

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin  
der Medizinischen Fakultät Charité-Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Staatliche Beeinflussung des Krankenstandes?  
Eine Untersuchung der Krankenschreibungspraxis eines frei praktizierenden Arztes in  
Ost-Berlin nach Einführung der Ärzteberatungskommissionen in den 1950er Jahren

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ulrike Kubisch  
aus Erfurt

Datum der Promotion: 06.03.2020



MEINER FAMILIE



---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>11</b>
<b>Abkürzungen</b>	<b>13</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>15</b>
<b>Abstract</b>	<b>17</b>
<b>Anmerkungen zur Sprache</b>	<b>19</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>21</b>
1.1 Heranführung . . . . .	21
1.2 Fragestellung der Arbeit . . . . .	27
1.3 Stand der Forschung . . . . .	28
1.4 Quellen . . . . .	35
<b>2 Hintergrund</b>	<b>37</b>
2.1 Ost-Berlin 1950 bis 1961 . . . . .	37
2.2 Das Gesundheitswesen in Ost-Berlin . . . . .	44
2.3 Versicherungsanstalt Berlin (VAB) . . . . .	53
2.3.1 Die Versicherten . . . . .	56
2.3.2 Leistungen der VAB . . . . .	57
2.3.3 Finanzierung der VAB . . . . .	59
2.4 Krankenstand in Ost-Berlin 1952 bis 1962 . . . . .	62
2.4.1 Krankschreibungsdauer . . . . .	67
2.4.2 Maßnahmen zur „Normalisierung“ des Krankenstands . . . . .	68
2.5 Ärzteberatungskommissionen . . . . .	70
2.5.1 Ärzteberatungskommission 1954 . . . . .	70
2.5.2 Betriebs-ÄBK . . . . .	75
2.5.3 ÄBK und Krankenstand . . . . .	77
2.6 Zusammenfassung . . . . .	79
<b>3 Methoden</b>	<b>81</b>
3.1 Die Praxis . . . . .	81
3.2 Die Patientenkartekarten . . . . .	82
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien für die Untersuchung der Patientenkartekarten	86
3.4 Kriterien für die Auswertung der untersuchten Patientenkartekarten . . . . .	86
3.5 Anmerkung zur Auswertung der Patientenkartekarten . . . . .	89

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>91</b>
4.1	Charakteristika des untersuchten Patientenkollektivs . . . . .	91
4.1.1	Geschlechterverteilung . . . . .	92
4.1.2	Wohnort . . . . .	92
4.1.3	Versicherungsstatus . . . . .	92
4.1.4	Alter der Patient*innen . . . . .	93
4.1.5	Verstorbene Patient*innen . . . . .	94
4.1.6	Frühberentete Patient*innen . . . . .	94
4.2	Auswertung Patient*innen im Arbeitsalter . . . . .	95
4.2.1	Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient*innen im Arbeitsalter . . .	95
4.2.2	Erkrankungsgruppen . . . . .	99
4.2.3	Zusammenhang Erkrankungsgruppen und Alter . . . . .	100
4.2.4	Zusammenhang Erkrankungsgruppen und AU-Dauer . . . . .	104
4.2.5	Zusammenhang Erkrankungsgruppen, Alter und ÄBK-Vorstellung . .	107
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>111</b>
5.1	Limitationen . . . . .	122
<b>6</b>	<b>Fazit</b>	<b>123</b>
6.1	Ausblick . . . . .	124
<b>7</b>	<b>Tabellen</b>	<b>125</b>
	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	<b>179</b>
	<b>Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>185</b>
	<b>Lebenslauf</b>	<b>187</b>
	<b>Danksagung</b>	<b>189</b>

---

# Tabellenverzeichnis

3.1	Erkrankungsgruppen <i>Sonstige</i> und dazugehörige Erkrankungen . . . . .	87
4.1	Anzahl Patientenkartekarten . . . . .	91
4.2	Geschlechterverteilung Patient*innen . . . . .	92
4.3	Versicherungsstatus der Patient*innen . . . . .	93
4.4	Alter Patientinnen und Patienten 1957 . . . . .	93
4.5	Alter Patientinnen und Patienten 1958 . . . . .	93
4.6	Alter Patientinnen und Patienten 1960 . . . . .	94
4.7	Alter Patientinnen und Patienten 1961 . . . . .	94
4.8	Anzahl der ausgestellten AUs . . . . .	96
4.9	Dauer der AUs Gesamt . . . . .	97
7.2	Wohnortverteilung der Patient*innen in Bezirken der DDR . . . . .	125
7.1	Wohnortverteilung der Patient*innen in Berlin . . . . .	126
7.3	Verstorbene Patientinnen . . . . .	127
7.4	Verstorbene Patienten . . . . .	127
7.5	Frühberentete Patientinnen . . . . .	128
7.6	Frühberentete Patienten . . . . .	129
7.7	Patientinnen 1957: Dauer der AU . . . . .	130
7.8	Patientinnen 1958: Dauer der AU . . . . .	130
7.9	Patientinnen 1960: Dauer der AU . . . . .	130
7.10	Patientinnen 1961: Dauer der AU . . . . .	131
7.11	Patienten 1957: Dauer der AU . . . . .	131
7.12	Patienten 1958: Dauer der AU . . . . .	131
7.13	Patienten 1960: Dauer der AU . . . . .	132
7.14	Patienten 1961: Dauer der AU . . . . .	132
7.15	Patientinnen 1957: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	133
7.16	Patientinnen 1958: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	133
7.17	Patientinnen 1960: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	133
7.18	Patientinnen 1961: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	133
7.19	Patienten 1957: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	134
7.20	Patienten 1958: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	134
7.21	Patienten 1960: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	134
7.22	Patienten 1961: Alter bei AU (in Jahren) . . . . .	134
7.23	Patientinnen 1957: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt? . . . . .	135
7.24	Patientinnen 1957: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK? . . . . .	135
7.25	Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung . . . . .	135
7.26	Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt . . . . .	136
7.27	Patientinnen 1958: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt? . . . . .	137

7.28	Patientinnen 1958: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	137
7.29	Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	137
7.30	Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	138
7.31	Patientinnen 1960: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	139
7.32	Patientinnen 1960: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	139
7.33	Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	139
7.34	Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	140
7.35	Patientinnen 1961: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	141
7.36	Patientinnen 1961: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	141
7.37	Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	141
7.38	Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	142
7.39	Patienten 1957: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	143
7.40	Patienten 1957: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	143
7.41	Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	143
7.42	Patienten 1957: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	144
7.43	Patienten 1958: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	145
7.44	Patienten 1958: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	145
7.45	Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	145
7.46	Patienten 1958: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	146
7.47	Patienten 1960: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	147
7.48	Patienten 1960: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	147
7.49	Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	147
7.50	Patienten 1960: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	148
7.51	Patienten 1961: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?	149
7.52	Patienten 1961: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?	149
7.53	Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung	149
7.54	Patienten 1961: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt	150
7.55	Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	151
7.56	Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	152
7.57	Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	153
7.58	Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	154
7.59	Patientinnen 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	155
7.59	Fortsetzung: Patientinnen 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	156
7.60	Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	157
7.61	Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	158
7.62	Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	159
7.63	Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)	160
7.64	Patienten 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	161
7.65	Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	162
7.65	Fortsetzung: Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	163
7.66	Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	164
7.66	Fortsetzung: Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	165
7.67	Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	166
7.67	Fortsetzung: Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	167
7.68	Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	168
7.69	Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	169
7.69	Fortsetzung: Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)	170



---

7.70	Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen) . . . . .	171
7.71	Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen) . . . . .	172
7.72	Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen) . . . . .	173
7.73	Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961 . . . . .	174
7.73	Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961 . . .	175
7.73	Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961 . . .	176
7.73	Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961 . . .	177
7.73	Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961 . . .	178



---

# Abbildungsverzeichnis

2.1	Bevölkerungsentwicklung Berlin 1950 bis 1961 . . . . .	42
2.2	Ausgaben im Haushalt des Magistrats von Ost-Berlin für stationäre und ambulante Einrichtungen (in Tausend DM (Ost)) . . . . .	48
2.3	Gesamteinnahmen und Ausgaben im Haushalt des Magistrats von Ost-Berlin (in Mio. DM (Ost)) . . . . .	49
2.4	Einnahmen und Ausgaben der SV (in Mio. DM (Ost)) . . . . .	60
2.5	Ausgaben der SV für gesundheitliche Leistungen (in Tausend DM (Ost)) . . . . .	61
2.6	Krankenstand in Ost- Berlin und DDR 1950 bis 1961 . . . . .	64
2.7	Durchschnittliche Krankschreibungsdauer pro Fall in Ost-Berlin 1950 bis 1961 . . . . .	68
3.1	Patientenkarteikarte Vorderseite . . . . .	85
3.2	Patientenkarteikarte Rückseite . . . . .	85
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien Patientenkarteikarten . . . . .	90



## Abkürzungsverzeichnis

<b>A.d.V.</b>	Anmerkung der Verfasserin
<b>AU</b>	Arbeitsunfähigkeit
<b>ÄBK</b>	Ärzteberatungskommission
<b>ÄBK<sub>en</sub></b>	Ärzteberatungskommissionen
<b>BÄBK</b>	Betriebs-Ärzteberatungskommission
<b>BÄR</b>	Berliner Ärztliche Rundschau
<b>BRD</b>	Bundesrepublik Deutschland
<b>BVG</b>	Berliner Verkehrsbetriebe
<b>CDU</b>	Christlich Demokratische Union Deutschlands
<b>DBD</b>	Demokratische Bauernpartei Deutschlands
<b>DDR</b>	Deutsche Demokratische Republik
<b>DVA</b>	Deutsche Versicherungsanstalt
<b>FDGB</b>	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
<b>ISH</b>	Internationale der Seeleute und Hafenarbeiter
<b>KPD</b>	Kommunistische Partei Deutschlands
<b>LDPD</b>	Liberal-Demokratische Partei Deutschlands
<b>Mio</b>	Millionen
<b>ND</b>	Neues Deutschland
<b>NDPD</b>	National-Demokratische Partei Deutschlands
<b>NSDÄB</b>	Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund
<b>PB</b>	Politbüro
<b>Pkat</b>	Patientenkarteikarten
<b>SBZ</b>	Sowjetische Besatzungszone
<b>SDA</b>	Sozialdemokratische Aktion
<b>SED</b>	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
<b>SPD</b>	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
<b>StVV</b>	Stadtverordnetenversammlung
<b>SV</b>	Sozialversicherung
<b>SVAA</b>	Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten
<b>USPD</b>	Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands
<b>VAB</b>	Versicherungsanstalt Berlin
<b>ZK</b>	Zentralkomitee



## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit dem Anstieg des Krankenstandes in Ost-Berlin und der Deutschen Demokratischen Republik überstiegen 1952 erstmals die Ausgaben des Gesundheitswesens dessen Einnahmen; gleichzeitig verursachte der Ausfall von Arbeitskräften ökonomische Verluste. In Ost-Berlin wurden ab 1954 Ärzteberatungskommissionen (ÄBKs) eingesetzt, um einerseits die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und andererseits die Krankschreibungspraxis von Ärzt\*innen zu kontrollieren. Diesen Kommissionen mussten bis 1958 alle Patient\*innen mit einer Krankschreibungsdauer  $\geq 11$  Tage vorgestellt werden.

**Ziel der Arbeit:** Durch die Auswertung von Patientenkartekarten konnte, am Fallbeispiel des Ost-Berliner Hausarztes *Georg Bresan*, untersucht werden, inwieweit die ÄBKs Einfluss auf die Krankschreibungspraxis von Ärzten hatten.

**Methoden:** Es wurden alle Patientenkartekarten des Hausarztes *Georg Bresan* erfasst, die Eintragungen zwischen 1. Januar 1957 und 31. Dezember 1958 sowie 1. Januar 1960 und 31. Dezember 1961 hatten. Dabei wurden erhoben: Alter, Geschlecht, Wohnort der Patient\*innen, Grund, Dauer, Häufigkeit einer Krankschreibung und Vorstellung bei einer Ärzteberatungskommission. Maximal fünf Krankschreibungen wurden pro Patient\*in mit Grund und Häufigkeit erhoben. Zur einheitlichen Bezeichnung der Krankschreibungsgründe wurde das *Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik* verwendet.

**Ergebnisse:** Ausgewertet wurden Patientenkartekarten von 1545 Patient\*innen; 961 (62%) waren weiblich. In allen vier Jahren suchten mehr Frauen als Männer die Praxis auf. Bezüglich der Krankschreibung von Patient\*innen im Arbeitsalter (Patientinnen: 15-60 Jahren, Patienten: 15-65 Jahren) zeigte sich folgendes: Die Krankschreibungsquote war bei Patienten höher als bei Patientinnen. Krankschreibungen dauerten 1957/58 und 1960/61 häufiger  $\geq 11$  Tage. 1960/61 war dieser Anteil bei Patientinnen höher als 1957/58. Patient\*innen zwischen 40-60 Jahren bzw. 40-65 Jahren wurden häufiger  $\geq 11$  Tage krankgeschrieben als jüngere Patient\*innen. Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 22$  Tagen gab es häufiger bei Frauen zwischen 25-39 Jahren und bei Männern zwischen 40-65 Jahren. Krankschreibungen  $\geq 22$  Tage führten eher zur ÄBK-Vorstellung als jene mit einer Dauer von 11-21 Tagen. Patient\*innen zwischen 40-60 bzw. 40-65 Jahren wurden öfter einer ÄBK vorgestellt als Patient\*innen anderer Altersgruppen. Ferner wurden Patientinnen dieser Altersgruppe eher einer ÄBK vorgestellt als Patienten; häufigster Vorstellungsgrund bei einer ÄBK waren Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*.

**Zusammenfassung:** Einzelne Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass die ÄBK-Arbeit Einfluss auf die Krankschreibungspraxis von *Georg Bresan* hatte. Das Krankenstandsniveau in Ost-Berlin konnte jedoch, nach offiziellen Statistiken, durch die Einführung der ÄBK-Arbeit nicht gesenkt werden. Stattdessen kam es zu einer Verkürzung der Krankschreibungsdauer bei gleichzeitig steigender Anzahl von Krankschreibungen; diese Entwicklung war im untersuchten Patientenkollektiv nicht nachzuvollziehen. Aspekte, wie die Alters- und Geschlechterstruktur des Patientenkollektivs, hatten vermutlich einen größeren Einfluss auf die Krankschreibungspraxis von *Georg Bresan*.



## Abstract

**Background:** In 1952, increased absence from work due to sick leave (SL) caused the costs of East-Berlin's health care system to exceed its revenues. Also the absenteeism due to SL led to economic losses. In 1954, physician advisory committees (PACs) were introduced to improve the quality of health care and to exert more control over SL certifications; until 1958, all patients with SL of  $\geq 11$  days had to be presented to a PAC.

**Objective:** Taking the practice of East-Berlin General Practitioner *Georg Bresan* as an example, it was evaluated through the analysis of his patient records whether the PACs influenced his issuing of SL certificates.

**Methods:** All patient record cards of *Georg Bresan* that contained entries from Januar 1957 until Dezember 1958 and from Januar 1960 until Dezember 1961 were analyzed concerning the patient's age, sex, place of residence as well as the duration and frequency of SL and PAC-evaluation. For the recording of SL reasons, the *Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik* was used.

**Results:** Patient records of 1545 patients were evaluated; 961 (62%) were female. In all four years, women consulted *Georg Bresan* more frequently than men. Results concerning SL certifications for patients of working age (women 15-60 years, men 15-65 years): The rate of SL certifications was higher among men. SL duration  $\geq 11$  days was common in all years; 1960/61 the proportion of SL  $\geq 11$  days among women was higher than in 1957/58. Patients in working age  $\geq 40$  years more frequently got SL  $\geq 11$  days. SL  $\geq 22$  days was issued mostly to women between 25-39 years and men between 40-65 years. SL  $\geq 22$  days resulted in a PAC-evaluation more often than SL of 11-21 days. Patients in working age  $\geq 40$  years were more frequently evaluated by a PAC whereby women were more frequently evaluated than men. The most common reason for SL in patients who went to a PAC were *Cardiovascular diseases*.

**Conclusions:** Some results of this study suggest that PACs had an influence on the work of *Georg Bresan*. However, aspects like the age and gender distribution of the patient collective may have been more important factors. The overall rate of absence from work due to SL in East-Berlin did not decline after the PACs were introduced; instead, the mean duration of SL showed a decline while the frequency of SL certifications rose - this development could not be seen in this study.



## Anmerkungen zur Sprache

In dieser Arbeit wurde eine geschlechtersensible Sprache angestrebt; in diesem Sinne wurde die Form des Gender-Sterns (z. B. Patient\*innen) verwendet. Bei zusammengesetzten Wörtern wurde allerdings zur Verbesserung der Lesbarkeit auf die Verwendung des Gender-Sterns verzichtet (z. B. Patientenkartekarte wird nicht zu Patient\*innenkartekarte). Namen von *Personen* sowie, im zweiten Teil der Arbeit (Methoden, Ergebnisse, Diskussion), Bezeichnungen von *Erkrankungen* wurden im Text kursiv gedruckt.



---

# 1 Einleitung

## 1.1 Heranführung

Im Jahr 1952 überstiegen erstmals die Ausgaben für das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) die Einnahmen der Sozialversicherung (SV). Durch den Anstieg des Krankenstandes mussten mehr Lohnausgleichszahlungen und Krankengeldleistungen ausgezahlt werden als erwartet, bei gleichzeitig geringeren Einnahmen für die SV und wirtschaftlichen Produktionseinbußen.<sup>1</sup>

Die Ursachen für diese Entwicklung waren vielfältig und wurden öffentlich diskutiert. Sehr deutlich mit Bezug auf die Verantwortlichen für den hohen Krankenstand wurde die Tribüne, Tageszeitung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB), in einem Artikel vom September 1952.<sup>2</sup> Anhand von Leserzuschriften wollten die Herausgeber\*innen namentlicher Beispiele die „leichtsinnige, ja geradezu unverantwortliche“ Krankschreibungspraxis frei praktizierender Ärzt\*innen aufzeigen und behaupteten, dass diese Ärzt\*innen „jedes Verantwortungsbewusstsein“ fehlen lassen würden. In der Zeitung Neue Zeit<sup>3</sup> erschien ebenfalls im September 1952 ein Artikel, welcher die Ursachen des hohen Krankenstandes etwas differenzierter betrachtete. Laut Verfasser\*in bestand eine Ursache in dem „noch immer ungenügenden Gesundheitsschutz in den Betrieben“.<sup>4</sup> Außerdem würde durch Zahlung von Krankengeld und Lohnausgleich auch ein „Schwänzen“ von der Arbeit „ohne finanzielle Verluste“ ermöglicht. Gestützt wurde diese Behauptung dadurch, dass Nachuntersuchungen eben solcher „Patienten“ keinen Grund für eine Krankschreibung ergeben hätten. Der Artikel schließt dementsprechend mit der Forderung „die Arbeit des beratungsärztlichen Dienstes völlig umzuwandeln und operativer zu gestalten“.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>In einem internen Schreiben des Referats Statistik der Abteilung Gesundheitswesen des Magistrats von Groß-Berlin ging dieses für Berlin bei einer Krankenstandserhöhung von 1% von einem gesamtwirtschaftlichen Verlust von 40 Millionen DM (Ost) aus. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen (Referat Statistik). „Statistische Betrachtungen zum Krankenstand“. In: *LAB, C Rep 118, Nr. 509* (1955), S. 2–10, S. 10.

<sup>2</sup>O.V. „Schluss mit den Gefälligkeitsakten! Mangelndes Verantwortungsbewusstsein einiger frei praktizierender Ärzte“. In: *Tribüne* 8. Jahrgang, Nr. 211 (11. September 1952). Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>3</sup>Tageszeitung der Christlich Demokratischen Union Deutschland (DDR).

<sup>4</sup>O.V. „Bummelanten unerwünscht“. In: *Neue Zeit* 8. Jahrgang, Nr. 227 (28. September 1952), S. 7. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>5</sup>Mit der Forderung nach einer operativen Gestaltung des beratungsärztlichen Dienstes war wahrscheinlich dessen engere Anbindung an die Betriebe gemeint, dadurch könnte laut Verfasser\*in „an Ort und Stelle in Verbindung mit den Räten und Bevollmächtigten der Sozialversicherung den Erkrankten die beste Behandlung zuteil werden“.O.V., „Bummelanten“.

In der Berliner Zeitung wurde im September des selben Jahres ein kurzer Artikel veröffentlicht, der sich, unter Bezug auf den Vorsitzenden der SV, *Adolf Deter*<sup>6</sup>, ebenfalls mit dem Thema des hohen Krankenstandes auseinandersetzte. Auch hier wurden zuerst Arbeiter\*innen und Angestellte in Schutz genommen, welche „in den ersten Jahren des Aufbaus das Letzte ihrer Kräfte hingaben und sich heute eine Zeit der Erholung verdient“ hätten.<sup>7</sup> Nach Meinung des\*r unbekanntem Autors/ Autorin lag jedoch darin nicht die Ursache für den hohen Krankenstand begründet. Dieser sei vor allem durch „ein gewisses Bummelantentum, das sich bei einigen Arbeitern und Angestellten eingeschlichen“ habe, die glaubten, „auf Kosten der Versicherungsgelder ihrer Kollegen 'Krankfeiern' zu können“. Der Artikel schloss mit der Aufforderung an die Ärzteschaft, „jede unberechtigt herangetragene Forderung zum Krankschreiben konsequent abzuweisen“. Der Direktor der SV, *Paul Peschke*<sup>8</sup>, benannte in seinem Artikel „156 Millionen verlorene Arbeitsstunden“ im Neuen Deutschland im November 1952 ähnliche Gründe für den hohen Krankenstand.<sup>9</sup> Er unterstellte einer kleinen Anzahl von Arbeiter\*innen in der DDR eine schlechte Arbeitsmoral, wodurch „sich ein verhältnismäßig geringer Teil der Werktätigen, auf Kosten der fortschrittlichen (...) Mehrheit zusätzlich Urlaub“ verschaffen würde. Als Verantwortliche, die dieses „Bummelantentum“ möglich machten, sah *Peschke* frei praktizierende Ärzt\*innen. Seiner Meinung nach umgingen „solche Bummelanten geflissentlich ihren Betriebsarzt und erreich(t)en ihr Ziel dann bei einem ihnen empfohlenen frei praktizierenden Arzt“. Dieser käme dann „dem Treiben

---

<sup>6</sup>*Adolf Deter*, geb. 23.06.1900 in Czarnków, Polen, gest. 14.11.1969 in Berlin; ausgebildeter Schlosser; seit 1918 Mitglied der Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands (USPD); seit 1920 Mitglied der Kommunistische Partei Deutschlands (KPD); 1925-1929 Bezirks- und Stadtverordneter in Berlin; Herbst 1933 Emigration nach Dänemark; 1933-37 Mitglied der KPD-Leitung in Dänemark; 1936-38 Bezirkssekretär der Internationale der Seeleute und Hafentarbeiter (ISH) in Paris; 1939-41 Haft in französischen Internierungslagern; ab Oktober 1941 in den USA; Dezember 1946 Rückkehr nach Deutschland; Mitglied des SED-Landesverband Groß-Berlin; 1949-51 erster Vorsitzender des FDGB-Landesverband Groß-Berlin; 1951-54 Sekretär des FDGB-Bundesverband, verantwortlich für Sozialpolitik; Vorsitzender des Zentralrats der Sozialversicherung; 1954-62 Mitarbeiter und 1958-65 Sekretär des Ausschuss für Deutsche Einheit; seit 1963 Mitglied des Friedensrats der DDR. <https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/wer-war-wer-in-der-ddr-23633B-1424.html>. letzter Zugriff 29.11.2018.

<sup>7</sup>O.V. „Zu hoher Krankenstand“. In: *Berliner Zeitung* 8. Jahrgang, Ausgabe 212 (11. September 1952), S. 5. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>8</sup>*Paul Peschke* geb. 03.12.1890 in Berlin, gest. 04.12.1983 in Berlin; Gürtlerlehre; Maschinenschlosser; 1912 SPD; 1916 USPD; 1920 KPD; 1921 KPD-Bezirks-Leiter Berlin; 1923 militärpolitischer Instrukteur der KPD; 1926 hauptamtliche Parteiarbeit; ab Januar 1933 Mitarbeiter der Roten Gewerkschaftsinternationale in Moskau; 1936/37 Redaktion der Deutschen Volkszeitung in Prag; als Leiter der KPD-Abschnittsleitung Mitte verhaftet; Ausbürgerung 31.08.1938; 1939 Flucht nach Schweden, Internierung; ab Sommer 1943 Arbeit als Werkzeugmacher; 1946 Rückkehr nach Deutschland (SBZ); 1946-49 Vorsitzender der IG Metall; 1947-55 Mitglied des FDGB-Bundesvorstands; 1949/50 Staatssekretär im Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen; 1951-54 Direktor der Sozialversicherung; 1953 suspendiert; 1954/55 Sektorenleiter beim FDGB-Bundesvorstand; ab 1955 ehrenamtliche Funktionen im FDGB; ab 1960 Mitherausgeber der Sozialistischen Briefe. <https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/wer-war-wer-in-der-ddr-23633B-1424.html>. letzter Zugriff 04.08.2019.

<sup>9</sup>Paul Peschke. „156 Millionen verlorene Arbeitsstunden. Wie die Mittel der Sozialversicherung mißbraucht werden und wie unsere Volkswirtschaft dadurch geschädigt wird“. In: *Neues Deutschland* 7. Jahrgang, Nr. 259 (2. November 1952), S. 3. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

solcher Bummelanten willfährig“ entgegen. Grundlage seiner Darstellungen waren Überprüfungen von Krankschreibungen in mehreren Groß- und Kleinbetrieben durch Vertrags- bzw. Betriebsärzt\*innen und Polikliniken, nach denen zwischen 50% und 85% der Krankgeschriebenen voll arbeitsfähig gewesen seien. Eine klare Forderung nach Maßnahmen zur Veränderung dieses Systems stellte *Peschke* an das Gesundheitsministerium: „Man kann leider nicht davon sprechen, dass unser Gesundheitsministerium auch nur die geringste Initiative zeigt, um dieser Entwicklung entgegen zu steuern, auch nicht trotz mancher öffentlicher kritischer Mahnungen des Bundesvorstandes des FDGB und des Zentralrates der Sozialversicherung.“ Er schlug daher vor, die Krankschreibungen von Arbeiter\*innen und Angestellten einer „organisierten demokratischen Kontrolle“ zu unterstellen, mit dem Ziel, einen „realen Krankenstand“ zu erhalten. Bezugnehmend auf den Artikel von *Paul Peschke* schrieb *Luitpold Steidle*<sup>10</sup>, Minister für das Gesundheitswesen der DDR, im Dezember 1952 einen Artikel in der *Neuen Zeit*, worin er sich mit möglichen Maßnahmen zur Normalisierung des Krankenstandes auseinandersetzte.<sup>11</sup> Deutlich lehnte es *Steidle* ab „die Verantwortung für den hohen Krankenstand ausschließlich auf diese (die Ärzteschaft, A.d.V.) allein abzuwälzen“. Vielmehr forderte er eine engere Zusammenarbeit von Betriebs- und frei praktizierenden Ärzt\*innen, Fachärzt\*innen, Werksleitungen und Betriebsgewerkschaften mit der Sozialversicherung. Dadurch sollte u.a. der Gesundheits- und Arbeitsschutz in den Betrieben verbessert sowie der Ausbau von vorbeugenden Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Arbeiter\*innen und Angestellten erreicht werden.

Vor dem Hintergrund dieser Diskussionen nahmen ab Mitte des Jahres 1953 auf dem Gebiet der DDR<sup>12</sup> und ab März 1954<sup>13</sup> in Ost-Berlin durch die „Anordnung über die Organisation

<sup>10</sup>*Luitpold Steidle*, geb. 12.03.1898 in Ulm, gest. 27.7.1984 in Weimar; Geb. in Ulm; 1915-18 Kriegsdienst; 1919 Studium der Landwirtschafts-Wissenschaft an der Universität München; 1919-21 Ausbildung zum Landwirt; zwischen 1922-33 an verschiedenen Orten erst Landwirt, dann Gutsinspektor, zuletzt Gestütsinspektor; 01.05.1933 NSDAP; 1933/34 arbeitslos; 1934 Versicherungsagent; Ende 1934 Reaktivierung als Reichswehr-Offizier; 1943 in Stalingrad in sowjetische Kriegsgefangenschaft; bis 1945 Frontbevollmächtigter des Nationalkomitees Freies Deutschland; 1943 von einem NS-Gericht zum Tode verurteilt; 1945 Rückkehr nach Deutschland; 1945 FDGB; 1945-48 Vizepräsident der Deutschen Verwaltung für Land- und Forstwirtschaft; 1946 CDU; 1948/49 stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Wirtschaftskommission; 1949/50 Abgeordneter der Provisorischen Volkskammer und Minister für Arbeit und Gesundheitswesen; 1950-84 Mitglied (später: Präsident) des Politischen Ausschuss des Hauptvorstandes der CDU; 1950-71 Abgeordneter der Volkskammer; 1950-58 Minister für Gesundheitswesen; 1959/60 wissenschaftlicher Berater im Ministerium des Inneren; 1960-69 Oberbürgermeister der Stadt Weimar; 1969 Rentner. <https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/wer-war-wer-in-der-ddr-23633B-1424.html>. letzter Zugriff 04.08.2019.

<sup>11</sup>Luitpold Steidle. „Maßnahmen zur Normalisierung des Krankenstandes“. In: *Neue Zeit* 8. Jahrgang, Nr. 293 (16. Dezember 1952), S. 3. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>12</sup>Regierungskanzlei der Deutschen Demokratischen Republik (Hg.) „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung und Arbeitsfähigkeit“. In: *Zentralblatt Nr. 21* (13. Juni 1953), S. 268–270.

<sup>13</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 16. Jahrgang, Teil I, Nr. 10 (16. März 1954), S. 108–110.

und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ sogenannte ÄBKs ihre Arbeit auf (vgl. Kapitel 2.5).<sup>14</sup> Bestehend aus zwei bis drei Ärzt\*innen<sup>15</sup> sollten „die Ärzte bei der Krankenbehandlung durch die Ärzteberatungskommissionen unterstützt werden und die Qualität der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehoben“ werden.<sup>16</sup> In der Präambel beider Anordnungen (DDR und Ost-Berlin) wurde die Einführung der ÄBKs folgendermaßen begründet: „Die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung und die damit verbundene wesentliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Werktätigen hat zu einer Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung der DDR geführt. Die Höhe des heutigen Krankenstandes in den Betrieben steht aber nicht im Einklang mit diesen Tatsachen. Daraus geht hervor, daß Mängel in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Werktätigen und in der Erteilung von Arbeitsbefreiungen vorhanden sind“.<sup>17</sup> Die Anordnung sah vor, dass einer Ärzteberatungskommission (ÄBK) alle Patient\*innen vorgestellt werden sollten, die  $\geq 11$  Tage von ihrem behandelnden Arzt krankgeschrieben wurden. In einem Merkblatt über die Aufgaben der ÄBK vom 1. Oktober 1953 hieß es außerdem: „Die Ärzte der ÄBK lassen allen Kranken aufgrund gemeinschaftlicher Begutachtung besten ärztlichen Rat und schnelle Hilfe angedeihen. Sie unterstützen gegebenenfalls auch den behandelnden Arzt durch Vorschläge für Änderung oder Erweiterung des aufgestellten Heilplans.“<sup>18</sup> Somit war durch die Einführung der ÄBK-Arbeit ein Instrument geschaffen worden, dass sowohl die krankschreibenden Ärzt\*innen als auch deren Patient\*innen kontrollieren sollte.

In einem „Kurzreferat über die Tätigkeit der Ärzteberatungskommissionen im demokratischen Sektor von Berlin (1956)“<sup>19</sup>, verfasst durch den Leiter der Berliner Ärzteberatungskommissionen, K. Krastel, vom Oktober 1957, zog dieser eine erste positive Bilanz der ÄBK-Arbeit. Er schrieb: „Die Zusammenarbeit der ÄBK'en mit den niedergelassenen Ärzten ist im allgemeinen gut (...). Die Nachuntersuchungen allein auf Arbeitsfähigkeit waren im Monatsdurchschnitt ca. 35.000. Der Durchschnitt der Arbeitsfähigkeitserklärungen betrug (...) 31%

---

<sup>14</sup>Mit Einführung der ÄBK-Arbeit endete die Tätigkeit des für die SV tätigen beratungsärztlichen Dienst.

<sup>15</sup>O.V. „Referat über die Ärzteberatungskommission und den Krankenstand“. In: *BArch DQ 1 3178* (5.12.1958), o.P.

<sup>16</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108.

<sup>17</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108; Regierungskanzlei der Deutschen Demokratischen Republik (Hg.), „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung und Arbeitsfähigkeit“, S. 268.

<sup>18</sup>O.V., „Referat über die Ärzteberatungskommission und den Krankenstand“. In: *BArch DQ 1 3178*.

<sup>19</sup>K. Krastel (Leiter der Ärzteberatungskommission). „Kurzreferat über die Tätigkeit der Ärzteberatungskommissionen im demokratischen Sektor von Berlin (1956)“. In: *LAB, C Rep 118, Nr. 1123* (21. Oktober 1957), S. 1–3.



und entspricht ungefähr den Arbeitsfähigkeitserklärungen des früheren ärztlichen Beratungsdienstes.“<sup>20</sup> Auch konnte erreicht werden, dass die „durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer insgesamt erheblich gesenkt wurde und Ende 1956 noch 25,4 Tage betrug.“<sup>21</sup> *Krastel* mahnte allerdings in seinem Bericht auch an, dass „eine Überlastung der ÄBK'en (...) unter allen Umständen vermieden werden“ müsse und Arbeitsfähigkeitserklärungen nur nach „entsprechende(r) Zeit zur Untersuchung und Beurteilung der einzelnen Krankheitsfälle“ ausgestellt werden dürften.<sup>22</sup> Bereits 1955 hatte der Magistrat von Berlin, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen in einem Schreiben zum „Ausbildungslehrgang der ÄBK-Ärzte“ dargelegt, wie schwierig es sei, „wirklich geeignete Ärzte“ für diese Tätigkeit zu finden.<sup>23</sup> Die Verantwortlichen setzten für die Tätigkeit in einer ÄBK „sozialmedizinische, versicherungsrechtliche Kenntnisse und lange Berufserfahrung, Einfühlungsvermögen und vor allem auch eine gesellschaftliche Haltung voraus, die der Entwicklung unserer (der DDR, A.d.V.) demokratischen Staatsmacht verständnisvoll gegenübersteht.“

Neben der Problematik der personellen Besetzung der einzelnen ÄBK'en, die neben den genannten Anforderungen auch durch den allgemein in Ost-Berlin herrschenden Ärztemangel bedingt war, führte aber auch die Vorstellungspflicht nach  $\geq 11$  Tagen zu einer großen Zahl von Patientenvorstellungen, die von den ÄBK'en nicht bewältigt werden konnten. In einem Referat über die Ärzteberatungskommission und den Krankenstand vom 5. Dezember 1958 wurde dies folgendermaßen dargestellt: „In der Hauptsache waren es die Massenabfertigungen mit zumeist langen Wartezeiten in den Wartezimmern, die den Ärzten der ÄBK, selbst wenn sie es gewollt hätten, jede Möglichkeit einer eingehenden Untersuchung und Beratung nahmen, so dass in vielen Fällen nicht mehr erfolgte bzw. erfolgen konnte als die bekannte Frage des ÄBK-Arztes (...) ab wann (der Patient, A.d.V.) wieder arbeiten wolle.“<sup>24</sup>

Um diese „Missstände“ zu beheben, wurden durch die „Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“<sup>25</sup> die gesetzliche Grundlagen zur ÄBK-Arbeit geändert.<sup>26</sup> Eines der Hauptanliegen in der Änderung der ÄBK-Arbeit war es, die Anzahl der Patient\*innen zu verringern, welche einer ÄBK vorgestellt werden sollten. Hierfür wurden verschiedene Auswahlverfahren auf betrieblicher und ärztlicher Seite etabliert, außerdem entfiel

<sup>20</sup>K. Krastel (Leiter der Ärzteberatungskommission), „Kurzreferat“. In: *C Rep 118, Nr. 1123*, S. 1.

<sup>21</sup>K. Krastel (Leiter der Ärzteberatungskommission), „Kurzreferat“. In: *C Rep 118, Nr. 1123*, S. 2.

Zum Vergleich: 1952 betrug die Arbeitsunfähigkeitsdauer noch 38,7 Tage und 1953 32,1 Tage. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen (Referat Statistik), „Betrachtungen“. In: *C Rep 118, Nr. 509*.

<sup>22</sup>K. Krastel (Leiter der Ärzteberatungskommission), „Kurzreferat“. In: *C Rep 118, Nr. 1123*, S. 2.

<sup>23</sup>Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen. „Referat I für Ausbildungslehrgang der ÄBK-Ärzte“. In: *LAB, C Rep 118, Nr. 509* (1955), S. 2–5, S. 3. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>24</sup>O.V., „Referat über die Ärzteberatungskommission und den Krankenstand“. In: *BArch DQ 1 3178*.

<sup>25</sup>O.V. „Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“. In: *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik* Teil I, Nr. 24 (25. April 1959), S. 320–323; Magistrat von Groß-Berlin. „Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 15. Jahrgang, Teil I, Nr. 34 (10. Juni 1959), S. 478–482.

<sup>26</sup>Am 9. April 1959 trat die „Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“ mit Veröffentlichung im Gesetzblatt der DDR in Kraft. In Ost-Berlin wurde diese Neuregelung erst nach Veröffentlichung im Verordnungsblatt für Groß-Berlin am 1. Juli 1959 gültig.

die Vorstellungspflicht bei der ÄBK nach  $\geq 11$  Tagen Arbeitsunfähigkeit. Stattdessen durften Ärzt\*innen ihre Patient\*innen für sieben Tage und nach erneuter Konsultation weitere sieben Tage krankschreiben. Außerdem wurden die ÄBKs primär den Betrieben zugeordnet, als sogenannte Betriebs-Ärzteberatungskommission (BÄBK) (vgl. zur BÄBK Kapitel 2.5.2). Je nach Betriebsgröße verfügten ein oder mehrere Betriebe über eine eigene BÄBK. Hierdurch erhoffte man sich einerseits ein besseres Verständnis seitens der Ärzt\*innen für die Abläufe und möglichen Gesundheitsrisiken in den Betrieben, andererseits sollte so die Behandlung von Patient\*innen durch die größere Nähe zu den Ärzt\*innen verbessert werden.

Neben der Einführung der ÄBK-Arbeit als Instrument zur Verbesserung der „Qualität der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“<sup>27</sup> und darüber auch zur Senkung des Krankenstandes, gab es in den 1950er Jahren weitere Veränderungen, welche die Art der ambulanten medizinischen Versorgung und damit auch die Arbeit der frei praktizierenden Ärzt\*innen beeinflussen sollte, beispielsweise der Ausbau des Betriebsgesundheitswesens. Auch sollten v.a. staatlich angestellte Ärzt\*innen in Polikliniken und Ambulatorien die ambulante medizinische Versorgung gewährleisten, welche bisher v.a. durch einzeln praktizierende Haus- und Fachärzt\*innen erfolgt war. Trotz des forcierten Aufbaus des staatlichen Gesundheitswesens waren frei praktizierende Ärzt\*innen jedoch auch Ende der 1950er Jahre für die ambulante medizinische Versorgung der Ost-Berliner Bevölkerung unerlässlich. So wurde im „Entwurf des Planes für das Gesundheits- und Sozialwesen im Bereich des Magistrats von Groß-Berlin für die Entwicklung des Gesundheitswesens in den nächsten 7 Jahren“ vom Juni 1959 angegeben, dass die Ost-Berliner Bevölkerung immer noch durch deutlich mehr frei praktizierende Ärzt\*innen (540) versorgt wurden, als von Ärzt\*innen die im staatlichen Gesundheitswesen angestellt waren (229).<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108.

<sup>28</sup>Vgl. Magistrat von Berlin, Oberbürgermeister. „Entwurf eines Planes für das Gesundheits- und Sozialwesen im Bereich des Magistrats von Groß-Berlin für die Entwicklung des Gesundheitswesens in den nächsten 7 Jahren“. In: *LAB, C Rep 101-07, Nr. 5508* (26. Juni 1959), o.P.

Auf die Entwicklung des Gesundheitswesens in Ost-Berlin wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen.

## 1.2 Fragestellung der Arbeit

Vor dem Hintergrund der Einführung der ÄBK-Arbeit als einer staatlichen Reaktion auf den gestiegenen Krankenstand und die damit verbundene Debatte will die vorliegende Arbeit am Fallbeispiel einer Ost-Berliner Hausarztpraxis untersuchen, ob die gesetzlichen Vorgaben zur ÄBK-Arbeit Einfluss auf die Krankschreibungspraxis von Ärzt\*innen genommen haben. Durch Auswertung der Patientenkartekarten der oben genannten Praxis soll, vor dem Hintergrund politischer und rechtlicher Vorgaben, neben der Krankschreibungsdauer auch untersucht werden, inwiefern die Krankschreibungsgründe mit der Dauer der Krankschreibung vereinbar waren. Es soll außerdem ein Vergleich mit offiziellen statistischen Daten aus Ost-Berlin bzw. der DDR vorgenommen werden. Für die Untersuchung wurde der Zeitraum nach Beginn und Etablierung der ÄBK-Arbeit vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1958 und nach der Umstellung zu Betriebs-ÄBKEn vom 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961 gewählt.

## 1.3 Stand der Forschung

In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Themenbereiche, die für den Zeitraum von 1950 bis 1961 relevant waren, im Zusammenhang mit der Frage nach der Bedeutung, die den ÄBKern zukam in der räumlichen Begrenzung von Ost-Berlin betrachtet. Zu diesen Themenbereichen zählen: das Gesundheitswesen in Ost-Berlin und dabei insbesondere auch Ärzt\*innen als Leistungserbringer\*innen, die Sozialversicherung (Versicherungsanstalt Berlin (VAB)) Ost-Berlin, Krankenstand und ÄBK, welche auf Ost-Berlin bezogen betrachtet werden, sowie die politische und soziale Geschichte Ost-Berlins. Durch die thematische Begrenzung auf die Entwicklungen in Ost-Berlin und die Beschränkung auf die genannte Zeitperiode liegen zu bestimmten dieser genannten Themen nur begrenzt bzw. noch gar keine Forschungsarbeiten vor. Im Folgenden werden Forschungsarbeiten vorgestellt, welche zum Teil einen direkten Bezug zu den genannten Themen haben oder für das Verständnis dieser von Bedeutung sind.

Die politische, soziale und wirtschaftliche Entwicklung Berlins zwischen 1945 und 1961 wurde durch zahlreiche Forschungsarbeiten dokumentiert und kommentiert.<sup>29</sup> Sie waren für das Verständnis um die politischen Entwicklungen Berlins nach 1945, welche zur Spaltung der Stadtverwaltung 1948 und der Schließung der Grenzen zwischen Ost- und West-Berlin 1961 führten, essentiell. Eine sehr wichtige Arbeit zur Entwicklung der Gesundheitssysteme in Ost- und West-Berlin unter dem Einfluss der konkurrierenden politischen Systeme zwischen 1945 und 1961 liefert *Melanie Arndt*.<sup>30</sup> Von Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind verschiedene Teile von *Arndts* Arbeit. Dazu zählen jeweils ihre Darstellungen zur Rolle der Ärzt\*innen in Ost- und West-Berlin als Akteur\*innen der jeweiligen Gesundheitspolitik, zur Entstehung der Berliner Einheitssozialversicherung VAB und ihrer späteren Spaltung 1951 in VAB West und VAB Ost, sowie zu den politischen und institutionellen Strukturen des Ost-Berliner Magistrats und der Abteilung Gesundheitswesen. Das Thema der politisch gewollten Abschaffung von frei praktizierenden Ärzt\*innen aus der ambulanten medizinischen Versorgung wird aufgrund der Zielsetzung ihrer Arbeit, von *Arndt* kaum bearbeitet dementsprechend fehlen Angaben zum Anteil von frei praktizierender Ärzt\*innen an der ambulanten medizinischen Versorgung in Ost-Berlin in den 1950er Jahren. Die Darstellungen zur SV nach

---

<sup>29</sup>H. Reichhardt, H. Treuter und A. Lampe, Hrsg. *Berlin - Quellen und Dokumente 1945- 1951*. Bd. 4/1 (Schriftenreihe zur Berliner Zeitgeschichte). Berlin: Heinz Spitzing Verlag, 1964; H. Reichhardt, H. Treuter und A. Lampe, Hrsg. *Berlin - Quellen und Dokumente 1945- 1951*. Bd. 4/2 (Schriftenreihe zur Berliner Zeitgeschichte). Berlin: Heinz Spitzing Verlag, 1964; Hans Herzfeld. *Berlin in der Weltpolitik*. Bd. 38 (Historische Kommission zu Berlin). Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1973; Horst Ulrich, Hrsg. *Berlin-Handbuch: das Lexikon der Bundeshauptstadt*. 1. Auflage. Berlin: FAB Verlag, 1992; Arthur Schlegelmilch. *Hauptstadt im Zonendeutschland: Die Entstehung der Berliner Nachkriegsdemokratie 1945 - 1949*. Haude & Spener, 1993; Margit Roth. *Westliches Konzessionsverhalten in der Ost-West-Auseinandersetzung - Berlin-Frage - Deutschland-Frage - Europäische Sicherheit*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 1993.

<sup>30</sup>Melanie Arndt. *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961*. Köln [u.a.]: Böhlau, 2009.

1951 in Ost-Berlin sind eher kurz und lassen Fragen nach der Organisationsstruktur, der Finanzierung und möglichen Zusammenhängen mit dem Sozialversicherungssystem der DDR in den 1950er Jahren unbeantwortet.

Neben der Arbeit von *Arndt*, welche sich als einzige auch detailliert mit dem Gesundheitswesen Ost-Berlins beschäftigt, gibt es einige Forschungsarbeiten, welche die Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR nachzeichnen. Hierzu zählen u.a. Teil II und III der Reihe „Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitssystems der DDR“, herausgegeben von der *Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V.*<sup>31</sup> Ziel dieser Arbeiten ist es, „anhand von Fakten (...) Zusammenhänge aufzudecken, die eine objektive Sicht auf die Entwicklung des Gesundheitswesens der DDR“ ermöglichen sollen.<sup>32</sup> Dazu nutzten die Autoren archivarische Dokumente aus den Bereichen der Führungsebenen von Partei, Gewerkschaft und Ministerien der DDR. Zum besseren Verständnis ist beiden Bänden zudem eine Einführung in die historischen Rahmenbedingungen vorangestellt, um die Entwicklungen im Gesundheitswesen besser einordnen zu können.

Eine Beurteilung der politischen Zielsetzung des DDR-Gesundheitswesens sowie eine Bewertung von deren Umsetzung liefert *Winfried Süß* in seinem vergleichenden Aufsatz zur Gesundheitspolitik des nationalsozialistischen Deutschlands, der DDR sowie der Bundesrepublik Deutschland (BRD).<sup>33</sup> Anhand von zeitgenössischen Quellen aus dem Bundesarchiv und Publikationen des FDGB kommt *Süß* zu dem Schluss, dass die DDR-Führung „bis in die sechziger Jahre hinein (...), Gesundheitspolitik primär als Mittel, Arbeitskraft und Arbeitsbereitschaft ihrer Bevölkerung zu steigern“ ansah.<sup>34</sup> Er betont aber auch, dass neben der „Gesundheitspflicht“ der Gesundheitsschutz ein ebenso wichtiger Teil der Gesundheitspolitik der DDR war. Als Teil des Gesundheitsschutzes diskutiert *Süß* kritisch die Durchführung präventiver Gesundheitsfürsorge durch das staatliche Gesundheitswesen. Er erkennt aber auch deren Wert bei der Verringerung von Tuberkulose und anderen Infektionserkrankungen sowie der Senkung der Säuglingssterblichkeit nach 1945 und bis in die 1960er Jahre an.<sup>35</sup>

Einblicke in das DDR-Gesundheitswesens sowie die sozialpolitischen Strukturen und Hintergründe in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und späteren Deutsche Demokratische Republik (DDR) ermöglichte der zweite Band aus der Reihe „Handbuch der Geschichte

<sup>31</sup>Horst Spaar und Dietmar Funke. *Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil II: Das Gesundheitswesen zwischen Gründung der DDR und erster Gesellschaftskrise (1949-1953)*. Berlin, 1996; Horst Spaar. *Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil III: Das Gesundheitswesen der DDR zwischen neuem Kurs und Schließung der Staatsgrenze (1953-1961)*. Berlin, 1998.

<sup>32</sup>Spaar und Funke, *Dokumentation Gesundheitswesen, Teil II*, Vorwort.

<sup>33</sup>Winfried Süß. „Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit: NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich“. In: Hrsg. von Hans-Günter Hockerts. München: Oldenbourg, 1998. Kap. Gesundheitspolitik, S. 55–100.

<sup>34</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 60.

<sup>35</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 68.

der Sozialpolitik in Deutschland“.<sup>36</sup> Hier wurde „besonderer Wert (...) auf die Erfassung umfangreichen empirischen Datenmaterials und sämtlicher Gesetzesquellen sowie der relevanten Literatur gelegt“.<sup>37</sup> Dementsprechend liefert das Buch zahlreiche Hintergrundinformationen in Form von Statistiken und Gesetzesgrundlagen u.a. zu den Themen SV, Gesundheitswesen und Krankenstand. Aufgrund der Zielsetzung der Arbeit fehlt es an kritischen Bewertungen z.B. in Bezug auf die Entwicklung des Krankenstandniveaus. Ebenso wird der Kontext von Entscheidungen und Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens und der SV vielfach nur oberflächlich erläutert.

Des Weiteren stellt die Schriftenreihe „Geschichte der Sozialpolitik seit 1945“ eine umfangreiche Forschungsarbeit zur Entwicklung der Sozialpolitik in Ost- und West-Deutschland nach 1945 dar.<sup>38</sup> In Band 8 wird die Sozialpolitik der DDR zwischen 1949 bis 1961 genauer untersucht.<sup>39</sup> Darin enthalten ist ein Beitrag von *Udo Schagen* und *Sabine Schleiermacher* zum Gesundheitssystem der DDR zwischen 1949 und 1961.<sup>40</sup> Unter dem Titel „Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit“ geben sie in ihrem Beitrag eine „Beschreibung der Rahmenbedingungen, der Entscheidungsprozesse sowie der Umsetzung gesundheitspolitischer Zielsetzungen beim weiteren Umbau des Gesundheitswesens“ zwischen 1949 und 1961 und gehen auf die Stellung von Ärzt\*innen im Gesundheitswesen der DDR (siehe unten) sowie den Zusammenhang zwischen dem Krankenstand in der DDR und der Einführung der Ärzteberatungskommissionen (siehe unten) ein.<sup>41</sup>

Eine detaillierte Forschungsarbeit zu frei praktizierenden Ärzt\*innen in der SBZ und späteren DDR wurde von *Gerhardt Naser* verfasst.<sup>42</sup> Durch seine detaillierten Darstellungen und Analysen liefert das Buch eine Fülle von Einblicken in das Verhältnis von niedergelassenen Ärzt\*innen und der SED-Politik sowie den Rechtsstatus von niedergelassenen Ärzt\*innen zwischen 1945 und 1961. Es gelingt *Naser*, die Entwicklungen und Hintergründe zu Entscheidungen der parteipolitischen Führungsebene darzustellen, und dabei den Bezug zu den Auswirkungen dieser Entscheidungen auf einzelne Personen sowie Gruppierungen herzustellen und deren Reaktionen nachzuzeichnen. Ein Bezug zu frei praktizierenden Ärzt\*innen in Ost-Berlin fehlt jedoch in *Nasers* Arbeit.

---

<sup>36</sup>Johannes Frerich und Martin Frey. *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. 2, Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik*. München: Oldenbourg, 1993.

<sup>37</sup>Frerich und Frey, *Handbuch der Geschichte*, Vorwort.

<sup>38</sup>Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Bundesarchiv, Hrsg. *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 1-11*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 2001-2008.

In zehn Bänden wird die Entwicklung der Sozialpolitik in BRD und DDR in verschiedenen Zeitperioden untersucht. Band 1 erläutert zudem den Begriff und die Grundlagen der Sozialpolitik.

<sup>39</sup>Dierk Hoffmann und Michael Schwartz. *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 8, 1949-1961, Deutsche Demokratische Republik: im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus*. Hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesarchiv. Baden-Baden: Nomos Verlag, 2004.

<sup>40</sup>Vgl. Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine in Hoffmann und Schwartz, *Geschichte, Band 8*, S. 390-433.

<sup>41</sup>Vgl. Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine in Hoffmann und Schwartz, *Geschichte, Band 8*, S. 390.

<sup>42</sup>Gerhardt Naser. *Hausärzte in der DDR : Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken?* Bergatreute: Eppe, 2000.

Auf die Situation von frei praktizierenden Ärzt\*innen gehen auch die Autoren im zweiten Teil der „Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitssystems der DDR“ ein.<sup>43</sup> Sie versuchen anhand der Themen Niederlassungsfreiheit bzw. -recht sowie Abrechnung und Honorarvereinbarung zwischen der SV der DDR und den frei praktizierenden Ärzt\*innen in den Jahren 1951 bis 1953, die herrschende ambivalente Politik gegenüber niedergelassenen Ärzt\*innen aufzuzeigen. Auch *Udo Schagen* und *Sabine Schleiermacher* beschäftigen sich in ihrem Artikel „Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit“ mit der „Rolle der Ärzte im Staat“.<sup>44</sup> Bezogen auf die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit kommen die Autor\*innen zu dem Schluss, dass es zwar einerseits „eine Ablösung der (...) traditionell dominierenden, in privaten Einzelpraxen niedergelassenen Ärzte“ durch den Ausbau der staatlichen ambulanten Gesundheitsversorgung gegeben hat, sowie „(die Hürden) zur Eröffnung neuer Praxen (...) kaum zu überwinden (waren)“. Andererseits jedoch wurden „bereits eingerichtete freie Praxen (...) nie grundsätzlich in ihrer Existenz bedroht“.<sup>45</sup>

Eine Forschungsarbeit, die sich mit der „in der SBZ/ DDR und dabei insbesondere mit Hochschullehrern beschäftigt, wurde von *Anna-Sabine Ernst* vorgelegt.<sup>46</sup> *Ernst* untersucht u.a. auch, wie sich das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft als „etablierte(r) soziale(r) Struktur“ sowie „stark bürgerlich geprägte(r) Gruppe“ und der SED mit ihrem „umfassenden Transformationsanspruch“ gestaltete.<sup>47</sup> Dabei streift sie auch einige für die vorliegende Forschungsarbeit relevanten Themen, wie etwa die Entstehung der Ärzteberatungskommission aufgrund des steigenden Krankenstandes oder die Veränderungen im Bereich der Niederlassungsfreiheit.

Anhand der genannten Publikationen wird deutlich, dass bereits einige Forschungsarbeiten zu frei praktizierenden Ärzt\*innen als politisch nicht gewollter Teil des sozialistischen Gesundheitswesens vorliegen. Eine Arbeit zur hausärztlichen Arbeitsweise im Kontext eines auf staatliche Kontrolle, in Form der ÄBKs, ausgelegten Gesundheitswesens liegt bisher nicht vor.

Forschungsarbeiten, die sich mit der Entwicklung der VAB zwischen 1945 und 1961 befassen, liegen nur in begrenztem Umfang vor. Zum einen ist die Arbeit von *Eckart Reidegeld*

<sup>43</sup>Vgl. Spaar und Funke, *Dokumentation Gesundheitswesen, Teil II*, S. 30 ff.

<sup>44</sup>Vgl. Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine in Hoffmann und Schwartz, *Geschichte, Band 8*, S. 423 ff.

<sup>45</sup>Vgl. Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine in Hoffmann und Schwartz, *Geschichte, Band 8*, S. 432.

<sup>46</sup>Anna-Sabine Ernst. *Die Beste Prophylaxe ist der Sozialismus: Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961*. Münster: Waxmann, 1997.

<sup>47</sup>Vgl. Ernst, *Prophylaxe*, S. 2.

