer Personen (z.B. Zehlendorf, Weißensee, Wilmersdorf) wiesen höhere Sterberaten aus als Bezirke mit einer vergleichsweise „jungen“ Bevölkerung (Marzahn, Hellersdorf, Hohenschönhausen).

Allerdings wird bei einem Vergleich altersstandardisierter Sterbeziffern nach dem Standard-Mortality-Konzept (SMR, im Folgenden auch Indexwert) ein unterschiedliches Sterberisiko in den Berliner Bezirken sowohl bei der Gesamt- als auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit deutlicher.

So wies in den Jahren 1989 bis 1991 der Bezirk Kreuzberg sowohl bei der Gesamtsterblichkeit (Indexwert 129,8) als auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit (Indexwert 149,4) die höchsten Sterberaten bei den Männern, gefolgt von Tiergarten und Wedding, aus.

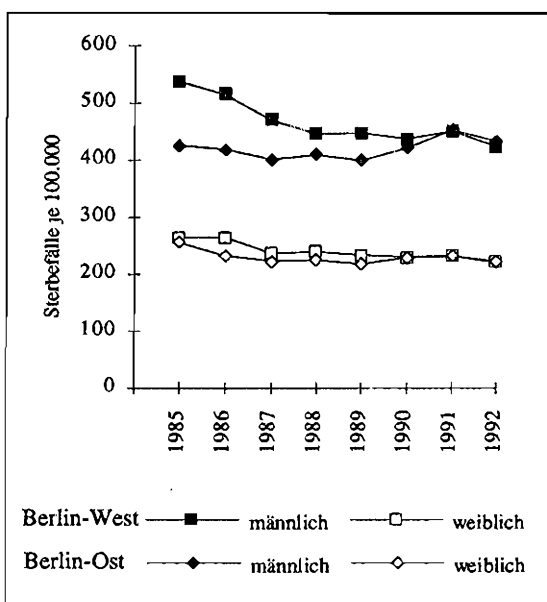
In Berlin-Ost wiesen die Bezirke Prenzlauer Berg, Friedrichshain und Weißensee die höchsten Mortalitätsindizes aus; die Gesamtsterblichkeit lag in diesen Bezirken im Mittel 16,6 % und die vorzeitige Sterblichkeit um 18,9 % über dem Berliner Durchschnitt.

Im Westteil der Stadt lag bei den Frauen der Bezirk Zehlendorf bei der Gesamtsterblichkeit signifikant über dem Durchschnittswert. Bei der vorzeitigen

Sterblichkeit wies der Bezirk mit einem Indexwert von 75,0 jedoch den günstigsten Wert aus. Den ungünstigsten Wert bei der vorzeitigen Sterblichkeit wiesen die Kreuzberger Frauen aus (126,3).

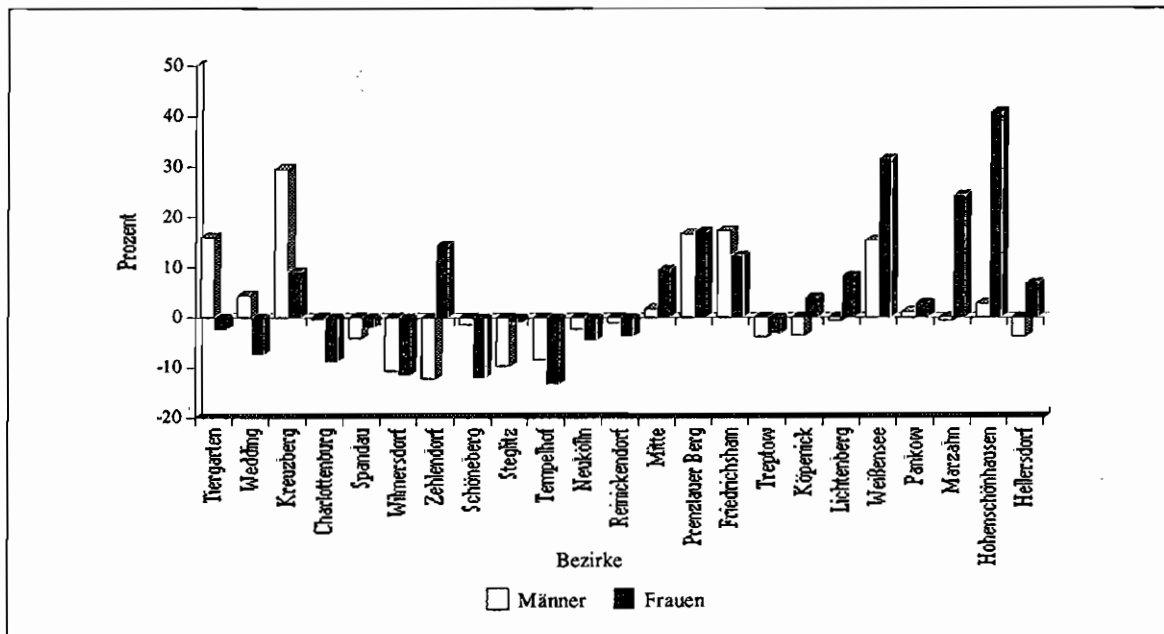
In Berlin-Ost lagen die SMR-Werte der Frauen bei der Gesamtsterblichkeit in Hohenschönhausen am höchsten (141,0), bei der vorzeitigen Sterblichkeit wies der Bezirk Prenzlauer Berg mit 124,0 signifikant die höchsten Sterberaten aus.

**Abbildung 3.3:**  
**Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1992 in Berlin**  
- Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre



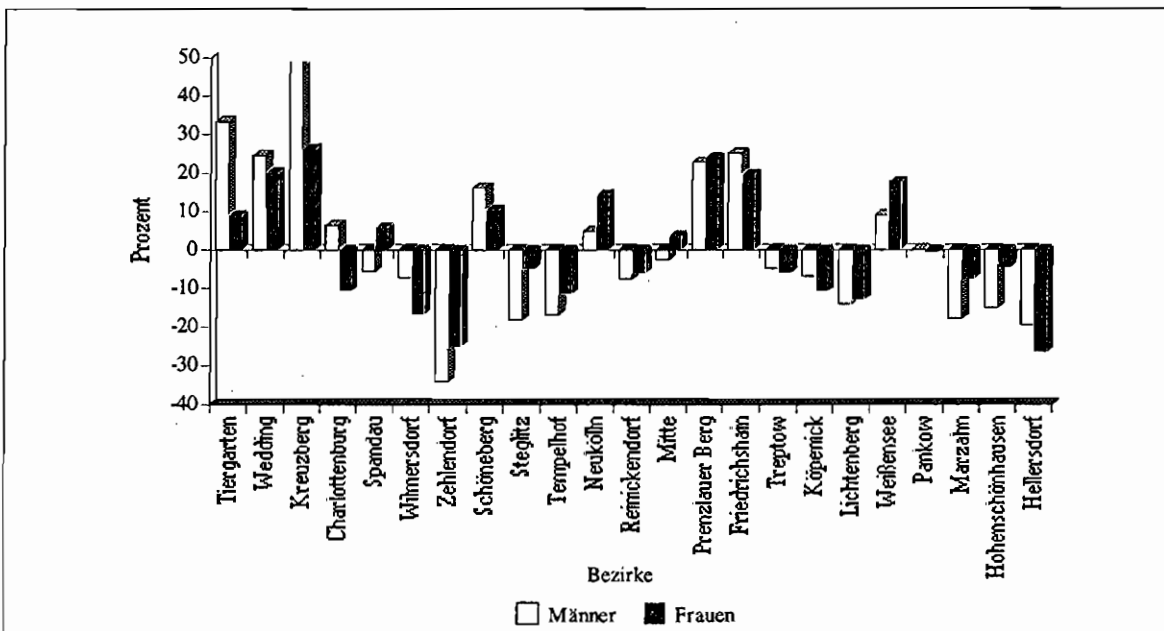
(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen / altersstand. Eurobev)

**Abbildung 3.4:**  
**Abweichung der Gesamtsterblichkeit vom Berliner Durchschnitt nach Bezirken und Geschlecht**  
 (SMR<sup>1)</sup>, Berliner Durchschnitt = 100 %)  
 - alle Altersgruppen



1) Durchschnitt der Jahre 1989 - 1991  
 (Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Abbildung 3.5:**  
**Abweichung der Vorzeitigen Sterblichkeit vom Berliner Durchschnitt nach Bezirken und Geschlecht**  
 (SMR<sup>1)</sup>, Berliner Durchschnitt = 100 %)  
 - Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre



1) Durchschnitt der Jahre 1989 - 1991  
 (Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

### 3.1.2 Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Ungeachtet ihrer Vor- und Nachteile erlaubt die jährlich in der Bundesrepublik vorgelegte amtliche Todesursachenstatistik, nicht zuletzt wegen der äußerst defizitären Angaben aus dem Morbiditätsspektrum, erste Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung

Wegen ihres monokausalen Auswahlverfahrens ermöglicht die Todesursachenstatistik jedoch nur für die jüngeren Altersgruppen zuverlässige Angaben zur Todesursache, während sich für die älteren Altersgruppen wegen zunehmender Multimorbidität und damit verbundener wechselseitiger Beeinflussung der Krankheiten Probleme für die Validität der direkt zum Tode führenden Krankheit ergeben. Wegen der Kodierung von „nur“ einer Todesursache ergeben sich außerdem Grenzen für die statistische Auswertung und Interpretation, die eine Kausalitätsforschung nicht zulassen.

Nach wie vor stehen *Herz-Kreislauf-Krankheiten* an der Spitze der Todesursachen. Nahezu jeder zweite Sterbefall (48,7 %, 20 464 Fälle) ging 1992 zu Lasten einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Die altersstandardisierte Rate (alle Altersgruppen) lag bei den männlichen Personen in Berlin-West mit 469 Gestorbenen je 100 000 auf dem Niveau des Vorjahres (464 je 100 000), in Berlin-Ost ist die Sterberate von 622 je 100 000 auf 581 Gestorbene je 100 000 um rund 7 % zurückgegangen.

Die Sterberate der Frauen lag 1992 in Berlin-West mit 297 Gestorbenen je 100 000 auf Vorjahresniveau, in Berlin-Ost ging sie von 419 je 100 000 im Jahr 1991 auf 378 je 100 000 im Jahr 1992 um 10 % zurück.

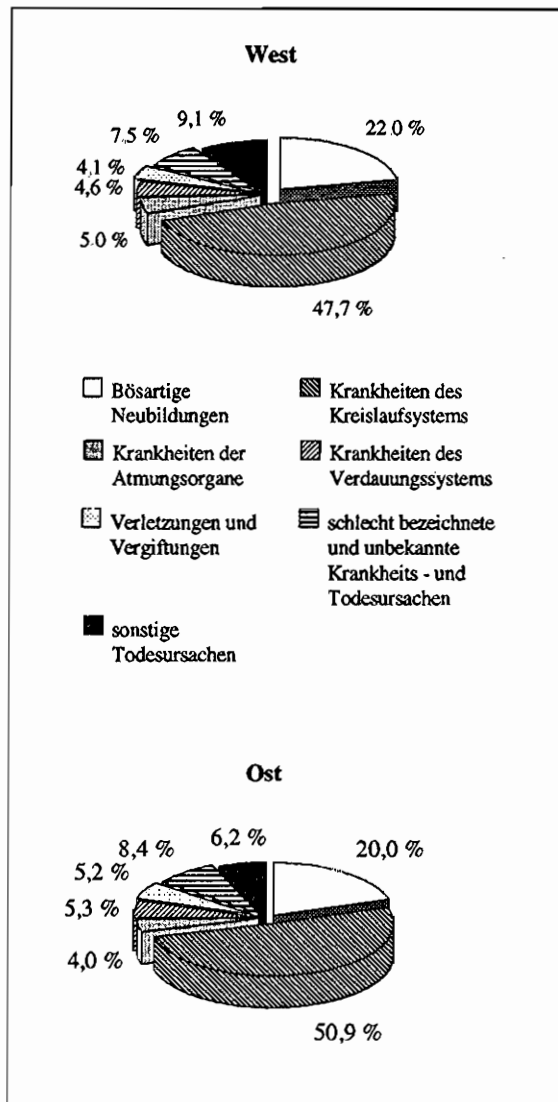
Auch bei den unter 65jährigen, die an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung starben, kam es 1992 bei beiden Geschlechtern in Berlin-Ost zu einem Sterblichkeitsrückgang, während sich in Berlin-West, obwohl hier noch niedriger liegend, die Sterbeziffern kaum veränderten (vgl. Tabellen A 3.12 und A 3.13 im Tabellenanhang).

An zweiter Stelle der Todesursachenstatistik stehen Sterbefälle an *bösartigen Neubildungen*.

Bei jedem fünften Sterbefall wurde 1992 in Berlin ein Krebsleiden als Todesursache verschlüsselt.

Im Jahr 1992 starben in Berlin 8 981 Personen an Krebs, das entsprach 21,4 % der Gesamtgestorbenen.

Abbildung 3.6:  
Todesursachen 1992 in Berlin

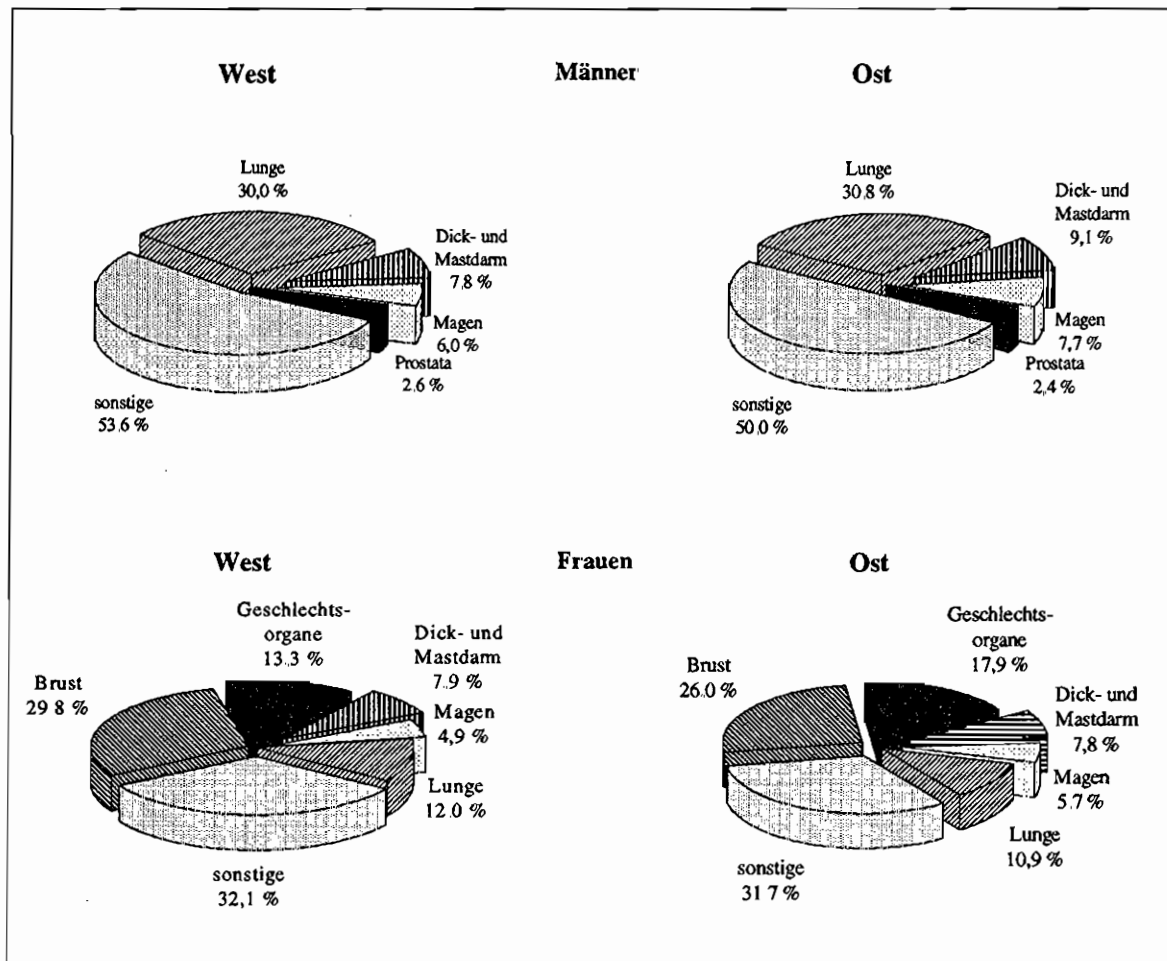


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Wie in den Vorjahren ergaben sich nach Altersstandardisierung für Berlin-West (Männer: 274 Gestorbene je 100 000, Frauen: 184 je 100 000) höhere Krebssterberaten als für Berlin-Ost (Männer: 254 je 100 000, Frauen: 161 je 100 000). Die höhere Krebssterblichkeit in den westlichen Bezirken bezieht sich nur auf die Zusammenfassung aller bösartigen Neubildungen. Innerhalb bestimmter Krebsformen besteht jedoch in beiden Stadtteilen ein unterschiedliches Sterberisiko (vgl. Tabellen A 3.8 bis A 3.11 und Abbildung 3.7).



**Abbildung 3.7:**  
**Krebsmortalitätsspektrum 1992 in Berlin**  
 - Altersbereich 0 bis unter 65 Jahre



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Die Krebssterblichkeit der unter 65jährigen Männer ist in Berlin-Ost leicht angestiegen und lag im Berichtsjahr auf dem Niveau des Westteils der Stadt (104 je 100.000). Auch bei den Frauen stieg in Berlin-Ost die Sterbeziffer bei den unter 65jährigen an; sie lag 1992 jedoch mit 78 Gestorbenen je 100.000 noch unter der Ziffer der westlichen Bezirke (84 je 100.000).

Lungenkrebs bleibt bei den Männern bei weitem die häufigste Todesursache aller Krebslokalisationen. Nach dem Herzinfarkt belegt Lungenkrebs bei den unter 65jährigen männlichen Personen Rangplatz zwei in der Todesursachenstatistik.

Bei den Frauen dominiert nach wie vor das Mammarkarzinom. Bei den unter 65jährigen gestorbenen Frauen steht der Brustkrebs als Todesursache an er-

ster Stelle. 18 % aller Krebssterbefälle bzw. 28 % aller Krebssterbefälle der unter 65jährigen Frauen gingen 1992 in Berlin zu Lasten des Brustkrebses.

*Schlecht bezeichnete und unbekannte Todesursachen* (ICD 9 / 797 - 799) lagen wie in den Vorjahren an dritter Stelle in der Todesursachenstatistik. Etwa jeder zwölfte Todesfall (Berlin-West 7,5 %, Berlin-Ost 8,4 %) wurde 1992 als „unbekannte Ursache“ verschlüsselt. Im Bundesdurchschnitt betrug der Anteil 1992 2,2 %. Der hohe Anteil in Großstädten liegt darin begründet, daß die zu begutachtenden Ärzte den Toten in der Regel nicht kennen und sie sich deshalb auf die Diagnosenummer 798 (Tod unbekannter Ursache) beschränken.

Insgesamt sind Todesfälle an *Erkrankungen der Atmungsorgane* auch 1992 weiter zurückgegangen. Dies betraf auch die Sterbefälle an solchen Krankheiten bei den unter 65jährigen in Berlin-Ost; in Berlin-West ist die Sterblichkeit hingegen bei den unter 65jährigen leicht angestiegen (vgl. Tabellen A 3.12 und A 3.13).

Nach einem starken Anstieg (bedingt durch eine erhöhte Leberzirrhosesterblichkeit nach Änderung der Kodiermodi) in den Jahren von 1989 bis 1991 sind Sterbefälle an *Krankheiten der Verdauungsorgane* in Berlin-Ost nicht weiter angestiegen. Die Sterblichkeit lag jedoch (insbesondere bei den unter 65jährigen) auch 1992 deutlich über dem Niveau im Westteil der Stadt (Berlin-West: 29,8 je 100.000 männlich, 17,2 je 100.000 weiblich; Berlin-Ost: 41,9 je 100.000 männlich, 22,4 je 100.000 weiblich).

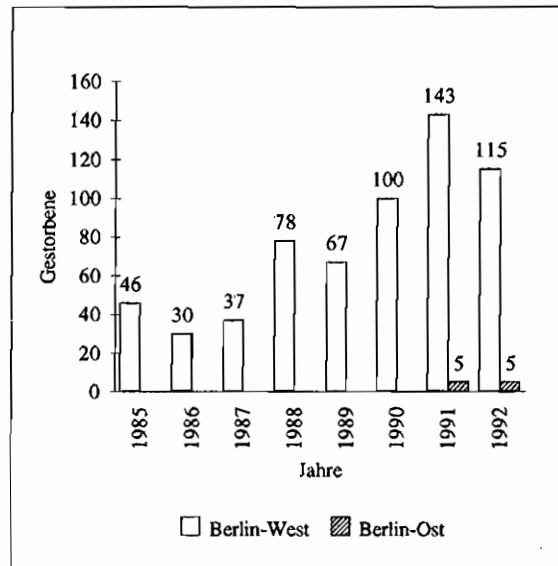
*Alkoholbedingte Sterbefälle* nahmen zwar auch 1992 mit 1,8 % (522 Todesfälle) an der Gesamtsterblichkeit im Westteil und mit 2,7 % (349 Todesfälle) im Ostteil einen geringen Anteil ein, jedoch kommt ihnen hinsichtlich „verlorener“ Lebensjahre ein nicht unerheblicher Stellenwert zu, da über 80 % der durch übermäßigen Alkoholkonsum (Berlin 1992: 82 %) bedingten Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahres starben (vgl. Tabelle A 3.15).

Von den 1992 in Berlin an *infektiösen und parasitären Krankheiten* gestorbenen 470 Personen (73 mehr als im Vorjahr) starben 332 Personen (71 %) an den Folgen der Immunschwächekrankheit *Aids*. Berlin nimmt damit weiterhin einen traurigen Spitzenplatz in der Bundesrepublik Deutschland ein. Seit 1986 starben in Berlin 1 331 Personen (darunter 14 aus Berlin-Ost) an *Aids*. Die Sterblichkeit hat sich bei den Männern von 1991 bis 1992 um weitere 17 % erhöht. Bei den 25- bis unter 35jährigen männlichen Personen in Berlin-West steht *Aids* als Sterbeursache noch weit vor den Verletzungen und Unfällen an erster Stelle. Bei den insgesamt unter 65jährigen Gestorbenen in Berlin-West belegt die Todesursache *Aids* mittlerweile Rangplatz drei.

Die Zahl der *Drogentoten* (ICD 9 / 304) hat sich von 1991 von 148 Todesfällen (darunter 5 aus Berlin-Ost) auf 120 (5 aus Berlin-Ost) verringert. Innerhalb der Altersgruppen der 15- bis unter 20jährigen sind Drogentodesfälle in Berlin-West wieder angestiegen (vgl. Abbildung 3.8). Bei den 25- bis

unter 35jährigen Berlinern im Westteil der Stadt waren 1992 Sterbefälle an Drogensucht Todesursache Nummer drei.

**Abbildung 3.8:**  
Drogentote (ICD 9 / 304) 1985 - 1992 in Berlin 1)



1) von 1985 bis 1990 nur Drogentote in Berlin-West

(Quelle: StaLa Berlin)

Im Berichtsjahr kamen in Berlin 1 853 Personen (154 weniger als 1991) infolge von *Unfällen, Vergiftungen oder Gewalteinwirkungen* ums Leben. Somit betrug der Anteil nichtnatürlicher Todesursachen innerhalb der Gesamtsterblichkeit 4,4 % (1.193 (64 %) der an nichtnatürlichen Todesursachen gestorbenen Berliner waren jünger als 65 Jahre. Der Anteil nichtnatürlicher Todesfälle an der vorzeitigen Sterblichkeit betrug 1992 12 %.

Die Häufigkeit und Entwicklung von *Suiziden* gilt allgemein als Indikator für die psychische und soziale Gesundheit einer Bevölkerung.

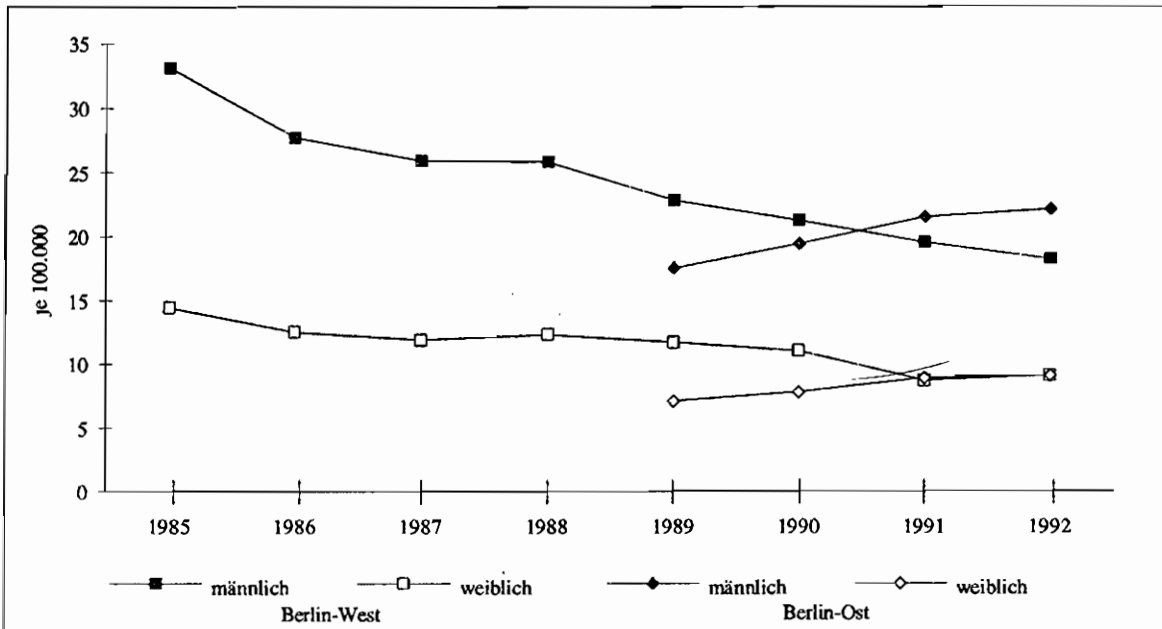
1992 nahmen sich 550 Berliner (11 weniger als im Vorjahr) das Leben.

Während es in Berlin-West auch weiterhin zu einem Rückgang der Suizidsterblichkeit innerhalb der männlichen Population kam (1991: 19,5 je 100.000, 1992: 18,2 je 100.000), setzte sich dieser Trend bei den Frauen nicht weiter fort (1991: 8,7, 1992: 9,1 je 100.000).

In Berlin-Ost (hier waren wegen der Sekrektion der Daten erst die Jahrgänge ab 1989 verfügbar) ist die Suizidsterblichkeit bei beiden Geschlechtern seit 1989 eher angestiegen. Die Sterblichkeit der

Frauen lag 1992 auf Westniveau, die der Männer lag im Berichtsjahr 13 % darüber (20,8 Gestorbene je 100 000)

**Abbildung 3.9:**  
**Entwicklung der Selbstmordsterblichkeit 1985 - 1992 in Berlin**  
**- je 100.000 der Bevölkerung**



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

Die Suizidsterblichkeit der unter 65jährigen ist in Berlin-West bei den Männern um weitere 10 % zurückgegangen (von 16,0 je 100.000 auf 14,4 je 100.000), während bei den Frauen die Rate wie im Vorjahr bei 7,0 je 100.000 lag.

In den östlichen Bezirken ist die Sterberate der unter 65jährigen Männer weiterhin leicht angestiegen (von 17,9 auf 18,9 je 100.000). Der Sterblichkeitsanstieg betraf vor allem die Altersgruppe der 30- bis unter 50jährigen.

Innerhalb definierter Altersgruppen gab es bei einem Vergleich zwischen dem West- und Ostteil Berlins erhebliche (geschlechtsspezifische) Unterschiede. Während die Frauen (bis auf die Gruppe der 15- bis unter 30jährigen, hier war die Sterblichkeit in Berlin-West 28 % höher) auf etwa glei-

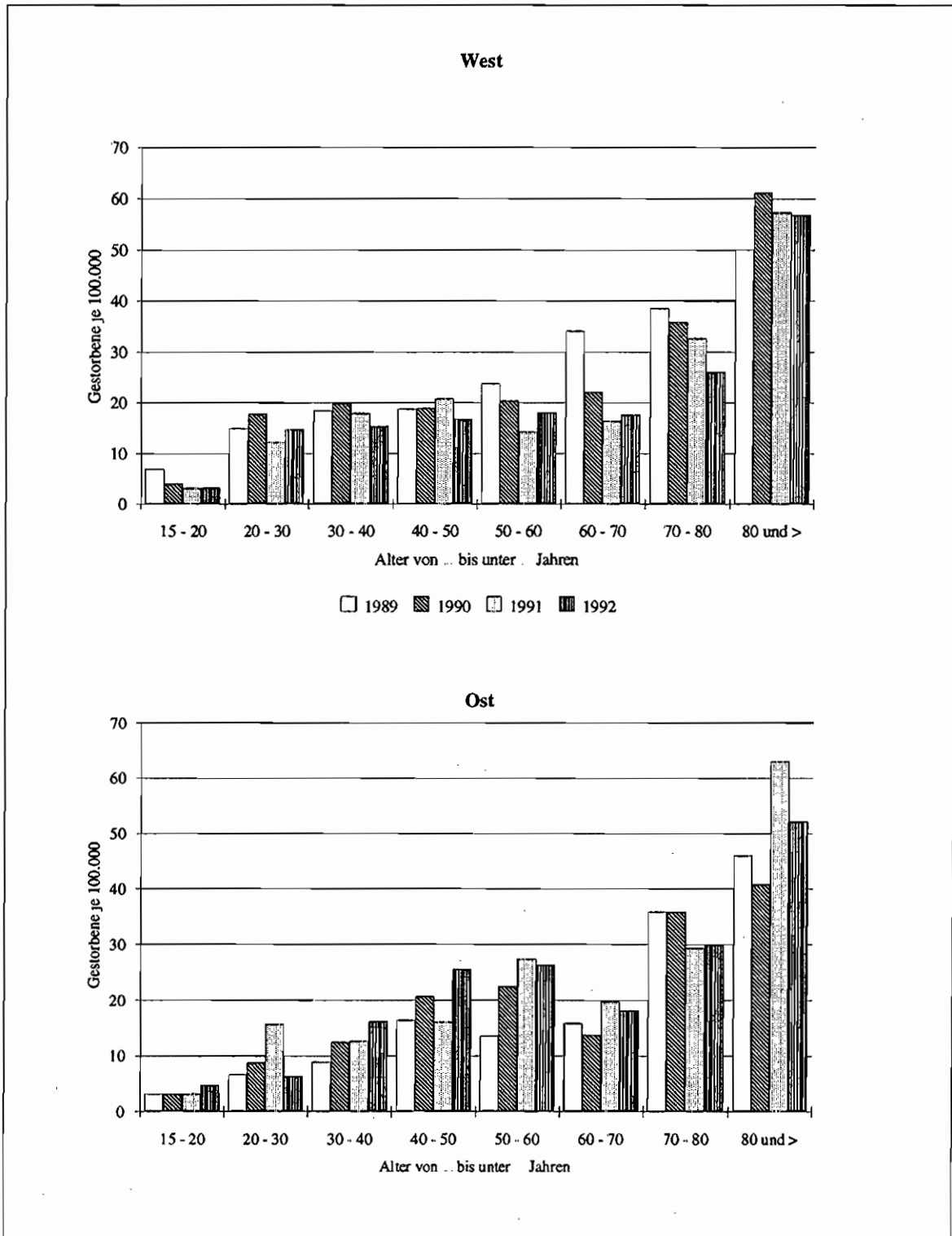
chem Niveau lagen, gab es bei den Männern deutliche Abweichungen. So lag die altersstandardisierte Sterberate der 15- bis unter 30jährigen Männer mit 14,7 Gestorbenen je 100.000 in den westlichen Bezirken rund 45 % höher als im Ostteil der Stadt (6,7 je 100.000).

Vice versa war die Suizidsterblichkeit bei den 30- bis unter 65jährigen in Berlin-Ost (33,5 je 100.000) 37 % höher als in Berlin-West.

80 % aller Männer, die 1992 in Berlin-Ost Selbstmord begingen, waren im Alter von 30 bis unter 65 Jahren (Berlin-West 55 %).

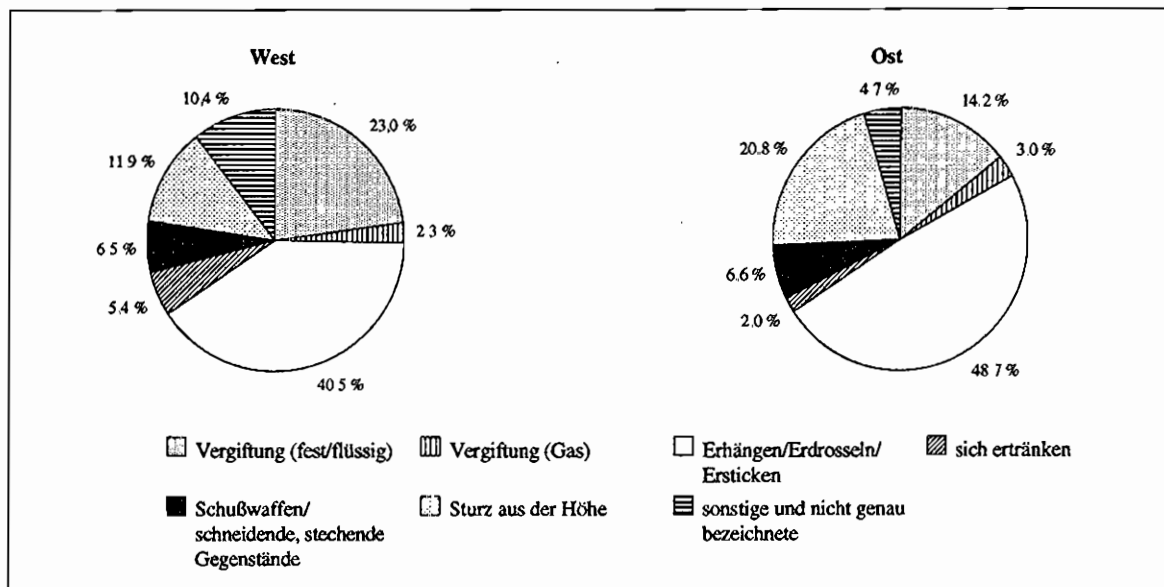
Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidhäufigkeit stark an. Die Sterberate der über 70jährigen ist mehr als doppelt so hoch wie die der 15- bis 45jährigen.

**Abbildung 3.10:**  
**Altersspezifische Suizidraten (ICD 9 / E 950 - E 959) 1989 - 1992 in Berlin**  
**- je 100.000 der Altersgruppe**



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Abbildung 3.11:**  
Art der Selbstmorde 1992 in Berlin

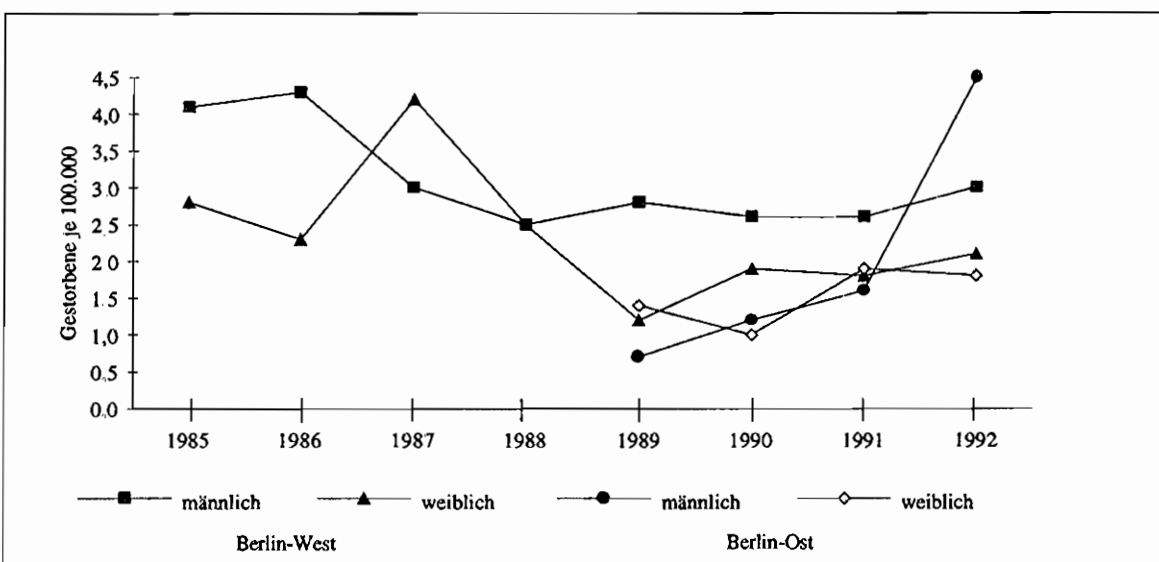


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

1992 kamen in Berlin 95 Personen (24 mehr als im Vorjahr) durch *Mord und Totschlag* ums Leben. Die absolute Zahl hat sich in den östlichen Bezirken nahezu verdoppelt (1992: 40, 1991: 23 Fälle). Für Berlin-Ost standen Daten erst ab 1989 zur Verfügung. Je 100.000 der Bevölkerung starben in Ber-

lin-Ost 4,5 männliche Personen (1991: 1,6 je 100 000) und 1,8 je 100 000 Frauen (1991: 1,9 je 100 000). In Berlin-West betrug die Sterberate bei den Männern 3,0 je 100 000 (1991: 2,6) und bei den Frauen 2,1 je 100 000 (1991: 1,8).

**Abbildung 3.12:**  
Sterbefälle an Mord, Totschlag und vorsätzlichen Verletzungen durch eine andere Person (ICD 9 / E 960 - E 969) 1985 - 1992 in Berlin - je 100.000 der Bevölkerung 1)



1) Angaben für Berlin-Ost erst ab 1989 verfügbar

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Todesfälle verursacht durch *Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs* hatten 1992 einen Anteil von rund einem Prozent an der Gesamtsterblichkeit. Insgesamt starben 343 Berliner (61 weniger als 1991) an den Folgen von Kfz -Unfällen.

Die Entwicklung der an Kfz -Unfällen Gestorbenen verlief auch 1992 in Berlin-West und -Ost noch sehr unterschiedlich.

Obwohl die Sterblichkeit in Berlin-Ost sowohl bei den Männern (1992: 20,0 je 100.000, 1991: 22,7 je 100.000) als auch bei den Frauen (1992: 5,7 je 100.000, 1991: 7,6 je 100.000) rückläufig war, lag sie weiterhin deutlich über dem Niveau in Berlin-West (männlich: 1992 10,9 je 100.000, 1991 12,8 je 100.000; weiblich: 1992 4,6 je 100.000, 1991 3,4 je 100.000).

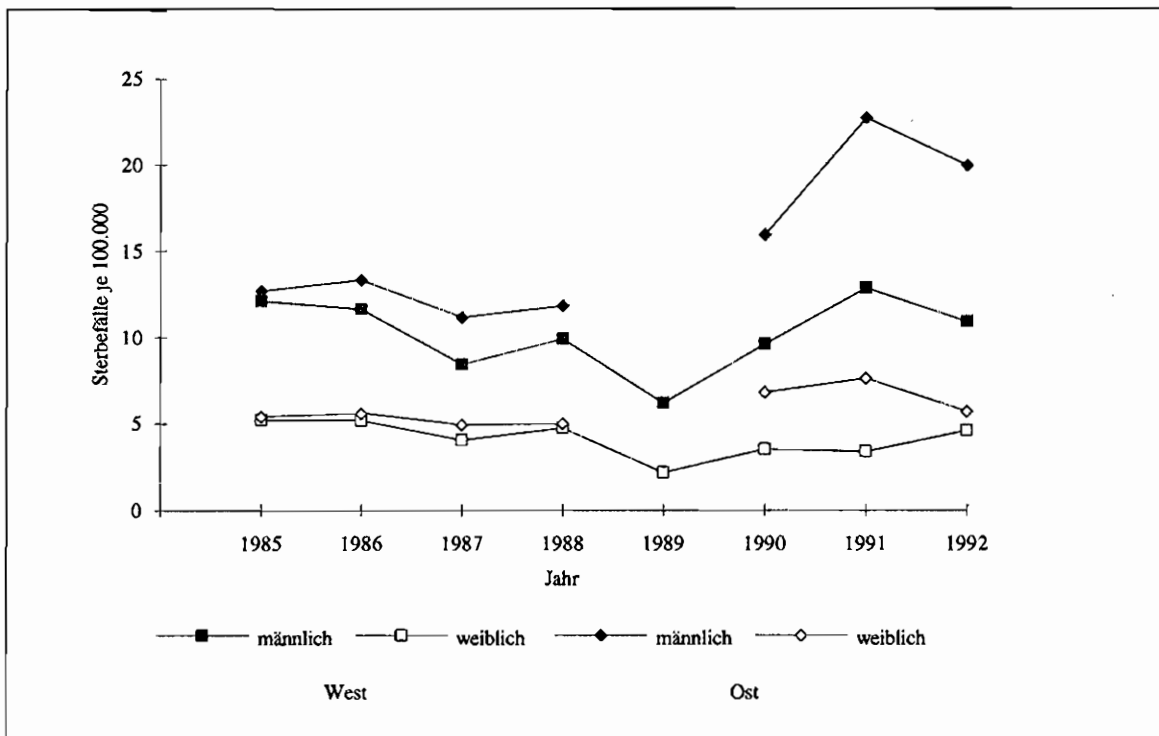
Die Sterblichkeit an Kfz -Unfällen hat zwei Altersgipfel: 20 bis 25 Jahre und um das 80. Lebensjahr.

In fast allen Altersgruppen sterben Männer dreimal häufiger als Frauen, in den Altersgruppen der 30- bis 40jährigen bis zu fünfmal häufiger.

Bis auf die Sterblichkeit bei den über 80jährigen lag die altersspezifische Sterblichkeit in allen Altersgruppen bei den Männern im Ostteil der Stadt deutlich über der der Männer westlicher Bezirke. Bei den 15- bis unter 25jährigen belegten die Verkehrsunfalltoten in Berlin (beide Stadthälften) Rangplatz 1 der Todesursachen.

Auch bei den Frauen war die Sterberate in Berlin-Ost in fast allen Altersgruppen höher als im Westteil Berlins.

**Abbildung 3.13:**  
Entwicklung der Kfz.-Unfallsterblichkeit (ICD 9 / E 810 - E 825) 1985 - 1992 in Berlin 1)  
- je 100.000



1) für Berlin-Ost 1989 keine Angaben

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

### 3.1.3 Vermeidbare Sterbefälle in Berlin

Der Begriff „vermeidbare“ Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen und -gruppen, die bei optimaler medizinischer Versorgung bzw. durch das Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen als vermeidbar gelten.

Gegenwärtig zählen 29 Todesursachen und -gruppen (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Todesfällen (vgl. Tabelle A 3.17 im Tabellenanhang)

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, diese Krankheiten erfolgreich zu behandeln bzw. sie durch individuelles Verhalten bzw. gezielte Prävention gar nicht erst entstehen zu lassen.

Als vermeidbar gelten die definierten Todesursachen nur für bestimmte Altersgruppen

In den Indikatorenatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder wurden 12 der derzeit 29 in definierten Altersgruppen als vermeidbar geltenden Todesursachen und -gruppen aufgenommen. Diese 12 Todesursachen haben einen Anteil von über 97 % an allen vermeidbaren Todesursachen (vgl. Tabellen A 3 18 und A 3 19).

#### Vermeidbare Todesfälle nach Art der Vermeidbarkeit

Jährlich sterben in Berlin etwa 4 400 Personen (2 600 in Berlin-West, 1 800 in Berlin-Ost) an sogenannten „vermeidbaren“ Todesfällen. Die Mehrzahl der Gestorbenen (94 %) ist jünger als 65 Jahre

Der Anteil der vermeidbaren Todesfälle an der Gesamtsterblichkeit betrug 1991 in Berlin 10,0 % (Berlin-West 8,6 %, Berlin-Ost 13,2 %) und lag somit 0,6 Prozentpunkte unter dem errechneten Anteil für die Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer 10,0 %, neue Bundesländer 12,6 %)

Bei der Untersuchung von Gründen und Umständen, die zu „vermeidbaren“ Sterbefällen führen, erscheint es sinnvoll, die definierten Todesursachen und -gruppen nach Art der Maßnahmen, mit denen gegenwärtig solche Todesfälle vermieden werden können, zu differenzieren.

Die vermeidbaren Todesursachen und -gruppen werden deshalb in:

- überwiegend durch medizinische Interventionsmöglichkeiten vermeidbare Todesfälle
- durch medizinische und präventive Interventionsmöglichkeiten vermeidbare Todesfälle
- und durch präventive Interventionsmöglichkeiten vermeidbare Todesfälle

unterschieden

#### Überwiegend durch medizinische Interventionsmöglichkeiten vermeidbare Todesfälle

Zu den Todesfällen, die nach derzeitigem Kenntnisstand durch spezifische medizinische Maßnahmen vermeidbar sind, zählen 23 Todesursachen/-gruppen. Es handelt sich hierbei im wesentlichen um solche Maßnahmen wie Impfungen, Screeningverfahren, diagnostische Interventionen, die eine frühzeitige Erkennung und frühzeitige Therapie ermöglichen sowie aber die kurative Behandlung selbst.

Auf die aufgeführten Todesursachen entfielen 1991 in Berlin 760 Todesfälle (486 in Berlin-West, 274 in Berlin-Ost); das entsprach einem Anteil von 17,3 % an allen vermeidbaren Sterbefällen (18,9 % in Berlin-West, 14,9 % in Berlin-Ost) bzw. 1,7 % aller Sterbefälle (1,6 % in Berlin-West, 2,0 % in Berlin-Ost). Der Anteil medizinisch vermeidbarer Todesfälle an der vorzeitigen Sterblichkeit betrug demgegenüber 7,4 % (Berlin-West 7,5 %, Berlin-Ost 7,2 %)

*Brustkrebs- und Perinatale Sterbefälle* bildeten zusammen mit rund 71 % (230 und 115 Fälle) in Berlin-West und mit 63 % (116 und 56 Fälle) in Berlin-Ost den größten Anteil innerhalb dieser Gruppe. Die übrigen 21 durch medizinische Interventionsmöglichkeiten vermeidbaren Todesursachen lagen in Berlin-West im Bereich zwischen 0 und 49 Fällen bzw. 0 und 10 % Anteil an den 23 Todesursachen und in Berlin-Ost zwischen 0 und 25 Fällen bzw. 0 und 9 % Anteil.

Dank einer sehr guten Impfprophylaxe (und Antibiotikatherapie) gab es in den letzten Jahren in Berlin keine Sterbefälle an *Keuchhusten, Tetanus,*

**Tabelle 3.1:**  
**Überwiegend durch medizinische Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**

Todesursachen/ -gruppen	Todesfälle				Anteil in %			
	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder
<b>vermeidbar durch Impfungen</b>								
Pertussis	-	-	6	-	-	-	0,0	-
Tetanus	-	-	-	-	-	-	-	-
Masern	-	-	2	-	-	-	0,0	-
<b>vermeidbar durch Früherkennung</b>								
Krebs des Gebärmutterhalses	49	25	794	343	10,1	9,1	5,8	10,0
Perinatale Sterbefälle	115	56	4 136	706	23,7	20,4	30,3	20,5
Brustkrebs	230	116	6 006	1 269	47,3	42,3	44,0	36,8
Müttersterblichkeit	3	1	62	10	0,6	0,4	0,5	0,3
angeborene Anomalien des Kreislaufsystems	6	7	114	37	1,2	2,6	0,8	1,1
<b>vermeidbar durch Therapie</b>								
Morbus Hodgkin	9	6	354	96	1,9	2,2	2,6	2,8
Asthma	7	10	229	56	1,4	3,6	1,7	1,6
Magen- und Duodenal- geschwüre	11	12	419	292	2,3	4,4	3,0	8,5
Chron. rheumat. Herzkrh.	1	1	34	18	0,2	0,4	0,2	0,5
Tuberkulose	9	4	288	84	1,9	1,5	2,1	2,4
Gebärmutterkrebs	7	6	167	65	1,4	2,2	1,2	1,9
Atemwegskrankheiten 1)	7	2	76	28	1,4	0,7	0,6	0,8
Typhus	-	-	1	-	-	-	0,0	-
Osteomyelitis	1	-	28	11	0,2	-	0,2	0,3
Infektionen des Verdauungssystems	-	-	18	6	-	-	0,1	0,2
Hodenkrebs	2	3	153	82	0,4	1,1	1,1	2,4
Leukämie	19	16	571	161	3,9	5,8	4,2	4,7
Appendizitis	2	3	41	40	0,4	1,1	0,3	1,2
Eingeweidebrüche	2	1	36	35	0,4	0,4	0,3	1,0
Cholelithiasis, Chole- zystitis, Cholangitis	6	5	101	105	1,2	1,8	0,7	3,0
<b>insgesamt</b>	<b>486</b>	<b>274</b>	<b>13 756</b>	<b>3 444</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Gliederung erfolgte in Anlehnung an: "Vermeidbare Todesfälle in Rheinland-Pfalz 1980 - 1988" / Häussler 1991

1) exclusive Sterbefälle an Asthma 5 - 14 (Quelle: StaBu / StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

*Masern, Typhus oder Infektionen des Verdauungssystems* innerhalb der definierten Altersgruppen

Die Mehrzahl der durch therapeutische Interventionen vermeidbaren Todesursachen war auch seit 1983 von einem weiteren Rückgang geprägt, der sich vor allem durch die Effektivität der Früherkennungsmaßnahmen erklären läßt aber auch die Möglichkeiten und die Wirksamkeit der kurativen Therapie verdeutlicht.

Dies wird vor allem bei der *perinatalen Sterblichkeit*, bei Todesfällen an *Morbus Hodgkin* sowie an *Magen- und Duodenalulcera* deutlich, bei denen der Sterblichkeitsrückgang stärker ausgeprägt war als der Rückgang der allgemeinen bzw. vorzeitigen Sterblichkeit. Ebenfalls stärker als die allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit ist in Berlin auch die Sterblichkeit an *Gebärmutterhalskrebs* zurückgegangen (Berlin-West 29%, Berlin-Ost 42 %)



Aber auch bei anderen Todesursachen, die als medizinisch vermeidbar gelten, ist ein Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Dies betrifft vor allem die *Tuberkulosesterblichkeit* und die Sterblichkeit an *Hodenkrebs*. Gerade diese Krankheiten können heute durch eine effektive und wirksame Therapie weitestgehend geheilt werden.

Nicht weiter oder nur in Höhe der allgemeinen oder vorzeitigen Sterblichkeit ist die Sterblichkeit an Asthma, chronischen rheumatischen Herzkrankheiten, Leukämie, angeborenen Herzfehlern, Appendizitis und abdominalen Hernien sowie an Cholelithiasis, Cholezystitis, Cholangitis zurückgegangen. Bei den aufgeführten Todesursachen lag die Sterblichkeit im betrachteten Zeitraum jedoch in Berlin-Ost deutlich höher als in Berlin-West

Die Sterblichkeit an *Krebs der weiblichen Brustdrüse* stagniert in Berlin-West auf relativ hohem Niveau (21,4 je 100.000), während die Sterblichkeit in Berlin-Ost um 31 % anstieg (1983: 13,6 je 100 000, 1992: 17,9 je 100 000).

**Durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle**

Zu den Todesfällen, die sowohl durch eine optimale medizinische Therapie als auch durch präventive Maßnahmen als vermeidbar gelten, zählen Todesfälle an *ischämischen Herzkrankheiten*, *Hypertonie* und *Hochdruckkrankheiten*, *Krankheiten des zerebrovaskulären Systems* und *Hautkrebs*.

Neben einer frühzeitig einsetzenden effektiven Therapie im Erkrankungsfall (medikamentös, chirurgisch, kardio- bzw neurochirurgisch) können aber auch präventive Maßnahmen (durch Veränderungen des individuellen Verhaltens wie z.B. durch weitestgehendes Ausschalten von Risikofaktoren) die Erkrankungshäufigkeit reduzieren und/oder den Todesfall (in bestimmten Altersgruppen) vermeiden.

Auf die genannten Todesursachen entfielen 1991 in Berlin 1 710 Todesfälle (947 in Berlin-West, 763 in Berlin-Ost); das entsprach einem Anteil von 38,9 % an allen vermeidbaren Sterbefällen (36,9 % in Berlin-West, 41,6 % in Berlin-Ost) bzw. 3,9 % aller Sterbefälle (3,2 % in Berlin-West, 5,5 % in Berlin-Ost).

Der Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit betrug 16,7 % (Berlin-West 14,7 %, Berlin-Ost 20,1 %).

**Tabelle 3.2:**  
**Überwiegend durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**

Todesursachen/ -gruppen	Todesfälle				Anteil in %			
	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder
Ischämische Herzkrh Hypertonie und Schlaganfall	655	543	20 376	7 512	69,2	71,2	73,7	70,7
Hautkrebs	4	1	96	18	0,4	0,1	0,3	0,2
<b>insgesamt</b>	<b>947</b>	<b>763</b>	<b>27.652</b>	<b>10.623</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(Quelle: StaBu / StaL a Berlin / eigene Berechnungen)

Die 1.198 Sterbefälle (655 in Berlin-West, 543 in Berlin-Ost) an *ischämischen Herzkrankheiten* (ISHD) stellten mit rund 70 % den größten Anteil in dieser Gruppe. 841 Gestorbene (70 % der insgesamt in der definierten Altersgruppe an ISHD gestorbenen Personen) starben an den Folgen eines akuten Myokardinfarktes

Die Sterblichkeit an ISHD ging bei den Männern in Berlin-West stärker zurück als die allgemeine bzw. vorzeitige Sterblichkeit. Bei der weiblichen Population in Berlin-West ist die Sterblichkeit hingegen nur in Höhe der allgemeinen bzw. vorzeitigen Sterblichkeit zurückgegangen.

In Berlin-Ost unterlag die Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern erheblichen Schwankungen; insgesamt lag sie jedoch seit Anfang der achtziger Jahre bei den Frauen und seit Mitte der achtziger Jahre bei den Männern deutlich über den Werten des Westteils der Stadt

Stärker als Todesfälle an ISHD gingen (vor allem in Berlin-West) vermeidbare Todesfälle an *Hypertonie* aber auch an *Schlaganfall* zurück (HYP/S) 1991 starben in Berlin 507 Personen (99 Personen an Hypertonie und Hochdruckkrankheiten, 408 Personen an Krankheiten des zerebrovaskulären Systems) an diesen Todesursachengruppen. Der Anteil innerhalb der durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbaren Todesursachen betrug faßt 40 %.

Die Sterblichkeit an HYP/S wurde im Rahmen der Arbeit zum European Community Atlas of „Avoidable Death“ in einer einzigen Gruppe zusammengefaßt. Sie ging bei den männlichen Personen in Berlin-West deutlich stärker als die allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit zurück, während der Rückgang bei den Frauen nur in Höhe des Rückgangs der vorzeitigen Sterblichkeit und 7 Prozentpunkte über der allgemeinen Sterblichkeit lag.

In Berlin-Ost war der Rückgang der Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern deutlich intensiver als der Rückgang der allgemeinen bzw. vorzeitigen Sterblichkeit.

Von 1990 zu 1991 kam es in Berlin-Ost und in den neuen Bundesländern zu einem sprunghaften Anstieg von Sterbefällen an akutem Myokardinfarkt (ICD 9/410) und an zerebrovaskulären Krankheiten (ICD 9/430-438). Dieser beruhte hauptsächlich auf einem veränderten Vorgehen beim Kodieren und bei der Auswahl des Grundleidens. Nach einer Ausnahmeregelung der WHO ist bei akutem Myokardinfarkt und bei apoplektischem Insult eine modifizierte Grundleidenauswahl angezeigt, die ausagefähiger ist als die ansonsten als Grundleiden bewertete Krankheit (z.B. Atherosklerose oder Hypertonie). Diese „Ausnahmeregelung“ fand auf dem Gebiet der ehemaligen DDR bis 1989 wenig Beachtung.

Insgesamt nahm die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit von 1991 bis 1992 bezogen auf alle Altersgruppen um vier Prozent ab. In der Altersgruppe der 35- bis unter 65jährigen ist sie in diesem Zeitraum leicht angestiegen (1990: 942 Fälle, 194 Gestorbene je 100.000; 1991: 1.006 Fälle, 204 je 100.000).

In Tabelle 3.3 werden gerade bei der Hypertonie-sterblichkeit kodierbedingte Verschiebungen innerhalb der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit deutlich sichtbar.

Die Sterblichkeit an Hypertonie und Schlaganfall lag im betrachteten Zeitraum bei beiden Geschlechtern in Berlin-Ost rund ein Fünftel höher als in Berlin-West.

**Tabelle 3.3:**

**Sterblichkeit an Bluthochdruck, zerebrovaskulären Krankheiten, Herzinfarkt und Atherosklerose 1983, 1988 und 1991 in Berlin**

- Altersbereich 35 - 64 Jahre

Jahr	Bluthochdruck		Zerebrovask. Krh.		Herzinfarkt		Atherosklerose	
	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000
<b>Berlin-West</b>								
1983	48	6,9	273	39,4	545	78,2	28	4,0
1988	46	5,7	262	32,2	420	51,6	33	4,1
1991	50	5,8	238	27,6	425	49,3	28	3,2
<b>Berlin-Ost</b>								
1983	128	29,5	73	16,8	204	47,0	83	19,1
1988	129	27,3	87	18,4	233	49,2	61	12,9
1991	48	9,7	179	36,3	416	84,4	22	4,5

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Mit nur 0,3 % Anteil an der durch präventive und medizinische Maßnahmen vermeidbaren Sterblichkeit spielen Todesfälle an *Hautkrebs* eher eine geringe Rolle. Die Sterblichkeit an dieser bösartigen Neubildung ist im beobachteten Zeitraum in allen betrachteten Regionen nahezu konstant geblieben, wobei die Sterbeziffer der Männer fast doppelt so hoch wie die der Frauen war.

**Durch präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle**

Zu den vermeidbaren Todesfällen, deren Senkung und Vermeidbarkeit sich ausschließlich auf Primärprävention beziehen, zählen *Lungenkrebs*, *Leberzirrhose* und *Kraftfahrzeugunfälle*.

Todesfälle an diesen Ursachen lassen sich weniger stark auf die Inanspruchnahme lokaler Gesundheitsdienstleistungen und deren Möglichkeiten zurückführen. Während die Vermeidbarkeit von Lungenkrebs- und Leberzirrhosesterbefällen im (Gesundheits-)Verhalten jedes Einzelnen liegt, sind Todesfälle infolge von Kraftfahrzeugunfällen größtenteils von äußeren Bedingungen (nicht ausreichende Gesetzgebung) abhängig.

Auf die genannten Todesursachen entfielen 1991 in Berlin 1.921 Todesfälle (1.133 in Berlin-West, 788 in Berlin-Ost). Der Anteil an allen vermeidbaren Sterbefällen betrug 43,7 % (44,2 % in Berlin-West, 42,9 % in Berlin-Ost) bzw. 4,4 % an der Gesamtsterblichkeit (3,8 % in Berlin-West, 5,7 % in Berlin-Ost).

Der Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit betrug 16,1 % (Berlin-West 14,5 %, Berlin-Ost 18,6 %)

Die zeitliche Entwicklung der durch Präventionsmaßnahmen vermeidbaren Todesursachen verlief in Berlin sehr differenziert.

Mit 620 Todesfällen an *Lungenkrebs* (404 in Berlin-West, 216 in Berlin-Ost) und einem Anteil von 32 % innerhalb dieser Gruppe ist die Sterblichkeit an dieser Krebsart seit Mitte der achtziger Jahre bei der männlichen Population im Westteil der Stadt deutlich geringer (10 %) als die vorzeitige bzw. allgemeine Sterblichkeit zurückgegangen. Demgegenüber nahm die Lungenkrebssterblichkeit der Männer in Berlin-Ost seit 1989 eher zu und liegt mittlerweile auf Westniveau.

Bei den Frauen in Berlin-West kam es zu einem deutlichen Anstieg (20 %) der Lungenkrebssterblichkeit. Obwohl niedriger als in Berlin-West liegend, ist ein Rückgang der Sterbeziffer bei den Frauen im Ostteil der Stadt nicht erkennbar.

Insgesamt nehmen Sterbefälle an *Leberzirrhose* nach den ischämischen Herzkrankheiten bei den Männern den zweiten, bei den Frauen sogar den ersten Platz nach der Häufigkeitsverteilung innerhalb der vermeidbaren Todesursachen ein. So wurde bei beiden Geschlechtern etwa jeder fünfte Sterbefall mit der Diagnose „Chronische Leberkrankheit und -zirrhose“ kodiert.

Mit 527 Todesfällen im Westteil und 370 Fällen im Ostteil Berlins lag der Anteil in dieser Gruppe bei 47 %.

In Berlin-West lag die Sterblichkeit der Männer noch immer auf sehr hohem Niveau; in Berlin-Ost ist sie seit 1988 stark angestiegen.

Bei den Frauen kam es im Westteil der Stadt zu einem Rückgang der Sterblichkeit, der jedoch deutlich unter dem der vorzeitigen bzw. der Gesamtsterblichkeit lag.

**Tabelle 3.4:**  
**Überwiegend durch präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**

Todesursachen/ -gruppen	Todesfälle				Anteil in %			
	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder	Berlin- West	Berlin- Ost	alte Bundes- länder	neue Bundes- länder
Lungenkrebs	404	216	11 043	2 907	35,7	27,4	37,2	25,5
Leberzirrhose	527	370	11 184	4 967	46,5	47,0	37,7	43,6
Kraftfahrzeugunfälle	202	202	7 475	3 508	17,8	25,6	25,2	30,8
<b>insgesamt</b>	<b>1.133</b>	<b>788</b>	<b>29.702</b>	<b>11.382</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(Quelle: StaBu / StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Wie bei den Männern ist die Leberzirrhosesterblichkeit auch bei den Frauen in den östlichen Bezirken stark angestiegen. Sie liegt hier seit 1991 bei beiden Geschlechtern deutlich höher als in Berlin-West.

Da für die Mehrzahl der Fälle ein übermäßiger Alkoholkonsum verantwortlich gemacht werden muß, ist auch für die Entwicklung der Zirrhosesterblichkeit die Entwicklung des Alkoholkonsums und -mißbrauches von Bedeutung.

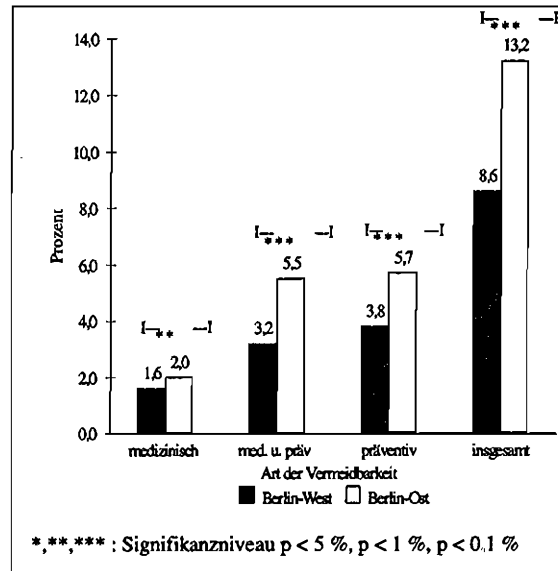
Nach einem sich bis 1989 abzeichnenden rückläufigen Trend in der *Kraftfahrzeugunfallsterblichkeit* ist es sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Personen in Berlin zu einem Anstieg gekommen, der im Ostteil der Stadt (insbesondere im beobachteten Zeitraum) aufgrund eines schnell wachsenden Verkehrsaufkommens (schlechte Straßenbeschaffenheit, wenig Fahrpraxis etc.) deutlich intensiver war.

Abbildung 3.14 stellt die unterschiedlichen Anteile der vermeidbaren Sterbefälle in Berlin (West und Ost) des Jahres 1991 dar.

Der statistische Test ergab, daß der Anteil der vermeidbaren Sterbefälle bezogen auf die Art der Vermeidbarkeit bei allen Interventionsmöglichkeiten, gemessen an der Gesamtsterblichkeit, in Berlin-Ost signifikant höher als in Berlin-West lag. Auch gemessen an der vorzeitigen Sterblichkeit war der Anteil vermeidbarer Sterbefälle, außer bei den medizinisch vermeidbaren Todesfällen, in Berlin-Ost signifikant höher.

Innerhalb der medizinisch vermeidbaren Gruppe lag der Wert im Ostteil Berlins unter dem der westlichen Bezirke. Dies gilt auch für die entsprechenden Werte in den neuen Bundesländern im Vergleich mit der früheren Bundesrepublik.

**Abbildung 3.14:**  
Anteil vermeidbarer Todesfälle an der Gesamtsterblichkeit 1991 in Berlin nach Art der Vermeidbarkeit



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle 3.5:**  
**Vermeidbare Sterbefälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**  
**nach Art der Vermeidbarkeit und Anteil an der „vorzeitigen“ sowie an der Gesamtsterblichkeit**

Gebiet	Sterbefälle nach Art der Vermeidbarkeit				
	absolut	darunter 1)	Anteil an VSI 2) in %	Anteil an VSI 1) in %	Anteil an GIF 3) in %
<b>medizinisch</b>					
Berlin-West	486	-	7,5	-	1,6
Berlin-Ost	274	-	7,2	-	2,0
<b>Berlin</b>	<b>760</b>	<b>-</b>	<b>7,4</b>	<b>-</b>	<b>1,7</b>
alte Bundesländer	13 636	-	8,8	-	1,9
neue Bundesländer	3 444	-	6,7	-	1,7
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>17 080</b>	<b>-</b>	<b>8,3</b>	<b>-</b>	<b>1,9</b>
<b>präventiv/medizinisch</b>					
Berlin-West	947	-	14,7	-	3,2
Berlin-Ost	763	-	20,1	-	5,5
<b>Berlin</b>	<b>1 710</b>	<b>-</b>	<b>16,7</b>	<b>-</b>	<b>3,9</b>
alte Bundesländer	27 652	-	17,7	-	3,9
neue Bundesländer	10 623	-	20,6	-	5,2
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>38 275</b>	<b>-</b>	<b>18,4</b>	<b>-</b>	<b>4,2</b>
<b>präventiv</b>					
Berlin-West	1 133	937	-	14,5	3,8
Berlin-Ost	788	709	-	18,6	5,7
<b>Berlin</b>	<b>1 921</b>	<b>1 646</b>	<b>-</b>	<b>16,1</b>	<b>4,4</b>
alte Bundesländer	29 702	25 228	-	16,2	3,2
neue Bundesländer	11 382	10 170	-	19,7	5,0
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>41 084</b>	<b>35 398</b>	<b>-</b>	<b>17,1</b>	<b>3,8</b>
<b>VIF insgesamt</b>					
Berlin-West	2 566	-	-	36,7	8,6
Berlin-Ost	1 825	-	-	45,9	13,2
<b>Berlin</b>	<b>4 391</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40,1</b>	<b>10,0</b>
alte Bundesländer	70 990	-	-	42,7	9,9
neue Bundesländer	25 449	-	-	47,0	12,6
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>96 439</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>43,6</b>	<b>10,5</b>

1) ohne Todesfälle an Kraftfahrzeugunfällen über 65 und an Leberzirrhose von 65 - 74 Jahren

2) vorzeitige Todesfälle (inklusive Totgeborene)

3) Gesamttodesfälle (inklusive Totgeborene)

(Quelle: StaBu / StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle 3.6:**  
**Vermeidbare Sterbefälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**  
**nach Art der Vermeidbarkeit und Anteil an den „vermeidbaren Todesfällen“ sowie an der Gesamtsterblichkeit**

Gebiet	Sterbefälle nach Art der Vermeidbarkeit		
	absolut	Anteil an VIF 1) in %	Anteil an GIF 2) in %
<b>medizinisch</b>			
Berlin-West	486	18,9	1,6
Berlin-Ost	274	14,9	2,0
<b>Berlin</b>	<b>760</b>	<b>17,3</b>	<b>1,7</b>
alte Bundesländer	13 636	19,3	1,9
neue Bundesländer	3 444	13,5	1,7
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>17 080</b>	<b>17,7</b>	<b>1,9</b>
<b>präventiv/medizinisch</b>			
Berlin-West	947	36,9	3,2
Berlin-Ost	763	41,6	5,5
<b>Berlin</b>	<b>1 710</b>	<b>38,9</b>	<b>3,9</b>
alte Bundesländer	27 652	38,9	3,9
neue Bundesländer	10 623	41,7	5,2
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>38 275</b>	<b>39,6</b>	<b>4,2</b>
<b>präventiv</b>			
Berlin-West	1 133	44,2	3,8
Berlin-Ost	788	42,9	5,7
<b>Berlin</b>	<b>1 921</b>	<b>43,7</b>	<b>4,4</b>
alte Bundesländer	29 702	41,8	4,2
neue Bundesländer	11 382	44,7	5,6
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>41 084</b>	<b>42,5</b>	<b>4,5</b>
<b>VIF insgesamt</b>			
Berlin-West	2 566	-	8,6
Berlin-Ost	1 825	-	13,2
<b>Berlin</b>	<b>4 391</b>	<b>-</b>	<b>10,0</b>
alte Bundesländer	70 990	-	9,9
neue Bundesländer	25 449	-	12,6
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>96 439</b>	<b>-</b>	<b>10,5</b>

1) vermeidbare Todesfälle

2) Gesamttodesfälle (inklusive Totgeborene)

(Quelle: StaBu / StaLa Berlin/eigene Berechnungen)

### 3.1.4 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit in einer Region kann ganz allgemein als ein Indikator für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und für die Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems angesehen werden.

Die Ursachen für die Säuglingssterblichkeit hängen u.a. eng mit der sozialen Lage aber auch mit gesundheitsriskantem Verhalten der Mütter (schwere körperliche Arbeit, seelische Belastungen, lückenhafte Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Rauchen und Alkoholmißbrauch während der Schwangerschaft) zusammen. Die Säuglingssterblichkeit ist in Deutschland (alte und neue Länder) in den letzten 20 Jahren erheblich zurückgegangen. Im internationalen Vergleich lag die Bundesrepublik Deutschland 1991 mit 6,8 Fällen (1992: 6,1) je 1.000 Lebendgeborene in der Gruppe der Länder mit den weltweit niedrigsten Sterberaten.

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit steht in engem Zusammenhang mit der Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Verbesserung der geburtshilflich-neonatologischen Betreuung.

#### Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich

Land	Jahr	Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene
<b>Europa</b>		
Bundesrepublik Deutschland	1991	6,8
Belgien	1991	8,4
Bulgarien	1991	16,9
Dänemark	1991	7,5
Finnland	1991	5,8
Frankreich	1991	7,4
Griechenland	1991	10,0
Großbritannien und Nordirland	1991	7,3
Irland	1991	8,2
Italien	1991	8,3
Luxemburg	1991	9,2
Niederlande	1991	6,5
Österreich	1991	7,5
Polen	1991	14,8
Portugal	1991	10,8
Schweden	1991	6,1
Schweiz	1991	6,9
ehem Sowjetunion	1990	21,8
Spanien	1991	7,8
ehem Tschechoslowakei	1991	11,5
Ungarn	1991	15,8
<b>Amerika</b>		
Vereinigte Staaten	1991	8,9
<b>Asien</b>		
Japan	1991	4,5

**Australien** 1990 8,2  
(Quelle: StaBu)

In den Bundesländern wiesen 1992 Bremen (4,8 je 1.000), Baden-Württemberg (5,1 je 1.000) und Bayern (5,3 je 1.000) die niedrigsten Sterberaten aus. Die höchsten Sterbeziffern wurden mit 7,6 je 1.000 Lebendgeborene im Saarland, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen (7,5 je 1.000) registriert. Mit einer Sterbeziffer von 7,1 Promille lag die Sterblichkeit in den neuen Ländern (einschließlich Berlin-Ost) 15 % höher als in den alten Ländern und Berlin-West (6,0 Promille). Berlin belegte mit 6,3 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene einen akzeptablen achten Platz.

#### Säuglingssterblichkeit 1980 - 1992 in der Bundesrepublik Deutschland (Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)

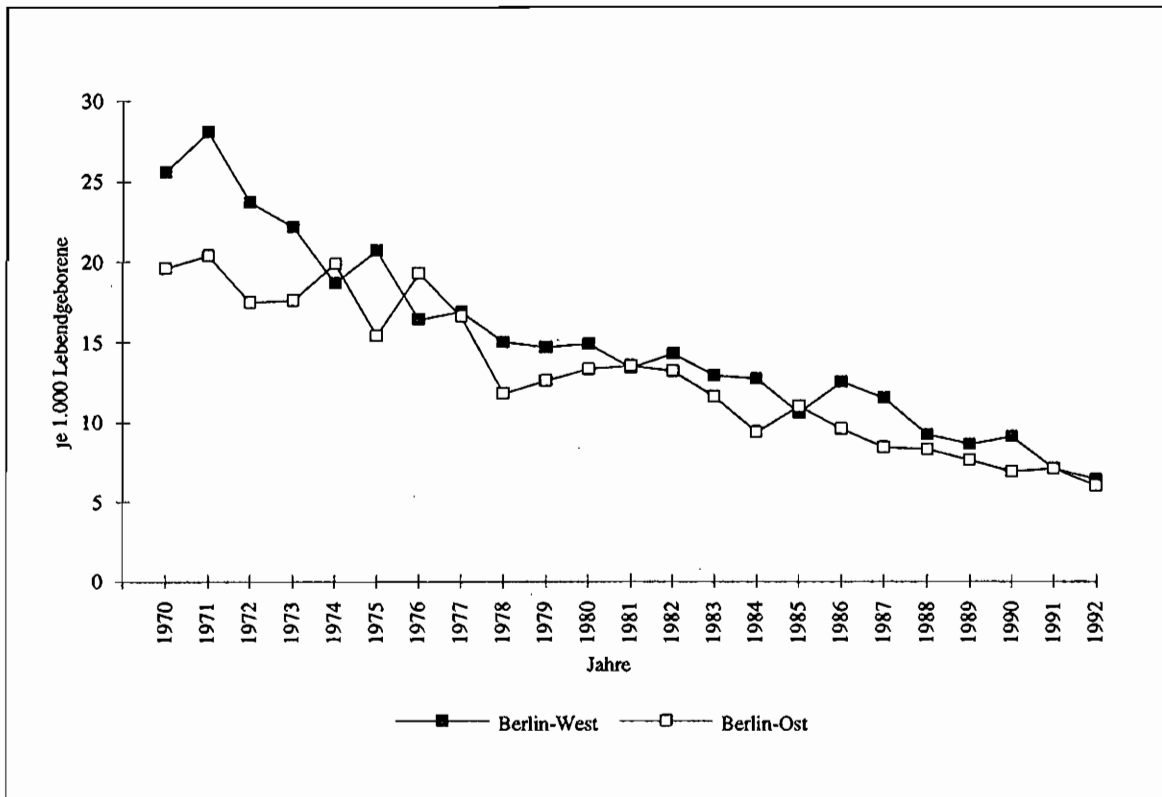
Bundesland	1980	1989	1990	1991	1992
<i>früheres Bundesgebiet</i>					
Schleswig-Holstein	11,6	6,7	6,9	7,3	5,7
Hamburg	11,5	8,0	6,2	6,9	6,5
Niedersachsen	11,9	7,5	7,1	6,7	6,1
Bremen	14,9	5,8	7,5	6,0	4,8
Nordrhein-Westfalen	14,8	8,2	7,8	7,5	6,9
Hessen	11,3	7,4	6,3	6,1	5,8
Rheinland-Pfalz	12,9	7,7	8,2	6,8	6,6
Baden-Württemberg	10,4	6,7	6,5	6,0	5,1
Bayern	12,5	6,8	6,2	6,2	5,3
Saarland	15,6	9,7	6,7	6,9	7,6
Berlin-West	14,9	8,6	9,2	7,1	6,4
<i>neue Bundesländer und Berlin-Ost</i>					
Berlin-Ost	12,1	7,6	7,3	7,1	7,1
Berlin-Ost	13,3	7,6	6,9	7,1	6,0
Brandenburg	-	-	-	6,8	7,1
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	7,3	7,5
Sachsen	-	-	-	6,5	6,2
Sachsen-Anhalt	-	-	-	8,3	7,5
Thüringen	-	-	-	7,3	7,5
<b>Bundesrepublik</b>	<b>12,4</b>	<b>7,5</b>	<b>7,0</b>	<b>6,8</b>	<b>6,1</b>

(Quelle: StaBu)

Auch in beiden Teilen Berlins ist die Säuglingssterblichkeit seit 1970 stark rückläufig

Sie ging in Berlin-West um 75 % und in Berlin-Ost um 70 % zurück. Insgesamt lag die Sterbeziffer, nicht zuletzt bedingt durch einen hohen Anteil gestorbenen Säuglinge ausländischer Herkunft, in Berlin-West bis 1990 etwa 15 % über der Ziffer im Ostteil der Stadt.

**Abbildung 3.15:**  
**Entwicklung der Säuglingssterblichkeit 1970 - 1992 in Berlin**



(Quelle: StaLa Berlin / für Berlin-Ost bis 1990 Institut für Sozialhygiene)

Im Jahr 1992 starben in Berlin 188 Kinder (32 mehr als im Vorjahr) im Alter von 0 bis unter 1 Jahr. Der Anteil der gestorbenen Säuglinge ausländischer Staatsangehörigkeit betrug 29 % (54 Fälle)

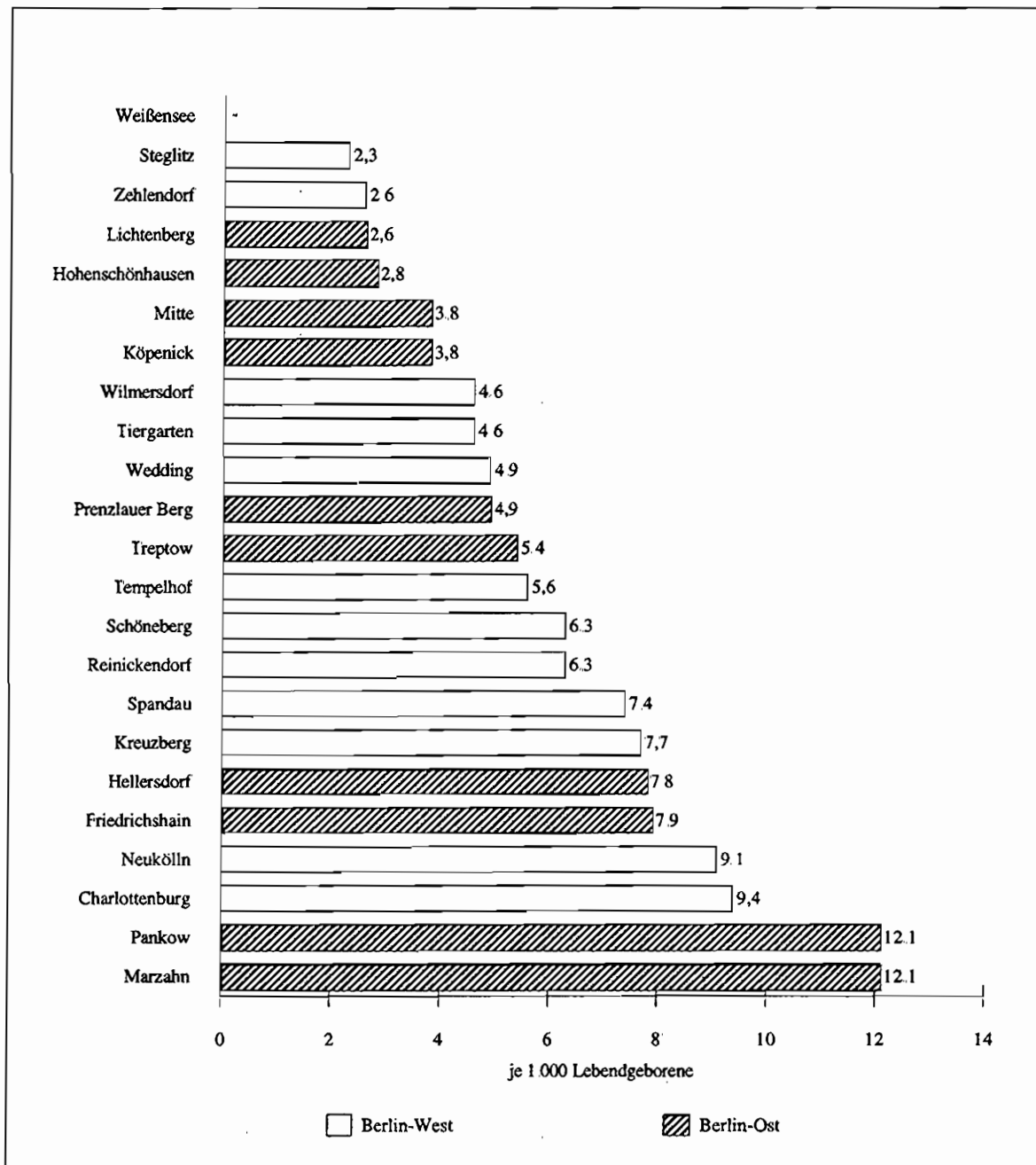
Insgesamt ging die Sterbeziffer von 7,1 (1991) auf 6,3 je 1.000 Lebendgeborene (Berlin-West 6,4, Berlin-Ost 6,0) zurück und erreichte damit im Berichtsjahr den bisher niedrigsten Wert.

Bedingt durch geringe Fallzahlen unterlag auch 1992 die Sterbeziffer innerhalb der Berliner Bezirke erheblichen Schwankungen. Die niedrigsten Ziffern (in Weißensee wurde kein Sterbefall registriert)

wiesen die Bezirke Steglitz (2,3), Zehlendorf und Lichtenberg (2,6) aus; die höchsten Raten wurden aus Marzahn und Pankow (12,1) gemeldet. Je geringer die Säuglingssterblichkeit insgesamt wird, desto genauer sollte jeder Einzelfall analysiert werden, um daraus eine (Vermeidbarkeits-) Strategie zur weiteren Senkung (insbesondere der Frühsterblichkeit und der Perinatalsterblichkeit) abzuleiten.



**Abbildung 3.16:**  
**Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

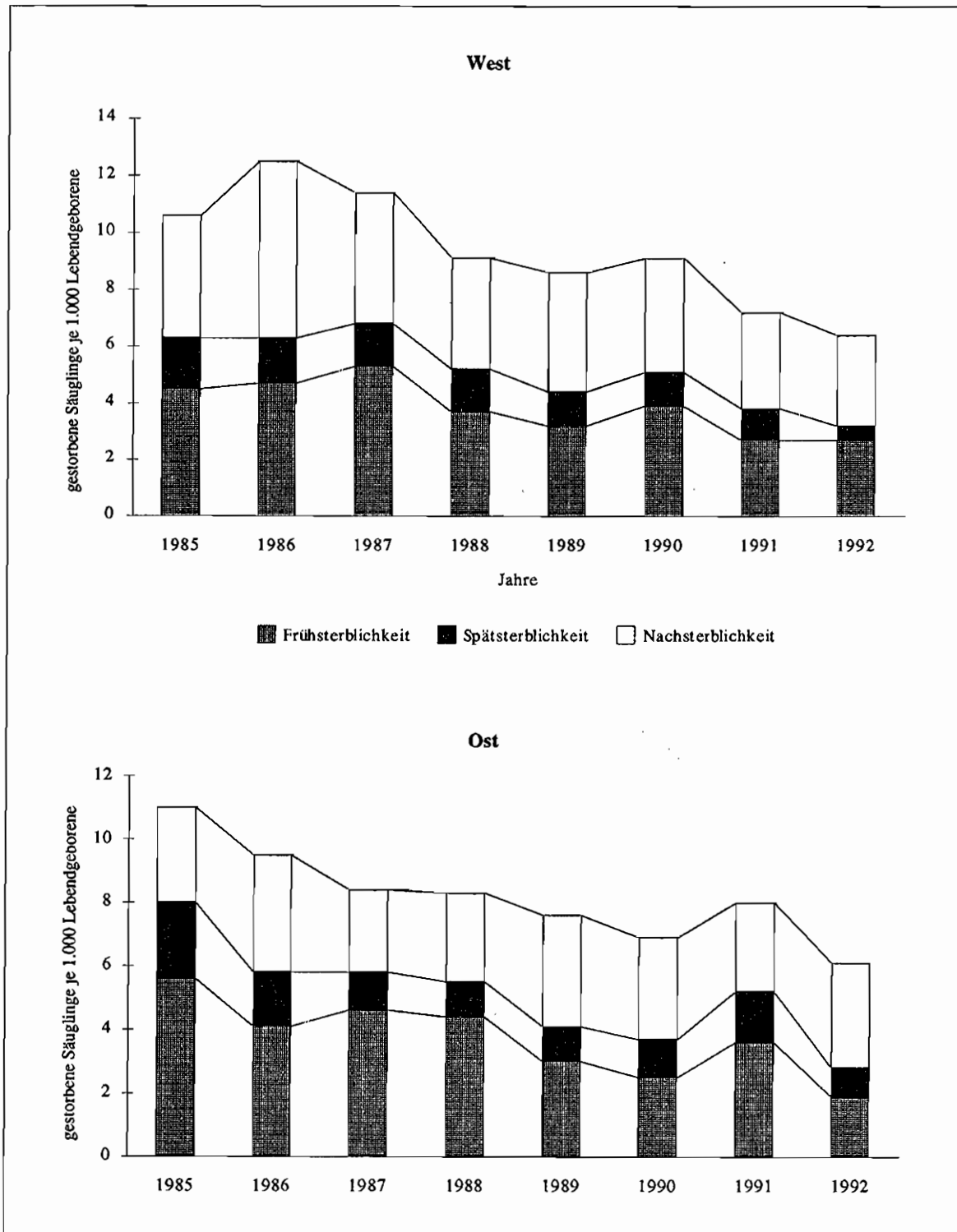


(Quelle: StaLa Berlin)

Der in beiden Stadthälften seit Mitte der achtziger Jahre zu beobachtende Sterblichkeitsrückgang ist weitgehend auf eine stärkere Abnahme der Totgeburtlichkeit und auf eine Abnahme der Sterblichkeit in den ersten sieben Lebenstagen (Perinatale

Sterblichkeit) zurückzuführen, während sich die Spät- und Nachsterblichkeitsziffern nicht wesentlich verändert haben.

Abbildung 3.17:  
Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit 1985 - 1992 in Berlin



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

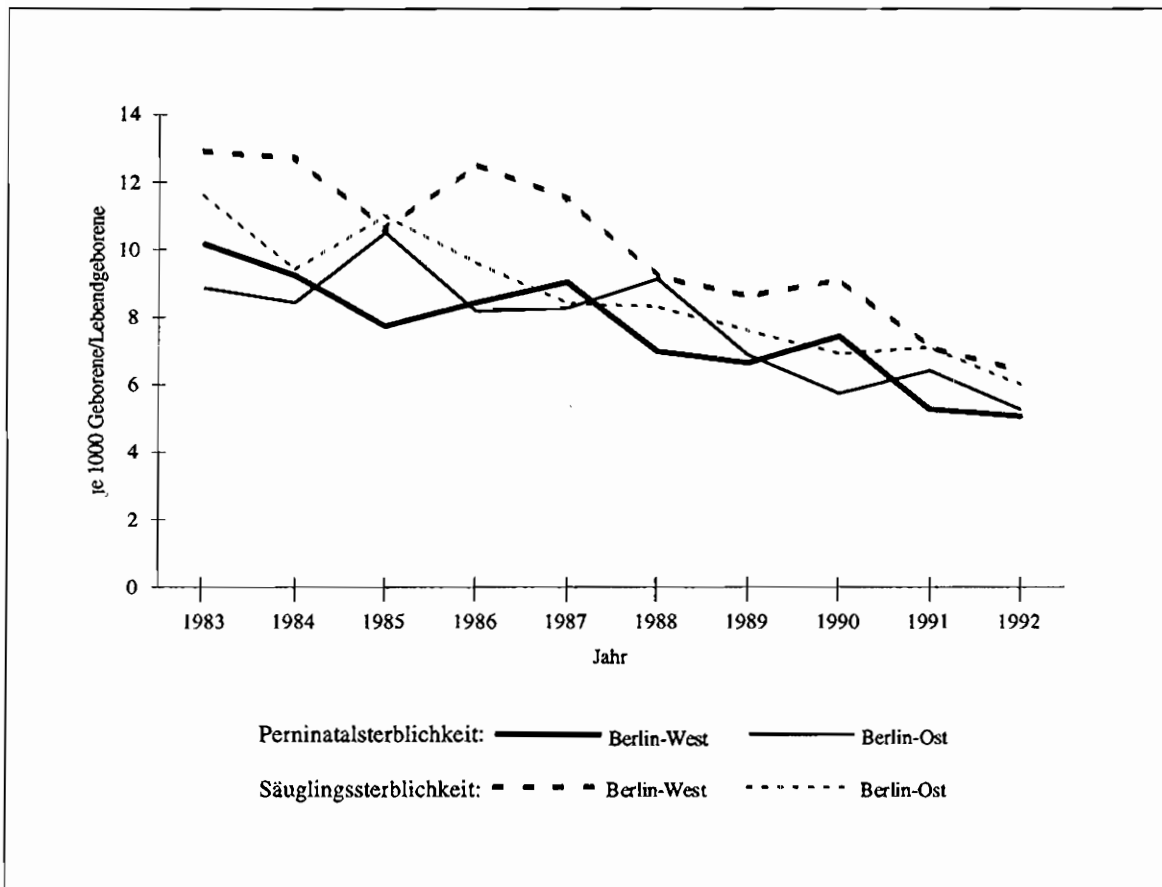
Die Perinatale Sterblichkeit ist ein guter Indikator zur Beurteilung der unmittelbaren geburtshilflich-neonatologischen Betreuung. Gleichzeitig liefert sie wichtige Hinweise zur Einschätzung der Qualität der Schwangerenbetreuung. Darüber hinaus erlaubt gerade die Frühsterblichkeit differenzierte Aussagen über den erreichten Stand bei der Vermeidung von Säuglingssterbefällen.

Sowohl bei der Behandlung von vorgeburtlichen Risiken für den Feten als auch bei der Therapie von Gesundheitsstörungen, die um die Geburt herum auftreten können, wurden von den Geburtsmedi-

zinern und Neonatologen große Fortschritte erreicht. In den letzten zehn Jahren ist die perinatale Mortalität in ganz Deutschland erheblich gesunken.

Der Rückgang der Perinatalen Sterblichkeit betrug von 1983 bis 1992 in Berlin-West (bei höheren Ausgangswerten) 50 % und in Berlin-Ost 40 %. Die Sterblichkeit lag in beiden Stadthälften in diesem Zeitraum auf etwa gleichem Niveau (durchschnittlich 8 je 1 000 Geborene).

**Abbildung 3.18:**  
**Entwicklung der Perinatalsterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit 1983 - 1992 in Berlin**

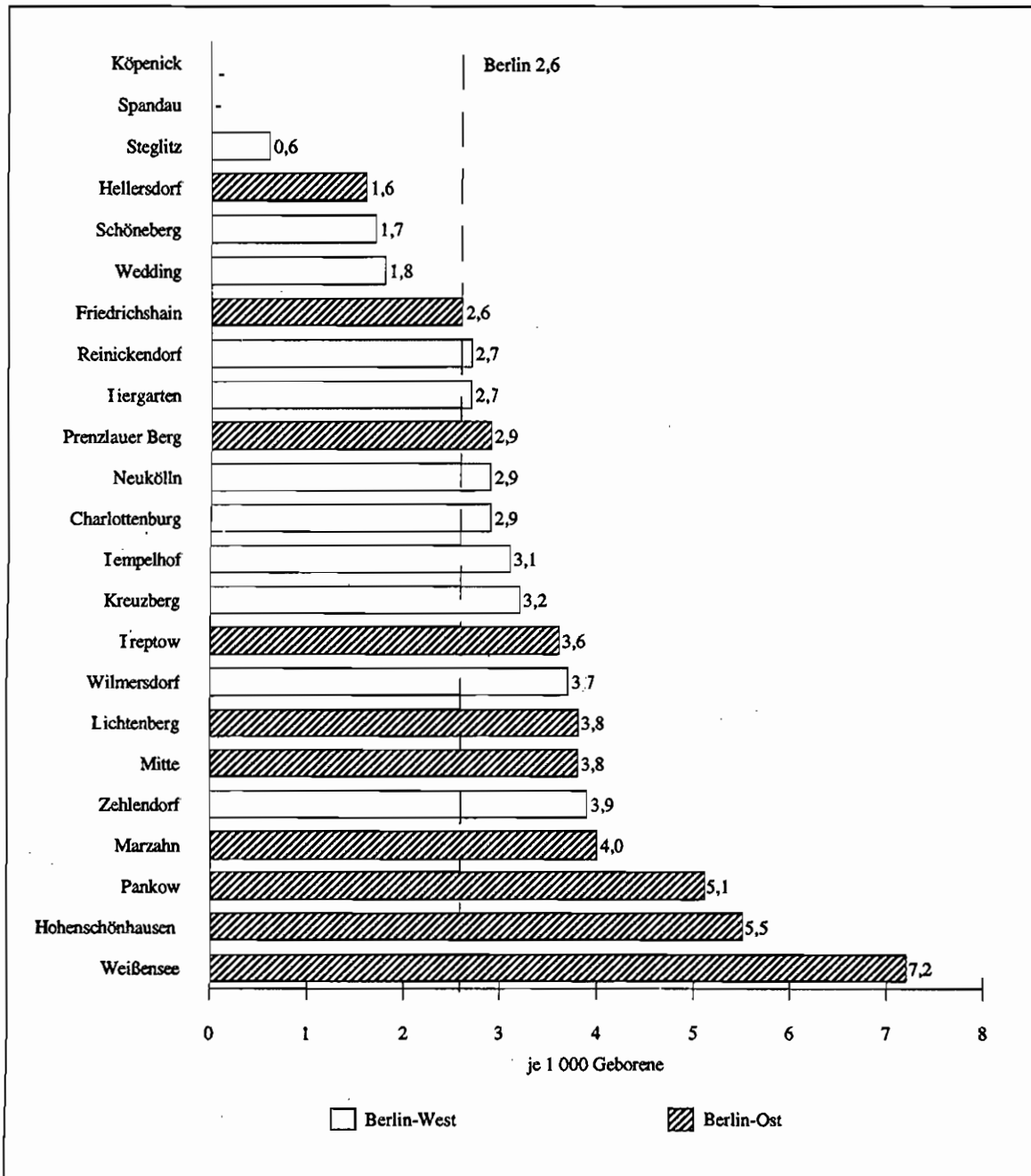


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Die durchschnittliche Totgeborenenrate lag im o g Zeitraum mit 3,8 je 1.000 Geborene in Berlin-West etwas unter der Rate im Ostteil der Stadt (4,1 je 1 000 Geborene).

Im Jahr 1992 lag die Totgeburtlichkeit in Berlin-Ost mit 3,3 je 1.000 30 % über der Ziffer der westlichen Bezirke (2,3 je 1 000).

**Abbildung 3.19:**  
**Totgeburtlichkeit je 1.000 Geborene 1992 in Berlin nach Bezirken**

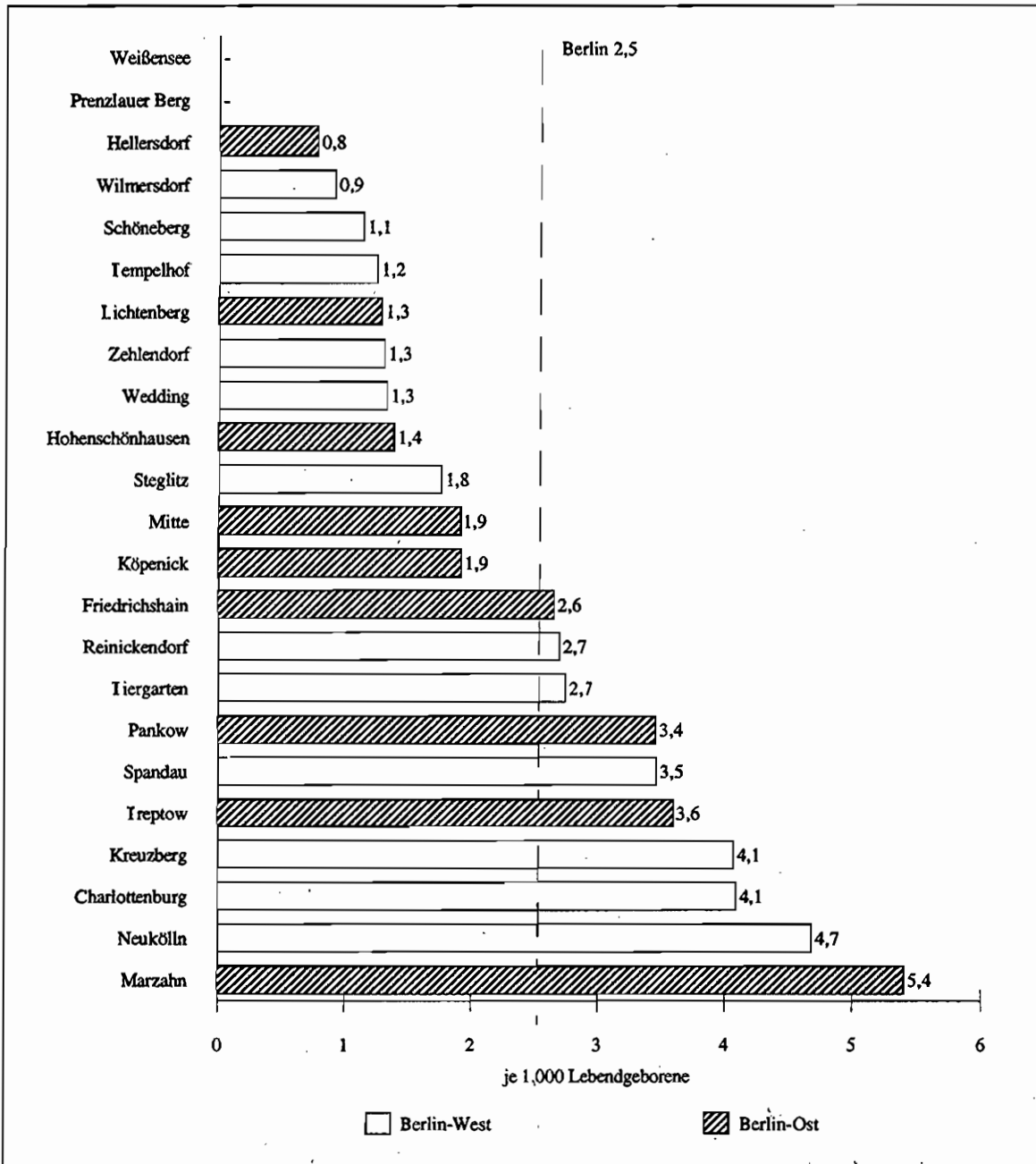


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Bei der Frühsterblichkeit lag die Sterberate im Durchschnitt der Jahre von 1983 bis 1992 in Berlin-West höher. Dies lag vor allem an dem hohen Anteil gestorbener Säuglinge ausländischer Herkunft, die nach wie vor ein höheres Sterberisiko als

deutsche Säuglinge haben (1992 2,1 je 1.000 Lebendgeborene deutscher Herkunft, 4,2 je 1.000 ausländischer Herkunft).

**Abbildung 3.20:**  
**Frühsterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Die Zahl der Lebendgeborenen deutscher Herkunft ist seit 1983 in Berlin-West um 14 % angestiegen, die Zahl derer ausländischer Herkunft sogar um 32 %. Der Anteil der Ausländer an der Neugeborenenzahl lag 1992 in Berlin-West bei 34 %. In Ber-

lin-Ost (hier kam es insgesamt seit 1989 zu einem drastischen Geburtenrückgang von 54 %) betrug der Anteil ausländischer Neugeborener lediglich 5 %.

Obwohl der Rückgang der Perinatalsterblichkeit (dies betraf sowohl die Totgeburtlichkeit als auch die Frühsterblichkeit) bei ausländischen Geborenen stärker ausgeprägt war als bei den Geborenen deutscher Herkunft, lag die Sterbeziffer von 1983 bis 1992 durchschnittlich 28 % höher als die der Deutschen (vgl. Tabelle A 3.26).

Die wichtigste Ursache für die Säuglingssterblichkeit ist die Frühgeburtlichkeit

Dabei ist das Geburtsgewicht von enormer Bedeutung. In den letzten zehn Jahren wurden die Überlebenschancen für extrem untergewichtige Neugeborene nahezu verdoppelt. Der Anteil der Frühgeborenen an den insgesamt Lebendgeborenen blieb jedoch mit 5 bis 6 % (Berlin 1991: 5,5 %) konstant.

Das Geburtsgewicht übt einen deutlichen Einfluß auf die Überlebenschancen im ersten Lebensjahr aus. Nach einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation werden alle Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm als untergewichtige Neugeborene bezeichnet. Als besonders gefährdet gelten nach wie vor extrem untergewichtige Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm.

1992 hatten in Berlin 98 Neugeborene (3,3 je 1.000 Lebendgeborene) ein Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm. Davon starb etwa jeder zweite Säugling (48 %).

Insgesamt kamen 1992 in Berlin 1.776 Neugeborene (6 % der Lebendgeborenen bzw. 59,9 je 1.000) untergewichtig zur Welt. Die Sterbeziffer betrug bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht 65,0 je 1.000 gegenüber 4,5 je 1.000 bei reifgeborenen Kindern.

67 (47,9 %) der in den westlichen Bezirken und 17 (35,4 %) der in den östlichen Bezirken gestorbenen Säuglinge waren untergewichtig.

Mehr als die Hälfte (56 %) der unreif gestorbenen Kinder hatte ein Gewicht von unter 1.000 Gramm. 47 der unreif geborenen Kinder (56 %) starben bereits am ersten Lebenstag (81 % insgesamt im ersten Lebensmonat).

Säuglinge lediger Mütter haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben.

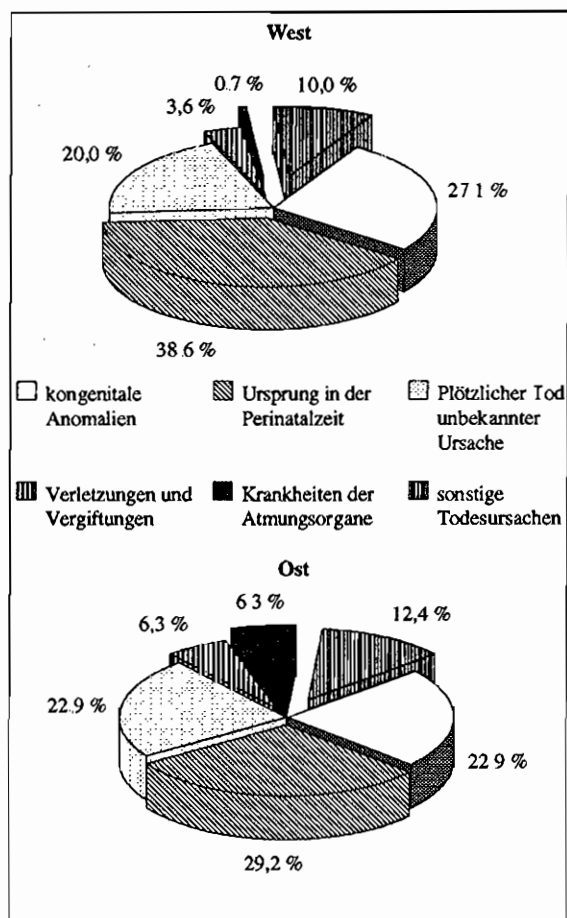
Die Sterbeziffer der Säuglinge, die 1992 in Berlin-West ehelich geboren wurden, lag wegen des hohen Anteils ehelich geborener Kinder ausländischer Herkunft mit 6,7 Gestorbenen je 1.000 über der Ziffer der nichtehelich Geborenen (5,2 je 1.000 Lebendgeborene). In Berlin-Ost lag die Ziffer hinge-

gen bei den unehelich geborenen Säuglingen mit 7,0 Gestorbenen je 1.000 deutlich über der der ehelich Geborenen (5,4 je 1.000 Lebendgeborene).

Die Totgeborenenrate nach Familienstand der Mutter lag im Berichtsjahr in Berlin bei den nichtehelich Geborenen mit 3,9 je 1.000 Geborene fast doppelt so hoch wie die Rate der ehelich Geborenen (2,0 je 1.000).

Das Todesursachenspektrum der gestorbenen Säuglinge wurde auch 1992 im wesentlichen durch Ursachen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, und durch kongenitale Anomalien geprägt. Häufiger als im Westteil der Stadt starben in den östlichen Bezirken Berlins Säuglinge an Verletzungen und Vergiftungen sowie an Krankheiten der Atmungsorgane.

**Abbildung 3.21:**  
Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen 1992 in Berlin



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Höher als in Berlin-West war in den östlichen Bezirken auch der Anteil an plötzlichen Todesfällen unbekannter Ursache  
 Der plötzliche Kindstod (Sudden Infant Death Syn-

drom - SIDS, „Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter“, ICD 9 / 798 0) ist seit der einheitlichen Erfassung in Berlin-Ost angestiegen. Die Sterbeziffer lag 1992 über der in Berlin-West

**Tabelle 3.7:**  
**Plötzlicher Kindstod (ICD 9 / 798.0 „Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter“) 1985 - 1992 in Berlin**

Jahr	Sterbefälle							
	Berlin-West				Berlin-Ost 1)			
	absolut		je 1.000 Lebendgeborene		absolut		je 1.000 Lebendgeborene	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1985	18	8	1,98	0,90				
1986	16	16	1,67	1,75				
1987	16	15	1,60	1,58				
1988	8	5	0,73	0,50				
1989	10	16	0,91	1,57				
1990	23	16	2,01	1,49	-	1	-	0,13
1991	9	14	0,80	1,31	6	1	0,76	0,24
1992	13	8	1,14	0,76	5	4	1,26	1,05

1) Daten erst seit 1990 verfügbar

(Quelle: StA a Berlin / eigene Berechnungen)

Bei dem SIDS handelt es sich um den plötzlichen unerwarteten Tod eines gesunden Säuglings. Die Todesursache läßt sich weder klinisch noch pathologisch anatomisch klären.

In Berlin betraf das 1992 beinahe jeden siebten Säuglingssterbefall.

Die Sterblichkeit am SIDS wird erst seit der Einführung der 9. Revision der Krankheiten (ICD 9) durch einen eigenen Code (ICD-Nr. 798.0) erfaßt. Aussagen über die Häufigkeitsverteilung sind wegen anderer Erhebungsgrundsätze in den alten und neuen Bundesländern nicht vergleichbar. Deshalb erlaubt auch die in Berlin-Ost seit 1991 punktuell festgestellte Zunahme keine Trendaussage.

Eine monokausale Erklärung für den SIDS gibt es noch nicht. Es besteht vielmehr die Tendenz, ihn als Oberbegriff für verschiedene Störungen im kindlichen Organismus (Stoffwechsel- und Regulationsstörungen) bzw. als multifaktorielles Geschehen mit Todesfolge anzusehen. Als gesicherte

Risikofaktoren gelten der Tod eines Geschwisterkindes infolge SIDS und die Frühgeburtlichkeit. Neuerdings wird auch das Schlafen eines Säuglings in Bauchlage als Risikofaktor diskutiert.

Der SIDS stellt die häufigste Ursache der Nachsterblichkeit (28. Tag bis unter 1 Jahr) mit einem Häufigkeitsgipfel um den zweiten und dritten Lebensmonat.

Jungen haben gegenüber Mädchen ein höheres Risiko, am SIDS zu sterben. Die durchschnittliche Sterbeziffer der gestorbenen männlichen Säuglinge lag in den Jahren 1985 bis 1992 in Berlin-West rund 10 % (1,36 je 1.000 Lebendgeborene) höher als die der weiblichen (1,23 je 1.000).

Die Raten unterlagen Schwankungen; insgesamt zeichnet sich jedoch kein Rückgang der Sterblichkeit ab.

### 3.1.5 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

#### Tabelle 3.1:

Überwiegend durch medizinische Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland

#### Tabelle 3.2:

Überwiegend durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland

#### Tabelle 3.3:

Sterblichkeit an Bluthochdruck, zerebrovaskulären Krankheiten, Herzinfarkt und Atherosklerose 1983, 1988 und 1991 in Berlin  
- Altersbereich 35 - 64 Jahre

#### Tabelle 3.4:

Überwiegend durch präventive Maßnahmen vermeidbare Todesfälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland

#### Tabelle 3.5:

Vermeidbare Sterbefälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland nach Art der Vermeidbarkeit und Anteil an der „vorzeitigen“ sowie an der Gesamtsterblichkeit

#### Tabelle 3.6:

Vermeidbare Sterbefälle 1991 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland nach Art der Vermeidbarkeit und Anteil an den „vermeidbaren Todesfällen“ sowie an der Gesamtsterblichkeit

#### Tabelle 3.7:

Plötzlicher Kindstod (ICD 9/ 798 0 „Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter“) 1985 - 1992 in Berlin

#### Tabelle A 3.1:

Mortalitätsraten 1992 in Berlin nach Geschlecht  
- absolut und je 100.000 der Bevölkerung

#### Tabelle A 3.2:

Altersspezifische Mortalität und rohe Mortalität 1983 - 1992 in Berlin  
- je 100.000 / alle Altersgruppen  
Frauen

#### Tabelle A 3.3:

Altersspezifische Mortalität und rohe Mortalität 1983 - 1992 in Berlin  
- je 100.000 / alle Altersgruppen  
Männer

#### Tabelle A 3.4:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1970 - 1992 in Berlin nach Bezirken  
- absolut und je 1.000 Einwohner

#### Tabelle A 3.5:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin nach Altersgruppen und Bezirken  
- absolut und je 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe

#### Tabelle A 3.6:

Vorzeitige Sterblichkeit (SMR) in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1989 - 1991) nach Bezirken und Geschlecht  
- unter 65 Jahren

#### Tabelle A 3.7:

Gesamtsterblichkeit (SMR) in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1989 und 1991) nach Bezirken und Geschlecht  
- alle Altersgruppen

#### Tabelle A 3.8:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1991 in Berlin-West nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

#### Tabelle A 3.9:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin-West nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

#### Tabelle A 3.10:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1991 in Berlin-Ost nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

#### Tabelle A 3.11:

Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin-Ost nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken

#### Tabelle A 3.12:

Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1990 - 1992 in Berlin-West

#### Tabelle A 3.13:

Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1990 - 1992 in Berlin-Ost



Tabelle A 3.14:  
Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1992  
in Berlin  
- je 100.000 Einwohner

Tabelle A 3.15:  
Alkoholbedingte Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin  
- absolut und je 100.000 Einwohner

Tabelle A 3.16:  
Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1992 in Berlin  
- absolut und in % der Gestorbenen der jeweiligen  
Altersgruppe

Tabelle A 3.17:  
Todesursachen und -gruppen vermeidbarer Todes-  
fälle

Tabelle A 3.18:  
Vermeidbare Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin-  
West  
- absolut und je 100.000

Tabelle A 3.19:  
Vermeidbare Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin-Ost  
- absolut und je 100 000

Tabelle A 3.20:  
Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 -  
1992 in Berlin

Tabelle A 3.21:  
Gestorbene Säuglinge bis unter 2 500 g 1992 in  
Berlin

Tabelle A 3.22:  
Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1992 in Ber-  
lin nach Bezirken

Tabelle A 3.23  
Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgebo-  
rene 1985 - 1992 in Berlin nach Bezirken

Tabelle A 3.24:  
Perinatale Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit  
1983 - 1991/2 in Berlin und in der Bundesrepublik  
Deutschland

Tabelle A 3.25:  
Perinatale Sterblichkeit 1992 in Berlin nach Bezir-  
ken

Tabelle A 3.26:  
Perinatale Sterblichkeit 1983 - 1992 in Berlin nach  
Deutschen und Ausländern



## 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

#### Alkoholgefährdungs-Index

Der Alkoholgefährdungs-Index nach Feuerlein ist ein Punkt-Summen-Index, der die mit Alkoholkonsum einhergehende Gefährdung durch Ermittlung der körperlichen und psychischen Symptome erfaßt. Die theoretisch mögliche Werteskala reicht von Null bis 14:

- nicht gefährdet : 0 Punkte
- gering gefährdet : 1 Punkt
- teils gefährdet : 2 Punkte
- gefährdet : 3 Punkte
- stark gefährdet : 4 Punkte oder mehr

#### 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.

#### Tuberkulose

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

#### Konvertoren

Als Konversion gilt jeder Umschlag der Tuberkulinreaktion nach positiv, der innerhalb Jahresfrist nach mindestens einer als negativ beurteilten Tuberkulinreaktion festgestellt wird. In diese Gruppe werden auch alle Fälle von positiver Tuberkulinreaktion bis zum vollendeten 3. Lebensjahr eingerechnet, die nicht BCG-geimpft sind und keine erkennbaren Herde haben, gleichgültig, ob Chemoprophylaxe durchgeführt wird oder nicht.

Eine statistische Erfassung der Konvertoren erfolgt nur in den Altersgruppen von 0 bis unter 5 Jahren. Ein Bestand an Konvertoren wird statistisch nicht erfaßt.

#### Geschlechtskrankheiten

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 Vollzählbarkeit 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 Übertragbare Krankheiten

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

Im Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) sind die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten genannt und definiert als Krankheiten, 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 bestimmte übertragbare Krankheiten eine Bundesstatistik zu führen ist. Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen gehören zu den klassischen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wesentlicher Teil sind verhütende Maßnahmen, die nur dann wirkungsvoll sein können, wenn auch die Meldepflicht gemäß §§ 3 bis 5, 8 und 9 (1) BSeuchG beachtet wird. Im § 69 BSeuchG sind sogar hohe Geldbußen bei Zuwiderhandlungen gegen die Meldepflicht vorgesehen. Dennoch muß bei der Statistik von einer Untererfassung ausgegangen werden, da nicht alle zur Meldung Verpflichteten den gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere bei Geschlechtskrankheiten) nachkommen.

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

Bei der *ersten Gruppe* wird neben Krankheits- und Todesfällen auch die Verdachtsmeldung erhoben. Die früher als „gemeingefährlich“ bezeichneten Krankheiten wie Pest, Cholera und Lepra sind längst zurückgedrängt. Sie sind in Deutschland nicht mehr endemisch, also heimisch, weil u. a. durch den allgemein hohen Hygienestandard eine Ausbreitung wirksam verhindert wird (z. B. bei Einschleppung im Zuge von Reiseströmen).

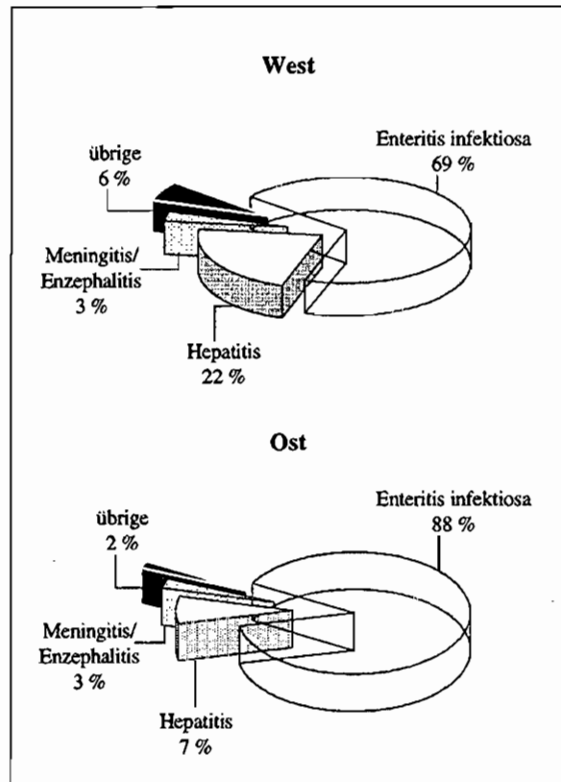
Bei der *zweiten Gruppe* unterliegen jede Erkrankung und jeder Todesfall der Meldepflicht. Dazu gehören u. a. Hirnhaut- und Gehirnentzündungen, Leberentzündungen, Malaria sowie Tuberkulose. Bei der *dritten Gruppe* müssen Todesfälle gemeldet werden (Influenza, Keuchhusten, Masern, Puerperalsepsis, Scharlach).

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

#### Sonstige meldepflichtige Krankheiten 1993

Den Berliner Gesundheitsämtern wurden im Berichtsjahr 6 865 sonstige meldepflichtige Krankheiten (2 822 weniger als 1992) gemeldet. Dies entsprach einem Rückgang von 29 %.

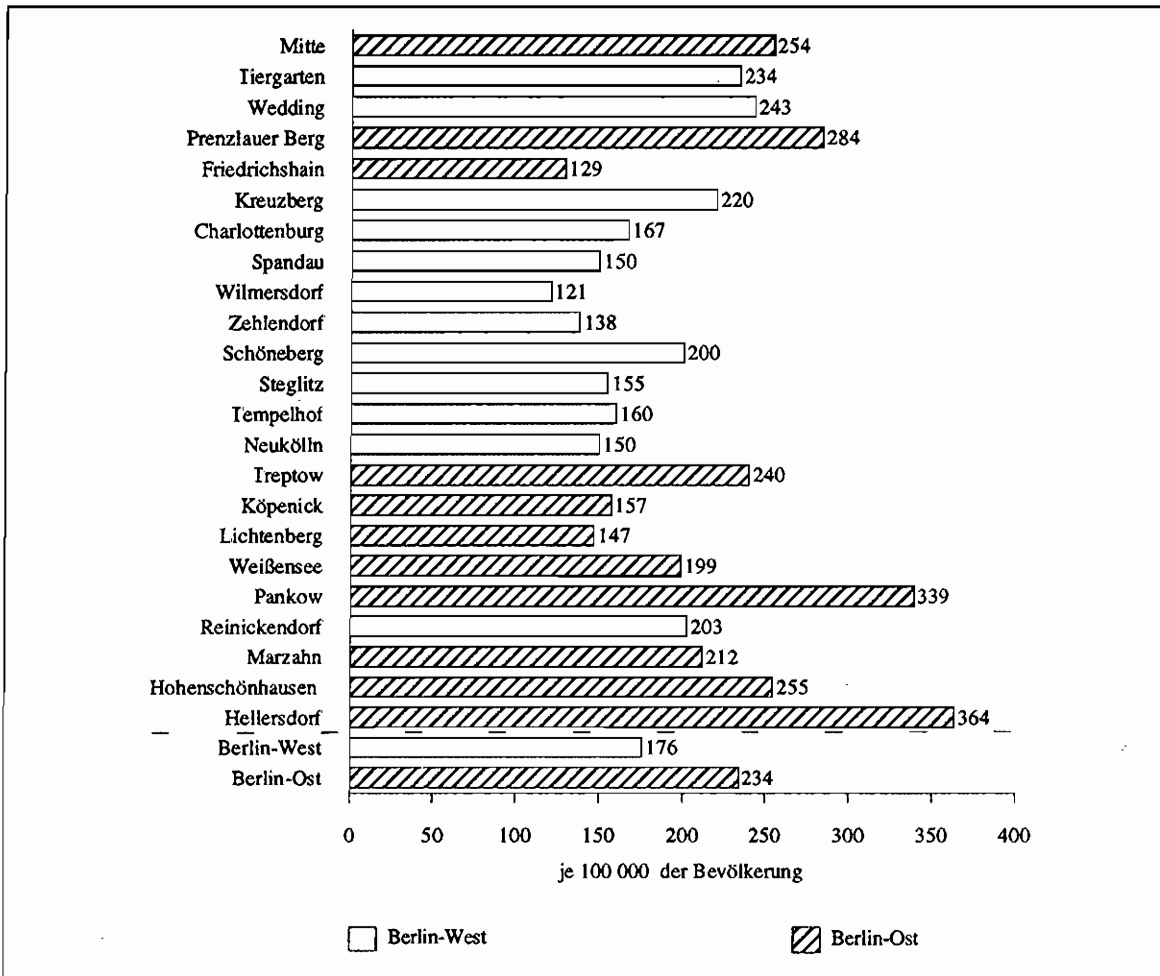
Abbildung 3.22:  
Meldepflichtige Krankheiten 1993 in Berlin



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Der größte Anteil der Meldungen entfiel mit 5 339 (77 %) auf die *infektiösen Enteritiden* (1992: 7 971). In den westlichen Bezirken machten diese 69 %, in den östlichen Bezirken sogar 88 % aller Meldungen aus.

**Abbildung 3.23:**  
**Meldepflichtige Krankheiten 1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**  
**- je 100.000 der Bevölkerung**

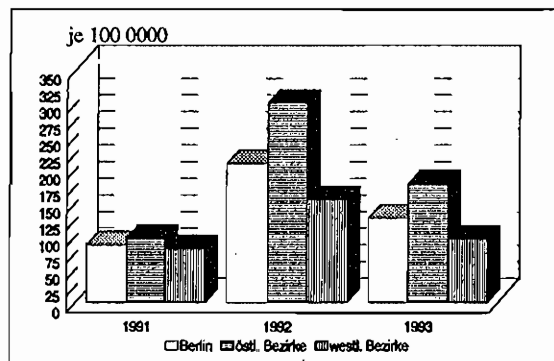


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Wie Abbildung 3.24 zeigt, wurden auch 1993 in den östlichen Bezirken Berlins je 100.000 der Bevölkerung mehr Krankheiten (insbesondere Salmonellosen) gemeldet

Einen deutlichen Rückgang hat es jedoch insgesamt bei den *Salmonellosen* gegeben. Kam es von 1991 zu 1992 zu einer Zunahme der Erkrankungsfälle um 143 %, so zeigte sich im Jahr 1993 (4 366 Fälle) ein deutlicher Rückgang um 39,4 % gegenüber 1992 (7 204 Fälle) 1992 lag die Erkrankungsziffer noch bei 208,5 je 100.000 Einwohner (Berlin-West 154,6 / Berlin-Ost 299,3); 1993 belief sie sich auf 125,8 je 100.000 (West 95,2 / Ost 177,0).

**Abbildung 3.24:**  
**Salmonellosen 1991 - 1993 in Berlin**  
**- je 100.000**

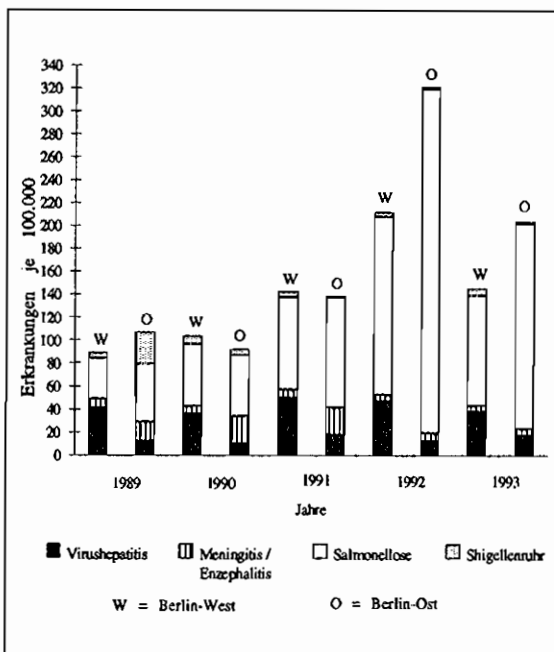


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Erkrankungen an *Hepatitis aller Formen* machten 1993 mit 1 047 Fällen 15,3 % der Gesamtmeldungen aus und nahmen damit den zweiten Platz ein. In den östlichen Bezirken wurden 213 Fälle (7 % aller Meldungen) gemeldet, in den westlichen Bezirken 834 Fälle (22 % der Meldungen). Mit 38,4 gemeldeten Erkrankungen je 100 000 Einwohner lag die Quote in den westlichen Bezirken deutlich über dem ermittelten Wert von 16,4 je 100.000 Einwohner in den östlichen Bezirken.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Erkrankungsrate von Hepatitis B mit etwa 10 Fällen je 100.000 Einwohner im Westteil leicht gesunken (1992: 12,5 Fälle), in den östlichen Bezirken jedoch mit 4,3 Fällen je 100 000 Einwohner leicht gestiegen (1992: 3,0)

**Abbildung 3.25:**  
Erkrankungen an ausgewählten meldepflichtigen Krankheiten 1989 bis 1993 in Berlin  
- je 100.000 der Bevölkerung



(Quelle: StaLa Berlin)

Der Anteil an *Meningitis- und Enzephalitisfällen* betrug in beiden Stadthälften 3 %

Die Erkrankungsrate lag mit 6,0 je 100 000 in Berlin-Ost etwas über der in Berlin-West (5,2 je 100.000).

Die „übrigen“ gemeldeten Krankheiten lagen mit 6 % in den westlichen Bezirken höher als in den östlichen (2 %). So wurden in Berlin-West deutlich mehr Typhuserkrankungen und Malariafälle gemeldet. Obwohl Infektionskrankheiten, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, einen relativ geringen Anteil an der Gesamt morbidity des Infektionsgeschehens haben, müssen sie aufgrund ihrer klinischen Bedeutsamkeit und ihrer potentiellen epidemischen Ausbreitungsmöglichkeiten im Sinne von Gesundheitsschutzvorsorge beobachtet werden.

Generelle Unterschiede in den Erkrankungsraten zwischen dem West- und dem Ostteil Berlins waren im wesentlichen durch die beiden größten Meldegruppen Salmonellose und Hepatitis bedingt. Inwieweit Bekämpfungsmaßnahmen, Inanspruchnahme diagnostischer Möglichkeiten, Meldeverhalten u. a. darauf Einfluß haben, könnte nur nach Analysen einzelner Erkrankungsfaktoren erörtert werden.

### Tuberkulose in Berlin

Nach dem Bundes-Seuchengesetz sind sowohl die Erkrankung als auch der Tod an Tuberkulose meldepflichtig. Die Erhebungen erfolgen jährlich und werden von der Senatsverwaltung für Gesundheit statistisch aufbereitet.

Das für den Wohnort des Erkrankten zuständige Gesundheitsamt ist für die Betreuung (Diagnostik, Beratung, Veranlassung der therapeutischen Maßnahmen, Nachsorge) und für seuchenhygienische Maßnahmen (Desinfektion, Infektionskettenermittlung u. a.) zuständig. Bei Nichtsechhaften ist das Gesundheitsamt des jeweiligen Aufenthaltsortes dafür verantwortlich.

Von der Möglichkeit, an Tuberkulose zu erkranken, ist keine Bevölkerungsgruppe ausgenommen. Immer wieder wird die Tuberkulose im Kontext von Gesundheit und sozialer Lage diskutiert. Daß Tuberkulose häufiger in den sozial schlechter als in den besser gestellten Bevölkerungsschichten auftritt, gilt als gesichert.

Das Infektionsrisiko hat in Deutschland in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Ursachen dafür sind u. a. die Zunahme der Zahl von Immigranten aus Ländern mit hoher Tb-Durchseuchung. Besonders gefährdet sind aber auch HIV-Infizierte und an Aids erkrankte Personen. Als weiteres wird ein höheres Infektionsrisiko bei Arbeitslosigkeit, Alkohol- und Drogensucht gesehen. Ein hohes Erkrankungsrisiko haben außerdem obdachlose

Personen So erkrankten beispielsweise 1993 in Berlin 24 Personen (50 % Ausländer) ohne festen Wohnsitz an Tuberkulose.

1993 wurden den Berliner Gesundheitsämtern 878 Tuberkulosen aller Formen (556 männlichen Geschlechts bzw. 63 %, 322 weiblichen Geschlechts bzw. 37 %) gemeldet. Das entsprach einer Rate von 25,3 je 100 000 (ohne Asylbewerber 22,7). Der Anteil der Erkrankten ausländischer Herkunft betrug 34,3 % (Berlin-West 35,6 %, Berlin-Ost 31,0 %).

Mit insgesamt 89 erkrankten Asylbewerbern (54 in den westlichen, 35 in den östlichen Bezirken diagnostiziert) ist die Zahl gegenüber dem Vorjahr (51 Fälle) wieder angestiegen.

Tuberkulose der Atemwege hatte einen Anteil von 87 %, die restlichen 13 % gingen zu Lasten extrapulmonaler Formen

An Tuberkulose und deren Spätfolgen starben 1993 in Berlin 39 Personen.

Nachfolgende Beschreibung der Tb-Entwicklung in Berlin bezieht sich im wesentlichen auf die rohen Inzidenzraten. Eine Beurteilung der altersstandardisierten Ziffern (Eurobevölkerung der WHO) scheint nur für die deutsche Bevölkerung sinnvoll. Für die Beurteilung der Tuberkulosehäufigkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerung ergibt sich folgendes Problem: Derzeit ist etwa jeder zehnte Tuberkulosefall in Berlin ein asylsuchender Ausländer; fast jeder dritte an Tuberkulose erkrankte Ausländer ist Asylbewerber. Bei Berechnung roher und altersstandardisierter Ziffern werden auch die Fallzahlen der asylsuchenden Ausländer auf die Durchschnittsbevölkerung der Ausländer bezogen. Asylbewerber zählen aber nicht zur Bevölkerung. Aufgrund dieser Tatsache ergibt sich auch für Berlin ein deutlich verzerrtes Bild. Bei der Berechnung roher Inzidenzen wurde dieses Problem berücksichtigt, bei Altersstandardisierung konnte das rechentechnisch vorerst nur für 1993 insgesamt und nicht geschlechtsspezifisch bereinigt werden.

Die Entwicklung der Tuberkulose verlief auch nach 1990 in beiden Stadthälften Berlins noch sehr unterschiedlich.

In Berlin-West wurden 1993 623 Tuberkuloseerkrankungen gemeldet. Das entsprach einer Ziffer von 28,7 je 100.000 (ohne Asylbewerber 26,2) der Bevölkerung. Der Rückgang der diagnostizierten Fälle betrug seit 1985 (59,2 je 100.000) über 50 %.

**Inzidenz an Tuberkulose (alle Formen) 1985 - 1993 in Berlin**

Jahr	Erkrankungen 1)			
	absolut		je 100.000	
	West	Ost	West	Ost
1985	1.096	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	30,0	16,2
1993	623	255	28,7	19,7

1) inklusive Asylbewerber

(Quelle: SenGes)

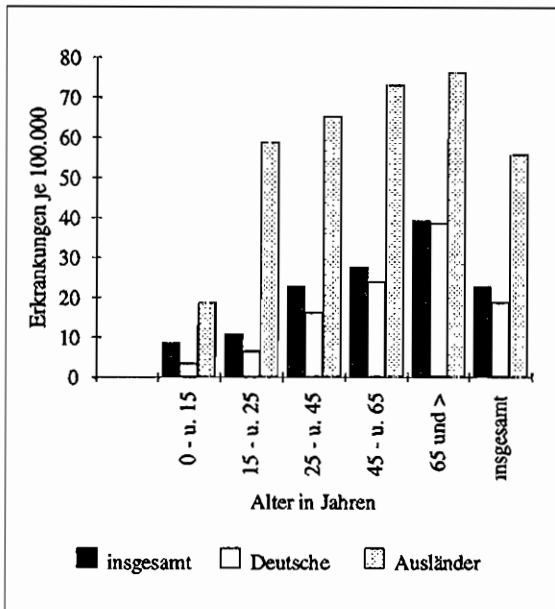
In Berlin-Ost wurden im Berichtsjahr 255 Tb-Fälle gemeldet. Die Inzidenzrate betrug 19,7 je 100.000 (17,0 ohne Asylbewerber). Die Ziffer ging seit Mitte der achtziger Jahre zurück und erreichte im Jahr 1991 den niedrigsten Stand (12,2 je 100.000). Danach ist die Rate wieder angestiegen; sie lag jedoch auch 1993 noch deutlich unter dem Niveau in Berlin-West.

Bei einem Vergleich in den Berliner Bezirken stellte sich die Erkrankungsrate sehr differenziert dar. So wiesen auch 1993 Bezirke mit hohem Ausländeranteil die höchsten Erkrankungsziffern aus. In diesen Bezirken lag auch die Rate innerhalb der deutschen Bevölkerung höher als in Bezirken mit niedrigem Ausländeranteil. Es handelte sich hier zumeist um Bezirke mit „schlechterem Sozialindex“ (vgl. auch Kapitel 1).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.

Innerhalb der Altersgruppen (vgl. auch Abschnitt 3.3 - Tuberkulose bei Kindern und Jugendlichen) fiel insgesamt auf, daß Tuberkulosefälle bei den 15- bis unter 25jährigen und bei den 25- bis unter 45jährigen wie auch schon 1992 angestiegen sind, während die Inzidenz in den höheren Altersgruppen eher rückläufig war.

**Abbildung 3.26:**  
**Altersspezifische Inzidenz an Tuberkulose (alle Formen) 1993 in Berlin**  
**Deutsche/Ausländer (ohne Asylbewerber)**  
 - je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: SenGes)

Seuchenhygienisch haben die *ansteckenden Formen der Lungentuberkulose* die größte Bedeutung, da nur sie für eine Weiterverbreitung verantwortlich gemacht werden. Unter offener Tuberkulose der Atmungsorgane werden Erkrankungen mit Nachweis von Tuberkulosebakterien verstanden. Der Anteil an offenen Lungentuberkulosen an der Gesamttuberkulosemorbidität betrug 1993 58,7 %.

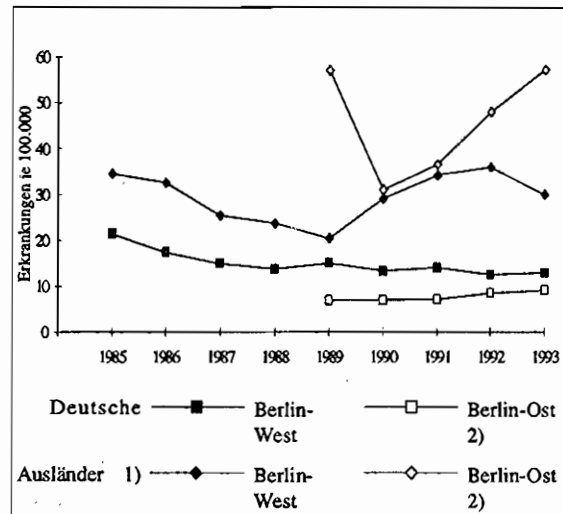
Insgesamt erkrankten 1993 515 Personen (351 Deutsche und 164 Ausländer, darunter 49 Asylbewerber) an offener Tb. Bei 244 erkrankten Personen (47 %) wurden Tb-Bakterien durch direkten Sputumausstrich nachgewiesen, bei 271 der Erkrankten (53 %) gelang der Nachweis in sonstigem Material oder mit anderen Methoden.

Die Entwicklung der offenen Lungentuberkulose stellte sich innerhalb der Stadthälften Berlins unterschiedlich dar. Während sich innerhalb der deutschen Population in den westlichen Bezirken ein eher rückläufiger Trend bemerkbar machte, ist die Rate in Berlin-Ost deutlich angestiegen. Der Anstieg betraf vor allem die männliche Population. Lag die altersstandardisierte Rate 1991 bei den Männern in Berlin-Ost noch bei 9,3 je 100 000, so ist sie bis 1993 auf 12,7 je 100.000 angestiegen

und hatte somit das Niveau des Westteils der Stadt (13,1 je 100.000) erreicht. Auch die Rate der Frauen (4,5 je 100 000) lag nur leicht unter der in Berlin-West (5,1 je 100 000) (vgl. auch Tabelle A 3.36 im Tabellenanhang).

Wie in den Vorjahren lag die Erkrankungsrate der Ausländer in Berlin-West fast doppelt über der der Deutschen. Insgesamt ging die Ziffer jedoch auch bei den Ausländern (ohne Asylbewerber) in den letzten Jahren zurück. Daß die Ziffer bei Ausländern in Berlin-Ost deutlich über der in Berlin-West lag, hängt möglicherweise damit zusammen, daß sich in den östlichen Bezirken mehr Personen aus Ländern mit hoher Tuberkuloseinzidenz und -prävalenz aufhalten (z.B. Vietnam, GUS).

**Abbildung 3.27:**  
**Neuerkrankungen an offener Tuberkulose 1985-1993 in Berlin**  
 - je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung



1) ohne Asylbewerber  
 2) Daten erst seit 1989 verfügbar  
 (Quelle: SenGes)

Fast jede zweite an Lungentuberkulose erkrankte Person war im Alter von 15 bis unter 45 Jahren. In der Mehrzahl waren es Ausländer 127 (77 %) der erkrankten Ausländer waren dieser Altersgruppe zuzuordnen. Von epidemiologischer Bedeutung ist, daß es sich gerade in der genannten Altersgruppe um Personen handelt, die oft vielfältige Umgebungskontakte haben und es damit im Umfeld zu Infektionen und damit weiteren „Offen-Tuberkulosen“ kommen kann.

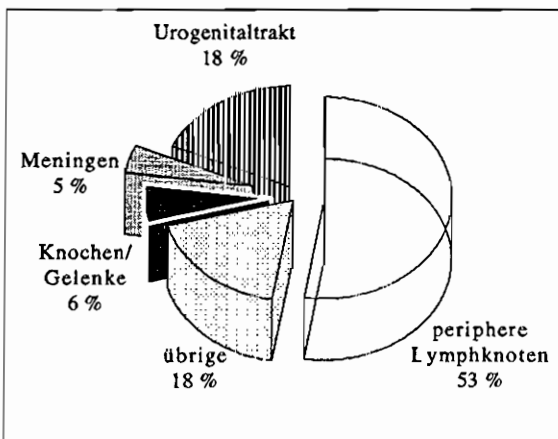


Mit 13 % Anteil an der Gesamtmorbidität blieben *extrapulmonale Manifestationen* in den letzten Jahren nahezu konstant.

Sowohl innerhalb der deutschen (2,0 je 100.000) als auch innerhalb der ausländischen Bevölkerung (12,8 je 100.000) war die Rate rückläufig (vgl. Tabelle A 3 32).

Wie in den Vorjahren dominierten periphere Lymphknotentuberkulosen (53 %) und Tuberkulosen des Urogenitaltraktes (18 %).

**Abbildung 3.28:**  
Extrapulmonale Tuberkuloseformen 1993 in Berlin



(Quelle: SenGes)

Ein Umschlag der Tuberkulinreaktion nach positiv zeigte sich 1993 bei 442 unter 5jährigen Kindern (1992: 416). Nur fünf Kinder kamen aus Berlin-Ost.

**Anteil der Konvertoren in Berlin-West**  
- je 1.000 der 0- bis unter 5jährigen

Jahr	Deutsche	Ausländer
1990	3,6	4,4
1991	4,2	3,6
1992	3,8	4,2
1993	3,3	3,8

### 3.2.1.2 Geschlechtskrankheiten

Der seit Mitte der achtziger Jahre anhaltende rückläufige Trend der nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953 meldepflichtigen Erkrankungen setzte sich im Berichtsjahr weiter fort.

Als Ursachen für die stark zurückgehenden Erkrankungszahlen werden zum einen die schnelle adäquate Antibiotikatherapie und zum anderen die Erfolge der Aids-Präventionskampagnen gesehen. Die Zahl der gemeldeten Fälle kann aber nur mit Einschränkungen die reale Morbidität widerspiegeln, da von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden muß. Die unterschiedliche Meldequalität in den Ländern bestätigt dies.

So waren 16,7 % der insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1992 gemeldeten Geschlechtskrankheiten Meldungen aus Berlin. Auch in den neuen Bundesländern lag die Meldemoral deutlich höher als im früheren Bundesgebiet. Aus dem Gebiet der ehemaligen DDR wurden 55,4 % der Gesamtmeldungen erbracht.

**Gemeldete Geschlechtskrankheiten 1991 und 1992 in der Bundesrepublik Deutschland nach Geschlecht**  
- je 100.000 der Bevölkerung

Länder	Erkrankungen je 100.000					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992
Baden-Württemberg	4,6	3,7	8,0	5,9	1,3	1,6
Bayern	6,4	5,8	9,9	9,0	3,1	2,7
Berlin	77,9	49,1	117,8	74,5	41,8	25,9
Brandenburg	41,1	31,1	56,7	41,7	26,5	21,0
Bremen	26,4	31,6	33,7	41,5	19,7	22,5
Hamburg	50,5	40,4	64,1	41,1	38,1	39,8
Hessen	19,0	13,6	21,3	17,4	16,8	9,9
Mecklenburg-Vorpommern	38,8	32,0	54,9	45,4	23,7	19,1
Niedersachsen	6,7	6,9	10,1	10,0	3,5	4,0
Nordrhein-Westfalen	4,9	4,7	7,1	6,7	2,8	2,9
Rheinland-Pfalz	5,0	5,0	7,3	7,6	2,8	2,6
Saarland	3,6	1,6	6,2	3,0	1,3	0,2
Sachsen	43,9	27,7	61,6	38,8	28,2	17,7
Sachsen-Anhalt	43,8	29,4	63,4	42,4	26,0	17,5
Schleswig-Holstein	7,1	7,6	9,3	8,4	5,0	6,8
Thüringen	24,2	17,4	33,8	24,3	15,5	10,9
Bundesrepublik	16,9	12,6	23,9	17,5	10,4	7,9

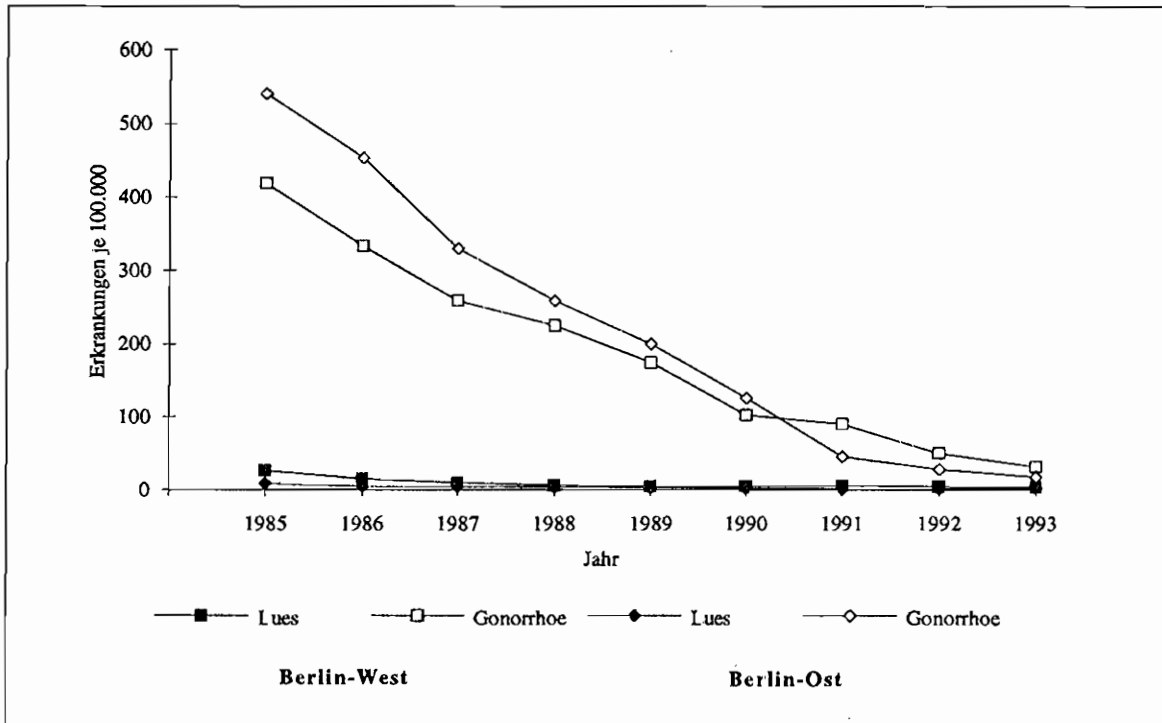
(Quelle: StaBu)

Nach Mitteilungen des Statistischen Landesamtes Berlin wurden 1993 den Berliner Gesundheitsämtern 1.070 Geschlechtskrankheiten (30,8 je 100.000) angezeigt. Gegenüber 1992 (49,1 je 100.000) kam es zu einem weiteren Rückgang der Erkrankungszahlen von 37 %.

Die Rate der erkrankten Männer lag mit 798 Fällen (48,0 je 100.000) 69 % höher als die der Frauen (272 Fälle, 15,0 je 100.000). In Berlin-West wurden 795 (36,6 je 100.000), in Berlin-Ost 275 (21,2 je 100.000) Fälle registriert.

Die Zahl der Gonorrhoeerkrankungen ging insgesamt um weitere 41 % zurück, während es bei den Lueserkrankungen zu einem Anstieg von etwa 9 % kam. Dieser Zuwachs war auf eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit der Frauen zurückzuführen.

**Abbildung 3.29:**  
Gemeldete Erkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1985 - 1993 in Berlin  
- je 100.000



(Quelle: StaLa Berlin / bis 1990 für Berlin-Ost Institut für Sozialhygiene / eigene Berechnungen)

Innerhalb definierter Altersgruppen wurden sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Personen die meisten Erkrankungen bei den 20- bis unter 25jährigen (ausgenommen bei der weiblichen Population in den östlichen Bezirken; hier wurden z. B. die meisten Gonorrhoeefälle in der Gruppe der 15- bis unter 20jährigen) gemeldet. Insgesamt lag die Inzidenz in fast allen Altersgruppen sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung in Berlin-West deutlich höher als in Berlin-Ost (vgl. Tabelle A 3 38).

Einen hohen Anteil des Meldeaufkommens erbringen die sechs in Berlin überbezirklich tätigen Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - 1993 wurden von diesen Stellen 297 (32 %) der insgesamt

in Berlin registrierten Gonorrhoeefälle gemeldet. Bei den Frauen betrug die Rate sogar 65 %, aber auch etwa jede fünfte (21 %) an Gonorrhoe erkrankte männliche Person wurde von diesen Stellen gemeldet.

Außerdem werden in den Berliner Beratungsstellen auch statistisch Erreger erfasst, die in Zusammenhang mit dem gleichen Übertragungsweg wie die Geschlechtskrankheiten stehen.

Beispielsweise wurden 1993 bei 732 Personen (darunter 558 Frauen) *Clamidia trachomatis*, bei 465 Personen (darunter 438 Frauen) Pilze, bei 51 Personen (darunter 41 Frauen) *Trichomoniasis* und bei 247 Personen (darunter 223 Frauen) *Mycoplasma/Ureaplasma* festgestellt.

### 3.2.1.3 Aids und HIV-Infektionen

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

Während die Aids-Situation in vielen Ländern der Dritten Welt dramatisch ist, konnte dank intensiver Aufklärungs- und Präventionsprogramme die Zunahme der HIV-Infektionen in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren eher gebremst werden.

Bis Ende 1993 wurden dem Aids-Zentrum beim Bundesgesundheitsamt (jetzt: Robert-Koch-Institut - Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten) für den Zeitraum bis Ende 1993 61.074 HIV-Infektionen gemeldet. Dies entsprach einer kumulativen Inzidenz von 76,4 je 100.000 der Bevölkerung. Der Anteil der Frauen lag bei etwa 18 %.

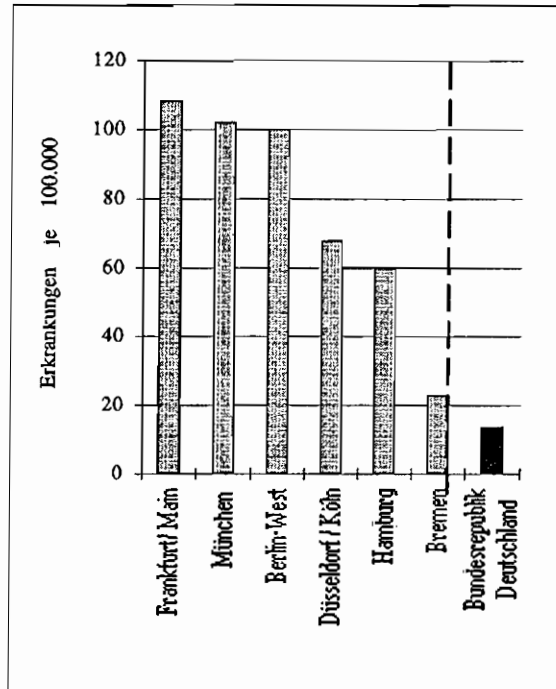
An Aids erkrankten in der Bundesrepublik Deutschland bis zum 31.12.1993 10.858 Personen (darunter 1.000 Frauen oder 9,2 %). 6.051 an der Immunschwäche Erkrankte (55,7 %) wurden bis zu diesem Zeitpunkt als verstorben gemeldet.

Nach wie vor gibt es deutliche Unterschiede im Morbiditätsgeschehen zwischen den alten und den neuen Bundesländern. So lagen für den Zeitraum bis Ende 1993 582 Labormeldungen über HIV-Infektionen und 82 Aids-Erkrankungen aus den neuen Ländern und Berlin-Ost vor. Die Mehrzahl von ihnen lebte in Berlin-Ost.

Die Mehrheit der Aids-Kranken lebt in Großstädten. Fast zwei Drittel aller Aids-Fälle (6.489 oder 59,8 %) traten in den in Abbildung 3.30 genannten Großräumen auf.

Bis Ende 1993 wurden dem Aids-Zentrum 9.773 HIV-Infektionen aus Berlin gemeldet. Dies entsprach einem Anteil von 16 % an den insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland gemeldeten Infektionen.

Abbildung 3.30:  
Kumulierte Inzidenz der gemeldeten Aids-Fälle in ausgewählten Großräumen (Stand: 31.12.1993)



(Quelle: Bundesgesundheitsblatt 1/94)

Die Zahl der in Berlin an Aids erkrankten Personen betrug Ende 1993 2.230 (darunter 53 aus Berlin-Ost). Bezogen auf die bundesweit zum Zeitpunkt registrierten Fälle bedeutet dies, daß jede fünfte an Aids erkrankte Person in Berlin-West lebt und demzufolge auch hier versorgt wird.

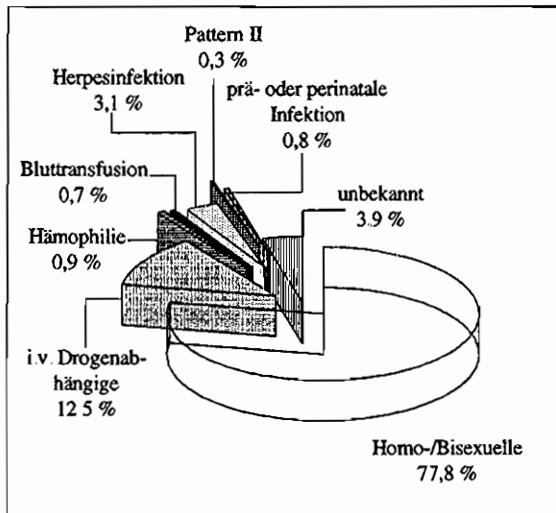
Mit einem Anteil von 7 % lag die Rate der an Aids erkrankten Frauen in Berlin unter dem Bundesdurchschnitt.

1.170 erkrankte Personen (52,5 %) wurden als verstorben gemeldet. Hier ist jedoch zu beachten, daß die Meldungen über den Tod eines im Register erfaßten Patienten nicht vollständig sind. Laut Todesursachenstatistik starben bis zum 31.12.1993 1.316 Berliner an den Folgen von Aids (vgl. Abschnitt 3.1).

Homosexuelle und bisexuelle Männer sowie i.v. Drogenabhängige sind noch immer die am stärksten betroffenen Gruppen.

Mit 78 % an der Erkrankungsrate lag der Anteil der homo- und bisexuellen Personen in Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt (69 %).

**Abbildung 3.31:**  
Aids-Erkrankte 1987 - 1993 (zusammengefaßt) in Berlin (Stand: 31.3.1994) nach Betroffenengruppen



1) Patienten aus Pattern-II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z.B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

(Quelle: Aids-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes)

In bezug auf die Betreuung HIV-Infizierter und Aidskranker verfügt Berlin bundesweit über eine 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)

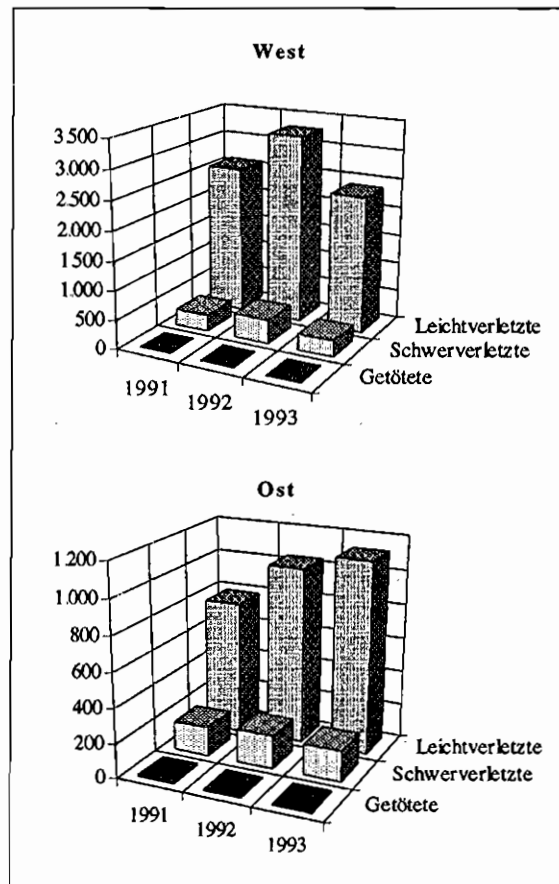
### 3.2.2 Straßenverkehrsunfälle in Berlin

Die Straßenverkehrsunfallstatistik ist eine gute Grundlage zur Verkehrssicherheitsforschung. Als Datenbasis für Analysen zum Unfallgeschehen und für die Maßnahmenentwicklung im Verkehrssicherheitsbereich ist sie von erheblicher Bedeutung. Es handelt sich hier um eine Sekundärstatistik, d.h. daß alle Unfälle statistisch aufbereitet werden, die polizeilich erfaßt werden. Die Genauigkeit der Unfallstatistik ist jedoch zum einen dadurch begrenzt, weil nicht alle Verkehrsunfälle von der Polizei amt-

lich erfaßt werden (Dunkelziffer). Untersuchungen ergaben beispielsweise, daß je nach Kategorie (Verletzungen nach Art der Verkehrsbeteiligung) ein bis zwei Drittel aller Verletzungen unter die Dunkelziffer fallen. Zum anderen können aber auch bei der Erfassung und Signierung der Erhebungsmerkmale Fehler auftreten.

Im Jahr 1993 wurden in Berlin 159.785 Straßenverkehrsunfälle polizeilich erfaßt (9.462 oder 5,6 % weniger als 1992). Davon entfielen auf die westlichen Bezirke 101.318 (10 % weniger als im Vorjahr). In den östlichen Bezirken Berlins ereigneten sich 58.467 Kraftfahrzeugunfälle. Nach dem sprunghaften Anstieg der Verkehrsunfälle in den Jahren 1989 bis 1991 hat sich das Unfallgeschehen etwas beruhigt. Die Unfallrate lag etwa auf dem Niveau des Vorjahres.

**Abbildung 3.32:**  
Im Straßenverkehr verunglückte Personen 1991 - 1993 in Berlin - absolut



(Quelle: StaLa Berlin)

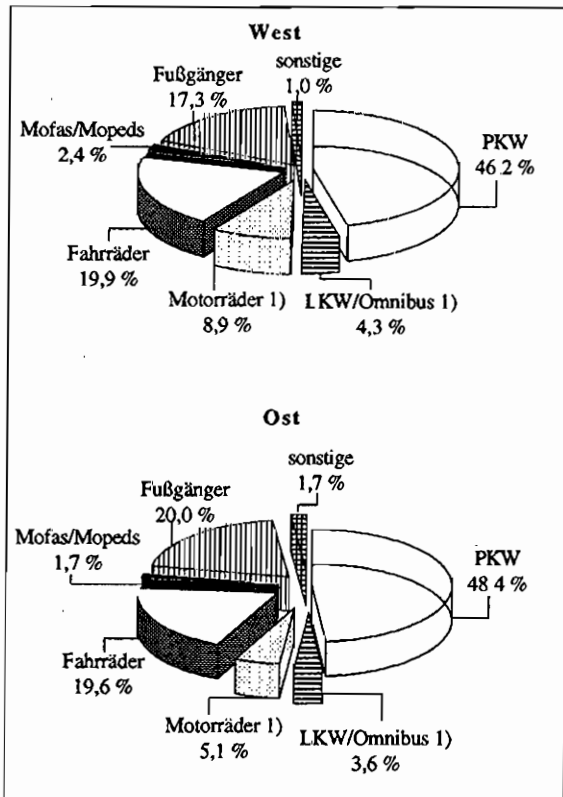
Im Straßenverkehr verunglückten 1993 in Berlin 19 784 Personen (darunter 163 tödlich). In Berlin-West verunglückten 13.301 (darunter 90 tödlich), in Berlin-Ost 6 646 Personen (darunter 73 tödlich). Insgesamt war der Rückgang der verletzten Personen mit 12 % und bei den Getöteten mit 17 % in den westlichen deutlich stärker als in den östlichen Bezirken (4 % bzw 3 %).

Kaum noch Unterschiede gab es innerhalb der Stadthälften bei den Verunglückten nach Art der Verkehrsbeteiligung.

Fast jeder zweite Verunglückte (48 %) im Ostteil der Stadt war Fahrer oder Mitfahrer eines Personenkraftwagens (Westteil 46 %).

Höher als in den westlichen Bezirken lag auch der Anteil der verunglückten Fußgänger. Angestiegen ist die Zahl der verunglückten Fahrradfahrer (um 1,9 Prozentpunkte), der Anteil lag bereits auf dem Niveau der westlichen Bezirke

**Abbildung 3.33:**  
Im Straßenverkehr verunglückte Personen 1993 in Berlin nach Art der Verkehrsbeteiligung



1) Führer oder Mitfahrer

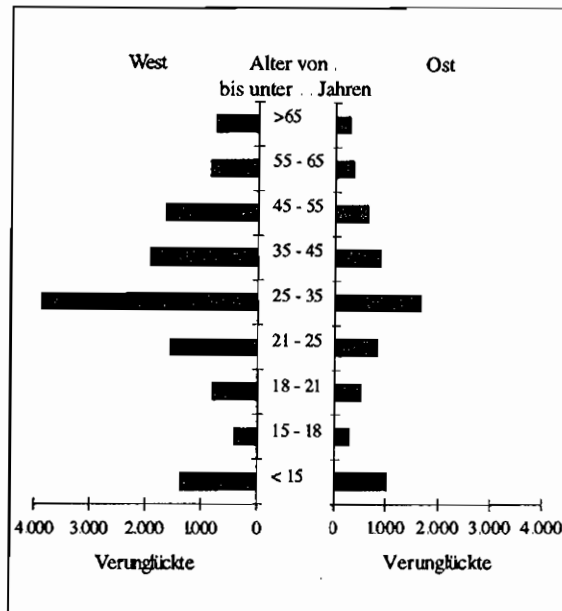
(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Ein guter Indikator zur Beurteilung der altersspezifischen Gefährdung im Straßenverkehr ist die Beschreibung des Unfallgeschehens nach Altersgruppen. Dies gilt besonders für die 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.

Die Gliederung nach Alter und Geschlecht der Verunglückten und Getöteten im Straßenverkehr unterscheidet sich jedoch deutlich von der Struktur der Bevölkerung. Dies liegt vor allem daran, daß die Art der Verkehrsbeteiligung je nach Alter sehr unterschiedlich ist.

Neben den eben genannten Altersgruppen belegt die Statistik eine überdurchschnittlich hohe Gefährdung jüngerer erwachsener Verkehrsteilnehmer. Nahezu jede vierte 1993 auf Berliner Straßen verunglückte Person war im Alter von 18 bis unter 25 Jahren.

**Abbildung 3.34:**  
Im Straßenverkehr verunglückte Personen 1993 in Berlin nach Altersgruppen - absolut



(Quelle: StaLa Berlin)

Häufig werden *Fußgänger* und *Fahrradfahrer* in schwere Unfälle verwickelt.

Gefährdet sind hier unter 15jährige und über 65jährige Personen.

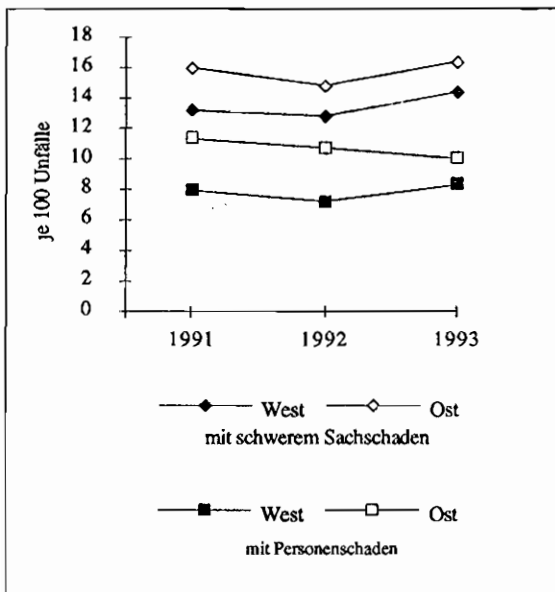
1993 verunglückten in Berlin-West 447 Fahrradfahrer unter 15 Jahren (17 % der insgesamt mit dem Fahrrad Verunglückten); dabei kam ein Kind ums Leben. In den östlichen Bezirken verunglückten 350 unter 15jährige mit dem Fahrrad (27 %); dabei wurden 5 Personen dieser Altersgruppe getötet. Das bedeutet, daß mehr als die Hälfte der infolge eines Fahrradunfalls ums Leben gekommenen Personen in Berlin-Ost unter 15 Jahre waren

Etwa 3 % (109 Personen) der insgesamt mit dem Fahrrad in Berlin verunglückten Personen (3.945) waren älter als 65 Jahre; dabei verunglückten vier Personen tödlich

Bei den verunglückten Fußgängern betrug der Anteil der unter 15jährigen in Berlin-Ost 37 %; darunter verunglückten 8 Personen tödlich (dies entsprach jeder vierten insgesamt als Fußgänger in den östlichen Bezirken ums Leben gekommenen Person) In den westlichen Bezirken waren 27 % der verunglückten Fußgänger jünger als 15 Jahre. Die Mortalitätsrate betrug 11 %

Rund 15 % der insgesamt in Berlin-West verunglückten Fußgänger waren über 65 Jahre alt. Nahezu jede zweite als Fußgänger ums Leben gekommene Person war hier älter als 65 Jahre.

**Abbildung 3.35:**  
Alkoholbedingte Kraftfahrzeugunfälle 1991 - 1993 in Berlin  
- je 100 Unfälle



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Eine wichtige Unfallursache im Straßenverkehr ist *Alkohol*.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Berlin kam es 1993 in Berlin zu 1 460 polizeilich erfaßten alkoholbedingten Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden (918 in Berlin-West, 542 in Berlin-Ost). Das entsprach einem Anteil von etwa 10 % an den insgesamt Verunglückten. Dabei wurden 28 Personen getötet (17 % der insgesamt in Berlin bei Kraftfahrzeugunfällen ums Leben gekommenen Personen). In Berlin-West war bei jedem Fünften im Straßenverkehr Getöteten übermäßiger Alkoholkonsum die Hauptursache.

Die Entwicklung der infolge von Alkoholeinfluß Getöteten ist in Berlin in den letzten Jahren angestiegen (s. Tabelle A 3.42 im Tabellenanhang). Der Anteil der Schwerverletzten liegt bei etwa 15 %, der der Leichtverletzten bei 9 %

### 3.2.3 Berufskrankheiten (BK) 1993

Die Zahl der 1993 in Berlin neu gemeldeten BK-Verdachtsfälle ist mit insgesamt 1 499 Anzeigen gegenüber 1992 (1.166) deutlich angestiegen. Erstmals war in Berlin auch wieder eine Zunahme der Neumeldungen aus dem Ostteil der Stadt zu verzeichnen. Dieser Trend zu höheren BK-Meldungen entsprach der bundesweiten Entwicklung.

Bei den 1993 erstmals gemeldeten Neuerkrankungen spielten die Hautkrankheiten (BK-Nr. 5101) weiterhin eine herausragende Rolle. Auf Rang zwei waren jedoch bereits die seit dem 1.1.1993 neu in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommenen Erkrankungen der Wirbelsäule durch Heben und Tragen schwerer Lasten (BK-Nrn. 2108 und 2109) sowie die Krankheiten der Wirbelsäule durch Ganzkörpervibrationsexposition (BK-Nr. 2110). Vor der Vereinigung gab es in beiden Teilen Deutschlands im Berufskrankheitenrecht unterschiedliche Regelungen zu diesen Erkrankungen. Nach der Berufskrankheitenverordnung der ehemaligen DDR konnten berufsbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt werden, während das in der Bundesrepublik nach geltender Berufskrankheitenverordnung nicht möglich war.

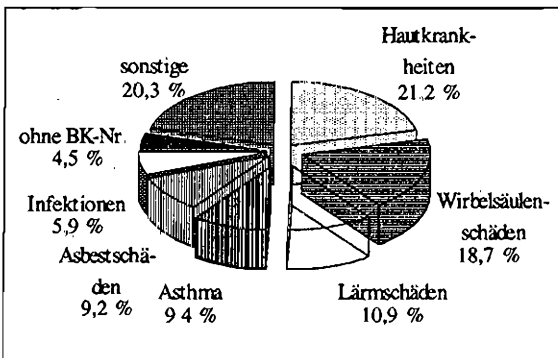
Im Einigungsvertrag wurde u.a. festgelegt, daß das Berufskrankheitenrecht bis Ende 1992 überarbeitet und ergänzt werden müsse. Dabei sollten medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse aus der ehemaligen DDR berücksichtigt werden.

So können jetzt Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung verursacht wurden und zur Unterlassung der schädigenden Tätigkeit geführt haben, in ganz Deutschland als Berufskrankheit anerkannt werden. Gleiches gilt für Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die durch die Einwirkung von Ganzkörperschwingungen verursacht wurden.

Da die Wirbelsäulenerkrankungen gemäß Artikel 2 Abs. 2 der 2. Änderungsverordnung zur Berufskrankheitenverordnung vom 18.12.1992 auch rückwirkend anerkannt werden können (Eintritt des Versicherungsfalles nach dem 31.3.1988), war die große Zahl von Meldungen zu erwarten. Schwerpunktmäßig betrafen die Meldungen Personen aus der Baubranche sowie aus dem Gesundheitswesen

Auf den weiteren Rängen folgten Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301), asbestbedingte Krankheiten (BK-Nrn. 4103 bis 4105), obstruktive Atemwegserkrankungen (BK-Nrn. 4301 und 4302) sowie Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101).

**Abbildung 3.36:**  
Begutachtete BK-Fälle 1993 in Berlin nach Krankheitsart



(Quelle: I Arbmed)

Bei der Betrachtung der 1993 mit dem gewerbeärztlichen Gutachten nach § 7 Abs 2 der Berufskrankheitenverordnung (BeKV) abgeschlossenen BK-Fälle zeigte sich gegenüber dem Vorjahr mit 1.073 Vorgängen ein deutlicher Anstieg (1992:

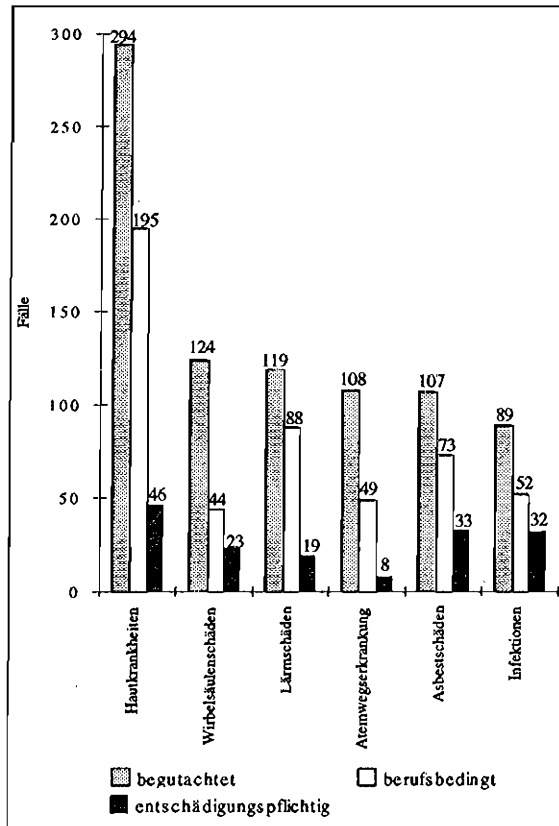
885). Auch in der Häufigkeitsverteilung der Krankheitsarten gab es deutliche Veränderungen:

**Rangfolge der Inzidenz von Berufskrankheiten 1993 in Berlin**

Berufskrankheiten	Fälle			
	begutachtet Rang	absolut	berufsbedingt Rang	absolut
Hautkrankheiten (5101)	1	294	1	195
Bandscheibenbedingte Erkrankungen (2108-2110)	2	124	6	44
Lärmschwerhörigkeit (2301)	3	119	2	88
obstruktive Atemwegserkrankungen (4301/4302)	4	108	5	49
asbestbedingte Erkrankungen (4103-4105)	5	107	3	73
Infektionskrankheiten (3101)	6	89	4	52

Diese BK-Ziffern hatten einen Anteil von 78 % aller 1993 abgeschlossenen Fälle

**Abbildung 3.37:**  
Ergebnis der gewerbeärztlichen Begutachtung bei ausgewählten Berufskrankheiten 1993 in Berlin



(Quelle: I Arbmed)

Erstmals kam es 1993 wieder zu einem erheblichen Anstieg bei den in die Begutachtung gelangten Berufskrankheiten aus dem Ostteil der Stadt. Der Anteil an den insgesamt in Berlin abgeschlossenen Fällen betrug rund 28 %. Offenbar kommen jetzt vermehrt niedergelassene und Krankenhausärzte ihrer Pflicht nach, den Verdacht auf eine Berufskrankheit zu melden. Auch hat die Zahl der Vorgänge deutlich zugenommen, in denen Krankenkassen bzw. das Arbeitsamt Verdachtsfälle auf berufliche Verursachung der zuständigen Berufsgenossenschaft zur Prüfung übergaben.

Im Vergleich zum Vorjahr läßt sich folgender Trend erkennen:

Bei der häufigsten Berufskrankheit "Hautkrankheiten" ist die Fallzahl zu 1992 wieder deutlich angestiegen. Dieser Anstieg ist offenbar mit erhöhten Fallzahlen aus dem Ostteil der Stadt zu erklären.

Erwartungsgemäß haben sich die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule, überwiegend im Lendenwirbelbereich, verursacht durch schweres Heben und Tragen von Lasten sowie Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, in den Vordergrund geschoben. Die Anzahl der berufsbedingten Lärmschwerhörigkeiten war gegenüber dem Vorjahr geringfügig erhöht. Angestiegen ist dagegen die Zahl der berufsbedingten Infektionskrankheiten. Bei den Asbestinhalationsfolgen ist in den letzten Jahren ein Trend zu höheren Fallzahlen auch in Berlin nicht mehr zu erkennen. Ein deutlicher Rückgang war dagegen bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen zu verzeichnen.

Obwohl nunmehr eine wirksame aktive Impfprophylaxe gegen Hepatitis A zur Verfügung steht, waren Auswirkungen auf die Hepatitis-A-Erkrankungen bei Personen, die sich beruflich in tropischen Endemiegebieten aufhielten, noch nicht nachweisbar. Dies ist sicherlich erst für die kommenden Jahre zu erwarten.

Der Anteil der nach gewerbeärztlicher Einschätzung als berufsbedingt einzustufenden Fälle lag 1993 mit 57 % weit unter dem langjährigen Mittel. So betragen die Quoten bei den Lärmschwerhörigkeiten 74 %, bei den asbestbedingten Erkrankungen 68 % und bei den Hautkrankheiten 66 %. Die berufsbedingten Infektionskrankheiten lagen mit 58 % im Durchschnitt. Unter dem Durchschnitt

befanden sich dagegen obstruktive Atemwegserkrankungen mit 45 %, bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule mit 36 % und Sehnenscheidenentzündungen (BK-Nr. 2101) mit 27 %.

Die recht niedrige Quote der berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen hat ihre Ursache u.a. darin, daß die Wirbelsäulenerkrankungen in aller Regel erst nach einer jahrelangen Belastung auftreten, so daß die ursächlichen Tätigkeiten oft weit in der Vergangenheit liegen und es sich nicht immer mit der geforderten Sicherheit beweisen läßt, welchen konkreten Belastungen ein Arbeitnehmer früher ausgesetzt war. Eine Entschädigung kann vom Unfallversicherungsträger auch nur dann gezahlt werden, wenn die schädigende Tätigkeit unterlassen wird.

Die Realisierung dieser Forderung bedeutet für die oft älteren Arbeitnehmer erhebliche wirtschaftliche Nachteile, so daß von einem Arbeitsplatzwechsel Abstand genommen wird.

Die einzelnen Berufskrankheiten weisen in sehr unterschiedlicher Weise auf aktuelle arbeitshygienische Probleme hin. Während zum Beispiel die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule und die asbestbedingten Erkrankungen in aller Regel zeitlich weit zurückliegende Expositionen und Belastungen reflektieren, sind die Ursachen der Haut- und Atemwegserkrankungen meist der arbeitshygienischen Intervention zugänglich. Hier ist es erforderlich, durch eine Verstärkung der Aufsichtstätigkeit, durch Besichtigung der Arbeitsbereiche der Betroffenen unverzüglich präventive Maßnahmen einzuleiten.

Zur Minderung der Beweisnot bei der Feststellung der tatsächlichen Belastungsverhältnisse bei den asbestbedingten Erkrankungen und den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule wird es gerade bei den aus dem Ostteil der Stadt gemeldeten Erkrankungen erforderlich sein, auf Unterlagen zurückzugreifen, die Hinweise oder Beweise für tatsächliche Verhältnisse am Arbeitsplatz sein können.

Relevante Unterlagen aus den Arbeitshygieneinspektionen des Ostteils der Stadt sind im Landesinstitut für Arbeitsmedizin vorhanden, ihre Nutzung ist nicht nur den Gewerbeärzten vorbehalten.



### 3.2.4 Schwerbehinderte in Berlin

In der im zweijährigen Rhythmus zu erhebenden Schwerbehindertenstatistik werden Personen erfaßt, die im Sinne des Schwerbehindertengesetzes in der Fassung vom 26. August 1986 einen Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 % aufweisen. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Es handelt sich also zumeist um Personen, deren Selbständigkeit und Lebensqualität in hohem Maße beeinträchtigt wird.

In die Statistik gehen nur die Schwerbehinderten mit einem gültigen Ausweis ein. Bei Kindern, vor allem im Vorschulalter, wird allgemein eine Untererfassung angenommen, da oftmals die Eltern die Behinderung noch nicht anerkennen ließen.

Ende 1993 lebten in Berlin 396.735 anerkannte Schwerbehinderte (175.785 männlichen, 220.950 weiblichen Geschlechts). Dies entsprach einem Anteil von 11,4 % an der Gesamtbevölkerung (10,6 % bei den Männern, 12,2 % bei den Frauen). 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. Bei den unter 65jährigen überwiegt der Anteil schwerbehinderter männlicher Personen. Am 31.12.1993 waren in den westlichen Bezirken Berlins 263.257 Personen in Besitz eines gültigen Schwerbehinderten-Ausweises (11,3 % der Männer und 12,8 % der Frauen). Unter Berücksichtigung der ca. 60.000 Besitzstandsfälle mit einem GdB nach den Schwerbehinderten-Ausweisen I - IV, die ab Januar 1994 wegfallen würden, sofern kein Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz vorlag, lebten Ende Dezember in Berlin-Ost 133.478 Schwerbehinderte (9,4 % der Männer, 11,2 % der Frauen). Bis auf die Population der unter 35jährigen waren in Berlin-West in allen Altersgruppen deutlich mehr Personen je 1.000 schwerbehindert.

Die Zahl der anerkannten Schwerbehinderten ist in Berlin-West seit 1991 um weitere 13 % angestiegen. Für Berlin-Ost können wegen der noch zu stellenden Anträge auf Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz noch keine zuverlässigen Angaben über eine zahlenmäßige Entwicklung gemacht werden.

250.469 Schwerbehinderte in den westlichen Bezirken waren Deutsche, 12.788 waren Ausländer. Dies entsprach einer Ziffer von 135,9 je 1.000 Deutsche und 38,7 je 1.000 Ausländer.

In den östlichen Bezirken Berlins waren 133.243 Deutsche (10,7 je 1.000) und 235 Ausländer (4,6 je 1.000) schwerbehindert.

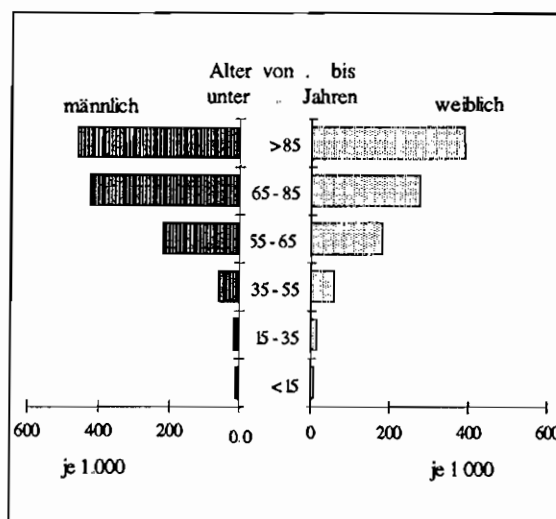
Mehr als 30 % der Schwerbehinderten befanden sich im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 60 Jahren.

Zwischen Lebensalter und Schwerbehinderung besteht ein enger Zusammenhang.

Während über die Hälfte (54,4 %) aller Schwerbehinderten (bei den Frauen sogar fast zwei Drittel) älter als 65 Jahre waren, betrug der Anteil der Schwerbehinderten bis zum 35. Lebensjahr lediglich 6,3 % (West 5,7, Ost 7,6 %).

Betrachtet man die Zahl der Schwerbehinderten je 1.000 der Bevölkerung innerhalb definierter Altersgruppen, so stellt sich ein kontinuierlicher Anstieg mit der Zunahme des Lebensalters dar. Nahezu jeder zweite Mann und jede dritte Frau über 65 Jahre waren 1993 in Berlin schwerbehindert. Die deutlich höheren Quoten bei den über 65jährigen Männern dürften noch immer auf kriegsbedingte Schädigungen zurückzuführen sein.

**Abbildung 3.38:**  
Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin nach Geschlecht - je 1.000 der Altersgruppe

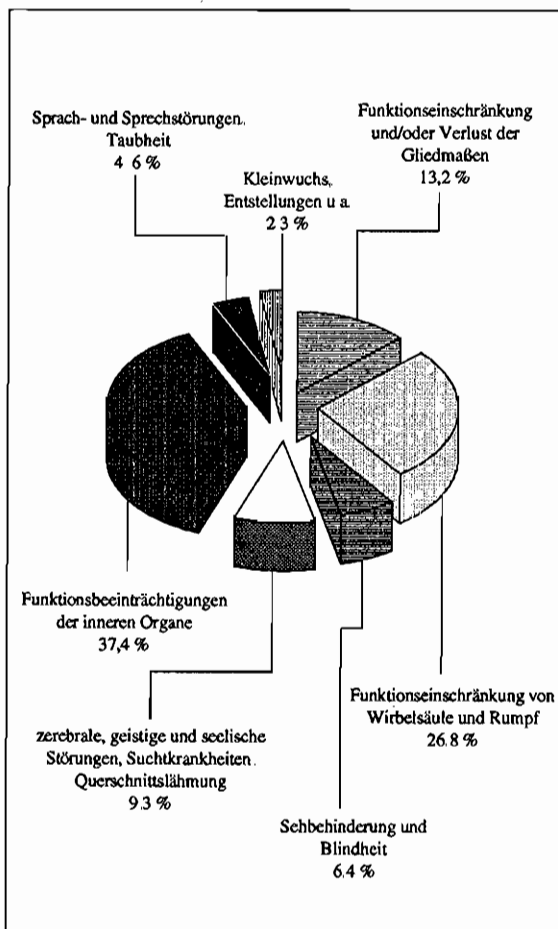


(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Der Grad der Behinderung liefert wichtige Hinweise zur Bedarfsplanung von Prävention, Therapie, Pflegeversorgung und zur Rehabilitation

Einen GdB von 50 - 80 % hatten 78 % der Schwerbehinderten im Westteil und 85 % im Ostteil der Stadt. Einen GdB von 90 - 100 % hatten 22 % Schwerbehinderte in Berlin-West; in Berlin-Ost betrug der Anteil 15 %. Als schwerstbehindert galten 16 % der Behinderten in Berlin-West und 12 % in Berlin-Ost. Der Anteil der Schwerstbehinderten in den westlichen Bezirken hat sich seit 1989 nicht verändert

**Abbildung 3.39:**  
**Schwerbehinderte (GdB 50 - 100) am 31.12.1993**  
**in Berlin**  
**nach Art der Behinderung**



(Quelle: LA-Soz / eigene Berechnungen)

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil der Mehrfachbehinderungen. Während in Berlin-West 1993 etwa jeder Neunte Schwerbehinderte im Kindes- und Jugendalter Mehrfachbehinderungen hatte, war bereits jeder Dritte 35- bis unter 45jährige Schwerbehinderte mehrfach behindert. Wegen zunehmender Multimorbidität betrug der Anteil der Mehrfachbehinderungen in der über 65jährigen Population über 80 %. Insgesamt waren 74,2 je 1.000 der über 65jährigen mit Mehrfachbehinderungen schwerstbehindert (GdB 100).

Für Berlin-Ost lag für 1993 wegen maschineller Aufnahme (Übernahmeaktion) die Zahl der Mehrfachbehinderten nicht vor.

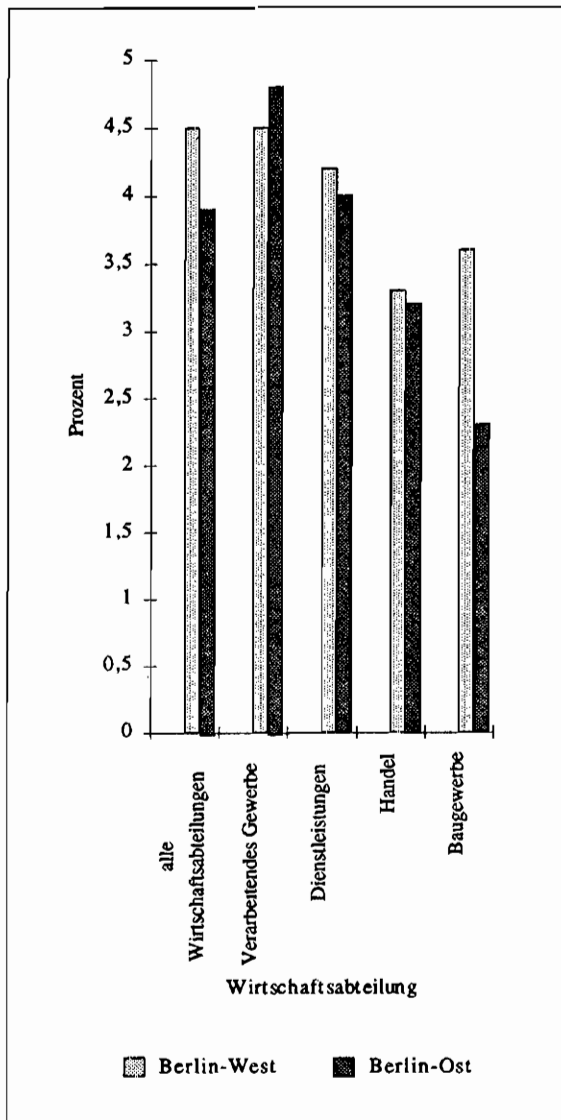
Die Ursachenstruktur nach Art der Behinderung ist stark vom Alter der Betroffenen abhängig. Bei den Jüngsten ist die Behinderung zumeist angeboren. Es handelt sich dabei um besonders gravierende schwerste Behinderungen. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Zahl der Schwerbehinderten vor allem durch allgemeine Krankheiten (z.B. Krankheiten des rheumatischen Formenkreises), die nachfolgend zu Behinderungen führen. Häufig sind noch immer die Schwerbehinderungen aus Kriegs-, Wehr- oder Zivildienst.

Bei einer Betrachtung der Schwerbehinderten nach der Art der Behinderung standen Beeinträchtigungen der Funktionen der inneren Organe im Vordergrund. Nahezu bei jedem Zweiten dieser Schwerbehinderten (49 %) wurde die Schwerbehinderung wegen einer Beeinträchtigung des Herz-Kreislaufsystems begründet. An zweiter Stelle der Befunde standen Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule gefolgt von den Funktionseinschränkungen der unteren Gliedmaßen.

Nicht zuletzt, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung der Schwerbehinderten zu verbessern, ist jeder Arbeitgeber mit mindestens 16 Arbeitsplätzen gesetzlich verpflichtet, 6 % seiner Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten zu besetzen. Dieser gesetzlichen Pflicht kommen die meisten Arbeitgeber jedoch nicht nach.

In den westlichen Bezirken wären 1992 45.729 Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten zu besetzen gewesen. Tatsächlich wurden 34.426 besetzt. Die Ist-Quote lag bei 4,5 %. Noch schlechter war das Ergebnis in den östlichen Bezirken. Hier hätten laut Meldung 11.099 Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten besetzt werden müssen. Besetzt wurden 7.296 Arbeitsplätze, die Istquote lag bei 3,9 %.

**Abbildung 3.40:**  
**Anteil der mit Schwerbehinderten besetzten**  
**Arbeitsplätze 1992 in Berlin**  
**nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen**



(Quelle: Landesarbeitsamt Berlin-Brandenburg / Ref Statistik)

### 3.2.5 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

**Tabelle A 3.27:**  
 Meldepflichtige Krankheiten 1991 - 1993 in Berlin nach Bezirken  
 - absolut und je 100.000 der Bevölkerung

**Tabelle A 3.28:**  
 Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993 in Berlin-West nach Bezirken (nach dem Bundes-Seuchengesetz)

**Tabelle A 3.29:**  
 Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993 in Berlin-Ost nach Bezirken (nach dem Bundes-Seuchengesetz)

**Tabelle A 3.30:**  
 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993 in Berlin nach Altersgruppen  
 - absolut und je 100.000

**Tabelle A 3.31:**  
 Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten 1991 - 1993 in Berlin  
 - absolut und je 100.000 der Bevölkerung

**Tabelle A 3.32:**  
 Gemeldete Tuberkulosefälle 1992 und 1993 in Berlin nach Lokalisation  
 - absolut und je 100.000 der Bevölkerung

**Tabelle A 3.33:**  
 Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose 1991 - 1993 in Berlin-West (inklusive Asylbewerber)  
 - absolut und je 100.000

**Tabelle A 3.34:**  
 Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose 1991 - 1993 in Berlin-Ost (inklusive Asylbewerber)  
 - absolut und je 100.000

**Tabelle A 3.35:**  
 Inzidenz an Tuberkulose 1993 in Berlin nach Geschlecht, Alters- und Diagnosegruppen

**Tabelle A 3.36:**

Inzidenz an Tuberkulose 1993 in Berlin nach Geschlecht, Alters-, Diagnosegruppen und Staatsangehörigkeit

**Tabelle A 3.37:**

Gemeldete Tuberkulosefälle 1993 in Berlin nach Bezirken

- absolut und je 100 000 der Bevölkerung

**Tabelle A 3.38:**

Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1980 - 1993 in Berlin

- absolut und je 100 000

**Tabelle A 3.39:**

Aids-Erkrankte 1987 bis 1993 in Berlin (Stand 31.3.1994) nach Diagnosejahr, Betroffenengruppe und Geschlecht

**Tabelle A 3.40:**

Straßenverkehrsunfälle und verunglückte Personen 1989 - 1993 in Berlin

**Tabelle A 3.41:**

Im Straßenverkehr verunglückte Personen unter 15 und ab 65 Jahren 1991 - 1993 in Berlin

- absolut und je 10 000 der Bevölkerung

**Tabelle A 3.42:**

Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle 1991 - 1993 in Berlin

**Tabelle A 3.43:**

Begutachtete Berufskrankheiten 1993 in Berlin

**Tabelle A 3.44:**

Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin nach Geschlecht

- je 1 000 der Altersgruppe

**Tabelle A 3.45:**

Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis unter 15 Jahren und von 65 bis unter 80 Jahren mit einem Grad der Behinderung von 90 - 100 v.H. 1991 und 1993 in Berlin nach Bezirken

- je 1 000 der Altersgruppe

### 3.3 Schwerpunktthema: Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Berlin

#### 3.3.0 Einführung

Mit der Schwerpunktsetzung „Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen“ wird die Akzentuierung bestimmter Themen im Jahresgesundheitsbericht fortgesetzt: Nach dem Gesundheits- und Sozialsurvey (1991) und speziellen Themen aus dem Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen (1992) wird in diesem Abschnitt dem Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Hierfür wurde keine neue Erhebung bzw. Studie durchgeführt, obwohl dies - wie die Resonanz auf jüngste Untersuchungen der Universität Bielefeld oder parlamentarische Anfragen zu diesem Thema deutlich machen - sinnvoll und notwendig wäre. Grundlage für diese segmentartige Darstellung waren vielmehr Daten der amtlichen Statistik, sogenannte Geschäftsstatistiken der Senatsverwaltung für Gesundheit, besonders zusammengestellte Survey- und Registerdaten oder Ergebnisse von Berliner Einschulungs- und Schulentlassungsuntersuchungen. Dies schließt jedoch nicht aus, daß sich auch an anderen Stellen des Jahresgesundheitsberichts, z. B. unter den Abschnitten Bevölkerung, Gesundheitsvorsorge oder Umweltmedizin, weitere Texte und Daten auf diese Altersgruppe beziehen - wenn auch unter anderem Blickwinkel.

Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist vor allem unter dem Aspekt gesundheitlicher Prävention von besonderer Bedeutung, denn nicht frühzeitig erkannte gesundheitliche Störungen oder auch in diesem Lebensabschnitt erworbene Verhaltensweisen und „Lebensstile“ (s. u.) können bestimmende Faktoren für den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter werden. Daher liegt hier eine große Chance für präventives Handeln: Falls es gelingt, Kinder und Jugendliche (einschließlich ihres Umfeldes) bei der Verfestigung gesundheitsförderlicher und Vermeidung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen zu unterstützen, dann ist vermutlich ein großer Schritt in Richtung eines sorgfältigen Umgangs mit dem eigenen Körper auch für die weiteren Lebensabschnitte getan.

Es sollte jedoch nicht verkannt werden, daß Jugendliche zwar abstrakt der Gesundheit einen hohen Wert zuschreiben, dies jedoch - ähnlich wie im Gesundheits- und Sozialsurvey für Erwachsene dargestellt - nicht unbedingt zu Umsetzungen in konkretes Handeln führt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß die Akzeptanz von Gesundheitsförderungsprogrammen gerade in dieser Altersgruppe mit großer „Gegenwartsorientierung“ nicht ohne weiteres gegeben ist.

#### 3.3.1 Demographische Aspekte

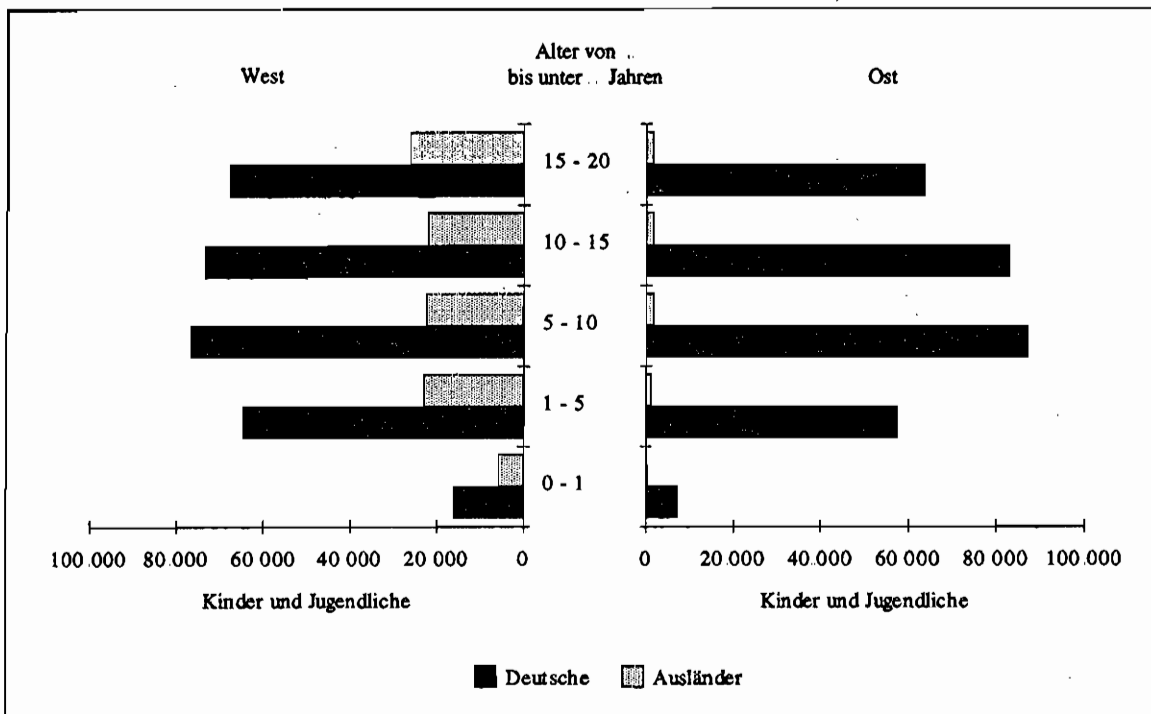
Ende 1992 lebten in Berlin 642.445 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 18 Jahren. Dies entsprach einem Anteil von 18,5 % an der Gesamtbevölkerung.

Innerhalb der Stadthälften Berlins stellte sich die demographische Situation wie folgt dar:

In den *westlichen Bezirken* lebten am 31.12.1992 359.937 Kinder und Jugendliche (16,4 % der Gesamtbevölkerung). Nahezu jeder Vierte von ihnen war Ausländer. Der Anteil der deutschen Kinder und Jugendlichen an der deutschen Bevölkerung betrug 14,7 %, der Anteil der Ausländer an der entsprechenden Bevölkerung betrug hingegen 27,0 %. In den *östlichen Bezirken* Berlins lebten Ende 1992 282.508 Kinder und Jugendliche (21,8 % der Gesamtbevölkerung). Nur etwas über 2 % waren ausländischer Herkunft.

Der Anteil der deutschen Kinder und Jugendlichen an der deutschen Bevölkerung betrug 22,1 %, der der Ausländer entsprechend 14,6 %. Der drastische Geburtenrückgang in Berlin-Ost seit 1990 (vgl. auch Kapitel 1 und Abschnitt 3.1) machte sich bisher in der Gruppe der unter 5jährigen bemerkbar, während bei den 5- bis unter 20jährigen der prozentuale Anteil an der Gesamtbevölkerung noch höher lag als in Berlin-West.

**Abbildung 3.41:**  
**Kinder und Jugendliche 1992 in Berlin (fortgeschriebene Bevölkerung)**  
**nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit**  
**- absolut**



(Quelle: StaLa Berlin)

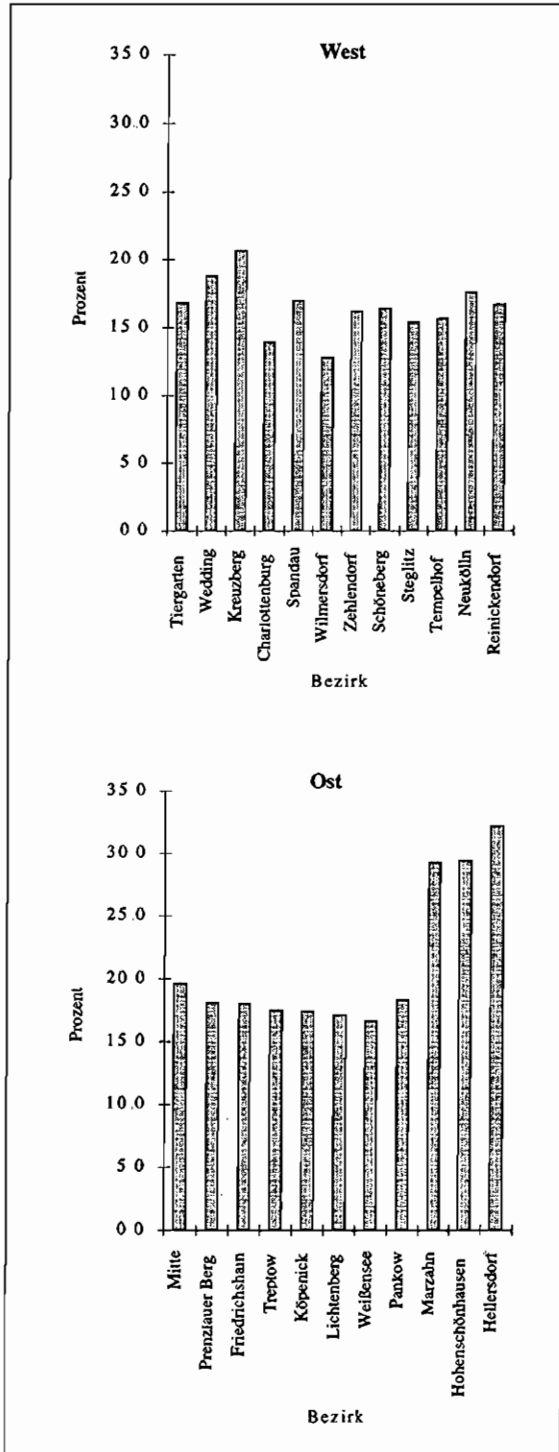
In den Berliner Bezirken ergibt sich eine unterschiedliche Wohndichte von Kindern und Jugendlichen. Deutlich spiegelt sich hier der unterschiedliche Altersaufbau, vor allem zwischen Berlin-Ost und Berlin-West, wieder. So waren im Westteil der Stadt die Bezirke Kreuzberg (hier war Ende 1992 jeder fünfte Einwohner unter 18 Jahre alt) und Wedding die „kinderreichsten“ Bezirke. Im Ostteil waren, wie in den Vorjahren, die Bezirke Hellersdorf (nahezu jeder dritte Einwohner war in diesem Bezirk unter 18 Jahren), Marzahn und Hohen-schönhausen Bezirke mit dem höchsten Kinder- und Jugendlichenanteil. Wie auch in anderen Großstädten sind Stadtteile mit vielen Kindern und Jugendlichen eher an der Stadtperipherie zu finden. Zumeist handelt es sich, wie auch in Berlin, um große Neubausiedlungen, in denen junge Familien leben.

Für die Entwicklung eines Kindes spielen viele Faktoren eine Rolle. Von nicht unerheblicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Größe der Familie.

Der Anteil der Kinder, die von einem Elternteil allein erzogen werden, hat sich in den letzten Jahren fast ständig erhöht.

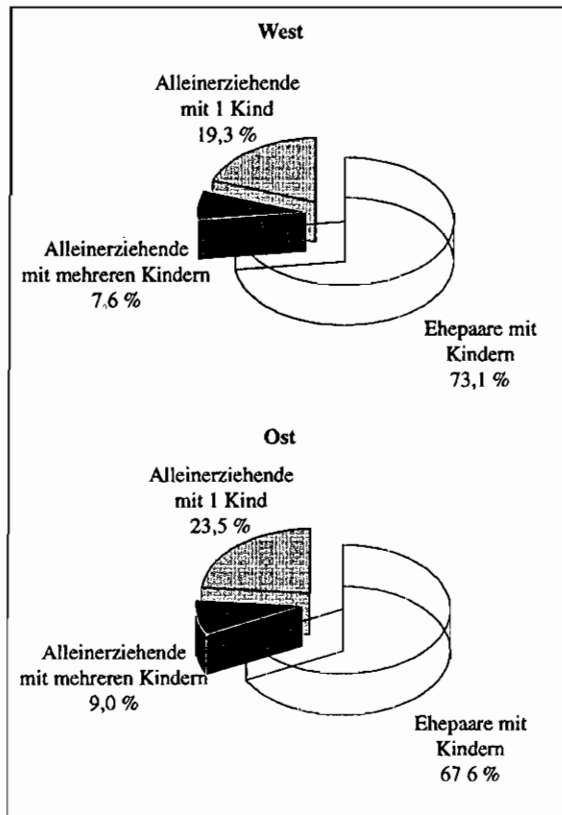
Nach Angaben des Mikrozensus (Stand: Mai 1992) waren 26,9 % der Haushalte in den westlichen Bezirken mit Kindern unter 18 Jahren Alleinerziehende mit Kindern. In Berlin-Ost betrug der Anteil sogar 32,4 %. Der Anteil der Alleinerziehenden mit einem Kind an Familien mit Kindern unter 18 Jahren betrug in den östlichen Bezirken 45,5 %, mit zwei Kindern immerhin noch 19,7 % (Berlin-West 34,8 bzw. 16,7 %).

**Abbildung 3.42:**  
**Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung 1992 in Berlin (fortgeschriebene Bevölkerung) nach Bezirken - in %**



(Quelle: Stal a Berlin / eigene Berechnungen)

**Abbildung 3.43:**  
**Familien mit Kindern unter 18 Jahren im Mai 1992 in Berlin (Ergebnisse des Mikrozensus) (Ergebnisse des Mikrozensus)**

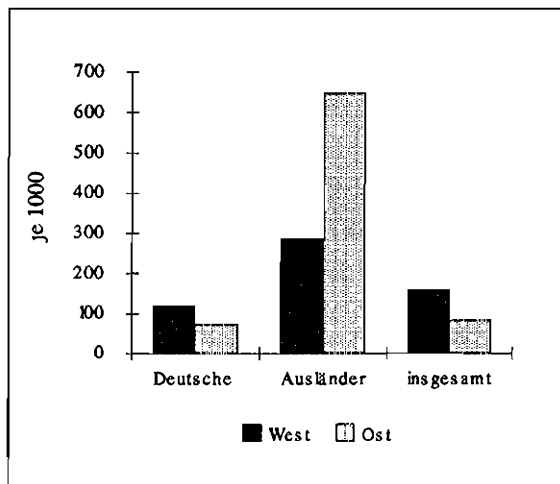


(Quelle: Stal a Berlin / eigene Berechnungen)

Höher als in Berlin-West (12,3 %) war lt Mikrozensus in Berlin-Ost (18,8 %) auch die Zahl derer, die alleinerziehend und als erwerbslos gemeldet waren.

Insgesamt erhielten Ende 1992 in Berlin 80 217 unter 18jährige Sozialhilfe. Das entsprach einem Anteil von 12,5 % an der entsprechenden Population. In Berlin-West bezogen 56.930 (16,0 %) Kinder- und Jugendliche Sozialhilfe. Fast die Hälfte von ihnen war ausländischer Herkunft. Bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe bedeutet dies, daß etwa jeder neunte Deutsche aber fast jeder dritte Ausländer unter 18 Jahren Sozialhilfe erhielten

**Abbildung 3.44:**  
Sozialhilfeempfänger unter 18 Jahren 1992 in Berlin  
(Stand: Dezember 1992)  
nach Staatsangehörigkeit  
- je 1.000 der Altersgruppe

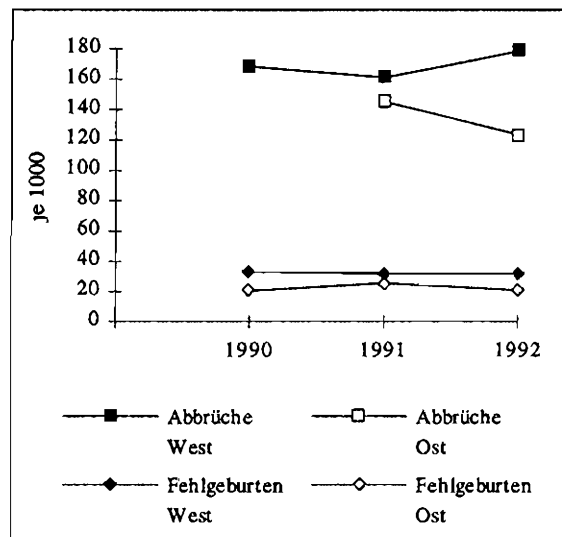


(Quelle: StaLa Berlin)

In den östlichen Bezirken Berlins erhielten Ende Dezember 1992 23 287 unter 18jährige (8,2 %) Sozialhilfe. Die Zahl ist gegenüber 1991 (16.765) um fast 40 % angestiegen. Bedingt durch einen deutlich niedrigeren Ausländeranteil (14 % der Sozialhilfeempfänger der genannten Altersgruppe), lag die Rate jedoch noch 50 % niedriger als im Westteil der Stadt. Bezogen auf je 1.000 Ausländer lag die Zahl der ausländischen Sozialhilfeempfänger in Berlin-Ost aber deutlich höher als in Berlin-West.

Schwangerschaftsabbrüche im Kindes- und Jugendalter bergen wegen späterer Folgen (Abortneigung oder evtl. Sterilität) große Gefahren in sich. Jährlich lassen in Berlin (sicher noch begleitet von einer Dunkelziffer) über 1.200 Mädchen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren eine Schwangerschaft abbrechen. Die Zahl der Interruptiones lag 1992 in Berlin-West fast ein Drittel höher als in Berlin-Ost. 30 % höher als in Berlin-Ost war in Berlin-West auch die Rate der Fehlgeburten.

**Abbildung 3.45:**  
Gemeldete Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten bei 15- bis unter 20jährigen 1990 - 1992 in Berlin 1)  
- je 10.000 der Altersgruppe



1) für Berlin-Ost 1990 nicht vollständig

(Quelle: SenGes)

Die Häufigkeit von Geburten bei Mädchen unter 17 Jahren ist bedeutsam, weil diese Altersgruppe auch ein erhöhtes Risiko für die soziale Entwicklung eines Kindes darstellen kann. Dies ist insbesondere der Fall, wenn schwangere Jugendliche keine Unterstützung durch den Partner oder die eigene Familie bekommen.

In den Jahren von 1985 bis 1991 kam es in Berlin-West zu einem Anstieg der jugendlichen Mütter bei den 15- bis unter 17jährigen. So belief sich die Rate bei den 15jährigen 1985 noch auf 19 je 10 000; 1990 lag die Ziffer bereits bei 29 je 10 000. Bei den 16jährigen kam es 1985 zu 67 Geburten je 10.000; 1990 lag die Rate bei 82. In den meisten Fällen waren die Mütter ausländischer Herkunft. In Berlin-Ost war die Zahl der jugendlichen Mütter, äußerst gering (1990: 2 je 10.000 bei den 15jährigen, 15 je 10 000 bei den 16jährigen).



### 3.3.2 Mortalität im Kindes- und Jugendalter

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich auf die Gruppe der 1- bis unter 20jährigen in Berlin. Die Mortalität der unter Einjährigen wurde ausführlich im Abschnitt 3.1 unter „Säuglingssterblichkeit“ beschrieben.

Der bis Anfang der achtziger Jahre anhaltende progressive Rückgang der Kindersterblichkeit war im wesentlichen auf die Verbesserung der Lebensqualität und auf die Effektivität der sozialen und medizinischen Früherkennungs- und Betreuungsmaßnahmen zurückzuführen.

Wie die Statistik der Todesursachen ausweist, hat sich die Mortalität im Kindes- und Jugendalter seitdem eher verlangsamt bzw. in einigen Altersgruppen nicht weiter verändert.

Jährlich sterben in Berlin etwa 200 Kinder und Jugendliche (darunter sind etwa 15 % ausländischer Herkunft). Das entspricht etwa 0,5 % der Gesamtsterblichkeit aber bereits 2 % der vorzeitigen Sterblichkeit (Todesfälle unter 65 Jahren).

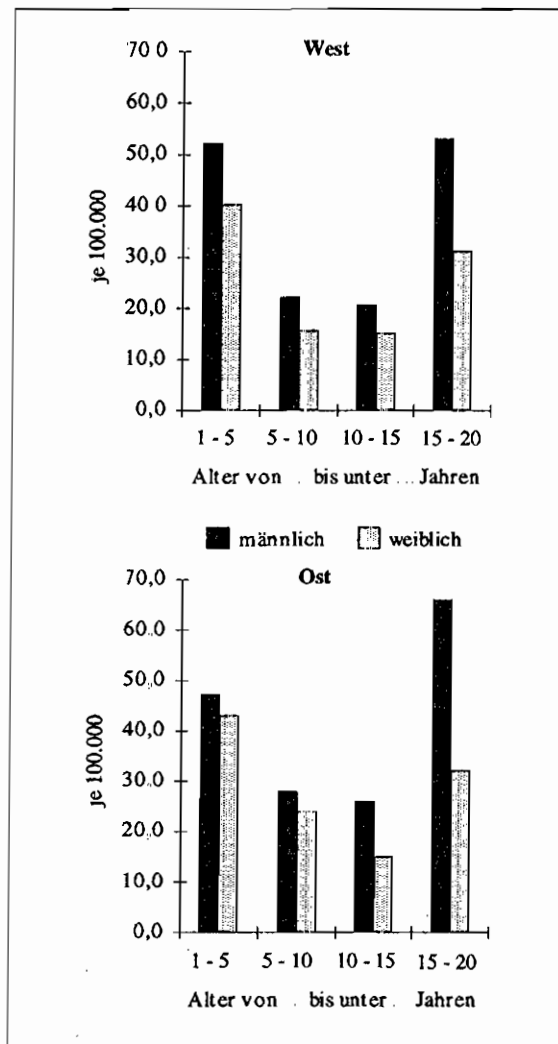
In allen Altersgruppen ist das Sterberisiko der Jungen größer als das der Mädchen.

Das Sterbegeschehen verlief in den Stadthälften Berlins sehr unterschiedlich. Bis auf die Gruppe der 5- bis unter 10jährigen Jungen und auf die Gruppe der 10- bis unter 15jährigen Mädchen war die Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern in Berlin-Ost deutlich höher als in Berlin-West.

Die Kinder- und Jugendsterblichkeit wird im wesentlichen durch Verletzungen und Vergiftungen geprägt. Nahezu 50 % der Sterbefälle bei den Jungen und 27 % bei den Mädchen zählen in Berlin zu diesen (nichtnatürlichen) Todesursachen.

Kleinkinder im Alter bis zu fünf Jahren sind hinsichtlich häuslicher Unfälle (z.B. Ingestionen mit Arzneimitteln und chemischen Haushaltsmitteln) besonders gefährdet. Solche letal verlaufenden Unfälle stehen in der Rangfolge der Todesursachen in dieser Altersgruppe mit an vorderster Stelle, während bei den über 5jährigen Kindern und Jugendlichen mit steigendem Lebensalter die Kraftfahrzeugunfälle die Todesursachenstatistik anführen.

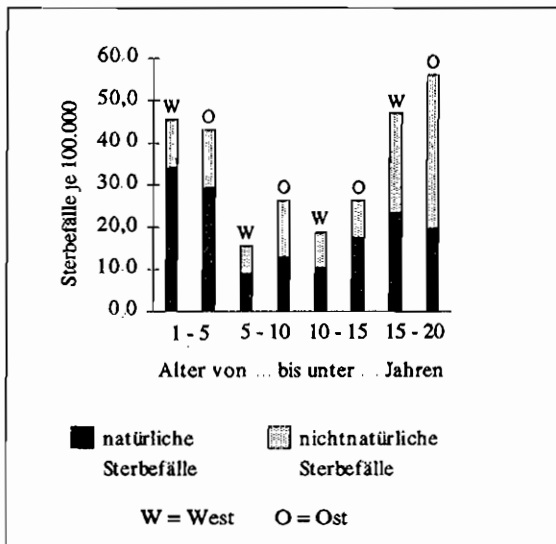
Abbildung 3.46:  
Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten der 1- bis unter 20jährigen in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1983 - 1992) - je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: StaLa Berlin / bis 1989 amtliche Todesursachenstatistik von Berlin-Ost / eigene Berechnungen)

Der Anteil *nichtnatürlicher Sterbefälle* lag in den Jahren von 1990 bis 1992 (wie auch schon in den Vorjahren) in den östlichen Bezirken Berlins deutlich höher als in den westlichen Bezirken. Aber auch bei den natürlichen Todesursachen war die Rate bei den 5- bis unter 15jährigen in Berlin-Ost höher.

**Abbildung 3.47:**  
**Natürliche und nichtnatürliche Sterbefälle der 1- bis unter 20jährigen in Berlin**  
 (Durchschnitt der Jahre 1990 - 1992)  
 - je 100.000 der Altersgruppe



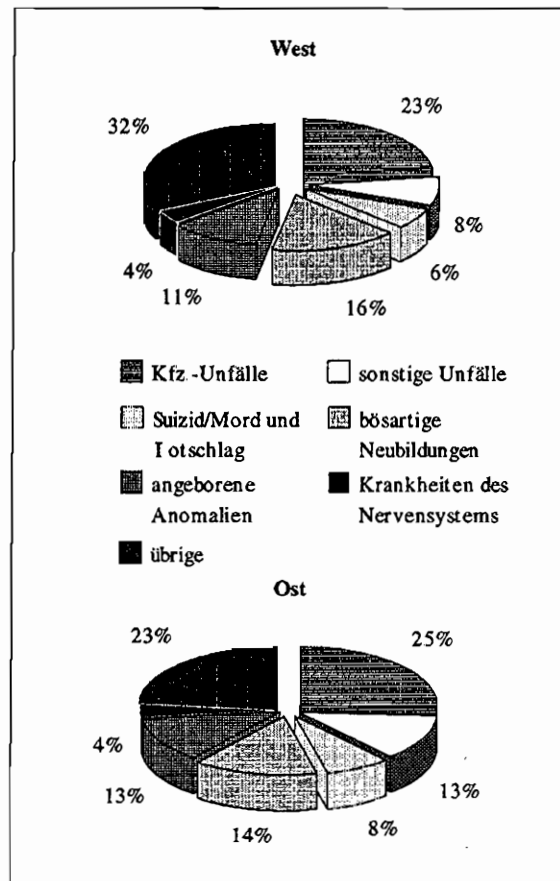
(Quelle: StaL a Berlin / eigene Berechnungen)

**Kraftfahrzeugunfälle** bilden mit Abstand die häufigste Todesursache bei den Kindern und Jugendlichen. Etwa jeder vierte Todesfall geht bei den 1- bis unter 20jährigen in Berlin zu Lasten eines Straßenverkehrsunfalls. Am häufigsten verunglücken unter 15jährige mit dem Fahrrad oder als Fußgänger, während 15- bis unter 20jährige häufiger mit dem Motorrad oder dem Auto tödlich verunglücken (vgl. Abschnitt 3.2 „Straßenverkehrsunfälle in Berlin“). Dramatisch angestiegen ist die Mortalitätsrate gerade in der letztgenannten Altersgruppe in den neuen Bundesländern und in Berlin-Ost aber auch in Berlin-West.

**Suizide und Suizidversuche** im Kindes- und Jugendalter geben wichtige Hinweise zum psychischen und sozialen Gesundheitszustand. Vollendete Suizide kommen bei unter 15jährigen selten vor. Bei den 15- bis unter 20jährigen gehören Selbsttötungen jedoch bereits zu den häufigen Todesursachen dieser Population.

Die Zahl der Suizide hat bei den Jugendlichen in den westlichen Bezirken seit 1985 (9,7 je 100 000 männlich, 8,7 je 100 000 weiblich) weiter abgenommen. Die Ziffer lag 1993 bei 2,2 je 100.000 bei den Mädchen und 2,1 je 100 000 bei den Jungen. In den östlichen Bezirken hingegen stieg die Zahl bei den

**Abbildung 3.48:**  
**Häufigste Todesursachen der 1- bis unter 20jährigen 1992 in Berlin**



(Quelle: StaL a Berlin / eigene Berechnungen)

männlichen Jugendlichen seit 1989 (5,6 je 100.000) auf 14,4 je 100.000 im Jahr 1993 an und nahm somit in der Rangfolge den zweiten Platz hinter den Verkehrsunfällen in der Todesursachenstatistik innerhalb dieser Altersgruppe ein. Mit 3,0 je 100.000 lag die Sterberate der Mädchen im Ostteil der Stadt in dieser Altersklasse über der in Berlin-West.

Suizide und Suizidversuche haben bei Kindern und Jugendlichen zumeist appellativen Charakter. Nach Angaben der Berliner Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie stehen Suizidversuche von 10- bis 18jährigen an zweiter Stelle der Häufigkeit bei Suizidversuchen (vgl. Kapitel 4). Im Verhältnis 5 : 1 überwiegen bei den Versuchen die Mädchen.

Mit Besorgnis wurde bei der Auswertung der Anfragen des Jahres 1993 im Vergleich zu 1990 ein Trend zu immer jüngerem Lebensalter festgestellt.

Von den 1.553 Anfragen zu suizidalen Vergiftungen im Kindes- und Jugendalter des Jahres 1993 machte die Zahl der 10- bis unter 15jährigen beinahe die Hälfte der Anfragen aus, während es 1990 knapp ein Drittel war.

Unmittelbar an *Medikamenten- und Drogensucht* (ICD 9 / 304) starben in den Jahren 1991 - 1993 in Berlin-West sechs männliche und vier weibliche Personen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren. Todesfälle an Drogensucht in dieser Altersgruppe sind in den letzten Jahren wieder vermehrt aufgetreten (in den Jahren 1986 bis 1990 gab es keinen männlichen und nur zwei weibliche Sterbefälle). Erstmals wurde 1993 in Berlin-Ost in der genannten Altersgruppe ein Drogentodesfall registriert.

An der Immunschwächekrankheit *Aids* starben in Berlin-West in den Jahren 1990 - 1993 acht Personen von 1 bis unter 15 Jahren und vier Personen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren. In den Jahren davor wurde lediglich ein Säuglingssterbefall bekannt.

Insgesamt nahmen Todesfälle an *bösartigen Neubildungen* den zweiten Platz in der Todesursachenstatistik bei den 1 bis unter 20jährigen ein. Es handelte sich hierbei zumeist um Sterbefälle an bösartigen Neubildungen des Gehirns und um Leukämien. Die Sterblichkeit an Krebs lag bei den 1- bis unter 15jährigen in den Jahren von 1990 - 1992 in Berlin-Ost höher als in den westlichen Bezirken, während sie bei den 15- bis unter 20jährigen in Berlin-West etwas höher war (vgl. Tabelle A 3.48)

An den sogenannten „*Vermeidbaren Todesfällen*“ (s.a. Abschnitt 3.1) starben 1992 in Berlin 70 1- bis unter 20jährige (darunter 18 Mädchen); d.h. daß nach der derzeitigen Definition zur Vermeidbarkeit von Sterbefällen 35 % der Todesfälle in der Gruppe der 1- bis unter 20jährigen durch adäquate rechtzeitige Therapie oder durch Präventionsmaßnahmen vermieden werden könnten. Während bei den jüngeren Altersgruppen angeborene Herzfehler, Leukämie und Krankheiten der Atmungsorgane als vermeidbare Todesursache in Frage kamen, waren es bei den 10- bis unter 20jährigen hauptsächlich Kraftfahrzeugunfälle

**Anteil vermeidbarer Sterbefälle an der Gesamtsterblichkeit der 1- bis unter 20jährigen 1992 in Berlin**

Alter	GTF	Vermeidbare Sterbefälle	
		absolut	Anteil an GTF 1) in %
<b>Berlin-West</b>			
1 - < 5	30	6	20,0
5 - < 10	14	4	28,6
10 - < 15	15	7	46,7
15 - < 20	41	15	36,6
<b>1 - &lt; 20</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>32,0</b>
<b>Berlin-Ost</b>			
1 - < 5	25	4	16,0
5 - < 10	20	4	20,0
10 - < 15	27	12	44,4
15 - < 20	32	17	53,1
<b>1 - &lt; 20</b>	<b>104</b>	<b>37</b>	<b>35,6</b>

1) Gesamttodesfälle

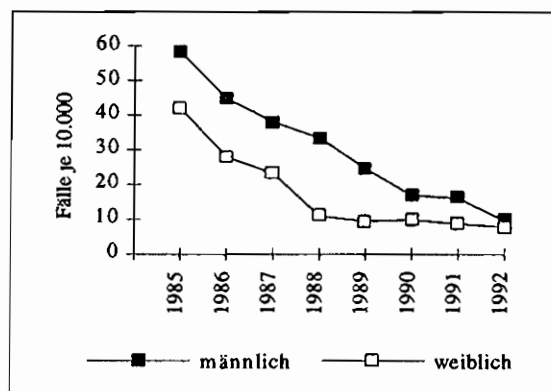
(Quelle: Sta.L.a Berlin / eigene Berechnungen)

**3.3.3 Morbidität**

**3.3.3.1 Meldepflichtige Krankheiten**

Für die ausgewählten meldepflichtigen Infektionskrankheiten kann - unter der Voraussetzung eines annähernd gleichen Meldeverhaltens der Ärzte - ein hinreichender Meldegrad unterstellt werden, um zeitliche Vergleiche der amtlichen Daten sinnvoll zu machen

**Abbildung 3.49:**  
**Gemeldete Fälle von Gonorrhoe bei den 15- bis unter 20jährigen 1985 - 1992 in Berlin-West - je 10.000 der Altersgruppe**



(Quelle: Sta.L.a Berlin / eigene Berechnungen)

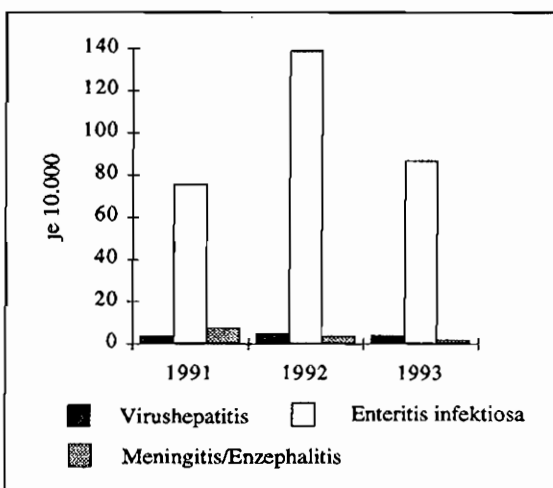
Am Beispiel der *Gonorrhoe*, der wichtigsten meldepflichtigen Geschlechtskrankheit, zeigt sich ein erheblicher kontinuierlicher Rückgang in den letzten Jahren, der sich auch in der altersspezifischen Betrachtung niederschlägt. Als Ursachen hierfür werden eine adäquate Therapie sowie die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Aids-Prävention gesehen.

Die Daten der Jugendlichen in Berlin-Ost liegen in dieser Altersgruppe nur für 1991 und 1992 vor; auch hier sind die Werte gegenüber dem Vorjahr (männlich 19,9 / weiblich 10,2) auf 5,8 bzw. 3,2 je 10 000 deutlich zurückgegangen.

Obwohl das eindeutige Maximum des Erkrankungsrisikos an Geschlechtskrankheiten in der Altersgruppe der 20- bis unter 25jährigen liegt, erfordert die Inzidenz jedoch auch in der Altersgruppe der 15- bis unter 20jährigen besondere Beachtung, denn die Werte liegen über dem Durchschnitt aller Altersgruppen; die relative Zahl der Gonorrhoefälle lag bei den Frauen dieser Altersgruppe in den östlichen Bezirken sogar am höchsten.

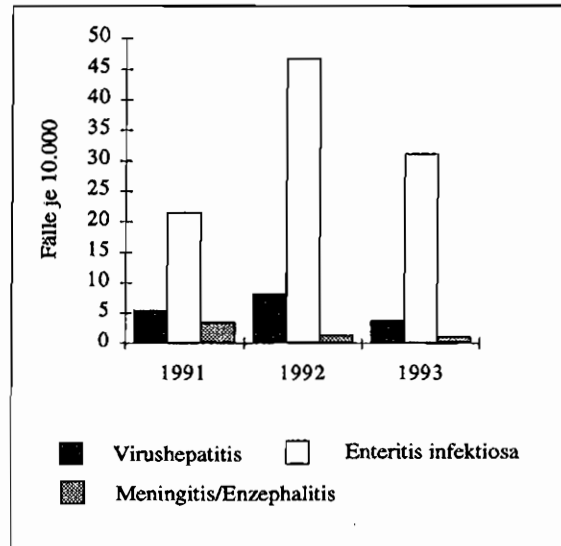
Während die Entwicklung der übertragbaren Infektionskrankheiten im Betrachtungszeitraum insgesamt deutlich rückläufig ist, fällt im Kleinkindalter die Enteritis infektiosa, darunter insbesondere Salmonellose, aus dem Rahmen. Die Zahl der gemeldeten Fälle hatte im Jahr 1992 mit 139 je 10.000 Kinder ihren höchsten Stand und übertraf damit die Infektionsrate aller anderen Altersgruppen bei weitem.

**Abbildung 3.50:**  
Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten bei Kindern (1 bis unter 5 Jahren) 1991 - 1993 in Berlin - je 10.000 der Altersgruppe



(Quelle: StaL a Berlin / eigene Berechnungen)

**Abbildung 3.51:**  
Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten bei Kindern (5 bis unter 15 Jahren) 1991 - 1993 in Berlin - je 10.000 der Altersgruppe



(Quelle: StaL a Berlin / eigene Berechnungen)

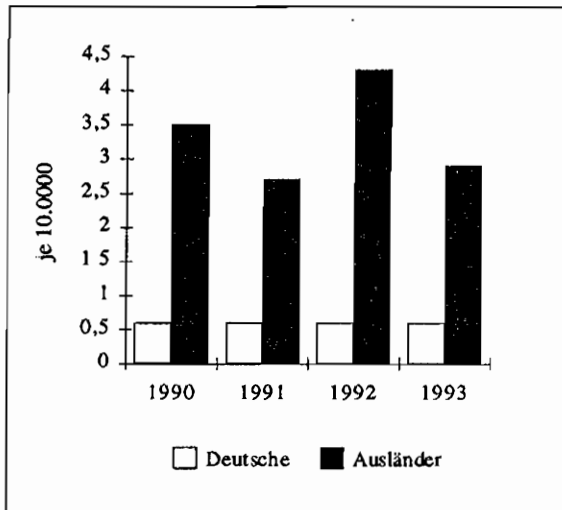
Mit rund 4 % an der Gesamtmorbidität haben *Tuberkulosen* im Kindes- und Jugendalter in Berlin eine nicht unbeachtliche Bedeutung. 1993 erkrankten beispielsweise in Berlin 34 Personen (davon 25 an Lungentuberkulose) im Alter von 1 bis unter 15 Jahren an Tuberkulose. Etwa zwei Drittel der Erkrankten waren Ausländer. Nahezu jeder Zweite von ihnen gehörte zu den Asylbewerbern, kam also zumeist aus Ländern, in denen die Tuberkulose noch endemisch ist.

Die relative Häufigkeit der erkrankten deutschen Kinder und Jugendlichen blieb in Berlin-West in den letzten Jahren konstant (0,6 je 10.000). Bei den Ausländern lag die Erkrankungshäufigkeit zwischen 2,7 und 4,3 Erkrankungen je 10.000 der Altersgruppe.

Sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Kindern und Jugendlichen lag der Erkrankungsgipfel bei den 1- bis unter 5jährigen. Auf diese Altersgruppe entfiel jeder dritte Tuberkulosefall. Wegen einer fast vollständigen Impfpflicht bei den Kindern im Gebiet der ehemaligen DDR kam es auch in Berlin-Ost bisher kaum zu Tuberkulosefällen. Insgesamt erkrankten hier im Zeitraum von 1989 bis 1993 innerhalb der definierten Altersgruppe lediglich 3 Deutsche und 2 Ausländer an Tuberkulose (die Zahl der in den östlichen Bezirken lebenden ausländischen Personen war jedoch sehr

niedrig). In Berlin-West wurde demgegenüber bei 58 deutschen und bei 103 ausländischen Kindern eine Tuberkulose diagnostiziert.

**Abbildung 3.52:**  
Tuberkuloseinzidenz (alle Formen) bei den 1- bis unter 15jährigen 1990 - 1993 in Berlin-West  
- je 10.000 der Altersgruppe



(Quelle: SenGes)

### 3.3.3.2 Krebserkrankungen im Kindesalter - Daten aus dem Deutschen Kinderkrebsregister und dem Gemeinsamen Krebsregister der neuen Länder und Berlin -

#### Das Deutsche Kinderkrebsregister

Seit 1980 wird am Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz ein bundesweites Krebsregister für Kinder geführt. An das Register werden von den behandelnden Kliniken alle bösartigen Erkrankungen, das sind Tumorerkrankungen und Leukämien, gemeldet, die vor Vollendung des 15. Lebensjahres auftreten. Die Übermittlung der Daten an das Kinderkrebsregister erfolgt mit dem Einverständnis der Sorgeberechtigten oder - bei genügend einsichtsfähigen Kindern - der Patienten selbst. Die Zustimmung wird von weit weniger als 1 % der Eltern verweigert Aufgrund

der sehr guten Kooperation mit den Eltern und den behandelnden Ärzten beträgt der Vollständigkeitsgrad der Erfassung etwa 95 %. Er entspricht damit internationalem Standard.

Seit 1991 werden die Krebserkrankungen auch aus den neuen Ländern nach Mainz gemeldet. Hier ist der Vollständigkeitsgrad noch etwas geringer. Dennoch werden vergleichende Berechnungen von Erkrankungsdaten bereits durchgeführt.

Sowohl in den alten als auch in den neuen Ländern ist die Krebstherapie bei Kindern zentralisiert. So werden in den 13 größten Zentren der alten Länder bereits mehr als 50 % der Kinder behandelt, und die 40 größten Kliniken betreuen zusammen mehr als 90 % der Erkrankungen. Insgesamt wurden aus 120 westdeutschen und 20 ostdeutschen Kliniken bisher mehr als 18 000 Patienten dem Krebsregister gemeldet. Aus den alten Ländern sind dies jährlich etwa 1.400 und aus den neuen Ländern etwa 300 Patienten. Damit stellt das Deutsche Kinderkrebsregister weltweit das größte seiner Art dar.

Zu den routinemäßig durchgeführten Aufgaben gehören neben der Beschreibung von Diagnosespektrum, Alters- und Geschlechtsverteilung und Überlebenswahrscheinlichkeiten auch regelmäßige Analysen zu möglichen zeitlichen Veränderungen oder regionalen Unterschieden in den Erkrankungsdaten. Darüber hinaus bietet das Register die Grundlage für die Durchführung epidemiologischer Studien zur Ursachenforschung. Diese basieren unter anderem auf Elternbefragungen, die mittlerweile auch einen Schwerpunkt in der Arbeit des Kinderkrebsregisters darstellen. Ergebnisse aus dem Register werden in Jahresberichten veröffentlicht.

#### Erkrankungshäufigkeiten, Alters- und Geschlechtsverteilung in Berlin

Für den Westteil der Stadt beziehen sich die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse auf den 5-Jahres-Zeitraum 1989 bis 1993. In dieser Zeit wurden dem Register 203 in den westlichen Bezirken Berlins wohnende Kinder gemeldet. Da die neuen Länder erst 1991 in die Mainzer Krebsregistrierung mit aufgenommen wurden, kann für den Ostteil der Stadt nur auf den Zeitraum 1991 bis 1993 zurückgegriffen werden, in dem 65 Kinder aus den östlichen Bezirken Berlins gemeldet wurden. Da somit ver-

schiedene Zeiträume zugrunde liegen, wurden die Auswertungen für Berlin-West und Berlin-Ost getrennt voneinander durchgeführt.

Erfahrungsgemäß sind in den ersten Jahren einer neu etablierten zentralen Registrierung noch Unterfassungen bei den Meldungen zu verzeichnen. Dies gilt für die neuen Länder insgesamt und somit auch für den Ostteil der Stadt. Auch die aus statistischer Sicht kleine bisher beobachtete Fallzahl läßt verallgemeinernde Aussagen nur schwer zu. Daher werden die Ergebnisse für Berlin-Ost im folgenden für den Zeitraum 1989 bis 1993 tabellarisch nicht mit dargestellt, jedoch an entsprechender Stelle im Text genannt

Von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit wurden jedoch die in den Jahren von 1985 bis 1989 an das Nationale Krebsregister der ehemaligen DDR (jetzt: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin) gemeldeten Kinderkrebsfälle aus den östlichen Bezirken Berlins in die Tabelle A 3.51 aufgenommen.

Bis Ende 1989 (aber auch noch 1990) konnte man hier (Meldepflicht!) von einer nahezu vollständigen Erfassung ausgehen

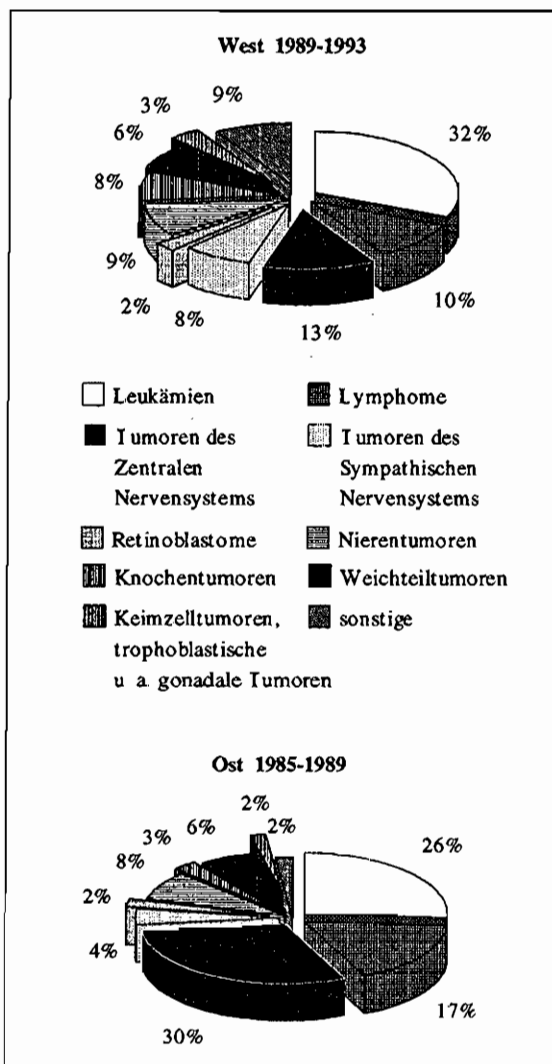
Aber auch hier wurde auf eine Deskription oder auf einen Vergleich mit der Krebshäufigkeit in den westlichen Bezirken wegen unterschiedlicher Standardisierungsbezüge in diesem Bericht verzichtet.

So könnten auch bestimmte Tumorformen das Krebsgeschehen in Berlin-West und Berlin-Ost verzerren. Als Beispiel wäre hier die vom Kinderkrebsregister Mainz erwähnte Untererfassung von Tumoren des Zentralen Nervensystems zu nennen. Wie aus der Tabelle A 3.50 ersichtlich, wurden in Berlin-Ost deutlich mehr ZNS-Tumoren registriert.

Tabelle A 3.50 beschreibt das Diagnosespektrum der in Berlin-West erkrankten Kinder wie folgt: Die größte Gruppe bildeten die Leukämien mit 31,5%. Hierbei waren die akute lymphoblastische Leukämie (ALL) mit 23,6% und die akute nicht-lymphoblastische (myeloblastische) Leukämie mit 6,9% vertreten. Zweithäufigste Diagnosegruppe waren die Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks (= Zentrales Nervensystem - ZNS -) mit 12,8%. Unter diesen ZNS-Tumoren waren die häufigsten Einzeldiagnosen Medulloblastome mit 5,9% und Astrozytome mit 3,0%. Als nächsthäufige Erkrankungsgruppe folgten die Lymphome mit 10,4%, bei denen das Non-Hodgkin-Lymphom und der Morbus Hodgkin mit jeweils 4,9% die häufigsten Einzelerkrankungen bildeten. Betrachtet man

Abbildung 3.53:

Die häufigsten gemeldeten Tumorgruppen (Klassifikation nach Birch und Marsden) bei Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin



(Quelle: für Berlin-West: Deutsches Kinderkrebsregister Mainz / für Berlin-Ost: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin)

die Einzeldiagnosen, so trat die ALL mit 23,6% bei weitem am häufigsten auf. Nächsthäufige Erkrankungen waren das Nephroblastom (Nierentumor, auch als Wilmstumor bezeichnet, 8,4%) und das Neuroblastom (Tumor des sympathischen Nervensystems, 7,9%).

Von den 65 erkrankten und im genannten Zeitraum (1991 - 1993) aus Berlin-Ost an das Register gemeldeten Kindern war in 30 Fällen eine Leukämie zu verzeichnen. ZNS-Tumoren wurden nur viermal

gemeldet. 9 Lymphome, 5 Rhabdomyosarkome und jeweils 4 Nephroblastome und Neuroblastome waren die nächsthäufigen Erkrankungen.

Um Erkrankungshäufigkeiten von verschiedenen Populationen miteinander vergleichen zu können, werden im allgemeinen Inzidenzen (Erkrankungsraten) ermittelt. Diese beziehen sich beispielsweise auf 100.000 Kinder mit einer fest definierten Altersstruktur (altersstandardisierte Inzidenzen). Die Inzidenz bei Kindern betrug für Berlin-West 13,6 Erkrankungsfälle pro Jahr je 100.000 unter 15jährige. Dies entsprach etwa der Erkrankungsrate, die für die gesamte Bundesrepublik in ihren alten Grenzen beobachtet wurde (13,9 je 100.000 für denselben Zeitraum). Für die Leukämien lag die Inzidenz bei 4,3 je 100.000, 1,5 je 100.000 unter 15jährige erkrankten jährlich an einem Lymphom und 1,7 je 100.000 an einem ZNS-Tumor. Für die letztgenannte Diagnose ist dies aufgrund erfassungstechnischer Aspekte eine zu niedrige Schätzung. Für Berlin-Ost ergab sich aus den bisher gemeldeten Patientenzahlen eine Inzidenz von 9,1 je 100.000 der unter 15jährigen. Dieser beobachteten Erkrankungsrate liegt noch eine erhebliche Untererfassung zugrunde.

Die kumulative Inzidenz bei kindlichen Erkrankungen ist eine Schätzung des Risikos, bis zum 15. Lebensjahr an einem Tumor oder einer Leukämie zu erkranken. Das Risiko, daß vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine der o.g. Erkrankungen auftritt, lag - für Berlin-West berechnet - bei 0,2 % (202,2 je 100.000). Für die Leukämien betrug dieses Risiko etwa 0,06 %, für die ZNS-Tumoren und Lymphome lag es jeweils unter 0,03 %.

**Altersstandardisierte und kumulative Inzidenz für die häufigsten Tumorformen im Kindes- und Jugendalter 1989 - 1993 in Berlin-West**  
- je 100.000

Diagnosen	altersstandardisierte Inzidenz	kumulative Inzidenz
Leukämien	4,3	63,4
ZNS-Tumoren	1,7	25,8
Lymphome	1,5	22,3
insgesamt	13,6	202,2

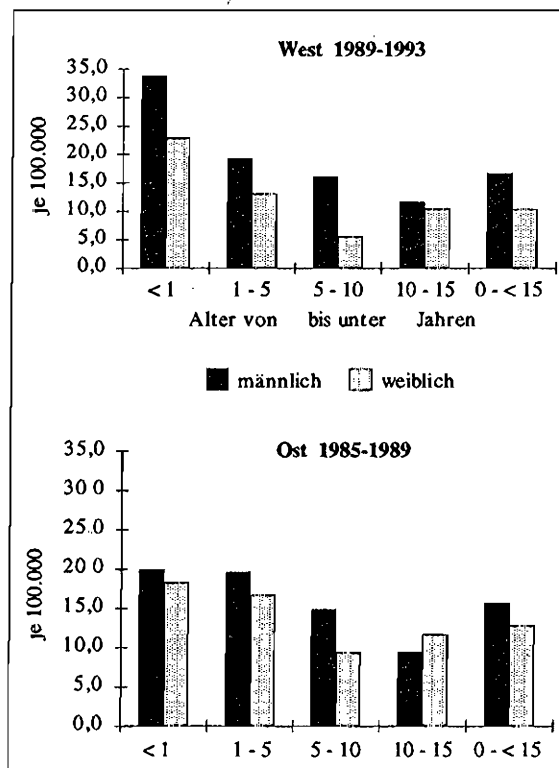
(Quelle: Kinderkrebsregister Mainz / altersstand Bev BRD 1987)

Bei den alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen erkennt man, daß in jeder der Altersgruppen die Knaben häufiger erkranken als die Mädchen. Für Knaben wurde eine Inzidenz von 16,6 und für

die Mädchen von 10,3 je 100.000 errechnet. Damit ist das Verhältnis von Knaben zu Mädchen 1,6 : 1. Für die Bundesrepublik betrug es nur 1,2 : 1. Der größte Unterschied zwischen den geschlechtsspezifischen Inzidenzen war in der Altersgruppe der 5- bis unter 10jährigen zu verzeichnen; hier sind besonders wenig Mädchen gemeldet worden.

Die höchste Inzidenz war bei den Säuglingen (28,5 je 100.000) zu verzeichnen. Die 1- bis unter 5jährigen hatten eine Inzidenz von 16,2 je 100.000, und bei den über 5jährigen erkrankten Kindern ist die Inzidenz etwa nur noch halb so hoch wie in den ersten fünf Lebensjahren. Für den Ostteil der Stadt wurde für die Säuglinge eine nur auf drei Erkrankungsfällen basierende Inzidenz von 10,9 je 100.000 beobachtet. Würde man die für die westlichen Bezirke beobachtete Erkrankungsrate zugrunde legen, wären etwa zweieinhalbmal so viele erkrankte Kinder zu erwarten gewesen.

**Abbildung 3.54:**  
Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen bei Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin  
- je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: für Berlin-West: Deutsches Kinderkrebsregister Mainz/ für Berlin-Ost: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin)

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß im westlichen Teil Berlins die Erkrankungsraten etwa den für die gesamte westliche Bundesrepublik beobachteten Raten entsprechen. Bei den ZNS-Tumoren besteht sicher eine größere Untererfassung, so wie sie aber auch in vielen anderen Regionen der Bundesrepublik noch zu beobachten ist. Die Inzidenz bei Knaben überwog in Berlin-West stärker gegenüber Mädchen als in den alten Ländern. Für den Ostteil der Stadt sind die gemeldeten Fallzahlen - hauptsächlich durch die Anfangsphase der Registrierung bedingt - noch zu niedrig, um stabile Erkrankungsraten ermitteln zu können.

### Langzeitverlauf und Heilungschancen

Die Heilungschancen bei Krebserkrankungen im Kindesalter konnten in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert werden. Mittlerweile leben etwa 70 % der Kinder länger als fünf Jahre nach Diagnosestellung und gelten damit im allgemeinen als von ihrer Erkrankung geheilt. Früher gab es kaum Langzeitüberlebende. Mit einer Einrichtung wie dem Kinderkrebsregister besteht jetzt die Möglichkeit, bei diesen in regelmäßigen Abständen nach dem Gesundheitszustand zu fragen und so weitere Erkenntnisse zu gewinnen. So kann beispielsweise systematisch beobachtet werden, ob ehemals krebserkrankte Kinder möglicherweise unter Spätfolgen leiden, die durch die Erkrankung oder deren Therapie bedingt sind.

Die nachstehende Übersicht gibt einen groben Anhalt darüber, wie im allgemeinen die Wahrscheinlichkeit ist, mindestens fünf Jahre zu überleben. Diese Angaben basieren auf Daten aus den alten Ländern, und es wurden hier keinerlei prognostische Faktoren berücksichtigt, wie beispielsweise das Alter, die Lokalisation oder das Stadium der Tumorausbreitung. Die Heilungschancen können von derartigen Faktoren sehr stark beeinflußt werden. Daher können die hier vorgelegten Daten nur eine sehr grobe Orientierung liefern. Von den häufigsten Erkrankungen ist die höchste 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit mit 95 % bei Patienten mit Morbus Hodgkin zu verzeichnen. Auch das Nephroblastom hat mit 86 % noch eine relativ gute Prognose. Die akute lymphoblastische Leukämie und das Non-Hodgkin-Lymphom haben eine 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 77 %. Bei den ZNS-Tumoren, dem Neuroblastom und den

akuten nicht-lymphoblastischen Leukämien besteht eine etwa 50 %ige Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre zu überleben.

**Geschätzte 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit für die häufigsten Malignomformen bei Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter im früheren Bundesgebiet (ermittelt aus den Jahren 1980 - 1993, in Klammern jeweils zugrunde liegende Patientenzahl)**

<i>Malignomform</i>	<i>Überlebenswahrscheinlichkeit in %</i>
- Morbus Hodgkin (n = 824)	95
- Nephroblastom (n = 951)	86
- Akute lymphoblastische Leukämie (n = 3.986)	77
- Non-Hodgkin-Lymphom (n = 791)	77
- Neuroblastom (n = 1.168)	57
- Tumoren des Zentralen Nervensystems (n = 2.133)	56
- Akute nicht-lymphoblastische Leukämie (n = 683)	44
alle Erkrankungen (n = 14.243)	70

(Quelle: Deutsches Kinderkrebsregister Mainz)

### Einbeziehung von 400 Berliner Familien in die Ursachenforschung

In der wissenschaftlichen Literatur werden viele mögliche Ursachen für die Krebsentstehung im Kindesalter diskutiert, ohne daß dafür in den meisten Fällen eindeutige, einander nicht widersprechende Ergebnisse vorliegen. Prinzipiell sind die Ursachen von Krebserkrankungen im Kindesalter nicht geklärt. Um Hinweise auf mögliche Ursachen zu finden, führt das Deutsche Kinderkrebsregister sogenannte Fallkontrollstudien durch. Diese basieren auf Elternbefragungen, wobei hierzu den Familien mit krebserkrankten Kindern (Fälle) Vergleichsfamilien mit nicht krebserkrankten Kindern gegenübergestellt werden, die gleichaltrig sind und in der gleichen Region wohnen (Kontrollen). Beispielsweise könnte sich durch diese Art der Befragung herausstellen, daß die Eltern von krebserkrankten Kindern häufiger in bestimmten Berufen oder Branchen tätig sind als die Eltern nicht krebserkrankter Kinder. Aufbauend auf den sehr guten Erfahrungen mit der



engagierten Mitarbeit der Eltern im Rahmen der langjährigen Krebsregistrierung, wurde am Kinderkrebsregister eine solche Studie begonnen, in der insgesamt 7 000 Familien befragt werden

400 dieser Familien wohnen in Berlin. Die Auswahl der Vergleichsfamilien erfolgt hier auf Ortsebene, d.h. vom Berliner Einwohnermeldeamt wird für jedes krebskranke Kind eine Familie aus dem gleichen Ortsteil mit einem gleichaltrigen nicht krebskranken Kind ausgewählt. Für den Berliner Studienteil wurde der Erkrankungszeitraum auf die Zeit zwischen Januar 1991 und Oktober 1994 erweitert, und es wird hier - wie in Niedersachsen - besonders der Frage nachgegangen, ob aufgrund der Wirkung elektromagnetischer Felder im Kindesalter das Risiko für Leukämien oder andere Krebskrankungen erhöht ist. Dazu werden in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Hochspannungstechnik und Starkstromanlagen der TU Berlin zwischen den Frühjahren 1994 und 1996 in den Wohnungen Messungen elektromagnetischer Felder durchgeführt. Den Feldmessungen in Berlin sollen auch die Messungen in Niedersachsen gegenübergestellt werden, um so eine eher ländlich geprägte Region mit einer städtischen vergleichen zu können.

Die Erfahrungen zeigen, daß die Eltern krebskranker Kinder hochmotiviert sind, an solchen Studien aktiv teilzunehmen. Die durch die Studien gewonnenen Informationen bieten vielfältige Möglichkeiten, wissenschaftliche Fragestellungen gezielt zu überprüfen oder gezielte Untersuchungen einzelner Belastungsfaktoren vorzubereiten und durchzuführen.

**Der Beitrag zu 3.3.3.2 wurde im wesentlichen vom Kinderkrebsregister Mainz zur Verfügung gestellt.**

### 3.3.3.3 Ergebnisse von Schüleruntersuchungen

Um den gesundheitlichen Interessen von Kindern Gewicht zu verleihen, müssen Öffentlichkeit, Politik, Wissenschaft und Verwaltung mit Informationen und Planungsgrundlagen versorgt werden. Die statistische Aufbereitung der Ergebnisse von Schü-

leruntersuchungen hat u.a. auch das Ziel, in einer epidemiologischen Übersicht den Gesundheitszustand von Kindern bzw. Jugendlichen und die Häufigkeit relevanter gesundheitlicher Störungen, Krankheiten und Beeinträchtigungen aufzuzeigen. Eine wesentliche Voraussetzung ist jedoch, daß die erhobenen Befunde der beteiligten Untersucher vergleichbar sind.

Seit 1960 werden im Land Berlin für die Beurteilung der erhobenen Befunde bei schulärztlichen Untersuchungen (z.B. Einschulungs- und Schulentlassungsuntersuchungen) die Standards der *Funktionsdiagnostischen Tabellen* zugrunde gelegt, mit deren Hilfe die Berliner Schulärzte die Befunde nach ihren Auswirkungen auf die Funktion werten:

#### *Funktionsgruppe 1*

Befunde, die die Leistungsfähigkeit bedingt einschränken, den Schulbesuch nicht beeinträchtigen aber zur Beobachtung Anlaß geben können

#### *Funktionsgruppe 2*

Befunde, bei denen in absehbarer Zeit Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung zu erwarten ist, sowie auch Fälle, die zur weiteren Diagnostik an niedergelassene Fachärzte zu überweisen sind.

#### *Funktionsgruppe 3*

Befunde, die die Leistungsfähigkeit erheblich einschränken.

### **Einschulungsuntersuchungen 1990**

Nach diesen Kriterien verteilten sich die 13.474 Befunde auf 8.459 der insgesamt in den westlichen Bezirken untersuchten 17.357 Schüler, d.h. durchschnittlich 1,6 Befunde pro Kind.

69,4 % aller Befunde entfielen auf die Funktionsgruppe 1, und lediglich 5,2 % wurden der Funktionsgruppe 3 zugeordnet. Insbesondere die Befunde der Funktionsgruppe 2 (25,4 %) gaben Anlaß, fast jedes 5. untersuchte Kind an einen niedergelassenen Arzt bzw. jedes 15. an Einrichtungen der (sozialpädiatrischen) Beratungsdienste zu überweisen. Funktionell bedeutsame Befunde hatte knapp die Hälfte aller Schulanfänger, im einzelnen wurden diese bei Jungen (z.B. deutsche 52 %) häufiger als bei Mädchen (deutsche 45,5 %) und bei deutschen häufiger als bei ausländischen Kindern diagnostiziert. Die Werte der türkischen Jungen näherten sich denen der deutschen, die der türkischen Mädchen übertrafen diese sogar.

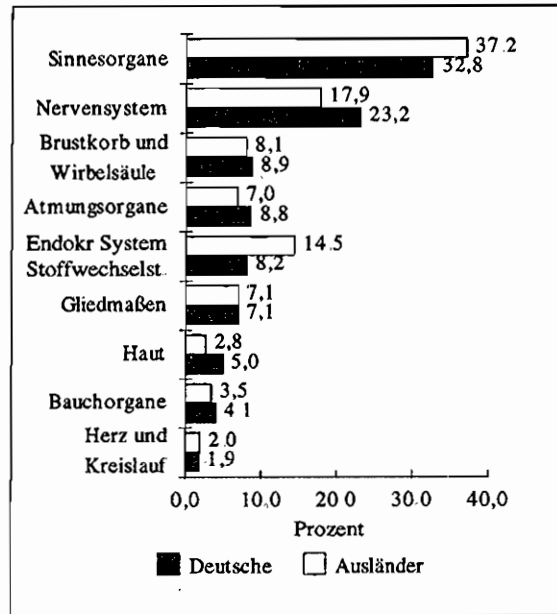
Die Verteilung aller erhobenen Befunde auf die 9 Organgruppen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit zeigt die Abbildung 3.55

Ein Drittel aller Befunde bezieht sich auf die Sinnesorgane, hierunter fallen insbesondere Refraktionsanomalien, die durch eine Brille ausgeglichen werden können. Der Anteil ist bei den ausländischen Kindern sogar höher als bei den deutschen. Darüber hinaus fällt bei den ausländischen Kindern auf, daß Befunde innerhalb der Organgruppe 8 (Endokrines System, Stoffwechsel und Entwicklungsstörungen) mit 14,5 % aller Befunde fast doppelt so häufig wie bei deutschen Kindern registriert wurden (s.u. Gesundheitsverhalten - Übergewicht).

Die Abbildung 3.56 spiegelt die Reihenfolge der am häufigsten festgestellten Einzelbefunde bei den untersuchten 17.357 Kindern wider.

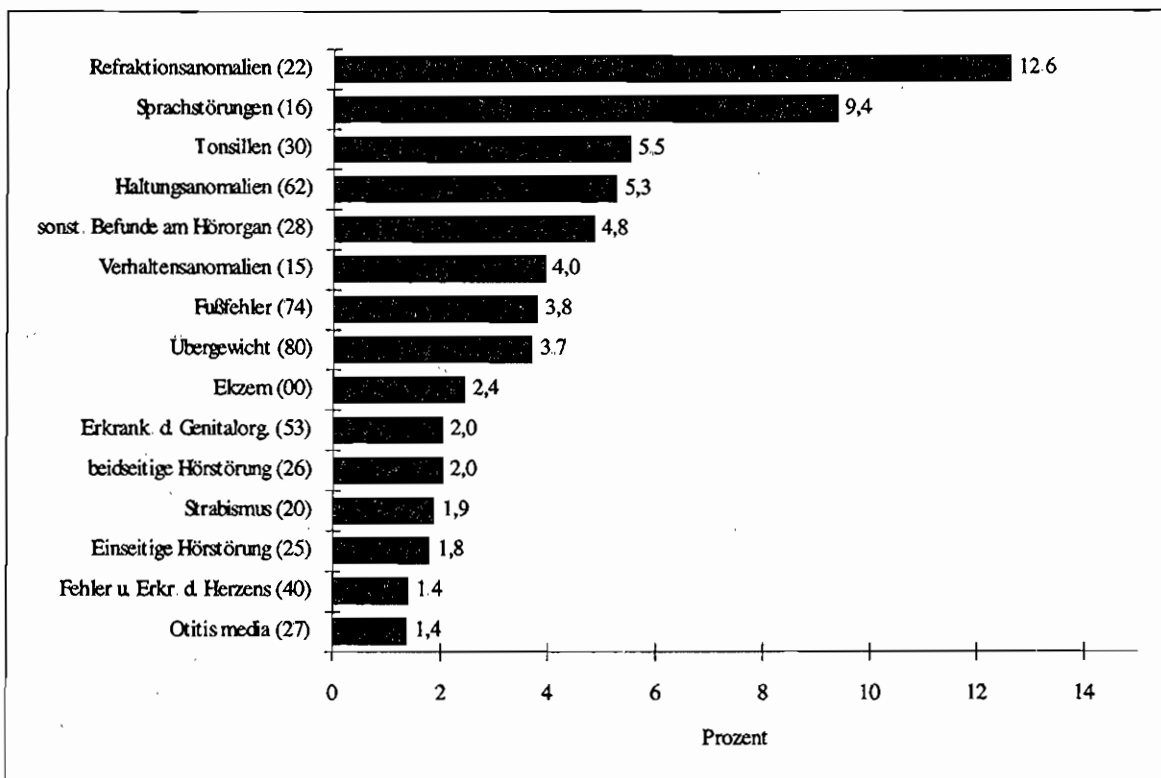
Neben Refraktionsanomalien (Befund 22) sind Sprachstörungen (16) der - in diesem Alter - am häufigsten diagnostizierte Einzelbefund. Die seit 1975 bei deutschen Kindern dokumentierte Zunahme - nahezu eine Verdoppelung - bezieht sich vor-

**Abbildung 3.55:**  
Verteilung aller erhobenen Befunde auf die Organgruppen (Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West)



(Quelle: SenGes)

**Abbildung 3.56:**  
Die häufigsten Einzelbefunde bei den Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

rangig auf leichtere Fälle und trifft insbesondere für Jungen zu (13,1 %), d.h. hier sind besondere Anstrengungen zu unternehmen, Sprachstörungen möglichst frühzeitig zu erkennen und eine entsprechende Therapie einzuleiten.

Auf behandlungsbedürftiges Übergewicht (80) wird im Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten eingegangen. Darüber hinaus hat sich der Anteil der Einzelbefunde Ekzem, Neurodermitis, Dermatitis (OO) und Verhaltensanomalien (15) gegenüber früheren Untersuchungen erhöht, während die Befunde Strabismus (20), hyperplastische Tonsillen (30), Haltungsanomalien (62) und Fußfehler (74) z.T. möglicherweise als Erfolg der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und -maßnahmen zurückgegangen sind.

**Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92**

In die Auswertung der Schulentlassungsuntersuchungen des Schuljahres 1991/92 nach den Berliner Funktionsdiagnostischen Tabellen (Stand: 1991) sowie der Beurteilungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) kamen 12 346 Schulab-

gänger aus Berlin-West und 9 668 aus Berlin-Ost (einschließlich der untersuchten Gymnasiasten der 10. Klassen).

Nach Funktionsdiagnostischen Aspekten wurden bei 13.610 (61,9 %) der 22.014 untersuchten Jugendlichen 21.606 Befunde (1,6 je Jugendlichen mit Befund) dokumentiert. Der Anteil der registrierten Befunde bei den untersuchten ausländischen Jugendlichen lag mit 67,9 % über dem der untersuchten Deutschen (60,9 %).

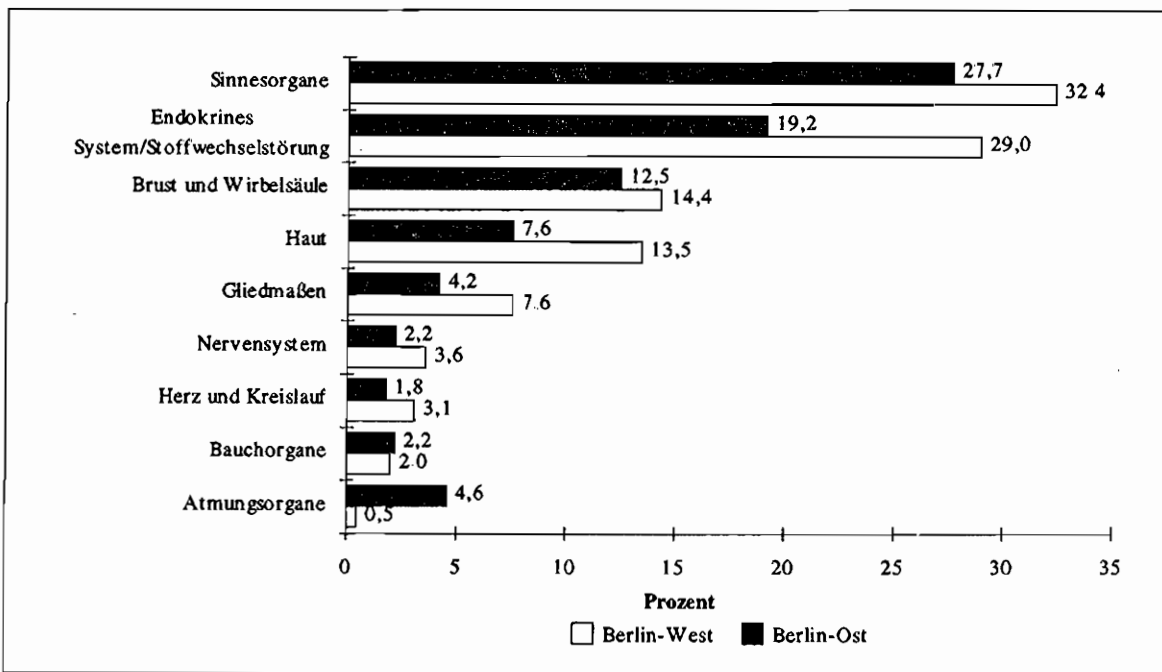
Häufiger als in den östlichen Bezirken (54 %) wurde in den westlichen Bezirken (68%) ein Befund eingetragen.

Die Mehrzahl (74,3 %) aller Befunde (Berlin-West 73,0 %, Berlin-Ost 76,5 %) entfielen auf die Funktionsgruppe 1. Der Funktionsgruppe 2 wurden 13,2 % und der Funktionsgruppe 3 12,5 % der Befunde zugeordnet.

Die Verteilung der Befunde auf die Organgruppen zeigte, daß am häufigsten Befunde in der Gruppe 2 (Sinnesorgane) dokumentiert wurden. Wie bei den Einschülern handelte es sich hier zumeist um Refraktionsanomalien. Bei fast jedem 4. Untersuchten wurde diese Diagnose gestellt.

Abbildung 3.57:

Verteilung aller erhobenen Befunde auf die Organgruppen bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin



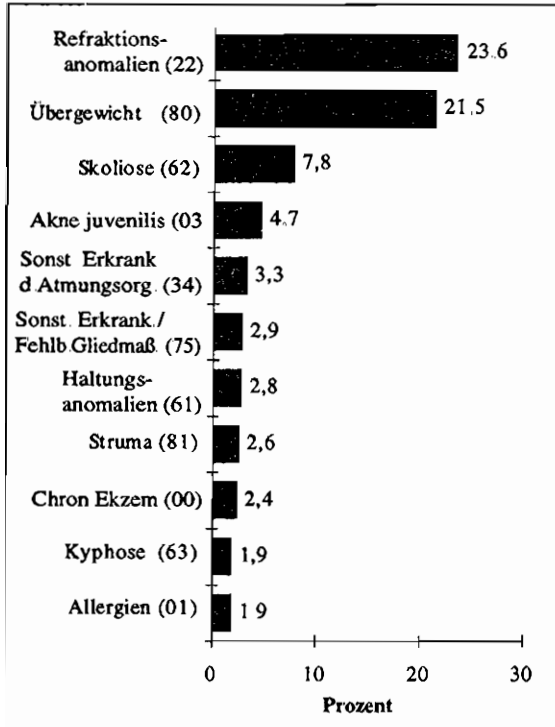
(Quelle: SenGes)

An zweiter Stelle der Befunderhebung wurden Befunde der Organgruppe 8 (Endokrines System, Stoffwechsel- und Entwicklungsstörungen) erhoben. Hier war zumeist (behandlungsbedürftiges) Übergewicht (s.a. Gesundheitsverhalten - Übergewicht) Grund für die Eintragung eines Befundes.

In den letzten Jahren haben einige Befunde zugenommen. Skoliosen (62) belegten beispielsweise den dritten Rang bei den Einzelbefunden. Sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Jugendlichen wurde dieser Befund deutlich häufiger registriert.

Häufiger als in den Vorjahren wurden auch „sonstige“ Erkrankungen der Atmungsorgane (34) und Asthma bronchiale (33) (insbesondere bei deutschen Jugendlichen) diagnostiziert. Immerhin hatten 219 (1,2 %) deutsche Jugendliche Asthma und 664 (3,5 %) sonstige Erkrankungen der Atmungsorgane. Chronisches Ekzem (00) wurde ebenfalls häufiger als bei vergangenen Untersuchungen als Befund eingetragen. Auch hier waren mehr deutsche Jugendliche betroffen, 1,9 % in Berlin-West (177 Fälle) und 3,3 % (317 Fälle) in Berlin-Ost.

**Abbildung 3.58:**  
Die häufigsten Einzelbefunde bei Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin



(Quelle: SenGes)

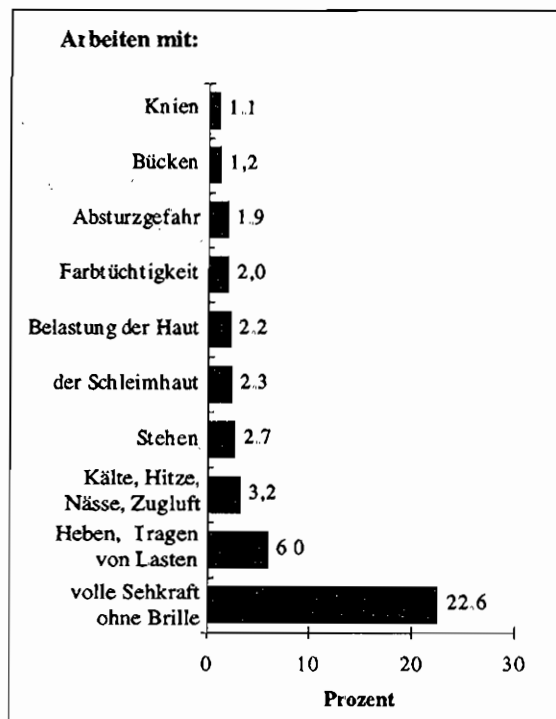
Jeder Jugendliche muß sich vor Eintritt in das Berufsleben von einem Arzt untersuchen lassen und dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung (Ärztliche Mitteilung für den Arbeitgeber nach § 32 Abs. 1 des JArbSchG) vorlegen. Kernstück der Untersuchung ist der gesetzlich gegebene Auftrag, in einer Bescheinigung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

Von den 22.014 Auswertungsbögen wurden 13.938 Jugendliche nach den Kriterien des JArbSchG ausgewertet. Nicht berücksichtigt wurden die 8.076 untersuchten Gymnasiasten.

65 % der Jugendlichen galten als voll einsatzfähig. Bei knapp 35 % wurde eine Einsatzfähigkeit unter Berücksichtigung bestimmter Arbeiten (zumeist solche, die volle Sehtüchtigkeit ohne Brille und Farb-tüchtigkeit erfordern) bescheinigt. So hatten 4.110 deutsche (35,4 %) und 757 ausländische Jugendliche (26,0 %) einen Gefährdungsvermerk.

69 Jugendliche (0,5 %) galten für die Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt als (noch) nicht geeignet.

**Abbildung 3.59:**  
Die häufigsten Gefährdungsvermerke nach dem JArbSchG bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin



(Quelle: SenGes)

Bei 1 766 (12,7 %) der Jugendlichen wurde von den Schulärzten eine Ergänzungsuntersuchung veranlaßt. Ärzte im Ostteil Berlins begründeten diese häufiger als Ärzte in den westlichen Bezirken (Berlin-Ost 16,3 %, Berlin-West 10,0 %).

### 3.3.3.4 (Verkehrs-) Unfälle

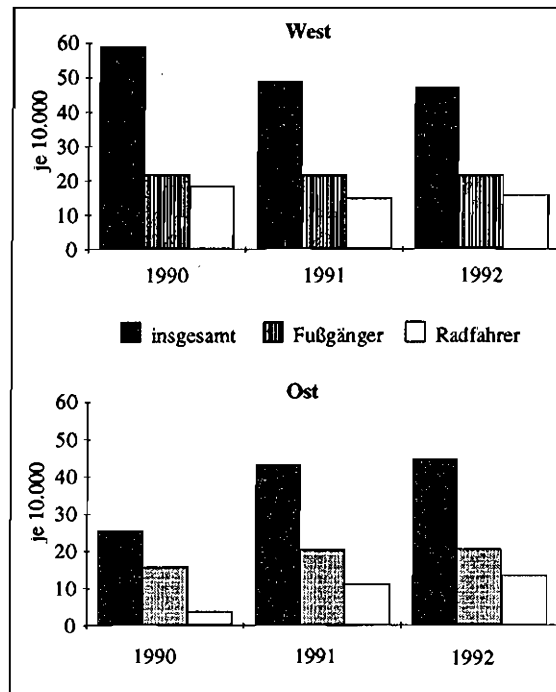
Es wird keine umfassende Unfallstatistik geführt, vollständige Zahlen liegen lediglich über Straßenverkehrsunfälle vor. Diese Beschränkung auf die Darstellung der Verkehrsunfälle verzerrt jedoch erheblich das Bild des kindlich/jugendlichen Unfallgeschehens, da die Mehrzahl der klinisch behandelten Unfälle sich auf den Freizeit- und Wohnbereich beziehen. Einen Hinweis hierauf liefert z.B. die Statistik der rd 53.000 (1993) Anfragen bei der Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie (vgl Kapitel 4), die zu 72 % Kinder bis 14 Jahre betrafen und bei diesen standen wiederum akzidentelle Ingestionen (86 %) im Mittelpunkt.

Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren gelten neben den über 65jährigen als im Straßenverkehr besonders gefährdet. Sie sind insbesondere als Fußgänger betroffen, denn diese Gruppe der „Verkehrsteilnehmer“ ist in dieser Altersgruppe bei fast der Hälfte aller Unfälle beteiligt (s. Abschnitt 3.2 - Straßenverkehrsunfälle).

Wie Abbildung 3.60 zeigt, ist die Zahl der im Straßenverkehr verunglückten Schulkinder in den westlichen Bezirken Berlins rückläufig. In den östlichen Bezirken hat sich die Zahl der verunglückten Kinder und Jugendlichen im Berichtszeitraum - auch aufgrund des erheblich gestiegenen Verkehrsaufkommens - nahezu verdoppelt und entsprach 1992 den Werten der westlichen Bezirke.

Mangelndes Gefahrenbewußtsein ist als allgemeines Risikomerkmale für das Auftreten von Unfällen bei Kindern anzusehen, wobei häufig unangemessenes Fahrverhalten Erwachsener ursächlich beteiligt ist. Im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen ist auf eine verbesserte invasive Intensivmedizin zu verweisen. Durch sie können viele Schwerstverunglückte gerettet werden; oft beeinträchtigen Folgezustände jedoch nicht unerheblich die Lebensqualität der Betroffenen.

**Abbildung 3.60:**  
**Im Straßenverkehr verunglückte Personen unter 15 Jahren in Berlin**  
 - je 10.000 der Altersgruppe



(Quelle: StA a Berlin / eigene Berechnungen)

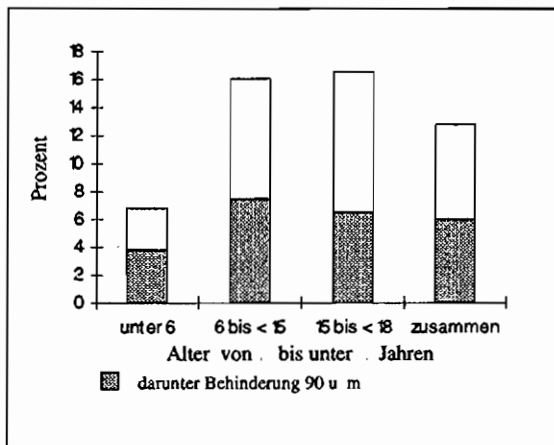
Zielvorstellungen sollten jedoch nicht nur hinsichtlich der Verbesserung der Überlebenschancen der Unfallopfer, sondern insbesondere im Hinblick auf eine Reduzierung der Unfallhäufigkeit entwickelt werden. Die Erfahrungen der Verkehrspädagogik zeigen eine begrenzte Beeinflussbarkeit dieser Altersgruppen, daher erscheinen weitere verkehrspolitische Maßnahmen zum Schutz der Kinder unabdingbar.

### 3.3.3.5 Behinderungen

Schwere Behinderungen - hier beschränkt auf einen Grad der Behinderung von 90 % und mehr - stellen eine schwere Belastung für die jeweilige Familie dar. Ziel gesundheitspolitischer Maßnahmen sollten daher neben der medizinischen Betreuung, Maßnahmen zur Rehabilitation und zur sozialen Integration auch Angebote zur Frühtherapie behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder sein (vgl. Kapitel 4 - Inanspruchnahme des öffentlichen Gesundheitsdienstes).

Von den ca. 8.000 behinderten Kindern und Jugendlichen in Berlin, das entspricht 12,3 je 1.000 der unter 18-jährigen, entfiel etwa die Hälfte auf Behinderungen mit einem Grad von 90 % und mehr (6,2 je 1.000). Während in den östlichen Bezirken der Anteil der unter 6-jährigen niedriger als in den westlichen war, lag er in den anderen Altersgruppen höher.

**Abbildung 3.61:**  
Schwerbehinderte Kinder und Jugendliche, darunter mit einem GdB von 90 und mehr im Mai 1994 in Berlin nach Altersgruppen

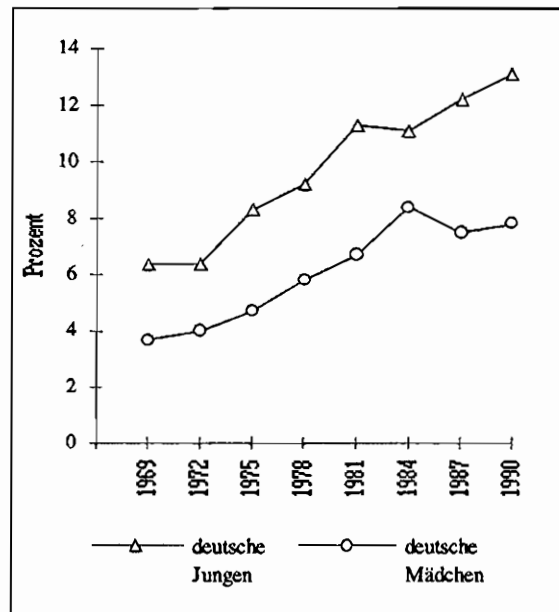


(Quelle: I.A.Soz / eigene Berechnungen)

Ursache und Art der Behinderung sind stark abhängig vom Alter der Betroffenen. Während bei den Jüngsten die Ursache schwerer Behinderung zu meist angeboren ist (s. in Kapitel 2 Fehlbildungen bei Neugeborenen) und bei (Klein-)Kindern die Entwicklung von z.B. Hör- und Sprachbehinderungen rechtzeitig erkannt werden sollte, stehen bei den älteren Altersgruppen allgemeine Krankheiten ursächlich im Vordergrund.

Im Zusammenhang mit den Einschulungsuntersuchungen wurde z.B. seit 1972 ein kontinuierlicher Anstieg von Sprachstörungen festgestellt, die sich insgesamt in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt haben; diese beziehen sich zwar vorrangig auf leichtere Fälle und betreffen insbesondere deutsche Jungen. In dieser Altersgruppe müssen die Sprachentwicklungsstörungen möglichst frühzeitig behandelt werden, um je nach Schweregrad der Störung geeignete Behandlungsformen bestimmen zu können (vgl. in Kapitel 4 Beratungsstelle für Sprachbehinderte).

**Abbildung 3.62:**  
Entwicklung sprachgestörter Kinder 1969 - 1990 in den westlichen Bezirken Berlins - in % der untersuchten Schulanfänger



(Quelle: SenGes)

### 3.3.3.6 Zahnstatus

Eine Überprüfung der Zahngesundheit von Kindern und Schülern wird in Berlin im Rahmen der Prophylaxemaßnahmen entsprechend dem § 21 SGB V vom öffentlichen Gesundheitsdienst in Abstimmung mit der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen vorgenommen (vgl. in Kapitel 4 Jugendzahnpflege).

Da diese Auswertungen, einschließlich des DMF-T- bzw. -S-Index, noch nicht vorliegen, muß der ausgewiesene Zahnstatus aufgrund der Statistiken der Zahnärztlichen Dienste nach dem groben Raster „naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert“ dargestellt werden.

Bei den jeweils untersuchten Kindern und Schülern hat sich der Anteil des Zahnstatus „naturgesund“ in Berlin-West im vergangenen Jahrzehnt wesentlich verbessert, was auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit hinweist. Diese positive Entwicklung läßt sich aus folgendem Vergleich erkennen:

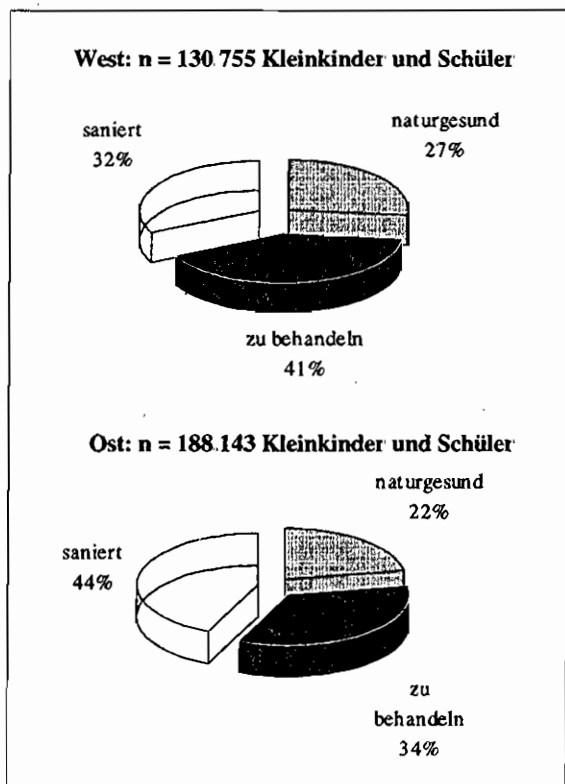
**Mit Zahnstatus „naturgesund“:**

	1983	1993
Kleinkinder	52,9 %	54,1 %
Schüler	11,3 %	19,4 %
zusammen	17,1 %	26,8 %

Die stomatologische Statistik in den östlichen Bezirken wurde bis 1989 nach anderen Kriterien und Basiswerten geführt. Daher ist ein Vergleich der Entwicklung der letzten zehn Jahre in Berlin-Ost nicht möglich; dennoch fiel im Vergleich Ost/West der insgesamt bessere Mundgesundheitszustand der Kinder im Ostteil auf, denn der Anteil der behandlungsbedürftigen Zähne war z.B. auch 1993 erheblich niedriger als in den westlichen Bezirken. Der Anteil „naturgesund“ betrug bei den Kleinkindern 58,2 %, den Schülern jedoch nur 13,6 %, d.h. insgesamt 22,3 %.

Der bei den insgesamt knapp 320.000 Kleinkindern und Schülern im Jahr 1993 durch die Zahnärztlichen Dienste festgestellte Zahnstatus ist der Abbildung 3.63 zu entnehmen.

**Abbildung 3.63:**  
Zahnstatus von Kleinkindern und Schülern 1993 in Berlin



(Quelle: SenGes)

**3.3.4 Gesundheitsverhalten**

Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen (s.a. Kapitel 4) ergibt sich nicht nur aus den aktuellen Mortalitäts- und Morbiditätsdaten, sondern sie wird noch deutlicher, wenn die prospektiven Gesundheitsrisiken ins Blickfeld gerückt werden. Viele Erkrankungen sind mit einer hohen Latenzphase verbunden, so daß die Auswirkungen erst in einem späteren Lebensabschnitt erkennbar werden. Die hohe Bedeutung der frühen Lebensjahre wird vor allem dadurch begründet, daß im Kindes- und Jugendalter *Lebensstile* geprägt werden, die u.U. für das spätere Leben handlungsbestimmend sind.

Lebensstile entstehen in der Familie und durch Vorbilder in der sozialen Umgebung („peer groups“) und schließen den gesamten Bereich der sozialen Beziehungen und ihrer Gestaltung ein. Im Gesundheitsbereich können sie sich auf Ernährungs- und Konsumgewohnheiten, den Umgang mit dem Körper und körperliche Bedürfnisse beziehen und als gesundheitsstabilisierende oder -beeinträchtigende Faktoren entwickeln.

**Übergewicht**

Unter Übergewicht versteht man eine vermehrte Anlagerung von Fettgewebe im Körper; maßgeblich für die Beurteilung sind Grenzwerte, die sich auf das Überschreiten eines statistischen Referenzwertes, auf die Hautfaltendicke oder andere Kriterien beziehen.

Entsprechend der Berliner Funktionsdiagnostischen Tabellen (s.o.) entspricht mäßiges Übergewicht dem Gewicht bis zu 10 % über dem der Körperhöhe entsprechenden Toleranzbereich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) und erhebliches Übergewicht (Adipositas) liegt entsprechend über 10 %.

Übergewicht stellt langfristig ein erhebliches Risiko insbesondere für Stoffwechselerkrankungen, Skelettschäden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, und darüber hinaus sind soziale Isolation und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls adipöser Kinder weitere mögliche Folgen.

Übergewicht im Kindesalter entsteht durch Zusammenwirken von genetischer Prädisposition und externen Faktoren, z.B. falsches Eßverhalten. Dabei spielen das negative Vorbild übergewichtiger Eltern, der Sozialstatus sowie psychische Faktoren eine Rolle.

Eine Hamburger Untersuchung zu Eß- und Trinkgewohnheiten von Jugendlichen (1985) sowie insbesondere eine Untersuchung der Universität Bielefeld (Hurrelmann, 1994) zeigen Störungen im Eßverhalten von Schulkindern auf (unkontrolliertes und unregelmäßiges Essen mit einer unausgewogenen Zusammenstellung der Nahrungsbestandteile): Mindestens jedes achte Schulkind frühstückt nicht oder nur unregelmäßig.

In den Ergebnissen der Berliner Schulärztlichen Dokumentationen wurde behandlungsbedürftiges Übergewicht gegenüber früheren Jahren häufiger diagnostiziert. Obwohl bei den einzuschulenden Kindern 1990 der Anteil der Übergewichtigen nur bei insgesamt 3,7 % lag, hat dieser Befund nicht nur bei den deutschen, sondern insbesondere bei den ausländischen Kindern seit 1975 erheblich zugenommen. Bei den türkischen Kindern lag der Anteil der Übergewichtigen mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen und jedes zwölfte türkische Mädchen hat bereits im Einschulungsalter Übergewicht oder Fettsucht.

Die Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1992 dokumentieren sowohl die - auch in anderen Bundesländern festgestellte - erhebliche Zunahme von Übergewicht bei Schulabgängern gegenüber den -anfängern als auch die (noch?) bestehenden Unterschiede zwischen den westlichen und östlichen Bezirken Berlins. Letztere sind möglicherweise auf noch bestehende Unterschiede im passiven Freizeitverhalten (Video, Elektronikspiele) in Verbindung mit dem Konsum kalorienreicher Nahrung (Süßigkeiten, fast food) zurückzuführen.

#### Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Berlin

Untersuchungs- jahr	Untersuchte mit Übergewicht (in %)			
	Deutsche		Ausländer	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
<i>Einschulungsuntersuchungen in Berlin-West</i>				
1990	2,5	3,6	5,4	6,5
<i>Schulentlassungsuntersuchungen</i>				
<i>in Berlin-West</i>				
1992	19,0	29,8	27,1	40,1
<i>in Berlin-Ost</i>				
1992	11,5	18,4	25,0	25,0

(Quelle: SenGes)

#### Rauchverhalten

Die meisten Raucherinnen und Raucher haben im jugendlichen Alter mit dem Rauchen begonnen. Internationale Studien belegen, daß die Phase des Rauchbeginns mit etwa 19 Jahren beendet ist; wer bis dahin nicht mit dem Rauchen begonnen hat, wird es wahrscheinlich auch später nicht tun.

Bereits im Alter von sieben bis zwölf Jahren wird erstmals mit dem Rauchen begonnen. Rauchen ist somit auch ein pädiatrisches Gesundheitsproblem. Deshalb ist frühzeitige Prävention besonders wichtig, um den Beginn des Rauchens überhaupt zu verhindern. Als Gründe für das Rauchen werden u.a. vielfach Neugier, Suche nach Identität, Erlebnis-sucht, Selbstdarstellung, Neugier und Trotz aber auch schlechtes psychisches Befinden und Streßerleben angegeben.

Obwohl nach Angaben des Mikrozensus 1992 die Prävalenz der Raucher im Kindes- und Jugendalter seit Beginn der achtziger Jahre um ca. 12 % zurückging, sind derzeit in Berlin noch über 35 % der 12- bis unter 25jährigen regelmäßige Raucher. Auch eine 1990/91 von INFRATEST durchgeführte Studie zu Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Menschen in den alten und neuen Bundesländern bestätigte für Berlin einen Raucheranteil von 36 %.

Der Tabakkonsum unterschied sich in den einzelnen Altersgruppen erheblich.

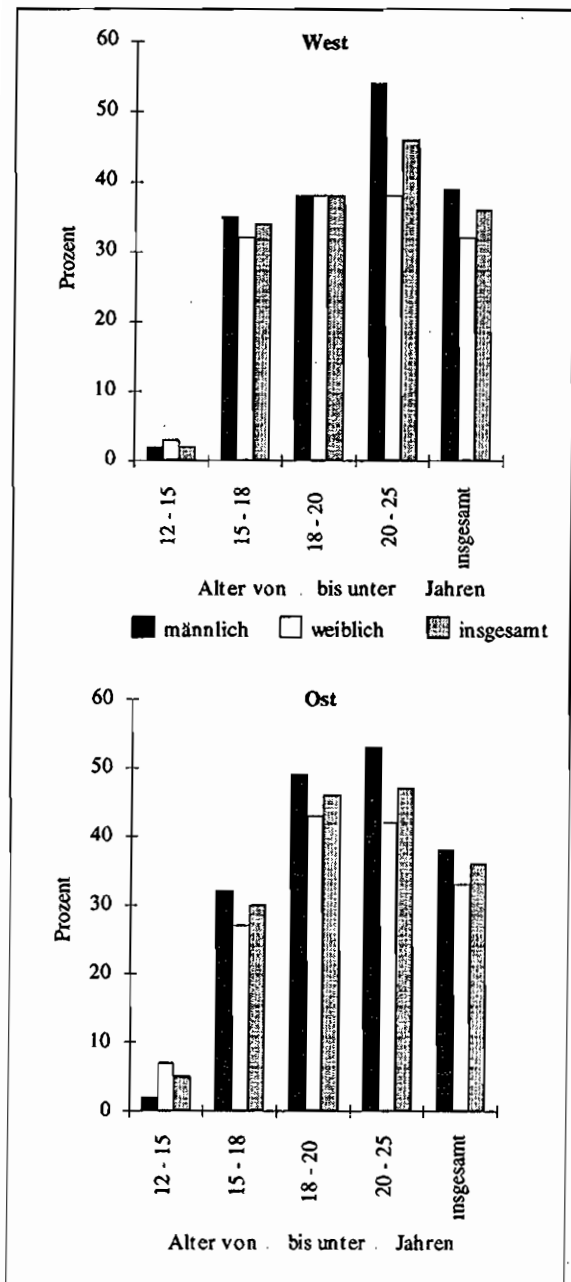
Das durchschnittliche Einstiegsalter lag mit 15,5 Jahren in Berlin-Ost und Berlin-West auf gleichem Niveau.

Bis zum 20. Lebensjahr lag der Anteil der rauchenden Mädchen nur geringfügig unter dem der Jungen.

Während bei den 15- bis unter 18jährigen der Raucheranteil in Berlin-Ost noch niedriger lag, war fast jeder zweite Jugendliche (47 %) im Alter von 18 bis unter 20 Jahren in den östlichen Bezirken Berlins Raucher, während der Anteil in den westlichen Bezirken mit 38 % niedriger lag.



**Abbildung 3.64:**  
**Raucherprävalenz im Kindes- und Jugendalter 1991**  
 in Berlin 1)



1) Berlin-West: Gesamt: n = 516,  
 männlich: n = 263, weiblich: n = 253  
 Berlin-Ost: Gesamt: n = 402,  
 männlich: n = 199, weiblich: n = 203

(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin / 1991)

Nach soziodemographischen Merkmalen ließen sich die jugendlichen Raucher in Berlin wie folgt charakterisieren:

Mit 59 % lag der Raucheranteil bei Arbeitern am höchsten, gefolgt von den Angestellten mit 44 %. Bei den sich in beruflicher Ausbildung Befindlichen waren 40 % Raucher; aber auch nahezu jeder Vierte der Schüler und Studenten war Raucher. Erwartungsgemäß werden von Kindern und Jugendlichen überwiegend Zigaretten geraucht. Entscheidendes Kriterium für den Tabakkonsum ist jedoch die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten. Im Durchschnitt wurden täglich von den jugendlichen Rauchern in Berlin-West etwa 15,5 und in Berlin-Ost 14 Zigaretten geraucht. Mit steigendem Alter erhöhte sich dieser Durchschnittswert allerdings, wobei gleichzeitig der Anteil der „starken“ Raucher zunahm. So rauchten z.B. 46 % der 21- bis unter 25jährigen in den westlichen Bezirken täglich mehr als 20 Zigaretten und 49 % in den östlichen Bezirken täglich mehr als 10 Zigaretten.

Rund 95 % der jugendlichen Raucher in Berlin schätzten lt. Angaben der durchgeführten Studie Rauchen als „gesundheitsschädigend“ ein. Trotz dieser Aussage hielten es jedoch 40 % für eher wahrscheinlich, auch in der Zukunft (zumindest in den nächsten Jahren) noch zu rauchen.

**Alkoholkonsum**

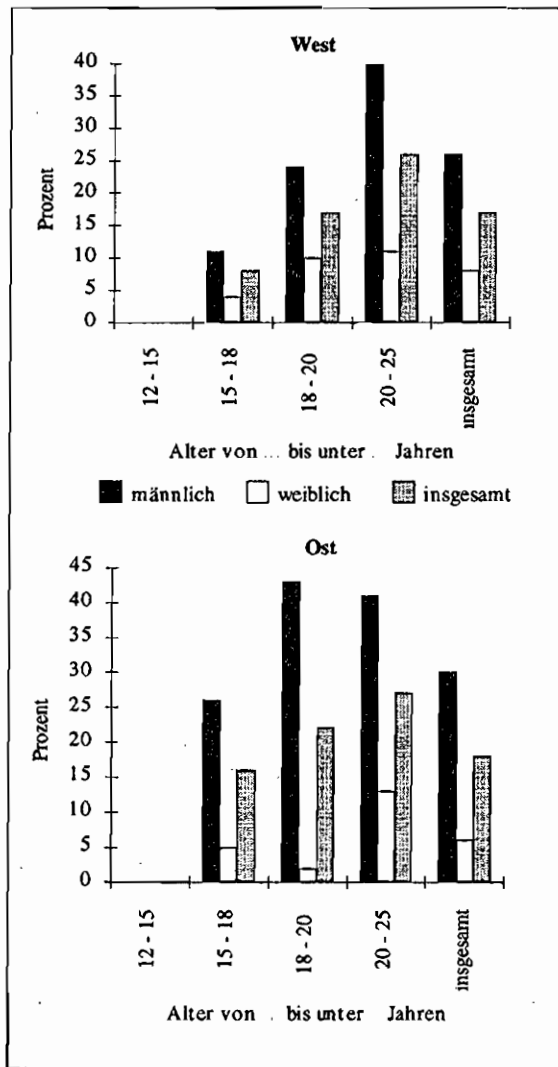
Alkohol als legales und gesellschaftlich akzeptiertes, potentiell Suchtmittel findet auch bei Kindern und Jugendlichen große Zustimmung. Immer früher kommen Kinder mit Alkohol in Berührung. Studien belegen, daß bereits bis zum 10. Lebensjahr jeder Dritte Wein, Bier, Sekt oder Likör probiert hat. Nach eigenen Angaben trinken 38 % der Kinder und Jugendlichen zumindest gelegentlich Alkohol.

Nach der Untersuchung von INFRATEST lag die Prävalenz von Alkoholkonsumenten (solche, die regelmäßig, d.h. fast täglich oder mehrmals in der Woche Alkohol konsumieren) bei den 12- bis unter 25jährigen 1991 in Berlin-West bei 17 %. Der Anteil der männlichen Alkoholkonsumenten betrug 26 %, der Anteil der weiblichen an der Altersgruppe 8 %. In Berlin-Ost tranken 18 % der befragten Jugendlichen regelmäßig Alkohol (30 % männlichen, 6 % weiblichen Geschlechts).

Dieser Durchschnittswert macht jedoch den unterschiedlichen Alkoholkonsum in den verschiedenen Altersgruppen nicht transparent.

Ab dem 15. Lebensjahr steigt die Zahl derjenigen, die regelmäßig Alkohol trinken, stark an. In allen Altersgruppen lag der Anteil der Alkoholkonsumenten insgesamt in den östlichen Bezirken höher als in den westlichen. Besonders gravierend war der Unterschied bei den männlichen 18- bis unter 20jährigen. Hier lag der Anteil in Berlin-Ost (43 %) fast doppelt so hoch wie in Berlin-West (24 %).

**Abbildung 3.65:**  
Regelmäßige Alkoholkonsumenten im Kindes- und Jugendalter 1991 in Berlin 1)



1) Berlin-West: Gesamt: n = 516,  
männlich: n = 263, weiblich: n = 253  
Berlin-Ost: Gesamt: n = 402,  
männlich: n = 199, weiblich: n = 203

(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin / 1991)

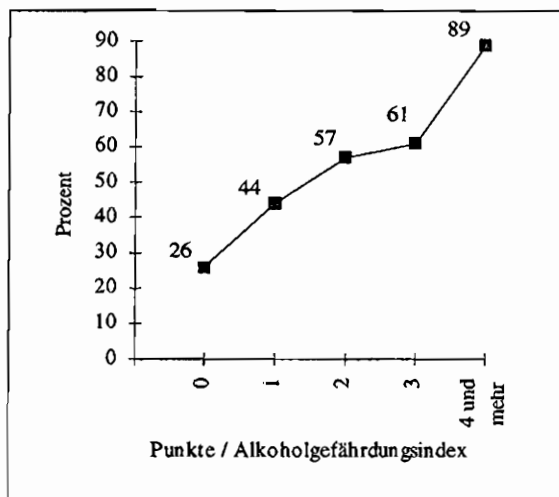
Wie bei den Rauchern lag der Anteil (28 %) von regelmäßigen Alkoholkonsumenten bei den Arbeitern am höchsten. 19 % derjenigen, die regelmäßigen Alkoholkonsum angaben, waren Angestellte, 16 % in beruflicher Ausbildung. Immerhin gab auch mehr als jeder zehnte Schüler und Student an, regelmäßig Alkohol zu sich zu nehmen.

Bier ist das am häufigsten konsumierte alkoholische Getränk. Von den 83 % derjenigen, die regelmäßig Bier tranken, nahmen 12 % auch gleichzeitig Spirituosen zu sich.

Die durchgeführte Studie ergab, daß in Berlin insgesamt 5 % der 12- bis unter 25jährigen als potentiell alkoholgefährdet eingeschätzt wurden. Nach der Aufgliederung nach Altersgruppen galten beispielsweise sogar 13 % der 15- bis unter 18jährigen Jungen als alkoholgefährdet.

Zwischen Rauchen und Alkoholkonsum besteht ein enger Zusammenhang. So trinken Raucher signifikant häufiger als Nichtraucher regelmäßig Alkohol. Bei Rauchern ist die starke Alkoholgefährdung (Alkoholgefährdungsindex nach Feuerlein - 4 Punkte u. m. -) mit 12 % mehr als doppelt so hoch wie unter allen Kindern und Jugendlichen (5 %). Abbildung 3.66 zeigt, wie die Raucheranteile mit steigendem Alkoholgefährdungsgrad zunehmen.

**Abbildung 3.66:**  
Alkoholgefährdung und Rauchen bei Kindern und Jugendlichen 1991 in Berlin 1)



1) derzeitige Raucher (insgesamt 36 %)

(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin / 1991)

**Drogenkonsum / Medikamentenkonsum mit Suchtpotential**

Exakte Angaben zur Häufigkeit von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit liegen nicht vor. Aussagen über Drogenmißbrauch stammen daher im wesentlichen aus repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Dabei wird üblicherweise zwischen gegenwärtigem („aktuellem“) Konsum und Drogenerfahrung unterschieden. Letzteres bezieht sich zumeist auf einen einmaligen Konsum („Probierkonsum“).

Der *Drogenkonsum* entwickelte sich aufgrund unterschiedlicher Gesellschaftssysteme bis zur Wiedervereinigung Deutschlands in den alten und neuen Bundesländern (demzufolge auch in Berlin-West und -Ost) sehr unterschiedlich.

1991 hatten nach den Angaben der 12- bis unter 25jährigen in Berlin-West 23 % schon einmal illegale Drogen verwendet

Als aktuelle Drogenkonsumenten (Verwendung von illegalen Drogen innerhalb der letzten 10 Monate) galten 10 %

Der Anteil der männlichen Drogenkonsumenten lag mit 26 % über dem der weiblichen (20%).

In Berlin-West hatte demzufolge jeder fünfte Jugendliche ab 15 Jahren Drogenerfahrung, bei den 21- bis unter 25jährigen war es bereits jeder Dritte. Der Anteil der Drogenerfahrenen innerhalb der Jugendlichen in den westlichen Bezirken hat sich seit 1986 (Vergleichsstudie) kaum verändert.

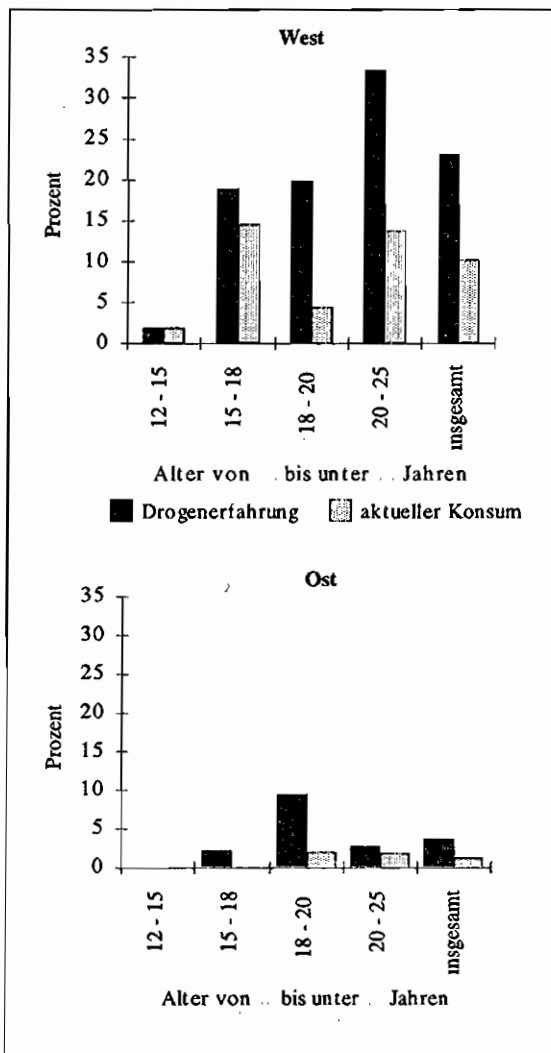
Zum Erhebungszeitpunkt der Studie hatte der Konsum illegaler Drogen im Gebiet der ehemaligen DDR und in Berlin-Ost noch geringe Bedeutung.

So gaben 1991 in den östlichen Bezirken Berlins 93 % der Befragten an, noch keine Rauschmittel genommen zu haben. Jedoch verfügten insgesamt 6 % der männlichen Jugendlichen (z.B. 17 % der 18- bis unter 20jährigen) bereits über Drogenerfahrung

Halluzinogene, wie Haschisch und Marihuana, aber auch Schnüffelstoffe waren sowohl in den westlichen als auch in den östlichen Bezirken die am häufigsten verwendeten Drogenmittel

Stimulantien (Amphetamine, Ephedrin, Kokain) und Opiate (Codein, Heroin, Morphin) waren in Berlin-Ost eher zu vernachlässigen, während diese Mittel von den Jugendlichen in den westlichen Bezirken häufiger genommen wurden.

**Abbildung 3.67:**  
Drogenerfahrung und aktueller Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter 1991 in Berlin 1)



- 1) Berlin-West: Gesamt: n = 516,  
männlich: n = 263, weiblich: n = 253
- Berlin-Ost: Gesamt: n = 402,  
männlich: n = 199, weiblich: n = 203

(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin / 1991)

Der höchste Anteil Drogenerfahrer (41 %) war 1991 in Berlin-West in der Gruppe der Arbeiter zu finden; mit 14,7 % stellten die Angestellten den niedrigsten Anteil

Neben dem Konsum von illegalen Drogen werden von den Konsumenten auch häufig noch zusätzlich Medikamente mit Suchtpotential eingenommen. Täglich oder mindestens ein- bis zweimal wöchentlich nahmen in Berlin-West 3 % der Drogen-

erfahrenen und 5 % der aktuellen Konsumenten, Psychostimulantien, Tranquilizer, Barbiturate oder Schmerzmittel ein

Die Hypothese, daß unter Drogenkonsumenten häufiger Raucher und Alkoholkonsumenten sind, konnte mit der durchgeführten Untersuchung im Jahr 1991 bestätigt werden.

69 % der Jugendlichen mit Drogenerfahrung und sogar 79 % der aktuellen Drogenkonsumenten waren Raucher. Nahezu jeder zweite aktuelle Konsument trank auch regelmäßig Alkohol.

In Berlin-West lag 1991 der Anteil drogenerfahrener Jugendlicher signifikant höher als in anderen Großstädten (> 500 000 Einwohner) des früheren Bundesgebietes. Obwohl tendenziell in der Gruppe der 15- bis 18jährigen und bei den 20- bis 25jährigen höher liegend, ergaben sich bei der Analyse des aktuellen Drogenkonsums insgesamt keine signifikant höheren Werte für Berlin-West

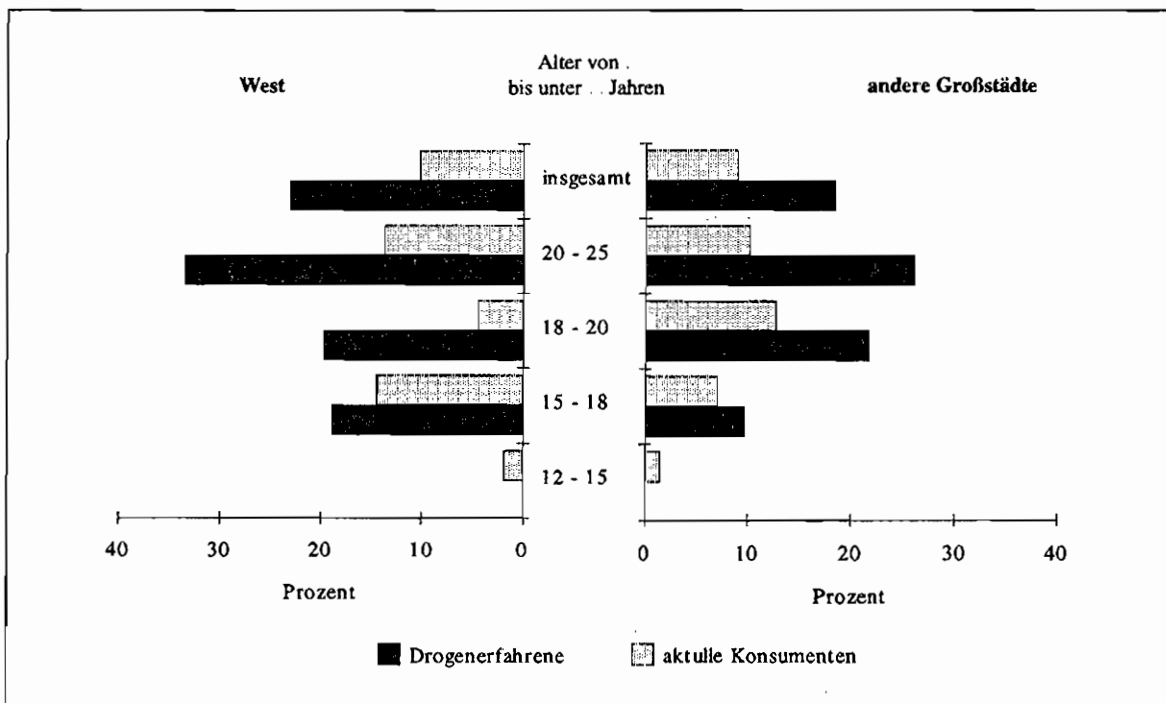
Ein äußerst hohes Gesundheitsrisiko gehen Drogenkonsumenten ein, die sich ihre Drogen injizieren. Nicht nur eine Überdosis Heroin stellt für den Süchtigen eine tödliche Bedrohung dar (vgl auch 3.3.2 Mortalität im Kindes- und Jugendalter), sondern auch die zunehmende Zahl HIV-Infizierter Drogenabhängiger durch unsterile Spritzen und Kanülen.

13 % der Jugendlichen in den westlichen Bezirken nahmen 1991 regelmäßig *Medikamente mit Suchtpotential* zu sich. Nahezu jeder Zweite tat dies gelegentlich. Der Konsum solcher Medikamente ist stark altersabhängig. Die regelmäßige Einnahme steigt mit zunehmendem Alter an. In den meisten Fällen (fast 50 %) sind es Schmerzmittel, die eingenommen werden.

In den östlichen Bezirken nahmen etwa 4 % der Jugendlichen regelmäßig *Medikamente mit Suchtpotential* zu sich; 44 % nahmen solche zumindest gelegentlich.

Abbildung 3.68:

Drogenerfahrene und aktuelle Konsumenten im Kindes- und Jugendalter 1991 in Berlin-West im Vergleich mit anderen Großstädten (ohne Berlin-Ost) 1)



1) Berlin-West: n = 516,  
Großstädte > 500 000 Einwohner: n = 1 286

(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin / 1991)

**Sportliche Betätigung**

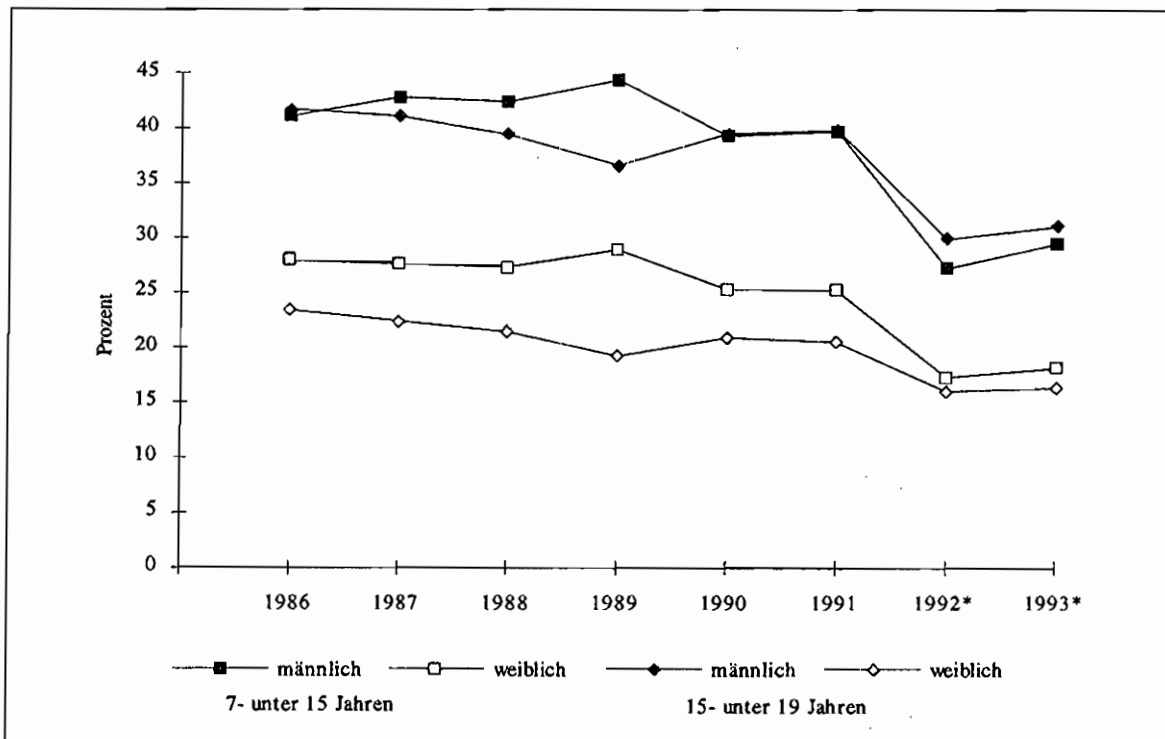
Ein weiterer Risikofaktor für die Erhaltung der Funktionstüchtigkeit von Kreislauf und Stoffwechsel ist - insbesondere in einer urbanisierten Umwelt - der Bewegungsmangel. Daher sollte es auch eine Aufgabe des Schulsports sein, Schüler zu regelmäßiger sportlicher Betätigung anzuregen. Gesundheitliche Verhaltensweisen durch sportliche Betätigung, die nicht in Vereinen stattfindet bzw. nur einen geringen Organisationsgrad aufweist, wie z.B. Fahrradfahren, Joggen oder Ballspiele, werden statistisch nicht erfasst. Abgesehen von besonderen Forschungsprojekten bzw. Studien (z.B. BMG, Hrsg., *Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter, 1991*) kann nur der prozentuale Anteil von Kindern/Jugendlichen, die in Vereinen Sport

treiben, als allgemeiner Indikator für körperliche Aktivitäten herangezogen werden.

Die verfügbaren Daten sprechen insgesamt dafür, daß sportliche Aktivität mit zunehmendem Alter sinkt und daß Jungen sportlich aktiver sind als Mädchen.

Sportliche Aktivität wird von Kindern und Jugendlichen vor allem in Sportvereinen ausgeübt. Die Abbildung 3.69 verdeutlicht eine abnehmende Tendenz sowie die Tatsache, daß der Anteil an organisierten weiblichen Sporttreibenden deutlich geringer ist als derjenige der männlichen Altersgenossen. Der sehr geringe Anteil von organisierten Sportlerinnen unter den ausländischen Mädchen (1993: 4 %) deutet darauf hin, daß bei ihnen die bisherigen Integrationsbemühungen - möglicherweise aufgrund konventioneller Schranken der Herkunftsländer - wenig erfolgreich waren.

**Abbildung 3.69:**  
**Mitglieder in Sportvereinen und Betriebssportgemeinschaften 1986 - 1993 in Berlin 1)**  
 nach Geschlecht  
 - Altersgruppen 7 bis unter 15 und 15 bis unter 19 Jahren



1) Während bis 1991 die Mitgliederstrukturen nur für Berlin-West dargestellt werden, beziehen sich die Prozentsätze ab 1992 auf Berlin insgesamt. In Berlin-Ost fand mit Inkrafttreten des Vereinigungsgesetzes sowie der Auflösung der Sportorganisationen der ehemaligen DDR im Jahr 1990 eine Umstrukturierung der Betriebssportgemeinschaften in Sportvereine des bürgerlichen Rechts statt. Dies hat in dieser Übergangsphase zu einer prozentualen Senkung des Anteils der Mitglieder in Sportvereinen in Berlin geführt.