Als Beispiel für die erfolgreiche Umsetzung des sogenannten sozialistischen Transformationsanspruchs sieht *Ernst* die zunehmende Verstaatlichung im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung. Dadurch wurden „die Niedergelassenen (...) langfristig nach Plan dezimiert und die ambulante Versorgung in staatlicher Regie in Form von Polikliniken und Ambulatorien organisiert“. vgl. Ernst, *Prophylaxe*, S. 333

zu nennen, der die Besonderheit der Entstehung und Entwicklung einer einheitlichen Sozialversicherung in Berlin zwischen 1945 bis 1949 dargestellt hat.<sup>48</sup> Seine Arbeit bietet Informationen zu politischen Entscheidungen, Personalien und institutionellen Strukturen innerhalb der VAB zwischen 1945 und 1949, jedoch nicht zur VAB (Ost) nach 1949.

Einen Einblick speziell in die finanzielle Entwicklung der VAB (Ost) in den 1950er Jahren bietet hingegen die von *Frank Zschalers* vorgelegte vergleichende Forschungsarbeit zur finanzpolitischen Entwicklung von Ost- und West-Berlin zwischen 1945 und 1961.<sup>49</sup> Aufgrund von *Zschalers* Forschungsschwerpunkt, stellt sie detailliert die Entwicklung der finanziellen Zugehörigkeit der VAB (Ost) dar.<sup>50</sup> In beiden Arbeiten fehlen Darstellungen zum institutionellen Aufbau und Entwicklung der Verwaltung der VAB (Ost) seit 1949.

Eine Forschungsarbeit, welche ein grundlegendes Verständnis für die Entwicklung des DDR-Sozialversicherungssystems zwischen 1945 bis 1956 gibt, hat *Dierk Hoffmann* vorgelegt.<sup>51</sup> *Hoffmann* bildet darin die „Ziele, Ablauf und Ergebnisse (des) Versuches einer neuen Sozialpolitik“<sup>52</sup> ab und stellt vor allem jene sozialpolitischen Entscheidungen dar, die sich auf zentraler politischer Ebene abspielten, u.a. in den Führungsbereichen von SED und FDGB, sowie den bis 1952 existierenden Landesregierungen und den zuständigen Ministerien.

Einen Überblick über die Entwicklung der SV der DDR und ihre Übernahme durch den FDGB liefert auch der dritte Teil der „Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR (1953-1961)“.<sup>53</sup> Die darin enthaltenen Abbildungen zur Organisationsstruktur der SV und späteren Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten (SVAA) sind zum Verständnis der institutionellen Strukturen hilfreich. Beiden Arbeiten fehlt es jedoch an Darstellungen zur Entwicklung der SV in Ost-Berlin zwischen 1945 und 1961.

Einzelne Ausführungen über mögliche Ursachen, die zum Anstieg des Krankenstandes in den 1950er Jahren in der DDR und Ost-Berlin führten sowie zu den politisch ergriffenen Gegenmaßnahmen, wie etwa die Einführung der ÄBK-Arbeit, finden sich jedoch in verschiedenen bereits benannten Forschungsarbeiten. *Gerhard Naser* zeigt z.B. anhand der Krankenstandsdebatte in den Jahren 1952/53 auf, wie ungleich und nachteilig das Machtverhältnis zwischen niedergelassenen Ärzt\*innen und der politischen Führung für diese Berufsgruppe war, und

---

<sup>48</sup>Eckart Reidegeld. *Die Sozialversicherung zwischen Neuordnung und Restauration : soziale Kräfte, Reformen und Reformpläne unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsanstalt Berlin (VAB)*. Frankfurt am Main: Haag + Herchen, 1982.

<sup>49</sup>Frank Zschaler. *Öffentliche Finanzen und Finanzpolitik in Berlin 1945-1961 : eine vergleichende Untersuchung von Ost- und West-Berlin*. Berlin: de Gruyter, 1995.

<sup>50</sup>*Zschalers* Darstellungen um die Entwicklung der finanzielle Zugehörigkeit der VAB (Ost) zum Magistrat von Ost-Berlin sind indes nicht durchweg schlüssig. Einerseits stellt der Autor fest, dass der Haushalt der VAB von 1950 bis 1964 Bestandteil des Haushalts von Ost-Berlin war. vgl. *Zschaler, Finanzen*, S. 38 und S. 103. Andererseits wird von ihm ein Beschluss der SED-Landesleitung von Ost-Berlin vom 21. November 1952 zitiert, wonach „der Haushalt des demokratischen Sektors von Groß-Berlin (...) mit Wirkung vom 1. Januar 1953 (...) in den Haushalt der DDR eingegliedert (wird). (Und) der Haushalt der Versicherungsanstalt Berlin (...) in den Haushalt der SV der DDR eingegliedert (wird)“. *Zschaler, Finanzen*, S. 147.

<sup>51</sup>Dierk Hoffmann. *Sozialpolitische Neuordnung in der SBZ, DDR der Umbau der Sozialversicherung 1945-1956*. München: R. Oldenbourg, 1996.

<sup>52</sup>Hoffmann, *Sozialpolitische Neuordnung*, Klapptext.

<sup>53</sup>Spaar, *Gesundheitswesen DDR*.



wie sehr die DDR- Gesundheitspolitik von Misstrauen und Ablehnung gegenüber frei praktizierenden Ärzt\*innen geprägt war. *Naser* selbst kommt zu der Einschätzung, dass „eine offene Auseinandersetzung und Darstellung der gegensätzlichen Standpunkte (...) aufgrund des dargestellten gesellschaftlichen Machtmonopols der SED nicht möglich (war)“.<sup>54</sup> Durch ein Quellenzitat gibt *Naser* den Vorwurf der damaligen niedergelassenen Ärzteschaft wieder: „Die SV bediene sich der Hilfe der Presse, während die Presse den Stellungnahmen der frei praktizierenden Ärzte keine ihrer Spalten zur Verfügung stellt“.<sup>55</sup>

*Winfried Süß* benennt mögliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand in der DDR in dem für die vorliegende Arbeit relevanten Zeitraum der 1950er Jahre.<sup>56</sup> Er stellt die Hypothese auf, dass „außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelte Faktoren (...) sich mit medizinischen Mitteln zwar beeinflussen, nicht aber dauerhaft steuern (ließen)“.<sup>57</sup> Als Gründe für den Anstieg des Krankenstandes in der DDR benennt *Süß* schlechte Lebensbedingungen und den eingeschränkten Gesundheitszustand der Nachkriegsgesellschaft sowie Fehler in der Produktionsplanung in den Betrieben.<sup>58</sup>

Weitere Ausführungen zu Ursachen, Folgen und Maßnahmen gegen den aus politischer Sicht zu hohen Krankenstand in der DDR bzw. Ost-Berlin ließen sich bei der Recherche zur vorliegenden Arbeit insbesondere in zeitgenössischen Printmedien der 1950er Jahre finden.<sup>59</sup>

Forschungsarbeiten, die sich mit den politischen Hintergründen der Einführung und der Arbeitsweise der ÄBKs befassen, liegen ebenfalls nur in begrenztem Umfang vor. *Anna-Sabine Ernst* streift kurz die Einführung der ÄBK-Arbeit im Rahmen der Veränderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung durch staatliche Regulation. Aus *Ernst*s Sicht musste der Versuch der Politik scheitern, an der Stelle der Krankschreibungen regulierend durch Einführung der ÄBK-Arbeit einzugreifen, da den Kommissionen ebenso Ärzt\*innen vorsäßen und, wie *Ernst* es schreibt, die „Einmischungsversuche in die Angelegenheiten ihrer Kollegen wegfilterten“.<sup>60</sup>

*Winfried Süß* sieht die Einführung der ÄBK-Arbeit als einen Versuch der „Kollektivierung der medizinischen Definitionsgewalt über die Arbeitsfähigkeit“, wobei auch er zu dem Schluss kommt, dass der Versuch, „den Krankenstand mit Hilfe von Zwangsmaßnahmen zu regulieren, wenig erfolgreich“ war, ohne dies jedoch eindeutig zu begründen. *Süß* führt lediglich an, dass der Krankenstand der BRD mit „ungleich geringerem Kontrollaufwand“ niedriger war als in der DDR.<sup>61</sup>

*Schagen* und *Schleiermacher* gehen ebenfalls kurz auf die Einführung der ÄBKs als staatliche Reaktion auf die Erhöhung des Krankenstandes in der DDR in den Jahren 1952/53

<sup>54</sup>Naser, *Hausärzte*, S. 152.

<sup>55</sup>Naser, *Hausärzte*, S. 152.

<sup>56</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“.

<sup>57</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 73.

<sup>58</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 73. Vergleiche hierzu auch Kapitel 2.4.

<sup>59</sup>Vgl. hierzu Kapitel 1.4.

<sup>60</sup>Vgl. Ernst, *Prophylaxe*, S. 335.

<sup>61</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 73.

ein. Sie zeigen auf, dass die Einrichtungen von ÄBKEn bei Ärzt\*innen durchaus auf Kritik stieß, u.a. da diese als „bürokratisch(e) Kontroll(e) von Patienten“ gesehen wurden und es auch als problematisch angesehen wurde, „Kollegen zu kontrollieren“. Das die ÄBK-Arbeit ihren Zweck, den Krankenstand zu senken, verfehlte, führen *Schagen* und *Schleiermacher* u.a. auf organisatorische Defizite der ÄBKEn selbst zurück.<sup>62</sup> Die daraus resultierenden Entwicklungen in der ÄBK-Arbeit nach 1955 werden von *Schagen* und *Schleiermacher* nicht weiter ausgeführt. Ob die Einführung der ÄBK-Arbeit Einfluss auf die Arbeitsweise von frei praktizierenden Ärzt\*innen genommen haben könnte ist ebenfalls nicht Gegenstand der Untersuchung von *Schagen* und *Schleiermacher*.

Dementsprechend fehlt eine Forschungsarbeit, die insbesondere die Hintergründe der Entwicklung der ÄBKEn in den 1950er Jahren sowohl von politischer als auch von ärztlicher Seite beleuchtet. Diese Lücke soll mit dieser Arbeit geschlossen werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, durch die Auswertung von Patientenkartekarten einer einzelnen Arztpraxis Einblick in das Ost-Berliner Gesundheitswesen in den 1950er Jahren zu erlangen und an einem konkreten Beispiel die Frage zu beantworten, ob gesundheitspolitische Maßnahmen in Form der ÄBK-Arbeit einen Einfluss auf das Verhalten von Ärzt\*innen und Patient\*innen genommen haben. Dadurch wird der Blick umgelenkt von der (gesundheits)politischen Ebene hin zu den Auswirkungen politischer Vorgaben auf den Alltag eines frei praktizierenden Arztes in Ost-Berlin. In Kapitel 2 wird die Entwicklung der ÄBK-Arbeit in Ost-Berlin von ihrer Einführung 1954 bis zu ihrer Umstellung 1959 nachgezeichnet und diese auch im Zusammenhang mit der Entwicklung des Krankenstandes betrachtet. Außerdem wird auf die gesellschaftlichen und (gesundheits)politischen Gegebenheiten in Ost-Berlin sowie die Entwicklung der Versicherungsanstalt Berlins (VAB) in den 1950er Jahren eingegangen. Nachdem in Kapitel 3 die Methoden zur Untersuchung der Patientenkartekarten erläutert werden, erfolgt in Kapitel 4 die Darstellung der Ergebnisse. Diese liefern Einblicke in das Patientenkollektiv eines Ost-Berliner Hausarztes, deren Geschlechter- und Altersstruktur sowie Erkrankungen und Krankenschreibungsdauer, und bilden die Grundlage für die in Kapitel 5 erfolgende abschließende Diskussion der Fragestellung.

---

<sup>62</sup>Vgl. Schagen, Udo/ Schleiermacher, Sabine in Hoffmann und Schwartz, *Geschichte, Band 8*, S. 413.

## 1.4 Quellen

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden Patientenkarteikarten einer Ost-Berliner Hausarztpraxis im Zeitraum vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1958 und vom 1. Januar 1960 bis zum 31. Dezember 1961 ausgewertet (vgl. Abschnitt 3.2, S. 82). Um die Arbeit in den entsprechenden historischen Kontext einzuordnen, standen verschiedene weitere Quellen zur Verfügung. Zum einen die im Kapitel 1.3 benannten Forschungsarbeiten welche größtenteils aus der Zeit nach 1990 stammen und wertvolle Hintergrundinformationen u.a. zu Themen wie Ärzt\*innen in der DDR, Gesundheits- und Sozialpolitik der DDR sowie Ost-Berlin enthalten.

Des Weiteren dienten Archivmaterialien als zeitgenössische Quellen. Im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde waren v.a. Dokumente aus den Bereichen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR und der Stiftung Archiv der Parteien und Massenorganisationen der DDR und dabei insbesondere Unterlagen des Bundesvorstands des FDGB von Interesse. In den Beständen des FDGB sind u.a. Unterlagen zur Sozialversicherung, bzw. Verwaltung der Sozialversicherung in der DDR enthalten. Die Untersuchung im Landesarchiv Berlin erfolgte in der Beständeliste der Tektonikgruppe C: Ost-Berliner Behörden und Einrichtungen, Parteien und Massenorganisationen, volkseigene Betriebe und Kombinate. In den Beständen beider Archive wurde u.a. zu den Stichworten Arbeitsunfähigkeitsstatistik, Krankenstandsanalyse, Krankheits- und Todesursachenverzeichnis sowie Ärzteberatungskommission gesucht. Außerdem waren Daten und Statistiken zum Gesundheitswesen der DDR und Ost-Berlin sowie zur Arbeitsunfähigkeit relevant.

Ebenfalls zur Einordnung in den zeitgenössischen Kontext diente die Auswertung von Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften im Zeitraum zwischen 1952 bis 1961. Dazu zählten Tageszeitungen wie Neues Deutschland (ND), Berliner Zeitung, Neue Zeit und Tribüne, aber auch medizinische Zeitschriften wie Das deutsche Gesundheitswesen oder die Berliner Ärztliche Rundschau (BÄR).<sup>63</sup>

Zur Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden die entsprechenden Gesetze und Verordnungen dem Gesetzblatt der DDR und dem Verordnungsblatt des Magistrats von Groß-Berlin entnommen.

Statistische Übersichtsdaten zu Ost-Berlin und dem Ost-Berliner Gesundheitssystem konnten ab 1956 dem jährlich erscheinenden „Statistischen Jahresbericht für Gross-Berlin demokratischer Sektor“ entnommen werden. 1958 und 1959 erschien das „Statistische Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin“ und ab 1961 das „Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin“.

<sup>63</sup>Erstmals erschien die Berliner Ärztliche Rundschau im April 1955. Ab September 1961 erschien sie unter dem Titel Berliner medizinische Rundschau. Die Zeitschrift sollte u.a. „das Sprachrohr der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker Berlins werden und (...) eine Verbindung der Kollegen untereinander, zu den Dienststellen des Magistrats von Groß-Berlin und den Massenorganisationen schaffen“. Gleichzeitig sollte sie aber keine politische Zeitung sein, wie der Chefredakteur in seinem Vorwort zur ersten Ausgabe betonte. Heinz Paschke. „Vorwort“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 1 (April 1955).

Detaillierte Informationen über den Zustand und die Entwicklung des Ost-Berliner Gesundheitswesens enthält der erstmals 1959 erschienene Bericht „Das Berliner Gesundheitswesen - Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin“.<sup>64</sup> Einer der beiden Autoren war der damalige Leiter der „Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Magistrats von Groß-Berlin“, *Kurt Scheidler*. Mit Veröffentlichung dieses Berichts, wurde erstmals von offizieller Seite ein detaillierter Bericht zum Berliner Gesundheitssystem in den 1950er Jahren veröffentlicht. In der Biografie „Kurt Scheidler, Arzt mit sozialer Verantwortung“<sup>65</sup>, werden die Schwierigkeiten bei der Erstellung und Veröffentlichung dieser Berichte geschildert. *Kurt Scheidler* wird darin zitiert, dass er die Führung einer sogenannten Medizinalstatistik 1957 beim Magistrat einforderte. Dies war aufgrund von Personaleinsparungen seit 1953 ausgeblieben.

---

<sup>64</sup>Kurt Scheidler und Wolfgang Schneider. *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1959*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1960.

<sup>65</sup>Stefan Kappner. *Kurt Scheidler, Arzt mit sozialer Verantwortung*. Berlin: berlin edition im be.bra verlag, 2014.

---

## 2 Hintergrund

In diesem Kapitel sollen die Gegebenheiten in Ost-Berlin in den 1950er Jahren bis 1961 beleuchtet werden, vor deren Hintergrund die Bearbeitung der Fragestellung erfolgt. Nach einer Einführung zu den politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen (Kapitel 2.1) mit einem besonderen Schwerpunkt auf die Bezirke Friedrichshain, Mitte und Prenzlauer Berg, da diese sich in direkter Nachbarschaft zur Hausarztpraxis von *Georg Bresan* befanden, werden die Strukturen des Gesundheitswesens in Ost-Berlin (Kapitel 2.2) sowie der Versicherungsanstalt Berlin (Kapitel 2.3) dargestellt. Anschließend wird auf die Entwicklung des Krankenstandes in Ost-Berlin (Kapitel 2.4) und in Bezug dazu auf die Rolle der Ärzteberatungskommissionen (Kapitel 2.5) als Institution des staatlichen Gesundheitswesens eingegangen.

### 2.1 Ost-Berlin 1950 bis 1961

Ost-Berlin war in den 1950er Jahren geprägt durch den Aufbau eines neuen politischen Systems, den Wiederaufbau industrieller und kultureller Strukturen und der Notwendigkeit, möglichst zügig ausreichenden Wohnraum zu schaffen. Die Ernennung Ost-Berlins zur Hauptstadt der DDR im Dezember 1949 beeinflusste dabei die weitere Entwicklung der Stadt maßgeblich. Die zu Ost-Berlin zählenden Stadtbezirke waren zu diesem Zeitpunkt Mitte, Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Treptow, Köpenick, Lichtenberg, Weißensee und Pankow.<sup>1</sup> Die politische Führung Ost-Berlins oblag seit Dezember 1948 einem „provisorischen demokratischen Magistrat“.<sup>2</sup> Bis Dezember 1948 hatte es einen für ganz Berlin zuständigen und 1946 demokratisch gewählten Magistrat gegeben. Eine von der SED organisierte Versammlung, deklariert als „außerordentliche Sitzung der Stadtverordneten“, bestehend aus über 1500 Teilnehmern aus SED, Gewerkschaften, Parteien und Arbeiter\*innen aus Ost-Berliner Betrieben sowie 23 Stadtverordneten der SED, hatte die Absetzung des 1946 gewählten

---

<sup>1</sup>Alfred Zimm, Hrsg. *Berlin (Ost) und sein Umland*. 3., durchges. Auflage. Gotha: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Haak, 1990, S. 218.

Ab den späten 1970er Jahren wurden die Bezirke Marzahn 1979, Hohenschönhausen 1985 und Hellersdorf 1986 Teile von Ost-Berlin. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 966.

<sup>2</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 1146. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

Magistrats beschlossen. Der für Ost-Berlin neu gegründete provisorische demokratische Magistrat, bestehend aus „14 erfahrene(n) Kommunalpolitiker(n)“ (vier SED, je drei Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) und Liberal-Demokratische Partei Deutschlands (LDPD), zwei National-Demokratische Partei Deutschlands (NDPD) und zwei Sozialdemokratische Aktion (SDA)), wurde durch den sowjetischen Stadtkommandanten legitimiert und arbeitete bis Januar 1953 ohne eine parlamentarische Volksvertretung.<sup>3</sup> Erst zu diesem Zeitpunkt wurde per Magistratsbeschluss eine sogenannte „Volksvertretung Groß-Berlin“, bestehend aus 130 Mitgliedern der *Blockparteien*<sup>4</sup>, gebildet.<sup>5</sup> Die ersten Wahlen zur Volksvertretung Groß-Berlin fanden im Oktober 1954, zusammen mit den Volkskammerwahlen der DDR, statt.<sup>6</sup> Oberbürgermeister des ersten Ost-Berliner Magistrats war von 1948 bis 1967 *Friedrich Ebert*<sup>7</sup>. 1957 wurde die Volksvertretung Groß-Berlin umbenannt in Stadtverordnetenversammlung (StVV) von Groß-Berlin.<sup>8</sup>

Wirtschaftlich betrachtet litt Berlin in den 1950er Jahren noch unter den Folgen der Zerstörung von Industrieanlagen vor 1945 und deren Demontage nach 1945. Nach Ende des Krieges 1945 waren in ganz Berlin 58% der Arbeitsstätten und 75% der Arbeitsplätze zerstört.<sup>9</sup> Hinzu kam ein nicht unwesentlicher Verlust an Industrieanlagen durch Demontagen durch die sowjetische Armee in den ersten Monaten nach Ende des Krieges.<sup>10</sup> Mit der Ernennung Ost-Berlins zur Hauptstadt der DDR 1949 kam dem Wiederaufbau der Stadt eine besondere Bedeutung zu (siehe unten). Der Bedarf an Arbeitskräften in Ost-Berlin war dementsprechend groß, gleichzeitig bot Ost-Berlin günstige Arbeits- und Lebensbedingungen - die Versorgung mit Verbrauchs- und Luxusgütern war, verglichen mit der DDR, relativ gut

---

<sup>3</sup>Roland Bauer und Erik Hühns, Hrsg. *Berlin: 800 Jahre Geschichte in Wort und Bild*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1980, S. 335.

<sup>4</sup>Zu den Blockparteien zählten ab 1949 die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED), CDU, LDPD, NDPD und die Demokratische Bauernpartei Deutschlands (DBD). Sie bildeten den „Demokratischen Block der Parteien und Massenorganisationen“, welcher unter Führung der SED eine einheitliche Politik propagierte und bei Wahlen als Einheitsliste auftrat. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 162 f.

<sup>5</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 1146; vgl. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 335.

<sup>6</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 1147.

<sup>7</sup>*Friedrich Ebert*, geb. 12.09.1894 in Bremen, gest. 04.12.1979 in Berlin; 1909-13 Ausbildung zum Buchdrucker in Berlin; ab 1913 Mitglied der Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD); 1915-18 Militärdienst; 1918-1933 Tätigkeit bei verschiedenen Zeitungen in Brandenburg; Juli-Dezember 1933 Haft in verschiedenen Konzentrationslagern; anschließend bis 1938 unter Polizeiaufsicht; 1939-1940 Wehrmacht; ab Juni 1940 als Hersteller und Werber im Reichsverlagsamt, bis 1945 unter Polizeiaufsicht; 1945/46 Landesvorsitzender der SPD Brandenburg, seit April 1946 einer der Landesvorsitzenden der SED; seit 1946 Mitglied des Zentralkomitee (ZK) der SED; seit 1949 Mitglied des Politbüro (PB) des ZK; 1948-67 Oberbürgermeister von Berlin; 1950-63 und seit 1971 Stellvertreter des Präsidenten der Volkskammer; ab 1971 Vorsitzender der SED-Fraktion in der Volkskammer. <https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/wer-war-wer-in-der-ddr-23633B-1424.html>. letzter Zugriff 30.11.2018.

*Eberts* Nachfolger waren *Herbert Fechner* (SED), von 1951-1961 auch Magistratsmitglied und 1974-1990 *Erhard Krack* (SED). Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 895.

<sup>8</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 1147.

<sup>9</sup>Abteilung Statistik Magistrat von Groß-Berlin, Hrsg. *Statistischer Jahresbericht Groß-Berlin, Demokratischer Sektor - 1956*. VEB Deutscher Zentralverlag Berlin, 1957, S. 3.

<sup>10</sup>Geschätzt werden die Verlustquoten durch Demontage auf 67% für West-Berlin und 33% für Ost-Berlin. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 1407.

und das durchschnittliche Einkommen lag um bis zu einem Drittel höher als in der DDR.<sup>11</sup> Die wirtschaftliche Entwicklung Ost-Berlins wurde ab 1949 planmäßig gesteuert. Der erste Zweijahrplan vom Januar 1949 legte seinen Schwerpunkt auf die „Entwicklung traditioneller Berliner Wirtschaftszweige“.<sup>12</sup> Zu den Wirtschaftsbereichen, die in den 1950er Jahren bedeutend für Ost-Berlin waren, zählten Elektronik, Elektrotechnik, Chemie, Maschinenbau, Bauindustrie und Bekleidungsindustrie.<sup>13</sup> Insbesondere der Bezirk Friedrichshain war ein wichtiger Industriestandort; etwa 15% der industriellen Warenproduktion Ost-Berlins kamen aus diesem Bezirk.<sup>14</sup> Ab 1951 wurde die Berliner Wirtschaftsentwicklung im Fünf-Jahres-Plan der DDR mit integriert.<sup>15</sup>

Die in Ost-Berlin ansässigen Betriebe (Bau, Industrie, Landwirtschaft und Gartenbau) wurden in den 1950er Jahren größtenteils verstaatlicht und als sozialistische Betriebe (volkseigene und genossenschaftliche Betriebe) und landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften weitergeführt.<sup>16</sup> Daneben entstanden ab 1956 durch Kapitalbeteiligung der Investitionsbank der DDR an privaten Betrieben sogenannte halbstaatliche Betriebe. Entsprechend sank die Zahl der Privatbetriebe in Ost-Berlin von 754 im Jahr 1956 auf 367 im Jahr 1961, während im gleichen Zeitraum der Anteil an halbstaatlichen Betrieben von 18 auf 212 anstieg.<sup>17</sup> Einzig Handwerksbetriebe blieben, trotz Gründung von sogenannten Produktionsgenossenschaften des Handwerks, der Statistik nach mehrheitlich privatwirtschaftlich.<sup>18</sup> Der zunehmende Anteil an staatlichen bzw. halbstaatlichen Betrieben in Industrie, Bau und Landwirtschaft lies sich an dem steigenden Anteilen an der Produktionsleistung ablesen. Zwischen 1950 und 1961 veränderte sich dieser folgendermaßen: Industrieproduktion 1950: 75,4%, 1961 91,5%; Bauproduktion 1950: 45,1%, 1961: 97%, Landwirtschaft 1950: 29,2%, 1961: 91,7%. In dem Maß, in dem die Produktionsleistungen in den genannten Bereichen anstiegen, verringerte

<sup>11</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 243.

<sup>12</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 318.

<sup>13</sup>Vorwort SED, Kreisleitung Berlin-Prenzlauer Berg, Hrsg. *Berlin-Prenzlauer Berg, XX Jahre DDR (Bilanz, Fakten, Erfolge)*. Nationales Druckhaus VOB National, 1969.

<sup>14</sup>Zu den wichtigsten Industriebetrieben in den Bezirken Prenzlauer Berg, Friedrichshain und Mitte zählten folgende: Friedrichshain: Berliner Glühlampenwerk Narva „Rosa Luxemburg“, Berliner Bremsenwerk, VEB Messelektronik, VEB Berliner Vergaser- und Filterwerke, VEB Kraftwerksanlagenbau, Fahrzeugausrüstungen und Glaswerk Stralau; Mitte: VEB Mikroelektronik Secura, Berliner Aufzug- und Fahrtreppenbau, VEB Fernmeldemeßgeräte, VEB Dampferzeugerbau, sieben Konfektionsbetriebe und ein Druckkombinat; Prenzlauer Berg: Fleischkombinat, Backwarenkombinat, Bekleidungsindustrie. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 420, S. 825 und S. 946.

<sup>15</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 333.

<sup>16</sup>Die Verstaatlichung der Privatwirtschaft hatte bereits kurz nach der Einsetzung des provisorischen demokratischen Magistrats im Dezember 1948 begonnen. Dieser hatte 465 Betriebe, 56 Groß-Banken, 101 Versicherungsunternehmen sowie 87 Grundstücks- und Baugesellschaften verstaatlicht. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 318.

<sup>17</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 367; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1962*. 2. Jahrgang. VEB Deutscher Zentralverlag, 1962, S. 134.

<sup>18</sup>1961 wurden noch 74,6% der Handwerksleistung durch private Handwerksbetriebe erbracht. Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1963*. 3. Jahrgang. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, 1963, S. 5.

sich der Anteil an der Produktionsleistung bei den privaten Betriebe.<sup>19</sup> Entsprechend dieser Entwicklung hin zu staatlich-sozialistischen und halbstaatlichen Betrieben stieg der Anteil der in staatlichen Betrieben beschäftigten Menschen zwischen 1955 von 72% auf 83% 1961.<sup>20</sup> Die Gesamtzahl der Beschäftigten<sup>21</sup> in Ost-Berlin blieb zwischen 1955 und 1961, trotz vermehrter Abwanderung (siehe unten) von Menschen im Arbeitsalter <sup>22</sup>, relativ konstant mit 574.280 (1955) und 572.843 (1961), ein Umstand, der auf die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen zurückgeführt wurde.<sup>23</sup>

Neben dem Wiederaufbau der Wirtschaft war die Wiederherstellung bzw. der Neubau von Wohnraum eine Hauptpriorität in Ost-Berlin. In ganz Berlin waren durch den Krieg etwa 30% der Gebäude total zerstört oder schwer beschädigt worden. Die Bezirke Friedrichshain, Mitte und Prenzlauer Berg waren dabei unterschiedlich stark betroffen. In Mitte und Friedrichshain waren ca. 45-50% aller Gebäude zerstört oder schwer beschädigt<sup>24</sup>, wohingegen der Bezirk Prenzlauer Berg vergleichsweise geringe Kriegsschäden erlitten hatte.

In den 1950er Jahren wurde der Wiederaufbau bzw. Neubau von Infrastruktur und Gebäuden v.a. durch das Nationale Aufbauprogramm Berlin<sup>25</sup> vorangebracht.<sup>26</sup> Im Friedrichshain wurden dadurch zwischen 1952 und 1953 große Teile der Wohnhäuser entlang der Stalinallee errichtet.<sup>27</sup> Insgesamt entstanden rund um die Stalinallee in den 1950er Jahren etwa 5.000 neue Wohnungen.<sup>28</sup> Neben diesen prestigeträchtigen Neubauprojekten konzentrierten sich die Maßnahmen im Friedrichshain zur Beseitigung des Wohnraummangels v.a. auf die Wiederherstellung von im Krieg zerstörten Gebäuden.<sup>29</sup>

Der ebenfalls stark zerstörte Bezirk Mitte (etwa 2/3 aller Gebäude waren zerstört) hatte außerdem über 50% seiner Bevölkerung verloren.<sup>30</sup> Mit Gründung der DDR 1949 wurde

---

<sup>19</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1963*, S. 5.

<sup>20</sup>Eigene Berechnung, vgl. Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 106.

<sup>21</sup>Als Beschäftigte wurden „alle im Arbeitsprozeß stehenden Personen einschließlich der Arbeitskräfte, die zeitweilig vom Betrieb abwesend sind“ definiert. Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 101.

<sup>22</sup>Als Personen im Arbeitsalter galten Frauen zwischen 15-60 Jahren und Männer zwischen 15-65 Jahren.

<sup>23</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 274.

<sup>24</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 220.

Von den ca. 5.800 Gebäuden im Friedrichshain waren nach 1945 3.700 (ca. 65% der Bausubstanz) vollständig oder stark zerstört. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 419.

<sup>25</sup>Durch unentgeltliche Mitarbeit sollte die Bevölkerung helfen, Kriegsschäden/ Trümmer zu beseitigen. Der erste Arbeitseinsatz erfolgte im Januar 1952 an den Neubauten der Stalinallee. Ab 1953 trug das Nationale Aufbauprogramm Berlin den Namen Nationales Aufbauwerk und fand in der gesamten DDR Anwendung. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 866 f.

<sup>26</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 222.

<sup>27</sup>Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 419.

Die heutige Karl-Marx-Allee zwischen Alexanderplatz und Proskauer Straße hieß von 1949 bis 1961 Stalinallee. Anschließend erfolgte die Umbenennung in Karl-Marx-Allee. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 638.

<sup>28</sup>Martin Düspohl und Lorraine Bluche, Hrsg. *Kleine Friedrichshaingeschichte*. Berlin: Berlin Story Verlag, 2013, S. 95.

<sup>29</sup>Maren Schulze, Hrsg. *Bewegte Zeiten: Friedrichshain zwischen 1920 und heute*. Berlin: Oktoberdruck, 2000, S. 48.

<sup>30</sup>Zimm, *Berlin (Ost)*, S. 285 f. Im Folgenden wird hieraus zitiert.



Berlin-Mitte zum Sitz der „Obersten Volksvertretung und Regierung der DDR sowie der zentralen Leitungen der Parteien und Massenorganisationen“ bestimmt. Damit wurde nicht nur dem Wiederaufbau von Ost-Berlin, sondern insbesondere auch dem Bezirk Mitte eine hohe Priorität eingeräumt, welche durch die „Hauptfunktionen des sozialistischen Stadt-zentrums als Konzentrationsgebiet der zentralen Organe der Parteien, der Regierung und der Massenorganisationen, Auslandsvertretungen, wirtschaftlich leitenden Organe, überörtlich wirkenden Einrichtungen der Wissenschaft, Kultur und Bildung“ begründet wurde. Die verschiedenen staatlichen Einrichtungen wurden in z.T. wiederhergestellten Gebäuden und Neubauten in Mitte untergebracht.<sup>31</sup> Die zahlreichen historischen Gebäude im Bereich von Unter der Linden (Humboldt-Universität, Zeughaus, Staatsoper, Altes Museum, Neue Wache), die durch den Krieg beschädigt und zerstört worden waren, wurden ebenfalls seit den 1950er Jahren rekonstruiert und saniert.<sup>32</sup>

Der Bezirk Prenzlauer Berg hatte, verglichen mit Mitte und Friedrichshain, weniger Kriegsschäden zu verzeichnen. Nur etwa 10,4% der Gebäude im Bezirk waren vollständig zerstört worden, 7% schwerbeschädigt und von 113.468 Wohnungen (1943) waren im April 1946 noch 89.500 bewohnbar. Hier lag der Schwerpunkt v.a. auf der Reparatur beschädigter Gebäude.<sup>33</sup>

Eine Schwierigkeit beim Wiederaufbau von Infrastruktur und Industrie in Ost-Berlin war sicherlich die Bevölkerungsentwicklung zwischen 1950 und 1961 (siehe Abbildung 2.1, S. 42). Zum einen gab es seit Kriegsende in Ost-Berlin einen deutlichen Frauenüberschuss, welcher sich erst Mitte der 1980er Jahre angleichen sollte<sup>34</sup>, zum anderen war der Anteil an Menschen im arbeitsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung seit 1945 relativ niedrig und sollte sich zwischen 1949 und 1961 um weitere 16% verringern, während der Anteil an Rentner\*innen im gleichen Zeitraum um 14,1% anstieg.<sup>35</sup> Als besonders dramatisch wurde der geringe Anteil an jungen Menschen unter 35 Jahren und dabei auch noch einmal der abnehmende Anteil an Kindern unter 15 Jahren bewertet.<sup>36</sup>

<sup>31</sup>Dazu zählten beispielsweise mehrere Ministerien im Komplex des ehemaligen Reichsluftfahrtministeriums in der Leipziger Straße, das Ministerium des Inneren im Gebäude der ehemaligen Deutschen Bank, das ZK der SED im ehemaligen Gebäude der Reichsbank und der Palast der Republik als Neubau (1973-76) an der Stelle des Berliner Stadtschlusses als Sitz der Volkskammer der DDR. Zimm, *Berlin (Ost)*, S. 285.

<sup>32</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 342.

<sup>33</sup>Petra Grubitzsch. *Geschichte der Berliner Verwaltungsbezirke Band 21: Prenzlauer Berg*. Hrsg. von Wolfgang Ribbe. Stapp Verlag, 1995, S. 142.

<sup>34</sup>1945 war das Verhältnis Frauen zu Männern in Berlin 1,5:1. 1949 lag es immer noch bei 1,3:1. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 239 und S. 245.

<sup>35</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 374.

<sup>36</sup>Redetzky, W. Schneider und K. Wille. „Ein Beitrag zu den Problemen der demographischen Entwicklung in Berlin (I. Teil)“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1959), S. 1-4, S. 2; Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 374.

Neben diesen Veränderungen in der Alters- und Geschlechterstruktur verringerte sich die Gesamtzahl der Bevölkerung in Ost-Berlin bis 1961 kontinuierlich.<sup>37</sup> Offiziell genannte Gründe für die Verringerung der Bevölkerungszahlen waren „die zunehmende Überalterung, hohe Mortalität aufgrund von Kriegs- und Nachkriegsereignissen, Beschränkung der natürlichen Wanderungsbewegung<sup>38</sup> und direkte und indirekte Verleitung zur Republikflucht“.<sup>39</sup>

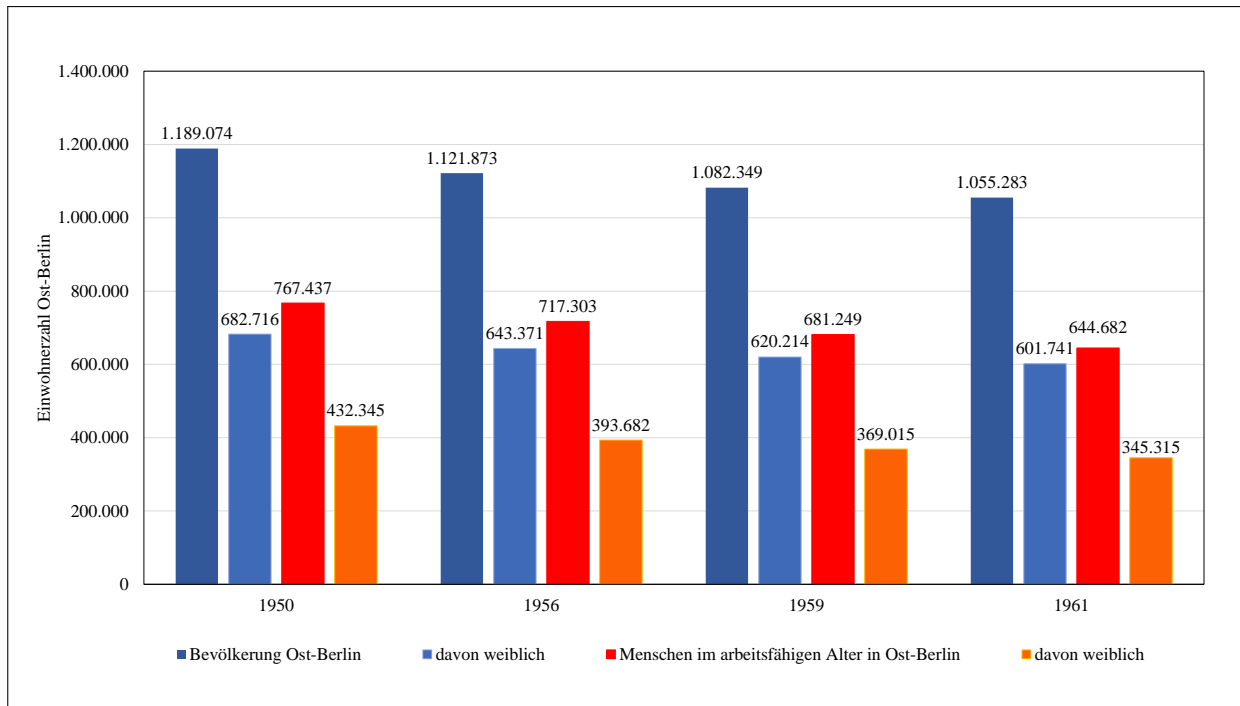


Abbildung 2.1 – Bevölkerungsentwicklung Berlin 1950 bis 1961

Zwischen 1950 und 1961 verließen nach offiziellen Angaben der DDR pro Jahr etwa 22.000 bis 30.000 Menschen Ost-Berlin. Zur gleichen Zeit zogen aus der DDR nur etwa 13.000 Personen jährlich nach Ost-Berlin.<sup>40</sup> Der Rückgang der Bevölkerungszahlen war für die politische Führung vor allem deshalb problematisch, da sie neben der arbeitenden Bevölkerung insbesondere auch Fachkräfte betrafen. Neben dem Verlust an arbeitsfähigen Menschen durch Abwanderung, fehlten dem Ost-Berliner Arbeitsmarkt aber auch diejenigen Menschen, die in West-Berlin arbeiteten. Offizielle staatliche Stellen der DDR gingen von einer aus ihrer Sicht recht hohen Anzahl an Arbeitspendlern zwischen Ost- und West-Berlin aus: zwischen 38.000 Menschen 1958 und mehr als 63.000 Menschen im August 1961 sollen aus Ost-Berlin und dem

<sup>37</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 21.

Knapp die Hälfte der Bevölkerung von Ost-Berlin lebte in den Bezirken Mitte, Prenzlauer Berg und Friedrichshain: 1956: 512.795; 1959: 481.094; 1961: 453.773. Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*, S. 1 und S. 10; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, Hrsg. *Statistisches Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1959*. 1960, S. 38; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 22.

<sup>38</sup>Von 1954-1974 gab es eine sogenannte Zuzugssperre für Ost-Berlin. Demnach konnte nur nach Ost-Berlin ziehen wer dort eine Arbeitsstelle oder Familie hatte. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 244.

<sup>39</sup>Redetzky, Schneider und Wille, „Beitrag“, S. 1.

<sup>40</sup>Vgl. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 243.

DDR-Umland in West-Berlin gearbeitet haben.<sup>41</sup> Aus Sicht der DDR-Geschichtsschreibung waren diese Menschen problematisch, da sie „ihre Arbeitskraft den Imperialisten (verkauften und) in Westberlin als Lohndrücker oder Streikbrecher“ fungierten und gleichzeitig die „sozialen und kulturellen Errungenschaften der Arbeiter- und Bauern-Macht“ ausnutzten.<sup>42</sup>

In der Geschichtsschreibung der DDR wurden die Ursachen für die genannten Probleme vor allem im Außen gesucht. Die Abwanderung wurde als gezielte Abwerbung deklariert und mit Menschenhandel gleichgesetzt, welcher wiederum als „zielgerichtet(e) (...) Waffe im kalten Krieg“ verstanden wurde.<sup>43</sup> Dementsprechend wurde die Schließung der Grenze zwischen Ost- und West-Berlin am 13. August 1961 als „Sicherungs- und Schutzmaßnahme“ deklariert, mittels derer u.a. der „Menschenhandel“ (gemeint war v.a. die Abwanderung von Fachkräften- und Arbeitskräften, welche angeblich nur durch gezielte Abwerbung und Erpressung gelang) und das „Grenzgängerunwesen“ (gemeint waren die oben beschriebenen in Ost-Berlin lebenden Arbeitspendler) unterbunden werden sollte.<sup>44</sup> Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung von Ost-Berlin nach 1961, muss man zu dem Schluss kommen, dass tatsächlich nur die Schließung der Grenzen den Rückgang der Einwohnerzahlen stoppen konnte, da ab 1962 die Einwohnerzahl Ost-Berlins kontinuierlich anstieg.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup>Diese Zahlen stützten sich auf die Registrierungen bei den Westberliner Lohnausgleichskassen. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 371.

<sup>42</sup>Gerhard Keiderling, *Berlin 1945-1986 Geschichte der Hauptstadt der DDR*. Berlin: Dietz Verlag, 1987, S. 554.

<sup>43</sup>Keiderling, *Berlin 1945- 1986*, S. 552.

<sup>44</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 370 f.

<sup>45</sup>Etwa 4.000 Menschen zogen jährlich zwischen 1962 und 1970 nach Ost-Berlin und mit Abschaffung der Zuzugssperre nahm dieser Anteil noch zu. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 244.

## 2.2 Das Gesundheitswesen in Ost-Berlin

Im folgenden Kapitel soll näher auf die Versorgungsstrukturen und Akteure des Gesundheitswesens in Ost-Berlin eingegangen werden, mit dem Hauptaugenmerk auf die ambulante medizinische Versorgung.

Das Ost-Berliner Gesundheitswesen in den 1950er Jahren war durch den Auf- und Ausbau des ambulanten staatlichen Gesundheitswesens sowie des Betriebsgesundheitswesens<sup>46</sup> geprägt. Durch die „Einheit von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe“ sollte eine optimale Betreuung der Bevölkerung erreicht werden.<sup>47</sup> Kurt Scheidler<sup>48</sup> war als Leiter der Abteilung für Gesundheitswesen<sup>49</sup> von 1954 bis 1958 für die Gestaltung des Gesundheitswesens in Ost-Berlin verantwortlich.<sup>50</sup> Seiner Meinung nach konnte ein fortschrittliches Gesundheitssystem nur durch „Aufhebung des Gegensatzes zwischen privat und staatlich betriebenen Einrichtungen“ erreicht werden.<sup>51</sup>

Zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung wurde der Ausbau von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen stark vorangetrieben. Zu diesen Einrichtungen zählten Polikliniken, Ambulatorien, Sanitätsstellen, Gesundheitsstuben und staatliche Arztpraxen. Die dort haupt- und nebenamtlich tätigen Ärzt\*innen waren Angestellte des staatlichen Gesundheitswesens. Zwischen 1945 und 1961 erfolgte in Ost-Berlin der Aufbau

---

<sup>46</sup>Im Verlauf der 1950er Jahre wurde der Begriff Betriebsgesundheitswesens durch Betriebsgesundheitsschutz ersetzt. Irene Uhlmann, Hrsg. *Kleine Enzyklopädie - Gesundheit*. 8. Auflage (unveränderter Nachdruck). Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie, 1961, S. 544.

<sup>47</sup>Kurt Scheidler. „Im Dienst am Menschen: Erinnerungen an den Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens“. In: Hrsg. von Karl Seidel, Christa Köhler und Berhard Meyer. Dietz Verlag, 1989. Kap. Berliner Gesundheitswesen im Umbruch, S. 298–312, S. 302; vgl. Muschter. „Die ambulante Versorgung und das Bereichsarztssystem“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 12 (Dezember 1959), S. 1–3, S. 2.

<sup>48</sup>Kurt Scheidler, geb. 22.06.1914 in Berlin, gest. 22.09.2016 in Berlin; 1933-1938 Medizinstudium in Berlin, 1939 Approbation; 1943-1945 Truppenarzt bei der Wehrmacht; 1945 Facharzt für Innere Medizin, Mitgliedschaft in der KPD; 1948-1954 Chefarzt der Inneren Kliniken/ ärztlicher Direktor städtisches Krankenhaus Weißensee; 1954-1960 Ärztlicher Leiter der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Magistrats von Groß-Berlin; 1958 Facharzt für Sozialhygiene; 1960-1982 Chefarzt/ ärztlicher Direktor Krankenhaus Friedrichshain, Berlin; 1983-1987 Chefarzt der Forschungsabteilung Notfallmedizin, Krankenhaus Friedrichshain, Berlin; 1941 Promotion, 1961 Habilitation, 1966 Professor mit Lehrauftrag für Sozialhygiene, 1972-1982 Lehrstuhl für Notfallmedizin an der Akademie für ärztliche Fortbildung. vgl. Kappner, Kurt Scheidler, S. 182 f.; <https://www.neues-deutschland.de/artikel/1029563.nachrufe.html>. Zugriff am 16.04.2019.

<sup>49</sup>Die Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat der Stadt Berlin wechselte zwischen 1950 und 1958 wiederholt ihren Namen: 1950 wurde der Abteilung Gesundheitswesen für ein Jahr die Abteilungen Sozialwesen und Arbeit mit angegliedert. Da diese Zusammenführung sich als nicht praktikabel erwies, erfolgte 1951 wieder die Trennung in drei Abteilungen. 1958 wurden die Abteilungen Gesundheitswesen und Sozialwesen wieder zusammengeschlossen. Die neuentstandene Abteilung nannte sich entsprechend Abteilung Gesundheit- und Sozialwesen. vgl. Arndt, *Gesundheitspolitik*, S. 88.

Da die vorliegende Arbeit sich mit gesundheitlichen Belangen beschäftigt, wird im Folgenden der Begriff Abteilung Gesundheitswesen verwendet.

<sup>50</sup>Weitere Leitungspersonen der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von Ost-Berlin waren im Untersuchungszeitraum: Werner Hintze (1952-1953), Charlotte Lehn (1953-1954), Herbert Fechner (1959-1962). vgl. Arndt, *Gesundheitspolitik*, S. 91 ff.

<sup>51</sup>Scheidler, „Berliner Gesundheitswesen“, S. 302.

von 42 Polikliniken (davon 15 Betriebspolikliniken), 45 Ambulatorien (davon 21 Betriebsambulatorien), 61 Kleinambulatorien und einem Landambulatorium.<sup>52</sup>

Polikliniken waren fachärztliche Zentren mit mindestens fünf Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Zahnheilkunde). Sie verfügten außerdem über verschiedene diagnostische Möglichkeiten wie Röntgen, Laboratoriumsmedizin und elektrophysiologische Abteilungen sowie eine Apotheke.<sup>53</sup>

Um eine engere Verknüpfung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu erreichen, sollten Polikliniken zunehmend an Krankenhäuser angegliedert werden. Zu ihren Aufgaben zählten neben der Patientenversorgung u.a. die Koordinierung anderer ambulanter Versorgungseinrichtungen (wie beispielsweise Ambulatorien), die Weiterbildung des dort tätigen medizinischen Personals sowie die ärztliche Fortbildung aller Ärzt\*innen innerhalb des Versorgungsbereichs und die Organisation des Beratungswesens (u.a. Schwangeren-, Mütter-, Säuglings-, Kleinkinderberatung).<sup>54</sup> Die in den Polikliniken und Stadtambulatorien gesundheitsfürsorgend tätigen Ärzt\*innen waren laut *Scheidler* häufig junge Ärzt\*innen, die nach Absolvierung ihrer Pflichtassistentenzeit dort eingesetzt wurden.<sup>55</sup> Neben den oben genannten verpflichtenden Abteilungen waren in Polikliniken weitere Fachabteilungen vertreten, wie beispielsweise HNO, Augenheilkunde, Orthopädie und Dermatologie, teilweise existierten auch Spezialpolikliniken.<sup>56</sup> Polikliniken waren außerdem für die personelle Besetzung von Bereitschaftsdiensten an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht zuständig.

Neben den großen Polikliniken als fachärztliche Zentren existierten Ambulatorien. Diese verfügten über eine kleinere Anzahl an ärztlichen Fachrichtungen und waren für einen kleineren Versorgungsbereich zuständig. Je nach Standort bzw. Zugehörigkeit wurde in Land- und Stadtambulatorien sowie Betriebsambulatorien unterschieden. Landambulatorien sollten beispielsweise mit je zwei Ärzt\*innen für Allgemeinmedizin und je einem\*r Arzt/Ärztin für Zahnheilkunde, Kinderheilkunde sowie Frauenheilkunde (letztere beiden auch in Teilzeit) besetzt sein. Ambulatorien sollten ebenfalls über Röntgen, Labor und elektrophysikalische Behandlungsmöglichkeiten verfügen.<sup>57</sup> Auch der Ausbau des Betriebsgesundheitswesens sollte der Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung dienen. Neben den bereits erwähnten Betriebspolikliniken und -ambulatorien gab es noch weitere kleinere Einrichtungen, die Betrieben angegliedert waren; bis 1961 waren dies 307 Arztsanitätsstellen, 41 Schwesternsanitätsstellen, 227 Gesundheitsstuben und 322 Frauenruheräume.<sup>58</sup> Die dort tätigen (Betriebs-)Ärzt\*innen und das medizinische Personal waren ebenfalls Angestellte des

<sup>52</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 25; Kurt Scheidler und Wolfgang Schneider. *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1961*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1961, S. 32.

<sup>53</sup>Kurt Winter. „Die Planung des Gesundheitswesens“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* 6. Jahrgang, Heft 36 (6. September 1956), S. 1022–1026, S. 1025.

<sup>54</sup>Vgl. Winter, „Planung“; Muschter, „Versorgung“; Uhlmann, *Gesundheit*, S. 488.

<sup>55</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 38.

<sup>56</sup>Uhlmann, *Gesundheit*, S. 488.

<sup>57</sup>Uhlmann, *Gesundheit*, S. 487 ff.

<sup>58</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 43.

staatlichen Gesundheitswesens.<sup>59</sup> Bereits 1956 war die Anzahl an betrieblichen Gesundheitseinrichtungen (insgesamt 601 Betriebssanitätsstellen und Gesundheitsstuben) nach Meinung des Magistrats ausreichend für die Zahl an Beschäftigten in den Betrieben.<sup>60</sup>

Die allgemeinärztliche Versorgung von Patient\*innen in Ost-Berlin wurde auch Ende der 1950er Jahre v.a. noch durch Ärzt\*innen in eigener Praxis gewährleistet.<sup>61</sup> Staatliche Arztpraxen wurden ab 1958 in der Statistik geführt.<sup>62</sup> Ihre Zahl stieg im Untersuchungszeitraum von 1958 bis 1961 in Ost-Berlin von 26 auf 107.<sup>63</sup>

Dennoch waren Arztpraxen, staatlich oder privat, keine politisch gewünschten Versorgungseinrichtung. Im April 1958 beschrieb *Kurt Scheidler* in seinem „Plan für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in Berlin“ für die Versorgung in Wohngebieten Folgendes<sup>64</sup>: „Die ambulante Versorgung in unseren Wohngebieten muß verstärkt werden. Wir stehen dabei auf dem Standpunkt, daß das nicht durch Niederlassungen von Ärzten in eigener Praxis, sondern durch Ambulatorien erfolgen muß, in denen praktische Ärzte bzw. Internisten, Frauen- und Kinderärzte kollektiv zusammenarbeiten.“ Frei werdende Praxen von niedergelassenen Ärzt\*innen sollten zudem nicht durch Neuzulassungen nachbesetzt werden. Arztpraxen waren jedoch essentiell für die häusliche medizinische Versorgung von Patient\*innen. Noch 1961 wurde die Versorgung von Patient\*innen, die auf Hausbesuche angewiesen waren, vor allem durch die in eigener Praxis tätigen Ärzt\*innen, privat oder staatlich, gewährleistet.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup>In einer Broschüre zum 10-jährigen Bestehen des Magistrats von Ost-Berlin 1957 schrieben die Autor\*innen, dass 500.000 Werktätige durch 101 haupt- und 400 nebenamtlich tätige Betriebsärzt\*innen versorgt werden. Magistrat von Groß-Berlin, Hrsg. *Unser Berlin*. Berlin: Druckerei Sächsische Zeitung Dresden, 1957, S. 83.

<sup>60</sup>Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*, S. 42.

<sup>61</sup>Kurt Scheidler. „Plan für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 3/4 (April 1958), S. 2–11, S. 9.

Auf die Rolle der Ärzt\*innen im Gesundheitswesen von Ost-Berlin wird in diesem Kapitel noch gesondert eingegangen.

<sup>62</sup>1956 waren in einigen Kreisen der DDR staatliche Arztpraxen versuchsweise eingeführt worden. Ab 1958 wurden staatliche Arzt- und Zahnarztpraxen in der DDR und Ost-Berlin offiziell eingeführt, um insbesondere im ländlichen Bereich die ambulante Versorgung zu verbessern. Frerich und Frey, *Handbuch der Geschichte*, S. 222.

In einer staatlichen Arztpraxis angestellte Ärzt\*innen waren dem sogenannten „Kreisarzt“ als ihrer vorgesetzten Person unterstellt. Durch ihr Angestelltenverhältnis hatten sie, anders als frei praktizierende Ärzt\*innen, keine finanziellen oder haftungsrechtlichen Risiken zu tragen. Durch die Tätigkeit für das staatliche Gesundheitswesen ergaben sich andererseits laut *Naser* sogenannte gesellschaftliche Pflichten wie etwa die Teilnahme an Mai-Kundgebungen, politischen Versammlungen und der „erwünschte Beitritt in die SED“. vgl. *Naser*, *Hausärzte*, S. 320 f.

Bei der Vergütung konnten Ärzt\*innen je nach erbrachter Leistung (Anzahl der behandelten Patient\*innen, Hausbesuche und prophylaktische Tätigkeit) mit der Bezahlung von bis zu 1 1/2 Planstellen rechnen. Wurde die Richtzahl für Hausbesuche überschritten, wurden diese ebenfalls extra vergütet. *Naser*, *Hausärzte*, S. 272.

<sup>63</sup>Anzahl der staatlichen Arztpraxen in Ost-Berlin: 1958: 26, 1959: 55, 1960: 80, 1961: 107. Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 32.

*Georg Bresan* führte seine Hausarztpraxis bis zum Januar 1971 selbständig. Die Entscheidung, die Praxis ab Januar 1971 zu verstaatlichen war, laut *Christel Kleinert*, u.a. durch finanzielle Verbesserungen (mehr Gehalt für den Arzt und seine Angestellten) bedingt (vgl. Abschnitt 3.1, S. 81).

<sup>64</sup>Scheidler, „Plan“, S. 9.