(Quelle: StA a Berlin / eigene Berechnungen)

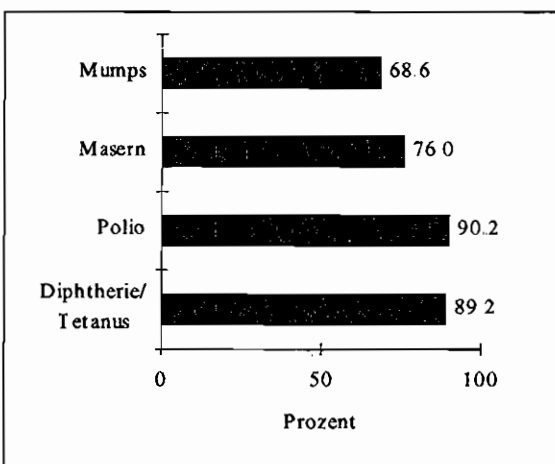
**Impfstatus**

Impfungen gehören zu den wichtigsten prophylaktischen Gesundheitsmaßnahmen; neben der individuellen Prophylaxe wird durch Impfungen der Schutz der Bevölkerung vor Epidemien angestrebt. In Abwägung der Erkrankungsrisiken und des Impfrisikos werden von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) regelmäßige Empfehlungen herausgegeben, die Grundlage der Berliner Impfrichtlinien darstellen (vgl. in Kapitel 4 Impfkalender). Damit ein ausreichender Schutz gegen die Ausbreitung einer Infektion gegeben ist, sollte - nach WHO-Empfehlungen - ein Durchimpfungsgrad von mindestens 90 % erreicht werden. Dies ist in den Bundesländern (einschließlich Berlin) bei Schulanfängern trotz regionaler Unterschiede nur für Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis der Fall.

Es sollte jedoch nicht verkannt werden, daß die Impfbereitschaft („Auffrischimpfungen“) mit zunehmendem Alter nachläßt und erhebliche Anstrengungen zu unternehmen sind, das Bewußtsein der Bevölkerung zu verstärken, auch jenseits des Kindesalters für einen ausreichenden Infektionsschutz zu sorgen.

Insgesamt hat sich der Durchimpfungsgrad bei Schulanfängern weiter erhöht und kann bei Diphtherie, Tetanus und Polio bei deutschen Kindern als gut und bei ausländischen als nicht ganz befriedigend angesehen werden. Die Prozentzahlen der mit Impfungen geschützten Schulanfänger betragen 1990 in Berlin-West (insgesamt):

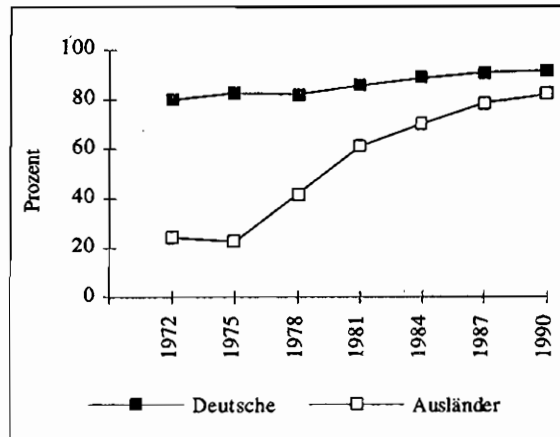
**Abbildung 3.70:**  
Impfstatus bei Schulanfängern 1990



(Quelle: SenGes)

Die *DT-Grundimmunisierung* ist in Berlin kontinuierlich gestiegen, auch bei den ausländischen Kindern ist ein entsprechender Anstieg zu verzeichnen:

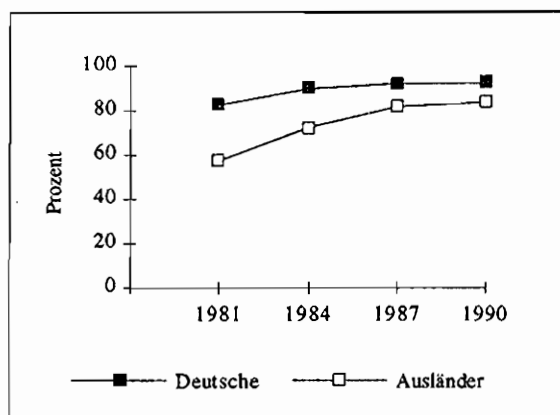
**Abbildung 3.71:**  
DT-Grundimmunisierung bei Schulanfängern 1972 - 1990 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

Die Polio-Schluckimpfung ist die am besten von der Bevölkerung angenommene Impfung; entsprechend hat sich der Durchimpfungsgrad bei deutschen Kindern auf 92,3 % (1990) verbessert und auch bei türkischen bzw. sonstigen ausländischen Kindern ist er mit 85,7 bzw. 81,1 % schon beinahe befriedigend. Wie bereits bei früheren Einschulungsuntersuchungen festgestellt wurde, ist jedoch die Immunitätsrate bei älteren Schulanfängern mit 77,7 % erheblich niedriger.

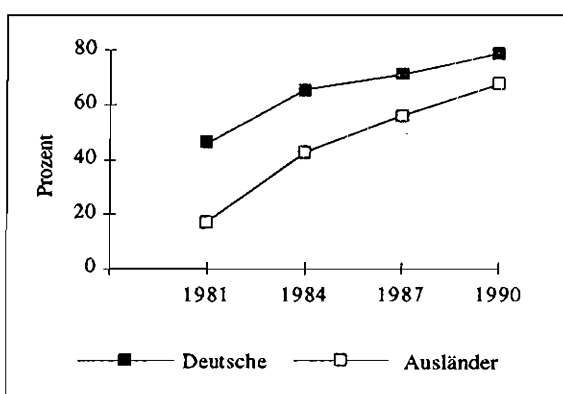
**Abbildung 3.72:**  
Polio-Schluckimpfung bei Schulanfängern 1981 - 1990 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

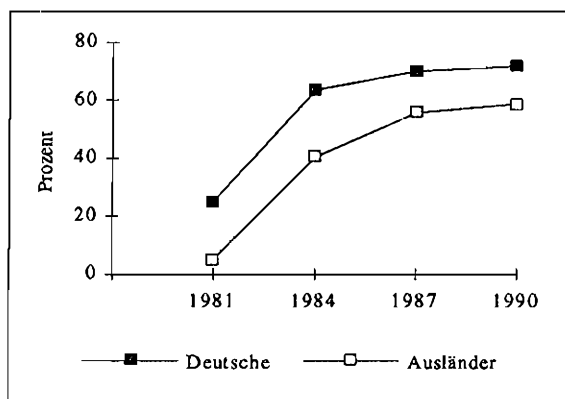
Die bisher erzielte Impfbeteiligung bei *Masern* und *Mumps* liegt noch erheblich unter dem angestrebten Wert von 90 %; sie hat zwar die Inzidenz von Masern und Mumpserkrankungen reduziert, jedoch - aufgrund der immer noch niedrigen Durchimpfungsrate - nicht in dem Ausmaß wie in Ländern mit anderer Impfpraxis. Auffällig bei Mumps ist die Tatsache, daß die Durchimpfungsrate bei türkischen Kindern fast der der deutschen entsprach, während der Wert für sonstige ausländische Kinder sogar unterhalb von 50 % lag.

**Abbildung 3.73:**  
Masern-Impfung bei Schulanfängern 1981 - 1990 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

**Abbildung 3.74:**  
Mumps-Impfung bei Schulanfängern 1982 - 1990 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

### 3.3.5 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 3.46:  
Mortalitätsraten der 1- bis unter 20jährigen 1983 - 1992 in Berlin

Tabelle A 3.47:  
Natürliche und nichtnatürliche Sterbefälle der 1- bis unter 20jährigen 1985 - 1992 in Berlin  
- absolut und je 100.000

Tabelle A 3.48:  
Häufigste Todesursachen der 1- bis unter 15jährigen 1990 - 1992 in Berlin

Tabelle A 3.49:  
Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen 1988 - 1993 in Berlin  
- je 10.000 der Altersgruppen

Tabelle A 3.50:  
Diagnoseverteilung der gemeldeten Erkrankungen (Klassifikation nach Birch und Marsden) bei Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin

Tabelle A 3.51:  
Gemeldete Tumor- und Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Klassifikation nach Birch und Marsden) 1985 - 1989 in Berlin-Ost  
- altersstandardisierte Inzidenz und kumulative Rate je 100 000





**KAPITEL**

**4**

**GESUNDHEITSVORSORGE  
UND  
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

## 4.0 Vorbemerkung

Seit Jahren haben sich die traditionellen Aufgabengebiete des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verändert, der sich neuen Anforderungen insbesondere auch im Bereich der (Gesundheitsvorsorge) Prävention und Gesundheitsförderung stellen muß

Durch die Wiedervereinigung ist zusätzlich vor allem Berlin nicht nur mit einer Steigerung der Probleme sondern auch mit der Aufgabe konfrontiert, aus zwei unterschiedlichen Gesundheitssystemen ein funktionierendes Ganzes zu machen.

Darüber hinaus haben die Erkenntnisse über die Beeinflussung der gesundheitlichen Entwicklung des Menschen durch die sozialen Lebensbedingungen und die Umweltbedingungen ergeben, daß eine andersartige Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere auf dem Gebiet der Prävention und der vorbeugenden Gefahrenabwehr, einen erheblich höheren Stellenwert als bisher gewonnen hat.

Den neuen Anforderungen für problemgerechte Zielstellungen und Verwaltungsstrukturen im Gesundheitswesen soll ein verändertes Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowohl mit seinem überarbeiteten Aufgabenkatalog als auch mit der Schaffung bezirklicher Plan- und Leitstellen und dem bezirklichen Psychiatriebeirat Rechnung tragen. Es soll mehr als bisher systematische und fortlaufende Untersuchungen zur Ermittlung der gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung ermöglichen, ebenso eine bezirkliche Schwerpunktsetzung bei der Abschaffung und Verhinderung dieser Risiken und eine verstärkte Betreuung psychisch Kranker mittels eines bezirklichen psychosozialen Koordinators und des bezirklichen Psychiatriebeirates.

Dieses Gesetz soll auch der Straffung und Effektivitätssteigerung von Verwaltungen, z B durch die Möglichkeit von Leistungsverträgen, Zuwendungsverträgen und Übertragung von Aufgaben auf andere Träger dienen.

Eindeutiger als bisher soll ein verändertes Gesetz klarstellen, daß der Öffentliche Gesundheitsdienst zwar für das Wohl der Gesundheit der Bevölkerung mitverantwortlich ist, jedoch seine Aufgabe darin besteht, subsidiär einzugreifen, wenn andere, ausreichende Angebote nicht bestehen

Dieses Gesetz soll zwar einerseits die Selbständigkeit der Bezirke durch erhöhte Eigenverantwortlichkeit, z B Förderbereich, bei der inhaltlichen Gestaltung der einzelnen Ämter, mit der gesonderten Leitstelle und dem Psychiatriebeirat erhöhen, jedoch andererseits durch eine Richtlinienkompetenz der Senatsverwaltung und der Möglichkeit der Konzentration von Aufgaben von mehreren auf einen Bezirk - entweder durch Rechtsverordnung oder durch Vereinbarung der Bezirke - die Rechtsgrundlage für Einsparungen durch Straffung mit gleichzeitiger Effektivitätssteigerung darstellen

Diese Effektivitätssteigerung soll für die Zukunft zusätzlich die Möglichkeit offen lassen, durch entsprechende Vereinbarungen und Richtlinien den Öffentlichen Gesundheitsdienst den sich ständig ändernden Anforderungen im Gesundheitswesen anzupassen.

## 4.1 Gesundheitsvorsorge

### 4.1.1 Entwicklung eines Präventions- und Interventionskonzeptes für das Land Berlin

- Ein Beitrag der Epidemiologischen Forschung Berlin (EFB) -

Die Dominanz chronisch-degenerativer Krankheiten im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen in Berlin einerseits und der wissenschaftliche Nachweis erheblicher präventiver Potentiale bei diesen Krankheiten andererseits haben der Gesundheitsförderung und der Prävention einen bedeutenden gesundheitspolitischen Stellenwert zugewiesen

Die bevölkerungs- und risikogruppenbezogen bislang zumeist geringe Wirksamkeit vorhandener präventiver Maßnahmen und Angebote bedurfte der Entwicklung eines an den speziellen regionalen Bedingungen und Bedarfen orientierten integrativen Präventionskonzeptes.

Als weitere folgende Entwicklungsphasen stehen nun die Programmentwicklung und -implementierung einschließlich der Evaluation an.

Das Präventionskonzept wurde in seinen Bestandteilen nach Inhalten (Präventions- und Interventionsvariablen), Methoden, Trägern, Multiplikatoren und Organisation aus drei analytischen Bausteinen entwickelt:

- der Prüfung der epidemiologischen Effektivität bislang durchgeführter nationaler und internationaler Präventions- und Interventionsprogramme und Maßnahmen (Literaturanalyse und Exante-Evaluation bevölkerungsbezogener Programme und Studien), Bestimmung der epidemiologisch bedeutsamsten Zielvariablen/Risiken
- der Bestimmung des Bedarfes an Prävention und der Akzeptanz vorhandener Angebote in der Berliner Bevölkerung (Analyse von Surveydaten zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Risiken und Inanspruchnahme), Zielgruppenanalyse

- der Feinanalyse vorhandener präventiver Angebote und Maßnahmen, deren Träger und Akzeptanz in der Bevölkerung Berlins (qualitative Interviews bei Trägern und Klientel, Expertengespräche, Sekundärdatenanalyse).

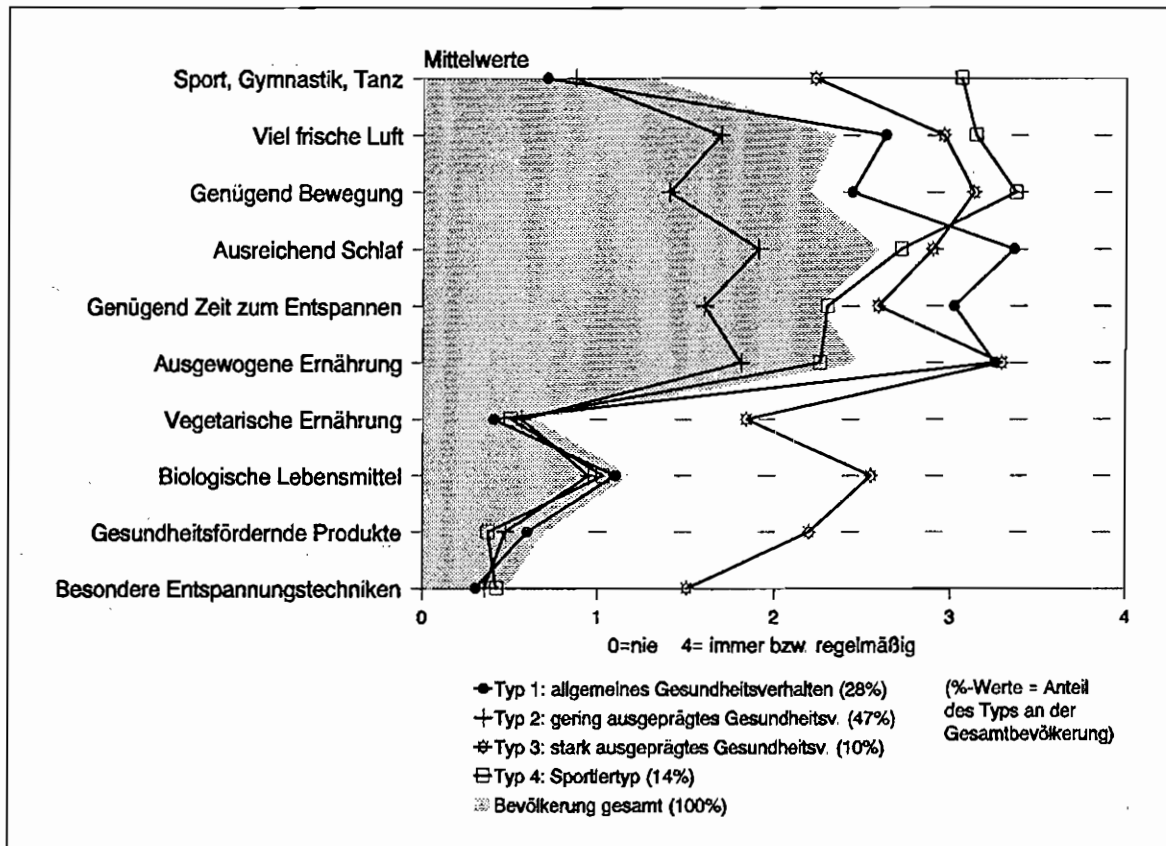
Bisherige Präventionsprogramme und ihre Ergebnisse weisen nach, daß Prävention auf der Bevölkerungsebene möglich und effektiv realisierbar ist. Dies haben u.a. auch bislang vorliegende Ergebnisse der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gezeigt. Als größte additive, bevölkerungsbezogene Risiken für das häufigere Auftreten der dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen sind gesundheitliches Risikoverhalten (Rauchen, Fehlernährung/Übergewicht, Bewegungsmangel, psychosoziale Fehlbelastung) und individuelle Risiken wie Hochdruck und Stoffwechselstörungen (als wesentliche Einflußfaktoren für Folgeerkrankungen) identifiziert worden

Im Hinblick auf die nachgewiesenen hohen Wirkungen der Verhaltensrisiken erweisen sich die epidemiologischen Wirkungen von Risiken der natürlichen und technischen Umwelt als noch relativ gering bzw. noch nicht vollständig erforscht.

Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten erweisen sich nur über komplexe Strategien zur Veränderung der Lebensstile/Lebensweisen und nicht isoliert veränderbar. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit der Integration verhaltens- und verhältnisorientierter präventiver Maßnahmen in Interventionsprogrammen.

Gemessen an der Verbreitung individueller Risiken besteht in der Berliner Bevölkerung ein hoher Präventionsbedarf (42,6 % Bewegungsmangel, 34,5 % Raucher, 28,3 % Alkohol, 13,4 % Medikamentenabusus). Nahezu die Hälfte der Erwachsenen weist ein nur gering ausgeprägtes gesundheitsförderndes Verhalten auf und lediglich 10,7 % haben jemals Angebote der Gesundheitsberatung/-förderung wahrgenommen.

Abbildung 4.1:  
Gesundheitsverhalten der Berliner Bevölkerung  
- Clusteranalyse -



(Quelle: EFB)

Übergewicht ist in den unteren Bildungsniveaus überproportional verbreitet, regelmäßiger Alkoholkonsum in den oberen, Bewegungsmangel betrifft überproportional Berliner im Ostteil, häufige Überforderung (Streß) im Westteil der Stadt.

Im Gegensatz zu Verhaltensrisiken werden Umwelttrisiken in ihrer Wirkung von der Bevölkerung erheblich überschätzt.

Präventionsangebote sind in Berlin weitgehend nachfrageorientiert (passiv) und nicht bedarfsorientiert. Sie erfolgen von den verschiedenen Trägern sektoral abgegrenzt, nicht vernetzt und sind für die Bevölkerung nicht transparent genug

Wirksame Anreize zur Inanspruchnahme sind kaum entwickelt und eine Evaluation der Wirksamkeit erfolgt nur punktuell. Nutzer der Angebote sind über-

proportional Frauen, Angehörige der höheren sozialen Schichten sowie Bewohner in den westlichen Bezirken. Die Inanspruchnahme erfolgt stark beschwerdenreaktiv motiviert, d.h. die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen werden z.Z. am wenigsten erreicht.

Mit Hilfe des Präventionskonzeptes wird ein organisierter, konsensualer Prozeß der Programmentwicklung und -implementation eingeleitet. Er enthält die Bestimmung der Präventionsziele, -prioritäten und -schwerpunkte, der gemeinsam zu realisierenden Maßnahmen und Strategien und deren Evaluation.

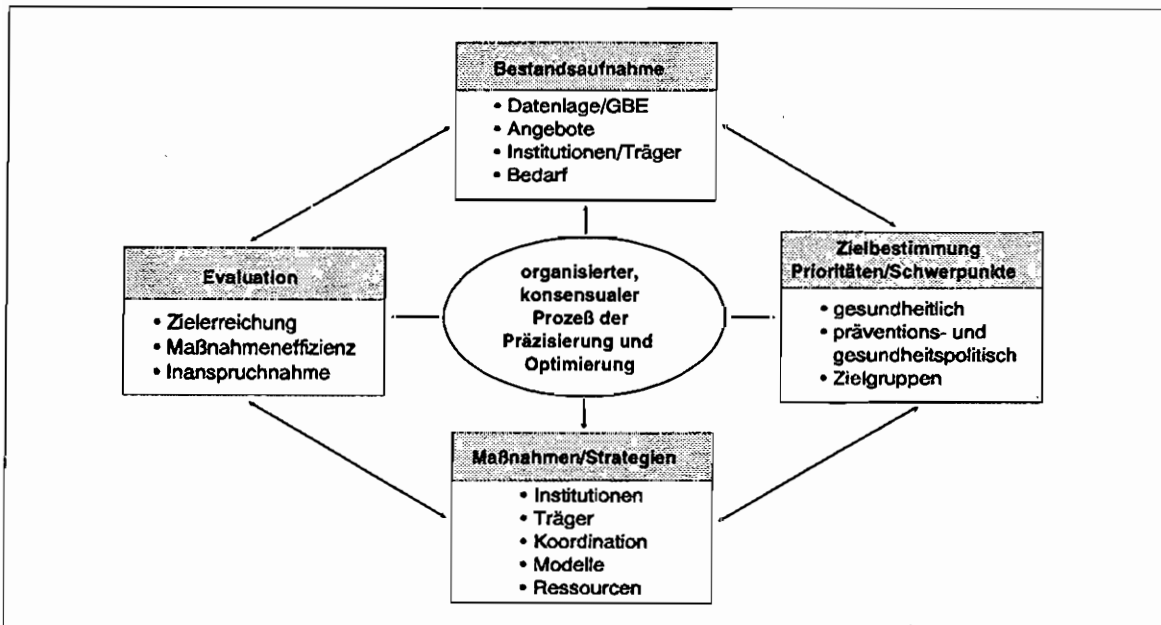
**Tabelle 4.1:**  
**Gesundheitsrisikogruppen in der Berliner Bevölkerung**

	Ge- samt	Raucher	Über- gewich- tige	Pers. mit Be- wegungs- mangel	häufig Über- forderte	regel- mäßige Alkohol- kons.	über- mäßige Alkohol- kons.	Ver- wender suchtpot. Medik.
n=	4430	1455	490	1180 <sup>1)</sup>	396	1226	341	630
%-Anteil an Gesamtbevölk.	100	<b>34,5</b>	10,5	<b>42,6</b>	9,1	<b>28,3</b>	8,4	13,4
Ø Alter $\bar{x}$	46,6	40,3	<b>52,9</b>	40,7	45,1	44,4	41,4	<b>52,3</b>
%-Werte								
weiblich	54,1	43,9	53,2	49,7	<b>70,3</b>	<b>28,8</b>	<b>26,2</b>	<b>70,9</b>
Volks-/								
Hauptsch.	31,4	31,1	<b>50,3</b>	32,4	33,4	25,4	31,6	35,3
(Fach) Abi	30,4	27,2	21,5	25,9	30,4	<b>38,8</b>	28,8	27,2
Westberl	61,7	63,4	58,5	52,5	<b>67,2</b>	58,9	61,8	58,4
Ostberliner	38,3	36,6	41,5	<b>47,5</b>	32,8	41,1	38,2	41,6
Teilnahme Präv.- Maßnahmen								
jemals	10,7	6,9	10,3	8,0	<b>16,8</b>	8,4	6,6	<b>13,3</b>
in den letzt.								
12 Mon	4,1	2,0	5,6	2,4	<b>7,2</b>	2,4	1,2	5,7
Interesse	56,3	<b>63,2</b>	<b>63,0</b>	60,8	59,3	57,7	59,4	59,3
kein Int.	27,2	25,9	27,6	27,8	19,1	<b>29,9</b>	<b>31,0</b>	22,4

1) nur unter 60jährige Bevölkerung

(Quelle: EFB)

**Abbildung 4.2:**  
**Prozeß der Programmentwicklung und -implementation**



(Quelle: EFB)

Um die bislang in sehr unterschiedlichem Maße eingebundenen und engagierten potentiellen Träger von Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen, muß vor allem der gesundheitspolitische Stellenwert von Prävention deutlich erhöht werden.

#### 4.1.2 Sozialmedizinische Beratung

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

In den Jahren 1992 und 1993 unterhielten die Gesundheitsämter von 22 Bezirken und das Bezirksamt Wedding - JugSport - Sozialmedizinische Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD).

Der SMD bietet Rat und Hilfe bei allen mit Schwangerschaft in Zusammenhang stehenden Fragen; das umfaßt außer Schwangerenberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung auch Familien-

planungs-, Partner- und Sexualberatung. Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzten/-innen, Sozialarbeitern/-innen, Psychologen/-innen, Krankengymnastinnen, Hebammen und Arzthelferinnen ermöglicht neben der medizinischen Betreuung vor allem die Berücksichtigung sozialer und psychischer Aspekte.

1992 suchten 50 749 Frauen, Männer und Paare erstmalig im Berichtsjahr die Beratungsstellen auf, 1993 waren es mit 48 594 Zugängen 4,2 % weniger.

In allen Bereichen gingen die Beratungszahlen zurück, eine Ausnahme bildeten nur die Ehe-, Sexual- und Partnerberatung in Berlin-Ost (+ 2,2 %) und die Schwangerschaftskonfliktberatung mit einer Steigerung von über 100 %. Dieser große Anstieg ist darauf zurückzuführen, daß durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.5.1993 seit dem 16.6.1993 auch die Frauen aus Berlin-Ost verpflichtet sind, sich vor einem Schwangerschaftsabbruch beraten zu lassen. Berechnet man die Entwicklung der Zugänge ohne den Bereich der durch die geänderte Rechtslage vermehrt in Anspruch genommenen Schwangerschaftskonfliktberatung, ergibt sich für 1993 ein Rückgang von über 10 % gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 4.2:  
Zugänge, Untersuchungen, Beratungen im SMD 1992 und 1993 in Berlin

Bereich	Jahr	Zugänge, Untersuchungen und Beratungen in %											
		Zugänge			ärztl Untersuchungen u./oder Beratungen			Beratungen durch					
		Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost	Sozialarbeiter			Psychologen		
							Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost	
Schwangerenberatung	1992	37,2	50,3	18,0	66,6	73,5	48,8	32,8	42,3	18,9	2,8	4,3	1,5
	1993	34,0	48,8	13,4	63,6	73,3	27,0	29,8	41,5	14,6	1,7	2,8	0,9
Familienplanungsberatung	1992	50,9	36,9	71,3	26,7	20,8	41,9	59,5	46,3	78,8	4,7	1,2	7,7
	1993	47,7	35,2	65,1	27,9	21,5	52,3	58,5	44,2	77,2	3,1	0,1	5,4
Schwangerschaftskonfliktberatung	1992	5,9	9,3	1,0	4,2	5,5	0,8	4,5	6,7	1,3	2,9	5,4	0,7
	1993	12,3	13,0	11,4	4,8	4,4	6,5	8,4	9,5	6,8	4,0	5,5	2,9
Ehe-, Sexual- u Partnerberatung	1992	6,1	3,6	9,7	2,5	0,2	8,5	3,2	4,7	1,0	89,6	89,1	90,0
	1993	5,9	3,0	10,1	3,6	0,9	14,2	3,3	4,8	1,4	91,2	91,7	90,8
insgesamt	1992	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	1993	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(Quelle: SenGes)

Etwa die Hälfte aller Zugänge wurde im Bereich Familienplanung gezählt, ungefähr ein Drittel in der Schwangerenbetreuung. Zwei Drittel der ärztlichen Tätigkeit betraf die Schwangerenbetreuung, während die Sozialarbeiter/-innen überwiegend im Bereich der Familienplanung berieten. 90 % der Beratungen durch Psychologen/-innen fanden auf dem Gebiet der Ehe-, Sexual- und Partnerberatung statt - im West- wie im Ostteil der Stadt. Die Verteilung der Zugänge sowie der ärztlichen und sozialarbeiterischen Tätigkeiten auf die einzelnen Bereiche sah hingegen für Berlin-West und -Ost recht unterschiedlich aus:

39,5 % der Klientinnen/Klienten, die 1993 erstmalig den SMD aufsuchten, wurden in nur 5 Beratungsstellen (Wedding, Marzahn, Neukölln, Kreuzberg, Charlottenburg) betreut.

Die ärztliche Untersuchungs- und Beratungstätigkeit war in den Bezirken sehr unterschiedlich ausgeprägt: Der SMD Neukölln erbrachte allein 22,8 % der ärztlichen Untersuchungen/Beratungen, während in Tempelhof gar keine angeboten wurden. Die 59.791 Beratungen durch Sozialarbeiter/-innen waren hingegen gleichmäßiger auf die Bezirke verteilt.

Ein wesentlicher Aspekt der *Betreuung Schwangerer durch den SMD* ist die Möglichkeit, die Frauen nicht nur medizinisch beraten und betreuen, sondern auch bei allen anderen mit einer Schwangerschaft im weiteren Zusammenhang stehenden Fragen beraten zu können. Es ist erwiesen - u.a. berichtet auf dem 16. Deutschen Kongreß für Perinatale Medizin in Berlin -, daß ungünstige soziale Bedingungen die Schwangerschaft negativ beeinflussen können. Davon betroffen sind häufig Frauen

**Tabelle 4.3:**  
**Zugänge, Untersuchungen, Beratungen im SMD 1993 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Zugänge im Berichtsjahr		ärztl. Untersuchungen u./oder Beratungen		Beratungen durch			
	absolut	%	absolut	%	Sozialarbeiter		Psychologen	
					absolut	%	absolut	%
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	631	1,3	609	1,3	1.924	3,2	-	-
Wedding	4.415	9,1	5.388	11,2	2.833	4,7	-	-
Kreuzberg	3.571	7,3	2.712	5,6	5.458	9,1	630	8,1
Charlottenburg	3.205	6,6	6.704	13,9	4.229	7,1	224	2,9
Spandau	1.716	3,5	732	1,5	2.210	3,7	854	10,9
Wilmerdorf	1.491	3,1	492	1,0	2.534	4,2	357	4,6
Zehlendorf	955	2,0	516	1,1	1.340	2,2	-	-
Schöneberg	2.039	4,2	2.466	5,1	2.517	4,2	505	6,5
Steglitz	1.845	3,8	5.690	11,8	2.894	4,8	70	0,9
Tempelhof	1.814	3,7	-	-	1.788	3,0	65	0,8
Neukölln	3.990	8,2	10.976	22,8	3.463	5,8	741	9,5
Reinickendorf	2.630	5,4	1.848	3,8	2.615	4,4	-	-
<b>Berlin-Ost</b>								
Mitte	2.623	5,4	2.218	4,6	3.102	5,2	-	-
Prenzlauer Berg	2.455	5,1	261	0,5	4.321	7,2	814	10,4
Friedrichshain	2.166	4,5	1.086	2,3	2.683	4,5	1.326	16,9
Treptow	1.180	2,4	1.307	2,7	1.354	2,3	572	7,3
Köpenick	1.278	2,6	658	1,4	1.490	2,5	-	-
Lichtenberg	1.794	3,7	329	0,7	3.104	5,2	211	2,7
Weißensee	588	1,2	47	0,1	755	1,3	74	0,9
Pankow	1.626	3,3	1.262	2,6	2.604	4,4	58	0,7
Marzahn	4.013	8,3	1.896	3,9	3.706	6,2	1.092	14,0
Hohenschönhausen	1.171	2,4	693	1,4	879	1,5	33	0,4
Hellersdorf	1.398	2,9	280	0,6	1.988	3,3	199	2,5
<b>Berlin</b>	<b>48.594</b>	<b>100</b>	<b>48.170</b>	<b>100</b>	<b>59.791</b>	<b>100</b>	<b>7.825</b>	<b>100</b>

(Quelle: SenGes)

ohne qualifizierte schulische und berufliche Ausbildung, alleinlebende Schwangere, Ausländerinnen und Minderjährige. Der SMD versucht, gerade diese Frauen zu erreichen und deren Voraussetzungen für einen guten Verlauf der Schwangerschaft durch eine umfassende sozialpädagogische, psychologische und soweit nötig auch medizinische Betreuung zu verbessern.

16 543 Schwangere suchten 1993 erstmalig die Beratungsstellen des SMD auf, 12,3 % weniger als im Vorjahr; in Berlin-West war mit 13 818 Zugängen ein Rückgang von 8,6 %, in Berlin-Ost mit 2.725 Zugängen sogar von 26,9 % zu verzeichnen, was u.a. durch den seit 1990 anhaltenden Geburtenrückgang bedingt, im Ostteil der Stadt sicherlich auch auf die vermehrte Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten zurückzuführen ist. Bezogen auf die Zahl der 1993 Geborenen nahmen 57,4 % der Schwangeren das Angebot des SMD wahr, im Westteil der Stadt lag der Anteil bei 65 %.

Die meisten Frauen wurden vom SMD Neukölln (2.470), Wedding (2.421), Reinickendorf (1.857) und Charlottenburg (1.603) betreut, von den östlichen Bezirken wies Marzahn die höchste Betreuungszahl (530) auf

1993 war jede vierte der 16 543 vom SMD betreuten Schwangeren eine Ausländerin, davon suchte fast die Hälfte (45,5 %) die Beratungsstellen Wedding und Neukölln auf. In einigen Bezirken lag der Ausländeranteil erheblich über dem Berliner Durchschnitt, so in Tiergarten mit 43,6 %, in Wedding mit 41,2 % und Neukölln mit 36,3 %. Den niedrigsten Ausländeranteil wiesen die Beratungsstellen auf, in denen keine ärztliche Schwangerenbetreuung stattfand

Neben Einzelberatungen werden Gruppenberatungen angeboten, z.B. geburtshilfliche Gruppen, Schwangerengesprächsgruppen, Säuglingspflegegruppen (in Zusammenarbeit mit dem Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder). Gruppen im Zusammenhang mit der Schwangerenberatung trafen sich 1993 627mal, 1992 waren es 547 Treffen. Kurse ohne weitere Beratung - wie Schwangeren- und Rückbildungsgymnastik - werden nur insgesamt für alle Bereiche des SMD gezählt, hier wurden für 1992 3 401, für 1993 2 862 Zusammenkünfte gemeldet.

Die **Familienplanungsberatung** umfaßt die Anti-konzeptions- und Sterilisationsberatung, Verordnung von Verhütungsmitteln und Prüfung der Anträge auf Kostenübernahme nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sowie Informationsveranstaltungen für Jugendgruppen, denen im Hinblick auf die Verringerung von ungewollten Schwangerschaften eine besondere Bedeutung zukommt. Stärker als im Westteil wurde im Ostteil der Stadt ein Schwerpunkt der Arbeit des SMD auf diesen Bereich gesetzt, hier wurden sowohl 1992 als auch 1993 rund 57 % aller Klienten, die erstmalig im Berichtsjahr die Beratungsstellen aufsuchten, beraten. Jeder zehnte Zugang war 1993 in Marzahn zu verzeichnen, gefolgt von Mitte mit 9,1 %, Kreuzberg mit 8,6 % und Prenzlauer Berg mit 8,1 % aller Besucher/-innen. Der Anteil der betreuten ausländischen Beratenen war mit 12,2 % erheblich niedriger als bei der Schwangerenberatung.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.5.1993 wurde die bis dahin in der ehemaligen DDR geltende „Fristenlösung“ abgelöst und die Beratungspflicht vor einem Schwangerschaftsabbruch einheitlich für West und Ost eingeführt. Eine detaillierte Erfassung und Auswertung über die **Schwangerschaftskonfliktberatungen** erfolgt gesondert auf der Grundlage der Meldungen nach dem Schwangerengesetz. Zu der Tätigkeit des SMD in diesem Bereich gehört es auch, Frauen in der Situation nach einem Schwangerschaftsabbruch durch ärztliche und psychosoziale Betreuung zu unterstützen.

Die meisten der 5.996 Beratenen waren Frauen, 22 % davon Ausländerinnen; von den 701 beratenen Paaren hatte fast die Hälfte - in Berlin-West mit 58,6 % sogar über die Hälfte - eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Die Inanspruchnahme der **Ehe-, Sexual- und Partnerberatung** war wie die der Familienplanungsberatung im Ostteil der Stadt weitaus stärker als im Westteil: 1993 wurden 70,7 % der 2.886 Zugänge in Berlin-Ost gezählt. In diesem Bereich lag die Teilnahme von Männern und Paaren mit 17,4 % und 13,2 % wesentlich höher als in den anderen Bereichen, dagegen kamen nur wenige Ausländer/-innen (8,2 % der Zugänge) zur Beratung.



**4.1.2.2 Beratungsangebote von Einrichtungen freier Träger 1992 in Berlin**

In Berlin unterhalten neben den kommunalen Einrichtungen auch freie Träger umfangreiche Beratungs- und Betreuungsangebote. 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, und in 10355 Berlin, Gotzkowskystraße 8, wöchentlich sieben Sprechstunden durch, davon wird eine speziell für türkische Frauen und eine für Behinderte angeboten. Die meisten Beratungen werden jedoch nach Terminvereinbarung außerhalb der Sprechstunden durchgeführt.

Bei PRO FAMILIA waren 1992 fünf Ärztinnen, vier Psychologinnen, drei Sexualpädagoginnen, je eine Diplom-Pädagogin, Diplom-Soziologin, drei Sozialarbeiterinnen sowie drei Praktikantinnen der Sozialarbeit und eine Sozialhelferin beschäftigt

Die Beratungsinhalte umfassen alle Aspekte und Probleme aus den Bereichen Sexualität, Partnerschaft, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung und Kinderwunsch. Angeboten werden Einzel- und Paarberatungen, Gruppengespräche, Kurse, Multiplikatorenengespräche und Informationsveranstaltungen. Seit Mai 1992 bietet PRO FAMILIA zweimal monatlich psychologische Sprechstunden besonders für Einzel- und Paarberatungen an. Das sexualpädagogische Beratungsangebot für interkulturelle Gruppen und für Menschen mit geistiger Behinderung ist wie im Vorjahr sehr gefragt

**Beratungen der PRO FAMILIA 1991 und 1992**

<i>Beratungsinhalt</i>	<i>erreichte Personen</i>			
	<i>1992</i>	<i>1991</i>	<i>Veränderung absolut in %</i>	
soziale Beratung	665	688	-23	-3
Adoptionsberatung	1	6	-5	-83
Beratung nach § 218	2.072	1.643	+429	+26
Graviditätsambivalenzberatung	236	160	+76	+48
psychologische Beratung	1.730	1.323	+407	+31
Beratung nach einem Schwangerschaftsabbruch	17	12	+5	+41
psychosomatische Beratung	132	-	+132	-
medizinische Beratung	833	771	+62	+8
Kinderwunschberatung	61	20	+41	+205
gynäkologische Untersuchung	438	429	+9	+2
mikroskopische Untersuchung	185	k A	+185	-
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	176	179	-3	-2
Schwangerschaftstest	655	k A	-	-
Verhütungsberatung	271	393	-122	-32
Pillenberatung	243	313	-70	-22
Pillenrezepte	422	219	+175	+93
IUD legen/ziehen	171	34	+137	+403
Diaphragma anpassen/nachtasten	346	368	-22	-6
Nachverhütungsberatung	244	189	+55	+29
Sterilisationsberatung	104	111	-7	-6
Aidsberatung	1	-	+1	-
Refertilisierungsberatung	1	12	-11	-90
medizinische Beratung für geistig behinderte Menschen	31	120	-89	-74
<b>zusammen</b>	<b>9.035</b>	<b>6.990</b>	<b>+2.057</b>	<b>+29</b>
<i>Sexualpädagogik / Ansprechgruppen</i>				
interkulturelle Gruppen-Schulklassen	1.889	1.679	+210	+13
Gruppen für geistig behinderte Menschen	703	255	+448	+176
Beratung zu sexuellem Mißbrauch bei geistig behinderten Menschen	42	-	+42	-
<i>Angebote für Multiplikatoren bei geistig behinderten Menschen</i>				
Praxisberatung für Multiplikatoren bei geistig behinderten Menschen	190	179	+11	+6
Fortbildung für Multiplikatoren	98	88	+10	+11
Einzelberatung für Multiplikatoren	-	96	-	-
Workshop sexueller Mißbrauch bei geistig behinderten Menschen	-	14	-	-

Im November 1992 begann innerhalb der PRO FAMILIA die Vorbereitungsphase für das Projekt „Aids-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen“. Dieses Projekt wird auch von der Senatsverwaltung für Jugend und Familie gefördert. Die Projektarbeit ist als Erweiterung des bisher auf Schulklassen beschränkten Angebotes zu verstehen mit dem Ziel, Gruppen aus der freien Jugendarbeit intensiver anzusprechen (vgl. 4.2.1).

#### **Diakonisches Werk Berlin/Brandenburg e.V.**

In den Beratungsstellen „Gesundheitszentrum Gropiusstadt“ und „Treffpunkt am Mehringplatz“ wird seit Jahren Beratung im Zusammenhang mit der Bundesstiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ und der Landesstiftung „Hilfe für die Familie“ angeboten.

Dieses Angebot ist eingebunden in die umfangreiche Beratungstätigkeit dieser Beratungsstellen. Es wird durch Zuwendungen im Rahmen einer Projektförderung unterstützt. 1992 wurden in diesen beiden Beratungsstellen 347 Stiftungsanträge bearbeitet.

Darüber hinaus betreibt das Diakonische Werk drei Schwangerenberatungsstellen, deren geförderte Tätigkeit gemäß Artikel 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages zu 90 % aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie und Senioren und zu 10 % aus Landesmitteln bis 31.12.1992 finanziert wurde.

1993 wurden diese Beratungsstellen ausschließlich aus Landesmitteln weiter gefördert.

#### **Caritasverband für Berlin e.V.**

Vom Caritasverband für Berlin e.V. und dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. wird in den Beratungsstellen in 10587 Berlin, Iburger Ufer 12, in 12053 Berlin, Boddinstraße 63, sowie in 10715 Berlin, Tübinger Straße 5, u.a. die Beratung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt nach § 218 StGB und die Beratung von Schwangeren in psychischen und materiellen Not- und Konfliktsituationen angeboten. Insgesamt wurden 1.992 Beratungen durchgeführt, davon führten 813 zur Antragstellung an die Stiftungen „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ bzw. „Hilfe für die Familie“.

Auf der Grundlage des Artikels 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages richtete der Caritasverband im

Ostteil Berlins zwei Beratungsstellen und der Sozialdienst katholischer Frauen eine Beratungsstelle ein, deren Finanzierung ebenfalls mit Hilfe von Bundes- und Landesmitteln erfolgte.

#### **Andere Träger**

Im 1. und 3. Quartal 1992 nahmen vier weitere Schwangerenberatungsstellen auf der Grundlage des Artikels 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages ihre Tätigkeit im Ostteil der Stadt auf. Deren Träger sind die Vereine „Frau und Familie“, „Ehe und Familie“, „Der Verein zum Schutz junger Mütter“ und „Der Humanistische Verband“. Auch diese Beratungsstellen wurden durch Bundes- und Landesmittel gefördert. Sie gewährleisten gemeinsam mit den konfessionellen und den städtischen Beratungsstellen sowie der PRO FAMILIA ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen, das den Vorgaben des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes entspricht.

Weitere Gesundheitsvorsorgeangebote - speziell für Frauen - bieten das Feministische Frauengesundheitszentrum e.V. und das Geburtshaus e.V. an. Gefördert werden zwei Projekte des Feministischen Frauengesundheitszentrums und die Schwangerenberatungsstelle des Geburtshauses.

#### **4.1.2.3 Beratungen nach § 218 b Abs. 1 StGB in der Zeit vom 1.1.1992 bis 15.6.1993 in Berlin-West**

Der vorliegende Bericht umfaßt den Zeitraum vom 1.1.1992 bis 15.6.1993, in dem aufgrund der in beiden Stadthälften unterschiedlichen Rechtslage Beratungen nach § 218 b StGB nur in Berlin-West stattfanden.

Seit dem 16.6.1993 werden Beratungen bei Schwangerschaftskonflikten durchgeführt nach Maßgabe des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28.5.1993, das bis zur Neufassung entsprechender Teile des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes vom 27.7.1992 (BGBl. I S. 1398) die in der Bundesrepublik gültige Rechtslage darstellt.

Nach der bis zum 15.6.1993 in Berlin-West geltenden Rechtslage verpflichtete der Gesetzgeber Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollten, 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 waren. Keine Beratungspflicht bestand, wenn ein Schwangerschaftsabbruch angezeigt war, 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.

Für 1992 wurden der Senatsverwaltung für Gesundheit 5.934 soziale Beratungen nach § 218 b StGB gemeldet (0,8 % weniger als im Vorjahr), im Zeitraum vom 1.1. bis 15.6.1993 waren es 2.646 Meldungen.

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche lag 1992 nach Auskunft der Krankenhäuser und zugelassenen Einrichtungen wesentlich höher. Wenn man berücksichtigt, daß zwar nicht vor allen Abbrüchen eine Beratungspflicht bestand aber andererseits auch sicherlich 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.

47,3 % (1991: 44,7 %) der vom 1.1.1992 bis 15.6.1993 erfaßten Beratungen fanden in *städtischen Einrichtungen* statt, überwiegend in den von den Gesundheitsämtern (in Wedding vom Bereich Jugend) unterhaltenen Sozialmedizinischen Diensten für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft. Wie im Vorjahr hatten Wedding und Neukölln mit jeweils etwa einem Fünftel den größten Anteil an den erfaßten Beratungen.

Die *nichtstädtischen Beratungsstellen* (ohne beratende Ärztinnen/Ärzte) meldeten 41,8 % (1991: 43,0 %) der Beratungen. Von den 3.584 Frauen, die im Zeitraum vom 1.1.1992 bis 15.6.1993 nichtstädtische Beratungsstellen aufsuchten, ließen 65,5 % sich von PRO FAMILIA beraten, 31,0 % wendeten sich an Beratungsstellen des Caritas-Verbandes / Sozialdienst Katholischer Frauen. 938 Frauen (10,9 % der Beratenen) wählten zur Beratung *niedergelassene Ärztinnen/Ärzte*.

**Anteil der Beratungsstellen an den Beratungen nach § 218 b StGB vom 1.1.1992 bis 15.6.1993 in Berlin-West**

Beratungsstelle	Beratungen			
	1992	1993	absolut	%
<i>städtisch</i>				
Tiergarten	84	31	115	1,3
Wedding	528	266	794	9,3
Kreuzberg	270	174	444	5,2
Charlottenburg	298	113	411	4,8
Spandau	287	145	432	5,0
Wilmerdorf	174	82	256	3,0
Zehlendorf	45	25	70	0,8
Schöneberg	177	88	265	3,1
Steglitz	54	38	92	1,1
Tempelhof	74	30	104	1,2
Neukölln	588	267	855	10,0
Reinickendorf	154	65	219	2,6
<b>zusammen</b>	<b>2.733</b>	<b>1.324</b>	<b>4.057</b>	<b>47,3</b>
<i>nichtstädtisch</i>				
Arbeiterwohlfahrt	6	8	14	0,2
Bischöfliches Ordinariat	845	265	1.110	12,9
Diakonisches Werk	36	11	47	0,5
Paritätischer Wohlfahrtsverband	1.640	723	2.363	27,5
darunter PRO FAMILIA	1.629	717	2.346	27,3
Deutsches Rotes Kreuz	5	1	6	0,1
Gesundheitszentrum				
Gropiusstadt	32	12	44	0,5
<b>zusammen</b>	<b>2.564</b>	<b>1.020</b>	<b>3.584</b>	<b>41,8</b>
<i>beratende Ärztelinnen</i>	<b>637</b>	<b>301</b>	<b>938</b>	<b>10,9</b>
<i>unbekannt</i>	-	1	1	0,0
<b>insgesamt</b>	<b>5.934</b>	<b>2.646</b>	<b>8.580</b>	<b>100</b>

Die meisten Frauen, die sich beraten ließen, hatten ihren Wohnsitz in Berlin (95,0 %, 1991: 94,8 %). Aus anderen Bundesländern oder dem Ausland kamen nur 1,8 %. Für 279 Frauen (3,3 %) fehlte die Angabe zum Wohnsitz.

Etwa ein Drittel (33,1 %) der Beratenen waren *Ausländerinnen*, dabei bildeten die *Türkinnen* mit 40,1 % die größte Gruppe unter den ausländischen Frauen.

Große Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Beratenen zeigten sich beim *Familienstand*. Während von den deutschen Frauen weit über die Hälfte (60,9 %) ledig und nur 31,0 % verheiratet waren, machte der Anteil der Verheirateten unter den Ausländerinnen 69,9 %, bei den *Türkinnen* sogar 83,6 % 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 35,7 % deutlich höher als die der deutschen Frauen dieser Altersstufe mit 26,4 %, während umgekehrt die Gruppe der 25- bis unter 35jährigen über die Hälfte (54,1 %) der deutschen Beratenen ausmachte, dagegen bei den Ausländerinnen nur mit 44,7 % vertreten war.

In 15,8 % der Fälle blieben die *Konfliktgründe* unbekannt, wobei ca 10 % eine nichtstädtische Beratungsstelle betreffen, die bisher grundsätzlich die Rubrik „Abbruchgründe“ unausgefüllt gelassen hat. Fast die Hälfte der beratenen Frauen (48,5 %) nannte mehrere Gründe für den Schwangerschaftskonflikt. Das Statistikprogramm zur Auswertung der im Berichtszeitraum 1.1.1992 bis 15.6.1993 erfaßten Daten ließ es nicht zu, die einzelnen unter „mehrere Gründe“ zusammengefaßten Angaben wieder aufzuschlüsseln, so daß im folgenden ausschließlich die Fälle betrachtet werden, in denen nur ein Konfliktgrund oder „andere Gründe“ angegeben waren (35,6 % aller beratenen Frauen):

#### Prozentuale Verteilung ausgewählter Konfliktgründe nach Familienstand und Staatsangehörigkeit der Frauen

Gründe	beratene Frauen				
	insgesamt		verheiratet		ausl.
	ledig		deutsch		
	in %				
wirtschaftliche Probleme	16,1	15,9	16,8	15,1	18,6
Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme	12,1	20,5	3,8	14,0	6,9
familiäre Probleme	26,0	15,5	35,9	23,0	32,8
befürchtete kindliche Schädigung	4,5	3,1	5,8	4,6	4,1
Vergewaltigung	0,4	0,6	0,1	0,4	0,4
andere Gründe	41,0	44,4	37,6	42,8	37,2
zusammen %	100	100	100	100	100
absolut	3.037	1.456	1.308	2.129	865

Die meisten (41,0 %) der 3.037 Frauen hatten andere als die in der Statistik einzeln benannten Gründe für den Schwangerschaftskonflikt. Für 26,0 % der Beratenen standen familiäre Probleme im Vordergrund, gefolgt von wirtschaftlichen (16,1 %) und Ausbildungs-/Arbeitsplatzproblemen (12,1 %). Der Vergleich der Situation von verheirateten und ledigen Frauen zeigt, daß bei mehr als einem Drittel der Verheirateten familiäre Probleme zum Schwangerschaftskonflikt führten, während es bei Ledigen hauptsächlich die Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsituation war. Für deutsche Frauen war die Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsituation von größerer Bedeutung als für Ausländerinnen, denen - insbesondere den *Türkinnen* - die familiäre Situation die meisten Probleme bereitete

### 4.1.3 Inanspruchnahme von Angeboten des Jugendgesundheitsdienstes

#### 4.1.3.1 Beratungsangebote für Risikokinder

In 17 Bezirken bestehen in Berlin Beratungsstellen für Risikokinder. Während im Ostteil der Stadt jeder Bezirk - eingebunden in den Jugendgesundheitsdienst - eine Beratungsstelle hat, sind in Berlin-West 6 Beratungsstellen in Wedding, Charlottenburg, Steglitz, Tempelhof, Neukölln und Reinickendorf bezirksübergreifend tätig.

Die Arbeitsinhalte sind im Rahmenkonzept der Arbeitsgemeinschaft der Beratungsstellen für Risikokinder in Berlin festgelegt.

Ziel der Beratungsstellen für Risikokinder ist eine möglichst vollständige Erfassung aller gefährdeten Kinder, um durch Früherkennung, Frühdiagnostik und Frühbehandlung spätere Schäden zu vermeiden oder wenigstens zu verringern. Das umfaßt nicht nur Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen bereits auffällig wurden, sondern auch diejenigen, deren spätere Entwicklung durch bestimmte Risikofaktoren während der Schwangerschaft oder Perinatalperiode negativ beeinflusst werden könnte. Um möglichst viele Kinder zu erreichen, ist es wichtig, die Arbeit der Beratungsstellen bekanntzumachen und mit überweisenden Stellen zusammenzuarbeiten.

Die Risikoberatung bietet spezialisierte ärztliche Untersuchungen sowie Beratung und Betreuung durch Arzt und Sozialarbeiter. Im Bedarfsfall werden anders nicht sicherzustellende ambulante Frühbehandlungen von den Gesundheitsämtern angeboten.

1993 wurde erstmalig die Zahl der von den Beratungsstellen im gesamten Stadtgebiet betreuten Kinder ermittelt. Von den 4.319 betreuten Kindern waren etwa zwei Drittel Kleinkinder und ein Drittel Säuglinge, allerdings stellte sich das Verhältnis in Berlin-West und -Ost unterschiedlich dar. Während in den Beratungsstellen der westlichen Bezirke 40,7 % der Kinder unter einem Jahr und 59,3 % Kleinkinder - die meisten (28,1 %) 1 bis unter 3 Jahre alt - waren, machten die Säuglinge unter den 1.705 in den östlichen Bezirken betreuten Kindern

nur 19,3 %, die Kleinkinder dagegen 80,7 % aus, der größte Teil (40,7 %) war im Alter von 3 bis unter 5 Jahren.

Jeder fünfte der in Berlin-West, aber nur jeder 50 der in Berlin-Ost Betreuten war ein ausländisches Kind. Ein Drittel aller ausländischen Kinder wurde in der Beratungsstelle Wedding betreut; der Ausländeranteil in den einzelnen Beratungsstellen war in Wedding mit 38,5 % am höchsten. In den östlichen Beratungsstellen lag er nicht über 4,2 %.

#### Ausländeranteil unter den betreuten Kindern

Beratungsstelle	betreute ausländische Kinder		
	absolut	% je Beratungsstelle	% aller ausländ. Betreuten
Wedding	184	38,5	33,5
Charlottenburg	40	9,8	7,3
Steglitz	105	15,4	19,1
Tempelhof	75	20,6	13,6
Neukölln	87	22,6	15,8
Reinickendorf	25	8,4	4,5
westliche Bezirke	516	19,7	93,8
östliche Bezirke	34	2,0	6,2
Berlin	550	12,7	100

Die erste ärztliche Untersuchung eines Kindes in der Beratungsstelle wird als Erstvorstellung gezählt, wobei die Erfassung nach „Standardprogramm“ oder als „aufwendiger“ erfolgt:

Nach dem Rahmenkonzept umfaßt eine Erstuntersuchung laut Standardprogramm die ausführliche Anamnese, die somatische und neurologische Untersuchung des Kindes, Entwicklungsdiagnostik, Sensu- und Psychomotorik, Beratung der Eltern und die Dokumentation. Unter „aufwendiger“ fallen die Vorstellungen, bei denen Zusatzuntersuchungen, z.B. Tests zur Erkennung von Wahrnehmungsstörungen oder Koordinationstests, oder Beratungen (zwei Stunden oder mehr) durchgeführt werden.

1992 wurden in den Berliner Beratungsstellen für Risikokinder 988 Säuglinge (3,3 % der 1992 Lebendgeborenen) und 620 Kleinkinder, 1993 998 Säuglinge (3,5 % der 1993 Lebendgeborenen) und 665 Kleinkinder erstmalig vorgestellt. Während 1993 in Berlin-West 78,6 % der erstvorgestellten Säuglinge untersucht wurden, lag die Zahl der erstvorgestellten Kleinkinder mit 385 (57,9 %) im östlichen Stadtteil höher als im westlichen.

Bei 8,7 % der 1992 erstvorgestellten Säuglinge war ein erhöhter Untersuchungsaufwand erforderlich, 1993 waren es 17,4 %.

Der Anteil der erstvorgestellten Kleinkinder, die über das Standardprogramm hinausgehend untersucht wurden, lag 1992 bei 23,6 % und 1993 bei 45,6 %.

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

Die meisten der 1992 in den Beratungsstellen im Westteil der Stadt erstuntersuchten Säuglinge wurden aus stationärem Bereich (1992 und 1993 über 70 %), in Berlin-Ost vom Jugendgesundheitsdienst (1992: 70,8 %, 1993: 49,8 %) überwiesen. Wie bei den Säuglingen lag auch bei den erstvorgestellten Kleinkindern die Überweisungsquote aus den östlichen Beratungsstellen des Jugendgesundheitsdienstes 1993 mit 54,8 % niedriger als 1992 mit 82,9 %. In den westlichen Bezirken kamen die meisten Kleinkinder (über 40 %) aus ambulantem Bereich.

Um die Entwicklung der Risikokinder zu beobachten, den Erfolg begonnener Therapien zu überprüfen und ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen, werden die Kinder zu Kontrolluntersuchungen bestellt. 1992 wurden 1.654 Wiedervorstellungen von Säuglingen und 3.167 von Kleinkindern gezählt; 1993 waren es 1.673 Säuglinge und 4.328 Kleinkinder. Von den 1993 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt höheren Untersuchungszahlen ist besonders die Zahl der in den östlichen Beratungsstellen wieder-vorgestellten Kleinkinder zu erwähnen, die von 1992 im Jahr 1992 auf 2.006 gestiegen ist.

#### 4.1.3.2 Säuglinge und Kleinkinder

Die Gesundheitsämter aller Bezirke unterhalten 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 den gesundheitsbezogenen, sozialpädagogischen Aufgaben, die im Rahmen der JGD-Tätigkeit für Säuglinge und Kleinkinder unerlässlich sind und - laut Ergebnisprotokoll über die außerordentliche Sitzung der Bezirksstadträtinnen und Bezirksstadträte für Gesundheit und Umweltschutz am 29.9.1993 - auch im Rahmen der Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und trotz Sparmaßnahmen weiterhin erfüllt werden müssen, gehören:*

- das frühzeitige Erkennen von gesundheitlichen Risiken/Beeinträchtigungen durch sozial definierte Nöte: deshalb Erstkontakte bei Neugeborenen durch Hausbesuch und Sprechstunden
- Beratung und in Einzelfällen Hilfestellung zur Sicherung von gesetzlichen Ansprüchen, z.B. nach BSHG und SGB V,
- ärztliche und sozialtherapeutische Diagnostik, Betreuung und Vermittlung an geeignete weiterbetreuende Einrichtungen bei kindlichen Entwicklungsstörungen.

Die Zahl der erstuntersuchten Säuglinge nahm seit 1991 erheblich ab: Während dem JGD 1991 noch 18.850 Säuglinge vorgestellt wurden, waren es 1992 mit 12.936 31,4 % und von 1992 zu 1993 mit 10.597 Erstvorstellungen nochmals 18,1 % weniger. Das kann nur zu einem kleinen Teil durch den Geburtenrückgang (1992: -2,9 % und 1993: -3,2 %) erklärt werden. Der Hauptgrund wird darin zu suchen sein, daß das Netz der niedergelassenen Ärzte in Berlin-Ost dichter geknüpft worden ist und ein verändertes Inanspruchnameverhalten ermöglicht hat. So lag der Betreuungsgrad der im Ostteil der Stadt Lebendgeborenen durch den JGD 1991 noch bei 97,2 %, 1992 dagegen brachten wie in Berlin-West nur noch etwa 43 % der Mütter ihre Neugeborenen zum JGD und 1993 waren es mit 30,5 % sogar weniger als im Westteil der Stadt mit 39,1 %.

Auch bei den erstvorgestellten Kleinkindern war absolut sowie bei dem auf die 1- bis unter 6jährigen berechneten Prozentanteil ein Rückgang festzustellen. Obwohl im östlichen Stadtbereich fast 20 % weniger Kleinkinder zur Erstuntersuchung gebracht wurden als 1992, lag die Betreuungsquote 1993 mit 14,8 % noch deutlich über der in Berlin-West mit 13,1 %.

Über die Hälfte aller dem JGD erstmals vorgestellten Kinder waren unter 2 Jahre alt. Die Altersverteilung der Betreuten sah in den beiden Stadthälften unterschiedlich aus: In Berlin-West wurden über-

wiegend Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis zu einem Jahr untersucht (1993: 62,9 %), in Berlin-Ost dagegen lag der Anteil dieser Altersgruppe 1993 bei 39,9 %. Andererseits war die Altersgruppe der 4- bis unter 6jährigen Kinder in den Beratungsstellen von Berlin-Ost mit 26,3 % weitaus stärker vertreten als im westlichen Teil der Stadt mit 9,1 %.

Entsprechend der Legitimität aller 1993 Geborenen waren mehr Mütter der dem westlichen JGD vorgestellten Säuglinge verheiratet (79,9 %) als in den östlichen Bezirken (56,9 %).

In Berlin-West und -Ost gleichermaßen zu beobachten war, daß verheiratete Mütter häufiger mit ihren Kindern den JGD aufsuchten als nicht verheiratete Mütter. In den westlichen Bezirken wurden dem JGD 41,2 % der ehelich Lebendgeborenen vorgestellt, während nur etwa jede dritte unverheiratete Mutter mit ihrem Neugeborenen das Angebot des JGD wahrnahm; im JGD in Berlin-Ost wurden 32,7 % der ehelich und 28,1 % der nicht-ehelich Lebendgeborenen im JGD untersucht.

1993 empfahlen die Mitarbeiter/-innen des JGD in 13.310 Fällen, eine andere Beratungsstelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Von den 55.854 im Jahr 1993 untersuchten Säuglingen wurden etwa 6,3 % (1992 von 71.875 ca. 7,7 %), von den 122.184 im Jahr 1993 untersuchten Kleinkindern etwa 8,0 % (1992 von 133.928 ca. 7,8 %) an andere Bereiche überwiesen, wobei mehrere Überweisungen auf ein Kind fallen können.

Die meisten der überwiesenen Kinder erhielten die Empfehlung, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Von den anderen Einrichtungen, zu denen Kinder Überweisungen erhielten, standen die Beratungsstellen für Behinderte an erster Stelle.

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

Vorrangige Aufgabe des JGD - Schüler - ist es, die Gesundheit von Schülern und Jugendlichen zu fördern, um allgemeine und individuelle Gesundheitsgefährdungen von Kindern und Jugendlichen zu erkennen, zu mildern oder zu beseitigen; daraus folgt eine medizinische und ggf. sozialmedizinisch

orientierte Beratung und ggf. die Überweisung an niedergelassene Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder zur Behandlung.

Insgesamt wurden 1993 in Berlin 121.055 Kinder im Rahmen von *Schüleruntersuchungen*, d.h. Einschulungs-, 3. bzw. 7. Klasse- sowie Schulentlassungsuntersuchungen i.S. des § 32 JArbSchG untersucht; davon entfielen 65.902 auf die westlichen und 55.153 Schüler auf die östlichen Bezirke. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der untersuchten Schüler insgesamt um 6,7 % (rd. 8.600) zurückgegangen; dieser Rückgang betrifft vorrangig die westlichen Bezirke.

Während gegenüber dem Vorjahr die Zahl der Einschulungsuntersuchungen leicht zugenommen hat und die Zahl der Schulentlassungsuntersuchungen annähernd gleich geblieben ist, ist bei den Reihenuntersuchungen der 3. bzw. 7. Klassen ein deutlicher Rückgang (20 %) zu verzeichnen.

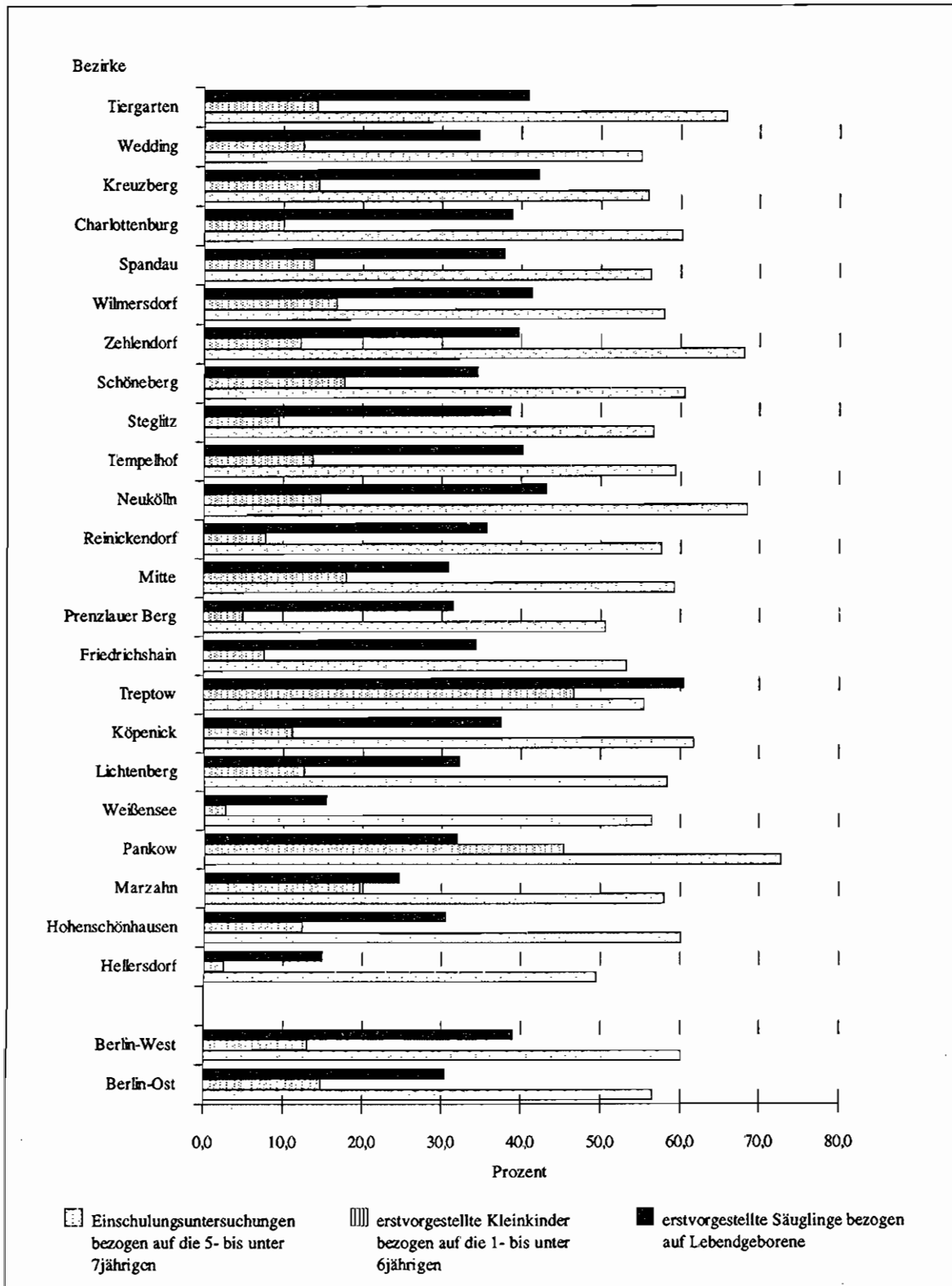
Bei den Einschulungsuntersuchungen wurden rd. 90 % aller Vorschüler bzw. einzuschulenden Kinder erfaßt (westliche Bezirke 83 %, östliche fast 100 %). Bei den Schulentlassungsuntersuchungen ist davon auszugehen, daß rd. 90 % aller Untersuchungen nach dem JArbSchG vom JGD durchgeführt wurden.

29.663 Schüler, d.h. 22 % in den westlichen und 24 % in den östlichen Bezirken, wurden zur weiteren Diagnostik und/oder zur Behandlung an niedergelassene Ärzte *überwiesen*.

In den Jugendgesundheitsdiensten der westlichen Bezirke ist die Zahl der Untersuchten auf *Läusebefall* gegenüber den Vorjahren erstmals zurückgegangen (um 36 %), im Bezirk Neukölln wurde allein rd. ein Viertel aller Untersuchungen vorgenommen. Bei rd. 14 % (westliche) bzw. 5 % (östliche Bezirke) der untersuchten Personen wurde Läusebefall festgestellt - im Bezirk Reinickendorf lag dieser Anteil sogar über 60 %.

Hinsichtlich des *Impfgeschehens* im JGD ist festzuhalten, daß die Zahl der Impfungen in den westlichen Bezirken (42.177) gegenüber dem Vorjahr um 5,3 % zurückgegangen ist. In den östlichen Bezirken ist die Zahl der Impfungen nahezu konstant geblieben und lag mit über 43.000 sogar absolut höher als in den westlichen Bezirken.

**Abbildung 4.3:**  
**Inanspruchnahme des Jugendgesundheitsdienstes - Säuglinge, Kleinkinder und Schüler - 1992 in Berlin**



(Quelle: SenGes)



Andererseits wurden in den westlichen Bezirken mehr *Tuberkulintestungen* vorgenommen, was jedoch nicht überrascht, da in den östlichen Bezirken früher fast ausnahmslos alle Säuglinge BCG-Impfungen erhalten haben, seit 1991 sich jedoch auch hier der Prozeß der Angleichung fortsetzt.

Während die Zahl der *Seh- und Hörprüfungen* in den westlichen Bezirken um 21 % gestiegen ist, sind diese in den östlichen Bezirken gegenüber dem Vorjahr drastisch, um mehr als die Hälfte, zurückgegangen.

*Stellungnahmen und Gutachten* durch Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter zu Fragen der Schul-, Sport- und Schwimffähigkeit und im Rahmen der Amtshilfe wurden insgesamt rd 30 000 erstellt (gegenüber 1992: + 6 %). Während sich hier die Zunahme nahezu gleichmäßig verteilt hat, ist bei Besuchen durch Arzt, -helfer oder Sozialarbeiter in den östlichen Bezirken eine erhebliche Steigerung - im Westen jeweils ein Rückgang - zu verzeichnen.

Neben den o.g. „Leistungen“ gehören zu den vielfältigen Aktivitäten der Jugendgesundheitsdienste Gruppenarbeit und Informationsveranstaltungen. Zu den *kooperativen Angeboten zur Gesundheitsförderung*, Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen gehören:

- Betreuung von Adipositasgruppen
- Diät- und Ernährungsberatungen, Unterrichtseinheit „Ernährung“
- Teilnahme an Gesundheits-, „Aktions-“ und Projekttagen, „Wasserspiele“, Stadtteil- und Hoffesten
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, z B Kinderschutz, Salmonellen, Aids, EDV, Allergie und Lebensqualität, Vorklassenerziehung und gemeindenaher Gesundheitsvorsorge
- Blutentnahme zur Rötelnantigenbestimmung
- Allergietestungen.

#### Aktivitäten im Zusammenhang mit Vorschule/Schule

- Herz- und Kreislaufuntersuchungen bei Vorschul- und Einschulungskindern
- Informations- und Elternabende an Grundschulen zu Themen wie Impfungen, Impfkalender, Röteln (einschließlich Film), Haltungsschäden, das infektanfällige Kind
- Teilnahme an Schulkonferenzen und Förderausschuß
- Beratungen mit dem Schulamt
- „Gesundes Schulfrühstück“ (zusammen mit Diätassistenten)
- Veranstaltungen mit Kita-Leiterinnen u.a. über Salmonelleninfektion
- gesundheitsorientierte Vorträge und Beratungen in den 10 Klassen.

#### 4.1.3.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychische Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen haben in jüngster Zeit deutlich zugenommen. Die Verhaltens- und Entwicklungsdefizite sind häufig Folgen von Gewalt im Elternhaus und in der Schule, von Alkohol- und Drogenabhängigkeit der Eltern, von Arbeitslosigkeit und Vernachlässigung. Welches Ausmaß das Delikt „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ vor allem im Elternhaus angenommen hat, ist statistisch nicht voll erfaßt. Dennoch kann man sagen, daß die Tendenz steigend ist. Die Polizeiliche Kriminalstatistik weist aus, daß in Berlin 1992 insgesamt 296 Kinder und Jugendliche (nach § 223 StGB) körperlich mißhandelt wurden, dies sind 5,4 % mehr als im Vorjahr. Darüber hinaus wurden 1 514 Kinder und Jugendliche Opfer sexuellen Mißbrauchs (nach § 176 StGB), gegenüber 1991 ist hier die Anzahl um rd. 10 % gestiegen. Fast immer findet der Mißbrauch im Privatbereich der Familie statt. Die meisten Kinder sind in der Regel zwischen sechs und zehn Jahre alt, wenn sie das erste Mal mißbraucht werden. 30 bis 60 % von ihnen sind im längerfristigen Verlauf entwicklungsstört. Und schließlich: 10 bis 15 % aller Kinder und Jugendlichen sind wegen Verhaltensstörungen oder psychischen Auffälligkeiten dringend behandlungsbedürftig. Im Vordergrund stehen hier Lernprobleme und daraus resultierende Ängste. (Literaturangaben liegen beim Herausgeber vor)

Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, die das Maß üblicher Erziehungsprobleme überschreiten und deren Ursachen nicht klar sind, steht im Gesundheitsamt eine *Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle* zur Verfügung. Dort wird in einem oder mehreren ausführlichen Gespräch(en) mit den Eltern oder den entsprechenden Erziehungspersonen und dem Kind versucht, den Grund der besonderen Auffälligkeit festzustellen. Zusätzlich erfolgt eine problembezogene psychologische Untersuchung mit entsprechenden psychologischen Tests. Gemeinsam versucht dann das Team des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, das hauptsächlich aus Ärzten/-innen, Psychologen/-innen und Sozialarbeitern/-innen besteht, das problematische Verhalten des Kindes oder des/der Jugendlichen herauszuarbeiten und zu beschreiben. Dies ist die Grundlage, um geeignete Maßnahmen in die Wege leiten zu können. Ein breites Spektrum an therapeutischen

Möglichkeiten steht zur Verfügung: u.a. auch Überweisung an andere therapeutische Institute, niedergelassene psychologische Therapeuten/-innen oder Delegation an Psychagogen/-innen, Logopäden/-innen u.ä. Fachkräfte. Die Kooperation mit anderen Fachdiensten innerhalb und außerhalb des Gesundheitsamtes ist ein unverzichtbarer Teil der Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstellen, da sie aufgrund ihrer Personalausstattung und eher beratenden Funktion selbst nur wenig Behandlungsleistungen erbringen können.

Nach Meldungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste der Bezirksämter Berlins - in den meisten Bezirken Bestandteil des Jugendgesundheitsdienstes - wurden im Jahre 1992 insgesamt 17.939 Kinder und Jugendliche vorgestellt (Berlin-West 1991: 7.157, 1992: 7.089; Berlin-Ost 1991: 7.125 - ohne Marzahn und Hellersdorf, 1992: 10.850 - mit Marzahn und Hellersdorf).

Aufgrund struktureller Änderungen und Auslagerung von Akten durch die Umstrukturierung des staatlichen Gesundheitswesens konnten nicht alle östlichen Bezirke im Jahre 1991 Daten übermitteln. Daher sind die Zahlen aus dem Berichtsjahr 1992 mit denen aus 1991 kaum vergleichbar.

Die Anzahl der vorgestellten Kinder und Jugendlichen gliedert sich in Neu- und Wiedervorstellungen. Unter den 17.939 vorgestellten Personen befanden sich 5.598 Neuzugänge (31,2 %) und 12.341 wiedervorgestellte Kinder und Jugendliche (68,8 %).

In einigen östlichen Beratungsstellen (z.B. Pankow und Hohenschönhausen) gibt es eine relativ hohe Anzahl an Wiedervorstellungen. Das resultiert u.a. daraus, daß dort zusätzlich kassenärztliche kurative Tätigkeiten wahrgenommen werden.

Von den 17.939 vorgestellten Kindern und Jugendlichen wurden insgesamt 1.315 Personen (7,3 %) als *Nichtdeutsche* gemeldet, wobei aus Berlin-Ost lediglich ein ausländisches Kind angegeben wurde, so daß tatsächlich die Anzahl an nicht-deutschen Kindern und Jugendlichen aus Berlin-West kam. Das bedeutet, daß von den 7.089 vorgestellten Kindern und Jugendlichen aus den westlichen Bezirken 18,5 % als Nichtdeutsche ermittelt wurden (1991: 17,7 %).

Hinsichtlich der Altersverteilung ist festzustellen, daß unter den Betreuungsfällen die 5- bis unter 10jährigen Kinder (7.549 = 42 %) am häufigsten

vertreten sind, gefolgt von den 10- bis unter 15jährigen Kindern und Jugendlichen (5.737 = 32 %).

Nach der Geschlechtsverteilung wurden mehr Jungen (11.296 = 63 %) als Mädchen (6.643 = 37 %) betreut.

In den Beratungsstellen wurden 1992 insgesamt 15.483 Untersuchungen sowie 39.057 Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen durchgeführt. Darüber hinaus wurden insgesamt 7.352 Gutachten und Stellungnahmen abgegeben. Darunter befanden sich 4.019 BSHG-Fälle und andere Anträge.

Für 1992 lassen sich folgende Schwerpunkte benennen: Wie 1991 befaßte man sich überwiegend mit Diagnostik und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sowie mit der Einleitung geeigneter therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen. Es fanden Beratungen von Jugendlichen, Eltern oder ganzen Familien statt bzw. wurden Beratungen der Institutionen notwendig, die die betroffenen Kinder und Jugendlichen an die Beratungsstellen vermitteln.

Nach Angaben der Beratungsstellen befinden sich unter den Neuzugängen immer mehr körperlich mißhandelte und sexuell mißbrauchte Kinder, die intensiverer Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen bedürfen.

#### 4.1.4 Jugendzahnpflege

Hauptaufgabe der in allen Berliner Bezirken bestehenden Zahnärztlichen Dienste ist die Förderung der Zahn- und Mundgesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Absolute Priorität bei der zahnmedizinischen Versorgung haben die Prävention und die Früherkennung von Zahnkrankheiten und damit die Zahnerhaltung. Ziel der Jugendzahnpflege ist es, die Zahn- und Mundgesundheit ständig zu verbessern bzw. das Auftreten von Karies zu verhindern.

In kaum einem anderen gesundheitlichen Bereich sind Vorsorgemaßnahmen von so eindeutiger Wirksamkeit und Meßbarkeit wie in der Zahnmedizin. Im Mittelpunkt steht unstrittig die Karies, im weiteren sind aber auch Zahnbetterkrankungen sowie Zahn-, Mund- und Kieferfehlstellungen von Bedeu-

Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist um so größer, je früher mit ihnen begonnen wird. Hauptzielgruppen sind deshalb Kinder und Jugendliche für Früherkennungsuntersuchungen in Kindergärten und Schulen sowie die Durchführung von Gruppenprophylaxemaßnahmen. Jährliche Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen werden nach dem für internationale Erhebungen üblichen DMF-I-Index dokumentiert. Im Schuljahr 1992/93 wurden von den Zahnärztlichen Diensten der Bezirke Befunderhebungen, Befundaufzeichnungen und Auswertungen nach diesen Kriterien durchgeführt. Es wird sich um die Untersuchungsergebnisse von 370.000 Kindern und Schülern aus den 23 Bezirken Berlins handeln. Diese Art der Dokumentation ermöglicht es, die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen einheitlich zu beurteilen, zu überwachen und einen Effizienznachweis zu erbringen.

Das Zusammenwachsen der Stadt gibt Anlaß für eine neue Basiserhebung. 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 den im Vergleich zu den alten Bundesländern 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. Die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste wird 1992 noch getrennt nach Berlin-West und -Ost betrachtet, da eine einheitliche Abrechnung der Leistungen erst ab 1995 erfolgt.

Nach der Statistik ist eine Gliederung nach dem Alter nicht möglich; es wird nur nach Kleinkindern, Schülern allgemeinbildender und berufsbildender Schulen unterschieden. Ebenso ist der ausgewiesene Zahnstatus nur nach dem groben Raster „naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert“ unterteilt.

In den letzten zehn Jahren haben sich die Anteile dieser Gruppen erheblich verändert. So ist der Anteil der Kleinkinder von 10,9 % auf 16,5 % angewachsen, während der Anteil der Schüler berufsbildender Schulen von 2,0 % auf 0,0 % gesunken ist. Die Begründung liegt 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 geburten-schwachen Jahrgänge jetzt in der Berufsschulphase sind.

Von den 124.894 im Berichtsjahr bei Reihenuntersuchungen in *Berlin-West* erfaßten Kleinkindern und Schülern (d.h. 53 % der 3- bis unter 15jährigen) wiesen

- 25,1 % ein naturgesundes
- 41,4 % ein behandlungsbedürftiges
- 33,5 % ein saniertes

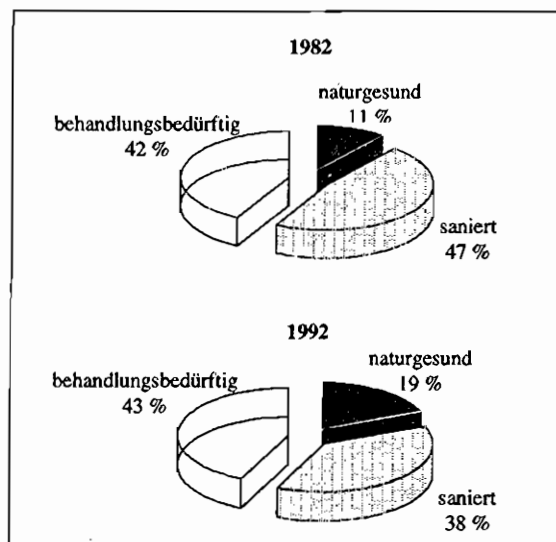
und von 180.168 in *Berlin-Ost* untersuchten Kleinkindern und Schülern (d.h. 86,7 % der entsprechenden Altersgruppe)

- 23,9 % ein naturgesundes
- 41,0 % ein behandlungsbedürftiges
- 35,1 % ein saniertes

Gebiß auf.

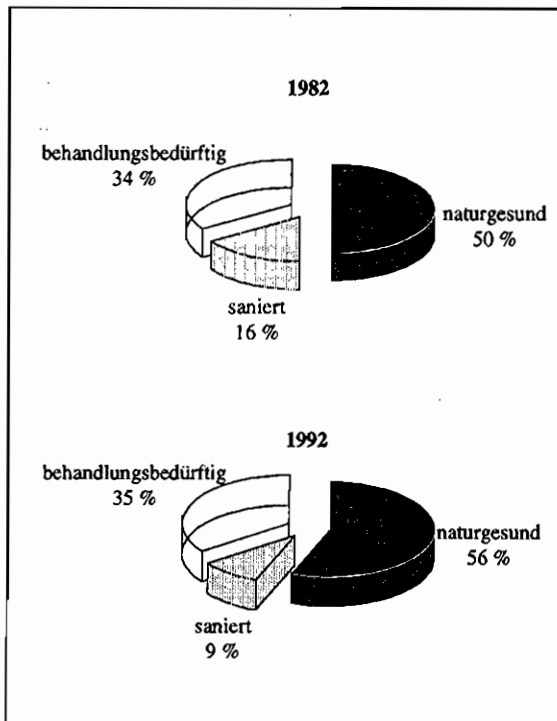
Der Anteil des Zahnstatus „naturgesund“ hat sich im Westteil der Stadt in den letzten zehn Jahren wesentlich verbessert, das Ergebnis einer erfolgreichen Präventionsarbeit (vgl. 3.3.3.6).

**Abbildung 4.4:**  
Festgestellter Zahnstatus durch die Zahnärztlichen Dienste bei Schülern allgemeinbildender Schulen 1982 und 1992 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

**Abbildung 4.5:**  
Festgestellter Zahnstatus durch die Zahnärztlichen Dienste bei Kleinkindern 1982 und 1992 in Berlin-West



(Quelle: SenGes)

Die stomatologische Statistik in Berlin-Ost wurde bis 1989 nach anderen Kriterien und mit anderen Basiswerten geführt. Daher ist eine entsprechende grafische Gegenüberstellung für Berlin-Ost nicht möglich.

Die seit Jahren praktizierte Präventionsarbeit der Zahnärztlichen Dienste erhielt eine entscheidende Unterstützung durch die Neuregelung im SGB V. Mit dem Gesundheitsreformgesetz sind Veränderungen in der zahnärztlichen Versorgung eingeleitet worden. So ist im § 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 Zahn-

ärztlichen 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 (EKI's) ist die LAG sowohl für die Grundprophylaxe als auch für die Wiederholungsprophylaxeübungen verantwortlich.

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, gestützt auf die vier Säulen der Prophylaxe, zur Gesunderhaltung seiner Zähne tun kann:

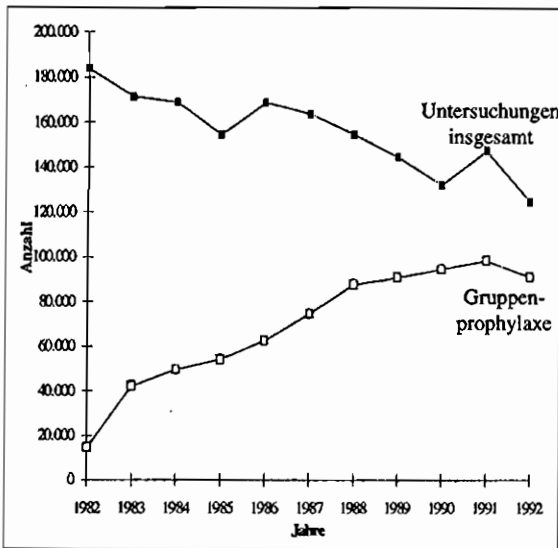
- altersgerechte, optimal durchgeführte Mundhygiene (regelmäßiges Zähneputzen nach jeder Mahlzeit)
- gesunde Ernährung (ausgewogene und möglichst zuckerfreie Ernährung)
- Zahnschmelzhärtung durch zum richtigen Zeitpunkt gesetzte Fluoridierungsmaßnahmen
- regelmäßiger Zahnarztbesuch (halbjährlich).

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. Es werden drei- und vierjährige Kinder mit ihren Eltern eingeladen, um neben der zahnärztlichen Untersuchung das gemeinsame Zähneputzen zu üben bzw. um die Eltern umfassend über die Vorsorgemöglichkeiten zu unterrichten.

1992 nahmen 5.361 Kinder (1991: 6.330) in Berlin-West (12,3 % der 3- und 4jährigen) und 754 Kinder (1991: 643) in Berlin-Ost (2,2 %) an dieser Aktion teil.

**Abbildung 4.6:**  
**Durch die Zahnärztlichen Dienste untersuchten Kleinkinder und Schüler 1982 - 1992 in Berlin-West**



(Quelle: SenGes)

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, daß es um den Gebißzustand *behinderter Patienten* besonders schlecht bestellt ist. Ein hoher Kariesbefall, erschreckend niedrige Sanierungsgrade und eine schlechte Mundhygiene werden immer wieder nachgewiesen (Priv.-Doz. Dr. Ch. Anstötz, Universität Köln, 1992). Die Zahnärztlichen Dienste wiesen deshalb darauf hin, daß eine wesentliche Verbesserung der Situation nicht durch die Intensivierung der kurativen Zahnheilkunde, sondern nur über eine erhebliche Steigerung der Aktivitäten auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prophylaxe realisiert werden kann.

Die Zahnärztlichen Dienste stellten sich die Aufgabe, in 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 1992 in Berlin-West 460 Kleinkinder und 2 Schüler und in Berlin-Ost 223 Kleinkinder in Sondereinrichtungen für Behinderte zahnärztlich betreut. In einem jährlichen Rhythmus werden die Eltern zur zahnärztlichen Untersuchung ihrer behinderten Kinder eingeladen, um gemeinsam mit den Mitarbeitern der Zahnärztlichen Dienste, den Betreuern und Lehrern die Möglichkeiten der zahnmedizinischen Prophylaxe, wie richtige Ernährungs-

lenkung, plaquekontrollierende und -reduzierende Maßnahmen, ausreichende Fluoridzufuhr sowie regelmäßigen Zahnarztbesuch, zu beraten

1992 erhielten in Berlin insgesamt 192.259 Kinder/Schüler gruppenprophylaktische Maßnahmen durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, davon in Berlin-West 91.060 und in Berlin-Ost 101.199 Kinder/Schüler. 1983 wurden im Westteil Berlins 42.146 Kinder und Schüler mit Gruppenprophylaxe betreut, das bedeutet 1992 eine Steigerung von 116,1 %.

Bezüglich der Gruppenprophylaxe liegt der Arbeitsschwerpunkt der Zahnärztlichen Dienste im Kindergartenbereich, bei den Sonderschülern und den Vorklassen sowie in den 1. Klassen der Grundschulen. Darüber hinaus erfolgt ständig die Erweiterung der Arbeit im Grundschulbereich. Legt man die Gruppe mit den Betreuungsschwerpunkten zugrunde,

Kindertagesstättenkinder	107 163	Kinder
Sonderschüler	13 561	Schüler
Vorklassen und 1. Klassen	47 479	Kinder
Betreuungsschwerpunkt-kinder insgesamt	168 203	Kinder/ Schüler

so wird deutlich, daß bei insgesamt in Berlin durchgeführten gruppenprophylaktischen Maßnahmen bei 192.259 Kindern deutlich mehr als in dieser Betreuungsschwerpunktgruppe betreut wurden. Es wurden demnach 24.056 Schüler höherer Grundschulklassen zusätzlich versorgt.

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 25.9.1992 zum zweiten Mal 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 und die Verteilung von Aktionsmaterialien (Poster, Informationsleptorellos, Broschüren, Elternmerkblätter, Buttons, Aufkleber)

Die LAG nutzte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit den „Tag der Zahngesundheit“ zu einem „Unterricht im Freien“ im Berliner Zoo. Das interessante Angebot an Theorie und Praxis mit den Themen „Menschen und ihre Zähne“ sowie zum Vergleich „Tiere und ihre Zähne“ wurde unter dem Aspekt Mundhygiene und Prophylaxe behandelt. Mehr als 1.000 Berliner Kindergarten- und Schulkinder nahmen die Einladung an.

Auch in Zukunft müssen Maßnahmen ergriffen werden, die in den letzten Jahren bei den Kindern und Jugendlichen erreichten Erfolge fortzuführen und durch geeignete präventive Programme für die höheren Altersgruppen zu ergänzen sowie die Gruppe der Patienten mit höherem Kariesrisiko möglichst frühzeitig zu erfassen und bedarfsgerecht zu betreuen. Für Berlin ist mittelfristig insbesondere eine Verbesserung des Mundgesundheitszustandes der Jugendlichen vordringlich. Nur durch eine effiziente, bedarfsgerechte und flächendeckende präventive Betreuung kann bis zum Jahr 2000 eine 50 %ige Kariesfreiheit bei den 5- bis 6jährigen sowie ein von der WHO für Europa geforderter durchschnittlicher DMF-T-Index von 2,0 bei den 12jährigen erreicht werden.

#### 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 in öffentlichen Terminen durch. Dabei geht es vor allem um das Schließen sogenannter

„Impflücken“. Impfungen werden grundsätzlich auf freiwilliger Basis durchgeführt; niemand kann zu einer Impfung gezwungen werden.

Der sogenannten „Impfmüdigkeit“ wird mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit entgegengewirkt. Ziel ist es, den Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung auf hohem Niveau zu halten bzw. ein solches Niveau zu erreichen.

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 Bundesgesundheitsamters (STIKO) veröffentlichter und laufend aktualisierter Impfkalendar enthält wissenschaftliche Empfehlungen, die von allen Bundesländern übernommen werden.

Insbesondere die Aufnahme der Impfungen gegen *Hämophilus influenzae b*-Infektionen, die Ursache bei einem erheblichen Anteil von Hirnhautentzündungen waren, sowie die Erweiterung der Impfung gegen Keuchhusten, der zur Zeit noch viele Kinder befällt, sind hervorzuheben. Die Schutzimpfungen gegen Röteln bleiben ein wichtiger Bestandteil, denn in der Bundesrepublik werden jährlich etwa 300 schwer geschädigte Kinder geboren, deren Mütter in der Schwangerschaft an Röteln erkrank-

**Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO)**  
**- Stand: September 1993 -**  
**Impfkalender für Kinder und Jugendliche**

LEBENSALTER	IMPfung GEGEN	PERSONENKREIS
ab 3. Lebensmonat	<b>Diphtherie-Pertussis-Tetanus</b> 3 x im Abstand von 4 Wochen	alle Säuglinge und Kleinkinder (bei bestehenden himorganischen Störungen s. Anmerkung 1)
	<b>Haemophilus influenzae Typ b</b> 2 Impfungen im Abstand von mindestens 6 Wochen oder simultan mit der 1. und 3. DPT-Impfung (kontralaterale Injektion) oder 3 Impfungen mit kombiniertem DPT-Hib-Impfstoff im Abstand von 4 Wochen	alle Säuglinge und Kleinkinder
	<b>Poliomyelitis</b> - 2 x trivalente Schluckimpfung im Abstand von mindestens 6 Wochen, mit der 1. und 3. DPT-Impfung oder Teilnahme an Impfkationen der Gesundheitsämter im folgenden Winter (November/Januar)	alle Säuglinge und Kleinkinder (bei Immundefizienz des Impflings oder enger Kontaktpersonen s. Anmerkung 2)
2. Lebensjahr	<b>Diphtherie-Pertussis-Tetanus - 4. Impfung</b> (Abschluß der Grundimmunisierung)	alle Kleinkinder und Kinder
	<b>Haemophilus influenzae Typ b</b> 3. Impfung, ggf. simultan mit der 4. DPT-Impfung oder 4. Impfung mit kombiniertem DPT-Hib-Impfstoff 3)	
	<b>Poliomyelitis - 3. trivalente Schluckimpfung</b> (Abschluß der Grundimmunisierung)	
nicht vor dem 15. Lebensmonat	<b>Masern, Mumps und Röteln</b> (Kombinationsimpfstoff) - 1. Impfung	
ab 6. Lebensjahr	<b>Masern, Mumps und Röteln</b> (Kombinationsimpfstoff) - 2. Impfung	alle Kinder
	<b>Tetanus-Diphtherie</b> (Auffrischimpfung), zweckmäßigerweise mit Id-Impfstoff 4)	
ab 10. Lebensjahr	<b>Poliomyelitis</b> (Wiederimpfung mit trivalentem Schluckimpfstoff)	alle Kinder
11 - 15. Lebensjahr	<b>Röteln</b>	alle Mädchen auch wenn im Kindesalter bereits gegen Röteln geimpft
	<b>Tetanus-Diphtherie</b> (Auffrischimpfung), zweckmäßigerweise mit Id-Impfstoff 4)	alle Kinder und Jugendlichen

1) Bei Kindern mit progressiven neurologischen Erkrankungen Krampfleiden neurologischen Erkrankungen, die besonders häufig mit Krampfanfällen einhergehen, sollte anstelle der DPT-Impfung die DT-Impfung erwogen werden (zwei Impfungen im Abstand von mindestens sechs Wochen und eine dritte Impfung im zweiten Lebensjahr) da eine Verschlechterung des Leides oder

Krampfanfälle der Impfung angelastet werden könnten. Andererseits sind diese Kinder durch Keuchhusten sehr gefährdet. Vom impfenden Arzt ist eine sorgfältige Risikoabwägung vorzunehmen. Es besteht auch die Möglichkeit den Beginn der Pertussis-Impfung auf das zweite Lebensjahr zu verschieben, bis über Art und Verlauf der Erkrankung mehr bekannt ist. Krampfanfälle in der Familie und Fieberkrämpfe sind keine Kontraindikationen gegen eine DPT-Impfung. Da fieberhafte Reaktionen einen Krampfanfall provozieren können, ist bei Kindern mit Krampfneigung von der Gabe von Antipyretika Gebrauch zu machen: z. B. zum Zeitpunkt der Impfung und jeweils vier und acht Stunden nach der Impfung.

- 2) Anstelle von oralem Polioimpfstoff ist inaktivierter Impfstoff indiziert bei:
  - der Impfung von Kindern und anderen Personen mit Immundefizienz (angeborenen; infolge Leukose, Lymphom, generalisierter Tumoren; infolge systemischer immunsuppressiver Therapie, infolge symptomatischer HIV-Infektion),
  - der Impfung asymptomatisch HIV-Infizierter,
  - der Impfung von Personen, die mit an Immundefizienz leidenden oder HIV-infizierten Personen zusammenleben.
- 3) Die Wiederimpfung im zweiten Lebensjahr kann, unabhängig von dem bei der Impfung im ersten Lebensjahr verwendeten Impfstoff, mit jedem zugelassenen Hib-Impfstoff oder DPT-Hib-Kombinationsimpfstoff durchgeführt werden.
- 4) Tetanus-Diphtherietoxoidimpfstoff für Erwachsene mit gegenüber dem DPT- oder DT-Impfstoff für die Grundimmunisierung der Kinder verringertem Di-Toxoidgehalt

ten. Auf etwa 2 000 Geburten pro Jahr kommt ein rötelngeschädigtes Kind. Diese Schäden bei Neugeborenen können mit dem Impfprogramm, das möglichst viele Mädchen ab elf Jahren erneut erreicht, vermieden werden.

Besonders aufmerksam beobachtet werden muß zur Zeit die Ausbreitung von Diphtherie. Das Risiko, an Diphtherie zu erkranken, steigt auch in Deutschland. Eine Impfung ist nach wie vor der wirksamste Schutz. Über 90 % der Kinder in Deutschland sind gegen Diphtherie geimpft. Von den Erwachsenen haben jedoch - abhängig von Alter, Geschlecht und Wohnort - zwischen 30 und 70 % keinen ausreichenden Impfschutz. Ein wirksamer Schutz vor Epidemien ist aber erst möglich, wenn wenigstens 75 % aller Bürger geimpft sind. Bei Erwachsenen ist alle zehn Jahre eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie erforderlich - sinnvollerweise in Kombination mit der Tetanusimmunisierung.

Reisen in Länder mit Diphtherierisiko oder Kontakt zu Besuchern und Urlaubsrückkehrern von dort können ein Ansteckungsrisiko darstellen. Diphtherie-Risikogebiete nehmen weltweit zu.

Diphtherieepidemien treten erfahrungsgemäß in Zyklen von circa 35 Jahren auf. Auch aufgrund dieser Tatsache erwarten Epidemiologen, daß es in Deutschland wieder häufiger Diphtherieerkrankungen geben könnte. Erste „Importfälle“ sind bereits aufgetreten.

#### 4.1.6 Beratungen für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie

Die überbezirklich tätige Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie besteht seit 1963 und hat ihren Sitz in Berlin-Charlottenburg. Durch Senatsbeschluß vom 13. 10. 1992 wurde die Beratungsstelle nicht zuletzt wegen ihrer langen überregionalen Funktion „Landesberatungsstelle“ (LB Gift), eine nachgeordnete Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Bereich Umweltmedizin.

Die Zahl der Beratungen hat sich seit 1980 nahezu verdoppelt. Im Jahr 1993 wurde mit 53 206 telefonischen Beratungen (1 609 mehr als im Vorjahr) eine hohe Arbeitsauslastung erreicht. Auch die überregionale Arbeit der Beratungsstelle aufgrund ihres Schwerpunktes der Vergiftungen im Kindessalter hat sich weiter erhöht.

Auch Laien - und hier insbesondere Eltern von betroffenen Kindern - können die Beratungsstelle direkt anrufen. Neben der akuten und richtigen Soforthilfe am Unfallort hat dies weitreichende Konsequenzen für eine sich anschließende gezielte Therapie bei Vergiftungen und akzidentellen Ingestionen.

Die länderübergreifende Bedeutung der Beratungsstelle hat sich in den letzten Jahren weiter verstärkt. Etwa 90 % aller Anfragen kommen aus anderen



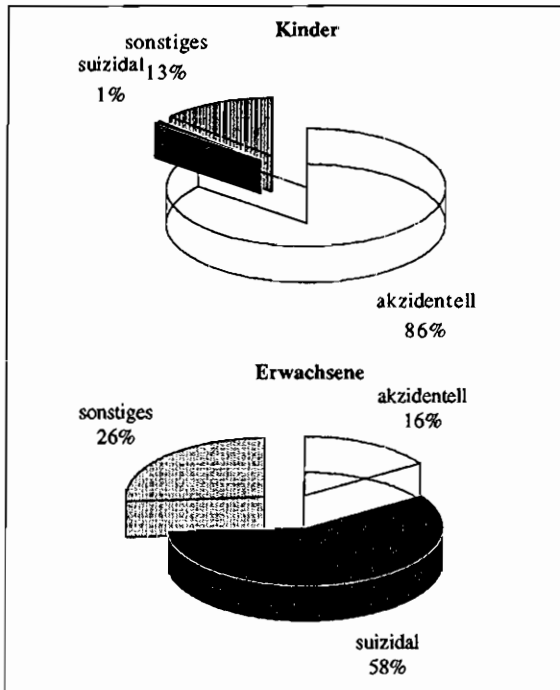
Ländern der Bundesrepublik Deutschland, überwiegend aus den alten Bundesländern, jedoch auch zunehmend aus dem Gebiet der früheren DDR. Anfragen aus dem Ausland kamen zumeist aus europäischen Giftnotrufzentralen. Mit der Errichtung des gemeinsamen europäischen Binnenmarktes im Januar 1993 dürfte dies weiter an Bedeutung gewinnen.

Jede zweite Anfrage (49,9 %) kam 1993 aus Krakenhäusern, gefolgt von Angehörigen Betroffener mit (35,5 %).

Die meisten Anfragen (72 %) bezogen sich auf die Patientengruppe der Kinder bis unter 15 Jahren.

Die Arten und Möglichkeiten von Vergiftungen sind stark abhängig vom Lebensalter. Während es sich bei den 38.178 Anfragen zu möglichen Intoxikationen im Kindesalter überwiegend (86 % der Fälle) um akzidentelle Ingestionen handelte, waren es bei den 15.028 Anfragen im Erwachsenenalter in der Mehrzahl Suizidversuche (58 % der Fälle), die Anlaß zu einer Anfrage gaben.

**Abbildung 4.7:**  
Grund der Anrufe in der LBGift bei Vergiftungen von Kindern und Erwachsenen 1993 1)



1) Kinder = 38.178 Anfragen,  
Erwachsene = 15.028 Anfragen

(Quelle: LBGift)

### Akzidentelle Ingestionen im Kindesalter

Die besondere Gefährdung von Kleinkindern ergibt sich aus ihrer normalen motorischen Entwicklung. Demnach ist es auch nicht verwunderlich, daß diese Altersgruppe (1 bis 4 Jahre) für Vergiftungsunfälle besonders prädisponiert ist.

Der seit Anfang der neunziger Jahre anhaltende Trend des Verdrängens von Medikamentenvergiftungen zu Lasten von Vergiftungen durch Haushaltsprodukte und Chemikalien (sogenannte „Publikumsmittel“) zeigte sich auch 1993.

Von den 32.630 Anfragen zu akzidentellen Ingestionen bei Kindern bezogen sich etwa 12.000 auf Publikumsmittel, 10.000 auf Medikamenteneinnahme und ca. 4.500 auf Einnahme von Pflanzen.

Bei einer Aufschlüsselung der Publikumsmittel waren es vor allem tensidhaltige Mittel (24,5 %), die eine Vergiftung herbeigeführt haben.

Hervorzuheben ist der Anteil (16,3 %) besonders gefährlicher Mittel (weil ätzend oder resorptiv wirkend) wie Petroleum, Lampenöle, Benzin, Nitroverdüner, Nagellackentferner, Knopfzellen oder Geschirrspülmaschinenreiniger.

Geänderte Verbrauchergewohnheiten führen neuerdings unmittelbar zu neuen Vergiftungsrisiken für Säuglinge und Kleinkinder. Im Jahr 1993 gingen allein 894 Anfragen zu versehentlicher Einnahme von ätherischen Ölen (enthalten in Duftölen, Erkältungspräparaten und in Fläschchen für die Aromatherapie) ein. Dem Laien ist das besondere Vergiftungsrisiko durch diese als natürlich geltenden Pflanzendestillate häufig nicht bekannt, dabei können nach Einnahme solcher Mittel Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle und Bewußtlosigkeit auftreten. Insbesondere bei Säuglingen kann es durch starke Schleimhautreizung zu einem reflektorischen Atemstillstand kommen.

### Suizidale Vergiftungen

Es handelt sich hier in allen Fällen um Suizidversuche, bei denen der behandelnde Arzt das Giftnotrufzentrum zu toxikologischen und pharmakologischen Fragen um Mithilfe bittet.

Die Zahl der Anfragen ist in den letzten Jahren weiter angestiegen und erreichte mit 9.421 Anfragen 1993 den bisher höchsten Stand.

Bezüglich der Altersverteilung der Suizidversuche lag das Maximum bei den 20- bis unter 30jährigen, gefolgt von den 10- bis unter 20jährigen. Mit Besorgnis wurde ein Trend von Suizidversuchen zu immer jüngerem Lebensalter festgestellt (vgl. auch Kapitel 3, Abschnitt 3.3 - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen -).

Daß es sich bei vielen Fällen um „appelative“ Suizidversuche handelt, zeigt die Wahl der eingenommenen Substanzen. In über 90 % sind es Medikamente, die eingenommen werden. Die Wahl der Medikamente zeigt, daß es sich bei einem Drittel um Psychopharmaka (z.B. Benzodiazepine, Antidepressiva, sedierende Antihistaminika) handelt. Hervorzuheben ist der steigende Anteil des Paracetamol (rezeptfrei in Apotheken erhältlich), das immer häufiger als Suizidmittel genommen wird. Nach Einnahme von größeren Mengen dieser Substanz kann es zu irreparablen Leberschäden kommen. In Großbritannien stellt das durch Paracetamolvergiftung entstandene Leberversagen inzwischen die häufigste Indikation für die akute Lebertransplantation.

### Embryonaltoxikologie

Die Abteilung Embryonaltoxikologie berät Anfragen zum Risiko von Medikamenten, Drogen und Schadstoffen in der Schwangerschaft.

Die Zahl der Anfragen hat sich seit 1988 fast verdreifacht (1988: etwa 700 Anfragen, 1993: 2 200 Anfragen).

Die meisten Anfragen kommen von Medizinern:

- Gynäkologen	26 %
- Genetiker	20 %
- andere Mediziner	14 %
- Kliniken	18 %
- Laien	28 %

In etwa 60 % lag die Exposition (in der Schwangerschaft) vor dem Zeitpunkt der Anfrage (retrospektiv). Nahezu 25 % betrafen die Stillzeit, 14 % waren Therapieempfehlungen in der Schwangerschaft (Therapieplan). Die Ätiologie entwicklungsgestörter Kinder war nur in 3 % Gegenstand einer Beratung. Eine paternale Exposition lag bei 1 % vor.

### 4.1.7 Desinfektion und Entwesung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen sind ein wesentlicher Teil des Gesundheitsschutzes. Neben Schutzimpfungen tragen sie dazu bei, die Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhüten oder einzuschränken. Rechtliche Grundlage hierfür bietet das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Bundes-Seuchengesetz). Die Gesundheitsaufseher und Desinfektoren der Bezirksämter (Abteilung Gesundheit und Umweltschutz) beraten und ermitteln, planen und ergreifen Maßnahmen bei Infektionskrankheiten sowie bei gesundheitlich bedenklichem Schädlingsbefall.

Insgesamt wirken die Desinfektoren auf folgenden Gebieten:

- Desinfektion von Räumen und Gegenständen nach Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten mittels zugelassener chemischer und physikalischer Verfahren (entsprechend der Liste des Bundesgesundheitsamtes)
- Entwesung beispielsweise von Kleidungsstücken bei Filz-, Kopflaus- oder Kleiderlausbefall (Listung der Verfahren und Mittel durch die Biologische Bundesanstalt)
- Kontrolle der behördlich angeordneten Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen
- Kontrolle von Sterilisationsapparaten in bestimmten Einrichtungen, wie z.B. Fürsorgestellen

Für die Desinfektion und Entwesung von Effekten standen bis zum 31.12.1993 dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Desinfektionsanlagen in Neukölln, Schöneberg und Wedding zur Verfügung. Die Neuköllner Desinfektionsanlage wurde zum Jahresende 1993 geschlossen, so daß derzeit zwei Anstalten zur Verfügung stehen. Mittelfristig soll es nur noch eine zentrale Einrichtung in Schöneberg geben, die nach Umbau und Erweiterung auch die bisher nur in Wedding durchführbaren Fahrzeugdesinfektionsmaßnahmen übernehmen wird.

### 4.1.8 Landesinstitut für Sportmedizin Berlin (LISport)

Das Landesinstitut für Sportmedizin Berlin, gegründet zum Januar 1993, kann erstmalig auf ein volles Jahr seiner Tätigkeit zurückblicken und über seine Leistungen in statistischer Form Auskunft geben. Die volle Kapazität an Untersuchungen konnte in der Aufbauphase des Landesinstituts, in der die bezirklichen Beratungsstellen erst eingerichtet werden mußten und die Zentrale auf dem Gelände des Oskar-Helene-Heims noch nicht bezugsfertig war, noch nicht erreicht werden. Dies drückt sich in einem Anstieg der Betreuzahlen vom Januar bis April 1993 aus.

Im Jahre 1993 wurden insgesamt 17.093 Breiten- und 4.285 Leistungssportler untersucht. Von den jahreszeitlichen Schwankungen abgesehen (verminderte Nachfrage im Urlaubsmonat Juli und in den Wintermonaten) wurde das Institut bereits in der Anlaufphase recht gut von der sportmotivierten Bevölkerung angenommen, indem durchschnittlich etwa 1.500 Untersuchungs-, Beratungs- und Betreuungswünschen nachzukommen war. Die Betreuung von Leistungssportlern lag - auf das Leistungsvermögen des LISport bezogen - auswegener bei ca. 350 bis 400 Vornahmen im Monat.

Bei der Altersverteilung der untersuchten Personen stellen erwartungsgemäß die jungen Sportler den Hauptanteil, besonders die 11- bis 20jährigen Leistungssportler und die zum Teil noch jüngeren Vereinssportler, die die Leistungen des Instituts vor Wettkämpfen oder zur Erlangung des Sportlerpasses in Anspruch nehmen.

Eine besonders wichtige Zielgruppe des LISport sind jedoch auch die Behindertensportler, z.B. die Sporttreibenden mit orthopädischer, neurologischer oder internistischer Vorschädigung (auch Rollstuhlsportler, Patienten nach Herzinfarkt oder Bewegungsgestörte nach Schlaganfällen), die eine ihnen angemessene sportliche Betätigung zur Rehabilitation oder zur allgemeinen Förderung des körperlich-geistigen Wohlbefindens suchen. Sie erhalten fachgerechte Beratung über die verbliebene Leistungsfähigkeit und Hilfe bei der Wahl der therapeutisch wirksamsten Sportart durch die Sportärzte. Dieses Potential wird in den nächsten Jahren sicher noch stark ansteigen, da der Sport in der modernen Medizin vermehrt zur Therapie eingesetzt wird. Zudem liegt hier das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsuntersuchung und die Ermittlung der individuellen Leistungsfähigkeit verhilft zur Entscheidung, ob der Sportler gesund genug ist, um aus dem Sport Gewinn für seine Gesundheit zu ziehen. Dies ist die wichtigste Tätigkeit des LISport (Abteilung Breitensport).

Gerade die, denen Sport nur eingeschränkt oder nicht zu empfehlen ist, profitieren durch die Vermeidung einer Schädigung durch falsche sportliche Betätigung am meisten von der Arbeit des LISport (13 % der Befunde). Bei Sportgesunden gewährleisten die Beratungen die Sicherheit des Sportlers. Eine gezielte Beratung derer, die Auffälligkeiten und Einschränkungen zeigen, und die umfassende sportärztliche Leistungsbeurteilung, evtl. nach wiederholten Messungen, ermöglichen eine Therapiesteuerung. Die geräte- und labortechnische Ausrüstung und die Fachkräfte und kompetenten Ärzte im LISport versetzen jeden Bürger in die Lage, die gewünschte medizinische Beratung und Betreuung zu erhalten. Zur Messung und Gewichtung seines Leistungsvermögens kann sich jeder nach Terminabsprache an die Zentrale oder die bezirklichen Beratungsstellen wenden.

### 4.1.9 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle 4 1:  
Gesundheitsrisikogruppen in der Berliner Bevölkerung

Tabelle 4 2:  
Zugänge, Untersuchungen, Beratungen im SMD 1992 und 1993 in Berlin

Tabelle 4 3:  
Zugänge, Untersuchungen, Beratungen im SMD 1993 in Berlin nach Bezirken

Tabelle A 4 1:  
Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1992 in Berlin nach Bereichen

Tabelle A 4 2:  
Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1993 in Berlin nach Bereichen

**Tabelle A 4.3:**

Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen 1992 in Berlin

**Tabelle A 4.4:**

Beratungen nach § 218 b Abs. 1 StGB 1992 in Berlin-West nach Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand der Beratenen und Abbruchgründen

**Tabelle A 4.5:**

Jugendgesundheitsdienst (JGD) -Beratungsstelle für Risikokinder - 1993 in Berlin - erstvorgestellte Säuglinge und Kleinkinder nach überweisender Stelle -

**Tabelle A 4.6:**

Jugendgesundheitsdienst - Beratungsstelle für Risikokinder - 1993 in Berlin - im Berichtsjahr betreute, erst- und wiedervorgestellte Säuglinge und Kleinkinder -

**Tabelle A 4.7:**

Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1993 in Berlin - Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -

**Tabelle A 4.8:**

Leistungen des Jugendgesundheitsdienstes - Schüler - 1993 nach Bezirken

**Tabelle A 4.9:**

Durch die Zahnärztlichen Dienste erfaßte Kleinkinder und Schüler 1982 - 1992 in Berlin-West

**Tabelle A 4.10:**

Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten durch die Gesundheitsämter von Berlin 1992

**Tabelle A 4.11:**

Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter von Berlin 1992

**Tabelle A 4.12:**

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U 3 - U 9, Krebsfrüherkennungs- und Gesundenuntersuchung (Gesundheits-Check-up) in Berlin

## 4.2 Gesundheitsförderung

Das Thema Gesundheitsförderung konnte - zumindest in Fachkreisen - innerhalb weniger Jahre einen stetig wachsenden Stellenwert erobern. Eine wahre Papierflut in Form von Projekt-, Tagungs- und Forschungsberichten sowie Empfehlungen gesundheitspolitischer Organisationen und Institutionen ist seitdem zu verzeichnen

Kooperation, Koordination und Vernetzung sind die darin wohl am häufigsten verwendeten und auch durchaus einleuchtenden Begriffe, deren Umsetzung in die Praxis jedoch meist weniger weit fortgeschritten ist als derart beschworen.

Die Aufgabe der in der Senatsverwaltung für Gesundheit - Abteilung II - eingerichteten „Koordinationsstelle Gesundheitsförderung“ besteht darin, diesen - in Zeiten begrenzter finanzieller Ressourcen offenbar besonders diffizilen - Prozeß zu erleichtern und auch auf der staatlichen Ebene konstruktiv voranzubringen. Sie ist dementsprechend als Instanz zu verstehen, die

- Informationen zum Thema Gesundheitsförderung bündelt und weiterleitet
- als Anlaufstelle für Fragestellungen der Gesundheitsförderung zur Verfügung steht
- den Kooperationsprozeß „Gesundheitsförderung“ vor allem mit anderen Senatsverwaltungen und staatlichen Einrichtungen unterstützt und
- in Berlin zur Verbreitung gesundheitsfördernder Initiativen beitragen kann

Die Koordinationsstelle gibt ein ca. zwei- bis dreimal pro Jahr erscheinendes „Mitteilungsblatt Gesundheitsförderung“ mit aktuellen Informationen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst heraus.

### 4.2.1 Gesundheitsförderung und Aids-Projekte

#### Programm „Aids-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen in Berlin“

Grundlagen für die Ausprägung gesundheitsförderlicher oder beeinträchtigender Einstellungen und Verhaltensweisen von Erwachsenen entstehen bereits im Kindes- und Jugendalter (vgl. Schwerpunktthema: Kapitel 3 - Abschnitt 3.3)

Im familiären Zusammenhang und in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen sich entwickelnde Lebensstile beeinflussen in erheblichem Maße auch Einstellungen von Individuen und Gruppen zu gesundheitlichen Belangen. Eine weitere wesentliche Rolle spielen dabei die gesellschaftlichen und Umweltbedingungen. Ihnen ist daher bei der Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen eine angemessene Berücksichtigung einzuräumen.

Das seit Februar 1992 existierende Programm „Aids-Prävention und Gesundheitsförderung für junge Menschen in Berlin“ konzentriert sein Angebot vorrangig auf diejenigen Gruppen junger Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen bislang eher vernachlässigt worden sind und bei denen ein besonders ausgeprägter präventiver Bedarf zu verzeichnen ist.

Als zumindest in Deutschland noch ganz in den Kinderschuhen steckenden, international aber erfolgversprechenden präventiven Ansatz wird das Programm in diesem Kontext verstärkt Gleichaltrigen-Modelle (peer-involvement) erproben, die auch wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden sollen.

Insgesamt hat sich bislang gezeigt, daß das Programm, das derzeit seinen Themenschwerpunkt noch bei Sexualität und Partnerschaft setzt, von Berliner Jugendlichen und Multiplikatoren im Jugendbereich aktiv in Anspruch genommen wird. Dabei hat sich besonders der ressortübergreifende Charakter des Programms (Beteiligung der Senatsverwaltungen für Gesundheit, für Jugend und Familie, für Schule, Berufsbildung und Sport sowie Pro Familia) als Vorteil erwiesen. Er führte u. a. dazu, daß 1993 eine gemeinsame Berliner Fachtagung zur Aids-Prävention durchgeführt wurde und unterschiedliche Angebote in dieser Stadt besser aufeinander abgestimmt werden konnten.

### **Finanzierung von gesundheitlichen Aids-Projekten in freier Trägerschaft**

Die Zuwendungsfinanzierung von Aids-Projekten wurde maßgeblich geprägt durch den erfolgreichen Abschluß eines öffentlich-rechtlichen Vertrages (Zuwendungsvertrag) zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und dem Landesverband der Berliner Aids-Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS) für die Haushaltsjahre 1994 -1996.

Der Vertrag regelt die eigenverantwortliche Vergabe der Zuwendungsmittel durch den LaBAS e.V. in den Handlungsformen des öffentlichen Rechts.

Durch die vertragliche Festlegung der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von rund 6 Mio. DM bleibt dieser Bereich somit in dem genannten Zeitraum von Einsparungen unberührt, die angesichts der dramatischen Haushaltssituation des Landes Berlin in anderen Bereichen zu erwarten sind. Der dadurch mittelfristig gesicherte Etat ermöglicht nunmehr eine effizientere Strukturplanung

Zu diesem Zweck wurde ein Kooperationsgremium eingerichtet, welchem Vertreter der Senatsverwaltung, des Landesverbandes sowie externe Fachleute angehören. Das regelmäßig tagende Kooperationsgremium berät den Landesverband in der Wahrnehmung seiner Aufgaben

### **4.2.2 Gesundheitliche Versorgung von i.v. Drogenabhängigen**

Durch das erhöhte Risiko, sich mit HIV vor allem durch unsterile Spritzen zu infizieren, waren Drogenabhängige bereits verstärkt Mitte der 80er Jahre in das Blickfeld der Gesundheitspolitik gerückt. Vor diesem Hintergrund öffnete sich die Drogenhilfe auch gesundheitlichen Problemen und vereinzelt begannen Mediziner, sich gezielt um die Gesunderhaltung des Patienten während seiner „Drogenkarriere“ zu kümmern (harm-reduction)

1993 wurde modellhaft ein „Gesundheitsmobil“ in Trägerschaft von Fixpunkt e.V. eingerichtet, mit dem Drogenabhängige vor Ort erreicht werden können. Ein Team von Ärzten und eine Krankenschwester leisten basismedizinische Hilfen und vermitteln bei Bedarf in stationäre Behandlung. Daß

diese Art der Hilfe notwendig und sinnvoll ist, zeigt die Inanspruchnahme und das im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung festgestellte Ausmaß der Erkrankungen, die unbehandelt blieben, weil das allgemeine medizinische Betreuungssystem nur bedingt greift.

Eingebettet in niedrigschwellige Drogenprojekte mit Café-Charakter bietet der Drogennotdienst ein weiteres ergänzendes medizinisches Angebot, welches 1993 aus Bundes- bzw. Landesmitteln finanziert wurde. Darüber hinaus sind verschiedene Beratungsstellen der Gesundheitsämter - insbesondere in den Bezirken mit Drogenschwerpunkten wie Schöneberg, Tiergarten oder Charlottenburg - in der gesundheitlichen Versorgung sehr aktiv.

### **4.2.3 Beratungen über sexuell übertragbare Krankheiten (sexually transmitted diseases - STD) - Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten -**

#### **Umstrukturierung**

Künftig werden die bestehenden bezirklichen Aids-Beratungsstellen mit den Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten zu sechs regionalen Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Aids mit einer vorgesehenen Personalausstattung von je 9 Mitarbeitern/-innen vereint

Bedingt durch den mit der Umstrukturierung verbundenen Personalabbau von 86 auf 54 Mitarbeiter/-innen wird es zu einer Reduzierung von Aufgaben bzw. von deren Wahrnehmung kommen

Ausgehend von der Strukturveränderung ist mit einer Verschiebung der Angebotskapazität der Beratungsstellen Geschlechtskrankheiten zugunsten der Aids-Beratung und -Prävention zu rechnen. Die bezirksübergreifende Wahrnehmung der Beratungsaufgaben kann durch effizienten Einsatz vorhandener Ressourcen, die Kooperation zwischen den Bezirken der einzelnen Regionen und gezielte Vernetzung mit anderen Fachabteilungen und Institutionen optimiert werden

Es ist geplant, nach 1 1/2-jähriger Anlaufzeit eine Auswertung der neuen Struktur und ihrer Nutzung vorzunehmen

## Bericht der Beratungsstellen

Auf der Grundlage des „Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ sind in Berlin *sechs überbezirkliche* Beratungsstellen tätig: Wedding, Prenzlauer Berg, Schöneberg, Kreuzberg, Charlottenburg und Lichtenberg; beispielsweise ist die Beratungsstelle Schöneberg auch für die Bezirke Steglitz, Wilmersdorf und Zehlendorf zuständig

Die Arbeit der Beratungsstellen umfaßt medizinische - auch gynäkologische - Untersuchungen und Behandlungen sowie die im o.g. Gesetz erwähnte „Beratung geschlechtskranker Personen“ und die „fürsorgerische Betreuung“. Das Angebot wird ergänzt durch intensive sozialarbeiterische Tätigkeiten bis hin zur Ausstiegshilfe für Prostituierte. Für ausländische Patienten/-innen, die in zunehmendem Maße aus dem osteuropäischen und südasiatischen Raum kommen, stehen Sprachmittler/-innen zur Verfügung, die in vielen Fällen eine Beratung erst ermöglichen.

Die Klientel der Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - sind hauptsächlich Personen aus den sogenannten „Randgruppen“, die sich aufgrund ihrer schwierigen Lebenssituation für die Arbeit in der Prostitution entschieden haben. Um diese sogenannten „Randgruppen“ zu erreichen, war es nötig, die bisherige „Komm“-Struktur des ÖGD aufzubrechen und als Gesundheitsamt vor Ort zu erscheinen. So steht beispielsweise ein Info- und Beratungsbus der Beratungsstelle Charlottenburg am Bahnhof Zoo. 1992 verteilte sich hier der Zugang wie folgt: Rd. 240 Männer und rd. 100 Frauen ließen sich hier beraten.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil des präventiven Handelns. Es werden von den Beratungsstellen eine Reihe von Veranstaltungen durchgeführt, die sich insbesondere an Risikogruppen aber auch an die allgemeine Öffentlichkeit richten (z.B. Aufklärungsarbeit an den Schulen, Standaktionen, Info-Bus, Radiosendungen etc.). Damit tritt auch das klassische seuchenhygienische Handeln zugunsten der Präventionsarbeit, die u.a. eine gezielte Aufklärung der Bevölkerung im Blick hat, mehr und mehr in den Hintergrund. Prävention gilt als die Möglichkeit sexuell übertragbare Erkrankungen zu verhindern; sie soll daher an Priorität vor allen anderen Maßnahmen gewinnen. Hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit wurden von den Beratungsstellen 452 Veranstaltungen durchgeführt, an denen ca. 6.600 Personen teilnahmen.

Insgesamt wurden 591 Neuerkrankungen an meldepflichtigen Erkrankungen (nach § 4 des o.g. Gesetzes) erfaßt. Dabei handelt es sich um erstmaliges Auftreten bzw. Wiedererkrankung nach Neuinfektion.

Darüber hinaus wurden insgesamt 1.201 Chlamydien-, 275 Urea-Mycoplasmen- und 232 Trichomonaden-Infektionen der Geschlechtsorgane gemeldet, die zwar nach dem „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ nicht meldepflichtig sind, dennoch differentialdiagnostisch eine große Rolle spielen.

1992 fanden 3.730 Personen Neuzugang zu den Beratungsstellen und wurden betreut. Davon befanden sich 1.833 Patienten/-innen (311 Männer und 1.522 Frauen) nach § 4 des genannten Gesetzes in Gesundheitsüberwachung. Unter den 1.897 Betreuten, die nicht unter § 4 des Gesetzes fielen, befanden sich 1.237 Männer und 660 Frauen.

1992 wurden insgesamt 12.301 Personen (3.121 Männer und 9.180 Frauen) untersucht und beraten. In 3.185 Fällen (920 Männer und 2.265 Frauen) erfolgte nur eine ärztliche Beratung, d.h. es wurden Einzelgespräche in bezug auf sexuell übertragbare Erkrankungen geführt ohne gleichzeitige Untersuchung bzw. Behandlung. Der Personendurchgang im ärztlichen Dienst erfaßte demnach 15.479 Personen.

In 592 Fällen wurde von den Beratungsstellen die Empfehlung ausgesprochen, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen.

Im Rahmen der Inanspruchnahme von sozialpädagogischen Leistungen wurden 19.908 Beratungen im Innendienst und 1.902 Besuche und Beratungen im Außendienst erbracht.

Die Sozialarbeiter/-innen hatten insgesamt 669 Einsätze, dabei besuchten sie 467 Lokale, 1.389 Straßen und Plätze sowie 1.027 andere Einrichtungen, wie z.B. Massagesalons o.ä.

### 4.2.4 Inanspruchnahme von Beratungen für Behinderte

In allen 23 Bezirken Berlins befinden sich Beratungsstellen für Behinderte, deren Aufgabe es ist, die Behinderten über gesetzliche Ansprüche, über vorhandene Hilfsangebote der Abteilung Gesundheitswesen und anderer behördlicher Dienststellen

sowie sonstiger mit der Rehabilitation beauftragter Stellen 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. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen (Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und Erzieher) helfen mit bei der Unterbringung in Einrichtungen, bei der Antragstellung auf bestimmte Hilfeleistungen, unterstützen die Patienten bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten und bieten selbst Therapien an (Turnen nach Bobath, Schwimmen, Reiten, Beschäftigungstherapien).

Erstmalig ist im Berichtsjahr 1992 eine zusammenfassende einheitliche Berichterstattung der Krankenkassenbewegungen und Leistungen der Beratungsstellen für Behinderte in ganz Berlin möglich.

In den Beratungsstellen wurden 1992 41.084 Behinderte beraten und betreut, darunter befanden sich 7.059 Personen, die 1992 erstmalig eine der Beratungsstellen aufsuchten. Darüber hinaus gab es im Berichtsjahr 1992 14.338 Überwachungsfälle,

d.h. 34,9 % betreute Personen werden in Abständen nach vorheriger Vereinbarung auf die Entwicklung der Behinderung hin untersucht. Insgesamt gesehen, gehören die betreuten Behinderten überwiegend den mittleren bzw. den höheren Altersgruppen an, während die Überwachungsfälle fast ausschließlich Kinder und Jugendliche waren.

Folgende Beratungsstellen sind in Berlin all- bzw. überbezirklich tätig:

- Beratungsstelle für Sprachbehinderte Reinickendorf (überbezirklich)
- Beratungsstelle für Hörbehinderte Neukölln (überbezirklich)
- Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte Friedrichshain (überbezirklich)
- Beratungsstelle für Sehbehinderte Mitte (allbezirklich)
- Landesärztliche Beratungsstelle für behinderte Menschen (allbezirklich) mit Gesichtsspaltbildung im Bezirk Wilmersdorf.

**Tabelle 4.4:**

**Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Behinderte 1992 in Berlin**

(ohne die über- und allbezirklichen Beratungsstellen)

- Bestand an betreuten Behinderten am 31.12.1992

nach Alter und Art der Behinderung -

Art der Behinderung	Bestand insgesamt 1)	darunter Behinderte im Alter von ... bis unter ... Jahren											
		0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80 u.m.
körperl. Behinderte	10930	11	203	490	573	621	818	806	1.017	1.602	1.468	1.331	1.080
Sehbehinderte	1.348	-	4	12	13	20	104	96	100	172	170	184	303
Hörbehinderte	1.206	1	15	26	33	66	194	188	114	146	113	127	166
Sprachbehinderte	340	-	55	29	36	50	79	33	22	5	3	4	3
geistig Behinderte	915	-	26	73	96	107	231	106	62	80	9	5	1
seelisch Behinderte	214	-	-	5	5	3	31	42	52	51	17	6	2
sonst. Behinderte	4.521	-	16	75	101	73	228	388	656	911	727	632	566
mehrf. Behinderte	7.272	1	177	422	405	345	524	401	400	827	950	1.139	1.335
zusammen	26.746	13	496	1.132	1.262	1.285	2.209	2.060	2.423	3.794	3.457	3.428	3.456
Überwachungsfälle	14.338	285	2.427	5.396	3.642	1.767	68	3	4	7	-	2	1
<b>insgesamt 1992</b>	<b>41.084</b>	<b>298</b>	<b>2.923</b>	<b>6.528</b>	<b>4.904</b>	<b>3.052</b>	<b>2.277</b>	<b>2.063</b>	<b>2.427</b>	<b>3.801</b>	<b>3.457</b>	<b>3.430</b>	<b>3.457</b>

1) einschließlich der Bezirke Lichtenberg und Köpenick, die eine Gliederung nur nach Art der Behinderung aber nicht nach Altersgruppen vornehmen konnten

(Quelle: SenGes)



Die überbezirklich konzipierte *Beratungsstelle für Sprachbehinderte in Reinickendorf* hat sich seit Beginn der präventiven Arbeit durch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Kinderärzte, Lehrer, Erzieher und andere Fachkräfte der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen als integraler Bestandteil eines Frühförderkonzeptes etabliert. Die dadurch gewachsene und nunmehr große Akzeptanz dieser Fachberatungsstelle durch die mit Kindern tätigen Fachkräfte und Institutionen hat zu einer leichten Verlagerung der Arbeitsinhalte geführt. Neben den dadurch leicht rückläufigen Zahlen (1991: 417, 1992: 382) bei Neuvorstellungen bleibt die Zahl der betreuten Personen leicht ansteigend (1991: 880, 1992: 920), konstant. In besonderem Maße wird die Beratungsstelle für die Diagnostik und Therapie von Stotternden frequentiert (12 bis 15 % aller Neuzugänge).

Der Schwerpunkt der Arbeit dieser Beratungsstelle liegt in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen, obwohl die Beratungsstelle für alle Altersgruppen zuständig ist. In der Altersgruppe von 1 bis 10 Jahren leiden die meisten an Sprachentwicklungsstörungen, die möglichst früh erkannt werden müssen, um je nach Schweregrad der Störung geeignete Behandlungsformen bestimmen zu können.

Insgesamt wurden 1992 920 Sprachgestörte durch diese Beratungsstelle betreut, davon waren 92,4 % im Alter von 1 bis 10 Jahren.

Anhand einer genauen Diagnostik wird eine speziell auf die Störung abgestimmte logopädische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlung eingeleitet. Dieses ist möglich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams von Fachleuten (Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, HNO-Arzt, Logopädinnen, Ergotherapeuten), das dieser Beratungsstelle für Sprachbehinderte aufgrund ihrer überregionalen Bedeutung zur Verfügung steht. Eine möglichst differenzierte Diagnostik und ganzheitliche Betrachtungsweise der Störungsbilder gestattet die Auswahl von Maßnahmen im Kontext des sozialen Umfeldes der meist jungen Patienten. Besonders Familien aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die nicht in der Lage sind, eigenverantwortlich ambulante Maßnahmen in Angriff zu nehmen, werden zunehmend durch diese Beratungsstelle versorgt.

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 vielfältige (multifaktorelle) Ursachenbündelung diagnostisch und therapeutisch anzugehen. Hier bewährt sich erneut die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, deren Arbeit sich gliedert in die vier wesentlichen Teilgebiete Beratung, Behandlung, Vermittlung und Prävention. Ziel der Prävention, die zunehmend einen wichtigen Teil der Arbeit der Beratungsstelle einnimmt, ist die Sprachstörungen früh genug zu erkennen und sie - wenn nötig - zu behandeln, was eine Voraussetzung für das Frühförderkonzept darstellt. In Informationsveranstaltungen bzw. Vorträgen, 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.

Der überbezirklich konzipierten *Beratungsstelle für Hörbehinderte in Neukölln* obliegt die umfassende kostenlose Untersuchung, Beratung und Betreuung von hörbehinderten Kindern und Jugendlichen aus Berlin. Sie kann von den betroffenen Familien entweder direkt oder durch Vermittlung Dritter (z. B. Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte) nach Terminvereinbarung in Anspruch genommen werden. Hörbehinderte Kinder werden diagnostiziert, mit Hörgeräten versorgt und die Familien bis zum Erreichen der Volljährigkeit betreut. Das Personal umfaßt Ärzte, Arzthelferinnen, Audiologieassistentinnen, Diplompsychologen, Fachpädagogen für Hörgeschädigte, Logopädinnen, Sozialarbeiter, Techniker und Verwaltungsangestellte.

Die Tätigkeit der Beratungsstelle soll dazu führen, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und zu verhüten bzw. eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern.

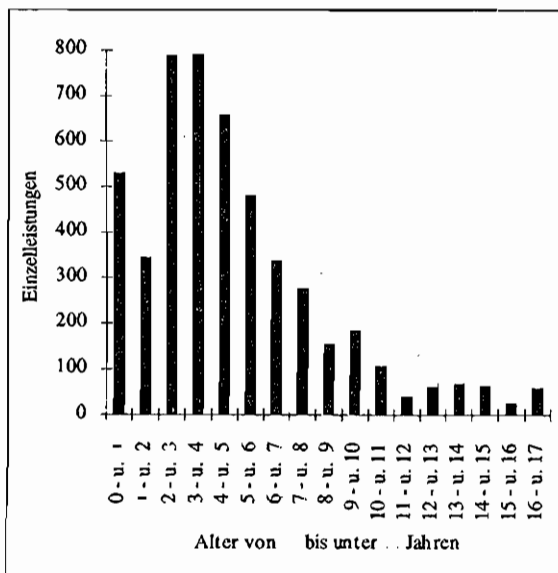
Zur Zeit stehen 9.179 Kinder langfristig in Betreuung. 1992 kamen insgesamt 1.312 Kinder mit bekannter Hörbehinderung in die Beratungsstelle, die in 5.026 Einzelsitzungen untersucht, therapiert und betreut wurden. Kinder bis zum vollendeten 8 Lebensjahr nehmen den größten Bereich ein.

(83,6%), wobei ein erhöhter Betreuungsbedarf bezüglich Diagnostik und Beratung einer Hör-Sprachbehinderung bei den unter 1jährigen und den 3- bis 5jährigen besteht.

Das Alter der neu vorgestellten Kinder hat sich im Verlauf der letzten Jahre weiter auf einen früheren Zeitraum verschoben. Während der Anteil der unter einjährigen Kinder z. B. 1986 13,0% betrug, lag er im Berichtsjahr 1992 bei 28,0%.

Durch eine frühzeitige Untersuchung bessern sich die Bedingungen für eine frühe Erfassung von Hörbehinderungen. Der zeitliche Rahmen liegt dabei im Säuglingsalter, denn in diesem Alter reifen die für das Hören wichtigen Strukturen im Gehirn. In dieser Zeit muß auch die Früherkennung des hörbehinderten Kindes beginnen und die Hörgeräteversorgung erfolgen als Voraussetzung für das Hörenlernen und die Sprachentwicklung des hörbehinderten Kindes.

**Abbildung 4.4:**  
Verteilung der angebotenen Leistungen der Beratungsstelle für Hörbehinderte, Neukölln, 1992 nach Alter der Hörbehinderten



(Quelle: SenGes)

Im Zuge der Neustrukturierung des Gesundheitswesens in den östlichen Bezirken Berlins wurde nach der Wiedervereinigung Berlins im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Stadt die überbezirkliche *Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte Friedrichshain* eingerichtet. Ihr Aufbau ori-

entiert sich am Vorbild der Hörberatungsstelle in Berlin-Neukölln, die mit ihrer über 30jährigen Erfahrung eine im bundesdeutschen Maßstab interdisziplinäre Einrichtung mit Modellcharakter für Früherkennung und Frühförderung von Hörbehinderten darstellt.

Das Team der Beratungsstelle setzt sich zusammen aus 2 Ärzten (HNO-Fachärzte mit Spezialisierung Audiologie bzw. Phoniatrie/Pädaudiologie), 1 Psychologin, 2 Logopädinnen, 2 Fachpädagoginnen für Hörgeschädigte, 1 Sozialarbeiterin, 2 Audiometrie-Assistentinnen, 1 Verwaltungsangestellte, 2 Arzthelferinnen. Mit diesem interdisziplinären Team können Früherkennung und Frühförderung einer Hör-Sprach-Behinderung aus medizinischer, psychologischer, pädagogischer, logopädischer und sozialer Sicht optimal ineinandergreifen, womit den Eltern ein unabhängiges Beratungsangebot zur Verfügung steht.

Wesentlicher Aufgabenbereich der Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte:

- Ausschluß bzw. Früherkennung von Hörbehinderungen durch kindgerechte Hörprüfverfahren. Methoden der subjektiven Audiometrie in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter des zu untersuchenden Kindes werden eingesetzt (Reflex-, Reaktions-, Spielaudiometrie oder reguläre Tonaudiometrie). Bei Säuglingen und Kleinkindern mit Mehrfachbehinderungen steht die Abteilung der akustisch evozierten Potentiale (BERA) zur Verfügung.
- Frühestmögliche Hörgeräteversorgung. Nach Erkennen einer Schwerhörigkeit erfolgt umgehend ohne Wartezeiten eine Anpassung der Hörgeräte (Leihgeräte bis zur Fertigstellung der Ohrpaßstücke vom Hörgeräteakustiker).
- Frühförderung und Hör-Sprach-Erziehung hörbehinderter Kinder. Die Frühförderung und Hör-Sprach-Erziehung erfolgt mit Unterstützung von erfahrenen Fachpädagoginnen für Hörgeschädigte der Schwerhörigenschule in Berlin-Friedrichshain, die stundenweise in der Beratungsstelle mitarbeiten. Die Arbeit der Pädagoginnen orientiert sich am hergerichteten Spracherwerb. Es sollen alle Sinne des Kindes angesprochen werden (multisensorisches Vorgehen), wie es der natürlichen Kommunikation im vorsprachlichen Stadium entspricht. Gleichfalls sind die Pädago-

ginnen um die ständige Vervollkommnung der audiometrischen Diagnose und Hörgeräteanpassung bemüht.

- **Psychologische Beratung und Diagnostik**  
Die psychologische Beratung der Eltern bezieht sich auf behindertenspezifische Probleme in der Familie, bei Erziehungssituationen bis zu Schwierigkeiten in der sozialen Integration des hör-sprach-behinderten Kindes  
Weiterhin werden Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik durchgeführt und in Zusammenarbeit mit den Pädagoginnen Empfehlungen für die Schullaufbahn geben
- **Logopädische Diagnostik und Therapie**  
Die logopädische Betreuung erfolgt sowohl bei hörbehinderten Kindern (vorwiegend älteren hörbehinderten Kindern) als auch bei sprachbehinderten Kindern, bei denen eine Hörschädigung ausgeschlossen wurde. Besonders bei neben der Sprachbehinderung bestehenden zusätzlichen Behinderungen (geistige Behinderungen, spastische Störungen vor allem im Bereich der Artikulationsorgane u a Formen von Mehrfachbehinderung) müssen neben der Diagnostik des Sprachentwicklungsstandes und der Form der Sprachstörung Störungen der allgemeinen Entwicklung, der Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfunktionen mit erfaßt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Kinderneurologen und Sozialpädiatrischen Zentren ist hier erforderlich.
- **Soziale Betreuung**  
Die Sozialarbeit stellt, besonders im Hinblick auf die für ehemalige DDR-Bürger völlig veränderte Gesetzeslandschaft, einen wesentlichen Faktor in der kontinuierlichen Betreuung von Familien mit hörbehinderten Kindern dar. Die Sozialarbeiterin ist kompetent für Fragen des Sozialrechts und die Zusammenarbeit mit den für Behinderte zuständigen Ämtern. Sie stellt Kontakt zu Sozialhilfeträgern, Verbänden und Behinderteneinrichtungen her, berät und unterstützt bei Anträgen (Schwerbehindertenausweis, Hilfsmittel und andere Leistungen) und leitet soziale Maßnahmen ein

Obwohl der Aufbau der Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte Friedrichshain 1992 noch nicht abgeschlossen war, konnten insgesamt 191 Patienten (Neuvorstellungen) in 901 Einzelsitzungen diagnostiziert, beraten und behandelt werden.

Mit 112 Patienten (58,6 %) sind die Mehrzahl der betreuten Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren, was dem zentralen Anliegen der Früherkennung und Frühbetreuung der Beratungsstelle entspricht

In der Beratungsstelle für Hör- und Sprachbehinderte Friedrichshain liegt der Arbeitsschwerpunkt in der fachärztlichen Untersuchung und Beratung mit dem Ziel der Einleitung von Maßnahmen und der Durchführung von Hilfen nach dem BSHG. Die Tätigkeit der Beratungsstelle soll dazu führen, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und zu verhüten bzw vorhandene Behinderungen oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Die Prävention bildet zunehmend einen wichtigen Teil der Arbeit in den Beratungsstellen. In Vorträgen und anderen Informationsveranstaltungen, besonders für mit Kindern arbeitende Institutionen, wird die Wahrnehmung der Eltern, Erzieher, Kinderärzte, Sozialpädagogen usw. für Verhaltensweisen und Anzeichen auf Behinderungen sensibilisiert, damit eine Intervention im Anfangsstadium der Störung möglich ist.

#### **4.2.5 Gesundheitshilfe für Krebskranke**

##### **- Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter von Berlin -**

Wesentliche Aufgabe der in allen Berliner Bezirken bestehenden Beratungsstellen für Nachgehende Krankenfürsorge ist die Betreuung von Patienten, bei denen eine bösartige Erkrankung nach der Diagnose des Arztes oder in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt festgestellt wurde.

Schwerpunkt der Nachgehenden Krankenfürsorge als Beratungs-, Informations- und Kontaktstelle für Krebskranke und deren Angehörige ist die psychosoziale Betreuung der Betroffenen. Die Mitarbeiter bieten in persönlichen Gesprächen den Patienten Hilfe bei der Lösung der vielseitigen Probleme an. Sie informieren über die materiellen Hilfsangebote, die in Frage kommenden 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 Lei-

stungen nach dem Pflegegesetz, auf einen Schwerbehindertenausweis sowie auf Unterbringung in ein Heim oder in eine stationäre Einrichtung.

Die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge vermitteln die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen. Die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen dient dem Ziel, dem Tumorkranken zu helfen, mit der durch seine Krankheit veränderten Lebenssituation fertig zu werden.

Erstmalig ist im Berichtsjahr 1992 eine zusammenfassende einheitliche Berichterstattung über die Krankbewegungen und Leistungen in der Nachgehenden Krankenfürsorge in ganz Berlin möglich.

1992 nahmen in Berlin-West 30.319 Personen und in Berlin-Ost 20.285 Personen das Angebot der Beratung und Hilfe der Nachgehenden Krankenfürsorge wahr. 20.843 der betreuten Patienten (68,7 %) in den westlichen Bezirken und 20.144 (99,4 %) in den östlichen Bezirken suchten die zuständige Beratungsstelle in ihrem Wohnbezirk auf. 3.194 Personen in Berlin-West und 3.061 Personen in Berlin-Ost nahmen erstmalig die Beratungsangebote in Anspruch.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Nachgehenden Krankenfürsorgen nahm 1992 einen breiten Umfang ein. 508 Informationsgespräche und 72 Veranstaltungen in Berlin-West sowie 3.853 Informationsgespräche und 258 Veranstaltungen fanden in Berlin-Ost statt mit dem Ziel, über Krebserkrankungen und deren zusammenhängende Probleme sowie die Möglichkeiten der Früherkennung aufzuklären.

#### **4.2.6 Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorgen und Schirmbildstellen in den Berliner Gesundheitsämtern**

Die Leistungen der Tuberkulosefürsorgen in den Berliner Gesundheitsämtern waren im Berichtsjahr von der Tendenz insgesamt leicht rückläufig, auch wenn in einigen Bereichen, z.B. Seuchenhygiene, ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. 1993 wurden insgesamt 15.758 Erstuntersuchungen

durchgeführt (1992: 16.489). Dieser Rückgang resultiert zum einen aus der Umstrukturierung in den Gesundheitsämtern sowie zum anderen aus der Zusammenfassung der 7 Tuberkulosefürsorgen auf 5 Standorte (ab 1.12.1993).

Der Rückgang um 47 % (1993: 68; 1992: 117) bei den erstuntersuchten asylsuchenden Ausländern erklärt sich durch die Änderung des Asylverfahrensgesetzes.

Daten über die Tuberkulose-Inzidenz, die in Berlin über die Gesundheitsämter bzw. die Tuberkulosefürsorgen ermittelt und an die Senatsverwaltung für Gesundheit sowie das Statistische Landesamt weitergeleitet werden, sind dem Kapitel 3.2 zu entnehmen.

Seit der Änderung der Röntgenverordnung, die u.a. das Ziel hatte, die Anwendung der Röntgenstrahlen auf ein Mindestmaß zu reduzieren, gab es bereits 1992 einen wesentlichen Rückgang der Schirmbilduntersuchungen. Der Intention der Röntgenverordnung folgend, wurde von der Möglichkeit, in bestimmten Fällen alternativ Tuberkulintests anzubieten, vermehrt Gebrauch gemacht.

In den vier westlichen und drei östlichen Schirmbildstellen sowie im Schirmbildzug wurden 1993 insgesamt 50.195 verwertbare Aufnahmen gemacht (1992: 56.118), davon entfielen 31.166 auf die westlichen und 19.020 auf die östlichen Bezirke. Die Zahl der gefertigten Aufnahmen ist gegenüber dem Vorjahr - insbesondere in Berlin-Ost (- 23 %) - weiter zurückgegangen.

Mit der oben erwähnten Änderung des Asylverfahrensgesetzes hat sich auch ein erheblicher Rückgang der Asylsuchenden und damit auch der entsprechenden Schirmbildaufnahmen (um mehr als 50 %) eingestellt.

Der Anteil der Verdachtsfälle auf Tuberkulose lag beim Personenkreis der asylsuchenden Ausländer mit 4,8 % sogar niedriger als der Anteil der Verdachtsfälle an den in Berlin erstellten Aufnahmen insgesamt (6,4 %). Lediglich 1 % (bzw. 30 Personen) der diagnostisch abgeklärten Verdachtsfälle wiesen eine Tuberkulose der Atmungsorgane auf, darunter hatten 13 Personen eine ansteckungsfähige Tuberkulose.

#### 4.2.7 Gesundheitliche Betreuung von Obdachlosen

Die Zahl der Obdachlosen in Berlin wird auf ca. 25.000 geschätzt, davon leben ca. 4.000 auf der Straße.

Der Gesundheitszustand von obdachlosen Menschen ist wesentlich schlechter als in der übrigen Bevölkerung. Ursache dafür sind einerseits die besonderen Lebensbedingungen und andererseits die Tatsache, daß das allgemeine medizinische Betreuungssystem für diesen Personenkreis kaum geeignet ist.

Als Reaktion darauf hat der Caritasverband für Berlin e.V. im November 1992 eine Ärztin für die medizinische Betreuung in einer stark frequentierten Suppenküche und auf der Straße eingestellt. 1993 hat die Senatsverwaltung für Gesundheit die Finanzierung übernommen.

Darüber hinaus wird eine medizinische Basisversorgung stundenweise in Wärmestuben, Notübernachtungen und an Bahnhöfen angeboten. Die Mehrzahl der nachfolgenden Einrichtungen wird zur Zeit über Zuwendungen der Senatsverwaltung für Soziales gefördert. In der Regel sind in der Zuwendungsförderung die gesundheitlichen Angebote nicht enthalten. Diese werden von den freien Trägern selbst finanziert. Teilweise sollen diese künftig durch die Senatsverwaltung für Gesundheit gefördert werden. Im einzelnen handelt es sich um folgende Einrichtungen und gesundheitliche Angebote:

- Wärmestube Wrangelstraße / Kreuzberg  
/ angestellte Ärztin des Caritasverbandes
- Suppenküche Wollankstraße / Pankow  
/ angestellte Ärztin des Caritasverbandes
- Wagenburg „East side gallery“  
/ angestellte Ärztin des Caritasverbandes
- Wärmestube „Seeling-Treff“ / Charlottenburg  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Beratungsstelle „Levetzowstraße“ / Tiergarten  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Hauptbahnhof / Bahnhof Zoo  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Kältehilfeeinrichtung Turnhalle Turmstraße / Tiergarten  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Krankenwohnung in der zentralen Notübernachtungseinrichtung Fasanenstraße / Charlottenburg  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes

- Krankenwohnung in der zentralen Notübernachtungseinrichtung Magdalenenstraße / Lichtenberg  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Wärmestube Kreuzberg / Am Wassertor  
/ Honorararzt des Diakonischen Werkes
- Wärmestube „Warmer Otto“ / Tiergarten  
/ Gesundheitsamt Tiergarten
- Wärmestube Hohenstaufenstraße / Schöneberg  
/ Gesundheitsamt Schöneberg
- Bahnhof Lichtenberg  
/ Gesundheitsamt Lichtenberg
- Epiphaniengemeinde / Charlottenburg  
/ Gesundheitsamt Charlottenburg.

Die Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales haben ein gemeinsames Rahmenkonzept für die gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen erarbeitet, auf dessen Basis in absehbarer Zeit weitere, mobile Angebote gefördert werden.

#### 4.2.8 Psychosoziale/psychiatrische Versorgung

Im Jahresgesundheitsbericht 1992 wurde bereits auf geförderte soziale Einrichtungen und einzelne Projekte psychosozialer Versorgung eingegangen. In diesem Jahr bietet sich eine Darstellung der strukturellen Rahmenplanung an, denn im Oktober 1993 wurde der 1. Teil des Psychiatrieberichts Berlin vorgelegt, der eine Weiterentwicklung der Psychiatrieplanung 1985 darstellt und die von der Psychiatrieplanungskommission erarbeiteten Empfehlungen und Leitlinien zur Verbesserung der psychiatrischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung einbezieht.

Vor dem Hintergrund der Stellungnahmen aus den Bezirken und aus der Erkenntnis, daß bei einer zukünftigen weiteren Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung in den Bezirken ein Entwicklungsprozeß eingeleitet werden muß, wurde beschlossen, die Beteiligung der Bezirke zu intensivieren und in einem zweiten Schritt bezirksspezifische Planungen anzugehen.

Die u.g. Leitlinien sind Ausdruck des im Konsens entstandenen Willens zur Strukturveränderung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Berlins. Sie legen damit den Grundstein für eine

*Regionalisierung* der psychiatrischen Versorgung im ambulant-komplementären aber auch im (teil-)stationären Bereich und setzen Schwerpunkte für die Versorgung bestimmter Gruppen, die in den bisherigen Strukturen vernachlässigt werden. Unter Berücksichtigung der "Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" wurden auf die Berliner Verhältnisse zugeschnittene Kernaussagen formuliert, die sowohl in bezug auf die momentane Prioritätensetzung der Ziele für das ehemalige Berlin-West als auch in Verbindung mit der Zusammenführung der beiden Stadthälften klare Perspektiven für die psychiatrische Versorgung der 90er Jahre entwickelt.

Die Prämissen und Erkenntnisse, die den Empfehlungen der Expertenkommission zugrunde lagen, sind für die Berliner Psychiatrieplanung ebenso maßgeblich, weil die Entwicklung der letzten fünf Jahre auch hier gezeigt hat, daß der bisherige Auf- und Ausbau der gemeindenahen ambulanten und komplementären Institutionen sowie der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die chronisch psychisch Kranken und besondere Gruppen vernachlässigt hat.

Drei Leitgedanken ziehen sich daher durch die gesamte jetzige Planung:

- Verlagerung der Verantwortung in die Bezirke mit Zuweisung von Pflichtaufgaben auch im ambulant-komplementären Bereich.
- Vorrang hat die gemeindeintegrierte Versorgung chronisch psychisch Kranker.
- Einbeziehung der Beteiligten und Transparenz im Planungsprozeß sind die Voraussetzung für eine kommunale Verantwortungsübernahme.

Es sind jetzt wesentliche allgemeine Aussagen darüber zu treffen, in welchem Rahmen sich eine zukünftige gemeindepsychiatrische Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu bewegen hat.

Die letzten Jahre haben gezeigt, daß der weitere Auf- und Ausbau der ambulant-komplementären psychiatrischen Versorgung und die weitere Sektorisierung und Differenzierung in den klinischen Bereichen vorrangig für die Gruppe der akut Kranken Verbesserungen gebracht hat.

Nach wie vor leben jedoch in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern aber auch in Heimen, Obdachlosenunterkünften und Pensionen viele Langzeitkranke, die dort nicht zu sein brauchten, gäbe es in den Bezirken Wohn- und Lebensraum und ein am Bedarf orientiertes, auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmtes Versorgungssystem mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Das gegenwärtige System psychosozialer Versorgung ist nach Einschätzung der Expertenkommission gekennzeichnet durch eine Reihe gravierender Mängel. Deren Ursachen bestehen weniger im Fehlen von Diensten oder deren unzureichender personeller Ausstattung, sondern vorrangig im Fehlen einer bedarfsgerechten und sinnvollen Verknüpfung der Dienste untereinander, fehlender Prioritätensetzung und nicht zuletzt im bestehenden Finanzierungssystem.

Im Zusammenhang mit der unzureichenden Versorgung einiger Patientengruppen haben strukturelle Mängel besonders bei den chronisch psychisch Kranken, den chronisch Suchtkranken aber auch für neurotisch und psychosomatisch Kranke sowie für die ausländische Bevölkerung oder etwa Menschen mit Psychosen bei gleichzeitiger Suchterkrankung einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert.

Der Zersplitterung der Dienste und Zuständigkeiten, der Gefangenheit in den institutionsbezogenen Sichtweisen sowie der unzureichenden Versorgung spezieller Gruppen kann nur durch Übernahme gemeinsamer Verantwortung, Versorgungsverpflichtung, durch Kooperation und Koordination auf politischer, administrativer und fachlicher Ebene abgeholfen werden.

Die Analyse der psychosozialen/psychiatrischen Versorgungssituation in den einzelnen Bezirken ergab - als Ergebnis bezirklicher Anhörungen - hinsichtlich der Ausgangsbasis und für verschiedene Versorgungsbereiche teils gravierende Unterschiede. Einige davon sind:

- Es gibt nicht in jedem Bezirk eigene stationäre psychiatrische Versorgungsangebote, und dort, wo sie bestehen, leisten sie nicht unbedingt die "Vollversorgung" (z.B. Aufnahmeverpflichtung für ein Pflichtaufnahmegebiet); dies wirkt sich zum Teil hinderlich auf die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung im bezirklichen Versorgungsverbund aus.

- Die bezirklichen Gesundheitsressorts und deren leitende Mitarbeiter haben unterschiedliche Schwerpunktsetzungen innerhalb ihres Aufgabengebietes; es mangelt innerhalb des Gesundheitsamtes an strukturellen Rahmenbedingungen und an Kapazität, um umfassende, bedarfsorientierte Konzepte zu entwickeln und Projektplanungen umzusetzen.
- Die Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sind unterschiedlich. Sie verlaufen in ihrer Entwicklung nicht linear, sondern in Wellen; es gibt produktive, innovative, reflektive und resignative Phasen.
- Das (politische) Hintergrundwissen der psychosozialen Berufsgruppen ist unterschiedlich stark ausgeprägt; "pressure groups" und breite Basis klaffen in Problembewußtsein und Denkweise z T völlig auseinander
- Die Problemwahrnehmung in den Bezirken verläuft nach dem Prinzip: Mit einem erweiterten Angebot an ambulant-komplementären Einrichtungen wächst auch das kritische Bewußtsein über weitere Lücken im Versorgungssystem
- Die zentrale Mittelvergabe und Förderung durch die Senatsverwaltung führt häufig zu "Scheinkooperation" im Bezirk; bezirkliche Streitkultur und Offenheit sind unterschiedlich ausgeprägt
- In den Versorgungsbereichen, besonders kraß z.B. bei der Heimdichte oder Ausstattung mit therapeutischen Wohngemeinschaften und Projekten des betreuten Einzelwohnens, aber auch im Bereich beruflicher Rehabilitation gibt es in den Bezirken große objektive Unterschiede. Trotz des in manchen Bezirken sehr hohen Ausländeranteils wurde in den Bezirksgesprächen die mangelhafte Repräsentanz dieses Bereiches in den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften deutlich

Darüber hinaus ist außerdem das Sucht- und Drogenhilfesystem ungenügend mit der allgemeinen psychosozialen/psychiatrischen Versorgung vernetzt, was sich insbesondere an seiner mangelnden Vertretung in den bezirklichen Gremien zeigt.

Aus der Bewertung dieser Ergebnisse werden im folgenden Leitlinien formuliert, die dann spezifiziert in Strukturelemente für die Psychiatrieplanung münden

1. Die *Orientierung an den Grundbedürfnissen* (Gesundheit, Wohnen, Arbeit, soziale und kulturelle Teilhabe) der betroffenen psychisch Kranken stellt die Richtschnur professionellen Handelns in der kommunalen Psychiatrie dar. Hierbei wird die psychiatrische Versorgung als integraler Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge für benachteiligte Bürger sowie der Gesundheits- und Sozialplanung der Bezirke verstanden.
2. Die *bezirkliche Verantwortung* für alle Gruppen psychisch Kranker und Behinderter bildet im Rahmen der kommunalen Daseins(vor)sorge die Grundlage gemeindepsychiatrischen *Handelns*. Zur Verdeutlichung der psychiatriepolitischen Zielsetzung der 90er Jahre wird der Begriff "gemeindenaher Psychiatrie" ersetzt durch die Begriffe "kommunale Psychiatrie und gemeindeintegrierte Versorgung". Sie drücken weniger mißverständlich die fachlichen, administrativen und strukturellen Wirkungszusammenhänge aus
3. Die funktionale Betrachtungsweise des psychiatrischen Versorgungssystems ist der institutionellen Sichtweise, die die notwendigen Hilfen mit Diensten und Einrichtungen gleichsetzte, vorzuziehen. Ausgangspunkt für die Betrachtung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems ist der konkrete Hilfebedarf der Klientengruppen eines Bezirks. Hier bilden die vier Funktionsbereiche (Behandlung/Pflege, Wohnen, soziale Teilhabe und Arbeit/Beschäftigung) Grundlage für die *Bedarfsanalyse und Bewertung der Qualität der Versorgungsregion*.
4. *Vorrang* für den Planungszeitraum haben gemeindeintegrative, umfassende und bedarfsgerechte *Angebote für chronisch psychisch Kranke*
5. Im *Umgang mit den Betroffenen* sind deren Rechte auf Selbstbestimmung sowie auf Hilfe und Schutz gleichrangig; sie sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

6. Neben der *rechtlichen Gleichstellung* ist eine den besonderen *Betreuungsbedürfnissen* psychisch Kranker und Behinderter gemäße *tatsächliche Gleichstellung* zu anderen Kranken- und Behindertengruppen durchzusetzen

#### 4.2.8.1 Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste 1992 in Berlin

Für Erwachsene mit schweren psychischen Störungen, in seelischer Krisensituation, mit krankheitsbedingten sozialen Kontaktstörungen, mit geistiger Behinderung oder mit Altersdemenzen und für Suchtkranke steht im Gesundheitsamt der Sozialpsychiatrische Dienst zur Verfügung. Weil diese Störungen oder Erkrankungen nicht nur für die Betroffenen selbst stärkste Beanspruchung und Belastung bedeuten, berät und betreut der Sozialpsychiatrische Dienst auch die Angehörigen

Durch seine multiprofessionelle Besetzung mit Ärzten/-innen, Psychologen/-innen, Sozialarbeitern/-innen und Verwaltungskräften kann der Sozialpsychiatrische Dienst dieser Aufgabe gerecht werden und adäquate Hilfsangebote entweder selbst machen oder aber notwendige Hilfsmaßnahmen vermitteln oder einleiten. Vorrangiges Ziel aller Hilfen der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, einerseits eine zwangsweise Unterbringung der psychisch Kranken zu verhindern bzw ihnen nach einer solchen Unterbringung die 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 und geistig behinderter 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 dort wahrzunehmen sind, wo es noch keinen Psychiatriekoordinator gibt.

Aufgrund der Umstrukturierung des staatlichen Gesundheitswesens konnten 1991 nur 5 Bezirke aus Berlin-Ost berichten 1992 setzten sich die

Umstrukturierungsmaßnahmen fort und waren erst gegen Ende des Jahres abgeschlossen

1992 wurden die 23 Sozialpsychiatrischen Dienste von insgesamt 25.685 Personen in Anspruch genommen, d.h. 1% der entsprechenden Bevölkerung im Alter von 15 bis 65 Jahren hat von diesen Beratungsangeboten Gebrauch gemacht; aus Berlin-West kamen 18.629 Personen und aus Berlin-Ost 7.056 Personen.

In der Tabelle A 4.14 wird die Verteilung der Zugänge nach Alter und Geschlecht bei den einzelnen Diagnosegruppen (9 ICD-Schlüssel) wie folgt dargestellt: Unter den insgesamt 17 412 untersuchten Personen befanden sich 7 578 (43,5 %) männlichen und 9 834 (56,5 %) weiblichen Geschlechts. Hinsichtlich der Altersverteilung ist festzuhalten, daß die Gruppe der 45- bis unter 65jährigen am häufigsten vertreten war (33,7 %), gefolgt von den 25- bis unter 45jährigen (33,3 %). 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. Kapitel 4 1.3 4).

#### 4.2.8.2 Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige 1992 in Berlin

Der Alkohol ist in der gesamten Bundesrepublik nach wie vor das „Suchtmittel Nummer 1“ Rund 30 Mrd. DM werden jährlich von den Kranken-, Sozial- und Rentenversicherungsträgern für therapeutische und rehabilitative Maßnahmen hinsichtlich des mißbräuchlichen Umgangs mit Alkohol aufgewendet. 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.

Die Beratungsstellen betreuen schwerpunktmäßig Alkoholranke und -gefährdete, sie werden aber auch mehr und mehr von den Medikamentenabhängigen aufgesucht, die insbesondere von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln abhängig sind



Im Jahr 1992 wurden von den (derzeit noch) vier bezirklichen, den vier kommunalen und einer freigemeinnützigen Beratungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige insgesamt 3 783 Neuzugänge gemeldet, darunter befanden sich 2 563 Personen aus Berlin-West und 1.220 Personen aus Berlin-Ost. 82,9 % aller Ratsuchenden waren sogenannte „Selbstmelder“. Bei der Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt sich, daß die 25- bis 50jährigen und älteren Männer dominieren.

Da die übrigen Beratungsstellen anderen Dokumentationssystemen angeschlossen sind, kann dieser Bericht nicht vollständig sein. Es wird jedoch angestrebt, einen gemeinsamen Kerndatensatz zu erstellen und auszuwerten.

#### 4.2.9 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

##### Tabelle 4.4:

Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Behinderte 1992 in Berlin

(ohne die über- und allbezirklichen Beratungsstellen)

- Bestand an betreuten Behinderten am 31.12.1992 nach Alter und Art der Behinderung -

##### Tabelle A 4.13:

Nachgehende Krankenfürsorge 1992 in Berlin

- Zugänge und Bestand -

##### Tabelle A 4.14:

Zugang von betreuten Personen im Sozialpsychiatrischen Dienst 1992 in Berlin

### 4.3 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich

Selbsthilfegruppen sind im Gesundheitsbereich in Berlin ein fester Bestandteil ambulanter Versorgung in der Prävention, im Gesundheitsschutz und in der Rehabilitation geworden. Sie tragen mit dazu bei, die alltägliche Lebensweise, die Symptomatik und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu verbessern.

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 Selbsthilfe-Kontaktstellen

Wachsendes Interesse an Gesundheitsselbsthilfegruppen zeigen deutlich die Krankenkassen als ein Baustein präventiver und rehabilitativer Maßnahmen. Dieses Interesse hat dazu geführt, daß die Krankenkassen ihre Mitglieder auf bestehende Angebote im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe hinweisen und auch derartige Angebote für ihre Mitglieder machen sowie für die Gruppen finanzielle Mittel bereitstellen

Das Prinzip der Selbsthilfe, der eigenverantwortliche Umgang mit der Krankheit, hat sich bei den Betroffenen verbreitet und einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft eingenommen. Die Bildung vieler kleiner Gruppen mit ihren spezifischen Problemlagen setzt sich immer weiter fort. Diese Gruppen sind eine besondere Hilfe für Patienten, die keinerlei Kontakte zu gleichermaßen Betroffenen haben. Der wichtigste Faktor, sich an einer Selbsthilfegruppe zu beteiligen, ist der Wunsch, mit gleichermaßen Betroffenen zu sprechen, um so dem „Alleinsein“ mit der Krankheit zu entkommen.

Dabei ist die ehrenamtliche Arbeit aller Mitglieder von Gesundheitsselbsthilfegruppen zu würdigen. Die durch die eigene Betroffenheit gelernte Einfühlbarkeit kommt jedem Gruppenmitglied zugute.

Durch die Förderung im Rahmen des Programms zur Förderung von Selbsthilfegruppen ist für viele Gesundheitsselbsthilfegruppen eine Möglichkeit

geschaffen worden, die Arbeit in der Gruppe intensiver und fachlicher zu gestalten. Es können Dozenten für spezifische Themen geladen werden und durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit neue Betroffene gewonnen werden.

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, daß neben Gesprächs- und Erfahrungsaustausch auch gemeinsame Aktivitäten wie Körperarbeit, Entspannungstraining, gesunde Ernährung und kreatives Gestalten wesentlich zur Gesundheitsförderung beitragen.

Viele Gesundheitsselbsthilfegruppen nutzen die Möglichkeiten in den regionalen Kontaktstellen:

- Hilfe bei der Gruppengründung, Öffentlichkeitsarbeit, Mitgliederwerbung
- Gespräche über Gruppenregeln und gruppendynamische Prozesse
- Hilfe bei der Vermittlung von Dozenten für Gesundheitstrainings- und Informationsveranstaltungen.

Als großer Vorteil zeigt sich der regionale Bezug für diese Gruppen. Gerade für Kranke, pflegende Angehörige und Behinderte ist die leichte schnelle Erreichbarkeit der Kontaktstelle von großer Bedeutung für ihre Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.

Im Rahmen des Programms zur Förderung von Selbsthilfegruppen wurden 1993 im Anschub 21 Gesundheitsselbsthilfegruppen in Höhe von 221.800,- DM direkt gefördert.

Es ist zu vermuten, daß durch die anwachsenden Umweltprobleme und trotz einer parallel dazu verlaufenden Verbesserung der medizinischen Versorgung Bedeutung und Notwendigkeit der Arbeit von Selbsthilfegruppen in quantitativer und qualitativer Hinsicht zunehmen werden.

*KAPITEL*

*5*

*GESUNDHEITSRISIKEN  
AUS DER  
TECHNISCHEN UND NATÜRLICHEN UMWELT*

## 5.1 Umweltmedizin

### 5.1.1 Schwerpunktaufgaben der Umweltmedizin 1993

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. 1993 galt dies insbesondere für:

- bodennahes Ozon
- Untersuchungen auf Verunreinigungen der Muttermilch
- Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser
- Untersuchungen von Badegewässern
- Untersuchungen von Brauchwasser aus Brunnenanlagen
- Schadstoffbelastungen von Boden und Spielsand auf Kinderspielplätzen
- Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Fugendichtungsmassen
- Perchlorethylen (PER) in der Nachbarschaft chemischer Reinigungen
- Benzol in der Nachbarschaft von Tankstellen
- Schädlingskunde und -beratung

### Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch

Die Inanspruchnahme der seit 1988 vom öffentlichen Gesundheitsdienst angebotenen kostenlosen Beratungen und Untersuchungen auf Verunreinigungen in der Muttermilch war 1993 rückläufig. Bei den Untersuchungen werden die Konzentrationen folgender Substanzen regelmäßig bestimmt:

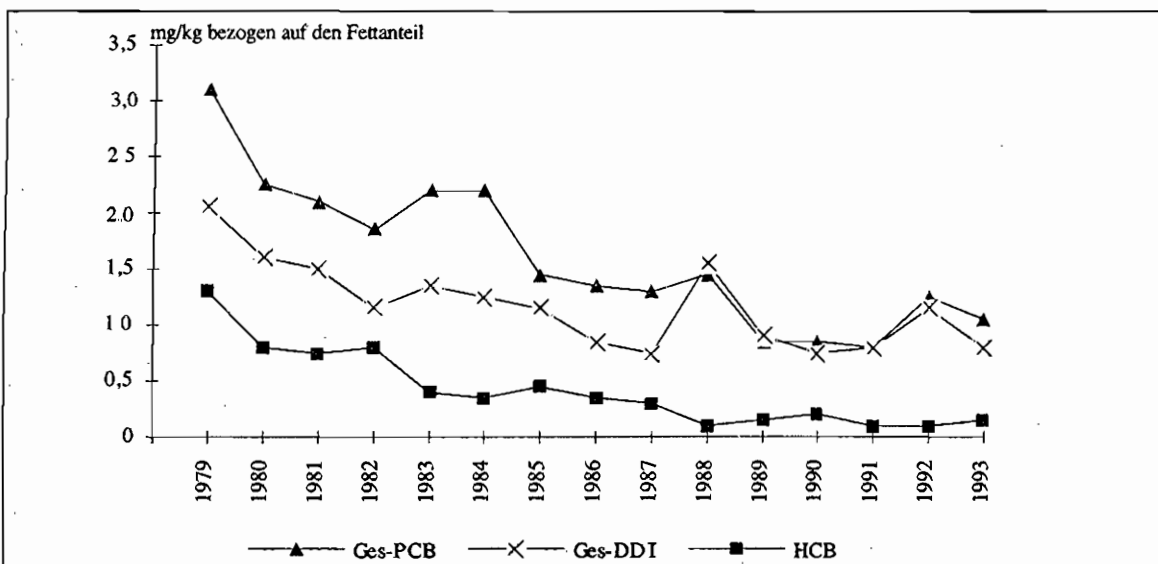
- Hexachlorbenzol (HCB)
- Hexachlorcylohexan (HCH)
- Heptachlorepoxid (HE)
- Dichlordiphenyltrichlorethan (DDI)
- Polychlorierte Biphenyle (PCB)

Nach vorsichtiger Einschätzung zeigte sich in dieser Zeit für alle Substanzen ein mehr oder minder deutlicher Abfall. Lediglich HCB, Gesamt-DDI, Gesamt-PCB und eingeschränkt auch  $\beta$ -HCH liegen derzeit noch in beachtenswerten Konzentrationen vor.

Setzt man die in Berlin gefundenen Konzentrationen in Bezug zu anderen Untersuchungen, die seit 1979 erhoben worden sind, so wird der Abfall besonders augenfällig. Unterschiedliche methodische Rahmenbedingungen lassen hier jedoch nur eine sehr eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu.

Abbildung 5.1:

Zeitlicher Verlauf von Verunreinigungen in der Muttermilch in mg/kg Milchfett (Mittelwerte)



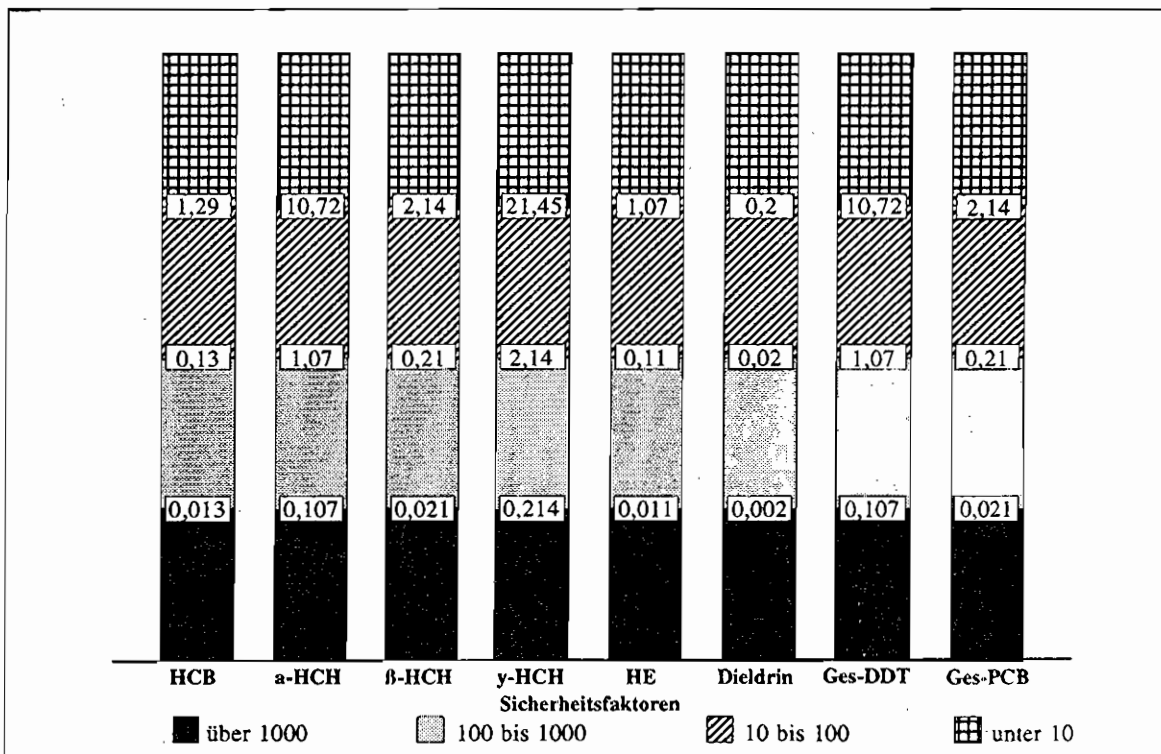
(Quelle: 1979-84 aus UBA; 1985-87 aus CLUA Stuttgart 1988-93 Berliner Werte)

Zur Beurteilung der gesundheitlichen Bedeutung von Verunreinigungen in der Muttermilch hat eine Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft folgende an Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation angelehnte 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 Sicher-

heitsfaktor 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 nachteilige Wirkung oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten sind. Es kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, daß mit zunehmendem Abstand unterhalb des NOEL-Wertes auch die Wahrscheinlichkeit von Effekten im Organismus abnimmt.

**Abbildung 5.2:**  
Abhängigkeit der Fremdstoffkonzentrationsbereiche (in mg/kg Milchfett) bei vorgegebenen Sicherheitsfaktoren für einen viermonatigen Säugling (tägliche Stillmenge 150 ml Milch/kg Körpergewicht)



(Quelle: SenGes)

Die vorstehende Abbildung 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 bundesweit recht einheitlicher Meßergebnisse) nicht mehr sinnvoll und sollten daher unterbleiben. In den östlichen Bezirken Berlins muß dies jedoch, z.B. vor dem Hintergrund der bisher anderen Belastungssituation, 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, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, erhalten

### Untersuchungen auf Blei im Trinkwasser

Seit 1985 stehen Trinkwasserleitungen aus Blei in der öffentlichen Diskussion. Die daraufhin angebotenen kostenlosen Bleiuntersuchungen wurden auch 1993 weitergeführt. Das Angebot wird jedoch

seit 1987 tendenziell rückläufig genutzt, seit 1991 wird es nur noch minimal in Anspruch genommen

Der Bleigehalt des Trinkwassers korreliert stark mit der Ablaufzeit des Wassers. Bei einem Untersuchungsmodus

- 1. Probe: Stagnationswasser
- 2. Probe: Entnahme nach einer Minute Fließzeit des Wassers
- 3. Probe: Entnahme nach einer weiteren Minute Fließzeit des Wassers

zeigt sich, daß nach einer ausreichenden Ablaufzeit nur noch in Ausnahmefällen Grenzwertüberschreitungen auftreten. Insofern kann durch einfachste Maßnahmen jeder einzelne zur Risikominimierung beitragen.

Bleileitungen entsprechen heute nicht mehr dem Stand der Technik. Um ein Gesundheitsrisiko durch bleibelastetes Trinkwasser auszuschalten, gibt es letztlich nur eine dauerhafte Lösung - nämlich den Austausch der Bleileitungen in der Hausinstallation. Die Senatsverwaltung für Bau- und Wohnungswesen fördert diesen Austausch unter gewissen Voraussetzungen. Entscheidend für die Fördermittelvergabe sind zwei Richtlinien:

1. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Modernisierung und Instandsetzung von Wohnraum - Programmteil „Stadtweite Maßnahmen“ (ModInst RL 93 - stadtweit).
2. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für die Wohnungsmodernisierung durch Mieter (Mieter Mod RL 93).

Die Fördermittelvergabe ist entsprechend dieser Richtlinien an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: So wird zum Beispiel der Austausch von Trinkwasser-Bleileitungen bei Eigentumswohnungen nicht gefördert, wenn die Maßnahme vom Eigentümer durchgeführt wird. Sind Eigentumswohnungen jedoch vermietet, und der Mieter tauscht die Leitungen aus, so kann dieser Fördermittel erhalten.

### Untersuchungen von Badegewässern

Während der Badesaison 1993 (15. Mai bis 15. September) wurden die Freibäder und vor dem Bootsverkehr geschützten Badestellen in Berlin in

14tägigem Abstand entsprechend der EG-Badegewässer-Richtlinie vom 8.12.1985 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 Bakterien und *Escherichia coli* (*E. coli*). Diese Keime selbst sind zwar keine Krankheitserreger, sie deuten aber auf eine fäkale Verunreinigung der Gewässer und damit auf das mögliche Vorkommen anderer Keime, z B Krankheitserreger, hin

Bei den physikalisch-chemischen Parametern des Wassers stehen sogenannte sensorische Prüfungen - Wasserfärbung, Trübung (Sichttiefe) und Geruch des Wassers - im Vordergrund. Aus Gründen des vorsorgenden Gewässerschutzes werden darüber hinaus auch der pH-Wert, Sauerstoffhaushalt sowie Nährstoffwerte untersucht.

Zusätzlich wurden aus Fürsorgepflicht weitere Gewässer vierwöchentlich beprobt.

Die Untersuchungsergebnisse entsprachen in der Badesaison 1993 den Qualitätsanforderungen der EG-Badegewässer-Richtlinie. Kurzzeitige Beanstandungen gab es aufgrund meteorologischer Bedingungen lediglich an drei Badestellen.

Insgesamt jedoch war die Badegewässerqualität 1993 im Vergleich zum Vorjahr deutlich besser, was vor allem durchschnittlich niedrigeren Wasser- und Lufttemperaturen und häufigeren, aber mäßigen Niederschlägen zuzuschreiben war. Die Qualitätsunterschiede zeigten sich insbesondere in einem geringeren Algenvorkommen und damit verbunden in einer besseren Sichttiefe der Badegewässer

Die Senatsverwaltung für Gesundheit veröffentlicht jährlich ein Badeplakat, auf dem sämtliche empfohlenen Badestellen verzeichnet sind. Darüber hinaus hat die Verwaltung auch eine Broschüre mit dem Titel „Bäder und Badestellen an den Berliner Gewässern“ mit innenliegender Bäderkarte herausgegeben, in der Untersuchungsmodus, rechtliche Grundlagen und Maßnahmen zur Verbesserung der Badegewässerqualität ausführlich beschrieben sind. Beide Publikationen sind bei der Pressestelle der Senatsverwaltung für Gesundheit, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, kostenlos erhältlich.

## Überwachung von Brunnen in Kleingartenanlagen

Brunnenwasser in Köpenicker Kleingartenanlagen kann sowohl aus mikrobiologischer als auch aus toxikologischer Sicht weitestgehend als Brauchwasser, nicht aber als Trinkwasser verwendet werden. Diesen Schluß läßt eine Pilotstudie zu, in deren Rahmen 1993 Brunnenwasser untersucht wurde, das in Köpenicker Gärten als Sprengwasser genutzt wird.

Der Bezirk Köpenick hat anteilmäßig besonders viele Kleingärten mit Eigenwasserversorgungsanlagen. Beprobt wurden insgesamt 60 Brunnenanlagen. Entsprechend der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) wurden ausgewählte mikrobiologische und chemische Parameter untersucht.

Von den 60 untersuchten Entnahmestellen entsprachen hinsichtlich ihrer mikrobiologischen Beschaffenheit lediglich zwei den Anforderungen der Trinkwasserverordnung *Escherichia coli* (*E. coli*) - der Indikatorkeim für fäkale Verunreinigung - wurde in 34 Anlagen nachgewiesen. In sechs Wasserproben war dabei ein besonders hoher Gehalt an coliformen Keimen und *E. coli* nachweisbar.

Was die chemischen Schadstoffe betrifft, so waren zwei Belastungsschwerpunkte erkennbar. Hier haben sich weitere Untersuchungen als notwendig erwiesen. Die Vorsitzenden der untersuchten Kleingartenkolonien wurden vom örtlichen Gesundheitsamt, dem Gutachter und der Senatsverwaltung für Gesundheit ausführlich über die Meßergebnisse informiert und entsprechend beraten.

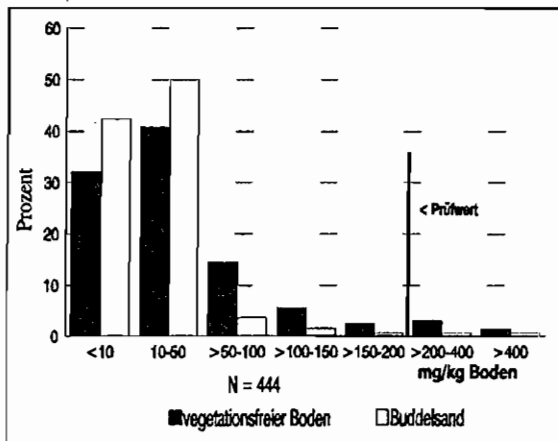
Als Konsequenz aus dieser Pilotstudie empfiehlt die Senatsverwaltung für Gesundheit allen Berliner Gartenbesitzern mit Brunnenanlagen, sicherheits halber das Wasser hinsichtlich der mikrobiologischen und chemischen Bestandteile prüfen zu lassen.

## Schadstoffbelastung auf Kinderspielplätzen

Auch 1993 wurden von den Bezirksämtern Schadstoffuntersuchungen auf Kinderspielplätzen durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Untersuchung vegetationsfreier, unversiegelter Bodenflächen in den Kleinkinderspielbereichen. Bei

Spielsand, der aus hygienischen Gründen grundsätzlich jährlich ausgetauscht werden soll, ist keine wesentliche Schadstoffbelastung zu erwarten

**Abbildung 5.3:**  
Bodenuntersuchungen auf Blei auf Berliner Kinderspielplätzen



(Quelle: SenGes)

Die Abbildung zeigt das Ergebnis von 444 Untersuchungen auf Berliner Kinderspielplätzen für das Schwermetall Blei. Die deutlich geringeren Bleigehalte im Spielsand gegenüber dem vegetationsfreien Boden sind erkennbar.

Zur Bewertung der Untersuchungsergebnisse liegen den Bezirksämtern Prüfwerte (siehe nachstehende Übersicht) vor, die 1992 in einer Arbeitsgruppe mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz und dem Bundesgesundheitsamt unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit erarbeitet wurden. Diese Prüfwerte unterliegen einer ständigen Überarbeitung nach dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand.

Die Prüfwerte wurden so abgeleitet, daß sie die bereits vorhandene Belastung mit Schadstoffen über andere Aufnahmepfade (z.B. Nahrung, Trinkwasser, Luft) berücksichtigen. Bei Überschreitung dieser Werte ist bei der unterstellten oralen Bodenaufnahme durch Kleinkinder von 0,5 g Boden/Tag mit keiner gesundheitlich relevanten zusätzlichen Belastung dieser empfindlichsten Bevölkerungsgruppe zu rechnen

#### Prüfwerte humantoxikologisch relevanter Bodenkontaminationen für den Nutzungsbereich Kinderspielplatz

Blei	200 mg/kg m <sub>T</sub>	1)
Cadmium	3 mg/kg m <sub>T</sub>	
Quecksilber	2 mg/kg m <sub>T</sub>	
Chrom <sup>2)</sup>	150 mg/kg m <sub>T</sub>	
Arsen	40 mg/kg m <sub>T</sub>	
Benzol		3)
Toluol		3)
Phenol <sup>4)</sup>	30 mg/kg m <sub>T</sub>	
Tetrachlorethen		3)
Benzo(a)pyren (BaP)	0,1 mg/kg m <sub>T</sub>	5)
Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)	1 mg/kg m <sub>T</sub>	5)
Cyanid	60 mg/kg m <sub>T</sub>	
Fluor	400 mg/kg m <sub>T</sub>	
Polychlorierte Biphenyle	3 mg/kg m <sub>T</sub>	
PCDD/PCDF	100 ng I-TEq/kg m <sub>T</sub>	6)

1) m<sub>T</sub> = Trockenmasse Boden

2) als Gesamt-Chrom

3) Für diese Stoffe kann nach dem derzeitigen Stand des Wissens kein Prüfwert abgeleitet werden bzw. erscheint eine Ableitung nicht sinnvoll (siehe Einzelbegründung)

4) als Phenolindex

5) Prüfwert bezieht sich insbesondere auf Sand in Buddelkästen. Für vegetationsfreien, unbedeckten Boden im Kleinkinderspielbereich siehe die beispielhaften Wertebereiche in der entsprechenden Ableitung, (insbesondere aufgrund der analytischen Unsicherheiten und der für andere PAK unzureichenden humantoxikologischen Datenlage sollte eine Beurteilung sich in der Regel am Benzo(a)pyrengehalt orientieren).

6) I-TEq = Internationale Toxizitätsäquivalente nach NATO/CCMS

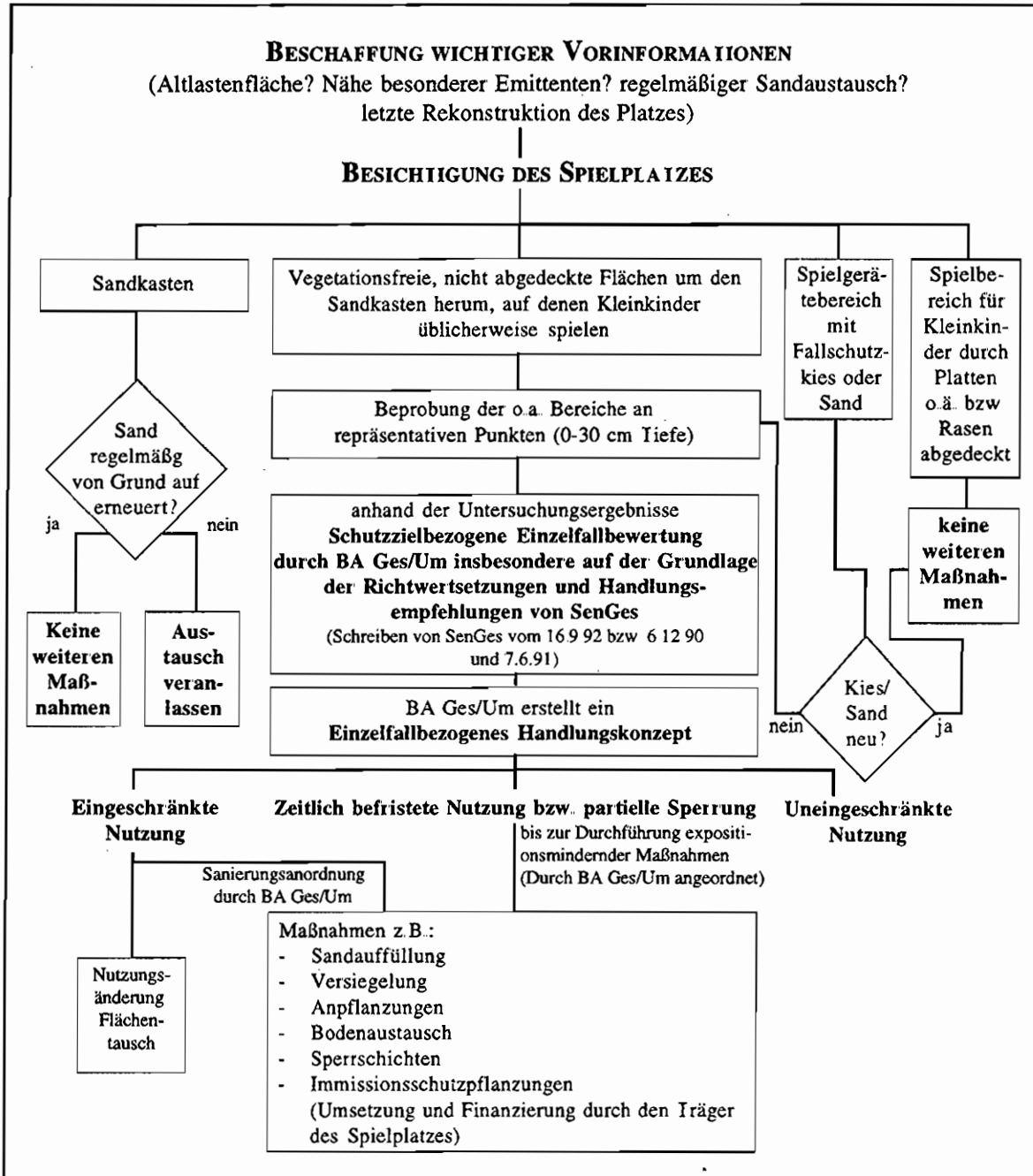
(Quelle: SenGes / SenStadtUm / BGA)

Die Prüfwerte sind unter Einbeziehung von Sicherheitsfaktoren festgelegt worden und liegen weit im Vorsorgebereich. Sie stellen ein im Sinne der Gesundheitsschutzvorsorge zu begreifendes Sanierungsziel dar. Die Senatsverwaltung für Gesundheit empfiehlt bei Überschreitung eines oder mehrerer Sanierungszielwerte im Anschluß an eine schutzzielbezogene Gesamtbeurteilung die Erstellung eines einzelfallbezogenen Handlungskonzeptes.

Auf die schwierige Bewertungsproblematik bei Kontaminationen mit Polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (z.B. Benzo[a]pyren) eingehend, gab die Senatsgesundheitsverwaltung den Bezirken 1993 Handlungsempfehlungen zur schutzzielbezogenen Einzelfallprüfung bei Bodenverunreinigungen mit diesen Stoffen.



**Abbildung 5.4:**  
**Verfahrensablauf bei der Untersuchung von öffentlichen Kinderspielflächen und Schadstoffbelastungen**  
 (Schutzziel: Spielendes Kind)



(Quelle: SenGes)

**Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Fugendichtungs-massen**

Die Polychlorierten Biphenyle (PCB) wurden erstmals als ein relevantes Innenraumlufthproblem durch die Freisetzung aus defekten Kleinkondensa-

toren in Leuchtstoffröhren bekannt. Aufgrund ihrer toxikologischen Charakteristika (z.B. ihre hohe Beständigkeit [Persistenz] in der Umwelt und Anhäufungs- und Speichermöglichkeit [Akkumulation] in der Nahrungskette) muß ihnen aus umweltmedizinischer Sicht besondere Aufmerksamkeit

geschenkt werden. Erst Anfang 1990, nachdem das Problem PCB-haltiger Kleinkondensatoren gelöst war, wurde eine weitere Kontaminationsquelle entdeckt: Trotz Sanierung der durch defekte Kondensatoren kontaminierten Räume waren noch ungewöhnlich hohe Innenraumluftkonzentrationen meßbar. Im weiteren Verlauf stellten sich PCB-belastete Fugendichtungsmassen als Quelle der Verunreinigung heraus.

In Berlin wurde daraufhin eine erste Erhebungsphase „kontaminationsverdächtiger“ Gebäude mit sensibler Nutzung (z.B. Schulen) begonnen. Im weiteren Verlauf wurden in diesen Gebäuden screeningmäßig Fugendichtungsmassen untersucht und bei PCB-positivem Ergebnis Raumluftmessungen durchgeführt.

Diese 1992 begonnenen PCB-Raumluftmessungen wurden 1993 weitergeführt. Gleichzeitig wurden in einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe unter der Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit die Sanierungsvorhaben in Berlin koordinierend begleitet. Damit keine überstürzten und kostenaufwendigen Sanierungsmaßnahmen ohne Berücksichtigung neuer Erkenntnisse in Angriff genommen werden, erfolgte eine umfangreiche fachliche Beratung betroffener Bezirksämter.

Die gegenwärtige Situation in Berlin kann nach vorliegenden Meßergebnissen wie folgt beschrieben werden:

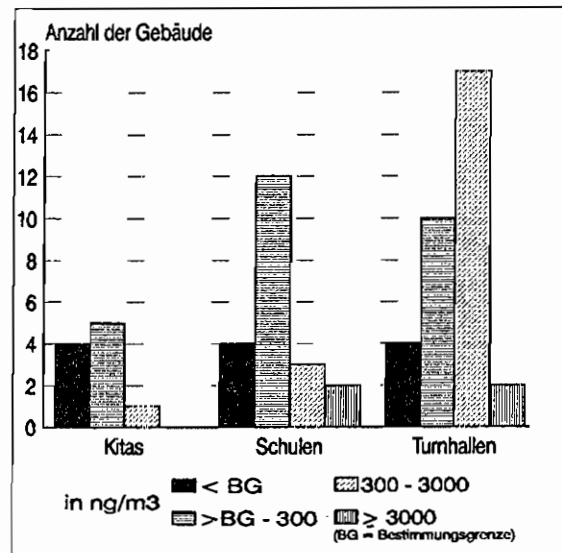
Bis Februar 1994 wurden vom Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen (LAT) insgesamt 535 Innenraumluftproben untersucht (Erstmessungen und Wiederholungsmessungen in allen Raumarten).

Die Ergebnisse - geordnet nach Belastungsklassen und unterschiedlicher Gebäudenutzung - zeigen, daß in Kindertagesstätten bisher keine Gruppenräume über 1.000 ng PCB/m<sup>3</sup> belastet sind. Die Mehrzahl der Ergebnisse (96 %) liegt unter 300 ng PCB/m<sup>3</sup>.

Für die Schulen stellt sich die Situation anders dar: Hier liegen immerhin 9 % der Messungen über dem Interventionswert von 3.000 ng PCB/m<sup>3</sup>.

Die Betrachtung der insgesamt je Nutzungstyp durchgeführten Messungen allein ergibt zwangsläufig kein reales Bild der Gesamtsituation, da zum Teil unterschiedlich viele Messungen pro Objekt vorgenommen wurden. Eine wesentliche Frage ist deshalb, wieviele und in welchem Ausmaß in Berlin Gebäude von PCB-Kontamination betroffen sind.

Abbildung 5.5:  
PCB-Raumluftmessungen in Gebäuden (nach dem Maximalwert in Gemeinschaftsräumen des Gebäudes)



(Quelle: SenGes)

Bisher wurden vor allem aufgrund der eingrenzenden Kriterien „Bauweise“ bzw. „Baualter“ 282 PCB-kontaminationsverdächtige Gebäude ermittelt. Für die elf östlichen Bezirke Berlins kann nach bisherigem Kenntnisstand das Vorkommen PCB-haltiger Fugendichtungsmaterialien ausgeschlossen werden. Abbildung 5.5 liefert einen Überblick über die Berliner Gesamtsituation und zeigt die Anzahl der in den jeweiligen Belastungsbereichen liegenden Gebäude. Hierbei wurde immer der im Gebäude gemessene Maximalwert (in Gemeinschaftsräumen) für die Eingruppierung zugrunde gelegt. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß die PCB-Raumluftkonzentrationen der Räume innerhalb eines Gebäudes erheblich voneinander abweichen können. Lediglich in zwei Schulgebäuden wurden PCB-Raumluftkonzentrationen in Unterrichtsräumen über dem Interventionswert von 3.000 ng PCB/m<sup>3</sup> gemessen. In drei weiteren Schulen und einer Kindertagesstätte lagen die Werte zwischen 300 und 3.000 ng PCB/m<sup>3</sup>.

Obwohl bei Turnhallen eine andere toxikologische Bewertung aufgrund kürzerer Expositionszeiten herangezogen werden muß, fällt auf, daß eine größere Anzahl von ihnen - auffällig ist ein bestimmter Hallentyp - in einem mittleren bis höheren Konzentrationsbereich zu finden ist.

In den höher belasteten Schulen und Turnhallen (Steglitz, Schöneberg, Reinickendorf) sind Sanie-

rungsmaßnahmen bereits durchgeführt worden. In dem relativ gleichmäßig hoch kontaminierten Schulgebäude im Bezirk Reinickendorf (Maximalwert 6 260 PCB ng/m<sup>3</sup>) konnte 1993 ein für Berlin modellhaftes Sanierungsverfahren - fachlich begleitet durch die oben genannte Arbeitsgruppe - abgeschlossen werden.

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 Kinder regelmäßig während des Tages PCB-Kontaminationen ausgesetzt sind:

„Aufgrund der toxikologischen Charakteristika der PCB ist in 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 verstärktes Lüften) ist in der Zwischenzeit eine Verminderung der PCB-Belastung anzustreben. Bei Raumluftkonzentrationen von über 3 000 ng PCB/m<sup>3</sup> ist insbesondere die dauerhafte schulische Nutzung kontaminierter Bereiche (Unterrichtsräume) 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 Änderungen der Nutzung) beinhalten, die zu einer wirksamen Absenkung von Raumluftkonzentrationen beitragen können.“

**Innenraumluftbelastungen in benachbarten Wohnungen von chemischen Reinigungen**

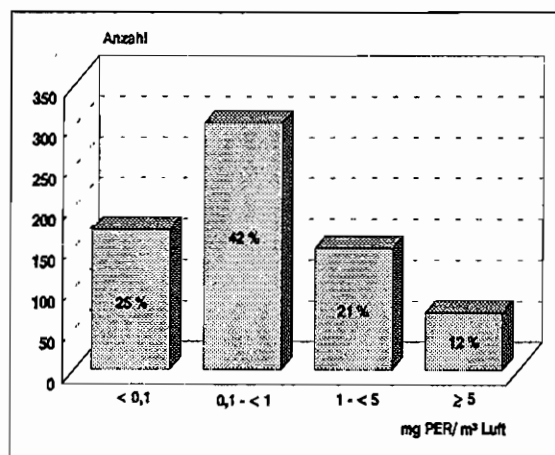
Schadstoffbelastungen in der Innenraumluft von benachbarten und betriebsfremden Räumen von chemischen Reinigungen sind aufgrund der derzeitigen verwendeten Reinigungsmittel - dem krebserdächtigen Perchlorethylen (PER) - seit Jahren in der Diskussion. Im Jahr 1987 gab es in den westlichen Bezirken Berlins ca. 380 chemische Reini-

gungen und rund 45 Betriebe in den östlichen Bezirken. 1991 waren insgesamt nur noch 265, 1993 nur noch 188 chemische Reinigungen in Betrieb. Die 2. Verordnung zur Durchsetzung des Bundesimmissionschutzgesetzes vom 10.12.1990 (2 BImSchV) setzte ab 1.1.1993 einen neuen Grenzwert von 0,1 mg PER/m<sup>3</sup> Raumluft in benachbarten Räumen chemischer Reinigungen fest. Damit soll im Sinne einer zielgerichteten Gesundheits- und Umweltschutzvorsorge durch ordnungsbehördliches Vorgehen die Belastungssituation der Anwohner kurzfristig und nachhaltig verbessert werden.

Zur Einschätzung der Belastungssituation in Berlin wurden die 1991 begonnenen Innenraumluftmessungen auch 1993 fortgeführt. Um die PER-Belastungssituation überzeugender für ein weiterreichendes Verwaltungshandeln darstellen zu können, wurde in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz ein einheitlicher Meß- und Befundbogen für erforderliche Hintergrundinformationen (u.a. zur Beschreibung der Meßbedingungen, des Meßwertes und dem Stand der Umsetzungen von Forderungen der 2. BImSchV in der entsprechenden Reinigung) erstellt.

Von 1991 bis 1993 wurden insgesamt 752 PER-Messungen in an chemische Reinigungen angrenzenden Wohn- und Gewerberäumen (z.B. Arztpraxen) vorgenommen, deren Ergebnisse nach Belastungsklassen unterteilt in Abbildung 5.6 dargestellt sind.

**Abbildung 5.6:**  
PER-Innenraumluftmessungen in benachbarten Räumen von chemischen Reinigungen 1991 bis 1993 (N = 752)



(Quelle: SenGes)

Die Abbildung zeigt, daß sich der Hauptanteil der Meßergebnisse mit 42 % in der Belastungsklasse von 0,1 bis unter 1 mg PER/m<sup>3</sup> befindet. 12 % der Ergebnisse weisen jedoch immer noch Werte von mindestens 5 mg/m<sup>3</sup> auf - Innenraumluftkonzentrationen, bei denen ein gesundheitliches Risiko besteht.

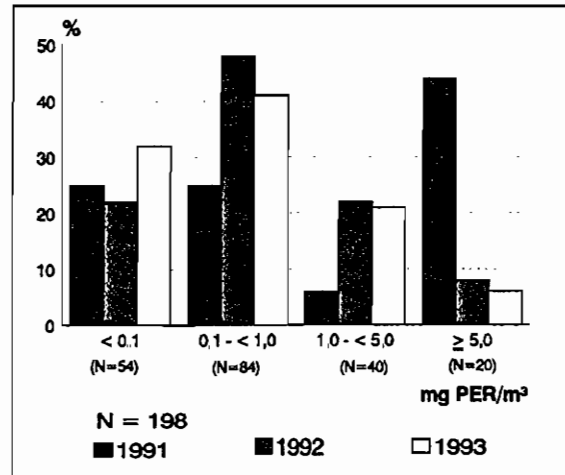
Zur Einschätzung des längerfristigen Trends der PER-Belastungssituation können fortlaufende Meßergebnisse seit 1987 in die Auswertung mit einbezogen werden (insgesamt 1 793 Untersuchungen). Die Entwicklung belegt, daß höhere Konzentrationen mittlerweile seltener auftreten, 1993 ca. 70 % der Werte unter 1 mg PER/m<sup>3</sup>, und - zwar mit steigender Tendenz - bisher nur 28 % unter dem neuen Grenzwert von 0,1 mg/m<sup>3</sup> liegen. Damit hat sich die Belastungssituation in den chemischen Reinigungen benachbarten Wohnungen zwar wesentlich verbessert, das aus Gesundheitsschutzvorsorge wichtige Ziel der 2. BImSchV ist jedoch längst noch nicht erreicht.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Hintergrundinformationen aus den Befundbögen konnte u. a. ein Vergleich von Messungen in Altbauten mit Holzbalkendecken und solchen in Neubauten mit Betondecken vorgenommen werden. Während sich für Altbauten eine insgesamt ausgeprägtere Belastungssituation zeigt, liegen bei den Neubauten fast 50 % der Meßwerte im Bereich von < 0,1 mg PER/m<sup>3</sup>. Somit müssen chemische Reinigungen in Altbauten z. B. aufgrund der leichteren Ausbreitungsmöglichkeiten des Stoffes als sehr problematisch angesehen werden.

Um ein Bild der Belastungssituation im Zeitverlauf - bezogen auf die Einzelbetriebe - zu erhalten, wurde der höchste in Wohnungen und/oder Gewerberäumen ermittelte Einzelwert zur Eingruppierung in die jeweilige Belastungsklasse gewählt (siehe Abbildung 5.7). Im Jahresvergleich (1991 bis 1993) wird auch hier ersichtlich, daß extrem hohe Meßwerte weniger häufig auffallen. Berücksichtigt werden muß dabei jedoch, daß aufgrund des noch kurzen Beobachtungszeitraums lediglich kleine Fallzahlen vorliegen.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, daß die bisherige Tendenzentwicklung der Innenraumluftmeßergebnisse in den in der Nachbarschaft zu chemischen Reinigungen gelegenen Räumen eine deutliche Verbesserung zeigt. Das aus Gesundheitsschutzvorsorge gesteckte Ziel (Grenzwert der

Abbildung 5.7:  
PER-Innenraumluft - Maximalwerte in benachbarten Räumen von chemischen Reinigungen - Belastungsklassen nach Jahren



(Quelle: SenGes)

2. BImSchV) ist jedoch noch lange nicht erreicht. Auf der Grundlage gegenwärtiger Erkenntnisse muß vermutet werden, daß auch mit sehr hohem, für den Betreiber wirtschaftlich kaum tragbarem technischem Aufwand bei vielen chemischen Reinigungen die Einhaltung des Grenzwertes nicht sichergestellt werden kann, so daß völlig neue Lösungskonzepte und Handlungsstrategien notwendig werden können.

#### Innenraumluftbelastungen durch Benzol in Wohnungen in Tankstellennähe

Benzol ist eine leicht flüchtige Flüssigkeit, die zu 2 bis 3 % im Benzin enthalten ist. In die Umwelt gelangt der Stoff mit den Kraftfahrzeugabgasen und durch Verdunstung aus Tankbehältern. Die umweltmedizinische Bedeutung von Benzol besteht in seiner Kanzerogenität für Menschen (Leukämie) nach Aufnahme bei der Atmung.

Aus Gründen des Gesundheitsschutzes stellt sich die Frage, ob der an Tankstellen bisher ermittelte hohe Benzolgehalt auch zu einer Innenraumluftbelastung angrenzender Wohnungen führt - vor allem vor dem Hintergrund, daß auch in neuen Bauprojekten in Berlin die bauliche Integration von Tankstellen in Wohn-, Büro- oder Gewerbetekomplexe geplant ist.

Um eine umweltmedizinische Bewertung zu ermöglichen, wurden 1992/1993 insgesamt 171

Wohnungen von Nichtrauchern durch mehrere Gesundheits- und Umweltämter, das Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) sowie den Verein für Umweltchemie B.A.U.C.H. auf eine Innenraumluftbelastung durch Benzol hin untersucht. Dabei handelte es sich um

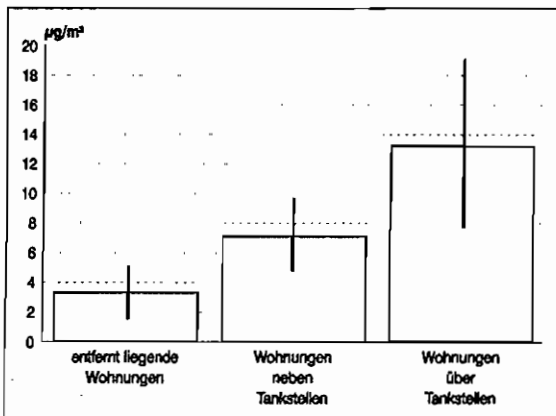
- 28 Wohnungen im ersten oder zweiten Obergeschoß über Tankstellen<sup>1)</sup>
- 37 Wohnungen seitlich neben nicht überbauten Tankstellen und
- 106 Wohnungen, die räumlich entfernt zu Tankstellen liegen.

Keine der Tankstellen war mit Gasrückführsystemen, den sogenannten „Saugrüsseln“, ausgerüstet.

Die ermittelten Werte lassen im Durchschnitt eine zusätzliche Benzolbelastung der Innenraumluft von Wohnungen durch seitlich angrenzende Tankstellen um das Doppelte erkennen. In Gebäuden mit eingebauten Tankstellen<sup>1)</sup> war die Belastung nochmals deutlich höher.

<sup>1)</sup> In einem der drei untersuchten Gebäude befand sich außerdem eine Kfz.-Werkstatt, die als zusätzlicher Emittent in Frage kommt.

**Abbildung 5.8:**  
Innenraumluftbelastungen durch Benzol in Wohnungen in Tankstellennähe (Mittelwerte und Standardabweichungen)



(Quelle: SenGes)

Die Unterschiede der geometrischen Mittelwerte sind statistisch signifikant. In den beobachteten niedrigen Konzentrationsbereichen sind keine akuten oder chronischen Krankheitserscheinungen zu

erwarten, wie Störungen des Zentralnervensystems bzw. Störungen der Leber- und Nierentätigkeit oder der Blutbildung. Sie lassen jedoch eine Erhöhung des Krebsrisikos erkennen, das proportional mit der Benzolkonzentration und der Dauer des Aufenthaltes in den belasteten Räumen zunimmt.

Als Konsequenz aus diesen Untersuchungen fordert die Senatsverwaltung für Gesundheit

- den Benzolgehalt im Benzin auf einen Wert von deutlich unter 1 % zu senken, was bereits jetzt technisch möglich und in den USA erreicht wird
- Tankstellen schneller als gesetzlich vorgeschrieben mit Gasrückführsystemen auszurüsten
- Bauvorhaben, bei denen Tankstellen in Wohn-, Büro- oder Gewerbegebäude integriert werden sollen, künftig nicht mehr zu genehmigen

**Außenraumluftbelastung durch bodennahes Ozon**

Für die Beurteilung der Ozonbelastung sind das Ausmaß und die Anzahl der Überschreitungen der unter gesundheitlichen Vorsorgegesichtspunkten aufgestellten MIK-Werte (Maximale Immissionskonzentration) bedeutsam. An den nach wie vor zu häufigen Überschreitungen der Richtwerte wird der dringende Bedarf an emissionsmindernden Maßnahmen bei den Vorläufersubstanzen von Ozon, den Stickoxiden und Kohlenwasserstoffen, deutlich - auch wenn der verhältnismäßig kühle Sommer 1993 mit den nur wenigen heißen Tagen dies nicht widerspiegelt. Die Emission letzterer Stoffgruppen geht vor allem vom motorisierten Kraftfahrzeugverkehr aus.

**Anzahl der Tage mit Schwellenüberschreitungen für Ozon und für Spitzentemperaturen über 25° C**

Jahr	Ozonkonzentration		Temperatur 25° C
	Tage mit > 120 µg/m <sup>3</sup>	Tage mit > 180 µg/m <sup>3</sup>	
1989	123	38	46
1990	81	17	34
1991	97	18	38
1992	110	31	64
1993	70	12	36

(Quelle: SenStadtUm / Meteorologisches Institut der FU Berlin)

### 5.1.2 Pestizideinsatz, Schädlingskunde- und -beratung

Voraussetzung für eine Bürgerberatung zum Thema Pestizideinsatz sind umfassende Kenntnisse über mögliche Bekämpfungs- bzw. Vermeidungsstrategien unter Berücksichtigung umweltmedizinischer Aspekte. Zu Fragen der Vermeidung bzw. des Einsatzes von Pestiziden steht den Gesundheitsämtern, den Schädlingsbekämpfungsbetrieben und betroffenen Bürgern (über die Gesundheitsämter) ein Beratungsteam mit diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung, das dem Landesmedizinaluntersuchungsamt (LMUA) zugeordnet ist. Die theoretischen und praktischen Kenntnisse der Mitarbeiter ermöglichen eine umfassende fachliche Beratung, die zunehmend in Anspruch genommen wird.

Im Jahre 1993 wurden im Bereich Schädlingskunde und -beratung sowie Pestizidanwendung des LMUA mehr als 800 Bestimmungen von in den menschlichen Siedlungsbereich eingedrungenen Insekten und Spinnenarten vorgenommen. Das ist ein Drittel mehr an Bestimmungen als 1992 (rund 600). Erst die genaue Untersuchung und Kenntnis der Biologie dieser Tiere ermöglicht es, tatsächliche Schädlinge von Lästlingen und bloßen „Eindringlingen“ zu unterscheiden. Die einsendenden 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.

Unter maßgeblicher Mitarbeit der Senatsverwaltung für Gesundheit bei der Novellierung der Gefahrstoffverordnung sind besondere Bestimmungen für den gewerblichen Einsatz von Schädlingsbekämpfungsmitteln in Kraft getreten. So sind seit Mai 1994 alle Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen mit mindergiftigen, giftigen und sehr giftigen Zubereitungen in Gemeinschaftseinrichtungen bei den jeweils zuständigen Gesundheitsämtern anmeldepflichtig. Insbesondere auch im Hinblick auf den Arbeitsschutz sind die Schädlingsbekämpfungsunternehmen ihrerseits verpflichtet, nur geeignete Verfahren und Mittel mit dem geringsten gesundheitlichen Risiko anzuwenden.

### Rattenbekämpfung

Wie in jedem Ballungsgebiet gibt es auch in Berlin Ratten. Heimisch ist hier hauptsächlich die Wanderratte - eine Rattenart, die vor allem dicht besiedelte Bereiche bevorzugt. Sie lebt vorwiegend in Altbaugebieten, in Bauruinen, in Sanierungs- und Baustellenbereichen, aber auch in dicht begrünten Freilandflächen sowie in der Nähe von Wasserläufen. Müll und Lebensmittelreste sind ihre Hauptnahrungsquellen.

Entsprechend § 3 der Berliner Schädlingsverordnung ist Rattenbefall dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen. Die Behörde ermittelt, ordnet die Beseitigung der Sicherungsmängel und die Ausführung von Vernichtungsmaßnahmen durch gewerbliche Fachkräfte an. In besonderen Fällen können die Gesundheitsämter auch Bekämpfungsmaßnahmen gegen andere Tiere anordnen, die aufgrund ihrer Art, Lebensweise oder Verbreitung Krankheitserreger auf den Menschen übertragen können.

Im Rahmen der bereits erwähnten Schädlingsverordnung (§ 3 Abs. 1) wurden von den Bezirken im Jahr 1993 insgesamt 5.633 Vernichtungsmaßnahmen durchgeführt (1992: 4.936), dies sind 14,1 % mehr als im Vorjahr.

Die Erst- und Wiederholungsvernichtungen in den Bezirken nach Häufigkeit: Kreuzberg (642, 1992: 536), Neukölln (508, 1992: 425), Tiergarten (411, 1992: 300), Schöneberg (404, 1992: 413).

Im Jahre 1993 wurden von den Gesundheitsämtern für Rattenbekämpfungsmaßnahmen mit insgesamt 445.828,44 DM 5,6 % mehr als im Vorjahr ausgegeben (1992: 422.078,85 DM). Im Durchschnitt wurden für die einzelne Maßnahme 79,15 DM aufgewendet (1992: 85,51 DM).

### Kopflausbekämpfung

Kopf-, Kleider- und Filzläuse sind in Berlin die häufigsten Ektoparasiten des Menschen. Nach wie vor steht der Kopflausbefall bei Kindern im Vordergrund. Kopflausbefall ist keine ungewöhnliche Erscheinung: Unabhängig von sozialen Merkmalen zeigt er sich vor allem in Ballungsräumen. Nach den Schulferien tritt häufig ein saisonalbedingter Anstieg auf.

Die Durchführung von Untersuchungen auf Kopfläuse und deren Bekämpfung sowie die Untersuchung von Verdachtsfällen, verbunden mit bürgerlicher Beratung, gehören zu den Aufgaben der Bezirksämter (Abteilung Gesundheit und Umweltschutz). Das Bezirksamt führt die Kopflausbekämpfung zum Teil in eigenen Desinfektionsstellen oder in besonders gelagerten Fällen in der Wohnung der Betroffenen durch (§ 31 Abs. 1 und 2 des GDG)

Im Rahmen der allgemeinen Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen sind 154.474 Personen auf Kopflausbefall untersucht worden (1992: 200.025), befallen waren davon 13.969 Personen (9,0 %; 1992: 16.688 = 8,3 %). Von den 13.969 mit Kopfläusen befallenen Personen wurden 9.383 (1992: 11.262) in den bezirklichen Desinfektionsstellen behandelt

In der Anzahl der untersuchten Personen weisen die Bezirke deutliche Unterschiede auf. Das liegt im wesentlichen daran, daß einige Bezirke bei den Reihenuntersuchungen in Schulen alle einbezogenen Kinder auch auf Kopflausbefall untersuchen. Andere Bezirke weisen dagegen die Anzahl gezielter Untersuchungen aus.

Neben den Gesundheitsämtern melden auch die Justizvollzugsanstalten Berlins Untersuchungen auf Kopflausbefall. Danach wurden 11.447 Unter-

suchungen durchgeführt (1992: 4.411). Dabei wurden 242 (1992: 199) Personen mit Kopfläusen festgestellt (2,1 %; 1992: 4,5 %). Im Vergleich zu 1992 ist hier ein Rückgang um 2,4 %-Punkte zu verzeichnen. Behandelt wurden alle 242 kopflausbefallenen Personen.

### 5.1.3 Abfall aus umweltmedizinischer Sicht

In enger Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz prüft die Senatsverwaltung für Gesundheit bestehende Abfallwirtschaftskonzeptionen im Berliner Gesundheitswesen und strebt Lösungen an, die den Empfehlungen der Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) gerecht werden. Im Rahmen ihrer Mitarbeit in Arbeitskreisen berät die Senatsverwaltung für Gesundheit die Berliner Krankenhausesellschaft (BKG) und den Verband der Krankenhausdirektoren e.V. Berlin (VKD) in Fragen des Umwelt- und Gesundheitsschutzes.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die fachliche Begleitung geplanter Abfallbehandlungsanlagen in Berlin aus umweltmedizinischer Sicht

## 5.2 Lebensmittelüberwachung, Tierseuchendiagnostik sowie Medizinaluntersuchungswesen

### 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 vorzusehen ist

Nach § 17 des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG):

- (2) Lebensmittel im Sinne des Absatzes 1 sind
1. Backwaren mit nicht durchgebackener Füllung oder Auflage
  2. Eiprodukte
  3. Erzeugnisse aus Fischen, Krusten-, Schalen- oder Weichtieren

4. Feinkostsalate, Kartoffelsalat, Marinaden, Mayonnaise, andere emulgierte Saucen, Nahrungshefe
5. Fleisch und Erzeugnisse aus Fleisch
6. Milch und Erzeugnisse aus Milch
7. Säuglings- und Kleinkindernahrung
8. Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse.

## 5.2.1 Lebensmittelüberwachung

### Vollendung des Binnenmarktes

Für mehr als 340 Mio. Einwohner in der Europäischen Gemeinschaft war der 1. Januar 1993 ein wichtiges Datum. An diesem Tage sollte der Europäische Binnenmarkt vollendet sein, und manch ein Bürger in der Gemeinschaft glaubte, daß an diesem Tage etwas „in Kraft getreten“ sei, was einen „Urknall“ für die entstehende Europäische Union bedeutete. Auch die Lebensmittelüberwachung sah nicht nur hoffnungsvoll auf diesen Tag, lag doch immer die Sorge über dem ganzen Geschehen, man würde sich nunmehr bei offenen Grenzen und uneingeschränkter gegenseitiger Anerkennung auf jeweils dem niedrigsten Niveau eines Mitgliedstaates wiederfinden.

Für Insider weniger überraschend war, daß sich dieses Datum hinsichtlich des gemeinschaftlichen Lebensmittelrechts nur wenig bemerkbar gemacht hat. Die Vollendung des Binnenmarktes war ein im sogenannten „Weißbuch“ der Kommission geschaffener Fixpunkt, der den 1985 begonnenen Prozeß der Harmonisierung des Lebensmittelrechts beschleunigt haben mag, dessen Entwicklung aber nach wie vor noch nicht abgeschlossen ist.

Große Bedeutung im gemeinschaftlichen Lebensmittelrecht hat das von den Europäischen Parlamentariern hervorgehobene Subsidiaritätsprinzip erhalten. Es hat bewirkt, daß sich Gemeinschaftsregelungen darauf beschränken, nur die allgemeinen, horizontalen und für das Funktionieren des Binnenmarktes unerläßlichen Anforderungen an die Lebensmittelüberwachung und den Verbraucherschutz zu regeln. Produktbezogene Fragen, wie Zusammensetzung und Qualität von Lebensmitteln, unterliegen nicht mehr der Rechtsetzung der Gemeinschaft. Anstelle der eigenen Rechtsetzung läßt die Gemeinschaft dafür das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung zum Tragen kommen.

Gemeinschaftsweit einheitlich sind insbesondere die Bereiche des Gesundheitsschutzes geregelt. Das betrifft z. B. Lebensmittelzusatzstoffe, Rückstände von Pflanzenschutz- und Tierbehandlungsmitteln und Grenzwerte für Kontaminanten (Verunreinigungen). Gleiche, durch Gemeinschaftsrecht festgelegte Anforderungen an die Herstellung und das Inverkehrbringen von Lebensmitteln sowie deren Überwachung in allen Mitgliedstaaten sind auf diesen Gebieten unverzichtbar.

Um das Ziel, den Binnenmarkt als einen Raum ohne Binnengrenzen zu verwirklichen, in dem der freie Verkehr von Waren (und Personen) gewährleistet ist, zu erreichen, hatte der Rat ein Bündel von Richtlinien im veterinär- und lebensmittelrechtlichen Bereich erlassen. Mit Hilfe dieser Richtlinien sollen die bisherigen Kontrollen an den Binnengrenzen der Gemeinschaft abgelöst und einheitliche Kontrollen der Mitgliedstaaten an den Außengrenzen der Gemeinschaft eingerichtet werden. Die Umsetzung dieser „EG-Veterinärkontrollrichtlinien“ fand ihren Niederschlag in dem „Gesetz zur Änderung veterinärrechtlicher, lebensmittelrechtlicher und tierzuchtrechtlicher Vorschriften“, das in wesentlichen Teilen am 1. Januar 1993 in Kraft trat.

Für die neuen Außengrenzen der Gemeinschaft sind in Berlin die Flughäfen von Bedeutung; über die Einrichtung einer Grenzkontrollstelle wird an anderer Stelle berichtet.

Außerdem sollten mit dem Änderungsgesetz weitere Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes an gemeinschaftsrechtliche Vorgaben und an die Rechtsprechung des EuGH angepaßt werden. Dabei handelte es sich im wesentlichen um die Übernahme der Gemeinschaftsregelungen über die amtliche Lebensmittelüberwachung sowie notwendige Anpassung im Bereich der Rechtsvorschriften über die Ein- und Ausfuhr.

Vergeblich hatte Berlin im Berichtszeitraum die Bundesregierung gedrängt, bundeseinheitliche Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Lebensmittelüberwachung zu erlassen. Die Bundesregierung hat diesem Wunsch mit dem Hinweis, die Lebensmittelüberwachung sei Ländersache, nicht entsprochen. Es wurde daraufhin eine Berliner Arbeitsgruppe gegründet, die es sich zur Aufgabe gestellt hat, die Richtlinie des Rates über die amtliche Lebensmittelüberwachung in für Berlin anwendbare Rechtsvorschriften umzusetzen und



damit die zur Zeit noch angewendeten „Richtlinien für die Durchführung der Aufsicht über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen in Berlin vom 8. November 1977“ abzulösen.

Die Einführung der §§ 47 a und 47 b des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes hatte für die Lebensmittelüberwachung unmittelbare Auswirkung. Nach der Rechtsprechung des EuGH rechtfertigen es die nationalen zum Schutz der Gesundheit erlassenen Rechtsvorschriften, z.B. die Zusatzstoffvorschriften, nicht generell, Lebensmittel, die diesen Rechtsvorschriften nicht entsprechen, vom Verbringen in das Inland auszuschließen. Den Mitgliedstaaten wird aber das Recht eingeräumt, das Inverkehrbringen von Lebensmitteln, die den nationalen zum Schutz der Gesundheit erlassenen Rechtsvorschriften nicht entsprechen, von einer Überprüfung und der Erteilung einer Ausnahmegenehmigung abhängig zu machen. Auch kann für Lebensmittel aus anderen Mitgliedstaaten, die von den im Empfangsland geltenden Anforderungen abweichen, eine angemessene Kenntlichmachung der Abweichung gefordert werden, wenn dies zum Schutz des Verbrauchers notwendig ist.

In der Praxis der Lebensmittelüberwachung haben sich mit der Vollendung des Binnenmarktes dabei folgende Schwierigkeiten ergeben:

- 1 Lebensmittel, die in einem anderen Mitgliedstaat rechtmäßig hergestellt sind und sich rechtmäßig dort im Verkehr befinden, sind auch in der Bundesrepublik grundsätzlich verkehrsfähig. Bei der Beurteilung der vom nationalen Recht abweichenden Eigenschaften des hier verbrachten Lebensmittels müßten sämtliche Rechtsvorschriften aller Mitgliedstaaten bekannt sein. Eine in Unkenntnis dieser Bestimmungen erfolgte Beanstandung könnte als Handelshemmnis und damit als Verstoß gegen die Artikel 30 ff. der Römischen Verträge bis zu einer Klage vor dem EuGH führen.
- 2 Die vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Ausnahmegenehmigungen in Form sogenannter „Allgemeinverfügungen“ müssen bei jeder möglichen Abweichung von den nationalen Bestimmungen mit berücksichtigt werden. Außerdem darf das Inverkehrbringen derartiger Lebensmittel auf dem inländischen Markt erst nach Veröffentlichung der

Allgemeinverfügung im Bundeanzeiger erfolgen

3. Die größten Schwierigkeiten ergaben sich in der Praxis daraus, eine in der Bundesrepublik Deutschland geltende Anforderung, die von den Anforderungen des Mitgliedstaates abwich, angemessen kenntlich zu machen. Die Kenntlichmachung darf nach dem Gemeinschaftsrecht vor allem nicht diskriminierend sein, soll aber dem Schutz des Verbrauchers Genüge tun. Die Gefahr, daß das hohe Schutzniveau in Deutschland hierdurch möglicherweise Schaden nimmt, kann nicht übersehen werden.

Dennoch darf das politische Bekenntnis der Hauptstadt der Bundesrepublik zu Europa nicht in einer gegenläufigen Arbeit im Detail enden. Auch die Berliner Lebensmittelwirtschaft selbst ist daran interessiert, daß das hohe Qualitätsniveau unserer Lebensmittel nicht in Mißkredit gerät. Die ersten Erfahrungen mit dem gemeinsamen Binnenmarkt haben gezeigt, daß die Mehrzahl der Lebensmittelbetriebe bereit ist, einvernehmlich mit der Lebensmittelüberwachung zusammenzuarbeiten.

#### **Grenzkontrollstelle Flughafen Berlin-Tegel**

Im Zusammenhang mit der Vollendung des europäischen Binnenmarktes wurde im Jahr 1993 eine Grenzkontrollstelle der Senatsverwaltung für Gesundheit auf dem Flughafen Berlin-Tegel eingerichtet. Hier werden künftig Lebensmittel und Erzeugnisse tierischen Ursprungs veterinärrechtlich abgefertigt, die aus Drittländern in die Europäische Union eingeführt werden. Durch diese Kontrollen soll die Einschleppung von Seuchen und der Import von Erzeugnissen, die nicht den EU-Rechtsvorschriften entsprechen, verhindert werden. Die Einrichtung der Grenzkontrollstelle unterstreicht die Bedeutung Tegels als internationaler Flughafen und wird auch dem Anspruch Berlins als Bundeshauptstadt gerecht.

#### **Forschungsprogramm „Bundesweites Lebensmittel-Monitoring“ - Berliner Erfahrungen -**

Das bundesweite fünfjährige Forschungsvorhaben „Lebensmittel-Monitoring“, an dem sich auch das Land Berlin beteiligt hat, wurde 1993 erfolgreich abgeschlossen. Die Aufgabe des Lebensmittel-Monitoring war, ein flächendeckendes Verfahren

zur Überwachung der für den deutschen Verbraucher wesentlichen Lebensmittel hinsichtlich einer Belastung mit Rückständen und Verunreinigungen zu entwickeln und zu erproben.

Aus Berliner Sicht sind folgende wesentliche Ergebnisse zu verzeichnen:

- *Repräsentative, zuverlässige und bundesweit geltende Aussagen* über die Belastung ausgewählter Lebensmittel wurden erzielt.
- Die *Auswahl von Lebensmittel/Stoffkombinationen* und die Aufstellung von Stichprobenplänen auf der Basis des Expertenwissens des Bundes und der Länder ermöglichte eine sachdienliche und zielgerichtete Vorgehensweise.
- Die harmonisierte Vorgehensweise von der *Probenahme* über die *Probenvorbereitung* und die *Untersuchung* bis zur *Datenerfassung* hat sich bewährt und führte zur besseren Transparenz und Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse.
- Durch die Maßnahmen zur *Sicherung der analytischen Datenqualität* (Laborvergleichs- und Paralleluntersuchungen) ist die regelmäßige Prüfung der Arbeitsweisen der beteiligten Laboratorien gewährleistet.
- *Belastungstrends* wurden z.B. für bestimmte Obst- und Gemüsesorten erkannt. Damit war eine solide Grundlage für jahreszeitabhängige Verbraucherempfehlungen gegeben. So wurden Pflanzenschutzmittelrückstände in Äpfeln zwischen Oktober und März seltener und weniger als in den übrigen Monaten gefunden; Kopfsalat erwies sich zwischen April und September, Erdbeeren zwischen Juni und August als weniger belastet; Nitrat war im Kopfsalat im Winter stärker enthalten als im Sommer.
- *Rückverfolgungen von Kontaminationen* im Sinne einer Ursachenfindung haben in Berlin aus verständlichen Gründen der geographischen und wirtschaftlichen Situation bisher keine Rolle gespielt.
- Das gehäufte *überregionale Auftreten von Nitromoschusverbindungen* in Forellen ist jedoch ein Beispiel dafür, daß bisher nicht bekannte Probleme im Rahmen des Monitoring erkannt werden können und als allgemein relevant ein-

gestuft werden müssen. In solchen Fällen sind die Ursachen zu ermitteln und Lösungen zu deren Abstellung zu entwickeln. Die Länder sollten in diesen Fällen auch über die ergriffenen Maßnahmen informiert werden.

- *Nutzen für die Überwachungsaufgaben der Länder*  
Die Sichtung des Datenmaterials zu den Forschungsvorhaben ermöglicht wichtige Erkenntnisse für die Überwachung in den Ländern.
- Die Kenntnis über die *Häufigkeit des Auftretens von verschiedenen Pflanzenschutzmittel-Rückständen* in den verschiedenen Lebensmitteln, auch differenziert nach deren Herkunft, ermöglicht die Festlegung von definierten Untersuchungsschwerpunkten.
- *Nutzen für die Fortschreibung von Rechtsnormen*  
Die ermittelten *statistischen Kennwerte für chemische Elemente und Nitrat* bilden eine gute Grundlage zur Einschätzung und Bewertung der Belastungssituation. So waren die Untersuchungsdaten für Nitrat im Rahmen der *Rückstandshöchstmengen-Verordnung*, die Daten für Blei und Cadmium im Rahmen der *Schadstoffhöchstmengen-Verordnung* für die Festlegung neuer Rechtsnormen von großem Nutzen. Bei der vom Bundesrat geforderten *rechtlichen Regelung von Mehrfachrückständen* bieten die Ergebnisse des Monitoring, z.B. für Erdbeeren und Äpfel, eine gute Grundlage zum Erkennen der Notwendigkeit von Festlegungen. Nicht zuletzt sind die mit dem System der Datenerfassung, -aufbereitung und -auswertung gesammelten Erfahrungen für die in Vorbereitung befindliche *Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Meldung von Rückständen an Schädlingsbekämpfungsmitteln* auf und in Lebensmitteln hilfreich.

#### *Folgerungen und Auswirkungen für die Institutionalisierung*

Nach erfolgreichem Abschluß des Forschungsvorhabens besteht kein Zweifel darüber, daß das Bundesweite Lebensmittel-Monitoring fortzuführen und zu institutionalisieren ist. Die aufgrund der wirtschaftlichen Situation den Ländern auferlegten Sparzwänge setzen hierbei allerdings bestimmte Grenzen. Es muß deshalb wohl überlegt werden, wie künftig mit möglichst geringem analytischen

Aufwand eine hohe Effizienz für den Verbraucherschutz erzielt werden kann.

### Weinbuchführung wurde in Berlin neu geregelt

Der Senat hat im Jahre 1993 die vom Senator für Gesundheit vorgelegte „Verordnung zur Durchführung der Weinüberwachung“ erlassen (veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, Seite 470).

Die Verordnung regelt, wie die mit Wein und Weinessig Gewerbetreibenden ihre Weinbuchführung zu handhaben haben. Damit ist das Land Berlin der Verpflichtung aus der Wein-Überwachungsverordnung des Bundes vom 14. Januar 1991 nachgekommen, wonach die Bundesländer landeseigene Durchführungsverordnungen erlassen müssen.

Mit dieser Verordnung wird bestimmt, daß Ein- und Ausgangsbücher zu führen sind, die unter anderem genaue Angaben über Art des Erzeugnisses, Behältnisnummer, Alkoholgehalt, Mengenangaben sowie mögliche Behandlungsverfahren wie Alkoholanreicherung, Süßung oder Entsäuerung enthalten müssen.

### Hühnereier-Verordnung

Bereits im vergangenen Berichtszeitraum teilten wir mit, daß Erkrankungsgeschehen beim Menschen, hervorgerufen durch Salmonellen, insbesondere *Salmonella enteritidis*, ständig im Zunehmen begriffen sind. Untersuchungen von Lebensmittelinfektionen ergeben immer wieder, daß Hühnereier, wenn auch nur zu einem geringen Prozentsatz, mit Salmonellen kontaminiert sein können und somit nicht unerheblich zu diesen Erkrankungsgeschehen beitragen.

Bundeseinheitliche Maßnahmen wurden unabdingbar, und so wurde im Mai 1993 vom Bundesministerium für Gesundheit eine Verordnung über die hygienischen Anforderungen an das Behandeln und Inverkehrbringen von Hühnereiern und roheihaltigen Lebensmitteln - kurz Hühnereier-Verordnung - als Dringlichkeitsverordnung mit einer Geltungsdauer von sechs Monaten ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen.

Die Verordnung schrieb die Durchsetzung bestimmter hygienischer Mindestanforderungen vor. So waren die Eier im Handel vom 18. Tag nach dem Legen bei + 5° C bis + 8° C bzw. vom Verbraucher bei Kühlschranktemperatur zu lagern so-

wie nach Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums nur durcherhitzt zu verbrauchen. Dazu wurde das Anbringen entsprechender Kennzeichnungen bzw. Verbraucherhinweise vorgeschrieben.

Für Gaststätten und Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung, die Lebensmittel unter Zusatz roher Hühnereier abgeben, waren Bestimmungen zum Abgabeverfahren, zur Temperatur der Speisen und deren Abgabefristen festgelegt. Weiterhin wurde für roheihaltige, nicht erhitzte Speisen die Entnahme und Aufbewahrung von Rückhalteproben in diesen Einrichtungen vorgeschrieben.

Nach Auffassung der Länder sicherten die bisherigen Regelungsinhalte keinen ausreichenden gesundheitlichen Verbraucherschutz, so daß eine nahtlose Anschlußregelung an diese Dringlichkeitsverordnung vom Bundesrat nicht verabschiedet werden konnte und weiterer Regelungsbedarf besteht.

### Fleischgroßmarkt

1993 war für den Fleischgroßmarkt Berlin Beuselstraße das Jahr, in dem der Startschuß für die dringend notwendige Erneuerung und Modernisierung der dort ansässigen Betriebe fiel. Insgesamt bestehen auf dem Großmarktgelände derzeit 19 Fleischzerlegungs- und Großhandelsbetriebe. Einige Betriebe zogen aus der alten Fleischgroßmarkthalle aus und begannen mit ihren Neubauten auf Freiflächen des Großmarktgeländes. Der erste allein EU-Normen entsprechende Zerlegebetrieb hatte zum Jahresende 1993 außerhalb der alten Großmarkthalle seinen Neubau fertiggestellt. Weitere Betriebe stehen vor ihrer Fertigstellung und Abnahme. Die in der Großmarkthalle verbleibenden Betriebe nutzen die mit Auszug verbundenen Möglichkeiten erweiterter Flächen zum Ausbau gemäß den geltenden EU-Richtlinien. Sie werden dabei vom zuständigen Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsamt sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit beraten und unterstützt.

Der Fleischgroßmarkt hat damit den Anschluß an die strengen Hygieneanforderungen der Europäischen Union eingeleitet. Durch moderne Technik, ineinandergreifende Betriebsabläufe, eine durchgehende Kühlung und ein modernes Hygienemanagement können die hohen Anforderungen, die bei der Herstellung von frischem Fleisch und Fleischerzeugnissen zu beachten sind, voll erfüllt werden. Hierdurch ist in enger Zusammenarbeit

mit der Senatsverwaltung für Gesundheit ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der Lebensmittelhygiene und des Verbraucherschutzes eingeleitet worden.

### Döner Kebab

Breiten Raum in der Lebensmittelüberwachung durch die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter nimmt die Kontrolle der Hygiene und Qualität der Lebensmittel ein.

So konnten im Berichtszeitraum Verbesserungen bei der Qualitätssicherung des beliebten und verbreiteten Döner Kebab erzielt werden. Bereits 1989 wurde unter maßgeblicher Mitwirkung der Senatsverwaltung für Gesundheit und besonderer Beteiligung von Hersteller- und Verbraucherverbänden sowie Wissenschaftseinrichtungen die „Festschreibung der Berliner Verkehrsauffassung für das Fleischerzeugnis Döner Kebab“ erarbeitet, in der Qualitätsanforderungen an dieses Erzeugnis festgelegt wurden. Eine Sonderaktion „Kontrolle der Imbißstände“ der Berliner Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter und des Landesuntersuchungsinstituts für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin - LAI - ergab besonders bei der Herstellung und dem Inverkehrbringen von Döner Kebab erhebliche Mängel in Qualität und hygienisch-mikrobiologischer Beschaffenheit. Unter Nichtbeachtung der Normen versuchten einige Hersteller, sich über nicht qualitätsgerechte Döner-Erzeugnisse auf unlauterem Wege Markt Vorteile zu verschaffen und den Verbraucher zu übervorteilen. Berliner Gerichte in allen Instanzen waren mit der Wertung der Berliner Verkehrsauffassung befaßt. Letztendlich hat das Bundesverfassungsgericht die Berliner Verkehrsauffassung als Ausdruck der allgemeinen Verkehrsauffassung gewertet und ihre Verfassungsmäßigkeit bestätigt.

Inzwischen wird die „Festschreibung der Berliner Verkehrsauffassung für das Fleischerzeugnis Döner Kebab“ bundesweit als allgemeine Verkehrsauffassung anerkannt und damit ihre verbraucher-schützende Bedeutung belegt.

### 5.2.2 Tierseuchendiagnostik

Das Tierseuchengesetz regelt die Bekämpfung von Seuchen, die bei Haustieren, Süßwasserfischen oder anderen Tieren auftreten und auf Haustiere oder Süßwasserfische übertragen werden können.

Da ein Teil der zu bekämpfenden Krankheiten auch auf den Menschen übertragbar ist, dient die Tierseuchenbekämpfung der dualen Funktion der Veterinärmedizin, sowohl die tierische als auch menschliche Gesundheit zu schützen und zu erhalten.

Das Spektrum der Aufgaben reicht dabei von der Überwachung der Gesundheit der Viehbestände, der Untersuchung von gefallenen Wildtieren auf übertragbare Krankheiten, der Überwachung der unschädlichen Beseitigung von Tierkörpern, Tierkörperteilen und vom Tier stammenden Erzeugnissen, Tierhaltungs- und Tierschutzfragen bis zu Fragen der Erkrankung von Haustieren. Maßgebend sind neben gesundheitlichen auch wirtschaftliche und ökologische Faktoren. Das Augenmerk gilt dabei sowohl dem Nutztier als auch dem Heimtier bis hin zur ökologisch wichtigen Biene.

Einen wichtigen Bestandteil der Tierseuchenbekämpfung stellt die Tierseuchenstatistik dar. Dabei nehmen in einem Ballungsgebiet wie Berlin Fragen des Schutzes der menschlichen Gesundheit vor den Gefahren durch das als sozialer Faktor nicht unwichtige Heimtier gezwungenermaßen eine wichtige Stelle ein. Insbesondere ist die Gefahr einer Infektion immungeschwächter Personen mit durch Haustiere übertragbaren Mykobakterien, Salmonellen, Staphylokokken und anderen Infektionen nicht zu unterschätzen.

Im Jahre 1993 gelangten 18.072 Einsendungen (Tierkörper, Tierkörperteile, Organ-, Tupfer-, Blut- und Kotproben) zur pathologischen, bakteriologischen, virologischen, mykologischen, parasitologischen, serologischen und elektronenmikroskopischen Untersuchung von anzeige-, meldepflichtigen und sonstigen Tierkrankheiten sowie von Zoonosen. Die Einsendungen erfolgten über Amtstierärzte der Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter, niedergelassene Tierärzte, die tierärztlichen Fakultäten der Freien Universität und über Polizeidienststellen.

Zu den Ergebnissen lassen sich folgende Punkte herausstellen:

- Im Jahre 1993 war Berlin frei von Rindertuberkulose, Brucellose, Schweinepest und atypischer Geflügelpest

- Das Tollwutgeschehen bei Wild- und Haustieren entspannte sich als Folge der Impfköderausbringung für Füchse (orale Immunisierung der Füchse) weiter. Der Nachweis des Tollwutvirus gelang bei fünf Tieren (zwei Fledermäusen sowie einem Fuchs, einem Reh und einer Katze). Seit August 1993 ist Berlin tollwutfrei.
- Bei Vögeln und Wildwiederkäuern wurde in vermehrtem Maße Tuberkulose nachgewiesen. Bei 51 von 295 überprüften Vögeln ließ sich eine Infektion mit *Mycobacterium avium* diagnostizieren. Zu beachten sind die Tuberkulosebefunde bei Wiederkäuern. Neben *Mycobacterium avium* wurden vier INH (Isonikotinsäurehydrazid)-resistente *Mycobacterium bovis*-Stämme isoliert. Die nachgewiesenen Stämme sind als Zoonoseerreger - also vom Tier auf den Menschen übertragbare Krankheitserreger - zu interpretieren, so daß der vermehrten Überprüfung der genannten Tierarten im Rahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes eine besondere Bedeutung zukommt.
- Im Rahmen des Eutergesundheitsdienstes wurden bei 7,4 % der untersuchten Einzelmilchproben *Staphylococcus* sp. diagnostiziert. Bei der Überprüfung dieser Stämme auf ihre Empfindlichkeit gegenüber verschiedenen Antibiotika konnte bei dem überwiegenden Teil der Stämme eine Antibiotikumresistenz ermittelt werden. Diese Befunde sind insofern bemerkenswert, da sie sich mit einem hohen Anteil der Antibiotikaresistenzen von aus Hautveränderungen von Haustieren (Hund, Katze, Meerschweinchen) isolierten *Staphylococcus aureus*- und *Staphylococcus intermedius*-Stämmen decken. Hier zeigt sich ein mögliches Gefahrenpotential im Mensch-Tier-Verhältnis, da Staphylokokken ebenfalls zu den Zoonoseerregern zählen.

### 5.2.3 Medizinaluntersuchungswesen

Das Medizinaluntersuchungswesen wurde in Berlin in der Zeit vom 1.10.1992 bis zum 30.9.1993 durch das Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) mit den örtlichen Bereichen Rubensstraße, Fürstenbrunner Weg, Buch und Engeldamm (Zentrale Materialannahme) wahrgenommen. In den medizinisch-diagnostischen Laboratorien wer-

den bakteriologische, serologische, mykologische und virologische Untersuchungen durchgeführt sowie im Rahmen der Schädlingskunde und des Pestizideinsatzes Bestimmungen von Schädlingen, Begutachtungen und Beratungen vorgenommen.

#### Bakterielle enterale Infektionen

Diese Untersuchungen bildeten unverändert einen Arbeitsschwerpunkt. Die Anforderungen erfolgten überwiegend durch die Gesundheitsämter aufgrund der §§ 3, 10, 17 und 18 des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG).

Im Rahmen der bakteriologischen Stuhluntersuchungen fielen bei Einsendungen

- im Verkehr mit Lebensmitteln nach §§ 17/18 BSeuchG  
73.416 Proben an;  
dabei erfolgten 183 Neuanzüchtungen (0,24 %)
- bei Erkrankung und Umgebungsuntersuchungen nach §§ 3 und 10 BSeuchG  
152.164 Proben an;  
dabei erfolgten 3.412 Neuanzüchtungen (2,24 %)

*Salmonella enteritidis* war auch 1993 der am häufigsten isolierte Enteritiserreger. Zahlenmäßig weniger im Vordergrund standen u.a. die übrigen *Salmonella* spezial, *Shigellen*, *Campylobacter* und *Yersinien*.

#### Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

Chlamydia trachomatis- und Mycoplasmen-Infektionen sind die gegenwärtig häufigsten Ursachen sexuell übertragbarer Krankheiten. Die Infektionen verlaufen oft asymptomatisch und fallen dann erst durch Spätkomplikationen und/oder Partnerinfektionen auf.

Bei der Labordiagnostik der Chlamydien- und Mycoplasmen-Infektionen für die Beratungsstellen - Geschlechtskrankheiten - der Gesundheitsämter wurden im LMUA 5.833 Chlamydien- und 687 Urea-Mycoplasmen-Untersuchungen durchgeführt. Dabei wurden in 141 Fällen *Mycoplasma hominis* und in 100 Fällen *Mycoplasma urealyticum* nachgewiesen sowie in 44 Fällen Doppelinfektionen beobachtet. 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

1993 wurden vom LMUA 13.363 Proben im Rahmen der HIV-Diagnostik untersucht. 601 Proben waren im HIV 1/2 ELISA-Suchtest positiv, davon 566 Proben im HIV 1 ELISA positiv. 570 wurden im Western-Blot Typ 1 bestätigt, davon 2 Proben auch im Western-Blot Typ 2 (Doppelinfektion). Die hohe Rate positiver Befunde ergab sich durch das ausgewählte Patientengut. Überwiegend handelte es sich um Anforderungen vom Landesinstitut für Tropenmedizin (LITrop) sowie von den bezirklichen AIDS-Beratungsstellen.

## Opportunistische Infektionen bei Aids

Vom Medizinaluntersuchungswesen wurden in Zusammenarbeit mit dem LITrop verschiedene bakteriologische, serologische und virologische Untersuchungen bei HIV-Infizierten durchgeführt, um relevante epidemiologische Fakten im Kampf gegen die Immunschwäche Aids frühzeitig zu erfassen.

## Bürgerberatung

Im Rahmen der Übertragung von HIV durch Blut und Blutprodukte erfolgte durch das LMUA in über 200 Anfragen eine Beratung über das sogenannte „Bürgertelefon“.

## Mykobakterien-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 - die radiometrische Bactec-Methode und die Gensondentechnik - führten außerdem zu einem schnelleren kulturellen Nachweis und einer beschleunigten und verbesserten Differenzierungstechnik von Mykobakterien. Gesamtzahl der Eingänge 1993: 9.166, darunter 316 positiv.

## Hepatitis-Diagnostik

### Untersuchungen zur Hepatitis-Epidemiologie

#### Hepatitis A

Gesamtzahl der Proben	7.331	100	%
negative Ergebnisse	4.631	63,3	%
Akutinfection	142	1,9	%
Immunität	2.558	34,9	%

#### Hepatitis B

Gesamtzahl der Proben	7.024	100	%
negative Ergebnisse	4.262	60,8	%
frühere Infektion und/oder Immunität	2.489	35,4	%
akute bzw. subakute Infektion	76	1	%
HBs-Ag-Trägerstatus			
e-Ag positiv	66	0,9	%
e-Ag negativ	131	1,9	%

#### Hepatitis C

Einsendungen	5.660		
positiv	1.206		
negativ	4.413		

## Virus-Epidemiologie

Wie auch in den vergangenen Jahren 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

Das Programm zur Früherfassung von Grippeerkrankungen in der Bevölkerung wurde in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachdisziplinen auch 1993 fortgeführt. Im Gegensatz zum Jahr 1992 gelang es nicht, einen epidemiologisch relevanten Virustyp zu isolieren.

## Meningitis-Programm

In Zusammenarbeit mit den Berliner Krankenhäusern wurde versucht, die Aufklärungsrate der Erregernatur bei Meningitis/Encephalitis zu verbessern. Neben der aktuellen Bakteriologie (Schnelltests, Mikroskopie und Kultur) und Virologie im Liquor (Elektronenmikroskopie, Virusanzucht) wurden nach Auswertung des Liquorproteinprofils erregerspezifische Antikörperbestimmungen im Liquor und Serum durchgeführt. In 56 Fällen konnte eine Diagnose gestellt werden.

**Krankenhaushygiene**

Im Rahmen der Aufgaben auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene wurden vom Medizinaluntersuchungswesen im Berichtszeitraum folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Untersuchung von Testobjekten zur Wirksamkeitsprüfung von Sterilisations- und Desinfektionsapparaten gemäß entsprechender DIN-Vorschriften
- Prüfung von 98 desinfizierenden Waschmaschinen für die Aufbereitung von Instrumenten und Anaesthesiezubehör gemäß BGA-Richtlinie zur Prüfung thermischer Desinfektionsverfahren im Reinigungsautomaten
- Prüfung von 111 chemothermisch desinfizierenden Waschmaschinen gemäß den Prüfempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
- hygienisch-mikrobiologische Prüfung von 278 desinfizierenden Waschautomaten für Nachtgeschirre mit „künstlichem Schmutz nach Koller“
- Prüfung von 60 Bettenwasch- und Desinfektionsanlagen gemäß Empfehlung des Arbeitskreises Bettenhygiene
- hygienische Abnahmeprüfungen von raumlufttechnischen Anlagen in Krankenhäusern gemäß DIN 1946 Teil 4 mit insgesamt 1 336 Luftkeimmessungen und 1 471 Partikelzählungen
- hygienische Überwachung von Berliner Wäschereien für Krankenhauswäsche aufgrund BGA-Richtlinie (Überprüfung von 189 Waschanlagen)
- gemeinsame Besichtigung der Krankenhäuser mit den zuständigen Amtsärzten der Bezirke gemäß Krankenhausaufsichtsverordnung mit dem Ziel, die Amtsärzte bei der hygienischen Überwachung der Krankenhäuser gemäß § 9 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) zu unterstützen (Teilnahme an Begehungen sowie vor Ort Entnahme von Hygieneprobe(n)). 1993 wurden ca. 50 Begehungen mit etwa 2 000 mikrobiologischen Kontrollen durchgeführt
- Untersuchungen von Warmwasserproben auf das Vorkommen von Legionellen im Auftrag der Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Schwimmbäder und anderer Einsender
- 216 Untersuchungen von Dialysewasser gemäß BGA-Richtlinie im Auftrag der Gesundheitsämter

- mykologische Diagnostik im Rahmen von Schimmelpilzbefall von öffentlichen Gebäuden und Wohnbereichen im Auftrag der Gesundheitsämter

**Gentechnologie**

In enger Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Soziales und deren nachgeordneten Einrichtungen (Landesamt für Arbeitsschutz und technische Sicherheit, Landesinstitut für Arbeitsmedizin) erfolgte eine mikrobiologische Berater- und Prüftätigkeit gentechnischer Laboreinrichtungen in bezug auf biologische Sicherheit nach dem Gentechnik-Gesetz.

**Klinische Mikrobiologie**

Durchführung von bakteriologischen Untersuchungen für die differenzierende Diagnostik und gezielte antibiotische Therapie aus dem kurativen Bereich der Krankenhäuser und sonstigen öffentlichen Einrichtungen des Landes und des Bundes.

*Durchgeführte Untersuchungen vom 1.10.1992 - 30.9.1993:*

Spezifität	Untersuchungsaufträge	Einzeluntersuchungen
Cholera	82	424
Gonorrhoe (bakt)	748	768
Scharlach	133	211
andere bakt Untersuchungen (Varia einschl TPE und Mykologie)	233 927	715 297
Ib	9 333	35 336
Lues-Serologie	19 411	35 760
Toxoplasmose	2 651	14 820
sonstige Serologie	16 354	48 872
Virus-Serologie	65 934	181 205
Virus-Anzüchtungen	10 592	18 729
Arzneimittelprüfungen	521	735
Hygiene-Untersuchungen	36 529	67 489
Sporennuntersuchungen	10 274	22 870
Legionellen	386	5 847

Am 1.10.1993 wurde der örtliche Bereich Buch aufgegeben

Zur Zeit ist die Gründung eines Berliner Betriebes für zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBGes) in Vorbereitung, in dem u.a. das Landesmedizinaluntersuchungsamt als Institut für Mikrobiologie und Hygiene (IMH) seine Aufgaben weiter wahrnehmen wird.

### 5.2.4 Gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit 1993

Die gerichtsärztliche Gutachter- und Sektionstätigkeit im Sinne des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst wird im Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin wahrgenommen. Von den Gerichts- und Ermittlungsbehörden werden Aufträge im Bereich der Strafgerichtsbarkeit zur Sicherung beweiserheblicher medizinischer Befunde und Erstattung forensisch-medizinischer Gutachten erteilt. Den Gerichtsärzten obliegt darüber hinaus die amtsärztliche Leichenschau in den Krematorien nach den Bestimmungen des Feuerbestattungsgesetzes.

#### Ausgeführte Aufträge 1993:

- schriftliche Gutachten (einschließlich Labor)	3 330
- gerichtsärztliche Untersuchungen für die Kriminalpolizei	369
- forensisch-psychiatrische Gutachten über Schuldfähigkeit Verantwortungsreife Jugendlicher, Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten, Glaubwürdigkeit, Geschäftsfähigkeit, Pflegschaft	249
- Gutachten über Todesursachen, Körperverletzungen, Abtreibungen, ärztliche Kunstfehler, Kindesmißhandlungen	20
- Gutachten über Haft-, Verhandlungs-, Vernehmung- und Terminfähigkeit	212
- Gutachten über Arbeits-, Berufs-, Dienst- und Erwerbsfähigkeit, Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit	4
- abschließende Gutachten (endgültige Stellungnahmen nach Sektionen)	23
- mündliche Gutachten in Gerichtsterminen	348
- Untersuchungen von Patienten im Institut, in den Haftanstalten und bei Hausbesuchen	308
- Leichenschauen in den Krematorien	26 119
- gerichtsärztliche Obduktionen im Leichenschauhaus	641
- <i>Labor</i>	
histologische Untersuchungen	1 973
klinische Chemie	50
- <i>Fotolabor</i>	
Aufnahmen	33
Abzüge	154
Röntgenbilder	49

### 5.3 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 5.1:  
Vernichtungsmaßnahmen bei Rattenbefall 1993 in Berlin nach Bezirken



*KAPITEL*

*6*

*APOTHEKEN, ARZNEIMITTELWESEN  
UND  
TOXIKOLOGIE*

## 6.1 Apothekenwesen 1992/93

Die Apotheken sichern als Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung

Im Jahre 1993 (Stand: 31.12.) gab es in Berlin 782 Apotheken (1992: 764); damit stand für rund 4 444 Einwohner (1992: 4 536) eine Apotheke zur Verfügung (vgl. Tabelle A 6.1 im Tabellenanhang).

In den *westlichen Bezirken* ging in den letzten Jahren die Anzahl der Apotheken leicht zurück:

- Ende 1991: 592 Apotheken
- Ende 1992: 584 Apotheken
- Ende 1993: 581 Apotheken

Durch Kauf und Pacht bedingt wurden jedoch zahlreiche neue Apothekenbetriebslizenzen erteilt.

In den *östlichen Bezirken* waren

- Ende 1990: 123 Apotheken

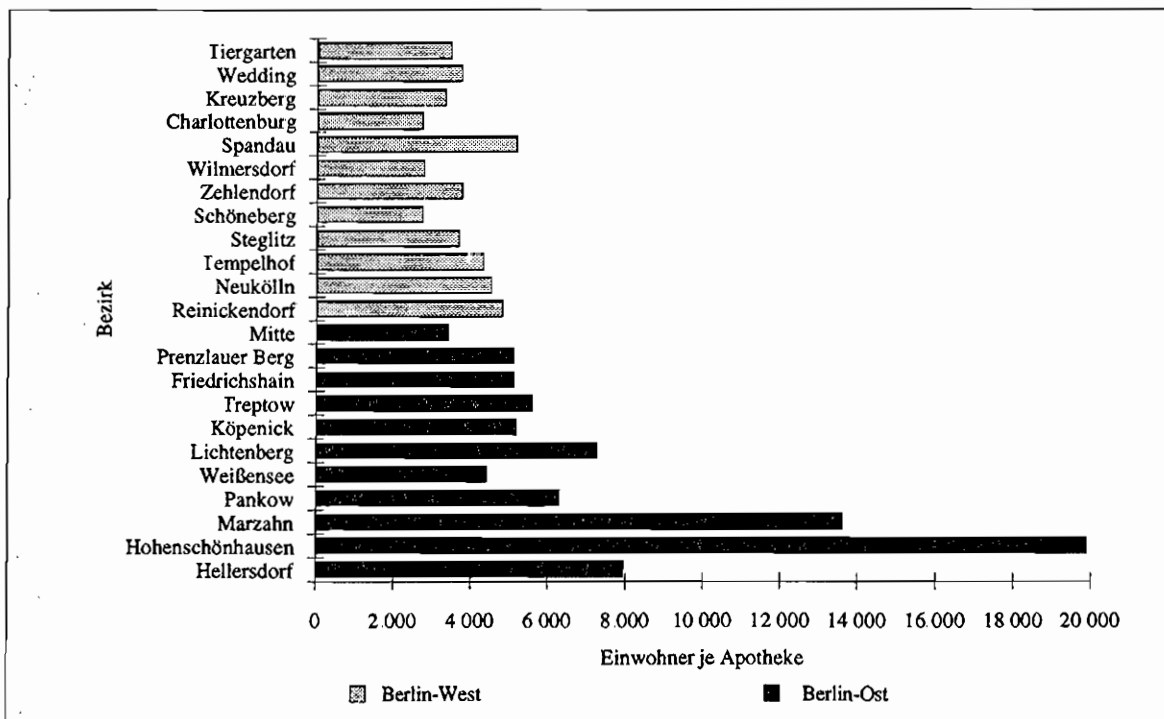
vorhanden, davon 120 unter staatlicher Leitung. Bis Ende 1993 wurden diese Apotheken bis auf 2 privatisiert. Durch Neugründungen nahm die Anzahl der Apotheken im Gegensatz zum Westteil der Stadt weiter zu:

- Ende 1991: 141 Apotheken
- Ende 1992: 180 Apotheken
- Ende 1993: 201 Apotheken

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln konnte dadurch im östlichen Teil der Stadt verbessert werden; es stand jetzt eine Apotheke für 6 462 Einwohner (1992: 7 188) zur Verfügung, und der Trend zu weiteren Apothekenneugründungen hält unvermindert an

Abgesehen von dem unterschiedlichen Versorgungsgrad im Ost- und Westteil Berlins stellen sich auch erhebliche bezirkliche Unterschiede in der Apothekendichte dar (vgl. Abbildung 6.1). Während z.B. in Charlottenburg eine Apotheke 2 742 und in Schöneberg 2 750 Bürger versorgt, entfallen in Marzahn 13 627 und in Hohenschönhausen 19 917 Einwohner auf eine Apotheke

Abbildung 6.1:  
Apothekendichte in Berlin am 31.12.1993



(Quelle: Apothekerkammer Berlin / eigene Berechnungen)

## 6.2 Arzneimittelwesen

### 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 beziehen. 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 für die Überwachung des Arzneimittelverkehrs ist in Berlin ausschließlich die Senatsverwaltung für Gesundheit, die diese Aufgabe seit Anfang 1991 zentral für das gesamte Stadtgebiet wahrnimmt.

Die Untersuchungen der entnommenen Proben werden im Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin (LAT) durchgeführt.

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.

### Arzneimittelwesen 1992

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.

Am 1. Januar 1992 ist der „EG-Leitfaden einer guten Herstellungspraxis für Arzneimittel“ in der Bundesrepublik in Kraft getreten. Dieser EG-Leitfaden soll als Grundlage für die Entscheidung über die Erteilung einer Herstellungserlaubnis und für die Inspektion aller Arzneimittel herstellenden Betriebe in der EG gelten.

Zur Zeit wird dieser EG-Leitfaden in die Betriebsverordnung für pharmazeutische Unternehmer eingearbeitet.

Diese Verordnung findet Anwendung auf Betriebe und Einrichtungen, die Arzneimittel gewerbsmäßig herstellen, prüfen, lagern, verpacken, in den Verkehr bringen oder in den Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes verbringen.

Aufgrund einer Übergangsbestimmung fand diese Verordnung auf pharmazeutische Betriebe in den östlichen Bezirken bis Ende 1992 keine Anwendung.

Seit Anfang 1993 erfüllen alle pharmazeutischen Betriebe in Berlin die durch die Betriebsverordnung für pharmazeutische Unternehmer gestellten Anforderungen.

Somit wurde ein einheitlicher Arzneimittelmarkt in Berlin und der gesamten Bundesrepublik Deutschland geschaffen, der allen pharmazeutischen Betrieben die gleichen Chancen ermöglicht.

## Arzneimitteluntersuchungen

Die pharmazeutische Qualität von Arzneimitteln wird im LAI kontrolliert. Die Einsendung der Proben erfolgt überwiegend durch die Senatsverwaltung für Gesundheit als Arzneimittelüberwachungsbehörde sowie den Gewerbeaufsichtsdienst, die Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter, Polizei- und Zolldienststellen, das Bundesgesundheitsamt und Apotheken/Krankenhausapotheken. In vereinzelt Fällen werden auch Aufträge von Firmen und Verbrauchern erteilt.

Bei den Proben handelt es sich hauptsächlich um Humanarzneimittel gemäß § 2 (1) und (2) Nr. 1 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts (Arzneimittelgesetz - AMG -).

Im Jahre 1992 wurden im LAI 553 Proben untersucht, dazu waren 6 420 Einzeluntersuchungen erforderlich (durchschnittlich 11,6 Untersuchungen pro Probe).

Darüber hinaus wurden 23 Proben nur auf mikrobiologische Beschaffenheit im Landesmedizinaluntersuchungsamt Berlin (LMUA) untersucht.

### Aufteilung der untersuchten Arzneimittel nach dem Probencode der Arzneimitteluntersuchungsstellen

- feste orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	178
- topische (äußerlich anzuwendende) Arzneiformen	122
- pflanzliche Stoffe und Zubereitungen zur Bereitung von Teeaufgüssen	69
- parenterale Arzneiformen	51
- flüssige und halb feste orale, perorale Arzneiformen (ausgenommen pflanzliche Stoffe)	42
- rektale und vaginale Arzneiformen	23
- Ausgangsstoffe (ausgenommen Packmittel)	23
- Primär-, Sekundärpackmittel	14
- Arzneiformen zur Anwendung im Ohr oder in der Nase	14
- In-vitro-Diagnostica	13
- Arzneiformen zur Anwendung am Auge	11
- Inhalationsarzneiformen	10
- Defektur-, Rezepturarzneimittel	4
- sonstige Arzneiformen	2

## Beanstandungsgründe

Mängel in der Kennzeichnung gaben wiederum am häufigsten Grund zu Beanstandungen der untersuchten Proben. Sie wurden bei 319 Proben (57,7% der im LAI untersuchten 553 Arzneimittel) festgestellt. Derartige Mängel betrafen überwiegend Arzneimittel, die in öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken hergestellt worden waren; bei Arzneimitteln aus der Pharmaindustrie werden sie relativ selten angetroffen.

Darüber hinaus gaben 156 Proben (28,2 %) Grund zu anderen Beanstandungen. Dabei mußte bei 85 Proben (15,4 %) die Zusammensetzung und bei 41 Proben (7,4 %) ihre Galenik oder ihre äußere Beschaffenheit beanstandet werden.

Proben die mehrere Beanstandungsgründe aufwiesen, wurden mehrfach gezählt.

## 6.3 Betäubungsmittelwesen

Zum 1. Februar 1993 ist die 4. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung in Kraft getreten. Mit dieser Änderungsverordnung sollen u.a. die Verschreibungsmodalitäten für Betäubungsmittel den medizinischen und drogenpolitischen Entwicklungen und Bedürfnissen angepaßt werden. Schwerpunkte dieser Verordnung betreffen daher Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung.

Um insbesondere die Versorgung von Schmerzpatienten mit stark wirksamen Analgetika zu erleichtern und dem Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen, wurden die verschreibbaren Mengen von Betäubungsmitteln erhöht und zugleich der Versorgungszeitraum für den Patienten verlängert.

Ferner wurden detaillierte Regelungen für das Verschreiben von Betäubungsmitteln zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit (Substitution), Grundregeln für die Durchführung einer Substitution bei Betäubungsmittelabhängigen einschließlich deren Versorgung an Wochenenden und häuslicher Pflegebedürftigkeit sowie eine Anzeigeverpflichtung des behandelnden Arztes bezüglich des Beginns und des Endes derartiger Behandlungen bei der zuständigen Behörde neu aufgenommen.

Zuständige Stelle für die Entgegennahme dieser Anzeigen sowie für die Entgegennahme, Prüfung und Entscheidung von Anträgen auf Erteilung der schriftlichen Zustimmung für die Aushändigung von Rezepten für die bis zu drei Tagen benötigte Menge des Betäubungsmittels an den zu substituierenden Patienten ist im Land Berlin die Ärztekammer Berlin

#### 6.4 Klinische und forensische Toxikologie

Im LAT besteht eine Rufbereitschaft, d.h. es werden außerhalb der normalen Arbeitszeit - also nachts, sonnabends, sonntags und an Feiertagen - für Berliner Krankenhäuser in lebensbedrohlichen Fällen chemisch-toxikologische Untersuchungen durchgeführt. Diese Rufbereitschaft wurde 1992 in 368 Fällen in Anspruch genommen (durchschnittlich 7 Einsätze pro Woche); im Vergleich zum Vorjahr ergab sich damit eine Steigerung der Inanspruchnahme um 15,4 % (1991: 319 Einsätze).

Das sehr gute Pilzjahr und die Möglichkeit zu Ausflügen in die weitere Umgebung Berlins führten zu einer Vielzahl von Pilzvergiftungen mit dem Verdacht einer Knollenblätterpilzaufnahme. Wurden 1991 zwei Fälle bekannt, so stieg 1992 die Zahl auf 27 Fälle an, davon verlief ein Fall tödlich.

Die Anzahl der Untersuchungen im Fachbereich Toxikologie des LAT ist im Vergleich zu den Vorjahren teilweise erheblich gestiegen.

So wurden aus dem Bereich der Krankenhäuser ca. 300 Fälle mehr eingesandt; hier kam es zu vermehrten Urinkontrolluntersuchungen, die sich aus der Etablierung von Suchtstationen im Jüdischen Krankenhaus ergeben haben.

Die Zunahme der Untersuchungen für die Justizvollzugsanstalten um ca. 1 300 Fälle geht mit der Feststellung des Bundesinnenministeriums einher, daß 1992 eine Wende bei der Rauschgiftkriminalität nicht festgestellt werden konnte. Die Zahl der polizeilich erfaßten Erstkonsumenten harter Drogen stieg zum Vorjahr um rund 13 %.

Bei annähernd gleicher Anzahl der Leichensachen (1991: 429, 1992: 417) gingen die durchgeführten Untersuchungen von 9 843 auf 7 826 in 1992 zurück.

Ein erhöhtes Probenaufkommen durch Bezirksämter hängt mit der höheren Sensibilität für umwelttoxikologische Fragen zusammen

#### 6.5 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 6.1:

Apotheken in Berlin am 31.12.1993 nach Bezirken



*KAPITEL*

*7*

*AMBULANTE ÄRZTLICHE  
VERSORGUNG*

## 7. Ambulante ärztliche Versorgung - Ein Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin -

### 7.0 Rahmenbedingungen

Die ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte wird auch 1994 von den starren Budgets des GSG geprägt. Daher hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin auch weiterhin den Mangel zu verwalten und die Budgetierung mit ihrem Konfliktpotential nach "unten" zu vertreten.

Entgegen der Erwartung sind die Vergütungsverhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen über die Honorierung der ambulanten ärztlichen Leistungen durch die Budgetierung nicht vereinfacht worden, sondern erweisen sich als erheblich schwieriger. So konnten bis September 1994 mit den Primärkassen weder für 1993 noch für 1994 Vergütungsverträge abgeschlossen werden. Umstritten ist u. a. die Auslegung des § 85 SGB V, wonach die Erhöhung der Vergütung vom Anstieg der Grundlohnsumme abhängig gemacht wird. Ein besonderes Problem dieser und künftiger Verhandlungen stellt die im § 308 SGB V vorgesehene Zusammenfassung der bisher noch getrennten Vertragsgebiete Berlin Ost und Berlin West zum 1.1.1995 dar. Bisher wurde die Höhe der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte - berechnet in Kopfpauschalen pro Mitglied der Krankenversicherung - für die Vergütungsgebiete Ost und West getrennt ermittelt. Aus diesem Grunde gibt es bisher unterschiedliche Kopfpauschalen im Ost- und Westteil der Stadt. Die Schaffung eines einheitlichen Vertragsgebietes und die ab 1995 geplante Zuordnung Berlins zu den alten Bundesländern setzt daher eine Angleichung der Pauschale Ost auf das Niveau des Westens voraus. Aber gerade diese Angleichung kann von den Berliner Krankenkassen gegenwärtig nicht vollzogen werden, da für diesen Schritt beispielsweise die AOK Berlin mehr als 30 Mio. DM zusätzlich in den Honorartopf einzahlen müßte. Eine Lösung dieses Problems ist gegenwärtig noch nicht in Sicht und die Gefahr besteht, daß die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung die Angleichung der Vertragsgebiete noch einige Zeit aufschieben müssen. Ein Schritt auf dem Weg zur Lösung des Problems liegt darin, in den Vergütungsverhandlungen für 1993 und 1994 den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen

für die Erhöhung der Gesamtvergütung vollständig auszuschöpfen, um damit eine möglichst günstige Ausgangsposition für die Angleichung der immer noch verbleibenden Differenz zu haben.

Auf der Bundesebene konnten dagegen nach zähen Verhandlungen Vertragsabschlüsse im Bereich der Ersatzkassen erzielt werden. Dabei ist es im wesentlichen gelungen, die gesetzlichen Höchstgrenzen des Honorarzuwachses in entsprechende Steigerungsraten umzusetzen. So wurde ein neuer Bundesmantelvertrag mit zusätzlichen Vereinbarungen zur Onkologie, Schmerztherapie und Sozialpsychiatrie geschaffen. Diese Verträge wurden jeweils einheitlich für die alten und die neuen Bundesländer vereinbart, da die angestrebte Regionalisierung der Ersatzkassen aufgrund einer unzureichenden Datenlage bislang noch nicht durchgeführt werden konnte. Darüber hinaus hat die KV Berlin neben den bundesweiten Verträgen mit den Ersatzkassen noch verschiedene regionale Vereinbarungen aushandeln können, die die Bereiche Home Care, Rheumatologie und Aids betreffen

Eine zentrale Aufgabe für die Zukunft, die nur gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden gelöst werden kann, sieht die KV Berlin in der Durchführung notwendiger Strukturveränderungen. Ihre Schwerpunkte sind dabei die Weiterentwicklung kooperativer ärztlicher Arbeitsformen und die Reduzierung des stationären Sektors, die komplementäre Übernahme bisheriger Versorgungsaufgaben des Krankenhauses sowie die Entwicklung alternativer Vertragsmodelle zur Bedienung des 1996 beginnenden Wettbewerbs der Krankenkassen. Die Problematik besteht allerdings auch hier darin, daß in Folge der starren gesetzlichen Vorgaben eine Herauslösung von Budgetanteilen aus dem Krankenhausbereich noch nicht möglich ist, auch wenn bisher stationäre Leistungen heute schon vielfach ambulant erbracht werden können

Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick zur Leistungsbilanz der KV Berlin und listen einige Schwerpunkte auf.



## 7.1 Aufgaben und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

### 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. Die in den im Ostteil der Stadt gelegenen, kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassenen Gesundheitseinrichtungen (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) tätigen Fach- und Gebietsärzte sind ebenfalls ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung und haben dieselben Rechte und Pflichten wie ihre freiberuflich tätigen Kollegen.

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 Soziales.

### 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 Interessen 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 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 dem 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.

### 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

- zugelassene Einrichtungen (z.B. die früheren Polikliniken) sowie
- Krankenhausfachambulanzen

zu nennen

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in Berlin-West und -Ost werden in den Tabellen 7.1 und 7.2 die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden differenziert nach westlichen und östlichen Bezirken angegeben.

In Berlin-West nahmen zum 1.1.1994 3.816 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren 3.600 in freier Praxis niedergelassen (Teilnahmeform Zulassung) und 216 ermächtigt.

Im Ostteil der Stadt waren 1.956 Ärzte in freier Praxis niedergelassen, 108 Ärzte ermächtigt und 221 Ärzte in Einrichtungen tätig. Hinzu kamen 117 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 7.1:**

**An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Stand 1.1.1994) in Berlin-West nach Teilnahmeform und Bezirken**

Bezirk	Teilnahmeform			Einwohner 1)	Einwohner je Arzt
	insgesamt	zugelassen	ermächtigt		
Tiergarten	165	149	16	94 930	575
Wedding	272	250	22	167 231	615
Kreuzberg	257	246	11	156 597	609
Charlottenburg	457	432	25	183 848	402
Spandau	309	292	17	217 367	703
Wilmersdorf	380	363	17	145 043	382
Zehlendorf	236	214	22	99 576	422
Schöneberg	385	375	10	155 959	405
Steglitz	357	333	24	190 009	532
Tempelhof	240	228	12	190 500	794
Neukölln	426	403	23	313 351	736
Reinickendorf	332	315	17	254 175	766
<b>Berlin-West</b>	<b>3 816</b>	<b>3 600</b>	<b>216</b>	<b>2 168 586</b>	<b>568</b>

1) Bevölkerungsstand zum 30.6.1993

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle 7.2:**  
**An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Stand 1.1.1994) in Berlin-Ost nach Teilnahmeform und Bezirken**

Bezirk	Ärzte ins-gesamt	Teilnahmeform			Ärzte in Einrichtungen 1)	Krankenhaus-fachambu-lanzen 2)	Ein-wohner 3)	Ein-wohner je Arzt
		zu-sammen	zuge-lassen	ermäch-tigt				
Mitte	270	190	181	9	71	9	82 536	306
Prenzlauer Berg	294	279	271	8	9	6	145 715	496
Friedrichshain	243	213	196	17	19	11	105 651	435
Treptow	183	165	164	1	10	8	105 691	578
Köpenick	199	174	168	6	15	10	108 391	545
Lichtenberg	286	259	236	23	10	17	166 538	582
Weißensee	121	110	99	11	3	8	52 024	430
Pankow	265	170	152	18	57	38	107 037	404
Marzahn	234	208	198	10	24	2	164 698	704
Hohenschönhausen	131	128	126	2	3	-	119 499	912
Hellersdorf	176	168	165	3	-	8	133 891	761
<b>Berlin-Ost</b>	<b>2 402</b>	<b>2 064</b>	<b>1 956</b>	<b>108</b>	<b>221</b>	<b>117</b>	<b>1 291 671</b>	<b>538</b>

- 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 30.6.1993.

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle 7.3:**  
**Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrichtungen und Krankenhausfachambulanzen (Stand 1.1.1994) in Berlin-Ost nach Fachgebieten**

Fachgebiet	Ärzte ins-gesamt	Teilnahmeform		Ärzte in Einrichtungen 1)	Krankenhaus-fachambu-lanzen 2)
		Zulas-sung	Ermäch-tigung		
Anästhesie	29	12	5	-	12
Augenheilkunde	131	110	-	19	2
Chirurgie	112	77	7	18	10
Gynäkologie	213	188	7	11	7
HNO	98	77	2	12	7
Hautkrankheiten	72	63	-	9	-
Innere Medizin	341	309	5	7	20
Kinderheilkunde	210	137	10	56	7
Labordiagnostik	25	3	9	-	13
Lungenheilkunde	9	5	-	3	1
Neurologie	122	86	18	11	7
Orthopädie	78	59	3	15	1
Pathologie	18	7	9	-	2
Radiologie	81	35	11	19	16
Urologie	60	44	2	10	4
Nuklearmedizin	10	7	1	-	2
Physiotherapie	14	10	-	-	4
Allgemeinmedizin	754	716	6	30	2
sonstige	25	11	13	1	-
<b>insgesamt</b>	<b>2 402</b>	<b>1 956</b>	<b>108</b>	<b>221</b>	<b>117</b>

- 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)

## 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 1993 schätzungsweise 12,3 Mio für den Westteil und 8 Mio. für den Ostteil Berlins.

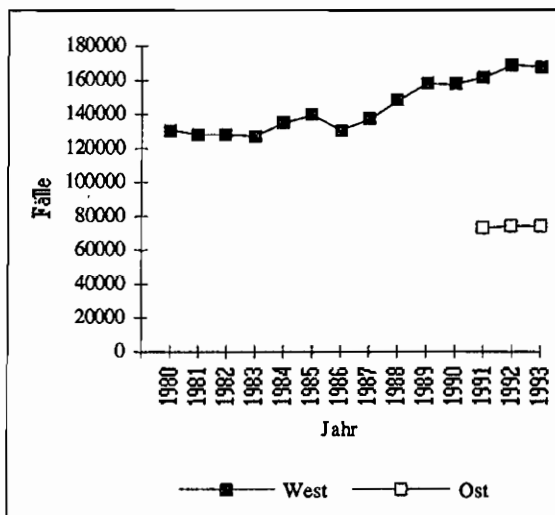
Im Kassenärztlichen Notfalldienst wurden im Jahr 1993 über 400.000 Anrufe entgegengenommen, die in den 12 westlichen Bezirken zu 167.342 und den 11 östlichen Bezirken zu 75.820 Notfalldienst-Einsätzen führten. Nach dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches am 1.1.1991 für die 11 Bezirke im Ostteil der 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.

### Im Notfalldienst abgerechnete Fälle

Jahr	West	Ost
1980	130 411	
1981	127 887	
1982	127 907	
1983	127 056	
1984	134 736	
1985	139 321	
1986	130 364	
1987	136 742	
1988	147 553	
1989	157 504	
1990	157 718	
1991	161 538	72 662
1992	168 632	74 129
1993	167 506	73 922

Diese Entwicklung wird in Abbildung 7.1 verdeutlicht.

Abbildung 7.1:  
Entwicklung der im Notfalldienst abgerechneten Fälle 1980-1993



(Quelle: KV 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 in Lichtenberg. In diesen Stellen wird jährlich eine steigende Zahl von Erste-Hilfe-Fällen versorgt (1993 fast 65 000)

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.

### Fallzahlen in den drei Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin 1984 - 1993

Jahr	insgesamt	Wilmersdorf	Kreuzberg	Wedding	Lichtenberg
1984	8 856 <sup>1)2)</sup>	5 409 <sup>1)</sup>	3 447 <sup>1)</sup>		2)
1985	23 700 <sup>2)</sup>	10 974	10 460		2 266 <sup>2)</sup>
1986	32 853	10 988	14 124		7 741
1987	35 654	10 979	15 007		9 668
1988	38 263	10 778	16 353		11 132
1989	41 590	11 479	18 331		11 780
1990	45 859	12 566	20 096		13 197
1991	57 164	15 465	24 760		16 939
1992	59 522	15 373	25 219		18 930
1993	64 942	14 711	26 727	18 990	4 514

1) nur zweites Halbjahr

2) Erste-Hilfe-Stelle Wedding erst ab August 1985

Die Berliner Vertragsärzte selbst führen zusätzlich zum Bereitschaftsdienst 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.

So werden von Berliner Vertragsärzten Computertomographen, Kernspintomographen sowie Gamma-Kameras zur Diagnostik eingesetzt.

Weiterhin sind zu nennen:

- Onkologische Schwerpunktpraxen
- Spezialisierung von Vertragsärzten auf Rehabilitationsmaßnahmen nach Herzinfarkten
- ambulant durchgeführte Operationen
- Belegarztssystem.

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.

## 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 von 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 wird mit der IST-Zahl in Beziehung gesetzt. Der Quotient aus IST- und SOLL-Zahl ist der Versorgungsgrad, der in Prozent ausgedrückt wird.

Folgende Meßzahlen stellen die Basis für die Tabelle 7.4 dar:

**Meßzahlen der Bedarfsplanung  
nach Fachgruppen  
(Anzahl Einwohner pro Arzt)**

Fachgruppe	Meßzahlen gültig ab 9.3.1993
Praktiker/Allgemeinarzt	2 269
Augenarzt	13 177
Chirurg	24 469
Frauenarzt	6 916
Hautarzt	20 812
HNO-Arzt	16 884
Internist	3 679
Kinderarzt	14 188
Nervenarzt	12 864
Orthopäde	13 242
Röntgenologe	25 533
Urologe	26 641

Tabelle 7.5 zeigt in bezirklicher Gliederung die Planungsbereiche und Arztgruppen, für die entsprechend der Feststellung durch den Landesausschuß am 17.8.1994 Zulassungsbeschränkungen gelten (x).

Der Aufstellung ist zu entnehmen, daß außer in den überversorgten westlichen Bezirken Charlottenburg, Wilmersdorf, Schöneberg und den überversorgten östlichen Bezirken Mitte, Friedrichshain, Pankow in allen Fachgebieten noch eine Niederlassung möglich ist, besonders in den bevölkerungsstarken Bezirken Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf im Ostteil der Stadt.

**Tabelle 7.4:  
Versorgungsgrad (Stand 15.7.1994) in Berlin  
nach Bezirken  
- in %**

Bezirk	Allg./ Prakt.	Aug.	Chir.	Gyn.	HNO	Haut.	Int.	Kind.	Nerv.	Orth.	Rad.	Urol.
<b>Berlin-West</b>												
Tiergarten	138,1	84,1	104,2	95,7	107,8	88,6	154,3	120,8	123,2	112,7	27,2	113,4
Wedding	144,0	92,9	143,8	77,2	89,3	85,6	123,2	108,4	79,4	89,5	150,0	93,9
Kreuzberg	159,1	109,2	62,4	88,2	75,4	53,1	143,5	126,7	98,4	118,2	130,2	84,9
Charlottenburg	173,8	150,5	79,9	139,2	156,1	135,9	219,4	115,7	202,9	158,5	194,5	115,9
Spandau	92,5	100,4	93,3	89,9	128,7	56,0	110,5	98,6	92,3	98,0	103,1	107,5
Wilmersdorf	151,9	135,3	184,3	165,7	161,8	171,0	179,3	116,5	202,5	191,4	139,8	164,7
Zehlendorf	171,1	120,8	124,7	105,7	172,0	127,2	179,2	115,7	144,2	107,9	130,1	81,4
Schöneberg	202,3	159,7	70,2	163,2	172,3	106,2	247,8	144,8	147,7	114,0	97,7	135,9
Steglitz	113,1	130,0	76,2	97,0	131,5	86,4	111,6	132,6	103,5	106,6	132,6	69,2
Tempelhof	104,0	89,7	76,9	65,2	97,3	87,2	75,2	96,6	114,6	124,9	66,9	83,7
Neukölln	115,7	113,4	70,2	78,2	70,0	99,5	81,7	113,0	96,3	113,9	113,9	67,9
Reinickendorf	108,8	107,5	126,6	60,5	107,5	74,5	90,0	98,8	102,4	100,1	91,4	84,8
<b>Berlin-Ost</b>												
Mitte	248,1	176,5	536,4	185,3	185,1	202,8	332,4	155,5	156,7	161,3	279,9	389,3
Prenzlauer Berg	161,9	151,1	165,1	126,0	125,3	98,3	195,1	143,6	104,1	80,4	94,7	89,9
Friedrichshain	169,7	122,3	159,0	115,5	109,7	135,2	196,0	197,5	167,1	98,3	189,6	148,4
Treptow	146,6	160,4	137,5	116,6	173,9	136,4	104,7	159,4	60,2	74,4	95,6	99,8
Köpenick	149,7	121,1	179,9	120,7	108,6	133,9	163,6	117,3	82,7	36,5	23,5	73,4
Lichtenberg	109,8	110,2	146,1	97,1	110,9	87,0	85,7	228,8	84,5	94,9	122,0	95,5
Weißensee	190,2	148,6	229,9	78,0	126,9	78,2	210,2	186,7	120,9	99,6	96,0	150,2
Pankow	142,3	122,6	182,1	173,7	157,1	193,6	167,7	277,1	143,6	135,5	95,0	123,9
Marzahn	105,4	112,8	149,6	80,3	92,9	101,8	80,9	147,4	55,0	40,5	156,0	81,4
Hohenschönhausen	97,8	77,1	163,8	75,2	70,6	87,1	61,6	154,3	86,1	44,3	85,4	44,5
Hellersdorf	100,6	102,3	144,8	86,9	99,9	107,7	80,3	188,9	66,9	78,3	75,5	59,1

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle 7.5:**  
**Planungsbereiche und Arztgruppen mit Zulassungsbeschränkungen (Stand 17.8.1994) in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Allg/ Prakt.	Aug.	Chir.	Gyn.	HNO	Haut.	Int.	Kind.	Nerv.	Orth.	Rad.	Urol.
<b>Berlin-West</b>												
Tiergarten	x						x	x	x	x		x
Wedding	x		x				x				x	
Kreuzberg	x						x	x		x	x	
Charlottenburg	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Spandau					x		x		x			
Wilmersdorf	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Zehlendorf	x	x	x		x	x	x	x			x	
Schöneberg	x	x		x	x		x	x	x	x		x
Steglitz	x	x			x		x	x			x	
Tempelhof									x	x		
Neukölln	x	x						x		x	x	
Reinickendorf			x									
<b>Berlin-Ost</b>												
Mitte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Prenzlauer Berg	x	x	x	x	x		x	x				
Friedrichshain	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Treptow	x	x	x	x	x	x	x	x				
Köpenick	x	x	x	x		x	x	x				
Lichtenberg		x	x		x			x			x	
Weißensee	x	x	x		x		x	x	x			x
Pankow	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Marzahn		x	x					x			x	
Hohenschönhausen			x					x				
Hellersdorf			x					x				

(Quelle: KV Berlin)

## 7.2 Ausgewählte Schwerpunkte

### 7.2.1 Ambulante Diabetesbetreuung

Da empirische Prävalenzraten für Patienten mit Diabetes mellitus in Berlin und der Bundesrepublik Deutschland nicht, nicht mehr, existieren, sind lediglich Hochrechnungen (u a. in Bezug zur Erfassung der Diabetiker in der ehemaligen DDR) möglich.

Danach ist von einem Anteil der Diabetiker an der Bevölkerung von 4,5 % auszugehen. Somit sind in Berlin etwa 155 000 Bürger an Diabetes mellitus erkrankt

Bei einer Frequenz von 10 % Neuerkrankungen pro Jahr, gemessen am Diabetikerbestand, ist mit jährlichen Zugängen von mindestens 15.000 Diabetikern zu rechnen. Bei einer durchschnittlichen Absterberate von 8 % aus der diabetischen Bevöl-

kerung wird sich für die nächsten Jahre eine weitere Häufigkeitszunahme der Diabetiker in Berlin ergeben

Statistische Untersuchungen aus Vorjahren im Gebiet der neuen Länder und Berlin-Ost ergeben etwa folgende Altersstruktur des Bestandes an Diabetikern:

- jünger als 20 Jahre 0,4 %
- 20 bis unter 60 Jahre 30,6 %
- 60 Jahre und älter 69,0 %

Im Diabetikerbestand sind etwa 10 % Typ I-Diabetiker (stets insulinpflichtig). 90 % der Patienten sind Typ II-Diabetiker (etwa 20 % mit Insulin und Diät behandelt, alle übrigen mit Diät oder mit Diät und oralen Antidiabetika behandelt). Die Prognose (Lebenserwartung und Komplikationsrate) ist abhängig von

- Qualität der ärztlichen Behandlung
- Schulungsintensität des Arztes und seiner Hilfskräfte
- eigenem Verhalten des Erkrankten
- erblicher Disposition

Aufgrund der diabetesspezifischen Komplikationsleiden und des erheblich erhöhten kardiovaskulären Risikos ergeben sich für die fernere Lebenserwartung im Vergleich zur altersgleichen Bevölkerung für den Diabetiker Lebensverluste von 1,2 bis 29,4 Jahre Aufzuführen sind ein dreifach erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Bluthochdruck und Schlaganfall Für die Erblindung, Nervenleiden, Nierenleiden, Durchblutungsstörungen und Amputationen besteht ein 10- bis 30faches Risiko

Insbesondere die St. Vincents-Deklaration von 1989 fordert eine intensive Herabsetzung des Risikoprofils des Diabetikers Insbesondere sind diese Ziele auch für Berlin über intensive Schulungen des Diabetikers und seiner Familie und ein besseres Diabetesmanagement zu erzielen

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat in den letzten Jahren mit den Krankenkassen Diabetesvereinbarungen für Typ II-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen, geschlossen. Dieser validierte Schulungskurs ist auf den älteren, adipösen Diabetiker ausgerichtet. Im IV Quartal 1993 wurde von Berliner Vertragsärzten 334 Kurse zu vier Unterrichtseinheiten durchgeführt.

Für insulinpflichtige Diabetiker und jüngere Typ II-Diabetiker ohne Insulin gibt es für die aufwendigen präventiven und rehabilitativen Schulungsleistungen bisher keine Vereinbarung mit den Krankenkassen.

Nach dem Leitsatz: "so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig" wollen die Vertragsärzte Berlins dem Diabetiker ein kompetentes, wohnortnahes Behandlungs- und Schulungsangebot vorhalten.

Neben dem Aspekt der erheblichen Einsparung von Hospitaltagen ist insgesamt der wirtschaftliche Aspekt für die Krankenversicherung von hoher Bedeutung. So erfordert ein gut eingestellter Diabetiker lediglich ein Zehntel der Aufwendungen als ein schlecht eingestellter Diabetiker. Zur Verbesserung der ambulanten Diabetikerbetreuung, besonders unter dem notwendigen Schulungsaspekt, strebt die Kassenärztliche Vereinigung Berlin den Abschluß von Vereinbarungen über präventive und rehabilitative Leistungen mit den Krankenkassen an. Dabei sollten diabetologische Schwerpunkt-

praxen ein Teil des strukturierten ambulanten Behandlungsangebots sein.

(Literaturangaben liegen beim Herausgeber vor)

## 7.2.2 Psychotherapeutische und nervenärztliche Versorgung

### Psychotherapeutische Versorgung

Die psychotherapeutische Versorgung der Berliner Bevölkerung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und des Delegationsverfahrens, in das entsprechend qualifizierte Diplompsychologen und Kinder- und Jugendlichentherapeuten einbezogen sind, ist als ausreichend gut zu bezeichnen

Die Versorgung läßt sich einmal quantitativ beschreiben, zum anderen qualitativ

Jeder zehnte Psychotherapeut in Deutschland, der mit der Finanzierung durch die Krankenkassen arbeitet, hat seine Praxis in Berlin. Trotzdem gibt es noch Wartezeiten von bis zu sechs Monaten. Akut Kranke und z.B. Selbstmordgefährdete können aber jederzeit in nervenärztlichen Praxen versorgt werden. Ein weiterer Anteil psychotherapeutischer Versorgung wird im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in Hausarztpraxen geleistet.

An der psychotherapeutischen Versorgung nehmen insgesamt 1 236 Personen teil, und zwar

- 354 ärztliche Psychotherapeuten.  
Diese sind berechtigt, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie selbst durchzuführen oder zu delegieren.
- 414 nichtärztliche Psychotherapeuten sowie
- 19 ärztliche Verhaltenstherapeuten und
- 257 psychologische Verhaltenstherapeuten

Es stehen demnach 373 ärztliche Psychotherapeuten für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung und 671 nichtärztliche Psychotherapeuten, die entweder analytisch oder verhaltenstherapeutisch behandeln. Zusätzlich werden Therapien durch 172 Ausbildungskandidaten durchgeführt. Die Kosten, die veranlaßt werden, betragen 1,25 %



bei den Primärkassen und 6,59 % bei den Ersatzkassen - ein relativ geringer Anteil, wenn man zugrunde legt, daß 50 % aller Patienten auch psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sind.

Neben den psychosomatischen und psychiatrischen Therapieansätzen werden in der Psychotherapie zwei Methoden angewandt: Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Jede dieser Methoden beruht auf einem eigenen Krankheitsverständnis, das dann zu bestimmten Behandlungsstrategien führt. Sowohl in der Psychoanalyse, als auch in der Verhaltenstherapie gibt es viele differenzierte Behandlungsformen. Psychoanalyse heißt heute nicht mehr, daß der Patient drei- bis viermal pro Woche auf der Couch behandelt wird. Es kommt auf die Erkrankung an. Nach der Untersuchung und Diagnosestellung wird der Behandlungsplan gemacht, indem Patient und Therapeut gemeinsam festsetzen, wie häufig sie sich sehen, ob in einer Gruppentherapie, zu klärenden Gesprächen oder zu einer Analyse auf der Couch. Auch die Verhaltenstherapie verfügt über unterschiedliche Strategien, von der sogenannten "cognitiven Therapie" (Selbstwahrnehmung und Erkennen) über die Entängstigungstherapie bis hin zu Verhaltensveränderungsstrategien bei sozialen Problemen.

### Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin wurden im Jahre 1993 15.491 kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen mit Beratungen durchgeführt.

Es fanden 28.149 kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen statt, davon 15.155 mit gleichzeitiger Einbeziehung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen.

Diese kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen wurden im wesentlichen von Nervenärzten, Kinderärzten, Allgemeinärzten und natürlich von den Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht.

Laut Statistik der KV Berlin stehen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 25 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Sie arbeiten teils ausschließlich psychotherapeutisch, teils gemischt mit Durchführung von Diagnostik und Therapie in ihrer Praxis, teils auch überwiegend diagnostisch mit Vermittlung

bzw. Delegation der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu Therapeuten bzw. Behandlungspraxen in Wohnortnähe.

Für die Durchführung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien in der vertragsärztlichen Versorgung stehen außerdem 271 nichtärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Verfügung.

An Behandlungsmaßnahmen sind im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im wesentlichen folgende Möglichkeiten von Bedeutung:

- medikamentöse Behandlung  
(nur in einem geringen Teil der Fälle wie z.B. bei Anfallsleiden, Psychosen, hyperkinetischem Syndrom)
- psychotherapeutische Behandlung  
(Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch-psychagogische Therapie)
- Ergotherapie  
(bei Störungen im Bereich von Wahrnehmung und Feinmotorik)
- psychomotorische Übungsbehandlung  
(bei Störungen der grobmotorischen Koordination)
- logopädische Behandlung  
(bei Hör- und Sprachentwicklungsstörungen).

Daneben können Maßnahmen wie Einzelfallhilfe, Familienhilfe, Wechsel in eine angemessene Beschulungsstruktur (Integrationsmodelle, Sonderschulen für Hör- und Sprachbehinderte, Körperbehinderte, Lernbehinderte etc.) eingeleitet werden.

Die hierzu erforderlichen zahlreichen Kontakte mit Stellen der Bezirksamter, Schulen und Förderrichtungen stellen einen erheblichen organisatorischen und zeitlichen Aufwand dar, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen abgerechnet werden kann. Diesbezügliche Verbesserungen werden z. Z. zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen ausgehandelt. Ein erfolgreicher Abschluß dieser Verhandlungen könnte die wirtschaftliche Existenzmöglichkeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis entscheidend verbessern und eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen dieses Fachgebietes zur Niederlassung und damit zu einer

weiteren Verbesserung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung Berlins anregen.

### Nervenärztliche Versorgung

Berlin-West war bereits in früheren Jahren mit Nervenärzten im Vergleich zu vielen anderen Regionen der Bundesrepublik Deutschland relativ gut versorgt. Seit der Wende hat auch die Niederlassung von Nervenärzten im Ostteil der Stadt deutlich zugenommen, so daß auch hier eine relativ hohe Dichte von Nervenärzten in eigener Praxis inzwischen erreicht worden ist. Es finden sich jedoch ungleiche Verteilungen über den gesamten Stadtbereich, und vor allem in den zentralen Bezirken finden sich Häufungen von niedergelassenen Nervenärzten, während die Außenbezirke weniger gut versorgt sind (vgl. Tabelle 7.4).

Als Folge des GSG haben sich im Jahr 1993 viele Nervenärzte neu niedergelassen, so daß eine Reihe von Bezirken wegen einer "Überversorgung" für weitere Niederlassungen gesperrt wurde. Hier finden sich wiederum in einigen Bezirken deutliche Überschreitungen der Bedarfsplanungsmeßzahlen, während in anderen Bezirken noch Spielraum im Hinblick auf die Niederlassung besteht (vgl. Tabelle 7.5).

Die meisten Praxen decken das Spektrum Neurologie und Psychiatrie ab, wobei es häufig Schwerpunktsetzungen in den einzelnen Praxen aus unterschiedlichen Gründen gibt. Die apparative Ausstattung der Praxen der niedergelassenen Nervenärzte ermöglicht die Durchführung der Standarduntersuchungen (EEG, MG/LG, SE, Doppler-Sonographie) in ausreichendem Ausmaß, so daß die Versorgung hier für Berlin insgesamt sichergestellt ist.

Die Behandlung in den Praxen erfolgt sowohl auf Überweisung der Patienten durch ihre Hausärzte als auch auf direktem Zugang der Patienten selbst. Die allgemein-psychiatrische Versorgung ist durch die niedergelassenen Nervenärzte sichergestellt. Durch die "psychiatrische Psychotherapie" im weiteren Sinne wird in hohem Maße auch die Versorgung von Problem-Patienten und Randgruppen geleistet. Zunehmend ergeben sich auch Spezialisierungen einzelner Praxen (Schmerzbehandlung, gerontopsychiatrische Patienten, Suchtpatienten). Nur in Ausnahmefällen wird eine Notwendigkeit

bestehen, die Versorgungsmöglichkeiten für spezielle Patientengruppen dadurch zu erweitern, daß zusätzliche Einrichtungen an der ambulanten Versorgung beteiligt werden müssen.

Ein großer Teil der Nervenärzte ist auch im Rahmen der psychotherapeutischen Zusatzqualifizierung an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligt, über die vorstehend berichtet worden ist.

### 7.2.3 HOME-CARE

Im Laufe der letzten 15 Jahre wurden in Krankenhäusern der Maximalversorgung durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend internationaler Erfahrungen die Voraussetzungen für eine gute Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen geschaffen.

Seit 10 Jahren wurden diese Möglichkeiten durch Zunahme infrastrukturierter Praxen, deren Inhaber hochqualifiziertes Spezialwissen in die Peripherie brachten, diese Möglichkeiten, Patienten mit Krebs gut zu versorgen, in die Praxis gebracht, so daß die Forderung, Patienten möglichst in ihrem häuslichen Milieu zu belassen und ambulant zu behandeln, sich für Berlin deutlich verbessert hat.

Es sind hier inzwischen ca. 8 onkologische Schwerpunktpraxen (OSP) und ca. 70 Praxen mit fachspezifischem Schwerpunkt eingerichtet worden.

Die Verteilung über Berlin zeigt signifikante Lücken in der ambulanten Versorgung von Tumorpatienten durch niedergelassene Ärzte nur noch im Süden auf. Diese Lücken werden jedoch sicher in nächster Zeit geschlossen werden. Die notwendigen Voraussetzungen zur Lösung ambulanzen-spezifischer Probleme sowie die Voraussetzung für die Erfüllung der Forderung des Gesetzgebers nach Qualitätssicherung (Qualitätszirkel) wurde mit der Gründung einer Onkologie-Kommission und der Gründung einer Tumorkonferenz von Niedergelassenen für Niedergelassene an der KV-Berlin erfüllt.

Diese beiden Konferenzen tagten von März 1993 bis Februar 1994 12mal. Es wurden zwölf fachspezifische Referate von Referenten aus Universitäts- bzw. onkologischen Schwerpunktkliniken und

Praxen gehalten. Im Durchschnitt wurden drei praktische Fälle pro Sitzung von niedergelassenen Ärzten vorgetragen und besprochen.

Eine Forderung, nämlich die ambulante, häusliche, intensive Versorgung bettlägeriger Patienten mit Infusionstherapie, spezifischer Schmerztherapie sowie die Betreuung der Angehörigen, die im Gesundheitsbericht 1992 gefordert und avisiert wurde, ist inzwischen über die erste Pilotphase eines HOME-CARE (HC)-Projektes hinausgewachsen.

Die Primärkassen haben einen finanziellen Zuschuß zum Hausbesuch mit HOME-CARE-Bedingungen zugesagt, so daß das erste Projekt und weitere zu gründende Projekte (zwei in Planung) die notwendigen finanziellen Voraussetzungen jetzt erhalten werden.

Die onkologische Schwerpunktpraxis (OSP), Genterstr 72, 13353 Berlin, Dr Suchy, versorgte 1991/92 im Quartal ca 350 Patienten mit Tumor. Von diesen verstarben zwischen 6/1991 und 4/1992 89 Patienten.

60 Patienten mußten aus technischen Gründen während der Finalphase in ein Krankenhaus eingewiesen werden mit einer durchschnittlichen finalen Liegedauer von 26 Tagen (1-270); 29 Patienten verstarben zu Hause. 4/1992 wurde in dieser Praxis das HOME-CARE-Projekt gegründet.

In der Zeit 4/1992 bis 7/1992 verstarben 44 Patienten, davon 32 Patienten im Krankenhaus mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 5 Tagen (1-16)

Es zeichnete sich also ab, daß dieses Projekt seine theoretische Konzeption in der Praxis voll erfüllen würde.

Von 12/1992 bis 2/1994 wurden mit diesem Projekt 126 Patienten aus 32 Praxen versorgt, deren Krankheitsverläufe auswertbar waren. Fünf Patientenverläufe konnten nicht ausgewertet werden. Diese Patienten wurden insgesamt 9.739 Tage versorgt (1-550), 77 Tage im Durchschnitt. Es wurden von HOME-CARE 2.979, im Durchschnitt 18 (1-89), Hausbesuche durchgeführt. Es verstarben 101 Patienten, davon 40 im Krankenhaus, mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 14 Tagen (1-49)

Die erste Finanzierung für Versicherte der AOK Berlin (West) ist Anfang 1994 angelaufen. Verhandlungen mit den Berliner Betriebs- und In-

nungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen sind auf dem Wege. Trotz des Zuschusses ist ein schneller infrastruktureller Aufbau für ein solches HOME-CARE-Projekt aus diesen Mitteln nicht möglich. Aus diesem Grunde wurde ein HOME-CARE-Verein mit einem gemeinnützigem Status im November 1992 gegründet, um eventuelle Spenden und Zuwendungen durch den Senat kontrollierbar und effizient einzusetzen.

Das Projekt beweist, daß die Finalphase neben der Menschlichkeit für den Patienten (Verbleiben im sozialen Milieu) auch eine erhebliche ökonomische Komponente für die Gesellschaft hat. Da dieses System sich letztendlich noch in der Anfangsentwicklung befindet, sind mit Sicherheit weitere Vorteile hinsichtlich Lebensqualität in dieser Lebensphase der Patienten mit Tumoren zu erwarten.

## 7.2.4 Qualitätssicherung in der KV Berlin

Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Gesundheitsstrukturgesetz mit den §§ 135 Abs. 3 und 136 eindeutig die Aufgabe der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle übertragen.

Im neunten Abschnitt des SGB heißt es: *Sicherung der Qualität der Leistungserbringer.*

Der Absatz 3 des § 135 lautet:

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.

Der § 136 regelt dann die Qualitätsprüfung im Einzelfall

Im Mai 1993 wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entsprechende Richtlinien beschlossen, die Länder-KVen sind jetzt aufgefordert, die Richtlinien offensiv umzusetzen und mit eigenen Ideen zu füllen.

Es wird in der Zukunft nicht mehr ausreichend sein, Qualität und Leistungsfähigkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung zu behaupten. Die Ärzte werden beweisen müssen, daß sie auch die strukturellen Voraussetzungen für die Überprüfung ärztlicher Qualität geschaffen haben.

### Zwei Wege: Qualitätsprüfung im Einzelfall und Qualitätszirkel

In der Diskussion um die Qualitätssicherung müssen zwei Formen der Kontrolle unterschieden werden: Es existieren zum einen Richtlinien der KBV, z.T. ergänzt durch Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, die bestimmte Voraussetzungen zur Sonographie, Histologie u.ä.

Diese Disziplinen müssen sich, um überhaupt konkurrenzfähig zu sein, an den vorhandenen, klinischen Standards orientieren und sind demzufolge überprüfbar. Die Kosten für diese Form der Qualitätssicherung sind längst in den Haushalt der KV Berlin integriert. (z.B. Qualitätssicherungsbeauftragter, Juristen, Sekretärin, Kommissionen).

Wesentlich drängender aber auch komplizierter ist, die Qualitätssicherung für den primärärztlichen Bereich zu organisieren. Die Arbeit der Primärärzte, überwiegend Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte, ist geprägt durch den Umgang mit dem Patienten als Ganzem, wobei psychosoziale Aspekte und das Management chronischer Erkrankungen einen wesentlichen Raum der ärztlichen Tätigkeit einnehmen.

Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, daß die Qualitätszirkel die geeignete Form der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle für die primärärztliche Versorgung sind.

### Zunehmender Wettbewerb in der ambulanten Medizin

Gegenwärtig ist die ambulante Medizin durch eine Zunahme der Anzahl der Leistungsanbieter gekennzeichnet, und die Vertragsärzte geraten künftig unter immer stärkeren Konkurrenzdruck.

Zu den neuen Leistungsanbietern aus anderen Einrichtungen zählen:

- Krankenhäuser mit
  - zunehmenden ambulanten Operationen
  - prä- und poststationärer Diagnostik bzw. Therapie
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen für die Versorgung chronischer Erkrankungen
- Fachambulanzen für sehr spezialisierte Leistungen
- Einrichtungen der Prävention

- Risikofaktorenscreening
- Gesundheitsberatung
- möglicherweise auch Risikofaktorenbehandlung.

Für alle Bereiche gibt es bereits Modellversuche.

Es ist zu erwarten, daß gerade die hinzukommenden Leistungsanbieter mit der Qualität ihrer Leistungen werben und in Konkurrenz zu den Vertragsärzten treten werden.

Auch die zunehmende Arztdichte wird bei den Patienten die Frage nach der Qualität der ärztlichen Leistung aufwerfen. Daher sind die Ärzte aufgefordert, diese Fragen zu beantworten und dafür zu sorgen, daß die Qualität nachprüfbar ist.

### Organisation

Grundsätzlich muß im Rahmen der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung zwischen der Prüfung im Einzelfall und dem Qualitätszirkel unterschieden werden. Die Einzelfallprüfung ist originäre Aufgabe der KV Berlin, die für die Durchführung dieser Tätigkeit bereits entsprechende Voraussetzungen geschaffen hat.

Die Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel ist aber bis zum jetzigen Zeitpunkt in keiner Weise geregelt.

Um schnellstmöglich flächendeckend Qualitätszirkel einrichten zu können, erscheint nach wie vor die Etablierung eines Zentrums für Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (ZQA) sinnvoll und notwendig. Dividiert man die veranschlagten Kosten von 1 Mio. DM durch die Anzahl der Vertragsärzte, entfielen auf jeden Arzt ein Anteil von 180,- DM im ersten Jahr unter der Voraussetzung, daß wirklich die gesamte Summe von den Ärzten allein aufgebracht werden muß. Dies ist ein Betrag, über den man eigentlich gar nicht reden sollte.

Die Auslagerung des ZQA aus den bestehenden Strukturen der KV Berlin ist, da eine Teilhaberschaft der Krankenkassen angestrebt wird, ebenfalls notwendig. Es besteht kein Zweifel, daß die KV die Mehrheit in dem zu gründenden ZQA halten muß.

Diskussionswürdig erscheint desweiteren, ob von dem einzelnen Arzt, der an einem Qualitätszirkel teilnimmt, eine Gebühr erhoben wird oder ob das gesamte Projekt durch eine Erhöhung der Verwaltungskostenpauschale finanziert wird. Der zweite

Weg ist möglicherweise gerechter, da die Qualität der ärztlichen Leistung und ein hohes Niveau im Interesse aller Vertragsärzte liegen dürfte.

**Schlußbemerkung**

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die KV einen gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung und zur Qualitätskontrolle haben. Die Einzelfallprüfung nach den Richtlinien der KBV (§ 136 SGB V) ist bereits in der KV organisiert.

Darüber hinaus müssen Qualitätszirkel für die Qualitätssicherung der primärärztlichen Versorgung einrichtet werden, da die Nachfrage groß und der Bedarf noch größer ist.

Es bleiben im Grunde nur noch die Organisationsform und die Finanzierung klärungsbedürftig.

**7.2.5 Ambulante Dialyseversorgung**

1993 setzte sich wie im vorangegangenen Jahr im Rahmen des GSG die Niederlassungswelle auch bei den Dialyseärzten fort. Im Ostteil Berlins erhöhte sich die Zahl der Praxisdialysen um 4 auf 7 und im Westteil um 2 auf 4. Die Verteilung der Dialysen in den einzelnen Bezirken, die Anzahl der Plätze sowie deren Auslastung sind der nachfolgend aufgeführten Übersicht zu entnehmen. Als Besonderheit sei erwähnt, daß im Bezirk Hellersdorf seit 1993 zwei Dialysen existierten.

**Ambulante Dialyseversorgung Berlin 1993**

	Platzanzahl	Auslastung %
<b>Dialysen Ost</b>		
Mitte	15	13,0
Prenzlauer Berg	23	50,0
Weißensee	22	4,5
Pankow (Berlin-Buch)	32	45,3
Hohenschönhausen	24	49,0
Hellersdorf (Mahlsdorf)	17	42,0
Hellersdorf (Kastanienallee)	8	93,0
KfH	22	68,2
<b>Dialysen West</b>		
Spandau	20	93,0
Charlottenburg	20	85,0
Britz	24	23,0
Tiergarten	22	10,2
KfH	167	99,1

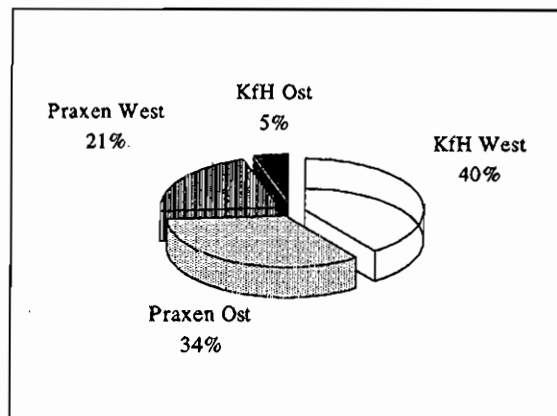
Die Planungsrichtgröße geht von ca. 450 Dialysepatienten pro 1 Mio. Einwohner aus. Die Einbeziehung der stationären und ambulanten Dialyseplätze in den Krankenhäusern und die des KfH (Kuratorium für Heimdialyse) gewähren somit unter Berücksichtigung der bezirksübergreifenden Betreuung den Versorgungsauftrag.