<sup>65</sup>Vgl. Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 34 f., S. 38 ff.

Neben diesen „klassischen“ ambulanten Versorgungseinrichtungen gab es noch verschiedene weitere Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Hierzu zählten die Tuberkulosefürsorgestellen, die Diabetiker-Zentrale, Schwangeren- und Mütterberatungsstellen und Beratungsstellen für Geschwulstkrankheiten.<sup>66</sup>

Für die stationäre Versorgung von Patient\*innen standen in Berlin verschiedene Krankenhäuser zur Verfügung. 1952 gab es in Ost-Berlin 28 Krankenhäuser mit 12,8 Betten/ 10.000 Einwohner, hierin eingeschlossen Tbc-Heilstätten sowie Heil- und Pflegeanstalten. Die tatsächliche, für die reine Akutversorgung von Patient\*innen zur Verfügung stehende Bettenzahl, war also tatsächlich niedriger.<sup>67</sup> Insgesamt wurde die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser in den frühen 50er Jahren aufgrund von Kriegsschäden, Überalterung der Anstalten und entsprechend schlechter Ausstattung als prekär eingeschätzt. Im statistischen Jahresbericht Groß-Berlin von 1956 heißt es dazu: „der demokratische Magistrat von Groß-Berlin hat also ein sehr trauriges Erbe übernommen. Fast alle Krankenanstalten sind über 50 Jahre alt, ein Teil von ihnen diente ursprünglich anderen Zwecken.“<sup>68</sup>

Zwischen 1950 und 1955 wurden daher u.a. das Städtische Krankenhaus Buch und das Hufeland-Krankenhaus sowie die Krankenhäuser Friedrichshain, Weißensee und das Oskar-Ziethen-Krankenhaus aus- und teilweise neugebaut.<sup>69</sup>

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgte durch den Magistrat von Ost-Berlin. In den statistischen Jahrbüchern für Ost-Berlin (erschieden ab 1956) sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach verschiedenen Ausgabegebieten unterteilt, u.a. sind die Entwicklungen der Kosten zu den Ausgaben für das ambulante und stationäre Gesundheitswesen sowie der Ausgaben für die Sozialversicherung (diese wurden unterteilt in Leistungen für gesundheitliche Zwecke und soziale Zwecke) übersichtlich dargestellt. Abbildung 2.2, S. 48 zeigt auf Grundlage dessen die Ausgaben des Magistrats für stationäre sowie ambulante Einrichtungen des Gesundheitswesens (in Tausend DM (Ost)<sup>70</sup>) zwischen 1951 und 1961, welche

<sup>66</sup>Kurt Scheidler. „Zur Perspektive des Gesundheitswesens“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 6 (Juni 1959), S. 1–8, S. 5 f.; Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 33.

<sup>67</sup>Anzahl der Krankenhäuser in Ost-Berlin: 1952: 28 (12,8/1.000 Ew.), 1955: 26 (13,1/1.000 Ew.), 1958: 44 (17,2 Betten/1.000 Ew.), 1961: 46 (17,7 Betten/ 1.000 Ew.). Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 61.

<sup>68</sup>Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*, S. 41.

<sup>69</sup>Vgl. Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*, S. 41.

Der Wiederaufbau der ebenfalls durch den Krieg teilweise zerstörten oder schwer beschädigten Gebäude der Charité war bereits Ende der 1940er Jahre erfolgt. Institut für Technologie und Grundfondsökonomie im Gesundheits- und Sozialwesen, Hrsg. *Gesundheitsbauten der DDR bis 1983: chronologische Dokumentation*. Druckkombinat Berlin, 1984, S. 1.

<sup>70</sup>Mit Befehl Nr. 111 der SMAD begann ab dem 24. Juni 1948 in Ost-Berlin der Umtausch der Reichs- und Rentenmark gegen „Geldscheine mit Spezialkupons“. In einem zweiten Schritt erfolgte ab dem 25. Juli 1948 der Umtausch der mit Spezialkupons beklebten Reichs- und Rentenmark gegen Deutsche Mark (DM). O.V. *Doppelte Geldreform in Berlin: Gesetzestexte und Erläuterungen für West- und Ost-Berlin*. 1. Auflage. Berlin: Arani-Verlags-GmbH, 1948, S. 77, S. 105, S. 127 f.

Da auch in West-Berlin eine Währungsreform mit Einführung der Deutschen Mark erfolgte, wird im Folgenden in DM (Ost) und DM (West) unterschieden.

sich im Verlauf der Jahre verdoppelten (stationär) bzw. verdreifachten (ambulant).<sup>71</sup> Zum Vergleich sind in Abbildung 2.3, S. 49 die Gesamteinnahmen und Ausgaben des Magistrats von Ost-Berlin (in Mio. DM (Ost)) für den selben Zeitraum dargestellt, zusammen mit den Leistungen des Magistrats an die SV für gesundheitliche Zwecke (welche etwa 1/10 der Gesamtausgaben ausmachten).<sup>72</sup> Nachdem der Haushalt der SV seit 1951 in den des Magistrats mit eingegliedert war, flossen die Einnahmen entsprechend in den Haushalt des Magistrats mit ein und dienten so auch der Finanzierung des Gesundheitswesens (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3, S. 53).

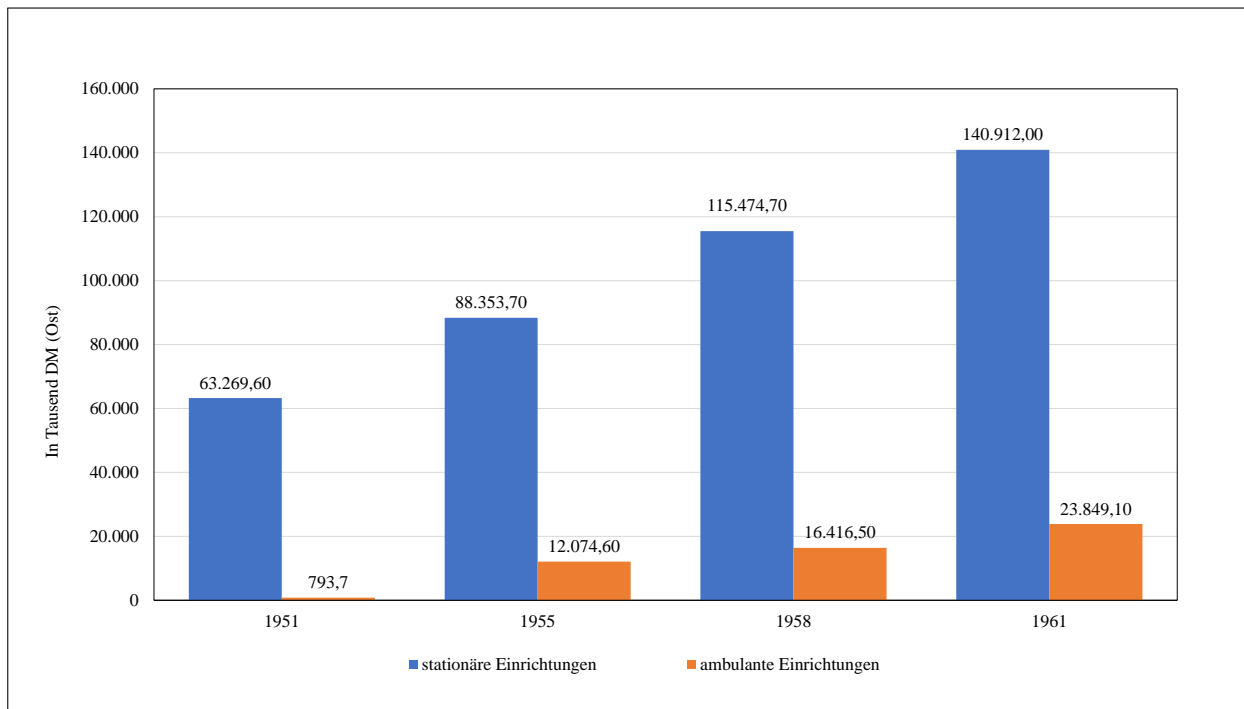


Abbildung 2.2 – Ausgaben im Haushalt des Magistrats von Ost-Berlin für stationäre und ambulante Einrichtungen (in Tausend DM (Ost))

Da Ärzt\*innen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einnahmen, soll auf diese Berufsgruppe im Folgenden noch einmal näher eingegangen werden. *Kurt Scheidler* berichtete 1989 in seinem Beitrag in den „Erinnerungen an den Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens“ in der DDR über die Schwierigkeiten, Ärzt\*innen für den Auf- und Umbau des Gesundheitswesens im sozialistischen Sinne zu begeistern: „Angesichts der politischen Lage in Berlin war aber genauso klar, daß die Durchsetzung dieses Prinzips

<sup>71</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Taschenbuch 1959*, S. 82; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 127.

Zu den stationären Einrichtungen gehörten Krankenhäuser und die daran angeschlossenen Polikliniken und Ambulatorien, Krankenhäuser für Psychiatrie und Tbc-Krankenhäuser und Heilstätten. Zu den ambulanten Einrichtungen zählten selbständige Polikliniken und Ambulatorien sowie Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens.

<sup>72</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 127 f.; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1961*. VEB Deutscher Zentralverlag, 1961, S. 159.



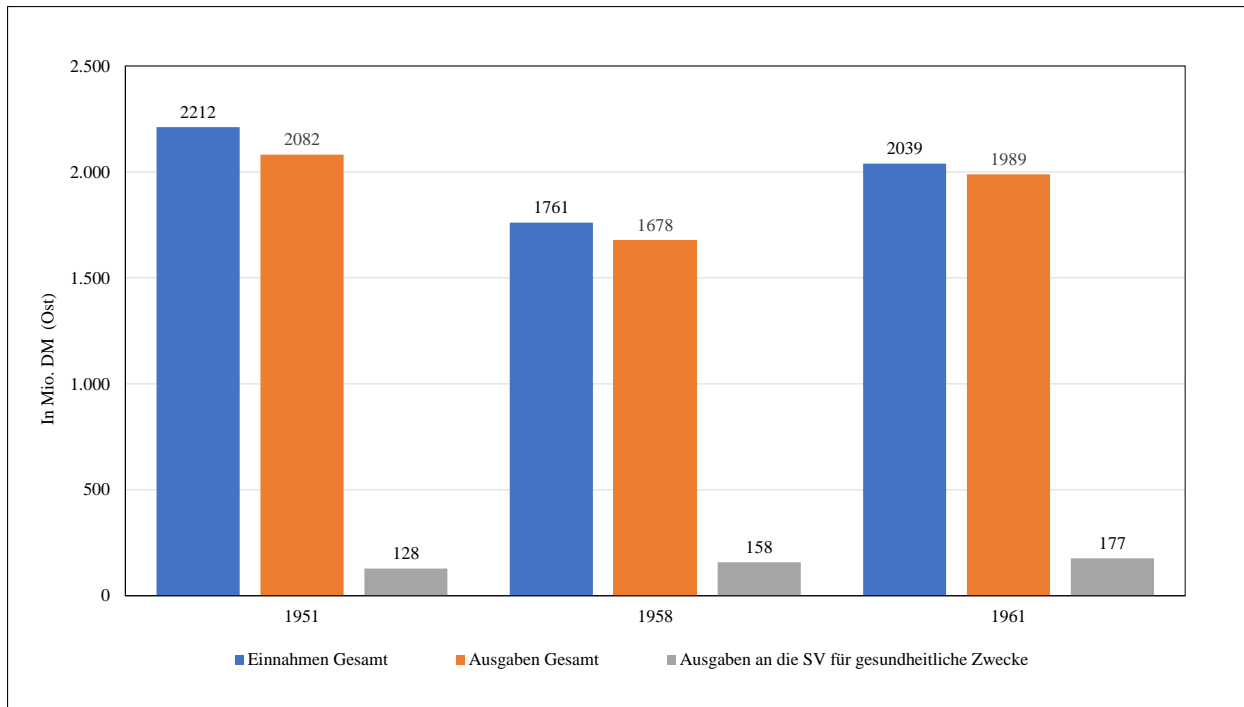


Abbildung 2.3 – Gesamteinnahmen und Ausgaben im Haushalt des Magistrats von Ost-Berlin (in Mio. DM (Ost))

(Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens, bei gleichzeitigem Rückbau des privatärztlichen Versorgung, A.d.V.) auf keinen Fall durch administratives Vorgehen erzielt werden konnte. Vielmehr mußten wir versuchen, bei niedergelassenen und auch angestellten Ärzten in geduldiger Überzeugungsarbeit Verständnis und Einsicht für die von uns anvisierten Zielsetzungen zu erreichen.“<sup>73</sup> In diesen Sätzen werden zwei Probleme deutlich: 1. Dem Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens standen Ärzt\*innen mit einer gewissen Skepsis, wenn nicht gar Ablehnung, gegenüber. 2. Die Zahl der Ärzt\*innen in Ost-Berlin war zu gering, als dass ihre Meinung bzw. Befindlichkeiten hätten ignoriert werden können.

Es gab verschiedene Gründe für die anhaltenden Spannungen zwischen Ärzt\*innen und den politischen Akteuren in Ost-Berlin. Der forcierte Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Beschränkung in der Niederlassungsfreiheit war sicher einer davon. Bereits im Juli 1945 wurde mittels Magistratsbeschluss für ganz Berlin die Niederlassungsfreiheit dahingehend beschränkt, dass diese genehmigungspflichtig wurde. Dazu kam, dass für niedergelassene Ärzt\*innen die Trennung von privat- und kassenärztlicher Versorgung aufgehoben wurde. Jede\*r Arzt/Ärztin sollte Patient\*innen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus behandeln. Hintergrund dieser Maßnahme war die Notwendigkeit, die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern und eine gleichmäßige Verteilung von

<sup>73</sup>Scheidler, „Berliner Gesundheitswesen“, S. 302.

(frei praktizierenden) Ärzt\*innen im gesamten Stadtgebiet zu erreichen.<sup>74</sup> Insbesondere die West-Sektoren verfügten nach Kriegsende über eine deutlich größere Zahl an frei praktizierenden Ärzt\*innen, was u.a. auf „ökonomische Gründe“ zurück geführt wurde.<sup>75</sup> In der weiteren Entwicklung sahen sich bestehende Praxen zudem von Staatsseite Restriktionen ausgesetzt, beispielsweise bei der Zuteilung von Verbrauchsgütern.<sup>76</sup>

Die Zahl der Ärzt\*innen, welche in der ambulanten Versorgung tätig waren, hatte sich durch den Krieg deutlich reduziert und stieg nur langsam bis in die späten 1950er Jahre wieder an. Nach offiziellen Angaben waren 1939 804 frei praktizierende Ärzt\*innen in Berlin tätig. 1946 waren es nur noch 476 (davon 335 Internist\*innen und praktische Ärzt\*innen).<sup>77</sup> Bis 1949 stieg die Zahl der frei praktizierenden Ärzt\*innen wieder auf 657.<sup>78</sup> In den folgenden Jahrzehnten sank jedoch die Zahl der frei praktizierenden Ärzt\*innen kontinuierlich aus bereits benannten Gründen ab, wie etwa dem forcierte Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Beschränkung in der Niederlassungsfreiheit und Restriktionen bei der Zuteilung von Verbrauchsgütern für die Praxen.<sup>79</sup>

Für 1959 wurde die Zahl der Ärzt\*innen, welche in der ambulanten Versorgung in Ost-Berlin tätig waren mit 769 angegeben, davon 540 niedergelassene Ärzt\*innen und 229 Ärzt\*innen im staatlichen Gesundheitswesen.<sup>80</sup> Die Gesamtzahl der Ärzt\*innen, welche in Ost-Berlin tätig waren, war in den 1950er Jahren im Vergleich mit West-Berlin immer niedriger.<sup>81</sup> Nach *Arndts* Recherchen beispielsweise kamen 1958 in West-Berlin 21,3 Ärzt\*innen auf 10.000 Einwohner, während es in Ost-Berlin 19,3 Ärzt\*innen waren. Interessanterweise nannte der stellvertretende Leiter der Abteilung Gesundheit- und Sozialwesen, *Muschter*, in einem Artikel für die BÄR für 1959 in Ost-Berlin noch niedrigere Zahlen, nämlich 13,3 Ärzt\*innen

---

<sup>74</sup>Reichhardt, Treuter und Lampe, *Berlin, 1. Halbband*, S. 597.

Auf Ebene der SBZ wurde das Niederlassungsrecht für Ärzt\*innen 1949 durch die „Anordnung über die Niederlassung der Ärzt\*innen“ (ZVOBl S. 125) neu geregelt. Es sah vor, dass die Niederlassungserlaubnis „entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung im Rahmen einer umfassenden Planung für das gesamte Gebiet der SBZ unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, das Netz der öffentlichen Behandlungsstellen zu verstärken, erteilt“ werden sollte (§ 1). Da der Ausbau des öffentlichen/ staatlichen Gesundheitswesens gleichzeitig stark forciert wurde, konnte die Anordnung Neuzulassungen deutlich einschränken. Frerich und Frey, *Handbuch der Geschichte*, S. 211.

<sup>75</sup>Muschter, „Versorgung“, S. 1.

<sup>76</sup>Süß, „Gesundheitspolitik“, S. 87; Frerich und Frey, *Handbuch der Geschichte*, S. 212.

<sup>77</sup>O.V. „Akte des Statistischen Amtes Berlin ab 1945 bis 1946“. In: *LAB, C Rep 118, Nr. 1338* (1. Februar 1946), o.P.

<sup>78</sup>Bezirksarzt G. Delias, Hrsg. *40 Jahre Berliner Gesundheits- und Sozialwesen*. Berlin: Institut für Sozialhygiene, 1989, S. 50.

<sup>79</sup>Nach offiziellen Angaben entwickelte sich die Zahl der frei praktizierenden Ärzt\*innen (ohne Angabe einer Fachrichtung) in Ost-Berlin folgendermaßen: 1949: 657; 1965: 273; 1969: 221; 1979: 97; 1985: 56; 1988: 35. Delias, *40 Jahre*, S. 50.

<sup>80</sup>Magistrat von Berlin, Oberbürgermeister, „Entwurf“. In: *C Rep 101-07 Nr. 5508*.

<sup>81</sup>Vgl. Arndt, *Gesundheitspolitik*, S. 102 f. Die von *Melanie Arndt* erstellten Daten zur Anzahl an Ärzt\*innen in Ost- und West-Berlin beruhen auf Auswertungen von archivalischen und statistischen Unterlagen. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen alle in Ost- und West-Berlin tätigen Ärzt\*innen, unabhängig der Fachrichtung oder des Anstellungsverhältnisses, erfassen.

auf 10.000 Einwohner.<sup>82</sup> Davon waren 29% in eigener Praxis hauptberuflich tätig (nicht mit eingerechnet waren hier „Ärzte der Universitätskliniken, zentralen Einrichtungen und Akademien“).<sup>83</sup>

Für 1961 wurden in der offiziellen Statistik in Ost-Berlin für die ambulante Versorgung 5,6 Ärzt\*innen (aller Fachrichtungen) auf 10.000 Einwohner (eigene Niederlassung und staatlich) geführt. Davon waren 3,1 Allgemein-Praktiker und Internisten.<sup>84</sup>

Der Perspektivplan für die Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin bis 1965 sah ähnliche Zahlen für Allgemeinärzt\*innen/ Internist\*innen vor: Es sollte einen praktischen Arzt/Ärztin auf 3.000 Einwohner geben, eine\*n Zahnarzt/Zahnärztin auf 2.000 Einwohner, eine\*n Kinderarzt/Kinderärztin auf 10.000 Einwohner sowie eine\*n Frauenarzt/Frauenärztin auf 100.000 Einwohner.<sup>85</sup> An die Stelle mehrerer Hausarztpraxen sollte je ein *Stadtambulatorium* treten, welches für die Versorgung von ca. 10.000- 15.000 Einwohner zuständig sein sollte. Hier sollten je 3-4 praktische Ärzt\*innen, 4-5 Zahnärzt\*innen, je ein\*e Kinderarzt/Kinderärztin und ein\*e Frauenarzt/Frauenärztin tätig sein.

Polikliniken sollten zu fachärztlichen Schwerpunktzentren, zuständig für c.a. 30.000- 50.000 Menschen, ausgebaut werden.<sup>86</sup> Trotz dieser scheinbar ausreichenden Anzahl an Ärzt\*innen, litt Ost-Berlin an einem Mangel an Ärzt\*innen und medizinischem Personal. Diese Tatsache ist *Kurt Scheidlers* Formulierung im Vorwort zum „Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR“ von 1961 zu entnehmen, wenn er schreibt<sup>87</sup>: „Eine Anzahl an Ärzten, Schwestern und anderem Personal hatte die Orientierung verloren und stellte ihre Arbeitskraft dem Gegner unserer Ordnung zur Verfügung. Nach dem 13. August 1961 schied die Mehrzahl der in Westberlin wohnenden Mitarbeiter aus den Gesundheitseinrichtungen des Demokratischen Berlins aus.“ Das Ost-Berliner Gesundheitswesen hatte also immer wieder Ärzt\*innen und anderes medizinisches Personal an den „Westen“ verloren, und die in West-Berlin lebenden Ärzt\*innen kehrten nach Schließung der Grenze mehrheitlich nicht nach Ost-Berlin zurück. Gemessen daran waren die Versuche, Ärzt\*innen für die Arbeit im staatlichen Gesundheitswesen zu gewinnen, gescheitert.<sup>88</sup>

<sup>82</sup>Für die Jahre 1952 bis 1954 wurden von offizieller Seite folgende Gesamtzahlen für Ärzt\*innen in Ost-Berlin angegeben: 1952 insgesamt: 2.001 Ärzt\*innen, darunter im staatlichen Gesundheitswesen vollbeschäftigt: 1.317; 1953 insgesamt: 1.562 Ärzt\*innen, darunter im staatlichen Gesundheitswesen vollbeschäftigt: 919; 1954: insgesamt 1.625 Ärzt\*innen, darunter im staatlichen Gesundheitswesen vollbeschäftigt: 974. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Statistik. „Statistischer Jahresbericht 1952-1953“. In: *LAB, C Rep 306, Nr. 57* (1954), o.P. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Statistik. „Statistischer Jahresbericht 1954, Kultur- und Gesundheitswesen“. In: *LAB, C Rep 306, Nr. 62* (31. Dezember 1954), o.P.

Diese Zahlen liegen etwas niedriger, als die von *Arndt* angegebenen. In Betrachtung der Angaben von *Muschter* erscheinen diese Zahlen jedoch realistisch.

<sup>83</sup>Muschter, „Versorgung“, S. 1.

<sup>84</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 33 f.

<sup>85</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 5.

<sup>86</sup>Scheidler, „Perspektive“, S. 5.

<sup>87</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. I. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>88</sup>Durch ihre Forschungsarbeiten belegen sowohl *Melanie Arndt* für Berlin, als auch *Gerhardt Naser* für die DDR die zum Ende der 1950er Jahre zunehmende Abwanderung von Ärzt\*innen. vgl. *Arndt*, *Gesundheitspolitik*, S. 164 f.; *Naser*, *Hausärzte*, S. 219 ff.

Für den Mangel an medizinischem Personal, insbesondere Ärzt\*innen, war aber nicht nur die Abwanderung verantwortlich. Hinzu kam die Überalterung von Ärzt\*innen und damit eine erhöhte Anzahl an Ärzt\*innen, die in den Ruhestand gingen oder nur noch in Teilzeit arbeiteten. Außerdem herrschte insbesondere bei Ärzt\*innen ein Nachwuchsmangel, welcher durch eine zu geringe Anzahl an Studienplätzen bis Mitte der 1950er Jahre bedingt war.<sup>89</sup> Insgesamt stand das Ost-Berliner Gesundheitswesen in den 1950er Jahren also vor großen Herausforderungen, welche sowohl strukturell als auch personell bedingt waren. Einerseits sollten die alten Strukturen der ambulanten Versorgung in Form von einzelnen Hausarztpraxen durch den forcierten Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens durchbrochen werden. Andererseits wurde im Laufe der 1950er Jahre deutlich, dass die ambulante medizinische Versorgung ohne Hausarztpraxen nicht ausreichend gewährleistet werden konnte.<sup>90</sup>

Personell betrachtet litt Ost-Berlin, im Gegensatz zu manchen Teilen der DDR, eher keinen akuten Ärztemangel. Aber auch in Ost-Berlin befanden sich Ärzt\*innen und die politische Führung in einem Spannungsfeld und die Gewährleistung der medizinischen Versorgung war durch Abwanderung von Ärzt\*innen und anderem medizinischem Personal bedroht. Für Ärzt\*innen wurden finanzielle Anreize geschaffen, um die Attraktivität der Arbeit im staatlichen Gesundheitswesen zu verbessern, und die Möglichkeit, in „eigener“ Praxis zu arbeiten, wurde Ende der 1950er Jahre in Form von staatlichen Arztpraxen wieder eingeführt.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Ab 1954 wurden in der DDR neue Kapazitäten für das Medizinstudium geschaffen. Bis dahin waren jährlich in der gesamten DDR nur etwa 500 Personen zum Studium der Humanmedizin zugelassen worden. Frerich und Frey, *Handbuch der Geschichte*, S. 223.

<sup>90</sup> Vgl. Scheidler, „Berliner Gesundheitswesen“, S. 308.

<sup>91</sup> Vgl. Scheidler, „Berliner Gesundheitswesen“, S. 307 ff.

## 2.3 Versicherungsanstalt Berlin (VAB)

Im folgenden Abschnitt soll auf die VAB eingegangen werden mit einem kurzen Abriss der Entstehung und der Verwaltungsentwicklung sowie der Leistungen der VAB für ihre Versicherten. Vor dem Hintergrund der Krankenstandsdebatte der 1950er (vgl. Kapitel 2.4) und den in diesem Zusammenhang immer wieder erwähnten steigenden Kosten für die Sozialversicherung, wird auch kurz die finanzielle Situation der VAB betrachtet.

Am 1. Juli 1945 nahm in Berlin sektorenübergreifend die Versicherungsanstalt Berlin als einheitliche Sozialversicherung ihre Arbeit auf. Ziel war es, große Teile der Berliner Bevölkerung möglichst unkompliziert und nach Ende des Nationalsozialismus auch zügig mit einer Kranken-, Invaliden-, Unfall- und Rentenversicherung zu versorgen.<sup>92</sup> Die Schaffung eines solchen einheitlichen Versicherungsträgers, noch dazu Sektoren übergreifend, war ein Novum in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung. Die VAB wurde als einheitlicher Versicherungsträger an die Stelle von vormals 156 Versicherungsträgern gestellt (122 Krankenkassen, 30 Unfallversicherungsanstalten, 4 Rentenversicherungsanstalten).<sup>93</sup>

Mit dem Zusammenschluss aller Versicherungsträger in Berlin wurde auch eine einheitliche Verwaltung geschaffen.<sup>94</sup> Die Leitung der VAB wurde einem 12 Personen umfassenden ehrenamtlichen Vorstand übertragen, welcher gleichzeitig als gesetzliche Vertretung fungierte.<sup>95</sup> Der erste Geschäftsführer (Direktor) der VAB wurde *Ernst Schellenberg*, stellvertretender Leiter des Hauptamtes für Sozialwesen.<sup>96</sup>

Die Verwaltungsaufgaben der VAB wurden durch elf Hauptabteilungen übernommen. Diese waren Generalabteilung, Hauptabteilungen für Organisation, Haushalt, Beitragswesen, Allgemeine Leistung, Verletzten-Heilverfahren, Vorbeugendes Heilverfahren, Orthopädische Versorgung, Berufsfürsorge für Arbeitsbehinderte und Rente sowie die Medizinische Abteilung.<sup>97</sup> In den Aufgabenbereich der *Medizinischen Abteilung* fiel es einerseits, organisatorisch die „gesamte ärztliche Versorgung der Versicherten zu überwachen“, aber andererseits auch die selbständige Durchführung der „ärztliche(n) Begutachtung der Arbeitsbehinderten und

<sup>92</sup>O.V. *Ein halbes Jahr Sozialversicherung im neuen Berlin, 125 Tage Versicherungsanstalt Berlin*. Berlin: VAB, 1945.

<sup>93</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 11; Paul Zocher. *Neuaufbau und Leistungen der Berliner Sozialversicherung*. Berlin: Die Freie Gewerkschaft Verlagsgesellschaft mbH, 1948, S. 13.

<sup>94</sup>Vgl. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 11 und S. 16.

<sup>95</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 19.

Sechs der 12 Personen wurden vom Magistrat der Stadt Berlin gestellt und zwar die Leitungspersonen der Abteilungen Sozialwesen, Wirtschaft, Gesundheitswesen, Handel und Handwerk, Finanzen und Arbeit. Die übrigen sechs Personen bestimmte der FDGB.

<sup>96</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 20.

<sup>97</sup>Vgl. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 21-36.

der Rentenantragsteller“.<sup>98</sup> Außerdem waren dieser Abteilung die diagnostischen Beratungsstellen<sup>99</sup>, Laboratorien, Spezialabteilungen, mehrere Röntgeninstitute, ein Filmarchiv sowie eine Diabeteszentrale unterstellt.<sup>100</sup>

Nach ihrer Gründung erfuhr die VAB ab 1951 grundlegende Veränderungen in ihrer Leitungs- und Verwaltungsstruktur, welche sich auch auf den Kreis der Versicherten erstreckten. Im Februar 1951 erfolgte die Teilung der VAB in einen West- und Ostteil, ab November 1951 wurde in drei Schritten die Leitung und Kontrolle der VAB an den Vorstand des FDGB von Groß-Berlin übertragen.<sup>101</sup>

Seit dem Beschluss des III. FDGB-Kongresses bestand von Seite des FDGB die Forderung, die „Verwaltung und Kontrolle der Sozialversicherung durch die Industriegewerkschaften und Gewerkschaften und die Ausübung der Funktion der Sozialversicherung in den volkseigenen und ihnen gleichgestellten Betrieben und Verwaltungen“ übertragen zu bekommen.<sup>102</sup> Der FDGB wollte damit die „Selbstverwaltung durch die Versicherten in den Betrieben, die Vereinfachung des Sozialversicherungsrechts und der Verwaltung und die Senkung der Verwaltungskosten“ erreichen. Da die Motivation des FDGB zur Übernahme der SV aber nicht nur damit zu begründen war, sondern es vielmehr auch um eine Einflussnahme auf die Arbeitsmotivation der Arbeiter\*innen und Kontrolle des Krankenstandes in den Betrieben ging, wird im Folgenden genauer auf diese Veränderungen eingegangen.

Durch die Übertragung der Verwaltung der VAB an den FDGB wurden neue Verwaltungsstrukturen geschaffen. An erster Stelle wurde der Rat der Sozialversicherung gebildet. Diesem oblag die Leitung und Verwaltung der Sozialversicherung. Der FDGB war innerhalb des Rates durch den Vorsitz und die Geschäftsführung der Sozialversicherung vertreten. Der Rat der Sozialversicherung setzte sich wie folgt zusammen: eine Person aus dem Vorstand des FDGB, welche gleichzeitig auch Vorsitzende\*r des Rates wurde, je ein Mitglied der Industriegewerkschaften und Gewerkschaften sowie der bäuerlichen Handelsgenossenschaft, die vorsitzende Person der Beschwerdekommision und die geschäftsführende Person der SV (welche durch den Vorstand des FDGB bestellt wurde).<sup>103</sup>

---

<sup>98</sup>Vgl. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 30 f.

<sup>99</sup>Diagnostische Beratungsstellen wurden durch die VAB in fast allen Verwaltungsbezirken Berlins betrieben. Die dort tätigen Ärzt\*innen waren hauptamtlich durch die VAB angestellt. Die Beratungsstellen ermöglichen die Durchführung verschiedenster Untersuchungen wie bspw. Röntgen, labormedizinische und mikrobiologische Untersuchungen sowie Elektrokardiographie. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 79 f.

<sup>100</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 30 f. und *Organisationsplan der Versicherungsanstalt Berlin*.

<sup>101</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung über die Sozialversicherung“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 7. Jahrgang, Teil I, Nr. 71 (5. November 1951), S. 495–496.

<sup>102</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung über die Sozialversicherung“, S. 495. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>103</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung über die Sozialversicherung“, S. 496.

Im Mai 1951 war die Verwaltung und Kontrolle der fünf Sozialversicherungsanstalten der Länder der DDR auf den FDGB-Bundesvorstand übertragen worden. Damit war die Regierung der DDR der Forderung des FDGB nach „einer selbständigen einheitlichen Leitung der Sozialversicherung und einer stärkeren Einflussnahme des FDGB auf die praktische Arbeit der Sozialversicherung“ nachgekommen. O.V. „FDGB übernimmt Leitung der Sozialversicherung“. In: *Tribüne* 7. Jahrgang, Nr. 35 (9. Mai 1951), S. 8; O.V. „Im Sozialversicherungswesen der Republik“. In: *Tribüne* 6. Jahrgang, Nr. 3 (13. Januar 1950).

Auf der Ebene der volkseigenen oder ihnen gleichgestellten Betriebe wurden ebenfalls Räte für Sozialversicherung eingesetzt. Diesen oblag beispielsweise die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen der VAB und die Verbesserung des Betriebsgesundheitsschutzes. Als Bindeglied in der Verwaltungshierarchie zwischen dem *Rat der Sozialversicherung* und den *Räten für Sozialversicherung der volkseigenen oder ihnen gleichgestellten Betriebe* agierten die Räte für Sozialversicherung in den Bezirken. Ihnen oblagen beispielsweise Personalentscheidungen und Rechnungsprüfungen.<sup>104</sup>

Neben diesen Verwaltungsinstanzen existierten bereits seit 1949 in den Betrieben sogenannte Bevollmächtigte der Sozialversicherung.<sup>105</sup> Diese wurden aus den Reihen der Mitarbeiter\*innen heraus für je zwei Jahre gewählt (für je 50 Mitarbeiter\*innen ein\*e Bevollmächtigte\*r) und waren in dieser Funktion ehrenamtlich tätig. Zu ihren Aufgaben zählten u.a. Versicherte über ihre Ansprüche gegenüber der SV zu beraten, kranke Versicherte/ Betriebsangehörige zu unterstützen und an Verbesserungen zum Arbeitsschutz und der Betriebshygiene mit zu arbeiten. Insbesondere ihre Aufgabe, kranke Versicherte zu unterstützen und zur „Hilfeleistung“ zu besuchen, konnte als eine Kontrolle der Versicherten durch die Sozialversicherung gesehen werden. Die Bevollmächtigten der SV konnten so prüfen, ob tatsächlich ein Leistungsanspruch, beispielsweise im Sinne von Krankengeld, gegenüber der SV bestand. Die Arbeit der Bevollmächtigten der SV wurde durch die VAB und den FDGB überwacht und angeleitet. Hierüber erhoffte sich insbesondere der FDGB eine Einflussnahme auf die Beschäftigten, welche zur Senkung des Krankenstandes und einer Verbesserung der Arbeitsproduktivität beitragen sollte.<sup>106</sup>

Durch die Schaffung der Räte für Sozialversicherung in den Betrieben und die Arbeit der Bevollmächtigten, konnte ein Teil der Verwaltungsarbeit der SV auf die Betriebe übertragen werden. So erfolgte beispielsweise die Berechnung und Auszahlung von Krankengeld, Mutterschaftshilfen, Sterbegeld und Renten in den Betrieben.<sup>107</sup>

Ein Jahr nach Einführung dieses Systems übernahmen nach Angaben der VAB bereits „855 Berliner Betriebe die Gewährung (von) Sozialversicherungsleistungen.“ Dies entsprach 63% der Berliner Beschäftigten, welche so direkt durch ihren Betrieb in Angelegenheiten der Sozialversicherung betreut wurden.<sup>108</sup>

<sup>104</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Statut der Sozialversicherung vom 14. November 1951“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 8. Jahrgang, Teil I, Nr. 7 (11. Februar 1952), S. 64–66, S. 65.

<sup>105</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung über die Wahl von Bevollmächtigten für die Sozialversicherung in den Betrieben“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 5. Jahrgang, Teil I, Nr. 58 (20. Dezember 1949), S. 492–493. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>106</sup>Vgl. Hoffmann, *Sozialpolitische Neuordnung*, S. 332.

<sup>107</sup>Für Versicherte die nicht in einem solchen Betrieb oder Verwaltung tätig waren, wurden in den Bezirken Verwaltungsstellen der Sozialversicherung gegründet. Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung über die Sozialversicherung“, S. 496.

<sup>108</sup>O.V. „Was die VAB bisher erreichte“. In: *Arbeit und Sozialfürsorge* 8. Jahrgang, Nr. 5 (März 1953), S. 152.

Der nächste Schritt in der Übertragung der VAB an den FDGB bestand in der Veränderung des Versichertenkreises. Im Juli 1956 wurde mit der „Verordnung zur Übertragung der Sozialversicherung für Bauern, Handwerker, selbständig Erwerbstätige und Unternehmer sowie freiberuflich Tätige auf die Vereinigte Großberliner Versicherungsanstalt“ der genannte Personenkreis aus der VAB ausgegliedert.<sup>109</sup>

Im Januar 1957 erfolgte mit der „Verordnung über die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten“ der letzte Schritt, bei dem die „gesamte politische, organisatorische und finanzielle Leitung der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten“ auf den FDGB übertragen wurde.<sup>110</sup>

### 2.3.1 Die Versicherten

Bei Gründung der VAB war der Kreis der Versicherten noch recht weit gefasst, denn es sollte möglichst zügig medizinische Versorgung und finanzielle Unterstützung für Kranke (und deren Angehörigen), Unfallverletzte und arbeitsunfähige Rentner\*innen ermöglicht werden.<sup>111</sup> Dementsprechend waren laut der ersten Verordnung „alle in Berlin beschäftigten Arbeiter und Angestellten sowie Gewerbetreibende, die nicht mehr als fünf fremde Personen beschäftigen, (...) gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter bei der Versicherungsanstalt Berlin (zu versichern)“.<sup>112</sup> Für alle in Berlin lebenden Personen, die nicht zum genannten Kreis dieser Versicherten gehörten, gab es zudem die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern.<sup>113</sup> Leistungsberechtigte Personen waren aber neben den freiwillig- und pflichtversicherten Personen und deren Familienangehörigen (Ehe- oder Lebenspartner\*innen, eigene sowie Stief- und Pflegekinder) auch Rentner\*innen, Unterstützungsempfänger\*innen von Sozialleistungen, anerkannte Opfer des Faschismus, Kriegsbeschädigte, Studierende und Berufsschüler\*innen.<sup>114</sup> Im Juli 1956 wurden die bisher bei der VAB versicherten Handwerker\*innen, Bauern/ Bäuerinnen, selbständig Erwerbstätigen und Unternehmer\*innen sowie

<sup>109</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung zur Übertragung der Sozialversicherung für Bauern, Handwerker, selbständig Erwerbstätige und Unternehmer sowie freiberuflich Tätige auf die Vereinigte Großberliner Versicherungsanstalt“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 12. Jahrgang Teil I, Nr. 48 (19. Juli 1956), S. 481–482.

<sup>110</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung über die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 13. Jahrgang, Teil I, Nr. 5 (23. Januar 1957), S. 49–51, S. 49.

Auf dem Gebiet der DDR hatten ähnliche Veränderungen zu einem etwas früheren Zeitpunkt stattgefunden. Seit Januar 1956 waren selbständig Erwerbstätige, Bauern, Handwerker und Unternehmer sowie freiberuflich Tätigen durch die Deutsche Versicherungsanstalt (DVA) versichert. Im August 1956 wurde dann die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten (SVAA) dem FDGB vollständig unterstellt. Hoffmann, *Sozialpolitische Neuordnung*, S. 334. Bundesvorstand des FDGB Verwaltung der Sozialversicherung, Hrsg. *Handbuch der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten*. Berlin: Tribüne Verlag und Druckerrei des FDGB, 1960.

<sup>111</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 6 ff.

<sup>112</sup>Magistrat der Stadt Berlin. „Sozialfürsorge“. In: *Verordnungsblatt der Stadt Berlin* 1. Jahrgang, Nr. 8 (5. September 1945), S. 64–66, S. 64 f.

<sup>113</sup>Im April 1946 waren über 1 Million Menschen bei der VAB pflichtversichert. Dazu kamen über 80.000 freiwillig Versicherte. Ernst Schellenberg, Hrsg. *Deine Sozialversicherung*. Berlin: Versicherungsanstalt Berlin, 1946, S. 12 f.

<sup>114</sup>Schellenberg, *Deine Sozialversicherung*, S. 38 f.



freiberuflich Tätige aus der VAB aus- und in die „Vereinigte“<sup>115</sup> eingegliedert. Das Leistungsspektrum sollte sich für die Versicherten dabei aber nicht verändern.<sup>116</sup> Durch die nun neu entstandene exklusive Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten (SVAA) war, nach Meinung des FDGB, die angestrebte Selbstverwaltung der Sozialversicherung sowie die Mitbestimmung der Arbeiter\*innen und Angestellten über die Verwendung der Mittel und Leistungen der SV erst möglich.

### 2.3.2 Leistungen der VAB

Bei ihrer Gründung wurden die bisher durch unterschiedliche Träger erbrachten Leistungen der SV in vier Hauptzweige zusammengefasst: Gesundheitspflege-, Geld-, Berufsfürsorge- und Wochenhilfeleistungen.<sup>117</sup> Im Laufe der Jahre wurde diese Einteilung umbenannt und stellenweise wieder aufgebrochen. An die Stelle der gesundheitspflegerischen Leistungen traten Heilbehandlung, Versorgung mit Hilfsmitteln sowie Fürsorge für Gesundheitsgefährdete und Genesende. Ebenso wurden Berufsfürsorge- und Wochenhilfeleistungen umbenannt in Berufsfürsorge<sup>118</sup> und Schwangeren- und Wochenhilfe<sup>119</sup>.

Die geldlichen Leistungen wurden noch einmal unterteilt in Kranken-, Familien- und Taschengeld und besondere Geldleistungen sowie Renten und Sterbegeld.<sup>120</sup>

Im Folgenden wird kurz auf die gesundheitspflegerischen sowie die geldlichen Leistungen eingegangen, da diese für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind.

Zu den gesundheitspflegerischen Leistungen zählten die Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung

<sup>115</sup>Die „Vereinigte“ Großberliner Versicherungsanstalt, eine staatliche Versicherung, zuständig für das Gebiet von Groß-Berlin, war im Juli 1950 vom Magistrat von Groß-Berlin als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet worden. Sie war die Rechtsnachfolgerin mehrerer Versicherungsunternehmen, darunter die Berolina, eine allgemeine Versicherungsanstalt, die Feuersoziätät sowie zweier Lebensversicherer und einer Sachversicherungsgesellschaft. Gemäß ihrer Satzung konnte sie „alle Arten der Versicherung betreiben und (war) Träger jeglicher Art von Pflichtversicherungen außerhalb der Zuständigkeit der Versicherungsanstalt Berlin.“ Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung zur Neuregelung des Versicherungswesens vom 13. Juli 1950“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 6. Jahrgang, Teil I, Nr. 33 (20. Juli 1950), S. 181–184, S. 182.

<sup>116</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung zur Übertragung“, S. 482.

<sup>117</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 44 f.

<sup>118</sup>Bei der Gründung der VAB wurden diese Leistungen körperbehinderten Versicherten gewährt, mit dem Ziel diese durch entsprechende Maßnahmen/ Leistungen im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten in den Arbeitsmarkt einzubinden. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 72 ff.

Im Laufe ihrer Leistungsentwicklung bezog sich diese Unterstützung „nur“ noch auf Versicherte, die ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben konnten und beispielsweise eine Umschulung oder erneute Ausbildung benötigten. O.V. *Das Berliner Sozialversicherungsrecht*. Hrsg. von FDGB Bezirksvorstand Groß-Berlin Verwaltung der Sozialversicherung (VAB). Berlin, 1957, S. 22.

<sup>119</sup>Wochenhilfeleistungen umfassten alle Leistungen die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Entbindung, Geburt und Wochenbett standen (u.a. Schwangeren- und Wochengeld, Hebammenhilfe). O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 76 ff.; O.V., *Sozialversicherungsrecht*, S. 23 ff.

<sup>120</sup>Vgl. Versicherungsanstalt Berlin, Hrsg. *Satzung der Versicherungsanstalt Berlin: ab 1. Januar 1950 geltende Fassung*. Berlin, 1950; O.V., *Sozialversicherungsrecht*.

sowie Heilstättenbehandlung (Kuren). Die SV hatte darüber hinaus aber auch die Verpflichtung, in der Krankheitsverhütung (beispielsweise Kurverschickungen), betriebsärztlichen Versorgung und im Arbeitsschutz tätig zu werden.<sup>121</sup>

Geldliche Leistungen umfassten Krankengeld, Familien- und Taschengeld sowie besondere Unterstützungen. Die bei der Gründung der VAB ebenfalls zu diesem Bereich zählenden Renten und Sterbegelder wurden aus diesem Leistungsabschnitt im Verlauf wieder herausgenommen. Nichtsdestotrotz sollte für die Versicherten eine ununterbrochene Zahlung von geldlichen Leistungen, unabhängig vom zuständigen Versicherungszweig, gewährleistet werden, um die Versicherten bzw. ihre Angehörigen finanziell abzusichern. Relevant sind die geldlichen Leistungen (die Renten mit inbegriffen) vor allem deshalb, da sie insgesamt gut 2/3 des Gesamtbudgets der VAB ausmachten und die Rentenzahlungen davon mehr als die Hälfte.<sup>122</sup>

Im Jahr 1945, bei Gründung der VAB, wurde Krankengeld ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit (AU) und (mit Einschränkung) „bis zur Wiederherstellung der Arbeitseinsatzfähigkeit gewährt“.<sup>123</sup> Diese Einschränkungen bestanden darin, dass geldliche Leistungen (Kranken-, Familien- oder Taschengeld) für max. 2 x 26 Wochen gezahlt werden sollten. War innerhalb dieser Zeitspanne keine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in Sicht, erfolgte die weitere finanzielle Absicherung mittels Rentenzahlungen.<sup>124</sup> Zur Evaluation ihrer Arbeitsfähigkeit mussten sich Versicherte (bis zur Einführung der Ärzteberatungskommissionen) bei den diagnostischen Beratungsstellen der SV vorstellen.<sup>125</sup>

Eine wichtige Veränderung in den Regelungen zu den Krankengeldzahlungen erfolgte im Juni 1952. Mit der „Verordnung über die Wahrung der Rechte der Werk tätigen und über die Regelung der Entlohnung der Arbeiter und Angestellten“ wurde die Zahlung von Krankengeld ab dem ersten Krankheitstag gewährt.<sup>126</sup> Außerdem wurde für einen Zeitraum von max. 6 Wochen zusätzlich der Differenzbetrag zwischen Krankengeld und 90% des Nettoarbeitsverdienstes durch die Betriebe gezahlt (bei Betriebsunfällen und Berufskrankheiten galt diese Regelung bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit).

---

<sup>121</sup>O.V., *Sozialversicherungsrecht*, S. 16 ff.

<sup>122</sup>Zschaler, *Finanzen*. Vergleiche hierzu auch Abbildung 2.4, S. 60 und Abbildung 2.5, S. 61.

<sup>123</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 55; Versicherungsanstalt Berlin, *Satzung VAB 1950*, S. 13.

<sup>124</sup>Versicherungsanstalt Berlin, *Satzung VAB 1950*, S. 13.

<sup>125</sup>Vgl. Zocher, *Neuaufbau*, S. 45; Versicherungsanstalt Berlin, *Satzung VAB 1950*, S. 12 ff.

<sup>126</sup>Magistrat von Groß-Berlin. „Verordnung über die Wahrung der Rechte der Werk tätigen und über die Regelung der Entlohnung der Arbeiter und Angestellten“. In: *Verordnungsblatt für Groß-Berlin* 8. Jahrgang, Teil I, Nr. 24 (11. Juni 1954), S. 245–250.

### 2.3.3 Finanzierung der VAB

Ein großes Problem bei der Gründung der VAB stellte sicherlich die finanzielle Situation dar. Von dem 1943 schätzungsweise bestehenden Vermögen der Sozialversicherung von 20 Milliarden Reichsmark waren zu Kriegsende 1945 keine relevanten Geldmengen mehr vorhanden, mit denen Leistungen hätten erbracht werden können.<sup>127</sup> Um die Finanzierung zu sichern, wurde zu Beginn ein Einheitsbetrag von 20% des Bruttoarbeitslohns erhoben (mit je 10% durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer), welcher zusammengefasst in etwa der Höhe der „alten“ Sozialversicherungsbeiträge aus Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung entsprach.<sup>128</sup> Im Verlauf wurde im Rahmen dieser Beitragsregelung eine Höchstgrenze von 120 DM (Ost) monatlich gesetzt.<sup>129</sup>

Inwiefern die Einnahmen der VAB die Ausgaben in den 1950er Jahren decken konnten, lässt sich nicht eindeutig sagen. Seit Januar 1951 wurde der Haushalt der VAB als Teil des Haushalts des Magistrats von Berlin geführt. In den statistischen Jahrbüchern für Ost-Berlin wurden die Einnahmen der SV und deren Ausgaben in der Folge nicht separat aufgeführt. Es finden sich lediglich die in Abbildung 2.3, S. 49 bereits gezeigten Ausgaben der SV für Leistungen für gesundheitliche und soziale Zwecke. Darüber hinaus wurden in den Jahrbüchern die Ausgaben des Magistrats für Einrichtungen der stationären und ambulanten Behandlung (siehe Abbildung 2.2, S. 48) sowie für die Betreuung von Mutter und Kind, Gesundheitsschutz und -kontrolle ausgewiesen. Inwiefern diese Ausgaben auch durch die SV mit gedeckt wurden, kann daraus nicht erschlossen werden.

Aus verschiedenen Quellen konnten die in Abbildung 2.4, S. 60 dargestellten Einnahmen bzw. Ausgaben für einzelne Jahre eruiert werden.<sup>130</sup> Für den dort abgebildeten Zeitraum von 1949 bis 1956 kann sicher gesagt werden, dass die Einnahmen etwa auch den Ausgaben entsprachen.

<sup>127</sup>Ein Großteil des Vermögens, etwa 70%, diente der Finanzierung von Kriegsmitteln durch Zwangsanlage in Staatspapieren und war somit verloren. Weitere 5,5 Mrd. RM waren überwiegend in Hypotheken, Grund- und Rentenschulden angelegt. Diese waren entweder durch die Kriegshandlungen zerstört oder, wie auch alles übrige öffentlich-rechtliche Kapital, durch die Alliierten beschlagnahmt worden. vgl. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 4 ff.; Schellenberg, *Deine Sozialversicherung*, S. 5 f.

<sup>128</sup>Magistrat der Stadt Berlin, „Sozialfürsorge 1945“, S. 65; Schellenberg, *Deine Sozialversicherung*, S. 15. Diese Beitragsregelung galt für versicherungspflichtig Beschäftigte. Abweichende Beitragssätze galten u.a. für Gewerbetreibende, Selbständige, freiwillig Versicherte und ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge. vgl. Schellenberg, *Deine Sozialversicherung*, S. 15 ff.; O.V. *Satzung der Versicherungsanstalt Berlin: in der ab 1. Januar 1947 geltenden Fassung*. Hrsg. von Versicherungsanstalt Berlin. Berlin, 1948, S. 33 f.

<sup>129</sup>Versicherungsanstalt Berlin, *Satzung VAB 1950*, S. 35.

<sup>130</sup>O.V. „Soziale Sicherheit für ganz Deutschland“. In: *Tribüne* 10. Jahrgang, Nr. 20B (25. Januar 1954); Willi Kuhn. „Leistungen der VAB ständig verbessert“. In: *Tribüne* 11. Jahrgang, Nr. 74B (29. März 1955); O.V. „Stolze Bilanz unserer Sozialversicherung“. In: *Berliner Zeitung* 12. Jahrgang, Ausgabe 100 (28. April 1956), S. 5; Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten, Hrsg. *Die Berliner Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten berichtet*. Berlin, 1957, S. 5.

Es ist jedoch anzunehmen, dass gegen Ende der 1950er Jahre aufgrund von steigenden Ausgaben im Gesundheitsbereich (vgl. Abbildung 2.5, S. 61) und für Rentenleistungen, die Ausgaben der SV die Einnahmen überstiegen (insbesondere weil Rentenzahlungen gefolgt von Geldleistungen und den Kosten für ärztliche Behandlungen die größten Ausgabeposten der SV ausmachten).

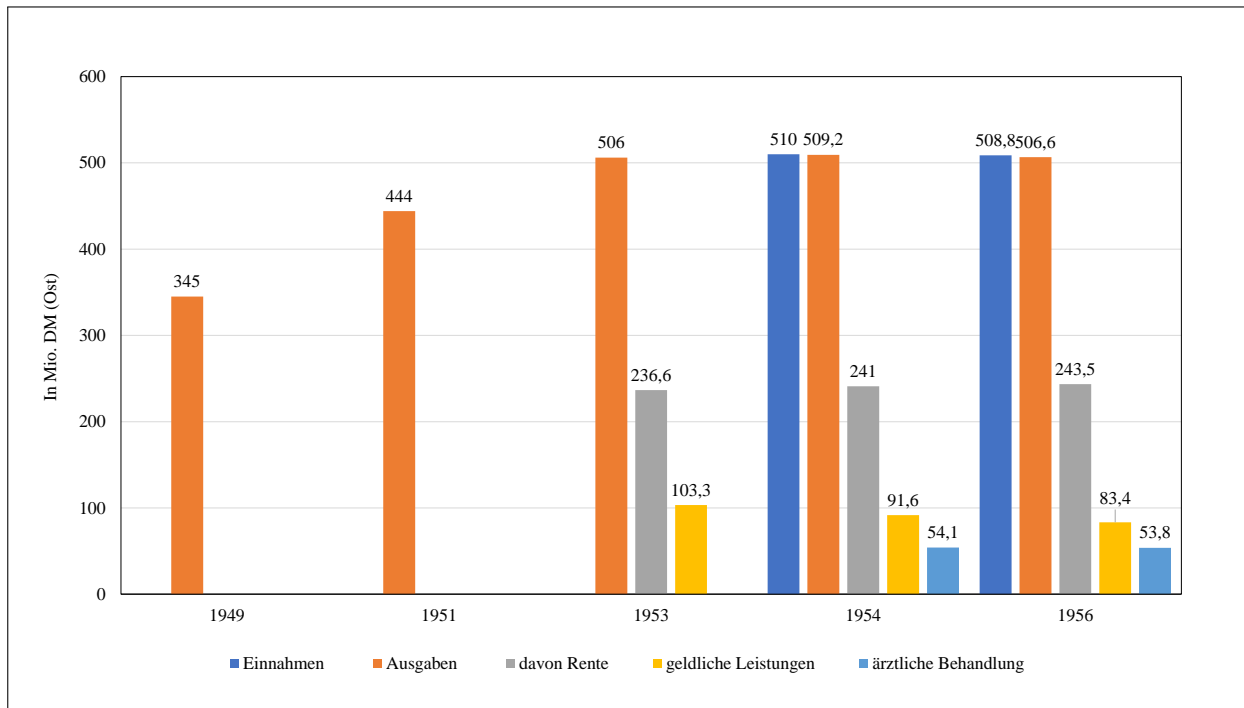


Abbildung 2.4 – Einnahmen und Ausgaben der SV (in Mio. DM (Ost))

Eine Übersicht über die Ausgaben der SV für das Gesundheitswesen in Ost-Berlin bietet die Abbildung 2.5 auf Seite 61.<sup>131</sup> In den dargestellten Gesamtausgaben der SV sind auch Zahlungen an den Magistrat von Ost-Berlin für die medizinische Versorgung in staatlich ambulanten Gesundheitseinrichtungen wie Polikliniken, Ambulatorien und Ärztekommis-sionen mit inbegriffen. Mit Anwachsen des staatlichen Gesundheitswesens stieg dieser Anteil in den drei dargestellten Jahren von 68.944 Tausend DM (Ost) auf 150.000 Tausend DM (Ost). Die vom FDGB angestrebten Einsparungen durch Umstrukturierung der Verwaltung konnten tatsächlich erreicht werden. Die Kosten für die Verwaltung sanken von 3,89% 1951 auf 1,14% 1954 und 1,2% 1956.<sup>132</sup>

<sup>131</sup>Eigene Berechnungen, vgl. Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 178 f.; Kurt Scheidler und Wolfgang Schneider, *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1960*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1960, S. 189 f.; Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 195 f.

<sup>132</sup>O.V., „Was die VAB bisher erreichte“; O.V. „Aktivisten und Gewerkschaftsleitungen in den Verwaltungen!“ In: *Arbeit und Sozialfürsorge* 10. Jahrgang, Nr. 14 (Juli 1955), S. 446; Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten, *Die Berliner Sozialversicherung*, S. 5.

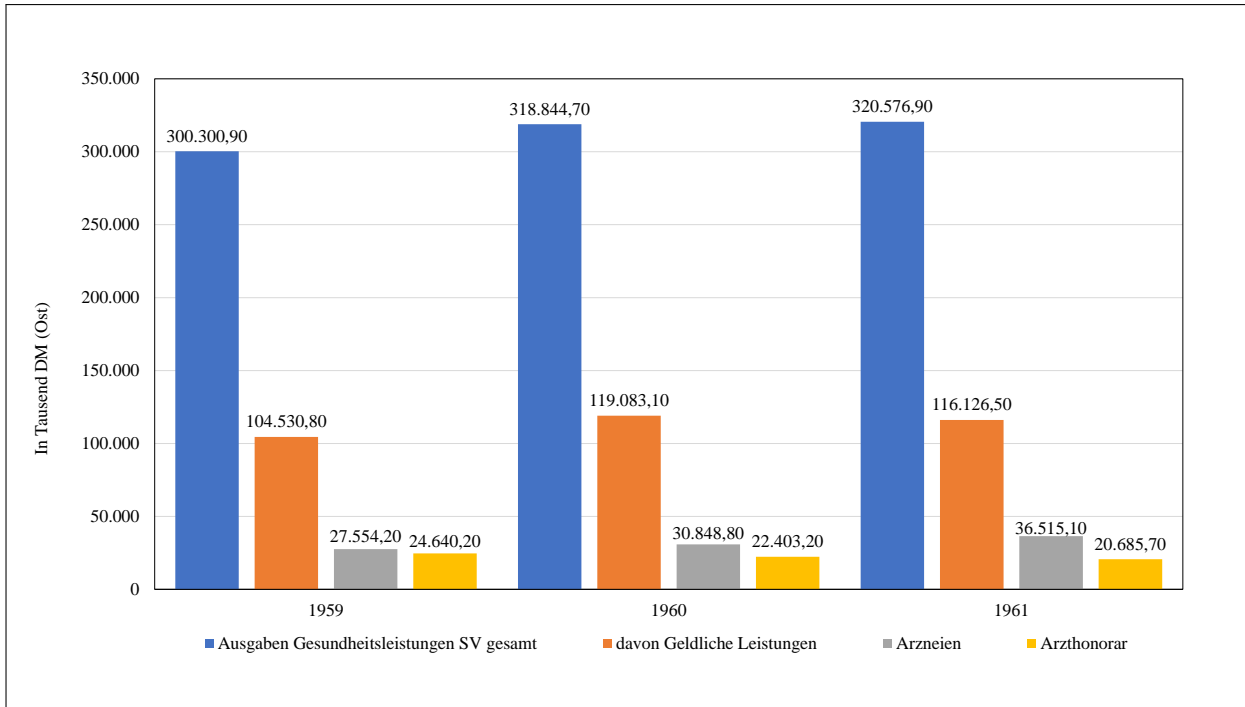


Abbildung 2.5 – Ausgaben der SV für gesundheitliche Leistungen (in Tausend DM (Ost))

## 2.4 Krankenstand in Ost-Berlin 1952 bis 1962

Im folgenden Kapitel werden zunächst die wichtigsten Begriffe zum Thema Krankenstand eingeführt. Weiterhin werden mögliche Ursachen für den, von staatlicher Seite als zu hoch angesehenen, Krankenstand erörtert. Dabei wird auf Besonderheiten in Ost-Berlin eingegangen und die Frage gestellt, mit welchen Gegenmaßnahmen der Krankenstand reguliert werden sollte.

Als arbeitsunfähig galt, wer „nicht oder nur bei Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen“. Erwerbstätigkeit bezog sich dabei auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und nicht auf den erlernten Beruf.<sup>133</sup>

Als Krankheit wurde angesehen, wenn ein „anormaler Körper- oder Geisteszustand ärztliche Behandlung oder Heilmittel notwendig macht(e), auch wenn diese zunächst nicht in Anspruch genommen“ wurde.<sup>134</sup>

Der Krankenstand, ein Begriff aus dem Sozialversicherungsrecht, bezeichnete „den Arbeitsausfall infolge AU (Krankheit, Betriebsunfall, Berufskrankheit einschließlich Kuraufenthalt). Er drückt das Verhältnis der ausgefallenen Arbeitszeit zur Soll-Arbeitszeit der Betriebe aus, berechnet nach Arbeitstagen für einen bestimmten Zeitraum.“<sup>135</sup> Mit dem Krankenstand wurde also der durch AU verursachte Arbeitsausfall in den Betrieben betrachtet, in Verbindung mit der ökonomischen Belastung durch Zahlung von Krankengeld.<sup>136</sup> Für die Höhe des Krankenstandes war dementsprechend nicht nur die Häufigkeit der Krankschreibung entscheidend, sondern auch die Dauer der AU.<sup>137</sup>

Abbildung 2.6<sup>138</sup> auf Seite 64 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Ost-Berlin<sup>139</sup> und der DDR zwischen 1950 bis 1961. Die Abbildung zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Krankenstandes in Ost-Berlin bis 1952. Ab 1953 bis 1961 blieb der Krankenstand in

---

<sup>133</sup>Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, „Ausbildungslehrgang“. In: *C Rep 118, Nr. 509*. In der Satzung der Versicherungsanstalt Berlin vom 1. Januar 1947 Stand unter § 28 bereits: „Als arbeitsunfähig gilt der Versicherte, der infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr, seinen Zustand in absehbar naher Zeit zu verschlimmern, imstande ist, seine Berufsarbeit zu verrichten.“ O.V., *Satzung VAB 1948*, S. 17.

<sup>134</sup>Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, „Ausbildungslehrgang“. In: *C Rep 118, Nr. 509*.

<sup>135</sup>O.V. „Referat „Zur Arbeit der ÄBKer“, Tagung der Kreisärzte in Leipzig“. In: *BArch DQ 1 3178 (27./28.06. vermutlich 1955)*, o.P.

<sup>136</sup>Vgl. W. Schmincke, Hrsg. *Ärztliche Arbeitsbefreiung und Krankenstand*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1979, S. 3.

Für die Zahlung des Krankengeldes war die VAB als Träger der Sozialversicherung zuständig. Der Haushalt der VAB war zudem seit 1951 in den Haushaltsplan des Magistrats von Ost-Berlin eingegliedert. Ein Anstieg an Krankengeldzahlungen bedeutete somit auch eine höhere Belastung für den Magistratshaushalt (Vgl. Kapitel 2.3).

<sup>137</sup>Vgl. Schmincke, *Arbeitsbefreiung*, S. 6.

<sup>138</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 106.

<sup>139</sup>Gründe für den höheren Krankenstand in Ost-Berlin im Vergleich zur DDR werden im Verlauf des Kapitels erörtert.

Ost-Berlin zwischen 6% und 7%.<sup>140</sup> Worin lagen die Ursachen für diese Entwicklung? Bereits 1945 hatte die VAB in einem ersten Statusbericht über den Anstieg des Krankenstandes und die damit einhergehende finanzielle Belastung berichtet.<sup>141</sup> In dem genannten Bericht werden folgende Gründe für den Krankenstandsanstieg genannt:

- außerordentlich schlechter körperlicher wie seelischer Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung,
- mangelnde Arbeitsmoral und fehlendes Verantwortungsbewusstsein auf Seiten der Versicherten und
- mangelndes Verantwortungsbewusstsein einzelner Ärzt\*innen.<sup>142</sup>

Wie in Abbildung 2.6 dargestellt, stieg von 1950 bis 1952 die Zahl der Krankgeschriebenen und damit die finanzielle Belastung für die VAB/ für den Haushalt des Magistrats von Berlin weiter. Spätestens mit Erscheinen des Artikels „156 Millionen verlorene Arbeitsstunden“<sup>143</sup> von *Paul Peschke*, Direktor der SV, im *Neuen Deutschland* war die ökonomische Bedeutung des Krankenstandes im öffentlichen Bewusstsein angekommen (Vgl. Kapitel 1.1, S. 4). In den folgenden Monaten und Jahren wurden die Ursachen und notwendigen Maßnahmen vielfach, auch in der Fachwelt, diskutiert.

Die alleinige Schuldzuweisung an frei praktizierende Ärzt\*innen, wie sie noch im September 1952 in dem Artikel „Schluß mit den Gefälligkeitsakten! Mangelndes Verantwortungsbewusstsein einiger frei praktizierender Ärzte“<sup>144</sup> erfolgt war, konnte in der Diskussion entkräftet werden. Im Folgenden werden Gründe für den „anormalen“ Krankenstand erläutert, wie sie in der Presse und Fachöffentlichkeit in den Jahren 1952 bis 1960 diskutiert wurden. Auf die Rolle der ÄBKEn und ihren möglichen Einfluss auf den Krankenstand wird in Kapitel 2.5 näher eingegangen.

<sup>140</sup>Mit Gründung der VAB wurden statistische Erhebungen und Analysen durch die *Statistische Abteilung* der VAB durchgeführt. Ihre Erhebungen sollten die „Grundlage für gesundheitliche und finanzpolitische Maßnahmen“ bilden. Dementsprechend lagen für Ost-Berlin ab 1949 statistische Krankenstandsdaten vor. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 23 f.

Daneben gab es, wie in Kapitel 1.4 erwähnt, eine Abteilung für Medizinalstatistik, welche der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von Ost-Berlin angegliedert war. Diese hatte von 1948 bis 1953 bestanden und wurde ab 1957 wieder aufgebaut. Schneider. „Zur Perspektive der Medizinalstatistik in Berlin, In: Diskussion zum Perspektivplan des Gesundheitswesens“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 8 (August 1959), S. 1–3, S. 3.

<sup>141</sup>O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 54 ff.

Krankengeldzahlungen waren nach den Rentenzahlungen (Alters- und Invalidenrente) der zweithöchste Posten bei den geldlichen Leistungen der VAB. Weitere Geldleistungen waren Familien- und Taschengeld sowie Sterbegeld.

<sup>142</sup>Das fehlende Verantwortungsbewusstsein einzelner Ärzt\*innen wurde von den Autor\*innen des Berichts damit in Zusammenhang gebracht, dass „ein erheblicher Prozentsatz der Berliner Ärzte Nazis waren“, ohne dass die Autor\*innen dies näher erklärten. Sie betonten stattdessen, dass durch „bestimmte Methoden“ mittels derer „die Nazi(s) (...) während des Krieges (...) de(n) Krankenstand gewaltsam herabgedrückt (hatten), (...) gesundheitliche Folgen hervorgerufen (wurden), die sich jetzt bemerkbar (machten)“. O.V., *Ein halbes Jahr Sozialversicherung*, S. 57.

<sup>143</sup>Peschke, „156 Millionen“.

<sup>144</sup>O.V., „Schluss mit den Gefälligkeitsakten“.

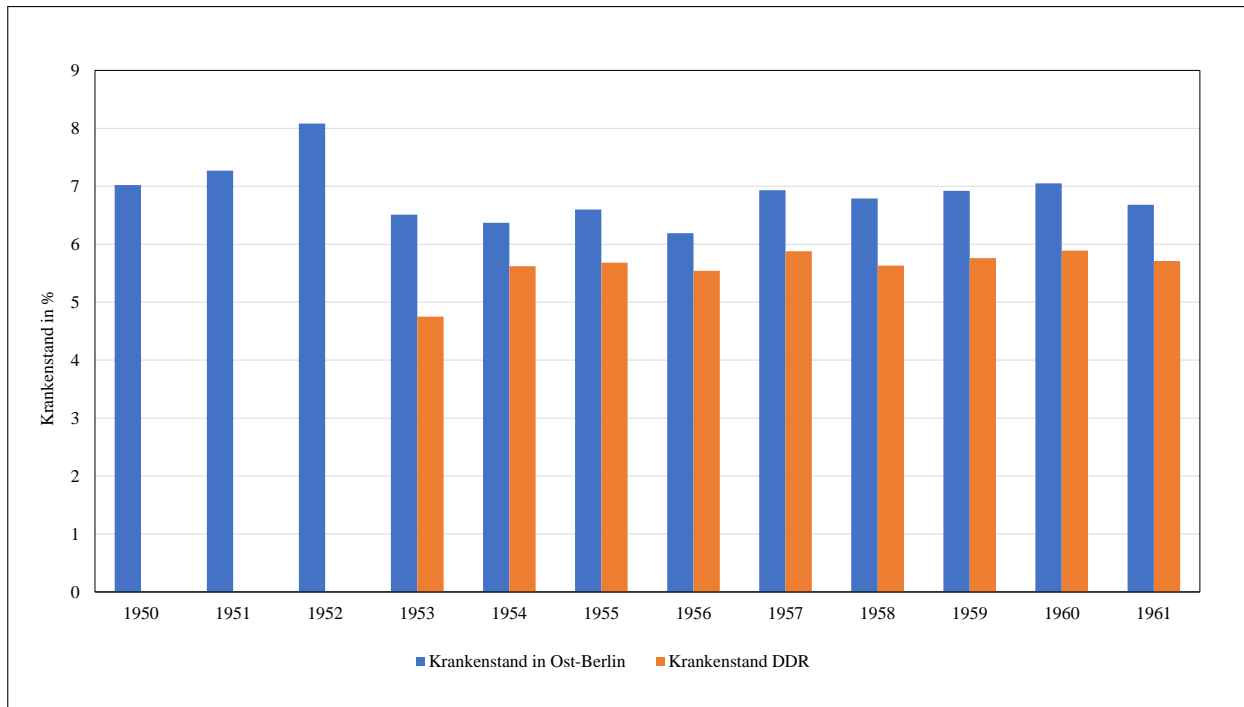


Abbildung 2.6 – Krankenstand in Ost- Berlin und DDR 1950 bis 1961

Ein Teil der Verantwortung für die Höhe des Krankenstandes wurde auf Seiten der Versicherten gesehen. Hier sah man ein Problem in der schlechten Arbeitsmoral Einzelner, welche ihre Wurzel in „ideologischen, organisatorischen oder materiellen Versäumnissen“ hatte.<sup>145</sup> Es wurde außerdem wiederholt argumentiert, dass die größere wirtschaftliche Sicherheit durch Zahlung von Krankengeld ab dem 1. Tag der AU eher zur Vorstellung bei einem Arzt führen würde.<sup>146</sup>

Frei praktizierenden Ärzt\*innen, v.a. nebenberuflich tätigen Betriebsärzt\*innen, aber auch Ärzt\*innen der ÄBKEn wurde z.T. mangelnde Kenntnis von betrieblichen Abläufen vorgeworfen, wodurch diese die tatsächliche Arbeitsfähigkeit von Arbeiter\*innen gar nicht beurteilen könnten.<sup>147</sup> Organisatorische Probleme sowie Zeitmangel bei zu vielen Patient\*innen wurde sowohl für Arztpraxen, als auch für die Arbeit der ÄBKEn, als mögliche Ursache für leichtfertig ausgestellte Krankschreibungen gesehen.<sup>148</sup>

Dauerthemen in der öffentlichen und fachlichen Diskussion betrafen zudem verschiedene betriebliche Aspekte, denen Einfluss auf den Krankenstand zugeschrieben wurde. Hierzu

<sup>145</sup>O.V. „Ist der hohe Krankenstand gerechtfertigt?“ In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 98 (29. April 1953).

<sup>146</sup>Karl Peterhansel. „Der Krankenstand in der Statistik“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 9 (Dezember 1955), S. 3-4; Roberta Gropper. *Die Sozialversicherung des demokratischen Berlin im Jahre 1955*. Berlin: Verlag Tribüne (Berlin, Ost), 1956, S. 9 ff.

<sup>147</sup>O.V., „Ist der hohe Krankenstand gerechtfertigt?“, Weigel. „Zum Thema: Krankenstand“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 10/11 (Oktober/ November 1960), S. 13-15.

<sup>148</sup>Hild. „Der Krankenstand in der Statistik“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 8 (August 1957), S. 4-7.



zählten der als unzureichend gesehene Arbeits- und Gesundheitsschutz, mangelnde Betriebs-  
hygiene, Fehler in der Produktionsorganisation<sup>149</sup> sowie Materialknappheit für die Produk-  
tion.<sup>150</sup>

Auch der FDGB sah sich in der Verantwortung. Von Seiten des Rates der Sozialversicherung  
von Groß-Berlin<sup>151</sup> wurde 1952 festgestellt: „die Zusammenarbeit zwischen den Betriebsärz-  
ten und den Räten für Sozialversicherung in den Betrieben, den Arbeitsschutzkommissionen  
und den Betriebs-Gewerkschaftsleitungen in vielen Betrieben (ist) ungenügend“.<sup>152</sup> *Neelsen*  
und *Winter* attestierten zudem eine unzureichende „Erziehung“ der Werktätigen zur richti-  
gen Einstellung gegenüber ihrem Betrieb.<sup>153</sup>

Neben den genannten Ursachen fielen bei der statistischen Auswertung des Krankenstan-  
des zwei Versichertengruppen mit einem besonders hohen Anteil an Krankschreibungen auf:  
Frauen und Jugendliche. Frauen hatten ab 1951 durchgehend einen höheren Krankenstand  
als Männer.<sup>154</sup> *Elfriede Paul*<sup>155</sup> begründete dies u.a. mit der hohen Belastung durch Beruf,  
Familie und Haushalt.<sup>156</sup> 1955 veröffentlichte sie die Ergebnisse einer Studie aus sechs Berliner  
Großbetrieben in der sie Ursachen, Häufigkeit und Dauer von Krankschreibungen bei Frau-  
en zwischen Oktober 1952 und März 1953 untersucht hatte. Zur Dauer der AU stellte *Paul*

<sup>149</sup>Als problematisch angesehen wurden v.a. Produktionsausfälle in Folge von Materialknappheit, da diese zu  
verkürzten Arbeitszeiten führten, in deren Folge Arbeitnehmern ein geringeres Einkommen gezahlt wur-  
de. Waren Arbeiter jedoch arbeitsunfähig geschrieben, hatten sie Anspruch auf Krankengeld und Lohnaus-  
gleichszahlungen (welche sich nach dem Einkommen der letzten 13 Wochen richtete), was in der Summe  
häufig ein höheres Einkommen ergab als das, welches Arbeiter unter verkürzter Arbeitszeit erhielten. *Paul*  
*Peschke*. „Es gilt, 120 Millionen zu sparen!“ In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 44 (21. Februar 1953).

<sup>150</sup>Vgl. O.V. „Der Krankenstand muss gesenkt werden“. In: *Tribüne* 8. Jahrgang, Nr. 231 (4. Oktober 1952);  
O.V., „Ist der hohe Krankenstand gerechtfertigt“; Weigel, „Thema“; Kurt Winter und U. Neelsen. „Analyse  
des Krankenstandes und vorbeugende ärztliche Tätigkeit im Betrieb“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen*  
Jahrgang 11, Heft 19 (10. Mai 1956), S. 629–635, S. 630; Gropper, *Die Sozialversicherung des demokratischen*  
*Berlin*, S. 9 ff.

<sup>151</sup>Vgl. hierzu Kapitel 2.3.

<sup>152</sup>O.V., „Krankenstand muss gesenkt werden“.

<sup>153</sup>Winter und Neelsen, „Analyse“.

<sup>154</sup>Vgl. H. Redetzky. „Vier Jahre Krankenstand in der Deutschen Demokratischen Republik“. In: *Das deutsche*  
*Gesundheitswesen* Jahrgang 13, Heft 34/44 (Oktober 1958), S. 1362–1371, S. 1362 f.; vgl. Scheidler und  
Schneider, *Bericht 1961*, S. 107.

<sup>155</sup>*Elfriede Paul*, geb. 14.01.1900, in Köln, gest. 30.08.1981 in Ahrenshoop; 1917–1921 Lehrerinnenausbildung  
in Hamburg; 1921 Eintritt in KPD; 1926–1933 Medizinstudium in Hamburg, Berlin und Wien; 1934 Appro-  
bation; 1934–1938 Schulärztin in der Schul- und Säuglingsfürsorge beim Magistrat von Groß-Berlin; ab 1934  
Ärztin in einer Beratungsstelle für Erb- und Rassenpflege der Stadt Berlin; 1936 Promotion über „Die Beein-  
flussung der Menstruation durch das Landjahr“; 1936–1942 eigene Praxis in Berlin-Wilmersdorf; 1947 Mit-  
begründerin des Demokratischen Frauenbunds Deutschlands; 1936 Mitgliedschaft im Nationalsozialistischen  
Deutschen Ärztebund (NSDÄB); 1936–1942 Mitarbeit in der „Roten Kapelle“; 1942–1945 inhaftiert in Ber-  
lin, Gefängnishaft in Berlin, Cottbus und Leipzig; 1945–1947 Mitglied der KPD-Landesleitung Hannover  
und der Entnazifizierungskommission in Hannover; 1949–1950 ärztliche Leiterin der VAB; 1950–1954 Betriebsärz-  
tin und Assistentin am Hygienischen Institut der Universität Berlin; 1952–1953 im Auftrag des Magistrats  
von Groß-Berlin Untersuchung der Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit von Frauen in Großbetrieben; 1954  
Habilitation über „Ursachen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei der Frau“; 1956–1964 Gründung des In-  
stituts für Sozialhygiene an der Universität Magdeburg, Lehrstuhl für Sozialhygiene; ab ca. 1960 Stadtver-  
ordnete in Magdeburg. [http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD\\_DGSMP/PdfFiles/Biografien/Paul.pdf](http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_DGSMP/PdfFiles/Biografien/Paul.pdf).  
Zugriff am 06.12.2018.

<sup>156</sup>Elfriede Paul. „Fragen des Krankenstandes, als Diskussionsbeitrag zu R. Weber“. In: *Das deutsche Gesund-*  
*heitswesen* Jahrgang 8, Heft 50 (10. Dezember 1953), S. 1536–1546, S. 1543 f.

fest, dass diese bei den 30-60-jährigen am höchsten war. Außerdem gab es mehrere Faktoren, welche mit einer längeren AU-Dauer bei Frauen, unabhängig vom Alter, einhergingen: körperliche Belastung durch die ausgeübte Tätigkeit, Schicht- und Nacharbeit und wenn Frauen Kinder unter 15 Jahren zu versorgen hatten. Als weiteren Grund für den höheren Krankenstand von Frauen benannte *Paul* die Krankschreibung von Frauen bei Schwangerschaft. Nach Meinung der Autorin wurden Frauen in Ermangelung von Schonarbeitsplätzen in den Betrieben zu häufig mit der „Verlegenheitsdiagnose“ „Komplikationen durch Schwangerschaft“ arbeitsunfähig geschrieben.<sup>157</sup>

Jugendliche unter 19 Jahren und dabei insbesondere junge Frauen tauchten ebenfalls in den Statistiken mit häufigen Krankschreibungen von jedoch meist kurzer Krankschreibungsdauer auf. Bei den Frauen wurde dies auf zum Teil chronische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane zurückgeführt.<sup>158</sup>

Eine große Belastung für das Gesundheitssystem waren die Erkrankungen an Grippe bzw. Erkältungskrankheiten. In den Wintermonaten von allen Jahren führte diese Erkrankungsgruppe bei Frauen und Männern gleichermaßen zu einem Anstieg des Krankenstandes.<sup>159</sup>

Ein weiteres Phänomen war, dass der Krankenstand in Ost-Berlin durchgehend über dem der übrigen DDR lag (vgl. Abbildung 2.6, S. 64). In der Fachpresse wurden hierfür verschiedene Gründe angeführt. *Elfriede Paul* stellte grundsätzlich fest, dass „diese Erscheinung (...) der Sozialversicherung von jeher bekannt (sei), daß nämlich der Krankenstand der Großstädte, insbesondere Berlins, gegenüber allen anderen Gebieten höher liegt“. *Scheidler* und *Schneider* begründen dies mit dem „z.T. hohen Anteil von Frauen an der Gesamtzahl der Beschäftigten“.<sup>160</sup> *Werner Krause*, Leitender Arzt der ÄBK im Bezirk Prenzlauer Berg, kam 1956 zu dem Schluss, dass der höhere Krankenstand sich durch andere soziologische Verhältnisse in Berlin ergebe, ohne diese jedoch genauer auszuführen. Diese würden zu einer hohen Fluktuation in den Beschäftigungsverhältnissen der Betriebe führen, welche es so in der DDR nicht gebe.<sup>161</sup> Dass diese hohe Fluktuation (1959 wechselte 1/3 der Beschäftigten in Berliner Betrieben den Arbeitsplatz) auch mit Problemen in der Betriebsleitung zu tun haben könnte, wurde vom Vorsitzenden des FDGB-Bezirksvorstandes *Heinz Neukrantz* eingeräumt.<sup>162</sup> Der stellvertretende Leiter der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, *Muschter*, kam 1960 außerdem zu dem Schluss, dass der höhere Krankenstand in Berlin „zweifelsohne

---

<sup>157</sup>Elfriede Paul. „Untersuchung über Ursachen, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 10, Heft 51 (22. Dezember 1955), S. 1665–1668.

<sup>158</sup>Paul, „Untersuchung“; Muschter. „Über den betrieblichen Krankenstand“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 4/5 (Mai 1960), S. 1–4.

<sup>159</sup>Redetzky, „Vier Jahre“, S. 1362; Werner Krause. „Krankenstand und Betriebs-Ärztelkommissionen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 4/5 (Mai 1960), S. 5–7.

<sup>160</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 107.

Bis einschließlich 1961 war der Krankenstand in Berlin im Vergleich zu anderen Großstädten der DDR wie etwa Leipzig, Magdeburg und Dresden am höchsten.

<sup>161</sup>Werner Krause. „Stellungnahme zu: Der Krankenstand in der Statistik in Nr. 9 der BÄR vom Dez. 1955“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1956), S. 2–3.

<sup>162</sup>Heinz Neukrantz. „Für eine gesunde Lebensführung“. In: *Tribüne* 16. Jahrgang, Nr. 74B (26./27. März 1960).

ideologische Ursachen (habe) und bewußtseinsmäßige Beeinflussung von Westberlin her eine erhebliche Rolle spiele“.<sup>163</sup> Eine genauere Erklärung oder Beispiele, was seiner Meinung nach unter „ideologischen Ursachen“ und „bewusstseinsmäßiger Beeinflussung“ zu verstehen sein könnte, gab Muschter nicht.<sup>164</sup>

### 2.4.1 Krankschreibungsdauer

Ein weiterer interessanter Aspekt des Krankenstandes, war die Entwicklung der Krankschreibungsdauer pro Fall (siehe Abbildung 2.7, S. 68).<sup>165</sup> Der bereits erwähnte deutlich höhere Krankenstand in Berlin wurde 1955 beispielsweise vom Leiter des Referats Statistik der VAB, *Karl Peterhansel*, mit der längeren Krankschreibungsdauer bei gleicher Krankheitshäufigkeit begründet.<sup>166</sup> Wie Abbildung 2.7 zu entnehmen ist, sank die Dauer der Krankschreibungen in Berlin ab Mitte der 1950er Jahre. Dass der Krankenstand in Ost-Berlin dennoch höher blieb als in der übrigen DDR, hatte mit der parallel dazu steigenden Zahl an Krankschreibungsfällen zu tun.<sup>167</sup> Bei einer stichprobenartigen Auswertung von 50.000 abgeschlossenen Arbeitsbefreiungsfällen fand *Peterhansel* außerdem Häufungen der Fallzahlen bei einer AU-Dauer von 7, 10, 14 und 21 Tagen.<sup>168</sup> Die Häufung der Fallzahlen bei 10 Tagen führte er auf die Verpflichtung zur Vorstellung bei einer ÄBK nach 10 Tagen AU zurück.

Die Häufung der AU-Dauer bei 7, 14 und 21 Tagen hatte laut *Peterhansel* und anderen Autoren v.a. mit dem Wunsch der Arbeitsbefreiten zu tun, eine volle Woche arbeitsunfähig geschrieben zu werden. Diesbezüglich gab es in den 1950er Jahren wiederholt Diskussionen und Appelle an die krankschreibenden Ärzt\*innen, die Dauer der AU nur nach der tatsächlich benötigten Rekonvaleszenz zu bemessen.<sup>169</sup>

Ein ähnliches Phänomen stellte die Arbeitsfähigkeitserklärung zum Wochenanfang (Montag) dar. Hierdurch kam es ebenfalls zu einer Verlängerung der AU-Tage, wie mehrere Autoren feststellten. Die Forderung an die krankschreibenden ärztlichen Kolleg\*innen war diesbezüglich eindeutig: „nur der ärztliche Befund (...) ist ausschlaggebend.“ Wünsche der Patient\*innen, ebenso wie innerbetriebliche Schwierigkeiten, sollten kein Grund für eine längere AU sein.<sup>170</sup>

<sup>163</sup>Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“, S. 1.

<sup>164</sup>Möglicherweise meinte *Muschter* hier die für Ost-Berliner (im Gegensatz zu den in der DDR lebenden Menschen) deutlich sichtbare unterschiedliche Entwicklungen in Wirtschaft, Wohlstand und Gesundheitswesen in West-Berlin (getragen durch West-Deutschland und die West-Alliierten) im Vergleich zu Ost-Berlin.

<sup>165</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 108.

<sup>166</sup>Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik“.

<sup>167</sup>Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“.

<sup>168</sup>Karl Peterhansel. „Der Krankenstand in der Statistik (II)“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 1 (Januar 1956), S. 3–4.

<sup>169</sup>Amon. „Einige Betrachtungen zum Beginn und Ende der Arbeitsbefreiung“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 9, Heft 3 (21. Januar 1954), S. 99–100; Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik (II)“; K. Krastel. „Muß denn mit der A.f.- Erklärung immer bis zum Wochenanfang gewartet werden?“ In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 3 (März 1956), S. 3; Weigel, „Thema“.

<sup>170</sup>Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik (II)“; Krastel, „A.f.-Erklärung“; Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“.

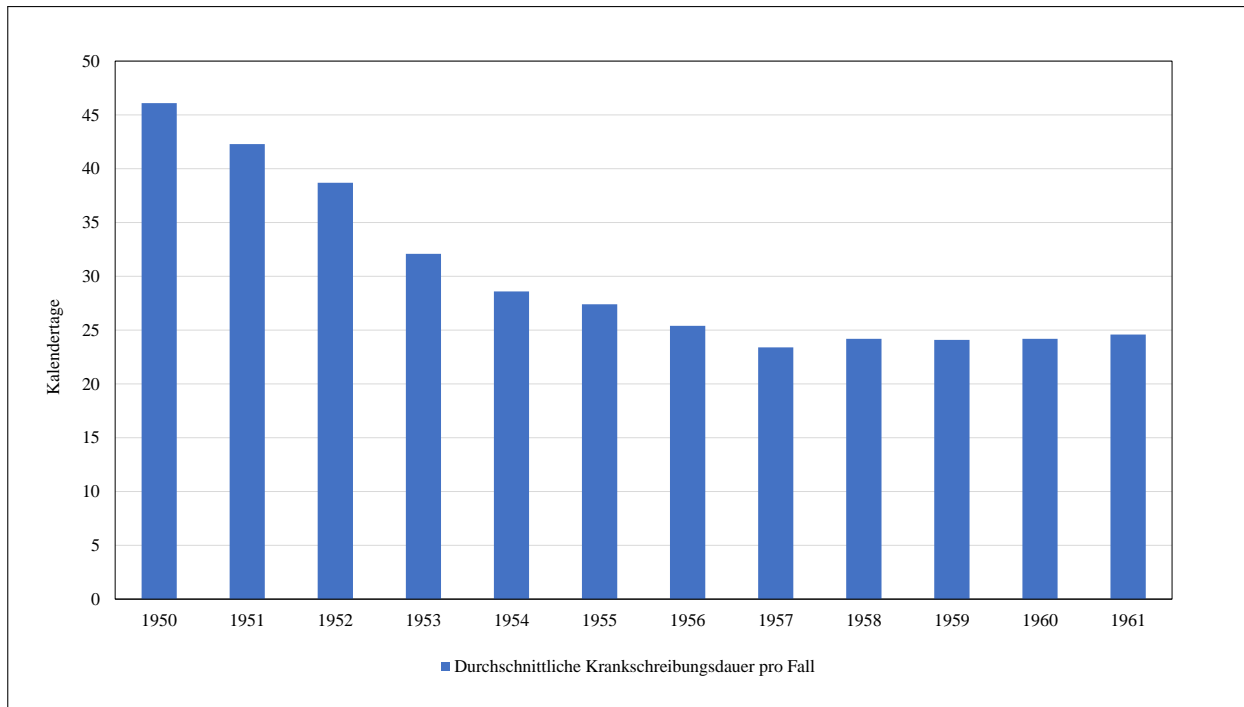


Abbildung 2.7 – Durchschnittliche Krankschreibungsdauer pro Fall in Ost-Berlin 1950 bis 1961

### 2.4.2 Maßnahmen zur „Normalisierung“ des Krankenstands

Wie bereits erwähnt, blieb der Krankenstand in Ost-Berlin ab 1953 zwischen 6% und 7% stabil. Die von politischer, gewerkschaftlicher und ärztlicher Seite geforderten Maßnahmen zur Reduzierung des Krankenstandes waren, ebenso wie die Ursachen, vielfältig und wiederholt Anlass für öffentliche Diskussionen.<sup>171</sup>

<sup>171</sup>Über eine angemessene Höhe des Krankenstandes schwiegen sich die an der Diskussion beteiligten Autorinnen und Autoren der Fach- und Tagespresse im Untersuchungszeitraum aus. Wiederholt erfolgten Vergleiche mit dem Krankenstand in West-Berlin und Westdeutschland sowie den Daten der Ortskrankenkassen in Berlin in den Vorkriegsjahren. Krankenstandszahlen von 2-4% in Berlin der Vorkriegszeit oder 3-4% 1955 in West-Berlin wurden allerdings gleichzeitig als nicht echt deklariert. vgl. Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik“; K. Krastel. „Welche Bedeutung haben die Ärzteberatungskommissionen für die gesundheitliche Betreuung der Werktätigen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 4 (Juli 1955), S. 6–7. Begründet wurde dies mit der Annahme, dass das westdeutsche, bzw. ein kapitalistisches Gesundheitswesen nur einen eingeschränkten Gesundheitsschutz und eine unzureichende finanzielle Absicherung im Krankheitsfall bot. Aus Angst vor einer finanziellen Notlage oder Verlust des Arbeitsplatzes würden Arbeiter eine Krankschreibung vermeiden. vgl. Krastel, „Bedeutung“; Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik“; Karl Peterhansel. „Krankenstand - Spiegel des Bewußtsein“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 1 (Januar 1958), S. 10–12. In der vom Bundesvorstand des FDGB herausgegebenen Zeitschrift *Die Sozialversicherung* wird 1960 von dem Ziel berichtet, den Krankenstand in der DDR bis 1965 auf 4% zu senken. Dieses Ziel wurde im Rahmen des Siebenjahrplans 1959 festgelegt. 1958 betrug der Krankenstand in der DDR noch 5,76%. Alfred Nave. „Ziel: 1960 Krankenstand 0,7% niedriger“. In: *Die Sozialversicherung* 6. Jahrgang, Nr. 3 (März 1960), S. 13–14, S. 13.

Der FDGB-Bundesvorstand sah sich beispielsweise in der Pflicht, durch „konsequente ideologische Überzeugungsarbeit (...) zur Hebung eines sozialistischen Arbeitsbewusstseins beizutragen“<sup>172</sup>, eine Aufgabe die in späteren Jahren wiederholt auch von ärztlicher Seite angemahnt wurde.<sup>173</sup> In den Betrieben sollten durch das Erstellen von Betriebskollektivverträgen sowie Haushaltsplänen die Arbeitsabläufe und die Arbeitsbedingungen für Arbeiter\*innen verbessert werden.<sup>174</sup> Durch Krankenstandanalysen in den Betrieben sollten Berufskrankheiten möglichst frühzeitig detektiert und entgegengewirkt werden. Ebenso sollte durch Einführung von neuester Sicherheitstechnik und Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen die Arbeitssicherheit erhöht werden.<sup>175</sup> Werkstätige Frauen sollten bei der Hausarbeit entlastet werden, beispielsweise durch ausreichende Kinderbetreuungsmöglichkeiten oder arbeitssparende Haushaltsgeräte.<sup>176</sup> Vor Einführung der ÄBK-Arbeit wurden seit 1952 durch die VAB wieder beratungsärztliche Reihenuntersuchungen in Betrieben durchgeführt mit der Idee, ungerechtfertigte Arbeitsbefreiungen zu detektieren, aber auch um die ärztliche Betreuung der Werkstätigen zu verbessern.<sup>177</sup> Insbesondere von ärztlicher Seite wurde die Bekämpfung und Erforschung von Grippeerkrankungen bzw. Erkältungskrankheiten gefordert.<sup>178</sup> Mit diesen Beispielen soll gezeigt werden, von welcher andauernden Relevanz das Thema Krankenstand in politischer, gesellschaftlicher und ökonomischer Hinsicht war. Die Ursachen, ebenso wie die Maßnahmen zur Bekämpfung des Krankenstandes, waren in der Öffentlichkeit stets präsent. Auf die Rolle der Ärzteberatungskommission in Bezug auf den Krankenstand wird im nachfolgenden Kapitel 2.5 eingegangen.

<sup>172</sup> Adolf Deter. „Alles den Kranken - nichts den Bummelanten!“ In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 94 (24. April 1953).

<sup>173</sup> Vgl. Redetzky, „Vier Jahre“, S. 1370; Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“, S. 4.

<sup>174</sup> O.V., „Ist der hohe Krankenstand gerechtfertigt“; Kuhn, „Leistungen der VAB“.

Einige Betriebe gingen soweit, ihre „Bummelanten“ öffentlich zu benennen. Es wurde zudem bei wiederholtem unberechtigtem Kranksein mit Kündigung gedroht. O.V. „Das Bummelantentum rücksichtslos ausrotten“. In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 116 (23. Mai 1953).

<sup>175</sup> Kahle und Wildner. „Arbeitsschutz=umfassendste Prophylaxe“. In: *Tribüne* 15. Jahrgang, Nr. 22B (27. Januar 1959).

<sup>176</sup> Herbert Erler. „Für jeden 545,- Mark“. In: *Berliner Zeitung* Jahrgang 16, Ausgabe 264 (29. September 1960), S. 3.

<sup>177</sup> Walter Thaetner. „Reihenuntersuchungen der VAB - ein voller Erfolg“. In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 36 (12. Februar 1953).

<sup>178</sup> Redetzky, „Vier Jahre“, S. 1370; Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“, S. 4.

## 2.5 Ärzteberatungskommissionen

### 2.5.1 Ärzteberatungskommission 1954

Nachdem in Kapitel 2.4 die Ursachen des Krankenstandes und Maßnahmen zur Senkung diskutiert wurden, soll im folgenden Kapitel genauer auf die Rolle und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen im dargestellten Kontext eingegangen werden.

Mit der „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ vom 10. März 1954 war die gesetzliche Grundlage für die Arbeit von Ärzteberatungskommissionen in Ost-Berlin gegeben.<sup>179</sup> In der Präambel der Anordnung wurden Gründe für die Einführung der ÄBK-Arbeit genannt. Dazu zählte die Annahme, dass „die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung und die damit verbundene wesentliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Werktätigen (...) zu einer Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung der Deutschen Demokratischen Republik und des demokratischen Sektors von Groß-Berlin geführt“ hat.<sup>180</sup> Da der Krankenstand trotz dieser Annahme bis 1952 kontinuierlich angestiegen war, sollten durch die Arbeit der ÄBK die „Mängel in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Werktätigen und in der Erteilung von Arbeitsbefreiungen“ beseitigt werden, um so die „Qualität der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ anheben zu können.

Die Aufgaben der ÄBK gliederten sich im Wesentlichen in zwei Bereiche. Ein großer Bereich war die ärztliche Begutachtung von arbeitsunfähigen Menschen mit Empfehlungen zu weiterer Diagnostik und Therapie, Überweisung an Fachärzt\*innen, Einweisung zur stationären Behandlung, Empfehlung von prophylaktischen Maßnahmen, aber auch die „Gesundschreibung“ von Patient\*innen, wenn aus Sicht der ÄBK kein Grund für eine weitere Arbeitsbefreiung vorlag.<sup>181</sup> Das zweite große Aufgabenfeld der ÄBK bestand in der statistischen Erfassung und Aufarbeitung von Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen innerhalb ihres regionalen Zuständigkeitsbereichs. Die entsprechenden Ergebnisse sollten durch die jeweilige Leitungsperson der Kommission monatlich an die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Stadtbezirks weitergegeben werden. Diesen beiden Aufgaben war das Ziel übergeordnet, „die Qualität der ärztlichen Krankenbehandlung und die Organisation der Arbeitsfähigkeitsberatung (...) zu verbessern“.<sup>182</sup>

In Berlin erfolgte die Verwaltung der Ärzteberatungskommissionen durch die Abteilung Gesundheitswesen des Magistrats von Groß-Berlin. Für die „Errichtung der Kommissionen und Kontrolle ihrer Arbeit“ wurden die „Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der Räte der

---

<sup>179</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“.

Bereits am 3. Juni 1953 war diese Verordnung auf dem Gebiet der DDR in Kraft getreten. Regierungskanzlei der Deutschen Demokratischen Republik (Hg.), „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung und Arbeitsfähigkeit“.

<sup>180</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>181</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 6.

<sup>182</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 4.

Stadtbezirke“ ernannt. Jede ÄBK erhielt innerhalb ihres Bezirks einen entsprechenden Zuständigkeitsbereich, der nach „Zahl der zu erwartenden Patienten, nach Umfang der Tätigkeit (...) und unter Berücksichtigung der Fachgebiete“ festgelegt werden sollte.<sup>183</sup>

Die Auswahl der zu begutachtenden Patient\*innen sollte über zwei Wege erfolgen:<sup>184</sup> Zum einen konnten Stichtags- und Reihenuntersuchungen durchgeführt werden, wenn der Krankenstand im Bezirk oder in einem bestimmten Betrieb „dies erforderlich macht(e)“. Die Vorbereitung und Organisation dieser Untersuchungen sollten durch die SV des Stadtbezirks und die betroffenen Betriebe erfolgen.<sup>185</sup> Eine zweite Möglichkeit der ÄBK-Vorstellung ergab sich aus der Dauer der Krankschreibung der Patient\*innen. Die behandelnden Ärzt\*innen konnten eine Arbeitsbefreiung zwischen drei bis maximal zehn Tagen ausstellen, vorausgesetzt die betroffenen Patient\*innen stellte sich alle drei Tage erneut dort vor. Eine Arbeitsbefreiung von mehr als zehn Tagen konnte nur nach Begutachtung durch die ÄBK ausgestellt werden.<sup>186</sup> Ohne die Bestätigung der Krankschreibung durch die ÄBK erfolgten keine weiteren Krankengeldzahlungen.<sup>187</sup> Es gab jedoch Ausnahmen bezüglich der Vorstellungspflicht bei einer ÄBK, so mussten etwa an Tuberkulose und Diabetes erkrankte Patient\*innen der Tuberkulose- bzw. Diabetes-Zentrale vorgestellt werden und wenn Patient\*innen bereits in fachärztlicher Behandlung waren, mussten diese auch vorerst keiner ÄBK vorgestellt werden.<sup>188</sup> Außerdem waren bettlägerige oder gehunfähige Patient\*innen mit entsprechender Bescheinigung ihrer behandelnden Ärzt\*innen von der Vorstellung bei einer ÄBK befreit.<sup>189</sup> Mussten Patient\*innen einer ÄBK vorgestellt werden, sollten die behandelnden Ärzt\*innen der ÄBK alle bisher erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse vorlegen.<sup>190</sup> Außerdem waren die ÄBKs „berechtigt und verpflichtet, in die von dem behandelnden Arzt geführten Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen“.<sup>191</sup> Die Empfehlungen der ÄBK bezüglich Diagnostik, Therapie, Überweisung an andere Fachärzt\*innen oder zur stationären Behandlung mussten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin umgesetzt werden, ebenso wie eine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung.

Die Kontrolle der ÄBK-Arbeit oblag, nach § 10, den Abteilungen Gesundheitswesen der

<sup>183</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108 f., § 1 und § 2.

<sup>184</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 5. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>185</sup>Reihenuntersuchungen wurden auch vor Einführung der ÄBK-Arbeit durch Beratungsärzt\*innen der Versicherungsanstalt Berlin durchgeführt. Sie galten insbesondere in Gewerkschaftskreisen als wirksames Mittel gegen ungerechtfertigte Krankschreibungen. O.V., „Krankenstand muss gesenkt werden“; Thaetner, „Reihenuntersuchungen der VAB“; O.V., „Referat über die Ärzteberatungskommission und den Krankenstand“. In: *BArch DQ 1 3178*.

<sup>186</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 6.

<sup>187</sup>Vgl. Dr. Lehn (Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen). „Richtlinien für die Ärzteberatungs-Kommissionen“. In: *LAB, C Rep. 118, Nr. 1123* (15. März 1954), S. 1–6, S. 2.

<sup>188</sup>Hierzu zählten beispielsweise „Fachärzte für HNO, Augenerkrankungen, Urologie und Zahn-, Mund-, und Kieferkrankheiten“. Dr. Lehn (Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen), „Richtlinien“, S. 1.

<sup>189</sup>Dr. Lehn (Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen), „Richtlinien“, S. 2.

<sup>190</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 5.

<sup>191</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 6.

Räte der Stadtbezirke. Diese hatten sich „durch Kontrolle in den staatlichen Behandlungsstellen und bei den frei praktizierenden Ärzten von den ordnungsgemäßen Aufzeichnungen über die Patienten und von der Richtigkeit der Arbeitsbefreiung zu überzeugen“.<sup>192</sup> In Fällen von „leichtfertiger oder unberechtigter Arbeitsbefreiung“ oder wenn festgestellt wurde, dass „eine Arbeitsbefreiung über den zehnten Tag hinaus ohne vorherige kommissionsärztliche Untersuchung“ erfolgte, hatte der „Amtsarzt eine Aussprache mit dem Arzt“ durchzuführen. Dabei sollte der Arzt auf die „Folgen ungerechtfertigter oder leichtfertiger Arbeit hingewiesen und verwahrt werden“. Über die Inhalte dieser „Hinweise und Verwarnungen“ erfolgte ein Akteneintrag und eine Meldung an die Abteilung Gesundheitswesen des Magistrats von Groß-Berlin. Die Arbeit der ÄBKs erfolgte v.a. in staatlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (beispielsweise Polikliniken). Die ärztliche Leitung dieser Einrichtung war auch für die Leitung der jeweiligen ÄBK zuständig.<sup>193</sup> Die in den ÄBKs tätigen Ärzt\*innen waren überwiegend hauptamtlich als Angestellte des staatlichen Gesundheitswesens tätig. Eine nebenberufliche Tätigkeit war allerdings auch möglich.<sup>194</sup> Jede Kommission sollte mit mindestens zwei Ärzt\*innen besetzt sein.<sup>195</sup>

Von der Ost-Berliner Ärzteschaft wurde die Einführung der ÄBK-Arbeit mit der Idee der gemeinschaftlichen fachärztlichen Begutachtung und Beratung ihrer Patient\*innen durchaus begrüßt.<sup>196</sup> Bis zum Sommer 1958 wurden 221 ÄBKs in Ost-Berlin eingerichtet (85 für freie Praxen, 84 poliklinikeigene ÄBKs, 52 Renten-ÄBKs und 1 BVG-ÄBK).<sup>197</sup> Die Anforderungen für die in einer ÄBK tätigen Ärzt\*innen waren, zumindest in der Theorie, recht hoch. Der Leiter der Ärzteberatungskommission in Ost-Berlin, *K. Krastel*, wünschte sich für die in einer ÄBK tätigen Ärzt\*innen, dass diese „sozialmedizinische, versicherungsrechtliche Kenntnisse und lange Berufserfahrung, Einfühlungsvermögen und vor allem auch eine gesellschaftliche Haltung“ haben, „die der Entwicklung unserer demokratischen Staatsmacht (der DDR, A.d.V.) verständnisvoll gegenübersteht“.<sup>198</sup> Dass es anhand dieser Auswahlkriterien schwer werden würde, eine ausreichende Anzahl an Ärzt\*innen für die Arbeit in einer ÄBK zu finden, war *Krastel* bewusst. Aber nicht nur die personelle Besetzung sollte in den kommenden Jahren ein Problem der ÄBK-Arbeit sein. Seit Dezember 1956 wurde in der Berliner

<sup>192</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 110. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

<sup>193</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 109, § 1.

<sup>194</sup>Vgl. Georg Fischer. „Zur ÄBK-Frage“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 4 (April 1957), S. 2–3; Hild, „Krankenstand“; Krause, „Krankenstand“.

Da der beratungsärztliche Dienst der SV mit Einführung der ÄBK-Arbeit endete, ist davon auszugehen, dass die bisher für die SV tätigen Beratungsärzt\*innen für die ÄBKs weiter arbeiteten. vgl. Fr. Kramer. „Wie verbessern wir die Arbeit der Ärzteberatungskommissionen?“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1957), S. 4–6.

Absolute Zahlen zu den im Untersuchungszeitraum für die ÄBKs tätigen Ärzt\*innen konnten nicht gefunden werden.

<sup>195</sup>Krastel, „Bedeutung“.

<sup>196</sup>Vgl. Krastel, „Bedeutung“; Werner Krause. „Zum Entwurf der Richtlinie für die Neugestaltung der Tätigkeit der ÄBKs im demokratischen Sektor von Groß-Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 7 (Juni/Juli 1958), S. 14–16.

<sup>197</sup>Krause, „Entwurf“, S. 14.

<sup>198</sup>Krastel, „Bedeutung“, S. 6.



ärztlichen Rundschau eine Diskussion über die Probleme in der Arbeit der ÄBKs in Ost-Berlin geführt. Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden um die Entwicklung hin zur Betriebs-ÄBK zu erläutern.

Im März 1957, gut drei Jahre nach Einführung der ÄBKs, schrieb *Krastel*, über die Arbeit der Ärzteberatungskommissionen in Ost-Berlin: „Wir wollen endlich die ÄBK von der ‚Gesundschreiberei‘ befreien. Wir haben ganz andere Aufgaben bezüglich der Betreuung der Versicherten (Arbeitsplatzwechsel, Berufsumschulung, Heilverschiebung) wie überhaupt die Durchführung sämtlicher prophylaktischer Maßnahmen. Hierin muß die Haupttätigkeit der ÄBKs in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und dem Betriebsarzt bestehen.“<sup>199</sup> Diese Aussage macht deutlich, dass die ÄBKs aufgrund anhaltender Arbeitsüberlastung ihre gesetzlich angedachten Aufgaben gar nicht erfüllen konnten. Insbesondere in den Wintermonaten kam es durch den Anstieg an Erkältungs- bzw. Grippeerkrankungen zu einer deutlich größeren Anzahl an zu begutachtenden Patient\*innen für die ÄBKs. Als problematisch wurde hier von den Verantwortlichen gesehen, dass den langen Wartezeiten der Patient\*innen in überfüllten Warteräumen der ÄBK eine vergleichsweise kurze Konsultationszeit gegenüberstand. Ein Umstand, welcher der großen Zahl an Konsultationen geschuldet war. In den Wintermonaten 1954/55 sowie Februar/ März 1957 wurden als Gegenmaßnahme sogenannte „Befreiungstempel“ eingeführt. Einige „pflichtbewußte, medizinisch hochqualifizierte Ärzte“ erhielten damit die Möglichkeit, ihre Patient\*innen selbständig von der Vorstellungspflicht bei einer ÄBK zu befreien, etwa bei Vorliegen von akuten Erkältungskrankheit oder anderen absehbaren Erkrankungsfällen.<sup>200</sup> Einen Anstieg im Krankenstand ließ sich in den betreffenden Praxen nicht finden.<sup>201</sup>

Neben der Überlastung der ÄBKs durch eine hohe Anzahl an Patient\*innen litten diese vielfach unter einer schlechten personellen Besetzung. Diese, mit nur einer Person besetzten, „Ein-Mann-Kommissionen“ konnten die eigentlich gedachte kommissionsärztliche Beratung gar nicht anbieten.<sup>202</sup> Die kommissionsärztliche Arbeit, also der fachliche Austausch zwischen mindestens zwei Ärzt\*innen, hätte an dieser Stelle eventuell durch die persönliche Vorstellung der Patient\*innen durch den behandelnden Arzt ermöglicht werden können. Ein Vorgehen, dass in der gesetzlichen Anordnung nicht explizit gefordert wurde, in der Praxis aber gewünscht war. *Werner Krause*, leitender Arzt der ÄBK Prenzlauer Berg, merkte hierzu allerdings im Dezember 1956 bereits an, dass in seinem und auch anderen Bezirken Ost-Berlins weniger als 30% der niedergelassenen Ärzt\*innen ihre Patient\*innen persönlich

<sup>199</sup>K. Krastel. „Zum Artikel von Dr. Böttcher“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 3 (März 1957), S. 3–4.

<sup>200</sup>Vgl. Werner Krause. „Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten?“ In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 12 (Dezember 1956), S. 1–2; K. Krastel. „Stellungnahme zu: Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 2 (Februar 1957), S. 2.

<sup>201</sup>Werner Krause. „Verbesserung der Tätigkeit der ÄBK“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang Nr. 5 (Mai 1957), S. 11–12, S. 11.

<sup>202</sup>Kramer, „Arbeit“, S. 4.

vorstellen würden und führte dies u.a. auf die fehlende Vergütung dieser Arbeitszeit durch die VAB zurück. Durch die Abwesenheit des behandelnden Arztes sei aber eine wirkliche Beratung der behandelnden Ärzt\*innen sowie eine „Einwirkung auf den Heilplan“ gar nicht möglich. Durch die Abwesenheit des behandelnden Arztes seien außerdem häufiger zusätzliche Untersuchungen der Patient\*innen notwendig, auch wenn die meisten Ärzt\*innen, wie gesetzlich gefordert, die Behandlungsunterlagen des Patient\*innen rechtzeitig vorgelegt hätten. Dies wiederum sei mit einem höheren Zeitaufwand verbunden.<sup>203</sup>

All diese genannten Probleme führten dazu, dass zunehmend von Ärzt\*innen gefordert wurde, die Anzahl der vorzustellenden Patient\*innen zu reduzieren. Durch eine geringere Anzahl an zu begutachtenden Patient\*innen sollte die ÄBK wieder mehr Zeit für den einzelnen Fall haben. Außerdem würde es eine personelle Entlastung für das ärztliche Personal bedeuten, da weniger Ärzt\*innen für die ÄBK-Arbeit benötigt würden. Ermöglicht werden sollte dies u.a. indem Praxen, bzw. bestimmte Ärzt\*innen von der generellen Vorstellungspflicht befreit werden sollten.<sup>204</sup>

Ein erster Entwurf für die Neugestaltung der ÄBK-Arbeit, wurde von *Werner Krause* im Sommer 1958 in der Berliner ärztlichen Rundschau vorgestellt.<sup>205</sup> Dem vorausgegangen war eine versuchsweise Neuregelung der ÄBK-Arbeit in einzelnen Kreisen („Versuchskreise“) der DDR seit Mitte des Jahres 1957.<sup>206</sup> In diesen Versuchskreisen wurde eine gezielte Auswahl von Patient\*innen vorgenommen und die allgemeine Vorstellungspflicht abgeschafft. Im Verlauf zeigte sich kein Anstieg des Krankenstandes, dafür aber eine größere Zufriedenheit seitens der Patient\*innen. Die „Richtlinie für die Neugestaltung der Tätigkeiten der ÄBKs im demokratischen Sektor von Groß-Berlin“ sah zwei wesentliche Neuerungen vor: Zum einen die Abschaffung der Vorstellungspflicht bei einer ÄBK nach  $\geq 11$  Tagen AU und zum anderen die primäre Anbindung der ÄBKs an Betriebe.<sup>207</sup> In diesem Zusammenhang war auch neu, dass durch ÄBK-Ärzt\*innen Eignungsuntersuchungen und Beurteilungen der Einsatzfähigkeit von Angestellten der jeweiligen Betriebe vorgenommen werden sollte. Bereits zum 1. Juli 1958 wurden entsprechend dieser Richtlinie, auf Anordnung der Abteilung Gesundheitswesen des Magistrat von Groß-Berlin, in mehreren Groß-Betrieben Ost-Berlins Betriebs-Ärzteberatungskommissionen (BÄBKs) eingeführt.<sup>208</sup>

---

<sup>203</sup>Krause, „Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten?“, S. 1; vgl. Kramer, „Arbeit“.