Das Primat der ambulanten Behandlung im Osten liegt bei den Praxisdialysen. Im Alltag jedoch werden viele ambulante Patienten durch das Umgehen von Festlegungen stationär dialysiert, so z.B. in den Krankenhäusern Friedrichshain, Prenzlauer Berg und Klinikum Buch.

Fachlich sichern die Praxisdialyseärzte ein umfangreiches nephrologisches Dispensaire ab, daß die Betreuung chronisch Nierenerkrankter, die Nierentransplantationsvorbereitung und die Transplantationsnachsorge umfaßt. Dabei wird eine enge Zusammenarbeit mit den stationär tätigen Kollegen angestrebt. Ein weiteres Dialyseverfahren, die CAPD, wird z.Z. vorwiegend in den Kliniken und im KfH durchgeführt, wobei seitens der niedergelassenen Kollegen ein reges Interesse an der ambulanten Führung liegt.

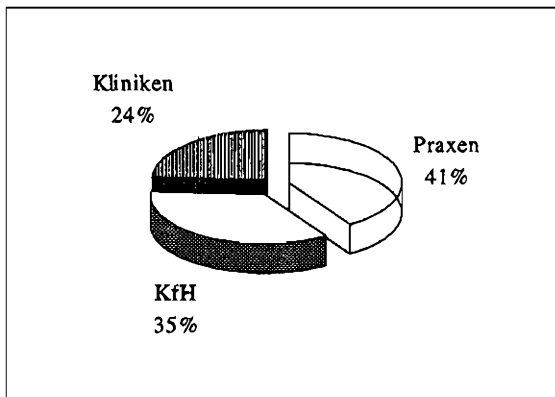
Die nachfolgend aufgeführten Abbildungen vermitteln einen Überblick über die Verteilung der Dialyseplätze in Berlin.

**Abbildung 7.2: Prozentuale Verteilung der ambulanten Dialyseplätze Berlins**



(Quelle: KV Berlin)

**Abbildung 7.3:**  
**Prozentuale Verteilung aller stationären und ambulanten Dialyseplätze Berlins**



(Quelle: KV Berlin)

### 7.3 Tabellenverzeichnis

**Tabelle 7.1:**

An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Stand 1.1.1994) in Berlin-West nach Teilnahmeform und Bezirken

**Tabelle 7.2:**

An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Stand 1.1.1994) in Berlin-Ost nach Teilnahmeform und Bezirken

**Tabelle 7.3:**

Zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie Ärzte in Einrichtungen und Krankenhausfachambulanzen (Stand 1.1.1994) in Berlin-Ost nach Fachgebieten

**Tabelle 7.4:**

Versorgungsgrad (Stand 15.7.1994) in Berlin nach Bezirken

**Tabelle 7.5:**

Planungsbereiche und Arztgruppen mit Zulassungsbeschränkungen (Stand 17.8.1994) in Berlin nach Bezirken

*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 drei spezielle Pflegedienste zur Verfügung.

Für rund 30 000 Einwohner soll eine Einrichtung zur Verfügung stehen. Bei Rückgang der Zahl der Hochbetagten bis zum Jahr 2001 und Beibehaltung der Zahl der Einrichtungen wird in der Konsequenz die Zahl der durchschnittlich Betreuten vermutlich leicht zurückgehen. Dieser Effekt ist im Hinblick auf die Überschaubarkeit und Bürgernähe der Sozialstationen durchaus erwünscht.

Der Externe Pflegedienst leistet berlinweit häusliche Kinderkrankenpflege.

Um eine bedarfsgerechte, den Wünschen und Erfordernissen der Bürger entsprechende Versorgung gewährleisten zu können, sind neben Hauspflege, häuslicher Krankenpflege und Sozialarbeit in vielen Sozialstationen zusätzliche Angebote entstanden. Zum Teil handelt es sich hierbei auch um Kooperationsprojekte zwischen mehreren Sozialstationen oder zwischen Sozialstationen und Bezirksämtern oder Krankenhäusern.

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:

### Häusliche Krankenpflege

In den 117 geförderten Sozialstationen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege einschließlich der fünf speziellen Pflegedienste wurden 1993 insgesamt 4 163.881 Einsätze in der häuslichen Krankenpflege geleistet. Davon betrug der prozentuale Anteil der insulinpflichtigen Patienten 20 %.

Durchschnittlich wurden 11.806 Patienten im Monat von Pflegefachkräften betreut. Im Vergleich zu 1992 stieg der Anteil der versorgten Patienten um 27 %.

90 % aller Patienten von Sozialstationen sind älter als 70 Jahre. Hochbetagte, häufig multimorbide Patienten erfordern eine höhere Pflegeintensität, insbesondere in der psychosozialen Betreuung.

Die Notwendigkeit, mehrmals täglich zu pflegen, hat sich 1993 um 5 % erhöht; 40 % der geleisteten Einsätze waren Mehrfacheinsätze.

Insgesamt waren in Sozialstationen im Jahresdurchschnitt 1 587 Pflegefachkräfte beschäftigt, davon 70 % Krankenschwestern/-pfleger, 6 % staatlich examinierte Altenpfleger/-innen und 8 % Krankenpflegehelfer/-innen. Zusätzlich wurden 265 Aushilfskräfte mit vorstehend genannter Qualifikation eingesetzt (16 %).

Die Pflegekräfte haben 1993 eine Gesamtarbeitszeit von 2 047 134 Stunden erbracht.

### Versorgung von Aids-Kranken

Alle Sozialstationen waren bereit, Aids-Patienten zu betreuen. Allerdings muß vorab die Pflegeintensität geprüft werden, da Aids-Patienten einen



hohen Betreuungsaufwand benötigen. Aufgrund nicht ausreichender Personalkapazität war dies oftmals nicht zu leisten

Im Ostteil wurden die Sozialstationen bisher noch nicht mit der Versorgung von Aids-Patienten konfrontiert. Die Sozialstationen versorgten insgesamt 46 Patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

In den vergangenen Jahren haben die Anfragen in Sozialstationen in bezug auf Aids-Pflegen offensichtlich mit der Errichtung der speziellen Aids-Pflegestationen abgenommen.

Insgesamt wurden von den drei Pflegestationen HIV e.V., ad hoc e.V. und Felix-Pflegeteam der Berliner Aids-Hilfe 20.361 Einsätze in der häuslichen Krankenpflege geleistet. Die durchschnittliche Betreuungsdauer lag bei ca. drei Monaten. Im Rahmen der Einsätze wurden 3.646 Infusionstherapien, 1.019 Substitutionen und an 1.035 Tagen eine 24-Stunden-Betreuung durchgeführt. Durchschnittlich befanden sich monatlich 60 Patienten in der Betreuung.

Im Rahmen der Hauspflege wurden 6.536 Hauspflegestunden mit durchschnittlich 20 Hauspflegern/-innen geleistet

### Häusliche Kinderkrankenpflege

Der Externe Pflegedienst „Verein für häusliche Kinderkrankenpflege“ versorgt durch Kinderkrankenschwestern und eine Sozialarbeiterin kranke und pflegebedürftige Kinder im häuslichen Bereich. Die Eltern werden im Hinblick auf die Anleitung zur Pflege beraten und unterstützt. Hinzu kommen die Anleitung zur Dokumentation des Krankheitsverlaufes, gesundheitliche Aufklärung und psychosoziale Betreuungsarbeit.

Der Externe Pflegedienst arbeitet in allen 23 Berliner Bezirken. Eine Zweigstelle wurde 1992 im Ostteil der Stadt, im Kinderkrankenhaus Lichtenberg, eröffnet

Das Diagnosespektrum der zu betreuenden Kinder betrifft alle Gebiete der Kinderheilkunde einschließlich der an Aids erkrankten Patienten. Beim Externen Pflegedienst wurden im Jahr 1993 insgesamt 4.657 Einsätze in der häuslichen Kinderkrankenpflege geleistet mit einer durchschnittlichen Patientenzahl von 32 pro Monat. Knapp die Hälfte der betreuten Kinder wurde aus den Kinder- und Polikliniken überwiesen.

### Krankenpflegenotfalldienst

Seit dem 1.7.1988 besteht der Krankenpflegenotfalldienst der Arbeiterwohlfahrt in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Notfalldienst der Kassenzentralen Vereinigung Berlin. Er wird von der Sozialstation der Arbeiterwohlfahrt Charlottenburg-Mitte mit insgesamt fünf Krankenschwestern/-pflegern organisiert.

Die Krankenpflegefachkräfte gewährleisten außerhalb der offiziellen Öffnungszeiten der Sozialstationen (auch an Wochenenden und Feiertagen) die sofortige Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in deren Wohnungen.

Zu 1992 waren die Einsätze insgesamt geringfügig rückläufig; die Mehrfacheinsätze lagen um 5 % höher. Insgesamt wurden 1993 510 Einsätze geleistet.

Eine Erweiterung des Dienstes auf den Ostteil der Stadt ist vorgesehen, um eine flächendeckende Versorgung in Berlin zu gewährleisten.

## 8.2 Privatgewerbliche Pflegeeinrichtungen

In Berlin sind neben Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände private Pflegedienste im Bereich der häuslichen Krankenpflege und Hauspflege tätig.

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin besteht insgesamt mit 102 privaten Pflegediensten (Stand: Januar 1994) eine Vertragsvereinbarung, davon sind 33 private Anbieter im Ostteil ansässig.

Im Rahmen der vertragsrechtlichen Vereinbarung mit den Krankenkassenverbänden haben sich die Pflegedienste verpflichtet, mindestens 8 Krankenschwestern/-pfleger in der häuslichen Krankenpflege zu beschäftigen.

Für die Pflegedienste besteht die Möglichkeit, in die Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Freiberufliche Krankenpflege Berlin-Brandenburg e.V. und den Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste, Landesvertretung Berlin, als Mitglied einzutreten.

Die Möglichkeit der Mitgliedschaft in einem der Berufsverbände haben bisher zahlreiche Pflegestationen wahrgenommen.

### 8.3 Hauspflege

Trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu Hause bleiben und weitgehend selbstbestimmt sein Leben oder seinen Lebensabend zu gestalten, ist ein Grundbedürfnis der meisten Menschen. Die Sozialstationen der freien Wohlfahrtsverbände und 50 private Pflegedienste (Tendenz steigend) bieten hier als Basisdienst die Hauspflege an. Die Sozialstationen und privaten Pflegedienste sind durch das Sozialstationengesetz und eine vertragliche Vereinbarung in der Pflicht, das erforderliche und geeignete Personal bereitzustellen und sach- und bedarfsgerecht einzusetzen sowie die Mitarbeiter/-innen zu qualifizieren (Dienstbesprechungen und Fortbildungsmaßnahmen) und weitgehend sozial abzusichern.

Die Hauspflege umfaßt hauswirtschaftliche, psychosoziale und pflegerische Aspekte. Um den tatsächlichen Anforderungen besonders im Hinblick auf die steigende Zahl psychisch veränderter alter Menschen besser gerecht zu werden, ist es das Gebot der Stunde, den Mitarbeitern entsprechendes Wissen zu vermitteln bzw. vorhandenes Wissen zu vertiefen und sie bei ihren zum Teil schwierigen Aufgaben entsprechend zu begleiten. So wurde ein Hauspflegekatalog erarbeitet, über dessen Inhalte zur Zeit mit den Pflegeanbietern diskutiert und verhandelt wird. Perspektivisch ist es Anliegen aller Beteiligten, die *aktivierende* Betreuung der Menschen in die Hauspflege zu integrieren, das heißt, daß etwas angestrebt wird, was weit über das bisherige Verständnis von Hauspflege hinausreicht. Dieses Thema wird auch noch künftig alle Verhandlungspartner - insbesondere die Pflegekassen - beschäftigen und letztendlich eine Frage des Preis-Leistungs-Verhältnisses unter Berücksichtigung eines noch zu ermittelnden Einspareffektes sein. Hier gemeinsam eine sinnvolle Lösung zu finden, dürfte für alle Beteiligten nur von Vorteil sein.

Die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege leistete 1993 3 052 523 Hauspflegestunden (2.493 281 Stunden Kostenträger Sozialhilfe). Die privatgewerblichen Anbieter von Hauspflege erbrachten insgesamt 614.689 Stunden (609 671 Stunden Kostenträger Sozialhilfe). Nähere Angaben hierzu sind der Tabelle A 8 1 (siehe Tabellenanhang) zu entnehmen.

### 8.4 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, bedürfen neben der fachlichen auch der persönlichen Beratung und Begleitung. Als neuer Personenkreis werden zunehmend Zivildienstleistende für ergänzende Hilfen eingesetzt.

#### Pflegende Angehörige

Die Arbeit mit pflegenden Angehörigen hat sich im Gesamtzusammenhang der häuslichen Versorgung zu einer der vordringlichen Aufgaben der Sozialarbeit in den Berliner Sozialstationen entwickelt. Ziel ist die Entlastung der pflegenden Angehörigen und die Stärkung der familiären Selbsthilfekräfte.

Die Betreuung der pflegenden Angehörigen umfaßt eine persönliche Beratung bzw. Hilfe

- in sozialrechtlichen und finanziellen Fragen
- bei der Vermittlung zu anderen Einrichtungen (z.B. Versorgungsamt, Telebuszentrale usw.)
- bei Kontaktvermittlung zu bestehenden Gruppen (z.B. Selbsthilfegruppen, Gesprächskreisen, Frauengruppen)
- bei der Vermittlung praxisnaher Hilfen (Kurse in häuslicher Krankenpflege, Verleih von Krankbetten usw.).

Über diese Versorgungsangebote hinaus gehören stützende Gespräche - 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 für Soziales in Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände seit September 1988 neue Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige untersucht.

### Mobilitätshilfe-Dienste (MHD)

„Draußen spielt das Leben - wir bringen Sie hin.“ Dieser Zusage können die MHDs mittlerweile immer besser gerecht werden, da die Aufbauarbeit einer flächendeckenden Versorgung Berlins mit Mobilitätshilfe-Diensten fast abgeschlossen ist. Ende 1993 sind in sämtlichen Berliner Bezirken Mobilitätshilfe-Dienste eingerichtet. Von den insgesamt 40 Diensten werden 22 durch Zuwendungen finanziert, die weiteren Dienste über ABM- oder AFG-Maßnahmen einschließlich Komplementärfinanzierungen aus Geldern der Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen sowie BSHG-Maßnahmen.

Die Einsatzzahlen 1993 zeigen gegenüber 1992 eine Steigerung um fast 100 %:

- 1990: 27 950 Einsätze
- 1991: 35.150 Einsätze
- 1992: 112.300 Einsätze
- 1993: 202 478 Einsätze.

1993 wurde in beiden Teilen der Stadt eine Umfrage unter 1 250 Nutzern der Mobilitätshilfe-Dienste gestartet, die zu nachstehenden Ergebnissen geführt hat:

- 57,4 % waren im weiteren Sinne gehbehindert
- 45,0 % hatten eine organische Krankheit
- 40,6 % waren Rollstuhlfahrer
- 62,3 % waren im Alter von 75 bis 100 Jahren
- 27,8 % waren im Alter von 50 bis 74 Jahren
- 9,9 % waren jünger als 50 Jahre
- 80,2 % der Nutzer waren weiblichen Geschlechts
- 62,7 % leben allein
- 21,0 % leben in Heimen
- 16,8 % wohnen mit anderen zusammen

Interessant ist, daß 40,2 % der Klientele in ihrer Mobilisierung ausschließlich auf den MHD angewiesen sind und das persönliche Gespräch mit den Helfern einen außerordentlich hohen Stellenwert hat.

Nach den vorliegenden Erfahrungen ist der MHD ein Dienst, der multifunktionell genutzt wird und demzufolge doch mehr ist als ein Lückenfüller zwischen Sozialstation und Telebus.

Die Tatsache, daß hier der Staat seinen auf Hilfe angewiesenen Bürgern einen Dienst zur Verfügung stellt, der für seine Hilfeleistung keine Rechnung schickt, ermutigt viele, diese Hilfe auch anzunehmen. Handelt es sich doch hier überwiegend um Menschen, die gelernt haben, daß sie an sich selber sparen müssen und aus diesem Grunde auch oft keine Hauspflege in Anspruch nehmen. Diese Menschen machen hier auch die wichtige Erfahrung, daß man ihnen einfach in ihrer Lage beisteht und sie nicht jeden Handschlag und jede Aufmerksamkeit kaufen müssen. Diese Erfahrung kann zum Teil dazu führen, eigene Fähigkeiten wieder neu zu entdecken, Interessen zu wecken und - im wahrsten Sinne des Wortes - sich wieder selbst zu mobilisieren.

Perspektivisch soll in jedem Bezirk ein zuwendungsfinanzierter Dienst (in Ergänzung durch

Komplementärfinanzierungen) ein flächendeckendes Angebot schwerpunktmäßig garantieren. Alle anders geförderten Dienste haben den Nachteil, daß sie das Angebot nur kurzfristig - nämlich für den Förderzeitraum - garantieren können.

## 8.5 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.

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 Projektmitarbeitern/-innen aus. Von drei Sozialstationen werden tagesstrukturierende Hilfen im Rahmen der Projektarbeit angeboten.

## 8.6 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 Mitarbeitern/-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.

Ein weiteres Projekt, mit dem ein Einstieg in eine Finanzierung auf leistungsrechtlicher Grundlage (Sozialgesetzbuch, Teil V, Bundessozialhilfegesetz) für diese Dienste gefunden werden soll, konnte Anfang 1994 seine Arbeit aufnehmen.

### **8.7 Vernetzung von Diensten und Einrichtungen - Kooperation zwischen den Betreuungs- und Versorgungssystemen**

Die Strukturen im Gesundheitswesen in Form von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Strukturen im Sozialwesen in vergleichbarer Gliederung von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen sowie von einer Vielzahl komplementärer Angebote erfordern für die Nutzer, insbesondere für alte kranke und pflegebedürftige Menschen, koordinierte Angebote von Hilfeleistungen.

Da sich die vorhandenen vielfältigen und qualifizierten Betreuungsformen, insbesondere aufgrund rechtlicher und finanzieller Regelungen, weitgehend nebeneinander entwickelt haben und zum Teil auch bezirksspezifisch ausgestaltet sind, sind sie nicht ausreichend miteinander verbunden. Übergänge und Bindeglieder sind erst in Ansätzen vorhanden.

Von entscheidender Bedeutung ist das reibungslose Zusammenwirken der gesamten Einrichtungen, das ermöglichen soll, den älteren Patienten z.B. nach der Behandlung im Akutbereich und erfolgreicher oder teilweiser Rehabilitation entweder nach Hau-

se, in eine betreute Wohnform oder in ein Seniorenheim zu entlassen und weiter zu betreuen.

Um eine weit teure Klinikbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen oder eine Heimaufnahme zu umgehen und den alten Menschen so lange wie möglich auch bei steigender Pflegebedürftigkeit in seiner häuslichen Umgebung zu belassen, gewinnen teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Übergangspflege immer mehr an Bedeutung. Insbesondere mit ihrer Hilfe wird es möglich sein, ein engmaschiges Netz bedarfsorientierter, abgestufter und jedermann verfügbarer Hilfen für alte Menschen zu knüpfen.

Vernetzung als das regelhafte, verlässliche, abgestimmte und ineinandergreifende Handeln von Institutionen und aller Formen von Dienstleistungserbringern verstanden, ist eine Grundvoraussetzung, um eine Verbesserung in der Versorgung älterer Menschen mit oben beschriebenen Ziel zu erreichen.

Als Instrument dazu ist die Einrichtung von Geriatriebeiräten vorgesehen. Sie sollen als bezirkliche Gremien gebildet werden und aus an der geriatrischen Betreuung und Versorgung beteiligten Vertretern des Gesundheits- und Sozialbereiches bestehen.

Geriatriebeiräte sollten u.a. folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Mitwirkung bei der bezirklichen Geriatrieplanung
- Ermittlung des Bedarfs (quantitativ und qualitativ) für fehlende bzw. nicht ausreichend vorhandene geriatrische Dienstleistungsangebote
- Erstellung verbindlicher Strukturen für die Zusammenarbeit von Trägern und Institutionen
- Bedarfserstellung von notwendigen Fortbildungsmaßnahmen und eventuelle Beteiligung bei der Durchführung.

### **8.8 Komplementäre Angebote**

Die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung des Gesundheits- und Sozialwesens haben sich weitgehend nebeneinander entwickelt. Das Geriatrie-Rahmenkonzept Berlin von 1992 sieht den Ausbau komplementärer Tage- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Bindeglied zwischen

dem ambulanten und stationären Sektor vor. Insbesondere die Betreuung alter Menschen ist zunehmend durch chronisch verlaufende Erkrankungen und geriatrisch/geronto-psychiatrische Krankheitsbilder gekennzeichnet. Es sind Angebote erforderlich, die der Überschneidung von Behandlungsbedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit und zum Teil Rehabilitierbarkeit gerecht werden.

### Tagespflege

1993 gab es 11 Tagespflegeeinrichtungen mit 174 Plätzen.

Auf der Grundlage bisheriger Bedarfsprognosen ist der Ausbau der Tagespflegeangebote auf 1 000 Plätze bis zum Jahr 2001 vorgesehen.

Die Tagespflege ist eine teilstationäre Pflege und Versorgung in einer Einrichtung während des Tages, an einigen oder allen Wochentagen. Der Betreute kehrt am Abend in seine Wohnung bzw. zu seiner Familie zurück und wird dort auch am Wochenende betreut. Die Tagespflege entlastet pflegende Angehörige im Alltag bzw. ermöglicht deren Berufstätigkeit.

Eine Entlastung der pflegenden Angehörigen dient der langfristigen Aufrechterhaltung ihrer Pflegebereitschaft und -fähigkeit. Bedingt durch die steigende Lebenserwartung werden immer mehr Hochaltrige von ebenfalls alten Menschen gepflegt. Das Risiko einer Erkrankung aufgrund Überforderung in der Pflegesituation ist dort sehr hoch und macht letztlich für den Pflegenden und den Gepflegten professionelle Hilfe erforderlich.

Die Tagespflege in Tagesstätten ermöglicht Aktivierung und Rehabilitation durch entsprechende medizinisch-therapeutische und pflegerische Angebote, Kommunikation und Tagesstrukturierung sowie Hilfen bei Krisen in einem Umfang, wie sie von Sozialstationen nicht geleistet werden können. Damit können verbliebene Fähigkeiten erhalten, verlorene wiedergewonnen und ganz besonders Selbsthilfeaktivitäten gefördert werden.

Körperliche und psychische Einschränkungen sind auch im Alter häufig reversibel oder auch erheblich zu lindern. Pflegebedürftigkeit ist dementsprechend kein stabiler Zustand. Die intensive Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung kann vor allem künftigen Aufwand wesentlich verringern bzw. zum Teil auch gänzlich überflüssig machen.

### Kurzzeitpflege

In dem sich rasch entwickelnden Bereich der Kurzzeitpflege standen 1993 drei Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege mit insgesamt 28 Plätzen, eine kommunale Einrichtung mit 6 Plätzen und neun gewerbliche Einrichtungen mit insgesamt 77 Plätzen zur Verfügung.

Im Rahmen der stationären Altenhilfe werden zeitweilig Plätze für Kurzzeitpflegen genutzt.

Ziel ist es, in allen Berliner Bezirken mindestens ein verlässliches Kurzzeitpflegeangebot zu schaffen.

Kurzzeitpflege ist die zeitlich befristete wohngebietsbezogene stationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung kranker und pflegebedürftiger (alter) Menschen, die sonst in eigener Häuslichkeit eine sehr aufwendige Hilfe erhalten müßten. Sie ergänzt als selbständige Betreuungsform die Arbeit der Sozialstationen und knüpft an die Leistungen der Gesundheitsversorgung an.

Kurzzeitpflege dient insbesondere der

- Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, Nachsorge nach stationärer Behandlung (Förderung der Rekonvaleszenz, Altersrehabilitation, Heilung)
- Gewährung einer notwendig gewordenen, zeitlich befristeten 24-Stunden-Pflege und/oder gezielter Aktivierung der Pflegebedürftigen durch entsprechendes Fachpersonal
- Erhaltung der Pflegebereitschaft von Angehörigen durch Entlastung bei Urlaub und Erholung bzw. Ausfall durch eigene Krankheit, Kur o. ä.

Die Kurzzeitpflege verbessert auch längerfristig die Pflegesituation der sonst zu Hause betreuten Personen durch aktivierende Pflege, die an vorhandene Fähigkeiten anknüpft, verlorengewonnene wiederherstellt oder Hilfen zu deren Kompensation anbietet. Professionelle Pflegekräfte können das vorhandene Selbsthilfepotential in einzelnen Bereichen gezielter ansprechen. Die Kurzzeitpflege hat somit mehr als nur eine Überbrückungsfunktion für „Ausfallzeiten“ der Pflegeperson.

Kurzzeitpflege ist nur für solche Bürger sinnvoll, deren Aufenthalt in der Regel zusammenhängend vier Wochen und innerhalb des Zeitraumes von einem Jahr acht Wochen nicht überschreitet.

Das Leistungsspektrum der Kurzzeitpflege sollte pflegerische, therapeutische und aktivierende Hilfen umfassen. Dies sind insbesondere

- Grund- und Behandlungspflege
- Gruppenbetreuung
- Beschäftigungsangebote
- Gymnastik und Bewegungsangebote
- Fortführung häuslicher, auf (Wiederherstellung von) Selbständigkeit bezogene Tätigkeiten
- Realitäts- und Orientierungstraining
- Angehörigenarbeit (Beratung und Anleitung z.B zur schrittweisen Übernahme der Pflege im häuslichen Bereich und zur Schaffung entsprechender Voraussetzungen in der Wohnung)
- Erstellung einer Pflegeplanung und einer Pflegedokumentation, insbesondere im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Pflege in der eigenen Häuslichkeit.

## 8.9 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 8.1:  
Hauspflegestunden 1993

Der vorstehende Beitrag wurde von der Senatsverwaltung für Soziales zur Verfügung gestellt





**KAPITEL**

**9**

**AMBULANTE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN  
IN BEZIRKLICHER UND LANDESEIGENER TRÄGERSCHAFT  
IN DEN ÖSTLICHEN BEZIRKEN BERLINS**

## 9.1 Ambulante Gesundheitseinrichtungen in bezirklicher und landeseigener Trägerschaft in den östlichen Bezirken Berlins

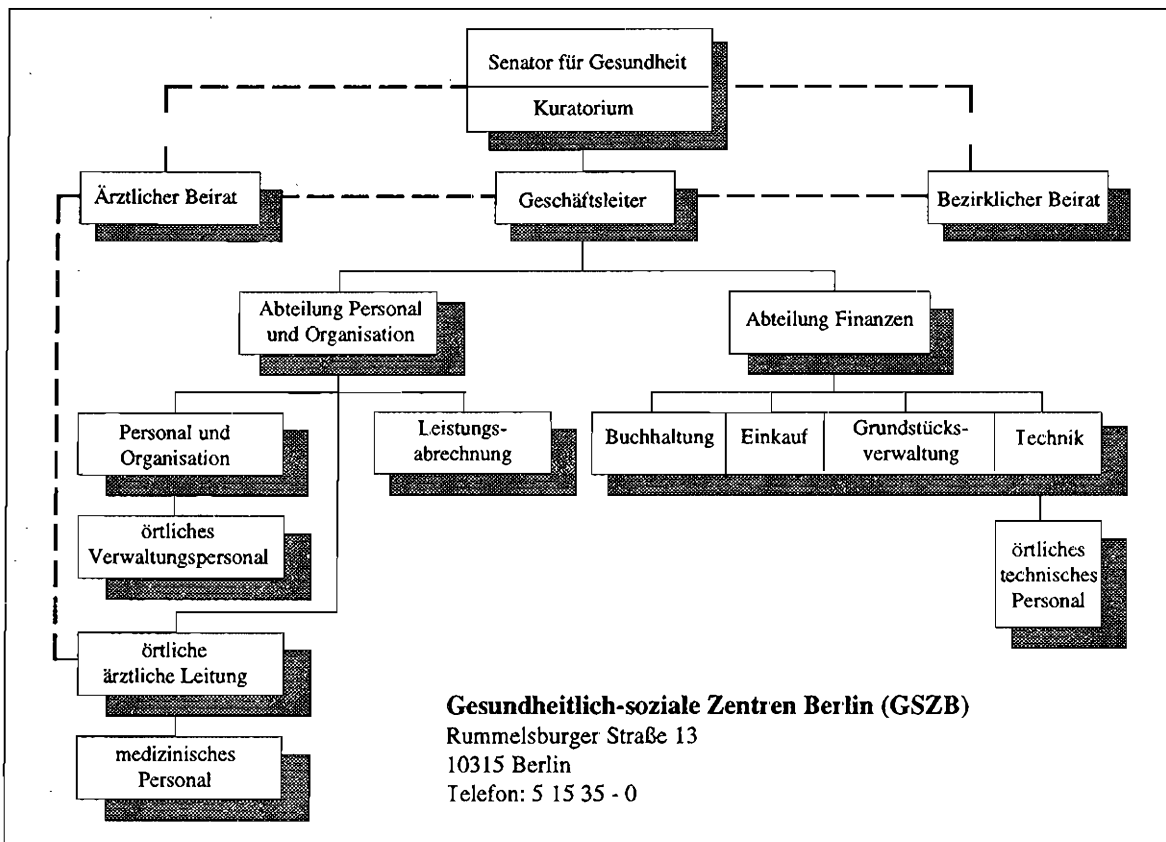
Der sich in den vorangegangenen Jahren vollzogene Umstrukturierungsprozeß der ambulanten Gesundheitseinrichtungen wurde mit Ende des Jahres 1993 abgeschlossen.

Die bis 1993 noch unter bezirklicher Trägerschaft geführten Einrichtungen wurden ab 1.1.1994 in den landeseigenen Betrieb „Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin (GSZB)“ integriert (s. 9 2)

Am 31.12.1993 betrug die Zahl der Beschäftigten in nach § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen insgesamt 455, darunter 147 Ärzte und 7 Zahnärzte.

## 9.2 Betrieb „Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin (GSZB)“

Abbildung 9.1:  
Organigramm des Betriebes GSZB



(Quelle: GSZB)

Der am 1.6.1992 gegründete Betrieb „Gesundheitlich-soziale Zentren Berlin (GSZB)“ hatte am 31.12.1993 insgesamt 339 Mitarbeiter, darunter 106 Ärzte und 4 Zahnärzte

Zum Betrieb GSZB gehören 13 Betriebsstätten (ehemalige Polikliniken und Ambulatorien), in denen angestellte und niedergelassene Ärzte tätig sind

Betriebsstätte	Anzahl der Ärzte / Zahnärzte	
	angestellt	niedergelassen
- Gesundheitszentrum Am Tierpark	-/-	23/3
- Poliklinik „Dr. Karl Kollwitz“	6/-	12/1
- Poliklinik „Haus der Gesundheit“	17/1	-/-
- Ambulatorium Schillingstraße	4/-	3/1
- Poliklinik Wisbyer Straße	3/-	4/-
- Poliklinik „Ernst Ludwig Heim“	11/3	12/3
- Gesundheitszentrum „Am Adlergestell“	4/-	-/-
- Poliklinik Eldenaer Straße	-/-	1/-
- Poliklinik am DRK- Krankenhaus Köpenick	5/-	16/4
- Poliklinik „Frederic Joliot Curie“	17/-	-/-
- Gesundheitszentrum Rudolfstraße	-/-	2/-
- Poliklinik am Krankenhaus Weißensee	2/-	6/-
- Poliklinik am Krankenhaus Buch	37/-	-/-
<b>insgesamt</b>	<b>106/4</b>	<b>79/12</b>

In den meisten Einrichtungen befinden sich auch jetzt komplementäre Angebote von gesundheitlichen, sozialen sowie beratenden und betreuenden Leistungsträgern. Dazu gehören z. B. Sozialstationen, Apotheken, Optiker, Hörgeräteakustiker, Physiotherapeuten, Zahntechniker, Orthopädietechniker, Labore, häusliche Krankenpflege, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen und Krankenkassen. Damit steht für die Patienten und Bürger ein komplexes Angebot „unter einem Dach“ zur Verfügung.

Nach der Errichtung des Betriebes und dem Aufbau des kaufmännischen Rechnungswesens, der Buchführung und der Kostenrechnung im Jahre 1992 waren 1993 weitere Maßnahmen zur Konsolidierung des Betriebes notwendig.

So u. a. zur Entwicklung und Umsetzung spezifischer betriebswirtschaftlicher Unternehmensstrategien, für die auch der Bund Mittel in Höhe von 186 IDM für Beratungshilfen zur Verfügung stellte.

Der Betrieb GSZB arbeitet nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten. Voraussetzung für das Betreiben der Gesundheitszentren war von Anfang an deren Wirtschaftlichkeit. Für die notwendigen Grundsanierungen und Baumaßnahmen in den teilweise seit Jahren vernachlässigten Gebäuden des Landes Berlin werden Mittel des Landes und des Bundes eingesetzt. Dafür wurden im Jahre 1993 aus dem „Kommunalen Investitionsprogramm 1993“ für dringlichste Baumaßnahmen in 8 Betriebsstätten 8,8 Mio. DM bereitgestellt.

Notwendige Modernisierungen der ärztlichen Praxen sowie Ausstattungen mit moderner Medizintechnik konnte nicht im erforderlichen Umfang realisiert werden, da ab dem 1. Quartal 1993 Kürzungen der Fallpauschalen (ärztliche Honorare) durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin einerseits erfolgten und andererseits die Berechnung der Fallpauschale seit dem 1.1.1992 nicht mehr an das veränderte tarifliche Lohnniveau angepaßt wurde.

Die Geschäftsleitung des Betriebes GSZB steht in engen Verhandlungen mit den zuständigen Behörden, Verbesserungen bei der Finanzierung der ärztlichen Leistungen in den Einrichtungen zu erreichen.

Für die noch in bezirklicher Trägerschaft befindlichen Einrichtungen (s. 9.3) übernahm der Betrieb GSZB zum 1.7.1993 die Auftragsverwaltung.

### 9.3 Ambulante Einrichtungen in Trägerschaft der Bezirke im östlichen Teil Berlins

Am 1.1.1993 gab es in 8 Bezirken an 27 verschiedenen Standorten noch zugelassene Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V mit insgesamt 191 angestellten Mitarbeitern, darunter 60 Ärzte und 6 Zahnärzte unter bezirklicher Trägerschaft.

Zur Herstellung der Wirtschaftlichkeit im Zusammenhang mit der Einführung des kaufmännischen Rechnungswesens ab 1.7.1993 für diese Einrichtungen waren Umstrukturierungen unumgänglich. Dieser Prozeß, für den ebenfalls Mittel des Bundes zur Verfügung standen, war wegen der Vielzahl der Standorte kompliziert.

Zur Unterstützung der bezirklichen Einrichtungen bei der Umstrukturierung und zur Einführung des kaufmännischen Rechnungswesens übernahm der Betrieb GSZB ab dem 1.7.1993 die Bewirtschaftung dieser Einrichtungen.

Zum Ende des Jahres 1993 war die Umstrukturierung abgeschlossen und damit Wirtschaftlichkeit hergestellt. In Abstimmung mit den Bezirksamtern erfolgte von der Senatsverwaltung für Gesundheit die Zuordnung der bezirklichen Einrichtungen zum Betrieb GSZB per 1.1.1994 mit insgesamt 115 Mitarbeitern, darunter 40 Ärzten und 3 Zahnärzten an 18 verschiedenen Standorten in den Bezirken Lichtenberg, Hohenschönhausen, Treptow, Pankow, Marzahn und Köpenick.

Damit sind die verbliebenen Polikliniken, Ambulatorien und Arztpraxen als umstrukturierte Gesundheitszentren in einem Betrieb unter landeseigener Trägerschaft zusammengeführt. Unter der Prämisse der Wirtschaftlichkeit haben diese Einrichtungen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz unbegrenzten Bestandsschutz.

Damit sind Voraussetzungen gegeben, diese Strukturen mit einem alternativen Finanzierungssystem in Form von Fallpauschalen als Berliner Modell zum festen Bestandteil der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu etablieren.

**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, Geburtshilfe geleistet wird oder weitere medizinische Leistungen für Personen, die der stationären Behandlung bedürfen, erbracht werden 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-technischem 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 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** i.S. der KHStatV 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 HBBG (§ 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 im Berichtsjahr durchschnittlich behandelten Patienten (stationäre Behandlungsfälle). Es wird zwischen einer fachabteilungs- und einrichtungsbezogenen Fallzahl unterschieden:

Die *fachabteilungsbezogene Fallzahl* wird nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Aufnahmen + Verlegungen} + \text{Entlassungen + Sterbefälle}}{2}$$

Die *einrichtungsbezogene Fallzahl* wird (ohne interne Verlegungen) nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Aufnahmen + Entlassungen} + \text{Sterbefälle}}{2}$$

**Verweildauer**

gibt Auskunft darüber, wieviele Tage ein Patient durchschnittlich im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung liegt Sie wird berechnet aus den Pflgetagen und der Fallzahl der Einrichtung bzw der Fachabteilung:

$$\text{Verweildauer} = \frac{\text{Anzahl der Pflgetage}}{\text{Fallzahl}}$$

**Bettenausnutzung**

gibt in % die Auslastung der jeweiligen Betten der Krankenhäuser an:

$$\frac{\text{Pflgetage} \times 100}{\text{durchschnittlich aufgestellte Betten} \times \text{Kalendertage}}$$

**10.1 Vorbemerkung**

Der Realisierungsgrad des Krankenhausplans 1993 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 als Grundlage.

Im ersten Teil dieses Abschnittes wird auf das stationäre Versorgungsangebot am 31.12.1993 sowie auf die Inhalte des Krankenhausplans 1993 eingegangen. Grundlage für die Darstellung des Bettenangebotes der Berliner Krankenhäuser bilden die ordnungsbehördlichen Bettenfestsetzungen Mit Beginn des Jahres 1993 wurden die Bettenfestsetzungen für nahezu alle Krankenhäuser erneuert, wobei eine einheitliche Zuordnung der Betten zu den Fachabteilungen nach den Bestimmungen der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10.4.1990 angestrebt wurde Damit kann eine Übersicht über die Struktur der Krankenhausversorgung gegeben werden, die nunmehr für beide ehemals getrennten Teile Berlins in gleicher Weise aussagefähig ist

Dennoch bestehen im Einzelfall Schwierigkeiten bei der Handhabung der Fachabteilungsdefinition. Das betrifft unterschiedliche Bettenzuordnungen, beispielsweise für die Fachabteilungen

- Innere Medizin (Geriatric) / Sonstige (Chronischkranke)
- Strahlenheilkunde / Nuklearmedizin
- Kinderheilkunde / (Kinder-) Chirurgie

Für Vergleiche mit früheren fachabteilungsspezifischen Bettenangaben wurde, soweit möglich, eine Umstellung von der früheren auf die jetzige Fachabteilungsgliederung vorgenommen. Die Umstellung auf die jetzige Abteilungsgliederung führt zu einem Ausweis von *höheren Bettenzahlen* für die Innere Medizin (Einbeziehung der Betten für Infektionskrankheiten, Lungen- und Bronchialheilkunde, Geriatric) und von *geringeren Bettenzahlen* für Psychiatrie (gesonderte Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie) und Strahlenheilkunde (gesonderte Abteilung Nuklearmedizin).

Mit der Erfassung und Darstellung der Krankenhauskapazitäten nach den methodischen Regelungen der Krankenhausstatistik-Verordnung wird eine bessere bundesweite Vergleichbarkeit der Berliner Angaben ermöglicht

Grundlage des zweiten Teils ist die *Krankenhausstatistik-Verordnung*, die - bezogen auf den Jahresdurchschnitt 1993 - Auskunft gibt über die Bewegungsdaten, d. h. u. a. Inanspruchnahme, Leistungen, Verweildauer, Bettenausnutzung und sogar Kosten

Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung wurde in diesem Teil auf den Ausweis der (zwei) Versorgungs- bzw. Rehabilitationseinrichtungen und des Bundeswehrkrankenhauses verzichtet

Die Daten der Krankenhäuser sind bereits ab dem Berichtsjahr 1990 nicht mehr Bestandteil der Krankenhausstatistik und werden unter der Zuständigkeit der Senatsverwaltung für Soziales im Rahmen der Sozialstatistik erfaßt.

## 10.2 Das stationäre Versorgungsangebot

Der Krankenhausplan 1993, Konkretisierung des Krankenhaus-Rahmenplans 1991, wurde vom Senat in seiner Sitzung am 23.11.1993 beschlossen (Senatsbeschluß Nr. 4119/93) und dem Abgeordne-

tenhaus zur Kenntnisnahme zugeleitet. Nach parlamentarischer Diskussion wurde der Krankenhausplan 1993 vom Plenum des Abgeordnetenhauses am 9.6.1994 abschließend zur Kenntnis genommen. Damit ist der nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 4 Abs 1 des Landeskrankenhausgesetzes aufgestellte Krankenhausplan verbindliche Planungsgrundlage

### 10.2.1 Inhaltliche Schwerpunkte des Krankenhausplans 1993 des Landes Berlin

Im Rahmen der parlamentarischen Diskussion wurde auf der Grundlage eines Antrages der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU ein Beschluß gefaßt, der in der Hauptsache Festlegungen zu flankierenden Maßnahmen zur Umsetzung der beiden wichtigsten Ziele, der Geriatric- und Psychiatriereform, beinhaltet. Im weiteren werden die wichtigsten Schwerpunkte des Krankenhausplans 1993 kurz dargestellt:

#### Angaben zur Bettenentwicklung

Der Stichtag für die Analyse der Ausgangssituation ist im Krankenhausplan 1993 der 30.6.1993. Zu diesem Zeitpunkt wurden im Land Berlin 38 492 Krankenhausbetten vorgehalten. Davon entfielen 36.635 Krankenhausbetten auf Plan-Krankenhäuser und 1 857 Betten auf Krankenhäuser, die außerhalb des Krankenhausplans betrieben wurden.

Der Krankenhausplan 1993 geht von einer künftigen Soll-Bettenzahl von 30.541 aus, der Planungshorizont des Krankenhausplans 1993 ist das Jahr 1998. Demnach wurden die Zielvorgaben des Krankenhaus-Rahmenplans 1991 nochmals um 5 548 Betten nach unten hin korrigiert, wobei sich die Veränderungen vor allem aus der Geriatric- und Psychiatriereform in Berlin ergeben.

#### Geriatricreform

Anliegen des Geriatric-Konzepts in Berlin ist es, die geriatricische Versorgung für die älteren Menschen neu zu regeln, auszubauen und an den veränderten Bedarf anzupassen, um eine qualitativ bessere Versorgung als bisher zu erreichen. Dabei wird von der Überlegung ausgegangen, daß das



Krankenhaus als ein Glied in der geriatrischen Versorgungskette anzusehen ist, die sich insgesamt aus einem differenzierten Angebot aller Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches zusammensetzt. Ziel des Krankenhausplanes ist es, durch Umstrukturierung des Krankenhausbereiches sowohl die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und Rehabilitation zu verbessern als auch für längerfristig pflegebedürftige Menschen, die gegenwärtig häufig unter für sie ungünstigen Verhältnissen im Krankenhaus betreut werden (Abteilung für Chronischkranke), bessere Bedingungen zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden

- in 29 Krankenhäusern Abteilungen für Geriatrie eingerichtet mit insgesamt 2.639 Betten; der größte Anteil der Betten entsteht dabei aus der Umwandlung von Betten für Chronischkranke
- 21 Abteilungen beziehungsweise Krankenhäuser für Chronischkranke mit insgesamt 3.472 Betten werden befristet in den Krankenhausplan 1993 aufgenommen. Für diese soll in den nächsten 4 Jahren eine neue Aufgabenstellung im Rahmen der Betreuung älterer Menschen gefunden werden. Große Bedeutung erlangt hierbei das inzwischen in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz, das zeitlich Vorgaben beinhaltet, die diesen Umwandlungsprozeß beschleunigen werden.

### Psychiatriereform

Das Grundanliegen der Psychiatriereform besteht in der regionalisierten psychiatrischen Versorgung. Damit soll eine größere Wohnortnähe der Patientenversorgung erreicht werden und zugleich das „Abschieben“ unbequemer Psychisch-Kranker mit zum Teil häufigen Verlegungen von einer Einrichtung in die nächste verhindert werden. Für die Krankenhäuser besteht künftig eine Vollversorgungsverpflichtung für ein räumlich begrenztes Einzugsgebiet. Weiterer Bestandteil der strukturellen Veränderungen in der Psychiatrie ist die Begrenzung der psychiatrischen Krankenhauskapazitäten auf das Maß, das für die Krankenhausversorgung unerlässlich ist (Rücknahme psychiatrischer Kapazitäten um ca. 1.100 Betten in Verbindung mit der Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Enthospitalisierung). Die Bettenrücknahmen erfolgen dabei im Gleichklang mit dem Aufbau von Kapazitäten im Bereich komplementärer Versorgungsan-

gebote. Bei überregionalen psychiatrischen Versorgungsbereichen, namentlich der forensischen Psychiatrie, werden Neuregelungen und Bedarfsanpassung vorgenommen.

### Weitere Versorgungsschwerpunkte

#### Neonatologie

Der Krankenhausplan 1993 sieht eine Zweistufigkeit der neonatologischen Intensivbetreuung vor. Neben den neonatologischen Abteilungen in 7 Krankenhäusern wird es 3 Perinatal-Zentren geben, die in den Universitätsklinika betrieben werden.

#### Schwersthirngeschädigte Patienten

Am Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus sind in Verbindung mit dem Unfallkrankenhaus Berlin in Marzahn 44 Betten als Bestandteil der Neurologischen Abteilung für Frührehabilitation von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten vorgesehen. Daneben wird es 2 kleinere Einheiten im Humboldt-Krankenhaus und in der Klinik Berlin (Rehabilitationseinrichtung) geben. Für schwersthirngeschädigte Patienten, die eine aufwendige therapeutische Langzeitpflege benötigen, ist der Aufbau eines regionalen Versorgungssystems geplant.

#### Schwerbrandverletzte

In Berlin-Marzahn wird das oben erwähnte Unfallkrankenhaus Berlin ein Brandverletzten-Zentrum mit 12 Betten erhalten und die gegenwärtig im Urban-Krankenhaus vorgehaltenen Kapazitäten ablösen.

#### Notfall- und Unfallversorgung

Das bisherige Konzept der dreistufigen Gliederung der Notfall- und Unfallversorgung in Berlin wird weiter ausgebaut. Im Krankenhausplan 1993 werden 15 Erste-Hilfe-Krankenhäuser, 20 Unfall-Krankenhäuser und 6 Unfall-Schwerpunkt-Krankenhäuser ausgewiesen.

### 10.2.2 Das geplante Bettenangebot nach dem Krankenhausplan 1993

Einen Überblick über das bis 1998 geplante Bettenangebot der in den Krankenhausplan 1993 aufgenommenen Krankenhäuser nach Fachabteilungen vermittelt die Tabelle A 10.1. Die konkretisierten Soll-Werte für die einzelnen Krankenhäuser ergeben für 84 Einrichtungen/Trägerbereiche eine Gesamtbettenzahl von 30.541 Betten, darunter 26.411 im Akutbereich, d.h. alle Betten außer Betten für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Planungen sehen keine Betten mehr in Abteilungen für Chronischkranke vor. Die Einrichtungen und Betten verteilen sich auf die Trägerbereiche wie folgt:

Trägerbereich	Betten	darunter Akut
Gemeinnützige Krankenhäuser (47 Einrichtungen/Trägerbereiche)	12.713	11.460
Private Krankenhäuser (13 Einrichtungen/Trägerbereiche)	1.225	1.081
Sonstige Krankenhäuser (1 Einrichtung/Trägerbereich)	200	200
Städtische Krankenhäuser (16 Einrichtungen/Trägerbereich)	11.768	9.318
Universitäts-Einrichtungen (2 Einrichtungen/Trägerbereiche)	265	265
Universitäts-Krankenhäuser (3 Einrichtungen/Trägerbereiche)	4.049	3.796
Universitäts-Landesbetten (2 Einrichtungen/Trägerbereiche)	321	291

In den Krankenhausplan 1993 haben insgesamt 81 Krankenhäuser Aufnahme bzw. befristete Aufnahme gefunden. Damit erhöht sich die Zahl der Plankrankenhäuser von 78, die am 30.6.1993 betreuungswirksam waren, um drei.

Neu hinzugekommen sind:

- das Geriatriezentrum Berlin
- das Geriatriezentrum Buch
- das Unfallkrankenhaus Marzahn
- das Anthroposophische Krankenhaus.

Weiter ist die Inbetriebnahme eines Zentrums für minimalinvasive Chirurgie am Krankenhausstandort Havelhöhe in Berlin-Spandau vorgesehen. Das Krankenhaus St. Joseph / Mitte wurde im Oktober 1993 geschlossen; es erfolgte eine Übernahme durch das Krankenhaus Maria Heimsuchung. Die oben und in Tabelle A 10.1 genannte Zahl von 84 Plankrankenhäusern resultiert aus einer Doppelzählung des Krankenhauses Moabit, des Universitäts-

tätsklinikums Rudolf Virchow und der Franz-Volhard-Klinik, die jeweils anteilig verschiedenen Trägerbereichen zugeordnet werden mußten.

Ein Vergleich mit dem Bettenbestand am 31.12.1993 (vgl. Tabelle A 10.1) macht den Umfang der Bettenreduzierungen zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans deutlich: Insgesamt ist eine Verringerung um ca. 5.800 Betten vorgesehen - unberücksichtigt bleiben hierbei die Betten, die außerhalb des Krankenhausplans betrieben werden. Diese Reduzierung betrifft den Akutbereich nicht.

Die nahezu unveränderte Bettenzahl im Akutbereich resultiert aus zwei Größen: Durch die Schaffung der geriatrischen Abteilungen - im Westteil Berlins vor allem durch Umwidmung von Betten aus dem Bereich der Abteilungen für Chronischkranke - und durch Neubauvorhaben kommt es zu einem Zuwachs im Akutbereich von rd. 2.500 Betten. Dieser Erhöhung steht eine geplante Bettenrücknahme in gleicher Größenordnung im Akutbereich gegenüber.

Die geplanten Reduzierungen betreffen alle Trägerbereiche. Betrachtet man den Bereich der Akutversorgung, so erhöht sich der Versorgungsanteil der Krankenhäuser unter gemeinnütziger und privater Trägerschaft:

Bei Realisierung der Ziele des Krankenhausplans 1993 ergibt sich im Bereich der Plankrankenhäuser die folgende Verteilung der Krankenhausbetten:

- gemeinnützig	41,5 %	(Akutbereich 43,3 %)
- privat	4,0 %	(Akutbereich 4,1 %)
- städtisch	38,6 %	(Akutbereich 35,4 %)
- Universität/sonstige	15,9 %	(Akutbereich 17,3 %)

### 10.2.3 Das Versorgungsangebot der Krankenhäuser Berlins am 31.12.1993

Zum Stichtag 31.12.1993 wurden im Land Berlin 100 Krankenhäuser mit insgesamt 38.155 Betten (darunter 26.320 im Akut-Bereich) betrieben (vgl. Tabelle A 10.1). Das entspricht einem Versorgungsgrad von 11,0 Betten (7,6) je 1.000 Einwohner. Die Zahl der Krankenhäuser liegt in Tabelle A 10.1 gegenüber der KHStatV (vgl. Tabelle A 10.3) um 4 höher aufgrund o.g. Doppelzählungen und des Einbeziehens des Bundeswehrkrankenhauses und des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten.

Auf Einrichtungen, die nicht in den Krankenhaus-Rahmenplan 1993 aufgenommen sind, entfielen 1.857 (Akut: 244) Betten. In dieser Zahl sind 373 Betten in sogenannten Sonderkrankenhäusern und 181 Betten des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten enthalten.

Im Ostteil Berlins gibt es keine Krankenhauskapazitäten, die außerhalb des Krankenhausplans 1993 betrieben werden.

Die Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten wurde gegenüber dem Vorjahr um 1.412 Betten reduziert, am stärksten in den Fachdisziplinen Geburtshilfe/Gynäkologie, Kinderheilkunde und Psychiatrie.

**Versorgungsangebot nach Trägerbereichen**

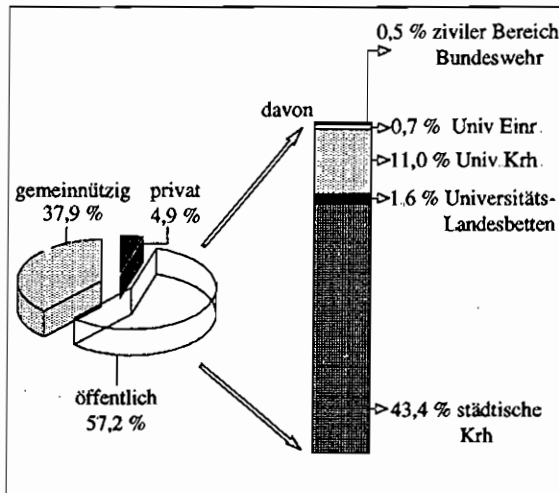
Krankenhausbetten insgesamt nach Trägerbereichen stellten sich am 31.12.1990 und am 31.12.1993 nach Trägerbereichen wie folgt dar:

Trägerbereich	31.12.1990		31.12.1993	
	absolut	%	absolut	%
gemeinnützig	12 511	29,1	14 480	38,0
privat	1 990	4,6	1 856	4,9
städtisch	21 913	50,9	16 557	43,4
Universität/sonstige	6 604	15,4	5 262	13,8
insgesamt	43 018	100	38 155	100

(Quelle: SenGes)

Nur noch 43,4 % der 38.155 Betten werden in städtischen Krankenhäusern vorgehalten. Der Anteil der Betten in gemeinnützigen Krankenhäusern hat, vor allem bedingt durch Trägerwechsel im Ostteil der Stadt, gegenüber 1990 deutlich zugenommen und erreichte am Stichtag 38,0 %. In privaten Krankenhäusern werden knapp 5 % der Krankenhausbetten Berlins betrieben. Die übrigen 14 % der Kapazitäten entfallen auf den universitären Bereich und das Bundeswehrkrankenhaus.

**Abbildung 10.1:**  
Prozentuale Verteilung des Bettenangebots am 31.12.1993 in Berlin nach Trägerbereichen



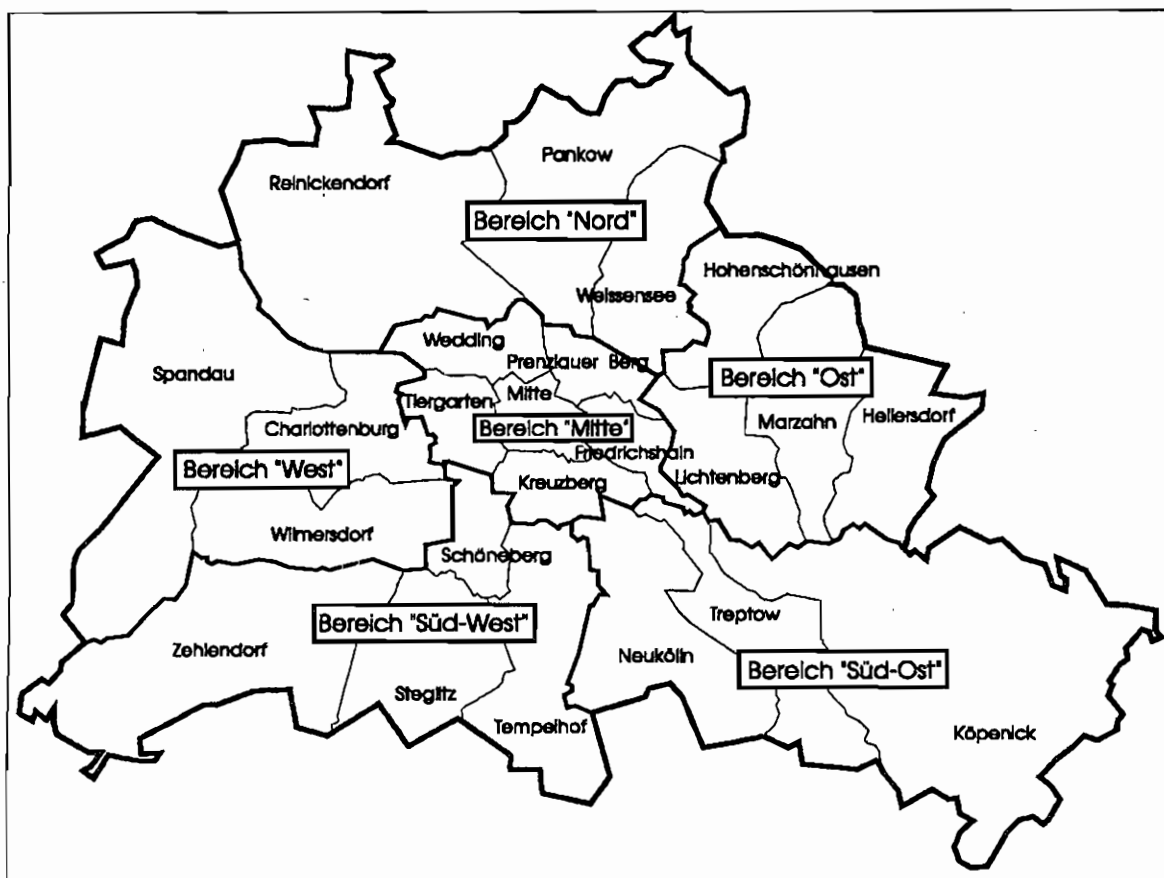
(Quelle: Sen Ges)

**10.2.4 Regionale Verteilung des Bettenangebots**

Ein Ziel krankenhauserplanerischer Überlegungen ist die regional möglichst ausgewogene Verteilung der bedarfsnotwendigen Krankenhaus-Kapazitäten. In einem Stadtstaat wie Berlin mit hoher Bevölkerungsdichte und guter Erreichbarkeit einer Vielzahl von Krankenhausstandorten muß dieses Planungsziel jedoch relativiert werden. Historisch gewachsene Strukturen, Qualitätsaspekte der Krankenhausbetreuung oder auch finanzielle Gesichtspunkte sind Gründe, die bei Standortentscheidungen die Forderung nach regionaler Gleichverteilung in den Hintergrund drängen können. Das trifft in besonderem Maße für solche Fachgebiete zu, die nicht der Grundversorgung zuzurechnen sind.

Eine Verringerung der im Krankenhaus-Rahmenplan 1991 festgestellten regionalen Unterschiede ergab sich in Verbindung mit der Reduzierung des Bettenüberangebotes in den Bezirken Pankow (Standort Buch) und Mitte (Charité, St. Hedwig Krankenhaus). Der Bezirk Hohenschönhausen wird erst mit der Inbetriebnahme eines Neubaus in Nachfolge der Praxisklinik Hygiea über eigene

Abbildung 10.2:  
Darstellung der Einzugsbereiche in Berlin 1)



1) Ziffer in  $\bigcirc$  = Bettenangebot in Krankenhäusern im Einzugsbereich je 1 000 Einwohner

(Quelle: SenGes)

Krankenhauskapazitäten verfügen. Auch der Krankenhausneubau in Marzahn trägt zur ausgewogeneren Regionalität bei.

Auch aus Tabelle A 10 2 kann ersehen werden, daß der Bettenversorgungsgrad noch erhebliche Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen aufweist. Generell sind der Osten und Südosten Berlins unterdurchschnittlich und der Norden und die Mitte überdurchschnittlich mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten ausgestattet. Dabei ist allerdings festzustellen, daß die fachabteilungsbezogenen Minimalwerte und Maximalwerte meist auf jeweils benachbarte Versorgungsregionen entfallen, häufig Ost (Minimum), Nord (Maximum). Das resultiert hauptsächlich aus Versorgungsunterschieden, die sich im ehemaligen Ostteil Berlins herausgebildet haben.

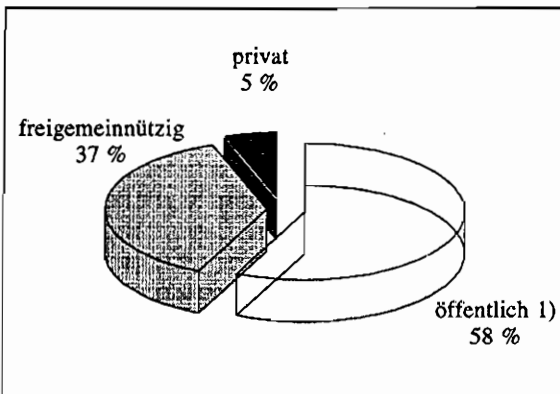
### 10.3 Ausgewählte Indikatoren zur stationären Versorgung (KHStatV)

#### 10.3.1 Fachabteilungen, Bettenzahlen und Personal in den Krankenhäusern im Land Berlin

Im Jahresdurchschnitt 1993 wurden - entsprechend der Krankenhausstatistik-Verordnung - in insgesamt 98 Krankenhäusern 36.783 Betten zur medizinischen Betreuung der Berliner und Personen aus dem Umland aufgestellt; davon entfielen auf 80 Krankenhäuser in Berlin-West 26 609 Betten und auf 18 Häuser in Berlin-Ost 10.174 Betten

Die derzeitige Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägern ist der Abbildung 10.3 zu entnehmen (vgl. 10.2.2 für die nach dem Krankenhausplan bis 1998 vorgesehene Verteilung)

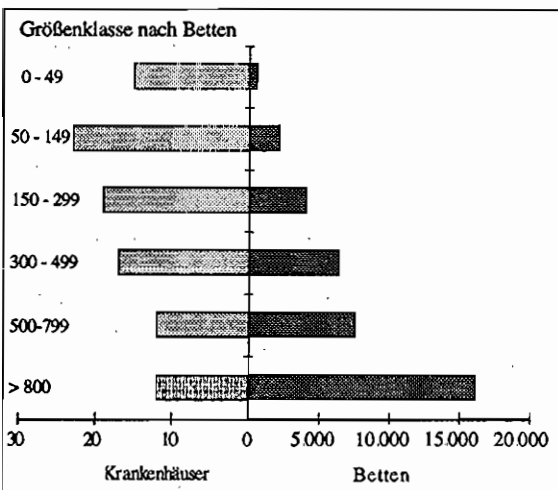
**Abbildung 10.3:**  
Aufgestellte Krankenhausbetten 1993 in Berlin nach Trägern



1) einschließlich Krankenhaus Moabit, das von den Trägern „Land Berlin“ und Diakoniekrankenhaus GmbH (freigemeinnützig) betrieben wird

(Quelle: StaLa Berlin)

**Abbildung 10.4:**  
Krankenhäuser in Berlin 1993 nach Größenklassen (durchschnittliche Bettenzahl)



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

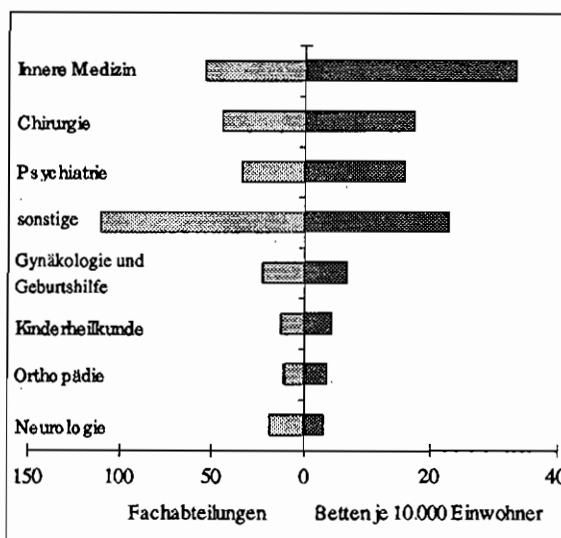
Die geplante Bettenreduzierung setzte sich gegenüber dem Vorjahr mit dem Abbau von weiteren insgesamt 1.113 Betten (- 3,5 %) fort (vgl. 10.2.2). Die Abbildung 10.4 verdeutlicht die Bedeutung der großen, öffentlichen Krankenhäuser: 44 % aller Betten werden von den 12 größten Krankenhäusern (d.h. 800 Betten und mehr) vorgehalten, während

57 kleinere Häuser (bis 300 Betten) nur 18 % aller in Berlin aufgestellten Krankenhausbetten zur Verfügung stellen.

Darüber hinaus ist festzuhalten, daß sich die personelle Ausstattung mit Ärzten und Pflegepersonal (je Bett) mit der Größe des Krankenhauses verbessert (vgl. Tabelle A 10.3). Während auf das Pflegepersonal in den jeweiligen Krankenhausgruppen 1993 zwischen 2,6 bis 1,6 Betten entfielen, war die Varianz bei den Ärzten erheblich höher, denn in den kleineren Krankenhäusern (bis 150 Betten, d.h. meistens Grundversorgung) entfielen vier- bis fünfmal so viele Betten auf einen Arzt wie in den großen, städtischen Häusern bzw. Universitätskliniken.

Bei der Gegenüberstellung von östlichen und westlichen Bezirken hinsichtlich der personellen Ausstattung hat sich die Situation - gegenüber dem Jahre 1991 - beim Pflegepersonal nahezu angeglichen (1,8 bzw. 1,9 Betten je Pflegekraft) während die Krankenhäuser im Ostteil der Stadt weiterhin besser mit ärztlichem Personal ausgestattet sind (6,8 Betten in den westlichen und 4,3 Betten je Arzt in den östlichen Bezirken). Dies ist u.a. auf den höheren Anteil der Akutversorgung und auf die durch Umstrukturierungsmaßnahmen bedingte niedrigere Zahl der aufgestellten Betten, insbesondere jedoch auf die Übernahme von Ärzten aus Polikliniken und Ambulatorien zum Zwecke des Abschlusses ihrer Weiterbildung in den östlichen Bezirken zurückzuführen.

**Abbildung 10.5:**  
Fachabteilungen in den Krankenhäusern und Betten-dichte 1993 in Berlin



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Die *Bettendichte* (Versorgungsgrad) betrug 1993 in Berlin (durchschnittlich) 106 Betten je 10 000 Einwohner. Der Unterschied im Versorgungsgrad zwischen den östlichen (78) und westlichen (122) Bezirken liegt u. a. in der Tatsache begründet, daß in den westlichen Bezirken rd. 6 000 Betten für Chronischkranke zu einem großen Teil noch einbezogen sind, da die Umwidmung in geriatrische Betten bzw. - des größten Teils - in Pflegewohnheime noch nicht abgeschlossen ist.

Diese Tatsache trägt auch dazu bei, daß die größte Einzeldisziplin die Innere Medizin mit fast einem Drittel (d. h. allein 11 519) aller aufgestellten Betten ist, gefolgt von Chirurgie (16 %) und Psychiatrie (15 %). Dies ist auch der Tabelle A 10 4 zu entnehmen, die z. B. in Berlin-West 1993 mit 38,4 Betten je 10 000 Einwohner noch einen überproportional hohen Anteil von Betten der Inneren Medizin ausweist. Ein weiterer Grund hierfür ist die unterschiedliche Altersstruktur mit dem höheren Anteil der über 65jährigen in den westlichen Bezirken (vgl. Kapitel 1), die insbesondere in den Fachabteilungen der Inneren Medizin traditionell stärker vertreten sind als jüngere Jahrgänge.

### 10.3.2 Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Insgesamt wurden in Berlin 1993 600 892 Patienten (Fälle) stationär behandelt, dies bedeutet gegenüber den Vorjahren jeweils eine leichte Steigerung, ohne jedoch die Fallzahlen von 1990 zu erreichen (rd. 612.000 Fälle).

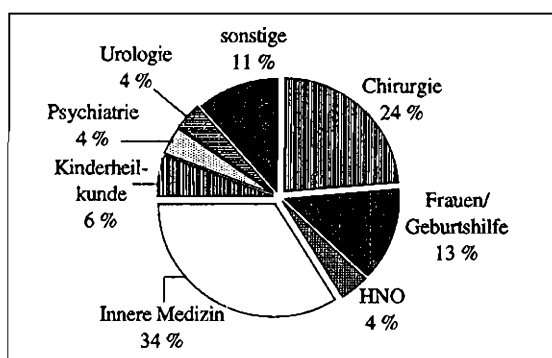
Trotz dieses Anstiegs sind als Ergebnis der Bettenreduzierung und der Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer die Pflagetage gegenüber dem Vorjahr um 3,5 % zurückgegangen (vgl. Tabelle A 10.5). Hierbei ist jedoch anzumerken, daß die Pflagequote (Pflagetage je 1 000 Einwohner) in Berlin-Ost knapp um die Hälfte niedriger liegt als in den westlichen Bezirken.

Die Krankenhaushäufigkeit (Zahl der Patienten/Fälle je 1.000 Einwohner und Jahr) ist 1993 gegenüber dem Vorjahr insgesamt mit 173,1 konstant geblieben; bei einer Differenzierung nach Ost- und Westteil der Stadt fällt jedoch auch hier auf (vgl. Tabelle A 10.5), daß die Krankenhaushäufigkeit im Westen weiter gestiegen ist (von 177 auf 182),

während sie im Osten von 166 auf 159 je 1 000 Einwohner zurückgegangen ist, d. h. die Schere der unterschiedlichen Krankenhaushäufigkeit öffnet sich weiter - eine Tatsache, die auch durch die Daten der ambulanten Morbidität/Arbeitsfähigkeitsstatistik (z. B. der BKK) unterstrichen wird.

Die Verteilung der 600 892 im Jahr 1993 stationär behandelten Patienten nach Fachabteilungen weist - mit Ausnahme der Psychiatrie - eine ähnliche Struktur auf wie das zur Verfügung stehende Bettenangebot:

Abbildung 10.6:  
Patienten in den Krankenhäusern Berlins 1993  
nach Fachabteilungen



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

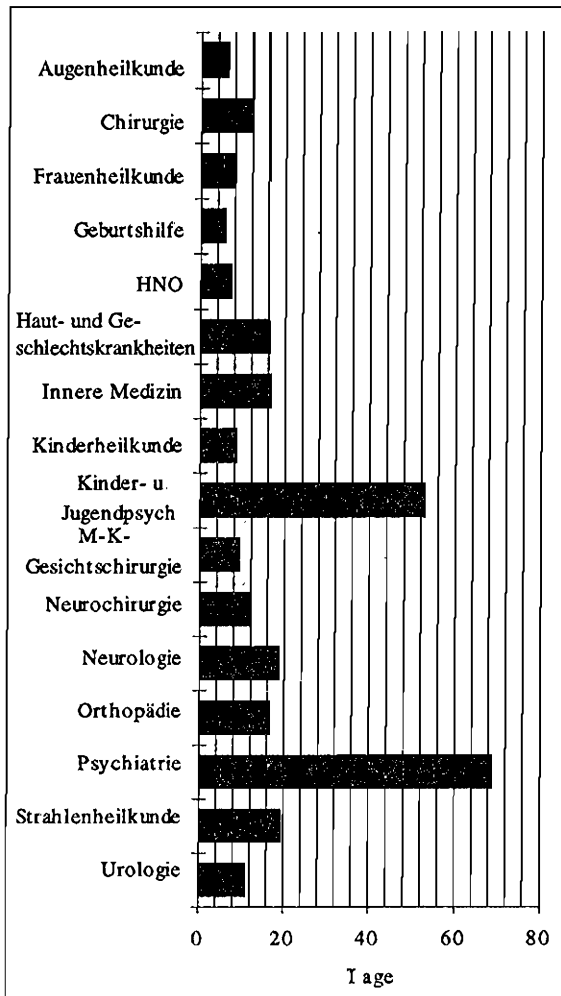
### 10.3.3 Verweildauer und Bettenauslastung

Weitere wichtige Indikatoren zur stationären Versorgung sind die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sowie die Bettenauslastung, die in den jeweiligen Fachabteilungen recht unterschiedlich ausgeprägt sind:

Die mit Abstand längsten *Verweildauern* sind, wenn man die Abteilungen für Chronischkranke außer Betracht läßt, in den psychiatrischen Abteilungen, die kürzesten in der Geburtshilfe und Augenheilkunde zu verzeichnen.

Die durchschnittliche Verweildauer ist sowohl insgesamt (1993: 19,6 Tage) als auch bezogen auf die einzelnen Fachabteilungen weiter zurückgegangen (vgl. Tabelle A 10 6). Die Tabelle A 10 7 verdeutlicht, daß dieser Rückgang in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser in den östlichen Bezirken seit 1990 stärker ausgeprägt war: So hat sich z. B. die Verweildauer in Dermatologie, Urologie und Kieferchirurgie in diesem Zeitraum nahezu halbiert.

Abbildung 10.7:  
Verweildauer (in Tagen) in ausgewählten Fachabteilungen 1993



(Quelle: StaLa Berlin)

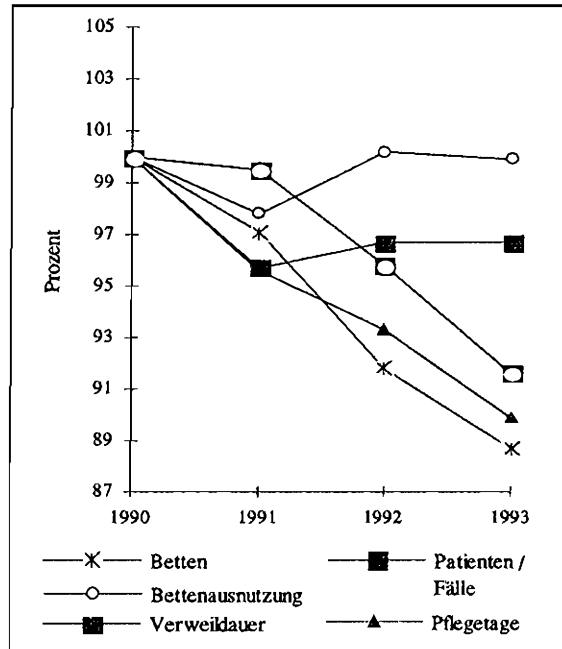
Trotz dieses stärkeren Rückgangs der Verweildauer hat sich 1993 die *Bettenauslastung* in den Krankenhäusern der östlichen Bezirke gegenüber dem Vorjahr in fast allen Fachabteilungen erhöht (außer: Urologie, Kieferchirurgie und Geburtshilfe/Gynäkologie).

Gegenläufig ist die Entwicklung in den Fachabteilungen der westlichen Krankenhäuser: In den meisten Fachabteilungen ist seit 1990 eine abnehmende Tendenz in der Bettenauslastung festzustellen (vgl. Tabelle A 10.8), lediglich Kieferchirurgie und z.T. HNO und Dermatologie weisen eine aufsteigende Tendenz aus.

Für Berlin insgesamt ergab sich 1993 eine Bettenauslastung von 87,9 %, die gegenüber 1992 (88,2 %) nur geringfügig niedriger und im Vergleich zu 1991 (86,1 %) sogar höher lag.

### 10.3.4 Entwicklung des Leistungsgeschehens 1990 - 1993

Abbildung 10.8:  
Entwicklung globaler Indikatoren der stationären Krankenversorgung 1990 - 1993 in Berlin



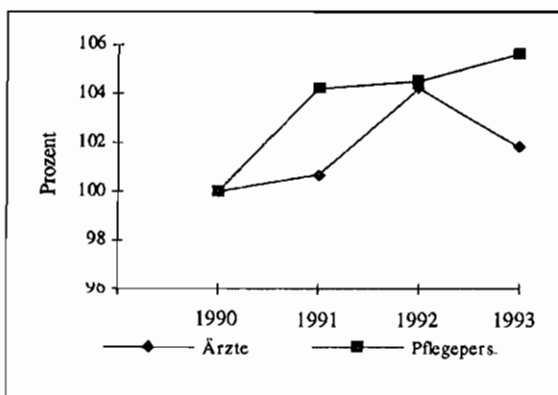
(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Die Abbildung 10.8 (bzw. Tabelle A 10.9) zeigt wichtige globale Indikatoren des Leistungsgeschehens der stationären Krankenversorgung in Berlin. Trotz einer Bettenreduzierung gegenüber 1990 von knapp 12 % ist die Bettenauslastung insgesamt nahezu konstant geblieben, denn der Rückgang in Berlin-West wurde durch eine höhere Bettenausnutzung in Berlin-Ost aufgefangen.

Eine erhebliche Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer (gegenüber 1990 fast zwei Tage) ging einher mit einem Rückgang der Pflgetage seit 1990 um rd. 10 %. Der insgesamt geringfügige Rückgang der Krankenhaushäufigkeit ist maßgeblich auf Berlin-Ost zurückzuführen, denn in den westlichen Bezirken ist seit 1990 eine leichte Steigerung zu verzeichnen.

Das Pflegepersonal hat sich im Zeitraum von 1990 bis 1993 insgesamt kontinuierlich erhöht, wobei in Berlin-Ost der Bestand von 1991 gehalten wurde. Das ärztliche Personal in den Krankenhäusern ist gegenüber 1990 absolut nur geringfügig gestiegen, aufgrund der erheblichen Bettenreduzierung hat sich jedoch die "ärztliche Betreuungsdichte" entsprechend erhöht (vgl. Tabelle A 10.3).

**Abbildung 10.9:**  
Entwicklung des Personals (Ärzte und Pflegepersonal) in den Krankenhäusern Berlins 1990 - 1993



(Quelle: StaLa Berlin)

#### 10.4 Entlassene Krankenhauspatienten (Fälle) 1993 nach Berlinern, Nichtberlinern und Fachdisziplinen - Umlandversorgung -

Den folgenden Ausführungen liegt das Jahr 1993 als Berichtszeitraum zugrunde, sie geben Auskunft über entlassene Patienten (Fälle), differenziert nach Berliner Bevölkerung und Nichtberlinern. Die Nichtberliner wurden gegliedert nach dem Bundesland Brandenburg und sonstigen Einzugsgebieten erfaßt.

Es wurden 73 Einrichtungen in Berlin-West und 19 Einrichtungen in Berlin-Ost in die Untersuchung einbezogen.

Die vorliegende Auswertung wurde bei einer Rücklaufquote von 97 % vorgenommen.

Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Im Jahr 1993 wurden in Berlin-West 419 475 Patienten behandelt, darunter 22.440 Nichtberliner, das sind 5,4 %. Unter den Nichtberlinern befanden sich 9.572 Brandenburger (2,3%).

In Berlin-Ost wurden im gleichen Jahr 204.866 Patienten behandelt, darunter 49 084 Nichtberliner, das sind 24,0 %. Von den Nichtberlinern waren 36.693 Brandenburger (17,9 %) 6,0 % der in Einrichtungen im Ostteil der Stadt behandelten Patienten kamen aus anderen Bundesländern, in Berlin-West dagegen nur 3,1 % (vgl. Tabelle A 10.10)

#### Globales Ergebnis:

Im Durchschnitt Berlins kann z.Zt. von einer Umlandversorgung in Höhe von 11,5 % ausgegangen werden. Betrachtet man nur das direkt an Berlin angrenzende Land Brandenburg, so liegt die Versorgung durch Berliner Einrichtungen bei etwa 7 %.

In Einrichtungen in Berlin-Ost wurden 79 % aller in Berlin behandelten Brandenburger betreut. Nur jeder fünfte in Berliner Krankenhäusern behandelte Brandenburger nahm Einrichtungen im Westteil der Stadt in Anspruch.

In Berlin-West konzentrierte sich die Versorgung von Nichtberlinern insgesamt nur auf 73 % der Einrichtungen, die der Brandenburger Patienten auf 71 % (1991: 62 %, 1992: 69 %). In Berlin-Ost hingegen waren alle Häuser an der Umlandversorgung beteiligt.

Einen besonders hohen Anteil an der Umlandversorgung hatten in Berlin-West folgende fünf Einrichtungen: das Universitätsklinikum Rudolf-Virchow, das Klinikum Steglitz, das Krankenhaus Neukölln, das Deutsche Herzzentrum und das Krankenhaus Zehlendorf mit zusammen 58,6 % aller Behandlungen für Nichtberliner (1992: 70,1 %).

In Berlin-Ost lag die Hauptfunktion der Umlandversorgung beim Klinikum Buch und der Charité mit 69,7 % aller behandelten Nichtberliner (76 % davon für Patienten aus Brandenburg).

Die höchsten Anteile stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland (darunter Brandenburger), gemessen an der Gesamtzahl der behandelten Patienten des jeweiligen Hauses, wiesen in Berlin-West das Deutsche Herzzentrum mit 42,5 % und die Klinik für Kosmetische Chirurgie mit 31,3 % auf. In der Robert-Rössle/Franz-Volhard-Klinik im Ostteil der Stadt kamen 68,2 % der dort 1993 behandelten Patienten aus dem Berliner Umland, im Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie waren es 47,5 % und im Klinikum Berlin-Buch 40,3 % (vgl. Tabelle A 10.11)

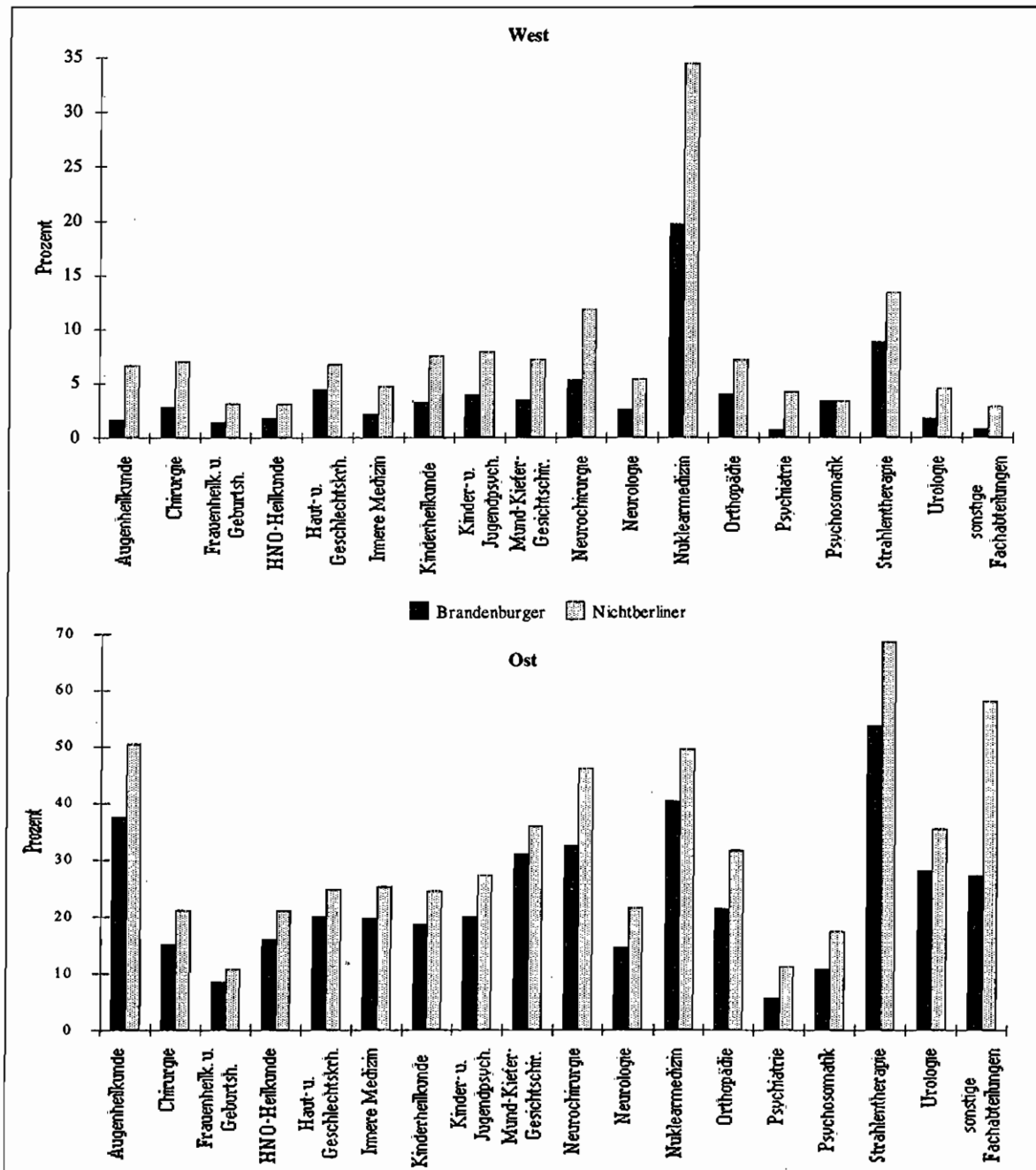
In den einzelnen Fachdisziplinen fiel der Umfang der Mitversorgung des Umlandes unterschiedlich groß aus: In Berlin-West nahmen 77,8 % der behandelten Brandenburger die Fachdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Frauen- und Geburtshilfe sowie die Orthopädie in Anspruch. Ganz ähnlich das Bild in Berlin-Ost,



wo 71,8 % der stationären Leistungen für Brandenburger von den folgenden fünf Fachdisziplinen erbracht wurden: Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Augenheilkunde sowie Urologie. In Berlin-West waren 19,7 % der in der Nuklearmedizin und 8,8 % der in der Strahlentherapie be-

handelten Patienten Brandenburger (vgl. Abbildung 10.10). In östlichen Krankenhäusern wurden die Leistungen der genannten Fachabteilungen etwa zur Hälfte durch Brandenburger genutzt (Nuklearmedizin 40,4 %, Strahlentherapie 53,8 %)

**Abbildung 10.10:**  
Anteil Brandenburger bzw. Nichtberliner an allen stationären Behandlungsfällen 1993 in Berlin nach Fachabteilungen



(Quelle: SenGes)

*Für die Umlandversorgung zeichnete sich folgender Trend ab:*

Der Anteil Nichtberliner Patienten an allen aus Berliner Krankenhäusern entlassenen Patienten war im Zeitraum von 1991 bis 1993 rückläufig (1991: 12,2 %, 1992: 12,8 %, 1993: 11,5 %) Gewachsen ist jedoch die Versorgung von Brandenburger Patienten in Berliner Krankenhäusern. Lag der Anteil Brandenburger an den in Berlin behandelten Patienten 1991 noch bei 6,4 %, so betrug er zwei Jahre später schon 7,4 %. Hinter dieser Gesamtberliner Entwicklung stand ein Zuwachs von Zahl und Anteil der in Krankenhäusern in Berlin-West behandelten Brandenburger Patienten ebenso, wie die im betrachteten Zeitraum relativ konstante Zahl Brandenburger und der deutliche Rückgang von Patienten aus sonstigen Bundesländern in Krankenhäusern im Ostteil der Stadt. In den Krankenhäusern beider Stadtteile Berlins stieg der Anteil Brandenburger an den Nichtberlinern seit 1991 sehr deutlich (Berlin-West 1991: 16,8 %, 1993: 42,4 %; Berlin-Ost 1991: 63,8 %, 1993: 74,8 %).

## 10.5 Das duale System der Krankenhausfinanzierung

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 galten allerdings bis zum 31.12.1993 Überleitungsvorschriften, die die Förderung in einigen Punkten abweichend von den im Westteil Berlins zur Anwendung kommenden Regelungen gestalteten.

### 10.5.1 Fördermittel des Landes Berlin

Für den Westteil der Stadt stellte das Land Berlin den in den Krankenhausrahmenplan 1991 bzw. Krankenhausplan 1993 zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung aufgenommenen Kran-

kenhäusern öffentliche Mittel auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -, der Abgrenzungsverordnung - AbgrV -, des Berliner Landeskrankenhausgesetzes - LKG - und der Krankenhausförderungs-Verordnung - KhfVO - 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 von dem so errechneten Fördervolumen bei 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 bereitgestellt, u a

- für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen
- zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern, zu ihrer Umstellung auf andere soziale Aufgaben, insbesondere Pflegeeinrichtungen
- als Eigenmittelausgleich

Ein weiterer Förderungstatbestand ergibt sich aus der Übernahme von Kapitaldienstverpflichtungen bei Fremdfinanzierung von Investitionen durch Darlehen.

Für den Ostteil der Stadt erfolgte bis zum 31.12.1993 die Förderung für die in den Krankenhausrahmenplan aufgenommenen Krankenhäuser auf der Grundlage der §§ 22, 23 KHG ebenfalls als Einzel- und Pauschalförderung

Aus der Pauschalförderung waren 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 Pauschalmitelzweckbindung ging einher mit einem deutlich erhöhten Förderbetrag je Bett.

In den Tabellen A 10.12 und 13 wird das gesamte Investitionsvolumen des Jahres 1993 für den Westteil der Stadt (rd. 383 Mio. DM) und den Ostteil (rd. 273 Mio. DM) zum Stichtag 31.12.1993, untergliedert nach den verschiedenen Förderungstatbeständen und differenziert nach den Trägerbereichen der geförderten Krankenhäuser, dargestellt. Zum Vergleich sind die Abschlußzahlen der einzelnen Fördertatbestände des Jahres 1992 zum Stichtag 31.12.1992 aufgeführt.

Die Zahl der geförderten Betten betrug insgesamt 31.539 im Jahre 1993 (1992: 32.734); davon entfielen auf den Westteil 22.402 (1992: 22.564) und auf den Ostteil 9.137 (1992: 10.187) Betten.

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 Aufgabenteilung des Krankenhauses.

Der vergleichsweise schlechte Zustand der Krankenhäuser in den östlichen Bezirken Berlins erfordert es, auch in den folgenden Jahren vorrangig den vorhandenen Nachholbedarf dieser Häuser zu decken. Dadurch wird die Verlagerung des Förderolumens in West-Ost-Richtung weiterhin andauern, 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 Gesundheitsstrukturgesetzes ein "Krankenhausinvestitions- und Finanzierungsprogramm zur Angleichung der Lebensverhältnisse in der Stadt" beschlossen, dessen Realisierung im Rahmen künftiger Finanzplanungen ab 1995 beginnt.

### 10.5.2 Ergebnisse der Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1993

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 1. Januar 1993 haben sich einige Bedingungen, unter denen die Krankenhausleistungen zu erbringen sind, geändert:

- Mit dem GSG wurde für die Krankenhäuser das bisher geltende „Selbstkostendeckungsprinzip“, d.h. der Anspruch auf Finanzierung der bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehenden krankenhaushausindividuellen Betriebskosten über die Krankenhauspflegesätze, aufgehoben.
- Ausgehend von dem für 1992 vereinbarten Budget der Krankenhäuser werden für den Zeitraum 1993 bis 1995 lediglich Budgetsteigerungen in Höhe der vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellten durchschnittlichen Entwicklung der Einkommen der Mitglieder aller Krankenkassen (Grundlohnsummenentwicklung) vorgenommen. Diese pauschale Budgetfortschreibung betrug für die Krankenhäuser im Westteil der Stadt 1993 vorläufig 3,1 % und für die Krankenhäuser im Ostteil Berlins 9,5 %. Die Personalkosten in den Krankenhäusern im Ostteil Berlins stiegen jedoch 1993 um ca. 18,2 %, verursacht durch die vorfristige Anhebung der Bezüge der unter den BAI-O fallenden Arbeitnehmer auf 80 % des BAI ab 1.10.1992. Durch die Krankenkassen wurde über das Budget 1993 in der überwiegenden Anzahl der Krankenhäuser nur 1/6 des zusätzlichen Bedarfs finanziert mit einer Option des Ausgleichs in den Folgejahren.
- Von der „Deckelung“ der Budgets in den Jahren 1993 bis 1995 sind nur wenige Ausnahmen zulässig. Dazu gehören Leistungsänderungen infolge der Krankenhausplanung und Stellenvermehrungen aufgrund der Pflegepersonal-Regelung (PPR) oder der Psychiatriepersonal-Verordnung (PsychPV).
- Das GSG sieht mit Wirkung ab 1.1.1993 die Ablösung der flexiblen Budgetierung durch Einführung eines festen Budgets vor. Die durch Belegungsabweichungen entstandenen Mehr- oder Mindererlöse werden im Gegensatz zu dem bisherigen Erlösausgleich von 75 % zu 100 % ausgeglichen.

- Seit 1. Januar 1993 sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen berechtigt
- In medizinisch geeigneten Fällen ist es möglich, vor- und nachstationäre Behandlungen durchzuführen.

Die für das Jahr 1993 mit den Krankenkassen im Land Berlin vereinbarten Budgets aller Krankenhäuser in Höhe von 5.132.278.800 DM sind gegenüber dem Vorjahr um 306.368.755 DM, das sind 6,35 %, 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 folgende Maßnahmen:

Am 1.1.1993 ist die PPR in Kraft getreten, die eine höhere Personalbemessung bezogen auf Leistungskriterien beinhaltet. Auf der Grundlage der Erfassung der Leistungen des I Quartals 1993 wurden die von den Krankenhäusern ermittelten vorläufigen Berechnungen in die Kalkulation der Personalbemessung einbezogen. Als erste Rate wurden 1.026 Stellen zusätzlich bestätigt, was einem Teilschritt von ca. 25 % der Differenz zwischen der bisher vorhandenen und der nach der PPR angemessenen Zahl von Pflegekräften entspricht. Für die anteilige Umsetzung im Jahr 1993 wurden 20.430.000 DM in die Budgets aufgenommen, davon 17.354.200 DM für die Krankenhäuser im Westteil und 3.075.800 DM im Ostteil der Stadt.

Die weitere Umsetzung der 1991 erlassenen Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (PsychPV) führte in den Krankenhäusern im Westteil Berlins zu einer weiteren Erhöhung des Personalbestandes um 97 Vollkräfte. Die Kosten betragen für die anteilige Umsetzung im Jahr 1993 rd. 4.650.900 DM. Durch die Psychiatriepersonal-Verordnung war es den Krankenhäusern im Ostteil möglich, den Personalbestand um 52 Beschäftigte zu steigern, wodurch rd. 1.529.700 DM Kosten entstanden.

Die Umsetzung der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für die Ausstattung von Krankenhäusern mit Hebammen und Entbindungspflegern zum 1.4.1993, die eine Anhebung um rd. 28 Beschäftigte bewirkte, führte zu Budgetfortschreibungen in Höhe von rd. 600.000 DM.

Die Umsetzung der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Unterrichtspflegerkräfte für Berufe der Krankenpflege bzw. Hebammen wurde mit einem Kostenanteil von 39.000 DM berücksichtigt.

Die Fortführung der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführten Werbekampagne für Pflegeberufe unter dem Stichwort „Berufe fürs Leben“ wurde von den Krankenkassen über die Pflegesätze finanziert. Der Aufwand betrug 342.100 DM.

**Tabelle 10.1:**  
Verhandelte und vereinbarte Budgets 1993 (DM)  
- ohne Sonderentgelte -

Krankenhausgruppe	1992		1993	
	Land Berlin	Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
Akutkrankenhäuser	3 716 440 658	3 994 287 046	2 544 585 785	1 449 701 261
Belegkrankenhäuser	28 946 348	29 541 709	29 541 709	
besondere Pflegesätze (ohne Chronischkranke)	307 728 617	321 977 511	321 977 511	
Nervenkliniken	163 180 061	165 024 271	165 024 271	
Chronischkranke	584 235 943	591 917 107	591 917 107	
Teilstationär	25 378 418	29 531 156	29 531 156	
<b>insgesamt</b>	<b>4 825 910 045</b>	<b>5 132 278 800</b>	<b>3 682 577 539</b>	<b>1 449 701 261</b>

(Quelle: Mitteilungen der Berliner Krankenhausgesellschaft)

Für bereits 1992 begonnene Strukturmaßnahmen, die im Zusammenhang mit dem Krankenhausplan stehen, wurden aus 1992 Restkosten in Höhe von 17.221.900 DM und für Maßnahmen im Jahr 1993 weitere 17.752.600 DM eingestellt.

Die Aufwendungen für die teilweise Berücksichtigung der Restauswirkungen der für den Krankenhausträger verbindlichen Tarifabschlüsse 1992 in 1993 für Krankenhäuser im Ostteil Berlins betragen rd 16.000.000 DM Berücksichtigung fanden dabei die Veränderungen der Anzahl der Beschäftigten, die gegenüber 1992 um 1.070 Vollkräfte reduziert wurde.

Die Pflegesatzverhandlungen des Jahres 1993 führten für die Krankenhausgruppen im Land Berlin zu folgenden Ergebnissen:

Prozentual erhöhten sich die vereinbarten Budgets (ohne Sonderentgelte)

von 1991 zu 1992 um 12,01 %  
 von 1992 zu 1993 um 6,35 %.

Hinter dieser Durchschnittsgröße verbergen sich einschließlich der Verrechnungen aus Vorjahren im Ostteil Berlins Steigerungen von 17,74 %, während im Westteil eine Steigerungsrate von 2,96 % zu verzeichnen war.

Für die Ermittlung der Pflegesätze wurden folgende Berechnungstage zugrunde gelegt:

**Tabelle 10.2:**  
**Verhandelte und vereinbarte Berechnungstage 1993**

Krankenhausgruppe	1992		1993	
	Land Berlin	Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
Akutkrankenhäuser	9 135 379	8 729 735	5 395 821	3 333 914
Belegkrankenhäuser	92.972	92 772	92 772	
besond. Pflegesätze (ohne Chronisch- kranke)	394.565	400 081	400 081	
Nervenkliniken	528 006	498 864	498 864	
Chronischkranke	2 747 010	2 581 328	2 581 328	
Teilstationär	93.713	96.844	96.844	
<b>insgesamt</b>	<b>12.991.645</b>	<b>12.399.624</b>	<b>9.065.710</b>	<b>3.333.914</b>

(Quelle: Mitteilungen der Berliner Krankenhausgesellschaft)

Infolge der Verweildauerverkürzung, vor allem in den Akutkrankenhäusern, zeigt sich bei den Berechnungstagen im Jahresvergleich ein stetiger Rückgang:

Index 1991	100 %
1992	97,00 %
1993	95,44 %

Der durchschnittliche Pflegesatz im Land Berlin als Preis für den Behandlungstag der Krankenhäuser weist durch die Veränderungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des GSG und dem Wirksamwerden der Reformen im Gesundheitswesen eine höhere Steigerung auf als die Budgets.

**Tabelle 10.3:**  
**Durchschnittliche Pflegesätze (DM) 1993**

Krankenhausgruppe	1992	1993		
	Land Berlin	Land Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
Akutkrankenhäuser	406,82	457,55	471,57	434,83
Belegkrankenhäuser	311,34	318,43	318,43	
besondere Pflegesatz (ohne Chronisch- kranke)	779,92	804,78	804,78	
Nervenkliniken	309,05	330,8	330,8	
Chronischkranke	212,68	229,31	229,31	
Teilstationär	270,81	304,94	304,94	
<b>insgesamt (Durchschnitt)</b>	<b>382,78</b>	<b>413,91</b>	<b>406,21</b>	<b>434,83</b>

(Quelle: Mitteilungen der Berliner Krankenhausgesellschaft)

## 10.6 Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung

### 10.6.1 Blutspendedienste 1993

Die Anzahl der Blutspender hat sich gegenüber dem Vorjahr unter Einbeziehung der erstmaligen Angaben für das Universitätsklinikum Charité um rd. 3 % erhöht; demzufolge stieg auch die Zahl der tatsächlich gewonnenen Blutspenden um 4 % (rd. 4 000 Konserven).

Erfreulich ist die Tatsache, daß die unentgeltlichen Spenden um 22 % gestiegen sind und mit 53.000 einen Anteil von 40,5 % am Gesamtvolumen einnehmen (1992: 34,2 %)

Die Zahl der autologen Transfusionen konnte im Vergleich zum Vorjahr um rd. 45 % auf insgesamt 14.620 gesteigert werden.

Blutspende- dienst	Blut- spender	tatsächlich gewonnen	Spenden Entgelt	
			mit	ohne
DRK	109 989	97.161	67 884	42.105
Blutbank				
UKRV	6 082	6 082	3 467	2.615
Krankenhaus				
Moabit	5 839	5 839	5 382	457
Universitätskl.				
Steglitz	957	957	957	-
Universitätskl.				
Charité	8 078	8 078	255	7 823
insgesamt	130 945	118.117	77 945	53 000
1992	127 411	113 990	83 890	43 521

(Quelle: SenGes)

### 10.6.2 Rettungswesen

Die gesamte Materie des Rettungsdienstes ist nunmehr nicht mehr im Feuerwehrgesetz sondern im Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin vom 8. Juli 1993 umfassend geregelt.

Aufgaben und Inhalte bleiben im wesentlichen wie bisher wie folgt verteilt:

- Der Notfallrettungsdienst obliegt in erster Linie der Berliner Feuerwehr und den besonders beauftragten Hilfsorganisationen. Alle Notfallrettungseinsätze werden von der Leitstelle der Berliner Feuerwehr gelenkt.
- Krankentransporte werden von den Hilfsorganisationen, privaten Krankentransportunternehmen und in geringem Maße auch von der Berliner Feuerwehr durchgeführt.
- Die Luftrettung wird vom ADAC mit einem von der Berliner Feuerwehr gelenkten Rettungshubschrauber wahrgenommen.
- Die Wasserrettung wird von der Arbeitsgemeinschaft Wasserrettungsdienst, der der Arbeiter-Samariter-Bund, die DLRG und das DRK angehören, betrieben

Am 31.12.1993 gab es in Berlin folgende Krankenkraftwagen:

Organi- sation	Krankenkraftwagen davon			
	ins- gesamt	Notarzt- wagen	Ret- tungs- wagen	Kranken- transport- wagen
Feuerwehr	112	14	88	10
Werkfeuerwehr	4	-	3	1
ASB	18	-	6	12
DRK	26	-	10	16
Johanniter	9	-	6	3
Malteser	5	-	3	2
BFG	4	-	4	-
private	257	-	17	240
insgesamt	435	14	137	284
1992	483	21	161	301

(Quelle: SenInn)

### 10.6.3 Erste-Hilfe-Behandlungen in Berlin 1993

Im Jahr 1993 wurden in den Berliner Krankenhäusern insgesamt 577.253 Erste-Hilfe-Behandlungen durchgeführt. Damit hat sich die Zahl um 7 646 Fälle (- 1,3 %) gegenüber dem Vorjahr und um 17 % gegenüber 1990 verringert

Bei den Erste-Hilfe-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung ist ein erheblicher Anstieg durch die erstmalige Einbeziehung des kinderärztlichen Notdienstes zu verzeichnen (vgl. Kapitel 7). Bei insgesamt 80 572 Fällen sind das 6,1 % mehr als im Vorjahr

Trägerbereich	1990	1991	1992	1993
städt. Krh.	309.039	254.475	262.968	262.083
gemeinn./privat	168.589	161.535	171.451	178.643
Univ. Klinika	197.495	149.282	143.185	135.527
Krh. insgesamt	675.123	565.291	584.899	577.253
KV-Erste Hilfe	45.859	57.164	59.515	59.354
Kinderärztl. Notfalldienst		1)	13.485	16.444
Erste-Hilfe-Stellen insgesamt	45.859	70.650	75.959	80.572
insgesamt	720.982	635.942	653.563	657.825

1) Kinderärztlicher Notdienst erst ab 1991

(Quelle: SenGes)

### 10.6.4 Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten

Die Angleichung der medizinischen Ausstattungen in den Krankenhäusern Berlins konnte in bezug auf die medizinisch-technischen Großgeräte im Jahre 1993 weitgehend vollzogen werden. Dabei wurde bei den sehr kostenintensiven und mit hohen Folgekosten verbundenen medizinisch-technischen Großgeräten durch den hierfür zuständigen Großgeräteausschuß ein besonderer Wert auf eine regional ausgewogene Verteilung der Standorte gelegt.

Unter Beachtung der Aufgabenstellung der Krankenhäuser und der Lage der Arztpraxen konnten in Abhängigkeit von Bedarf und Wirtschaftlichkeit in vielen Fällen kooperative Standorte genehmigt werden, die zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen beitragen werden.

In der nachfolgenden Übersicht sind mit Stand 31.12.1993 die genehmigten Standorte medizinisch-technischer Großgeräte zahlenmäßig erfaßt und der Bevölkerungszahl (fortgeschriebene Bevölkerung) gegenübergestellt worden

**Tabelle 10.4:**  
Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten am 31.12.1993 in Berlin

Art des Gerätes	Anzahl der Großgeräte							Einwohner je Gerät in 1.000			
	insgesamt	in ärztlichen Praxen			in Krankenhäusern			Berlin	West	Ost	Richtlinnenzahl bis 1992
		zusammen	West	Ost	zusammen	West	Ost				
Computertomographen	70	28	19	9	42	24	18	50	51	48	170
Kernspintomographen	19	6	4	2	13	7	6	183	198	162	750
Linksherzkathetermeßplätze	19	2 1)	2 1)	-	17	11	6	183	167	216	500
Tele-Kobalt-Therapie-Geräte	3	-	-	-	3	2	1	2)	2)	2)	500
Linearbeschleuniger	17	-	-	-	17	10	7	204	218	186	500
Lithotripter	7	-	-	-	7	3	4	496	725	325	2 000

1) Aufstellung in Krankenhäusern

2) Ersatz der Telekobaltanlagen durch Beschleuniger

3) Eine neue Rechtsverordnung des Bundes tritt voraussichtlich zum 1 1 1995 in Kraft, die von weit niedrigeren Richtzahlwerten ausgeht

(Quelle: SenGes)

### 10.6.5 Dialyseeinrichtungen (vgl. 7.2.5)

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.

Am 31.12.1993 gab es in Berlin folgende Dialyseplätze:

	Krankenhaus Anzahl	KfH 1) Plätze	Arztpraxen Anzahl	Einwohner je Dialyseplatz
Berlin-West	5	81	167	4 86
Berlin-Ost	5	75	22	7 141
Berlin	10	156	189	11 227

1) KfH = Kuratorium für Heimdialyse

(Quelle: SenGes / KV / eigene Berechnungen)

## 10.7 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle 10.1:

Verhandelte und vereinbarte Budgets (DM) 1993  
- ohne Sonderentgelte -

Tabelle 10.2:

Verhandelte und vereinbarte Berechnungstage  
1993

Tabelle 10.3:

Durchschnittliche Pflegesätze (DM) 1993

Tabelle 10.4:

Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten  
am 31.12.1993 in Berlin

Tabelle A 10.1:

Krankenhäuser und Krankenhausbetten am  
31.12.1993 in Berlin nach Trägerbereichen und  
Fachabteilungen

Tabelle A 10.2:

Das Bettenangebot der Krankenhäuser Berlins  
nach Fachabteilungen, Einzugsbereichen und je  
1 000 Einwohner (Stand 31.12.1993)

Tabelle A 10.3 :

Krankenhäuser 1992 und 1993 in Berlin nach Grö-  
ßenklassen, Personal und Bettenzahl  
(Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte)

Tabelle A 10.4:

Krankenhausbetten 1992 und 1993 in Berlin nach  
ausgewählten Fachabteilungen und je 10 000 Ein-  
wohner

Tabelle A 10.5:

Stationäre Behandlungsfälle und Pfl egetage nach  
Art des Krankenhauses sowie Krankenhaushäufig-  
keit 1992 und 1993

Tabelle A 10.6:

Stationäre Behandlungsfälle und Verweildauer  
1992 und 1993 in Berlin nach ausgewählten Fach-  
abteilungen

Tabelle A 10.7:

Entwicklung der Verweildauer in ausgewählten  
Fachabteilungen von 1990 - 1993 in Berlin

Tabelle A 10.8:

Entwicklung der Bettenauslastung in ausgewählten  
Fachabteilungen 1990 - 1993 in Berlin

Tabelle A 10.9:

Entwicklung globaler Indikatoren der stationären  
Krankenversorgung 1990 - 1993 in Berlin

Tabelle A 10.10:

Entlassene Krankenhauspatienten (Fälle) 1991 -  
1993 in Berlin insgesamt sowie aus dem Berliner  
Umland

Tabelle A 10.11:

Einrichtungen in Berlin mit den höchsten Anteilen  
stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner  
Umland 1993

Tabelle A 10.12:

Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG  
1993 in Berlin-West zum Stichtag 31.12.1993 -  
IST-Ausgaben nach Verbänden -

Tabelle A 10.13:

Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG  
1993 in Berlin-Ost zum Stichtag 31.12.1993 - IST-  
Ausgaben nach Verbänden -

Tabelle A 10.14:

Krankenhauskosten 1993 in Berlin nach Kostenar-  
ten

Tabelle A 10.15:

Krankenhauskosten 1993 in Berlin nach Kostenar-  
ten je Pfl egetag und je Krankenhausbett

Tabelle A 10.16:

Krankenhauskosten 1993 in Berlin nach Kostenar-  
ten je Behandlungsfall

Tabelle A 10.17:

Mit Krankenkraftwagen durchgeführte Transporte  
1993 nach Organisation und Art des Transportes



**KAPITEL**

**11**

**BERUFE,  
AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG  
IM GESUNDHEITSWESEN**

## 11.0 Erläuterungen und allgemeine Anmerkungen

### Berufstätige Ärzte

#### Gebietsärzte

Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in einem beruflichen Gebiet (Facharzt)

#### Arzt im Praktikum (AiP)

Ärzte, denen die Approbation erst erteilt wird, wenn sie nach bestandenerm Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet haben.

#### Zahnärzte

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 zur stationären Versorgung, wo Merkmale zur Infra- bzw. Versorgungsstruktur (z. B. Personal bezogen auf Vollkräfte) angegeben werden, steht hier eine Übersicht über die Zahl der in ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen Tätigen im Mittelpunkt.

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. Mit Inkrafttreten des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) am 4.8.1994, das in § 10 eine Anzeigepflicht für Berufe des Gesundheitswesens vorsieht, ist jedoch davon auszugehen, daß zukünftig eine umfassende Zusammenstellung des im Gesundheitswesen beschäftigten Personals möglich sein wird.

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 Apotheker und das dort beschäftigte Fachpersonal. Die Senatsverwaltung für Gesundheit bzw. die Bezirksämter erstellen die Angaben über Ärzte und Personal im Öffentlichen Gesund-

heitsdienst und in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen in bezirklicher/landeseigener Trägerschaft sowie das selbständige Medizinalfachpersonal, Ausbildungsplätze und Prüfungen.

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.

*Auf Bundesebene werden die entsprechenden Daten ausschließlich auf der Grundlage der Meldungen der Apotheker- bzw. Ärztekammern erstellt.*

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im folgenden Text bei der Angabe von Berufsbezeichnungen in den meisten Fällen lediglich die männliche Form genannt.

## 11.1 Berufe und Beschäftigungsbereiche

Qualität und Quantität medizinischer Dienste und Einrichtungen werden - neben der medizinisch-technischen Ausstattung - im wesentlichen durch das entsprechende Personal und die damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Leistungen bestimmt.

Die beiden wichtigsten Beschäftigungsbereiche im Gesundheitswesen sind die stationäre Versorgung mit 102 Krankenhäusern und die ambulante Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten (einschließlich Personal), den gesundheitlich-sozialen Zentren bzw. den besonderen ambulanten Einrichtungen im Ostteil der Stadt sowie den ambulanten Pflegeeinrichtungen

Neben den Apotheken bildet der Öffentliche Gesundheitsdienst mit den 23 Gesundheitsämtern einen weiteren - wenn auch quantitativ nicht vergleichbaren - Beschäftigungsbereich.

### 11.1.1 Ärzte

Die Zahl der berufstätigen Ärzte ist in den letzten Jahren weiter gestiegen und belief sich Ende 1993 in Berlin auf insgesamt 15 805, davon entfielen auf Berlin-West 10 268 und auf Berlin-Ost 5 466. Hierin sind auch die 1.004 Ärzte im Praktikum (AiP) enthalten, die vorwiegend in Krankenhäusern (864) oder sonstigen Einrichtungen (138) tätig waren.

Auffällig ist insbesondere die - durch die Vereinigung bedingte - starke Zunahme von Ärztinnen, deren Anteil sich z. B. von 32,6 % (Berlin-West 1980) auf 45,1 % (Berlin insgesamt 1993) erhöht hat.

Wie auch schon in früheren Jahren arbeitet fast die Hälfte aller berufstätigen Ärzte im Krankenhaus (48,5 %); ein steigender Anteil (38,1 %) hat eine eigene Praxis bzw. arbeitet ambulant und die restlichen Ärzte sind in Behörden, Körperschaften oder sonstigen Einrichtungen tätig.

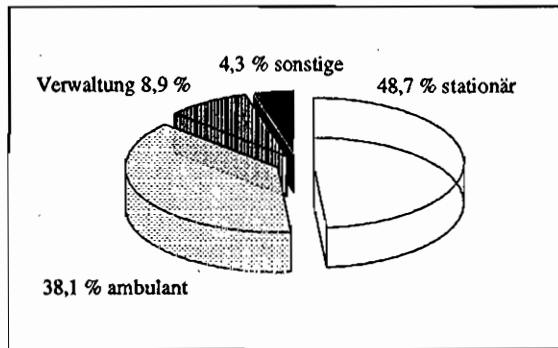
**Tabelle 11.1:**  
Berufstätige Ärzte 1991 - 1993 (Stand: 31.12.) in Berlin nach Art der Tätigkeit und Geschlecht

berufstätige Ärzte	1991		1992		1993					
	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	darunter weiblich	Berlin 1)	darunter weiblich	West	darunter weiblich	Ost	darunter weiblich
hauptamtlich im Krankenhaus	6 845	2 555	6 931	2 679	6 806	2 551	4 474	1 475	2 332	1 076
in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	23	7	23	7	23	8	23	8	-	-
in freier Praxis bzw. ambulant tätig	5 405	2 591	5 434	2 575	6 025	2 926	3 734	1 397	2 275	1 517
sonstige Tätigkeit	2 015	1 178	2 012	1 141	1 947	1 140	1 329	767	566	345
AiP	992	542	1 032	511	1 004	507	708	358	293	147
<b>insgesamt</b>	<b>15 280</b>	<b>6 873</b>	<b>15 432</b>	<b>6 913</b>	<b>15 805</b>	<b>7 132</b>	<b>10 268</b>	<b>4 005</b>	<b>5 466</b>	<b>3 085</b>

1) einschließlich 71 Ärzte (16 ambulant, 52 sonstige, 3 AiP) die keinem Bezirk zuzuordnen sind (darunter weiblich: 12 ambulant, 28 sonstige, 2 AiP)

(Quelle: StaL a Berlin)

**Abbildung 11.1:**  
Berufstätige Ärzte (einschließlich zugeordneter AiP)  
am 31.12.1993 in Berlin  
nach Tätigkeitsfeldern

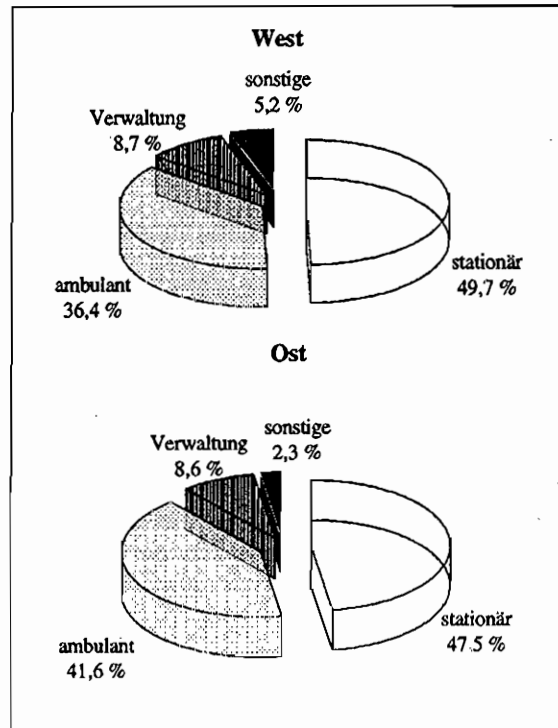


(Quelle: StaLa Berlin)

Wie Abbildung 11.2 zeigt, bestehen - trotz einer Tendenz zur Angleichung - in den beiden Stadthälften weiterhin Unterschiede in den Anteilen der ärztlichen Berufsfelder: Der Anteil der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte ist im Ostteil der Stadt deutlich höher, im stationären Bereich etwas niedriger, und bei den sonstigen Berufsfeldern sind die Ärzte im Westteil erheblich stärker vertreten

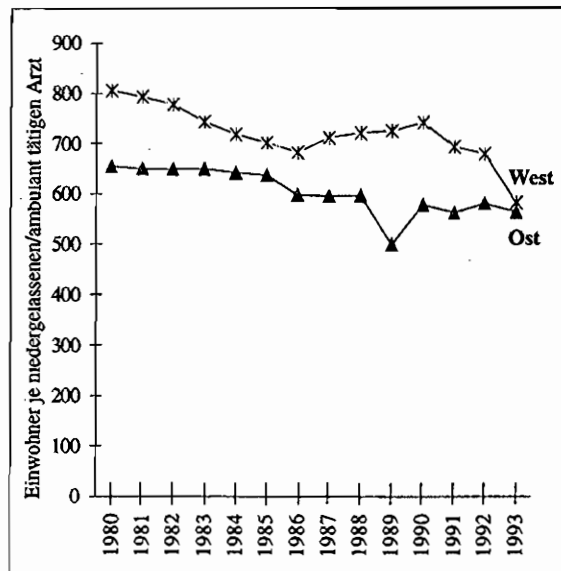
Die ambulante gesundheitliche Versorgung wird vornehmlich durch niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte wahrgenommen. Mit dem Inkrafttreten des GSG am 1.1.1993 hat die Bedarfsplanung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einen besonderen Stellenwert erhalten, indem sie zu einem Steuerungsinstrument der Überversorgung geworden ist (vgl. hierzu insbesondere Kapitel 7). Dies führte in diesem Übergangsjahr 1993 zu einem deutlichen Anstieg der Niederlassungen: Während sich die Zahl der ambulant tätigen Ärzte in den östlichen Bezirken seit 1990 nur geringfügig verändert hat (+ 29) und sich somit auch die „Arztdichte“, d.h. Einwohner je niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Arzt, im Ostteil auf dem relativ hohen Niveau von rd. 560 Einwohnern je Arzt gehalten hat, hat sich im Westteil der Stadt ein außerordentlich hoher Zuwachs an niedergelassenen Ärzten eingestellt: So hat sich seit 1990 die Zahl der niedergelassenen Ärzte um 822 erhöht, und die Arztdichte ist in Berlin-West von 741 auf 582 Einwohner je Arzt gestiegen (vgl. Tabelle A 11.2)

**Abbildung 11.2:**  
Berufstätige Ärzte (einschließlich zugeordneter AiP)  
am 31.12.1993 in Berlin  
nach Tätigkeitsfeldern



(Quelle: StaLa Berlin)

**Abbildung 11.3:**  
Versorgung mit berufstätigen Ärzten 1980 - 1993 in Berlin 1)  
- „Arztdichte“ ambulant



1) Berlin-Ost: bis 1989 ambulante ärztliche Arbeitsplätze

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

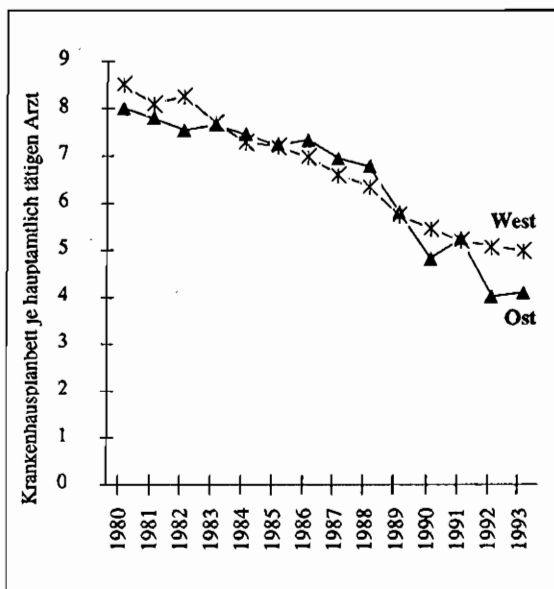
Mit der Zunahme der Arztdichte im ambulanten Bereich geht eine leichte Abnahme der Zahl der im stationären Bereich beschäftigten Ärzte einher; dieser Rückgang gegenüber 1992 betrifft die östlichen Bezirke (insgesamt 266 Ärzte) Durch eine erhebliche Reduzierung der Krankenhausplanbetten (vgl. Kapitel 10) in den vergangenen Jahren konnte eine weitere Verbesserung der Relation von Planbetten je hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Arzt erreicht werden. Die Tabelle A 11.3 verdeutlicht, daß der Schwerpunkt der Bettenreduzierung in Berlin-West in den 80er Jahren und in Berlin-Ost in den vergangenen drei Jahren lag. Insgesamt macht der Indikator „Arztdichte“ in den Abbildungen 11.3 und 11.4 deutlich, daß die Verbesserungen im stationären Bereich stärker ausgeprägt waren als im ambulanten Bereich.

Die oben geschilderte Welle der Niederlassungen im Jahr 1993 hat auch zu einer erheblichen Verbesserung der Arztdichte in der Primärversorgung geführt. Tabelle 11.2 verdeutlicht die insgesamt günstigere Situation der ambulanten Primärversorgung in den östlichen Bezirken; lediglich die Internisten sind in den westlichen Bezirken stärker vertreten.

Ein Vergleich der Zusammensetzung von Ärzten im stationären und niedergelassenen/ambulanten Bereich nach Fachgebieten zeigt, daß der Anteil der Ärzte mit Fachgebiet im stationären Bereich deutlich niedriger liegt als im ambulanten, denn mehr als 50 % der hauptamtlich im Krankenhaus beschäftigten Ärzte befindet sich in der Weiterbildung. Lediglich der prozentuale Anteil von Chirurgen und

Anästhesisten ist im stationären Bereich höher, da für diese das Krankenhaus eindeutig der wichtigste Beschäftigungsbereich ist

**Abbildung 11.4:**  
**Versorgung mit berufstätigen Ärzten 1980 - 1993 in Berlin 1) 2)**  
 - „Arztdichte“ stationär



- 1) ab 1990 einschließlich AiP
- 2) Berlin-Ost: bis einschließlich 1988 Ärzte nur in staatlichen Einrichtungen, 1989 nach Hochschulkaderprojekt

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

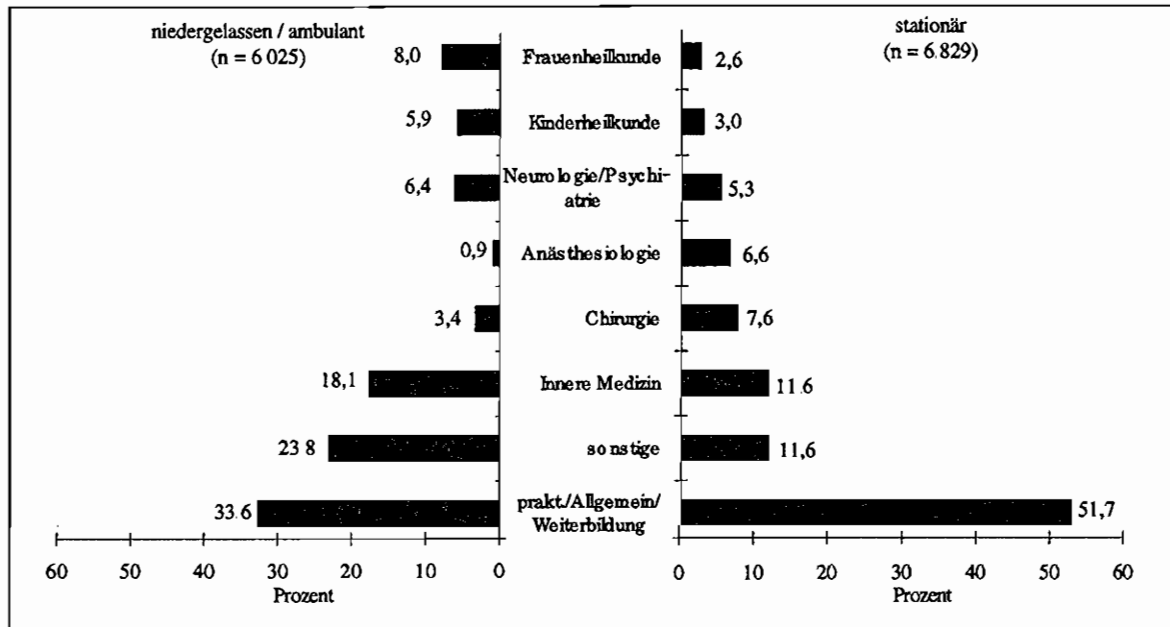
**Tabelle 11.2:**  
**Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte der Primärversorgung 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin**

Gebietsbezeichnung	1991		1992		1993					
	Berlin		Berlin		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)	1 775	1 941	1 760	1 969	2 023	1 718	1 267	1 718	766	1 696
Innere Medizin	985	3 499	989	3 504	1 089	3 191	706	3 083	383	3 391
Frauenheilkunde 2)	441	3 492	457	3 384	482	3 208	286	3 471	196	2 826
Kinderheilkunde 3)	329	1 660	319	1 711	358	1 514	182	1 697	176	1 326

- 1) einschließlich praktischer Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- 2) Einwohner: Frauen 15 Jahre und älter
- 3) Einwohner: Kinder 0 bis unter 15 Jahre

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Abbildung 11.5:**  
Zusammensetzung der Ärzte im stationären und niedergelassenen/ambulanten Bereich am 31.12.1993 in Berlin nach Fachgebieten



(Quelle: StaLa Berlin)

### 11.1.2 Zahnärzte

Nach Angaben der Zahnärztekammer Berlin gab es Ende 1993 insgesamt 3.478 berufstätige Zahnärzte, die sich mit 2.130 auf Berlin-West und 1.348 auf Berlin-Ost verteilten.

Ähnlich wie bei den Ärzten liegt in den östlichen Bezirken der Anteil der Zahnärztinnen mit über 65 % deutlich höher als in den westlichen Bezirken (37,8 %).

**Tabelle 11.3:**  
Berufstätige Zahnärzte 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

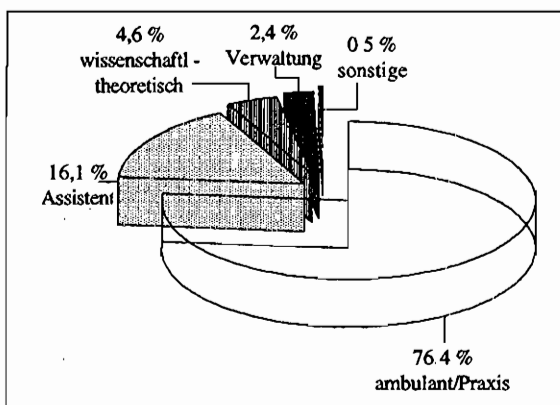
Zahnärzte	1991		1992		1993					
	Berlin		Berlin		Berlin		West		Ost	
	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.	Anzahl	dar. weibl.
Zahnärzte insgesamt 1)	3 305	1 577	3 424	1 641	3 478	1 686	2 130	805	1 348	881
darunter:										
niedergelassen/ambulant	2 159	973	2 536	1 193	2 658	1 267	1 610	573	1 048	694
Einwohner je Zahnarzt	1 596		1 367		1 308		1 352		1 239	
Kieferorthopäden	120		139	83	154	89	88	41	66	48
Oralchirurgen	52		52	15	54	17	40	10	14	7

1) d. h. einschließlich der zahnärztlichen Fachgebiete Kieferorthopädie und Oralchirurgie, die aus gesundheitspolitischen Gründen außerdem gesondert aufgeführt sind

(Quelle: StaLa Berlin / Zahnärztekammer)

Mehr als 90 % der Zahnärzte sind - anders als bei den Ärzten - niedergelassen bzw. ambulant oder in einer Praxis als Assistent tätig. Die in früheren Jahren noch zwischen Berlin-West und -Ost festgestellten unterschiedlichen Anteile der beruflichen Tätigkeitsfelder haben sich angeglichen: Während 1991 z.B. der Anteil der niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Zahnärzte in Berlin-Ost 61,1 % betrug, ist er 1993 auf 77,7 % gestiegen und übertraf damit sogar den entsprechenden Anteil in Berlin-West.

**Abbildung 11.6:**  
Zahnärzte 1993 in Berlin nach Art der Berufsausübung



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

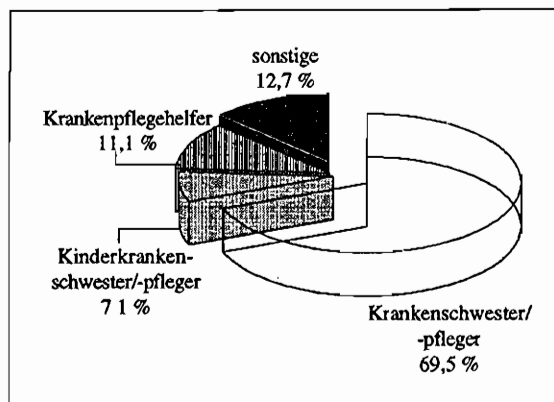
Obwohl Dichtezeffern der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Stadtstaaten nicht die Bedeutung haben wie in Flächenstaaten, sollte jedoch auf die entsprechenden Werte im innerstädtischen Bereich hingewiesen werden: Die

Dichtezeffern (Einwohner je niedergelassenen/ambulant tätigen Arzt bzw. Zahnarzt) von Mitte, Schöneberg oder Wilmersdorf fallen z.B. mehr als doppelt so günstig aus wie die in den bevölkerungsreichen Randbezirken wie Neukölln, Hohenschönhausen oder Spandau (vgl. Tabelle A 11 4).

**11.1.3 Nichtärztliches Personal im stationären und ambulanten Bereich**

Das nichtärztliche Personal in den Krankenhäusern Berlins umfaßt rd 60 000 Personen. Die mit Abstand größte Gruppe stellt das Pflegepersonal mit 23 257 Beschäftigten, hiervon sind allein 16 157 Krankenschwestern/-pfleger

**Abbildung 11.7:**  
Zusammensetzung des Pflegepersonals in Krankenhäusern insgesamt 1993 in Berlin



(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle 11.4:**  
Berufe der Kranken- und Altenpflege 1990 - 1993 (Stand: 31.12.) in Berlin

Beruf	stationär						Sozialstationen 1)		
	1990	1991	1992	1993			1991	1992	1993
	Berlin	Berlin	Berlin	Berlin	West	Ost	Berlin	Berlin	Berlin
Krankenschwester/-pfleger	15 282	15 670	15 515	16 157	11 840	4 317	1 161	1 200	1 105
Kinderkrankenschwester/-pfleger	1 933	1 980	1 740	1 624	995	629	-	-	-
Krankenpflegehelfer	2 540	2 508	2 558	2 553	2 291	262	103	116	124
sonstige (ohne staatliche Prüfung)	2 274	2 787	3 214	2 923	2 462	461	81	303	265
Altenpfleger	-	-	-	-	-	-	9	91	93
insgesamt	22 029	22 945	23 027	23 257	17 588	5 669	1 354	1 710	1 587

1) nur häusliche Krankenpflege

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle 11.5:**  
Berufstätige Hebammen/Entbindungspfleger 1990 - 1993 (Stand: 31.12.) in Berlin

Hebammen/ Entbindungspfleger	1990	1991	1992	1993		
	Berlin	Berlin	Berlin	Berlin	West	Ost
freiberuflich tätig	153	257	308	378	308	70
hauptamtlich im Krankenhaus	313	334	314	340	228	112
insgesamt	466	591	622	718	536	182

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle 11.6:**  
Medizinisch-therapeutisches und technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern 1991 - 1993 (Stand: 31.12.) in Berlin

Fachpersonal	1991	1992	1993		
	Berlin	Berlin	Berlin	West	Ost
<b>medizinisch-therapeutisch</b>					
Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	485	505	521	420	101
Dilätsassistenten	157	150	125	91	34
Krankengymnasten	1 016	1 077	1 066	722	344
Logopäden	55	64	55	41	14
Masseur	44	58	42	32	10
Masseur und medizinische Bademeister	235	230	228	214	14
Psychologen	278	283	296	193	103
Sozialarbeiter	417	448	470	359	111
<b>technisch-diagnostisch</b>					
Laborassistenten	1 857	1 933	1 864	1 159	705
med-techn Assistenten	450	430	497	285	212
Radiologieassistenten	1 113	1 096	1 059	703	356
Zytologieassistenten	8	15	13	9	4

(Quelle: StaLa Berlin)

Neben den Beschäftigten im stationären Bereich und in den Sozialstationen wurden 3 059 im Gesundheitswesen *freiberuflich* bzw. *selbständig tätige Personen* gemeldet. Die Tatsache, daß in fast allen Berufen seit 1991 z.T. erhebliche Steigerungsraten zu verzeichnen und nunmehr auch die östlichen Bezirke entsprechend vertreten sind (vgl. Tabelle A 11.5), deutet darauf hin, daß der Strukturwandel im Gesundheitswesen in Berlin-Ost weiter vorangeschritten ist.

**Tabelle 11.7:**  
Ausgewählte niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Beruf	1991	1992	1993
Psychotherapeuten mit Heilpraktikererlaubnis	692	707	753
Heilpraktiker	659	528	664
Krankengymnasten	535	623	730
Masseur und med. Bademeister	288	298	315
Masseur	52	54	58
Hebammen/Entbindungspfleger	257	308	378
Logopäden	46	52	66
Krankenschwestern/-pfleger	26	46	71
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten	24	24	24

(Quelle: StaLa Berlin)

### Heilpraktiker, nichtärztliche Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Zu den niedergelassenen und selbständig Tätigen im Gesundheitswesen gehören auch die Heilpraktiker und nichtärztliche Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese Berufsgruppen sind als Heilkundige ohne Bestallung auf der Grundlage des Heilpraktikergesetzes von 1939 und der hierzu erlassenen Durchführungsverordnungen zur Krankenbehandlung/psychotherapeutischen Behandlung berechtigt.

Das Heilpraktikergesetz ist kein „Berufsrecht“ im eigentlichen Sinne: Es legt zwar Näheres über die Voraussetzungen für die Zulassung zur Ausübung der Heilkunde (ohne Bestallung als Arzt), über die in diesen Fällen zu führende Berufsbezeichnung und über die beruflichen Tätigkeitsbeschränkungen fest, zum Beruf als solchem gibt es keine Regelungen zur Ausbildung, Prüfung oder Berufsausübung.

Die für den Erwerb einer Heilpraktikererlaubnis nach dem Gesetz geforderten Voraussetzungen sind folgende: Der Bewerber muß mindestens den Hauptschulabschluß aufweisen und das 25. Lebensjahr vollendet haben. Die Entscheidung, ob die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als Heilpraktiker/Psychotherapeut erteilt werden kann, obliegt der örtlich zuständigen unteren Gesundheitsverwaltung, in Berlin dem Amtsarzt des Ge-



sundheitsamtes des Wohn-/Praxissitzes, nach einer fachkundigen Überprüfung der Person und der Kenntnisse und Fähigkeiten des Bewerbers.

Dadurch soll die Gesundheit der Bevölkerung geschützt werden: Auch der Heilkundige, der nicht als Arzt ausgebildet und nach den Regelungen der Bundesärzteordnung „bestallt“ oder approbiert ist, muß über die ausreichende menschliche Reife und über genügend fachliches und medizinisches (psychotherapeutisches) Basiswissen verfügen, um kranke und leidende Menschen behandeln zu können.

Der § 5 des Heilpraktikergesetzes bestimmt, daß jeder, der heilkundlich tätig wird - also Krankheiten diagnostiziert und behandelt und Kranken Heilung, Besserung oder Linderung ihres Zustandes verspricht -, ohne daß er sich der amtsärztlichen Überprüfung erfolgreich stellte, sogar strafrechtlich belangt werden kann

Wer aber der Überprüfung, die bislang in mündlicher Form erfolgt, genügt, kann als Heilpraktiker oder Psychotherapeut auch selbständig tätig werden und sich mit einer heilkundlichen Praxis niederlassen. Diese Praxen sind jedoch in der Regel Privatpraxen, d.h. die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Behandlung ihrer Versicherten durch Heilpraktiker oder Psychotherapeuten nicht. Es findet auch keine Steuerung der Niederlassungen oder fachliche Kontrollen der Praxen statt, solange keine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung von der Art der Patientenbehandlung ausgeht.

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden im September 1992 Leitlinien für die Überprüfung von Heilpraktiker-Anwärtern als Empfehlung an die Bundesländer übergeben. Die Umsetzung der Leitlinien hat zur Folge, daß sich auch im Land Berlin ab September 1994 der Prüfungsmodus von der bisherigen mündlichen zu einer schriftlichen und mündlichen Überprüfung ändert.

Auch im Bereich der Psychotherapie besteht seit 1993 infolge eines höchstrichterlichen Urteils die Möglichkeit, eine auf das Gebiet der Psychotherapie eingeschränkte Erlaubnis zu erlangen, wenn man sich einer mündlichen fachorientierten Überprüfung unterzieht, ohne daß man - wie bisher - ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Psychologie (mit Schwerpunkt klinische Psychologie) und eine abgeschlossene psychotherapeutische Zusatzausbildung nachweisen muß.

### 11.1.4 Personal in Gesundheitsämtern

**Tabelle 11.8:**  
**Fachpersonal in den Gesundheitsämtern 1991 - 1993**  
(Stand: 31.12.) in Berlin 1) 2)

Beruf	1991	1992	1993	
			insgesamt	dar. weibl.
hauptamtl. Ärzte	551	577	519 (172)	401 (150)
hauptamtl. Zahnärzte	99	91	92 (44)	79 (43)
Gesundheitsaufseher	155	150	147 (1)	74 (1)
Desinfektoren	70	65	47 (3)	30 (3)
med.-techn. Assistenten/ Labor/Radiologie	36	32	30 (12)	30 (12)
Sozialarbeiter	896	874	836 (162)	722 (157)
Arzt-/Zahnarzthelfer	393	400	387 (119)	387 (119)
Verwaltungspersonal/ Schreibkräfte	934	904	858 (203)	725 (196)
sonstiges Personal mit staatlicher Anerkennung:	437	476	464 (229)	362 (208)
darunter: Beschäftigungs-/ Arbeitstherapeuten	58	59	58 (39)	57 (38)
Krankengymnaster	164	190	186 (113)	179 (108)
Psychologen	122	120	116 (63)	83 (51)

1) ohne Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter

2) in Klammern gesetzte Zahlen: darunter teilzeitbeschäftigt

(Quelle: StaLa Berlin)

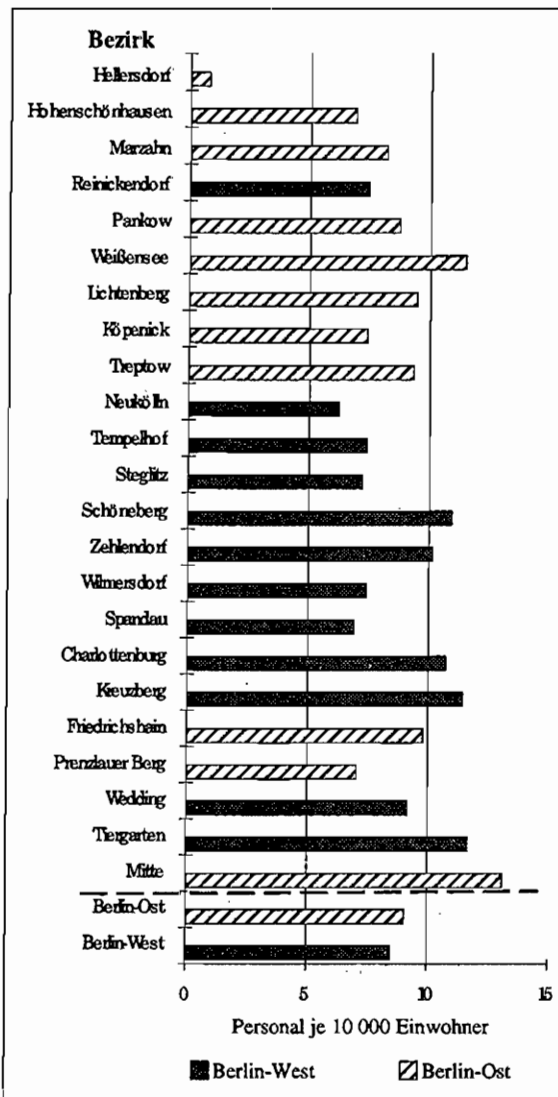
Vor dem Hintergrund des neuen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Kapitel 4) und der damit verbundenen Neustrukturierung wurden bereits Ende 1993 gegenüber dem Vorjahr z.T. erhebliche Personalreduzierungen vorgenommen, d.h. um 189 Personen auf insgesamt (alle Bezirke) 3.380 Personen.

Die Abbildung 11.8 zeigt den Personalbestand der Gesundheitsämter bezogen auf Vollzeitkräfte je 10.000 Einwohner und verdeutlicht sowohl die - zum Teil durchaus beabsichtigten - Unterschiede zwischen den Bezirken als auch die geringfügig höhere personelle Ausstattung in den östlichen Bezirken.

Um den unterschiedlichen Anteil von Teilzeitkräften in den Bezirken zumindest rechnerisch auszugleichen, wurde folgende Annahme zugrunde gelegt:

- 2 ärztliche bzw. zahnärztliche Teilzeitkräfte = 1 Vollzeitkraft
- 3 sonstige Teilzeitkräfte = 2 Vollzeitkräfte

**Abbildung 11.8:**  
Personal (bezogen auf Vollzeitkräfte) der Gesundheitsämter 1) des Landes Berlin am 31.12. 1993 nach Bezirken - je 10.000 Einwohner



1) ohne Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämter

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

### 11.1.5 Personal in Apotheken

Ende des Jahres 1993 gab es in Berlin 781 Apotheken; das war im Vergleich zum Vorjahr (764) eine Zunahme um 2 % (vgl. Kapitel 6)

Die Zahl der Apotheker hingegen ist um 35 zurückgegangen. Auch bei dem sonstigen Apothekenpersonal (insgesamt rd 3 200) wurde eine leichte Abnahme um rd 50 Personen registriert

Auffällig bei den in Apotheken Beschäftigten ist der hohe Anteil von Frauen: Der Apothekerberuf wird zu 61 % von Frauen ausgeübt, beim Personal in den Apotheken beträgt der Anteil von Männern sogar nur 6 %.

**Tabelle 11.9:**  
Berufstätige Apotheker und Personal in Apotheken 1990 - 1993 in Berlin

Beschäftigte	1990	1991	1992	1993	
				zus.	dar. weibl.
Apotheker	2 726	2 711	2 846	2 817	1 715
sonstiges Personal:					
Apothekerassistenten	171	168	156	152	125
Pharmaziepraktikanten	215	214	190	189	149
pharm-techn Ass	641	651	671	677	647
PTA-Praktikanten	42	39	69	45	44
Apothekenhelfer	848	838	899	904	806
in Ausbildung	166	207	267	175	170
Apotheken-Assistent	-	115	111	101	101
Pharmazie-Ingenieur	-	651	682	688	681
Pharmazieassistent	-	180	144	133	133
Apothekenfacharbeiter	-	-	145	129	128

(Quelle: StaLa Berlin / Apothekerkammer)

## 11.2 Ausbildung im Gesundheitswesen

### 11.2.1 Approbationen und Prüfungen

**Tabelle 11.10:**  
Erteilte Approbationen 1991 - 1993 in Berlin

Beruf	1991	1992	1993
Ärzte	726	988	1 151
männlich	398	485	578
weiblich	328	503	573
Zahnärzte	267	256	213
männlich	146	153	127
weiblich	121	103	86
Apotheker	194	208	171
männlich	57	61	45
weiblich	137	147	126

(Quelle: StaLa Berlin)

Das Landesprüfungsamt Berlin ist die zuständige Behörde für die Durchführung der Staatsprüfungen der Studenten der Medizin und Pharmazie sowie der Schüler in den Medizinalfachberufen.

In diesen 18 Medizinalfachberufen finden je nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung schriftliche, mündliche und/oder praktische Prüfungen statt

Bereichen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen entscheidend mit. Die hierzu zu vermittelnden notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse sind Gegenstand der Berufsausbildung und im Ausbildungsplan festgelegt.

**Tabelle 11.11:**  
**Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wiederholungsprüfungen) 1990 - 1993 in Berlin<sup>1)</sup>**

Medizinalfachberuf	1990	1991	1992	1993
Krankenpflege	808	876	860	762
Kinderkrankenpflege	71	70	78	85
Krankenpflegehilfe	293	368	330	405
Krankengymnasten	433	431	444	544
Masseur, Masseurin und med. Bademeister	97	96	194	199
Med.-techn. Laboratoriumsass.	114	114	75	92
Med.-techn. Radiologieass.	58	58	36	37
Hebammen	22	20	45	18
Logopäden	11	14	15	10
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	63	56	52	84
Sektions- und Präparationsass.	14	8	17	19
Diätassistenten	28	19	22	31
Desinfektoren	16	-	22	1
Gesundheitsaufseher	19	-	-	-
Rettungsassistenten	8	34	-	-
Kardiotechniker	-	-	14	13
<b>insgesamt</b>	<b>2.055</b>	<b>2.164</b>	<b>2.204</b>	<b>2.300</b>

1) 1990 und 1991 nur Berlin-West

(Quelle: Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe)

**11.2.2 Arzthelferinnen**  
**- Ein Beitrag der Ärztekammer Berlin -**

**Berufsbild**

Der Beruf der Arzthelferin ist ein staatlich anerkannter Ausbildungsberuf, der durch eine auf der Basis des Berufsbildungsgesetzes erlassenen Ausbildungsverordnung geregelt ist. Der seit 1966 zweijährige Lehrberuf ist 1986 entsprechend des Wandels der Arbeitsstätten und der gestiegenen Anforderungen auf drei Ausbildungsjahre erweitert worden. Dem veränderten Aufgabenspektrum der Arzthelferin trug die Neuordnung der Ausbildungsverordnung Rechnung. Die vorher im wesentlichen durch im Vordergrund stehende Hilfsfunktionen bestimmten Tätigkeiten haben sich zunehmend zu selbständigen Aufgabengebieten der Arzthelferin entwickelt, besonders in Bereichen wie Organisation, Praxisverwaltung, Abrechnung und Patientenbetreuung. Zudem wirkt die Arzthelferin in vielen

**Ausbildungsplan für die ärztliche Praxis im Ausbildungsberuf Arzthelferin/Arzthelfer**

lfd. Buchstabe	Tätigkeitsbereich des Ausbildungsberufsbildes	vorgesehene Vermittlungsdauer in Wochen
A	Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die ärztliche Praxis	8
B	Arbeitsschutz, Arbeitshygiene und rationelle Energieverwendung	während der gesamten Ausbildungszeit zu vermitteln
C	Maßnahmen der Praxishygiene	10
D	Anwendung und Pflege medizinischer Instrumente, Geräte und Apparate	8
E	Betreuung von Patienten in der ärztlichen Praxis	12
F	Hilfeleistungen bei Notfällen	12
G	Mitwirken bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des Arztes	10
H	Durchführen von Laborarbeiten einschließlich Qualitätssicherung	14
I	Umgehen mit Arzneimitteln, Sera und Impfstoffen sowie mit Heil- und Hilfsmitteln	8
J	Anwenden von medizinischen Fachausdrücken und Grundkenntnisse über Krankheiten	6
K	Anatomic. Physiologie und Pathologie	17
L	Prävention, Prophylaxe und Rehabilitation	3
M	Organisieren der Praxisabläufe einschließlich Textverarbeitung	18
N	Durchführen des Abrechnungswesens	12
O	Durchführen von Verwaltungsarbeiten	6
P	Umgehen mit Bestimmungen der Sozialgesetzgebung	12

Neben der dreijährigen Ausbildung gibt es für Frauen oder Männer, die bereits erwerbstätig waren, die Möglichkeit einer 24monatigen Umschulung. Eine solche Umschulung ist als Einzelumschulung in einer Arztpraxis oder im Rahmen einer Bildungsmaßnahme an einem Bildungsinstitut möglich.

### Überwachung der Ausbildung

Die Ausbildung zur Arzthelferin ist eine duale Ausbildung, d. h. sie läuft gleichzeitig in der Praxis einer/s niedergelassenen Ärztin/Arztes und in der Berufsschule. Die durch das Berufsbildungsgesetz bestimmten zuständigen Stellen für die Ausbildung sind die Ärztekammern. Sie überwachen und regeln die Berufsausbildung, prüfen und registrieren die Ausbildungsverträge, errichten Prüfungsausschüsse für die Zwischen- und Abschlußprüfungen, rufen zu den Prüfungen auf, lassen die Prüflinge zu und stellen die fachliche und persönliche Eignung der Ausbildungsstätten fest. In der Ärztekammer Berlin ist eine Ausbildungsberaterin sowohl für die Beratung der Ausbilder/-innen als auch für die der Auszubildenden zuständig.

### Ausbildungszahlen

In Berlin sind seit der Wiedervereinigung und bedingt durch viele Neuniederlassungen die Zahlen der Auszubildenden in den letzten Jahren ständig gestiegen. Von ca. 5.500 niedergelassenen bzw. zur Abrechnung berechtigten Ärztinnen und Ärzten bildeten 1993 581 in ihrer Praxis aus. Dabei ist zu berücksichtigen, daß viele Praxen mehrere Auszubildende gleichzeitig beschäftigen und viele Ausbilder in Gemeinschaftspraxen tätig sind.

### Ausbildungsverhältnisse im 1. - 3. und höheren Ausbildungsjahr

Jahr	insgesamt	männlich	weiblich	Berlin	
				West	Ost
1991	1 253	2	1 251	1 223	30
1992	1 288	2	1 286	1 124	164
1993	1 481	5	1 476	1 336	145

### Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge, die am 31.12. des jeweiligen Jahres noch bestanden

Jahr	insgesamt	Berlin	
		West	Ost
1991	567	537	30
1992	583	449	134
1993	569	452	117

### Umschüler, die in einer Praxis umschulen

Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
1991	40	1	39
1992	110	1	109
1993	271	1	270

Darüber hinaus gab es 1993 erstmalig 65 Umschüler von Bildungsinstituten, die an den Abschlußprüfungen teilnahmen. 1994 werden es voraussichtlich mehr als 400 sein.

### Fortbildung

Die ständige Weiterentwicklung in der Medizin und die zunehmende Bedeutung der Prävention, Prophylaxe und Rehabilitation in den Arztpraxen erfordern eine regelmäßige Wissensanpassung der Arzthelferinnen. Hierzu bieten die Ärztekammern sowie Berufsverbände und verschiedene Firmen laufend Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie Abrechnung allgemein und für spezielle Fachrichtungen, Praxisorganisation, Kommunikation, Krankheitslehre, Prävention und Prophylaxe, Verbandslehre, Notfälle in der Praxis, EDV in der Praxis u. a. an.

Der kontinuierlichen Anpassung des Wissensstandes steht die zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeit zur Arztfachhelferin gegenüber. Diese bereits in vier Bundesländern angebotene Fortbildung läuft berufs begleitend in der Regel über zwei Jahre und umfaßt im Schnitt 340 Unterrichtsstunden. Der Kurs bereitet besonders gut auf die Tätigkeiten als Erste Kraft in einer Praxis vor, bietet somit eine Chance zum beruflichen Aufstieg. Der derzeit gültige Tarifvertrag sieht nach Abschluß einer solchen Fortbildung eine höhere Bezahlung durch Einstufung in eine höhere Tarifgruppe vor. Die Ärztekammer Berlin wird voraussichtlich ab Herbst 1994 einen solchen Fortbildungskurs zur Arztfachhelferin anbieten.

Eine weitere Qualifizierungsmöglichkeit bietet die Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Landeslehranstalt für Technische Assistenten Berlin nach Bedarf ein- bis zweimal jährlich an. Medizinisches Assistenzpersonal - somit auch Arzthelferinnen -, das Röntgenuntersuchungen unter Aufsicht und Verantwortung einer Ärztin bzw. eines Arztes durchführen möchte, ist laut § 23 der Röntgenverordnung verpflichtet, die nötigen Kenntnisse im Strahlenschutz zu erwerben. Die angebotenen Kurse über 120 Stunden entsprechen der Richtlinie über den Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung und sind somit geeignet, das notwendige Wissen zu vermitteln.

### 11.2.3 Zahnarzthelferinnen

Die Zahnärztekammer Berlin ist nach § 91 des Berufsbildungsgesetzes die zuständige Stelle für die Ausbildung der Zahnarzthelferinnen. Nachstehend wird ein Überblick über eingetragene Berufsausbildungsverhältnisse sowie vorzeitige Lösungen gegeben:

#### Eingetragene Berufsausbildungsverhältnisse

Stand	Berlin insgesamt	darunter Berlin-Ost
31.12.1985	751	-
31.12.1990	723	3
31.01.1993	1 690	37
31.12.1993	1 947	6

#### Vorzeitige Lösungen von Berufsausbildungsverhältnissen

Stand	insgesamt	Probezeit	Ausbildungshalbjahr			
			1.	2.	3.	4.
31.12.1985	16	12	1	1	2	-
31.12.1990	32	23	3	3	3	-
			Ausbildungsjahr			
			1	2	3	
31.01.1993	45 1)	16	11	8	10	
31.12.1993	24 2)	17	1	2	4	

1) darunter 10 Lösungen für Berlin-Ost  
2) darunter 4 Lösungen für Berlin-Ost

(Quelle: Zahnärztekammer)

## 11.3 Fort- und Weiterbildung

### 11.3.1 Zahnärzte

#### Weiterbildungsstätten der Zahnärztekammer Berlin am 31.12.1993

Kieferorthopädie	19
Oralchirurgie	8
Öffentlicher Gesundheitsdienst	9

#### In der Weiterbildung befindliche Assistenten am 31.12.1993

Kieferorthopädie	28
Oralchirurgie	17
Öffentlicher Gesundheitsdienst	5

### 11.3.2 Pflegeberufe und Medizinalfachberufe

Folgende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Gesundheit im Bereich der Pflegeberufe und der Medizinalfachberufe wurden im Jahre 1993 in der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe durchgeführt:

#### Fortbildungsveranstaltungen 1993

(Anzahl in Klammern)

Teilnehmer

##### Pflegeberufe

- Belastungsanalyse und Möglichkeiten des Streß- und Belastungsabbaus im Krankenhaus (1)	6
- Pflegeanamnese, -dokumentation, pflegerischer Verlegungsbericht (1)	12
- Die Arbeit im Krankenhaus zwischen Nächstenliebe und Routine (1)	12
- Novationsarbeit mit chronisch psychisch Kranken (1)	8
- Krankenpflege / Operationsdienst (2)	16
- Krankenpflege / Onkologie (1)	10
- Der beatmete Patient (2)	74
- Leitung der Station oder Sozialstation/ Informationsveranstaltung (2)	49
- Der intraoperative Blutverlust (1)	23
- Management-Refresher-Kurs / Streß- und Konfrontationstraining (1)	11
- Herzrhythmusstörungen (1)	44
- Das Recht hilft pflegen (1)	32
- EKG-Kurs (2)	45
- Krankenpflege / Hygiene (1)	18
- Gesprächsführung in der Psychiatrie (1)	11
- EDV-Einsatz in der Intensivstation (1)	9

**Medizinalfachberufe**

- Einführung in die EDV am PC mit Übung (1)	16
- Informationskurs zur Behandlung erwachsener Hemiparesepatienten - Funktionelle Alltagsbewegungen - Bobath-Konzept - (3)	56
- Praxisberatung für Führungskräfte (2)	15
- Schädlingskunde, -prophylaxe, -bekämpfung (8)	100
- Recht und Rechtsanwendung auf dem Gebiet der Seuchenhygiene und der Umweltmedizin (1)	21
- Abfallentsorgung nach umweltrechtlichen Aspekten und Zuordnungen zu den einzelnen Fallgruppen (2)	27
- Umgang mit Krebspatienten (1)	13
- Rückenschule (1)	20
- Grundlehrgang - Konzentrierte Entspannung (1)	17
- Friedhofs- und Bestattungswesen, Rechtsgrundlagen, seuchenhygienische Maßnahmen (1)	25
- Psychomotorik (1)	20
- Geburtsvorbereitung - Grundkurs (1)	15
- Geburtsvorbereitung - Aufbaukurs (1)	12
- Einführung in die Feldenkraismethode (2)	28
- Arbeit mit psychisch veränderten Menschen im Heim - Realitätsorientierungstraining - Aufbaulehrgang (1)	12
- PETÖ, ein therapeutisch-pädagogisches Konzept für Sondergruppen (1)	31
- Die Bliss-Symbol-Methode zum Kennenlernen (1)	16
- Feldenkrais - Refresher-Kurs (1)	13
- Konflikte im Team für leitende Kräfte (1)	9
- MTR/Vermittlung von Kenntnissen im Strahlenschutz bei Beschleunigeranlagen im medizinischen Bereich (1)	39
- Sensorische Integration (1)	18
- Einführung in die Therapie nach Beatriz A. E. Padovan und deren Einsatz in der logopädischen Praxis (1)	16
- Immunologische Labordiagnostik (1)	11
- Einführung in die Gesprächsführung (1)	11

**Weiterbildungen, die 1993 begonnen wurden**

<b>Pflegeberufe</b>	<b>Teilnehmer</b>
- Leitung in Einrichtungen	18
- Modellprojekt / Leitung in Einrichtungen	18
- Leitung von Einrichtungen	17
- Modellprojekt / 3 Anpassungskurse Management	50
- Modellprojekt / Nachqualifizierung Krankenhaushygiene nach BGA-Richtlinie / Übergangsregelung	13
- Modellprojekt / Pädiatrische Intensivpflege	11

**Medizinalfachberufe**

- Modellprojekt / Heranbildung von Medizinalfachpersonen für leitende Funktionen, tätigkeitsbegleitend	11
- Modellprojekt / Heranbildung von MTL/MTR Lehrkräften	17
- Ausbildung zum Gesundheitsaufseher, berufsbegleitend	15

**Modellprojekte****- Weiterbildung für Leitungsfunktionen in Einrichtungen**

Die Weiterbildung soll mit den vielfältigen Aufgaben in leitenden Funktionen vertraut machen und die dazu erforderliche Fach- und Sozialkompetenz vermitteln. Die Weitergebildeten sollen insbesondere befähigt sein,

- den Pflegedienst und ggf. die Gesamteinrichtung nach betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Gesichtspunkten erfolgreich führen zu können
- Pflegequalität zu beurteilen und auf der Basis theoretischer Konzepte und Erkenntnisse aus Pflegewissenschaft, Psychologie und Soziologie zu gestalten und sichern zu können
- die eigenen kommunikativen, psychosozialen und kreativen Fähigkeiten zu erkennen und zu erweitern lernen
- die politischen, rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen der Pflege zu erkennen und auf ihre Gestaltung Einfluß nehmen zu können.