<sup>204</sup>Vgl. Krause, „Verbesserung“; Hild, „Krankenstand“.

<sup>205</sup>Krause, „Entwurf“.

Dieser Entwurf für die Neugestaltung der ÄBK Arbeit war von der Leitung der ÄBKs von Groß-Berlin ausgearbeitet worden und mit der Leitung der Abteilung Gesundheitswesen von Groß-Berlin, Vertreter\*innen des Bezirksvorstandes der Gewerkschaft Gesundheitswesen, Vertreter\*innen der VAB und der Fachgruppenleitung Ärzt\*innen im FDGB diskutiert worden.

<sup>206</sup>G. Schiller. „Ein Rückblick auf die bisherige Tätigkeit der Ärzteberatungskommissionen (unter Anführung einer Leipziger Aufstellung) und die aus der Neuregelung erwachsenden Aufgaben“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 14, Heft 9 (26. Februar 1959), S. 413–417.

<sup>207</sup>Vgl. Krause, „Entwurf“, S. 14 f.

<sup>208</sup>Kurt Scheidler. „Betreff Änderung der Arbeitsweise der Ärzteberatungskommissionen - Einrichtung von Betriebs-Ärztekommissionen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jg., Nr. 7 (Juni/Juli 1958), S. 24.

## 2.5.2 Betriebs-ÄBK

Ein Jahr später erfolgte zum 1. Juli 1959 in Ost-Berlin die Einführung der Betriebs-Ärzteberatungskommissionen mit der Veröffentlichung der „Anordnung über die Arbeitsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“.<sup>209</sup> Werner Krause begründete die Umstellung auf das System der BÄBK folgendermaßen: Eingeführt wurden die ÄBKs, um den Krankenstand zu senken und die Qualität der ärztlichen Versorgung zu verbessern. Da der Krankenstand jedoch nicht wesentlich gesenkt werden konnte, müssten sogenannte „außermedizinische Faktoren“<sup>210</sup> eine größere Rolle spielen als bisher gedacht. Durch die engere Zusammenarbeit von Ärzt\*innen, Betriebsleitungen, Betriebsgewerkschaftsleitungen und Räten für Sozialversicherung in den Betrieben sollten diese Probleme besser analysiert und abgestellt werden. Die Zuordnung der ÄBKs erfolgte nach Betrieben, je nach Größe eines Betriebes, war eine ÄBK für einen oder mehrere Betriebe zuständig.<sup>211</sup> Verfügte ein Betrieb über eine eigenständige medizinische Einrichtung (Betriebspoliklinik, Betriebsambulatorium, Sanitätstabelle) mit einem\*r hauptamtlich tätigen Arzt/Ärztin, so waren diese Einrichtungen zukünftig zuständig für die ÄBK. Darüber hinaus erfolgte auch die Einbindung der Betriebsärzt\*innen in die ÄBK-Arbeit.<sup>212</sup> Neben den BÄBKs gab es weiterhin ÄBKs, die für ein bestimmtes Gebiet/Bezirk zuständig waren. Hier konnten Patient\*innen vorgestellt werden, die in ihrem Betrieb keine BÄBK hatten. Durch die Umstellung auf BÄBKs und die Abschaffung der Vorstellungspflicht (nach  $\geq 11$  AU) konnte die Anzahl der ÄBKs in Ost-Berlin deutlich reduziert werden. Aus vormals 221 ÄBKs (1958) wurden bis Mai 1960 89 BÄBKs, 13 Übergangs-Rentenkommissionen und 16 Rentenkommissionen. Von den 89 BÄBKs waren 41 an Betriebspolikliniken bzw. -ambulatorien angegliedert, 10 an Polikliniken und drei an Krankenhäuser. Die übrigen 35 ÄBKs arbeiteten wie bisher in Einrichtungen des Gesundheitswesens der Stadtbezirke.<sup>213</sup>

Zur „Beobachtung und Auswertung der Entwicklung des betrieblichen Krankenstandes“ wurde die kommissionsärztliche Leitstelle neu gegründet.<sup>214</sup> Unter ärztlicher Leitung („Leitstellenarzt“) oblag der Leitstelle zudem die „Organisation, Anleitung, Auswertung und Koordinierung der Arbeit der Ärzteberatungskommissionen“ in einem Bezirk. Wie bisher auch,

<sup>209</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1959“.

Eine entsprechende Anordnung war für die DDR am 9. April 1959 im Gesetzblatt veröffentlicht worden. O.V., „Anordnung Gesetzblatt 1959“.

<sup>210</sup>Zu diesen „außermedizinischen Faktoren“ zählten laut Krause beispielsweise: häusliche Schwierigkeiten, Wohnungsprobleme, Erkrankung von Angehörigen, Probleme bei der Unterbringung von Kindern, Konflikte am Arbeitsplatz, betriebliche Schwierigkeiten wie Mängel im Produktionsablauf, Konflikte am Arbeitsplatz. Vgl. Werner Krause. „Zur Einführung der neuen Betriebs-Ärzteberatungskommissionen im Demokratischen Sektor von Groß-Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 7 (Juli 1959), S. 8–10, S. 9.

<sup>211</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1959“, S. 479, § 4.

<sup>212</sup>Krause, „Entwurf“, S. 15.

<sup>213</sup>Krause, „Krankenstand“, S. 5.

<sup>214</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1959“, S. 480, § 6. Im Folgenden wird hieraus zitiert.

sollten die Kommissionen mit mindestens zwei Ärzt\*innen besetzt sein. Aufgrund von Ärztemangel konnten bis Mai 1960 jedoch nur 55 Kommissionen mit zwei Ärzt\*innen besetzt werden. Ein Grund dafür war die in Ost-Berlin geringe Anzahl an hauptamtlich in den BÄBKs tätigen Ärzt\*innen gegenüber der deutlich größeren Zahl an nebenamtlich tätigen Ärzt\*innen.<sup>215</sup> Die Auswahl der Patient\*innen erfolgte in erster Linie durch die BÄBK-Ärzt\*innen nach „sozialhygienischen, arbeitshygienischen und ökonomischen Gesichtspunkten“.<sup>216</sup>

Für übergeordnete Stellen (Kreisärzt\*innen, Leitstellenärzt\*innen, Verwaltung der SV des FDGB-Kreis-Vorstandes)<sup>217</sup> gab es anhand der Auswertung des betrieblichen Krankenstandes die Möglichkeit, Beschäftigte eines Betriebes bei der zuständigen BÄBK vorzuschlagen.<sup>218</sup> Kriterien anhand derer die Patient\*innen ausgewählt werden sollten, waren beispielsweise: Patient\*innen mit Verdacht auf Berufsschädigung, Arbeitsunfähige mit speziellen Erkrankungen, gehäufte Krankschreibungen in bestimmten Betriebsabteilungen oder Arbeitsbereichen, Arbeitsunfähige, bei denen Zweifel zwischen der Arbeitsleistung und der Arbeitsanforderung bestanden, wiederholt Arbeitsunfähige und solche die erst seit kurzem in einem Betrieb angestellt waren.<sup>219</sup> Innerhalb der Betriebe sollten zudem die Werkleitung, die Betriebsgewerkschaftsleitung, die Räte für die SV, die Betriebsärzt\*innen und Pflegekräfte gemeinsam eine Vorauswahl der zu begutachtenden Patient\*innen treffen. Neben diesem Auswahlverfahren wurden für wirtschaftlich bedeutende Betriebe auch noch Vorstellungsquoten festgelegt.<sup>220</sup>

Mit all diesen Maßnahmen sollte die Anzahl der zu begutachtenden Personen reduziert werden, um die Qualität der Begutachtung zu verbessern.<sup>221</sup> Neben den genannten Auswahlmöglichkeiten von Patient\*innen, konnten diese auch von ihrem behandelnden Arzt, der

---

<sup>215</sup>Für die BÄBKs waren 63 Ärzt\*innen hauptamtlich tätig und 102 Ärzt\*innen nebenamtlich. Krause, „Krankenstand“, S. 5

<sup>216</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1959“, S.480, § 7.

<sup>217</sup>Anstelle von Kreisärzt\*innen (DDR) gab es in Ost-Berlin Amtsärzt\*innen. FDGB Verwaltung der Sozialversicherung, *Handbuch der Sozialversicherung*.

<sup>218</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1959“, S. 480, § 7.

<sup>219</sup>Schlase. „Eine neue Etappe der ärztlichen Betreuung“. In: *Tribüne* 15. Jahrgang, Nr. 161B (16. Juli 1959). Ähnliche Vorschlagsgründe waren in den ÄBK-Versuchskreisen seit Mitte 1957 erarbeitet worden. *Gotthard Schiller*, Kreisarzt und Leiter der Abteilung Gesundheitswesen in Torgau und *Horst Nerlich*, Facharzt für Sozialhygiene bei der kommissionsärztlichen Leitstelle des Kreises Altenburg, hatten ihre Vorschlagsgründe in der Zeitschrift *Das deutsche Gesundheitswesen* 1959 veröffentlicht. In ihren Versuchskreisen wurde insbesondere auf folgende Patientengruppen geachtet: häufig Arbeitsbefreite, chronisch Kranke, Kranke mit „mangelndem Zugehörigkeitsgefühl zum Betrieb“ (häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes, Neueingestellte, Gekündigte, Aushilfen, Versager am Arbeitsplatz), Frauen mit „Schwangerschaftsbeschwerden“, Kranke mit häufig wechselnden Behandlungsstellen, Arbeitsbummeleiverdächtige, Fälle mit einer Diskrepanz zwischen Diagnose und Dauer der Krankschreibung und bei Verdacht auf betriebliche Krankheitsursachen (Betriebsunfallfolgen oder Berufskrankheitsverdacht). vgl. Schiller, „Rückblick“, S. 417; H. Nerlich. „Der Weg zur neuen Ärzteberatungskommission, Erste Schritte - Erfahrungen - Ergebnisse“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 14, Heft 28 (9. Juli 1959), S. 1302–1313, S. 1310.

<sup>220</sup>Krause, „Krankenstand“, S. 5.

<sup>221</sup>Bis zum Mai 1960 belief sich die Anzahl an Begutachtungen in Berliner BÄBKs im Durchschnitt auf fünf pro Stunde, womit diese nach *Krause* maximal ausgelastet gewesen seien. Krause, „Krankenstand“, S. 7.

Betriebsleitung, der Verwaltungsstelle der SV oder natürlich auch von sich selbst vorgeschlagen werden.

Neben der gutachterlichen Tätigkeit sollten die BÄBK auch prophylaktisch tätig sein, beispielsweise im Rahmen von „vorbeugende(n) Untersuchungen und Beurteilungen der Einsatzmöglichkeit auf den Arbeitsplätzen“ innerhalb des Betriebes.<sup>222</sup>

Die Regelung, dass Patient\*innen sich nach  $\geq 11$  AU bei einer ÄBK vorstellen mussten, entfiel 1959 mit Einführung der BÄBK. Der behandelnde Arzt konnte seine Patient\*innen „bis zu höchsten 7 Tage“ und „nach (erneuter) ärztlicher Untersuchung und Überprüfung des Befundes“ für jeweils weitere 7 Tage krank schreiben.<sup>223</sup> Die Verantwortung für die Krankenschreibung und Dauer der Arbeitsbefreiung bzw. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde somit wieder an den behandelnden Arzt gegeben.<sup>224</sup> Regelmäßige Wiederholungsuntersuchungen, wie sie bei den ÄBKs üblich waren, wurden bei den BÄBKs nur in bestimmten Fällen angeordnet.

### 2.5.3 ÄBK und Krankenstand

Die Gründe, die zur Einführung der BÄBK führten, zeigen, wie schwierig es in der täglichen Praxis war, den Krankenstand von ärztlicher Seite zu regulieren. Bereits zwei Jahre nach Einführung der ÄBK-Arbeit in Berlin, machte der Leiter der ÄBKs in Berlin, *Krastel*, deutlich, dass für die Senkung des Krankenstandes nicht allein die ÄBKs verantwortlich sein könnten, in dem sie die Patient\*innen als arbeitsfähig einstufen, als er schrieb: „Die ÄBKs sind ‘keine Gesundheitschreiber’“. Gleichzeitig betonte er aber, dass die ÄBKs „auch nicht vor einer sofortigen Arbeitsfähigkeitsklärung zurückweichen“ würden.<sup>225</sup> In dieser Aussage klingt das Dilemma der ÄBK-Arbeit mit, einerseits sollten ÄBK-Ärzt\*innen durch ihre Beurteilung der Arbeitsunfähigen möglichst den Krankenstand senken in dem sie vermeintlich kranke Patient\*innen wieder gesund schrieben, gleichzeitig waren viele der den ÄBKs vorgestellten Patient\*innen tatsächlich krank und benötigten medizinische Unterstützung. Eine Gesundheitschreibung konnte in diesen Fällen nicht erfolgen. Das der Krankenstand durch die Arbeit der ÄBKs daher nicht wesentlich gesenkt werden konnte, musste auch *Werner Krause*, leitender Arzt der Ost-Berliner ÄBKs, im Mai 1959 eingestehen.<sup>226</sup>

Möglicherweise hatten die ÄBKs, bzw. die Vorstellungspflicht nach  $\geq 11$  AU aber einen Einfluss auf die Krankenschreibungsdauer. Wie aus Abbildung 2.7 auf Seite 68 hervorgeht, sank diese im Zeitraum zwischen 1952 und 1961. *Karl Peterhansel*, Leiter des Referats Statistik bei der VAB, hatte 1956 diesbezüglich eine Häufung der Krankheitsfälle mit einer AU-Dauer

<sup>222</sup>Krause, „Krankenstand“, S. 5.

<sup>223</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verwaltungsblatt 1959“, S. 479, § 2.

<sup>224</sup>Vgl. Nerlich, „Weg“, S. 1306; Krause, „Krankenstand“, S. 7.

<sup>225</sup>K. Krastel, „Wirtschaftliche Verordnungsweise - einmal anders gesehen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 10 (Oktober 1956), S. 3–5, S. 4.

<sup>226</sup>Krause, „Einführung“, S. 8.

bis zu 10 Tagen finden können.<sup>227</sup> Auch die Zahl der Patient\*innen, die einer ÄBK vorgestellt wurden, scheint dies zu belegen. Von den in Berlin vorgeladenen Patient\*innen erschienen bei einer ÄBK zwischen 1954 und 1959 durchschnittlich nur ca. 50%. Davon wurden etwa 30% von der ÄBK arbeitsfähig geschrieben. Bei der BÄBK zeigte sich 1960 bei der Auswertung der ersten 8 Monate ein ähnliches Bild. Durchschnittlich 54% der vorgeladenen Patient\*innen erschienen nicht zu ihrem Termin und etwa 30% wurde von den BÄBKs wieder arbeitsfähig geschrieben. Diese Quoten waren in allen ÄBKs/ BÄBKs, unabhängig vom Bezirk, etwa gleich.<sup>228</sup> Die statistischen Auswertungen für 1961 zeigten sich vergleichsweise ähnlich, von den 1961 registrierten AU-Fällen (540.837) wurden 68,5% von den BÄBKs vorgeladen, 55,8% erschienen zur Nachuntersuchung, 35,6% konnten dabei arbeitsfähig geschrieben werden.<sup>229</sup>

Ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Einschätzung der Dauer einer AU spielte die Erfahrung und Qualifikation der ÄBK-Ärzt\*innen. Die Auswertung der Arbeitsfähigkeitsstatistik zeigte, dass erfahrene Ärzt\*innen ihre Patient\*innen insgesamt häufiger arbeitsfähig schreiben, als unerfahrene Ärzt\*innen.<sup>230</sup> *Karl Peterhansel* veröffentlichte zwischen 1955 und 1958 wiederholt Daten zum Krankenstand in den Berliner Bezirken. Bei gleicher Erkrankung fanden sich in den Bezirken zum Teil große Unterschiede in der AU-Dauer. Er machte dafür die „unterschiedliche Auffassung“ über Krankheit der behandelnden und begutachtenden Ärzt\*innen verantwortlich.<sup>231</sup>

Auswirkungen der ÄBK-Arbeit auf die AU-Statistik lassen sich also durchaus erkennen. Jedoch waren diese nicht so groß, wie bei der Einführung der ÄBK-Arbeit erhofft wurde. Die verschiedenen Faktoren, welche neben der ÄBK-Arbeit den Krankenstand beeinflusst haben, wurden in Kapitel 2.4 diskutiert. Im folgenden Kapiteln soll nun anhand des Patientenkollektivs einer Hausarztpraxis in Berlin-Friedrichshain untersucht werden ob bezüglich der Erkrankungsdauer und der Erkrankung ein Zusammenhang zur Einführung der Arbeit der ÄBKs und späteren BÄBKs gesehen werden kann.

---

<sup>227</sup>Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik (II)“.

<sup>228</sup>Krause, „Krankenstand“, S. 6.

<sup>229</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 49.

Beispielzahlen für die Monate Juli 1959 und Februar 1960: Juli 1959 gab es in Berlin 18.000 Vorladungen, davon erschienen 9.700 Patient\*innen. Im Februar 1960 gab es 37.000 Vorladungen, davon erschienen 20.700.

<sup>230</sup>Krause, „Stellungnahme“, S. 2.

<sup>231</sup>Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik“, S. 4.

## 2.6 Zusammenfassung

Die 1950er Jahre in Ost-Berlin waren geprägt durch den Wiederaufbau der Stadt, der Infrastruktur, der Industrie und des Wohnraums ebenso wie durch den Aufbau eines neuen politischen Systems. Die Bevölkerung war überaltert und hatte einen deutlichen Frauenüberschuss.<sup>232</sup> Die zentral in Ost-Berlin liegenden Bezirke Friedrichshain und Mitte waren während des Zweiten Weltkrieges stark zerstört worden. Gleichzeitig waren diese Stadtbezirke wichtige Industriestandorte Ost-Berlins.

Um die weitere Versorgung der Berliner Bevölkerung mit Leistungen der Sozialversicherung nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges zu gewährleisten, wurde für Groß-Berlin sektorenübergreifend im Juli 1945 die VAB gegründet. Durch die Beiträge zu dieser Einheitsversicherung konnte die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und der Renten (Invaliden- und Altersrente) erfolgen. Ab Februar 1951 war die VAB nur noch für Ost-Berlin als einheitliche SV tätig. Wegen der Übertragung der „gesamte(n) politische(n), organisatorische(n) und finanzielle(n) Leitung der Sozialversicherung“<sup>233</sup> an den FDGB wurden ab Juli 1956 Handwerker\*innen, Bauern/ Bäuerinnen, selbständig Erwerbstätige, Unternehmer\*innen und freiberuflich Tätige in einer eigenen, der „Vereinigten Großberliner Versicherungsanstalt“ versichert.<sup>234</sup>

Um die medizinische Versorgung der Ost-Berliner Bevölkerung zu verbessern, wurde der Auf- und Ausbau des ambulanten staatlichen Gesundheitswesens forciert. An die Stelle von freipraktizierenden Ärzt\*innen in eigenen Praxen sollten öffentliche Gesundheitseinrichtungen wie beispielsweise Polikliniken und Ambulatorien treten. Da einzelne Arztpraxen dennoch unerlässlich für die Versorgung der Ost-Berliner Bevölkerung waren, entstanden ab 1958 zunehmend staatliche Arztpraxen, deren medizinisches Personal Angestellte des staatlichen Gesundheitswesens waren. Personell litt Ost-Berlin keinen akuten Ärztemangel. Dennoch wanderten Ärzt\*innen und anderes medizinisches Personal auch aufgrund der Verstaatlichung des Gesundheitssektor zunehmend ab. Insgesamt verringerte sich die Ost-Berliner Bevölkerung zwischen 1945 und 1961 kontinuierlich; dabei war insbesondere Verlust an Menschen im Arbeitsalter und von Fachkräften problematisch. Dennoch blieb die Gesamtzahl der Beschäftigten in Ost-Berlin zwischen 1955 und 1961 relativ konstant, was auf die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen zurückgeführt wurde.<sup>235</sup> Für die VAB als Sozialleistungserbringer wurde diese sich zunehmend verändernde Alters- und Geschlechterstruktur in Ost-Berlin in den 1950er Jahren (Frauenüberschuss und ein zunehmender Anteil an Rentner\*innen) aufgrund der zunehmende Kostensteigerung für Renten und Krankengeldleistungen problematisch.

<sup>232</sup>Der Anteil an Rentner\*innen in Ost-Berlin stieg zwischen 1949 und 1961 um 14% an, während der Anteil an Menschen im Arbeitsalter im selben Zeitraum um 16% abnahm. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 374.

<sup>233</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung über die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten“, S. 49.

<sup>234</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Verordnung zur Übertragung“.

<sup>235</sup>Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 274.

Der in Ost-Berlin zwischen 1950-1961 im Vergleich zur übrigen DDR immer höhere Krankenstand wurde u.a. durch den erhöhten Krankenstand von Frauen erklärt, welcher wiederum durch die Doppelbelastung von beruflicher Tätigkeit und familiären Verpflichtungen verursacht wurde. Als weitere Gründe wurden angeführt: die schlechte körperliche Verfassung der Bevölkerung aufgrund von zwei Kriegen, fehlendes Verantwortungsbewusstsein auf Seiten der Ärzt\*innen und mangelnde Arbeitsmoral der Arbeiter\*innen.

Um den Krankenstand zu senken, wurden ab 1954 in Ost-Berlin Ärzteberatungskommissionen gebildet mit dem Ziel, „Mängel in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Werktätigen“ zu beseitigen und die „Qualität der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ zu verbessern.<sup>236</sup> Dieses Vorhaben scheiterte in der Praxis jedoch an einer zu großen Anzahl an vorgeladenen und zu begutachtenden Patient\*innen bei gleichzeitig unzureichender ärztlicher personeller Ausstattung der ÄBKs. Um die Anzahl der zu begutachtenden Personen zu reduzieren, wurde ab 1959 die Verpflichtung zur Vorstellung bei einer ÄBK bei  $\geq 11$  Tagen dauernder Arbeitsunfähigkeit abgeschafft. Außerdem wurden ÄBKs an Betriebe angegliedert (sogenannte Betriebs-ÄBKs), um die medizinische Versorgung von Werktätigen weiter zu verbessern. Eine Senkung des Krankenstandes war in den offiziellen Statistiken von Ost-Berlin nach Einführung der ÄBK-Arbeit nicht zu erkennen; lediglich die Dauer der Krankschreibungen verringerte sich, gleichzeitig stieg aber deren Anzahl.

---

<sup>236</sup>Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“, S. 108.



---

## 3 Methoden

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden Patientenkartekarten (Pkat) des frei praktizierenden Arztes *Georg Bresan* in Ost-Berlin im Zeitraum vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1958 sowie vom 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961 untersucht. Der Untersuchungszeitraum wurde aufgrund der Einführung der ÄBK-Arbeit in Berlin im März 1954 und der Umstellung zur betriebsgebundenen ÄBK-Arbeit im Juni 1959 gewählt. Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Hausarztpraxis eingegangen aus der die Pkat stammen (3.1). Anschließend werden die Pkat sowie die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben, anhand derer die Pkat für die weitere Auswertung ausgewählt wurden (3.2). Im Abschnitt 3.3 erfolgt die Beschreibung der Merkmale für die weitere Untersuchung der eingeschlossenen Pkat: Alter, Geschlecht, Grund, Dauer und Häufigkeit einer AU, Hinweise auf eine Vorstellung bei der ÄBK sowie zum Wohnort der Patient\*innen. Abbildung 3.3 auf Seite 90 bietet eine Übersicht, wie anhand der Ein- und Ausschlusskriterien und weiterer Auswertungskriterien bei der Auswertung der Pkat vorgegangen wurde.

### 3.1 Die Praxis

Die in der vorliegende Arbeit ausgewerteten Pkat stammen aus einer Hausarztpraxis in der Friedenstraße 15 in Berlin-Friedrichshain. Direkt an diese Straße angrenzend liegen die Bezirke Prenzlauer Berg und Mitte. Die Gegend um die Hausarztpraxis war in den 1950er Jahren geprägt durch den Wiederaufbau von zerstörten Gebäuden, Infrastruktur und Industrieanlagen; in unmittelbarer Nähe zur Praxis begann beispielsweise der Aufbau der Wohnhäuser entlang der Stalinallee sowie der Wiederauf- und Neubau des Krankenhauses Friedrichshain. Alle drei Bezirke verfügten über wichtige Industriebetriebe, allein etwa 15% der industriellen Warenproduktion Ost-Berlins kamen aus dem Friedrichshain.<sup>1</sup>

Die Praxis wurde im Untersuchungszeitraum von *Georg Bresan*, Facharzt für Innere Krankheiten, betrieben. Die in der Praxis angebotenen medizinischen Leistungen umfassten Beratung und Therapie sowie Diagnostik im Sinne von Blutentnahmen, EKG, Bestrahlung (Kurzweile) und Röntgen (Lunge-, Magen-Röntgen und Schluckakt).<sup>2</sup> *Bresan* hatte die Praxis 1952 von der Witwe seines Vorgängers *Hermann Weise* übernommen und führte sie bis zu

---

<sup>1</sup>Vergleiche hierzu auch Kapitel 2.1 ab S. 37.

<sup>2</sup>Gespräch mit *Christel Kleinert*, geführt am 25. März 2015, Berlin-Friedrichshain.

seinem Tod Anfang der 1980er Jahre weiter. Bis 1971 führte er die Praxis als frei praktizierender Arzt, danach ließ *Georg Bresan* diese verstaatlichen, die Praxis und alle Mitarbeiter wurden zu Angestellten des staatlichen Gesundheitswesens. Hintergrundinformationen zur Praxis konnten durch Interviews mit einer langjährig für *Georg Bresan* tätigen Angestellten, *Christel Kleinert*, erhalten werden.<sup>3</sup> Ihre Erzählungen ermöglichten Einblicke in die Entwicklung, Abläufe und Leistungen der Praxis, das Patientenkontext und die Tätigkeitsfelder von *Georg Bresan*.

## 3.2 Die Patientenkartekarten

Die für die Untersuchung verwendeten Kartekarten sind Eigentum des *Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité Berlin*. Sie wurden dem Forschungsschwerpunkt 2011 von einer zu diesem Zeitpunkt in den Räumlichkeiten der ehemaligen Praxis *Bresan* tätigen Hausärztin für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt, nachdem die Kartekarten zufällig in Kellerräumen entdeckt worden waren. Der archivierte Bestand reicht von den frühen 1950er Jahren bis in die 1980er Jahre. Wie oben bereits beschrieben, wurde die Praxis ab 1952 durch *Georg Bresan* geführt. Der Bestand von Pkat aus den frühen 1950er Jahren (bis 1954) ist allerdings sehr klein. Dies könnte darin begründet sein, dass *Georg Bresan* die Pkat seines Vorgängers zunächst weiter führte, diese dann aber zu einem späteren Zeitpunkt archiviert bzw. aussortiert wurden. Dies scheint deshalb wahrscheinlich, da die Anzahl an Pkat mit Eintragungen von *Hermann Weise* im Bestand sehr gering ist.

### Aufbau der Patientenkartekarten

Die Pkat sind im Untersuchungszeitraum in den meisten Fällen Klappkarten im A5-Format (siehe Abbildung 3.1 und 3.2, S. 85). In einzelnen Fällen ist die Pkat nur eine einzelne A5-Karte mit einer Vorder- und Rückseite entsprechend den Abbildungen. Im Folgenden wird auf die Gestaltung der Vorder- und Rückseite näher eingegangen, um zu zeigen, anhand welcher Merkmale die Auswertung der Pkat vorgenommen wurden.

#### Feld 1: Persönliche Angaben der Patient\*innen

Hier wurden Name und Anschrift der Patient\*innen vermerkt, wobei bezüglich der Anschrift mindestens der Wohnort und in den meisten Fällen auch die Straße angegeben wurde. Des Weiteren wurde bei fast allen Patient\*innen das Geburtsdatum eingetragen. Der Familienstand, im Sinne von verheiratet, geschieden, verwitwet, wurde in sehr wenigen Fällen angegeben. Dieser Zusatz konnte daher nicht für die Beschreibung der Patientenpopulation

---

<sup>3</sup>Gespräche mit *Christel Kleinert* wurden am 14. September 2011 und am 25. März 2015 in Berlin-Friedrichshain geführt.

genutzt werden. Weiterhin wurde in diesem Feld in der linken oberen Ecke handschriftlich vermerkt, ob Patient\*innen in Berlin Ost, bzw. der DDR (=Ost) versichert waren oder in Berlin West, bzw. der BRD (=West).

### **Feld 2: Versicherungsstatus**

In Feld zwei der Pkat wurden der Versicherungsstatus von Patient\*innen sowie das Datum des Eintritts in die Versicherung vermerkt. Der Großteil der Patient\*innen war bei der Versicherungsanstalt Berlin Ost (VAB) versichert, in diesen Fällen war das Eintrittsdatum der Versicherung gleich dem Geburtsdatum.

Es gab außerdem eine gewisse Anzahl an Patient\*innen, deren Versicherungsstatus als Privat angegeben war. Es ist davon auszugehen, dass diese Selbstzahler waren. Als Zusatzvermerke zur Art der Versicherung wurden „F“ für familienversichert und „R“ für Rentner verwendet.

### **Feld 3: Arztkonsultation**

Anders als die Bezeichnung von Feld drei „Krankenschein“ vermuten lässt, wurde hier lediglich mit einem Strich im entsprechenden Quartal gekennzeichnet, wenn Patient\*innen die Praxis aufgesucht hatten und nicht, ob ein Krankenschein ausgestellt wurde. Diese Verwendung von Feld drei konnte durch die Verlaufsdokumentation auf den Pkat nachvollzogen werden und wurde durch *Christel Kleinert* bestätigt. Aus diesem Feld geht außerdem hervor, dass die Pkat für mindestens vier Jahre geführt wurden. Eintragungen in Feld sechs wurden meist entsprechend der Farbkodierung des jeweiligen Jahres vorgenommen.

### **Feld 4: Diagnose**

Dieses Feld enthielt häufig Eintragungen zur Diagnose eines chronischen Grundleidens der entsprechenden Person, wie z.B. Myokardschaden (hypoxischer Genese) oder Schilddrüsenunterfunktion.

### **Feld 5: Bemerkungen, Sachleistungen und Sonderleistungen**

Feld fünf diente häufig der Notiz von Ergebnissen etwa von laborchemischen Untersuchungen (Blutuntersuchungen) oder Urindiagnostik sowie auch den Kurzbefunden von Röntgendiagnostik.

#### **Feld 6: Arztkonsultationen, Anwendungen, Untersuchungen in der Praxis**

Dieses Feld enthält, entsprechend der farbigen Kodierung aus Feld drei, die genaue Aufschlüsselung, in welchem Jahr, Monat und an welchem Tag die Praxis aufgesucht wurde. Die teilweise dazu geschriebenen Nummern entsprechen abrechenbaren Leistungen, die in der Praxis erbracht wurden (Beispiel: Ziffer 25 = Erstkonsultation im Quartal, Ziffer 22 = Röntgen Thorax, Ziffer 18a = Durchleuchtung/Röntgen Magen).<sup>4</sup>

#### **Feld 7: Ärztliche Verlaufsdokumentation**

Auf der Rückseite und bei Klappkarten auch auf den Innenseiten erfolgte die ärztliche Verlaufsdokumentation. Neben dem entsprechenden Datum wurden von *Georg Bresan* handschriftliche Vermerke zur Anamnese, dem Status bei körperlichen Untersuchungen, zu Befunden von Untersuchungen, zu persönlichen Ansichten des Arztes über seine Patient\*innen und Angaben zu ausgestellten Rezepten gemacht.

#### **Beispiel zur Lesart einer Patientenkartekarte**

Im Jahr 1954 war die Person im letzten Quartal in der Praxis (Feld drei). Entsprechend der Eintragungen auf der Vorderseite (Feld sechs) finden sich auf der Rückseite (Feld sieben) Vermerke vom 30. November und 6. Dezember 1954. Am 30. November ist ein EKG mit Belastung durchgeführt wurde. Am 6. Dezember 1954 wurde der Status einer körperlichen Untersuchung vermerkt (vgl. Abbildungen 3.1 und 3.2, S. 85).

---

<sup>4</sup>Kleinert, 25. März 2015.

3.1

Name: [redacted] 1

Stand: [redacted] geb. [redacted]

Wohnung: [redacted]

Kasse V. A. B. 2

Privat 4.6.11.

Krankenschein  
Jahr | Quartal

Diagnose: Myocardsch. (Myox. S.) Schilddrüsenerkrank. 4

6

Jahr	Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Bemerkungen		
1955	Jan.																																		
	Feb.																																		
	März																																		
	April																																		
	Mai																																		
	Juni																																		
	Juli																																		
	Aug.																																		
	Sept.																																		
	Oktober																																		
	Nov.																																		
	Dez.																																		

Sachleistungen: 18. I. 57  
Hb: 50 Leuko: 7.500  
Ery: 4.23 Eo: 2 Lymph: 32  
ES: 1.05 Lym: 62 Mono: 4

Sonderleistungen

Abbildung 3.1 – Patientenkartekarte Vorderseite

7

Name: [redacted]

Dat.	Krankengeschichte	Bemerkungen
30. XI. 6. XII.	EKG m. Belastung. Adipositas - Herzgrenzen vergrößert, Aktion regelmäßig	Wasserkeloidose Kehle a. d. Rippenbogen 1a + darunter
10. I. 5. II. 4. II. 55	Diphtherie - Cardiacum Rp. Testoviron buccale Pyresilica circa 1000	
31. 12. 57	Grümm-Fibrinolyse Infekt. m. Bronchitis u. Katarrh d. o. Luftweg	
15. 1. 58	Rö-Unters. d. Lunge, da immer noch etwas Füllstand Hörbef. am Ohr: Töne leise	
19. XI. 57	Katarrh an Gewicht zugewonnen u. leidet an Stenose u. Pericardium am Beseh. Unters: Herz befried: mäßig hypertroph. o. B. patholog. Dilatatio cordis	RR: 125/85
Rp. Digitalin Abdomen:	Abdomen: Nabelhöhe, Metastasen und Leber 2a + Ext: Asiale leichte Ödeme	RR: 125/85

Abbildung 3.2 – Patientenkartekarte Rückseite

## 3.3 Ein- und Ausschlusskriterien für die Untersuchung der Patientenkartekarten

### Untersuchungszeitraum

Im Untersuchungszeitraum vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1958 und 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961 wurden alle Pkat erfasst, die Eintragungen in diesem Zeitraum hatten. Für jedes einzelne Jahr wurde das Datum der Erstkonsultation in der Praxis vermerkt. Insgesamt wurden 1545 Pkat erfasst, bei sechs weiteren Pkat fehlte die Angabe des Geburtsdatums, weshalb diese für die weitere Auswertung ausgeschlossen wurden.

### Alter

Da sich die Untersuchung auf die Krankschreibung der werktätigen Bevölkerung bezog, wurden Pkat von Patient\*innen im arbeitsfähigen Alter weiter untersucht; somit wurden die Pkat von Patientinnen im Alter von 15-60 Jahren und von Patienten im Alter von 15-65 Jahren in die weitere Untersuchung eingeschlossen. Diese Altersgrenzen wurden entsprechend denen der Wohnbevölkerung im arbeitsfähigen Alter gewählt, wie sie u.a. im „Statistischen Jahresbericht 1956 Groß-Berlin Demokratischer Sektor“<sup>5</sup>, sowie im „Statistischen Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin 1959“<sup>6</sup> beschrieben sind.

## 3.4 Kriterien für die Auswertung der untersuchten Patientenkartekarten

### Grund der Arbeitsunfähigkeit

Zur einheitlichen Erfassung der Krankschreibungsgründe wurde das „Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik“ verwendet.<sup>7</sup> Es sollte „für sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Sozialversicherung und der Statistischen Landesämter und für die Erstellung von Spezialstatistiken verwendbar sein“.<sup>8</sup> Es beinhaltete insgesamt 88 Krankheitsgruppen, die fortlaufend von 11 bis 99 nummeriert waren und denen jeweils dreistellige Untergruppen (Erkrankungen) zugeordnet waren.

---

<sup>5</sup>Magistrat von Groß-Berlin, *Jahresbericht 1956*.

<sup>6</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Taschenbuch 1959*.

<sup>7</sup>Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Statistisches Zentralamt. *Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik*. Berlin: Deutscher Zentralverlag, o.D. (vermutlich 1952). Dieses Verzeichnis ist vergleichbar mit dem heute in Deutschland verwendeten ICD-Manual (International Code of Diagnosis).

<sup>8</sup>Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Statistisches Zentralamt, *Verzeichnis*, S. 9.

Anhand von *Georg Bresans* handschriftlichen Eintragungen auf den Pkat bezüglich Anamnese, Symptomen und den von ihm gestellten Diagnosen/ Verdachtsdiagnosen, aber auch anhand von Untersuchungsergebnissen wurden die Krankschreibungsgründe den entsprechenden Erkrankungsgruppen und Untergruppen (Erkrankungen) zugeordnet. Eine Übersicht der aus dem „Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik“ zwischen 1957 und 1961 angewandten Krankheitsgruppen und Untergruppen findet sich in Tabelle 7.73 auf S. 174 bis S. 178. Die Schreibweisen der Erkrankungsgruppen und Untergruppen wurde aus dem „Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik“ übernommen und der aktuellen Rechtschreibung nicht angepasst.

Patient\*innen, die wegen eines „grippalen Infekts“ (Eintragung auf der Pkat) arbeitsunfähig geschrieben wurden, sind der Kategorie *Grippe ohne nähere Angaben* zugeordnet worden, da die Erkrankung „grippaler Infekt“ im „Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik“ nicht aufgeführt wurde. Die ebenfalls von *Georg Bresan* häufig verwendete Diagnose „grippaler Infekt mit Bronchitis“ wurde der Untergruppe *Grippe mit Beteiligung der übrige Respirationsorgane (ohne Lungenentzündung)* zugeordnet.

Einige Erkrankungen von Patient\*innen fielen innerhalb einer Erkrankungsgruppe in die Untergruppe *Sonstige*. Zum bessere Verständnis, welche Erkrankungen hierzu zählen, sind diese in Tabelle 3.1 dargestellt.

Tabelle 3.1 – Erkrankungsgruppen *Sonstige* und dazugehörige Erkrankungen

Nr.	Untergruppe <i>Sonstige</i>	Erkrankungen
339	Sonstige Krankheiten des Zentralen Nervensystems	Vestibularanfälle (Kleinhirnerkrankung)
368	Sonstige Neurose	Schlafstörungen Nervöse Erschöpfung, Nervosität
619	Sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke und neuropathische Arthritis	Akute Arthritis (nicht rheumatische, nicht bakteriell)
623	Sonstige Krankheiten der Muskeln, Sehnen, Fascien und Schleimbeutel	Nacken-Schulter-Syndrom
674	Sonstige Zellgewebsentzündung und Abszesse mit Lymphangitis	Phlegmone mit Lymphangitis
699	Sonstige Erkrankungen der Haut	Sklerodermie

### Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Die Dauer der Krankschreibung wurde nach Tagen in folgende zeitliche Intervalle eingeteilt: 1-3 Tage, 4-7 Tage, 8-10 Tage, 11-14 Tage, 15-21 Tage und  $\geq 22$  Tage sowie *keine Angabe*, wenn die Dauer der Krankschreibung nicht angegeben wurde. Diese Einteilung richtet sich nach den bereits genannten gesetzlichen Vorgaben, also der bis 1959 geltenden Regelung, Patient\*innen wiederholt bis zu drei Tage krankzuschreiben mit der Vorstellungspflicht bei

der ÄBK, wenn eine AU  $\geq 11$  Tage dauern sollte, sowie der nach 1959 geltenden Regelung, Patient\*innen wiederholt bis zu sieben Tage krankschreiben zu dürfen.

#### **Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit**

Für Patient\*innen im Arbeitsalter wurde erfasst, wie oft diese innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig geschrieben wurden. Erfasst wurden bis zu fünf Krankschreibungen von Patient\*innen pro Jahr.

#### **ÄBK**

Um das Verhältnis bzw. die Zusammenarbeit zwischen *Georg Bresan* als frei praktizierendem Arzt und der ÄBK zu beurteilen, wurde erfasst, wenn auf der Pkat Vermerke zu Überweisungen an die ÄBK oder zu Rückmeldungen von der ÄBK gemacht wurden. Neben der schriftlichen Notiz in der Pkat zur geplanten Vorstellung von Patient\*innen bei der ÄBK wurden folgende Vermerke in der Pkat bzw. schriftliche Mitteilungen von der ÄBK an *Georg Bresan* gefunden:

- Arbeitsfähigkeit ab einem bestimmte Zeitpunkt durch ÄBK attestiert,
- Antrag auf (Früh)Berentung sollte laut ÄBK gestellt werden,
- Attest für Arbeitsfähigkeit für Arbeitsversuch mit sehr leichter Arbeit durch ÄBK ausgestellt,
- Termin zur Wiedervorstellung bei ÄBK,
- Anordnung an *Georg Bresan* zur Durchführung von bestimmten Untersuchungen (Röntgen, EKG, Blutbild) sowie Mitteilung von Untersuchungsergebnissen, wenn diese durch die ÄBK durchgeführt worden waren,
- Aufforderung zur Einweisung der betroffenen Person zur stationären Behandlung (bspw. zur OP bei *Ulcus ventrikuli* oder *duodeni*),
- Kopie eines Rentengutachten.

Des Weiteren wurde erfasst, wenn es bei einer Krankschreibungsdauer von  $\geq 11$  Tagen kein Vermerk bezüglich der ÄBK gab.

#### **Wohnort**

Zum besseren Verständnis des Einzugsgebietes der Praxis und des Patientenlientels wurden die Adressen der Patient\*innen erfasst. Waren mehrere Adressen im Verlauf angegeben, wurde diejenige erfasst, die zu Beginn des Untersuchungszeitraums gültig war.



### **3.5 Anmerkung zur Auswertung der Patientenkartekarten**

Die Datenerfassung und Auswertung erfolgt mittels IBM SPSS Statistics 22 und Microsoft Office Excel 2007. Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt rein deskriptiv, eine statistische Analyse wurde nicht vorgenommen.

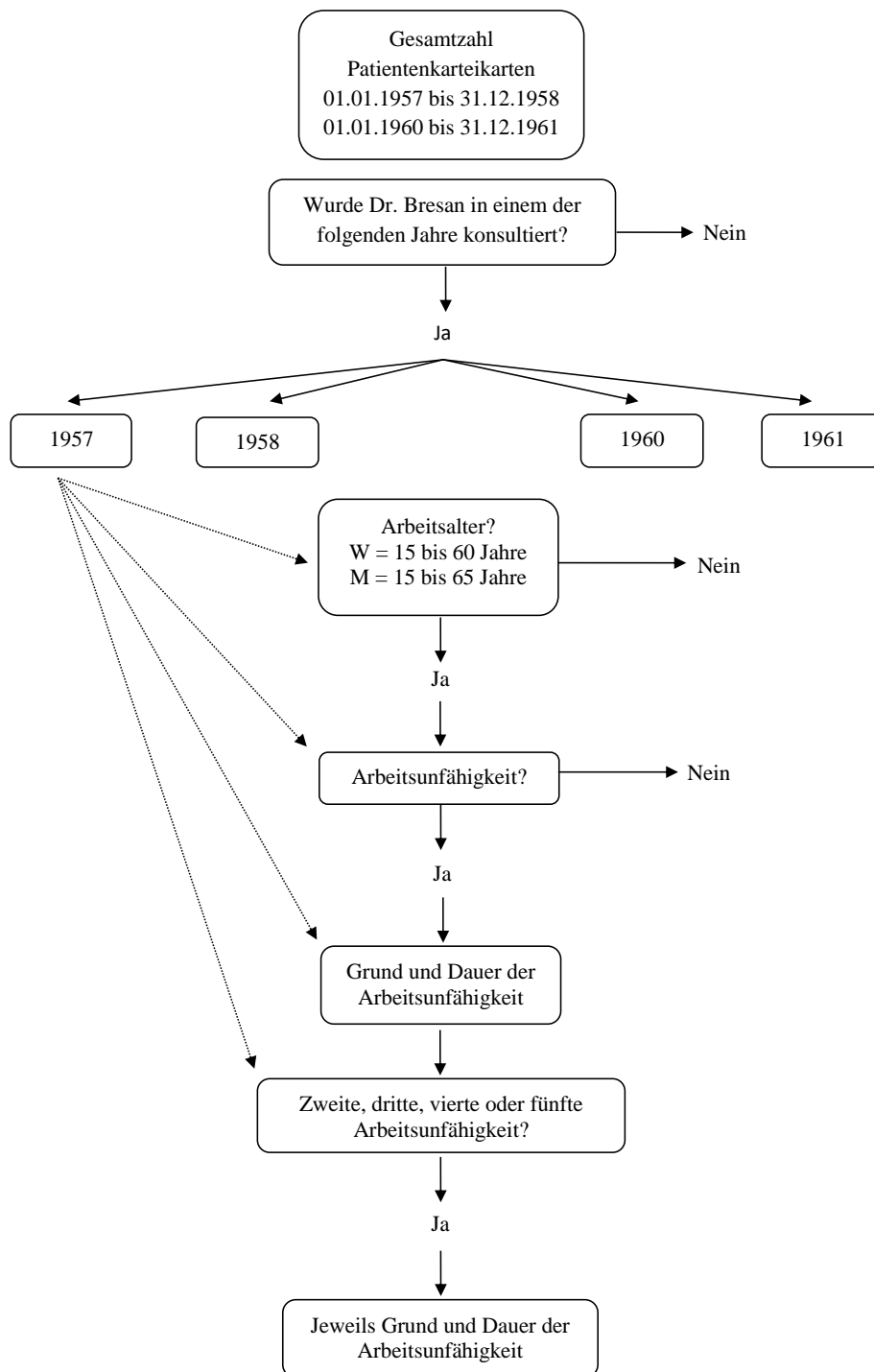


Abbildung 3.3 – Ein- und Ausschlusskriterien Patientenkartekarten

---

## 4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der untersuchten Pkat dargestellt. Im ersten Teil (4.1) erfolgt die Beschreibung der Patientencharakteristika aller 1545 Patient\*innen. Im zweiten Teil (4.2) wird eine genauere Auswertung der Pkat bezüglich der Charakteristika der Patient\*innen im Arbeitsalter hinsichtlich der Fragestellung, ob die gesetzlichen Vorgaben zur ÄBK-Arbeit Einfluss auf die Krankschreibungspraxis eines frei praktizierenden Arztes genommen haben könnten, vorgenommen.

Die für die Ergebnisdarstellung erstellten Tabellen sind im Sinne der besseren Lesbarkeit des Textes größtenteils im Kapitel 7 „Tabellen“ zu finden.

### 4.1 Charakteristika des untersuchten Patientenkollektivs

Im Untersuchungszeitraum vom 1. Januar 1957 bis 31. Dezember 1958 sowie vom 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961 konnten insgesamt 1545 Pkat ausgewertet werden. Da die einzelnen Patient\*innen nicht in jedem der vier Jahre in der Praxis vorstellig wurden, ergab sich für die einzelnen Jahre eine unterschiedliche Anzahl an Patientendatensätzen (vgl. Tabelle 4.1). In den Jahren 1957 und 1958 waren auf der Hälfte der 1545 erfassten Pkat handschriftliche Eintragungen zu Arztkonsultationen oder Arbeitsunfähigkeit von Patient\*innen zu finden. 1960 und 1961 waren es nur noch 587 bzw. 304 Pkat mit entsprechenden Eintragungen. Diese unterschiedliche Anzahl an Patientendatensätzen muss bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Ein Grund für die unterschiedliche Anzahl an Pkat in den einzelnen Jahren könnte sein, dass solche aus den frühen 1960er Jahre möglicherweise in die Pkat der späten 1970 und 1980er integriert wurden. Diese wurden aber aufgrund des Untersuchungszeitraums der vorliegenden Arbeit nicht in vollem Umfang mit untersucht.

Tabelle 4.1 – Anzahl Patientenkarteikarten

Jahre	1957	1958	1960	1961
Patientenkarteikarten	740	700	587	304

### 4.1.1 Geschlechterverteilung

Patientinnen suchten zwischen 1957/58 und 1960/61 die Praxis von *Georg Bresan* häufiger auf; 961 (62%) der 1545 Patient\*innen waren weiblich. Dies galt auch bei der Betrachtung der einzelnen Jahre. Ein Übersicht hierzu bietet Tabelle 4.2.

Eine ähnliche Geschlechterverteilung zeigte sich auch bei den Patient\*innen im Arbeitsalter, welche ebenfalls in der genannten Tabelle dargestellt ist.<sup>1</sup>

Tabelle 4.2 – Geschlechterverteilung Patient\*innen

	1957	1958	1960	1961
Weiblich gesamt	462	435	361	202
15-60 Jahre	314	274	231	123
Männlich gesamt	278	265	226	102
15-65 Jahre	199	177	156	69
Gesamt	740	700	587	304
15-60 bzw. 15-65 Jahre	513	451	387	192

### 4.1.2 Wohnort

Wie zu erwarten, lebte ein Großteil der Patient\*innen im nahen bzw. näheren Umfeld zur Praxis. 1485 (96,1%) der Patient\*innen lebten in Berlin, davon mit Abstand die meisten im Bezirk Friedrichshain (1117), gefolgt von den Bezirken Prenzlauer Berg (148) und Mitte (93). Lediglich 14 Patient\*innen hatten ihren Wohnsitz in einem der Westberliner Bezirke. Eine detaillierte Auflistung der Wohnortverteilung nach Berliner Bezirken (Ost und West) bzw. Stadtteilen, wie sie auf den Pkat angegeben waren, findet sich in Tabelle 7.1, S. 126.

60 Patient\*innen hatten ihren Wohnsitz in der DDR, die Mehrzahl (50) davon in den Bezirken Potsdam und Frankfurt (Oder) (siehe Tabelle 7.2, S. 125). War die Wohnortangabe einem DDR-Bezirk nicht eindeutig zuzuordnen, wurde dies entsprechend in der Tabelle vermerkt.

### 4.1.3 Versicherungsstatus

Die Mehrzahl der Patient\*innen war durch die VAB (Ost) versichert (vgl. Tabelle 4.3, S. 93). 32 Patient\*innen waren durch Westberliner, bzw. westdeutsche Krankenkassen versichert; nur eine\*r dieser Patient\*innen hatte eine Adresse in West-Berlin, alle übrigen hatten ihren Wohnsitz in Ost-Berlin. Dies zeigt, dass bis zur Schließung der Grenzen Patient\*innen in den jeweils anderen Teilen Berlins wohnten und arbeiteten und dass, zumindest in Ost-Berlin, unabhängig davon eine medizinische Versorgung erfolgte.

<sup>1</sup>Als Patient\*innen im Arbeitsalter wurden alle Frauen im Alter von 15-60 Jahren und Männer im Alter von 15-65 Jahren erfasst. Einige Patient\*innen dieser Altersgruppen hatten auf ihrer Karteikarte bei Versicherungsstatus den Vermerk „Rente“ für Frühberentung. Diese Patient\*innen wurden in die Auswertung der Patient\*innen im Arbeitsalter nicht mit einbezogen, da berentete Patient\*innen nicht in der Krankenstandstatistik geführt wurden (vgl. hierzu Abschnitt 4.1.6), S. 94.

Tabelle 4.3 – Versicherungsstatus der Patient\*innen

Versicherung	Anzahl der Patient*innen
VAB (Ost) Gesamt	1394
davon Familie	199
davon Rentner	323
Vereinigte Großberliner Versicherungsanstalt	88
VAB (West)	19
Privat versichert	18
Allgemeine Ortskrankenkasse	12
Eisenbahn (Originalangabe auf Pkat)	7
keine Angaben	4
Deutsche Versicherungsanstalt Meißen	2
IKK	1
<b>Gesamt</b>	<b>1545</b>

#### 4.1.4 Alter der Patient\*innen

In den Tabellen 4.4 bis 4.7 ist die Altersverteilung der Patient\*innen abgebildet; die Altersgruppen der Patient\*innen im Arbeitsalter sind grau hinterlegt.

Der Anteil der Patient\*innen (Frauen und Männer gesamt) im Arbeitsalter, welche die Praxis aufsuchten, lag in allen Jahren bei mehr als 60% (1957: 69%, 1958: 64,4%, 1960: 65,9%, 1961: 63,1%). Bei den Patienten fällt, bei der Betrachtung der einzelnen Jahre 1957/58 und 1960/61, auf, dass der Anteil an Patienten im Arbeitsalter an der Gesamtzahl der Patienten größer war, als dies bei Patientinnen der Fall war. Dies ist durch die unterschiedlichen Altersgrenzen für Frauen und Männer bedingt. Würde bei Frauen ebenfalls das Arbeitsalter bis 65 Jahre geführt werden, bestünde dieser Unterschied nicht. Unter den Patient\*innen im Arbeitsalter waren die Gruppen der 40-60-jährigen, bzw. der 40-65-jährigen in allen Jahren stärker vertreten als die beiden jüngeren Altersgruppen.

Tabelle 4.4 – Alter Patientinnen und Patienten 1957

Alter (in Jahren)	Männlich	Weiblich	Gesamt
≤14	23	27	50
15-24	33	64	97
25-39	43	80	123
40-60	101	170	271
61-65	22	29	51
66-80	42	78	120
≥81	7	5	12
<b>Gesamt</b>	<b>271</b>	<b>453</b>	<b>724</b>

Tabelle 4.5 – Alter Patientinnen und Patienten 1958

Alter (in Jahren)	Männlich	Weiblich	Gesamt
≤14	21	29	50
15-24	31	44	75
25-39	39	82	121
40-60	87	148	235
61-65	20	29	49
66-80	51	88	139
≥81	4	6	10
<b>Gesamt</b>	<b>253</b>	<b>426</b>	<b>679</b>

Tabelle 4.6 – Alter Patientinnen und Patienten 1960

Alter (in Jahren)	Männlich	Weiblich	Gesamt
≤14	18	16	34
15-24	30	41	71
25-39	38	58	96
40-60	75	132	207
61-65	13	30	43
66-80	39	59	98
≥81	4	12	16
<b>Gesamt</b>	<b>217</b>	<b>348</b>	<b>565</b>

Tabelle 4.7 – Alter Patientinnen und Patienten 1961

Alter (in Jahren)	Männlich	Weiblich	Gesamt
≤14	6	10	16
15-24	8	19	27
25-39	17	29	46
40-60	37	75	112
61-65	7	16	23
66-80	24	41	65
≥81	2	3	5
<b>Gesamt</b>	<b>101</b>	<b>193</b>	<b>294</b>

#### 4.1.5 Verstorbene Patient\*innen

Im Untersuchungszeitraum wurden auf den Pkat 29 Todesfälle dokumentiert (12 Patientinnen, 17 Patienten). Insofern eine Todesursache angegeben war oder sich aus dem Kontext der Pkat erschließen ließ, wurde diese erfasst (siehe Tabellen 7.3, S. 127 und 7.4, S. 127). Frauen waren zum Zeitpunkt des Todes im Durchschnitt 66 Jahre alt (die jüngste Patientin 38 Jahre, die älteste Patientin 81 Jahre), Männer etwas jünger mit durchschnittlich 63 Jahren (der jüngste Patient 47 Jahre, der älteste Patient 83 Jahre). Etwa die Hälfte (8 von 17) der verstorbenen Männer waren ≤60 Jahre alt. Bei den Frauen waren es ein Drittel der verstorbenen Patientinnen. Bei den Patientinnen waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* die häufigste Todesursache mit 6 von 12 Fällen. Bei den Patienten war dies bei knapp 1/3 der Fall (bei sechs Patienten fehlten Angaben zur Todesursache auf der Pkat). Jeweils zwei mal wurden Tumorerkrankungen als Todesursache bei den Patient\*innen angegeben.