**- Lehrgang zur Anpassung für den Grundlehrgang Management**

Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, die vor dem 3. Oktober 1990 den Lehrgang zur Weiterbildung „Zur leitenden Schwester“ (A 5) in der DDR absolviert haben oder begonnen hatten.

Der Grundlehrgang Management führt zum Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten für leitende Funktionen im Pflegegruppen, Stationen, Funktionsbereichen, Abteilungen und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Die Weitergebildeten sollen mit der Wahrnehmung der Leitungsfunktionen humanitären und wirtschaftlichen Grundsätzen folgen. Sie sollen mit sozialwissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen vertraut gemacht werden und in der Lage sein, diese Grundsätze bei pflegerischer Praxis in leitender Funktion umzusetzen.

### - Nachqualifizierung Krankenhaushygiene nach BGA-Richtlinie, Übergangsregelung

Hygienefachkräfte, die zum Zeitpunkt des Erscheinens der Richtlinie (8/91) nach den bisher gültigen Richtlinien fachspezifische Zusatzqualifikationen erworben haben und geprüft worden sind und die außerdem in diesem Aufgabenfeld praktisch tätig sind oder waren, sollen auf Antrag von der Fachaufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen gleichgestellt werden, sofern eine zusätzliche fachspezifische Fortbildung an einer staatlich anerkannten Institution erfolgreich abgeschlossen und nachgewiesen wurde. Der Umfang der erforderlichen fachspezifischen Fortbildung gemäß Ziffer 4 4 ist unabhängig von der Dauer der Tätigkeit als Hygienefachkraft

### - Pädiatrische Intensivpflege

Die Weiterbildung soll Kinderkrankenschwestern/-pfleger durch die Vermittlung qualifizierter Kenntnisse und Fertigkeiten für Aufgaben in den verschiedenen Bereichen der Pädiatrischen Intensivpflege unter Berücksichtigung des Krankenpflegeprozesses besonders befähigen.

Die in dieser Fachrichtung Weitergebildeten sollen insbesondere

- mit den klinischen Krankheitsbildern der Pädiatrischen Intensivpflege vertraut sein und die Pflege Frühgeborener, Neugeborener und älterer Kinder planen, organisieren und durchführen
- an der Überwachung und Versorgung von Patienten mit Störungen der Vitalfunktionen mitwirken und die Bedienung und Überwachung entsprechender Geräte übernehmen
- bei Wiederbelebensmaßnahmen einschließlich der Erstversorgung von Neugeborenen nach der Geburt, der Beatmung und der externen Herzmassage, ggf. die selbständige Einleitung dieser Maßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes übernehmen
- mit den psychosozialen Problemen des Kindes und seiner jeweiligen Entwicklung vertraut sein sowie Eltern und Angehörige adäquat betreuend in die Pflege des Kindes mit einbeziehen

- die eigene Belastung wahrnehmen und Bewältigungsstrategien anwenden und entwickeln

- Mitarbeitern und Lernenden die erworbenen Kenntnisse vermitteln, sie anleiten, beraten und unterstützen.

### - Heranbildung von Medizinalfachpersonen für leitende Funktionen KG, PT, BT/AT, DA, MTL, MTR, Logopäden

Der Lehrgang verfolgt das Ziel, die Leitungskompetenz der Teilnehmer/-innen zu entwickeln. Neben dem Erwerb entsprechender Kenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Weiterentwicklung von Zuständigkeitsbereichen wird der Entwicklung professionellen Leistungsverhaltens in Anwendung praxisrelevanter Managementmethoden und der Befähigung zu zielorientierter, koordinierender und moderierender Wahrnehmung der Leitungsfunktion sowie zu konstruktiven Konfliktlösungsstrategien besonderes Gewicht beigemessen.

### - Heranbildung von MTL/MTR zu Lehrkräften

Die Weiterbildung soll künftige Lehrkräfte in den Medizinalfachberufen mit ihren fachlichen und organisatorischen Aufgaben vertraut machen und ihnen die hierfür erforderlichen speziellen Kenntnisse, Fertigkeiten, Verhaltensweisen und Einstellungen vermitteln. Die künftigen Lehrkräfte sollen pädagogische, didaktische, psychologische, soziale und soziologische Grundsätze kennenlernen und ihr Fachwissen diesen Grundsätzen gerecht im Unterricht und der praktischen Anleitung umsetzen können. Insbesondere sollen sie befähigt werden, theoretischen und praktischen Unterricht sowie Anleitungen zu praktischen Tätigkeiten zu planen, durchzuführen und zu analysieren und dabei getroffene Entscheidungen angemessen zu begründen

### Für die nächsten Jahre sind folgende Entwicklungen vorgesehen:

Es ist geplant, eine berufsübergreifende Orientierung und Vernetzung der Weiterbildungen der Lehrkräfte der Pflege und Medizinalfachberufe durchzuführen. Die Lehrgänge werden nach einem einheitlichen Grundmodell angeboten.

Für leitende Kräfte der Pflege- und Medizinalfachberufe sind gemeinsame Lehrveranstaltungen für die Lehrgebiete Sozialwissenschaften, Betriebswirtschaft und Recht vorgesehen

Die Lehrprogramme werden mit den Fachhochschulen und Universitäten Berlins abgestimmt, um Möglichkeiten durchgängiger Karriereplanungen zu gestalten.

Absolventen dieser Lehrgänge sollen die Möglichkeit erhalten, an der „Prüfung für Nichtschüler“ zur Erlangung der Fachhochschulreife teilzunehmen. Vorbereitende Kurse sind an der AGS geplant

#### **Etablierung eines Studienganges Pflege/Pflegemanagement an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik**

Der Senat hat im September 1993 beschlossen, an der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik einen Studiengang Pflege/Pflegemanagement einzurichten. Der neue Studiengang soll im Sommersemester 1994 beginnen und jährlich 60 Studienanfänger/-innen aufnehmen, jeweils 30 in herkömmlicher (Vollzeit) und 30 in berufs begleitender Studienform.

Ziel des Studienganges Pflege/Pflegemanagement ist die Verbesserung der Handlungskompetenz von leitenden Pflegekräften in stationären und ambulanten Einrichtungen. Der Erwerb der Handlungskompetenz soll durch ein grundständiges wissenschaftliches Hochschulstudium in enger Verbindung zur beruflichen Praxis erreicht werden. Der Studiengang richtet sich an Pflegekräfte, die eine Ausbildung in der Kranken-, Kinderkranken-, Alten- oder Entbindungspflege abgeschlossen haben, ihren Beruf mindestens zwei Jahre ausgeübt haben und eine leitende Stellung im Pflegebereich anstreben bzw. bereits innehaben.

Der Studiengang dauert acht Semester einschließlich eines Praxis-Semesters. Er umfaßt ein breit angelegtes sozialwissenschaftlich ausgerichtetes, pflege- und betriebswirtschaftlich fundiertes Grundstudium, das mit einer Diplom-Vorprüfung abschließt. Daran schließt sich ein projektorientiertes Hauptstudium mit verschiedenen Wahl-Pflicht-Kombinationen an. Die Einrichtung des Studienganges Pflege/Pflegemanagement an einer Fach-

hochschule und die Ausbildung von Lehrkräften für Medizinalfach- und Pflegeberufe an der Humboldt-Universität entspricht der bundesweiten Tendenz, Leitungskräfte an Fachhochschulen auszubilden und Lehrer/-innen für Schulen der Gesundheitsberufe an Universitäten auszubilden.

## **11.4 Tabellenverzeichnis**

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle 11.1:  
Berufstätige Ärzte 1991 - 1993 (Stand: 31.12.) in Berlin nach Art der Tätigkeit und Geschlecht

Tabelle 11.2:  
Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte der Primärversorgung 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.3:  
Berufstätige Zahnärzte 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.4:  
Berufe der Kranken- und Altenpflege 1990 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.5:  
Berufstätige Hebammen/Entbindungspfleger 1990 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.6:  
Medizinisch-therapeutisches und technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.7:  
Ausgewählte niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.8:  
Fachpersonal in den Gesundheitsämtern 1991 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin

Tabelle 11.9:  
Berufstätige Apotheker und Personal in Apotheken 1990 - 1993 (Stand 31.12.) in Berlin



**Tabelle 11.10:**  
Erteilte Approbationen 1991 - 1993 in Berlin

**Tabelle 11.11:**  
Prüflinge in den Medizinalfachberufen (einschließlich Wiederholungsprüfungen) 1990 - 1993 in Berlin

**Tabelle A 11.1:**  
Niedergelassene bzw. ambulant tätige Ärzte am 31.12.1993 in Berlin nach Fachgebieten und Bezirken

**Tabelle A 11.2:**  
Einwohner je niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Arzt 1980 - 1993 in Berlin

**Tabelle A 11.3:**  
Krankenhausplanbetten je hauptamtlich tätigen Arzt 1980 - 1993 in Berlin

**Tabelle A 11.4:**  
Indikatoren zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung am 31.12.1993 in Berlin nach Bezirken

**Tabelle A 11.5:**  
Niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen am 31.12.1993 in Berlin nach Bezirken

**Tabelle A 11.6:**  
Entwicklung der Ausbildungsplätze an Schulen für Medizinalfachberufe 1991 - 1993 (Stand 1.11.) in Berlin



*KAPITEL*

*12*

*LEISTUNGS- UND MITGLIEDERSTRUKTUREN DER  
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG*

## 12.1 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, 5. Buch - SGB V -).

Die Versicherten erhalten die im Krankheitsfall erforderlichen medizinischen Dienste und Leistungen in Gestalt von Sachleistungen. Nur in vom Gesetz ausdrücklich vorgegebenen Sonderfällen können Geldleistungen beansprucht werden.

Während ursprünglich die Heilung von 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. Januar 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz (GRG) war ein erster Schritt in Richtung zu mehr Prävention im Sinne von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhinderung; das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) setzt diesen Trend fort und enthält Verbesserungen im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und der Individualprophylaxe bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr (bisher 12. Lebensjahr).

Zusätzlich wurde der Leistungskatalog der GKV mit dem GRG um die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (z. B. häusliche Pflegehilfe) erweitert.

Dementsprechend werden von den gesetzlichen Krankenkassen heute folgende Leistungen erbracht:

- ärztliche Behandlung
- zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Zahnersatz
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- häusliche Krankenpflege und Krankheitshilfe
- Krankenhausbehandlung
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Leistungen zur Förderung der Gesundheit

- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit sowie
- unter den Voraussetzungen der §§ 58 ff. SGB V Sterbegeld

## 12.2 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 Personengruppen und deren Familienangehörige ausgedehnt, so daß heute rd. 90 % der Bevölkerung oder 71,9 Mio. (darunter 21,1 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 1.262 (Stand: 31.12.1993) rechtlich selbständigen Krankenkassen.

Im einzelnen gliedert sich das System der GKV gegenwärtig in

- 773 Betriebskrankenkassen (darunter 83 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 272 Ortskrankenkassen (darunter 13 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 181 Innungskrankenkassen (darunter 33 mit Sitz in den neuen Ländern)
- 19 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 8 Ersatzkassen für Arbeiter
- 7 Ersatzkassen für Angestellte
- 1 See-Krankenkasse
- 1 Bundesknappschaft

Die 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 Selbst-

verwaltung 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 der GKV sind in den letzten 30 Jahren schneller als das Brutto-sozialprodukt und schneller als die Löhne gewachsen. Der Gesetzgeber hat daher in den letzten 16 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 Gesundheitsreformgesetz (GRG) wollte der Gesetzgeber der überproportionalen Ausgabenentwicklung und den steigenden Beitragssätzen in der GKV entgegenzutreten, die Ausgaben senken und die Beiträge auf einem niedrigen Niveau (12,5 %) stabilisieren. Leider hat sich schon bald die Erkenntnis durchgesetzt, daß die mit dem GRG eingeführten Instrumentarien nicht ausreichen, um zu mehr Beitragssatzstabilität zu gelangen. Seit Mitte 1990 stiegen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wieder stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. Das führte dazu, daß die Krankenkassen in den Jahren 1991/92 in den alten Ländern Defizite von 5,6 bzw. 9 Milliarden DM zu verzeichnen hatten.

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das am 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist, war daher der zweite Schritt in Richtung zu mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der Gesundheitsversorgung. Dabei war es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, effektivere Versorgungsstrukturen zu schaffen, um auf diese Weise die beobachteten Überkapazitäten im Gesundheitsbereich abzubauen und die damit einhergehenden Mengenausweitungen zu begrenzen.

Eine der wichtigsten Steuerungsmaßnahmen war die sogenannte Budgetierung der Ausgaben der GKV; danach dürfen die Ausgaben der GKV in den Jahren 1993 bis 1995 nur noch in dem Maße steigen wie die Einkommen (Grundlöhne) der Mitglieder der Krankenkassen. Im Laufe des Jahres 1993 hat sich erwiesen, daß die vom Gesetzgeber vorgesehenen Budgets, insbesondere im Bereich der Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittel, ausreichen, um die Versorgung der Bevölkerung in dem medizinisch notwendigen Umfang sicherzustellen. Gerade in dem Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel hat es im Jahre 1993 erhebliche Einsparungen gegeben; mit dazu beigetragen haben die im GSG vorgesehenen Preisabsenkungen für Medikamente, die veränderte Zuzahlung der Versicherten bei Arzneimitteln und - sicherlich forciert durch die Budgetregelungen - eine größere Bereitschaft der Ärzte zur Verschreibung preiswerterer Medikamente (Generika).

Ein weiteres Novum des GSG waren die ab 31. Januar 1993 eingeführten Zulassungsbeschränkungen bei niedergelassenen Ärzten. Die Modifikation des bestehenden Bedarfsplanungsinstrumentariums hat zwar zunächst einen Zulassungsboom ausgelöst; es ist jedoch damit zu rechnen, daß dieses Ergebnis in den kommenden Jahren wegen der bestehenden Zulassungssperren korrigiert wird und die Zahl der niedergelassenen Ärzte nicht mehr weiter - wie bisher - unverhältnismäßig ansteigt (vgl. Kapitel 7).

Erhebliches Gewicht für eine wirksame Kostendämpfung kommt der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, dem Abbau des überhöhten Bestandes von Krankenhausbetten, der zu Fehlbelegungen animiert, und einer stärkeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Krankenbehandlung (einschließlich der teuren Großgerätemedizin) zu. Der Krankenhausbereich bildet den größten Ausgabenblock; hier müssen in den kommenden Jahren verstärkte Maßnahmen zur Mobilisierung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven ergriffen werden (vgl. Kapitel 10).

Ein weiterer Eckpfeiler des GSG ist die Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit der Kassen untereinander zu stärken und auf diese Weise die Beitragssatzstabilität und das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung weiter zu gewährleisten.

Für den Versicherten ändert sich durch das GSG insoweit vor allem eines: Vom 1. Januar 1996 an kann er mit Wirkung vom 1. Januar 1997 an selbst frei wählen, welcher gesetzlichen Krankenkasse er angehören möchte (mit Ausnahme der Betriebs- und Innungskrankenkassen).

### 12.3 Konsolidierung der GKV in den neuen Bundesländern

#### Das Gesundheitsstrukturgesetz in den neuen Bundesländern

Die Aufbauphase des Krankenversicherungssystems in den neuen Ländern und in Berlin (Ost) war 1993 im großen und ganzen abgeschlossen; alle acht Kassenarten waren vertreten und haben ihr Netz von Geschäfts- und Betreuungsstellen weiter ausgebaut. Der Aufbau der Landesverbände der Krankenkassen begann mit rund einjähriger Verzögerung; gleiches gilt für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

In einigen Bereichen war jedoch in den neuen Bundesländern noch nicht das Niveau der Altbundesländer erreicht. Daher wurden die im Einigungsvertrag getroffenen Festlegungen zur Anpassung des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR an das des übrigen Bundesgebietes durch das Gesundheitsstrukturgesetz in modifizierter Form fortgeschrieben.

In diesem Sinn galten für das Jahr 1993 weiterhin bestimmte Sonderregelungen, die der Spezifik der Situation in den neuen Ländern, insbesondere den noch niedrigeren Grundlöhnen, Rechnung getragen haben. Im wesentlichen handelt es sich dabei um folgende:

- Gesetzliche Versicherungspflicht bestand für Arbeitnehmer mit einem monatlichen Verdienst zwischen 390,- und 3 975,- DM (Altbundesländer: zwischen 530,- und 5 400,- DM).
- Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV betrug 1993 12,5 % (Altbundesländer: Januar 1993 durchschnittlich 13,4 %). Im Unterschied zu 1991, wo für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz von 12,8 % galt, setzen die Krankenkassen seit 1992 ihre

Beitragssätze auch in den neuen Ländern und in Berlin-Ost nach eigenem Ermessen fest.

- Die ab 1.7.1991 in den neuen Ländern eingeführte Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten bestimmter Leistungen wurde 1993 den Selbstbeteiligungssätzen in den Altbundesländern bis auf den stationären Bereich angepaßt. So unterscheidet sich 1993 die Zuzahlungsregelung zwischen Ost und West nur noch bei der Krankenhausbehandlung (Ost: 8,- DM pro Kalendertag für höchstens 14 Tage; West: 11,- DM).

In den Bereichen Arznei- und Verbandmittel, Fahrkosten, Heilmittel, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten in den neuen und alten Bundesländern einheitliche Selbstbeteiligungssätze.

- Aufgrund des niedrigeren Einkommensniveaus in den neuen Ländern gelten entsprechend niedrigere Härtegrenzen für die vollständige bzw. teilweise Befreiung von Zuzahlungen (Sozial- bzw. Überforderungsklausel).
- So betrug die Bruttoeinnahmegränze für die vollständige Befreiung von Zuzahlungen per 1.1.1993 für Alleinstehende 1.092,- DM im Monat (Altbundesländer: 1.484,- DM), für Verheiratete 1.501,50 DM (Altbundesländer: 2.040,- DM) zuzüglich 273,- DM (Altbundesländer: 371,- DM) für jeden weiteren Familienangehörigen, z.B. Kinder.

Nur bei der Arznei- und Verbandmittelzuzahlung gelten auch in den neuen Ländern die Einkommensgrenzen West.

Wer in den neuen Ländern einschließlich Berlin-Ost die Einkommensgrenze für die vollständige Befreiung überschritten hat, zahlte 1993 bei einem jährlichen Familienbruttoeinkommen von bis zu 47.700,- DM (Altbundesländer: 64.800,- DM) Eigenbeteiligungen in Höhe von 2 % des zu berücksichtigenden Bruttoeinkommens.

Bei Einkommen darüber lag die Belastungsgrenze für Eigenanteile - also für die Zuzahlung - bei 4 % des Einkommens.

Der für die Familienangehörigen zu berücksichtigende Freibetrag betrug für die ersten Angehörigen 4.914,- DM (Altbundesländer:

6 678,- DM) und für jeden weiteren Angehörigen 3 276,- DM (Altbundesländer: 4.452,- DM)

- Das Gesundheitsstrukturgesetz bindet den Anstieg der Gesamtvergütung der Vertragsärzte und -zahnärzte in den alten und in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost für die Jahre 1993 bis 1995 an die jeweilige Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen in Ost und West.

Durch die wesentlich höheren Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einnahmen in den neuen Ländern wird eine allmähliche Angleichung der Vergütungsniveaus in Ost und West angestrebt.

Für die neuen Bundesländer wurde für 1993 vom BMG die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen und somit der Gesamtvergütung auf 9,5 % geschätzt. Nach dem vorliegenden Rechnungsergebnis wurde diese Steigerungsrate noch erheblich übertroffen. Sie beträgt 16,5 % (Altbundesländer: 4,0 %).

Als Basis für die Berechnung der Gesamtvergütung der Ärzte gilt die verdoppelte Vergütung des ersten Halbjahres 1992 plus 7 % der Vergütungssumme von 1992 plus 9,5 % (geschätzte Steigerungsrate Ost) der Vergütungssumme von 1992.

Das Gesundheitsstrukturgesetz trug auch hier den Besonderheiten in den neuen Ländern Rechnung, indem es berücksichtigte, daß sich der Großteil der Ärzte erst im ersten Halbjahr 1992 in der freien Niederlassung befunden hatte (in den Altbundesländern ist die Gesamtvergütung 1991 die Basis für die Ermittlung des Budgets).

Für die Preise von Heilmitteln galt im Vertragsgebiet Ost im Vergleich zu 1992 ebenfalls die geschätzte Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einkommen von 9,5 %, während sich im Hilfsmittelbereich die Preise nur entsprechend der Steigerungsrate West (3,1 %) verändern durften.

- Die im Einigungsvertrag ursprünglich vorgesehene Befristung für den Weiterbestand der Polikliniken und Ambulatorien in den neuen Län-

dern (bis 31.12.1995) wurde durch das GSG aufgehoben.

Diese ärztlich geleiteten Einrichtungen der ehemaligen DDR besitzen Bestandsschutz auf Dauer, soweit sie am 1.10.1992 noch bestanden. Ebenso sind diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag in dem Umfang, wie sie am 1.10.1992 noch bestanden, jetzt kraft Gesetzes zugelassen. Kirchliche Fachambulanzen sind - soweit sie am 1.10.1992 noch bestanden haben - bis Ende 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen.

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt in den genannten Einrichtungen entsprechend dem Rahmengesamtvertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mittels Fallpauschalen. Sie unterscheidet sich damit von der Vergütungsform der sich in freier Niederlassung befindenden Ärzte, die auf die erbrachte Einzelleistung abzielt. Mit der Fallpauschalhonorigung wurde den spezifischen Bedingungen dieser ehemals poliklinischen Einrichtungen Rechnung getragen.

In den Organen der KV sind die Ärzte aus Polikliniken im Verhältnis ihrer Zahl zur Zahl der niedergelassenen Ärzte vertreten.

- Im Unterschied zu den Altbundesländern hat das GSG für die neuen Länder einschließlich Berlin-Ost im Jahr 1993 noch kein Arznei- und Heilmittelbudget vorgesehen, sondern erst ab 1994, wobei dann als Basis für das Budget die verdoppelten Arznei- und Heilmittelausgaben des ersten Halbjahres 1992 gelten.

#### **Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern**

Ausgangspunkt für die Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern war neben einem einheitlichen Beitragssatz von 12,8 % im Jahre 1991 die gesetzliche Verpflichtung, einen ausgeglichenen Haushalt durch die Anpassung des Ausgabenniveaus an die Finanzierungsgrundlagen unter Berücksichtigung eines im Vergleich zum Westen um 44 % niedrigeren Lohnniveaus zu gewährleisten.

Die Einnahmen und Ausgaben der erstreckten Krankenkassen werden bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse haushaltsmäßig strikt getrennt mit dem Ziel, Finanztransfers von West nach Ost oder umgekehrt auszuschließen. In diesem Sinn wird die getrennte Haushaltsführung zwischen den Krankenkassen Ost und West erst mit Ablauf des Jahres außer Kraft treten, in dem die Bezugsgröße (Durchschnittsverdienste) im Beitrittsgebiet erstmalig 90 % der Bezugsgröße West überschreitet.

Das GSG sieht jedoch unabhängig davon für die Krankenkassen im Ostteil der Stadt bereits ab 1.1.1995 die Einbeziehung in die GKV West und damit die Aufhebung der getrennten Haushaltsführung vor. Bereits ab 1.1.1994 erfolgt eine gewichtete Einbeziehung (Grundlöhne Ost werden fiktiv erhöht) der Krankenkassen in Berlin-Ost in den Risikostrukturausgleich.

Bedingt durch die unterschiedliche wirtschaftliche Situation in den neuen und alten Bundesländern - den wirtschaftlichen Aufbau im Beitrittsgebiet bei gleichzeitiger Verlangsamung des Wirtschaftswachstums im übrigen Bundesgebiet -, entwickelte sich auch die GKV in den neuen Ländern unter besonderen Rahmenbedingungen

So erzielte im ersten Jahr der deutschen Einheit die GKV-Ost einen Finanzüberschuß. Im zweiten Halbjahr zeichnete sich dann zwar eine leicht defizitäre Entwicklung ab (1992 betrug das Finanzdefizit in den neuen Ländern ca 260 Mio DM; in den Altbundesländern demgegenüber 9,1 Mio DM / Quelle: Sozialbericht 1993, BR-Drucksache 250/94, S. 64 ff.); dieses Defizit konnte jedoch in den neuen Ländern durch das Inkrafttreten des GSG in den ersten drei Quartalen des Jahres 1993 durch einen Überschuß von 800 Mio. DM abgelöst werden

Insgesamt stiegen in den neuen Ländern zwar die Ausgaben je Mitglied um mehr als 11 %, doch wurde dieser Anstieg durch das Plus bei den beitragspflichtigen Einnahmen von (aller Voraussicht nach) 16,8 % mehr als ausgeglichen. Dabei unterscheidet sich die Struktur der Ausgabensteigerung in der GKV-Ost gegenüber 1992 deutlich von der der GKV-West:

#### Veränderung der Leistungsausgaben je Mitglied (einschließlich Rentner) 1993 gegenüber 1992 in der GKV-West und -Ost

	West	Ost
	in %	
Zahnersatz	- 26,6	- 50,0
Arzneimittel	- 19,3	+ 8,2
Heil- und Hilfsmittel	+ 0,8	+ 18,9
Zahnarzt	+ 2,2	+ 5,4
Arzt	+ 3,0	+ 19,5
Krankenhaus	+ 4,9	+ 16,0
Fahrkosten	+ 13,9	+ 11,2
Leistungsausgaben insgesamt	- 1,3	+ 11,2
zum Vergleich: beitragspflichtige Einnahmen	+ 3,9	+ 16,8

(Quelle: Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 16, 22. April 1994 (13), B-833)

#### 12.4 Krankenkassen- und Mitgliederstruktur im Land Berlin

Die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden durch landesunmittelbare und bundesunmittelbare gesetzliche Krankenversicherungsträger wahrgenommen. Zu den landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen zählten im Jahr 1992 die

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Berlin
- Betriebskrankenkasse (BKK) des Landes Berlin
- Vereinigte Innungskrankenkasse (VIKK) Berlin
- Innungskrankenkasse für das Metallhandwerk Berlin (Anschluß an VIKK Berlin ab 1.1.1992)
- Innungskrankenkasse der Friseure und des Gastgewerbes Berlin.

Diese landesunmittelbaren Krankenkassen unterliegen der Rechtsaufsicht des Landes Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Soziales. Die über Berlin hinaus wirkenden Kassen (Ersatzkassen sowie länderübergreifend die 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 1992 den Mitgliederstatistiken (KM 1 und KM 5) entnommenen Zahlenangaben - vorliegend auch für das Jahr 1993 - beziehen sich damit nachstehend nur auf Berlin.

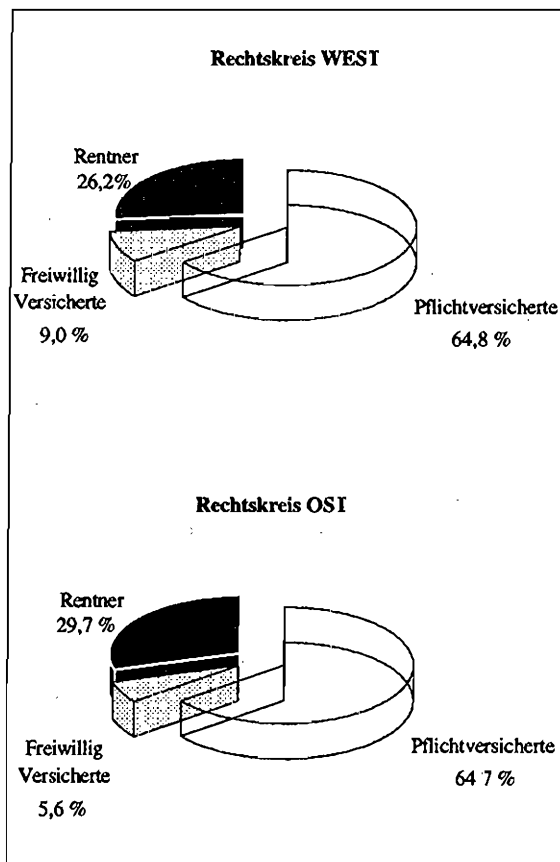
Die Zahl der zu betreuenden Versicherten, denen die genannten landesunmittelbaren Krankenkassen Versicherungsschutz im Krankheitsfalle und andere medizinische Vorsorgeleistungen gewähren, lag 1992 im Westteil Berlins bei 1,08 Mio. (davon 24,0 % mitversicherte Familienangehörige) und erhöht sich um 627.523 (davon 16,2 % mitversicherte Familienangehörige) im Ostteil Berlins auf insgesamt 1,7 Mio. Versicherte - darin eingeschlossen 360.995 mitversicherte Familienangehörige - für Berlin insgesamt.

Aufgeschlüsselt nach Personengruppen entfielen hiervon im Jahre 1992

		in %
<b>Rechtskreis WEST</b>		
Pflicht-Versicherte	703 988	42,2
Freiwillig Versicherte	97 553	5,9
Rentner	284 797	17,1
zusammen	1 086 338	65,2
<b>Rechtskreis OST</b>		
Pflicht-Versicherte	375 450	22,5
Freiwillig Versicherte	32 780	1,9
Rentner	172 106	10,3
zusammen	580.336	34,8
<b>WEST und OST</b>		
Pflicht-Versicherte	1 079 438	64,7
Freiwillig Versicherte	130 333	7,8
Rentner	456.903	27,4
insgesamt	1 666.674	100

**Abbildung 12.1:** Mitgliederstruktur (einschließlich mitversicherte Familienangehörige) bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin bezogen auf die noch getrennten Rechtskreise WEST und OST im Jahr 1993

		in %
<b>Rechtskreis WEST</b>		
Pflicht-Versicherte	693 088	40,6
Freiwillig Versicherte	95 364	5,5
Rentner	291.304	17,1
zusammen	1.079.756	63,2
<b>Rechtskreis OST</b>		
Pflicht-Versicherte	428 471	25,1
Freiwillig Versicherte	27 098	1,6
Rentner	171 954	10,0
zusammen	627 523	36,7
<b>WEST und OST</b>		
Pflicht-Versicherte	1 121 559	65,7
Freiwillig Versicherte	122 462	7,1
Rentner	463 258	27,1
insgesamt	1 707 279	100



Im Jahr 1993 verringerte sich der Versichertenbestand des Jahres 1992 bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin um rund 40.600 (- 2,4 %) auf insgesamt 1,66 Mio. Versicherte, wobei der Anteil an mitversicherten Familienangehörigen gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg von 16.461 Versicherten (rd. 4,6 %) zu verzeichnen hatte. Die Versichertenstruktur für Berlin insgesamt stellte sich damit im Jahr 1993 wie folgt dar:

(Quelle: SenSoz)

### Entwicklung der Mitgliederzahlen im Verhältnis 1991/92 bzw. 1992/93 für Berlin-West und Ost

Die Mitgliederentwicklung (*ohne mitversicherte Familienangehörige*) bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in *Berlin-West* ist im Bereich der Pflicht-Mitglieder nach einem leichten Aufwärtstrend 1990/91 von 5,1 % in den Jahren 1992 und 1993 relativ stabil geblieben (vgl. Tabelle A 12.1 im Tabellenanhang). Lediglich bei den Innungskrankenkassen hat sich die Zunahme von 4,4 % im Verhältnis 1991/92 in abgeschwächter Form fortgesetzt (1990/91 Zunahme von 11,7 %).

Bei der BKK Land Berlin ist mit 8,4 % und bei den Innungskrankenkassen mit 2,5 % ein weiterer Anstieg bei den freiwillig versicherten Mitgliedern im Verhältnis 1992/93 festzustellen.

Für die AOK Berlin hat sich bei den versicherungsberechtigten Mitgliedern der Mitgliederbestand der freiwillig Versicherten von 1992 (= 45.493) zu 1993 (45.502) nicht wesentlich verändert.

Die Mitgliederentwicklung bei den Rentnern hat im Durchschnitt der landesunmittelbaren Krankenkassen im Westteil Berlins mit - 2,5 % (1991/92) und - 2,2 % (1992/93) einen fast gleichbleibenden leichten Rückgang zu verzeichnen.

Im *Ostteil Berlins* hat sich für die landesunmittelbaren Krankenkassen im Verhältnis der Jahre 1991/92 und 1992/93 eine rückläufige Tendenz in der Mitgliederentwicklung zu allen Versicherten-Gruppen ergeben.

Bei der AOK Berlin ist ein anhaltender Rückgang bei den Pflicht-Mitgliedern um - 13,4 % (1991/92) und um - 14,2 % (1992/93) zu verzeichnen. Im Bereich der Freiwilligen Mitglieder hat sich der stark rückläufige Trend von - 42,6 % (1991/92) relativ auf - 4,5 % (1992/93) vermindert. Ebenso ist der Mitgliederbestand der Rentner 1992/93 um - 1,0 % gesunken.

Den höchsten Mitgliederrückgang im Bereich der Pflichtmitglieder weist die BKK Land Berlin auf. Im Verhältnis 1991/92 ergab sich eine Abnahme von - 18,7 %, die sich 1992/93 mit - 20,4 % weiter erhöht hat. Demgegenüber hat sich der Rückwärtstrend bei den Freiwilligen Mitgliedern 1991/92 mit - 8,5 % in eine Zunahme von 47,4 % (1992/93) bei dieser Kasse umgekehrt, der teilweise auch aus der hohen Abnahme der Pflicht-Mitgliederzahlen - infolge Umwandlung bestehender Pflicht- in freiwillig

KV-Versicherungsverhältnisse - zurückzuführen ist. Der Zugang von Rentnern beträgt bei der BKK Land Berlin 1992/93 13,3 %.

Bei den Innungskrankenkassen ist der Rentneranteil bei den Versicherten um 79,2 % im Verhältnis 1992/1993 gestiegen.

### 12.5 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 zeigt Tabelle 12.1.

Die Beitragssatzentwicklung der landesunmittelbaren Krankenkassen war bei fast allen Kassenbereichen im Westteil Berlins durch eine Beitragssatzanhebung 1993 gekennzeichnet. Bedingt durch den starken Anstieg der Leistungsausgaben 1991/92, der sich trotz Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1.1.1993 besonders bei der AOK Berlin fortgesetzt hat, war die Kasse bereits zum erstgenannten Zeitpunkt gezwungen, den allgemeinen Beitragssatz von 13,9 ab 1.1.1993 auf 14,9 % festzusetzen. Dem steht zu dieser Kassenart im Bundesdurchschnitt (alte Bundesländer) am 1.1.1993 ein allgemeiner Beitragssatz von 14,07 % gegenüber.

Bei der BKK Land Berlin wurde bereits der allgemeine Beitragssatz ab dem 1.10.1992 von 12,7 auf 13,8 % heraufgesetzt, der auch 1993 unverändert gilt.

Für die Innungskrankenkassen im Westteil Berlins wurden die Beitragssätze zum Jahr 1993 ebenfalls angehoben. Die VIKK Berlin erhöhte ihren allgemeinen Beitragssatz zum 1.1.1993 von 12,6 auf 12,9 % und die Innungskrankenkasse der Friseure und des Gastgewerbes Berlin zum selben Zeitpunkt von 13,8 auf 14,8 %.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der landesunmittelbaren Krankenkassen im Westteil Berlins beträgt 1993 14,58 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt in den alten Bundesländern der GKV von 12,91 %.

**Tabelle 12.1:**  
Allgemeine Beitragssatzentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern in Berlin

Versicherungs-träger	Beitragssätze in %									
	WEST							OST		
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1991	1992	1993
AOK Berlin	13,8	14,7	14,7	14,7	14,7	13,9	14,9	12,8	12,8	13,05
BKK Berlin	12,9	12,9	12,9	12,67	12,2	12,975	13,8	12,8	12,7	12,7
IKK Bäcker/ Konditoren	14,1	14,7	ab 1.1. VIKK							
IKK Friseure	bis 31.5									
IKK Gastwirte	bis 31.5									
IKK Friseure und Gastgewerbe	14,4	14,9	14,9	14,9	14,9	13,8	14,8	12,8	12,8	13,025
IKK Metall	11,8	12,6	12,6	12,6	12,6	ab 1.1. VIKK		12,8	ab 1.1. VIKK	
VIKK Berlin	12,6	13,3	13,3	13,3	13,3	12,6	12,9	12,8	12,7	12,6
Durchschnitt insgesamt	13,60	14,33	14,31	14,28	14,21	13,66	14,58	12,80	12,78	12,96

(Quelle: SenSoz)

In den neuen Bundesländern - einschließlich Berlin-Ost - wurde für das Jahr 1991 ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz von 12,8 % nach der Gesetzesvorschrift des § 313 Abs 1 SGB V für alle Krankenkassen vorgeschrieben

Ab 1.1.1992 erfolgt die Beitragssatzkalkulation für die Durchführung der Finanzhaushalte jeweils durch die Krankenkassen. Für das Jahr 1992 konnten die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger im Ostteil Berlins die allgemeinen Beitragssätze von 12,8 % halten und zum Teil leicht herabsetzen.

Die AOK Berlin mußte dagegen 1993 aufgrund der angespannten Finanzlage auch im Ostteil Berlins ihren allgemeinen Beitragssatz zum 1. Oktober von 12,8 um einen Beitragssatzpunkt auf 13,8 % heraufsetzen. Dieselbe Entscheidung zum selben Zeitpunkt fällt auch die IKK FuG, die eine Beitragssatzanhebung von 12,8 auf 13,7 % verfügt hatte.

Die BKK Land Berlin hat ihren ab 1992 festgesetzten allgemeinen Beitragssatz von 12,7 % unverändert auch im Jahr 1993 beibehalten. In derselben Höhe ergab sich ein durchschnittlich allgemeiner Beitragssatz im Jahr 1992 auch für die VIKK Berlin, die diesen letztmalig zum 1.7.1992 auf 12,6 % herabgesetzt hatte

In den neuen Bundesländern besteht für 1993 als Bundesdurchschnitt ein allgemeiner Beitragssatz in der GKV von 12,8 % gegenüber dem Jahresdurchschnitt der landesunmittelbaren Krankenkassen im Ostteil Berlins von 12,96 %.

**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-Jahres-Zeiträumen haben sich die durchschnittlichen Grundlöhne der Mitglieder bei den landesunmittelbaren Krankenkassen (lt Statistik KV 45) wie folgt entwickelt:

Rechtskreis WEST	1990	1991	1992	1993
	in DM			
AOK Berlin	33 696	34 668	35 964	36 648
BKK Berlin	36 696	39 120	42 048	43 116
LdI Berlin	30 312	31 044	32 280	33 120
	1991/90	1992/91	1993/92	
	in %			
AOK Berlin	3,0	3,7	1,9	
BKK Berlin	6,6	7,5	2,5	
LdI Berlin	2,4	4,0	2,5	
Rechtskreis OST	1991	1992	1993	
	in DM			
AOK Berlin	20 448	26 124	29 448	
BKK Berlin	19 680	27 228	33 927	
LdI Berlin	18 540	23 880	26 640	
	1992/91	1993/92		
	in %			
AOK Berlin	27,8	11,3		
BKK Berlin	38,4	19,9		
LdI Berlin	28,8	10,4		

Nach einem Jahr Gesundheitsstrukturgesetz zeigen die Finanzergebnisse des Jahres 1993 eine positive Bilanz für die GKV.

Aus dem Defizit von 9,1 Milliarden DM in den alten Bundesländern im Jahr 1992 wurde im Jahr 1993 ein Überschuß von 9,1 Milliarden DM. Die Leistungsausgaben je Mitglied sind um 1,3 % zurückgegangen. Dem steht ein Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von 4 % gegenüber.

In den neuen Bundesländern hat das Jahr 1993 mit einem Plus von 1,1 Milliarden das Minus von 260 Millionen DM aus 1992 abgelöst. Die Leistungsausgaben blieben mit 11,8 % deutlich unter dem Zuwachs der Grundlöhne von 16,5 %.

Bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin liegen die Steigerungsraten für die Grundlohnsummen im Rechtskreis WEST bei der AOK Berlin und den IKK'n für 1992 und 1993 unter den durchschnittlichen Veränderungsraten der nach § 270 SGB V zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, die für 1992 5,1 % und für 1993 4,0 % betragen.

Bei der BKK Land Berlin beträgt die Grundlohnsummensteigerung für 1992 dagegen 7,5 %, wobei für 1993 mit 2,5 % der Bundesdurchschnitt unterschritten wird.

Für den Rechtskreis OST gibt es bei den landesunmittelbaren Krankenkassen eine parallele Grundlohnsummenentwicklung.

Die AOK Berlin und die IKK'n liegen sowohl 1992 als auch 1993 unter dem Bundesdurchschnitt von 29,3 (1992) und 16,5 % (1993).

Bei der BKK Land Berlin liegt die Grundlohnsummenentwicklung mit 38,4 % für 1992 und 19,9 % für 1993 deutlich über den durchschnittlichen Veränderungsraten der zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied.

Bezogen auf die Angleichung der Grundlohnsummenentwicklung im OST-WEST-Verhältnis, hat der Rechtskreis OST bei den landesunmittelbaren Krankenkassen mit 30 036 DM (im Monat 2 503 DM) rund 80 % des WEST-Niveaus erreicht.

Folgende Durchschnittswerte der Grundlohnsumme je Mitglied und Kassenbereich im Verhältnis OST zu WEST - bezogen auf die Berlin-Verhältnisse der landesunmittelbaren Krankenkassen - ergeben sich für den Zeitraum 1991 bis 1993:

	1991		1992		1993	
	DM	%	DM	%	DM	%
AOK Berlin-Ost	1 704	58,9	2 177	72,6	2 454	80,0
BKK Berlin-Ost	1 640	50,3	2 269	64,7	2 831	79,0
LdI Berlin-Ost	1 545	59,7	1 990	73,9	2 220	80,0

## 12.6 Entwicklung der Ausgaben und Leistungen

Die Entwicklung der Leistungsausgaben hat im Jahr 1993 durch die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes in den alten Bundesländern in der GKV einen deutlichen Ausgabenrückgang in mehreren Leistungsbereichen bewirkt.

So konnten die Ausgaben je Mitglied um 72,- DM (- 1,7 %) gegenüber 1992 gesenkt werden. Die kräftigsten Ausgabenrückgänge im Jahr 1993 sind bei den Leistungen für Zahnersatz (- 26,6 %), bei Arzneimitteln (- 19,3 %) sowie bei Heilmitteln (- 6,3 %) zu verzeichnen. Demgegenüber legten die Ausgaben für Fahrkosten mit 13,9 %, für Schwerpflegebedürftigkeit um 7,2 % sowie für Krankenhausbehandlung um 4,9 % zu.

In den neuen Bundesländern stiegen die Leistungsausgaben 1993 je Mitglied um rund 304,- DM (11,8 %) an. Zu einem starken Wachstum der

Leistungsausgaben kamen in den Bereichen ärztliche Behandlung 19,5 %, Heil- und Hilfsmittel 18,9 %, Krankengeld 35,1 %, Fahrkosten 33,7 % und Kuren 44,0 %.

Ein bedeutender Ausgabenrückgang war bei den Leistungen für Zahnersatz von - 50,0 % zu verzeichnen.

**Entwicklung der Leistungsausgaben bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin 1990 bis 1993**

Der Anstieg der Leistungsausgaben ist bei den landesunmittelbaren Krankenkassen für 1993 gegenüber 1991/92 in allen Kassenbereichen deutlich zurückgegangen.

Die nachstehenden Übersichten veranschaulichen die jährlichen ab 1990 bis 1993 eingetretenen Ausgabensteigerungen, wie sie sich in den Rechtskreisen WEST und OST in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) im Leistungsaufwand bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin entwickelt haben.

**Leistungsausgaben in der AKV und KVdR 1990 - 1993 in Berlin**

*Rechtskreis WEST*

*Leistungsausgaben in TDM*

	1990	1991	1992	1993
<b>AOK Berlin</b>				
AKV	1 313 702,8	1 479 135,3	1 566 815,9	1 665 395,9
KVdR	1 445 024,6	1 605 718,7	1 744 356,5	1 693 142,2
<b>BKK Berlin</b>				
AKV	261 842,9	297 743,6	328 591,6	324 175,3
KVdR	205 446,6	233 176,7	265 235,6	261 517,2
<b>LdI Berlin</b>				
AKV	124 733,5	143 893,7	170 544,9	175 433,2
KVdR	65 740,6	79 140,2	87 665,6	86 375,3
<b>insgesamt</b>	<b>3 416 490,9</b>	<b>3 838 808,1</b>	<b>4 163 210,2</b>	<b>4 206 039,0</b>

*Steigerungen in %*

	1991/90	1992/91	1993/92
<b>AOK Berlin</b>			
AKV	12,59	5,93	6,29
KVdR	11,12	8,63	- 2,94
<b>BKK Berlin</b>			
AKV	13,71	10,36	- 1,34
KVdR	13,50	13,75	- 1,40
<b>LdI Berlin</b>			
AKV	15,36	18,52	2,87
KVdR	20,38	10,77	- 1,47
<b>insgesamt</b>	<b>12,36</b>	<b>8,45</b>	<b>1,03</b>

*Rechtskreis OST*

*Leistungsausgaben in TDM*

	1991	1992	1993
<b>AOK Berlin</b>			
AKV	461 269,7	628 720,7	602 743,7
KVdR	559 501,9	799 004,8	930 574,2
<b>BKK Berlin</b>			
AKV	124 181,4	174 947,2	169 124,9
KVdR	14 983,4	39 698,3	50 823,7
<b>LdI Berlin</b>			
AKV	26 511,3	46 700,8	53 641,8
KVdR	660,3	2 117,3	3 686,9
<b>insgesamt</b>	<b>1 187 108,1</b>	<b>1 691 189,0</b>	<b>1 810 595,3</b>

*Steigerungen in %*

	1992/91	1993/92
<b>AOK Berlin</b>		
AKV	36,30	- 4,13
KVdR	42,81	16,47
<b>BKK Berlin</b>		
AKV	40,88	- 3,33
KVdR	165,00	28,03
<b>LdI Berlin</b>		
AKV	76,15	14,86
KVdR	220,60	74,14
<b>insgesamt</b>	<b>42,46</b>	<b>7,06</b>

Durch die rückläufige Mitgliederentwicklung - hauptsächlich bei der AOK Berlin und bei der BKK Land Berlin -, die sich für 1993 weiter fortsetzt, ist der Anstieg der Leistungsausgaben insgesamt im

Rechtskreis WEST mit 1,03 % gegenüber 1992 (8,45 %) und im Rechtskreis Ost mit 7,06 % gegenüber 1992 (42,46 %) ebenfalls deutlich niedriger. Die Leistungsanspruchnahme je Mitglied ist aufgrund der Auswirkungen des GSG auch bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin für 1993 gegenüber 1992 rückläufig, liegt jedoch insgesamt im Rechtskreis WEST mit 2,32 % (AKV + KVdR) und im Rechtskreis OST mit 17,4 % (AKV + KVdR) deutlich über dem Bundesdurchschnitt in der GKV.

Nach den Mitgliederstrukturen der Krankenkassen stehen sich die jeweiligen Ausgabensteigerungen je Mitglied für die Jahre 1990 bis 1993 wie folgt gegenüber:

#### Leistungen je Mitglied in der AKV und KVdR 1990 - 1993

##### Rechtskreis WEST

	Leistungen je Mitglied in DM			
	1990	1991	1992	1993
<b>AOK Berlin</b>				
AKV	3 297,79	3 567,84	3 759,64	4 043,71
KVdR	6 038,17	6 907,06	7 735,92	7 729,30
<b>BKK Berlin</b>				
AKV	3 520,06	4 010,02	4 481,18	4 367,25
KVdR	5 634,54	6 363,12	7 205,73	7 045,37
<b>LdI Berlin</b>				
AKV	2 718,93	2 664,30	3 029,06	3 127,65
KVdR	5 676,59	6 837,76	7 615,81	7 527,91
<b>AKV insg.</b>	<b>3 260,38</b>	<b>3 538,42</b>	<b>3 781,20</b>	<b>3 993,24</b>
<b>KVdR insg.</b>	<b>5 972,38</b>	<b>6 833,19</b>	<b>7 659,59</b>	<b>7 625,82</b>

##### Steigerungen in %

	1991/90	1992/91	1993/92
<b>AOK Berlin</b>			
AKV	8,19	5,38	7,56
KVdR	14,39	12,00	- 0,09
<b>BKK Berlin</b>			
AKV	13,92	11,75	- 2,54
KVdR	12,93	13,24	- 2,23
<b>LdI Berlin</b>			
AKV	- 2,01	13,69	3,26
KVdR	20,46	11,38	- 1,15

AKV insgesamt	8,53	6,86	5,61
KVdR insgesamt	14,41	12,09	- 0,44
<b>Rechtskreis OST</b>			

##### Leistungen je Mitglied in DM

	1991	1992	1993
<b>AOK Berlin</b>			
AKV	1 451,43	2 347,09	2 607,43
KVdR	3 445,42	4 975,56	5 852,52
<b>BKK Berlin</b>			
AKV	1 546,76	2 660,23	3 052,30
KVdR	1 872,92	4 816,00	5 440,93
<b>LdI Berlin</b>			
AKV	1 204,84	2 012,01	2 260,89
KVdR	4 051,07	4 993,72	4 851,23
<b>AKV insgesamt</b>	<b>1 456,73</b>	<b>2 383,01</b>	<b>2 660,37</b>
<b>KVdR insgesamt</b>	<b>3 372,24</b>	<b>4 967,83</b>	<b>5 825,29</b>

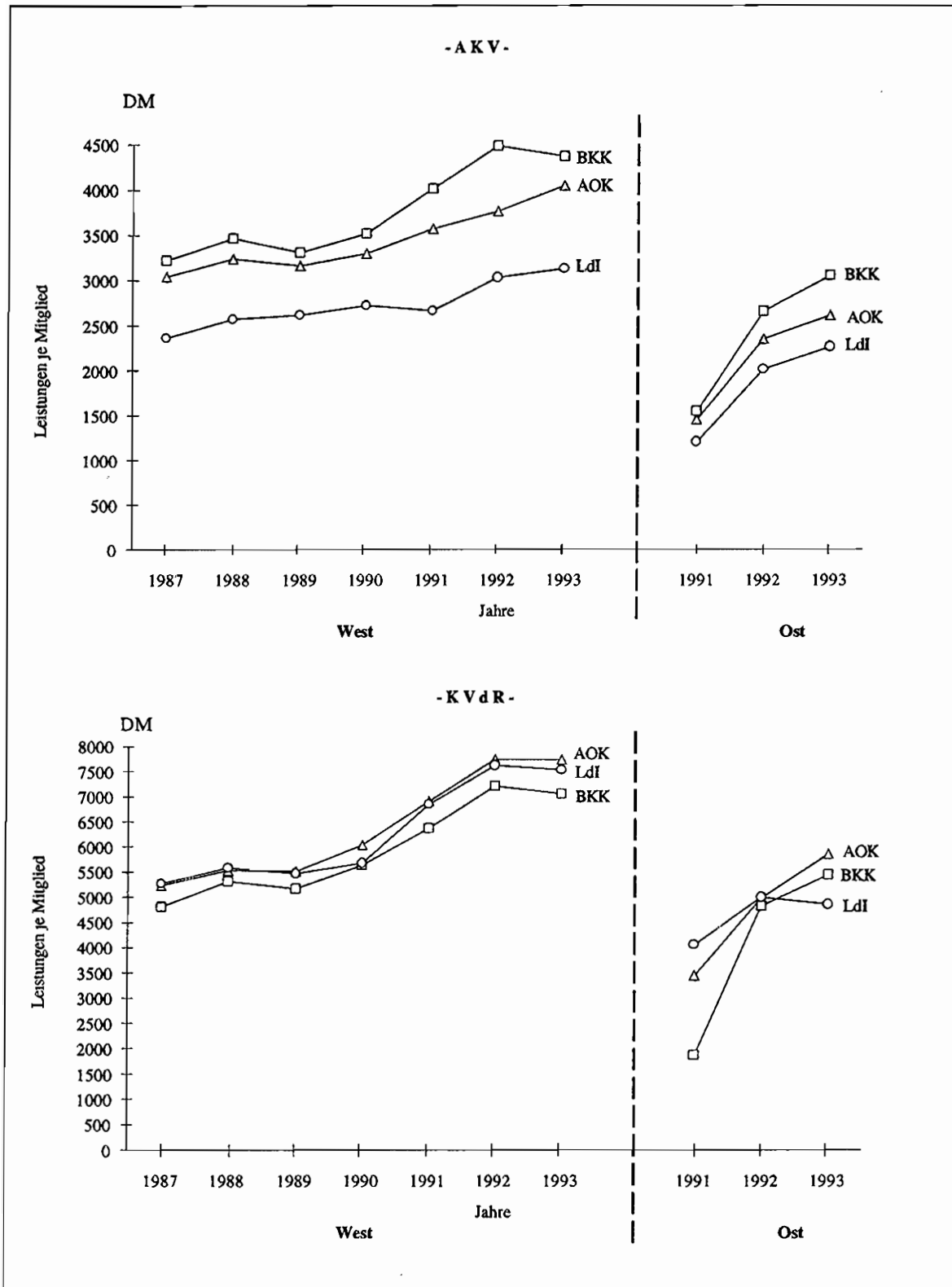
##### Steigerungen in %

	1992/91	1993/92
<b>AOK Berlin</b>		
AKV	61,71	11,09
KVdR	44,41	17,63
<b>BKK Berlin</b>		
AKV	71,99	14,74
KVdR	157,14	12,98
<b>LdI Berlin</b>		
AKV	66,99	12,37
KVdR	23,26	- 2,85
<b>AKV insgesamt</b>	<b>63,59</b>	<b>11,64</b>
<b>KVdR insgesamt</b>	<b>47,32</b>	<b>17,26</b>

Die Leistungsausgaben im Bereich der KVdR sind im Rechtskreis WEST mit - 0,44 % im Verhältnis 1993/92 leicht rückläufig. Im Ostteil Berlins liegt der Anstieg 1993/92 von 17,26 % im KVdR-Bereich über der Leistungsanspruchnahme in der AKV mit 11,64 % je Mitglied.

Die unterschiedlichen Steigerungsverhältnisse bei den landesunmittelbaren Krankenkassen im Leistungsaufwand der AKV und dem in der KVdR dokumentieren die in der Abbildung 12.2 dargestellten Entwicklungskurven ab dem Jahr 1990.

Abbildung 12.2:  
Leistungen je Mitglied in der AKV und KVdR 1987 bis 1993 in Berlin



(Quelle: SenSoz)

### Entwicklung der Leistungsausgaben bei den landesunmittelbaren Krankenkassen 1987 bis 1993 (Pro-Kopf-Werte)

Die Entwicklung der Leistungsausgaben der landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin spiegelt die unterschiedlichen Risikobelastungen der einzelnen Kassenbereiche anhand ihrer Pro-Kopf-Ausgaben wider, die zum Teil nicht mit den Entwicklungstendenzen der im Bundesdurchschnitt der GKV für 1993 ermittelten Werte im Einklang stehen.

So stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben für den Rechtskreis WEST insgesamt um 117,88 DM (AKV 212,- DM / KVdR - 71,- DM).

Im Ostteil Berlins haben sich die Leistungsausgaben je Mitglied um 562,18 DM (AKV 277,- DM / KVdR 857,- DM) 1993 erhöht. Besonders auffällig stellt sich die Zunahme/Abnahme der Leistungsaufwendungen je Mitglied in der AKV und in der KVdR bei ausgewählten Leistungsbereichen für die Rechtskreise WEST/OST der landesunmittelbaren Krankenkassen dar (vgl. Tabelle A 12.2 im Tabellenanhang)

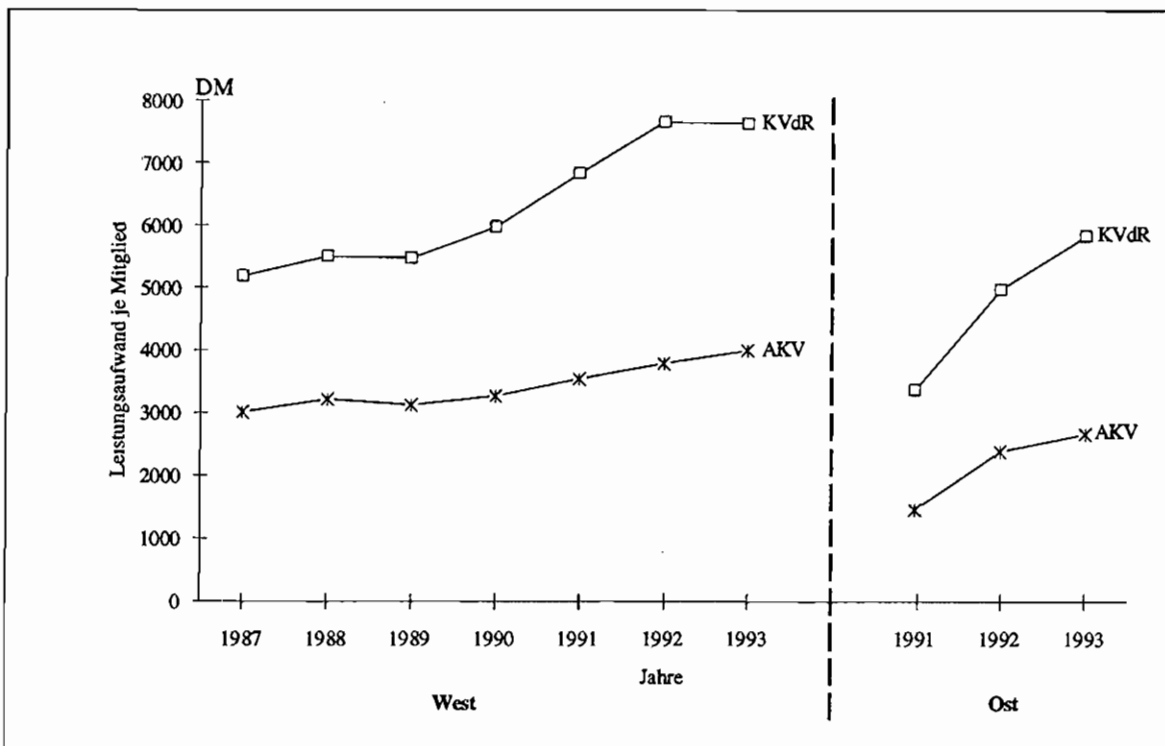
Im Rechtskreis WEST ist ein deutlicher Rückgang der Leistungsausgaben 1993 je Mitglied im Bereich Zahnersatz mit - 17,26 % und bei den Arznei- und Hilfsmitteln mit - 15,38 % zu verzeichnen. Demgegenüber stiegen die Leistungsausgaben im Bereich der AKV-Mitglieder für Krankenhausbehandlungen um rund 16,0 % und für Schwerpflegebedürftigkeit um rund 38,0 % und 22,0 % im KVdR-Bereich.

Die Leistungsanspruchnahme im Ostteil Berlins liegt auch 1993 mit 72,7 % (Ost/West-Verhältnis) noch deutlich unter dem Westniveau. Die Ausgabensteigerungen in den einzelnen Leistungsbereichen spiegeln ebenfalls die unterschiedliche Inanspruchnahme der Leistungen im Ost/West-Verhältnis Berlins wider.

Einen starken Anstieg der Leistungsausgaben je Mitglied 1993 gab es bei den ärztlichen Behandlungen mit rund 21,0 %, bei Krankenhauskosten mit rund 29,0 %, für Krankengeld mit rund 37,0 % und bei der Inanspruchnahme von Leistungen für Kuren mit rund 32,0 %. Bei den Leistungen für Schwerpflegebedürftigkeit ist ein Ausgabenanstieg

Abbildung 12.3:

Leistungsaufwand je Mitglied der Krankenversicherungsträger AOK Berlin, BKK Berlin und IKK'n in Berlin 1987 bis 1993



(Quelle: SenSoz)



von 39,0 % gegenüber 1992 zu verzeichnen. Die Ausgabenminderung für Zahnersatz von rund 44,0 % liegt im Trend der Entwicklung der rückläufigen Kosten im Bundesdurchschnitt der GKV in den neuen Bundesländern.

Die in Abbildung 12.3 dargestellten Leistungskurven verdeutlichen die unterschiedlichen Entwicklungen der Ausgaben in der AKV und in der KVdR je Mitglied bei den landesunmittelbaren Krankenkassen in Berlin ab 1987.

## 12.7 Tabellenverzeichnis

(A= Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle 12.1:

Allgemeine Beitragssatzentwicklung bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern in Berlin

Tabelle A 12.1:

Mitgliederentwicklung bei den landesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern 1987 - 1993 in Berlin

Tabelle A 12.2:

Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben der landesunmittelbaren Krankenkassen (AOK, BKK, IKK'n) 1993 in Berlin

Tabelle A 12.3:

Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung 1991 und 1992 in Berlin  
(Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 12.4:

Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1992 in Berlin  
(Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 12.5:

Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989, 1990 - 1992 in Berlin  
(Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 12.6:

Bevölkerung und Erwerbstätige nach Art der Krankenkasse/-versicherung, Art des Versicherungsschutzes, Altersgruppen und Geschlecht 1992 in Berlin  
(Ergebnisse des Mikrozensus)

Tabelle A 12.7:

Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben 1992 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 Statistischen Landesamtes Berlin - StaLa -.**



*KAPITEL*

*13*

*WEITERE GESUNDHEITSLEISTUNGEN  
ANDERER ÖFFENTLICHER  
TRÄGER*

### 13.0 Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der seit Jahren steigenden Ausgaben für Krankenhilfe, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege wurde die Diskussion um die finanzielle Absicherung des Pflegerisikos lange geführt. Es bestand seit einiger Zeit über die Notwendigkeit einer sozialen Pflegeversicherung Einigkeit unter den politisch Verantwortlichen, da damit die Pflegebedürftigkeit finanziell abgesichert werden und die Last der Finanzierung besser verteilt werden könnte. Ein entsprechendes Gesetz liegt nunmehr vor.

Das Gesamtvolumen der zur Zeit außerhalb des Sozialversicherungssystems finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen hat im Vorfeld der neuen Pflegeversicherung bereits ein derart hohes Gewicht, daß seine Darstellung im Jahresgesundheitsbericht geboten scheint. Folgende Leistungsbereiche sind hierbei zu berücksichtigen:

- Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz - BSHG - (vgl. Abschnitt 13.1)

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.

- Leistungen der Kriegsoferfürsorge (§§ 25 bis 27 i BVG) (vgl. Abschnitt 13.2)

- Leistungen nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG) (vgl. Abschnitt 13.3)

Welche finanziellen Auswirkungen dieses Gesetz auf den künftigen finanziellen Aufwand der hier zu besprechenden Leistungsgesetze

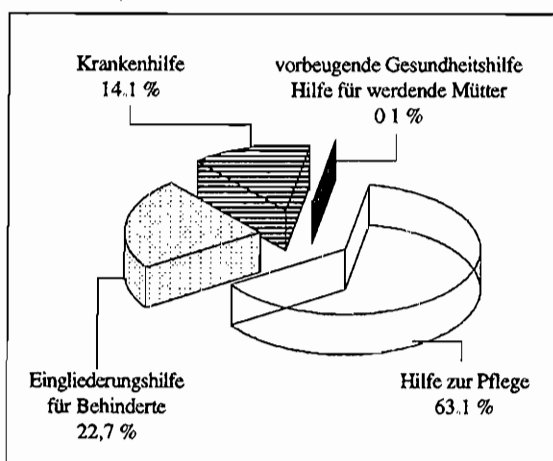
haben wird, bleibt z. Z. noch offen. Es ist jedoch mit wesentlichen Umstrukturierungen des gesamten Pflegeaufwandes zu rechnen, da die Berechtigten nach allen drei Leistungsgesetzen zum Teil auch nach dem neuen Pflegeversicherungsgesetz leistungsberechtigt und diese Leistungen dann vorrangig gegenüber den anderen Leistungsgesetzen sein werden.

Für das Berichtsjahr 1991 bezogen sich die Leistungen der oben genannten Gesetze 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. Es stehen ab 1992 nunmehr für alle Leistungsbereiche auch Vergleichsdaten zum Vorjahr für ganz Berlin zur Verfügung, die hiermit veröffentlicht werden.

### 13.1 Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz - BSHG - 1992 in Berlin

Insgesamt wurden in Berlin im Jahre 1992 rd 1 521 Mio. DM für Gesundheits- und Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe aufgewandt. Rd 14 % dieser Leistungen entfielen auf die Krankenhilfe, weitere knapp 23 % Eingliederungshilfe für Behinderte. Die vorbeugende Ge-

Abbildung 13.1: Verteilung der Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1992 in Berlin



(Quelle: SenSoz)

sundheitshilfe und die Hilfe für werdende Mütter stellen mit zusammen 0,1 % den kleinsten Anteil. Der Anteil für Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff. BSHG betrug 1992 ca. 63 %. Mit einem Volumen von rd. 959,6 Mio. DM macht insbesondere die Höhe der Ausgaben für Hilfe zur Pflege die derzeitige Rolle des Sozialhilfeträgers bei der Finanzierung des Pflegebedarfs deutlich. Abbildung 13.1 und Tabelle A 13.1 über Ausgaben nach Hilfearten 1991/92 in Berlin (siehe Tabellenanhang) zeigen die Verteilung des Aufwandes für die genannten Leistungen.

**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 1991/92 darstellen, zeigt die Tabelle A 13.2 (siehe Tabellenanhang). Anzumerken ist hierbei, daß aus den o g. Gründen die Addition der Einzelpositionen (innerhalb bzw. außerhalb von Einrichtungen) nicht zwangsläufig die entsprechende Summe der Empfänger ergibt. Ferner sind mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung auch Verschiebungen der Empfängerstrukturen in größerem Umfang zu erwarten, da die Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem BSHG zum Teil auch nach dem neuen Pflegeversicherungsgesetz leistungsberechtigt sein werden

**13.2 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 1991/92 zeigt die Tabelle A 13.3 (siehe Tabellenanhang). Anzumerken ist auch hier, daß mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung Verschiebungen der Empfängerstrukturen zu erwarten sind, da die Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem BVG zum Teil auch nach dem neuen Pflegeversicherungsgesetz leistungsberechtigt sein werden.

1) einschließlich der entsprechenden Leistungen des übrigen sozialen Entschädigungsrechts

**13.3 Pflegegelder und Sachleistungen nach dem Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG)**

Pflegebedürftigkeit bedeutet immer, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein; Mobilität ist stark eingeschränkt und soziale Kontakte gehen verloren. Darüber hinaus besteht die Gefahr, aus der häuslichen Umgebung herausgerissen zu werden, da dort die notwendige Versorgung und Pflege nicht sichergestellt werden können. Es ist eine sozialpolitische Aufgabe des Staates, dem mit wirksamen Mitteln entgegenzutreten. In Verwirklichung dieser Aufgabe unterstützt das Land Berlin Hilflose, Blinde, hochgradig Sehbehinderte und Gehörlose mit monatlichen Geldbeträgen in unterschiedlicher Höhe, um die durch die Behinderung bedingten Mehraufwendungen pauschal aufzufangen.

Die jeweilige Behinderung verursacht in der Regel eine nicht nur vorübergehende Pflegebedürftigkeit. Dies hat zur Folge, daß die Zahlung der Pflegegelder in der Mehrzahl der Fälle auf längere Dauer angelegt ist. Die Entwicklung der Zahl der Berechtigten seit 1985 zeigen die folgenden Zahlen für die Sozialämter der westlichen Bezirke. Der Kreis der Berechtigten betrug im Jahresdurchschnitt

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
1992	23.018 Personen.

Diese Angaben enthalten keine Empfängerzahlen aus dem Bereich der Abteilungen Jugend der Bezirke und den östlichen Bezirken. Im Ostteil der Stadt wird die Empfängerstatistik zum Pflegegesetz erst ab 1994 geführt

Eine Sondererhebung 1993 ergab jedoch für Berlin insgesamt folgende Ergebnisse:

Im Jahr 1993 kamen durchschnittlich 40.000 Berliner Bürger in den Genuß von Pflegegeldleistungen nach dem Berliner Pflegegesetz. Das Pflegegesetz wurde zeitgleich mit dem BSHG zum 1.1.1991 auch in den östlichen Bezirken Berlins eingeführt

Durchschnittlich erhalten lediglich 20 % der Pflegegeldempfänger ihre Pflege in Einrichtungen, 80 % dagegen werden im häuslichen Bereich gepflegt. Pflegegeldberechtigte bedürfen für zahlreiche Verrichtungen des täglichen Lebens fremder Hilfe, so z.B. für das An- und Auskleiden, für die Nahrungsaufnahme oder für die Körperpflege. Darüber hinaus fordert der Gesundheitszustand oft die dauernde oder häufige Anwesenheit einer Pflegeperson und stellt oft hohe Anforderungen an die körperlichen oder seelischen Kräfte der Pflegepersonen.

Es ist in hohem Maße auf die Pflegegeldleistungen nach dem Pflegegesetz zurückzuführen, daß ein Großteil der so intensiv Pflegebedürftigen in ihrem häuslichen Bereich bleibt und die erforderliche Versorgung dort sichergestellt werden kann. Dies ermöglicht eine individuelle Betreuung, die auch auf die persönliche Situation und die persönlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen kann

Auch zum Berechtigtenkreis nach dem Pflegegesetz ist anzumerken, daß mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung Verschiebungen der Empfängerstrukturen in größerem Umfang zu erwarten sind, da die Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem PflegeG zu einem guten Teil nach dem neuen Pflegeversicherungsgesetz leistungsberechtigt sein werden.

Gerade die häusliche Betreuung von Schwerpflegebedürftigen, die mit vielen Entbehrungen und Schwierigkeiten verbunden ist, verdient Anerkennung und staatliche Unterstützung auch für die Pflegepersonen. Aus diesem Grunde sind Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen im Alter von enormer Wichtigkeit und seit dem 1.1.1989 für die Pflege von Hilflosen der Pflege-

stufen IV bis VI im Pflegegesetz verankert. Die Ausgaben hierfür erfuhren 1993 eine nochmalige Steigerung, während die Ausgaben für häusliche Krankenpflege und Hilfen zur Weiterführung des Haushalts als Sachleistungen rückläufig waren.

Die Aufwandszahlen zum Pflegegesetz stehen aus den Abteilungen Sozialwesen sowie Jugend und Sport der westlichen und östlichen Bezirke mit der Haushaltsschreibung seit 1991 zur Verfügung.

Die Ausgabenentwicklung für Pflegegelder, Sachleistungen und RV-Beiträge nach dem PflegeG sind in Tabelle A 13.4 (siehe Tabellenanhang) für 1991/93 dargestellt. Der Gesamtaufwand an Pflegegeldern und Sachleistungen der verschiedenen Art nach diesem Gesetz muß im Kontext mit dem Pflegeaufwand nach dem BSHG gewürdigt werden. Zusammen betragen diese Aufwendungen 1992 in Berlin rd. 1.168 Mio. DM an Leistungen zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit und ihrer sozialen Absicherung außerhalb des Sozialversicherungssystems. In 1993 ist ein noch höherer Betrag zu erwarten (ca. 1.182 Mio. DM).

### 13.4 Tabellenverzeichnis

(A = Die Tabelle befindet sich im Tabellenanhang)

Tabelle A 13.1:  
Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1991/92 in Berlin nach Hilfearten

Tabelle A 13.2:  
Fallzahlen bei Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1991/92 in Berlin nach Hilfearten

Tabelle A 13.3:  
Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG-KOF 1991/92 in Berlin

Tabelle A 13.4:  
Pflegegelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG Berlin 1992

***TABELLENANHANG***

## Kapitel 1 - Bevölkerung

**Tabelle A 1.1:**  
**Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin**  
**nach Alter, Geschlecht und Ausländern**

Alter von ..., bis unter ... Jahren	Bevölkerung			darunter Ausländer
	insgesamt	männlich	weiblich	
<b>Berlin-West</b>				
0 - 1	21.868	11.408	10.460	5.706
1 - 5	88.021	45.275	42.746	23.061
5 - 10	99.240	50.937	48.303	22.457
10 - 15	95.632	49.143	46.489	21.983
15 - 20	94.230	48.087	46.143	26.216
20 - 25	144.009	72.140	71.869	35.541
25 - 30	215.271	109.703	105.568	41.700
30 - 35	194.018	100.759	93.259	33.645
35 - 40	157.638	81.135	76.503	27.138
40 - 45	163.812	81.579	82.233	25.646
45 - 50	151.984	78.984	73.000	21.546
50 - 55	179.452	93.638	85.814	17.792
55 - 60	133.571	67.112	66.459	11.215
60 - 65	92.860	43.184	49.676	5.684
65 - 70	82.410	30.373	52.037	2.895
70 - 75	76.586	23.459	53.127	1.573
75 - 80	62.646	16.869	45.777	776
80 - 85	67.523	16.311	51.212	662
85 und mehr	50.996	10.385	40.611	551
<b>zusammen 1992</b>	<b>2.171.767</b>	<b>1.030.481</b>	<b>1.141.286</b>	<b>325.787</b>
1991	2.164.904	1.026.208	1.138.696	307.889
<b>Berlin-Ost</b>				
0 - 1	7.861	4.009	3.852	473
1 - 5	59.085	30.270	28.815	1.519
5 - 10	89.156	45.702	43.454	1.938
10 - 15	84.852	43.461	41.391	1.831
15 - 20	65.533	33.351	32.182	1.719
20 - 25	92.273	45.793	46.480	5.784
25 - 30	128.260	65.045	63.215	7.533
30 - 35	120.189	63.232	56.957	7.133
35 - 40	101.827	52.806	49.021	6.511
40 - 45	88.081	44.830	43.251	4.501
45 - 50	73.750	36.647	37.103	2.654
50 - 55	101.501	49.460	52.041	1.554
55 - 60	83.811	40.161	43.650	1.026
60 - 65	59.685	28.618	31.067	663
65 - 70	41.167	15.600	25.567	426
70 - 75	32.772	10.524	22.248	217
75 - 80	23.419	6.512	16.907	123
80 - 85	24.655	6.292	18.363	107
85 und mehr	16.104	3.677	12.427	78
<b>zusammen 1992</b>	<b>1.293.981</b>	<b>625.990</b>	<b>667.991</b>	<b>45.790</b>
1991	1.281.127	614.039	667.088	32.157
<b>Berlin</b>				
<b>insgesamt 1992</b>	<b>3.465.748</b>	<b>1.656.471</b>	<b>1.809.277</b>	<b>371.577</b>
1991	3.446.031	1.640.247	1.805.784	340.046

(Quelle: StaL a Berlin)



**Tabelle A 1.2:**  
**Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Ausländern**

Bezirk	Bevölkerung				Deutsche				Ausländer							
	insgesamt		weiblich		zusammen		männlich		weiblich		zusammen		männlich		weiblich	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
<b>Berlin-West</b>																
Tiergarten	94.694	46.717	47.977	35.408	73.415	38.007	21.279	11.309	9.970							
Wedding	169.554	83.926	85.628	61.282	126.807	65.525	42.747	22.644	20.103							
Kreuzberg	156.173	78.673	77.500	53.554	108.219	54.665	47.954	25.119	22.835							
Charlottenburg	184.420	86.595	97.825	70.551	154.611	84.060	29.809	16.044	13.765							
Spandau	223.852	106.902	116.950	90.925	194.890	103.965	28.962	15.977	12.985							
Wilmerdorf	145.770	65.769	80.001	57.964	130.867	72.903	14.903	7.805	7.098							
Zehlendorf	97.522	44.733	52.789	41.243	90.436	49.193	7.086	3.490	3.596							
Schöneberg	156.925	75.343	81.582	58.746	126.032	67.286	30.893	16.597	14.296							
Steglitz	191.489	86.664	104.825	78.763	176.163	97.400	15.326	7.901	7.425							
Tempelhof	189.421	87.419	102.002	79.613	174.163	94.550	15.258	7.806	7.452							
Neukölln	312.027	150.345	161.682	122.555	258.984	136.429	53.043	27.790	25.253							
Reinickendorf	249.920	117.395	132.525	107.838	231.393	123.555	18.527	9.557	8.970							
<b>zusammen</b>	<b>2.171.767</b>	<b>1.030.481</b>	<b>1.141.286</b>	<b>858.442</b>	<b>1.845.980</b>	<b>987.538</b>	<b>325.787</b>	<b>172.039</b>	<b>153.748</b>							
1991	2.164.904	1.026.208	1.138.696	863.215	1.857.015	993.800	307.889	162.993	144.896							
<b>Berlin-Ost</b>																
Mitte	82.227	39.767	42.460	36.319	76.774	40.455	5.453	3.448	2.005							
Prenzlauer Berg	146.847	70.815	76.032	68.262	142.587	74.325	4.260	2.553	1.707							
Friedrichshagen	107.167	52.197	54.970	50.088	103.706	53.618	3.461	2.109	1.352							
Treptow	105.401	49.808	55.593	48.529	103.441	54.912	1.960	1.279	681							
Köpenick	108.087	51.180	56.907	49.769	105.826	56.057	2.261	1.411	850							
Lichtenberg	167.593	82.068	85.525	73.576	155.951	82.375	11.642	8.492	3.150							
Weißensee	51.697	24.461	27.236	23.800	50.634	26.834	1.063	661	402							
Pankow	107.240	50.080	57.160	48.427	104.564	56.137	2.676	1.653	1.023							
Marzahn	164.790	81.102	83.688	77.812	159.373	81.561	5.417	3.290	2.127							
Hohenschönhausen	119.620	59.235	60.385	55.739	114.806	59.067	4.814	3.496	1.318							
Hellersdorf	133.312	65.277	68.035	63.206	130.529	67.323	2.783	2.071	712							
<b>zusammen</b>	<b>1.293.981</b>	<b>625.990</b>	<b>667.991</b>	<b>595.527</b>	<b>1.248.191</b>	<b>652.664</b>	<b>45.790</b>	<b>30.463</b>	<b>15.327</b>							
1991	1.281.127	614.039	667.088	593.248	1.248.970	655.722	32.157	20.791	11.366							
<b>Berlin</b>																
<b>insgesamt</b>	<b>3.465.748</b>	<b>1.656.471</b>	<b>1.809.277</b>	<b>1.453.969</b>	<b>3.094.171</b>	<b>1.640.202</b>	<b>371.577</b>	<b>202.502</b>	<b>169.075</b>							
1991	3.446.031	1.640.247	1.805.784	1.456.463	3.105.985	1.649.522	340.046	183.784	156.262							

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.3:**  
**Entwicklung der Bevölkerung am Jahresende 1960 - 1992 in Berlin**  
**nach Altersgruppen**

Jahr	Bevöl- kerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren									
		unter 15		15 - 65		65 - 75		75 - 80		80 und mehr	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
<b>Berlin-West</b>											
1960	2.202.241	277.767	12,6	1.534.737	69,7	264.090	12,0	73.356	3,3	52.291	2,4
1965	2.197.262	303.474	13,8	1.453.054	66,1	285.922	13,0	88.587	4,0	66.225	3,0
1970	2.115.300	322.277	15,2	1.339.148	63,3	288.146	13,6	89.935	4,3	75.794	3,6
1975	1.984.837	315.277	15,9	1.221.978	61,6	277.022	14,0	89.366	4,5	81.194	4,1
1980	1.896.230	281.050	14,8	1.196.011	63,1	237.990	12,6	93.427	4,9	87.752	4,6
1985	1.860.084	253.438	13,6	1.252.803	67,4	165.852	8,9	93.685	5,0	94.306	5,1
1986	1.879.225	256.279	13,6	1.276.136	67,9	159.760	8,5	91.205	4,9	95.845	5,1
1987	2.028.716	255.092	12,6	1.402.186	69,1	164.660	8,1	96.541	4,8	110.237	5,4
1988	2.068.313	266.400	12,9	1.438.632	69,6	156.287	7,6	93.989	4,5	113.005	5,5
1989	2.130.525	283.111	13,3	1.491.603	70,0	150.755	7,1	89.676	4,2	115.380	5,4
1990	2.157.969	292.321	13,5	1.515.368	70,2	150.900	7,0	82.846	3,8	116.534	5,4
1991	2.164.904	298.458	13,8	1.521.151	70,3	154.655	7,1	73.164	3,4	117.476	5,4
<b>1992</b>	<b>2.171.767</b>	<b>304.761</b>	<b>14,0</b>	<b>1.526.845</b>	<b>70,3</b>	<b>158.996</b>	<b>7,3</b>	<b>62.646</b>	<b>2,9</b>	<b>118.519</b>	<b>5,5</b>
<b>Berlin-Ost</b>											
1960	1.071.775	171.591	16,0	717.390	66,9	122.617	11,4	34.963	3,3	25.214	2,4
1965	1.077.969	216.127	20,0	686.256	63,7	113.665	10,5	35.037	3,3	26.884	2,5
1970	1.085.441	238.830	22,0	669.880	61,7	116.154	10,7	32.727	3,0	27.850	2,6
1975	1.098.174	233.921	21,3	686.958	62,6	116.996	10,7	32.859	3,0	27.440	2,5
1980	1.152.529	226.877	19,7	758.871	65,8	100.970	8,8	36.908	3,2	28.903	2,5
1985	1.215.586	227.938	18,8	842.170	69,3	72.483	6,0	38.800	3,2	34.195	2,8
1986	1.236.248	234.343	19,0	858.511	69,4	70.771	5,7	37.694	3,0	34.929	2,8
1987	1.260.921	243.446	19,3	876.067	69,5	68.510	5,4	36.824	2,9	36.074	2,9
1988	1.283.535	252.757	19,7	892.006	69,5	65.775	5,1	35.850	2,8	37.147	2,9
1989	1.279.212	253.807	19,8	888.192	69,4	64.731	5,1	34.142	2,7	38.340	3,0
1990	1.275.726	253.810	19,9	884.817	69,4	66.391	5,2	31.316	2,5	39.392	3,1
1991	1.281.127	247.762	19,3	896.312	70,0	69.562	5,4	27.546	2,2	39.945	3,1
<b>1992</b>	<b>1.293.981</b>	<b>240.954</b>	<b>18,6</b>	<b>914.910</b>	<b>70,7</b>	<b>73.939</b>	<b>5,7</b>	<b>23.419</b>	<b>1,8</b>	<b>40.759</b>	<b>3,1</b>

1) ab 1987 fortgeschrieben auf der Grundlage der Volkszählung 1987

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.4:**  
**Fortgeschriebene Bevölkerung Ende 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken und Alter**

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	Alter von ... bis unter ... Jahren																		
		unter 1		1 - 5		5 - 15		15 - 20		20 - 45		45 - 65		65 - 70		70 - 80		80 und mehr		
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	
<b>Berlin-West</b>																				
Tiergarten	94.694	1.098	1,2	3.978	4,2	8.518	9,0	4.022	4,2	45.194	47,7	20.006	21,1	2.782	2,9	4.822	5,1	4.274	4,5	
Wedding	169.554	2.250	1,3	8.638	5,1	16.508	9,7	7.836	4,6	76.160	44,9	36.335	21,4	5.091	3,0	8.957	5,3	7.779	4,6	
Kreuzberg	156.173	2.151	1,4	8.605	5,5	16.722	10,7	8.191	5,2	78.499	50,3	28.436	18,2	3.376	2,2	5.227	3,3	4.966	3,2	
Charlottenburg	184.420	1.662	0,9	6.477	3,5	13.552	7,3	6.700	3,6	76.904	41,7	48.372	26,2	7.381	4,0	12.505	6,8	10.867	5,9	
Spandau	223.852	2.042	0,9	8.797	3,9	21.387	9,6	9.901	4,4	83.442	37,3	61.823	27,6	9.406	4,2	15.248	6,8	11.806	5,3	
Wilmerdorf	145.770	1.103	0,8	4.501	3,1	10.155	7,0	4.970	3,4	56.553	38,8	40.367	27,7	6.501	4,5	11.512	7,9	10.108	6,9	
Zehlendorf	97.522	792	0,8	3.404	3,5	8.900	9,1	4.707	4,8	31.212	32,0	29.725	30,5	4.641	4,8	7.374	7,6	6.767	6,9	
Schöneberg	156.925	1.729	1,1	6.414	4,1	13.602	8,7	6.787	4,3	72.858	46,4	34.844	22,2	4.692	3,0	8.605	5,5	7.394	4,7	
Steglitz	191.489	1.718	0,9	7.061	3,7	16.096	8,4	7.695	4,0	70.782	37,0	52.592	27,5	8.695	4,5	14.359	7,5	12.491	6,5	
Tempelhof	189.421	1.682	0,9	6.875	3,6	16.511	8,7	7.967	4,2	67.717	35,7	54.087	28,6	8.379	4,4	14.130	7,5	12.073	6,4	
Neukölln	312.027	3.377	1,1	13.747	4,4	29.606	9,5	14.290	4,6	127.950	41,0	78.182	25,1	10.889	3,5	18.669	6,0	15.317	4,9	
Reinickendorf	249.920	2.264	0,9	9.524	3,8	23.315	9,3	11.164	4,5	87.477	35,0	73.098	29,2	10.577	4,2	17.824	7,1	14.677	5,9	
<b>zusammen 1992</b>	<b>2.171.767</b>	<b>21.868</b>	<b>1,0</b>	<b>88.021</b>	<b>4,1</b>	<b>194.872</b>	<b>9,0</b>	<b>94.230</b>	<b>4,3</b>	<b>874.748</b>	<b>40,3</b>	<b>557.867</b>	<b>25,7</b>	<b>82.410</b>	<b>3,8</b>	<b>139.232</b>	<b>6,4</b>	<b>118.519</b>	<b>5,5</b>	
<b>Berlin-Ost</b>																				
Mitte	82.227	544	0,7	3.522	4,3	9.804	11,9	3.643	4,4	34.384	41,8	22.053	26,8	2.864	3,5	3.266	4,0	2.147	2,6	
Prenzlauer Berg	146.847	1.023	0,7	6.154	4,2	15.711	10,7	6.269	4,3	66.770	45,5	32.555	22,2	4.728	3,2	7.668	5,2	5.969	4,1	
Friedrichshain	107.167	712	0,7	4.573	4,3	11.731	10,9	3.859	3,6	48.267	45,0	24.098	22,5	3.935	3,7	5.691	5,3	4.301	4,0	
Treptow	105.401	590	0,6	4.514	4,3	10.511	10,0	4.507	4,3	36.028	34,2	33.343	31,6	4.849	4,6	6.419	6,1	4.640	4,4	
Köpenick	108.087	533	0,5	3.756	3,5	11.456	10,6	4.987	4,6	35.710	33,0	34.898	32,3	4.932	4,6	6.768	6,3	5.047	4,7	
Lichtenberg	167.593	760	0,5	5.561	3,3	16.998	10,1	9.024	5,4	63.114	37,7	53.507	31,9	6.045	3,6	7.581	4,5	5.003	3,0	
Weißensee	51.697	275	0,5	1.999	3,9	5.016	9,7	2.179	4,2	18.100	35,0	16.055	31,1	2.241	4,3	3.323	6,4	2.509	4,9	
Pankow	107.240	595	0,6	3.765	3,5	11.794	11,0	5.458	5,1	38.482	35,9	31.458	29,3	4.581	4,3	6.413	6,0	4.694	4,4	
Marzahn	164.790	722	0,4	6.161	3,7	32.572	19,8	12.864	7,8	72.355	43,9	31.423	19,1	2.786	1,7	3.571	2,2	2.336	1,4	
Hohenschönhausen	119.620	734	0,6	6.816	5,7	23.011	19,2	7.042	5,9	54.898	45,9	20.380	17,0	2.023	1,7	2.634	2,2	2.082	1,7	
Hellersdorf	133.312	1.373	1,0	12.264	9,2	25.404	19,1	5.701	4,3	62.522	46,9	18.977	14,2	2.183	1,6	2.857	2,1	2.031	1,5	
<b>zusammen 1992</b>	<b>1.293.981</b>	<b>7.861</b>	<b>0,6</b>	<b>59.085</b>	<b>4,6</b>	<b>174.008</b>	<b>13,4</b>	<b>65.533</b>	<b>5,1</b>	<b>530.630</b>	<b>41,0</b>	<b>318.747</b>	<b>24,6</b>	<b>41.167</b>	<b>3,2</b>	<b>56.191</b>	<b>4,3</b>	<b>40.759</b>	<b>3,1</b>	
<b>Berlin insgesamt 1992</b>	<b>3.465.748</b>	<b>29.729</b>	<b>0,9</b>	<b>147.106</b>	<b>4,2</b>	<b>368.880</b>	<b>10,6</b>	<b>159.763</b>	<b>4,6</b>	<b>1.405.378</b>	<b>40,6</b>	<b>876.614</b>	<b>25,3</b>	<b>123.577</b>	<b>3,6</b>	<b>195.423</b>	<b>5,6</b>	<b>159.278</b>	<b>4,6</b>	

(Quelle: StatLa Berlin)

**Tabelle A 1.5:**  
**Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken: Altersgruppen 1)**

Bezirk	Kinder (1 bis unter 15 Jahre)		ältere Menschen (65 und mehr Jahre)		Hochbetagte (80 und mehr Jahre)		
	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	insgesamt	dar. weiblich	
<b>Berlin-West</b>							
Tiergarten	12 496	6 105	11 878	8 613	4 274	3 438	
Wedding	25 146	12 181	21 827	15 669	7 779	6 016	
Kreuzberg	25 327	12 356	13 569	9 913	4 966	3 962	
Charlottenburg	20 029	9 784	30 753	22 133	10 867	8 442	
Spandau	30 184	14 642	36 460	25 354	11 806	8 888	
Wilmersdorf	14 656	7 085	28 121	20 481	10 108	7 935	
Zehlendorf	12 304	5 871	18 782	13 081	6 767	5 297	
Schöneberg	20 016	9 833	20 691	15 208	7 394	5 859	
Steglitz	23 157	11 285	35 545	25 593	12 491	9 762	
Tempelhof	23 386	11 268	34 582	24 639	12 073	9 313	
Neukölln	43 353	21 111	44 875	31 754	15 317	11 674	
Reinickendorf	32 839	16 017	43 078	30 326	14 677	11 237	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>282 893</b>	<b>137 538</b>	<b>340 161</b>	<b>242 764</b>	<b>118 519</b>	<b>91 823</b>
	1991	276 536	134 321	345 295	247 877	117 476	90 836
<b>Berlin-Ost</b>							
Mitte	13 326	6 541	8 277	5 702	2 147	1 703	
Prenzlauer Berg	21 865	10 605	18 365	13 164	5 969	4 583	
Friedrichshain	16 304	7 854	13 927	9 762	4 301	3 257	
Treptow	15 025	7 312	15 908	10 730	4 640	3 391	
Köpenick	15 212	7 360	16 747	11 301	5 047	3 751	
Lichtenberg	22 559	11 098	18 629	12 807	5 003	3 814	
Weißensee	7 015	3 401	8 073	5 594	2 509	1 858	
Pankow	15 559	7 662	15 688	10 860	4 694	3 520	
Marzahn	38 733	18 834	8 693	6 120	2 336	1 790	
Hohenschönhausen	29 827	14 650	6 739	4 700	2 082	1 620	
Hellersdorf	37 668	18 343	7 071	4 772	2 031	1 503	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>233 093</b>	<b>113 660</b>	<b>138 117</b>	<b>95 512</b>	<b>40 759</b>	<b>30 790</b>
	1991	239 013	116 617	137 053	95 464	39 945	29 998
<b>Berlin</b>							
<b>insgesamt</b>	<b>1992</b>	<b>515 986</b>	<b>251 198</b>	<b>478 278</b>	<b>338 276</b>	<b>159 278</b>	<b>122 613</b>
	1991	515 549	250 938	482 348	343 341	157 421	120 834

1) fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.6:**  
**Durchschnittliche Bevölkerung 1992 in Berlin 1)**  
**nach Alter, Geschlecht und Ausländer n**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung			darunter Ausländer	
	insgesamt	männlich	weiblich		
<b>Berlin-West</b>					
0 - 1	21 883	11 327	10 556	5 634	
1 - 5	87 379	45 011	42 368	22 392	
5 - 10	98 276	50 451	47 825	21 628	
10 - 15	93 908	48 246	45 662	21 584	
15 - 20	94 725	48 325	46 400	25 975	
20 - 25	149 843	75 395	74 448	34 461	
25 - 30	216 628	111 004	105 624	40 499	
30 - 35	188 778	98 402	90 376	31 834	
35 - 40	156 694	80 278	76 416	26 462	
40 - 45	162 810	81 380	81 430	25 395	
45 - 50	154 905	80 980	73 925	20 942	
50 - 55	177 656	92 563	85 093	17 146	
55 - 60	127 712	63 963	63 749	10 446	
60 - 65	93 421	43 115	50 306	5 180	
65 - 70	82 409	29 574	52 835	2 651	
70 - 75	74 331	22 792	51 539	1 416	
75 - 80	67 867	18 334	49 533	780	
80 - 85	67 997	16 465	51 532	628	
85 und mehr	49 938	10 192	39 746	534	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>2 167 160</b>	<b>1 027 797</b>	<b>1 139 363</b>	<b>315 573</b>
	1991	2 160 512	1 024 643	1 135 869	299 106
<b>Berlin-Ost</b>					
0 - 1	8 304	4 245	4 059	365	
1 - 5	63 593	32 573	31 020	1 116	
5 - 10	88 734	45 545	43 189	1 454	
10 - 15	83 708	42 829	40 879	1 428	
15 - 20	64 026	32 549	31 477	1 323	
20 - 25	94 008	46 216	47 792	4 994	
25 - 30	128 163	64 720	63 443	6 367	
30 - 35	116 056	60 663	55 393	6 006	
35 - 40	100 531	51 676	48 855	5 604	
40 - 45	85 205	43 121	42 084	3 747	
45 - 50	75 744	37 363	38 381	2 205	
50 - 55	101 802	49 529	52 273	1 363	
55 - 60	80 877	38 944	41 933	868	
60 - 65	59 125	28 093	31 032	563	
65 - 70	40 341	14 903	25 438	367	
70 - 75	31 403	10 121	21 282	179	
75 - 80	25 479	7 133	18 346	112	
80 - 85	24 770	6 356	18 414	93	
85 und mehr	15 570	3 603	11 967	71	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>1 287 439</b>	<b>620 182</b>	<b>667 257</b>	<b>38 225</b>
	1991	1 278 322	610 124	668 198	27 344
<b>Berlin</b>					
<b>insgesamt</b>	<b>1992</b>	<b>3 454 599</b>	<b>1 647 979</b>	<b>1 806 620</b>	<b>353 799</b>
	1991	3 438 834	1 634 767	1 804 067	326 450

1) Jahresdurchschnittsbevölkerung berechnet auf der Grundlage der monatlichen Bevölkerungsfortschreibung

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.7:**  
**Durchschnittliche Bevölkerung 1992 in Berlin 1)**  
**nach Bezirken, Geschlecht, Deutschen/Ausländern**

Bezirk	Bevölkerung			Deutsche			Ausländer			
	insgesamt	männlich		zusammen	männlich		zusammen	männlich		weiblich
		weiblich	weiblich		weiblich	weiblich				
<b>Berlin-West</b>										
Tiergarten	94.731	46.782	47.950	74.131	35.807	38.324	20.600	10.975	9.625	
Wedding	168.485	83.424	85.061	127.022	61.383	65.639	41.463	22.041	19.422	
Kreuzberg	155.775	78.499	77.276	108.565	53.750	54.816	47.210	24.750	22.460	
Charlottenburg	184.689	86.642	98.047	155.813	71.047	84.766	28.876	15.595	13.280	
Spandau	223.301	106.548	116.752	195.577	91.242	104.335	27.724	15.306	12.418	
Wilmerdorf	145.933	65.809	80.124	131.609	58.281	73.328	14.324	7.528	6.796	
Zehlendorf	97.345	44.641	52.704	90.632	41.344	49.288	6.714	3.297	3.416	
Schöneberg	156.702	75.179	81.524	126.537	58.932	67.605	30.165	16.246	13.919	
Steglitz	191.040	86.416	104.624	176.343	78.838	97.505	14.697	7.578	7.119	
Tempelhof	188.770	87.072	101.698	174.310	79.636	94.673	14.460	7.436	7.024	
Neukölln	310.830	149.662	161.169	259.310	122.645	136.664	51.521	27.016	24.505	
Reinickendorf	249.558	117.123	132.435	231.738	107.910	123.828	17.821	9.213	8.607	
<b>zusammen</b>	<b>2.167.160</b>	<b>1.027.797</b>	<b>1.139.363</b>	<b>1.851.586</b>	<b>860.816</b>	<b>990.770</b>	<b>315.573</b>	<b>166.981</b>	<b>148.593</b>	
1991	2.160.512	1.024.643	1.135.869	1.861.406	865.308	996.098	299.106	159.335	139.771	
<b>Berlin-Ost</b>										
Mitte	81.294	39.056	42.238	76.915	36.333	40.582	4.379	2.723	1.656	
Prenzlauer Berg	145.768	69.864	75.904	142.576	67.957	74.619	3.192	1.907	1.285	
Friedrichshain	106.577	51.499	55.078	103.765	49.850	53.915	2.812	1.649	1.163	
Treptow	104.751	49.274	55.477	103.432	48.451	54.981	1.319	823	496	
Köpenick	107.942	50.900	57.042	106.393	49.956	56.436	1.550	943	606	
Lichtenberg	168.001	82.048	85.953	157.141	74.011	83.130	10.859	8.037	2.822	
Weißensee	51.591	24.306	27.285	50.748	23.773	26.976	843	534	309	
Pankow	107.216	49.882	57.334	104.788	48.402	56.385	2.428	1.480	948	
Marzahn	165.012	80.993	84.019	160.518	78.292	82.226	4.494	2.700	1.793	
Hohenschönhausen	119.157	58.842	60.315	115.225	55.925	59.300	3.932	2.917	1.015	
Hellersdorf	130.131	63.519	66.613	127.713	61.789	65.924	2.418	1.729	689	
<b>zusammen</b>	<b>1.287.439</b>	<b>620.182</b>	<b>667.257</b>	<b>1.249.214</b>	<b>594.740</b>	<b>654.474</b>	<b>38.225</b>	<b>25.442</b>	<b>12.783</b>	
1991	1.278.322	610.124	668.198	1.250.978	593.117	657.861	27.344	17.007	10.337	
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>3.454.599</b>	<b>1.647.979</b>	<b>1.806.620</b>	<b>3.100.800</b>	<b>1.455.556</b>	<b>1.645.244</b>	<b>353.799</b>	<b>192.423</b>	<b>161.376</b>	
1991	3.438.834	1.634.767	1.804.067	3.112.384	1.458.425	1.653.959	326.450	176.342	150.108	

1) durchschnittliche Jahresbevölkerung: arithmetisches Mittel aus den 12 Monatsdurchschnitten

(Quelle: StatLa Berlin)

**Tabelle A 1.8:**  
**Europäische Standardbevölkerung**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung
0 - 1	1 600
1 - 5	6 400
5 - 10	7 000
10 - 15	7 000
15 - 20	7 000
20 - 25	7 000
25 - 30	7 000
30 - 35	7 000
35 - 40	7 000
40 - 45	7 000
45 - 50	7 000
50 - 55	7 000
55 - 60	6 000
60 - 65	5 000
65 - 70	4 000
70 - 75	3 000
75 - 80	2 000
80 - 85	1 000
85 und mehr	1 000
<b>insgesamt</b>	<b>100 000</b>

(Quelle: Waterhouse J. et al., ed Cancer incidence in five continents,  
Lyon, Internationales Krebsforschungszentrum IARC, 1976. Vol III S 456)

**Tabelle A 1.9:**  
**Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin 1992**  
**je 1.000 Einwohner nach Bezirken**

Bezirk	Zuzüge				Fortzüge				
	ins- gesamt	je 1.000 Einw. 1)	darunter Ausländer		ins- gesamt	je 1.000 Einw. 1)	darunter Ausländer		
			absolut	je 1.000 Einw. 1)			absolut	je 1.000 Einw. 1)	
<b>Berlin-West</b>									
Tiergarten	5 241	55,3	3 473	36,7	4 101	43,3	1 971	20,8	
Wedding	7 790	46,2	5 599	33,2	5 512	32,7	2 970	17,6	
Kreuzberg	7 758	49,8	5 040	32,4	6 040	38,8	3 040	19,5	
Charlottenburg	8 906	48,2	5 875	31,8	6 813	36,9	3 437	18,6	
Spandau	7 040	31,5	4 802	21,5	4 967	22,2	2 226	10,0	
Wilmersdorf	5 394	37,0	3 031	20,8	4 169	28,6	1 768	12,1	
Zehlendorf	3 926	40,3	1 956	20,1	2 931	30,1	1 087	11,2	
Schöneberg	7 508	47,9	4 907	31,3	5 293	33,8	2 685	17,1	
Steglitz	5 796	30,3	3 067	16,1	4 893	25,6	1 844	9,7	
Tempelhof	5 160	27,3	3 136	16,6	4 433	23,5	1 887	10,0	
Neukölln	11 135	35,8	7 565	24,3	8 581	27,6	4 431	14,3	
Reinickendorf	5 949	23,8	3 433	13,8	5 198	20,8	1 931	7,7	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>81 603</b>	<b>37,7</b>	<b>51 884</b>	<b>23,9</b>	<b>62 931</b>	<b>29,0</b>	<b>29 277</b>	<b>13,5</b>
	1991	77 192	35,7	44 360	20,5	59 713	27,6	27 056	12,5
<b>Berlin-Ost</b>									
Mitte	3 783	46,5	1 983	24,4	2 349	28,9	694	8,5	
Prenzlauer Berg	5 160	35,4	1 814	12,4	2 396	16,4	409	2,8	
Friedrichshain	3 761	35,3	1 391	13,1	2 083	19,5	451	4,2	
Treptow	2 418	23,1	1 067	10,2	1 417	13,5	220	2,1	
Köpenick	2 817	26,1	1 616	15,0	1 703	15,8	296	2,7	
Lichtenberg	7 178	42,7	5 066	30,2	4 558	27,1	2 391	14,2	
Weißensee	1 315	25,5	736	14,3	927	18,0	309	6,0	
Pankow	2 374	22,1	912	8,5	1 707	15,9	417	3,9	
Marzahn	4 063	24,6	2 484	15,1	3 752	22,7	864	5,2	
Hohenschönhausen	3 785	31,8	2 550	21,4	2 940	24,7	940	7,9	
Hellersdorf	3 591	27,6	1 281	9,8	3 031	23,3	651	5,0	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>40 245</b>	<b>31,3</b>	<b>20 900</b>	<b>16,2</b>	<b>26 863</b>	<b>20,9</b>	<b>7 642</b>	<b>5,9</b>
	1991	31 022	24,3	12 114	9,5	23 073	18,0	3 471	2,7
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>1992</b>	<b>121 848</b>	<b>35,3</b>	<b>72 784</b>	<b>21,1</b>	<b>89 794</b>	<b>26,0</b>	<b>36 919</b>	<b>10,7</b>
	1991	108 214	31,5	56 474	16,4	82 786	24,1	30 527	8,9

1) bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung

(Quelle: StaLa Berlin)



**Tabelle A 1.10:**  
**Bevölkerungsentwicklung 1980 - 1992 in Berlin**

Jahr	insgesamt			Deutsche			Nichtdeutsche		
	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme 1) 2)	Geburten- (+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 2)	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme 3)	Geburten- (+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 2)	Bevölkerungs- zunahme oder -abnahme 3)	Geburten- (+) bzw. Sterbe- überschuß (-)	Wande- rungs- saldo 2)
<b>Berlin-West</b>									
1980	-6.020	-16.202	10.182	-31.609	-20.137	-11.472	25.589	3.935	21.654
1985	11.499	-14.693	26.192	2.586	-18.025	20.611	8.913	3.332	5.581
1986	19.141	-13.039	32.180	4.279	-16.519	20.798	14.862	3.480	11.382
1987 4)	17.841	-11.165	29.006	3.659	-15.198	18.857	14.182	4.033	10.149
1988	39.597	-9.041	48.638	18.101	-13.697	20.767	21.496	4.656	27.871
1989	62.212	-8.886	71.098	42.305	-13.648	44.090	19.907	4.762	27.008
1990	27.444	-8.142	31.609	5.567	-13.133	13.941	17.900	4.991	17.668
1991	6.935	-8.040	14.975	-8.900	-12.949	1.555	15.835	4.909	16.530
1992	6.863	-7.119	13.982	-11.035	-12.158	-7.360	17.898	5.039	21.342
<b>Berlin-Ost</b>									
1980	12.275	1.430	10.845						
1985	18.715	2.273	16.442						
1986	20.664	2.945	17.719						
1987	24.671	4.506	20.165						
1988	23.614	3.966	19.648						
1989	-5.323	3.542	-8.865						
1990	-3.486 5)	1.672	-7.579						
1991	5.401	-5.052	10.453	-3.232	-5.240	1.036	8.633	188	9.417
1992	12.854	-5.218	18.072	-779	-5.541	3.549	13.633	323	14.523
<b>Berlin</b>									
1991	12.336	-13.092	25.428	-12.132	-18.189	2.591	24.468	5.097	25.947
1992	19.717	-12.337	32.054	-11.814	-17.699	-3.811	31.531	5.362	35.865

- 1) ab 1990 Zuordnung von West-Staaten
- 2) Wanderungen über die Landesgrenze von Berlin, ab 1991 auch Wanderungen innerhalb Berlins
- 3) ab 1988 unter Berücksichtigung der Staatsangehörigkeitsänderungen
- 4) ab 1987 auf der Grundlage der Volkszählung 1987
- 5) Abgleich der fortgeschriebenen Bevölkerung mit dem Zentralen Einwohnerregister

(Quelle: StatLa Berlin)

**Tabelle A 1.11:**  
**Ausländer 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	Ausländer				
	ins- gesamt	in % der Einwohner insgesamt 1)	darunter weiblich		
			absolut	in % der ausl. Einwohner 1)	
<b>Berlin-West</b>					
Tiergarten	21 279	22,5	9 970	46,9	
Wedding	42 747	25,2	20 103	47,0	
Kreuzberg	47 954	30,7	22 835	47,6	
Charlottenburg	29 809	16,2	13 765	46,2	
Spandau	28 962	12,9	12 985	44,8	
Wilmersdorf	14 903	10,2	7 098	47,6	
Zehlendorf	7 086	7,3	3 596	50,7	
Schöneberg	30 893	19,7	14 296	46,3	
Steglitz	15 326	8,0	7 425	48,4	
Tempelhof	15 258	8,1	7 452	48,8	
Neukölln	53 043	17,0	25 253	47,6	
Reinickendorf	18 527	7,4	8 970	48,4	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>325 787</b>	<b>15,0</b>	<b>153 748</b>	<b>47,2</b>
	1991	307 889	14,2	144 896	47,1
<b>Berlin-Ost</b>					
Mitte	5 453	6,6	2 005	36,8	
Prenzlauer Berg	4 260	2,9	1 707	40,1	
Friedrichshain	3 461	3,2	1 352	39,1	
Treptow	1 960	1,9	681	34,7	
Köpenick	2 261	2,1	850	37,6	
Lichtenberg	11 642	6,9	3 150	27,1	
Weißensee	1 063	2,1	402	37,8	
Pankow	2 676	2,5	1 023	38,2	
Marzahn	5 417	3,3	2 127	39,3	
Hohenschönhausen	4 814	4,0	1 318	27,4	
Hellersdorf	2 783	2,1	712	25,6	
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>45 790</b>	<b>3,5</b>	<b>15 327</b>	<b>33,5</b>
	1991	32 157	2,5	11 366	35,3
<b>Berlin</b>					
<b>insgesamt</b>	<b>1992</b>	<b>371 577</b>	<b>10,7</b>	<b>169 075</b>	<b>45,5</b>
	1991	340 046	9,9	156 262	46,0

1) fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.12:**  
**Eheschließungen und geschiedene Ehen 1970 - 1992 in Berlin**

Jahr	Eheschließungen		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 3)						Kinder	
						0	1	2	3	4	5 und mehr	aus Ehen der Sp.11	ins- gesamt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
<b>Berlin-West</b>													
1970	16.723	7,9	6.438	320,5	38,5	2.805	2.153	1.020	291	97	72	421	5.875
1975	14.505	7,2	7.100	354,2	48,9	3.437	2.196	1.067	265	83	52	317	5.774
1980	11.883	6,3	5.559	292,7	46,8	2.977	1.711	726	124	18	3	15	3.622
1985	12.277	6,6	6.585	355,4	53,6	3.747	2.050	678	94	11	5	25	3.757
1986	11.941	6,4	6.052	323,7	50,7	3.609	1.751	597	85	10	-	-	3.240
1987	11.961	5,9	6.216	308,8	52,0	3.546	1.996	583	75	12	4	21	3.456
1988	12.385	6,1	5.995	292,8	48,4	3.555	1.743	601	81	12	3	15	3.251
1989	12.743	6,1	6.157	294,3	48,3	3.616	1.779	640	108	11	3	16	3.443
1990	13.182	6,1	5.429	253,0	41,2	3.253	1.549	529	74	17	7	35	2.932
1991	12.732	5,9	5.267	243,8	41,4	3.151	1.485	555	65	8	3	16	2.838
1992	12.447	5,7	5.435	250,8	43,7	3.148	1.647	559	65	15	1	5	3.025
<b>Berlin-Ost</b>													
1970	8.908	8,2	3.321	306,4	37,3	..	..	..	..	..	..	..	..
1975	8.649	7,9	4.576	418,1	52,9	..	..	..	..	..	..	..	..
1980	8.201	7,2	4.773	416,6	58,2	..	..	..	..	..	..	..	..
1985	10.405	8,6	5.222	434,1	50,2	..	..	..	..	..	..	..	..
1986	11.050	9,0	5.119	418,5	46,3	..	..	..	..	..	..	..	..
1987	11.838	9,5	4.959	397,7	41,9	..	..	..	..	..	..	..	..
1988	11.792	9,3	4.811	378,4	40,8	..	..	..	..	..	..	..	..
1989	11.689	9,1	5.397	419,1	46,2	..	..	..	..	..	..	..	..
1990	8.668	6,8	2.439	191,4	28,1	1.006	882	486	54	7	4	21	2.065
1991	5.398	4,2	846	66,2	15,7	478	256	104	7	-	1	5	490
1992	5.448	4,2	1.209	93,9	22,2	502	527	158	17	4	1	5	915
<b>Berlin insgesamt</b>													
1991	18.130	5,3	6.113	177,8	33,9	3.629	1.741	659	72	8	4	21	3.328
1992	17.895	5,2	6.644	192,3	37,1	3.650	2.174	717	82	19	2	10	3.940

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

3) Gezählt werden die lebenden Kinder dieser Ehe (einschließlich legitimer Kinder)

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.13:**  
**Lebendgeborene 1980 - 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Jahr/Bezirk	Lebend- geborene insgesamt	je 1.000 Einw. 1) 2)	m.	w.	darunter Ausländer			darunter nicht- ehelich
					ins- gesamt	m.	w.	
<b>Berlin-West</b>								
1980	18 536	9,8	9 562	8 974	4 353	2 249	2 104	3 044
1985	17 921	9,7	9 078	8 843	3 675	1 857	1 818	3 621
1986	18 688	10,0	9 567	9 121	3 884	1 999	1 885	3 874
1987	19 554	9,7	10 031	9 523	4 413	2 253	2 160	4 068
1988	20 980	10,3	10 902	10 078	5 073	2 644	2 429	4 328
1989	21 159	10,1	10 955	10 204	5 207	2 628	2 579	4 339
1990	22 150	10,3	11 417	10 733	5 456	2 861	2 595	4 725
1991	21 850	10,1	11 220	10 630	5 444	2 836	2 608	5 001
<b>1992</b>	<b>21 888</b>	<b>10,1</b>	<b>11.422</b>	<b>10.466</b>	<b>5.567</b>	<b>2.914</b>	<b>2.653</b>	<b>4.960</b>
<b>davon:</b>								
Tiergarten	1 095	11,6	549	546	332	179	153	247
Wedding	2 268	13,5	1 178	1 090	894	464	430	457
Kreuzberg	2 213	14,2	1 167	1 046	968	506	462	609
Charlottenburg	1 711	9,3	894	817	404	207	197	426
Spandau	2 027	9,1	1 054	973	432	217	215	438
Wilmersdorf	1 091	7,5	547	544	126	75	51	278
Zehlendorf	767	7,9	362	405	93	50	43	129
Schöneberg	1 756	11,2	934	822	507	278	229	436
Steglitz	1 707	8,9	899	808	214	111	103	391
Tempelhof	1 604	8,5	860	744	210	115	95	292
Neukölln	3 418	11,0	1 813	1 605	1 043	529	514	787
Reinickendorf	2 231	8,9	1 165	1 066	344	183	161	470
<b>Berlin-Ost</b>								
1980	17 526	15,3	9 062	8 464	..	..	..	5 699
1985	17 155	14,3	8 720	8 435	..	..	..	7 078
1986	17 468	14,3	8 912	8 556	..	..	..	7 246
1987	18 399	14,8	9 359	9 040	..	..	..	7 332
1988	17 880	14,1	9 161	8 719	..	..	..	7 066
1989	16 937	13,2	8 688	8 249	..	..	..	6 692
1990	15 446	12,1	7 934	7 512	..	..	..	6 356
1991	8 712	6,8	4 462	4 250	231	134	97	4 115
<b>1992</b>	<b>7.779</b>	<b>6,0</b>	<b>3.957</b>	<b>3.822</b>	<b>380</b>	<b>214</b>	<b>166</b>	<b>3.693</b>
<b>davon:</b>								
Mitte	527	6,5	271	256	36	21	15	242
Prenzlauer Berg	1 020	7,0	498	522	29	11	18	581
Friedrichshain	756	7,1	389	367	27	15	12	393
Treptow	558	5,3	276	282	21	11	10	246
Köpenick	523	4,8	274	249	20	11	9	243
Lichtenberg	781	4,6	405	376	79	42	37	397
Weißensee	277	5,4	137	140	9	3	6	142
Pankow	580	5,4	308	272	31	19	12	284
Marzahn	746	4,5	388	358	52	35	17	319
Hohenschönhauser	725	6,1	350	375	51	31	20	310
Hellersdorf	1 286	9,9	661	625	25	15	10	536
<b>Berlin</b>								
<b>1992</b>	<b>29.667</b>	<b>8,6</b>	<b>15.379</b>	<b>14.288</b>	<b>5.947</b>	<b>3.128</b>	<b>2.819</b>	<b>8.653</b>
1991	30 562	8,9	15 682	14 880	5 675	2 970	2 705	9 116

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 1.14:**  
**Generatives Verhalten 1991 und 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	Lebendgeborene		allgemeine Fruchtbarkeitsziffer 1)	
	1991	1992	1991	1992
<b>Berlin-West</b>				
Tiergarten	1.097	1.095	47,4	46,9
Wedding	2.237	2.268	58,7	57,8
Kreuzberg	2.314	2.213	56,7	53,5
Charlottenburg	1.701	1.711	41,0	41,2
Spandau	2.029	2.027	45,2	44,8
Wilmsdorf	1.207	1.091	38,2	34,7
Zehlendorf	761	767	40,9	41,8
Schöneberg	1.778	1.756	45,8	45,0
Steglitz	1.685	1.707	42,5	42,6
Tempelhof	1.573	1.604	41,8	42,2
Neukölln	3.333	3.418	49,4	49,8
Reinickendorf	2.135	2.231	43,9	45,6
<b>zusammen</b>	<b>21.850</b>	<b>21.888</b>	<b>46,4</b>	<b>46,1</b>
<b>Berlin-Ost</b>				
Mitte	573	527	32,4	29,1
Prenzlauer Berg	1.115	1.020	33,8	29,9
Friedrichshain	888	756	36,9	31,4
Treptow	664	558	35,1	28,7
Köpenick	613	523	31,0	26,7
Lichtenberg	907	781	26,3	22,8
Weißensee	340	277	35,3	28,5
Pankow	633	580	29,6	26,8
Marzahn	899	746	20,5	17,1
Hohenschönhausen	812	725	26,5	23,6
Hellersdorf	1.268	1.286	39,1	37,7
<b>zusammen</b>	<b>8.712</b>	<b>7.779</b>	<b>30,5</b>	<b>26,9</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>30.562</b>	<b>29.667</b>	<b>40,4</b>	<b>38,8</b>

1) Lebendgeborene je 1 000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.15:**  
**Totgeborene 1980 - 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Jahr/Bezirk	Tot- geborene insgesamt	je 1.000 Geborene	m.	w.	darunter Ausländer			darunter nicht- ehelich
					zu- sammen	m.	w.	
<b>Berlin-West</b>								
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
<b>1992</b>	<b>51</b>	<b>2,3</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<b>davon:</b>								
Tiergarten	3	2,7	3	-	-	-	-	2
Wedding	4	1,8	3	1	2	2	-	-
Kreuzberg	7	3,2	4	3	4	2	2	1
Charlottenburg	5	2,9	2	3	2	1	1	2
Spandau	-	-	-	-	-	-	-	-
Wilmersdorf	4	3,7	2	2	1	1	-	-
Zehlendorf	3	3,9	1	2	-	-	-	1
Schöneberg	3	1,7	-	3	-	-	-	-
Steglitz	1	0,6	-	1	-	-	-	-
Tempelhof	5	3,1	4	1	1	-	1	-
Neukölln	10	2,9	8	2	4	4	-	5
Reinickendorf	6	2,7	4	2	-	-	-	3
<b>Berlin-Ost</b>								
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
<b>1992</b>	<b>26</b>	<b>3,3</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>20</b>
<b>davon:</b>								
Mitte	2	3,8	2	-	-	-	-	2
Prenzlauer Berg	3	2,9	-	3	-	-	-	2
Friedrichshain	2	2,6	1	1	-	-	-	2
Treptow	2	3,6	1	1	-	-	-	1
Köpenick	-	-	-	-	-	-	-	-
Lichtenberg	3	3,8	2	1	-	-	-	1
Weißensee	2	7,2	1	1	1	1	-	1
Pankow	3	5,1	3	-	-	-	-	3
Marzahn	3	4,0	1	2	1	1	-	3
Hohenschönhausen	4	5,5	2	2	-	-	-	3
Hellersdorf	2	1,6	-	2	-	-	-	2
<b>Berlin 1992</b>	<b>77</b>	<b>2,6</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>34</b>
1991	82	2,7	46	36	14	6	8	32

(Quelle: StA.a Berlin)

**Tabelle A 1.16:**  
**Geschlechtsspezifische Lebenserwartung bei Neugeborenen (0 Jahre), 30jährigen und 60jährigen**  
**verschiedener Sterbetafelberechnungen für Berlin**

vollendetes Alter	Sterbetafel (mittlere Lebenserwartung in Jahren)					
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
<b>Berlin-West</b>	<b>1970/72</b>		<b>1987/89</b>		<b>1990</b>	
0 Jahre	66,11	72,52	70,68	77,49	71,00	77,50
30 Jahre	39,59	45,16	42,27	48,66	..	..
60 Jahre	14,65	18,85	16,83	21,46	..	..
<b>Berlin-Ost</b>	<b>1968/71</b>		<b>1988/89</b>		<b>1990</b>	
0 Jahre	67,16	72,23	71,19	76,24	70,80	76,30
30 Jahre	40,11	44,54	42,74	47,26	..	..
60 Jahre	14,24	17,57	16,34	19,70	..	..
<b>früheres Bundesgebiet</b>	<b>1986/88</b>					
0 Jahre			72,21	78,68		
<b>ehemalige DDR</b>	<b>1986/87</b>					
0 Jahre			69,73	75,74		

(Quelle: StaLa Berlin)

Tabelle A 1.17:  
Bevölkerung in Berlin 1992, Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2000 und 2010

Gebiet	fort- geschriebene Bevölke- rung in 1.000	Vorausberechnung ältere Menschen											
		Gesamt- bevölkerung in 1.000						65 und mehr Jahre			80 und mehr Jahre		
		2000		2010		absolut in 1.000	Anteil an gesamt in %	absolut in 1.000	Anteil an gesamt in %	absolut in 1.000	Anteil an 65 u.mehr J. in %	absolut in 1.000	Anteil an 65 u.mehr J. in %
		1992	2000	2010	2000								
Berlin-West	2.171,8	2.196,4	2.161,2	322,9	14,7	419,7	19,4	87,8	27,2	81,8	19,5		
Berlin-Ost	1.294,0	1.316,3	1.353,4	161,3	12,3	226,4	16,7	28,8	17,9	37,1	16,4		
Berlin	3.465,8	3.512,7	3.514,6	484,2	13,8	646,1	18,3	116,5	24,1	118,9	18,4		
Berlin-West	325,8	407,4	455,4	15,9	3,9	41,3	9,1	1,8	11,3	4,6	11,1		
Berlin-Ost	45,8	97,0	142,6	2,7	2,8	5,9	4,1	0,4	14,8	1,0	16,9		
Berlin	371,6	504,4	598,0	18,6	3,7	47,2	7,9	2,3	12,4	5,5	11,7		

darunter Ausländer

(Quelle: VIII. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des StaBu)



**Tabelle A 1.18:**  
**Wohnfläche am 31.12.1992 in Berlin**  
**nach Bezirken je Einwohner**

Bezirk	Wohnfläche	
	insgesamt 1.000 qm	je Einwohner qm
<b>Berlin-West</b>		
Tiergarten	3.333	35,2
Wedding	5.176	30,5
Kreuzberg	5.018	32,1
Charlottenburg	7.371	40,0
Spandau	7.137	31,9
Wilmersdorf	6.222	42,7
Zehlendorf	4.059	41,6
Schöneberg	5.919	37,7
Steglitz	7.292	38,1
Tempelhof	6.737	35,6
Neukölln	10.483	33,6
Reinickendorf	8.906	35,6
<b>zusammen</b>	<b>77.654</b>	<b>35,8</b>
	31.12.1992	
	1.1.1991	76.301
		35,4
<b>Berlin-Ost</b>		
Mitte	2.877	35,0
Prenzlauer Berg	5.347	36,4
Friedrichshain	3.971	37,1
Treptow	3.333	31,6
Köpenick	3.457	32,0
Lichtenberg	4.850	28,9
Weißensee	1.640	31,7
Pankow	3.495	32,6
Marzahn	4.130	25,1
Hohenschönhausen	3.043	25,4
Hellersdorf	3.525	26,4
<b>zusammen</b>	<b>39.668</b>	<b>30,7</b>
	31.12.1992	
	1.1.1991	39.148
		30,7
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>117.322</b>	<b>33,9</b>
	31.12.1992	
	1.1.1991	115.449
		33,6

(Quelle: StA.a Berlin)

**Tabelle A 1.19:**  
**Privathaushalte 1992 in Berlin**  
**nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen 1)**

monatliches Nettoeinkommen von ... bis unter ... DM	Privathaushalte insgesamt		darunter					
	Anzahl	darunter weibliche Bezugs- person	mit 1 Person		mit 1 Person im Alter von 65 J. und älter			
			Anzahl	darunter weiblich	Anzahl	darunter weiblich	in % zu 1-Pers.- Haushalten insgesamt	darunter weiblich
in 1.000								
<b>Berlin-West</b>								
unter 1.000	92	47	85	43	10	9	11,8	20,9
1.000 - 1.800	208	143	174	127	88	80	50,6	63,0
1.800 - 2.500	230	127	168	104	62	54	36,9	51,9
2.500 - 3.000	120	45	60	29	9	7	15,0	24,1
3.000 - 3.500	101	30	34	15	/	/	/	/
3.500 und mehr	390	90	47	14	/	/	/	/
ohne Angabe	30	11	11	6	/	/	/	/
<b>zusammen</b>	<b>1.171</b>	<b>493</b>	<b>583</b>	<b>341</b>	<b>200</b>	<b>176</b>	<b>34,3</b>	<b>51,6</b>
Bevölkerung in Privathaushalten	2.182	1.151	583	341	200	176	34,3	51,6
<b>Berlin-Ost</b>								
unter 1.000	81	53	73	47	20	19	27,4	40,4
1.000 - 1.800	172	94	119	72	40	26	33,6	36,1
1.800 - 2.500	109	32	27	8	/	/	/	/
2.500 - 3.000	62	15	5	/	/	/	/	/
3.000 - 3.500	59	11	/	/	/	/	/	/
3.500 und mehr	118	19	/	/	/	/	/	/
ohne Angabe	13	/	/	/	/	/	/	/
<b>zusammen</b>	<b>617</b>	<b>235</b>	<b>235</b>	<b>132</b>	<b>67</b>	<b>58</b>	<b>28,5</b>	<b>43,9</b>
Bevölkerung in Privathaushalten	1.297	675	235	132	67	58	28,5	43,9
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>1.789</b>	<b>728</b>	<b>818</b>	<b>474</b>	<b>267</b>	<b>234</b>	<b>32,6</b>	<b>49,4</b>
Bevölkerung in Privathaushalten	3.479	1.826	818	474	267	234	32,6	49,4

1) Ergebnisse des Mikrozensus;

Abweichungen bei der Summierung sind in der Berechnungsmethode begründet

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.20:**  
**Empfänger von „Hilfe zum Lebensunterhalt“ außerhalb von Einrichtungen 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk		Empfänger	je 1.000 Einwohner 1)
<b>Berlin-West</b>			
Tiergarten		14.330	151,3
Wedding		17.441	103,5
Kreuzberg		18.386	118,0
Charlottenburg		13.283	71,9
Spandau		13.695	61,3
Wilmerdorf		5.553	38,1
Zehlendorf		2.486	25,5
Schöneberg		10.835	69,1
Steglitz		8.374	43,8
Tempelhof		9.020	47,8
Neukölln		30.053	96,7
Reinickendorf		12.417	49,8
ZSA 2)		152	0,1 3)
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>156.025</b>	<b>72,0</b>
	1991	144.527	66,9
<b>Berlin-Ost</b>			
Mitte		3.357	41,3
Prenzlauer Berg		9.385	64,4
Friedrichshain		5.985	56,2
Treptow		3.501	33,4
Köpenick		3.676	34,1
Lichtenberg		6.361	37,9
Weißensee		2.042	39,6
Pankow		2.951	27,5
Marzahn		5.483	33,2
Hohenschönhausen		5.247	44,0
Hellersdorf		6.870	52,8
<b>zusammen</b>	<b>1992</b>	<b>54.858</b>	<b>42,6</b>
	1991	45.109	35,3
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>1992</b>	<b>210.883</b>	<b>61,0</b>
	1991	189.636	55,1

1) bezogen auf die Durchschnittsbevölkerung

2) Zentralsozialhilfestelle für Asylbewerber

3) Bevölkerung Berlin-West

(Quelle: StA a Berlin)

**Iabelle A 1.21:**  
**Wohngeldempfänger 1992 und 1993 (31.12.) in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	Wohngeldempfänger				davon Empfänger von			
	insgesamt		in % der Bevölkerung 1)		spitz berechnetem Wohngeld		pauschaliertem Wohngeld	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	4 993	5 678	5,3	6,0	2 533	2 462	2 460	3 216
Wedding	5 633	9 714	3,3	5,7	4 634	4 743	999	4 971
Kreuzberg	12 257	13 872	7,8	8,8	5 530	5 524	6 727	8 348
Charlottenburg	8 685	9 573	4,7	5,2	3 622	3 461	5 063	6 112
Spandau	4 654	6 606	2,1	3,0	4 414	4 014	240	2 592
Wilmersdorf	4 823	4 811	3,3	3,3	2 720	2 473	2 103	2 338
Zehlendorf	1 488	1 685	1,5	1,7	974	865	514	820
Schöneberg	9 089	9 692	5,8	6,2	3 984	3 461	5 105	6 231
Steglitz	5 808	6 265	3,0	3,3	3 232	3 013	2 576	3 252
Tempelhof	6 499	7 076	3,4	3,7	3 742	3 569	2 757	3 507
Neukölln	16 932	20 931	5,4	6,7	6 994	7 384	9 938	13 547
Reinickendorf	9 750	10 674	3,9	4,2	5 559	5 276	4 191	5 398
West-Staaken 2)	166	67	4,5 3)	1,8 3)	166	56	-	11
ZSA 4)	913	445	0,0 5)	0,0 5)	-	-	913	445
Hauptfürsorgestelle	103	107	0,0 5)	0,0 5)	-	-	103	107
<b>zusammen</b>	<b>91 793</b>	<b>107 196</b>	<b>4,2</b>	<b>4,9</b>	<b>48 104</b>	<b>46 301</b>	<b>43 689</b>	<b>60 895</b>
<b>Berlin-Ost</b>								
Mitte	10 529	7 319	12,8	8,9	9 712	6 219	817	1 100
Prenzlauer Berg	24 245	18 301	16,5	12,3	21 753	15 657	2 492	2 644
Friedrichshain	13 644	11 278	12,7	10,5	12 635	9 774	1 009	1 504
Treptow	12 239	8 997	11,6	8,4	11 194	7 458	1 045	1 539
Köpenick	14 963	8 269	13,8	7,6	14 322	7 486	641	783
Lichtenberg	19 378	14 728	11,6	8,8	17 814	12 638	1 564	2 090
Weißensee	6 303	4 829	12,2	9,1	5 886	4 325	417	504
Pankow	11 661	7 052	10,9	6,6	10 920	6 215	741	837
Marzahn	18 325	10 445	11,1	6,4	17 523	8 967	802	1 478
Hohenschönhausen	14 124	7 480	11,8	6,3	13 724	6 887	400	593
Hellersdorf	14 285	9 721	10,7	7,2	12 852	7 975	1 433	1 746
ZSA 4)	32	31	0,0 6)	0,0 6)	-	-	32	31
<b>zusammen</b>	<b>159 728</b>	<b>108 450</b>	<b>12,4</b>	<b>8,3</b>	<b>148 335</b>	<b>93 601</b>	<b>11 393</b>	<b>14 849</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>251 521</b>	<b>215 646</b>	<b>7,3</b>	<b>6,2</b>	<b>196 439</b>	<b>139 902</b>	<b>55 082</b>	<b>75 744</b>

1) Fortgeschriebene Bevölkerung am Jahresende

2) Beitrittsgebiet

3) Bevölkerung West-Staaken

4) Zentralsozialhilfestelle für Asylbewerber

5) Bevölkerung Berlin-West

6) Bevölkerung Berlin-Ost

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 1.22:**  
**Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung im April 1991 und 1993 in Berlin**  
**nach allgemeinbildendem Schulabschluß, beruflichem Ausbildungsabschluß und Bezirken 1)**

Bezirk	Bevölkerung insgesamt	darunter mit Abschluß an einer						
		Haupt-(Volks-)schule		Fachhochschule		Hochschule		
		absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
in 1.000								
<b>Berlin-West</b>								
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	
Wilmersdorf	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	
<b>zusammen</b>	<b>1991</b>	<b>2.151,9</b>	<b>708,8</b>	<b>32,9</b>	<b>60,1</b>	<b>2,8</b>	<b>119,7</b>	<b>5,6</b>
	<b>1993</b>	<b>2.172,4</b>	<b>667,0</b>	<b>30,7</b>	<b>59,7</b>	<b>2,8</b>	<b>156,0</b>	<b>7,2</b>
<b>Berlin-Ost</b>								
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	
<b>zusammen</b>	<b>1991</b>	<b>1.272,5</b>	<b>234,1</b>	<b>18,4</b>	<b>30,0</b>	<b>2,4</b>	<b>133,4</b>	<b>10,5</b>
	<b>1993</b>	<b>1.291,4</b>	<b>259,0</b>	<b>20,1</b>	<b>31,7</b>	<b>2,5</b>	<b>157,1</b>	<b>12,2</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>1991</b>	<b>3.424,4</b>	<b>942,9</b>	<b>27,5</b>	<b>90,1</b>	<b>2,6</b>	<b>253,1</b>	<b>7,4</b>
	<b>1993</b>	<b>3.463,8</b>	<b>926,0</b>	<b>26,7</b>	<b>91,4</b>	<b>2,6</b>	<b>313,2</b>	<b>9,0</b>

1) Ergebnis des Mikrozensus. Daten für 1992 liegen nicht vor; für 1993 erfolgen detaillierte Angaben zu einem späteren Zeitpunkt

(Quelle: StaL a Berlin)

**Tabelle A 1.23:**  
**Arbeitslose und Arbeitslosenquote 1) in Berlin 1991 und 1993**

Jahres- durch- schnitt	Arbeitslose										
	insgesamt		darunter					davon			
			Ausländer		Jugendliche unter 20 Jahren		Schwer- behinderte	Männer		Frauen	
	absolut	Quote	absolut	Quote	absolut	Quote	absolut	absolut	Quote	absolut	Quote
<b>Berlin-West</b>											
1991	92 908	9,4	17 030	14,5	2 654	10,1	5 191	54 711	18,1	38 196	8,5
1992	109 037	11,1	23 409	19,8	3 193	13,6	5 989	63 447	12,8	45 598	10,1
1993	120 884	12,3	26 743	21,6	2 960	14,1	6 584	70 245	13,2	50 639	11,2
<b>Berlin-Ost</b>											
1991	87 045	12,2	1 878	..	3 352	..	2 283	41 559	11,5	45 486	12,8
1992	98 055	14,3	3 154	..	2 985	..	3 108	44 962	12,8	53 060	16,0
1993	83 040	13,7	3 651	..	1 963	9,1	2 575	37 743	12,2	45 296	15,3

1) Arbeitslose in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen in Berlin-West Stand 30.6.1991, in Berlin-Ost Stand 30.11.1990

(Quelle: Landesarbeitsamt Berlin-Brandenburg)

## Kapitel 2 - Geburten und Schwangerschaftsabbrüche

**Tabelle A 2.1:**  
**Entbindungen und Geborene 1992 in Berlin**  
 nach dem Ereignisprinzip 1)

Entbindungen Geborene Sterbefälle	ins- gesamt	in Krankenhäusern			außerklinisch		
		städtische / Universität	freigemein- nützige	private	in der Wohnung	in ärztl. Praxis	an ande- rem Ort
<b>Berlin-West</b>							
Entbindungen	21.798	13.742	6.908	442	236	219	251
%	100	63,0	31,7	2,0	1,1	1,0	1,2
darunter Nichtdeutsche	6.685	5.177	1.482	26	..	..	..
<b>Berlin-Ost</b>							
Entbindungen	7.739	6.077	1.601	-	40	-	21
%	100	78,5	20,7	-	0,5	-	0,3
darunter Nichtdeutsche	391	346	45	-	-	-	..
<b>Berlin</b>							
Entbindungen	29.537	19.819	8.509	442	276	219	272
%	100	67,1	28,8	1,5	0,9	0,7	0,9
darunter Nichtdeutsche	7.076	5.523	1.527	26	8	3	5
Geborene	29.915	20.124	8.576	446	277	220	272
%	100	67,3	28,7	1,5	0,9	0,7	0,9
von den Geborenen waren							
Lebendgeborene	29.845	20.070	8.560	446	277	220	272
Totgeborene	67	51	16	-	-	-	-
nicht zuzuordnen	3	3	-	-	-	-	-
darunter Kinder aus							
Zwillingsgeburten							
Lebendgeborene	713	567	134	8	2	2	-
Totgeborene	3	3	-	-	-	-	-
sonstigen Mehrlingsgeb							
Lebendgeborene	31	31	-	-	-	-	-
Totgeborene	-	-	-	-	-	-	-
Müttersterbefälle	2	2	-	-	-	-	-
darunter Nichtdeutsche	1	1	-	-	-	-	-
Totgeborene und Sterbefälle von Neugeborenen bis ein- schließlich 7. Lebensstag							
	127	104	23	-	-	-	-

1) Ereignisprinzip: Erfassung nach dem Ort, an dem sich die Geburten ereignen, soweit diese von den Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern der Senatsverwaltung für Gesundheit gemeldet wurden

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.2:**  
**Entbindungen - darunter außerklinisch und „ambulant“ - 1980 - 1992 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip 1)**

Jahr	Entbindungen									
	ins-gesamt	klinisch					außerklinisch		außerklinisch und "ambulant" 2)	
		absolut	% von Sp. 2	darunter "ambulant" 2)			absolut	% von Sp. 2	absolut	% von Sp. 2
				absolut	% von Sp. 3	% von Sp. 2				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Berlin-West</b>										
1980	18 306	17 994	98,3	297	1,7	1,6	312	1,7	609	3,3
1981	18 619	18 298	98,3	469	2,6	2,5	321	1,7	790	4,2
1982	18 351	18 120	98,7	681	3,8	3,7	231	1,3	912	5,0
1983	17 490	17 231	98,5	766	4,4	4,4	259	1,5	1 025	5,9
1984	17 313	17 093	98,7	737	4,3	4,3	220	1,3	957	5,5
1985	17 605	17 090	97,1	807	4,7	4,6	515	2,9	1 322	7,5
1986	18 362	17 903	97,5	857	4,8	4,7	459	2,5	1 316	7,2
1987	19 210	18 744	97,6	1 003	5,4	5,2	466	2,4	1 469	7,6
1988	20 627	20 031	97,1	938	4,7	4,5	596	2,9	1 534	7,4
1989	20 875	20 251	97,0	1 208	6,0	5,8	624	3,0	1 832	8,8
1990	21 971	21 243	96,7	1 224	5,8	5,6	728	3,3	1 952	8,9
1991	21 566	20 873	96,8	1 412	6,8	6,5	693	3,2	2 105	9,8
1992	21 798	21 092	96,8	1 259	6,0	5,8	706	3,2	1 965	9,0
<b>Berlin</b>										
1990	37 103	36 208	97,6	1 224	3,4	3,3	895 3)	2,4	2 119	5,7
1991	30 502	29 715	97,4	1 413	4,8	4,6	787 4)	2,6	2 200	7,2
1992	29 537	28 770	97,4	1 291	4,5	4,4	767	2,6	2 058	7,0

1) Ereignisprinzip: Erfassung nach dem Ort, an dem sich die Geburten ereignen soweit diese von den Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern der Senatsverwaltung für Gesundheit gemeldet wurden

2) Entbindung nach der die Frau die Klinik innerhalb von 24 Stunden wieder verlassen hat

3) einschließlich 167 von Krankenhäusern in Berlin-Ost gemeldete Hausgeburten (in Spalte 3 nicht enthalten)

4) einschließlich 89 von Krankenhäusern in Berlin-Ost gemeldete Hausgeburten (in Spalte 3 nicht enthalten)

(Quelle: SenGes)



**Iabelle A 2.3:**  
**Entbindungen - darunter außerklinisch nach dem Ort - 1980 - 1992 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin nach dem Ereignisprinzip 1)**

Jahr	Entbindungen		darunter außerklinische Entbindungen								Entbindungen, die außerhalb des Krankenhauses begonnen, wegen Komplikationen im Krankenhaus beendet wurden	
	absolut	je 10.000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren	absolut	% von Sp. 2	davon							
					in ärztlicher Praxis		in der Wohnung		an anderem Ort			
					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
<b>Berlin-West</b>												
1980	18 306	472,3	312	1,7	-	-	312	1,7	-	-	203	39,4
1981	18 619	479,6	321	1,7	-	-	321	1,7	-	-	162	33,5
1982	18 351	473,6	231	1,3	-	-	231	1,3	-	-	98	29,8
1983	17 490	454,1	259	1,5	-	-	259	1,5	-	-	127	32,9
1984	17 313	451,3	220	1,3	-	-	220	1,3	-	-	108	32,9
1985	17 605	457,4	515	2,9	277	1,6	238	1,4	-	-	98	16,0
1986	18 362	470,9	459	2,5	275	1,5	183	1,0	1	0,0	103	18,3
1987	19 210	444,2	466	2,4	196	1,0	167	0,9	103	0,5	123	20,9
1988	20 627	470,0	596	2,9	227	1,1	178	0,9	191	0,9	125	17,3
1989	20 875	463,7	624	3,0	200	1,0	193	0,9	231	1,1	124	16,6
1990	21 971	473,7	728	3,3	193	0,9	242	1,1	293	1,3	118	13,9
1991	21 566	458,0	693	3,2	150	0,7	267	1,2	276	1,3	129	15,7
1992	21 798	459,2	706	3,2	219	1,0	236	1,1	251	1,2	2)	2)
<b>Berlin</b>												
1990	37 103	496,2	895 3)	2,4	193	0,5	242	0,7	293	0,8	118	13,9 5)
1991	30 502	403,1	787 4)	2,6	150	0,5	272	0,9	276	0,9	129	15,6 5)
1992	29 537	386,7	767	2,6	219	0,7	276	0,9	272	0,9	138	15,2

- 1) Ereignisprinzip: Erfassung nach dem Ort an dem sich die Geburten ereignen, soweit diese von den Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern der Senatsverwaltung für Gesundheit gemeldet wurden
- 2) Erfassung nicht nach Berlin-West und -Ost getrennt
- 3) einschließlich 167 von Krankenhäusern in Berlin-Ost gemeldete Hausgeburten
- 4) einschließlich 89 von Krankenhäusern in Berlin-Ost gemeldete Hausgeburten
- 5) bezogen auf die außerklinischen Entbindungen ohne die von Ost-Berliner Krankenhäusern gemeldeten Hausgeburten

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.4:**  
**Klinische Entbindungen 1992 in Berlin**  
**nach dem Ereignisprinzip gemeldet von Krankenhäusern**

Entbindungen in Krankenhäusern		Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost	
<b>klinische Entbindungen insgesamt</b>		<b>28.770</b>	<b>21.092</b>	<b>7.678</b>	
darunter	sog. "ambulante Entbindungen"	1.291	1.259	32	
<b>davon</b>	<b>Erstgebärende</b>	<b>14.553</b>	<b>10.522</b>	<b>4.031</b>	
	darunter Nichtdeutsche	3.090	2.833	257	
	<b>Zweit- und Mehrgebärende</b>	<b>14.217</b>	<b>10.570</b>	<b>3.647</b>	
	darunter Nichtdeutsche	3.986	3.852	134	
darunter	mit fieberhaftem Wochenbettverlauf				
	nach spontaner Geburt	50	41	9	
	darunter Puerperalfieber	9	9	-	
	nach operativer Entbindung	93	71	22	
	darunter Puerperalfieber	4	4	-	
	Querlagen	110	77	33	
	sonstige gebärfähige Lagen	51	48	3	
	Beckenendlagen	1.235	900	335	
<b>Mehrlingsentbindungen</b>					
(in Gesamtzahl der Entbindungen enthalten)		<b>367</b>	<b>273</b>	<b>94</b>	
<b>Müttersterbefälle</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
darunter	Nichtdeutsche	1	1	-	
<b>weitere Komplikationen</b>	<b>insgesamt</b>		<b>darunter mit Fieber</b>		
			septisch	sonstiges	
Sectio	3.675	8	71	2.672	1.003
manuelle Lösungen / Nachtastungen	1.338	1	5	918	420
Blütungen über 1.000 ml	360	-	4	256	104
Vakuum	1.716	1	7	1.544	172
Forceps	1.241	-	1	793	448
innere Wendungen / Extraktionen	13	-	-	6	7
vaginale Beckenendlagengeburt	335	-	-	241	94

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.5:**  
**Außerklinische Entbindungen 1992 in Berlin**  
**nach dem Ereignisprinzip gemeldet von freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspflegern**

außerklinische Entbindungen	in der Wohnung		in ärztlicher Praxis	an anderem Ort	insgesamt
	absolut	%			
<b>insgesamt</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>219</b>	<b>272</b>	<b>767</b>
darunter Mehrlingsentbindungen	1		1	-	2
<b>davon</b>					
<b>Erstgebärende</b>	<b>111</b>		<b>118</b>	<b>160</b>	<b>389</b>
darunter Ausländerinnen	4		5	2	11
<b>Zweit- und Mehrgebärende</b>	<b>165</b>		<b>101</b>	<b>112</b>	<b>378</b>
darunter Ausländerinnen	5		3	3	11
darunter mit fieberhaftem Wochenbettverlauf					
nach spontaner Geburt	5		-	-	5
darunter Puerperalfieber	-		-	-	-
nach operativer Entbindung	-		-	-	-
darunter Puerperalfieber	-		-	-	-
Müttersterbefälle	-		-	-	-
darunter Ausländerinnen	-		-	-	-
<b>Die Entbindungen fanden in folgenden Bezirken statt:</b>					
Mitte	8	2,9	-	-	8
Tiergarten	19	6,9	-	-	19
Wedding	13	4,7	-	-	13
Prenzlauer Berg	11	4,0	-	20	31
Friedrichshain	4	1,4	-	1	5
Kreuzberg	77	27,9	-	-	77
Charlottenburg	16	5,8	-	177	193
Spandau	3	1,1	-	-	3
Wilmerdorf	7	2,5	-	74	81
Zehlendorf	13	4,7	107	-	120
Schöneberg	20	7,2	-	-	20
Steglitz	18	6,5	112	-	130
Tempelhof	12	4,3	-	-	12
Neukölln	32	11,6	-	-	32
Treptow	1	0,4	-	-	1
Köpenick	9	3,3	-	-	9
Lichtenberg	2	0,7	-	-	2
Weißensee	-	-	-	-	-
Pankow	1	0,4	-	-	1
Reinickendorf	6	2,2	-	-	6
Marzahn	-	-	-	-	-
Hohenschönhausen	3	1,1	-	-	3
Hellersdorf	1	0,4	-	-	1
<b>Berlin-West</b>	<b>236</b>	<b>85,5</b>	<b>219</b>	<b>251</b>	<b>706</b>
<b>Berlin-Ost</b>	<b>40</b>	<b>14,5</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>61</b>

Entbindungen, die in der Wohnung oder 'an anderem Ort' begonnen,  
wegen Komplikationen jedoch im Krankenhaus beendet wurden 138

Mitwirkung der Hebamme/des Entbindungspflegers bei einer Entbindung im Krankenhaus  
- mit einem stationärem Aufenthalt bis höchstens 24 Stunden nach der Geburt 155  
- mit einem längeren stationären Aufenthalt 260

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.6:****Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1992 in Berlin****Vor- und Nachsorge durch freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger 1992 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)	269
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus)	351
auf eine von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr nicht selbst durchgeführte Entbindung	
- in der Wohnung (Hausentbindung)	29
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus)	58
auf eine im Krankenhaus durchgeführte Entbindung	
- mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens 24 Stunden nach der Geburt	1 143 1)
- mit einem längeren stationären Aufenthalt	2 447 2)

**Überwachung des Wochenbettverlaufs**

nach einer von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr selbst durchgeführten Entbindung	
- in der Wohnung (Hausentbindung)	251
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus)	277
nach einer von der Hebamme/dem Entbindungspfleger im Berichtsjahr nicht selbst durchgeführten Entbindung	
- in der Wohnung (Hausentbindung)	43
- in ärztlicher Praxis bzw. an anderem Ort (ausgenommen Krankenhaus)	141
nach einer im Krankenhaus durchgeführten Entbindung	
- mit einem stationären Aufenthalt bis höchstens 24 Stunden nach der Geburt	1 542 1)
- mit einem längeren stationären Aufenthalt	3 266 2)

1) darunter 57 von der Hebamme selbst durchgeführte Entbindungen

2) darunter 10 von der Hebamme selbst durchgeführte Entbindungen

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.7:  
Geborene 1992 in Berlin

Gewicht von ... bis unter ... g	Geborene				Lebendgeborene				Totegeborene			
	insgesamt	dar.		insgesamt	dar.		insgesamt	dar.		insgesamt	dar.	
		m.	w.		m.	w.		m.	w.		m.	w.
<b>in Krankenhäusern Geborene</b>												
unter 500	19	3	6	8	4	1	Fehlgeburt					
500 - 1.000	117 1)	33	34	44	12	12	Fehlgeburt					
1.000 - 1.500	215	51	71	58	35	11	1	1	2	2	3	
1.500 - 2.500	1.612	410	529	516	199	215	4	8	8	7	5	
2.500 und mehr	27.180	6.703	9.974	9.284	3.327	3.016	23	5	9	5	4	
insgesamt	29.146 2)3)4)	7.200	10.614	9.910	3.577	3.255	67 4)	10	18	13	14	
Berlin-West	21.375	6.794	9.111	8.330	2.041	1.850	43	10	16	11	8	
Berlin-Ost	7.771 2)3)4)	406	1.503	1.580	1.536	1.405	24 4)	0	2	2	6	
<b>außerklinisch Geborene</b>												
unter 500	-	-	-	-	-	-	Fehlgeburt					
500 - 1.000	-	-	-	-	-	-	Fehlgeburt					
1.000 - 1.500	-	-	-	-	-	-	-					
1.500 - 2.500	5	-	3	-	-	2	-					
2.500 und mehr	764	20	209	211	179	165	-					
insgesamt	769	20	212	211	179	167	-					
<b>Geborene aus Mehrlingsgeburten</b>												
<b>Sterbefälle von Kindern</b>												
Geborene aus (in der obigen Tabelle enthalten)	in Krankenhäusern				außerklinisch							
Zwillingengeburt	Lebendgeborene	709	525	184	4							
	Totgeborene	3	3	-	-							
	Fehlgeburten	2	-	2	-							
sonstigen Mehrlingsgeburten	Lebendgeborene	31	28	3	-							
	Totgeborene	-	-	-	-							
<b>Sterbefälle</b>												
ante partum (unter "Totgeborene" enthalten)	59											
sub partum (unter "Totgeborene" enthalten)	8											
post partum (bis zum 7. Lebenstag)	60											
insgesamt	127											

1) darunter 15 Lebendgeborene unter 1.000 g  
 2) einschließlich 3 Geborene ohne weitere Angaben  
 3) einschließlich 1.720 Lebendgeborene ohne weitere Angaben  
 4) einschließlich 10 Totgeborene ohne weitere Angaben  
 (Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.8:

Untergewichtig Geborene 1982 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin  
aus nach dem Ereignisprinzip erfaßten Entbindungen

Jahr	in Krankenhäusern Geborene						außerklinisch		
	Lebendgeborene			Totgeborene			Lebendgeborene		
	insgesamt	unter 2.500 g		insgesamt	unter 2.500 g		insgesamt	unter 2.500 g	
absolut		%	absolut		%	absolut		%	
<b>Berlin West</b>									
1982	18 237	1 338	7,3	83	54	65,1	231	2	0,9
1983	17 316	1 251	7,2	87	53	60,9	259	4	1,5
1984	17 214	1 246	7,2	69	42	60,9	220	3	1,4
1985	17 210	1 252	7,3	61	40	65,6	515	8	1,6
1986	18 038	1 310	7,3	72	46	63,9	459	11	2,4
1987	18 897	1 448	7,7	71	41	57,7	466	1	0,2
1988	20 217	1 473	7,3	66	37	56,1	597	6	1,0
1989	20 409	1 426	7,0	72	43	59,7	625	0	0,0
1990	21 452	1 447	6,7	76	40	52,6	727	0	0,0
<b>Berlin</b>									
1991	30 080	2 004	6,7	76	54	71,1	699	4	0,6
1992	27 356 1)	1 755	6,4	57 2)	34	59,6	769	5	0,7

1) ohne 1720 Lebendgeborene ohne Angaben zum Geburtsgewicht

2) ohne 10 Totgeborene ohne Angaben zum Geburtsgewicht

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.9:

Neugeborene 1) mit Fehlbildungen 1980 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin

Jahr	Lebendgeborene mit Fehlbildungen		Totgeborene mit Fehlbildungen	
	absolut	in % der Lebendge- borenen 1)	absolut	in % der Totge- borenen 1)
<b>Berlin-West</b>				
1980	221	1,2	12	12,1
1981	296	1,6	14	13,5
1982	270	1,5	11	13,3
1983	291	1,7	8	9,2
1984	294	1,7	2	2,9
1985	225	1,3	7	11,5
1986	271	1,5	3	4,2
1987	270	1,4	6	8,5
1988	252	1,2	6	9,1
1989	259	1,2	4	5,6
1990	270	1,2	5	6,3
<b>Berlin</b>				
1991	526	1,7	4	5,3
1992	410	1,4	4	6,0

1) Erfassung nach dem Ereignisprinzip

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.10:**  
**Neugeborene 1) mit Fehlbildungen 1992 in Berlin**

Geschlecht/ Legitimität	Geborene	Lebendgeborene			Totgeborene
		zusammen	rechtzeitig Geborene	Früh- geborene	
<b>männlich</b>	<b>224</b>	<b>221</b>	191	30	<b>3</b>
davon ehelich	134	133	115	18	1
nichtehelich	48	46	40	6	2
unbekannt	42	42	36	6	-
<b>weiblich</b>	<b>166</b>	<b>165</b>	145	20	<b>1</b>
davon ehelich	89	89	79	10	-
nichtehelich	41	40	36	4	1
unbekannt	36	36	30	6	-
<b>unbekannt</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	22	2	-
<b>insgesamt</b>					
absolut	414 2)	410 2)	358 2)	52	4
% der Geborenen	1,4 3)	1,4 4)			6,0 5)

1) Erfassung nach dem Ereignisprinzip

2) darunter 11 Kinder von außerklinischen Entbindungen

3) in % der 1992 in Berlin Geborenen (Ereignisprinzip)

4) in % der 1992 in Berlin Lebendgeborenen (Ereignisprinzip)

5) in % der 1992 in Berlin Totgeborenen (Ereignisprinzip)

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.11:

Bei Neugeborenen (Ereignisprinzip) festgestellte Fehlbildungen 1985 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin

Art der Fehlbildung	Berlin-West												Berlin				
	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Fehlbildungen a u ß e r G l i e d m a ß e n f e h l b i l d u n g e n																	
Accephalus bzw. Anencephalus	4	1,5	2	0,6	-	-	2	0,7	1	0,3	-	-	-	-	-	-	
Mikrocephalus	5	1,9	5	1,6	4	1,2	4	1,4	-	-	6	2,1	3	0,5	3	0,7	
Hydrocephalus	5	1,9	10	3,2	11	3,3	19	6,5	9	3,0	9	3,1	20	3,4	6	1,3	
Turmschädel	1	0,4	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	1	0,2	2	0,4
Mongolismus	16	6,2	15	4,9	26	7,8	21	7,1	15	5,0	12	4,1	22	3,7	17	3,8	
Teratome	1	0,4	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	-	-	1	0,2	1	0,2	
Chonistome	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1,0	1	0,2
Herzfehler	37	14,2	63	20,4	52	15,7	44	15,0	53	17,7	48	16,4	153	25,7	79	17,6	
Spaltbildungen des Gesichts	22	8,5	21	6,8	27	8,1	24	8,2	24	8,0	14	4,8	38	6,4	21	4,7	
Spaltbildungen des Rumpfes	4	1,5	3	1,0	3	0,9	3	1,0	7	2,3	7	2,4	6	1,0	13	2,9	
Spaltbildungen der Wirbelsäule	7	2,7	6	1,9	11	3,3	8	2,7	6	2,0	5	1,7	12	2,0	8	1,8	
Augenfehlbildungen	4	1,5	2	0,6	7	2,1	2	0,7	1	0,3	-	-	2	0,3	2	0,4	
Ohrfehlbildungen	12	4,6	5	1,6	11	3,3	4	1,4	5	1,7	10	3,4	18	3,0	10	2,2	
Schiefhals	3	1,2	-	-	1	0,3	-	-	1	0,3	-	-	1	0,2	0	0,0	
Oesophagusatresie	5	1,9	3	1,0	3	0,9	9	3,1	9	3,0	9	3,1	8	1,3	3	0,7	
Anairstre	2	0,8	3	1,0	5	1,5	5	1,7	2	0,7	4	1,4	7	1,2	9	2,0	
Hypospadie	14	5,4	29	9,4	28	8,4	28	9,5	25	8,4	23	7,9	37	6,2	32	7,1	
sonstige Fehlbildungen	45	17,3	59	19,1	59	17,8	48	16,3	49	16,4	65	22,3	143	24,0	124	27,6	
darunter urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	14	5,4	21	6,8	20	6,0	18	6,1	14	4,7	26	8,9	59	9,9	35	7,8	
<b>G l i e d m a ß e n f e h l b i l d u n g e n</b>																	
fehlende Gliedmaßen und Phokomelien (*)	7	2,7	1	0,3	1	0,3	-	-	1	0,3	2	0,7	3	0,5	7	1,6	
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, z.B. Syndaktylie, überzählige Finger, Spalthand, Klumhand usw.	16	6,2	34	11,0	30	9,0	22	7,5	18	6,0	14	4,8	39	6,5	19	4,2	
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, z.B. Syndaktylie, überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß usw.	31	11,9	30	9,7	28	8,4	30	10,2	31	10,4	37	12,7	38	6,4	50	11,1	
Hüftgelenkluxation	4	1,5	3	1,0	10	3,0	5	1,7	12	4,0	6	2,1	16	2,7	22	4,9	
partielle Wachstumsstörungen, z.B. Hypoplasien, Radiusplasien	5	1,9	1	0,3	1	0,3	4	1,4	6	2,0	3	1,0	4	0,7	2	0,4	
sonstige Fehlbildungen	5	1,9	6	1,9	6	1,8	3	1,0	9	3,0	7	2,4	6	1,0	5	1,1	
sonstige Schäden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Spastizität	1	0,4	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	2	0,3	3	0,7	
Schlaffe Lähmungen, z.B. Erb'sche Lähmung	4	1,5	6	1,9	7	2,1	8	2,7	14	4,7	9	3,1	10	1,7	8	1,8	
<b>Insgesamt festgestellte Fehlbildungen</b>	<b>260</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>332</b>	<b>100</b>	<b>294</b>	<b>100</b>	<b>299</b>	<b>100</b>	<b>292</b>	<b>100</b>	<b>596</b>	<b>100</b>	<b>449</b>	<b>100</b>	
<b>Neugeborene mit Fehlbildungen insgesamt</b>	<b>232</b>		<b>274</b>		<b>276</b>		<b>258</b>		<b>263</b>		<b>275</b>		<b>530</b>		<b>414</b>		

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 2.12:**  
**Bei Neugeborenen 1) festgestellte Fehlbildungen 1992 in Berlin**

Art der Fehlbildung	bei Lebendgeborenen		bei Totgeborenen
	rechtzeitig	früh	
<b>Fehlbildungen a u ß e r Gliedmaßenfehlbildungen</b>			
Acephalus bzw Anencephalus	2	-	-
Mikrocephalus	3	-	-
Hydrocephalus	2	3	1
Turmschädel	2 2)	-	-
Mongolismus	12	4	1
Teratome	1	-	-
Choristome	1	-	-
Herzfehler	71 2)	7	1
Spaltbildungen des Gesichts	20 2)	1	-
Spaltbildungen des Rumpfes	8	5	-
Spaltbildungen der Wirbelsäule	6	2	-
Augenfehlbildungen	2	-	-
Ohrfehlbildungen	10	-	-
Schiefhals	-	-	-
Oesophagusatresie	1	2	-
Analatresie	6	3	-
Hypospadie	28	4	-
sonstige Fehlbildungen	103 2)	21	-
darunter urogenitale Fehlbildungen (außer Hypospadie)	30 2)	5	-
<b>Gliedmaßenfehlbildungen</b>			
fehlende Gliedmaßen und Phokomelien (*)	7	-	-
Handfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, z B. Syndaktole überzählige Finger, Spalthand, Klumphand usw	18 2)	1	-
Fußfehlbildungen, die nicht unter (*) fallen, z B. Syndaktole überzählige Zehen, Spaltfuß, Klumpfuß usw.	46 2)	4	-
Hüftgelenkluxation	21 2)	1	-
partielle Wachstumsstörungen z B. Hypoplasien, Radiusplasien	1	1	-
sonstige Fehlbildungen	5	-	-
<b>sonstige Schäden</b>			
Spastizität	3	-	x
Schlaffe Lähmungen z B. Erb'sche Lähmung	8	-	x

1) Erfassung nach dem Ereignisprinzip

2) darunter Fehlbildungen bei Kindern von außerklinischen Entbindungen

x = Tabellenfach gesperrt weil Aussage nicht sinnvoll

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 2.13:

Fehlgeburten 1975 - 1990 in Berlin-West, 1991 - 1992 in Berlin 1)

(Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)

Jahr	Fehlgeburten	Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren	Fehlgeburten je 10.000 der weibl. Bevölke- rung von 15 bis unter 45 Jahren	Entbindungen je 10 000 der weibl. Bevölke- rung von 15 bis unter 45 Jahren
<b>Berlin-West</b>				
1975	3 032	387 444	78,3	452,8
1976	2 653	383 616	69,2	454,0
1977	2 454	382 372	64,2	426,6
1978	2 407	384 188	62,7	428,2
1979	2 555	386 469	66,1	439,0
1980	2 553	387 578	65,9	472,3
1981	2 626	388 233	67,6	479,6
1982	2 591	387 465	66,9	473,6
1983	2 425	385 180	63,0	454,1
1984	2 355	383 636	61,4	451,3
1985	2 050	384 890	53,3	457,4
1986	2 548	389 830	65,4	470,9
1987	2 762	432 482	63,9	444,2
1988	2 672	438 881	60,9	470,0
1989	2 653	450 193	58,9	463,7
1990	2 818	463 808	60,8	473,7
1991	2 775	470 924	58,9	458,0
1992	2 784	474 694	58,6	459,2
<b>Berlin-Ost</b>				
1991	969	285 810	33,9	312,7
1992	1 012	289 044	35,0	267,7
<b>Berlin</b>				
1991	3 744	756 728	49,5	403,1
1992	3 796	763 737	49,7	386,7

1) Erfassung durch SenGes (Ereignisprinzip)

(Quelle: StaLa Berlin / SenGes)

**Tabelle A 2.14:**  
**Fehlgeburten 1992 in Berlin**  
**nach Familienstand und Alter der Schwangeren**  
**(Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)**

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	insgesamt			Abbrüche nach Familienstand der Schwangeren					
	absolut	%	je 10 000 der weibl.Bevölk.	ledig		verheiratet 1)		unbekannt	
				absolut	%	absolut	%	absolut	%
<b>Berlin-West</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	148	5,3	31,9	75	11,2	40	2,7	33	5,3
20 - 25	483	17,3	64,9	166	24,7	209	14,0	108	17,4
25 - 30	813	29,2	77,0	205	30,5	425	28,5	183	29,5
30 - 35	709	25,5	78,5	130	19,3	429	28,8	150	24,2
35 - 40	413	14,8	54,0	65	9,7	244	16,4	104	16,8
40 - 45	200	7,2	24,6	29	4,3	132	8,8	39	6,3
45 und älter 2)	18	0,6	2,4	2	0,3	13	0,9	3	0,5
unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>insgesamt 1992</b>	<b>2 784</b>		<b>58,6</b>	<b>672</b>	<b>100</b>	<b>1 492</b>	<b>100</b>	<b>620</b>	<b>100</b>
%		100			24,1		53,6		22,3
insgesamt 1991	2 775		58,9	694		1 662		419	
%		100			25,0		59,9		15,1
<b>Berlin-Ost 3)</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	65	6,4	20,6 (25,1)	55	15,7	9	1,9	1	0,5
20 - 25	247	24,4	51,7 (62,7)	139	39,7	106	22,5	2	1,0
25 - 30	243	24,0	38,3 (46,5)	95	27,1	146	31,0	2	1,0
30 - 35	157	15,5	28,3 (34,4)	35	10,0	119	25,3	3	1,6
35 - 40	65	6,4	13,3 (16,1)	17	4,9	47	10,0	1	0,5
40 - 45	45	4,4	10,7 (13,0)	7	2,0	35	7,4	3	1,6
45 und älter 2)	12	1,2	3,1 (3,8)	2	0,6	9	1,9	1	-
unbekannt	178	17,6	-	-	-	-	-	178	93,2
<b>insgesamt 1992</b>	<b>1 012</b>		<b>35,0</b>	<b>350</b>	<b>100</b>	<b>471</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>
%		100			34,6		46,5		18,9
insgesamt 1991	969		33,9	304		430		235	
%		100			31,4		44,4		24,3
<b>Berlin 3)</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	213	5,6	27,4 (28,7)	130	12,7	49	2,5	34	4,2
20 - 25	730	19,2	59,7 (62,7)	305	29,8	315	16,0	110	13,6
25 - 30	1 056	27,8	62,5 (65,5)	300	29,4	571	29,1	185	22,8
30 - 35	866	22,8	59,4 (62,3)	165	16,1	548	27,9	153	18,9
35 - 40	478	12,6	38,2 (40,0)	82	8,0	291	14,8	105	12,9
40 - 45	245	6,5	19,8 (20,8)	36	3,5	167	8,5	42	5,2
45 und älter 2)	30	0,8	2,7 (2,8)	4	0,4	22	1,1	4	0,5
unbekannt	178	4,7	-	-	-	-	-	178	21,9
<b>insgesamt 1992</b>	<b>3 796</b>		<b>49,7</b>	<b>1 022</b>	<b>100</b>	<b>1 963</b>	<b>100</b>	<b>811</b>	<b>100</b>
%		100			26,9		51,7		21,4
insgesamt 1991	3 744		49,5	998		2 092		654	
%		100			26,7		55,9		17,5

1) einschließlich verwitweter und geschiedener Frauen  
 2) bei der Bevölkerungsberechnung: Altersgruppe der 45- bis unter 50jährigen Frauen  
 3) Es wurden die 178 Fehlgeburten ohne Altersangabe der Schwangeren entsprechend der prozentualen Altersverteilung zu den Fehlgeburten jeder Altersgruppe hinzugerechnet und die Ergebnisse je 10 000 der weiblichen Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe berechnet

(Quelle: StLa Berlin / SenGes)

Tabelle A 2.15:

## Fehlgeburten 1992 in Berlin

## nach Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen

(Meldung durch Krankenhäuser, freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger und sonstige Einrichtungen mit Zulassung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen)

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Fehlgeburten insgesamt	Dauer der Schwangerschaft und Komplikationen							
		bis einschl. 4. Schwangerschaftsmonat				nach dem 4. Schwangerschaftsmonat			
		zu-sammen	darunter mit			zu-sammen	darunter mit		
			Fieber	sonst. Kompl.	Sterbefällen		Fieber	sonst. Kompl.	Sterbefällen
<b>Berlin-West</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	148	145	-	1	-	3	-	-	-
20 - 25	483	453	-	2	-	30	-	1	-
25 - 30	813	771	4	7	-	42	-	2	-
30 - 35	709	674	4	6	-	35	3	-	-
35 - 40	413	382	1	4	-	31	-	4	-
40 - 45	200	185	-	1	-	15	1	-	-
45 und älter	18	18	1	-	-	-	-	-	-
unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>zusammen</b>	<b>2.784</b>	<b>2.628</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>156</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>-</b>
<b>Berlin-Ost</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	65	63	-	-	-	2	-	-	-
20 - 25	247	238	1	-	-	9	-	-	-
25 - 30	243	242	3	1	-	1	-	-	-
30 - 35	157	154	-	-	-	3	1	-	-
35 - 40	65	63	-	-	-	2	-	-	-
40 - 45	45	45	-	1	-	-	-	-	-
45 und älter	12	12	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	178	178	-	-	-	-	-	-	-
<b>zusammen</b>	<b>1.012</b>	<b>995</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Berlin</b>									
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	213	208	-	1	-	5	-	-	-
20 - 25	730	691	1	2	-	39	-	1	-
25 - 30	1 056	1 013	7	8	-	43	-	2	-
30 - 35	866	828	4	6	-	38	4	-	-
35 - 40	478	445	1	4	-	33	-	4	-
40 - 45	245	230	-	2	-	15	1	-	-
45 und älter	30	30	1	-	-	-	-	-	-
unbekannt	178	178	-	-	-	-	-	-	-
<b>insgesamt</b>	<b>3.796</b>	<b>3.623</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>-</b>	<b>173</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>-</b>

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.16:**  
**Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1990 - 1992 in Berlin 1)**

Jahr	Entbin- dungen	Schwanger- schafts- abbrüche	Entbindungen je 10 000 der weibl. Bevölke- rung von 15 bis unter 45 Jahren	Abbrüche je 10 000 der weibl. Bevölke- rung von 15 bis unter 45 Jahren	Entbindungen je Schwanger- schafts- abbruch	Schwanger- schafts- abbrüche je 1 000 Entbindungen
<b>1990</b>						
Berlin	37.103	18.371	496,2	246,0	2,0	495,1
Berlin-West	21.971	11.104	473,7	239,4	2,0	505,4
Berlin-Ost	15.132	7.267	532,8	255,9	2,1	480,2
<b>1991</b>						
Berlin	30.502	16.312	403,1	215,9	1,9	534,8
Berlin-West	21.566	10.188	458,0	216,3	2,1	472,4
Berlin-Ost	8.936	6.124	312,7	214,3	1,5	685,3
<b>1992</b>						
Berlin	29.537	15.695	386,7	205,5	1,9	531,4
Berlin-West	21.798	10.591	459,2	223,1	2,1	485,9
Berlin-Ost	7.739	5.104	267,7	176,6	1,5	659,5

1) Erfassung durch SenGes (Ereignisprinzip)

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.17:**  
**Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche 1975 - 1992 in Berlin-West 1),**  
**Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 1978 - 1992 in Berlin-Ost**

Berlin-West						
Jahr	Entbindungen	Schwangerschaftsabbrüche	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	Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch	Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Entbindungen
1975	17 542	3 515	452,8	90,7	5,0	200,4
1976	17 416	5 920	454,0	154,3	2,9	339,9
1977	16 310	8 555	426,6	223,7	1,9	524,5
1978	16 451	9 907	428,2	257,9	1,7	602,2
1979	16 967	10 104	439,0	261,4	1,7	595,5
1980	18 306	10 330	472,3	266,5	1,8	564,3
1981	18 619	11 478	479,6	295,6	1,6	616,5
1982	18 351	11 753	473,6	303,3	1,6	640,5
1983	17 490	13 222	454,1	343,3	1,3	756,0
1984	17 313	12 245	451,3	319,2	1,4	707,3
1985	17 605	12 059	457,4	313,3	1,5	685,0
1986	18 362	11 102	470,9	284,8	1,7	604,6
1987	19 210	10 625	444,2	245,7	1,8	553,1
1988	20 627	11 308	470,0	257,7	1,8	548,2
1989	20 875	10 893	463,7	242,0	1,9	521,8
1990	21 971	11 104	473,7	239,4	2,0	505,4
1991	21 566	10 188	458,0	216,3	2,1	472,4
1992	21 798	10 591	459,2	223,1	2,1	485,9

Berlin-Ost					
Jahr	Lebendgeborene	Schwangerschaftsabbrüche	Lebendgeborene je 1.000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren	Abbrüche je 1.000 der weibl. Bevölkerung von 15 bis unter 45 Jahren	Lebendgeborene je Schwangerschaftsabbruch
1978	15 664	5 939	58,1	22,7	2,6
1979	16 526	6 792	62,2	25,4	2,4
1980	17 526	8 133	64,2	30,1	2,2
1981	17 199	9 295	61,9	34,4	1,9
1982	17 725	9 106	63,7	32,9	1,9
1983	17 745	8 824	63,4	31,7	2,0
1984	16 885	8 725	60,2	31,2	1,9
1985	17 155	8 916	60,7	31,8	1,9
1986	17 468	8 709	61,6	30,8	2,0
1987	18 399	8 444	63,7	29,5	2,2
1988	17 880	8 066	61,4	27,9	2,2
1989	16 937	7 801	59,5	27,4	2,2
1990	15 446	7 267 1)	54,4	25,6	2,1
1991	8 712	6 124 1)	30,5	21,4	1,4
1992	7 779	5 104 1)	26,9	17,7	1,5

1) Erfassung durch SenGes (Ereignisprinzip)

(Quelle: StaLa / SenGes)

**Tabelle A 2.18:**  
**Schwangerschaftsabbrüche 1980 - 1989 in Berlin-West, 1990 - 1992 in Berlin 1)**  
**nach Ort der Durchführung**

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	in Krankenhäusern								in sonstigen Einrichtungen	
		insgesamt		städtisch / Universitäten		freigemeinnützig		privat		absolut	%
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
<b>Berlin-West</b>											
1980	10 330	8 959	86,7	2 626	25,4	2 858	27,7	3 475	33,6	1 371	13,3
1981	11 478	6 269	54,6	2 189	19,1	1 332	11,6	2 748	23,9	5 209	45,4
1982	11 753	4 515	38,4	1 911	16,3	386	3,3	2 218	18,9	7 238	61,6
1983	13 222	3 861	29,2	1 601	12,1	236	1,8	2 024	15,3	9 361	70,8
1984	12 245	3 620	29,6	1 570	12,8	245	2,0	1 805	14,7	8 625	70,4
1985	12 059	3 089	25,6	1 314	10,9	203	1,7	1 572	13,0	8 970	74,4
1986	11 102	2 216	20,0	749	6,7	205	1,8	1 262	11,4	8 886	80,0
1987	10 625	1 718	16,2	573	5,4	182	1,7	963	9,1	8 907	83,8
1988	11 308	1 709	15,1	928	8,2	121	1,1	660	5,8	9 599	84,9
1989	10 893	1 454	13,3	715	6,6	119	1,1	620	5,7	9 439	86,7
1990	11 104	1 456	13,1	761	6,9	119	1,1	576	5,2	9 648	86,9
1991	10 188	1 005	9,9	510	5,0	88	0,9	407	4,0	9 183	90,1
1992	10 591	990	9,3	516	4,9	78	0,7	396	3,7	9 601	90,7
<b>Berlin-Ost</b>											
1990	7 267	7 267	100,0	7 267	100,0	-	-	-	-	-	-
1991	6 124	6 124	100,0	6 124	100,0	-	-	-	-	-	-
1992	5 104	5 104	100,0	4 564	89,4	540	10,6	-	-	-	-
<b>Berlin</b>											
1990	18 371	8 723	47,5	8 028	43,7	119	0,6	576	3,1	9 648	52,5
1991	16 312	7 129	43,7	6 634	40,7	88	0,5	407	2,5	9 183	56,3
1992	15 695	6 094	38,8	5 080	32,4	618	3,9	396	2,5	9 601	61,2

1) Erfassung durch SenGes (Ereignisprinzip)

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 2.19:**  
**Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin**  
**nach Familienstand und Alter der Schwangeren**  
**(Meldung durch Krankenhäuser und zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassene Einrichtungen)**

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	insgesamt		Abbrüche nach Familienstand der Schwangeren					
			ledig		verheiratet 1)		unbekannt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
<b>Berlin-West</b>								
unter 15	19	0,2	11	0,4	-	-	8	0,2
15 - 20	828	7,8	448	17,2	45	1,6	335	6,6
20 - 25	2 287	21,6	809	31,0	415	14,5	1 063	20,8
25 - 30	3 188	30,1	828	31,7	879	30,6	1 481	29,0
30 - 35	2 117	20,0	374	14,3	813	28,3	930	18,2
35 - 40	1 145	10,8	115	4,4	512	17,8	518	10,1
40 - 45	449	4,2	23	0,9	200	7,0	226	4,4
45 und älter	36	0,3	2	0,1	7	0,2	27	0,5
unbekannt	522	4,9	-	-	-	-	522	-
<b>insgesamt 1992</b>	<b>10 591</b>		<b>2 610</b>	<b>100</b>	<b>2 871</b>	<b>100</b>	<b>5 110</b>	<b>100</b>
%		100		24,6		27,1		48,2
insgesamt 1991	10 188		2 554		2 680		4 954	
%		100		25,1		26,3		48,6
<b>Berlin-Ost</b>								
unter 15	15	0,3	15	0,6	-	-	-	-
15 - 20	388	7,6	376	16,0	6	0,3	6	0,8
20 - 25	1 114	21,8	863	36,8	210	10,7	41	5,2
25 - 30	1 352	26,5	639	27,2	673	34,2	40	5,1
30 - 35	874	17,1	286	12,2	570	28,9	18	2,3
35 - 40	494	9,7	127	5,4	359	18,2	8	1,0
40 - 45	176	3,4	39	1,7	134	6,8	3	0,4
45 und älter	19	0,4	2	0,1	17	0,9	-	-
unbekannt	672	13,2	-	-	-	-	672	85,3
<b>insgesamt 1992</b>	<b>5 104</b>		<b>2 347</b>	<b>100</b>	<b>1 969</b>	<b>100</b>	<b>788</b>	<b>100</b>
%		100		46,0		38,6		15,4
insgesamt 1991	6 124		2 377		2 023		1 724	
%		100		38,8		33,0		28,2
<b>Berlin</b>								
unter 15	34	0,2	26	0,5	-	-	8	0,1
15 - 20	1 216	7,7	824	16,6	51	1,1	341	5,8
20 - 25	3 401	21,7	1 672	33,7	625	12,9	1 104	18,7
25 - 30	4 540	28,9	1 467	29,6	1 552	32,1	1 521	25,8
30 - 35	2 991	19,1	660	13,3	1 383	28,6	948	16,1
35 - 40	1 639	10,4	242	4,9	871	18,0	526	8,9
40 - 45	625	4,0	62	1,3	334	6,9	229	3,9
45 und älter	55	0,4	4	0,1	24	0,5	27	0,5
unbekannt	1 194	7,6	-	-	-	-	1 194	20,2
<b>insgesamt 1992</b>	<b>15 695</b>		<b>4 957</b>	<b>100</b>	<b>4 840</b>	<b>100</b>	<b>5 898</b>	<b>100</b>
%		100		31,6		30,8		37,6
insgesamt 1991	16 312		4 931		4 703		6 678	
%		100		30,2		28,8		40,9

1) einschließlich verwitweter und geschiedener Frauen

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 2.20:**  
**Schwangerschaftsabbrüche 1992 in Berlin**  
**nach Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft, gleichzeitig vorgenommener Sterilisation und Komplikationen**  
**(Meldung durch Krankenhäuser und zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassene Einrichtungen)**

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	Dauer der Schwangerschaft, Sterilisation und Komplikationen									
		bis einschl. 12. Schwangerschaftswoche					nach der 12. Schwangerschaftswoche				
		zusammen	darunter mit			zusammen	darunter mit				
			Sterilisation	Komplikation.	Sterbefällen		Sterilisat.	Sectio vag. abd.	Komplikation.	Sterbefällen	
<b>Berlin-West</b>											
unter 15	19	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	828	811	-	1	-	17	-	-	-	-	-
20 - 25	2 287	2265	5	2	-	22	-	-	-	-	-
25 - 30	3 188	3152	54	3	-	36	1	-	-	-	-
30 - 35	2 117	2100	146	1	-	17	6	-	-	-	-
35 - 40	1 145	1126	152	2	-	19	2	-	-	-	-
40 - 45	449	442	62	-	-	7	6	-	-	-	-
45 und älter	36	36	3	-	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	522	522	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>zusammen</b>	<b>10.591</b>	<b>10.473</b>	<b>422</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>118</b>	<b>15</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Berlin-Ost</b>											
unter 15	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	388	385	1	2	-	3	-	-	1	-	-
20 - 25	1 114	1 110	2	11	-	4	1	-	-	-	-
25 - 30	1 352	1 346	10	16	-	6	-	-	-	-	-
30 - 35	874	870	7	8	-	4	-	-	-	-	-
35 - 40	494	491	8	5	-	3	-	-	-	-	-
40 - 45	176	173	4	-	-	3	-	-	-	-	-
45 und älter	19	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	672	670	-	-	-	2	-	-	-	-	-
<b>zusammen</b>	<b>5 104</b>	<b>5 079</b>	<b>32</b>	<b>42</b>	<b>-</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Berlin</b>											
unter 15	34	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	1 216	1 196	1	3	-	20	-	-	1	-	-
20 - 25	3 401	3 375	7	13	-	26	1	-	-	-	-
25 - 30	4 540	4 498	64	19	-	42	1	-	-	-	-
30 - 35	2 991	2 970	153	9	-	21	6	-	-	-	-
35 - 40	1 639	1 617	160	7	-	22	2	-	-	-	-
40 - 45	625	615	66	-	-	10	6	-	-	-	-
45 und älter	55	55	3	-	-	-	-	-	-	-	-
unbekannt	1 194	1 192	-	-	-	2	-	-	-	-	-
<b>insgesamt</b>	<b>15.695</b>	<b>15 552</b>	<b>454</b>	<b>51</b>	<b>-</b>	<b>143</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

(Quelle: SenGes)

## Kapitel 3 - Gesundheitszustand

**Tabelle A 3.1:**  
**Mortalitätsraten 1992 in Berlin**  
**nach Geschlecht**  
**- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Jahr	Sterbefälle absolut						Sterbefälle je 100.000					
	insgesamt			darunter < 65 Jahre			rohe Mortalitätsraten			standardisierte Mortalitätsraten		
	m.	w.	insgesamt	m.	w.	insgesamt	m.	w.	insgesamt	m.	w.	insgesamt
<b>Berlin-West</b>												
1985	13.127	19.487	3.732	2.157	1.538,90	1.949,13	482,41	291,29	1.491,63	825,54	537,82	264,52
1986	12.675	19.052	3.568	2.149	1.464,39	1.897,43	462,85	287,10	1.449,78	812,82	514,65	264,76
1987	12.353	18.366	3.646	2.034	1.319,72	1.705,80	439,02	252,29	1.239,93	729,17	469,13	236,76
1988	11.938	18.083	3.652	2.078	1.247,54	1.658,67	427,44	251,68	1.198,16	722,40	446,30	239,06
1989	12.144	17.901	3.831	2.069	1.234,38	1.615,68	433,28	243,61	1.219,91	708,75	446,83	233,12
1990	11.960	18.332	3.946	2.098	1.176,24	1.623,63	429,73	239,93	1.173,46	717,16	436,88	230,45
1991	11.904	17.986	4.226	2.167	1.161,77	1.583,46	455,87	244,62	1.163,23	711,04	451,04	233,09
1992	11.685	17.322	4.068	2.078	1.136,90	1.520,32	437,21	232,39	1.141,77	688,26	423,46	220,31
<b>Berlin-Ost</b>												
1985	6.088	8.787	1.856	1.302	1.080,94	1.373,65	356,07	242,13	1.318,01	903,61	426,16	256,24
1986	5.998	8.528	1.842	1.205	1.041,40	1.317,09	346,56	220,09	1.352,76	893,12	418,84	232,09
1987	5.716	8.177	1.859	1.182	971,01	1.242,32	340,98	211,35	1.285,61	853,55	401,27	223,58
1988	5.696	8.225	1.965	1.219	945,15	1.230,17	350,71	213,46	1.290,28	864,07	409,57	224,69
1989	5.639	7.755	2.019	1.206	919,99	1.147,57	353,39	208,15	1.249,71	810,41	399,60	217,61
1990	5.842	7.932	2.216	1.295	965,22	1.185,55	392,95	225,95	1.265,26	820,65	421,87	229,58
1991	5.940	7.824	2.454	1.323	973,57	1.170,91	431,48	231,09	1.264,73	810,76	452,56	231,54
1992	5.741	7.256	2.429	1.287	925,70	1.087,44	420,20	225,08	1.206,61	746,72	432,54	222,54

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

**Tabelle A 3.2:**  
**Altersspezifische Mortalität und rohe Mortalität 1983 - 1992 in Berlin**  
 - je 100.000 / alle Altersgruppen  
**Frauen**

Jahr	Altersspezifische Mortalität / Altersgruppen in Jahren																rohe Mortalität		
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	85 u.ä.
<b>Berlin-West</b>																			
1983	256,92	15,47	21,29	45,40	88,38	81,50	72,40	164,20	228,21	361,75	585,25	942,55	1.307,08	2.062,22	3.256,61	5.637,57	9.621,80	19.742,92	1.934,51
1984	247,12	15,69	18,27	30,18	44,34	85,56	103,02	159,59	254,70	416,49	597,55	887,36	1.315,39	1.944,07	3.067,63	5.586,44	9.504,16	19.432,21	1.915,07
1985	221,59	23,28	19,24	41,95	64,88	87,85	87,96	139,94	209,98	334,87	531,20	847,88	1.178,72	1.951,84	3.383,02	5.520,60	9.782,95	20.231,81	1.949,13
1986	262,05	12,49	7,42	40,01	51,64	70,42	88,39	154,13	210,28	323,15	495,00	819,49	1.276,06	1.937,28	3.260,51	5.420,35	9.573,90	19.772,63	1.897,43
1987	235,24	9,97	17,89	16,43	41,50	45,58	97,11	129,06	202,52	285,74	464,39	730,11	1.127,51	1.801,47	2.972,87	4.937,87	8.507,88	17.336,90	1.705,80
1988	212,69	23,69	10,14	27,19	40,58	55,56	98,10	128,12	186,77	277,15	472,23	804,73	1.101,78	1.805,38	2.987,28	4.656,06	8.250,26	17.218,77	1.658,67
1989	212,61	13,47	9,85	26,34	28,36	49,52	88,76	127,67	166,86	259,73	483,31	761,63	1.140,10	1.784,43	2.720,06	4.564,35	8.117,17	17.582,63	1.615,68
1990	203,11	19,35	7,03	28,92	40,64	53,85	78,00	110,57	190,63	292,39	397,39	747,33	1.174,00	1.737,74	2.827,77	4.785,15	8.235,32	17.965,77	1.623,63
1991	176,40	10,61	20,35	31,75	56,59	61,40	100,86	118,79	194,73	295,54	430,04	691,86	1.187,51	1.801,01	2.776,97	4.730,28	8.074,18	17.290,30	1.583,46
1992	137,93	10,45	19,71	21,55	49,70	60,59	84,09	102,07	173,15	275,96	399,56	655,70	1.238,42	1.750,73	2.941,46	4.625,20	7.781,57	16.358,88	1.520,32
<b>Berlin-Ost</b>																			
1983	257,14	23,69	20,00	33,92	47,49	73,48	74,98	87,33	156,54	249,98	494,31	811,37	1.225,04	2.541,05	4.002,37	6.778,29	10.769,13	19.245,93	1.327,31
1984	234,53	24,91	33,44	35,30	62,88	26,63	81,24	127,50	176,81	318,74	500,03	768,12	1.313,70	2.297,11	3.959,98	6.750,70	11.091,99	19.255,88	1.335,23
1985	235,42	23,18	6,38	43,65	48,30	41,68	55,51	128,26	165,02	256,79	511,07	851,53	1.370,80	2.188,17	4.063,06	6.881,17	11.853,99	20.997,62	1.373,65
1986	196,01	12,72	6,49	29,28	34,00	41,75	66,93	75,45	203,70	281,98	490,84	667,54	1.276,16	2.224,16	4.072,62	6.726,73	11.849,25	22.238,98	1.317,09
1987	183,03	24,22	9,55	32,81	33,41	51,60	65,70	110,50	183,74	271,16	452,65	702,29	1.114,64	1.938,87	4.001,06	6.564,96	11.337,63	21.230,70	1.242,32
1988	158,95	21,03	17,97	23,82	35,24	51,38	68,66	105,71	121,04	279,62	489,87	735,29	1.162,63	2.278,65	3.974,23	6.235,80	11.447,97	21.452,96	1.230,17
1989	122,36	22,79	5,59	31,10	30,51	37,68	98,86	113,39	164,29	273,49	391,72	698,91	1.201,78	2.155,61	3.578,90	6.133,18	10.398,48	19.650,09	1.147,57
1990	159,36	46,61	18,35	30,89	42,17	40,83	60,35	122,35	171,36	283,82	435,59	690,58	1.249,71	2.165,12	3.366,03	6.199,19	10.096,44	20.378,35	1.185,55
1991	120,54	23,28	12,62	31,87	39,74	42,36	66,26	133,91	199,99	290,63	465,72	681,10	1.282,26	2.092,89	3.507,96	5.936,18	9.730,08	19.971,34	1.170,91
1992	96,92	16,21	19,57	28,59	50,22	40,98	59,57	116,67	182,97	312,65	418,95	710,66	1.208,43	1.827,97	3.228,08	5.587,05	9.264,69	17.431,27	1.087,44

(Quelle: Stat.La Berlin/ eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.3:**  
**Altersspezifische Mortalität und rohe Mortalität 1983 - 1992 in Berlin**  
**- je 100.000 / alle Altersgruppen**  
**Männer**

Jahr	Altersspezifische Mortalität / Altersgruppen in Jahren																rohe Mortalität		
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	85 u.ä.
<b>Berlin-West</b>																			
1983	355,76	34,53	18,31	71,18	140,66	173,35	207,70	268,27	482,59	687,78	1.253,20	1.699,89	2.894,61	4.299,36	6.571,24	10.100,71	15.938,98	27.496,63	1.598,24
1984	354,67	14,94	24,09	61,72	103,83	128,89	173,30	283,77	441,61	668,54	1.115,05	1.721,95	2.754,46	4.219,84	6.616,77	10.258,44	15.341,88	29.224,21	1.557,97
1985	310,06	31,98	20,72	54,94	105,77	127,10	177,76	247,16	455,51	678,91	1.158,20	1.755,66	2.689,13	4.188,58	6.426,74	10.511,93	16.272,36	27.965,82	1.538,90
1986	305,72	30,85	30,75	38,71	109,18	132,09	185,59	216,12	457,51	656,44	1.031,14	1.591,44	2.718,12	4.071,39	6.526,59	10.084,09	16.084,31	27.116,47	1.464,39
1987	328,05	23,56	19,45	34,30	98,04	131,39	192,82	252,33	362,31	542,73	967,61	1.491,18	2.361,99	3.505,44	5.588,60	8.469,97	13.638,76	20.873,48	1.319,72
1988	249,70	26,91	24,09	41,82	87,14	138,71	166,51	240,07	375,82	567,34	896,19	1.414,14	2.257,29	3.406,69	5.626,40	8.070,47	12.674,44	20.774,03	1.247,54
1989	222,94	8,52	9,31	28,45	97,93	129,30	157,64	273,90	394,71	560,53	869,20	1.497,69	2.258,37	3.635,68	5.420,49	8.160,42	12.447,61	22.650,49	1.234,38
1990	252,85	20,37	15,48	36,72	99,46	146,28	203,51	291,29	339,10	556,77	822,07	1.335,85	2.225,40	3.512,90	4.845,32	8.003,05	12.774,95	21.095,18	1.176,24
1991	203,98	12,08	29,97	96,54	126,61	169,24	236,63	323,74	395,91	585,79	819,94	1.406,66	2.099,25	3.228,06	4.987,73	7.954,55	12.038,80	20.356,70	1.161,77
1992	172,18	17,84	12,44	64,15	119,37	160,35	214,43	270,31	348,98	543,34	859,95	1.260,10	2.094,40	3.215,66	5.089,51	7.854,26	11.770,42	20.879,12	1.136,90
<b>Berlin-Ost</b>																			
1983	354,27	36,65	19,35	65,83	112,39	122,94	170,82	213,02	355,28	538,73	815,43	1.299,22	2.387,73	4.433,26	6.471,04	10.127,25	13.494,87	25.324,40	1.112,41
1984	263,26	29,02	26,60	54,40	98,83	108,11	135,04	164,32	254,53	491,63	830,50	1.307,96	2.379,47	3.831,27	6.247,88	10.030,47	13.915,23	21.474,62	1.045,13
1985	311,70	24,51	37,05	56,53	102,07	132,06	141,03	203,78	319,06	467,81	879,96	1.344,60	2.163,96	3.533,19	6.946,43	10.173,51	15.081,50	23.472,54	1.080,94
1986	253,05	24,19	25,08	69,22	76,67	122,21	119,94	153,27	257,65	459,75	906,41	1.306,09	2.383,02	3.887,41	6.395,49	10.126,36	16.574,75	26.435,85	1.041,40
1987	251,10	23,05	15,33	47,01	86,98	96,27	122,83	163,65	306,15	447,02	788,32	1.480,98	2.028,33	3.893,04	6.181,36	9.709,87	15.170,78	24.141,97	971,01
1988	248,29	26,56	14,36	83,46	85,36	87,56	111,40	168,68	285,35	460,09	832,50	1.342,43	2.264,68	3.858,47	6.403,14	9.086,68	14.640,60	25.118,83	945,15
1989	205,29	43,11	16,08	66,84	60,67	76,44	100,85	173,30	297,77	520,73	841,30	1.336,43	2.104,64	3.533,88	6.081,86	9.581,13	14.139,79	23.723,72	919,99
1990	149,97	13,21	35,09	91,55	105,91	85,01	123,90	212,66	352,23	577,42	857,94	1.409,81	2.139,19	3.706,96	5.426,54	9.733,07	14.712,85	23.693,92	965,22
1991	131,76	30,90	26,61	80,96	105,56	121,82	151,80	242,02	361,66	567,81	1.037,90	1.415,18	2.327,24	3.513,69	5.593,64	9.530,09	14.369,05	21.930,59	973,57
1992	105,93	28,54	44,36	70,66	108,19	111,25	191,22	239,96	422,07	559,38	884,33	1.430,26	2.089,49	2.959,14	5.335,44	8.944,34	13.813,72	22.620,04	925,70

(Quelle: StatLa Berlin/ eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.4:**  
**Gestorbene (ohne Totgeborene) 1970 - 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**  
**- absolut und je 1.000 Einwohner 1)**

Bezirk	1970		1975		1980		1985		1990		1992	
	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000
<b>Berlin-West</b>												
Tiergarten	1.948	20,2	1.706	20,1	1.600	21,7	1.352	18,9	1.241	13,1	1.217	12,8
Wedding	3.734	20,6	3.294	21,0	2.513	18,5	2.288	16,8	1.992	12,2	2.037	12,3
Kreuzberg	3.281	20,1	2.678	18,1	2.191	16,9	1.814	14,3	1.693	11,1	1.666	10,8
Charlottenburg	4.025	19,6	3.712	21,4	3.300	21,3	2.892	19,9	2.733	14,8	2.682	14,5
Spandau	3.458	17,4	3.660	18,3	3.429	17,4	3.178	16,5	3.048	14,0	3.134	14,1
Wilmerdorf	3.079	20,0	3.000	21,8	2.715	20,6	2.478	19,0	2.274	15,5	2.243	15,3
Zehlendorf	2.065	23,0	2.191	25,5	1.858	21,9	1.852	22,0	1.855	18,8	1.782	18,1
Schöneberg	3.306	19,4	2.763	18,6	2.254	15,9	2.052	15,3	1.800	11,6	1.823	11,7
Steglitz	3.372	18,0	3.470	19,2	3.265	19,3	3.264	19,6	3.075	16,2	2.911	15,3
Tempelhof	2.547	15,6	2.895	17,3	2.746	16,7	2.858	17,7	2.724	14,6	2.661	14,2
Neukölln	5.454	19,6	5.411	19,3	4.791	17,1	4.514	16,4	4.060	13,3	3.936	12,8
Remickendorf	4.251	17,7	4.401	18,2	4.076	17,3	4.072	17,8	3.797	15,2	3.798	15,2
<b>zusammen</b>	<b>40.520</b>	<b>19,0</b>	<b>39.181</b>	<b>19,5</b>	<b>34.738</b>	<b>18,3</b>	<b>32.614</b>	<b>17,6</b>	<b>30.292</b>	<b>14,1</b>	<b>29.890</b>	<b>13,8</b>
<b>Berlin-Ost</b>												
Mitte	1.262	14,5	1.145	12,4	1.142	12,6	897	11,1	784	9,8	791	9,9
Prenzlauer Berg	3.463	17,4	3.156	16,9	2.901	15,8	2.380	14,3	1.973	13,8	1.925	13,4
Friedrichshain	2.751	19,0	2.534	17,7	2.222	16,5	1.635	13,8	1.466	13,6	1.464	13,6
Treptow	1.643	12,4	1.695	13,4	1.539	12,4	1.405	12,6	1.346	13,3	1.310	12,7
Köpenick	1.840	14,3	1.862	14,2	1.750	13,9	1.686	14,0	1.491	13,6	1.530	14,1
Lichtenberg	2.762	16,3	2.812	13,8	1.805	10,0	1.976	10,8	1.834	10,9	1.747	10,4
Weißensee	1.226	15,1	1.200	15,4	1.342	13,9	1.413	11,0	908	17,6	916	17,7
Pankow	2.555	18,0	2.505	18,3	2.313	16,6	1.963	16,7	1.453	13,5	1.447	13,5
Marzahn					1.082	15,3	1.528	8,0	1.002	6,0	1.074	6,4
Hohenschönhausen									865	7,3	895	7,5
Hellersdorf									652	5,5	665	5,4
<b>zusammen</b>	<b>17.502</b>	<b>16,1</b>	<b>16.909</b>	<b>15,4</b>	<b>16.096</b>	<b>14,0</b>	<b>14.883</b>	<b>12,2</b>	<b>13.774</b>	<b>10,8</b>	<b>13.764</b>	<b>10,8</b>

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

2) innerbezirkliche Verschiebungen durch Bezirksneugründungen und Veränderungen der Bezirksgrenzen

(Quelle: StatLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.5:**  
**Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin**  
**nach Altersgruppen und Bezirken**  
**- absolut und je 1.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe**

Bezirk	Gestorbene		Alter von ... bis unter ... Jahren												85 und mehr						
	ins-gesamt	je 1.000 abs.	unter 5		5 - 15		15 - 20		20 - 45		45 - 65		65 - 70		70 - 75		75 - 85		abs. 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	1.245	13,1	7	1,4	3	0,4	2	0,5	90	2,0	234	11,8	71	25,6	102	39,2	378	78,5	358	195,2	
Wedding	1.930	11,5	13	1,2	3	0,2	6	0,8	108	1,4	372	10,3	116	22,9	188	38,8	617	70,4	507	152,5	
Kreuzberg	1.556	10,0	23	2,1	-	-	4	0,5	163	2,1	283	10,1	87	26,2	144	50,5	451	84,8	401	179,8	
Charlottenburg	2.575	13,9	16	2,0	2	0,1	2	0,3	118	1,5	427	8,9	147	19,9	226	33,9	878	71,6	759	160,7	
Spandau	2.989	13,4	19	1,8	5	0,2	2	0,2	121	1,5	504	8,2	216	23,1	300	37,5	999	69,1	823	175,7	
Wilmerdorf	2.217	15,2	5	0,9	1	0,1	3	0,6	100	1,8	281	7,0	129	19,6	194	31,5	785	69,3	719	164,7	
Zehlendorf	1.654	17,0	3	0,7	-	-	-	-	36	1,1	173	5,9	77	16,5	106	26,8	544	77,6	715	223,6	
Schöneberg	1.723	11,0	15	1,8	3	0,2	9	1,3	137	1,9	261	7,6	111	23,3	154	33,3	545	66,2	488	150,0	
Steglitz	2.811	14,7	6	0,7	1	0,1	1	0,1	83	1,2	378	7,2	192	22,1	241	31,3	914	66,1	995	182,2	
Tempelhof	2.596	13,8	11	1,3	4	0,2	4	0,5	92	1,4	357	6,6	186	22,2	255	34,2	936	67,4	751	152,0	
Neukölln	3.876	12,5	36	2,1	5	0,2	5	0,3	188	1,5	670	8,6	292	26,8	394	39,4	1.299	70,6	987	163,4	
Reinickendorf	3.835	15,4	16	1,4	2	0,1	3	0,3	140	1,6	590	8,1	252	23,9	372	39,2	1.333	76,0	1.127	192,4	
<b>zusammen</b>	<b>29.007</b>	<b>13,4</b>	<b>170</b>	<b>1,6</b>	<b>29</b>	<b>0,2</b>	<b>41</b>	<b>0,4</b>	<b>1.376</b>	<b>1,6</b>	<b>4.530</b>	<b>8,2</b>	<b>1.876</b>	<b>22,8</b>	<b>2.676</b>	<b>36,0</b>	<b>9.679</b>	<b>71,2</b>	<b>8.630</b>	<b>172,8</b>	
<b>Berlin-Ost</b>																					
Mitte	694	8,5	3	0,7	3	0,3	3	0,8	49	1,5	173	7,8	66	23,6	75	39,7	208	76,3	114	144,3	
Prenzlauer Berg	1.847	12,7	9	1,2	5	0,3	2	0,3	121	1,9	374	11,4	113	24,0	147	35,1	657	88,2	419	190,8	
Friedrichshagen	1.309	12,3	7	1,2	3	0,3	1	0,3	78	1,7	299	12,3	109	27,9	123	39,0	411	77,6	278	172,2	
Treptow	1.260	12,0	4	0,8	4	0,4	2	0,4	46	1,3	267	8,0	97	20,5	150	41,4	416	72,6	274	161,1	
Köpenick	1.427	13,2	4	0,9	7	0,6	3	0,6	49	1,4	279	8,0	111	22,9	155	39,8	444	75,1	375	183,0	
Lichtenberg	1.702	10,1	3	0,4	7	0,4	8	0,9	101	1,6	444	8,3	111	18,9	161	38,3	556	85,0	311	172,1	
Weißensee	816	15,8	-	-	-	-	-	-	34	1,9	140	8,7	49	21,9	62	33,5	316	103,0	214	219,9	
Pankow	1.366	12,7	8	1,7	3	0,3	3	0,6	45	1,2	271	8,6	88	19,4	148	41,3	467	81,2	333	178,7	
Marzahn	936	5,7	12	1,6	4	0,1	5	0,4	110	1,5	227	7,4	67	24,8	69	34,7	256	88,4	186	194,6	
Hohenschönhausen	846	7,1	5	0,6	4	0,2	3	0,4	61	1,1	167	8,4	40	20,6	72	49,3	279	115,5	215	250,0	
Hellersdorf	794	6,1	18	1,2	6	0,2	2	0,4	67	1,1	162	8,9	55	26,5	65	41,6	237	96,5	182	239,2	
<b>zusammen</b>	<b>12.997</b>	<b>10,1</b>	<b>73</b>	<b>1,0</b>	<b>47</b>	<b>0,3</b>	<b>32</b>	<b>0,5</b>	<b>761</b>	<b>1,5</b>	<b>2.803</b>	<b>8,8</b>	<b>906</b>	<b>22,5</b>	<b>1.227</b>	<b>39,1</b>	<b>4.247</b>	<b>84,5</b>	<b>2.901</b>	<b>186,3</b>	
<b>Berlin</b>	<b>42.004</b>	<b>12,2</b>	<b>243</b>	<b>1,3</b>	<b>76</b>	<b>0,2</b>	<b>73</b>	<b>0,5</b>	<b>2.137</b>	<b>1,5</b>	<b>7.333</b>	<b>5,2</b>	<b>2.782</b>	<b>22,7</b>	<b>3.903</b>	<b>31,8</b>	<b>13.926</b>	<b>74,8</b>	<b>11.531</b>	<b>176,0</b>	

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.6:**  
**Vorzeitige Sterblichkeit (SMR) in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1989 - 1991)**  
**nach Bezirken und Geschlecht**  
**- unter 65 Jahren**

Bezirk	mittlere Bevölkerung		Gestorbene		SMR			
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich		
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	46 758	47 653	213	86	133,30	+++	109,14	
Wedding	80 995	82 725	355	169	124,46	+++	120,15	+++
Kreuzberg	77 301	75 804	365	143	149,44	+++	126,29	+++
Charlottenburg	86 346	97 946	359	161	106,35	+	89,33	--
Spandau	104 190	114 760	403	241	94,45	-	105,90	
Wilmersdorf	65 962	80 519	251	126	92,86	-	83,25	---
Zehlendorf	45 296	53 223	129	80	65,97	---	74,95	---
Schöneberg	74 394	81 019	302	149	116,09	+++	110,48	+
Steglitz	85 760	104 045	286	192	81,86	---	95,04	
Tempelhof	85 725	100 836	298	178	83,23	---	88,50	--
Neukölln	146 776	158 759	586	336	104,81	+	114,32	+++
Reinickendorf	116 355	132 496	456	250	92,50	--	93,78	
<b>zusammen</b>	<b>1.015.858</b>	<b>1.129.784</b>	<b>4.001</b>	<b>2.111</b>	<b>101,63</b>		<b>100,67</b>	
<b>Berlin-Ost</b>								
Mitte	37 822	42 005	155	93	97,50		103,72	
Prenzlauer Berg	68 448	77 264	300	176	122,71	+++	124,03	+++
Friedrichshain	51 916	57 579	240	132	125,11	+++	119,67	+++
Treptow	48 003	55 042	216	124	95,18		94,01	
Köpenick	51 824	58 910	222	121	93,14		89,19	-
Lichtenberg	81 771	88 664	304	170	86,05	---	87,04	---
Weißensee	24 472	27 908	120	73	109,02		117,66	+
Pankow	50 162	58 416	213	126	100,03		99,15	
Marzahn	82 461	86 819	200	117	82,13	---	92,40	
Hohenschönhausen	57 848	60 305	140	83	84,96	---	95,25	
Hellersdorf	54 545	58 099	119	59	80,48	---	73,33	---
<b>zusammen</b>	<b>609 271</b>	<b>671.010</b>	<b>2.228</b>	<b>1.274</b>	<b>97,20</b>	-	<b>98,91</b>	
<b>Berlin</b>	<b>1 625.129</b>	<b>1 800.794</b>	<b>6 229</b>	<b>3.385</b>	<b>100,00</b>		<b>100,00</b>	

+/- Signifikanzniveau 5 %

++/- - Signifikanzniveau 1 %

+++/- - Signifikanzniveau 0,1 %

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen / indirekt standardisiert)

**Tabelle A 3.7:**  
**Gesamtsterblichkeit (SMR) in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1989 und 1991)**  
**nach Bezirken und Geschlecht**  
**- alle Altersgruppen**

Bezirk	mittlere Bevölkerung		Gestorbene		SMR		
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
<b>Berlin-West</b>							
Tiergarten	46.758	47.653	518	700	116,14	+++	97,76
Wedding	80.995	82.725	859	1.149	104,58	++	92,69 ---
Kreuzberg	77.301	75.804	730	935	129,77	+++	109,36 +++
Charlottenburg	86.346	97.946	1.076	1.608	99,81		91,34 ---
Spandau	104.190	114.760	1.283	1.819	96,02	---	98,03
Wilmersdorf	65.962	80.519	833	1.417	89,55	---	88,63 ---
Zehlendorf	45.296	53.223	576	1.232	87,97	---	114,68 +++
Schöneberg	74.394	81.019	722	1.078	98,84		88,04 ---
Steglitz	85.760	104.045	1.070	1.979	90,47	---	99,19
Tempelhof	85.725	100.836	1.099	1.602	91,78	---	86,84 ---
Neukölln	146.776	158.759	1.665	2.333	97,93		95,50 ---
Reinickendorf	116.355	132.496	1.573	2.222	99,17		96,25 ---
<b>zusammen</b>	<b>1.015.858</b>	<b>1.129.784</b>	<b>12.003</b>	<b>18.073</b>	<b>98,18</b>	<b>---</b>	<b>95,55 ---</b>
<b>Berlin-Ost</b>							
Mitte	37.822	42.005	335	455	102,02		109,77 +++
Prenzlauer Berg	68.448	77.264	812	1.179	116,84	+++	117,20 +++
Friedrichshain	51.916	57.579	634	812	117,42	+++	112,42 +++
Treptow	48.003	55.042	599	708	96,34		96,75
Köpenick	51.824	58.910	641	862	96,59		104,17 +
Lichtenberg	81.771	88.664	764	997	99,57		108,47 +++
Weißensee	24.472	27.908	362	553	115,44	+++	131,69 +++
Pankow	50.162	58.416	612	816	101,27		103,08
Marzahn	82.461	86.819	425	584	99,65		124,50 +++
Hohenschönhausen	57.848	60.305	330	534	102,94		140,99 +++
Hellersdorf	54.545	58.099	292	338	96,40		107,09 ++
<b>zusammen</b>	<b>609.271</b>	<b>671.010</b>	<b>5.806</b>	<b>7.836</b>	<b>103,98</b>	<b>+++</b>	<b>112,03 +++</b>
<b>Berlin</b>	<b>1.625.129</b>	<b>1.800.794</b>	<b>17.808</b>	<b>25.909</b>	<b>100,00</b>		<b>100,00</b>

+/- Signifikanzniveau 5 %

++/- - Signifikanzniveau 1 %

+++/- - Signifikanzniveau 0,1 %

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen / indirekt standardisiert)



**Tabelle A 3.8:**  
**Gestorbene (ohne Fotgeborene) 1991 in Berlin-West**  
**nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken**

Todesursachen	ICD-Nrn I)	Gestor- bene insg.	Tier- garten	Wed- ding	Kreuz- berg	Char- lotten- burg	Span- dau	Wil- mers- dorf	Zeh- len- dorf	Schö- ne- berg	Steg- litz	Tem- pel- hof	Neu- kölln	Rel- nick- dorf
<b>absolut</b>														
<b>Bösartige Neubildungen</b>														
- d. Verdauungsorgane	140 - 208	6.441	265	421	307	587	702	486	328	397	654	600	879	815
- d. Atmungsorgane	150 - 159	2.187	87	135	89	199	252	166	114	149	226	187	295	288
- sonstige	160 - 165	1.235	50	101	74	104	145	97	52	70	100	110	188	144
(einschl. Leukämie)	140 - 149													
	170 - 208	3.019	128	185	144	284	305	223	162	178	328	303	396	383
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>														
- Hirngefäßkrh.	390 - 459	13.962	505	886	667	1.264	1.510	1.036	929	766	1.419	1.360	1.808	1.812
- Herzkrh.	430 - 438	3.206	110	190	155	274	386	242	211	183	317	263	429	446
- sonstige	410 - 429	8.887	327	581	409	836	920	650	570	494	901	888	1.155	1.156
	390 - 405													
	440 - 459	1.869	68	115	103	154	204	144	148	89	201	209	224	210
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>														
- Pneumonie	460 - 519	1.515	60	112	80	123	174	124	118	67	164	107	171	215
	480 - 486	423	15	38	24	41	49	35	41	18	48	21	48	45
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>														
- alk. Leberzirrhose	520 - 579	1.373	67	117	75	98	161	97	73	84	138	109	180	174
	571.2	245	17	28	22	15	23	16	11	14	23	16	33	27
<b>Alkoholismus</b>	303	244	22	25	28	22	36	14	8	16	13	19	26	15
<b>Drogen</b>	304	143	11	17	42	15	11	3	1	13	2	3	17	8
<b>Aids</b>	042 - 044	272	17	13	43	43	9	39	3	45	16	11	20	13
<b>Unfall</b>	E 800 - E949	681	23	73	52	60	66	53	34	46	57	49	95	73
<b>Selbstmord</b>	E 950 - E959	363	22	32	23	34	31	21	19	27	31	25	47	51
<b>sonst. Todesursachen</b>		4.896	225	341	349	436	434	370	269	362	417	378	693	622
<b>insgesamt 1991</b>	001 - 999	29.890	1.217	2.037	1.666	2.682	3.134	2.243	1.782	1.823	2.911	2.661	3.936	3.798
<b>1990</b>	001 - 999	30.292	1.241	1.992	1.693	2.733	3.048	2.274	1.855	1.800	3.075	2.724	4.060	3.797

noch Tabelle A 3.8:

Todesursachen	ICD-Nrn 1)	Gestor- bene insg.	Tier- garten	Wed- ding	Kreuz- berg	Char- lotten- burg	Span- dau	Wil- mers- dorf	Zeh- len- dorf	Schö- ne- berg	Steg- litz	Tem- pel- hof	Neu- köhn	Rei- nicken- dorf
je 100.000 2)														
<b>Bösartige Neubildungen</b>														
- d. Verdauungsorgane	140 - 208	298	279	254	198	317	315	331	334	254	343	319	285	327
- d. Atmungsorgane	150 - 159	101	92	81	57	107	113	113	116	95	119	99	96	115
- sonstige (einschl. Leukämie)	160 - 165 140 - 149 170 - 208	57	53	61	48	56	65	66	53	45	53	59	61	58
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>														
- Hirngefäßkrh.	390 - 459	646	532	534	431	683	678	706	946	490	745	724	587	726
- Herzkrrh.	430 - 438	148	116	115	100	148	173	165	215	117	166	140	139	179
- sonstige	410 - 429 390 - 405 440 - 459	411	345	350	264	452	413	443	580	316	473	472	375	463
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>														
- Pneumonie	460 - 519 480 - 486	87	72	69	67	83	92	98	151	57	106	111	73	84
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>														
- alk. Leberzirrhose	520 - 579 571.2	64	71	71	48	53	72	66	74	54	72	58	58	70
<b>Alkoholismus</b>														
<b>Drogen</b>														
<b>Aids</b>														
<b>Unfall</b>														
<b>Selbstmord</b>														
<b>sonst. Todesursachen</b>														
<b>insgesamt</b>	1991 1990	227 1.383	237 1.283	206 1.229	225 1.076	236 1.449	195 1.408	252 1.529	274 1.815	231 1.165	219 1.529	201 1.416	225 1.278	249 1.522
		1.436	1.309	1.264	1.107	1.463	1.488	1.554	1.838	1.174	1.698	1.481	1.340	1.549

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

(Quelle: StatLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.9:**  
**Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin-West**  
**nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken**

Todesursachen	ICD-Nrn 1)	Gestor- bene insg.	Tier- garten	Wed- ding	Kreuz- berg	Char- lotten- burg	Span- dau	Wil- mers- dorf	Zeh- len- dorf	Schö- ne- berg	Steg- litz	Tem- pel- hof	Neu- kölln	Rel- nick- dorf
absolut														
<b>Bösartige Neubildungen</b>														
- d. Verdauungsorgane	140 - 208	6.380	257	406	300	581	714	456	279	386	635	610	902	854
- d. Atmungsorgane	150 - 159	2.107	81	131	79	206	220	139	96	122	222	207	305	299
- sonstige (entschl. Leukämie)	160 - 165 140 - 149 170 - 208	1.244 3.029	50 126	95 180	85 136	97 278	143 351	83 234	40 143	74 190	91 322	112 291	196 401	178 377
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>														
- Hirngefäßkrh.	390 - 459	13.846	631	863	654	1.245	1.427	1.110	907	750	1.415	1.298	1.793	1.853
- Herzkrh.	430 - 438 410 - 429 390 - 405 440 - 459	3.054 8.800 1.992	93 373 65	177 568 118	151 402 101	264 832 149	310 901 216	218 744 148	199 567 141	174 457 119	335 864 216	257 810 231	392 1.163 238	484 1.119 250
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>														
- Pneumonie	460 - 519 480 - 486	1.448 378	75 17	102 26	85 19	128 43	154 33	101 30	88 33	67 15	146 45	136 33	170 43	196 41
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>														
- alk. Leberzirrhose	520 - 579 571.2	1.337 237	68 11	122 27	72 15	103 21	123 19	113 16	63 8	80 16	128 19	105 18	194 35	166 32
<b>Alkoholismus</b>	303	280	15	26	22	21	32	22	15	18	18	15	36	40
<b>Drogen</b>	304	115	16	5	33	8	8	2	1	9	2	6	17	8
<b>Aids</b>	042 - 044	323	23	21	38	38	17	42	5	58	15	16	31	19
<b>Unfall</b>	E 800 - E949	647	44	76	54	51	65	38	20	41	51	48	80	79
<b>Selbstmord</b>	E 950 - E959	353	16	22	30	31	38	32	16	27	23	28	52	38
<b>sonst. Todesursachen</b>		4.278	200	287	268	369	411	301	260	287	378	334	601	582
<b>insgesamt 1992</b>	001 - 999	29.007	1.245	1.930	1.556	2.575	2.989	2.217	1.654	1.723	2.811	2.596	3.876	3.835
<b>1991</b>	001 - 999	29.890	1.217	2.037	1.666	2.682	3.134	2.243	1.782	1.823	2.911	2.661	3.936	3.798

noch Tabelle A 3.9:

Todesursachen	ICD-Nrn 1)	Gestor- bene insg.	Tier- gärten	Wed- ding	Kreuz- berg	Char- lotten- burg	Span- dau	Wil- mers- dorf	Zeh- len- dorf	Schö- ne- berg	Steg- litz	Tem- pel- hof	Neu- kölln	Rei- nicken- dorf
je 100.000 2)														
Bösartige Neubildungen	140 - 208	294	271	241	193	315	320	312	287	246	332	323	290	342
- d. Verdauungsorgane	150 - 159	97	86	78	51	112	99	95	99	78	116	110	98	120
- d. Atmungsorgane	160 - 165	57	53	56	55	53	64	57	41	47	48	59	63	71
- sonstige	140 - 149	140	133	107	87	151	157	160	147	121	169	154	129	151
(einschl. Leukämie)	170 - 208													
Krankheiten des Kreislaufsystems	390 - 459	639	666	512	420	674	639	761	932	479	741	688	577	743
- Hirngefäßkrh.	430 - 438	141	98	105	97	143	139	149	204	111	175	136	126	194
- Herzkrh.	410 - 429	406	394	337	258	450	403	510	582	292	452	429	374	448
- sonstige	390 - 405	92	69	70	65	81	97	101	145	76	113	122	77	100
Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	67	79	61	55	69	69	69	90	43	76	72	55	79
- Pneumonie	480 - 486	17	18	15	12	23	15	21	34	10	24	17	14	16
Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	62	72	72	46	56	55	77	65	51	67	56	62	67
- alk. Leberzirrhose	571.2	11	12	16	10	11	9	11	8	10	10	10	11	13
Alkoholismus	303	13	16	15	14	11	14	15	15	11	9	8	12	16
Drogen	304	5	17	3	21	4	4	1	1	6	1	3	5	3
Aids	042 - 044	15	24	12	24	21	8	29	5	37	8	8	10	8
Unfall	E 800 - E949	30	46	45	35	28	29	26	21	26	27	25	26	32
Selbstmord	E 950 - E959	16	17	13	19	17	17	22	16	17	12	15	17	15
sonst. Todesursachen		197	211	170	172	200	184	206	267	183	198	177	193	233
<b>insgesamt 1992</b>	<b>001 - 999</b>	<b>1.338</b>	<b>1.314</b>	<b>1.146</b>	<b>999</b>	<b>1.394</b>	<b>1.339</b>	<b>1.519</b>	<b>1.699</b>	<b>1.100</b>	<b>1.471</b>	<b>1.375</b>	<b>1.247</b>	<b>1.537</b>
1991	001 - 999	1.383	1.283	1.229	1.076	1.449	1.408	1.529	1.815	1.165	1.529	1.416	1.278	1.522

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

Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.10:**  
**Gestorbene (ohne Totgeborene) 1991 in Berlin-Ost**  
**nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken**

Todesursachen	ICD-Nrn I)	Gestorbene insg.	Mitte	Prenzlauer Berg	Friedrichshain	Treptow	Köpenick	Lichtenberg	Wesensee	Pankow	Marzahn	Hohenschönhausen	Helldorf
absolut													
<b>Bösartige Neubildungen</b>	140 - 208	2.568	171	345	253	260	291	352	152	285	206	140	113
- d. Verdauungsorgane	150 - 159	875	57	116	75	83	101	126	55	102	69	46	45
- d. Atmungsorgane	160 - 165	509	31	77	52	56	46	67	32	57	49	23	19
- sonstige (einschl. Leukämie)	140 - 149 170 - 208	1.184	83	152	126	121	144	159	65	126	88	71	49
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	390 - 459	7.236	359	1.007	738	710	853	983	530	761	532	400	363
- Hirngefäßkrh.	430 - 438	1.857	100	267	200	193	205	194	135	193	152	114	104
- Herzkrrn.	410 - 429	4.287	209	598	426	420	510	609	321	463	306	204	221
- sonstige	390 - 405 440 - 459	1.092	50	142	112	97	138	180	74	105	74	82	38
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>	460 - 519	565	33	89	52	51	71	52	46	72	36	31	22
- Pneumonie	480 - 486	162	7	27	21	11	24	13	14	23	8	10	4
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>	520 - 579	690	47	94	86	58	73	78	44	75	64	45	26
- alk. Leberzirrhose	571.2	186	18	27	18	10	20	23	13	17	17	16	10
<b>Alkoholismus</b>	303	144	15	24	21	14	13	17	9	11	12	6	2
<b>Drogen</b>	304	5	1	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-
<b>Aids</b>	042 - 044	5	-	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-
<b>Unfall</b>	E 800 - E949	461	23	65	69	30	43	44	22	49	46	35	35
<b>Selbstmord</b>	E 950 - E959	198	16	31	22	26	23	21	8	18	12	12	9
<b>sonst. Todesursachen</b>		1.904	124	270	227	177	165	187	100	176	164	220	94
<b>insgesamt 1991</b>	001 - 999	13.764	791	1.925	1.464	1.310	1.530	1.747	916	1.447	1.074	895	665
<b>1990</b>	001 - 999	13.774	784	1.973	1.466	1.346	1.491	1.834	908	1.453	1.002	865	652

noch Tabelle A 3.10:

Todesursachen	ICD-Nrnr 1)	Gestor- bene insg.	Mitte	Prenz- lauer Berg	Fried- richs- hain	Trep- tow	Köpe- nick	Lich- ten- berg	Weis- sen- see	Pan- kow	Mar- zahn	Hohen- schön- hausen	Hel- lers- dorf
je 100.000 2)													
Bösartige Neubildungen	140 - 208	201	214	239	236	252	268	210	294	266	124	118	92
- d. Verdauungsorgane	150 - 159	68	71	81	70	80	93	75	107	95	41	39	36
- d. Atmungsorgane	160 - 165	40	39	53	48	54	42	40	62	53	29	19	15
- sonstige (einschl. Leukämie)	140 - 149 170 - 208	93	104	106	117	117	132	95	126	118	53	60	40
Krankheiten des Kreislaufsystems	390 - 459	566	449	699	687	688	784	587	1.027	710	319	337	294
- Hirngefäßkrh.	430 - 438	145	125	185	186	187	189	116	262	180	91	96	84
- Herzkrh.	410 - 429	335	261	415	397	407	469	364	622	432	184	172	179
- sonstige	390 - 405												
440 - 459		85	63	99	104	94	127	107	143	98	44	69	31
Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	44	41	62	48	49	65	31	89	67	22	26	18
- Pneumonie	480 - 486	13	9	19	20	11	22	8	27	21	5	8	3
Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	54	59	65	80	56	67	47	85	70	38	38	21
- alk. Leberzirrhose	571.2	15	23	19	17	10	18	14	25	16	10	13	8
Alkoholismus	303	11	19	17	20	14	12	10	17	10	7	5	2
Drogen	304	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aids	042 - 044	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unfall	E 800 - E949	36	29	45	64	29	40	26	43	46	28	29	28
Selbstmord	E 950 - E959	15	20	22	20	25	21	13	15	17	7	10	7
sonst. Todesursachen		149	155	187	211	172	152	112	194	164	98	185	76
<b>insgesamt 1991</b>	<b>001 - 999</b>	<b>1.077</b>	<b>989</b>	<b>1.336</b>	<b>1.364</b>	<b>1.270</b>	<b>1.407</b>	<b>1.043</b>	<b>1.775</b>	<b>1.351</b>	<b>645</b>	<b>753</b>	<b>539</b>
1990	001 - 999	1.081	983	1.381	1.358	1.328	1.359	1.090	1.758	1.354	597	732	547

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

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Iabelle A 3.11:**  
**Gestorbene (ohne Totgeborene) 1992 in Berlin-Ost**  
**nach ausgewählten Todesursachen und Bezirken**

Todesursachen	ICD-Nrn 1)	Gestorbene insg.	Mitte	Prenzlauer Berg	Friedrichshain	Treptow	Köpenick	Lichtenberg	Weissensee	Pankow	Marzahn	Hohenschönhausen	Helldorf
absolut													
<b>Bösartige Neubildungen</b>													
- d. Verdauungsorgane	140 - 208	2.601	157	357	276	281	290	360	150	280	177	128	145
- d. Atmungsorgane	150 - 159	887	50	122	97	110	95	131	45	93	47	48	49
- sonstige (einschl. Leukämie)	160 - 165 140 - 149 170 - 208	516	28	79	58	45	56	65	32	62	38	25	28
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>													
- Hirngefäßkrh.	390 - 405	6.618	308	947	636	665	771	891	468	706	457	358	411
- Herzkrh.	430 - 438	1.632	52	269	166	181	215	143	120	168	107	85	126
- sonstige	410 - 429 390 - 405 440 - 459	3.997	218	520	397	402	450	597	260	455	167	204	227
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>													
- Pneumonie	460 - 519 480 - 486	526	29	85	38	63	67	47	40	60	33	31	33
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>													
- alk. Leberzirrhose	520 - 579 571.2	688	41	97	65	60	73	100	28	86	51	39	48
<b>Alkoholismus</b>													
<b>Drogen</b>													
<b>Aids</b>													
<b>Unfall</b>	303 304 042 - 044 E 800 - E949	187	11	37	32	17	17	27	7	10	14	10	50
<b>Selbstmord</b>	E 800 - E949 E 950 - E959	5	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1
		9	1	3	1	-	1	1	-	-	1	-	1
		380	20	53	41	23	32	63	19	25	48	30	26
		197	13	22	26	17	23	25	11	14	28	11	7
<b>sonst. Todesursachen</b>													
		1.786	112	246	193	134	153	187	93	185	127	239	117
<b>Insgesamt</b>													
1992	001 - 999	12.997	694	1.847	1.309	1.260	1.427	1.702	816	1.366	936	846	794
1991	001 - 999	13.764	791	1.925	1.464	1.310	1.530	1.747	916	1.447	1.074	895	665

noch Tabelle A 3.11:

Todesursachen	ICD-Nrn 1)	Gestor- bene insg. Mitte	Prenz- lauer Berg	Fried- richs- hain	Trep- tow	Köpe- nick	Lich- ten- berg	Weis- sen- see	Pan- kow	Mar- zahn	Höhen- schön- hausen	Hel- lers- dorf
je 100.000 2)												
Bösartige Neubildungen	140 - 208	202	193	245	259	268	214	291	261	107	107	111
- d. Verdauungsorgane	150 - 159	69	62	84	91	105	88	78	87	28	40	38
- d. Atmungsorgane	160 - 165	40	34	54	54	43	39	62	58	23	21	22
- sonstige (einschl. Leukämie)	140 - 149 170 - 208	93	97	107	114	120	129	98	117	56	46	52
Krankheiten des Kreislaufsystems	390 - 459	514	379	650	597	635	714	907	658	277	300	316
- Hirngefäßkrh.	430 - 438	127	64	185	156	173	199	85	157	65	71	97
- Herzkrh.	410 - 429	310	268	357	373	384	417	355	424	101	171	174
- sonstige	390 - 405 440 - 459	77	47	108	68	78	98	90	77	50	58	45
Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	41	36	58	36	60	62	28	78	20	26	25
- Pneumonie	480 - 486	11	18	12	7	13	19	6	17	5	10	6
Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	53	50	67	61	57	68	60	80	31	33	37
- alk. Leberzirrhose	571.2	12	17	15	9	11	9	15	16	8	10	12
Alkoholfismus	303	15	14	25	30	16	16	14	9	8	8	38
Drogen	304	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aids	042 - 044	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Unfall	E 800 - E949	30	25	36	38	22	30	37	37	23	29	20
Selbstmord	E 950 - E959	15	16	15	24	16	21	15	13	17	9	5
sonst. Todesursachen		139	138	169	181	128	142	111	180	173	201	90
<b>insgesamt 1992</b>	<b>001 - 999</b>	<b>1.010</b>	<b>854</b>	<b>1.267</b>	<b>1.228</b>	<b>1.203</b>	<b>1.322</b>	<b>1.013</b>	<b>1.582</b>	<b>1.274</b>	<b>567</b>	<b>610</b>
1991	001 - 999	1.077	989	1.336	1.364	1.270	1.407	1.043	1.775	1.351	645	539

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

(Quelle: StatLa Berlin / eigene Berechnungen)



**Tabelle A 3.12:**  
**Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1990 - 1992 in Berlin-West**

Todesursachen/ -gruppen	ICD 9	Gestorbene																	
		1990						1991						1992					
		insgesamt		unter 65 Jahre		insgesamt		unter 65 Jahre		insgesamt		unter 65 Jahre		insgesamt		unter 65 Jahre			
		absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000				
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.		
<b>Herz- Kreislaufrkrankheiten</b>																			
Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems insgesamt	390 - 459	4.727	9.238	904	354	103,6	38,1	4.767	9.195	1.011	418	112,4	44,3	4.771	9.075	997	393	107,9	41,5
darunter:																			
akuter Myokardinfarkt	410	1.041	1.192	296	75	33,7	8,1	1.067	1.222	348	88	38,4	9,3	974	1.089	298	74	31,8	7,9
Krankheiten des zerebro-vasculären Systems	430 - 438	926	2.186	154	79	18,1	8,5	920	2.286	146	104	16,1	10,9	939	2.115	154	83	13,3	8,5
<b>bisartige Neubildungen (ausgewählte Lokalisationen)</b>																			
bösartige Neubildungen insgesamt	140 - 208	2.656	3.484	937	780	107,0	83,1	2.735	3.706	985	839	108,4	88,2	2.728	3.652	981	809	103,9	84,0
darunter:																			
des Magens	151	203	260	61	39	6,6	4,0	162	271	57	42	6,3	4,5	191	224	59	40	6,3	4,2
des Dickdarms/Mastdarms	153 - 154	258	530	68	67	8,2	7,1	304	579	80	85	9,1	9,1	297	533	76	64	8,2	6,7
der Lunge	162	658	349	244	100	28,4	10,8	725	411	305	99	33,9	10,4	749	397	294	97	31,7	10,1
Melanom der Haut	172	28	22	16	6	1,6	0,7	33	37	12	14	1,2	1,5	31	31	17	8	1,7	0,8
der weibl. Brust	174	-	573	-	197	-	20,9	-	616	-	230	-	24,0	-	667	-	241	-	24,7
der weibl. Geschlechtsorgane	179 - 184	-	409	-	124	-	13,1	-	402	-	125	-	13,0	-	393	-	108	-	11,2
der Prostata	185	277	-	24	-	3,0	-	301	-	26	-	3,0	-	282	-	25	-	2,9	-
<b>Krankheiten der Atmungsorgane</b>																			
Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	832	1.036	129	71	15,7	7,8	673	842	97	58	11,0	6,6	692	756	119	66	13,3	7,1
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>																			
Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	578	762	290	181	30,9	19,2	627	746	322	165	33,8	17,3	600	737	291	166	29,8	17,2
<b>Weitere Unfälle</b>																			
Weitere Unfälle	E800-949	301	321	207	63	21,2	7,4	342	339	241	65	24,3	6,7	334	313	226	95	22,5	10,1
Selbstmord	E950-959	243	176	189	87	18,0	8,9	223	140	169	68	16,0	7,0	211	142	158	70	14,4	7,0
Aids	042 - 044	203	15	200	15	18,5	1,5	245	27	243	26	22,5	2,5	297	26	293	26	26,3	2,6

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

Tabellé A 3.13:  
Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1990 - 1992 in Berlin-Ost

Todesursachen/ -gruppen	ICD 9	Gestorbene																	
		1990						1991						1992					
		insgesamt		unter 65 Jahre		je 100.000		insgesamt		unter 65 Jahre		je 100.000		insgesamt		unter 65 Jahre		je 100.000	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Herz- Kreislauferkrankungen																			
Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems insgesamt	390 - 459	2.867	4.664	687	298	134,8	53,3	2.770	4.466	728	308	137,9	54,0	2.570	4.048	655	284	120,1	48,9
darunter:																			
akuter Myokardinfarkt	410	604	486	221	61	42,7	10,8	851	796	323	101	60,7	17,8	759	715	292	75	53,4	12,9
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	421	888	63	47	12,2	8,4	610	1.247	111	64	21,1	11,1	558	1.074	111	72	20,0	12,5
bösartige Neubildungen (ausgewählte Lokalisationen)																			
bösartige Neubildungen insgesamt	140 - 208	1.133	1.306	490	419	94,6	73,4	1.184	1.384	533	436	100,0	75,1	1.213	1.388	572	457	103,9	77,8
darunter:																			
des Magens	151	102	115	26	28	5,3	5,1	97	101	37	25	6,6	4,4	107	103	44	26	8,2	4,4
des Dickdarms/Mastdarms	153 - 154	139	195	48	28	9,4	4,7	119	209	41	37	9,4	4,7	122	203	52	36	9,4	6,1
der Lunge	162	316	122	158	36	30,8	6,4	344	125	175	41	32,8	7,2	348	131	176	50	32,1	8,3
Melanom der Haut	172	9	13	8	7	1,6	1,0	15	15	10	7	1,9	1,1	13	12	8	8	1,5	1,3
der weibl. Brust	174	-	187	-	91	-	15,7	-	226	-	116	-	20,0	-	246	-	119	-	20,1
der weibl. Geschlechtsorgane	179 - 184	-	176	-	80	-	13,9	-	196	-	74	-	14,0	-	176	-	82	-	14,0
der Prostata	185	95	-	9	-	1,8	-	88	-	12	-	2,4	-	93	-	14	-	2,6	-
Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	406	359	112	53	22,5	9,7	283	282	67	42	12,7	7,3	267	259	61	36	11,1	6,1
Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	314	313	189	95	35,7	16,6	354	336	248	146	44,9	25,2	354	334	235	131	41,9	22,4
Weitere Unfälle	E800-949	225	226	171	78	29,9	13,6	281	180	229	64	39,9	11,5	250	130	216	61	36,4	10,9
Selbstmord	E950-959	112	58	93	37	16,4	6,3	128	70	107	44	17,9	7,2	128	69	112	41	18,9	7,0
Aids	042 - 044	-	-	-	-	-	-	5	-	5	-	0,8	-	9	-	9	-	1,5	-

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

**Tabelle A 3.14:**  
**Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1992 in Berlin**  
 - je 100.000 Einwohner 1)

Todesursache	ICD 9	Alter in Jahren	Sterbefälle	
			männlich	weiblich
<b>Berlin-West</b>				
Lungenkrebs	162	35 - < 65	72,0	22,4
Melanom	172	35 - < 65	3,7	1,6
Brustkrebs	174	35 - < 65	-	54,9
Herzinfarkt	410	35 - < 65	72,3	17,8
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	571	35 - < 65	50,5	29,9
Plötzlicher Kindstod 2)	798 0	0 - < 1	1,1	0,8
Kfz-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	E 810 - E 825	0 - < 15	4,5	3,4
		15 - < 30	20,5	5,3
		> 65	19,0	6,4
Suizid	E 950 - E 959	15 - < 30	14,7	6,8
		> 65	49,1	25,6
Häuslicher Unfall	Teil aus E 800 - E 949	< 65	2,0	1,2
		> 65	43,3	31,4
<b>Berlin-Ost</b>				
Lungenkrebs	162	35 - < 65	73,7	18,0
Melanom	172	35 - < 65	3,0	2,3
Brustkrebs	174	35 - < 65	-	44,3
Herzinfarkt	410	35 - < 65	119,9	28,9
Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	571	35 - < 65	75,6	44,5
Plötzlicher Kindstod 2)	798 0	0 - < 1	1,3	1,1
Kfz-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	E 810 - E 825	0 - < 15	8,3	1,8
		15 - < 30	31,8	10,0
		> 65	21,9	11,3
Suizid	E 950 - E 959	15 - < 30	6,7	4,9
		> 65	36,2	26,0
Häuslicher Unfall	Teil aus E 800 - E 949	< 65	4,0	1,6
		> 65	28,3	21,8

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

2) je 1.000 Lebendgeborene

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

**Tabelle A 3.15:**  
**Alkoholbedingte Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin**  
 - absolut und je 100.000 Einwohner 1)

Jahr	alkoholbedingte Sterbefälle								
	insgesamt			Alkoholpsychose ICD 9 / 291		Alkoholismus ICD 9 / 303		alk. Leberzirrhose ICD 9 / 571.2	
	zu- sammen	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
<b>absolut</b>									
<b>Berlin-West</b>									
1985	551	368	183	9	6	207	65	152	112
1986	462	312	150	7	4	190	77	115	69
1987	457	309	148	6	6	194	77	109	65
1988	567	388	179	13	1	235	96	140	82
1989	508	361	147	-	-	206	59	155	88
1990	496	319	177	8	6	180	82	131	89
1991	503	337	166	11	3	170	74	156	89
1992	522	351	171	5	-	204	76	142	95
<b>Berlin-Ost</b>									
1985	146	101	45	1	-	29	15	71	30
1986	148	103	45	4	3	36	12	63	30
1987	159	106	53	2	2	45	17	59	34
1988	162	98	64	2	3	38	20	58	41
1989	251	175	76	4	2	70	19	101	55
1990	236	148	88	1	1	66	37	81	50
1991	333	228	105	3	-	99	45	126	60
1992	349	233	116	2	1	133	54	98	61
<b>je 100 000 1)</b>									
<b>Berlin-West</b>									
1985	29,7	43,1	18,3	1,1	0,6	24,3	6,5	17,8	11,2
1986	24,7	36,0	14,9	0,8	0,4	22,0	7,7	13,3	6,9
1987	22,7	33,0	13,7	0,6	0,6	20,7	7,2	11,6	6,0
1988	27,7	40,5	16,4	1,4	0,1	24,6	8,8	14,6	7,5
1989	24,3	36,7	13,3	-	-	20,9	5,3	15,8	7,9
1990	23,1	31,4	15,7	0,8	0,5	17,7	7,3	12,9	7,9
1991	23,3	32,9	14,6	1,1	0,3	16,6	6,5	15,2	7,8
1992	20,9	34,2	15,0	0,5	-	19,8	6,7	13,8	8,3
<b>Berlin-Ost</b>									
1985	12,1	17,9	7,0	0,2	-	5,1	2,3	12,6	4,7
1986	12,1	17,9	6,9	0,7	0,5	6,3	1,9	10,9	4,6
1987	12,8	18,0	8,1	0,3	0,3	7,6	2,6	10,0	5,2
1988	12,7	16,3	9,6	0,3	0,4	6,3	3,0	9,6	6,1
1989	19,5	28,6	11,2	0,7	0,3	11,4	2,8	16,5	8,1
1990	18,5	24,5	13,2	0,2	0,1	10,9	5,5	13,4	7,5
1991	26,0	37,4	15,7	0,5	-	16,2	6,7	20,7	9,0
1992	27,1	37,6	17,4	0,3	0,1	21,4	8,1	15,8	9,1

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.16:**  
**Selbstmordhäufigkeit 1980 - 1992 in Berlin**  
 - absolut und in % der Gestorbenen der jeweiligen Altersgruppe

Alter von ... bis unter ... Jahren	Selbstmorde											
	1980		1985		1989		1990		1991		1992	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
<b>Berlin-West</b>												
unter 20	16	3,6	12	3,6	7	2,7	4	1,3	5	1,7	3	1,3
20 - 30	106	31,6	81	28,6	55	19,0	68	20,1	46	11,4	54	14,6
30 - 40	110	18,2	73	17,4	58	11,3	65	11,5	60	9,1	53	9,1
40 - 50	92	7,5	84	6,7	61	5,2	62	5,3	67	5,5	53	5,0
50 - 60	71	3,4	61	3,0	60	2,8	55	2,6	41	1,8	55	2,3
60 - 70	71	1,5	49	1,5	62	1,7	40	1,1	29	0,8	31	0,9
70 und mehr	145	0,6	121	0,5	117	0,5	125	0,6	115	0,5	104	0,5
<b>insgesamt</b>	<b>611</b>	<b>1,8</b>	<b>481</b>	<b>1,5</b>	<b>420</b>	<b>1,4</b>	<b>419</b>	<b>1,4</b>	<b>363</b>	<b>1,2</b>	<b>353</b>	<b>1,2</b>
<b>Berlin-Ost</b>												
unter 20							3	1,4	2	1,1	3	2,0
20 - 30							20	13,1	35	20,0	14	8,6
30 - 40							25	9,7	26	8,5	35	10,6
40 - 50							34	5,8	26	4,5	41	7,0
50 - 60							38	2,8	48	3,1	48	3,2
60 - 70							13	0,7	19	0,9	18	1,0
70 und mehr							37	0,4	42	0,5	38	0,5
<b>insgesamt</b>							<b>170</b>	<b>1,2</b>	<b>198</b>	<b>1,4</b>	<b>197</b>	<b>1,5</b>

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.17:**  
**Todesursachen und -gruppen vermeidbarer Todesfälle**

Nr.	Todesursachen und -gruppen	ICD 9	Kurzbezeichnung	Alter in Jahren
1	Bösartige Neubildung der Zervix uteri	180	CERV	15 - 64
2	Morbus Hodgkin	201	HODG	5 - 64
3	Chronische rheumatische Herzkrankheiten	393 - 398	CRHD	5 - 44
4	Asthma	493	ASTH	5 - 44
5	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebensstag Gestorbene)	001 - 999	PER	5 - 44
6	Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse	174	BREAST	25 - 64
7	Magengeschwür und Ulcus duodeni	531 - 532	PEPTIC	25 - 64
8	Ischämische Herzkrankheiten	410 - 414	ISHD	35 - 64
9	Hypertonie und Hochdruckkrankheiten, Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	401 - 405, 430 - 438	HYP/S	35 - 64
10	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge	162	LUNG	5 - 64
11	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	571	CIRR	15 - 74
12	Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr und außerhalb des Verkehrs	E 810 - E 825	ACCI	alle Altersgruppen
13	Tuberkulose und Spätfolgen von Tuberkulose	010 - 018, 137	TUB	5 - 64
14	Bösartige Neubildung der Gebärmutter n. n. bez. Teil und bösartige Neubildung des Corpus uteri	179, 182	UTER	15 - 54
15	Sonstige bösartige Neubildung der Haut	173	SKIN	25 - 64
16	Bösartige Neubildung des Hodens	186	TESTIS	1 - 64
17	Leukämie	204 - 208	LEUK	0 - 44
18	Appendizitis	540 - 543	APP	5 - 64
19	Kongenitale Anomalien des Bulbus cordi sowie kardiale Septumdefekte, sonstige kongenitale Herzanomalien, sonstige kongenitale Anomalien des Kreislaufsystems	745 - 747	CCARDA	1 - 14
20	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	630 - 676	MAI	alle Altersgruppen
21	Eingeweidebrüche	550 - 553	HERN	5 - 64
22	Cholelithiasis, sonstige Cholezystitis, Cholangitis	574 - 575.1, 576.1	CHOLY	5 - 64
23	Typhoides Fieber und Paratyphus	002	TYPH	5 - 64
24	Pertussis	033	COUGH	0 - 14
25	Tetanus	037	TEI	0 - 64
26	Masern	055	MEAS	1 - 14
27	Osteomyelitis, Periostitis und sonstige Infektionen mit Knochenbeteiligung	730	OSMY	1 - 64
28	Infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems	001 - 009	INTESTI	0 - 14
29	Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	RESP	1 - 14

(Quelle: European Community of 'Avoidable Death' 1988/1991/1993)

**Tabelle A 3.18:**  
**Vermeidbare Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin-West**  
**- absolut und je 100.000**

Todesursachen und -gruppen	ICD 9	Alter in Jahren	Sterbefälle															
			1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992	
			m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
			absolut															
Bösartige Neubildung der Zervix uteri	180	15 - 64	52	-	52	-	53	-	47	-	42	-	44	-	49	-	34	
Morbus Hodgkin	201	05 - 64	8	5	15	5	12	10	5	6	16	3	3	2	5	4	5	6
Chronische rheumatische Herzkrh.	393 - 398	05 - 44	-	-	-	-	1	3	2	-	1	-	-	1	1	-	2	-
Asthma	493	05 - 44	7	3	5	7	2	9	5	4	5	4	6	7	4	3	1	1
Perinatale Sterbefälle (Totgeborene u. bis zum 7. Lebenstag Gestorbene) 1)	001 - 999		139	194	158	177	147	141	227	228	165	197	115	230	111	241		
Bösartige Neubildung d. weibl. Brustdrüse	174	25 - 64	-	-	230	-	202	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magengeschwür und Ulcus duodeni	531, 532	25 - 64	160	151	125	104	142	96	177	131	164	128	193	104	169	119	185	97
Hypertonie und Hochdruckkrh.,	401 - 405,		552	169	460	148	506	157	471	154	461	127	436	124	508	147	479	127
Krh. des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	35 - 64																
Ischämische Herzkrh.	410 - 414	35 - 64																
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge	162	05 - 64	248	73	241	76	254	67	266	75	302	77	244	100	305	99	294	97
Chronische Leberkrh. u. -zirrhose	571	15 - 74	251	184	171	125	227	142	294	223	335	210	280	213	316	211	298	215
Kfz-Unfälle im u. außern.d. Verkehrs	E 810-E 825	alle AG 2)	115	75	111	82	88	72	99	74	73	41	106	59	141	61	119	57
			je 100.000															
Bösartige Neubildung der Zervix uteri	180	15 - 64	7,84	-	8,42	-	8,02	-	6,76	-	6,04	-	6,12	-	6,69	-	4,60	
Morbus Hodgkin	201	05 - 64	1,10	0,72	2,12	0,71	1,44	1,31	0,68	0,77	1,81	0,37	0,35	0,24	0,56	0,48	0,62	0,71
Chronische rheumatische Herzkrh.	393 - 398	05 - 44	-	-	-	-	0,16	0,51	0,32	-	0,17	-	-	0,15	0,16	-	0,28	-
Asthma	493	05 - 44	1,32	0,53	0,86	1,48	0,33	1,68	0,76	0,65	0,77	0,65	0,87	1,04	0,72	0,40	0,13	0,12
Perinatale Sterbefälle (Totgeborene u. bis zum 7. Lebenstag Gestorbene) 1)	001 - 999		7,73	9,55	8,42	9,02	6,98	6,64	9,22	9,22	6,64	7,42	5,25	5,06				
Bösartige Neubildung d. weibl. Brustdrüse	174	25 - 64	39,28	-	45,82	-	38,06	-	42,68	-	41,13	-	32,05	-	40,28	-	41,41	
Magengeschwür und Ulcus duodeni	531, 532	25 - 64	3,99	1,56	2,67	1,86	1,40	0,90	1,16	1,28	2,99	1,29	1,85	0,38	1,72	0,35	2,58	1,62
Hypertonie und Hochdruckkrh.,	401 - 405,		56,09	40,02	43,83	27,86	42,96	24,39	52,03	33,19	45,69	32,01	51,31	25,90	43,28	28,51	45,36	23,13
Krh. des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	35 - 64	197,84	44,00	161,93	39,44	156,29	40,45	138,97	39,81	130,83	32,22	114,81	30,46	129,64	35,93	118,92	30,88
Ischämische Herzkrh.	410 - 414	35 - 64																
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge	162	05 - 64	41,49	9,55	40,64	10,06	37,35	8,25	37,43	9,22	40,01	9,37	31,21	11,87	37,27	11,43	34,78	11,08
Chronische Leberkrh. u. -zirrhose	571	15 - 74	44,05	22,92	28,33	15,08	35,57	16,82	44,34	25,60	49,43	25,40	39,70	24,47	43,45	23,84	40,71	23,93
Kfz-Unfälle im u. außern.d. Verkehrs	E 810-E 825	alle AG 2)	12,10	5,23	11,63	5,19	8,44	4,06	9,89	4,73	6,19	2,18	9,60	3,52	12,83	3,39	10,91	4,59

1) je 1.000 Geborene insgesamt

2) alle Altersgruppen

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

**Tabelle A 3.19:**  
**Vermeidbare Sterbefälle 1985 - 1992 in Berlin-Ost**  
 - absolut und je 100.000

Todesursachen und -gruppen	ICD 9	Alter in Jahren	Sterbefälle																									
			1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992											
			m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.										
			absolut																									
Bösartige Neubildung der Zervix uteri	180	15 - 64	-	42	-	26	-	38	-	29	-	36	-	29	-	25	-	31	-	31	-	25	-	25	-	31	-	
Morbus Hodgkin	201	05 - 64	6	4	4	5	3	5	7	1	3	1	5	2	2	4	9	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chronische rheumatische Herzkrh.	393 - 398	05 - 44	1	2	2	-	2	1	2	1	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asthma	493	05 - 44	2	3	1	3	1	-	3	3	-	2	3	-	5	5	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perinatale Sterbefälle (Totgeborene u. bis zum 7. Lebensstag Gestorbene) 1)	001 - 999		181		143		153		164		117		89		56		41											
Bösartige Neubildung d. weibl. Brustdrüse	174	25 - 64	-	85	-	87	-	92	-	94	-	98	-	91	-	116	-	119	-	119	-	116	-	116	-	119	-	119
Magenschwür und Ulcus duodeni	531, 532	25 - 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hypertonie und Hochdruckkrh.,	401 - 405,		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krh. des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	35 - 64	117	119	119	98	135	87	118	98	128	94	134	87	142	77	121	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ischämische Herzkrh.	410 - 414	35 - 64	295	113	303	90	321	108	360	89	356	109	351	113	409	134	371	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge	162	05 - 64	111	43	131	33	108	38	113	28	165	51	158	36	175	41	176	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chronische Leberkrh. u. -zirrhose	571	15 - 74	124	69	120	69	102	74	113	83	154	86	134	83	226	144	220	141	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kfz.-Unfälle im u. außern.d. Verkehrs	E 810-E 825	alle AG 2)	68	46	75	45	61	40	72	43	-	-	92	55	147	55	126	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			je 100.000																									
Bösartige Neubildung der Zervix uteri	180	15 - 64	10,68		6,29		9,27		6,43		7,85		6,65		5,56		7,04											
Morbus Hodgkin	201	05 - 64	1,26	0,81	0,82	0,99	0,60	0,97	1,36	0,19	0,57	0,19	0,96	0,38	0,38	0,75	1,66	0,19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chronische rheumatische Herzkrh.	393 - 398	05 - 44	0,28	0,53	0,54	-	0,57	0,29	0,41	0,34	0,72	-	0,61	-	0,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asthma	493	05 - 44	0,60	0,86	0,24	0,90	0,25	-	0,90	0,83	-	0,50	0,98	-	1,42	1,29	1,04	1,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perinatale Sterbefälle (Totgeborene u. bis zum 7. Lebensstag Gestorbene) 1)	001 - 999		10,50		8,15		8,26		9,13		6,88		5,74		6,41		5,25											
Bösartige Neubildung d. weibl. Brustdrüse	174	25 - 64	-	27,55	-	27,22	-	28,98	-	29,09	-	28,73	-	26,42	-	33,58	-	33,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magenschwür und Ulcus duodeni	531, 532	25 - 64	4,90	3,63	6,68	1,92	4,90	1,54	7,26	1,68	6,71	2,64	6,85	2,90	2,09	1,48	3,63	1,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hypertonie und Hochdruckkrh.,	401 - 405,		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krh. des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	35 - 64	67,59	53,26	68,26	43,98	73,32	39,15	61,07	43,15	60,19	40,01	61,32	35,66	62,51	30,42	50,06	33,87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ischämische Herzkrh.	410 - 414	35 - 64	166,00	57,57	168,20	41,13	170,24	48,39	185,92	39,34	170,46	46,25	157,06	46,16	177,02	54,33	156,13	46,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge	162	05 - 64	29,67	9,38	37,03	7,10	26,88	8,13	27,48	5,66	36,98	10,24	33,76	7,07	36,07	7,87	35,31	9,12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chronische Leberkrh. u. -zirrhose	571	15 - 74	35,93	15,41	37,67	15,18	28,81	16,09	30,63	17,84	41,78	18,51	34,25	17,56	54,99	30,02	52,17	28,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kfz.-Unfälle im u. außern.d. Verkehrs	E 810-E 825	alle AG 2)	12,68	5,41	13,31	5,61	11,15	4,91	11,82	5,00	-	-	15,95	6,81	22,70	7,63	19,95	5,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) je 1.000 Geborene insgesamt

2) alle Altersgruppen

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



**Iabelle A 3.20:**  
**Geborene und Gestorbene im 1. Lebensjahr 1985 - 1992 in Berlin**

Jahr	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr										Perinatale Sterblichkeit			
	insgesamt	je 1.000 Einwohner	insgesamt	je 1.000 Geborene	insgesamt	je 1.000 Lebendgeb. 1)	Frühsterblichkeit			davon im Alter von			Nachsterblichkeit			insgesamt	je 1.000 Geborene	
							0 bis unter 7 Tagen	je 1.000 Lebendgeb. 2)	7 bis unter 28 Tagen	je 1.000 Lebendgeb. 2)	28 Tage bis unter 1 Jahr	je 1.000 Lebendgeb. 2)	0 bis unter 7 Tagen	je 1.000 Lebendgeb. 2)	7 bis unter 28 Tagen			je 1.000 Lebendgeb. 2)
<b>Berlin-West</b>																		
1985	17.921	9,7	59	3,3	190	10,6	80	4,5	34	1,8	76	4,3	139	7,7				
1986	18.688	10,0	70	3,7	232	12,5	88	4,7	29	1,6	115	6,2	158	8,4				
1987	19.554	10,4	74	3,8	223	11,5	103	5,3	30	1,5	90	4,6	177	9,0				
1988	20.980	10,3	69	3,3	191	9,2	78	3,7	31	1,5	82	3,9	147	7,0				
1989	21.159	10,1	74	3,5	181	8,6	67	3,2	25	1,2	89	4,2	141	6,6				
1990	22.150	10,3	79	3,6	202	9,1	86	3,9	27	1,2	89	4,0	165	7,4				
1991	21.850	10,1	57	2,6	156	7,1	58	2,7	23	1,1	75	3,4	115	5,2				
1992	21.888	10,1	51	2,3	140	6,4	60	2,7	11	0,5	69	3,2	111	5,1				
<b>Berlin-Ost</b>																		
1985	17.155	14,3	85	4,9	189	11,0	96	5,6	42	2,4	51	3,0	181	10,5				
1986	17.467	14,3	71	4,0	168	9,6	72	4,1	31	1,7	65	3,7	143	8,2				
1987	18.399	14,8	68	3,7	155	8,4	85	4,6	22	1,2	48	2,6	153	8,3				
1988	17.880	14,1	85	4,7	148	8,3	79	4,4	20	1,1	49	2,8	164	9,1				
1989	16.937	13,2	66	3,9	129	7,6	51	3,0	18	1,1	60	3,5	117	6,9				
1990	15.446	12,1	50	3,2	106	6,9	39	2,5	18	1,2	49	3,2	89	5,7				
1991	8.712	6,8	25	2,9	69	7,1	31	3,6	14	1,6	24	2,8	56	6,4				
1992	7.779	6,0	26	3,3	48	6,0	15	1,9	7	0,9	26	3,3	41	5,3				
<b>Berlin</b>																		
1991	30.562	8,9	82	2,7	225	7,1	89	2,9	37	1,2	99	3,2	171	5,6				
1992	29.667	8,6	77	2,6	188	6,3	75	2,5	18	0,6	95	3,2	152	5,1				

1) berechnet nach der Methode Rants 2) berechnet je 1.000 Lebendgeborene  
(Quelle: StatLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.21:**  
**Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g 1992 in Berlin**

Geburts- gewicht von ... bis unter ... g	Gestorbene Säuglinge bis unter 2.500 g						
	ins- gesamt	m.	w.	darunter nicht- ehelich	Lebensdauer		
					unter 24 Stunden	24 Stunden bis unter 1 Monat	1 bis unter 12 Monate
<b>Berlin-West</b>							
unter 500	7	3	4	-	7	-	-
500 - 1 000	33	20	13	5	21	10	2
1 000 - 1 500	11	6	5	-	5	2	4
1 500 - 2 000	7	1	6	1	2	3	2
2 000 - 2 500	9	3	6	4	3	2	4
<b>zusammen</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>12</b>
<b>Berlin-Ost</b>							
unter 500	1	-	1	-	1	-	-
500 - 1 000	6	2	4	4	4	2	-
1 000 - 1 500	3	1	2	1	2	-	1
1 500 - 2 000	5	3	2	5	2	2	1
2 000 - 2 500	2	1	1	-	-	-	2
<b>zusammen</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Berlin</b>							
unter 500	8	3	5	-	8	-	-
500 - 1 000	39	22	17	9	25	12	2
1 000 - 1 500	14	7	7	1	7	2	5
1 500 - 2 000	12	4	8	6	4	5	3
2 000 - 2 500	11	4	7	4	3	2	6
<b>insgesamt</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>16</b>

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 3.22:**  
**Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1992 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	aus- ländisch	ins- gesamt	deutsch	aus- ländisch
<b>Berlin-West</b>									
Tiergarten	5	2	3	4,6	1,3	12,1	5,5	5,2	6,0
Wedding	11	6	5	4,9	3,6	6,7	3,1	2,2	4,5
Kreuzberg	17	8	9	7,7	8,0	7,2	7,2	7,2	7,2
Charlottenburg	16	9	7	9,4	6,9	17,3	7,0	6,1	9,9
Spandau	15	9	6	7,4	7,5	6,9	3,5	3,8	2,3
Wilmersdorf	5	2	3	4,6	4,2	7,9	4,6	4,1	7,9
Zehlendorf	2	1	1	2,6	3,0	-	5,2	5,9	-
Schöneberg	11	6	5	6,3	7,2	3,9	2,8	3,2	2,0
Steglitz	4	3	1	2,3	2,0	4,7	2,3	2,0	4,7
Tempelhof	9	4	5	5,6	5,0	9,5	4,4	3,6	9,5
Neukölln	31	17	14	9,1	5,9	16,3	7,6	5,0	13,4
Reinickendorf	14	7	7	6,3	6,4	5,8	5,4	5,8	2,9
<b>zusammen</b>	<b>140</b>	<b>74</b>	<b>66</b>	<b>6,4</b>	<b>5,4</b>	<b>9,3</b>	<b>5,1</b>	<b>4,5</b>	<b>6,8</b>
<b>Berlin-Ost</b>									
Mitte	2	2	-	3,8	4,1	-	5,7	6,1	-
Prenzlauer Berg	5	3	2	4,9	4,0	34,5	2,9	3,0	-
Friedrichshain	6	-	6	7,9	8,2	-	5,3	5,5	-
Treptow	3	2	1	5,4	5,6	-	7,1	7,4	-
Köpenick	2	-	2	3,8	4,0	-	1,9	2,0	-
Lichtenberg	2	-	2	2,6	2,9	-	5,1	5,7	-
Weißensee	-	-	-	-	-	-	7,2	3,7	100,0
Pankow	7	4	3	12,1	12,8	-	8,6	9,1	-
Marzahn	9	5	4	12,1	11,5	19,2	9,3	7,2	37,7
Hohenschönhausen	2	2	-	2,8	3,0	-	6,9	7,4	-
Hellersdorf	10	7	3	7,8	7,9	-	2,3	2,4	-
<b>zusammen</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,1</b>	<b>7,9</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>188</b>	<b>99</b>	<b>89</b>	<b>6,3</b>	<b>7,9</b>	<b>9,1</b>	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>	<b>6,9</b>

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.23**  
**Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene 1985 - 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
<b>Berlin-West</b>	<b>10,6</b>	<b>12,5</b>	<b>11,5</b>	<b>9,2</b>	<b>8,6</b>	<b>9,2</b>	<b>7,1</b>	<b>6,4</b>
Tiergarten	14,1	21,0	13,2	9,9	5,8	5,3	4,6	4,6
Wedding	15,8	9,3	9,2	13,6	6,6	13,6	13,4	4,9
Kreuzberg	13,9	17,5	10,4	10,7	12,7	11,5	10,8	7,7
Charlottenburg	6,2	12,1	11,4	14,5	7,4	10,8	4,1	9,4
Spandau	9,3	10,4	11,2	4,9	6,7	10,0	4,9	7,4
Wilmersdorf	7,8	9,2	12,4	5,2	7,1	1,7	3,3	4,6
Zehlendorf	7,8	12,8	5,6	4,2	5,3	3,7	2,6	2,6
Schöneberg	10,7	12,7	10,3	10,0	9,6	8,4	8,4	6,3
Steglitz	9,5	10,7	12,6	6,1	6,6	5,1	5,3	2,3
Tempelhof	9,2	7,7	12,1	11,4	9,8	8,3	5,7	5,6
Neukölln	9,3	13,1	16,1	9,5	10,4	11,0	8,1	9,1
Reinickendorf	12,0	13,4	7,9	5,5	9,2	9,4	6,1	6,3
<b>Berlin-Ost</b>	<b>11,0</b>	<b>9,6</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,6</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>	<b>6,0</b>
Mitte	15,2	13,2	7,5	7,0	4,9	6,1	8,7	3,8
Prenzlauer Berg	11,2	8,1	8,6	6,4	9,1	6,1	8,1	4,9
Friedrichshain	11,1	11,3	10,0	8,7	6,6	7,8	7,9	7,9
Treptow	12,0	11,2	6,2	9,5	6,7	5,7	7,5	5,4
Köpenick	9,6	6,4	8,8	11,1	6,0	4,7	1,6	3,8
Lichtenberg	12,7	7,8	9,0	10,2	6,5	5,4	9,9	2,6
Weißensee	10,8	9,4	5,4	9,2	8,6	7,6	0,0	0,0
Pankow	9,3	10,2	6,1	8,7	11,1	6,4	7,9	12,1
Marzahn	8,7	10,1	8,4	7,2	7,9	10,3	14,5	12,1
Hohenschönhausen	-	9,8	10,6	7,1	5,3	11,5	11,1	2,8
Hellersdorf	-	-	9,0	8,1	10,3	4,0	4,7	7,8
<b>Berlin</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7,1</b>	<b>6,3</b>

(Quelle: StaL.a Berlin)

**Tabelle A 3.24:**  
**Perinatale Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit 1983 - 1991/2 in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland**

Jahr	Perinatale Sterblichkeit		Säuglingssterblichkeit	
	absolut	je 1.000 Geborene	absolut	je 1.000 Lebendgeborene
<b>Berlin-West</b>				
1983	182	10,2	232	12,9
1984	165	9,2	226	12,7
1985	139	7,7	190	10,6
1986	158	8,4	232	12,5
1987	177	9,0	223	11,5
1988	147	7,0	191	9,2
1989	141	6,6	181	8,6
1990	165	7,4	202	9,1
1991	115	5,3	156	7,1
1992	111	5,1	140	6,4
<b>Berlin-Ost</b>				
1983	158	8,9	206	11,6
1984	143	8,4	158	9,4
1985	181	10,5	189	11,0
1986	143	8,2	168	9,6
1987	153	8,3	155	8,4
1988	164	9,1	148	8,3
1989	117	6,9	129	7,6
1990	89	5,7	106	6,9
1991	56	6,4	69	7,1
1992	41	5,3	48	6,0
<b>früheres Bundesgebiet</b>				
1983	5 538	9,3	6 099	10,2
1984	5 041	8,6	5 633	9,6
1985	4 631	7,9	5 244	8,9
1986	4 764	7,6	5 344	8,7
1987	4 720	7,3	5 318	8,3
1988	4 396	6,5	5 080	7,6
1989	4 391	6,4	5 074	7,5
1990	4 394	6,0	5 076	7,1
1991	4 136	5,7	4 862	6,7
<b>ehemalige DDR</b>				
1983	2 570	10,9	2 506	10,7
1984	2 418	10,9	2 292	10,0
1985	2 257	9,9	2 175	9,6
1986	2 025	9,1	2 053	9,2
1987	2 104	9,3	1 969	8,7
1988	1 903	8,8	1 742	8,1
1989	1 579	7,9	1 508	7,6
1990	1 296	7,2	1 309	6,3
1991	706	6,5	849	7,2

(Quelle: StaLa Berlin / für Berlin-Ost und ehemalige DDR bis 1990 Institut für Sozialhygiene)

**Tabelle A 3.25:**  
**Perinatale Sterblichkeit 1992 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	Lebend- geborene	Tot- geborene		Gestorbene > 7 Tagen		Perinatale Sterblichkeit	
	absolut	absolut	je 1.000 Geborene	absolut	je 1.000 Lebendgeborene	absolut	je 1.000 Geborene
<b>Berlin-West</b>							
Tiergarten	1.095	3	2,73	3	2,74	6	5,46
Wedding	2.268	4	1,76	3	1,32	7	3,09
Kreuzberg	2.213	7	3,15	9	4,06	16	7,21
Charlottenburg	1.711	5	2,91	7	4,09	12	6,99
Spandau	2.027	-	-	7	3,46	7	3,45
Wilmersdorf	1.091	4	3,65	1	0,92	5	4,57
Zehlendorf	767	3	3,90	1	1,30	4	5,19
Schöneberg	1.756	3	1,71	2	1,14	5	2,84
Steglitz	1.707	1	0,59	3	1,76	4	2,34
Tempelhof	1.604	5	3,11	2	1,25	7	4,35
Neukölln	3.418	10	2,91	16	4,68	26	7,58
Reinickendorf	2.231	6	2,68	6	2,68	12	5,36
<b>zusammen</b>	<b>21.888</b>	<b>51</b>	<b>2,32</b>	<b>60</b>	<b>2,74</b>	<b>111</b>	<b>5,06</b>
<b>Berlin-Ost</b>							
Mitte	527	2	3,78	1	1,90	3	5,67
Prenzlauer Berg	1.020	3	2,93	-	-	3	2,93
Friedrichshain	756	2	2,63	2	2,65	4	5,28
Treptow	558	2	3,57	2	3,58	4	7,14
Köpenick	523	-	-	1	1,91	1	1,91
Lichtenberg	781	3	3,82	1	1,28	4	5,10
Weißensee	277	2	7,16	-	-	2	7,16
Pankow	580	3	5,15	2	3,45	5	8,58
Marzahn	746	3	4,00	4	5,34	7	9,34
Hohenschönhausen	725	4	5,49	1	1,38	5	6,86
Hellersdorf	1.286	2	1,56	1	0,78	3	2,33
<b>zusammen</b>	<b>7.779</b>	<b>26</b>	<b>3,33</b>	<b>15</b>	<b>1,93</b>	<b>41</b>	<b>5,25</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>29.667</b>	<b>77</b>	<b>2,59</b>	<b>75</b>	<b>2,53</b>	<b>152</b>	<b>5,11</b>

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.26:**  
**Perinatale Sterblichkeit 1983 - 1992 in Berlin**  
**nach Deutschen und Ausländern 1)**

Bezirk	Lebendgeborene		Totgeborene		Gestorbene < 7 Tagen		Perinatale Sterblichkeit			
	absolut		je 1.000 Geborene		absolut		je 1.000 Geborene			
	D	A	D	A	D	A	D	A		
<b>Berlin-West</b>										
1983	14.048	3.771	60	28	4,25	7,37	60	120	8,51	16,32
1984	14.212	3.587	62	18	4,34	4,99	67	129	9,04	9,99
1985	14.246	3.675	39	20	2,73	5,41	62	101	7,07	10,28
1986	14.804	3.884	51	19	3,43	4,87	62	113	7,61	12,53
1987	15.141	4.413	49	25	3,23	5,63	80	129	8,49	10,80
1988	15.907	5.073	57	12	3,57	2,36	46	103	6,45	8,65
1989	15.952	5.207	55	19	3,44	3,64	51	106	6,62	6,70
1990	16.694	5.456	55	24	3,28	4,38	62	117	6,99	8,76
1991	16.406	5.444	45	12	2,74	2,22	38	83	5,05	5,91
1992	16.321	5.561	37	14	2,26	2,51	36	73	4,46	6,81
<b>Berlin-Ost 2)</b>										
1991	8.481	231	23	2	2,70	8,58	31	54	6,34	8,58
1992	7.399	380	24	2	3,23	5,24	14	38	5,12	7,86

1) D = Deutsche, A = Ausländer

2) Angaben standen erst ab 1991 zur Verfügung

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 3.27:**  
**Meldepflichtige Krankheiten 1991 - 1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**  
**- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Bezirk	meldepflichtige Krankheiten					
	absolut			je 100.000 Einwohner		
	1991	1992	1993	1991	1992	1993
<b>Berlin-West</b>						
Tiergarten	190	263	220	200,2	277,6	233,5
Wedding	434	457	412	261,8	271,2	242,7
Kreuzberg	367	498	344	237,0	319,7	219,7
Charlottenburg	304	451	305	164,2	244,2	165,7
Spandau	340	475	335	152,7	212,7	150,1
Wilmersdorf	176	277	176	120,0	189,8	120,9
Zehlendorf	97	175	135	98,8	179,8	138,1
Schöneberg	295	418	314	188,6	266,7	200,1
Steglitz	258	436	298	135,5	228,2	155,2
Tempelhof	232	426	304	123,4	225,7	160,0
Neukölln	562	708	470	182,5	227,8	150,3
Reinickendorf	411	716	510	164,8	286,9	203,4
<b>zusammen</b>	<b>3.666</b>	<b>5.300</b>	<b>3.823</b>	<b>169,7</b>	<b>244,6</b>	<b>175,9</b>
<b>Berlin-Ost</b>						
Mitte	146	280	209	182,6	344,4	253,7
Prenzlauer Berg	286	652	419	198,5	447,3	283,8
Friedrichshain	109	108	139	101,5	101,3	129,4
Treptow	128	268	255	124,1	255,8	240,5
Köpenick	86	211	165	79,1	195,5	152,5
Lichtenberg	185	388	246	110,5	231,0	146,7
Weißensee	57	147	104	110,4	284,9	199,5
Pankow	212	415	364	197,9	387,1	338,7
Marzahn	334	548	348	200,6	332,1	211,7
Hohenschönhausen	207	767	305	174,2	643,7	256,0
Hellersdorf	345	603	488	279,4	463,4	363,7
<b>zusammen</b>	<b>2.095</b>	<b>4.387</b>	<b>3.042</b>	<b>163,9</b>	<b>340,8</b>	<b>234,5</b>
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>5.761</b>	<b>9.687</b>	<b>6.865</b>	<b>167,5</b>	<b>280,4</b>	<b>197,8</b>

(Quelle: StA a Berlin / eigene Berechnungen)



**Tabelle A 3.28:**  
**Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993**  
**in Berlin-West**  
**nach Bezirken**  
**(nach dem Bundes-Seuchengesetz)**

Krankheit	Erkrankungen insgesamt	Bezirke															
		Hiergarten	Wedding	Kreuzberg	Chlbg.	Spandau	Wilmerisdorf	Zehlendorf	Schöneberg	Steglitz	Tempelhof	Neukölln	Reinickendorf				
Cholera	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enteritis infektiös	2.644	108	282	165	205	251	118	103	195	242	254	326	395	-	-	-	-
davon:																	
Salmonellose	2.070	81	171	124	181	228	97	71	157	197	207	245	311	-	-	-	-
übrige Formen	574	27	111	41	24	23	21	32	38	45	47	81	84	-	-	-	-
Ornithose	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Paratyphus A, B und C	4	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shigellenruhr	132	4	12	17	13	8	14	2	13	9	8	14	18	-	-	-	-
Tularämie	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Typus abdominalis	19	-	-	3	3	5	-	-	1	1	1	4	1	-	-	-	-
angeborene Cytomegalie	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
angeborene Listeriose	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
angeborene Lues	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirose	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
darunter: Weil'sche Krh.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria	63	4	7	5	7	-	2	6	7	5	2	10	8	-	-	-	-
Meningitis/Enzephalitis	113	1	14	6	13	11	7	2	7	9	2	21	20	-	-	-	-
davon:																	
Menigokokken-Meningitis	15	-	1	1	2	2	-	-	2	3	-	3	1	-	-	-	-
andere bakt. Meningitiden	26	1	1	3	1	3	3	-	1	2	2	6	3	-	-	-	-
Virus-Meningo-Enzephalitis	14	-	1	-	3	2	2	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-
übrige Formen	58	-	11	2	7	4	2	2	4	4	-	9	13	-	-	-	-
Q-Fieber	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Virushepatitis	834	103	93	144	61	59	34	20	90	32	37	95	66	-	-	-	-
davon:																	
Hepatitis A	527	48	54	114	44	34	21	15	67	22	26	56	26	-	-	-	-
Hepatitis B	216	24	31	24	14	16	9	2	18	8	9	36	25	-	-	-	-
nicht bestimmbar u. übr. Formen	91	31	8	6	3	9	4	3	5	2	2	3	15	-	-	-	-
anaerobe Wundinfektionen	2	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
davon:																	
Gasbrand/Casödem	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tetanus	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Insgesamt</b>	<b>3.823</b>	<b>220</b>	<b>412</b>	<b>344</b>	<b>305</b>	<b>335</b>	<b>176</b>	<b>135</b>	<b>314</b>	<b>298</b>	<b>304</b>	<b>470</b>	<b>510</b>	-	-	-	-

(Quelle: StLa Berlin)

**Tabelle A 3.29:**  
**Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993 in Berlin-Ost nach Bezirken**  
 (nach dem Bundes-Seuchengesetz)

Krankheit	Erkrankungen insgesamt	Bezirke										Höhenschönhausen	Helldorf
		Mitte	Prenzlauer Berg	Friedrichshain	Treptow	Köpenick	Lichtenberg	Weissensee	Pankow	Marzahn			
Enteritis infektiosa	2.695	182	346	113	232	149	204	85	324	313	289	458	
davon:													
Salmonellose	2.296	141	313	110	189	124	172	82	296	264	254	351	
übrige Formen	399	41	33	3	43	25	32	3	28	49	35	107	
Ornithose	6	1	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	
Paratyphus A, B und C	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	
Shigellenruhr	30	4	5	1	2	-	6	2	7	-	-	3	
Typhus abdominalis	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Leptospirose	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
darunter: übrige Formen	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
Malaria	13	2	-	1	1	1	2	1	3	1	-	1	
Meningitis/Enzephalitis	78	2	6	4	6	2	8	1	17	12	4	16	
davon:													
Meningokokken-Meningitis	8	1	-	-	-	-	1	-	2	-	1	3	
andere bakt. Meningitiden	11	-	2	1	-	1	2	1	3	-	-	1	
Virus-Meningo-Enzephalitis	10	-	1	3	1	-	1	-	1	-	-	3	
übrige Formen	49	1	3	-	5	1	4	-	11	12	3	9	
Virushepatitis	213	18	58	19	14	13	25	12	13	21	12	8	
davon:													
Hepatitis A	144	13	48	11	7	11	16	8	8	12	6	4	
Hepatitis B	56	5	8	7	5	2	7	4	4	7	4	3	
nicht bestimmbar u. übr. Formen	13	-	2	1	2	-	2	-	1	2	2	1	
anaerobe Wundinfektionen	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
darunter: Gasbrand/Gasödem	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
insgesamt	3.042	209	419	139	255	165	246	104	364	348	305	488	

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 3.30:**  
**Meldepflichtige übertragbare Krankheiten (ausgenommen Tuberkulose) 1993 in Berlin**  
 nach Altersgruppen  
 - absolut und je 100.000

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		
Enteritis infektiös	5.339	153,8	429	1.468,8	1.309	920,2	1.134	304,4	516	132,1	1.183	100,4	518	58,8	250	52,4
Salmonellose	4.366	125,8	136	465,6	1.034	726,9	1.016	272,8	462	118,3	1.030	87,4	464	52,7	224	46,9
übrige Formen	973	28,0	293	1.003,1	275	193,3	118	31,7	54	13,8	153	13,0	54	6,1	26	5,4
Paratyphus A, B u. C	6	0,2	-	-	2	1,4	1	0,3	1	0,3	1	0,1	-	-	1	0,2
Shigellenruhr	162	4,7	7	24,0	26	18,3	17	4,6	19	4,9	75	6,4	15	1,7	3	0,6
Typhus abdominalis	22	0,6	-	-	1	0,7	6	1,6	4	1,0	9	0,8	2	0,2	-	-
Menigitis/Enzephalitis	191	5,5	19	65,1	27	19,0	39	10,5	26	6,7	48	4,1	25	2,8	7	1,5
Menigokokken-Meningitis	23	0,7	4	13,7	6	4,2	3	0,8	4	1,0	3	0,3	3	0,3	-	-
and. bakt. Meningitiden	37	1,1	5	17,1	5	3,5	8	2,1	1	0,3	4	0,3	10	1,1	4	0,8
Virus-Meningoenzephalitis	24	0,7	2	6,8	1	0,7	5	1,3	4	1,0	9	0,8	3	0,3	-	-
übrige Formen	107	3,1	8	27,4	15	10,5	23	6,2	17	4,4	32	2,7	9	1,0	3	0,6
Virushepatitis	1.047	30,2	5	17,1	60	42,2	133	35,7	206	52,7	502	42,6	101	11,5	40	8,4
Hepatitis A	671	19,3	4	13,7	54	38,0	122	32,8	112	28,7	291	24,7	67	7,6	21	4,4
Hepatitis B	272	7,8	1	3,4	6	4,2	10	2,7	71	18,2	154	13,1	25	2,8	5	1,0
nicht bestimmbare und übrige Formen	104	3,0	-	-	-	1	0,3	23	5,9	57	4,8	9	1,0	14	2,9	-
Malaria	76	2,2	1	3,4	2	1,4	3	0,8	10	2,6	51	4,3	8	0,9	1	0,2
Ornithose	9	0,3	1	3,4	-	-	-	-	2	0,5	4	0,3	1	0,1	1	0,2
Brucellose	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Leptospirose	2	0,1	-	-	-	-	-	-	1	0,3	1	0,1	-	-	-	-
Weil'sche Krankheit	1	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-
übrige Formen	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-
Q-Fieber	2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,2	-	-
Gasödem/Gastrand	2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	1	0,2
Tetanus	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Cholera	1	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-
Tularämie	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-
Angeborene Cytomegalie	1	0,0	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angeborene Listeriose	1	0,0	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angeborene Lues	1	0,0	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
insgesamt	6.865	197,8	465	1.592,0	1.427	1.003,1	1.333	357,9	786	201,2	1.875	159,2	674	76,5	305	63,9

(Quelle: StLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.31:**  
**Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten 1991 - 1993 in Berlin**  
**- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Krankheit	Erkrankungen							
	absolut			je 100.000 Einwohner			1993 zu 1992	
	1991	1992	1993	1991	1992	1993	absolut	je 100.000
<b>Berlin-West</b>								
Salmonellose	1 733	3 351	2 070	80,2	154,6	95,2	-1 281	-58,9
Virushepatitis	1 085	1 021	834	50,2	47,1	38,4	-187	-8,6
darunter: Hepatitis A	757	698	527	35,0	32,2	24,2	-171	-7,9
Hepatitis B	267	271	216	12,4	12,5	9,9	-55	-2,5
Meningitis / Enzephalitis	156	119	113	7,2	5,5	5,2	-6	-0,3
darunter: Virus-Meningoenzephal.	21	13	14	1,0	0,6	0,6	1	0,0
and bakt Meningitiden	57	25	26	2,6	1,2	1,2	1	0,0
Typhus abdominalis	24	13	19	1,1	0,6	0,9	6	0,3
Paratyphus A, B und C	10	12	4	0,5	0,6	0,2	-8	-0,4
Ruhr / Shigellenruhr	107	86	132	5,0	4,0	6,1	46	2,1
<b>Berlin-Ost</b>								
Salmonellose	1 231	3 853	2 296	96,3	299,3	177,0	-1 557	-120,0
Virushepatitis	227	149	213	17,8	11,6	16,4	64	4,9
darunter: Hepatitis A	182	108	144	14,2	8,4	11,1	36	2,8
Hepatitis B	37	38	56	2,9	3,0	4,3	18	1,4
Meningitis / Enzephalitis	301	98	78	23,5	7,6	6,0	-20	-1,5
darunter: Virus-Meningoenzephal.	141	35	10	11,0	2,7	0,8	-25	-1,9
and bakt Meningitiden	17	12	11	1,3	0,9	0,8	-1	-0,1
Typhus abdominalis	1	2	3	0,1	0,2	0,2	1	0,1
Paratyphus A, B und C	-	-	2	-	-	0,2	2	0,2
Ruhr / Shigellenruhr	19	32	30	1,5	2,5	2,3	-2	-0,2
<b>Berlin</b>								
Salmonellose	2 964	7 204	4 366	86,2	208,5	125,8	-2 838	-81,8
Virushepatitis	1 312	1 170	1 047	38,2	33,9	30,2	-123	-3,5
darunter: Hepatitis A	939	806	671	27,3	23,3	19,3	-135	-3,9
Hepatitis B	304	309	272	8,8	8,9	7,8	-37	-1,1
Meningitis / Enzephalitis	457	217	191	13,3	6,3	5,5	-26	-0,7
darunter: Virus-Meningoenzephal.	162	48	24	4,7	1,4	0,7	-24	-0,7
and bakt Meningitiden	74	37	37	2,2	1,1	1,1	0	0,0
Typhus abdominalis	25	15	22	0,7	0,4	0,6	7	0,2
Paratyphus A, B und C	10	12	6	0,3	0,3	0,2	-6	-0,2
Ruhr / Shigellenruhr	126	118	162	3,7	3,4	4,7	44	1,3

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.32:**  
**Gemeldete Tuberkulosefälle 1992 und 1993 in Berlin**  
**nach Lokalisation**  
 - absolut und je 100.000 der Bevölkerung

Tuberkulose- lokalisation	gemeldete Tuberkulosefälle										
	insgesamt		darunter ohne Asylbewerber		Deutsche		Ausländer		Ausländer ohne Asylbewerber		
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	
<b>Berlin-West</b>											
<b>Tb der Atemwege</b>											
absolut	559	539	520	492	357	355	202	184	163	137	
je 100.000	25,8	24,8	23,9	22,6	19,3	19,3	64,0	55,6	51,6	41,4	
<b>extrapulmonale Tb</b>											
absolut	91	84	86	77	45	46	46	38	41	31	
je 100.000	4,2	3,9	4,0	3,5	2,4	2,5	14,6	11,5	13,0	9,4	
<b>alle Formen</b>											
absolut	650	623	606	569	402	401	248	222	204	168	
je 100.000	30,0	28,7	28,0	26,2	21,7	21,8	78,6	67,1	64,6	50,8	
<b>Berlin-Ost</b>											
<b>Tb der Atemwege</b>											
absolut	175	229	168	201	146	161	29	68	22	40	
je 100.000	13,6	17,7	13,0	15,5	11,7	12,9	75,9	134,2	57,5	78,9	
<b>extrapulmonale Tb</b>											
absolut	33	26	33	19	30	15	3	11	3	4	
je 100.000	2,5	2,0	2,5	1,5	2,4	1,2	7,8	21,7	7,8	7,9	
<b>alle Formen</b>											
absolut	208	255	201	220	176	176	32	79	25	44	
je 100.000	16,1	19,7	15,5	17,0	14,1	14,1	83,7	155,9	65,3	86,8	
<b>Berlin</b>											
<b>Tb der Atemwege</b>											
absolut	734	768	688	693	503	516	231	252	185	177	
je 100.000	21,2	22,1	19,9	20,0	16,2	16,7	65,3	66,1	52,3	46,4	
<b>extrapulmonale Tb</b>											
absolut	124	110	119	96	75	61	49	49	44	35	
je 100.000	3,6	3,2	3,4	2,8	2,4	2,0	13,8	12,8	12,4	9,2	
<b>alle Formen</b>											
absolut	858	878	807	789	578	577	280	301	229	212	
je 100.000	24,8	25,3	23,3	22,7	18,6	18,7	79,1	78,9	64,7	55,6	

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 3.33:**  
**Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose 1991 - 1993 in Berlin-West**  
**(inklusive Asylbewerber)**  
**- absolut und je 100.000**

Jahr	Erkrankungen					
	insgesamt		je 100.000			
	männlich	weiblich	rohe Inzidenz		standardisierte Inzidenz	
			männlich	weiblich	männlich	weiblich
<b>Tuberkulose (alle Formen)</b>						
insgesamt						
1991	450	284	49,3	25,0	38,4	21,0
1992	383	267	37,3	23,4	33,7	19,8
1993	386	237	37,4	20,8	33,3	17,6
Deutsche						
1991	279	204	27,2	18,0	24,0	13,4
1992	219	183	21,3	16,1	19,0	11,3
1993	234	167	22,7	14,6	19,5	10,8
Ausländer						
1991	171	80	107,3	57,2	97,1	58,5
1992	164	84	98,2	56,5	96,8	58,8
1993	152	70	86,9	44,9	93,1	48,8
<b>offene Tuberkulose</b>						
insgesamt						
1991	251	108	24,5	9,5	21,0	7,3
1992	221	128	21,5	11,2	18,8	8,5
1993	244	109	23,6	9,6	20,7	7,8
Deutsche						
1991	174	88	17,0	7,7	14,7	5,4
1992	136	96	13,2	8,4	11,5	5,3
1993	157	81	15,2	7,1	13,1	5,1
Ausländer						
1991	77	20	48,3	14,3	37,9	13,7
1992	85	32	50,9	21,5	48,1	23,0
1993	87	28	49,7	18,0	50,2	18,9

(Quelle: SenGes / standard Eurobev)

**Tabelle A 3.34:**  
**Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose 1991 - 1993 in Berlin-Ost**  
 (inklusive Asylbewerber)  
 - absolut und je 100.000

Jahr	Erkrankungen					
	insgesamt		je 100.000			
	männlich	weiblich	rohe Inzidenz		standardisierte Inzidenz	
			männlich	weiblich	männlich	weiblich
<b>Tuberkulose (alle Formen)</b>						
insgesamt						
1991	90	66	14,8	9,9	14,7	7,9
1992	125	83	20,2	12,4	19,4	10,4
1993	170	85	27,0	12,7	26,2	11,2
Deutsche						
1991	80	59	13,1	8,8	13,4	7,0
1992	100	76	16,1	11,4	16,1	9,5
1993	112	64	17,8	9,6	18,4	8,1
Ausländer						
1991	10	7	58,8	67,7	27,9	34,7
1992	25	7	98,3	54,8	64,5	27,4
1993	58	21	174,5	120,5	148,6	92,8
<b>offene Tuberkulose</b>						
insgesamt						
1991	60	39	9,8	5,8	10,0	4,3
1992	82	45	13,2	6,7	12,5	5,7
1993	112	50	17,8	7,5	17,3	6,5
Deutsche						
1991	55	34	9,0	5,1	9,3	3,7
1992	64	41	10,3	6,1	10,1	5,2
1993	77	36	12,2	5,4	12,7	4,5
Ausländer						
1991	5	5	29,4	48,4	13,8	23,3
1992	18	4	70,7	31,3	51,3	14,6
1993	35	14	105,3	80,3	92,8	68,9

(Quelle: SenGes / standard Eurobev)

**Tabelle A 3.35:**  
**Inzidenz an Tuberkulose 1993 in Berlin**  
**nach Geschlecht, Alters- und Diagnosegruppen**

Alter von .... bis unter .... Jahren	Gruppen 1 und 2			Tuberkulose der Atmungsorgane		Tuberkulose anderer Organe Gruppe 2
	ins- gesamt	m.	w.	mit Nachweis von Tb-Bakterien Gruppe 1.1	ohne Nachweis Gruppe 1.2	
unter 1	4	2	2	2	1	1
1 - 5	21	13	8	5	10	6
5 - 10	7	5	2	1	4	2
10 - 15	6	4	2	1	4	1
15 - 20	28	13	15	12	11	5
20 - 25	56	37	19	35	14	7
25 - 30	75	48	27	43	22	10
30 - 35	121	83	38	82	29	10
35 - 40	65	45	20	45	15	5
40 - 45	52	40	12	28	14	10
45 - 50	56	37	19	36	14	6
50 - 55	97	81	16	57	34	6
55 - 60	51	33	18	26	18	7
60 - 65	48	27	21	27	14	7
65 - 70	38	21	17	26	7	5
70 - 75	48	24	24	29	15	4
75 und älter	105	43	62	60	27	18
<b>insgesamt</b>	<b>878</b>	<b>556</b>	<b>322</b>	<b>515</b>	<b>253</b>	<b>110</b>

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 3.36:**  
**Inzidenz an Tuberkulose 1993 in Berlin**  
**nach Geschlecht, Alters-, Diagnosegruppen und Staatsangehörigkeit**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gruppen 1 und 2			Tuberkulose der Atmungsorgane		Tuberkulose anderer Organe Gruppe 2
	ins- gesamt	m.	w.	mit Nachweis von Tb-Bakterien Gruppe 1.1	ohne Nachweis Gruppe 1.2	
<b>Deutsche</b>						
unter 1	3	1	2	2	-	1
1 - 5	10	5	5	2	4	4
5 - 10	2	1	1	-	2	-
10 - 15	1	1	-	-	1	-
15 - 20	6	3	3	1	4	1
20 - 25	15	9	6	11	3	1
25 - 30	26	13	13	14	8	4
30 - 35	65	42	23	46	15	4
35 - 40	35	22	13	24	9	2
40 - 45	38	31	7	22	9	7
45 - 50	40	27	13	28	9	3
50 - 55	74	61	13	47	24	3
55 - 60	42	27	15	23	16	3
60 - 65	39	23	16	22	13	4
65 - 70	33	17	16	24	6	3
70 - 75	45	22	23	27	15	3
75 und älter	103	41	62	58	27	18
<b>zusammen</b>	<b>577</b>	<b>346</b>	<b>231</b>	<b>351</b>	<b>165</b>	<b>61</b>
<b>Ausländer</b>						
unter 1	1	1	-	-	1	-
1 - 5	11	8	3	3	6	2
5 - 10	5	4	1	1	2	2
10 - 15	5	3	2	1	3	1
15 - 20	22	10	12	11	7	4
20 - 25	41	28	13	24	11	6
25 - 30	49	35	14	29	14	6
30 - 35	56	41	15	36	14	6
35 - 40	30	23	7	21	6	3
40 - 45	14	9	5	6	5	3
45 - 50	16	10	6	8	5	3
50 - 55	23	20	3	10	10	3
55 - 60	9	6	3	3	2	4
60 - 65	9	4	5	5	1	3
65 - 70	5	4	1	2	1	2
70 - 75	3	2	1	2	-	1
75 und älter	2	2	-	2	-	-
<b>zusammen</b>	<b>301</b>	<b>210</b>	<b>91</b>	<b>164</b>	<b>88</b>	<b>49</b>

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 3.37:**  
**Gemeldete Tuberkulosefälle 1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**  
**- absolut und je 100.000 der Bevölkerung**

Bezirk	gemeldete Tuberkulosefälle							
	absolut				je 100.000			
	ins- ge- samt	Deutsche	Ausländer		ins- ge- samt	Deutsche	Ausländer	
			zusam- men	darunter Asylbew.			mit Asylbewerber	ohne Asylbewerber
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	39	27	12	1	41,4	37,0	56,4	51,7
Wedding	48	28	20	1	28,3	22,1	46,3	44,0
Kreuzberg	73	31	42	-	46,6	28,6	87,0	87,0
Charlottenburg	38	23	15	12	20,6	15,0	49,3	9,9
Spandau	66	49	17	11	29,6	25,2	59,5	21,0
Wilmerdorf	21	18	3	1	14,4	13,8	19,5	13,0
Zehlendorf	29	15	14	12	29,7	16,6	188,4	26,9
Schöneberg	54	35	19	5	34,4	27,9	60,6	44,4
Steglitz	37	22	15	8	19,3	12,5	94,1	43,9
Tempelhof	53	40	13	1	27,9	23,0	82,4	76,0
Neukölln	96	64	32	-	30,7	24,7	59,6	59,6
Reinickendorf	69	49	20	2	27,5	21,2	103,0	92,7
<b>zusammen</b>	<b>623</b>	<b>401</b>	<b>222</b>	<b>54</b>	<b>28,7</b>	<b>21,8</b>	<b>67,1</b>	<b>50,8</b>
<b>Berlin-Ost</b>								
Mitte	13	10	3	1	15,8	13,1	50,7	33,8
Prenzlauer Berg	41	31	10	7	27,8	21,8	187,9	56,4
Friedrichshain	31	23	8	4	28,9	22,3	197,7	98,9
Treptow	18	13	5	-	17,0	12,6	180,5	180,5
Köpenick	23	17	6	-	21,3	16,1	214,7	214,7
Lichtenberg	45	27	18	10	26,8	17,4	145,5	64,7
Weißensee	10	6	4	3	19,2	11,8	300,1	75,0
Pankow	21	16	5	3	19,5	15,3	168,8	67,5
Marzahn	31	22	9	5	18,9	13,8	162,9	72,4
Hohenschönhausen	18	9	9	2	15,1	7,9	180,6	140,5
Hellersdorf	4	2	2	-	3,0	1,5	75,4	75,4
<b>zusammen</b>	<b>255</b>	<b>176</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>19,6</b>	<b>14,1</b>	<b>155,9</b>	<b>86,8</b>
<b>Berlin</b>								
<b>1993</b>	<b>878</b>	<b>577</b>	<b>301</b>	<b>89</b>	<b>25,3</b>	<b>18,7</b>	<b>78,9</b>	<b>55,6</b>
1992	858	578	280	51	24,8	18,6	79,1	64,7
1991	890	622	268	56	25,9	20,0	82,1	64,9

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 3.38:**  
**Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1980 - 1993 in Berlin**  
**- absolut und je 100.000**

Jahr/ Alter von .... bis unter ...Jahren	Berlin-West					Berlin-Ost				
	Erkran- kungen insg.	Lues		Gonorrhoe		Erkran- kungen insg.	Lues		Gonorrhoe	
		abso- lut	je 100.000	abso- lut	je 100.000		abso- lut	je 100.000	abso- lut	je 100.000
1980	8 218	910	47,9	7.308	384,8	6 621	293	25,4	6 382	553,7
1981	8 871	695	36,7	8.176	432,2	6 349	160	13,8	6 189	534,7
1982	9 234	613	32,6	8 621	458,7	6 485	73	6,3	6 412	549,6
1983	8 889	497	26,7	8 392	451,0	6 976	111	9,4	6 865	582,1
1984	9 221	487	26,2	8 734	471,9	7 026	88	7,4	6 938	583,4
1985	8 277	487	26,2	7 790	418,8	6 675	108	8,9	6 567	540,2
1986	6 553	288	15,3	6 265	333,4	5 668	60	4,9	5 608	453,6
1987	5 441	198	9,8	5 243	258,4	4 225	63	5,0	4 162	330,1
1988	4 768	131	6,3	4 637	224,4	3 377	53	4,1	3 324	259,0
1989	3 810	102	4,8	3 708	174,0	2 602	45	3,5	2 557	199,9
1990	2 302	102	4,7	2 206	102,2	1 626	28	2,2	1 598	125,3
1991	2 070	123	5,7	1 947	90,1	596	13	1,0	583	45,6
1992	1 293	98	4,5	1 195	50,0	389	21	1,6	368	28,4
1993	785	91	4,2	694	31,9	275	39	3,0	236	18,2

davon 1993:

	insgesamt									
unter 10	1	-	-	1	0,5	2	-	-	2	1,3
10 - 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	42	3	3,2	39	41,3	23	1	1,5	22	32,4
20 - 25	180	12	8,7	168	121,2	59	6	6,7	53	59,1
25 - 30	196	23	10,8	173	81,5	71	6	4,7	65	51,2
30 - 40	257	33	9,2	224	62,5	93	14	6,2	79	34,9
40 - 50	69	11	3,5	58	18,6	12	5	3,1	7	4,3
50 - 60	34	7	2,2	27	8,4	13	5	2,7	8	4,3
über 60	6	2	0,5	4	0,9	2	2	1,0	-	-
	männlich									
unter 10	1	-	-	1	0,9	1	-	-	1	1,3
10 - 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	23	1	2,1	22	45,7	14	1	2,9	13	37,5
20 - 25	123	6	8,7	117	169,2	45	3	6,7	42	93,8
25 - 30	149	15	13,9	134	124,5	61	5	7,7	56	86,5
30 - 40	189	23	12,4	166	89,5	75	12	10,1	63	53,1
40 - 50	57	8	5,1	49	31,0	11	5	6,1	6	7,3
50 - 60	25	4	2,4	21	12,8	11	5	5,5	6	6,6
über 60	5	1	0,7	4	2,8	1	1	1,4	-	-
	weiblich									
unter 10	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,4
10 - 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 20	19	2	4,3	17	36,8	9	-	-	9	27,1
20 - 25	57	6	8,6	51	73,4	14	3	6,7	11	24,5
25 - 30	47	8	7,7	39	37,3	10	1	1,6	9	14,4
30 - 40	68	10	5,8	58	33,5	18	2	1,9	16	14,8
40 - 50	12	3	1,9	9	5,8	1	-	-	1	1,2
50 - 60	9	3	1,9	6	3,9	2	-	-	2	2,1
über 60	1	1	0,3	-	-	1	1	0,8	-	-

(Quelle: StA.a Berlin / bis 1990 für Berlin-Ost Institut für Sozialhygiene / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.39:**  
**Aids-Erkrankte 1987 bis 1993 in Berlin (Stand 31.3.1994)**  
**nach Diagnosejahr, Betroffenengruppe und Geschlecht**

Betroffenengruppe	Diagnosejahr																								insgesamt	
	1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993		insgesamt		insgesamt									
	zUS.	w.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	zUS.	m.	w.							
Homo-/Bisexuelle	351		223		259		243		211		243		204		1.734											
i.v. Drogenabhängige	35	21	33	25	8	44	31	13	46	35	11	42	29	13	45	27	18	34	24	10						
Hämophilie	7		3		1				4		2		3		20											
Bluttransfusion	5	3	4	2	2								2	2					5	1						
Herpesinfektion	2	1	5	2	3	5	4	1	11	4	7	12	6	6	21	7	14	14	6	8						
Pattern II 1)						2	1	1	1	1					2	2										
prä- oder perinatale Infektion	3	2	1	2	2				1	1			4	4	5	1	4	2	2	17						
unbekannt	11	11	9	9	9	12	12		15	12	3	13	13		17	15	2	11	10	1						
<b>insgesamt</b>	<b>414</b>	<b>38</b>	<b>18</b>	<b>279</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>323</b>	<b>48</b>	<b>15</b>	<b>317</b>	<b>53</b>	<b>21</b>	<b>288</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>335</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>274</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>2.230</b>	<b>312</b>	<b>148</b>		

1) Patienten aus Pattern-II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z.B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

(Quelle: Aids-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes)

**Tabelle A 3.40:**  
**Straßenverkehrsunfälle und verunglückte Personen 1989 - 1993 in Berlin**

Unfälle / Verunglückte	1989	1990	1991	1992	1993	1993 zu 1992 in %
<b>Berlin-West</b>						
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	101 904	113 263	110 422	112 540	101 318	-10,0
Verunglückte insgesamt	14 816	15 902	13 839	15 066	13 301	-11,7
darunter						
Getötete	109	111	101	109	90	-17,4
Schwerverletzte 1)	14 707	1 926	1 713	1 803	1 564	-13,3
Leichtverletzte		13 865	12 025	13 154	11 647	-11,5
<b>Berlin-Ost</b>						
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	10 669	23 509	49 123	56 707	58 467	3,1
Verunglückte insgesamt	2 656	4 920	6 847	6 930	6 646	-4,1
darunter						
Getötete	86	115	97	75	73	-2,7
Schwerverletzte 2)	2 570	4 805	1 323	1 204	1 080	-10,3
Leichtverletzte			5 427	5 651	5 493	-2,8
<b>Berlin</b>						
Polizeilich erfaßte Unfälle insgesamt	112 573	136 772	159 545	169 247	159 785	-5,6
Verunglückte insgesamt	17 472	20 822	20 686	21 996	19 784	-10,1
darunter						
Getötete	195	226	198	184	163	-11,4
Schwerverletzte 2)	17 277	20 596	3 036	3 007	2 644	-12,1
Leichtverletzte			17 452	18 805	17 140	-8,9

1) 1989: Schwer- und Leichtverletzte

2) 1989 und 1990: Schwer- und Leichtverletzte

(Quelle: StA a Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.41:**  
**Im Straßenverkehr verunglückte Personen unter 15 und ab 65 Jahren 1991 - 1993 in Berlin**  
**- absolut und je 10.000 der Bevölkerung**

Verunglückte	1991		1992		1993	
	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000	absolut	je 10.000
<b>insgesamt</b>						
<b>Berlin-West</b>						
unter 15 Jahre	1 442	48,8	1 420	47,2	1 377	44,9
über 65 Jahre	837	24,1	897	26,3	748	22,1
<b>Berlin-Ost</b>						
unter 15 Jahre	1 085	43,3	1 089	44,7	1 038	43,7
über 65 Jahre	347	25,3	341	24,9	303	21,8
<b>Berlin</b>						
unter 15 Jahre	27	46,3	2 509	46,1	2 415	44,4
über 65 Jahre	1 184	24,4	1 238	25,9	1 051	22,0
<b>darunter Fußgänger</b>						
<b>Berlin-West</b>						
unter 15 Jahre	632	21,4	643	21,3	620	20,2
über 65 Jahre	364	10,5	422	12,3	347	10,3
<b>Berlin-Ost</b>						
unter 15 Jahre	512	20,4	500	20,5	495	20,9
über 65 Jahre	182	13,3	177	12,9	135	9,7
<b>Berlin</b>						
unter 15 Jahre	1 144	21,0	1 143	20,9	1 115	20,5
über 65 Jahre	546	11,3	599	12,5	482	10,1
<b>darunter Fahrradfahrer</b>						
<b>Berlin-West</b>						
unter 15 Jahre	435	14,7	476	15,5	447	14,6
über 65 Jahre	94	2,7	108	3,2	77	2,3
<b>Berlin-Ost</b>						
unter 15 Jahre	275	11,0	326	13,3	350	14,8
über 65 Jahre	35	2,6	24	1,7	32	2,3
<b>Berlin</b>						
unter 15 Jahre	710	13,0	802	14,7	797	14,7
über 65 Jahre	129	2,7	132	2,7	109	2,3

(Quelle: Stala Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.42:**  
**Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle 1991 - 1993 in Berlin**

Unfälle/Verunglückte	1991	1992	1993
<b>Berlin-West</b>			
alkoholbedingte Unfälle mit Personenschaden	906	918	918
in % an Unfällen insgesamt	7,9	7,2	8,3
Verunglückte insgesamt	1 177	1 178	1 169
davon			
Getötete	13	11	18
Schwerverletzte	225	223	228
Leichtverletzte	939	944	923
in % zu Gesamtverunglückten	8,5	7,8	8,8
davon			
Getötete	12,9	10,1	20,0
Schwerverletzte	13,1	12,4	14,6
Leichtverletzte	7,8	7,2	7,9
<b>Berlin-Ost</b>			
alkoholbedingte Unfälle mit Personenschaden	607	601	542
in % an Unfällen insgesamt	11,3	10,7	10,0
Verunglückte insgesamt	867	815	728
davon			
Getötete	13	15	10
Schwerverletzte	226	220	177
Leichtverletzte	628	580	541
in % zu Gesamtverunglückten	12,7	11,8	11,0
davon			
Getötete	13,4	20,0	13,7
Schwerverletzte	17,1	18,3	16,4
Leichtverletzte	11,6	10,3	9,8
<b>Berlin</b>			
alkoholbedingte Unfälle mit Personenschaden	1 513	1 519	1 460
in % an Unfällen insgesamt	9,0	8,3	8,8
Verunglückte insgesamt	2 044	1 993	1 897
davon			
Getötete	26	26	28
Schwerverletzte	451	443	405
Leichtverletzte	1 567	1 524	1 464
in % zu Gesamtverunglückten	9,9	9,1	9,5
davon			
Getötete	13,1	14,1	17,2
Schwerverletzte	14,9	14,7	15,3
Leichtverletzte	8,9	8,1	8,5

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 3.43:**  
**Begutachtete Berufskrankheiten 1993 in Berlin**

BK-Nr.	Berufskrankheit	begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	3	-	-
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	1	-	-
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	3	2	2
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	11	3	1
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol	3	-	-
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)	2	-	-
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen	1	-	-
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	42	12	3
2101	Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	51	14	3
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	21	10	5
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	3	2	1
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	1	-	-
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	3	3	-
2106	Drucklähmungen der Nerven	2	2	2
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	98	39	20
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	25	4	2
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	1	1	1
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastete Tätigkeit	1	1	-
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft	1	-	-
2301	Lärmschwerhörigkeit	119	88	19
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung	1	-	-
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	4	1	1
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	89	52	32
	<b>Übertrag</b>	<b>486</b>	<b>234</b>	<b>92</b>



noch Tabelle A 3.43

BK-Nr.	Berufskrankheit	begutachtet 1)	berufsbedingt 2)	bestätigt 3)
	<b>Übertrag</b>	<b>486</b>	<b>234</b>	<b>92</b>
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	13	10	-
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	39	36	1
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	9	3	2
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	2	-	-
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	75	53	14
4104	Lungenkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ( $25 \times 10^6$ [(Fasern/cbm) x Jahre])	18	9	8
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards	14	11	11
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	2	-	-
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen	2	-	-
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgase	1	-	-
4201	Exogen-allergische Alveolitis	2	-	-
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll- Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	1	1	-
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz	1	1	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	74	36	8
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	34	13	-
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	294	195	46
71	Verschleißerscheinungen von Gliedmaßen Gelenken einschließlich der Zwischen-gelenkscheiben durch langjährige mechanische Überbelastungen	6	5	2
	<b>insgesamt</b>	<b>1.073</b>	<b>607</b>	<b>185</b>

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

(Quelle: I Arbmed)

**Tabelle A 3.44:**  
**Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin**  
**nach Geschlecht**  
**- je 1.000 der Altersgruppe**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Schwerbehinderte					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000
<b>Berlin-West</b>						
unter 15	3 211	10,5	1 870	11,9	1 341	9,0
15 - 35	11 874	18,4	6 626	20,2	5 248	16,6
35 - 55	48 173	73,9	25 099	75,0	23 074	72,6
55 - 65	57 243	246,8	31 276	275,5	25 967	219,2
65 - 75	59 453	368,3	26 980	486,0	32 473	306,6
75 u. älter	83 303	472,0	24 986	591,7	58 317	434,3
<b>zusammen</b>	<b>263.257</b>	<b>121,1</b>	<b>116.837</b>	<b>113,2</b>	<b>146.420</b>	<b>128,3</b>
<b>Berlin-Ost 1)</b>						
unter 15	2 517	10,6	1 386	11,4	1 131	9,8
15 - 35	7 561	18,5	4 030	19,2	3 531	17,7
35 - 55	21 636	59,2	9 893	53,7	11 743	64,9
55 - 65	28 846	196,9	13 690	195,0	15 156	198,7
65 - 75	31 223	407,6	14 045	509,4	17 178	350,3
75 u. älter	41 695	665,3	15 904	995,4	25 791	552,3
<b>zusammen</b>	<b>133.478</b>	<b>102,9</b>	<b>58.948</b>	<b>93,7</b>	<b>74.530</b>	<b>111,6</b>
<b>Berlin</b>						
unter 15	5 728	10,5	3 256	11,7	2 472	9,3
15 - 35	19 435	18,5	10 656	19,8	8 779	17,0
35 - 55	69 809	68,6	34 992	67,4	34 817	69,8
55 - 65	86 089	227,5	44 966	244,7	41 123	211,2
65 - 75	90 676	380,9	41 025	493,7	49 651	320,4
75 u. älter	124 998	522,6	40 890	702,5	84 108	464,7
<b>insgesamt</b>	<b>396.735</b>	<b>114,3</b>	<b>175.785</b>	<b>105,8</b>	<b>220.950</b>	<b>122,1</b>

1) einschließlich ca. 66 000 Besitzstandsfälle mit einem GdB nach den Schwb-Ausweisen I - IV

(Quelle: I. ASoz Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.45:**  
**Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis unter 15 Jahren und von 65 bis unter 80 Jahren mit einem Grad der Behinderung von 90 - 100 v.H. 1991 und 1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**  
**- je 1.000 der Altersgruppe**

Bezirk	Schwb < 15 Jahren				Schwb von 65 bis < 80 Jahren			
	1991		1993		1991		1993	
	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000
<b>Berlin-West</b>								
Tiergarten	74	5,5	74	5,4	509	62,7	532	70,0
Wedding	162	6,4	176	6,4	1 038	69,8	1 043	74,2
Kreuzberg	153	5,8	156	5,7	708	76,8	656	76,3
Charlottenburg	109	5,2	104	4,8	1 343	63,8	1 294	65,1
Spandau	165	5,3	180	5,6	1 818	70,7	1 750	71,0
Wilmersdorf	86	5,5	77	4,9	1 226	63,5	1 178	65,4
Zehlendorf	84	6,8	107	8,2	750	61,4	764	63,6
Schöneberg	121	5,7	140	6,4	849	60,0	849	63,8
Steglitz	142	6,0	159	6,4	1 552	64,6	1 490	64,6
Tempelhof	124	5,2	153	6,1	1 557	65,9	1 529	67,9
Neukölln	282	6,4	321	6,9	2 379	75,6	2 254	76,3
Reinickendorf	167	4,9	176	5,0	2 073	69,1	2 024	71,3
<b>zusammen</b>	<b>1.669</b>	<b>5,7</b>	<b>1.823</b>	<b>6,0</b>	<b>15.802</b>	<b>67,6</b>	<b>15.363</b>	<b>69,3</b>
<b>Berlin-Ost 1)</b>								
Mitte			91	6,6			248	40,5
Prenzlauer Berg			119	5,2			526	42,4
Friedrichshain			130	7,6			421	43,7
Treptow			83	5,3			490	43,5
Köpenick			101	6,4			587	50,2
Lichtenberg			155	6,6			603	44,3
Weißensee			67	9,2			229	41,2
Pankow			83	5,1			484	44,0
Marzahn			239	6,1			350	55,1
Hohenschönhausen			149	4,9			238	51,1
Hellersdorf			213	5,5			273	54,2
<b>zusammen</b>			<b>1.430</b>	<b>5,9</b>			<b>4.449</b>	<b>45,7</b>
<b>Berlin</b>			<b>3.253</b>	<b>6,0</b>			<b>19.812</b>	<b>62,1</b>

1) ohne Besitzstandsfälle mit einem GdB nach den Schwb-Ausweisen I - IV

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.46:**  
**Mortalitätsraten der 1- bis unter 20jährigen 1983 - 1992 in Berlin**

Jahr	Berlin-West				Berlin-Ost			
	absolut		je 100.000		absolut		je 100.000	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
<b>1 bis unter 5 Jahre</b>								
1983	23	13	64,8	38,6	18	14	51,1	41,9
1984	23	17	63,8	49,4	18	19	50,1	56,1
1985	31	16	85,2	46,1	19	12	52,7	35,3
1986	8	16	21,7	45,8	14	14	35,2	41,5
1987	18	8	50,3	23,6	19	21	51,8	60,4
1988	13	11	34,9	40,0	22	18	58,9	50,5
1989	19	15	47,8	39,7	14	8	37,1	22,1
1990	21	16	49,4	39,9	13	16	35,8	45,8
1991	23	26	52,2	62,7	20	14	56,3	41,2
1992	23	7	51,1	16,5	14	11	43,0	35,5
<b>5 bis unter 10 Jahre</b>								
1983	14	6	34,5	15,5	13	8	36,7	23,7
1984	6	6	14,9	15,7	11	9	29,0	24,9
1985	13	9	32,0	23,3	10	9	24,5	23,2
1986	13	5	30,9	12,5	10	5	24,2	12,7
1987	10	4	23,6	10,0	10	10	23,1	24,2
1988	12	10	26,9	23,7	12	9	26,6	21,0
1989	4	6	8,5	13,5	20	10	43,1	22,8
1990	10	9	20,4	19,4	6	20	13,2	46,6
1991	6	5	12,1	10,6	14	10	30,9	23,3
1992	9	5	17,8	12,5	13	7	28,5	16,2
<b>10 bis unter 15 Jahre</b>								
1983	9	10	18,3	21,3	7	7	19,3	20,0
1984	11	8	24,1	18,3	9	11	26,6	33,4
1985	9	8	20,7	19,2	12	2	37,0	6,4
1986	13	3	30,8	7,4	8	2	25,1	6,5
1987	8	7	19,5	17,9	5	3	15,3	9,5
1988	10	4	24,1	10,1	5	6	14,4	18,0
1989	4	4	9,3	9,8	6	2	16,1	5,6
1990	7	3	15,5	7,0	14	7	35,1	18,4
1991	14	9	30,0	20,3	11	5	26,6	12,6
1992	6	9	12,4	19,7	19	8	44,4	19,6
<b>15 bis unter 20 Jahre</b>								
1983	48	28	71,2	45,4	30	15	65,8	33,9
1984	40	18	61,7	30,2	24	15	54,4	35,3
1985	34	24	54,9	41,9	24	18	56,5	43,6
1986	23	22	38,7	40,0	29	12	69,2	29,3
1987	20	9	35,3	17,7	19	13	47,0	32,8
1988	23	14	41,8	27,2	22	9	57,4	23,8
1989	15	13	28,5	26,3	24	11	66,6	31,1
1990	19	14	36,7	28,9	30	10	91,6	30,9
1991	48	15	96,7	31,8	26	10	81,0	31,9
1992	31	10	64,1	21,6	23	9	70,7	28,6

(Quelle: StA a Berlin / amtliche Todesursachenstatistik von Berlin-Ost (bis 1989) / eigene Berechnungen)

**Iabelle A 3.47:**  
**Natürliche und nichtnatürliche Sterbefälle der 1- bis unter 20jährigen 1985 - 1992 in Berlin 1)**  
 - absolut und je 100.000

Jahr	natürliche Sterbefälle				nichtnatürliche Sterbefälle			
	Berlin-West		Berlin-Ost		Berlin-West		Berlin-Ost	
	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000
<b>1 bis unter 5 Jahre</b>								
1985	35	49,3			12	16,9		
1986	17	23,7			7	9,8		
1987	17	24,4			9	12,9		
1988	20	27,6			4	5,5		
1989	21	27,1			13	16,8		
1990	22	26,6	22	30,9	15	18,2	7	9,8
1991	41	47,9	21	30,2	8	9,4	13	18,7
1992	24	27,5	17	26,7	6	6,9	8	12,6
<b>5 bis unter 10 Jahre</b>								
1985		13,9			11	13,9		
1986	10	12,2			8	9,7		
1987	8	9,4			6	7,1		
1988	10	11,5			12	13,8		
1989	7	7,6			3	3,3		
1990	8	8,5	14	15,9	11	11,7	12	13,6
1991	8	9,1	8	9,1	3	3,4	16	18,1
1992	9	9,2	12	13,5	5	5,1	8	9,0
<b>10 bis unter 15 Jahre</b>								
1985	11	12,9			6	7,1		
1986	9	10,9			7	8,5		
1987	11	13,5			4	4,9		
1988	9	11,1			5	6,2		
1989	5	6,0			3	3,6		
1990	4	4,7	19	24,3	6	7,0	2	2,6
1991	15	18,5	11	13,6	8	9,9	5	6,2
1992	7	7,5	12	14,3	8	8,5	15	17,9
<b>15 bis unter 20 Jahre</b>								
1985	27	22,7					31	26,0
1986	21	18,4					24	20,9
1987	13	11,9					16	14,7
1988	16	15,0					21	19,7
1989	16	15,7					12	11,7
1990	16	16,0	21	32,2	19	29,2	17	16,9
1991	35	36,1	10	15,7	26	41,0	28	28,9
1992	17	17,9	7	10,9	25	39,1	24	25,3

1) Berlin-Ost: Daten erst ab 1990 verfügbar

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

Tabelle A 3.48:  
Häufigste Iodesursachen der 1- bis unter 15jährigen 1990 - 1992 in Berlin

Jahr	Kfz.-Unfälle		sonstige Unfälle 1)		angeb. Anomalien 2)		Krh.d.Nervensystems		börsart. Neubildungen		Kh.d. Atmungsorgane	
	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000	absolut	je 100.000
<b>1 bis unter 5 Jahre</b>												
<b>Berlin-West</b>												
1990	1	1,2	12	14,5	9	10,9	2	2,4	1	1,2	1	1,2
1991	1	1,2	6	7,0	11	12,9	5	5,8	2	2,3	7	8,2
1992	2	2,3	4	4,6	7	8,0	1	1,1	4	4,6	1	1,1
<b>Berlin-Ost</b>												
1990	1	1,4	5	7,0	7	9,8	2	2,8	2	2,8	3	4,2
1991	4	5,8	7	10,1	11	15,8	2	2,9	4	5,8	1	1,4
1992	1	1,6	4	6,3	7	11,0	1	1,6	4	6,3	1	1,6
<b>5 bis unter 10 Jahre</b>												
<b>Berlin-West</b>												
1990	3	3,2	6	6,4	-	-	1	1,1	-	-	-	-
1991	1	1,1	1	1,1	1	1,1	-	-	-	-	-	-
1992	3	3,1	2	2,0	2	2,0	-	-	4	4,1	-	-
<b>Berlin-Ost</b>												
1990	7	7,9	4	4,5	1	1,1	2	2,3	2	2,3	-	-
1991	11	12,5	5	5,7	1	1,1	1	1,1	3	3,4	-	-
1992	2	2,3	4	4,5	4	4,5	2	2,3	5	5,6	-	-
<b>10 bis unter 15 Jahre</b>												
<b>Berlin-West</b>												
1990	2	2,3	4	4,7	1	1,2	-	-	3	3,5	-	-
1991	2	2,5	1	1,2	3	3,7	4	4,9	6	7,4	-	-
1992	6	6,4	2	2,1	2	2,1	1	1,1	2	2,1	-	-
<b>Berlin-Ost</b>												
1990	-	-	1	1,3	1	1,3	-	-	4	5,1	-	-
1991	4	4,9	1	1,2	3	3,7	-	-	2	2,5	1	1,2
1992	9	10,8	5	6,0	2	2,4	-	-	3	3,6	-	-
<b>15 bis unter 20 Jahre</b>												
<b>Berlin-West</b>												
1990	6	6,0	4	4,0	1	1,0	3	3,0	3	3,0	1	1,0
1991	11	11,3	3	3,1	3	3,1	8	8,3	10	10,3	2	2,1
1992	12	12,7	3	3,2	3	3,2	1	1,1	6	6,3	1	1,1
<b>Berlin-Ost</b>												
1990	10	15,4	2	3,1	2	3,1	3	4,6	4	6,1	1	1,5
1991	14	22,0	2	3,1	2	3,1	2	3,1	2	3,1	-	-
1992	15	23,4	3	4,7	2	3,1	1	1,6	3	4,7	-	-

1) in der Altersgruppe der 15- bis unter 20jährigen Todesursache Suizid

2) in der Altersgruppe der 15- bis unter 20jährigen Todesursache Mord und Totschlag

(Quelle: Statist. Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.49:**  
**Ausgewählte meldepflichtige Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen 1988 - 1993 in Berlin**  
 - je 10.000 der Altersgruppen

Krankheitsart	gemeldete Erkrankte						
	Berlin-West			Berlin			
	1988	1989	1990	1991	1992	1993 1)	
<b>1 bis unter 5 Jahre</b>							
Virushepatitis (alle Formen)	13,2	8,8	11,6	3,74	14,29	4,9	3,9
Enteritis infektiosa	49,9	51,2	60,6	75,5	139,0	86,7	86,7
darunter Salmonellose	40,6	34,7	41,4	56,1	125,3	68,5	68,5
übrige Formen	9,2	16,5	19,2	19,4	13,6	18,2	18,2
Meningitis/Enzephalitis (alle Formen)	7,7	6,3	3,8	7,7	3,8	1,8	1,8
<b>5 bis unter 15 Jahre</b>							
Virushepatitis (alle Formen)	13,4	9,9	8,1	5,4	8,1	3,7	3,7
Enteritis infektiosa	8,4	8,3	14,0	21,4	46,6	31,1	31,1
darunter Salmonellose	7,4	6,6	12,6	18,4	44,0	27,9	27,9
übrige Formen	1,4	1,7	1,4	3,0	2,6	3,2	3,2
Meningitis/Enzephalitis (alle Formen)	5,3	1,5	0,8	3,4	1,3	1,1	1,1
<b>15 bis unter 25 Jahre</b>							
Virushepatitis (alle Formen)	6,5	4,8	6,5	7,0	5,3	5,1	5,1
Enteritis infektiosa	4,3	3,5	4,3	8,7	18,2	12,8	12,8
darunter Salmonellose	3,4	2,5	3,4	7,3	17,1	11,5	11,5
übrige Formen	0,9	1,0	0,9	1,4	1,1	1,3	1,3
Meningitis/Enzephalitis (alle Formen)	1,2	0,5	1,2	0,5	0,5	0,7	0,7

1) berechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung 1992

(Quelle: StLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 3.50:**  
**Diagnoseverteilung der gemeldeten Erkrankungen (Klassifikation nach Birch und Marsden) bei Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin**

Malignomform	gemeldete Erkrankungen			
	Berlin-West 1989-1993		Berlin-Ost 1985-1989	
	absolut	%	absolut	%
<b>Leukämien</b>	64	31,5	45	26,2
Akute lymphoblastische Leukämien	48	23,6	33	19,2
Akute nicht-lymphoblastische Leukämien	14	6,9	10	5,8
andere	2	1,0	2	1,2
<b>Lymphome</b>	21	10,4	29	16,9
Morbus Hodgkin	10	4,9	13	7,6
Non-Hodgkin-Lymphom	10	4,9	6	3,5
andere	1	0,5	10	5,8
<b>Langerhanszell-Histiozytose</b>	10	4,9	k A	.
<b>Tumoren des Zentralen Nervensystems</b>	26	12,8	52	30,2
Astrozytome	6	3,0	19	11,0
Medulloblastome	12	5,9	8	4,7
andere	8	3,9	25	15,1
<b>Tumoren des Sympathischen Nervensystems</b>	16	7,9	7	4,1
Neuroblastome	16	7,9	7	4,1
andere	-	-	-	-
<b>Retinoblastome</b>	5	2,5	4	2,3
<b>Nierentumoren</b>	18	8,8	13	7,6
Nephroblastome	17	8,4	13	7,6
andere	1	0,5	-	-
<b>Knochentumoren</b>	16	7,9	5	2,9
Osteosarkome	11	5,4	-	-
andere	5	2,5	5	2,9
<b>Weichteiltumoren</b>	13	6,4	11	6,4
Rhabdomyosarkome	9	4,4	8	4,7
andere	4	2,0	3	1,8
<b>Keimzelltumoren, trophoblastische und andere gonadale Tumoren</b>	7	3,4	3	1,7
<b>sonstige</b>	7	3,4	3	1,7
<b>insgesamt</b>	203	100,0	172	100,0

(Quelle: Für Berlin-West: Deutsches Kinderkrebsregister Mainz / für Berlin-Ost: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin)



Tabelle A 3.51:

Gemeldete Tumor- und Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Klassifikation nach Birch und Marsden) 1985 - 1989 in Berlin-Ost  
- altersstandardisierte Inzidenz und kumulative Rate 1) je 100.000

Malignomform	gemeldete Erkrankungen			
	männlich		weiblich	
	altersstandard. Inzidenz	kumulative Rate	altersstandard. Inzidenz	kumulative Rate
Leukämien	3,9	57,7	3,3	48,5
Lymphome und andere retikuloendotheliale Neubildungen	3,2	47,4	1,5	22,8
ZNS-Tumoren	3,9	58,9	4,9	74,2
Tumoren des sympathischen Nervensystems	0,6	8,8	0,5	6,9
Retinoblastome	0,3	4,4	0,3	4,6
Nierentumoren	1,1	16,2	1,0	13,8
Lebertumoren	0,2	2,9	-	-
Knochentumoren	0,5	7,4	0,4	6,1
Weichteiltumoren	1,2	17,1	0,7	9,3
Keimzelltumoren, throblastische und andere gonodale Tumoren	0,5	7,4	0,0	0,0
Karzinome und andere epith. Neubildungen	0,2	2,9	0,2	3,1
andere und unspezifische Neubildungen	-	-	-	-
alle Malignomformen	15,6	231,1	12,8	189,1

1) Schätzung des kumulierten Risikos

(Quelle: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder und Berlin / altersstand Eurobev )

## Kapitel 4 - Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

Tabelle A 4.1:

Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1992 in Berlin nach Bereichen

Bereich	Zugänge im Berichtsjahr										Untersuchungen / Beratungen einschließlich Außendienst			
	insgesamt		davon				davon				ärztliche Untersuchungen und/oder Beratungen	Beratungen durch Sozialarbeiter	Psychologentherapien	Gruppenberatungen
	absolut	%	weibl.		männl.		Deutsche		Ausländer/-innen					
			weibl.	männl.	Paare	weibl.	männl.	Paare	weibl.	männl.	Paare			
Schwangerenberatung	Berlin	18.855	37,2	1)	14.396	1)	1)	4.459	1)	1)	37.534	20.664	265	547
	-West	15.125	50,3	-0,8	15.125	1)	1)	10.987	1)	1)	29.853	15.834	189	332
	-Ost	3.730	18,0		3.730	1)	1)	3.409	1)	1)	7.681	4.830	76	215
Familienplanungsberatung	Berlin	25.832	50,9		24.996	349	487	22.812	337	334	2.184	12	153	296
	-West	11.093	36,9	1,6	10.641	137	315	8.806	130	179	1.835	7	136	157
	-Ost	14.739	71,3		14.355	212	172	14.006	207	155	349	5	17	139
Beratung nach § 218 / Schwangerschaftskonfliktberatung	Berlin	2.985	5,9		2.625	4	356	1.872	3	171	753	1	185	3
	-West	2.783	9,3	5,5	2.433	0	350	1.689	-	167	744	-	183	3
	-Ost	202	1,0		192	4	6	183	3	4	9	1	2	-
Ehe-, Sexual- und Partnerberatung	Berlin	3.077	6,1		1.974	583	520	1.912	577	499	62	6	21	373
	-West	1.080	3,6	3,4	655	156	269	625	153	253	30	3	16	81
	-Ost	1.997	9,7		1.319	427	251	1.287	424	246	32	3	5	292
insgesamt 1992	Berlin	50.749	100		48.450	936	1.363	40.992	917	1.004	7.458	19	359	1.219
	-West	30.081	100	0,8	28.854	293	934	22.107	283	599	6.747	10	335	573
	-Ost	20.668	100		19.596	643	429	18.885	634	405	711	9	24	646
1991	-West	29.851	100	3,4	28.776	320	757	22.600	292	492	6.176	12	266	760

1) Männliche Personen, bei denen eine Beratung im Rahmen der Schwangerschaftsberatung stattfand, sind nur in der Rubrik "Untersuchungen/Beratungen einschließlich Außendienst" erfaßt.