#### 4.1.6 Frühberentete Patient\*innen

Zwischen 1957/58 und 1960/61 waren 26 Patientinnen und 20 Patienten im Arbeitsalter frühberentet (vgl. Tabellen 7.5, S. 128 und 7.6, S. 129); diese Einschätzung wurde entsprechend dem Versicherungsvermerk und dem Alter der Patient\*innen vorgenommen. In der Mehrzahl der Fälle wurden darüber hinaus Vermerke bezüglich des Grundes der Berentung auf der Pkat gefunden, in drei Fällen lagen der Pkat schriftliche Rentengutachten der ÄBK bzw. der „Ärztelkommission der Rentenbegutachtung“ bei. Da in allen Fällen mehrere Gründe für eine Frühberentung vorlagen wurden diese, anders als bei den Todesursachen, im Wortlaut von den Pkat übernommen. Wie auch bei den Todesursachen, waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* häufig angegebene Gründe für eine Frühberentung; bei den Patientinnen in 11 Fällen, bei den Patienten in 8 Fällen. Daneben waren noch pulmonale Erkrankungen wie *Asthma Bronchiale* oder *Tuberkulose* bei Patient\*innen häufig und insbesondere bei den

Patientinnen chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates. Patientinnen waren bei Berentung im Durchschnitt mit knapp 50 Jahren (die jüngste 22 und die älteste 58 Jahre) jünger als die Patienten mit durchschnittlich 57 Jahren (der jüngste 45 Jahre und der älteste 65 Jahre). Eine der berenteten Patientinnen wurde im Verlauf als verstorben dokumentiert (ohne Angabe einer Todesursache), bei den Patienten waren es drei. In zwei Fällen stand, der Dokumentation auf der Pkat nach, die Todesursache im Zusammenhang mit der Diagnose, die zur Frühberentung geführt hatte.

## 4.2 Auswertung Patient\*innen im Arbeitsalter

Die folgenden Ergebnisdarstellungen beziehen sich ausschließlich auf Patientinnen zwischen 15-60 Jahren sowie Patienten zwischen 15-65 Jahren, die im Untersuchungszeitraum die Arztpraxis aufsuchten. Ausgeschlossen von diesen Darstellungen wurden Patient\*innen dieser Altersgruppen, welche als frühberentet auf der Pkat geführt wurden (vgl. Abschnitt 4.1.6, S. 94).

### 4.2.1 Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient\*innen im Arbeitsalter

Im folgenden Abschnitt werden Häufigkeit und Dauer der AU von Patient\*innen ausgewertet. Da die AU-Dauer für die Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit von zentraler Bedeutung ist, wird diese unter verschiedenen Aspekten wiederholt betrachtet. Die Tabellen 4.8, S. 96 und 4.9, S. 97 geben einen Überblick über die Anzahl der ausgestellten Krankschreibungen sowie die Dauer der AUs von Patient\*innen im Arbeitsalter.

Bezüglich Anzahl an ausgestellten Krankschreibungen finden sich zwischen Patientinnen und Patienten einige Unterschiede. Patientinnen wurden bei Erstkonsultation in allen vier Jahren häufiger nicht krankgeschrieben als Patienten.<sup>2</sup> 1960/61 wurden sogar mehr Patienten bei Erstkonsultationen krankgeschrieben als das sie keine AU-Bescheinigung erhielten. In allen vier Jahren ist außerdem zu beobachten, dass, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patient\*innen im Arbeitsalter, der Anteil an Krankschreibungen bei Patienten höher lag als bei den Patientinnen; bei den Patienten lag er in allen Jahren über 60%, bei den Patientinnen zwischen 40% und 55%. Patienten wurden also, obwohl sie insgesamt seltener die Praxis aufsuchten, häufiger krankgeschrieben als Patientinnen.

Eine wiederholte Krankschreibung (>1 AU) war bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen eher selten. Die Ausstellung von  $\geq 3$  AU-Bescheinigungen war bei Patient\*innen in allen vier Jahren die Ausnahme. Bei den Patientinnen lies sich zudem erkennen, dass der Anteil an wiederholten Krankschreibungen an der Gesamtzahl der AUs im Untersuchungszeitraum

---

<sup>2</sup>Die angegebenen Daten „keine AU“ geben nur wieder, dass keine Krankschreibung bei Arztkonsultation in den jeweiligen Jahren 1957/58 und 1960/61 ausgestellt wurde. Stellten sich Patient\*innen wiederholt innerhalb eines Jahres in der Praxis vor und erhielten dabei keine AU, wurde dies nicht wiederholt als „keine AU“ erfasst.

## 4.2 Auswertung Patient\*innen im Arbeitsalter

kontinuierlich von 43% auf 32% absank. Bei den Patienten blieb der Anteil dagegen 1957/58 und 1960 etwa gleich mit 40% und stieg 1961 auf mehr als 50% an.

Tabelle 4.8 – Anzahl der ausgestellten AUs/ Patient\*in und Jahr

	1957		1958		1960		1961	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
eine AU	78	92	65	76	63	80	30	46
zwei AU	10	17	13	16	15	16	7	8
drei AU	6	7	5	5	4	4	6	2
vier AU	3	3	1	-	-	-	1	-
fünf AU	1	1	-	-	-	-	-	-
keine AU	101	194	93	177	74	131	25	67
<b>Gesamt</b>	199	314	177	274	156	231	69	123

Bezüglich der Dauer der AUs ließ sich bei den Patient\*innen erkennen, dass diese im Untersuchungszeitraum häufiger  $\geq 11$  Tage als  $\leq 10$  Tage krankgeschrieben wurden. Bei Patientinnen konnte zudem eine Tendenz zwischen den Jahren 1957/58 und 1960/61 hin zu einer längeren AU-Dauer gesehen werden: 1957/58 dauerten knapp 40% der AUs  $\leq 10$  Tage, 1960/61 waren es nur noch 30%. Bei Patienten ließ sich eine solche Tendenz nicht erkennen; zwischen 1957/58 und 1960/61 blieb der Anteil der AU-Dauer  $\leq 10$  Tage bei 41% bzw. 42% mit somit einem konstant größeren Anteil an AUs mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. Neben dem in allen vier Jahren höheren Anteil von AUs  $\geq 11$  Tage zeigte sich bei Patient\*innen auch in allen vier Jahren gleichermaßen ein hoher Anteil an AUs mit einer Dauer  $\geq 22$  Tagen. Allerdings war der Anteil an AUs  $\geq 22$  Tage bei den Patienten 1960/61 etwas niedriger als noch 1957/58 (1957/58: 26% bzw. 25%; 1960/61: 17%) - dieser Trend war bei den Patientinnen so nicht zu finden.

*Keine Angabe* zur Dauer der AU wurde bei Patienten häufiger gemacht als bei Patientinnen (1957: 20%, 1958: 22%, 1960: 27%, 1961: 27%). Eine Ausnahme bildete das Jahr 1961, hier lag der Anteil für *keine Angabe* zur Dauer der AU bei Patientinnen bei 30% (1957: 13%, 1958: 14%, 1961: 27%). Bei Männern und Frauen gleichermaßen gab es 1960/61 mehr Fälle, in denen *keine Angabe* zur Dauer der Krankschreibung gemacht war, als dies 1957/58 der Fall gewesen war.



Tabelle 4.9 – Dauer der AUs Gesamt

	1957		1958		1960		1961	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
1-3 Tage	11	14	8	14	8	9	2	4
4-6 Tage	18	32	12	7	16	8	7	8
7-10 Tage	19	17	11	12	12	8	8	6
11-14 Tage	13	22	12	12	12	14	12	9
15-21 Tage	11	19	15	17	10	19	8	9
≥ 22 Tage	35	38	27	43	18	28	11	17
keine Angabe	26	22	25	18	29	38	18	15
<b>Gesamt</b>	<b>133</b>	<b>164</b>	<b>110</b>	<b>123</b>	<b>105</b>	<b>124</b>	<b>66</b>	<b>68</b>

### Wiederholte Arbeitsunfähigkeit

Eine detaillierte Darstellung zum Zusammenhang zwischen AU-Dauer und wiederholter AU bieten für Patientinnen die Tabellen 7.7 bis 7.10, S. 130-131 und für Patienten die Tabellen 7.11 bis 7.14, S. 131-132. Vergleicht man die einzelnen Jahre miteinander, lag die Dauer bei wiederholten Krankschreibungen ( $\geq 2$ ) bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen etwas häufiger bei  $\leq 10$  Tage. Im Vergleich der beiden Zeitperioden 1957/58 und 1960/61 zeigte sich bei den Patient\*innen jedoch eine Tendenz hin zu einer längeren AU-Dauer bei wiederholter Krankschreibung: 1957/58 dauerten knapp 56% (31 von 55) der wiederholt ausgestellten AUs ( $\geq 2$ )  $\leq 10$  Tage; 1960/61 waren es nur noch 40% (9 von 22). Bei Patienten dauerten 1957/58 wiederholte Krankschreibungen etwa gleich häufig  $\leq 10$  Tage (24 von 51) und  $\geq 11$  Tage (27 von 51), 1960/61 dauerten nur 40% (8 von 20) der wiederholten Krankschreibungen  $\leq 10$  Tage.

### Alter

Wie zu erwarten war, zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Dauer der AU und dem Alter der Patient\*innen (vgl. Tabellen 7.15 bis 7.18, S. 133-133 und Tabellen 7.19 bis 7.22, S. 134-134). Patient\*innen zwischen 15-24 Jahren waren häufiger  $\leq 10$  Tage krankgeschrieben (Eine Ausnahme stellt das Jahr 1958 bei den Patientinnen dar). Patientinnen zwischen 40-60 Jahren und Patienten zwischen 40-65 Jahren hatten im Vergleich mit den anderen Altersgruppen den größten Anteil an AUs mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. Patienten zwischen 40-65 Jahren hatten dabei insbesondere eine hohe Anzahl an Krankschreibungen  $\geq 22$  Tage, was in Zusammenhang mit dem höheren Lebensalter dieser Patientengruppe stehen könnte.

Bei Patientinnen fand sich innerhalb der Altersgruppe der 24-39-jährigen auch ein hoher Anteil an AUs von  $\geq 22$  Tage. Dies könnte mit der von *Elfriede Paul* beschriebenen Doppelbelastung durch Beruf, häuslichen/ familiären Verpflichtungen (bspw. erkrankte Kinder) sowie Schwangerschaft und Wochenbett in Zusammenhang stehen.<sup>3</sup>

### ÄBK

Zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde erhoben, ob Patient\*innen mit einer AU-Dauer von  $\geq 11$  Tagen einer ÄBK vorgestellt wurden und ob eine Rückmeldung von der ÄBK an den behandelnden Arzt erfolgte (vgl. hierzu für Patientinnen Tabellen 7.23 bis 7.36, S. 135-141 und für Patienten Tabellen 7.39 bis 7.52, S. 143-149). Die Vorstellungsquote von Patient\*innen lag im Untersuchungszeitraum zwischen 30% und knapp 50%. Bei den Patientinnen nahm die Zahl der ÄBK-Vorstellungen von 1957 an kontinuierlich von 46% auf 36% ab. Patienten hingegen hatten 1957 und 1961 Vorstellungsquoten von 41% bzw. 40% und in den dazwischen liegenden Jahren von nur 34%. Hier zeigte sich somit keine Differenz zwischen 1957/58 und 1960/61.

Waren Patient\*innen  $\geq 22$  Tage arbeitsunfähig, wurden sie häufiger einer ÄBK vorgestellt als bei einer Dauer von 11-21 Tagen (vgl. für Patientinnen Tabellen 7.23, 7.27, 7.31, 7.35, S. 135-141 und für Patienten Tabellen 7.39, 7.43, 7.47, 7.51, S. 143-149). Dies zeigt, dass insbesondere eine lange Krankschreibungsdauer zur Vorstellung bei einer ÄBK führte.

Rückmeldungen/ Berichte durch die ÄBK an den behandelnden Arzt gab es bei Patient\*innen insgesamt wenige (vgl. für Patientinnen Tabellen 7.24, 7.28, 7.32, 7.36, S. 135-141 und für Patienten Tabellen 7.40, 7.44, 7.48, 7.52, S. 143-149).

Eine Auswertung bezüglich Alter und Erkrankung der Patient\*innen die einer ÄBK vorgestellt wurden, wird in Abschnitt 4.2.5, S. 107 vorgenommen.

### Zusammenfassung

Die Untersuchung der Pkat bezüglich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Patient\*innen zwischen 15-60 und 15-65 Jahren zeigte, dass ältere ( $>40$  Jahre) Patient\*innen häufiger  $\geq 11$  Tage krankgeschrieben wurden. Daneben zeigte sich aber auch bei Patientinnen zwischen 24-39 Jahren eine Tendenz zu einer langen AU-Dauer von  $\geq 22$  Tagen. Bei einer langen AU-Dauer ( $\geq 22$  Tage) zeigte sich zudem, dass Patient\*innen eher einer ÄBK vorgestellt wurden als bei einer AU-Dauer von 11-21 Tagen. Auf weitere mögliche Zusammenhänge zwischen den ÄBK-Regelungen und den bis hier dargestellten Ergebnissen bezüglich der Dauer der Arbeitsunfähigkeiten wird in Kapitel 5, S. 111 eingegangen.

---

<sup>3</sup>Vgl. Paul, „Untersuchung“; Paul, „Fragen“.

### 4.2.2 Erkrankungsgruppen

Im folgenden Kapitel wird untersucht, ob zwischen den Erkrankungen der Patient\*innen (Erkrankungsgruppen und Untergruppen) und dem Alter der Patient\*innen bei AU sowie der Dauer der AU ein Zusammenhang gesehen werden kann.

Bei einer Vielzahl von Erkrankungsgruppen wurden Patient\*innen 1-4 mal krankgeschrieben. Es wurde daher eine gesonderte Auswertung bezüglich der Untergruppen (Erkrankungen) der Erkrankungsgruppen durchgeführt, wegen derer die Patient\*innen in einem der vier Jahre  $\geq 5$  mal krank geschrieben wurden. Eine entsprechende Zusammenfassung dieser häufigsten Erkrankungen bietet für Patientinnen Tabelle 7.59, S. 155-156 und für Patienten Tabelle 7.64, S. 161. Des Weiteren wurden, insofern sich Besonderheiten bei der Auswertung zeigten, einige Erkrankungsgruppen entsprechend der nachfolgenden Beschreibung zusammengefasst:

- *Atemwegserkrankungen* (außer Tumoren und Tuberkulose): Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien; Lungenentzündung und Folgekrankheiten; Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane; Allergische Störungen.
- *Gynäkologische Erkrankungen* (außer Tumoren und Schwangerschaft): Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane; Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust.
- *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*: Nichtrheumatische Herzkrankheiten; Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie.
- *Onkologische Erkrankungen*: Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums; Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems; Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems.
- *Traumatologische Erkrankungen*: Traumatische Knochenbrüche (offen und geschlossen); Traumatische Verrenkung, Verstauchung; Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen; Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut; offene Wunden.
- *Knochen- und Gelenkerkrankungen*: Krankheiten der Knochen und Gelenke; weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien); Rheumatische Krankheiten und Arthritis.

*Grippe* war bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen in allen vier Jahren der häufigste Grund für eine AU. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies in den meisten Fällen bei den Patient\*innen Krankschreibungen wegen eines *grippalen Infekts* betraf (vgl. Tabellen 7.59, S. 155 und 7.64, S. 161).<sup>4</sup> Am zweithäufigsten aus dieser Erkrankungsgruppe waren Krankschreibungen wegen *Grippe mit Beteiligung der übrigen Respirationsorgane (ohne Lungenentzündung)*.

Daneben waren Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen*<sup>5</sup> sowie wegen *Nichtrheumatischer Herzkrankheiten* bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen in allen vier Jahren häufige Gründe für eine AU. Bei Patientinnen gab es zudem, anders als bei männlichen Patienten, häufiger AUs wegen *Blutdruckkrankheiten - Hypertonie, Hypotonie* sowie wegen *Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse* und wegen *Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege*. Erkrankungen wie beispielsweise *Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien* bei den Patientinnen und *Rheumatische Krankheiten und Arthritis* bei den Patienten wurden zwischen 1957/58 und 1960/61 zunehmend seltener als Diagnosen angegeben.

### 4.2.3 Zusammenhang Erkrankungsgruppen und Alter

Die Tabellen 7.55 bis 7.58, S. 151-154 zeigen die Erkrankungsgruppen, wegen derer Patientinnen zwischen 15-24 Jahren, 25-39 Jahren und 40-60 Jahren von 1957/58 bis 1960/61 arbeitsunfähig geschrieben wurden; für Patienten ist dies in den Tabellen 7.60 bis 7.63, S. 157-160 dargestellt. Erkrankungsgruppen mit  $\geq 5$  Krankschreibungen wurden jeweils grau hinterlegt.

Bei Krankschreibungen wegen *Grippe* zeigte sich keine besondere Häufung hinsichtlich des Alters der Patient\*innen in den einzelnen Jahren. Diese waren etwa entsprechend der Größe der einzelnen Altersgruppen in allen vier Jahren häufig.

Krankschreibungen wegen *onkologischer Erkrankungen* waren insgesamt selten. Bei den Patientinnen waren es zwei in der Altersgruppe der 25-39-jährigen und drei bei den 40-60-jährigen, dabei waren *Bösartige Neoplasmen der Brustdrüse und des Urogenitalsystems* am häufigsten (4 von 5); je zwei in den Altersgruppen der 25-39-jährigen und der 40-60-jährigen. Bei den Patienten gab es zwei Krankschreibungen wegen *onkologischer Erkrankungen*, beide in der Altersgruppe der 40-65-jährigen.

---

<sup>4</sup>Wie in Abschnitt 3.4, S. 86 beschrieben, wurden *grippale Infekte* der Krankheitsgruppe *Grippe*, Untergruppe *Grippe ohne nähere Angaben* zugeordnet.

<sup>5</sup>Die hier häufig angewendete Untergruppe (Erkrankung) war bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen *Gastritits (Magenkatarrh, Duodenitis)* (vgl. Tabellen 7.59, S. 155 und 7.64, S. 161).

Schwangerschaftsassozierte Krankschreibungen (*Komplikationen der Schwangerschaft; Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung*) waren ebenfalls selten. Zwischen 1957/58 und 1960/61 erfolgten wegen Erkrankungen aus den genannten Erkrankungsgruppen fünf Krankschreibungen, alle in den beiden jüngeren Altersgruppen; zwei in der Altersgruppe der 15-24-jährigen und drei in der Altersgruppe der 25-39-jährigen.

### Patient\*innen zwischen 15-24 Jahren

Die Altersgruppe der 15-24-jährigen Patient\*innen war in allen vier untersuchten Jahren die kleinste Patientengruppe. Dies muss bei der Betrachtung der Krankschreibungszahlen berücksichtigt werden. Dennoch zeigten sich bei mehreren Erkrankungsgruppen Häufungen in der Krankschreibung.

Wiederholt häufige Krankschreibungen gab es für Patientinnen und Patienten gleichermaßen zwischen 1957/58 und 1960 in der Krankheitsgruppe *Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln*. 16 der 31 AUs dieser Erkrankungsgruppe wurden bei den 15-24-jährigen Patientinnen ausgestellt. Bei den Patienten dieser Altersgruppe waren es 14 von 19 AUs. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Krankschreibungen aus dieser Erkrankungsgruppe bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen insbesondere auf Erkrankungen wie *Akute Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung und -Eiterung* sowie *Akute Mandelentzündung* bezog (vgl. für Patientinnen Tabelle 7.59, S. 155 und für Patienten Tabelle 7.64, S. 161). 1961 lag diese Häufung in beiden Gruppen nicht vor. Ebenfalls häufig waren bei jungen Patient\*innen 1957/58 und 1960/61 Krankschreibungen wegen *traumatologischer Erkrankungen*; bei Patientinnen waren es 10 von 18 AUs, bei Patienten 8 von 16 AUs aus dem Bereich der *traumatologischer Erkrankungen*.

Eine weitere Erkrankungsgruppe, die bei Patienten dieser Altersgruppe relevant war, waren *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen*. 1/3 (17 von 52) der AUs dieser Erkrankungsgruppe wurden zwischen 1957/58 und 1960/61 bei den Patienten dieser Altersgruppe ausgestellt. Auch wurden Patienten dieser Altersgruppe im Untersuchungszeitraum häufiger wegen *Krankheiten des Darms und des Bauchfells*<sup>6</sup> krankgeschrieben als dies bei Patientinnen dieser Altersgruppe der Fall war. 10 der 25 AUs dieser Erkrankungsgruppe wurden bei den 15-24-jährigen Patienten ausgestellt. Patientinnen zwischen 15-24 Jahren wurden im Untersuchungszeitraum häufig wegen *Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege* (6 von 16 AUs) sowie wegen *gynäkologischer Erkrankungen* (10 von 20 AUs) krank geschrieben.

<sup>6</sup>In der Mehrzahl der Fälle wurden bei Patient\*innen die Krankschreibungen wegen *akuter und chronischer Enteritis, Dünndarmerkrankungen (jenseits des 1. Lebensjahres)* ausgestellt (vgl. Tabellen 7.59, S. 155 und 7.64, S. 161).

### Patient\*innen zwischen 25-39 Jahren

Patient\*innen zwischen 25-39 Jahren bildeten die zweitgrößte Altersgruppe im untersuchten Patientenkollektiv. Gleichzeitig hatten Patienten dieser Altersgruppe, außer 1961, die niedrigste Anzahl an Krankschreibungen, bei den Patientinnen war dies nur 1960 der Fall. Krankschreibungen wegen *Psychopathien und Neurosen*<sup>7</sup> wurden zwischen 1957/58 und 1960/61 über alle Altersgruppen gesehen bei Patientinnen doppelt so häufig ausgestellt wie bei Patienten (19 AUs bei Patientinnen zwischen 15-60 Jahren und 9 AUs bei Patienten zwischen 15-65 Jahren). Insbesondere Patientinnen der Altersgruppe der 25-39-jährigen wurden wegen Erkrankungen aus dem Bereich der *Psychopathien und Neurosen* krank geschrieben; 9 von 19 AUs entfielen auf diese Altersgruppe.

In dieser Altersgruppe zeigten sich des Weiteren zwischen Patientinnen und Patienten deutliche Unterschiede in der Anzahl der AUs bei den *Atemwegserkrankungen* und den *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. Gut 1/3 der Krankschreibungen wegen *Atemwegserkrankungen* (11 von 33) zwischen 1957/58 und 1960/61 wurden bei Patientinnen zwischen 25-39 Jahren ausgestellt. Bei den Patienten dieser Altersgruppe waren es im gleichen Zeitraum nur 15% (6 von 39). Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. Knapp 1/3 der AUs wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (12 von 42) wurden bei Patientinnen in der Altersgruppe der 25-39-jährigen ausgestellt; bei den Patienten waren es nur 16% (8 von 48). Wie bereits bei den 15-24-jährigen Patientinnen, waren Krankschreibungen wegen *Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege* (6 von 16 AUs) sowie *gynäkologischer Erkrankungen* (8 von 20 AUs) zwischen 1957/58 und 1960/61 auch in dieser Altersgruppe noch recht häufig.

Häufiger als bei den jüngeren Patientinnen waren in dieser Altersgruppe Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells*; im Untersuchungszeitraum wurden 10 der 22 AUs in dieser Altersgruppe ausgestellt.

Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen, zeigten sich bei den Patienten keine Häufungen bei den Krankschreibung wegen bestimmter Erkrankungen. Erkrankungsgruppen, wegen derer bei Patienten dieser Altersgruppe etwas häufiger AUs ausgestellt wurden, waren *Grippe, Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen* sowie *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells*.

---

<sup>7</sup>Zu den angewendeten Untergruppen (Erkrankungen) aus der Erkrankungsgruppe der *Psychopathien und Neurosen* zählten *Schlafstörungen* sowie *Nervöse Erschöpfung, Nervosität* (vgl. Tabelle 3.1, S. 87).

### Patientinnen zwischen 40-60 Jahren und Patienten zwischen 40-65 Jahren

Die Altersgruppe der über 40-jährigen Patient\*innen, bildeten im Untersuchungszeitraum das größte Patientenkollektiv. Dementsprechend hatte diese Altersgruppe auch häufig die größte Anzahl an AUs. Krankschreibungen in drei Erkrankungsgruppen waren bei Patient\*innen dieser Altersgruppe jedoch besonders häufig. Dazu zählten *Atemwegserkrankungen*, *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und *Knochen- und Gelenkerkrankungen*.

Von allen Krankschreibungen, die wegen *Atemwegserkrankungen* zwischen 1957/58 und 1960/61 ausgestellt wurden, entfielen bei den Patientinnen knapp 50% der AUs (16 von 33) auf diese Altersgruppe und bei den Patienten fast 80% (31 von 39). *Asthma Bronchiale* aus der Erkrankungsgruppe der *Allergische Störungen* wurde ausschließlich bei Patienten in der Altersgruppe der über 40-jährigen diagnostiziert (8 von 8). Bei den Patientinnen war dies in zwei von drei Fällen der Fall.

Von den 48 Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* bei Patienten aller Altersgruppen zwischen 1957/58 und 1960/61 entfiel ebenfalls der Großteil der AUs auf diese Altersgruppe (39 von 48 AUs). Alle 39 AUs waren wegen *Nicht-rheumatischer Herzkrankheiten* ausgestellt. Bei den Patientinnen wurden mehr als die Hälfte aller AUs (22 von 42) bezüglich *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* zwischen 1957/58 und 1960/61 in dieser Altersgruppe ausgestellt.

Krankschreibungen wegen *Knochen- und Gelenkerkrankungen* wurden ebenfalls zwischen 1957/58 und 1960/61 fast überwiegend in dieser Altersgruppe ausgestellt; bei Patientinnen mit 74% (32 von 43) der AUs etwas häufiger als bei Patienten mit rund 62% (26 von 42). Bei den Patientinnen entfiel die Hälfte der 32 AUs auf die Erkrankungsgruppe der *Krankheiten der Knochen und Gelenke*<sup>8</sup>, wohingegen bei den Patienten *Rheumatische Krankheiten und Arthritis*<sup>9</sup> im Vordergrundstand standen (16 von 26).

Ebenfalls noch häufig in dieser Altersgruppe waren zwischen 1957/58 und 1960/61 Krankschreibungen wegen *traumatologische Erkrankungen*; bei Patientinnen wurden 7 von 18 AUs wegen Erkrankungen aus diesem Bereich ausgestellt und bei Patienten 5 von 16 AUs.

<sup>8</sup>Hier dürften v.a. *Arthrosis deformans* und *Spondylosis deformans* zwischen 1957/58 und 1960/61 ein häufiger Krankschreibungsgrund gewesen sein (vgl. Tabelle 7.59, S. 155).

<sup>9</sup>In dieser Erkrankungsgruppe war zwischen 1957/58 und 1960/61 *Muskelrheumatismus* in allen Altersgruppen der häufigste Grund für eine Krankschreibung (18 von 22 AUs) (vgl. Tabelle 7.64, S. 161). Erkrankungen, welche durch das *Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik* dem *Muskelrheumatismus* zugeordnet wurden, waren *Lumbago* und *Rückenmyalgien*.

#### 4.2.4 Zusammenhang Erkrankungsgruppen und AU-Dauer

Die Tabellen mit der Übersicht der AU-Dauer aller angewendeten Erkrankungsgruppen zwischen 1957/58 und 1960/61 sind für Patientinnen in den Tabellen 7.65 bis 7.68, S. 162-168 und für Patienten in den Tabellen 7.69 bis 7.72, S. 169-173 abgebildet. Die Erkrankungsgruppen mit  $\geq 5$  Krankschreibungen sind auch in diesen Tabellen wieder grau hinterlegt.

Krankschreibungen wegen *Grippe* dauerten bei Patientinnen in allen Jahren etwas häufiger  $\geq 11$  Tage; 43 von 96 AUs  $\geq 11$  Tage, im Vergleich zu 34 AUs  $\leq 10$  Tage. Bei Patienten hatten Krankschreibungen wegen *Grippe* 1957/58 und 1960 eher eine kürzere AU-Dauer; 36 von 79 AUs wegen *Grippe* dauerten  $\leq 10$  Tage, im Vergleich zu 27 Fällen mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. 1961 war dies bei Patienten nicht der Fall, allerdings fehlte bei knapp der Hälfte der Fälle (6 von 13) die Angabe zur Dauer.

Eine ebenfalls fast gleichmäßige Verteilung bezüglich der Dauer zeigte sich bei Patientinnen in allen vier Jahren in der Erkrankungsgruppe *Erkrankungen der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln*; 12 der 31 Krankschreibungen dauerten  $\leq 10$  Tage, 13 Krankschreibungen  $\geq 11$  Tage.

#### Keine Angabe

Bei der Auswertung der Dauer der AU der einzelnen Erkrankungsgruppen muss berücksichtigt werden, dass teilweise *keine Angaben* zur Dauer der AU gemacht wurden. Der Anteil an *keine Angaben* zur Dauer einer Krankschreibung lag bei den im Folgenden genannten Erkrankungen zwischen 20% und 30%. Eine Ausnahme bildeten die Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* bei den Patientinnen. Hier waren zwischen 1957/58 und 1960/61 in  $<10\%$  der Fälle *keine Angaben* zur Dauer gemacht.

#### AU-Dauer $\leq 10$ Tage

Wie bereits in Abschnitt 4.2.1, S. 95 beschrieben, waren Krankschreibungen  $\leq 10$  Tage bei Patientinnen und Patienten gleichermaßen zwischen 1957/58 und 1960/61 seltener als Krankschreibungen  $\geq 11$  Tage. Einige Erkrankungsgruppen hatten dennoch bei Patient\*innen zwischen 1957/58 und 1960/61 eher eine kürzere AU-Dauer. Hierzu zählten Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells* und nur bei den Patientinnen *traumatischer Erkrankungen*.

Patientinnen wurden wegen *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells* in mehr als der Hälfte der Fälle (14 von 22)  $\leq 10$  Tage krankgeschrieben, davon in 11 Fällen  $<7$  Tage. Demgegenüber standen nur 5 Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. Bei den Patienten war dies ähnlich; hier dauerten 12 von 25 AUs wegen *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells*  $\leq 10$  Tage und ein  $1/3$  davon  $<7$  Tage.



Die bei Patientinnen insbesondere 1957 häufigen Krankschreibungen wegen *traumatologischer Erkrankungen* dauerten zwischen 1957/58 und 1960/61 deutlich häufiger (10 von 18 Fälle)  $\leq 10$  Tage im Vergleich zu vier Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. Bei den Patienten gab es eine gleiche Verteilung in der Krankschreibungsdauer; sechs dauerten  $\leq 10$  Tage und sechs  $\geq 11$  Tage.

Anders als bei den Patientinnen hatten Krankschreibungen bei Patienten wegen *Erkrankungen der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln* zwischen 1957/58 und 1960/61 eher eine kürzere Krankschreibungsdauer; 10 von 19 Fällen dauerten  $\leq 10$  Tage, nur vier  $\geq 11$  Tage.

### **AU-Dauer $\geq 11$ Tage**

Zu den Erkrankungsgruppen, welche sowohl bei Patientinnen als auch bei den Patienten im Untersuchungszeitraum mehrheitlich eine AU-Dauer von  $\geq 11$  Tagen hatten, zählten: *Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen* sowie *Knochen- und Gelenkerkrankungen*.

Krankschreibungen wegen *Atemwegserkrankungen* dauerten bei Patientinnen zwischen 1957/58 und 1960/61 in 51% der Fälle  $\geq 11$  Tage (17 von 33), davon die Hälfte (9 Fälle)  $\geq 22$  Tage. Weniger als ein Drittel der AUs dauerte  $\leq 10$  Tage (9 von 33). Patienten hatten bei den *Atemwegserkrankungen* zwischen 1957/58 und 1960/61 deutlich häufiger eine längere AU-Dauer als Patientinnen; 74% der AUs (29 von 39) dauerten  $\geq 11$  Tage und davon 17  $\geq 22$  Tage, nur zwei Krankschreibungen dauerten  $\leq 10$  Tage.

*Herz-Kreislauf-Erkrankungen* hatten zwischen 1957/58 und 1960/61 bei Patientinnen in 64% der Fälle eine Dauer  $\geq 11$  Tage (27 von 42) und fast 3/4 davon (20 von 27) dauerten  $\geq 22$  Tage. Weniger als ein Drittel der AUs wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* bei den Patientinnen dauerte  $\leq 10$  Tage (12 von 42). Bei den Patienten dauerten Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* im Untersuchungszeitraum in 58% der Fälle  $\geq 11$  Tage (28 von 48) und knapp 1/3 davon  $\geq 22$  Tage (18 von 28 AUs).

Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen, Verdauungsstörungen* hatten zwischen 1957/58 und 1960/61 bei Patient\*innen in 1/3 der Fälle eine Dauer von  $\geq 22$  Tagen. Bei den Patientinnen dauerten 24 von 42 AUs  $\geq 11$  Tage, davon 15  $\geq 22$  Tage. Ähnliches zeigte sich bei den Patienten, hier dauerten 28 von 52 AUs  $\geq 11$  Tage und 18  $\geq 22$  Tage.

Wegen *Knochen- und Gelenkerkrankungen* waren Patientinnen zwischen 1957/58 und 1960/61 ebenfalls häufiger  $\geq 11$  Tage krankgeschrieben, als dass eine kürzere AU-Dauer vorlag. 67% (29 von 43) der AUs dauerten  $\geq 11$  Tage und 16 der 29 AUs dauerten  $\geq 22$  Tage. Nur fünf der 43 Krankschreibungen dauerten  $\leq 10$  Tage. Die Erkrankungsgruppe aus dem Bereich der *Knochen- und Gelenkerkrankungen*, welche bei Patientinnen am häufigsten Anwendung fand, war die der *Krankheiten der Knochen und Gelenke* (15 von 43). Die Untergruppe

(Erkrankungen), welche hier am häufigsten ein Krankschreibungsgrund war, war *Arthrosis deformans, Spondylosis deformans* (vgl. Tabelle 7.64, S. 161). Bei den Patienten dauerten zwischen 1957/58 und 1960/61 45% der AUs (19 von 42) wegen *Knochen- und Gelenkerkrankungen*  $\geq 11$  Tage, und davon fast die Hälfte (9 von 19) länger als  $\geq 22$  Tage. Bei fast einem Drittel der Krankschreibungen wegen *Knochen- und Gelenkerkrankungen* fehlte die Angabe zur Dauer der AU. Anders als bei den Patientinnen war bei den Patienten die häufigste angewendete Erkrankungsgruppe aus den *Knochen- und Gelenkerkrankungen* die der *Rheumatischen Krankheiten und Arthritis* mit 22 der 42 AUs. Die häufigste Untergruppe (Erkrankung) war *Muskelrheumatismus*; 18 von 22 AUs dieser Erkrankungsgruppe (vgl. Tabelle 7.64, S. 161).

Krankschreibungen wegen schwangerschaftsassozierte Erkrankungen (*Komplikationen der Schwangerschaft; Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung*) dauerten in drei von fünf Fällen  $\geq 11$  Tage, in einem Fall war keine AU-Dauer angegeben. *Gynäkologische Erkrankungen* dauerten im Untersuchungszeitraum auch eher  $\geq 11$  Tage (11 von 20). Hier gab es jedoch keine Tendenz zu besonders langen Krankschreibungen von  $\geq 22$  Tage (4 von 11).

Wegen *onkologischer Erkrankungen* waren Patientinnen und Patienten gleichermaßen zwischen 1957/58 und 1960/61 lange krank geschrieben. Alle sieben AUs hatten eine Dauer von  $\geq 22$  Tagen.

Krankschreibungen wegen *Krankheiten der Nieren und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege*, die vor allem bei jüngeren Patientinnen zwischen 1957/58 und 1960/61 ausgestellt wurden, waren ebenfalls eher von längerer Dauer; in 44% der Fälle dauerte die AU  $\geq 11$  Tage, es fehlte jedoch auch bei 1/3 der Fälle die Angabe zur Dauer.

Eine deutliche Tendenz zu einer langen Krankschreibungsdauer hatte im Untersuchungszeitraum bei den Patientinnen auch die Erkrankungsgruppe der *Psychopathien und Neurosen*; 15 von 19 AUs dauerten  $\geq 11$  Tage, davon 11  $\geq 22$  Tage.

### Zusammenfassung

Bei der Betrachtung der Erkrankungsgruppen bezüglich Alter bei Krankschreibung sowie der Dauer der Krankschreibung lassen sich einige Zusammenhänge erkennen. Zum einen traten einige Erkrankungen vermehrt in bestimmten Altersgruppen auf. Zum anderen ließ sich bei einigen Erkrankungen ein Zusammenhang erkennen in der Art der Erkrankung (chronisch= langwieriger, komplikativer Verlauf auf Grundlage einer irreversiblen Organschädigung; akut= plötzliches Auftreten von Krankheitssymptomen mit vollständiger Wiederherstellung der Gesundheit) und der Dauer der Krankschreibung sowie dem Alter der Patient\*innen.

Junge Patient\*innen wurden häufiger wegen akuter Erkrankungen krankgeschrieben. Zu diesen können *Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln, Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege* sowie *traumatologische Erkrankungen* gezählt werden. Zum Teil hatten die genannten Erkrankungsgruppen

auch eine kürzere Krankschreibungsdauer ( $\leq 10$  Tage). Dazu zählten etwa die Krankschreibungen wegen *traumatologischer Erkrankungen* bei den Patientinnen sowie bei den Patienten Krankschreibungen wegen *Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln*. Krankschreibungen wegen *akuter und chronischer Enteritis, Dünndarmerkrankungen* aus der Erkrankungsgruppe *Krankheiten des Darmes und des Bauchfells* hatten unabhängig vom Alter in allen vier Jahren bei Patient\*innen meist eine kurze Dauer von  $\leq 10$  Tage.

Schwangerschaftsassozierte Krankschreibungen gab es nur bei Patientinnen unter 40 Jahren und sie hatten zu 3/4 eine Krankschreibungsdauer  $\geq 11$  Tagen.

Krankschreibungen wegen *onkologischer Erkrankungen* gab es häufiger bei Patient\*innen in der Altersgruppe der über 40-jährigen (5 von 7) und kamen bei Patient\*innen zwischen 15 und 24 Jahren gar nicht vor. Alle Krankschreibungen wegen *onkologischer Erkrankungen* hatten eine lange Krankschreibungsdauer von  $\geq 22$  Tagen.

Neben den *onkologischen Erkrankungen* können zu den chronischen Erkrankungen die meisten Erkrankungen aus den Bereichen der *Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Knochen- und Gelenkerkrankungen* sowie von den *Atemwegserkrankungen* das *Asthma Bronchiale* gezählt werden. Die genannten Erkrankungen waren der Anzahl der Krankschreibungen nach bei Patient\*innen über 40 Jahren am häufigsten und die Mehrzahl der Krankschreibungen aus diesen Erkrankungsgruppen dauerte  $\geq 11$  Tage.

#### 4.2.5 Zusammenhang Erkrankungsgruppen, Alter und ÄBK-Vorstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer detaillierteren Auswertung derer Patient\*innen dargestellt, die einer ÄBK vorgestellt wurden oder aufgrund der Dauer ihrer Krankschreibung hätten vorgestellt werden müssen; dabei war insbesondere relevant, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht, dem Alter und/ oder der Erkrankungsgruppe der Patient\*innen bei ÄBK-Vorstellung gab.<sup>10</sup>

Bezüglich des häufigsten Krankschreibungsgrundes, *Grippe*, zeigte sich, dass Patient\*innen in allen vier Jahren selten einer ÄBK vorgestellt wurden (18 von 73), als das eine Vorstellung erfolgte. Wurden Patient\*innen einer ÄBK wegen *Grippe* vorgestellt, waren diese in der deutlichen Mehrzahl der Fälle über 40 Jahre alt (14 von 18).

Die einzigen Erkrankungen, welche zusammengenommen über alle Altersgruppen zwischen 1957/58 und 1960/61 häufiger zu einer ÄBK-Vorstellung der Patient\*innen führten, als das keine ÄBK-Vorstellung erfolgte, waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*; bei Patientinnen in 17 von 27 Fällen und bei Patienten in 16 von 28 Fällen. Ein etwa gleiches Verhältnis an ÄBK-

<sup>10</sup>Eine Übersicht zu allen Erkrankungsgruppen von Patient\*innen, die im Untersuchungszeitraum die Kriterien zur ÄBK-Vorstellung erfüllten, ist für Patientinnen in den Tabellen 7.26, 7.30, 7.34 und 7.38, S. 136-142 zu sehen; für Patienten in den Tabellen 7.42, 7.46, 7.50 und 7.54, S. 144-150. Außerdem zeigen die Tabellen 7.25, 7.29, 7.33 und 7.37, S. 135-141 die Alterszusammensetzung und Erkrankungsgruppen der Patientinnen die einer ÄBK vorgestellt wurden; für Patienten ist dies in den Tabellen 7.41, 7.45, 7.49 und 7.53, S. 143-149 abgebildet.

Vorstellungen zu Nicht-Vorstellungen gab es im Untersuchungszeitraum bei Patient\*innen mit Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwü-  
rkrankungen und Verdauungsstörungen* sowie *Knochen- und Gelenkerkrankungen*; bei Patientinnen zeigte sich dies zudem bei Krankschreibungen wegen *Psychopathien und Neurosen* (7 zu 8). Wegen *traumatologischer Erkrankungen* erfolgte in keinem der untersuchten Jahre eine ÄBK-Vorstellung der Patient\*innen. Bei Krankschreibungen wegen *Atemwegserkrankungen* wurden Patient\*innen zwischen 1957/58 und 1960/61 ebenfalls seltener einer ÄBK vorgestellt; Patientinnen in 7 von 17 Fällen und Patienten in 11 von 28 Fällen. Auch wurden Patientinnen mit *gynäkologischen Erkrankungen* seltener einer ÄBK vorgestellt (3 von 11 Fälle).

Bezüglich des Alters bei ÄBK-Vorstellung zeigte sich Folgendes: Insgesamt wurden Patientinnen und Patienten über 40 Jahre am häufigsten einer ÄBK vorgestellt. Lediglich 1957 gab es bei den Patientinnen auch einen relativ hohen Anteil an 25-39-jährigen, die einer ÄBK vorgestellt wurden; 38% (14 von 37) waren zwischen 25-39 Jahren alt.

Bei Patientinnen zwischen 15-24 Jahren zeigte sich im Untersuchungszeitraum bei keiner Erkrankungsgruppe eine besondere Häufung bezüglich einer ÄBK-Vorstellung. In der gleichen Altersgruppe bei den Patienten erfolgte zwischen 1957/58 und 1960/61 die Hälfte aller ÄBK-Vorstellungen (4 von 8) wegen Erkrankungen aus der Gruppe der *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwü-  
rkrankungen und Verdauungsstörungen*.

Bei den 25-39-jährigen Patientinnen war die höhere Anzahl an ÄBK-Vorstellungen 1957, im Vergleich zu den übrigen Jahren, v.a. durch drei ÄBK-Vorstellungen wegen *Nicht-rheumatischer Herzkrankheit* und zwei wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwü-  
rkrankungen und Verdauungsstörungen* bedingt. In den Jahren 1958, 1960 und 1961 gab es keine weiteren Häufungen bei den Erkrankungsgruppen und den ÄBK-Vorstellungen. Bei den Patienten zwischen 25-39 Jahren erfolgten zwischen 1957/58 und 1960/61 insgesamt 15 ÄBK-Vorstellungen; davon drei wegen *Atemwegserkrankungen* und vier wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwü-  
rkrankungen und Verdauungsstörungen*. Darüber hinaus zeigte sich in dieser Altersgruppe keine weitere Häufung einer Erkrankungsgruppe bei den ÄBK-Vorstellungen.

In der Altersgruppe der 40-60-jährigen Patientinnen waren zwischen 1957/58 und 1960/61 für knapp 1/4 aller ÄBK-Vorstellungen dieser Altersgruppe *Knochen- und Gelenkerkrankungen* verantwortlich (14 von 63). Weitere häufige Vorstellungsgründe waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (10 von 63, je fünf wegen *Nicht-rheumatischer Herzkrankheit* sowie *Blutdruckkrankheiten-Hypertonie-Hypotonie*) und *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwü-  
rkrankungen und Verdauungsstörungen* (9 von 63). Wegen *Atemwegserkrankungen* wurden Patientinnen im Untersuchungszeitraum in vier Fällen einer ÄBK vorgestellt.

Bei den 40-65-jährigen Patienten waren für die Vorstellung bei der ÄBK zwischen 1957/58 und 1960/61 *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (ausschließlich *Nicht-rheumatischer Herzkrankheit*) der häufigste Grund (13 von 48). Ebenfalls häufig bei den Patienten waren ÄBK-Vorstellungen wegen *Atemwegserkrankungen* (7 von 48), *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre*, *Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen* (6 von 48) sowie *Knochen- und Gelenkerkrankungen* (6 von 48).

### Zusammenfassung

Erkrankungsgruppen, wegen derer Patient\*innen in den einzelnen Altersgruppen häufiger krankgeschrieben wurden, waren zum Teil auch häufigere Vorstellungsgründe bei einer ÄBK. So beispielsweise bei den Patienten zwischen 15-24 Jahren: in 17 Fällen wurden im Untersuchungszeitraum Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre*, *Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen* in dieser Altersgruppe ausgestellt und knapp 1/4 dieser Fälle (4 von 17) wurden einer ÄBK vorgestellt.

In der Altersgruppe der 25-39-jährigen gab es bei den Patientinnen einen Zusammenhang zwischen häufigeren AUs wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und der Anzahl der ÄBK-Vorstellungen; in vier der 12 Fälle wurden Patientinnen zwischen 1957/58 und 1960/61 einer ÄBK vorgestellt. Dies entsprach 1/4 aller ÄBK-Vorstellungen dieser Altersgruppe. ÄBK-Vorstellungen wegen *Psychopathien und Neurosen*, also jener Erkrankungsgruppe, wegen derer insbesondere Patientinnen zwischen 25-39 Jahren häufiger krankgeschrieben wurden als Patient\*innen anderer Altersgruppen, erfolgten im Untersuchungszeitraum in 3 von 9 Fällen.

Bei den Patienten zwischen 25-39 Jahren wurden im Untersuchungszeitraum die Hälfte aller Krankschreibungsfälle wegen *Atemwegserkrankungen* einer ÄBK vorgestellt (3 von 6). Auch bei Krankschreibungen wegen *Krankheiten des Magens und der Speiseröhre*, *Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen*, welche in dieser Altersgruppe der Patienten häufiger waren, wurden zwischen 1957/58 und 1960/61 knapp 1/3 der betroffenen Patienten einer ÄBK vorgestellt (4 von 14).

Bei den 40-60-jährigen Patientinnen, bzw. den 40-65-jährigen Patienten waren Krankschreibungen wegen *Atemwegserkrankungen*, *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und *Knochen- und Gelenkerkrankungen* häufig. Das spiegelte sich auch in der Anzahl der ÄBK-Vorstellungen wieder. Bei den *Atemwegserkrankungen* wurden Patientinnen zwischen 1957/58 und 1960/61 in 4 von 16 Fällen einer ÄBK vorgestellt. Bei den Patienten, bei denen 80% der Krankschreibungen dieser Erkrankungsgruppe auf diese Altersgruppe entfielen, wurden nur 7 von 32 einer ÄBK vorgestellt.

Wie auch bei den *Atemwegserkrankungen* entfielen Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* zwischen 1957/58 und 1960/61 bei den Patientinnen zu mehr als 50% in diese Altersgruppe und bei Patienten zu mehr als 80%. Bei den Patientinnen wurden knapp die Hälfte der Fälle einer ÄBK vorgestellt (10 von 22) und bei den Patienten nur ein Drittel (13 von 39)

In knapp der Hälfte der Krankschreibungsfälle wegen *Knochen- und Gelenkerkrankungen* zwischen 1957/58 und 1960/61 wurden Patientinnen einer ÄBK vorgestellt (14 von 32); bei den Patienten waren es deutlich weniger mit 6 von 26 AUs.

---

## 5 Diskussion

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob die Einführung der ÄBK-Regelung einen Einfluss auf die Krankschreibungspraxis des Ost-Berliner Hausarztes *Georg Bresan* hatte, ist es wichtig, diese in die Rahmenbedingungen einzuordnen, innerhalb derer seine Arbeit stattfand. Dazu zählen neben den (gesundheits-)politischen Entwicklungen in Ost-Berlin in den 1950er Jahren auch die Bevölkerungsstruktur und die gesellschaftlichen Veränderungen. Auf diese Faktoren soll im Folgenden mit Bezug zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit eingegangen werden, bevor im zweiten Abschnitt die Ergebnisse bezüglich Krankschreibungsdauer und -häufigkeit im Kontext der Entwicklungen in der ÄBK-Arbeit diskutiert werden.

Durch die Ernennung zur Hauptstadt der DDR 1949 gewann Ost-Berlin maßgeblich an Bedeutung. Die Zeit bis 1961 war, neben dem Wiederaufbau von Wirtschaft, Infrastruktur und Wohnraum, insbesondere von der zunehmenden politischen Spaltung der Stadt geprägt, welche durch die Schließung der Grenzen im August 1961 ihren Höhepunkt erreichte. Unterschiede in der Entwicklung zwischen Ost- und West-Berlin zeigten sich auch in der Gestaltung des Gesundheitswesens. Neben der Versorgung von Erkrankten wurden Prävention und Prophylaxe die neuen Leitideen der DDR-Gesundheitspolitik, an denen sich in Ost-Berlin (und der DDR) der Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens und des Betriebsgesundheitswesens in den 1950er Jahren orientierte. Ein dringliches ökonomisches und bevölkerungspolitisches Problem zu Beginn der 1950er Jahre im Ost-Berlin der Nachkriegszeit war der zunehmende Krankenstand. Dieser bedeutete für die Sozialversicherung der DDR und die VAB in Ost-Berlin nicht nur steigende Ausgaben im Gesundheitswesen (u.a. durch Krankengeldzahlungen, welche seit 1952 ab dem ersten Krankheitstag erfolgten), sondern gleichzeitig fehlende Einnahmen durch ausbleibende Beitragszahlungen. Daneben bedeutete der Arbeitsausfall auch gesamtwirtschaftliche Einbußen durch Produktionsausfälle. Dieser Entwicklung sollte durch die Einführung der ÄBK-Arbeit im Jahr 1954 entgegen gewirkt werden.

Die Gründe für den steigenden Krankenstand wurden einerseits bei den Kranken selbst - den Patient\*innen, Sozialversicherten, Arbeiter\*innen und Angestellten - gesucht. Andererseits wurden die Krankschreibenden, insbesondere frei praktizierende Ärzt\*innen, für ihre Krankschreibungspraxis kritisiert.

---

Auf Seiten der Versicherten hatten in Ost-Berlin verschiedene Aspekte einen Einfluss auf die Höhe des Krankenstands. Hierzu zählte v.a. die Alters- und Geschlechterstruktur, die in Ost-Berlin nach dem Zweiten Weltkrieg vorherrschte. Bevor auf diese, mit Bezug auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, näher eingegangen wird, sei darauf hingewiesen, dass der Großteil der untersuchten Patient\*innen im Ost-Berliner Bezirk Friedrichshain lebte und dieser ein wichtiger Industriestandort für Ost-Berlin war.<sup>1</sup> Das dürfte das Lebensumfeld und die Gesundheit der Menschen in diesen Bezirken maßgeblich mit beeinflusst haben. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der untersuchten Patient\*innen auch in diesen Betrieben arbeitete. Aufgrund fehlender Angaben zum Beruf bzw. der ausgeübten Tätigkeit auf den Pkat kann hierzu keine sichere Angabe gemacht werden.

## Altersstruktur

Bei der Untersuchung der Pkat von *Georg Bresan* zeigte sich, dass die Praxis häufiger von Menschen, die über 40 Jahre alt waren, aufgesucht wurde, als von Menschen unter 40 Jahren. Ein Grund hierfür könnte die Altersstruktur der Ost-Berliner Bevölkerung gewesen sein, in den offiziellen Statistiken zeigte sich im Untersuchungszeitraum eine Überalterung. Außerdem nahm der Anteil an Menschen im Arbeitsalter bis 1961 kontinuierlich ab, insbesondere der von Menschen unter 35 Jahren.<sup>2</sup> Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil an Rentner\*innen (vgl. 2.1, S. 37).

Auch war die Bevölkerung, bedingt durch Krieg und Nachkriegszeit, gesundheitlich in einer schlechten körperlichen Konstitution, was sicherlich insbesondere auf ältere Menschen zutraf.<sup>3</sup> In den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung kann dies daran abgelesen werden, dass insbesondere Patient\*innen zwischen 40-60 bzw. 65 Jahren durchschnittlich länger krankgeschrieben wurden; besonders deutlich hatte sich dies bei Patienten gezeigt, die zwischen 40-65 Jahre alt waren. Eine mögliche Erklärung für den höheren Krankenstand von Männern dieser Altersgruppe könnte sein, dass diese, mehr noch als Frauen, hohen körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt waren. *Elfriede Paul* hatte bei Frauen einen Zusammenhang zwischen dem Krankenstand und den Belastungen am Arbeitsplatz in ihren 1955 veröffentlichten Studienergebnissen zeigen können.<sup>4</sup> Auch ein Zusammenhang zwischen

---

<sup>1</sup>Etwas 15% der industriellen Warenproduktion Ost-Berlins kamen aus dem Friedrichshain; zu den wichtigsten Industriebetrieben zählten im Friedrichshain u.a. das Berliner Glühlampenwerk Narva „Rosa Luxemburg“ und das Berliner Bremsenwerk. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 420, S. 825 und S. 946.

<sup>2</sup>Redetzky, Schneider und Wille, „Beitrag“, S. 2; Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 374.

<sup>3</sup>Trotz Wiederaufbau von Wohn- und Infrastruktur, der Verbesserung der medizinischen Versorgung sowie des Ernährungszustands der Bevölkerung in Ost-Berlin Ende der 1950er Jahre gab es eine deutliche Übersterblichkeit im Vergleich zur übrigen DDR, die sich durch die Altersstruktur der Ost-Berliner Bevölkerung nicht erklären ließ. Bei bestimmten Erkrankungen gab es in Ost-Berlin im Vergleich zur DDR eine höhere Sterblichkeit, dazu zählten „Tuberkulose der Atemwege, Gehirnblutung, Herzkrankheiten, bösartige Neoplasmen, Lungenentzündungen, Unfallfolgen bei Frauen“. Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 98 f.

<sup>4</sup>*Elfriede Paul* konnte in ihren Untersuchungen zeigen, dass insbesondere Frauen in Schichtarbeit, mit stehender Arbeit und körperlich schwerer Arbeit lange Krankschreibungsdauern hatten. Paul, „Untersuchung“, S. 1667.



---

dem Alter der Patient\*innen und der Art und Dauer der Erkrankung konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden. Insbesondere ältere Patient\*innen zwischen 40-60 bzw. 65 Jahren waren häufig von *Atemwegserkrankungen*, *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* sowie *Knochen- und Gelenkerkrankungen* betroffen, die größtenteils als chronische Erkrankungen angesehen werden können. Für die offizielle Krankenstandsstatistik waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* besonders relevant, da Patient\*innen mit Krankschreibungen auf Grund dieser Erkrankungen durchschnittlich eine sehr lange AU-Dauer von  $\geq 40$  Tagen/ Fall hatten.<sup>5</sup> In der vorliegenden Arbeit hatte sich der Zusammenhang von *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* mit derart langen AU-Dauern nicht so deutlich gezeigt, nur etwa in der Hälfte der Fälle wurden Patient\*innen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*  $\geq 22$  Tagen AU geschrieben.<sup>6</sup>

In dem ab 1959 jährlich erschienen „Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin“ wurden neben den *Herz-Kreislauf-Krankheiten* auch *Diabetes*, *Tuberkulose*, *Geschlechtskrankheiten* und *Tumorerkrankungen*, *rheumatische Erkrankungen*, *orthopädische Erkrankungen* und *psychiatrische Erkrankungen* (v.a. Alkoholismus) als Volkskrankheiten aufgezählt.<sup>7</sup> Dass diese gesundheitspolitisch relevanten Erkrankungen als Krankschreibungsgründe in der untersuchten Patient\*innenpopulation kaum vorkamen, liegt sicherlich daran, dass Menschen mit diesen Erkrankungen überwiegend in spezialisierten Einrichtungen wie der Diabeteszentrale, Beratungsstellen für Tuberkulose und Geschwulstkrankheiten sowie orthopädischen Fürsorgestellen (hier wurden v.a. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betreut) und psychiatrischen Fürsorgestellen betreut wurden.<sup>8</sup>

Wie auch in den offiziellen Bevölkerungsstatistiken, in der der Anteil an Menschen im Arbeitsalter unter 40 Jahre kleiner war als der von Menschen über 40 Jahren, bildeten auch in der vorliegenden Arbeit Menschen im arbeitsfähigen Alter unter 40 Jahren den kleineren Anteil an Patient\*innen in der Praxis *Bresan*. Gleichzeitig hatten insbesondere junge Menschen im Arbeitsalter (15-24 Jahre) häufiger eine kurze Krankschreibungsdauer von  $\leq 10$  Tagen, was darauf schließen lässt, dass diese über einen besseren Gesundheitszustand verfügten. Dazu passt auch, dass sich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zeigt, dass junge Patient\*innen eher wegen akuter Ereignisse wie beispielsweise *akuter Mandelentzündung*, *akuter Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung*, *traumatologischer Erkrankungen* und *akuter Enteritis* krankgeschrieben wurden.