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.2:**  
**Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft 1993 in Berlin nach Bereichen**

Bereich	Zugänge im Berichtsjahr										Untersuchungen / Beratungen einschließlich Außendienst						
	insgesamt		davon				davon				ärztliche Untersuchungen und/oder Beratungen	Sozialarbeiter	Psychologen	Gruppenberatungen			
	absolut	%	weibl.	männl.	Paare	Deutsche		Ausländer/-innen									
						weibl.	männl.	Paare	weibl.	männl.	Paare						
Schwangerenberatung	Berlin	16.543	34,0	-12,3	16.543	1)	1)	12.384	1)	1)	4.159	1)	1)	30.643	17.819	136	627
	-West	13.818	48,8	-8,6	13.818	1)	1)	9.986	1)	1)	3.832	1)	1)	27.937	14.031	96	318
	-Ost	2.725	13,4	-26,9	2.725	1)	1)	2.398	1)	1)	327	1)	1)	2.706	3.788	40	309
Familienplanungsberatung	Berlin	23.169	47,7	-10,3	22.260	373	536	19.687	336	328	2.573	37	208	13.446	34.999	239	318
	-West	9.956	35,2	-10,2	9.486	124	346	7.386	102	182	2.100	22	164	8.195	14.932	2	181
	-Ost	13.213	65,1	-10,4	12.774	249	190	12.301	234	146	473	15	44	5.251	20.067	237	137
Beratung nach § 218 / Schwangerschaftskonfliktberatung 2)	Berlin	5.996	12,3	100,9	5.251	44	701	4.095	23	384	1.156	21	317	2.330	4.996	314	19
	-West	3.682	13,0	32,3	3.250	-	432	2.262	-	179	988	-	253	1.674	3.220	189	2
	-Ost	2.314	11,4	104,5	2.001	44	269	1.833	23	205	168	21	64	656	1.776	125	17
Ehe-, Sexual- und Partnerberatung	Berlin	2.886	5,9	-6,2	2.003	501	382	1.794	492	363	209	9	19	1.751	1.977	7.136	305
	-West	846	3,0	-21,7	512	109	225	492	102	218	20	7	7	327	1.622	3.159	49
	-Ost	2.040	10,1	2,2	1.491	392	157	1.302	390	145	189	2	12	1.424	355	3.977	256
insgesamt 1993	Berlin	48.594	100	-4,2	46.057	918	1.619	37.960	851	1.075	8.097	67	544	48.170	59.791	7.825	1.269
	-West	28.302	100	-5,9	27.066	233	1.003	20.126	204	579	6.940	29	424	38.133	33.805	3.446	550
	-Ost	20.292	100	-1,8	18.991	685	616	17.834	647	496	1.157	38	120	10.037	25.986	4.379	719
1992	Berlin	50.749	100		48.450	936	1.363	40.992	917	1.004	7.458	19	359	56.326	63.001	9.402	1.219
	-West	30.081	100	0,8	28.854	293	934	22.107	283	599	6.747	10	335	40.592	37.410	4.415	573
	-Ost	20.668	100		19.596	643	429	18.885	634	405	711	9	24	15.734	25.591	4.987	646

1) Männliche Personen, bei denen eine Beratung im Rahmen der Schwangerenberatung stattfand, sind nur in der Rubrik "Untersuchungen/Beratungen einschl. Außendienst" erfaßt.

2) ab 16.6.1993 Beratung gemäß Urteil des BVerfG vom 28.5.1993

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.3:**  
**Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen 1992 in Berlin**

- nach Teilnahmehäufigkeit

erfaßte Schwangere insgesamt	darunter Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen				keine Angaben
	zusammen	1-4mal	5-9mal	10mal und öfter	
26.745	26.101	934	5.447	19.720	644

- nach dem Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme

erfaßte Schwangere insgesamt	darunter Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaftswoche						keine Angaben
	zusammen	8.u.früher	9.-12.	13.-16.	17.-20.	21 u. >	
26.745	26.168	8.530	11.215	3.723	1.238	1.462	577

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle A 4.4:**  
**Beratungen nach § 218 b Abs. 1 StGB 1992 in Berlin-West**  
**nach Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand der Beratenen und Abbruchgründen**

Beratene nach	Beratungen		Staatsangehörigkeit			
	insgesamt	%	deutsch	aus- ländisch	darunter türkisch	unbe- kannt
<b>Alter von .... bis unter .... Jahren</b>						
unter 15	21	0,4	15	6	-	-
15 - 18	144	2,4	95	48	19	1
18 - 20	373	6,3	214	154	69	5
20 - 25	1 377	23,2	810	553	268	14
25 - 30	1 951	32,9	1 283	628	284	40
30 - 35	1 105	18,6	800	289	89	16
35 - 40	585	9,9	388	188	56	9
40 - 45	213	3,6	140	71	37	2
45 - 50	31	0,5	17	13	8	1
50 und älter	-	-	-	-	-	-
unbekannt	134	2,3	65	56	17	13
<b>Familienstand</b>						
ledig	2 828	47,7	2 316	480	91	32
verheiratet	2 619	44,1	1 193	1 409	714	17
geschieden	362	6,1	279	81	34	2
verwitwet	22	0,4	13	9	2	-
unbekannt	103	1,7	26	27	6	50
<b>Abbruchgründen</b>						
wirtschaftliche Probleme	347	5,8	232	110	45	5
Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme	272	4,6	226	39	11	7
familiäre Probleme	598	10,1	362	227	122	9
befürchtete kindliche Schädigung	110	1,9	78	30	15	2
Vergewaltigung	9	0,2	6	3	1	-
andere Gründe	830	14,0	610	216	81	4
mehrere Gründe	2 773	46,7	1 900	812	284	61
unbekannt	995	16,8	413	569	288	13
<b>insgesamt 1992</b>	<b>5 934</b>		<b>3 827</b>	<b>2 006</b>	<b>847</b>	<b>101</b>
<b>%</b>		<b>100</b>	<b>64,5</b>	<b>33,8</b>	<b>14,3</b>	<b>1,7</b>
<b>insgesamt 1991</b>	<b>5 981</b>		<b>3 947</b>	<b>1 877</b>	<b>784</b>	<b>157</b>
<b>%</b>		<b>100</b>	<b>66,0</b>	<b>31,4</b>	<b>13,1</b>	<b>2,6</b>

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.5:**  
**Jugendgesundheitsdienst (JGD) -Beratungsstelle für Risikokinder - 1993 in Berlin**  
**- erstvorgestellte Säuglinge und Kleinkinder nach überweisender Stelle -**

Beratungs- stelle	Überweisungen erstvorgestellter Säuglinge (S) und Kleinkinder (K) vom / aus											
	JGD-Säug- linge/Klein- kind.-Schüler		and. Einricht. aller Gesund- heitsämter		stationärer Behandlung		ambulantem Bereich				Selbst- melder	
	S	K	S	K	S	K	S	K	S	K	S	K
<b>absolut</b>												
<b>Berlin-West</b>												
Wedding	28	27	2	13	42	1	24	17	2	34	9	19
Charlottenburg	3	3	4	4	33	3	9	7	2	2	17	12
Steglitz	1	7	1	4	212	7	5	8	1	17	7	5
Tempelhof	2		4	7	108	1	3	5	-	-	11	13
Neukölln	6	6	2	2	158	3	12	5	3	6	15	10
Reinickendorf	23	4	-	1	31	3	2	-	3	18	2	6
<b>zusammen 1993</b>	<b>63</b>	<b>47</b>	<b>13</b>	<b>31</b>	<b>584</b>	<b>18</b>	<b>55</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>77</b>	<b>61</b>	<b>65</b>
1992	66	57	14	22	550	15	49	75	12	46	71	78
<b>Berlin-Ost</b>												
Mitte	12	22	2	1	2	-	4	1	-	-	8	5
Prenzlauer Berg	15	13	-	-	10	2	-	-	3	-	8	10
Friedrichshain	20	42	-	-	3	-	1	1	-	-	-	5
Treptow	17	11	1	-	8	-	5	1	2	8	1	8
Köpenick	1	14	1	12	2	-	-	-	-	-	1	7
Lichtenberg	6	18	-	-	4	-	2	-	-	3	2	1
Weißensee	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-
Pankow	9	9	-	1	-	-	1	5	1	4	3	22
Marzahn	2	2	-	2	1	-	14	3	-	-	6	14
Hohenschönhausen	8	2	5	4	1	2	-	3	-	2	1	1
Hellersdorf	14	78	-	29	-	-	1	8	-	-	-	8
<b>zusammen 1993</b>	<b>105</b>	<b>211</b>	<b>9</b>	<b>49</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>32</b>	<b>81</b>
1992	160	271	15	5	26	-	18	6	3	7	4	38
<b>Berlin 1993</b>	<b>168</b>	<b>258</b>	<b>22</b>	<b>80</b>	<b>615</b>	<b>22</b>	<b>83</b>	<b>64</b>	<b>17</b>	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>146</b>
1992	226	328	29	27	576	15	67	81	15	53	75	116
<b>% je Beratungsstelle</b>												
<b>Berlin-West</b>												
Wedding	26,2	24,3	1,9	11,7	39,3	0,9	22,4	15,3	1,9	30,6	8,4	17,1
Charlottenburg	4,4	9,7	5,9	12,9	48,5	9,7	13,2	22,6	2,9	6,5	25,0	38,7
Steglitz	0,4	14,6	0,4	8,3	93,4	14,6	2,2	16,7	0,4	35,4	3,1	10,4
Tempelhof	1,6	0,0	3,1	26,9	84,4	3,8	2,3	19,2	-	-	8,6	50,0
Neukölln	3,1	18,8	1,0	6,3	80,6	9,4	6,1	15,6	1,5	18,8	7,7	31,3
Reinickendorf	37,7	12,5	-	3,1	50,8	9,4	3,3	-	4,9	56,3	3,3	18,8
<b>zusammen 1993</b>	<b>8,0</b>	<b>16,8</b>	<b>1,7</b>	<b>11,1</b>	<b>74,2</b>	<b>6,4</b>	<b>7,0</b>	<b>15,0</b>	<b>1,4</b>	<b>27,5</b>	<b>7,8</b>	<b>23,2</b>
1992	8,7	19,5	1,8	7,5	72,2	5,1	6,4	25,6	1,6	15,7	9,3	26,6
<b>Berlin-Ost</b>												
Mitte	42,9	75,9	7,1	3,4	7,1	-	14,3	3,4	-	-	28,6	17,2
Prenzlauer Berg	41,7	52,0	-	-	27,8	8,0	-	-	8,3	-	22,2	40,0
Friedrichshain	83,3	87,5	-	-	12,5	-	4,2	2,1	-	-	-	10,4
Treptow	50,0	39,3	2,9	-	23,5	-	14,7	3,6	5,9	28,6	2,9	28,6
Köpenick	20,0	42,4	20,0	36,4	40,0	-	-	-	-	-	20,0	21,2
Lichtenberg	42,9	81,8	-	-	28,6	-	14,3	-	-	13,6	14,3	4,5
Weißensee	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	66,7	-
Pankow	64,3	22,0	-	2,4	-	-	7,1	12,2	7,1	9,8	21,4	53,7
Marzahn	8,7	9,5	-	9,5	4,3	-	60,9	14,3	-	-	26,1	66,7
Hohenschönh	53,3	14,3	33,3	28,6	6,7	14,3	-	21,4	-	14,3	6,7	7,1
Hellersdorf	93,3	63,4	-	23,6	-	-	6,7	6,5	-	-	-	6,5
<b>zusammen 1993</b>	<b>49,8</b>	<b>54,8</b>	<b>4,3</b>	<b>12,7</b>	<b>14,7</b>	<b>1,0</b>	<b>13,3</b>	<b>5,7</b>	<b>2,8</b>	<b>4,7</b>	<b>15,2</b>	<b>21,0</b>
1992	70,8	82,9	6,6	1,5	11,5	-	8,0	1,8	1,3	2,1	1,8	11,6
<b>Berlin 1993</b>	<b>16,8</b>	<b>38,8</b>	<b>2,2</b>	<b>12,0</b>	<b>61,6</b>	<b>3,3</b>	<b>8,3</b>	<b>9,6</b>	<b>1,7</b>	<b>14,3</b>	<b>9,3</b>	<b>22,0</b>
1992	22,9	52,9	2,9	4,4	58,3	2,4	6,8	13,1	1,5	8,5	7,6	18,7

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.6:**  
**Jugendgesundheitsdienst - Beratungsstelle für Risikokinder - 1993 in Berlin**  
**- im Berichtsjahr betreute, erst- und wiedervorgestellte Säuglinge und Kleinkinder -**

Beratungsstelle	im Berichtsjahr betreute (B), darunter erstvorgestellte (E)																		Wiedervorstellungen von			
	Säuglinge									Kleinkinder									Säuglingen	Kleinkindern		
	im Alter von ... bis unter ... Monaten			im Alter von ... bis unter ... Jahren			insgesamt			im Alter von ... bis unter ... Jahren			insgesamt									
	1-3	3-6	6-9	9-12	1-3	3-5	5 o. mehr	B	E	B	E	B	E	B	E	B	E	B	E			
<b>Berlin-West</b>																						
Wedding	161	107	54	52	47	31	30	16	30	8	8	317	111	149	50	120	50	48	11	159	403	
Charlottenburg	107	68	43	42	25	15	21	4	18	7	7	302	31	97	30	114	1	91	-	139	402	
Steglitz	289	227	16	16	174	169	66	37	33	5	5	393	48	231	28	124	20	38	-	210	501	
Tempelhof	200	128	85	83	44	33	38	8	33	4	4	164	26	102	11	37	7	25	8	398	610	
Neukölln	225	196	80	77	89	75	33	28	23	16	16	160	32	86	25	49	6	25	1	177	194	
Reinickendorf	81	61	24	23	35	29	7	5	15	4	4	215	32	70	13	67	3	78	16	79	212	
<b>zusammen 1993</b>	<b>1.063</b>	<b>787</b>	<b>302</b>	<b>293</b>	<b>414</b>	<b>352</b>	<b>195</b>	<b>98</b>	<b>152</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>1.551</b>	<b>280</b>	<b>735</b>	<b>157</b>	<b>511</b>	<b>87</b>	<b>305</b>	<b>36</b>	<b>1.162</b>	<b>2.322</b>	
1992	1)	762	1)	283	1)	352	1)	87	1)	40	1)	293	1)	176	1)	1)	81	1)	36	1.159	2.175	
<b>Berlin-Ost</b>																						
Mitte	45	28	26	19	9	6	8	2	2	2	1	104	29	39	12	55	11	10	6	131	188	
Prenzlauer Berg	56	36	15	15	10	7	15	7	16	7	7	57	25	28	14	19	6	10	5	85	68	
Friedrichshagen	31	24	11	11	12	9	4	2	4	2	2	58	48	19	16	23	16	16	16	34	46	
Treptow	49	34	13	13	14	8	11	4	11	9	9	69	28	50	16	13	8	6	4	93	109	
Köpenick	5	5	3	3	1	1	1	-	1	1	1	33	33	4	4	15	15	14	14	5	9	
Lichtenberg	27	14	18	11	6	3	2	-	1	-	-	68	22	31	8	25	4	12	10	42	81	
Weißensee	6	3	2	2	-	-	-	-	4	1	4	44	1	23	1	21	-	-	-	3	60	
Pankow	17	14	5	5	6	5	4	4	2	2	-	153	41	36	3	50	7	67	31	23	171	
Marzahn	39	23	12	10	18	11	5	1	4	1	4	196	21	63	5	90	5	43	11	30	273	
Hohenschönhausen	19	15	9	8	4	4	2	2	4	1	4	-250	14	55	7	192	6	3	1	13	292	
Hellersdorf	35	15	9	8	12	6	8	-	6	1	6	344	123	28	14	191	64	125	45	52	709	
<b>zusammen 1993</b>	<b>329</b>	<b>211</b>	<b>123</b>	<b>105</b>	<b>92</b>	<b>60</b>	<b>59</b>	<b>22</b>	<b>55</b>	<b>24</b>	<b>55</b>	<b>1.376</b>	<b>385</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>694</b>	<b>142</b>	<b>306</b>	<b>143</b>	<b>511</b>	<b>2.006</b>	
1992	1)	226	1)	104	1)	74	1)	24	1)	24	1)	327	1)	181	1)	100	1)	46	495	1.673	3.167	
<b>Berlin</b>	<b>1.392</b>	<b>998</b>	<b>425</b>	<b>398</b>	<b>506</b>	<b>412</b>	<b>254</b>	<b>120</b>	<b>207</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>2.927</b>	<b>665</b>	<b>1.111</b>	<b>257</b>	<b>1.205</b>	<b>229</b>	<b>611</b>	<b>179</b>	<b>1.673</b>	<b>4.328</b>	
1992	1)	988	1)	387	1)	426	1)	111	1)	64	1)	620	1)	357	1)	181	1)	82	1.654	4.328	3.167	

1) Anzahl betreuter Kinder liegt erst ab 1993 vor.

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.7:**  
**Jugendgesundheitsdienst - Säuglinge und Kleinkinder - 1993 in Berlin**  
**- Vorstellungen von Säuglingen und Kleinkindern -**

Bezirk	Anzahl der Lebendgeborenen (StaLa)	Vorstellungen von								Anzahl der 1- bis unter 6jährigen (StaLa)
		Säuglingen				Kleinkindern				
		Erst- u. Wiedervorstell. (ärztl. Unters.) insgesamt	darunter Erstvorst.		Erst- und Wiedervorstell. (ärztl. Unters.) insgesamt	darunter Erstvorst.				
			absolut	in % zu den Lebendgeborenen des Bezirks		absolut	in % zu den 1- bis unter 6jährigen des Bezirks			
		1993	1992			1993	1992			
<b>Berlin-West</b>										
Tiergarten	985	1 643	403	40,9	55,3	4 176	702	14,3	19,6	4 926
Wedding	2 077	3 778	723	34,8	51,2	9 501	1 337	12,6	17,8	10 580
Kreuzberg	2 223	3 101	938	42,2	50,8	8 120	1 534	14,5	14,7	10 594
Charlottenburg	1 656	3 246	644	38,9	43,4	4 809	794	10,1	10,7	7 897
Spandau	1 888	5 246	717	38,0	42,5	12 527	1 520	13,9	15,8	10 946
Wilmerdorf	1 120	2 399	464	41,4	34,8	4 840	940	16,8	16,3	5 583
Zehlendorf	696	1 298	276	39,7	40,2	4 654	536	12,3	14,3	4 352
Schöneberg	1 671	2 886	579	34,6	38,7	10 210	1 413	17,8	16,7	7 933
Steglitz	1 746	3 292	676	38,7	41,4	4 016	823	9,5	10,4	8 705
Tempelhof	1 646	2 925	664	40,3	38,0	4 877	1 195	13,8	14,4	8 648
Neukölln	3 392	6 577	1 464	43,2	45,3	14 532	2 537	14,8	14,1	17 086
Reinickendorf	2 102	4 772	752	35,8	37,6	9 530	957	7,9	8,8	12 102
<b>zusammen 1993</b>	<b>21 202</b>	<b>41 163</b>	<b>8 300</b>	<b>39,1</b>		<b>91 792</b>	<b>14 288</b>	<b>13,1</b>		<b>109 352</b>
1992	21 888	48 384	9 568		43,7	94 480	15 287		14,2	107 873
<b>Berlin-Ost</b>										
Mitte	525	599	162	30,9	50,7	2 152	777	18,0	15,7	4 310
Prenzlauer Berg	1 014	2 248	319	31,5	62,6	5 705	383	5,1	13,6	7 531
Friedrichshain	706	1 304	242	34,3	41,9	2 031	429	7,7	16,9	5 537
Treptow	579	3 295	350	60,4	77,2	4 811	2 545	46,7	41,4	5 452
Köpenick	484	899	182	37,6	45,7	1 102	523	11,2	10,3	4 650
Lichtenberg	805	1 014	260	32,3	38,8	4 497	874	12,7	21,0	6 898
Weißensee	260	182	40	15,4	17,0	1 116	68	2,8	0,5	2 458
Pankow	552	1 355	177	32,1	41,6	3 180	2 128	45,5	42,2	4 680
Marzahn	774	1 325	191	24,7	34,3	2 165	1 536	19,7	22,6	7 789
Hohenschönhausen	653	1 662	200	30,6	38,6	1 832	1 054	12,4	12,6	8 471
Hellersdorf	1 170	808	174	14,9	27,1	1 801	383	2,6	1,7	14 733
<b>zusammen 1993</b>	<b>7 522</b>	<b>14 691</b>	<b>2 297</b>	<b>30,5</b>		<b>30 392</b>	<b>10 700</b>	<b>14,8</b>		<b>72 509</b>
1992	7 779	23 491	3 368		43,3	39 448	13 336		16,3	81 726
<b>Berlin</b>	<b>1993</b>	<b>28 724</b>	<b>55 854</b>	<b>10 597</b>	<b>36,9</b>	<b>122 184</b>	<b>24 988</b>	<b>13,7</b>		<b>181 861</b>
1992	29 667	71 875	12 936		43,6	133 928	28 623		15,1	189 595

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 4.8:**  
**Leistungen des Jugendgesundheitsdienstes - Schüler - 1993**  
**nach Bezirken**

Bezirke	Untersuchte bei										Untersuchungen auf				Tuber- kulin- prüfün- gen	Seh-/ Hör- prüfün- gen	Gutachten/ Stellung- nahmen 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		Läusebefall außer- halb von Reihen- untersuchungen		Imp- fün- gen				3)		Arzt		Soz/Arb		Arzt		Soz/Arb		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
<b>Berlin-West</b>																											
Tiergarten	1.246	534	2.016	855	427	289	1.527	207	48	1.921	169	1.078	2.378	468	193	13	3	64	24	2	2	2	2	2	2	2	
Wedding	2.160	272	3.072	628	760	195	2.358	356	15	775	9	3.547	4.331	1.751	5.632	114	113	2.057	187	22	41	22	41	22	41	22	
Kreuzberg	2.224	425	1.287	212	1.022	361	2.021	275	13	1.060	97	3.939	2.683	579	279	/	109	46	51	10	/	10	/	10	/	10	
Charlottenburg	1.724	237	1.605	522	698	301	2.056	161	11	148	31	2.260	1.458	478	570	/	237	20	160	4	/	4	/	4	/	4	
Stamau	2.479	431	4.706	1.442	1.835	379	8.080	374	13	1.376	343	8.777	5.438	400	1.240	69	358	575	266	60	16	60	16	60	16	60	
Wilmersdorf	1.227	387	618	201	325	119	4.171	325	24	1.486	121	2.080	1.367	1.368	2.620	144	144	/	136	23	12	12	12	12	12	12	
Zehlendorf	1.197	154	1.994	225	751	119	2.430	126	27	955	57	2.586	1.676	2.121	1.039	32	192	317	100	287	211	211	211	211	211	211	
Schöneberg	1.809	469	96	14	567	195	1.362	179	18	207	8	2.586	1.676	2.121	1.039	10	91	145	89	4	18	4	18	4	18	4	
Steglitz	1.880	484	2.034	463	840	428	2.798	303	50	602	48	3.366	2.273	825	2.613	2	498	286	355	345	226	226	226	226	226	226	
Tempelhof	2.032	379	1.373	167	1.564	304	1.018	171	/	/	/	2.810	2.473	136	386	42	83	29	65	/	/	/	/	/	/	/	
Neukölln	4.430	1.213	5.283	1.414	2.607	853	10.377	637	19	3.072	394	4.676	8.602	605	434	/	104	/	65	/	/	/	/	/	/	/	
Reinickendorf	2.873	468	3.239	566	1.902	489	6.959	449	19	698	422	5.991	5.505	1.979	485	7	195	66	195	36	48	48	48	48	48	48	
<b>zusammen 1993</b>	<b>25.281</b>	<b>5.453</b>	<b>27.323</b>	<b>6.709</b>	<b>13.298</b>	<b>4.032</b>	<b>45.157</b>	<b>3.563</b>	<b>257</b>	<b>12.300</b>	<b>1.699</b>	<b>42.177</b>	<b>40.912</b>	<b>11.548</b>	<b>16.191</b>	<b>289</b>	<b>2.127</b>	<b>3.605</b>	<b>1.693</b>	<b>793</b>	<b>574</b>	<b>574</b>	<b>574</b>	<b>574</b>	<b>574</b>	<b>574</b>	
1992	24.143	5.287	36.198	8.837	13.299	4.009	45.442	3.094	397	16.775	2.520	44.535	46.068	9.548	15.233	451	2.430	3.674	1.868	696	824	824	824	824	824	824	
1991	23.160	5.274	34.761	8.505	15.458	4.671	41.280	3.215	407	15.819	1.722	39.572	42.818	8.358	13.248	564	2.298	3.083	1.981	575	636	636	636	636	636	636	
<b>Berlin-Ost</b>																											
Mitte	1.214	330	795	225	989	349	1.034	116	/	150	4	3.726	1.924	162	3.204	91	145	84	135	183	95	95	95	95	95	95	
Weißensee	617	293	1.374	604	522	308	971	47	5	/	/	580	273	3	937	/	59	110	82	29	35	35	35	35	35	35	
Pankow	1.660	251	2.503	551	1.384	412	3.207	207	/	64	6	3.214	1.812	370	3.554	10	346	145	87	16	27	27	27	27	27	27	
Lichtenberg	1.917	243	2.984	534	1.489	216	1.144	74	1	1.297	46	6.206	2.420	125	1.250	232	589	1.219	232	19	104	104	104	104	104	104	
Treptow	1.329	295	2.415	507	1.022	373	1.754	164	2	404	2	2.940	1.959	337	121	11	72	541	171	8	67	67	67	67	67	67	
Prenzlauer Berg	1.736	300	3.688	582	784	203	4.508	225	12	953	48	4.065	2.589	364	236	5	323	210	105	73	92	92	92	92	92	92	
Marzahn	2.710	556	757	215	2.828	1.665	2.040	474	3	61	33	6.592	4.954	2.096	89	9	39	221	19	1	68	68	68	68	68	68	
Hellersdorf	3.510	566	657	197	1.231	283	530	28	1	/	/	6.976	/	124	46	1	34	268	187	1	55	55	55	55	55	55	
Friedrichshain	1.403	358	802	163	602	197	443	45	19	410	34	559	1.896	617	1.481	47	183	184	179	56	102	102	102	102	102	102	
Hohenschönhausen	3.030	644	4.370	798	1.559	365	2.085	107	/	687	47	4.542	1.510	360	259	1	489	249	566	/	/	/	/	/	/	/	
Köpenick	1.417	172	597	142	1.258	572	3.774	224	2	716	15	3.754	2.586	730	1.688	19	230	395	124	3	108	108	108	108	108	108	
<b>zusammen 1993</b>	<b>20.543</b>	<b>4.008</b>	<b>20.942</b>	<b>4.518</b>	<b>13.668</b>	<b>4.943</b>	<b>21.490</b>	<b>1.711</b>	<b>45</b>	<b>4.743</b>	<b>235</b>	<b>43.154</b>	<b>21.923</b>	<b>5.288</b>	<b>12.865</b>	<b>425</b>	<b>2.509</b>	<b>3.626</b>	<b>1.887</b>	<b>389</b>	<b>753</b>	<b>753</b>	<b>753</b>	<b>753</b>	<b>753</b>		
1992	20.627	3.439	21.999	4.167	13.426	4.392	20.763	1.211	266	3.866	171	43.864	17.102	11.582	11.853	371	1.402	3.136	1.167	220	528	528	528	528	528	528	
1991	17.541	3.287	20.412	3.342	16.088	3.397	26.345	1.450	120	2.674	113	44.617	5.598	23.337	8.615	648	1.167	2.102	602	506	960	960	960	960	960	960	
<b>Berlin</b>	<b>45.824</b>	<b>9.461</b>	<b>48.265</b>	<b>11.227</b>	<b>26.966</b>	<b>8.975</b>	<b>66.647</b>	<b>5.274</b>	<b>302</b>	<b>17.043</b>	<b>1.934</b>	<b>85.331</b>	<b>62.835</b>	<b>16.836</b>	<b>29.056</b>	<b>714</b>	<b>4.636</b>	<b>7.231</b>	<b>3.580</b>	<b>1.182</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>		
1992	44.770	8.726	58.197	13.004	26.725	8.401	66.205	4.305	663	20.641	2.691	88.399	63.170	21.130	27.086	822	3.832	6.810	3.035	916	1.352	1.352	1.352	1.352	1.352	1.352	
1991	40.701	8.561	55.173	11.847	31.546	8.068	67.625	4.665	527	18.493	1.835	84.189	48.416	31.695	21.863	1.212	3.465	5.185	2.583	1.081	1.596	1.596	1.596	1.596	1.596	1.596	

1) darunter Untersuchte, die zur ärztlichen Diagnostik oder Behandlung überwiesen wurden 2) darunter Untersuchte mit Läusebefall 3) außerhalb von Reihenuntersuchungen (Quelle: SenGes)

Tabelle A 4.9:

Durch die Zahnärztlichen Dienste erfaßte Kleinkinder und Schüler 1982 - 1992 in Berlin-West

Zahnstatus / Untersuchte	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
naturgesund	28.880	30.313	30.479	29.992	31.291	31.090	32.665	31.648	31.614	35.254	31.373
%	15,2	17,1	17,6	19,0	18,2	18,8	20,8	21,6	23,9	23,9	25,1
behandlungsbedürftig	77.799	69.544	67.003	58.604	68.679	69.029	67.742	59.898	55.494	60.995	51.658
%	40,8	39,3	38,7	37,0	39,9	41,7	43,1	41,0	41,9	41,3	41,4
saniert	83.886	76.904	75.689	69.604	72.280	65.587	56.593	54.638	45.336	51.446	41.863
%	44,0	43,5	43,7	44,0	42,0	39,6	36,0	37,4	34,2	34,8	33,5
unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Untersuchte insgesamt	190.565	176.761	173.171	158.200	172.250	165.706	157.000	146.184	132.444	147.695	124.894
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
darunter Kleinkinder	20.702	23.287	22.661	24.018	21.476	20.771	21.698	21.181	30.031	26.902	20.565
%	10,9	13,2	13,1	15,2	12,5	12,5	13,8	14,5	22,7	18,2	16,5
Schüler berufsbildender Schulen	3.749	943	2.579	2.057	1.720	608	637	32	55	35	2
%	2,0	0,5	1,5	1,3	1,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.10:**  
**Desinfektionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten durch die Gesundheitsämter von Berlin 1992**

Bezirk	Virushepatitis A						Enteritis infectiosa						Shigellen-Kruhr						Typhus/Paratyphus						Meningitis/Encephalitis						Tb						Ausscheider					
	Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion			Schluß-desinfektion		
	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft	lauf-fend	ein-fach	ver-schärft						
Mitte	3	-	-	307	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Tiergarten	14	6	-	124	64	-	1	1	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Wedding	11	32	14	249	267	19	5	6	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Prenzlauer Berg	35	-	-	748	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Friedrichsham	27	10	-	260	-	84	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Kreuzberg	114	4	-	246	-	-	7	-	-	-	-	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Charlottenburg	55	74	-	354	203	-	18	16	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Spandau	63	47	-	502	135	-	5	4	-	-	-	131	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Wilmerdorf	28	-	-	227	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Zehlendorf	25	4	-	145	68	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Schöneberg	10	1	-	225	1	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Steglitz	32	-	-	342	3	-	8	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Tempelhof	27	3	-	385	3	-	11	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Neukölln	21	51	-	907	177	-	13	3	-	-	-	8	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Treptow	2	3	-	264	252	-	3	3	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Köpenick	3	8	-	188	242	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Lichtenberg	6	3	3	101	40	23	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Weißensee	16	8	-	153	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Pankow	-	4	-	336	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Reinickendorf	24	24	-	565	404	-	3	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Marzahn	11	11	-	508	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Hohenschönhausen	7	5	-	863	713	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Hellersdorf	-	13	-	647	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Berlin 1992	534	311	17	8.646	2.572	129	103	36	1	211	20	2	29	34	-	9	141	83	1.059	345	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
1991	486	332	23	3.294	1.325	12	147	91	14	186	19	3	37	39	-	20	158	95	672	275	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						

Schlußdesinfektion: einfach = chem.mech.; Schlußdesinfektion verschärft = phys.-therm.  
 Einige Bezirke haben keine Einrichtungen zur Durchführung physikalisch-thermischer Verfahren. Diese Bezirke veranlassen entsprechendes Vorgehen.  
 (Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.11:**  
**Entwesungsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter von Berlin 1992**

Bezirke	A. Maßnahmen nach der Schädlingsverordnung		B. Beratungsmaßnahmen						C. Läusebekämpfungsmaßnahmen (außer Kopfläuse 1)						D. sonstige Maßnahmen						
	Maßnahmen insgesamt	Beratungen	durchgeführte/veranlaßte Bekämpfungen		Beratungen						untersuchte Personen	befallene Personen		Behandlungen	Entwesung von Effekten und Räumen bei Läusebefall und Befallsverdacht sowie aus anderen Gründen	Kontrolle in öffentlichen Bedürfnisanstalten					
			Rat-ten	Flie-ge-n	Rat-ten	Flie-ge-n	Haus-amei-sen	Pharao-amei-sen	Scha-ben	Tau-ben-zecken		Mäu-se	Vorrats-schäd-linge				son-suge	Filz-läuse	Kleider-läuse	Filz-läuse	Kleider-läuse
Mitte	517	124	26	16	4	1	2	45	41	2	13	77	30	-	30	-	27	49			
Tiergarten	1.059	533	2	449	5	-	14	3	22	16	14	-	-	-	-	-	1	-			
Wedding	2.627	493	4	359	4	15	-	58	48	38	14	34	6	477	6	477	111	-			
Prenzlauer Berg	1.051	409	6	333	-	5	40	47	39	20	28	118	-	-	-	-	6	-			
Friedrichshain	129	9	-	68	-	6	-	14	1	1	-	-	-	-	-	-	-	30			
Kreuzberg	1.323	725	2	519	-	-	-	3	37	-	6	-	-	-	-	-	31	-			
Charlottenburg	1.591	372	55	272	-	44	44	86	25	152	100	116	129	2	-	-	28	37			
Spandau	1.388	562	34	252	-	10	-	16	2	63	44	74	24	58	14	44	81	36			
Wilhelmsdorf	877	321	-	194	-	11	-	30	28	73	10	-	-	-	-	-	-	210			
Zehlendorf	802	87	-	52	3	5	-	-	-	52	-	316	-	-	-	-	12	275			
Schöneberg	1.986	1.413	-	337	-	4	2	31	2	41	23	64	2	26	-	15	11	-			
Steglitz	1.859	490	17	169	-	22	2	13	4	73	92	977	-	-	-	-	-	-			
Tempelhof	1.951	1.018	22	409	-	11	5	20	6	52	47	52	-	-	-	-	-	308			
Neukölln	3.144	596	-	370	-	23	-	134	52	359	175	436	100	302	8	139	282	21			
Treptow	101	51	-	27	-	3	-	9	-	2	3	1	-	-	-	-	-	5			
Köpenick	477	104	7	50	2	24	11	47	19	30	29	44	7	6	1	-	16	79			
Lichtenberg	235	60	1	13	-	6	5	46	3	13	9	51	-	-	-	-	-	28			
Weißensee	927	596	62	168	25	12	-	7	19	7	24	7	-	-	-	-	-	-			
Pankow	312	178	7	7	1	5	-	17	4	7	6	21	-	-	-	-	-	59			
Reinickendorf	1.541	909	4	413	-	51	-	25	-	34	19	65	-	-	-	-	2	19			
Marzahn	466	55	-	16	-	21	1	131	11	56	96	79	-	-	-	-	-	-			
Hohenschönhausen	125	23	3	19	3	1	3	29	12	24	8	-	-	-	-	-	-	-			
Hellersdorf	64	25	3	5	-	7	1	7	1	1	4	10	-	-	-	-	-	-			
<b>Berlin 1992</b>	<b>24.552</b>	<b>9.153</b>	<b>255</b>	<b>4.517</b>	<b>42</b>	<b>292</b>	<b>116</b>	<b>826</b>	<b>311</b>	<b>1.147</b>	<b>776</b>	<b>2.570</b>	<b>298</b>	<b>998</b>	<b>61</b>	<b>675</b>	<b>609</b>	<b>1.156</b>			
1991	23.426	8.095	164	4.617	135	428	38	1.831	367	986	641	1.390	185	819	60	567	1.099	1.367			

1) Die Kopflausstatistik wird gesondert geführt  
 (Quelle: SenGes)

Tabelle A 4.12:

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U 3 - U 9, Krebsfrüherkennungs- und Gesundenuntersuchung (Gesundheits-Check-up) in Berlin

Art der Untersuchung	I. Quartal	
	1993	1994
an Früherkennungsuntersuchungen U 3 - U 9 teilnehmende Kinder	35.864	37.825
an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmende		
- Frauen	246.243	272.155
- Männer	14.932	16.887
an Gesundenuntersuchungen (Gesundheits-Check-up) teilnehmende Frauen und Männer	45.469	57.924

(Quelle: KV Berlin)

**Tabelle A 4.13:**  
**Nachgehende Krankenfürsorge 1992 in Berlin**  
**- Zugänge und Bestand -**

Bezirk	Bestand am 1.1.1992			Zugänge		Abgänge		Bestand am 31.12.1992		
	ins- gesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	bezirks- ansässig	bezirks- fremd	ins- gesamt	bezirks- ansässig	bezirks- fremd
<b>Berlin-West</b>										
Tiergarten	1 870	1 051	819	89	9	79	156	1 733	1 061	672
Wedding	2 762	1 269	1 493	261	336	257	272	2 830	1 273	1 557
Kreuzberg	1 048	1 046	2	189	126	289	125	949	946	3
Charlottenburg	1 791	1 112	679	240	28	405	376	1 278	947	331
Spandau	2 797	1 967	830	443	223	452	171	2 840	1 958	882
Wilmersdorf	1 514	1 203	311	182	-	134	123	1 439	1 251	188
Zehlendorf	1 771	461	1 310	130	366	87	285	1 895	504	1 391
Schöneberg	1 296	810	486	240	12	310	-	1 238	740	498
Steglitz	2 549	1 019	1 530	234	141	215	107	2 602	1 038	1 564
Tempelhof	2 282	1 963	319	312	27	340	35	2 246	1 935	311
Neukölln	3 279	3 096	183	506	84	172	13	3 684	3 430	254
Reinickendorf	2 697	2 553	144	467	18	823	2	2 357	2 197	160
<b>zusammen 1992</b>	<b>25 656</b>	<b>17 550</b>	<b>8 106</b>	<b>3 293</b>	<b>1 370</b>	<b>3 563</b>	<b>1 665</b>	<b>25 091</b>	<b>17 280</b>	<b>7 811</b>
1991	25 416	17 315	8 101	3 443	1 436	3 204	1 430	25 661	17 554	8 107
<b>Berlin-Ost</b>										
Mitte	827	827	-	183	-	171	-	839	839	-
Prenzl Berg	1 899	1 891	8	366	80	454	72	1 819	1 803	16
Friedrichshain	3 295	3 291	4	172	2	2 163	-	1 306	1 300	6
Treptow	1 484	1 484	-	365	6	748	1	1 106	1 101	5
Köpenick	1 534	1 534	-	418	19	395	1	1 575	1 557	18
Lichtenberg	2 234	2 229	5	350	8	214	1	2 377	2 365	12
Weißensee	860	854	6	103	2	29	-	936	928	8
Pankow	1 631	1 631	-	414	-	754	-	1 291	1 291	-
Marzahn	1 214	1 214	-	217	-	109	-	1 322	1 322	-
Hohenschönh	1 651	1 651	-	132	-	1 221	-	562	562	-
Hellersdorf	420	420	-	398	1	219	-	600	599	1
<b>zusammen 1992</b>	<b>17 049</b>	<b>17 026</b>	<b>23</b>	<b>3 118</b>	<b>118</b>	<b>6 477</b>	<b>75</b>	<b>13 733</b>	<b>13 667</b>	<b>66</b>
1991	16 581	16 571	10	2 702	92	2 097	-	17 199	17 176	23

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 4.14:**  
**Zugang von betreuten Personen im Sozialpsychiatrischen Dienst 1992 in Berlin**

Diagnose ICD-Nr.	untersuchte Personen			Alter von ... bis unter ... Jahren													
	insg.	m.	w.	unter 15		15 - 18		18 - 20		20 - 25		25 - 45		45 - 65		65 und älter	
				m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
290 senile und präsenile organische Psychosen	2.506	576	1.930	-	-	-	-	1	1	6	4	16	7	61	64	492	1.854
291 Alkoholpsychosen	154	109	45	-	-	-	-	-	2	-	38	12	60	19	9	14	
292 Drogenpsychosen	44	32	12	-	-	-	-	1	-	11	1	18	8	2	2	-	1
293 vorübergeh.organische Psychosen (akute exogene Reaktionstypen)	46	17	29	-	-	-	-	1	-	-	-	6	7	5	2	5	20
294 andere (chron.) organ.Psychosen	127	58	69	-	-	-	-	-	4	4	15	8	31	21	8	36	
295 Schizophrenie	2.108	885	1.223	-	-	-	1	4	1	48	38	480	447	302	464	51	272
296 affektive Psychosen	814	260	554	-	-	-	-	1	1	8	11	91	116	130	288	30	138
297 paranoide Syndrome	588	181	407	-	-	-	-	-	1	13	16	63	75	63	161	42	154
298 andere nichtorgan Psychosen	111	41	70	-	-	-	-	-	1	3	3	14	12	16	43	8	11
300 Neurosen	2.293	808	1.485	-	-	2	10	9	34	79	406	588	279	597	79	210	
301 Persönlichkeitsstörungen (Psychopath.,Charakterneurosen)	1.132	688	444	-	-	-	-	-	2	11	8	168	128	389	192	120	114
302 sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen	61	46	15	-	-	-	-	-	-	14	6	19	4	12	4	1	1
303 Alkoholabhängigkeit (ausgen.291 -Alkoholpsych.- u 305- Alkoholmißbr.ohne Abh -)	2.052	1.361	691	-	-	-	-	-	20	7	531	227	697	356	113	101	
304 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit																	
0 Morphintyp	181	123	58	-	-	-	-	4	3	28	8	84	43	6	2	1	2
1 Barbituratyp	29	11	18	-	-	-	-	-	-	3	6	4	5	8	-	3	
2 Kokain	03	02	01	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	
3 Cannabis	12	10	02	-	-	-	-	-	-	1	-	9	1	-	1	-	-
4 Amphetamintyp und andere Psychostimulantien	24	16	08	-	-	-	-	-	6	2	10	5	-	1	-	-	
5 Halluzinogene	10	10	00	-	-	-	-	-	-	-	9	-	1	-	-	-	
6 Abhängigkeit von anderen Medikamenten/Drogen	08	04	04	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-	2	-	1	
7 Polytoxikomanie einschl des Morphintyps	52	20	32	-	-	-	-	-	1	6	17	25	2	1	-	-	
8 Polytoxikomanie ohne Morphintyp	28	17	11	-	-	-	-	-	1	3	13	2	3	4	-	2	
9 nicht näher bezeichnete Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	19	10	09	-	-	-	-	-	-	1	7	3	3	3	-	2	
305 Drogen-u.Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit	132	76	56	-	-	-	2	1	8	3	30	25	33	16	3	11	
306 körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	75	22	53	-	-	-	-	2	-	5	14	23	5	17	3	6	
307 spez.,nicht anderweitig klassifizierb.Symptome ohne Syndrome	91	36	55	-	-	-	-	-	1	7	12	15	14	17	9	16	
308 psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)	791	243	548	-	-	-	1	2	3	11	128	228	88	243	24	63	
309 psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	138	69	69	-	-	-	-	3	-	4	6	39	30	21	17	2	16
310 spezif.nicht psychot.,psych. Störungen nach Hirnschädigungen	355	138	217	-	-	-	-	-	6	4	33	34	64	35	35	144	
311 anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder	197	77	120	-	-	-	-	2	2	7	25	37	31	56	19	18	
312 anderweitig nicht klassifizierbare Störung,d.Sozialverhaltens	92	44	48	-	-	-	1	-	9	3	21	18	9	18	4	9	
316 anderw. klassifiz. Erkrankungen,bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomat.Erkrank.im engeren Sinne)	64	41	23	-	-	-	-	1	-	3	3	26	13	7	3	4	4
317 leichter Schwachsinn																	
0 niedrige Intelligenz - Grenzdabilität IQ 70 - 84	405	221	184	-	-	-	-	6	8	37	37	119	90	55	43	4	6
1 leichte intellektuelle Behinderung - Dabilität IQ 50 - 70	269	138	131	-	-	-	-	13	10	22	22	79	83	19	14	5	2
318 andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn																	
0 deutl.Schwachs.-Imbezillität IQ 35-49 intellekt Behinder mittleren Grades	747	431	316	-	-	1	1	9	3	47	32	232	203	131	65	11	12
1 schwerer Schwachsinn - IQ 20-34 schwere intellekt Behinderung	59	28	31	-	-	-	1	1	1	6	5	13	15	8	4	-	5
2 hochgradiger Schwachsinn - IQ unter 20 Idiotie - schwerste intellekt. Behind.	32	18	14	-	-	-	-	2	2	2	5	11	4	3	2	-	1
319 nicht näher bez. Schwachsinn	42	21	21	-	-	-	-	1	-	3	1	11	13	4	5	2	2
345 Epilepsie	176	83	93	-	-	-	1	-	1	14	4	34	46	31	26	4	15
000 0 psychiatr.unklare Fälle	826	385	441	-	-	-	1	28	9	26	32	156	101	108	82	67	216
1 neurolog. Krankheiten	216	83	133	-	-	-	-	-	-	6	5	23	21	34	47	20	60
2 weder neurologisch noch psychisch krank	303	139	164	-	-	-	-	2	1	2	1	26	28	96	99	13	35
<b>Insgesamt 1992</b>	<b>17.412</b>	<b>7.578</b>	<b>9.834</b>	-	-	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>91</b>	<b>61</b>	<b>413</b>	<b>393</b>	<b>3.057</b>	<b>2.750</b>	<b>2.828</b>	<b>3.045</b>	<b>1.188</b>	<b>3.577</b>
<b>1991</b>	<b>10.231</b>	<b>4.366</b>	<b>5.865</b>	-	-	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>88</b>	<b>69</b>	<b>368</b>	<b>332</b>	<b>1.752</b>	<b>1.424</b>	<b>1.379</b>	<b>1.374</b>	<b>772</b>	<b>2.661</b>

(Quelle: SenGes)

## Kapitel 5 - Gesundheitsrisiken aus der technischen und natürlichen Umwelt

**Tabelle A 5.1:**  
**Vernichtungsmaßnahmen bei Rattenbefall 1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirke	1)	erfolgreich bearbeitete Objekte									Ausgaben in DM insgesamt (i) durchschnitt- lich (d) je nach Maßnahme	
		ins- ge- samt	be- baute Grund- stücke	Miet- häu- ser	Woh- nun- gen	betrie- bliche Grund- stücke	Rui- nen- grund- stücke	Lau- ben- grund- stücke	Frei- und Grün- flächen	Sanie- rungs- objek- te		
Tier- garten	E	411	3	217	46	36	1	-	91	17	62 230,97	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	411	3	217	46	36	1	-	91	17	151,41	d
Wedding	E	299	3	184	31	18	-	5	58	-	29 661,00	i
	W	80	2	60	3	3	-	1	11	-	-	-
	Z	379	5	244	34	21	-	6	69	-	78,26	d
Kreuz- berg	E	631	-	367	39	58	-	-	167	-	46 789,76	i
	W	11	-	5	1	-	-	-	5	-	-	-
	Z	642	-	372	40	58	-	-	172	-	72,88	d
Char- lotten- burg	E	342	3	165	19	42	-	67	46	-	21 771,81	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	342	3	165	19	42	-	67	46	-	63,66	d
Spandau	E	342	61	172	17	46	1	15	27	3	23 241,67	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	342	61	172	17	46	1	15	27	3	67,96	d
Wilmer- sdorf	E	270	3	148	16	26	-	28	47	2	21 270,88	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	270	3	148	16	26	-	28	47	2	78,78	d
Zehlen- dorf	E	78	25	36	8	9	-	-	-	-	2 530,50	i
	W	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	79	26	36	8	9	-	-	-	-	32,03	d
Schöne- berg	E	404	-	171	41	58	31	18	82	3	39 551,33	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	404	-	171	41	58	31	18	82	3	97,90	d
Steglitz	E	217	46	110	24	22	-	7	6	2	20 483,74	i
	W	9	2	3	-	-	-	4	-	-	-	-
	Z	226	48	113	24	22	-	11	6	2	90,64	d
Tempel- hof	E	317	99	98	17	36	-	11	56	-	29 816,85	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	317	99	98	17	36	-	11	56	-	94,06	d
Neukölln	E	487	58	205	48	44	-	47	85	-	51 451,32	i
	W	21	-	13	7	-	-	-	1	-	-	-
	Z	508	58	218	55	44	-	47	86	-	101,28	d
Reinicken- dorf	E	352	99	138	22	50	1	16	26	-	24 829,84	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Z	352	99	138	22	50	1	16	26	-	70,54	d
Berlin- West	E	4 150	400	2 011	328	445	34	214	691	27	373.629,67	i
	W	122	5	81	11	3	-	5	17	-	-	-
	Z	4 272	405	2.092	339	448	34	219	708	27	-	-



Fortsetzung Tabelle A 5.1

Bezirk	1)	erfolgreich bearbeitete Objekte									Ausgaben in DM insgesamt (i) / durchschnitt- lich (d) je nach Maßnahme
		ins- ge- samt	be- baute Grund- stücke	Miet- häu- ser	Woh- nun- gen	betrieb- liche Grund- stücke	Rui- nen- grund- stücke	Lau- ben- grund- stücke	Frei- und Grün- flächen	Sanie- rungs- objek- te	
Mitte	E	25	8	11	1	2	-	-	3	-	5.626,71 i
	W	6	-	-	-	-	-	-	6	-	
	Z	31	8	11	1	2	-	-	9	-	181,51 d
Prenzlauer Berg	E	391	23	334	22	11	-	-	1	-	15.926,88 i
	W	2	-	2	-	-	-	-	-	-	
	Z	393	23	336	22	11	-	-	1	-	40,53 d
Friedrichs- hain	E	75	16	28	20	-	-	-	11	-	6.337,55 i
	W	5	1	2	1	-	-	-	1	-	
	Z	80	17	30	21	-	-	-	12	-	79,22 d
Treptow	E	46	5	7	20	-	-	12	2	-	9.519,95 i
	W	1	-	-	-	-	-	-	1	-	
	Z	47	5	7	20	-	-	12	3	-	202,55 d
Köpenick	E	51	5	35	1	1	-	3	6	-	8.360,93 i
	W	7	1	3	-	-	-	-	3	-	
	Z	58	6	38	1	1	-	3	9	-	144,15 d
Lichten- berg	E	69	8	42	10	4	-	-	2	3	4.735,00 i
	W	6	4	-	-	2	-	-	-	-	
	Z	75	12	42	10	6	-	-	2	3	63,13 d
Weißen- see	E	103	3	49	14	3	-	10	24	-	13.667,25 i
	W	3	-	2	-	-	-	-	1	-	
	Z	106	3	51	14	3	-	10	25	-	128,94 d
Pankow	E	23	10	10	1	-	-	-	2	-	2.641,44 i
	W	2	1	1	-	-	-	-	-	-	
	Z	25	11	11	1	-	-	-	2	-	105,66 d
Marzahn	E	73	18	11	-	20	4	7	13	-	3.990,50 i
	W	108	31	1	-	41	9	6	20	-	
	Z	181	49	12	-	61	13	13	33	-	22,05 d
Hohen- schön- hausen	E	308	-	205	18	19	-	15	51	-	1.392,56 i
	W	50	-	50	-	-	-	-	-	-	
	Z	358	-	255	18	19	-	15	51	-	3,89 d
Hellers- dorf	E	7	4	1	-	2	-	-	-	-	i
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Z	7	4	1	-	2	-	-	-	-	d
Berlin- Ost	E	1.171	100	733	107	62	4	47	115	3	72.198,77 i
	W	190	38	61	1	43	9	6	32	0	
	Z	1.361	138	794	108	105	13	53	147	3	
<b>Berlin</b>	<b>Z</b>	<b>5.633</b>	<b>543</b>	<b>2.886</b>	<b>447</b>	<b>553</b>	<b>47</b>	<b>272</b>	<b>855</b>	<b>30</b>	<b>445.828,44 i</b> <b>79,15 2)</b>

1) E = Erstvernichtungen, W = Wiederholungsvernichtungen, Z = Erst- und Wiederholungsvernichtungen zusammen

2) Der tatsächliche Durchschnitt je Maßnahme beträgt 79,15 DM

## Kapitel 6 - Apotheken-, Arzneimittelwesen und Toxikologie

**Tabelle A 6.1:**  
**Apotheken in Berlin am 31.12.1993**  
**nach Bezirken**

Bezirk		Apotheken insgesamt	Einwohner je Apotheke
<b>Berlin-West</b>			
Tiergarten		27	3 479
Wedding		45	3 785
Kreuzberg		47	3 337
Charlottenburg		67	2 742
Spandau		43	5 189
Wilmerdorf		52	2 806
Zehlendorf		26	3 775
Schöneberg		57	2 750
Steglitz		52	3 698
Tempelhof		44	4 332
Neukölln		69	4 544
Reinickendorf		52	4 833
<b>zusammen</b>	<b>1993</b>	<b>581</b>	<b>3 746</b>
	1992	584	3 719
<b>Berlin-Ost</b>			
Mitte		24	3 417
Prenzlauer Berg		29	5 111
Friedrichshain		21	5 131
Treptow		19	5 610
Köpenick		21	5 178
Lichtenberg		23	7 272
Weißensee		12	4 404
Pankow		17	6 314
Marzahn		12	13 627
Hohenschönhausen		6	19 917
Hellersdorf		17	7 949
<b>zusammen</b>	<b>1993</b>	<b>201</b>	<b>6 462</b>
	1992	180	7 188
<b>Berlin</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>1993</b>	<b>782</b>	<b>4 444</b>
	1992	764	4 536

(Quelle: Apothekerkammer Berlin / eigene Berechnungen)

## Kapitel 8 - Ambulante pflegerische Versorgung

**Tabelle A 8.1:**  
**Hauskrankenpflege 1993**

<b>Verband</b>	<b>Hauspflege- stunden</b>	<b>darunter Kostenträger Sozialhilfe</b>	<b>Betreute</b>	<b>Mitarbeiter</b>
Arbeiterwohlfahrt der Stadt Berlin e.V.	640 596	508 736	19 529	949
Deutsches Rotes Kreuz	476 828	372 336	4 348	853
Caritasverband für Berlin e.V.	457 336	398 728	1 996	904
Diakonisches Werk Berlin e.V.	876 494	701 016	6 470	1 376
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	601 269	512 465	6 271	904
<b>Liga insgesamt</b>	<b>3.052.523</b>	<b>2.493.281</b>	<b>38.614</b>	<b>4 986</b>
Freie Anbieter	614.689	609.671	..	..

(Quelle: SenSoz)

### Kapitel 10 - Krankenhäuser und Einrichtungen im Zusammenhang mit der stationären Krankenversorgung

**Tabelle A 10.1:**  
**Krankenhäuser und Krankenhausbetten am 31.12.1993 in Berlin**  
**nach Trägerbereichen und Fachabteilungen**

Krankenhäuser/ Träger	Krankenhäuser insgesamt	Krankenhausbetten in Fachdisziplinen																													
		insgesamt		Frauen- heilkunde		Chir- ur- ge- burtshilfe		Haut- u. Geschl. Krank- heiten		Inne- re Medi- zin		Kin- der- heil- kunde		Kinder- u. Jugend- psychi- atrie 2)		Mund- Kiefer- Gesichts- (chirurgie)		Neuro- chirurgie		Neuro- logie		Or- topä- die		Psy- chia- trie		Strahl- en- thera- pie		Uro- lo- gie		sonstige 2)	
		zu- sam- men	dar- unter akut 1)	Au- gen- heil- kunde	Chir- ur- ge- burtshilfe	Frauen- heilkunde	HNO	Geschl. Krank- heiten	Inne- re Medi- zin	Kin- der- heil- kunde	Kinder- u. Jugend- psychi- atrie 2)	Mund- Kiefer- Gesichts- (chirurgie)	Neuro- chirurgie	Neuro- logie	Or- topä- die	Psy- chia- trie	Strahl- en- thera- pie	Uro- lo- gie	sonstige 2)	zu- sam- men	dar- unter misch										
in den Krankenhausplan aufgenommen	78	36.298	26.076	489	6.162	2.314	684	436	10.271	1.474	311	121	384	1.169	39	1.204	4.748	243	971	5.278	5.163										
gemeinnützige Krankenh. private Krankenhäuser sonstige Krankenhäuser (Bundeswehr / ziv. Bereich)	43	13.431	9.598	70	2.804	778	87	4.277	363	50	8	40	269	574	1.073	296	1.073	296	2.750	2.710	455										
städtische Krankenhäuser Universitäts- Universitätskranke Universitätskranke Landesbetten	11	1.229	630	60	154	104	30	194	194	0	0	0	45	29	144	6	144	6	455	455	0										
	1	181	181	43	43	25	25	63	63	0	0	10	0	25	0	15	0	0	0	0	0										
	17	16.376	10.907	142	2.356	956	312	190	4.450	618	213	0	154	596	16	470	3.258	127	445	2.073	1.998										
	2	280	280	70	70	0	0	180	180	0	0	0	0	7	0	23	0	0	0	0	0										
	3	4.199	3.878	217	735	418	230	169	895	312	48	113	180	229	16	106	273	49	209	0	0										
	1	602	602	0	0	58	58	77	212	181	0	0	30	0	0	44	0	0	0	0	0										
nicht in den Krankenhaus- Rahmenplan aufgenommen	16	1303	109	37	4	6	6	0	0	0	0	0	4	0	56	302	2	892	892	0											
gemeinnützige Krankenh. private Krankenhäuser	7	729	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	302	0	0	427	427											
	9	574	109	37	4	6	6	0	0	0	0	0	4	0	56	0	2	465	465	0											
Sonderkranke (außer. des Krankenhaus-Rahmenplans)	8	554	135	27	0	0	0	108	108	0	0	0	0	0	0	419	0	0	0	0											
gemeinnützige Krankenh. private Krankenhäuser städtische Krankenhäuser	6	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	320	0	0	0	0											
	1	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0	0	0	0											
	1	181	135	27	0	0	0	108	108	0	0	0	0	0	0	419	0	0	0	0											
<b>Krankenhäuser/Einrichtungen insgesamt</b>	<b>102</b>	<b>38.155</b>	<b>26.320</b>	<b>489</b>	<b>6.226</b>	<b>2.318</b>	<b>690</b>	<b>436</b>	<b>10.379</b>	<b>1.474</b>	<b>311</b>	<b>121</b>	<b>388</b>	<b>1.169</b>	<b>39</b>	<b>1.260</b>	<b>5.469</b>	<b>243</b>	<b>973</b>	<b>6.170</b>	<b>6.055</b>										

1) Akut-Betten: alle Betten für Chronischkranke, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 2) Bei diesen Abteilungen sind Zuordnungsprobleme zu beachten, die sich aus der Umstellung auf die Fachabteilungssystematik der KHSStatV ergeben.  
 3) Durch Doppelzählung des Krankenhauses Moabit und des UKRV, die anteilig verschiedenen Trägerbereichen zugeordnet werden müssen, erhöht sich die Zahl um 2.

(Quelle: StatLa Berlin)

**Tabelle A 10.2:**  
**Das Bettenangebot der Krankenhäuser Berlins**  
**nach Fachabteilungen, Einzugsbereichen und je 1.000 Einwohner**  
**(Stand 31.12.1993)**

Einzugsbereich / 4) Betten	Betten		Au- gen- heil- kunde 3)	Chir- ur- gie	Frauen- heilkunde und Ge- burtshilfe	HNO	Haut-u. Geschl. Krank- heiten	Inne- re Medi- zun	Kinder- heil- kunde 1)	Kinder- u. Jugend- psychia- trie 1)	Mund- Kiefer- Gesichts- chirurgie	Neuro- chirur- gie	Neuro- rolo- gie	Nukle- armedi- zin 1)	Or- tho- pä- die	Psy- chia- trie	Strah- len- thera- pie	Uro- lo- gie	sonstige 2)		
	ins- ge- samt	dar. akut																	zu- sam- men	dar. chiro- nisch	
<b>Mitte</b>																					
Betten absolut	8.698	7.740	189	1.823	515	267	178	2.894	409	30	77	156	286	-	255	360	89	602	568	568	0,75
je 1.000 Einw.	11,55	10,28	0,25	2,42	0,68	0,35	0,24	3,84	0,54	0,04	0,10	0,21	0,38	-	0,34	0,48	0,12	0,80	0,75	0,75	0,75
<b>Nord</b>																					
Betten absolut	6.372	4.336	54	989	359	99	50	1.760	334	94	-	68	182	23	150	1.269	81	132	728	673	1,63
je 1.000 Einw.	15,39	10,47	0,13	2,39	0,87	0,24	0,12	4,25	0,81	0,23	-	0,16	0,44	0,06	0,36	3,06	0,20	0,32	1,76	1,63	1,63
<b>Ost</b>																					
Betten absolut	2.644	1.529	-	367	236	30	-	406	150	70	-	-	177	-	73	1.045	-	30	60	-	-
je 1.000 Einw.	4,54	2,62	-	0,63	0,40	0,05	-	0,70	0,26	0,12	-	-	0,30	-	0,13	1,79	-	0,05	0,10	-	-
<b>Süd-Ost</b>																					
Betten absolut	3.253	2.368	48	512	291	59	80	908	132	-	-	48	66	16	123	190	24	79	695	695	1,31
je 1.000 Einw.	6,15	4,48	0,09	0,57	0,55	0,11	0,15	1,72	0,25	-	-	0,09	0,12	0,03	0,23	0,36	0,05	0,15	1,31	1,31	1,31
<b>Süd-West</b>																					
Betten absolut	8.993	6.031	72	1.569	496	162	68	2.415	288	-	36	74	214	16	449	648	44	128	2.314	2.314	3,64
je 1.000 Einw.	14,13	9,48	0,11	2,47	0,78	0,25	0,11	3,79	0,45	-	0,06	0,12	0,34	0,03	0,71	1,02	0,07	0,20	3,64	3,64	3,64
<b>West</b>																					
Betten absolut	8.081	4.316	126	966	421	73	60	1.996	161	117	8	44	244	39	210	1.843	5	2	1.805	1.805	3,31
je 1.000 Einw.	14,80	7,91	0,23	1,77	0,77	0,13	0,11	3,66	0,29	0,21	0,01	0,08	0,45	0,01	0,38	3,38	0,01	0,00	3,31	3,31	3,31
<b>Berlin insgesamt</b>																					
Betten absolut	38.041	26.320	489	6.226	2.318	690	436	10.379	1.474	311	121	388	1.169	39	1.260	5.355	243	973	6.170	6.055	6,055
je 1.000 Einw.	10,99	7,60	0,14	1,80	0,67	0,20	0,13	3,00	0,43	0,09	0,03	0,11	0,34	0,01	0,36	1,55	0,07	0,28	1,78	1,75	1,75

1) Bei diesen Abteilungen sind Zuordnungsprobleme zu beachten, die sich aus der Umstellung auf die Fachabteilungssystematik der KHStatV ergeben.

2) einschließlich Psychosomatik

3) Akut-Betten: alle Betten, außer Betten für Chronischkranke, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

4) Ohne Krankennaussortierte außerhalb Berlins (Außenstelle Wyk/Föhr des AVK); Bezugsbevölkerung 31.12.1993: 3.461.421 Einwohner mit Hauptwohnung in Berlin

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 10.3 :**  
**Krankenhäuser 1992 und 1993 in Berlin**  
**nach Größenklassen, Personal und Bettenzahl**  
**(Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte)**

Betten	Kranken- häuser		aufgestellte Betten		ärztliches Personal				Pflegepersonal				
	1992	1993	1992	1993	Anzahl	Betten je Arzt		Anzahl	Betten je Pflegepers.				
						1992	1993		1992	1993			
<b>Berlin-West</b>													
0 - 49	15	15	477	474	22	23	21,7	20,6	185	182	2,6	2,6	
50 - 149	20	20	1.804	1.787	167	62	10,8	28,8	931	741	1,9	2,4	
150 - 299	17	15	3.628	3.099	353	368	10,3	8,4	1.652	1.603	2,2	1,9	
300 - 499	12	14	4.524	5.178	375	475	12,1	10,9	2.057	2.436	2,2	2,1	
500 - 799	7	7	4.443	4.436	640	643	6,9	6,9	2.282	2.399	1,9	1,8	
800 und mehr	9	9	11.918	11.635	2.630	2.359	4,5	4,9	7.155	7.143	1,7	1,6	
<b>zusammen</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>26.794</b>	<b>26.609</b>	<b>4.187</b>	<b>3.930</b>	<b>6,4</b>	<b>6,8</b>	<b>14.262</b>	<b>14.504</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	
<b>Berlin-Ost</b>													
0 - 49	3	3	281	282	26	15	10,8	18,8	114	90	2,5	3,1	
50 - 149	4	4	924	928	207	199	4,5	4,7	431	476	2,1	1,9	
150 - 299	3	3	1.408	1.279	297	269	4,7	4,8	672	689	2,1	1,9	
300 - 499	4	5	2.570	3.160	391	490	6,6	6,4	1.160	1.544	2,2	2,0	
500 - 799	4	3	5.919	4.525	1.497	1.416	4,0	3,2	2.922	2.605	2,0	1,7	
800 und mehr	18	18	11.102	10.174	2.418	2.389	4,6	4,3	5.299	5.404	2,1	1,9	
<b>Berlin</b>													
0 - 49	15	15	477	474	22	23	21,7	20,6	185	182	2,6	2,6	
50 - 149	23	23	2.085	2.069	193	77	10,8	26,9	1.045	831	2,0	2,5	
150 - 299	21	19	4.552	4.027	560	567	8,1	7,1	2.083	2.079	2,2	1,9	
300 - 499	15	17	5.932	6.457	672	744	8,8	8,7	2.729	3.125	2,2	2,1	
500 - 799	11	12	7.013	7.596	1.031	1.133	6,8	6,7	3.442	3.943	2,0	1,9	
800 und mehr	13	12	17.837	16.160	4.127	3.775	4,3	4,3	10.077	9.748	1,8	1,7	
<b>insgesamt</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>37.896</b>	<b>36.783</b>	<b>6.605</b>	<b>6.319</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>19.561</b>	<b>19.908</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	

(Quelle: Stata Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 10.4:**  
**Krankenhausbetten 1992 und 1993 in Berlin**  
**nach ausgewählten Fachabteilungen und je 10 000 Einwohner**

Fachabteilung	Fach- abteilungen insgesamt		aufgestellte Betten							
			insgesamt		in %		darunter Intensivbetten		je 10 000 Einwohner 3) 4)	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993
<b>Berlin-West</b>										
Innere Medizin	49	40	10 281	8 504	38,4	32,0	258	280	47,4	39,1
Chirurgie	32	32	3 872	3 968	14,5	14,9	235	229	17,9	18,3
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	14	14	1 310	1 300	4,9	4,9	20	25	13,2	13,1
Kinderheilkunde	7	7	809	791	3,0	3,0	109	112	26,8	25,8
Orthopädie	8	8	890	887	3,3	3,3	16	16	4,1	4,1
Neurologie	13	13	699	648	2,6	2,4	4	4	3,2	3,0
Psychiatrie 1)	27	26	3 999	4 078	14,9	15,3	-	-	18,5	18,8
sonstige 2)	69	80	4 934	6 433	18,4	24,2	39	32	22,8	29,6
<b>zusammen</b>	<b>219</b>	<b>220</b>	<b>26 794</b>	<b>26 609</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>681</b>	<b>698</b>	<b>123,6</b>	<b>122,4</b>
<b>Berlin-Ost</b>										
Innere Medizin	14	14	3 145	3 015	28,3	29,6	140	116	24,4	23,2
Chirurgie	13	13	2 164	2 018	19,5	19,8	149	136	16,8	15,6
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	10	9	1 054	993	9,5	9,8	24	26	19,2	18,0
Kinderheilkunde	6	6	871	682	7,8	6,7	88	101	35,6	28,7
Orthopädie	4	3	363	296	3,3	2,9	5	7	2,8	2,3
Neurologie	6	6	298	370	2,7	3,6	13	14	2,3	2,9
Psychiatrie 1)	7	8	1 496	1 338	13,5	13,2	23	4	11,6	10,3
sonstige 2)	35	31	1 711	1 462	15,4	14,4	104	69	13,3	11,3
<b>zusammen</b>	<b>95</b>	<b>90</b>	<b>11 102</b>	<b>10 174</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>546</b>	<b>473</b>	<b>86,2</b>	<b>78,4</b>
<b>Berlin</b>										
Innere Medizin	63	54	13 426	11 519	35,4	31,3	398	396	38,9	33,2
Chirurgie	45	45	6 036	5 986	15,9	16,3	384	365	17,5	17,2
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	24	23	2 364	2 293	6,2	6,2	44	51	14,9	14,8
Kinderheilkunde	13	13	1 680	1 473	4,4	4,0	197	213	27,0	27,1
Orthopädie	12	11	1 253	1 183	3,3	3,2	21	23	3,6	3,4
Neurologie	19	19	997	1 018	2,6	2,8	17	18	2,9	2,9
Psychiatrie 1)	34	34	5 495	5 416	14,5	14,7	23	4	15,9	15,6
sonstige 2)	104	111	6 645	7 895	17,5	21,5	143	101	19,2	22,7
<b>insgesamt</b>	<b>314</b>	<b>310</b>	<b>37 896</b>	<b>36 783</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>1 227</b>	<b>1 171</b>	<b>109,7</b>	<b>106,0</b>

1) einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie

2) einschließlich Betten für Chronischkranke, die nur zum Teil in geriatrische Betten umgewandelt werden sollen

3) Einwohner bei Fachabteilungen Frauenheilkunde/Geburtshilfe = Frauen ab 15 Jahren

4) Einwohner bei Fachabteilungen Kinderheilkunde = Kinder 0 bis unter 15 Jahren

(Quelle: Stala Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 10.5:**  
**Stationäre Behandlungsfälle und Pflegetage nach Art des Krankenhauses**  
**sowie Krankenhaushäufigkeit 1992 und 1993**

Art des Krankenhauses	stationäre Behandlungsfälle				Pflegetage			
	1992		1993		1992		1993	
	insg.	je 1.000 Einw.	insg.	je 1.000 Einw.	insg.	je 1.000 E.	insg.	je 1.000 E.
<b>Berlin - West</b>								
Hochschulklinik	88 280		87 886		982 543		927 236	
Plankrankenhaus	283 278		294 620		6 791 748		6 678 767	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser	1) 5 331		5 270		287 433		282 999	
allg. Krankenhäuser zus.	376 889		387 776		8 061 724		7 889 002	
ausschl. psychiatrisch/ psychiatr.-neurol. Krh.	7 180		7 128		876 393		831 124	
<b>zusammen</b>	<b>384.069</b>	<b>177,2</b>	<b>394.904</b>	<b>181,7</b>	<b>8.938.117</b>	<b>4 124,3</b>	<b>8.720.126</b>	<b>4.012,2</b>
<b>Berlin - Ost</b>								
Hochschulklinik	45 416		43 917		614 984		550 553	
Plankrankenhaus	166 882		160 104		2 606 507		2 443 065	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser	1) -		-		-		-	
allg. Krankenhäuser zus.	212 298		204 021		3 221 491		2 993 618	
ausschl. psychiatrisch/ psychiatr.-neurol. Krh.	1 668		1 967		77 893		83 635	
<b>zusammen</b>	<b>213.966</b>	<b>166,2</b>	<b>205.988</b>	<b>158,8</b>	<b>3.299.384</b>	<b>2.562,7</b>	<b>3.077.253</b>	<b>2.372,3</b>
<b>Berlin</b>								
Hochschulklinik	133 696		131 802		1 597 527		1 477 789	
Plankrankenhaus	450 160		454 724		9 398 255		9 121 832	
Vertrags- und sonstige Krankenhäuser	1) 5 331		5 271		287 433		282 999	
allg. Krankenhäuser zus.	589 187		591 797		11 283 215		10 882 620	
ausschl. psychiatrisch/ psychiatr.-neurol. Krh.	8 848		9 095		954 286		914 759	
<b>insgesamt</b>	<b>598.035</b>	<b>173,1</b>	<b>600.892</b>	<b>173,1</b>	<b>12.237.501</b>	<b>3.542,4</b>	<b>11.797.379</b>	<b>3.399,3</b>

1) aus Gründen der statistischen Geheimhaltung zusammengefaßt (nur ein Krankenhaus mit Versorgungsvertrag)

(Quelle: Stala Berlin / eigene Berechnungen)



**Tabelle A 10.6:**  
**Stationäre Behandlungsfälle und Verweildauer 1992 und 1993 in Berlin**  
**nach ausgewählten Fachabteilungen**

ausgewählte Fachabteilungen	stationäre Behandlungsfälle						Verweildauer	
	absolut		in %		je 10.000 Einw.		in Tagen	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993
<b>Berlin-West</b>	14 081	15 838	3,7	4,0	65,0	72,9	7,0	6,1
Chirurgie	93 918	100 446	24,5	25,4	433,4	462,2	13,3	12,4
Frauenheilkunde	28 134	27 838	7,3	7,0	129,8	128,1	8,9	8,6
Geburtshilfe	23 535	24 289	6,1	6,2	108,6	111,8	5,9	5,2
HNO	12 119	13 218	3,2	3,3	55,9	60,8	8,2	7,9
Innere Medizin 1)	147 430	159 343	38,4	40,3	680,3	733,1	23,8	17,9
Kinderheilkunde	23 491	22 699	6,1	5,7	108,4	104,4	7,6	7,4
Kinder- und Jugendpsych	528	377	0,1	0,1	2,4	1,7	104,2	77,6
Orthopädie	17 079	17 503	4,4	4,4	78,8	80,5	17,9	17,2
Psychiatrie	16 421	17 894	4,3	4,5	75,8	82,3	81,7	75,4
Strahlenheilkunde	2 203	2 047	0,6	0,5	10,2	9,4	17,3	17,4
Urologie	14 115	13 651	3,7	3,5	65,1	62,8	12,0	11,3
<b>zusammen 2)</b>	<b>384.069</b>	<b>394.904</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>1772,2</b>	<b>1817,0</b>	<b>23,3</b>	<b>22,1</b>
<b>Berlin-Ost</b>								
Augenheilkunde	6 708	7 277	3,1	3,5	52,1	56,1	9,8	7,6
Chirurgie	52 845	56 793	24,7	27,6	410,5	437,8	12,0	10,4
Frauenheilkunde	25 929	23 156	12,1	11,2	201,4	178,5	7,0	7,1
Geburtshilfe	12 656	11 025	5,9	5,4	98,3	85,0	7,8	7,7
HNO	13 188	12 960	6,2	6,3	102,4	99,9	6,9	6,9
Innere Medizin 1)	58 732	65 365	27,4	31,7	456,2	503,9	16,7	14,5
Kinderheilkunde	19 630	16 701	9,2	8,1	152,5	128,7	10,6	10,3
Kinder- und Jugendpsych	594	686	0,3	0,3	4,6	5,3	41,2	39,5
Orthopädie	6 922	6 270	3,2	3,0	53,8	48,3	16,1	15,4
Psychiatrie	7 425	7 716	3,5	3,7	57,7	59,5	58,3	54,2
Strahlenheilkunde	2 745	1 660	1,3	0,8	21,3	12,8	19,3	22,0
Urologie	10 331	11 871	4,8	5,8	80,2	91,5	13,0	11,1
<b>zusammen 2)</b>	<b>213 966</b>	<b>205 988</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>1662,0</b>	<b>1588,0</b>	<b>15,4</b>	<b>14,9</b>
<b>Berlin</b>								
Augenheilkunde	20 788	23 115	3,5	3,8	60,2	66,6	7,9	6,6
Chirurgie	146 763	157 239	24,5	26,2	424,8	453,1	12,8	11,7
Frauenheilkunde	54 062	51 694	9,0	8,6	156,5	148,9	8,0	7,9
Geburtshilfe	36 162	35 314	6,0	5,9	104,7	101,8	6,5	6,0
HNO	25 307	26 177	4,2	4,4	73,3	75,4	7,5	7,4
Innere Medizin 1)	206 162	224 708	34,5	37,4	596,8	647,5	21,8	16,9
Kinderheilkunde	43 121	39 399	7,2	6,6	124,8	113,5	9,0	8,6
Kinder- und Jugendpsych	1 122	1 063	0,2	0,2	3,2	3,1	70,9	53,0
Orthopädie	24 001	23 773	4,0	4,0	69,5	68,5	17,4	16,7
Psychiatrie	23 845	25 610	4,0	4,3	69,0	73,8	74,5	69,0
Strahlenheilkunde	4 947	3 706	0,8	0,6	14,3	10,7	18,4	19,5
Urologie	24 446	25 522	4,1	4,2	70,8	73,5	12,4	11,2
<b>insgesamt 2)</b>	<b>598.035</b>	<b>600.892</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>1731,1</b>	<b>1731,4</b>	<b>20,5</b>	<b>19,6</b>

1) ab Berichtsjahr 1992 werden die chronisch Kranken den "sonstigen Fachbereichen / Allgemeinbetten zugeordnet, nur die Geriatrie wird als Bestandteil der Inneren Medizin ausgewiesen

2) Die Summen entsprechen aus methodischen Gründen nicht der Addition der Fälle aller Abteilungen

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 10.7:**  
**Entwicklung der Verweildauer in ausgewählten Fachabteilungen von 1990 - 1993 in Berlin**

Fachdisziplin	durchschnittliche Verweildauer insgesamt (in Tagen)			
	1990 1)	1991 1)	1992 2)	1993
<b>Berlin-West</b>				
Innere Medizin 1)	15,8	17,8	23,8	17,9
Kinderheilkunde	9,0	7,9	7,6	7,4
Chirurgie	12,8	13,3	13,3	12,4
Orthopädie	19,2	18,5	17,9	17,2
Urologie	12,1	12,3	12,0	11,3
Neurochirurgie	11,3	11,4	11,4	12,0
Kieferchirurgie	9,3	10,1	10,7	10,3
Gynäkologie	8,5	9,3	8,9	8,6
Geburtshilfe	5,2	5,9	5,9	5,2
HNO	8,5	8,6	8,2	7,9
Augenheilkunde	8,0	7,7	7,0	6,1
Dermatologie	20,6	19,6	18,1	17,0
Strahlenheilkunde	17,2	18,0	17,3	17,4
Tb und Lunge	21,5	22,0	20,2	18,5
<b>Berlin-Ost</b>				
Innere Medizin 1)	18,1	17,5	16,7	14,5
Kinderheilkunde	16,1	10,3	10,6	10,3
Chirurgie	14,2	11,6	12,0	10,4
Orthopädie	22,7	18,9	16,1	15,4
Urologie	19,0	12,3	13,0	11,1
Neurochirurgie	19,1	9,7	15,1	12,1
Kieferchirurgie	14,1	10,7	10,7	8,1
Gynäkologie	7,4	7,7	7,0	7,1
Geburtshilfe	9,6	8,0	7,8	7,7
HNO	10,4	7,4	6,9	6,9
Augenheilkunde	13,6	10,1	9,8	7,6
Dermatologie	29,5	20,8	18,4	15,6
Strahlenheilkunde	27,8	21,9	19,3	22,0
Tb und Lunge	27,4	18,8	22,1	17,9

- 1) Bei der Berechnung der Verweildauer wurde für Berlin-West die Fachabteilung Geriatrie aus der Inneren Medizin herausgelöst, da durch methodische Festlegungen vor 1992 die Abteilung für chronisch Kranke der Geriatrie zugeordnet wurde
- 2) Ab Berichtsjahr 1992 wird die Abteilung für chronisch Kranke den sonstigen Fachbereichen / Allgemeinbetten zugeordnet, so daß die Geriatrie als Bestandteil der Inneren Medizin ausgewiesen wird

(Quelle: Stala Berlin)

**Tabelle A 10.8:**  
**Entwicklung der Bettenauslastung in ausgewählten Fachabteilungen 1990 - 1993 in Berlin**

Fachdisziplin	Auslastungsgrad insgesamt (in %)			
	1990	1991	1992	1993
<b>Berlin-West</b>				
Innere Medizin	95,2	94,6	93,2	91,8
Kinderheilkunde	63,7	61,5	60,4	58,2
Chirurgie	87,6	88,7	88,2	86,1
Orthopädie	94,0	94,3	93,7	92,8
Urologie	85,4	84,1	85,5	84,9
Neurochirurgie	88,7	89,4	89,2	87,1
Kieferchirurgie	79,2	79,0	81,3	86,6
Gynäkologie	85,9	85,3	84,1	81,3
Geburtshilfe	88,6	90,4	90,9	85,8
HNO	86,0	88,9	89,5	87,8
Augenheilkunde	92,1	93,6	91,0	84,8
Dermatologie	87,4	87,4	86,1	88,9
Strahlenheilkunde	82,1	86,3	87,5	80,6
Tb und Lunge	87,9	87,3	85,1	85,8
<b>Berlin-Ost</b>				
Innere Medizin	82,8	78,0	85,0	86,2
Kinderheilkunde	80,4	61,3	65,1	69,0
Chirurgie	79,0	77,2	80,3	80,5
Orthopädie	76,1	82,0	83,9	89,6
Urologie	86,7	77,2	85,0	80,8
Neurochirurgie	89,1	84,8	86,4	87,7
Kieferchirurgie	82,8	74,5	89,4	85,6
Gynäkologie	71,7	73,1	82,4	68,6
Geburtshilfe	96,4	70,6	76,5	73,2
HNO	75,7	65,7	75,6	80,6
Augenheilkunde	89,0	74,8	88,9	90,3
Dermatologie	82,9	77,5	79,0	90,0
Strahlenheilkunde	93,8	85,4	90,6	94,5
Tb und Lunge	57,9	68,3	84,6	87,7

(Quelle: Stala Berlin)

**Tabelle A 10.9:**  
**Entwicklung globaler Indikatoren der stationären Krankenversorgung 1990 - 1993 in Berlin**

Merkmal	Jahr	absolut			Meßzahl 1990 = 100
		Berlin	West	Ost	
Betten je 10.000 Einw.	1990	119,5	127,7	105,5	100,0
	1991	116,0	125,2	100,5	97,1
	1992	109,7	123,6	86,2	91,8
	1993	106,0	122,4	78,4	88,7
stationäre Behandlungsfälle je 10.000 Einw.	1990	1.790,4	1.761,3	1.839,3	100,0
	1991	1.713,9	1.730,0	1.686,6	95,7
	1992	1.731,1	1.772,2	1.662,0	96,7
	1993	1.731,4	1.817,0	1.588,0	96,7
Bettenausnutzung in %	1990	88,0	91,4	81,0	100,0
	1991	86,1	91,5	74,8	97,8
	1992	88,2	91,1	81,2	100,2
	1993	87,9	89,8	82,9	99,9
Pflegetage in 1.000	1990	13.120	9.140	3.980	100,0
	1991	12.540	9.035	3.505	95,6
	1992	12.238	8.939	3.299	93,3
	1993	11.797	8.720	3.077	89,9
Verweildauer in Tagen	1990	21,4	24,2	17,0	100,0
	1991	21,3	24,2	16,3	99,5
	1992	20,5	23,3	15,4	95,8
	1993	19,6	22,1	14,9	91,6
hauptamtlich tätige Ärzte (einschließlich AiP)	1990	7.534	4.858	2.676	100,0
	1991	7.589	5.009	2.580	100,7
	1992	7.847	4.984	2.863	104,2
	1993	7.670	5.073	2.597	101,8
Pflegepersonal	1990	22.029	15.959	6.070	100,0
	1991	22.945	17.291	5.654	104,2
	1992	23.027	17.564	5.463	104,5
	1993	23.257	17.588	5.669	105,6

(Quelle: Stala Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 10.10:**  
**Entlassene Krankenhauspatienten (Fälle) 1991 - 1993 in Berlin**  
**insgesamt sowie aus dem Berliner Umland**

Jahr	entlassene Patienten  insgesamt	darunter Nichtberliner			Anteil Brandenburger		Anteil Nichtberliner an entlassenen Patienten
		zu- sammen	Branden- burger	sonstige	an	an	
					Nicht- berlinern		entlassenen Patienten
<b>Berlin-West</b>							
1991	403 829	17 856	3 006	14 850	16,8	0,7	4,4
1992	423 744	28 899	5 739	23 160	19,9	1,4	6,8
1993	419 475	22 440	9 572	12 868	42,4	2,3	5,4
<b>Berlin-Ost</b>							
1991	230 178	59 220	37 808	21 412	63,8	16,4	25,7
1992	241 730	56 343	39 902	16 441	70,8	16,5	23,3
1993	204 866	49 084	36 693	12 391	74,8	17,9	24,0
<b>Berlin</b>							
1991	634 007	77 076	40 814	36 262	53,0	6,4	12,2
1992	665 474	85 242	45 641	39 601	53,5	6,9	12,8
1993	624 341	71 524	46 265	25 259	64,7	7,4	11,5

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 10.11:**  
**Einrichtungen in Berlin mit den höchsten Anteilen stationärer Behandlungsfälle aus dem Berliner Umland 1993**

Einrichtung	behandelte	
	Nichtberliner	Brandenburger
an allen Behandlungsfällen der jeweiligen Einrichtung in %		
<b>Berlin-West</b>		
Deutsches Herzzentrum	42,5	11,0
Klinik für Kosmetische Chirurgie	31,3	20,8
Oskar-Helene-Heim	11,7	5,1
Krankenhaus Zehlendorf	11,0	8,2
Rudolf-Virchow-Klinikum	9,1	2,5
Klinikum Steglitz	8,2	5,2
Immanuel-Krankenhaus	6,3	5,1
Evangelisches Krankenhaus Hubertus	6,3	2,8
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik	6,1	0,3
Christophorus-Kinderkrankenhaus	5,7	4,7
<b>Durchschnitt Berlin-West</b>	<b>5,4</b>	<b>2,3</b>
<b>Berlin-Ost</b>		
Robert-Rössle/Franz-Volhard-Klinik	68,2	52,1
Fachkrankenhaus für Lungenkrankheiten	47,5	36,3
Klinikum Buch	40,3	35,1
Charité	36,1	24,5
St-Hedwig-Krankenhaus	21,3	17,6
St-Joseph-Krankenhaus	16,6	12,8
Bundeswehrkrankenhaus	16,5	8,8
<b>Durchschnitt Berlin-Ost</b>	<b>24,0</b>	<b>17,9</b>

(Quelle: SenGes)

**Tabelle A 10.12:**  
**Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1993 in Berlin-West zum Stichtag 31.12.1993**  
**- IST-Ausgaben nach Verbänden -**

Träger/ Verbände	Einzelförderung		Pauschalförderung		Betriebskosten- Zuschuß für Aus- bildungstätigen nach § 6 LKG	Mieten für Einzel- förderung nach § 9 LKG	Anlauf-, Umst.- u. Schließungs- kosten nach §§ 10,12,13 LKG	Übernahme von Kapitaldienst- verpflichtungen nach § 11 LKG	Fördermittel insgesamt (nach Verbänden)	Anteil an Gesamt- förderung in %
	Baumaßnah- men nach § 7 Abs.1 u.3 LKG	Anlage- güter nach § 7 Abs.1 Nr. 2 LKG	lfd. Bettenpau- schate nach § 8 Abs.2 S.1 LKG	Einm. Zuschlag nach § 8 Abs.2 S.2 LKG						
städtisch	116.564.503	22.087.101	40.615.348	1.000.000	111.540	642.137	-	-	184.093.302	48,1
freigemein- nützig	112.675.383	2.715.038	28.178.097	101.827	84.900	1.207.208	300.051	192.522	146.707.954	38,3
Caritas	45.900.000	147.026	6.945.380	-	30.300	-	-	64.820	54.161.642	14,1
Diakonie	61.304.399	1.604.556	11.235.014	-	27.600	214.482	286.000	27.217	74.699.268	19,5
DRK	5.459.725	-	4.482.579	148.173	15.900	760.777	-	14.820	10.764.439	2,8
DPW	11.260	597.355	4.477.107	250.000	8.700	-	-	85.666	5.430.088	1,4
AWO	-	366.100	1.038.017	-	2.400	231.948	14.051	-	1.652.516	0,4
privat	474.672	6.855	1.997.473	-	-	408.874	-	678.792	3.566.666	0,9
UKRV	37.415.518	-	3.522.520	-	19.500	-	-	-	40.957.538	-
sonstige	1.626.747	1.720.444	3.373.862	-	25.200	684.010	-	176.925	7.607.188	-
<b>insgesamt</b>	<b>268.756.824</b>	<b>26.529.438</b>	<b>77.687.300</b>	<b>1.101.827</b>	<b>241.140</b>	<b>2.942.229</b>	<b>300.051</b>	<b>1.048.239</b>	<b>382.932.648</b>	<b>100,0</b>
1992	280.209.666	22.754.588	76.720.663	4.418.644	234.840	2.565.753	4.672.340	1.280.308	397.620.077	100,0

(Quelle: SenGes)

Tabelle A 10.13:

Gewährte Fördermittel (in DM) nach KHG/LKG 1993 in Berlin-Ost zum Stichtag 31.12.1993

- IST-Ausgaben nach Verbänden -

Träger/ Verbände	Einzelförderung		Pauschalförderung		Betriebskosten- zuschuß für Aus- bildung nach § 8 Abs. 3 LKG nach § 6 LKG	Mieten für Ausstelle Förderung nach § 9 LKG	Anlauf-, Umst.- u. Schließungs- kosten nach §§ 10, 12, 13 LKG	Übernahme von Kapitaldienst- verpflichtungen nach § 11 LKG	Fördermittel insgesamt (nach Verbänden)	Anteil an Gesamt- förderung in %
	Baumaßnah- men nach § 7 Abs. 1 u. 3 LKG	Anlage- güter nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 LKG	lfd. Bettenpa- schate nach § 8 Abs. 2 S. 1 LKG	einm. Zuschläg nach § 8 Abs. 2 S. 2 LKG						
städtisch	8.140.629	-	75.385.000	60.873.500	-	-	220.068	-	144.619.198	53,0
freigemein- nützig	37.761.243	-	52.858.000	36.159.000	12.000.869	-	-	112.639	128.091.750	47,0
Caritas	18.431.233	-	17.113.000	11.455.900	-	-	-	112.639	47.000.133	17,2
Diakonie	19.535.618	-	16.875.000	9.380.100	12.000.869	-	-	-	46.991.586	17,2
DRK	-205.608	-	8.805.600	5.775.000	-	-	-	-	14.374.392	5,3
DPW	-	-	10.065.000	9.548.000	-	-	-	-	19.613.000	7,2
AWO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
privat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UKRV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sonstige	86.969	-	-	-	-	-	-	-	86.969	0,0
insgesamt	1993 45.988.841	-	128.243.000	97.032.500	12.000.869	-	220.068	112.639	272.797.916	100,0
1992	52.406.352	-	137.704.000	32.591.627	722.001	-	1.413.855	112.951	224.950.786	100,0

(Quelle: SenGes)



**Tabelle A 10.14:**  
**Krankenhauskosten 1993 in Berlin**  
**nach Kostenarten**

Kostenart	Kosten					
	in 1.000 DM			in %		
	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost
<b>Gesamtkosten</b>	<b>6.142.253</b>	<b>4.455.581</b>	<b>1.686.672</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Kosten der Krankenhäuser	6.094.885	4.419.845	1.675.040	99,2	99,2	99,3
davon						
Personalkosten	4.018.788	2.971.655	1.047.133	65,4	66,7	62,1
darunter						
Ärztlicher Dienst	793.937	556.366	237.569	12,9	12,5	14,1
Pflegedienst	1.308.703	1.027.137	281.566	21,3	23,1	16,7
Medizinisch-technischer Dienst	534.123	350.504	183.619	8,7	7,9	10,9
Funktionsdienst	381.689	285.492	96.197	6,2	6,4	5,7
Sachkosten	2.066.830	1.444.250	622.580	33,6	32,4	36,9
darunter						
Lebensmittel	132.622	97.961	34.661	2,2	2,2	2,1
Medizinischer Bedarf	890.055	590.492	299.563	14,5	13,3	17,8
Wasser, Energie, Brennstoffe	200.997	129.557	71.440	3,3	2,9	4,2
Wirtschaftsbedarf	310.883	220.620	90.263	5,1	5	5,4
Instandhaltung	232.932	191.459	41.473	3,8	4,3	2,5
Zinsen für Betriebsmittelkredite	9.267	3.940	5.327	0,2	0,1	0,3
Kosten der Ausbildungsstätten	47.368	35.736	11.632	0,8	0,8	0,7
Abzüge	766.626	487.789	278.837	12,5	10,9	16,5
<b>Bereinigte Kosten</b>	<b>5.375.627</b>	<b>3.967.792</b>	<b>1.407.835</b>	<b>87,5</b>	<b>89,1</b>	<b>83,5</b>

(Quelle: Stala Berlin)

**Tabelle A 10.15:**  
**Krankenhauskosten 1993 in Berlin**  
**nach Kostenarten je Pfl egetag und je Krankenhausbett**

Kostenart	Kosten					
	je Pfl egetag			je Krankenhausbett		
	Berlin	West	Ost	Berlin	West	Ost
<b>Gesamtkosten</b>	<b>520,65</b>	<b>510,95</b>	<b>548,11</b>	<b>166.986,20</b>	<b>167.446,39</b>	<b>165.782,59</b>
Kosten der Krankenhäuser	516,63	506,85	544,33	165.698,43	166.103,39	164.639,28
davon						
Personalkosten	340,65	340,78	340,28	109.256,67	111.678,57	102.922,45
darunter						
Ärztlicher Dienst	67,30	63,80	77,20	21.584,35	20.908,94	23.350,60
Pfl egedienst	110,93	117,79	91,50	35.579,02	38.601,11	27.675,05
Medizinisch-technischer Dienst	45,27	40,19	59,67	14.520,92	13.172,39	18.047,87
Funktionsdienst	32,35	32,74	31,26	10.376,78	10.729,15	9.455,18
Sachkosten	175,19	165,62	202,32	56.189,82	54.276,75	61.193,24
darunter						
Lebensmittel	11,24	11,23	11,26	3.605,52	3.681,50	3.406,82
Medizinischer Bedarf	75,45	67,72	97,35	24.197,46	22.191,44	29.443,98
Wasser, Energie Brennstoffe	17,04	14,86	23,22	5.464,40	4.868,92	7.021,82
Wirtschaftsbedarf	26,35	25,30	29,33	8.451,81	8.291,18	8.871,93
Instandhaltung	19,74	21,96	13,48	6.332,60	7.195,27	4.076,37
Zinsen für Betriebsmittelkredite	0,79	0,45	1,73	251,94	148,07	523,59
Kosten der Ausbildungsstätten	4,02	4,10	3,78	1.287,77	1.343,00	1.143,31
Abzüge	64,98	55,94	90,61	20.841,86	18.331,73	27.406,82
<b>Bereinigte Kosten</b>	<b>455,67</b>	<b>455,01</b>	<b>457,50</b>	<b>146.144,34</b>	<b>149.114,66</b>	<b>138.375,77</b>

(Quelle: StA.a Berlin)

**Tabelle A 10.16:**  
**Krankenhauskosten 1993 in Berlin**  
**nach Kostenarten je Behandlungsfall**

Kostenart	Kosten je Behandlungsfall		
	Berlin	West	Ost
<b>Gesamtkosten</b>	<b>10.221,89</b>	<b>11.282,70</b>	<b>8.188,21</b>
Kosten der Krankenhäuser	10.143,06	11.192,21	8.131,74
davon			
Personalkosten	6.688,04	7.525,01	5.083,47
darunter			
Ärztlicher Dienst	1.321,26	1.408,86	1.153,31
Pflegedienst	2.177,93	2.600,98	1.366,90
Medizinisch-technischer Dienst	888,88	887,57	891,41
Funktionsdienst	635,20	722,94	467,00
Sachkosten	3.439,60	3.657,22	3.022,41
darunter			
Lebensmittel	220,71	248,06	168,27
Medizinischer Bedarf	1.481,22	1.495,28	1.454,27
Wasser, Energie, Brennstoffe	334,50	328,07	346,82
Wirtschaftsbedarf	517,37	558,67	438,20
Instandhaltung	387,64	484,82	201,34
Zinsen für Betriebsmittelkredite	15,42	9,98	25,86
Kosten der Ausbildungsstätten	78,83	90,49	56,47
Abzüge	1.275,81	1.235,21	1.353,66
<b>Bereinigte Kosten</b>	<b>8.946,08</b>	<b>10.047,49</b>	<b>6.834,55</b>

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 10.17:**  
**Mit Krankenkraftwagen durchgeführte Transporte 1993**  
**nach Organisation und Art des Transportes**

Organisation	Transporte				
	insgesamt	davon		darunter	
		Notfallrettungs-transporte	Kranken-transporte	Infektions-transporte	Frühgeborenen-transporte
Berliner Feuerwehr	190.073	170.415	19.658	96	1.433
Werkfeuerwehr	747	562	185	-	-
Arbeiter-Samariter-Bund	516	516	-	-	-
DRK	36.408	11.180	25.228	38	34
Johanniter-Unfall-Hilfe	10.691	8.007	2.684	14	5
Malteser-Hilfsdienst	486	43	443	12	-
Berliner-Flughafen-Gesellschaft	559	201	358	-	-
private Unternehmen	386.339	1.062	385.277	435	159
<b>insgesamt 1993</b>	<b>625.819</b>	<b>191.986</b>	<b>433.833</b>	<b>595</b>	<b>1.611</b>
1992	605.594	175.255	430.339	802	1.623

(Quelle: SenInn)



**Tabelle A 11.2:**  
**Einwohner je niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Arzt 1980 - 1993 in Berlin**

Jahr	Berlin-West		Berlin-Ost 1)	
	Ärzte	Einwohner je Arzt	Ärzte	Einwohner je Arzt
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
1992	3205	678	2231	580
1993	3734	583	2275	571

1) bis 1989 ambulante ärztliche Arbeitsplätze

(Quelle: Stala Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 11.3:**  
**Krankenhausplanbetten je hauptamtlich tätigen Arzt 1980 - 1993 in Berlin**

Jahr	Berlin-West			Berlin-Ost		
	Krankenhaus- planbetten	Ärzte	Planbetten je Arzt	Krankenhaus- planbetten	Ärzte	Planbetten je Arzt
1980	33 691	3 962	8,5	14 992	1 870	8,0
1981	33 316	4 113	8,1	14 918	1 916	7,8
1982	31 967	3 867	8,3	14 946	1 980	7,5
1983	31 320	4 072	7,7	15 203	1 986	7,7
1984	30 702	4 211	7,3	15 177	2 037	7,5
1985	30 589	4 249	7,2	15 160	2 099	7,2
1986	30 031	4 311	7,0	15 083	2 056	7,3
1987	29 209	4 422	6,6	14 873	2 140	7,0
1988	28 698	4 521	6,3	14 725	2 174	6,8
1989	28 339	4 946	5,7	14 742	2 551 2)	5,8
1990 1)	26 523	4 858	5,5	12 910	2 676	4,8
1991 1)	25 955	5 009	5,2	13 488	2 580	5,2
1992 1)	25 458	5 012	5,1	11 402	2 840	4,0
1993 1)	25 350	5 101	5,0	10 544	2 574	4,1

1) einschließlich AiP

2) bis einschließlich 1988: Ärzte nur in staatlichen Einrichtungen, 1989: nach Hochschulkaderprojekt

(Quelle: Stala / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 11.4:**  
**Indikatoren zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung am 31.12.1993 in Berlin**  
**nach Bezirken**

Bezirk	Einwohner je ambulant tätigen Arzt	ambulant tätige Zahnärzte		Einwohner je ärztl. Vollzeitkraft im Gesundheitsamt
		absolut	Einwohner je Zahnarzt	
<b>Berlin-West</b>	<b>583</b>	<b>1.610</b>	<b>1.352</b>	<b>8.436</b>
Tiergarten	598	51	1.842	7.514
Wedding	687	102	1.670	6.813
Kreuzberg	627	102	1.538	6.535
Charlottenburg	399	218	843	7.349
Spandau	762	145	1.539	9.107
Wilmersdorf	362	162	901	8.844
Zehlendorf	394	81	1.212	7.550
Schöneberg	420	183	857	7.290
Steglitz	543	155	1.240	9.156
Tempelhof	815	106	1.798	9.530
Neukölln	778	164	1.912	9.954
Reinickendorf	811	141	1.782	10.052
<b>Berlin-Ost</b>	<b>571</b>	<b>1.048</b>	<b>1.239</b>	<b>7.444</b>
Mitte	389	101	812	4.316
Prenzlauer Berg	478	153	969	12.351
Friedrichshain	475	101	1.067	6.531
Treptow	573	94	1.134	7.352
Köpenick	549	96	1.133	7.768
Lichtenberg	573	118	1.417	7.780
Weißensee	499	56	944	4.065
Pankow	600	98	1.095	6.925
Marzahn	708	92	1.777	8.607
Hohenschönhausen	818	63	1.897	10.864
Hellersdorf	715	76	1.778	7.949
<b>Berlin</b>	<b>577</b>	<b>2.658</b>	<b>1.308</b>	<b>8.036</b>

(Quelle: StA.a Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 11.5:**  
**Niedergelassene bzw. selbständig tätige Personen im Gesundheitswesen am 31.12.1993 in Berlin nach Bezirken**

Bezirk	Heilpraktiker	Psychotherapeuten mit Heilpraktikererlaubnis	Krankenschwestern/-pfleger	Hebammen/Entbindungspfleger	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	Logopäden	Krankengymnasten	Masseur	Masseure und medizinische Bademeister	sonstige
<b>Berlin-West</b>										
Tiergarten	18	35	3	22	2	3	22	2	11	-
Wedding	28	14	4	16	1	2	22	3	25	-
Kreuzberg	82	59	4	40	-	2	40	2	16	-
Charlottenburg	79	142	4	39	3	4	59	6	42	-
Spandau	16	19	10	16	1	8	41	2	27	1
Wilmerdorf	50	106	2	29	3	7	49	12	31	-
Zehlendorf	48	47	3	11	1	10	41	2	12	-
Schöneberg	60	125	2	39	4	5	62	7	30	-
Steglitz	91	88	5	30	2	8	54	5	28	-
Tempelhof	40	14	3	13	1	3	39	7	21	-
Neukölln	83	27	4	37	4	5	60	2	34	2
Reinickendorf	53	52	8	16	2	4	39	5	36	1
<b>zusammen</b>	<b>648</b>	<b>728</b>	<b>52</b>	<b>308</b>	<b>24</b>	<b>61</b>	<b>528</b>	<b>55</b>	<b>313</b>	<b>4</b>
<b>Berlin-Ost</b>										
Mitte	2	3	2	6	-	-	11	-	-	-
Prenzlauer Berg	6	-	4	10	-	-	34	-	-	-
Friedrichshain	-	3	-	6	-	-	31	2	-	-
Treptow	1	1	2	5	-	-	17	-	-	-
Köpenick	-	4	5	5	-	-	15	-	-	-
Lichtenberg	3	5	1	6	-	-	30	1	-	-
Weißensee	-	1	-	2	-	-	12	-	-	-
Pankow	2	1	2	5	-	-	9	-	1	-
Marzahn	2	4	2	7	-	5	24	-	-	-
Hohenschönh.	-	1	-	7	-	-	16	-	-	-
Hellersdorf	-	2	1	11	-	-	3	-	1	-
<b>zusammen</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>70</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>202</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>Berlin</b>	<b>664</b>	<b>753</b>	<b>71</b>	<b>378</b>	<b>24</b>	<b>66</b>	<b>730</b>	<b>58</b>	<b>315</b>	<b>4</b>

(Quelle: Stala Berlin)

**Tabelle A 11.6:**  
**Entwicklung der Ausbildungsplätze an Schulen für Medizinalfachberufe 1991 - 1993 (Stand 1.11.) in Berlin**

Medizinalfachberuf	Ausbildungs- dauer an der Schule	Ausbildungsplätze										
		1991				1992				1993		
		genehmigt	absolut	besetzt	%	genehmigt	absolut	besetzt	%	genehmigt	absolut	besetzt
<b>pflegerische Berufe zusammen</b>		5.962	4.967	83,3	5.379	4.527	84,2		5.334	4.553	85,4	
Krankenschwester/-pfleger	3 Jahre	4.818	3.973	82,5	4.290	3.498	81,5		4.310	3.622	84,0	
Kinderkrankenschwester/-pfleger	3 Jahre	535	477	89,2	535	496	92,7		490	440	89,8	
Krankenpflegehelfer	1 Jahr	467	384	82,2	414	399	96,4		394	379	96,2	
Hebamme/Entbindungspfleger	3 Jahre	142	133	93,7	140	134	95,7		140	112	80,0	
<b>med.-techn./therapeutische Berufe zusammen</b>		2.794	2.218	79,4	2.992	2.339	78,2		2.974	2.194	73,7	
Diätassistent	2 Jahre	146	103	70,5	146	100	68,5		106	59	55,7	
Techn. Assistent in der Medizin	2 Jahre	808	525	65,0	836	528	63,2		836	466	55,7	
Kardiotechniker	2 Jahre	24	22	91,7	30	24	80,0		30	24	80,0	
Krankengymnast	2 Jahre	1.160	1.114	96,0	1.300	1.147	88,2		1.300	1.123	86,4	
Masseur, Masseur und med. Bademeister	1 Jahr	360	191	53,1	360	243	67,5		360	202	56,1	
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut	3 Jahre	256	224	87,5	256	234	91,4		256	239	93,4	
Logopäde	3 Jahre	40	39	97,5	64	63	98,4		86	81	94,2	
<b>pflegerische, med.-techn./therapeut. Berufe zusammen</b>		8.756	7.185	82,1	8.371	6.866	82,8		8.308	6.747	81,2	
<b>sonstige Gesundheitsberufe zusammen</b>		75	16	21,3	49	38	77,6		43	34	79,1	
Med. Sektions- und Präparationsassistent	6 Monate	25	16	64,0	25	16	64,0		25	20	80,0	
Desinfektor	3 Monate	25	25	100,0	24	22	91,7		-	-	-	
Gesundheitsaufseher	2 Jahre	25	25	100,0	-	-	-		18	14	77,8	
<b>insgesamt</b>		<b>8.831</b>	<b>7.201</b>	<b>81,5</b>	<b>8.420</b>	<b>6.904</b>	<b>81,9</b>		<b>8.351</b>	<b>6.781</b>	<b>81,2</b>	

(Quelle: SenGes)



## Kapitel 12 - Leistungs- und Mitgliederstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung

**Tabelle A 12.1:**  
**Mitgliederentwicklung bei den landesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern**  
**1987 - 1993 in Berlin**

Versicherungs-träger	Mitglieder									
	Rechtskreis WEST							OST		
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1991	1992	1993
<b>AOK Berlin</b>										
Pflicht-Mitglieder	355 863	346 764	338 171	350 303	368 605	371 253	366 347	292 739	253 490	217 429
Freiw. Mitglieder	57 418	51 686	52 185	48 055	45 970	45 493	45 502	25 065	14 382	13 735
Rentner	261 298	253 156	246 143	239 315	232 475	225 488	219 055	162 390	160 586	159 004
zusammen	674 579	651 606	636 499	637 673	647 050	642 234	630 904	480 194	428 458	390 168
<b>BKK Berlin</b>										
Pflicht-Mitglieder	66 976	65 904	65 225	65 471	65 394	64 019	64 141	75 395	61 292	48 817
Freiw. Mitglieder	10 246	9 212	9 150	8 915	8 856	9 308	10 086	4 890	4 472	6 592
Rentner	35 642	35 937	36 171	36 462	36 645	36 809	37 119	8 000	8 243	9 341
zusammen	112 864	111 053	110 546	110 848	110 895	110 136	111 346	88 285	74 007	64 750
<b>LdI Berlin</b>										
Pflicht-Mitglieder	40 517	41 832	41 298	44 270	49 447	51 635	51 305	19 498	20 931	21 500
Freiw. Mitglieder	4 308	4 263	4 576	4 484	4 561	4 668	4 786	2 506	2 280	2 226
Rentner	12 127	11 915	11 757	11 581	11 574	11 511	11 474	163	424	760
zusammen	56 952	58 010	57 631	60 335	65 582	67 814	67 565	22 167	23 635	24 486
<b>KMI/13 Stat</b>										
Pflicht-Mitglieder	463 356	454 500	444 694	460 044	483 446	486 907	481 793	387 632	335 713	287 746
Freiw. Mitglieder	71 972	65 161	65 911	61 454	59 387	59 469	60 374	32 461	21 134	22 553
Rentner	309 067	301 008	294 071	287 358	280 694	273 808	267 648	170 553	169 253	169 105
insgesamt	844.395	820.669	804.676	808.856	823.527	820.184	809 815	590.646	526.100	479 404

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 12.2:**  
**Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben der landesunmittelbaren Krankenkassen (AOK, BKK, IKK'n) 1993 in Berlin**

Leistungs- ausgaben	durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben						
	AKV			KVdR			AKV + KVdR
	je Mitglied 1993/DM	Zunahme		je Mitglied 1993/DM	Zunahme		
		zu 1992/DM	1993/92 %		zu 1992/DM	1993/92 %	1993/92 %
<b>Rechtskreis WEST</b>							
ärztliche Behandlung	647,38	1,95	0,30	953,54	9,65	1,02	0,47
zahnärztliche Behandlung	296,49	9,79	3,41	93,06	1,79	1,96	3,52
Zahnersatz	168,44	-31,90	-15,92	134,27	-34,88	-20,62	-17,26
Arzneimittel, Verbands- Heil- und Hilfsmittel	337,22	-47,09	-12,25	857,54	-178,11	-17,20	-15,38
Krankenhausbehandlung	1.340,91	187,04	16,21	4.205,69	70,77	1,71	6,45
Krankengeld / Beiträge	793,75	71,78	9,94	0,33	-0,15	-31,25	10,48
häusliche Krankenpflege	14,07	1,39	10,96	418,60	11,13	2,73	2,28
Schwerpflegebedürftigkeit	10,11	2,79	38,11	146,69	26,72	22,27	22,97
<b>insgesamt</b>	<b>3.993,24</b>	<b>212,05</b>	<b>5,61</b>	<b>7.625,82</b>	<b>-33,77</b>	<b>-0,44</b>	<b>2,32</b>
<b>Rechtskreis OST</b>							
ärztliche Behandlung	475,31	45,55	10,60	850,56	194,18	29,58	20,89
zahnärztliche Behandlung	223,52	12,49	5,92	81,33	4,57	5,96	3,30
Zahnersatz	162,48	-117,14	-41,89	132,35	-114,59	-46,40	-43,57
Arzneimittel, Verbands- Heil- und Hilfsmittel	310,27	25,28	8,87	993,30	24,34	2,51	9,14
Krankenhausbehandlung	817,51	160,87	24,50	2.700,71	513,23	23,46	28,95
Krankengeld / Beiträge	385,56	116,61	43,36	0,03			36,82
häusliche Krankenpflege	4,92	1,92	64,00	287,71	81,79	39,72	53,30
Schwerpflegebedürftigkeit	9,57	1,51	18,73	137,37	32,43	30,90	39,31
<b>insgesamt</b>	<b>2.660,37</b>	<b>277,36</b>	<b>11,64</b>	<b>5.825,29</b>	<b>857,46</b>	<b>17,26</b>	<b>17,49</b>

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 12.3:**  
**Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung 1991 und 1992 in Berlin**  
 (Ergebnisse des Mikrozensus) 1)

Art der Krankenkasse/ -versicherung	1991		1992		1991 zu 1992 in %
	1.000	%	1.000	%	
<b>Berlin-West</b>					
gesetzl. Krankenversicherung	1 851	86,0	1 870	86,4	1,0
private Krankenversicherung	249	11,6	244	11,3	-2,0
sonstige 2)	43	2,0	43	2,0	0,0
nicht krankenversichert	9	0,4	8	0,4	-11,1
<b>zusammen</b>	<b>2 152</b>	<b>100,0</b>	<b>2 165</b>	<b>100,0</b>	<b>0,6</b>
<b>Berlin-Ost</b>					
gesetzl. Krankenversicherung	1 244	97,7	1 246	97,0	0,2
private Krankenversicherung	13	1,0	29	2,3	123,1
sonstige 2)	11	0,9	7	0,5	-36,4
nicht krankenversichert	5	0,4	3	0,2	-40,0
<b>zusammen</b>	<b>1 273</b>	<b>100,0</b>	<b>1 285</b>	<b>100,0</b>	<b>0,9</b>
<b>Berlin</b>					
gesetzl. Krankenversicherung	3 094	90,4	3 115	90,3	0,7
private Krankenversicherung	262	7,7	274	7,9	4,6
sonstige 2)	54	1,6	50	1,4	-7,4
nicht krankenversichert	14	0,4	10	0,3	-28,6
<b>insgesamt</b>	<b>3 424</b>	<b>100,0</b>	<b>3 449</b>	<b>100,0</b>	<b>0,7</b>

- 1) Aufgrund der Berechnungen nach dem Mikrozensus ergeben sich geringfügige Abweichungen in der Addition  
 2) freie Heilfürsorge der Polizei; anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 12.4:**  
**Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Art des Versicherungsschutzes 1992 in Berlin**  
 (Ergebnisse des Mikrozensus) 1)

Art der Krankenkasse/-versicherung, Art des Versicherungsschutzes	Berlin		Berlin-West		Berlin-Ost	
	1.000	%	1.000	%	1.000	%
<b>Pflichtversicherte</b>	1 465	42,5	797	36,8	668	52,0
Primärkassen 2)	888	25,7	492	22,7	395	30,7
Ersatzkasse	577	16,7	305	14,1	273	21,2
<b>freiwillig versicherte Mitglieder</b>	445	12,9	372	17,2	73	5,7
Primärkassen 2)	94	2,7	71	3,3	23	1,8
Ersatzkasse	124	3,6	97	4,5	27	2,1
privat Versicherte	227	6,6	204	9,4	23	1,8
<b>pflichtversicherte Rentner</b>	582	16,9	403	18,6	179	13,9
Primärkassen 2)	478	13,9	312	14,4	166	12,9
Ersatzkasse	104	3,0	91	4,2	13	1,0
<b>mitversicherte Familienangehörige</b>	897	26,0	541	25,0	356	27,7
Primärkassen 2)	525	15,2	341	15,8	185	14,4
Ersatzkasse	325	9,4	160	7,4	165	12,8
privat Versicherte	46	1,3	40	1,8	6	0,5
<b>sonstiger Versicherungsschutz 3)</b>	51	1,5	43	2,0	7	0,5
<b>nicht krankenversichert</b>	10	0,3	8	0,4	2	0,2
<b>insgesamt</b>	<b>3 450</b>	<b>100,0</b>	<b>2 164</b>	<b>100,0</b>	<b>1 285</b>	<b>100,0</b>

1) Aufgrund der Berechnungen nach dem Mikrozensus ergeben sich geringfügige Abweichungen in der Addition

2) Ortskrankenkasse. Innungskrankenkassen. Betriebskrankenkasse, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse

3) freie Heilfürsorge der Polizei/anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 12.5:**  
**Altenquotient nach Kassenarten 1982, 1989, 1990 - 1992 in Berlin**  
 (Ergebnisse des Mikrozensus)

Art der Krankenkasse	1982	1989	1990	1991	1992	1992 zu 1991 in %
<b>Berlin-West</b>						
Primärkasse	0,597	0,447	0,439	0,382	0,376	-1,571
Ersatzkasse	0,332	0,234	0,228	0,187	0,180	-3,743
Private Krankenversicherung	0,217	0,135	0,134	0,084	0,093	10,714
<b>Berlin-Ost</b>						
Primärkasse	-	-	-	0,271	0,303	11,808
Ersatzkasse	-	-	-	0,037	0,041	10,811
Private Krankenversicherung	-	-	-	0,032	0,000	0,000
<b>Berlin</b>						
Primärkasse	-	-	-	0,336	0,347	3,274
Ersatzkasse	-	-	-	0,120	0,117	-2,500
Private Krankenversicherung	-	-	-	0,082	0,082	0,000

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)

**Tabelle A 12.6:**  
**Bevölkerung und Erwerbstätige nach Art der Krankenkasse/-versicherung, Art des Versicherungsschutzes, Altersgruppen und Geschlecht 1992 in Berlin**  
 - in 1.000 -  
 (Ergebnisse des Mikrozensus) 1)

Art der Krankenkasse/ Art des Versicherungsschutzes	insgesamt			männlich			weiblich					
	insgesamt	Alter von ... bis		Alter von ... bis		zusammen	Alter von ... bis		zusammen			
		unter 20	20 - 60	unter 20	20 - 60		unter 20	20 - 60				
			60 u. mehr	60 u. mehr	60 u. mehr		60 u. mehr					
<b>Pflichtversicherte</b>	1.465,4	44,4	1.392,1	28,9	739,1	26,4	689,9	22,8	726,4	18,0	702,1	6,2
Primärkassen 2)	888,0	31,1	835,6	21,3	529,8	21,2	491,5	17,1	358,2	9,9	344,1	4,3
Ersatzkasse	577,4	13,3	556,5	7,6	209,3	5,2	198,5	5,7	368,1	8,2	358,0	1,9
<b>freiwillig versicherte Mitglieder</b>	445,2	15,7	391,1	38,4	296,2	7,3	265,5	23,4	149,0	8,4	125,6	15,0
Primärkassen 2)	93,9	2,0	78,5	13,3	63,3	0,6	53,6	9,1	30,7	1,5	24,9	4,2
Ersatzkasse	124,1	3,4	115,6	5,2	81,5	1,6	75,8	4,0	42,7	1,7	39,8	1,2
privat Versicherte	227,2	10,3	197,0	19,9	151,5	5,1	136,1	10,3	75,7	5,2	60,8	9,6
<b>pflichtversicherte Rentner</b>	581,9	2,9	50,6	528,3	180,0	1,7	22,1	156,1	401,9	1,2	28,5	372,2
Primärkassen 2)	477,6	2,5	42,2	432,9	148,6	1,4	18,8	128,3	329,0	1,1	23,4	304,6
Ersatzkassen	104,3	0,4	8,4	95,4	31,4	0,3	3,3	27,8	72,8	0,1	5,2	67,5
<b>mitvers. Familienangehörige</b>	896,4	632,0	208,9	55,5	396,3	323,9	57,7	14,7	500,1	308,2	151,2	40,8
Primärkassen 2)	525,2	348,3	133,0	43,9	226,8	178,8	35,8	12,1	298,4	169,5	97,1	31,8
Ersatzkassen	325,2	248,7	65,8	10,6	148,6	126,8	19,4	2,5	176,5	121,9	46,5	8,2
privat Versicherte	46,0	35,0	10,1	0,9	20,9	18,2	2,5	0,1	25,1	16,8	7,6	0,8
<b>sonst. Versicherungsschutz 3)</b>	51,0	13,5	29,5	8,0	24,3	6,4	15,5	2,5	26,6	7,1	14,0	5,5
<b>nicht krankenversichert</b>	9,8	3,5	5,5	0,9	5,6	1,5	3,6	0,4	4,3	2,0	1,9	0,4
<b>insgesamt</b>	3.449,7	712,1	2.077,7	659,9	1.641,5	367,3	1.054,4	219,9	1.808,2	344,8	1.023,3	440,1



**Tabelle A 12.7:**  
**Bevölkerung nach Art der Krankenkasse/-versicherung und Beteiligung am Erwerbsleben 1992 in Berlin**  
 (Ergebnisse des Mikrozensus) 1)

Art der Krankenkasse/ -versicherung	insgesamt		Erwerbstätige		Erwerbslose		Nichterwerbs- personen	
	1.000	%	1.000	%	1.000	%	1.000	%
<b>Berlin-West</b>								
gesetzl. Krankenversicherung	1.870	86,4	851	83,3	113	88,3	906	89,3
Ortskrankenkasse	847	39,1	318	31,1	68	53,1	460	45,3
Innungskrankenkasse	78	3,6	43	4,2	5	3,9	30	3,0
Betriebskrankenkasse	285	13,2	125	12,2	11	8,6	149	14,7
Bundesknappschaft	3	0,1	2	0,2	-	-	1	0,1
Landwirtschaftl. Krankenkasse	4	0,2	2	0,2	-	-	4	0,4
Ersatzkasse	653	30,2	361	35,3	29	22,7	262	25,8
private Krankenversicherung	244	11,3	167	16,3	3	2,3	75	7,4
sonstiger Versicherungsschutz	43	2,0	2	0,2	10	7,8	30	3,0
nicht krankenversichert	8	0,4	2	0,2	2	1,6	4	0,4
<b>zusammen</b>	<b>2.165</b>	<b>100,0</b>	<b>1.022</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>1.015</b>	<b>100,0</b>
<b>Berlin-Ost</b>								
gesetzl. Krankenversicherung	1.246	97,0	596	95,8	109	96,5	541	98,2
Ortskrankenkasse	553	43,0	214	34,4	67	59,3	272	49,4
Innungskrankenkasse	38	3,0	27	4,3	1	0,9	8	1,5
Betriebskrankenkasse	176	13,7	92	14,8	7	6,2	76	13,8
Bundesknappschaft	1	0,1	1	0,2	1	0,9	1	0,2
Landwirtschaftl. Krankenkasse	1	0,1	1	0,2	-	-	1	0,2
Ersatzkasse	477	37,1	261	42,0	33	29,2	183	33,2
private Krankenversicherung	29	2,3	22	3,5	1	0,9	6	1,1
sonstiger Versicherungsschutz	7	0,5	2	0,3	2	1,8	2	0,4
nicht krankenversichert	3	0,2	2	0,3	1	0,9	2	0,4
<b>zusammen</b>	<b>1.285</b>	<b>100,0</b>	<b>622</b>	<b>100,0</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>551</b>	<b>100,0</b>
<b>Berlin</b>								
gesetzl. Krankenversicherung	3.115	90,3	1.446	88,0	224	93,3	1.447	92,4
Ortskrankenkasse	1.400	40,6	533	32,4	135	56,3	732	46,7
Innungskrankenkasse	116	3,4	70	4,3	8	3,3	38	2,4
Betriebskrankenkasse	460	13,3	217	13,2	18	7,5	225	14,4
Bundesknappschaft	5	0,1	2	0,1	1	0,4	2	0,1
Landwirtschaftl. Krankenkasse	4	0,1	1	0,1	-	-	5	0,3
Ersatzkasse	1.130	32,8	623	37,9	62	25,8	445	28,4
private Krankenversicherung	274	7,9	190	11,6	1	0,4	81	5,2
sonstiger Versicherungsschutz	50	1,4	6	0,4	13	5,4	32	2,0
nicht krankenversichert	10	0,3	1	0,1	2	0,8	6	0,4
<b>insgesamt</b>	<b>3.449</b>	<b>100,0</b>	<b>1.643</b>	<b>100,0</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	<b>1.566</b>	<b>100,0</b>

1) Aufgrund der Berechnungen nach dem Mikrozensus ergeben sich geringfügige Abweichungen in der Addition

(Quelle: StaLa Berlin / eigene Berechnungen)



## Kapitel 13 - Weitere Gesundheitsleistungen anderer öffentlicher Träger

**Tabelle A 13.1:**  
**Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1991/92 in Berlin**  
**nach Hilfearten**

Hilfeart	Ausgaben in TDM		prozentuale Verteilung 1992
	1991	1992	
<b>vorbeugende Gesundheitshilfe</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>367,4</b>	<b>170,0</b>	<b>0,01</b>
- außerhalb von Einrichtungen	97,9	93,3	
- in Einrichtungen	269,5	80,7	
<b>Krankenhilfe</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>167 469,3</b>	<b>214 277,9</b>	<b>14,09</b>
- außerhalb von Einrichtungen	43 108,1	68 030,5	
- in Einrichtungen	124 361,2	146 247,4	
<b>Hilfe für werdende Mütter</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>1 255,8</b>	<b>1 387,3</b>	<b>0,09</b>
- außerhalb von Einrichtungen	161,9	198,4	
- in Einrichtungen	1 093,9	1 188,9	
<b>Eingliederungshilfe für Behinderte</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>299 824,2</b>	<b>345 504,2</b>	<b>22,72</b>
darunter: ärztliche Behandlung			
zusammen	5 259,7	7 009,3	
- außerhalb von Einrichtungen	1 417,1	1 942,8	
- in Einrichtungen	3 842,6	5 066,5	
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder zusammen	6 112,2	5 981,9	
- außerhalb von Einrichtungen	1 881,5	816,5	
- in Einrichtungen	4 260,7	5 165,4	
<b>Hilfe zur Pflege</b>			
<b>insgesamt</b>	<b>857 005,0</b>	<b>959 577,4</b>	<b>63,09</b>
- außerhalb von Einrichtungen	117 072,4	127 555,9	
- in Einrichtungen	739 932,6	832 021,5	
<b>insgesamt</b>	<b>1 325 921,7</b>	<b>1 520 916,8</b>	<b>100,00</b>

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 13.2:**  
**Fallzahlen bei Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem BSHG 1991/92 in Berlin**  
**nach Hilfearten**

Hilfeart	Fallzahlen	
	1991	1992
<b>vorbeugende Gesundheitshilfe</b>		
<b>insgesamt</b>	<b>965</b>	<b>923</b>
- außerhalb von Einrichtungen	891	836
- in Einrichtungen	74	87
<b>Krankenhilfe</b>		
<b>insgesamt</b>	<b>27.917</b>	<b>31.462</b>
- außerhalb von Einrichtungen	13.111	16.565
- in Einrichtungen	14.844	14.939
<b>Hilfe für werdende Mütter</b>		
<b>insgesamt</b>	<b>254</b>	<b>258</b>
- außerhalb von Einrichtungen	224	233
- in Einrichtungen	30	25
<b>Eingliederungshilfe für Behinderte</b>		
<b>insgesamt</b>	<b>10.635</b>	<b>9.494</b>
darunter: ärztliche Behandlung		
zusammen	348	479
- außerhalb von Einrichtungen	273	427
- in Einrichtungen	75	52
heilpädagogische Maßnahmen		
für Kinder zusammen	603	559
- außerhalb von Einrichtungen	531	535
- in Einrichtungen	72	24
<b>Hilfe zur Pflege</b>		
<b>insgesamt</b>	<b>37.880</b>	<b>34.759</b>
- außerhalb von Einrichtungen	10.788	11.021
- in Einrichtungen	27.092	23.739

(Quelle: StaLa Berlin)

**Tabelle A 13.3:**  
**Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem BVG-KOF 1991/92 in Berlin**

Ausgaben/ Empfänger	1991	1992
<b>Ausgaben in IDM</b>		
<b>Krankenhilfe (§ 26 b)</b>		
Beihilfen an Beschädigte	149	179
Beihilfen an Hinterbliebene	6 055	8 112
Beihilfen zusammen	6 204	8 291
Darlehen	0	0
<b>insgesamt</b>	<b>6.204</b>	<b>8 291</b>
<b>Hilfe zur Pflege (§ 26 c)</b>		
Beihilfen an Beschädigte	6 993	9 077
davon:		
für häusliche Pflege (einschließlich Pflegegeld)	1 243	1 591
für sonstige Hilfe zur Pflege	5 750	7 486
Beihilfen an Hinterbliebene	48 779	59.193
davon:		
für häusliche Pflege (einschließlich Pflegegeld)	8 554	11 353
für sonstige Hilfe zur Pflege	40 225	47 840
Beihilfen zusammen	55 772	68 270
Darlehen	0	5
<b>insgesamt</b>	<b>55.772</b>	<b>68 275</b>
<b>Empfänger</b>		
<b>Krankenhilfe (§ 26 b)</b> (einmalige Leistung im Laufe des Berichtsjahres)	<b>157</b>	<b>132</b>
<b>Hilfe zur Pflege (§ 26 c)</b> am Ende des Berichtsjahres	<b>367</b>	<b>170</b>
<b>Hilfe zur Pflege (§ 26 c)</b> im Laufe des Berichtsjahres		
Beihilfen		
für häusliche Pflege (einschließlich Pflegegeld)	1 270	1 345
für sonstige Hilfe zur Pflege	1 156	1 297
<b>insgesamt</b>	<b>2.426</b>	<b>2.642</b>

(Quelle: SenSoz)

**Tabelle A 13.4:**  
**Pflegeelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge nach dem PflegeG Berlin 1992**

Pflegeelder an/ Sachleistungen/ RV-Beiträge	Bezirke		Berlin insgesamt
	SOZ	JUG	
<b>Im Jahr 1991</b>			
	Aufwand in Mio. DM		
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>
<b>Im Jahr 1992</b>			
Pflegegeld an:			
- Hilflose	132.406	29.026	161.432
- Zivilblinde	41,869	2,363	44.232
Sachleistungen	1.049	0.040	1.089
RV-Beiträge	1,320	1,076	2.396
<b>zusammen</b>	<b>176.644</b>	<b>32.505</b>	<b>209,149</b>
<b>Im Jahr 1993</b>			
Pflegegeld an:			
- Hilflose	126,716	27.044	153.760
- Zivilblinde	45.933	2,687	48.620
Sachleistungen	1.397	1.362	2.759
RV-Beiträge	0.604	0.022	0,626
<b>zusammen</b>	<b>174.650</b>	<b>31.115</b>	<b>205,765</b>

(Quelle: SenSoz)

**ANHANG**

## 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 Fachinformationssysteme,  
Mader:  
Die Jugendzahnpflege 1986.  
Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West). 1988
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:  
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes. 1988
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:  
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungs-  
pflichtiger Beschäftigung.  
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)  
Dezember 1988
11. Baum, Christiane  
Koch-Malunat, Norbert  
Seeger, Michael:  
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und  
Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte  
der Bundesrepublik Januar 1989
12. Becker, Barbara  
Kramer, Ramona  
Meinschmidt, Gerhard:  
Zur subjektiven Morbidität der Berliner  
Bevölkerung September 1989.
13. Liedtke, Dieter  
Wanjura, Marlies:  
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).  
November 1989.
14. Haecker, Gero  
Kirschner, Wolf  
Meinschmidt, Gerhard:  
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“  
in Berlin (West). April 1990.
15. Koch-Malunat, Norbert  
Klausing, Michael:  
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen  
1987 in Berlin (West) Juni 1990.
16. Kiss, Anita:  
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen  
1988/89 in Berlin(West).  
Februar 1992.

- 17 Kirschner, Wolf  
Radoschewski, Michael:  
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.  
Januar 1993
- 18 Hermann, Sabine  
Imme, Uwe  
Meinlschmidt, Gerhard:  
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.  
- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse - Januar 1993
- 19 Thielke, Henning  
Meusel, Katharina:  
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern  
Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost. März 1994
- 20 Koch-Malunat, Norbert:  
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -. März 1994.
- 21 Radoschewski, Michael  
Kirschner, Wolf  
Kirschner, Renate  
Heydt, Kerstin:  
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin Juli 1994

**Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:**

Hermann, Sabine  
Meinlschmidt, Gerhard:  
Eine repräsentative Erhebung zur 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.

## Zuordnung ausgewählter Merkmale des AGLMB-Indikatorensatzes

zu den entsprechenden Kapiteln des Jahresgesundheitsberichtes 1993

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 1.15	x	x	
Bevölkerung 1992, Vorausberechnung für die Jahre 2000 und 2010	2.2	1.1	A 1.17			
Bevölkerung in Privathaushalten	2.5	1.2	A 1.19	x	x	
generatives Verhalten	2.6	1.1	A 1.14	x	x	
Nettoreproduktionsrate	2.7	1.1				x
HiLu-Empfänger	2.8	1.2	A 1.20	x	x	
Zahl der Ehescheidungen	2.11	1.1	A 1.12	x		x
Wohngeldempfänger	2.13	1.2	A 1.21		x	
Wohnfläche	2.14	1.2	A 1.18		x	
Wanderungen je 10 000 E	2.15	1.1	A 1.9	x	x	
Volks- und Hauptschulabschluss	2.16	1.2	A 1.22		x	
Hochschul- bzw. Fachschulabschluss	2.17	1.2	A 1.22		x	
Ausländer	2.18	1.1	A 1.11	x	x	
<b>GESUNDHEITZUSTAND</b>						
<b>Mortalität</b>						
- geschlechtsspezifisch	3.1	3.1	A 3.1	x	x	
- Alter und Geschlecht	3.2	3.1	A 3.2 A 3.3	x	x	
Sterbefälle in Bezirken	3.3	3.1	A 3.4, A 3.5		x	
Säuglingssterblichkeit	3.4	3.1.4	A 3.20	x	x	
- nach Bezirken	3.5	3.1.4	A 3.22	x	x	
perinatale Sterblichkeit	3.6	3.1.4	A 3.24-26		x	
geschlechtsspezifische Lebenserwartung	3.7	1.1	A 1.16		x	
Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen	3.8-3.10	3.1.2	A 3.8-11	x	x	
häufigste Todesursachen nach Altersgruppen	3.11	3.1.2	A 3.12-13		x	
vermeidbare Sterbefälle	3.12-3.13	3.1.3	A 3.18-19	x	x	
<b>Morbidität</b>						
Neuerkrankungen an offener Tb	3.14-3.15	3.2.1.1	A 3.33-34	x	x	
Aids / HIV	3.16-3.17	3.2.1.3	A 3.39			x
		3.3.2			x	
häufige anerkannte Berufskrankheiten	3.27	3.2.3	A 3.43		x	
Straßenverkehrsunfälle	3.33-3.36	3.2.2	A 3.40-42	x	x	
Fehlbildungen bei Lebendgeborenen	3.37	2.3	A 2.11-12		x	
Untergewicht bei Neugeborenen	3.38	2.2	A 2.7			
Behinderungen	3.40-3.43	3.2.4	A 3.44-45			x
		3.3.3.5				
<b>GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN</b>						
Inanspruchnahme von Schwangerenuntersuchungen	4.1-4.2	4.1.2.1	A 4.3			
Früherkennungsuntersuchungen bei Schulanfängern	4.3	4.1.3.3	A 4.12			x
Krebsvorsorge, Geschwulstberatung, Gesundenuntersuchung	4.5-4.6, 4.9	4.2.5	A 4.12-13			
Impfungen	4.7-4.8	4.1.5				
Selbsthilfegruppen		4.3		x		
<b>GESUNDHEITSRISIKEN aus UMWELT</b>						
Schadstoffe und Strahlungen	5.4-5.7	5.1, 5.2.1		x		x
Luftbelastungen	5.8-5.11	5.1.1				x



Trinkwasser	5 12-5 13	5 1 1		x	x
Muttermilchbelastungen (Hg und Cd)	5 16-5 17	5 1 1			x
<b>EINRICHTUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS</b>					
KV - Ärzte. Versorgungsgrad	6.1-6.2	7.1	7.1-3	x	x
Polikliniken, Ambulanzen	6.3	9.2			
Dialyseeinrichtungen	6.4	10.6.5		x	x
Rettungsdienst	6.5-6.6	10.6.2	A 10.17	x	x
Heilpraktiker	6.7	11.1.3	11.7, A 11.5		x
Psychotherapeuten/-innen	6.8	11.1.3	11.7, A 11.5		x
Krankengymnasten, Masseur	6.9	11.1.3	11.7, A 11.5		x
Allgemeinkrankenhäuser	6.11	10.3	A 10.3	x	x
Verteilung der Krankenhausangebote	6.12	10.2-3			x
Fachabteilungen in Krankenhäusern	6.13	10.3	A 10.1-2	x	x
Tageskliniken	6.14	8.8			
Sozialstationen	6.16	8.1		x	x
ambulante Pflegedienste	6.18	8.1			
Gesundheitsämter	6.19	11.1.4		x	x
Apotheken	6.21	6.1, 11.1.5	A 6.1	x	x
Medizinische Großgeräte	6.22	10.6.4	10.4	x	x
<b>INANSPRUCHNAHME VON LEISTUNGEN</b>					
Selbsthilfegruppen	7.1	4.3			
SMD / Schwangerenberatung	7.2-7.4	4.1.2	4.2, A 4.1-2, A 4.4	x	
JGD	7.5-7.6	4.1.3	A 4.5-8	x	x
Zahnprophylaxe, DMF-I-Index	7.8-7.10	4.1.4	A 4.9		x
Krankenhausbehandlung: Patienten, Pflegetage	7.15-7.16	10.3	A 10.5-7	x	x
Globalindikatoren stat. Krankenhausversorgung	7.17-7.18	10.3	A 10.9	x	x
häusliche Pflege. ambulante Altenversorgung	7.23-7.25	8	A 8.1		
<b>BESCHÄFTIGTE IM GESUNDHEITSWESEN</b>					
Ärzte und Zahnärzte	8.1-8.6	11.1.1-2	11.1-3, A 11.1-4	x	x
Personal in Apotheken	8.7	11.1.5	11.9	x	x
Krankenpflegeberufe	8.8	11.1.3	11.4	x	x
medizinisch-therapeutisches Personal	8.9-8.10	11.1.3	11.6-7	x	x
Hebammen	8.11	11.1.3	11.5		x
Fachpersonal in Gesundheitsämtern	8.12	11.1.4	11.8	x	x
<b>AUSBILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN</b>					
abgelegte Prüfungen, nichtärztliches Personal	9.1	11.2.1	11.11		x
erteilte Approbationen	9.3	11.2.1	11.10	x	x
<b>AUSGABEN UND FINANZIERUNG</b>					
Ausgaben GKV	10.2	12.6	A 12.2		x
Entwicklung der Ausgaben der GKV	10.5	12.6			x
Entwicklung der Ausgaben für HiLU	10.6	13		x	x
Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung	10.7	12.4	A 12.3-7		x
Versichertenstruktur der Kassenarten	10.8	12.4	A 12.1		x
Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten	10.9	12	A 12.6		x
Beitragsentwicklung/Grundlohnsumme	10.10	12.5		x	x
Zuwachs Leistungsausgaben u Grundlohnsumme	10.11	12.6			x
Grundlohnsumme	10.14-16	12.5			
<b>KOSIEN</b>					
Krankenhauskosten	11.3-11.4	10.5		x	x