Die generell eher schlechte körperliche Konstitution der Ost-Berliner Bevölkerung in der Nachkriegszeit spiegelte sich auch in den Frühinvaliditätsstatistiken wider. Analog zu den

---

<sup>5</sup>1959 dauerten Krankschreibungen wegen *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* durchschnittlich 42,1 Tage/ Fall und 1961 41,5 Tage/ Fall, Krankschreibungen wegen *Atemwegserkrankungen* dauerten 1959 durchschnittlich 23,7 Tage/ Fall und 1961 25,3 Tage/ Fall. *Grippe* hatte zum Vergleich 1959 durchschnittlich eine Dauer von 14,8 Tagen/ Fall und 1961 15 Tagen/ Fall. Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 111; Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 106.

<sup>6</sup>Da eine längere AU-Dauer nicht erhoben wurde, kann keine Aussage dazu getroffen werden, wie lange diese Patient\*innen tatsächlich krankgeschrieben waren.

<sup>7</sup>Als Volkskrankheit zählten Erkrankungen, die „auf Grund (ihrer) Verbreitung (...) umfangreichen Bekämpfungsmaßnahmen“ bedurfte. Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 105.

<sup>8</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 105-149a; Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 119-155.

---

Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zeigen die offiziellen Statistiken, dass von Frühinvalidität v.a. Frauen und Männer zwischen 40-60 bzw. 65 Jahren betroffen waren, Frauen häufiger als Männer. Die häufigsten Gründe für eine Frühberentung in Ost-Berlin waren *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*, gefolgt von *Tumorerkrankungen*, *psychischen Erkrankungen* (insbesondere Frauen) und *Tuberkulose* (insbesondere Männer).<sup>9</sup> Auch diese Ergebnisse sind ähnlich zu denen der vorliegenden Arbeit.

Immer wieder wurde von ärztlicher und politischer Seite der Einfluss von *Grippe* und *Erkältungskrankheiten* auf die Krankenstandsstatistik vor allem in den Wintermonaten hingewiesen.<sup>10</sup> Im untersuchten Patient\*innenkollektiv waren zwischen 1957/58 und 1960/61 hiervon alle Menschen unabhängig ihres Alters und Geschlechts gleichermaßen betroffen. Bei der Diagnose Grippe hatten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit keine bemerkenswerten Zusammenhänge zwischen der Dauer und dem Alter bei AU gezeigt.

## Geschlechterverteilung

Ein weiterer Aspekt, weshalb Ost-Berlin im Vergleich zu anderen DDR-Städten einen stets höheren Krankenstand aufwies, war der Frauenüberschuss in der Bevölkerung, der mindestens bis in die 1960er Jahre bestehen blieb.<sup>11</sup> Nach offizieller Statistik lag der Anteil der weiblichen Personen an der Gesamtbevölkerung Ost-Berlins 1957 und 1961 bei 57%.<sup>12</sup> Entscheidend für die Höhe des Krankenstandes war aber nicht der Frauenüberschuss an sich, sondern die Tatsache, dass Frauen sich häufiger in medizinische Behandlung begaben und auch öfter als Männer krankgeschrieben wurden.<sup>13</sup>

Der höhere Krankenstand bei Frauen wurde u.a. auf die Doppelbelastung durch Beruf und Familie (Versorgung von Kindern, Haushaltsführung) zurückgeführt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Doppelbelastung bereits seit den 1940er Jahre bestand. Aufgrund der demografischen Entwicklung insbesondere in Ost-Berlin während und nach dem Zweiten Weltkrieg ((Ehe-)Männer/ Partner waren im Krieg gestorben oder in Kriegsgefangenschaft, somit gab es einen deutlichen Frauenüberschuss) mussten Frauen seit 1945 zunehmend Erwerbsarbeit nachgehen und insbesondere auch in körperlich anspruchsvollen Berufen tätig werden, welche bisher durch Männern ausgeübt wurden. So wurde beispielsweise im Juli

---

<sup>9</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 167, Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 157.

<sup>10</sup>In den Wintermonaten führten *Grippe* und *Erkältungskrankheiten*, bei Frauen und Männern gleichermaßen, wiederholt zu einem Anstieg des Krankenstandes und stellten somit eine große ökonomische Belastung für das Gesundheitssystem dar. Entsprechend gab es Forderungen von ärztlicher Seite „unbedingt wirksame Maßnahmen zur Erforschung und Bekämpfung dieser Krankheitsgruppe einzuleiten und durchzuführen“. Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“, S. 4; Redetzky, „Vier Jahre“, S. 1370

<sup>11</sup>Vgl. O.V. *Entwicklung des Krankenstandes in Berlin im Jahre 1966*. Freier Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirksvorstand Groß-Berlin, Verwaltung der Sozialversicherung, 1967, S. 3 und S. 43; Paul, „Fragen“; Paul, „Untersuchung“.

<sup>12</sup>Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Statistik, Hrsg. *Statistisches Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1958*, 1958, S. 108; Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 18.

<sup>13</sup>Vgl. Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 107; O.V., *Entwicklung des Krankenstandes*, S. 3.

---

1946 durch den Alliierten Kontrollrat ein Gesetz für Groß-Berlin erlassen, wonach „weibliche Arbeitskräfte bei Bau- und Wiederaufbauarbeiten einschließlich Aufräumungsarbeiten beschäftigt(t)“ werden durften. Damit wurde für die seit Kriegsende gängige Praxis, dass Frauen in der Trümmerbeseitigung u.a. als Bauhilfskräfte tätig waren, eine gesetzliche Grundlage geschaffen.<sup>14</sup> Neben der Versorgung von Familie und Haushalt, mussten Frauen also häufig als Alleinverdienerinnen für den Unterhalt ihrer Familien aufkommen - und waren dabei teils erheblichen körperlichen Belastungen ausgesetzt.<sup>15</sup>

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass insbesondere Krankschreibungen von Patientinnen zwischen 25-39 Jahren zum Teil eine sehr lange Dauer von  $\geq 22$  Tagen hatten. Auch gab es bei Patientinnen dieser Altersgruppe besonders viele Krankschreibungen wegen körperlicher und psychischer Überlastung (v.a. Schlafstörungen und nervöse Erschöpfung), ein Krankschreibungsgrund, von dem Frauen insgesamt doppelt so häufig betroffen waren wie Männer. In den offiziellen Krankenstandsstatistiken wurden zudem Krankschreibungen von jüngeren Frauen thematisiert, da diese in der Statistik durch wiederholte Krankschreibungen von kurzer Dauer auffielen. Wie auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte, waren bei den 15-24-jährigen Patientinnen Krankschreibungen wegen *Nieren- und Harnwegserkrankungen* ein häufiger Grund. Allerdings zeigte sich bezogen auf diese Erkrankungen keine auffällig hohe Anzahl an wiederholten und kurz andauernden Krankschreibungen. Krankschreibungen wegen *Schwangerschaft*, welchen laut *Elfriede Paul* meist keine tatsächliche Arbeitsunfähigkeit zu Grunde lagen, wurden von *Georg Bresan* bei Patientinnen selten ausgestellt. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass Schwangere direkt von ihrem Betriebsarzt arbeitsunfähig geschrieben wurden (in Ermangelung an Schonarbeitsplätzen) oder von einer „Schwangerenberatungsstelle“, die speziell für die Versorgung von werdenden Müttern in Ost-Berlin eingerichtet worden waren.<sup>16</sup>

An dieser Stelle soll noch auf einige Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung hingewiesen werden, die auf geschlechterspezifische Aspekte in der Krankschreibungspraxis von *Georg Bresan* hindeuten. Frauen stellten in allen untersuchten Jahren den größeren Anteil der Patientenpopulation; mit 62% lag der Anteil an weiblichen Personen, die die Praxis aufsuchten, sogar noch höher als in der Ost-Berliner Gesamtbevölkerung. Weiterhin ist im untersuchten Patientenkollektiv festzustellen, dass Frauen auch unabhängig von einem Bevölkerungsüberschuss häufiger zum Arzt gingen. Dies zeigte sich im Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit offiziellen Bevölkerungsdaten von 1961 in der Altersgruppe der 15-39-jährigen.

---

<sup>14</sup>Vgl. Leonie Treber. *Mythos Trümmerfrauen: von der Trümmerbeseitigung in der Kriegs- und Nachkriegszeit und der Entstehung eines deutschen Erinnerungsortes*. Essen: Klartext Verlag, 2014, S. 211.

Im Verlauf der 1950er Jahre führte die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen in Ost-Berlin dazu dass, trotz sinkender Bevölkerungszahlen, die Zahl der abhängig Beschäftigten nahezu konstant blieb. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 274.

<sup>15</sup>Vgl. O.V. „Das neue Berlin ehrt seine Trümmerfrauen“. In: *Berliner Zeitung* Sonderausgabe (1965), S. 1-24, S. 23.

<sup>16</sup>Schwangerenberatungsstellen hatten das Ziel, „die Gesundheit der werdenden Mutter aktiv zu fördern, Schäden zu verhüten und zu heilen und (...) mit der gesundheitlichen Betreuung des keimenden Lebens schon im Mutterleib zu beginnen.“ Scheidler und Schneider, *Bericht 1959*, S. 34.

---

Nach offiziellen Angaben, war hier der Anteil an Männern in der Altersgruppe zwischen 15-39 Jahren etwas größer als der der Frauen (Frauen: 28,2%; Männer 34,5%).<sup>17</sup> Bei Auswertung der Pkat zeigte sich jedoch, dass von dieser Altersgruppe doppelt so viele Frauen die Arztpraxis aufsuchten wie Männer (49 Frauen zu 25 Männer). Insofern ist es nicht überraschend, dass in der Praxis *Bresan* die Mehrzahl der Krankschreibungen für Frauen ausgestellt wurde, da diese, entsprechend den Ergebnissen der offiziellen Statistiken, den größeren Anteil an der Ost-Berliner Bevölkerung stellten und auch den größeren Anteil am Krankenstand hatten. Interessanterweise zeigt sich im untersuchten Patientenkollektiv, im Widerspruch zu den offiziellen Zahlen, bei der Betrachtung der Krankschreibungsquote, also des Anteils der Krankschreibungen auf die Anzahl der Patient\*innen, dass Männer im Arbeitsalter relativ zu einer geringeren Anzahl an Vorstellungen häufiger krankgeschrieben wurden als Frauen. Dieser Beobachtung könnten verschiedene Faktoren zugrunde liegen. Einerseits könnte dieser Effekt auf eine höhere Akzeptanz für Krankheit und das Nutzen von medizinischen Hilfssystemen durch weibliche Personen hindeuten und dementsprechend eine späte oder gar keine Vorstellung männlicher Personen bei Krankheit bedingen. Andererseits könnten hier auch Vorurteile eine Rolle spielen, die *Georg Bresan* insbesondere seinen Patientinnen bezüglich der Ernsthaftigkeit ihrer Beschwerden entgegengebracht hat. Dafür würde sprechen, dass auf einigen Pkat bei Patientinnen subjektive Bemerkungen durch *Georg Bresan* zu finden waren, die deren Ersuchen um eine Krankschreibung bzw. die Ernsthaftigkeit des Vorstellungsgrundes infrage stellten. Da dies nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit war, bleibt dies jedoch nur eine Beobachtung - zur genaueren Betrachtung wäre eine qualitative Auswertung solcher Anmerkungen auf den Pkat nötig.

Ein weiterer interessanter Aspekt zeigt sich bei der geschlechterspezifischen Betrachtung der Krankschreibungsdauer. So wurden Frauen im Arbeitsalter zwischen 1957/58 und 1960/61 häufiger als Männer für  $\geq 11$  Tage krankgeschrieben. Dies könnte wiederum, abhängig vom Alter der Patientinnen, sowohl mit der eher chronischen Natur von Erkrankungen, als auch mit der bereits angesprochenen Doppelbelastung zusammenhängen.

## **Ideologische Zuschreibungen bezüglich des Krankenstandes**

Neben den Besonderheiten in der Alters- und Geschlechterstruktur von Ost-Berlin wurden der Ost-Berliner Bevölkerung auch sogenannte „bewußtseinsmäßige Faktoren“<sup>18</sup> sowie eine „bewußtseinsmäßige Beeinflussung von Westberlin her“<sup>19</sup> zugeschrieben, mit denen ein Einfluss auf die Arbeitsmoral und damit auf den Krankenstand sowie auf das Verantwortungsbewusstsein der Bevölkerung unterstellt wurde. Gemeint war hiermit sicherlich einerseits der politisch als negativ propagierte Einfluss auf die Arbeitsmoral der Arbeiter\*innen durch

---

<sup>17</sup>Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, *Jahrbuch 1962*, S. 18.

<sup>18</sup>Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 112.

<sup>19</sup>Muschter, „Über den betrieblichen Krankenstand“, S. 1.

---

die für Ost-Berliner sichtbaren gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen in West-Berlin. Daneben gab es in Ost-Berlin eine nicht unerhebliche Anzahl an Menschen im Arbeitsalter, die in Ost-Berlin lebten, aber in West-Berlin arbeiteten<sup>20</sup>, und bis 1961 wanderten insbesondere Menschen im Arbeitsalter aus Ost-Berlin in den Westen ab.<sup>21</sup> Neben der Überalterung der Ost-Berliner Bevölkerung sowie einer erhöhten Mortalität durch Krieg- und Nachkriegszeit spielte dies bei dem Rückgang der Bevölkerungszahl von Ostberlin zwischen 1950 und 1961 sicherlich eine nicht unerhebliche Rolle.<sup>22</sup>

Entsprechend kann geschlussfolgert werden, dass die politischen Entwicklungen in West-Berlin und der BRD diese negative Bevölkerungsentwicklung in Ost-Berlin beeinflusst haben, denn erst nach Schließung der Grenzen im August 1961 stiegen die Bevölkerungszahlen in Ost-Berlin erstmals wieder an. Der Annahme, dass sich die Arbeitsmoral und auch das Krankenstandsniveau durch die Schließung der Grenzen verbessern müsste, kann in Anbetracht der weiteren Entwicklung des Krankenstandes in Ost-Berlin widersprochen werden.<sup>23</sup>

Zu einer möglichen Beeinflussung der Patient\*innen von *Georg Bresan* durch die Westberliner Politik oder deren politischer Haltung lässt sich aufgrund der Fragestellung der Arbeit und der daraus resultierenden überwiegend quantitativen Untersuchung der Pkat keine Aussage treffen.

## **Einfluss der ÄBK-Arbeit auf den Krankenstand**

Aufgrund des angestiegenen Krankenstandes in den frühen 1950er Jahren erfolgte 1954 die Einführung der ÄBK-Arbeit. Unter der Annahme, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung seit Kriegsende deutlich gebessert habe und der Krankenstand dies nicht widerspiegeln würde, wurde damit ein Instrument geschaffen, das die Entscheidungen krankschreibender Ärzt\*innen hinterfragen und überprüfen sollte. Ziel dieser Maßnahme war es, Kranke so zu versorgen, dass sie möglichst zügig wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden konnten. Dies konnte neben einer „Gesundschreibung“ oder der Einleitung weiterer Diagnostik und Therapiemaßnahmen auch die Empfehlung für einen Arbeitsplatzwechsel, eine Umschulung oder eine Heilverschiebung bedeuten. Dementsprechend stellten ÄBKEn auch ein Instrument zur Kontrolle der Kranken und der Krankenschreibenden dar, die in der Mehrzahl in den 1950er Jahren in Ost-Berlin frei praktizierende Ärzt\*innen waren. Dennoch wurden ÄBKEn von Teilen der Ärzteschaft als fachliche Unterstützung bei Diagnostik und Therapie angesehen.

---

<sup>20</sup>Zwischen 38.000 Menschen 1958 und mehr als 63.000 Menschen im August 1961 sollen aus Ost-Berlin und dem DDR-Umland in West-Berlin gearbeitet haben. Bauer und Hühns, *Geschichte*, S. 371.

<sup>21</sup>Zwischen 1950 und 1961 verließen nach offiziellen Angaben der DDR pro Jahr etwa 22.000 bis 30.000 Menschen Ost-Berlin. Vgl. Ulrich, *Berlin-Handbuch*, S. 243.

<sup>22</sup>Vgl. Redetzky, Schneider und Wille, „Beitrag“, S. 1.

<sup>23</sup>Krankenstand in Ost-Berlin 1961: 6,68%, 1964: 6,57%, 1965: 6,85%, 1966: 6,30%. Scheidler und Schneider, *Bericht 1961*, S. 106; O.V., *Entwicklung des Krankenstandes*, S. 5.

---

## **Einfluss der ÄBK-Arbeit auf Georg Bresan**

In der vorliegenden Arbeit wurde der Frage nachgegangen, inwieweit ein Einfluss der ÄBK-Arbeit auf die Krankschreibungspraxis des frei praktizierenden Arztes *Georg Bresan* bei einem Vergleich von Patientenkartekarten aus den Jahren 1957/58 und 1960/61 festzustellen ist. Im Folgenden wird daher auf die Rahmenbedingungen der ÄBK-Arbeit und die tatsächliche Umsetzung der ÄBK-Vorstellungen in der untersuchten Praxis eingegangen. Anschließend werden einige Tendenzen, die sich in den einzelnen untersuchten Alters- und Geschlechtergruppen bezüglich der Krankschreibungsdauer und -häufigkeit zeigten, beschrieben und mit den Entwicklungen, die sich in den offiziellen Statistiken für Ost-Berlin zeigten, verglichen.

### **Rahmenbedingungen der ÄBK-Arbeit und Quote der ÄBK-Vorstellungen**

Zunächst ist zu sagen, dass die Arbeit der ÄBKEn in Ost-Berlin aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen und personellen Ressourcen dem Anspruch einer umfassenden Begutachtung jedes Falles, der zwischen 1954 und 1959 den Kriterien zur ÄBK-Vorstellung<sup>24</sup> entsprach, nicht gerecht werden konnte. Für die ohnehin schon geringere Zahl an Ärzt\*innen in Ost-Berlin wurden durch die ÄBK-Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen entweder hauptamtlich oder nebenamtlich zusätzliche Stellen geschaffen. Gleichzeitig war die Zahl der zu begutachtenden Patient\*innen aufgrund der Vorstellungspflicht nach  $\geq 11$  Tagen AU, die zwischen 1954-1959 existierte, relativ hoch. Denn bereits 1954, bei Einführung der ÄBK-Arbeit, lag die durchschnittliche AU-Dauer von Patient\*innen pro Fall in Ost-Berlin bei 28,6 Tagen, der niedrigste Wert bis 1961 konnte 1957 mit 23,4 Tagen/ Fall erreicht werden. Nach knapp drei Jahren fielen 1957 die ersten Bilanzen zur Arbeit und Effektivität von ÄBKEn ernüchternd aus. Das Krankenstandsniveau in Ost-Berlin sank nicht, die ÄBK-Ärzt\*innen waren durch Personalmangel und Unterbesetzung in ihrer Arbeit überlastet, die Wartezimmer häufig überfüllt (v.a. in den Wintermonaten), was zu langen Wartezeiten für Patient\*innen und meist auch zu einer mangelnden Qualität in der Begutachtung führte. Die Konsequenz bestand darin, dass die Anzahl der bei einer ÄBK vorzustellenden Personen verringert werden musste. Dadurch sollte die Arbeit für die ÄBKEn reduziert werden, auch sollte dadurch die Anzahl der ÄBKEn verringert werden, wodurch auch weniger Personal (v.a. weniger Ärzt\*innen) für die ÄBK-Arbeit benötigt werden sollte.

Die Vorstellungsquoten bei den ÄBKEn und späteren BÄBKEn lag nach offiziellen Angaben zwischen 1954-1960 bei etwa 50%, das heißt nur knapp die Hälfte der vorgeladenen Patient\*innen erschienen überhaupt zu ihrem Termin. In der vorliegenden Untersuchung lag der Anteil der tatsächlichen ÄBK-Vorstellungen an der Gesamtheit aller Patient\*innen mit einer

---

<sup>24</sup>Die Kriterien, nach denen Patient\*innen einer ÄBK vorgestellt werden sollten, waren in der „Anordnung über die Organisation und Aufgaben der Ärzteberatungskommissionen und Verbesserung der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ vom 10. März 1954 formuliert worden. Magistrat von Groß-Berlin, „Anordnung Verordnungsblatt 1954“. Vergleiche hierzu auch Kapitel 2.5.1, S. 70.

---

AU-Dauer  $\geq 11$  Tage bei 30% bis knapp 50%. Die Höhe dieser Quoten ließe sich zum einen dadurch erklären, dass vorgeladene Patient\*innen es vorzogen, wieder arbeiten zu gehen, anstatt sich bei der ÄBK vorzustellen. Möglich ist aber auch, dass die ÄBKs aufgrund ihrer personellen Ausstattung und Arbeitskapazität selektiver bei der Vorladung von Patient\*innen vorgingen und nicht alle Patient\*innen mit einer AU  $\geq 11$  Tage vorluden.<sup>25</sup> Hierfür würden verschiedene Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sprechen: Zum einen zeigte sich, dass insbesondere Patient\*innen mit einer AU-Dauer von  $\geq 22$  Tagen Eintragungen zur ÄBK-Vorstellung auf den Pkat hatten (dies betraf v.a. Patient\*innen mit *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*, *Atemwegserkrankungen*, *Knochen- und Gelenkerkrankungen* und *onkologische Erkrankungen*). Außerdem zeigte sich in den Ergebnissen, dass Menschen mit bestimmten Erkrankungen häufiger zu einer ÄBK vorgeladen wurden als andere. So waren Patient\*innen mit *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* die einzige Gruppe, die häufiger einer ÄBK vorgestellt wurde, als dass keine Begutachtung durchgeführt wurde und Patient\*innen mit *Grippe* und *Erkältungskrankheiten* wurden deutlich seltener einer ÄBK vorgestellt (eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Möglichkeiten der medizinischen Intervention durch eine ÄBK als begrenzt angesehen wurden).

Interessant im Hinblick auf geschlechterspezifische Unterschiede ist, dass zwischen 1957/58 und 1960/61 Frauen über 40 Jahren häufiger einer ÄBK vorgestellt wurden als Männer über 40 Jahren. Dies zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung bei *Atemwegserkrankungen*, *Herz- Kreislauf-Erkrankungen* und *Knochen- und Gelenkerkrankungen*. Alle drei dieser Erkrankungsgruppen hatten bei Patient\*innen mit einem Alter über 40 Jahren die höchste Anzahl an Krankschreibungen.

Da u.a. *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und *orthopädische Erkrankungen* zu den Volkskrankheiten zählten und somit ökonomisch sowie gesundheitspolitisch von Bedeutung waren, ist es nicht verwunderlich, dass insbesondere Patient\*innen mit diesen Erkrankungen vorgeladen wurden, um durch eine intensivere medizinische Betreuung eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erreichen. Dass jedoch Frauen häufiger vorgeladen wurden, könnte wiederum für eine allgemein geringere Akzeptanz ihres Krankseins sprechen bzw. für eine höhere Akzeptanz für Krankschreibungen von bestimmten Erkrankungen bei Männern.

Diese dargelegten Ergebnisse zeigen, dass die ÄBK-Vorstellung insbesondere von schwer oder dauerhaft erkrankten Patient\*innen aus der Praxis *Bresan* in gewissem Maße stattfand, dass jedoch - wahrscheinlich aufgrund von mangelnden Kapazitäten bei den ÄBKs - das Ziel einer umfänglichen Begutachtung aller Patient\*innen ab einer AU  $\geq 11$  Tagen nicht erreicht werden konnte.

---

<sup>25</sup>Für die Fortzahlung von Krankengeld nach dem 11. Tag AU war die Bestätigung der ÄBK notwendig. Es wäre dennoch denkbar, dass bei bestimmten Erkrankungen oder bei bestimmten Ärzt\*innen eine Befreiung von der Vorstellungspflicht erfolgte, um die ÄBKs zu entlasten. Ähnliches war in den Wintermonaten 1954/55 und Februar/ März 1957 erfolgt, als einigen Ärzt\*innen in Ost-Berlin sogenannte „Befreiungsstempel“ ausgehändigt wurden, um bei Erkältungskrankheit oder anderen absehbaren Erkrankungsfällen eine Entlastung der ÄBKs zu erreichen. Vgl. Krause, „Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten?“; Krastel, „Überlastung“.

---

Welche Haltung *Georg Bresan* zur ÄBK-Arbeit hatte, lies sich anhand seiner Aufzeichnung auf den Pkat nicht feststellen. Seiner Verpflichtung, den Erkrankungsverlauf, Diagnosen und Untersuchungsergebnisse an die ÄBK weiter zu leiten, wird er vermutlich gewissenhaft nachgekommen sein. Auf den Pkat fanden sich in Bezug auf die ÄBK häufig Eintragungen wie „Schein für ÄBK ausgefüllt“. Hinweise in den Aufzeichnungen der Pkat, dass *Bresan* seine Patient\*innen persönlich bei einer ÄBK vorgestellt hat, wie es die ÄBK-Regelung bis 1959 vorsah, gab es jedoch nicht.

Als Konsequenz der beschriebenen Überlastung der ÄBKEn erfolgte in Ost-Berlin im Jahr 1959 eine grundlegende Umstellung der ÄBK-Arbeit. Einerseits wurde die allgemeine Vorstellungspflicht nach 10 Tagen Arbeitsunfähigkeit abgeschafft und andererseits wurden ÄBKEn mehrheitlich den Betrieben angegliedert (sogenannte Betriebs-ÄBKEn). Ziel war es, die Effektivität der ÄBK-Arbeit dadurch zu stärken, dass sie an die Arbeitsstätten der Versicherten angegliedert waren, um so eine individuellere Auswahl der vorzustellenden Personen durch die Zusammenarbeit von Ärzt\*innen, Vertretenden der Betriebsleitung, der Betriebsgewerkschaftsleitung sowie der Bevollmächtigten der SV zu ermöglichen.

Hierdurch sollten außermedizinischen Faktoren (häusliche Schwierigkeiten, Wohnungsprobleme, Erkrankung von Angehörigen, Probleme bei der Unterbringung von Kindern, Konflikte am Arbeitsplatz, betriebliche Schwierigkeiten wie Mängel im Produktionsablauf, Konflikte am Arbeitsplatz)<sup>26</sup> bei einer Begutachtung stärker berücksichtigt werden. Gleichzeitig bedeutete diese Zusammenarbeit der genannten Personengruppen eine stärkere Überwachung der Versicherten. Auch ermöglichten BÄBKEn, dass die dort tätigen Ärzt\*innen ein besseres Verständnis für die jeweiligen Arbeitsabläufe erlangten, was wiederum dem Ziel der Verbesserung des Betriebsschutzes, der Vorbeugung von Berufskrankheiten und der Verhütung von Arbeitsunfällen dienen sollte.

### **Entwicklungen des Krankenstandes, der Krankschreibungsdauer und -häufigkeit**

Bezüglich des eigentlichen Zieles der ÄBK-Einführung, der Senkung des Krankenstandes, zeigte sich sowohl in den offiziellen Statistiken wie auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, dass die erhofften Effekte im Zeitraum von 1957/58 bis 1960/61 im Großen und Ganzen ausblieben. Der Krankenstand blieb, nach offiziellen Statistiken zwischen 1954 und 1961 mit 6-7% stabil. Im gleichen Zeitraum konnte jedoch, möglicherweise auch durch die Einführung der ÄBKEn im Jahr 1954 bedingt, ein Absinken der durchschnittlichen Krankschreibungsdauer/Fall verzeichnet werden. Das gleichbleibende Krankenstandsniveau von 6-7% kann somit nur durch eine steigende Anzahl an Krankschreibungen erklärt werden. Eine solche Entwicklung hin zu häufigeren, kürzeren Krankschreibungen könnte den Versuch von Ärzt\*innen und Patient\*innen widerspiegeln, eine Vorstellung bei einer ÄBK, die bei

---

<sup>26</sup>Krause, „Einführung“, S. 9.



---

einer Krankschreibungsdauer von  $\geq 11$  Tagen erfolgen sollte, zu vermeiden.<sup>27</sup> Eine vergleichbare eindeutige Entwicklung hin zu häufigeren und kürzeren Krankschreibungen zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung nicht. Die Anzahl der wiederholten Krankschreibungen nahm zwischen 1957/58 und 1960/61 nicht zu.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zweier Untergruppen dargestellt, anhand derer sich ein mögliche Beeinflussung der ÄBK-Regelung auf die Krankschreibungspraxis von *Georg Bresan* erkennen lassen könnte. Zwischen 1957/58 und 1960/61 nahm bei den Patientinnen die Anzahl an Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen eher zu; ein Trend, der sich auch bei den wiederholten Krankschreibungen zeigte. Diese Entwicklung könnte durch die 1959 erfolgte Abschaffung der Vorstellungspflicht bei einer ÄBK nach  $\geq 11$  Tagen bedingt sein, da es somit für frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte (sowie deren Patient\*innen) weniger Druck gab, eine Krankschreibungsdauer von  $\geq 11$  Tagen zu vermeiden. Bei den Patienten zeigte sich eine solche Entwicklung nicht.

Stattdessen zeigte sich bei den Männern zwischen 1957/58 und 1960/61 ein Rückgang in der Anzahl an Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 22$  Tagen. Dies entspricht der offiziellen Entwicklung hin zu kürzeren Krankschreibungsdauern (welche auch 1961 im Durchschnitt noch bei  $\geq 22$  Tagen lagen). Da die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit aber gezeigt haben, dass insbesondere Patient\*innen mit einer langen AU-Dauer bei einer ÄBK vorgestellt wurden, könnte dies den Versuch von *Georg Bresan* und/ oder seiner Patienten widerspiegeln, lange Krankschreibungsdauern zu vermeiden, um eine ÄBK-Vorstellung zu umgehen. Auch könnte es für einen nachhaltigen Effekt der ÄBK-Politik auf *Georg Bresan* sprechen, da sich die Tendenz zu weniger langen Krankschreibungen auch nach Abschaffung der Vorstellungspflicht, bei einer AU-Dauer  $\geq 11$  Tagen im Jahr 1959, gezeigt hat. Diese Entwicklung war bei Patientinnen mit einer AU-Dauer von  $\geq 22$  Tagen nicht nachweisbar.

---

<sup>27</sup> *Karl Peterhansel*, Leiter des Referats Statistik bei der VAB, hatte 1956 durch die Auswertung von 50.000 Arbeitsunfähigkeitsfällen aus Ost-Berlin eine Häufung der u.a. der Krankheitsfälle mit einer AU-Dauer bis zu 10 Tagen finden können. Peterhansel, „Krankenstand in der Statistik (II)“.

## 5.1 Limitationen

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte anhand der Erhebung und Interpretation von Patientendaten einer einzelnen Hausarztpraxis. Ein Vergleich der Arbeitsweisen anderer frei praktizierenden Ärzt\*innen in Ost-Berlin zu dieser Zeit ist damit nicht möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss die eher geringe Größe des Datensatzes berücksichtigt werden, insbesondere da für die Jahre 1960/61 eine deutlich kleinere Anzahl an Pkat zur Auswertung vorlagen als für die Jahre 1957/58. Dadurch ist der Vergleich der beiden Zeiträume nur eingeschränkt möglich. Möglicherweise könnte durch die Untersuchung von Pkat aus der Praxis *Bresan* aus den späten 1960er sowie 1970er Jahren weitere Patientendaten aus dem Untersuchungszeitraum dieser Arbeit gewonnen werden. Auch muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Erhebung der Daten von der Dokumentation *Georg Bresans* abhängig war, über deren Qualität keine Aussage getroffen werden kann. Geht man von einer unvollständigen Dokumentation der Pkat aus, könnten die dargestellten Ergebnisse bezüglich des Krankenstandes und der ÄBK-Vorstellungen in der Praxis deutlich höher gelegen haben.

Des Weiteren konnte die Entwicklung der durchschnittlichen Krankschreibungsdauer im Untersuchungszeitraum nicht nachvollzogen werden, da die Erhebung der Krankschreibungsdauer in Zeitintervallen erfolgte und eine Dauer von  $\geq 22$  Tagen nicht gesondert erfasst wurden.

Eine qualitative Untersuchung der Pkat wurde nicht vorgenommen (ausgenommen bei der Erhebung der Frühberentungsgründe). Es können daher keine Aussagen zum Verhältnis von *Georg Bresan* zu seinen Patient\*innen bzw. eine Beurteilung seines Umgangs mit diesen und seiner Haltung gegenüber der ÄBK-Arbeit getroffen werden.

Ein Vergleich der Zeiträume vor und nach der Einführung der ÄBK-Richtlinien war aufgrund einer zu geringen Anzahl an Pkat für den Zeitraum vor 1954 nicht möglich. Für eine bessere Beurteilung des Einflusses der ÄBK-Arbeit auf die Arbeit von (frei praktizierenden) Ärzt\*innen wäre eine solche vergleichende Untersuchung jedoch wünschenswert.

---

## 6 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand der Patientenkartekarten eines frei praktizierenden Arztes in Ost-Berlin nachzuvollziehen, ob zwischen 1957/58 und 1960/61 durch die ÄBK-Arbeit und die Umstellung auf BÄBKEn 1959 die Krankschreibungspraxis dieses Arztes beeinflusst wurde. Einzelne Aspekte in den Ergebnissen dieser Untersuchung lassen dabei den Schluss zu, dass *Georg Bresan* die gesundheitspolitischen Vorgaben der ÄBK-Arbeit bei der Krankschreibung seiner Patienten mit bedachte. So stieg etwa bei Patientinnen, nach Abschaffung der Vorstellungspflicht nach  $\geq 11$  Tagen AU im Jahr 1959, zwischen 1957/58 und 1960/61 der Anteil an Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 11$  Tagen. Bei den Patienten sank, analog zur offiziellen durchschnittlichen Krankschreibungsdauer, die Anzahl der Krankschreibungen mit einer Dauer von  $\geq 22$  Tage im Untersuchungszeitraum ab. Da die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gezeigt haben, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer langen Krankschreibungsdauer bei einer ÄBK vorgestellt wurden, könnte angenommen werden, dass *Georg Bresan* eine ÄBK-Vorstellung seiner Patient\*innen durch kürzere Krankschreibungen zu umgehen versuchte. Andererseits gibt es auch Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit, die eher gegen einen Einfluss der ÄBK-Arbeit auf *Georg Bresans* Krankschreibungspraxis sprechen. So konnte beispielsweise kein deutlicher Unterschied bezüglich der Anzahl an Krankschreibungen  $\leq 10$  Tage und  $\geq 11$  Tage zwischen 1957/58 und 1960/61 in den Ergebnissen gezeigt werden. Auch gab es keinen Anstieg der wiederholten Krankschreibungen, wie er aus den offiziellen Statistiken für den Untersuchungszeitraum hervorgeht. Eine eindeutige Beantwortung der Fragestellung kann somit nicht erfolgen. Gleichzeitig sind die dargestellten Ergebnisse in ihrer Aussagekraft durch die kleine Anzahl an Pkat, die für die Untersuchung der Fragestellung insbesondere in den Jahren 1960/61 zur Verfügung standen, eingeschränkt.

Da das Krankenstandsniveau in Ost-Berlin im Untersuchungszeitraum etwa konstant blieb, muss man zu dem Schluss kommen, dass das gesundheitspolitische Ziel, den Krankenstand durch die ÄBK-Arbeit zu senken, nicht erreicht werden konnte. Die Gründe hierfür lagen sicherlich zum einen in der allgemein schlechteren Konstitution einer überalterten Bevölkerung Ost-Berlins; wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, waren insbesondere Menschen über 40 Jahren mit chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen krankgeschrieben. Zum anderen beeinflusste der hohe Frauenanteil in der Ost-Berliner Bevölkerung das Krankenstandsniveau in Ost-Berlin maßgeblich, da diese häufig und im Vergleich zu den Männern auch länger krankgeschrieben wurden.

## 6.1 Ausblick

Für die bessere Beurteilung des Einflusses der ÄBK-Arbeit auf die Arbeit von Ärzt\*innen, wäre eine vergleichende und repräsentative Untersuchung von Patientendaten im Zeitraum vor und nach Einführung der ÄBK-Arbeit notwendig. Auch wäre es hilfreich, Patientendaten aus einer Hausarztpraxis mit denen einer Stelle des staatlichen Gesundheitswesens (Poliklinik oder Ambulatorium) zu vergleichen, um den zu Beginn der Arbeit geschilderten Vorwurf gegenüber frei praktizierenden Ärzt\*innen bezüglich ihrer „leichtsinnigen und unverantwortlichen“ Krankschreibungspraxis zu untersuchen.

Gleichzeitig konnte die vorliegende Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Forschung zum Gesundheitswesen der DDR liefern, da am Fallbeispiel der Ost-Berliner Praxis von *Georg Bresan* konkrete Einflussfaktoren auf die Krankschreibungspraxis von Ärzten identifiziert werden konnten. Dabei zeigte sich, dass dem Versuch der staatlichen Einflussnahme in Form der ÄBK-Arbeit nur eine begrenzte Bedeutung zukam.

---

## 7 Tabellen

Tabelle 7.2 – Wohnortverteilung der Patient\*innen in Bezirken der DDR

<b>Bezirke der DDR</b>	<b>Anzahl der Patient*innen</b>
Anhalt (Originalangabe ohne Straßennahme auf Pkat)	1
Frankfurt Oder (Brandenburg)	31
Potsdam (Brandenburg)	19
Neubrandenburg (Mecklenburg)	1
Dresden (Sachsen)	3
Cottbus (Sachsen)	2
Sachsen (Originalangabe ohne Straßennahme auf Pkat)	1
Erfurt (Thüringen)	2
<b>Gesamt</b>	<b>60</b>

Tabelle 7.1 – Wohnortverteilung der Patient\*innen in Berlin

<b>Bezirke/ Stadtteile Berlins</b>	<b>Anzahl der Patient*innen</b>
Adlershof	31
Baumschulenweg	8
Biesdorf	2
Bohnsdorf	1
Buch	3
Friedrichshain	1117
Friedenau	1
Friedrichsfelde	1
Grünau	1
Heiligensee	1
Hohenschönhausen	12
Johannisthal	5
Karlshorst	1
Karow	1
Köpenick	6
Lichtenberg	16
Mahlsdorf	3
Malchow	1
Mitte	93
Moabit	4
Neukölln	3
Niederschönhausen	2
Oberschöneweide	1
Prenzlauer Berg	148
Pankow	3
Schöneberg	2
Spandau	1
Treptow	5
Wedding	2
Weißensee	10
<b>Gesamt</b>	<b>1485</b>

Tabelle 7.3 – Verstorbene Patientinnen

<b>Jahr</b>	<b>Alter</b> (in Jahren)	<b>Todesursache</b>
1957	61	Verdacht (röntgenologisch) auf aktive Tbc der Respirationsorgane
	75	Funktionelle Herzkrankheiten (überleitungsstörungen, Arythmien, vasomotorische Angina pectoris)
1958	38	Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen
	53	Lungenembolie, Lungeninfarkt
	69	keine Angabe
	70	Arteriosklerose des Herzens und der Kranzgefäße (Angina Pectoris als organische Herzkrankheit)
	77	dekompensiertes Mitralvitium, Alterskachexie, Stauungsleber (Herz-Kreislauf-Versagen)
1960	59	keine Angabe
	76	Erysipel und Thrombophlebitis
	81	Akutes Herzversagen
1961	54	Bösartige Neoplasmen des Magens

Tabelle 7.4 – Verstorbene Patienten

<b>Jahr</b>	<b>Alter</b> (in Jahren)	<b>Todesursache</b>
1957	59	Leberzirrhose
	66	Arteriosklerose des Herzens und der Kranzgefäße (Angina Pectoris als organische Herzkrankheit)
	67	Myocardinfarkt und degenerative Myocardschäden
	75	keine Angaben
	83	keine Angaben
1958	47	keine Angaben
	47	Bösartige Neoplasmen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (primär)
	51	Leberzirrhose
	69	Sonstige Zellgewebsentzündungen und Abszesse mit Lymphangitis
	71	keine Angaben
1960	76	Embolie und Thrombose der Gehirngefäße
	48	Bösartige Neoplasmen der Niere
	58	Aktive ansteckende Lungen-Tbc
	58	V.a. LAE nach Thrombose des Unterschenkels
	60	Myocardinfarkt und degenerative Myocardschäden
1961	73	keine Angaben
	77	Keine Angaben

Tabelle 7.5 – Frühberentete Patientinnen

<b>Jahr</b>	<b>Alter (in Jahren)</b>	<b>Grund der Frühberentung</b>
1957	35	keine Angabe
	48	chronisches Gallenleiden, muskuläre Herzinsuffizienz, Hypotonie
	51	Herzinsuffizienz
	51	keine Angabe
	51	Z.n. Mamma totalop (Drüsen-CA), Dekompensierte Herzinsuffizienz, Hypertonie
	54	Spondylarthroses deformans mit Osteochondrosis, Bandscheibendegeneration C5-C7, Plexus-Neuralgie beidseits
	55	keine Angabe
	56	Spondylosis der Wirbelsäule
	57	keine Angabe
1958	28	Leberparenchymschaden nach Tbc- Behandlung
	41	starke Postklimakterische Beschwerden Z.n. Totalresektion Uterus cum Adnexe, wiederholt starke Kopfschmerzen bei Spondylose und Osteochondrose HWS
	46	keine Angabe
	48	Herzkrank (Coronarinsuffizienz, Dyspnoe, Stenocardien)
	57	Myocardschade (intraventrikuläre Reizleitungsstörung), Stenocardien
	57	Aktive nicht ansteckende Lunen-Tbc; toxischer Myocardschaden lt. EKG
	58	
1960	22	Asthma Bronchiale
	42	Endomyocardschädigung, M. Basedow
	52	Lähmung der unteren Extremität bei Z.n. apoplektischem Insult
	54	dekompensierte Hypertonie mit muskulärer Herzinsuffizienz
	54	keine Angabe
	55	Schweres Asthma bronchiale et cardiale
	56	Aorteninsuffizienz
	56	Erhebliche Hypertension, Coronarinsuffizienz, Stauung großer und kleiner Kreislauf
	58	Keine Angabe
1961	47	Kombiniertes Mitralvitium
	52	keine Angabe



Tabelle 7.6 – Frühberentete Patienten

<b>Jahr</b>	<b>Alter (in Jahren)</b>	<b>Grund der Frühberentung</b>
1957	47	Ulcus duodeni
	50	keine Angabe
	55	Neurovegetative Dystonie
	57	Herzinsuffizienz bei Kyphoskoliose
	58	Herzinsuffizienz
	63	Hypertonie, muskuläre Herzinsuffizienz, Arteriosklerose
	64	Keine Angabe
1958	45	Epilepsie
	56	Lungen Tbc beidseits, offen cavernös
	56	Z.n. Herzinfarkt (EKG: Zeichen einer linksventrikulären Endomyocardschädigung)
	57	Z.n. Vorderwandinfarkt
	57	Tbc-pulmonal aktiv
	59	Leberzirrhose (Z.n. Hepatitis), Z.n. Nephrektomie li, Z.n. 2/3 Magenresektion
	60	keine Angabe
	61	Z.n. Billroth I Magenresektion, Z.n. Lobektomie rechter Unterlappen bei Plattenepithel- CA
	61	Herzmuskelschaden, Bluthochdruck
1960	48	aktive Tbc- pulmonal
	62	diffuser Myocardschaden bei rechts coronarer Durchblutungsstörung
	62	Schwäche der Hände, verwaschene Sprache, Gangstörung, Konzentrationsschwäche bei Z.n. Schlaganfall
	65	Aortensklerose mit mäßig Bluthochdruck, Herzmuskelschaden, Coronarinsuffizienz, Z.n.Gastro-Duodenitis und Pancreatitis

Tabelle 7.7 – Patientinnen 1957: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	8	1	2	3	-	14	} 63
4-6 Tage	22	9	1	-	-	32	
7-10 Tage	10	6	1	-	-	17	
11-14 Tage	18	3	1	-	-	22	} 79
15-21 Tage	13	3	3	-	-	19	
≥ 22 Tage	34	3	1	-	-	38	
keine Angabe	15	3	2	1	-	22	
<b>Gesamt</b>	120	28	11	4	1	164	

Tabelle 7.8 – Patientinnen 1958: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	10	4	-	-	-	14	} 33
4-6 Tage	6	1	-	-	-	7	
7-10 Tage	9	1	2	-	-	12	
11-14 Tage	10	2	-	-	-	12	} 72
15-21 Tage	15	1	1	-	-	17	
≥ 22 Tage	37	6	-	-	-	43	
keine Angabe	10	6	2	-	-	18	
<b>Gesamt</b>	97	21	5	-	-	123	

Tabelle 7.9 – Patientinnen 1960: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	8	1	-	-	-	9	} 25
4-6 Tage	8	-	-	-	-	8	
7-10 Tage	5	3	-	-	-	8	
11-14 Tage	12	1	1	-	-	14	} 61
15-21 Tage	17	1	1	-	-	19	
≥ 22 Tage	23	5	-	-	-	28	
keine Angabe	27	9	2	-	-	38	
<b>Gesamt</b>	100	20	4	-	-	124	

Tabelle 7.10 – Patientinnen 1961: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	2	2	-	-	-	4	} 18
4-6 Tage	6	-	2	-	-	8	
7-10 Tage	5	1	-	-	-	6	
11-14 Tage	8	1	-	-	-	9	} 35
15-21 Tage	8	1	-	-	-	9	
≥ 22 Tage	15	2	-	-	-	17	
keine Angabe	12	3	-	-	-	15	
<b>Gesamt</b>	56	10	2	-	-	68	

Tabelle 7.11 – Patienten 1957: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	6	2	2	1	-	11	} 48
4-6 Tage	10	3	2	2	1	18	
7-10 Tage	15	3	1	-	-	19	
11-14 Tage	12	-	1	-	-	13	} 59
15-21 Tage	10	1	-	-	-	11	
≥ 22 Tage	25	8	2	-	-	35	
keine Angabe	20	3	2	1		26	
<b>Gesamt</b>	98	20	10	4	1	133	

Tabelle 7.12 – Patienten 1958: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	5	3	-	-	-	8	} 31
4-6 Tage	10	2	-	-	-	12	
7-10 Tage	9	2	-	-	-	11	
11-14 Tage	8	3	1	-	-	12	} 54
15-21 Tage	12	1	2	-	-	15	
≥ 22 Tage	19	6	1	1	-	27	
keine Angabe	21	2	2	-	-	25	
<b>Gesamt</b>	84	19	6	1	-	110	

Tabelle 7.13 – Patienten 1960: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	4	3	1	-	-	8	} 36
4-6 Tage	14	1	1	-	-	16	
7-10 Tage	10	2	-	-	-	12	
11-14 Tage	10	2	-	-	-	12	} 40
15-21 Tage	10	-	-	-	-	10	
≥ 22 Tage	13	5	-	-	-	18	
keine Angabe	21	6	2	-	-	29	
<b>Gesamt</b>	82	19	4	-	-	105	

Tabelle 7.14 – Patienten 1961: Dauer der AU

	1. AU	2. AU	3. AU	4. AU	5. AU		
Dauer der AU						Gesamt	
1-3 Tage	1	1	-	-	-	2	} 17
4-6 Tage	2	3	2	-	-	7	
7-10 Tage	4	3	-	1	-	8	
11-14 Tage	11	-	1	-	-	12	} 31
15-21 Tage	6	2	-	-	-	8	
≥ 22 Tage	9	2	-	-	-	11	
keine Angabe	11	3	4	-	-	18	
<b>Gesamt</b>	44	14	7	1	-	66	

Tabelle 7.15 – Patientinnen 1957: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-60	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	3	4	7	14
4-6 Tage	14	9	9	32
7-10 Tage	7	6	4	17
11-14 Tage	5	8	9	22
15-21 Tage	5	8	6	19
≥ 22 Tage	5	14	19	38
keine Angabe	5	5	12	22
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>164</b>

Tabelle 7.16 – Patientinnen 1958: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-60	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	3	5	6	14
4-6 Tage	3	2	2	7
7-10 Tage	3	7	2	12
11-14 Tage	3	5	4	12
15-21 Tage	4	4	9	17
≥ 22 Tage	8	13	22	43
keine Angabe	5	5	8	18
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>123</b>

Tabelle 7.17 – Patientinnen 1960: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-60	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	6	-	3	9
4-6 Tage	14	4	-	8
7-10 Tage	2	1	5	8
11-14 Tage	4	3	7	14
15-21 Tage	4	4	11	19
≥ 22 Tage	4	6	18	28
keine Angabe	8	11	19	38
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>124</b>

Tabelle 7.18 – Patientinnen 1961: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-60	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	-	2	2	4
4-6 Tage	3	4	1	8
7-10 Tage	3	1	2	6
11-14 Tage	2	3	4	9
15-21 Tage	1	4	4	9
≥ 22 Tage	1	7	9	17
keine Angabe	6	4	5	15
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>68</b>

Tabelle 7.19 – Patienten 1957: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-65	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	4	2	5	11
4-6 Tage	8	2	8	18
7-10 Tage	8	3	8	19
11-14 Tage	6	2	5	13
15-21 Tage	1	4	6	11
≥ 22 Tage	5	7	23	35
keine Angabe	3	3	20	26
<b>Gesamt</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>75</b>	<b>133</b>

Tabelle 7.20 – Patienten 1958: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-65	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	1	1	6	8
4-6 Tage	5	3	4	12
7-10 Tage	5	3	3	11
11-14 Tage	2	2	8	12
15-21 Tage	2	5	8	15
≥ 22 Tage	6	5	15	26
keine Angabe	5	5	16	26
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>110</b>

Tabelle 7.21 – Patienten 1960: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-65	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	5	2	1	8
4-6 Tage	6	4	6	16
7-10 Tage	3	2	7	12
11-14 Tage	3	5	4	12
15-21 Tage	3	1	5	9
≥ 22 Tage	3	2	14	19
keine Angabe	6	10	13	29
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>105</b>

Tabelle 7.22 – Patienten 1961: Alter bei AU (in Jahren)

	15-24	25-39	40-65	
Dauer der AU				Gesamt
1-3 Tage	1	1	-	2
4-6 Tage	2	3	2	7
7-10 Tage	3	4	1	8
11-14 Tage	3	6	3	12
15-21 Tage	2	-	6	8
≥ 22 Tage	-	1	10	11
keine Angabe	2	6	10	18
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>66</b>

Tabelle 7.23 – Patientinnen 1957: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	4	18	22
15-21 Tage	8	11	19
≥ 22 Tage	24	14	38
keine Angabe	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>80</b>

Tabelle 7.24 – Patientinnen 1957: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	1	21	22
15-21 Tage	1	18	19
≥ 22 Tage	4	34	38
keine Angabe	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>73</b>	<b>80</b>

Tabelle 7.25 – Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

<b>Erkrankungsgruppen</b>	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Grippe	-	1	2	3
Zentrale Anfallskrankheiten, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	1	-	1	2
Psychopathien und Neurosen	-	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	2	-	-	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	1	3	-	4
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	-	3	4
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	-	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	2	2	4
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	1	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	1	-	2
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	2	2
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	-	-	1	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	1	1
Krankheiten des endokrinen Systems	-	1	-	1
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	1	-	1
keine Angaben	-	1	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>37</b>

Tabelle 7.26 – Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	1	1
Grippe	3	13	16
Zentrale Anfallskrankheiten, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	2	-	2
Psychopathien und Neurosen	1	2	3
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	2	3	5
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	2	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	1	1	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	4	1	5
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	4	1	5
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	4	4	8
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	1	1
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	2	3	5
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	2	1	3
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	2	2
Krankheiten der Knochen und Gelenke	2	4	6
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	1	1	2
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	1	1	2
Krankheiten des endokrinen Systems	1	-	1
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	1	-	1
keine Angaben	2	2	4
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>80</b>



Tabelle 7.27 – Patientinnen 1958: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

Dauer der AU	ja nein		Gesamt
	ja	nein	
11-14 Tage	3	9	12
15-21 Tage	4	13	17
≥ 22 Tage	23	20	43
keine Angabe	2	1	3
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>75</b>

Tabelle 7.28 – Patientinnen 1958: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

Dauer der AU	ja nein		Gesamt
	ja	nein	
11-14 Tage	2	10	12
15-21 Tage	-	17	17
≥ 22 Tage	7	36	43
keine Angabe	1	2	3
<b>Gesamt</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>75</b>

Tabelle 7.29 – Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Grippe	-	1	4	5
Psychopathien und Neurosen	-	1	-	1
Krankheiten des Ohres	1	-	-	1
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	1	-	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	1	-	2	3
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	-	-	4	4
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	2	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	1	-	2
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	1	-	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	5	5
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	1	-	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	2	2
keine Angaben	-	-	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>32</b>

Tabelle 7.30 – Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Grippe	5	8	13
Zentrale Anfallsleiden, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-	1	1
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	1	2	3
Krankheiten des Ohres	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	4	4
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	2	1	3
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	1	1
Nichtrheumatische Herzkrankheiten	3	1	4
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	1	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	4	1	5
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	2	2
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	3	-	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	2	2	4
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	1	3	4
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	5	2	7
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	1	2	3
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	2	1	3
Krankheiten des endokrinen Systems	-	3	3
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	1	1
Allergische Störungen	-	1	1
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	2	2
keine Angaben	1	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>75</b>

Tabelle 7.31 – Patientinnen 1960: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	2	12	14
15-21 Tage	7	12	19
≥ 22 Tage	14	14	28
keine Angabe	1	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>63</b>

Tabelle 7.32 – Patientinnen 1960: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	1	13	14
15-21 Tage	1	18	19
≥ 22 Tage	2	26	28
keine Angabe	-	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>59</b>	<b>63</b>

Tabelle 7.33 – Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Wurmkrankheiten	-	1	-	1
Grippe	-	-	2	2
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	1	1	3	5
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	1	-	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	-	3	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	-	1	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	1	-	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	2	2
Krankheiten des endokrinen Systems	1	-	-	1
Weitere Dermatosen und sonstige Erkrankungen der Haut	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	1	1
keine Angaben	-	-	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>24</b>

Tabelle 7.34 – Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

Erkrankungsgruppen	ja	nein	Gesamt
Wurmkrankheiten	1	-	1
Grippe	2	8	10
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	1	1	2
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	5	1	6
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	2	2
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	1	-	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	1	4	5
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	1	1
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	-	2	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	3	6	9
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	1	1
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	1
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	-	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	1	1	2
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	2	1	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	1	1
Krankheiten des endokrinen Systems	1	-	1
Weitere Dermatosen und sonstige Erkrankungen der Haut	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	1	1	2
Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung	-	1	1
Allergische Störungen	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	1	1
keine Angaben	2	2	4
Gesamt	24	39	63

Tabelle 7.35 – Patientinnen 1961: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	2	7	9
15-21 Tage	1	8	9
≥ 22 Tage	9	8	17
keine Angabe	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>36</b>

Tabelle 7.36 – Patientinnen 1961: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	-	9	9
15-21 Tage	-	9	9
≥ 22 Tage	3	14	17
keine Angabe	-	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>36</b>

Tabelle 7.37 – Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

<b>Erkrankungsgruppen</b>	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	-	1	1
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	-	1	1
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	1	2	3
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	1	1	-	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	1	1
Krankheiten des endokrinen Systems	-	1	-	1
keine Angaben	-	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>13</b>

Tabelle 7.38 – Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Grippe	-	7	7
Psychopathien und Neurosen	-	3	3
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	1	2
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	3	4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	1	-	1
Nichtrheumatische Herzkrankheiten	3	1	4
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	2	2	4
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	1	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	1	-	1
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	1	-	1
Krankheiten des endokrinen Systems	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	1	1
keine Angaben	1	3	4
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>36</b>

Tabelle 7.39 – Patienten 1957: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	-	13	13
15-21 Tage	8	5	11
≥ 22 Tage	17	18	35
keine Angabe	2	-	2
<b>Gesamt</b>	25	36	61

Tabelle 7.40 – Patienten 1957: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	-	13	13
15-21 Tage	2	9	11
≥ 22 Tage	8	27	35
keine Angabe	-	2	2
<b>Gesamt</b>	10	51	61

Tabelle 7.41 – Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	-	1	2	3
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	3	4
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	1	-	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	-	3	3
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	1	2	2	5
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	-	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	1	1
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	-	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	4	4
Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems	-	-	1	1
<b>Gesamt</b>	3	6	16	25

Tabelle 7.42 – Patienten 1957: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	1	1
Grippe	3	9	12
Psychopathien und Neurosen	-	1	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	1	1
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	4	3	7
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	1	2	3
Nichtreumatische Herzkrankheiten	3	3	6
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	5	5	10
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	1	2
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	1
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	1	1	2
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	1	1	2
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	4	2	6
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	1	1
Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems	1	-	1
Traumatische Knochenbrüche (offen und geschlossen)	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	1	1
keine Angaben	-	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>61</b>



Tabelle 7.43 – Patienten 1958: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	2	10	12
15-21 Tage	3	12	15
≥ 22 Tage	14	13	27
keine Angabe	-	1	1
<b>Gesamt</b>	19	36	55

Tabelle 7.44 – Patienten 1958: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	-	12	12
15-21 Tage	2	13	15
≥ 22 Tage	4	23	27
keine Angabe	-	1	1
<b>Gesamt</b>	6	49	55

Tabelle 7.45 – Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	1	-	2	3
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	1	-	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	1	-	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	-	7	7
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	1	1	2	4
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	-	1
Krankheiten des endokrinen Systems	-	-	1	1
Keine Angaben	-	-	1	1
<b>Gesamt</b>	2	4	13	19

Tabelle 7.46 – Patienten 1958: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

Erkrankungsgruppen	ja	nein	Gesamt
Grippe	3	6	9
Psychopathien und Neurosen	-	1	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	1	1
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	4	5
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	1	1	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	1	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	7	3	10
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	4	3	7
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	2	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	2	2
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	2	2
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	1	2	3
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	1	1
Krankheiten des endokrinen Systems	1	2	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	1	1
Allergische Störungen	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	2	2
keine Angaben	1	1	2
Gesamt	19	36	55

Tabelle 7.47 – Patienten 1960: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

Dauer der AU	Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?		Gesamt
	ja	nein	
11-14 Tage	1	11	12
15-21 Tage	2	8	10
≥ 22 Tage	10	8	18
keine Angabe	1		1
<b>Gesamt</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>41</b>

Tabelle 7.48 – Patienten 1960: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

Dauer der AU	Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?		Gesamt
	ja	nein	
11-14 Tage	-	12	12
15-21 Tage	-	10	10
≥ 22 Tage	4	14	18
keine Angabe	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>5</b>	<b>36</b>	<b>41</b>

Tabelle 7.49 – Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	-	-	1	1
Tuberkulose der Lungen, Pleura und oberen Luftwege	-	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	-	1	1
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	-	2	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	-	1	1
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	2	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	2	-	-	2
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	-	1
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

Tabelle 7.50 – Patienten 1960: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Grippe	1	5	6
Tuberkulose der Lungen, Pleura und oberen Luftwege	1	-	1
Psychopathien und Neurosen	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	1	2
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	2	1	3
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	2	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	1	1
Nichtrheumatische Herzkrankheiten	1	3	4
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	2	1	3
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	2	4	6
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	3	3
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	1	1
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	1	1
Allergische Störungen	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	1	1
Keine Angaben	-	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>41</b>

Tabelle 7.51 – Patienten 1961: Ist eine ÄBK-Vorstellung erfolgt?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	1	11	12
15-21 Tage	3	5	8
≥ 22 Tage	9	2	11
keine Angabe	-	-	-
<b>Gesamt</b>	13	18	31

Tabelle 7.52 – Patienten 1961: Gab es eine Rückmeldung von der ÄBK?

	ja	nein	
Dauer der AU			Gesamt
11-14 Tage	-	12	12
15-21 Tage	-	8	8
≥ 22 Tage	1	10	11
keine Angabe	-	-	-
<b>Gesamt</b>	1	30	31

Tabelle 7.53 – Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren) bei ÄBK-Vorstellung

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	-	1	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	1	1	2	4
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	1	2	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	1	1
Allergische Störungen	-	-	1	1
keine Angaben	-	-	1	1
<b>Gesamt</b>	1	2	10	13

Tabelle 7.54 – Patienten 1961: Erkrankungsgruppen ÄBK-Vorstellung erfolgt/ nicht erfolgt

<b>Erkrankungsgruppen</b>	ja	nein	Gesamt
Grippe	1	4	5
Psychopathien und Neurosen	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	1	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	1	-	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	4	3	7
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	3	2	5
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	1	1
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	2	2
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	1	1
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	1	-	1
Allergische Störungen	1	2	3
keine Angaben	1	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>31</b>

Tabelle 7.55 – Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	1	-	1
Grippe	8	11	14	33
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	-	-	2	2
Zentrale Anfallskrankheiten, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	1	-	1	2
Psychopathien und Neurosen	-	2	1	3
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	9	3	1	13
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	3	3	7
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	2	1	-	3
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	1	1	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	1	6	4	11
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	1	4	6
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	0	2	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	3	2	7	12
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	2	2	2	6
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	2	4	6
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	3	2	2	7
Steinerkrankungen und sonstige Erkrankungen der Harnorgane	-	-	1	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	3	2	-	5
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	-	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	1	1	6	8
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	1	1	2	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	2	2
Krankheiten des endokrinen Systems	-	2	-	2
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	1	1	2
Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	1	-	1
Traumatische Verrenkung, Verstauchung	2	-	-	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	2	1	2	5
Verbrennung, Schädigung durch physikalische und chemische Einwirkungen	1	-	-	1
keine Angaben	3	4	5	12
Gesamt	44	54	66	164

Tabelle 7.56 – Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Grippe	4	11	12	27
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	-	1	1	2
Zentrale Anfallsleiden, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-	-	1	1
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	3	-	3
Krankheiten des Ohres	1	-	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	4	3	2	9
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	3	2	6
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	1	1
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	2	1	2	5
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	1	-	1	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüerkrankungen und Verdauungsstörungen	2	3	4	9
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	3	1	5
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	2	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	3	-	4
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	2	2	-	4
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	2	1	1	4
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	7	7
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	3	1	-	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	5	5
Krankheiten des endokrinen Systems	-	3	-	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	1	-	1
Allergische Störungen	-	-	1	1
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	1	-	1	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	2	-	-	2
Verbrennungen, Schädigungen durch physikalische und chemische Einwirkungen	1	-	-	1
keine Angaben	1	1	5	7
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>123</b>



Tabelle 7.57 – Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Wurmkrankheiten	-	1	-	1
Grippe	4	4	15	23
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	1	2	1	4
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	1	1	2
Psychopathien und Neurosen	1	4	4	9
Krankheiten des Auges	-	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	2	-	1	3
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	2	-	3
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	2	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	3	3	6	12
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	1	1
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	1	1
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	2	-	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	3	4	6	13
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	2	2	4
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	2	-	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	1	1	3
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	3	-	-	3
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	-	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	3	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	2	3
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	1	-	4	5
Krankheiten des endokrinen Systems	1	-	1	2
Dermatitis, Ekzeme, Dermatosen	1	-	-	1
Weitere Dermatosen und sonstige Erkrankungen der Haut	-	-	1	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	2	2
Komplikationen der Schwangerschaft	1	-	-	1
Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung	1	-	-	1
Allergische Störungen	-	1	1	2
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	-	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	1	-	1	2
keine Angaben	5	-	4	9
Gesamt	32	29	63	124

Tabelle 7.58 – Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-60	Gesamt
Grippe	6	2	5	13
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	1	-	-	1
Psychopathien und Neurosen	1	1	2	4
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	4	1	6
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	3	4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	1	3	4
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	1	6	1	8
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	2	3	2	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	1	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	-	1	2
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	1	1	2
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	1	-	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	1	1
Krankheiten des endokrinen Systems	-	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	2	-	2
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	-	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	1	-	-	1
keine Angaben	-	3	3	6
Gesamt	16	25	27	68

Tabelle 7.59 – Patientinnen 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen

Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	1957	1958	1960	1961
<b>Grippe</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>13</b>
Grippe mit Lungenentzündung	1	1	-	-
Grippe mit Beteiligung der übrigen Respirationsorgane (ohne Lungenentzündung)	8	10	10	5
Grippe mit Beteiligung der Verdauungsorgane	1	1	-	1
Virusgrippe	1	-	-	-
Grippe ohne nähere Angaben	22	15	13	7
<b>Psychopathien und Neurosen</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
Depressive Reaktion	1	-	-	-
Sonstige Neurosen	2	3	9	4
<b>Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Akute Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung und -Eiterung	1	3	-	-
Akute Mandelentzündung	11	6	3	6
Chronische Mandelentzündung	1	-	-	-
<b>Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Akute Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung	1	-	-	-
akute Bronchitis	6	6	3	4
<b>Nichtreumatische Herzkrankheiten</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
Funktionelle Herzkrankheiten (Überleitungsstörungen, Arrhythmien, vasomotorische Angina pectoris)	7	4	6	2
Arteriosklerose des Herzens und der Kranzgefäße (Angina Pectoris als organische Herzkrankheiten)	-	1	1	2
Myocardinfarkt und degenerative Myocardschäden	4	-	4	-
<b>Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Essentielle gutartige Hypertonie (roter Hochdruck)	3	-	1	1
Essentielle bösartige Hypertonie (weißer Hochdruck)	1	1	-	-
Essentielle Hypertonie mit Beteiligung der Hirngefäße	1	-	-	-
Hypotension und sonstige Kapillarkrankheiten	1	1	-	-
<b>Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>8</b>
Gastritis (Magenkatarrh), Duodenitis	12	6	12	7
Magengeschwür und Zwölffingerdarmgeschwür und deren Folgen	-	3	1	1
<b>Krankheiten des Darmes und des Bauchfells</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
Appendicitis	1	-	-	-
Akute und chronische Enteritis, Dünndarmerkrankungen (jenseits des 1. Lebensjahres)	5	5	4	7
<b>Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Gallensteinleiden	2	1	1	2
Gallenblasenentzündung und Cholangitis	2	2	1	0

Tabelle 7.59 – Fortsetzung: Patientinnen 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen

Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	1957	1958	1960	1961
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	7	4	3	2
Akute Nephritis, Glomerulonephritis und Herdnephritis	1	-	-	-
Pyelonephritis - Cystopyelonephritis	2	2	1	1
Cystitis	1	-	2	1
Pyelitis, Cystopyelitis	3	2	-	-
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	5	4	3	2
Tuben- und Eierstockentzündung (nicht venerisch)	5	3	3	2
Uterovaginalprolaps und Descensus (Senkung)	-	1	-	-
Krankheiten der Knochen und Gelenke	8	7	3	-
Osteochondrose, Bandscheibenerkrankungen der Wirbelsäule, Osteochondritis, Gelenkmaus, aseptische Nekrosen	1	2	-	-
Arthrosis deformans, Spondylosis deformans	5	4	2	0
Sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke und neuropathische Arthritis	2	1	1	0
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	2	5	5	1
Chronisch-rheumatische Arthritis	2	2	2	-
Muskelrheumatismus	-	3	3	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	5	1	1	-
Muskel- und Sehnenzerrung	1	-	-	-
Prellungen	4	1	1	-
Gesamt	114	85	68	52
Gesamt-AUs	164	123	124	68

Tabelle 7.60 – Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	-	1	1
Grippe	10	9	14	33
Psychopathien und Neurosen	1	-	3	4
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	4	-	-	4
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	9	10
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	2	1	3
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	3	10	13
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	1	-	1
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	1	1	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	4	3	7	14
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	4	2	1	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	3	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	-	-	1
Steinerkrankungen und sonstige Erkrankungen der Harnorgane	-	-	1	1
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	1	-	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	3	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	1	1	2	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	1	-	9	10
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	1	-	1	2
Dermatitis, Ekzeme, Dermatosen	1	1	-	2
Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems	-	-	1	1
Allergische Störungen	-	-	1	1
Traumatische Knochenbrüche (offen und geschlossen)	1	-	-	1
Traumatische Verrenkung, Verstauchung	-	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	1	-	-	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	1	-	-	1
keine Angaben	2	-	6	8
<b>Gesamt</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>75</b>	<b>133</b>

Tabelle 7.61 – Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	5	8	11	24
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	1	-	-	1
Psychopathien und Neurosen	1	-	1	2
Krankheiten des Ohres	1	-	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	4	1	1	6
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	1	5	7
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	1	1	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	1	15	16
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	2	2	4	8
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	3	-	2	5
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	2	-	3
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	-	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	2	1	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	2	1	1	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	2	2	5	9
Krankheiten des endokrinen Systems	1	1	1	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	1	-	1	2
Allergische Störungen	-	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	1	1	2	4
Offene Wunden	-	-	1	1
keine Angaben	-	1	4	5
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>110</b>

Tabelle 7.62 – Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	7	10	5	22
Tuberkulose der Lungen, Pleura und oberen Luftwege	-	1	-	1
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	2	-	-	2
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	1	-	1	2
Psychopathien und Neurosen	-	-	1	1
Krankheiten des Auges	-	-	1	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	6	-	2	8
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	3	4
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	1	1	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	1	1
Nichtrheumatische Herzkrankheiten	-	1	9	10
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	4	4
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	6	3	8	17
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	3	2	6
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	1	3	4
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	1	2	3
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	1	1
Allergische Störungen	-	-	2	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	2	2	1	5
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	1	-	-	1
keine Angaben	2	1	3	6
Gesamt	29	26	50	105

Tabelle 7.63 – Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Alter (in Jahren)

Erkrankungsgruppen	15-24	25-39	40-65	Gesamt
Grippe	1	5	7	13
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	1	1	2
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	-	1	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	1	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	1	2	5	8
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen	5	6	2	13
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	2	3	2	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	3	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	1	-	-	1
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	3	3
Allergische Störungen	-	-	4	4
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	1	-	-	1
keine Angaben	2	3	1	6
Gesamt	13	21	32	66



Tabelle 7.64 – Patienten 1957-1961: Häufigste Erkrankungsgruppen und Erkrankungen

Erkrankungsgruppen und Erkrankungen	1957	1958	1960	1961
<b>Grippe</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>13</b>
Grippe mit Beteiligung der übrigen Respirationsorgane (ohne Lungenentzündung)	12	8	8	2
Grippe mit Beteiligung der Verdauungsorgane	1	1	1	-
Virusgrippe	2	1	-	-
Grippe ohne nähere Angaben	18	14	13	11
<b>Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
Akute Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung und -Eiterung	1	-	1	1
Akute Mandelentzündung	2	5	6	-
Chronische Mandelentzündung	1	1	1	-
<b>Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
akute Bronchitis	9	6	3	-
chronische Bronchitis	1	1	1	-
<b>Nicht-rheumatische Herzkrankheiten</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Funktionelle Herzkrankheiten (Überleitungsstörungen, Arrhythmien, vasomotorische Angina pectoris)	6	5	5	3
Arteriosklerose des Herzens und der Kranzgefäße (Angina Pectoris als organische Herzkrankheiten)	2	4	2	3
Myocardinfarkt und degenerative Myocardschäden	5	7	3	2
<b>Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüererkrankungen und Verdauungsstörungen</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>13</b>
Gastritis (Magenkatarrh), Duodenitis	10	6	14	12
Magengeschwür und Zwölffingerdarmgeschwür und deren Folgen	4	2	3	1
<b>Krankheiten des Darmes und des Bauchfells</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Appendicitis	-	1	-	-
Akute und chronische Enteritis, Dünndarmerkrankungen (jenseits des 1. Lebensjahres)	7	4	6	5
Hernien mit und ohne Einklemmung	-	-	-	2
<b>Rheumatische Krankheiten und Arthritis</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>-</b>
Rheumatisches Fieber (Polyarthritits) ohne Herzschaden	0	2	-	-
Chronisch-rheumatische Arthritis	2	-	-	-
Muskelrheumatismus	8	7	3	-
<b>Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
Muskel- und Sehnenzerrung	-	-	2	-
Prellungen	1	3	3	-
Hautabschürfungen und oberflächliche Verletzungen der Haut	-	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>92</b>	<b>79</b>	<b>75</b>	<b>43</b>
<b>Gesamt-AUs</b>	<b>133</b>	<b>110</b>	<b>105</b>	<b>66</b>

Tabelle 7.65 – Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	-	-	-	-	1	0	1
Grippe	2	6	5	8	4	4	4	33
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	1	1	-	-	-	-	-	2
Zentrale Anfallskrankheiten, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-	-	-	-	-	2	-	2
Psychopathien und Neurosen	-	-	-	-	-	3	-	3
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	4	1	2	1	2	2	13
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	2	2	1	1	-	1	7
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	2	-	-	-	-	1	3
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	-	-	1	1	-	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	3	2	-	-	1	4	1	11
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	1	-	-	1	4	-	6
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	-	-	1	1	-	-	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwüerkrankungen und Verdauungsstörungen	2	1	-	3	1	4	1	12
Krankheiten des Darms und des Bauchfells	1	3	1	1	-	-	-	6
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	1	-	-	-	1	4	-	6
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	2	1	1	1	1	1	7
Steinerkrankungen und sonstige Erkrankungen der Harnorgane	-	1	-	-	-	-	-	1
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	1	-	-	2	-	2	5
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	1	-	-	-	-	-	-	1

Tabelle 7.65 – Fortsetzung: Patientinnen 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	-	2	1	2	3	8
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	1	-	-	1	-	1	1	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	-	-	-	2	-	2
Krankheiten des endokrinen Systems	-	1	-	-	1	-	-	2
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	1	-	-	1	-	-	2
Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums	-	-	-	-	-	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	-	-	-	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	-	-	-	1	-	-	1
Traumatische Verrenkung, Verstauchung	1	-	1	-	-	-	-	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	3	2	-	-	-	-	5
Verbrennung, Schädigung durch physikalische und chemische Einwirkungen	-	-	1	-	-	-	-	1
keine Angaben	-	1	2	2	1	1	5	12
<b>Gesamt</b>	<b>14</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>164</b>

Tabelle 7.66 – Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

Erkrankungsgruppen	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Grippe	-	4	6	5	3	4	5	27
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	2	-	-	-	-	-	-	2
Zentrale Anfallsleiden, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-	-	-	-	1	-	-	1
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	-	-	1	-	-	1
Psychopathien und Neurosen	-	-	-	1	-	2	-	3
Krankheiten des Ohres	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	-	2	1	2	1	3	9
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	-	-	2	1	2	6
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	-	-	1	-	1
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	-	-	-	-	1	1
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	-	1	-	-	4	-	5
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	-	-	-	2	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	1	1	-	-	-	4	3	9
Krankheiten des Darms und des Bauchfells	1	1	1	1	-	1	-	5
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	-	1	-	2	-	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	-	-	-	1	2	1	4
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	-	-	1	1	2	-	4
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	3	-	-	-	1	-	-	4

Tabelle 7.66 – Fortsetzung: Patientinnen 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	-	-	2	5	-	7
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	-	1	-	1	2	-	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	1	1	1	1	1	5
Krankheiten des endokrinen Systems	-	-	-	-	-	3	-	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	1	-	-	-	-	-	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	-	-	-	1	-	1
Allergische Störungen	-	-	-	-	-	1	-	1
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	1	-	-	-	-	1	-	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	1	-	-	-	-	-	-	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	-	-	1	1	-	-	2
Verbrennungen, Schädigungen durch physikalische und chemische Einwirkungen	-	-	-	-	-	-	1	1
keine Angaben	3	1	-	-	-	2	1	7
Gesamt	14	7	12	12	17	43	18	123

Tabelle 7.67 – Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

Erkrankungsgruppen	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Wurmkrankheiten	-	-	-	-	-	1	-	1
Grippe	3	2	2	5	2	1	8	23
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	-	-	-	-	-	2	2	4
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	1	1	-	-	-	2
Psychopathien und Neurosen	-	-	-	-	2	4	3	9
Krankheiten des Auges	-	-	-	-	-	-	1	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	-	-	1	1	-	-	3
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	-	-	-	1	1	3
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	-	1	-	1	2
Nichtreumatische Herzkrankheiten	-	2	3	2	2	1	2	12
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	1	-	-	-	-	-	-	1
Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne	-	-	-	1	-	1	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwückerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	-	-	1	3	5	4	13
Krankheiten des Darms und des Bauchfells	-	1	-	-	1	-	2	4
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	-	-	1	-	1	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	-	-	-	1	-	2	3
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	-	1	1	1	-	-	3
Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust	-	-	-	-	-	1	-	1

Tabelle 7.67 – Fortsetzung: Patientinnen 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	-	1	-	2	-	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	-	-	-	-	1	2	3
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	1	1	-	1	-	2	5
Krankheiten des endokrinen Systems	-	-	-	-	1	-	1	2
Dermatitis, Ekzeme, Dermatosen	1	-	-	-	-	-	-	1
Weitere Dermatosen und sonstige Erkrankungen der Haut	-	-	-	-	-	1	-	1
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	-	-	-	2	-	2
Komplikationen der Schwangerschaft	-	-	-	-	-	-	1	1
Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung	-	-	-	-	-	1	-	1
Allergische Störungen	-	1	-	-	-	1	-	2
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	-	-	-	-	-	-	1	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	-	-	-	-	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	-	-	-	1	-	1	2
keine Angaben	2	1	-	1	1	2	2	9
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>124</b>

Tabelle 7.68 – Patientinnen 1961: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Grippe	1	1	2	1	5	1	2	13
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	-	-	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	-	-	-	1	2	1	4
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	2	1	1	-	1	1	6
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	-	-	2	-	2	-	4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	-	-	-	1	-	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	-	-	-	-	4	-	4
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	-	-	1	-	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	1	-	1	-	2	4	8
Krankheiten des Darms und des Bauchfells	3	1	1	-	1	-	1	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	1	1	-	-	-	-	2
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	-	1	-	-	-	1	2
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)	-	-	-	-	-	1	1	2
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	-	-	1	-	-	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	-	1	-	-	-	1
Krankheiten des endokrinen Systems	-	-	-	-	-	1	-	1
Komplikationen der Schwangerschaft	-	1	-	-	-	1	-	2
Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen	-	-	-	-	-	-	1	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	1	-	-	-	-	-	1
keine Angaben	-	-	-	2	1	1	2	6
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>68</b>



Tabelle 7.69 – Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Infektionskrankheiten des Verdauungssystems	-	-	-	-	1	-	-	1
Grippe	1	6	8	5	1	6	6	33
Psychopathien und Neurosen	-	1	1	1	-	-	1	4
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	2	1	-	1	-	-	-	4
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	1	-	-	1	2	3	3	10
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	-	1	2	-	3
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	3	-	-	1	-	5	4	13
Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	1	1	-	-	-	-	2
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürkrankungen und Verdauungsstörungen	-	1	-	1	1	8	3	14
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	2	2	-	2	-	-	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	2	-	-	-	1	-	3
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	-	1	-	-	-	-	1
Steinerkrankungen und sonstige Erkrankungen der Harnorgane	-	-	-	-	-	-	1	1
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	1	-	1	1	-	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)	-	1	-	-	-	2	1	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	3	1	2	2	2	10
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	1	-	-	-	1	-	2
Dermatitis, Ekzeme, Dermatosen	1	-	1	-	-	-	-	2
Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems	-	-	-	-	-	1	-	1
Allergische Störungen	-	-	-	-	-	-	1	1

Tabelle 7.69 – Fortsetzung: Patienten 1957: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Traumatische Knochenbrüche (offen und geschlossen)	-	-	-	-	-	1	-	1
Traumatische Verrenkung, Verstauchung	-	-	1	-	-	-	-	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	1	-	-	-	-	-	1
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	-	-	1	-	-	-	1
keine Angaben	2	1	-	1	-	-	4	8
<b>Gesamt</b>	11	18	19	13	11	35	26	133

Tabelle 7.70 – Patienten 1958: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Grippe	1	4	6	5	1	3	4	24
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	-	-	-	-	1	1
Psychopathien und Neurosen	-	1	-	1	-	-	-	2
Krankheiten des Ohres	1	-	-	-	-	-	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	1	2	-	-	-	3	6
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	-	1	1	-	4	1	7
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	1	-	1	-	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	-	-	1	-	-	1
Nichtrheumatische Herzkrankheiten	4	-	-	1	2	7	2	16
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	-	-	-	-	1	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	-	-	-	2	5	1	8
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	1	-	1	-	1	2	5
Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	-	1	-	-	1	1	-	3
Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	-	-	-	-	-	-	1	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	-	-	2	-	1	3
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	-	-	-	2	1	1	4
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	4	1	-	-	1	3	9
Krankheiten des endokrinen Systems	-	-	-	-	2	1	-	3
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	-	1	-	-	1	2
Allergische Störungen	-	-	-	1	-	-	-	1
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	1	-	1	-	2	-	-	4
Offene Wunden	1	-	-	-	-	-	-	1
keine Angaben	-	-	-	-	-	2	3	5
Gesamt	8	12	11	12	15	27	25	110

Tabelle 7.71 – Patienten 1960: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Grippe	2	4	4	4	1	1	6	22
Tuberkulose der Lungen, Pleura und oberen Luftwege	-	-	-	-	-	-	1	1
Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem	2	-	-	-	-	-	-	2
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	1	-	-	-	-	1	2
Psychopathien und Neurosen	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten des Auges	-	1	-	-	-	-	-	1
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	1	1	2	1	1	-	2	8
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	-	-	-	-	1	2	1	4
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	1	-	1	-	2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	-	-	-	-	-	1	-	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	2	1	1	1	2	3	10
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	1	1	-	2	-	4
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	1	4	2	1	3	2	4	17
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	-	-	1	1	2	-	2	6
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	1	-	-	1	-	-	2	4
Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskeln und Fascien)	-	-	-	-	-	1	-	1
Rheumatische Krankheiten und Arthritis	-	-	-	-	-	1	2	3
Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems	-	-	-	-	-	1	-	1
Allergische Störungen	-	-	-	-	-	1	1	2
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	1	-	1	-	-	3	5
Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut	-	-	-	-	-	1	-	1
keine Angaben	1	2	1	-	1	-	1	6
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>105</b>

Tabelle 7.72 – Patienten 1961: Erkrankungsgruppen und Dauer (in Tagen)

<b>Erkrankungsgruppen</b>	1-3	4-6	7-10	11-14	15-21	≥22	Keine Angaben	Gesamt
Grippe	-	1	1	3	2	-	6	13
Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	-	-	1	-	-	-	-	1
Psychopathien und Neurosen	-	1	-	-	-	1	-	2
Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln	-	-	-	1	-	-	-	1
Lungenentzündung und Folgekrankheiten	-	-	-	-	-	1	-	1
Nicht-rheumatische Herzkrankheiten	-	-	-	2	2	3	1	8
Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen	-	-	-	-	-	1	-	1
Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen	-	2	3	2	-	3	3	13
Krankheiten des Darmes und des Bauchfells	1	3	1	1	-	-	1	7
Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse	-	-	-	-	2	-	1	3
Krankheiten der Niere und eutzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege	1	-	-	-	-	-	-	1
Krankheiten der Knochen und Gelenke	-	-	-	1	-	-	-	1
Infektionen der Haut und des Zellgewebes	-	-	-	-	1	-	2	3
Allergische Störungen	-	-	-	1	1	1	1	4
Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen	-	-	-	-	-	-	1	1
keine Angaben	-	-	2	1	-	1	2	6
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>66</b>

Tabelle 7.73 – Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961

<b>Nr.</b>	<b>Erkrankungsgruppen und Untergruppen</b>
14	Infektionskrankheiten des Verdauungssystems
147	Hepatitis Epidemica (homologer Serumicterus)
16	Wurmkrankheiten
162	Sonstige TÄnien (Bandwürmer)
21	Grippe
211	Grippe mit Lungenentzündung
212	Grippe mit Beteiligung der übrigen Respirationsorgane (ohne Lungenentzündung)
213	Grippe mit Beteiligung der Verdauungsorgane
215	Virusgrippe
219	Grippe ohne nähere Angaben
22	Tuberkulose der Lungen, Pleura und oberen Luftwege
222	Aktive nichtansteckende Lungen-Tbc
229	Röntgenologischer Verdacht auf aktive Tbc der Atemwege
31	Blutung und Durchblutungsstörungen im Zentralnervensystem
315	Embolien und Thrombosen der Gehirngefäße
316	Migräne, vasomotorischer Kopfschmerz
33	Zentrale Anfallskrankheiten, degenerative und sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems
331	Genuine Epilepsie
339	Sonstige Krankheiten des Zentralen Nervensystems
34	Krankheiten der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
342	Ischias
344	Trigeminusneuralgien und andere Neuralgien
345	Sonstige Krankheiten der peripheren Nerven
347	Vegetative Dystonie
36	Psychopathien und Neurosen
365	Depressive Reaktion
368	Sonstige Neurose
37	Krankheiten des Auges
371	Krankheiten der Lider, der Bindehaut, der Tränenorgane mit Ophthalmie (außer bei Neugeborenen)
375	Erkrankungen der Linse (einschl. grauer Star)

Tabelle 7.73 – Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961

<b>Nr.</b>	<b>Erkrankungsgruppen und Untergruppen</b>
39	Krankheiten des Ohres
391	Krankheiten des äußeren Ohres
392	Otitis media (einschl. Mastoiditis)
41	Krankheiten der Nase, Nasennebenhöhlen, des Rachens und der Mandeln
412	Akute Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung und -Eiterung
414	Akute Mandelentzündung
415	Chronische Mandelentzündung
42	Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien
421	Akute Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung
424	Akute Bronchitis
425	Chronische Bronchitis
43	Lungenentzündung und Folgekrankheiten
431	Katarrhalische Pneumonie (Läppchen- oder Bronchopneumonie)
432	Kruppöse Pneumonie (Lappenpneumonie)
44	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane
441	Pleuritis (nicht tuberkulös)
446	Emphysem
46	Nichtreumatische Herzkrankheiten
464	Funktionelle Herzkrankheiten (Überleitungsstörungen, Arrhythmien, vasomotorische Angina pectoris)
465	Arteriosklerose des Herzens und der Kranzgefäße (Angina Pectoris als organische Herzkrankheiten)
466	Myocardinfarkt und degenerative Myocardschäden
467	Nichtreumatischer Herzklappenfehler
47	Blutdruckkrankheiten - Hypertonie - Hypotonie
471	Essentielle gutartige Hypertonie (roter Hochdruck)
472	Essentielle bösartige Hypertonie (weißer Hochdruck)
476	Essentielle Hypertonie mit Beteiligung der Hirngefäße
477	Hypotension und sonstige Kapillarkrankheiten
49	Krankheiten der Venen und venösen Durchblutungsstörungen
493	Hämorrhoiden
495	Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremität
51	Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne
513	Sonstige entzündliche Erkrankungen der Zähne, Abszess
518	Erkrankungen der Speicheldrüse (außer Mumps)

---

Tabelle 7.73 – Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961

---

<b>Nr.</b>	<b>Erkrankungsgruppen und Untergruppen</b>
52	Krankheiten des Magens und der Speiseröhre, Geschwürerkrankungen und Verdauungsstörungen
522	Gastritis (Magenkatarrh), Duodenitis
523	Magengeschwür und Zwölffingerdarmgeschwür und deren Folgen
53	Krankheiten des Darmes und des Bauchfells
531	Appendicitis
532	Akute und chronische Enteritis, Dünndarmerkrankungen (jenseits des 1. Lebensjahres)
535	Hernien mit und ohne Einklemmung
54	Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse
546	Gallensteinleiden
547	Gallenblasenentzündung und Cholangitis
548	Pankreaserkrankungen ohne endokrine Störung
55	Krankheiten der Niere und entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege
551	Akute Nephritis, Glomerulonephritis und Herdnephritis
555	Pyelonephritis - Cystopyelonephritis
556	Cystitis
557	Pyelitis – Cystopyelitis
558	Harnröhrentzündung (nicht venerisch)
56	Steinerkrankungen und sonstige Erkrankungen der Harnorgane
561	Nieren- und Uretersteine
57	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane
575	Hoden- und Nebenhodenentzündung (nicht venerisch, nicht tuberkulös)
58	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (außer bei Schwangerschaft, Kindbett usw.)
581	Tuben- und Eierstockentzündung (nicht venerisch)
587	Uterovaginalprolaps und Descensus (Senkung)
59	Funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane und Krankheiten der weiblichen Brust
591	Störungen der Menstruation
592	Klimakterische Störungen

---



Tabelle 7.73 – Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961

Nr.	Erkrankungsgruppen und Untergruppen
61	Krankheiten der Knochen und Gelenke
612	Periostitis, Periostose
614	Osteochondrose, Bandscheibenerkrankungen der Wirbelsäule, Osteochondritis, Gelenkmaus, aseptische Knochennekrosen
615	Arthrosis deformans, Spondylosis deformans
619	Sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke und neuropathische Arthritis
62	Weitere Krankheiten des Bewegungsapparates (der Knochen, Sehnen, Muskel und Fascien)
621	Nicht eitrige Sehnenscheidenentzündung
624	Deformierung der Wirbelsäule
623	Sonstige Krankheiten der Muskeln, Sehnen, Fascien und Schleimbeutel
624	Deformierung der Wirbelsäule
63	Rheumatische Krankheiten und Arthritis
631	Rheumatisches Fieber (Polyarthritis) ohne Herzschaden
633	Chronisch-rheumatische Arthritis
639	Muskelrheumatismus
64	Krankheiten des endokrinen Systems
645	Thyreotoxikose mit oder ohne Kropf
646	Myxödem und Kretinismus
648	Erkrankungen der Nebenschilddrüsen, Hypofunktion (Tetanie)
67	Infektionen der Haut und des Zellgewebes
671	Furunkel und Karbunkel
672	Zellgewebsentzündung der Finger und Zehen (Panaritium)
673	Sonstige Zellgewebsentzündungen und Abszesse ohne Lymphangitis
674	Sonstige Zellgewebsentzündung und Abszesse mit Lymphangitis
68	Dermatitis, Ekzeme, Dermatosen
683	Exogene Ekzeme und Dermatitisformen
689	Sonstige Dermatitisformen und Arzneimittelexantheme
69	Weitere Dermatosen und sonstige Erkrankungen der Haut
699	Sonstige Erkrankungen der Haut
72	Bösartige Neoplasmen der Verdauungsorgane und des Peritoneums
722	Bösartige Neoplasmen des Magens
73	Bösartige Neoplasmen des Ohres und des Atmungssystems
735	Bösartige Neoplasmen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (primär)

Tabelle 7.73 – Fortsetzung: Liste aller verwendeter Erkrankungsgruppen und Untergruppen 1957-1961

Nr.	Erkrankungsgruppen und Untergruppen
74	Bösartige Neoplasmen der Brustdrüsen und des Urogenitalsystems
	741 Bösartige Neoplasmen der Brustdrüse
	742 Bösartige Neoplasmen von Cervix, Collum und Corpus uteri
	748 Bösartige Neoplasmen der Niere
81	Komplikationen der Schwangerschaft
	813 Frühtoxikose (Hyperemesis u.a.)
	818 Anämie in der Schwangerschaft
82	Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung
	821 Fehlgeburt ohne Sepsis oder Toxämie
89	Allergische Störungen
	892 Asthma Bronchiale
91	Traumatische Knochenbrüche (offen und geschlossen)
	911 des Gehirn- und des Gesichtsschädels
92	Traumatische Verrenkungen, Verstauchungen
	922 Verrenkung der unteren Gliedmaßen
	924 Verstauchung der oberen Extremität
	926 Verstauchung der unteren Gliedmaßen
93	Zerrungen, Quetschungen, Prellungen, Hautabschürfungen
	931 Muskel- und Sehnenzerrung
	936 Prellungen
	939 Hautabschürfungen und oberflächliche Verletzungen der Haut
94	Verletzungen innerer Organe ohne Durchtrennung der Haut
	941 Comotio cerebri (Gehirnerschütterung)
95	Offene Wunden
	953 an den Extremitäten (ohne Verletzung von inneren Organen und ohne Brüche)
96	Verbrennung, Schädigung durch physikalische und chemische Einwirkungen
	961 Verbrennung und Verbrühung
	965 Kälteschaden

# Quellen- und Literaturverzeichnis

## Archivalische Quellen

### Landesarchiv Berlin (LAB)

C Rep. 101	Magistrat von Berlin, Oberbürgermeister
C Rep. 118	Magistrat von Berlin, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen
C Rep. 306	Staatliche Zentralverwaltung für Statistik der DDR, Bezirksstelle Berlin

### Bundesarchiv Berlin (BArch)

DQ 1	Ministerium für Gesundheitswesen
------	----------------------------------

## Zeitungen, Zeitschriften und Gesetzesblätter

Arbeit und Sozialfürsorge  
 Berliner ärztliche Rundschau  
 Berliner Zeitung  
 Das deutsche Gesundheitswesen  
 Die Sozialversicherung  
 Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik  
 Neues Deutschland  
 Neue Zeit  
 Tribüne  
 Verordnungsblatt der Stadt Berlin  
 Verordnungsblatt für Groß-Berlin  
 Zentralblatt der Deutschen Demokratischen Republik

## Gedruckte Literatur

- Amon. „Einige Betrachtungen zum Beginn und Ende der Arbeitsbefreiung“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 9, Heft 3 (21. Januar 1954), S. 99–100.
- Arndt, Melanie. *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961*. Köln [u.a.]: Böhlau, 2009.
- Bauer, Roland und Erik Hühns, Hrsg. *Berlin: 800 Jahre Geschichte in Wort und Bild*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1980.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Bundesarchiv, Hrsg. *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 1-11*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 2001-2008.
- Delias, Bezirksarzt G., Hrsg. *40 Jahre Berliner Gesundheits- und Sozialwesen*. Berlin: Institut für Sozialhygiene, 1989.
- Deter, Adolf. „Alles den Kranken - nichts den Bummelanten!“ In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 94 (24. April 1953).
- Düspohl, Martin und Lorraine Bluche, Hrsg. *Kleine Friedrichshaingeschichte*. Berlin: Berlin Story Verlag, 2013.
- Erler, Herbert. „Für jeden 545,- Mark“. In: *Berliner Zeitung* Jahrgang 16, Ausgabe 264 (29. September 1960), S. 3.
- Ernst, Anna-Sabine. *Die Beste Prophylaxe ist der Sozialismus: Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961*. Münster: Waxmann, 1997.
- Fischer, Georg. „Zur ÄBK-Frage“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 4 (April 1957), S. 2–3.
- Frerich, Johannes und Martin Frey. *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. 2, Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik*. München: Oldenbourg, 1993.
- Gropper, Roberta. *Die Sozialversicherung des demokratischen Berlin im Jahre 1955*. Berlin: Verlag Tribüne (Berlin, Ost), 1956.
- Grubitzsch, Petra. *Geschichte der Berliner Verwaltungsbezirke Band 21: Prenzlauer Berg*. Hrsg. von Wolfgang Ribbe. Stapp Verlag, 1995.
- Herzfeld, Hans. *Berlin in der Weltpolitik*. Bd. 38 (Historische Kommission zu Berlin). Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1973.

- Hild. „Der Krankenstand in der Statistik“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 8 (August 1957), S. 4–7.
- Hoffmann, Dierk. *Sozialpolitische Neuordnung in der SBZ, DDR der Umbau der Sozialversicherung 1945-1956*. München: R. Oldenbourg, 1996.
- Hoffmann, Dierk und Michael Schwartz. *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 8, 1949-1961, Deutsche Demokratische Republik: im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus*. Hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesarchiv. Baden-Baden: Nomos Verlag, 2004.
- Kahle und Wildner. „Arbeitsschutz=umfassendste Prophylaxe“. In: *Tribüne* 15. Jahrgang, Nr. 22B (27. Januar 1959).
- Kappner, Stefan. *Kurt Scheidler, Arzt mit sozialer Verantwortung*. Berlin: berlin edition im be.bra verlag, 2014.
- Keiderling, Gerhard. *Berlin 1945-1986 Geschichte der Hauptstadt der DDR*. Berlin: Dietz Verlag, 1987.
- Kramer, Fr. „Wie verbessern wir die Arbeit der Ärzteberatungskommissionen?“ In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1957), S. 4–6.
- Krastel, K. „Muß denn mit der A.f.- Erklärung immer bis zum Wochenenfang gewartet werden?“ In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 3 (März 1956), S. 3.
- „Stellungnahme zu: Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 2 (Februar 1957), S. 2.
  - „Welche Bedeutung haben die Ärzteberatungskommissionen für die gesundheitliche Betreuung der Werktätigen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 4 (Juli 1955), S. 6–7.
  - „Wirtschaftliche Verordnungsweise - einmal anders gesehen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 10 (Oktober 1956), S. 3–5.
  - „Zum Artikel von Dr. Böttcher“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang, Nr. 3 (März 1957), S. 3–4.
- Krause, Werner. „Krankenstand und Betriebs-Ärztelkommissionen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 4/5 (Mai 1960), S. 5–7.
- „Stellungnahme zu: Der Krankenstand in der Statistik in Nr. 9 der BÄR vom Dez. 1955“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1956), S. 2–3.
  - „Verbesserung der Tätigkeit der ÄBK“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 3. Jahrgang Nr. 5 (Mai 1957), S. 11–12.
  - „Wie vermeiden wir die Überlastung der Ärzteberatungskommissionen in den Wintermonaten?“ In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 12 (Dezember 1956), S. 1–2.
  - „Zum Entwurf der Richtlinie für die Neugestaltung der Tätigkeit der ÄBK im demokratischen Sektor von Groß-Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 7 (Juni/Juli 1958), S. 14–16.
  - „Zur Einführung der neuen Betriebs-Ärztelberatungskommissionen im Demokratischen Sektor von Groß-Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 7 (Juli 1959), S. 8–10.
- Kuhn, Willi. „Leistungen der VAB ständig verbessert“. In: *Tribüne* 11. Jahrgang, Nr. 74B (29. März 1955). Magistrat von Groß-Berlin, Hrsg. *Unser Berlin*. Berlin: Druckerei Sächsische Zeitung Dresden, 1957.
- Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Statistik, Hrsg. *Statistisches Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1958*. 1958.
- Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Statistik, Hrsg. *Statistischer Jahresbericht Groß-Berlin, Demokratischer Sektor - 1956*. VEB Deutscher Zentralverlag Berlin, 1957.
- Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Statistisches Zentralamt. *Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik*. Berlin: Deutscher Zentralverlag, o.D. (vermutlich 1952).
- Muschter. „Die ambulante Versorgung und das Bereichsarztssystem“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 12 (Dezember 1959), S. 1–3.
- „Über den betrieblichen Krankenstand“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 4/5 (Mai 1960), S. 1–4.
- Naser, Gerhard. *Hausärzte in der DDR : Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken?* Bergatreute: Eppe, 2000.
- Nave, Alfred. „Ziel: 1960 Krankenstand 0,7% niedriger“. In: *Die Sozialversicherung* 6. Jahrgang, Nr. 3 (März 1960), S. 13–14.
- Nerlich, H. „Der Weg zur neuen Ärztelberatungskommission, Erste Schritte - Erfahrungen - Ergebnisse“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 14, Heft 28 (9. Juli 1959), S. 1302–1313.
- Neukrantz, Heinz. „Für eine gesunde Lebensführung“. In: *Tribüne* 16. Jahrgang, Nr. 74B (26./27. März 1960).
- O.V. „Aktivisten und Gewerkschaftsleitungen in den Verwaltungen!“ In: *Arbeit und Sozialfürsorge* 10. Jahrgang, Nr. 14 (Juli 1955), S. 446.

- „Bummelanten unerwünscht“. In: *Neue Zeit* 8. Jahrgang, Nr. 227 (28. September 1952), S. 7.
- *Das Berliner Sozialversicherungsrecht*. Hrsg. von FDGB Bezirksvorstand Groß-Berlin Verwaltung der Sozialversicherung (VAB). Berlin, 1957.
- „Das Bummelantentum rücksichtslos ausrotten“. In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 116 (23. Mai 1953).
- „Das neue Berlin ehrt seine Trümmerfrauen“. In: *Berliner Zeitung* Sonderausgabe (1965), S. 1–24.
- „Der Krankenstand muss gesenkt werden“. In: *Tribüne* 8. Jahrgang, Nr. 231 (4. Oktober 1952).
- *Doppelte Geldreform in Berlin: Gesetzestexte und Erläuterungen für West- und Ost-Berlin*. 1. Auflage. Berlin: Arani-Verlags-GmbH, 1948.
- *Ein halbes Jahr Sozialversicherung im neuen Berlin, 125 Tage Versicherungsanstalt Berlin*. Berlin: VAB, 1945.
- *Entwicklung des Krankenstandes in Berlin im Jahre 1966*. Freier Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirksvorstand Groß-Berlin, Verwaltung der Sozialversicherung, 1967.
- „FDGB übernimmt Leitung der Sozialversicherung“. In: *Tribüne* 7. Jahrgang, Nr. 35 (9. Mai 1951), S. 8.
- „Im Sozialversicherungswesen der Republik“. In: *Tribüne* 6. Jahrgang, Nr. 3 (13. Januar 1950).
- „Ist der hohe Krankenstand gerechtfertigt?“. In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 98 (29. April 1953).
- *Satzung der Versicherungsanstalt Berlin: in der ab 1. Januar 1947 geltenden Fassung*. Hrsg. von Versicherungsanstalt Berlin. Berlin, 1948.
- „Schluss mit den Gefälligkeitsakten! Mangelndes Verantwortungsbewusstsein einiger frei praktizierender Ärzte“. In: *Tribüne* 8. Jahrgang, Nr. 211 (11. September 1952).
- „Soziale Sicherheit für ganz Deutschland“. In: *Tribüne* 10. Jahrgang, Nr. 20B (25. Januar 1954).
- „Stolze Bilanz unserer Sozialversicherung“. In: *Berliner Zeitung* 12. Jahrgang, Ausgabe 100 (28. April 1956), S. 5.
- „Was die VAB bisher erreichte“. In: *Arbeit und Sozialfürsorge* 8. Jahrgang, Nr. 5 (März 1953), S. 152.
- „Zu hoher Krankenstand“. In: *Berliner Zeitung* 8. Jahrgang, Ausgabe 212 (11. September 1952), S. 5.
- Paschke, Heinz. „Vorwort“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 1 (April 1955).
- Paul, Elfriede. „Fragen des Krankenstandes, als Diskussionsbeitrag zu R. Weber“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 8, Heft 50 (10. Dezember 1953), S. 1536–1546.
- „Untersuchung über Ursachen, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 10, Heft 51 (22. Dezember 1955), S. 1665–1668.
- Peschke, Paul. „156 Millionen verlorene Arbeitsstunden. Wie die Mittel der Sozialversicherung mißbraucht werden und wie unsere Volkswirtschaft dadurch geschädigt wird“. In: *Neues Deutschland* 7. Jahrgang, Nr. 259 (2. November 1952), S. 3.
- „Es gilt, 120 Millionen zu sparen!“ In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 44 (21. Februar 1953).
- Peterhansel, Karl. „Der Krankenstand in der Statistik (II)“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 2. Jahrgang, Nr. 1 (Januar 1956), S. 3–4.
- „Der Krankenstand in der Statistik“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 1. Jahrgang, Nr. 9 (Dezember 1955), S. 3–4.
- „Krankenstand - Spiegel des Bewußtsein“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 1 (Januar 1958), S. 10–12.
- Redetzky, H. „Vier Jahre Krankenstand in der Deutschen Demokratischen Republik“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 13, Heft 34/44 (Oktober 1958), S. 1362–1371.
- Redetzky, W. Schneider und K. Wille. „Ein Beitrag zu den Problemen der demographischen Entwicklung in Berlin (I. Teil)“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 5 (Mai 1959), S. 1–4.
- Reichhardt, H., H. Treuter und A. Lampe, Hrsg. *Berlin - Quellen und Dokumente 1945- 1951*. Bd. 4/1 (Schriftenreihe zur Berliner Zeitgeschichte). Berlin: Heinz Spitzing Verlag, 1964.
- Hrsg. *Berlin - Quellen und Dokumente 1945- 1951*. Bd. 4/2 (Schriftenreihe zur Berliner Zeitgeschichte). Berlin: Heinz Spitzing Verlag, 1964.
- Reidegeld, Eckart. *Die Sozialversicherung zwischen Neuordnung und Restauration : soziale Kräfte, Reformen und Reformpläne unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsanstalt Berlin (VAB)*. Frankfurt am Main: Haag + Herchen, 1982.
- Roth, Margit. *Westliches Konzessionsverhalten in der Ost-West-Auseinandersetzung - Berlin-Frage - Deutschland-Frage - Europäische Sicherheit*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 1993.
- Scheidler, Kurt. „Betreff Änderung der Arbeitsweise der Ärzteberatungskommissionen - Einrichtung von Betriebs-Ärztelkommissionen“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jg., Nr. 7 (Juni/Juli 1958), S. 24.
- „Im Dienst am Menschen: Erinnerungen an den Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens“. In: Hrsg. von Karl Seidel, Christa Köhler und Berhard Meyer. Dietz Verlag, 1989. Kap. Berliner Gesundheitswesen im Umbruch, S. 298–312.

- Scheidler, Kurt. „Plan für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in Berlin“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 4. Jahrgang, Nr. 3/4 (April 1958), S. 2–11.
- „Zur Perspektive des Gesundheitswesens“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 6 (Juni 1959), S. 1–8.
- Scheidler, Kurt und Wolfgang Schneider. *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1959*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1960.
- *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1960*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1960.
- *Bericht über die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Hauptstadt der DDR, Berlin - 1961*. Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, 1961.
- Schellenberg, Ernst, Hrsg. *Deine Sozialversicherung*. Berlin: Versicherungsanstalt Berlin, 1946.
- Schiller, G. „Ein Rückblick auf die bisherige Tätigkeit der Ärzteberatungskommissionen (unter Anführung einer Leipziger Aufstellung) und die aus der Neuregelung erwachsenden Aufgaben“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 14, Heft 9 (26. Februar 1959), S. 413–417.
- Schlase. „Eine neue Etappe der ärztlichen Betreuung“. In: *Tribüne* 15. Jahrgang, Nr. 161B (16. Juli 1959).
- Schlegelmilch, Arthur. *Hauptstadt im Zonendeutschland: Die Entstehung der Berliner Nachkriegsdemokratie 1945 - 1949*. Haude & Spener, 1993.
- Schmincke, W., Hrsg. *Ärztliche Arbeitsbefreiung und Krankenstand*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1979.
- Schneider. „Zur Perspektive der Medizinalstatistik in Berlin, In: Diskussion zum Perspektivplan des Gesundheitswesens“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 5. Jahrgang, Nr. 8 (August 1959), S. 1–3.
- Schulze, Maren, Hrsg. *Bewegte Zeiten: Friedrichshain zwischen 1920 und heute*. Berlin: Oktoberdruck, 2000.
- SED, Kreisleitung Berlin-Prenzlauer Berg, Hrsg. *Berlin-Prenzlauer Berg, XX Jahre DDR (Bilanz, Fakten, Erfolge)*. Nationales Druckhaus VOB National, 1969.
- Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten, Hrsg. *Die Berliner Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten berichtet*. Berlin, 1957.
- Spaar, Horst. *Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil III: Das Gesundheitswesen der DDR zwischen neuem Kurs und Schließung der Staatsgrenze (1953-1961)*. Berlin, 1998.
- Spaar, Horst und Dietmar Funke. *Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil II: Das Gesundheitswesen zwischen Gründung der DDR und erster Gesellschaftskrise (1949-1953)*. Berlin, 1996.
- Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Groß-Berlin, Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1961*. VEB Deutscher Zentralverlag, 1961.
- Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1962*. 2. Jahrgang. VEB Deutscher Zentralverlag, 1962.
- Hrsg. *Statistisches Jahrbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1963*. 3. Jahrgang. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, 1963.
- Hrsg. *Statistisches Taschenbuch der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik Berlin - 1959*. 1960.
- Steidle, Luitpold. „Maßnahmen zur Normalisierung des Krankenstandes“. In: *Neue Zeit* 8. Jahrgang, Nr. 293 (16. Dezember 1952), S. 3.
- Süß, Winfried. „Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit: NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich“. In: Hrsg. von Hans-Günter Hockerts. München: Oldenbourg, 1998. Kap. Gesundheitspolitik, S. 55–100.
- Thaetner, Walter. „Reihenuntersuchungen der VAB - ein voller Erfolg“. In: *Tribüne* 9. Jahrgang, Nr. 36 (12. Februar 1953).
- Treber, Leonie. *Mythos Trümmerfrauen: von der Trümmerbeseitigung in der Kriegs- und Nachkriegszeit und der Entstehung eines deutschen Erinnerungsortes*. Essen: Klartext Verlag, 2014.
- Uhlmann, Irene, Hrsg. *Kleine Enzyklopädie - Gesundheit*. 8. Auflage (unveränderter Nachdruck). Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie, 1961.
- Ulrich, Horst, Hrsg. *Berlin-Handbuch: das Lexikon der Bundeshauptstadt*. 1. Auflage. Berlin: FAB Verlag, 1992.
- Versicherungsanstalt Berlin, Hrsg. *Satzung der Versicherungsanstalt Berlin: ab 1. Januar 1950 geltende Fassung*. Berlin, 1950.
- Weigel. „Zum Thema: Krankenstand“. In: *Berliner ärztliche Rundschau* 6. Jahrgang, Nr. 10/11 (Oktober/November 1960), S. 13–15.
- Winter, Kurt. „Die Planung des Gesundheitswesens“. In: *Das deutsche Gesundheitswesen* 6. Jahrgang, Heft 36 (6. September 1956), S. 1022–1026.

- Winter, Kurt und U. Neelsen. „Analyse des Krankenstandes und vorbeugende ärztliche Tätigkeit im Betrieb“.  
In: *Das deutsche Gesundheitswesen* Jahrgang 11, Heft 19 (10. Mai 1956), S. 629–635.
- Zimm, Alfred, Hrsg. *Berlin (Ost) und sein Umland*. 3., durchges. Auflage. Gotha: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Haak, 1990.
- Zocher, Paul. *Neuaufbau und Leistungen der Berliner Sozialversicherung*. Berlin: Die Freie Gewerkschaft Verlagsgesellschaft mbH, 1948.
- Zschaler, Frank. *Öffentliche Finanzen und Finanzpolitik in Berlin 1945-1961 : eine vergleichende Untersuchung von Ost- und West-Berlin*. Berlin: de Gruyter, 1995.





## Eidesstattliche Versicherung

Ich, Ulrike Kubisch, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

*Staatliche Beeinflussung des Krankenstandes?  
Eine Untersuchung der Krankschreibungspraxis eines frei praktizierenden Arztes in Ost-Berlin nach  
Einführung der Ärzteberatungskommissionen in den 1950er Jahren*

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift



## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Frau Professorin Dr. Sabine Schleiermacher für ihre Unterstützung bei der Themenfindung sowie ihre unermüdliche und hervorragende wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit. Ihre Anregungen und ihr schier unerschöpfliches Wissen zur Geschichte der DDR waren, neben ihrer Geduld und ihrem Verständnis bei allen Verzögerungen in der Erstellung der Arbeit, von unschätzbarem Wert. Die mit ihr geführten Diskussionen zu meinen Texten sowie ihre inhaltlichen und formalen Anmerkungen bildeten das Fundament dieser Arbeit.

Ebenso danke ich meinen Mitstreiterinnen, Frau Hanna Leibold und Frau Katarina Prchal, für den produktiven inhaltlichen Austausch sowie ihre Hinweise und Ideen zu meinen Texten.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei Frau Dr. Judith Mangelsdorf und Frau Anne Roth für ihre Zeit und Geduld, um mir notwendiges Wissen für den Umgang mit SPSS bei zu bringen, sowie bei Frau Gabriela Tiemer und Frau Dr. Arlena Liggins für ihr Lektorat der vollständigen Arbeit.

Ein ganz besondere Dank gilt meiner Familie, insbesondere Ulrike Roth und David Kubisch, für ihre jahrelange liebevolle moralische und ihre finanzielle Unterstützung sowie ihrem Glauben daran, dass ich diese Arbeit fertig stellen würde. Ihre kreative Motivationsarbeit, die unermüdlichen Korrekturen meiner Texte und die daraus resultierenden Überarbeitungen haben maßgeblich zur Entstehung der Arbeit beigetragen.